Einführung: Was ist und warum brauchen wir Berührungsmedizin?

Michael Eggart und Bruno Müller-Oerlinghausen

Berührung – ein menschliches Grundbedürfnis

Fragt man nach den Grundbedürfnissen des Menschen, kommen meist vitale Bedürfnisse wie Nahrung, Wasser, Luft, Fortpflanzung und Schlaf zur Sprache. Selten aber wird an Berührung gedacht – ein Umstand, der symptomatisch für unsere zunehmend berührungsarme, digitalisierte Gesellschaft ist. Berührungen werden teilweise aufgrund einer im Kern zwar berechtigten, aber in der Konsequenz nicht mehr zweckdienlichen Betonung des Rechts auf körperliche Selbstbestimmung und Unversehrtheit zunehmend stigmatisiert, was nicht selten auch im Gesundheitswesen zu einem »Berührungstabu« führt (von Thadden, 2018). Jedoch gehören Berührungen zu den elementaren Voraussetzungen menschlichen Lebens. Berührungen vermitteln Liebe, Zuneigung, Empathie, Fürsorge, Intimität und soziale Zugehörigkeit (Montagu, 2015). Eine große internationale Befragung hat ergeben, dass ca. 90% der Befragten den Körperkontakt als »Schlüssel zum glücklichen Leben« ansehen. Auf der anderen Seite erleben mehr als die Hälfte der Deutschen keine tägliche Berührung (Global Report, 2020). Bereits in den Evangelien werden heilsame Handauflegungen beschrieben, durch welche z. B. »Aussätzige« wieder in das soziale Leben integriert wurden (Federbusch, 2022).

Während man sich dem Seh-, Geruchs- oder Gehörsinn entziehen kann, ist der Berührungssinn immer aktiv (Thayer, 1986). Der Tastsinn ist der erste Sinn, der sich während der Embryonalentwicklung ausbildet, etwa ab der achten Schwangerschaftswoche (Müller et al., 2022). Im Gegensatz zu anderen Sinnen ist ein vollständiger Verlust der taktilen Wahrnehmung bei Neugeborenen bislang niemals beobachtet worden. Ein Mensch kann blind oder taub geboren werden, doch ohne den Tastsinn (▶ Kap. 5) wäre er nicht überlebensfähig.

In den letzten Jahrzehnten haben empirische Befunde eindrücklich belegt, dass ein Mangel an liebevoller Berührung in der frühen Kindheit langfristig psychische und physische Schäden verursachen kann, darunter gestörte Bindungsmuster und ein erhöhtes Risiko für Depressionen im späteren Leben (Takeuchi et al., 2010). Parallel dazu haben experimentelle und klinische Studien zur Wirksamkeit therapeutisch angewandter Berührung eine Vielzahl relevanter Erkenntnisse hervorgebracht, die in der Krankenversorgung mit Ausnahme der Neonatologie (vgl. ▶ Kap. 23) bislang kaum bekannt sind und sich im Sinne einer »Berührungsmedizin« nutzen lassen (Field, 2000; McGlone et al., 2024; Müller-Oerlinghausen et al., 2022). Doch bevor wir auf die medizinischen Aspekte eingehen, richten wir den Blick auf soziale Aspekte der Berührung.

© 2026 W. Kohlhammer, Stuttgart

Der positive Einfluss von Berührungen auf Entwicklung, Gesundheit und Wohlbefinden gilt inzwischen als gesichert, doch lebt eine nicht unbeträchtliche Zahl an Menschen ohne Berührung (Böhme, 2019). Dies erklärt vielleicht das zunehmende journalistische Interesse am Thema Berührung (Nolte, 2025). Jede fünfte Person wohnt nach Angaben des Statistischen Bundesamts in Deutschland alleine, der EU-Durchschnitt liegt bei 16,2 % (Stand: 2024). 42 % der deutschen Haushalte beherbergen nur eine Person. Gleichzeitig berichten laut dem »Einsamkeitsbarometer Deutschland« viele Menschen von einem Gefühl der Einsamkeit, welches sich aufgrund sozialer Isolationsmaßnahmen während der COVID-19-Pandemie zuspitzte. Insbesondere in der Gruppe der 18- bis 29-Jährigen ist die Einsamkeitsbelastung mit 14,1 % (Stand: 2021) am höchsten (Schobin et al., 2024). Es wird angenommen, dass dem Erleben von Einsamkeit auch ein Berührungsmangel zugrunde liegt (Noone & McKenna-Plumley, 2022). Soziale Exklusion aktiviert jene Hirnareale, die auch an der Verarbeitung physischen Schmerzes beteiligt sind. Zwischenmenschliche Berührungen – die während der Pandemie vielfach verwehrt blieben – können diesen »sozialen Schmerz« nachweislich mildern (von Mohr et al., 2017).

