

# Zehn Jahre Psychotherapeutengesetz aus Sicht der Patienten: Erstzugangsrecht gut und schön, aber sind die Probleme nicht die alten?

Jürgen Matzat

Kontaktstelle für Selbsthilfegruppen, Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie der Justus-Liebig-Universität Gießen

**Zusammenfassung:** Das Psychotherapeutengesetz bedeutete ohne jeden Zweifel einen Fortschritt. Bei den derzeitigen Feiern anlässlich seines 10-jährigen Jubiläums wird naturgemäß im Wesentlichen aus Sicht der Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten darüber diskutiert. Die Profession vergewissert sich ihrer selbst, ihrer Position im Gesundheitssystem und ihrer ökonomischen Absicherung. In diesem Artikel soll nun aus einer anderen Perspektive – aus der von Patientinnen und Patienten – auf das Gesetz, auf die Profession und vor allem auf die Realität der Versorgungslage geblickt werden. Resultat: Vieles stellt sich dem Betrachter recht positiv dar, aber weitere Verbesserungen sind durchaus noch möglich und aus Patientensicht wünschenswert. Sie würden systematische und gemeinsame Anstrengungen erfordern.

## Zum Erfolg

Dies mal zu aller erst: Der Gemeinschaft der Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten ist aufs herzlichste zu gratulieren zum Psychotherapeutengesetz, dessen 10-jährige Existenz in diesem Jahr auf vielerlei Weise thematisiert und gefeiert wird. Es ist ja zu einem großen Teil ihr Verdienst, dass dieses Gesetz nach jahrelangen berufspolitischen Bemühungen dann endlich in trockene Tücher kam. Viele Fragen wurden geklärt, die Standesreputation deutlich aufgewertet, ein neuer Heilberuf etabliert (den manche „frei“ zu nennen nicht müde werden), relativ gleichberechtigte Mitwirkung in der Selbstverwaltung des Gesundheitswesens erreicht und die Einkommenssituation zumindest für diejenigen, die „im Boot“ sind, nachhaltig gesichert. Dieser von Sigmund Freud seinerzeit so bezeichnete „unmögliche Beruf“ scheint nun doch irgendwie möglich geworden zu sein, eine veritable Profession sogar. Mit einem Wort: *Die Situation der Psychotherapeuten* hat sich deutlich verbessert.

An dieser Stelle könnte dieser kleine Beitrag beendet werden und der Autor sich an strahlenden Gesichtern von Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten erfreuen. Es ehrt das Psychotherapeutenjournal (und seine Leserschaft?) jedoch, dass es auch an anderen Sichtweisen als denen der Profession selber interessiert ist. Entsprechend der Einladung der Redaktion soll nun doch noch die Frage ergänzend hinzu gestellt werden soll: Hat sich durch das Gesetz auch *die Situation der Patienten* verbessert?

## Zur Perspektive

Es steht zu befürchten, dass es nicht viele systematische Studien über die Wirksamkeit von Gesetzgebung gibt; im Zeitalter der „evidenzbasierten Politik“ sind wir ja noch nicht angekommen. So bleibt bedauerlicherweise nur, auf Expertenurteil (natürlich vor allem das eigene) und vielfältige Erfahrungen in der Versorgungslandschaft zurückzugreifen. Diejenigen

des Autors stammen vor allem aus seiner Arbeit in einer *Kontaktstelle für Selbsthilfegruppen* (Matzat, 1999, 2007) ergänzt um Erlebnisse als *Patientenvertreter* in der Gremienwelt des deutschen Gesundheitswesens (Danner & Matzat, 2005 und 2007; Meinhardt, Plamper & Brunner, 2009). An Selbsthilfe-Kontaktstellen wenden sich Menschen (Betroffene, Angehörige sowie kooperationsbereite Fachleute), die sich nach Selbsthilfegruppen, deren Möglichkeiten und Grenzen, Arbeitsweise und Zugangswege, Unterstützungs- und Beratungsmöglichkeiten erkundigen. Übereinstimmend wird aus den fast 300 Selbsthilfe-Kontaktstellen bundesweit berichtet, dass dort die Anzahl der Anfragen wegen psychischer Störungen deutlich zunimmt und dass sich hinter der Frage nach Selbsthilfegruppen häufig die Unkenntnis über das psychotherapeutische Versorgungssystem verbirgt. Diese Menschen stehen sozusagen vor dessen Pforten, finden aber keinen Einlass. Als Beispiel mag dies eine Anfrage per Email an die Gießener Kontaktstelle für Selbsthilfegruppen illustrieren:

