

COACHING – AUCH FÜR ÄRZTE, ZAHNÄRZTE UND PSYCHOTHERAPEUTEN?

von Peter Loebel

Coaching gewinnt in vielen Bereichen immer mehr an Bedeutung. Auch in Medizin, Zahnmedizin und Psychotherapie bieten sich zahlreiche Möglichkeiten beruflichen, privaten und gesundheitlichen Herausforderungen effektiver zu begegnen. Hier kann Coaching einen entscheidenden Beitrag zur Prävention des weit verbreiteten Burn-out-Syndroms leisten. Allerdings ist dabei, neben den Besonderheiten von Berufsgruppe und Tätigkeitsfeld, eine kompetente Vermittlung von Selbstmanagementstrategien wesentlich.

Grundsätzliches zum Coaching

Der Begriff Coaching wurde in den 1970er Jahren geprägt. Dabei handelte es sich anfangs um die Unterstützung von Spitzensportlern, die bekanntlich vor Wettkämpfen enormen psychischen Belastungen ausgesetzt sind. Später wurde Coaching außerdem für Politiker und Führungskräfte in Wirtschaft und Verwaltung erfolgreich eingesetzt. Mittlerweile ist auch im Gesundheits- und Sozialbereich ein steigender Bedarf zu verzeichnen.

Coaching lässt sich im Grunde genommen als *Beratungs- und Betreuungsprozess* charakterisieren (vgl. Rauen, 2000; Rauen, 2003), der

- auf einer vertrauensvollen Arbeitsbeziehung basiert,
- diskret, individuell und zeitlich begrenzt ist,
- zielorientiert ist und optimale Lösungen entwickeln hilft,
- die Selbstmanagementfähigkeiten fördert.

Coaching nutzt zwar viele psychosoziale Methoden, ist aber keine Psychotherapie, da es sich an (noch) Gesunde wendet, die mit beruflichen, privaten bzw. gesundheitlichen Herausforderungen erfolgreicher umgehen wollen.

Coaching weist allerdings Gemeinsamkeiten mit den Konzepten Training und Supervision auf (vgl. Belardi, 2002; Brinkmann, 2002; Rauen, 2003). Dabei enthält ein *Training* in der Regel einen höheren Anteil an Übungen und Anleitungen. Demgegenüber ist eine *Supervision* üblicherweise stärker auf Problemlösung und Selbstreflexion ausgerichtet und wird zunehmend als Qualitätssicherungsinstrument eingesetzt. Es sei hier an die vielen Ärzten und Psychotherapeuten bekannten Supervisionsformen erinnert: nämlich die Balintgruppe bzw. die Interaktionelle Fallarbeit. Diese haben eine Reflexion der Therapeut-Patient-Beziehung zum Ziel, und dienen gleichzeitig der Erhöhung von sozialer und emotionaler Kompetenz.

Damit ist Coaching gewissermaßen zwischen Training und Supervision angesiedelt und weist im medizinischen Bereich außerdem Ähnlichkeiten mit der naturheilkundlichen *Ordnungstherapie* auf. Hier ist, neben der Gestaltung der Therapeut-Patient-Beziehung, die Nutzung der persönlichen Ressourcen im Sinne eines gesundheitlichen Selbstmanagements wesentlich (vgl. Loebel, 2004 a).

Anwendungsmöglichkeiten von Coaching in Medizin und Psychotherapie

Die Arbeitsbereiche von Ärzten, Zahnärzten und Psychotherapeuten in Praxis und Klinik sind charakterisiert durch hohe Anforderungen und geringe Gestaltungsmöglichkeiten. Dabei stellt eine Gratwanderung zwischen medizinischen und ökonomischen Erfordernissen oft eine besondere Belastung dar. Nachfolgend seien wesentliche Beratungsanlässe zusammenfassend dargestellt (vgl. z. B. Loebel, 2004 b):