Die Berücksichtigung des menschlichen Bedürfnisses nach Körperkontakt, sozialer Nähe, Bindung und Zugehörigkeit ist auch im modernen Leben von zentraler Bedeutung, wird jedoch häufig unzureichend bewusst wahrgenommen oder reflektiert. In der Alltagssprache finden sich zahlreiche Ausdrucksformen, die ein implizites Bewusstsein für die Bedeutung von Berührung widerspiegeln. Wendungen wie »etwas berührt mich« (engl. »a touching experience«), »ich bekomme Gänsehaut« oder »das geht mir unter die Haut« verdeutlichen die enge Verbindung zwischen körperlicher Empfindung und emotionaler Erfahrung (Thayer, 1986).

Historische Entwicklung der Berührungsforschung

Die Notwendigkeit empathischer Berührung für eine gesunde Entwicklung wurde lange Zeit negiert. Eine liebende Zuwendung zum Kind wurde als »Verhätschelung« abgewertet und stand angeblich der Ausreifung einer autonomen Persönlichkeit im Wege. So schrieb John B. Watson, Begründer des bis heute einflussreichen Behaviorismus, in seinem Erziehungsratgeber unter der Kapitelüberschrift *The dangers of too much mother love* (Watson, 1928, S. 73):

> »Let your behavior always be objective and kindly firm. Never hug and kiss them, never let them sit in your lap. If you must, kiss them once on the forehead when they say good night. Shake hands with them in the morning. Give them a pat on the head if they have made an extraordinarily good job of a difficult task.«

Eine Reihe wegweisender Untersuchungen läutete ab Mitte des vergangenen Jahrhunderts ein Umdenken zum Stellenwert der Berührung ein. Der Arzt und Psychoanalytiker René A. Spitz untersuchte über zwei Jahre die Entwicklung von

© 2026 W. Kohlhammer, Stuttgart

Säuglingen im Findelhaus im Vergleich zu Kindern, die gemeinsam mit ihren Müttern im Strafvollzug lebten (Spitz, 1945). Die Bedingungen hinsichtlich Hygiene, medizinischer Versorgung und Ernährung waren vergleichbar. Der entscheidende Unterschied lag im Ausmaß der Zuwendung: Während die Kinder im Strafvollzug regelmäßigen Körperkontakt durch ihre Mütter erfuhren, wurden die Findelhauskinder von einer einzigen Schwester versorgt, verbrachten den Großteil des Tages in ihren Betten und erhielten kaum Zuwendung. Die Kinder im Findelhaus zeigten deutliche Entwicklungsverzögerungen sowohl im körperlichen als auch im kognitiven Bereich: Im Alter von drei Jahren entsprachen Größe und Gewicht etwa dem Entwicklungsstand von eineinhalbjährigen Kindern. Besonders eindrücklich war die Sterblichkeitsrate, die bei den Findelhauskindern 37 % betrug, während im Strafvollzug kein einziger Todesfall auftrat. Zudem wurden die Findelhauskinder häufig krank und waren verhaltensauffällig. Dieses Phänomen wurde als Hospitalismus oder Deprivationssyndrom bezeichnet und gilt bis heute als klassisches Beispiel für die fatalen Folgen eines Mangels an Berührung und liebevoller Zuwendung.

