

Projekt Psychotherapie

01/2016

Meinung · Wissen · Nachrichten

Das Magazin des Bundesverbandes
der Vertragspsychotherapeuten e.V.

Euro 14,80 · www.bvvp.de



Komm spiel mit mir

**Warum die Psychotherapie
manchmal alles aufs Spiel setzen sollte**

Sitze in Gefahr

Droht mehr Praxisinhabern der Einzug
von Versorgungsaufträgen?

Versorgungsstärkungsgesetz

Ist das Gutachterverfahren noch zeitgemäß?

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

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

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

- **Sicherheit ab dem 1. Tag**
Die P.U.V leistet ab dem 1. Tag, wenn Sie im Krankenhaus liegen.
- **Volle Gewinn- & Kostenabdeckung**
Die P.U.V ersetzt Gewinn und laufende Kosten, sobald Ihre Praxis stillsteht.
- **Schutz bei Burnout & Depressionen**
Auch wenn die Psyche mal schlapp macht, ist die P.U.V der Partner an Ihrer Seite.
- **Keine Beitragsanpassungen!**
Bei Schadensfreiheit bezahlen Sie einen Fixbetrag über die gesamte Laufzeit – bis zu 10 Jahre.
- **Sie sind uns willkommen!**
Eintrittsalter bis zum 63. Lebensjahr möglich.

BEISPIELRECHNUNG

Psychotherapeut/in, Nichtraucher/in, 40 Jahre alt,
Variante P.U.V PLUS

Tagsatz:	€ 100,--
Karenzfrist:	14 Tage
Versicherungssumme:	€ 36.000,--
Jahresbeitrag:	€ 509,40
Beitrag pro Monat:	€ 42,45



Dr. Rinner & Partner
Institut für wirtschaftliche Praxisführung

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



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



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

Mein Lieblingssymbol ist das Yin und Yang. Kein anderes drückt in meinen Augen die dualistische Wahrnehmung der Welt so gut aus. Die tropfenförmigen Flächen in Schwarz und Weiß scheinen sich je nach Sichtweise dynamisch-spielerisch zu bewegen oder sich in Harmonie zu ergänzen. Dabei dominiert keine Fläche, und trotz der Polarität enthält jede Seite in ihrem Kern das Wesen der anderen. Die Grenzlinie ist wellenförmig und zeigt so das ewige Auf und Ab. Da gibt es kein stetiges Wachstum, wie es sich manche für die Wirtschaft wünschen, oder den Sieg des einen über das andere. Nur zusammen bilden Yin und Yang den Kreis, das Eine, und ergeben Sinn.

Gerade diese Ausgabe unseres Magazins spiegelt für mich in besonderer Weise die Polaritäten in unserem Beruf wider: Mehrere Artikel unserer Vorstandsmitglieder beschäftigen sich mit den beruflichen Rahmenbedingungen, die alles andere als Spielerei oder Vergnügen beinhalten. Seien es verschärfte Regelungen im Rahmen der Zulassung oder Fragen der Qualitätssicherung und Wirtschaftlichkeitsprüfung, die eng mit dem Gutachterverfahren verknüpft sind. Auch das Interview mit Stefan Etgeton zur Bedarfsplanung gehört dazu.

Der Schwerpunkt dagegen befasst sich mit dem Spielen. Das Wort Spiel kommt vom althochdeutschen *spil* für „Tanzbewegung“. Im Hinduismus beschreibt der Begriff *Lila* (Sanskrit: „Spiel, Belustigung“) die Welt als göttliches Spiel. Der tanzende Shiva ist dabei das Symbol für den Prozess der Schöpfung und Zerstörung des Universums. Spontan denke ich beim Thema Spielen an Kindheit, Leichtigkeit, Gemeinschaft und Freude. Aus der Sicht der Psychotherapie wird es dann zwar doch etwas ernster, aber auch spannender. Silvia Höfer zählt die komplexen Funktionen, den Nutzen und die Möglichkeiten des Spielens auf und verdeutlicht dadurch, dass erst der professionelle Umgang damit den besonderen Wert ermöglicht. Ariadne Sartorius gibt Einblick in die vielfältigen Materialien und Bücher, die nicht nur im therapeutischen Prozess unterstützen. Eine persönliche Geschichte des eigenen Spielens erzählt Elisabeth Störmann-Gaede anhand des Doppelkopfes, und anschauliche Beispiele und Konzepte der Transaktionsanalyse werden von Karl-Heinz Schuldt vorgestellt. Mit Dagmar Lehnhaus und Bertke Reiffen-Züger schließt sich der Kreis unserer Polaritäten, indem sie den Therapeuten als spielfreudiges Gegenüber einfordern: „Ein Psychotherapeut, der nicht spielen kann, ist für die Arbeit ungeeignet.“

Wo bleibt jedoch der auch von Yvo Kühn und Eike Reinfelder benannte Spiel-Raum, der erst Entwicklung und kreative Lösungen ermöglicht, wenn der Therapeut selbst durch restriktive Vorgaben und bürokratische Zwänge an Beweglichkeit einbüßt und so das Spiel und der schöpferische Tanz in der therapeutischen Beziehung immer mehr verloren gehen? Dabei könnte gerade jetzt die im Versorgungsstärkungsgesetz geforderte Einführung von Sprechstunde, Akutversorgung und Rezidivprophylaxe zu einer sinnvollen Flexibilisierung der Versorgung zum Wohle der Patientinnen und Patienten beitragen, ohne den besonderen Wert der Richtlinienpsychotherapie zu untergraben. Ob bei der anstehenden Änderung der Psychotherapie-Richtlinie ein böses und zerstörerisches Spiel gespielt, hinter den Kulissen gepokert oder die Wirksamkeit von Psychotherapie verspielt wird, wird sich im Machtspiel der Verantwortlichen entscheiden.

Foto: Privat



Herzliche Grüße,
Martin Kremser, Vorsitzender des bvvp-Bundesverbandes

Projekt Psychotherapie

01/2016

Das Magazin des Bundesverbandes
der Vertragspsychotherapeuten e.V.

Titelillustration: Lesprenger



Meinung & Wissen

- 05 **Ungleiche Standards**
Schwachpunkt Gutachterverfahren:
Der Datenschutz von Patienten ist bei manchen privaten
Krankenversicherern nicht gewährleistet
- 06 **Kurzmeldungen aus der Berufspolitik**
- 08 **„Es gibt deutliche Defizite bei der Bedarfsorientierung“**
Interview mit Stefan Etgeton über den tatsächlichen
Versorgungsbedarf an Psychotherapie
- 10 **Sitze in Gefahr?**
Worauf Praxisinhaber achten müssen, damit es zu keinem
Einzug von Versorgungsaufträgen durch die Kassenärztlichen
Vereinigungen kommt
- 12 **Was steckt dahinter: Das Gutachterverfahren**
Was es für die psychotherapeutische Behandlung bedeuten würde,
das Gutachterverfahren durch andere Methoden zur Überprüfung
der Wirtschaftlichkeit zu ersetzen
- 14 **Ist das Gutachterverfahren noch zeitgemäß?**
Wie könnte eine Vereinfachung des Gutachterverfahrens
in der Richtlinienpsychotherapie aussehen?

Schwerpunkt Spiel in der Psychotherapie

- 19 **Wie viel Spielraum braucht die Seele?**
Spielen formt die Fähigkeit zur Symbolisierung und
Kommunikation. Auch die Therapie benötigt Spiel-Räume:
um noch nicht Symbolisiertes psychisch erlebbar zu machen
- 22 **Wenn die Guten die Bösen besiegen**
Spielen ist zentral für Entwicklung und Lernen, auch in der
Therapie ist es vielfältig einsetzbar
- 25 **Ein Kinderpsychotherapeut muss spielen können**
Wie gelingt es, Kinder therapierbar zu machen,
wenn die Worte fehlen? Ein Beitrag aus der psychoanalytisch
begründeten Kinderpsychotherapie
- 28 **Bilderbücher in der Kinderpraxis**
Empfehlenswerte Lektüre zu Themen wie Angst,
Freundschaft oder Familie
- 30 **Füchse fangen oder: Meine Liebe zum Doppelkopf**
Wenn Erwachsene spielen, beleben sie ihr inneres Kind, sind
authentisch und zentriert. Eine Geschichte aus dem Münsterland
- 32 **Ich will aber gerade nicht**
Kommunikation im Dramadreiseck:
Spielekonzepte als Bestandteil der Transaktionsanalyse
- 17 **Literatur**
- 35 **Termine, Impressum, Ausblick auf Heft 02/2016**



Ungleiche Standards

Foto: Privat



Immer noch wollen manche privaten Krankenversicherer den Datenschutz von Patienten beim Gutachterverfahren nicht gewährleisten. Dies belastet das therapeutische Verhältnis

Von **Ariadne Sartorius**, Vorstandsmitglied des bvvp

Nicht nur die gesetzlichen, sondern auch viele private Krankenversicherungen haben ein Gutachterverfahren eingeführt, um die Kostenzusage für eine Psychotherapie zu prüfen. Aus Sicht der Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten stellte das Prozedere, dass im Sinne des Datenschutzes der Patientinnen und Patienten ein Chiffrierungsverfahren durchgeführt wird, bei der Einführung des Gutachterverfahrens (GAV) in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) einen Erfolg des berufspolitischen Engagements dar.

