



FORUM

DER PSYCHOTHERAPEUTENKAMMER DES SAARLANDES

Ausgabe 42 / Juli 2011

EDITORIAL

AUS DER ARBEIT DER KAMMER

WIE VIEL ARBEITEN PSYCHOTHERAPEUTINNEN WIRKLICH?	2
VERTRETERVERSAMMLUNG VERABSCHIEDET RESOLUTION GEGEN DIE VERSCHÄRFUNG DER UNTERVERSORGUNG PSYCHISCH KRANKER.	3
VERTRETERVERSAMMLUNG ATTESTIERT DEM VORSTAND WIRTSCHAFTLICHEN UND SPARSAMEN UMGANG MIT DEN FINANZMITTELN DER PKS	4
VERTRETERVERSAMMLUNG WÄHLT MITGLIEDER DER PRÜFUNGSKOMMISSION „KLINISCHE NEUROPSYCHOLOGIE“.	4

MITTEILUNGEN DER KAMMER

2. SAARLÄNDISCHER PSYCHOTHERAPEUTENTAG – VORANKÜNDIGUNG	5
AUSSTELLUNG „EINLASSUNGEN“ IN DER GESCHÄFTSSTELLE DER PKS.	7

KJP

KJP-FORTBILDUNGSVERANSTALTUNG MIT POSITIVER RESONANZ	8
--	---

KVS

„THERAPIEPLATZVERMITTLUNG“ DER KVS UND GEPLANTES VERSORGUNGSSTRUKTURGESETZ (GKV-VSG).	9
--	---

BPTK

KASSENGUTACHTEN ZUR PRAXENSTILLEGUNG	10
LANGZEITSTUDIE DER TECHNIKER KRANKENKASSE BELEGT: PSYCHOTHERAPIE IST NACHHALTIG WIRKSAM	10

AUS DER REGION

„ICH GEH KAPUTT. – GEHSTE MIT?“ – DIE PSYCHE IN DER LEISTUNGSGESELLSCHAFT.	11
SEELISCHE KRISEN FRAGEN NICHT NACH HERKUNFT	19

RECHTLICHES

DAS AUSFALLHONORAR – RECHTLICH BETRACHTET	20
---	----

42

Forum der Psychotherapeutenkammer des Saarlandes



EDITORIAL



Verehrte Kolleginnen und Kollegen,

auch in der Sommerzeit informiert Sie die Psychotherapeutenkammer über die wichtigen, zum Teil leider unangenehmen Zukunftsthemen unseres Berufsstandes. Deshalb finden Sie im vorliegenden FORUM u. a. eine Reihe von Beiträgen, die weitere Entwicklungen im Bereich der Bedarfsplanung betreffen:

Jochen Jentner berichtet von der in der saarländischen Öffentlichkeit zuweilen unschön ausgetragenen Diskussion um die Versorgungskapazitäten von PsychotherapeutInnen. Trotz der Aktivitäten der Kammer, die Diskussion der Bedarfsplanung zu versachlichen, kommt es sowohl lokal als auch bundesweit leider immer wieder zu Misstönen, wenn es um die doch sehr divergierenden Einschätzungen des Bedarfs an Psychotherapie der unterschiedlichen Player im Gesundheitswesen geht (Leistungserbringer, Kostenträger, KV'en). In seinem Beitrag „Wie viel arbeiten Psychotherapeuten wirklich?“ findet sich eine Darstellung der Faktoren, die bei der Diskussion um die Auslastung niedergelassener Psychotherapeuten in der Regel vernachlässigt werden. Hinweisen möchte ich an dieser Stelle auch auf die Studie der Bundeskammer zu den Wartezeiten in der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung, deren Ergebnisse wir Ihnen in unserem 1. NEWSLETTER Anfang Juli in Form der elektronischen Weiterleitung des „BPTK-Spezial“ zur Verfügung gestellt haben. PS: Sollten Sie diesen nicht erhalten haben, liegt uns Ihre korrekte Email-Adresse nicht vor, die Sie dann bitte mitteilen mögen.

In „Neues aus der KVS“ ergänzt Michael Antes die Aktivitäten der KVS, wegen der anhaltenden öffentlichen Diskussion um die Wartezeitproblematik eine „Therapieplatzvermittlung“ einzurichten. Die berichteten Auslastungsgrade der Praxen aus dem letzten Quartal 2010 (Durchschnitt 62% Auslastungsgrad ärztliche und psychologische Psychotherapeuten ohne KJP) müssen im Lichte der im Beitrag von Jochen Jentner erläuterten Faktoren bewertet werden. Sie zeigen aber auch, dass es wohl noch Spielräume bei einer nicht unbeträchtlichen Zahl von KollegInnen gibt. Die Kammer wirbt hier weiter für die Abwägung der Nutzung hälftiger Zulassungen, gerade und sofern sich aus den persönlichen Lebensentwürfen und -situationen hier Bedarfe ergeben.

Die Gefahr der „Stilllegung“ von Praxen droht nicht nur seitens der KV'en, wie drastisch vor Augen geführt etwa in Bremen, wo 104 der derzeit 337 von der Schließung bedroht werden. Lesen Sie dazu die Pressemitteilung der BPTK, die von einem Kassengutachten zur Praxenstilllegung berichtet. Und dies völlig im Gegensatz zu den Ergebnissen der Langzeitstudie der Techniker Krankenkasse, die zum wiederholten Male belegt, dass Psychotherapie nachhaltig wirksam ist (siehe 2. Bericht der BPTK). Schließlich zum Themenkomplex Bedarfsplanung und Versorgungsstrukturgesetz die Mitteilung, dass die PKS im Schulterschluss mit den Landeskammern und der BPTK ihre Aktivitäten der Einflussnahme auf

die Politik noch einmal verstärkt hat. Zur Untermauerung dieser Aktivitäten und als Ausdruck der Entschlossenheit der Kammer hat die Vertreterversammlung als oberstes Gremium in ihrer letzten Sitzung im Juni eine Resolution gefasst, die an eine breite politische Öffentlichkeit gegangen ist und hier im FORUM abgedruckt wird.

In eigener Sache finden Sie eine detaillierte Vorankündigung des 2. Saarländischen Psychotherapeutentages am 26. November 2011. Mit dem Abdruck der Exposés aller Referenten hoffen wir, Sie neugierig auf die nach Einschätzung des Planungsgremiums vielversprechend klingenden Vorträge und Workshops der ausgewiesenen ExpertInnen zu machen. Den Flyer werden Sie in den kommenden Wochen gesondert zugestellt bekommen, so dass frühzeitige und kostengünstigere Voranmeldungen möglich sind.

In der Rubrik „Aus der Region“ freuen wir uns, Ihnen mit Zustimmung von Prof. Dr. Dr. Rolf Haubl seinen überaus interessanten und lesenswerten Vortrag zur Psyche in der Leistungsgesellschaft vorstellen zu können, den er im Mai anlässlich des 20-jähriges Bestehens des SIPP im Festsaal des Saarbrücker Schlosses gehalten hat. Von einer zweiten Veranstaltung zum Thema Migration hat uns Kajo Breuer, Dezernent für Umwelt, Migration und Recht der Landeshauptstadt Saarbrücken, sein Grußwort zum Abdruck zur Verfügung gestellt. Ebenfalls im Mai diskutierten im Großen Sitzungssaal des Rathauses St. Johann Saarbrücken Vertreter des Ministeriums, des Integrationsrates, Angehörige von Fachberufen und Betroffene mit der Öffentlichkeit das Thema „Seelische Krisen fragen nicht nach Herkunft“.

Manuel Schauer widmet sich in der Rubrik Rechtliches dem Thema Ausfallhonorar: Er versucht aus rechtlicher Sicht Antworten auf Fragen zu geben ob, in welcher Höhe und unter welchen Bedingungen PsychotherapeutInnen ein Ausfallhonorar von ihren PatientInnen verlangen können oder nicht.

Der Vorstand wünscht Ihnen wie immer eine spannende Lektüre dieser Ausgabe des FORUM, und, sofern Sie noch Urlaubstage vor sich haben, eine geruhige Erholungszeit unter hoffentlich heiterem Himmel.

*Ihr Bernhard Morsch
Präsident*

AUS DER ARBEIT DER KAMMER

WIE VIEL ARBEITEN PSYCHOTHERAPEUTINNEN WIRKLICH?

Unter dem Titel „Faule Therapeuten?“ erschien in der Saarbrücker Zeitung vom 21. Mai 2011 ein Artikel, in dem von „faulen Nebenerwerbs-Kassenärzten/-psychotherapeuten“ die Rede war. Gemeint waren zwar wohl nur die 10 bis 15 niedergelassenen PsychotherapeutInnen, die unter 25 Prozent des maximal möglichen Abrechnungsvolumens abrechnen, allerdings konnte sich dies der Leser unter der genannten reißerischen Überschrift kaum erschließen. Gegen diese für Psychologische PsychotherapeutInnen und Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutInnen schädliche und rufschädigende Darstellung hat die PKS interveniert und eine eigene Darstellung in einem weiteren SZ-Artikel platzieren können.

Die PKS bemüht sich seit einem Jahr gemeinsam mit der Kassenärztlichen Vereinigung Saarland (KVS), die Ausschöpfung der in der KVS zur Verfügung stehenden psychotherapeutischen Kapazitäten vor allem durch die Abgabe von hälftigen Praxissitzen zu optimieren. Der ständig ansteigende Bedarf aufgrund der permanenten Zunahme psychischer Erkrankungen ist durch die jährlichen Reporte der großen Krankenkassen hinlänglich dokumentiert. Dennoch geht die Kassenärztliche Vereinigung Saar weiter beharrlich von der Annahme aus, die derzeitigen Kapazitäten seien ausreichend.

Dabei geht der KVS-Vorsitzende, Herr Dr. Hauptmann, in seiner Argumentation immer wieder von falschen Bezugsgrößen aus. Ein Psychotherapeut kann bis zu der festgelegten Begrenzung von ca. 31.000 Minuten eine Honorierung seiner psychotherapeutischen Leistungen durch die KVS erhalten. Der Durchschnittswert aller Therapeuten liegt nach Aussage der KVS knapp über 60 Prozent. Es gäbe also noch erhebliche, bisher nicht genutzte Kapazitäten.

Der Ausschuss für ambulante Versorgung in der PKS hat sich die Mühe gemacht, einmal genau nachzurechnen, wie viel niedergelassene PsychotherapeutInnen tatsächlich arbeiten. Wenn in einer „Durchschnittspraxis“ 5 Therapiestunden pro Arbeitstag geleistet werden, bedeutet dies bei einer Plausibilitätszeit von 70 Minuten pro Therapiestunde 350 Minuten täglich und bei 11 Arbeitswochen pro Quartal und der Addition von je 10 Minuten Aufwand für die Ordinationsziffer bei durchschnittlich 40 Patienten insgesamt 19.650 Minuten honorierte Leistungen pro Quartal. Dies entspricht ca. 63 Prozent des maximalen Abrechnungsvolumen und einer Arbeitszeit von täglich 6 Stunden.

Hinzu kommen allerdings noch eine ganze Reihe nicht honorierter Leistungen. Hiervon sind besonders zu nennen:

- Telefonzeiten: 0,5 bis 1 Stunde täglich → 2,5 Std. pro Woche → 27,5 Std. im Quartal
- Zeit für Qualitätsmanagement, Team, Technik, Finanzen und Büro → 10 Std. im Quartal
- Abrechnung mit KV und Information über Abrechnungsupdate → 2 Std. im Quartal
- Fortbildungsverpflichtungen von mindestens 50 Punkten pro Jahr → 12,5 Std. plus ca. 3 Std. Reisezeit → 15,5 Std. im Quartal

- Unzureichende Honorierung der Berichte an den Gutachter (vom durchschnittlichen Arbeitsaufwand von 3 Std. pro Bericht wird nur eine Std. honoriert!): Für wöchentlich 25 Patienten fallen ca. 1,5 Berichte pro Jahr an → ca. 10 Berichte = 30 Std. im Quartal



- Stunden, die in der KV-Abrechnung nicht sichtbar werden, aber vorgehalten und angeboten werden: Stundenausfälle (ca. 2 pro Woche → 22 Stunden im Quartal) und mit Privatpatienten geleistete Stunden (ca. 3 pro Woche → 33 Std. im Quartal)

Obwohl alle Zahlen bewusst niedrig gerechnet sind und die Liste der nicht vergüteten Leistungen bei der verantwortungsvollen Führung einer psychotherapeutischen Praxis noch viel länger wäre, fällt für diese Leistungen eine Arbeitszeit von mehr als zwei Stunden täglich an – neben den 6 von der KVS honorierten Stunden. Eine von der KVS als zu wenig arbeitend bewertete „DurchschnittstherapeutIn“ arbeitet also tatsächlich mehr als 8 Stunden täglich – und das an 5 Tagen in der Woche mindestens 35 Jahre in einem Arbeitsleben!

Die Auslastung der niedergelassenen PsychotherapeutInnen ist inzwischen an und teilweise schon über den Grenzen angelangt. Mehr als acht Stunden täglicher Arbeitszeit sind schon aus Gründen der Qualitätssicherung und der persönlichen Verantwortung gegenüber den Patienten in einem psychotherapeutischen Beruf absolut nicht zumutbar. Besonders in einer Zeit, in der immer mehr Burn-out-Patienten in die psychotherapeutischen Praxen gespült werden, muss eine ausreichende Psychohygiene und Selbstfürsorge für PsychotherapeutInnen oberstes Gebot sein, wenn sie nicht auf den Patientenstuhl wechseln wollen. Würden alle TherapeutInnen tatsächlich bis zum Optimum von 100 % abrechnen, müssten sie tagtäglich 11 bis 12 Stunden arbeiten – und könnten damit immer noch höchstens die Hälfte des ärztlichen Maximalverdienstes erreichen, obwohl Psychotherapie nachweislich (siehe die neuste TK-Studie) eine sehr kostengünstige und nachhaltige Behandlungsmethode in unserem Gesundheitssystem ist.

Jochen Jentner

VERTRETERVERSAMMLUNG VERABSCHIEDET RESOLUTION GEGEN DIE VERSCHÄRFUNG DER UNTERVERSORGUNG PSYCHISCH KRANKER

Die Vertreterversammlung der Psychotherapeutenkammer des Saarlandes hat in ihrer Sitzung am 20. Juni in einer Resolution alle saarländischen Politiker aufgefordert zu verhindern, dass das Versorgungsgesetz zu einer Verschlechterung der Versorgung psychisch kranker Menschen führt.

RESOLUTION: GEGEN EINE VERSCHÄRFUNG DER UNTERVERSORGUNG PSYCHISCH KRANKER

Seit April 2011 liegen die Eckpunkte des Versorgungsstrukturgesetzes vor. Ziel soll u. a. eine spürbare Verbesserung des Versorgungsalltags für die Patienten sein. Zentraler Inhalt des Gesetzes sind daher Änderungen der vertragsärztlichen und vertragspsychotherapeutischen Bedarfsplanung. Geplant ist aber auch der Abbau von Praxen in Planungsbereichen mit Versorgungsgraden von 110 Prozent und mehr.

Unterschätzung des Behandlungsbedarfs

Der Gesetzgeber unterschätzte den tatsächlichen ambulanten psychotherapeutischen Behandlungsbedarf erheblich, als er die Niederlassungsmöglichkeiten im Jahr 1999 auf der Basis der damals bestehenden Praxen festlegte. Seither stieg die Nachfrage nach psychotherapeutischen Leistungen ständig. Jahr für Jahr nimmt die Zahl der Tage zu, an denen Arbeitnehmer aufgrund psychischer Erkrankungen arbeitsunfähig sind. Psychische Erkrankungen sind die Hauptursache für Frühverrentungen in Deutschland und belasten schon jetzt Wirtschaft und Sozialversicherung mit Milliardenkosten, die niedriger sein könnten, wenn Patienten rechtzeitig behandelt werden könnten. Für psychisch kranke Menschen sind Verbesserungen der Versorgung daher dringend erforderlich. Die Patienten warten wochenlang auf ein Erstgespräch und monatelang auf die Aufnahme einer psychotherapeutischen Behandlung. Diese Mangelsituation herrscht in Deutschland flächendeckend, wobei sie in Abhängigkeit danach, ob ein Patient in städtischen oder ländlichen Regionen einen Behandlungsplatz sucht, unterschiedlich ausgeprägt ist. In Kernstädten können

sich entsprechend der Vorgaben der Bedarfsplanung 38,8 Psychotherapeuten je 100.000 Einwohner niederlassen, in ländlichen Regionen sollen hingegen 4,3 Psychotherapeuten 100.000 Einwohner versorgen.