Wichtige Erkenntnisse zur Bedeutung von Berührung und Körperkontakt für die Entwicklung des Bindungsstils stammen aus den viel zitierten Experimenten mit Rhesusaffen. Harlow (1958) zeigte, dass neugeborene Rhesusäffchen, die ohne ihre Mütter aufwuchsen, den Kontakt zu einer weichen, beheizten »Ersatzmutter-Attrappe« (Drahtgestellt mit Frottee-Bezug) bevorzugten – obwohl diese keine Milch auf Knopfdruck lieferte. Der Wunsch nach Wärme, Nähe und physischem Kontakt erwies sich damit als ebenso existenziell wie der Milch-Hunger, der durch eine weitere Attrappe aus Drahtgestell ohne Frottee-Bezug gestillt wurde. Die mit weichem Frottee umwickelte Ersatzmutter-Attrappe diente auch als Zufluchtsort bei Gefahr und als sicherer Rückzugsort, z. B. bei Erkundung der Umgebung. Außerdem stellte Harlow nach Isolation der Rhesusäffchen ein Deprivationssyndrom fest, welches mit Bewegungsstereotypien, Apathie und Aggressivität verbunden war. Diese tierexperimentellen Befunde prägten die Bindungstheorie von John Bowlby und Mary Ainsworth, die körperliche Zuwendung auch als Grundlage sicherer Bindungsbeziehungen beim Menschen feststellten (Norholt, 2020).

Zahlreiche tierexperimentelle und humanwissenschaftliche Studien belegen seither die negativen Folgen mangelnder Berührung durch Bezugspersonen in der frühen Kindheit. Aufbauend auf den Arbeiten von Myron Hofer untersuchten mehrere Studien an Nagetieren den Einfluss mütterlicher Pflege – insbesondere des Leckens und der Körperpflege (Grooming) – auf die Entwicklung der Nachkommen. Diese mütterliche Fürsorge weist deutliche Parallelen zur »affektiven Berührung« beim Menschen auf (vgl. ▶ Kap. 10). Eine frühe Trennung von der Mutter hat schwerwiegende Folgen auf die Stressregulation des Nachwuchses (Hofer, 1994). Experimentell konnte gezeigt werden, dass die erhöhte Stressanfälligkeit bis ins Erwachsenenalter der Nagetiere anhielt und vermutlich auf eine epigenetisch veränderte Genexpression des Glukokortikoid-Rezeptors zurückgeht (Meaney & Szyf, 2005). Langzeitstudien bestätigen die positiven Wirkungen früher intensiver Berührung auf die spätere Entwicklung auch beim Menschen: Kinder, die in ihrer frühen Kindheit häufig körperliche Zuwendung erhielten, zeigten im Alter von zehn Jahren verbesserte exekutive Funktionen, stabilere Schlafrhythmen, eine ab-

© 2026 W. Kohlhammer, Stuttgart

geschwächte Stressreaktion und eine gute Mutter-Kind-Beziehung (Feldman et al., 2014). Auch zum Termin geborene Säuglinge profitieren von vermehrtem Hautkontakt mit der Mutter: Main & Stadtman (1981) zeigten, dass körperliche Nähe Aggressivität und Ärger beim Kind reduziert (vgl. ▶ Kap. 24). Eine besondere Form des frühen Haut-zu-Haut-Kontakts stellt die in Kolumbien entwickelte und heute weit verbreitete Känguru-Methode dar, also das Tragen des Kindes auf der nackten Brust. Insbesondere Frühgeborene profitieren von der Känguru-Methode, die sich günstig auf die physiologische Stabilität, die kognitive Entwicklung und die Frühsterblichkeit auswirkt (Bergman et al., 2004).

Ein Paradigmenwechsel setzte mit der Entdeckung der C-taktilen (CT) Afferenzen ein. Diese unmyelinisierten, langsam leitenden Nervenfasern innervieren hauptsächlich die behaarte Haut und bilden ein eigenständiges System der affektiven Berührungsverarbeitung, das in ▶ Kap. 10 ausführlich dargestellt wird. CT-Fasern reagieren besonders auf sanftes Streicheln oder leichtes Gleiten über die behaarte Haut. Die Aktivierung von CT-Afferenzen ist mit einem subtilen Wohlgefühl verbunden, das interozeptiv – also als inneres Leibgefühl – empfunden wird (Björnsdotter et al., 2010). Dies ist, wie in ▶ Kap. 7 sowie ▶ Kap. 27 dargelegt wird, ein wichtiger Ansatzpunkt der Berührungsmedizin für die Behandlung psychischer Erkrankungen.