„Ich denke, eine psychotherapeutische Behandlung wäre sicherlich sinnvoll. Das habe ich mit ihr auch schon mal erwogen. Sie war allerdings der Meinung, die Kasse würde das nicht zahlen, und wenn, dann müsste sie erst zu einem Neurologen, denn nur der dürfte eine Psychotherapie verordnen, und dort möchte sie aber nicht hin.“

Man sieht, es bleibt noch einiges zu tun. Krankenkassen, Therapeutenverbände,

Kammern, Ausbildungsinstitute, aber auch jede einzelne Therapeutin und jeder einzelne Therapeut sollten sich aufgefordert fühlen, Aufklärungs- und Öffentlichkeitsarbeit zu leisten – auch wenn dies etwa wegen des Abstinenzgebots manchmal schwer fällt –, um auch solche Behandlungsbedürftige zu erreichen, die noch wenig über psychische Störungen und deren Behandlungsmöglichkeiten wissen. Dabei wäre natürlich auf das Psychotherapeutengesetz Bezug zu nehmen, welches ja einen wichtigen Beitrag leistet zu unserem psychotherapeutischen Versorgungssystem, das weltweit keinen Vergleich zu scheuen braucht. Die in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) versicherten 90% der Bevölkerung haben freien und direkten Zugang zu Psychotherapeuten, sie können darauf vertrauen, dass die Approbation Ausweis einer ordentlichen Ausbildung an kompetenten Instituten mit einer staatlichen Zulassung ist, dass die angewandten Verfahren und Methoden einer kritischen Überprüfung durch den Wissenschaftlichen Beirat Psychotherapie und durch den Gemeinsamen Bundesausschuss (Danner & Matzat, 2007) unterliegen und dass die GKV die Kosten übernimmt – wenn auch erst nach einem speziellen Antragsverfahren und mit einer vorgegebenen Dosisbegrenzung. Patienten können theoretisch – ganz im Sinne des „shared decision making“ – darüber mitbestimmen, welches der verschiedenen Verfahren und Settings ihnen als „passend“ erscheint und welche Behandlung sie sich wünschen. All dies sind Errungenschaften, die es aus Patientensicht unbedingt zu verteidigen gilt!

Ungeachtet dessen gibt es in der Alltagsrealität der Versorgung eine ganze Reihe von Problemen, die ungelöst sind, bzw. vor denen der einzelne Betroffene mitunter völlig hilflos steht. Wenn es dem Patienten schon gelingt, die eigenen und die gesellschaftlichen Vorurteile gegenüber Psychotherapie („Ich bin doch nicht verrückt!“) zu überwinden, trifft er auf einen (zumindest gefühlt) finsternen und unwegsamen „Psycho-Dschungel“. Und weit und breit kein ortskundiger Führer in Sicht.

Im Folgenden sollen einige Beispiele für offene Fragen und ungelöste Probleme aufgeführt werden.

## Zu Fragen und Problemen

Vorrangig zu nennen sind die unzumutbaren Wartezeiten. Die diesbezüglichen Untersuchungen (vgl. Schulz et al., 2006) sprechen hier eine klare Sprache und teilen Alarmierendes mit: 1,9 Monate bis zum Erstgespräch und 4,6 Monate bis Therapiebeginn (S. 183). Dies sind Durchschnittswerte, die sich aus regional höchst unterschiedlichen Situationen ergeben. Die psychotherapeutische Versorgung der Bevölkerung variiert bekanntlich stark zwischen Stadt und Land, zwischen Ost und West, zwischen privilegierten und unterprivilegierten Stadtteilen, zwischen Orten mit Universitäten und psychotherapeutischen Ausbildungsinstituten und dem Rest des Landes.