Verschlechterung der Versorgung psychisch kranker Menschen

Die niedrigen absoluten Verhältniszahlen führen dazu, dass gemessen in Versorgungsgraden 379 der 395 Planungsbereiche in der Bundesrepublik Deutschland als überversorgt gelten. Werden die mit dem Versorgungsgesetz geplanten Instrumente zum Abbau von Überversorgung bei den geltenden Vorgaben der Bedarfsplanung umgesetzt, wären daher bundesweit 5.857 der insgesamt knapp 21.000 Praxissitze von Psychotherapeuten – also knapp 30 Prozent der aktuell verfügbaren Behandlungsangebote – vom Abbau bedroht. Auch die psychotherapeutische Unterversorgung im Saarland würde sich durch den Abbau von Praxissitzen weiter verschärfen. Die PKS fordert seit Jahren mehr Praxissitze für Psychotherapeuten. Das Ziel des Versorgungsstrukturgesetzes zu einer spürbaren Verbesserung der Versorgung zu führen würde so nicht nur verfehlt, sondern geradezu konterkariert.

Aktualisierung der Verhältniszahlen notwendig

Werden die Verhältniszahlen der Bedarfsplanung auf Basis der heute zugelassenen Psychotherapeuten dem gestiegenen Bedarf entsprechend neu berechnet, würden die negativen Effekte der vorgeschlagenen Instrumente deutlich abgemildert. In vielen – vor allem ländlichen – Regionen könnten sich im Gegenzug sogar weitere Psychotherapeuten niederlassen. Die Vertreterversammlung der Psychotherapeutenkammer des Saarlandes fordert alle saarländischen Politiker dringend auf zu verhindern, dass das Versorgungsgesetz zu einer Verschlechterung der Versorgung psychisch kranker Menschen führt. Die Gefahr lässt sich abwenden, wenn alle politischen Kräfte darauf einwirken, dass im Gesetz der allgemeine bedarfsgerechte Versorgungsgrad für die „Arztgruppe“ Psychotherapeuten zum Stand 31.12.2011 neu ermittelt wird.

! INFORMATION

NEWSLETTER INFORMIERT MITGLIEDER DER PSYCHOTHERAPEUTENKAMMER ÜBER AKTUELLE THEMEN

Am 4. Juli haben wir zum ersten mal den Newsletter der Psychotherapeutenkammer an unsere Mitglieder per e-mail versendet. Wir möchten Sie von nun an auf diesem Wege in unregelmäßigen Abständen über aktuelle Entwicklungen, Termine, Veröffentlichungen u.a. im Saarland und auf Bundesebene möglichst zeitnah informieren.

Die Resonanz auf den ersten Versand war sehr positiv, was uns natürlich sehr freut.

Uns liegen von rund 85% aller Mitglieder – gültige – mail-Adressen vor; wenn Sie also den Newsletter nicht erhalten haben, in Zukunft aber gerne bekommen möchten so schreiben Sie doch bitte eine kurze Nachricht an kontakt@ptk-saar.de oder an paritong@ptk-saar.de und teilen Sie uns Ihre Adresse mit.

VERTRETERVERSAMMLUNG ATTESTIERT DEM VORSTAND WIRTSCHAFTLICHEN UND SPARSAMEN UMGANG MIT DEN FINANZMITTELN DER PKS

Die Vertreterversammlung befasste sich in ihrer Sitzung am 20. Juni 2011 mit dem Jahresabschluss 2010 sowie mit dem Bericht des Kassenprüfers Dr. Ernst Kern. Es konnte wiederum ein wirtschaftlicher und sparsamer Umgang mit den Finanzmitteln der PKS attestiert werden, so dass der Vorstand von der Vertreterversammlung für das Geschäftsjahr 2010 ohne Gegenstimme entlastet wurde.

Die Gesamtausgaben lagen bei rund 186.000 € und waren damit um 12.000 € geringer als im Vorjahr. Davon entfielen alleine 8000 € auf die Verwaltungskosten: im Einzelnen sind hier die Umzugskosten aus 2009 zu nennen, die in 2010 nicht mehr anfielen. Außerdem wurden im Vergleich zum Vorjahr über 2.200 € an Reisekosten und ca. 1.500 €

an Rechts- und Beratungskosteneingespart. Die Gesamteinnahmen lagen bei 165.000 €, so dass eine Entnahme aus den Rücklagen in Höhe von 21.000 € erforderlich war.

Vor dem Hintergrund der ab Januar 2011 geltenden geänderten Beitragshöhen und Beitragsordnung ist dies eine sehr gutes Ergebnis: Die Kammer ist nunmehr in der Lage, bereits für das kommende Jahr einen vollständig einnahmegedeckten Haushalt vorzulegen und verfügt zugleich über eine angemessene und stabile Rücklage.



Irmgard Jochum

VERTRETERVERSAMMLUNG WÄHLT MITGLIEDER DER PRÜFUNGSKOMMISSION „KLINISCHE NEUROPSYCHOLOGIE“

Am 15.03.2010 hatte die Vertreterversammlung die Weiterbildungsordnung mit der Klinischen Neuropsychologie als erstem Weiterbildungsbereich der Psychotherapeutenkammer des Saarlandes (WBO) verabschiedet; die WBO wurde mit Schreiben vom 29.06.2010 durch das zuständige Ministerium genehmigt und im FORUM 38, Juli 2010, veröffentlicht.

Nachdem die in der WBO geforderten Qualifikationsvoraussetzungen an Mitglieder des Prüfungsausschusses festgestellt waren, hat die Vertreterversammlung in ihrer Sitzung am 20.06.2011 folgende Kolleginnen und Kollegen – für die Dauer von fünf Jahren – zu Mitgliedern des Prüfungsausschusses Klinische Neuropsychologie bestimmt:



Dipl. Psych. Stefanie Borchers,
Psychologische Psychotherapeutin,
Klinische Neuropsychologin



Dr. med. Ulrich Jobst, Facharzt für
Neurologie, rehabilitative und physio-
kalinische Medizin



Prof. Dr. Georg Kerkhoff, Psycholo-
gischer Psychotherapeut, Klinischer
Neuropsychologe



Dipl. Psych. Ursula Lamour,
Psychologische Psychotherapeutin,
Klinische Neuropsychologin



Dipl. Psych., Dipl. Päd. Ludger
Neumann-Zielke, Psychologischer
Psychotherapeut, Klinischer Neuro-
psychologe



Akad. Rätin Dipl. Psych. Caroline
Kuhn, Psychologische Psychothera-
peutin, Klinische Neuropsychologin

Michael Schwindling

MITTEILUNGEN DER KAMMER



VORANKÜNDIGUNG

2. SAARLÄNDISCHER PSYCHOTHERAPEUTENTAG MIT RENOMMIERTEN EXPERTINNEN ZUM THEMA „PSYCHISCHE GESUNDHEIT“

Wir freuen uns, dass es uns gelungen ist, Zusagen von renommierten ExpertInnen für die drei Hauptvorträge bzw. Workshops beim 2. Saarländischen Psychotherapeutentag zu erhalten. Die fünf Workshops ergänzen die Vorträge zur Vertiefung der Themenkomplexe sowie zur Diskussion mit Teilnehmern.

In ihrem Vortrag **„Psychische Gesundheit – eine schwindende Ressource in der Nonstop-Gesellschaft?!“** stellt **Prof. Dr. Uta Meier-Gräwe** (Institut für Wirtschaftslehre des Haushalts und Verbrauchsforschung, Justus-Liebig-Universität Gießen) die soziologische und sozioökonomische Perspektive des Leitthemas „Psychische Gesundheit“ in den Vordergrund.

Der Beitrag lotet gesellschaftliche und soziologische Schutz- und Risikofaktoren von psychischer Gesundheit aus. Es wird herausgearbeitet, wie tiefgreifend unser körperliches und seelisches Wohlbefinden durch die veränderte zeitliche Architektur unserer heutigen Gesellschaft tangiert wird, die vermehrt auf Flexibilität, Mobilität und Beschleunigung setzt. Menschen haben keineswegs nur subjektiv das Gefühl, weniger Zeit zu haben und gestresst zu sein. Vielmehr nehmen gerade psychische Erkrankungen in Deutschland seit Jahren überproportional zu. Zudem hat sich der Konsum von Medikamenten zur Leistungssteigerung ebenfalls deutlich erhöht. Zum einen folgt daraus die Notwendigkeit, nachhaltige individuelle Strategien zur Stressbewältigung und dem persönlichen Zeitmanagement zu entwickeln. Zum anderen ergeben sich dadurch völlig neue Herausforderungen für die betriebliche und kommunale Gesundheitsförderung im Sinne von struktureller Prävention („Health Factory“, „Gesunde Schule“ etc.); denn es kann nicht allein dem einzelnen Individuen abverlangt werden, die unterschiedlichen Anforderungen und Zeitlogiken der zahlenmäßig ständig größer werdenden Taktgeber wie Betrieb, Bildungseinrichtung, öffentlicher Nahverkehr oder Behörden mit unseren eigenen Bedürfnissen nach Ruhe, Entspannung und sozialen Kontakten, aber auch mit familialen Verpflichtungen in eins zu bringen. Nur durch eine integrierte Strategie der Verhaltens- und Verhältnisprävention in verschiedenen Handlungsfeldern können Wege aus der paradoxen Situation gefunden werden, dass heute bei vielen Menschen Symptome wie Traurigkeit, Erschöpfung oder Antriebslosigkeit als depressive Reaktionen auf reale Überforderungsphänomene diagnostiziert werden, die dem Idealbild des mobilen, leistungsstarken und flexiblen Individuums der Moderne fundamental widersprechen.

Dr. phil. Dipl. Psych. Sabine Ahrens-Eipper (Praxis für Psychotherapie in Halle, Entwicklerin von „Trauma first“, einem ambulanten Versorgungsangebot für Kinder, Jugendliche und Heranwachsende mit Traumafolgestörungen sowie Autorin zahlreicher Fachbücher und Fachartikel, z.B. „Mutig werden mit Til Tiger“) beleuchtet in ihrem Vortrag **„Was brauchen Kinder, um psychisch gesund aufzuwachsen?“** die Lebenswelten von Kindern und Jugendlichen.

Die Lebenswelten von Kindern haben sich in den letzten Jahrzehnten rasant verändert: Fernsehen, Handys, SchülerCC gehören schon im Grundschulalter zum Alltag. Auf der anderen Seite bestätigen uns aktuelle Studien einen hohen Anteil an Kinderarmut in Deutschland. Die schulischen und familiären Alltagsstrukturen und Anforderungen sind in einem starken Wandel begriffen. Was brauchen Kinder und Jugendliche, um gesund zu bleiben oder zu werden? Neben aktuellen Forschungsergebnissen zur Präventions- und Resilienzforschung bzgl. psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter sollen Implikationen für die therapeutische Praxis den Fokus des Vortrages bilden.

In einem weiteren Hauptvortrag mit dem Titel **„Psychische Gesundheit im Erwerbsleben – Beiträge der Psychotherapie zur Prävention“** legt **Dr. phil. Dipl. Psych. Stefan Leidig** (Praxis für Psychotherapie in Berlin, Autor und Herausgeber zahlreicher Publikationen zu Arbeit und psychischer Gesundheit, Dozent für Führungskräfte von Großbetrieben, Ausbilder beim Institut für Fort- und Weiterbildung in Klinischer Verhaltenstherapie) den Schwerpunkt auf den Bereich Arbeit und psychische Gesundheit.

Erwerbsarbeit führt zu Handlungskompetenz, strukturiert das Leben, ist soziales Kontaktfeld, verschafft uns Anerkennung und trägt zum Selbstwertgefühl bei. Dabei hat die Qualität der Arbeitsaufgaben, des Arbeitsumfeldes und der Arbeitsorganisation einen zentralen Einfluss auf das Erleben und Verhalten – und damit auf die psychische Gesundheit. Mit der Zunahme psychischer Belastungsfaktoren in der Arbeitswelt steigt der Handlungsbedarf, in Betrieben Präventionsmaßnahmen in Bezug auf die Entwicklung psychischer Störungen einzuführen. Dabei kann die betriebliche Prävention psychischer Störungen nur mit der Enttabuisierung psychotherapeutischer Leistungen einhergehen. Der Vortrag gibt eine Einführung in die Problematik, zeigt Versorgungslücken auf und entwickelt Strategien zur Sicherung der Psychischen Gesundheit im Erwerbsleben.


Im Anschluss an die Hauptvorträge werden in drei Workshops zu den Vorträgen – geleitet durch die Referenten – sowie in zwei weiteren Workshops die Themen gemeinsam mit den Teilnehmern vertieft. Hier wird es Gelegenheit zu sicherlich anregenden und kontroversen Diskussionen und Gesprächen geben.

Im ersten der beiden zusätzlichen Workshops mit dem Titel „**Wie die ticken**“ **Psychische Gesundheit von MigrantInnen – auf dem Weg zu einer kultur- und migrationsensiblen psychotherapeutischen Versorgung**“ beleuchtet **Dipl. Psych. Ingrid Scholz** (Psychologische Psychotherapeutin, BARIS e.V., Interkulturelles Kompetenzzentrum Völklingen) Probleme und Fragestellungen zur psychischen Gesundheit von Migranten und Migrantinnen.

Menschen mit Migrationshintergrund machen mindestens 20% der Bevölkerung in Deutschland aus. In bestimmten Stadtgebieten beträgt der Kinder- und Jugendanteil mit anderer Muttersprache als Deutsch zuweilen mehr als 50%. Unser Gesundheitssystem und insbesondere der Bereich Psychiatrie / Psychotherapie hat auf diese neuen transkulturellen Herausforderungen jedoch bislang kaum reagiert. So ist diese Patientengruppe in der psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung auch deutlich unterrepräsentiert. Professionelle in diesem Bereich fühlen sich häufig alleingelassen mit Sprachbarrieren und den an westlichen Werten orientierten Krankheits- und Behandlungskonzepten. Da die Zukunft moderner Gesellschaften zweifellos von zunehmender Diversität geprägt sein wird, bedarf es einer professionellen Weiterentwicklung des gesamten Versorgungssystems. Kompetenter Umgang mit der Vielfalt und interkulturelle Kompetenz werden unausweichlich erforderlich. Dieser Workshop möchte Informationen zu migrations-, minoritäten- und kulturspezifischen Aspekten psychischer Erkrankung vermitteln, schwierige Situationen im transkulturellen Setting beleuchten und Ideen zur Überwindung von (Zugangs-) Barrieren sammeln. Insbesondere will der Workshop Anregungen geben, Fragen beantworten, Unsicherheiten nehmen, Neugier, Interesse und Freude wecken an der psychotherapeutischen Arbeit mit Menschen aus anderen Kulturkreisen.

Schließlich werden in dem Workshop „**Selbstorganisation und Synergetik – die Neuordnung der therapeutischen Beziehung – Ein Beitrag zur Gesundheitsförderung**“ von **Dipl. Psych. Michael Peter Antes** (Psychologischer Psychotherapeut, niedergelassen in Saarlouis) die zentralen Wirkprinzipien in physikalischen, biologischen und psychosozialen Systemen (Haken & Schiepek 2009) beschrieben.

Die Erkenntnisse der Ordnertheorie und deren Bedeutung in intrapsychischen und interaktionellen Systemen haben zu einer weltweiten Renaissance selbstorganisatorischer Heilverfahren geführt, insbesondere im Bereich der Hyp-

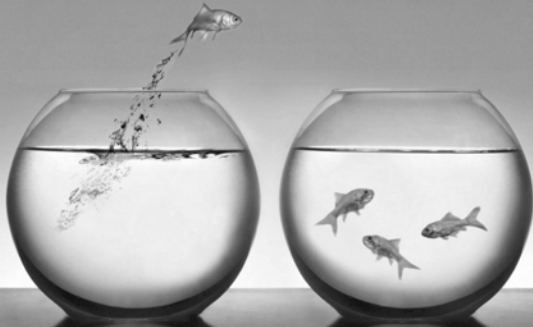


pks
Psychotherapeutenkammer
des Saarlandes

2. SAARLÄNDISCHER
PSYCHOTHERAPEUTENTAG

**PSYCHISCHE
GESUNDHEIT**

WAS HÄLT UNS GESUND?
WAS MACHT UNS KRANK?



**SAMSTAG
26. NOVEMBER 2011
KONGRESSZENTRUM
SAAR VÖLKLINGEN**

notherapie (Fourie 1994, Renartz 1996). Gesundheit wird in diesem Rahmen definiert als dynamische Funktionshomöostase des psychischen Systems. Durch eine stringente Orientierung an der Selbstindividuationstendenz im Sinne C.G. Jungs bietet die moderne Hypnotherapie (hier insbesondere die Autosystemhypnose nach Renartz 1996) Patienten einen Rahmen zur natürlichen, eigenverantwortlichen Selbstheilung und den PsychotherapeutInnen gleichzeitig die Möglichkeit, sich auf die reine Prozesssteuerung zu konzentrieren, anstatt sich in fruchtlosen inhaltlichen Prozessen mit den Patienten zu erschöpfen. Stattdessen wird den Patienten konsequent die Verantwortung für ihren Heilprozess überlassen – und auch zugemutet. Der Workshop zeigt die nützlichen Grundprinzipien dieses ressourcenbezogenen Verfahrens auf, schildert Beispiele aus der praktischen Arbeit und vermittelt einen erfahrungsbezogenen Einblick in die Vorgehensweise.