Berührungsarten und Determinanten von Berührungseffekten

Berührung ist ein vielschichtiges Phänomen, das sich aus verschiedenen Blickwinkeln beschreiben und analysieren lässt. Zur Erfassung der Komplexität bietet sich eine systematische Unterscheidung häufiger Berührungsarten an, die nach verschiedenen Kriterien differenziert werden können. ▶ Tab. 1 gibt einen Überblick über zentrale Klassifikationskriterien der Berührung und beschreibt verschiedenen Berührungsarten.

Tab. 1: Klassifikation von Berührungsarten nach unterschiedlichen Kriterien

Kriterium	Berührungsart	Beschreibung
Neurophysiologie	diskriminative Berührung*	präzise taktile Wahrnehmung (Druck, Textur, Vibration etc.), vermittelt über A-β-Fasern
	affektive Berührung*	emotional bedeutsame, angenehme Berührung (z. B. Streicheln), vermittelt über CT-Afferenzen
Zielperson	Fremdberührung	Zuwendung zum Gegenüber

© 2026 W. Kohlhammer, Stuttgart

Tab. 1: Klassifikation von Berührungsarten nach unterschiedlichen Kriterien – Fortsetzung

Kriterium	Berührungsart	Beschreibung
	Selbstberührung	Zuwendung zum Selbst
Intention/-Kontext	instrumentelle Berührung	zweckgebundene Berührung (Pflege, Untersuchung)
	funktionale Berührung	Alltagshandlungen (z. B. jemandem helfen)
	soziale Berührung	Ausdruck von Nähe, Trost, Mitgefühl (siehe auch affektive Berührung), Bindungsaufbau
	aggressive Berührung	Gewalt, Dominanz, Status (z. B. Stoßen, Schlagen)
	sexuelle Berührung	Ausdruck von erotischem und/oder sexuellem Interesse
	rituelle Berührung	kulturell oder religiös geprägt (Begrüßung, Segnung)
	therapeutisch angewandte Berührung	heilsame Effekte im professionellen Kontext
Dynamik	statische Berührung	ruhiges Auflegen der Hand (z. B. Trost, Beruhigung)
	dynamische Berührung	Modulation von Druck und Geschwindigkeit (z. B. streichend, massierend, klopfend)
	einseitige/reziproke Berührung	gegenseitiger Körperkontakt (z. B. Händeschütteln) oder einseitige Interaktion
Zeit	flüchtige Berührung	kurzer Körperkontakt (z. B. Midas-Effekt, Alltagssituationen)
	länger andauernde Berührung	sozialer Kontext (z. B. Handhalten), therapeutisch (Massieren)
Druck	Berührung mit leichtem Druck	sozialer Kontext (sanftes Streicheln), therapeutisch (psychoaktive Massage)
	Berührung mit moderatem Druck	sozialer Kontext (liebkosen), therapeutisch (psychoaktive und Schwedische Massage)
	Berührung mit tiefem Druck	sozialer Kontext (Umarmung), therapeutisch (Bonding, Tiefengewebsmassage)
Temperatur	warmer Hautkontakt	Vermittlung von Wärme, Geborgenheit, Nähe, Entspannung
	kalter Hautkontakt	mechanische, distanziert-sachliche oder schockartige Wirkung (z. B. kaltes Ultraschall-Kontaktgel, Stethoskop)

© 2026 W. Kohlhammer, Stuttgart

Tab. 1: Klassifikation von Berührungsarten nach unterschiedlichen Kriterien – Fortsetzung

