

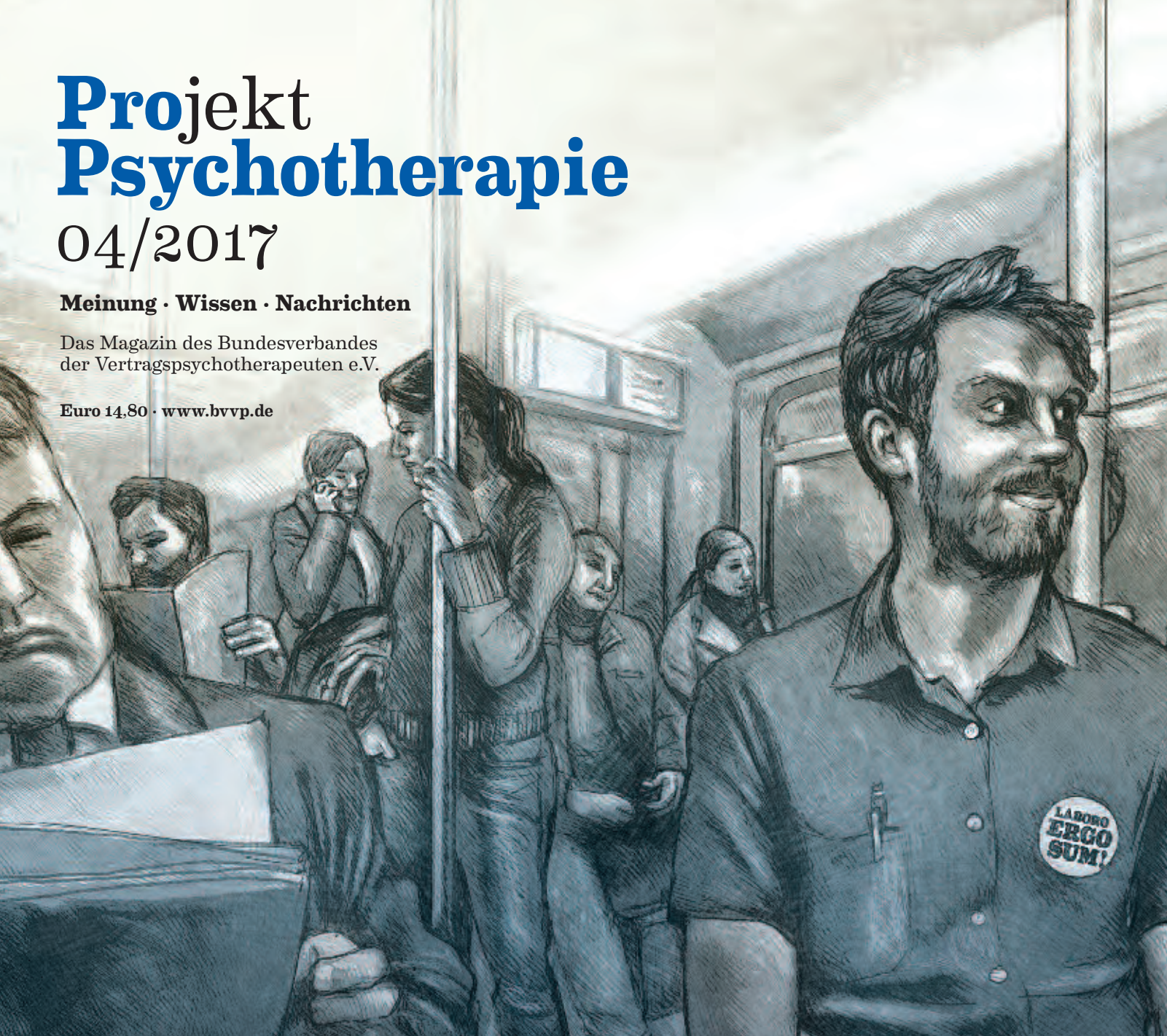
# Projekt Psychotherapie

04/2017

Meinung · Wissen · Nachrichten

Das Magazin des Bundesverbandes  
der Vertragspsychotherapeuten e.V.

Euro 14,80 · [www.bvvp.de](http://www.bvvp.de)



## Arbeit auf der Couch

Warum Arbeiten krank  
und gesund machen kann

**BSG-Urteil: Abschied von klaren Rechtsgrundsätzen**

Streit um Strukturzuschläge entschieden

**Systemische Psychotherapie**

Auf dem Weg zur Kassenleistung

**bvvp**



# Unfall, Verletzung, Krankheit oder Reha? Bleiben Sie entspannt!

Auch Psychotherapeuten werden krank. Und wer krank ist, sollte sich schonen und sich voll auf seine Genesung konzentrieren dürfen. Ohne Sorgen um die Praxis oder die hohen fortlaufenden Kosten.

Die P.U.V von Dr. Rinner & Partner hilft Ihnen dabei: Wir sichern Ihre Existenz und die Ihrer Praxis, wenn Sie es selbst nicht können. Solange bis Sie wieder fit sind!

- **Sicherheit ab dem 1. Tag**  
Die P.U.V leistet ab dem 1. Tag, wenn Sie im Krankenhaus liegen.
- **Volle Gewinn- & Kostenabdeckung**  
Die P.U.V ersetzt Gewinn und laufende Kosten, sobald Ihre Praxis stillsteht.
- **Schutz bei Burnout & Depressionen**  
Auch wenn die Psyche mal schlapp macht, ist die P.U.V der Partner an Ihrer Seite.
- **kalkulierbare Beiträge** für bis zu 10 Jahre
- **Sie sind uns willkommen!**  
Eintrittsalter bis zum 63. Geburtstag möglich.

## BEISPIELRECHNUNG

Psychotherapeut/in, Nichtraucher/in, 40 Jahre alt

Tagsatz:	€ 100,--
Karenzfrist:	14 Tage
Versicherungssumme:	€ 36.000,--
Jahresbeitrag:	€ 531,36
Beitrag pro Monat:	€ 44,28



Dr. Rinner & Partner  
Institut für wirtschaftliche Praxisführung

Leonhardsweg 4  
82008 Unterhaching  
Tel.: +49 (0)89 96057490 • [www.dr-rinner.de](http://www.dr-rinner.de)



**Sechs Wochen  
Praxisstillstand?  
Kein Problem!  
Dank meiner P.U.V**



**Liebe Kolleginnen und Kollegen,  
sehr geehrte Leserinnen und Leser!**

Ein bewegtes Jahr liegt hinter uns im bvvp. In diesem Jahr wurden die Editorials dieses Magazins von vier verschiedenen Vorstandsmitgliedern erstellt.

Die schwierigen Monate ohne ersten Vorsitz gingen auf unserer Delegiertenversammlung im September mit der Neuwahl des geschäftsführenden Vorstands zu Ende. Die DV hat mich zum ersten Vorsitzenden gewählt, was mir eine große Ehre ist. Nach 20 Jahren Berufspolitik – in der Kassenärztlichen Vereinigung, in der Kammer, in den Verbänden und nach 15 Jahren 1. Vorsitz im bvvp Bayern – freue ich mich nun, den bvvp-Bundesverband leiten und lenken zu dürfen.

Es ist für mich keine Selbstverständlichkeit, dass der größte gemischte Verband von Psychotherapeuten erstmals in seiner 23-jährigen Geschichte von einem Psychologischen Psychotherapeuten an der Spitze geführt wird. Mein besonderer Dank gilt daher auch allen Ärzten, die mich gewählt und mit großer Mehrheit unterstützt haben. Ihnen sei versichert: Die Vertretung der ärztlichen Interessen wird weiterhin lebendig betrieben, auch weil mit Angelika Haun eine sehr kompetente Ärztin zu meiner Stellvertreterin gewählt wurde.

Eines meiner wichtigsten Ziele wird sein, den Zugang zum Psychotherapeutenberuf für alle Berufsgruppen, insbesondere auch für Ärzte, auszubauen und weiterzuentwickeln. Als besonders erfreulich sehe ich die Entwicklung, dass sich viele neue, junge Gesichter aktiv in der Verbandsarbeit engagieren. Der kontinuierliche Mitgliederzuwachs in den letzten Jahren macht uns sehr optimistisch für die Zukunft.

Aber nicht nur unsere eigene Entwicklung war in diesem Jahr bewegt. Auch die äußeren Faktoren wie die BSG-Rechtsprechung, die Psychotherapie-Richtlinienänderung, die Honorarpolitik oder das Psychotherapeutengesetz haben uns viel abverlangt.

Das Schwerpunktthema dieser Ausgabe von *Projekt Psychotherapie* lautet „Arbeit auf der Couch – Warum Arbeiten krank und gesund machen kann“. Auf den folgenden Seiten wird deutlich, wie wichtig letztlich Arbeit – und zwar eine sinnhafte Arbeit – im Leben der Menschen ist und welche Rolle sie für ihr psychisches Wohlergehen spielt. Die Artikel zeigen aber auch, wie oft sich die Rahmenbedingungen des Arbeitslebens im Inneren abbilden und dort Schuldgefühle und Selbstvorwürfe auslösen.

Arbeit, um das Stichwort aufzugreifen, haben wir in der Berufspolitik genug. Insbesondere die Auseinandersetzung um gerechtes Honorar war in diesem Jahr mit sehr viel Arbeit verbunden. Leider wurde eine Regelung des Erweiterten Bewertungsausschusses vom BSG festgezurr. Wir halten dies für ungerecht und falsch. Es werden Anreize gesetzt, die unsere Arbeit weiter verdichten sollen. Wir werden überlegen müssen, wie wir uns gegen das Urteil vom 11. Oktober 2017 weiter verhalten können. Der ausführliche Artikel unserer Sozialrechtsexperten und der engagierte Kommentar von Norbert Bowe dazu informieren Sie umfassend.

Wie dynamisch und aktiv unser Verband ist, entnehmen Sie auch dem Bericht von unserer Delegiertenversammlung samt Öffentlichkeitsveranstaltung zur Bedarfsplanung. Die Aufbruchsstimmung in Erfurt hat uns alle begeistert.

Auch die Entwicklung der Psychotherapie und Richtlinienverfahren ist in Bewegung geraten – wenn auch nur im Schneckentempo. Immerhin hat nun das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) dem G-BA ein erstaunlich fundiertes Gutachten über die Nutzenbewertung der Systemischen Therapie vorgelegt.

Wie gewohnt finden Sie im Magazin wieder viele zusätzliche Informationen über Aktuelles aus der Berufspolitik. Statt einer Literaturempfehlung hat unser Kollege Peter Stimpfle diesmal allerdings eine kleine Überraschung vorbereitet. Ich wünsche allen viele Erkenntnisse und Vergnügen bei der Lektüre.

Herzliche Grüße,  
**Benedikt Waldherr,**  
Vorsitzender des bvvp-Bundesverbandes

Foto: privat



# Projekt Psychotherapie

## 04/2017

Das Magazin des Bundesverbandes  
der Vertragspsychotherapeuten e.V.

### Meinung & Wissen

---

- 05 **Kurzmeldungen aus der Berufspolitik**
- 08 **BSG-Urteil: Abschied von klaren Rechtsgrundsätzen**  
Rechtmäßigkeit der Systematik der Strukturzuschläge entschieden
- 10 **Vom Souterrain in den Honorarkeller**  
Ein Kommentar zum umstrittenen BSG-Urteil
- 13 **Neue Köpfe, neue Ideen**  
Tagungsbericht von der Delegiertenversammlung
- 16 **Was nach dem Ritterschlag geschah**  
DGSF-Vorsitzender Björn Enno Hermans im Interview

### Schwerpunkt Arbeit auf der Couch

---

- 19 **Krank durch Arbeit – krank durch Arbeitslosigkeit**  
Wie begegnet unser Berufsstand dieser Herausforderung?
- 20 **Die Psyche nicht vergessen!**  
Psychische Gesundheit muss in den Fokus der Betriebe rücken
- 23 **Gesund führen**  
Was die Betriebliche Gesundheitsförderung leisten kann
- 26 **Kann Arbeit heilsam sein?**  
Warum es bei Erwerbsarbeit nicht nur um materiellen Nutzen geht
- 29 **„... sonst halte ich es nicht aus!“**  
Psychotherapie in Zeiten der Prekarisierung
- 32 **Überraschung**
- 34 **Ausblick auf Heft 01/2018, Marktplatz, Impressum, Termine**



# KURZMELDUNGEN AUS DER BERUFSPOLITIK

Zusammengestellt von **Ulrike Böker**

## Arbeitsentwurf des BMG

Kurz vor der Bundestagswahl hat das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) noch unter der alten Regierung einen Arbeitsentwurf zur Ausbildungsreform der Psychologischen Psychotherapeuten (PP) und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (KJP) vorgelegt. Ein solcher Arbeitsentwurf ist eine erste Konzeptualisierung und noch weit entfernt vom endgültigen Gesetzentwurf. Der größte Aufreger war die Aufnahme eines Modellstudiengangs der Psychopharmakotherapie in den Entwurf. Die Profession selber war darüber mindestens genauso überrascht wie alle anderen, denn dieses Thema wurde nicht diskutiert, geschweige denn auf dem Deutschen Psychotherapeutentag verabschiedet. Viele Kritikpunkte aus der somatischen Ärzteschaft und einigen psychosomatischen Berufsverbänden sind nur schwer verständlich und entbehren leider eines fundierten Kenntnisstandes. Dennoch erfordert der Entwurf einiges an Nachbesserungen, was den Umfang von praktischen Anteilen im Studium, die Verankerung aller vier Grundorientierungen der Psychotherapie, die Finanzierung der Weiterbildung und die auch in Zukunft zentrale Rolle der heutigen Aus-, dann Weiterbildungsinstitute betrifft. Alle Berufs- und Fachverbände der PP und KJP sind nun gefordert, sich für diese Kritikpunkte gemeinsam starkzumachen.

## KBV hat neue Satzung

Die Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV-VV) hat am 22. September 2017 eine neue Satzung verabschiedet. Zwar hatte die alte Vertreterversammlung in ihrer letzten Sitzung im Dezember bereits eine Satzung erarbeitet und darüber abgestimmt, dann kam jedoch das Selbstverwaltungsstärkungsgesetz, das diverse Nachbesserungen fordert. Die erste Nachbesserung erfolgte durch die Wahl eines dritten Vorstandsmitglieds, das keiner der beiden Versorgungsebenen angehören darf. Auch diverse andere Punkte wurden in enger Abstimmung mit dem BMG geändert, sodass die Rechtsaufsicht nun der neuen Satzung zugestimmt hat.

Im Gegensatz zur vorherigen Legislaturperiode werden die stellvertretenden Vorsitzenden der KBV-VV nun als eindeutige Abwesenheitsvertretungen definiert. Die vorherigen Vorsitzenden mit dem PP Weidhaas als ersten Vorsitzenden wurden von der KBV-VV als Kollegialgremium verstanden. Für die Psychotherapeuten, die im gesamten Tableau der Vorstände und Vorsitzenden nur einen stellvertretenden Vorsitz erwirken konnten, bedeutete diese reine Abwesenheitsvertretung einen größeren Ausschluss vom politischen und operativen Geschehen in der KBV. Auch der in der alten Satzung erstmals verankerte psychotherapeutische Vorstandsbeauftragte wurde vom BMG gestrichen. Zumindest wurde in der KBV-VV vor Abstimmung der Satzung ein einstimmiger Beschluss gefasst, dass die stellvertretenden Vorsitzenden an den Ausschusssitzungen der KBV teilnehmen können (Ausschuss Satzung, Finanzen, Vorstandsangelegenheiten und Zuordnung zur Entscheidungsebene). Das dringende Votum des in der

letzten Legislaturperiode installierten Vertrauensausschusses, dass die Vorsitzenden eine unabhängige juristische Beratung in Anspruch nehmen können müssen, wurde in die alte Satzung aufgenommen. Diese Passagen wurden nun ebenfalls auf Wunsch des BMG gestrichen mit der Begründung, dass der Justiziar der KBV in seinen rechtlichen Beratungen sowieso immer unabhängig sei.

## Stellungnahme des BFA auf Bundesebene zum Arbeitsentwurf

Der Beratende Fachausschuss (BFA) Psychotherapie der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) hat in seiner Sitzung am 11. September 2017 einstimmig eine gemeinsame Resolution zum Arbeitsentwurf des BMG verabschiedet. In dieser Resolution wird die Ausbildungsreform grundsätzlich begrüßt, es werden aber auch diverse Kritikpunkte genannt, die nachgebessert werden müssen. Die Einführung eines Modellstudiengangs zur Pharmakotherapie wird nicht gewünscht. Mit diesem einstimmigen Votum hat der Vorstand der KBV nun die Rückenstärkung, um sich bei der Politik und im Koalitionsvertrag für die Ausbildungsreform einzusetzen.



## KURZMELDUNGEN AUS DER BERUFSPOLITIK

### Honorarabschluss

Wer denkt, dass sich die vollen Kassen der Krankenkassen auch auswirken könnten auf die Ergebnisse der diesjährigen Honorarverhandlungen, der hat sich getäuscht. Die Kassen gingen mit der Forderung einer Nullrunde beim Orientierungspunktwert in den Kampf, die KBV forderte 2,4 Prozent. Der unparteiische Vorsitzende des Erweiterten Bewertungsausschusses, Professor Wasem, fällt dann mit 1,18 Prozent Steigerung die Entscheidung der goldenen Mitte. 2018 beträgt der Punktwert damit 10,6543 Cents. Auch auf zusätzliche Fördersummen, wie es sie schon für die Grundversorgung gab oder für die Versorgung chronisch kranker Patienten, mussten die Ärzte und Psychotherapeuten diesmal verzichten. Erfreulich für die Psychotherapeuten mit ihrer Einzelleistungsvergütung ist, dass sich der Anstieg des Orientierungspunktwertes direkt in der Vergütung jeder Leistung bemerkbar macht.

### BSG

Am 11. Oktober tagte das Bundessozialgericht zur angemessenen Vergütung der psychotherapeutischen Leistungen. Sie finden dazu im Heft auf den Seiten 8 bis 12 eine ausführliche Information sowie eine persönliche Stellungnahme unseres Bundesvorstandsmitglieds Norbert Bowe.

**Der bvvp wird gegen die Urteile des BSG zur Höhe der angemessenen Vergütung psychotherapeutischer Leistungen Verfassungsbeschwerde einlegen.**

### Nachbesserungen der Richtlinie

Am 1. April 2017 wurde die neue Psychotherapie-Richtlinie eingeführt, und nach den ersten Aufregungen und Umstellungsschwierigkeiten lassen die aktuellen Rückmeldungen der Niedergelassenen darauf schließen, dass sich nun die meisten ganz gut eingerichtet haben und die größere Flexibilität des Versorgungsangebotes schätzen. Dennoch stehen verschiedene Nachbesserungen an. So fehlen bei der Akutbehandlung die Bezugspersonenstunden, die bei der Behandlung von Kindern und Jugendlichen dringend erforderlich sind. Auch die Probatorik in der Gruppe wäre eine Maßnahme, die Gruppen-therapie zu fördern, was die Krankenkassen eigentlich immer verlangen. Die Streichung des Nebeneinanders von genehmigungspflichtigen Sitzungen und vertiefter Exploration (EBM 35141) bzw. Erhebung des psychiatrisch/neurologischen Befundes (EBM 35142) war inhaltlich nicht nachvollziehbar, deshalb hat sich die KBV erfolgreich dafür eingesetzt, diese Änderung wieder rückgängig zu machen. Die Leistungen können nun also wieder nebeneinander abgerechnet werden. Die Psychotherapeuten hoffen, dass die Kassen den erhöhten Bürokratieaufwand durch die Zweiteilung der Kurzzeittherapie ohne inhaltlich sinnvolle Legitimation inzwischen deutlich spüren und dass hier eines Tages Nachverhandlungen möglich sein werden.

