

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

Inauguraldissertation  
zur Erlangung des Grades eines Doktors der Medizin  
des Fachbereichs Medizin  
der Justus-Liebig-Universität Gießen

vorgelegt von Ute Wilma Müller  
aus Enkirch / Zell

Gießen 2007

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

Inauguraldissertation  
zur Erlangung des Grades eines Doktors der Medizin  
des Fachbereichs Medizin  
der Justus-Liebig-Universität Gießen

vorgelegt von Ute Wilma Müller  
aus Enkirch / Zell

Gießen 2007

Aus dem Medizinischen Zentrum für Psychosomatische Medizin  
Klinik für Psychosomatik und Psychotherapie  
Direktor: Prof. Dr. Ch. Reimer  
des Universitätsklinikums Gießen und Marburg GmbH, Standort Gießen

Gutachter: Prof. Dr. Ch. Reimer  
Gutachter: Prof. Dr. V. Roelcke

Tag der Disputation: 26.01.2009

Meinen Eltern  
in Liebe und Dankbarkeit gewidmet.

# INHALTSVERZEICHNIS

<b>1</b>	<b>EINLEITUNG .....</b>	<b>1</b>
<b>2</b>	<b>BISHERIGER KENNTNISSTAND .....</b>	<b>5</b>
<b>2.1</b>	<b>Die Profession der Psychotherapeuten .....</b>	<b>5</b>
2.1.1	Ärztliche Psychotherapeuten .....	7
2.1.2	Psychologische Psychotherapeuten .....	9
2.1.3	Ärztliche und psychologische Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten .....	11
2.1.4	Positive Aspekte der psychotherapeutischen Arbeit .....	18
<b>2.2</b>	<b>Berufliche Belastung und Gesundheitsgefährdung von Therapeuten .....</b>	<b>19</b>
2.2.1	Psychosoziale Auswirkungen und Belastungen .....	19
2.2.2	Psychische Symptome, Sucht, Burnout .....	25
2.2.3	Körperliche Gesundheitsprobleme .....	30
<b>2.3</b>	<b>Gesundheit .....</b>	<b>33</b>
2.3.1	Gesundheitsbegriff und Modelle der Gesundheit .....	34
2.3.2	Gesundheitsverhalten.....	37
<b>2.4</b>	<b>Bewältigungsmöglichkeiten belastender Berufsauswirkungen .....</b>	<b>40</b>
2.4.1	Berufliche Fortbildung, Selbsterfahrung, Supervision.....	44
2.4.2	Entspannungstechniken .....	50
2.4.3	Persönliche Lebensgestaltung, soziale Unterstützung .....	52
2.4.4	Körperliche Aktivität, gesunde Lebensführung .....	54
<b>2.5</b>	<b>Zusammenfassung .....</b>	<b>58</b>
<b>3</b>	<b>FRAGESTELLUNGEN UND HYPOTHESEN .....</b>	<b>60</b>
<b>4</b>	<b>METHODIK .....</b>	<b>67</b>
<b>4.1</b>	<b>Untersuchungsgruppe .....</b>	<b>67</b>
4.1.1	Persönliche Daten der Befragten .....	67
<b>4.2</b>	<b>Untersuchungsverfahren .....</b>	<b>70</b>
4.2.1	Interviewleitfaden zum Gesundheitsbewusstsein und Gesundheitsverhalten von Ärzten/ Ärztinnen bzw. Psychologen/ Psychologinnen .....	70

4.2.1.1	Ergänzungen zum Interviewleitfaden.....	71
4.2.1.2	Entwicklung und Erprobung der Ergänzungen zum Interviewleitfaden.....	71
4.2.2	Der SF-36 Fragebogen zum Gesundheitszustand (SF-36).....	74
<b>4.3</b>	<b>Untersuchungsgang.....</b>	<b>76</b>
4.3.1	Rekrutierung der Stichprobe.....	76
4.3.2	Durchführung der Interviews.....	77
<b>4.4</b>	<b>Auswertungsverfahren .....</b>	<b>77</b>
<b>5</b>	<b>ERGEBNISSE.....</b>	<b>80</b>
<b>5.1</b>	<b>Berufliche Situation und Bewältigungsverhalten der Psychotherapeuten.....</b>	<b>80</b>
5.1.1	Aktuelle Praxistätigkeit und Psychotherapieverfahren .....	80
5.1.2	Selbsteinschätzung der beruflichen Belastung.....	81
5.1.3	Einschätzung des Bewältigungsverhaltens .....	83
<b>5.2</b>	<b>Zusammenhang zwischen Gesundheitsverhalten und Patientenempfehlungen.....</b>	<b>90</b>
5.2.1	Grundlegendes Verständnis von Gesundheit und Gesundheitsverhalten .....	90
5.2.2	Praktiziertes Gesundheitsverhalten.....	93
5.2.3	Bewertung des eigenen Gesundheitsverhaltens .....	97
5.2.3.1	Beurteilung des Lebensstils.....	98
5.2.3.2	Bewertung des eigenen Lebensstils in Auswirkung auf die Gesundheit.....	100
5.2.4	Empfehlungen an Patienten .....	104
5.2.5	Zusammenhang Selbsteinschätzung - Empfehlungen .....	105
<b>5.3</b>	<b>Zusammenhang zwischen Berufsbild und Gesundheitsverhalten.....</b>	<b>107</b>
5.3.1	Vorbereitung durch die Ausbildung auf die Berufsbelastungen .....	107
5.3.2	Einschätzung dazu, ob der Beruf wieder gewählt werden würde .....	111
5.3.3	Einschätzung zur Arbeit mit Kindern oder Erwachsenen .....	113
5.3.4	Supervision.....	116
<b>5.4</b>	<b>SF-36 Fragebogen zur Gesundheit .....</b>	<b>117</b>
<b>6</b>	<b>DISKUSSION.....</b>	<b>125</b>
<b>6.1</b>	<b>Überlegungen zur Auswahl der Stichproben und Methode .....</b>	<b>125</b>
<b>6.2</b>	<b>Diskussion zu beruflicher Situation und Bewältigungsverhalten.....</b>	<b>127</b>
6.2.1	Selbsteinschätzung der beruflichen Belastung.....	127
6.2.2	Einschätzung der Bewältigungsstrategien.....	129

<b>6.3</b>	<b>Diskussion zum Zusammenhang von Gesundheitsverhalten und Patientenempfehlung.....</b>	<b>131</b>
6.3.1	Gesundheitsverständnis und Gesundheitsverhalten .....	131
6.3.2	Bewertung des eigenen Verhaltens.....	133
6.3.3	Selbsteinschätzung der Gesundheit und Empfehlung an Patienten.....	135
<b>6.4</b>	<b>Diskussion zum Zusammenhang zwischen Berufsbild und Gesundheitsverhalten.....</b>	<b>136</b>
6.4.1	Beurteilung der Psychotherapieausbildung.....	136
6.4.2	Berufsentscheidung und Wiederwahl des Berufes.....	138
6.4.3	Einschätzung zur Arbeit mit Kindern oder Erwachsenen .....	140
<b>6.5</b>	<b>Diskussion der Ergebnisse des SF-36 Fragebogens .....</b>	<b>140</b>
<b>7</b>	<b>ZUSAMMENFASSUNG .....</b>	<b>143</b>
7.1	Summary .....	145
<b>8</b>	<b>LITERATUR.....</b>	<b>147</b>
<b>9</b>	<b>ANHANG.....</b>	<b>167</b>
<b>A</b>	<b>Verzeichnis der Abbildungen und Tabellen.....</b>	<b>168</b>
	Abbildungen .....	168
	Tabellen .....	169
<b>B</b>	<b>Interviewleitfaden .....</b>	<b>170</b>
<b>C</b>	<b>Kodierleitfaden.....</b>	<b>173</b>
<b>D</b>	<b>Erklärung .....</b>	<b>185</b>
<b>F</b>	<b>Danksagung .....</b>	<b>186</b>

# 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 Kollegen\* 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.

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.

- 
- 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.

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 angestellte 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 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](http://www.kinderpsychiater-im-netz.de)). Die Bundespsychotherapeutenkammer beziffert unter

Bezugnahme auf die Untersuchung des Robert-Koch-Instituts ([www.kiggs.de](http://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 Ärzte 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 Hinweise 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 wurde (Geyer 1997). Liébeault und Bernheim, Begründer der Schule von Nancy, kreierten „durch die Transformation des Hypnotismus zur Suggestionstherapie“ 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 konfliktuell, 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, Hautzinger & Reimer 2000, Geyer 2000),

aber auch, so vermuten Eckert, Hautzinger & Reimer, weil die Psychiater, also die Ärzte, 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 wurde, die Verhaltenstherapie wurde erst 1980 in die Leistungen der Ersatzkassen einbezogen (Geyer 2000, Rüger & Bell 2006). In der DDR war 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 Psychotherapiezusatztitel 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 war die 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“ verfügen (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 Jugendlichenpsychotherapeuten\*

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 (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 verwaarloster 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).

---

\* 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.

Nach dem Krieg begannen die verschiedenen Institute, Kinderpsychotherapeuten auszubilden, die als Psychagogen sich „gefährdeten Familien und insbesondere umwelt- und erziehungsgeschädigten Kindern und Jugendlichen auf psychotherapeutisch-heilpädagogische 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, Bogyi & Schuch 1997).

In dem 1. Vorwort zu einem der Standardwerke der Kinder- und Jugendpsychiatrie wird von „Mutterdisziplinen“ gesprochen, an die sich ihr Fach anlehnt (Eggers, Lempp, Nissen & Strunk 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“ (Remschmidt & 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 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 sehr 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“ (Remschmidt 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, Levold & Wedekind 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, Bogyi & Schuch 1997). „Das Wechselspiel zwischen pathogenen und protektiven Faktoren ist angesichts der Vielgestaltigkeit und der Geschwindigkeit von Entwicklungsvorgängen ...bedeutsamer als im Erwachsenenalter“ (Remschmidt 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 stehen 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, Bogyi & Schuch 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 Tagesablauf 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 Teilnahmen 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 können, die sich auf das seelische Wohlbefinden, die soziale Eingebundenheit und die körperliche Befindlichkeit auswirken. Sie unterliegen in ihrer Arbeit einem hohen ethischen 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 schwierige 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 Stundentakt 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 erwirtschafteten 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 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 abrechenbaren tatsächlich erbrachten Leistungen nach EBM. In der Realität führt das dazu, dass der Arzt viele Patienten im Erstkontakt sieht, die dann von den Mitarbeitern weiter diagnostisch und therapeutisch versorgt werden. 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 noch 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 Gedanken an den Verdienst eine Rolle, sondern vielmehr eher auch der Druck, der durch die Patienten und die 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 für den jeweiligen Therapeuten ergibt sich durch die Einzelpraxis mit Bestellterminen eine relative Isolation von anderen niedergelassenen Kollegen oder Co-Therapeuten (Reimer 1994, Bell 2000). Die „Tatsache sozialer Isolation“ stellt „einen Belastungs- und Risikofaktor“ dar (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 befriedigendem 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 tretende belastende Affekte, Impulse, Wünsche 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 Belastungen 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) aufrechtzuerhalten. 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. Fessler 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, psychosomatische Reaktionen, Unfälle, 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 Vertreterin 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, ebenso wie Gilroy, Carroll & Murra (2002) in ihrer Untersuchung an 1000 Psychologen bestätigt fanden, dass Depression (Dysthymie) die am häufigsten zugegebene Diagnose war. Die Konferenz für Ärztegesundheit 2005 in Chicago beschäftigte sich als Hauptthema mit Depressionen bei Ärzten und einer Besorgnis erregende Inzidenz von Suiziden, für deren Ursache affektive Störungen, Suchtkrankheiten und Partnerschaftsprobleme genannt werden, 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, Carroll & Murra 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 hilfeschuchende Patientenrolle zu wechseln, was für den behandelnden Therapeuten auch einen ebenso 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 kann (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, Poelstra & Stark (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 % davon 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, Medikamente (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 unangenehme 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 und 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 wird die allgemeine Erschöpfungssymptomatik beschrieben (Heim 1992, Stern 1996, Fengler 1999, Lichtenberger 2006, Hessel et al. 2006) und Schlafstörungen (Heim 1992, Rad 1997), auch Kopf- und Rückenschmerzen, Magendarmstörungen (Heim 1992). 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 er schreibt, was von den Angehörigen der medizinischen Berufe nicht richtig wahrgenommen wird, „ist der Preis des besonderen Einsatzes oder die Konsequenz der überdurchschnittlichen Belastung: die mannigfachen Gesundheitsschäden“ (Heim 1992). 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. Schmidbauer (2006) schreibt allgemein, dass der Krankenstand von Psychotherapeuten steigt, wenn der Leistungsabbau im Rahmen des Burnout 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, jedoch fanden sie 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. Weitere Ergebnisse waren, dass 25,2 % der psychologischen und 21,4 % der ärztlichen Psychotherapeuten rauchen und etwa 70 % zum Ausgleich Sport treiben. 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 aufsuchen und weniger Arbeitsunfähigkeitstage angeben und ihren Gesundheitszustand schlechter einschätzen. Die Autoren der Studie merken einschränkend an, dass die Stichproben nur in wenigen Punkten vergleichbar

waren, denn mit dem Psychotherapeutenberuf sind einige spezifische gesundheitsrelevanten psychischen, existenziellen und physischen 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, Siegrist, von Troschke & Schlaud 2003) und gilt gemeinhin 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, die sich nach Becker (2006) um einen positiven Gesundheitsbegriff bemüht, der mehr beinhaltet als nur Freisein von Krankheit und Gebrechen, wird von ihm wegen der einseitigen „Zentrierung auf verschiedene Aspekte von Wohlbefinden“ aber 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 dann 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 belastenden Lebensbedingungen nicht zusammenbrechen, sondern ihre Gesundheit erhalten. Er betont in Abgrenzung zum pathogenetischen Modell, dass Belastungen keinesfalls ausschließlich

als Auslöser von Krankheiten betrachtet werden dürften. 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, Schrittmatter & Willmann 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 „gesundheitsbezogenen 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 Trainingsprogrammen 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 dann 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 (Herzlich 1973). 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 bedeutet. 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 30000 Menschen befragt wurden, gaben die meisten Europäer beispielsweise an, sich gesünder ernähren zu wollen, jedoch gibt jeder Dritte an, 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 andererseits die 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 Entscheidungsprozesse 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 Intensionsstärke 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 auch noch 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, präventiven 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 all 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, sozialer 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 (Bengel, Schrittmatter & Willmann 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 Ichidentität, 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) stellt 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, arbeitsspezifische 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 -es gibt z.B. Selbsthilfegruppen (z.B. Psychologists Helping Psychologists), Impaired Physician Committees und Physician Wellness Groups (Reimer 2000)- wurden in Deutschland Fragen der Ärztegesundheit 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](http://www.aerztegesundheit.de)).

Ärzte und Psychotherapeuten haben natürlich selber viele Möglichkeiten, für ihre Gesundheit und Psychohygiene zu sorgen, nicht erst, wenn sie sich ausgelaugt 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 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 & Rüger 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, Gerlach & Szecsenyi 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 verstände und die eigene Verantwortung weitgehend ausklammerte.“

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, Gödde, Hegener & Möller 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 bewirkt 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 einer „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, Gerlach & Szecsenyi 1996).

Die im Laufe des Berufslebens durch die unterschiedlichen Methoden erlangten Erfahrungen können dann auch zur Erkenntnis der eigenen Grenzen an persönlichen 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 ist verständlich, dass erfahrene Therapeuten mit ihrer beruflichen

Tätigkeit zufriedener sind als Therapeuten mit kurzer Berufserfahrung (Willutzki et al. 1997), weil es offenbar einer längerer Zeit bedarf, dass man ausreichende Kompetenz im Umgang mit schwierigen Patienten erworben hat, 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, Qigong, Yoga, praktiziert. Auch Formen der Hypnose und Imaginationsübungen 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, eine „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 auch 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, Rottenfußler 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 Rottenfußler (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, Brehm & Pahmeier 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 dann, 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, Brehm & Pahmeier 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, Brehm & Pahmeier 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, 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 der Sensibilisierung der Wahrnehmung für Stressquellen und Stressreaktionen und dem Aufbau eines breiten Repertoires und den 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 LandesSportBundes und des Landesinnenministeriums, des Gesundheitsministeriums, der Ärztekammern und Sportärzte in Nordrhein-Westfalen (Schindler-Marlow 2007).

Insgesamt ist allerdings dabei wichtig zu beachten, „dass sich Gesundheit bei sportlicher Aktivität nicht ‚automatisch einstellt‘“ (Bös & Brehm 2003), sondern es ist schon 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](http://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 dabei. 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 überschlanken Modellen orientieren, von vielen nicht als sozial akzeptabel erlebt wird (Pudel 2004).

## **2.5 Zusammenfassung**

Wie dargelegt, ist der Beruf des Psychotherapeuten mit einer hohen Anforderung an die psychische und physische Integrität des Therapeuten verbunden. Die seelischen Belastungen sind dabei, neben den negativen Auswirkungen auf die körperliche Gesundheit, im besonderen Maße gravierend, denn sie wirken sich nicht nur auf die seelische Gesundheit der Therapeuten aus, sondern auch durch die stetige implizite Beziehungsarbeit während des therapeutischen Prozesses wiederum auf ihre Patienten und damit auf den Heilungserfolg.

Ungeachtet der persönlich oft sehr bereichernden Auswirkungen ihrer beruflichen Tätigkeit, die durchaus Sinnkrisen, Zweifel und viele Belastungen kompensieren können, ist es dennoch nötig, dass Psychotherapeuten aktiv Selbstfürsorge praktizieren, um vorzubeugen, die vielfältigen Belastungen bewältigen zu können und gesund zu bleiben. Diese Sorge um sich selber kann in unterschiedlicher Art und Weise praktiziert werden. Neben den eher körperbetonten gesunden Verhaltensweisen, wie beispielsweise sportliche Betätigung, gesunde Ernährung, Schlafhygiene und vernünftiger Umgang mit suchtfördernden Substanzen, sind geistige Anregung, intellektuelle und emotionale Durchdringung des eigenen Seins und Tuns und die Pflege der sozialen Eingebundenheit wichtige Voraussetzungen für die psychische Gesundheit und beugen einem Burnout vor.

### 3 Fragestellungen und Hypothesen

Im vorangehenden Kapitel wurden neben den Gemeinsamkeiten, die sich aus der psychotherapeutischen Tätigkeit als solche ergeben, auch die Unterschiede in der Sozialisation und beruflichen Praxis zwischen Ärzten und Psychologen bzw. zwischen Kinder- und Erwachsenentherapeuten dargelegt. Auch die nachfolgenden Fragestellungen beziehen sich auf Unterscheidendes und implizieren ebenfalls die jeweiligen Unterschiede zwischen Ärzten und Psychologen respektive Kinder- und Erwachsenentherapeuten.

In dieser Arbeit wird untersucht, wie Psychotherapeuten ihre berufliche Belastung und deren Wirkung auf ihre Gesundheit einschätzen und welche Möglichkeiten der privaten und beruflichen Selbstfürsorge sie praktizieren.

In diesem Zusammenhang interessieren folgende Fragestellungen:

- Wie schätzen die psychotherapeutisch tätigen Ärzte und Psychologen ihre berufliche Belastung in Hinblick auf Zeitdruck ein?
- Welche Bewältigungsmöglichkeiten nutzen sie, um sich von der beruflichen Belastung zu distanzieren, sie zu bewältigen oder auszugleichen?
- War es am Anfang ihrer Berufstätigkeit anders als jetzt?
- Gibt es einen Unterschied zwischen den beiden Berufsgruppen und zwischen Kinder- und Erwachsenentherapeuten?
- Führt die unterschiedliche Sozialisation von Ärzten und Psychologen während der Ausbildung zu unterschiedlichen Bewältigungsstrategien?

- **Hypothese 1**

Die Arbeitszeiten der niedergelassenen vollzeittätigen ärztlichen und psychologischen Psychotherapeuten und Kindertherapeuten unterscheidet sich nicht signifikant (Bowe 1999).

- **Hypothese 2**

Es ist demzufolge anzunehmen, dass sich ärztliche und psychologische Psychotherapeuten gleichermaßen unter Zeitdruck fühlen.

Die von Bowe (1999) berichtete nahezu identische Arbeitszeit beider Berufsgruppen lässt den Schluss zu, dass auch das Empfinden von Zeitdruck vergleichbar ist.

Außerdem wird untersucht, was Psychotherapeuten unter Gesundheit und Gesundheitsverhalten verstehen, welches Gesundheitsverhalten sie tatsächlich selber praktizieren und was sie diesbezüglich ihren Patienten empfehlen. Hierbei liegt der Fokus auf aktiver körperlicher Bewegung als Mittel der Gesundheitsfürsorge.

Es lassen sich folgende Fragestellungen ableiten:

- Unterscheiden sich die psychotherapeutisch tätigen Ärzte von den psychologischen Psychotherapeuten sowie die Kindertherapeuten von den Erwachsenentherapeuten in der momentanen subjektiven Einschätzung ihrer gesundheitlichen Befindlichkeit, ihrer allgemeinen Gesundheit gemäß der WHO-Definition und in der Auswirkung des Lebensstils auf ihre Gesundheit?
- Gibt es einen Zusammenhang zwischen dem eigenen Gesundheitsverhalten und den diesbezüglichen Ratschlägen an Patienten zu mehr körperlicher Bewegung?
- Regen ärztliche Psychotherapeuten, die die entsprechenden medizinischen Kenntnisse haben, mehr zu körperlicher Aktivität an als Psychologen?
- Regen diejenigen mehr zur körperlichen Aktivität an, die selber aktiv und gesund sind?

- **Hypothese 3**

Es wird vermutet, dass die befragten Psychotherapeuten über einen ähnlichen Kenntnisstand über Gesundheit im Allgemeinen, gesundheitsfördernde Maßnahmen und Nutzen von körperlicher Aktivität verfügen.

Besonders bei Mediziner\*innen, aber auch bei Psycholog\*innen gehören diese Inhalte in unterschiedlicher Gewichtung zur Ausbildung und beide Berufsgruppen haben alleine durch das *Deutsches Ärzteblatt* Zugang zu entsprechenden Übersichtsarbeiten und Literatur.

- **Hypothese 4**

Es ist demzufolge dann davon auszugehen, dass alle Psychotherapeuten auch entsprechend ihrem Kenntnisstand ihre Patienten über den Sinn und Nutzen von körperlicher Aktivität informieren.

- **Hypothese 5**

Des Weiteren wird vermutet, dass sich sowohl ärztliche als auch psychologische Psychotherapeuten nicht wesentlich in der Einschätzung ihrer Gesundheit gemäß den WHO-Kriterien unterscheiden.

Beide Gruppen der Psychotherapeuten haben ähnliche Arbeitszeiten (Bowe 1999), so dass sie ähnlich viel verbleibende Zeit für die private Lebensführung und Gesundheitsfürsorge haben. Außerdem verfügen sie über das Wissen bezüglich der Notwendigkeit gesundheitsförderlicher, insbesondere psychohygienischer Maßnahmen (Hessel 2006).

- **Hypothese 6**

Es wird daraus folgend angenommen, dass sich die ärztlichen und psychologischen Psychotherapeuten nicht signifikant darin unterscheiden, wie sie die Auswirkung ihres Lebensstiles auf ihre Gesundheit bewerten.

In der Fachliteratur wird betont, wie wichtig ein Ausgleich zu anstrengender professioneller Tätigkeit durch körperliche Aktivitäten, entsprechende Lebensführung und Freizeitgestaltung ist (Abele, Brehm & Pahmeier 1997, Fengler 1997, Rottenfußler 1999, Radeke & Mahoney 2000, Dlugos & Friedlander 2001, Rüegg 2006). Beide Berufsgruppen verfügen aufgrund ihres Fachwissen über hinreichende Kenntnisse über die Wichtigkeit von Psychohygiene- und Präventionsmaßnahmen und sollten sich entsprechend darum bemühen.

- **Hypothese 7**

Es wird angenommen, dass das Gefühl der hohen zeitlichen Inanspruchnahme durch die Arbeit dazu führt, dass sich ärztliche und psychologische Psychotherapeuten weniger aktiv körperlich betätigen (Geyer 2002) und somit also trotz besseren Wissens selber nicht das tun, was sie ihren eigenen Patienten empfehlen.

Ein weiterer Untersuchungsschwerpunkt liegt in der Erfassung der Bewertung, ob das entsprechende Studium (Medizin / Psychologie) bzw. die jeweilige durchlaufene Ausbildung zum Psychotherapeuten hilfreich in Bezug auf die Bewältigung von beruflicher Belastung empfunden werden. Zudem wird ein Aspekt der Arbeitszufriedenheit erfasst und erfragt, wie Psychotherapeuten die Belastung durch die Arbeit mit Kindern im Vergleich zur Arbeit mit Erwachsenen bewerten. Anschließend wird untersucht, ob es einen Zusammenhang zwischen Art und Häufigkeit der praktizierten Supervision und beruflicher Belastung gibt.

Hieraus ergeben sich folgende Fragestellungen:

- Sind die ärztlichen und psychologischen Psychotherapeuten mit ihrem Beruf so zufrieden, dass sie ihn wieder wählen würden?
- Unterscheiden sich die Berufsgruppen mit ihren unterschiedlichen Therapieverfahren dabei voneinander und wie stellt sich die Gruppe der Kindertherapeuten dabei dar?
- Empfinden die psychotherapeutisch tätigen Ärzte und Psychologen ihre Psychotherapieausbildung als hilfreich in Bezug auf Bewältigung von beruflicher Belastung und gibt es Unterschiede zwischen den Berufsgruppen bzw. den Therapierichtungen?
- Lässt sich aus der unterschiedlichen Art und Weise, wie Psychotherapeuten mit Kindern bzw. mit Erwachsenen arbeiten, auch ein Unterschied im Gefühl von Belastung ableiten?
- Nutzen die Psychotherapeuten Supervision? Welche Art der Supervision wählen sie und sind sie derzeit in Supervision?

- **Hypothese 8**

Derzeit tätige ärztliche und psychologische Psychotherapeuten fühlen sich durch ihre Therapieausbildung nicht genügend auf die berufliche Belastung und die Möglichkeiten, davon Abstand zu gewinnen, vorbereitet.

Erst seit Mitte bis Ende der 90er Jahre wird sich in der Fachliteratur vermehrt mit dem Themenkomplex Psychohygiene von Psychotherapeuten und Lebensqualität auseinandergesetzt (z.B. Rad 1997, Reimer 1994, 1997 und 2000, Schröder 1997), erst langsam halten Aspekte von Selbstfürsorge Eingang in die Literatur (Reddemann 2006) oder gar in Ausbildungsrichtlinien (Lutz 2007). In die Musterweiterbildungsordnungen für die Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten in der Fassung der Beschlüsse des 8. Deutschen Psychotherapeutentages am 13.5.2006 sind diese berufsethischen Aspekte noch nicht verankert (Behnsen et al. 2006). Es ist davon auszugehen, dass zu dem Zeitpunkt, als die befragten ärztlichen und psychologischen Psychotherapeuten in Ausbildung waren, diese Themen nicht zum Ausbildungsstandart gehörten.

- **Hypothese 9**

Im Vergleich zu rein somatisch tätigen Ärzten empfinden sich die Psychotherapeuten dennoch weniger stark belastet, weil sie durch ihre Psychotherapieausbildung mehr Techniken zur Bewältigung erlernt haben.

Die Wahrnehmung und Reflektion der eigenen Gefühle und Gedanken, der bewussten und unbewussten intrapsychischen und interpersonellen Prozesse ist Teil der psychotherapeutischen Ausbildung (Roth 1988, Reimer 1991, Buchheim 2000). Den somatisch tätigen Ärzten stehen diese Inhalte nur dann zur Verfügung, wenn sie sich sie z.B. in Form einer Balintgruppe bewusst suchen.

- **Hypothese 10**

Trotz hoher beruflicher und persönlicher Belastung ist die Zufriedenheit bei den Psychotherapeuten hoch, so dass sie ihren Beruf mehrheitlich wieder wählen würden (Radeke & Mahoney 2000, Dlugos & Friedlander 2001, Vetter 2004).

- **Hypothese 11**

Ärztliche und psychologische Psychotherapeuten nutzen Selbsterfahrung und / oder Balintarbeit und Supervision in gleichem Maße als Mittel der Kompensation beruflicher Belastung und zur Selbstfürsorge.

Bei beiden Berufsgruppen gehören Selbsterfahrung und Supervision zur Ausbildung zum Psychotherapeuten unabdingbar dazu (Becker 2005a und 2005b, Bundesärztekammer 2006) und ihr Wert ist auch allgemein, nicht nur für die Zeit der Ausbildung, in der Fachliteratur ausführlich beschrieben (Aronson 1983, Cierpka et al. 1993, Auckenthaler 1995, Stern 1996, Reimer 2000, Willutzki et al. 2006). Insofern lässt sich vermuten, dass sowohl ärztliche als auch psychologische Psychotherapeuten diese Methoden im Sinne der Psychohygiene und der Qualitätssicherung für sich nutzen.

- **Hypothese 12**

Demzufolge lässt sich vermuten, dass Kindertherapeuten, die außer mit dem Kind alleine teilweise auch mit sehr komplexen dazugehörigen Systemen arbeiten (Schmidtchen 1991, Esser 2003, Lehmkuhl & Lehmkuhl 2003, Müller-Brühn 2003) und sich auch auf eine sehr persönliche Art und Weise einbringen müssen (Reinelt 1997, Lehmhaus-Wachtler 2001), mehr Supervision oder Intervision zur Bewältigung der an sie gerichteten Beanspruchung nutzen.

Am Schluss der Untersuchung wird mittels des *SF-36* überprüft, inwieweit sich die Selbsteinschätzungen, die im *Interviewleitfaden* erfragt werden, in den Bewertungen des momentanen Gesundheitszustandes wieder finden. Daraus lässt sich die Frage ableiten, ob die Psychotherapeuten im Vergleich zur entsprechenden Altersnorm der Allgemeinbevölkerung besser oder schlechter abschneiden.

- **Hypothese 13**

Es ist zu vermuten, dass beide Psychotherapeutengruppen ebenso wie die Kinder- bzw. Erwachsenentherapeuten in ihrer körperlichen Verfassung nicht besser abschneiden als die Allgemeinbevölkerung.

Die Studie von Hessel et al. (2006) zeigte, dass die Psychotherapeuten trotz des besseren Wissens und sorgsamem Umgangs mit ihrer Gesundheit insgesamt weniger auf ihre körperliche Gesundheit achteten als die Allgemeinbevölkerung und ihren Gesundheitszustand schlechter einschätzten.

- **Hypothese 14**

Daraus lässt sich ebenfalls vermuten, dass auch die psychische Gesundheit der Psychotherapeuten im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung als schlechter eingeschätzt wird.

Besonders die psychische Verfassung ist bei Psychotherapeuten häufig in Mitleidenschaft gezogen (u.a. Ackerley et al. 1988, Willutzki et al. 1997, Reimer 2006) und äußert sich nicht nur in schlechtem Wohlbefinden, sondern lässt sich auch in einer sozialen Rückgezogenheit festmachen (Reimer 1994).

## **4 Methodik**

### **4.1 Untersuchungsgruppe**

Für die nachfolgend beschriebenen Interviews wurden die ärztlichen und psychologischen Psychotherapeuten persönlich telefonisch kontaktiert. Sie waren, bis auf zwei, im Zeitraum 2003 bis 2005 aktuell im Großraum Köln entweder als psychotherapeutisch tätige Ärzte mit unterschiedlichen Gebietsbezeichnungen und/ oder psychotherapeutischer Zusatzbezeichnung, als psychologische Psychotherapeuten für Erwachsene oder als Kindertherapeuten niedergelassen und wurden spontan aus der Liste der Kassenärztlichen Vereinigung ausgewählt. Vier der psychologischen Kindertherapeuten waren vom Grundberuf her keine Diplom- Psychologen, was aber den Ausbildungs- und Zulassungsrichtlinien entspricht; sie werden offiziell der Berufsgruppe der Psychologischen Psychotherapeuten zugezählt. Zwei psychologische Psychotherapeuten waren nicht niedergelassen, sondern eine war als Kindertherapeutin in einer Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, die andere als psychologische Psychotherapeutin in einer städtischen Familienberatungsstelle angestellt. Beide wurden im Rahmen der Voruntersuchung interviewt und bei der Auswertung der Gesamtstichprobe mitgerechnet.

#### **4.1.1 Persönliche Daten der Befragten**

Insgesamt wurden 52 Personen in die Studie einbezogen. Die Probanden waren je zur Hälfte Frauen und Männer.

Sie waren im Mittel  $50,3 \pm 8,2$  Jahre alt (Mittelwert  $\pm$  Standardabweichung). Die Spannweite der Altersangaben reichte von 36 bis 73 Jahre. Die Tabelle 1 zeigt, dass zum Zeitpunkt des Interviews je knapp 40 % der Befragten zwischen 41 und 50 bzw. 51 und 60 Jahre alt waren und jeweils etwa 10 % der Altersangaben der übrigen Therapeuten über bzw. unter diesen Intervallen lagen.

Tabelle 1: Häufigkeitsverteilung der Altersangaben in der untersuchten Stichprobe.

Alters-Kategorie	Anzahl	Anteil (%)
<b>bis 40 Jahre</b>	7	13,5
<b>41-50 Jahre</b>	20	38,5
<b>51-60 Jahre</b>	19	36,5
<b>ab 61 Jahre</b>	6	11,5
<b>Summe</b>	52	100

Der Body-Mass-Index (BMI) der Befragten betrug im Mittel bei  $24,0 \pm 3,2 \text{ kg/m}^2$ . Die Angaben der einzelnen Personen reichten von  $18,7$  bis  $30,4 \text{ kg/m}^2$ . 34 der 52 Befragten (65,4 %) waren nach der WHO-Definition „normalgewichtig“ mit BMI mit Werten zwischen  $18,7$  und  $24,9 \text{ kg/m}^2$ . Bei weiteren 15 Personen (28,8 %) lag der BMI zwischen  $25$  und  $29,9 \text{ kg/m}^2$ . Sie waren damit als „übergewichtig“ einzustufen. Für 3 Befragte (5,8 %) waren BMI-Werte über  $30 \text{ kg/m}^2$  zu verzeichnen. Sie galten damit als „adipös“.

51 der 52 Therapeuten machten Angaben zu ihrer Familiensituation. Mit einem Partner zusammen lebten 36 von ihnen (70,6 %), die übrigen 15 (29,4 %) lebten dagegen allein. 33 der 36 mit einem Partner zusammen Lebenden waren mit diesem Partner verheiratet (91,7 %), 32 (88,9 %) hatten eigene Kinder. Von den 15 allein Lebenden hatten 5 (33,3 %) eigene Kinder. Die Anzahl der Kinder reichte von 1 bis 4, sie lag im Mittel bei  $1,9 \pm 0,9$ . In 15 der 37 Familien mit Kindern (40,5 %) lebte genau ein Kind, in 11 Familien waren zwei Kinder vorhanden (29,8 %) und mehr als 2 Kinder erzogen ebenfalls 11 Familien.

Die befragten Therapeuten hatten jeweils zur Hälfte eine medizinische bzw. eine psychologische Ausbildung. 20 von ihnen (38,5 %) waren als Therapeuten überwiegend oder vollständig für Kinder und Jugendliche tätig, 32 arbeiteten dagegen im Wesentlichen mit erwachsenen Patienten (Abbildung 1).

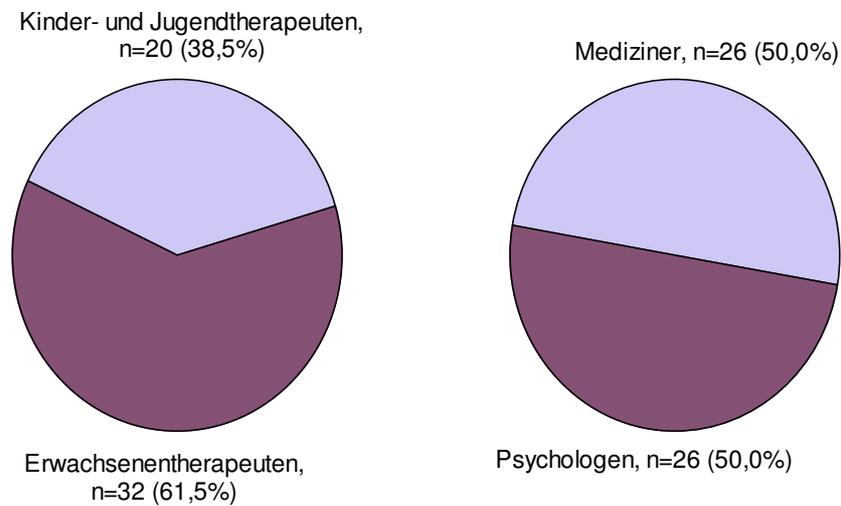


Abbildung 1: Anteil der befragten Therapeuten nach Berufsgruppen.

Die Tabelle 2 enthält eine Gegenüberstellung statistischen Kenngrößen der wichtigsten persönlichen Daten der Mediziner und Psychologen. Mediziner war geringfügig älter (52 vs. 49 Jahre) als Psychologen und hatten im Durchschnitt geringfügig weniger Kinder (1,3 vs. 1,5). In allen anderen Aspekten waren keine oder nur sehr geringfügige Unterschiede zwischen den Gruppen vorhanden. Für keinen der aufgeführten Parameter war ein statistisch signifikanter Unterschied zu verzeichnen (alle  $p > 0,05$ ).

Tabelle 2: Persönliche Daten der Gruppen der Mediziner und Psychologen im Vergleich

(Tabellen 2 und 3: Angegeben sind Mittelwert  $\pm$  Standardabweichung für metrische Parameter sowie Anteile bei diskreten Variablen. Unterschiede zwischen den Gruppen wurden mit dem Mann-Whitney-U-Test (metrische Parameter) bzw. dem exakten Test nach Fisher (diskrete Parameter) auf statistische Signifikanz geprüft.)

	Ausbildung		p-Wert
	Mediziner	Psychologe	
	n=26	n=26	
<b>Geschlecht weiblich</b>	50 %	50 %	1,00
<b>Alter (Jahre)</b>	51,6 $\pm$ 8,2	49,1 $\pm$ 8,3	0,42
<b>BMI (kg/m<sup>2</sup>)</b>	23,8 $\pm$ 3,2	24,1 $\pm$ 3,2	0,81
<b>Mit Partner zusammen lebend</b>	69,2 %	72,0 %	1,00
<b>Anzahl der Kinder</b>	1,3 $\pm$ 1,3	1,5 $\pm$ 1,0	0,57

Die entsprechenden Vergleiche zwischen Therapeuten für Kinder und Jugendliche sowie für Erwachsene sind in der Tabelle 3 aufgeführt. Auch hier waren keine nennenswerten Differenzen zwischen den Gruppen gegeben, ein statistisch signifikanter Unterschied war für keinen der untersuchten Parameter nachzuweisen (alle  $p > 0,05$ ).

Tabelle 3: Persönliche Daten der Gruppen von Therapeuten für Kinder und Jugendliche und für Erwachsene

	Patienten hauptsächlich...		p-Wert
	Kinder und Jugendliche	Erwachsene	
	n=20	n=32	
<b>Geschlecht weiblich</b>	50,0 %	50,0 %	1,00
<b>Alter (Jahre)</b>	48,9 ± 7,54	51,3 ± 8,63	0,37
<b>BMI (kg/m<sup>2</sup>)</b>	23,5 ± 2,67	24,3 ± 3,45	0,69
<b>Mit Partner zusammen lebend</b>	73,7 %	68,8 %	0,76
<b>Anzahl der Kinder</b>	1,2 ± 1,44	1,5 ± 1,02	0,21
<b>Psychologe</b>	50,0 %	50,0 %	1,00

## 4.2 Untersuchungsverfahren

### 4.2.1 Interviewleitfaden zum Gesundheitsbewusstsein und Gesundheitsverhalten von Ärzten/ Ärztinnen bzw. Psychologen/ Psychologinnen

Die Untersuchung wurde an Hand des *Interviewleitfadens* durchgeführt, der von Dr. Jurkat im Rahmen seiner Untersuchungen an berufstätigen Ärzten, Psychologen und fortgeschrittenen Studenten beider Fachrichtungen entwickelt worden war und in der Fassung vom Oktober 1997 vorlag. „Der Interviewleitfaden zielt besonders darauf ab, welches gesundheitsbezogenes Wissen auf die eigene Lebensführung übertragen wird“ (Jurkat 2007).