Kriterium	Berührungsart	Beschreibung
Hautkontakt	Haut-zu-Haut-Kontakt	Känguru-Methode (Kind auf nackter Brust), Massagetherapie
	Berührung mit Einmalhandschuhen	medizinischer Kontext, insb. instrumentelle Berührung
	ohne direkten Hautkontakt	Berührung einer bekleideten Person, Verwendung von Hilfsmitteln (Massageroller, Bürste etc.)
	nachempfundene Berührung (engl. »vicarious touch«)	Empfindung einer Berührung am eigenen Körper während der Beobachtung, wie eine andere Person berührt wird, selten Spiegelberührungssynästhesie
Bewertung	positive/neutrale/negative Berührung	Bewertung nach subjektiver Erlebnisqualität: angenehm – neutral – unangenehm; abhängig von Kontext, Beziehung, Intention
Beziehung	intime/erotische Berührung, familiäre/freundschaftliche Berührung, professionelle Berührung, Berührung unter Fremden	Einordnung nach sozialer Beziehung: von höchster Nähe (Partner, Eltern-Kind) bis distanziert (medizinisch, fremde Person)
Körperbereich	sozial akzeptierte Zonen	Hände, Schultern
	intime Zonen	z. B. Gesicht, Bauch, Genitalbereich
Kultur	normative Berührungspraktiken	gesellschaftlich geprägte Häufigkeit, Dauer und Art erlaubter Berührungen (z. B. mediterran vs. nordeuropäisch, privat vs. öffentlich)

* Während eine Stimulation der CT-Afferenzen keinen diskriminativen Sinneseindruck bewirkt, kann eine diskriminative Berührung auch affektive Qualitäten auslösen. Eine scharfe Trennung zwischen affektiver und diskriminativer Berührung kann daher nicht aufrechterhalten werden (Schirmer et al., 2023).

Für die in der Berührungsmedizin relevante Form der affektiven Berührung ist festzuhalten, dass der Begriff bereits vor der Entdeckung der CT-Afferenzen beim Menschen von Pflegewissenschaftlern geprägt wurde, um diese Art emotional bedeutsamer Berührung von instrumentellen, aufgabenspezifischen Berührungen abzugrenzen (Seaman, 1982). Mit Blick auf die typische Pflegesituation wird in diesem Zusammenhang betont, dass der Verzicht auf direkten Hautkontakt, etwa durch das Tragen von Einmalhandschuhen, eine physische und emotionale Barriere schafft, die von Patienten als unangenehm wahrgenommen wird – besonders

© 2026 W. Kohlhammer, Stuttgart

bei häufiger Benutzung z. B. beim Essen, Ankleiden oder bei unterstützender Mobilisierung (Nist et al., 2020).

Berührungsmedizinische Anwendungen sind durch taktile Manipulationen der Haut charakterisiert. Die *taktile* Wahrnehmung unterscheidet sich grundlegend von der *haptischen* Wahrnehmung. Während haptische Wahrnehmung das *aktive* Erfühlen bzw. Ertasten eines Objekts bezeichnet – also die gezielte Exploration seiner Eigenschaften wie Form, Textur oder Härte durch Bewegungen der Hand und der Finger, bezieht sich die taktile Wahrnehmung auf die *passive* Aufnahme von Berührungsreizen an der Hautoberfläche. Somit umfasst die Haptik die aktive Interaktion mit Objekten, wohingegen die taktile Dimension die rein passive Sinnesaufnahme von Berührungen charakterisiert. Die Berührungsmedizin ist demnach aus dem Blickwinkel des Patienten eine rein taktile Disziplin, da eine Manipulation der Haut vorgenommen wird, während auf Therapeutenseite neben taktiler Selbsterfahrung auch die Haptik eine zentrale Rolle spielt (Grunwald, 2017; Müller et al., 2022).

Zur Messung individueller Berührungserfahrungen sowie Einstellungen gegenüber Berührungen kann der *Touch Experiences and Attitudes Questionnaire (TEAQ-G)* verwendet werden. Der Fragebogen besteht aus 57 Items, die sich auf sechs Subskalen aufteilen (Berührungen durch Freunde und Familie; aktuelle intime Berührungen; Berührungen in der Kindheit; Einstellung zur Selbstfürsorge; Einstellung zu intimen Berührungen; Einstellung zu Berührungen mit wenig vertrauten Menschen). Es liegt eine deutschsprachige Version mit adäquater psychometrischer Güte vor (Schneider et al., 2025).