Der Flyer zum 2. SPT mit Anmeldeformular wird in Kürze herausgegeben und versendet.

AUSSTELLUNG „EINLASSUNGEN“ IN DER GESCHÄFTSSTELLE DER PKS



Durch regelmäßige Ausstellungen in den Räumen der Geschäftsstelle der Psychotherapeutenkammer soll zum einen im Saarland tätigen Künstlern und Künstlerinnen eine unkomplizierte Möglichkeit gegeben werden, ihre Werke einem interessierten Publikum zu präsentieren; zum anderen möchten wir unterstreichen, dass die Geschäftsstelle unseren Mitgliedern und auch anderen offensteht und Besucher herzlich willkommen sind.

Seit dem 15. Juli zeigt Albert Herbig seine inspirierenden und stimmungsvollen „einlassungen“ - Bilder, die in den letzten drei Jahren zum großen Teil angeregt durch fotografische Vorlagen entstanden. Albert Herbig, Jahrgang 1960, ist künstlerischer Autodidakt, der bereits an zahlreichen künstlerischen Workshops teilgenommen hat. Er beschäftigt sich mit fotografischen Arbeiten seit 20 Jahren und produziert „malerei, zeichnungen und objekte sporadisch schon immer, arbeitet mit eitempera kontinuierlich und manierlich seit 5 Jahren“. Albert Herbig ist Professor für Kommunikation und Führung im Fachbereich Betriebswirtschaft an der Fachhochschule Kaiserslautern.



siesta (2008), 100 x 120 - eitempera



anhalten (2009), 80 x 100 - eitempera

Die Ausstellung wird voraussichtlich bis zum 1.3.2012 gezeigt und kann zu den Öffnungszeiten der Geschäftsstelle besucht werden (montags, dienstags, donnerstags 8.00 Uhr – 13.00 Uhr).



Kontakt:
albert herbig
feldmannstr. 137
66119 saarbruecken
a.herbig@gmx.net

Albert Herbig



ANZEIGE

**Suche für neue Praxis
(Erwachsenen-VT, hälftige Zulassung)
Praxisraum in bestehender Praxis
oder
Praxisgemeinschaft
in Saarbrücken, bevorzugt St. Johann.**

Weitere Informationen unter
Tel. 0681 / 36200

KJP-FORTBILDUNGSVERANSTALTUNG MIT POSITIVER RESONANZ

Zum Thema „Vernetzung der fachspezifischen Versorgungsfelder für Kinder, Jugendliche, junge Erwachsene und ihre Familien“ luden die Mitglieder des KJP-Ausschusses am 17. Juni alle KJP-Approbierenden in die Geschäftsstelle der Kammer nach Saarbrücken ein. Idee der Veranstaltung war, auf eine bessere Abstimmung, Kooperation oder auch auf einfache Klärung der Personen und Institutionen untereinander hin zu arbeiten und somit langfristig die Versorgungslandschaft für die betroffenen Kinder und deren Familien im Saarland besser zu strukturieren.

Über 20 Anmeldungen gab es im Vorfeld und auch Rückmeldungen von Kollegen, die ihr Interesse am Thema bekundeten, aber ihr Bedauern ausdrückten, an der Veranstaltung nicht teilnehmen zu können.



Die Gruppe von fast 20 Kolleginnen und Kollegen wurde vom KJP-Ausschuss unter Federführung der Vorsitzenden Katja Klohs begrüßt. Sie informierte darüber, dass derzeit insgesamt 94 KJP-Approbierende (niedergelassen und angestellt) im Saarland tätig sind und verwies auf die veränderte Versorgungslage seit November 2009 durch die 20%-Quotenregelung, wodurch 18 neue KJP-Sitze (15 in Saarbrücken, 1 in Merzig, 1 in Saarlouis, 1 in Neunkirchen, keine in St. Wendel und im Saar-Pfalz-Kreis) zugelassen wurden. Nach 6 Monaten waren bereits 2/3 der neuen Sitze vergeben. Außerdem gibt es keine niedergelassenen Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten im Sonderbedarf mehr, da in diesem Zusammenhang alle Sonderbedarfszulassungen in reguläre, unbeschränkte Kassensitze umgewandelt wurden.

Auch Kammerpräsident Bernhard Morsch hieß die Teilnehmer im Namen der PKS willkommen und beschrieb mit der Zukunft der Psychotherapeutenausbildung (u.a. Festlegung der Zugangsvoraussetzungen) und der Reform der Bedarfsplanung im Rahmen des neuen Versorgungsstrukturgesetzes zwei Brennpunkte der Kammerarbeit.

Die Fortbildungsteilnehmer, darunter angestellte KJP-Approbierende von Kinder- und Jugendpsychiatrien, von Beratungsstellen und vom Schulpsychologischen Dienst sowie niedergelassene KJP-Approbierende, nutzten die Möglichkeit,

ihr Arbeitsfeld vorzustellen und Erwartungen an die Veranstaltung zu formulieren. Die Verteilung der fachspezifischen Ressourcen wurde durch eine Saarlandkarte mit Markierungen der Arbeitsfelder in den einzelnen Landkreisen veranschaulicht.



Zusammen wurden kritische Punkte in der saarländischen Versorgungsstruktur herausgearbeitet:

- Wie gestaltet sich die Versorgung über die Grenzen der Landkreise und über die Landesgrenzen hinweg?
- Wie sieht die Vernetzung untereinander aus? Wer weiß was von wem?
- Wie verläuft der Zugang zu den ambulanten Praxen?
- Wie wird das Problem der Auslastung gehandhabt?
- Wie sehen die Verbindungen zwischen den Institutionen und den Praxen aus?
- Welche Spezialgebiete oder spezifischen Programme werden von wem und wo angeboten?

Ideen und Anregungen zur Umsetzung wurden in einer lebhaften Diskussionsrunde ausgetauscht und gesammelt. Dabei informierte Katja Klohs über die Bildung eines neuen Kammerausschusses, den „Ausschuss für ambulante Versorgung“, der sich mit einem Teilgebiet der Thematik auseinandersetzen werde. Die Sammlung von Informationsbroschüren (bspw. bei den Landkreisen, den Gesundheitsämtern, dem Sozialministerium) wurde angeregt und um die Erstellung einer KJP-Mailing- bzw. Adressenliste gebeten, um Informationen möglichst zeitnah weiterzuleiten und den Austausch untereinander zu optimieren. Es wurde vorgeschlagen, die erstellte Verteilungssituation auf der oben genannten Landkarte auf der Website der PKS im Mitgliederbereich zu veröffentlichen. Und „last but not least“ wurden weitere Fortbildungsveranstaltungen oder Treffen im Rahmen von Qualitätszirkeln angedacht, die inhaltlich bestimmt werden sollen entweder durch ein spezielles Thema, durch einen gemeinsamen Landkreis oder durch Kooperationspartner (Kinderärzte, Kinder- und Jugendpsychiater, Jugendämter, Schulen u.a.).

Die konstruktive Fortbildungsveranstaltung in entspannter und kollegialer Atmosphäre machte das Interesse und den Bedarf der Berufsgruppe KJP an vernetzten Versorgungsstrukturen für die Betroffenen deutlich. Man war sich einig, dass mit dieser Veranstaltung der Auftakt und die Hoffnung zu einem stärkeren Miteinander über die Grenzen hinweg stattgefunden hat. Es bleibt spannend!

Ute Fritz-Weiland

„THERAPIEPLATZVERMITTLUNG“ DER KVS UND GEPLANTES VERSORGUNGSSTRUKTURGESETZ (GKV-VSG).



Liebe Kolleginnen und Kollegen,

zwei Themen haben uns in letzter Zeit in der KVS sehr beschäftigt und werden auch weiterhin unserer intensiven berufspolitischen Aufmerksamkeit bedürfen: die „Therapieplatzvermittlung“ der KVS und das geplante Versorgungsstrukturgesetz (GKV-VSG). Aufgrund einer öffentlich geführten Diskussion über die Wartezeitproblematik – wie immer in den Medien emotionalisiert und undifferenziert – kamen wir als Leistungserbringer, die Kammer und die KVS unter politischen Druck. Insbesondere die KVS wurde von Therapieplatzanfragen z.T. von Institutionen wie Frauennotruf, z.T. von Patienten überhäuft, deren Mitarbeiter sahen sich bei diesen Anfragen gelegentlich überfordert. So kam es zu der bekannten Anfrage für freie Akutbehandlungsplätze für sexuell traumatisierte Frauen, die immerhin von 50 % der Leistungserbringer beantwortet wurde (ca. 25 gaben freie Behandlungskapazitäten an; diese Adressen wurden weitergeleitet). Der KV-Vorstand beschloss darauf hin, eine Therapieplatzvermittlung unter Einbeziehung des Beratenden Fachausschusses einzurichten. Eine Arbeitsgruppe mit 4 ÄP und 3 PP wird dazu auch unter Verwertung entsprechender Erfahrungen anderer KVen (in 8 anderen KVen gibt es ähnliche teils schon realisierte Projekte) einen fachlich fundierten Vorschlag erarbeiten.

Problematisch ist nach wie vor der z.T. geringe Auslastungsgrad der psychotherapeutischen Praxen. Im Quartal 4/2010 rechneten z.B. von jetzt insgesamt 213 ärztlichen und psychologischen Psychotherapeuten (Ohne KJP) 18 unter 25 % der Zeitkapazitätsgrenze ab, 60 zwischen 25 und 50 %, 83 zwischen 50 und 75 %, 37 zwischen 75 und 100 % und 2 mehr als 100 % (Durchschnitt: ca. 62 %). Verlässliche Zahlen für 2011 liegen noch nicht vor.

Ein zweites, für uns besonders relevantes Thema ist das geplante Versorgungsstrukturgesetz (GKV-VSG). Hintergründe sind die demografische Entwicklung mit steigender Morbidität im hohen Alter, die deutlich rückläufige Ärztezahl (v.a. bei den Hausärzten in der ländlichen Versorgung), die Mittelbegrenzung und die deutlicher werdenden regionalen Unterschiede in der Bevölkerungsstruktur. Der Regierungsentwurf sieht dementsprechend eine stärkere Regionalisierung unter Einbeziehung der Landesbehörden bei der Bedarfsplanung (ein Novum und eine erhebliche Einschränkung der Selbstverwaltung) und der Honorargestaltung vor. Vorbei mit dem einheitlichen Orientierungspunkt, zurück zu regionalen Verteilungskämpfen, mit jedenfalls nach dem jetzigen Gesetzestext deutlich weniger Honorarsicherheit für unsere Gruppe: es ist nur von angemessener Vergütung die Rede, nicht mehr vom Vorwegabzug der antrags- und genehmigungspflichtigen Leistungen. Sollte sich die Bezugsgröße für die Bedarfsplanung nicht

ändern (1999: willkürliche Festsetzung unabhängig von inhaltlich begründbaren Bedarfskriterien), könnten bis zu 30 % der Praxen bei Praxisaufgabe durch ein den KVen zugestandenes Vorkaufsrecht stillgelegt werden – paradoxe Welt: hier extreme Wartezeiten – dort angebliche Überversorgung, nur statistisch aufgrund falscher Datengrundlagen. Die Kassen wirds freuen.

Die KVS hat einhellig am 30.6. den vorliegenden Entwurf abgelehnt, die BPtK hat die Forderungen unserer Fachgruppe spezifiziert. Wir sind gefordert, unser Leistungsspektrum den geänderten Entwicklungen anzupassen, z.B. mehr Psychotherapie für Ältere, für chronisch und schwer Kranke, flexiblere Kurzinterventionen für Akutfälle. Wir sollten dies gut dokumentieren und in den öffentlichen Diskurs einbringen.

Zm Abschluss noch 3 Hinweise:

1. Erfreulich am soeben diskutierten Gesetzentwurf ist der Wegfall der Kodierrichtlinien – wenigstens eine bürokratische Belastung weniger.
2. Bitte bedenken Sie die Fristen für die Bestellung eines neuen Lesegerätes. Die e-card kommt auch gegen unseren entschiedenen Protest.
3. Ebenso wird die online-Abrechnung Verpflichtung.

Ihr KV-Vertreter Michael Antes

KASSENGUTACHTEN ZUR PRAXENSTILLEGUNG

BPTK WARNT VOR WEITERER MASSIVER VERSCHLECHTERUNG FÜR PATIENTEN

Berlin, 8. Juli 2011: Die Krankenkassen wollen das GKV-Versorgungsstrukturgesetz dazu nutzen, in großem Umfang Praxen von Ärzten und Psychotherapeuten stillzulegen. „Damit werden die schlimmsten Befürchtungen der BPTK bestätigt“ stellt der Präsident der Bundespsychotherapeutenkammer (BPTK), Prof. Dr. Rainer Richter fest. „Eine schon heute unzureichende Versorgung psychisch kranker Menschen würde nochmals massiv verschlechtert.“

Der GKV-Spitzenverband hat durch das Prognos-Institut prüfen lassen, wie schnell und zu welchem Preis Praxen von Ärzten und Psychotherapeuten aufgekauft und stillgelegt werden können. Das heute veröffentlichte Gutachten kommt in einer Modellrechnung zu dem Ergebnis, dass allein bei den Psychotherapeuten 3.500 Praxen geschlossen werden sollten. Geht es nach dem Willen der Kassen, würden bereits im kommenden Jahr 2.100 Praxen geschlossen. Die Versorgung der Patienten werde dadurch nicht beeinträchtigt, so der GKV-Spitzenverband. „Wider besseres Wissen“, so der Präsident der Bundeskammer, „denn die Patienten, die keinen Behandlungsplatz finden, beschwerten sich zu Hauf bei den Geschäftsstellen ihrer Krankenkassen.“

„Diese Zahlenspielerien gehen völlig an der Versorgungsrealität vorbei“ kritisiert Richter. Nach einer aktuellen Studie der BPTK warten Patienten bereits heute im Schnitt ein halbes Jahr auf eine psychotherapeutische Behandlung. Dennoch gelten 379 der 395 Städte und Kreise in Deutschland als rechnerisch überversorgt. In diesen „über-

versorgten“ Gebieten sollen nach den Vorstellungen des GKV-Spitzenverbandes Praxen flächendeckend stillgelegt werden. „Bei solchen Wartezeiten einen Kahlschlag zu fordern, bedeutet, der Chronifizierung psychischer Erkrankungen weiter Vorschub zu leisten. Die Fehlzeiten aufgrund psychischer Krankheiten werden weiter steigen, sie sind heute schon die höchsten. Und das kommt die Kassen um ein Vielfaches teurer.“

Das Kassengutachten basiert auf Vorgaben aus den 90er Jahren. Damals wie heute wurde die psychotherapeutische Versorgungsrealität völlig ignoriert. Die Planungszahlen für die Niederlassung von Psychotherapeuten sind hoffnungslos veraltet und reichen nicht aus, um psychisch kranke Menschen in einer Frist, die medizinisch und ethisch zu verantworten ist, zu behandeln“, mahnt der BPTK-Präsident und fordert eine moderne Versorgungsplanung, die sich an der Morbidität der Bevölkerung orientiert.“

Pressemitteilung und weitere Materialien auf der Homepage der BPTK: <http://www.bptk.de/aktuell/einzelseite/artikel/kassengutach.html>

Ihr Ansprechpartner:
Herr Kay Funke-Kaiser
Presse- und Öffentlichkeitsarbeit
Telefon: 030 278785-0

LANGZEITSTUDIE DER TECHNIKER KRANKENKASSE BELEGT: PSYCHOTHERAPIE IST NACHHALTIG WIRKSAM

Jeder Euro für Psychotherapie ist gut investiertes Geld. Psychotherapie ist nachhaltig wirksam. Mehr als 60 Prozent der Patienten, die sich bei einem niedergelassenen Psychotherapeuten behandeln lassen, geht es danach wesentlich besser. Die Wirkung der psychotherapeutischen Behandlung ist langfristig messbar: Selbst ein Jahr nach Abschluss der Behandlung nehmen die seelische Belastungen, die zu einer Psychotherapie führten, noch weiter ab. Das sind die zentralen Ergebnisse einer aktuellen Langzeitstudie, deren Ergebnisse jetzt vorliegen. „Die Studie ist wichtig, weil sie belegt, dass Psychotherapie nicht nur unter Laborbedingungen, sondern auch in der alltäglichen Routinebehandlung wirkt“, stellt Prof. Dr. Rainer Richter, Präsident der Bundespsychotherapeutenkammer, fest. Zur Qualität der psychotherapeutischen Regelversorgung, der so genannten Richtlinienpsychotherapie, lagen bislang nur wenige aussagekräftige Studien vor.