Nach allgemeinen einführenden Fragen nach Arbeitszeit, Entspannungsmöglichkeit und -fähigkeit, Schlafdauer und -zufriedenheit und Bedeutung von Gesundheit und was man für sie tun muss, folgen Fragen zu Assoziationen und Selbsteinschätzung, wie

beispielsweise die Frage 2.1. „Wie würden Sie Ihren eigenen Gesundheitszustand gemäß der WHO-Definition einschätzen?“ (Jurkat 2007). Es folgen allgemeine Fragen zum eigenen Gesundheitsverhalten „im Sinne der multiplen Risikofaktoretheorie“ (Jurkat 2007) nach z.B. Rauch-, Trink- und Ernährungsgewohnheiten, die dann ab den Fragen 4.1. vertiefend besonders zum Bereich der körperlichen Betätigung erfasst werden. Hierbei wird nicht nur nach selber praktizierter körperlicher Aktivität gefragt, sondern auch, ob sie im Rahmen der Berufstätigkeit den eigenen Patienten empfohlen wird. Die weiteren Fragen erfassen die Selbst- und Fremdeinschätzung zur körperlichen Aktivität und münden in die Frage nach dem eigenen Lebensstil ein: „Glauben Sie, dass er Ihre Gesundheit eher fördert oder eher beeinträchtigt?“ (Jurkat 2007).

#### **4.2.1.1 Ergänzungen zum Interviewleitfaden**

Zusätzlich zu den im Hauptteil des *Interviewleitfadens* erfragten Einstellungen, Erfahrungen und Verhaltensweisen waren darüber hinaus die die jeweiligen unterschiedlichen Bewältigungsmethoden der spezifischen Belastungen, die aus dem psychotherapeutischen Berufsalltages erwachsen und auch die empfundene Arbeitszufriedenheit von Interesse, um eventuell Schlüsse ziehen zu können, ob es Wechselwirkungen gibt zwischen dem angegebenen Gesundheitsverhalten, der subjektiv empfundener Gesundheit, den praktizierten Bewältigungsstrategien und der Arbeitszufriedenheit. Die Zusatzfragen wurden von der Autorin entwickelt und mit dem Leiter des Forschungsprojektes II erörtert, abgestimmt und von ihm genehmigt.

Auch andere Mitglieder der Forschungsgruppe entwickelten Zusatzfragen (Jurkat 2007) zum *Interviewleitfaden*, die aber von der Autorin nicht benutzt und ausgewertet wurden, weil sie nicht genau dem Thema und Fokus dieser Arbeit entsprechen.

#### **4.2.1.2 Entwicklung und Erprobung der Ergänzungen zum Interviewleitfaden**

Geleitet von der eigenen beruflichen Erfahrung wurden die Ergänzungsfragen recht nah an der Praxis der Ausbildung und der täglichen Arbeit entwickelt. Es sind offene Fragen, die frei beantwortet werden können und so den Befragten „Spielraum“ geben, „wie intensiv und in welcher Richtung er auf die Frage eingehen will“ (Potthoff 1991). Sie

sollten die Gelegenheit bekommen, ihre eigenen Empfindungen und praktische Berufsalltagserfahrungen mitzuteilen.

Zunächst wird allgemein nach der Nutzung von Entspannungstechniken gefragt, womit sowohl suggestive als auch übende oder andere Verfahren gemeint sind, die teilweise, zumindest bei den Medizinerinnen, als so genannte „Zweitverfahren“ während der Psychotherapieausbildung obligatorisch gelernt werden und deren Wert somit den Psychotherapeuten bekannt sein dürfte. Einige Entspannungstechniken sind im EBM (KBV 2005) als „Übende Verfahren“ verzeichnet und werden somit von den Krankenkassen bezahlt. Sie sind als wirkungsvolle Methode zur Stressreduktion anerkannt. Es ist also nahe liegend zu erfahren, ob die Therapeuten sie nicht nur ihren Patienten beibringen, sondern selber auch anwenden. Es wird also nach dem Gebrauch dieser Techniken gefragt und auch, ob sie eine Alternative zu körperlicher Bewegung darstellen. Diese Frage steht im Zusammenhang mit der Frage nach der Art des Bewältigungsverhaltens beruflicher Belastung allgemein.

So wie Entspannungstechniken und körperliche Bewegung helfen können, die Belastung der psychotherapeutischen Arbeit zu kompensieren, gibt es noch viele, sehr individuelle Methoden, Abstand zu gewinnen und für sich selber gut zu sorgen. Nicht alle diese Methoden, z.B. Alkoholkonsum oder sozialer Rückzug sind im Sinne der Gesundheitsfürsorge als förderlich einzustufen. Die Frage 6.3. knüpft an die Fragen im ersten Teil des *Interviewleitfadens* nach dem Ausmaß des Zeitdrucks, der ausreichenden Zeit für Entspannung und der körperlichen Aktivität an.

Die nächsten ergänzenden Fragen beziehen sich auf die Ausbildungssituation der Therapeuten und den empfundenen qualitativen Unterschied des Belastungsgefühls im Laufe der Jahre der Berufstätigkeit. Da die persönliche Anforderung an die Psychotherapeuten in ihrer Arbeit recht hoch ist, wäre es wünschenswert, sich gut ausgebildet fühlen zu können, um Belastungs- und Stressreaktionen zu verringern und einem Burnout entgegen wirken zu können.

Der ambulant tätige Erwachsenentherapeut arbeitet in der Regel alleine mit seinem Klienten, selten wird der Kreis um die Angehörigen erweitert, im stationären Setting in der Klinik mag das noch am ehesten zur therapeutischen Arbeit dazu gehören. Die Kindertherapeuten sind, je jünger die Kinder sind um so mehr, auf die Mitarbeit der

Bezugspersonen, in der Regel sind dies zunächst die Eltern, angewiesen. Dieser Kreis der Personen, die mit dem Kind zu tun haben, erweitert sich, je nach Krankheitsbild, noch um weitere, die direkt oder indirekt mitbehandelt werden oder die Therapie positiv oder negativ beeinflussen. Ein Kindertherapeut sieht sich also eher einem System gegenüber, in dem es vielfältige Verflechtungen gibt. Es gibt wenig Literatur darüber, ob und worin sich Kindertherapeuten von Erwachsenentherapeuten unterscheiden und wie die jeweiligen Belastungen empfunden werden, die sich aus den unterschiedlichen Settings ergibt. Diesen Unterschied greifen die Fragen 6.7. und auch 6.8. auf. Letztere will herausfinden, inwieweit die Berufswahl zum Kinder- oder Erwachsenentherapeut bewusst getroffen wurde. Es ist davon auszugehen, dass eine bewusste Entscheidung für einen Beruf die Einstellungen und Erwartungen ihm gegenüber beeinflussen.

Die Frage nach der Qualität des Studiums in Bezug auf die Vorbereitung auf den Beruf ist eher von akademischem Interesse.

Am Ende des Interviews stehen die Fragen nach der Teilnahme an Selbsterfahrung und Supervision / Intervision. Beides fördert die Befähigung des Psychotherapeuten, mit den beruflichen Belastungen besser umzugehen und für das eigene Wohlbefinden zu sorgen. Sie wirken sich damit auch wieder auf den Behandlungsprozess und damit den Heilungsverlauf des Patienten aus. Erlebt sich ein Therapeut in der Therapie als gut wirksam, wird das das Zufriedenheitsgefühl mit der Arbeit fördern und damit einen Ausgleich für den Stress schaffen können.

In dem Zusammenhang ist auch die letzte Frage bedeutsam: die Aussage darüber, ob man seinen Beruf wieder wählen würde, gibt Auskunft über die Arbeitszufriedenheit und die Bewertung des Berufslebens, nicht nur punktuell, sondern im Langzeitverlauf. Die Zufriedenheit im Beruf hat enge Auswirkung auf ein Gefühl der generellen Lebenszufriedenheit, was in Wechselwirkung steht mit dem Gefühl von Wohlbefinden und Gesundheit, unabhängig von der Tatsache, ob über körperliche Gebrechen oder Missempfindungen zu klagen wäre.

Der durch die Hinzufügung der Zusatzfragen ab Frage 6.0 entstandene vorläufige *Interviewleitfaden* wurde probeweise bei Interviews mit zwei bekannten Kolleginnen, einer Psychologin aus einer Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und einer Psychologin aus einer städtischen Familienberatungsstelle, durchgeführt, um die Technik und den Ablauf

der Befragung zu üben und auch, um die Fragen auf Eingängigkeit, Verständlichkeit und Beantwortbarkeit zu überprüfen.

Danach wurde der vorläufige *Interviewleitfaden* in einer Voruntersuchung an sechs weiteren Therapeuten erprobt. Es waren vier Ärzte und zwei Psychologen, die so ausgesucht wurden, dass zusammen mit den vorherigen Probeinterviews jeweils vier Kinder- und vier Erwachsenetherapeuten befragt waren. Die Art der Kontaktaufnahme, die technische Durchführung der Tonbandaufnahme und der gesamte Ablauf des Interviews waren identisch mit dem Vorgehen in der Hauptuntersuchung.

Erst im Laufe der Voruntersuchung wurden in Absprache mit der Arbeitsgruppe des Forschungsprojektes II auch die Fragen zur Selbsterfahrung, nach Supervision / Intervention und nach Wiederwahl des Berufes als wichtig erachtet und hinzugefügt. Die vier Probanden, denen diese Fragen vorher nicht gestellt worden waren, wurden dazu telefonisch nachinterviewt.

Der gesamte *Interviewleitfaden* mit den Ergänzungen in der Version vom 14. November 2002 (Jurkat 2007) stellte sich als gut verständlich, eindeutig beantwortbar und praktikabel heraus und benötigte danach keine weitere inhaltliche Veränderung. Insofern ist es vertretbar, dass die Interviews der Voruntersuchung in die Hauptuntersuchung mit einfließen und alle zusammen ausgewertet werden.

Insgesamt zeigte sich, dass die Kollegen besonders die Ergänzungsfragen zu einer Art persönlicher Selbstreflexion nutzten und sie teilweise mit großem Interesse und Engagement beantworteten.

#### **4.2.2 Der SF-36 Fragebogen zum Gesundheitszustand (SF-36)**

Der „Gesundheitsstatus-Fragebogen“ (Schwartz et al. 2003) *SF-36* ist als Standardinstrument zur krankheitsübergreifenden Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität international am weitesten verbreitet und umfassend getestet und ist aus über 30-jähriger Forschung hervorgegangen. In der Kurzform besteht er aus 36 Testfragen. Sein Einsatz eignet sich sowohl bei gesunden als auch kranken Menschen (Bullinger et al. 2003).

Ursprünglich in den USA im Rahmen der Medical Outcome Study (MOS) entwickelt, wurde er in einer international besetzten Arbeitsgruppe von Forschern, dem

International Quality of Life Assessment Projekt (IQOLA), in 13 Ländern einschließlich Deutschland übersetzt, psychometrisch getestet und normiert (Bullinger, Kirchberger & Ware 1995).

Der Begriff „gesundheitsbezogene Lebensqualität“ beschreibt die „subjektive Wahrnehmung von körperlichen, psychischen und funktionalen Aspekten von Befinden und Verhalten“ (Bullinger et al. 2003). Sie „bezeichnet ein multidimensionales psychologisches Konstrukt, das durch mindestens vier Komponenten zu operationalisieren ist: das psychische Befinden, die körperliche Verfassung, die sozialen Beziehungen und die funktionale Kompetenz der Befragten“ (Bullinger & Kirchberger 1998, zitiert nach Becker 2006). 35 Items des *SF-36* erfassen acht Dimensionen der subjektiven Gesundheit; ein weiteres Einzelitem betrifft die Veränderung der Gesundheit. Im Vergleich zu anderen Verfahren zur Messung der Gesundheit bzw. Krankheit wird hiermit besonders umfassend die aktuelle Gesundheit erfasst (Becker 2006).

In dieser Arbeit wird der Fragebogen zur Selbstbeschreibung benutzt, der sich auf die vergangenen vier Wochen bezieht. Die Bearbeitungsdauer wird mit 10 Minuten angegeben (Bullinger, Kirchberger & Ware 1995) und erweist sich damit als ausgesprochen ökonomisch.

Die Auswertung des Fragebogens erfolgt primär in Profilform auf der Ebene dieser acht Skalen. Außerdem ist die Auswertung auch noch auf der Ebene zweier Summenwert-Indizes für die Psychische Gesundheit und für die Körperliche Gesundheit möglich. Die besten Indikatoren für die Körperliche Gesundheit sind die Skalen *Körperliche Funktionsfähigkeit (KF)*, *Körperliche Rollenfunktion (KR)*, *Körperliche Schmerzen (KS)*; die Psychische Gesundheit wird am besten mit den Skalen *Psychisches Wohlbefinden (PW)* und *Emotionale Rollenfunktion (ER)* erfasst. Die drei weiteren Skalen *Soziale Funktionsfähigkeit (SF)*, *Vitalität (VT)* und *Allgemeine Gesundheitswahrnehmung (AG)* erfassen sowohl die Körperliche als auch die Psychische Gesundheit (Becker 2000, Bullinger et al. 2003).

Der Befragte füllt den *SF-36* selber entsprechend seiner subjektiven Selbsteinschätzung aus, wobei die Antwortkategorien variieren. Es gibt Fragen, die mit *ja - nein* dichotom zu beantworten sind, andere umfassen bis zu sechs mehrstufige Antwortkategorien (Kirchberger 2000). Die Normierung der deutschen Fassung des *SF-36* erfolgte an einer großen Normstichprobe, wobei neben geschlechtsspezifischen Normwerten auch die für verschiedene Altersgruppen erfasst sind (Bullinger & Kirchberger 1998). Die durch diese Arbeit jetzt erhobenen Daten können

somit durch Vergleich der Mittelwerte dazu in Beziehung gesetzt werden, aber auch zu den Daten, die im Rahmen weiterer Untersuchungen des Forschungsprojektes II gewonnen wurden oder werden.

### **4.3 Untersuchungsgang**

Die Voruntersuchung erfolgte im Zeitraum von August bis Dezember 2002, die Hauptuntersuchungen fanden vom März 2003 bis Dezember 2005 statt. Dieser lange Zeitraum erklärt sich nicht nur durch Termenschwierigkeiten der Gesprächspartner, sondern vor allem durch die Berufstätigkeit der Autorin. Es wurden insgesamt 59 Ärzte und Psychologen persönlich telefonisch angesprochen, wovon 7 ein Interview aus persönlichen- oder Zeitgründen ablehnten, was einer Zusagequote von 88,14 % entspricht. Nach Erreichen der geplanten Stichprobengröße wurden keine weiteren Gesprächspartner mehr gesucht. Die technischen und inhaltlichen Bedingungen der Interviewsituation in der Vor- und Hauptuntersuchung waren, bis auf die Hinzufügungen im Interviewleitfaden während der Voruntersuchung, identisch, so dass alle Interviews dem gleichen Standard entsprechen und in die Untersuchung mit einfließen und ausgewertet werden können.

#### **4.3.1 Rekrutierung der Stichprobe**

Anhand der Liste der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) Nordrhein über die niedergelassenen ärztlichen und psychologischen Psychotherapeuten wurden die jeweiligen Kollegen telefonisch kontaktiert. Dabei wurde bei dem festgelegten Ziel von vorerst 48 Interviews auf die Parität der Berufsgruppen und Geschlechter geachtet und dabei jeweils eine Untergruppe von 16 Kindertherapeuten gebildet. Die Anzahl der Kindertherapeuten wurde dann, um eine größere mögliche statistische Aussage treffen zu können und aus persönlichem Interesse der Autorin, auf insgesamt 20 erhöht. Letztlich besteht die Stichprobe also aus 26 Ärzten und 26 Psychologen, darunter jeweils 10 Ärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie und 10 Kindertherapeuten.

In dem Telefonat stellte sich die Autorin als Kollegin in eigener Praxis vor und beschrieb den Kontext, in dem die Untersuchung stattfand, d.h. die Mitarbeit in der Forschungsgruppe, das Thema der Arbeit und kurz den inhaltlichen und technischen

Ablauf und zeitlichen Umfang bei der Durchführung des Interviewleitfadens mit anschließender Ausgabe des *SF-36*. Dabei wurde die Zusage der Anonymität besonders betont. Den Probanden wurde angeboten, das Interview an einem Ort ihrer Wahl zu machen, woraufhin sich alle Gesprächspartner für ihre eigenen Praxisräume entschieden.

#### **4.3.2 Durchführung der Interviews**

Die Termine mit den Probanden lagen entweder morgens, bevor die Praxistätigkeit begann, oder danach, am Abend, und es wurde ein standardisierter Ablauf eingehalten. Zu Beginn wurde noch einmal auf die Anonymität hingewiesen, unter der die Auswertung stattfinden würde und der technische Ablauf, d.h. die Aufzeichnung auf Tonband und der Verbleib der Kassetten bei der Autorin, erklärt. Fragen, die dazu auftraten, wurden entsprechend beantwortet. Das Interview wurde stringent an Hand des Interviewleitfadens durchgeführt und auf Tonband aufgenommen. Vor Erfragen der demographischen Daten, die schriftlich notiert wurden, wurde das Tonbandgerät ausgeschaltet. Nach dem Interview füllten die Probanden den *SF-36* aus, nachdem kurz erläutert worden war, dass es sich um einen Fragebogen zum aktuellen Gesundheitszustand handelt. Nach einem häufig sehr persönlichem Kommentar der Gesprächspartner, angeregt durch die Fragen, oder einem kurzen Gespräch über die Thematik, wurde der Kontakt mit dem Dank für die Teilnahme beendet.

#### **4.4 Auswertungsverfahren**

Die aufgenommenen Interviews wurden von der Autorin und einer bezahlten Schreibkraft vom Tonband transkribiert und in eine einheitliche Schriftform gebracht.

Angelehnt an ein schon bestehendes Kategoriensystem, das in der Forschungsgruppe benutzt worden war (Jurkat 2000), wurde ein eigener Kodierleitfaden entwickelt. Dazu wurden zunächst bei jeder einzelnen Frage alle Interviews gesichtet, um einen inhaltlichen Überblick über das Material zu bekommen. Dann wurden Kategorien gebildet, indem zu jeder Frage unterschiedliche Ausprägungsgrade festgelegt wurden, die mit Beispielen aus den Texten belegt wurden. Dieser Vorgang wurde mehrfach wiederholt, bis durch logische

Verdichtungen der vorläufige Kodierfaden entstanden war. Die Kategorien zu den Fragen 4.4.1 nach der ausgeübten Sportart, 5.8. nach der Frage, wie der Lebensstil die Gesundheit beeinflusst, Frage 6.12. nach Schlafproblemen und für die demographischen Daten wurden aus dem schon bestehenden Kategoriensystem übernommen, um so mit dem bestehenden oder zukünftigen Daten der Forschungsgruppe kompatibel zu sein.

Anhand dieses Kodierleitfadens wurde dann das gesamte Interviewmaterial einmal kodiert und eine zweite Raterin kodierte alles unabhängig davon mittels des gleichen Kategorienplans noch einmal. Beide Ergebnisse wurden miteinander verglichen und es wurde die Interkoderreliabilität berechnet, die mit über 90 % im befriedigenden Bereich lag.

Die gesamten Daten aller offenen und geschlossenen Fragen wurden in die SPSS-Version 11.0 eingeben und in der Version 12.0 aktualisiert. Mit Methoden der deskriptiven Statistik erfolgte anschließend die statistische Auswertung.

Metrische Parameter wie Alter oder BMI, denen eine Intervallskala zugrunde liegt, wurden durch die Berechnung der statistischen Kenngrößen Mittelwert und Standardabweichung charakterisiert. Für diskrete Parameter, wie zum Beispiel Geschlechterverteilung, wurden Häufigkeitsverteilungen berechnet (Sachs 2002).

Vergleiche zwischen zwei unabhängigen Gruppen (zum Beispiel Mediziner vs. Psychologen) hinsichtlich mindestens rangskaliertes Parameter wurden mit Hilfe des Mann-Whitney-U-Tests auf statistische Signifikanz getestet. Der Vergleich in Bezug auf nominalskalierte Parameter erfolgte durch den  $\chi^2$ -Test, beim Vorliegen von 2x2-Felder-Tafeln mit Hilfe des in diesem Fall zuverlässigeren „exakten Test nach Fisher“ (Rasch et al. 1998, Sachs 2002).

Als Verfahren zur Reduzierung von Einzelitems (hier: Angaben über die Gewinnung von Abstand zu Schicksalen und Traumata der Patienten) auf relevante Persönlichkeitsdimensionen wurde eine Faktorenanalyse durchgeführt. Mit ihrer Hilfe werden Zusammenhänge zwischen den Antworten zu unterschiedlichen Fragen analysiert, ähnliche Antwortstrukturen unterschiedlicher Fälle aufgedeckt und mit Hilfe dieser Informationen die Einzelitems auf wenige Faktoren reduziert (Stevens 1986). Dabei wird die Anzahl der Faktoren nach drei Kriterien gewählt:

1. Der Anteil der durch die Faktoren erklärten Varianz der Einzelitems sollte möglichst groß sein. Dieser Anteil steigt mit zunehmender Zahl der Faktoren automatisch an, so dass hieraus eine möglichst hohe Zahl an Faktoren resultiert.

2. Die Anzahl der auszuwertenden Parameter sollte durch die Faktorenanalyse deutlich reduziert werden. Je weniger Faktoren gebildet werden, desto übersichtlicher sind die Ergebnisse der Auswertung.

3. Die Faktoren sollten sinnvoll interpretierbar sein.

Um diesen zum Teil einander widersprechenden Forderungen gerecht zu werden, wurde durch systematisches Probieren diejenige Lösung ermittelt, die einen möglichst guten Kompromiss zwischen diesen Forderungen darstellt. Technisch gesprochen handelt es sich in der vorliegenden Studie um eine Hauptkomponentenanalyse mit Varimax-Rotation.

Als statistisch signifikant wurden Irrtumswahrscheinlichkeiten  $p < 0,05$  gewertet. Die Studie zeigt allerdings einen ausgeprägt explorativen Charakter, so dass die Zahlenwerte der einzelnen Irrtumswahrscheinlichkeiten nicht im Vordergrund der Interpretation stehen. Aus diesem Grund wurde auch auf eine Korrektur der Irrtumswahrscheinlichkeiten wegen multipler Testanwendungen (zum Beispiel mittel Bonferroni-Korrektur) verzichtet.

Die so gewonnenen Ergebnisse wurden in Bezug gesetzt zu Kollektiven aus der aktuellen Literatur.

## 5 Ergebnisse

Im Folgenden werden die Ergebnisse dargestellt und diskutiert, die für den Schwerpunkt dieser Arbeit besonders im Mittelpunkt des Interesses standen. Dabei handelt es sich hauptsächlich um die Fragen nach Einschätzung der Gesundheit, der körperlichen Aktivität und anderen Bewältigungstechniken, der Auswirkung des Lebensstils auf die Gesundheit und berufsbezogene Fragen. Diejenigen Fragen, die im *Interviewleitfaden* zwar enthalten waren, aber thematisch nicht im Fokus standen, werden hier nicht ausführlich dargestellt und auch nicht in der Diskussion berücksichtigt.

### 5.1 Berufliche Situation und Bewältigungsverhalten der Psychotherapeuten

#### 5.1.1 Aktuelle Praxistätigkeit und Psychotherapieverfahren

Der überwiegende Teil der 52 befragten Psychotherapeuten war in einer Einzelpraxis niedergelassen (44 von 52, entspricht 84,61 %), 37 von ihnen (71,15 %) führten eine Bestellpraxis mit Hilfe des Anrufbeantworters. Von 23 Mediziner in Einzelpraxis (entspricht 44,23 % der Gesamtstichprobe, 88,46 % der Mediziner) hatten 7 administrative Mitarbeiter. Bei den Psychologen hatte keiner der 21 Therapeuten, die eine Einzelpraxis führten (40,38 % der Gesamtstichprobe, 80,77 % der Psychologen), administrative Mitarbeiter.

Von den 26 Mediziner waren 3 (11,54 %) in einer Gemeinschaftspraxis niedergelassen, 2 davon waren Kinder- und Jugendpsychiater. Bei der Gruppe der Psychologen war keiner der Kindertherapeuten in einer Gemeinschaftspraxis tätig, der Anteil bei den Erwachsenentherapeuten lag bei 5 von 26 Psychologen (19,23 %) in gemeinschaftlicher Praxistätigkeit. Insgesamt waren also von den 52 Therapeuten 8 (15,38 %) in einer Gemeinschaftspraxis tätig.

Etwa die Hälfte der Therapeuten (29 von 52, entspricht 55,8 %) waren tiefenpsychologisch tätig, 16 weitere (30,8 %) als Analytiker und 7 (13,5 %) gaben als Fachrichtung Verhaltenstherapie an.

Tabelle 4 zeigt die Verteilung dieser Therapiemethoden bei Medizинern bzw. Psychologen ebenso wie bei Kindertherapeuten bzw. Erwachsenentherapeuten. Daraus geht hervor, dass der prozentuale Anteil der tiefenpsychologisch arbeitenden bei Medizинern sowie bei Erwachsenentherapeuten höher als in der Gesamtgruppe war. Der Anteil der Analytiker und der Verhaltenstherapeuten war dagegen bei Psychologen höher als in der Gesamtgruppe.

Tabelle 4: Anzahl der Analytiker, Tiefenpsychologen und Verhaltenstherapeuten in der untersuchten Stichprobe

	Alle		Ausbildung				Patienten hauptsächlich			
	Anzahl	Anteil (%)	Mediziner		Psychologe		Kinder und Jugendliche		Erwachsene	
Anzahl			Anteil (%)	Anzahl	Anteil (%)	Anzahl	Anteil (%)	Anzahl	Anteil (%)	
<b>Fachrichtung</b>										
<b>Analytiker</b>	16	30,8	6	23,1	10	38,5	8	40,0	8	25,0
<b>Tiefenpsychologe</b>	29	55,8	18	69,2	11	42,3	9	45,0	20	62,5
<b>Verhaltenstherapeut</b>	7	13,5	2	7,7	5	19,2	3	15,0	4	12,5
<b>Alle</b>	52	100,0	26	100,0	26	100,0	20	100,0	32	100,0

### 5.1.2 Selbsteinschätzung der beruflichen Belastung

Hinweise zur beruflichen Belastung ergaben sich aus den Fragen zur Dauer der wöchentlichen Arbeitszeit und der Entspannungsfähigkeit von der Arbeit, der Art der Tätigkeit (sitzend / stehend) sowie der Möglichkeit, von beruflichen Problemen Abstand zu gewinnen.

Die Angaben zur durchschnittlichen wöchentlichen Arbeitszeit reichten von 20 bis 70 Stunden. Im Mittel war eine Arbeitszeit von  $43,0 \pm 11,2$  Stunden angegeben worden. Tabelle 5 zeigt die mittleren wöchentlichen Arbeitszeiten aufgegliedert nach Ausbildung der Therapeuten bzw. Alter der Patienten. Deutliche Unterschiede zwischen den verschiedenen Gruppen waren nicht festzustellen (Tabelle 5).

Tabelle 5: Durchschnittliche wöchentliche Arbeitszeit der Therapeuten

	Alle	Ausbildung		Patienten hauptsächlich...	
		Mediziner	Psychologe	Kinder und Jugendliche	Erwachsene
	n=52	n=26	n=26	n=20	n=32
<b>Arbeitszeit (Stunden pro Woche)</b>	43,0 ± 11,1	44,9 ± 11,5	41,1 ± 10,6	42,8 ± 9,7	43,1 ± 12,0

28 der 52 Befragten (66,7 %) gaben an, mehr als 40 Stunden pro Woche zu arbeiten, dabei waren 6 Mediziner (23,08 % der Mediziner) und 3 Psychologen (11,53 % der Psychologen) mehr als 51 Wochenstunden tätig. Bei den Medizinerinnen arbeiteten nur 4 (29,59 %) und bei den Psychologen 7 (26,92 %) weniger oder bis zu 30 Stunden in der Woche. 5 der Kindertherapeuten (25 %) und 6 der Erwachsenentherapeuten (18,75 %) arbeiteten weniger oder bis zu 30 Stunden wöchentlich und über 51 Wochenstunden waren 3 Kindertherapeuten (15 %) und 6 Erwachsenentherapeuten (18,75 %) tätig.

Mehr als die Hälfte der Befragten (29 von 52, entspricht 55,8 %) standen dabei „ständig“ unter Zeitdruck (Abbildung 2), dabei waren 10 Erwachsenen- und 9 Kindertherapeuten. Nur 8 Therapeuten (15,4 %) empfand „nie“ Zeitdruck bei der Arbeit. Zwischen Medizinerinnen und Psychologen zeigte sich auf der rein deskriptiven Ebene ein deutlicher Unterschied hinsichtlich der Häufigkeit unter Zeitdruck zu arbeiten. Wie Tabelle 8 zeigt, empfand dies über die Hälfte der Mediziner „ständig“ (14 von 26; 53,9 %), während nur etwa 1/3 der Psychologen (9 von 26; 34,6 %) der Meinung war, „ständig“ unter Zeitdruck zu arbeiten (Fisher-Test,  $p = 0,26$ ). Der Unterschied zwischen Kinder- und Erwachsenentherapeuten fiel nicht so deutlich aus (siehe Tabelle 9).

Auf die Frage, ob sie ausreichend Zeit zur Entspannung hätten, antworteten 33 von 52 (63,5 %) mit „ja“ bzw. einschränkend mit „oft“. Lediglich 3 Befragte (5,8 %) hatten den Eindruck, sich nicht ausreichend entspannen zu können, die überwiegende Mehrheit (49 Probanden) von 94,2 % antwortete auf diese Frage mit „es geht“ oder besser.

Die Art der beruflichen Tätigkeit wurde von 48 Therapeuten (92,3 %) als „überwiegend sitzend“ beschrieben, die übrigen 4 Therapeuten (7,7 %) gaben an, ihre Berufstätigkeit sei „sowohl sitzend als auch stehend“. Zwischen Kindertherapeuten und

Erwachsenentherapeuten zeigte sich ein deutlicher Unterschied in Bezug auf die Frage nach der Art der Tätigkeit. Kindertherapeuten gaben zu 80,0 % an, „überwiegend sitzend“ tätig zu sein, Erwachsenentherapeuten dagegen zu 100 % (Fisher-Test,  $p = 0,018$ ).

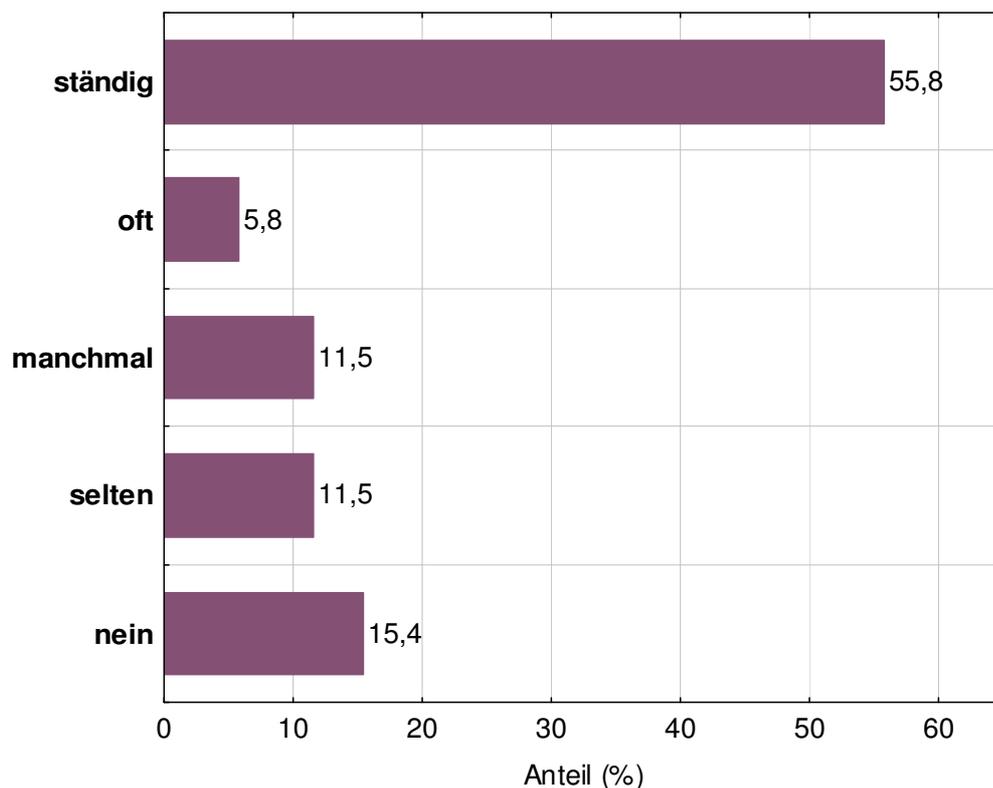


Abbildung 2: „Fühlen Sie sich häufig unter Zeitdruck?“

### 5.1.3 Einschätzung des Bewältigungsverhaltens

Ausführlich wurden die Therapeuten danach befragt, wie es ihnen gelingt, Abstand von den Schicksalen und Traumata der Patienten zu gewinnen (Tabelle 6). Häufigste Angaben waren hier die Gewinnung von „räumlicher und / oder zeitlicher Distanz“ zu beruflichen Problemen, „Supervision“, „berufliche Erfahrung“ und „Familie, Freunde, Gemeinschaft“, die alle von knapp einem Drittel der Therapeuten als geeignete Strategien genannt wurden. Von mehr als 10 % wurden „Meditation“, „Hobbys“ sowie „körperliche Betätigung“ angegeben. Alle übrigen Methoden waren nur

vereinzelt dokumentiert. Kein Therapeut gab „Alkoholkonsum“ als Methode zur Gewinnung von Abstand zu beruflichen Belastungen an.

Tabelle 6: Methoden zur Gewinnung von Abstand zu Patientenschicksalen  
(In der Reihenfolge der Häufigkeit der Nennungen (Mehrfachnennungen möglich))

Methoden	Anzahl	Anteil (%)
Räumliche / zeitliche Distanz	17	32,7
Supervision, Intervision, Fortbildung	17	32,7
Ausbildung, berufliche Erfahrung	16	30,8
Familie, Freunde, soziale / emotionale Gemeinschaft	15	28,8
Meditation, Entspannungstechniken	9	17,3
Aktiv Kultur, Musik, Kunst, Literatur, Hobbys	9	17,3
Körperliche Betätigung, Bewegung, Sport	6	11,5
Irgendwie, es geht einfach so	3	5,8
Arbeitszeit regulieren, Pausen machen, Zeit haben	2	3,8
Verdrängung, keine Auseinandersetzung damit	2	3,8
Erschöpfung, Passivität	2	3,8
Alleinsein, Rückzug	1	1,9
Fernsehkonsum	1	1,9
Alkoholkonsum	0	0,0

Ärztin für KJP, 60 Jahre: *„Supervision in schweren Fällen und ich muss dann auch mal wirklich ganz raus und was anderes machen, wenn es dicke kommt, dann muss ich auch mal wirklich frei nehmen, also zeitlicher und räumlicher und mentaler Abstand“*

Arzt, 47 Jahre: *„...was man so in der Ausbildung gelernt hat, was an Spannung innerlich bei mir auftritt irgendwie wieder Worte dafür finden und in der Behandlung zu halten“*

Arzt, 43 Jahre: *„...außer Sport noch andere Hobbys, also Literatur, Oper, Freunde, essen zusammen, also sozial intensives, ein gesundes soziales Leben“*

Kindertherapeut, 50 Jahre: *„Ich muss eine Dreiviertelstunde fahren, bis ich zu Hause bin, Architekten sagen zwischen zwei Häusern gibt es Distanzgrün, dann ist die Autobahn mein Distanzgrün. Wenn ich zu Hause bin, ist der Kopf frei“*

Psychologin, 41 Jahre: *„Meditieren, in heftigen Fällen auch mal Gespräche mit einer Pfarrerin, Supervision und das Ausmaß der Menschen mit schweren*

*Geschichten begrenzen, nicht nur solche Patienten haben, dann könnte ich mich gleich einreihen“.*

Die Zusammenfassung der Antworten zu den Strategien der Distanzierung zu sinnvollen Dimensionen wurde mittels Faktorenanalyse vorgenommen (Kap. 4.4).

Eine gut interpretierbare Lösung ergab sich durch die Extraktion von 3 Faktoren aus den 13 Einzelfragen, die insgesamt rund 42% der Gesamtvarianz der Einzelantworten erklären.

Die folgende Tabelle 7 zeigt die Ladungen der drei Faktoren. Ladungen, die wesentlich zu einem Faktor beitragen (Absolutwert der Ladung > 0,45), sind dort grau hinterlegt.

Tabelle 7: Rotierte Komponentenmatrix für die Zusammenfassung der 13 Einzelitems zu drei Faktoren

(Ladungen, die wesentlich zu einem Faktor beitragen (Absolutwert der Ladung > 0,45), sind grau hinterlegt.)

	<b>Faktor 1</b>	<b>Faktor 2</b>	<b>Faktor 3</b>
<b>Item</b>	<b>Berufsferne Aktivität</b>	<b>Passive Distanzierung</b>	<b>Erschöpfte Verdrängung</b>
<b>Räumliche / zeitliche Distanz</b>	0,077	0,828	-0,011
<b>Arbeitszeit regulieren, Pausen machen, Zeit haben</b>	0,058	-0,342	-0,190
<b>Familie, Freunde, soziale/emotionale Gemeinschaft</b>	0,662	0,099	-0,161
<b>Ausbildung, berufliche Erfahrung</b>	-0,722	-0,105	-0,318
<b>Supervision, Intervision, Fortbildung</b>	0,274	0,221	-0,277
<b>Körperliche Betätigung, Bewegung, Sport</b>	0,585	-0,513	-0,103
<b>Meditation, Entspannungstechniken</b>	0,164	-0,468	-0,027
<b>Aktiv Kultur, Musik, Kunst, Literatur, Hobbys</b>	0,742	-0,008	-0,154
<b>Alleinsein, Rückzug</b>	-0,280	0,230	-0,161
<b>Verdrängung, keine Auseinandersetzung damit</b>	-0,028	-0,075	0,814
<b>Erschöpfung, Passivität</b>	-0,009	0,085	0,812
<b>Fernsehkonsument</b>	0,266	0,459	-0,089
<b>Es geht einfach so</b>	-0,145	0,070	0,105

Der Faktor 1 wird bestimmt durch die Items „Familie und Freunde“ (Ladung 0,662), „Bewegung“ (Ladung 0,585) sowie „Aktiv Kultur erleben“ (Ladung 0,742). Gegenläufig, also mit negativer Ladung, wirkt hier das Item „Berufliche Erfahrung“

(Ladung -0,722). Hohe Ladungen ergeben sich somit für Personen, die als Strategien zur Bewältigung beruflicher Belastungen die Familie und Freunde, Bewegung sowie aktive Kultur angaben, die in dieser Beziehung jedoch nicht von ihrer beruflichen Erfahrung profitierten. Dieser Faktor wird deshalb als „Berufsferne Aktivität“ bezeichnet.

Für den Faktor 2 ergaben sich hohe positive Ladungen für die Items „Räumliche Distanz“ und „Fernsehkonsument“ (Ladungen 0,828 bzw. 0,459), hohe negative Ladungen für „Bewegung“ und „Entspannungstechniken“ (Ladungen -0,513 bzw. -0,468). Er wird durch den Begriff „Passive Distanzierung“ gekennzeichnet.

Der dritte Faktor wird durch zwei Items annähernd gleich geladen. Sowohl „Verdrängung“ als auch „Erschöpfung“ kommen auf eine Ladung von 0,81. Er erhält die Bezeichnung „Erschöpfte Verdrängung“.

Definitionsgemäß betragen die Mittelwerte der Faktoren 0 und die Standardabweichungen 1, so dass eine deskriptive Darstellung der Faktoren entfallen kann. Die Faktoren sind zudem nicht miteinander korreliert.

Tabelle 8 und Tabelle 9 enthalten Gegenüberstellungen statistischer Kenngrößen der Daten zur beruflichen Belastung der Mediziner und Psychologen bzw. der Kindertherapeuten und Erwachsenentherapeuten. Die Antworten zur Gewinnung von Distanz zu beruflichen Problemen wurden nur dann ausgewertet, wenn mindestens 5 der Befragten diese genannt hatten.

