HAWK Hochschule für Angewandte Wissenschaft und Kunst

Fachhochschule Hildesheim/Holzminden/Göttingen

Fakultät Soziale Arbeit und Gesundheit

BSc-Studiengang Ergotherapie, Logopädie, Physiotherapie

Bachelor-Arbeit

Atem-, Sprech- und Stimmlehrer/-innen als Heilmittelerbringer im Handlungsfeld Atemtherapie – Möglichkeiten und Grenzen

Erstprüferin: Sibylle Tormin, B.Sc., M.A.

Zweitprüferin: Dr. Sandra Schiller

Annegret Schweppe

6. Semester

Matrikel-Nr. 632177

11.08.2015

HAWK Hildesheim – Hochschule für Angewandte Wissenschaft und Kunst
Fakultät Soziale Arbeit und Gesundheit
BSc- Studiengang Ergotherapie, Logopädie, Physiotherapie

Annegret Schweppe: Matrikel-Nr.: 632177

Abgabe: 11.08.2015

Bachelor-Arbeit:

Atem-, Sprech- und Stimmlehrer/-innen als Heilmittelerbringer im Handlungsfeld Atemtherapie – Möglichkeiten und Grenzen

Abstract

Hintergrund: Atem-, Sprech- und Stimmlehrer/-innen (ASSL) sind Heilmittelerbringer der Sprach-, Sprech- und Stimmtherapie. Die Wiederherstellung einer physiologischen Atemfunktion unter Einbezug der Wechselwirkungen von Atem-, Stimm- und Sprechfunktionen ist die Grundlage ihrer Arbeitsweise nach dem Konzept Schlaffhorst-Andersen. Auch wenn ASSL aufgrund ihrer Methoden gleichwertige Kompetenzen für Atemtherapie zugesprochen wurden (Dietrich, 2011), sind bisher nur Physiotherapeuten/-innen zugelassene Heilmittelerbringer der Atemtherapie.

Methode: Es stellt sich die Frage, welche zusätzlichen Anforderungen an die Zulassung von Heilmittelerbringern für Atemtherapie geknüpft sind und welche Möglichkeiten und Grenzen sich daraus für ASSL ergeben. Durch Literaturrecherche und Einbezug relevanter Gesetzestexte wird die physiotherapeutische Atemtherapie eingegrenzt und rechtliche Vorgaben für ihre Heilmittelerbringer bestimmt. Gegenübergestellt werden die bisherige Zulassung von ASSL und der atemtherapeutische Ansatz des Konzeptes Schlaffhorst-Andersen. Anhand dieser Betrachtungen und mit Hilfe von Stellungnahmen relevanter Interessensvertretungen folgt eine Abwägung der Möglichkeiten und Grenzen von ASSL als Heilmittelerbringer im Handlungsfeld Atemtherapie.

Ergebnis: Die Zulassung von ASSL als Heilmittelerbringer würde aktuell an den rechtlichen Vorgaben des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) und deren wissenschaftlichen Standards der evidenzbasierten Praxis scheitern. Aufgrund des ganzheitlichen Ansatzes könnte das Konzept Schlaffhorst-Andersen aber eine sinnvolle Ergänzung der bisherigen atemtherapeutischen Heilmittel darstellen.

Schlussfolgerung: Für eine bessere Positionierung des Konzeptes Schlaffhorst-Andersen im Gesundheitswesen könnte eine Kooperation mit anderen komplementären Atemverfahren sinnvoll sein. Außerdem ist zu überprüfen, ob die wissenschaftlichen Maßstäbe dem ganzheitlichen Konzept gerecht werden.

Schlüsselwörter: Atem-, Sprech- und Stimmlehrer/-innen, Konzept Schlaffhorst-Andersen, Zulassungsverfahren, Heilmittelerbringer, Heilmittelrichtlinien, Atemtherapie, komplementäre Atemverfahren, Physiotherapie

HAWK Hildesheim – University of Applied Sciences and Arts

Faculty of Social Work and Health

BSc-Degree Course - Occupational Therapy, Speech and Language Therapy, Physiotherapy

Annegret Schweppe: Matriculation Number: 632177

11.08.2015

Bachelor Thesis

Respiration, Speech and Voice Teachers as Remedy Suppliers in the Field of Respiratory Therapy – Limitations and Possibilities

Abstract

Background: Respiration, speech and voice teachers (RSVT) are remedy suppliers for language, speech and voice therapy. The rehabilitation of physiological breathing is basis of their working method by Schlaffhorst-Andersen including physiological interactions with speech and voice. Although RSVT were attributed to equal competences for respiratory therapy due to their specific methods (Dietrich, 2011), only physical therapists are remedy suppliers for respiratory therapy by law.

Methods: The aim is to examine which demands are furtherly required for admission to deliver respiratory therapy and which limitations and possibilities for RSVT arise from them. Through literature research and inclusion of relevant legislative texts the respiratory therapy of physiotherapists was defined and its legal requirements for its remedy suppliers were determined. In contrast the admission as remedy suppliers and the concept of Schlaffhorst-Andersen were examined, too. Based on these considerations and taking into account comments of relevant interest groups the possibilities and limitations of RSVT as remedy suppliers in the field of respiratory therapy were discussed.

Results: The admission of RSVT as remedy suppliers would currently fail because of legal requirements of the Federal Joint Committee (G-BA) and their scientific standards of evidence-based practice. Nonetheless the holistic approach of the concept Schlaffhorst-Andersen could also be a meaningful addition to the existing remedies of respiratory therapy.

Conclusion: For better positioning of the concept Schlaffhorst-Andersen in the healthcare system it might be considered to cooperate with other complementary breathing methods. In addition, it might be examined whether the scientific standards do justice to the holistic approach.

Keywords: Respiration, speech and voice teacher; Schlaffhorst-Andersen method, admissions procedure, remedy suppliers, remedies directive, respiratory therapy, complementary breathing methods, physiotherapy

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung 1

2. Atemtherapie als Heilmittel 2

2.1.1 Begriffsbestimmung Atemtherapie 2

2.1.2 Atemtherapie in der Physiotherapie 3

2.2 Heilmittel und Heilmittelerbringer im deutschen Gesundheitssystem . 5

2.2.1 Heilmittel: Definition und Bestimmungen 6

2.2.2 Heilmittelrichtlinien und Rahmenverträge 8

2.2.3 Bestimmungen der Heilmittelrichtlinie zur Atemphysiotherapie 9

2.3.1 Zulassung aktueller Heilmittelerbringer 11

2.3.2 Empfehlungen zur Atemphysiotherapie 14

2.3.3 Erbrachte Heilmittel 14

3. Atem-, Sprech- und Stimmlehrer /-innen als Heilmittelerbringer 15

3.1 Zulassung von Atem-, Sprech- und Stimmlehrer / -innen 15

3.2 Das Konzept Schlaffhorst-Andersen 17

3.2.1 Das Konzept im Kontext körperpsychologischer Verfahren 17

3.2.2 Arbeits- / Forschungsgemeinschaft für Atempädagogik /-therapie 19

3.2.3 Das Konzept Schlaffhorst-Andersen 21

4. Möglichkeiten und Grenzen für Atem-, Sprech- und Stimmlehrer /-innen als Heilmittelerbringer im Handlungsfeld Atemtherapie 25

4.1 Grenzen 25

4.2 Möglichkeiten 34

5. Fazit und Ausblick 40

6. Literaturverzeichnis 42

Gesetze , Verordnungen und Richtlinien 42

Literatur 43

Anhang ..... A

Abkürzungsverzeichnis

AFA:	Arbeits- u. Forschungsgemeinschaft für Atempädagogik und Atemtherapie e.V.
AG Atemtherapie / Lungensport:	Arbeitsgemeinschaft Atemtherapie / Lungensport
AOK-HIS:	AOK-Heilmittel-Informationssystem
ASSL:	Atem-, Sprech- und Stimmlehrer /-innen
AWMF:	Arbeitsgemeinschaft d. Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften
BÄK:	Bundesärztekammer
BbS-VO:	Verordnung über berufsbildende Schulen in Niedersachsen
BMG:	Bundesministerium für Gesundheit
BVA:	Berufsverband für Atempädagogik und Atemtherapie e.V.
CJD:	Christliches Jugenddorfwerk
COPD:	chronic obstructive pulmonary disease
dba e.V.:	Deutscher Berufsverband der Atem-, Sprech- und Stimmlehrer/innen e.V.
dbl e.V.:	Deutscher Bundesverband für Logopädie e.V.
DKG	Deutsche Krankenhausgesellschaft
G-BA:	Gemeinsamer Bundesausschuss
GKV:	Gesetzliche Krankenversicherung
GKV-HIS:	GKV-Heilmittelinformationssystem
GKV-Spitzenverband:	Gemeinsamer Spitzenverband der gesetzlichen Krankenkassen
HeilM-RL :	Heilmittelrichtlinie
IKM:	Institut für Komplementäre Methoden
KBV:	Kassenärztliche Bundesvereinigung
KG-AT:	Krankengymnastik Atemtherapie
KG-Muko:	Krankengymnastik Mukoviszidose
MB-APrV:	Ausbildungs- und Prüfungsordnung für Masseure und klinische Bademeister
MPhG:	Masseur- und Physiotherapeutengesetz
OdA KT:	Organisation der Arbeitswelt Komplementäre Therapie
PhysTh-APrV:	Ausbildungs- und Prüfungsordnung für Physiotherapeuten
SGB V:	Sozialgesetzbuch Fünftes Buch
vdek e.V.:	Verband der Ersatzkassen
VerfO:	Verfahrensordnung

1. Einleitung

Staatlich geprüfte Atem-, Sprech- und Stimmlehrer/-innen[1] sind durch die gemeinsamen Zulassungsempfehlungen der gesetzlichen Krankenkassen als Heilmittelerbringer für die Stimm-, Sprech-, und Sprachtherapie zugelassen. ASSL sind dadurch dem Berufsstand der Logopäden / -innen gleich gestellt (GKV-Spitzenverband, 2012, S. 15-16; G-BA, 2011, S. 22-26; G-BA, 2013, S. 4-13). Historisch gewachsen ist der Beruf der ASSL jedoch auf der Grundlage des ganzheitlichen Konzeptes nach Schlaffhorst -Andersen, in dessen Fokus die Wiederherstellung eines physiologischen Atemrhythmus und die Wechselwirkungen zwischen Atem-, Körper-, Bewegungs- und Stimmfunktionen stehen (Noodt, 1994, S. 18-26; Lang et al., 2010, S. 17, 23-24). Auch in der heutigen Berufsbezeichnung *Atem-, Sprech- und Stimmlehrer / -in* spiegelt sich die Bedeutung der Atmung als zentralem Ausgangspunkt wieder. Bisher werden ASSL als Heilmittelerbringer jedoch von der Gesetzgebung lediglich Kompetenzen zur Behandlung von Stimm-, Sprech- und Sprachstörungen eingeräumt (G-BA, 2011, S. 22-23). In diesem Rahmen können ASSL Maßnahmen zur Regulation der Atmung durchführen, während die Anwendung rein atemtherapeutischer Maßnahmen verwehrt bleibt (ebd.). Dietrich (2011) konnte jedoch aufzeigen, dass sich die Curricula von ASSL und Physiotherapeuten /-innen, die aktuell als einzige Heilmittelerbringer für Atemtherapie zugelassen sind (G-BA, 2011, S. 16-17; IntelliMed GmbH, 2014), hinsichtlich der Atemtherapie von chronisch obstruktiven Lungenerkrankungen kaum unterscheiden.

Ziel dieser Bachelor-Arbeit ist es, durch Literaturrecherche unter Einbezug bestehender Gesetzestexte und durch Stellungnahmen relevanter Interessenvertretungen herauszustellen, welche Möglichkeiten und Grenzen derzeitig für ASSL als Heilmittelerbringer im Handlungsfeld *Atemtherapie* bestehen. Dazu wird zunächst *Atemtherapie* als Heilmittel der physikalischen Therapie bestimmt sowie die rechtlichen Vorgaben seitens der Gesetzgebung und der Krankenkassen zur Ausübung von Atemtherapie betrachtet. Hierfür werden auch die Zulassungsbedingungen der bisher für Atemtherapie zugelassenen Heilmittelerbringer und die Zulassung von ASSL für die Heilmittel der Stimm-,

[1] Nachfolgend für beide Geschlechter abgekürzt durch: *ASSL.*

Sprech- und Sprachtherapie herangezogen. Um die Möglichkeiten des Konzeptes Schlaffhorst-Andersen für die Atemtherapie darstellen zu können, wird das Konzept in den Kontext atemtherapeutischer Verfahren der *Arbeits- und Forschungsgemeinschaft für Atempädagogik und Atemtherapie* eingeordnet und die spezifischen Methoden des Konzeptes dargestellt. Auf Grundlage der Zulassungsbedingungen und der Kompetenzen von ASSL und Physiotherapeuten/-innen und durch Einbezug der eingeholten Stellungnahmen sollen dann Möglichkeiten und Grenzen von ASSL im Handlungsfeld Atemtherapie erörtert werden. Abschließend werden die gewonnen Erkenntnisse zusammengefasst und ein Ausblick auf weitere Entwicklungen gegeben.

2. Atemtherapie als Heilmittel

2.1.1 Begriffsbestimmung Atemtherapie

Der Begriff *Atemtherapie* setzt sich als Kompositum aus den Begriffen *Atem* und *Therapie*[2] zusammen und kann im heutigen Verständnis als eine Dienstleistung oder Heilbehandlung zu Gunsten des Atems verstanden werden. Die Bezeichnung wird im medizinischen und therapeutischen Sprachgebrauch für mehrere unterschiedliche Behandlungsschwerpunkte des menschlichen Atmungssystems verwendet. *Atemtherapie* definiert als ein solches Handlungsfeld[3] findet sich als Bestandteil der medizinischen und therapeutischen Versorgung sowohl in der physikalischen Physiotherapie (Gestel et al., 2014), in der humanen Intensivmedizin mithilfe von apparativen, physikalischen und pharmakologischen Methoden (Larsen, 2012, S. 673-754) als auch in der Schmerz- und körperorientierten Psychotherapie wieder (Likar, 2009, S. 437; Müller-Braunschweig et al., 2010, S. 157-194).

Eine eindeutige Zuordnung des Handlungsfeldes *Atemtherapie* zu nur einer Disziplin des Gesundheitswesens ist schwer möglich, da die verschiedenen Bereiche zum Teil aneinander anknüpfen oder sich überschneiden. Bereits Mang (1992, S. V, S. 1) sieht die *Atemtherapie* als „ ... Gegenstand verschiedener Berufe ... “, weshalb diese „ ... hinsichtlich ihres Inhaltes und Umfanges

[2] Von *therapeúein* (griechisch): *dienen* (vgl. Duden online, 2013b).
[3] Def. *Handlungsfeld*: Bereich des Handelns oder der Aktivität (Duden online, 2013a).

unterschiedlich definiert ... “ werden müsse. Allen Bereichen gemein sei jedoch, dass es sich um Behandlungsverfahren handele, „ … die der Prophylaxe, Therapie und Rehabilitation … “ von Erkrankungen des Atmungssystems (vgl. Göhring, 2001, S. V ff., XI; vgl. AG Atemtherapie, 2009) oder Verletzungsfolgen dienten. Wesentliche Teilaspekte seien dabei „ … Atemgymnastik, Thoraxphysiotherapie und Atemschulung … “ praktiziert von Gymnastiklehrern, Krankengymnasten und Atemtherapeuten (ebd.). Zudem besteht bisher nach der Ansicht des Mediziners Edel (et al., 1993, S. 17-18) keine feststehende Definition für den Begriff *Atemtherapie*, sondern es gäbe viele gleichwertige Begriffe wie *krankengymnastische Atemtherapie*, *Atemphysiotherapie*, *Atemgymnastik* und *Atemschulung*. Edel versucht in seinem Werk bereits einen Überblick über mögliche Aspekte der *Atemtherapie* im weiteren Sinne zu geben und bezieht dazu krankengymnastische, kinesiologische Maßnahmen der Physiotherapie sowie Pharmakotherapie, Diätetik und Psychotherapie mit ein. Im engeren Sinne sieht er Atemtherapie aber als *Krankengymnastische Atemtherapie*, die immer in Kombination mit anderen Verfahren und physikalischen Maßnahmen praktiziert wird (ebd.).

Es wird deutlich, dass sich viele Disziplinen des Gesundheitswesens auf die Ausübung von Atemtherapie berufen und alle auf gleichwertige Art und Weise für bestimmte Teilbereiche in der medizinischen und therapeutischen Atemtherapie ihren Beitrag leisten. Da in dieser Arbeit die physiotherapeutische Atemtherapie als zugelassenes Heilmittel dem Konzept der ASSL gegenübergestellt werden soll, wird diese im Folgenden nochmals als Heilmittel innerhalb der Physiotherapie genauer betrachtet und definiert.

2.1.2 Atemtherapie in der Physiotherapie

Atemtherapie wird im heutigen Gesundheitssystem hauptsächlich als Teil der Krankengymnastik angesehen und ist somit auch Teil der Physikalischen Therapie (Gutenbrunner et al., 2004, S. 2). Diese umfasst Maßnahmen, die aufgrund naturwissenschaftlicher Gesetzmäßigkeiten mechanisch, thermisch, elektrisch oder chemisch auf den Körper einwirken und vom Körper *reaktiv-funktionell beantwortet* werden. Diese Funktionsweisen werden in der physika-

lischen Therapie zur positiven Beeinflussung körperlicher Funktionsstörungen genutzt (Dölken et al., 2007, S. 5; vgl. G-BA, 2011, S. 14). Im Falle der physiotherapeutischen Atemtherapie werden also äußere manuelle oder technische Behandlungen durchgeführt, um die physiologische Atemfunktion zu stimulieren. Dies kann durch physiotherapeutische Techniken passiv am Patienten, selbstständig durchgeführt vom Patienten oder auch mit apparativen Hilfen erfolgen (Ehrenberg et al., 1998, S. 174). So bestimmen Gutenbrunner et al. (2004, S. 190; vgl. Edel et. al 1984; vgl. Ehrenberg, 1998) in ihrem Werk zu *Krankengymnastische[n] Methoden und Konzepte[n]* den Begriff *Atemtherapie* als Zusammenfassung physikalischer Maßnahmen, mit der „ ... eine beeinträchtigte Atmung gebessert oder normalisiert werden soll ... “. Der Begriff *Atemphysiotherapie* beinhaltet dazu folgende mechanische Maßnahmen (Gestel et al., 2014, S. 9):

1. Verbesserung des Atemmusters
2. Sekretförderung
3. Atemmuskeltraining
4. Thoraxmobilisation
5. Pulmonale Rehabilitation:
   - Training der peripheren Muskeln und
   - kardiopulmonales Ausdauerkapazitätstraining

Als Ziele dieser Maßnahmen werden in den Empfehlungen der deutschen Atemwegsliga die „ ... Erhaltung, Verbesserung und die Wiederherstellung einer bestmöglichen Atemfunktion ... “ genannt (Weise et al., 2008, S. 1). Dazu gehören auch die „ ... Koordinierung, Optimierung und Ökonomisierung der Bewegungsabläufe ... “ der Atmung (Gestel et al., 2014, S. 254). Dabei würden sich die atemtherapeutischen Behandlungen auf anatomisch-physiologische sowie pathophysiologische Erkenntnisse stützen (AG Atemtherapie, 2009). So ist die *Atemphysiotherapie* auch als ein Teilbereich der Heilmittel der physikalischen Therapie innerhalb des Heilmittelkatalogs zur Heilmittelverordnung im Gesundheitssystem zugelassen (vgl. IntelliMed GmbH, 2014).

Trotz der Versuche einer Eingrenzung einer rein physiotherapeutischen Atemtherapie zählen Gutenbrunner et al. (2004, S. 190) „ ... heute z.T. aber auch körperpsychotherapeutische Verfahren ... , die primär mit der Atmung arbeiten (u.a. Middendorf 1984) … “ zur Atemtherapie. Göhring (2001, S. Vff.,

XI), als Vertreterin der Physiotherapie, versucht sich an einer begrifflichen Trennung zwischen der *physiotherapeutischen Atemtherapie* und dieser *körperpsychotherapeutischen Atemtherapie*. Die physiotherapeutische Therapie sei eine *Therapie der Atmung* mit Techniken, die die Atemwege und die Atemform bewusst und unbewusst beeinflusse (ebd., S. VII). Die *körperpsychotherapeutische Therapie mit dem Atem* umfasst für Göhring hingegen u.a. folgende Methoden in Überschneidung mit „ ... Maßnahmen zur Entspannung, Schulung der Körperwahrnehmung, psychotherapeutischen sowie stimm- und sprachtherapeutischen Verfahren ... “ (ebd., S. 5):

- Schlaffhorst-Andersen-Konzept
- Erfahrbarer Atem nach Middendorf
- Reflektorische Atemtherapie
- Einsatz des Atems in der Geburtsvorbereitung
- Entspannungsverfahren als Ergänzung zur Atemtherapie (ebd., S. 129).

Insgesamt lässt sich sagen, dass es auch für die *Atemphysiotherapie* mit ihren Indikationen und Behandlungsmaßnahmen noch keine abgeschlossene Terminierung gibt. Erste Versuche dazu gab es durch die *Empfehlungen zur physiotherapeutischen Atemtherapie* (Weise et al., 2008) des Deutschen Verbandes für Physiotherapie, dem Zentralverband der Physiotherapeuten und Krankengymnasten e. V. (ZVK). In diesen wird bemängelt, dass bisher kaum allgemeine physiotherapeutische Standards vorhanden sind, es seitens des Gesundheitswesens für den Bereich der Atemwegserkrankungen wenig Beachtung und es in den Heilmittelrichtlinien bisher nur drei Positionen für Atemtherapie gäbe (ebd., S. V). Innerhalb der Empfehlungen werden daher detailliertere Darstellungen zu „ ... Indikationen, therapeutischen Zielen, entsprechenden Techniken und Maßnahmen sowie deren wahrscheinlichen Wirkungsmechanismen … “ erstellt (ebd., S. VI).