Die affektive Qualität einer Berührung wird nicht allein durch ihre physikalisch-sensorischen Merkmale bestimmt (»bottom-up«), sondern wesentlich durch die Bedeutung, die ihr im jeweiligen Kontext zugeschrieben wird (»top-down«). Dies bedeutet: Wie ein physikalischer Reiz – etwa das sanfte Streichen über den Handrücken – erlebt und bewertet wird, hängt wesentlich von Kontextfaktoren wie der Beziehung zwischen den Beteiligten und der wahrgenommenen Intention der Berührung ab (Kiebgis, 2023; Müller-Oerlinghausen & Kiebgis, 2018; Sailer & Leknes, 2022). Entscheidend ist, inwieweit der wahrgenommene Zweck einer Berührung mit den Erwartungen und Zielen der berührten Person übereinstimmt. Diese Zuschreibung entsteht aus einem komplexen Zusammenspiel verschiedener Faktoren (Sailer & Leknes, 2022):

a) sensorisch-physikalische Eigenschaft der Berührung (Geschwindigkeit, Druck, Temperatur etc.);
b) soziale Kontextfaktoren (Öffentlichkeit, Laborexperiment, Berufsalltag, kulturelle Normen etc.);
c) Personenfaktoren (Bindungsstil, Traumatisierung, Berührungssensibilität, Autismus etc.);
d) Beziehung zwischen den beteiligten Personen (Vertrautheit, gemeinsame Berührungserfahrung etc.);
e) subjektive Erwartung (Vorerfahrungen, negative Erlebnisse etc.).

© 2026 W. Kohlhammer, Stuttgart

So kann ein und dieselbe Berührung je nach Situation – beispielsweise im Rahmen einer medizinischen Untersuchung, einer therapeutischen Intervention oder einer vertrauten Begegnung – völlig unterschiedlich erlebt werden. Damit wird deutlich, dass die affektive Berührung nicht nur ein physiologisches, sondern vor allem ein relationales und bedeutungsgetragenes Phänomen darstellt. Es ist daher von außerordentlicher Wichtigkeit, einen professionellen Kontext zu schaffen, innerhalb dessen Berührungen mit einer klaren Zielsetzung stattfinden.

Was ist Berührungsmedizin?

Seit den 1950er Jahren haben apparative und andere Entwicklungen zu einer zunehmenden Spezialisierung, Technisierung und Digitalisierung in der klinischen Medizin geführt. Dabei geriet jedoch ein zentrales menschliches Grundbedürfnis in den Hintergrund: die Berührung – eine der ursprünglichsten Formen menschlicher Kommunikation – wie auf den vorstehenden Seiten schon dargestellt wurde. Gesellschaftliche Einflüsse haben Berührung in den vergangenen Jahrzehnten teilweise sogar mit Stigmatisierung (»do not touch« etc.) belegt. Eine Medizin der einfühlenden Zuwendung – obwohl derzeit häufig gefordert – gerät so faktisch ins Hintertreffen (Maio, 2025). Selbst in Berufsgruppen mit traditionell starkem Bezug zu berührungsintensiven Tätigkeiten, wie der Krankenpflege, haben Personalmangel, Bürokratisierung und Rationalisierung zu einer von vielen Patienten leidvoll erfahrenen Berührungsabstinenz geführt. Dies ist deshalb problematisch, weil die Berührung im Gesundheitswesen eng mit der Vermittlung von Fürsorge, Trost und Mitgefühl verbunden ist und wesentlich dazu beiträgt, eine vertrauensvolle Beziehung zwischen Behandelnden und Patienten aufzubauen, die wiederum verbesserte Therapieerfolge impliziert (Durkin et al., 2021).

Freilich hat sich gleichzeitig eine privatwirtschaftlich geprägte Bewegung in der Wellnessbranche entwickelt, die eine Vielzahl berührungsorientierter Verfahren anbietet. Diese sind häufig weder hinsichtlich ihrer Qualität noch ihres medizinischen Nutzens wissenschaftlich überprüft. Die im Jahr 2022 gegründete Deutsche Gesellschaft für Berührungsmedizin e.V. (DGfBM; www.dgfbm.de) stützt sich dagegen in ihrer Arbeit auf die wachsende Zahl belastbarer klinischer Studien und praktischer Erfahrungen, die den therapeutischen Nutzen heilsamer Berührung belegen – von der Neonatologie bis hin zur Palliativmedizin. Diese therapeutisch wertvollen Ansätze finden jedoch bislang nur wenig Berücksichtigung in der medizinischen Praxis und nur äußerst selten in medizinischen Leitlinien. Sie werden eher am Rande, häufig unter dem Etikett »Alternativmedizin« wahrgenommen und haben lediglich in Teilbereichen, wie etwa der Körperpsychotherapie (siehe ▶ Kap. 15), eine gewisse institutionelle Verankerung gefunden. Eine interdisziplinäre Plattform für den Austausch zwischen den Vertretern qualifizierter Formen berührungsorientierter Therapien fehlte bislang weitgehend. Während für Physiotherapeuten und Masseure etablierte Fachgesellschaften und Interessenvertre-