Leider ist dieses Vorgehen nach wie vor nicht für alle privat Versicherten verpflichtend. Bis heute gibt es keine einheitliche Vorgabe, wie die Durchführung des GAV zu regeln ist, und eine Chiffrierung ist bei privaten Krankenversicherungen nicht immer der Fall. Die Beihilfestellen haben die Problematik vor einigen Jahren erkannt und eine Anonymisierung der Identität der Patienten im GAV eingeführt. Nach wie vor verlangen einige private Krankenkassen von ihren Versicherten aber eine Schweigepflichtentbindung gegenüber Gutachter oder Gutachterin. Das ist vollkommen unnötig. Denn mit einem Chiffrierungsverfahren, wie es bei den gesetzlich Versicherten, der Beihilfe und inzwischen auch bei einzelnen privaten Krankenversicherungen Standard ist, wäre der Schutz der Patienten vollkommen unproblematisch umzusetzen.

Das GAV beinhaltet nicht nur den Bericht an den Gutachter, sondern auch das Gutachten selbst. Zwar anonymisieren pri-

vate Krankenversicherungen zunehmend die Identität der Patientinnen und Patienten gegenüber den Gutachterinnen und Gutachtern, umgekehrt aber wird nach wie vor das Gutachten selbst oft über die Zwischenstation der Verwaltung der privaten Krankenkasse an die behandelnden Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten geschickt. Die Verwaltung hat damit Einblick in den nicht verschlossenen Umschlag und somit in alle relevanten patientenbezogenen Inhalte der Stellungnahmen.

Der geschützte, vertrauliche Rahmen einer Psychotherapie ist die Grundlage für die psychotherapeutische Arbeit. Diese Grundbedingung wird durch unklare Regelungen und zweifelhaften Datenschutz ab der ersten Minute der geplanten Therapie unnützlich belastet.

Der bvvp hat sich diesbezüglich mit dem Verband der Privaten Krankenversicherung in Verbindung gesetzt. Dieser konnte leider den mangelhaften Datenschutz nicht nachvollziehen und verwies in seinem Antwortschreiben unter anderem auf die erteilte Schweigepflichtentbindung der Patientinnen und Patienten.

So heißt es in dem Schreiben: „Der Datenschutz ist damit in dreifacher Hinsicht sichergestellt: Einzelfallbezogene Einwilligungserklärung, Arzt-zu-Arzt-Verfahren und Übermittlung des zu begutachtenden Sachverhalts mit geschwärzten personenbezogenen Daten. Den Vorwurf des mangelhaften Datenschutzes können wir vor diesem Hintergrund nicht nachvollziehen.“

Die Schweigepflichtentbindung wird allerdings unter dem Druck erteilt, dass andernfalls eine Therapieaufnahme nicht möglich ist. Insofern kann sie als erzwungen angesehen werden.

Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten erläutern im Rahmen der Aufklärung ihren Patientinnen und Patienten das Antragsverfahren. Dazu gehört bei Versicherten jener Krankenversicherungen, die eine Chiffrierung nicht durchführen, auch, sie darüber aufzuklären, dass ein Gutachter oder eine Gutachterin den Bericht lesen und die Identität der oder des Behandelten erfahren wird. Das kann zu therapiebelastenden Spannungen führen.

Patientinnen und Patienten sollten ermutigt werden, sich bei ihren Versicherungen über das Verfahren zu beschweren. Der bvvp unterstützt Patientinnen und Patienten in ihrem Recht auf Datenschutz und hat daher Beschwerdeformulare entwickelt, welche diese an ihre privaten Krankenversicherer übersenden können. Dies vereinfacht die Wahrnehmung des Rechts auf informationelle Selbstbestimmung, denn nicht alle Menschen haben in einer seelischen Krise die Kraft, umfänglichen Widerstand gegen eine erzwungene Schweigepflichtentbindung zu leisten. Es bleibt zu hoffen, dass viele Patientinnen und Patienten hiervon Gebrauch machen, damit diesbezüglich bald auch in den privaten Krankenversicherungen derselbe Standard wie in den gesetzlichen Krankenversicherungen besteht.

KURZMELDUNGEN AUS DER BERUFSPOLITIK

Zusammengestellt von **Jürgen Doebert**

BMG I: Das Ministerium beanstandet nicht

Entgegen der Erwartung der Psychotherapeutenverbände hat das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) den Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses vom 22. September 2015 nicht beanstandet. Sowohl bvvp als auch die Deutsche Psychotherapeutenvereinigung (DPtV) und die Bundespsychotherapeutenkammer hatten ausführliche juristische Stellungnahmen an das Ministerium gesandt. Darin wurde sehr klar die Rechtsmeinung dargelegt, dass der Beschluss des Bewertungsausschusses in mehreren Punkten nicht mit der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (BSG) übereinstimme. Das BMG kam zu einem anderen Ergebnis. In einer gemeinsamen Stellungnahme protestierten bvvp und DPtV gegen diese aus unserer Sicht nicht nachvollziehbare Entscheidung des Ministeriums. Der bvvp veröffentlichte außerdem eine ausführliche argumentative Stellungnahme. Der Beschluss des Bewertungsausschusses ist rechtskräftig und wird nun von den KVen umgesetzt. (Alle Stellungnahmen finden sich auf der Homepage des bvvp: www.bvvp.de.)

BMG II: Das Ministerium beanstandet

Wie in der letzten Ausgabe von *Projekt Psychotherapie* gemeldet, gab es seit etwa zwei Jahren die Funktion eines Vorstandsberaters in der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV). Das BMG hat diese Funktion beanstandet. Bedenken äußerte das Ministerium dahingehend, dass Mitglieder der Vertreterversammlung, die den Vorstand kontrollieren sollen, gleichzeitig in einer gesonderten Funktion als Berater gegenüber dem Vorstand tätig werden. Das Argument des Ministeriums ist korrekt. Deswegen haben KBV-Vorstand und Vorstandsberater den Vertrag mit sofortiger Wirkung aufgelöst. Es ist nun zu klären, ob es einen anderen Weg gibt, mittels dessen die Interessen der Psychotherapeuten innerhalb der KBV und insbesondere in Bezug auf das operative Geschäft vertreten werden können. Die grundsätzlich beste Lösung nach Meinung der Verbände wäre die Erfüllung der seit Langem erhobenen Forderung, im KBV-Vorstand einen Psychotherapeuten mit Sitz und Stimme auszustatten.

BMG III: Das Ministerium greift ein

Auf Drängen der Hausärzte hatte der Gesetzgeber eine originelle Vorschrift für die Satzung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung vorgesehen: Es müsse eine Parität der Stimmengewichte zwischen den „Vertretern der Hausärzte“ und den „Vertretern der Fachärzte“ in der Vertreterversammlung der KBV hergestellt werden. Die Mehrheit der Vertreterversammlung der KBV hat sich bisher geweigert, diese Vorschrift in die Satzung der KBV aufzunehmen, da sie sie für rechtswidrig hält. Auch Hausärzte haben gegen den entsprechenden Antrag gestimmt, weil sie sich eben gerade nicht als „Vertreter der Hausärzte“ sehen, sondern korrekterweise als Vertreter ihrer jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigung (KV). Dem Gesetzgeber ist hier ein systematischer Fehler unterlaufen. Mitglieder in der KBV sind die KVen. Deren Vertreterversammlungen entsenden per Wahl die ihnen zustehenden Vertreter in die Kassenärztliche Bundesvereinigung. Jedes Mitglied der Vertreterversammlung der KBV ist also von einer gesamten Vertreterversammlung seiner KV gewählt und hat diese gesamthaft zu vertreten – und nicht die Partikularinteressen von Haus- oder Fachärzten. Eine Sonderrolle nehmen die Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten ein: Gewählt durch einen eigenen Wahlkörper, sind sie die Einzigen, die von sich behaupten können, Vertreter einer ärztlichen Gruppe zu sein. Die KBV hat gegen diese Ersatzvornahme durch das BMG Klage erhoben, was aber keine aufschiebende Wirkung hat. Es ist eine einseitige Darstellung des Hausärzteverbandes, wenn in der Entscheidung der Vertreterversammlung oder des KBV-Vorstandes eine Aktivität „gegen die Hausärzte“ gesehen wird.