2.2 Heilmittel und Heilmittelerbringer im deutschen Gesundheitssystem

Das deutsche Gesundheitssystem und seine Gesetzgebung werden auf Bundesebene durch das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) verwaltet. Im Rahmen der sogenannten *Selbstverwaltung* sind die verschiedenen Akteure

des Gesundheitssystems direkt an der Erarbeitung von Richtlinien für die Umsetzung der gesetzlichen Vorgaben im Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) beteiligt. Dieser setzt sich aus Vertretern des gemeinsamen Spitzenverbandes der Krankenkassen (GKV-Spitzenverband), der deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) sowie der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zusammen (KBV) und ist der Weisungsbefugnis des Gesundheitsministeriums untergeordnet (BMG, 2014; vgl. § 91 SGB V; vgl. G-BA, 2014).). Die Richtlinien und Beschlüsse, die der G-BA erlässt, dienen der einheitlichen Versorgung und sind für Krankenkassen, Leistungserbringer und die Versicherten innerhalb der deutschen Krankenversicherung verpflichtend (§§ 91 Abs. 6 u. 92 SGB V)

Die gesundheitliche Versorgung ist gesetzlich durch das Fünfte Buch des Sozialgesetzbuches (SGB V)[4] geregelt, dabei insbesondere in Kapitel vier des SGB V die *Beziehungen der Krankenkassen zu den Leistungserbringern*. Als Leistungserbringer sind hierbei zunächst alle Ärzte oder Therapeuten sowie andere Kooperationspartner des Gesundheitswesens zu sehen, die zusammen mit den Krankenkassen die gesundheitliche Versorgung übernehmen (G-BA, o.J.; vgl. § 69 SGB V). Im fünften Abschnitt des vierten Kapitels sind dann nochmals genauer die *Beziehungen der Krankenkassen zu den Leistungserbringern von Heilmitteln* bestimmt. Der § 124 regelt dabei die *Zulassung von Heilmittelerbringern* und § 125 zusätzliche *Rahmenempfehlungen und Verträge*.

2.2.1 Heilmittel: Definition und Bestimmungen

Laut § 2 der Heilmittelrichtlinie zur Verordnung von Heilmitteln (HeilM-RL)[5] des G-BA sind Heilmittel verbunden mit der vertragsärztlichen Versorgung „ ... persönlich zu erbringende Leistungen ... “ und Maßnahmen der podologischen und physikalischen Therapie, der Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie sowie

[4] *Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V) – Gesetzliche Krankenversicherung*: vom 20.12.1988 (BGBl. I S. 2477), zuletzt geändert am 15.04.2015 (BGBl. I S. 583).
[5] *Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Verordnung von Heilmitteln in der vertragsärztlichen Versorgung (HeilM-RL):* vom 20.01./ 19.01.2011(BAnz. Nr. 96 S. 2247).

der Ergotherapie. Das Sozialrecht der gesetzlichen Krankenversicherung schreibt dabei den Versicherten in § 32 das Recht auf die Inanspruchnahme dieser Heilmittel zu (SGB V).

In § 3 der HeilM-RL wird genauer bestimmt, welche Voraussetzungen für die Verordnung eines Heilmittels durch einen Arzt und für die Übernahme der Kosten durch die gesetzliche Krankenversicherung bestehen. Zum einen ist der/die leistungserbringende Therapeut /-in des Heilmittels u.a. an die ärztliche Verordnung gebunden (§ 3 Abs. 1). Außerdem kann ein Heilmittel nur eingesetzt werden, um bereits bestehenden Krankheiten, einer geschwächten Gesundheit, einer gefährdeten kindlichen Entwicklung oder einer Pflegebedürftigkeit entgegenzuwirken. Allgemeine präventive Maßnahmen zur Gesundheitsförderung fallen nicht darunter (ebd., § 3 Abs. 2). Des Weiteren sind Indikationen und sich daraus ergebende Arten und Mengen der Heilmittel im sogenannten *Heilmittelkatalog* festgelegt, nach denen sich Ärzteschaft und Therapeuten/-innen zu richten haben (ebd., § 4). Für die Entscheidung über die Notwendigkeit einer Heilmittelverordnung sollen zudem in Ergänzung zur reinen Diagnose im Sinne des ICF-Modells die Einflussfaktoren von Gesundheit miteinbezogen werden (ebd., § 3 Abs. 5; vgl. DIMDI, 2014).

Nach § 4 listet der zur HeilM-RL gehörende Heilmittelkatalog alle zu verordnenden Heilmittel nach Indikationen. Eine Ergänzung der Heilmittel ist aufgrund neuer Erkenntnisse und nach Überprüfung des G-BA möglich, wenn der therapeutische Nutzen gewährleistet ist (ebd., § 4 Abs. 1, 4). Die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte dürfen demzufolge neue Heilmittel nur verordnen, wenn der G-BA zuvor ihren therapeutischen Nutzen anerkannt und in den Richtlinien nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 Empfehlungen für die Sicherung der Qualität bei der Leistungserbringung abgegeben hat (§ 138 SGB V). In § 5 werden *nichtverordnungsfähige Heilmittel* wie folgt charakterisiert:

- … Maßnahmen, deren therapeutischer Nutzen nach Maßgabe der Verf[ahrens]O[rdnung] nicht nachgewiesen ist,
- Indikationen, bei denen der Einsatz von Maßnahmen, deren therapeutischer Nutzen nachgewiesen ist, nicht anerkannt ist und
- Maßnahmen, die der persönlichen Lebensführung zuzuordnen sind ... .

In der Anlage zur Heilmittelrichtlinie ist aufgrund dessen u.a. die *Atemtherapie nach Middendorf* als nicht verordnungsfähig gelistet, da der therapeutische Nutzen nach den Maßstäben der benannten Verfahrensordnung bisher nicht nachgewiesen ist (ebd., S. 30).

2.2.2 Heilmittelrichtlinien und Rahmenverträge

In § 92 des SGB V ist festgeschrieben, dass der G-BA für die Gewährleistung einer „ ... ausreichende[n], zweckmäßige[n] und wirtschaftliche[n] Versorgung ... " der Krankenversicherten u.a. auch die Richtlinien zur Verordnung von Heilmitteln erlässt (§ 92 Absatz 1 Satz 1, Satz 2 Nr. 6)[6]. Die Verordnung von Leistungen kann der G-BA begrenzen oder auch ausschließen, wenn diese nach aktuellem Forschungsstand keinen diagnostischen oder therapeutischen Nutzen aufweisen oder die Notwendigkeit und die Wirtschaftlichkeit der Behandlung nicht gegeben sind. Innerhalb der Richtlinien sollen u.a. der *Katalog verordnungsfähiger Heilmittel* und die *Zuordnung der Heilmittel zu Indikationen* geregelt werden (§ 92 Abs. 6).

Bei Entscheidungen des G-BA über die Heilmittelrichtlinien (HeilM-RL) steht neben dem GKV-Spitzenverband auch den Bundesverbänden der Leistungserbringer das Recht zu, Stellungnahmen abzugeben, die vom G-BA zu berücksichtigen sind (§ 92 Abs. 6, vgl. § 125 Abs. 1 Satz 1; vgl. Brink, 2004, S. 110-118). In § 125 Abs. 1 ist zudem geregelt, dass es zusätzlich zu den Richtlinien des G-BA auch gemeinsame Rahmenempfehlungen des GKV-Spitzenverbandes und der Bundesverbände der Heilmittelerbringer zur „ … einheitlichen Versorgung mit Heilmitteln …" geben soll. Dies könnten u.a. auch Rahmenempfehlungen des GKV-Spitzenverbandes mit den jeweiligen Spitzenverbänden des jeweiligen Heilmittelbereiches sein. Vor Abschluss der Rahmenempfehlungen ist der Kassenärztlichen Bundesvereinigung Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben, welche ebenfalls miteinzubeziehen ist. Zu regelnde Inhalte der Rahmenempfehlungen sind:

1. Inhalt der einzelnen Heilmittel einschließlich Umfang und Häufigkeit ihrer Anwendungen im Regelfall sowie deren Regelbehandlungszeit,

[6]: Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V) – Gesetzliche Krankenversicherung: vom 20.12.1988 (BGBl. I S. 2477), zuletzt geändert am 15.04.2015 (BGBl. I S. 583).

2. Maßnahmen zur Fortbildung und Qualitätssicherung, die die Qualität der Behandlung, der Versorgungsabläufe und der Behandlungsergebnisse umfassen,
3. Inhalt und Umfang der Zusammenarbeit des Heilmittelerbringers mit dem verordnenden Vertragsarzt,
4. Maßnahmen der Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung und deren Prüfung und
5. Vorgaben für Vergütungsstrukturen. (§ 125 Abs. 1 SGB V)

Außerdem bestimmen Krankenkassen und die Landesvertretungen der Leistungserbringer Einzelheiten der Heilmittelversorgung, die Preise und deren Abrechnung sowie die Fortbildungsplicht durch gemeinsame Rahmenverträge (§ 125 Abs. 2).

2.2.3 Bestimmungen der Heilmittelrichtlinie zur Atemphysiotherapie

Nach § 7 der HeilM-RL wird die physikalische Therapie und damit auch Atemtherapie im Regelfall als *vorrangiges*, *optionales* und *ergänzendes* Heilmittel oder auch als *standardisierte Heilmittelkombination* verordnet. In den §§ 18 bis 25 werden im Einzelnen die Maßnahmen der physikalischen Therapie aufgelistet. Anhand der dortigen Beschreibungen wird die *physiotherapeutische Atemtherapie* als Heilmittel v.a. im Rahmen der *Bewegungstherapie* „… zur Funktionsverbesserung … der Atmung … „ (§ 19 Abs. 1 u. 3 Nr.1a) und als Teil der *Krankengymnastik* „ ... zur Beeinflussung der Atemmechanik und der Atmungsregulation ... “ (KG-AT) sowie „ ... zur Bewegungs- und Haltungsschulung ... “ bei schweren Atemwegserkrankungen wie Mukoviszidose (KG-Muko) eingesetzt (§ 19 Abs. 3 a) u. c) HeilM-RL). Weitere direkte Bezüge für Atemtherapie werden nicht benannt. Nur die Inhalationstherapie kann aufgrund des offenkundigen Zusammenhangs zunächst als weiteres Heilmittel für die Atemtherapie gewertet werden (G-BA, 2011, S. 16-18; vgl. vdek e.V., 2006, S. 29).

Im Heilmittelkatalog werden im Bereich der physikalischen Therapie die Indikationen AT1 bis AT3 gelistet, die die einzelnen Heilmittel der Atemphysiotherapie der Behandlung funktioneller und struktureller Schädigungen des Atmungssystems zu ordnen und Beispiele für spezifische Atemwegserkrankungen geben (IntelliMed GmbH, 2014):

AT1: Störungen der Atmung mit prognostisch kurzzeitigem Behandlungsbedarf
AT2: Störungen der Atmung mit prognostisch länger dauerndem Behandlungsbedarf
AT3: Störungen der Atmung bei Mukoviszidose

Die Heilmittel der Gruppe AT1 sind zur Behandlung von Atemnot, Auswurf, Husten und spastischen Atemwegsstörungen durch Pneumonie, Asthma bronchiale, Lungenfibrose oder nach einer Thoraxoperation zu verordnen. Neben den in den HeilM-RL zunächst augenscheinlichen Heilmitteln der Krankengymnastik und Inhalationstherapie sind im Heilmittelkatalog auch Maßnahmen der Wärmetherapie sowie der Massagetherapie (Klassische Massage und Bindegewebsmassage) zu verordnende Heilmittel (ebd.).

Die Indikation AT2 beinhaltet Erkrankungen des zentralen Nervensystems sowie des Rückenmarks und chronische Atemwegserkrankungen wie z.B. eine chronische Bronchitis. AT2 sowie auch AT3, verordnet bei schwerwiegenden Lungenerkrankungen wie der Mukoviszidose, sind mit denselben Symptomen, Zielen und Heilmitteln, wohl aber bei unterschiedlicher Intensität der Symptome, wie AT1 gelistet. Eine genauere Differenzierung zwischen den drei Indikationsgruppen der Atemtherapie wird im Heilmittelkatalog nicht vorgenommen (ebd.). Zusammenfassend sind Verordnungsfähige Heilmittel der Atemtherapie nach HeilM-RL und Heilmittelkatalog also:

- Klassische Massagetherapie, u. Bindegewebsmassage (§ 18 Abs. 2 Nr. 1-2)
- Krankengymnastik: KG u. KG-AT, KG-Muko (§ 19 Abs. 3 Nr. 3 a) u. c))
- Inhalationstherapie (§ 23)
- Wärmetherapie (§ 24 Abs. 1, Abs. 2 Nr. 2-6, Abs. 3)

Nicht im Heilmittekatalog aufgeführt, dennoch in den HeilM-RL zur Beeinflussung der Atmung angedacht ist die *Bewegungstherapie* (§ 19 Abs. 1 u. 3 Nr.1a). Es wird deutlich, dass der Einbezug der HeilM-RL allein nicht ausreicht, um die Maßnahmen der *Atemphysiotherapie* herauszustellen und dass HeilM-RL und Heilmittekatalog keine differenzierte Betrachtung der Heilmittelverwendung zulässt. Zumeist sind die benannten Heilmittel auch für andere Therapiebereiche einsetzbar (vgl. IntelliMed GmbH, 2014).

Im Gegensatz zum Heilmittelkatalog werden in den *Empfehlungen zur physiotherapeutischen Atemtherapie* (Weise et al., 2008, S. 4-25) nicht nur drei son-

dern elf Hauptindikationen, die teilweise noch ausdifferenziert werden, unabhängig von spezifischen Erkrankungen aufgezählt:

1. Sekretretention
2. Schleimhautödem
3. Spasmus der Bronchialmuskulatur
4. paradoxe Stimmbandbewegung mit Spasmus
5. Tetanie durch willkürliche Hyperventilation
6. Tracheobronchiale Instabilität
7. Husten
8. Minderbelüftung d. Lunge
9. Beatmungslunge
10. Elastizitätsverlust und Überblähung der Lunge
11. restriktive Ventilationsstörungen

Außerdem werden von Weise et al. (ebd., S. 26f.) vier weitere Problemindikationen, die als Begleiterscheinungen von Atemwegserkrankungen auftreten können, aufgezählt:

A.1 Minderung von Kraft und Ausdauer der Skelett-muskulatur der Extremitäten

A.2 Erhöhte Infektanfälligkeit bei gestörter mukociliärer Clearance

A.3 Gastroösophagealer Reflux

A.4 Stressinkontinenz beim Husten und Niesen

Diese viel umfangreichere und genauere Betrachtung der Symptome weist darauf hin, dass die physiotherapeutische Atemtherapie bereits eine differenziertere Sichtweise auf die Teilsymptome einer Atemwegserkrankung besitzt. Hier stellt sich die Frage, ob nicht eine tiefergehende Betrachtung der aktuellen atemtherapeutischen Sachverhalte seitens G-BA und eine Überarbeitung der Heilmittelrichtlinien für diesen Bereich nötig wären.

2.3.1 Zulassung aktueller Heilmittelerbringer

In Kapitel vier des SGB V[7], *Beziehungen der Krankenkassen zu den Leistungserbringern*, sind die Heilmittelerbringer als Leistungserbringer des deutschen Gesundheitswesens eingeordnet. Genauer werden die *Beziehungen zu Leistungserbringern von Heilmitteln* in Abschnitt fünf geregelt (vgl. Brink, 2004, S. 29). In § 124 sind *Bestimmungen über die Zulassung* und in § 125 *Bestimmungen über Rahmenempfehlungen* und Verträge zu finden. Die Abgabe von Heilmitteln als Heilmittelerbringer ist demnach an bestimmte Voraussetzungen

[7] Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V) – Gesetzliche Krankenversicherung: vom 20.12.1988 (BGBl. I S. 2477), zuletzt geändert am 15.04.2015 (BGBl. I S. 583).

geknüpft und erfolgt nur als zugelassener Heilmittelerbringer nach § 124 (ebd., S. 32-35; vgl. § 124 Abs. 1 SGB V), bei dem folgende persönliche und sachliche Normen erfüllt sein müssen (§ 124 Abs. 2 SGB V): Qualifizierende Ausbildung und Führung der Berufsbezeichnung, nötige Praxisausstattung zur Gewährleistung „ ... zweckmäßige[r] und wirtschaftliche[r] Leistungserbringung … “ sowie die Anerkennung der geltenden Vereinbarungen. Ein Heilmittelerbringer kann für einen weiteren Heilmittelbereich zugelassen werden, wenn seine Praxis über die nötige Praxisausstattung verfügt, die geltenden Vereinbarungen einhält und über einen Mitarbeiter verfügt, der eine entsprechend qualifizierende Ausbildung verfügt (ebd.).
Die Zulassung zur Abgabe von Dienstleistungen als Heilmittelerbringer wird von den jeweiligen Landesverbänden der Kranken- und Ersatzkassen vergeben (§ 124 Abs. 5). Zudem erarbeitet der GKV-Spitzenverband Empfehlungen zur „ ... einheitliche[n] Anwendung der Zulassungsbedingungen ... “ nach Abs. 2. Die Berufsverbände der Heilmittelerbringer erhalten dabei ein Anhörungsrecht (§ 124 Abs. 4).

Zulassungsfähige Heilmittelerbringer der physikalischen Therapie und damit auch atemtherapeutischer Maßnahmen nach den HeilM-RL, den Zulassungsbestimmungen des § 124 SGB und den Empfehlungen des GKV-Spitzenverbandes sind folgende anerkannte Berufsgruppen (GKV-Spitzenverband, 2012, S. 7, 11):

- … Masseure und medizinische Bademeister …
- … Physiotherapeuten / Krankengymnasten … (ebd.)

Zu den Berufsgruppen, die bisher eindeutig nicht als zulassungsfähige Heilmittelerbringer eingestuft werden, gehören u.a. auch Heilpraktiker (ebd.).
Die Anerkennung und Erlaubnis zur Führung der Berufsbezeichnungen *Masseur/-in und medizinische/r Bademeister/-in oder Physiotherapeut /-in* ist im *Gesetz über die Berufe in der Physiotherapie*[8] geregelt. Um diese Berufstitel führen zu dürfen, muss sowohl eine „ ... vorgeschriebene Ausbildung ... “ als

[8]*Masseur- und Physiotherapeutengesetz (MPhG):* vom 26. Mai 1994 (BGBl. I S. 1084), zuletzt geändert durch Art. 45 des G. vom 6. Dezember 2011 (BGBl. I S. 2515).

auch die Abschlussprüfung erfolgreich absolviert worden sein (§ 1 Abs. 1, Abs. 2 Nr. 1).

Masseure/-innen und medizinische Bademeister/-innen werden in einer zweijährigen Ausbildungszeit in theoretischem und fachpraktischem Unterricht für eine fachgemäße Ausübung physikalischer Therapieansätze ausgebildet. Nach der Prüfung an einer staatlich anerkannten Schule und erfolgreichem Abschluss folgt eine halbjährige Praktikumszeit (§ 3-4 MPhG).

Physiotherapeuten /-innen hingegen werden in der Regel in einer dreijährigen Ausbildungszeit in theoretischem und praktischem Unterricht sowie direkter praktischer Tätigkeit innerhalb der Ausbildung auf ihren Beruf vorbereitet. Abweichend von der Ausbildung zum / zur Masseur / -in kann die Ausbildung der Physiotherapeuten im Rahmen eines Modellvorhabens zur Weiterentwicklung des Berufes auch an einer Hochschule erfolgen (§ 9 MPhG; vgl. PhysTh-APrV[9]; 2013, S. 1).

In § 13 des *MPhG* ist des Weiteren geregelt, dass Mindestanforderungen an die Rahmenbedingungen und Inhalte der Ausbildung von Masseuren / -innen und Physiotherapeuten/-innen durch das Bundesministerium für Gesundheit in der jeweiligen *Ausbildungs- und Prüfungsordnung* zu bestimmen sind (§ 9 MPhG). In diesen Berufsordnungen sind im Einzelnen allgemeine Bestimmungen zur Ausbildung wie Prüfungsvorgaben, -bestandteile und abläufe sowie die zeitliche Stundengewichtung der Ausbildungsinhalte festgehalten (vgl. PhysTh-APrV, 2013, vgl. MB-APrV[10], 2013).

Abschließend lässt sich also sagen, dass im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung für den Heilmittelbereich der atemtherapeutischen Maßnahmen bisher nur *Physiotherapeuten /-innen* und *Masseure / innen* zulassungsfähige Heilmittelerbringer sind.

[9] *Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Physiotherapeuten (PhysTh-APrV*): vom 6.12.1994 (BGBl. I S. 3786), zuletzt geändert durch Art. 13 d. V. vom 2.8.2013 (BGBl. I S. 3005).

[10] *Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Masseure und medizinische Bademeister (MB-APrV):* vom 6.12.1994 (BGBl. I S. 3770), zuletzt geändert durch Art. 12 d. V. vom 2.8. 2013 (BGBl. I S. 3005)

2.3.2 Empfehlungen zur Atemphysiotherapie

Gillisen et al. (2014, S. 148) verweisen im *Weißbuch Lunge 2014* als Ergänzung zur ärztlichen Behandlung von Atemwegserkrankungen einerseits auf den *Lungensport*, der neben Inhalten zum Aufbau von Kraft, Koordination, Ausdauer und Mobilität auch Atemtherapie enthält (AG Lungensport in Deutschland e.V., o.J.), auch auf die *Atemphysiotherapie*. Auch in den vorhandenen nationalen und internationalen Leitlinien zur Behandlung von Atemwegserkrankungen, die v.a. für chronisch obstruktive Lungenerkrankungen bestehen, werden die *Atemphysiotherapie* oder allgemein physiotherapeutische Maßnahmen empfohlen (BÄK et al., 2012, S. 20; BÄK et al., 2013, S. 46, 132f.; Fischer et al., 2007, S. 236, 239, 241-245; vgl. Kardos et al., 2010, S. 359-361; Vogelmeier et al., 2007, S. e19f.; vgl. McCool et al., 2006, S. 252S; vgl. Bott et al., 2009). Auch wenn die physiotherapeutische Atemtherapie in diesen Leitlinien im allgemeinen für sinnvoll erachtet wird, erfolgt jedoch auch meist ein Hinweis auf fehlende Evidenzen oder minderwertigen Evidenzstufen der Therapie (vgl. McCool et al., 2006, S. 252S; Vogelmeier et al., 2007, S. e19f.).

