

Inhalt

Editorial:

Schul-Amok – Chancen und Risiken einer breiten Medienberichterstattung <i>Ingo Spitzok von Brisinski</i>	2
---	---

Spätdiagnosen rezeptiver Sprachstörungen <i>Ulrich Rüth</i>	6
--	---

Gesundheitsbewusstsein, berufliche Belastung und Bewältigungsverhalten von ärztlichen und psychologischen Psychotherapeuten – unter Berücksichtigung von Kinderpsychiatern und Kinderpsychotherapeuten Teil 1: Literaturübersicht <i>Ute Müller</i>	20
---	----

Zur Diskussion gestellt:

Arbeitspapier des Vorstands der BAG zur Stationären Psychosomatik für Kinder und Jugendliche <i>Edelhard Thoms & Renate Schepker</i>	88
--	----

Zur Diskussion gestellt:

Trotz KHRG: Psychiatrische Behandlungsqualität vs. Finanzierung – Wege aus dem Dilemma <i>Hartmut Rolf, Norbert Roeder, Lisa Schlüter & Frank Becker</i>	98
--	----

Kommentar zum KHRG-Beitrag <i>Ingo Spitzok von Brisinski & Renate Schepker</i>	108
---	-----

Qualitätsmanagement Toolbox (4) <i>Julia Bellabarba</i>	111
--	-----

Buchrezensionen

Akute psychische Traumatisierung bei Kindern und Jugendlichen	114
Kunst als Ressource in der Therapie	115
Musiktherapie mit Kindern	117

<i>Hinweise für Autoren</i>	119
-----------------------------------	-----

Editorial:
Schul-Amok
– Chancen und Risiken
einer breiten Medienberichterstattung

Ereignisse wie jetzt in Winnenden und rund zwei Jahre zuvor in Emstetten betreffen maßgeblich auch kinder- und jugendpsychiatrisches Fachgebiet. Dabei spielt die Versorgung minderjähriger Opfer und ihrer Familien eine wichtige Rolle, da insbesondere Akute Belastungsreaktionen (ICD-10 F43.0) und Posttraumatische Belastungsstörungen (F43.1) in diesem Zusammenhang häufig auftreten. Immer wieder kommt aber Kinder- und Jugendpsychiatern auch die Aufgabe zu, Kinder und Jugendliche, die Tötungen angekündigt bzw. damit gedroht haben, zu untersuchen. Dabei geht es sowohl um die Einschätzung, welche Gefahr von dem (potentiellen) Amokläufer (weiter) ausgeht, als auch um Diagnostik und Therapie ggf. zusätzlich vorliegender psychischer Störungen.

Im DSM-IV-TR (2003, S. 931) wird Amok im ‚Glossar kulturabhängiger Syndrome‘ beschrieben als eine „dissoziative Episode, die durch eine Periode des Grübelns charakterisiert ist, auf die ein Ausbruch gewalttätigen, aggressiven oder menschengefährdenden Verhaltens folgt, das sich auf Personen und Objekte richtet. Eine solche Episode scheint durch eine wahrgenommene Herabsetzung oder Beleidigung ausgelöst zu werden und nur bei Männern vorzukommen. Die Episode geht oft einher mit Verfolgungsideen, Automatismen, Amnesie und Erschöpfung sowie einer anschließenden Rückkehr zum prämorbidem Status. In einigen Fällen tritt Amok während einer kurzen psychotischen Episode auf oder kann den Beginn oder die Verschlechterung eines chronisch verlaufenden psychotischen Prozesses kennzeichnen. Die ursprünglichen Berichte, in denen der Begriff benutzt wurde, stammten aus Malaysia. Ein ähnliches Verhaltensmuster tritt in Laos, auf den Philippinen, in Polynesien (*cafard* oder *cathard*), Papua Neuguinea, Puerto Rico (*mal de peleá*) und bei den Navajo-Indianern (*iich'aa*) auf.“ Zusätzlich wird im DSM-IV-TR (2003, S. 581) unter „300.13 (F44.1) Dissoziative Fugue“ erwähnt, dass „einige Formen von Amok in Westpazifischen Kulturen“ auch

Symptome aufweisen können, die diese Diagnose erfüllen.

Mittlerweile hat sich herausgestellt, dass zwar die Mehrzahl der Amokläufer (ca. 95%, vgl. Knecht, 1999) männlich ist, aber es dennoch auch weibliche Personen gibt, die dieses Muster gezeigt haben. Auch ist klar, dass Amokläufe ebenso in den USA, in Finnland, Schottland, Kanada, Japan und in Deutschland stattgefunden haben.

Amok wird im DSM-IV (2003) S. 729) zwar auch im Abschnitt „Störungen der Impulskontrolle, Nicht Anderorts Klassifiziert“ unter „Intermittierende Explosible Störung“ erwähnt, jedoch wird darauf hingewiesen, dass sich Amok von der Intermittierenden Explosiblen Störung (312.34) bzw. „Intermittierenden explosiblen Störung“ (F63.8) (Spitzcok von Brisinski & Habermeyer, 2009) unterscheidet: „Anders als die Intermittierende Explosible Störung tritt Amok typischerweise eher als einzelne Episode und nicht als Muster aggressiven Verhaltens auf und geht oft mit ausgeprägten dissoziativen Merkmalen einher.“ In der Tat handelt es sich überwiegend, gerade auch bei den Amokläufern an Schulen (school shooting) um zuvor angepasste, zurückhaltende, eher freundliche, relativ unauffällige Außenseiter, die sich ausgegrenzt und herabgesetzt fühlten, auch im Rahmen von Mobbing bzw. Bullying (Spitzcok von Brisinski, 2005).

Nicht immer erweisen sich amokartige Phänomene als lebensbedrohlich. Unter verschiedenen Bezeichnungen sind eine Reihe von Verhaltensentgleisungen bekanntgeworden, welche man als kulturell gebilligte Muster von Ausnahmeverhalten zusammenfassen könnte. Bei all diesen Auffälligkeiten gebärdet sich der Betroffene zwar wie ein Amokläufer und unternimmt fulminante Scheinangriffe gegen zufällige Opfer, wobei jedoch niemand ernstlich zu Schaden kommt. Pseudo-Amok ist nach Knecht (1999) eine Schwachform dieses Phänomens, welche mit Scheinangriffen gegen Personen in Reichweite einhergeht, wobei die Tötungshemmung jedoch nie ganz überwunden wird. Ob und ggf. wie genau sich prospektiv Amok und ‚Pseudo-Amok‘ tatsächlich unterscheiden lassen, ist jedoch unklar. Eine kinder- und jugendpsychiatrische Abklärung sollte in jedem Falle erfolgen, da das Verhalten auf eine behandlungsbedürftige psychische Störung hinweisen kann.

Bisher kann nicht ausgeschlossen, dass Medienberichterstattung über Amokläufe zu weiteren Amokläufen anregt, da einige Amokläufe zeitlich sehr nahe liegen. So ging beispielsweise dem Amoklauf an der Schule in Winnenden 8 Stunden zuvor ein Amoklauf in den USA voraus (Rheinische Post, 12. März 2009, S. A4), so dass Berichte darüber mit auslösend sein könnten für den Amoklauf in Winnenden.

Andererseits führt die breite Medienberichterstattung nach unseren Erfahrungen durch Sensibilisierung der Lehrkräfte und weiterer Mitglieder von Hilfesystemen auch vermehrt zu kinder- und jugendpsychiatrischen Untersuchungen von Schülern, die mit Tötungen gedroht und/oder eine Todesliste aufgestellt haben, so dass vermehrt die Möglichkeit zu präventiven Maßnahmen ermöglicht somit möglicherweise mancher geplanter Amoklauf verhindert wird. Auch hat die in den letzten Jahren vermehrte und nunmehr überwiegend differenzierte Berichterstattung der Medien über kinder- und jugendpsychiatrische Störungsbilder und Behandlungsmethoden zu einer gewissen Entstigmatisierung dieses Fachgebiets sowie zu einer vermehrten Inanspruchnahme geführt, so dass es mittlerweile auch im Falle potentieller Amokläufer leichter fällt, kinder- und jugendpsychiatrische Angebote in Anspruch zu nehmen.

Schließlich regt eine breite Berichterstattung der Medien über Amok auch aufgrund des dadurch erzeugten öffentlichen Interesses und des damit in Verbindung stehenden politischen Drucks zur Umsetzung von Präventivmaßnahmen auf vielen anderen Ebenen an wie z. B. Umgang mit Gewalt verherrlichenden Computerspielen, Filmen und Websites, Umgang mit Mobbing und Gewalt an den Schulen, Schutz der Schulgebäude, in Frage stellen des zunehmenden Privatbesitzes von Schusswaffen in Deutschland, usw.

Bei allen potentiell positiven Wirkungen einer Berichterstattung über Amok müssen Eltern und alle anderen Personen, die Minderjährige betreuen, jedoch stets berücksichtigen, dass Kinder und Jugendliche nicht unbegrenzt, ungefiltert und unreflektiert diese Berichterstattung rezipieren dürfen, da andernfalls ein erhöhtes Risiko für negative Folgen bis hin zur Traumatisierung besteht. Der Zugang zu den Medien muss daher insbesondere auch hinsichtlich Berichterstattung über Amok von den Erwachsenen so alters- und entwicklungs-gerecht gesteuert werden, dass für die Kinder und Jugendlichen keine Überforderung entsteht. Eine (Nach-)Besprechung des Gesehenen und Gehörten mit den Kindern und Jugendlichen ist dabei unverzichtbar.

Ihr

Ingo Spitzok von Brisinski

Literatur

- Knecht T.* (1999) Amok und Pseudo-Amok. *Schweiz Arch Neurol Psychiatr* 150:142–48
- Sass, H.; Wittchen, H. U.; Zaudig, M.; Houben, I.* (2003) Diagnostische Kriterien DSM-IV-TR. Göttingen: Hogrefe
- Spitzok von Brisinski, I.; Habermeyer, E.* (2009): Pathologische Gewohnheiten und Störungen der Impulskontrolle In: Fegert, J.M.; Streeck-Fischer, A.; Freyberger, H. J. (Hg.) *Adoleszenzpsychiatrie. Psychiatrie und Psychotherapie der Adoleszenz und jungen Erwachsenenalters.* Stuttgart: Schattauer, 430-456
- Spitzok von Brisinski, I.* (2005): Mobbing in der Schule und in der stationären Behandlung unter Berücksichtigung von ADS und Asperger-Syndrom. *Forum der Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie* 15(1), 83-120

Adressen des Verfassers:

Dr. med. Ingo Spitzok von Brisinski

LVR-Klinik Viersen

Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters

Horionstr. 14, 41749 Viersen

Tel.: 0 21 62 – 96-5000 oder -31, Fax: 0 21 62 – 96-5647

E-Mail: ingo.spitzokvonbrisinski@lvr.de, Internet: www.rk-viersen.lvr.de

Spätdiagnosen rezeptiver Sprachstörungen

Ulrich Rüth

I. Problemstellung

Für die Diagnosenstellung einer rezeptiven Sprachstörungen nach ICD-10 F80.2 gilt, dass fehlendes sprachliches Verstehen nur indirekt beobachtbar und deshalb die Diagnose schwierig zu stellen ist. In fast allen Fällen ist auch die expressive Sprache deutlich beeinträchtigt. Der Nachweis der rezeptiven Sprachstörung ist durch geeignete sprachtherapeutische und logopädische Untersuchungstechniken und z.B. auch über den Facharzt für Pädaudiologie und Phoniatrie möglich. Eine Diagnosenstellung über einem Alter von 10 Jahren geschieht nur bei spezifischem Verdacht. Zu bedenken ist aber, dass im beginnenden Jugendalter Sprache zu einem noch wichtigeren Mittel des sozialen Miteinanders wird als in der Kindheit. Auch die sprachlichen Anforderungen in der Schule steigen mit zunehmendem Alter. Aus diesen Gründen werden bis zum Jugendalter nicht erkannte rezeptive Sprachprobleme als Minor-Formen schwerer rezeptiver Sprachstörungen doch noch bedeutsam. Für gewöhnlich werden betroffene ältere Kinder oder Jugendliche wegen ihrer psychiatrischen Problematik vorgestellt, und nicht wegen sprachlicher Probleme. Zu prüfen ist dann im jeweiligen Einzelfall, welchen Stellenwert eine festgestellte rezeptive Sprachproblematik im Gesamtkontext des Störungsbildes hat und wie sie bei den unterschiedlichen Interventionen berücksichtigt werden muss.

II. Methode

Anhand eines qualitativen Ansatzes sollen späte Diagnosestellungen rezeptiver Sprachstörungen dargestellt werden. Es wurden hierzu Beispiele aus dem klinischen Alltag nach qualitativen Kriterien analysiert.

III. Ergebnisse

1. Diagnostische Ebene

Der klinische Verdacht auf eine weiter bestehende bzw. bisher nicht erkannte Sprachverständnisstörung kann sich anhand unterschiedlicher Phänomene verdichten.

1.1. Anamnestische Hinweise

Anamnestische Hinweise für in der Kindheit stattgefundene, frühere logopädische Behandlungen lassen auf sehr einfache Weise an die Differentialdiagnose weiter bestehender Sprachprobleme denken. Daran anschließend kann eine logopädische oder auch pädaudiologische Überprüfung der aktuellen sprachlichen Kompetenzen veranlasst werden.

Schon die Erwägung einer Verdachtsdiagnose „rezeptive Sprachstörung“ ohne vorbekannte sprachliche Auffälligkeiten in der Anamnese setzt voraus, dass die Möglichkeit dieser Diagnose überhaupt in Betracht gezogen wird. Dass eine spezifische Verdachtsdiagnose gestellt wird, erfordert wiederum die Beobachtung unterschiedlicher Symptome und deren Zusammenschau unter besonderen Aspekten.

1.2. Symptome auf sprachlicher Ebene

Bei Symptomen auf sprachlicher Ebene ist zu bedenken, dass wir im Alltagsumgang fehlerhafte oder missverständliche sprachliche Kommunikation des Gegenübers für gewöhnlich zugunsten einer weiterhin „ungestörten Kommunikation“ und eines Verständnisses des Gesamtzusammenhangs löschen. Die z.T. bizarr wirkenden Sprachproduktionen rezeptiver Sprachgestörter bleiben so wenig im Gedächtnis, es sei denn, sie werden protokolliert. Auch sollte bedacht werden, dass die Alltagsmeinung irrig ist, dass gesprochener Text sei vom Sprecher selbst inhaltlich auch verstanden worden sei.

1.2.1. Unkenntnis von Wörtern

Die Unkenntnis von altersgemäß anzuwendenden Wörtern kann auf eine Spur in Richtung einer rezeptiven Sprachstörung führen.

Der 16jährige Jugendliche mit einem nicht-sprachlichen IQ im HAWIE von über 110 und lediglich einem nicht qualifizierenden Hauptschulabschluss¹ erklärt im Arztgespräch, er werde bis spätestens Ende April in eine Wohngruppe gehen. Aufgrund eines intuitiven Gefühls wird nachgeforscht, ob dieser Begriff – „spätestens“ – verstanden ist, indem gefragt wird, wann genau der Jugendliche denn in die Wohngruppe gehen wird. Er erklärt „Ende April oder Anfang Mai“. Es stellt sich heraus, dass er den Begriff „spätestens“ trotz der ausreichenden Schulbildung nicht kennt.

Auf etwas höherem Niveau kann eine frühere Gymnasiastin und jetzige Real-schülerin Wörter nicht ausreichend erfassen.

Nachdem der Verdacht auf eine rezeptive Sprachproblematik entstanden war, stellt sich heraus, dass die 14jährige mit der Begrifflichkeit „erläutere“ bei ihren Prüfungsaufgaben in der Schule nichts anzufangen weiß. Sie erklärt, sie könne doch nicht nachfragen was das bedeute, dann würde man meinen, sie sei blöd.

In den familientherapeutischen Gesprächen wird deutlich, dass sie in ihrer Familie übliche Begriffe wie z.B. „Argument“ = Beweismittel, nicht kennt. Ihre Strategie ist, durch geschicktes Gegenfragen auf andere Themen zu kommen oder das fehlende Verstehen „wegzulachen“.

1.2.2. Sprachliche Neologismen

Die unscharfe und knapp daneben liegende Verwendung von Wörtern kann an das Vorliegen einer rezeptiven Sprachstörung denken lassen. Natürlich sind hierbei allgemeine Intelligenz und bisheriges Fördermilieu zu berücksichtigen.

Der 14jährige rezeptiv Sprachgestörte bezeichnet die Hängematte als „Hängematraze“.

¹ In Bayern wird unterschieden zwischen „Qualifizierendem Hauptschulabschluss–Quali“ und normalem Hauptschulabschluss. Ersterer setzt die ausreichende Beherrschung von Deutsch und Englisch sowie eine Durchschnittsnote von 3,0 im Jahresfortgang sowie bei einer zentralen Abschlussprüfung voraus.

1.2.3. Langsame Auffassung

Eine langsame Auffassung sprachlich dargebotener Informationen – z.B. Gruppenregeln auf Station – kann einen Hinweis ergeben für eine zugrunde liegende Sprachproblematik.

1.2.4. Spezifische Hinweise auf schulischen Leistungstests

Schüler mit rezeptiven Sprachproblemen zeigen immer wieder bei Multiple-Choice-Fragen gute Ergebnisse, bei Verständnisfragen und frei zu formulierendem Text hingegen schwache Ergebnisse. Hier ist zu bedenken, dass Multiple-Choice-Aufgaben häufig durch Auswendiglernen zu bewältigen sind, während auf eine Frage sinnhaft bezogener freier Text sowohl das Verständnis der Frage als auch eine ausreichende Wortfindung voraussetzt.

1.3. Symptome auf nichtsprachlicher Ebene

1.3.1. Testpsychologische Befunde

In der Testpsychologie zeigen sich bei rezeptiv sprachgestörten Kindern z.T. deutliche Unterschiede in der nicht-sprachlichen Intelligenz („Grundintelligenz“) im CFT-20 gegenüber der Testung mit Verfahren, welche stark schul- und förderabhängig sind. Eine differenzierte Testung z.B. mit dem HAWIK-III kann bei einem CFT-20-IQ von 100 dennoch eine Performanz im Lernbehindertenbereich, nicht nur im Verbal-, sondern auch im Handlungsteil ergeben. Im Einzelfall ist zu prüfen, welche schulische Leistungsfähigkeit tatsächlich vorliegt und ob weitere Teilleistungsstörungen bei der Gesamteinschätzung der intellektuellen Fähigkeiten zu berücksichtigen sind, wie z.B. Probleme der Raum-Lage-Wahrnehmung oder auch Aufmerksamkeitsdefizit-Probleme.

1.3.2. Klinisch-psychiatrische Symptome

Sozialverhaltensprobleme

Klinisch-psychiatrisch wird insbesondere bei Sozialverhaltensstörungen nicht-sozialisierter Art (ICD-10: F91.1) auch an die Möglichkeit einer Sprach-

problematik zu denken sein. Im sprachlichen Verständnis eingeschränkte Kinder wirken häufig bockig, führen Anweisungen nicht aus und geraten damit in Konflikt mit der Umwelt. Die fehlende Einbindung der Sozialverhaltensprobleme in Gruppenphänomene mit *gemeinsamem* Störverhalten lässt sich darüber erklären, dass bei älteren Kindern und Jugendlichen Sprache zu einem wichtigen Mittel des sozialen Miteinanders geworden ist. Rezeptiv Sprachgestörte wirken in der Gruppe eher „dumm“, wie „Mitläufer“ und sind bestenfalls für die Ausführung von Anweisungen anderer Sozialverhaltensgestörter gut.

Ein zehnjähriger rezeptiv sprachgestörter Junge wird im Gruppenkontext von einem 12jährigen Mitpatienten in einer ausreichend aufgeheizten Gruppensituation aufgefordert, einen Mitpatienten zu schlagen. Der Bub führt die Anweisung aus, ohne über eventuelle Folgen nachzudenken. Er kann die Gruppe kaum über sprachliche Wege beeinflussen; bei Diskussionen und komplexeren Handlungsplanungen mit Mitpatienten führen die Gleichaltrigen immer wieder Argumente an, denen er nicht folgen kann.

Es ist zu bedenken, dass Aggression ein Mittel der Kontrolle des sozialen Umfelds darstellen kann, insbesondere wenn keine Möglichkeiten sprachlich-diskursiver Auseinandersetzung gegeben sind.

Bunte Symptome

Bei Jugendlichen mit einer rezeptiven Sprachproblematik wurde immer wieder ein Wechsel von serviler Haltung und ängstlicher Tonung mit Aggression beobachtet.

Ein 14jähriger, eher bullig auftretender Jugendlicher verweigert ängstlich die Blutabnahme. Ein beruhigender, erklärender sprachlicher Zugang zu ihm ist auch bei Intervention durch die Mutter nicht möglich. Gleichzeitig ist er bei immer wieder auftretender Aggression dennoch bereit, dass von der Mutter aufgestellte sehr enge Punkteprogramm zu Hause ohne Murren mitzumachen.

1.4. Die stationäre Beobachtung

Eine klinisch-stationäre Beobachtung erleichtert das Erkennen von Verständnisproblemen im Alltag und der sozialen Einschränkungen in der Gruppe.

Ein 15jähriger Jugendlicher mit einer Sprachverständnisproblematik hält sich grundsätzlich gerne in der Klinik auf. Wenn die Jugendlichengruppe auf den Sportplatz geht, steht er eher verloren wirkend bei den anderen Jugendlichen herum, wenn sich diese unterhalten. An den sportlichen Aktivitäten nimmt er gerne teil, ist jedoch aktiver, wenn ein Erwachsener die Gruppensituation strukturiert und das Handeln vorgibt sowie die geltenden Regeln beim Sport einfordert.

Ein anderer Jugendlicher macht es der Station im Alltag sehr schwer, da es immer wieder zu konflikthaftern Missverständnissen kommt.

Ein 16jähriger Jugendlicher bittet darum, am Samstag früh (um 07.00 Uhr) geweckt zu werden, da ihn seine erwachsene Schwester etwa um 09.00 Uhr abholen würde. Am folgenden Wochenende kündigt sich die Schwester für 14.00 Uhr an. Der Jugendliche ist über die Betreuer der Station erbost, dass diese ihn nicht ebenso zeitig wie die Woche zuvor (um 07.00 Uhr) geweckt haben und es ist mit ihm nicht zu verhandeln, weshalb das gar nicht nötig gewesen sei, da ja seine Schwester erst am Nachmittag zum Abholen kommen würde.

1.5. Komorbide Störungen

Als komorbide Störungen können neben der Sprachproblematik weitere Problembereiche vorliegen, namentlich eine Lernbehinderung (Achse III MAS), eine Hyperkinetische bzw. Aufmerksamkeitsdefizitstörung (F90/F98.8), Sozialverhaltensstörungen mit Unangepasstheit und Isolation von der Gruppe (F91.2) sowie Bindungsstörungen (F94.2) und beginnende Persönlichkeitsstörungen (F60.x).

1.6. Differentialdiagnosen

Differentialdiagnostisch ist bei ausländischen Kindern zunächst zu unterscheiden zwischen fehlender Förderung bei Zweisprachigkeit versus Sprachstörung in beiden genutzten Sprachen. Hier kann es erforderlich sein, die möglichen Testaufgaben mit Hilfe eines Dolmetschers zu übersetzen, um so die notwendigen Differenzierungen zu machen.

Ein 16jähriger straffälliger russlanddeutscher Jugendlicher wirkt in der klinischen Exploration und bei orientierend durchgeführten Sprachtests deutlich auffällig in seiner Sprachproduktion und in seinem Sprachverstehen. Anamnestisch hat der Jugendliche zunächst Russisch gelernt und bis zur Übersiedlung nach Deutschland nur eingeschränkt die deutsche Sprache beherrscht.

Die Logopädin legt dem Jugendlichen mit Hilfe eines Dolmetschers übersetzte Testaufgaben vor. Sowohl klinisch als auch in den Testuntersuchungen lässt sich anders als im Deutschen keine Sprachproblematik in der russischen Muttersprache festmachen.

Sprachauffälligkeiten bei schizophrenen Psychosen müssen unterschieden werden von genuinen Sprachstörungen.

Eine 15jährige Jugendliche erkrankt an einer schizophrenen Psychose. Nach Abklingen der Akutsymptomatik entsteht der Verdacht, dass die Jugendliche mit dem Besuch der Realschule überfordert war. Im Rahmen der vor dem Hintergrund einer Zweisprachigkeit der Jugendlichen durchgeführten Sprachdiagnostik wird eine vornehmlich rezeptive Sprachproblematik diagnostiziert. Es wird hierbei allerdings nicht beachtet, dass die Jugendliche hinsichtlich ihrer schizophrenen Störung noch nicht vollständig remittiert ist. Im weiteren Genesungsverlauf kehrt die schulische Leistungsfähigkeit zurück und die Auffälligkeiten der Sprache – retrospektiv zu interpretieren als formale Denkstörungen – sind ebenfalls nicht mehr nachweisbar.

1.7. Häufungen

Bei gerichtlichen Gutachten wird die Diagnose Sprachverständnisstörung eher gestellt, weil die Begutachtung eine besonders gründliche Diagnostik mit Klärung möglichst aller relevanten offenen Fragen erfordert. Eine die Tiefen auslotende Diagnostik ist in der klinischen Inanspruchnahmesituation, die häufig situativ durch andere Störungsaspekte geprägt ist, oft zeitlich oder inhaltlich so garnicht möglich.

1.8. Die nicht erkannte Sprachstörung

Auch dem erfahrenen Untersucher gelingen klinische Diagnosestellungen nicht auf Anhieb.

Die 12jährige Schwester eines 9jährigen Mädchens mit klinisch gesicherter sprachlicher Auffälligkeit, beide aus einer zweisprachigen Familie, wird durch den Untersucher sowohl im deutschen wie in der vom Untersucher ausreichend beherrschten Muttersprache als eher unauffällig und damit nicht spezifisch untersuchungspflichtig angesehen. Die Heimeinrichtung stellt beide Kinder – unabhängig von dem erbetenen familiengerichtlichen Gutachten – in einer pädaudiologischen Praxis vor. Auch die 12jährige zeigt, jedoch deutlich weniger ausgeprägt als ihre Schwester, rezektive Sprachprobleme und expressive Auffälligkeiten und wird pädaudiologisch als behandlungsbedürftig eingestuft.

2. Fallbeispiele

2.1. Der „Anfangsverdacht“ anhand von schulischen Unterlagen

Untersuchungssituation

15jähriger Förderschüler mit inkonsistent-impulsivem Verhalten, scheitert in dem von der Schule in der 8. Klasse geforderten Schnupperpraktikum. In einer anderen Firma, in der auch seine Mutter arbeitet, klappt es. Das Jugendamt beantragt wegen des grundsätzlich gesehenen Hilfebedarfs und wegen der kämpferisch-unkooperativen Haltung der Mutter über das Familiengericht einen Sorgerechteintritt.

Aus der Geschichtsprobe

Multiple-Choice-Fragen werden relativ richtig beantwortet, bei freien Fragen gehen die Antworten z.T. daneben. Deutlich wird die Verunsicherung des Buben.

◆ Erkläre das Wort Inflation mit eigenen Worten:

6 Mio Menschen

Abb. 1: Aus der Geschichtsprobe

Aus der Deutschprobe

Die abstrakten Begrifflichkeiten – Adjektiv, Plural, Verben – sind sowohl als Fremdwort wie im Deutschen nur sehr unsicher erfasst. Die vom Lehrer in der Probe tabellarisch aufgeführten Erläuterungen helfen nicht weiter und auch die Unsicherheit zeigt sich nochmals.

Substantiv	=	Namenwort
Artikel	=	Begleiter
Verb	=	Tunwort
Adjektiv	=	Wiewort
Subjekt	=	Satzgegenstand
Prädikat	=	Satzaussage
Objekt	=	Satzergänzung
Plural	=	Mehrzahl

Abb. 2.: Tabelle mit Begriffserläuterungen in der Probearbeit

Den Schülern wurde eine Bildergeschichte vorgelegt: eine Familie mit Hund besucht ein Museum, sieht dort ein Mammut-Skelett, nachdem sich die Familie abgewendet hat (man sieht den Hund nicht mehr), bricht dann das Mammutskelett mit lautem Krach zusammen, und als man zurückkommt, hat der zurück gebliebene Hund neben dem Knochenhaufen sitzend einen Knochen im Maul. Zum Thema Geschichte sind dann Aufgaben zu lösen.

Welche Adjektive fallen dir zu der Geschichte ein?

~~bescheiden~~
 nervös, ansich
 stehen, laut
 erschrecken!

Abb. 3: Adjektive und Verben werden nicht sicher unterschieden

Während Hauptwörter sicher genannt werden können, ist die Aufgabenstellung der Pluralbildung offensichtlich völlig missverstanden worden, wenn auch eine richtige Antwort (zufällig?) auffällt.

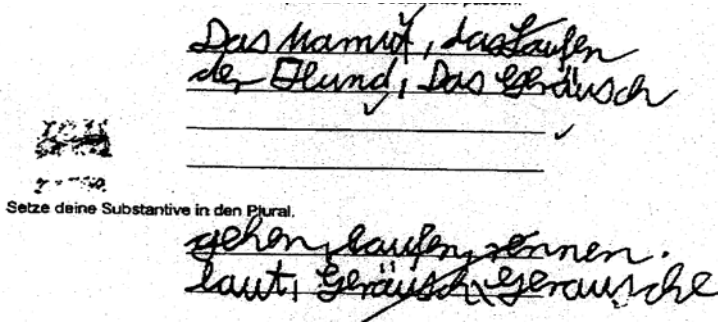


Abb. 4: Substantive in den Plural setzen wird nicht verstanden

Die Fähigkeit, Verbformen anzupassen an Gegenwart, einfache Vergangenheit und zusammengesetzte Vergangenheit und so sinnvoll grammatikalisch sicher zu agieren ist deutlich eingeschränkt.

	Präsens (Gegenwart)	Präteritum (Einfache Vergangenheit)	Perfekt (Zusammengesetzte Vergangenheit)
Er	wirft	warf	hat geworfen
Sie	gehen	laufen	ist gelaufen
Es	lässt	biss	ist gebissen
	steht	lassen	ist gelassen
		stehen	ist gestanden

Abb. 5: Verbformen beugen gelingt nicht wegen unklarem Verstehen

Befunde

Klinisch wünscht der Jugendliche die Anwesenheit der Mutter bei Explorationsgesprächen. Im CFT-20 erreicht er einen IQ von 96, im Wortschatz-Test des CFT-20 einen Prozentrang von 12. Klinisch zeigt der Junge unvollständige Sätze und einen lückenhaften Wortschatz, kann aber ausdauernd und konzentriert arbeiten. In der sprachtherapeutischen Untersuchung findet sich sowohl eine rezeptive als auch expressive Sprachstörung mit schwerer Wortverständnisstörung (WV des PET PR 1,4 für 9;11jährige – VS des HSET PR 5.48 für 9jährige) und Störungen der Wortfindung und in der Versprachlichung von Inhalten.

Procedere

Eine Fremdunterbringung des Jugendlichen gegen seinen und der Mutter Willen wird durch den Gutachter verneint, da der Jugendliche aufgrund seiner massiven sprachlichen Einschränkungen nur bei guter Motivation führbar und förderbar erscheint. Die vorbeschriebenen Verhaltensprobleme werden als Schwierigkeiten bei massiver kommunikativer Überforderung interpretiert.

2.2. Der Verdacht aufgrund anamnestischer und klinischer Hinweise

Anamnese

14jähriger Jugendlicher mit Störung des Sozialverhaltens im wesentlichen ohne Sozialisation und histrion anmutenden „Ausbrüchen“. Klinisch nicht lernbehindert wirkend, aber aus anamnestisch nicht sicher greifbaren Gründen Förderschüler im Lernbehindertenbereich. Der Jugendliche ist pädagogisch schlecht führbar und gerät zu Hause, in der Schule wie in der zeitweisen Fremdunterbringung in massive Konflikte mit Jugendlichen und Erwachsenen. Deshalb erfolgte in der Vorgeschichte auch zweimalig stationäre Krisenintervention in einer auswärtigen KJP. Im Schnupperpraktikum wirkt der Jugendliche sehr engagiert. Er verweigert aber Hilfen über das Jugendamt, die Mutter gibt an, sie halte es zu Hause mit dem Jungen nicht mehr aus. Vor diesem Hintergrund wird durch das von der Mutter angerufene Familiengericht ein Gutachten zur Frage der zwangsweisen geschlossenen Unterbringung in der Jugendhilfe in Auftrag gegeben.

Befunde

Der ansonsten forsch wirkende Junge verweigert ängstlich die Blutabnahme. In der Exploration zur von der Mutter kürzlich zunächst verweigerten Rückkehr ins Elternhaus meint R.: „Meine Mutter wollte es nicht so schnell überspringen, dass ich nach Hause komme.“ R. kann Einzelheiten nicht so erzählen, dass das Gegenüber die Gesamtsituation rasch verstehen kann. – In Anspielung auf sein manchmal „grossspurig“ wirkendes Auftreten erwidert er auf die Frage, ob er nicht gerne „Sprüche klopfen“: „Ja, ich schlage sie gerne“. R. berichtet von Auseinandersetzungen, in denen er sich außer durch Aggression nicht wehren könne.

Im HAWIK-III Gesamt IQ 80 ohne Diskrepanz zwischen HT und VT. In der sprachtherapeutischen Untersuchung Steuerung der Kommunikation durch fast ausuferndes Erzählen, aber Vermeidung exakter Antworten. Deutliche Sprachverständnisprobleme, nicht altersgemäßer Wortschatz, ausgeprägte Wortfindungsprobleme, Auffälligkeiten der Grammatik, deutliche Schwierigkeiten in der Versprachlichung von Inhalten. Insgesamt behandlungsbedürftige Störung.

Procedere

Aus gutachterlicher Sicht hätte eine insbesondere zwangsweise geschlossene Fremdunterbringung in der Gruppe die Sozialverhaltensprobleme aufgrund der kommunikativen Einschränkungen deutlich verstärkt. Deshalb Verneinung der sofortigen Umsetzung einer geschlossenen Unterbringung, sofern der Jugendliche eine Projektmaßnahme annimmt. Es gelingt eine Überleitung in ein Einzelprojekt. Dort nach anfänglichen Schwierigkeiten sehr erfreulicher weiterer Verlauf mit guter Zugänglichkeit des zuvor im Sozialverhalten deutlich gestörten Jungen.

IV . Schlussfolgerungen

Rezeptive Sprachstörungen können bei älteren Kindern und Jugendlichen durch anderweitige Symptombildungen verdeckt werden, wobei erst diese Symptombildungen zur Inanspruchnahme der kinder- und jugendpsychiatrischen Dienste führen.

Bei ausreichendem klinischen Verdacht muss die Möglichkeit fachspezifischer sprachtherapeutisch/logopädischer oder ggf. pädaudiologischer Untersuchung bestehen, um die rezeptive Sprachstörung zu identifizieren.

Die festgestellte rezeptive Sprachstörung hat Relevanz für die Definition von Hilfen in Bezug auf die zur Vorstellung führende Störung. Maßnahmen mit Gruppenkontext sind als Lernfeld dann eher ungünstig, aber z.T. nicht zu vermeiden. Es sollte im Falle einer Gruppenunterbringung eine mögliche soziale und sprachliche Überforderung im Kontext der Gruppe und auf der Ebene der Betreuungspersonen beachtet werden, da diese Kinder und Jugendlichen einen besonderen Umgang im Alltag benötigen. Daneben hat die sprachliche Problematik Auswirkung auf das Lernumfeld in Schule und Berufsausbildung.

Literatur

- Amorosa, H.* (1994): Die Weiterentwicklung einer differenzierten Diagnostik der Sprachentwicklungsstörung im Kindesalter. In: *Martinius, J.; Amorosa, H., Hg.* (1994): *Teilleistungsstörungen*. Berlin, München: Quintessenzverlag, 73 – 79
- Amorosa, H.; Noterdaeme, M.* (2003): *Rezeptive Sprachstörungen. Ein Therapiemanual*. Göttingen: Hogrefe Verlag
- Baker, L.; Cantwell, D.* (1987): A prospective psychiatric follow-up of children with Speech/language disorders. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 26: 546-553
- Baur, S.; Endres, R.* (1999): Kindliche Sprachverständnisstörung – Der Umgang im Alltag und in spezifischen Fördersituationen. *Die Sprachheilarbeit*, 44: 318 – 328
- Cohen, N.C.; Davine, M.; Horodezky, N.; Lipsett, L.; Isaacson, L.* (1993): Unsuspected language impairment in psychiatrically disturbed children: prevalence of language and behavioural characteristics. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 32: 595-603
- Endres, R.; Baur, S.* (2000): Informelles Verfahren zur Überprüfung von Sprachverständnisleistung IVÜS. Diskussion und Materialien. *Die Sprachheilarbeit*, 45: 64 – 71
- Grimm, H.; Schöler, H.* (1978): *Heidelberger Sprachentwicklungstest*. Göttingen: Hogrefe Verlag
- Kahmi, A.; Catts, H.; Koenig, L.; Lewis, B.* (1984): Hypothesis testing and non-linguistic symbolic abilities in language impaired children. *Journal of Speech and Hearing disorders*, 49: 169-176
- Morehead, D.; Ingram, D.* (1973): The development of base syntax in normal and linguistically deviant children. *Journal of Speech and Hearing Research*, 16: 330-352
- Remschmidt, H.; Schmidt, M.; Poustka, F., Hg.* (2001): *Multiaxiales Klassifikationsschema für psychische Störungen des Kindes- und Jugendalters nach ICD-10 der WHO. Mit einem synoptischen Vergleich von ICD-10 und DSM-IV. 4., vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage*. Bern: Huber Verlag
- Rutter, M.; Mawhood, L.* (1991): The long-term psychosocial sequelae of specific developmental disorders of speech and language. In: *Rutter, M.; Casaer, P.* (1991): *Biological risk factors for psychosocial disorders*. Cambridge, New York: Cambridge University Press, 233-259
- Rüth, U.* (2004): *Rezeptive Sprachstörungen und Wilfred R. Bions „Lernen durch Erfahrung“ – Zusammenhänge sprachlicher Dysfunktionen mit bionischen Denkfiguren*. *Kinderanalyse*, 12: 46-69
- Rygaard, N.P.* (1998): Psychopathic children: Indicators of organic dysfunction in psychopathy. In: *Millon, T.; Simonsen, E.; Burket-Smith, M.; Davis, R.D., Hg.*: *Psychopathy: Antisocial, criminal and violent behavior*. New York: Guilford 247-259
- Searles, H. F.* (2000): Hinweise auf eine Borderline-Psychopathologie durch (a) Pausen und (b) Satzbaustörung in der Sprache des Patienten. In: *Kernberg, O. F.; Dulz, W.; Sachsse, U., Hg.* (2000): *Handbuch der Borderline-Störungen*. Stuttgart, New York: Schattauer Verlag, 427 - 444
- Segal, H.* (1957): Notes on symbol formation. *International Journal of Psychoanalysis* 38: 391-397.

- Veit, E.; Castell, R. (1992): Sprachproduktion und Sprachverständnis bei dysgrammatisch sprechenden Vorschulkindern. Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie, 20: 12-21*
- Wettstein, P. (1995): Psycholinguistischer Sprachverständnis- und Entwicklungstest. Uster: BSSI Verlag*
- Williamson, S.; Harpur, T.J.; Hare R.D. (1991): Abnormal processing of affective words by psychopaths. Psychophysiology 28: 260-273*

Korrespondenzadresse:

Dr. med. Ulrich Rüth

Heckscher-Klinikum gGmbH

Kliniken des Bezirks Oberbayern Kommunalunternehmen

Deisenhofener Straße 28

81539 München

Email: ulrich.rueth@heckscher-klinik.de

Gesundheitsbewusstsein, berufliche Belastung und Bewältigungsverhalten von ärztlichen und psychologischen Psychotherapeuten - unter Berücksichtigung von Kinderpsychiatern und Kinderpsychotherapeuten

Teil 1: Literaturübersicht

Ute Müller

1 Einleitung

Angeregt durch die eigene psychotherapeutische Tätigkeit und basierend auf den Erfahrungen in zwei Berufen, die „sozial“ oder „helfend“ genannt werden und sich mit Kindern beschäftigen, entstand zunächst die ganz banale Neugierde, herauszufinden, ob es wohl einen Unterschied gibt zwischen Kindertherapeuten und Erwachsenentherapeuten im Gefühl der Belastung durch die Arbeit. Nicht ganz ohne Vorurteile behaftet, die durch Austausch mit vielen Kollegen² unterschiedlicher Profession und Therapierichtung teilweise auch bestätigt wurden - dass „wir“ Kindertherapeuten es nämlich einfach schwerer haben - und auch schon selbst-erfahren in den Auswirkungen, die durch Überlastung entstehen, war das Interesse gewachsen, sich dem Thema zu nähern, das schließlich Inhalt dieser Arbeit geworden ist.

² Aus Gründen der flüssigeren Lesbarkeit wird nachfolgend auf eine geschlechtsneutrale Formulierung oder geschlechtsspezifische Endung verzichtet und die maskuline Form des Personenbezugs benutzt, auch wenn über ein Arbeitsfeld berichtet wird, in welchem Frauen überwiegen. Grundsätzlich ist, wenn nicht eindeutig gekennzeichnet, die feminine Form mit impliziert.