© 2026 W. Kohlhammer, Stuttgart

tungen bestehen, die auch berufspolitischen Einfluss ausüben, gibt es für die Berührungsmedizin in ihrer Gesamtheit noch keine vergleichbare Struktur (Müller-Oerlinghausen et al., 2022). Die DGfBM verfolgt daher das Ziel, ein Bewusstsein dafür zu schaffen, dass therapeutisch eingesetzte Berührung einen integralen Bestandteil präventiver, kurativer, rehabilitativer und palliativer Medizin darstellen kann.

Der Begriff Berührungsmedizin (engl. touch medicine) ist von unserer Arbeitsgruppe geprägt und in die internationale Literatur erfolgreich eingeführt worden (McGlone et al., 2024; Müller-Oerlinghausen et al., 2022). Wir verstehen darunter eine medizinische Disziplin, die das menschliche Grundbedürfnis nach Berührung systematisch in die verschiedensten Behandlungsprozesse integriert und dabei auf wissenschaftlich fundierte Erkenntnisse zurückgreift. Sie versteht sich nicht als konkurrierendes Einzelgebiet, sondern als komplementäre Ergänzung, die das Spektrum medizinischer Versorgung in seiner Gesamtheit erweitert. Die Berührungsmedizin hat weit zurückreichende historische Wurzeln in traditionellen Heilverfahren, wie sie beispielsweise in der antiken Medizin oder im Rahmen von indigenen Praktiken zur Anwendung kamen. Als Beispiel sei hier der Papyrus Ebers aus dem alten Ägypten erwähnt, der vor über 3.500 Jahren entstand und ein Handbuch altägyptischer Medizin darstellt, welches insbesondere auch rituelle Handauflegungen zur Behandlung verschiedenster Beschwerden beschreibt. Es kann vor dem Hintergrund der historischen Quellenlage gewiss behauptet werden, dass manuelle »Be-hand-lungen« und insbesondere auch die Massagetherapie zu den ältesten Behandlungsverfahren der Menschheitsgeschichte zählen.

Die moderne Berührungsmedizin betrachtet professionell angewandte Berührungen einerseits als eigenständige Therapieform, andererseits berücksichtigt diese neue Disziplin ebenso soziale Aspekte der Berührung als Vermittlerin von Zuwendung, Empathie, Sicherheit und Trost. Dies ist insbesondere in Fachgebieten von Bedeutung, in denen sich vulnerable Menschen in kritischen Situationen befinden, wie beispielsweise innerhalb der Neonatologie, Geriatrie oder Palliativmedizin.

► Tab. 2 soll verdeutlichen, dass in sehr vielen verschiedenen Indikationen, wie z. B. auch in der Narkosevorbereitung oder in der Betreuung von Schwangeren, insbesondere aber in der Schmerztherapie professionelle Berührung bedeutende therapeutische Effekte bewirken kann. In den nachstehenden Beiträgen dieses Buches werden verschiedene Anwendungsgebiete heilsamer Berührung im Detail dargestellt.