Von 2005 bis 2009 nahmen knapp 400 Psychotherapeuten sowie 1.708 Patienten in Westfalen-Lippe, Hessen und Südbaden an dem von der Techniker Krankenkasse (TK) finanzierten Modellprojekt „Qualitätsmonitoring in der Psycho-

therapie“ teil. Patienten wie Psychotherapeuten bewerteten die Erfolge der Psychotherapie während, am Ende und ein Jahr nach der Behandlung. Danach nehmen durch Psychotherapie die Symptombelastung entscheidend ab und die gesundheitsbezogene Lebensqualität wesentlich zu. Die zentrale Aussage: Psychotherapie wirkt nachhaltig. Die erreichten Verbesserungen bestehen auch ein Jahr nach Beendigung der Psychotherapie fort oder bauen sich sogar weiter aus.

Niedergelassene Psychotherapeuten behandeln häufig Patienten mit depressiven Erkrankungen und Angststörungen. Die Ergebnisse belegen, dass Patienten in der ambulanten Psychotherapie unter vergleichbar schweren psychischen Belastungen und Einschränkungen ihrer Leistungsfähigkeit leiden wie stationär behandelte Patienten. So waren sowohl die durchschnittliche Schwere der spezifischen depressiven Symptomatik als auch die allgemeine psychopathologische Symptomatik zu Therapiebeginn ähnlich hoch wie bei Patienten in der stationären psychosomatischen Krankenhausbehandlung.

Die Studie belegt außerdem, dass ein ausreichendes psy-

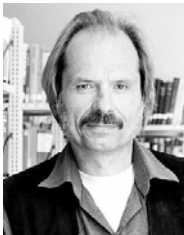
chotherapeutisches Behandlungsangebot wirtschaftlich ist. Eine Psychotherapie kostete durchschnittlich 3.200 Euro. Da die Patienten wieder arbeitsfähig wurden oder ihre Arbeitsproduktivität nicht mehr eingeschränkt war, wurden gesamtgesellschaftliche Kosten in Höhe von durchschnittlich 10.425 Euro eingespart. Die Kosten-Nutzen-Relation von Psychotherapie beziffert die Techniker Krankenkasse auf 3,26, d. h. jeder Euro, der in eine Psychotherapie investiert wird, führt innerhalb eines Jahres zu einer Einsparung von ca. zwei bis vier Euro.

Das Modellprojekt wurde von der Techniker Krankenkasse finanziert und von Wissenschaftlern der Universitäten Mannheim und Trier ausgewertet. Psychische Erkrankungen haben in den letzten Jahrzehnten sehr zugenommen und sind als Volkskrankheiten immer stärker in den Blick der Öffentlichkeit gerückt. Sowohl bevölkerungsrepräsentative epidemio-

logische Studien als auch die Routinedaten der Krankenkassen zeigen, dass nahezu jeder dritte Bundesbürger innerhalb eines Jahres von einer psychischen Erkrankung betroffen ist. Depressionen, Angst- und Belastungsstörungen haben immer größeren Anteil an Krankschreibungen und sind die Hauptursachen für Frühverrentungen in Deutschland mit einem Anteil von 44 Prozent bei Frauen und 32 Prozent bei Männern. Die ambulante Psychotherapie hat sich dabei zu einer tragenden Säule der Versorgung von Menschen mit psychischen Störungen entwickelt. Inzwischen werden innerhalb eines Quartals ca. eine Million Patienten im Rahmen der Richtlinienpsychotherapie behandelt. Dabei ist die Nachfrage nach ambulanter Psychotherapie weitaus größer als die vorhandenen Behandlungsplätze. Vielerorts müssen Patienten lange Wartezeiten auf sich nehmen, bevor sie Hilfe finden.

AUS DER REGION

„ICH GEH KAPUTT. – GEHSTE MIT?“ DIE PSYCHE IN DER LEISTUNGSGESELLSCHAFT



Am 21. Mai 2011 feierte das Saarländische Institut für Psychoanalyse und Psychotherapie der Deutschen Psychoanalytischen Gesellschaft DPG (SIPP) sein 20jähriges Bestehen im Festsaal des Saarbrücker Schlosses. Den Festvortrag mit dem Thema „Ich geh kaputt. – Gehste mit?“ – Die Psyche in der Leistungsgesellschaft hielt Prof. Dr. Dr. Rolf Haubl, geschäftsführender Direktor des Sigmund-

Freud-Instituts in Frankfurt. Freundlicherweise hat uns Prof. Haubl seinen überaus interessanten und lesenswerten Vortrag zum Abdruck im Forum überlassen.

Der Text erscheint zur Frankfurter Buchmesse 2011 in: Marianne Leuzinger-Bohleber und Rolf Haubl (Hg.), „Psychoanalyse: interdisziplinär, international, intergenerationell“, Verlag Vandenhoeck & Ruprecht.

„ICH GEH KAPUTT. – GEHSTE MIT?“ DIE PSYCHE IN DER LEISTUNGSGESELLSCHAFT von Rolf Haubl

Das Gرافitto, das den Titel des Aufsatzes liefert, ist sehr viel älter als die aktuelle Krise des Kapitalismus, aber eine Diagnose, die nicht veraltet. Denn der Kapitalismus setzt in vieler Hinsicht auf eine gerne als schöpferisch apostrophierte Zerstörung und nimmt kaum Rücksicht auf die Forderungen der WHO-Charta von Ottawa (1986), in der es heißt: „Die Art und Weise, wie eine Gesellschaft die Arbeit und die Arbeitsbedingungen organisiert, sollte eine Quelle der Gesundheit und nicht der Krankheit sein.“

Psychische Störungen gehören zu den häufigsten und die Lebensqualität am stärksten mindernden Erkrankungen unserer Zeit. (Lademann et al. 2006, Robert-Koch-Institut 2008, S. 8f., Jacobi 2009): In Europa macht jede vierte

Person in ihrem Leben mindestens eine psychische Krankheitsepisode durch. Auch die durch psychische Störungen entstehenden volkswirtschaftlichen Kosten sind hoch. Sie belaufen sich in Deutschland auf 10% der Gesamtausgaben für Gesundheit, das sind mehr als 20 Milliarden Euro. Fehlzeiten-Reporte zeigen eine zunehmende Bedeutung psychischer Störungen für Arbeitsunfähigkeit. Trotz insgesamt sinkender Krankenstände sind die Fehlzeiten aufgrund psychischer Störungen über die letzten Jahre deutlich gestiegen. Auffällig ist die Zunahme psychischer Störungen bei jungen Menschen: In der Altersgruppe zwischen 15 und 35 Jahren ist ein überproportionaler Anstieg zu verzeichnen. Dreiviertel aller Diagnosen fallen auf affektive Störungen plus neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen. Die häufigste Einzeldiagnose ist die Diagnose Depression, gefolgt von Angst. Dabei schlägt sich die gesellschaftlich bestehende soziale Ungleichheit nach wie vor als Risikofaktor für die psychische Gesundheit nieder: Die Angehörigen der unterprivilegierten sozialen Schichten haben die höchsten Raten an psychischen Störungen, aber die niedrigsten Raten an Psychotherapie.

Ob die beobachteten Anstiege psychischer Störungen echte Anstiege sind, wird diskutiert. Immerhin könnte es sich um anderweitige Effekte handeln: um die Auswirkungen einer verbesserten psychodiagnostischen Kompetenz vor allem der Hausärzte, und / oder um die Auswirkungen einer zunehmenden Entstigmatisierung, die unter den Betroffenen zu einer größeren Bereitschaft führt, bereits von sich aus ihre Lebensprobleme als psychische Probleme zu verstehen und zu artikulieren. Stellt man diese Faktoren in Rechnung, dann ist immer noch ein echter Anstieg denkbar, der aber weniger dramatisch sein dürfte, als er oftmals „geföhlt“ wird.

Eine der wichtigsten Ursachen, die für psychische Erkrankungen genannt werden, sind die Arbeitsbedingungen

(Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin 2005, Haubl und Voß 2011), denn seit Ende der 1980er Jahre hat ein grundlegender Strukturwandel der Arbeitswelt stattgefunden: Das gewohnte „Normalarbeitsverhältnis“ verschwindet, die Berufsbiographien von vielen Menschen werden „brüchig“ und ihre Lebenslagen „prekär“. An die Stelle des tradierten Arbeitnehmers tritt der „Arbeitskraft-unternehmer“ (Voss und Pongratz 1998). Als „Unternehmer seiner selbst“ wird von ihm erwartet, sein ganzes Leben wie einen Betrieb zu führen. Im Einzelnen sind es Prozesse der „Entgrenzung“ (Jurczyk et al. 2009) und „Subjektivierung“ von Arbeit (Moldaschl und Voss 2010), die den Strukturwandel ausmachen.

„Entgrenzung“ meint die Flexibilisierung der Arbeitszeiten, den Übergang von starren Betriebsstrukturen zu einer dynamischen Projekt- und Teamorganisation mit abgeflachten Hierarchien sowie die abnehmende Bedeutung standardisierter beruflicher Spezialisierungen und ihre Folgen für die Berufswege. Hinzu kommt der Abbau der strukturellen Trennung und funktionalen Unterscheidung von erwerbsförmiger „Arbeit“ und privatem „Leben“ in vielen Berufsfeldern. Dies zeigt sich beispielsweise, wenn Erwerbstätige zunehmend zu Hause oder auf Reisen berufliche Aufgaben erledigen oder fast ständig beruflich erreichbar sein müssen, daher kaum mehr feste Arbeitszeiten und infolgedessen auch keine „Freizeit“ kennen.

Die Entgrenzung der Arbeitswelt ist ambivalent. Einerseits ergeben sich für die Erwerbstätigen mehr Gestaltungschancen, was im Vergleich mit den bisherigen starren Formen der Arbeits- und Betriebsorganisation nicht nur von den Betrieben, sondern auch von den meisten Beschäftigten begrüßt wird. Andererseits entsteht durch den damit verbundenen Verlust an Halt gebenden Strukturierung zunehmend der Zwang, den Arbeitsprozess mehr als bisher aktiv selbstverantwortlich zu organisieren, was mehr Entscheidungsdruck und damit ein größeres Risiko der Überforderung oder gar des Scheiterns zur Folge hat.

Betriebliche Detailkontrollen der Arbeitstätigkeiten werden tendenziell zurückgenommen. Im Gegenzug bauen Betriebe indirekte Kontrollen aus, indem sie mehr oder weniger harte Zielvereinbarungen und ein meist datentechnisch basiertes Ergebniscontrolling einführen. Damit sind nicht länger die konkreten Arbeitstätigkeiten der entscheidende Ansatzpunkt für betriebliche Zugriffe auf die Arbeitnehmer. Nur das Ergebnis zählt, auch wenn es nicht selten mit verringerten Ressourcen und steigenden Erfolgserwartungen erbracht werden soll.

Dissoziation statt Ausstieg

Nehmen wir als Beispiel für die Veränderungen die Kundenberater von Banken (Haubl 2010, S. 66ff.), die in der Finanzkrise mit dem sittenwidrigen Verkauf von „toxischen“ Wertpapieren eine mehr als unrühmliche Rolle gespielt haben (Bergermann 2008, 2009).

Zwar gibt es Unterschiede zwischen den Banken, der Trend aber ist generell. Die Kundenberater werden von ihren Vorgesetzten unter Druck gesetzt, hohe Ertragsziele zu realisieren, das heißt: für jeden Berater wird für jedes Finanzprodukt festgelegt, wie viele davon er in einer bestimmten Zeiteinheit zu verkaufen hat. Übertrifft er die Vorgaben,

locken Boni, unterschreitet er sie, drohen negative Sanktionen. Da Abmahnungen arbeitsrechtlich schwer zu legitimieren sind, werden die negativen Sanktionen in der Regel indirekt exekutiert: zum Beispiel über kontinuierliche Rankings, an denen alle Kollegen ablesen können, wer von ihnen ein High-Performer oder ein Low-Performer ist. Über solche Rankings lässt sich Gruppendruck erzeugen, da es neben den individuellen Ertragszielen auch Ertragsziele für die ganze Filiale gibt. Mithin lässt sich an den Rankings ablesen, welcher Kundenberater wie viel zur Erreichung der kollektiven Vorgabe beiträgt. Da auch diese Vorgaben hoch sind, gefährden Low-Performer eine Gesamtperformanz, welche die Vorgabe erfüllt. Folglich müssen sie von den erfolgreicherer Kollegen zu einer höheren Performanz gebracht werden, weil diese sonst selbst ihre Performanz noch weiter steigern müssen. Oder: die High-Performer sorgen dafür, dass die Low-Performer von sich aus gehen. Dabei sitzen alle in derselben Falle: Erreichen sie ihre Vorgaben nicht, gibt es nicht nur keine Boni, es wird zudem die beschämende Vorstellung hervorgerufen, nicht gut genug zu sein; erreichen sie ihre Vorgaben gibt es zwar Boni, gleichzeitig steigen aber auch die Vorgaben.

Diese Situation führt bei Kundenberatern zwangsläufig dazu, Kunden falsch zu beraten, um sich auf deren Kosten zu bereichern, aber eher noch: um negativen Sanktionen zu entgehen. Um sich selbst nicht als Opfer fühlen zu müssen, opfern sie ihre Kunden. Die im Branchenvergleich überdurchschnittliche Zunahme psychischer Belastungen und Störungen in Banken und Finanzinstituten mag ein Indikator für diese verschärfte Situation sein (DAK 2007), wobei moralische Konflikte allerdings erst gar nicht als Stressoren bilanziert werden. So bleiben Bewältigungsmechanismen wie der einer psychischen Spaltung der ohnehin dürftigen Gesundheitsförderung (Pfaff et al. 2008) in Interesse einer Absatzsteigerung entzogen: So wissen die Kundenberater, dass sie ihren Kunden belügen, wenn sie vorgeben, primär deren Interesse zu vertreten, gleichzeitig leugnen sie aber, dass sie dies tun. Greift diese psychische Spaltung (Nagel 2009, S. 71ff.), erleichtert es ihnen, ihre Vorgaben immer rücksichtsloser umzusetzen, womit sie immer erfolgreicher werden, so dass die Vorgaben immer weiter steigen, was zu einer immer tieferen Spaltung führt und die Beratung der Kunden zu einem unwirklichen Geschehen entstellt, es sei denn, eine eintretende psychische Krise bietet die Chance für eine Neuorientierung.

Bilden die Kundenberater die Vorderbühne des Geschäfts, so die Broker die Hinterbühne, auf der das große Geld gemacht wird. Eine Brokerin berichtet, nachdem sie ausgestiegen ist (Anne T. 2009, S. 122):

„Der Bonus war das A und O im Händlerleben – eine solche Perspektive motivierte unglaublich. Wer von den Brokern ein Gewinnziel von vier Millionen nachweisen konnte – dafür musste schon einige Milliarden gedealt werden – bekam am Ende des Geschäftsjahres durchaus 200 000 Euro zusätzlich auf sein Konto überwiesen. Das ganze System war zwar undurchschaubar, aber es lohnte sich. Das war ein richtig gutes, geiles Gefühl. Das hatte etwas Orgiastisches an sich, ganz gleich, ob Mann oder Frau in den Genuss kamen. Es wäre gelogen, das abstreiten zu wollen.“

Dass es gerade die Boni waren, die uns alle motivierten, immer größere und immer riskantere Deals abzuschließen,

fiel niemandem auf. Schließlich hatten wir nicht viel zu verlieren, im Worst Case unseren Job. Aber wozu gab es Headhunter. Außerdem würden wir ohnehin schon über alle Berge sein, bevor es Probleme mit den reingeholten Deals geben würde. Das dieses kurzfristige Anreizsystem sich später für die Banken als tödlich erweisen sollte, wäre [uns] nie in den Sinn gekommen.“ [...] Mein nächstes Ziel war glasklar: vier Millionen Euro. Darunter durfte ich im nächsten Jahr nicht kommen, ich wollte schließlich die Herausforderung – und den dazugehörigen Bonus. Das große Partygefühl, das besser als Sex war.“

Riskierte psychische Gesundheit

Wie bereits angesprochen, wird die Entgrenzung der Arbeit von ihrer Subjektivierung begleitet. Das meint, dass Unternehmen versuchen, die gesamte Subjektivität ihrer Arbeitnehmer für ihre Profitmaximierung zu nutzen: Neben fachlichen Qualifikationen betrifft dies immer häufiger persönliche Eigenschaften wie Kreativität, Kommunikativität, Verantwortlichkeit, Vertrauenswürdigkeit, Loyalität, sogar Emotionalität und vor allem eine unbedingte Bereitschaft, sich mit dem Betrieb zu identifizieren und die Erfüllung von dessen Erwartungen als Selbstverwirklichung zu erleben. Arbeitnehmer, die sich derart total einbringen, riskieren ihre psychische Gesundheit, weil sie sehr viel mehr geben, als ihnen der Betrieb, der ihre Subjektivität ausbeutet, zurückgibt.