Bewertungsausschuss aufs Neue

Wie aus mehreren KVen zu hören ist, möchten die Krankenkassen den Beschluss des Bewertungsausschusses nachträglich gern noch einmal zulasten der Psychotherapeuten korrigieren. Mit einer als nicht überzeugend zu bezeichnenden Argumentation soll nach Meinung der Krankenkassen für die Zahlung der Zuschläge eine Obergrenze eingeführt werden. Die KBV ist nicht bereit, dieser Argumentation der Krankenkassen zu folgen. Insofern sind längere Verhandlungen zu erwarten. Die Auszahlung der Nachzahlungsbeträge ist davon laut Aussagen mehrerer KVen nicht betroffen.

Widersprüchliche Krankenkassen

So sparsam und wenig entgegenkommend sich die Krankenkassen bei der bundesweiten und alle Krankenkassen betreffenden Entscheidung des Bewertungsausschusses gezeigt haben, so großzügig sind einzelne Kassen mit den Honoraren bei Selektivverträgen. Die gerade wegen eines außerordentlich hohen Zuzahlungsbetrages ins Gerede gekommene DAK zum Beispiel ist bereit, in einem Selektivvertrag mit Psychotherapeuten für eine sogenannte Akutversorgung genau die Preise zu zahlen, die Psychotherapeuten schon seit Jahren für mindestens angemessen halten.

Widerspruch einlegen!

Alle Verbände fordern die Psychotherapeuten auf, weiterhin regelmäßig gegen die Honorarbescheide der KVen Widerspruch einzulegen. Dies gilt auch für die Bescheide, die die KVen im Zusammenhang mit den Nachzahlungen für die Jahre ab 2012 verwenden werden. Die Verbände halten insbesondere die Systematik der Zuschläge für rechtswidrig, bei der tatsächlich nur derjenige Psychotherapeut die normativ festgelegten Personalkosten erwirtschaften kann, der eine sogenannte voll ausgelastete Praxis betreibt. Alle anderen müssen in Wirklichkeit gegenüber der bisherigen Systematik Abschläge hinnehmen.



bvvp-Broschüre „Kooperationsformen für Psychotherapeutische Praxen“

Als Weihnachtsgeschenk für seine Mitglieder legte der bvvp der letzten Ausgabe von *Projekt Psychotherapie* eine 46-seitige Informationsbroschüre zu den rechtlichen und praktischen Problemen verschiedener Kooperationsformen bei. Hier kann jeder im Hinblick auf seine eigene Situation Informationen sammeln und Pläne machen. Erste Rückmeldungen waren durchweg positiv! Die Broschüre kann auch über die bvvp-Geschäftsstelle (bvvp@bvvp.de) bestellt werden. Sie kostet für Nicht-Mitglieder 4,60 Euro inklusive Mehrwertsteuer pro Broschüre plus 8,50 Euro Versandkosten pro Sendung.

„Es gibt deutliche Defizite bei der Bedarfsorientierung“

Wie kann der tatsächliche Versorgungsbedarf an Psychotherapie ermittelt werden? Das Berliner Forschungsinstitut IGES hat einen speziellen Bedarfsindex entwickelt. Der bvvp sprach darüber mit **Dr. Stefan Etgeton** von der Bertelsmann Stiftung, die den Index in Auftrag gab

Interview: **Ulrike Böker**, Stellvertretende Vorsitzende des bvvp

bvvp: Die Bedarfsplanung und die damit verbundene Frage nach Möglichkeiten, den tatsächlichen Versorgungsbedarf festzustellen und entsprechende Angebote zu steuern, sind derzeit wieder aktuelle Themen – im Zusammenhang mit dem im Versorgungsstärkungsgesetz festgelegten Auftrag zur Überarbeitung der Bedarfsplanungsrichtlinie. Im Auftrag der Bertelsmann Stiftung entwickelte das Berliner Forschungsinstitut IGES einen speziellen Bedarfsindex. Was waren die Überlegungen und Grundlagen für diesen Index?

Stefan Etgeton: Die offizielle Bedarfsplanung verfügt derzeit über kein geeignetes methodisches Instrumentarium, um den regionalen Versorgungsbedarf zu messen oder auch nur annäherungsweise abzubilden. Sie bezieht bisher lediglich das Geschlecht und die aktuelle Altersstruktur mit ein. Die einschlägige wissenschaftliche Literatur kennt jedoch gut verfügbare bevölkerungsbezogene Indikatoren, die einen Rückschluss auf den medizinischen Bedarf zulassen: neben der Alters- auch die Einkommensstruktur, den Anteil der Arbeitslosen und Pflegebedürftigen sowie die Sterblichkeit in der Region. Der Bedarfsindex führt diese soziodemografischen Daten zusammen. Der „Faktencheck Ärztedichte“ knüpft damit an ein Konzept an, das 2012 im Rahmen eines Gutachtens für die Patientenvertretung im Gemeinsamen Bundesausschuss entwickelt wurde.

In Ihrer Untersuchung zur Ärztedichte im „Faktencheck Gesundheit“ wurde ganz speziell die psychotherapeutische Versorgung ausgewertet. Was ergab der Vergleich Ihres Index mit der aktuellen Bedarfsplanung, die je nach Regionstyp unterschiedliche Verhältniszahlen von Einwohnern zu Psychotherapeuten festlegt, und der Vergleich mit der von Ihnen für die Psychotherapeuten geforderten kleinräumigen und auf einheitlichen Verhältniszahlen fußenden Bedarfsplanung?

Es gibt deutliche Defizite bei der Bedarfsorientierung. Dabei ist insgesamt ein deutliches Gefälle von Nordost nach Südwest erkennbar. So finden sich in Ostdeutschland – außer Berlin –, in Teilen Niedersachsens und im Norden Bayerns etliche Kreise, in denen die Psychotherapeutendichte geringer beziehungsweise deutlich geringer ist als der relative Bedarf. Im Gegensatz dazu zeigen Baden-Württemberg und der Süden Bayerns den gegenteiligen Befund: Die aktuelle Psychotherapeutendichte ist hier in vielen Kreisen höher beziehungsweise deutlich höher als der relative Bedarf. Der Anteil der Regionen, in denen die aktuelle Psychotherapeutendichte nicht den regionalen Bedarfsunterschieden entspricht, sinkt durch die 2013 veränderte Bedarfsplanung zwar von 81,7 auf 77,6 Prozent. Das ist aber immer noch ein sehr hoher Anteil.

Der Index berücksichtigt sozioökonomische sowie morbiditätsbezogene Faktoren. Dazu gehören die Arbeitslosenquote und die Einkommensstruktur sowie die Zahl der Pflegebedürftigen und die Mortalitätsrate. Nun steigt der Bedarf an Psychotherapie aber nicht unbedingt an mit diesen Faktoren, wie das beim Bedarf an somatischer Versorgung zweifelsfrei angenommen werden kann. Wie wird begründet, diese Faktoren trotzdem auch bei den Psychotherapeuten einzubeziehen?

Wir denken schon, dass es – um einen der berücksichtigten Faktoren herauszugreifen – einen Zusammenhang zwischen Erwerbslosigkeit und psychischen Erkrankungen gibt. Klar ist aber auch, dass die Epidemiologie psychischer Störungen sicher nicht streng parallel zu derjenigen somatischer Erkrankungen verläuft. Darum wollen wir 2016 in einer Vertiefungsstudie epidemiologische Daten aus dem bundesdeutschen Gesundheitssurvey auswerten und den Bedarfsindex für Psychotherapie um diese Daten ergänzen.

Patientinnen und Patienten gehen meistens dort zu Psychotherapeuten, wo sie arbeiten. Dies spricht gegen eine einheitliche Verhältniszahl. Mitversorgeraspekte in Ballungszentren müssen bedacht werden. Ein gewisses Stadt-Land-Gefälle kann hier also durchaus sinnvoll sein. Was meinen Sie dazu?



Dr. Stefan Etgeton

wurde 1963 geboren. Er studierte evangelische Theologie in Bethel und Hamburg sowie Philosophie und Kulturwissenschaft in Berlin, wo er 1995 promoviert wurde. Von 1996 bis 2000 war er Bundesgeschäftsführer der Deutschen AIDS-Hilfe, zwischen 2007 und 2011 leitete er den Fachbereich Gesundheit, Ernährung beim Verbraucherzentrale Bundesverband. Seit 2011 ist Etgeton Senior Expert im Programm „Versorgung verbessern – Patienten informieren“ der Bertelsmann Stiftung. Der „Faktencheck Ärztedichte 2015“ kann eingesehen werden unter faktencheck-gesundheit.de oder unter www.bertelsmann-stiftung.de.