### Bestellung neuer Gutachter läuft

Die Bestellung neuer Gutachter durch die KBV für die Antragsstellung der genehmigungspflichtigen Psychotherapie wird zum Beginn des Jahres 2018 erfolgen. Erstmals werden eigene Gutachter für die tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie ins System kommen. Außerdem gibt es die Vorgabe, dass ein Gutachter zum Zeitpunkt seiner Bestellung ambulant tätig sein muss. Man mag es kaum glauben, aber dies war bisher keine Bedingung. Die Bestellung erfolgt unter neuen rechtlichen Formalitäten, sodass jeder Bewerber, der die Kriterien erfüllt, nun auch als Gutachter genommen werden muss. Bisher sind bei der KBV über 800 Bewerbungen eingegangen. Die Gesamtzahl der bisherigen Gutachter betrug etwa 200. Man kann sich gut vorstellen, dass dies das Gutachterverfahren mit der bisher sehr begrenzten Menge an Gutachtern und durchaus lukrativen Verdienstmöglichkeiten entscheidend verändern wird. Wir nähern uns dem ursprünglichen Gedanken eines Peer-Review.

### Bundestagswahl und Aussichten

Das Ergebnis der Bundestagswahl bedeutet ein Ende der großen Koalition. Jamaika hat sich trotz langer Verhandlungen nicht zusammengefunden. Wie es jetzt weitergeht, ist zum Redaktionsschluss völlig unklar. Ob sich Jamaika zusammenfinden wird und was dies für die weitere Ausrichtung der Gesundheitspolitik bedeutet, ist zum Zeitpunkt des Redaktionsschlusses schwer einzuschätzen. So unterscheiden sich die Vorstellungen der Grünen und der FDP in vielen Punkten doch erheblich. Größe würde jedenfalls gerne Gesundheitsminister bleiben, was eine gewisse Kontinuität des Kurses garantieren würde, egal unter welchen anderen Farben. Wir hatten eine Zusammenstellung der Positionen der Parteien im letzten *Projekt Psychotherapie 3/2017* veröffentlicht.

Zusammengestellt von **Ulrike Böker**


---

## Befugnisse

---

Noch immer können die PP und KJP nicht alle ihre neuen Befugnisse nutzen, da für die Verschreibung der medizinischen Reha und der Soziotherapie noch die Änderung der Präambel in Kapitel 23 fehlt. Nur so jedoch können die Verordnungsziffern als Grundlage der Verschreibung dieser Maßnahmen abgerechnet werden. Wie so oft hängt es am Geld. Klar ist, dass die Verordnungen in gleicher Höhe bezahlt werden wie bei den Ärzten. KBV und Kassen können sich aber bisher nicht einigen, ob die Ziffern nun extrabudgetär, also außerhalb des gedeckelten Topfes und damit unquotiert vergütet werden. Die Kassen möchten das nicht. Normalerweise erfolgt eine solche Ausbudgetierung nur bei neuen Leistungen. Neu sind diese Verordnungen aber nur für die PP und KJP. Beide Seiten haben also gute Argumente für ihre Forderungen. Krankentransporte und Krankenhauseinweisungen können hingegen schon veranlasst werden, da es hierfür keine speziellen Verordnungsziffern gibt.

---

## Bedarfsplanung

---

In einigen KV-Bereichen gibt es zunehmend Probleme, die Praxen von Ärztlichen Psychotherapeuten (ÄP) bzw. von Fachärztinnen für Psychosomatische Medizin mangels ärztlichen Nachwuchses an ärztliche Nachfolger zu übergeben. In der Regel – solange die Ärztequote nicht unterschritten wird – ist auch eine Weitergabe an einen PP oder KJP möglich. Es bedarf aber besonderer Bemühungen, einen ärztlichen Sitz trotz ausreichendem Praxissubstrat bei Unterschreitung der Ärztequote an einen PP bzw. KJP zu übergeben. Die Spruchpraxen hierzu sind in den einzelnen Zulassungsausschüssen unterschiedlich – erkundigen Sie sich bei

Ihrem regionalen Zulassungsausschuss! Die Absenkung der Ärztequote (jetzt 25 Prozent bezogen auf 110 Prozent Versorgung) wird kontrovers diskutiert. Einige Ärzteverbände fordern die eigenständige Bedarfsplanung für den Facharzt für Psychosomatische Medizin. In Anerkennung der Realität des Ärztemangels auch in unserem Bereich würde der bvvp eine Absenkung der Ärztequote zunächst auf 20 Prozent oder 15 Prozent begrüßen.

---

## Neuer bvvp-Vorsitzender

---

Auf der Herbst-Delegiertenversammlung in Erfurt haben die Delegierten der Landesverbände des bvvp einen neuen Vorsitzenden sowie eine neue stellvertretende Vorsitzende gewählt. Dies sind der Psychologische Psychotherapeut Benedikt Waldherr aus Bayern und Angelika Haun aus Niedersachsen, Fachärztin für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie sowie Fachärztin für Psychiatrie. Der Dritte im geschäftsführenden Vorstand bleibt der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut Martin Klett. Damit bildet der geschäftsführende Vorstand, ganz im Sinne des integrativen Berufsverbandes, alle Grundberufe und Verfahren ab.

---

## AG Nachwuchs

---

Neu im bvvp wurde auf der Bundesdelegiertenversammlung im September 2017 eine Arbeitsgemeinschaft mit jungen Kolleginnen und Kollegen ins Leben gerufen, in der PiA, Ärzte in Weiterbildung und am Thema interessierte Vorstände und Mitglieder aus allen Landesverbänden sich bundesweit vernetzen und Aktivitäten planen und durchführen können. Hierzu wurde ein Budget für 2018 eingestellt. Die Arbeit soll in der Herbst-Delegiertenversammlung 2018 evaluiert werden.

---

## PiA-Politik-Treffen

---

„Was ist der Lohn der Approbation?“, so lautete der Titel des inzwischen 12. PiA-Politik-Treffens (PPT), das seit Beginn vom bvvp mitgestaltet wird. Neben den Berichten der Fachschafftskonferenz der psychologischen Fachschaften, der Bundeskonferenz PiA und von ver.di gab es wieder ein Schwerpunktthema.

Neues zur Reform wurde am Vormittag von Johannes Klein-Heßling aus der Bundespsychotherapeutenkammer vorgestellt und diskutiert. Der Nachmittag bot diverse Workshops zu Tätigkeitsmöglichkeiten nach der Approbation, da von den inzwischen 2.800 Neuapprobierten pro Jahr ein zunehmend größer werdender Prozentsatz nicht mehr in die eigene Praxis gehen kann oder möchte. Im Vorbereitungsgremium für das nächste PPT am 5. März 2018 ist eine Vielzahl junger Kolleginnen und Kollegen des bvvp vertreten.

---

## Leitlinien

---

Immer häufiger werden evidenzbasierte Behandlungen von Wissenschaft und Politik gefordert. Der bvvp engagiert sich in diversen Leitlinien; neu hinzugekommen ist die Leitlinie Borderline und die Überarbeitung der Leitlinie Schizophrenie. Damit ist der bvvp in derzeit neun laufenden Leitlinien aktiv. Um diese umfangreiche Arbeit leisten zu können, hat sich nun auch Rainer Cebulla aus Bayern neben Ariadne Sartorius, Norbert Bowe und Benedikt Waldherr vonseiten des Vorstandes in die Leitlinienarbeit eingearbeitet. Weitere Aktive wie Hans Ramm und Regine Simon hatten die Arbeit bereits in der Vergangenheit unterstützt.

# Abschied von klaren Rechtsgrundsätzen

## Das BSG hat die Rechtmäßigkeit der Systematik der Strukturzuschläge festgestellt. Ein klar politisch motiviertes Urteil

Von **Ulrike Böker**, kooptiertes bvvp-Vorstandsmitglied, **Jürgen Doebert**, kooptiertes bvvp-Vorstandsmitglied, und **Tilo Silwedel**, Schriftführer des bvvp

\_\_\_ **Mit Spannung** und durchaus Zuversicht haben die Psychotherapeuten den Termin der Gerichtsverhandlung vor dem Bundessozialgericht (BSG) am 11. Oktober dieses Jahres erwartet. Dabei ging es um mehrere Verfahren: eine Musterklage des bvvp aus 2011 (Schleswig-Holstein) und drei hessische Verfahren der Verbände bvvp, DGPT und DPtV aus 2013. Im erstinstanzlichen Urteil zu den Verfahren aus 2013 hatte das Sozialgericht Marburg der Systematik der sogenannten Strukturzuschläge Rechtswidrigkeit bescheinigt, durch die der Bewertungsausschuss die volle Berücksichtigung der normativen Personalkosten umgeht. Das Sozialgericht argumentierte mit einem Verstoß gegen das Gleichheitsgebot, nach dem jede Therapiestunde in gleicher Höhe zu vergüten sei, und berief sich dabei auf das SGB V, § 87b, Absatz 3. Das Sozialgericht Kiel hatte hingegen in erster Instanz die Klage abgewiesen und bestätigt, dass der Bewertungsausschuss sich mit seinen Beschlüssen im Rahmen seines Gestaltungsspielraums bewegt hätte.

Zur großen Enttäuschung der Psychotherapeuten hat das BSG nun die Rechtmäßigkeit der Systematik der Strukturzuschläge festgestellt. Bei der Frage, welche Umsatzanteile bei den Vergleichsarztgruppen bereinigt, also herausgerechnet werden dürfen, urteilte das BSG hingegen zugunsten der Psychotherapeuten. Beim Urteil zu 2011 ordnete das BSG lediglich eine marginale Korrektur an, die sich aus einem rechtswidrigen Honorar im Jahr 2007 herleitet.

Bei der Verhandlung führten sowohl Kassen als auch Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), die Träger des Bewertungsausschusses als Beklagte, aus, dass die vom Bewertungsausschuss für die Zeit ab 2012 gewählte Systematik der Auszahlung der Kosten für Personal genau die Vorgaben des Gerichts erfüllt. Mit einer

Praxis, die im ganzen Jahr durchgehend 36 Sitzungen pro Woche leiste, sei die volle Höhe der normativen Personalkosten erreichbar. Zu der beklagten neuen Systematik gehört allerdings auch, dass alle, die weniger als die Hälfte dieser Leistungen erbringen, völlig leer ausgehen. Offenbar hielten auch Kassen und KBV diesen Pferdefuß für so gravierend, dass sie eine weitere Begründung nachschoben, die alle erstaunte: Die Strukturzuschläge seien als Anreiz eingeführt worden, um entweder volle Versorgungsaufträge zu mehr Auslastung zu bringen oder dazu, andernfalls einen halben Versorgungsauftrag abzugeben. Damit wurde auch die unterschiedliche Schwelle für die Hinzusetzung der Strukturzuschläge bei ganzen und halben Sitzen begründet: als explizites Förderprogramm für halbe Sitze. Dies wurde von Richter Wenner als „innovatives Modell“ ausdrücklich begrüßt! Keine Rolle spielte dabei offenbar die eigene Aussage des Gerichts in einem früheren Urteil, dass die normativen Personalkosten entweder dazu dienen sollten, Personal anzustellen oder den Psychotherapeuten für von ihm selbst erbrachte Sprechstundenhilfe-Tätigkeiten zu vergüten. So wird aus dem Modell der „angemessenen“ Vergütung *je Zeiteinheit* für alle genehmigungspflichtigen Leistungen ein Anreizmodell zur besseren Auslastung mit abgestaffelter Vergütungshöhe in Abhängigkeit vom Auslastungsgrad. Damit wird die „maximal ausgelastete Praxis“ als Modellpraxis zur Normpraxis umdefiniert. Das BSG hat also in erster Linie ein politisch motiviertes Urteil zur – wie wir meinen nur vermeintlichen – Versorgungsverbesserung (siehe Kommentar) und zur Vermeidung von Nachzahlungen in beträchtlicher Höhe gefällt! Trotzdem werden bei eingelegten Widersprüchen für die betroffenen Jahre Nachzahlungen erfolgen. Auch das erscheint als Sparmodell, haben



sich doch nur etwa 50 Prozent das Recht auf Nachzahlungen durch Widersprüche offengehalten.

Im Detail: Das Modell des BSG zur Berechnung der „angemessenen Vergütung“ basiert schon seit 1999 auf der Annahme einer Modellpraxis, die mit maximalem Einsatz von 36 x 43 Sitzungen im Jahr mindestens den Durchschnittsertrag von Arztgruppen im unteren Einkommensbereich erwirtschaften können muss. Es ist tatsächlich ein Modell: Nur etwa drei Prozent der Psychotherapeuten erreichen diese Auslastung. In dieser Modellpraxis sei eine Halbtagskraft notwendig, um die Maximalauslastung zu bewerkstelligen. Sie wurde unabhängig von den tatsächlichen durchschnittlichen Personalkosten in psychotherapeutischen Praxen kalkuliert. Grundlage hierfür ist der Tarifvertrag der Medizinischen Fachangestellten (MFA). Das BSG betonte in bisherigen Urteilen mehrfach, dass diese normativen Kosten in jede einzelne Leistung einzupreisen sind – unabhängig vom Auslastungsgrad der Praxis und unabhängig davon, ob tatsächlich Personal angestellt wird oder ob der Psychotherapeut die Arbeiten selbst verrichtet. Insofern enthielt das Honorar für jede genehmigungspflichtige Leistung einen Anteil für diese normativen Personalkosten. Dieser Grundsatz war mit dem Beschluss des Bewertungsausschusses vom 22. September 2015 über den Haufen geworfen worden. Seitdem werden die normativen

Kosten in Form von Strukturzuschlägen ab einer Auslastungsschwelle von 50 Prozent der BSG-Modellpraxis bei ganzen Sitzen und bei 25 Prozent der Maximalauslastung bei halben Sitzen ausgezahlt. Eine Durchschnittspraxis mit 24 Sitzungen erhält also einen Beitrag zur Finanzierung der Organisationstätigkeiten, der nur circa die Hälfte des bisherigen Beitrags ausmacht. Da nun neuerdings die Halbierung von Praxen gefördert werden soll, ist dieses Verhältnis bei halben Versorgungsaufträgen etwas günstiger.

Zur Vergleichsgruppe für unsere „angemessene Vergütung“ hatte sich das BSG bereits geäußert. Es dürfen Arztgruppen ausschließlich aus dem unterdurchschnittlichen Einkommensbereich für die Vergleichsberechnungen zum angemessenen Honorar herangezogen werden. Daraufhin hat der Bewertungsausschuss in 2015 aus bisher sieben grundversorgenden Fachärzten die Besserverdiener Orthopäden und Augenärzte herausgenommen. Dies wurde vom BSG

nicht beanstandet, wohl aber die zusätzliche Bereinigung um bestimmte Leistungsanteile dieser Arztgruppen, wie Labor oder belegärztliche Leistungen, soweit sie fünf Prozent des Umsatzes der jeweiligen Arztgruppe überschreiten. Dies wurde als nicht mit dem Gestaltungsspielraum des Bewertungsausschusses gedeckt bewertet. Das BSG wird nun in seinem Urteil genauer definieren, welche Leistungen als prägend gelten und damit einbezogen werden müssen. Und schließlich beauftragt das BSG den Bewertungsausschuss noch mit einer kleinen Korrektur aufgrund der Erhöhung der Tarife der Medizinischen Fachangestellten (MFA) in 2013.

Im Urteil für 2011 bezog sich das BSG auf sein Urteil vom 28. Juni dieses Jahres, in dem die Berechnung der Personalkosten der Psychotherapeuten für das Jahr 2007

als rechtswidrig beurteilt wurde. Nachdem die Vergütung für 2011 auf dieses Jahr 2007 aufsetzt, muss auch hier eine Korrektur stattfinden, damit dieser Fehler nicht fortgeschrieben wird. Nun muss die schriftliche Urteilsbegründung abgewartet werden. Dann geht das Ganze in den Bewertungsausschuss mit der Auflage der Korrektur der jeweiligen Beschlüsse. Die Psychotherapeuten müssen nun die KBV motivieren, sich entschieden für ihre Mitglieder, die ÄP, PP und KJP, einzusetzen, sodass deren Honorar nicht noch weiter geschmälert wird. Und schließlich müssen die Kassenärztlichen Vereinigungen

dann den neuen Beschluss umsetzen. Nur eine detaillierte Anleitung des BSG für die Korrekturen, die keine neuen Spielräume lässt, kann neue Nachteile verhindern. Das aktuelle BSG-Urteil wird nun für die nächsten Jahre die rechtliche Basis der Vergütung der genehmigungspflichtigen Psychotherapie bilden.

Die berufspolitische Wetterlage ist nach diesem Urteil klar: Die Psychotherapeuten sollen endlich ihre Praxen maximal auslasten! Das Positive daran ist, dass auch die Kassen angesichts der vielen Menschen, die psychotherapeutische Hilfe suchen, eine bessere psychotherapeutische Versorgung erreichen wollen – auch um den Preis der Halbierung von Sitzen. Das Negative daran ist, dass die Voraussetzungen für die höhere Auslastung mit der weitgehenden Bestätigung des Bewertungsausschussbeschlusses erheblich verschlechtert wurden (siehe Kommentar). Um weitere neue Sitze in bestimmten Gebieten werden sie aber trotz dieses „Förderprogramms“ nicht herumkommen. —

**Das BSG hat ein  
Urteil gefällt, das eher  
politisch motiviert ist,  
als dass es einer fairen  
Beurteilung der  
Sachlage gleichkommt.  
Das Ziel:  
Psychotherapeuten  
sollen ihre Praxen  
maximal auslasten!**

Foto: Privat



# BSG verweist Psychotherapeuten vom Souterrain in den Honorarkeller

Kommentar von **Norbert Bowe**,  
kooptiertes bvvp-Vorstandsmitglied

Das BSG hat gesprochen – und mit seinem Spruch alle Befürchtungen übertroffen. Erwartet wurde, dass die klaren Rechtsgrundsätze der ursprünglichen BSG-Rechtsprechung auf die neue Vergütungswelt ab 2009 unbeschadet übertragen würden. Herausgekommen sind ein paar Brosamen an Nachvergütungsansprüchen und ansonsten – so scheint es – ein Aufgeben klarer Mindestvergütungsgrenzen der bisherigen Rechtsgrundsätze zur Sicherung der angemessenen Vergütung psychotherapeutischer Leistungen.

Um den freien Fall der Psychotherapiehonorare zu stoppen, stellte das BSG 1999 eine Modellberechnung auf, die einem Psychotherapeuten bei maximaler Auslastung ermöglichen sollte, mindestens so viel Ertrag (Umsatz minus Praxiskosten) zu erzielen wie der Durchschnitt einer ärztlichen Vergleichsgruppe aus dem unteren Honorarsegment. Der Mindestpunktwert von 10 Pfennigen garantierte in den meisten West-KVen eine rückwirkende Mindestvergütung in den Jahren 1996 bis 1998 von 145 DM (umgerechnet 74,14 Euro) pro Sitzung. Damit war eine klare Untergrenze und Vergütung je Zeiteinheit unabhängig vom Auslastungsgrad garantiert.

Dazu das BSG-Urteil von 2004 (Hervorhebung durch den Autor): „Die Höhe der Vergütung je Therapiestunde ist die entscheidende Berechnungsgröße in dem vom BSG entwickelten Modell für eine dem Gebot der Gleichbehandlung mit anderen Gruppen von Leistungserbringern entsprechende Honorierung der Psychotherapeuten.“ Geht es eindeutiger? Und dann: „Aus Wortlaut, Systematik und Entstehungsgeschichte des § 85 Abs. 4 Satz 4 SGB V ergeben sich keinerlei Anhaltspunkte dafür, dass der Gesetz-

geber von einem anderen Normverständnis ausgegangen ist.“ Der Gesetzgeber schrieb den Anspruch auf Mindestvergütung unabhängig vom Auslastungsgrad somit im SGB V fest und garantierte diesen Anspruch schließlich 2004 auch den übrigen Ärzten der „P-Fächer“. Von diesem zentralen Rechtsanspruch ist nach meiner Auffassung das Bundessozialgericht jetzt abgerückt und hat sich damit implizit auch vom Gebot der angemessenen Vergütung entfernt. Doch wie konnte es dazu kommen?