Lassen wir einige Befunde für sich sprechen: So geht das Fürstenberg Institut (2010) auf Basis einer von FORSA durchgeführten Untersuchung bei 60% der Arbeitnehmer von psychosozialen Problemen aus, die durch hohe Arbeitsbelastungen bedingt sind. Eine Untersuchung der Deutschen Gesellschaft für Personalführung (2011) kommt zum selben Ergebnis. Darüber hinaus geben die befragten Personalmanager geschlossen an, dass es präventiver individueller Analysen der psychischen Belastung bedürfe. Diese Forderung wird aber von kaum einem der Unternehmen, aus dem die Befragten stammen, umgesetzt.

Dem DAK-Gesundheitsreport von 2009 ist zu entnehmen, dass jeder fünfte Arbeitnehmer der Studie, vor allem dann, wenn er psychisch belastet ist, die Einnahme von Medikamenten zur Leistungssteigerung ohne medizinische Indikation beruflich für notwendig, zumindest aber für vertretbar hält (DAK 2009). – Mehr als 71% der Arbeitnehmer in Deutschland sind binnen eines Jahres mindestens einmal krank zur Arbeit gegangen, rund 30% sogar gegen den ausdrücklichen Rat ihres Arztes. 13% nehmen zur Genesung extra Urlaub (Badura et al. 2009). – Obgleich Beschäftigte angeben, dass ihre Arbeit psychisch belastend ist, schreiben sie die Verantwortung für eine Reduzierung der Belastungen nicht in erster Linie den Betrieben zu, sondern sich selbst (Dunkel et al. 2010). Die meisten halten es für ihr persönliches Problem, wenn sie sich dem Leistungsdruck nicht gewachsen fühlen, und das selbst dann, wenn sie offensichtlich überfordert werden. Sie wollen jedem Zweifel an ihrer Leistungsfähigkeit zuvorkommen.

Auffällig ist, dass von berufsbedingten Störungen der psychischen Gesundheit in starkem Maße hoch qualifizierte und hoch motivierte Mitarbeiter/innen und nicht zuletzt Führungskräfte betroffen sind – sowie überproportional

häufig Frauen und Dienstleister, denen kontinuierlich Emotionsarbeit (Zapf et al. 2000) abverlangt wird. Die beruflichen Gesundheitsrisiken verschieben sich demnach von den klassischen körperlichen Problemen, die es freilich nach wie vor gibt, hin zu psychosozialen Problemen.

Dass Arbeitslose und Arbeitnehmer, denen Arbeitslosigkeit droht, gleichfalls mehr denn je stark betroffene Gruppe sind, braucht nicht weiter betont zu werden. Arbeitnehmer, die sich um den Erhalt ihres Arbeitsplatzes sorgen, weisen deutlich erhöhte psychische Beeinträchtigungen auf, mehr noch als Arbeitslose (Sverke et al. 2002). – Arbeitsplatzunsicherheit führt zu falscher Ernährung: zu viel, zu fett und zu viel Süßes, zudem zu erhöhtem Nikotinkonsum sowie zu Medikamenten- und Alkoholmissbrauch (Haupt 2010). – Je größer die Arbeitsplatzunsicherheit in einer Belegschaft ist, desto häufiger kommt es zu Mobbing (Cuyper et al. 2009). – Arbeitnehmer, die einen Downsizing-Prozess „überlebt“ haben, sind von einer erhöhten Rate krankheitsbedingter Arbeitsunfähigkeit betroffen (Vahtera et al. 2004).

Als Einzelfaktoren der psychosozialen Belastungen in der Arbeitswelt werden genannt: hohes Arbeitsaufkommen, Zeitdruck, geringe Handlungsspielräume, mangelnde kollegiale Unterstützung, überfordernde Vorgesetzte, keine befriedigende Work-life-balance, aber auch mangelnde Fairness (Elovainio et al. 2006) sowie mangelndes Vertrauen (Rigotti und Mohr 2006) – und immer wieder: mangelnde Anerkennung, die oft als mangelnde „Sichtbarkeit“ metaphorisiert wird.

Vor allem Anerkennungsdefizite bergen nachweislich ein hohes Depressionsrisiko. So haben Arbeitnehmer, die bei ihren Arbeitstätigkeiten eine Gratifikationskrise erleben, weil ihr Arbeitseinsatz und die Anerkennung, die sie dafür erhalten, weit auseinander liegen, ein 6fach erhöhtes Risiko, depressive Symptome zu entwickeln, als Arbeitnehmer, die sich anerkannt erleben (Larich et al. 2006). Als Anerkennung wird erlebt: die Übertragung von Arbeiten, die dem Arbeitnehmer liegen, Lob für gute Arbeit, konstruktive Kritik, Förderung von Lernprozessen, Mitsprache, Interesse an der Person.

Chronische Müdigkeit

Das vergebliche Ringen um Anerkennung für die Bereitschaft, Höchstleistungen zu erbringen, ist eine der Ursachen für die Erschöpfung, die allseits beklagt wird.

Auf diesem Hintergrund ist es interessant, sich die Geschichte des nach wie vor umstrittenen „Chronischen Müdigkeitssyndroms“ (CFS) zu vergegenwärtigen (Haubl 2007), das sich phänomenologisch nicht leicht von einer Depression unterscheiden lässt. Die Lobbygruppe aus Experten und Patientenvertretern behauptet einen Unterschied, der genau besehen die Stigmatisierung der Depression bedient. So kann man in „Harper's & Queen“, einem populären britischen Magazin lesen: „Personen, die an Chronischer Müdigkeit leiden, sind hoch leistungsmotiviert. Sie haben zuviel Willensstärke, während Depressive so gut wie keine haben“.

Was weiß die Forschung über die Lebensführung von Menschen, die an CFS leiden? Gesichert ist ein Subtyp, der in Identifikation mit unerbittlichen elterlichen Leistungserwartungen höchste Leistungsanforderungen an sich selbst stellt. Die Einlösung dieser Anforderungen kann, wenn über-

haupt, nur unter Aufbietung aller „Kräfte“ gelingen. Reichen sie nicht aus, erleben es die Betroffenen als Schwäche, die sie sich verbieten. Sie ruhen sich nicht aus und klagen auch nicht, überfordert zu sein – aus Angst, Anerkennung zu verlieren, da sie von Kindheit an die Erfahrung gemacht haben, in solchen Situationen mit Beschämungen und / oder Schuldzuweisungen bestraft worden zu sein. Um diese negativen Gefühle nicht (wieder) erleben zu müssen, beantworten sie jede Schwäche mit einer neuerlichen Mobilisierung letzter Reserven und zwar solange, bis ein kritisches Lebensereignis eintritt, das nicht mehr auf diese Weise zu bewältigen ist: Oftmals sind es gestiegene berufliche Belastungen und daraus folgende Gefährdungen der intimen Beziehungen, die hinter der Somatisierung zum Vorschein kommen.

Betrachtet man in dieser Perspektive die Selbstaussagen von Betroffenen, so finden sich etliche darunter, für die gilt, was einer von ihnen über seine prämorbid Lebensführung in die Metapher fasst: „Ich habe die Kerze an beiden Enden gleichzeitig entflammt“. Oder in den Worten eines anderen: „In meinem Leben bin ich immer mit 90 Meilen in der Stunde unterwegs gewesen. Nun bin ich [durch CFS] gezwungen worden abzustoppen und statt fünf Sachen gleichzeitig nur noch eine zu machen“.

Besonders betroffen sind Menschen, die ihr Selbstwertgefühl aus ihrem Arbeitsvermögen beziehen. Unter Menschen, die an CFS leiden, gibt es davon anscheinend viele: „Ich bin jemand, der sich sehr über das definiert, was er tut. Und ich fühle, wenn ich nicht arbeiten könnte, würde das das Schlimmste sein, was mir passieren könnte. Ich fühle, dass ich völlig daneben wäre, wenn ich nicht arbeiten könnte“.

Deshalb schränken solche Menschen, wenn sie ein CFS entwickeln, auch nicht ihre Arbeit ein, sondern ihr übriges Leben, um „Kräfte“ für die Arbeit zu sparen: „Zur Arbeit, ins Bett. Zur Arbeit, ins Bett. Ich hatte kein Leben“. Trotz dieser Ich-Einschränkung versuchen sie, unbedingt eine sozial erwünschte Fassade zu wahren: „Den Eindruck, von dem ich wollte, das ihn andere von mir hatten, war der, dass ich kompetent bin, nicht, dass ich mich nicht wohl fühle. Ich wollte nicht, dass das bekannt wird, weil ich fühlte, dass es mein Geschäft ungünstig beeinflussen würde. Es war wichtig, dass andere Leute die Meinung von mir hatten, dass ich eine gesunde Person und keine ungesunde Person bin. Denn niemand will dich, wenn du nicht gesund bist“.

Besonders auffällig ist das instrumentelle Verhältnis, das solche Menschen zu sich selbst haben, wie es in Beschreibungen zum Ausdruck kommt, in denen sie von ihrem Körper sprechen, als sei er nicht sie selbst: „Dein Körper benötigt Ruhe, aber du brauchst Antrieb und du musst irgendetwas tun, was dich auf Touren bringt ...“. „Wenn du dich nicht gesund fühlst, wenn dein Körper nicht richtig arbeitet, untergräbt das das Vertrauen in deinen Körper, von dem du gar nicht gewusst hast, dass er da war“. Sogar das Ziel einer gesünderen Lebensführung wird noch aus derselben Distanz formuliert: „Lernen, was dir dein Körper sagt“.

Änderungen der Lebensführung erweisen sich als schwierig, da die Betroffenen in einer Mitwelt leben, ihre Familien eingeschlossen, die sie nicht aus ihren Leistungsverpflichtungen entlässt.

In Anbetracht einer vergleichsweise geringen Prävalenz in der Bevölkerung, die für das CFS geschätzt wird, muss die anhaltende Kontroverse verwundern, die um seine Interpre-

tation entbrannt ist. Fokussiert man den hier akzentuierten Subtypus von „Leistungsträgern“, so lässt sich die gesellschaftliche Relevanz dieser Kontroverse begrifflich machen. Betroffen sind Menschen, die das Ideal der Leistungsgesellschaft verkörpern und bei Überforderungen anfangen, darunter zu leiden, dass sie es verkörpern. Ihr Kampf um die wissenschaftliche Objektivierung und gesundheitspolitische Legitimierung des CFS als hirnpathologische Krankheit erscheint in dieser Perspektive als eine Stabilisierung der Leistungsgesellschaft. Statt die gesellschaftlichen Zumutungen zu problematisieren, die auf eine Normalisierung von Überforderungen hinauslaufen, zielen die Gesellschaftsmitglieder, die mitzuhalten suchen, es aber nicht länger können, vorbewusst darauf ab, mit der Krankenrolle „belohnt“ zu werden. Es ist keine Frage, dass sie tatsächlich leiden und durch ihre Symptome widerwillig eine mehr oder weniger gravierende Veränderung ihres Lebens hinnehmen müssen, die bezeichnenderweise nicht selten in die Arbeitsunfähigkeit führt. Indem sie die Rolle eines organisch Kranken für sich erkämpfen, erhalten sie einen legitimen Grund für eine Auszeit oder einen Ausstieg. Solange sie dabei Ausnahmen bleiben, kostet dies die Leistungsgesellschaft weniger, als wenn sie ihr hypertrophiertes Grundprinzip in Frage stellen müsste.

Erschöpfte innere und äußere Natur

In der Art und Weise, wie Menschen rücksichtslos ihre „Kräfte“ ausbeuten, beuten sie auch die Ressourcen der äußeren Natur aus. Insofern dürfte nicht nur physische Gesundheit, sondern auch psychische Gesundheit eine ökologische Dimension haben (Ley2001, Küchenhoff 2005).

So lässt sich in Deutschland seit Ende der 1980er Jahre ein sprunghafter Anstieg von Personen beobachten, die sich umweltkrank fühlen (Brand et al. 2005). Je nach Schätzung sind es an die 40% der Bevölkerung. Sich umweltkrank zu fühlen, ist eine subjektive Ursachenzuschreibung. Die Leidenden halten sich für schwer krank, meist ohne dass objektivierbare Befunde erhoben werden können. Sie leiden an diffusen „Symptomen“: Atemwegsbeschwerden, Schleimhautreizungen, Allergien, Kopf-, Muskel- und Gelenkschmerzen; körperliche Schwäche, schlechte Durchblutung; Denk- und Konzentrationsstörungen; Lustlosigkeit, Niedergeschlagenheit, Reizbarkeit und eben auch hier chronische Müdigkeit. Viele der Personen, die sich umweltkrank fühlen, laufen von Arzt zu Arzt, um ihre „Symptome“ als Krankheit bestätigt zu bekommen. Ein Großteil von ihnen weist dabei psychische oder soziale Erklärungen ihres Leidens weit von sich und wehrt sich gegen eine Etikettierung als „Ökopsychosomatiker“. Wer ihre Selbstdiagnose, Opfer von Umweltschadstoffen geworden zu sein, nicht teilt, wird gemieden oder attackiert. In Selbsthilfegruppen organisiert, bestätigen sie sich wechselseitig ihre Wirklichkeitskonstruktion. Da die Umweltschadstoffe, die sie als Krankheitsursachen ausmachen, im Niedrigdosisbereich liegen, sind sie davon überzeugt, dass in ihren Fällen die toxikologische Dosis-Wirkungs-Beziehung nicht gilt, worum sich die wissenschaftliche Forschung aber nicht kümmern, um ihr Dogma nicht aufgeben zu müssen.

Ihrer Wirklichkeitskonstruktion nach leben die betroffenen Personen in einer feindlichen ökologischen Umwelt, die an Lebenswert verloren hat, weil sie eine denaturierte

Umwelt geworden ist. Dabei beruht die in Gang gesetzte ökopyschomatische Dynamik darauf, dass die Angst, die sich in den „Symptomen“ manifestiert, permanent zwischen neurotischer Angst und Realangst changiert (Günther 2007). Denn dieses Changieren erfordert eine ständige quälende Realitätsprüfung, die zu einem monomanen Lebensthema werden kann. Gesellschaftsdiagnostisch gewendet, klagen die betroffenen Personen die moderne Gesellschaft einer Naturzerstörung an, vor der man zu Recht Angst haben muss, weil sie krank macht. Mit einer erhellenden Metapher ausgedrückt, ist es die Natur, die sich durch diese Krankheiten für den Raubbau an ihr „rächt“! (Vgl. dazu auch: Tenner 1996.)

Globaler Schuldzusammenhang

Diese Angst vor „Rache“, so mag man vermuten, verweist auf ein mehr oder weniger unbewusstes Schuldgefühl, das den neo-liberalen Kapitalismus prägt.

Zum einen wissen wir, dass die Umweltschäden, die infolge unseres exzessiven Verbrauchs von natürlichen Ressourcen entstehen, nicht an nationalen Grenzen Halt machen und deshalb alle Menschen angehen. Zum anderen wissen wir, dass alle Menschen das gleiche Recht haben wie wir, Bedürfnisse zu entwickeln und zu befriedigen. Dies zu wissen und es dennoch denen, die nicht in Wohlstandsgesellschaften leben, schwer zu machen, so zu leben wie wir, obwohl wir ihnen gleichzeitig unseren Lebensstil preisen, verstrickt uns in einen globalen Schuldzusammenhang, den wir in unserem Alltag nur ungern wahrnehmen wollen. Als eine alltägliche Konstellation, Schuldgefühle abzuwehren, bietet sich die ständige Vermehrung von Konsumgütern an, die eine rastlos vorwärts treibende Dynamik in Gang setzt. Denn jeder Konsum von Gütern, die Natur schädigend produziert und unfair gehandelt werden, vertieft die Schuld und verstärkt gleichzeitig das Bestreben, sie durch mehr Konsum nicht fühlen zu müssen.

Exzessiver Konsum ist die Freizeitseite exzessiver Arbeit, der aber nicht wirklich für das Arbeitsleid zu entschädigen vermag. Die „Spaßgesellschaft“ ist nur auf den ersten Blick eine sorglose Gesellschaft. Der zweite Blick, durch die Zunahme psychischer Störungen helllichtig geworden, erkennt, wie schwer es dem modernen Menschen als Konsumenten fällt, zu genießen. Genussunfähigkeit aber wird durch Gier abgewehrt. Zielt Genuss auf Qualität, so Gier auf Quantität (Haubl 2010b).

Reden wir von Wohlstand, so meinen wir primär Güterwohlstand. Eine sozialökologisch aufgeklärte Gesellschaft wird ihn durch andere Formen des Wohlstandes – zum Beispiel Zeitwohlstand – relativieren. Dazu passen Vorschläge, den Reichtum der Nationen nicht länger über ihr Brutto-sozialprodukt zu bestimmen, sondern über einen Happiness-Index, dem die Einsicht zugrunde liegt, dass die Steigerung des Güterwohlstandes über ein bestimmtes Maß hinaus zu keiner weiteren Steigerung des subjektiven Wohlbefindens führt (Haubl 2009). Und der das Ausmaß der gesellschaftlichen Ermöglichung von Sinn stiftender, intrinsisch motivierter Arbeit einzurechnen hätte.