Nicht nur die eigene Berufserfahrung mit allen Implikationen der Freude, aber auch der Belastung, sondern auch die lehrende bzw. ausbildende Tätigkeit in der Klinik und in einem Psychotherapieinstitut haben sehr deutlich werden lassen, wie wichtig die Fähigkeit ist, selber auch für sich zu sorgen, wenn man gut für andere sorgen möchte.

Die Beobachtung der nichtärztlichen Therapeutenkollegen im Stationsalltag, besonders der Psychologen, ließ vermuten, dass es einen grundsätzlichen Unterschied in der Berufsauffassung, besonders in der Fähigkeit, sich abzugrenzen, zu geben scheint.

Waren es doch immer „die“ Psychologen, die pünktlich Feierabend machten, wohingegen „wir“ Ärzte noch arbeiteten. Auch wirkten die Kollegen der Erwachsenenpsychiatrie trotz anstrengenderer Nachtdienste unbelasteter, weniger tangiert von ihren Patienten.

Durch die Teilnahme an Seminaren zum Themenkomplex Psychohygiene bzw. Burnout von Therapeuten u.a. bei J. Fengler und Prof. Reimer veränderte sich diese sehr subjektive Sichtweise. Es eröffnete sich der Blick auf die Psychotherapeuten als eine besondere Gruppe der professionellen Helfer, die auch besonderen Belastungen ausgesetzt ist.

Die Möglichkeit, die eigene persönliche Erfahrung und subjektive Meinung durch eine Untersuchung zu objektivieren, ergab sich im Rahmen des Forschungsprojektes II „*Gesundheitsverhalten und Sekundärprophylaxe von Ärztinnen / Ärzten und Psychologinnen / Psychologen sowie anderen akademischen Berufen*“ (Jurkat & Reimer), das an der Klinik für Psychosomatik und Psychotherapie der Justus-Liebig-Universität Gießen unter der Leitung von Prof. Dr. med. Ch. Reimer und Dr. biol. hom. H.B. Jurkat, Dipl. Psych., durchgeführt wurde. Eingebettet ist dieses Projekt in die schon seit mehreren Jahren bestehende Forschungsarbeit zu den Themengebieten Lebensqualität, Psychohygiene, Prävention und Gesundheitsverhalten von Ärzten und anderen professionellen Helferberufen.

Inhaltlich beschäftigt sich diese Arbeit mit der gesundheitsbezogenen Lebensführung, der Berufssituation und der Bewältigung von beruflicher Belastung von ärztlichen und psychologischen Psychotherapeuten, wobei ein besonderes Augenmerk auf Kindertherapeuten gerichtet wird.

Am 31. Dezember 2005 gab es laut Bundesärzteregeister der Kassenärztlichen Bundesvereinigung KBV in der Bundesrepublik niedergelassen 598 Ärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie, 3858 ärztliche Psychotherapeuten, 2469 Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten und 12170 psychologische Psychotherapeuten, dazu kommen jeweils in den einzelnen Gruppen einige ange-

stellte oder ermächtigte Psychotherapeuten (KBV 2006). Sie alle sehen sich einer zunehmenden Zahl von Patienten gegenüber, die aufgrund psychischer Störungen behandlungsbedürftig werden. „Psychische Erkrankungen sind der häufigste Grund für Berufs- oder Erwerbsunfähigkeitsrenten und ansteigende Ursache für Arbeitsunfähigkeitstage“ (*Deutsches Ärzteblatt 102 (50) 2005, A3482*). Je nach Versorgungsraum – Städte oder ländliche Kreise – liegt das Verhältnis Einwohner / Psychotherapeut bei ca. 2600 bis sogar 23500 (KBV 2006). Der Vizepräsident der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde e.V. DGPPN hält einen Facharzt auf je 6000 Einwohner „angesichts der Zunahme psychischer Erkrankungen“ für angemessen (*Deutsches Ärzteblatt 102 (50), 2005, A3482*). Die Vorsitzende des Berufsverbandes für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie e.V. BKJPP geht davon aus, dass ein Fünftel aller Kinder und Jugendlichen in Deutschland an einer seelischen Störung leiden (Meldung im „*Kölner Stadtanzeiger*“ vom 11.11.2006, www.kinderpsychiater-im-netz.de). Die Bundespsychotherapeutenkammer beziffert unter Bezugnahme auf die Untersuchung des Robert-Koch-Instituts (www.kiggs.de) die Prävalenz mit 5 % Anteil an Kindern und Jugendlichen, die psychisch auffällig beziehungsweise behandlungsbedürftig sind (*Deutsches Ärzteblatt 103 (15), 2006, A970*).

Die unterschiedlichen berufsständischen Vertreter gehen von einer Unterversorgung der psychotherapeutisch behandlungsbedürftigen Patienten aus und fordern in zahlreichen Appellen die Politik auf, die Versorgungsstruktur zu verbessern. Bei der aktuell stattfindenden Diskussion zur Gesundheitsreform lässt sich einerseits eine immer schlechter werdende Stimmung unter den Versorgern, also Ärzten und Psychotherapeuten, feststellen und eine zunehmende Sorge der Patienten andererseits, ob sie in ausreichendem Maße das noch bekommen können, was sie brauchen.

Der Druck nimmt also von und auf allen Seiten zu. Wenn die Forderungen der Berufsorganisationen erfüllt würden, käme das nicht nur den Patienten zu Gute, sondern auch ihren Ärzten und Therapeuten, denen wieder mehr Zeit und Energie für sich selber zukommen würde. Wird doch von ihnen erwartet, hilfreich, heilend, dem Patienten dienlich zu sein und auch am besten selber all das noch vorzuleben, was sie verordnen oder empfehlen.

Auch in der klassischen Literatur finden sich Beispiele dafür. In Thomas Manns „Der Zauberberg“ (1924) wird bezweifelt, ob von Krankheit befreien kann, wer ihr selber unterworfen ist. Auch Musil (1930-52) beschreibt, wie Kranke ihr Vertrauen zu dem kranken Arzt verlieren, andererseits aber Hin-

weise eines kranken Arztes für besonders überzeugend halten, der für sich selbst sorgen kann.

Die Helfer also „sollten ein bisschen gesund, angstfrei und lebensbejahend sein und ihren Alltag bewältigen können, wenn sie beanspruchen, anderen den Weg zu diesen Eigenschaften zu weisen. Zu einem Helfer möchte man ein wenig aufsehen, ihm Respekt und Hochachtung entgegenbringen, nicht aber den Eindruck gewinnen, er sei hilfsbedürftiger als man selbst“ (Fengler 1994).

Um sich diesem Ideal zu nähern, ist es also nötig, dass die Helfer auch gut für sich selber sorgen, wenn sie andere gut versorgen wollen (Reimer 1994). Dazu gehört nicht nur, dass sie für psychische Gesundheit sorgen, indem sie sich „Schönem, Lustvollem, Angenehmen“ (Reimer 1994) widmen, sondern auch in einer guten körperlichen Verfassung sind, die die Belastungen ausgleichen hilft. Ein Therapeut mit körperlichen Beschwerden wird sich schwerlich gut auf seine Patienten konzentrieren können.

Bereits *Juvenals* schrieb zu Beginn des 2. Jahrhunderts in den Satiren „mens sana in corpore sano“ („in einem gesunden Körper [möge auch] ein gesunder Geist [wohnen]“ (Meyers Großes Taschenlexikon 1987). Den Aspekt der Ganzheitlichkeit repräsentiert nicht zuletzt die Definition der WHO, die den Zustand vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur das Freisein von Krankheit und Gebrechen als ‚Gesundheit‘ beschreibt. Mag diese Definition auch „utopisch und anthropologisch flach“ sein (Literatur und Medizin 2005), so wird darin doch deutlich, wie wichtig das Zusammenwirken von Körper und Geist ist. Studien belegen, dass Therapeuten, denen es selber gut geht, erfolgreicher therapieren (Cierpka et al. 1997, Guy et al. 1989). Insofern sollte es nicht nur ihr Ziel sein, den Patienten beim Erreichen einer bestmöglichen Gesundheit behilflich zu sein, sondern dieses auch für sich selbst zu tun.

In dieser Arbeit wird untersucht, inwieweit die Therapeuten das für ihre Gesundheit selber tun, was ihnen durch ihr fachliches Wissen bekannt ist und was davon sie ihren Patienten empfehlen, wie sie gesundes Verhalten i.S. körperlicher Aktivität in ihren Alltag integrieren, wie sich also umgekehrt die berufliche Eingebundenheit auf ihre Gesundheit auswirkt und wie sie diese einschätzen. Weiter wird nachgefragt, welche Möglichkeiten der privaten oder beruflichen Selbstfürsorge sie praktizieren und wie sie ihre berufliche Ausbildung und jetzige Situation einschätzen und ob sie ihren Beruf wieder wählen würden. Dabei wird herausgearbeitet, ob und inwieweit es einen Unterschied gibt zwischen ärztlichen und psychologischen Psychotherapeuten,

die ja durch das Grundstudium unterschiedlich sozialisiert sind und auch, ob und inwieweit sich die Gruppe der Kindertherapeuten von den Erwachsenentherapeuten unterscheidet. Allen gemeinsam ist die Aufgabe, Psychotherapie zu betreiben als „bewusster und geplanter interaktioneller Prozess zur Beeinflussung von Verhaltensstörungen und Leidenszuständen“, wozu „in der Regel eine tragfähige emotionale Bindung notwendig“ ist (Strotzka, 1975).

2 Bisheriger Kenntnisstand

2.1 Die Profession der Psychotherapeuten

Psychotherapie meint im wörtlichen Sinne heilende Behandlung der Seele, wobei aber nicht nur Heilbehandlung, sondern ebenfalls Begleitung und Beistand gemeint ist und damit die Beziehung zwischen Therapeut und Patient in den Blick gerückt wird (Engelhardt 2006). Psychotherapie ist somit „Interaktion“ (Strotzka 1975, Streeck 2004), innerhalb derer der Therapeut, meist mit Gesprächen, den Menschen hilft, indem er bereit ist, deren innere Welt in seine eigene aufzunehmen (Fonagy et al. 2004). Das Kernstück der psychotherapeutischen Arbeit ist demnach „ein über das intellektuelle Verstehen hinausgehendes, auf gelebte Erfahrung beruhendes Verstehen der eigenen Gefühle“ (Fonagy et al. 2004). Sie basiert „weniger auf Technik als auf Kunst und weniger auf Wissenschaft als auf Weisheit“ (Frankl 1975).

Durch Worte und Werke psychische, somatische und interaktionale Beeinträchtigungen zu mildern stellt nach Kriz (2001) „elementare psychotherapeutische Praktiken“ dar. Dabei besteht die Basis und das Ziel darin, einem anderen Menschen zu helfen, ‚etwas zu tun‘, und nicht so sehr, ihm ‚etwas zu geben‘ (Basch 1992): „Der Psychotherapeut ist dann effektiv, wenn er einer Person geholfen hat, effektiv zu sein“ (Basch 1992).

Nach Grawe (1994) ist die „bewusste Reflexion der eigenen Lebensführung und -situation, sich selber gleichzeitig als Akteur und Erleidenden sehen lernen“ das „was eigentlich die Quintessenz von Psychotherapie ausmacht“. Heigl-Evers et al. (1997) sehen die „große Chance“ der psychosozialen Medizin, d.h. „speziell der psychotherapeutischen Versorgung“ „als Lebensberatung nicht nur bei der Bewältigung psychischer Krisen, sondern auch bei der Realisierung des Lebensentwurfs und in der Hilfe zur Selbsthilfe“ und möchten Psychotherapie unter Bezug auf Freud „als Ausdruck der Bemühung um eine weit reichende Versorgung“ verstanden wissen.

Die Anfänge der modernen Psychotherapie reichen in die Jahre 1885/86 zurück, als Sigmund Freud zu Charcot, „dem berühmtesten Neurologen seiner Zeit“ (Tömmel 2006) nach Paris ging und sich mit Hypnose beschäftigte und 1889 bei Liébeault, praktischer Arzt, und Bernheim, Professor für Innere Medizin, den „Koryphäen der dynamischen Psychiatrie“ (DIE ZEIT 2006) in Nancy hospitierte. Seitdem hat sie sich beständig weiterentwickelt (kurze Übersicht bei Rüger & Reimer 2006) und gehört mit ihren unterschiedlichen theoretischen Schulen, Methoden und Techniken schon lange selbstverständlich in die moderne Welt, in der sie als „Spezialität“ (Cierpka et al. 1997) Menschen hilft, mit psychischen Problem zurechtzukommen.

Von Strotzka (1975) stammt die umfassende Definition der Psychotherapie, die heute noch allgemein Anerkennung findet, die sowohl den interaktionalen Prozess beinhaltet, als auch den notwendigen Konsens zwischen Patient und Therapeut über Krankheitsbegriff und Therapieziel, die die lehrbare Technik erwähnt und die Basis einer Theorie des normalen und pathologischen Verhaltens und die auf die notwendige tragfähige emotionale Bindung hinweist. Diese Definition erweitern Senf & Broda (2000) und führen präzisierend den Begriff der „Fachpsychotherapie“ als Verfahren zur Krankenbehandlung ein, bei dem es sich handelt „um professionelles psychotherapeutisches Handeln im Rahmen und nach den Regeln des öffentlichen Gesundheitswesens, das wissenschaftlich fundiert ist mit Bezug auf wissenschaftlich begründete und empirisch gesicherte Krankheits-, Heilungs- und Behandlungstheorien“. Sie setzt eine „qualifizierte Diagnostik und Differentialdiagnostik“ voraus, wird von „professionellen Psychotherapeuten mit geprüfter Berufsqualifikation“ durchgeführt unter „Erfüllung qualitätssichernden Maßnahmen“ und unter „Wahrung ethischer Grundsätze und Normen“ (Senf & Broda 2000). Fachpsychotherapie wird damit von den Autoren „essentiell“ von den Bereichen der „Professionellen Psychologischen Beratung und anderer Art von Lebenshilfe“ abgegrenzt, die sich zwar einzelner psychotherapeutischer Techniken und Methoden bedienen, aber ohne „begründeten Anspruch auf Therapie“. „Eine zu weite Fassung dessen, was Psychotherapie ist, führt zwangsläufig zur einer Psychopathologisierung schicksalhafter menschlicher Lebensprobleme und Konfliktlagen, die nicht als Krankheit aufzufassen sind“ (Senf & Broda 2000).

In Deutschland regelt das Psychotherapeutengesetz die rechtliche Grundlage für Psychotherapie. In seinem berufsrechtlichen Teil werden die Titel „Psychotherapeut“ bzw. „Psychotherapeutin“ unter Gesetzesschutz gestellt und der sozialrechtliche Teil legt fest, „dass Psychotherapie eine Leistung der

Krankenkassen ist, die sowohl von speziell dafür ausgebildeten Ärzten wie auch Psychologen erbracht werden kann“ (Buchholz 1999).

Darauf, dass durch eine solche Richtlinienpsychotherapie mit einer dafür nötigen „Verwissenschaftlichung“ nicht nur positive Effekte entstehen, sondern auch sehr kritisch bedacht werden sollte, der Psychotherapie durch Leitlinien und diagnostische Ziffern nicht „die Luft“ abzudrücken, weist er im Weiteren hin, wenn er von seiner eigenen Erfahrung berichtet, „dass es in jeder Psychotherapie, vielleicht sogar in jeder Sitzung, wenigstens einen Moment gibt, wo nicht die Methode, sondern die Person gefragt ist“ (Buchholz 1999).

2.1.1 Ärztliche Psychotherapeuten

Historisch betrachtet hat die Psychotherapie ihre Wurzeln in der Medizin, wobei die psychotherapeutischen Methoden in den 50er Jahren des 19. Jahrhunderts in Form von Hypnose in erster Linie in der somatischen Medizin eingesetzt wurden (Geyer 1997).

Liébeault und Bernheim, Begründer der Schule von Nancy, kreierten „durch die Transformation des Hypnotismus zur Suggestionslehre und Suggestions-therapie“ ein Konzept, „das den Durchbruch der Psychotherapie zum eigenen Fach bahnte“, also zur Allgemeinen und Inneren Medizin (Geyer 1997). Eugen Bleuler in Zürich bezog derartige Methoden dann auch in der Psychiatrie in die Therapie psychischer Krankheiten mit ein, was in der weiteren Entwicklung aber eher eine Ausnahme darstellt (Geyer 1997), denn besonders in Europa „wurde die Psychotherapie und insbesondere die Psychoanalyse innerhalb der Psychiatrie kaum rezipiert“ (Eckert, Hautzinger & Reimer 2000). Sie waren im Laufe der rasanten Entwicklung der Organmedizin zu Beginn des 20. Jahrhunderts als Wissenschaft „aus den medizinischen Fakultäten verbannt“ worden und etablierten sich eher in den „akademischen Zirkeln der Sozial- und Geisteswissenschaften“ (Geyer 1997).

Die Beziehung zwischen Medizin und Psychotherapie, insbesondere der Psychoanalyse, blieb bis heute ambivalent (Geyer 2000). Psychiatrie und tiefenpsychologische Psychotherapie gingen getrennte Wege, teilweise äußerst konflikthaft, wie bei der Besetzung der Psychiatrie-Enquete, wo die Teilnahme von Vertretern der psychotherapeutischen Fachgesellschaften zunächst nicht vorgesehen war (Friedrich 2000).

Einerseits wird das damit erklärt, dass die psychoanalytische Bewegung nach dem 2. Weltkrieg weitgehend zerstört war (Eckert et al. 2000, Geyer 2000), aber auch, so vermuten Eckert et al., weil die Psychiater sich an der Trennung

beteiligten und auch die Psychotherapeuten „sich für die speziellen Probleme der psychiatrischen Klientel therapeutisch niemals ernsthaft interessiert haben“ (2000).

Dennoch hat die Psychotherapie hier „eine weltweit vordere Position im Hinblick auf den Grad ihrer Institutionalisierung als Spezial- wie als Querschnittsdisziplin der Medizin“ erreicht (Geyer 2000). Neben der Entstehung von modernen psychotherapeutischen Polikliniken, der Gründung von berufs- und fachpolitischen Gesellschaften, der Gründung von psychotherapeutisch-psychosomatischen Fachkliniken wie beispielsweise in Tiefenbrunn, wurde 1965 die Zusatzbezeichnung ‚Psychotherapie‘ nach dem Beschluss des Ärztetages eingeführt, womit die ärztliche psychotherapeutische Weiterbildung geregelt wurde (Geyer 2000). Die Psychoanalyse entwickelte „auf Grund ihres Ausschlusses aus der Universität und der offiziellen medizinischen Versorgung ihr eigenes Ausbildungs- und ambulantes Versorgungsmodell“ (Friedrich 2000). Erst 1967 konnte die Psychotherapie „eine gesicherte berufliche Position“ (Friedrich 2000) dadurch erlangen, dass tiefenpsychologisch fundierte und analytische Psychotherapie zu einer Pflichtleistung der gesetzlichen Krankenkassen wurden, die Verhaltenstherapie wurde erst 1980 in die Leistungen der Ersatzkassen einbezogen (Geyer 2000, Rüger & Bell 2006). In der DDR wurde 1978 der Facharzt für Psychotherapie eingeführt, im vereinten Deutschland dann 1992 der Facharzt für Psychotherapeutische Medizin (Geyer 2000).

Ärzten stehen somit jetzt mehrere Möglichkeiten offen, Psychotherapie zu betreiben (Dahlbender 2000, Bundesärztekammer 2006, Janssen & Rüger 2006, *Rheinisches Ärzteblatt 11/2007*, S.16-17): Nach dem Medizinstudium können sie Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie oder für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie (vorher: Facharzt für Psychotherapeutische Medizin) werden; sie können den Psychotherapiezusattitel im Rahmen einer Weiterbildung erwerben und dann im Rahmen ihrer jeweiligen Facharztqualifikation entsprechend ihrer somatischen und psychotherapeutischen Doppelqualifikation fachgebunden psychotherapeutisch tätig sein; sie können die Weiterbildung zum Psychoanalytiker machen und als solche, unabhängig vom primären Facharzt, tätig werden. Mittlerweile ist die „obligatorische Eingliederung definierter psychotherapeutischer Kenntnisse“ (Bell 2000) in die psychiatrischen und kinder- und jugendpsychiatrischen Fachgebiete erfolgt und damit die Befähigung und Berechtigung, als Psychiater oder Kinder- und Jugendpsychiater Psychotherapien durchzuführen und entsprechend mit den Krankenkassen abzurechnen.

2.1.2 Psychologische Psychotherapeuten

Ähnlich wie bei den ärztlichen Psychotherapeuten mussten auch die klinischen Psychologen innerhalb ihrer eigenen Disziplin, der Psychologie, um Anerkennung kämpfen (Friedrich 2000). Erst durch die von den psychologischen Lerntheorien transformierte Verhaltenstherapie „entwickelte sich so etwas wie eine eigene therapeutische Profession“ (Friedrich 2000). Besonders in psychiatrischen Kliniken und Ambulanzen war die klinische Psychologie präsent und fasste rasch durch die Verhaltenstherapie „mit ihren empirischen Standards und Methoden“ Fuß (Schneider 2000).

Die „zweite Hauptströmung“ (Schneider 2000) der Psychotherapie in der Psychologie waren Gesprächspsychotherapie und andere Humanistische Therapieansätze, die meist aus den USA kamen und hier zum Ende der 60er und in den 70er Jahren auf großes Interesse stießen, „da sie gut zu den demokratischen und libertären“ Idealen dieser Zeit in der BRD passten (Schneider 2000). Diese Methoden konnten sich im klinischen Versorgungskontext jedoch nicht so gut etablieren, sondern hatten eher auf dem Gebiet der Beratung ihre Bedeutung. Die Verhaltenstherapie jedoch etablierte sich, auch in der Psychosomatik und Psychotherapie, und konnte sich sowohl im stationären als auch ambulanten Bereich verankern (Schneider 2000).

Grawe betont, dass nur das Psychologiestudium das an Wissen und „an Kenntnis des normalen und störungsspezifischen psychischen Funktionierens“ vermittele, was für eine „fachgerechte Anwendung psychologischer Beeinflussungsmethoden“ erforderlich sei (1994). Bei einer Ausrichtung des Studiums auf die Klinische Psychologie werden die Grundlagen ergänzt „durch eine gründliche Einführung in die Psychologie der einzelnen psychischen Störungen“ (Grawe 1994) und es findet im Hauptstudium „die Vermittlung von genuin verhaltenstherapeutischen Theorien und Methoden“ statt (Leibing & Rüger 1997).

Im Anschluss an das Studium erfolgt die Ausbildung zum Psychologischen Psychotherapeuten oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten aufgrund der gesetzlichen Regelungen des Psychotherapeutengesetzes PsychThG, was 1998 erlassen wurde. Die Ausbildung erfolgt schwerpunktmäßig an entsprechenden Instituten, die eine staatliche Anerkennung haben müssen, entweder in tiefenpsychologisch fundierter oder analytischer Psychotherapie oder in Verhaltenstherapie (Janssen & Rüger 2006).

Mehrheitlich absolvieren Psychologen im Gegensatz zu Ärzten eine verhaltenstherapeutische Ausbildung (Schneider 2000, Lieb & Braun 2000), weil sie über mehr „Erkenntnisse in der empirisch orientierten Psychologie“ ver-

fügen (Grawe 1994). Er führt weiter aus, dass Psychologen „im Durchschnitt bessere Therapien durchführen als Ärzte“, weil ihre Techniken wirkungsvoller seien. Auch Schneider (2000) sieht eine Polarisierung bei den Psychotherapeuten, indem die Psychologen die Verhaltenstherapie und die Ärzte die Psychoanalyse repräsentieren und stellt dabei nicht nur einen Schulenstreit fest, sondern auch einen zwischen den beiden Berufsgruppen.

Allgemein, so führt Holm-Hadulla (1997) aus, „ist für Psychotherapeuten eine fundierte wissenschaftliche Ausbildung zu fordern“, wobei das Studium der Psychologie den Nachteil hat, dass „der direkte Kontakt mit Patienten nur selten möglich wird“ und vieles „nur simuliert und experimentell lernbar“ ist, wohingegen bei den Medizinstudenten dieser Vorteil der Erfahrung mit Patienten mit dem Nachteil verbunden ist, „dass ihr psychologisches Wissen unzureichend ist“. Holm-Hadulla folgert daraus, dass die wissenschaftliche Vorbildungen „in keinem Fall“ genügen, um psychotherapeutisch tätig zu sein und dass die psychotherapeutische Ausbildung befähigen muss, „das theoretische Wissen im Einzelfall applizieren zu können“.

Mit Stand 31.12.2005 waren bei den Psychologischen Psychotherapeuten 45 % Verhaltenstherapeuten, bei den ausschließlich psychotherapeutisch tätigen Ärzten 13 %.

Rein analytische Psychotherapie führten bei den Psychologischen Psychotherapeuten nur 9 % durch und bei den ärztlichen Therapeuten 11 %. Die übrigen Kollegen führten tiefenpsychologisch fundierte und analytische Psychotherapien durch (KBV 2006).

2.1.3 Ärztliche und psychologische Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten³

Bereits lange bevor Anna Freud, die gemeinhin mit Kindertherapie assoziiert wird, 1927 ihr Standardwerk „Einführung in die Technik der Kinderanalyse“ veröffentlichte und 1946 ihre *Hampstead Clinic* in London gründete, die zunächst das einzige Ausbildungs- und Forschungszentrum in Europa war

³ Wenn es den Inhalt nicht verfälscht und der flüssigeren Lesbarkeit dient, wird im Folgenden immer dann von „Kindertherapeuten“ gesprochen, wenn gemeinsam Ärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (PsychThG) gemeint sind. Bei den beispielhaften wörtlichen Zitaten aus den Interviews sind als „Kindertherapeut“ dann nur psychologische Kinder- und Jugendlichentherapeuten gemeint. Die Ärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie sind da entsprechend als solche gekennzeichnet.

(Berna 1996), und natürlich auch danach gab es bedeutende Ereignisse, die den Weg bahnten, die besondere Form der Therapie von Kindern und Jugendlichen zu entwickeln und zu etablieren.

So gründete z.B. 1770 J. H. Pestalozzi ein *Armenhaus* zur Aufnahme von Waisenkindern, 1833 J. H. Wichern das erste *Raue Haus* zur Rettung verwahrloster Kinder; H. Emminghaus veröffentlichte 1887 das erste Kinderpsychiatrische Lehrbuch „*Psychische Störungen des Kindesalters*“ und der Franzose N. Mannheimer führte 1899 den Begriff „*Kinderpsychotherapie*“ ein. In Chicago gründete W. Healy 1909 die erste „*Child Guidance Clinic*“ und in Wien 1919 Alfred Adler die erste Erziehungsberatungsstelle. In Deutschland gilt 1939 als die Geburtsstunde der heutigen *Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie*. Nach dem Krieg wurde 1958 in Marburg der erste Lehrstuhl für Kinder- und Jugendpsychiatrie gegründet und an der Universität Hamburg wurde 1978 die Professur für Kinderdiagnostik und Kinderpsychotherapie am Psychologischen Institut II eingerichtet. Erst 1996 veröffentlichte F. Petermann das erste deutschsprachige „*Lehrbuch der klinischen Kinderpsychologie*“ und mit der Verabschiedung 1998 im Rahmen des Psychotherapeutengesetzes *PsychThG* wurde der Begriff *Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut* gesetzlich verankert (alle Daten aus Schmidtchen 2001).

Die Pioniere der Kinderanalyse wie Anna Freud, Melanie Klein und andere führende Kindertherapeuten danach kamen aus nichtmedizinischen Berufen und auch heute sind im Psychotherapeutengesetz neben den Psychologen auch Pädagogen und Sozialpädagogen zur Ausbildung als Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten zugelassen (Becker 2003).

Nach dem Krieg begannen die verschiedenen Institute, Kinderpsychotherapeuten auszubilden, die als Psychagogen sich „gefährdeten Familien und insbesondere umwelt- und erziehungsgeschädigten Kindern und Jugendlichen auf psychotherapeutischheilpädagogische Weise annehmen sollten“ (Müller & Dallmeyer 1989). Aus dem Beruf des Psychagogen entwickelte sich dann, unter dem Eindruck von schwieriger werdenden Behandlungsanforderungen und durch endlich verbesserte Ausbildungsgegebenheiten in einem auch offenerem berufspolitischen Klima, der Beruf des analytischen Kinder- und Jugendlichentherapeuten, für den es seit 1976 verbindliche Ausbildungsrichtlinien gibt (Müller & Dallmeyer 1989).

Bei den ärztlichen Kindertherapeuten sind es, neben den Kinder- und Jugendpsychiatern, meistens Kinderärzte, die sich psychotherapeutisch weiterbilden.

Über den Weg der Kinderpsychosomatik kommend, entwickelte beispielsweise Gerd Biermann sein Konzept der Weiterbildung in Kinderpsychologie und Kinderpsychotherapie und gründete 1977 die *Ärztliche Akademie für Psychotherapie von Kindern und Jugendlichen*, die ein von den Ärztekammern anerkanntes Kurrikulum für den Psychotherapiezusatztitel und andere Fortbildungen bietet, die speziell auf die Arbeit mit Kindern und deren Familien ausgerichtet ist (Wintsch 1998, Endres 2007).

Aus den genannten Daten lässt sich erkennen, dass die Geschichte der Psychotherapie von Kindern und Jugendlichen im Vergleich zu anderen klinischen Fächern zum einen noch relativ jung ist und andererseits eng mit der Entwicklung in anderen Fächern jenseits von Medizin oder Psychologie, wie Pädagogik, Heil- oder Sonderpädagogik, verbunden ist. Anna Freud selber war Lehrerin, so wie beispielsweise Zullinger auch (Steger-Hain 1992), und sie betont in ihren Schriften, dass bei der analytischen Behandlung ein wichtiger Aspekt auch die Erziehung des Kindes ist. In der Kinderanalyse werden „also zwei schwierige und eigentlich einander widersprechende Aufgaben“ vereinigt: der Therapeut „muss analysieren und erziehen“ (Freud 1927), wobei „Mittel und Ziele von Erziehung und Psychotherapie schulenspezifischen Variationen“ unterliegen (Reinelt et al. 1997).

In dem 1. Vorwort zu einem der Standardwerke der Kinder- und Jugendpsychiatrie wird von „Mutterdisziplinen“ gesprochen, an die sich ihr Fach anlehnt (Eggers et al. 1993). Die Autoren dieses Buches sind sich „der Quellen bewusst, aus welchen ihre Kenntnisse und Erfahrungen sich herleiten, aus der Pädiatrie, der Psychiatrie, der Neurologie und der Tiefenpsychologie“. Die Geschichte der Kinder- und Jugendpsychiatrie ist „zunächst die Geschichte der Kindheit, Geschichte der Erziehung, Geschichte der Philosophie und Psychologie“ (Renschmidt & Schmidt 1988). Weitere Impulse erhielt sie aus den Sozial- und Rechtswissenschaften sowie aus der Praxis der Jugend- und Sozialhilfe (Knölker 1997). Die Bedeutung der klinischen Nachbarfächer wird auch in der Facharztordnung deutlich: von den fünf (früher vier) Jahren Weiterbildungszeit zum Arzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie muss ein Jahr Kinderheilkunde oder Erwachsenenpsychiatrie abgeleistet, auch ein halbes Jahr Neurologie kann angerechnet werden (Bundesärztekammer 2006). Wie kaum eine andere medizinische Disziplin ist Kinder- und Jugendpsychiatrie „ein integratives Fach, d.h. die interdisziplinäre Sichtweise und Zusammenarbeit mit nicht-medizinischen Fächern gehört zum Konzept“, sie widmet sich den „geistigen, seelischen, körperlichen und sozialen Dimensionen, seinen Schwächen und seinen Störbarkeiten“ und hat, wenn früh genug involviert,

die Chance, frühzeitig „die Weichen zu stellen in Richtung einer günstigen Persönlichkeits- und Sozialentwicklung“ (Knölker 1997).

Die Auflistung der verschiedenen Bereiche, die in die Psychotherapie von Kindern hineinreichen oder sie hervorgebracht haben, weist schon auf den grundlegenden Unterschied zur Psychologie und Psychotherapie des Erwachsenenalters hin: „der Ansatz ist stets systemisch auf die Familie bezogen und bezieht häufig auch noch weitere Systeme wie die Schule mit ein“ (Esser 2003). Das macht es erforderlich, die Diagnostik „multimethodal“ (Esser 2003), mit einem großen Anteil an Leistungs- und Entwicklungsdiagnostik anzusetzen, was eine „ungleich größere Zahl von Schritten“ (Esser 2003) erfordert als bei Erwachsenen. Anamnese, Diagnostik und Therapie beziehen sich nicht nur auf das Kind alleine, sondern auch auf die Familie und das Umfeld, z.B. Kindergarten, Schule, Freizeitbereich. Nach Schmidtchen (1991) sind die „Zielpersonen“ der Kindertherapie „der Kinderklient als Störungsträger und die familiären Bezugspersonen oder Sozialpartner als mögliche Mitverursacher der Störung“. Es bedarf natürlich einer guten Abwägung, auf welche Art und Weise und mit welchen Angehörigen des Bezugssystems wie gearbeitet wird, denn der Therapeut trägt für das, was er „durch die Behandlung in der Interaktion zwischen den Familienmitgliedern auslöst“ (Rauchfleisch 1982) eine große Verantwortung.

Im Kindesalter verläuft Entwicklung wesentlich dynamischer, dramatischer, chancen- und risikoreicher, was nicht zuletzt einen stets aufs Neue altersangepassten Norm- und Auffälligkeitsbegriff nach sich zieht (Esser 2003). Verhaltensauffälligkeiten von Kindern müssen unter diesem Aspekt genauer betrachtet werden, bevor sie als „Krankheit“ diagnostiziert werden. Es ist die Frage „des fließenden Übergangs von Verhaltensweisen“ zu solchen, die bereits pathologisch anzusehen sind, es kommt zu einer „stärkeren Variabilität der Krankheitserscheinungen“ (Renschmidt 1995). „Jede kindliche Verhaltensweise kann eine vorübergehende Bedeutung haben und darf nicht ohne weiteres als endgültig betrachtet werden“ (Berna 1996). Für die Familientherapeuten stellt die zu beobachtende Verhaltensauffälligkeit eines Kindes auch „einen aktuellen Problemlösungsversuch für die Familie“ (Georgi et al. 1990) dar, der innerhalb dieses Kontextes verstanden werden muss. Jeder Mensch nämlich würde „sicher mit Freuden“ seine schlecht angepassten Verhaltensweisen gegen ein Verhalten tauschen, das demselben Zweck „in einem konstruktiveren und sicherlich selbstbefriedigenderen Sinn dient“ (Olness & Kohen 2001). Kindern haben den Vorteil, „dass sie eine größere Ich-Elastizität und -Flexibilität“ haben, „als man es im Allgemeinen bei Erwachsenen vorfindet“ (Olness & Kohen 2001).

Über das Verbindende, was man allen psychotherapeutischen Behandlungsformen zuschreibt, zeichnet sich eine Kindertherapie darüber hinaus noch „durch die Besonderheit des Kindseins und die kindliche Lebens- und Entwicklungssituation aus“ (Reinelt et al. 1997). „Das Wechselspiel zwischen pathogenen und protektiven Faktoren ist angesichts der Vielgestaltigkeit und der Geschwindigkeit von Entwicklungsvorgängen ... bedeutsamer als im Erwachsenenalter“ (Renschmidt 1995). Grawe grenzt Kinder- und Jugendpsychotherapie sehr deutlich von Erwachsenenpsychotherapie ab. Sie unterscheidet sich so sehr, „dass es uns nicht gerechtfertigt schien, die Studien an Kindern und an Erwachsenen in einen Topf zu werfen“ (Grawe et al. 1994). Kinder und Jugendliche werden meistens von ihren Eltern oder Erziehungsberechtigten in die Therapie gebracht, d.h. sie haben häufig keinen eigenen Leidensdruck oder Veränderungswunsch, sie sind „in vielen Fällen widerwillige Patienten“ (Freud 1968) und sie haben auch keine Vorstellung über das, was in einer Therapie geschieht, wie lange es dauert, was das Ziel sein soll. Das hat zur Folge, dass Motivation und Compliance oft ambivalent oder schwankend sind, nicht nur entwicklungsabhängig bei dem Kind, sondern auch familiendynamisch, das heißt, es muss in viel stärkerem Maße Motivationsarbeit betrieben werden (Esser 2003) als in der Erwachsenentherapie.

Olness & Kohen (2001) betonen demgegenüber, dass Kinder bei dem Bedürfnis, Wohlbefinden zu suchen, einen Vorteil gegenüber Erwachsenen haben: „ihre weniger stark ausgeprägte Schwierigkeit, sich Hilfe zu holen und neue Fertigkeiten zu lernen“.

Außerdem können sich Kinder auch viel eher „auf den Grad einer angemessenen Regression einlassen, der einer erfolgreichen helfenden Beziehung inhärent ist“ (Olness & Kohen 2001).

Je jünger das Kind ist, gilt umso mehr, dass beim Therapeuten eine „paternale Haltung und Übernahme von Verantwortung in den Vordergrund rücken und deshalb besonders kritisch reflektiert werden müssen“ (Lehmkuhl & Lehmkuhl 2003). Die Betroffenen können häufig die langfristigen Folgen von Krankheit und Behandlung nicht gut abschätzen und insofern ist die Verantwortung des Therapeuten in besonderem Maße gefordert (Bloomberg et al. 1992). Die Patienten sind vor dem Gesetz noch nicht mündig und daraus erwächst eine besondere rechtliche und ethische Verantwortung. Das Selbstbestimmungsrecht des Patienten muss unter Umständen vernachlässigt werden, besonders, wenn nur „durch die paternale Haltung des Therapeuten“ das Wohl des Kindes gewährleistet ist. „Informed consent und forcierte Behandlung müssen sich daher nicht ausschließen, sondern sollten mit dem Prinzip der Fürsorge vereint werden“ (Lehmkuhl & Lehmkuhl 2003).

Im Kinder- und Jugendhilfegesetz (KJHG) sind die gesetzlichen Rahmenbedingungen geregelt, an die auch die Kindertherapeuten gebunden sind. Das KJHG ist am „Wohl des Kindes“ orientiert und regelt auch, dass bei allen therapeutischen Fragen oder Entscheidungen zur Unterbringung eines Kindes die Eltern mitbeteiligt werden müssen. Bei „besonderer Gefährdung“ des Kindes, z.B. der Verweigerung einer notwendigen Behandlung, ist der Therapeut verpflichtet, das Jugendamt einzuschalten (Schmidtchen 2001, Esser 2003).

Die Arbeit mit den Eltern ist seit den Anfängen also fester Bestandteil einer Kindertherapie (Zauner 1976, Biermann 1986, Müller-Brühn 2003) und unerlässlich, egal in welcher Methode (Rosner 2006). Anna Freud spricht vom Therapeuten als „Vermittler zwischen zwei Parteien“, der die Aufgabe hat, den Eltern mit ihren Forderungen an das Kind die „phantastischen Irrwege und Abwege der infantilen Denkweise“ verständlich zu machen (1968). Die Eltern-Kind-Beziehung ist ja für das Kind eine Realität, in der es lebt und ist noch keine Vergangenheit, wie sie es für die Erwachsenen ist. Insofern ist wegen der unbewussten wechselseitigen psychodynamischen Vorgänge zwischen Eltern und Kind die Elternarbeit im Rahmen einer Kindertherapie auch inhaltlich begründet und nicht nur technisch-organisatorisch (Müller-Brühn 2003).

Im Gegensatz zur Erwachsenentherapie steht bei den Kindertherapien als „Quelle der Störung“ mehr die „Außenwelt“, also Konflikte bzw. Schädigungen aus dem Umfeld, im Vordergrund (Zimprich 2004), das Kind ist, je jünger es ist, von der Qualität der Beziehung abhängig. Durch seine Abhängigkeit von den Erwachsenen ist das Kind „auch hinsichtlich der Therapie weitaus manipulierbarer als der Erwachsene“ (Leixnering & Bogyi 1997). Das Fehlen von Unterstützung der Therapie durch die Eltern, egal aus welchen Gründen (z.B. persönlicher Widerstand, intellektuell, soziale Schicht), führt häufig zum Therapieabbruch; insofern ist oft nicht nur Motivationsarbeit beim Kind, sondern auch bei den Eltern nötig, besonders, wenn von ihnen eine aktive Mitarbeit, z. B. in Form von „Hausaufgaben“ erwartet wird (Schmelzer 1999).

In der psychotherapeutischen Arbeit mit dem Kind spielt die sprachliche Mitteilung eine wesentlich geringere Rolle als beim Erwachsenen. Ein kindgemäßes Medium, sein Fühlen und Erleben auszudrücken, stellt das Spiel dar, was es dem Kind ermöglicht, Probleme und Konflikte verschlüsselt darzustellen (Reinelt et al. 1997, Schmidtchen 1991, 2001). Das Spiel ersetzt quasi die Technik des freien Assoziierens (Lehmkuhl 2003).

Jedoch ist das nur eine von vielen Theorien, nach denen Kindertherapie praktiziert wird. Es ist eher eine Tendenz zu integrativen Modellen zu beobachten,

die „gewissermaßen eine vernünftige oder sogar zwingende Antwort auf die Vielfältigkeit und Spontaneität der Kinder“ (Wintsch 1998) ist. „Die Kindertherapie erfordert vom Therapeuten ein Höchstmaß an Flexibilität in seinem Handlungsbereich“ (Bogyi 1997) und unterscheidet sich darin wesentlich von der Erwachsenentherapie. Nach Zullinger (1966) ist dies „das Allerschwerste in der Kinderpsychotherapie: abschätzen zu können, was und wie man etwas tun muss, die Mittel und Methoden zu wählen und sie manchmal ad hoc zu erfinden – je nachdem, dem Einzelfall gemäß“.