2.3.3 Erbrachte Heilmittel

Im Jahr 2013 beliefen sich mit einem Anteil von 2,6 % der Gesamtausgaben die Heilmittelausgaben auf ca. 5,36 Milliarden Euro und sind dabei sogar seit 2007 von 3,91 Milliarden Euro angestiegen (WIdO, 2014, S. 5 zit. n. BMG, o.J., zit. n. GKV-HIS; vgl. Sauer et al., 2014, S. 17). 72,1 % der Heilmittelausgaben mit einem Umsatz von 3,86 Milliarden Euro und 85,1 % aller Verordnungen gehen davon auf die Physiotherapie zurück (ebd., S. 7-8, 10). Die Sprachtherapie nimmt im Vergleich nur 10,9 % der Heilmittelausgaben ein (WIdO, 2014, S. 30). Laut Heilmittelbericht sind die Hauptindikationen der Physiotherapie *Erkrankungen der Wirbelsäule* (42,7%), *des Beckens und der Extremitäten* (35,9 %) sowie des *zentralen Nervensystems* (13 %) (ebd., S. 41). Da die Indikationen der Atemtherapie keine direkte Erwähnung finden, muss die tatsächliche Verordnungsmenge verhältnismäßig so gering sein, dass diese im Bereich der *weitere Indikationen* mit 8,4 % liegt (ebd., S. 42). Unter den am häufigsten verordneten Heilmitteln werden u.a. die allgemeine Krankengymnastik

(46 %) und die Wärmetherapie (14 %) aufgeführt (ebd., S. 40), die u.a. auch für die Therapie von Atemwegserkrankungen eingesetzt werden können (vgl. 2.3.3). Die prozentualen Anteile des Heilmittels *Krankengymnastik-Atemtherapie (KG-AT)*, das am ehesten auf die Behandlung von Atemwegerkrankungen hinweisen könnte, sind nicht angegeben, sodass es in der Aufschlüsselung der Heilmittel im Bereich *Weitere* mit 5,3 % liegen muss (ebd., S. 40; vgl. Sauer et al., 2014, S.71-73). Anhand dieser Betrachtungen ist anzunehmen, dass die Indikationen AT1 bis AT3 der *Atemphysiotherapie* bisher nur verhältnismäßig wenig verordnet werden und dass auch die Heilmittel *KG-AT* oder *KG-Muko* nur einen sehr geringen Anteil der physiotherapeutischen Heilmittel einnehmen. In wieweit andere Heilmittel im Rahmen der Atemtherapie zum Einsatz kommen, ist den Darstellungen des Heilmittelberichts leider nicht zu entnehmen (vgl. WIdO, 2014; Sauer et al., 2014).

3. Atem-, Sprech- und Stimmlehrer /-innen als Heilmittelerbringer

3.1 Zulassung von Atem-, Sprech- und Stimmlehrer / -innen

Staatlich geprüfte Atem-, Sprech- und Stimmlehrer/-innen sind zusammen mit den Logopäden/-innen, staatlich anerkannten Sprachtherapeuten, medizinischen Sprachheilpädagogen und Diplom-Sprechwissenschaftlern durch die gemeinsamen *Zulassungsempfehlungen der gesetzlichen Krankenkassen* für die Therapie von Stimm-, Sprech- und Sprachstörungen zugelassen (GKV-Spitzenverband, 2012, S. 15-16; G-BA, 2011, S. 22-26; G-BA, 2013, S. 4-13). Die dreijährige Ausbildung von ASSL ist auf gesetzlicher Ebene durch die *Verordnung über berufsbildende Schulen*[11] des Landes Niedersachsen geregelt und findet nach Anlage vier der Verordnung in einer „ ... berufsqualifizierende[n] Berufsfachschule ... “ statt. Die Ausbildung an der CJD Schule Schlaffhorst-Andersen wird mit dem Berufsabschluss *staatlich geprüfte/r Atem-, Sprech- und Stimmlehrer /-in* abgeschlossen (BbS-VO, 2014, S. 21-22, 39). In ergänzenden Bestimmungen werden zudem die Verteilungen der Lehrinhalte

[11] *Verordnung über berufsbildende Schulen (BbS-VO)*: vom 10.06.2009 (Nds. GVBl. S. 243, SVBl. S.206), zuletzt geändert durch Art. 1 der Verordnung vom 23. Juni 2014 (Nds. GVBl. S. 171, SVBl. S. 342).

in Wochenstunden angegeben[12]. Da es bundesweit nur diese eine ausbildende Schule in Bad Nenndorf (Niedersachsen) gibt, sind die niedersächsische Berufsschulverordnung sowie die Bestimmungen über die Prüfungen als einzige Gesetzestexte maßgebend für die Ausbildung (BbS-VO, 2014, S. 26, 31; vgl. (CJD Schule Schlaffhorst-Andersen o.J. b). Eine bundesweite Regelung ähnlich wie dem *MPhG* gibt es nicht.

Diese Maßnahmen der Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie „ ... dienen dazu, die Kommunikationsfähigkeit, die Stimmgebung, das Sprechen, die Sprache und den Schluckakt bei krankheitsbedingten Störungen wiederherzustellen, zu verbessern oder eine Verschlimmerung zu vermeiden ... “ (G-BA, 2011, S. 22). Zu der *Stimmtherapie* als verordnungsfähiges Heilmittel mit den vorrangigen Zielen der „ ... Wiederherstellung, Besserung und Erhaltung der stimmlichen Kommunikationsfähigkeit ... “ gehören u.a. „ ... Maßnahmen zur Regulation ... “ (ebd.) der Atmung. Auch das Heilmittel *Sprechtherapie* zur „ ... Wiederherstellung, Besserung und dem Erhalt der koordinierten motorischen und sensorischen Sprechleistung ... “ (ebd.) beinhaltet Behandlungselemente zur Beeinflussung der Atmung als Teil der sensorischen und motorischen Abläufe des Sprechens (ebd., S. 22f.).

Zu den fünfzehn verordnungsfähigen Indikationen der Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie im Heilmittelkatalog zählen Störungen der Stimme (ST1 bis ST4), Störungen der Sprache und des Sprechens (SP1 bis SP6), Störungen des Redeflusses (RE1 bis RE2), Störungen der Stimm- und Sprechfunktion (SF) sowie Störungen des Schluckaktes (SC1 bis SC2). Bei den folgenden dieser Indikationsschlüssel sind als verordnungsfähige Heilmittel die *Stimm- und Sprechtherapie* und damit auch atemtherapeutische Inhalte angedacht und damit als sinnvoller Teil der Therapie anerkannt (G-BA, 2011, S. 22f.; vgl. IntelliMed GmbH, 2014):

ST1 bis ST4:	Stimmtherapie
SP1, SP6:	Sprech- und Sprachtherapie, SP3: u.a. Sprechtherapie
RE1, RE2:	Sprechtherapie
SF:	u.a. Sprechtherapie
SC 1, SC2:	u.a. Stimm- und Sprechtherapie

[12] *Ergänzende Bestimmungen für das berufsbildende Schulwesen (EB-BbS):* RdErl. d. MK v. 10. Juni 2009 – 41-80006/5/1 (Nds.MBl. S. 538, SVBl. S. 238), geändert durch RdErl. vom 5. Oktober 2011 (Nds. MBl.S. 691 – SVBl. S. 428).

ASSL sind somit bei zwölf von fünfzehn Indikationen als Teil der Heilmittel *Stimm- und Sprechtherapie* bereits dazu befähigt atemtherapeutisch tätig zu werden. Im Folgenden soll jedoch aufgezeigt werden, weshalb ASSL aufgrund ihrer Berufshistorie und ihres ganzheitlichen Konzepts nicht nur Kompetenzen für das Handlungsfeld der Heilmittel Sprach-, Sprech- und Stimmtherapie aufweisen könnten, sondern insbesondere auch für das Handlungsfeld der Atemtherapie.

3.2 Das Konzept Schlaffhorst-Andersen

Staatlich geprüfte Atem-, Sprech- und Stimmlehrer therapieren nach der Methode Schlaffhorst-Andersen. Um diese besser einordnen zu können, erfolgt zunächst ein kurzer Rückblick auf die Berufshistorie und in diesem Kontext auch auf die körperpsychologische Körper- und Atemtherapie.

3.2.1 Das Konzept im Kontext körperpsychologischer Verfahren

Das Konzept Schlaffhorst-Andersen ist im Kontext der Reformbewegungen als Gegenströmung zu den gesellschaftlichen Entwicklungen der industriellen Revolution in Deutschland um 1900 entstanden. Die Lebens- und Arbeitsbedingungen dieser Zeit hatten einen starken negativen Einfluss auf die körperliche und psychologische Gesundheit, woraufhin sich immer mehr Menschen wieder nach einer natürlicheren Lebensweise sehnten. Hierbei entwickelten sich unterschiedliche Körper-, Bewegungs- und Atemschulen (Steinaecker, 2000, S. 11-13, 15-20; Steinaecker, 2010, S. 357-371; vgl. Erenz et al., 2013).

Im Sinne eines ganzheitlichen Körperverständnisses entwickelten Pionierinnen wie Clara Schlaffhorst und Hedwig Andersen, Begründerinnen des Konzepts Schlaffhorst-Andersen, Methoden zur Wiederherstellung einer physiologischen Atemfunktion (ebd., S. 358f., vgl. ((Lang und Saatweber 2010; Steinaecker 2000). Nach Steinaecker ist die Atmung „ ... die einzige Körperfunktion, die ununterbrochen unwillkürlich abläuft, aber auch willentlich gesteuert werden kann ... (Steinaecker, 2010, S. 357-371; vgl. Lang et al., 2010, S. 59f., 124-

128)“. Der Begriff *Atemtherapie* sei in der Tradition der damaligen Atem- und Körperschulen und heutiger körperpsychologischer Verfahren also nicht als physiotherapeutische Betrachtung von Krankheiten und Funktionszuständen des Atemapparates zu verstehen. Vielmehr diene der „ ... Atem mit seiner fühl- und erlebbaren Bewegung ... “ zur Wahrnehmungsschulung des eigenen Leib[13]- und Selbstverständnisses (Steinaecker, 2010, S. 357f.). Atemverfahren seien also

> ... psychophysische Methode[n], die über das subjektive Körpererleben des Patienten eine Brücke zu seinem psychischen Befinden und unbewussten Strukturen herstellt. Die Atembewegung spielt dabei als Mittler eine zentrale Rolle ... (ebd., S. 358)

Atem- und Körpermuster sind dabei als Spiegelbild der individuellen Erfahrungen und des emotionalen Zustandes, welches sich auch in Sprechen, Stimme und Verhalten zeigen kann, aufzufassen. Im Mittelpunkt der Atemverfahren stehen:

- Schulung der Achtsamkeit
- Aufmerksamkeitslenkung auf die körperlichen Empfindungen sowie
- Schulung der körperlichen Selbstwahrnehmung im Alltag. (ebd., S. 358)

Diese drei Ebenen der Wahrnehmungsschule können als grundlegende Elemente der *körperpsychologischen* Verfahren gewertet werden, die unerlässlich für das Spüren und Empfinden von Atmungsvorgängen und ihren Wechselwirkungen mit dem übrigen körperlichen und emotionalen Befinden sind. Diese Schulung der Eigenwahrnehmung verbindet das Konzept Schlaffhorst-Andersen mit den *körperpsychologischen* Atemverfahren (vgl. Kap. 3.2.3).
Nach Steinaecker (2010, S. 358f.) habe das Festhalten eigener Überlegungen zur Zeit der ersten Atem- und Körperschulen in Deutschland im Gegensatz zu heute nicht im Vordergrund der Begründerinnen gestanden, da es sich zunächst meist noch um private Wirkungskreise gehandelt habe. Hierdurch lässt sich nachvollziehen, dass eine Verbreitung der eigenen Methoden und die Arbeit an einer wissenschaftlichen Fundierung, ähnlich wie in der Medizin, somit über lange Jahre keine direkten Ziele der Atemschulen gewesen sind. So

[13] Leib: im Sinne der eigenen subjektiven Wahrnehmung. vs. Körper: Betrachtung von außen

könnte es sich auch erklären lassen, dass bisher wenige Nachweise als Fundament für die Etablierung, Anerkennung und wissenschaftliche Fundierung des Konzepts Schlaffhorst-Andersen im Allgemeinen und insbesondere für den atemtherapeutischen Nutzen zur Verfügung stehen.

3.2.2 Arbeits- u. Forschungsgemeinschaft für Atempädagogik /-therapie

Die verschiedenen Atemschulen haben sich seit der Zeit der Reformbewegung unterschiedlich und unabhängig voneinander weiterentwickelt. Trotz dessen gründete sich 1958 eine gemeinsame *Arbeits- und Forschungsgemeinschaft für Atempflege e.V.*, in der sich die verschiedenen Atemschulen zu einer Kooperationsgemeinschaft zusammengetan haben und die heute immer noch als *Arbeits- und Forschungsgemeinschaft für Atempädagogik und Atemtherapie e.V.* (AFA e.V.) existiert (AFA e.V., 2014c). Nach Vertreterinnen der AFA e.V. gäbe es nicht *eine* fest definierbare *Atemtherapie*, sondern unterschiedliche *Atemmethoden*. Die Atemmethoden der AFA e.V. seien komplementäre Verfahren (Braun et al., 2015, S. 1). Folgende Atemschulen gehören aktuell zur AFA e.V. (ebd., S. 2):

- die Atemlehre auf der Basis des zugelassenen Atems
- Psychotonik
- Atemarbeit nach C. Veening
- Atemarbeit nach H. Richter
- Personale-initiatische Therapie nach Dürckheim und Graubner
- Eutonie nach G. Alexander
- Atem-, Stimm- und Sprechlehre nach Schlaffhorst-Andersen

Diese Atemschulen, zur der auch die Ausbildung der ASSL gezählt wird, haben sich in einem an die AFA e.V. angegliederten *Berufsverband für Atempädagogik und Atemtherapie e.V.* (BVA e.V.) zusammengeschlossen (AFA e.V., 2014c; BVA e.V., 2014). Die Mitglieder des BVA e.V. seien zugleich Mitglieder der *Freien Gesundheitsberufe*, die auf der Grundlage eines „ ... ganzheitliche[n] Entwicklungs- und Gesundheitsbegriff[es] ... arbeiten … „ würden (AFA e.V. 2014c; Braun et al., 2015, S. 1f., vgl. DFG, 2013). Zur Vertretung der wirtschaftlichen und berufspolitischen Interessen seiner Mitglieder setzt sich der BVA e.V. u.a. auch für die Anerkennung der Atemtherapeuten /-innen innerhalb des Gesundheitswesens ein. Langfristiges Ziel ist es, durch den Ausbau der Präsenz und steigender Mitgliederzahlen der Atemtherapie einen „ ... be-

deutenden Platz im Rahmen der Körpertherapieverfahren ... “ zu verschaffen und sie im Gesundheitssystem zu integrieren (Kemmann et al., 2011, S. 5). In der Berufsordnung des BVA e.V. verpflichten sich die Mitglieder zur Aufklärung über die jeweilige Arbeitsweise, ihre Zulassung und Abrechnungsmöglichkeiten sowie über ihren Fortbildungsstand. Dies gilt jedoch nur für direkte Mitglieder, zu den bisher lediglich 600 *Atempädagogen/-innen und -therapeuten /-innen zu zählen sind* (AFA e.V., 2014c). Zudem ist die Berufsordnung immer noch im Aufbau und somit sind erst wenige konkrete Inhalte vorhanden (BVA e.V., 2015, S. 1-4). Durch die Bestrebungen des BVA e.V. und der AFA e.V. zur Implementierung beruflicher Standards lassen sich jedoch erste Schritte zur Professionalisierung und Anerkennung der komplementären atemtherapeutischen Methoden erkennen. Dies zeigt sich auch bei den Ausbildungsbestimmungen.

Die mindestens dreijährige Ausbildung mit Abschluss des jeweiligen Schuldiploms und des AFA®-Diploms ist bisher nur an elf ausgewählten Schulen in Deutschland und an einer Schule in der Schweiz möglich (AFA e.V., 2014a, 2014c). Für diese Schulen gäbe es ein einheitliches Curriculum (Braun et al., 2015, S. 2; vgl. AFA e.V., 2014c), welches fachpraktische und theoretische Inhalte „ ... wie z.B. Atemlehre, Psychologie, Anatomie und Pädagogik festlege... und enthalte ca. 800 Stunden, die sich als „ ... [Selbst-] Analyse auf atem- und leibtherapeutischer Ebene einschätzen ... “ ließe (AFA e.V., 2014c). Eine Weiterbildungsmöglichkeit auf Hochschulebene besteht für AFA-Atemtherapeuten/-innen zudem an der Steinbeis-Hochschule Berlin im Bachelor-Studiengang *Komplementäre Methoden*, in dem u.a. auch *atem- und körperbezogene Verfahren* als Schwerpunkt vertieft werden können (IKM, 2014; AFA e.V., 2014b).

Hier zeigt sich, dass die Atemschulen der AFA in der Tradition der Atem- und Körperschulen der Reformbewegung zu betrachten sind und somit auch die *körperpsychologische* Wahrnehmungsschulung eine besondere Rolle für die Therapeuten selbst und ihre Therapie spielt (vgl. Kap. 3.2.1). So sahen in einer Befragungsstudie AFA-Atemtherapeuten /-innen als Hauptaspekte ihrer therapeutischen Arbeit vor allem die Wahrnehmungsschulung der Atmung hin „ ... zu einem erfahrbaren präkognitiven Verständnis ... “ für das leibliche und see-

lische Befinden und überhaupt nicht als die bloße *Anwendung einer Atemmechanik* (Mehling, 2010, S. 159-160, zit. n. Mehling, 1999, 2001). Aufgrund dieses gemeinsamen Verständnisses der *Atemtherapie* kann das Konzept Schlaffhorst-Andersen als Methode der AFA-Atemtherapie gewertet werden.

3.2.3 Das Konzept Schlaffhorst-Andersen

Dank schriftlicher Aufzeichnungen und der kontinuierlichen praktischen Weitergabe des Wissens kann das Konzept Schlaffhorst-Andersen auf eine Vielzahl von Methoden zurückgreifen, deren Grundlage für die sprach-, sprech- und stimmtherapeutische Arbeit damals wie heute die Wiederherstellung der physiologischen Atemfunktion ist (vgl. Noodt, 1994; Freundeskreis der Schule Schlaffhorst-Andersen e.V., 2014; Schlaffhorst et al., 2012, S. 7-12). Das Konzept selbst geht zurück auf die Begründerinnen Clara Schlaffhorst (1863-1945) und Hedwig Andersen (1866-1957). Clara Schlaffhorst als Sängerin hatte Probleme mit ihrer Stimme, während Hedwig Andersen als Pianistin an einem Lungenleiden litt. Auf Empfehlung ihres Arztes hin befassten sich die beiden Frauen mit der „Kunst des Atmens“ von Leo Kofler (*The Art of Breathing*, 1887). Diese Lektüre bewegte sie zu ihrer stimm-, sprech- und atemtherapeutischen Arbeit (Noodt, 1994, S. 15-20). Schlaffhorst und Andersen erfuhren durch Selbsterprobung und in ihrer Arbeit mit anderen Menschen, die an Atemproblemen litten, dass eine bewusste Aufmerksamkeitslenkung auf die eigene Atmung nicht nur ihrem körperlichen sondern auch dem psychoemotionalen Wohlbefinden zu Gute kam (ebd., S. 29-32). Sie vertraten die Meinung, dass die Rückbesinnung auf eine physiologische Atmung im dreiteiligen Atemrhythmus und damit die Schulung der Eigenwahrnehmung auch zum eigenen Selbst und seine Bedürfnissen führen kann. Der Mensch wird in dieser ganzheitlichen Betrachtungsweise als Einheit von Körper, Geist und Seele gesehen, die sich gegenseitig beeinflussen und von äußeren Umständen beeinflussbar sind (vgl. Schlaffhorst, 1923, S. 71-80; Lang, 2010, S. 27-31).

Physiologisch erklärbar sind diese Annahmen heute durch die Erkenntnisse der Neurophysiologie. Durch die Propriozeption, die Eigenwahrnehmung von Nervenimpulsen, ist es möglich Spannungszustände der Muskulatur und die

eigene Haltung zu vergegenwärtigen (Lang et al., 2010, S. 205-208; Schünke et al., 2009, S. 251, 356; vgl. Mehling, 2010, S. 160-164). Durch die Viszerozeption ist zudem das Empfinden von Reizen der inneren Organe wie z.B. des Atmungssystems möglich (ebd., S. 207; Schünke et al., 2009, S. 96, 462). Durch diese Wahrnehmungsmechanismen können zunächst jeweilige Spannungszustände der Atemmuskulatur innerhalb der Bewegungsabläufe der Atemphasen bewusst gemacht werden (ebd.). Um nun willentlich Einfluss auf die Atmung zu nehmen, nutzt das Konzept Schlaffhorst Andersen eine Besonderheit des Atmungssystems. Die Atemmuskulatur wird sowohl willkürlich vom somatischen (u.a. Bewegungswahrnehmung und -steuerung) als auch unwillkürlich vom vegetativen Nervensystem (Innervation der inneren Organe) gesteuert (Lang et al., 2010, S. 124f.). Diese beiden Nervensysteme sowie das Limbische System als Steuerung von Emotionen sind in der Formatio reticularis des Kleinhirns miteinander verknüpft (ebd.; Schünke et al., 2009, S. 302f.). Dies bietet die Möglichkeit durch äußere körperliche Bewegung, die Artikulation und durch die Stimme die zumeist unbewusste Atmung bewusst zu beeinflussen und Patienten an ihre physiologische Atemfunktion heranzuführen (Lang et al., 2010, S. 124f., 185-195).