Eine Bedarfsplanung, die diesen Namen verdient, gibt es nicht. Der „Bedarfsplanung“ genannte Prozess ist in Wirklichkeit eine reine Angebotsplanung und sorgt keineswegs für eine gerechte, auch nur annähernd gleiche Versorgung aller Versicherten. Nach den oben genannten Befunden muss man wohl bundesweit von einer massiven Unterversorgung der Bevölkerung (bei großen lokalen Unterschieden) mit psychotherapeutischen Leistungen ausgehen.

Einen unerfreulichen Beitrag zu dieser Unterversorgung liefern auch sog. „Hobby-Praxen“, wo nur wenige Patienten einige Stunden pro Woche behandelt werden, die aber einen vollen Sitz „blockieren“. Es mutet auch merkwürdig an, wenn z. B. Hochschullehrer einen Kassensitz inne haben. Die eigene Kraft ganz und gar dem Wohle der Studenten zu widmen *und* der Versorgungspflicht gegenüber den Versicherten voll zu genügen, dürfte schwerlich miteinander vereinbar sein. Ein Tätigwerden der verantwortlichen Organe der Selbstverwaltung ist bislang jedoch nicht bekannt geworden. Verstärkt wird dieser Missstand zukünftig wohl noch durch die jüngste Aufhebung der Altersbegrenzung, aus Patientensicht eigentlich ein Unding, wie übrigens auch das Verschachern von Kassensitzen (sprachlich mühsam getarnt als Handel mit „Praxen“) (vgl. Bühring, 2007, und entsprechende Leserbriefe in der Mai-Ausgabe des Deutschen Ärzte-

blatts, 2007, S. 228 ff. sowie z. B. Rüping & Soffner, 2009, und Leserbrief in der selben Ausgabe, S. 110). Kassen und Kammern schauen angestrengt weg oder belassen es bei Sprachkosmetik. Hier könnte man eine schlimme Nebenwirkung des Psychotherapeutengesetzes sehen: die Psychotherapeutenorientiert sich ganz ungeniert an Verirrungen der Ärzteschaft. Da bekommt man als Patient manchmal das unguete Gefühl, die Ethik könnte gelegentlich doch der Monetik unterliegen.

Des Weiteren gibt es *Ungleichheiten* zwischen verschiedenen Bevölkerungsgruppen. So ist zum Beispiel bekannt, dass ältere Patienten, Angehörige der Unterschicht, körperlich Kranke, aber auch Kinder und Jugendliche mehr Mühe haben, einen Psychotherapieplatz zu bekommen als die sogenannten YAVIS-Patienten. Was Kinder und Jugendlichen angeht, hat der Gesetzgeber ja gerade eben in die gemeinsame Selbstverwaltung eingegriffen, indem er eine Mindestquote von 20% der Psychotherapiesitze für KJP reserviert hat.

Wer auch nur das geringste von Psychotherapie versteht, wird natürlich sofort einsehen, dass hier ein ganz spezielles Verhältnis zwischen Behandlern und Behandelten entsteht, das getragen sein muss von einer hinreichenden Offenheit, Sympathie und Interesse an dem Patienten. Nach allen Erkenntnissen der Therapieforschung ist es ja vor allem die Beziehung, die heilt. Insofern muss man Psychotherapeuten – anders als man es vielleicht bei sonstigen Heilberufen akzeptieren würde – zugestehen, dass sie in bestimmten Fällen die Übernahme der *Behandlung ablehnen*. Andererseits haben jedoch auch sie einen Versorgungsauftrag (!) gegenüber den Versicherten mit psychotherapeutischen Leistungen. Sie sind eben nicht ganz und gar „freie“, sondern „Kassen-Psychotherapeuten“. Der freien Therapeutenwahl der Patienten kann nicht eine gleichermaßen „freie Patientenwahl“ der Therapeuten gegenüber stehen. Auch aus der Berufsethik müsste hier eigentlich Denk- und Handlungsbedarf entstehen. Für dieses Dilemma ist bislang weit und breit keine Lösung in Sicht – und auch der Autor weiß sie leider nicht. Vermutlich könnte sie am ehesten gelingen, wenn ein irgendwie organi-

siertes Kollektiv (bzw. eine Organisation) von Therapeuten den Versorgungsauftrag für eine bestimmte Region übernimmt – und auch tatsächlich erfüllt.