Der Rückschluss von der Nachfrage auf den Bedarf ist an dieser Stelle problematisch. Niemand weiß, ob die Patientinnen und Patienten den Psychotherapeuten am Arbeitsort aufsuchen, weil sie das präferieren oder weil ihnen keine Wahl bleibt, da es am Heimatort gar keinen Therapeuten gibt. Fakt ist jedoch: Fast die Hälfte der Psychotherapeuten befindet sich in Großstädten, während dort nur knapp ein Viertel der Bevölkerung lebt. Das kann nicht bedarfsgerecht sein. Der Faktencheck stellt zunächst einmal nur dar, dass eine regional gleichmäßige Verteilung – über die ein-

„Wir denken schon, dass es einen Zusammenhang zwischen Erwerbslosigkeit und psychischen Erkrankungen gibt“

heitliche Verhältniszahl – in jedem Fall den Bedarfsunterschieden eher entspräche. Ich bin gespannt, ob unsere Vertiefungsstudie diesen Befund bestätigt.

Zur Methodik: In der Untersuchung wird aufgezeigt, wie die Psychotherapeutendichte bei einer einheitlichen Verhältniszahl gegenüber der bedarfsorientierten Verteilung nach dem von Ihnen entwickelten Bedarfsindex abweichen würde. Hierbei ergeben sich Abweichungen von maximal zehn Prozent in den einzelnen Plankreisen, was nahezu Deckungsgleichheit bedeutet. Welche einheitlichen Verhältniszahlen wurden hier zugrunde gelegt? Welche Forderungen an eine zukünftige Bedarfsplanung ganz speziell bei den Psychotherapeuten und an die Anpassung der Zahl an Psychotherapeutensitzen können daraus abgeleitet werden?

Gegenwärtig gelten für die Psychotherapeuten Verhältniszahlen in der Bandbreite von 3,079 Einwohnern je Psychotherapeut in Großstadtzentren bis 9,103 in naher Umgebung einer Großstadt. Verteilt man die sich auf dieser Grundlage ergebende Gesamtzahl an geplanten Psychotherapeutensitzen so um, dass in jeder Region gleich viele Einwohner je Psychotherapeut vorgesehen sind, ergibt sich eine bundesweit einheitliche Verhältniszahl von 4,487 Einwohnern je Psychotherapeut. Würde das umgesetzt, wären die Abweichungen von einer bedarfsorientierten Verteilung der Psychotherapeutensitze deutlich geringer. Die Effekte einer Planung auf kleinräumiger Ebene (Mittelbereiche), wie

sie derzeit bereits bei den Hausärzten umgesetzt wird, wird Gegenstand unserer Vertiefungsstudie sein.

Das Versorgungsstärkungsgesetz gibt vor, dass ab einem Versorgungsgrad von 140 Prozent Sitze eingezogen werden sollen bei fehlender Versorgungsrelevanz und der Praxisinhaber dann von der KV entschädigt werden muss. Was halten Sie von diesem Versuch der Versorgungssteuerung? Zunächst ist es richtig, Über- und Unterversorgung gleichermaßen anzugehen. Allerdings sind die Versorgungsgrade als Grundlage für solche Eingriffe meines Erachtens ungeeignet und sollten durch empirisch fundierte Bedarfsgrößen – etwa in Form des Bedarfsindex – ersetzt werden. Auf dieser Grundlage kann ein regelbasierter Aufkauf von Arztsitzen in überversorgten Regionen durch die Kassenärztlichen Vereinigungen durchaus sinnvoll sein.

Im Versorgungsstärkungsgesetz wurde in Paragraph 101 zur Ermittlung der Bedarfsplanungszahlen neu eingefügt, dass dabei auch die Sozial- und Morbiditätsstruktur zu berücksichtigen ist. Ist die Vermutung richtig, dass Ihre Überlegungen zum Bedarf hier eingeflossen sind?

Die Forderung haben vor uns auch andere schon erhoben, zum Beispiel der Vorsitzende des Sachverständigenrats im Gesundheitswesen, Prof. Dr. Ferdinand Gerlach. Wir haben mit unserem konkreten Vorschlag für einen Bedarfsindex gezeigt, wie es konkret gehen kann. Und durch den Faktencheck ist das Thema einer breiteren Fachöffentlichkeit vielleicht noch einmal stärker ins Bewusstsein gerückt geworden. Insofern denke ich, dass wir einen Beitrag zu der von Ihnen angesprochenen Gesetzesänderung geleistet haben – aber nicht hinter den Kulissen, sondern ganz offen, coram publico.

Ergänzende Anmerkung des hvpp

Nach neueren Informationen plant die Bundespsychotherapeutenkammer, in Zusammenarbeit mit der Bertelsmann Stiftung und Prof. Dr. Frank Jacobi (Psychologische Hochschule Berlin), einen speziellen Bedarfsindex für Psychotherapeuten zu entwickeln, weil die für somatische Ärzte geltenden Parameter (Pflegebefähigkeit, Mortalität) nicht ohne Weiteres auf den Bedarf an Psychotherapie zu übertragen sind. Dafür sollen beispielsweise Prävalenzen psychischer Erkrankungen berücksichtigt werden.

Sitze in Gefahr?

Foto: Privat



Das Versorgungsstärkungsgesetz enthält bedrohliche Neuregelungen für Praxisinhaber. Wie kann der Einzug von Sitzen durch die Kassenärztlichen Vereinigungen vermieden werden?

Von **Ulrike Böker**, Stellvertretende Vorsitzende des bvvp

Mit dem Versorgungsstärkungsgesetz (VSG) droht psychotherapeutischen Sitzen Gefahr von zwei Seiten. Zum einen ändert sich die Abgabe von vollen und halben Kassensitzen ab einem Versorgungsgrad von 140 Prozent: Die zuständigen Zulassungsausschüsse sollen nun den Antrag auf Durchführung eines Nachbesetzungsverfahrens ablehnen, wenn eine Nachbesetzung aus Versorgungsgründen nicht erforderlich ist. Nur in Ausnahmefällen kann von dieser Soll-Regel abgewichen werden, und diese Ausnahme stellt die Erforderlichkeit aus Versorgungsgründen dar. Dies bedeutet eine Ermessensreduktion der Zulassungsausschüsse.

Zum anderen gibt es eine neue Vorgabe im VSG, durch die die Kassenärztlichen Vereinigungen verpflichtet werden, die Erfüllung der Versorgungsaufträge zu überprüfen und den Zulassungs- und Landesausschüssen hierzu jährlich eine Rückmeldung zu geben. Bisher erfolgte eine Überprüfung der Versorgungsrelevanz – und damit auch der Erfüllung des Versorgungsauftrags – nur im Rahmen eines Nachbesetzungsverfahrens, also nur dann, wenn der niedergelassene Psychotherapeut selbst aktiv wurde und einen Antrag auf Nachbesetzung stellte. Nun findet eine aktive Überprüfung vonseiten der KVen bei allen Niedergelassenen statt.

Bei dieser Überprüfung und der Meldung an die Zulassungs- und Landesausschüsse scheinen die verschiedenen Kassenärztlichen Vereinigungen ganz unterschiedliche Vorgehensweisen an den Tag

zu legen. Die KV Hessen statuierte unlängst ein erstes Exempel, indem bei einer Sondersitzung des Zulassungsausschusses im November 2015 über 18 Anträge der KV auf Entziehung hälftiger Versorgungsaufträge entschieden wurde. Diese hatten nach Auffassung der KV ihren vollen Versorgungsauftrag mit durchschnittlich bis zu sieben Wochenstunden mit Patientenkontakten über fünf Quartale hinweg nicht ausreichend erfüllt. Als Ergebnis fanden überwiegend Entzüge halber Versorgungsaufträge statt.

Dieses Vorgehen ist insofern besonders brisant, als die KV im Vorfeld weder Beratungsgespräche angeboten hatte, obwohl es dazu Vereinbarungen zwischen dem Beratenden Fachausschuss Psychotherapie und dem Vorstand der KV Hessen gegeben hatte, noch disziplinarische Maßnahmen verordnete. Nur wenigen Praxen mit erkennbarer Leistungssteigerung wurde eine Karenzzeit zugestanden, die Behandlungsstunden mit Patientenkontakten so weit aufzustocken, dass sie den Kriterien eines vollen Versorgungsauftrags entsprechen, bevor der Entzugsantrag der KV erneut auf die Tagesordnung gesetzt wird.

Es existiert eine Vorgabe des Bundesmantelvertrages, dass ein voller Versorgungsauftrag definiert wird durch das Zur-Verfügung-Stehen in Form von Sprechstunden im Umfang von 20 Stunden pro Woche. Liegt das Substrat einer Praxis deutlich unter diesen 20 Stunden – beziehungsweise bei einem halben Sitz unter

10 Stunden –, dann ist höchste Vorsicht geboten. Bei einem sogenannten Entzug von Amts wegen kann sich der Zulassungsausschuss nämlich den Einzug mit anschließender Entschädigung sparen und dennoch den Versorgungsgrad reduzieren.

Der Entzug der Zulassung ist die härteste Maßnahme, die einen niedergelassenen Arzt oder Psychotherapeuten treffen kann. Dies kann insofern nur der letzte Schritt sein, nach erfolglosen Versuchen, den halben oder ganzen Versorgungsauftrag irgendwie zu retten und den Kollegen vor einem entschädigungslosen Verlust zu bewahren. Einen Entzug völlig unangekündigt vor den Zulassungsausschuss zu bringen ist somit ein inakzeptables Vorgehen der KV.

