

Therapeuteninformation zur Cranio-Fallstudie: Eine Studie zu Craniosacraler Therapie in Deutschland, Österreich und der Schweiz

**Sehr geehrte Therapeutin, sehr geehrter Therapeut,
liebe Kolleginnen und Kollegen,**

der Craniosacral Verband Deutschland (CSVD) und der Upledger-Verband Deutschland (UCD) führen in Kooperation mit der Universität Duisburg-Essen eine Erhebung zur Nutzung und Wirksamkeit der Craniosacralen Therapie durch und bitten um Ihre Mithilfe.

Die Nachfrage nach Craniosacraler Therapie steigt stetig an, Klienten berichten oft von erstaunlichen Erfolgen – doch wenn diese nicht dokumentiert werden, bleiben es immer individuelle Erfahrungen, auf deren Grundlage man gegenüber Kostenträgern aus dem Gesundheitswesen und Klienten-relevanten Informationsdatenbanken (z.B. Wikipedia) wenig argumentieren kann. Dazu benötigt es wissenschaftliche Daten über die Wirksamkeit einer Therapiemethode.

Wir möchten deshalb zusammen mit Ihnen eine Sammlung von Fallberichten erstellen und eine möglichst große Zahl (angestrebt sind 500) an Klientenerfahrungen mit Craniosacraler Therapie abbilden. Hierzu finden Sie im Anhang einen prospektiven Fallberichtsbogen mit Fragebögen für den Therapeuten und den Klienten sowie eine schriftliche Einverständniserklärung zur Teilnahme an der Studie.

Was bedeutet Prospektiver Fallbericht? Ein prospektiver Fallbericht (lat. prospectare: ausschauen) erfasst im Gegensatz zum retrospektiven Fallbericht (lat. retrospectare: zurückblicken) Daten des Klienten bereits vor Therapiebeginn. Der Klient wird dann behandelt und nach abgeschlossenem Therapiezeitraum erneut zu seinen Beschwerden befragt. Der Therapeut dokumentiert kurz die wesentlichen Behandlungsschritte. Es gibt zwei Versionen des Fallberichts: für den Klienten selbst und für Eltern, deren Kinder behandelt werden.

Zur Anwendung der Fallberichte:

- Für die Auswertung der Fallberichte ist es wichtig, dass insbesondere die Angaben der Klienten zur Einschätzung ihrer Beschwerden vollständig sind (anzukreuzende Antworten)!
- Wenn Sie als Therapeut beim Ausfüllen nicht alle Angaben leisten können, nehmen wir gerne auch unvollständige Fallberichte an. Bitte achten Sie jedoch darauf, dass der Klient seinen Teil des Bogens ausgefüllt hat.
- Freitextbemerkungen sind eine bereichernde Ergänzung und bieten insbesondere Raum für persönliche Erfahrungen der Klienten, sind jedoch ebenfalls optional.

Bitte versehen Sie abschließend jede Seite der Bögen mit der Klienten-ID und senden Sie den Fragebogen sowie die Einverständniserklärung an uns zurück:

...entweder eingescannt per Email an: studien@cranioverband.org

...oder per Post an: Craniosacral Verband Deutschland e.V., Postfach 21 90 41, 33697 Bielefeld

Bei Rückfragen können Sie sich jederzeit wenden an:

Marie Wortberg (Ansprechpartnerin CSVD)
Tel: 0521/9151869 | Email: marie@heilpraxis-wortberg.de

oder

Dipl.-Psych. Heidemarie Haller (Studienkoordination und Auswertung)
Klinik für Naturheilkunde und Integrative Medizin, Kliniken Essen-Mitte, Medizinische Fakultät,
Universität Duisburg-Essen, Am Deimelsberg 34a, 45276 Essen
Tel.: 0201-17425044
Email: h.haller@kliniken-essen-mitte.de