Aus den langen Wartezeiten und dem umständlichen Procedere der Antragstellung und Begutachtung ergibt sich, dass es für Patienten schwierig ist, *im Notfall* schnell zumindest eine „*kleine Dosis Psychotherapie*“ (im Sinne einer Krisenintervention, Kurztherapie oder diagnostische Abklärung und Beratung) zu erhalten. Die Befreiung der Kurztherapie von der Begutachtungspflicht unter bestimmten Voraussetzungen und die bessere Honorierung von Erstgesprächen bzw. probatorischen Sitzungen stellen hier eine ausgesprochen positive Entwicklung dar. Es gibt aber praktisch keine Psychotherapeuten mit offener „Sprechstunde“. Klinikambulanzen können diese Funktion derzeit wohl noch am ehesten übernehmen.

Am anderen Ende des Dosis-Spektrums gibt es ebenfalls mitunter Probleme, wenn

Behandlungen auf Grund der begrenzten Stundenkontingente beendet werden müssen, obwohl noch Arbeit zu tun wäre. Neuere Untersuchungen belegen ja, dass jedenfalls bei komplexen und chronischen Störungen *längere Behandlungen* (bzw. höhere Stundenzahl) zu größeren und stabileren Effekten führen (Leichsenring & Rabung, 2008). Patienten hatten dies bereits in der Consumer Report Study von Seligman (1996) zu Protokoll gegeben, was Hartmann (2006) für Deutschland replizieren konnte. An dieser Stelle muss auch der Hinweis erfolgen auf den äußerst langlebigen „Mythos“ (vgl. Dahm, 2008, S. 400) von dem angeblichen zweijährigen Intervallzwang, welches zwischen zwei Psychotherapien liegen müsse. Die Psychotherapeuten selbst ist eifrig daran beteiligt, diesen Mythos am Leben zu halten und damit Patienten entsprechend zu verunsichern und falsch zu informieren.

Auch so etwas wie niederfrequente „Erhaltungssitzungen“ und supportive Begleitung von Menschen mit chronischen psy-

chischen Störungen über längere Zeit oder gar auf Dauer haben in unserem Versorgungssystem keinen hinreichenden Platz. Die Fiktion der Heilbarkeit herrscht (ganz analog zur somatischen Medizin) noch weitgehend vor, während ein Konzept von chronischer Erkrankung mit entsprechend rehabilitativ orientierter Behandlung und Betreuung im ambulanten Sektor weniger populär ist. Die *Versorgung chronisch kranker Patienten* muss einen ganz anderen Stellenwert bekommen, was nicht unbedingt ausschließlich mit Langzeittherapie im herkömmlichen Sinne gleichzusetzen ist. In diesem Sinne müssen die Psychotherapie Richtlinien und ihre Umsetzung in der Praxis weiter flexibilisiert werden und der Teilhabe am gesellschaftlichen Leben als Therapieziel Geltung verschafft werden.

Es ergeben sich also vielfältige Reibungsverluste, wenn real existierende Therapeuten mit real existierenden Patienten zu tun haben und gemeinsam ein sinnvolles Vorgehen im Einzelfall praktizieren wollen.

mit Frühbucherkonditionen

## Aktuelle Veranstaltungen 2009 - 2010

Bewegte Psychotherapie - Psychotherapie in Bewegung, DBT für Adoleszente (DBT-A), Traumatherapie, Schematherapie, Gruppentherapie, ADHS im Erwachsenenalter, Interkulturelle Kompetenz, Kunst und Kreativität in der Psychotherapie

...und viele weitere Themen

www.afp-info.de  
bundesakademie@afp-info.de

Die Akademie für Fortbildung ist eine Einrichtung der Deutschen Gesellschaft für Verhaltenstherapie e. V.