Was die psychotherapeutische Arbeit mit Kindern besonders reizvoll, aber auch schwierig macht, jenseits der Vorbedingung, dass man Kinder, egal in welcher Art und Weise sie auftreten mögen – nett, zugewandt, trotzig, stinkend, spuckend – „unerschütterlich“ (Reinelt 1997) mögen muss, ist die Notwendigkeit, die kind- und jugendspezifischen Erlebnisweisen wieder bei sich selber lebendig und schöpferisch werden und die eigene frühe Kindheit ins Erleben einfließen zu lassen. Das heißt, das „Tor in die eigene Vergangenheit“ (Reinelt 1997) muss ein Stück offen stehen, denn die Kindertherapeuten greifen auf ein Repertoire aus einer längst abgeschlossenen

Entwicklungsstufe zurück, wie Spielen, Malen, Singen. Wenn das gelingt, kommunizieren Kind und Therapeut auf der gleichen Ebene, wobei der Therapeut jedoch gleichzeitig Spieler und Beobachter ist (Reinelt 1997). Auf die Art und Weise kann der Therapeut in einer reflektierten Gefühlsabstimmung mit dem Kind Raum schaffen für die gewünschte Regression des Kindes. Es muss also eine Infantilisierung bei gleichzeitigem Erhalt der Erwachsenenpersönlichkeit (Lehmhaus-Wachtler 2001) gelingen, was sicher eine besondere Begabung und Neigung voraussetzt. Erwachsenenpsychotherapeuten müssen sich auf diese starke Form der Regression selten einstellen (Lehmhaus-Wachtler 2001).

Nach Beckmann-Herfurth werden in der Kindertherapie Gefühle von Therapeuten „häufig intensiver aktualisiert als in der Therapie von Erwachsenen“ und sie betont, dass es nicht immer gelingen kann, „Situationen eigener Betroffenheit souverän zu meistern“ (zitiert nach Wintsch 1998).

Diese Art der Kindertherapie, die eine besondere Flexibilität fordert (Reinelt 1997, Bogyi 1997, Zullinger 1966) macht es erforderlich, dass die Therapeuten sowohl körperlich als auch geistig fit sind, um mit dem Kind auf allen Ebenen, auch körperlich, „in Bewegung“ bleiben zu können (Lehmhaus-Wachtler 2001).

Eine viel banalere Flexibilität, die auch die wirtschaftliche Sicherheit des Therapeuten tangiert, wird erforderlich durch die Terminplanung mit Kindern und deren Familien: Kinder sind einfach häufiger krank und ihr Tages-

ablauf wird oft durch relativ spontane schulische Pflichttermine oder Termine der Eltern mitbestimmt. Daraus resultiert die Notwendigkeit einer flexibleren Terminplanung mit Verschiebungen und Ersatzterminen. Der Organisationsaufwand, wenn er nicht durch Praxishelfer erledigt wird, ist dadurch recht aufwändig (Lehmhaus-Wachtler 2001).

Von den zum 31.12.2005 zugelassenen psychologischen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten waren 20 % Verhaltenstherapeuten, 21 % rein analytisch und die restlichen tiefenpsychologisch fundiert und analytisch tätig (KBV 2006). Bei den Kinder- und Jugendpsychiatern waren zum 31.12.2006 nur 2,4 % Analytiker, 19,6 % Verhaltenstherapeuten und die restlichen arbeiten mehrheitlich tiefenpsychologisch fundiert (KBV 2007). Von den zu diesem Zeitpunkt mittlerweile zugelassenen 629 Vertragsärzten hatten 340 Kollegen eine Genehmigung zur Teilnahme an der sozialpsychiatrischen Versorgung SPV, 289 führten ihre Praxis ohne SPV (KBV 2007).

2.1.4 Positive Aspekte der psychotherapeutischen Arbeit

Psychotherapeuten erleben, einer Studie von Willutzki et al. (1997, 2006) zufolge, in ihrer beruflichen Praxis und professionellen Entwicklung eine ausgeprägte Zufriedenheit (fast drei Viertel der Befragten) in Bezug auf ihre Arbeit mit den Patienten und die Supervision. Die Autoren folgern im Einklang mit anderen Studien, dass Psychotherapeuten ihr eigenes Verhalten, ihre Kompetenzen und ihr Entwicklungspotential als sehr positiv einschätzen, wobei eine Abhängigkeit von den Jahren an Berufserfahrung festzustellen ist. Das heißt nicht, dass einzelne Psychotherapeuten nicht auch sehr unzufrieden oder gar ausgebrannt sein können und für die meisten der Befragten schlagen die institutionellen Bedingungen dabei negativ zu Buche.

Die positive Auswirkung des eigenen Berufes auf das erlebte persönliche Gefühl von Selbstsicherheit, Selbsterleben, ihre Emotionalität und Sensitivität und Lebensfreude bestätigen auch Radeke & Mahoney (2000) in ihrer Vergleichsuntersuchung von Psychotherapeuten und Forschungspsychologen. Andere befragte Psychotherapeuten gaben als Hauptmotivation für ihre Arbeit an, es als Privileg und Ehre anzusehen, anderen Menschen bei deren persönlichen Entwicklung helfen zu können (Dlugos & Friedlander 2001) und entsprechend der Studie von Ackerley et al. (1988) würden 73,49 % der befragten Psychotherapeuten wieder das gleiche Arbeitsfeld wählen, nur 4,45 % würden ein anderes Gebiet der Psychologie wählen.

In ihrer Diplomarbeit zur Lebensqualität von psychologischen und ärztlichen Psychotherapeuten hat Vetter (2004) 174 Therapeuten mittels Fragebogen untersucht. Die Mehrheit gab an, mit der Arbeitssituation zufrieden zu sein, wobei die Psychologen signifikant zufriedener waren als die ärztlichen Psychotherapeuten. Sie bezieht sich auf Maslach, die die Berufsausübung und die berufliche Zufriedenheit als wichtigen Bestandteil des menschlichen Lebens nennt und somit bedeutsam für die Lebensqualität und sie stellt demzufolge einen Zusammenhang her zwischen hoher Arbeitszufriedenheit und hoher Lebenszufriedenheit, von hohem Wohlbefinden gemäß der WHO-Definition und einem als wenig beeinträchtigend empfundenen Lebensstil. Zwei Drittel der von Vetter untersuchten Psychotherapeuten würden ihren Beruf wieder wählen, unabhängig ob Mediziner oder Psychologe und es werden in erster Linie intrinsische Motive als Anreiz für die Wiederwahl des Berufes genannt.

2.2 Berufliche Belastung und Gesundheitsgefährdung von Therapeuten

Psychologische und ärztliche Psychotherapeuten sind je nach unterschiedlichem Arbeitsschwerpunkt, Methodendifferenzierung und auch abhängig von der persönlichen Lebenssituation in unterschiedlichen Praxisstrukturen niedergelassen, woraus sich, neben der psychotherapeutischen Arbeit an sich, unterschiedliche persönliche Belastungsfaktoren ableiten lassen, die sich auf das seelische Wohlbefinden, die soziale Eingebundenheit und die körperliche Befindlichkeit auswirken. Sie unterliegen in ihrer Arbeit einem hohen ethisch normativen Rahmen, der vorgibt, den Patienten nicht zu schädigen, sein Selbstbestimmungsrecht zu achten, ihn auf eine für sein Wohlbefinden förderliche Weise zu behandeln und darauf zu achten, unter Bedingungen knapper Ressourcen nicht bestimmte Gruppen zum Schaden anderer zu privilegieren, also beispielsweise im Dienste der eigenen Psychohygiene keine schwierigen Patienten in Behandlung zu nehmen oder keine Kriseninterventionen anzubieten (Birnbacher & Kottje-Birnbacher 2000).

2.2.1 Psychosoziale Auswirkungen und Belastungen

Sehr oft sind Psychotherapeuten in einer Einzelpraxis tätig, die als Bestellpraxis ohne offene Sprechstunde organisiert ist und führen im Studententakt

Therapiesitzungen durch (Bell 2000, Rüger & Bell 2006); abrechnungstechnisch bezieht sich das Honorar für eine Therapiestunde auf 50 Minuten erbrachte Leistung (Kassenärztliche Bundesvereinigung 2005). Diese Organisationsform bietet den Vorteil eines „geringen unternehmerischen Risikos“ (Bell 2000), weil Investitionen in Praxisräume, Ausstattung und Personal gut überschaubar und die Betriebskosten nicht so hoch sind (Kielhorn 1997), auch lässt sich in einer Bestellpraxis die Arbeitszeit „gut an die persönlichen Bedürfnisse anpassen“, wodurch es „weder zu Leerlauf noch zu Überlastung“ (Bell 2000) kommt.

Die Möglichkeit, die Arbeitszeit an die eigenen Bedürfnisse anzupassen, erscheint zwar auf den ersten Blick vorteilhaft und mag auch in gewissen Maßen möglich sein, jedoch müssen sich die Therapeuten, wenn sie von ihrer Arbeit leben können wollen, mit ihren Arbeitszeiten eher an wirtschaftlichen Überlegungen ausrichten. Das stellt eine erhebliche psychische und auch körperliche Belastung nicht nur durch die Existenzsorgen dar, sondern auch durch die vermehrte Arbeitszeit, die kompensatorisch erbracht wird, damit mehr Ziffern erwirtschaftet werden können (Bowe 1999).

So geben Dlugos & Friedlander (2001) an, dass die wirtschaftliche Seite ihrer Tätigkeit mit Finanz- und Geschäftsaspekten die Psychotherapeuten oft aufreibt. In der Befragung von 208 Psychotherapeuten in den USA durch Kramen-Kahn & Hansen (1998) wurden als größte berufliche Risiken ihrer Arbeit geschäftliche Aspekte, wirtschaftliche Unsicherheit und Zeitdruck genannt. Die von Bowe 1999, also vor dem jetzt aktuell gültigen Honorierungssystem, durchgeführte Studie an deutschen ärztlichen und psychologischen Psychotherapeuten ergab, dass 72 % der Befragten ihre Einkommensverhältnisse als diskriminierend und 79,7 % ihre erbrachten Arbeitsleistungen als entwertet empfanden, fast die Hälfte (46,5 %) fühlten sich existentiell bedroht.

Vermutlich käme eine jetzt aktuell durchgeführte Befragung zu einem ähnlichen Ergebnis, denn trotz neuem EBM hat sich wenig verändert.

Psychologische Psychotherapeuten, Psychoanalytiker und Kindertherapeuten rechnen in der Regel im Stundenrhythmus ab, wobei der Punktwert, also letztlich der Lohn für die erbrachte Leistung, auf einem festgelegten gleich bleibenden Niveau liegt und somit für die Therapeuten kalkulierbar ist (Honorarverteilungsvertrag 2007). Durch diese Richtlinienpsychotherapie limitiert sich automatisch die Patientenzahl pro Tag, nicht nur durch die festgelegte maximale tägliche „Plausibilitätszeit“ (Kassenärztliche Bundesvereinigung 2005), die nicht überschritten werden darf, sondern auch, wenn der Therapeut auf seine Psychohygiene achten und nicht über seine Kräfte gehen möchte. Das Dilemma entsteht in diesem Spannungsfeld, wo die täglich erwirtschaftet

teten Punkte eigentlich zu wenig für die Existenz sind, die Kräfte aber schon nicht mehr ausreichen.

Für ärztliche Psychotherapeuten nicht psychiatrischer Provenienz erscheint es aus ökonomischen Gründen trotzdem mehr Vorteile zu bieten, ausschließlich psychotherapeutisch tätig zu sein, d.h. mit der Zeitgebundenheit für eine 50-minütige Therapiesitzung, die entsprechend mit gestützten Punktwerten honoriert wird (Honorarverteilungsvertrag 2007), denn eine flexible Praxisführung mit therapeutischer Versorgung einer größeren Patientenzahl mit breitem diagnostischen und therapeutischen Spektrum, die ein weiteres nötiges Versorgungsangebot „bereits im Vorfeld der Richtlinienpsychotherapie“ darstellen würde (Bell 2000), die aber auch eine entsprechende Praxis-, Organisations- und Personalstruktur erfordert, ist nur ungenügend gut honoriert, selbst nach Einführung des Facharztes für Psychotherapeutische Medizin (Kielhorn 1997) und nach Flexibilisierung der neuen Gebührenordnung, in der sich die Bewertung der facharztspezifischen Gesprächsleistungen für Psychiater, ärztliche und psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendpsychiater auf jeweils zehn Minuten erbrachte Leistung bezieht und somit die Zeitgebundenheit etwas aufgelockert ist und flexibler gestaltet werden kann.

Ärzten für Kinder- und Jugendpsychiatrie steht neben der von ihnen alleine geführten Bestellpraxis, in der psychotherapeutische mit psychiatrischer Arbeitsweise kombiniert wird, eine Besonderheit zur Verfügung, ihre Praxen zu führen, wodurch allerdings die reine psychotherapeutische Arbeit des Arztes mit Patienten in 50-Minuten-Einheiten eher eingeschränkt wird: sie können, wenn sie pro Arzt mindestens 1,5 Stellen für therapeutische Mitarbeiter, z.B. Heilpädagogen, Ergotherapeuten, Sozialpädagogen, Psychologen, schaffen, auf Antrag beim jeweiligen Niederlassungsausschuss der KV an der *Sozialpsychiatrischen Versorgung SPV* teilnehmen und erhalten dann eine Fallpauschale zusätzlich zu den nach EBM abrechenbaren Leistungen. Dies führt dazu, dass der Arzt viele Patienten im Erstkontakt sieht, die dann von den Mitarbeitern weiter diagnostisch und therapeutisch versorgt werden unter Supervision des Arztes. Dieses Vorgehen hat viele Implikationen, die sowohl positiv als auch negativ zu bewerten sind. Zum einen können auf diese Art und Weise viele Kinder und Familien psychiatrisch diagnostisch gesehen werden – manche Kollegen sprechen gar von „Durchschleusen, damit es sich rechnet“ (anonym, persönliche Mitteilung) –, andererseits kann die persönliche Arbeitszufriedenheit und Ausgeglichenheit des Arztes leiden, denn sein Tun ist kaum noch wirklich psychotherapeutisch, neben dem hohen unternehmerischen Risiko, was er zu tragen hat.

In der Tat führt die derzeitige politische Lage nach Einführung der neuen Abrechnungsmodalitäten und Honorarverteilung eher dazu, dass der wirtschaftliche Druck, besonders auf die Praxen ohne SPV, zunimmt bis hin zur existentiellen Bedrohung (Schaff 2007) bei gleichzeitig wachsendem Bedarf an Ärzten für Kinder- und Jugendpsychiatrie, der besonders im klinischen, aber auch ambulanten Bereich nicht genügend gedeckt werden kann (*Deutsches Ärzteblatt*, 104 (18), B1123-1124). Von den in ganz Deutschland am 31.12.2006 zugelassenen 629 Kollegen arbeiten 289 Kinder- und Jugendpsychiater ohne SPV (KBV 2007). Der sehr niedrige Anteil von Analytikern (2,4 %) oder tiefenpsychologisch fundiert und analytischen Psychotherapeuten (5,5 %) lässt vermuten, dass nur wenige Kinder- und Jugendpsychiater rein psychotherapeutisch tätig sind; der überwiegende Teil wird eine Mischform von therapeutischer und psychiatrischer Versorgung seiner Patienten praktizieren.

Die Erfahrung zeigt, dass allgemein in einer Bestellpraxis auch die Bereitschaft zu ‚Überstunden‘ wächst, da das Korrektiv durch äußere Praxisstrukturen mit festen Arbeitszeiten für den Therapeuten selbst, die Mitarbeiter und Sprechstundenhelferinnen, wegfällt (Rottenfuß 1999). Dabei spielt oft seltener der Gedanke an den Verdienst eine Rolle, sondern eher der Druck, der von den Patienten und der Schwere der Symptomatik ausgeht. Die „Helferqualitäten“ wie Geduld und Hilfsbereitschaft (Fengler 1997) machen es schwer, sich abzugrenzen und das eigene hohe Ideal aufzugeben, so dass die Therapeuten „an erster Stelle unter ihrer Selbstbelastung“ leiden (Fengler 1997). Der so entstehende Zeit- und Termindruck und die ungenügenden Arbeitspausen verstärken damit eine durch die Emotionsarbeit schon bestehende Belastung und können als potentieller chronischer Stressfaktor die Gesundheit und das Wohlbefinden beeinträchtigen und zum Burnout führen (Becker 2006).

Als weiterer Belastungsfaktor ergibt sich durch die Einzelpraxis mit Bestellterminen eine relative Isolation von anderen niedergelassenen Kollegen oder Co-Therapeuten (Reimer 1994, Bell 2000, Trojan & Legewie 2001). Diese Isolation bewirkt sowohl eine mangelnde soziale Stimulation (Hessel et al. 2006) als auch eine geringe Möglichkeit zur fachlichen Reflektion und Weiterentwicklung mangels Gesprächen über die Therapeut-Patient-Beziehung oder die Störungsbilder. Therapiefehler sind eher in und durch diese Isolation vorstellbar als in einem tragenden, helfenden und korrigierenden Klima (Schmidbauer 1997). Der Psychotherapeutenberuf birgt da eine besondere Verführung und enthält einen spezifischen Sog, „die schützenden Konturen des ‚eigenen Lebens‘ zugunsten einer schleichenden Vermischung mit der uns anvertrauten inneren und äußeren Ereigniszenerie unserer Patienten langsam

zu verlieren“ (Rad 1997) und immer mehr ‚second hand‘ zu leben. Die isolierte Arbeitssituation erhöht die Gefahr, dass die Beziehung zum Patienten eine Ersatzfunktion bekommt, indem „die intimitätsnahe Tätigkeit eine Erfüllung aller privaten Bedürfnisse vorgaukelt“ (Schmidbauer 1992). Es besteht nicht nur die Gefahr der Isolation von Berufskollegen und Fachlichkeit, besonders wenn dann noch auf Teilnahme an Intervention oder Supervision verzichtet wird, sondern auch die der persönlichen, privaten Isolation mit immer weniger eigenem befriedigenden Privatleben. Die Tendenz zur Vereinsamung in einer solchen Einzelpraxis „ist sicher die größte Gefahr für den Psychotherapeuten selbst, für seine Arbeit und damit letztlich auch für sein Lebensgefühl“ (Reimer 1994).

Neben dieser sozialen Isolation tragen weitere Faktoren zur psychischen Belastung der Therapeuten bei bzw. verstärken sie. So stellt alleine schon die Profession als solche, also die psychotherapeutische Arbeit an sich, eine Herausforderung an den eigenen „psychischen Apparat“ dar (Heigl-Evers & Heigl, zitiert nach Reimer 2000a) durch die tägliche Konfrontation mit im therapeutischen Prozess zutage tretenden belastenden Affekten, Impulsen, Wünschen und Beziehungskonstellationen und den täglichen Umgang mit psychisch kranken Menschen (Hessel et al. 2006).

Viele Autoren weisen auf diese besondere persönliche, emotionale Anforderung und psychische Belastung hin, die deutlich höher ist, als sie für somatisch tätige Mediziner besteht. In keinem anderen medizinischen Fachgebiet „werden an die Persönlichkeit des Therapeuten und insbesondere an seine Integrität so hohe Anforderung gestellt“ (Reimer 2006). „Die größte Belastung des Therapeuten liegt in der immer wiederholten Herstellung und Aufrechterhaltung von Beziehungen“ „gegen innere und äußere Widerstände“ (Schmidt 1986). Zwar wird dadurch, dass Therapeuten „persönlich involviert und verstrickt sind“ ihre Arbeit „gerade deshalb gut“ (Buchholz 1999), aber „Therapeuten machen sich zu wenig bewusst, was sie täglich an negativer Energie aufnehmen und letztlich auch irgendwie verarbeiten müssen“ (Reimer 2006). Wenn die Verarbeitung nicht gut gelingt, kann das dann beim Therapeuten zu psychischen Symptomen führen, „die ihrerseits die Qualität der Arbeit mit Patienten beeinträchtigen können“ (Reimer 2006).

Die psychotherapeutische Arbeit fordert vom Therapeuten eine ständige Auseinandersetzung mit den Gefühlen des Patienten, mit dessen Hoffnungen, Erwartungen, Idealisierungen, den Enttäuschungen und Ängsten, die auch aus der Therapie selber entstehen, mit Aggressionen und Ablehnung. Ungeachtet dieser auszuhaltenden Gefühle wird vom Psychotherapeuten erwartet, kontinuierlich ein „liebevolleres, tragfähiges Arbeitsbündnis“ (Reimer 1994) auf-

rechtzuerhalten. Ferenczi spricht davon, dass ohne Sympathie keine Heilung erfolgen könne (siehe bei Dulz 2006). Oft begegnen Therapeuten dabei wieder eigenen Erinnerungen und Gefühlen (Schmidt 1986, Lichtenberger 2006), was erheblich belasten kann. Das Aushalten von und die Auseinandersetzung mit den Gegenübertragungsgefühlen, besonders den negativen wie Hass oder Rache, aber auch Langeweile oder Unlust, stellen eine große Anforderung an die Integrität des Psychotherapeuten (Reimer 2000).

Wesentliche Belastungen „haben ihren Ausgangspunkt bei den Klienten“ (Fengler 1994), die beispielsweise durch ihre passiv-aggressive Art, weil sie manipulativ sind oder intrigierend, durch Unerreichbarkeit oder Uneinsichtigkeit oder einfach durch die Schwere der seelischen Störung besonders „als ermüdend, frustrierend oder blockierend erlebt werden“ (Fengler 1994). Auf Grund ihrer Persönlichkeitsstruktur bringen diese ‚schwierigen Patienten‘ typische Interaktionsprobleme mit sich. Besonders Süchtige, depressive Patienten und solche mit narzisstischer- oder Borderline-Symptomatik werden als schwierig empfunden und lösen häufig Gefühle von Ärger, Ohnmacht und Hilflosigkeit, aber auch Rache oder Bestrafungswünsche aus (Reimer 1991). Die Arbeit mit ihnen geht oft nur langsam voran und kann Zweifel an der eigenen therapeutischen Kompetenz erzeugen. Patienten, die sich suizidieren oder die den Therapeuten über längere Zeit belügen, um wirtschaftliche Vorteile zu erlangen, fügen dem Therapeuten „seelische Verletzungen“ zu, wogegen „die Eigenanalyse nur einen begrenzten Schutz“ bietet (Schmidbauer 1997).

Mittels Fragebogenuntersuchung an Psychologischen Psychotherapeuten fanden Murtagh & Wollersheim (1997) heraus, dass Suizidaussagen von Patienten, neben der Unfähigkeit Notfallpatienten adäquat zu helfen, schwer depressiven Patienten, Therapieabbrüchen, mangelndem Fortschritt und anderen Angaben, als einer der stressverursachendsten Arbeitsbelastungen genannt wurden. Auch die von Radeke & Mahoney (2000) untersuchten Psychologischen Psychotherapeuten gaben hauptsächlich Suizidversuche und Ärger mit Patienten als Stressoren im Therapieprozess an. In der ‚Internationalen Studie zur Beruflichen Entwicklung von Psychotherapeuten‘, die auf einem Rücklauf von 2376 Basisfragebögen beruht (CRN-2376), wurden Zweifel, wie in einem bestimmten Fall am besten vorgegangen werden soll, das schmerzliche Berührtsein von Macht- und Einflusslosigkeit gegenüber tragischen Lebenssituationen eines Patienten und wenig Vertrauen darauf, einen günstigen Einfluss auf Patienten zu haben, als häufigste Schwierigkeiten von den Therapeuten berichtet, also „fachliches Rätseln, schmerzliche Realität und das Gefühl der Unfähigkeit“ (Schröder 1997).

Psychotherapeuten haben oft Schuldgefühle, nicht genug für die Patienten getan zu haben; sie geraten „leicht in die Rolle von Müttern und Vätern, die in permanenter Sorge um ihre defizitären Kinder leben“ (Reimer 1994), zumal sie sich häufig an einem hohen Ideal orientieren, an dem gemessen das eigene Tun unzulänglich und dürftig erscheint (Fengler 1997). Dies kann dazu führen, dass durch das ständige Sich-Einstellen die Entwicklung von Grenzen zwischen sich und den Patienten fließend werden können und „eigene Konturen unscharf und mehrdeutig“ (Rad 1997) werden und sie sich oft auch noch nach der Arbeit mit den Patienten und ihren Problemen beschäftigen, gedanklich, in Gesprächen und sogar in Träumen (Reimer 1994, Rad 1997). Dadurch reduziert sich die subjektiv erlebte Freizeit und Regenerationsphase natürlich weiter, die bei berichteten 44 Arbeitsstunden pro Woche (Bowe 1999) sowieso eher knapp wird.

Besonders die Kindertherapeuten mögen dazu neigen, sich „als einzig wichtige Person im Leben des Patienten“ (Seiffge-Krenke 2004) zu fühlen, wobei es auch aus psychohygienischer Perspektive bedeutungsvoll ist, sich bewusst zu machen, dass auch ein ‚hinreichend guter Therapeut‘ „ausreichend“ ist, weil es im sozialen Umfeld, seiner Familie „immer auch noch andere Personen“ gibt, „die den Patienten mittragen und stützen“ (Seiffge-Krenke 2004).

2.2.2 Psychische Symptome, Sucht, Burnout

All diese Belastungen manifestieren sich auf unterschiedliche Art und Weise. Sie „führen in einigen Fällen zu seelischen Prozessen, die heute unter dem Begriff Burnout zusammengefasst werden“ (Fengler 1997), wobei die Erfolgsmöglichkeiten bei dem, was man tut, maßgeblich die gesundheitliche Situation und den Burnout-Pegel bestimmen (Aronson et al. 1983).

Belastung als solche ist an sich nichts Ungewöhnliches und ebenso wie Stress ein zunächst neutraler Begriff, der einen Zustand beschreibt, der angemessen, als Eustress oder unangemessen, als Dysstress, verarbeitet werden kann (Fengler 1994). Eine Gefährdung ergibt sich demnach erst durch die Häufung, Summierung und Chronifizierung ohne Aussicht auf Besserung. Fengler versteht unter Burnout „einen Prozess oder Zustand seelischer Erschöpfung, der oft am Ende einer lang anhaltenden Überforderung durch vielfältige Belastungen ohne angemessenes Korrektiv eintritt“ (1997) und für ihn haben sich bei der Entwicklung von Burnout „zehn Stufen als aussagekräftig erwiesen: 1. Freundlichkeit und Idealismus, 2. Überforderung, 3. geringer werdende Freundlichkeit, 4. Schuldgefühle darüber, 5. vermehrte Anstrengung, tüchtig

und freundlich zu sein, 6. Erfolglosigkeit, 7. Hilflosigkeit, 8. Hoffnungslosigkeit, 9. Erschöpfung, Abneigung gegen Klienten, Apathie, Aufbäumen, Wut, 10. Burnout“ mit Symptomen wie beispielsweise Selbstbeschuldigung, Sarkasmus, psychosomatischen Reaktionen, Unfällen, Dienst nach Vorschrift, Sucht, Selbstmord, Scheidung, sozialer Abstieg usw., wobei die Phasen nicht zwangsläufig aufeinander folgen müssen, sondern auch parallel auftreten können und auch auf eine frühere Stufe zurückgekehrt werden kann.

Burisch (1994) meint „psychologisch-metaphorisch“ mit Burnout „eine langdauernde zu hohe Energieabgabe für zu geringe Wirkung bei ungenügendem Energienachschub“, kurz „wenn die Batterie nicht nachgeladen wird“. Bergner (2004) zitiert Sotile & Sotile, die damit meinen „I’ve done too much for too many for too long with too little regard for myself“.

Ackerley et al. (1988) untersuchten an 562 approbierten Psychologen, die im öffentlichen Gesundheitswesen oder privat tätig waren, das Ausmaß von Burnout und kamen zu dem Ergebnis, dass mehr als ein Drittel der Teilnehmer hohe Werte bei ‚emotionaler Erschöpfung‘ und ‚Dehumanisierung‘ im ‚Maslach Burnout Inventory‘ zeigten, wobei es den Therapeuten in eigener Praxis besser ging als den angestellten und sich höheres Alter bzw. längere Berufserfahrung positiv auf das Erleben von Burnout auswirkte. Die Autoren vermuten, dass die Therapeuten mit den Jahren lernen, ihre emotionale Energie zu konservieren, so dass sie sich nicht so ausgelaugt durch die psychotherapeutische Arbeit fühlen, aber auch dass sie gelernt haben, ihre Patienten auf eine positive Art und Weise zu betrachten. 21 % der Befragten immerhin würden, bezogen auf die Arbeitszufriedenheit, einen anderen beruflichen Weg, außerhalb der Psychologie, einschlagen.

Raquepaw & Miller (1989) stellten in einer Fragenbogenstudie mit dem ‚Maslach Burnout Inventory‘ bei 68 texanischen Psychotherapeuten fest, dass die Burnoutlevel niedrig bis moderat waren und angestellte Therapeuten mehr unter entsprechenden Symptomen litten als frei praktizierende Kollegen, wobei die Zufriedenheit mit der Fallzahl entscheidend war für Burnout, nicht die Fallzahl als solche.

In einer Untersuchung an 476 amerikanischen Psychologischen Psychotherapeuten (Pope & Tabachnick 1994) wurde deutlich, dass viele unter persönlichen Problemen litten und bereits selber therapeutische Hilfe in Anspruch genommen hatten. 61 % der Befragten hatten Depressionen, außerdem wurden genannt Beziehungsprobleme, Ängste, Stress, Persönlichkeitsprobleme bis hin zu Suizidgedanken und Suizidversuchen (4 %).

Willutzki et al. (1997) beziehen sich bei ihrer Untersuchung zu Arbeitsmoral und Burnout bei Therapeuten auch auf Maslach, die als prominente Ver-

treterin des Burnout-Konzeptes neben den Dimensionen ‚Dehumanisierung‘ und ‚reduzierte persönliche Leistungsfähigkeit‘ besonders die ‚emotionale Erschöpfung‘ als Leitsymptom differenziert, und kommen zu dem Ergebnis, dass „ein relativ hoher Prozentsatz in allen Gruppen emotional erschöpft ist“, wobei die Erschöpfung zwar unter dem Niveau anderer Berufsgruppen im psychosozialen Feld liegt, aber trotzdem sieht ein Großteil der Therapeuten ihre Tätigkeit als belastend und „selbst zufriedene Therapeuten scheinen sich nicht zurückzulehnen, sondern erleben die Arbeit als fordernd und anstrengend“.

Auch Dlugos & Friedlander betonen in der bereits zitierten Studie (2001) das große Burnout-Risiko von Therapeuten. Gilroy et al. (2002) fanden in ihrer Untersuchung an 1000 Psychologen Depression (Dysthymie) als am häufigsten zugegebene Diagnose. Die Konferenz für Ärztegesundheit 2005 in Chicago beschäftigte sich als Hauptthema mit Depressionen bei Ärzten und einer Besorgnis erregenden Inzidenz von Suiziden, für deren Ursache affektive Störungen, Suchtkrankheiten und Partnerschaftsprobleme genannt wurden, erst an zweiter Stelle berufliche Probleme (Mäulen 2005).

Alkohol und andere psychotrope Substanzen werden häufig als Bewältigungsversuch beruflicher Probleme von Helfern konsumiert. In verschiedenen Veröffentlichungen wurde besonders auf die Gefahr durch Alkohol hingewiesen, aber auch auf Missbrauch von Schmerz- und Betäubungsmitteln und illegalen Drogen (u.a. Fengler 1997, Löwer 2003, Bauer-Delto 2006). Oft sind Ärzte im Fokus der Studien, bei denen eine erhöhte Suchtgefährdung mit einer Prävalenz von 2 % - 5 % als gesichert angenommen werden kann (siehe bei Reimer et al. 2001).

Mahoney (1997) berichtet, dass sich von den 155 mittels anonymem Fragebogen untersuchten Psychotherapeuten ein Achtel Sorgen über den eigenen Alkoholkonsum machten. Thoreson, Miller & Krauskopf (1989) fanden bei 379 untersuchten Psychologen, dass bei 9 % der Befragten Alkohol ein Problem dargestellt hatte und 6 % befanden das als ein aktuelles derzeitiges Problem, wovon 76 % von denjenigen kontrolliert tranken. Diese kontrolliert Trinkenden hatten zwar den Alkohol reduziert, waren aber weiterhin gestresst und hatten eine höhere Inzidenz für persönliche Probleme, Beziehungsschwierigkeiten und Gesundheitsprobleme. Die Autoren kommen zu dem Schluss, dass sie vergleichbar sind mit anderen Problemtrinkern in dem Mangel an Bewusstsein und Verleugnen der Folgen, trotz besserer Ausbildung und Erfahrung im Umgang mit anderen, was sie eigentlich befähigen sollte, eine bessere Introspektion in die eigene Problematik zu haben.

Vetter (2004) befragte in ihrer Arbeit die Psychotherapeuten auch zu deren

Alkoholkonsum und es fanden sich auch bei den Psychotherapeuten Hinweise auf eine Prävalenzrate von 2 % - 5 %, wie für Ärzte bereits von Reimer et al. (2001) angenommen, dabei gaben 2 % der psychologischen und 6 % der ärztlichen Therapeuten an, sehr häufig große Mengen Alkohol zu trinken. Von den 480 befragten Psychotherapeuten der Studie von Hessel et al. (2006) verzichteten nur 18 % ganz auf Alkohol, die restlichen 82 % gaben mehrheitlich moderaten Konsum an.

Oft wird professionellen Helfern nicht die Hilfe zuteil, die sie bräuchten, weil die Einfühlung der Kollegen fehlt, die nicht genügend gut hinschauen (Mäulen 2007) und es eine Tendenz gibt, eher einen gewissen Ehrenkodex im Blick zu haben, als die dringend benötigten Hilfsangebote (Gilroy et al. 2002). Auch wird den Betroffenen im Sinne von ‚Er weiß schon, was er tut‘ nicht die Konsultation bei einem Kollegen angeraten, obwohl über die Symptomatik hinter vorgehaltener Hand bereits lange gemunkelt wird (Mäulen 2007) und dabei die „Inkompetenz des Betroffenen zur Selbstfürsorge“ (Wilke 2006) übersehen wird, die „nicht selten im deutlichen Kontrast zur ausgeprägten Fähigkeit steht, anderen, d.h. Patienten, den rechten Rat zu geben und zu helfen“ (Wilke 2006).

Daneben ist es für die Betroffenen nicht einfach, von der professionellen Helfer- in die hilfesuchende Patientenrolle zu wechseln, was für den behandelnden Therapeuten ebenso einen schwierigen Schritt und eine Gratwanderung bedeutet (Bauer-Delto 2006).

Bei alkoholkranken Akademikern ist zudem die Symptomatik anders, als man sie hinlänglich sonst kennt. Erst viel später als andere Alkoholiker fallen sie auf, denn zunächst gibt es keine sichtbaren Abweichungen von der erwarteten Arbeitsnorm, weil die persönliche Routine und die Qualität der Ausbildung hoch ist und die professionellen Helfer oft versuchen, ihr Suchtproblem selber in den Griff zu bekommen (Mäulen 2007).

Ärzte und Psychotherapeuten verleugnen jedoch auch selber häufig die Notwendigkeit, dass Veränderung in der Lebensführung oder gar Hilfe nötig ist (Willi 1986, Wendel 2003, Bauer-Delto 2006, Hessel et al. 2006). Außer der Angst vor dem Verlust der Approbation und damit der beruflichen Existenz kommt ein Gefühl der Scham hinzu (Bauer-Delto 2006). „Viele Psychotherapeuten unterwerfen sich dem besonderen Imperativ, keinesfalls seelisch, möglichst aber auch nicht körperlich zu erkranken, schon gar nicht ein Krankheitsbild zu entwickeln, welches landläufig in die Kategorie der ‚Psychosomatosen‘ fällt“ (Wilke 2006), obwohl sich ihre Beeinträchtigungen negativ auf die Beziehung zum Patienten auswirken können (Reimer 2000) und die

therapeutische Effektivität und Arbeitszufriedenheit darunter leidet (Cierpka et al. 1997).

In einer nationalweiten anonymen Studie mit amerikanischen Psychologischen Psychotherapeuten untersuchten Guy et al. (1989) den Effekt von persönlichem Stress auf die therapeutische Effektivität. Von 318 Therapeuten fühlten sich 74,3 % in unterschiedlich bedingten Stresssituationen (Beruf, Familie, Krankheit, Finanzen, Sucht und andere). 36,7 % gaben an, dass Stress die Qualität der Patientenversorgung verminderte und 4,6 % gaben zu, dass der Stress gravierend genug war, zu inadäquater Behandlung zu führen. Von denen, die sich im Stress fühlten, leiteten 70 % Schritte ein zur Hilfe mittels individueller Therapie (26,6 %), Reduzierung der Patientenzahl (17,2 %), Familientherapie (10,7 %), vorübergehendem Aussteigen / Kündigung, Medikamenten (4,1 %), Selbsthilfegruppen (3,4 %), stationärer Behandlung (2,2 %) und anderen Methoden (13,2 %). Die Autoren zeigen sich überrascht, dass eine große Zahl derjenigen, die sich beruflich gestresst fühlten, dennoch so sicher meinten, dass das keine Auswirkung auf die Berufsausübung habe; ebenso merkten sie kritisch an, dass besonders die Kollegen, die von Substanzmissbrauch berichteten, diejenigen waren, die am stärksten eine Auswirkung auf die Patientenversorgung verneinten.

Burisch (1994) beschreibt, dass Farber & Heifetz 1982 herausfanden, dass die untersuchten Therapeuten zwar schwierige und sogar stressreiche Arbeit erwarten, aber auch erwarten, dass ihre Bemühungen sich auszahlen. Wenn das nicht eintritt, wird eine „Schutzreaktion“ gelernt, die „aus der Identifikation mit dem Problemträger resultierenden unangenehmen Gefühlslagen gar nicht erst aufkommen lässt“, d.h. es wird eine Distanzierungsstrategie angewandt, die „alles halb so schlimm“ findet, wo die Empathie verlernt und durch Teilnahmslosigkeit gegenüber den Klienten ersetzt wird.

Das Bewusstmachen von Anzeichen von Stress und das Inanspruchnehmen von Hilfe sind also enorm wichtig (Barnett & Hillard 2001), nicht nur, um die therapeutische Wirksamkeit zu erhalten, sondern auch, um nicht so weit zu kommen, keinen Ausweg mehr aus der Erschöpfungskrise zu sehen und sich zu suizidieren (Swearingen 1990).

Reimer (2000a) weist auf die Studienlage hin, die übereinstimmend beschreibt, dass Psychiater, die häufig auch Psychotherapeuten sind, innerhalb der Berufsgruppen dabei an erster Stelle stehen. Bronisch (2006) fasst in seinem Aufsatz die häufigsten Gründe für ein erhöhtes Suizidrisiko bei Ärzten zusammen, die sich aus den Studien feststellen lassen, wobei er betont, dass eine solche Studie speziell für Psychotherapeuten bislang fehlt: einerseits sind es die besonders zwanghaften und pflichtbewussten Persönlichkeiten,

die versuchen ihren und den Ansprüchen der Familien gerecht zu werden und darüber in Erschöpfung und Depression geraten, andererseits sind es die hohe Prävalenz für Suchterkrankungen, in deren Rahmen Suizide passieren oder aber auch die Möglichkeit, überhaupt auf tödliche Substanzen Zugriff zu haben, was den Suizid erleichtert.

2.2.3 Körperliche Gesundheitsprobleme

Wenngleich die psychischen Auswirkungen der Belastung häufig im Vordergrund stehen (Heim 1992, Mahoney 1997) und in der Literatur auch mehr präsent sind, kann sich die permanente Konfrontation mit psychisch gestörten Patienten auch körperlich auswirken bzw. zu somatischen Symptomen führen, wenn der Therapeut selbst nicht „über eine sichere innere Stabilität“ verfügt (Reimer 2006).

Grundsätzlich ist „auf zwei miteinander verbundenen Wegen“ (Siegrist & Knesebeck 2004) das Erkrankungsrisiko durch Stress gegeben: Den einen Weg bilden gesundheitsschädliche Verhaltensweisen wie Rauchen, Alkohol, Drogen, Fehlernährung und Bewegungsmangel, die unter emotionalen Spannungszuständen in verstärktem Maße auftreten. Den zweiten Weg bilden nachhaltige Aktivierungen des autonomen Nervensystems als Folge wiederkehrend erlebter negativer Gefühle, was zur allostatischen Fehlregulation der neurohumoral-endokrinen Stressachsen führt. Gerade der zweite Weg ist von der Forschung „mit besonderer Überzeugungskraft für Herz-Kreislauf-Krankheiten, Stoffwechselstörungen und Depressionen nachgewiesen worden“ (Siegrist & Knesebeck 2004), umfasst aber auch noch weitere Krankheitsbilder sowie Zustände von eingeschränktem Wohlbefinden.