Cranio-Fallstudie | Therapeuten-Formular

Therapeutencode (bitte immer angeben):

1. Erster Buchstabe des Vornamens
2. Erster Buchstabe des Nachnamens
3. Geburtsjahr

<input type="text"/>	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	---	----------------------

Therapeutenangaben (bitte einmalig angeben):

Alter: Stadt/Land:

Geschlecht: Grundberuf:

Berufserfahrung CST in Jahren:

CST Richtung (biodynamisch, Upledger, gemischt, andere):



Anamnese Klient:

Demografie: Alter:, Geschlecht:, Vorerfahrungen mit Craniosacraler Therapie:

Hauptsymptome/-beschwerden:

Therapieverlauf:

Anzahl/Dauer der Behandlungen:, Behandlungszeitraum in Wochen:

Beschwerdeverlauf/Therapieergebnis (optional):

Nebenwirkungen der CST/Erstverschlimmerungen: (wenn keine, bitte dies auch angeben)

Parallele Therapien: Medikamente und andere ärztliche/physiotherapeutische Therapien im Behandlungszeitraum (wenn keine, bitte dies auch angeben)

Cranio-Fallstudie | Klienten-Formular: Einverständniserklärung

Sehr geehrte Eltern,

die Cranio-Fallstudie dient zur Erfassung der Nutzung und Wirkungsweise der Craniosacralen Therapie. Es soll untersucht werden, bei welchen Erkrankungen Craniosacrale Therapie angewendet wird und in welchem Ausmaß sich körperliche und psychische Beschwerden beeinflussen lassen. Da es im deutschsprachigen Raum keine systematischen Erhebungen zu Craniosacrale Therapie gibt, tragen Sie wesentlich dazu bei, diese Behandlungsmethode zu erforschen und ihre Anerkennung zu fördern. Die Studie wird in Zusammenarbeit mit dem Craniosacral Verband Deutschland (CSVD), dem Upledger-Verband Deutschland (UCD) und der Universität Duisburg-Essen durchgeführt.

Ablauf der Studie:

Sie erhalten insgesamt 2 kurze Fragebögen zu den Beschwerden und der Beeinträchtigung des persönlichen Wohlbefindens Ihres Kindes – den ersten vor Beginn der ersten Behandlung mit Craniosacraler Therapie, den zweiten nach Ende des Behandlungszeitraumes, den Sie mit Ihrem Therapeuten vereinbaren. Bitte füllen Sie beide Fragebögen vollständig aus und machen Sie bei der für Ihr Kind zutreffenden Zahl ein Kreuz. Bitte füllen Sie alle Frage für ihr Kind oder mit Ihrem Kind gemeinsam aus. Antworten Sie möglichst spontan und vermeiden Sie Mehrfachantworten. Bitte lassen Sie keine Frage aus!

Datenschutz:

Die im Rahmen dieser Studie erhobenen persönlichen Daten Ihres Kindes werden streng vertraulich behandelt. Die Speicherung, Auswertung und wissenschaftliche Veröffentlichung der Untersuchungsergebnisse erfolgt unter strikter Beachtung des gesetzlichen Datenschutzes in anonymisierter Form (Der Name Ihres Kindes wird durch einen Code ersetzt). Eine konkrete Zuordnung der Studiendaten zur Person ist aufgrund der Verschlüsselung ausgeschlossen. Der Datenschutz bleibt in jedem Fall gewahrt. Die Teilnahme an der Studie ist freiwillig und setzt Ihre schriftliche Einwilligung voraus. Durch einen Abbruch der Studie oder eine Ablehnung der Teilnahme entstehen Ihnen und Ihrem Kind keinerlei Nachteile. Beim Widerruf Ihrer Einwilligung haben Sie das Recht, die Löschung aller bis dahin gespeicherten personenbezogenen Daten zu verlangen. Der Widerruf ist schriftlich zu richten an die Studienkoordinatorin der Universität Duisburg-Essen an untenstehende Adresse. Bei Rückfragen wenden Sie sich bitte jederzeit an Ihren behandelnden Therapeuten oder die Studienkoordinatorin.