Zwischen Medizinern und Psychologen waren deutliche Unterschiede hinsichtlich der Möglichkeiten der Gewinnung von Abstand zu Schicksalen und Traumata der Patienten gegeben. Mediziner empfanden häufiger als Psychologen eine „räumliche und zeitliche Distanz“ (42,3 % vs. 23,1 %), „Familie und Freunde“ (42,3 % vs. 15,4 %) sowie „Körperliche Betätigung“ (19,2 % vs. 3,9 %) als hilfreich. Von den Psychologen wurde dagegen häufiger als von ihren Kollegen „Supervision“ (46,2 % vs. 19,2 %) sowie „Ausbildung und berufliche Erfahrung“ (42,3 % vs. 19,2 %) genannt.

Tabelle 8: Vergleich zwischen Medizinern und Psychologen zur beruflichen Belastung und zu deren Bewältigung

(Angegeben sind Mittelwert  $\pm$  Standardabweichung für metrische Parameter sowie Anteile bei diskreten Variablen. Unterschiede zwischen den Gruppen wurden mit dem Mann-Whitney-U-Test (metrische Parameter) bzw. dem exakten Test nach Fisher (diskrete Parameter) auf statistische Signifikanz geprüft)

		Ausbildung		
		Mediziner	Psychologe	p-Wert
		n=26	n=26	
<b>Arbeitszeit (Stunden/Woche)</b>		44,9 $\pm$ 11,5	41,1 $\pm$ 10,6	0,29
<b>Zeitdruck ständig</b>		53,9 %	34,6 %	0,26
<b>Ausreichend Zeit zur Entspannung „ja“ oder „oft“</b>		34,6 %	38,5 %	1,00
<b>Tätigkeit sitzend</b>		96,2 %	88,5 %	0,61
<b>Distanzierungsmöglichkeiten</b>	<b>Räumliche / zeitliche Distanz</b>	42,3 %	23,1 %	0,24
	<b>Supervision, Intervention, Fortbildung</b>	19,2 %	46,2 %	0,075
	<b>Ausbildung, berufliche Erfahrung</b>	19,2 %	42,3 %	0,13
	<b>Familie, Freunde, soziale/emotionale Gemeinschaft</b>	42,3 %	15,4 %	0,064
	<b>Meditation, Entspannungstechniken</b>	15,4 %	19,2 %	1,00
	<b>Aktiv Kultur, Musik, Kunst, Literatur, Hobbys</b>	23,1 %	11,5 %	0,47
	<b>Körperliche Betätigung, Bewegung, Sport</b>	19,2 %	3,9 %	0,19
<b>Faktoren</b>	<b>Berufserne Aktivität</b>	0,28 $\pm$ 1,02	-0,28 $\pm$ 0,91	0,069
	<b>Passive Distanzierung</b>	-0,001 $\pm$ 0,99	0,001 $\pm$ 1,03	0,85
	<b>Erschöpfte Verdrängung</b>	0,18 $\pm$ 1,21	-0,18 $\pm$ 0,71	0,11

Die Gegenüberstellung der Faktoren zeigte tendenziell statistisch signifikant niedrigere Werte der Psychologen für die Strategie „Berufserne Aktivität“ ( $p = 0,069$ ), nicht jedoch in Bezug auf die Faktoren „Passive Distanzierung“ und „Erschöpfte Verdrängung“ (Abbildung 3).

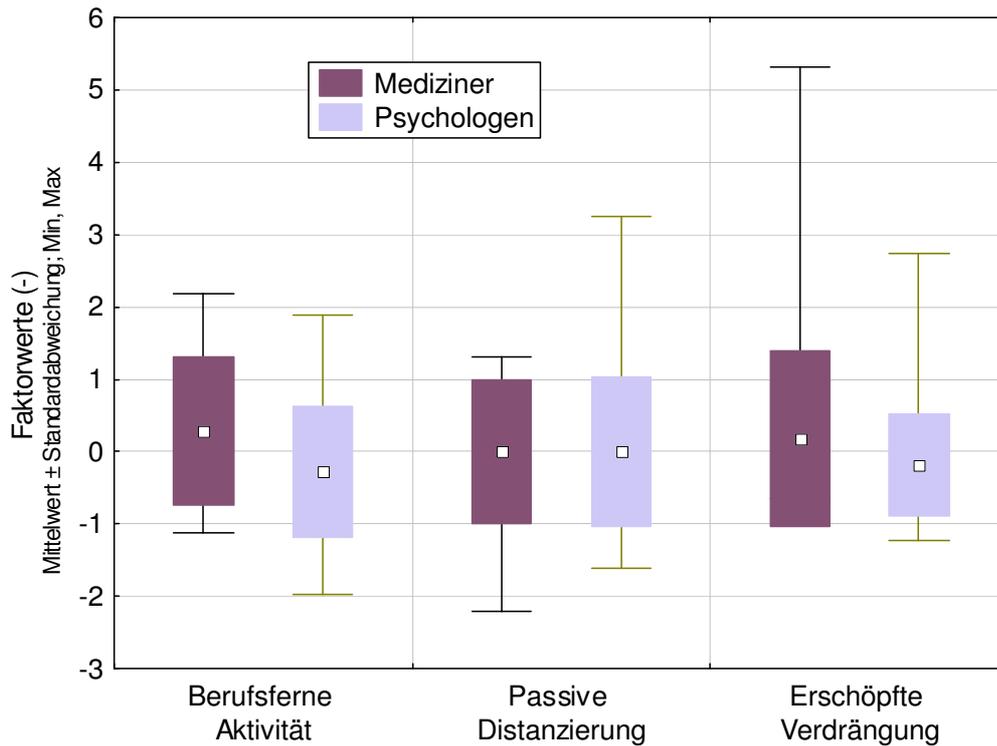


Abbildung 3: Vergleich von Mediziner und Psychologen hinsichtlich der drei Faktoren zur Beschreibung des Bewältigungsverhaltens

Zwischen Kindertherapeuten einerseits und Erwachsenentherapeuten andererseits waren auch Unterschiede bei den Möglichkeiten der Gewinnung von Abstand zu Schicksalen und Traumata der Patienten zu verzeichnen. Deutlich häufiger als ihre Kollegen halfen den Kindertherapeuten „räumliche und zeitliche Distanz“ (45,0 % vs. 25,0 %), „Supervision“ (50,0 % vs. 21,9 %), „Familie, Freunde“ (55,0 % vs. 12,5 %) und „aktiv Kultur erleben“ (30,0 % vs. 9,4 %), seltener nannten sie dagegen „Meditation“ (10,0 % vs. 21,9 %). Die Stichprobengröße reichte für den Nachweis der statistischen Signifikanz dieser Unterschiede allerdings nicht in allen Fällen aus (siehe Tabelle 9).

Tabelle 9: Vergleich der Kinder- und Erwachsenentherapeuten zur beruflichen Belastung und deren Bewältigung

(Angegeben sind Mittelwert  $\pm$  Standardabweichung für metrische Parameter sowie Anteile bei diskreten Variablen. Unterschiede zwischen den Gruppen wurden mit dem Mann-Whitney-U-Test (metrische Parameter) bzw. dem exakten Test nach Fisher (diskrete Parameter) auf statistische Signifikanz geprüft.)

		Patienten hauptsächlich...		
		Kinder	Erwachsene	p-Wert
		n=20	n=32	
<b>Arbeitszeit (Stunden/Woche)</b>		42,8 $\pm$ 9,7	43,1 $\pm$ 12,0	0,98
<b>Zeitdruck ständig</b>		50,0 %	59,4 %	0,57
<b>Ausreichend Zeit zur Entspannung „ja“ oder „oft“</b>		75,0 %	56,3 %	0,24
<b>Tätigkeit sitzend</b>		80,0 %	100,0 %	0,018
<b>Distanzierungsmöglichkeiten</b>	<b>Räumliche / zeitliche Distanz</b>	45,0 %	25,0 %	0,22
	<b>Supervision, Intervention, Fortbildung</b>	50,0 %	21,9 %	0,067
	<b>Ausbildung, berufliche Erfahrung</b>	20,0 %	37,5 %	0,23
	<b>Familie, Freunde, soziale/emotionale Gemeinschaft</b>	55,0 %	12,5 %	0,0016
	<b>Meditation, Entspannungstechniken</b>	10,0 %	21,9 %	0,45
	<b>Aktiv Kultur, Musik, Kunst, Literatur, Hobbys</b>	30,0 %	9,4 %	0,071
	<b>Körperliche Betätigung, Bewegung, Sport</b>	10,0 %	12,5 %	1,00
<b>Faktoren</b>	<b>Berufserne Aktivität</b>	0,47 $\pm$ 1,03	-0,29 $\pm$ 0,88	0,012
	<b>Passive Distanzierung</b>	0,33 $\pm$ 1,15	-0,21 $\pm$ 0,85	0,089
	<b>Erschöpfte Verdrängung</b>	-0,14 $\pm$ 0,74	0,09 $\pm$ 1,13	0,43

Die Ergebnisse der extrahierten Faktoren sind in den letzten drei Zeilen der Tabelle zusammengefasst. Die Erwachsenentherapeuten wiesen für die Faktoren „Berufserne Aktivität“ und „Passive Distanzierung“ im Mittel niedrigere und hinsichtlich des erstgenannten Faktors auch statistisch signifikant nachweisbar niedrigere Werte auf als die Kindertherapeuten. Für sie waren diese Strategien deutlich weniger ausgeprägt dokumentiert als für die Kindertherapeuten. Kein deutlicher Unterschied zwischen beiden Therapeutengruppen war dagegen hinsichtlich der Strategie „Erschöpfte Verdrängung“ gegeben (Abbildung 4).

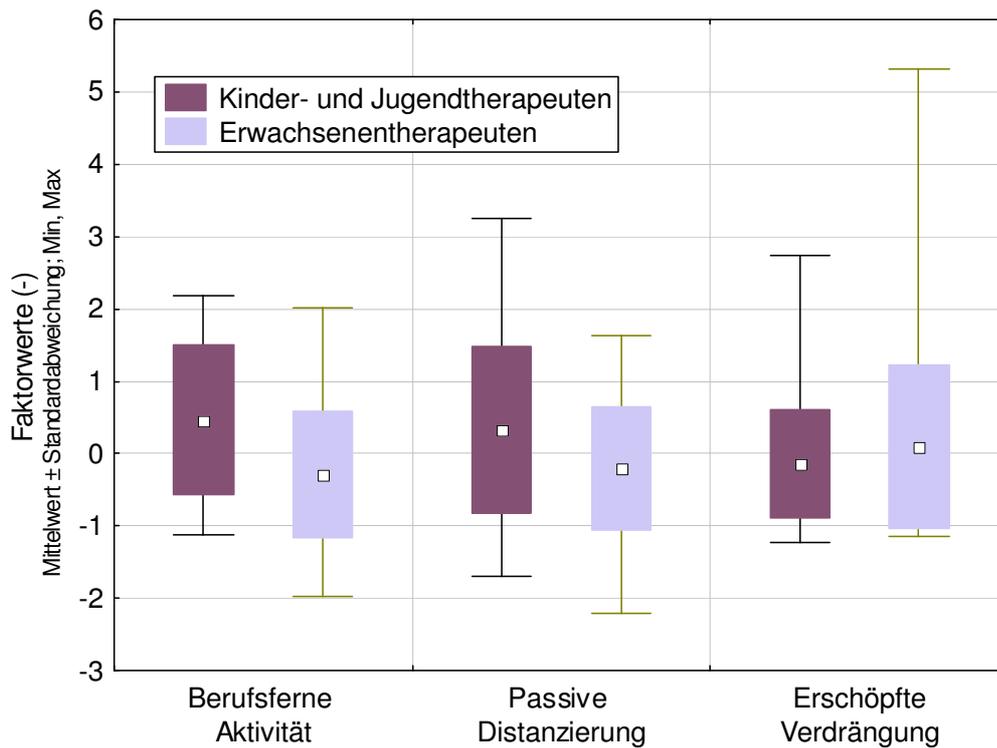


Abbildung 4: Vergleich von Kinder- und Erwachsenentherapeuten hinsichtlich der drei Faktoren zur Beschreibung des Bewältigungsverhaltens

## 5.2 Zusammenhang zwischen Gesundheitsverhalten und Patientenempfehlungen

Fragen zur Gesundheit wurden in verschiedenen Abschnitten des *Interviewleitfadens* gestellt. Sie gliederten sich in die drei Kategorien „Grundlegendes Gesundheitsverständnis“, „Gesundheitsverhalten“ sowie „Bewertung des eigenen Verhaltens“.

### 5.2.1 Grundlegendes Verständnis von Gesundheit und Gesundheitsverhalten

Einleitend wurde die Frage gestellt „Was bedeutet für Sie Gesundheit?“. Die Antworten sind in der Tabelle 10 enthalten. Häufigste Antwort war „Im Einklang sein, sich wohl fühlen“, die von 23 Therapeuten und damit von fast der Hälfte aller Befragten

(44,2 %) als erste Antwort auf diese Frage genannt wurde. Weitere häufige Antworten waren „Nicht krank sein“ (19,2 %) sowie „Körperlich gesund sein“ (17,3 %). Alle anderen Antworten waren von deutlich weniger als 10 % der Therapeuten genannt worden.

Arzt, 45 Jahre: *„...ich hab so das Gefühl, seelisch und körperlich in irgend'nem Gleichklang zu sein“*

Ärztin für KJP, 54 Jahre: *„...sich ausreichend bewegen, sich nicht dauernd stressen, sorgen, dass es Pausen gibt, um nicht in einen chronischen Erschöpfungszustand rein zu kommen“*

Arzt, 48 Jahre: *„...kein Schwitzen, kein Herzklopfen, so eine vegetative Ausgeglichenheit“*

Ärztin für KJP, 41 Jahre: *„...wenn es nirgendwo weh tut, wenn ich morgens hellwach bin und gut schlafen kann“*

Kindertherapeut, 41 Jahre: *„Entspannung, Bewegung, Glücklichkeit, Sexualität, Lust, gutes Essen, guter Wein, vernünftige Blutwerte“*

Psychologin, 61 Jahre: *„Lange Zeit und auch jetzt noch etwas Selbstverständliches... dass ich kaum irgendwelche besonderen Dinge hab, außer einem Nachlassen der Kräfte in den letzten Monaten bis wenigen Jahren“*

Tabelle 10: „Was bedeutet für Sie Gesundheit?“ nach der Häufigkeit der Nennungen

(Angegeben ist für die jeweils erste Antwort der befragten Therapeuten die Anzahl und der Anteil der verschiedenen Antworten.)

Antwort	Anzahl	Anteil (%)
<b>Allgemein seelisch und körperlich im Einklang, sich wohl fühlen</b>	23	44,2
<b>Nicht krank sein, schmerzfrei</b>	10	19,2
<b>Körperlich gesund sein, leistungsfähig</b>	9	17,3
<b>Psychisch ausgeglichen, gute Sozialkontakte, Familie, Privatleben</b>	3	5,8
<b>Bewegung, Sport treiben</b>	2	3,8
<b>Gute Arbeitsbedingungen, Spaß an der Arbeit</b>	1	1,9
<b>Mentale Gesundheit mit persönlicher Entwicklung, geistiger Bewegung</b>	1	1,9
<b>WHO-Definition</b>	1	1,9
<b>Persönlich wenig</b>	1	1,9
<b>Sonstiges</b>	1	1,9
<b>Summe</b>	52	100,0

Die zweite Frage in diesem Zusammenhang betraf die Meinung der Therapeuten nach ggf. erforderlichem Tun, um die Gesundheit zu erhalten. Sie lautete: „Was muss man tun, um gesund zu bleiben?“. In Tabelle 11 sind die erhobenen Antworten nach der Häufigkeit aufgeführt. Die häufigste Antwort bei 13 von 25 Therapeuten (25,0 %) war „Allgemein auf die Gesundheit achten“. Weitere häufige Antworten waren die Beachtung „Psychisch-sozialer“ Aspekte, „Gute Arbeitsbedingungen“ sowie „Ernährung“, die von jeweils mehr als 10 % der Befragten an erster Stelle genannt wurden. Es folgten „Bewegung“, „Körperliche Betätigung“ und „Gesunde Lebensführung“ mit 5-10 % der Nennungen.

Tabelle 11: „Was muss man tun, um gesund zu bleiben?“ nach der Häufigkeit der Nennungen

(Angabe ist für die jeweils erste Antwort der befragten Therapeuten die Anzahl und der Anteil der verschiedenen Antworten.)

Antwort	Anzahl	Anteil (%)
<b>Allgemein gutes Gleichgewicht zwischen Anspannung und Entspannung, gut für sich sorgen</b>	13	25,0
<b>Psychisch/sozialer Ausgleich, sich abgrenzen, Bedürfnisse beachten, Kontakte pflegen</b>	10	19,2
<b>Gute Arbeitsorganisation, sinnvolle Tätigkeit, Supervision</b>	8	15,4
<b>Gesunde Ernährung, genug trinken</b>	7	13,5
<b>aktiv Sport treiben</b>	5	9,6
<b>Körperliche Vitalität pflegen</b>	3	5,8
<b>Gesunde Lebensführung, Suchtmittel meiden, wenig Alkohol, gesunde Umwelt</b>	3	5,8
<b>Glück haben, Gesundheit ist nicht kontrollierbar</b>	2	3,8
<b>Mentale Anregung, Kreativität, moralische Werte</b>	1	1,9
<b>Summe</b>	52	100,0

Arzt für KJP, 61 Jahre: „...ausreichend Bewegung, vernünftig ernähren und nicht zu viel Wein trinken“

Arzt, 43 Jahre: „Kämpfen. Tja, sich gegen die Tendenz sich selbst auszubeuten oder ausgebeutet zu werden, abzugrenzen“

Psychologe, 60 Jahre: „... eine sinnvolle Einteilung zwischen Arbeit und Freizeit“

Kindertherapeutin, 38 Jahre: „...eine Aufgabe zu haben, die einen ausfüllt; Abwechslung ist wichtig, Sport, ein sicheres Netz, Partnerschaft“

Psychologin, 40 Jahre: „...Arbeiten und Entspannung und zufriedenes Freizeitleben im Gleichgewicht“.

In diesem Zusammenhang war eine weitere Frage nach der Meinung der Therapeuten nach den Auswirkungen von Sport („Welche Auswirkungen von Sport kommen Ihnen in den Sinn?“). Die häufigsten Antworten (Tabelle 12) waren bei 31 von 25 Therapeuten (59,6 %) „Körperliches Wohlbefinden“, bei 27 Therapeuten (51,9 %) „Stimmungsaufhellung, Freude, Wohlergehen“ und bei 25 Therapeuten (48,1 %) „Gesundheitsförderung“. Alle anderen Antworten wurden von weniger als einem Drittel der Befragten gegeben. Dabei war auch ein negativer Aspekt („Verletzungen, Krankheit, Ausgepowert“), der 4 Mal (7,7 %) genannt worden war.

Tabelle 12: „Welche Auswirkungen von Sport kommen Ihnen in den Sinn?“ nach der Häufigkeit der Nennungen

Antwort	Anzahl	Anteil (%)
<b>Körperliches Wohlbefinden</b>	31	59,6
<b>Stimmungsaufhellung, Freude, Wohlergehen</b>	27	51,9
<b>Gesundheitsförderung</b>	25	48,1
<b>Ausgeglichenheit, Beruhigung, Gelassenheit</b>	17	32,7
<b>Stressabbau, Abreaktion, Auspowern</b>	14	26,9
<b>Mentaler Abstand, Kopf frei von Gedanken</b>	13	25,0
<b>Ermüdung, Beruhigung, Erschöpfung</b>	9	17,3
<b>Negative Auswirkungen, Verletzungen, Krankheit, Ausgepowertsein</b>	4	7,7
<b>Geselligkeit, sozialer Aspekt</b>	3	5,8
<b>Verbundenheit mit der Natur</b>	2	3,8

## 5.2.2 Praktiziertes Gesundheitsverhalten

Das eigene Verhalten im engeren Sinne wurde durch Fragen nach der Schlafdauer, nach dem Konsum von Nikotin, Alkohol, Koffein, nach der Ernährung, nach sportlichen Aktivitäten sowie Bewegung allgemein abgefragt.

Die durchschnittliche Schlafdauer der Therapeuten lag zwischen 5,5 und 9,5 Stunden, sie betrug im Mittel  $7,1 \pm 0,8$  Stunden. Die meisten von ihnen (57,7 %) gaben an, dass ihnen die Schlafdauer genug ist, für 21,2 % war die Schlafmenge immerhin „meistens“ genug.

40 von 49 Personen (81,6 %), die auf diese Frage antworteten, gaben an, Nichtraucher zu sein, 6 Therapeuten (12,2 %) rauchten maximal 4 Zigaretten pro Tag und für 3 (6,1 %) war ein höherer Konsum dokumentiert.

Alkohol wurde von etwa mehr als einem Viertel (14 von 52, entspricht 26,9 %) täglich konsumiert. Weitere 17 Befragte (32,7 %) gaben an, jeden 2. Tag und am Wochenende Alkohol zu trinken, 20 Personen (38,5 %) tranken seltener Alkohol, aber lediglich ein Therapeut (1,9 %) gab an, keinen Alkohol zu konsumieren.

Hoher Konsum von Kaffee oder Tee (über 5 Tassen pro Tag) gaben jeweils 9 Therapeuten an (17,3 %).

Mehr als die Hälfte der Befragten nahmen für sich in Anspruch (27 von 52, entspricht 51,9 %), auf eine ausgewogene Ernährung zu achten.

36 der 52 Personen (69,2 %) antworteten auf die Frage „Treiben Sie Sport?“ mit „ja“. Häufigste Sportarten waren dabei „Radfahren, Wandern, Spazieren gehen“ (16 Nennungen, entspricht 30,8 %), „Laufen, Walken, Rennrad fahren“ (11 Nennungen, entspricht 21,2 %), „Fitness, Gymnastik, Aerobic“ (10 Nennungen, entspricht 19,2 %). Alle anderen Sportarten waren nur vereinzelt genannt worden. Die gesamte Menge an körperlicher Aktivität pro Woche, also nicht nur reinem Sport, lag bei allen Therapeuten zusammen im Durchschnitt bei  $6,24 \pm 5,08$  Stunden, wobei die Mediziner  $6,37 \pm 6,07$  Stunden und die Psychologen  $6,11 \pm 3,91$  Stunden, die Kindertherapeuten mehr körperliche Aktivität ( $6,55 \pm 5,12$  Stunden) als Erwachsenentherapeuten ( $6,05 \pm 5,12$  Stunden) angaben.

43 von 52 Therapeuten (82,7 %) hatten in den vergangenen Jahren an Vorsorgeuntersuchungen teilgenommen.

Zur Skalierung des Verhaltens wurde aus diesen Angaben ein „Gesundheitsscore“ gebildet. Dieser ist im Hinblick auf die einbezogenen Parameter an den Fragebogen zur Erfassung des Gesundheitsverhalten (*FEG*) von Dlugosch & Krieger (1995) angelehnt. Da der *FEG* wesentlich differenzierter die verschiedenen Aspekte des Gesundheitsverhaltens erfasst und teilweise auch zusätzliche, hier nicht erhobene

Aspekte (zum Beispiel Medikamentenkonsum) einbezieht, ist eine direkte Vergleichbarkeit allerdings nicht gegeben.

Der hier benutzte Score ist ein Summenscore mit den in Tabelle 13 aufgeführten 6 Einzelaspekten Ernährung, Körpergewicht, körperliche Aktivität, Alkoholkonsum, Tabakkonsum und Schlafmenge. Für jeden dieser Aspekte wurden 0, 1 oder 2 Punkten je nach angegebenem Verhalten vergeben und die individuelle Punktzahl aller Aspekte addiert. Bei fehlenden Angaben zu einem Aspekt wurde der Punktwert 1 vergeben. Damit konnte die individuelle Punktsumme jedes Befragten theoretisch zwischen 0 (wenig gesundes Verhalten) und 12 (gesundes Verhalten) liegen.

Tabelle 13: Gesundheitliche Aspekte, die in den hier verwendeten Summenscore einbezogen wurden

(Angabe sind für jeden Aspekt die erzielbaren Punktzahlen in Abhängigkeit vom angegebenen Verhalten. Die Summe der Punktzahlen ergibt den individuellen Scorewert.)

Gesundheitsaspekt	Punktzahl		
	2	1	0
<b>Ernährung</b>	ausgewogene Ernährung	teilweise ausgewogene Ernährung	keine ausgewogene Ernährung
<b>Körpergewicht</b>	< 25 kg/m <sup>2</sup>	25 bis < 30 kg/m <sup>2</sup>	≥ 30 kg/m <sup>2</sup>
<b>Körperliche Aktivität</b>	regelmäßige sportliche Betätigung	wenig oder unregelmäßige sportliche Betätigung	keine sportliche Betätigung
<b>Alkoholkonsum</b>	nicht mehr als 2 Mal monatlich	seltener als jeden 2. Tag	mindestens jeden 2. Tag
<b>Tabakkonsum</b>	Nichtraucher	bis 4 Zigaretten täglich	mehr als 4 Zigaretten täglich
<b>Schlafmenge</b>	Schlafmenge als „ausreichend“ bezeichnet und mindestens 7 h	Schlafmenge als „nicht ausreichend“ bezeichnet oder < 7 h	Schlafmenge als „nicht ausreichend“ bezeichnet und < 6 h

Die Befragten wiesen Punktwerte zwischen 4 und 11 auf, der Mittelwert lag bei  $8,1 \pm 1,7$  Punkten. In Abbildung 5 ist die Häufigkeitsverteilung der Punktsummen in der untersuchten Stichprobe dargestellt. Die häufigste Punktsumme war 9, sie wurde von 13 befragten Therapeuten erreicht (25,0 %). Weniger als 7 Punkte erzielten 9 Therapeuten (17,3 %), mehr als 9 Punkte wurden für 10 der befragten Therapeuten ermittelt (19,2 %).

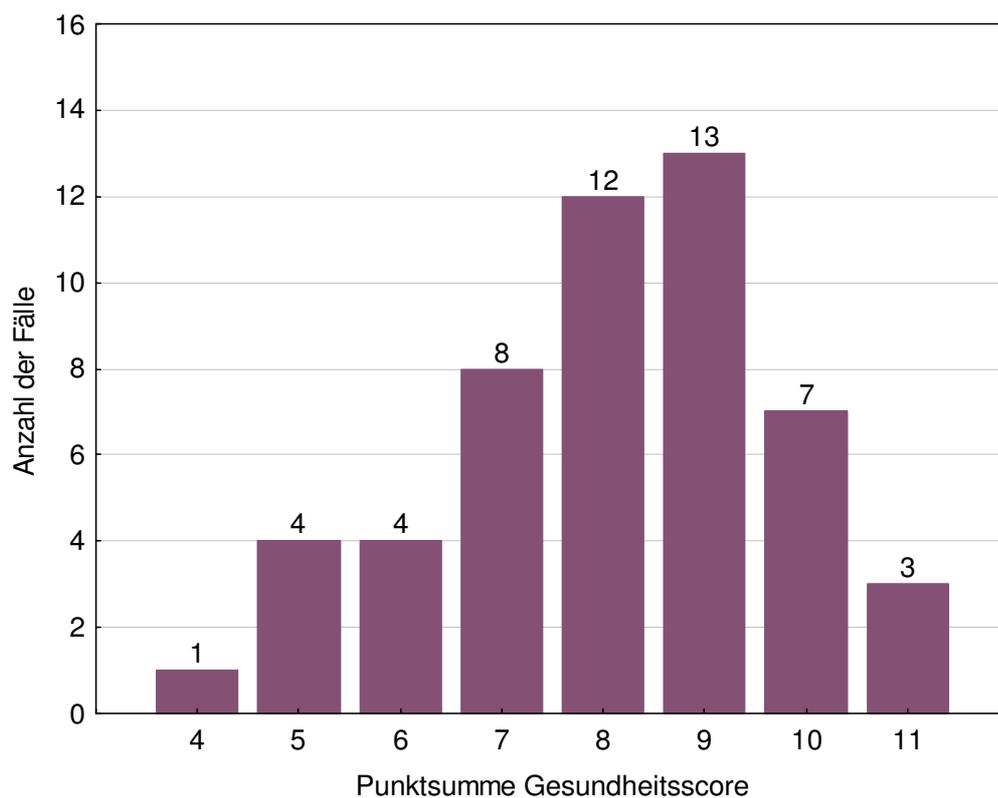


Abbildung 5: Häufigkeitsverteilung der Punktsummen des Gesundheitsscores

Zwischen Medizinern und Psychologen bestanden keine deutlichen Differenzen in Bezug auf diesen Score. Erstere erreichten im Mittel  $7,9 \pm 1,8$  Punkte, während sich bei den Psychologen ein mittlerer Punktwert von  $8,3 \pm 1,6$  Punkten ergab ( $p = 0,56$ ).

Auch ein Vergleich der wichtigsten Einzelaspekte des Gesundheitsverhaltens (Schlafdauer, Nikotin- und Alkoholkonsum; siehe Tabelle 14) ergab keine bedeutsamen oder statistisch nachweisbaren Unterschiede zwischen beiden Berufsgruppen.

Tabelle 14: Antworten zum Gesundheitsverhalten nach Berufsgruppen

Mittelwert $\pm$ Standardabweichung bzw. Anzahl (Anteil)	Mediziner (n=26)	Psychologe (n=26)	p-Wert
Schlafdauer (Stunden / Tag)	7,0 $\pm$ 0,8	7,3 $\pm$ 0,8	0,41
Nikotinkonsum (Nichtraucher)	21 (84,0 %)	19 (79,2 %)	0,73
Alkoholkonsum (seltener als jeden 2. Tag)	11 (42,3 %)	10 (38,5 %)	1,00

Der Vergleich von Kindertherapeuten mit den Erwachsenentherapeuten in Bezug auf den Gesundheitsscore zeigte ebenfalls ein ähnliches Resultat in beiden Gruppen. Während Kindertherapeuten einen mittleren Score von  $8,2 \pm 1,7$  Punkten aufwiesen, betrug der Mittelwert in der Gruppe der Erwachsenentherapeuten  $8,0 \pm 1,7$  Punkte. Der Unterschied war nicht statistisch signifikant ( $p = 0,98$ ). Tabelle 15 zeigt die Vergleiche beider Gruppen für die Einzelaspekte des Gesundheitsverhaltens. Auch hier war ein statistisch signifikanter Unterschied nicht gegeben.

Tabelle 15: Antworten zum Gesundheitsverhalten nach Klientengruppen

Mittelwert $\pm$ Standardabweichung bzw. Anzahl (Anteil)	Kindertherapeuten (n=20)	Erwachsenentherapeuten (n=32)	p-Wert
Schlafdauer (Stunden / Tag)	7,1 $\pm$ 0,8	7,1 $\pm$ 0,9	0,76
Nikotinkonsum (Nichtraucher)	15 (79,0 %)	25 (83,3 %)	1,00
Alkoholkonsum (seltener als jeden 2. Tag)	9 (45,0 %)	12 (37,5 %)	0,77

### 5.2.3 Bewertung des eigenen Gesundheitsverhaltens

Neben den Fragen zum tatsächlich praktizierten Gesundheitsverhalten wurden auch Angaben erbeten zur Einschätzung des Verhaltens, zur Zufriedenheit mit diesem Verhalten sowie dazu, warum das evtl. als falsch erkannte Verhalten nicht geändert wird. Weiterhin wurde eine Einschätzung erbeten, ob der Lebensstil der Befragten die Gesundheit eher fördere oder beeinträchtige.

### 5.2.3.1 Beurteilung des Lebensstils

Gefragt nach der eigenen Gesundheit im Vergleich zur WHO-Gesundheitsdefinition gaben 14 Therapeuten (26,9 %) an, 100 %-ig gesund zu sein und weitere 17 (32,7 %), zu mehr als 75 % der Gesundheitsdefinition der WHO zu genügen. Insgesamt waren damit rund 60 % der Befragten der Meinung mehr oder weniger gesund zu sein. Weitere 7 Personen (13,4 %) definierten den eigenen Zustand zwischen 50 und 75 %, 8 bei etwa 50 % (15,4 %) und 3 (5,8 %) bei weniger als 50 %. 3 weitere Befragte waren mit der WHO-Definition nicht einverstanden und wollten keine Einschätzung abgeben.

Ein Zusammenhang zwischen der Einschätzung der eigenen Gesundheit und der Häufigkeit des Alkoholkonsums war nicht nachzuweisen (Spearman-Korrelation  $r = .18$ ;  $p = 0,23$ ). Ebenso bestand kein statistisch nachweisbarer Zusammenhang zwischen dem Alkoholkonsum und der Angabe zur Häufigkeit, unter Zeitdruck zu arbeiten ( $r = .10$ ;  $p = 0,50$ ). Dass Alkoholkonsum respektive Suchtverhalten zu den gesundheitlichen Risikofaktoren gehört, die sie auch selber für sich beachten, gaben 13 der 52 Befragten (entspricht 25 %) an.

Zufriedenheit mit dem eigenen Körpergewicht äußerten 32 Therapeuten (61,5 %) und Zufriedenheit mit den Ernährungsgewohnheiten 26 (50,0 %). Einer erweiterten Fragestellung zur Zufriedenheit mit den Ernährungsgewohnheiten („Im Großen und Ganzen“) stimmten 37 Personen zu (71,2 %). Als sinnvolle Maßnahmen zur Verbesserung der eigenen Ernährungsgewohnheiten wurde 15 Mal „regelmäßigere Mahlzeiten“, 10 Mal „weniger essen“ und 8 Mal „gesünder essen“ genannt.

Körperliche Aktivität für sich selbst betrachteten 50 der 52 Befragten als wichtig (96,2 %), aber nur 22 (42,3 %) gaben an, sich nach eigener Einschätzung genug zu bewegen. 28 Personen würden gern mehr körperlich aktiv sein (53,8 %), vor allem „aus gesundheitlichen Gründen“ (14 Nennungen) und aus „Spaß an körperlicher Bewegung“ (5 Nennungen). Als Hinderungsgründe wurde überwiegend „Zeitmangel“ genannt (20 Nennungen) aber auch „Bequemlichkeit“ (14 Nennungen).

Arzt, 45 Jahre: *„...die einfachste Antwort ist, ich krieg's zeitlich nicht hin; ich geh hier nicht vor 19 Uhr raus...und dann hab ich die Familie und die möchte ich*

*auch sehen...Also, das eine ist die Ausrede und das andere gibt's tatsächlich, das ist so eine Mischung aus beidem“*

Arzt, 53 Jahre: *„...ich vermute, da der emotionale Background fehlt, dass der Wille nicht ausreicht“*

Kindertherapeut, 55 Jahre: *„Die Zeit, also der Beruf und ich hab Familie mit vier Kindern und das andre noch im Institut, also das geht nicht“*

Kindertherapeut, 51 Jahre: *„Bequemlichkeit, mangelnder Antrieb“*

Alle 28 Therapeuten, die gern stärker körperlich aktiv wären, hatten sich vorgenommen, in Zukunft der körperlichen Aktivität mehr Bedeutung zu geben. So wurde von 13 Befragten geäußert, sie hätten vor, sich „regelmäßiger“ zu bewegen, 10 weitere wollten den „Umfang der körperlichen Bewegung“ steigern und 5 wollten eine „andere Sportart“ betreiben.

Entspannungstechniken praktizierten 24 der 52 Therapeuten regelmäßig (46,2 %) und weitere 11 Therapeuten gelegentlich (21,2 %). Die folgende Tabelle 16 gibt an, welche Entspannungstechniken überwiegend genannt wurden. Neben autogenem Training (20 Nennungen für regelmäßig oder gelegentlich) wurde hier vor allem Meditation (9 Nennungen) praktiziert. Für 6 Befragte (11,6 %) waren Entspannungstechniken eine Alternative zu körperlicher Aktivität, 28 (53,9 %) verneinten dies und 18 Therapeuten äußerten sich zu dieser Frage nicht.

Tabelle 16: Praktizierte Entspannungstechniken

(Angegeben ist die Anzahl sowie der Anteil (%) bei 52 Befragten.)

Entspannungstechnik	Anzahl (Anteil in %)	
	regelmäßig	regelmäßig oder gelegentlich
<b>Autogenes Training</b>	13 (25,0 %)	20 (38,5 %)
<b>Meditation</b>	7 (13,5 %)	9 (17,3 %)
<b>Progressive Muskelrelaxation</b>	3 (5,8 %)	6 (11,5 %)
<b>Selbsthypnose</b>	1 (1,9 %)	4 (7,7 %)

### 5.2.3.2 Bewertung des eigenen Lebensstils in Auswirkung auf die Gesundheit

In der Tabelle 17 sind die Antworten auf die Frage „Glauben Sie, dass Ihr Lebensstil Ihre Gesundheit eher fördert oder eher beeinträchtigt?“ zusammengefasst. Die häufigste Antwort war hier „Fördert“, die von 19 der 52 Befragten (36,5 %) gegeben wurde. Insgesamt waren 27 Therapeuten (51,9 %) der Meinung, dass ihr Lebensstil mindestens „Etwas gesundheitsfördernd“ sei, 16 Therapeuten (30,8 %) betrachteten ihn als „Etwas beeinträchtigt“ oder schlechter und 9 (17,3 %) sahen keinen kausalen Zusammenhang zwischen Lebensstil und Gesundheit.

Tabelle 17: „Glauben Sie, dass Ihr Lebensstil Ihre Gesundheit eher fördert oder eher beeinträchtigt?“

Antwort	Anzahl	Anteil (%)
<b>Beeinträchtigt</b>	12	23,1
<b>Etwas beeinträchtigt</b>	4	7,7
<b>Weder noch</b>	9	17,3
<b>Etwas fördert</b>	4	7,7
<b>Fördert</b>	19	36,5
<b>Stark fördert</b>	4	7,7

Die Abbildung 6 zeigt den Zusammenhang zwischen dieser Frage und dem Gesundheitsscore aus Kap. 5.2.2. Danach stieg mit zunehmender Auffassung, der Lebensstil fördere die eigene Gesundheit, auch der Gesundheitsscore an. Er betrug unter den Befragten, die die eigene Gesundheit eher beeinträchtigt oder zumindest nicht gefördert sahen, im Mittel 7,5 bis 7,9 Punkte. Mit zunehmender Überzeugung, der eigene Lebensstil fördere die Gesundheit, stieg der mittlere Gesundheitsscore dann auf bis zu  $8,8 \pm 2,6$  Punkte an (Gesundheit stark gefördert). Allerdings war ein statistischer Nachweis dieses Anstieges knapp nicht möglich (Spearman-Korrelation  $r = .22$ ;  $p = 0,10$ ).