- **Veränderungen im Arbeitsbereich**, z. B.
 - Anpassungen an permanente (unzureichende) Reformen bez. allgemeiner Verwaltungsvorschriften, Abrechnungsbestimmungen bzw. Kontrollmaßnahmen
 - Verschiebung von Tätigkeitsschwerpunkten
 - wichtige personelle Veränderungen
 - Wechsel der Arbeitsstelle im Angestelltenbereich
 - Gründung einer eigenen bzw. Einstieg in bereits bestehende Praxis
- **Selbst- und Zeitmanagementdefizite**, z. B.
 - Überforderung als Folge inadäquat honorierter ärztlicher bzw. psychotherapeutischer Leistungen
 - Überlastung durch steigenden Verwaltungsaufwand
 - gravierende Planungs- bzw. Organisationsmängel
 - Vernachlässigung gesundheitsfördernder Aktivitäten
- **unzureichende soziale und emotionale Kompetenz**, z. B.
 - Kommunikationsprobleme bis hin zu Auseinandersetzungen mit schwierigen, unzufriedenen bzw. chronisch kranken Patienten, deren Angehörigen oder Mitarbeitern der entsprechenden Kostenträger
 - Kommunikationsprobleme bis hin zu Konflikten mit Vorgesetzten bzw. Kollegen, z. B. Mobbing
 - mangelnde Führungskompetenz gegenüber Mitarbeitern
 - familiäre Spannungen und Beziehungskrisen
 - unzureichende Präsentationsfähigkeit, z. B. gegenüber potenziellen Patienten, Medienvertretern, sowie bei Informations- oder Fortbildungsveranstaltungen
- **Sinn- und Orientierungskrisen**, z. B.
 - permanente berufliche und / oder private Unzufriedenheit
 - zunehmende existenzielle Sorgen und negative Zukunftsperspektiven

Problemmanagement und Burn-out-Entwicklung

Es sind vor allem die genannten Themen, deren mangelnde Bewältigung die (psychische und körperliche) Leistungsfähigkeit entscheidend mindern und zur Entwicklung eines Burn-out-Syndroms führen kann. Entgegen einer weit verbreiteten Auffassung ist dieses seelisch-körperliche „Ausgebrannt-Sein“ jedoch keine passagere Befindlichkeitsstörung, sondern ein relativ häufiges Krankheitsbild, für das

- emotionale Erschöpfung
 - negative Einstellung gegenüber Vorgesetzten, Kollegen und Klienten
 - negative Einschätzung bez. Sinn und Qualität der eigenen Arbeit
- typisch sind. Somit ist beim Burn-out-Syndrom die Lebensqualität entscheidend gemindert, während gleichzeitig Arbeitsleistung und Arbeitsqualität sinken und sich vielfältige Beschwerden einstellen können (vgl. Schönberger, 1995; Kruse et al., 1997; Fengler, 2001; Kolitzus, 2003; Bergner, 2004; Benkert, 2005):

- **psychische Symptome**
(z. B. innere Nervosität, Konzentrations- und Gedächtnisstörungen, gedrückte Stimmung, negative Zukunftsperspektiven, Ängste, vermindertes Selbstwertgefühl),
- **körperliche Symptome**
(z. B. Muskelverspannungen sowie Kopf- und Rückenschmerzen, unspezifische Bauch- bzw. Herz-Kreislauf-Beschwerden, Schlafstörungen, Müdigkeit, chronische Lustlosigkeit),
- **soziale Symptome** im Sinne von Verhaltensauffälligkeiten, wie z. B. Rückzugsneigung bis hin zur sozialen Isolierung und Suchtprobleme durch Missbrauch von Alkohol, Medikamenten und Drogen.

Das „Mischungsverhältnis“ der genannten Symptome kann beträchtlich variieren, während ihre Intensität im Laufe der Burn-out-Entwicklung immer weiter ansteigt und Arbeitsunfähigkeit, aber auch Suizidversuche die Folge sein können.