Hierbei spielt vor allem das Zwerchfell als Hauptatemmuskel eine besondere Rolle (Schünke et al., 2009, S. 123). Durch gezielte Bewegungsübungen zur Tonusregulation der Muskulatur und Atemübungen zur Wiederherstellung des dreiteiligen muskulären Bewegungsablaufs des Zwerchfells soll ganzkörperlich eine Ausbalancierung „ ... der muskulären Systeme von Aufrichtung, Atmung, Bewegung, Artikulation und Stimme ... “ ermöglicht werden (Lang et al., 2010, S. 23-24). Im dreiteiligen Zwerchfellrhythmus wechseln die muskulären Spannungszustände fortlaufend zwischen konzentrischer Kontraktion (Einatmung), Dehnung (Ausatmung) und Lösung (Atempause) und sorgen so für einen ständigen Spannungsausgleich der Zwerchfellmuskulatur (Lang et al., 2010, S.59-62). Diese *Wohlspannung* (Eutonus) bzw. dieser *Grundtonus* ermöglicht eine flexible Atmung, da während der sogenannten *Atempause*, dem Lösungsmoment des Zwerchfells, wichtige Stoffwechselprozesse wie der Gasaustausch von CO_2 und O_2 sowie die Nährstoffzufuhr stattfinden (ebd.). Durch den Einsatz der natürlichen Widerstände des *Stimmorgans* und der *Arti-*

kulation, durch die die Ausatemluft gebündelt und dosiert abgegeben wird, ist es uns möglich einen aktiven Einfluss auf unsere Atmung zu nehmen und so die Aktivität und Flexibilität der Atemmuskulatur, insbesondere des Zwerchfells, zu steigern (vgl. ebd., S. 78-84).

Die Wiederherstellung eines dreiteiligen Atemrhythmus durch eine bewusste Lenkung der Ausatmung und das Zulassen einer unwillkürlichen Atempause und einer darauf folgenden unwillkürlichen Einatmung stellen die Basis der Atemarbeit nach Schlaffhorst-Andersen dar (vgl. ebd., S. 124-128). Als Vertiefung dieser anatomischen Wechselbeziehungen können die *fünf Regenerationswege* nach Schlaffhorst-Andersen verstanden werden (ebd., S. 236-266):

- Kreisende Bewegung
- Schwingende Bewegung
- Rhythmische Bewegung
- Atmen
- Tönen

Regeneration ist hier als „ ... die Wiederherstellung gesunder, natürlicher Organfunktionen ... “ zu betrachten (ebd., zit. n. Saatweber, 2007, S. 24-25). Beim sogenannten *Schwingen* werden die Eigenschaften der Bewegungsformen *kreisende, schwingende* und *rhythmische Bewegung* mit *Atmen* und *Tönen* aufeinander aufbauend oder ineinander übergehend kombiniert (ebd., S. 263). Die kontinuierliche *kreisende Bewegung* kann ganzkörperlich oder nur mit einzelnen Körperteilen ausgeführt werden. Der Spannungswechsel der Muskulatur verläuft entweder fließend ineinander übergehend im einphasigen Rhythmus parallel zu den drei Atemphasen oder atemrhythmisch in dreiphasigen Kreisbewegungen. Zunächst einmal zweiphasig hingegen verläuft die *schwingende Bewegung* zwischen zwei Polen, bei der auch die Muskulatur ständig zwischen Spannung aufnehmen und Spannung abgeben wechselt. Auch diese Bewegung wird v.a. parallel aber verbunden mit der Atmung ausgeführt, kann aber in die *rhythmische Bewegung* übergehen, wenn sich die Einatmung dem Rückschwung, die Ausatmung dem Vorschwung und die Atempause dem Pol zwischen Aus- und Einatmung zuordnet (ebd., S. 264f.). Durch alle drei Bewegungsabläufe soll eine bessere Durchblutung, Flexibilisierung und Eutonisierung der betroffenen Muskelgruppen des Bewegungsappa-

rates sowie der Atemmuskulatur sowie eine Intensivierung der Atemphasen erreicht werden (ebd.). Durch den Einbezug von *Atmen* und *Tönen* und der Wechselbeziehungen zwischen Atmung, Stimme, Artikulation und Bewegung wird das *Schwingen* zu einer ganzheitlich Arbeitsmethode. Je nach Therapieziel werden für die *Regenerationswege Atmen* und *Tönen* unterschiedliche artikulatorische Lautgruppen und die Stimmfunktion genutzt, um die Atemtätigkeit zu stimulieren. Durch die produzierten Stimmvibrationen, die sich im Körper ausbreiten, wird die Durchblutung insbesondere der Atemwege und ihrer Schleimhäute angeregt (ebd., S. 266). Generell wirkt der Einsatz von Artikulation und Stimme ausatemverlängernd und luftdosierend und erhöht die Atemaktivität in der folgenden Einatmung durch einen höheren CO_2-Gehalt (ebd., S. 270-272). Zusätzlich können durch das Nutzen verschiedener Lautfunktionen u.a. Ziele wie Ausatemdosierung, Eutonisierung der Atemmuskulatur, Schleimsekretion durch Stimmvibrationen, erarbeitet werden (ebd., S. 365f., 372-375).
Durch die *Atemschriftzeichen* nach Schümann (vgl. Schümann, 1991) werden die Prinzipien der *kreisenden*, *schwingenden* und *rhythmischen Bewegung* auch bildlich dargestellt und durch die Koordination von Atmung, Stimme, Artikulation und Schrift eingeübt (vgl. Lang et al., 2010, Kapitel 26).
Während das *Schwingen* sowohl selbstständig ausgeführt werden kann als auch durch ASSL angeleitet, erfolgt die *Atemmassage* als weitere Methode am Patienten meist durch die äußere manuelle Behandlung eines/r ASSL. Unter Berücksichtigung des dreiteiligen Atemrhythmus werden mit den Händen u.a. Klopfungen, Dehnungen oder Knetungen, Schüttelungen und Vibrationen sowie passive Bewegungen und Lagerungen vorgenommen, um die Atmung anzuregen, atemerleichternde Stellungen anzubieten und durch den Einsatz der Regenerationswege eine ganzheitlichen Regeneration des Patienten zu bewirken (ebd., S. 399-401).
In der Ausbildung der ASSL sind also die Schulung der Eigenwahrnehmung, die Wiederherstellung des dreiteiligen Atemrhythmus und somit ein möglichst physiologischen Atemfunktion unter Einbezug der fünf Regenerationswege integrale Bestandteile des Konzeptes Schlaffhorst-Andersen. Diese Methoden sind die Grundlage aller weiteren fachpraktischen Unterrichtsfächer und für die sprach-, sprech- und stimmtherapeutische Arbeit. Darüber hinaus sind im Cur-

riculum der ASSL auch atemtherapeutische Lehrinhalte sowohl im Anatomie- und Pneumologieunterricht (Anatomie, Physiologie des Atmungssystem, Pneumologische Erkrankungen) als auch praktisch im Fach *Atemtherapie*, das über drei Ausbildungssemester gelehrt wird, zur Behandlung von Atemwegserkrankungen enthalten (CJD Schule Schlaffhorst-Andersen, o.J.c, S. 54f., 58, 67f.; vgl. Dietrich, 2011; vgl. CJD Schule Schlaffhorst-Andersen, o.J.a).

4. Möglichkeiten und Grenzen für Atem-, Sprech- und Stimmlehrer /-innen als Heilmittelerbringer im Handlungsfeld Atemtherapie

Aus den aktuellen rechtlichen Bestimmungen für Heilmittelerbringer im deutschen Gesundheitssystem und den atemtherapeutischen Ansätzen von Physiotherapeuten /-innen und ASSL ergeben sich zum derzeitigen Stand Möglichkeiten und Grenzen für ASSL als Heilmittelerbringer im Handlungsfeld Atemtherapie. Um Ansichten und Interessen der beteiligten Professionen und Institutionen zu erhalten, wurden zusätzlich Stellungnahmen erbeten (s. Anlage). Vom Berufsband der ASSL, dem dba e.V., und vom AOK-Bundesverband sind innerhalb der Bearbeitungszeit keine Antworten eingegangen.

4.1 Grenzen

Grenzen für ASSL im Handlungsfeld Atemtherapie sind zunächst in den bisherigen rechtlichen Zulassungsbedingungen für die Heilmittelversorgung zu sehen. Zulassungsfähige Heilmittelerbringer für Atemtherapie sind bisher nur Physiotherapeuten /-innen und Masseure /-innen (vgl. Kap. 2.4*)*.

An die Versorgung der Versicherten im deutschen Gesundheitssystem wird zudem rechtlich im SGB V[14] der Anspruch gestellt, „ ... ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich ... “ zu sein (§ 12 Abs. 1). Des Weiteren haben „ … Qualität und Wirksamkeit der Leistungen ... dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse zu entsprechen und den medizinischen Fortschritt zu berücksichtigen (§ 2 Abs. 1 Satz 3).“ Aufgrund dieser Anforderungen ist der G-BA beim Erlass der HeilM-RL und bei der Aufnahme neuer Heilmittel

[14] *Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V) – Gesetzliche Krankenversicherung*: vom 20.12.1988 (BGBl. I S. 2477), zuletzt geändert am 15.04.2015 (BGBl. I S. 583).

verpflichtet, die Methoden der Heilmittelerbringer auf ihre Wirksamkeit zu überprüfen (§ 92 Abs. 1 Nr. 6). Innerhalb dieses Rahmens würde sich auch die Entscheidung darüber bewegen, ob die atemtherapeutischen Methoden von Atem-, Sprech- und Stimmlehrer /-innen als verordnungsfähige Heilmittel zugelassen werden.

Die Aufnahme und Bewertung neuer Versorgungsleistungen, so auch Heilmittel, wird in der *Verfahrensordnung* (VerfO) des G-BA geregelt (G-BA, 2008, S. 27). Das Bewertungsverfahren bedarf zunächst einmal einer Antragsstellung, zu der nur Mitglieder des G-BA, Kassenärztliche Vereinigungen, der GKV-Spitzenverband sowie ausgewählte Patientenorganisationen zugelassen sind (G-BA, 2008, S. 28f.) Der Antrag selbst muss:

- die zu prüfende Methode in ihrer Art, die zu prüfenden Indikationen und indikationsbezogenen Zielsetzungen beschreiben,
- die Rechtsgrundlagen der beantragten Entscheidung angeben und soll -
- eine substantiierte Begründung enthalten. (ebd., S.29)

Die Begründung wiederum soll u.a. Auskunft „ ... zum Nutzen, zur medizinischen Notwendigkeit und zur Wirtschaftlichkeit der ... Methode jeweils auch im Vergleich zu bereits erbrachten Methoden ... “ unter Einbezug von umfangreichen Studiennachweisen und zur Wirtschaftlichkeit des Verfahrens geben (ebd., S. 29). Im Falle einer Annahme des Antrages werden im Bewertungsverfahren alle wissenschaftlichen Nachweise (Evidenzen) zum therapeutischen Nutzen, der medizinische Notwendigkeit und der Wirtschaftlichkeit durch eine Arbeitsgruppe gesammelt und geprüft (ebd., S. 31-33; Beushausen et al., 2011, S. 11). Dazu können ggf. das *Institut für Wirtschaftlichkeit und Qualität im Gesundheitswesen* oder gleichwertige unabhängige Institute beauftragt werden (ebd., S. 31). Auch die Evidenzstufen der herangezogenen Studien, die Qualität ihrer Durchführung sowie die Übertragbarkeit der Ergebnisse spielen für die Entscheidungsfindung der Beratungsgruppe eine Rolle. Als Studien höchster Evidenz gelten dabei randomisierte klinische Studien (randomized controlled trial: RCT) (ebd., S. 33f.; vgl. Beushausen et al., 2011, S. 12). Die Anerkennung von Heilmitteln erfolgt dann, wenn nach dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse der diagnostische oder thera-

peutische Nutzen, die medizinische Notwendigkeit und die Wirtschaftlichkeit nachgewiesen sind (ebd., S. 34-36).

Aus diesem Procedere ergeben sich zwei grundsätzliche Hürden. Zum einen können ASSL selbst keinen direkten Antrag für die Bewertung ihrer Methoden stellen, dies ist nur ärztlichen Vertretungsgremien, dem GKV-Spitzenverband und Patientenorganisationen möglich (G-BA, 2008, S. 28f.). Aufgrund dessen scheint eine angestrebte Zulassung von ASSL allein aus Eigeninitiative ohne die Unterstützung der benannten Parteien kaum umsetzbar. Da es sich bei ASSL bisher nur um eine verhältnismäßig kleine Berufsgruppe handelt (vgl. Kap. 3.1), dürfte es schwierig sein, die eignen berufspolitischen Interessen gegenüber etablierten Berufsgruppen wie Physiotherapeuten/-innen, die einen weitaus größeren Anteil an der Heilmittelversorgung haben (vgl. Kap. 2.3.3), zu behaupten und die v.a. ärztlichen Entscheidungsträger zu einer Zulassung zu bewegen. Außerdem haben die Heilmittelerbringer, so auch ASSL, bisher kein direktes Mitspracherecht im Richtlinienverfahren. Es ist ihnen lediglich möglich Stellungnahmen abzugeben (§ 92 Abs. 6 SGB V; vgl. Kapitel 2.3.2). Der geringe Einfluss von ASSL als Heilmittelerbringer gegenüber dem G-BA stellt somit ein Hindernis da. Eine Stellungnahme zu Möglichkeiten und Grenzen der ASSL für eine Zulassung wurde von der Vertreterin des G-BA abgelehnt[15]. Sie verwies dabei auf die Position des G-BAs als ein untergesetzliches Gremium, das darüber entscheidet, welche Versorgungsleistungen durch die Krankenkassen übernommen werden und dafür Qualitätsstandards festlegt (G-BA, 2013b). Für den Erlass von Richtlinien, dabei auch der HeilM-RL, habe er dazu „ ... transparente und rechtssichere Entscheidungen zu treffen, die dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechen ... “ (G-BA, 2013a). Der G-BA sei dadurch ein neutrales Gremium und könne somit keine Stellung zu einem einzelnen Heilmittelerbringer beziehen.

Ein weiteres Hindernis besteht darin, dass es für das Bewertungsverfahren zur Aufnahme neuer Methoden umfangreicher wissenschaftlicher Belege und Wirtschaftlichkeitsnachweise im Sinne der heutigen evidenzbasierten Medizin bedarf (vgl. G-BA, 2008, S. 31-33). Nach dieser sollen neben den eigenen er-

[15] Telefonat mit Frau Dr. Axmann am 26.05.2015.

worbenen Kenntnissen durch Ausbildung und berufliche Erfahrung auch der aktuelle Stand der Forschung in die therapeutische Tätigkeit miteinbezogen werden, um eine bestmögliche Versorgung zu garantieren (vgl. Mangold, 2013, S. 36, zit. n. Sackett et al., 1999, S. 2). Im Zuge dieser evidenzbasierten Arbeitsweise aus der Medizin sind auch die Heilmittelerbringer als Teil der ärztlichen Versorgung in der Pflicht, den Nutzen ihrer therapeutischen Maßnahmen durch Studien nachzuweisen (vgl. HeilM-RL §1 Abs. 1; vgl. § 2 SGB V). Um diesen neuen Anforderungen zu entsprechen, werden in Deutschland vermehrt auch die Gesundheitsfachberufe akademisiert. Hierzu wurde 2009 auf Bundesebene u.a. auch für die Heilmittelerbringer der *Physiotherapeuten, Ergotherapeuten und Logopäden* eine Modellklausel[16] zur Einrichtung grundständiger Ausbildungsstudiengänge erlassen. Durch den gesetzlichen Rahmen des SGB V, die Modellklausel zur Akademisierung und auch durch eigene Berufsleitlinien, die sich evidenzbasiertes Arbeiten zum Ziel setzen (vgl. dbl e.V., 2010, S. 4), steigt der Druck für auszubildende und praktizierende Heilmittelerbringer, ihre Methoden wissenschaftlich zu fundieren und diese Erkenntnisse in ihre Arbeit zu integrieren.

Die Studienleitung der Schule Schlaffhorst-Andersen[17] sieht in den derzeitigen Akademisierungsprozessen Schwierigkeiten für eine Zulassung von ASSL als Heilmittelerbringer für Atemtherapie. Hier stünden zunächst die bereits vorhandenen anerkannten Heilmittel und Heilmittelerbringer im Fokus, sodass zusätzliche Kapazitäten für die Zulassungsprüfungen von ASSL für die Atemtherapie schwer zu erübrigen seien. Die bisher fehlenden Evidenzen für die atemtherapeutische Arbeit seien zusätzliche Hürden sowie der eventuelle zusätzliche Kostenaufwand für die Krankenkassen. Um die Verhandlungsausgangslage der ASSL für künftige Zulassungsbestrebungen zu stärken und den G-BA sowie die Krankenkassen von ihrem Nutzen zu überzeugen, bedarf es also wissenschaftlicher Nachweise.

[16] *Gesetz zur Einführung einer Modellklausel in die Berufsgesetze der Hebammen, Logopäden, Physiotherapeuten und Ergotherapeuten:* vom 25. September 2009 (BGBl. I Nr. 64 S. 3158-3160).

[17] Telefonat mit Frau Waubert de Puiseau (Studienleitung, Fachbereichsleitung Schlaffhorst-Andersen) am 21.07.2015.

Eine Vertreterin des *Freundeskreises der Schule Schlaffhorst-Andersen e.V.* berichtet davon[18], dass Sie schon vor über 30 Jahren, als sie im Vorstand des Berufsverbandes tätig war, versucht habe den therapeutischen Nutzen für Atemtherapie nach Schlaffhorst-Andersen durch eine dreiwöchige Behandlung einer Patientengruppe mit Asthma und Emphysem an der MHH Hannover nachzuweisen. Damals habe der Berufsverband eine Zulassung für Atemtherapie angestrebt, woraufhin die Krankenkassen einen wissenschaftlichen Nachweis gefordert hätten. Durch damals herkömmlich Messverfahren sei die Lungenfunktion der Patienten vor und nach der Behandlung getestet worden. Herauskam „ ... eine Diskrepanz zwischen hoch zufriedenen Patienten, die ohne Asthmaanfall Treppensteigen konnten (4 Etagen) und keiner Veränderung in der Lungenfunktion ... “ (s. Anlage) bei den Patienten ohne Therapie. Aufgrund von zeitlichen und ökonomischen Hindernissen hätten die Versuche nicht fortgeführt werden können und so keine „ ... geeigneten Messverfahren ... “ (s. Anlage) entwickelt werden können. Zudem hätte es auch an interessierten Ärzten zur Unterstützung des Projekts gemangelt.

Diese Schilderung zeigt, dass zumindest bereits ein Versuch durch den Berufsverband der ASSL (dba e.V.) unternommen wurde, wissenschaftliche Untersuchungen für eine Anerkennung ins Rollen zu bringen, dass dies aber an den damaligen Rahmenbedingungen scheiterte. In der Folgezeit hätte das Augenmerk des Verbandes dann auf der Bewahrung der Kassenzulassung für die Stimmtherapie gelegen (s. Anlage). Hierzu teilte die Studienleiterin der CJD Schule Schlaffhorst-Andersen mit[19], dass es bisher seitens der Schule keine Bemühungen zur Anerkennung der ASSL als Heilmittelerbringer für Atemtherapie gab und dass diese Aufgabe wenn weiterhin in den Zuständigkeitsbereich des dba e.V. fiele. Trotz Anfrage an den dba e.V. ist im Bearbeitungszeitraum leider keine Stellungnahme bezüglich aktueller Bestrebungen abgegeben worden[20].

Des Weiteren räume Braun et al. (2015, S. 1) ein, dass auch wissenschaftliche Untersuchungen zu den Methoden der AFA bisher rar seien. Es gäbe zwar

[18] Information aus einer E-Mail von Frau Jacobi an d. Verf. v. 31.05.2015 (s. Anhang).
[19] Telefonat mit Frau Waubert de Puiseau (Studienleitung, Fachbereichsleitung Schlaffhorst-Andersen) am 21.07.2015.
[20] Anfrage in einer E-Mail v. Vef. an den dba e.V. vom 31.05.2015.

schon Studien, die die Wirksamkeitsnachweise lieferten, jedoch seien noch mehr Studien nach „ ... gültigen wissenschaftlichen Standards ... “ nötig, „ ... um die Atemtherapie als anerkannte und im Gesundheitswesen verankerte Disziplin zu positionieren“ (ebd., S. 4; vgl. Loew et al., 2009). So ist der *Erfahrbare Atem nach Middendorf* als Grundlage der Methode des *Zugelassenen Atems* der AFA (Fischer K. 1999), S. 9; vgl. 3.2.2) durch die HeilM-RL sogar ausdrücklich als nicht verordnungsfähiges Heilmittel kategorisiert, da eindeutige Nachweise für die Wirksamkeit durch das Bewertungsverfahren des G-BA nicht festgestellt werden konnten (G-BA, 2011, S. 30). Die Methode sei zudem so nicht nur nicht abrechnungsfähig, sondern auch der Weg der freiwilligen Kostenerstattung durch die Krankenkassen sei damit verwehrt (Braun et al., 2015, 2f.). Die Atemtherapie AFA ® richte sich momentan also v.a. an Selbstzahler (ebd., S. 2; vgl. Braun et al., 2015, S. 4, zit. n. Barczok).