Einverständniserklärung:

Ich habe zur Kenntnis genommen, dass im Rahmen dieser Studie persönliche Daten erhoben und gespeichert werden. Die Daten werden streng vertraulich und nur zu wissenschaftlichen Zwecken analysiert. Soweit der Bezug zu meiner Person und der Person meines Kindes aus den Daten nicht erkennbar ist, gebe ich mein Einverständnis zur Aufzeichnung und Verarbeitung der Daten im Rahmen der Studie. Außerdem bin ich damit einverstanden, dass die Studiendaten in anonymisierter Form für wissenschaftliche Darstellungen und Veröffentlichungen verwendet werden. Beim Umgang mit den Daten werden die Grundsätze des Datenschutzes beachtet. Alle meine Fragen zur Studie wurden beantwortet.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift eines Elternteils (bei Kindern unter 18)

Klienten-ID: Zur eindeutigen Zuordnung der Daten Ihres Kindes unter Gewährleistung der Anonymisierung erstellen Sie bitte einen persönlichen Code.

1. Der letzte Buchstabe des Vornamens Ihres Kindes
2. Der letzte Buchstabe des Nachnamens Ihres Kindes
4. Die letzte Zahl der Postleitzahl
5. Die letzte Zahl des Geburtsjahres Ihres Kindes

--	--	--	--

UNIVERSITÄT
DUISBURG
ESSEN

Offen im Denken

Studienkoordination (für Rückfragen):

Dipl.-Psych. Heidemarie Haller
Klinik für Naturheilkunde und Integrative Medizin, Kliniken Essen-Mitte,
Medizinische Fakultät, Universität Duisburg-Essen, Am Deimelsberg 34a, 45276 Essen
Tel.: 0201-17425044
Email: h.haller@kliniken-essen-mitte.de

Ua Upledger
Association
Germany

craniosacral verband deutschland

Cranio-Fallstudie | Klienten-Formular: 1. Fragebogen vor Therapie-Beginn

Bitte benennen Sie bis zu drei Symptome/Beschwerden (körperlich oder psychisch) oder Anliegen, wegen derer Sie mit Ihrem Kind zur Behandlung kommen und geben Sie an, wie lange diese vorliegen? Beurteilen Sie bitte dann die durchschnittliche Stärke der Symptome in den letzten 4 Wochen auf einer Skala von 0-10.

Symptom 1: Dauer (in Jahren):

so gut, wie es nur sein könnte

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

 so schlecht, wie es nur sein könnte

Symptom 2: Dauer (in Jahren):

so gut, wie es nur sein könnte

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

 so schlecht, wie es nur sein könnte

Symptom 3: Dauer (in Jahren):

so gut, wie es nur sein könnte

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

 so schlecht, wie es nur sein könnte

Wählen Sie bitte bis zu zwei Aktivitäten (körperlich, geistig, sozial oder schulisch), die Ihr Kind wegen der Beschwerden nur noch mit Schwierigkeiten oder gar nicht mehr ausüben kann und schätzen Sie das Ausmaß der Beeinträchtigung ein.

Aktivität 1:

so gut, wie es nur sein könnte

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

 so schlecht, wie es nur sein könnte

Aktivität 2:

so gut, wie es nur sein könnte

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

 so schlecht, wie es nur sein könnte

Wie würden Sie das allgemeine Wohlbefinden Ihres Kindes in den letzten 4 Wochen bewerten?

so gut, wie es nur sein könnte

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

 so schlecht, wie es nur sein könnte

Wie würden Sie das seelische Wohlbefinden Ihres Kindes in den letzten 4 Wochen bewerten?