Am Burn-out-Syndrom leiden in Deutschland, neueren Untersuchungen zufolge, *rund 25 % aller Erwerbstätigen*, wobei die Häufigkeit, je nach Berufsgruppe, schwankt und in der *Ärztenschaft¹ bis zu 30 % manifest erkrankt* sind (Kolitzus, 2003). Darüber hinaus gilt ein beträchtlicher weiterer Teil der Ärzte¹ als besonders Burn-out gefährdet (vgl. Schönberger, 1995; Rottenfuß, 1999; Gebuhr, 2005).

Allerdings zeigt die Praxis, dass dieses komplexe Störungsbild in der Diagnostik häufig Probleme bereiten kann. D. h. frühe Entwicklungsstufen werden meist gar nicht erfasst, und im späteren Krankheitsverlauf werden oft nur Teilaspekte wahrgenommen. Infolgedessen werden vorzugsweise entweder die psychischen Anteile (z. B. Nervosität, Depression) oder aber die körperlichen Anteile (z. B. Kopf- und Rückenschmerzen oder unspezifische Herz-Kreislauf-Beschwerden) registriert.

Auch wenn die zusätzliche Diagnostik einer psychischen bzw. körperlichen Störung durchaus gerechtfertigt sein mag, resultiert doch aus der Nichtbeachtung anderer vorhandener Krankheitssymptome eine ungenügende Behandlung, mit der Folge einer weiteren Verschlechterung. Für diese Situation sind m. E. mehrere Gründe verantwortlich (vgl. Loebel, 2003 b, 2004 a, 2005):

- mangelnde interdisziplinäre Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten des Therapeuten,
- die Tendenz, sich auf probate Diagnosen, wie z. B. Depression oder psychosomatische Erkrankung zu beschränken,
- verminderte psycho-physische Leistungsfähigkeit eines ebenfalls Burn-out betroffenen Therapeuten, wobei insbesondere sein reduziertes Kommunikationsvermögen und eine tendenziell negative Einstellung dem Patienten gegenüber die Erfassung psychosozialer Krankheitsanteile behindern können.

Angesichts dessen ist es von erheblicher Bedeutung, das Burn-out-Syndrom noch exakter zu definieren und durch wissenschaftliche Untersuchungen, aber auch gezielte Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen Prävention, Diagnostik und Therapie kontinuierlich zu verbessern².

Coaching zur Burn-out-Prävention

In diesem Zusammenhang ist es wesentlich zwischen Burn-out-Erkrankung und Burn-out-Gefährdung zu unterscheiden.

Wenn nämlich ein manifestes Burn-out-Syndrom vorliegt ist eine konsequente, an der Komplexität der Erkrankung orientierte, Behandlung indiziert. Diese sollte ggf. stationär erfolgen und umfasst erfahrungsgemäß, neben medizinischen (insbesondere medikamentösen und physiotherapeutischen) Verfahren, vor allem Einzel- und Gruppenpsychotherapie, worauf hier nicht näher eingegangen werden soll.

Demgegenüber wird es im Coaching darum gehen, einer (weiteren) Burn-out-Entwicklung wirksam vorzubeugen, d. h. vorhandene Beschwerden ohne Krankheitswert bereits in einem frühen Stadium zu erkennen und adäquate Lösungen zu entwickeln.

Dabei stehen häufig die nachfolgenden Beratungsinhalte im Vordergrund:

- Entwicklung und Realisierung beruflicher und privater (Lebens-) Ziele
- Wiederherstellung einer Arbeits-Freizeit-Balance
- Erhöhung von sozialen und emotionalen Kompetenzen
- Steigerung von Entscheidungs- und Problemlösungsfähigkeiten
- Bearbeitung bestehender beruflicher bzw. privater Konflikte
- Verbesserung des allgemeinen Zeitmanagements
- Intensivierung gesundheitsfördernder Aktivitäten (insbesondere bez. Stress, Bewegung und Ernährung)

Für die Bearbeitung dieser Themen während des Coaching-Prozesses steht bekanntlich eine Vielzahl an Methoden zur Verfügung. Neben den grundlegenden Coaching-Kenntnissen und -Fertigkeiten haben sich in meiner Tätigkeit vor allem bewährt:

¹ Psychologische Psychotherapeuten sind ebenfalls relativ häufig betroffen (vgl. z. B. Fengler, 2001), doch liegen konkrete Zahlen m. E. derzeit nicht vor.