Psychotherapie und kolonialisierte Lebenswelt

Welche Funktion hat die Psychotherapie, insbesondere deren Sinn verstehende Varianten, zu denen zuvorderst die Psychoanalyse und die psychoanalytische Psychotherapie gehören, in den skizzierten gesellschaftlichen Verhältnissen?

Die moderne Gesellschaft ist funktional differenziert (Mayntz 1988). Die Lebenswelt der Gesellschaftsmitglieder wird von Systemen durchzogen, um nicht zu sagen: „kolonialisiert“ (Habermas 1981, S. 471), die weitgehend autonom sind: Bildung, Medizin, Politik, Recht, Wissenschaft und maßgeblich: Wirtschaft. Kennzeichen von deren Autonomie ist die Macht, die Gesellschaftsmitglieder nach bestimmten Bedingungen zu selektieren: sie ein- oder auszuschließen, je nachdem, ob sie die Bedingungen erfüllen oder nicht. So interessieren im Wirtschaftssystem nur Geld-Zahlungen: Wer über Geld verfügt, ist handlungsfähig, wer nicht, bleibt außen vor.

In einer funktional differenzierten Gesellschaft werden alle Gesellschaftsmitglieder in ihre Funktionssystem-Mitgliedschaften zerlegt. Außerhalb der Funktionssysteme existieren sie aber als „ganze Personen“. Der Ort, an dem sie das sein dürfen, ist (noch am ehesten) die Familie. Sie schließt niemanden aus, der von Teilsystemen ausgeschlossen wird: So sorgt sie etwa auch für diejenigen, die kein Geld (mehr) haben, und steht zu denen, die nach Maßgabe des Rechtssystems mit seinem binären Code von „legal“ versus „illegal“ straffällig geworden sind.

Das Medizinsystem funktioniert nach dem binären Code von „gesund“ versus „krank“ (Luhmann 1990). Nur wer krank ist, findet Anschluss, wobei das System selbst definiert, was es als Krankheiten anerkennt und was nicht. Das gesamte medizinische Interventionsspektrum zielt auf die Diagnose und Therapie von Krankheiten, mithin reduziert es den Kranken auf seine Krankheit. Dieser Reduktionismus ist nicht unwidersprochen geblieben, sondern unter dem Stichwort der „Ganzheitlichkeit“ kritisiert worden. Vor diesem Hintergrund ist Psychotherapie, vor allem Sinn verstehende, das soziale System, das die „ganze Person“ im Blick behält. Insofern ähnelt es der Familie. Seine spezifische Differenz liegt darin, dass es mit der „ganzen Person“ nicht naturwüchsig, sondern auf professionelle Art und Weise befasst ist.

Dementsprechend werden Patienten nicht als „Träger“ einer bestimmten psychischen Störung oder eines bestimmten Lebensproblems behandelt, komplementär dazu, sind Psychotherapeuten keine bloßen „Anwender“ von spezifischen Behandlungstechniken, sondern professionelle Gestalter von hilfreichen Beziehungen, die es erlauben, sich als „ganze Personen“ zu begegnen. Das heißt nun aber gerade nicht, personenbezogene Differenzen zu übersehen. Im Gegenteil: Als „ganze Person“ ist nur anerkannt, wer für seine Differenzen – seien es geschlechtliche, ethnische und welche auch immer – Anerkennung findet. Mit dieser regulativen Idee erweist sich die Psychotherapie selbst als Produkt einer spezifischen, nicht fraglos generalisierbaren westeuropäischen und nordamerikanischen Weltanschauung, die durch Aufklärung, Säkularisierung, Verwissenschaftlichung und Individualisierung gekennzeichnet werden kann.

Der neo-liberale Sozialcharakter in Behandlung

Psychotherapie kann ein hilfreiches Angebot sein, kranken und krank machenden gesellschaftlichen, insbesondere beruflichen Anforderungen zu widerstehen. Allerdings wird Psychotherapie zunehmend auch von Menschen nachgefragt, die erwarten, für eine erfolgreiche Konkurrenz fit gemacht zu werden.

Sozialcharakterologisch konzeptualisiert (Fromm 1981), handelt es sich um Menschen mit einem neo-liberalen Sozialcharakter, wie er seit den späten 1980er Jahren vermehrt auftritt. Setzt man ihn probeweise mit dem Sinus-Milieu der „Modernen Performer“ gleich, dann sind es 12,4% der Bevölkerung, bei denen mit einer entsprechenden Charakterstruktur zu rechnen ist. Vermutlich findet sie sich vor allem in Berufsgruppen, die mit Medien und Finanzen zu tun haben. Da dies besonders einflussreiche gesellschaftliche Gruppierungen sind, darf man eine Top-Down-Dynamik vermuten.

Stichwortartig lässt sich der neo-liberale Sozialcharakter durch ein bestimmtes Merkmalsbündel beschreiben:

- (a) Das Leben wird als Projekt gestaltet, in dem es darauf ankommt, jede günstige Gelegenheit, die sich bietet, bis zur nächsten besseren Gelegenheit für sich zu nutzen.
- (b) Es besteht der Selbstzwang, sich selbst (hohe) Ziele zu setzen.
- (c) Erfolge und Misserfolge bei der Zielerreichung hat sich jeder selbst eigenverantwortlich zuzuschreiben.
- (d) Was zählt, ist das Heute, nicht das Morgen.
- (e) Die Leistung von sich und anderen wird nicht nach Fähigkeit und Bereitschaft beurteilt, sondern nur nach dem Ergebnis.
- (f) Sicherheitsdenken wird von kalkulierte Risiko abgelöst.
- (g) Es besteht die Selbstverpflichtung, marktfähige Kompetenzprofile zu entwickeln, anzubieten und zu evaluieren.
- (h) Der Selbstvermarktungserfolg „heiligt“ die Mittel: gut ist, was nachgefragt wird.
- (i) Selbstwert bemisst sich nach Geld und geldwertem Besitz.
- (j) Solidarische lebensweltliche Unterstützung wird durch kostenpflichtige Dienstleistungsverträge ersetzt.
- (k) Exzessiver Medienkonsum virtueller pro-sozialer Interaktionen kompensiert Misserfolge im realen Leben, vorstellbare und lebensweltlich realisierbare Lebensentwürfe driften auseinander.
- (l) Angst wird durch kontinuierliche Emotionsarbeit kontraphobisch, Traurigkeit hypomanisch abgewehrt.
- (m) Die leitenden moralischen Gefühle gehen von Schuldgefühlen auf Schamgefühle über; die Angst, sich schuldig zu machen, nimmt ab, die Angst, sich wegen persönlichen Versagen schämen zu müssen, nimmt zu.

Jeder dieser Punkte verlangt eine ausgiebige Erörterung, die hier aber den Rahmen sprengen würde. Deshalb nur zum letzten Punkt so viel (Haubl 2008, S. 321): Persönliches Versagen ist – klinisch gesprochen – einer der Auslöser einer narzisstischen Depression. Darüber ist bei den Propagandisten des neo-liberalen Sozialcharakters aus gutem Grund nicht die Rede. Denn sie gehört zu den psychosozialen Kosten, die Gesellschaftsmitglieder zu tragen haben, wenn ihnen ausreichende Bewältigungskompetenzen fehlen. Depression ist grundlegend verschieden von Trauer. Menschen mit einer narzisstischen Depression sind

nicht traurig, sondern infolge von Enttäuschungen ängstlich und wütend zugleich. Dabei kehren sie die Wut aus Angst vor einem totalen Verlust der sozialen Anerkennung gegen sich selbst und setzen auf diesem Wege die erlebte Entwertung in eine gesteigerte Selbstentwertung um. Die Enttäuschung resultiert daraus, dass das Real-Selbst dieser Menschen trotz aller Anstrengungen hinter ihrem Ideal-Selbst zurückbleibt.

Nehmen wir an, ein Gesellschaftsmitglied habe die Merkmale des neo-liberalen Sozialcharakters zu seinem Ideal-Selbst erhoben, dem es gerecht zu werden sucht; dann wird es jede reale Erfahrung, diesen Merkmalen nicht gerecht zu werden, als beschämend erleben: nicht nur als Mangel, sondern als Makel, der sein Selbstwertgefühl erniedrigt. In der narzisstischen Depression, die es daraufhin entwickeln kann, bleibt ein „erschöpftes Selbst“ (Ehrenberg 2004) unbewusst an den Anspruch gekettet, der es kränkt und krank macht.

Wie bewältigen die Gesellschaftsmitglieder ihre Schamangst? Am Besten hilft zweifellos gesellschaftlicher Erfolg. Um dieses knappe Gut wird dann auch unter Einsatz aller Kräfte konkurriert. Erfolgreiche Gesellschaftsmitglieder stellen ihren gesellschaftlichen Erfolg gut sichtbar heraus, um den Neid ihrer Konkurrenten, die sie hinter sich gelassen haben, als Anerkennung zu verbuchen. Da gesellschaftlicher Erfolg ein knappes Gut ist, kann sich jedes Gesellschaftsmitglied ausrechnen, dass viele auf der Strecke bleiben werden: manche, weil ihre Leistungsfähigkeit und Leistungsbereitschaft nicht ausreichen, um erfolgreich zu werden; manche aber auch, weil sie unter Aufbietung aller ihrer Leistungsfähigkeit und Leistungsbereitschaft zwar gesellschaftlich erfolgreich werden, ohne aber zufrieden zu sein.

Wo gesellschaftlicher Erfolg zu einem persönlichen Muss wird, ist vorstellbar, dass die Gesellschaftsmitglieder versuchen, gegenüber Enttäuschungen unempfindlich zu werden, um immer wieder von vorne anfangen zu können. Da sich eine solche Unempfindlichkeit aber nicht auf negative Gefühle begrenzen lässt, sondern den emotionalen Haushalt der ganzen Person betrifft, schwindet auch die Fähigkeit, positive Gefühle zu empfinden. So gesehen, verwundert es nicht, wenn Coolness, Indifferenz, Zynismus und Langeweile in der neo-liberalen Gesellschaft grassieren.

Vermutlich sind Psychotherapeuten für Menschen mit einem neo-liberalen Sozialcharakter nicht die erste Anlaufstelle. Die Betroffenen behelfen sich zunächst anders: sie suchen den grauen Psychomarkt nach Angeboten ab, die entsprechende Erfolge versprechen, wobei sie die Angebote schnell wechseln, um jede Enttäuschung mit einem neuen Versprechen zu besänftigen; oder sie vertrauen, wenn sie der Leitungsebene angehören, auf die Arbeit mit einem Coach, der aus der Wirtschaft kommt und vermeintlich über Insiderwissen verfügt, das ihnen einen Konkurrenzvorteil verschafft. Oder sie rüsten, wie bereits festgestellt, erst einmal psychopharmakologisch auf.

In der Perspektive dieser Menschen ist Psychotherapie (wie Medizin und Psychologie insgesamt) eine Dienstleistung, die von ihnen als Kunden nachgefragt wird (Schmeling-Kludas 2008) – mithin „Wunsch erfüllende Psychotherapie“. Wie weit sie bereits verbreitet ist? Wer weiß! Dass auch Psychotherapie als Mittel nachgefragt wird, sich für einen Lebensstil fit zu machen, der die psychische Gesundheit immer wieder neu gefährdet, dürfte dagegen außer

Frage stehen. Psychotherapeuten müssen sich dazu verhalten. Reduzieren sie ihr Rollenverständnis auf das eines Dienstleisters, werden sie die Therapieziele ihrer Kunden zu den ihren machen. Damit blenden sie aber aus, dass die Ziele selbst eine pathogene Wirkung haben können, weshalb es geboten ist, sie gemeinsam zu reflektieren. So gesehen, lassen sich Therapieziele streng genommen einer Psychotherapie nicht voranstellen, vielmehr sind Zielfindung und psychotherapeutischer Prozess unaufhebbar ineinander verschränkt.

Psychotherapie unter Effizienzdruck

Soweit es interessierten Kreisen wie der Pharmalobby gelingt, Psychotherapie weiter zu marginalisieren, spiegelt sich darin eine Beförderung der Selbstinstrumentalisierung, zu der es unter neo-liberalen Bedingungen gesellschaftlichen Erfolges vermutlich eine wachsende Bereitschaft gibt. Sich mit sich selbst als „ganzer Person“ auseinanderzusetzen, versteht sich nämlich keineswegs von selbst. Vielen Gesellschaftsmitgliedern erscheint eine solche Selbstverständigung als Zumutung, die ihnen ihre Selbstvermarktung erschwert.

Die gesundheitspolitische Organisation von Psychotherapie kann solchen Tendenzen entgegen wirken oder sie beschleunigen. Aktuell sind Beschleunigungsversuche etwa als Qualitätssicherung psychotherapeutischer Behandlungen getarnt. „So machte eine Krankenkasse folgenden Vorschlag zur Qualitätssicherung psychotherapeutischer Leistungen: Patient und Therapeut sollten regelmäßig Rückmeldungen an mehrere Gutachter geben, die die Fortsetzung der Behandlung in Kontingenten von jeweils 10 Stunden genehmigen würden. Beim Verschwinden der Symptome sollte die Behandlung sofort aufhören“ (Schmeling-Kludas 2008, S. 356). Die Fragmentierung des psychotherapeutischen Prozesses, das externe Controlling, die isolierter Betrachtung von Symptomen und deren Verschwinden als sofortiges Abbruchkriterium entspricht der destruktiven Ökonomisierung, die für neo-liberales Kurzfristen denken kennzeichnend ist.

Folgt man der Hypothese, dass der hohe Prozentsatz psychischer Störungen etwas mit der gesellschaftliche Zersetzung sicherer Bindungen zu tun hat, die als Schutzfaktoren dienen, dann kann man in Betracht solch vermeintlicher Qualitätssicherungsmaßnahmen den Eindruck gewinnen, es gehe eher darum, unsichere Bindungen einzuüben, als sie zu korrigieren.

Leider ist die Psychotherapie schlecht gerüstet, sich gesellschaftsdiagnostisch einzumischen (Keupp 2005). Ihre Leitfigur des „Homo psychologicus“ neigt zu einer Entpolitisierung. Die Konzentration auf die eigene Person als „ganzer Person“ verliert die kränkenden und krank machenden gesellschaftlichen Anforderungen leicht aus den Augen. Sie erfahrungsgesättigt zu thematisieren und sogar zu politisieren, wäre aus meiner Sicht aber dringend notwendig.

Literatur

Albani, C., Blaser, G., Brähler, E. (2008): Psychotherapeut, 53 (6), 456-460.
 Anne T. (2009): Die Gier war grenzenlos. Eine deutsche Börsenhändlerin packt aus. Berlin: Econ.

Badura, B., Schröder, H., Klose, J., Macco, K. (Hg.) (2009): Fehlzeiten-Report 2009. Arbeit und Psyche: Belastungen reduzieren – Wohlbefinden fördern. Heidelberg: Springer.
 Bergermann, M. (2008): Bankenberater packen aus: „Ich habe Sie betrogen.“ WirtschaftsWoche vom 4.2.2008.
 Bergermann, M. (2009): Bankberater: Vertrauen verspielt. WirtschaftsWoche vom 9.5.2009.
 Brand, S., Heller, P., Huss, A., Bircher, A., Braun-Fahländer, Ch., Niederer, M., Schwarzenbach, S., Waeber, R., Wegmann, L., Küchenhoff, J. (2005): Psychiatrische, medizinische und umweltanalytische Faktoren bei Menschen mit umweltbezogenen Gesundheitsstörungen. Zeitschrift für Psychotherapie und Psychologische Medizin, 55, 55-64.
 Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (Hg.) (2005): Arbeitsbedingtheit depressiver Störungen. Dortmund, Berlin, Dresden: baa.
 Cuyper, N. de, Baillien, E., Witte, H. de (2009): Arbeitsplatzunsicherheit, die wahrgenommene Beschäftigungsfähigkeit und die Erfahrung von Opfern und Tätern mit Mobbing am Arbeitsplatz. Work & stress, 23 (3), 206-224.
 DAK (2007): Gesundheits-Bilanz Kreditgewerbe. Hamburg: DAK.
 DAK (2009): Gesundheitsreport 2009. Köln: DAK.
 Deutsche Gesellschaft für Personalführung (2011): DGFP Studie: Psychische Beanspruchung von Mitarbeitern und Führungskräften. Praxispapier 2-2011.
 Dunkel, W., Kratzer, N., Menz, W. (2010): Permanentes Ungenügen und Veränderung in Permanenz. Belastungen durch neue Steuerungsformen. WSI Mitteilungen 7.
 Ehrenberg, A. (2004): Das erschöpfte Selbst. Depression und Gesellschaft in der Gegenwart. Frankfurt am Main, New York: Campus.
 Elovainio, M., Leino-Arjas, P., Vathera, J., Kivimäki, M. (2006): Justice at work and cardiovascular mortality; A prospective cohort study. Journal of Psychosomatic Research, 61, 271-274.
 Freudenberg Institut (2010): Fürstenberg Performance Studie 2010 (Kurzfassung). Hamburg: Fürstenberg Institut.
 Günther, A. (2007): Elektrosensibilität – vom Leiden an einer Krankheit, die es nicht gibt. Über die Wirklichkeit des Möglichen in der Risikogesellschaft. In: Haubl, R., Brähler, E. (Hg.): Neue moderne Leiden. Krankheit und Gesellschaft (S. 7-24). Gießen: Psychosozial.
 Fromm, E. (1981): Charakter und Gesellschaftsprozess. In: Fromm, E.: Gesamtausgabe. Bd. 1 (S. 379-392). München: dtv.
 Habermas, J. (1981): Theorie des kommunikativen Handelns. Bd. 2. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
 Haubl, R. (2007): Wenn Leistungsträger schwach werden. Chronische Müdigkeit – Symptom oder Krankheit? In: Haubl, R., Brähler, E. (Hg.): Neue moderne Leiden. Krankheit und Gesellschaft (S. 25-34). Gießen: Psychosozial-Verlag.
 Haubl, R. (2008): Die Angst, persönlich zu versagen oder sogar nutzlos zu sein. Forum der Psychoanalyse, 24 (4), 317-329.
 Haubl, R. (2009): Wahres Glück im Warenglück? Aus Politik und Zeitgeschichte, 32-33, 3-8.
 Haubl, R. (2010a): Wie Frauen und Männer mit Geld umgehen. Ob es die Lehman-Sisters anders gemacht hätten? In: Jansen, M.M., Schäfer, K., Batke, D., Dörr, K. (Hg.): Hätten die Lehman-Sisters etwas anders gemacht? Genderspezifische Aspekte der Finanz- und Wirtschaftskrise (S. 60-73). Wiesbaden: Hessische Landeszentrale für Politische Bildung.