Schon die Sprachregelung der Trägerorganisationen des Bewertungsausschusses, KBV und Krankenkassen, den „größtmöglichen Einsatz“ bei „optimaler Auslastung“ in eine „Vollauslastungshypothese des BSG“ umzumünzen, führte in die Irre: Ein größtmöglicher Einsatz ist bei sonst keiner Arztgruppe Maß für Vollauslastung; das wäre eine unmenschliche Anforderung. Vor allem aber sollte die fiktive Modellpraxis des BSG gar nicht Realverhältnisse widerspiegeln. Man kann das Fiktive des Modells sprachlich so wiedergeben: Angenommen, ein Psychotherapeut würde bei optimaler Auslastung seinen größtmöglichen Einsatz nur GKV-Patienten widmen und hätte dabei auch keinen Ausfall von Sitzungen, so müsste er zumindest den Ertrag einer Vergleichsarztgruppe erzielen können. Es springt ins Auge: Hier geht es nicht um reale Vollauslastung, was schon die fehlende Berücksichtigung von Privatbehandlungen zeigt. Stattdessen geht es darum, ein Modell aufzustellen, das auf einer realistischen Einschätzung der Maximalauslastung beruht und dazu herangezogen werden soll, die Untergrenze einer noch angemessenen und verteilungsgerechten Vergütung zu bestimmen.

Allgemeines Erstaunen unter den zuhörenden Psychotherapeuten erweckte das BSG, als es die Aufteilung in eine zu niedrige Vergütung der genehmigungspflichtigen Leistungen und Zuschläge ohne jede Ironie als „innovative“ Regelung des Bewertungsausschusses bezeichnete. Die überproportional abgestaffelten Zuschläge bei Auslastungsgraden unterhalb einer Maximalauslastung mit genehmigungspflichtigen Leistungen sollten nun auch nach Meinung des BSG als Anreiz dienen, sich als Psychotherapeut mehr auszulasten. Wir waren ja gewohnt, dass der Bewertungsausschuss – seit 2000 zuständig für Regelungen zur Bestimmung der angemessenen Höhe der Vergütung – immer wieder „innovativ“ verstand, die ursprüngliche BSG-Rechtsprechung zu unterlaufen. Neu war die positive Konnotation des BSG an der Stelle, wo wir ein sicheres Unterlaufen der Rechtsprechung ausgemacht hatten. Nicht ganz neutral wirkte dann auch die Begründung des Gerichts, dass Psychotherapeuten sich nicht hinreichend auslasteten und sie so dazu angehalten werden könnten, mehr zu arbeiten. Mal abgesehen von der gewagten Unterstellung, Psychotherapeuten mangle es an der Motivation zu arbeiten und am Interesse, mit ihrer Praxistätigkeit Geld zu verdienen, erscheint mir ein derartiger pädagogischer Impetus im Rahmen höchstrichterlicher Rechtsprechung absolut neu. Während BSG, Bewertungsausschuss und Gesetzgebung sonst nur bemüht sind, die übermäßige Ausdehnung von Praxistätigkeiten einzudämmen, sollen Psychotherapeuten durch Zuschlagsbegrenzungen über das von ihnen gefundene Maß hinaus zu Mehrarbeit veranlasst werden. Wo bleibt die Berufsfreiheit? Masse statt Qualität? Ist es den Entscheidungsträgern nicht vermittelbar, was es heißt, sich von Montag bis Freitag für fünf oder sieben oder mehr Stunden am Tag auf die persönlichen Schicksale und Lebensgeschichten aktuell meist sehr belasteter Menschen einzulassen?

Zurück zur Aufteilung des Sitzungshonorars in EBM-Leistungsvergütung und Zuschlag. Es widerspricht meines Erachtens dem Gleichheitsgrundsatz, wenn andere Arztgruppen ohne Vergütungsnachteile entscheiden können, ob sie zwei, eine oder keine Hilfskraft einstellen, die Psychotherapeuten jedoch nicht, ohne dass sie erhebliche Einschränkungen der Leistungsvergütung hinnehmen müssen. Wer weniger Personal einstellt, muss delegierbare Praxistätigkeiten selbst verrichten. Einen Teil seiner Arbeitszeit kann er somit nicht der Patientenversorgung zur Verfügung

stellen, das heißt diese Zeit ist betriebswirtschaftlich dem Kostenanteil zuzurechnen. Nach Meinung des Bewertungsausschusses existiert dieser Anteil nicht, weil er sich in empirischen Kostenerhebungen nicht abbildet.

Der sogenannte – nun auch vom BSG als „innovativ“ geadelte – Anreiz zur Mehrauslastung stellt in der Realität eine gefährliche Falle dar: Die finanzielle Klemme beginnt damit, dass der Psychotherapeut beim versuchten Aufstocken seiner Behandlungsstunden dieses ohne Hilfskraft bewerkstelligen oder sich im Voraus problematisch verschulden müsste. Aber dann – am Ziel der maximalen Auslastung angekommen – müsste er feststellen, dass er auch so seine eingestellte Halbtagskraft nicht finanzieren kann. Denn er hat dummerweise die 36 Behandlungsstunden pro Woche (wie in der fiktiven Modellpraxis des BSG vorgesehen) nicht nur mit GKV-Patienten, sondern auch (beispielsweise) mit vier Privatpatienten belegt. Stellen wir uns vor, dass nun auch noch seine Hilfskraft krank wird (oder – noch schlimmer – schwanger!), und schon muss er am einzuhaltenden Anstellungsvertrag scheitern. GKV-Patienten, Sitzungsausfälle oder auch nur eine ungleiche Verteilung der Behandlungsleistungen auf die Quartale des Jahres tragen erheblich zum Verfehlen des

unquotierten Zuschlags bei und damit zu einer Unterfinanzierung der Halbtagskraft trotz höchster Auslastung. Somit ist der Anspruch auf Angemessenheit der Vergütung selbst zur Fiktion geworden.

Die empirischen Personalkosten, verantwortlich für die Aufteilung in EBM-Leistung und Zuschläge, kamen erst in die Welt, als das BSG 2004 die vom Bewertungsausschuss „innovativ“ abgesenkte Obergrenze von 66.000 DM (umgerechnet 33.745 Euro) für die Praxiskosten der Modellpraxis kassierte. Die Begründung damals: Dem optimal ausgelasteten Psychotherapeuten müsse es mit dem Praxiskostenansatz Modellpraxis möglich sein, eine Halbtagskraft zu finanzieren. Eine irgendwie geartete Verpflichtung zur Personalanstellung oder zur Maximalauslastung war damit explizit nicht gemeint. Das daraufhin vom Bewertungsausschuss neu entwickelte Konstrukt für den Praxiskostenansatz der Modellpraxis hob dann auf die empirisch erhobenen Praxiskosten der oberen Honorarklasse der Psychotherapeuten (oberes Umsatzdrittel) ab und ersetzte die darin enthaltenen empirischen Personalkosten durch Tarifgehälter für eine Halbtagskraft. Dieses Konstrukt kann keinen Anspruch auf Empirie erheben: Schließlich ist das obere

## **Ein größtmöglicher Einsatz als Maß für Vollauslastung wäre eine unmenschliche Anforderung**



Umsatzdrittel der Psychotherapeuten weit entfernt vom Auslastungsgrad der BSG-Modellrechnung, erst recht, weil durch Gewichtung die zahlenmäßig am stärksten repräsentierten Praxen am unteren Rand des oberen Umsatzdrittels ausschlaggebend für die Höhe des Praxiskostenbetrags sind. Erste Folge dieser Konstruktion: Der Sachkostenansatz entspricht in keiner Weise dem einer maximal ausgelasteten Praxis, und der nackte Tarifsatz (normative Personalkosten) ermöglicht weder die Finanzierung einer Reinigungskraft noch schützt er vor dem Risiko eines Arbeitsausfalls von Hilfskraft oder Praxisinhaber. Der Bewertungsausschuss bewirkte mit diesem Kunstgriff zunächst einmal, dass die 46.137 Euro Kostenansatz der BSG-Formel auf 40.634 Euro reduziert wurden. Die nun zweite gravierendere Folge dieses Konstrukts im Beschluss für den Zeitraum ab 2012 ist, dass sich die unpassenden Empirie-Bausteine des Konstrukts – wiederum sehr „innovativ“ – verselbstständigten: Da Psychotherapeuten kaum Hilfspersonal einstellen – wie sollten sie auch? –, entledigte man sich des Tarifansatzes für die Halbtagskraft in der Berechnungsformel. Schwer vorstellbar, wie dieser fundamentale Bruch mit der bisherigen BSG-Rechtsprechung und die lobende Zustimmung des BSG („innovativ!“) in der Urteilsbegründung zu einer nachvollziehbaren Anknüpfung an bisherige Rechtsprechung und Gesetzesauftrag ausformuliert werden kann.

Die Verpflichtung des Bewertungsausschusses, eine angemessene Höhe der Praxiskosten in der Beschlussformel anzusetzen, die eine Anstellung einer Halbtagskraft ermöglicht, wurde in Gegenteiliges umgewandelt. Stattdessen wurde sie zu einer Bedingung für die Psychotherapeuten, die deren Verdienstmöglichkeiten so weit reduziert, dass sie allein bei Maximalauslastung – also nur in einem fiktiv möglichen Fall – eine Vergütung ihrer psychotherapeutischen Leistungen in Höhe der bisherigen BSG-Rechtsprechung erzielen können.

Die Folgen lassen sich an ein paar Zahlen aufzeigen: Der Praxiskostenansatz des BSG-Urteils von 1999 ging von 46.137 Euro für den Zeitraum von 1996 bis 1998 über den bis 2006 gültigen Praxiskostenansatz von 40.137 Euro schließlich auf 37.436 Euro für die Zeit ab 2012 zurück. Mit anderen Worten: Während die

Teuerungsrate zwischen 1998 und 2013 einen Anstieg um 24,85 Prozent aufzeigt, verzeichnet der Praxiskostenansatz der Modellpraxis einen Kostenschwund von 18,9 Prozent! Und zur Erinnerung: Schon für die Zeit ab 2000 hatte das BSG festgestellt, dass die Untergrenze von 33.745 Euro zu niedrig angesetzt sei. Dann sollen 37.436 Euro im Jahr 2013 rechtens sein? Die Vergütung pro Behandlungsstunde stieg – höchst richterlich abgesehen – zwischen 1998 und 2013 von 74,14 Euro auf 83,99 Euro. Das entspricht einer Steigerung von lediglich 13,3 Prozent. Seit 1998 müssen Psychotherapeuten also einen Realverlust ihrer Einnahmen von über 11 Prozent hinnehmen – nun mit Billigung des BSG!

Doch damit nicht genug: Auch in einem weiteren Punkt wich das BSG zu Ungunsten der Psychotherapeuten vom früheren Maßstab für eine angemessene Vergütung ab. Die neue Vergleichsarztgruppe Facharzt-Mix umfasst neuerdings nur Facharztgruppen aus dem unteren Umsatz- und Ertragsbereich. Da die Hausärzte, die Vergleichsarztgruppe des ursprünglichen BSG-Modells, inzwischen honorarmäßig sehr zugelegt haben und im Honorarklassen-Mittelfeld angelangt sind, entspricht dieser neue Facharzt-Mix hono-

rapolitisch gesehen der Vergleichsarztgruppe der Hausärzte von damals. Auch wenn das BSG jetzt den Abzug von nicht prägenden Leistungen von den Facharzteerträgen eingeschränkt hat, so hat es diese Möglichkeit eines weiteren Abzugs jedenfalls zugelassen. Das ist umso unverständlicher, als die Fachärzte im Vergleich zu den Hausärzten sich prozentual weniger den GKV-Patienten widmen. Somit fällt deren GKV-Engagement und GKV-Ertragsanteil bei besseren Verdienstchancen mit Privatbehandlungen insgesamt vergleichsweise niedriger aus. Auch hier wurde die ursprüngliche Substanz des Satzes beschnitten, dass es einem Psychotherapeuten bei maximaler Auslastung möglich sein muss, den Durchschnittsumsatz einer Vergleichsarztgruppe des unteren Honorarsegments zu erreichen.

Dem BSG kommt selbstverständlich als oberster Instanz zu, Recht zu setzen und zu sprechen. Nun bleibt es abzuwarten, ob die Urteilsbegründung noch Licht in die ausgemachten Schattenfelder bringt. Eins ist aber sicher: Am 11. Oktober 2017 ist uns ein wesentlicher Schutz abhandengekommen. —

## **Verkehrte Welt: Während die Teuerungsrate zwischen 1998 und 2013 um 24,85 Prozent anstieg, verzeichnete der Praxiskostenansatz der Modellpraxis einen Kostenschwund von 18,9 Prozent**

Foto: Privat



Neues Führungsteam für den bvvp: Angelika Haun, Benedikt Waldherr und Martin Klett

## Neue Köpfe, neue Ideen

Welche Schwerpunkte will das neue Vorstandsteam um **Benedikt Waldherr** setzen?  
Ein Tagungsbericht von der Delegiertenversammlung

Von **Anja Manz**, Pressesprecherin des bvvp

Foto: Privat



**— Wer wird den bvvp in die Zukunft führen?** Ganz klar – die Wahl des neuen geschäftsführenden Bundesvorstands stand im Mittelpunkt der Delegiertenversammlung (DV), die uns vom 29. bis 30. September in Erfurt zusammenführte. Gesucht (und gefunden) wurde ein schlagkräftiges Team, das für ein starkes berufspolitisches Profil steht und den Verband tatkräftig weiterentwickeln möchte. Nach schwierigen Monaten ohne ersten Vorsitz wird der Dipl.-Psych. Benedikt Waldherr nun diesen Posten ausfüllen. Mit ihm kommt erstmals ein Psychologischer Psychotherapeut in dieses wichtige Amt; ein Mann, der zudem viel berufspolitische Erfahrung mitbringt: 15 Jahre lang stand

### Die Zahl der niedergelassenen Psychotherapeuten in Deutschland ist innerhalb der letzten zehn Jahre um 50 Prozent gestiegen

Waldherr dem Landesverband Bayern vor. Des Weiteren war er als Mitglied in der dortigen KV-Vertreterversammlung und im Kammer-Vorstand tätig. Ebenfalls nachgewählt wurde als stellvertretende

Vorsitzende Angelika Haun, Fachärztin für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie sowie Fachärztin für Psychiatrie. Dritter im dreiköpfigen geschäftsführenden Vorstand bleibt der bisherige stellvertretende Vorsitzende, der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut Martin Klett. Ulrike Böker, die bisherige stellvertretende Vorstandsvorsitzende, bleibt dem Vorstand als Honorarexpertin erhalten und konzentriert ihre Kräfte nun verstärkt auf jene Themen, die in den Gremien der KBV auf Bundesebene verhandelt werden.

Noch auf der DV skizzierte Waldherr einen wichtigen Schwerpunkt, den er im neuen Amt setzen will. Noch stärker als



Zur Delegiertenversammlung am 29. und 30. September waren über 70 Teilnehmer aus ganz Deutschland nach Erfurt gereist

bislang schon werde sich der bvvp für die Belange der Ausbildungskandidaten (PiA) und der Ärzte in Weiterbildung engagieren. Zu diesem Zweck wurde auf der DV eigens eine neue Arbeitsgruppe eingerichtet. Zuvor hatte Peter Freytag, ehemaliger VPP-Vorstand und jetziger PiA-Experte aus dem bvvp Nordrhein, eindrücklich dargelegt, wie man den psychotherapeutischen Nachwuchs künftig noch besser vom Studium bis in die Niederlassung und in den Praxisalltag hinein begleiten und Kampagnen und Aktionen aktiver mitgestalten könne. Einem Antrag auf Bereitstellung entsprechender Ressourcen für die Nachwuchsarbeit stimmten die Delegierten daher auch mit großer Mehrheit zu. Die neu gewählte stellvertretende Vorsitzende Haun machte klar, dass der bvvp als gemischter Verband als Bindeglied zwischen den Berufsgruppen fungiere und in besonderer Weise alle Bemühungen unterstütze, eine Allianz der psychotherapeutischen Versorgung zu schmieden. Auch diese Schwerpunktsetzung für das kommende Jahr wurde von der DV mit großer Mehrheit unterstützt.

Ein weiterer Schwerpunkt des Treffens lag auf der Auswertung der im April in Kraft getretenen Psychotherapie-Richtlinie. Einiges ist erreicht worden, wie in den Vorstandsausführungen deutlich wurde: eine Angleichung der Vergütung

## **Eklatante Versorgungsmängel: Im Osten Deutschlands ist ein kräftiger Zuwachs an Kassensitzen notwendig**

der neuen Leistungen an die Richtlinien-therapie, eine Anhebung der Pauschale für die fachärztliche Grundversorgung (PFG) um 2,7 Prozent, eine bessere Honorierung der Gruppentherapie sowie die Ausbudgetierung und damit volle Vergütung der Gesprächsleistungen. Dies alles führe dazu, dass die neuen Versorgungsleistungen von den Kollegen vermehrt genutzt werden, wie Waldherr erläuterte. Trotzdem gebe es noch viel zu tun. Mit Spannung erwartet wurde auf der DV auch der Spruch des Bundessozialgerichts über die vom bvvp geforderte Einpreisung der Strukturzuschläge in jede einzelne Leistung unabhängig vom Auslastungsgrad der Praxis. Dass das Urteil nun so niederschmetternd ausfallen würde (siehe Seiten 8 bis 12), konnte sich damals freilich noch niemand ausmalen.

Inhaltlicher Höhepunkt war auch diesmal die öffentliche Veranstaltung, zu der gleich drei kompetente Referenten nach Erfurt reisten. **Dr. Sabine Köhler**, unter anderem Vorsitzende des Berufsverbandes Deutscher Nervenärzte (BVDN), legte den Schwerpunkt ihrer Ausführungen auf die eklatanten Versorgungsmängel im ländlichen Bereich, insbesondere im Osten Deutschlands, und auf die Historie der Versorgungsentwicklung. Die unterschiedliche Entwicklung in Ost und West zu betrachten bedeute laut Köhler auch, die differierenden Verhaltensnormen und Menschenbildprägungen in beiden Teilen Deutschlands in den Blick zu nehmen. Sie zeichnete das Bild einer Entwicklung in der DDR, in der es der Psychotherapie – trotz Jahrzehnte anhaltenden Misstrauens ihr gegenüber – nach und nach gelungen sei, sich in vielfältigen Formen zu etablieren. Eine der wichtigsten Institutionen sei seit 1949 die psychotherapeutische Abteilung der Poliklinik Haus der Gesundheit in Berlin-Mitte gewesen, wo der spätere Direktor, Dr. Kurt Höck, auch die Intendierte Dynamische Gruppenpsychotherapie entwickelt habe. Sie habe sich zur wichtigsten Psychotherapiemethode der DDR entwickelt. Während die klassische Psychoanalyse im ostdeutschen Staat verfehmt blieb, sei das Methodenspektrum dagegen immer breiter geworden, ab den 1980er-Jahren



Inhaltlich beschäftigten sich die Referenten auf der DV mit der krass unterschiedlichen Versorgungslage in Deutschland



Foto: Privat

dann auch stark geprägt von Entwicklungen im Westen. Dass es 1991 deutlich weniger Psychotherapeuten im Osten gegeben hätte, habe auch an einer starken Abwanderung Richtung Westen nach dem Mauerfall gelegen.

Was die heutige Situation in Deutschland betreffe, so sei diese von zu vielen Parallelstrukturen und Konkurrenzen geprägt, insbesondere zwischen den Akteuren der psychotherapeutischen und psychiatrischen Versorgung. An dieser Stelle plädierte Köhler für eine stärkere Vernetzung.