² Offensichtlich haben Ärzte häufig eine berufsspezifische Abwehr gegenüber psychisch belastenden Diagnosen bei sich selbst (vgl. Feuerlein, 1986).

- verhaltenspsychologische Verfahren
- kommunikationswissenschaftliche Methoden
- imaginative Verfahren und Hypnose³
- systemische Konzepte
- Selbstmanagementstrategien

Die erfolgreiche Anwendung der genannten Methoden bedarf allerdings der Einbeziehung weiterer wichtiger Faktoren (s. u.) und sollte, neben der **Einzelberatung** auch im Gruppenrahmen erfolgen, um notwendige soziale Prozesse zu fördern. Diese **Gruppensitzungen** können einerseits themen- und lösungsorientiert sein. Andererseits können sie auch beziehungsorientiert gestaltet werden (Loebel, 1999 a, 1999 b): dann steht eine Reflexion und Modifikation der verbalen und nonverbalen Kommunikationsmuster im Vordergrund, mit dem Ziel, die sozialen und emotionalen Kompetenzen zu erhöhen.

Beziehungsgestaltung und Selbstmanagement im Coaching

Wenngleich das methodenspezifische Denken und Handeln in Beratung und Therapie noch weit verbreitet ist, zeigt sich doch immer klarer, dass andere Faktoren, nämlich

- Ressourcen
- Erwartungen
- Beziehungsfaktoren

von erheblich größerer Bedeutung sein dürften, als die ursprüngliche Methode selbst⁴ (vgl. Talmon, 1996; Hubble et al., 2001 a, 2001 b; Loebel, 2003 a, 2004 c, 2005; Wörz & Loebel, 2004).

In diesem Zusammenhang verdient die *Berater-Klient-Beziehung* verstärkte Aufmerksamkeit. Als zentrales Integrationsmedium vermag sie Ressourcen und Erwartungen elegant einzubinden. Ihre Gestaltung ist zudem im (Gesundheits-) Coaching von Ärzten, Zahnärzten und Psychotherapeuten von besonderer Bedeutung.

Denn, wie schon erwähnt, kommt es im Laufe der Burn-out-Entwicklung häufig zu Kommunikationsstörungen: dabei kann das Wahrnehmungsvermögen hinsichtlich eigener Beschwerden eingeschränkt sein und / oder eine tendenziell negative Einstellung gegenüber anderen Menschen bestehen. Mit Hilfe einer vertrauensvollen Beratungsbeziehung lässt sich dennoch eine ausreichende Motivation entwickeln, die für ein effektives Selbstmanagement wesentlich ist, so dass hierauf näher eingegangen werden soll (Loebel, 2004 d, 2005).

Unter *Selbstmanagement* versteht man Strategien, sich selbst erfolgreich zu managen, d. h. zu führen. Sie bieten ein außergewöhnliches Potenzial, den Klienten stärker an seinen Selbstorganisationsprozessen zu beteiligen. Dabei lernt der Klient seine Ressourcen zu aktivieren, um Schritte in Richtung des gewünschten Ziels zu planen und zu gehen.

Essenzielle Voraussetzung für eine konsequente Nutzung der Selbstmanagementstrategien ist die Förderung einer positiven Motivation und Erwartungshaltung beim Klienten. Dazu benötigt der Coach eine hohe soziale und emotionale Kompetenz; dies schließt auch die Anwendung kooperationsfördernder Kommunikationstechniken auf der verbalen und der nonverbalen Ebene ein (vgl. Loebel, 2003 a, 2005).