Für die atemtherapeutische Arbeit nach Schlaffhorst-Andersen gibt es neben historischen Niederschriften der Begründerinnen Clara Schlaffhorst und Hedwig Andersen und ihrer Schülerinnen, die zum Teil nun in der *Chronik der Schule Schlaffhorst-Andersen* zusammengestellt sind, seit 2010 das Fachbuch *Stimme und Atmung* von Margarete Saatweber (ASSL) und Antoni Lang (ASSL und Medizinerin) (Lang et al., 2010; Noodt, 1994; Freundeskreis der Schule Schlaffhorst-Andersen e.V., 2014). Letzteres erklärt das Konzept Schlaffhorst-Andersen auf der Grundlage aktueller anatomisch-physiologischer Erkenntnisse und zeigt, dass die Notwendigkeit einer wissenschaftlichen Fundierung erkannt wird und die Arbeitsweise durch die Übertragung und Nutzen medizinischer Erkenntnisse nachvollziehbar gemacht werden kann (Lang et al., 2010). Mithilfe dessen gilt es in Zukunft dem Nachholbedarf wissenschaftlicher Fundierung anhand von Erprobungsstudien nachzukommen. Ansonsten stellt die fehlende Evidenzbasierung des Konzeptes Schlaffhorst-Andersen eine Grenze für die derzeitigen Zulassungsbedingungen dar.

Neben wissenschaftlichen Nachweisen könnten aber auch wirtschaftliche Aspekte erschwerende Faktoren einer Zulassung darstellen. Auch wenn bei der Krankenversorgung die Qualität und ein würdevoller Umgang der Patienten gewährleistet werden sollen (vgl. § 70 SGB V), so besteht auch das Gebot einer wirtschaftlichen und zweckmäßigen Versorgung, die „ ... das Maß des

Notwendigen nicht überschreite[t] ... “ (§ 12 Abs. 1 SGB V). Unter diesen Grundvoraussetzungen sind u.a. auch Richtgrößen für die Heilmittelversorgung durch Krankenkassen und Kassenärztliche Vereinigungen festgelegt, welche die Kosten pro Versicherten reglementieren (§ 84 Abs. 8 SGB V; vgl. GKV-Spitzenverband et al., 2014). Im Zeichen der allgemeinen Ökonomisierung des Gesundheitssystems, bei der wirtschaftliche Entscheidungskriterien für therapeutische Handlungsprozesse herangezogen werden (Manzei et al., 2014, S. 18f., zit. nach Schimank et al., 2008), sind also bereits jetzt die Heilmittelausgaben begrenzt. Auch für die Zulassung neuer Heilmittel müssen Wirtschaftlichkeitsnachweise erbracht werden (vgl. G-BA, 2008, S. 31-33). Solange diese nicht vorhanden sind, werden die Krankenkassen sich auch nicht für eine generelle Kostenübernahme von atemtherapeutischen Methoden nach Schlaffhorst-Andersen bereit erklären.

Außerdem bestehen die Krankenkassen noch auf einer strikten Trennung der Heilmittelbereiche. So besteht seitens der befragten Vertreter der Krankenkassen[21] der Konsens, dass *Atemtherapie* im Rahmen der Ausbildung von ASSL „ ... stets im Zusammenhang der Stimmbildung, der Sprechfunktion bzw. dem gestalterischen Einsatz von Körperbewegung und Atmung ... “ erfolge. Dieser Bezug fehle den Atemwegserkrankunegn der Indikationsschlüssel AT1 bis AT3 des Heilmittelkataloges, weshalb eine Qualifizierung der ASSL für die Abgabe des Heilmittels Atemtherapie nicht vorliege. Auch in einer Stellungnahme des ZVK e.V.[22], die zusammen mit der Antwort der Deutschen Atemwegsliga e.V. gesendet wurde, wird unter Verweis auf die jeweiligen aktuellen Heilmittelbereiche angemerkt, dass „ ... es sich ... von der Herkunft als auch der beruflichen Tätigkeit ... “ bei ASSL und Physiotherapeuten /-innen um zwei unterschiedliche Berufsstände handele. Diese könnten somit jeweils nur in ihrem Heilmittelbereich tätig sein und nicht in den Bereichen der anderen Berufsgruppen. Sollten diese Ansichten so mehrheitlich von den Krankenkassen vertreten werden, wird der GKV-Spitzenverband in seiner Position als Vertretungsgremium der Krankenkassen und Antragssteller für die Bewertung neuer

[21] Information in einer E-Mail von Herrn Rott (GKV-Spitzenverband) an d. Verf. v. 1.6.2015 und von Herrn Höing (vdek e.V.) an d. Verf. vom 01.06.2015 (s. Anlage).
[22] Information in einer E-Mail von Frau Heck-Darabi (ZVK e.V.) weitergeleitet von Frau Schmidtke (Atemwegsliga e.V.) an d. Verf. vom 20.07.2015 (s. Anlage).

Heilmethoden keine Unterstützung für eine künftige Kassenzulassung sein (vgl. GKV-Spitzenverband, 2014).

Weitere Grenzen für eine Zulassung könnten zudem in unterschiedlichen Ansichten innerhalb der komplementären Atemverfahren bestehen aber auch in der Konkurrenz dieser Verfahren zu den Naturheilverfahren der Schulmedizin. Während z.B. die Naturheilverfahren nach Kneipp, u.a. Hydro- oder Bewegungstherapie, auch durch Ärzte angewandte und anerkannte ergänzende Verfahren der Medizin sind (vgl. Kraft et al., 2010, S. 2-4, 88-94), werden andere als alternative oder komplementäre Verfahren bezeichnete Methoden, z.B. die Akupunktur, davon abgegrenzt (Linde et al., 2012, S. 118f., vgl. NIH, 2015).

Im Rahmen der Arzt-Ausbildung ist es so in einer Einheit von lediglich 160 Unterrichtsstunden möglich, sich in den Verfahren der Naturheilkunden fortzubilden, zu denen hier bereits u.a. auch atemtherapeutische Inhalte gezählt werden (BÄK, 2013, S. 177). In der Facharztausbildung für physikalische und rehabilitative Medizin sollen zudem auch Kenntnisse und Fertigkeiten „ ... der physikalischen Therapie wie Krankengymnastik, ... Massagetherapie ... “ (BÄK, 2013, S. 120) und sogar Verfahren wie „ ... Musik- und *Kunst*therapie ... “ (ebd., S. 121) vermittelt und in weiteren Fortbildungen Kenntnisse der Naturheilverfahren Akupunktur und Homöopathie erworben werden können (ebd., S. 145, 160). Die Massagetherapie ist sonst u.a. ein Heilmittel der physikalischen Therapie (vgl. 2.2.3), wohingegen die Musik- in Verbindung mit *Tanz*therapie nach der HeilM-RL aufgrund des nicht nachgewiesenen therapeutischen Nutzens kein verordnungsfähiges Heilmittel ist (G-BA, 2011, S. 14f., 30). Im Rahmen der ärztlichen Versorgung können demnach also Verfahren angewendet werden, die nach Bühring et al. „ ... dann nicht zu einer unmittelbaren ... künstlich herbeigeführten Heilung ... “ (Kraft et al., 2010, S. 2) führen würden, sondern zu Prozessen im Sinne einer vom Körper ausgehenden *Selbstheilung*. Diese Wirkungsweise der meist eher von *außen* angewendeten physikalischen Naturheilverfahren ähnelt dabei dem Prinzip der von *innen* wirkenden Atemmethoden im Sinne der körperpsychologischen Verfahren. Bei diesen soll durch die propriozeptive und viszerozeptive Aufmerksamkeitslenkung auf die Atmung das körperliche Befinden positiv beeinflusst (vgl. Steinaecker, 2010, S.

357f.; vgl. Kap. 3.2.3) und so die natürlichen Bedingungen wiederhergestellt werden. Während solche physikalischen äußeren Anwendungen in der Medizin und in der Physiotherapie als Naturheilverfahren Anerkennung finden, wurden und werden Verfahren wie die der AFA, die selbst ihre Atemtherapie als ein komplementäres Verfahren sieht (Braun et al., 2015, S. 1), aufgrund fehlender Evidenzen eher kritisch betrachtet (Linde et al., 2012, S. 118, zit. n. Singh et al., 2009). Eindeutige Definitionsgrenzen zwischen diesen Verfahren seien oft schwierig, sodass die Begriffe in der Bevölkerung häufig gleichwertig verwendet würden (Linde et al., 2012, S. 118). Anhand dieser Betrachtungen lässt sich feststellen, dass Naturheilverfahren im Rahmen der ärztlichen Behandlung durchaus Anerkennung und Anwendung finden, während Verfahren außerhalb trotz ähnlicher Konzepte zumeist eher abgegrenzt und als alternativ oder komplementär eingestuft werden. Diese Abgrenzung der Atemverfahren im Sinne der AFA von bereits etablierten Verfahren der Medizin und Physiotherapie kann als eine weitere Hürde für die Zulassung als Heilmittel betrachtet werden. Möglicherweise ist diese Abgrenzung von der Medizin darauf zurückzuführen, dass es bisher eher wenige gemeinsame Bestrebungen gab, die komplementären Atemverfahren gegenüber der Schulmedizin zu bündeln und nachvollziehbar zu machen. Auch wenn ASSL zur AFA gezählt werden können, ist jedoch auch dessen Einflussbereich mit bisher ca. 600 Mitgliedern bisher noch relativ gering (vgl. Kap. 3.2.2). Zudem könnte es auch schwierig sein, die Interessen der verschiedenen Mitglieder zu einen. So verwies ein Vertreter des Erfahrbaren Atem nach Middendorf[23] darauf, dass es sich bei der Methode nicht um eine *Heilmethode* handele, sondern um eine s*alutogenetische*[24] Arbeitsweise. Bei dieser steht eine Heilung einer Krankheit nicht im Mittelpunkt, sondern den Atem als solchen zu *erfahren* und auf natürliche Art kommen zu lassen (Ilse-Middendorf-Institute für den Erfahrbaren Atem®, o.J.). So zählt die Methode nach *Middendorf* nicht zur AFA (vgl. Braun et al., 2015, S.2), wohingegen Göhring (2001, S. 129) diese den *körperpsychologischen* Verfahren wie auch dem Konzept Schlaffhorst-Andersen zuordnet. Die uneinheitliche Positio-

[23] Information aus einer E-Mail von Herrn Langguth an d. Ver. vom 1.6.2015.
[24] Von *salus* (lat.) = gesund; von *genese* (gr.) = Entstehung (vgl. Ilse-Middendorf-Institute für den Erfahrbaren Atem®, o.J.).

nierung der Atemverfahren der AFA trotz mancher Gemeinsamkeiten und Professionalisierungsbestrebungen (vgl. Kap. 3.2.1, 3.2.2) gegenüber bereits anerkannten atemtherapeutischen Methoden der Physiotherapie sowie eine entsprechende Repräsentationsgröße könnten demnach für eine gemeinsame Zulassung als Heilmittelerbringer für Atemtherapie weitere Hindernisse sein.

4.2 Möglichkeiten

Trotz der aktuellen Zulassungsbedingungen von ASSL und der derzeitigen Akademisierungsprozesse im deutschen Gesundheitssystem als Grenzen ergeben sich daraus auch unterstützende Aspekte und Möglichkeiten einer sinnvollen Beteiligung von ASSL als Heilmittelerbringer für Atemtherapie.

Auch wenn die Akademisierung des Gesundheitswesens und die Bewertungsverfahren des G-BA momentan eher zusätzliche Anforderungen, u.a. in Form von Evidenznachweisen, an eine künftige Zulassung von ASSL für Atemtherapie stellt, können diese Faktoren sie auch begünstigen. Durch die Professionalisierungsbestrebungen der AFA durch ein einheitliches Curriculum und eine gemeinsame Berufsordnung sowie die Möglichkeit des Studiums *Komplementäre Methoden* mit Schwerpunkt *atem- und körperbezogene Verfahren* (IKM, o.J.) werden erste Grundlagen gelegt, um wissenschaftliche Nachweise zu erbringen (vgl. 3.2.2). Die auszubildenden ASSL der CJD Schule Schlaffhorst-Andersen können außerdem den *Bachelor-Studiengang Ergotherapie, Logopädie, Physiotherapie* der HAWK Hildesheim belegen (CJD Schule Schlaffhorst-Andersen, 2015; HAWK Hildesheim, 2014a). Die Schule ist seit dem Jahr 2015 sogar nun offizielle Kooperationsschule der HAWK (CJD Schule Schlaffhorst-Andersen, 2015; HAWK Hildesheim, 2014b). Dies ermöglicht den ASSL, sich bereits während der Ausbildung durch den Besuch vorbereitender Kurse für das anschließende Studium zu qualifizieren und dadurch einen gesicherten Studienplatz zu erhalten (HAWK Hildesheim, 2014a). Im Studium können dann wichtige Grundlagen des evidenzbasierten Arbeitens erworben werden (HAWK Hildesheim, 2014c). Auch Braun et al. (2015, S. 4) sehen in der

> … Akademisierung der Atemtherapie ... eine Plattform für weitere empirische Forschungsprojekte. Die dadurch gewonnenen Ergebnisse können wegweisend sein für die Integration der Atemtherapie als wirksame und gesund-

heitsökonomisch bedeutsame Behandlungsoption bei unterschiedlichen Indikationen.

Auf Grundlage dessen und nach der Vision „*Die Atemtherapie AFA® nimmt einen bedeutenden Platz im Rahmen der Körpertherapieverfahren ein und ist im Gesundheitswesen verankert*“ sind Braun et al. der Ansicht, dass die Atemtherapie AFA® ein erstattungsfähiges Heilmittel sein sollte (ebd.).

Neben den Akademisierungsbemühungen der AFA und der Schule Schlaffhorst-Andersen gibt es aber auch noch Aspekte die besonders die Ausbildung der ASSL für Heilmittelerbringer von Atemtherapie qualifizieren.

In einer Bachelor-Arbeit (Dietrich, 2011, S. 3-28) wurden die Curricula von ASSL und Physiotherapeuten bezgl. ihrer Lernziele, Inhalte und Methoden zur Behandlung von Asthma bronchiale gegenüber gestellt und mit den allgemeinen Anforderungen an die Behandlung verglichen. Als Bewertungsmaßstab zog Dietrich die HeilM-RL sowie die *Nationale Versorgungsleitlinie Asthma* heran. Dietrich kommt beim Vergleich der beiden Curricula zu dem Schluss, dass beide Berufsgruppen in der nichtmedikamentösen Therapie gleichwertig auf die Asthma-Behandlung vorbereitet werden und beide die Ziele und Empfehlungen der Leitlinien erfüllen. Die Ausbildung der ASSL vermittle die gleichen Lernziele und das Grundlagenwissen über Anatomie, Physiologie, Krankheitslehre, ärztliche Diagnostik und Methoden. Das eigenständige Fach *Atemtherapie* werde zudem auf der Grundlage physiotherapeutischer Literatur unterrichtet. (vgl. ebd., S. 35-42). Die Studienleiterin der CJD Schule Schlaffhorst-Andersen[25] bestätigt ebenfalls, dass das aktuelle Curriculum durch die atemtherapeutischen Inhalte auf die Behandlung von Atemwegserkrankungen, wie sie bisher durch die Physiotherapie erbrachte werde, abgestimmt sei. Zudem würden diese Inhalte gerade zu einem Lernfeld *Atemtherapie* zusammengefasst werden. Nach Aussage des Schulleiters der CJD Schule Schlaffhorst-Andersen[26] werde dieses zwar erst frühestens ab August 2016 zum Tra-

[25] Telefonat mit Frau Waubert de Puiseau (Studienleitung, Fachbereichsleitung Schlaffhorst-Andersen) am 21.07.2015.

[26] Information aus einer E-Mail von Herrn Lindner (Schulleiter der CJD Schule Schlaffhorst-Andersen) an d. Verf. vom 23.07.2015.

gen kommen, die Abstimmung der Inhalte zur Behandlung von Atemwegserkrankung bleibe jedoch bewahrt[27].

Anhand der Betrachtungen von Dietrich hätten die Physiotherapeuten lediglich durch das Heilmittel der Inhalationstherapie und Behandlungsverfahren der physikalischen Therapie Vorteile in der Behandlung der Spasmolyse und Bronchiospasmolyse (ebd., S. 34). ASSL hingegen hätten durch das Nutzen des dreiteiligen Atemrhythmus, der fünf Regenerationswege nach Schlaffhorst-Andersen, der Atemschriftzeichen und der Lautfunktionen einen zusätzlichen Methodenschatz (ebd., S. 39). Zudem merkt Dietrich an, dass Physiotherapeuten/-innen in ihrer Ausbildung zwar zusätzliche Methoden lernen, jedoch das Erlernen aufgrund der Vielzahl an Ausbildungsinhalten verschiedener Spezialisierungsrichtungen weniger intensiv seien könnte als die Schulung der ASSL in einem ganzheitlichen Konzept (ebd., S. 41). Für eine bessere Vergleichbarkeit der Ausbildungsinhalte fordert Dietrich von den ASSL noch eine umfangreichere und frei zugängliche Auflistung der Stundenanzahl der atemtherapeutischen Fächer (ebd., S. 41). Als Kritik beider Berufsgruppen merkt Dietrich an, dass beide Konzepte jedoch kaum evidenzbasiert seien (ebd., S. 40, zit. n. Gutenbrunner, 2008, S. 201).

Des Weiteren betonte auch die Studienleiterin[28] die vielfältige Methodenkompetenz der ASSL für die atemtherapeutische Arbeit. Basierend auf der Methode Schlaffhorst-Andersen böten die gezielte Schulung der Eigen- und Fremdwahrnehmung der ASSL aber auch der Patienten selbst die Möglichkeit einer intensiven Betrachtung der Krankheitssymptome (vgl. Lang et al., S. 205-208; Müller-Braunschweig et al., 2010, S. 71-74). Ggf. sei dabei auch eine bessere Bewältigung möglich, da beispielsweise geschulte Asthma-Patienten eher Zeichen eines Asthma-Anfalls erkennen und damit umgehen könnten. Durch das Nutzen natürlicher Körperfunktionen wie den Wechselwirkungen zwischen den Atem-, Bewegungs-, Sprech- und Stimmfunktionen bekäme der Patient besonders viele Maßnahmen zur selbstständigen, aktiven Bewältigung an die Hand (vgl. Lang et al., 2010, Kapitel 20). Besonders hervorzuheben

[27] Telefonat mit Frau Waubert de Puiseau (Studienleitung, Fachbereichsleitung Schlaffhorst-Andersen) am 21.07.2015.

[28] Telefonat mit Frau Waubert de Puiseau (Studienleitung, Fachbereichsleitung Schlaffhorst-Andersen) am 21.07.2015.

seien dabei das Nutzen der Lautfunktionen, die Atemschriftzeichen, die Regenerationswege sowie die Atemmassage nach Schlaffhorst-Andersen, mit denen in Kombinationen von Stimm-, Sprech- und Atemfunktionen Ziele wie z.B. Ausatemdosierung oder Sekretlösung erarbeitet und die Kräftigung und Flexibilisierung der Atemmuskulatur trainiert werden könnten (vgl. Lang et al., 2010, S. 80-83, 316f., 263-276, 397-404). Zusätzliche Medien und der Einsatz von Vorstellungshilfen seien dabei optional als Ergänzung zu nutzen, aber nicht notwendiger Bestandteil der Therapie (vgl. ebd., S.237-241). Aufgrund dieser Betrachtungen kommt die Studienleiterin zu dem Schluss, dass eine Zulassung der Methoden aus dem Konzept Schlaffhorst-Andersen (oder ASSL als Heilmittelerbringer) für die Atemtherapie eine sinnvolle Ergänzung zur bestehenden Atemphysiotherapie darstelle.

Die Betrachtung des Curriculums von ASSL verdeutlicht, dass durch die Anpassung der Lehrinhalte ASSL auf die sachgerechte Behandlung von Atemwegserkrankungen ASSL vorbereitet werden und die Kenntnisse bereits bei ihrer jetzigen therapeutischen Arbeit berücksichtigen können. Zu den anatomisch-physiologischen und fachpraktischen Kenntnissen in Anlehnung an die Physiotherapie kommen dann ergänzend die ganzheitlichen Methoden des Konzeptes Schlaffhorst-Andersen hinzu (vgl. Kap. 3.2.3). Diese Umstände können als eine weitere positive Ausgangslage für eine Zulassung als Heilmittelerbringer für Atemtherapie betrachtet werden. So empfindet es der Pneumologe Barczok (Braun et al., 2015, S. 4, zit. n. Barczok, 2015) als notwendig, sowohl die physiotherapeutischen Maßnahmen als auch die Methoden nach der Atemtherapie AFA® für die Patienten zur Verfügung zu stellen. Seiner Erfahrung mit Asthma- und COPD-Patienten nach, sei das *Richtige Atmen* für die langfristige Behandlung von großer Bedeutung. Gerade auch für die Hyperventilation in Kombination mit Asthma oder COPD oder bei jüngeren Menschen gäbe es durch die Atemverfahren zusätzliche Behandlungsmaßnahmen, die bisher anfallenden zusätzlichen notfall- und intensivmedizinisch Versorgungsmaßnahmen entgegenwirken könnten. Barczok kritisiert dabei deutlich, dass die Kostenträger bisher die zusätzlichen Kosten scheuen würden. Durch wissenschaftliche Publikationen und stärkere Öffentlichkeitsarbeit der Verbände erhofft sich Barczok in Zukunft ein Umdenken im Gesundheitswesen (ebd.).

Im Folgenden werden aktuelle Entwicklungen, die eine Zulassung für ASSL als ergänzende Heilmittel begünstigen könnten, dargestellt. Nach Gillisen et al. (2014; S. 143-145) herrsche derzeitig ein Fachkräftemangel in der ärztlichen Versorgung pulmonaler Erkrankungen. So sei im Zeitraum 2009 bis 2011 bei gleichzeitigem Anstieg der Behandlungszahlen die Zahl niedergelassener Pneumologen gesunken (ebd., S. 144, zit. n. BÄK, o.J.). Auf einen Pneumologen seien dabei im Jahr 2009 noch 1.181 Krankheitsfälle gekommen und im Jahr 2011 dann bereits 1.252 (ebd.). Dieses Verhältnis stelle eine Lücke zwischen Bedarf und Versorgungsangebot dar, durch welche Krankheiten nicht frühzeitig genug erkannt werden könnten (ebd.). Um diesem zu begegnen und zusätzlich fachlich qualifiziertes Pflegepersonal zu generieren, sei daher die Weiterbildung zum/zur *Atmungstherapeut/-in* ins Leben gerufen worden**,** die sich speziell an Physiotherapeuten /-innen und an Krankenpfleger /-innen mit Berufserfahrung richtet (ebd., DGP, o.J.). Auch Randerath et al. (2011, S. 78) sprechen von einem Bedarf an qualifiziertem atemtherapeutischen Fachpersonal in der Pflege innerhalb der invasiven außerklinischen Beatmung und verweisen dabei u.a. auch auf ausgebildete *Atmungstherapeuten/-innen*.