Die allgemeine gesundheitliche Belastung der gesamten Helferberufe ist in den letzten Jahren mehr in das Interesse der Forschung gelangt (Willi 1986, Heim 1992, Fengler 1994), es rücken so auch die körperlichen Folgen der Be- oder Überbeanspruchung in den Blickwinkel. Sehr oft werden allgemeine Erschöpfung (Heim 1992, Stern 1996, Fengler 1999, Lichtenberger 2006, Hessel et al. 2006), Schlafstörungen (Heim 1992, Rad 1997), Kopf- und Rückenschmerzen sowie Magendarmstörungen (Heim 1992) beschrieben. Die überwiegend sitzende Tätigkeit bei Psychotherapeuten stellt alleine schon eine körperliche Belastung dar (Hessel et al. 2006), daneben die unregelmäßigen Mahlzeiten.

Heim (1992) stellt allgemein fest, dass zwar die Mortalität bei Ärzten nicht mehr überdurchschnittlich ist im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung, aber

sie bleibt doch höher als bei Gruppen vergleichbarer Bildung und „der Preis des besonderen Einsatzes oder die Konsequenz der überdurchschnittlichen Belastung: die mannigfachen Gesundheitsschäden“ werde von den Angehörigen der medizinischen Berufe nicht richtig wahrgenommen. Ein Grund für diese Verleugnung des Zusammenhanges zwischen Stress und Gesundheitsverhalten könnte der sein, „dass trotz der besonderen Beanspruchung die Arbeitszufriedenheit resp. die Erfüllung durch den Beruf hoch eingeschätzt wird. Somit wird die Vorstellung weit von sich gewiesen, dass eine Tätigkeit, die man mit großer Motivation gewählt hat und mit Begeisterung ausübt, zugleich schädigend sein könnte“ (Heim 1992).

Einer Meldung im *Deutschen Ärzteblatt*, 100 (20) vom 16. Mai 2003 zufolge ging aus der Statistik des BKK Bundesverbandes für 2001 hervor, dass sich Ärzte (neben Apothekern, Physikern, Chemikern und Ingenieuren) am seltensten krankschreiben lassen und man setzte das mit dem hohen beruflichen Status in Zusammenhang. Der Fehlzeitenreport 2004 des Wissenschaftlichen Instituts der AOK über Krankenhauspersonal (*Deutsches Ärzteblatt*, 10 (51-52) vom 20. Dezember 2004), bei dem die Daten auch von rund 6500 Ärzten analysiert wurden, zeigte, dass insbesondere Ärzte trotz ausufernder Arbeitszeiten und fehlendem Personal die geringste Krankenrate aufwiesen und es wird der Vorsitzende des Marburger Bundes, Dr. Montgomery, zitiert, der dazu sagt, dass die hohe soziale Verantwortung die Ärzte zur Arbeit ‚treibe‘ und dass besonders die jungen Ärzte, die oft nur befristete Arbeitsverträge hätten, aus Angst, die Stelle zu verlieren, häufig an ihre körperlichen und seelischen Grenzen gingen.

In einer von Lehmann (2000) vorgelegten Literaturanalyse wurde deutlich, dass das allgemeine Gesundheitsverhalten der Ärzteschaft in mancher Hinsicht gesundheitsschädlicher ist als das der Allgemeinbevölkerung, besonders beim Thema Schlaf und bei der körperlichen Bewegung. Sie erkennen zwar ihre Vorbildfunktion gegenüber den Patienten, sind aber oft nicht in der Lage, sich dementsprechend zu verhalten. Vor allem im Bereich der psychischen Morbidität treten die Probleme der Ärzte deutlich hervor. Bezogen auf Gesundheitsverhalten oder somatische Gesundheitsfolgen speziell von Psychotherapeuten ist die empirische Literatur spärlich. Reimer 2006 zählt als Symptome Anspannung / Verspannungen, Müdigkeit, Schlafstörung, Erschöpfung auf. Schmidtbauer (2006) schreibt allgemein, dass der Krankenstand von Psychotherapeuten steige, wenn der Leistungsabbau im Rahmen des Burn-out auftritt und es komme zu chronischen Rücken- und Gelenkschmerzen, Schlaflosigkeit, Infektanfälligkeit und Herzkreislaufproblemen.

Mehr als die Hälfte der von Mahoney (1997) befragten Psychotherapeuten gaben emotionale Erschöpfung und Müdigkeit als persönliches Problem an und fanden sich insgesamt mehr psychisch als somatisch gestresst.

Vetter (2004) stellte fest, dass bezogen auf die Gesamtstichprobe die psychologischen Psychotherapeuten allgemein ihren Lebensstil weniger gesundheitsbeeinträchtigend einschätzen als die ärztlichen Psychotherapeuten. 25,2 % der psychologischen und 21,4 % der ärztlichen Psychotherapeuten rauchten und etwa 70 % trieben Sport. Bemerkenswert hoch ist mit 60 % der Anteil der Psychotherapeuten, die zumindest gelegentlich unter Schlafstörungen litten. In der Studie von Hessel et al. (2006) waren 75 % der Befragten der Meinung, dass sie selbst ‚viel‘ bis ‚sehr viel‘ für die eigene Gesundheit tun können. Die Achtsamkeit dafür zeigte sich darin, dass sie ausreichend schliefen (76 %), „täglich“ regelmäßige Mahlzeiten einnahmen (58 %) und zweimal wöchentlich Sport trieben (40 %), 30 % trieben einmal in der Woche Sport und nur 5 % nie. Dennoch zeigte die Studie Unterschiede im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung insofern, als die Psychotherapeuten trotz sorgsamem Umgangs mit ihrer Gesundheit insgesamt weniger auf ihre Gesundheit achteten als die Allgemeinbevölkerung, seltener einen Arzt aufsuchten, weniger Arbeitsunfähigkeitstage angaben und ihren Gesundheitszustand schlechter einschätzten. Die Autoren der Studie merken einschränkend an, dass die Stichproben nur in wenigen Punkten vergleichbar waren, denn mit dem Psychotherapeutenberuf sind einige spezifische gesundheitsrelevante psychische, existenzielle und physische Belastungen verbunden. Auch stehe die schlechtere subjektive Gesundheitseinschätzung mit spezifischen, gesundheitsrelevanten Besonderheiten der „Psychotherapeutenpersönlichkeit“, wie erhöhter Sensibilität, Verletzlichkeit und Bedürftigkeit in Zusammenhang.

2.3 Gesundheit

Gesundheit als „ein zentraler Begriff heutiger Gesellschaft“ „verbindet individuelles Wohlergehen und Eigenverantwortung mit kollektiven, sozialstaatlich gesicherten Ordnungsvorstellungen zum Erhalt von Leistungsfähigkeit und Lebensqualität“ (Stöckel & Walter 2002). Sie stellt, ebenso wie Krankheit, einen deskriptiven und gleichzeitig auch normativen Begriff dar. Gesundheit ist „neben dem Recht auf Unversehrtheit ein Grundrecht in der Menschenrechtscharta der Vereinten Nationen“ (Schwartz et al. 2003) und gilt gemein-

hin den meisten Menschen als das höchste Gut. Sie sind bereit, eine Menge dafür zu tun, was „aber nicht viel, oft sogar gar nichts damit zu tun hat, ob und in welchem Maß man sich als gesund empfindet“ (Dörner 2002). Gesundheit wird in dem Sinne als „nicht herstellbar“ erklärt, sondern sie „stellt sich vielmehr selbst her“. Er führt weiter aus, dass es Gesundheit nur als Zustand gibt, „in dem der Mensch vergisst, dass er gesund ist“ und er zitiert Hans-Georg Gadamer, nach dem dies „der Zustand ‚selbstvergessenen... Weggebenseins‘ an ‚das Andere‘ der privaten, beruflichen und gesellschaftlichen Lebensvollzüge“ sei. Dörner, der sich in dem zitierten Artikel kritisch mit der marktorientierten Gesundheitsgesellschaft, die „der Gesellschaft mit der Gesundheit die Vitalität“ austreibe, beschäftigt, meint, dass sich der Begriff „weitgehend einer Definition“ entziehe, dass sogar schon die Frage nach ihr sie beeinträchtigen oder zerstören kann, „wie es für ähnlich sensible Gebilde“ wie Vertrauen, Liebe oder auch Schlaf gelte.

Es gibt keine allgemein anerkannte Definition von Gesundheit und die Gesetze, die bei uns gesundheitsbezogene Leistungsansprüche regeln, verzichten auf eine solche (Schwartz et al. 2003). Dennoch haben sich Experten und Wissenschaftler unterschiedlichster Fachrichtungen bemüht, eine Definition oder Konzeptualisierung der Gesundheit vorzunehmen, ohne ein einheitliches Verständnis von Gesundheit und Gesundheitsverhalten entwickeln zu können, so dass sich in dieser „Heterogenität des Begriffes“ (Belz-Merk 1995) die Realität widerspiegelt, in der verschiedene Disziplinen und Paradigmen nebeneinander existieren. Je nach dem, welches Konzept dann Anwendung findet, entscheidet sich, welche Maßnahmen und Verhaltensweisen als förderlich erachtet werden, welche Einflussmöglichkeiten und Verantwortlichkeiten dem Individuum zugeschrieben werden und „welche technologischen, professionellen, sozialen, kulturellen und ökonomischen oder ökologischen Ressourcen“ als angemessen und notwendig erachtet werden, Gesundheit zu erhalten, zu fördern oder vorzusorgen (Belz-Merk 1995). Die Auswirkungen der jeweiligen Konzepte auf Diagnose und Therapie, auf Einstellung und Verhalten von Ärzten und auf den Umgang des einzelnen mit seiner Gesundheit oder Krankheit und wie die Umwelt damit umgeht sind weit reichend.

2.3.1 Gesundheitsbegriff und Modelle der Gesundheit

Die wohl bekannteste Definition stammt von der WHO, sie wurde in der Präambel der Charta der Weltgesundheitsorganisation 1948 formuliert und

charakterisiert Gesundheit angesichts der realen Lebenssituation der meisten Menschen als einen „(utopischen) Idealzustand“ (Becker 2006), wonach sie als ein „Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens“ beschrieben ist und nicht nur durch die „Abwesenheit von Krankheit und Gebrechen“. Diese Definition wird von ihm wegen der einseitigen „Zentrierung auf verschiedene Aspekte von Wohlbefinden“ als problematisch empfunden, weil das individuelle Wohlbefinden von vielen Bedingungen und „keinesfalls nur vom Gesundheitszustand“ abhängt. Die WHO-Definition rief Kritik auch hervor, weil sie Gesundheit als einen statischen Zustand beschreibt, statt als einen sich verändernden Prozess (Schwartz et al. 2003).

Antonovsky lenkte mit seinem salutogenetischen Modell 1979 den Blick auf Entstehung und Erhaltung der Gesundheit auf der Basis eines Gesundheits-Krankheits-Kontinuums, indem er fragte, wie es kommt, dass Menschen trotz vieler belastender Lebensbedingungen nicht zusammenbrechen, sondern ihre Gesundheit erhalten. Er betont in Abgrenzung zum pathogenetischen Modell, dass Belastungen keinesfalls ausschließlich als Auslöser von Krankheiten betrachtet werden dürfen. Es hängt demnach von der Ausprägung einer individuellen, sowohl kognitiven als auch affektiv-motivationalen Grundeinstellung ab, wie gut ein Mensch in der Lage ist, vorhandene Ressourcen zum Erhalt der Gesundheit und des Wohlbefindens zu nutzen. Diese Grundhaltung im Sinne einer dispositionalen Orientierung bezeichnet Antonovsky als Kohärenzgefühl („sense of coherence“ SOG), das sich aus den drei Komponenten Verstehbarkeit („sense of comprehensibility“), Handhabbarkeit („sense of managementability“) und Sinnhaftigkeit („sense of meaningfulness“) zusammensetzt und er postuliert, dass ein Mensch umso gesünder ist bzw. schneller gesund wird und bleibt, je ausgeprägter das Kohärenzgefühl ist (Bengel et al. 2002).

Heim (1986) betont, dass sich die Definition von Gesundheit an der Systemtheorie orientieren müsse, die sich „um eine ganzheitliche, mehrdimensionale Betrachtungsweise von Gesundheitsproblemen“ (Buddeberg 1986) bemüht. Danach ergeben sich bei der Umschreibung von Gesundheit als „dynamischem Gleichgewichtszustand“ (Heim 1986) einige Charakteristika: Der Begriff ist nicht statisch und nicht als idealtypische Norm gemeint; der Übergang zwischen Gesundheit und Krankheit ist fließend; Gesundheit impliziert wesentlich die Fähigkeit, mit internen und externen schädlichen Einflüssen fertig zu werden, was er als „Gesundheitspotential“ bezeichnet, welches angeborene und erworbene Fähigkeiten einschließt, „mit denen Belastungen des Gesundheitsgleichgewichtes aufgefangen und überwunden werden können“ (Heim 1986).

Im Jahr 1986 knüpfte der Deutsche Ärztetag an die Definition der WHO an (Schwartz et al. 2003) und definiert Gesundheit als „die aus der personalen Einheit von subjektivem Wohlbefinden und objektiver Belastbarkeit erwachsene körperliche und seelische, individuelle und soziale Leistungsfähigkeit der Menschen. Es gibt ein weites Feld fließender Übergänge zwischen Gesundheit und Krankheit“ (Bundesärztekammer 1986). Dem Begriff des Wohlbefindens wird also der der Leistungsfähigkeit zugefügt.

In einer ähnlichen Kombination von Wohlbefinden und Leistungsfähigkeit im Sinne von Kompetenz oder Anforderungsbewältigung fügt Hurrelmann (1988) seiner Definition von Gesundheit noch den der „Anpassung“ hinzu und formuliert, dass Gesundheit den Zustand des objektiven und subjektiven Befindens bezeichnet, der gegeben ist, „wenn diese Person sich in den physischen, psychischen und sozialen Bereichen ihrer Entwicklung in Einklang mit den eigenen Möglichkeiten und Zielvorstellungen und den jeweils gegebenen äußeren Lebensbedingungen befindet“. Gesundheit ist demnach dann beeinträchtigt, wenn in einem oder mehreren Bereichen Anforderungen bestehen, die von demjenigen „in der jeweiligen Phase im Lebenslauf nicht erfüllt und bewältigt werden können“.

Das systemische Anforderungs-Ressourcen-Modell (SAR-Modell) von Becker (2006) ist integrativ und erklärt körperliche und seelische Gesundheits- bzw. Krankheitszustände aus der Wechselwirkung zwischen internen und externen Anforderungen und Ressourcen einer Person. Gesundheit oder Krankheit wird dabei als „Ausdruck einer positiven (bzw. negativen) Bilanz der Versuche eines Individuums“ gesehen, externe oder interne (psychische oder physische) Anforderungen „mit Hilfe externer und interner (psychischer oder physischer) Ressourcen zu bewältigen“ (Becker 2006). Die Bewältigung gelingt mittels „gesundheitsbezogener Maßnahmen (GBM)“ (Becker 2006), die auf die vier Ansatzpunkte (extern / intern, Anforderung / Ressource) wirken. „Eine Schlüsselrolle kommt der Bedürfnisbefriedigung – einer Form der Bewältigung interner Anforderungen – zu“ (Becker 2006), wobei über Veränderungen von Zielsetzungen und Lebensstil nachzudenken ist. Becker formuliert die Hypothese, dass die Befriedigung nur einzelner Bedürfnisse unter Vernachlässigung von anderen wichtigen Bedürfnissen und das Erreichenwollen sehr hoch gesteckter Ziele gesundheitliche Risiken birgt. Zu den externen Ressourcen zählt Becker beispielsweise Familie, Partnerschaft, Arbeitskollegen; bei den internen Ressourcen handelt es sich um die psychosozialen und physischen Leistungsfähigkeiten und Kompetenzen, die sich unter anderem auf die Bewältigung von Stressoren beziehen, die auch mittels Trai-

ningsprogrammen zu lernen sind, sei es zur Stressbewältigung, Erziehungskompetenz oder paarbezogener Kompetenz.

An der Medizin wurde oft kritisiert, aber auch als deren Hauptleistung anerkannt, dass sie weniger einen positiven Gesundheitsbegriff, der mehr besage als Abwesenheit von Krankheit, als denn Krankheit in ihren unterschiedlichen Ursachen, Ausprägungen und Erscheinungen beschreibt (Schwartz et al. 2003). Abweichungen von physiologischem Gleichgewicht, festzustellenden Messwerten, Organfunktionen oder -strukturen zu definieren ist wegen der enormen Schwankungsbreite biologischer Normen sehr schwierig und „daher ist es in großen Bereichen der Medizin als Wissenssystem angezeigt, von einer klaren Dichotomie Gesundheit / Krankheit zugunsten eines Kontinuums Abstand zu nehmen“ (Schwartz et al. 2003). Betrachtet man demnach einen Menschen als gesund, wenn er die Fähigkeiten hat, auf Beschränkungen und Belastungen relativ autonom zu reagieren, so schließen die Autoren daraus, dass sich beispielsweise beim chronisch Kranken der Akzent eher auf die Stärkung der eingeschränkten Gesundheit verschieben sollte und in der Prävention auch das soziale Handeln als Ziel gesehen werden sollte, das die Autonomie gegenüber Beschränkungen und Belastungen stärkt.

Becker (2006) fasst zusammen, dass Experten Gesundheit charakterisieren „als Zustand eines Individuums, der gekennzeichnet ist durch Funktionstüchtigkeit der Organe, Leistungsfähigkeit, erfolgreiche Anpassung an die Lebensbedingungen und Wohlbefinden“.

Das subjektive Konzept von Gesundheit, das Laien haben, wurde wissenschaftlich bereits 1973 von der Sozialpsychologin Claudine Herzlich untersucht, die damals drei unterschiedliche Gesundheitskonzepte beschrieb: Gesundheit als Fehlen von Krankheiten oder Beschwerden, Gesundheit als „Reservoir“, als subjektiv erlebbare körperliche Robustheit und Widerstandskraft gegenüber schädigenden Einflüssen und Gesundheit als Gleichgewicht von körperlichem Wohlbefinden, guter Stimmung und guten Beziehungen zu anderen. Becker (2006) und Belz-Merk (1995) geben in ihren

Ausführungen einen Überblick über die unterschiedlichen Studien, die seitdem durchgeführt wurden. Die meisten der dort zitierten Autoren fragten, was man unter Gesundheit verstehe, was sie einem bedeute. Die genannten Konzepte orientieren sich an Fähigkeiten oder Befindlichkeiten oder an Gesundheit als Voraussetzung von Aktivitäten, Wohlbefinden und sozialen Funktionen wie beispielsweise Gesundheit als Kapital oder Ressource oder Gesundheit als erfahrenes Gleichgewicht, als Gefühl von Fitness, Leistungsfähigkeit und Lebensfreude. Die subjektiven Konzepte von Gesundheit, natürlich auch von

Krankheit, variieren nach Lebensalter, Geschlecht, sozioökonomischer Lage und soziokulturell-religiöser Orientierung (Schwartz et al. 2003).

2.3.2 Gesundheitsverhalten

Gesundheitsverhalten kommt eine große Bedeutung zu, denn ein entsprechendes Verhalten fördert und erhält die Gesundheit eines Individuums (Belz-Merk 1996). Dabei ist nach Abel (siehe bei Geyer 2002) für einen gesundheitsbezogenen Lebensstil wichtig zu beachten, ob es unter gegebenen Lebenskontexten und Ressourcen überhaupt möglich ist, diesen gesundheitsförderlichen Lebensstil zu praktizieren. So können beispielsweise ungünstige Arbeitszeiten die Möglichkeiten für sportliche Aktivitäten oder die Einkaufsmöglichkeiten für frisches Obst und Gemüse verringern und trotz des Wissens über gesunde Ernährung oder die Wichtigkeit der sportlichen Betätigung kann das nicht in Handeln umgesetzt werden (Geyer 2002). Gemäß einer Eurobarometer-Umfrage in allen EU-Ländern, bei der rund 30.000 Menschen befragt wurden, gaben die meisten Europäer beispielsweise an, sich gesünder ernähren zu wollen. Jeder Dritte meinte jedoch, es wegen Zeitmangel nicht zu schaffen, ausgewogen und abwechslungsreich zu essen (Meldung im *Kölner Stadt - Anzeiger* vom 8. Dezember 2006).

Es wurden verschiedene Modelle des Gesundheitsverhaltens entwickelt, die Dlugosch (1994) in zwei unterschiedliche Modellarten unterteilt. Zum einen gibt es die „Modelle der Analyse und Vorhersage von Gesundheitsverhalten“, wozu sie das Health-Belief-Modell und dessen Derivate zählt. Das Health-Belief-Modell umfasst Verhaltensweisen, deren Absicht die Vermeidung oder Früherkennung von Krankheiten ist.

Gesundheitsverhalten wird also als ein zielgerichtetes Verhalten zur Vermeidung von Krankheiten aufgefasst. Dieses Modell legt den Schwerpunkt auf das Zustandekommen bestimmter Verhaltensweisen.

Demgegenüber gibt es Modelle, die Verhaltensänderungen zu erklären versuchen, die „Modelle der Veränderung von Gesundheits- bzw. Risikoverhalten“, zu denen beispielsweise die Theorie of Reasoned Action (REACT) nach Ajzen & Fishbein gehört, bei der Intentionen den wichtigsten Stellenwert zur Erklärung von gesundheitsbezogenen Handlungen sowie deren Veränderungen einnehmen.

Demnach resultieren Handlungs-Intentionen zum einen aus subjektiven Normen, zum anderen aus den auf die jeweilige Verhaltensweise bezogenen Einstellungen und die Verhaltensänderungen werden mit Hilfe rationaler Ent-

scheidungsprozesse und veränderten Überzeugungssystemen erklärt (Dlugosch 1994).

Schwarzer (1996) stellt fest, dass es vielen Modellen daran mangelt zu erklären, warum es nicht gelingt, Absichten, die wir hegen, dann auch in die Tat umzusetzen. „Menschen neigen dazu, entweder gute Absichten zu entwickeln und sie überhaupt nicht zu verwirklichen oder sich zunächst auf eine Verhaltensänderung einzulassen, sie aber schnell wieder aufzugeben“ (Schwarzer 1996). Demnach gibt es „zyklische Tendenzen“, die jemanden veranlassen, nur vorübergehend aktiv auf ein Ziel zuzusteuern. So werden Menschen, die ein Risikoverhalten wie das Rauchen abbauen wollen, schnell rückfällig und ebenso lässt sich die Unterlassung eines bereits praktizierten Gesundheitsverhaltens, z.B. Sport, als „Rückfall in Trägheit und Schwäche“ auffassen: „in beiden Fällen spielt Willenskraft eine Rolle“ (Schwarzer 1996). Nach der Motivationsphase mit dem Vorliegen einer Intention muss also die Volitionsphase folgen, wo aus der Intention ein Vorsatz gebildet wird und in der es darum geht, den gefassten Entschluss in tatsächliches Handeln umzusetzen und dann aufrecht zu erhalten. Damit aber eine Handlung realisiert werden kann, muss sich ein bestimmter Vorsatz gegenüber Konkurrenz durchsetzen. „Die Handlungsrealisierung ist eine Funktion der Volitionsstärke, die ihrerseits auf der Intentionstärke beruht sowie auf kognitiven Abschirmtendenzen, die dafür sorgen, dass nicht andere Reize die Oberhand gewinnen“ (Schwarzer 1996), wobei die Volitionsstärke auch davon beeinflusst wird, als wie erfolgreich die gerade ablaufende Handlung subjektiv wahrgenommen wird. Außerdem ist eine „optimale Basisaktiviertheit“ nötig, womit innere Bedingungen gemeint sind wie Energie, Erregung, Stimmung oder Konzentration. Sowohl mangelnder Schwung als auch Ungeduld sind unvorteilhafte Ausgangslagen für eine Handlungsrealisierung. Weiter ist es wichtig, um die übergeordnete Intention wie beispielsweise gesund leben zu wollen, realisieren zu können, dass immer wieder neue Handlungen initiiert werden, also ganz konkrete Vorhaben gebildet werden (z.B. Frühsport betreiben, fünf Kilometer zu Ende laufen, auf Kuchen verzichten), die wie „Miniatur-Intentionen“ „für die aktuelle Handlungskontrolle relevant sind“ (Schwarzer 1996).

Daneben hat sich die Kompetenzerwartung, die vor allem auf Bandura zurückgeht, „als zentrales Bestimmungsstück moderner Gesundheitsverhaltensmodelle“ (Schwarzer 1996) erwiesen. Sie bezieht sich auf die subjektive Verfügbarkeit von Bewältigungshandlungen, ohne dass sie mit objektiven Handlungsressourcen übereinstimmen müssen. Es geht also nicht um eine reale Fähigkeit oder Fertigkeit im Umgang mit Belastungen, sondern darum, wie jemand glaubt, wie er mit den wahrgenommenen Anforderungen fertig wird.

Es hat sich empirisch gezeigt, dass die verhaltensspezifische Kompetenzerwartung bei der Bewältigung von Stress, Umgang mit chronischen Leiden, der Entwöhnung bei Abhängigkeiten und dem Aufbau von Gesundheitsverhaltensweisen eine zentrale Rolle spielt (siehe bei Schwarzer 1996).

Ein weiterer Begriff der sozial-kognitiven Gesundheitsverhaltenstheorien ist die Konsequenzerwartung, bei der es „um die Bestimmung der Wahrscheinlichkeit geht, durch Handeln bzw. systematische Anstrengung ein erwünschtes Ergebnis hervorzurufen“ (Schwarzer 1996). Es geht also dabei um die Frage, in welchem Maße man erwartet, dass eine bestimmte Tätigkeit wie z.B. körperliche Aktivität dazu führt, fitter und schlanker zu werden. Ob jemand in der Lage ist, diese Handlung dann auch durchzuführen, wird damit nicht ausgesagt. Das Vorhandensein einer Kompetenzerwartung setzt also voraus, dass bereits gewisse Konsequenzerwartungen gegeben sind (Schwarzer 1996).

Faltermaier (1994) stellte sich die Frage, ob aufgrund der subjektiven Konzepte und Theorien die Erkenntnisse ausreichen, dass man das Gesundheitshandeln des einzelnen und damit „einen wesentlichen Teil der subjektiven Konstruktion von Gesundheit“ verstehen kann. Denn obwohl jemand seine Gesundheit vorwiegend auf der Dimension eines psychischen und körperlichen Wohlbefindens verstehe und seine Gesundheit durch beruflichen oder privaten Stress gefährdet sehe (sein subjektives Konzept und seine Theorie von Gesundheit), müsse er ja nicht unbedingt schon konkret handeln, um die Gesundheit zu erhalten. Derjenige brauche zusätzlich noch einige mehr oder weniger positive Vorstellungen, die Faltermaier als „Gesundheitsbewusstsein“ bezeichnet. Dieses wird, neben den subjektiven Konzepten von Gesundheit, durch „folgende Komponenten bestimmt: die subjektive Bedeutung von Gesundheit, das Körperbewusstsein einschließlich der Wahrnehmung von Beschwerden, das subjektive Konzept und die Theorie von Krankheit, die Wahrnehmung gesundheitlicher Risiken und Belastungen, die Wahrnehmung gesundheitlicher Ressourcen“. Zu den Gesundheitsressourcen eines Menschen zählen somit nicht nur Einstellungen, Motivationen und Handlungskompetenzen, sondern auch gesundheitsrelevantes Wissen, was sich beispielsweise im Vermeiden von Risiken, Wahrnehmen präventiver Maßnahmen und guter Symptomaufmerksamkeit zeigt (Siegrist 2003).

2.4 Bewältigungsmöglichkeiten belastender Berufsauswirkungen

Subjektiv erlebte Belastung kann „nur aus der Wechselwirkung objektiver Arbeitsbedingungen und ihrer subjektiven Wahrnehmung und Bewertung

verstanden werden“ (Herschbach 1991) und ebensolche Überlegungen gelten auch für Entlastungsmaßnahmen. Demnach lassen sich alle denkbaren Interventionen zur Entlastung auf einem Kontinuum anordnen, auf dessen einem Pol strukturelle Maßnahmen zur Verbesserung der objektiven Bedingungen angesiedelt werden können und auf dem entgegengesetzten Pol finden sich „Maßnahmen, die darauf abzielen, mit unabdingbaren Stressoren besser fertig zu werden“ (Herschbach 1991), wobei wichtig ist, dass „auf diesem Kontinuum die einzelnen Maßnahmen jeweils ein Mehr oder Weniger von objektiven und subjektiven Aspekten beinhalten“ (Herschbach 1991).

Coping ist ein Oberbegriff, „dem alle möglichen Reaktionen im Kontext einer belastenden Situation subsumiert werden können“ (Filipp & Aymanns 1996). Bewältigungsverhalten stellt demnach ein „Bindeglied zwischen Belastung und Beeinträchtigung“ (Filipp & Aymanns 1996) dar.

Besonders im Rahmen der Stressforschung wurden unterschiedliche theoretische Konzepte entwickelt, wie Bewältigung am besten gelingen kann. Folkman & Lazarus unterscheiden zwischen problem- und emotionsorientierter Bewältigung (siehe bei Burisch 1994), wobei das problemorientierte Coping aus irgendeiner Form des Sich-Behauptens besteht und dann stattfindet, wenn die Situation als kontrollierbar wahrgenommen wird.

Die emotionsorientierte Bewältigungsstrategie kann z.B. in Umdeuten, Abwertung oder Verleugnung bestehen und dient dazu, unangenehm empfundene Gefühle abzuschwächen und wird dann vor allem benutzt, wenn eine Situation unabänderlich erscheint. Herschbach (1991) führt Newman & Beehr an, die in ihrer Arbeit von 1979 zur Arbeitsentlastung zwischen persönlichen Strategien wie z.B. Meditation, Verhaltensmodifikationen, sozialem Rückzug, Ernährung, Sport und organisatorischen Strategien, also Maßnahmen zur Veränderung der Organisations- oder Rollenstruktur oder Verbesserung der Teamkommunikation unterscheiden. Antonovsky räumt dem Bewältigungsverhalten einen hohen Stellenwert ein (nach Bengel et al. 2002). Er unterscheidet dabei u.a. zwischen Vermeidung des Stressors, Neuinterpretation der Situation und Mobilisierung von Widerstandsressourcen, womit jedes Merkmal einer Person gemeint ist, das eine wirksame Spannungsbewältigung erleichtern kann. Dazu gehören nach Becker (2006) auch die psychosozialen Widerstandsressourcen wie beispielsweise Ich-Identität, soziale Unterstützung, kulturelle Stabilität, Magie, Religion, präventive Orientierung.

Heim (1993) betont, dass sich untaugliches Coping negativ auf das berufliche Leistungsvermögen und die Arbeitszufriedenheit auswirkt und hat in seiner Untersuchung bei Pflegenden in Übereinstimmung mit der Literatur bestätigt, dass für diese Berufsgruppe „nur die teamorientierte Unterstützung

wirklich präventiv wirkt“ und für die mituntersuchte Zahnärztesgruppe „nebst einer Grundpolarität zwischen aktiver gegenüber passiver Bewältigung“ „der Grad an Kontrollmöglichkeit“ (Heim 1993) eine wesentliche Rolle bei der Bewältigung spielt.

Schröder (1997) stellte eine „Taxonomie der Bewältigungsstrategien“ zusammen, die im Wesentlichen auf die Quellen abstellt, an die sich Therapeuten wenden, um mit ihren Schwierigkeiten fertig zu werden. Dabei zeigen sich vier aktive Lösungsversuche: der Therapeut wendet sich 1. an sich selbst (Neueinschätzung, Selbstregulierung), 2. an den Patienten, 3. an andere (Ratsuche, Weiterbildung, Diffusion der Verantwortlichkeit, Suche nach Befriedigung) oder 4. an die Praxis (fachliches Eingreifen, außerfachliches Eingreifen, Kursänderung); und daneben drei Vermeidungsstrategien: 5. Therapeut wendet sich von der Schwierigkeit ab, 6. gegen den Patienten, 7. vom Patienten ab. In der CRN-2376-Stichprobe wurden als häufigste Bewältigungsstrategien festgestellt, dass der Therapeut einerseits aus einer anderen Perspektive versucht, das Problem zu lösen, also sich selbst als Hilfsquelle nutzt, und dann andererseits die Ratsuche bei anderen nutzt: „wir verlassen uns zuerst auf unsere persönlichen Ressourcen und auf Kollegen“ (Schröder 1997).

Auch so bekannte Psychotherapeuten wie z. B. Otto Kernberg oder Virginia Satir erzählen von sich selber, dass sie „immer viel und hart gearbeitet“ haben oder ihr Privatleben vernachlässigt haben im Ziel „Menschen menschlicher“ zu machen (Zundel & Zundel 1987). Alle Psychotherapeuten sehen sich vielfältigen unterschiedlichen Belastungen ausgesetzt und es ist wichtig, diese so gut es geht zu bewältigen, besonders, wenn wenig Spielraum besteht, arbeits-spezifische Rahmenbedingungen zu ändern (Kramen-Kahn & Hansen 1998), um damit dann ungünstige Auswirkungen auf die eigene Lebensqualität und Gesundheit zu verringern (Reimer 2000a, Mäulen 2007) und sich vor negativen Folgen zu schützen (Murtagh & Wollersheim 1997).

Das bezieht sich nicht nur auf körperliche Folgen bzw. den somatischen Aspekt von Gesundheit, sondern auch auf den psychischen. Von Heigl-Evers & Heigl stammt die oft zitierte Forderung, dass es selbstverständlich sein sollte, „den ‚psychischen Apparat‘ des Psychotherapeuten instand zu halten und zu pflegen, um dessen therapeutische Kompetenz zu erhalten und zu verbessern“ (zitiert nach Reimer 2000). „Dort, wo unsere eigene Psyche das Werkzeug in der Arbeit ist, ist selbstverständlich die psychische Verfassung des Werkzeuges von entscheidender Bedeutung“ (Guggenbühl-Craig 1971). Um die durch die therapeutische Arbeit entstehende Belastungen „zu ertragen, bedürfen wir Kraftquellen außerhalb der Therapie“ (Schmidt 1986).

Während es in den USA schon lange Tradition ist, offensiv mit dem Problemen von Sucht und von Stressbewältigung durch Berufsbelastung von Ärzten und Therapeuten umzugehen – so gibt es z.B. Selbsthilfegruppen (z.B. Psychologists Helping Psychologists), Impaired Physician Committees und Physician Wellness Groups (Reimer 2000) – wurden in Deutschland Fragen der Ärztegesundheit erst sehr spät aufgegriffen. Es gibt bisher kaum breite konzertierte Aktionen oder koordinierte Beratungsangebote durch Ärzteorganisationen oder Berufsverbände für belastete und hilfsbedürftige Therapeuten (Reimer 1997, 2000, Mäulen 2005, 2007, Braun et al. 2007). Die Landesärztekammern bieten mittlerweile entsprechende Beratungen an, auch in Zusammenarbeit mit Spezialkliniken (Mäulen 2007, Mundle & Gottschaldt 2007). Seit 1. Juli 2005 hat die Vereinigung Psychotherapeutisch tätiger Kassenärzte VPK eine Burnout-Hotline eingerichtet, bei der bundesweit kompetente psychotherapeutische Hilfe für gefährdete Kollegen vermittelt wird, um eine Verschlimmerung der psychophysischen Symptomatik zu verhindern, worunter sonst nicht nur die Lebensqualität, sondern auch die Patientenversorgung leiden würde (Meldung im *Deutschen Ärzteblatt*, 102 (24), 2005, A1705). Auch bietet das Internet Möglichkeiten für Betroffene, sich zu informieren (Madel 2003, www.aerztegesundheit.de).

Ärzte und Psychotherapeuten haben natürlich selber viele Möglichkeiten, für ihre Gesundheit und Psychohygiene zu sorgen, nicht erst, wenn sie sich ausgeleert und überfordert fühlen oder gar krank sind. Diese Art der Selbstfürsorge mag sich möglicherweise erst mit zunehmender Berufserfahrung entwickeln, wenn sich ein „anfänglicher Behandlungsoptimismus relativiert“ (Eckert et al. 2000), nachdem sich einerseits der Idealismus angesichts des realen Erlebens aufgebraucht hat und andererseits die sich summierende Belastung der Jahre bemerkbar macht (Lichtenberger 2006).

Selbstfürsorge „ist eine komplexe Fähigkeit, die eine bestimmte Form des gutwilligen, sorgenden Umgangs mit sich selbst umschreibt, die auf den prägenden, also emotional bedeutsamen, v.a. frühbiographischen Beziehungserfahrungen beruht“ (Küchenhoff 2000). Weiter führt Küchenhoff aus, dass zur Selbstfürsorge auch die Erkenntnis gehört, „unbedingte Anforderungen an sich selbst wie an andere herunterzuschrauben und mit der Realität in Übereinstimmung zu bringen“. Selbstfürsorgliches Verhalten „führt dazu, Ressourcen zu erhalten und weiterzuentwickeln“ und sollte innerhalb der Selbsterfahrungsgruppen als Bestandteil der Ausbildung den Kandidaten vermittelt werden, um „vor späterer Überlastung in der Therapiepraxis“ zu schützen (Lutz 2007). Reddemann (2006) bekräftigt, dass Selbstfürsorge, worunter sie einen „liebvollen, wertschätzenden, achtsamen und mitfühlenden

den Umgang“ mit sich selbst und das Ernstnehmen der eigenen Bedürfnisse versteht, entweder einer früheren Erfahrung mit ausreichender Fürsorge bedarf oder aber, wenn diese nicht erfahren wurde, eines Trauerprozesses mit anschließender Veränderung im Umgang mit sich selbst. Sie ist dahingehend mit Lichtenberger (2006) einer Meinung, dass sich die „Dämonen der Vergangenheit“ auf die eine oder andere Art und Weise sonst wieder einschleichen können. Deshalb ist „anschließend ein neues Handeln notwendig“: „Einsicht allein genügt nicht“ (Reddemann 2006).

2.4.1 Berufliche Fortbildung, Selbsterfahrung, Supervision

Während es obligatorisch und in unterschiedlichem Ausmaß und Setting vorgeschrieben ist, im Rahmen der Psychotherapieausbildung an Selbsterfahrung, Balintgruppen und Supervisionen teilzunehmen (Jansen & Rieger 2006, Bundesärztekammer 2006), war es bis zur Einführung der Fortbildungspflicht durch die KBV im Rahmen der Qualitätssicherung jedem Therapeuten selber überlassen, inwieweit er sich nach Abschluss der Ausbildung fortbildet oder weiter supervidieren lässt. Zwar schreibt § 4 der Berufsordnung für die deutschen Ärzte eine Verpflichtung zur beruflichen Fortbildung vor, jedoch kam erst in Folge des Gesundheitsreformgesetzes von 1989 den Kassenärztlichen Vereinigungen die Funktion zu, Maßnahmen zur Sicherung der Qualität der Versorgung einzuleiten. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung schuf demzufolge 1993 die Richtlinien, die den Stellenwert der Qualitätszirkel besonders betonen (Bahrs et al. 1996).

Durch die Einführung der Fortbildungspflicht mit Nachweis per Zertifikat wird der Stellenwert des lebenslangen Lernens, der persönlichen Entwicklung und der Pflicht den Patienten gegenüber, eine bestimmte wissenschaftliche Qualität einzuhalten, gewürdigt. Dabei wird diejenige Art der Fortbildung für das Fortbildungszertifikat höher mit Punkten bewertet, die mehr persönliches Engagement verlangt.

Eine obligatorische Fortbildungspflicht, die gesetzlich geregelt ist, wird jedoch durchaus auch kritisch betrachtet: so sieht Rauchfleisch (1982) die Gefahr, dass „der Einzelne noch weniger als bisher seine persönliche Verantwortung als subjektiv notwendige bewusst wahrnehme“, indem eine Berufshaltung gefördert würde, „die sich im Auftrag „anderer“ handelnd versteht und die eigene Verantwortung weitgehend ausklammert.“

Selbsterfahrung in Form einer eigenen Analyse gehört seit den Anfängen der Psychoanalyse 1922 zu den obligaten Inhalten der Ausbildung (Richter

2006). Dem Wert der Selbsterfahrung tragen die gültigen Ausbildungsrichtlinien sowohl der ärztlichen Prüfungsordnungen als auch des Psychotherapeutengesetzes Rechnung (Lieb, Braun & Senf 2000, Becker 2005a und 2005b, Bundesärztekammer 2006). Die Mindestanforderung von 120 Stunden, wie sie für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten in § 5 PsychTh-APrV vorgeschrieben ist, wird allerdings von den meisten Autoren als zu wenig erachtet (Richter 2006) und mehr Stunden war für ärztliche Psychotherapeuten schon länger die Regel, wobei die unterschiedlichen Ausbildungsinstitute, besonders die der Psychoanalytiker, teilweise weit über diese Mindestanforderung hinausgehen (Jaeggi et al. 2003). Der Therapeut, der seine eigene Person als „diagnostisches Instrument“ (König 1997) benutzt, muss in der Lage sein zu erkennen, wie er auf den Patienten reagiert und was ihm das über den Patienten sagt. Wichtige Aufgaben und Ziele der Selbsterfahrung sind demnach die Wahrnehmung und Reflektion der eigenen Gefühle und Gedanken, der bewussten und unbewussten intrapsychischen und interpersonellen Prozesse und auch „die Auseinandersetzung mit der Rolle als Psychiater und Psychotherapeut und den beruflichen Schwerpunkten“ (Buchheim 2000). Ein „gewisses Maß an Angstfreiheit, Beherrschung des eigenen Schamgefühls und Kreativität“, die nötig sind, um das Erleben des Patienten „hinreichend“ in sich zu repräsentieren, kann „durch eine fundierte Selbsterfahrung“ als „unverzichtbarer Bestandteil für Therapeuten“ erreicht werden (Holm-Hadulla 1997). Das Erkennen und Reflektieren von Interaktionsproblemen, die „therapeutenbedingt oder -mitbedingt sind“, kann zur Verbesserung der eigenen Psychohygiene „nur über den schwierigen Prozess der Selbsterkenntnis“ erfolgen (Reimer 1991) und demzufolge wäre es auch diskussionswürdig, ob nicht die ständige Arbeit in einem „Beziehungsgeflecht komplizierter Subjektivität“ (Reimer 1994) nach sich ziehen müsste, dass die Therapeuten „in bestimmten Zeitabständen ihre Selbsterfahrung ergänzen (Selbsterfahrung nach Abschluss der Weiterbildung in Tranchen)“ (Reimer 2000a).