Für ein effektives Selbstmanagement lassen sich prinzipiell veränderte Wachbewusstseinszustände (Trance) erfolgreich nutzen. Diese stellen ein zentrales Prinzip imaginativer Verfahren dar, wie sie vor allem in Hypnose und Entspannungsmethoden eingesetzt werden (vgl. Loebel, 2000 b). Sie dürften uns beispielsweise in Form von Tagträumen vertraut sein. Dass sie allerdings auch komplexe Selbstorganisationsprozesse auf der psychischen und körperlichen Ebene fördern, ist vielleicht weniger bekannt, jedoch wissenschaftlich gut belegt (vgl. Revenstorf, 1990; Wörz & Loebel, 2004). Nach professioneller Anleitung, für die ebenfalls eine kooperationsfördernde Gesprächsgestaltung relevant ist, können Klienten eine *Trance selbstständig entwickeln und nutzen (Selbsthypnose)*.

Dies kann zum einen in unspezifischer Weise geschehen, indem ausschließlich ein Trancezustand herbeigeführt wird, um beispielsweise Ruhe und Entspannung auszulösen.

³ Gelegentlich vorgebrachte Bedenken, man könne mit Hypnose manipulieren sind gegenstandslos, da die angewandten Strategien letztlich aus der Alltagskommunikation stammen, so dass eine vergleichbare Transparenz gegeben ist. Zudem ist die Hypnosewirkung an die Zustimmung des Klienten gebunden und bedarf einer vertrauensvollen Arbeitsbeziehung (vgl. z. B. Loebel, 2000 a, 2003 a).

⁴ Als Folge davon werden diese Faktoren mittlerweile von Beratungs- und Psychotherapiemethoden in zunehmendem Maße vereinnahmt.

Zum anderen lässt sich eine Trance auch in spezifischer Weise nutzen, wenn gleichzeitig Autosuggestionen eingesetzt werden. Dabei handelt es sich um mentale Vorstellungen, die letztlich unter Umgehung rationaler Einsichten wirksam werden. Dies können positive, individuelle und mehrfach wiederholte Gedanken sein (z. B. „ich freue mich auf meine Aufgabe“, „ich schaffe es“). Allerdings können auch komplexere Suggestionen verwendet werden, wie beispielsweise innere Bilder mit positiven Gefühlen, die den Übenden beim gewünschten Verhalten zeigen, etwa der freundlichen Kommunikation mit einem „schwierigen“ Kollegen (vgl. Loebel, 2004 d, 2005).

Um dem Coaching-Klienten eine konsequente Anwendung dieser Selbstmanagementstrategien im Alltag zu erleichtern, haben sich in der Einzelberatung spezielle motivationssteigernde Imaginationstechniken bewährt (vgl. Loebel, 2000 b), während in der Gruppenarbeit zusätzlich probate soziale Mechanismen genutzt werden. Beides soll an dieser Stelle nicht weiter ausgeführt werden.

Schlussfolgerungen

Coaching bietet auch Ärzten, Zahnärzten und Psychotherapeuten vielfältige Möglichkeiten. Dabei ist es notwendig, neben der individuellen Situation des Klienten, auch die Besonderheiten seiner Berufsgruppe und seines jeweiligen Arbeitskontextes genau zu kennen und in den Coaching-Prozess einzubinden.

Hierzu ist der Einsatz spezieller kooperationsfördernder Gesprächstechniken sehr hilfreich, um eine Selbstreflexion zu fördern, die Motivation zu steigern und eine konsequente Durchführung des Selbstmanagements zu erleichtern.

Die während des Coachings gemeinsam entwickelten Lösungen beruflicher, privater bzw. gesundheitlicher Probleme ermöglichen es dem Klienten seine Leistungsfähigkeit und seine Arbeits- und Lebensqualität wieder zu erhöhen. Erfahrungsgemäß wird dies, neben positiven Auswirkungen auf Mitarbeiter bzw. Kollegen, auch eine Effizienzsteigerung im Tätigkeitsbereich zur Folge haben. Angesichts ständiger finanzieller Probleme im Gesundheitswesen verdient dies ebenfalls Beachtung.