**Prof. Dr. Frank Jacobi**, Experte für Versorgungsforschung von der Psychologischen Hochschule Berlin, setzte die Frage einer angemessenen Versorgung in Beziehung zu den Ergebnissen einer Studie zu „Psychischen Störungen in der Allgemeinbevölkerung“. Deutschlandweit waren für diese Studie, die gemeinsam mit der Bertelsmann-Stiftung erhoben wurde, rund 5.000 Interviews ausgewertet worden. Wie Jacobi erläuterte, verdeutlichen die Studienergebnisse zur Krankheitshäufigkeit, dass eine höhere Inanspruchnahme von Psychotherapie bei höherem Versorgungsangebot keinesfalls nachweisbar sei, wie immer wieder behauptet werde. Vielmehr stiege nur die Zahl jener Patienten mit klarer, nachweisbarer Diagnose, wenn sich das An-

## Obwohl in den deutschen Städten nur ein Viertel der Bevölkerung lebt, gibt es dort die Hälfte aller Psychotherapeutensitze

gebot erhöhe. Dieses folge aber auch nicht der erhöhten Zahl der Fälle. Die Studie habe keine entsprechenden Unterschiede in den Regionen gezeigt. Auch eine Erhöhung der behandlungsbedürftigen Fälle in Städten mit größerer Psychotherapeutendichte sei nicht nachweisbar. Zusammenfassend zeige sich, dass die regionale Versorgungsverteilung nicht die Krankheitshäufigkeiten abbildete. Vielmehr seien die Unterschiede zwischen den Regionen unter anderem darauf zurückzuführen, dass die Bedarfsplanung sich auf den deutschen Istzustand an einem Stichtag im Jahr 1999 bezogen habe, an dem die psychotherapeutische Versorgung im Osten noch unterrepräsentiert und im Aufbau gewesen sei. Sein Fazit: Im Osten Deutschlands sei ein kräftiger Zuwachs von 5.000 bis 6.000 Kassensitzen notwendig.

**Dr. Bernhard Gibis**, Leiter des Versorgungsdezernats in der KBV, skizzierte die Problematik aus Sicht der Kassenärztlichen Bundesvereinigung. Er machte darauf aufmerksam, dass die Zahl der Psychotherapeuten innerhalb der letzten zehn Jahre um 50 Prozent gestiegen sei. Eine Schwierigkeit sieht er in der sehr hohen Zahl von Psychotherapeuten in Ausbildung. Schon jetzt liege die Zahl der Abgänge weit über den Jobmöglichkeiten. Es zeige sich auch, dass sich das Niederlassungsverhalten seit 1999 kaum geändert habe. Obwohl in den Städten, vor allem im Westen, nur ein Viertel der Bevölkerung lebe, gebe es dort die Hälfte aller Psychotherapeutensitze. Trotz deren Aufstockung im ländlichen Raum (vor allem 2013/2014) habe es auch keine Verschiebung in Richtung Land gegeben. Die KBV müsse aber stets das Dreieck ausbalancieren zwischen Bestandsschutz, mehr Leistungen dort, wo sie gebraucht würden, und der Notwendigkeit der Kostenkontrolle. Zur Frage einer „angemessenen“ Psychotherapeutendichte gebe es auch keine wissenschaftlich belastbaren Zahlen. Eines wurde in den Ausführungen aller drei Referenten deutlich: Letztlich geht es bei der Festlegung von Versorgungszahlen immer auch um die grundlegende Frage, welchen Stellenwert psychische Gesundheit in der Gesellschaft haben sollte.

# Was nach dem Ritterschlag geschah

Die Systemische Psychotherapie bahnt sich weiter ihren Weg in die Richtlinienpsychotherapie.

Dazu **Dr. Björn Enno Hermans**,  
Vorsitzender der DGSF, im Interview

Interview: **Ariadne Sartorius**, Mitglied im bvvp-Bundesvorstand

**„Ritterschlag mit Stolpersteinen“, so war unser erstes gemeinsames Interview in diesem Magazin 2013 überschrieben. Das ist nun vier Jahre her. Was ist seither geschehen?**

Viel, aber noch nicht genug: Ambulante Systemische Psychotherapie gibt es nach wie vor nur auf Privatrechnung. Aber mit dem kürzlich veröffentlichten IQWiG-Abschlussbericht sind wir der Aufnahme in den Leistungskatalog der GKV einen großen Schritt nähergekommen. Nach unserem letzten Gespräch vor vier Jahren hatte der G-BA ja zunächst eine Expertise des IQWiG zur Wirksamkeit der Systemischen Therapie (ST) bei Erwachsenen angefordert. Dort hat man drei Jahre lang ungeheuer aufwendig gearbeitet, über 3.000 internationale Studien gesichtet und einen gut 800 Seiten umfassenden Abschlussbericht erstellt. Seit dem Gutachten des WBP sind ja noch einige Studien neu dazugekommen. Fazit ist, dass die Wirksamkeit von ST in sieben von acht Störungsbereichen nachgewiesen werden konnte. Der neunte Bereich waren Demenzerkrankungen, die aber gar nicht in den Psychotherapie-Richtlinien aufgelistet sind. Auch das Schwellenkriterium ist erfüllt. Das ist alles sehr gut. Trotzdem passt der damalige Titel „Ritterschlag mit Stolpersteinen“ nach wie vor, denn die Folgen der vom IQWiG er-

öffneten Debatte über Nebenwirkungen in der Psychotherapie sind schwer einzuschätzen. Hier muss der G-BA jetzt entscheiden, wie er mit der Evidenzlage umgeht.

**Was erwartest du von uns Kolleginnen und Kollegen in den Verbänden und Kammern, den Aktiven in den Gremien der Selbstverwaltung?**

Allen wird klar sein: Die Maßstäbe, die jetzt bei der Prüfung der ST angewandt werden, gelten dann auch für die laufende Überprüfung der Richtlinienverfahren. Da sitzen dann alle Psychotherapieverfahren in einem Boot. Ein Beispiel: Der Hinweis des IQWiG, dass in psychotherapeutischen Studien Nebenwirkungen nicht systematisch genug erfasst werden, hat ja nichts speziell mit ST zu tun. Hier lässt sich die Logik der Arzneimittelforschung nun einmal nicht 1:1 auf Psychotherapie übertragen. Deswegen sollten wir also alle das weitere Vorgehen des G-BA genau beobachten und begleiten und auf faire Maßstäbe pochen.

**In unserem letzten Interview sprachst du auch von den Problemen, Interessenten zu Systemischen TherapeutInnen aus- und weiterzubilden. Was hat sich seither getan, und wie wird es weitergehen?**

Hier hat sich viel getan. Inzwischen gibt es – dank kreativer Lehrinstitute und idealistischer NachwuchspsychotherapeutInnen – bundesweit mehr als 200 junge KollegInnen in Psychotherapieausbildung, die sich für das Vertiefungsverfahren ST entschieden haben. Drei Institute bieten mittlerweile in Deutschland systemische Approbationsausbildungen an. Allerdings erschwert die fehlende Refinanzierung der ambulanten Behandlungsstunden natürlich die Ausbildung. Je nach Bundesland gibt es hier unterschiedliche Lösungen, um die Ausbildung trotzdem so zu organisieren, dass sie finanzierbar bleibt: Im Rahmen der KJP-Ausbildungen lassen sich ambulante Behandlungsstunden zum Beispiel teilweise über die Sozialpsychiatrie-Vereinbarung finanzieren. Trotz dieser vergleichsweise schwierigen Rahmenbedingungen haben 2016 die ersten AbsolventInnen ihre Approbationen erhalten. Auch bei systemischen Weiterbildungen hat sich einiges getan: Mittlerweile hat die Mehrzahl der Psychotherapeutenkammern den Zusatztitel „Systemische Therapie“ in ihrer Weiterbildungsordnung geregelt.

**Und wie sieht es im ärztlichen Bereich aus?**

Widersprüchlich. In der Kinder- und Jugendpsychiatrie ist ST schon weit verbreitet.



### **Dr. rer. medic. Björn Enno Hermans**

ist Diplom-Psychologe und Vorsitzender der Deutschen Gesellschaft für Systemische Therapie, Beratung und Familientherapie (DGST). Der Systemische (Kinder- und Jugendlichen-)Therapeut arbeitet dort als Lehrtherapeut und Lehrsupervisor. Aktuell ist Hermans Geschäftsführer eines Essener Trägerverbundes der Kinder-, Jugend-, Familien-, Gefährdeten- und Altenhilfe und nebenberuflich in eigener Praxis tätig.

## **„Die Wirksamkeit von Systemischer Psychotherapie konnte in sieben von acht Störungsbereichen nachgewiesen werden“**

Vor allem stationär, da gibt es viele systemisch arbeitende Häuser oder Stationen und oft auch eine Leitungsebene, die systemisches Arbeiten schätzt. In der Erwachsenenpsychiatrie ist Systemische Therapie bislang weniger stark vertreten. Inhaltliche Gründe hat das nicht – gerade zur Behandlung von psychotischen Erkran-

kungen ist ST sehr gut geeignet, wie auch der IQWiG-Bericht noch einmal bestätigt hat. Die skandinavischen Behandlungsansätze von Jaako Seikkula zum Beispiel sind ja auch hier bekannt. Wir stellen auch fest, dass zunehmend auch junge ÄrztInnen Interesse daran haben, ST in ihre Psychiatrie- oder Psychosomatik-Facharzt-ausbildung zu integrieren. Die Weiterbildungsordnung zum Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie sieht diese Möglichkeit zwar theoretisch vor, in der Praxis ist hier die Aufgeschlossenheit der Landesärztekammern aber noch ausbaufähig. Obwohl die ärztlichen Weiterbildungsordnungen an das Berufsrecht, also die wissenschaftliche Anerkennung eines Psychotherapieverfahrens, gekoppelt sind, sind einige Weiterbildungsausschüsse der Ärztekammern zögerlich, wenn es um Weiterbildung in Nichtrichtlinienverfahren geht. Dabei verfolgt längst nicht jeder junge Arzt das Ziel einer Niederlassung; wir denken, dass der Nachwuchs hier seine Entscheidungen schon selbst treffen kann. 2017 hat sich dann auch eine erste junge Ärztin durch die Institutionen gekämpft und ST als Hauptverfahren für den psychotherapeutischen Teil ihrer Facharztweiterbildung gewählt. ST als Zusatzverfahren im Rahmen der Psychiatrie-Weiterbildung zu wählen ist aber auch heute schon unkompliziert. Dafür gibt es mittlerweile spezialisierte Kurse. Nur ist hier natürlich der Stundenumfang gering.

**Damals sagtest du auf die Frage, wann die ST Kassenleistung würde, du wärest nicht unzufrieden, wenn dies 2018 geschehen würde. Ist das realistisch, und welche Schritte sind dafür noch konkret nötig?**

Da jetzt ja alle Daten vorliegen, sollte 2018 eigentlich zu schaffen sein. Der G-BA, in dessen Hand nun alle weiteren Schritte liegen, unterliegt allerdings keiner Frist. Wie schnell es jetzt gehen wird, hängt sicherlich auch davon ab, ob „nur“ über ST entschieden wird oder ob im Subtext über die symbolische Frage mitverhandelt wird, welchen Stellenwert Psychotherapie im Gesundheitswesen haben soll. Immerhin geht es um die erste Neuzulassung eines Psy-

chotherapieverfahrens nach dem Psychotherapeutengesetz. Wir sind gespannt, ob innerhalb der Bänke im G-BA Interesse an einer nachgewiesenermaßen wirksamen, zusätzlichen psychotherapeutischen Behandlungsalternative besteht. Immerhin sprechen nicht alle PatientInnen gleichermaßen auf die Behandlung mit bisherigen Richtlinienverfahren an, sodass es sinnvoll ist, hier mehrere Behandlungsalternativen zur Verfügung zu haben. Das erhöht die Chance, für alle PatientInnen eine individuell passende Therapieform zu finden. Wenn man sich den jüngsten Fehlzeitenreport der AOK ansieht, geht daraus hervor, wie groß der Einfluss von sozialen Krisen und Ereignissen im persönlichen Netzwerk von Menschen auf ihre psychische Gesundheit ist. Das soziale Umfeld sollte also in die Behandlung einbezogen oder zumindest mitgedacht werden. Dafür sind wir SystemikerInnen unter anderem durch unsere Ausbildung im Umgang mit Mehrpersonensettings prädestiniert.

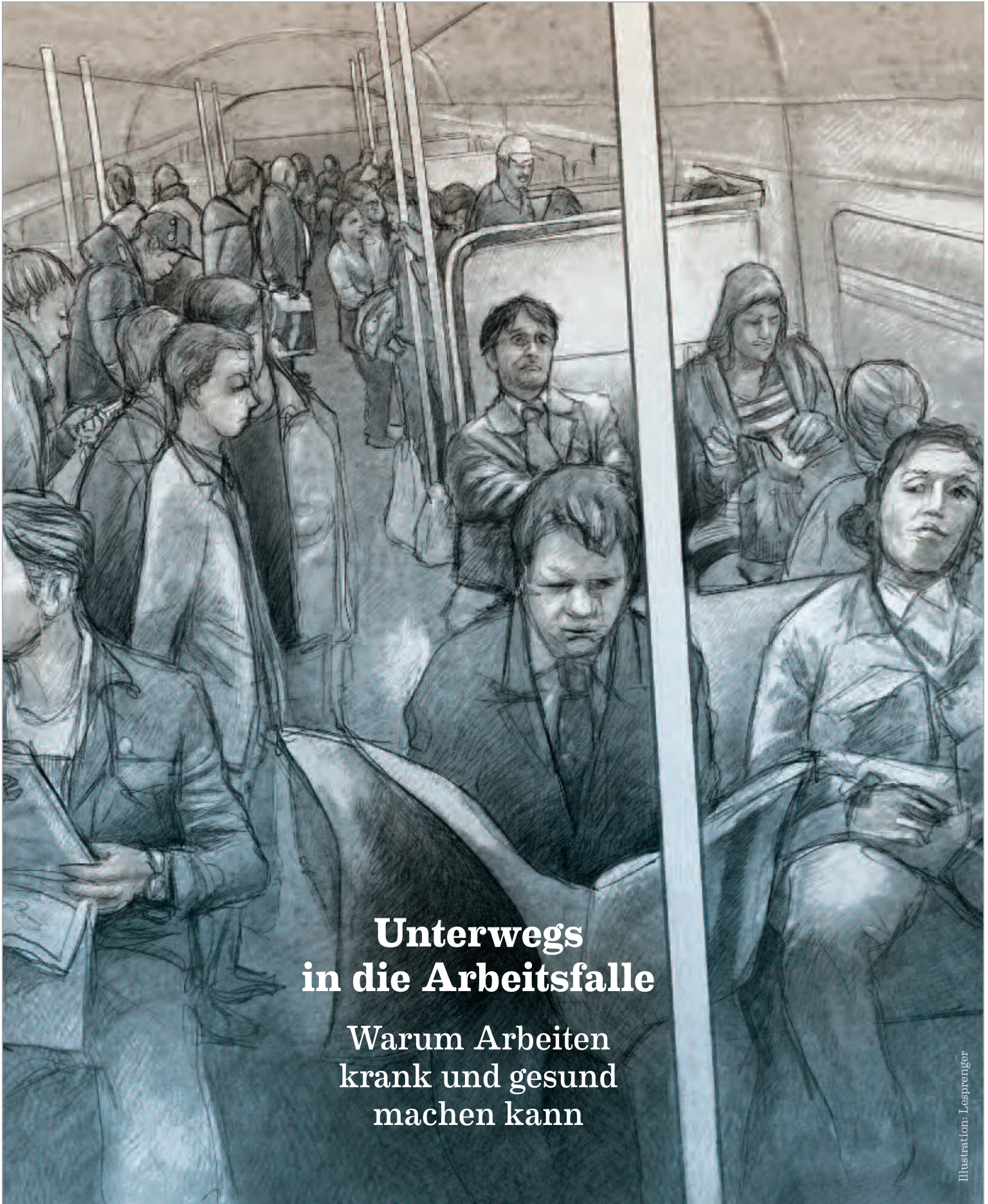
**Die neue Psychotherapie-Richtlinie hat einiges an Änderungen mit sich gebracht. Wie passt die ST in die neue Richtlinie?**

Als SystemikerIn geht man davon aus, dass in den Behandlungsstunden zwar Impulse für Veränderungen gesetzt werden, die eigentliche Arbeit aber zwischen den Sitzungen passiert. Deswegen arbeiten wir zum Beispiel gerne mit Doppelstunden und dafür mit größeren Abständen zwischen den Sitzungen. Wir würden uns über eine Vereinfachung von Netzwerkarbeit und der Einbeziehung von Angehörigen auch bei Erwachsenen freuen, aber insgesamt ist mit der neuen Psychotherapie-Richtlinie ja schon recht viel möglich.

**Die Anerkennung für die Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie ist noch nicht erfolgt. Was erwartet uns hier in der Zukunft, und welche Vorleistungen sind bis dahin noch zu erbringen?**

Die Studienlage ist auch hier gut. Sobald die Entscheidung für ST bei Erwachsenen gefallen ist, wird hoffentlich die Prüfung für Kinder und Jugendliche folgen. Aber das Antragsrecht liegt auch hier ausschließlich beim G-BA.





## Unterwegs in die Arbeitsfalle

Warum Arbeiten  
krank und gesund  
machen kann

Illustration: Lesprenger



# Krank durch Arbeit – krank durch Arbeitslosigkeit

Die Erkenntnis, dass sich belastende Arbeitsbedingungen negativ auf unsere Psyche auswirken, ist in der Mitte der Gesellschaft angekommen. Wie begegnet unser Berufsstand dieser Herausforderung?

Von **Rainer Cebulla** und **Angelika Haun**

\_\_\_ **Einschlägige Untersuchungen** untermauern, was wir in unseren Praxen täglich erleben: Die Bedingungen, unter denen viele Menschen in Deutschland arbeiten, aber auch Arbeitslosigkeit und der sehr häufig damit verbundene soziale Abstieg, machen oft krank. Die Zahl an Fehltagen und Frühverrentungen aufgrund psychischer Erkrankungen hat in den letzten Jahren deutlich zugenommen. Unser Berufsstand ist hier besonders gefordert. Was, wenn wir nicht nur als Reparaturbetrieb fungieren wollen?

Kürzlich kam in meine (Rainer Cebulla) VT-Praxis wieder ein Patient zur zweiten psychotherapeutischen Sprechstunde, der bei guter prämorbidem Anpassung aufgrund von Belastungen am Arbeitsplatz eine mittelgradige depressive Episode und eine Angststörung mit Herzklopfen und Schweißausbrüchen entwickelt hatte. Er will glaubhaft wieder an seinen Arbeitsplatz zurück. Allerdings war auch deutlich, wie sehr zwischen erster und zweiter Sprechstunde bereits die aktuelle Herausnahme aus dem Arbeitsumfeld zu einer deutlichen Symptomreduktion führte. Auf meine Frage, was er nach einer Reha-Maßnahme für den Wiedereinstieg als wichtig ansieht, um einen erneuten Zusammenbruch zu vermeiden, führte er zunächst palliative Strategien an wie Atemtechniken, um eventuell aufkommende Ängste besser zu modulieren. Die Erleichterung war in Körperhaltung und Gesichtsfarbe deutlich sichtbar, als ich die Idee möglicher instrumenteller Strategien zur Veränderung der Arbeitsbedingungen und mögliche Unterstützungssysteme hierfür ansprach. Wir sprachen auch kurz über die

Theorie der erlernten Hilflosigkeit, nachdem mich Situationsbeschreibung und Symptomatik sehr an die Folgen der einschlägigen Experimente von Martin E. P. Seligman und Steven F. Maier erinnert hatten.

Was ist unsere (psycho-)therapeutische Aufgabe, wenn immer häufiger krankheitswertige Dekompensation nicht so sehr auf neurotische Fehlhaltungen, sondern mehr auf äußere (Arbeits-)Bedingungen zurückzuführen ist? Eine liebe Kollegin zitierte die Tage im Kollegenkreis Prof. Dr. Peter Fiedler, der kürzlich in einem Vortrag in einem anderen Zusammenhang sinngemäß gesagt haben soll, Psychotherapie sei Solidargemeinschaft mit dem Patienten gegen widrige Lebensumstände. Mehr aus dem Herzen sprechen könnte man uns – bezogen auf das Thema hier – kaum.