INSTITUT FÜR TRAUMATHERAPIE  
OLIVER SCHUBBE

Kammerzertifizierte Seminare

CARMERSTRASSE 10 • 10623 BERLIN  
TELEFON +49 30 4642 185  
INFO@TRAUMATHERAPIE.DE  
WWW.TRAUMATHERAPIE.DE

**Curricula Psychotraumatherapie (DeGPT), 144 FE**  
Berlin, Hamburg und München

**Dreiteilige EMDR-Grundkurse, 48 FE**  
Berlin, Hamburg und München

**Brainspotting I:** 24./25.10.09 Nürnberg, 21./22.11.09 Berlin, 29./30.01.10 Wien, 19./20.03.10 Burgenland  
**Brainspotting II:** 08./09.05.10 Berlin; jeweils 16 FE

**Spezialseminare für Traumatherapeuten**

**Das Innere-Kinder-Retten:** 26./27.09.09 Berlin

**Traumaanamnese und Behandlungsplanung für EMDR und Brainspotting:** 03./04.10.09 Berlin

**Allergie und EMDR:** 13./14.02.10 Berlin

**Transgenerational weitergegebene Traumata und EMDR:** 13./14.03.10 Berlin

**Körperarbeit in der Traumatherapie:** 20.03.10 Würzburg

**Ego-State-Therapie (Einführung):** 16.-18.04.10 Berlin

**Chronische Erkrankungen und EMDR:** 19./20.06.10 Berlin

**EMDR in der Behandlung psychosomatisch Erkrankter:** 20./21.11.10 Berlin

Die Psychotherapierichtlinien bilden hier manchmal ein zu enges Korsett. Andererseits sind sie zugleich ein Stützpfiler unseres psychotherapeutischen Versorgungssystems, der möglicherweise unverzichtbar ist und an dem nicht ohne Not gesägt werden darf.

Was in der gesamten Medizin unter dem Schlagwort „Schnittstellenproblematik“ diskutiert wird, gilt selbstverständlich auch für die Psychotherapie. Unser stationäres Versorgungssystem in Akut-Krankenhäusern und Rehabilitationskliniken dürfte einmalig in der Welt sein (was hier absolut positiv gemeint ist!). Es stellt sich jedoch häufig die Frage, wie es nach der Entlassung mit den Patienten weitergeht, wie und wo und wie schnell sie ggf. am Heimatort eine ambulante Weiterbehandlung finden (sofern sie nicht zuvor bereits in ambulanter Psychotherapie waren), und wie erreicht werden kann, dass stationäre und ambulante Psychotherapie von ihrem Ansatz und ihrer Vorgehensweise auch gut zueinander passen.

Die Frage der „Passung“ – hier nun zwischen Therapeut und Patient – ist natürlich ebenfalls ein ganz zentrales Problem der Versorgung. Es beginnt bereits mit der für Patienten geradezu babylonischen Sprachverwirrung (Neurologe, Psychiater, Psychosomatiker, Psychoanalytiker, Psychotherapeut, Psychologe, manchmal auch noch Heilpraktiker für Psychotherapie). Wer macht was, und wer ist wofür ausgebildet? Wer ist wofür zuständig, und was zahlt die Kasse? Noch wichtiger und schwieriger ist jedoch die Frage: Wie finde ich den „richtigen“ Psychotherapeuten – und zwar den richtigen für mich?!? Worauf ist da zu achten und wer könnte mir bei der Suche helfen?

Wie gehen Patienten dabei vor? Und zu welchem Vorgehen könnte man ihnen raten?

In den Fällen, wo ein vertrauensvolles Verhältnis zum Hausarzt besteht, bzw. wenn dieser sogar der Initiator ist für das Nachdenken über eine Psychotherapie, kommt diesem eine wichtige Zuweisungsfunktion zu. Nach allem, was man so hört, gibt es dabei welche, die diese Aufgabe sehr gut

wahrnehmen können. Vielleicht haben sie eine formale Qualifikation in Psychosomatischer Grundversorgung erworben, vielleicht sind sie einfach begabte Laietherapeuten („natural helpers“) mit hoher Empathie und einer psychologischen Orientierung bei der Ausübung ihres Berufes, vielleicht sind oder waren sie selber von psychischen Störungen betroffen und verfügen also über Erfahrungswissen im Sinne der „Betroffenenkompetenz“. Andere hingegen sind taub und blind, verfügen nicht über das „dritte Ohr“, raten ihren Patienten vielleicht sogar voller Vorurteile von Psychotherapie ab.