Schließlich kann der Klient die im Laufe des Coaching-Prozesses erlernten (Selbstmanagement-) Strategien prinzipiell auch für die Arbeit mit seinen Patienten nutzen.

Anmerkung:

Wenn ich in diesem Beitrag die männliche Form benutzt habe, wie beispielsweise Klient oder Arzt, dann geschah dies ausschließlich der Einfachheit halber. Ich hoffe, dass somit alle Kolleg(inn)en und Interessent(inn)en von der besseren Lesbarkeit profitieren.

Literatur

- Belardi, N. (2002): Supervision. München: Beck.
- Benkert, U. (2005): Stressdepression – die neue Volkskrankheit und was man dagegen tun kann. München: C. H. Beck.
- Bergner, T. (2004): Burn-out bei Ärzten – Lebensaufgabe statt Lebens-Aufgabe. Deutsches Ärzteblatt, 101,33, A 2232 - 2234.
- Brinkmann, R. D. (2002): Intervision: ein Trainings- und Methodenbuch für die kollegiale Beratung. Heidelberg: Sauer.
- Fengler, J. (2001): Helfen macht müde – zur Analyse und Bewältigung von Burnout und beruflicher Deformation. Stuttgart: Pfeiffer bei Klett-Cotta (6. Aufl.).
- Feuerlein, W. (1986): Alkoholprobleme des Arztes. Münchner Medizinische Wochenschrift, 128,21,385 - 388.
- Gebuhr, K. (2005): Die vertragsärztliche Tätigkeit im Lichte des Burnout-Syndroms; Die wirtschaftliche Entwicklung und die ärztliche Selbstverwaltung in der vertragsärztlichen Beurteilung. Berlin: Brendan-Schmittmann-Stiftung.
- Hubble, M. A., Duncan, B. L. & Miller, S. D. (2001 a): Einleitung. In: M. A. Hubble, B. L. Duncan & S. D. Miller (Hrsg.): So wirkt Psychotherapie – empirische Ergebnisse und praktische Folgerungen (S. 17 – 38). Dortmund: Verlag Modernes Lernen.
- Hubble, M. A., Duncan, B. L. & Miller, S. D. (2001 b): Das Augenmerk auf das Richtige, was funktioniert. In: M. A. Hubble, B. L. Duncan & S. D. Miller (Hrsg.): So wirkt Psychotherapie – empirische Ergebnisse und praktische Folgerungen (S. 289 – 344). Dortmund: Verlag Modernes Lernen.
- Kolitzus, H. (2003): Das Anti-Burnout-Erfolgsprogramm. München: Deutscher Taschenbuchverlag (2. Aufl.).
- Kruse, J., Rosin, U. & Wöller, W. (1997): Die Psychosomatik des Arztes. In: W. Tress (Hrsg.): Psychosomatische Grundversorgung - Kompendium der interpersonellen Medizin (S. 214 - 219). Stuttgart: Schattauer.