- Haubl, R. (2010b): Lob der Gier!? *Universitas*, 65 (771), 909-915.
- Haubl, R., Voß, G.G. (Hg.) (2011): *Risikante Arbeitswelt im Spiegel der Supervision. Eine Studie zu den psychosozialen Auswirkungen spätmoderner Erwerbsarbeit*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Haupt, C.M. (2010): Der Zusammenhang von Arbeitsplatzunsicherheit und Gesundheitsverhalten in einer bevölkerungsrepräsentativen epidemiologischen Studie. In: Badura, B., Schröder, H., Klose, J., Macco, K. (Hg.) (2009): *Fehlzeiten-Report 2009. Arbeit und Psyche: Belastungen reduzieren – Wohlbefinden fördern* (S. 101-107). Heidelberg: Springer.
- Jacobi, F. (2009): Nehmen psychische Störungen zu? *report psychologie*, 34(1), 16-28.
- Jurczyk, K., Schier, M., Szymenderski, P., Lange, A., Voß, G.G. (2009): *Entgrenzte Arbeit – entgrenzte Familie. Grenzmanagement im Alltag als neue Herausforderung*. Berlin: edition sigma.
- Keupp, H. (2005): Die ambivalente gesellschaftliche Funktion von Psychotherapie. *Psychotherapie im Dialog*, 6, 141-144.
- Küchenhoff, J. (2005): Auf dem Weg zu einer Umweltpsychosomatik. In: Küchenhoff, J.: *Die Achtung vor dem Anderen. Psychoanalyse und Kulturwissenschaft im Dialog* (S. 204-225). Weilerwist: Velbrück.
- Lademann, J., Mertesacker, H., Gebhardt, B. (2006): Psychische Erkrankungen im Fokus der Gesundheitsreporte der Krankenkassen. *Psychotherapeutenjournal*, 2, 123-129.
- Larisch, M., Joksimovic, L., Knesebeck, O. v. de, Starke, D., Siegrist, J. (2003): Berufliche Gratifikationskrisen und depressive Symptome. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 53, 223-228.
- Ley, W. (2001): Die ökologische Dimension der Psychoanalyse und das Konzept der inneren Nachhaltigkeit. *Forum der Psychoanalyse*, 17, 1-19.
- Luhmann, N. (1990): Der medizinische Code. In: Luhmann, N.: *Soziologische Aufklärung. Konstruktivistische Perspektiven* (S.183-195). Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Mayntz, R. (1988): Funktionelle Teilsysteme in der Theorie der sozialen Differenzierung. In: Mayntz, R., Rosewitz, U., Schimank, U., Stichweh, R. (Hg.): *Differenzierung und Verselbständigung. Zur Entwicklung gesellschaftlicher Teilsysteme* (S.11-44). Frankfurt am Main, New York: Campus.
- Moldaschl, M., Voß, G.G. (Hg.) (2010): *Subjektivierung von Arbeit*. München, Mehring: Hampp Verlag.
- Nagel, C. (2009): Die Finanzmarktkrise aus psychodynamischer Sicht. *Freie Assoziation*, 12 (3), 61-84.
- Pfaff, H., Plath, S., Köhler, T., Krause, H. (2008): *Gesundheitsförderung im Finanzleistungssektor*. Berlin: Edition Sigma.
- Rigotti, T., Mohr, G. (2006): Trau Schau Wem? Vertrauen in die Organisation als salutogenetischer Katalysator. *Wirtschaftspsychologie*, 22 (2/3), 22-29.
- Robert-Koch-Institut (2008): *Gesundheitsberichterstattung des Bundes*. Berlin: RKI.
- Schmelting-Kludas, Ch. (2008): Ökonomisierung und Psychotherapie. Gesellschaftliche Einflüsse auf die Wirklichkeitskonstruktionen von psychisch erkrankten Patienten und Psychotherapeuten. *Psychotherapeut*, 53, 349-359.
- Tenner, E. (1996): *Die Tücken der Technik. Wenn Fortschritt sich rächt*. Frankfurt am Main: Fischer.
- Vahtera, J., Kivimäki, M., Pentti, J., Linna, A., Vitanen, M., Birtanen, P., Ferrie, J.E. (2004). Organisational downsizing: sickness absence, and mortality. 10-town-prospective cohort study. *British Medical Journal*, 328, 555-560.
- Voß, G.G., Pongratz, H.J. (1998): Der Arbeitskraftunternehmer. Eine neue Grundform der „Ware Arbeitskraft“. *Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie*, 50 (1), 131-158.
- WHO (1986): *Ottawa Konferenz über Gesundheitsfürsorge*. http://www.euro.who.int/de/who-we-are/policy_documents/ottawa-charter-for-health-promotion,-1986 (Zugriff: 1. Mai 2011)
- Zapf, D., Seifert, C., Mertini, H., Voigt, C., Holz, M., Vondron, E., Isic, A., Schmutte, B. (2000): Emotionsarbeit in Organisationen und psychische Gesundheit. In: Mushal, H.-P., Eisenhauer, T. (Hg.): *Psychologie der Arbeitssicherheit. Beiträge zur Förderung von Sicherheit und Gesundheit in Arbeitssystemen* (S. 99-106). Heidelberg: Asanger.

Die Fachstelle für Sucht und Suchtprävention Hameln
sucht zum nächstmöglichen Zeitpunkt für eine
unbefristete Vollzeitstelle eine/n

Dipl.-Psychologin/Dipl.-Psychologen
approbiert oder in Ausbildung zur/zum psychologischen
Psychotherapeutin/Psychotherapeut
oder mit VDR anerkannter
suchttherapeutischer Zusatzausbildung

Wir bieten Ihnen eine Vergütung nach der Entgeltgruppe 13 des TV-L.
Für die Anstellung ist die Mitgliedschaft in der ev.-luth. Kirche Voraussetzung.
Weitere Auskünfte erteilt Ihnen gern Herr Fischer unter der Rufnummer: 05151 – 7667.

Wenn wir Ihr Interesse geweckt haben, senden Sie uns Ihre Bewerbungsunterlagen per Post oder E-Mail zu.
Fachstelle für Sucht und Suchtprävention, Münsterkirchhof 10, 31875 Hameln
E-Mail: Info@suchtberatung-hameln.de

ANZEIGE 

SEELISCHE KRISEN FRAGEN NICHT NACH HERKUNFT

Zu diesem Thema fand am 18. Mai eine Podiumsdiskussion im Großen Sitzungssaal des Rathauses St. Johann in Saarbrücken statt. Moderiert von Carmen Bachmann vom Saarländischen Rundfunk diskutierten Dr. Volker Heitz vom Gesundheitsministerium, Mohamed Maiga, der Sprecher des Integrationsbeirates Saarbrücken, Dr. Shwan Muhamed Omer, Stationsarzt der Sonnenberg-Kliniken, Shilan Hamand und Torsten Schreck, beide tätig in der Fachkrankenpflege Psychiatrie.

Für die PKS nahmen Bernhard Morsch und Irmgard Jochum an der Veranstaltung teil.

Kajo Breuer, Dezernent für Umwelt, Migration und Recht der Landeshauptstadt Saarbrücken, eröffnete die Veranstaltung mit einem Grußwort, das er uns freundlicherweise zum Nachlesen zur Verfügung gestellt hat.

Veranstalter:

a) Verein „Hilfe zur Selbsthilfe in seelischen Krisen“ (stellvertretend: Vita Zingale)

b) Integrationsbeirat Saarbrücken (stellvertretend: Mohamed Maiga)

Sehr geehrte Damen und Herren,

ich freue mich sehr, dass sich die Veranstalter des heutigen Themas, des Zusammenhangs von Migration und seelischen Krisen, angenommen haben. Deshalb von meiner Seite aus vielen Dank an den Verein „Hilfe zur Selbsthilfe in seelischen Krisen“ und den Integrationsbeirat Saarbrücken!

Bei dieser Thematik beobachte ich widersprüchliche Phänomene:

Zum einen wird ein Bild von Migrantinnen und Migranten gezeichnet, das suggeriert, diese würden nicht nur *zwischen* den Kulturen leben, sondern auch eine geradezu gesplante Identität aufweisen. Da ist es nicht weit bis zu der Vorstellung eines Zustandes, den man mit Begriffen beschreibt, die mit „schizo“ beginnen. Deshalb würde man eigentlich annehmen können, dass man sich schon seit langem mit Vehemenz auf diese Thematik, den Zusammenhang von Migration und Psyche gestürzt hätte. Dem ist aber nach meinem Eindruck überhaupt nicht so. Das ist die eine Seite.

Zum anderen aber gibt es nach all dem, was mir bekannt ist, ein großes Wissensdefizit über den Zusammenhang von Migration und psychischen Erkrankungen, über entsprechende Diagnosen und Therapien. Im Einzelfall mag das anders sein, - wenn etwa Einzelpersonen schon lange mit der Materie befasst sind -, aber generell ist die systematische Befassung mit dieser Themenstellung unterentwickelt. Ich vermute, dass dieses Manko mit der Tatsache zu tun hat, dass Deutschland sich erst sehr spät dazu entschlossen hat einzusehen, dass es ein Einwanderungsland ist.

Was wir hier wieder einmal feststellen können, ist Folgendes: Je weniger eine Thematik theoretisch durchdrungen und empirisch untersucht wird, desto mehr treiben Klischees, Stereotypen und Vorurteile ihre Blüten.

Dass bestimmte Symptome möglicherweise psychosomatischen Charakter haben, weiß hierzulande jedes Kind. Dass bei psychischen Erkrankungen Schamgefühle und Stigmatisierungssängste eine Rolle spielen, ist ebenfalls Gemeingut, wahrscheinlich auch die Erkenntnis (oder die Vermutung), dass dies bei bestimmten Einwanderergruppen stärker oder anders ausgeprägt ist. Aber welcher praktische Arzt ist denn hinreichend über die unterschiedliche kulturelle Metaphorik, also die sprachliche Bildhaftigkeit bei der Beschreibung von Krankheiten informiert? Wer weiß darum, dass Deutsche es bevorzugen, psychische Belastungen mit Beschwerden des Herzens zu artikulieren, die Französischen und Franzosen mit Beschwerden der Leber, Engländer mit Beschwerden des Darms und US-Amerikaner mit „dem Virus“? Wer weiß, dass viele Chinesinnen, die unter Depressionen leiden, keineswegs über ein Gefühl von Traurigkeit klagen (wie man es in unseren Breitengraden vielleicht spontan annehmen würde), sondern vielmehr über Langeweile, Unbehagen, Gefühle innerer Spannungen und Symptome wie Schmerz, Schwindel und Erschöpfung berichten? Die Liste ließe sich fortsetzen. Ich lasse mich gerne eines Besseren belehren, aber ich vermute einmal, dass diese Erkenntnisse nicht allzu sehr verbreitet sind.

Ich selbst bin auf diese Zusammenhänge aufmerksam geworden beim Nachdenken über unser Saarbrücker Projekt „Sprachmittler“, ein Projekt, bei dem Migrantinnen und Migranten eine Ausbildung erhalten, die sie befähigt, nicht nur von einer Sprache in die andere zu übersetzen, sondern auch beim Übersetzen spezielle kulturell geprägte Metaphern zu erkennen oder zu erspüren, wenn bestimmte Sachverhalte aus kulturellen Gründen verschwiegen werden. Immer wieder sind wir konfrontiert mit einer Situation, bei der Eltern über nur unzureichende Sprachkenntnisse verfügen und auf die Kinder als Dolmetscher zurückgreifen. Was wird ein Kind dem Arzt (oder wem auch immer) sagen, wenn die Mutter versuchen würde, ihre Depression zu vermitteln? Ich bin auch aufmerksam geworden durch zwei ehrenamtliche Engagements. Ich bin in der grünnahen Heinrich-Böll-Stiftung aktiv und diese hat vor einiger Zeit ein Dossier zum Thema „Migration & Gesundheit“ veröffentlicht mit einem Spezialteil „Psychische Gesundheit & transkulturelle Psychologie/Psychiatrie“. Ich bin auch Fördermitglied in dem Verein „Therapie Interkulturell“, der traumatisierten Menschen aus Ex-Jugoslawien, aber auch aus anderen Regionen hilft. Insofern bin ich ein bisschen informiert, aber stärker noch interessiert an dem Thema der heutigen Veranstaltung.

Deshalb danke ich den Initiatoren der Veranstaltung und wünsche uns allen erhellende Erkenntnisse und zumindest punktuelle Beseitigung unserer Vor-Urteile und Vorurteile.

Kajo Breuer

**) kann als .pdf-Datei heruntergeladen werden unter:
http://www.migration-boell.de/web/integration/47_2075.asp*

RECHTLICHES

DAS AUSFALLHONORAR – RECHTLICH BETRACHTET

Über das Ausfallhonorar lässt sich trefflich diskutieren: Gefährdet es den Erfolg einer psychotherapeutischen Behandlung, wenn zum Beispiel eine Psychotherapeutin ihrem Patienten, der zu einer Therapiesitzung nicht erschienen ist, ein (Ausfall-)Honorar in Rechnung stellt? Hat schon die Vereinbarung eines solchen Honorars, Auswirkung auf den Erfolg einer Therapie? Ist die Geltendmachung eines Ausfallhonorars wirtschaftlich sinnvoll? Soll eine Kautio verlangt werden, um die Mühe der Geltendmachung eines Ausfallhonorars zu reduzieren?

Aus rechtlicher Sicht stellen sich folgende Fragen: Hat die Psychotherapeutin gegenüber ihrem Patienten einen Anspruch auf Zahlung, wenn dieser zu einer Therapiesitzung nicht erschienen ist? Falls ja, wie hoch ist dieser Anspruch? Besteht der Anspruch nur, wenn zwischen Psychotherapeutin und Patient eine entsprechende Vereinbarung abgeschlossen worden ist?

Blick ins Gesetz und Suche nach (höchstrichterlicher) Rechtsprechung

Mit einem Blick ins Gesetz – in das Bürgerliche Gesetzbuch (BGB) oder in die Gebührenordnung für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (GOP) und die Gebührenordnung für Ärzte (GoÄ), auf die die GOP verweist – ist es nicht getan, um diese Fragen zu beantworten. Die Vorschriften des BGB sind allgemein gehalten.

§ 280 BGB: Schadensersatz wegen Pflichtverletzung

(1) Verletzt der Schuldner eine Pflicht aus dem Schuldverhältnis, so kann der Gläubiger Ersatz des hierdurch entstandenen Schadens verlangen. Dies gilt nicht, wenn der Schuldner die Pflichtverletzung nicht zu vertreten hat. [...]

§ 305 BGB: Einbeziehung Allgemeiner Geschäftsbedingungen

(1) Allgemeine Geschäftsbedingungen sind alle für eine Vielzahl von Verträgen vorformulierten Vertragsbedingungen, die eine Vertragspartei der anderen Vertragspartei bei Abschluss eines Vertrags stellt. [...]

§ 307 BGB: Inhaltskontrolle

(1) Bestimmungen in Allgemeinen Geschäftsbedingungen sind unwirksam, wenn sie den Vertragspartner des Verwenders entgegen den Geboten von treu und Glauben unangemessen benachteiligen. [...]