In einer Untersuchung an 550 Teilnehmern der Lindauer Psychotherapiewochen 1991 haben Cierpka et al. in Zusammenarbeit mit dem Collaborative Research Network CRN den allgemeinen Eindruck bestätigt gesehen, dass Selbsterfahrung als sehr wesentlich angesehen wird „sowohl für den persönlichen Gewinn als auch für die berufliche Zufriedenheit“ (Cierpka et al. 1993) und sie vermuten, dass dabei „der psychohygienische Anteil im Sinne einer Regeneration für den beruflichen Anteil nicht zu vernachlässigen sein dürfte“.

Auch die Erfahrung, die „unangenehmen und angenehmen Seiten des Patient-Seins“ im Laufe der Lehranalyse kennen zu lernen und an eigener Seele zu erfahren, „was es heißt, sich dem analytischen Prozess zu überlassen, von dem niemand weiß, wohin er führt“ (Kutter 1989), also zu lernen, wie sich der Patient fühlt, um mehr Verständnis für die Gefühle von Abhängigkeit und Hilflosigkeit, aber auch den sekundären Krankheitsgewinn zu haben, ist Aufgabe der Selbsterfahrung.

Der Vollständigkeit halber sei erwähnt, dass es andererseits auch kritische Auseinandersetzungen mit den geforderten langen Lehranalysen der Analytischen Ausbildungsinstitute gibt, der Supervisionspraxis und den darin bestehenden Abhängigkeiten (u.a. Cremerius 1991, Kernberg 1998, Reimer 2000, Kernberg 2001, Richter 2006).

Die Beziehung zwischen Therapeut und Patient steht im Mittelpunkt der Balintarbeit, die zur Aufgabe hat, den Therapeuten zu befähigen, besser mit schwierigen Patienten zurecht zu kommen; das Verstehen des Patienten „befreit“ den Arzt „vom Mitagieren“ (Knoepfel 1980) aus dem eigenen unbewussten Affekt heraus. Diese Gruppen aus mehreren Berufskollegen, die von einem ausgebildeten Therapeuten geleitet werden, wurden von Michael Balint zu Beginn der Fünfziger Jahre gegründet; ihrem Konzept liegt das psychodynamische Krankheitsverständnis der Psychoanalyse zugrunde und es zielt insbesondere auf die Bewusstmachung von Übertragung und Gegenübertragung ab (Roth 1988). Die Fähigkeiten, die durch die Teilnahme erworben werden, wirken sich auf die Patienten insofern positiv aus, als dass sie sich besser „in ihrer bio-psycho-sozialen Entität verstanden fühlen“ können, was die Zufriedenheit und Compliance fördert, womit sich dann wiederum bei den Ärzten „eine höhere Arbeitszufriedenheit einstellen“ würde (Elzer 2004). Stern (1996) zeigte in seiner Studie, dass Ärzte, die an einer Balintgruppe teilnahmen, weniger vom Burnout-Faktor der Depersonalisierung betroffen sind. Balintgruppen sind bei den ärztlichen Psychotherapeuten in den Ausbildungsrichtlinien der Landesärztekammern für die Fachärzte und für die Zusatzbezeichnung Psychotherapie vorgeschrieben (Bundesärztekammer 2006).

Nicht selten mag sich aus einer eigenen Therapie die Vorstellung entwickeln, selber Therapeut zu werden. Auch während der Berufstätigkeit suchen Therapeuten oftmals selber Hilfe in einer eigenen Therapie. Gründe dafür sind vielfältig. Manchmal führt die Erkenntnis aus der Balintgruppe, „dass es immer wieder bestimmte Patienten sind, mit denen sie besondere Schwierigkeiten haben“, die Kollegen „zu dem Wunsch, mehr für sich selbst zu tun“ (Dilling & Reimer 1997) und damit in eine eigene Therapie. Die eigene Therapie be-

wirkt neben einem heilenden Auftrag oft die Verbesserung der eigenen Psychohygiene, Lebensführung und Arbeitshaltung, sie ist also nicht nur dem eigenen Selbst förderlich, sondern sie eröffnen auch den Blick auf die Patienten, zu denen sich die Beziehung durch ein besseres Verständnis für die Rolle als Patient verbessert. So zeigten Macran et al. (1999) in einer Untersuchung an sieben praktizierenden Psychotherapeuten in Großbritannien, dass diese sich auf Grund der eigenen Therapie besser in der Lage glaubten, die eigenen Patienten zu verstehen und auf einer tieferen, unbewussteren Ebene mit ihnen zu arbeiten. Sie fühlten sich besser im Stande, die eigenen Gefühle von denen der Patienten zu unterscheiden und ihnen Raum und Respekt zu geben. Außerdem fühlten sie sich durch die eigene Erfahrung mit ihrem Therapeuten besser befähigt, mit schwierigen Gefühlen der Patienten umzugehen und sich mit vorschnellen Hilfen zurückzuhalten; zudem gewannen sie die Erkenntnis, wie wichtig es ist, als Therapeut selber gut für sich zu sorgen.

In der Untersuchung von Pope & Tabachnick (1994) wurde deutlich, dass bereits 84 % der Befragten eine eigene Therapie gemacht hatten, wovon 85,7 % ihre Therapieerfahrung als sehr oder außergewöhnlich hilfreich bewerteten; nur zwei berichteten, dass die Erfahrung überhaupt nicht hilfreich war und neun (2,3 %) empfanden die Therapie als sehr oder außergewöhnlich schädlich. Gefragt nach dem größten Nutzen ihrer Therapieerfahrung wurden am häufigsten Selbstbewusstsein oder Selbsterkenntnis und Selbstachtung oder Selbstvertrauen genannt, gefolgt von verbesserten eigenen therapeutischen Fertigkeiten, gewonnen aus der Patientensicht. Die Studie zeigte aber auch, dass sich ungefähr ein Drittel der befragten Therapeuten von ihren eigenen Therapeuten nicht gut verstanden, wertgeschätzt oder gar grenzüberschreitend behandelt fühlten.

Im Erfahrungsbericht von Lichtenberger (2006) zeigt sich, dass Kollegen häufig dann wieder Hilfe durch Psychotherapie suchen, wenn es zu Reaktivierungen von neurotischen Problemen kommt, die durchaus nach der Lehranalyse überwunden geglaubt waren, weil der alltägliche Stress der Behandlungstätigkeit zermürbt und frühere regressive Bedürfnisse damit mobilisiert werden, was dann zu Arbeitsstörungen unterschiedlichster Art führen kann. In diesem Zusammenhang weist er darauf hin, dass „das Änderungspotential der Analyse überschätzt“ wird, auch wenn das Leiden vorher, in der Lehranalyse, positiv durch sie beeinflusst wurde.

Supervision, die von Auckenthaler (1995) als „eine Antwort auf das Wissen um die Unvermeidbarkeit therapeutischer Handlungsfehler“ beschrieben wird, ist fester Bestandteil in den Ausbildungsrichtlinien der verschiedenen Institute und von den Zulassungsbehörden mit einer bestimmten Stundenzahl

vorgeschrieben (Becker 2005, Bundesärztekammer 2006). Diese Form der „Ausbildungssupervision“ dient innerhalb professioneller Ausbildung dazu, „die besondere methodische Kompetenz anhand konkreter Praxiserfahrung zu sichern“ (Pühl 1996). Den „Vorgang des Supervisionsgeschehens“ beschreibt Scobel (1988) damit, dass ein Lehrtherapeut „hilft, Psychotherapie mit Patienten / Klienten durchzuführen, zu analysieren und zu verstehen“, darüber hinaus gilt Supervision auch „als pädagogische Maßnahme“, bei der „konkrete Maßnahmen zur Korrektur des unerfahrenen Helfers entworfen“ werden. Scobel entwickelt darüber hinausgehend das Model der „psychotherapeutisch angelegten Supervision“, in der ein Prozess der „Selbst- und Fremdrelexion“ geschieht, der folgende Ziele haben sollte: Introspektion, Selbstreflexion des beruflichen Handelns und Auseinandersetzung mit der eigenen Person, den Gruppenmitgliedern und dem Supervisor, wodurch sich bei Gelingen des Prozesses „eine Art innerseelische Reinigung“ einstellt, „weil man sich von abgewehrten Kräften in sich selbst befreien kann, ohne sanktionierende Gegenmaßnahmen befürchten zu müssen“.

Pühl (1996) unterscheidet von der „Ausbildungssupervision“ die „Fortbildungssupervision“, an der das Spezifische ist, „dass es um berufliche Qualitätssicherung und -erweiterung geht“. Aronson (1983) spricht in dem Zusammenhang, durch Supervision sowohl emotionale Unterstützung als auch Bewältigungsmöglichkeiten für den beruflichen Alltag zu bekommen, von „Unterstützungssystem“, die neben der Familie und Freunden nötig sind, um den beruflichen Anforderungen zu genügen und vor dem „Ausbrennen“ zu bewahren.

Bezogen auf den Einzelfall wird in der Supervision die Aufgabe gesehen, auf „unbewusste Facetten“ der eigenen aktuellen Lebensthemen hinzuweisen, da sie „oft Ursache für Stagnation im therapeutischen Prozess“ sind, „weil an diesem Punkt der Klient mit seiner Geschichte den Supervisanden mit eigenen Tabus konfrontiert“ (Tröscher-Hüfner 1997).

Auch andere Autoren weisen auf Supervision als Instrument der Qualitätsverbesserung oder Qualitätssicherung psychosozialer Arbeit, als Möglichkeit der Prävention und Reduktion von Stress und Burnout hin (Kleiber 1989, Auckenthaler & Kleiber 1992, Fengler 1992, Burisch 1994, Rottenfuß 1999). In der Regel nehmen Psychotherapeuten über die übliche Dauer der Psychotherapie-Ausbildung hinaus Supervision in Anspruch „und tragen so zur Qualitätssicherung ihrer Arbeit bei“ (Willutzki et al. 2006).

Dass noch so viel Lehrtherapie und besonders viel Supervision dennoch nicht gleichbedeutend ist mit erfolgreicher Ausbildung und gelungener persönlicher Entwicklung und damit einhergehenden guten Therapieergebnissen,

zeigte die schwedische STOPP-Studie (Sandell et al. 2001, zitiert nach Will 2006), bei der die Autoren vermuten, dass bei den negativ aufgefallenen Therapeuten „eine Art von emotionaler Entwicklungsresistenz“ vorliegt.

Nach Beendigung der Ausbildung bevorzugen viele Kollegen eher die Form der kollegialen Intervision, um die therapeutische Tätigkeit zu reflektieren und zu verbessern. Diese Form der „freiwilligen psychohygienischen und qualitätssichernden Maßnahme“ bietet Vorteile durch den „Wegfall hierarchischer Strukturen“ und die „Minimierung von Abhängigkeiten“, es herrscht eine „offene Atmosphäre innerhalb einer Kollegengruppe, mit der man sich gut versteht, dass man Vertrauen haben und sich öffnen kann“ (Reimer 2000). Diese Intervisionsgruppen im Sinne eines Supervisionszirkels werden dann häufig als Qualitätszirkel geführt und zielen „auf exemplarisches Lernen im strukturierten kollegialen Erfahrungsaustausch“ (Bahrs et al. 1996).

Die im Laufe des Berufslebens durch die unterschiedlichen Methoden erlangten Erfahrungen können zur Erkenntnis der eigenen Grenzen persönlicher Ressourcen als „wichtiger Aspekt der beruflichen Psychohygiene“ führen, die sich darin ausdrückt, „dass ein Therapeut nur die Patienten in Behandlung nimmt, die er verkraften kann“ (Eckert et al. 2000). Dieser „realistischere Anspruch“ an sich selbst kann neben einer „Dezentrierung“ eine gute Hilfe darstellen, d.h. die Wahrnehmung, dass der Patient in ein Netz von Beziehungen eingebunden ist, die neben schädlichen oder problematischen Qualitäten „auch positive und entlastende Funktionen haben und so die Arbeit des Therapeuten mit unterstützen können“ (Seiffge-Krenke 2004). Bedenkt man diesen Zusammenhang, so wird verständlich, dass erfahrene Therapeuten mit ihrer beruflichen Tätigkeit zufriedener sind als Therapeuten mit kurzer Berufserfahrung (Willutzki et al. 1997), weil es offenbar längerer Zeit bedarf, ausreichende Kompetenz im Umgang mit schwierigen Patienten zu erwerben, bis man also gelernt hat, sich ausreichend von den Patienten abzugrenzen „und ein Stück weit auf deren Selbstheilungskräfte und ihre stützenden Beziehungspersonen zu vertrauen“ (Seiffge-Krenke 2004).

2.4.2 Entspannungstechniken

In jeder Kultur waren Zeiten der Muße wichtig und es gab immer schon spezielle Methoden, sich zu entspannen oder zu versenken. Dahinter steht die Erkenntnis, dass zum Wohlfühlen der Wechsel von Anspannung und Entspannung gehört. „Zu einem Leben, das Anstrengung und Mühe verlangt, gehören Phasen der Ruhe, Entlastung und Entspannung“ (Petermann & Vaitl 2004).

Psychotherapeuten lernen häufig im Rahmen ihrer Ausbildung verschiedene Entspannungstechniken. Bei Ärzten, die den Zusatztitel „Psychotherapie“ anstrebten, gehörten Autogenes Training, Progressive Muskelentspannung oder Hypnose bis 2004 zu den so genannten „Zweitverfahren“, die im Rahmen der Psychotherapieausbildung neben dem primären tiefenpsychologisch fundierten Therapieverfahren gelernt werden mussten. Auch nach Änderung der Weiterbildungsordnung, die ab 1.10.2005 Gültigkeit hat, bleiben sie bei der fachgebundenen Zusatzweiterbildung Psychotherapie nachzuweisende Weiterbildungsinhalte. Auch in den Weiterbildungskatalogen der jeweiligen Landesärztekammern für die Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, für Psychiatrie und Psychotherapie und für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie waren und sind Entspannungsverfahren obligatorisch (Buchheim 2000, Jansen & Rüger 2006, Bundesärztekammer 2006). Diese Techniken werden durchaus auch dazu empfohlen, die eigene berufliche Belastung als Psychotherapeut zu bewältigen und um ein inneres Gleichgewicht zu erhalten. So schreibt Peter S. Elsaesser 1981, dass der „Rückzug auf sich selbst“ u. a. mittels autogenem Training, funktioneller Entspannung oder Meditation neben anderen Faktoren zu den wichtigen Ressourcen gehört, die als „Quellen der psychotherapeutischen Arbeit“ von den Kollegen genannt wird, die er in seiner Untersuchung befragt hat. Auch helfen sie, „der muskulären Anspannung als Korrelat des psychischen Stresses aktiv zu begegnen“ (Rottenfuß 1999). Von Meditation im Dienste der „Selbstfürsorge“, um zu klären, „was und wer [für mich] wirklich Bedeutung hat“ spricht Luise Reddemann (2006), auch Radeke & Mahoney (2000) führen Meditation als wirksame Maßnahme zur Anspannungsbewältigung an.

Während in den asiatischen Kulturen Meditation zum Alltag gehört und in Form von Tai Chi und Qigong mit Bewegungselementen als Volksheilkunst selbst von Arbeitgebern unterstützt und öffentlich in großen Gruppen praktiziert wird, hatten im westlichen Kulturkreis Entspannungsmethoden zunächst einen Platz als begleitende Behandlung in Kliniken oder auch im Sport, wo Spitzensportler kaum Höchstleistungen bringen konnten, ohne zwischen den aktiven Phasen Entspannungstechniken anzuwenden. Inzwischen sind sie Allgemeingut geworden und werden als Kurse von vielen Krankenkassen im Rahmen von Präventionsprogrammen durchgeführt, als Betriebsgruppe den Mitarbeitern als Antistressstraining empfohlen (BGW 2006) oder in Einrichtungen der Erwachsenenbildung oder dem Selbsthilfemarkt angeboten (Stiftung Warentest 1996).

Neben psychischen Befindlichkeitsstörungen, wie Belastungs-, Angst- und Anpassungsstörungen und zur „Psychohygiene und -prophylaxe im Sinne von

psychophysiologischer Erholung, Entspannung, Erhöhung der Konzentration und einer Resonanzdämpfung überschießender Affekte“ (Kraft 2000) sind auch körperliche Erkrankungen wie beispielsweise Bluthochdruck, Asthma bronchiale, Schmerzzustände und Schlafstörungen Indikationsfelder für die unterschiedlichen Entspannungsverfahren (Biermann 1978, Lohmann 1996, Seer 2000, Vaitl 2004, Ott 2004, Hamm 2004).

Das wohl bekannteste Verfahren sowohl im klinischen wie außerklinischen Bereich ist das Autogene Training. Daneben werden sehr oft die Progressive Muskelentspannung nach Jacobson, Funktionelle Entspannung nach Fuchs und unterschiedliche Meditationstechniken, entweder still im Sitzen, wie Zen, Transzendente Meditation oder aber mit Bewegung, wie Tai Chi, Qi-gong, Yoga, praktiziert. Auch Formen der Hypnose und Imaginationenübungen lassen sich als Entspannungsverfahren nutzen oder aber selbst entwickelte Mischformen. Letztlich hängt die Wahl der Methode von den persönlichen Eigenheiten und Vorlieben ab.

Den Entspannungsverfahren ist gemeinsam, dass sie keine körperlichen und psychischen Phänomene erzeugen, die außergewöhnlichen sind, wie neurobiologische und psychophysiologische Untersuchungen der biologischen Grundlagen gezeigt haben, sondern die Wirkungen gehören zum normalen Verhaltensrepertoire des Menschen. Diese Ressourcen bedürfen nur bestimmter Techniken und Methoden, um sie zu aktivieren (Petermann & Vaitl 2004). Durch die unterschiedlichen Verfahren werden, mit unterschiedlichem Schwerpunkt, „muskuläre Eutonie, Rhythmisierung des Atmens sowie emotionale und vegetative Regulierung“ erreicht (Pschyrembel 2004).

Neurobiologisch lässt sich der Effekt von regelmäßig praktizierter Meditation sogar auch elektroenzephalographisch durch eine erhöhte Aktivierung der Hirnströme im linken Präfrontalhirn nachweisen, womit eine Verbesserung der affektiven Befindlichkeit dahingehend einhergeht, dass sich ein größeres Gefühl von Zufriedenheit und eine geringere Anspannung einstellt (Rüegg 2006). Diese positiven Empfindungen, zu denen Güte und Empathie gehören, so führt Rüegg weiter aus, gelten besonders in der „sprechenden Medizin“ als eine Voraussetzung für eine heilsame Arzt-Patientenbeziehung und seien durch Meditation zu kultivieren.

Die Wirksamkeit der verschiedenen Entspannungstechniken wurde in zahlreichen Studien und Meta-Analysen bestätigt (Stetter & Kupper 2002, Grawe et al. 1994, Eppley et al. 1989, zitiert aus Petermann & Vaitl 2004).

2.4.3 Persönliche Lebensgestaltung, soziale Unterstützung

Neben den eher fachbezogenen Möglichkeiten, berufliche Belastung zu bewältigen, stehen jedem Therapeuten natürlich all die Möglichkeiten zur Verfügung, die allgemein von Experten oder Laien („Wer schaffen will, muss fröhlich sein“ frei nach Fontane) angeraten werden. Letztlich wird die Art und Weise, wie Therapeuten ihr Leben außerhalb des Therapieraums gestalten, entweder die persönliche Situation verschlimmern oder kompensieren (Horner 1993).

Herschbach fasst in seiner Monographie zusammen, dass nicht bezweifelt werden kann, „dass Personen, die soziale Unterstützung erfahren, weniger gestresst sind als andere“ (Herschbach 1991), jedoch konnte in den von ihm diskutierten Studien nicht durchgängig belegt werden, dass soziale Unterstützung als Puffer zwischen Stress und psychischer Erkrankung wirkt. Insgesamt bewirkt soziale Unterstützung eine Erhöhung des Selbstwertgefühls, was dann mit einer erfolgreichen Bewältigung von Belastungen assoziiert ist und Angstreaktionen vermindert (Geyer 2002). In der Theorie von Lazarus kommt der sozialen Unterstützung innerhalb von Bewältigungsprozessen von Stress auch eine große Bedeutung zu: „jemanden um Hilfe zu bitten, gilt als eine der hauptsächlichen Coping-Strategien“ (Leppin & Schwarzer 1997), wobei sowohl problemorientierte als auch emotionsorientierte Bewältigungsformen beinhaltet sind. „Man kann sich Rat und Geld besorgen, Dienstleistungen in Anspruch nehmen oder sich emotional anlehnen und sich durch andere von den eigenen Problemen anlenken lassen“ (Leppin & Schwarzer 1997). Schwarzer (1996) meint, dass selbst Psychotherapie „als Spezialfall von sozialer Unterstützung“ aufgefasst werden kann, indem sie einen Puffereffekt aufbaut zum Stresserleben. Sommer (2000) stellte im Rahmen ihrer Untersuchung fest, dass verhaltensbezogene soziale Unterstützung selbst für die langfristige Fortführung gesundheitsbezogenen Verhaltens wie z.B. Entspannungstraining bedeutsam ist. Ebenso eine zentrale Rolle spielt sie bei der Entscheidungsfindung für gesundes Ernährungsverhalten und auch der Verwirklichung desselben (Pietrowsky 2006).

Viele Autoren betonen die Wichtigkeit von guten persönlichen Beziehungen, Freundschaften, Partnerschaften, Familie, Nähe im Sinne von sozialer Unterstützung (Elsaesser 1981, Burisch 1994, Rottenfuß 1999, Wendel 2003), wobei Fengler (1997) dazu auch den persönlichen Kontakt zu Kollegen zählt.

Zum sozialen Stützsystem gehören, jenseits von Fort- und Weiterbildung, auch die Kollegen, die Feedback geben und deshalb hält Rottenfuß (1999)

auch die Mitarbeit in einer Gemeinschaftspraxis, Praxisgemeinschaft oder ähnlichem für sinnvoll, nicht nur wegen des fachlichen Korrektivs, sondern auch, weil dadurch die Arbeitszeiten besser eingehalten werden, für Vertretung im Urlaubs- oder Krankheitsfall gesorgt ist und die betriebswirtschaftlichen Risiken geteilt werden können.

Bergner (2004) spricht von „Emotionaler Kompetenz“ als gute Balance zwischen Kopf und Bauch, die bereits während des Studiums gefördert werden sollte, um zu lernen, „sich um sich selbst zu sorgen, das Leben zu genießen, die eigenen Bedürfnisse wahrzunehmen und zu respektieren“, wodurch „die Würde des Arztes und die des Patienten“ gestärkt werden könne.

Dlugos & Friedlander (2001) betonen die Wichtigkeit, im Leben eine Balance mit sinnvollen Aktivitäten wie z.B. Sport oder Kultur außerhalb des Bezugs zur Arbeit herzustellen und dass ein leidenschaftliches Engagement für die Arbeit nicht gleichbedeutend mit Überengagement sein sollte.

Als Ergebnis ihrer Befragung von 208 Psychotherapeuten in den USA rieten Kramen-Kahn & Hansen (1998), zur Verbesserung des Lebensgefühls mehr Karriere stützendes Verhalten (*CSBs* 'Career-Sustaining behaviors) zu praktizieren, wobei neben berufsbezogenem Verhalten besonders die Fähigkeit, den Sinn für Humor zu pflegen gemeint ist und Freizeitaktivitäten und zwischenmenschliche Unterstützung zu nutzen.

Nicht nur ‚der Erholung willen‘ sollten sich Therapeuten mit Literatur, Theater und Musik „als einer gelebten Auseinandersetzung mit unserer Realität“ (Holm-Hadulla 1997) beschäftigen, sondern „die Auseinandersetzung mit unserem kulturellem Erbe ermöglicht eine gewisse Offenheit für unterschiedliche Schattierungen menschlicher Existenz“ (Holm-Hadulla 1997), wodurch sich das Erleben von Patienten im Therapeuten besser repräsentieren könne. Außerdem werden beim Lesen von Texten „spontan Gefühle von Ruhe, Frieden, Heiterkeit, Gelassenheit oder Hoffnung“ geweckt (Fengler 1997).

Fengler zählt zu den Maßnahmen der Psychohygiene unter anderem auch noch die „Regulierung der Nähe“ mit offener oder geschlossener Tür des Arbeitszimmers und Wahl des Wohnortes, außerdem Einsamkeit und Natur, selbstverantwortbare Sinnstiftung und „Flow-Erlebnisse“ wie „Erfahrung vollständigen Hingebenseins“ (Fengler 1997).

Dr. Hunter Patch Adams, der als Klinikclown Geschichte gemacht hat, betont in einem Interview „Gesundheit basiert auf glücklich sein“ und er findet, dass das bedrückendste Gesundheitsproblem für viele Menschen in der Kombination von Stumpfsinn, Angst und Einsamkeit liegt (Mäulen 2002).

2.4.4 Körperliche Aktivität, gesunde Lebensführung

Sport und körperliche Aktivität werden bereits seit Jahrhunderten als gesundheitsfördernde Verhaltensweisen angesehen, sie „gehören zu den wichtigsten Einflussfaktoren der Lebensqualität“ (Schindler-Marlow 2007). So wird schon aus dem Griechenland der Antike von gymnastischen Übungen zur Behandlung verschiedener Krankheiten berichtet, aber auch davon, dass die Ausübung von Wettkampfsport zu einer erhöhten Verletzungsrate und Krankheitsanfälligkeit führen kann (Lippke & Vögele 2006).

Die heutige Zeit ist zunehmend geprägt von einem Zuwenig an körperlicher Belastung und einem Zuviel an psychischer Belastung, die körperlichen Anforderungen der Arbeitswelt werden geringer und einseitiger. Bös & Woll kamen 1994 zu dem Ergebnis, dass etwa 50 % der Männer und 20 % der Frauen ihre berufliche Tätigkeit überwiegend im Sitzen ausüben (Abele et al. 1997). Rund 60 % der Bürger in Nordrhein-Westfalen treiben gar keinen Sport oder sind weniger als eine Stunde in der Woche körperlich aktiv, durchschnittlich verbringen Frauen pro Tag 6,7 Stunden und Männer 7,1 Stunden im Sitzen (Schindler-Marlow 2007).

Unter körperlicher Aktivität versteht man „jede Aktivität, die eine Steigerung des Energieumsatzes zur Folge hat“ und sie wird dann zu Training und Sport, „wenn sie geplant, strukturiert, wiederholt und zielgerichtet“ ist. Damit stellt sie, im Gegensatz zum passiven Konsum von Medikamenten, einen „aktiven Beitrag des Menschen zur Gesundheit“ dar (Löllgen 2002).

Aktuelle Studien der letzten Jahre belegen zweifelsfrei die gesundheitsfördernde Wirkung von körperlicher Aktivität (siehe bei Lippke & Vögele 2006). Dabei zielt jede sportliche Aktivität „in der Tradition von ‚Gymnastik‘“ (Abele, Brehm & Pahmeier 1997) wie Walking, Jogging oder Jazztanz „systematisch auf eine Förderung sowohl der physischen als auch der psychischen Gesundheit“, sie sollen zur Fitness, aber auch zu einer „umfassenden Wellness“ beitragen (Abele et al. 1997). Um Herz-Kreislaufisrisiken zu reduzieren und die Zufriedenheit mit der eigenen Gesundheit zu verbessern, ist ein Energieverbrauch durch Muskelaktivität von 1000 Kcal/Woche wünschenswert, was beispielsweise fünfmal eine halbe Stunde Walking oder Jogging bedeuten würde (Bös & Brehm 2003).

Regelmäßige körperliche Aktivität schützt vor einer Reihe von chronischen Erkrankungen, womit sie primär präventiv wirksam ist. Sie ist auch sekundär wirksam, indem Bewegung bei gesundheitlichen Einschränkungen oder der Behandlung von Krankheiten unterstützend genutzt werden oder indem sie dazu beitragen, dass Risikofaktoren nach Krankenbehandlung reduziert

werden. Regelmäßige körperliche Aktivität ist somit „primär und sekundär präventiv sowie rehabilitativ wirksam, um die Gesundheit zu erhalten und wieder herzustellen“ (Lippke & Vögele 2006). Die Autoren verweisen in ihrem Artikel auf die 1999 veröffentlichten Untersuchungen des Cooper Institut in Texas, die den Zusammenhang zwischen allgemeiner Mortalität, Gewicht (BMI) und Fitness aufzeigt. Darin wurde deutlich, dass diejenigen, die normalgewichtig sind, eine längere Lebensdauer haben und dass der Zusammenhang zwischen Gewicht und der Wahrscheinlichkeit, frühzeitig zu versterben, durch die individuelle Herz-Kreislauf-Leistungsfähigkeit, auch bezeichnet als Fitness, verändert wird. Aus den Untersuchungsergebnissen kann geschlossen werden, dass diejenigen, die übergewichtig oder adipös sind, aber ihre Fitness trainieren, die gleiche Lebenserwartung haben, wie diejenigen mit Normalgewicht. „Es kommt also darauf an, so trainiert zu sein, dass damit die Herz-Kreislauf-Leistungsfähigkeit optimiert wird“ (Lippke & Vögele 2006), aber selbst bei einer guten Fitness ist das entsprechende Verhalten, also regelmäßige körperliche Aktivität, entscheidend für die körperliche Gesundheit: ohne regelmäßige körperliche Aktivität ist die Mortalität auch bei denjenigen mit hoher Herz-Kreislauf-Leistungsfähigkeit höher als bei denen mit regelmäßiger Bewegung. Eine gute Herz-Kreislauf-Leistungsfähigkeit kann dabei nicht nur das Ergebnis von körperlichem Training sein, sondern ist auch von genetischen Bedingungen und anderen Gesundheitsparametern abhängig.

Die Auswirkungen von körperlicher Aktivität, insbesondere regelmäßiger aerobischer Sportarten auf unterschiedliche Gesundheitsparameter ist, selbst in der Laienpresse (DER SPIEGEL 5/2006: „Fit wie in der Steinzeit“), vielfältig beschrieben worden (Lippke & Vögele 2006, Hollman 2004, Werner & Böhm 2004, Abele et al. 1997, Schwarzer 1996). So ist die positive Wirkung auf Herz-Kreislauf-Erkrankungen wahrscheinlich auf die Beeinflussung der Hauptrisikofaktoren wie Übergewicht, Bluthochdruck, erhöhte Blutfettwerte und Diabetes zurückzuführen. Auch wirkt sich körperliche Aktivität auf Knochenentwicklung und Knochendichte aus, sie wirkt dem altersbedingten Abbau der Halte- und Bewegungsapparatefunktion entgegen, also auch gegen Osteoporose, degenerative Rückenleiden und chronische Schmerzen, sie trainiert Kraft und Beweglichkeit. Bei einigen Tumorarten wird ein protektiver Faktor oder eine Verbesserung des Gesundheitszustandes nach der Krebserkrankung festgestellt. Durch körperliches Training kann eine deutliche Verbesserung der Lungenfunktion erreicht werden und eine Stärkung der Immunabwehr, sowohl bei Gesunden als auch bei Menschen mit Vorerkrankungen, z.B. HIV-Infizierte oder Aids-Kranke. Körperliche Aktivität beeinflusst auch

die Gehirnstrukturen und -funktionen durch regionale Mehrdurchblutung, was zu einem stimulativen Faktor für Synapsenbildung und Neubildung von Neuronen im Gehirn wird und so die kognitive Leistungsfähigkeit positiv beeinflusst. In diesem Zusammenhang wird in verschiedenen Artikeln auch gerne der englische Arzt Sir Richard Asher zitiert, der schon 1947 im *British Medical Journal* folgendermaßen vor den Gefahren, zu Bett zu gehen gewarnt hat: „Get people up and we may save our patients from an early grave“.

Neben dem Training der konditionellen Fähigkeiten wie Ausdauer, Kraft und Beweglichkeit, „kommt einem Training der relaxativen Fähigkeiten – Lockerheit und Entspanntheit – entscheidende Bedeutung für physische und psychische Gesundheitswirkung einer sportlichen Aktivierung zu“ (Abele, Brehm & Pahmeier 1997).

Auf die Steigerung des psychischen Wohlbefindens und die Reduzierung von Angst, Depression und Belastung durch Sport und körperliche Aktivität wird häufig hingewiesen (Abele, Brehm & Pahmeier 1997, Hollman 2004, Lippke & Vögele 2006, Schindler-Marlow 2007). Die positive Wirkung auf das Selbstbild, die Selbstachtung und Selbstsicherheit wird durch die bei körperlicher Aktivität ablaufenden physiologischen Prozesse, wie z.B. Erhöhung der Neurotransmitter, der Endorphine und der Körpertemperatur, und psychischen Prozesse, wie z.B. Förderung eines meditativen Bewusstseinszustandes, Ablenkung von unangenehmen Gedanken, Gefühlen und Verhaltensweisen und Reattribution von eigentlich unangenehmen Symptomen, wie sie sonst bei Stress oder Angst entstehen, ohne dass diese Gefühle beim Sport dann auftreten, erklärt.

Die Bedeutung von körperlicher Aktivität für die Reduktion von Belastung und Stress wird auch darin deutlich, dass sie in den meisten Stressbewältigungsprogrammen, die oft in Gruppen durchgeführt werden, beinhaltet sind. Das von Kaluza (2004) entwickelte Programm „Gelassen und sicher im Stress“ besteht neben den Basismodulen Entspannungstraining, Kognitionstraining, Problemlösetraining und Genusstraining auch aus dem Modul Sport und Bewegung. Zu dem „Stress-Resistenz-Training“ von Jansen (2005) gehören fünf Bausteine: Neben Sensibilisierung der Wahrnehmung für Stressquellen, Stressreaktionen, Aufbau eines breiten Repertoires und Einsatz an Bewältigungsstrategien ist als fünfter Baustein die Verbesserung der körperlichen Fitness über eine Verbesserung des Gesundheitsverhaltens wichtiger Bestandteil des Programms, was nachweislich eine langfristige Wirksamkeit zeigte. Auch Öffentlichkeitskampagnen von unterschiedlichen Initiatoren weisen immer wieder darauf hin, wie z.B. die Ärztlichen Präventionstage 2002 „Gesund Mitten im Leben“ (Rheinisches Ärzteblatt 12/2002) oder die

aktuelle Kampagne „Überwinde deinen inneren Schweinehund“ des Landes-SportBundes und des Landesinnenministeriums, des Gesundheitsministeriums, der Ärztekammern und Sportärzte in Nordrhein-Westfalen (Schindler-Marlow 2007).

Insgesamt ist allerdings dabei zu beachten, „dass sich Gesundheit bei sportlicher Aktivität nicht ‚automatisch einstellt‘“ (Bös & Brehm 2003). Es ist eine konsequente Orientierung der Gestaltung an gesundheitsrelevanten Zielen wichtig, um einen bedeutsamen Zusammenhang zwischen Merkmalen der physischen, psychischen und sozialen Gesundheit und gesundheitssportlichen Aktivitäten nachweisen zu können (Bös & Brehm 2003). Sicher ist, dass eine gute Fitness zu einer schnelleren Regeneration nach einer Stressepisode führt und die Anfälligkeit für die Chronifizierung von Stressreaktionen verringert wird.

Im Sinne einer gesunden Lebensführung, die zum allgemeinen Wohlbefinden und zur Reduktion von Erkrankungsrisiken beiträgt, ist neben körperlicher Bewegung und ausreichendem Schlaf auch eine gesunde Ernährung wichtig. Die Deutsche Gesellschaft für Ernährung DEG (www.dge.de) hat im Konsens mit der allgemeingültigen internationalen Forschung entsprechende Empfehlungen erstellt, die besagen, dass der Konsum von Fett, Zucker und Alkohol nur in Maßen erfolgen soll, dass Getreideprodukte, Obst und Gemüse einen großen Teil der Kost ausmachen sollen, täglich Milchprodukte und ein- bis zweimal in der Woche Fisch, Fleisch und Eier in Maßen verzehrt werden sollen. Dabei gibt es keine nur guten oder nur schlechten Nahrungsmittel, sondern es geht um das richtige Maß. Letztlich sind „die Ausgewogenheit und die Vielfalt der Ernährung die wichtigsten Faktoren, um sich gesund zu ernähren“ (Pietrowsky 2006).

Ziel der gesunden Ernährung, die sich am Bedarf des Organismus orientiert, ist neben Verhinderung nahrungsbedingter Erkrankungen zunächst die Einstellung des „richtigen Gewichtes“ im Bereich des BMI zwischen 18,5 und 25 (Pudel 2004), wobei dieses Gewicht, beeinflusst durch entsprechende ökonomisch orientierte Kampagnen, die sich eher an überschulken Modells orientieren, von vielen nicht als sozial akzeptabel erlebt wird (Pudel 2004).