Krankenkassen verfügen häufig über Listen, auf denen die von ihnen anerkannten Psychotherapeuten in einer bestimmten Region verzeichnet sind, möglicherweise noch mit einer Angabe darüber, ob sie für Verhaltenstherapie oder psychodynamische Verfahren zugelassen sind, ob sie Gruppentherapie anbieten etc. Dies hilft Patienten zumindest dann, wenn sie sich über die von ihnen präferierte Vorgehensweise bereits im Klaren sind, und es gibt ihnen zumindest die Sicherheit, es hier mit regulären „Kassentherapeuten“ zu tun zu haben.

Vielfach gehören Psychotherapiepatienten zu bestimmten Milieus, in denen eine allgemeine psychologische Orientierung vorherrscht und antitherapeutische Affekte eine geringe Rolle spielen, wo man mit höherer Wahrscheinlichkeit auf Freunde/Bekannte/Nachbarn/Kollegen trifft, die aus eigener Erfahrung einen Tipp geben können und wo man leichter Zugang zu Gesundheitsinformationen aller Art findet. In diesen Fällen spielt dann die Passung zwischen Patient und Krankheitstheorie bzw. Therapietheorie eine große Rolle.

Möglicherweise ist die Suche nach einem Psychotherapeuten im Grunde nicht anders als die nach einem Zahnarzt: Man fragt halt rum, wer einen guten kennt.

Bedauerlicherweise dürfte auch die ehrwürdige Methode des „trial and error“ häufig zur Anwendung kommen. Man fängt mal bei irgendeinem oder -einer an, und wenn es nicht gut läuft, wird halt abgebrochen. Für alle Beteiligten, wie auch für

das Gesundheitswesen insgesamt, ist dies kein erfreulicher Vorgang und ein unnötige Kosten verursachender noch dazu. Wo ist die diagnostizierende, indikationsstellende und zuweisende Instanz für psychotherapiesuchende Patienten?

### Zum Schluss

Dem Autor ist wohlbekannt, wie sehr sich viele Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten engagieren und um eine möglichst gute Versorgung ihrer Patienten bemüht sind. Ihnen ist *persönlich* kein Vorwurf zu machen. Die oben genannten *prinzipiellen* Probleme aus Patientenperspektive bleiben davon jedoch unberührt. Hier muss man sich gemeinsam und in organisierter Weise um *systematische Lösungen* bemühen. Es gilt, ein ohnehin schon sehr gutes Versorgungssystem noch weiter zu verbessern – im Interesse der Patienten und der Bevölkerung insgesamt.

### Interessenkonflikt

Der Autor erklärt, durch die Einladung der Redaktion in einen schweren Interessenkonflikt gestürzt worden zu sein zwischen seiner großen Sympathie für Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sowie dem starken Interesse der Patienten an einer Verteidigung des psychotherapeutischen Versorgungssystems in Deutschland einerseits und andererseits der Notwendigkeit, Fragen und Probleme offen anzusprechen, um Anstöße für weitere Verbesserungen der Versorgung zu geben. Auch nach Aufklärung über Risiken und Nebenwirkungen, die Boten unliebsamer Nachrichten gelegentlich zu erleiden haben, hat er sich für Anstößigkeit entschieden.

### Literatur

- Bühring, P. (2007). Abgabe psychotherapeutischer Praxen: Das richtige Maß finden. *Deutsches Ärzteblatt*, 3, 114-115.
- Dahm, A. (2008). Geschichte der Psychotherapierichtlinien. Geschichtliche Weiterentwicklung der Psychotherapierichtlinien und einige ihrer „Mythen“. *Psychotherapeut*, 53, 397-401.