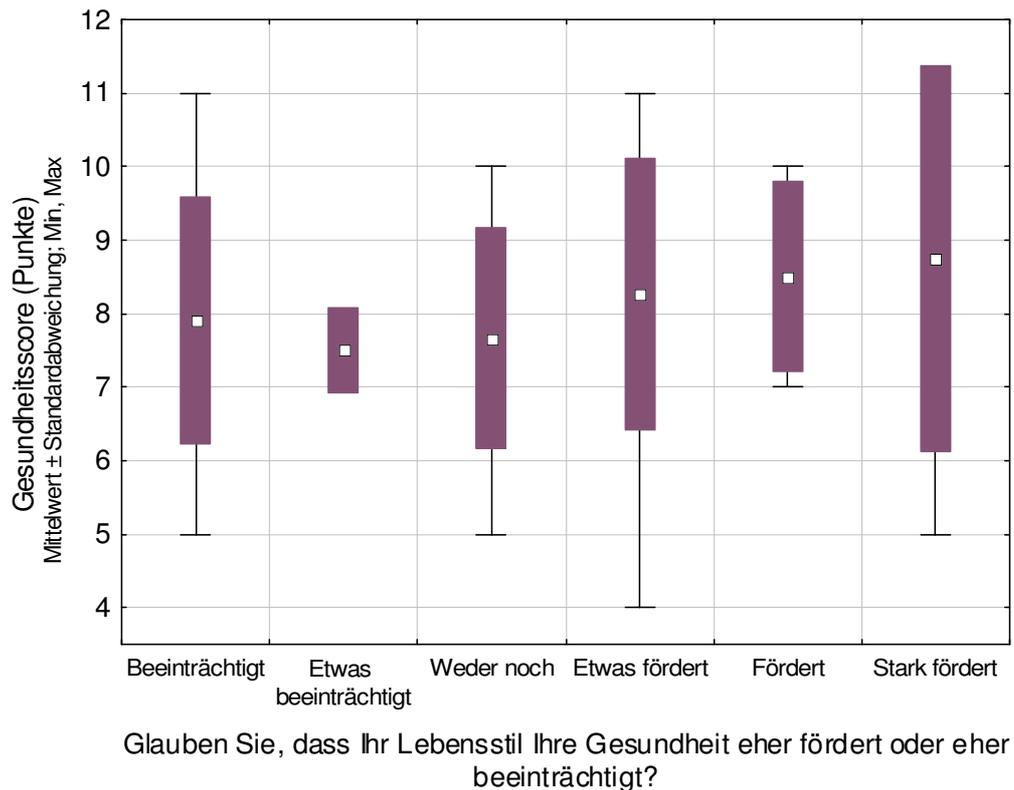


Abbildung 6: Zusammenhang zwischen den Antworten zur Frage „Glauben Sie, dass Ihr Lebensstil Ihre Gesundheit eher fördert oder eher beeinträchtigt?“ und dem Gesundheitsscore

Einen Überblick zum Vergleich von Medizinerinnen und Psychologinnen in Bezug auf die Bewertung des eigenen Gesundheitsverhaltens bietet Tabelle 18. Statistisch signifikante Unterschiede zwischen beiden Berufsgruppen waren nicht gegeben. Für 3 der 6 aufgeführten Kriterien (Zufriedenheit mit Ernährungsgewohnheiten, Entspannungstechniken sowie Einstufung des eigenen Lebensstils als gesundheitsfördernd) waren geringfügig höhere Zustimmungsraten bei den Medizinerinnen zu verzeichnen, für die drei übrigen Kriterien (Gesundheit mindestens 75 % nach WHO-Definition, Zufrieden mit dem eigenen Körpergewicht sowie Körperliche Aktivität als wichtig erachtet) entsprechend höhere Zustimmungsraten bei den Psychologinnen.

Tabelle 18: Bewertung des eigenen Gesundheitsverhaltens nach Berufsgruppen

Anzahl (Anteil)	Mediziner (n=26)	Psychologe (n=26)	p-Wert
Gesundheit mindestens 75 % nach WHO-Definition	12 (52,2 %)	19 (73,0 %)	0,23
Zufrieden mit dem eigenen Körpergewicht	15 (57,7 %)	17 (65,4 %)	0,78
Zufrieden mit Ernährungsgewohnheiten	14 (53,9 %)	13 (50,0 %)	1,00
Körperliche Aktivität als wichtig erachtet	24 (92,3 %)	26 (100,0 %)	0,49
Entspannungstechniken werden praktiziert	13 (50,0 %)	11 (42,3 %)	0,78
Eigener Lebensstil ist gesundheitsfördernd	14 (53,8 %)	13 (50,0 %)	1,00

Auch in Bezug auf den Verlauf des Gesundheitsscores in Abhängigkeit von der Einschätzung, in wie weit der eigene Lebensstil die Gesundheit fördere (Abbildung 7) waren zwischen den beiden Berufsgruppen keine deutlichen Unterschiede zu erkennen.

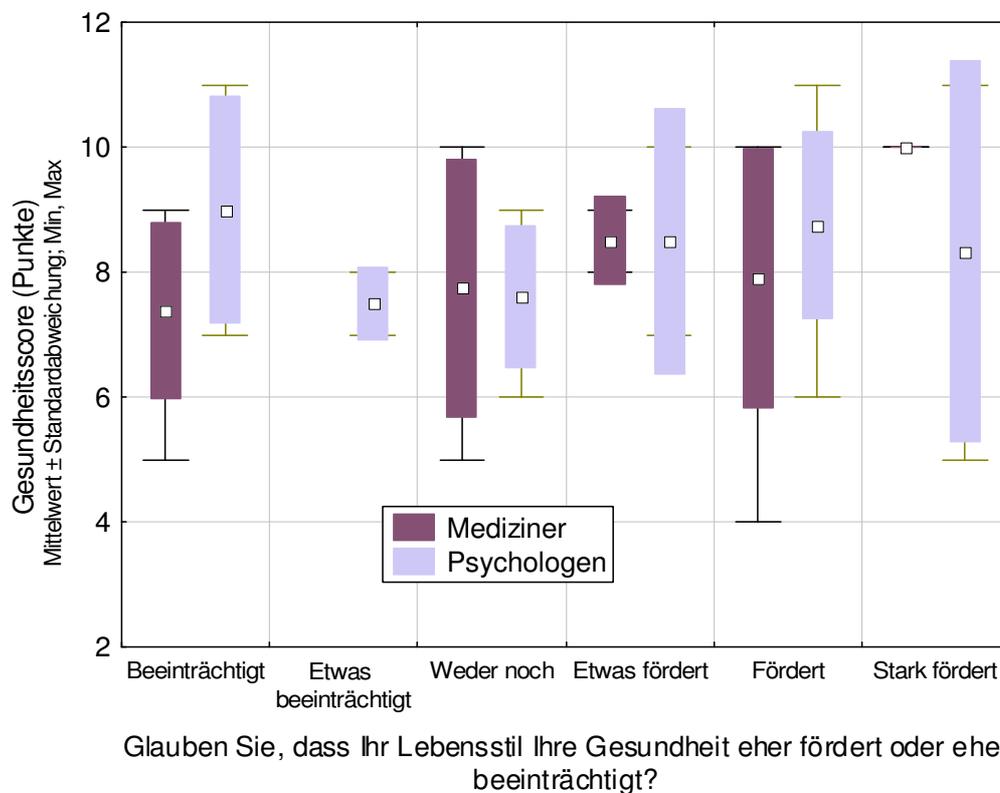


Abbildung 7: Zusammenhang zwischen den Antworten zur Frage „Glauben Sie, dass Ihr Lebensstil Ihre Gesundheit eher fördert oder eher beeinträchtigt?“ und dem Gesundheitsscore getrennt für Mediziner und Psychologen

Tabelle 19 enthält die entsprechenden Vergleiche zwischen Kindertherapeuten einerseits und Erwachsenentherapeuten andererseits. Hier ergaben sich für alle 6 Kriterien höhere Zustimmungen bei der Gruppe der Erwachsenentherapeuten. Diese bewerteten ihr eigenes Gesundheitsverhalten tendenziell also besser als die Kindertherapeuten, wobei allerdings für keines der 6 Kriterien die Grenze zur statistischen Signifikanz erreicht wurde.

Tabelle 19: Bewertung des eigenen Gesundheitsverhaltens nach Klientengruppen

Anzahl (Anteil)	Kinderther. (n=20)	Erwachsenen- ther. (n=32)	p-Wert
<b>Gesundheit mindestens 75 % nach WHO-Definition</b>	9 (50,0 %)	22 (71,0 %)	0,22
<b>Zufrieden mit dem eigenen Körpergewicht</b>	12 (60,0 %)	20 (62,5 %)	1,00
<b>Zufrieden mit Ernährungsgewohnheiten</b>	9 (45,0 %)	18 (56,3 %)	0,57
<b>Körperliche Aktivität wichtig</b>	19 (95,0 %)	31 (96,9 %)	1,00
<b>Entspannungstechniken werden praktiziert</b>	8 (40,0 %)	16 (50,0 %)	0,57
<b>Eigener Lebensstil ist gesundheitsfördernd</b>	9 (45,0 %)	18 (56,3 %)	0,57

Für die Erwachsenentherapeuten ergab sich zudem ein deutlicherer Zusammenhang zwischen der Einschätzung, in wie weit der Lebensstil die eigene Gesundheit fördere als für die Kindertherapeuten (Abbildung 8). Nur für diese Untergruppe war der Zusammenhang zwischen dieser Einschätzung und dem Gesundheitsscore statistisch signifikant (Spearman-Korrelation  $r = .48$ ;  $p = 0,0058$ ).

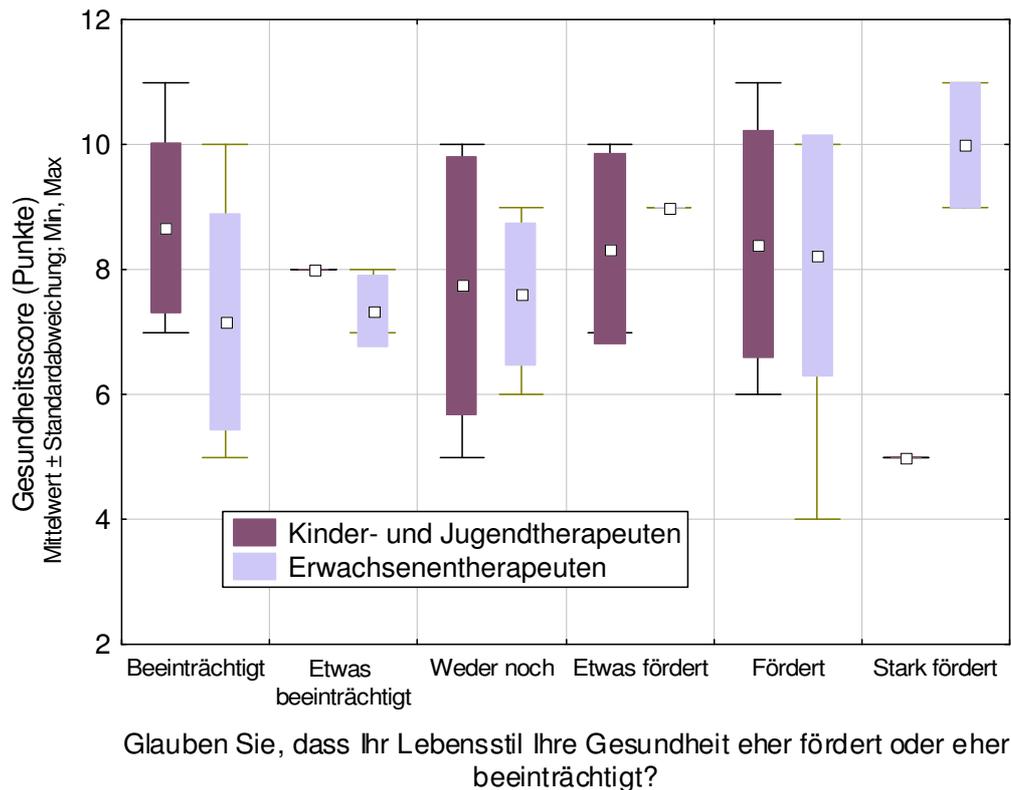


Abbildung 8: Zusammenhang zwischen den Antworten zur Frage „Glauben Sie, dass Ihr Lebensstil Ihre Gesundheit eher fördert oder eher beeinträchtigt?“ und dem Gesundheitsscore getrennt für Kindertherapeuten sowie Erwachsenenentherapeuten

#### 5.2.4 Empfehlungen an Patienten

Von den 52 befragten Therapeuten gaben 40 (76,9 %) an, ihre Patienten „immer zu ermutigen, sich körperlich zu betätigen“. Weitere 5 Therapeuten schränkten ein „wenn es therapeutisch passt“ (9,6 %), und 3 gaben an, diese „selten“ zu tun (5,8 %). 4 Therapeuten verneinten eine entsprechende Handlungsweise (7,7 %). Als Gründe dafür wurden genannt „weil sie es von mir nicht annehmen“ (1 Nennung), „weil es nicht zu meinen Aufgaben gehört“ (2 Nennungen) sowie „weil ich selbst nichts tue“ (1 Nennung).

Informationen zum Nutzen körperlicher Aktivität gaben 44 Therapeuten den Patienten (84,6 %), wobei 14 (26,9 %) auch hier Einschränkungen wie „wenn es passt“

oder „wenn das Gespräch darauf kommt“ machten. 8 Mal (15,4 %) wurde die Frage nach Informationen dagegen mit „selten“ oder „nein“ beantwortet.

Für 49 der 52 Therapeuten (94,2 %) gehörte es zur Aufgabe von Ärzten und Psychologen, Informationen zur Wichtigkeit körperlicher Aktivität für die Gesundheit an die Patienten weiterzugeben.

19 der 26 Mediziner ermutigten ihre Patienten zu körperlicher Aktivität „immer“ (73,1 %), von den 26 Psychologen gaben dies 21 an (80,8 %). Ein statistisch signifikanter Unterschied war hier nicht gegeben ( $p = 0,74$ ). Von den Kindertherapeuten ermutigten 16 der 20 Probanden (80,0 %) ihre Patienten in dieser Hinsicht „immer“, von den Erwachsenentherapeuten 24 der 32 Befragten (75,0 %). Auch hier war der Unterschied nicht statistisch signifikant ( $p = 0,75$ ).

### **5.2.5 Zusammenhang Selbsteinschätzung - Empfehlungen**

Zur Untersuchung des Zusammenhanges zwischen der Selbsteinschätzung des Gesundheitsverhaltens und der Empfehlung an die Patienten wurden die mittleren Gesundheitsscores aus Kap. 5.2.2 für diejenigen Therapeuten berechnet, die angaben, ihren Patienten körperliche Aktivität „immer“ bzw. seltener als „immer“ zu empfehlen. Die Ergebnisse enthält Tabelle 20. Für alle Therapeuten insgesamt sowie für die Kindertherapeuten und für Psychologen war der Mittelwert in der Gruppe, die ihren Patienten „immer“ körperliche Aktivität empfahlen größer als in der Gruppe, die dies nicht immer tat. Bei Erwachsenentherapeuten war kein markanter Unterschied zu erkennen. Bei Medizinerinnen war der Mittelwert jedoch bei denen höher, die ihren Patienten nicht „immer“ entsprechende Empfehlungen gaben (Abbildung 9). Die Stichprobengröße reichte für den Nachweis der statistischen Signifikanz dieser Unterschiedes allerdings in keinem Fall aus (alle  $p > 0,05$ ).

Tabelle 20: Mittelwert  $\pm$  Standardabweichung für den Gesundheitsscore in Abhängigkeit von der Empfehlung an die Patienten für verschiedene Gruppen von Therapeuten

Gesundheitsscore (Punkte)	Empfehlung zu körperlicher Aktivität an Patienten		p-Wert
	nicht immer	immer	
<b>Alle Therapeuten (n=52)</b>	7,8 $\pm$ 1,5	8,2 $\pm$ 1,7	0,50
<b>Mediziner (n=26)</b>	8,5 $\pm$ 1,3	8,1 $\pm$ 1,8	0,68
<b>Psychologen (n=26)</b>	7,5 $\pm$ 1,6	8,2 $\pm$ 1,7	0,27
<b>Kindertherapeuten (n=20)</b>	7,6 $\pm$ 1,7	7,9 $\pm$ 1,8	0,53
<b>Erwachsenentherapeuten (n=32)</b>	8,2 $\pm$ 1,3	8,3 $\pm$ 1,7	0,85

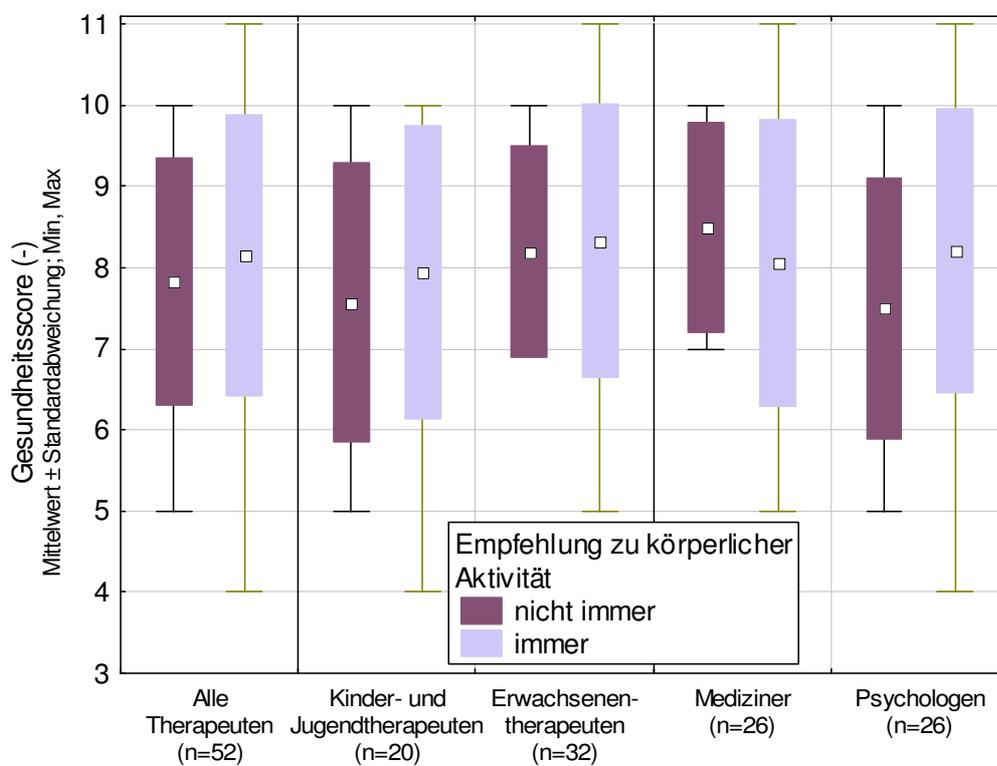


Abbildung 9: Vergleich von Therapeuten, die den Patienten „immer“ bzw. „nicht immer“ körperliche Aktivität empfehlen, hinsichtlich des Gesundheitsscore

## 5.3 Zusammenhang zwischen Berufsbild und Gesundheitsverhalten

### 5.3.1 Vorbereitung durch die Ausbildung auf die Berufsbelastungen

Von den 52 befragten Therapeuten waren 24 (46,2 %) der Meinung, die Psychotherapieausbildung sei geeignet gewesen, sie auf die Belastungen des Berufs und Möglichkeiten der Distanzierung von den Patientenschicksalen vorzubereiten. 13 weitere (25,0 %) schränkten dies ein, indem sie „teils - teils“ antworteten und 15 Personen (28,8 %) verneinten dies.

Die Vergleiche zwischen Medizinerinnen und Psychologen zeigten wenig Unterschiede zwischen den beiden Gruppen im Hinblick auf diese Fragen. 11 der 26 Mediziner (42,3 %) und 13 der 26 Psychologen (50,0 %) empfanden die Psychotherapieausbildung als geeignet, sie auf die Belastungen des Berufes vorzubereiten ( $p = 0,66$ ).

Arzt für KJP, 39 Jahre: *„Teilweise; ich denke, wenn ich nicht eine grundsätzliche Fähigkeit hätte, mich davon zu distanzieren, hätte ich es über die Psychotherapieausbildung nicht gelernt, sondern dass die das nur verstärkt hat, was schon da war“*

Arzt, 56 Jahre: *„Das wichtigste war sicherlich die Selbsterfahrung. Aber das Entscheidende habe ich außerhalb dieser dreijährigen Weiterbildung gelernt. Ich habe viele Seminare gemacht“*

Ärztin für KJP, 39 Jahre: *„Nur begrenzt. Was mir geholfen hat, ich habe eine Psychoanalyse gemacht, 7 Jahre lang, das fand ich sehr hilfreich“*

Ärztin, 62 Jahre: *„Das ist eigentlich nicht so explizit Thema gewesen, wie man sich schützt. Das ist dann eher so aus der Diskussion mit den Kollegen entstanden, so das gemeinsame Leiden“*

Kindertherapeutin, 36 Jahre: *„... die Tatsache, dass man Techniken und Handwerkzeug an die Hand bekommt, dass man Supervision machen muss, finde ich schon entlastend...wichtig war, dass man darüber sprechen konnte...da seine eigene Rolle reflektiert zu haben, das ist schon ein guter Schutz auch“*

Psychologin, 60 Jahre: *„Letztlich hat die Berufserfahrung geholfen, nicht die Ausbildung“*

Psychologe, 41 Jahre: *„Also, die Ausbildung zum Verhaltenstherapeut, die war null Komma null dazu geeignet...Das sind alles Sachen gewesen, die ich außerhalb gemacht habe...“*

Psychologe, 45 Jahre: *„...einige nicht... aber die Psychoanalyse war sehr dazu geeignet“*

Kindertherapeut, 51 Jahre: *„Ich kann mich nicht erinnern, dass das jemals problematisiert worden ist...und es gab damals auch Kollegen, wo ich jetzt den Eindruck habe, die waren damals auch belastet, sind erkrankt“*

Psychologin, 36 Jahre: *„Teils. Der Supervisionsteil schon, der Selbsterfahrungsteil und die anderen Sachen nicht. Ich denke es könnte stärker vorkommen, das wäre gut, wenn das einen stärkeren Platz hätte“*

Kindertherapeut, 50 Jahre: *„Die Ausbildung empfand ich persönlich zeitlich vor allen Dingen dermaßen belastend, dass ich immer so flapsig sage, wer die 10 Jahre so hinter sich gebracht hat, der merkt nachher gar nicht mehr, dass er 60 Stunden die Woche arbeitet, er kriegt es nur durch Bemerkungen seiner Kollegen mit“*

Der mittlere Gesundheitsscore derjenigen, die die Psychotherapieausbildung als gute Vorbereitung auf den Beruf bezeichneten war mit  $8,2 \pm 1,4$  Punkten geringfügig und nicht statistisch signifikant höher als der Score derjenigen, die dies nicht uneingeschränkt bejahten ( $8,0 \pm 1,9$  Punkte,  $p = 0,89$ ).

Ein jedoch deutlicher Unterschied bestand zwischen den Kindertherapeuten und den Erwachsenentherapeuten in der Einschätzung, ob die Psychotherapieausbildung eine geeignete Vorbereitung auf den Beruf gewesen sei. Hier wurde von mehr als der Hälfte der Erwachsenentherapeuten mit ja geantwortet (17 von 32; entspricht 53,1 %), während nur 7 Kindertherapeuten (35,0 %) dies ohne Einschränkung bejahten. Entsprechend war der Anteil der relativierenden Antwort „teils - teils“ bei den Kindertherapeuten höher als bei den Erwachsenentherapeuten, wobei es darin keinen wesentlichen Unterschied zwischen Medizinern oder Psychologen gab (Abbildung 10). Die Stichprobengröße reichte für den Nachweis der statistischen Signifikanz dieses Unterschiedes allerdings nicht aus ( $p = 0,33$ ).

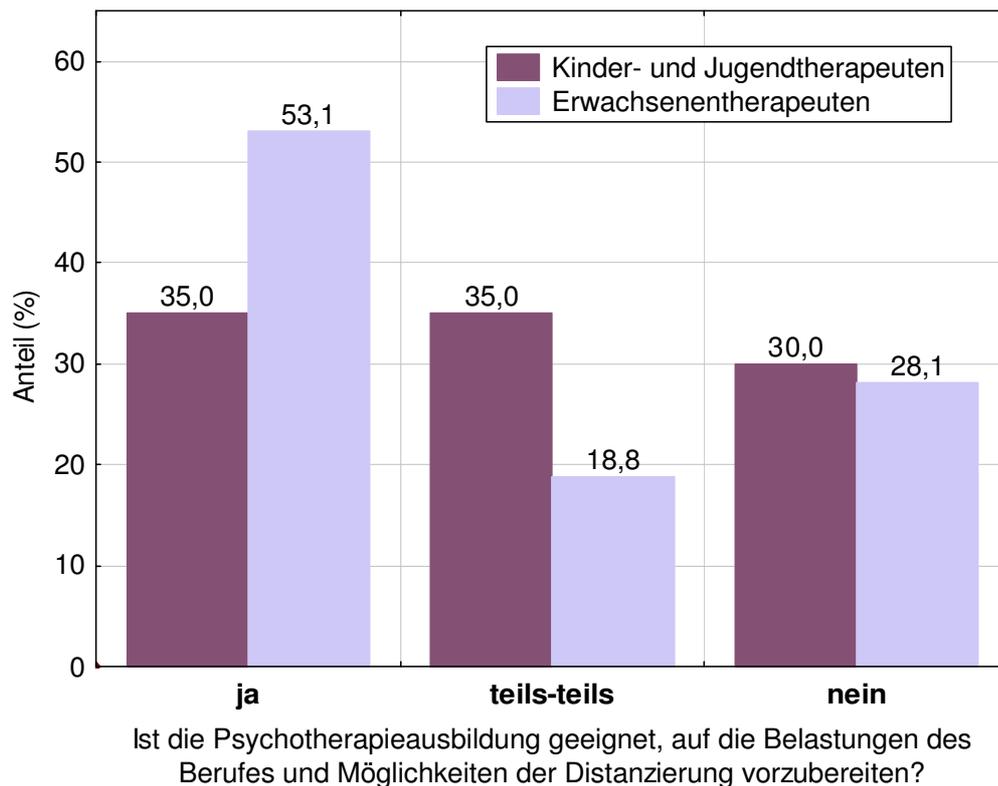


Abbildung 10: Fragen nach der Einschätzung der Psychotherapieausbildung bei Kinder- und Erwachsenentherapeuten

Lediglich 5 der 52 Therapeuten (9,6 %) waren der Meinung, dass das Studium ihnen geholfen hat, sich auf die Belastungen des Berufs und die Möglichkeiten der Distanzierung von Patientenschicksalen, vorzubereiten. 6 weitere (11,5 %) gaben an, das Studium hätte hier „etwas“ geholfen und 41 (78,8 %) antworteten auf diese Frage mit „nein“. Weitgehend einig waren sich die Gruppen der Mediziner und Psychologen darin, dass das Studium eine Vorbereitung auf die Berufsbelastung nicht zu leisten im Stande war (Mediziner: 21 von 26, 80,8 %; Psychologen: 20 von 26, 76,9 %;  $p = 0,89$ ) und es bestand auch eine Übereinstimmung zwischen den Gruppen der Kindertherapeuten und der Erwachsenentherapeuten hinsichtlich der Beurteilung des Studiums als Vorbereitung auf den Beruf. Hier waren in beiden Gruppen ein Anteil von  $\frac{3}{4}$  oder mehr der Befragten (Kindertherapeuten: 75,0 %; Erwachsenentherapeuten: 81,3 %) der Meinung, dass das Studium nicht ausreichend auf die Belastungen des Berufes vorbereitet hätte ( $p = 0,82$ ).

Der mittlere Gesundheitsscore derjenigen, die das Studium mindestens eingeschränkt als gute Vorbereitung auf den Beruf bezeichneten war mit

8,4 ± 1,7 Punkten nicht statistisch signifikant höher als der Score derjenigen, die dies verneinten (8,0 ± 1,7 Punkte, p = 0,77).

Befragt nach dem Unterschied zu somatisch tätigen Ärzten in dieser Beziehung (Abbildung 11) war die häufigste Antwort, dass diese wegen des Fehlens „helfender psychodynamischer Überlegungen“ stärker belastet seien (25 Nennungen, entspricht 48,1 %). Weitere Argumente für eine stärkere Belastung dieser Gruppe waren die geringere „Beachtung der persönlichen Psychohygiene“ (n=7, 13,5 %) und die „höheren gesellschaftlichen Erwartungen“ (n=3, 5,8 %). Im Gegensatz dazu wurde wegen der „Beschränkung auf den Körper“ (n=9, 17,3 %), der „schnelleren Erfolgserlebnisse“ bei der Therapie (n=2, 3,8 %) sowie einer postulierten „besseren Verdrängung“ (n=1, 3,9 %) eine niedrigere Belastung der somatisch tätigen Ärzte gesehen. Teilweise wurde eine generelle Nichtvergleichbarkeit wegen der „Unterschiede in den Ausbildungsschwerpunkten“ (n=4, 7,7 %) sowie wegen der „inhaltlich anderen“ Tätigkeit angegeben. Da zu dieser Frage Mehrfachantworten möglich waren, war eine grundsätzliche Beurteilung im Sinne niedrigere / höhere Belastung nicht möglich.

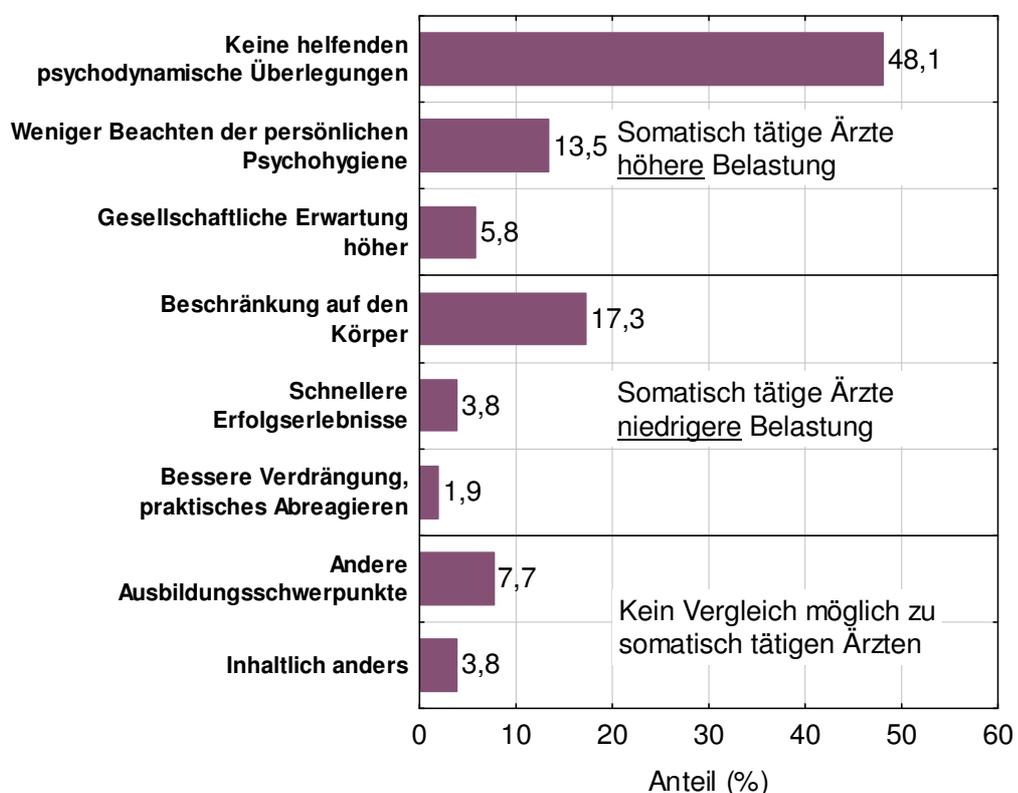


Abbildung 11: Frage zum Unterschied in der Belastung und Distanzierung zu ausschließlich somatisch tätigen Ärzten liegt (Mehrfachnennungen möglich)

Mediziner und Psychologen wurden zusätzlich danach befragt, wie sie die Vorbereitung auf den Beruf durch das Studium bei der jeweils anderen Gruppe einschätzten. Ähnlich groß mit jeweils gut einem Drittel war in beiden Gruppen der Anteil derjenigen, die keinen Unterschied zum eigenen Studium sahen. Dagegen war ebenfalls ein Drittel der Mediziner, aber nur etwa 10 % der Psychologen der Auffassung, die Ausbildung der anderen Berufsgruppe sei in der genannten Hinsicht *besser* als die der eigenen. Analog dazu gaben über 40 % der Psychologen und nur 15 % der Mediziner an, die Ausbildung der anderen Berufsgruppe sei *schlechter* als die der eigenen. Allerdings war auch zu diesem Unterschied knapp kein statistischer Nachweis möglich ( $p = 0,072$ ).

### 5.3.2 Einschätzung dazu, ob der Beruf wieder gewählt werden würde

Auf die Frage, ob sie sich für ihren Beruf noch einmal entscheiden würden, antworteten 39 der 52 Befragten (75,0 %) mit ja, 4 (7,7 %) mit nein und 9 (17,3 %) waren unsicher bzw. machten Einschränkungen.

Von den Medizinerinnen würden ihren Beruf 22 wieder wählen (84,6 %), bei den Psychologen waren dagegen nur 17 dieser Ansicht (65,4 %). Der Unterschied war nicht statistisch bedeutsam ( $p = 0,20$ ). Bei den Kindertherapeuten lag die Zustimmungquote zu dieser Frage bei 16 von 20 (80,0 %), von den 32 Erwachsenentherapeuten stimmten in 23 zu (71,9 %). Der Unterschied war ebenfalls nicht statistisch signifikant ( $p = 0,74$ ).

Arzt, 56 Jahre: *„Als Psychotherapeut, ja“*

Arzt, 54 Jahre: *„Wenn sich die Rahmenbedingungen nicht ändern, ja“*

Arzt für KJP, 53 Jahre: *„Ich denke, nein. Also der Job selber ist spannend...man muss viele Sachen überlegen. Aber...es ist eine Unmenge an Bürokratisierung entstanden und er Schreibkram...und mit einer ungeheuren Verschulung...und dauernden Veränderungen formaler Art. Also das hat mich eher vom Patienten weggebracht und das find ich im Moment am stressigsten, am belastendsten“*

Ärztin, 50 Jahre: *„Nein. Die Berufswahl ist bei mir entstanden eigentlich aus familiären Gründen...wenn ich heute noch mal wählen würde, würde ich meinen Wünschen entsprechen“*

Kindertherapeutin, 58 Jahre: *„Unter Umständen, ja, aber eventuell würde ich auch mit Erwachsenen arbeiten wollen...dieses mit Kindern über den Boden rumkrabbeln...ist für mich körperlich schwer und ich bin auch psychisch weit weg davon...also als Therapeut würde ich immer wieder arbeiten, gerne“*

Psychologin, 36 Jahre: *„Inhaltlich ja. Wenn Sie so Dinge wie Bedarfsplanung und Zulassungsmöglichkeiten, also so berufspolitische Dinge außen vor lassen“*

Psychologin, 44 Jahre: *„...also vor zwei oder drei Jahren, da hab ich gedacht irgendwie so vielleicht hättest du doch irgendwas machen sollen, was nicht mit so viel Belastung und permanenter Kontaktanfrage zu tun hat. Heute würde ich mich wieder dafür entscheiden“*

Psychologin, 40 Jahre: *„...vom Inhalt schon...vom Finanziellen weniger und von den Bedingungen, seit dem wir in der KV sind,...die Rahmenbedingungen find ich schlecht“*

Kindertherapeut, 50 Jahre: *„Für den Beruf ja, für die Ausbildung nein. Also nicht mehr diesen Weg...Ich höre meine Kinder noch an die Tür klopfen und meine Frau sagt, komm, stör den Papa nicht, der muss lernen. Das war sehr unangenehm“*

Kindertherapeut, 49 Jahre: *„Bei dieser KV? Nein!“*

Psychologin, 41 Jahre: *„50 zu 50 würd' ich sagen. Bei mir ist das so gekippt, dass ich es mit Familie schwierig finde, die Balance zu finden“*

Psychologin, 52 Jahre: *„Das ist eine sehr schwierige und heikle Frage. Manchmal denk' ich nein. Es hat mich sehr viel gekostet im Hinblick auf Lebenszeit...also wenn ich das abwägen müsste zwischen Familie und meiner Lebensplanung und Analyse würde ich mich heute anders entscheiden. Der Preis war zu hoch.“*

Therapeuten, die ihre Berufswahl bestätigten, wiesen einen mittleren Gesundheitsscore von  $8,1 \pm 1,7$  Punkten auf, diejenigen, die dies nicht taten lagen mit durchschnittlich  $7,9 \pm 1,2$  Punkten geringfügig und nicht statistisch signifikant niedriger ( $p = 0,53$ ).

Ein deutlicher Zusammenhang zwischen der Antwort auf die Frage nach der Wiederwahl des Berufes und der Fachrichtung der Therapeuten war nicht vorhanden (Tabelle 21). Zwar war der Anteil derjenigen, die den Beruf uneingeschränkt wieder wählen würden, bei den Analytikern und den Tiefenpsychologen mit rund 75 % höher

als bei den Verhaltenstherapeuten (57,1 %). Wegen der vergleichsweise geringen Zahl von Verhaltenstherapeuten (n=7) war der Nachweis der statistischen Signifikanz dieses Unterschiedes aber nicht möglich ( $p = 0,38$ ).

Tabelle 21: Zusammenhang zwischen der Frage nach der Wiederwahl des Berufes und der Fachrichtung der Befragten

Beruf wieder wählen?	Analytiker	Tiefen- psychologe	Verhaltens- therapeut	Gesamt
ja	12 (75,0 %)	23 (79,3 %)	4 (57,1 %)	39 (75,0 %)
eingeschränkt / unsicher	3 (18,8 %)	4 (13,8 %)	2 (28,6 %)	9 (17,3 %)
nein	1 (6,3 %)	2 (6,9 %)	1 (14,3 %)	4 (7,7 %)
Alle	16 (100,0 %)	29 (100,0 %)	7 (100,0 %)	52 (100,0 %)

### 5.3.3 Einschätzung zur Arbeit mit Kindern oder Erwachsenen

Als Grund für die fachspezifische Berufswahl (Kindertherapeut oder Erwachsenentherapeut) wurde von 26 Therapeuten (50,0 %) angegeben, es handele sich um eine bewusste Entscheidung.

Arzt für KJP, 53 Jahre: *„Ich hab Medizin studiert von vorneherein, um Kinder- und Jugendpsychiater zu werden“*

Psychologin, 47 Jahre: *„Ich will nicht in einem so großen System arbeiten und ich halte es einfach für notwendig mit Kindern einfach in einem größeren System zu arbeiten und dann hab ich gedacht, nein, also ich will das lieber so klein für mich“*

7 Therapeuten (13,5 %) hatten von vorneherein nie an eine andere Möglichkeit gedacht.

Kindertherapeut, 55 Jahre: *„Ich hätte kein Erwachsenentherapeut werden können! Da hab ich gar nicht drüber nachgedacht“*

Arzt, 53 Jahre: *„Ich musste mich nicht entscheiden, es stand nie zur Disposition“*

Weitere 14 Befragte (26,9 %) gaben an, dass sie zufällig diese Fachrichtung gewählt hätten.

Psychologin, 45 Jahre: *„wenn ich nicht eine Stelle in einer EB gefunden hätte, sondern in einer Klinik, das war eher Zufall. Das mit den Kindern ist eher ein Glück, das war gar nicht fürchterlich gezielt gedacht gewesen“*

Kindertherapeutin, 36 Jahre: „*Ich hab eine feste Stelle gesucht und mich beworben und da hab ich eben die Stelle in der Kinder- und Jugendpsychiatrie halt gekriegt*“

Weitere Gründe wurden seltener genannt. Eine Übersicht ist in Tabelle 22 enthalten.

Tabelle 22: „Was gab für Sie den Ausschlag zu Ihrer fachspezifischen Berufswahl?“

Grund für Berufswahl	Anzahl	Anteil (%)
Zufall	14	26,9
Nie an andere Möglichkeit gedacht	7	13,5
Bewusste Entscheidung	26	50,0
Keine Information über andere Möglichkeiten	1	1,9
Doppelzulassung, sowohl Kinder als auch Erwachsene	4	7,7
Summe	52	100,0

Die Arbeit mit Kindern schätzten 26 (50,0 %) als schwerer ein und 10 (19,2 %) als leichter. Keinen Unterschied in der beruflichen Belastung durch die Arbeit mit Kindern bzw. mit Erwachsenen sahen 14 der 52 Therapeuten (26,9 %). 2 Therapeuten gaben hierzu keine Einschätzung ab.

Hinsichtlich dieser Frage waren zwischen Psychologen und Mediziner keine bedeutsamen Unterschiede gegeben. Jeweils 7 (26,9 %) waren in beiden Gruppen der Ansicht, dass kein Unterschied in der Belastung zwischen Arbeit mit Kindern bzw. mit Erwachsenen bestünde. Bei den Mediziner gaben 15 (57,7 %) an, sie schätzten die Arbeit mit Kindern als schwerer ein und entsprechend nur 2 (7,7 %), sie schätzten diese als leichter ein im Vergleich zur Arbeit mit Erwachsenen. Für die Psychologen wurden hier Anteile von 42,3 % (schwerer) und 30,8 % (leichter) errechnet. Zwei Mediziner äußerten sich zu diesem Sachverhalt nicht. Ein statistisch signifikanter Unterschied war nicht gegeben ( $p = 0,10$ ).

Auch zwischen Kindertherapeuten und Erwachsenentherapeuten waren keine bedeutsamen Unterschiede zu verzeichnen. In beiden Gruppen waren, wie in der Gesamtgruppe, genau 50,0 % der Meinung, dass die Arbeit mit Kindern schwerer sei als die mit Erwachsenen. Keinen Unterschied sahen 4 (20,0 %) der Kindertherapeuten und 10 (31,3 %) der Erwachsenentherapeuten. Ein leichteres Arbeiten mit Kindern wurde

bei 5 (25,0 %) der Kindertherapeuten und 5 (15,6 %) der Erwachsenetherapeuten vermutet. Ein statistisch signifikanter Unterschied zwischen den Gruppen hinsichtlich dieser Verteilung war nicht gegeben ( $p = 0,74$ ).