Des Weiteren werden die bisherigen Indikationen atemtherapeutischer Maßnahmen im Heilmittelkatalog seitens der Physiotherapeuten/-innen als unzureichend kritisiert (Weise et al., 2008, S. V; vgl. Kap. 2.2.3). Sie haben daher eigene Empfehlungen für differenzierte Indikationen abgegeben. In diesen werden u.a. *paradoxe Stimmbandbewegungen* und *Husten bei fehlendem oder unvollständigem Stimmbandschluss* als weitere Indikationen genannt (ebd., S. 8, 10). Dies zeigt, dass auch die *Atemphysiotherapie* sich immer noch in einer Entwicklung befindet und der bisherige Heilmittelkatalog bezgl. Atemtherapie noch nicht ausgereift ist. Auch auf europäischer Ebene wird noch an einer Standardisierung der physiotherapeutischen Atemtherapie gearbeitet, um wesentliche Bestandteile herauszuarbeiten (European Respiratory Society, o.J.). Zudem zeigen zuvor benannte Indikationen, dass es entgegen der Meinung der Krankenkassen (vgl. Kap. 4.1) sehr wohl Schnittstellen der Kompetenzen von ASSL und Physiotherapeuten/-innen geben kann. Zusätzlich könnten sich also zu den bereits vorhandenen Indikationen des Heilmittelkatalogs weitere Behandlungsbereiche auftun, die den Einsatz atemtherapeutischer Methoden

von ASSL als bereits ausgebildetes Fachpersonal in Ergänzung zur Atemphysiotherapie sinnvoll erscheinen lassen könnten. ASSL könnten dabei im interdisziplinären Team eine ergänzende Rolle für eine ganzheitliche Behandlung innerhalb der intensiv-medizinische, rehabilitativen und ambulanten Versorgung von Atemwegserkrankungen einnehmen. Im Sinne der Patientenorientierung des ICF-Modells und des E_3BP-Modells[29] der neueren evidenzbasierten Praxis könnte das Konzept Schlaffhorst-Andersen eine gleichwertige Methode zur individuellen und dadurch bestmöglich Behandlung des Patienten sein (vgl. Kap. 2.2.1; Beushausen et al., 2011, S. 4-6). Für AFA Atemtherapeuten stellt die Atemtherapie zudem eine Art der Gesundheitsvorsorge dar (Mehling, 2010, S. 159-160, zit. n. Mehling, 1999, 2001). Gerade durch den hohen Anteil an Wahrnehmungsschulung innerhalb des Konzeptes Schlaffhorst-Andersen könnte sich die Methode im Bereich der Prävention und Gesundheitsförderung aber auch für einen langfristigen Therapieerfolg als sinnvoll erweisen (vgl. Kap. 3.2.3).

Eine weitere Entwicklung, die eine künftige Zulassung von ASSL begünstigen kann, ist, dass Krankenkassen z.T. schon bereit sind die Kosten alternativmedizinischer Behandlungen durch anteilige Kostenerstattung im Rahmen von Zusatzversicherungen oder durch zugelassene Ärzte mit entsprechender Zusatzausbildung zu übernehmen (vgl. AOK Baden-Württemberg, o.J.; SECURVITA, 2015; vgl. HUK-COBURG, o.J.). Dies könnte auf die wachsende Nachfrage der Versicherten zurückzuführen sein. So wünschten sich in einer Umfrage 62 % der Befragten eine Kostenbeteiligung der Krankenkassen bei der Versorgung mit alternativen Heilmethoden und Heilmitteln (Statista, 2015). Hieraus könnten sich Chancen für eine Anerkennung und Zulassung von komplementären Atemverfahren entwickeln, wenn für diese gleichzeitig Wirkungsnachweise geliefert werden.

Innerhalb der gesetzlichen Krankenversorgung besteht eine Möglichkeit der Kostenerstattung bisher nur, wenn Versicherte anstatt von Dienstleistungen der Heilmittelversorgung selbst gewählte Leistungserbringer wählen, die nicht

[29] Def. E_3BP nach Dollaghan (2007): externe Evidenz (Wissenschaftsnachweise), interne Evidenz (Erfahrung) u. Patientenwünsche (Beushausen et al., 2011, S. 5 f.).

im vierten Kapitel des SGB V genannt sind. Aufgrund von „ … medizinische[n] oder soziale[n] Gründe[n] … “ können dann „ eine … gleichwertige Versorgung gewährleiste[nde] … “ Maßnahmen mit Zustimmung der Krankenkassen gewährt werden (Braun et al., 2015, S. 3; vgl. § 13 Abs. 2 SGB V).

5. Fazit und Ausblick

In der Betrachtung der Möglichkeiten und Grenzen von ASSL als Heilmittelerbringer stellen sich v.a. die rechtlichen Rahmenbedingungen als größte Hürde heraus. Ohne eine umfangreiche wissenschaftliche Fundierung des Konzeptes Schlaffhorst-Andersen und eine stärkere Repräsentation und Unterstützung durch medizinischen Fachgruppen wie z.B. den Pneumologen sind nach dem jetzigen Bewertungsverfahren des G-BAs für die Aufnahme neuer Methoden in die Heilmittelrichtlinien kaum Erfolgschancen zu sehen (vgl. Kap. 4.1). Es hat sich aber gezeigt, dass sowohl durch die Zugehörigkeit zur AFA als auch durch die Kooperation mit der HAWK erste Schritte einer Akademisierung stattfinden und sich dadurch zukünftig Möglichkeiten, wissenschaftliche Nachweise zu erbringen, auftuen können. Zudem ist auch die Ausbildungsstätte der ASSL dabei *Atemtherapie* als ein Lernfeld des Curriculums verstärkt in den Fokus zu rücken und sich dabei auch weiterhin an den physiotherapeutischen Lehrinhalten zu orientieren (vgl. Kap. 4.2). Des Weiteren hat Dietrich (2011) im Vergleich der Curricula von ASSL und Physiotherapeuten /-innen herausgestellt, dass sich die Lehrinhalte und Ziele kaum unterscheiden. Aufbauend auf diesen Erkenntnissen sollten wissenschaftliche Studien für Wirksamkeitsnachweise in Angriff genommen werden, um das Konzept Schlaffhorst-Andersen für eine Zulassung auch der atemtherapeutischen Methoden als Heilmittel weiter zu stärken. Aufgrund des ganzheitlichen Arbeitskonzeptes, das den Patienten durch Schulung seiner Eigenwahrnehmung zu seinem individuellen physiologischen Atemrhythmus zurückführt, könnten ASSL als Heilmittelerbringer zudem eine Ergänzung der bisherigen Atemphysiotherapie darstellen.

Neben den rechtlichen Rahmenbedingungen könnte aber auch noch das Ansehen sogenannter alternativer oder komplementärer Heilverfahren eine Rolle spielen. Da die Atemverfahren der AFA und andere komplementäre Methoden bisher zumeist immer als *nicht wissenschaftlich fundiert* gelten und es zumeist

nach modernen wissenschaftlichen Maßstäben auch nicht sind, werden sie nur als ergänzende Maßnahmen geduldet, aber nicht offiziell vom Gesundheitssystem anerkannt. Jütte kommt jedoch zu dem Schluss, dass komplementäre und konventionelle Verfahren u.a. aufgrund ihrer unterschiedlichen Denkansätze nicht durch Wirksamkeitsnachweise „ … nach einheitlichen wissenschaftlichen Standards …“ zu vergleichen seien (Jütte, 2013, S. 8, 16f.).

Wegweisend für eine allgemein bessere Positionierung der komplementären Atemverfahren könnten die aktuellen Entwicklungen in der Schweiz sein. Dort erarbeiten Berufsverbände verschiedener Komplementärmethoden ein Ausbildungsverfahren, das neben den einzelnen komplementären Methoden ergänzende Kompetenzen vermittelt und zu einem gleichwertigen Berufsabschluss als *Diplomierte /-r Komplementärtherapeut /-in* qualifizieren soll (OdA KT, 2015b). Zu den einzelnen Methoden gehören auch Atemverfahren des *Atemfachverbandes Schweiz* sowie des *Schweizer Berufsverbandes für Atemtherapie und Atempädagogik Middendorf* (OdA KT 2015a, 2013). Itin (2014, S. 1-3) sieht diese Entwicklung als modellhaft für die europäische Komplementärtherapie und verweist dabei auf drei notwendige Prozessschritte für die Professionalisierung:

- Eingrenzung des Berufsfeldes der Komplementärtherapie in Abgrenzung zu alternativen Therapien
- Erweiterung der Methodenausbildung zur Berufsausbildung durch Aufgreifen erforderlicher Kompetenzen des Berufsfeldes
- Anpassung des Curriculum-Modells an das Modell der Handlungskompetenzen mit Kernkompetenzen und unterstützenden Kompetenzen

Itin hält es für notwendig, die Gemeinsamkeiten der komplementären Methoden auszumachen und diese zu strukturieren, um den politischen Entscheidungsträgern entgegenzukommen und den Anerkennungsprozess zu vereinfachen. Durch einheitlichere Rahmenbedingungen könnten so Transparenz und Qualität gewährleistet werden und sich eine Akzeptanz für die Methoden entwickeln (Itin, 2014, S. 3f.). Das Konzept der Schweiz könnte beispielhaft für die Professionalisierung der komplementären Atemverfahren der AFA in Deutschland sein und sich als positiver Wirkungsfaktor für ASSL als Heilmittelerbringer im Handlungsfeld Atemtherapie erweisen.

6. Literaturverzeichnis

Gesetze , Verordnungen und Richtlinien

Ausbildungs- und Prüfungsordnung für Masseure und medizinische Bademeister (*MB-APrV)*. In: BGBl. Zugriff am 14.07.2015 auf: http://www.gesetze-im-internet.de/bundesrecht/mb-aprv/gesamt.pdf.

Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Physiotherapeuten (PhysTh-APrV): vom 6.12.1994 (BGBl. I S. 3786), zuletzt geändert durch Art. 13 d. V. vom 2.8.2013 (BGBl. I S. 3005).

Ergänzende Bestimmungen für das berufsbildende Schulwesen (EB-BbS): RdErl. d. MK v. 10. Juni 2009 – 41-80006/5/1 (Nds.MBl. S. 538, SVBl. S. 238), geändert durch RdErl. vom 5. Oktober 2011 (Nds. MBl.S. 691 – SVBl. S. 428).

Gesetz zur Einführung einer Modellklausel in die Berufsgesetze der Hebammen, Logopäden, Physiotherapeuten und Ergotherapeuten, vom am 02.10.2009 ausgegeben zu Bonn. In: *Bundesgesetzblatt 2009* (Teil I Nr. 64), S. 3158–3160. Zugriff am 28.07.2015 auf: http://www.hv-gesundheitsfachberufe.de/dokumente/modellklausel-bgbl1-64-S3158-3160.pdf.

GKV-Spitzenverband (2006): *Anlage 1a zu den Rahmenempfehlungen nach § 125 Abs. 1 SGB V*. Leistungsbeschreibung Physiotherapie. Zugriff am 11.07.2015 auf: https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/ambulante_leistungen/heilmittel/heilmittel_rahmenempfehlungen/125_Anlage_1a_208.pdf.

GKV- Spitzenverband (2012*): Empfehlungen des GKV-Spitzenverbandes gemäß § 124 Abs. 4 SGB V zur einheitlichen Anwendung der Zulassungsbedingungen nach § 124 Abs. 2 SGB V für Leistungserbringer von Heilmitteln*. Zugriff am 13.07.2015 auf: https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/ambulante_leistungen/heilmittel/heilmittel_zulassungsempfehlungen/Heilmittel_Zulassungsempfehlungen_01-03-2012_19121.pdf.

GKV-Spitzenverband, Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) (2014*): Rahmenvorgaben nach § 84 Abs. 7 i. V. m. Abs. 8 SGB V*. Zugriff am 28-07.2015 auf: http://www.kbv.de/media/sp/Rahmenvorgaben_Heilmittel.pdf.

Masseur- und Physiotherapeutengesetz (MPhG) - Gesetz über die Berufe in der Physiotherapie: vom 26. Mai 1994 (BGBl. I S. 1084), zuletzt geändert durch Art. 45 des G. vom 6. Dezember 2011 (BGBl. I S. 2515). Zugriff am 13.07.2015 auf: http://www.gesetze-im-internet.de/bundesrecht/mphg/gesamt.pdf

(Muster-)Weiterbildungsordnung 2003: in der Fassung vom 28.06.2013. Hrsg. v. BÄK. Zugriff am 29.07.2015 auf: http://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/201306

28-MWBO_V6.pdf, zuletzt aktualisiert am 28.06.2013, zuletzt geprüft am 29.07.2015.

Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Verordnung von Heilmitteln in der vertragsärztlichen Versorgung (HeilM-RL): vom 20.01./ 19.01.2011(BAnz. Nr. 96 S. 2247). Zugriff am 11.07.2015 auf: https://www.g-ba.de/downloads/62-492-532/HeilM-RL_2011-05-19_bf.pdf (s. auch G-BA (2011) im Literaturverzeichnis).

Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V) – Gesetzliche Krankenversicherung: vom 20.12.1988 (BGBl. I S. 2477), zuletzt geändert am 15.04.2015 (BGBl. I S. 583). Zugriff am 09.07.2015 auf: http://www.gesetze-im-internet.de/bundesrecht/sgb_5/gesamt.pdf.

vdek (2006): Anlage 1a zu den Rahmenempfehlungen nach § 125 Abs. 1SGB V. Leistungsbeschreibung Physiotherapie. Zugriff am 13.07.2015 auf: http://www.vdek.com/vertragspartner/heilmittel/rahmenempfehlung/_jcr_content/par/download_0/file.res/re_125_anl_1a_2010.pdf.

Verfahrensordnung des Gemeinsamen Bundesausschusses: vom 18. Dezember 2008 Bundesanzeiger (BAnz.Nr. 84a (Beilage) 10.06.2009), zuletzt geändert am 18. Dezember 2014 (BAnz. AT 15.04.2015 B2). Zugriff am 27.07.2015 auf: https://www.g-ba.de/downloads/62-492-1002/VerfO_2014-12-18_iK-2015-04-16.pdf (s. auch G-BA (2008) im Literaturverzeichnis).

Verordnung über berufsbildende Schulen (BbS-VO): vom 10.06.2009 (Nds. GVBl. S. 243, SVBl. S.206), zuletzt geändert durch Art. 1 der Verordnung vom 23. Juni 2014 (Nds. GVBl. S. 171, SVBl. S. 342).

Literatur

AOK Baden-Württemberg (o.J.): Zusatzschutz für alternative Medizin. Zugriff am 03.08.2015 auf: Online verfügbar unter http://www.aok.de/baden-wuerttemberg/beitraege-tarife/zusatzversicherungen-natur-privat-231762.php.

Arbeits- und Forschungsgemeinschaft für Atempädagogik und Atemtherapie e.V. (AFA) (2014a): Ausbildung - AFA. Zugriff am 20.07.2015 auf: http://www.afa-atem.de/aus-und-fortbildung/ausbildung/.

Arbeits- und Forschungsgemeinschaft für Atempädagogik und Atemtherapie e.V. (AFA) (2014b): Studiengang Komplementäre Methoden. Zugriff am 20.07.2015 auf: http://www.afa-atem.de/aus-und-fortbildung/studiengang/.

Arbeits- und Forschungsgemeinschaft für Atempädagogik und Atemtherapie e.V. (AFA) (2014c): Über uns - Historie. Zugriff am 01.07.2015 auf: http://www.afa-atem.de/ueber-uns/.

Arbeitsgemeinschaft (AG) Atemtherapie (2009): Ziele und Aufgaben. Zugriff am 29.06.2015 auf: http://www.ag-atemtherapie.de/ziele-aufgaben.html.

Arbeitsgemeinschaft (AG) Lungensport in Deutschland e.V.(o.J.): Definition und Ziele. Zugriff am 19.07.2015 auf: http://www.lungensport.org/definition-und-ziele.html.

Berufsverband für Atempädagogik und Atemtherapie e.V. (BVA) (2014): BVA-Selbstverständnis. Zugriff am 02.07.2015 auf: http://www.afa-atem.de/bva/.

Berufsverband für Atempädagogik und Atemtherapie e.V. (BVA) (2015): Berufsordnung. Zugriff am 02.07.2015 auf: http://www.afa-atem.de/wp-content/uploads/Berufsordnung-2015.pdf.

Beushausen U., Grötzbach H. (2011): Evidenzbasierte Sprachtherapie. Grundlagen und Praxis. 1. Aufl. München: Elsevier, Urban & Fischer.

Bibliographisches Institut GmbH (2013a): Handlungsfeld. Zugriff am 16.07.2015 auf: http://www.duden.de/rechtschreibung/Handlungsfeld.

Bibliographisches Institut GmbH(2013b): Therapie. Zugriff am 16.07.2015 auf: http://www.duden.de/rechtschreibung/Therapie, zuletzt aktualisiert am 16.07.2015

Bott J., Blumenthal S., Buxton M., Ellum S., Falconer C., Garrod R. et al. (2009): Guidelines for the physiotherapy management of the adult, medical, spontaneously breathing patient [Elektronische Version]. In: *Thorax* 64 Suppl. 1, S. i1-i51.

Braun B., Menrad-Barczok S. (2015): Stellungnahme AFA e.V. Berlin. Schriftdokument an Annegret Schweppe. PDF.

Brink C. (2004): Heilmittelerbringer in der gesetzlichen Krankenversicherung. Zur Einbindung nichtärztlicher Heilmittelerbringer in das System der GKV. Herdecke: GCA-Verlag (Forschen und Wissen. Rechtswissenschaft).

Bundesärztekammer (BÄK), Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), Arbeitsgemeinschaft d. Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) (2013): Nationale Versorgungsleitlinie Asthma. Zugriff am 12.07.2015 auf: http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/nvl-002l_S3_Asthma_2013-abgelaufen.pdf.

Bundesärztekammer (BÄK), Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), Arbeitsgemeinschaft d. Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) (2012): Nationale Versorgungsleitlinie COPD. Zugriff am 12.07.2015 auf: http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/nvl-003l_S3_COPD_abgelaufen.pdf.

Bundesministerium für Gesundheit (BMG) (2014): Das Gesundheitssystem. Der Staat setzt den Rahmen. Zugriff am 09.07.2015 auf: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/dateien/Downloads/Statistiken/Infografiken/Gesundheitswesen_allgemein/Schaubild-Gesundheitssystem-140901.pdf.

CJD Schule Schlaffhorst-Andersen (o.J. a): Ausbildungsinhalte. Zugriff am 21.07.2015 auf: http://www.cjd-schlaffhorst-andersen.de/de/angebote/berufsfachschule/ausbildungsinhalte/.

CJD Schule Schlaffhorst-Andersen (o.J. b): Ausbildungsziel: Atem-, Sprech- und Stimmlehrer / -lehrerin (staatl. gepr.). Zugriff am 14.07.2015 auf: http://www.cjd-schlaffhorst-andersen.de/angebote/berufsfachschule/.

CJD Schule Schlaffhorst-Andersen (o.J. c): Lernzielsammlung des Kollegiums der CJD Schule Schlaffhorst-Andersen Bad Nenndorf für die Ausbildung zum/zur staatl. gepr. Atem-, Sprech- und Stimmlehrer /-in. Hrsg. v. CJD. Ebersbach.

CJD Schule Schlaffhorst-Andersen (2015): Kooperationsvertrag mit der HAWK in Hildesheim unterschrieben. In: CJD Schule Schlaffhorst-Andersen - Newsletter (Nr. 33). Zugriff am 30.07.2015 auf: http://www.cjd-newsletter.de/schlaffhorst-andersen/_inc/shownl.php?id=54e224b7e7d4a#c3.

Dachverband Freie Gesundheitsberufe (DFG) (2013): Leitbild. Zugriff am 20.07.2015 auf: http://www.freie-gesundheitsberufe.de/der-dachverband/leitbild.html.

Deutsche Atemwegsliga e.V. (2006): Satzung. Zugriff am 23.07.2015 auf: http://www.atemwegsliga.de/tl_files/eigene-dateien/informationsmaterial/Satzung-Atemwegsliga%20Internet.pdf.

Deutsche Atemwegsliga e.V. (2012). Über uns. Zugriff am 23.07.2015 auf: http://www.atemwegsliga.de/atemwegsliga.html.

Deutsche Gesellschaft für Pneumologie (DGP) (o.J.): Weiterbildung zum Atmungstherapeuten (respiratory therapist). Zugriff am 26.07.2015 auf: http://www.sdgp.de/fileadmin/pneumologie/downloads/Weiterbildungen/Flyer_WB_Atmungstherapeuten_DGP.pdf?cntmark.

Deutscher Bundesverband der Atem-, Sprech- und Stimmlehrer/innen (dba e.V.) (o.J.): Begründerinnen der Atem- und Stimmforschung in Deutschland. Zugriff am 16.07.2015 auf: http://dba-ev.de/Ueber_uns/Konzept/Begruenderinnen.php.

Deutscher Bundesverband für Logopädie e.V. (dbl e.V.) (2012): Berufsleitlinien Logopädie. Zugriff am 28.07.2015 auf: http://www.dbl-ev.de/fileadmin/Inhalte/Publikationen/0008_Berufsleitlinien.pdf.

Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) (2014): ICF. Zugriff am 05.08.2015 auf: http://www.dimdi.de/static/de/klassi/icf/index.htm.