(2) Eine unangemessene Benachteiligung ist im Zweifel anzunehmen, wenn eine Bestimmung [...] mit wesentlichen Grundgedanken der gesetzlichen Regelung, von der abgewichen wird, nicht zu vereinbaren ist [...].

§ 615 BGB Vergütung bei Annahmeverzug

Kommt der Dienstberechtigte mit der Annahme der

Dienste in Verzug, so kann der Verpflichtete für die infolge des Verzugs nicht geleisteten Dienste die vereinbarte Vergütung verlangen, ohne zur Nachleistung verpflichtet zu sein. Er muss sich jedoch den Wert desjenigen anrechnen lassen, was er infolge des Unterbleibens der Dienstleistung erspart oder durch anderweitige Verwendung seiner Dienste erwirbt oder zu erwerben böswillig unterlässt. [...]



Der Richter, der im Streitfall über die Zahlungsklage der Psychotherapeutin gegen ihren (ehemaligen) Patienten entscheiden wird, wird sich erwartungsgemäß an vorhandener Rechtsprechung orientieren – vor allem dann, wenn die Rechtsprechung „höchstrichterlich“ ist. Gibt es Gerichtsentscheidungen, die ausweislich des referierten Sachverhalts Psychotherapeuten betreffen? Lassen sich Gerichtsentscheidungen, die Ärzte und Zahnärzte betreffen, auf Psychotherapeuten übertragen, obwohl Psychotherapeuten üblicherweise – anders als Ärzte und Zahnärzte – ihre Praxis ohne Wartezimmer organisieren?

Die Recherche nach Urteilen in Fachzeitschriften und über Suchmaschinen im kostenfrei zugänglichen Internet oder in (kostenpflichtigen) Datenbanken führt zu einem uneinheitlichen Befund, was durch folgendes Beispiel illustriert wird: Auf Seite 3015 des Jahrgangs 1994 der Neuen Juristischen Wochenschrift (NJW) ist in der linken Spalte das Urteil des *Amtsgericht Calw* vom 16.11.1993 abgedruckt, das die Klage eines Zahnarztes gegen seinen (ehemaligen) Patienten abweist; der Zahlungsanspruch könne weder auf § 615 BGB noch auf Schadensersatz gestützt werden. In der rechten Spalte dieser Seite ist das Urteil des *Landgericht Konstanz* vom 27.5.1994 abgedruckt, das den Zahlungsanspruch eines Kieferorthopäden bejaht: „Grundsätzlich führt § 615 BGB dazu, dass dem Dienstverpflichteten abweichend vom dem Grundsatz ‚Lohn nur für geleistete Dienste‘ der Vergütungsanspruch erhalten bleibt.“ Wiederum anders – gegen einen Honoraranspruch gemäß § 615 BGB, aber für einen Schadensersatzanspruch – entscheidet das *Amtsgericht Tettmang* im Urteil vom 22.5.1999: „Da zwischen dem Arzt und dem Kassenpatienten keine Vergütung vereinbart ist, scheidet ein Anspruch des Arztes auf Zahlung eines Ausfallhonorars nach § 615 BGB aus, wenn der Patient einen vereinbarten Behandlungstermin nicht wahrnimmt. In einem solchen Fall steht dem Arzt aber dem Grunde nach gegen den Kassenpatienten ein Schadensersatzanspruch nach den Grundsätzen der positiven Vertragsverletzung zu.“ Eine Gerichtsentscheidung, die ausdrücklich das Ausfallhonorar eines Psychotherapeuten betrifft, lässt sich nicht finden; dies mag daran liegen, dass der Beruf jung ist und die in Rede stehenden Beträge unter denen von Zahnärzten liegen. Aber selbst dann, wenn zwischen Arzt und Patient eine (Ausfall-)Honorarvereinbarung abgeschlossen worden ist,

bedeutet dies nicht, dass die Frage, ob ein Ausfallhonorar zu zahlen ist, in der Rechtsprechung eindeutig beantwortet wird. Die zwischen Therapeutin und Patient geschlossene Vereinbarung wird auf ihre Wirksamkeit hin überprüft: Nur dann, wenn die Vereinbarung wirksam ist, kann hierauf ein Zahlungsanspruch gestützt werden; wenn sie unwirksam ist, gilt das Gesetz. Und ob eine Vereinbarung wirksam oder unwirksam ist, wird – auch zwischen erster und zweiter Instanz – unterschiedlich beurteilt: Während das *Amtsgericht Neukölln* im Urteil vom 7.10.2004 von der Wirksamkeit einer (Ausfall-)Honorarvereinbarung (38,35 € für 30 Minuten Ausfall) ausgeht, hat das Berufungsgericht, das *Landgericht Berlin* im Urteil vom 15.4.2005, die entsprechende Vereinbarung als unwirksam beurteilt; der in der Zeitschrift für Medizinrecht (2006, 63) wiedergegebene Leitsatz lautet: „Die wirksame Vereinbarung eines Ausfallhonorars setzt voraus, dass dem Patienten eine Entlastungsmöglichkeit für unverschuldetes Nichterscheinen eingeräumt wird.“

Beurteilung der unterschiedlichen Sachverhalte

1. Zunächst soll die Lösung für folgenden Sachverhalt entwickelt werden: Ein gesetzlich versicherter (Kassen-)Patient versäumt den mit seiner Psychotherapeutin vereinbarten Termin, weil er ihn schlicht vergisst; eine schriftliche (Ausfall-)Honorarvereinbarung besteht nicht.

Ein Anspruch der Psychotherapeutin auf Honorar gemäß § 615 BGB scheidet aus, weil zwischen Therapeutin und gesetzlich versicherten Patient kein (Behandlungs-)Honorar vereinbart ist und somit keine „vereinbarte Vergütung“ im Sinne des § 615 BGB besteht; die Therapeutin hat (nur) einen sozialrechtlichen Honoraranspruch gegen die Kassenärztliche Vereinigung (§ 85 SGB V), der ein Ausfallhonorar nicht umfasst.

Jedoch kommt ein Schadensersatzanspruch der Therapeutin gegen ihren Patienten nach § 280 Abs. 1 BGB in Betracht, der – anders als der Honoraranspruch nach § 615 BGB – eine Pflichtverletzung des Patienten (hier: nicht rechtzeitige Absage des vereinbarten Behandlungstermins), einen Schaden der Therapeutin (hier: Verdienstausschlag), die Ursächlichkeit zwischen Pflichtverletzung und Schaden (hier: anderweitige Verdienstmöglichkeit bei rechtzeitiger Absage) und schuldhaftes Verhalten des Patienten (hier: schlichtes Vergessen) voraussetzt. Wenn die genannten Voraussetzungen eines Schadensersatzanspruchs dem Grunde nach vorliegen, stellt sich die Frage nach der Höhe des Anspruchs. Häufig wird die Therapeutin nicht umhin kommen, den Verdienstausschlag aufwändig – zum Beispiel durch Darlegung ihres Steuerberaters – nachzuweisen. Ganz strenge Maßstäbe hat das *Oberlandesgericht Stuttgart* im Urteil vom 17.4.2007 angelegt: Der klagende Zahnarzt hätte darlegen müssen, dass er „bei rechtzeitiger Terminabsage einen ‚Ersatzpatienten‘ hätte behandeln können und behandelt hätte, den er tatsächlich nicht behandeln konnte und nicht behandelt hat.“ Außerdem wird der (ehemalige) Patient einwenden, dass die Therapeutin die ausgefallene Therapiestunde anderweitig sinnvoll nutzen konnte (Beispiel: Abrechnungen, Erledigung von Korrespondenz, Lektüre von Fachzeitschriften), so dass ein „Vorteilsausgleich“ abzusetzen ist. Vor Gericht wird der Richter zur Vermeidung einer teuren Beweisaufnahme den Abschluss eines Vergleichs nahe legen. Spätestens dann wird die Therapeutin bereuen, das Ausfallhonorar eingeklagt zu haben.

2. Bei einem Privatpatienten kommt nicht nur ein Schadensersatzanspruch der Therapeutin gemäß § 280 Abs. 1 BGB, sondern auch ein Honoraranspruch gemäß § 615 BGB in Betracht: Zwischen Therapeutin und Patient ist ein (Behandlungs-)Honorar vereinbart, das auch dann zu zahlen ist, wenn die Therapeutin als „(Dienst-)Verpflichtete“ ihre Dienstleistung zu einem vereinbarten Termin anbietet, der Patient als „Dienstberechtigter“ diese aber nicht annimmt. Aber – ähnlich wie beim Schadensersatz – wird von der Höhe des Honorars ein Abzug vorgenommen: Die Therapeutin muss sich ihre Ersparnis oder einen anderweitigen Verdienst, den sie tatsächlich hatte oder hätte haben können, anrechnen lassen. Vor Gericht würde darüber sicherlich gestritten werden.

3. Wenn die Therapeutin ein Ausfallhonorar geltend machen möchte, sprechen viele Gründe für den Abschluss einer schriftlichen Vereinbarung mit dem Patienten: Streit über den Grund des Anspruchs wird vermieden, weil die Voraussetzungen eines Schadensersatzanspruchs nicht oder zumindest nicht umfänglich geprüft werden müssen. Streit über die Höhe des Anspruchs wird erst recht vermieden. Außerdem wird die in der Berufsordnung geregelte Pflicht, Honorarfragen zu Beginn der Leistungserbringung zu klären und Honorarvereinbarungen schriftlich zu treffen (§ 14 Abs. 3 der Berufsordnung der PKS), eingehalten.

Der Vertragsfreiheit sind indes Grenzen gesetzt. Die Rechtsordnung schützt den (vermeintlich) Schwächeren vor allem dann, wenn der (vermeintlich) Stärkere den Inhalt des Vertrags „diktiert“. Vorformulierte Vertragsbedingungen, die eine Vertragspartei der anderen stellt (§ 305 Abs. 1 BGB), werden einer (strengen) Inhaltskontrolle unterworfen, wobei es nicht darauf ankommt, ob derartige (Allgemeine Geschäfts-)Bedingungen im Kleingedruckten versteckt sind oder nicht. Bei der Inhaltskontrolle wird überprüft, ob die Bestimmung den Vertragspartner unangemessen benachteiligt; eine unangemessene Benachteiligung wird dann angenommen, wenn die Bestimmung mit wesentlichen Grundgedanken der gesetzlichen Regelung, von der abgewichen wird, nicht zu vereinbaren ist (§ 307 BGB).

Wenn die Psychotherapeutin zu Beginn der Behandlung ihrem Patienten eine vorformulierte (Ausfall-)Honorarvereinbarung vorlegt, kommt die Inhaltskontrolle zur Anwendung: Ist die (Ausfall-)Honorarvereinbarung mit wesentlichen Grundgedanken der gesetzlichen Regelung, von der abgewichen wird, zu vereinbaren? Bei der gesetzlichen Regelung handelt es sich – zumindest bei gesetzlich versicherten (Kassen-)Patienten – um den Schadensersatzanspruch gemäß § 280 Abs. 1 BGB. Wenn die Vereinbarung die Voraussetzungen des – gesetzlich geregelten – Schadensersatzanspruchs aufnimmt, dann steht sie hierzu nicht im Widerspruch.

Deswegen empfiehlt es sich, die gesetzlichen Voraussetzungen des Schadensersatzanspruchs dem Grunde nach – Pflichtverletzung des Patienten, Schaden der Therapeutin, Ursächlichkeit der Pflichtverletzung für den Schaden, Verschulden des Patienten – bei der Gestaltung der Vereinbarung zu beachten und zumindest das Verschuldenserfordernis in die Vereinbarung aufzunehmen. Zu Recht hat das Landgericht Berlin – anders als die Vorinstanz – in der oben zitierten Entscheidung eine (Ausfall-)Honorarvereinbarung als unwirksam angesehen, in der dem Patienten keine Entlastungsmöglichkeit eingeräumt wird; das Gericht führt aus: „Die hier getroffene Vereinbarung hätte ohne weiteres mit

einem Zusatz wirksam werden können und, um Wirksamkeit zu erlangen, auch müssen, z. B. durch den eingefügten Halbsatz: „..., es sei denn, das Nichterscheinen ist unverschuldet.“ Und auch hinsichtlich der Höhe sollte der in der Vereinbarung genannte Betrag nicht im Widerspruch zu den Grundgedanken der gesetzlichen Regelung stehen, indem der pauschalierte Betrag deutlich unter dem ansonsten „verdienten“ (Behandlungs-)Honorar liegt. Auf einen Aspekt weist das *Oberlandesgericht Stuttgart* in der genannten Entscheidung hin: Hat nicht auch der Patient einen Zahlungsanspruch gegen die Therapeutin, wenn diese ihn warten lässt? Dies kann als Anregung verstanden werden, auch den umgekehrten Fall in der (Ausfall-)Honorarvereinbarung zu regeln, so dass diese nicht mehr als einseitig „zugunsten der Therapeutin“ anzusehen ist. Bei der Inhaltskontrolle würde eine solche – als „fair“ angesehene – Regelung vom Gericht berücksichtigt werden.

Vorschlag für eine Vereinbarung

Vereinbarung
zwischen
Herrn/Frau ###, Patient/in
und
Herrn/Frau ###, Therapeut/in

„Patient und Therapeut vereinbaren, dass Terminvereinbarungen verbindlich sind. Im Fall der kurzfristigen Absage eines Behandlungstermins ist der Therapeut berechtigt, ein Ausfallhonorar von [zu diskutierender Vorschlag:] 40 € zu verlangen, wenn es ihm nicht gelingt, zu dem vom Patienten abgesagten Termin einen anderen Patienten zu behandeln; der Anspruch auf das Ausfallhonorar besteht nicht, wenn die kurzfristige Absage unverschuldet ist. Kurzfristig ist eine Absage, wenn sie weniger

als 24 Stunden vor dem vereinbarten Behandlungstermin erfolgt, wobei nur Werktage (Montag bis Freitag mit Ausnahme gesetzlicher Feiertage) in die Berechnung dieser Frist einbezogen werden.

Der Anspruch auf Ausfallhonorar besteht auch dann, wenn der Patient zu einem vereinbarten Behandlungstermin nicht erscheint, es sei denn, das Nichterscheinen ist unverschuldet.

Wenn der Therapeut zu dem vereinbarten Behandlungstermin verhindert ist, wird er die dem Patienten entstandenen Kosten auf Nachweis bis zu einem Betrag von 40 € erstatten; dies gilt jedoch nicht, wenn die Verhinderung unverschuldet ist.“

Ausblick

Die bei einer rechtlichen Betrachtung durchzuführende Suche nach einschlägiger Rechtsprechung führt zu einem einheitlichen, unklaren Befund: Ob und unter welchen Voraussetzungen eine Psychotherapeutin ohne entsprechende Vereinbarung von ihrem Patienten ein Ausfallhonorar geltend machen kann, wird von den Gerichten unterschiedlich beurteilt. Umso mehr ist der Abschluss einer Vereinbarung zu empfehlen, wenn die Therapeutin ein Ausfallhonorar geltend machen will. Aber das ist eine andere Frage.

Manuel Schauer,
Rechtsanwalt und Justiziar der PTK Saar

IMPRESSUM
FORUM der Psychotherapeutenkammer des Saarlandes

Herausgeber:
Kammer der Psychologischen
Psychotherapeuten sowie der Kinder-
und Jugendlichenpsychotherapeuten
des Saarlandes – Psychotherapeutenkammer des Saarlandes

Verantwortlich im Sinne des
Presserechts:
Bernhard Morsch

Für die Mitglieder der Psychotherapeutenkammer des Saarlandes ist der Bezugspreis durch den Mitgliedsbeitrag abgegolten.

Psychotherapeutenkammer des
Saarlandes
Scheidter Straße 124,
66123 Saarbrücken
Tel.: (06 81) 9 54 55 56
Fax: (06 81) 9 54 55 58
Homepage: www.ptk-saar.de
E-Mail: kontakt@ptk-saar.de

Bankverbindung:
Deutsche Apotheker- und Ärztebank
Kto.-Nr.: 583 47 32 • BLZ: 590 906 26

Anzeigen und Beilagen im FORUM

Folgende Tarife und Zahlungsmodalitäten gelten ab dem 01. August 2005

BEILAGEN

Bis 20 g 100,00 EUR
21 – 60 g 150,00 EUR
ab 61 g nach Vereinbarung

ANZEIGEN

1 Seite DIN A4	200,00 EUR
1/2 Seite DIN A4	100,00 EUR
1/4 Seite DIN A4	50,00 EUR
1/16 Seite DIN A4	30,00 EUR
Chiffre-Anzeigen: plus	10,00 EUR

Bezahlung im voraus durch Scheck oder Einzugsermächtigung



ADRESSE DER KAMMER

Scheidter Str. 124
66123 Saarbrücken

Alle weiteren Kontaktdaten bleiben unverändert:

Telefon: (06 81) 9 54 55 56

Fax: (06 81) 954 55 58

Website: www.ptk-saar.de

E-Mail: kontakt@ptk-saar.de



pkS

Psychotherapeutenkammer
des Saarlandes