Arzt, 45 Jahre: „...die Verführung, es zu glauben, dass die Kinder- und Jugendpsychiater von der Vitalität ihrer Kundschaft profitieren, die Verführung ist riesengroß und ich hab die noch nicht völlig abgestriffen. Also ich glaub immer noch, dass die Kinder- und Jugendpsychiater es ein bisschen besser haben“

Ärztin 47 Jahre: „also ich gehe davon aus, dass es mit Kindern und Jugendlichen oft schwieriger ist, weil...geht's manchmal mehr unter die Haut...und man kann die Therapie nicht ohne die Eltern machen...“

Arzt für KJP, 39 Jahre: „Ich glaub es ist ein anderes Arbeiten...das sind andere Problemkonstellationen jeweils, die aber letztlich in ihrem Belastungsgrad ähnlich sich auswirken“

Arzt, 56 Jahre: „Also so eine ganze Familie da zu haben, wo es drüber und drunter geht, kann schon ziemlich belastend sein. Aber so wenn ich einen einzelnen Patienten hab und sehe, wie so das ganze System dahinter aussieht, ist das auch so. Also der Unterschied ist nicht sehr groß“

Arzt für KJP, 48 Jahre: „Ja, ...der Verantwortungsdruck bei Kindern ist größer“

Psychologin, 61 Jahre: „Ich kann mir vorstellen, dass es weniger belastend ist, nicht einfacher, aber weniger belastend, wenn man überwiegend mit Kindern therapeutisch arbeite“

Kindertherapeutin, 36 Jahre: „Das hängt meines Erachtens überhaupt nicht davon ab, ob ich mit Kindern oder mit Erwachsenen arbeite, sondern in welchem Setting ich arbeite...wie viel haltgebende Strukturen für den Therapeuten vorhanden sind...klar, Kinder sind hilfsbedürftiger, aber wenn man weiß, wo die Grenzen liegen und wer wann wo eingreifen muss, muss das nicht schwieriger sein“

Psychologe, 60 Jahre: „Auf Anhieb würde ich da keinen bedeutsamen Unterschied sehen. Wenn es einen Unterschied gäbe, also für mich wären Kinder immer fürchterlich nervend“

Kindertherapeut, 58 Jahre: „Ich meine, bei Kindern ist immer dieser Punkt der Entwicklung mit drin, den ich auch sehr förderlich finde, die Lebendigkeit und die Entwicklung bei Kindern. Bei Erwachsenen stelle ich mir das schwieriger vor“

Psychologin, 36 Jahre: *„Ich persönlich kann mir die Arbeit mit Kindern und Jugendlichen nicht vorstellen, weil ich das Bild hab, dass man sehr vielen Grenzen begegnet...und ich glaube, ich könnte damit nicht so gut klar kommen...bei Erwachsenen, da verlange ich, dass er die Verantwortung für sich übernimmt“*

Diejenigen Befragten, die die Arbeit mit Kindern als schwerer einstufen, wiesen einen mittleren Gesundheitsscore von  $8,2 \pm 1,7$  Punkten auf, diejenigen, die diese Arbeit nicht als schwerer einstufen, zeigten nur wenig niedrigere Werte ( $7,9 \pm 1,7$  Punkte;  $p = 0,48$ ).

#### **5.3.4 Supervision**

Die Angaben an der Selbsterfahrung, die gemacht wurde und zur Teilnahme an Supervision sind in Tabelle 23 dargestellt. Als statistisch signifikant konnten hier Unterschiede zwischen Mediziner und Psychologen klassifiziert werden. Mediziner nahmen statistisch nachweisbar seltener an Einzelselbsterfahrung ( $p = 0,038$ ) und häufiger an Balintgruppen teil ( $p < 0,0001$ ). Alle 52 Therapeuten nahmen an mindestens einer der aufgeführten Formen der Selbsterfahrung teil.

Eine Supervision nahmen zum Zeitpunkt des Interviews 73,1 % aller Therapeuten in Anspruch. Hier waren Mediziner mit 57,7 % Beteiligung gegenüber Psychologen mit 88,5 % Beteiligung statistisch nachweisbar unterrepräsentiert ( $p = 0,027$ ).

Bei den Befragten ohne regelmäßige Supervision wurde der Gesundheitsscore im Durchschnitt zu  $8,0 \pm 1,6$  Punkten berechnet, diejenigen mit regelmäßiger Supervision wiesen dagegen einen Gesundheitsscore von durchschnittlich  $8,1 \pm 1,7$  Punkten auf ( $p = 0,99$ ).

Tabelle 23: Selbsterfahrung und Supervision bei allen Befragten sowie den Berufsgruppen (Mehrfachnennungen waren möglich)

Teilnahme an Supervision und Selbsterfahrung	Anzahl (Anteil %)				
	Alle Therapeuten (n=52)	Mediziner (n=26)	Psychologen (n=26)	Kinderther. (n=20)	Erwachsenenther. (n=32)
<b>Einzelselbsterfahrung</b>	41 (78,9 %)	17 (65,4 %)	24 (92,3 %)	16 (80,0 %)	25 (78,1 %)
<b>Gruppenselbsterfahrung</b>	47 (90,4 %)	24 (92,3 %)	23 (88,5 %)	17 (85,0 %)	30 (83,8 %)
<b>Balintgruppe</b>	17 (32,7 %)	16 (61,5 %)	1 (3,9 %)	10 (50,0 %)	7 (41,2 %)
<b>Eigentherapie</b>	9 (17,3 %)	2 (7,7 %)	7 (26,9 %)	3 (15,0 %)	6 (18,8 %)
<b>Sowohl Einzel- als auch Gruppenselbsterfahrung</b>	40 (76,9 %)	17 (65,4 %)	23 (88,5 %)	13 (65,0 %)	27 (84,4 %)
<b>Supervision einzeln regelmäßig</b>	5 (9,6 %)	4 (15,4 %)	1 (3,9 %)	3 (15,0 %)	2 (6,3 %)
<b>Supervision Gruppe regelmäßig</b>	21 (40,4 %)	9 (34,6 %)	12 (46,2 %)	7 (35,0 %)	14 (43,8 %)
<b>Intervision regelmäßig</b>	27 (51,9 %)	11 (42,3 %)	16 (61,5 %)	12 (60,0 %)	15 (46,9 %)
<b>Supervision grundsätzlich</b>	38 (73,1 %)	15 (57,7 %)	23 (88,5 %)	15 (75,0 %)	23 (71,9 %)

#### 5.4 SF-36 Fragebogen zur Gesundheit

Die subjektive gesundheitsbezogene Lebensqualität der Befragten wurde mit Hilfe des *SF-36 Fragebogen zum Gesundheitszustand* (Bullinger & Kirchberger 1998) ermittelt. Nachfolgend werden die Ergebnisse für die Stichproben der ärztlichen und der psychologischen Psychotherapeuten dargestellt und mit den Altersnormwerten nach Bullinger & Kirchberger (1998) verglichen. Ebenso werden die Kindertherapeuten mit den Erwachsenentherapeuten verglichen. Da die untersuchte Gruppe insgesamt und in ihren Untergruppen recht klein ist, beschränkt sich die Ergebnisdarstellung auf eine deskriptive Darstellung.

In der Tabelle 24 werden die *SF-36*- Skalenmittelwerte der Stichprobe der Mediziner (n=26), die im Durchschnitt 51,6 Jahre alt waren, im Vergleich zur Altersnorm der 51-60 Jährigern dargestellt.

Tabelle 24: SF-36 Skalenmittelwerte Mediziner im Vergleich zur Altersnorm

		<b>Mediziner</b>	<b>Altersnorm (51-60 J.)</b>	<b>Differenz</b>
<b>Körperliche Funktionsfähigkeit</b>	KF	92,12	83,71	8,41
<b>Körperliche Rollenfunktion</b>	KR	94,23	80,59	13,64
<b>Körperliche Schmerzen</b>	KS	82,96	72,73	10,23
<b>Allg. Gesundheitswahrnehmung</b>	AG	65,96	61,03	4,93
<b>Vitalität</b>	VT	56,92	61,21	-4,29
<b>Soziale Funktionsfähigkeit</b>	SF	82,21	86,81	-4,60
<b>Emotionale Rollenfunktion</b>	ER	84,62	88,89	-4,27
<b>Psychisches Wohlbefinden</b>	PW	71,08	72,44	-1,36

Wie in Abbildung 12 dargestellt, haben die ärztlichen Psychotherapeuten in den drei Skalen, die als beste Indikatoren für die Körperliche Gesundheit gelten (Becker 2000, Bullinger et al. 2003), nämlich *Körperliche Funktionsfähigkeit (KF)*, *Körperliche Rollenfunktion (KR)* und *Körperliche Schmerzen (KS)* deutlich bessere Werte erreicht als die Altersnormstichprobe. Besonders in den Skalen *Körperliche Rollenfunktion (KR)* (M=94,23 vs. Norm M=80,59) und *Körperliche Schmerzen (KS)* (M=82,96 vs. Norm M=72,73) fallen die Unterschiede sehr deutlich aus. Demgegenüber sind die Werte in den beiden Skalen, die am besten die Psychische Gesundheit anzeigen (Becker 2000, Bullinger et al. 2003) im Vergleich zur Altersnorm schlechter. Besonders bei der *Emotionalen Rollenfunktion (ER)* (M=84,62 vs. Norm M=88,89) weicht der Mittelwert deutlich vom Altersnormwert ab, wohingegen der Unterschied beim *Psychischen Wohlbefinden (PW)* geringer ausfällt (M=71,08 vs. Norm M=72,44). Zwei der drei weiteren Skalen *Soziale Funktionsfähigkeit (SF)*, *Vitalität (VT)* und *Allgemeine Gesundheitswahrnehmung (AG)*, die sowohl die Körperliche als auch die Psychische Gesundheit erfassen (Becker 2000, Bullinger et al. 2003), zeigen ebenfalls schlechtere Mittelwerte für die Stichprobe der Mediziner, nämlich die *Vitalität (VT)* (M=56,92 vs. Norm M=61,21) und die *Soziale Funktionsfähigkeit (SF)* (M=82,21 vs. Norm M=86,81).

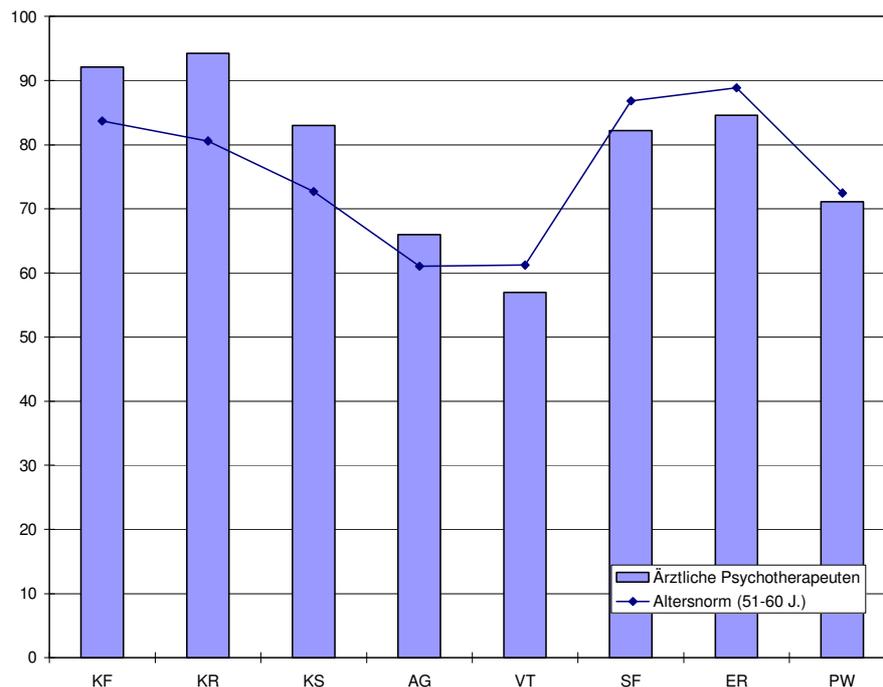


Abbildung 12: SF-36 Skalenmittelwerte der Mediziner im Vergleich zur Altersnorm

Die SF-36 Skalenmittelwerte der 26 Psychologen sind in Tabelle 25 dargestellt. Da sie im Durchschnitt 49,1 Jahre alt waren, werden ihre Skalenwerte mit denen der Altersnormgruppe der 41-50 Jährigen verglichen.

Tabelle 25: SF-36 Skalenmittelwerte der Psychologen im Vergleich zur Altersnorm

		Psychologen	Altersnorm (41-50 J.)	Differenz
<b>Körperliche Funktionsfähigkeit</b>	KF	93,65	88,95	4,70
<b>Körperliche Rollenfunktion</b>	KR	84,62	87,49	-2,87
<b>Körperliche Schmerzen</b>	KS	79,96	78,90	1,06
<b>Allg. Gesundheitswahrnehmung</b>	AG	67,92	68,00	-0,08
<b>Vitalität</b>	VT	56,54	64,13	-7,59
<b>Soziale Funktionsfähigkeit</b>	SF	82,21	89,36	-7,15
<b>Emotionale Rollenfunktion</b>	ER	84,62	91,51	-6,89
<b>Psychisches Wohlbefinden</b>	PW	73,62	73,66	-0,04

Es zeigt sich, dass die SF-36 Skalenwerte der Psychologen im Vergleich zur entsprechenden Altersnormstichprobe in den drei Skalen, die die körperliche Gesundheit am besten repräsentieren, mildere Differenzen aufweisen als die Mediziner, aber ebenso auch bessere Skalenwerte als die verglichene Altersnorm. Besonders im Bereich der *Körperlichen Funktionsfähigkeit (KF)* (M=93,65 vs. Norm M=88,95) und bei

*Körperliche Schmerzen (KS)* ( $M=79,96$  vs. Norm  $M=78,90$ ) zeigt sich ein besserer Wert im Vergleich zur Altersnorm, jedoch bei der *Körperlichen Rollenfunktion* hingegen ein schlechtere Wert. Die *SF-36* Skalenwerte, die besonders als Indikatoren für die Psychische Gesundheit gelten, weisen ebenfalls geringere Werte als die Altersnormstichprobe auf. Bei der *Emotionalen Rollenfunktion (ER)* schneiden die psychologischen Psychotherapeuten schlechter ab ( $M=84,62$  vs. Norm  $M=91,51$ ), aber in der Skala *Psychisches Wohlbefinden (PW)* findet sich ein nur leicht geringere Wert im Vergleich zur Altersnorm ( $M=73,62$  vs. Norm  $M=73,66$ ). Den deutlichsten negativen Unterschied zur Altersnormgruppe zeigt sich in der Skala *Vitalität (VT)*, die gemäß Becker (2000) und Bullinger et al. (2003) sowohl ein Indikator für Psychische als auch Körperliche Gesundheit darstellt. Hier weisen die Psychologen einen Skalenwert von 56,54 auf, die Altersnormstichprobe einen von 64,13. Der direkte Vergleich zum Mittelwert der Mediziner zeigt fast identische Werte. Die Abbildung 13 zeigt den Vergleich der *SF-36* Skalenmittelwerte der Psychologen und der Altersnormstichprobe der 41-50 Jährigen.

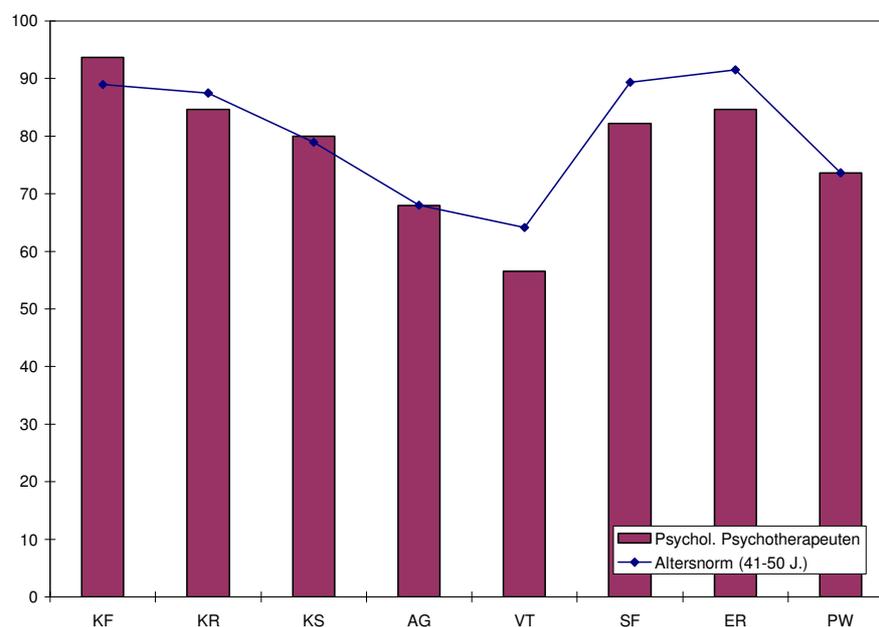


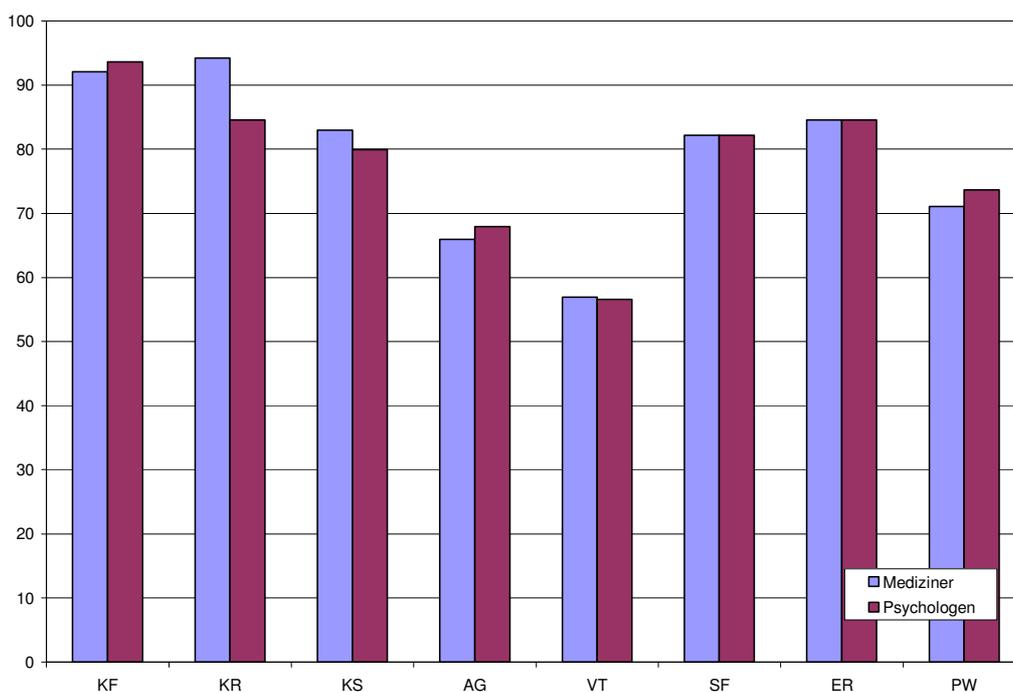
Abbildung 13: *SF-36* Skalenmittelwerte der Psychologen im Vergleich zur Altersnorm

Beiden Psychotherapeutengruppen ist gemeinsam, dass sie im Bereich der Körperlichen Gesundheit teilweise bessere Mittelwerte erreichen als ihre Altersnormgruppe, wobei die Psychologen sich selber schlechter einschätzen. Besonders

aber in einer der Skalen, die als Indikator für die Psychische Gesundheit gilt, die *Emotionale Rollenfunktion (ER)*, weisen beide Psychotherapeutenstichproben geringere Mittelwerte auf als die Altersnormstichproben. Begreift man darüber hinaus die Skalen *Vitalität (VT)* und *Soziale Funktionsfähigkeit (SF)* als wichtige Indikatoren für ein umfassendes Gesundheitsgefühl in beiden Bereichen, so zeigt sich, dass hierbei beide Psychotherapeutengruppen deutlich negativ von den jeweiligen Altersnormstichproben abweichen. Anhand der *SF-36* Skalenwerte kann also von momentanen gesundheitlichen Einschränkungen besonders im Bereich der psychischen Gesundheit für beide Psychotherapeutenstichproben ausgegangen werden.

Vergleicht man beide Psychotherapeutengruppen direkt miteinander, ohne sich auf die entsprechenden Altersnormen zu beziehen (Abbildung 14), so wird insgesamt deutlich, dass die Mediziner besonders in der Skala *Körperliche Rollenfunktion (KR)* und in der Skala *Körperliche Schmerzen (KS)* bessere Werte aufweisen als die Psychologen. In den übrigen *SF-36* Skalen erzielen die Psychologen gleich gute oder bessere Werte als die ärztlichen Kollegen, besonders in der Skala *Psychisches Wohlbefinden (PW)*.

Abbildung 14: *SF-36* Skalenwerte der ärztlichen und psychologischen Psychotherapeuten



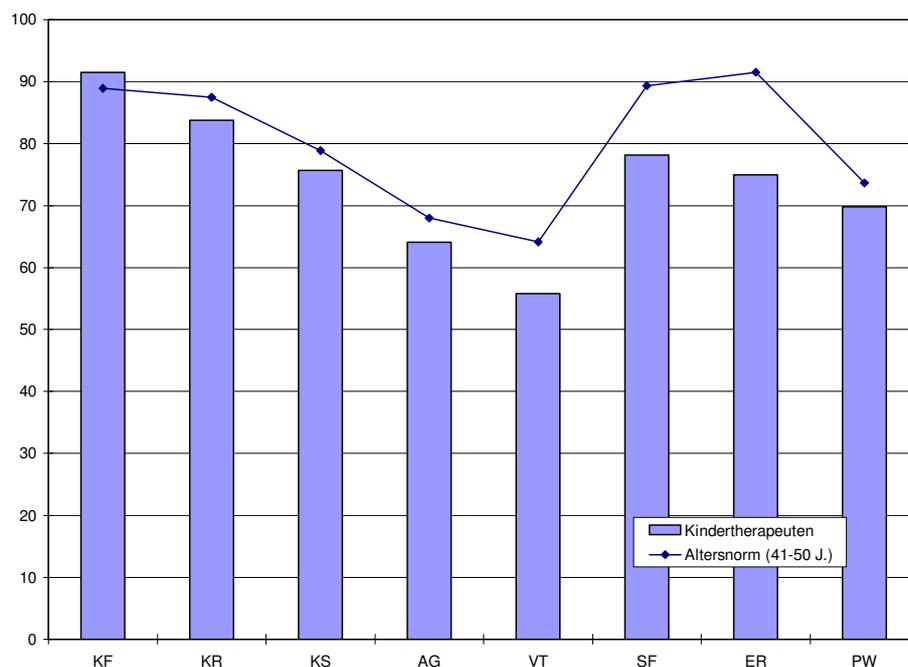
Die *SF-36* Skalenwerte der 20 Kindertherapeuten sind in Tabelle 26 dargestellt. Sie werden mit der zu ihnen passenden Altersnormgruppe der 41-50 Jährigen verglichen, da sie durchschnittlich 48,9 Jahre alt sind.

Tabelle 26: *SF-36* Skalenwerte der Kindertherapeuten im Vergleich zur Altersnorm

		Kindertherapeuten	Altersnorm (41-50 J.)	Differenz
<b>Körperliche Funktionsfähigkeit</b>	KF	91,50	88,95	2,55
<b>Körperliche Rollenfunktion</b>	KR	83,75	87,49	-3,74
<b>Körperliche Schmerzen</b>	KS	75,70	78,90	-3,20
<b>All. Gesundheitswahrnehmung</b>	AG	64,10	68,00	-3,90
<b>Vitalität</b>	VT	55,75	64,13	-8,38
<b>Soziale Funktionsfähigkeit</b>	SF	78,13	89,36	-11,23
<b>Emotionale Rollenfunktion</b>	ER	75,00	91,51	-16,51
<b>Psychisches Wohlbefinden</b>	PW	69,80	73,66	-3,86

Verglichen mit ihrer Altersnormgruppe (Abbildung 15) erreichen die Kindertherapeuten außer in der Skala *Körperliche Funktionsfähigkeit (KF)* geringere oder deutlich geringere Werte. Besonders in den Skalen, die die psychische und soziale Gesundheit repräsentieren (*Soziale Funktionsfähigkeit SF* und *Emotionale Rollenfunktion ER*) fallen die Werte sehr schlecht aus.

Abbildung 15: *SF-36* Skalenwerte der Kindertherapeuten im Vergleich zur Altersnorm

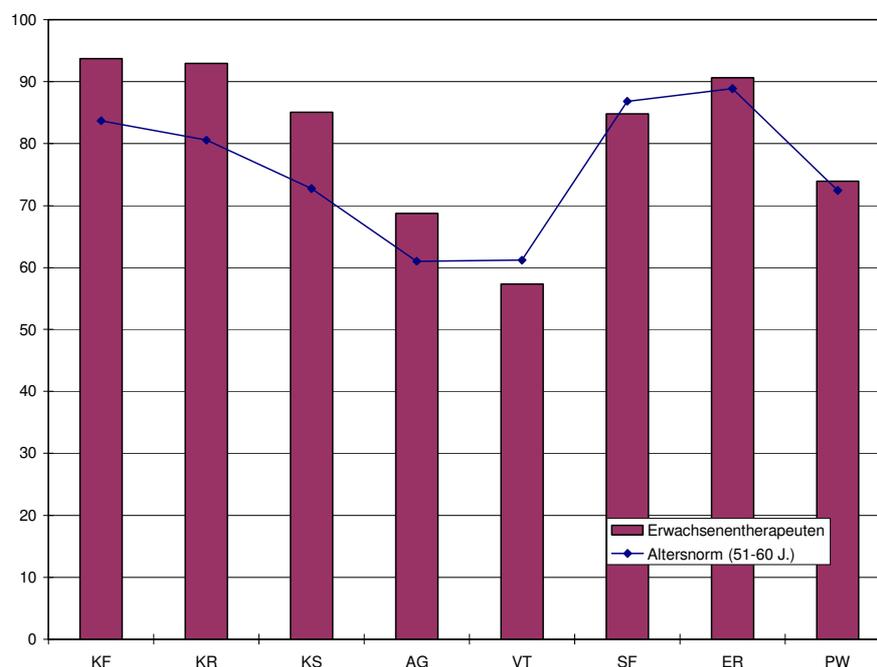


Die entsprechenden *SF-36* Skalenwerte der 32 Erwachsenentherapeuten zeigt Tabelle 27. Da sie im Durchschnitt 51,3 Jahre alt sind, werden sie mit der Altersnormgruppe der 51-60 Jährigen verglichen.

Tabelle 27: *SF-36* Skalenwerte der Erwachsenentherapeuten im Vergleich zur Altersnorm

		Erwachsenen- therapeuten	Altersnorm (51-60 J.)	Differenz
<b>Körperliche Funktionsfähigkeit</b>	KF	93,75	83,71	10,04
<b>Körperliche Rollenfunktion</b>	KR	92,97	80,59	12,38
<b>Körperliche Schmerzen</b>	KS	85,06	72,73	12,33
<b>Allg. Gesundheitswahrnehmung</b>	AG	68,72	61,03	7,69
<b>Vitalität</b>	VT	57,34	61,21	-3,87
<b>Soziale Funktionsfähigkeit</b>	SF	84,77	86,81	-2,04
<b>Emotionale Rollenfunktion</b>	ER	90,63	88,89	1,74
<b>Psychisches Wohlbefinden</b>	PW	73,94	72,44	1,50

Abbildung 16: *SF-36* Skalenwerte der Erwachsenentherapeuten im Vergleich zur Altersnorm



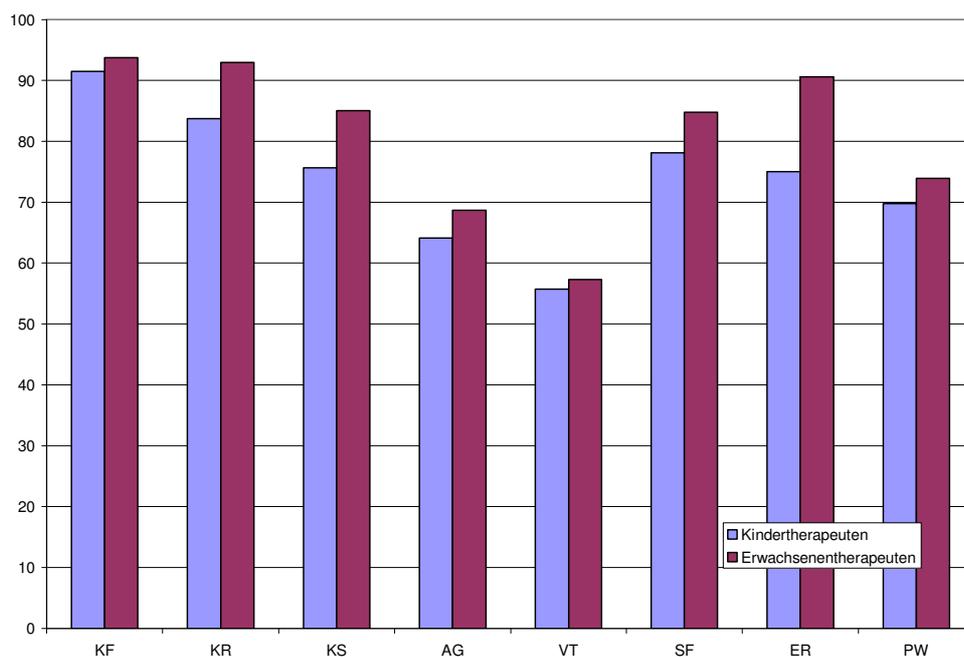
Der direkte Vergleich mit der Altersnorm (Abbildung 16) lässt die Erwachsenentherapeuten besonders im Bereich der körperlichen Gesundheit sehr positiv abschneiden. Ihre Werte liegen hierbei deutlich höher als die der Altersnorm. Anders hingegen bei den Skalenwerten, die die Psychische Gesundheit erfassen. Die Skalen *Vitalität* (VT) und *Soziale Funktionsfähigkeit* (SF) als wichtige Indikatoren für ein

umfassendes Gesundheitsgefühl in den Bereichen Körperlich und Psychische Gesundheit fallen schlechter aus als bei der Altersnormgruppe, wohingegen die beiden übrigen Skalen, die besonders gut die Psychische Gesundheit messen, besser ausfallen

Werden die Werte der Kindertherapeuten mit denen der Erwachsenentherapeuten direkt verglichen, unabhängig vom Bezug zur jeweiligen Altersnormgruppe (siehe

Abbildung 17), zeigen sich in allen Skalen bei den Erwachsenentherapeuten bessere Werte als bei den Kindertherapeuten. Besonders krass mit einer Differenz von 15,63 ist dies bei der Skala *Emotionale Rollenfunktion (ER)*. Bei den Skalen *Körperliche Rollenfunktion (KR)* und *Körperliche Schmerzen (KS)* fallen die Unterschiede ebenfalls recht deutlich aus.

Abbildung 17: SF-36 Skalenwerte der Kindertherapeuten und Erwachsenentherapeuten



## 6 Diskussion

### 6.1 Überlegungen zur Auswahl der Stichproben und Methode

Die Auswahl der Stichproben fand gezielt nach folgenden Kriterien statt: es sollten paritätisch gleich viele Ärzte wie Psychologen und Frauen wie Männer jeweils in der untersuchten Erwachsenen- und Kindertherapeutengruppe vertreten sein. Dem entsprechend wurde das Verzeichnis der KV Nordrhein für den Raum Köln durchgesehen und die einzelnen Interviewpartner ausgesucht.

Insofern ist die Stichprobe nicht repräsentativ in Bezug auf die Geschlechterverteilung und die Relation Erwachsenentherapeuten zu Kindertherapeuten des KV-Bereiches Nordrhein. So sind hier zum 31. Dezember 2005 von den 1773 zugelassenen psychologischen Psychotherapeuten 1173 weiblich (entspricht 66,15 %), bei den 205 zugelassenen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten 169 (entspricht 82,44 %), die Relation Erwachsenen zu Kindertherapeuten beträgt somit 8,65 zu 1. Bei den ärztlichen Psychotherapeuten in Nordrhein liegt der Anteil bei 71,57 % weiblichen Vertragsärzten (KBV 2006). Der Anteil der als Vertragsärzte niedergelassenen Ärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie liegt im Vergleich zur gesamten Zahl von Ärzten für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Ärzten für Psychiatrie und Psychotherapie und anderen psychotherapeutisch tätigen Ärzten in Nordrhein bei ca. 18,1 %, von ihnen sind 55,5 % weiblich (KBV 2007). Der Anteil der Frauen an der Allgemeinbevölkerung beträgt 51,06 % (Statistisches Bundesamt 2006).

Auf eine geschlechtsspezifische Auswertung der Daten wird hier verzichtet, denn einerseits sind die gesamte Untersuchungsgruppe und die Untergruppen zu klein, um repräsentative Daten zu erhalten, andererseits liegt der Fokus dieser Arbeit auf dem Vergleich der Berufsgruppen der Psychotherapeuten.

Die Interviewanfrage erfolgte durchweg telefonisch. Diese Art der persönlichen Kontaktaufnahme mag entschieden dazu beigetragen haben, dass die Bereitschaft, an dem Interview teilzunehmen, so groß war. Alle angesprochenen Kollegen äußerten großes Interesse an der Fragestellung, fühlten sich teilweise besonders thematisch oder sogar persönlich angesprochen und bemühten sich sehr um zeitnahe Termingestaltung. Die hohe

Zusagequote von 88,14 % zum Interview ist, neben dem Interesse am Thema, sicher darüber hinaus auch dem Umstand zuzuschreiben, dass die Ärzte und Psychologen sich als Kollegen persönlich angesprochen fühlten und hilfreich sein wollten und die Autorin, die sie vom Namen her auch teilweise kannten, unterstützen wollten. Bei dieser Art des Vorgehens muss das Problem der Selektionsfehler bei der Stichprobenrekrutierung angesprochen werden. Die teilnehmenden Interviewpartner, die vorher über Art und auch Dauer der Befragung ausführlich informiert wurden, sind möglicherweise im Vergleich zur Gesamtbevölkerung besonders pflichtbewusst, haben eine hohe Erwartung an sich selber, grenzen sich weniger ab und könnten deshalb über eine schlechtere gesundheitliche Verfassung, weniger effektive Bewältigungsstrategien oder geringere Selbstfürsorge verfügen.

Auch die Größe der Gesamtstichprobe (N=52) mit den Untergruppen Ärztliche und Psychologische Psychotherapeuten (jeweils n=26) beziehungsweise der Untergruppe der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten mit n=20 im Vergleich zu den Therapeuten für Erwachsene (n=32), lässt keine signifikanten Ergebnisse im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung oder anderen repräsentativen Studien erwarten. Weiter ist die Gesamtstichprobe der Kindertherapeuten, denen ja gemeinsam ist, mit Kindern und den anhängenden Systemen zu arbeiten, vom fachlichen Standpunkt her inhomogen, da in ihr sowohl Ärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie als auch mehrheitlich analytische (nur ein verhaltenstherapeutischer) Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten subsumiert sind, die unterschiedlich ausgebildet sind und die in ihren Praxen inhaltlich und organisatorisch recht unterschiedlich arbeiten.

Insofern hat die vorgelegte Untersuchung einen ausgesprochenen explorativen Charakter und kann keine verallgemeinerbaren Ergebnisse liefern, sondern vielleicht Tendenzen aufzeigen und damit eher eine Anregung für weitere gezielte Untersuchungen zu einzelnen Fragestellungen sein.

Mit dem hier benutzten *Interviewleitfaden* werden die Probanden in einem persönlichen Interview befragt und das Gespräch wird auf Tonband aufgezeichnet. Dieses Vorgehen birgt Vorteile, aber auch Nachteile.

So kann sich der Proband durch die Art der persönlichen Kontaktgestaltung und die offenen Fragen eher ermuntert fühlen, viel von sich zu erzählen.

Andererseits aber auch mag er sich verführt fühlen, gerade bei heiklen Fragen eher im Sinne der sozialen Erwünschtheit zu antworten. Besonders die Fragen nach den Rauch- und Trinkgewohnheiten oder dem praktizierten Bewältigungsverhalten, was ja auch passiven Konsum oder sozialen Rückzug und Erschöpfung beinhalten würde, aber selbst auch nach der Arbeitszeit oder der Menge an körperlicher Betätigung können davon betroffen sein. Das würde dann dazu führen, dass die Probanden ein besseres oder optimistischeres Bild von sich zeichnen, als es tatsächlich ist, dass es ihnen also in Wirklichkeit schlechter geht, als sie sagen. Besonders, da das Interview dann auch noch von einer Fachkollegin durchgeführt wird, mag es zu solchen Effekten kommen (Wilke 2006). Beide, Interviewer und Interviewte, verfügen über das entsprechende Fachwissen, insbesondere auch über die Notwendigkeit und die verschiedenen Möglichkeiten von psychohygienischen Maßnahmen, kennen aber auch aus persönlicher Erfahrung oder zumindest durch die Arbeit mit ihren Patienten die Hürden bei der Umsetzung vom Wissen zum Tun.

Bei der Interpretation der Ergebnisse muss berücksichtigt werden, dass der benutzte Interviewleitfaden ein exploratives Instrument ist und dass besonders die neu entwickelten hinzugefügten Fragen noch nicht über allgemeingültige testtheoretische Gütekriterien verfügen. Er bietet dennoch durch die offene Frageform für diese Art der Studie mit ihrem qualitativen Aspekt einen guten umfassenden Einblick in die persönlichen Belange und Einstellungen der Befragten, die sich individuell und ausführlich äußern konnten.

## **6.2 Diskussion zu beruflicher Situation und Bewältigungsverhalten**

### **6.2.1 Selbsteinschätzung der beruflichen Belastung**

Von den befragten Psychotherapeuten arbeitete der überwiegende Teil in einer Einzelpraxis mit Hilfe ihres Anrufbeantworters, wobei der Anteil bei den Psychologen etwas höher lag als bei den Medizinerinnen. Es wird bei der entsprechenden Frage nicht danach differenziert, wie sich die genannte Gesamtarbeitszeit aufteilen lässt, die Art der Praxisführung als Einzelbestellpraxis lässt jedoch vermuten, dass neben der originären psychotherapeutischen Arbeit mit den Patienten im Stundenrhythmus auch Arbeitszeit

erbracht wird für Anmeldung, Telefonate, Schreibarbeiten, Buchhaltung etc. (Bowe 1999). Mehr Mediziner nutzten die Unterstützung durch Sprechstundenhilfen, bei ihnen lag auch die wöchentliche Arbeitszeit teilweise deutlich höher und sie arbeiteten teilweise nicht nur rein psychotherapeutisch. In einer Gemeinschaftspraxis war nur ein kleiner Anteil der Therapeuten tätig, womit der entlastende Effekt, den Rottenfußler (1999) in dieser Praxisform sieht, wenig genutzt wird. Die wöchentliche Arbeitszeit wurde im Durchschnitt von beiden Berufsgruppen ähnlich hoch angegeben.

Hypothese 1 ist somit bestätigt worden.

Obwohl beide Berufsgruppen nahezu ähnliche Wochenarbeitsstunden angaben, ist ein Unterschied im Gefühl, bei der Arbeit unter Zeitdruck zu stehen, festzustellen. Die Mediziner äußerten dieses Gefühl häufiger als die Psychologen und der Anteil bei den Erwachsenentherapeuten war etwas höher als bei den Kindertherapeuten.

Die Hypothese 2 konnte so allgemein also nicht bestätigt werden.