Literatur

- Abele, A., Brehm, W., Pahmeier, I. (1997). Sportliche Aktivität und gesundheitsbezogenes Handeln. In Schwarzer, R. (Hrsg.). *Gesundheitspsychologie. Ein Lehrbuch*. 2. Aufl. Göttingen, Bern, Toronto, Seattle: Hogrefe, 117-149
- Ackerley, G.D., Burnell, J., Holder, D.C., Kurdek, L.A. (1988). Burnout Among Licensed Psychologists. *Professional Psychology: Research and Practice*, Vol. 19 (6), 624-631
- Aronson, E., Pines, A.M., Kafry, D. (1983). *Ausgebrannt: Vom Überdruß zur Selbstentfremdung*. Stuttgart: Klett- Cotta
- Auckenthaler, A. (1995). *Supervision psychotherapeutischer Praxis: Organisation – Standards - Wirklichkeit*. Stuttgart, Berlin, Köln: Kohlhammer
- Auckenthaler, A., Kleiber, D. (1992). Supervision: Bedarf, Ansätze und Entwicklungen. In: Auckenthaler, A., Kleiber, D. (Hrsg.). *Supervision in Handlungsfeldern der psychosozialen Versorgung*. Tübingen: DGVT, 9-28
- Bahrs, O., Gerlach, F.M., Szecsenyi, J. (Hrsg.) (1996). *Ärztliche Qualitätszirkel: Leitfaden für den niedergelassenen Arzt*. 3. Aufl. Köln: Deutscher Ärzte- Verlag
- Barnett, J.E., Hillard, D. (2001). Psychologist Distress and Impairment: The Availability, Nature, and Use of Colleague Assistance Programs for Psychologists. *Professional Psychology: Research and Practice*, 32(2), 205-210
- Basch, M.F. (1992). *Die Kunst der Psychotherapie: neueste theoretische Zugänge zur psychotherapeutischen Praxis*. München: Pfeiffer
- Bauer-Delto, A. (2006). Suchtkranke Ärzte - ein Tabu. *Ärztliche Praxis NeurologiePsychiatrie* (6), 24-26
- Becker, A. (2003). Berufsrecht - Gesetz über die Berufe des Psychologischen Psychotherapeuten und des Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (Psychotherapeutengesetz PsychThG). In: Behnsen, E., Bell, K., Best, D., Gerlach, H., Schirmer, H-D., Schmid, R. (Hrsg.) (2007). *Management Handbuch für die psychotherapeutische Praxis MHP. 1. Ordner*. (Abschnitt 540). Heidelberg: Psychotherapeutenverlag
- Becker, A. (2005a). Ausbildungs- und Prüfungsordnung für Psychologische Psychotherapeuten (PsychTh-APrV). In Behnsen, E., Bell, K., Best, D., Gerlach, H., Schirmer, H-D., Schmid, R. (Hrsg.) (2007). *Management Handbuch für die psychotherapeutische Praxis MHP 1. Ordner*. (Abschnitt 270). Heidelberg: Psychotherapeutenverlag
- Becker, A. (2005b). Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (KJPsychTh-APrV). In: Behnsen, E., Bell, K., Best, D., Gerlach, H., Schirmer, H-D., Schmid, R. (Hrsg.) (2007). *Management Handbuch für die psychotherapeutische Praxis MHP 1. Ordner*. (Abschnitt 240). Heidelberg: Psychotherapeutenverlag
- Becker, P. (2006). *Gesundheit durch Bedürfnisbefriedigung*. Göttingen, Bern, Wien, Toronto, Seattle, Oxford, Prag: Hogrefe
- Behnsen, E., Bell, K., Best, D., Gerlach, H., Schirmer, H-D., Schmid, R. (Hrsg.) (2007). *Management Handbuch für die psychotherapeutische Praxis MHP 3. Ordner*. (Abschnitt R4375). Heidelberg: Psychotherapeutenverlag
- Bell, K. (2000). Praxisstrukturen und Honorierungsmodelle. In Strauß, B., Geyer, M. (Hrsg.). *Psychotherapie in Zeiten der Veränderung: historische, kulturelle und gesellschaftliche Hintergründe einer Profession*. (S.514-523). Wiesbaden: Westdeutscher Verlag
- Belz-Merk, M. (1995). *Gesundheit ist Alles und alles ist Gesundheit: Die Selbstkonzeptforschung zur Beschreibung und Erklärung subjektiver Vorstellungen von Gesundheit und Gesundheitsverhalten*. Frankfurt am Main, Berlin, Bern, New York, Paris, Wien: Peter Lang

- Bengel, J., Schrittmatter, R., Willmann, H. (2002). *Was erhält Menschen gesund? Antonovskys Modell der Salutogenese – Diskussionsstand und Stellenwert* (7. Auflage). Köln: BZgA
- Bergner, T. (2004). Burn-out bei Ärzten: Lebensaufgabe statt Lebens-Aufgabe. *Deutsches Ärzteblatt*, 101 (33) A2232-2234
- Berna, J. (1996). *Liebe zu Kindern. Aus der Praxis eines Analytikers*. Frankfurt am Main: Fischer Taschenbuch
- BGW – Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (2006). *Diagnose Stress*. Hamburg
- Biermann, G. (1978). *Autogenes Training mit Kindern und Jugendlichen*. 2. Aufl. München, Basel: E. Reinhardt
- Biermann, G. (Hrsg.) (1985). *Das ärztliche Gespräch um Kinder- und Jugendliche*. München, Basel: E. Reinhardt
- Birnbacher, D., Kottje-Birnbacher, L. (2000). Ethik in der Psychotherapie und der Psychotherapieausbildung. In Senf, W., Broda, M. (2000) (Hrsg.). *Praxis der Psychotherapie* (2. Auflage) (S.710-717). Stuttgart, New York: Thieme
- Bloomberg, T.L., Wozniak, J., Fort, N., Medeavis, D.N., Herzog, D.B. (1992). Ethical Dilemmas in Child and Adolescent Consultation Psychiatry. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 31, 557-561
- Bös, K., Brehm, W. (2003). Machen wir uns selbst krank?: Bewegung. In Schwartz, F.W., Bandura, B., Busse, R., Leidl, R., Raspe, H., Siegrist, J., Walter, U. (Hrsg.) *Public Health. Gesundheit und Gesundheitswesen*. (2. Auflage) (S.156-158). München, Jena: Urban & Fischer
- Bogyi, G. (1997). Variationen des therapeutischen Handelns. In Reinelt, T., Bogyi, G., Schuch, B. (Hrsg.). *Lehrbuch der Kinderpsychotherapie*. (S.189-206) München, Basel: E. Reinhardt / UTB für Wissenschaft
- Bowe, W. (1999). Anhaltende Honorarmisere und ihre Folgen - Qualitätsverluste in der psychotherapeutischen Versorgung und wachsende Existenzbedrohung bei den Psychotherapeuten. *Psychotherapeut*, 44 (4), 251-256
- Braun, M., Freudenmann, R.W., Schönfeldt-Lecuona, C., Beschoner, P. (2007). Burnout, Depression und Substanzgebrauch bei Ärzten: Ein Überblick zur derzeitigen Datenlage in Deutschland. *psychoneuro*, 33 (1+2,) 19-22
- Bronisch, T. (2006). Suizidalität der Psychotherapeuten. In Kernberg, O. F., Dulz, B., Eckert, J. (Hrsg.). *WIR: Psychotherapeuten über sich und ihren „unmöglichen“ Beruf*. (S. 116-122) Stuttgart: Schattauer
- Buchheim, P. (2000). Weiterbildung und Ausbildung in Psychotherapie - psychoanalytisch-tiefenpsychologisch fundiert. In: Senf, W., Broda, M. (2000) (Hrsg.). *Praxis der Psychotherapie*. 2. Aufl. Stuttgart, New York: Thieme, 683-688
- Buchholz, M. B. (1999). *Psychotherapie als Profession*. Giessen: Psychosozial-Verlag
- Buddeberg, C. (1986). Soziale Systeme und ihre Regelung. In Willi, J., Heim, E. (Hrsg.). *Psychosoziale Medizin: Gesundheit und Krankheit in bio-psycho-sozialer Sicht. Band 1: Grundlagen*. (S. 42-43). Berlin, Heidelberg, New York, Tokio: Springer
- Bullinger, M., Kirchberger, I., Ware, J. (1995). Der deutsche SF-36 Health Survey, Übersetzung und psychometrische Testung eines krankheitsübergreifenden Instruments zur Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität. *Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften*, 3 (1), 21-36

- Bullinger, M., Kirchberger, I. (1998). *SF-36 Fragebogen zum Gesundheitszustand*. Göttingen: Hogrefe
- Bullinger, M., Morfeld, M., Kohlmann, T., Nantke, J., Bussche, H. van den, Dodt, B., Dunkelberg, S., Kirchberger, I., Krüger-Bödecker, A., Lachmann, A., Lang, K., Mathis, C., Mittag, O., Peters, A., Raspe, H—H., Schulz, H. (2003). Der SF-36 in der rehabilitationswissenschaftlichen Forschung – Ergebnisse aus dem Norddeutschen Verbund für Rehabilitationsforschung im Förderschwerpunkt Rehabilitationswissenschaften. *Rehabilitation 2003 (42)*, 218-225
- Bundesärztekammer (1986). *Gesundheits- und sozialpolitische Vorstellungen der deutschen Ärzteschaft. Beschlossen vom 89. Deutschen Ärztetag 1986 in Hannover*. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag
- Bundesärztekammer 2006. Weiterbildungsordnung. www.bundesaerztekammer.de/downloads/MBOStand20061124.pdf
- Burisch, M. (1994). *Das Burnout-Syndrom: Theorie der inneren Erschöpfung*. 2. Aufl. Berlin, Heidelberg, New York: Springer
- Cierpka, M., Buchheim, P., Gitzinger, I., Seifert, Th., Orlinsky, D. (1993). Persönliche und berufliche Entwicklung von Psychotherapeuten. *Praxis der Psychotherapie und Psychosomatik 38*, 336-351
- Cierpka, M., Orlinsky, D., Kächele, H., Buchheim, P. (1997). Studien über Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten - Wer sind wir? Wo arbeiten wir? Wie helfen wir? *Psychotherapeut 42 (5)*, 269-281
- Cremerius, J. (1991). Persönliche Veränderung als Voraussetzung für Psychotherapie. In Buchheim, P., Cierpka, M., Seifert, Th. (Hrsg.) (1991). *Psychotherapie im Wandel. Abhängigkeit*. (S. 89-99) Berlin, Heidelberg, New York: Springer
- Dahlbender, R. W. (2000). Psychotherapeutische Versorgungsstrukturen. In Senf, W., Broda, M. (Hrsg.). *Praxis der Psychotherapie: ein integratives Lehrbuch. Psychoanalyse, Verhaltenstherapie, systemische Therapie*. (2. Auflage) (S.24-31). Stuttgart, New York: Springer
- DIE ZEIT Geschichte (2006). *Sigmund Freud: Genie oder Fantast?* (S.80) Hamburg: Zeitverlag Gerd Bucerius
- Dilling, H., Reimer, Ch. (1997). *Psychiatrie und Psychotherapie* (3. Auflage). Berlin, Heidelberg, New York: Springer
- Dlugos, R.F., Friedlander, M.L. (2001). Passionately Committed Psychotherapists: A Qualitative Study of Their Experiences. *Professional Psychology: Research and Practice, Vol. 32 (3)* 298-304
- Dlugosch, G.E. (1994). Modelle in der Gesundheitspsychologie. In: Schwenkmezger, P., Schmidt, L.R. (Hrsg.) *Lehrbuch der Gesundheitspsychologie*. Stuttgart: Enke
- Dlugosch, G.E., Krieger, W. (1995). *Fragebogen zur Erfassung des Gesundheitsverhaltens (FEG)*. Frankfurt: Swets Test Services.
- Dörner, K. (2002). Gesundheitssystem: In der Fortschrittsfalle. *Deutsches Ärzteblatt, 99 (38)* A2462-2466
- Dulz, B. (2006). Meine lieben Patienten. In Kernberg, O.F., Dulz, B., Eckert, J. (Hrsg.) (2006). *WIR: Psychotherapeuten über sich und ihren „unmöglichen“ Beruf*. Stuttgart: Schattauer, 401-411
- Eckert, J., Hautzinger, M., Reimer, C. (2000). Psychotherapie in der Psychiatrie. In: Reimer, C., Eckert, J., Hautzinger, M., Wilke, E. *Psychotherapie: ein Lehrbuch für Ärzte und*

- Psychologen*. 2. Aufl. Berlin, Heidelberg, New York: Springer, 525-528
- Eckert, J., Hautzinger, M., Reimer, C., Wilke, E. (2000). Grenzen der Psychotherapie. In: Reimer, C., Eckert, J., Hautzinger, M., Wilke, E. *Psychotherapie: ein Lehrbuch für Ärzte und Psychologen*. 2. Aufl.. Berlin, Heidelberg, New York: Springer, 645
- Eggers, C., Lempp, R., Nissen, G., Strunk, P. (1993) (6. Auflage). *Kinder- und Jugendpsychiatrie*. Berlin, Heidelberg, New York: Springer
- Elsaesser, P. S. (1981). *Wenn sie dir zu nahe kommen....: die seelische Ökonomie des Psychotherapeuten*. Weinheim, Basel: Beltz
- Elzer, M. (2004). Ganzheitliche Kompetenz erwerben. 50 Jahre Balint-Gruppen. *Deutsches Ärzteblatt*, 101 (24) A1722-1723
- Endres, M. (2007). 30 Jahre Ärztliche Akademie: „Psychosomatik in der Kindertherapie“ - Symposium zu Ehren von Gerd Biermann. *Akademie Aktuell. Zeitung der Ärztlichen Akademie für Psychotherapie von Kindern und Jugendlichen e.V. München* (2) 1-2
- Engelhardt, D. von (2006). Vom Geist der Psychotherapie - Stationen und Impulse im historischen Kontext. In Kernberg, O. F., Dulz, B., Eckert, J. (Hrsg.). *WIR: Psychotherapeuten über sich und ihren „unmöglichen“ Beruf*. Stuttgart: Schattauer, 222
- Esser, G. (Hrsg.) (2003). *Lehrbuch der klinischen Psychologie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters*. Stuttgart, New York: Thieme
- Faltermaier, T. (1994). Subjektive Konzepte von Gesundheit in einer salutogenetischen Perspektive. In Kolip, P. (Hrsg.). *Lebenslust und Wohlbefinden: Beiträge zur geschlechtsspezifischen Jugendgesundheitsforschung*. Weinheim, München: Juventa, 103-119
- Fengler, J. (1992). Wege zur Supervision. In: Pallasch, W., Mutzeck, W., Reimers, H. (Hrsg.). *Beratung – Training - Supervision. Eine Bestandsaufnahme zum Erwerb von Handlungskompetenz in pädagogischen Arbeitsfeldern*. Weinheim, München: Juventa, 173-187
- Fengler, J. (1994). *Helfen macht müde. Zur Analyse und Bewältigung von Burnout und beruflicher Deformation*. 3. Aufl. München: Pfeiffer
- Fengler, J. (1997). Burnout und Psychohygiene. In: Janssen, P. L., Cierpka, M., Buchheim, P. (Hrsg.). *Psychotherapie als Beruf*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, 83-95
- Filipp, S., Aymanns, P. (1996). Bewältigungsstrategien (Coping). In: Uexküll, Th. von (1996). *Psychosomatische Medizin*. 5. Aufl. München, Wien, Baltimore: Urban & Schwarzenberg, 277-290
- Fonagy, P., Gergely, G., Jurist E.L., Target, M. (2004). *Affektregulierung, Mentalisierung und die Entwicklung des Selbst*. Stuttgart: Klett-Cotta
- Frankl, V.E. (1975). *Ärztliche Seelsorge*. 8. Aufl. München: Kindler
- Freud, A. (1968). *Wege und Irrwege in der Kinderentwicklung*. (2. Auflage 1971) Stuttgart: Huber/Klett
- Freud, A. (1927). *Einführung in die Technik der Kinderanalyse. Sonderausgabe zum 100. Geburtstag von Anna Freud*. (7. Aufl. 1995) München, Basel: E. Reinhardt
- Friedrich, H. (2000). Psychotherapie als soziale Institution und ihre gesellschaftliche Funktion. In: Strauß, B., Geyer, M. (Hrsg.). *Psychotherapie in Zeiten der Veränderung: historische, kulturelle und gesellschaftliche Hintergründe einer Profession*. Wiesbaden: Westdeutscher Verlag, 194-209
- Georgi, H., Levold, T., Wedekind, E. (1990). *Familientherapie: Was sie kann, wie sie wirkt und wem sie hilft*. Mannheim: PAL

- Geyer, M. (1997). Interdisziplinäre Aspekte der Psychotherapie. In: Heigl-Evers, A., Heigl, F., Ott, J., Rüger, U. (Hrsg.). *Lehrbuch der Psychotherapie*. 3. Aufl. Lübeck, Stuttgart, Jena, Ulm: Gustav Fischer, 455-459
- Geyer, M. (2000). Geschichte und Entwicklungslinien der Psychotherapie. In: Senf, W., Broda, M. (Hrsg.). *Praxis der Psychotherapie: ein integratives Lehrbuch. Psychoanalyse, Verhaltenstherapie, systemische Therapie*. 2. Aufl. Stuttgart, New York: Springer, 6-12
- Geyer, S. (2002). Sozialwissenschaftliche Grundlagen. In: Kolip, P. (Hrsg.) *Gesundheitswissenschaften. Eine Einführung*. Weinheim, München: Juventa, 53-77
- Gilroy, P.J., Carroll, L., Murra, J. (2002). A Preliminary Survey of Counseling Psychologists' Personal Experiences With Depression and Treatment. *Professional Psychology: Research and Practice*, 33(4), 402-407
- Grawe, K., Donati, R., Bernauer, F. (1994). *Psychotherapie im Wandel: Von der Konfession zur Profession*. Göttingen: Hogrefe
- Guggenbühl-Craig; A. (1971). *Macht als Gefahr beim Helfer*. Basel, München, Paris, London, New York, Sydney: S. Karger
- Guy, J.D., Poelstra, P.L., Stark, M.J. (1989). Personal Distress and Therapeutic Effectiveness: National Survey of Psychologists Practicing Psychotherapy. *Professional Psychology: Research and Practice*, 20(1), 48-50
- Hamm, A. (2004). Progressive Muskelentspannung. In: Vaitl, D., Petermann, F. (Hrsg.). *Entspannungsverfahren. Das Praxishandbuch*. 3. Aufl. Weinheim, Basel: Beltz/PVU, 189-208
- Heigl-Evers, A., Heigl, F., Ott, J., Rüger, U. (Hrsg.) (1997). *Lehrbuch der Psychotherapie*. 3. Aufl. Lübeck, Stuttgart, Jena, Ulm: Gustav Fischer, IX-XI
- Heim, E. (1986). Medizinsoziologische Aspekte der Krankheit. Übergang von Gesundheit in Krankheit. In: Willi, J., Heim, E. (Hrsg.). *Psychosoziale Medizin: Gesundheit und Krankheit in bio-psycho-sozialer Sicht. Band 2: Klinik und Praxis*. Berlin, Heidelberg, New York, Tokio: Springer, 279-309
- Heim, E. (1992). Stressoren der Heilberufe. Tragen Frauen die größeren Gesundheitsrisiken? *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin*, 38, 207-226
- Heim, E. (1993). Bewältigung der Berufsstressoren in den Heilberufen. *Psychother. Psychosom. med. Psychol.* (43), 307-314
- Herschbach, P. (1991). *Psychische Belastung von Ärzten und Krankenpflegekräften*. Weinheim, Basel, Cambridge, New York: Ed. Medizin, VCH
- Herzlich, C. (1973). *Health and Illness: A Social Psychological Analysis*. London: Academic Press
- Hessel, A., Geyer, M., Weidner, K., Brähler, E. (2006). Subjektive Einschätzung der eigenen Gesundheit und relevantes Verhalten bei niedergelassenen psychologischen Psychotherapeuten. *Psychotherapeut* 51 (4), 290-299
- Hollmann, W. (2004). Prävention von Bewegungsstörungen. In: Hurrelmann, K., Klotz, Th., Haisch, J. (Hrsg.). *Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung*. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Huber, 97-110
- Holm-Hadulla, R.M. (1997). *Die psychotherapeutische Kunst: Hermeneutik als Basis therapeutischen Handelns*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht
- Honorarverteilungsvertrag (2007). *Rheinisches Ärzteblatt* 61 (7), 58-78
- Horner, A.J. (1993). Occupational Hazards And Characterological Vulnerability: The

- Problem of "Burnout". *The American Journal of Psychoanalysis* 53 (2), 137-142
- Hurrelmann, K. (1988). *Sozialisation und Gesundheit. Somatische, psychische und soziale Risikofaktoren im Lebenslauf*. Weinheim, München: Juventa
- Jansen, L.J. (2005). *Stress-Resistenz-Training (SRT): Konzeption und Evaluation des Gruppentrainingsprogramms zur Verbesserung der Stressresistenz*. Berlin: Logos
- Janssen, P.L., Rüger, U. (2006). Weiter- und Ausbildung in psychodynamischen Psychotherapieverfahren. In: Reimer, Ch., Rüger, U. *Psychodynamische Psychotherapien*. 3. Aufl. Heidelberg: Springer, 372-377
- Jaeggi, E., Gödde, G., Hegener, W., Möller, H. (2003). *Tiefenpsychologisch lehren - Tiefenpsychologisch lernen*. Stuttgart: Klett-Cotta
- Jurkat, H.B. (2000). *Lebensqualität und Gesundheitsverhalten von Ärztinnen und Ärzten mit und ohne Substanzabhängigkeit*. Humanbiologische Dissertation, Justus-Liebig-Universität Gießen.
- Jurkat, H.B. (2007). Interviewleitfaden zum Gesundheitsbewusstsein und Gesundheitsverhalten von Ärzten/Ärztinnen bzw. Psychologen/Psychologinnen © Jurkat, 2002. In: Jurkat, H.B. *Empirische Untersuchungen zur Lebensqualität und zum Gesundheitsverhalten in Heilberufen – unter besonderer Berücksichtigung von berufstätigen Ärztinnen und Ärzten*. Habilitationsschrift, Justus-Liebig-Universität Gießen.
- Kaluza, G. (2004). *Stressbewältigung. Trainingsmanual zur psychologischen Gesundheitsförderung*. 3. Aufl. Berlin: Springer
- KBV Kassenärztliche Bundesvereinigung (2005). *Einheitlicher Bewertungsmaßstab (EBM)*. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag
- KBV Kassenärztliche Bundesvereinigung (2006). *Grunddaten zur vertragsärztlichen Versorgung in Deutschland 2005*. Berlin
- KBV Kassenärztliche Bundesvereinigung (2007). *Auszug aus dem Bundesärzteregeister zum 31. Dezember 2006*. per E-Mail von hmunz@kbv.de
- Kernberg, O.F. (1998). Dreißig Methoden zur Unterdrückung der Kreativität von Kandidaten der Psychoanalyse. *Psyche*; 52(3) 199-213
- Kernberg, O.F. (2001). *Affekt, Objekt und Übertragung: aktuelle Entwicklungen der psychoanalytischen Theorie und Technik*. Gießen: Psychosozial-Verlag
- Kielhorn, R. (1997). Psychotherapie in der ärztlichen Praxis. In: Janssen, P.L., Cierpka, M., Buchheim, P. (Hrsg.). *Psychotherapie als Beruf*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, 185-203
- Kirchberger, I. (2000). Der SF-36-Fragebogen zum Gesundheitszustand: Anwendung, Auswertung und Interpretation. In: Ravens-Sieberer, U., Cieza, A. (Hrsg.). *Lebensqualität und Gesundheitsökonomie in der Medizin*. Landsberg: ecomed, 73-85
- KJHG Kinder- und Jugendhilfegesetz im Sozialgesetzbuch VIII. www.kindex.de
- Kleiber, D. (1989). Auch die Helfer brauchen Hilfe. In: Giese, E., Kleiber, D. (Hrsg.). *Das Risiko Therapie*. Weinheim: Beltz, 115-152
- Knölker, U. (1997). *Kinder- und Jugendpsychiatrie systematisch*. Bremen, Lorch/Württemberg: UNI-MED
- Knoepfel, H.-K. (1980). *Einführung in die Balint-Gruppenarbeit*. Stuttgart, New York: Fischer
- König, K. (1997). Psychoanalytisch-sozialpsychologische Selbsterfahrung und Supervision. In: Heigl-Evers, A., Helas, I., Vollmer, H.C. (1997) (Hrsg.): *Die Person des Therapeuten*

- in der Behandlung Suchtkranker: Persönlichkeit und Prozessqualität.* Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, 86
- Kraft, H. (2000). Autogenes Training. In: Senf, W., Broda, M. (2000) (Hrsg.): *Praxis der Psychotherapie*. 2. Aufl. Stuttgart, New York: Thieme, 283-287
- Kramen-Kahn, B., Hansen, N. D. (1998). Rafting the Rapids: Occupational Hazards, Rewards, and Coping Strategies of Psychotherapists. *Professional Psychology: Research and Practice* 29(2) 130-134
- Kriz, J. (2001). *Grundkonzepte der Psychotherapie*. (5. Auflage) Weinheim: Psychologie Verlags Union
- Küchenhoff, J. (2000). Ästhetische Form und unbewusster Sinn - Selbstfürsorge und Identität in Moby Dick. *Psyche*, 54 (1) 51-71
- Kutter, P. (1989). Lust und Unlust in der psychoanalytischen Ausbildung. In: Bareuther, H., Busch, H-J., Ohlmeier, D., Plänklers, T. (Hrsg.): *Forschen und Heilen: Auf dem Weg zu einer psychoanalytischen Hochschule; Beiträge aus Anlass des 25jährigen Bestehens des Sigmund-Freud-Instituts*. Frankfurt am Main: Suhrkamp, 622-626
- Lehmann, Ch. (2000). *Gesundheitsverhalten und gesundheitliche Situation der Heilberufe in Deutschland unter besonderer Berücksichtigung der Ärzteschaft*. Dissertation, Universität zu Köln
- Lehmhaus-Wachtler, D. (2001) Unveröffentlichter Vortrag für das Institut für Psychoanalyse Düsseldorf e.V. anlässlich des 80. Geburtstags von A. Heigl-Evers
- Lehmkuhl, G. & Lehmkuhl, U. (2003). Ethische Fragen in der Psychotherapie von Kindern, Jugendlichen und Familien - Empirische Ergebnisse aus der klinischen Praxis. In: Lehmkuhl, U. (Hrsg.) *Ethische Grundlagen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, 45-58
- Lehmkuhl, U. (2003). Die Kinderanalyse und die nicht-direktive Spieltherapie. In: Esser, G. (Hrsg.) *Lehrbuch der Klinischen Psychologie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters*. Stuttgart: Thieme, 513-517
- Leibing, E., Rüger, U. (1997). Verhaltenstherapie. In: Heigl-Evers, A., Heigl, F., Ott, J., Rüger, U. (Hrsg.). *Lehrbuch der Psychotherapie*. (3. Aufl. Lübeck, Stuttgart, Jena, Ulm: Gustav Fischer, 289
- Leixnering, W., Bogyi, G. (1997). Fragen der Ethik. In: Reinelt, T., Bogyi, G., Schuch, B. (Hrsg.). *Lehrbuch der Kinderpsychotherapie*. München, Basel: E. Reinhardt / UTB für Wissenschaft, 20- 25
- Leppin, A., Schwarzer, R. (1997). Sozialer Rückhalt, Krankheit und Gesundheitsverhalten. In: Schwarzer, R. (Hrsg.). *Gesundheitspsychologie. Ein Lehrbuch*. 2. Aufl. Göttingen, Bern, Toronto, Seattle: Hogrefe, 349-373
- Lichtenberger, F. (2006). Der Kollege als Patient in der ambulanten Psychotherapie. In: Kernberg, O.F., Dulz, B., Eckert, J. (Hrsg.) (2006). *WIR: Psychotherapeuten über sich und ihren „unmöglichen“ Beruf*. Stuttgart: Schattauer, 522-529
- Lieb, H., Braun, M. (2000). Weiterbildung in Verhaltenstherapie: Geschichte – Inhalte - Orientierungsperspektiven. In: Senf, W., Broda, M. (2000) Hrsg.: *Praxis der Psychotherapie*. 2. Aufl. Stuttgart, New York: Thieme, 692-693
- Lieb, H., Braun, M., Senf, W. (2000). Aus- und Weiterbildung in der Psychotherapie. In: Senf, W., Broda, M. (2000) Hrsg.: *Praxis der Psychotherapie*. 2. Aufl. Stuttgart, New York: Thieme, 680-683

- Lippke, S., Vögele, C. (2006). Sport und körperliche Aktivität. In: Renneberg, B., Hammelstein, Ph. (Hrsg.): *Gesundheitspsychologie*. Heidelberg: Springer, 195-216
- Literatur und Medizin. Ein Lexikon. (2005). Hrsg.: Jagow, B. von, Steger, F.. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht
- Löllgen, H. (2002). Körperliche Aktivität beugt Krankheiten vor. *Deutsches Ärzteblatt*, 99 (42), A2758-2760
- Löwer, Ch. (2003). Der Schluck vor der OP. *Die ZEIT* (32), 25
- Lohmann, R. (1996). Suggestive und übende Verfahren. In: Uexküll, Th. von (1996). *Psychosomatische Medizin*. 5. Aufl. München, Wien, Baltimore: Urban & Schwarzenberg, 450-463
- Lutz, R. (2007). Selbstfürsorge und verhaltenstherapeutische Selbsterfahrung. *Verhaltenstherapie & Verhaltensmedizin*, 28(2), 209-232
- Macran, S., Stiles, W.B., Smith, J.A. (1999). How Does Personal Therapy Affect Therapists' Practice? *Journal of Counseling Psychology*, 46(4), 419-431
- Madel, M. (2003). Burn-out-Syndrom: Junge Ärzte gefährdet. *Deutsches Ärzteblatt*, 100 (43), A2820
- Mäulen, B. (2002). Lachen gegen den Stress - eine Begegnung mit Patch Adams. www.aerztegesundheits.de/stress3.htm
- Mäulen, B. (2005). Depression und Suizid bei Ärzten: Barriere aus Scham und Schuld. *Deutsches Ärzteblatt*, 102 (1-2), A32
- Mäulen, B. (2007). *Ärztegesundheits*. München: Urban & Vogel
- Mahoney, M.J. (1997). Psychotherapists' Personal Problems and Self-Care Patterns. *Professional Psychology: Research and Practice*, 28(1), 14-16
- Mann, Th. (1924). *Der Zauberberg*. (Sonderausgabe 2002). Frankfurt am Main: S. Fischer
- Meyers Großes Taschenlexikon in 24 Bänden (1987). Mannheim, Wien, Zürich: BITaschenbuchverlag
- Müller, E., Dallmeyer, U. (1989). Die Ausbildung der analytischen Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten in Frankfurt. In: Bareuther, H., Busch, H.-J., Ohlmeier, D., Plänklers, T. (Hrsg.): *Forschen und Heilen: Auf dem Weg zu einer psychoanalytischen Hochschule; Beiträge aus Anlass des 25jährigen Bestehens des Sigmund-Freud-Instituts*. Frankfurt am Main: Suhrkamp, 659-673
- Müller-Brühn, E. (2003). Geschichte und Entwicklung der analytischen Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapie: Die Arbeit mit den Eltern als Erweiterung des analytischen Bezugsrahmens der Kinderpsychotherapie. In: Vereinigung Analytischer Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten VAKJP (Hrsg.): *Therapeutischer Prozess und Behandlungstechnik bei Kindern und Jugendlichen*. Frankfurt am Main: Brandes & Apsel, 118-122
- Mundle, G., Gottschaldt, E. (2007). Hilfsangebote für suchtkranke Ärzte: Spezifische Behandlungsmaßnahmen ermöglichen eine erfolgreiche Behandlung. *psychoneuro*, 33 (1+2), 13-18
- Murtagh, M.P., Wollersheim, J.P. (1997). Effects of Clinical Practice on Psychologists: Treating Depressed Clients, Perceived Stress, and Ways of Coping. *Professional Psychology: Research and Practice*, 28(4), 361-364
- Musil, R. (1930-1952). *Der Mann ohne Eigenschaften*. (Sonderausgabe 1970). Hamburg: Rowolth
- Olness, K., Kohen, D.P. (2001). *Lehrbuch der Kinderhypnose- und Hypnotherapie*.

Heidelberg: Carl-Auer-Systeme Verlag

Ott, U. (2004). Meditation. In: Vaitl, D., Petermann, F. (Hrsg.). *Entspannungsverfahren. Das Praxishandbuch*. 3. Aufl. Weinheim, Basel: Beltz/PVU, 176-187

Petermann, F., Vaitl, D. (2004). Entspannungsverfahren - eine Einführung. In: Vaitl, D., Petermann, F. (Hrsg.). *Entspannungsverfahren. Das Praxishandbuch*. 3. Aufl. Weinheim, Basel: Beltz/PVU, 1-15

Pietrowsky, R. (2006). Ernährung. In: Renneberg, B., Hammelstein, Ph. (Hrsg.). *Gesundheitspsychologie*. Heidelberg: Springer, 173-194

Pope, K.S., Tabachnick, B.G. (1994). Therapists as Patients: A National Survey of Psychologists' Experiences, Problems, and Beliefs. *Professional Psychology: Research and Practice*, 25(3), 247-258

Potthoff, P. (1991). Methoden. In: Rosemeier, H.P. (1991). *Medizinische Psychologie und Soziologie*. Stuttgart: Enke

Pschyrembel (2004). *Klinisches Wörterbuch*. (260. Auflage). Berlin, New York: Walter de Gruyter

Pudel, V. (2004). Prävention von Ernährungsstörungen. In: Hurrelmann, K., Klotz, Th., Haisch, J. (Hrsg.). *Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung*. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Huber, 111-120

Pühl, H. (Hrsg.) (1996). *Supervision in Institutionen. Eine Bestandaufnahme*. Frankfurt am Main: Fischer Taschenbuch

Rad, M. von (1997). Psychotherapie als Beruf. In: Janssen, P.L., Cierpka, M., Buchheim, P. (Hrsg.). *Psychotherapie als Beruf*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, 27-41

Radeke, J.A.T., Mahoney, M.J. (2000). Comparing the Personal Lives of Psychotherapists and Research Psychologists. *Professional Psychology: Research and Practice*, 31(1), 82-84

Raquepaw, J.M., Miller, R.S. (1989). Psychotherapist Burnout: A Componential Analysis. *Professional Psychology: Research and Practice*, 20(1), 32-36

Rasch, D., Herrendörfer, G., Bock, J., Victor, N., Guiard, V. (Hrsg.) (1998). *Verfahrensbibliothek Versuchsplanung und -auswertung*. Band I und II. München: Oldenbourg.

Rauchfleisch, U. (1982). *Nach bestem Wissen und Gewissen*. Göttingen: Verlag für Medizinische Psychologie

Reddemann, L. (2006). Selbstfürsorge. In: Kernberg, O.F., Dulz, B., Eckert, J. (Hrsg.) (2006). *WIR: Psychotherapeuten über sich und ihren „unmöglichen“ Beruf*. Stuttgart: Schattauer, 568

Reimer, Ch. (1991). Probleme beim Umgang mit schwierigen Patienten. *Schweiz. Rundschau Med. (PRAXIS)* 80, Nr. 8, 157-162

Reimer, Ch. (1994). Lebensqualität von Psychotherapeuten. *Psychotherapeut*, 39, 73-78

Reimer, Ch. (1997). Gefahren bei der Ausübung des psychotherapeutischen Berufes. *Psychotherapeut*, 42, 307-313

Reimer, Ch. (2000). Ethische Aspekte der Psychotherapie. In: Reimer, C., Eckert, J., Hautzinger, M., Wilke, E. *Psychotherapie: ein Lehrbuch für Ärzte und Psychologen*. 2. Aufl. Berlin, Heidelberg, New York: Springer, 652-655

Reimer, Ch. (2000a). Berufliche Belastungen und Probleme der Lebensqualität von Psychotherapeuten. *Persönlichkeitsstörungen*, 4, 69-75

Reimer, Ch. (2006). Probleme der Lebensqualität von Psychotherapeuten. In: Kernberg, O.F., Dulz, B., Eckert, J. (Hrsg.) (2006). *WIR: Psychotherapeuten über sich und ihren*

„unmöglichen“ Beruf. Stuttgart: Schattauer, 92-101

Reimer, Ch., Jurkat, H.B., Mäulen, B., Stetter, F. (2001). Zur Problematik der Suchtgefährdung von berufstätigen Medizinern. Lebensqualität und Gesundheitsverhalten von Ärztinnen und Ärzten mit und ohne Substanzabhängigkeit. *Psychotherapeut*, 46, 376-385

Reinelt, T. (1997). Die Persönlichkeit des Kinderpsychotherapeuten. In: Reinelt, T., Bogyi, G., Schuch, B. (Hrsg.). *Lehrbuch der Kinderpsychotherapie*. München, Basel: E. Reinhardt / UTB für Wissenschaft, 273-276

Reinelt, T., Bogyi, G., Schuch, B. (1997). Einleitung: Was ist Kinderpsychotherapie? In: Reinelt, T., Bogyi, G., Schuch, B. (Hrsg.). *Lehrbuch der Kinderpsychotherapie*. München, Basel: E. Reinhardt / UTB für Wissenschaft, 11-12

Remschmidt, H., Schmidt, M.H. (Hrsg.) (1988). *Kinder- und Jugendpsychiatrie in Klinik und Praxis*. Stuttgart, New York: Thieme

Remschmidt, H. (1995). Grundlagen psychiatrischer Klassifikation und Psychodiagnostik. Epidemiologie psychiatrischer Störungen und Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter. In: Petermann, F. (Hrsg.) *Lehrbuch der Klinischen Kinderpsychologie: Modelle psychischer Störungen im Kindesalter*. Göttingen: Hogrefe, 3-4

Richter, R. (2006). Über Kandidaten und Alumni - Fakten und Ansichten zur psychotherapeutischen Ausbildung. In: Kernberg, O.F., Dulz, B., Eckert, J. (Hrsg.). *WIR: Psychotherapeuten über sich und ihren „unmöglichen“ Beruf*. Stuttgart: Schattauer, 45

Rosner, R. (Hrsg.) (2006). *Psychotherapieführer Kinder und Jugendliche: Seelische Störungen und ihre Behandlung*. München: Beck

Roth, J.K. (1988). *Hilfe für Helfer: Balint-Gruppen* (3. Auflage). München: Piper

Rottenfuß, R. (1999). Studie zur Arbeitszufriedenheit der Vertragsärzte: Viele Kassenärzte fühlen sich ausgebrannt. *Deutsches Ärzteblatt*, 96 (10), A610-613

Rüger, U., Bell, K. (2006). Psychotherapeutische Versorgung im Rahmen der gesetzlichen Krankenkassen und anderer Kostenträger. In: Reimer, Ch., Rüger, U. *Psychodynamische Psychotherapien: Lehrbuch der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapieverfahren*. 3. Aufl. Heidelberg: Springer, 361-366

Rüger, U., Reimer, Ch. (2006). Gemeinsame Merkmale und Charakteristika psychodynamischer Psychotherapieverfahren. In: Reimer, Ch., Rüger, U. *Psychodynamische Psychotherapien: Lehrbuch der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapieverfahren*. 3. Aufl. Heidelberg: Springer, 7

Rüegg, J. C. (2006). *Gehirn, Psyche und Körper. Neurobiologie von Psychosomatik und Psychotherapie*. Stuttgart: Schattauer, 152-157

Sachs, L. (2002). *Angewandte Statistik*. (10. Auflage). Berlin: Springer

Schaff, Ch. (2007). „Kindergesundheit“ als Hauptthema beim 110. Deutschen Ärztetag in Münster. *Forum für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie. Mitgliederrundbrief Berufsverband für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie in Deutschland e.V.* 17(2), 18-26

Schindler-Marlow, S. (2007). Fit bleiben durch Bewegung. *Rheinisches Ärzteblatt*, 9, 11-12

Schmelzer, D. (1999). Probleme und Möglichkeiten begleitender Elternarbeit. In: Borg-Laufs, M. (Hrsg.). *Lehrbuch der Verhaltenstherapie mit Kindern und Jugendlichen. Band 1: Grundlagen*. Tübingen: dgvt, 361-400

- Schmidbauer, W. (1992). *Helfen als Beruf*. Reinbek: Überarb. u. erw. Aufl. Rowohlt Taschenbuch Verlag
- Schmidbauer, W. (1997). *Wenn Helfer Fehler machen: Liebe, Missbrauch und Narzissmus*. Reinbek: Rowolth
- Schmidbauer, W. (2006). Burn-out in der Psychotherapie. In: Kernberg, O.F., Dulz, B., Eckert, J. (Hrsg.) (2006). *WIR: Psychotherapeuten über sich und ihren „unmöglichen“ Beruf*. Stuttgart: Schattauer, 376-384
- Schmidt, A. (2000). *Gesundheitsverhalten von Hausärztinnen und Hausärzten*. Dissertation, Philipps-Universität Marburg
- Schmidt, R. (1986). Die Kosten der Einfühlung: zur psychischen Belastung des Psychotherapeuten in der Psychotherapie. *Z. f. Individualpsychol.*, 11, 231-240
- Schmidtchen, St. (1991). *Klientenzentrierte Spiel- und Familientherapie*. 3. Aufl. Weinheim: Psychologie Verlags Union
- Schmidtchen, St. (2001). *Allgemeine Psychotherapie für Kinder, Jugendliche und Familien. Ein Lehrbuch*. Stuttgart, Köln: Kohlhammer
- Schneider, W. (2000). Welche Auswirkungen hat das Psychotherapeutengesetz auf die zukünftigen psychotherapeutischen Konzepte und Behandlungsansätze? In: Strauß, B., Geyer, M. (Hrsg.). *Psychotherapie in Zeiten der Veränderung: historische, kulturelle und gesellschaftliche Hintergründe einer Profession*. Wiesbaden: Westdeutscher Verlag, 524-533
- Schröder, T. (1997). Was lange währt, wird auch nicht leichter. Schwierigkeiten und Bewältigungsstrategien in der psychotherapeutischen Arbeit. In: Janssen, P.L., Cierpka, M., Buchheim, P. (Hrsg.). *Psychotherapie als Beruf*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, 223-239
- Schwartz, F.W., Siegrist, J., Troschke, J. von, Schlaud, M. (2003). Gesundheit und Krankheit in der Bevölkerung: Wer ist gesund? Wer ist krank? Wie gesund bzw. krank sind Bevölkerungen. In: Schwartz, F.W., Bandura, B., Busse, R., Leidl, R., Raspe, H., Siegrist, J., Walter, U. (Hrsg.) *Public Health. Gesundheit und Gesundheitswesen*. 2. Aufl. München, Jena: Urban & Fischer, 23-47
- Schwarzer, R. (1994). *Psychologie des Gesundheitsverhaltens*. (2. Auflage). Göttingen, Bern, Toronto, Seattle: Hogrefe
- Scobel, W.A. (1988). *Was ist Supervision?* Göttingen: Verlag für Medizinische Psychologie im Verl. Vandenhoeck & Ruprecht
- Seiffge-Krenke, I. (2004). *Psychotherapie und Entwicklungspsychologie. Beziehungen: Herausforderungen, Ressourcen, Risiken*. Berlin, Heidelberg, New York: Springer, 253-259
- Senf, W., Broda, M. (2000). Was ist Psychotherapie? Versuch einer Definition. In: Senf, W., Broda, M. (Hrsg.) *Praxis der Psychotherapie 2*. Aufl. Stuttgart, New York: Thieme, 2-5
- Seer, P. (2000). Übende und entspannende Verfahren. In: Senf, W., Broda, M. (Hrsg.). *Praxis der Psychotherapie*. 2. Aufl. Stuttgart, New York: Thieme, 277-282
- Siegrist, J. (2003). Machen wir uns selber krank?: Gesundheitsverhalten – psychosoziale Aspekte. In: Schwartz, F.W., Bandura, B., Busse, R., Leidl, R., Raspe, H., Siegrist, J., Walter, U. (Hrsg.) *Public Health. Gesundheit und Gesundheitswesen*. 2. Aufl. München, Jena: Urban & Fischer, 139-149
- Siegrist, J., Knesebeck, O. von dem (2004). Prävention chronischer Stressbelastung. In: Hurrelmann, K., Klotz, Th., Haisch, J. (Hrsg.). *Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung*. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Huber, 121-129

- Sommer, R. (2000). *Die Rolle sozialer Unterstützung bei der Aufnahme und Fortführung gesundheitsbezogenen Verhaltens*. (Psychologie, Band 28). Landau: Verlag Empirische Pädagogik
- Statistisches Bundesamt (2006). Gebiet und Bevölkerung, Stand 30.11.2006. www.statistik-portal.de/Statistik-Portal/de_jb01_jahrta1.asp
- Steger-Hain, Z. (1992). Die Kinderpsychotherapie Hans Zullingers. In: Biermann, G. (Hrsg.). *Handbuch der Kinderpsychotherapie V*. München, Basel: E. Reinhardt, 624-635
- Stern, K. (1996). *Ende eines Traumberufs? Lebensqualität und Belastungen bei Ärztinnen und Ärzten*. Münster, New York: Waxman
- Stevens, J. (1986). *Applied multivariate statistics for the social sciences*. Hillsdale: Erlbaum
- Stiftung Warentest (Hrsg.) (1996). *Handbuch: Die Andere Medizin. Nutzen und Risiken sanfter Heilmethoden*. Berlin: Stiftung Warentest, 131-138, 173
- Stöckel, S., Walter, U. (2002). Prävention im 20. Jahrhundert: Grundriss und Prolog. In: Stöckel, S., Walter, U. (Hrsg.) *Prävention im 20. Jahrhundert: Historische Grundlagen und aktuelle Entwicklungen in Deutschland*. Weinheim, München: Juventus, 11-17
- Streeck, U. (2004). *Auf den ersten Blick: Psychotherapeutische Beziehung unter dem Mikroskop*. Stuttgart: Klett-Cotta
- Strotzka, H. (1975). Was ist Psychotherapie? In: Strotzka, H. (Hrsg.). *Psychotherapie: Grundlagen, Verfahren, Indikationen*. München, Berlin, Wien: Urban & Schwarzenberg, 3-6
- Swearingen, Ch. (1990). The Impaired Psychiatrist. *Psychiatric Clinic of North America*, 13(1), 1-11
- Thoreson, R.W., Miller, M., Krauskopf, Ch.J. (1989). The Distressed Psychologist: Prevalence and Treatment Considerations. *Professional Psychology: Research and Practice*, Vol. 20 (3), 153-158
- Tömmel, S.E. (2006). *Wer hat Angst vor Sigmund Freud?* Frankfurt am Main: Brandes & Apsel
- Tröscher-Hüfner, U. (1997). Entwicklung der therapeutischen Verantwortung in der Systemtherapie durch Supervision und Selbsterfahrung. In: Heigl-Evers, A., Helas, I., Vollmer, H.C. (Hrsg.). *Die Person des Therapeuten in der Behandlung Suchtkrankter: Persönlichkeit und Prozessqualität*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, 117
- Trojan, A., Legewie, H. (2001). *Nachhaltige Gesundheit und Entwicklung*. Frankfurt/Main: VAS
- Vaitl, D. (2004). Autogenes Training. In: Vaitl, D., Petermann, F. (Hrsg.). *Entspannungsverfahren. Das Praxishandbuch*. 3. Aufl. Weinheim, Basel: Beltz/PVU, 87-104
- Vetter, A.D.E. (2004). *Lebensqualität von psychologischen und ärztlichen Psychotherapeuten*. Diplomarbeit Fachgebiet Psychologie, Justus-Liebig-Universität Gießen
- VPK Vereinigung psychotherapeutischer Kassenärzte e.V.: www.vpk.eu
- Wendel, H. (2003). Absolute Überbetonung von Leistung. Interview. *Deutsches Ärzteblatt*, 100 (36) A2272-2273
- Werner, N., Böhm, M. (2004). Prävention von Herz- Kreislauf- Krankheiten. In: Hurrelmann, K., Klotz, Th., Haisch, J. (Hrsg.). *Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung*. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Huber, 131-141
- Wilke, E. (2006). Der Kollege als Patient in der stationären Psychotherapie. In: Kernberg, O.F., Dulz, B., Eckert, J. (Hrsg.) (2006). *WIR: Psychotherapeuten über sich und ihren „unmöglichen“ Beruf*. Stuttgart: Schattauer, 532-533

- Will, H. (2006). *Psychoanalytische Kompetenzen. Standards und Ziele für die psychotherapeutische Ausbildung und Praxis*. Stuttgart: Kohlhammer
- Willi, J. (1986). Der Arzt / Die Ärztin. In: Willi, J., Heim, E. (Hrsg.). *Psychosoziale Medizin: Gesundheit und Krankheit in bio-psycho-sozialer Sicht. Band 1: Grundlagen*. Berlin, Heidelberg, New York, Tokio: Springer, 1-15
- Willutzki, U., Ambühl, H., Cierpka, M., Meyerberg, J., Orlinsky, D. & das SPR Collaborative Research Network (1997). Zufrieden oder ausgebrannt: Die berufliche Moral von Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten. In: Janssen, P.L., Cierpka, M., Buchheim, P. (Hrsg.). *Psychotherapie als Beruf*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, 207-222
- Willutzki, U., Orlinsky, D., Cierpka, M., Ambühl, H., Laireiter, A.-R., Meyerberg, J. & das SPR Collaborative Research Network. (2006). WIR- Daten über uns. Psychotherapeuten in Deutschland, Österreich und der Schweiz. In: Kernberg, O.F., Dulz, B., Eckert, J. (Hrsg.) (2006). *WIR: Psychotherapeuten über sich und ihren „unmöglichen“ Beruf*. Stuttgart: Schattauer, 26-38
- Wintsch, H. (1998). *Gelebte Kindertherapie: Kinder- und Jugendpsychotherapeuten des 20. Jahrhunderts im Gespräch*. München, Basel: E. Reinhardt
- Zauner, J. (1976). *Familiendynamik und analytische Kindertherapie*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht
- Zimprich, V. (2004). Kinderpsychotherapie braucht eigene Ansätze: Die Einbeziehung der Familie in die Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie: ein interpersoneller Arbeitsansatz. In: Zimprich, V., Froschmayer, E., Heindl, H. (Hrsg.) *Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie: Ein eigenständiger Ansatz innerhalb der Psychotherapie*. Wien: LexisNexis Verlag ARD ORAC, 29-34
- Zullinger, H. (1966). *Bausteine zur Kinderpsychotherapie und Kinderpsychologie*. 2. Aufl. Bern: Huber
- Zundel, E., Zundel, R. (1987). *Leitfiguren der Psychotherapie: Leben und Werk*. München: Kösel

Adresse der Autorin:

Dr. med. Ute Müller

Praxis für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychotherapie

Von-der-Leyen-Str. 21

51069 Köln

Tel. 0221-8201438

E-Mail: kjp-utemueller@web.de

Zur Diskussion gestellt

Arbeitspapier des Vorstands der BAG zur Stationären Psychosomatik für Kinder und Jugendliche

Edelhard Thoms & Renate Schepker

Einleitung

Psychosomatik für Kinder und Jugendliche ist für uns zunächst eine existierende und seit vielen Jahren selbstverständlich vorgehaltene Teildisziplin der Kinder- und Jugendpsychiatrie, die nicht umsonst in allen Fachverbänden daneben die „Psychosomatik und Psychotherapie“ als Namen trägt.