Maria Klein-Schmeink (MdB) ist Gesundheitsexpertin der Grünen im Bundestag. In der letzten Legislaturperiode hatte sie sich mit weiteren Abgeordneten in einer kleinen Anfrage zu „Arbeitsbedingungen und psychische Belastungen“ an die Bundesregierung gewandt. Ihre Frage unter anderem: „Welche Maßnahmen hat die Bundesregierung in den letzten zehn Jahren ergriffen, um auf Seite der Arbeitgeber ein Bewusstsein für den Einfluss der Arbeitsbedingungen auf die psychische Gesundheit von Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern zu schaffen und sie dazu anzuhalten, Risikofaktoren (...) möglichst zu vermeiden?“ Sie plädiert sehr dafür, speziell auch psychische Gesundheit in den Fokus von Arbeitsschutz und Gesundheitsversorgung zu stellen.

Patricia Lück ist Diplom-Psychologin und Referentin für betriebliche Gesundheitsförderung beim AOK-Bundesverband. Sie begrüßt, wenn betriebliche Gesundheitsförderung neben dem rein ökonomischen Nutzen auch Arbeitszufriedenheit, Mitarbeitermotivation, Kommunikations- und Führungskultur in den Blick nimmt. Hier schreibt sie über die Förderung der psychischen Gesundheit im Betrieb zwischen Risikoanalyse und Ressourcenförderung.

Karsten Paul und Andrea Zechmann vom Lehrstuhl für Psychologie, insbes. Wirtschafts- und Sozialpsychologie der Universität Erlangen-Nürnberg forschen zu psychologischen Bedürfnissen in Arbeit und Nichtarbeit sowie zu psychischen Auswirkungen von Arbeitslosigkeit. Hier schreiben sie zur möglichen heilsamen Seite von Erwerbsarbeit.

Ruth Waldeck macht in ihrer Praxis offensichtlich ganz ähnliche Erfahrungen wie wir. Die in Frankfurt am Main niedergelassene Psychotherapeutin beschäftigt sich in ihrem Beitrag unter anderem mit dem „Bewirken“ als nicht entfremdetes „wechselseitiges Geschehen unter Gleichen“ im Kontrast zu krank machenden Arbeitsbedingungen, Chancenlosigkeit ...

Die Autorinnen und Autoren leuchten in ihren Beiträgen also ganz unterschiedliche Facetten des Themas aus. \_\_\_

Foto: Privat



Foto: Privat



# Die Psyche nicht vergessen!

Damit Menschen gesund arbeiten können, muss die psychische Gesundheit in den Fokus der Betriebe rücken und die Gesundheitsversorgung verbessert werden

Von **Maria Klein-Schmeink**, MdB, Bundestagsfraktion Bündnis 90/Die Grünen

**Psychische Erkrankungen** sind Volkskrankheiten. In Deutschland leidet jedes Jahr rund jede dritte erwachsene Person an mindestens einer psychischen Störung, dazu zählen auch Suchterkrankungen. Das wirkt sich auch im Berufsleben aus: Psychische Erkrankungen stehen an zweiter Stelle der häufigsten Ursachen für betriebliche Fehlzeiten und führen laut der BpTK-Studie zur Arbeitsunfähigkeit 2015 zu deutlich längeren Krankschreibungen als körperliche Krankheiten. Außerdem sind laut dem Unfallverhütungsbericht „Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit 2015“ des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales (BMAS) und der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA) psychische Erkrankungen die Hauptursache für den Bezug von Erwerbsminderungsrenten. Aktuellen Zahlen des Statistischen Bundesamtes zufolge verursachen psychische Erkrankungen Kosten in Höhe von knapp 45 Milliarden Euro pro Jahr und sind damit die zweitkostenträchtigste Krankheitsklasse nach Herz-Kreislauf-Erkrankungen. All diese Zahlen zeigen: Der Handlungsdruck ist enorm.

Für die meisten Menschen ist die Arbeit ein wichtiger und positiver Teil ihres Lebens. Sie finden Anerkennung bei den Menschen, mit denen sie zusammenarbeiten. Sie stecken Energie, Können und Kreativität in ihre Aufgaben. Tagesstruktur, Ablenkung und Kontakt zu Kolle-

ginnen können außerdem stabilisierend auf Menschen in Krisen wirken. Gleichzeitig weisen Arbeitswissenschaftler seit geraumer Zeit auf einen Zusammenhang zwischen Arbeitsbedingungen, psychischer Belastung und gesundheitlichen Beschwerden hin. Wer bei der Arbeit dauerhaft unter Stress steht, hat ein erhöhtes Risiko für Herz-Kreislauf-Erkrankungen und psychische Störungen.

Beschäftigte beklagen die gestiegene Arbeitsintensität und geringe Tätigkeitsspielräume. Auch flexible, nicht planbare Arbeitszeiten, Wochenendarbeit sowie Schicht- und Nachtarbeit haben zugenommen. Die ständige Erreichbarkeit und fehlende Trennung zwischen Arbeitswelt und Privatleben führt bei vielen zu anhaltendem Stress. Herausfordernd ist zudem die Digitalisierung, die Beschäftigten zwar Freiräume eröffnet, aber auch neue Kompetenzen erfordert und Arbeitsabläufe weiter verdichtet. Angesichts dieser Entwicklungen ist es nicht verwunderlich, dass die betrieblichen Fehlzeiten aufgrund psychischer Erkrankungen ansteigen. Auch die zunehmende Flexibilisierung des Arbeitsmarktes verursacht psychische Belastungen. So führen die Ausweitung des Niedriglohnssektors, Minijobs, ausufernde Leiharbeit und immer mehr befristete Beschäftigung zu Ängsten sowie zu Phasen der Erwerbslosigkeit. Ebenso belasten lange Anfahrtszeiten zur Arbeit und familienunfreundliche Arbeitszeiten.

Der Arbeitsschutz und die betriebliche Gesundheitsförderung müssen auf diese Entwicklungen reagieren, um die Beschäftigten besser vor psychischen Belastungen am Arbeitsplatz zu schützen.

Psychische Krisen sind natürlich nicht immer arbeitsbedingt, sondern können auch aufgrund privater Lebenskrisen oder schwerer psychischer Erkrankungen entstehen. Wie das Wissenschaftliche Institut der AOK (WIdO) in einer repräsentativen Befragung herausfand, war etwa die Hälfte der Erwerbstätigen in den vergangenen fünf Jahren von einem kritischen Lebensereignis betroffen. Am häufigsten waren Konflikte im privaten Umfeld, eine schwere Erkrankung von Angehörigen und finanzielle Probleme. Solche kritischen Lebensereignisse belasten die Gesundheit und beeinflussen die Berufstätigkeit. Mehr als die Hälfte der Befragten fühlte sich durch die Krise in der eigenen Leistungsfähigkeit im Berufsleben eingeschränkt. Jeweils über ein Drittel war aufgrund des kritischen Lebensereignisses unzufrieden mit der Arbeit oder meldete sich häufiger krank. Es ist wichtig, Menschen in Krisen rechtzeitig und bedarfsgerecht zu unterstützen, damit sie langfristig ihrer Arbeit nachgehen können und vor Armutsrisiken geschützt sind.

Gute und gesunde Arbeitsbedingungen sind nicht nur eine Verpflichtung den Menschen gegenüber, sondern auch betriebs- und volkswirtschaftlich sinnvoll.



Betriebe müssen Strukturen auf- und ausbauen, die es erlauben, psychische Risiken und Probleme von Beschäftigten zu erkennen und deren Bewältigung effektiv zu unterstützen. Ziel muss es sein, dass Beschäftigte langfristig gesund arbeiten können und nach einer Krankheit rasch und nachhaltig wieder in die Arbeit eingegliedert werden. Dafür müssen betriebliche Maßnahmen, Beratungsangebote sowie medizinisch-präventive und therapeutisch-rehabilitative Maßnahmen miteinander verknüpft werden und die beteiligten Akteure eng miteinander kooperieren. Nachholbedarf bei der betrieblichen Gesundheitsförderung gibt es vor allem bei kleinen und mittleren Betrieben sowie bei der Berücksichtigung der Bedarfe von Frauen und älteren Menschen.

In Deutschland existieren zwar Arbeitsschutzgesetze, die ausdrücklich auch den Schutz vor psychischen Belastungen bei der Arbeit vorsehen. Aber an der Umsetzung in Betrieben hapert es. Anders als bei physischen Risiken fehlt Betrieben eine klare Orientierung, wie Prävention bei psychischen Belastungen auszusehen hat. Geht es um Lärmschutz oder darum, ab welcher Konzentration eine Chemikalie giftig ist, dann gibt es konkrete Verordnungen. Bei psychischen Risiken am Arbeitsplatz fehlt eine solche Verordnung. Die kommende Bundesregierung ist daher gefragt, eine „Anti-Stress-Verordnung“ zu erlassen, die darlegt, welche psychischen Belastungen in eine Gefährdungsbeurteilung mindestens einzubeziehen sind und nach welchen Maßgaben diese durchzuführen ist. Damit Betriebe und der öffentliche Dienst ihrer gesetzlichen Pflicht nachkommen, Gefährdungsbeurteilungen umzusetzen und dabei psychische Faktoren umfassend zu berücksichtigen, sollten die Aufsichtsbehörden konsequent eingreifen können, wenn Gefährdungsbeurteilungen fehlen oder unvollständig sind. Um die psychischen Risikofaktoren richtig einzuschätzen, ist es sinnvoll, auch die Beschäftigten in die Beurteilungen einzubeziehen.

Arbeitgeber, aber auch Betriebsräte und Vertrauensleute sind gefordert, gemeinsam ein Bewusstsein und Handlungs-

bereitschaft gegen Gefährdungen bei der Arbeit zu fördern, Beschäftigte einzubeziehen und Projekte „guter Arbeit“ betrieblich zu verankern. Ansätze zur Gesundheitsförderung in Betrieben können zum Beispiel eine Ausweitung von Entscheidungsspielräumen, selbstbestimmte Arbeitseinteilung oder die Aufklärung über Erholungsstrategien sein. Bei Dienstleistungsberufen mit hohen psychosozialen Anforderungen sollten außerdem Fertigkeiten zur besseren Konfliktbewältigung vermittelt werden.

Das Führungsverhalten ist für die Gesundheit von Beschäftigten von wesentlicher Bedeutung. Betriebe sollten daher Standards für ein gesundheitsförderliches Führungsverhalten entwickeln und Führungskräfte für die Probleme der Beschäftigten sensibilisieren. Unterstützung

## **Zwischen Arbeitsbedingungen und psychischer Gesundheit bestehen eindeutige Wechselwirkungen**

in Krisen können etwa Gespräche mit Führungskräften, dem Personalrat oder der Betriebsärztin bieten, aber auch flexible Arbeitszeiten, Homeoffice oder die Freistellung von der Arbeit. Menschen in Krisen können zudem von betrieblichen Gesundheitsangeboten oder der Vermittlung professioneller Hilfe profitieren. Wichtig ist, dass Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sich verstanden fühlen und gemeinsam mit ihren Vorgesetzten Lösungen für ihre Situation finden. Dabei muss nicht jede Maßnahme im Betrieb selbst angeboten werden. Kleine Betriebe können Netzwerke mit anderen Unternehmen in der Region oder der Branche bilden, externe Dienstleister für Maßnahmen der betrieblichen Sozialarbeit in Anspruch nehmen oder Unterstützung von Krankenkassen erhalten.

Betriebsärzte, Fachkräfte für Arbeitssicherheit und das Aufsichtspersonal sollten Aus- und Weiterbildungen zu psychischer Gesundheit und Arbeit verpflichtend wahrnehmen, um den Blick für psychische Gesundheitsrisiken zu schärfen und zur Enttabuisierung beizutragen. Sinnvoll ist es darüber hinaus, die betriebsärztliche Betreuung von Beschäftigten bei psychischen Belastungen auszubauen und Betriebsärztinnen bei der Früherkennung psychischer Erkrankungen, zum Beispiel durch Hinzuziehung psychotherapeutischer und fachärztlicher Kolleginnen, zu unterstützen.

Schließlich können Arbeitsschutz und betriebliche Wiedereingliederung durch die mit dem Präventionsgesetz erweiterten Leistungsmöglichkeiten der Krankenkassen im Bereich Prävention und Gesundheitsförderung vorangetrieben werden. Obwohl immer mehr Menschen aufgrund psychischer Erkrankungen arbeitsunfähig sind, kommt ihnen viel zu selten das betriebliche Wiedereingliederungsmanagement zugute. Das muss sich ändern. Die betriebliche Wiedereingliederung muss weiterentwickelt, Kriterien und vorhandene Ansätze guter Praxis in der betrieblichen Wiedereingliederung müssen identifiziert und Voraussetzungen für deren breitere Implementierung geschaffen werden. Den Betroffenen könnte etwa die Schaffung von Teilerwerbs- oder Betreuungsmöglichkeiten am Arbeitsplatz, ein Nachteilsausgleich für Arbeitgeber für schwankende Arbeitsleistungen von Beschäftigten mit psychischen Erkrankungen oder auch der Einbezug von Angehörigen bei der beruflichen Wiedereingliederung helfen, im Job wieder Fuß zu fassen.

Zusätzlich zu diesem Bündel an betrieblichen Maßnahmen muss die Versorgung von Menschen in Krisen frühzeitig, gemeindenah und flexibel auf die Betroffenen eingehen. Der deutliche Anstieg der Zahl von Patientinnen und Patienten in psychiatrischen Krankenhäusern, häufig wiederkehrende stationäre Aufenthalte, lange Wartezeiten in der ambulanten Behandlung und ein fortdauernder Anstieg von frühzeitiger Erwerbsunfähigkeit sind deutliche Hinweise, dass die Versorgung



**Wer arbeitet, dem geht es nicht nur ums Geld. Menschen sehnen sich nach Anerkennung, stecken Energie, Können und Kreativität in ihre Aufgaben**

psychisch erkrankter Menschen dringend verbessert werden muss. Das Versorgungsangebot muss sich am individuellen Behandlungs- und Unterstützungsbedarf der Betroffenen orientieren und nicht die strenge Trennung nach stationär und ambulant weiter fortschreiben.

Die grüne Bundestagsfraktion setzt sich dafür ein, dass die verschiedenen Leistungserbringer abgestimmte Unterstützung „aus einer Hand“ auch im häuslichen Umfeld und unter Einbezug des sozialen Umfelds anbieten: Fachärztinnen, Psychologische Psychotherapeuten, Sozialtherapeutinnen, Sozialarbeiter und psychiatrische Krankenpflege. Das lässt sich am ehesten erreichen, wenn Einrichtungen in einem Psychiatrischen Verbund eng zusammenarbeiten. Dieser muss durch die Finanzierung befördert statt wie heute durch eine Vielzahl unterschiedlicher Kostenträger behindert werden. Ein vielversprechender Weg, um die gemeinde-nahe sektorübergreifende Versorgung zu stärken und eine individuelle Hilfe bei akuten Krisen flächendeckend auf stabile Füße zu stellen, ist das Finanzierungsinstrument der Regionalbudgets. Sinnvoll wären außerdem rechtliche Vorgaben für Modellvorhaben der ambulanten Versor-

## **Für eine bessere Behandlung von Menschen in psychischen Krisen müssen ambulante Hilfsnetze geknüpft und die Versorgung sektorenübergreifend gestärkt werden**

gung und deren Finanzierung, beispielsweise durch eine gezielte Aufstockung des Innovationsfonds.

Dringender Handlungsbedarf besteht bei der psychotherapeutischen Versorgung. Psychisch kranke Menschen warten oft über drei Monate auf ein Erstgespräch und sechs Monate auf einen freien Behandlungsplatz. Damit Menschen in Krisen die Unterstützung bekommen, die sie brauchen, muss das psychotherapeutische Angebot bedarfsgerecht ausgebaut und hierfür die Bedarfsplanung für Psychotherapeu-

tinnen grundlegend reformiert werden. Schließlich müssen die Rehabilitationsmaßnahmen weiterentwickelt werden. Sowohl vor als auch während der Frührente erhalten psychisch kranke Menschen zu selten Rehabilitationsmaßnahmen. Nur etwa sechs Prozent der befristeten Frührentnerinnen und -rentner mit psychischen Erkrankungen kehren an ihren Arbeitsplatz zurück. Die verschiedenen Aspekte der Rehabilitation – medizinisch, beruflich, sozial, stationär, ambulant – müssen daher besser aufeinander abgestimmt und miteinander verzahnt werden. Ziel muss sein, dass möglichst alle Beschäftigten gesund bis zur Rente arbeiten können. —



Foto: Privat

### **Maria Klein-Schmeink (MdB)**

ist Gesundheitsexpertin der Grünen im Bundestag und Mitglied des Vorstandes der Aktion Psychisch Kranke e. V. in Bonn. Von 1977 bis 1984 studierte sie Soziologie, Politikwissenschaften und Pädagogik in Münster.

# Gesund führen

## Wie sich die Betriebliche Gesundheitsförderung positiv auf die psychische Gesundheit Beschäftigter auswirken kann

Von **Patricia Lück**

Während der Muskel- und Skelettapparat in der Arbeitswelt immer weniger durch schwere körperliche Arbeit gefordert wird, werden die Anforderungen an den psychischen Apparat des Menschen fortlaufend größer: Mehrere Arbeiten gleichzeitig erledigen, Mailfluten und häufige Unterbrechungen, Arbeiten unter Zeitdruck, zunehmende Arbeitsverdichtung oder grenzenloses Arbeiten sind Stressfaktoren, die von Beschäftigten zunehmend häufiger berichtet werden.

Welchen Einfluss die Arbeitswelt aber auf unsere (psychische) Gesundheit nimmt, darüber wird zum Teil heftig gestritten. Arbeit sei sinnstiftend, sagen die einen, belastend und krank machend, sagen die anderen. Beide haben recht. Im Konzept der Betrieblichen Gesundheitsförderung (BGF) ist daher beides verankert: Aufbau und Stärkung von Ressourcen und (salutogenen) Schutzfaktoren ergänzen den Abbau vorhandener Belastungen.

Mittlerweile gibt es einige sichere Erkenntnisse darüber, welche psychischen Belastungen und Stressfaktoren die Gesundheit gefährden. In einer Studie der Initiative Gesundheit und Arbeit (Renate Rau, 2015) wurden systematische Reviews zu Risikofaktoren für die Gesundheit ausgewertet. Es zeigen sich Zusammenhänge von beispielsweise hoher Arbeitsintensität, zu geringem Handlungsspielraum oder Mobbing mit Depression und weiteren psychischen Beeinträchtigungen. Häufig sind es Faktorenkombinationen wie Ar-

beitsanforderungen und Handlungsspielraum, die im Zusammenwirken hohen Einfluss auf Gesundheit und Wohlbefinden haben. Das Konzept der Gratifikationskrise (Johannes Siegrist, 2015) beispielsweise beschreibt sehr gut den Zusammenhang von hoher Verausgabungsbereitschaft bei geringer Belohnung und die negativen Effekte auf die psychische Gesundheit, aber auch die Motivation (Joachim Bauer, 2013). Im IGA-Report 31

### **Arbeit ist weder gut noch schlecht: Sie kann sinnstiftend sein, aber auch belastend und krank machend**

sind folgende Arbeitsbelastungen als gesundheitsgefährdend identifiziert:

- hoher Job-Strain (die Kombination von geringem Handlungsspielraum und hoher Arbeitsintensität),
- Iso-Strain (die Kombination von geringem Handlungsspielraum und hoher Arbeitsintensität bei gleichzeitig geringer sozialer Unterstützung)
- hohe Arbeitsintensität
- geringer Handlungsspielraum

- Effort-Reward-Imbalance (Ungleichgewicht zwischen erlebter beruflich geforderter Leistung und dafür erhaltener Belohnung/Wertschätzung)
- zeitbezogene Arbeitsbelastungen (durch Überstunden, Formen von Schichtarbeit)
- geringe soziale Unterstützung
- Rollenstress
- aggressives Verhalten am Arbeitsplatz
- Arbeitsplatzunsicherheit

Diese Auflistung berücksichtigt gut untersuchte Faktoren. Neuere Phänomene, die durch eine zunehmend digitale und von Dienstleistungen geprägte Gesellschaft auftreten, finden noch keine Berücksichtigung und müssen noch näher untersucht werden. Als Beispiel sei hier die wachsende Übergabe von Verantwortung an Beschäftigte durch das Führen durch Zielvereinbarungen genannt. Dabei stimmt der Vorgesetzte mit seinem Mitarbeiter ab, welche Unternehmensziele (Projekte, Kundenzahlen, Gewinn etc.) dieser im Rahmen seiner Tätigkeit erreichen soll. Diese Verantwortungsverschiebung führt jedoch zu Selbstausschöpfung und interessierter Selbstgefährdung auf Beschäftigtenseite und war bislang nur bei Selbstständigen zu beobachten (Andreas Krause, 2012). Auch Themen wie Interaktions- und Emotionsarbeit, Mobilität und ständige Erreichbarkeit werden aktuell auf ihren Einfluss auf Beschäftigte diskutiert.