Demgegenüber steht der höhere Anteil bei den Medizinerinnen mit administrativen Mitarbeitern, die Entlastung bringen für Organisations- und Büroarbeiten. Anders als in der Untersuchung von Bowe (1999) ist hier anzumerken, dass in der vorliegenden Arbeit ein Teil der befragten Mediziner nicht nur reine Richtlinienpsychotherapie betreibt, bei der sich die maximale Patientenzahl pro Tag natürlicherweise limitiert, sondern im Rahmen ihrer Tätigkeit beispielsweise als Arzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie oder Arzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie eine größere Zahl an Patienten gemäß ihres medizinischen Versorgungsauftrages jenseits des 50-Minuten-Rasters einer Psychotherapiesitzung sieht, was die Patientenfrequenz und die Arbeitszeit erhöht und damit das Gefühl von empfundenem Zeitdruck steigern mag. Dabei fallen dann zwar weniger Psychotherapieanträge an als bei den reinen Richtlinientherapeuten, aber man muss sich in kürzeren Abständen immer wieder auf andere Patienten und deren Anliegen einstellen und der organisatorische und administrative Aufwand ist höher, besonders wenn dafür keine Sprechstundenhilfe zur Verfügung steht. Darüber hinaus lässt sich spekulieren, ob die Mediziner nicht wegen der idealtypischen Rollenerwartung, die man an den Arzt immer noch heranträgt und ihrer berufsspezifischen an sich selbst gestellten Erwartung aufgrund von Erfahrungen im Studium und in den Kliniken eher für den Druck empfänglich sind, der durch die Patienten und die Schwere der Symptomatik ausgeht (Fengler 1997) und deshalb leichter unter Zeitdruck geraten und sich weniger gut abgrenzen.

Der Unterschied in der Art der Tätigkeit in sitzend oder nicht überwiegend sitzend ist augenfällig zu Gunsten der Kindertherapeuten ausgefallen und es bestätigt sich die besondere „Beweglichkeit“, die Kindertherapeuten haben sollten (Lehmhaus-Wachtler 2001). In der Zeitmenge, die die Kindertherapeuten für körperliche Aktivität insgesamt aufwenden, schlägt sich dieses Mehr ebenfalls geringfügig nieder.

### **6.2.2 Einschätzung der Bewältigungsstrategien**

Wenngleich es einen Unterschied im empfundenen Gefühl von Zeitdruck gibt, so äußerten beide Berufsgruppen, genug Zeit allgemein für Entspannung zu haben und auch eine ähnlich hohe Fähigkeit, sich entspannen zu können. Die Kindertherapeuten gaben sogar in recht hoher Prozentzahl an, ausreichend Zeit für Entspannung zu haben. Zeitdruck als solcher muss also nicht zwangsläufig zur Reduktion des Gefühls von Entspannungsfähigkeit führen. Möglicherweise führt schon das Gefühl, sich gut entspannen zu können, zu einem subjektivem Gefühl, dafür auch ausreichend genug Zeit gehabt zu haben im Sinne von Banduras Kompetenzerwartung (Schwarzer 1996) und analog zu der Feststellung von Raquepaw & Miller (1989), dass die Zufriedenheit der Therapeuten mit ihrer Fallzahl entscheidender für das Burnoutlevel war als die Fallzahl als solche.

Insgesamt nutzten alle befragten Psychotherapeuten die bewährten und empfohlenen Methoden, um sich zu entspannen oder Abstand von ihrer Tätigkeit zu bekommen und somit ein Burnout-Syndrom zu verhindern, wobei Praktizieren von Entspannungstechniken und körperliche Aktivität wenig oft und passiver Rückzug, Fernsehkonsum oder gar Alkohol kaum bzw. gar nicht genannt wurden. Inwieweit dies dem oben bereits erwähnten Effekt der Reaktion im Sinne der sozialen Erwünschtheit zuzuschreiben ist, bleibt zu vermuten. Interessant sind die Unterschiede in den gewählten Möglichkeiten zur Distanzierung bei den jeweiligen Psychotherapeutengruppen.

Während die Mediziner signifikant häufiger ‚Berufsferne Aktivitäten‘ wie Familie, Freunde, Sport und Kultur nutzten, suchten die Psychologen mehr Entlastung in berufsbezogener Hilfe wie beispielsweise Supervision oder gaben an, von ihrer beruflichen Erfahrung zu profitieren. Die Antworten auf die Frage, was bei dem Gewinnen von Abstand von der belastenden Arbeit hilft, korrespondieren auch mit der Beantwortung der

Frage nach der derzeitigen Teilnahme an Supervision. Auch hier waren die Mediziner statistisch signifikant unterrepräsentiert gegenüber den Psychologen, die deutlich mehr an welcher Art von Supervision auch immer teilnahmen.

Hypothese 11 zeigt sich in diesem Punkt also nicht bestätigt.

Möglicherweise zeigt sich hier ein Effekt, der durch die unterschiedliche Sozialisation in den Grundberufen erklärbar ist. Das Mehr an psychologischem Wissen (Holm-Hadulla 1997) bei den Psychologen mag dazu genutzt werden, sich mehr denkend und fühlend mit Problemen auseinander zu setzen, wohingegen die Mediziner eher gewohnt sind, Probleme effizient und aktiv handelnd zu lösen oder sie auszuhalten oder über sie hinwegzusehen, wenn sie nicht lösbar sind (Willi 1986). Außerdem erliegen die Mediziner, auch durch das systematische Trainieren von Selbstbeherrschung (Mäulen 2007) möglicherweise mehr einem hohen Ideal und Selbstverständnis, das besagt, Belastungen nicht zu kommunizieren, sich keine Blöße zu geben (Wilke 2006) und neigen zum Rationalisieren (Willi 1986). Folglich mögen sie deshalb einen entsprechenden Austausch mit Kollegen im Rahmen von Supervision und den emotionalen Zugang zu sich und den Patienten meiden. Vom berufsethischen Aspekt und im Sinne der Qualitätssicherung ist diese Abstinenz der Mediziner durchaus kritisch zu betrachten (Fengler 1992, Burisch 1994, Rottenfuß 1999, Willutzki et al. 2006).

Der Unterschied zwischen Kinder- und Erwachsenentherapeuten bei der Nutzung von Distanzierungs- und Bewältigungsstrategien ist in einigen Punkten signifikant oder wenigstens deutlich nachweisbar ausgeprägt. So nutzten die Kindertherapeuten deutlich mehr die soziale Unterstützung durch Familie und Freunde und häufiger Supervision und kulturelle Aktivitäten als es die Erwachsenentherapeuten tun.

Bezogen auf die Supervision wäre somit die Hypothese 12 qualitativ bestätigt.

Offensichtlich nutzen die Kindertherapeuten selber sehr gut die sozialen Unterstützersysteme (Elsaesser 1981, Burisch 1994, Fengler 1997, Wendel 2003), die auch in den Therapien mit ihren Patienten wichtig sind wie beispielsweise Familie oder Freunde, aber auch andere Hilfen. Obgleich sowohl Kinder- als auch Erwachsenentherapeuten fast gleich häufig mit Partnern leben und selber Kinder haben, gaben die Erwachsenentherapeuten diese Quelle zur Bewältigung der beruflichen Belastung weniger an. Warum das so ist, lässt sich nur spekulieren. Vielleicht liegt es an der besonderen

Begabung oder Neigung (Lehmhaus-Wachtler 2001), die die Kindertherapeuten haben und die zu einer lebendigen Emotionalität auch im persönlichen Bereich führt und zur besseren Fähigkeit, dem Wunsch nach Regression Ausdruck zu verleihen. Oder die aktualisierten Gefühle und Betroffenheiten (siehe bei Wintsch 1998) und die um ein Kind herum bestehenden problematischen Systeme (Schmidtchen 1991, Esser 2003, Zimprich 2004) machen mehr bedürftig nach Normalität und man sucht dann einen Ausgleich in der eigenen, einigermaßen gesunden Familie oder im Freundeskreis oder nutzt häufiger räumlichen oder zeitlichen Abstand. Möglicherweise haben die Kindertherapeuten sich auch etwas mehr die Fähigkeit erhalten, die ihren Patienten eigen ist, nämlich nach Hilfe zu fragen (Olness & Kohen 2001), was dann auch eine Erklärung für die höhere Supervisionsrate sein könnte.

Der überwiegende Teil der befragten Therapeuten gaben an, dass sie am Anfang ihrer Berufstätigkeit mehr Schwierigkeiten hatten, Probleme aus der Arbeit zu bewältigen und sich zu distanzieren. Sie schätzen damit ihre Entwicklung in Übereinstimmung mit Willutzki et al. (1997, 2006) als positiv ein und es kann sicher ein Zuwachs an Kompetenzen abgeleitet werden sowohl was die therapeutischen Fertigkeiten als auch die Umsetzung von Distanzierungsmaßnahmen angeht, womit rein subjektiv eine Zunahme an Bewältigungshandlungen zur Verfügung steht, was die Beurteilung der Fähigkeit, die Anforderung bewältigen zu können, steigen lässt (Bandura, bei Schwarzer 1996). Es zeigt sich hiermit dann der Effekt wie von Ecker et al. (2000) und Lichtenberger (2006) beschrieben, dass sich mit zunehmender Berufserfahrung angesichts der realen Belastung auch eine bessere Selbstfürsorge entwickelt.

## **6.3 Diskussion zum Zusammenhang von Gesundheitsverhalten und Patientenempfehlung**

### **6.3.1 Gesundheitsverständnis und Gesundheitsverhalten**

Alle befragten Psychotherapeuten hatten recht klare Vorstellungen davon, was für sie Gesundheit bedeutet und was man dafür tun muss und lagen mit ihren eigenen persönlichen Gesundheitskonzepten im Trend der in der Literatur beschriebenen Expertenmodelle und subjektiven Konzepte (Belz-Merk 1995, Schwartz et al. 2003, Siegrist 2003, Becker 2006). Auch bei den Auswirkungen von allgemeiner körperlicher Aktivität oder Sport auf die

Befindlichkeit gaben die Psychotherapeuten die in der Fachliteratur genannten gesundheitsförderlichen Aspekte an, wobei sowohl die physischen als auch psychischen Effekte genannt werden. Es ist demnach zu vermuten, dass alle Befragten zu diesen Themen mit ihrem Wissen auf dem aktuellen Stand der Kenntnisse sind.

Hypothese 3 kann als bestätigt angesehen werden.

Während alle Psychotherapeuten also über das entsprechende Wissen verfügen, setzten sie dennoch nicht alles davon in die Tat um. Dabei ließ sich zwischen den Mediznern und Psychologen oder zwischen Kinder- und Erwachsenentherapeuten kein Unterschied feststellen.

So kann man durchaus das Körpergewicht der meisten Befragten als normal im Durchschnitt liegend (Pudel 2004) betrachten und die Ernährungsgewohnheiten wurden häufig als ausgewogen angegeben, wobei allerdings auch drei Psychotherapeuten (ein Mediziner und zwei Psychologen) einen BMI über 30 erreichten. Ebenso waren die meisten der Befragten Nichtraucher, womit sie deutlich besser abschnitten als die von Vetter (2004) untersuchten Psychotherapeuten. Auch mit der Art und Dauer des Schlafes waren die meisten zufrieden und entsprechen damit den Ergebnissen der Studie von Hessel et al. (2006) bzw. sie waren zufriedener als die von Vetter (2004) Befragten. Die Gesundheitsressourcen (Siegrist 2003), auch sichtbar an der Rate derjenigen, die an Vorsorgeuntersuchungen teilnehmen, sind also recht gut.

Jedoch ist die Rate beim Alkoholkonsum recht hoch und überschreitet deutlich die Zahlen von Hessel et al. (2006) von denjenigen, die ganz auf Alkohol verzichten beziehungsweise von Reimer (2001) und Vetter (2004) über den häufigen und großen Alkoholkonsum. Dabei korreliert die Menge des Alkoholkonsums nicht mit der Einschätzung der eigenen Gesundheit, die insgesamt als recht zufrieden stellend erlebt wurde und mit dem Wissen über Alkohol als Suchtmittel. Auch gibt keiner der Befragten bei der entsprechenden Frage nach Bewältigungsstrategien Alkoholkonsum als Bewältigungs- oder Distanzierungsmittel an. Möglicherweise liegt die Alkoholmenge bei der untersuchten Stichprobe sogar tatsächlich noch höher, wenn man bei der Beantwortung die Reaktion im Sinne der sozialen Erwünschtheit berücksichtigt, die durch das persönliche Interview gefördert wird. Die Zahl derjenigen, die für sich selber darin einen gesundheitlichen Risikofaktor sahen, ist entsprechend relativ gering. Es scheint sich hier der Mangel an Bewusstsein und Verleugnen der Folgen von Alkoholkonsum zu zeigen, den

Thoreson, Miller & Krauskopf (1989) für die kontrolliert Trinkenden postulieren und wie Bauer-Delto (2006) es beschreibt.

Die Menge der körperlichen Betätigung pro Woche wirkt zunächst relativ gering. Die Befragten liegen deutlich über dem Durchschnitt für sitzende berufliche Tätigkeit, die Bös & Woll 1994 herausfanden (Abele, Brehm & Pahmeier 1997). Jedoch im Vergleich zu den von Schindler-Marlow (2007) genannten Zahlen trieben sie mehr Sport als der Durchschnitt der Bürger Nordrhein-Westfalens, besonders diejenigen Sportarten wurden genannt, die zur Verringerung von Herz-Kreislaufisiken und Verbesserung der Zufriedenheit mit der eigenen Gesundheit als förderlich angesehen werden (Bös & Brehm 2003) bzw. sie waren wöchentlich mehr Zeit körperlich aktiv, was auch zu ihrer Angabe passt, dass körperliche Aktivität von ihnen als wichtig erachtet wurde, ähnlich wie von Vetter (2004) und Hessel et al. (2006) festgestellt.

Die Hypothese 7 kann so also nicht bestätigt werden.

### **6.3.2 Bewertung des eigenen Verhaltens**

Die befragten Psychotherapeuten zeigen also durchaus ein besonderes Bewusstsein für ihre Gesundheit und scheinen eine gewisse Achtsamkeit für sich zu haben (Hessel 2006), entsprechend ihres Wissens, welches Gesundheitsverhalten förderlich ist und schneiden in diesem Punkt besser ab, als die Untersuchten in den Studien, die Lehmann (2000) analysiert hat. Ihre Selbsteinschätzung im *SF-36* bezogen auf die körperliche Gesundheit zeigte auch, verglichen mit der Altersnorm, gute Werte. Dennoch zeigten sich gut die Hälfte der Befragten nicht zufrieden mit der Menge an körperlicher Betätigung und die meisten führten das auf Zeitmangel oder Bequemlichkeit zurück. Zu überlegen ist, ob hier das Wissen um das, was förderlich ist und getan werden könnte, den Anspruch an sich selbst nicht relativ zu hoch setzt, so dass also die Erwartung an sich selbst die Beurteilung des eigenen Tuns verschlechtert (Hessel et al. 2006). Entsprechend ihres theoretischen Wissens wurden dann von den mit sich selbst Unzufriedenen als Vorsätze zur Verbesserung Veränderungen bei der Frequenz und beim zeitlichen oder qualitativen Umfang angegeben.

Insgesamt ergibt sich für die untersuchte Stichprobe ein durchschnittlicher Wert für ihr Gesundheitsverhalten, zusammengefasst im Gesundheitsscore, der oberhalb des Mittelwertes von sechs Punkten liegt, ohne dass sich die Mediziner und Psychologen signifikant unterscheiden. Die meisten der Befragten haben eine über dem Durchschnitt liegenden Gesundheitsscore. Die Einschätzung der eigenen Gesundheit und ob ihr Lebensstil ihre Gesundheit fördere, zeigt ebenfalls keine signifikanten Unterschiede. Demzufolge ist es nicht verwunderlich, dass es einen Zusammenhang gibt zwischen dem errechneten Gesundheitsscore und der Auffassung, dass der Lebensstil gesundheitlich förderlich ist, auch wenn sich keine Signifikanzen nachweisen lassen, ganz im Sinne von Bandura (siehe bei Schwarzer 1996) und es ist davon auszugehen, dass die Befragten durchaus ein Gesundheitsbewusstsein (Faltermaier 1994) und entsprechende Ressourcen (Siegrist 2003) haben, was sie dazu bringt, sich entsprechend zu verhalten, d.h. sie nutzen durchaus ihr Fachwissen für sich selber.

Hypothesen 5 und 6 werden damit für die Gruppe der Mediziner und Psychologen bestätigt.

Interessant ist der Unterschied zwischen Kinder- und Erwachsenentherapeuten in diesem Punkt, denn zwischen ihnen gibt es eine signifikante Abweichung zwischen der Einschätzung des Lebensstils und dem Gesundheitsscore. Die Erwachsenentherapeuten beurteilen einerseits tendenziell ihr Gesundheitsverhalten besser als die Kindertherapeuten und außerdem zeigt sich eine signifikant bessere Relation zwischen der Einschätzung des eigenen Lebensstils in Auswirkung auf die Gesundheit und dem tatsächlichen Gesundheitsverhalten, zusammengefasst im Gesundheitsscore. Obwohl sich die Kindertherapeuten also etwas mehr bewegten und ihre Tätigkeit signifikant weniger oft sitzend ausübten, gleich viel schliefen und etwas weniger Alkohol konsumierten und damit einen leicht besseren Gesundheitsscore erreichten, sich etwas seltener unter Zeitdruck fühlten und mehr Zeit für sich zu entspannen angaben, beurteilten sie ihre Gesundheit gemäß den WHO-Kriterien schlechter, ebenso ihr Ernährungsverhalten und kamen seltener zu dem Schluss, dass ihr Lebensstil ihre Gesundheit fördert. Der entsprechende Vergleich der Skalenwerte des *SF-36* spiegelt diese schlechtere Einschätzung der Kindertherapeuten im Vergleich zur Altersnorm wieder.

Es zeigt sich hier also bei den Kindertherapeuten ein ähnlicher Effekt, wie von Hessel et al. (2006) bezüglich der schlechteren Selbsteinschätzung bei Psychotherapeuten im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung beschrieben. Möglicherweise hat diese

schlechtere Einschätzung ihres Lebensstil etwas mit der postulierten emotional schwereren Arbeit mit den Kindern und deren Systemen zu tun, was aber so als solche nicht wahrgenommen wird, weil die Tätigkeit an sich eine hohe Befriedigung und Erfüllung bringt und der Zusammenhang zwischen Stress und Gesundheitsverhalten damit dann verleugnet wird (Heim 1992). Gleichzeitig sind die Kindertherapeuten vielleicht eine besondere Spezies von Psychotherapeuten, mit denen sich die spezifischen gesundheitsrelevanten Besonderheiten verknüpfen lassen, auf die Hessel et al. (2006) abheben, wenn sie von einer erhöhten Sensibilität und Bedürftigkeit sprechen. Die Kindertherapeuten wären damit dann auch wieder in der Falle der hohen Ansprüchlichkeit an sich selber (Wilke 2006), die nur schwer zu erfüllen ist. Die Folge davon kann eine depressive Reaktion sein, die man auch im Sinne eines beginnenden Burnout bewerten könnte, als emotionale Erschöpfung, die verhindert, zufrieden mit sich selbst zu sein (Fengler 1997, Willutzki et al. 1997).

### **6.3.3 Selbsteinschätzung der Gesundheit und Empfehlung an Patienten**

Der überwiegende Teil der Befragten ermutigte ihre Patienten, sich körperlich zu betätigen und informierten sie über den Nutzen, den solches Verhalten hat. Ebenso selbstverständlich sahen sie dies als ihre Aufgabe an. Dabei macht der Grundberuf, also ob Arzt oder Psychologe, keinen wesentlichen signifikanten Unterschied, eher waren die Mediziner da etwas passiver als die Psychologen.

Hypothese 4 wird damit bestätigt.

Die Frage, ob diejenigen, die besonders gesund sind auch mehr zu körperlicher Aktivität ermuntern, kann nur teilweise bejaht werden. So ist der Gesundheitsscore bei den Kindertherapeuten und der Gruppe der Psychologen höher bei denjenigen, die körperliche Aktivität empfehlen, sie geben also ihre positiven Erfahrungen authentisch weiter. Bei den Erwachsenentherapeuten gab es keinen Unterschied. Man kann davon ausgehen, dass die meisten das empfehlen, was sie selber kennen und praktizieren. Ausgerechnet aber die Mediziner mit einem guten Gesundheitsscore, die über die somatischen Zusammenhänge und die Auswirkungen auf die Psyche also besonders gut, auch aus persönlicher Erfahrung, Bescheid wissen, sind bei der Patientenempfehlung besonders zurückhaltend.

Es scheint so zu sein, als ob diejenigen von den Medizinern, die dann in das ‚Psychologer‘ gewechselt sind, sich besonders abtinent oder zurückhaltend mit körperlich betonten Empfehlungen an ihre Patienten verhalten. Vielleicht wissen sie aber auch durch ihre klinische Tätigkeit einfach mehr von den Schwierigkeiten, gesundheitsbezogene Ratschläge zu befolgen und gesetzte Vorsätze durchzuhalten (Schwarzer 1996) und empfehlen deshalb jetzt weniger solche Aktivitäten, zumal in einem psychotherapeutischen Setting.

## **6.4 Diskussion zum Zusammenhang zwischen Berufsbild und Gesundheitsverhalten**

### **6.4.1 Beurteilung der Psychotherapieausbildung**

Mehr als die Hälfte der Psychotherapeuten empfanden ihre Therapieausbildung als nur teilweise oder gar nicht hilfreich, sich auf die Belastungen des Berufes vorzubereiten. Dabei gab es zwischen Medizinern und Psychologen keinen signifikanten Unterschied und diese Einschätzung stand auch in keinen Zusammenhang zu ihrem derzeitigen Gesundheitsscore. Der Vergleich zwischen Kinder- und Erwachsenentherapeuten fällt dagegen recht deutlich aus. Die Kindertherapeuten merkten besonders kritisch an, dass sie ihre Psychotherapieausbildung nicht hilfreich fanden, während bei den Erwachsenentherapeuten gut die Hälfte mit ihrer Ausbildung in diesem Punkt zufrieden war.

Die Hypothese 8 kann als bestätigt angesehen werden.

Dass ein solch hoher Prozentsatz ihre Psychotherapieausbildung nicht als gute Vorbereitung auf die beruflichen Belastungen und auf Psychohygienemaßnahmen erachtete, muss sicher kritisch wahrgenommen werden. Die Kindertherapeuten zeigten sich dabei am meisten unzufrieden mit ihrer Psychotherapieausbildung, wobei es diese Kritik sowohl bei den ärztlichen als auch den psychologischen Kindertherapeuten gleichermaßen gab, diese also nicht abhängig vom Grundberuf war. Es lässt sich wiederum nur spekulieren, ob diese Einschätzung etwas mit der besonderen Art der Therapeutenpersönlichkeit im Sinne von Bedürftigkeit oder Sensibilität (Hessel e.al.2006) und auch der inhaltlich schwerer empfundenen Arbeit (Zullinger 1966, Bogyi 1997, Reinelt

1997) der Kindertherapeuten zu tun hat, dass da solch ein Gefühl von mangelnder Vorbereitung entstehen kann. Möglicherweise gelingt es den Erwachsenetherapeuten besser, sich sowohl gegenüber dem Ausbildungsinstitut als auch den Patienten abzugrenzen und mehr in eigenverantwortlichen Dimensionen zu denken. Ungeachtet aber dieses Unterschiedes zwischen Kinder- und Erwachsenetherapeuten lässt sich sicher schließen, dass es an der Zeit ist, angesichts der zunehmenden Morbidität der Bevölkerung bei den psychischen Erkrankungen die Psychotherapeuten besser auf ihre Aufgabe vorzubereiten, auch im Sinne der Selbstfürsorge und Psychohygiene und das in die Lehrpläne mit aufzunehmen.

Zur Psychotherapieausbildung gehören auch Selbsterfahrung, Balintarbeit und Supervision. Bei der Bewertung, ob die Psychotherapieausbildung geholfen habe, differenzierten einige der Befragten, wie man den Zitaten entnehmen kann, deutlich zwischen Selbsterfahrung und Supervision und kollegialem Austausch, die in unterschiedlichem Maß diesbezüglich als hilfreich angesehen wurden. Da diese Weiterbildungsanteile sehr von der subjektiven Einschätzung und Verfassung des Teilnehmers einerseits und der persönlichen Art und Qualifikation des Ausbildungsleiters andererseits abhängig sind, mehrere Faktoren also bei solch einer Bewertung zusammenkommen, kann das hier an der Stelle nur als qualitatives Ergebnis dargestellt werden. Im Sinne der Qualitätssicherung wäre es sicher sinnvoll, diese Ausbildungsbereiche zu überprüfen und Standards festzuschreiben.

Die im Ergebnisteil in Bezug auf die Balintgruppe nachgewiesene statistische Signifikanz bei den Medizern muss als Artefakt der Ausbildungsrichtlinien angesehen werden. In den Weiterbildungsrichtlinien der Ärzte ist die Teilnahme an einer Balintgruppe explizit in einer bestimmten Stundenzahl gefordert, so dass es eher auffällig gewesen wäre, wenn die Mediziner diese nicht angegeben hätten. Diejenigen, die sie nicht erwähnt haben, mögen die Balintgruppe bei der entsprechenden Frage nicht im Sinne von Selbsterfahrung gewertet haben. Die Ausbildungsrichtlinien bei den Psychologen sehen etwas anders aus, je nach Institut, dem sie sich angeschlossen haben. Die Einzelselbsterfahrung ist hier jedoch mehr gefordert als bei den Medizern. Diese können, müssen aber keine Einzelselbsterfahrung machen; Pflicht ist eine Gruppenselbsterfahrung (Bundesärztekammer 2006). Festzustellen ist, dass alle Befragten eine Form der Selbsterfahrung gemacht haben, deren Bewertung hier jedoch nicht Thema ist.

In diesem Zusammenhang wurden die Psychotherapeuten nach ihrer Einschätzung der Belastung der rein somatisch tätigen Ärzte gefragt und die Auswertung der Antworten legt nahe, dass sie sich diesen Ärzten gegenüber diesbezüglich im Vorteil sahen. Jedoch ist diese Frage nicht entsprechend der statistischen Gütekriterien validiert, so dass sich hier ein tendenzielles Meinungsbild zeigt, aber keine allgemeingültige Aussage getroffen werden kann.

Für diese Art der Interpretation lässt sich die Hypothese 9 dann als bestätigt ansehen.

Auch wenn es sich hierbei nur um ein Meinungsbild handelt, so ist dennoch nicht von der Hand zu weisen, dass die Ärzte einer hohen Belastung ausgesetzt sind, die sie nicht selten in ein Burnout und inadäquate Kompensationsmechanismen führt (u.a. Willi 1986, Heim 1992, Reimer et al. 2001). Nützliche Psychohygienemaßnahmen wie Balintarbeit (Roth 1988, Elzer 2004), die durchaus diesbezüglich ja präventiven Charakter hat (Stern 1996), werden in den Kliniken noch zu wenig als selbstverständlich erachtet. Die so deutlich ausgefallene Einschätzung der Psychotherapeuten über ihre somatisch tätigen Kollegen zeigt andererseits aber auch das Konfliktfeld auf, worin sich die Unterschiedlichkeiten und Bewertungen zwischen den Berufsgruppen festmachen lassen und wo sich auch berufspolitische Meinungsverschiedenheiten zeigen: die Psychotherapeuten betonen hiermit in Abgrenzung zu den Ärzten denjenigen Bereich, den sie selber am besten können und werten sich damit selber auf. Sie machen ihre besondere Fähigkeit zum Maßstab für die Beurteilung von Belastungskriterien eines anderen Berufsstandes. Möglicherweise ist es aber z.B. für einen Chirurgen gar nicht hilfreich, psychodynamische Überlegungen anstellen zu können, weil er sonst seine technisch hoch anspruchsvolle Tätigkeit, die ihn vielleicht auch noch als solche sehr befriedigt, gar nicht mehr so gut ausüben könnte.

#### **6.4.2 Berufsentscheidung und Wiederwahl des Berufes**

Wenn man die Frage danach, ob man seinen Beruf wieder wählen würde als Indikator dafür nimmt, dass man eine recht hohe Arbeitszufriedenheit hat, so kann man davon ausgehen, dass die hier untersuchte Stichprobe doch recht zufrieden ist. Drei Viertel der Befragten insgesamt würden ihren Beruf wieder wählen, wobei die Mediziner ebenso wie die Kindertherapeuten dies häufiger täten als ihre Vergleichsgruppen der Psychologen oder

Erwachsenentherapeuten. Eine Wechselwirkung mit der eigenen gesundheitlichen Verfassung besteht dabei nicht, ebenso stellt sich kein Zusammenhang mit der praktizierten Therapiemethode dar, wobei die Stichprobe zu klein ist, um signifikante Ergebnisse zu erhalten.

Hypothese 10 kann also als bestätigt angesehen werden.

Das Ergebnis der Gesamtstichprobe liegt damit in einer ähnlichen Dimension wie das der Studie von Ackerley et al. (1988) und übertrifft etwas das Resultat von Vetter (2004). Man kann davon ausgehen, dass sich die Therapeuten ähnlich wie bei Willutzki et al. (1997, 2006) und Radeke & Mahoney (2000) mit ihrer Arbeit identifizierten, sie befriedigend fanden und positive Auswirkungen für sich spürten, auch wenn diese positive Einstellung zum Beruf sich in manchen Fällen erst entwickelte oder Krisen ausgesetzt war und dass die meisten von einer hohen intrinsischen Motivation geleitet sind (Vetter 2004). Dies kann in Übereinstimmung mit der Aussage gebracht werden, dass sich die Hälfte der Therapeuten bewusst für diesen Beruf und ob sie Kinder oder Erwachsene behandeln wollen, entschieden haben bzw. zu einem gewissen Anteil auch nie an eine andere Möglichkeit als die, die sie wählten, gedacht haben. Die überwiegende Zahl derjenigen, die sich bewusst für die Arbeit mit Kindern oder Erwachsenen entschieden hat, würde diesen Beruf auch wieder wählen. Es ist leicht vorstellbar, dass die Einstellung zu dem, was man tut, positiver ist, wenn man sich bewusst dafür entschieden hat.

Liest man die Zitate von denjenigen, die sich nicht wieder für diesen Beruf entscheiden würden, so sieht man häufiger eine Auseinandersetzung mit den Rahmenbedingungen und nicht mit inhaltlichen Aspekten ihrer therapeutischen Arbeit. Die meisten fanden entweder die Ausbildung als solche in ihrer Lebensbilanz zu aufwändig oder die Einkommenssituation bzw. die Eingebundenheit in die KV als zu begrenzend oder belastend an, ähnlich wie von Dlugos & Friedlander (2001) und Willutzki et al. (1997) beschrieben. Zwar liegt der Gesundheitsscore bei den Therapeuten, die ihre Berufswahl so nicht mehr treffen würden, nicht signifikant niedriger als bei den anderen Therapeuten, aber unter präventiven Gesichtspunkten ist hier zu überlegen, ob diese Gruppe langfristig nicht etwas mehr von einem Burnout bedroht wäre, weil deren Bilanz gemäß dem SAR-Modell (Becker 2006) mit der Zeit negativer werden und sich zunehmend ein Gefühl einstellen könnte, dass sich das Bemühen dann nicht mehr auszahlt (Farber & Heifetz, bei Burisch 1994).

### 6.4.3 Einschätzung zur Arbeit mit Kindern oder Erwachsenen

Die Hälfte der Gesamtstichprobe der Befragten schätzte die Arbeit mit Kindern und deren Familien oder anderen Begleitsystemen als anstrengender ein als die Arbeit nur mit Erwachsenen, ebenso waren die Hälfte der Kinder- und der Erwachsenentherapeuten dieser Auffassung. Gemäß Antonovsky ist entscheidend für den Umgang mit Belastung die Grundhaltung dazu. Insofern ist hier aus der Sicht der Kindertherapeuten auf die Einschätzung ihrer Arbeit zu schauen. Auch wenn sie von der Hälfte von ihnen als schwerer eingeschätzt wird, so würde sich dennoch ein hoher Prozentsatz wieder für diesen Beruf entscheiden, d.h. die Einstellung zu ihrer Arbeit muss positiv sein trotz subjektiver Einschätzung der Schwierigkeit. Letztlich ist die Frage danach, ob sich aus der Art und dem unterschiedlichen Setting, in dem die einzelnen Therapeutengruppen arbeiten, ableiten lässt, ob die Arbeit mit Kindern leichter oder schwerer ist, nicht eindeutig in die eine oder andere Richtung zu beantworten. Auch findet sich kein Zusammenhang mit der gesundheitlichen Befindlichkeit.

## 6.5 Diskussion der Ergebnisse des SF-36 Fragebogens

Der *SF-36 Fragebogen zur Gesundheit* (Bullinger & Kirchberger 1998) wurde als psychometrisches Erhebungsinstrument zur subjektiven Einschätzung des psychischen, körperlichen und allgemeinen Wohlbefindens mittels eines normierten Messinstrumentes mitlaufen gelassen, steht aber hier nicht so im Mittelpunkt des Interesses wie die qualitativen Ergebnisse der Befragung. Die Daten aus dem *SF-36* der Gruppe der Mediziner und Psychologen bzw. der Kinder- und Erwachsenentherapeuten können mit der jeweiligen Altersnorm verglichen werden, die bereits 1998 normiert wurde und sind auch für einen Vergleich mit den übrigen Ergebnisse innerhalb der Forschungsgruppe gut verwendbar. Sie werden in dieser Arbeit nicht in direkten Zusammenhang gebracht mit den durch den *Interviewleitfaden* erhobenen Daten, indem die Ergebnisse statistisch miteinander verrechnet würden. Im Interview werden eher Einstellungen und Verhaltensweisen abgefragt und nicht eine direkte Befindlichkeit, außer bei der Frage nach der Einschätzung des eigenen Wohlbefindens gemäß der WHO-Definition.

Beide Psychotherapeutenstichproben weisen in den Kernbereichen der Körperlichen Gesundheit bessere Mittelwerte auf als die jeweiligen Altersnormstichproben, wobei die Differenz bei den Medizinerinnen noch deutlicher ausfällt als bei den Psychologinnen. Hypothese 13 konnte so also nicht bestätigt werden.

Diese Abweichungen zwischen den Medizinerinnen und Psychologinnen mögen in dem Umstand begründet sein, dass die Medizinerinnen, die im Durchschnitt 51,6 Jahre alt waren, mit den Altersnormwerten der 51-60 Jährigen verglichen werden und die Psychologinnen, die durchschnittlich 49,1 Jahre alt waren, mit der Altersnormgruppe der 41-50 Jährigen. Medizinerinnen und Psychologinnen liegen im Durchschnittsalter also nicht weit weg voneinander, werden aber zwei unterschiedlichen Altersnormwertgruppen gegenübergestellt. Besonders eklatant wird dieser Effekt beim Vergleich der Kinder- und der Erwachsenentherapeuten mit ihren jeweiligen Altersnormgruppen. Die Medizinerinnen gehören, wie auch darunter die Gruppe der Erwachsenentherapeuten bezogen auf ihre Altersnorm eher zu den Jungen in ihrer Vergleichsgruppe, die Psychologinnen bzw. die Kindertherapeuten gehören in ihrer Altersnormgruppe zu den Ältesten. Insofern werden bei dieser Gegenüberstellung die Medizinerinnen bzw. die Erwachsenentherapeuten eher begünstigt und die Psychologinnen oder Kindertherapeuten beungünstigt, wenn man berücksichtigt, dass mit zunehmendem Alter die gesundheitliche Befindlichkeit, insbesondere die körperliche Verfassung, eher nachlässt oder sich gar verschlechtert und mit zunehmendem Alter der Gesundheitszustand als schlechter eingeschätzt wird (Hessel et al.2006).

Wie ähnlich die körperliche Verfassung beider Stichproben ist, lässt sich aus dem Gesundheitsscore (Kap. 5.2.1.2) schließen, der für die Medizinerinnen bei  $7,9 \pm 1,8$  Punkte und die Psychologinnen bei  $8,3 \pm 1,6$  Punkte errechnet wurde. Der direkte Vergleich der *SF-36*-Mittelwerte von beiden Gruppen miteinander zeigt dann auch, dass die Medizinerinnen nur bei der Skala *Körperliche Rollenfunktion* deutlich besser abschneiden.

Bei der Psychischen Gesundheit fällt für beide Psychotherapeutengruppen der Vergleich zur jeweiligen Altersnorm schlechter aus. Dabei erreichen die Medizinerinnen schlechtere Werte als die Psychologinnen und die Kindertherapeuten deutlich schlechtere Werte als die Erwachsenentherapeuten.

Hypothese 14 wird damit bestätigt.

Die Skalen *Vitalität* und *Soziale Funktionsfähigkeit*, die Indikatoren sowohl für die Körperliche als auch die Psychische Gesundheit darstellen, weisen deutlich schlechtere Werte für beide Psychotherapeutenstichproben im jeweiligen Vergleich zu ihren Altersnormstichproben auf, wobei es den Psychologen und den Erwachsenentherapeuten tendenziell etwas besser geht. Setzt man diese Werte in Bezug zu den Ergebnissen auf die Frage aus dem *Interviewleitfaden* nach der Einschätzung des eigenen Gesundheitszustandes gemäß der WHO-Definition, die ja sowohl psychisches als auch körperliches und soziales Wohlbefinden impliziert, bei der die Mediziner und Psychologen keine signifikanten Unterschiede zeigten, aber insgesamt nur rund 60 % der Befragten der Meinung waren, mehr oder weniger gesund zu sein und lässt man den oben angesprochenen Vergleich mit den jeweiligen begünstigenden oder schwächenden Altersnormgruppen außer Acht, so muss man sich fragen, warum die Psychotherapeuten bei der Psychischen Gesundheit wohl so unterhalb ihrer entsprechenden Altersnorm abschneiden.

Den Studien ist zu entnehmen, dass die psychische Verfassung der Psychotherapeuten neben den körperlichen Beeinträchtigungen oft besonders leidet, wobei speziell die allgemeine emotionale Erschöpfung mit ihren Begleiterscheinungen angeführt wird (Ackerley et al. 1988, Pope & Tabachnick 1994, Willutzki et al. 1997). Dies mag im Zusammenhang mit den „spezifischen durchaus gesundheitsrelevanten Besonderheiten“ (Hessel et al. 2006) der Persönlichkeit der Psychotherapeuten stehen, die mit einer besonderen Sensibilität, Verletzlichkeit und Bedürftigkeit einhergeht (Reimer 1994, Rad 1997, Schmidtbauer 2006) und die vielleicht bei den Kindertherapeuten besonders ausgeprägt sein mag und sie emotional noch mehr belastet und von sich selbst wegbringt (Seiffge-Krenke 2004). Es ist außerdem vorstellbar, dass das von Hessel et al. (2006) angeführte „höhere Anspruchsniveau“, das im Zusammenhang mit dem Wissensvorsprung um psychohygienische Maßnahmen steht, bei den Psychotherapeuten dazu führt, strenger mit sich zu sein, sowohl was die Belastungstoleranz als auch die Äußerung von Belastungen angeht, zumal es dafür „wenig Verständnis in der Gemeinde der Profis“ (Reddemann 2006) gibt. Die geringen Werte in der Skala *Soziale Funktionsfähigkeit* können durchaus auch in Zusammenhang gesehen werden mit der hohen zeitlichen Inanspruchnahme durch die Arbeit, was zur Verringerung der Freizeit führt (Bowe 1999, Rottenfuß 1999) und die Gefahr der sozialen Isolierung verstärkt (Schmidtbauer 1992, Reimer 1994, Trojan & Legewie 2001, Hessel et al. 2006).

## 7 Zusammenfassung

Psychotherapeuten sollten, um eine qualitativ gute Therapie machen zu können, so gesund wie möglich sein, geistig, seelisch und körperlich.

Diese Arbeit untersucht, ob sich Psychotherapeuten entsprechend ihres Fachwissens selber gesund verhalten und für sich sorgen und wie sie im Hinblick auf ihre berufliche Belastung ihre Ausbildung und Berufszufriedenheit einschätzen. Bei der Erfassung des Gesundheits- und Bewältigungsverhaltens lag neben allgemein bekannten Gesundheitsmaßnahmen ein Augenmerk auf körperlicher Aktivität und berufsspezifischen Präventions- und Bewältigungsmaßnahmen. Bei allen Fragestellungen wurden jeweils Unterschiede zwischen den einzelnen Psychotherapeutengruppen betrachtet.