Unter der Bezeichnung „psychosomatische Erkrankungen“ fasst man eine Gruppe von Störungen zusammen, die mit einer körperlichen Symptomatik und einem fassbaren körperlichen Befund einhergehen, bei denen jedoch psychische Einflüsse als Ursache, Teilursache oder den Krankheitsprozess aufrecht erhaltende Faktoren angenommen werden (Renschmidt 2004).

Bei Kindern und Jugendlichen sind psychosomatische Erkrankungen im Gegensatz zu psychiatrischen Erkrankungen epidemiologisch nicht seltener anzutreffen als bei Erwachsenen, was auch bereits für Störungen des Säuglingsalters gilt (z.B. in Form früher Interaktionsstörungen). Bei Jugendlichen ist für einige Störungsbilder sogar mit einer deutlich höheren Prävalenz zu rechnen, auch mit einer steigenden Inzidenz (z.B. für Anorexia nervosa; Holtkamp u. Herpertz-Dahlmann 2005 geben in ihrer Übersicht 1-3 % Prävalenz bei weiblichen Jugendlichen an). Das Störungsbild der schweren Anorexia nervosa als „klassischer Psychosomatose“ findet sich regelhaft unter den 10 häufigsten Diagnosen in den Qualitätsberichten kinder- und jugendpsychiatrischer Fachkrankenhäuser und Abteilungen, und selbstverständlich hat das Fachgebiet sowohl Leitlinien als auch integrierte Behandlungskonzepte für

die häufigsten psychosomatischen Störungsbilder entwickelt, die auch in keinem Lehrbuch fehlen.

Neben dieser Entwicklungslinie hat sich mit der Debatte um die Zusatzqualifikation „Sozialpädiatrie“ auf den Ärztetagen und in Arbeitsgruppen eine Versorgungszielgruppe von Patienten herausgebildet, die primär aufgrund einer chronisch somatischen Störung behandlungsbedürftig, jedoch reaktiv bezogen auf die Grundproblematik psychisch beeinträchtigt sind und bei denen der Verlauf der somatischen Störung wiederum stark von psychischen Faktoren abhängt. Dazu gehören z.B. seit der Weiterentwicklung des Wissensstandes zur Genese der früher als „klassische Psychosomatosen“ (oder „holy seven“ nach Alexander) bezeichneten Störungen beispielsweise Asthma, Neurodermitis, Colitis ulcerosa, M. Crohn, im weiteren darüber hinaus auch Diabetes, Mucoviszidose, Niereninsuffizienz und bösartige Neubildungen. Hierbei sind sowohl Verschlechterungen der psychischen Befindlichkeit infolge somatischer Probleme als auch Verschlechterungen des somatischen Funktionsstatus durch psychische Probleme zu verzeichnen.

Zu unterschiedlichen Anteilen zu verschiedenen Zeitpunkten benötigen diese Patienten qualifizierte psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung einerseits und somatisch-pädiatrische Behandlung andererseits. Sehr oft wird beides gleichzeitig benötigt.

Insgesamt rechnen die kinder- und jugendpsychiatrischen Fachgesellschaften mit 8-10 % aller Kinder und Jugendlichen, die in einem Überschneidungsbereich mit körperlichen Beschwerden gleichzeitig an kinder- und jugendpsychiatrischen Störungen im engeren Sinne leiden (Barkmann u. Schulte-Markwort 2004). Unter stationären Patienten in Kinderkliniken gehen verschiedene Studien von 15-20 % kinderpsychiatrischer Störungen aus, die als „new hidden morbidity“ beschrieben wurden und in Kinderkliniken ohne zusätzliche therapeutische Ressourcen nicht adäquat versorgt werden können (Thun-Hohenstein 2001). Kinder- und jugendmedizinische Patienten mit sekundärer begleitender seelischer Problematik, Diabetes, somatisch chronischen Erkrankungen, körperlichen Verletzungen, d.h. psychosomatisch behandlungsbedürftige Patienten stellen 30% der Klientel an pädiatrischen Kliniken dar.

Jugendmedizin ist ohne ein ausgewiesenes und qualitativ exzellentes psychosomatisches Versorgungsangebot im ambulanten und stationären Bereich unvollständig.

Daraus ergibt sich eine gemeinsame Versorgungsaufgabe von Pädiatrie und Kinder- und Jugendpsychiatrie insofern, als sich hier zwischen zwei Fächern eine mögliche Schnittmenge gemeinsamer Patienten herausgebildet hat, die die Kompetenz beider Seiten benötigen. Hier müssen komplexe Lösungen an den Schnittstellen gefunden werden. Eine gemeinsame „Fallsicht“ und abgestimmte Behandlungsstrategien erscheinen notwendig.

In dieser Situation werden in den Fachgesellschaften zunehmend gemeinsame Positionen artikuliert und Kooperationsmodelle vorgeschlagen (DAKJ 2002, Schulte-Markwort und Lehmkuhl 2004). An einigen Standorten im Bundesgebiet sind solche Kooperationen bereits etabliert⁴. Die bereits heute weit besser ausgebauten Strukturen psychosomatischer Versorgung für Erwachsene können den Bedürfnissen von Kindern und Jugendlichen (z.B. hinsichtlich des therapeutischen Milieus, der Notwendigkeit zu Kontakt mit Gleichaltrigen, altersgerechter Zugänge zur Psychotherapie und familienbezogener Angebote sowie fortlaufenden Schulunterrichts) nicht gerecht werden. Bis zum 18. Lebensjahr sind die Kinder- und Jugendpsychiatrie und die Pädiatrie für psychosomatische Erkrankungen zuständig.

Rehabilitationseinrichtungen verfügen aufgrund ihres anders definierten Auftrags bezüglich technischer und personeller Ausstattung und wegen der meist nicht strukturell festgelegten Kooperation zwischen Kinder- und Jugendmedizin und Kinder- und Jugendpsychiatrie und aufgrund des nicht systematischen Familieneinbezugs in aller Regel nicht über ein geeignetes therapeutisches Setting zur Therapie der psychosomatischen Erkrankungen des Kindes- und Jugendalters. Zu dieser Situation hat die Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation 2008 strukturelle Vorgaben gemacht: je nach Schwerpunktsetzung der Einrichtung muss die entsprechende Facharztkompetenz auf Leitungsebene vorgehalten werden. Maßnahmen zur Sicherung der Nachhaltigkeit sind sicherzustellen. Einzelne Rehabilitationseinrichtungen für psychosomatisch erkrankte Kinder unter kinder- und jugendpsychiatrischer Leitung existieren.⁵

⁴ (z.B. in Hamburg (UKE), Berlin (Charité), Frankfurt (Clementinen Hospital), Augsburg (Josefinum) und Heilbronn (SLK-Klinik))

⁵ Z.B. in Bad Bodenteich, Neckargmünd, Löbau, Bad Sassendorf, Wangen

Zur Ressourcenschonung und Optimierung der Versorgung sind aus Sicht der BAG fachübergreifende und sektorenübergreifende integrative Strukturen notwendig.

Hierzu werden folgende Standpunkte zu Versorgungsstrukturen und Versorgungsmodellen vertreten:

- Die bereits vorhandene psychosomatische Mangelversorgung in Kinderkliniken kann durch herkömmliche Konsiliartätigkeit und Mitarbeit von Psychologen auf pädiatrischen Stationen nicht aufgefangen werden. DRG's lassen keine ausreichende Zeit für Diagnostik Begleitung und Therapie oder sind zu „therapielastig“ in kurzen Zeiteinheiten, vor allem ist in diesen im Gegensatz zur Psych-PV kein milieuthérapeutisches Gesamtkonzept beschrieben. Die bisher in Bayern etablierte Möglichkeit für Träger, zwischen einer DRG- und einer Psych-PV-Finanzierung psychosomatischer Stationen für Kinder und Jugendliche zu wählen, stellt aus Sicht der BAG daher keine ernsthafte Alternative dar.
- Die Integration der verschiedenen Kompetenzen und Versorgungsinteressen muss durch strukturelle Konzepte verbessert werden.
- In Kinderbehandlungszentren, in denen die integrative Arbeit der verschiedenen Fachgebiete realisiert werden kann ist eine Grund- und Spezialversorgung bis hin zur Maximalversorgung Behandlung komplexer Störungsbilder möglich.
- Kliniken die über eine pädiatrische und eine kinder- und jugendpsychiatrische Abteilung verfügen können unter der Leitung der KJPPP oder unter einer dualen gleichberechtigten pädiatrischen und kinder- und jugendpsychiatrischen Leitung eine interdisziplinäre Psychosomatik realisieren. Hier ist eine Personalbesetzung nach Psych-PV und eine Abrechnung über tagesgleiche Pflegesätze möglich und ökonomisch sowie den Patientenbedürfnissen angemessen, zumal die Realisierung der intensivsten und dennoch zeitextensiven sozialpädiatrischen OPS 2009 eine eher höhere Personalausstattung vorgibt, die eigens zu verhandeln wäre.
- Eine psychosomatische Station innerhalb einer Pädiatrie darf aus Sicht der BAG nur durch einen Kinder- und Jugendpsychiater (evtl. in dualer gleichberechtigter Leitung, s.u.) geleitet werden, sofern F-Diagnosen als Erstdiagnosen überwiegen. Dieser ist weisungsbefugt und ärztlich letztverantwortlich. Das Casemanagement für die psychiatrische Seite der Störung liegt in seiner Hand. Duale gleichberechtigte Leitungen sind auch hier gut denkbar. Zur Ausstattung im Personalbereich s.o.. Das Personal ist primär mit psychosomatischen Aufgaben beauftragt. Abgerechnet werden

Leistungen über tagesgleiche Pflegesätze oder OPS (s.u.). Laut Psych-PV wäre zu gewährleisten dass die psychosomatische Abteilung ein eigenes Budget zugewiesen bekommt, d.h. dass das finanzierte Personal nicht anderweitig eingesetzt wird.

- Pädiatrische Kliniken, die psychologische/psychotherapeutische Betreuung vorhalten, sollten falls sie Patienten mit F-Diagnosen, auch als für die erbrachte Behandlung relevanter Zweitdiagnose, behandeln, einen Kinder- und Jugendpsychiater hinzuziehen können. (s. Grundsatzpapier der GKind zur Qualitätssicherung 2008). Vernetzungsmodelle der integrativen Versorgung fach- und sektorenübergreifend sind zu realisieren. Sowohl der kooperierende niedergelassene KJPP als auch die Institutsambulanz der regionalen KJPPP Versorgungsklinik können hier als Kooperationspartner fungieren. Bei diesem Modell muss durch Ergänzungen zu den DRG / OPS eine angemessene Vergütung der Leistungen von Pädiatrie und KJPPP sichergestellt werden.
- Supervision und gegenseitige Fallkonferenzen können die Zusammenarbeit fördern.
- Netzwerke fach- und sektorenübergreifend können Standortnachteile reduzieren und Ressourcen mobilisieren.
- Casemanager bei allen Patienten mit vorrangigen F-Diagnosen (Erstdiagnosen) sollte jedoch der Kinder- und Jugendpsychiater sein.

Grundvoraussetzungen

Folgende Grundvoraussetzungen sind aus Sicht der BAG bei der Planung eines Angebotes für psychosomatisch kranke Kinder und Jugendliche zu beachten:

In der Versorgung psychosomatisch erkrankter Kinder und Jugendlicher sollten zur Sicherung der Nachhaltigkeit in der Weiterbehandlung nach stationärer Entlassung Netzwerke von medizinischen und Jugendhilfeinstitutionen geschaffen werden. Im Bereich Essstörungen und bei Verdacht auf Kindeswohlgefährdung oder Misshandlung ist eine Kooperation besonders notwendig. Durch das Zusammenführen von Kompetenzen im Rahmen der Kooperation kann die Qualität der Versorgung erheblich verbessert werden.

Die Mindestausstattung psychosomatischer Stationen sollte nach den Qualitätsmerkmalen der Psych PV erfolgen, die entsprechend des KHREG Grundlage für ein neues Entgeltsystem auch in der Psychosomatik werden soll.

Über den Zugang zur jeweiligen medizinischen Fachdisziplin wird der primäre Fokus definiert.

In der Pädiatrischen Psychosomatik besteht der primäre Fokus im Somatischen und es wird eine psychotherapeutische Begleittherapie durchgeführt. In der KJPP-Psychosomatik ist der primäre Fokus die zugrunde liegende seelische Störung und sekundär die somatischen Folgen oder Ursachen.

- Alle Patienten mit F - Erstdiagnosen und zusätzlicher somatischer Zweitdiagnose können psychosomatisch von der KJPPP behandelt werden, sofern die enge Kooperation mit der Pädiatrie strukturell gewährleistet und finanziert ist.
- Alle Patienten mit somatischen Erstdiagnosen und zusätzlicher F – Zweitdiagnose können psychosomatisch von der Pädiatrie behandelt werden, sofern die enge Kooperation mit der KJPPP strukturell gewährleistet ist.

Das Einweisungsverhalten und die elterliche Akzeptanz stellen weitere Weichen.

Hausärzte, Pädiater, Eltern, Lehrer usw. beeinflussen den primären Zugang ins Hilfenetz.

Die Diagnosen sind nicht ausschlaggebend in der Planung von Behandlung und Hilfen. Die unterschiedlichen Kompetenzen und Interventionsmöglichkeiten des Hilfenetzes bestimmen vielmehr den weiteren Weg. Die unbedingt zu fordernde enge Kooperation von Pädiatrie und KJPPP in der psychosomatischen Versorgung sichert den Qualitätsstandard und führt den Behandlungspfad in die am besten geeignete Behandlungsinstitution.

Diagnostik

Entwicklungstypische und soziale Komponenten, wie sie im multiaxialen Diagnoseschema der KJPPP abgebildet sind, sind für die Gesamteinschätzung des Störungsbildes unabdingbar. Psychosomatische Verständnismodelle basieren auf der Analyse von biopsychosozialen Interaktionen, so dass eine umfassende Diagnostik des Umfeldes (nach MAS Achse 5) und des Behinderungsschweregrades (nach MAS Achse 6 und ICF) vorzunehmen sind.

Eine Leitlinie für die Kinder-Psychosomatik muss die Frage klären helfen: was braucht das individuelle Kind und wer hat die besten fachlichen und strukturellen Voraussetzungen zur Behandlung?

Durch frühzeitige Kooperation in der Diagnostik und Therapie lässt sich eine Qualitätsverbesserung erreichen und Doppeluntersuchungen oder sequentielle Aufenthalte lassen sich vermeiden. Die verschiedenen fachlichen Diagnostik- und Interventionsschritte sowie die Interaktionen der Spezialisten miteinander müssen operationalisiert, die gemeinsame Schnittmenge definiert und Entscheidungsbäume entwickelt werden. Eine „Kultur“ gemeinsamer Dokumentation ist wünschenswert.

Sektorenübergreifende Versorgung – Gründung von Versorgungszentren

- Psychosomatischer Versorgungsbedarf wird nicht durch die Diagnose nach ICD begründet, sondern durch den Bedarf an interdisziplinärer Kooperation. Die Psychosomatik ist die zentrale Verbindungsachse der KJPPP zur Pädiatrie. Sie erfordert nicht nur die Kooperation und Vernetzung klinischer Strukturen sondern auch diese mit dem niedergelassenen Bereich der Kinder- und Jugendmedizin und Kinder- und Jugendpsychiatrie, sowie den PIA-KJP.
- Die Verzahnung von ambulanten und stationären diagnostischen und therapeutischen Interventionen ist fachübergreifend zu realisieren.
- Psychosomatische Stationen mit Lokalisierung in nur einem Fachgebiet sollten Konsiliardienste in Anspruch nehmen und zur Verfügung gestellt bekommen. Die Kosten sollten neben den aktuellen OPS-Prozeduren oder der Psych-PV zusätzlich von den Kostenträgern erstattet werden oder in diese Finanzierungssysteme integriert werden. Diese Erweiterung der Finanzierung ist notwendig, um interdisziplinäre fachübergreifende Arbeit zu ermöglichen, Doppeluntersuchungen und Fehlbelegungen zu vermeiden und den Patienten durch die diagnostischen und therapeutischen Schritte der kooperierenden Fachdisziplinen begleiten zu können. Für den Patienten belastende Verlegungen können so vermieden werden.
- Voraussetzung für die Schaffung von solchen Versorgungsnetzen ist eine intensive Zusammenarbeit.
- Für die strukturelle und finanzielle Absicherung müssen entsprechende Modelle entwickelt werden.

- IV-Projekte sind zur Realisation nicht geeignet, da Patienten mit schweren Störungsbildern nach wie vor stationär behandelt werden müssen.

Kooperation mit der Pädiatrie im ambulanten Bereich

- In der ambulanten psychosomatischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen ist eine enge Kooperation von Kinder- und Jugendpsychiatrie und Kinder- und Jugendmedizin Voraussetzung. Interdisziplinäre Ambulanzen sind ein sinnvolles Angebot. Das Case-management liegt beim Vorliegen einer F-Diagnose in der Hand des Kinder- und Jugendpsychiaters. Steht die somatische Diagnose im Vordergrund liegt das Case-management beim Pädiater.

Entwicklung von Leitlinien

- Wünschenswert ist die Entwicklung einer allgemeinen, fachgebietsübergreifenden und diagnoseübergreifenden S2-Leitlinie Kinderpsychosomatik.
- Die Leitlinie sollte für verschiedene Fallkonstellationen Behandlungspfade umreißen. Methoden der interdisziplinären Psychosomatik finden Anwendung, wenn im Rahmen der psychischen und somatischen Behandlung in einem erheblichen Maße andere Disziplinen in Diagnostik und Therapie mit hinzugezogen werden müssen. Die Leitlinie sollte auch unkomplizierte Konstellationen beschreiben wo auf eine interdisziplinäre Kooperation verzichtet werden kann (z.B: ein Diabetes mit guter Compliance und üblicher Pubertätsproblematik, d.h. Psychoedukationsbedarf kann psychologisch in der Pädiatrie behandelt werden, aber nicht Diabetes mit Anorexie oder latenter Suizidalität).
- Psychosomatische Behandlung lässt sich nicht in standardisierten DRG-Kategorien darstellen, da ein individualisiertes Vorgehen in Dosierung der Interventionen und deren Timing erforderlich ist. Zu fordern ist daher dass für die „Kinderpsychosomatik“ ein ähnliches Entgeltsystem entwickelt werden sollte wie es für die Erwachsenen-Psychosomatik jetzt im KHREG vom 13.2.2009 vorgesehen ist.

- Psychosomatische Versorgung kann stattfinden in interdisziplinären Netzwerken, in fest abgegrenzten Abteilungen oder in fachintegrierten Versorgungsmodellen.
- Mögliche Inhalte der Leitlinie sind Definition von Psychosomatik, Beschreibung der interdisziplinären Arbeitsweise und das Zusammenwirken von Kinder- und Jugendpsychiatrie und Pädiatrie (Operationalisiert: Fallkonferenzen, Visiten, Liasondienst und Verlegung)

Fort- und Weiterbildung

- Es müssen Kriterien zur Qualifizierung in psychosomatischer Grundversorgung für die Weiterbildung zum Facharzt für Pädiatrie und für den Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie gleichermaßen entwickelt werden. Gemeinsame Weiter- und Fortbildungen von Pädiatrie und KJPPP können zur Erweiterung psychosomatischer Kompetenzen und zur Förderung des interdisziplinären Dialogs sinnvoll sein. Ebenso sind gemeinsame Qualitätszirkel aufzubauen.
- Im Rahmen der Ausbildung zum FA KJPP mit individuell gewählter psychosomatischer Vertiefung ist die Ableistung von Weiterbildungszeiten in der Pädiatrie zu fördern.

Forschung

- Es besteht ein erheblicher Forschungsbedarf.

Literatur

bei den Verfassern

Adressen der Verfasser:

Dr. med. Edelhard Thoms

Park-Krankenhaus Leipzig-Südost

Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie

Morawitzstr. 2, 04289 Leipzig

Tel.: 03 41 – 8 64 12 50, Fax: 03 41 – 8 64 12 54

E-Mail: thoms.cakpsych@parkkrankenhaus-leipzig.de

Internet: www.rhoen-klinikum-ag.com/rka/frameset/k19

Prof. Dr. med. Renate Schepker

ZfP Südwürttemberg

Abteilung Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes und Jugendalters

Weingartshofer Str. 2, 88214 Weissenau

Tel.: 07 51 – 76 01-2302, Fax: 07 51 – 76 01-2121

E-Mail: renate.schepker@zfp-weissenau.de

Zur Diskussion gestellt

**Trotz KHRG:
Psychiatrische Behandlungsqualität
vs. Finanzierung
– Wege aus dem Dilemma**

*Hartmut Rolf, Norbert Roeder, Lisa Schlüter
und Frank Becker*

Dilemma: Qualität vs. Erlöse

Nach mehr als 1½ Jahrzehnten politischer „Deckelung“ der Einnahmen im Gesundheitswesen ist die Bundesregierung erstmalig bereit, eine seit langem bundesweit beklagte Unterfinanzierung auch im Krankenhausbereich anzuerkennen.

Streitig bleibt deren Höhe, ob nun 3 Mrd. nach Meinung der Politik oder 6,5 Mrd. nach Meinung der DKG.

Letzte Erhebungen aus 2004 zeigen – so das Gesundheitsministerium – „dass psychiatrische Krankenhäuser in der Vergangenheit die Personalbemessung nach der PSYCH-PV nicht vollständig umgesetzt haben oder in Folge der Budgetbegrenzungen ... Personal abgebaut haben.“⁶

Für die Kinder- und Jugendpsychiatrie erklärte deren Bundesarbeitsgemeinschaft Leitender Klinikärzte jüngst: „Die kinder- und jugendpsychiatrische Versorgung in Deutschland ist gefährdet. Kliniken für Kinder- und Jugendpsychiatrie sehen sich im Bundesdurchschnitt einer Personalsituation gegenüber, die so niedrig ist wie vor Einführung der gesetzlichen Mindestausstattung mit Personal ... Im gleichen Zeitraum sind die Aufenthaltsdauern in der

⁶ Begründung der Bundesregierung zum Entwurf des KHRG vom 24.09.2008, S. 38

KJPP um 66% verkürzt worden, zeitgleich erfolgte ein Fallzahlenanstieg um 88%: d.h. die tägliche Arbeit und die Leistungsdichte wurden stark intensiviert. Der tatsächliche Personalbedarf liegt damit über dem berechneten von 1991... Trotz eines enormen Wissenszuwachses über wirksame psychiatrische und psychotherapeutische Verfahren können diese infolge der Finanzierungslücke ... nicht mehr im erforderlichen Umfang durchgeführt werden.“⁷

„Er-Lösung“: KHRG

Über Änderungen der Bundespflegesatzverordnung (BpflV) greift das KHRG (Krankenhausfinanzierungsreformgesetz) diese Sachverhalte **partiell** auf. Danach ist vorgesehen, dass für die Vorgaben der PSYCH-PV (Personalverordnung Psychiatrie), die bis zum 31.12.2008 nicht vollständig umgesetzt wurden, ab 01.01.2009 eine Umsetzung von 90% der Stellen zu vereinbaren **ist**; bei Kliniken/Abteilungen, die zwischen 90 und 100% liegen, **ist bei Nachweis eines entsprechenden Personalbedarfs** eine höhere Personalbesetzung zu vereinbaren.

Zugleich sollen der Rechtsanspruch auf eine 50%ige Finanzierung der Differenz zwischen Tariflohnsteigerung und Grundlohnsummensteigerung wieder uneingeschränkt gelten sowie Veränderungen der medizinischen Leistungsstruktur oder der Fallzahlen (offiziell) der Schiedsstelle vorgetragen werden können.

Die Richtung stimmt, sagen die Kritiker, nicht aber das Maß, und fordern weiterhin 100% Umsetzung der PSYCH-PV sowie der Tariflohnsteigerungen.

In seiner Sitzung am 07.11.2008 hatte sich der Bundesrat der Forderung nach 100% PSYCH-PV angeschlossen; dies nicht zuletzt „als Voraussetzung für den Einstieg in ein neues Entgeltsystem“⁸ und weil die im „KHEntgG vorgesehene finanzielle Förderung bei Neueinstellung von zusätzlichem Pflegepersonal für die psychiatrischen Einrichtungen nicht gilt.“⁹ Der Gesundheitsausschuss des Bundestages hat dieses Votum in seiner Sitzung vom 18.12.2008 jedoch abgewiesen.

⁷ Pressemitteilung der Bundesarbeitsgemeinschaft Leitender Klinikärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie e.V., Schwerin, 17.10.2008

⁸ Bundesrat Drucksache 696/08 (Beschluss) 07.11. 08, S. 8

⁹ Ebenda

Nach bisheriger Terminplanung ist die abschließende Beratung des Bundesrates am 13.02.2009. Wesentliche Korrekturen für die Psychiatrie sind nicht mehr zu erwarten.

Davon unabhängig ist bereits jetzt unstrittig, dass das geplante KHRG nur ansatzweise die kritischen Forderungen aufgreift und dabei grundlegende Veränderungen, die seit der Verabschiedung der PSYCH-PV in 1991 im Leistungsgeschehen der psychiatrischen Kliniken eingetreten sind, nicht berücksichtigt. Deutlich wird vielmehr, dass das politische Interesse an der Psychiatrie aktuell (stärker) auf ein neues Entgeltsystem fokussiert ist, das in seinen Grundstrukturen – mit Ausnahme der Fallpauschalen – dem KHEntgG (Krankenhausentgeltgesetz) entspricht. Seine weitere Entwicklung über 2013 hinaus bleibt bewusst offen und schließt in Gesetzestext und entsprechender Begründung Fallpauschalen ausdrücklich nicht aus.

BPflV: Vorgaben

Die BPflV „deckelt“ demnach weiterhin die Budgets der Kliniken: Sie dürfen maximal in Höhe der Grundlohnsummenrate wachsen! Wenige Ausnahmen sind abschließend geregelt.

Neben den bereits erwähnten Veränderungen der medizinischen Leistungsstruktur und der Fallzahlen zählen hierzu „zusätzliche Kapazitäten für medizinische Leistungen auf Grund der Krankenhausplanung oder des Investitionsprogrammes des Landes“, „Verbesserungen der Arbeitszeitbedingungen“ sowie „die Vorgaben der Psychiatrie-Personalverordnung zur Zahl der Personalstellen“ und deren Umsetzung bis zu 90% bzw. bis zu 100% gem. dem in § 6 BPflV neu eingefügten Abs. 4.

Personalkosten bleiben weiterhin bis zu 50%, Sachkosten bis zu 100% gedeckelt.

Folgt man dem Gesetzgeber, der in seinem KHRG-Entwurf davon ausgeht, dass das psychiatrische Krankenhausbudget zu 80% aus Personalkosten besteht, sind bis zu 60% der Budgetkosten weiterhin nur anteilig refinanzierbar, zumal tarifvertraglich vereinbarte strukturelle Personalkostensteigerungen vom 50%-Ausgleich nicht erfasst werden.

Der bisherige Druck bleibt demnach, jenseits der Rationalisierungs- und Optimierungschancen Kostensteigerungen durch Personalentlassungen zu kompensieren – und dabei die Qualität der Behandlung (möglichst) nicht zu mindern!

PSYCH-PV: Vorgaben

Umso gewichtiger ist es, die Vorgaben der PSYCH-PV nach Art und Maß zu definieren. Sie bestimmen weitgehend das verhandelbare Budget.

Entgegen weit verbreiteter Meinung ist die PSYCH-PV in dem, **was** sie vorgibt, nahezu umfassend aufgestellt. Dazu gehören

- der sog. Regeldienst mit den entsprechenden Minutenwerten
- Nachtdienst
- Bereitschaftsdienst
- Rufbereitschaft
- Konsiliardienst
- Nachtklinken
- Patientenzuordnungen in Behandlungsbereiche
- prospektive Belegung und
- Vereinbarungen zu Ausfallzeiten der Beschäftigten.

Hingegen konzentriert sich die PSYCH-PV zu dem, **wiev**iel sie vorgibt, auf den – allerdings gewichtigen – Regeldienst, wengleich auch hier Öffnungsklauseln, so z.B. zur Berechnung der Basiszeitwerte (Sockelwerte) im Pflegedienst, aber auch zu den Minutenwerten als Ganzes, gegeben sind.

Alle anderen Vorgaben sind quantitativ unbestimmt! Und – indirekt – sogar die Minutenwerte des Regeldienstes! Denn: Patientenstruktur (= Zuordnung zu den Behandlungsbereichen) und **erwartete** jahresdurchschnittliche Patientenzahl als Vorgaben der PSYCH-PV bestimmen die Summe der Minutenwerte!

Korrespondierend mit den Strukturen der jeweiligen Klinik addieren sich die Effekte aus diesen quantitativ unbestimmten Vorgaben zu einem gewichtigen Anteil des 100%-Personalbedarfes gem. PSYCH-PV und durchbrechen die Budgetobergrenze, soweit sie noch nicht angemessen vereinbart sind!

Dieser Sachverhalt bleibt vom KHRG unberührt. Auch wenn 90% bzw. 100% PSYCH-PV als Durchbrechungstatbestand in der BpflV verankert werden, ändert sich lediglich die Rechtsgrundlage. 100% PSYCH-PV bleiben nach wie vor undefiniert und müssen – wie heute – weiterhin verhandelt und gegebenenfalls erstritten werden.

Lösung, Teil I: (Budget-)Verhandlungskompetenz

Das KHRG wird somit nicht zum Selbstläufer für die Psychiatrie. Die Budgetverhandlungen behalten ihren aktuellen Stellenwert. Angesichts der nunmehr wohl endgültigen Fassung des KHRG bekommt zudem die **Verhandlungsrunde 2009** für die Psychiatrie wegen des Stichtages 31.12.2008 eine herausragende Bedeutung.

Vor allem für jene Kliniken/Abteilungen, die derzeit mit ihren vereinbarten Budgets weniger als 90% PSYCH-PV umsetzen können. Dabei erscheint die Regelung des neu eingefügten Abs. 4 in § 6 BPflV zwar auf den ersten Blick klar und eindeutig.

Bedenkt man jedoch, dass man sich mit den Krankenkassen darüber verständigen muss, **dass 90% PSYCH-PV bisher nicht finanziert sind**, braucht man nicht viel Phantasie, zähe und kontroverse Verhandlungen zu befürchten.

Das medizinisch-leistungsgerechte Budget, dessen Stellenwert zwischenzeitlich höchstrichterlich betont wurde, wird zu einem zentralen Konfliktfeld.

Das gilt erst recht, wenn Kliniken/Abteilungen zwischen 90% und 100% PSYCH-PV liegen sollten und nunmehr auf neuer Rechtsgrundlage 100% forderten. In diesem Fall ist ein „**Nachweis eines entsprechenden Personalbedarfs nach der Psychiatrie-Personalverordnung**“ zu erbringen.

Das ist, mit Verlaub, absurd! Die Kassen werden diese Passage strapazieren, um entsprechende Budgeterhöhungen abzulehnen. Die dazugehörige amtliche Begründung wiederholt lediglich den Verordnungstext. Zugleich betont sie: Diese „Regelung bietet keinen Ansatzpunkt, Krankenhäuser mit einem Umsetzungsgrad zwischen 90 und 100% auf 90% herunterzuhandeln“.

Pointiert formuliert heißt das: 100% PSYCH-PV sind **gemeinsam** gerechnet – und nun soll das Krankenhaus **zusätzlich** begründen, **warum** es 100% braucht!

In beiden Fällen – bis 90% oder über 90% bis 100% PSYCH-PV – werden die Krankenkassen Begründungsdruck aufbauen, der letztlich in der Dokumentation von – zu begründenden (!) –,**IST-Kosten**“ enden könnte! Entscheidend wird sein, **wie** man dem – bereits mit den Antragsunterlagen – begegnet.

Dabei könnten sich die Schiedsstellen durchaus anders positionieren als Verwaltungsgerichte und nachfolgende Instanzen:

Nach heutigem Rechtsprechungsstand sind eher Krankenkassen-Positionen begünstigende Entscheidungen in Schiedsstellen und gegenteilige Entscheidungen der Gerichte zu erwarten.

Nicht zuletzt wird auch von derartiger Einschätzung abhängen, **wie** man die Verhandlungen und die dafür benötigten Unterlagen aufbaut und welchen Zeithorizont man avisiert. Vorklärungsgespräche erscheinen (dringend) geboten.

Unabdingbar bleibt: Budgetverhandlungen beginnen mit **schiedsstellenfähigen** Unterlagen und fordern ein medizinisch-leistungsgerechtes Budget (**MLB**).

Andernfalls könnten sowohl die Schiedsstelle wie auch das zuständige Verwaltungsgericht darin einen Ablehnungsgrund zu Lasten des Krankenhauses sehen, da zwar grundsätzlich, nicht aber konkret in der Höhe entschieden werden könne. Sollten sich demnach die Krankenkassen in der Verhandlung weigern, ein MLB zu konsentieren, ist es unverzichtbar, dies in einem etwaigen Schiedsstellenverfahren zusätzlich zu sonstigen Differenzen zu beantragen.

Die Forderungen müssen sachlich begründet sein, so z.B. beim prospektiven Belegungsanstieg. Sie müssen differenziert dokumentiert sein, so z.B. bei Nachtdienst, Rufbereitschaft, Bereitschaftsdienst, Arbeitsausfallzeiten sowie Arbeitszeitbedingungen. Sie sollten sich nachvollziehbar und i.d.R. kontinuierlich, nicht sprunghaft, entwickeln, so insb. bei der Verweildauer.

Es sollte möglichst vermieden werden, dass sich Verweildauer und Belegung gegenläufig entwickeln; im Einzelfall muss eine gestiegene Verweildauer bei gesunkener Belegung detailliert begründet werden. Auch die umgekehrte Entwicklung mit steigender Belegung und sinkender Verweildauer engt zukünftige Vereinbarungen dramatisch ein, da die Krankenkassen „ungern“ bereits vereinbarte Verweildauern in Folgejahren erhöhen.

Patientenzuordnungen über Stichtagserhebungen sollten offensiv angegangen werden; mehr als 4 Stichtage pro Jahr können als Argumentationshilfe wertvoll sein und wären im Zweifel zusätzlich zu vereinbaren. Die „Winnenden-Daten“ sollten bekannt, deutliche Abweichungen begründbar sein; dabei kann es hilfreich sein, mit oder ohne Tagesklinik-Patienten zu argumentieren.

Pauschale Vergleiche mit Werten anonymisierter Krankenhäuser sind als unzulässig abzuweisen; dies gilt insbesondere für entsprechende Verweildauer-
vergleiche.

Differenzierte Verweildauern im eigenen Haus erschweren zudem die Vergleichbarkeit.

Interne Budgetierung und Budgetsteuerung sind – in Verantwortung der leitenden Ärzte – unverzichtbar, um Prozesse **rechtzeitig** zu erkennen und deren weiteren Verlauf **bewusst** zu entscheiden.

Verweigern die Krankenkassen den Ausgleich der Tarifsteigerungen in Höhe der vereinbarten Berichtigungsrate, ist dies nicht zu akzeptieren, solange 100% PSYCH-PV nicht vereinbart sind, es sei denn, das MLB läge unterhalb der zulässigen Budgetobergrenze.