- Danner, M. & Matzat, J. (2005). Patientenbeteiligung beim Gemeinsamen Bundesausschuss – ein erstes Resümee. *Verhaltenstherapie & Psychosoziale Praxis*, 37 (1), 141-144.
- Danner, M. & Matzat, J. (2007). Zur Weiterentwicklung der Psychotherapie aus Patientensicht – oder: Das Unbehagen im Gemeinsamen Bundesausschuss. *FORUM Psychotherapeutische Praxis*, 7 (2), 76-77.
- Freud, S. (1937, 1950). *Die endliche und die unendliche Analyse*, GW XVI. London: Imago.
- Hartmann, S. (2006). *Die Behandlung psychischer Störungen. Wirksamkeit und Zufriedenheit aus Sicht der Patienten. Die Replikation der „Consumer Report Study“ für Deutschland*. Gießen: Psychosozial-Verlag.
- Leichsenring, F. & Rabung, S. (2008). Effectiveness of long-term psychodynamic psychotherapy: a meta-analysis. *JAMA*, 300 (13), 1551-1565.
- Matzat, J. (1999). Kontaktstelle für Selbsthilfegruppen – Professionelle Hilfe zur Selbsthilfe. In P. Günther & E. Rohrmann (Hrsg.), *Soziale Selbsthilfe – Alternative, Ergänzung oder Methode sozialer Arbeit?* Heidelberg: Universitätsverlag C. Winter Heidelberg GmbH.
- Matzat, J. (2007). „Psycho“-Gruppen – Eine besondere Herausforderung für die Selbsthilfe-Unterstützung. In Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen e.V. (Hrsg.), *Selbsthilfegruppen-jahrbuch 2007* (S. 106-111). Gießen: Eigenverlag.
- Meinhardt, M., Plamper, E. & Brunner, H. (2009). Beteiligung von Patientenvertretern im Gemeinsamen Bundesausschuss. Ergebnisse einer qualitativen Befragung. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, 52, 96-103.
- Rüping, U. & Soffner, K. (2009). Das Nachbesetzungsverfahren aus der Perspektive des Bewerbers und potentiellen Praxiskäufers. *Psychotherapeutenjournal*, 7 (1), 33-38.
- Schulz, H., Barghaan, D., Harfst, T., Dirmair, J., Watzke, B. & Koch, U. (2006). Versorgungsforschung in der psychosozialen Medizin. *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz*, 49 (2), 175-187.
- Seligman, M.E.P. (1996). Die Effektivität von Psychotherapie. Die Consumer Report-Study. *Integrative Therapie*, 22 (4), 264-287.



**Dipl.-Psych. Jürgen Matzat**

Leiter der Kontaktstelle für Selbsthilfegruppen  
Friedrichstraße 33  
35392 Giessen  
Juergen.Matzat@psycho.med.uni-giessen.de

## Stellenmarkt

### Das Kompetenzzentrum für seelische Gesundheit

Als erfolgreiches, expandierendes Unternehmen benötigen wir dringend hochqualifizierte Mitarbeiter, um unseren hohen Qualitätsstandard weiter auszubauen.

Wir suchen ab sofort

#### Fachärztinnen/Fachärzte für:

- Psychosomatische Medizin
- Allgemeinmedizin (Zusatzbezeichnung Psychotherapie)
- Psychiatrie und Psychotherapie
- Innere Medizin (Zusatzbezeichnung Psychotherapie)

#### Psychologische Psychotherapeuten/innen

- Verhaltenstherapie
- Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie

#### Ärztinnen und Ärzte:

- als Assistenzärztinnen/Assistenzärzte zur Weiterbildung
- zwecks Ableistung von Bereitschaftsdiensten (Nacht- und Wochenenddienste, Anwesenheit vor Ort erforderlich, geringer Belastungsgrad, Vergütung auf Honorarbasis)

**Klinik Wersbach GmbH**, Wersbach 20, 42799 Leichlingen

Ansprechpartner: Dr. med. Florange, M.Sc.

Tel.: 02174 398-0, info@klinik-wersbach.de, www.klinik-wersbach.de

Über 10 Jahre

**klinik wersbach**



#### Klinik Wersbach

Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie mit Spezialabteilung für Psychosomatische Dermatologie, Allergologie und TCM