Eine zentrale Rolle spielt gerade beim Thema Stress die subjektive Einschätzung



der Beschäftigten. Mitarbeiterbefragungen und Gruppeninterviews sind Instrumente, die in BGF-Projekten häufig zum Einsatz kommen. In einer repräsentativen Befragung für Deutschland zeigt der Stress-Report der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA), dass vor allem Zeitdruck, ständige Unterbrechungen des Arbeitsflusses und Multitasking (also mehrere Arbeiten gleichzeitig erledigen zu müssen) die häufigsten psychischen Belastungen darstellen, die von Beschäftigten geäußert werden (Lohmann-Haislah, 2012). Dazu kommen fehlende soziale Unterstützung, destruktive Führung und häufige Überstunden.

Eine 31-jährige japanische Journalistin ist nach Arbeitsüberlastung und 159 Überstunden in einem Monat an Herzversagen gestorben. In Japan gibt es für dieses Phänomen sogar ein eigenes Wort: Karoshi – Tod durch Überarbeiten. Da sind wir in Deutschland sicher besser dran. Aber wie viel Arbeit, wie viel Stress ist denn zu viel? Grenzwerte lassen sich für Stressbelastungen nur schwer ermitteln, daran scheiterte bisher auch der Ruf nach einer Stress-Verordnung. Gerade die persönlichen Erfahrungen und Kompetenzen, aber auch die subjektive Bewertung von Situationen und eigener Bewältigungsmöglichkeiten und nicht zuletzt die Dauer und Intensität machen den Unterschied, ob Stress und psychische Belastungen gesundheitliche Folgen haben.

Größte Relevanz als Gegenspieler zu Stress haben die Ressourcen. Das sind Faktoren wie soziale Unterstützung oder angemessener Handlungsspielraum. Ressourcen können den Umgang mit Stressfaktoren unmittelbar erleichtern. Die Abwesenheit von Ressourcen schlägt wiederum negativ als Belastung zu Buche. Ein simples Beispiel: Fehlt die Möglichkeit für regelmäßige Pausen und Erholung, wird die Wirkung vorhandener Stressfaktoren potenziert.

Diese Faktoren hat die neueste Studie zum Thema „Psychische Gesundheit in der Arbeitswelt“ zusammengefasst (Rothe, 2017). Handlungsspielraum bei der Arbeit, Kontrolle und Einfluss auf die Gestaltung der Tätigkeit, Zeitsouveränität, Planbarkeit von Arbeitshandeln, Pausen, die Ver-

einbarkeit von Beruf und Familie und soziale Unterstützung durch Kollegen und Vorgesetzte sind Beispiele wirksamer Ressourcen. Insbesondere die Führungskultur trägt im Unternehmen wesentlich dazu bei, wie motiviert, engagiert und zufrieden Mitarbeiter mit ihrer Arbeit sind, wie störungsfrei gearbeitet werden kann, wie fair und gerecht sich Beschäftigte behandelt fühlen.

Führungskräfte sind gerade für die Realisierung von Maßnahmen im Rahmen Betrieblicher Gesundheitsförderung maßgeblich. Führungskräfte können durch ihre Vorbildfunktion und ihre Sorge um die eigene Gesunderhaltung („Self-

## **Die Auswirkungen der Digitalisierung der Arbeitswelt auf die geistige Gesundheit müssen noch näher untersucht werden**

Care“) wie auch durch die soziale Unterstützung und Wertschätzung der eigenen Mitarbeiter („Staff-Care“) ein gesundes Klima und Arbeiten maßgeblich unterstützen und sind mitverantwortlich für die Gestaltung der Arbeitsbedingungen (Felfe, 2015). Ein kooperatives Führungsverhalten gilt als Königsweg und gesundheitsförderlich. Dieses Führungsverhalten bindet Mitarbeiter in die Gestaltung ihrer Arbeit ein, fördert die soziale Unterstützung im Team, gewährt Spielräume und unterstützt bei Problemen.

Sie sind wichtige Ansprechpartner für Mitarbeiter, auch und besonders für die psychisch Erkrankten oder in Krisenzeiten. Krisen beeinflussen die Leistungsfähigkeit der betroffenen Mitarbeiter erheblich. So fühlt sich jeder zweite Betroffene in seiner Leistungsfähigkeit eingeschränkt oder geht krank zur Arbeit, wie der neue Fehlzeiten-Report 2017 (Badura,

2017) festgestellt hat. Die Folgen von Krisen sind für Beschäftigte und Arbeitgeber gravierend, wenn nicht frühzeitig Unterstützungsangebote erfolgen.

Führungskräfte müssen hier durch Schulungen für ein gesundes Führen unterstützt werden. Wichtig ist auch, die Grenzen des von ihnen Leistbaren zu erkennen. Führungskräfte sollen keinesfalls psychotherapeutisch oder ärztlich aktiv werden, sondern erkennen, wo externe Beratung notwendig sein könnte, und in die entsprechenden Angebote vermitteln. Betriebe können beispielsweise externe Unterstützung durch Beratungsstellen, Psychotherapeuten oder Ärzte, vermittelt durch sogenannte Employer Assistance Programmes (EAP), sicherstellen. Diese übernehmen im Auftrag des Unternehmens die Vermittlung in die professionelle Beratung.

Diese Erkenntnisse zur Förderung psychischer Gesundheit werden im Rahmen Betrieblicher Gesundheitsförderung berücksichtigt. Prävention zielt primär darauf ab, Krankheiten zu verhindern, und versucht durch den Abbau von Belastungen und Risikofaktoren Menschen vor negativen gesundheitlichen Folgen zu bewahren. Betriebliche Gesundheitsförderung geht aber noch weit darüber hinaus und folgt der Ottawa-Charta der Weltgesundheitsorganisation (WHO) darin, dass Gesundheit mehr als die Abwesenheit von Krankheit ist und das vollständige Wohlbefinden anstrebt. BGF zielt somit auf einen Prozess, allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen (Empowerment).

Betriebliche Gesundheitsförderung orientiert sich daher an den Ressourcen. Die Frage „Was hält uns am Arbeitsplatz gesund?“ ist eine Perspektive, die in deutschen Betrieben noch immer nicht gängig ist, aber beispielsweise in Gesundheitszirkeln Anwendung findet und so Ansätze für die Stärkung schon vorhandener Quellen von Arbeitsfreude, Lernchancen und Persönlichkeitsentwicklung in der Arbeit aufzeigt. Zudem folgt die BGF einem systematischen Vorgehen. Voraussetzung eines jeden systematischen Change-

## Handlungsfelder und Themen in der Betrieblichen Gesundheitsförderung

Handlungsfeld/Thema	Verhaltensprävention	Verhältnisprävention
Führung	Gesunde Führungskräfte	Gesundheitsgerechte Führung/ Führungskultur
Arbeitsgestaltung	Ressourcen- und Kompetenzaufbau	Gesundheitsgerechte Gestaltung von Tätigkeit, Arbeitsplätzen und Umgebungsbedingungen
Kommunikation, soziale Beziehungen	Teamentwicklung	Aufbau von Kommunikations- strukturen (u. a. AK Gesundheit, Gesundheitszirkel)
Beschäftigungsfähigkeit erhalten (demografischer Wandel)	Gesund im Alter	Altersgerechte Führung, alter(n)sgerechte Arbeit/splätze
Psychische Gesundheit/ Stress	Ressourcenmanagement, Stressbewältigung, (Work-)Life- Balance, Pausen/Erholung	Aufbau von Ressourcen (u. a. soziale Unterstützung, Gratifikation), Abbau von Belastungen (Zeitdruck etc.)
Physische Gesundheit/ körperliche Fitness: Bewegung	Bewegte Belegschaft	Bewegungsfreundliche, ergonomische Arbeitswelt
Physische Gesundheit/ Ernährung/Verpflegung	Beratung zu gesundem, ausgewogenem Ess- und Trinkverhalten	Gesunde Kantinen- und Verpflegungsangebote
Suchtprävention	Unterstützung der Sucht- und Rauchfreiheit am Arbeitsplatz	Suchtvereinbarungen, externe Unterstützungsangebote, Führungsleitlinien

Die Kombination von Verhaltens- und Verhältnisprävention ist einer der Erfolgsfaktoren in der Betrieblichen Gesundheitsförderung

Prozesses ist eine gründliche Analyse der gesundheitlichen und betrieblichen Situation und des Bedarfes. Diese Analysephase wird durch objektive Arbeitsplatzbegutachtungen, subjektive Befragungsinstrumente sowie moderierte Diskussionen vorgenommen. Auf Basis dieser Ergebnisse werden Ziele festgelegt, Maßnahmen geplant, durchgeführt und evaluiert, sodass dieser Prozess bei Bedarf optimiert und von Neuem gestartet werden kann (Leitfaden Prävention des GKV-Spitzenverbandes, 2014).

Ein weiteres zentrales Element in der BGF ist die Partizipation. Beschäftigte als Experten ihres Arbeitsplatzes frühzeitig in Änderungsprozesse und bei der Planung von Maßnahmen einzubinden sorgt für eine hohe Passgenauigkeit von Interven-

tionen, aber auch für Motivation und eine hohe Akzeptanz für Maßnahmen und Veränderungen. Auch die Kombination von Maßnahmen auf Ebene der Arbeitsbedingungen (Verhältnisprävention) begleitet von individuellen Verhaltensmodifikationen von Beschäftigten (Verhaltensprävention) gilt als die effizienteste Intervention, die nur im Rahmen eines Settings wie einem Unternehmen möglich ist. Diese Verschränkung von gesundheitsgerechtem Verhalten mit gesundheitsförderlichen Rahmenbedingungen stellt sicher, dass Unternehmen und Beschäftigte gleichermaßen für das gesundheitliche Geschehen in Verantwortung genommen werden. Die AOK berät seit vielen Jahren Unternehmen bei der BGF-Implementierung. Unternehmen bestätigen

den positiven Einfluss von BGF auf Kommunikation, Gesundheit, Engagement und nicht zuletzt Produktivität.

Zahlreiche Praxisbeispiele finden sich auf der Homepage der AOK unter [www.aok-bgf.de](http://www.aok-bgf.de).  
Literatur erhältlich über [bvvp@bvvp.de](mailto:bvvp@bvvp.de)



Foto: Privat

### Dipl.-Psych. Patricia Lück

ist Referentin für Betriebliche Gesundheitsförderung beim AOK-Bundesverband in Berlin und

aktiv in der Initiative Gesundheit und Arbeit (iga) und dem Deutschen Netzwerk für Gesundheitsförderung (DNBGF).

# Kann Arbeit heilsam sein?

Arbeitslosigkeit geht oft mit eingeschränkter psychischer Gesundheit einher. Kann daraus geschlossen werden, dass Erwerbsarbeit heilsam ist?

Von **Karsten Paul** und **Andrea Zechmann**

**Zu Beginn der Neuzeit** wurden überall in Europa sogenannte Arbeitshäuser eingerichtet, um Arme, Bettler, Landstreicher und andere Menschen, die wir heute als Arbeitslose bezeichnen würden, von ihrer „Faulheit“ zu heilen und zu guten, arbeitssamen Untertanen zu erziehen (Garraty, 1978). Die Behandlung dort war in der Regel hart und nicht selten ausgesprochen grausam. Von solchen rabiatischen Methoden im Umgang mit Arbeitslosen, also Menschen, die arbeitsfähig und arbeitswillig sind, aber keine Arbeit finden, sind moderne Gesellschaften glücklicherweise abgekommen. Allerdings wird Arbeitslosigkeit heute oft als ein rein ökonomisches Phänomen wahrgenommen. Dass neben finanziellen teilweise auch gravierende psychosoziale Folgen existieren, bleibt in der gesellschaftlichen Diskussion häufig eher Nebenthema.

Die vielen hundert empirischen Untersuchungen, die seit Anfang des 20. Jahrhunderts zu den psychischen Auswirkungen von unfreiwilliger Arbeitslosigkeit durchgeführt wurden, belegen eindeutig ihren seelisch schädigenden Charakter. Arbeitslose weisen im Vergleich zu Erwerbstätigen nicht nur eine eingeschränkte Lebenszufriedenheit und ein eingeschränktes Selbstwertgefühl auf, sondern leiden auch

häufiger unter Angst-, Depressions- und anderen Symptomen psychischer Störung. Dieser Effekt ist sehr ausgeprägt: Unter Arbeitslosen sind mit 34 Prozent erheblich mehr Personen mit einer behandlungsbedürftigen psychischen Störung zu finden als unter Erwerbstätigen (16 Prozent). Auch die körperliche Gesundheit ist bei Arbeitslosen eingeschränkt, jedoch fällt dieser Unterschied vergleichsweise gering aus (McKee-Ryan, Song, Wanberg & Kinicki, 2005; Paul & Moser, 2009). Zitate von Teilnehmerinnen und Teilnehmern unserer Nürnberger Längsschnittstudie mit Arbeitslosen (Zechmann & Paul, 2017, unveröffentlichte Daten) veranschaulichen, wie erheblich die psychischen Auswirkungen sein können:

*„Seit drei Jahren bin ich arbeitssuchend. Ich habe das Gefühl, dass ich nicht mehr zu gebrauchen bin. Ich will arbeiten, in der Gesellschaft nützlich sein.“*

*„Der Alltag besteht hauptsächlich darin, mich im Bett zu verkriechen. Ich schaffe kaum was zu erledigen, ständig schiebe ich es vor mir her.“*

*„(...) sich immer mehr und mehr wertlos vorzukommen.“*

*„(...) sehr oft das Gefühl von Einsamkeit, Langeweile, Unwohlsein und gesundheitlichen Problemen; sehr oft depressive Phasen.“*

Aus Längsschnittstudien und natürlichen Experimenten (Fabrikschließungsstudien) weiß man zudem, dass Arbeitslosigkeit nicht nur mit schlechter psychischer Gesundheit korreliert ist, sondern eine direkte Ursache der schlechten Gesundheit darstellt. Alternative Erklärungsmechanismen für die Häufung psychischer Belastungssymptome unter Arbeitslosen lassen sich zwar ebenfalls nachweisen, sind aber vergleichsweise schwach. Dazu zählen insbesondere Selektionsmechanismen auf dem Arbeitsmarkt, zum Beispiel dass Menschen mit psychischen Auffälligkeiten leichter ihre Stelle verlieren als andere (Paul & Moser, 2009).

Wenn Arbeitslosigkeit länger besteht als nur wenige Monate, zeigt die psychische Gesundheit typischerweise einen kurvenförmigen Verlauf: Es geht den Betroffenen zunächst immer schlechter, bis nach etwa einem Dreivierteljahr eine Stabilisierung einsetzt. Die Menschen haben sich ein Stück weit an die neue Lebenssituation gewöhnt und Lösungsmöglichkeiten für die dringendsten Probleme gefunden. Es muss aber betont werden, dass diese Stabilisierung auf einem niedrigen Niveau stattfindet: Der oder die durchschnittliche Arbeitslose weist dann





Wer einen Beruf hat, weiß besser, wer er ist, als jemand, der arbeitslos ist

immer noch eine höhere Belastung mit psychischen Leidenssymptomen auf als vergleichbare Erwerbstätige (Paul & Moser, 2009).

Der negative Effekt der Arbeitslosigkeit auf die seelische Gesundheit ist zudem ein sehr robustes Phänomen, das sich in verschiedensten Personengruppen nachweisen lässt. Zwar leiden die Angehörigen bestimmter Gruppen etwas weniger unter Arbeitslosigkeit als die Angehörigen anderer Gruppen (zum Beispiel sind Menschen in Büroberufen weniger stark betroffen als Menschen in gewerblich-technischen Berufen und Erwachsene weniger als Jugendliche). Es konnte aber bisher keine Personengruppe identifiziert werden, die nicht unter Arbeitslosigkeit leidet (McKee-Ryan et al., 2005; Paul & Moser, 2009).

Selbstverständlich handelt es sich bei den hier beschriebenen Zusammenhängen nur um statistische Durchschnittsaussagen auf der Ebene von Gruppen, von denen im individuellen Einzelfall immer Ausnahmen möglich sind. Die Reaktionsweisen der Menschen auf den Stressfaktor Arbeitslosigkeit sind vielfältig, und es gibt auch Betroffene, die berichten, dass Arbeitslosigkeit ihre Lebensqualität sogar verbessert hat und ihnen die Arbeitslosigkeit lieber

ist als Erwerbsarbeit. Diese Menschen sind allerdings selten (Fryer & Payne, 1984).

Wie aber können die oben dargestellten negativen psychischen Auswirkungen der Arbeitslosigkeit erklärt werden? Zum einen sind die finanziellen Probleme zu nennen, die auch in modernen Wohlfahrtsstaaten

### **Der negative Effekt der Arbeitslosigkeit auf die seelische Gesundheit zieht sich quer durch alle Schichten und Bevölkerungsgruppen**

wie Deutschland noch immer erheblich sind und zu deutlichen Einschränkungen des Lebensstandards führen. Beispielsweise kann es sich etwa die Hälfte aller Arbeitslosengeld-II-Empfänger nicht leisten, ab und zu neue Kleider zu kaufen oder medizinische Zusatzleistungen zu finanzieren (Christoph, 2008). Einen weiteren wichtigen Stressfaktor stellt die Stellensuche dar, die, wenn sie erfolglos bleibt, durch den stän-

digen Wechsel von Hoffnung und Enttäuschung seelisch belastend wirken kann (McKee-Ryan et al., 2005).