Glücklicherweise ist es beim Antrag auf Durchführung eines Nachbesetzungsverfahrens so, dass bei Stimmgleichheit dem Antrag zugestimmt werden muss. Damit hat die Leistungserbringenseite nach wie vor einen großen Spielraum, die Versorgungsrelevanz einer Praxis zu definieren und sich für den Erhalt der Sitze im Sinne des tatsächlichen Bedarfs an psychotherapeutischer Versorgung einzusetzen. Neben dem Tätigkeitsumfang des bisherigen Praxisinhabers können hier solche Variablen wie das Verfahren, die Arzt-demografie, also die Altersstruktur der Praxisinhaber im Umkreis des abzugebenden Sitzes, besondere Versorgungsangebote und Ähnliches mitberücksichtigt werden. Die Mitglieder der Zulassungsausschüsse sind hier ausdrücklich aufgefordert, ihre Rechte als ehrenamtliche Mitglieder eines autonomen Gremiums wahrzunehmen.

Nachdem der Versorgungsgrad bei den Psychotherapeuten aufgrund einer völlig unrealistischen Bedarfsplanung in vielen Planungsbereichen die kritischen 140 Prozent übersteigt, erscheint diese Änderung im neuen Gesetz zunächst ziemlich bedrohlich. Der Gesetzgeber schreibt aber die Korrektur der Bedarfsplanungsrichtlinien vor, die an den realen Versorgungsbedarf anzupassen sind. Bis dahin dürften eigentlich keine Entscheidungen zulasten der Psychotherapeuten getroffen werden. Auch dies kann ein Argument des Zulassungsausschusses sein.

Wie kann der Einzug eines Sitzes mit anschließender Entschädigung durch die KV, also letztlich die Enteignung des Praxisinhabers, vermieden werden?

Bewerben sich sogenannte privilegierte Personen auf den Praxissitz, dann muss der Sitz ohne eine Prüfung der Versorgungsrelevanz ausgeschrieben werden. Zu diesem privilegierten Personenkreis gehören Ehepartner, Lebenspartner oder Kinder des Praxisinhabers. Des Weiteren zählen dazu Angestellte oder Partner des bisherigen Praxisinhabers mit der Vorgabe der mindestens dreijährigen Anstellung oder Kooperation. Wer sich also frühzeitig um die Praxisabgabe kümmert, indem er eine junge Kollegin oder einen Kollegen anstellt oder

als Jobsharing-Partner in der Praxis aufnimmt, der ist beim Nachbesetzungsverfahren auf der sicheren Seite. Gleiches gilt für die Möglichkeit des sogenannten Verzichts zugunsten einer Anstellung. Möchte ein Praxisinhaber seinen Sitz abgeben, dann kann er auf seine Zulassung verzichten und sich bei einem Kollegen oder einem MVZ anstellen lassen. Der ehemalige Kassensitz wird dann zum Angestelltensitz ohne Leistungsobergrenze. Der Zulassungsausschuss kann in diesem Verfahren nicht von der Soll-Regelung des Praxisaufkaufs Gebrauch machen, da es sich nicht um ein reguläres Nachbesetzungsverfahren handelt, aber er kann sehr wohl prüfen, ob der bisherige Vertragsarztsitz auch ausgefüllt wurde und somit überhaupt ein Substrat für eine Umwandlung vorhanden ist.

Schließlich gehört zum privilegierten Personenkreis ein Bewerber, der sich dazu verpflichtet, den Praxissitz in ein Gebiet des Planungsbezirks zu verlegen, in dem die KV eine Unterversorgung festgestellt hat. Letzteres stellt einen Versuch der Versorgungssteuerung dar, der bei näherer Betrachtung kaum praktikabel sein wird. Denn bei Feststellung von Unterversorgung kann ein Antrag auf Sonderbedarf gestellt werden, sodass sich der in übertroffenen Gebieten notwendige Kauf eines Sitzes erübrigt. Außerdem wäre die Verlegung der Praxis das, was der Gesetzgeber eigentlich nicht gestattet: nämlich ein reiner Konzessionshandel.

Bei der Überprüfung der Versorgungsrelevanz scheinen die Kassenärztlichen Vereinigungen ganz unterschiedlich vorzugehen

Was steckt dahinter: Das Gutachterverfahren

Foto: Privat



Leistungen innerhalb der Versorgung gesetzlich Versicherter unterliegen dem Wirtschaftlichkeitsgebot, dessen Erfüllung auf unterschiedliche Weise geprüft wird. Die psychotherapeutische Versorgung ist davon nicht ausgenommen. Derzeit sichert das Gutachterverfahren die Wirtschaftlichkeit. Was würde die Anwendung anderer Methoden für die psychotherapeutische Behandlung bedeuten?

Von **Ulrike Böker**, Stellvertretende Vorsitzende des bvvp

Neben der Gewährleistung der Vorgaben des Urteils des Bundessozialgerichts (BSG) für die Vergütung genehmigungspflichtiger psychotherapeutischer Leistungen soll das Gutachterverfahren (GAV) sicherstellen, dass eine Therapie unter wirtschaftlichen Gesichtspunkten vorab genehmigt wird und damit nachträgliche Überprüfungen der Wirtschaftlichkeit entfallen.

Was bedeuten diese Wirtschaftlichkeitsprüfungen?

Der Gesetzgeber hat ein Wirtschaftlichkeitsgebot vorgegeben, dessen Einhaltung durch sogenannte Wirtschaftlichkeitsprüfungen kontrolliert wird. Diese Überwachung unterliegt der Selbstverwaltung, also den gesetzlichen Krankenkassen und den Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen), die in ihren regionalen KV-Bezirken jeweils eine sogenannte ARGE WP eingerichtet haben: eine „Arbeitsgemeinschaft Wirtschaftlichkeitsprüfung“.

Als Grundlage dient die gesetzliche Forderung an Leistungen in der kassenärztlichen Versorgung, dass diese „aus-

reichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sind; sie dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten. Leistungen, die nicht notwendig oder unwirtschaftlich sind, können Versicherte nicht beanspruchen, dürfen die Leistungserbringer nicht bewirken und die Krankenkassen nicht bewilligen“ (§ 12, Abs. 1, SGB V).

Was heißt das genau?

„ausreichend“: Die Intensität der Behandlung entspricht der Art und Schwere der Krankheit des Patienten und berücksichtigt den Stand der medizinischen Erkenntnisse.

„zweckmäßig“: Die Leistung ist geeignet, im Rahmen der anerkannten diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten den angestrebten Heilerfolg zu erzielen. Fehlt es also an der Qualität oder Wirksamkeit der Behandlung oder wird der allgemein anerkannte Stand der medizinischen Erkenntnisse nicht berücksichtigt, so ist die Behandlung nicht ausreichend und auch nicht zweckmäßig. Hier geht es also beispielsweise um die sogenannte evidenzbasierte Medizin.

„wirtschaftlich“: Die Leistung wird mit einem möglichst geringen Aufwand an Kosten erbracht. Bei bestehenden Alternativen muss der Vertragsarzt die kostengünstigste Möglichkeit wählen. Stehen dem Arzt bei einer bestimmten Indikation für eine als notwendig erkannte Therapie mehrere gleich wirksame und dem Patienten zuträgliche Alternativen zur Verfügung, soll der Vertragsarzt die „kostengünstigste“ Möglichkeit wählen. Ein Mehr an diagnostischem oder therapeutischem Aufwand ist nur dann wirtschaftlich, wenn dem auch ein Mehr an Nutzen und Erfolg gegenübersteht.

„Maß des Notwendigen“: ist alles, worauf der Arzt bei der Behandlung eines Patienten nicht verzichten darf, damit diese ausreichend ist.

Wie laufen die Prüfungen ab?

Grundsätzlich sind zwei Arten der Wirtschaftlichkeitsprüfung gesetzlich vorgeschrieben: die Auffälligkeitsprüfung, die sich an Durchschnittswerten orientiert, und die Zufälligkeitsprüfung als Einzelfallprüfung. Die Einleitung eines Prüf-

verfahrens findet also entweder statt bei Überschreitung des vereinbarten Richtgrößenvolumens oder durch Auswahl durch den Zufallsgenerator.

Bei den psychotherapeutischen Leistungserbringern finden bereits heute Auffälligkeitsprüfungen bei den nicht genehmigungspflichtigen Leistungen statt. Als Aufgreifkriterium gilt hier eine auffällige Abweichung vom Fachgruppenn Durchschnitt. Die von der Prüfungsstelle aufgegriffenen Praxen müssen die Besonderheiten ihres Abrechnungsverhaltens, die vom Durchschnitt der Fachgruppe abweichen, darstellen und begründen. Dies könnte zum Beispiel bei Sprechstundenpraxen der Fall sein, die wenig genehmigungspflichtige Leistungen erbringen und die Patienten dann weiterverweisen oder niederfrequent mit Gesprächsziffern versorgen. Je extremer die Abweichung einer Praxis bei der Abrechnung von antragsfreien Leistungen ausfällt, desto eher gerät diese Praxis in Gefahr einer Honorarkürzung.