Eine Sonderstellung nimmt die Selbstberührung ein, die je nach Indikation und Behandlungskontext ebenso als Teil der Berührungsmedizin betrachtet wird (vgl. ► Kap. 17). Bei der Unterscheidung zwischen Fremd- und Selbstberührung berücksichtigt die Berührungsmedizin insbesondere die zugrunde liegenden neurophysiologischen Mechanismen. Damit das Gehirn zwischen selbst- und fremdverursachten taktilen Reizen differenzieren kann, muss es die sensorischen Konsequenzen der aus der jeweiligen Situation resultierenden Handlungen antizipatorisch vorhersagen. Selbstberührungen sind typischerweise mit einer Deaktivierung in Bereichen wie interozeptiven und limbischen Arealen sowie im präfrontalen Kortex verbunden, während Fremdberührungen eine breite Aktivierung

© 2026 W. Kohlhammer, Stuttgart

verschiedener Gehirnregionen hervorrufen, darunter auch der Insula. Vermutlich unterdrückt das Gehirn bei Selbstberührungen die Wahrnehmung der erwarteten sensorischen Effekte, um eine klare Unterscheidung zwischen eigenen und fremden Reizen zu ermöglichen (Boehme et al., 2019). Für die Berührungsmedizin ist dieser Umstand von besonderer Relevanz, da die neurophysiologischen Effekte des »Berührt-Werdens« durch eine andere Person nicht mit denen einer Selbstberührung vergleichbar sind. Im Sinne Martin Bubers (1999) ließe sich dies als Voraussetzung für ein dialogisches Verhältnis deuten, welches in der Berührungsmedizin wirksam wird: Erst dort, wo Berührung nicht aus sich selbst heraus geschieht – als rein funktionale, vorhersagbare Handlung –, sondern im Modus des »du« erfahren wird, kann sie als Beziehungsgeschehen im Sinne eines echten Gegenübers heilsam werden. In diesem Sinne kann die Berührungsmedizin auch als Beziehungsmedizin verstanden werden (Fuchs, 2023).

Tab. 2: Exemplarische Einsatzgebiete der Berührungsmedizin (adaptiert nach Müller-Oerlinghausen et al., 2022)

Fachgebiet	Berührungsmedizinische Effekte
Geburtshilfe (vgl. ▶ Kap. 22)	• Geburtsschmerzen ↓, Angst ↓ (Smith et al., 2018) • postpartale Depression ↓ (Müller & Grunwald, 2021)
Neonatologie (vgl. ▶ Kap. 23)	• Gewicht ↑, Hospitalisierungszeit ↓ (L. Wang et al., 2013) • Ikterus ↓ (Lei et al., 2018) • Stress durch medizinische Prozeduren ↓ (Roshanray et al., 2020) • motorische Entwicklung ↑ (Field, 2019)
Pädiatrie	• Lungenfunktion ↑ bei Asthma (Wu et al., 2017) • Angst ↓, Schlafstörungen ↓, Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung ↓, Aggression ↓, posttraumatischer Stress ↓, gastrointestinale Beschwerden ↓ (Field, 2019)
Onkologie (vgl. ▶ Kap. 25)	• Schmerzen ↓, Fatigue ↓, Übelkeit ↓, Angst ↓, Depression ↓ (Cassileth & Vickers, 2004) • gesundheitsbezogene Lebensqualität ↑ (Crawford et al., 2016)
Schmerztherapie (vgl. ▶ Kap. 24)	• subakutes und chronisches Lumbalsyndrom ↓, Funktionsfähigkeit ↑ (Brosseau et al., 2012; Mak et al., 2024) • Nacken- und Schulterschmerzen ↓ (Kong et al., 2013) • Spannungskopfschmerz ↓ (Espí-López et al., 2016) • Migräne ↓ (Chaibi et al., 2011)
Rheumatologie	• Schmerzen ↓, Angst ↓, Depression ↓, gesundheitsbezogene Lebensqualität bei Fibromyalgie ↑ (Yuan et al., 2015)
Immunologie (vgl. ▶ Kap. 8)	• Infektanfälligkeit der oberen Atemwege ↓ (Cohen et al., 2015) • natürliche Killerzellen (NK-Zellen) ↑ (Diego et al., 2001; Hernandez-Reif et al., 2005) • NK-Zell-Zytotoxizität ↑ (Ang et al., 2012; Billhult et al., 2009) • T- und B-Lymphozyten ↑, Immunglobulin G (IgG) ↑ (Lovas et al., 2002) • Interleukin-(IL-)1β, IL-2, IL-4, IL-5, IL-6, IL-10, IL-13, Interferon-(IFN-)γ ↓ (Rapaport et al., 2010)

© 2026 W. Kohlhammer, Stuttgart