Neben solchen Belastungsfaktoren, die durch die spezifische Situation der Arbeitslosigkeit entstehen, leiden Arbeitslose aber auch einfach unter einem Mangel an Erwerbsarbeit an sich (Jahoda, 1982). Gemäß dem Deprivationsmodell von Marie Jahoda hat Erwerbsarbeit neben der offensichtlichen manifesten Funktion des Gelderwerbs nämlich auch verschiedene latente Funktionen, die für die Aufrechterhaltung der seelischen Gesundheit wichtig sind. Dazu zählt die klare Strukturierung des Tages, der Woche, des Jahres, des ganzen Lebens, die durch die Arbeit bewirkt wird. Ohne einen solchen von außen gesetzten Rahmen sind nach Jahoda (1982) nur wenige Menschen in der Lage, ihr Leben sinnvoll zu strukturieren und Chaos, Zeitverschwendung und Leerlauf zu vermeiden. Eine weitere latente Funktion der Erwerbsarbeit stellt der Sozialkontakt dar. Menschen brauchen regelmäßigen Kontakt mit anderen, und dieser sollte zumindest teilweise auch außerhalb des engen Kreises der Familie stattfinden, denn ein Abgleich der eigenen Wahrnehmungen, Gefühle und Ansichten mit denen von Fremden unterstützt

nach Jahoda (1982) die stabile Verankerung der Psyche in der Realität. Dies zeigt sich beispielsweise in Aussagen von Arbeitslosen, sie würden nicht nur den Kontakt mit den sympathischen Kollegen vermissen, sondern sogar auch mit den Kollegen, die sie nie gemocht haben. Da Erwerbsarbeit fast immer Interaktionen mit anderen Menschen erfordert, wirkt sie auch in dieser Hinsicht psychisch stabilisierend. Zudem definiert die Arbeit die soziale Position eines Menschen in erheblichem Ausmaß und trägt dadurch zur Identität bei: Wer einen Beruf hat, weiß besser, wer er ist, als jemand, der arbeitslos ist. Dies wirkt sich sogar dann positiv auf die psychische Gesundheit aus, wenn der Status des Berufs eher gering ist, denn gar keine soziale Position innezuhaben, wie im Fall Arbeitsloser, ist noch erheblich problematischer, als eine eher niedrige Position innezuhaben. Weiterhin gibt Erwerbsarbeit Menschen die Möglichkeit, sich gemeinsam mit anderen für bedeutsame Ziele einzusetzen, Ziele, die das eigene Ich transzendieren und sinnstiftend wirken können. Anders gesagt gibt Erwerbsarbeit den Arbeitenden in aller Regel das Gefühl, nützlich für andere zu sein, was wiederum positive Auswirkungen auf die psychische Gesundheit hat. Schließlich ist noch Aktivität als weitere latente Funktion der Erwerbsarbeit zu nennen. Jahoda (1982) geht dabei von einem eher pessimistischen Menschenbild aus, gemäß dem aktiv sein uns zwar guttut, wir aber nicht ohne Weiteres aus uns selbst heraus aktiv werden, sondern eher zu Trägheit tendieren. Die Erwerbsarbeit nötigt uns zu regelmäßiger Aktivität, und auch wenn wir gerne darüber jammern, so ist diese erzwungene Aktivität doch etwas, was sich letztlich positiv auf unsere psychische Gesundheit auswirkt.

Zudem wurde vor Kurzem Kompetenz als weitere latente Funktion der Erwerbsarbeit identifiziert (Zechmann & Paul, 2017): Arbeit konfrontiert uns regelmäßig mit Aufgaben und Problemen, die gelöst werden müssen, und die erfolgreiche Bewältigung dieser Aufgaben stärkt das Gefühl der eigenen Wirksamkeit gegenüber der Umwelt und vermittelt den Eindruck, wertvolle Fähigkeiten und Fertigkeiten zu besitzen, was wiederum die psychische Gesundheit positiv beeinflusst.

Das Modell der manifesten und latenten Funktionen der Erwerbsarbeit ist inzwischen in zahlreichen empirischen Studien getestet und weitgehend bestätigt worden. Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass Arbeitslose nicht nur unter spezifischen Problemen der Arbeitslosigkeitssituation leiden, sondern auch direkt unter dem Mangel an Erwerbsarbeit und ihren psychisch hilfreichen latenten Funktionen. Dies trifft sogar dann zu, wenn die Betroffenen explizit angeben, dass ihnen die latenten Funktionen nicht wichtig sind (Zechmann, 2017).

## Hobbys und Freiwilligenarbeit können einem Menschen, dem die Aufnahme von Erwerbsarbeit unmöglich ist, dabei helfen, deren fehlende positive Effekte zu substituieren

Als Empfehlung lässt sich daher formulieren, dass die Arbeitssituation als gesundheitsdeterminierende Variable im Rahmen einer Psychotherapie nicht unterschätzt und vernachlässigt werden sollte. Bei Arbeitslosen und eventuell auch bei anderen nicht erwerbstätigen Klienten kann die Aufnahme einer Erwerbsarbeit ein wichtiger Schritt sein, der hilft, das seelische Befinden zu bessern. Sollte diese eine Überforderung der Klientin darstellen oder aus anderen Gründen unmöglich sein, kann immer noch überlegt werden, wie die latenten Funktionen der Erwerbsarbeit auf anderem Weg zumindest teilweise substituiert werden können. Beispielsweise können Hobbys und Freiwilligenarbeit in beschränktem Maße Sinn vermitteln, zu Sozialkontakten verhelfen, ein Stück weit eine Zeitstruktur etablieren, die Aktivität fördern, das Selbstwertgefühl steigern und ein Gefühl von Wirksamkeit vermitteln,

ohne den Klienten zu überfordern. Manche Arbeitsplätze mögen unzumutbar sein, aber im Durchschnitt hat Erwerbsarbeit in entwickelten Gesellschaften nicht nur aus finanziellen Gründen eher positive Auswirkungen auf das Wohlbefinden der Menschen, die ihr nachgehen.

- Christoph, B.** (2008): Was fehlt bei Hartz IV? Zum Lebensstandard der Empfänger von Leistungen nach SGB II. Informationsdienst Soziale Indikatoren (ISI), 40, S. 7-10
- Fryer, D., & Payne, R.** (1984): Proactive behaviour in unemployment: Findings and implications. *Leisure Studies*, 3, S. 273-295
- Garraty, J. A.** (1978): *Unemployment in History: Economic Thought and Public Policy*. New York: Harper & Row
- Jahoda, M.** (1982): *Employment and Unemployment*. Cambridge University Press
- McKee-Ryan, F. M., Song, Z., Wanberg, C. R., & Kinicki, A. J.** (2005): Psychological and physical well-being during unemployment: A meta-analytic study. *Journal of Applied Psychology*, 90, S. 53-76
- Paul, K. I., & Moser, K.** (2009): Unemployment impairs mental health: Meta-analyses. *Journal of Vocational Behavior*, 74, S. 264-282
- Zechmann, A.** (2017): The latent functions of employment: Psychologically helpful even when seen as irrelevant. Friedrich-Alexander University Erlangen-Nürnberg
- Zechmann, A., & Paul, K. I.** (2017): Why do individuals suffer during unemployment? Analyzing the role of deprived psychological needs in a six-wave longitudinal study. Friedrich-Alexander University Erlangen-Nürnberg

Foto: Privat



### Dr. Karsten Paul

ist Privatdozent am Lehrstuhl für Psychologie, insbes. Wirtschafts- und Sozialpsychologie der Friedrich-Alexander-

Universität Erlangen-Nürnberg und forscht zu psychologischen Bedürfnissen in Arbeit und Nichtarbeit sowie zu psychischen Auswirkungen von Arbeitslosigkeit.

Foto: Privat



### Andrea Zechmann

ist wissenschaftliche Mitarbeiterin am Lehrstuhl für Psychologie, insbes. Wirtschafts- und Sozialpsychologie der Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-

Nürnberg. Ihr Forschungsschwerpunkt: die psychischen Auswirkungen von Arbeitslosigkeit.



# „... sonst halte ich es nicht aus!“

## Psychotherapie in Zeiten der Prekarisierung

Von **Ruth Waldeck**

**Frau Molnar**, die in einer Kantine arbeitet, erzählt aufgewühlt von einer Auseinandersetzung mit ihrer jüngeren Tochter: Die Neunjährige habe ihren Anorak verloren, mit Pelzbesatz, gerade neu gekauft, sodass Frau Molnar wütend sagte: „Du glaubst doch nicht, dass ich dir jetzt einen neuen kaufe!“ Ich hebe nur die Hand von der Sessellehne, um zu einer Bemerkung anzusetzen, da sagt sie schon selbst: „Ich weiß, das war blöd, ich will so nicht sein! Aber ich weiß wirklich nicht, woher ich schon wieder das Geld nehmen soll! Ich bin halt manchmal verzweifelt! Neulich hat sie gefragt, ob wir Hartz IV sind, da hab ich gesagt: ‚Ja, seit Jahren schon, und das, obwohl ich arbeiten gehe! Wenn ich keine Kinder hätte, würde das Geld reichen! Ist doch furchtbar, so was zu den Kindern zu sagen!‘“ Ähnliche Szenen gibt Frau Batic wieder, die in der Ausbildung zur Erzieherin ist und mit fünf Euro am Tag drei Personen verpflegt: Sie habe ihrem kleinen Sohn auf Fragen nach den Finanzen gesagt: „Wenn ich mich nicht hätte scheiden lassen und erst die Ausbildung abgeschlossen hätte, dann ginge es uns besser ...“

Solche Reaktionen auf die alltägliche Konfrontation mit den knappen Finanzen gerade alleinerziehender Mütter zeigen: Die Patientinnen versuchen, irgendwo den Grund dafür auszumachen, und geraten in Schuldzuweisungen nach dem Muster von „Du oder Ich“: Sie klagen ihre Kinder, ihre Ex-Männer oder sich selbst an. Und diese

Beispiele handeln nicht von Patientinnen, die am Anfang der Behandlung stehen und die Neigung zur (Selbst-)Anklage erstmals entdecken. Sie kennen sich schon gut, sodass manchmal eine Geste reicht, um sie wieder zum Nachdenken zu bringen. Manchmal sage ich auch etwas

### **Manchmal fühlt es sich so an, als würde der Turbokapitalismus alle Bemühungen wegpusten, als würde die gemeinsame therapeutische Arbeit zu einer Sisyphus-Qual entwertet**

wie: „Nein, nicht Sie sind schuld, dass das Geld so knapp ist! Es ist ein Skandal, dass in unserer reichen Gesellschaft Kinder mit solcher finanziellen Not aufwachsen müssen!“ Der Verweis auf etwas Drittes, auf gesellschaftliche Strukturen, die skandalöse Ungerechtigkeit und Ungleichheit beinhalten, entlastet die Patientinnen von dem Druck und der Selbstanklage, etwas anders und besser machen zu müssen (Waldeck, 2017). Oft zeigt sich die

Entlastung in einem Seufzer oder einer Bemerkung wie: „Na, es ist wirklich nicht leicht, aber ich bin doch dabei, einen schönen Beruf zu erlernen! Und dann komme ich endlich vom Jobcenter los!“

Menschen, die der Verknappung von Ressourcen ausgeliefert sind, reagieren auf die Bedrohung oft regressiv. Das zeigt auch die Fremdenfeindlichkeit bei Bevölkerungsgruppen mit Angst vor weiterem sozialen Abstieg. Unter Druck wird das Denken auf ein anaales Niveau reduziert: „Entweder Du oder Ich, einer muss schuld sein, nur einer kann überleben.“ Und bei den erwähnten Patientinnen wird auch deutlich: Sie werden sich selbst fremd, wenn sie so denken. Denn sie können durchaus triadisch denken, deshalb empfinden sie die Regression auf anale bzw. dualistische Muster umso beschämender und entwürdigender. Nicht nur die Arbeitsprozesse selbst, ob am Fließband oder im Dienstleistungsbereich, können also krank machend und entfremdend sein, auch gesellschaftliche Vorgänge wie Prekarisierung führen zu kränkender (Selbst-)Entfremdung.

In der psychotherapeutischen Praxis ist dieser gesellschaftliche Druck deutlich zu spüren (Kühnlein & Mutz, 2008): Meine Adressliste mit Beratungsstellen, auch zu Mieterschutz und Frauenförderung, wird immer umfangreicher. Bei manchen Patientinnen, die sich mit Tränen und Mühen mehr Selbstwertgefühl erarbeiten, käme es unterlassener Hilfeleistung gleich,



ihnen die Förder- und Beratungsmöglichkeiten nicht zu nennen, die ihnen zur Verfügung stehen, um den therapeutischen Prozess zu begleiten und um sich neue Herausforderungen zu suchen. Allerdings zeigen die Beispiele auch: Selbst wenn ein therapeutischer Prozess gute Entwicklungen ermöglicht, wenn er die Patientinnen gestärkt und zu mehr Selbstreflexion und Selbstvertrauen geführt hat, wird der gesellschaftliche Druck eher unerbittlicher. Die angestrebte neue Stelle erweist sich als Leiharbeitsplatz, der Aufstieg in eine verantwortlichere Position ist nur mit Schichtarbeit möglich, sodass die Kinder leiden. Manchmal fühlt es sich für mich so an, als würde der Turbo-kapitalismus wirklich alle Bemühungen wegpusten, als würde die gemeinsame therapeutische Arbeit zu einer Sisyphus-Qual entwertet.

Also stellt sich die Frage, wie wir als Psychotherapeutinnen selbst mit dem Prekarisierungsdruck in der Gesellschaft umgehen. Was erleben wir selbst als gesund und fördernd, was dagegen als krank machend, als entwertend und kränkend? Geraten auch wir manchmal in den regressiven Sog des „Du oder Ich“, in Konkurrenzen also, ohne uns noch durch etwas Drittes wieder Raum schaffen zu können? Sind auch wir in diesem selbst gewählten Beruf mit Entfremdungsphänomenen konfrontiert? Der genaue, selbst-reflexive Blick auf unser Tun und unser Empfinden als Psychotherapeutinnen ist sinnvoll und nötig. Denn wir können bei den Patientinnen nur Prozesse begleiten, denen wir uns selbst auch aussetzen, und können ihnen nur nahebringen, was wir selbst erfahren und erkundet haben, auch wenn wir es nicht immer selbst nutzen und beherzigen.

Dazu eine kleine Selbstbeobachtung: Ich bin jetzt im Rentenalter, habe mein Arbeitspensum reduziert und muss nun auch weniger Berichte schreiben, was neulich einen überraschenden Effekt hatte: Schon am Donnerstagabend waren keine Pflichtaufgaben mehr zu erledigen. Also las ich, wo ich Lust drauf hatte, erst das Feuilleton, dann auch einen Aufsatz zur Psychoanalyse. Und merkte, wie ich durchatmete:

Ach, tut das gut, etwas zu lesen, das mir hilft, mich selbst zu verorten, mich bestärken, befragen und anregen zu lassen! Mir fiel auf, dass ich solche Momente in den letzten Jahrzehnten kaum gehabt hatte. Auch wenn ich nicht gänzlich theoriefrei gelebt habe in diesen Jahren, war es immer zu wenig Zeit zum Nachdenken. Zwar habe ich mir Patientinnenkontakte im Studentakt nie zugemutet, sondern

## **Dient die Stärkung der Subjektivität im therapeutischen Prozess möglicherweise der besseren Verwertbarkeit im Erwerbsleben?**

arbeite im anderthalbstündigen Rhythmus, aber wirkliche, längere Atempausen waren selten. Die Aussicht, jetzt wieder viel mehr Muße für solche Reflexionen zu haben, so dachte ich nun vor mich hin, gibt mir irgendwie Würde zurück! Das große Wort klang irritierend, ich fühle mich ja sonst nicht würdelos. Aber es macht Sinn: Ich würdige meine tägliche Arbeit durch solches Reflektieren und Nachsinnen. Ähnliches hat wohl Freud gemeint, als er an Abraham schrieb: „Ich muss mich von der Psychoanalyse durch Arbeit erholen, sonst halte ich es nicht aus“ (Freud & Abraham, 1965). Die tägliche Arbeit mit den Patientinnen hat Freud demnach oft als „erdrückende Routine“ empfunden, meint Matthias Hirsch (Hirsch, 2000), während die schriftstellerische Tätigkeit nach Feierabend „seine Lebensfreude“ wiederhergestellt habe. Das könnte nach einer Dichotomie von Arbeit versus Freizeit, von Entfremdung versus Selbstbestimmung klingen, aber Freud hat sicher nicht zufällig das Wort „Arbeit“ für die Tätigkeit abends am Schreibtisch gewählt. Es ist zwar wahrlich auch Arbeit, Texte zu lesen oder zu schreiben, es ist Arbeit, sich mit Kolleginnen aus-

zutauschen, aber es ist auch ein erholendes Tun, ein Atemholen, ein Lüften des Kopfes. (Das soll keine Legitimation für Nachtschichten am Schreibtisch sein: Kreatives und sportliches Tun sind ebenso wichtig zur Erholung!)

Diese Eigenerfahrung ist auch im Hinblick auf die therapeutische Praxis bemerkenswert: Auch für die Patientinnen kann es das Selbstwertgefühl und die Würde stärken, sich Woche für Woche nach der Arbeit noch auf den Weg zu machen, um eine Stunde aus der Routine auszusteigen und an einem ruhigen Ort mit mir über ihr Leben nachzudenken. Sie sind es sich wert, diese Mühe auf sich zu nehmen, und das nötigt mir immer wieder Respekt ab. Sie können in der Therapie etwas einüben, das sie im Alltag zu wenig hatten und immer brauchen: das Reflektieren des eigenen Tuns, der eigenen Beziehungen. Diese psychische Arbeit ist gegenläufig zur Entfremdung im Erwerbsleben und kann deshalb Bestandteil eines heilsamen Prozesses sein.

Die Veränderungen der Erwerbsarbeit lenken den Blick aber noch auf einen weiteren Aspekt des psychotherapeutischen Arbeitens: Herr Merz hat fast 20 Jahre in einer Firma gearbeitet, die nun überraschend abgewickelt wird. Er fühlte sich oft unterfordert, hatte aber ein großes Sicherheitsbedürfnis und traute sich keine Veränderungen zu. Nun bekommt er ein Coaching, bei dem er sein Berufsprofil erstellen und Bewerbungen üben kann. Er erscheint mit neuer Kleidung in frischen Farben, die seinem Typ entsprechen, er plant, die Freistellungszeit für eine Australienreise zu nutzen, bei der er auch sein Englisch auffrischen wird. Als seine Beraterin sich einige Wochen nicht meldet, wird er selbst aktiv, anstatt wie gewohnt abzuwarten. Von all diesen Neuerungen ist er selbst überrascht. Als ich sage: Dann hätte die Firmenpleite ja schon längst eintreten sollen, stimmt er zu: Er und eine Kollegin hätten neulich beide festgestellt, dass sie sich viel zu lange vor Veränderungen gescheut hätten.

Während in der industriellen Produktion Subjektivität als ein Störfaktor beim Erbringen der Arbeitsleistung galt,



**Die wechselseitige Erfahrung, etwas bewirken zu können, stärkt die Selbstbestimmung und hat etwas Subversives**

ist Subjektivität heute ebenfalls zu einem produktiven Faktor geworden. Es ist also denkbar, dass Herr Merz sich auf die modernen Anforderungen einstellt, wenn er sich besser präsentiert und seine sozialen und kommunikativen Fähigkeiten ausfeilt. Und durch die therapeutische Begleitung, die ebenfalls Selbstwertgefühl und Selbstentfaltung anstrebt, könnte die Ausbeutbarkeit und Entfremdung von sich selbst demnach noch viel tiefer die Seele durchdringen als einst die industrielle Produktionsweise. Ist unsere Arbeit von daher umso mehr eine Sisyphusarbeit?

Einen Einwand kann ich aus meiner Erfahrung erkennen: In die Erwerbsarbeit wie in die privaten Beziehungen bringt jeder Mensch nicht nur den Wunsch nach Anerkennung ein, sondern die Hoffnung, etwas bewirken zu können. Anerkennung kann auch unpersönlich oder hierarchisch geschehen, als Lob, Belohnung oder Entlohnung. Das Bewirken ist ein komplexeres und vor allem ein wechselseitiges Geschehen unter Gleichen. Was Marx für eine nicht entfremdete materielle Produktion so anrührend beschrieb, gilt auch für interaktive Akte: Etwas zu produzieren, in dem die Individualität sich

niederschlägt, und zu erleben, dass diese Lebensäußerung von einem Gegenüber begreifend aufgenommen wird, das schafft Befriedigung, weil es dem Ich ermöglicht, „sowohl in deinem Denken wie in deiner Liebe mich bestätigt zu wissen“ und „in meiner individuellen Lebensäußerung unmittelbar deine Lebensäußerung geschaffen zu haben“ (Marx/Engels, zitiert nach Ottomeyer, 2000).