- Loebel, D. P. (1999 a): Die Kommunikation mit dem chronisch Schmerzkranken aus (haus-) ärztlicher Sicht. *Ärztezeitschrift für Naturheilverfahren* 40,2, 76 - 82.
- Loebel, D. P. (1999 b): Kommunikation und Hypnose – grundlegende Strategien in der Arzt-Patient-Interaktion am Beispiel chronisch Schmerzkranker. *Ärztezeitschrift für Naturheilverfahren* 40,9, 638 - 646.
- Loebel, D. P. (2000 a): Hypnose in der ärztlichen Praxis (Interview). *Ärztezeitschrift für Naturheilverfahren und Regulationsmedizin* 41,2,80 – 81.
- Loebel, D. P. (2000 b): Hypnose – wesentliche Aspekte einer natürlichen Behandlungsmethode. *Ärztezeitschrift für Naturheilverfahren und Regulationsmedizin* 41,8, 566 - 570.
- Loebel, D. P. (2003 a): Nonverbale Faktoren in der therapeutischen Kommunikation am Beispiel chronisch Schmerzkranker. *Ärztezeitschrift für Naturheilverfahren und Regulationsmedizin* 44,10, 671 - 681.
- Loebel, D. P. (2003 b): Am Ende...? Editorial. *Ärztezeitschrift für Naturheilverfahren und Regulationsmedizin* 44, 12, 869 - 870.
- Loebel, D. P. (2004 a): Ordnungstherapie bringt Körper und Seele wieder ins Gleichgewicht. In: M. Adler & C. Schöllmann: *Naturheilkunde in der Praxis* (S. 37 - 38). München: Ärztliche Praxis / Reed Business.
- Loebel, D. P. (2004 b): Coaching – auch für Ärzte? Editorial. *Ärztezeitschrift für Naturheilverfahren und Regulationsmedizin* 45,10 619 - 620.
- Loebel, D. P. (2004 c): Ressourcen – zentrales Konzept in der (psychosomatischen) Medizin. Audio-Aufzeichnung eines Vortrags, gehalten am 29.02.2004 im Rahmen der Vortragsreihe zum Leitthema „Energie und Information in der Medizin“ auf dem Kongress des Zentralverbandes der Ärzte für Naturheilverfahren und Regulationsmedizin e. V. in Freudenstadt. Roga: AV-Recording-Service.
- Loebel, D. P. (2004 d): Selbstmanagement – ein unbeachteter Königsweg in der Medizin. Symposium *Medical* 15,4 - 6.
- Loebel, D. P. (2005): Interdisziplinäre Schmerzmedizin: psychosomatische und psychosoziale Konzepte (Teil II): Therapeut-Patient-Interaktion. *Ärztezeitschrift für Naturheilverfahren und Regulationsmedizin* 46,8,477 - 483.
- Rauen, C. (2000): Varianten des Coachings im Personalentwicklungsbereich. In: C. Rauen (Hrsg.): *Handbuch Coaching* (S. 41 - 67). Göttingen: Verlag für Angewandte Psychologie.
- Rauen, C. (2003): *Coaching*. Göttingen: Hogrefe.
- Revenstorf, D. (1990): Zur Theorie der Hypnose. In: D. Revenstorf (Hrsg.): *Klinische Hypnose* (S. 79 - 99). Berlin: Springer.
- Rottenfußler, R. (1999): Studie zur Arbeitszufriedenheit der Vertragsärzte – viele Kassenärzte fühlen sich ausgebrannt. *Deutsches Ärzteblatt* 96,10, A - 610 - 613.
- Schönberger, A. (1995): *Patient Arzt*. Wien: Ueberreuter.
- Talmon, M. (1996): *Schluß mit den endlosen Sitzungen – Wege zu einer lösungsorientierten Kurztherapie*. München: Knauer.
- Wörz, R. & Loebel, D. P. (2004): Placebo – ein starkes Naturheilverfahren (Interview). *Ärztezeitschrift für Naturheilverfahren und Regulationsmedizin* 45,3, 138 – 140.

Autor

D. Peter Loebel, Dr. med. Dipl. oec. troph; Coach, Supervisor und Lehrtherapeut (Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Facharzt für Allgemeinmedizin, Naturheilverfahren u.a.).

In eigener Praxis tätig mit den Schwerpunkten Coaching (insbesondere Kommunikationstraining, Entscheidungs- und Problemlösungskompetenzen, Selbst- und Gesundheitsmanagement) und Supervision (inkl. Balint- und IFA-Gruppen) sowie Verhaltensmedizin und hypno-systemische Beratung und Therapie. Zahlreiche wissenschaftliche Beiträge, Lehrbeauftragter am Institut für Medizinische Psychologie der Universität Marburg.

D-79189 Bad Krozingen, Im Oberbühl 12

E-Mail: D.PeterLoebel@t-online.de

Website: www.smile-connection.de