Ein anderes Beispiel: Eine Psychotherapeutin hat in der Aufbauzeit ihrer Praxis viele Erstsichtungen und nutzt die probatorischen Sitzungen voll aus zur Diagnostik und Indikationsstellung. Damit gerät sie über den Fachgruppenn Durchschnitt hinaus und in die Stichprobe der Prüfungsstelle. Trotz Argumentation hört sie dann monatelang nichts. Regressverfahren ziehen sich über viele Monate. Die Prüfung bezieht sich in der Regel auf das vorletzte Jahr, damit muss auch um die folgenden Jahre gebangt werden.

Schon bei den antragsfreien Leistungen kann somit eine erhebliche Summe zusammenkommen. Bei den genehmigungspflichtigen Leistungen wäre dies dann schnell im existenzgefährdenden Bereich. Wenn man sich Untersuchungen zur durchschnittlichen Länge von Therapien anschaut (beispielsweise KBV 2013), dann enden zwei Drittel aller Therapien bis zur 25. Sitzung. Dies wäre dann sozusagen die Richtgröße. Würde die durchschnittliche Therapiedauer nun noch kombiniert mit bestimmten Diagnosen und dies zur Richtgröße werden, ist dies eine bedrohliche Aussicht für das therapeutische Arbeiten.

Die Prüfungsstelle würde beurteilen, ob die richtigen Interventionen angewandt wurden, ob die Therapie nicht zu lang und ob sie wirksam war

Den Wirtschaftlichkeitsprüfungen unterliegen übrigens auch die für die Psychologischen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten neu hinzugekommenen Befugnisse der Verordnung von psychotherapeutischer Rehabilitation, Krankentransporten, Krankenhausbehandlungen sowie Soziotherapie.

Relevant würde bei einer Psychotherapie ohne vorherige Genehmigung durch das GAV außerdem die Zufällkeitsprüfung. Hier werden in jedem Quartal mindestens zwei Prozent der Ärzte im Bereich einer KV geprüft, die zufällig ausgewählt werden, also ganz unabhängig davon, ob statistische Auffälligkeiten vorliegen. Die Verbände der Krankenkassen und die KV verständigen sich für jedes Abrechnungsquartal im Voraus über die Stichprobengruppen und -quoten.

Die Prüfung bezieht sich auf das aktuelle sowie die drei zurückliegenden Abrechnungsquartale, und es werden alle Bereiche der vertragsärztlichen Tätigkeit einbezogen. Maßgeblich sind die von einer zentralen Prüfungsstelle erarbeiteten, für die Prüfung relevanten Richtlinien, die der Transparenz und Einheitlichkeit dienen sollen. Die Prüfungsstelle ermittelt dann, „ob eine schuldhaft Verletzung vertragsärztlicher Pflichten zur Verursachung des dem Prüfverfahren zugrunde liegenden Schadensereignisses geführt hat und die schuldhaft Verletzung in einem kausalen Zusammenhang zum entstandenen Schaden steht“.

Mögliche Konsequenzen sind neben einer Beratung dann Honorarkürzungen,

Regressforderungen für verordnete Leistungen, Regressforderungen für den Mehraufwand bei Überschreitung der Richtgrößen und Regress nach Feststellung eines Schadens dem Grunde und der Höhe nach. Hierzu § 106, Absatz 2, SGB V: „Kann eine Richtgrößenprüfung nicht durchgeführt werden, erfolgt die Richtgrößenprüfung auf Grundlage des Fachgruppenn Durchschnitts mit ansonsten gleichen gesetzlichen Vorgaben.“

Ohne vorab genehmigte Leistungen findet also im Nachhinein eine Prüfung der Wirtschaftlichkeit statt, bei der Patientenakten gesichtet, Behandlungspläne kontrolliert und Verschreibungen überprüft werden im Hinblick auf ihre Wirtschaftlichkeit.

Was würde dies für uns Psychotherapeuten bedeuten?

Die Akten würden eingesehen werden und die Wirtschaftlichkeitsprüfer der Prüfungsstelle würden dann beurteilen, ob die richtigen Interventionen angewandt wurden und ob die Länge der Therapie noch mit der Diagnose zu rechtfertigen war, ob die Therapie wirksam war oder ist und ob die Leistung mit den geringsten Kosten erbracht wurde – was bei psychotherapeutischen Leistungen immer damit gleichzusetzen ist, dass die Therapie möglichst schnell (erfolgreich) beendet wird. Was das für die Anforderungen an Dokumentation und Effizienznachweis bedeutet, das mag sich jeder selbst vorstellen.

Jedenfalls: Ein vorab genehmigter therapeutischer (Frei-)Raum, in dem in Ruhe gearbeitet werden kann, in dem Rückschritte und Einbrüche erlaubt sind, wenn fachlich begründet, und in dem Patient und Therapeut die Zeit haben, die für heilsame Prozesse notwendig ist – dies alles wäre in der bisherigen Form nicht mehr vorhanden. Denn dieser Freiraum wird nur ermöglicht durch die Vorab-Überprüfung der Wirtschaftlichkeit, wie dies durch das Gutachterverfahren stattfindet.

Quelle: „Wegweiser Wirtschaftlichkeitsprüfung“, 2013, KVBW

Ist das Gutachterverfahren noch zeitgemäß?

Seit fast 50 Jahren besteht das Gutachterverfahren in der Richtlinienpsychotherapie, nach wie vor wird es kontrovers und teils affektgeladen diskutiert. Das Versorgungsstärkungsgesetz fordert nun eine Vereinfachung. Wie könnte diese aussehen?

Von **Eva Schweitzer-Köhn**, kooptiertes Vorstandsmitglied des bvvp,
Ulrike Böker, 2. Stellvertretende Vorsitzende des bvvp,
Norbert Bowe, kooptiertes Vorstandsmitglied des bvvp

Bereits in seinen Anfängen, bei der Aufnahme der Psychotherapie in den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenkassen 1967, war das Gutachterverfahren (GAV) Vorbehalten seitens der psychotherapeutisch Tätigen ausgesetzt: Es wurde als restriktiv empfunden, zumal damals der Solidargemeinschaft „ohnehin für Psychotherapie ein unverhältnismäßig geringer Kostenaufwand zugemutet worden war“ (so im „Kommentar Psychotherapie-Richtlinien“ von Faber/Haarstrick 2003). Selbst die anonymisierte Offenlegung der Therapieinhalte wurde als unzumutbarer Eingriff in die therapeutische Beziehung zum Teil abgelehnt.

Dennoch wurde das Gutachterverfahren nach Verhandlungen eingeführt. In denen konnten die Psychotherapeuten erreichen, dass die Personaldaten der Patienten anonymisiert sind, diesen keine zusätzlichen Untersuchungen durch die Gutachter zugemutet werden und durch die Krankenkassen keine nachträglichen Wirtschaftlichkeitsprüfungen vorher bewilligter Psychotherapien erfolgen. Die Entscheidung über die Genehmigung der Kostenübernahme für eine Psychotherapie wird von der Krankenkasse auf der Grundlage der Beurteilung des Gutachters getroffen. Die Gutachter müssen in ihren

Begründungen den Bezug zu den Richtlinien herstellen; dabei „... interpretieren (sie) die Richtlinien nicht nur formal (das wäre auch durch Verwaltungsinstanzen möglich), sondern erfassen das Wesentliche der Behandlungsprozesse und berücksichtigen die individuelle Therapie-situation in ihren Voten“ (Faber/Haarstrick 2003). Und weiter: „Die Einrichtung eines Gutachterverfahrens war seitens der gesetzlichen Krankenversicherung obligate Voraussetzung für die Einführung der Psychotherapie in die kassenärztliche Versorgung. Die psychotherapeutischen Leistungen müssen nach § 12 SGB V zweckmäßig und wirtschaftlich sein und dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten. Leistungen, die nicht notwendig oder unwirtschaftlich sind, können nach § 12 SGB V Versicherte nicht beanspruchen, dürfen die Leistungserbringer nicht bewirken und die Krankenkassen nicht bewilligen.“

Wirtschaftlichkeitsprüfung und Mindestpunktwert – die zentralen Argumente für das Gutachterverfahren

Wir bewegen uns in der GKV in einem gesetzlich geregelten und kontrollierten System mit begrenzten Mitteln, deren Verwendung überprüfbar sein muss. Gleich-

zeitig stellt die Kombination von Bedarfsplanung und Sicherstellungsauftrag eine Art Beschäftigungsgarantie für jeden Arzt oder Psychotherapeuten dar. Zur Überprüfung der Wirtschaftlichkeit ärztlicher Leistungserbringung dienen normalerweise die Wirtschaftlichkeitsprüfungen der Prüfungsstellen; diese werden als selbstständig tätige Organisationen gemeinsam von den KVen und den Krankenkassen eingerichtet, sind aber weisungsungebunden. Mit dem Gutachterverfahren bleiben die vorab von den Krankenkassen bewilligten Psychotherapieleistungen von einer nachträglichen Wirtschaftlichkeitsprüfung ausgenommen; Psychotherapeuten sind somit, was die genehmigten Leistungen angeht, vor nachträglichen Regressen geschützt. Die Vorab-Genehmigung und Verhütung nachträglicher Kürzungen gibt somit dem Behandlungsprozess einen sicheren Rahmen und ist ein Schutz für die therapeutische Beziehung.