so gut, wie es nur sein könnte

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

 so schlecht, wie es nur sein könnte

Wie würden Sie den Schlaf Ihres Kindes in den letzten 4 Wochen bewerten?

so gut, wie er nur sein könnte

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

 so schlecht, er es nur sein könnte

Wie erfolgreich, denken Sie, wird die Craniosacrale Therapie die Beschwerden Ihres Kindes verringern?

gar nicht erfolgreich

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

 überaus erfolgreich

Bitte geben Sie abschließend noch einige Daten zur Person Ihres Kindes an:

Alter: Schule (noch keine/Kindergarten/Hauptschule/Realschule/Gymnasium):

Geschlecht:

Herzlichen Dank für Ihre Mithilfe!

Cranio-Fallstudie | Klienten-Formular: 2. Fragebogen nach Therapie-Ende

Bitte benennen Sie die Symptome/Beschwerden (körperlich oder psychisch) oder Anliegen, wegen derer Ihr Kind zur Behandlung gekommen ist und überlegen Sie wie ausgeprägt diese vor der Therapie waren. Beurteilen Sie bitte dann die derzeitige Stärke der Symptome auf einer Skala von 0-10.

Symptom 1:

so gut, wie es nur sein könnte

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

so schlecht, wie es nur sein könnte

Symptom 2:

so gut, wie es nur sein könnte

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

so schlecht, wie es nur sein könnte

Symptom 3:

so gut, wie es nur sein könnte

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

so schlecht, wie es nur sein könnte

Bitte benennen Sie die Aktivitäten (körperlich, geistig, sozial oder schulisch), bei denen Ihr Kind zu Beginn der Therapie beeinträchtigt war und schätzen Sie das derzeitige Ausmaß der Beeinträchtigung ein.

Aktivität 1:

so gut, wie es nur sein könnte

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

so schlecht, wie es nur sein könnte

Aktivität 2:

so gut, wie es nur sein könnte

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

so schlecht, wie es nur sein könnte

Wie würden Sie aktuell das allgemeine Wohlbefinden Ihres Kindes bewerten?

so gut, wie es nur sein könnte

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

so schlecht, wie es nur sein könnte

Wie würden Sie aktuell das seelische Wohlbefinden Ihres Kindes bewerten?

so gut, wie es nur sein könnte

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

so schlecht, wie es nur sein könnte

Wie würden Sie aktuell den Schlaf Ihres Kindes bewerten?

so gut, wie er nur sein könnte

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

so schlecht, er nur sein könnte

Im Vergleich zu vor der Craniosacralen Therapie, wie würden Sie insgesamt die Beschwerden Ihres Kindes beschreiben?

+4	+3	+2	+1	0	-1
kuriert/ geheilt	sehr große Verbesserung	bedeutsame Verbesserung	leichte Verbesserung	keine Veränderung	Verschlech- terung

Bitte wenden...

Falls Ihr Kind vor der Craniosacralen Therapie Medikamente gegen seine Beschwerden eingenommen hat (ansonsten bitte Frage auslassen): Wie würden Sie insgesamt den aktuellen Medikamentenkonsum beschreiben?

- | | | | | | |
|---------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|--------------------------------|----------------------------|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> +4 | <input type="checkbox"/> +3 | <input type="checkbox"/> +2 | <input type="checkbox"/> +1 | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> -1 |
| gar keine
mehr nötig | sehr große
Reduzierung | bedeutsame
Reduzierung | leichte
Reduzierung | gleich
bleibend | gestiegen |

Angabe optional/freiwillig: Haben Sie oder Ihr Kind darüber hinaus weitere Erfahrungen mit Craniosacraler Therapie gemacht? Haben Sie z.B. besondere Veränderungen im Verhalten Ihres Kindes gespürt, in seinem Umgang mit anderen Kindern/Erwachsenen oder mit Stress? Hat Ihr Kind Ressourcen erarbeiten können oder gab es spirituelle Erfahrungen?