Mit Hilfe des von H.B. Jurkat entwickelten *Interviewleitfadens zum Gesundheitsbewusstsein und Gesundheitsverhalten von Ärzten / Ärztinnen bzw. Psychologen / Psychologinnen* in der erweiterten Fassung vom November 2002 und des interkulturell validierten *Fragebogen zum Gesundheitszustand (SF-36)* von Bullinger und Kirchberger wurden im Großraum Köln insgesamt 52 niedergelassene ärztliche (n=26) und psychologische (n=26) Psychotherapeuten mit je einer Untergruppe von n=10 Kindertherapeuten untersucht, je zur Hälfte Männer und Frauen. Da die Untersuchung aufgrund der kleinen Stichprobe einen ausgeprägt explorativen Charakter hat und mehr hypothesengenerierend ist, steht die deskriptive Interpretation der Ergebnisse im Mittelpunkt. Bezugsgröße für die gewonnenen Ergebnisse waren die in der aktuellen Literatur beschriebenen Kollektive.

Es zeigte sich, dass alle Psychotherapeuten gut über gesundheitsförderndes Verhalten informiert und mehr körperlich aktiv waren als der Durchschnitt der Bevölkerung von Nordrhein-Westfalen. Trotz eines ähnlich hohen beruflichen Zeitdrucks fühlten sie sich genügend gut fähig zu entspannen. Die körperliche Gesundheit wurde im Vergleich zu entsprechenden Altersnormen des *SF-36* als besser eingeschätzt, wobei Kindertherapeuten ihre eigene Gesundheit insgesamt schlechter einschätzten als die Erwachsenentherapeuten. Die häufigsten Bewältigungsmethoden waren räumliche und zeitliche Distanz, Supervision oder berufliche Erfahrung und Familie und soziale Gemeinschaft. Die Hälfte der Befragten bewertete die Psychotherapieausbildung als nicht genügend hilfreich, sich auf die beruflichen Belastungen vorzubereiten, wobei dies besonders die Kindertherapeuten

bemängelten. Drei Viertel aller Psychotherapeuten würden ihren Beruf dennoch wieder wählen. Obwohl die befragten Psychotherapeuten ihre körperliche Gesundheit im Vergleich zu den Altersnormen besser einschätzten, empfanden sie ihre psychische und soziale Gesundheit als schlechter. Auffallend ist, dass 26,9 % aller Psychotherapeuten täglichen Alkoholkonsum angaben, ohne dass dies als Bewältigungsverhalten genannt wird und ohne dass daraus eine gesundheitliche Beeinträchtigung oder ein Risiko für die eigene Gesundheit empfunden wird.

In dieser Untersuchung lassen sich tendenziell die Belastungen und negativen gesundheitlichen Auswirkungen bei Psychotherapeuten nachweisen, die sich bereits in anderen Untersuchungen zeigten, wobei sich die Gruppe der Kindertherapeuten subjektiv besonders belastet einschätzt. Möglicherweise spiegelt die Einschätzung der Kindertherapeuten die ambivalente gesellschaftliche Haltung Kindern gegenüber wieder. Hier wären weiterführende Untersuchungen anzuregen, um besser zwischen äußeren Ursachen und inneren persönlichkeitsrelevanten Bedingtheiten differenzieren zu können.

Die Implikationen der Ergebnisse dieser Arbeit werden in Hinblick auf die Fort- und Weiterbildungsrichtlinien diskutiert. Hier wäre eine allgemeine berufspolitische Diskussion wichtig, zumal auch die strukturellen und systemimmanenten Bedingungen des Gesundheitswesens nicht unbedingt zur Entlastung des einzelnen Psychotherapeuten beitragen.

## 7.1 Summary

Psychotherapists are expected to be mentally and physically as healthy as possible in order to treat their patients appropriately.

This study aims to find out to which extend psychotherapists act healthy and take care of themselves according to standards of their own branch of science and how they access their own professional training and contentment in this respect. On compassing the healthy and coping behavior main focus has been put on physical exercises as an established way of stress relieve and on specific professional preventive and coping behaviors apart from common preventive measures. Regarding each problem differences among the subgroups of psychotherapists were taken into consideration.

52 psychotherapists of medical (n=26) and psychological (n=26) background working in their own practice in Cologne metropolitan area were randomly sampled of an official register. The group was gender balanced and comprised 10 child psychologists in each group. They were personally interviewed according to the structured interview by H. B. Jurkat in the extended edition of November 2002 *Interviewleitfadens zum Gesundheitsbewusstsein und Gesundheitsverhalten von Ärzten / Ärztinnen bzw. Psychologen / Psychologinnen* in combination with the interculturably validated German version of the *SF-36 Health Survey* by Bullinger and Kirchberger. As the study design with its small sample size implies a more explorative nature generating hypotheses, a descriptive interpretation of the results has been put in the centre of the study. The results were compared with reference parameters found in the literature.

It can be shown in this study that psychotherapists are well informed about behaviors for improving their state of health and are more physically active than the average population of one of the German federal states, Nordrhein-Westfalen. In spite of a similarly high time pressure at work, they regarded themselves capable enough to relax. Physical health was appraised as better in comparison to a corresponding age standard of the *SF-36* although child psychologists appreciated their own health to be in a poorer state than psychotherapists for adults. Among the frequently applied coping strategies were spatiotemporal distance, supervision or professional experience, family or other social communities. Half of the therapists valued the vocational training for psychotherapy as not sufficiently helpful in preparing for occupational stresses and strains. Three quarter of them, however, would take the same occupational choice again. Although appreciating

their physical health as better in comparison to a corresponding age standard they assessed their mental and social well-being as poorer. Strikingly 26,9 % of all psychotherapists specify a daily alcohol consumption without this being mentioned among the coping behaviors and without caring for the adverse effects on their state of health.

This study substantiates stresses, strains and adverse impacts on the state of health of psychotherapists which have already been demonstrated by other inquiries, with the subgroup of child psychologists regarding themselves especially subjected. Possibly their own assessment reflects the ambiguous social attitude towards children. Continuous research might be compellingly initiated for better differentiation between extrinsic causes and intrinsic personality depending conditions.

The implications of these results are discussed with regard to the training and education guidelines for psychotherapists. A general discussion within the occupational and political community is mandatory especially as psychotherapists are subjected to structural conditions inherent to the health system which do not necessarily contribute to the relief of stresses and strains of the individual psychotherapist.

## 8 Literatur

- Abele, A., Brehm, W., Pahmeier, I. (1997). Sportliche Aktivität und gesundheitsbezogenes Handeln. In Schwarzer, R. (Hrsg.). *Gesundheitspsychologie. Ein Lehrbuch.* (2. Auflage) (S. 117-149). Göttingen, Bern, Toronto, Seattle: Hogrefe
- 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* (S. 9-28). Tübingen: DGVT
- Bahrs, O., Gerlach, F.M., Szecsenyi, J. (Hrsg.) (1996). *Ärztliche Qualitätszirkel: Leitfaden für den niedergelassenen Arzt.* (3. Auflage) 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, Vol. 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.Ordnner*. (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.Ordnner*. (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.Ordnner*. (Abschnitt R 4375). 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. Auflage). 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. Auflage) (S.683-688). Stuttgart, New York: Thieme
- 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](http://www.bundesaerztekammer.de/downloads/MBOStand20061124.pdf)
- Burisch, M. (1994). *Das Burnout-Syndrom: Theorie der inneren Erschöpfung.* (2. Auflage) 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*. (S. 401-411) Stuttgart: Schattauer
- 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. Auflage) (S. 525-528). Berlin, Heidelberg, New York: Springer
- 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. Auflage) (S. 645). Berlin, Heidelberg, New York: Springer
- 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.* (S. 222) Stuttgart: Schattauer
- 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.* (S.103-119). Weinheim, München: Juventa
- 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* (S. 173-187). Weinheim, München: Juventa
- Fengler, J. (1994). *Helfen macht müde. Zur Analyse und Bewältigung von Burnout und beruflicher Deformation.* (3. Auflage) München: Pfeiffer
- Fengler, J. (1997). Burnout und Psychohygiene. In Janssen, P. L., Cierpka, M., Buchheim, P. (Hrsg.). *Psychotherapie als Beruf.* (S. 83-95). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht
- Filipp, S., Aymanns, P. (1996). Bewältigungsstrategien (Coping). In Uexküll, Th. von (1996). *Psychosomatische Medizin.* (5. Auflage) (S. 277-290). München, Wien, Baltimore: Urban & Schwarzenberg
- 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. Auflage) 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. Auflage 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.* (S.194-209). Wiesbaden: Westdeutscher Verlag
- 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. Auflage) (S. 455-459). Lübeck, Stuttgart, Jena, Ulm: Gustav Fischer
- 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. Auflage) (S.6-12). Stuttgart, New York: Springer
- Geyer, S. (2002). Sozialwissenschaftliche Grundlagen. In Kolip, P. (Hrsg.) *Gesundheitswissenschaften. Eine Einführung.* (S. 53-77). Weinheim, München: Juventa
- 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, Vol. 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, Vol. 20 (1),* 48-50
- Hamm, A. (2004). Progressive Muskelentspannung. In Vaitl, D., Petermann, F. (Hrsg.). *Entspannungsverfahren. Das Praxishandbuch.* (3. Auflage) (S. 189-208). Weinheim, Basel: Beltz/PVU

- Heigl-Evers, A., Heigl, F., Ott, J., Rüger, U. (Hrsg.) (1997). *Lehrbuch der Psychotherapie*. (3. Auflage) (Einführung S. IX-XI). Lübeck, Stuttgart, Jena, Ulm: Gustav Fischer
- 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* (S. 279-309). Berlin, Heidelberg, New York, Tokio: Springer
- 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*. (S. 97-110). Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Huber
- 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. Auflage) (S. 372-377). Heidelberg: Springer
- 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. Auflage). 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*. (S. 185-203). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht
- 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* (S. 73-85). Landsberg: ecomed

- KJHG Kinder- und Jugendhilfegesetz im Sozialgesetzbuch VIII. [www.kindex.de](http://www.kindex.de)
- Kleiber, D. (1989). Auch die Helfer brauchen Hilfe. In Giese, E., Kleiber, D. (Hrsg.). *Das Risiko Therapie* (S. 115-152). Weinheim: Beltz
- 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* (S. 86). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht
- Kraft, H. (2000). Autogenes Training. In Senf, W., Broda, M. (2000) (Hrsg.): *Praxis der Psychotherapie* (2. Auflage) (S. 283-287). Stuttgart, New York: Thieme
- Kramen-Kahn, B., Hansen, N. D. (1998). Rafting the Rapids: Occupational Hazards, Rewards, and Coping Strategies of Psychotherapists. *Professional Psychology: Research and Practice Vol. 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* (S. 622-626). Frankfurt am Main: Suhrkamp
- 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*. (S. 45-58) Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht
- Lehmkuhl, U. (2003). Die Kinderanalyse und die nicht-direktive Spieltherapie. In Esser, G. (Hrsg.) *Lehrbuch der Klinischen Psychologie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters*. (S. 513-517). Stuttgart: Thieme
- Leibing, E., Rüger, U. (1997). Verhaltenstherapie. In Heigl-Evers, A., Heigl, F., Ott, J., Rüger, U. (Hrsg.). *Lehrbuch der Psychotherapie*. (3. Auflage) (S. 289). Lübeck, Stuttgart, Jena, Ulm: Gustav Fischer
- Leixnering, W., Bogyi, G. (1997). Fragen der Ethik. In Reinelt, T., Bogyi, G., Schuch, B. (Hrsg.). *Lehrbuch der Kinderpsychotherapie*. (S.20- 25) München, Basel: E. Reinhardt / UTB für Wissenschaft
- Leppin, A., Schwarzer, R. (1997). Sozialer Rückhalt, Krankheit und Gesundheitsverhalten. In Schwarzer, R. (Hrsg.). *Gesundheitspsychologie. Ein Lehrbuch*. (2. Auflage) (S. 349-373). Göttingen, Bern, Toronto, Seattle: Hogrefe
- 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*. (S. 522-529) Stuttgart: Schattauer
- Lieb, H., Braun, M. (2000). Weiterbildung in Verhaltenstherapie: Geschichte – Inhalte - Orientierungsperspektiven. In Senf, W., Broda, M. (2000) Hrsg.: *Praxis der Psychotherapie* (2. Auflage) (S.692-693). Stuttgart, New York: Thieme
- Lieb, H., Braun, M., Senf, W. (2000). Aus- und Weiterbildung in der Psychotherapie. In Senf, W., Broda, M. (2000) Hrsg.: *Praxis der Psychotherapie* (2. Auflage) (S.680-683). Stuttgart, New York: Thieme
- Lippke, S., Vögele, C. (2006). Sport und körperliche Aktivität. In Renneberg, B., Hammelstein, Ph. (Hrsg.): *Gesundheitspsychologie*. (S.195-216). Heidelberg: Springer
- 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. Auflage) (S. 450-463). München, Wien, Baltimore: Urban & Schwarzenberg
- Lutz, R. (2007). Selbstfürsorge und verhaltenstherapeutische Selbsterfahrung. *Verhaltenstherapie & Verhaltensmedizin*, Vol. 28 (2), 209-232
- Macran, S., Stiles, W.B., Smith, J.A. (1999). How Does Personal Therapy Affect Therapists' Practice? *Journal of Counseling Psychology*, Vol. 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](http://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*, Vol. 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: BI-Taschenbuchverlag
- 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* (S. 659-673). Frankfurt am Main: Suhrkamp
- 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* (S. 118-122). Frankfurt am Main: Brandes & Apsel

- 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*, Vol. 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. Auflage) (S. 176-187). Weinheim, Basel: Beltz/PVU
- Petermann, F., Vaitl, D. (2004). Entspannungsverfahren - eine Einführung. In Vaitl, D., Petermann, F. (Hrsg.). *Entspannungsverfahren. Das Praxishandbuch*. (3. Auflage) (S. 1-15). Weinheim, Basel: Beltz/PVU
- Pietrowsky, R. (2006). Ernährung. In: Renneberg, B., Hammelstein, Ph. (Hrsg.). *Gesundheitspsychologie*. (S.173-194). Heidelberg: Springer
- Pope, K.S., Tabachnick, B.G. (1994). Therapists as Patients: A National Survey of Psychologists' Experiences, Problems, and Beliefs. *Professional Psychology: Research and Practice*, Vol. 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*. (S. 111-120). Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Huber
- 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*. (S. 27-41). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht

- Radeke, J.A.T., Mahoney, M.J. (2000). Comparing the Personal Lives of Psychotherapists and Research Psychologists. *Professional Psychology: Research and Practice*, Vol. 31 (1), 82-84
- Raquepaw, J.M., Miller, R.S. (1989). Psychotherapist Burnout: A Componential Analysis. *Professional Psychology: Research and Practice*, Vol. 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*. (S. 568) Stuttgart: Schattauer
- 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. Auflage) (S. 652-655). Berlin, Heidelberg, New York: Springer
- 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*. (S. 92-101) Stuttgart: Schattauer
- 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*. (S. 273-276) München, Basel: E. Reinhardt / UTB für Wissenschaft
- Reinelt, T., Bogyi, G., Schuch, B. (1997). Einleitung: Was ist Kinderpsychotherapie? In Reinelt, T., Bogyi, G., Schuch, B. (Hrsg.). *Lehrbuch der Kinderpsychotherapie*. (S. 11-12) München, Basel: E. Reinhardt / UTB für Wissenschaft
- 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*. (S. 3-4) Göttingen: Hogrefe
- 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*. (S. 45) Stuttgart: Schattauer
- 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. Auflage) (S. 361-366). Heidelberg: Springer
- Rüger, U., Reimer, Ch. (2006). Gemeinsame Merkmale und Charakteristika psychodynamischer Psychotherapieverfahren. In Reimer, Ch., Rüger, U. *Psychodynamische Psychotherapien: Lehrbuch der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapieverfahren*. (3. Auflage) (S. 7). Heidelberg: Springer
- Rüegg, J. C. (2006). *Gehirn, Psyche und Körper. Neurobiologie von Psychosomatik und Psychotherapie*. (S. 152-157). Stuttgart: Schattauer
- 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* (S. 361-400). Tübingen: dgvt
- Schmidbauer, W. (1992). *Helpen als Beruf*. Reinbek: (Überarbeitete und erweiterte Neuauflage) Rowolth 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*. (S. 376-384) Stuttgart: Schattauer
- 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.Auflage) 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*. (S.524-533). Wiesbaden: Westdeutscher Verlag

- 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*. (S. 223-239). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht
- 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. Auflage) (S.23-47). München, Jena: Urban & Fischer
- 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*. (S.253-259). Berlin, Heidelberg, New York: Springer
- Senf, W., Broda, M. (2000). Was ist Psychotherapie? Versuch einer Definition. In Senf, W., Broda, M. (Hrsg.) *Praxis der Psychotherapie* (2. Auflage) (S. 2-5). Stuttgart, New York: Thieme
- Seer, P. (2000). Übende und entspannende Verfahren. In Senf, W., Broda, M. (Hrsg.). *Praxis der Psychotherapie* (2. Auflage) (S. 277-282). Stuttgart, New York: Thieme
- 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. Auflage) (S.139-149). München, Jena: Urban & Fischer
- Siegrist, J., Knesebeck, O. von dem (2004). Prävention chronischer Stressbelastung. In Hurrelmann, K., Klotz, Th., Haisch, J. (Hrsg.). *Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung*. (S. 121-129). Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Huber
- 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](http://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* (S.624-635). München, Basel: E. Reinhardt
- 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*. (S. 131-138, 173). Berlin: Stiftung Warentest
- 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*. (S.11-17). Weinheim, München: Juventus
- Streck, 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*. (S. 3-6). München, Berlin, Wien: Urban & Schwarzenberg
- Swearingen, Ch. (1990). The Impaired Psychiatrist. *Psychiatric Clinic of North America, Vol. 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*. (S. 117). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht

- 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. Auflage) (S. 87-104). Weinheim, Basel: Beltz/PVU
- 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](http://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*. (S. 131-141). Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Huber
- 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*. (S. 532-533) Stuttgart: Schattauer
- 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* (S. 1-15). Berlin, Heidelberg, New York, Tokio: Springer
- 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*. (S. 207-222). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht
- 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*. (S. 26-38) Stuttgart: Schattauer

---

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*. (S. 29-34) Wien: LexisNexis Verlag ARD ORAC

Zullinger, H. (1966). *Bausteine zur Kinderpsychotherapie und Kinderpsychologie*. (2. Auflage) Bern: Huber

Zundel, E., Zundel, R. (1987). *Leitfiguren der Psychotherapie: Leben und Werk*. München: Kösel

## 9 Anhang

- A Verzeichnis der Abbildungen und Tabellen
- B Untersuchungsinstrument *Interviewleitfaden zum Gesundheitsbewußtsein und Gesundheitsverhalten von Ärzten / Ärztinnen bzw. Psychologen / Psychologinnen* © Dr. H.B.Jurkat, Zentrum für Psychosomatische Medizin der Justus-Liebig-Universität Giessen.
- C Kodierleitfaden
- D Erklärung
- F Danksagung

## A Verzeichnis der Abbildungen und Tabellen

### Abbildungen

Abbildung 1:	Anteil der befragten Therapeuten nach Berufsgruppen.....	69
Abbildung 2:	„Fühlen Sie sich häufig unter Zeitdruck?“.....	83
Abbildung 3:	Vergleich von Medizinerinnen und Psychologen hinsichtlich der drei Faktoren zur Beschreibung des Bewältigungsverhaltens.....	88
Abbildung 4:	Vergleich von Kinder- und Erwachsenentherapeuten hinsichtlich der drei Faktoren zur Beschreibung des Bewältigungsverhaltens.....	90
Abbildung 5:	Häufigkeitsverteilung der Punktsummen des Gesundheitsscores.....	96
Abbildung 6:	Zusammenhang zwischen den Antworten zur Frage „Glauben Sie, dass Ihr Lebensstil Ihre Gesundheit eher fördert oder eher beeinträchtigt?“ und dem Gesundheitsscore	101
Abbildung 7:	Zusammenhang zwischen den Antworten zur Frage „Glauben Sie, dass Ihr Lebensstil Ihre Gesundheit eher fördert oder eher beeinträchtigt?“ und dem Gesundheitsscore getrennt für Mediziner und Psychologen.....	102
Abbildung 8:	Zusammenhang zwischen den Antworten zur Frage „Glauben Sie, dass Ihr Lebensstil Ihre Gesundheit eher fördert oder eher beeinträchtigt?“ und dem Gesundheitsscore getrennt für Kindertherapeuten sowie Erwachsenentherapeuten.....	104
Abbildung 9:	Vergleich von Therapeuten, die den Patienten „immer“ bzw. „nicht immer“ körperliche Aktivität empfehlen, hinsichtlich des Gesundheitsscore.....	106
Abbildung 10:	Fragen nach der Einschätzung der Psychotherapieausbildung bei Kinder- und Erwachsenentherapeuten.....	109
Abbildung 11:	Frage zum Unterschied in der Belastung und Distanzierung zu ausschließlich somatisch tätigen Ärzten liegt (Mehrfachnennungen möglich).....	110
Abbildung 12:	SF-36 Skalenmittelwerte der Mediziner im Vergleich zur Altersnorm.....	119
Abbildung 13:	SF-36 Skalenmittelwerte der Psychologen im Vergleich zur Altersnorm.....	120
Abbildung 14:	SF-36 Skalenwerte der ärztlichen und psychologischen Psychotherapeuten.....	121
Abbildung 15:	SF-36 Skalenwerte der Kindertherapeuten im Vergleich zur Altersnorm.....	122
Abbildung 16:	SF-36 Skalenwerte der Erwachsenentherapeuten im Vergleich zur Altersnorm.....	123
Abbildung 17:	SF-36 Skalenwerte der Kindertherapeuten und Erwachsenentherapeuten.....	124

**Tabellen**

<i>Tabelle 1:</i>	<i>Häufigkeitsverteilung der Altersangaben in der untersuchten Stichprobe. ....</i>	<i>68</i>
<i>Tabelle 2:</i>	<i>Persönliche Daten der Gruppen der Mediziner und Psychologen im Vergleich.....</i>	<i>69</i>
<i>Tabelle 3:</i>	<i>Persönliche Daten der Gruppen von Therapeuten für Kinder und Jugendliche und für Erwachsene .....</i>	<i>70</i>
<i>Tabelle 4:</i>	<i>Anzahl der Analytiker, Tiefenpsychologen und Verhaltenstherapeuten in der untersuchten Stichprobe .....</i>	<i>81</i>
<i>Tabelle 5:</i>	<i>Durchschnittliche wöchentliche Arbeitszeit der Therapeuten.....</i>	<i>82</i>
<i>Tabelle 6:</i>	<i>Methoden zur Gewinnung von Abstand zu Patientenschicksalen .....</i>	<i>84</i>
<i>Tabelle 7:</i>	<i>Rotierte Komponentenmatrix für die Zusammenfassung der 13 Einzelitems zu drei Faktoren .....</i>	<i>85</i>
<i>Tabelle 8:</i>	<i>Vergleich zwischen Medizinern und Psychologen zur beruflichen Belastung und zu deren Bewältigung.....</i>	<i>87</i>
<i>Tabelle 9:</i>	<i>Vergleich der Kinder- und Erwachsenentherapeuten zur beruflichen Belastung und deren Bewältigung.....</i>	<i>89</i>
<i>Tabelle 10:</i>	<i>„Was bedeutet für Sie Gesundheit?“ nach der Häufigkeit der Nennungen.....</i>	<i>91</i>
<i>Tabelle 11:</i>	<i>„Was muss man tun, um gesund zu bleiben?“ nach der Häufigkeit der Nennungen.....</i>	<i>92</i>
<i>Tabelle 12:</i>	<i>„Welche Auswirkungen von Sport kommen Ihnen in den Sinn?“ nach der Häufigkeit der Nennungen .....</i>	<i>93</i>
<i>Tabelle 13:</i>	<i>Gesundheitliche Aspekte, die in den hier verwendeten Summenscore einbezogen wurden ....</i>	<i>95</i>
<i>Tabelle 14:</i>	<i>Antworten zum Gesundheitsverhalten nach Berufsgruppen .....</i>	<i>97</i>
<i>Tabelle 15:</i>	<i>Antworten zum Gesundheitsverhalten nach Klientengruppen .....</i>	<i>97</i>
<i>Tabelle 16:</i>	<i>Praktizierte Entspannungstechniken.....</i>	<i>99</i>
<i>Tabelle 17:</i>	<i>„Glauben Sie, dass Ihr Lebensstil Ihre Gesundheit eher fördert oder eher beeinträchtigt?“ .....</i>	<i>100</i>
<i>Tabelle 18:</i>	<i>Bewertung des eigenen Gesundheitsverhaltens nach Berufsgruppen.....</i>	<i>102</i>
<i>Tabelle 19:</i>	<i>Bewertung des eigenen Gesundheitsverhaltens nach Klientengruppen.....</i>	<i>103</i>
<i>Tabelle 20:</i>	<i>Mittelwert <math>\pm</math> Standardabweichung für den Gesundheitsscore in Abhängigkeit von der Empfehlung an die Patienten für verschiedene Gruppen von Therapeuten.....</i>	<i>106</i>
<i>Tabelle 21:</i>	<i>Zusammenhang zwischen der Frage nach der Wiederwahl des Berufes und der Fachrichtung der Befragten.....</i>	<i>113</i>
<i>Tabelle 22:</i>	<i>„Was gab für Sie den Ausschlag zu Ihrer fachspezifischen Berufswahl?“ .....</i>	<i>114</i>
<i>Tabelle 23:</i>	<i>Selbsterfahrung und Supervision bei allen Befragten sowie den Berufsgruppen (Mehrfachnennungen waren möglich) .....</i>	<i>117</i>
<i>Tabelle 24:</i>	<i>SF-36 Skalenmittelwerte Mediziner im Vergleich zur Altersnorm.....</i>	<i>118</i>
<i>Tabelle 25:</i>	<i>SF-36 Skalenmittelwerte der Psychologen im Vergleich zur Altersnorm .....</i>	<i>119</i>
<i>Tabelle 26:</i>	<i>SF-36 Skalenwerte der Kindertherapeuten im Vergleich zur Altersnorm.....</i>	<i>122</i>
<i>Tabelle 27:</i>	<i>SF-36 Skalenwerte der Erwachsenentherapeuten im Vergleich zur Altersnorm.....</i>	<i>123</i>

## B Interviewleitfaden

Vorbemerkung:

Es wird der *Interviewleitfaden* dargestellt, wie er von Dr. H.B. Jurkat ursprünglich 1997 entwickelt wurde mit den Ergänzungen von 2002, die von der Autorin für diese Arbeit benutzt wurden. Andere Ergänzungen sind hier nicht erwähnt. Der komplette *Interviewleitfaden* ist bei Jurkat (2007) dargestellt.

**Interviewleitfaden zum  
Gesundheitsbewußtsein und Gesundheitsverhalten von Ärzten/Ärztinnen bzw.  
Psychologen/Psychologinnen  
© Dr. H.B. Jurkat, Dipl.-Psych.**

Menschen in helfenden Berufen wie Sie, Ärztinnen und Ärzte [Psychologinnen und Psychologen] stehen anderen vielfach, was die Gesundheit und Lebensplanung betrifft, erfolgreich zur Seite. Wie aber steht es um Ihre eigene Gesundheit? In diesem Zusammenhang würde ich Ihnen gerne einige Fragen stellen:

### 1. Allgemeine einführende Fragen

- 1.1. Wie viele Stunden in der Woche arbeiten Sie insgesamt - im Durchschnitt? (d.h. auch einschließlich beruflicher Fortbildung)
  - 1.1.1. Fühlen Sie sich häufig unter Zeitdruck?
- 1.2. Haben Sie ausreichend Zeit zur Entspannung?
  - 1.2.1. Können Sie sich ausreichend entspannen?
- 1.3. Was bedeutet für Sie Gesundheit?
  - 1.3.1. Was muß man tun, um gesund zu bleiben?
- 1.4. Wie viele Stunden schlafen Sie - im Durchschnitt? Ist es Ihnen genug?
  - 1.4.1. Sind Sie mit Ihrem Schlaf zufrieden?

### 2. Assoziationen und Selbsteinschätzung (Wissen und Einstellung)

Bekanntlich ist gemäß der WHO Gesundheit definiert als ein Zustand vollständigen physischen, geistigen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur die Abwesenheit von Krankheit und Gebrechlichkeit.

- 2.1. Wie würden Sie Ihren eigenen Gesundheitszustand einschätzen gemäß dieser WHO-Definition?
- 2.2. Welche gesundheitlichen Risikofaktoren für die Allgemeinbevölkerung kommen Ihnen in den Sinn? Welche davon halten Sie - auf die Allgemeinbevölkerung bezogen - für besonders wichtig? Welche davon beachten Sie besonders für sich selbst?

### 3. Allgemeine Fragen zum Gesundheitsverhalten

Ich möchte Ihnen jetzt ein paar kurze Fragen zu Ihrem Gesundheitsverhalten stellen:

- 3.1. Rauchen Sie (wenn ja, in welchem Umfang)?
- 3.2. Trinken Sie Alkohol (wenn ja, in welchem Umfang)?
- 3.3. Trinken Sie Kaffee oder Tee (wenn ja, in welchem Umfang)?
- 3.4. Ist Ihre Ernährung ausgewogen? In welcher Weise achten Sie darauf?
  - 3.4.1. Sind Sie mit Ihrem Gewicht zufrieden?
  - 3.4.2. Sind Sie mit Ihren Ernährungsgewohnheiten zufrieden? (wenn nein, was würden Sie daran ändern wollen?)
- 3.5. Haben Sie in den letzten Jahren an Vorsorgeuntersuchungen teilgenommen? Z.B. Check ab 35? (wenn nein, warum nicht?)

#### 4. Fragen zur körperlichen Betätigung

- 4.1. Ermutigen Sie Patienten, sich körperlich zu betätigen?
  - 4.1.1. Geben Sie Patienten Informationen bzw. Ratschläge zum gesundheitlichen Nutzen von körperlichen Aktivitäten?
  - 4.1.2. Halten Sie es für eine Aufgabe von Ärzten oder Psychologen, über die Wichtigkeit von körperlicher Aktivität zu informieren?
- 4.2. Betrachten Sie körperliche Aktivitäten auch für sich selbst als wichtig? Welchen Stellenwert hat körperliche Aktivität in Ihrem Leben? Warum?
- 4.3. Ist Ihre berufliche Tätigkeit überwiegend sitzend oder stehend?
- 4.4. Treiben Sie Sport?
  - 4.4.1. Welche Art von Sport? Wie häufig?
  - 4.4.2. Nach welchen Kriterien haben Sie den Sport für sich ausgewählt?
- 4.5. Bewegen Sie sich selbst ausreichend viel?
  - 4.5.1. Wie viele Stunden pro Woche im Durchschnitt - für körperliche Betätigung (insgesamt - also nicht nur Sport)? (Denken Sie bitte laut. Gehen Sie dabei die letzte Woche durch und zählen alles auf, was Sie diesbezüglich unternommen haben. War diese Woche typisch?)
  - 4.5.2. Ist es die richtige bzw. gewünschte Form der Bewegung?
  - 4.5.3. Haben Sie extra Sporturlaub unternommen?

#### 5. Selbst- und Fremdeinschätzungen zur körperlichen Aktivität

- 5.1. Möchten Sie im Hinblick auf körperliche Betätigung etwas ändern? (warum bzw. warum nicht?)
  - 5.1.1. Was hindert Sie daran?
  - 5.1.2. Haben Sie sich für die nächste Zeit diesbezüglich etwas vorgenommen? (wenn ja, was?)
- 5.2. Bewegen Sie sich mehr oder weniger als vor 5 Jahren? Warum? (falls älter, auch vor 10 Jahren oder mehr Jahren?) Warum?
- 5.3. Haben Sie Freude an körperlicher Betätigung?
- 5.4. Welche Auswirkungen von Sport kommen Ihnen in den Sinn? Sowohl körperlich als auch emotional?
- 5.5. Treiben Sie Sport eher alleine oder in Gesellschaft? Mit wem treiben Sie Sport?
  - 5.5.1. Treibt Ihr Partner Sport? (wenn ja, in welchem Umfang? Welchen Sport bzw. körperliche Betätigung üben Sie zusammen aus?)
- 5.6. Sind Sie zufrieden mit Ihrer körperlichen Leistungsfähigkeit? Was wäre Ihr (realistisches) Ideal für Sie selbst?
- 5.7. Nun eine Frage zu Ihrer persönlichen Meinung:  
Wie schätzen Sie das Ausmaß von körperlicher Betätigung von Ärzten (Psychologen) im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung ein?  
Jetzt die gleiche Frage: Speziell im Vergleich zu Psychologen (Ärzten)? Warum?
- 5.8. Eine abschließende Frage noch zu diesem Thema: Wenn Sie Ihren Lebensstil einmal kritisch überdenken, glauben Sie, daß er Ihre Gesundheit eher fördert oder eher beeinträchtigt?

#### Ergänzungen

- 6.1. Als Therapeut sind Ihnen verschiedene Entspannungstechniken wie Autogenes Training, Progressive Muskelrelaxation etc. bekannt. Praktizieren Sie selber solche Entspannungstechniken? Wenn ja, ist diese Art, Entspannung zu finden, für Sie eine Alternative zu aktiver Bewegung? Warum? Welchen Effekt hat das im Unterschied zu aktiver Bewegung?
- 6.2. Gerade als Psychotherapeut hat man sehr häufig mit schweren Schicksalen und Traumata zu tun. Wie schaffen Sie es, Abstand zu gewinnen? Was hilft Ihnen dabei?
- 6.3. War es am Anfang Ihrer Berufstätigkeit schwerer oder leichter als später?
- 6.4. War Ihre Psychotherapieausbildung dafür geeignet, sich auf die Belastungen und auch auf die Möglichkeiten der Distanzierung vorzubereiten und einzustellen?
- 6.5. Worin sehen Sie in diesem Punkt einen Unterschied zu (somatisch tätigen) Ärzten?
- 6.6. Glauben Sie, dass es einen Unterschied für die persönliche Belastung (persönlich empfundene Belastung) macht, ob Sie therapeutisch mit Kindern bzw. Jugendlichen und ihren Familien oder (nur) einzig mit Erwachsenen arbeiten? Wenn ja, worin sehen Sie den Unterschied?
- 6.7. Was gab für Sie den Ausschlag zu Ihrer diesbezüglich fachspezifischen Berufswahl? (KJP oder ärztlicher Therapeut bzw. Kinder- und Jugendlichentherapeut oder Erwachsenentherapeut)
- 6.8. Hat das Studium Ihnen geholfen, sich auf die Arbeit und auch, wie man sich von ihr distanzieren (wie man sich entlastet), vorzubereiten?
- 6.9. Die gleiche Frage: wie schätzen Sie das bei den Psychologen (Ärzten) ein?
- 6.10. Welche Art der Selbsterfahrung haben Sie gemacht?

- 6.11. Nehmen Sie zurzeit an einer Supervision oder Intersision teil?  
6.12 Würden Sie sich heute, mit den Erfahrungen, die Sie haben, wieder für Ihren derzeitigen Beruf entscheiden?