Eine gewichtige **Handlungsalternative** kann sein, die bisherige Belegung abzusenken, dabei jedoch das vereinbarte Budget zuzüglich Grundlohnsummenrate zu erhalten. Entscheidend ist auch hier wiederum das MLB. Eine derartige Vereinbarung erhöhte das verfügbare Budget pro Patient, man wüchse indirekt gen 100% PSYCH-PV, ohne dass ein Belegungsanstieg in späteren Jahren verwehrt werden kann.

Für alle Verhandlungsentwicklungen ist letztlich das MLB unverzichtbar. Selbst bei Veränderungen, die den Personalbedarf rechnerisch minderten, verhindert ein entsprechend über der Budgetobergrenze liegendes MLB, dass das bisherige Budget abgesenkt werden kann.

Die Forderungen sollten möglichst transparent und damit für die Krankenkassen grundsätzlich nachvollziehbar sein; sie tragen damit zu einer entspannten Verhandlungsatmosphäre bei. Im Zweifel sind Vorklärungsgespräche zu beantragen.

Entsprechend aufbereitete Forderungen erweitern den Verhandlungsspielraum:

Überraschungen bleiben weitestgehend erspart, Kompromisse können sachlich ausgelotet werden. Mehrjährige Budgets oder über mehrere Jahre verbindlich „gestufte“ Budgets können entspannt (an-)diskutiert, Bereitschaft zu MDK-Prüfungen grundsätzlich signalisiert werden.

Die Schiedsstelle bleibt ständig als „Denkmodell“, ohne dass man dies wiederholt betonen sollte. Denn vielfach lässt sich beobachten, dass Krankenkassenvertreter die Verantwortung zu steigenden Budgets lieber der Schiedsstelle „übertragen“.

Unter solchen Rahmenbedingungen lassen sich Verhandlungsgeduld, Verständnis für Positionen der Gegenseite sowie Kompromissfähigkeit, die in den Verhandlungen häufig bestritten wird, glaubhaft leben und erleben.

Der Verhandlungspartner sollte im Verlauf erkennen, dass ein rechtzeitiges Kompromissangebot, selbst wenn es eingangs unvorstellbar schien, geboten scheint, bevor man andernfalls die Gesamtforderung in der Schiedsstelle zu begleichen hat.

Wie er sich dann entscheidet, hängt sehr stark von seiner Persönlichkeit, aber auch von vorangegangenen Entscheidungen der zuständigen Schiedsstelle ab, die auch das Krankenhaus nicht unbeachtet sein lassen sollte. Es sei denn,

man ist entschlossen, bei unbefriedigendem Schiedsstellenergebnis das Verwaltungsgericht anzurufen.

Lösung, Teil II: Zusätzliche Erlöse

Um die Wirtschaftlichkeit der Klinik zu erhöhen und damit die Qualität der Behandlung zu stabilisieren, ist es dringend geboten, die ambulanten Leistungen auszuweiten, zumal die aktuelle Rechtslage entsprechende Schritte derzeit begünstigt: Erlöse sind (noch!) nicht budgetiert, die Zulassung ist ohne Antrag gesetzlich gegeben.

Die angestrebte Entwicklung ist mit insbesondere jenen niedergelassenen Fachärzten für Psychiatrie und Psychotherapie zu kommunizieren, die aktuell Patienten in die Klinik einweisen. Nennenswerte Bedenken sind nicht zu erwarten, die **Kontaktpflege** ist jedoch unverzichtbar.

Fachlich ist eine ambulante Leistungsausweitung zudem aus mehreren Gründen geboten: bisher nicht angemessen versorgte Patienten werden behandelt, stationär Behandelte können alternativ ambulant bzw. frühzeitiger ambulant (weiter) behandelt werden und die Behandlung erfolgt verstärkt sektorübergreifend durch denselben Therapeuten. Letzteres gilt insbesondere, wenn neben der Organisationseinheit „Ambulanz“ verstärkt auch auf den Stationen ambulant behandelt wird.

Ein weiterer, entscheidender Schritt, sich langfristig wirtschaftlich aufzustellen, und sich dabei zugleich abzukoppeln von unvorhersehbaren gesetzlichen Beschränkungen auf dem „Gesundheitsmarkt“, kann die externe Beratung mittlerer/großer Unternehmen durch Psychiatrische Fachkräfte sein. Hierzu gehören auch Themenfelder wie Mitarbeiterzufriedenheit, Motivation etc.

Die Anforderungen an die Beschäftigten werden beschleunigt weiter wachsen, der einzelne Arbeitsplatz wird sich schneller denn je wandeln und zunehmend umkämpfter sein. Parallel werden die (weltweit aufgestellten) Unternehmen noch leistungsbereitere, noch höher qualifizierte Arbeitskräfte benötigen. Gut geführte Unternehmen erkennen diesen Konflikt und werden verstärkt in ihre **Unternehmenskultur** investieren. Der Wettbewerb um den entsprechenden Arbeitnehmer wird sich verschärfen.

Konfliktvermeidung, aber auch Stressmanagement bzw. Früherkennung von durch Stress gebahnten Erkrankungen (Depressions- und Angsterkrankungen, Burn-Out) werden in einer „just-in-time“-Welt allein aus wirtschaftlichen Zwängen unverzichtbar!

Hier ist **vorbeugende Konflikt(vermeidungs)strategie** bzw. Früherkennungsstrategie extern gefragt.

Preisverhandlungen mit potentiellen Kunden auf dem 2. Gesundheitsmarkt unterliegen keinen gesundheitspolitischen Beschränkungen! Zugleich erhöhte eine erfolgreiche Beratung die Attraktivität der Klinik insgesamt mit gepflegten Kontakten zu ansonsten nur schwer erreichbaren Kunden.

Lösung, Teil III: Prozessoptimierung

Um Qualität dauerhaft sicherzustellen und – bei unverzichtbarer Personalanpassung nicht dem Zufall befristeter Arbeitsverträge auszuliefern –, müssen **Behandlungstransparenz** (= „Wie will ich regelhaft strukturiert arbeiten und welche Ergebnisse will ich erzielen?“) und **materielle Ergebnistransparenz** (=“Was kostet der Behandlungsfall und welche Erlöse erziele ich?“) definiert werden. Dabei kann die Option der PSYCH-PV, „Regeldienst-Beschäftigte“ gegeneinander und/oder gegen in der PSYCH-PV nicht genannte Berufsgruppen auszutauschen, zusätzlich hilfreich sein.

Behandlungstransparenz schafft zudem jenes Vertrauen bei den Patienten, das mit immer komplexer werdenden Strukturen zunehmend unverzichtbarer wird (frei nach Niklas Luhmann: Vertrauen als Reduktion von Komplexität). Zumal Leistungsangebote und Leistungsstrukturen im Internet verstärkt hochwertig zu präsentieren sind. Sie werden von sog. Klinikführern zunehmend genutzt, krankheitsspezifische Leistungsvergleiche, ergänzt um Erfahrungsberichte von Patienten, anzubieten.

Dieser Prozess ist irreversibel, zumal er dazu beiträgt, jenes Vertrauen zu schaffen, das der Einzelne hilfswise/ersatzweise braucht, um sich innerhalb komplexer Strukturen zu entscheiden. Zukünftig dürften „**Gesundheitsmakler**“ die Entscheidungsprozesse von Patienten zusätzlich unterstützen. Alle werden sich des Internet bedienen!

Materielle Ergebnistransparenz wiederum ist unverzichtbar, um Produktentscheidungen abschließend zu treffen. Dies gilt umso mehr, als der Gesetzgeber, wie erwähnt, für die Psychiatrie ein neues, zunächst auf Tagespauschalen basierendes Entgeltsystem entwickeln und einführen wird.

Über ABC-Analysen sollten die Kliniken schrittweise ihre Behandlungsprozesse optimieren („Wer macht Was Wann Warum“).¹⁰

¹⁰ Schlüter, Roeder, Schaff, Behandlungspfade in der Kinder- und Jugendpsychiatrie – Von der Kooperation über die Vernetzung zur Integrierten Versorgung - , Schöling Verlag Münster 2006

Dabei darf man berechtigt davon ausgehen, dass Qualität und Kosten gleichzeitig „profitieren“. Optimierte Prozesse verleihen zusätzliche Sicherheit und Qualität im täglichen Handeln und dokumentieren und begründen zugleich ihr Handeln gegenüber Patienten, Zuweisern, Krankenkassen, Gerichten – und ihnen selbst; Handlungsautonomie wird gleichsam neu definiert.¹¹

Kontakt Daten der Verfasser

Dr. rer. pol. Hartmut Rolf, PsychiatrieManagement & Consulting, Lenauweg 13, 48147 Münster, Tel.: 0251/1620744,
e-mail: l.schlueter-projekte@t-online.de, Internet: www.psymacon.de

Prof. Dr. med. Norbert Roeder, Ärztlicher Direktor /Vorstandsvorsitzender des Universitätsklinikums Münster, Domagkstr. 5, 48149 Münster, Tel.: 0251/83-52020 / 83-55876,
e-mail: Norbert.Roeder@ukmuenster.de

Dipl. Verw. Lisa Schlüter, PsychiatrieManagement & Consulting, Lenauweg 13, 48147 Münster, Tel: 0251/1620744,
e-mail: l.schlueter-projekte@t-online.de, Internet: www.psymacon.de

Rechtsanwalt Dr. Frank Becker, WRT-Rechtsanwälte, Aegidiimarkt 7, 48143 Münster, Tel.: 0251 / 482480, e-mail: dr.becker@wrt-revision.de

¹¹ Ebenda

Kommentar zum KHRG-Beitrag

Ingo Spitzcok von Brisinski & Renate Schepker

Die Krankenkassen werden auch weiterhin sparsam wirtschaften: Sie erzielen seit 5 Jahren in Folge Überschuss und haben nicht nur 8,3 Milliarden € Schulden abgetragen, sondern mittlerweile auch über 4 Milliarden € an Vermögen zusammengetragen, davon allein 2008 knapp eine Milliarde (dpa, 28.2.2009).

Ob – und wenn ja, wie – sich das neue Gesetz für die Krankenhäuser auszahlen wird, ist derzeit noch völlig unklar.

Zumindest für die Kliniken, deren Psych-PV-Erfüllungsgrad deutlich unter 90% liegt, besteht Hoffnung, sich im Laufe dieses und/oder der nächsten Jahre zu verbessern, da die Vorgaben der Psychiatrie-Personalverordnung zur Zahl der Personalstellen nun eine Ausnahme von der Deckelung darstellen. Selbst Schiedsstellenentscheidungen, die Krankenkassenpositionen besonders berücksichtigen, werden bei besonders eklatantem Personalmangel kaum etwas daran ändern können, dass hier zumindest teilweise Finanzierungslücken geschlossen werden.

Umso wichtiger ist es daher, dass sich Chefarzt und Betriebsleitung einig sind über die Art der Abbildung des Psych-PV-Erfüllungsgrads zum Stichtag 31.12.2008 gegenüber den Krankenkassen: Mag es auch in der Vergangenheit teils divergierende Interessen gegeben haben, niedrige Personalbesetzungen ‚hochzurechnen‘ oder deutlich zu kommunizieren, so dürften nun alle, die ihre Situation zum 31.12.2008 beschönigen, sich bei den kommenden und folgenden Budgetverhandlungen ‚ins eigene Fleisch schneiden‘.

Da es bei der Berechnung des Personalbedarfs nach Psych-PV der bewussten Festsetzung einiger Variablen bedarf, muss jeder Chefarzt gut vertraut sein mit der Berechnung des Personalbedarfs und den Auswirkungen der festzusetzenden Variablen auf diese Berechnung. Ergänzend zu den von den Autoren in ihrem Beitrag bereits benannten Aspekten wie Personalstruktur

(z. B. Anteil der KJ3-Patienten), Basiszeitwerten (z. B. pro Gruppe bei einer Tagesklinik) und prospektive Belegung sei hier noch darauf hingewiesen, dass Krankenkassen z. T. je nach Berufsgruppe andere Ausfallzeiten ansetzen als in der Psych-PV beispielhaft erwähnt sind, und dass Nachtwachen, Bereitschaftsdienst und Rufbereitschaft nicht in den Minutenwerten des Regeldienstes enthalten sind, sondern zusätzlich berechnet und vereinbart werden müssen.

Ein beliebtes Argument der Krankenkassen ist auch, zu behaupten, dass eigentlich 100% Psych-PV mit den bisherigen Budgets finanziert gewesen seien, wenn man ihre Durchschnittsgehälter zugrunde läge und nicht die ‚überteuerten‘ Realgehälter der Kliniken. Hier mag der Hinweis der Autoren hilfreich sein, dass Pauschale Vergleiche mit Werten anonymisierter Krankenhäuser als unzulässig abzuweisen sind. Auch muss eine Facharztpräsenz durchgängig gewährleistet sein.

Sehr viel Sorgfalt sollte darauf gelegt werden, dass nicht Stellen für Qualitätssicherung, Stellen aus Forschung und Lehre, freigestellte Gleichstellungsbeauftragte und Personalräte (diese werden nach Gesetz gesondert vereinbart) in die Psych-PV-Stellen hineingerechnet werden.

Zu den Aussagen der Autoren bzgl. zusätzlicher Erlöse möchten wir anmerken, dass es bisher nicht zulässig war, mit Gewinnen aus den ambulanten Erlösen den stationären Bereich zu subventionieren. Der Erhöhung der „Wirtschaftlichkeit der Klinik“ durch Ausweitung der ambulanten Leistungen sind daher bisher noch enge Grenzen gesetzt. Möglicherweise wird dies in Zukunft anders sein, da das neue Gesetz vorsieht zu prüfen, ob ambulante Leistungen der Krankenhäuser in das neue Entgeltsystem für den stationären Bereich eingebunden werden können. Überdies sollen laut Gesetz die Daten der Institutsambulanzen nun ebenfalls regelmäßig an die Krankenkassen übermittelt werden, so dass hier eine Kostentransparenz entstehen wird.

In vielen Häusern werden andererseits Leistungen, die die Institutsambulanz-Mitarbeiter für die Klinik erbringen (z.B. Aufnahmeuntersuchungen, Bereitschaftsdienste, Supervisionen), nicht gesondert verbucht, so dass das „Geben und Nehmen“ mit dem ambulanten Bereich der Kliniken genauer beleuchtet gehört.

Die Ausweitung ambulanter Leistungen durch die Klinik sollte unserer Auffassung nach besonnen und für die Krankenkassen gut nachvollziehbar vorgenommen werden, insbesondere dürfen Qualität und Umfang der Leistungen (z. B. Kontakte pro Patient pro Quartal bei Quartalspauschalen) nicht signifikant beeinträchtigt werden.

Die Autoren weisen richtigerweise darauf hin, dass eine angestrebte Leistungsausweitung im ambulanten Bereich auch mit den niedergelassenen Fachärzten, in der KJP natürlich insbesondere mit den niedergelassenen Kinder- und Jugendpsychiatern, besprochen werden sollte. Aufgrund unserer langjährigen Erfahrungen als Kliniker im Austausch mit den niedergelassenen Kollegen sowohl regional als auch auf Bundesebene können wir uns jedoch nicht der Meinung der Autoren anschließen, dass „nennenswerte Bedenken ... nicht zu erwarten“ sind: Konflikte und Konkurrenz, aber auch Kooperationsformen zwischen Niedergelassenen und Ambulanzen sind je nach Bundesland und Region, je nach Praxen- und Ambulanzendichte sehr unterschiedlich. Wir sind daher der Meinung, dass eine wertschätzende Kommunikation auf gleicher Augenhöhe mit höchstmöglichem Maß an Transparenz und Vertrauen auch hinsichtlich ambulanter Planungen unverzichtbar ist zum Wohle des Patienten und seiner Familie, aber auch zur Stärkung berufspolitischer wie wirtschaftlicher Interessen sowohl der Praxen als auch der Kliniken.

Adressen der Verfasser:

Dr. med. Ingo Spitzcok von Brisinski

LVR-Klinik Viersen

Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters

Horionstr. 14, 41749 Viersen

Tel.: 0 21 62 – 96-5000 oder -31, Fax: 0 21 62 – 96-5647

E-Mail: ingo.spitzcokvonbrisinski@lvr.de, Internet: www.rk-viersen.lvr.de

Prof. Dr. med. Renate Schepker

ZfP Südwürttemberg

Abteilung Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes und Jugendalters

Weingartshofer Str. 2, 88214 Weissenau

Tel.: 07 51 – 76 01-2302, Fax: 07 51 – 76 01-2121

E-Mail: renate.schepker@zfp-weissenau.de

Qualitätsmanagement Toolbox (4)

Julia Bellabarba

Ein Mann geht durch den Wald und sieht, wie ein Holzfäller mit einer stumpfen Axt versucht, einen dicken Baum zu fällen. Er schwitzt und kämpft mit der stumpfen, nutzlosen Axt. Der Mann fragt ihn „Warum mühen sie sich so? Die Axt ist stumpf. Sie werden den Baum nie fällen. Sie müssen erst die Axt schärfen.“ Der Holzfäller schaut kaum auf, erwidert nur keuchend „Ich habe keine Zeit zum schleifen. Ich muss den Baum fällen.“

In den folgenden kurzen Artikeln möchte ich Handwerkszeug zum schleifen der Axt vorstellen: Qualitätsmanagementtools, die den Erfordernissen der QM Richtlinie¹² entsprechen, und Teams helfen, effiziente Strukturen im Praxisalltag zu etablieren.

Notfallmanagement

Der Notfall oder die Krise in einer kinder- und jugendpsychiatrischen Praxis stellt für alle Beteiligten eine dramatische, bedrohliche, ungewöhnliche Situation dar, in der unter Zeitdruck und emotionaler Belastung gehandelt wird. Die Gefahr, dass sich in dieser Situation Organisations- oder Behandlungsfehler ergeben, ist besonders hoch. Die Praxisleitung muss dafür sorgen, dass die Versorgung der Patienten in dieser Situation professionell erfolgt und dass die Sicherheit der Mitarbeiter und der anderen Patienten gewährleistet ist.

Entwicklung eines Notfallkonzepts im Team

- 1. Definition praxistypischer Notfälle:** das Team bespricht gemeinsam, welche Notfälle oder Krisen realistischerweise in der Praxis vorkommen könnten. In einer kinder- und jugendpsychiatrischen Praxis sind das typischerweise akute Selbst- und Fremdgefährdung (beispielsweise bei

¹² §4 der Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses vom 18.10.2005 zum praxisinternen Qualitätsmanagement sieht ausdrücklich vor, dass die Praxis über ein effizientes Notfallmanagement verfügt.

Suizidalität, akuter psychotischer Dekompensation, Eskalation elterlicher Auseinandersetzungen, Intoxikation usw.). Es wird auch über die Möglichkeit gesprochen, dass fremde Patienten die Praxis unangemeldet aufsuchen und sich aggressiv und bedrohlich verhalten.

- 2. Regeln für die telefonische Kontaktaufnahme:** Die Praxisleitung beschreibt genau, welche Informationen telefonisch erhoben werden sollen, und welche Informationen an die Patienten oder Eltern gegeben werden sollen, wenn sie sich im Notfall an die Praxis wenden. Es wird vereinbart, welche terminlichen Möglichkeiten die Praxis hat, um Notfälle einzubestellen (sind Zeitpuffer vorhanden?) und wie die übrigen Patienten über notfallbedingte Verzögerungen informiert werden sollen. Es wird besprochen, wie bei Anrufern reagiert werden soll, die nicht in der Praxis bekannt sind. Wichtig: die Garantenpflicht des Arztes, d.h. die Verpflichtung, dass alles medizinisch Erforderliche geschieht, setzt mit Anruf des Patienten oder eines Angehörigen ein (diese Telefonate deshalb auch immer protokollieren). Die Mitarbeiterin sollte über aktuelle Telefonnummern zur Weiterleitung der Anrufer verfügen (kinderärztlicher Notdienst, Psychiater, nächstes Krankenhaus mit Unfallambulanz, nächste Ambulanz der Psychiatrie, psychiatrischer Notdienst, Kinderschutzeinrichtung, Krisendienst, KJPD, Drogennotdienst, Selbsthilfegruppen, Apothekenbereitschaftsdienst).
- 3. Regeln für den akuten Notfall in der Praxis:** Die Praxisleitung erklärt, was bei akuter Selbst- oder Fremdgefährdung zu tun ist. Es wird bestimmt, welche Mitarbeiterin an der Anmeldung zuständig ist, den anderen wird erklärt, was von ihnen erwartet wird. Es kann ein Stichwort vereinbart werden, mithilfe dessen die Praxisleitung bei akuter Gefährdung im Behandlungszimmer Hilfe anfordern kann. Sämtliche relevanten Informationen sind stets verfügbar: Telefonnummern der Polizei, Feuerwehr, Krankenhaus (hier besonders wichtig die Erreichbarkeit der direkten Ansprechpartner in der Klinik). Es wird besprochen, ob ergänzende Informationen bei einer Einweisung mitgegeben werden sollen (aktuelle Medikation, wichtige Vordiagnosen und akute Verdachtsdiagnose). Wichtig: schriftliche Schweigepflichtsentbindung durch die sorgeberechtigten Eltern oder durch den Jugendlichen gegenüber der Klinik ist erforderlich! Den Mitarbeiterinnen wird erklärt, dass in besonderen Ausnahmefällen eine Einweisung nach PsychKG erforderlich sein kann.

- 4. Nachbesprechung:** Notfälle, die sich in der Praxis ereignet haben, werden immer protokolliert und bei der nächsten Teambesprechung ausgewertet. Was ist passiert? Wie belastend/bedrohlich war die Situation? Was ist gut gelaufen? Was können wir besser regeln?

Weitere mögliche Gefährdungssituationen

Es ist empfehlenswert, über weitere mögliche Gefahrensituationen im Team zu sprechen. Laut Arbeitsstättenverordnung muss die Praxis mit einem vollständigen Verbandskasten (für die Mitarbeiterinnen) und einem Verbandsbuch ausgestattet sein. Der Umgang mit Brandgefährdung ist ebenfalls in der Arbeitsstättenverordnung geregelt. Die Praxis muss (je nach Größe) mindestens einen Feuerlöscher haben, die Mitarbeiterinnen müssen regelmäßig (jährlich) über Brandschutz in der Praxis unterrichtet werden, alle drei Jahre muss eine Brandschutzübung mit dem gesamten Team erfolgen (Verhalten im Brandfall, Umgang mit Feuerlöschern, etc.)

Fazit: Notfälle – egal welcher Art – bedeuten für die Beteiligten immer Stress. Ein professioneller Umgang mit Krisen, Notfällen oder Gefahren setzt voraus, dass sich Teams im Vorfeld mit diesen Situation auseinandersetzen, und dass im Vorfeld mit genügend Klarheit und Verbindlichkeit vermittelt wird, was zu tun ist. Denn: vorher ist man immer schlauer!

Julia Bellabarba, Diplom-Psychologin
Tempelhofer Damm 138
12099 Berlin
Tel. 030 72 00 6780
info@quipp.de

Buchrezensionen

Krüger, A.: **Akute psychische Traumatisierung bei Kindern und Jugendlichen.** *Ein Manual zur ambulanten Versorgung.* 2008, 297 Seiten, kartoniert, 27,90€, Klett-Cotta, Stuttgart, ISBN: 978-3-608-89065-5

Akut traumatisierte Kinder und Jugendliche stellen eine interdisziplinäre Herausforderung dar. Nach Unfällen und Gewalterfahrungen aller Art benötigen gerade Kinder, Jugendliche und ihre Familien rasche psychotherapeutische Betreuung bzw. Beratung. Nicht zuletzt vor dem Hintergrund gesetzlicher Initiativen zum Kinderschutz und auch zur Schaffung regionaler Netzwerke geraten akut traumatisierte Kinder und Jugendliche zunehmend in den Fokus der Fachdiskussion aller Disziplinen. Häufig fehlt aber ein spezialisiertes Fachwissen gerade in der diagnostischen Ersteinschätzung und dem therapeutischen Umgang mit akut traumatisierten Kindern und ihren Eltern.

Andreas Krüger, Oberarzt an der Universitätsklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie in Eppendorf, fasst hier systematisch und zugleich praxisorientiert seine Erfahrungen mit der Trauma-Ambulanz für Kinder, Jugendliche und Familien zusammen. Ziel ist eine rasche, kompetente und zugleich multiprofessionelle Intervention bzw. auch primär Beratung von Kindern, Jugendlichen und ihren Eltern nach akuten Traumaerfahrungen, auch um so möglichen Spätfolgen vorzubeugen. Das Buch vermittelt Basiswissen über Traumatisierungen und ihre Auswirkungen und gibt praktische Hilfestellung für eine frühe psychotherapeutische Versorgung.

Andreas Krüger beleuchtet diese multidimensionelle und multiprofessionelle Arbeit, die primär auf eine breite interdisziplinäre Kooperation angelegt ist, auf unterschiedlichen Ebenen: (1.) Diagnostik und auch Differentialdiagnostik einer akuten traumatischen Stressreaktion bei Kindern bzw. Jugendlichen, (2.) mögliche Auswirkungen eines Traumas für die soziale Umgebung des Kindes und die Beratung von Eltern, Lehrern usw., (3.) strukturelle, personelle, fachliche und logistische Voraussetzungen für eine durchaus ressourcenaufwendige Trauma-Ambulanz bzw. spezialisierte Beratungsstelle, (4.) Aspekte einer Kooperation im Netzwerk mit im Feld etablierten Institutionen, so Kinderschutz, Notfallseelsorge, Mitarbeitern der Polizei, von Rettungsdiensten usw.

und (5.) Vorbereitung, Planung, Durchführung und auch dem Abschluss einer durchaus ggf. auch fokalen Behandlungseinheit. In der Behandlung stellt der Autor in eigenen Kapiteln die an Techniken der imaginativen Therapie angelehnte traumaadaptierte Psychotherapie und spezielle Aspekte der systemischen Therapie von traumatisierten Kindern und Jugendlichen vor. Kurze Fallvignetten veranschaulichen das theoretisch Berichtete.

Das Buch schließt im deutschsprachigen Raum durchaus eine gewisse Lücke in der Traumaliteratur, insbesondere in der Erkennung und Behandlung akuter Traumatisierungen von Kindern und Jugendlichen. Der übersichtliche gestaltete Band bietet auch dem mit dem Themenkomplex nicht im Detail vertrauten Leser unterschiedlicher beruflicher Disziplinen eine solide fachliche Orientierung. ÄrztInnen, PsychotherapeutInnen, MitarbeiterInnen im Rettungswesen und auch in der Jugendhilfe finden hier einen erfahrungsbasierten und praktisch umsetzbaren Leitfaden vor. Insgesamt ist es ein lesenswertes und detailreiches Buch, dem eine breite Verbreitung in den unterschiedlichen Berufsgruppen zu wünschen ist.

Jochen Gehrman, Ludwigshafen

Schemmel, H., Selig, D., Janschek-Schlesinger, R.: **Kunst als Ressource in der Therapie.** *Praxisbuch der systemisch-lösungsfokussierten Kunsttherapie.* 2008, 128 Seiten, kartoniert, 19,80€, DGVT-Verlag, Tübingen, ISBN: 978-3-87159-076-4

Im Praxisalltag machen wir häufig die Erfahrung, dass Kinder, Jugendliche und auch Erwachsene weniger durch das gesprochene Wort als durch gemeinsame Handlungserfahrungen lernen. Kreative Behandlungsverfahren, so zum Beispiel die Musik- und die hier thematisierte Kunsttherapie, haben dabei einen besonderen Stellenwert. So hat künstlerisches Arbeiten, nimmt man nur Bezug auf die inzwischen berühmten Kunstsammlungen der psychiatrischen Kliniken in Heidelberg oder Zürich, seit je her einen hervorgehobenen Platz in der ressourcenorientierten Arbeit mit psychisch Kranken.

Das vorliegende Buch verbindet nun praxisorientiert lösungsfokussiertes Denken aus der systemischen Therapie (u.a. nach Steve de Shazer) und Methoden und Materialien aus der Kunsttherapie. Im Mittelpunkt steht weniger

die Frage nach den Ursachen und der Entstehung eines Problemverhaltens, sondern der Blick auf bereits erfolgreiche Lösungen und Ressourcen. Während die lösungsorientierte Therapie vor allem mit dem Werkzeug der sprachlichen Kommunikation arbeitet, bieten Methoden und Materialien aus der Kunsttherapie handlungsorientierte und kreativ-gestalterische Möglichkeiten für ein ressourcenorientiertes Arbeiten.

Das Buch ist von Praktikern für Praktiker geschrieben. Es gliedert sich in zwei Hauptabschnitte: (1.) Eine Einführung in die theoretischen Grundlagen einer systemisch-orientierten Kunsttherapie und (2.) Darstellung der Umsetzung im Arbeiten auch mit Kindern und Jugendlichen anhand vieler Praxisbeispiele. Übersichtlich mit Illustrationen und Merkkästchen gestaltet liest es sich flüssig und erleichtert auch dem bisher mit dem Thema wenig Vertrauten einen Einstieg in deren praktische Anwendung.

Das Buch verfolgt zwei zentrale Ziele: Es will einerseits die Ressourcen einer lösungsfokussierten Haltung und deren therapeutisches Handwerkszeug für die kunsttherapeutische Arbeit erschließen. Andererseits möchte es PsychotherapeutInnen, die den therapeutischen Prozess bisher vorwiegend auf der sprachlichen Ebene gestalten, durch zahlreiche Praxisbeispiele dazu anregen (und ermutigen), zusätzlich gestalterische Methoden in ihre Arbeit einzubeziehen. Darüber hinaus bietet es sich auch für den in der Kunsttherapie Erfahrenen als ein Nachschlagewerk und eine Inspiration für neue Ansätze an.

Insgesamt gibt der übersichtlich gestaltete Band auch dem mit dem Themenkomplex nicht im Detail vertrauten Leser unterschiedlicher beruflicher Disziplinen eine solide fachliche Orientierung und Einführung in eine systemisch-orientierte Kunsttherapie, deren Lösungsorientierung mit ihrer Leichtigkeit besticht. Insgesamt ist es ein lesenswertes und praxisnah gestaltetes, zudem recht preisgünstiges Buch, dem eine breite Verbreitung in den unterschiedlichen Berufsgruppen zu wünschen ist.

Jochen Gehrmann, Ludwigshafen

Plahl C., Koch-Temming H. (Hrsg.): **Musiktherapie mit Kindern. Grundlagen – Methoden – Praxisfelder.** 423 Seiten, kartoniert, 29,95€, Verlag Hans Huber, Bern, 2. Aufl. 2008, ISBN: 978-3-456-84589-0

Im Praxisalltag machen wir in der Kinder- und Jugendpsychiatrie häufig die Erfahrung, dass Kinder, Jugendliche und auch Erwachsene weniger durch das gesprochene Wort als durch gemeinsame Handlungserfahrungen lernen. Kreative Behandlungsverfahren, so zum Beispiel die Musiktherapie, haben dabei einen besonderen Stellenwert. Musik begleitet Menschen vom Beginn des Lebens an. Die Heilkräfte der Musik und des musischen Übens verbinden sich im Alltag harmonisch durchaus dabei schulenübergreifend mit (psycho)therapeutischen Ansätzen. Dementsprechend wird Musiktherapie mit Kindern und Jugendlichen heute in vielen Bereichen praktiziert □ in der Kinder- und Jugendpsychiatrie, in der Sozialpädiatrie, in Schulen und Heimen ebenso wie in musiktherapeutischen Praxen.

Das vorliegende Buch, inzwischen in seiner 2. überarbeiteten Auflage verbindet praxisorientiert durchaus lösungsfokussiertes Denken aus der systemischen Therapie (aber auch aus der analytisch orientierten Tiefenpsychologie) und Methoden und Materialien aus der Musiktherapie. Im Mittelpunkt steht weniger die Frage nach den Ursachen und der Entstehung eines Problemverhaltens, sondern der Blick auf bereits erfolgreiche Lösungen und Ressourcen bzw. wie diese scheinbar „verschütteten“ Fähigkeiten wieder aktiviert werden können. Während die lösungsorientierte Therapie vor allem mit dem Werkzeug der sprachlichen Kommunikation arbeitet, bieten Methoden und Materialien aus der Musiktherapie handlungsorientierte und kreativ-gestalterische Möglichkeiten für ein ressourcenorientiertes Arbeiten, bei dem ein Kind auch mal im wahrsten Sinne des Wortes „auf die Pauke hauen“ darf.

Das Buch ist von Praktikern für Praktiker geschrieben. Es gliedert sich in drei Hauptabschnitte: (1.) Eine Einführung in die theoretischen Grundlagen einer lebenswelt- und entwicklungsorientierten Musiktherapie, (2.) anhand vieler Praxisbeispiele illustriert deren Umsetzung im Arbeiten mit Kindern und Jugendlichen und (3.) Behandlungsbeispiele aus dem musiktherapeutischen Alltag bei einem breiten Spektrum von Auffälligkeiten von Traumatisierungen, Autismus, ADHS bis hin zu Migrationsfolgen sowie ein wichtiger Abschnitt zum wissenschaftlichen Wirksamkeitsnachweis von Musiktherapie, d.h. dem

empirischen Wirksamkeitsnachweis, was auch von gesundheits- und kassenpolitischer Bedeutung sein dürfte.

Insgesamt gibt der übersichtlich gestaltete Band auch dem mit dem Themenkomplex nicht im Detail vertrauten Leser unterschiedlicher beruflicher Disziplinen eine solide fachliche Orientierung und ausführliche Darstellung in eine psychotherapeutisch orientierte Musiktherapie, deren Lösungsorientierung mit ihrer Leichtigkeit besticht. Darüber hinaus bietet sich der Band auch für den in der Musiktherapie Erfahrenen als ein Nachschlagewerk und eine Inspiration für neue Ansätze an.

Insgesamt ist es ein lesenswertes und praxisnah gestaltetes, zudem noch angesichts seiner Stoff- und Materialienfülle recht preisgünstiges Buch, dem eine weite Verbreitung in den unterschiedlichen Berufsgruppen, auch bei den Kostenträgern, zu wünschen ist. Es stellt eine aktuelle Standortbeschreibung des klinisch-wissenschaftlichen Standards in der Musiktherapie dar mit der Perspektive sich möglicherweise zu einem Klassiker in der Ausbildung angehender Diplom-Musiktherapeuten und Psychotherapeuten zu entwickeln.

Jochen Gehrmann, Ludwigshafen

Hinweise für Autoren

1. Das **Forum der für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie** veröffentlicht Originalarbeiten, Übersichtsreferate, Fallberichte, aktuelle Mitteilungen, Buch- und Testbesprechungen.
Die Zeitschrift erscheint in 4 Hefen pro Jahr. Manuskripte nimmt entgegen: Dr. Ingo Spitzcok von Brisinski, Horionstr. 14, D-41749 Viersen, Tel.: 02162/965000, Fax: 02162/965038, EMail: Ingo.SpitzcokvonBrisinski@lvr.de
2. Es werden nur Arbeiten angenommen, die nicht gleichzeitig einer anderen Redaktion angeboten wurden. In Ausnahmefällen kann ein Nachdruck erfolgen. Über Annahme, Ablehnung oder Revision des Manuskripts entscheiden die Herausgeber. Mit der Annahme eines Manuskripts geht das Verlagsrecht entsprechend den gesetzlichen Bestimmungen an den Berufsverband der Ärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie in Deutschland e. V. über. Der Autor bestätigt und garantiert, dass er uneingeschränkt über sämtliche Urheberrechte an seinem Beitrag einschließlich eventueller Bildvorlagen, Zeichnungen, Pläne, Karten, Skizzen und Tabellen verfügt, und dass der Beitrag keine Rechte Dritter verletzt. Der Autor räumt - und zwar auch zur Verwertung seines Beitrages außerhalb der ihn enthaltenen Zeitschrift und unabhängig von deren Veröffentlichung - dem Verlag räumlich und mengenmäßig unbeschränkt für die Dauer des gesetzlichen Urheberrechts das ausschließliche Recht der Vervielfältigung und Verbreitung bzw. der unkörperlichen Wiedergabe des Beitrags ein. Der Autor räumt dem Verlag ferner die folgenden ausschließlichen Nutzungsrechte am Beitrag ein:
 - a. das Recht zum ganzen oder teilweisen Vorabdruck und Nachdruck - auch in Form eines Sonderdrucks, zur Übersetzung in andere Sprachen, zu sonstiger Bearbeitung und zur Erstellung von Zusammenfassungen;
 - b. das Recht zur Veröffentlichung einer Mikrokopie-, Mikrofiche- und Mikroformausgabe, zur Nutzung im Weg von Bildschirmtext, Videotext und ähnlichen Verfahren, zur Aufzeichnung auf Bild- und/oder Tonträger und zu deren öffentlicher Wiedergabe - auch multimedial - sowie zur öffentlichen Wiedergabe durch Radio- und Fernsehsendungen;
 - c. das Recht zur maschinenlesbaren Erfassung und elektronischen Speicherung auf einem Datenträger (z.B. Diskette, CD-ROM, Magnetband) und in einer eigenen oder fremden Online-Datenbank, zum Download in einem eigenen oder fremden Rechner, zur Wiedergabe am Bildschirm - sei es unmittelbar oder im Weg der Datenfernübertragung -, sowie zur Bereithaltung in einer eigenen oder fremden Online-Datenbank zur Nutzung durch Dritte; das Recht zur Veröffentlichung im Internet;
 - d. das Recht zu sonstiger Vervielfältigung, insbesondere durch fotomechanische und ähnliche Verfahren (z.B. Fotokopie, Fernkopie), und zur Nutzung im Rahmen eines sogenannten Kopienversands auf Bestellung;
 - e. das Recht zur Vergabe der vorgenannten Nutzungsrechte an Dritte in In- und Ausland sowie die von der Verwertungsgesellschaft WORT wahrgenommenen Rechte einschließlich der entsprechenden Vergütungsansprüche.

3. Manuskriptgestaltung:

- ✓ Manuskripte müssen als Word-Datei (möglichst per E-Mail, alternativ auf Diskette, CD-ROM oder DVD) eingereicht werden. Schrifttyp: Times New Roman. Überschrift: Fett, Schriftgröße Punkt 18. Autor/Autoren: Vorname ausgeschreiben, ohne akademischen Titel, kursiv, Schriftgröße Punkt 16. Text: Schriftgröße Punkt 12, Blocksatz mit automatischer Trennung. Keine manuellen Trennzeichen. Hervorhebungen fett oder kursiv, nicht unterstrichen. Zwischenüberschriften: Fett. Aufzählungen: Einzug hängend. Literaturverzeichnis: Schriftgröße Punkt 10. Autorennamen im Literaturverzeichnis kursiv.
 - ✓ Vollständige Anschrift des Verfassers bzw. der Verfasser einschließlich akademischer Titel, Schriftgröße Punkt 12. Weitere Angaben zum Verfasser bzw. zu den Verfassern nach Wunsch.
 - ✓ Manuskriptlänge maximal 30 Seiten (max 45.000 Zeichen einschließlich Leerzeichen), für Buch- und Testbesprechungen maximal 3 Seiten (max. 4.500 Zeichen einschließlich Leerzeichen). Seitenformat: Breite 17 cm, Höhe 24 cm, Seitenränder oben 2,5 cm und unten 2,0 cm, links und rechts je 2,1 cm. Seitenabstand der Kopfzeile 1,4 cm und Fußzeile 0,6 cm vom Seitenrand.
 - ✓ Zitierweise im Text: Die Quellenangabe erfolgt durch Anführen des Nachnamens des Autors und des Erscheinungsjahrs. Namen erscheinen in Groß- und Kleinbuchstaben (keine Kapitälchen, nicht unterstrichen, nicht kursiv, nicht fett). Zitierregeln: Mickley und Pisarsky (2003) zeigten ... Weitere Untersuchungen (Frey & Greif, 1983; Bergheim-Geyer et al., 2003) ... Pleyer (im Druck) erwähnt ... Rothaus (2001, S. 267) weist darauf hin ...
 - ✓ Literaturverzeichnis: Jede Quellenangabe im Text muss im Literaturverzeichnis aufgeführt sein und jeder Eintrag im Literaturverzeichnis muss im Text erwähnt werden. Jede Literaturangabe enthält folgende Angaben: Sämtliche Autoren (also im Literaturverzeichnis kein „et al.“ oder „u. a.“), Erscheinungsjahr, Titel, bei Zeitschriften: Name der Zeitschrift (ausgeschrieben, Verzeichnis der Abkürzungen z. B. unter <http://home.ncifcrf.gov/research/bja/>), Jahrgang, Seitenangaben; bei Büchern: Verlagsort, Verlag. Es können folgende Abkürzungen verwendet werden: Aufl. (Auflage); Hg. (Herausgeber); Vol. (Volume); Suppl. (Supplement); f. (folgende Seite); ff. (folgende Seiten). *Beispiele:*
Heymel, T. (2002) Suizidversuche. In: Knopp, M.-L., Ott, G. (Hg.) Hilfen für seelisch verletzte Kinder und Jugendliche. Bonn: Psychiatrie-Verlag, 75-79
Hohm, E., Schneider, K., Pickartz, A., Schmidt, M. H. (1999) Wovon hängen Prognosen in der Jugendhilfe ab? Kindheit und Entwicklung, 8, 73-82
Imber-Black, E. (1997) Familien und größere Systeme im Gestrüpp der Institutionen. Ein Leitfaden für Therapeuten. 4. Aufl., Heidelberg: Carl-Auer-Systeme Verlag
4. Die Autoren erhalten Belegexemplare kostenlos. Zusätzliche Sonderdrucke können gegen Bezahlung bestellt werden; diese Bestellung muss vor Drucklegung des Heftes eingegangen sein.