Die Prüfung liegt in der Hand von Angehörigen der Profession – statt beispielsweise in der Hand des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen –, erfolgt nach inhaltlichen Kriterien, bezogen auf die jeweils individuelle Fallkonstellation sowie bei Verlängerungen bezogen auf den konkreten Therapieverlauf, und ist nicht

an Abweichungen von Durchschnittswerten der Fachgruppe orientiert, wie es bei den Wirtschaftlichkeitsprüfungen in den sonstigen Bereichen der ambulanten ärztlichen Behandlung der Fall ist.

Neben der Wirtschaftlichkeitsprüfung vor Behandlungsbeginn ist die durch das BSG festgelegte Mindestvergütung für die genehmigungspflichtigen Leistungen ein unbedingt zu schützendes Gut. Dafür ist die Genehmigungspflicht der Leistungen, und zwar „bezogen auf den einzelnen Patienten“ (so die Entscheidung vom 12. September 2001 – Aktenzeichen B 6 KA 58/00), zwingende Voraussetzung. Auf welcher Grundlage sollten aber die Krankenkassen auf den einzelnen Patienten bezogen die Kosten für eine Behandlung genehmigen, wenn nicht aufgrund einer individuellen Diagnose und Behandlungsplanung?

Die Krankenkassen sind derzeit bestrebt, für die Kurzzeittherapie eine reine Anzeigepflicht durchzusetzen (siehe Positionspapier zur Reform des Angebots an ambulanter Psychotherapie des GKV-Spitzenverbandes). Ebenso ist eine Anzeigepflicht statt Genehmigungspflicht im Begründungstext des Versorgungsstärkungsgesetzes als mögliche Vereinfachung des Antrags- und Gutachterverfahrens genannt. Dies birgt eine große Gefahr: Der Schutz der BSG-Rechtsprechung – und somit die Mindestvergütung – wäre damit infrage gestellt. Die Genehmigungspflicht in der Richtlinienpsychotherapie muss daher unbedingt erhalten werden.

Es sind auch andere Möglichkeiten denkbar, der Genehmigungspflicht Genüge zu tun. Regelmäßige standardisierte Verlaufsmessungen und damit Erfolgskontrollen, wie dies beim Qualitätsmonitoring in der TK-Studie durchgeführt wurde, mögen für manche Psychotherapeuten und manche Patienten passen. Aber: Ein solches Qualitätsmonitoring erwies sich in der Studie als sehr aufwendig und kleinschrittig, ist nicht bei allen Psychotherapiepatienten generell wie das GAV durchführbar und stellt – so die Einschätzung vieler Psychotherapeuten – für einen nicht zu vernachlässigenden Teil der Patienten einen

Die Vorab-Genehmigung und Verhütung nachträglicher Kürzungen ist ein Schutz für die therapeutische Beziehung

störenden Eingriff in den therapeutischen Prozess dar. Außerdem lassen sich komplexe Störungen und deren nur einzel-fallbezogen erfassbarer Behandlungsbedarf mit diesen Mitteln nicht hinreichend abbilden.

Vereinfachung des Berichts an den Gutachter – jetzt schon möglich

Viele Kolleginnen und Kollegen wünschen sich eine Vereinfachung der Berichts-anforderungen. Dabei ist meist in Ver-gessenheit geraten, dass eine Konzen-tration der Berichte auf wesentliche Aspekte der jeweiligen Fallkonstellation bereits jetzt möglich ist. Dazu sei auf die Einleitung zum Infoblatt der KBV für Be-richte verwiesen: „Der Fragenkatalog für den Erst- und Fortführungsantrag wie auch für den Ergänzungsbericht des Therapeuten ist als Hilfsmittel zur Ab-fassung der Berichte an den Gutachter er-stellt worden. Der Therapeut kann daher in seinem Bericht unter den aufgeführten Hinweisen seine fallbezogene Auswahl treffen. Die Berichte sollen sich auf die Angaben beschränken, die für das Ver-ständnis der psychischen Erkrankung, ihrer ätiologischen Begründung, ihrer Prognose und ihrer Behandlung er-forderlich sind.“

Es ist somit keinesfalls Pflicht, drei Seiten für den Bericht zur Langzeit-therapie zu füllen, sondern ganz im Gegen-teil ist man gehalten, diesen Umfang möglichst nicht zu überschreiten. Ent-scheidend beim Abfassen des Berichts ist vielmehr dessen innere Konsistenz: dass Symptomatik, aus der Lebensgeschichte abgeleitete Psychodynamik beziehungs-weise Lerngeschichte, Prognose und Therapieplan miteinander verknüpft sind. Statt eines minutiösen Abarbeitens einzelner Punkte sind somit eine indi-

viduell angepasste Auswahl und Mut zur knappen Darstellung gefragt.

Sollte das Regelkontingent im Einzel-fall für eine Behandlung nicht ausreichen, kann das Höchstkontingent in begrün-deten Ausnahmefällen überschritten wer-den. Auch das sieht die Psychotherapie-Richtlinie vor (siehe Faber/Haarstrick 2003, S. 24).

Das GAV als Qualitätssicherung?

Das GAV wurde nicht primär zur Qualitätssicherung eingeführt, dennoch hat das Gutachterverfahren nach unserem Ermessen mehrere qualitätssichernde Funktionen. Dies wird gern von Kranken-kassenfunktionären bestritten, die – mit-hilfe der Unterstellung fehlender Trans-parenz – sich stattdessen mehr Kontrolle über die Ausgestaltung der Kontingente und der Therapielängen wünschen.

Auf ihren Druck hin wurde im Jahr 2000 Paragraph 28 (2) in die Psychotherapie-Richtlinie aufgenommen, der ein Ver-fahren zur Dokumentation und zur Evaluation der Prozess- und Ergebnis-qualität vorsieht. Dass ein solches Ver-fahren flächendeckend für alle Psycho-therapiepatienten nicht nur einen enormen Aufwand und eine Sonderbehand-lung der ganzen Patientengruppe bedeuten würde, sondern auch bei zentraler Er-fassung (alles andere dürfte das Kontroll-bedürfnis der Krankenkassen auf Dauer nicht befriedigen) nicht unerhebliche Probleme der Datensicherheit und der Schweigepflicht aufwerfen würde, erschließt sich erst bei näherem Hinsehen. Wohl auch ein Grund dafür, dass die Umsetzung bis heute auf sich warten lässt. Außerdem müsste man die neue Qualitäts-sicherung dann auch zusätzlich vergüten.

Angesichts dieser Situation ist es wich-tig, sich die qualitätssichernden Aspekte des Gutachterverfahrens zu vergegen-wärtigen und öffentlich zu vertreten.

Was bei der Einführung des Qualitäts-managements galt, gilt auch für die qualitätssichernde Funktion des GAV: Es funktioniert nur intrinsisch, das heißt, wenn es einleuchtet. Wenn Psychothe-rapeuten das Schreiben der Berichte im Rahmen des GAV als eine Hilfe bei dem

sehen, was ohnehin wichtig ist, sichert es die Qualität, im Rahmen einer Langzeittherapie Symptomatik, diagnostische Überlegungen, Anamnese und patientenindividuelle Störungszusammenhänge strukturiert zu dokumentieren. Als Disziplinierungsmaßnahme empfunden, führt es hingegen zu Umgehungsstrategien, die in niemandes Interesse sind.

Bei seiner Einführung wurde es von den Psychoanalytikern, die das damals erkämpft hatten, als großer Vorteil gesehen, dass das GAV ein Peer-Review-Verfahren war, bei dem es inhaltliche Rückmeldungen eines erfahrenen Kollegen gab. Dies trug zur Qualität der Behandlungen bei. Heute bestehen die Gutachten oft aus einem formal nötigen Satz, der bestenfalls kein Ärgernis darstellt.

Ist das GAV nach fast 50 Jahren noch zeitgemäß?