Wenn Patientinnen im Verlauf einer Behandlung innerhalb und außerhalb der Therapiesituation erfahren, dass sie in diesem Sinne etwas bewirken können, stärkt das ihr Ich tiefgreifender als eine lobende Anerkennung. Oft ist diese Erfahrung des Bewirkens durch frühere, auch frühkindliche Erlebnisse beeinträchtigt, sodass Selbstgefühl und Selbstvertrauen geschädigt sind, was zu der Symptomatik beiträgt. Als Psychotherapeutinnen haben wir eine Erwerbstätigkeit, die paradigmatisch diese Erfahrung wechselseitigen Bewirkens ermöglicht. Wir können den Patientinnen die heilsame Erfahrung anbieten, dass sie – auch bei uns – unmittelbar Lebensäußerungen auslösen. Die Erfahrung, etwas bewirken zu können, weckt bei den Patientinnen

die Hoffnung, auch in Zukunft und in allen Bereichen Einfluss nehmen und das Leben selbstbestimmter gestalten zu können. Diese Erfahrung der Wechselseitigkeit hat etwas Subversives, insofern sie die Patientinnen empfindsam dafür macht, wann es um sie selbst geht und wann sie mit ihrer Subjektivität ausgenutzt und vermarktet werden sollen. Solche Prozesse zu begleiten kann auch für uns wiederum ein befriedigendes Arbeiten bedeuten.

Alle im Text genannten Beispiele sind anonymisierte Montagen.  
Literatur erhältlich über [bvvp@bvvp.de](mailto:bvvp@bvvp.de)



Foto: Privat

**Dr. Ruth Waldeck**

ist als Psychologische Psychotherapeutin (tPPT) in eigener Praxis sowie als Supervisorin und QZ-Moderatorin tätig. Die diplomierte Psychologin und Pädagogin hat unter anderem zur weiblichen Adoleszenz sowie zu den Gefühlserbschaften des Nationalsozialismus publiziert.





## Freud ist Trumpf!

Pokern mit Carl Rogers?  
Rommé spielen mit Sigmund Freud?  
Das Kartenspiel „Masters of Psychotherapy“  
macht's möglich – und stellt  
augenzwinkernd die wichtigsten  
Schulen der Psychotherapie vor

Von **Peter Stimpfle**

\_\_\_ **Mit Humor** halten es ja nur die wenigsten in unserer Profession – Frank Farrelly etwa, Hans-Ulrich Schachtner oder Peter Hain. Wir anderen bleiben lieber ernst. Gibt es also in der Psychotherapie nichts zu lachen? Weit gefehlt! Zufällig entdeckte ich kürzlich auf Facebook die Seite „Masters of Psychotherapy“ und musste nach kurzer Lektüre feststellen: Donnerwetter! Endlich mal etwas Sinnvolles auf Facebook! Auf dieser Seite wird nämlich ein Kartenspiel beworben, das in spielerisch-kreativer und damit einzigartiger Weise die Entwicklung der Psychotherapie darstellt: Das Set besteht aus Karikaturen von über 60 berühmten Pionieren der Psychotherapie. Unter den abgebildeten Personen finden sich unter anderem Sigmund Freud, Alfred Adler, Milton Erickson, Otto Rank, Karl Abraham, Sándor Ferenczi, Paul Watzlawick, Carl Rogers, Philip Zimbardo, Iwan Pawlow, Frederic Skinner, Jeffrey Zeig, Michael Yapko, Stephen

Gilligan, Scott Miller, Margaret Mahler, Moshé Feldenkrais, Robert Dilts und Viktor Frankl. Dargestellt sind die berühmten Kolleginnen und Kollegen als Karikaturen mit jeweils einer ihrer Entdeckungen oder Eigenarten, die besonders ausdrückt, wofür sie stehen. So sehen wir Paul Watzlawick mit Hammer und Nägeln (frei nach seinem Wort „Wenn man ein Hammer ist, ist alles ein Nagel“) oder Sigmund Freud lächelnd mit Zigarre auf seiner Couch liegend. Carl Gustav Jung tritt mit archetypischem Schatten auf, Frederic Skinner mit seinen Ratten, Iwan Pawlow mit Glocke und Hund, Milton Erickson dagegen als Zauberer. Egal welcher Therapieschule man zugetan ist, hier sind sie (fast) alle vereint. Die Kreuzkarten symbolisieren die Psychoanalyse, Karo die Verhaltenstherapie, Pik die humanistischen Verfahren und unter Herz wird die Hypnotherapie bzw. die Systemische Therapie subsummiert.



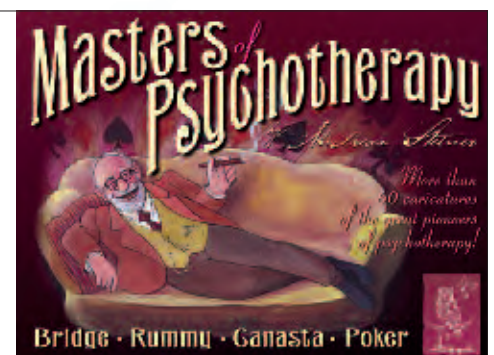


**Ernst genug  
sind wir  
Psychotherapeuten  
und unsere  
Aufgaben  
ja sowieso schon –  
da tut etwas  
Humor sicher gut**

Der Autor Andreas Steiner arbeitet nicht nur als Psychotherapeut in Köln, sondern ist auch Künstler, Karikaturist und Illustrator. Als Autor von Brett- und Kartenspielen liegen bereits 20 Veröffentlichungen hinter ihm. „Masters of Psychotherapy“ besteht aus einem Doppelsatz von 2 x 55 Karten in einer Farbschachtel; man kann mit den Pionieren also Rommé, Canasta, Bridge und auch Poker spielen. Obwohl der Autor in Deutschland lebt und praktiziert, ist sein Kartenspiel bislang vor allem in den USA bekannt. Es wird also dringend Zeit, dass sich dieser Missstand ändert und auch deutsche Kollegen in den Genuss dieses amüsanten Spiels kommen. Apropos Spaß verstehen: Eine amerikanische Kollegin habe sich durch ihre Karikatur tatsächlich beleidigt gefühlt, schreibt Steiner. Als er sie daraufhin aus dem Spiel nahm, habe sie das allerdings ebenfalls gekränkt. Wie man es macht ...

Andreas Steiner:  
**Masters of  
Psychotherapy**

IHSYA 2012  
2 x 55 Karten  
14,95 Euro  
ISBN: 426-0330650016



Eine deutsche Version des Kartenspiels ist derzeit in Arbeit.  
Diese wird auch Karten mit Bernhard Trenkle (im Narrenkostüm!),  
Gunther Schmidt und Kathryn Rossi enthalten. [www.mastersofpsychotherapy.de](http://www.mastersofpsychotherapy.de)

# Die Vergangenheit hinter sich lassen



Vergeben kann ein Weg sein, sich von der Macht der Vergangenheit zu befreien und eine emotionale Heilung herbeizuführen. Das Buch zeigt mit vielen Fallbeispielen, welche Schritte dafür notwendig sind:

- Erkennen der Folgen des Grolls
- Auseinandersetzung mit der eigenen Verletztheit und realen Verlusten
- Freiere Wahrnehmung der verletzenden Person
- Vergeben als Willensakt
- Umgang mit den verbleibenden Restemotionen u. a. m.

»Ein außerordentliches Werk ... verbindet in ganz hervorragender Weise reflektiertes Praxiswissen mit fachwissenschaftlichem Knowhow ...« *socialnet.de*

Anke Handrock / Maïke Baumann  
**Vergeben und Loslassen in Psychotherapie und Coaching**  
Mit E-Book inside und Arbeitsmaterial  
224 Seiten. Gebunden. € 36,95 D  
ISBN 978-3-621-28312-0  
Auch einzeln als **E-Book** erhältlich



Leseproben unter  
[www.beltz.de](http://www.beltz.de)

**BELTZ**

## Ausblick auf das nächste Heft

**Wie leiten Leitlinien Kindertherapien?**  
Leitlinien sollen Entscheidungshilfen für die Praxis auf der Basis bestverfügbarer Evidenz sein. Was aber, wenn wie im Bereich der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie und -psychiatrie wenige Interventionen auf höherem Evidenzniveau erforscht sind und sowohl die Diagnostik als auch der Rahmen der therapeutischen Maßnahmen so komplex sind, dass wesentliche Versorgungsangebote nicht hinreichend auf Wirksamkeit und Nutzen befohrt werden konnten? Lesen Sie dazu mehr in der nächsten Ausgabe von *Projekt Psychotherapie*.

## Impressum

**Herausgeber:** Bundesverband der Vertragspsychotherapeuten (bvvp) e.V.  
Württembergische Straße 31 · 10707 Berlin  
Tel.: 030/88 72 59 54 · Fax: 030/88 72 59 53  
bvvp@bvvp.de · www.bvvp.de

**Redaktionsleitung:** Martin Klett (V. i. S. d. P.)

**Verantwortlich für den Schwerpunkt:**  
Rainer Cebulla und Angelika Haun

**Autoren:** Ulrike Böker, Norbert Bowe, Rainer Cebulla, Jürgen Doebert, Angelika Haun, Björn Enno Hermans (Interviewpartner), Maria Klein-Schmeink, Patricia Lück, Anja Manz, Karsten Paul, Ariadne Sartorius, Tilo Silwedel, Juliane Sim, Peter Stimpfle, Ruth Waldeck, Benedikt Waldherr, Andrea Zechmann

**Verlag:** Medienanker Marketing & Kommunikation e.K.  
Chausseestraße 11 · 10115 Berlin  
Fon: 030.39 835 188-0 · Fax: 030.39 835 188-5

**Textchef:** Jens Wiesner  
**Projektleitung:** Nicole Sucher  
**Artredaktion/Illustration:** Le Sprenger

**Anzeigen:** anzeigen@projekt-psychotherapie.de  
Es gilt die Anzeigenpreisliste vom 01.01.2015

**ISSN:** 2193-3766  
Einzelverkaufspreis/Schutzgebühr 14,80 Euro.  
Abonnement 49,50 Euro inkl. Versand (4 Ausgaben).  
Mitglieder erhalten das Magazin im Rahmen ihrer Mitgliedschaft kostenfrei.

**Info und Bestellung:**  
bvvp-Bundesgeschäftsstelle: bvvp@bvvp.de

**Periodizität:** Quartal

**Copyright:** Alle Rechte vorbehalten. Zitate nur mit Quellenangabe. Nachdruck nur mit Genehmigung der Redaktion. Namentlich gekennzeichnete Artikel geben nicht unbedingt die Meinung des Herausgebers oder der Redaktion wieder. Bei Einsendungen von Manuskripten wird, sofern nicht anders vermerkt, das Einverständnis zur Veröffentlichung vorausgesetzt.

## Marktplatz

**Ärztlicher Kassenarztsitz für Psychotherapie (TP)**  
in der Nähe von 76275 Ettlingen  
aus Altersgründen zum 31.3.18 oder 30.6.18 abzugeben.  
Kontakte unter 0172/6262769

**Frankfurt am Main**  
Plätze frei in Intervisionsgruppe und Qualitätszirkel.  
Dr. Ruth Waldeck,  
qz@praxis-waldeck.de



## Ihre Kleinanzeige auf dem Marktplatz in Projekt Psychotherapie

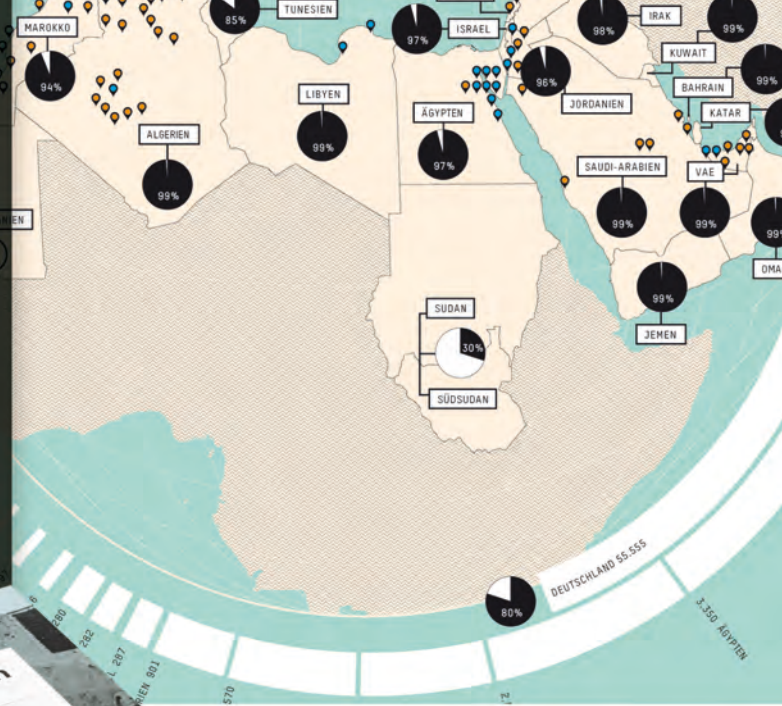
Bis 200 Zeichen 40 Euro.  
Schicken Sie Ihren Anzeigentext an:  
**marktplatz@projekt-psychotherapie.de**  
oder per Fax an: **030/39 835 188-5**  
Chiffre-Anzeigen werden derzeit nicht angeboten.

## Termine

**08.03.2018 - 10.03.2018**  
**bvvp Bundesdelegierten Versammlung**  
Die bvvp Frühjahrsversammlung 2018/1 in Fulda.  
Weitere Informationen bei der bvvp Bundesgeschäftsstelle, per Email unter [bvvp@bvvp.de](mailto:bvvp@bvvp.de) oder im Internet: [www.bvvp.de](http://www.bvvp.de)  
**Ort: Fulda**



# ATLAS DES ARABISCHEN FRÜHLINGS EINE WELT-REGION IM UMBRUCH



Jahr	2011	2012	2013
Wachstum	7,2%	7,7%	9,0%
Export	2,4%	2,8%	2,3%



**zenith**  
Zeitbilder  
**ATLAS EINE DES WELTREGION ARABISCHEN FRÜHLINGS IM UMBRUCH**  
HARRE AKRÖCHER · KONSTANTIN BUCKAL · ROBERT SCHÄTZLE  
LARA FÜRSTENBERG · TINA HOFMEIER

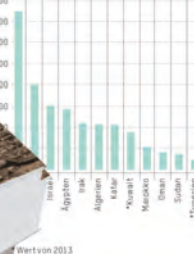
## WIRTSCHAFTLICHE KENNZAHLEN

BRUTTOINLANDSPRODUKT (IMR) IM JAHR 2014

DURCHSCHNITTLICHES JÄHRLICHES WACHSTUM



BRUTTOINLANDSPRODUKT 2014 (IMR) IN MRD. \$



ARBEITSLÖSE (2013)



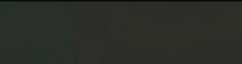
Land	Wachstum (%)
Jemen	1,1
Saudi-Arabien	1,4
Libyen	1,4
Ägypten	1,4
Tunesien	1,4
Saudi-Arabien	1,4
Jordanien	1,4
Irak	1,4
Kuwait	1,4
Bahrain	1,4
Katar	1,4
VAE	1,4
Saudi-Arabien	1,4
Jemen	1,4
Sudan	1,4
Südsudan	1,4

## WIRTSCHAFTLICHE KENNZAHLEN

Auf den ersten Blick sieht die verhältnismäßig hohe arabische Welt aus, wie sie exportiert, hat mehr auf den hohen Markt, in der Tat schreiben nahezu alle Staaten ohne dominanteren Markt (wie Zypern, während Saudi-Arabien, Katar und Kuwait 2014 Mehrerwartungen verkauften - die sie etwa auch in ihre eigenen Staatsfonds investieren - doch nicht alle).

Im begrenzten Maß, die wichtigsten Arabischen Exporte gehen tendenziell weiter mehr für Importe aus, als sie durch Exporte einnehmen. Bahrain kann gerade so eine ausgeglichene Außenhandelsbilanz halten. Das größte Misverhältnis verweist aber der Libanon auf, der viermal mehr importiert als exportiert, was er durch Exporte...

Exporteinnahmen (Mrd. \$)  
Anteil Öl & Gas an Exporteinnahmen (%)  
Importausgaben (Mrd. \$)



**zenith**

**bpb** Bundeszentrale für politische Bildung

330 Seiten, mehr als 90 internationale Autoren, dutzende Grafiken, Illustrationen und Fotostrecken: Der zenith-Atlas des Arabischen Frühlings im Programm der Bundeszentrale für politische Bildung (bpb) bietet Grundlagenwissen zu einer epochalen Wende in der arabischen Welt.

7 EUR (exkl. Versandkosten)

Hier geht es direkt zum Atlas im bpb-Shop:  
[www.bpb.de/atlas-arabischer-fruehling](http://www.bpb.de/atlas-arabischer-fruehling)

Land	Wachstum (%)
Libanon	1,1
Irak	1,1



# Angebote 2018



MILTON  
ERICKSON  
INSTITUT

für Hypnosystemische  
Kompetenzerweiterung  
INNSBRUCK

## Begegnungen auf Augenhöhe.

Die hypnosystemische Tagung Innsbruck

Termin: 20. bis 22 Juli 2018

Zur Tagung „Augenhöhe“ zum aktuellen Stand hypnotherapeutischer und hypnosystemischer Konzepte kommt das Who-is-Who der Szene: Gunther Schmidt, Ortwin Meiss, Mechtild Reinhard (Systemios-Klinik), Reinhold Bartl, Dirk Revenstorf, Ghita Benaguid u.a.

Psychotherapeutische Themen sind vielschichtig vertreten (Burn-Out, Depression, Kindern und Jugendliche, Umgang mit schwerer Krankheit (Psychoonkologie), Paare, Patchworkfamilien...), Nutzung neurobiologischer Forschung für die Psychotherapie, Sinn und Wenig-Sinn von Diagnosen, Interkulturalität und vor allem auch das Thema Führung und die moderne Gestaltung von (klinischen) Organisationen.

## Curriculum Klinische Hypnose nach Milton Erickson

Beginn Februar 2018

Das Curriculum für Klinische Hypnose qualifiziert in der Anwendung hypnotherapeutischer Ansätze. Es ist so konzipiert, dass auch diejenigen, die bereits über psychotherapeutische Ausbildungen verfügen, die hypnotherapeutischen Methoden und Techniken in die bisherige psychotherapeutische Arbeitsweise bereichernd integrieren können.

## Offene Weiterbildungsseminare des MEI-Innsbruck

**Aktuelle Konzepte für effektive hypnosystemische Krisenintervention**

Dipl. Psych. Stefanie Schramm (Krefeld)  
Innsbruck, 6. - 7. April 2018

**Prozesskompetenz. Hypnosystemische Psychotherapie bei „schweren Störungen“.**

Dr. Reinhold Bartl (Innsbruck)  
20. - 21. April 2018

**Rituale**

Dr. Reinhold Bartl (Innsbruck)  
6.-10. August 2018

anlässlich des Sommercamp Metaforum  
[www.sommerscamp.metaforum.com](http://www.sommerscamp.metaforum.com)

**Hypnotherapie bei Depression und Burn-Out**

Dipl. Psych. Ortwin Meiss (Hamburg)  
5. - 6. Oktober 2018

**Hypnotherapie bei Angst- und Panikstörungen**

Dipl. Psych. Ghita Benaguid (Bielefeld)  
12.- 13. Oktober 2018

**Optimale Lebensbalancen**

Dr. Reinhold Bartl (Innsbruck)  
23.-24.11.2018 (Veranstaltungsort München)

Gleich anmelden unter  
[www.mei-innsbruck.at](http://www.mei-innsbruck.at)

## Informationen

Dr. Reinhold Bartl | Kochstraße 1 - 6020 Innsbruck

Tel. 0043 664 380 50 72 | email: [office@mei-innsbruck.at](mailto:office@mei-innsbruck.at) | [www.mei-innsbruck.at](http://www.mei-innsbruck.at)



Die Tagung kann im Rahmen des **Curriculum für Klinische Hypnose** des MEI-Innsbruck als C-Seminar anerkannt werden.

Das MEI-Innsbruck ist Gründungsmitglied der **M.E.G.-Österreich**.  
[www.meg-oesterreich.at](http://www.meg-oesterreich.at)



Das Milton Erickson Institut Innsbruck ist akkreditierter Fortbildungsträger der Bayerischen Psychotherapeutenkammer. Für die Tagung sind Fortbildungspunkte bei der Kammer beantragt.