**Demographie**

Alter  
Geschlecht  
Größe  
Gewicht  
Familienstand  
Lebenssituation  
Fachrichtung

## C Kodierleitfaden

### Kategorienplan/ Variablen zu den qualitativen Fragen

bezüglich:

Interviewleitfaden zum Gesundheitsbewusstsein und Gesundheitsverhalten von Ärzten/ Ärztinnen bzw. Psychologen/ Psychologinnen (Fassung Juli 2002 mit Ergänzungen)

#### **Frage 1.1. Wie viele Stunden in der Woche arbeiten Sie insgesamt - im Durchschnitt? (d.h. auch einschließlich beruflicher Fortbildung)**

##### **Frage 1.1.1. Fühlen Sie sich häufig unter Zeitdruck?**

- Kategorie 1: Ja, ständig, immer  
 Kategorie 2: Oft  
 Kategorie 3: Hin und wieder, manchmal, immer mal wieder, gelegentlich, bisweilen, durchschnittlich, teilweise wegen Terminenge, mitunter ballt es sich, phasenweise  
 Kategorie 4: Selten, nicht häufig  
 Kategorie 5: Nein  
 Kategorie 99: keine Angabe, weiß nicht

##### **Frage 1.2. Haben Sie ausreichend Zeit zur Entspannung?**

- Kategorie 1: Ja, wird eingeplant, bewusst genommen, tendenziell ja, im Allgemeinen ja  
 Kategorie 2: Oft, am Wochenende, regelmäßige Möglichkeiten, nicht an jedem Tag  
 Kategorie 3: Selten, knapp, es ist schwierig, bemüht sich  
 Kategorie 4: Nein, zurzeit nicht, eher nicht

##### **Frage 1.2.1. Können Sie sich ausreichend entspannen?**

- Kategorie 1: Ja  
 Kategorie 2: meistens, wenn Wochenende ist, am Tag schon, zwischendurch, wenn Zeit dafür da ist, unter entsprechenden Umständen  
 Kategorie 3: teils- teils, einigermaßen, es geht, mal ja- mal nein, nicht so gut, nicht so wie vorher, nicht immer, schwierig wg. Arbeit, eher schlecht  
 Kategorie 4: Nein  
 Kategorie 99: Keine Angabe, weiß nicht

##### **Frage Nr. 1.3. Was bedeutet für Sie Gesundheit?**

- Variable 1: *psychisch/ sozial:* für Pausen sorgen, gutes Privatleben, Partnerschaft, Sozialkontakte, genussfähig sein, Zeit haben, Ausgeglichenheit, glücklich sein, Hobbys haben  
 Variable 2: *körperlich:* fit sein, leistungsfähig, funktionsfähiger Körper, einsatzfähig, Sexualität  
 Variable 3: *Ernährung:* auf Ernährung achten, gutes Essen  
 Variable 4: *Bewegung:* Bewegung, Sport machen  
 Variable 5: guter Schlaf, gute Regenerationsfähigkeit, Entspannung  
 Variable 6: *Arbeit:* gute Arbeitsbedingungen, Spaß an der Arbeit  
 Variable 7: *mental:* psychische- persönliche Entwicklung, geistige Bewegung, geistiges Wohlbefinden  
 Variable 8: *gesundheitlich:* nicht krank sein, Abwesenheit von Krankheit, bemüht um ärztliche Untersuchung und Behandlung, Vorsorge, schmerzfrei, keine Sucht (-stoffe)  
 Variable 9: WHO- Definition  
 Variable 10: *allgemeines:* Seelisch und körperlich im Einklang, sich wohl fühlen, körperlich und seelisch wohl fühlen, ausgeglichenes Wohlbefinden, Grundlage des Wohlbefindens, ein hohes Gut  
 Variable 11: persönlich wenig, wenig Beziehung dazu  
 Variable 12: Sonstiges  
 Variable 99: keine Angabe, weiß nicht

**Frage 1.3.1. Was muss man tun, um gesund zu bleiben?**

- Variable 1: *psychisch/ sozial*: sich abgrenzen, Ausgleich, Spaß haben, seinen Rhythmus finden, Geselligkeit, Kontakte, abwechslungsreiches Leben, soziales Umfeld, Familienleben, nicht auf eigene Wünsche verzichten, auf eigene Bedürfnisse achten, Konflikte klären, nichts tun
- Variable 2: *körperlich*: genug Bewegung, motorische Abfuhr, Sport, Spaziergänge, vital sein
- Variable 3: *Ernährung*: gesunde Ernährung, vernünftige Ernährung, nicht zu viel essen, genug trinken
- Variable 4: *Bewegung*: Bewegung, Sport machen
- Variable 5: *Schlaf*, genug, früh genug
- Variable 6: *Arbeit*: eine sinnvolle Aufgabe haben, nicht zu viel arbeiten, sinnvolle Tätigkeit, nicht ausbeuten lassen, Pausen machen, gute Alltagsorganisation, Supervision, Intervention
- Variable 7: *mental*: immer wieder was Neues, persönliche Entwicklung, was ganz anders tun, Kreativität, Grundregeln der menschlichen Moralität und Ethik einhalten, geistig angeregt sein, Ziele haben, Interesse haben
- Variable 8: *gesunde Lebensführung*: zum Arzt gehen, Vorsorgeuntersuchungen, Suchtmittel meiden, geringe Mengen Alkohol, nicht rauchen, Natur, frische Luft
- Variable 9: *allgemeines*: gute Mischung zwischen Anspannung und Entspannung, gutes Gleichgewicht halten, gut für sich sorgen, Urlaub machen, sich erholen, Zeit für sich selbst, sich entspannen, Freiräume schaffen, Müßiggang
- Variable 10: Glück haben, man kann Gesundheit nicht kontrollieren
- Variable 11: Sonstiges
- Variable 99: keine Angabe, weiß nicht

**Frage 1.4. Wie viele Stunden schlafen Sie- im Durchschnitt?****Ist es Ihnen genug?**

- Kategorie 1: Ja
- Kategorie 2: Eher ja, meistens, sehr oft, eigentlich schon, Ausgleich am Wochenende
- Kategorie 3: eher nicht, meistens nicht, oft nicht
- Kategorie 4: wechselnd, es gibt unterschiedliche Phasen, mal so mal so
- Kategorie 5: Nein
- Kategorie 99: keine Angabe, weiß nicht

**Frage 1.4.1. Sind Sie mit Ihrem Schlaf zufrieden?**

- Kategorie 1: Ja
- Kategorie 2: eher ja, meistens, eigentlich schon, es geht so
- Kategorie 3: eher nicht, meistens nicht, nicht immer
- Kategorie 4: wechselnd, es gibt unterschiedliche Phasen, mal so mal so
- Kategorie 5: Nein
- Kategorie 99: Keine Angabe, weiß nicht

**Frage 2.1. Wie würden Sie Ihren eigenen Gesundheitszustand einschätzen gemäß dieser WHO-Definition?**

- Kategorie 1: sehr gut, gut, gesund, 100%
- Kategorie 2: eigentlich gut, relativ gut, meistens gesund, es schwankt,  $\geq 75\%$
- Kategorie 3: ausreichend gut, es fehlt was, mehr benötigte Ruhephasen, eine Komponente fehlt, zwischen 50% und 75%
- Kategorie 4: halbe- halbe, anfällig, mittelmäßig, einigermaßen, 50%
- Kategorie 5: schlecht, nicht gesund, krank, bescheiden,  $< 50\%$
- Kategorie 6: mit Definition der WHO nicht einverstanden, ist eine Idealisierung, Beschwerden gehören dazu
- Kategorie 99: Keine Angabe, weiß nicht

**Frage 2.2. Welche gesundheitlichen Risikofaktoren für die Allgemeinbevölkerung kommen Ihnen in den Sinn? Welche davon halten Sie- auf die Allgemeinbevölkerung bezogen- für besonders wichtig?**

- Variable 1: *psychisch/ sozial*: Stress in Beziehungen/ Familie, unzufriedene soziale Bedingungen, Isolation, sich nicht mitteilen können, keine Entspannung, Unlust,

	Fremdbestimmtheit, Traumatisierungen, Nichtdurchdringen des eigenen Elends, allgemeiner Stress (incl. Zeitmangel, Geldmangel)
Variable 2:	<i>Ernährung:</i> schlechte/ falsche Ernährung, unausgewogene Ernährung, zu viel essen
Variable 3:	<i>Bewegung:</i> Bewegungsmangel
Variable 4:	<i>Schlaf:</i> zu wenig, gestört
Variable 5:	<i>Arbeit:</i> Stress auf der Arbeit, keine Freude an der Arbeit, berufliche Ausbeutung, hohe Drehzahl auf der Arbeit, zeitliche Überforderung, Schichtdienst, Existenzangst, Mobbing
Variable 6:	<i>mental:</i> passiv konsumieren, TV, PC, Einseitigkeit, Nichtstun, sinnlose Beschäftigung, inhaltliche Überforderung, mangelnde Bildung
Variable 7:	<i>Suchtmittel:</i> Alkohol, Nikotin, Drogen
Variable 8:	<i>Krankheiten:</i> Übergewicht, Diabetes, Herz- Kreislauferkrankungen, Krebs, psychiatrische Erkrankungen, Allergien, keine Vorsorge, mangelnde ärztliche Betreuung
Variable 9:	gesellschaftliche Probleme, Umweltprobleme, politische Zusammenhänge
Variable 10:	Sonstiges
Variable 99:	keine Angabe, weiß nicht

#### Welche davon beachten Sie besonders für Sie selbst?

Variable 1:	<i>psychisch/ sozial:</i> gute Beziehungen/ Familie, gute soziale Bedingungen, gesellschaftliche Sicherheit, gutes Ansehen, Kommunikation, Entspannung, Freude, Eigenbestimmtheit, Urlaub
Variable 2:	<i>Ernährung:</i> gute Ernährung, ausgewogene Ernährung, bewusst ernähren
Variable 3:	<i>Bewegung:</i> aktive Bewegung, Sport
Variable 4:	<i>Schlaf:</i> genug, gute Qualität
Variable 5:	<i>Arbeit:</i> Stressprävention, Freude an der Arbeit, berufliche Abgrenzung, gute Zeiteinteilung, passende Anforderung
Variable 6:	<i>mental:</i> kulturelle Anregung, Musik, Theater, Literatur, Beschäftigung mit intellektuellen Inhalten
Variable 7:	<i>Suchtmittel meiden/ begrenzen:</i> Alkohol, Nikotin
Variable 8:	<i>Krankheitsprophylaxe:</i> Übergewicht reduzieren, orthopädische Probleme, Herz-Kreislaufprobleme behandeln, Vorsorgeuntersuchungen
Variable 9:	<i>allgemein:</i> Stress meiden, für Wohlbefinden sorgen, sich gut gehen lassen, für Ausgleich sorgen
Variable 10:	gesunde Lebensbedingungen, Umwelt, Luft
Variable 11:	Sonstiges
Variable 99:	Keine Angabe, weiß nicht

#### Frage 3.1. Rauchen Sie? (Wenn ja, in welchem Umfang?)

Kategorie 1:	1 bis 4 Zigaretten täglich, ab und zu mal, in der Kneipe, auf Feten, ca. 1 Packung im Monat
Kategorie 2:	5 bis 10 Zigaretten täglich
Kategorie 3:	1 Packung (20 Zigaretten) täglich
Kategorie 4:	2 Packungen (40 Zig.) täglich oder mehr
Kategorie 5:	Nein, nie
Kategorie 99:	Keine Angabe, weiß nicht

#### Frage 3.2. Trinken Sie Alkohol? (Wenn ja, in welchem Umfang?)

Kategorie 1:	Jeden Tag
Kategorie 2:	Oft, jeden zweiten Tag und am Wochenende
Kategorie 3:	Gelegentlich, max. eine Flasche Wein/Woche, seltener als jeden zweiten Tag
Kategorie 4:	Selten, bis zu zweimal im Monat
Kategorie 5:	Nein, nie
Kategorie 99:	Keine Angabe, weiß nicht

#### Frage 3.3. Trinken Sie Kaffee oder Tee? (Wenn ja, in welchem Umfang?)

Variable 1:	Ja, Kaffee
Variable 2:	Ja, Tee (schwarzer Tee) <Kräutertee zählt nicht mit>
Kategorie x.1.:	1 bis 2 Tassen / 1 Becher pro Tag
Kategorie x.2.:	bis zu 1 Kanne (bis 4 bis 5 Tassen) pro Tag
Kategorie x.3.:	mehr als 1 Kanne (über 5 Tassen) pro Tag

Kategorie x.4.: nein  
 Kategorie 99: keine Angabe, weiß nicht

**Frage 3.4. Ist Ihre Ernährung ausgewogen? In welcher Weise achten Sie darauf?**

Kategorie 1: Nein, ich achte nicht (wirklich) drauf  
 Kategorie 2: Ja im Prinzip schon, mit Einschränkung, eigentlich eher essen was schmeckt, Süßigkeiten, unregelmäßig, kein oder kaum fast-food, eher nur am Wochenende  
 Kategorie 3: Ja, ausgewogen, Obst, Gemüse, wenig Fett, wenig Fleisch, oft Fisch, Geflügel, Frischkost, Biokost, Vitamine, regelmäßig, schmeckt  
 Kategorie 99: Keine Angabe, weiß nicht, sonstiges

**Frage 3.4.1. Sind Sie mit Ihrem Gewicht zufrieden?**

Kategorie 1: Ja, tendenziell ja  
 Kategorie 2: Nein, zu viel, zugenommen  
 Kategorie 3: Nein, zu wenig, abgenommen  
 Kategorie 4: Nein  
 Kategorie 99: keine Angabe, weiß nicht

**Frage 3.4.2. Sind Sie mit Ihren Ernährungsgewohnheiten zufrieden? Wenn nein, was würden Sie daran ändern wollen?**

Kategorie 1: Ja  
 Kategorie 2: Tendenziell ja, außer einigen Kleinigkeiten, im Großen und Ganzen, nicht so ganz  
 Kategorie 3: Nein  
 Variable x.1.: regelmäßigerer Mahlzeiten, auch mittags essen, mehr Mahlzeiten am Tag, mehr Ruhe beim Essen, mehr Zeit für die Mahlzeiten  
 Variable x.2.: weniger essen, eine Diät machen  
 Variable x.3.: gesünder essen, mehr Salat/ Gemüse/ Obst/ Vollwertkost, abwechslungsreicher, mehr trinken, weniger Süßes, weniger Fett,  
 Kategorie 99: keine Angabe, weiß nicht

**Frage 3.5. Haben Sie in den letzten Jahren an Vorsorgeuntersuchungen teilgenommen? Wenn nein, warum nicht?**

Kategorie 1: Ja  
 Kategorie 2: Nein  
 Kategorie 2.1.: Zeitproblem  
 Kategorie 2.2.: Unkenntnis  
 Kategorie 2.3.: betrifft mich nicht, irrationale Gründe, denke nicht dran, bin gesund, Zweifel am Sinn, konnte mich noch nicht überwinden  
 Kategorie 99: keine Angabe, keine Begründung

**Frage 4.1. Ermutigen Sie Patienten, sich körperlich zu betätigen?**

Kategorie 1: Ja, immer, auf jeden Fall, regelmäßig  
 Kategorie 2: Ja, wenn es therapeutisch passt, wenn es sinnvoll ist, empfehle es, Patient entscheidet selber, wenn es nötig ist, wenn es wichtig scheint  
 Kategorie 3: Selten, hin und wieder, eher weniger  
 Kategorie 4: Nein, weil sie es von mir nicht annehmen  
 Kategorie 5: Nein, weil es nicht zu meiner Aufgabe gehört, gehört nicht zu meinem Programm  
 Kategorie 6: Nein, weil ich das selber nicht tue, selber sportfaul  
 Kategorie 99: Keine Angaben, weiß nicht

**Frage 4.1.1. Geben Sie Patienten Informationen bzw. Ratschläge zum gesundheitlichen Nutzen von körperlicher Aktivität?**

Kategorie 1: Ja, grundsätzlich, ist wichtiger Bestandteil der Therapie, sozialer Aspekt ist dabei wichtig, psychischer Ausgleich, besonders bei Kindern  
 Kategorie 2: Ja, nur wenn es zum Krankheitsbild passt, wenn es sinnvoll ist, wenn es zur Therapie passt, bei funktionellen Störungen, wenn es im Sinnzusammenhang steht  
 Kategorie 3: Ja, wenn das Gespräch drauf kommt, wenn es Thema wird, wenn es sich ergibt, bei entsprechendem Anlass  
 Kategorie 4: Selten, wenig, kaum  
 Kategorie 5: Nein, nur Verstärkung der eigenen Patientenideen, keine direkte Anordnung  
 Kategorie 6: Nein, nur allgemeingültige Informationen

- Kategorie 7: Nein, psychotherapeutischer Abstand, passt nicht zur Analyse, ist nicht das eigene Metier  
 Kategorie 99: Keine Angaben, weiß nicht

**Frage 4.1.2. Halten Sie es für eine Aufgabe von Ärzten oder Psychologen, über die Wichtigkeit von körperlicher Aktivität zu informieren?**

- Kategorie 1: Ja, grundsätzlich, unbedingt, ganz sicher, gehört dazu  
 Kategorie 2: je nach dem, im Prinzip ja, wenn sich die Gelegenheit ergibt, keine grundsätzlichen Ratschläge, je nach Patientengruppe, wenn es zum Patienten passt, wenn es wichtig ist  
 Kategorie 3: Nein  
 Kategorie 99: Keine Angaben, weiß nicht

**Frage 4.2. Betrachten Sie körperliche Aktivität auch für sich selbst als wichtig?**

- Kategorie 1: Ja  
 Kategorie 2: teils- teils, es geht, nicht so wichtig, wechselnde Phasen  
 Kategorie 3: Nein  
 Kategorie 99: Keine Angaben, sonstiges

**Welchen Stellenwert hat körperliche Aktivität in Ihrem Leben?**

- Kategorie 1: Hoher Stellenwert, regelmäßig Sport, täglich raus  
 Kategorie 2: Mittlerer Stellenwert, erst nach Krankheit, manchmal zu faul, brauche nicht viel, tue zu wenig  
 Kategorie 3: Geringer Stellenwert, macht keinen Spaß, keine Zeit  
 Kategorie 99: Keine Angaben, sonstiges

**Warum?**

- Variable 1: *psychisch/ sozial*: bessere Stimmung, ausgeglichen, bringt Spaß, Zufriedenheit, Gelassenheit  
 Variable 2: *körperlich*: bessere Kondition, fitter, weniger Beschwerden, positive Beeinflussung der Gesundheit, besseres Körpergefühl, Stressabbau, weniger Schmerzen, gute Erholung, vorbeugend  
 Variable 3: *mental*: Abstand, kein Reden nötig, Kopf frei, meditativ  
 Variable 4: *allgemeines*: gegen das Altern, zum Ausgleich, einfach ein gutes Gefühl, Wohlbefinden, Entspannung, tut gut, ist gesund, gehört zum Leben

**Frage 4.3. Ist Ihre berufliche Tätigkeit überwiegend sitzend oder stehend?**

- Kategorie 1: sitzend  
 Kategorie 2: stehend  
 Kategorie 3: beides, sowohl- als auch, mit Bewegungselementen  
 Kategorie 99: Keine Angaben, nicht beurteilbar

**Frage 4.4. Treiben Sie Sport?**

- Kategorie 1: Ja  
 Kategorie 2: Nein  
 Kategorie 3: Unregelmäßig  
 Kategorie 4: nicht wirklich, andere Form der Bewegung  
 Kategorie 99: Keine Angabe, sonstiges

**Frage 4.4.1. Welche Art von Sport?**

- Variable 1: Radfahren, (Berg-) Wandern, Spaziergehen, Heimtrainer  
 Variable 2: *Schwimmen*, Tauchen  
 Variable 3: *Laufen*, Joggen, Walken, Inliner, Klettern, Rennrad, Radsport, Mountainbike  
 Variable 4: *Fitness*, Gymnastik, Aerobic, Bodybuilding (Kieser)  
 Variable 5: *Tennis*, Badminton, Tischtennis, Squash  
 Variable 6: *Mannschafts- (-ball)sport*: Fußball, Volleyball, Handball  
 Variable 7: Golf  
 Variable 8: Reiten  
 Variable 9: *Wassersport*: Segeln, Surfen  
 Variable 10: *Wintersport*: Skifahren  
 Variable 11: *Tanzen*, Jazzdance, Authentic Movement

Variable 12: „asiatische“ Sportarten: Tai Chi, Chi- gong, Aikido, Körperbewusstsein

**Wie häufig?**

Kategorie 1: kein Sport, 0 Stunden  
 Kategorie 2: oft Sport, 2- 4 Std./ Woche, bis 2-mal/ Woche  
 Kategorie 4: viel Sport, über 5 Std./ Woche, 3-mal/ Woche und öfter  
 Kategorie 99: Keine Angaben, sonstiges

**Frage 4.4.2. Nach welchen Kriterien haben Sie den Sport für sich ausgewählt?**

Kategorie 1: gesundheitliche Aspekte, vernünftig, lindernd, verbessernd  
 Kategorie 2: Flexibilität, zeitlich/ örtlich unabhängig, gut erreichbar, unmittelbar verfügbar, zum Alltag passend  
 Kategorie 3: soziale Aspekt, Beisammensein mit Familie/ Freunden, Gruppenerleben  
 Kategorie 4: Spaß, Freude, Können, Entspannung  
 Kategorie 5: Schönheit, Kosmetik  
 Kategorie 99: Keine Angabe, weiß nicht

**Frage 4.5. Bewegen Sie sich selbst ausreichend viel?**

Kategorie 1: Ja  
 Kategorie 2: mehr erwünscht, noch nicht genug, es könnte/ dürfte mehr sein, regelmäßiger, kontinuierlicher, es geht  
 Kategorie 3: Nein  
 Kategorie 99: Keine Angaben, weiß nicht

**Frage 4.5.1. Wie viele Stunden pro Woche im Durchschnitt- für körperliche Betätigung insgesamt?**

**War diese Woche typisch?**

Kategorie 1: Ja  
 Kategorie 2: Nein  
 Kategorie 99: Keine Angabe, weiß nicht

**Frage 4.5.2. Ist es die richtige bzw. gewünschte Form der Bewegung?**

Kategorie 1: Ja  
 Kategorie 2: teils- teils, es könnte noch mehr sein, anders, besser  
 Kategorie 3: Nein  
 Kategorie 99: Keine Angaben, weiß nicht

**Frage 4.5.3. Haben Sie extra Sporturlaub unternommen?**

Kategorie 1: Ja  
 Kategorie 2: Selten, lange her  
 Kategorie 3: Nein  
 Kategorie 99: Keine Angaben, sonstiges

**Frage 5.1. Möchten Sie im Hinblick auf körperliche Betätigung etwas ändern? Warum? Warum nicht?**

Variable 1: Ja, *Menge*: noch zu wenig, regelmäßiger, auch im Winter, mehr Konstanz  
 Variable 2: Ja, *Gesundheit*: Beschwerden lindern, bessere Gesundheit, mehr für den Körper tun, mehr Fitness, mehr Wohlbefinden  
 Variable 3: Ja, *Spaß*: etwas machen, was mehr Spaß macht  
 Variable 4: Nein, es ist gut so, wie es ist, Bewegung reicht aus, zufrieden so  
 Variable 5: Nein, persönliche oder örtliche Gründe  
 Variable 6: Unsicher, fragliche Motivation, eigentlich wäre es gut

**Frage 5.1.1. Was hindert Sie daran?**

Variable 1: Zeitfaktor, Belastung durch Beruf/ Familie  
 Variable 2: Bequemlichkeit, Disziplin, Passivität, Aufwand  
 Variable 3: nicht erwähnt

**Frage 5.1.2. Haben Sie sich für die nächste Zeit diesbezüglich etwas vorgenommen?**

Kategorie 1: Ja  
 Kategorie 2: Nein  
 Kategorie 3: Unsicher

Kategorie 99: weiß nicht, keine Angaben

**Wenn ja, was?**

Kategorie 1: Regelmäßigkeit, Kontinuität, auch im Winter, wetterunabhängig  
 Kategorie 2: andere/ bestimmte Sportarten, Fitness- Studio  
 Kategorie 3: Menge verändern/ steigern, für bestimmten Zeitraum mehr Bewegung, z.B. im Urlaub  
 Kategorie 4: Prioritäten setzen, Entlastung bei der Arbeitszeit  
 Kategorie 5: es soll so bleiben  
 Kategorie 99: Sonstiges

**Frage 5.2. Bewegen Sie sich mehr oder weniger als vor 5 (10) Jahren? Warum?**

Variable 1: weniger, beruflich eingespannt  
 Variable 2: weniger, gesundheitliche Einschränkung, Alter  
 Variable 3: weniger, familiäre Gründe, Zeitmangel  
 Variable 4: weniger, keine Lust  
 Variable 5: mehr, familiär mehr Zeit, Kinder groß  
 Variable 6: mehr, gesundheitliche Gründe, Fitness, Schönheit, mehr Bewusstheit, Alter  
 Variable 7: mehr, soziale Gründe, Freunde, in Gesellschaft  
 Variable 8: mehr, andere Lebensverhältnisse  
 Variable 9: gleich viel, immer schon Sport gemacht, konstant

**Frage 5.3. Haben Sie Freude an körperlicher Betätigung?**

Kategorie 1: Ja  
 Kategorie 2: teils- teils, je nach dem  
 Kategorie 3: Nein, nicht wirklich  
 Kategorie 99: Weiß nicht, keine Angaben

**Frage 5.4. Welche Auswirkungen von Sport kommen Ihnen in den Sinn?**

**Körperlich = Kategorie 1**

Variable 1: Gesundheitsförderung, Herz- Kreislauf, Kraft, Gelenke, muskuläre Entspannung, Durchblutung, mehr Kondition, Fitness, weniger krank  
 Variable 2: Stressabbau, Abreaktion, Auspowern  
 Variable 3: körperliches Wohlbefinden, Lebendigkeit, Vitalität, gutes Körpergefühl, Körperkontrolle, Aussehen  
 Variable 4: Ermüdung, Beruhigung, Erschöpfung, Zufriedenheit, guter Schlaf  
 Variable 5: negative Auswirkungen, Verletzungen, Krankheit, Ausgepowert, Kaputt

**Emotional = Kategorie 2**

Variable 6: Stimmungsaufhellung, Freude, Wohlergehen, Glücksgefühl, Selbstbewusstsein, Optimismus, Stolz, Erfolgserlebnis, Hochgefühl, bessere Ausstrahlung, Spaß, Lebendigkeit  
 Variable 7: Entspannung, Beruhigung, Ausgeglichenheit, Gelassenheit, , besserer Schlaf  
 Variable 8: mentaler Abstand, Kopf frei von Gedanken, frei fühlen, Wachheit, geistig beweglich  
 Variable 9: Geselligkeit, sozialer Aspekt, Gemeinsamkeit, Familie, Freunde  
 Variable 10: Verbundenheit mit der Natur, Natur erleben, Wind und Wetter  
 Variable 11: negative Auswirkungen, Misserfolge, Unzufriedenheit

**Frage 5.5. Treiben Sie Sport eher alleine oder in Gesellschaft?**

Kategorie 1: alleine  
 Kategorie 2: in Gesellschaft  
 Kategorie 3: sowohl als auch  
 Kategorie 99: Keine Angaben, sonstiges

**Mit wem treiben Sie Sport?**

Variable 1: Partner/in, Ehefrau, Ehemann  
 Variable 2: Kind/er  
 Variable 3: Freund, Freundin  
 Variable 4: Trainer, Coach, Lehrer

Variable 5: Gruppe, Verein, Trainingsbekannte

**Frage 5.5.1. Treibt Ihr Partner Sport?**

Kategorie 1: Ja  
 Kategorie 2: Nein  
 Kategorie 3: Kein Partner

**Wenn ja, in welchem Umfang?**

Kategorie 1: kein Sport  
 Kategorie 2: 1- 2 Std./ Woche  
 Kategorie 3: 2- 4 Std./ Woche  
 Kategorie 4: über 5 Std./ Woche  
 Kategorie 5: kein Partner  
 Kategorie 99: Sonstiges, keine Angaben

**Welchen Sport bzw. körperliche Betätigung üben Sie zusammen aus?**

Variable 1: Radfahren, (Berg-) Wandern, Spaziergehen, Heimtrainer  
 Variable 2: Schwimmen, Tauchen  
 Variable 3: Laufen, Joggen, Walken, Inliner, Klettern, Rennrad, Radsport, Mountainbike  
 Variable 4: Fitness, Gymnastik, Aerobic, Bodybuilding (Kieser)  
 Variable 5: Tennis, Badminton, Tischtennis, Squash  
 Variable 6: Mannschafts- (-ball)sport: Fußball, Volleyball, Handball  
 Variable 7: Golf  
 Variable 8: Reiten  
 Variable 9: Wassersport: Segeln, Surfen  
 Variable 10: Wintersport: Skifahren  
 Variable 11: Tanzen, Jazzdance, Authentitic Movement  
 Variable 12: „asiatische“ Sportarten: Tai Chi, Chi- gong, Aikido, Körperbewusstsein  
 Variable 13: keine, nichts

**Frage 5.6. Sind Sie zufrieden mit Ihrer körperlichen Leistungsfähigkeit?**

Kategorie 1: Ja  
 Kategorie 2: teils- teils, indifferent, relativ  
 Kategorie 3: Nein  
 Kategorie 99: Weiß nicht, keine Angaben

**Was wäre Ihr Ideal für Sie selbst?**

Kategorie 1: Verbesserung, mehr Fitness, mehr Kraft, mehr Entspannung, öfter und regelmäßig  
 Kategorie 2: Status erhalten, gleich bleiben, fit bleiben, dabei bleiben  
 Kategorie 3: kein Ideal, zufrieden so, es ist gut wie es ist, Hauptsache ist Wohlfühlen  
 Kategorie 4: trotz kritischer Punkte kein Antrieb etwas zu ändern  
 Kategorie 99: Sonstiges

**Frage 5.7. Wie schätzen Sie das Ausmaß von körperlicher Betätigung von Ärzten (Psychologen) im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung ein?**

Kategorie 1: mehr  
 Kategorie 2: weniger  
 Kategorie 3: gleich viel, kein Unterschied  
 Kategorie 99: Sonstiges, keine Angaben

**Speziell im Vergleich zu Psychologen (Ärzten)?**

Kategorie 1: mehr  
 Kategorie 2: weniger  
 Kategorie 3: gleich viel, kein Unterschied  
 Kategorie 99: Sonstiges, keine Angaben

**Warum?**

Variable 1: mehr Gesundheitsbewusstsein, mehr Körperbewusstsein, mehr Wissen und Beachten über/ von ganzheitliche(n) Zusammenhänge(n)  
 Variable 2: weniger Gesundheitsbewusstsein, weniger Körperbewusstsein, kein/ mangelndes Bewusstsein für ganzheitliche Zusammenhänge

- Variable 3: Zeitfaktor (weniger/ mehr Zeit), Arbeitsbelastung  
 Variable 4: Ignorieren des eigenen fachlichen Wissens, schlechte persönliche Versorgung trotz Wissen, keine Lust  
 Variable 5: wie der Bevölkerungsdurchschnitt, die Menschen sind alle gleich, nicht vom Beruf abhängig  
 Variable 6: Vermutung, Intuition, persönliches Kennen

**Frage 5.8. Wenn Sie Ihren Lebensstil einmal kritisch überdenken, glauben Sie, dass er Ihre Gesundheit eher fördert oder eher beeinträchtigt?**

- Kategorie 1: beeinträchtigt, schadet, schädlich, nicht fördernd  
 Kategorie 2: etwas/ phasenweise/ vielleicht/ mäßig beeinträchtigt, wenig förderlich/, es stimmt nicht alles  
 Kategorie 3: teils- teils, weder- noch, hält sich die Waage, ohne großen Einfluss  
 Kategorie 4: etwas fördert, tolerabel, ganz o.k.  
 Kategorie 5: fördert, nicht schädigt, nicht beeinträchtigt  
 Kategorie 99: Keine Angabe, nicht quantifizierbar

**Frage 6.1. Als Therapeut sind Ihnen verschiedene Entspannungstechniken wie Autogenes Training, Progressive Muskelrelaxation etc. bekannt.**

**Praktizieren Sie selber solche Entspannungstechniken?**

- Variable 1: Autogenes Training (AT)  
 Variable 2: Meditationstechniken, Zen  
 Variable 4: Selbsthypnose, Hypnotechniken, KB  
 Variable 5: allgemein, andere  
 Kategorie 1: ja  
 Kategorie 2: ja, ab und zu, unregelmäßig, manchmal  
 Kategorie 3: nein  
 Kategorie 99: Keine Angaben, sonstiges

**Wenn ja, ist diese Art, Entspannung zu finden, für Sie eine Alternative zu aktiver Bewegung?**

- Kategorie 1: ja, Alternative zu aktiver Bewegung  
 Kategorie 2: keine Alternative, Ergänzung  
 Kategorie 99: Keine Angabe, trifft nicht zu

**Warum? Welchen Effekt hat das im Unterschied zu aktiver Bewegung?**

- Variable 1: fördert psychische/ mentale Entspannung, Stressabbau, Erholung, Ruhe, Schlafersatz, Schlafinduktion  
 Variable 2: mentale Wachheit, Klarheit, Energie, Konzentration, Zentrierung  
 Variable 3: bequemer, keine körperliche Erschöpfung

**Frage 6.2. Wie schaffen Sie es, Abstand zu gewinnen? Was hilft Ihnen dabei?**

- Variable 1: räumlicher/ zeitlicher Abstand, Distanz zwischen privat und Beruf  
 Variable 2: Arbeitszeit regulieren, Pausen machen, Zeit haben  
 Variable 3: Familie, Freunde, soziale/emotionale Gemeinschaft, gut für sich sorgen, einfach reden, telefonieren  
 Variable 4: Ausbildung, berufliche Erfahrung, Diagnosen beachten, keine Häufung von schwierigen Patienten, Patientenzahl begrenzen, Regulieren von Nähe und Distanz  
 Variable 5: Supervision, Intervision, Fortbildung, kollegialer Austausch, eigene Therapie  
 Variable 6: körperliche Betätigung, Bewegung, Sport  
 Variable 7: Meditation, Entspannungstechniken  
 Variable 8: aktiv Kultur, Musik, Kunst, Literatur, Hobbys  
 Variable 9: Alleinsein, Rückzug  
 Variable 10: Verdrängung, keine Auseinandersetzung damit  
 Variable 11: Erschöpfung, Passivität  
 Variable 12: Alkohol  
 Variable 13: Fernsehkonsum  
 Variable 14: irgendwie, es geht einfach so, wie ein Schalter, keine Ahnung

**Frage 6.3. War es am Anfang Ihrer Berufstätigkeit schwerer oder leichter als später?**

- Kategorie 1: schwerer

Kategorie 2:	leichter
Kategorie 3:	eher fallabhängig, vom Thema abhängig
Kategorie 4:	belastungsabhängig, je nach Kraft, dosisabhängig
Kategorie 5:	weder- noch, inhaltliche Verschiebungen, andere Technik
Kategorie 99:	Sonstiges, keine Angaben

**Frage 6.4. War Ihre Psychotherapieausbildung dafür geeignet, sich auf die Belastungen und auch auf die Möglichkeiten der Distanzierung vorzubereiten und einzustellen?**

Kategorie 1:	ja
Kategorie 2:	teils- teils, begrenzt, eher nur verstärkender Effekt von persönlichen Fähigkeiten
Kategorie 3:	nein
Kategorie 99:	Keine Angaben, weiß nicht

**Frage 6.5. Worin sehen Sie einen Unterschied zu (somatisch tätigen) Ärzten?**

Variable 1:	keinen Unterschied in der Belastung, anderes Arbeiten, andere Art der Schicksale
Variable 2:	(somatisch tätige) Ärzte sind mehr belastet, lernen weniger Distanzierung, keine helfenden psychodynamische Überlegungen zum Patienten, weniger ganzheitliche Aspekte, weniger Repertoire zur Distanzierung, weniger Selbstreflexion
Variable 3:	(somatisch tätige) Ärzte sind mehr belastet, weil weniger Beachten der persönlichen Psychohygiene, kein Abstand, weniger Grenzsetzung, mehr Verantwortungsübernahme für Patienten
Variable 4:	(somatisch tätige) Ärzte lernen weniger Distanzierung, weil gesellschaftliche Erwartung höher, erwartetes Aufopfern, hierarchiebedingtes Mehrarbeiten
Variable 5:	(somatisch tätige) Ärzte sind weniger belastet, distanzieren sich besser, weil Beschränkung auf den Körper, keine Auseinandersetzung auf der Beziehungsebene zum Patienten, keine Übertragungsarbeit, kurze Patientenkontakte, mehr Abwechslung
Variable 6:	(somatisch tätige) Ärzte sind weniger belastet, weil schneller erlebte Erfolgserlebnisse, schnellere Heilung
Variable 7:	(somatisch tätige) Ärzte sind weniger belastet durch bessere Verdrängung, praktisches Abreagieren durch Handeln
Variable 8:	nicht vergleichbar, weil inhaltlich anders, Beziehungsebene zum Patient spielt andere Rolle
Variable 9:	nicht vergleichbar, weil andere Ausbildungsschwerpunkte, Inhalt der Psychotherapeutenausbildung anders/ besser

**Frage 6.6. Glauben Sie, dass es einen Unterschied für die persönliche Belastung macht, ob Sie therapeutisch mit Kindern bzw. Jugendlichen und ihren Familien oder einzig mit Erwachsenen arbeiten? Wenn ja: Worin sehen Sie den Unterschied?**

Kategorie 1:	Kein Unterschied in der Belastung, andere Form der Arbeit, nicht zu vergleichen, hängt vom individuellen Störungsbild ab, hängt vom Setting ab, hängt von Ausbildung ab, beides hat Belastungen, gleicht sich aus
Kategorie 2:	Arbeit mit Erwachsenen ist leichter, mit Kindern ist es schwerer, belastet mehr, mehr Verantwortung, schwere Elternarbeit, ganzes System ist komplexer, weniger Veränderungsbereitschaft bei Familien, größerer Wunsch des Therapeuten zu verändern, geht mehr unter die Haut, Kinder sind grundsätzlich anstrengend, bessere Distanzierung bei Erwachsenen, Erwachsene sind eigenverantwortlich
Kategorie 3:	Arbeit mit Erwachsenen ist schwerer, mit Kindern ist es leichter, weniger Belastung, mehr Vitalität, mehr Bewegung, freudige unmittelbare Affekte, bessere Selbstheilungskräfte, mehr Abwechslung, andere sind auch für Kind verantwortlich, Erwachsene sind komplexer, Psychopathologie verhärteter
Kategorie 99:	Sonstiges, keine Angabe (incl. weiß nicht, nicht zu beurteilen, keine Erfahrung mit Kindern oder Erwachsenen)

**Frage 6.7. Was gab für Sie den Ausschlag zu Ihrer diesbezüglichen fachspezifischen Berufswahl?**

Kategorie 1:	Zufall, freie Stelle, hat sich so ergeben, abhängig von klinischen Rahmenbedingungen, kollegiale Information, von KV- Zulassung abhängig
Kategorie 2:	nie an andere Möglichkeit gedacht, nie andere Idee gehabt, anderes kam nie in Frage
Kategorie 3:	bewusste Entscheidung, bewusstes Abwägen, persönliche Erfahrung, konkrete Vorstellung von der Arbeit, persönlicher Werdegang, Neigung

- Kategorie 4: keine Information über andere Möglichkeiten, Unwissen  
 Kategorie 5: keine Entscheidung getroffen, da Doppelzulassung, sowohl Kinder als auch Erwachsene in Therapie  
 Kategorie 99: Keine Angaben, sonstiges (incl. weiß nicht)

**Frage 6.8. Hat das Studium Ihnen geholfen, sich auf die Arbeit und auch, wie man sich von ihr distanziert, vorzubereiten?**

- Kategorie 1: ja  
 Kategorie 2: etwas, eher nur Anregungen, wenig, ein bisschen  
 Kategorie 3: unsicher  
 Kategorie 4: nein  
 Kategorie 99: Sonstiges, keine Angaben

**Frage 6.9. Wie schätzen Sie das bei Psychologen (Ärzten) ein?**

- Kategorie 1: genau so, nicht anders, kein Unterschied  
 Kategorie 2: Studium ist besser, mehr praktische Erfahrung, mehr Übungen, mehr theoretischer Hintergrund, mehr Infos  
 Kategorie 3: Studium bietet weniger, schlechter, zu theorielastig, keine praktische Erfahrung  
 Kategorie 4: nicht zu beurteilen, keine Ahnung, weiß nicht, kein Einblick in anderes Studium  
 Kategorie 99: Sonstiges, keine Angaben

**Frage 6.10. Welche Art der Selbsterfahrung haben Sie gemacht?**

- Variable 1: Einzelselbsterfahrung, Lehranalyse  
 Variable 2: Gruppenselbsterfahrung  
 Variable 3: Balintgruppe  
 Variable 4: Eigentherapie  
 Variable 5: keine

**Frage 6.11. Nehmen Sie zurzeit an einer Supervision oder Intervention teil?**

- Variable 1: Supervision einzeln  
 Variable 2: Supervision Gruppe  
 Variable 3: Interventionsgruppe, kollegiale Supervision  
 Kategorie 1: Ja, regelmäßig  
 Kategorie 2: Ja, nach Bedarf  
 Kategorie 3: Ja, als eigene Therapie, im Rahmen der Therapie  
 Kategorie 4: Nein  
 Kategorie 99: Sonstiges, keine Angaben

**Frage 6.12. Würden Sie sich heute, mit den Erfahrungen, die Sie haben, wieder für Ihren derzeitigen Beruf entscheiden?**

- Kategorie 1: Ja, uneingeschränkt, überwiegend  
 Kategorie 2: Eingeschränkt ja, Beruf OK, aber Wunsch nach Veränderung, nur noch Teilaspekte des Berufs, ohne Verwaltungsarbeit  
 Kategorie 3: Unsicher, teils- teils, wahrscheinlich  
 Kategorie 4: Nein  
 Kategorie 99: Sonstiges, keine Angaben

**Beruf des Partners**

- Kategorie 1: Arzt/ Ärztin  
 Kategorie 2: medizinischer Hilfsberuf, Krankenschwester/ pfleger, Arzthelferin, MTA, Apotheker  
 Kategorie 3: Psychologe, Psychotherapeut  
 Kategorie 4: Heilpraktiker  
 Kategorie 5: Lehrer, Pädagoge, Studienrätin, Dozent, Sozialarbeiter, Erzieherin, Kindergärtnerin  
 Kategorie 6: kaufmännische Berufe: Industrie, BWL, selbst. Kaufmann, Bürokaufmann/ frau, Versicherungsangestellter  
 Kategorie 7: technische Berufe: Ingenieur, Elektromeister, Architekt, Stadtplaner, Informatiker, EDV  
 Kategorie 8: beratende Tätigkeit: Jurist, Rechtsanwalt, Notar, Steuerberater  
 Kategorie 9: kreative Tätigkeit: Werbung, Film, Mode, Design, Photograph

Kategorie 10:	Student/ in
Kategorie 11:	Hausfrau/ Mutter
Kategorie 12:	Mithilfe in der eigenen Praxis (auch ohne Berufsausbildung), Sprechstundenhilfe, Arzthelferin
Kategorie 99:	sonstiges, keine Angaben

## **D Erklärung**

„Ich erkläre: Ich habe die vorgelegte Dissertation selbständig, ohne unerlaubte fremde Hilfe und nur mit den Hilfen angefertigt, die ich in der Dissertation angegeben habe. Alle Textstellen, die wörtlich oder sinngemäß aus veröffentlichten oder nicht veröffentlichten Schriften entnommen sind, und alle Angaben, die auf mündlichen Auskünften beruhen, sind als solche kenntlich gemacht. Bei den von mir durchgeführten und in der Dissertation erwähnten Untersuchungen hab ich die Grundsätze guter wissenschaftlicher Praxis, wie sie in der „Satzung der Justus-Liebig-Universität Gießen zur Sicherung guter wissenschaftlicher Praxis“ niedergelegt sind, eingehalten.“

## F Danksagung

Mein Dank geht zunächst an alle ärztlichen und psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, die sich auf das Thema einließen und sich die Zeit nahmen, mir für das Interview zur Verfügung zu stehen und die damit zum Gelingen dieser Arbeit entschieden beitrugen.

Besonders möchte ich mich bei Herrn Prof. Dr. med. Ch. Reimer sehr herzlich bedanken für die Chance, diese Arbeit überhaupt und zu diesem Thema machen zu dürfen, für sein Zutrauen, die sehr freundliche Unterstützung und für seine Geduld!

Herrn Dr. biol. hom. H.B. Jurkat, Dipl.-Psych., danke ich dafür, dass er mir die nötigen Instrumente zur Datenerhebung, die Auswertung der *sf-36*-Daten und die Vorlage für den Kodierleitfaden zur Verfügung stellte, ebenso für seine einleitende Beratung.

Frau Dipl.-Psych. Elitsa Uzenova danke ich für die Hilfe bei der Erstellung der Kodiermaske, der Kodierung als zweite Raterin und für die Hilfe bei der Statistik.

Die abschließende sehr kompetente und freundliche Unterstützung durch Frau Dipl.-Psych. Sandra Bausch verdient meinen besonderen und ausdrücklichen Dank!

Für die immerwährende Freundschaft und persönliche Unterstützung, die guten Ratschläge, das Interesse, die fachlichen Debatten und konstruktiven, aufmunternden und tröstenden Gespräche danke ich meiner Familie und all meinen Freundinnen und Freunden, besonders Dagmar Lehmhaus-Wachtler, Helgard Weise-Sunnus und Theo Sunnus und Dr. med. Hermann Ostmeier.

Schließlich möchte ich mich aus tiefstem Herzen bei meinen Eltern bedanken, die mich während meines persönlichen und beruflichen Werdegangs immer unterstützt haben. Ihr Leben bis heute in ihr hohes Alter hat meinen allergrößten Respekt, sie sind und bleiben in Vielem ein Vorbild.