Dietrich, E. K. (2011): Das Handlungsfeld Atemtherapie bei Asthmapatienten - Ein Vergleich der Ausbildungsinhalte der Physiotherapeuten und Atem-, Sprech- und Stimmlehrer. Unveröffentl. Bachelorarbeit. HAWK Hildesheim /Holzminden/Göttingen.

Dölken M., Hüter-Becker A. (2007): Physikalische Therapie, Massage, Elektrotherapie und Lymphdrainage. Stuttgart: Thieme (Physiolehrbuch Basis).

Edel H., Knauth K. (1993): Atemtherapie. 5., überarbeitete und erw. Aufl. Berlin: Ullstein Mosby.

Ehrenberg H., Giebel O. et al. (1998): Atemtherapie in der Physiotherapie - Krankengymnastik. Anatomische, physiologische, pathologische Grundlagen, Atemwegs- und Lungenkrankheiten, Atmung und Psyche, Atem- und Bewegungstechniken. München: Pflaum (Pflaum Physiotherapie).

Ehrmann W. (2004): Handbuch der Atemtherapie. Ahlerstedt: Param.

Erenz B., Ullrich V. (Hrsg.) (2013): Anders Leben. Wilder denken, freier lieben, grüner wohnen. Jugendbewegung und Lebensreform in Deutschland um 1900. *ZEIT Geschichte* 2013 (2). Hamburg: Zeitverlag Gerd Bucerius GmbH & Co. KG.

European Respiratory Society (o.J.): Respiratory Physiotherapy. Zugriff am 01.08.2015 auf: http://hermes.ersnet.org/projects/respiratory-physiotherapy.html.

Euro-Informationen (2015): Atemtherapie. Zugriff am 01.08.2015 auf: https://www.krankenkassen.de/gesetzliche-krankenkassen/leistungen-gesetzliche-krankenkassen/alternative-heilmethoden/atemtherapie/search-13.html.

Fischer J., Schnabel M., Sitter H. (2007): Rehabilitation von Patienten mit Chronisch obstruktiver Lungenerkrankung (COPD). S2 Leitlinie der DGP und DGRW [Elektronische Version]. In: *Pneumologie* 2007 (61).

Fischer K., Kemman-Huber E. (1999): Der bewusste zugelassene Atem. Theorie und Praxis der Atemlehre. München: Urban & Fischer.

Freundeskreis der Schule Schlaffhorst-Andersen e.V. (2014): Historisches. Zugriff am 28.06.2015 auf: http://www.schlaffhorst-andersen.net/html/historisches.htm.

Gemeinsamer Bundesauschuss (G-BA) (2013a): Arbeitsweise. Zugriff am 23.07.2015 auf:
https://www.g-ba.de/institution/aufgabe/arbeitsweise/.

Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA) (2013b): Aufgabe . Zugriff am 23.07.2015 auf: https://www.g-ba.de/institution/aufgabe/aufgabe/.

Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA) (o.J.): Glossar: Leistungserbringer. Zugriff am 09.07.2015 auf: https://www.g-ba.de/institution/sys/glossar/78/.

Gemeinsamer Bundesauschuss (G-BA) (2011): *Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Verordnung von Heilmitteln in der vertragsärztlichen Versorgung (HeilM-RL):* vom 20.01./ 19.01.2011(BAnz. Nr. 96 S. 2247). Zugriff am 11.07.2015 auf: https://www.g-ba.de/downloads/62-492-532/HeilM-RL_2011-05-19_bf.pdf.

Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA) (2014): Struktur, Mitglieder, Patientenbeteiligung. Zugriff am 09.07.2015 auf: https://www.g-ba.de/institution/struktur/.

Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA) (2008): *Verfahrensordnung des Gemeinsamen Bundesausschusses:* vom 18. Dezember 2008 Bundesanzeiger (BAnz.Nr. 84a (Beilage) 10.06.2009), zuletzt geändert am 18. Dezember 2014 (BAnz. AT 15.04.2015 B2). Zugriff am 27.07.2015 auf: https://www.g-ba.de/downloads/62-492-1002/VerfO_2014-12-18_iK-2015-04-16.pdf.

Gestel A. J.R. van, Teschler H. (2014): Physiotherapie bei chronischen Atemwegs- und Lungenerkrankungen. Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg.

Gillissen A., Morr H., Röder F., Worth H. (2014): Weißbuch Lunge 2014. Herausforderungen, Zukunftsperspektiven, Forschungsansätze. Zur Lage und Zukunft der Pneumologie in Deutschland. 1. Auflage Herne: Frischtexte Verlag.

GKV-Spitzenverband (2015): Heilmittelschnellinformation. Bundesbericht Januar-Dezember 2014. Zugriff am 18.07.2015 auf: http://www.gkv-his.de/media/dokumente/his_statistiken/2014_04/Bundesbericht-HIS-Bericht-Bund_201404.pdf.

GKV-Spitzenverband (2014): Wir über uns. Zugriff am 29.07.2015 auf: https://www.gkv-spitzenverband.de/gkv_spitzenverband/wir_ueber_uns/wir_ueber_uns.jsp.

Göhring H. (Hrsg.) (2001): Atemtherapie - Therapie mit dem Atem. 11 Tabellen. Stuttgart [u.a.]: Thieme.

Gutenbrunner C., Weimann G. (Hrsg.) (2004): Krankengymnastische Methoden und Konzepte. Therapieprinzipien und -techniken systematisch dargestellt; mit 28 Tabellen. Berlin [u.a.]: Springer.

HAWK Hildesheim (2014a): Erster Studienabschnitt. Zugriff am 30.07.2015 auf: http://www.hawk-hhg.de/sozialearbeitundgesundheit/185830.php, zuletzt aktualisiert am 2014.

HAWK Hildesheim (2014b): Kooperationsschulen. Zugriff am 30.07.2015 auf: http://www.hawk-hhg.de/sozialearbeitundgesundheit/198370.php.

HAWK Hildesheim (2014c): Studieninhalte. HAWK Hildesheim. Zugriff am 30.07.2015 auf: http://www.hawk-hhg.de/sozialearbeitundgesundheit/185863.php.

HUK-COBURG (o.J.): Ambulanter Zusatzschutz für BARMER GEK-Versicherte. Zugriff am 03.08.2015 auf: https://www.huk.de/produkte/krankenversicherung/barmer-zusatzversicherung/ambulanter-zusatzschutz.jsp.

Ilse-Middendorf-Institute für den Erfahrbaren Atem® (o.J.): Was ist der Erfahrbare Atem? Zugriff am 30.07.2015 auf: http://www.atemtherapie-middendorf.de/informationen/der-erfahrbare-atem.

Institut Komplementäre Methoden (IKM) (2014): IKM-Institut: Komplementäre Methoden. Zugriff am 20.07.2015 auf: http://ikm-studium.de/wir-ueber-uns/komplementaere-methoden/.

Institut Komplementäre Methoden (IKM) (o.J.): Medizinische Grundlagen - Kurs. Zugriff am 30.07.2015 auf: http://ikm-studium.de/index.php?eID=tx_nawsecuredl&u=0&g=0&t=1439238822&hash=a581f0cffa0ef4982aae96c73244d84e310fcc47&file=fileadmin/Downloads/MG-Kurse-Atem-Kine-Shi-2015.pdf

IntelliMed GmbH (Hrsg.) (2014): Heilmittelkatalog 2011. Zugriff am 29.06.2015 auf: http://heilmittelkatalog.de/files/hmk/physio/kapitel3.htm, zuletzt aktualisiert am 05.02.2014.

Itin P. (2014): Die Schweiz - Modellfall für die staatliche Regelung von Shiatsu als Beruf. Zugriff am 03.08.2015 auf: https://peteritin.files.wordpress.com/2008/09/die-schweiz-modellfall-fc3bcr-die-staatliche-regelung-von-shiatsu-als-beruf.pdf.

Jütte R. (2013). Medizinhistorische Kurzexpertise zur Einordnung der Komplementärmedizin. Hrsg. v. Robert Bosch Stiftung. Institut für Geschichte der Medizin. Stuttgart. Zugriff am 03.08.2015 auf: http://www.dakomed.ch/2015/07/03/medizinhistorische-kurzexpertise-vom-19-august-2913-zur-einordnung-der-komplement%C3%A4rmedizin/.

Kardos P., Berck H., Fuchs K.-H., Gillissen A., Klimek L., Morr H. et al. (2010): Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin zur Diagnostik und Therapie von erwachsenen Patienten mit akutem und chronischem Husten [Elektronische Version]. In: *Pneumologie* 64 (6), S. 336-373.

Kemmann E., Knünz M., Schrem S., von Steinaecker K. (Hrsg.) (2011): Leitbild. AFA e.V.. Zugriff am 02.07.2015 auf: http://www.afa-atem.de/wp-content/uploads/Leitbild.pdf.

Klein B., Weller M. (2012): Masterplan Gesundheitswesen 2020. 1. Aufl. Baden-Baden: Nomos.

Kraft K., Stange R. (Hrsg.) (2010): Lehrbuch Naturheilverfahren. 106 Tabellen. Stuttgart: Hippokrates-Verl.

Lang A., Saatweber M. (2010): Stimme und Atmung. Kernbegriffe und Methoden des Konzeptes Schlaffhorst-Andersen und ihre anatomisch-physiologische Erklärung. 1. Aufl. Idstein: Schulz-Kirchner (Das Gesundheitsforum).

Larsen R., Schwabbauer N., (2012): Atemtherapie. In: Larsen R. (Hrsg.): Anästhesie und Intensivmedizin für die Fachpflege. Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg, S. 674-686.

Likar R. (2009): Schmerztherapie in der Pflege. Schulmedizinische und komplementäre Methoden. Wien, New York: Springer.

Linde K., Buitkamp M., Schneider A., Joos S. (2012): Gesundheitsmonitor 2012. Naturheilverfahren, komplementäre und alternative Therapien. Hrsg. v. Böcken J., Braun B., Repschläger U.. Bertelsmann Stiftung und BARMER GEK. Zugriff am 18.07.2015 auf: http://gesundheitsmonitor.de/uploads/tx_itaoarticles/201206_Beitrag.pdf.

Loew T., Götz K., Hornung R., Tritt K. (2009): Die AFA-Atemtherapie als Burnout-Prophylaxe bei Lehrerinnen und Lehrern [Elektronische Version]. In: *Forschende Komplementärmedizin* 16 (3), S. 174-179.

Mang H. (1992): Atemtherapie. Grundlagen, Indikationen und Praxis. Stuttgart, New York: Schattauer.

Mangold S. (2013): Evidenzbasiertes Arbeiten in der Physio- und Ergotherapie. Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg.

Manzei A., Schnabel M., Schmiede R. (Hrsg.) (2014): Embedded Competition – Oder wie kann man die Auswirkungen wettbewerblicher Regulierung im Gesundheitswesen messen? Eine methodologische Perspektive. In: Manzei A., Schmiede R. (2014): 20 Jahre Wettbewerb im Gesundheitswesen. Theoretische und empirische Analysen zur Ökonomisierung. Wiesbaden: Springer VS (Gesundheit und Gesellschaft), S. 11-31.

Marstedt G. (o.A.): Gesundheitsmonitor 2002. Die steigende Popularität alternativer Medizin - Suche nach medizinischen Gurus und Wunderheilern? Hrsg. v. Böcken J., Braun B., Schnee M.. Bertelsmann Stiftung und BARMER GEK. Zugriff am 18.07.2015 auf: http://gesundheitsmonitor.de/uploads/tx_itaoarticles/200208-Beitrag.pdf.

McCool F. D., Rosen M. J. (2006): Nonpharmacological Airway Clearance Therapies. ACCP Evidence-Based Clinical Practice Guidelines [Elektronische Version]. In: *Chest* (129), S. 250S-259S.

Mehling W.-E. (2010): Atemtherapie: Grundlagen, Wirkungsweisen, Interventionsstudien. In: Müller-Braunschweig H., Stiller N. (2010): Körperorientierte Psychotherapie. Methoden - Anwendungen - Grundlagen. Heidelberg: Springer (Naturheilverfahren), S. 157-173.

Müller-Braunschweig H., Stiller N. (Hrsg.) (2010): Körperorientierte Psychotherapie. Methoden - Anwendungen - Grundlagen. Heidelberg: Springer (Naturheilverfahren).

National Institutes of Health (NIH) (2015): Complementary, Alternative, or Integrative Health. Zugriff am 29.07.2015 auf: https://nccih.nih.gov/health/integrative-health.

Noodt H.(1994): Chronik der Schule Schlaffhorst-Andersen. Hrsg. v. Freundeskreis der Schule Schlaffhorst-Andersen e.V. Ettenheim: F.X. Stückle.

Organisation der Arbeitswelt Komplementäre Therapie (OdA KT) (2013): Berufsbild Diplomierte/r Komplementärtherapeut /-in. Zugriff am 03.08.2015 auf: http://www.oda-kt.ch/fileadmin/user_upload/pdf/berufsbild/OKT_VS_BERUFSBILD_KT_D_130503.pdf.

Organisation der Arbeitswelt Komplementäre Therapie (OdA KT) (2015a): Methodenanerkennung. Zugriff am 03.08.2015 auf: http://www.oda-kt.ch/methodenanerkennung/.

Organisation der Arbeitswelt Komplementäre Therapie (OdA KT) (2015b): Präsentation MV Mitgliedverbände. Zugriff am 04.08.2015 auf: http://www.oda-kt.ch/fileadmin/user_upload/pdf/News/Praesentation_MV_Mitgliedverbaende_20.2.15.pdf.

Randerath W. J., Kamps N., Brambring J., Gerhard F., Lorenz J., Rudolf F. et al. (2011): Durchführungsempfehlungen zur invasiven außerklinischen Beat-

mung. Gemeinsame Empfehlung der DGP, DIGAB, MDS und AOK-BV [Elektronische Version]. In: *Pneumologie* 65 (2), S. 72-88.

Rutte R., Sturm S. (2010): Atemtherapie. Mit 3 Tabellen. 2. Aufl. Berlin [u.a.]: Springer (Physiotherapie basics).

Saatweber M. (2007): Einführung in die Arbeitsweise Schlaffhorst-Andersen. Atmung, Stimme, Sprache. Haltung und Bewegung in ihren Wechselwirkungen. 6. unver. Aufl. Idstein: Schulz-Kirchner Verlag.

Sauer K., Rothgang H, Glaeseke G. (2014): BARMER GEK Heil- und Hilfsmittelreport 2014. Auswertungsergebnisse der BARMER GEK Heil- und Hilfsmitteldaten aus den Jahren 2012 bis 2013. Zugriff am 18.07.2015 auf: http://www.zes.uni-bremen.de/uploads/News/2014/140916_Heil_Hilf_Report_2014.pdf.

Schlaffhorst C., Andersen H. (2012): Atmung und Stimme. Revidierte Ausgabe Wolfenbüttel: Möseler.

Schümann G. (1991): Die Atemschriftzeichen. Kreisende, schwingende und rhythmische Bewegungen verbunden mit Atmung und Stimme. Wilhelmshaven: Noetzel (Theaterpädagogische Bibliothek, 8).

Schünke M., Schulte E., Schumacher U. (2009): Prometheus Lernatlas der Anatomie. Kopf, Hals und Neuroanatomie. 2., überarb. und erw. Aufl. Stuttgart [u.a.]: Thieme.

SECURVITA (2015): Leistungen. Zugriff am 03.08.2015 auf: http://www.securvita.de/zusatzversicherung-securvita/zusatzversicherung/leistungen.html.

Statista (2015): Gesetzliche Krankenversicherung - Gewünschte Leistungen. Zugriff am 18.07.2015 auf: http://de.statista.com/statistik/daten/studie/71324/umfrage/gesetzliche-krankenkassen---gewuenschte-leistungen/.

Steinaecker, K. von (2010): Atem- und Entspannungstherapie. In: Kraft K., Stange R. (Hrsg.) (2010): Lehrbuch Naturheilverfahren. 106 Tabellen. Stuttgart: Hippokrates-Verl, S. 357-371.

Steinaecker, K. von (2000): Luftsprünge. Anfänge moderner Körpertherapien. München: Urban & Fischer.

Vogelmeier C., Buhl R., CriØe C. P., Gillissen A., Kardos P., Köhler D. et al. (2007): Leitlinie der Deutschen Atemwegsliga und der Deutschen Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin zur Diagnostik und Therapie von Patienten mit chronisch obstruktiver Bronchitis und Lungenemphysem (COPD) [Elektronische Version]. In: *Pneumologie* 2007 (61), S. e1-e40.

Weise S., Kardos P., Pfeiffer-Kascha D., Worth H. (2008): Empfehlungen zur physiotherapeutischen Atemtherapie. Empfehlungen der Deutschen Atemwegsliga. 2. Aufl. München, Orlando: Dustri-Verlag. Zugriff am 21.06.2015 auf: http://www.atemwegsliga.de/empfehlungen-positionspapiere.html.

Wissenschaftliches Institut der AOK (WIdO) (2014): Heilmittelbericht 2014. Berlin. Zugriff am 26.07.2015 auf: http://www.wido.de/fileadmin/wido/downloads/pdf_heil_hilfsmittel/wido_hei_hmb2014_1114.pdf.

Anhang

Anschreiben für die Stellungnahmen

Hannover, 31. Mai 2015

Bitte um Stellungnahme zum Thema:

„Staatl. gepr. Atem-, Sprech- und Stimmlehrer /-innen im Handlungsfeld Atemtherapie“

Sehr geehrte Damen und Herren,
ich möchte Sie hiermit, um Ihre Stellungnahme zu derzeitigen und potentiellen Heilmittelerbringern des Heilmittels Atemtherapie ersuchen.

Ich bin staatl. geprüfte Atem-, Sprech- und Stimmlehrerin und Studentin im **Studiengang Bachelor of Science Ergotherapie, Logopädie, Physiotherapie der HAWK Hildesheim**.
Im Rahmen meiner Bachelorarbeit im SoSe 2015 möchte ich Ihre Stellungnahme zur Betrachtung der Zulassungsbedingungen für das Heilmittel Atemtherapie sowie zur Darstellung und Einschätzung der derzeitigen und potentiellen Heilmittelerbringer heranziehen.
Das Thema meiner Bachelorarbeit ergibt sich für mich aus der aktuellen Situation, dass Atem-, Sprech- und Stimmlehrer / -innen durch ihre Berufsausbildung zur Ausführung atemtherapeutischer Maßnahmen qualifiziert werden, aber bisher lediglich Physiotherapeuten / -innen als Heilmittelerbringer zugelassen sind.

Die Bearbeitungszeit meiner Bachelorarbeit liegt im Zeitraum vom 9. Juni bis 11. August 2015. Ich bitte Sie daher, um **Rücksendung der Stellungnahme bis spätestens zum 5. Juli.**
Für Rückfragen lege ich Kontaktdaten zu meiner Person und meiner Hochschule bei.

Ich würde mich sehr über Ihre Stellungnahme und baldige Rückmeldung, auch im Falle der Absage, freuen.

Mit freundlichen Grüßen

Stellungnahmen:

01.06.2015 11:23 vdek e.V.

Sehr geehrte Frau Schweppe,

ich komme zurück auf Ihre an uns gerichtete Anfrage vom 15. Mai zur Atemtherapie. Eine inhaltliche Stellungnahme geht Ihnen in Kürze vom GKV-Spitzenverband zu, an den Sie Ihre Anfrage ebenfalls gerichtet haben.

Mit freundlichen Grüßen

Eberhard Höing

Verband der Ersatzkassen e.V. (vdek)
Abteilung Ambulante Versorgung
Askanischer Platz 1
10963 Berlin

01.06.2015 14:45 GKV-Spitzenverband

Sehr geehrte Frau Schweppe,

wir kommen zurück auf Ihre Frage zur Atemtherapie.
Die Atemtherapie im Zusammenhang mit der Ausbildung Atem-, Sprech- und Stimmlehrerin nach Schlaffhorst-Andersen erfolgt stets im Zusammenhang der Stimmbildung, der Sprechfunktion bzw. dem gestalterischen Einsatz von Körperbewegung und Atmung.
Den im Heilmittelkatalog für die Atemtherapie benannten Krankheitsbildern: Lungenfibrose, Thoraxoperationen (beide AT1), ZNS-Erkrankungen, chronisches Ephysem (beide AT2) sowie Mukoviszidose (AT3) fehlt dieser Bezug. Insofern können wir nicht erkennen, dass die Ausbildung zur Atem-, Sprech- und Stimmlehrerin nach Schlaffhorst-Andersen für die Abgabe von Atemtherapie qualifiziert.

Mit freundlichen Grüßen

Florian Rott
Abteilung Arznei- und Heilmittel
-Heilmittel-
GKV-Spitzenverband
Reinhardtstraße 28
10117 Berlin

ZVK e.V. und Deutsche Atemwegsliga e.V. (23.07.2015)

Ihre Anfrage erreichte uns über Frau Pfeiffer-Kascha in der Geschäftsstelle des Bundesverbandes.

Gerne möchten wir wie folgt antworten:

Unstreitig handelt es sich bei den beiden Berufsgruppen sowohl von der Herkunft als auch der beruflichen Tätigkeit um unterschiedliche Berufe und Tätigkeitsfelder.

Die Arbeit der Atem-, Sprech- und Stimmlehrer zielt auf Verbesserung, Behebung phonetischer Störungen, also Sprach(entwicklungs)störungen.

Hingegen zielt physiotherapeutische Arbeit auf Störungen der Atmung bei unterschiedlichen Erkrankungen insbesondere schwerwiegender Bronchial-, Lungen- Atemwegserkrankungen, aber auch Erkrankungen des zentralen Nervensystems.

Auch laut Heilmittelrichtlinie ist es so, dass unterschiedliche Berufsgruppen bei unterschiedlichen Erkrankungen/Diagnosen arbeiten:

- die physiotherapeutische Behandlung im Bereich der Atemtherapie wie folgt geregelt ist:

Lt. Heilmittelkatalog ist KG Atemtherapie bzw. KG Muko verordnungsfähig gemäß den Vorgaben AT1-AT3. Die Verordnung darf in diesem Fall ausschließlich durch Physiotherapeuten am Patienten umgesetzt werden.

Heilmittelkatalog 2011
Heilmittel der physikalischen Therapie
3. Erkrankungen der inneren Organe

Erkrankungen der inneren Organe

AT1	Störungen der Atmung mit prognostisch kurzzeitigem Behandlungsbedarf
AT2	Störungen der Atmung mit prognostisch länger dauerndem Behandlungsbedarf
AT3	Störungen der Atmung bei Mukoviszidose

D. Maßnahmen der Physikalischen Therapie

§ 19 Bewegungstherapie

3. Krankengymnastik

c) Krankengymnastik zur Behandlung von schweren Erkrankungen der Atmungsorgane wie der Mukoviszidose (KG-Muko)

KG-Mukoviszidose umfasst neben Techniken der Allgemeinen Krankengymnastik (KGbzw. KG-Atemtherapie) auch eine Bewegungs- und Verhaltensschulung, insbesondere zur Verbesserung der Atemfunktion und zur

Sekretlösung. Die KG-Mukoviszidose wird ausschließlich als Einzeltherapie verordnet.

C

- **Maßnahmen der Stimm-, Sprech-, Sprachtherapie**
  Maßnahmen der Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie entfalten ihre Wirkung auf phoniatrischen und neurophysiologischen Grundlagen und dienen dazu, die Kommunikationsfähigkeit, die Stimmgebung, das Sprechen, die Sprache und den Schluckakt bei krankheitsbedingten Störungen wiederherzustellen, zu verbessern oder eine Verschlimmerung zu vermeiden.

  Maßnahmen der Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie sind in Abhängigkeit vom Störungsbild und der Belastbarkeit als 30-, 45- und 60-minütige Behandlung mit der Patientin oder dem Patienten verordnungsfähig.
  Sie können einzeln oder in Gruppen verordnet werden.

Heilmittelkatalog 2011
Heilmittel der Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie

Heilmittel der Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie

	Hinweise / Allgemeines
1	Störungen der Stimme
2	Störungen der Sprache
3	Störungen des Redeflusses
4	Störungen der Stimm- und Sprechfunktionen
5	Störungen des Schluckaktes
	Diagnosenindex

Abschließend ein Hinweis auf die Berufsbilder, Physiotherapeut ist bekannt,

anbei lt. Bundesagentur ein Einblick in:

Atem-, Sprech- und Stimmlehrer/in

Druckauswahl | In Vo

Die Tätigkeit im Überblick

Atem-, Sprech- und Stimmlehrer/innen befassen sich mit der Entwicklung und dem optimalen Einsatz der menschlichen Stimme sowie mit der B

Atem-, Sprech- und Stimmlehrer/innen finden Beschäftigung

- in Sprach-, Stimm- und Atemtherapiepraxen
- in Frühförderungs- und Heilpädagogikeinrichtungen
- in phoniatrischen und Hals-Nasen-Ohren (HNO)-Abteilungen von Kliniken und Sanatorien
- in Praxen von Fachärzten bzw. -ärztinnen für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde oder für Sprach-, Stimm- und kindliche Hörstörungen
- in Kindertagesstätten und Pflegeheimen
- an Volkshochschulen, Berufsfachschulen für Sozialpädagogik oder Logopädie, Schauspielschulen, künstlerischen bzw. pädagogischen Ho
- bei Rundfunkanstalten
- an Opern- und Schauspielhäusern

Die Ausbildung im Überblick

Atem-, Sprech- und Stimmlehrer/in ist eine landesrechtlich geregelte schulische Ausbildung an Berufsfachschulen , die 3 Jahre dauert.

Freundliche Grüße

D

Angelika Heck-Darabi

Referat Bildung und Wissenschaft
PHYSIO DEUTSCHLAND
Deutscher Verband für Physiotherapie (ZVK) e.V.
Deutzer Freiheit 72-74
50679 Köln

Telefon: +49 (0)221 981027-0
Telefax: +49 (0)221 981027-25
E-Mail: info@physio-deutschland.de
Web: www.physio-deutschland.de

Hallo Frau S.,

zur Frage von Frau Schweppe kann ich mich nur auf den bayerischen Lehrplan beziehen. Im Großen und Ganzen sollte dies aber im Bundesgebiet ähnlich sein. Wir unterliegen dem bayerischen Kultusministerium.
Im bayerischen Lehrplan beträgt die Gesamtausbildung an den Physiotherapieschulen 4500 Ausbildungsstunden. Sie ist auf sechs Semester verteilt. Diese Stunden teilen sich in theoretischen und fachpraktischen Unterricht von 2900 UE auf, zusätzlich müssen 1600 UE Praktikumsstunden in den sechs klinischen Kern-Fachbereichen in Akutkliniken, Reha-Zentren oder in Physiotherapie-Praxen unter Supervision und Benotung geleistet werden.

Explizit ist im Lehrplan Atem- und Entspannungstherapie innerhalb der physiktherapeutischen Behandlungstechniken mit 60 UE ausgewiesen.

Aber zur atemphysiotherapeutischen Behandlung gehören als Voraussetzung anatomische, physiologische und pathophysiologische Grundlagen sowie verschiedene physiotherapeutische Techniken. So müssen diese aus dem Gesamtlehrplan als Basis für die Atemphysiotherapie mit einbezogen werden.

Aus dem Gesamttopf theoretischer und fachpraktischer Unterrichtsfächer sowie den Technikfächern würde ich folgende Rechnung aufgestellten:

- Atem- und Entspannungstherapie 60 UE
- Anatomie, funktionelle Anatomie und Physiologie, insgesamt 380 UE

Anatomie: Anatomie der Atempumpe,
Anatomie des Respirationstrakts,…. ca.: 60 UE

Physiologie: Atemphysiologie, Muskelphysiologie, Trainingsphysiologie ca.: 80 UE

Aus der allgemeinen Krankheitslehre, insgesamt 420 UE

- Innere Medizin, gesamt von 60 UE, Erkr. v. Atemwegen und Lunge ca.: 80 UE

- Pädiatrie, insgesamt 40 UE,
Erker. der Atemwege im Kindes- u. Säuglingsalter ca.: 15 UE

Erkrankungen, wie CF und PZD und Asthma im Kindesalter ca.: 20 UE

E

• Hygiene Keime wie Pseudomonas ca.: 5 UE

• Trainings- und Bewegungslehre, insgesamt 120 UE, ca.:100 UE

• Prävention Rehabilitation, insgesamt 100 UE, ca.: 50 UE

• Fachpraktischer Unterricht:

• Physiktherapeutische Anwendungen in der Inneren Medizin von 240 UE ca.: 160 UE

• Physiktherapeutische Anwendungen in der Pädiatrie von 160 UE ca.: 30 UE

• Weiterhin müssen die physiktherapeutischen Behandlungstechniken zur Behandlung des muskuloskelettalen Systems mit einbezogen werden. Hierzu zählen beispielsweise Techniken zur Gelenksmobilisation: aus der "Manuellen Therapie“ Techniken zur Mobilisation von BWS und Rippengelenken, aus dem „PNF": PNF - Rumpfpattern, Muskel-Dehntechniken, Faszien- und Massage-Techniken, auch Messtechniken, allgemeine Trainingslehre und Befunderhebung…Dies sind noch einmal insgesamt 1560 UE
Hier lässt sich die Stundenzahl nur schwer subtrahieren, da alle diese Techniken zu den physiktherapeutischen Grundfertigkeiten zählen und so das Grund-Handwerkszeug auch in der Behandlung von Patienten mit akuten und chronischen Atemwegs- und Lungenerkrankungen darstellen. Ich schätze, wenn diese Techniken auf die Atempumpe reduziert werden, sind es ungefähr ca.: 350 UE

So lassen sich in der grundständigen physiotherapeutischen Schulausbildung für atemphysiotherapeutische Behandlungen insgesamt zusammenstellen: ca.: 1010 UE

Ich hoffe, dass diese Zahlen für Frau Schweppe eine gute Vergleichsbasis ergeben.

Viele Grüße

Sabine Weise

Freundeskreis der Schule Schlaffhorst-Andersen e.V. (**31.05.2015)**

Hallo Annegret,
schön von Dir zu hören über Deine Anfrage an den Freundeskreis. Ich antworte Dir als Vorstandsmitglied.
Der Freundeskreis setzt sich dafür ein, das Werk von Schlaffhorst und Andersen lebendig zu erhalten und weiter zu entwickeln. Für die berufspolitischen Angelegenheiten wie Kassenzulassungen, Heilmittelverordnungen und Anerkennungen ist der Berufsverband dba in Hamburg zuständig (www.dba-ev.de). Die von Dir gewünschte Stellungnahme solltest Du dort anfragen.

Vielleicht interessiert Dich folgende Information, auch wenn es schon über 30 Jahre her ist:
Ich war damals im Vorstand des Berufsverbandes. Wir haben schon einmal versucht, als Leistungserbringer für die Atemtherapie anerkannt zu werden. Die Krankenkassen verlangten einen wissenschaftlichen Nachweis, dass unsere Behandlungmethode erfolgreich ist. Daraufhin habe ich an der Medizinischen Hochschule Hannover eine Patientengruppe mit Asthma und Emphysem behandelt. Mit herkömmlichen Messverfahren wurde vor und nach der 3wöchigen Behandlung eine Lungenfunktion durchgeführt. Das Ergebnis war eine Diskrepanz zwischen hoch zufriedenen Patienten, die ohne Asthmaanfall Treppensteigen konnten (4 Etagen) und keiner Veränderung in der Lungenfunktion. Leider konnten wir aus zeitlichen und ökonomischen Gründen die Versuche nicht fortsetzen, um die geeigneten Messverfahren zu entwickeln. Außerdem brauchte man Mediziner, die uns dabei unterstützen und auch an entspechender Forschung interessiert wären.

In den folgenden Jahren mußte sich der Berufverband vorwiegend darum kümmern, das wir als Leistungserbringer für die Stimmtherapie weiterhin anerkannt bleiben. Ich glaube, dass es keine weiteren Vorstöße zur Anerkennung der Atemtherapie gegeben hat. Dies sind Aufgaben, die ihr jungen Kollegen in den kommenden Jahren in die Hand nehmen könntet.

Falls Du weitere Fragen hast, kannst Du Dich gerne wieder melden.

Herzliche Grüße

Dietlind Jacobi

arbeits- und forschungsgemeinschaft für
atempädagogik und atemtherapie e.V.

AFA · Möckernstraße 67 · 10965 Berlin

Frau
Annegret Schweppe
Scheidestraße 13
30625 Hannover

10. Juni 2015

Stellungnahme zum Thema:

„Staatl. gepr. Atem-, Sprech- und Stimmlehrer /-innen im Handlungsfeld Atemtherapie"

Sehr geehrte Frau Schweppe,

wir wurden von der AFA gebeten, Ihre Anfrage zu beantworten. Als ausgebildete Atemtherapeutinnen und langjährige Mitglieder der AFA sind wir beide zudem Studentinnen des Pilotstudienganges Bachelor of Science in Komplementärtherapie mit der Vertiefungsrichtung Atemtherapie der Steinbeis Hochschule Berlin. Wir haben unsere Bachelorarbeiten vor kurzem abgegeben und die Anerkennung der Atempädagogik/ Atemtherapie als eigenständig anerkannte Profession liegt uns sehr am Herzen. Gerne würden wir dann auch Ihre Ausführungen lesen.

Es gibt nicht die Atemtherapie als solche, sondern eine Vielzahl unterschiedlicher Atemmethoden. Diejenigen Verfahren der Atemtherapie, die unter dem Dach der Arbeits- und Forschungsgemeinschaft für Atempädagogik und Atemtherapie e. V. (AFA) vereint sind, gehören zu den komplementären Verfahren und sind darüber hinaus durch ihre AFA-Mitgliedschaft auch Mitglied der Freien Gesundheitsberufe. Dieser Dachverband für beratende

AFA Arbeits- und Forschungs-
gemeinschaft für Atempädagogik
und Atemtherapie e.V.

Telefon: +49 (0) 30 3953860
Fax: +49 (0) 30 3953823
Internet:

Gemeinnütziger Verein
Sitz Freudenstadt
1. Vorsitzende: A. Genähr

Berliner Sparkasse
Konto-Nr.: 116 000 4648
BLZ: 100 500 00

H

und Gesundheit fördernde Berufe e.V. (FG) wiederum ist eine Interessen-vertretung verschiedener Gesundheits- und Sozialberufe. Die in der AFA organisierten Atemmethoden eint ein einheitliches Curriculum und sie unterliegen der im gemeinsamen Berufsverband (BVA) definierten Berufsordnung und werden im Folgenden zusammenfassend mit Atemtherapie AFA® bezeichnet.

Zu ihnen gehören aktuell:

- die Atemlehre auf der Basis des zugelassenen Atems
- Psychotonik
- Atemarbeit nach C. Veening
- Atemarbeit nach H. Richter
- Personale-Initiatische Therapie nach Dürckheim und Graubner
- Eutonie nach G. Alexander
- Atem-, Stimm- und Sprechlehre nach Schlaffhorst-Andersen

Bisher ist die Atemtherapie AFA® als eigenständige Profession im Gesundheitswesen flächendeckend wenig verbreitet und wissenschaftliche Untersuchungen darüber sind rar. Demgegenüber ist die Atemtherapie als Teilbereich der Physiotherapie oder Logopädie, wie Sie auch schreiben, fest im Gesundheitswesen verankert und als Heilmittelerbringer zugelassen und kann entsprechend Leistungen erbringen.

Für die Atemtherapie AFA® gilt dies bis auf wenige Ausnahmen nicht, sie richtet sich weitgehend an Selbstzahler. So gilt beispielsweise für die Atemlehre auf der Basis des zugelassenen Atems (Lehre des Erfahrbaren Atems nach Prof. Ilse Middendorf), dass Leistungen in diesem Bereich nicht nur nicht abgerechnet werden können, sondern auf der Liste nicht verordnungsfähiger Heilmittel im Sinne der einschlägigen Richtlinien des gemeinsamen

AFA Arbeits- und Forschungs-
gemeinschaft für Atempädagogik
und Atemtherapie e.V.

Telefon: +49 (0) 30 3953860
Fax: +49 (0) 30 3953823
Internet:

Gemeinnütziger Verein
Sitz Freudenstadt
1. Vorsitzende: A. Genähr

Berliner Sparkasse
Konto-Nr.: 116 000 4648
BLZ: 100 500 00

Bundesausschusses ausdrücklich benannt sind. Damit steht es Krankenkassen nicht frei, auf dem Wege der Kostenerstattung entsprechende Heilmittel zu erstatten, es ist ihnen ausdrücklich untersagt (Richtlinie des gemeinsamen Bundesausschusses über die Verordnung von Heilmitteln in der vertragsärztlichen Versorgung) in der Fassung vom 20.01.2011/19.05.2011.

So lange diese Regelung so bestehen bleibt, ist die Atemtherapie außerhalb der Physiotherapie nicht abrechenbar, auch wenn sich Krankenkassen grundsätzlich bereit erklären, so genannte alternativ-medizinische Behandlungen zu übernehmen.

Dr. Michael Barczok, Lungenfacharzt und Mitglied des Berufsverbandes der Pneumologen in Deutschland, die mit der Indikationsstellung zur Atemtherapie unter den Fachärzten wohl am stärksten befasst sind, äußert sich dazu wie folgt:
„Gerade auch aus Sicht eines niedergelassenen Pneumologen ist es auf Dauer unverzichtbar, die Atemtherapie in ihrer ganzen Vielfalt von der Physiotherapie bis hin zu den Methoden der Atemtherapie AFA® für Patienten zugänglich zu machen.
Die Erfahrung mit vielen Patienten, die an Asthma oder COPD leiden, zeigt, dass dem „Richtigen Atmen" enorme Bedeutung bei der langfristigen Behandlung dieser Krankheitsbilder zukommt. Ein weiteres Krankheitsbild ist die chronische Hyperventilation, die häufig mit Asthma und/oder COPD vergesellschaftet ist, allerdings auch als schwerwiegendes eigenständiges Krankheitsbild bei jüngeren Menschen mit teils erheblichen gesundheitsökonomischen Folgen zum Tragen kommt (Einbeziehung des Notarztes, häufige Besuche auf Intensivstationen, intensive Abklärungsmaßnahmen wegen unklarer Atemnot).
Hier bietet die Atemtherapie AFA® ein erhebliches Behandlungspotential, das ungenutzt bleibt, so lange die momentane Verweigerungshaltung der Kostenträger bestehen bleibt. Es ist zu hoffen, dass durch Veröffentlichungen entsprechender Behandlungsergebnisse und eine verstärkte Öffentlichkeitsarbeit der betroffenen Verbände ein grundsätzliches Umsteuern in den

AFA Arbeits- und Forschungs-
gemeinschaft für Atempädagogik
und Atemtherapie e.V.

Telefon: +49 (0) 30 3953860
Fax: +49 (0) 30 3953823
Internet:

Gemeinnütziger Verein
Sitz Freudenstadt
1. Vorsitzende: A. Genähr

Berliner Sparkasse
Konto-Nr.: 116 000 4648
BLZ: 100 500 00

nächsten Jahren möglich sein wird. Im Moment allerdings können diese Leistungen nur frei vereinbart mit dem Patienten erbracht und abgerechnet werden."

Auf dem Gebiet der Atemtherapie gibt es einige Forschungsarbeiten, die deren Wirksamkeit belegen, doch sind weitere Studien unabdingbar, die gültigen wissenschaftlichen Standards entsprechen, um die Atemtherapie als anerkannte und im Gesundheitswesen verankerte Disziplin zu positionieren. Die Akademisierung der Atemtherapie bietet eine Plattform für weitere empirische Forschungsprojekte. Die dadurch gewonnenen Ergebnisse können wegweisend sein für die Integration der Atemtherapie als wirksame und gesundheitsökonomisch bedeutsame Behandlungsoption bei unterschiedlichen Indikationen.
Daraus resultierend und gemäß der im Leitbild der AFA formulierten Vision: „Die Atemtherapie AFA® nimmt einen bedeutenden Platz im Rahmen der Körpertherapieverfahren ein und ist im Gesundheitswesen verankert" sollte die Atemtherapie AFA® aus unserer Sicht ein erstattungsfähiges Heilmittel sein.

Für weitere Fragen können Sie uns gerne kontaktieren.

Mit besten Wünschen für Ihre Bachelorarbeit und freundlichen Grüßen

Betty Braun

Atemraum

Betty P. Braun

Erdberger Str. 8

86492 Egling a.d. Paar

Tel. 08206/ 96 16 18

betty-braun@online.de

Susanne Menrad-Barczok

Atempraxis Ulm

Susanne Menrad-Barczok

Kellerhalde 18

89081 Ulm

Tel. 0731/ 93 86 212

smenrad@atempraxis-ulm.de

K

Ilse-Middendorf-Institute für den Erfahrbaren Atem ® (15.06.2015)

Sehr geehrte Frau Schweppe,

zur Definition: therapeutische Methoden, so auch die von Ihnen genannten, sind keine "Erbringer von Heilmitteln". Heilmittel sind Arzneien oder ggf. Geräte-Hilfsmittel.

Der Erfahrbare Atem ist keine "Heilmethode", auch nicht potentiell. Sie ist eine salutogenetische Methode, d.h. die Heilung von Krankheiten geschieht "am Rande". Näheres dazu auf unserer Website unter "Standortbestimmung" und "Berufsbild".

Mir ist nicht klar, was Sie unter einer "Stellungnahme" verstehen und was Sie ggf. von mir erwarten. Ich möchte Sie darauf hinweisen, das der Erfahrbare Atem ein "Weg" ist, über den zu schreiben nur möglich ist, wenn man ihn gegangen ist.

Mit freundlichen Grüßen

Helge Langguth

L

Hochschule für angewandte Wissenschaft und Kunst
HILDESHEIM/HOLZMINDEN/GÖTTINGEN
Fakultät Soziale Arbeit und Gesundheit

HAWK
HOCHSCHULE FÜR ANGEWANDTE WISSENSCHAFT UND KUNST
Hildesheim
Holzminden
Göttingen
Fakultät
Soziale Arbeit
und Gesundheit

Name:	Schweppe
Vorname:	Annegret
Matrikel-Nr.:	632177
Studiengang:	Bachelor Ergotherapie, Logopädie und Physiotherapie

Eidesstattliche Versicherung

Ich versichere an Eides statt,

1. meine Bachelor-Thesis
   selbständig und ohne fremde Hilfe verfasst zu haben,
2. keine anderen als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel benutzt zu haben,
3. alle Stellen der Arbeit, die ich wortwörtlich oder sinngemäß aus anderen Quellen übernommen habe, als solche kenntlich gemacht zu haben und
4. die Arbeit in gleicher oder ähnlicher Form noch keiner Prüfungsbehörde vorgelegt zu haben.

Erklärung zur Bibliotheksauslage

☒ Hiermit erkläre/n ich/wir mich/uns einverstanden, dass meine/unsere Abschlussarbeit In der Bibliothek ausgelegt wird und dass die Arbeit ganz oder auszugsweise kopiert werden darf. Ich versichere /Wir versichern, dass die Arbeit nicht unter die Bestimmungen des Datenschutzes fällt und veröffentlicht werden darf.

○ Ich bin / Wir sind **nicht** damit einverstanden, dass ein Exemplar meiner/unserer Abschlussarbeit in der Bibliothek ausgelegt wird.

Datenschutzerklärung

☒ Hiermit erkläre/n ich/wir mich/uns einverstanden, dass die Hochschule eine Plagiatserkennung meiner /unserer Abschlussarbeit vornimmt, indem sie diese auf dem Ephorusserver zur Überprüfung ablegt. Auf die erforderliche Anonymisierung meiner/unserer Daten der PDF-Datei wurde/n ich /wir hingewiesen.

Hannover, den 10.8.2015
Ort Datum

A. Schweppe
(Unterschrift)