In einem GKV-System mit gedecktem Finanzvolumen gibt es keine Leistungen ohne Wirtschaftlichkeitsprüfung und ohne Qualitätssicherung. Dabei ist das GAV die derzeit am wenigsten schädliche Form, dies zu gewährleisten. Die Suche nach anderen Formen, Wirtschaftlichkeit und Notwendigkeit psychotherapeutischer Leistungen festzustellen, ist sinnvoll und geboten. Wirklich überzeugende Alternativen liegen bisher nicht vor.

Dennoch: Unberechtigte Ablehnung oder eingeschränkte Genehmigung – bei einigen Gutachtern gehäuft zu beobachten – stellen immer wieder erhebliche Ärgernisse dar, für die betroffenen Psychotherapeuten und deren Patienten. Der bvvp setzt sich daher für eine Qualitätskontrolle der Gutachter ein. Aber man sollte sich auch darüber im Klaren sein, dass jegliche Form der Überprüfung der Behandlung Ärgerpotenzial enthalten dürfte und Methoden, die weniger auf den individuellen Einzelfall Wert legen, eher zu mehr Unberechenbarkeiten hinsichtlich sicherer Kontingentbewilligungen führen könnten. Nur ist gerade die individuell dargelegte Fallschilderung das Einfallstor dafür, dass Gutachterkritik einen persönlichen trifft – die weniger schöne Kehrseite der Medaille.

Das Gutachterverfahren ist die derzeit am wenigsten schädliche Form, BSG-Rechtsprechung, Wirtschaftlichkeitsprüfung und Qualitätssicherung zu gewährleisten

Soll das GAV in der jetzigen Form erhalten bleiben?

Zur Vereinfachung des Gutachterverfahrens haben die Psychotherapeuten seit längerem Änderungen der Bewilligungsschritte im Sinne einer Angleichung zwischen VT und TP gefordert. Die Kontingente hatten sich ursprünglich an der jeweils benötigten Dauer der Behandlung orientiert: Hochfrequente Analytische Psychotherapie benötigt ein Jahr für etwa 120 Sitzungen, VT etwa 40. Historisch hat sich die Verhaltenstherapie einst Anerkennung verschafft durch die Behauptung einer schnellen, symptomorientierten Wirksamkeit. Das ist heute nicht mehr Behandlungsrealität aufgrund neuer Methoden, die in die Verhaltenstherapie Einzug gehalten haben und auch die Behandlung komplexer (Persönlichkeits-) Störungen ermöglichen.

Der 15er-Schritt von 45 auf 60 Sitzungen entspricht nicht mehr der heutigen Behandlungsrealität und ist ineffizient. Jeden Versuch, darüber hinausgehend Erleichterungen des Gutachterverfahrens zu erreichen, versuchen die Krankenkassen bisher mit Vorschlägen zu zusätzlichen einschränkenden Bestimmungen über die Therapieabläufe (im Sinne des 2013 veröffentlichten Positionspapiers des Spitzenverbandes der Krankenkassen) abzuwehren. Insofern bleibt offen, was bei der Überarbeitung der Psychotherapie-Richtlinie, die derzeit im Gemeinsamen Bundesausschuss stattfindet, herauskommt und ob vom Gesetzauftrag zur Vereinfachung des Gutachterverfahrens etwas Nennenswertes umgesetzt wird. —

Forderungen des bvvp zur Vereinfachung des Gutachterverfahrens

- Größere Bewilligungsschritte: Darlegungen durchschnittlich notwendiger Behandlungsdauern in Leitlinien auf der Basis von Studien unterstreichen, dass die vorgeschlagenen Bewilligungsschritte 60–100 angemessen sind;
- bessere Honorierung: Bericht an den Gutachter für eine Kurzzeittherapie (Ziffer 35130) statt mit 30 Minuten mit realistischen 2 Stunden kalkuliert; Bericht für Langzeittherapie (Ziffer 35131) statt mit 60 Minuten mit empirisch ermittelten 4 Stunden kalkuliert. Verzicht auf den wenig sinnvollen zusätzlichen „Ergänzungsbericht“;
- eine frühere Befreiung von der Berichtspflicht bei der KZT, zum Beispiel nach 15 bewilligten Anträgen;
- Gutachter müssen zwingend in der ambulanten kassenärztlichen Versorgung tätig sein;
- eigene Gutachter für TP oder zumindest mit klarem Schwerpunkt TP, falls der Gutachter Psychoanalytiker ist;
- die Möglichkeit, den Obergutachter auch bei Kürzung des beantragten Kontingents einzuschalten;
- eine Beschwerdestelle für inhaltliche Auseinandersetzungen oder unkollegiales Verhalten von Gutachtern;
- Erleichterung der Antragsstellung für Gruppentherapie.

Siehe zu diesem Thema auch den Beitrag „Was steckt dahinter: Das Gutachterverfahren“ von Ulrike Böker auf Seite 12.

Vielseitig einsetzbar

Ein verhaltenstherapeutisches Manual für die Arbeit mit Kindern in Gruppen geht vorbildlich praxisorientiert vor; es ermutigt Anfänger und liefert auch erfahrenen Therapeuten neue Ideen

Von **Ariadne Sartorius**, Vorstandmitglied des bvvp

___ **Reine Störungsbilder** ohne subklinische oder komorbide Verhaltensauffälligkeiten und Störungen sind eher die Ausnahme als die Regel. Unterschiedliche psychische Erkrankungen im Kindesalter führen häufig zu Defiziten und Ressourcen unterschiedlicher Ausprägung. Der transdiagnostische Ansatz hat nicht nur die jeweilige Diagnose eines Kindes im Blick, sondern die zu fördernden Defizite und die vorhandenen und in der Arbeit wertvollen Ressourcen.

Das hatten Sabine Maur und Christina Schwenck im Kopf, als sie ein verhaltenstherapeutisches Manual für die gruppenpsychotherapeutische Arbeit mit Kindern von 7 bis 13 Jahren mit dem Konzept FESKKO entwickelten: der „Förderung emotionaler, sozialer und kognitiver Kompetenzen“. Dieses haben sie nun in ihrem knapp 200 Seiten starken Buch „Störungsübergreifende Gruppentherapie mit Kindern und Jugendlichen“ im Beltz Verlag veröffentlicht.

Zunächst werden die Grundlagen und Störungsbilder vorgestellt: Kinder mit ADHS, mit Störungen des Sozialverhaltens, Angststörungen und depressiven Störungen sowie Traumafolgestörungen. In acht Modulen werden Stundenkonzepte vorgelegt, die im Ganzen, aber auch einzeln bearbeitet werden können. Im Fokus stehen dabei Themen wie Selbstwert (eigene Fähigkeiten, positive Rückmeldungen von anderen, Genuss und Achtsamkeit), Emotionen (glücklich und traurig, ängstlich, wütend, Grundemotionen, komplexere Emotionen), Kognitionen (funktionale und dysfunktionale Kognitionen, Förderung der

Fremdwahrnehmung), Fremd- und Selbstwahrnehmung (Fremdwahrnehmung, Selbstwahrnehmung, Identität), Emotionsregulation (Umgang mit Traurigkeit, Wut, Angst, Problemlösen) oder Familie (familiäre Probleme und Ressourcen).

Weiterhin gibt es ein Konzept für die Gestaltung eines Elternabends. Angedacht ist auch, die Gruppensitzungen mit den Kindern im gemeinsamen Gespräch mit den Eltern zu beenden, den Eltern gemeinsam Rückmeldung zu geben und die „Hausaufgaben“ zu erläutern, um die Therapieinhalte (zum Beispiel Förderung von Lob) im Alltag fortzusetzen. Hierzu werden Arbeitsmittel vorgelegt, die auch eine umfangreiche begleitende Elternarbeit ermöglichen.

Der Ansatz des Buches ist dabei pragmatisch: Die Stunden bauen nicht zwangsläufig aufeinander auf, einzelne Module oder sogar nur einzelne Inhalte aus Modulen können mithilfe der umfangreichen Online-Materialien erarbeitet werden. Die Gruppenzusammensetzung sollte zwar relativ altershomogen sein, aber aufgrund des störungsübergreifenden Ansatzes ist das Manual sowohl im stationären als auch im ambulanten Bereich tatsächlich einsetzbar. Sogar für die Arbeit in der Einzeltherapie eignen sich einzelne Arbeitsblätter – auch wenn das nicht die Intention der Autorinnen war. Das Arbeitsblatt „Wer ist wie in unserer Familie?“ zum Beispiel beinhaltet 33 Aussagen wie „spielt mit mir“, „fragt, wie es mir geht“, „tröstet mich selten“ sowie Raum für Wünsche an Eltern und weitere Familienangehörige; es öffnet damit Räume für die therapeutische Arbeit in und mit der Fa-

milie. Auch eigene Fallbeispiele sind am Ende des Buches erläutert.

Mithilfe des Manuals sollen Kinder Emotionen de- und enkodieren lernen, einen funktionalen Umgang mit Emotionen, Perspektivübernahme und Empathiefähigkeit, selbstsicheres und prosoziales Verhalten erlernen, Selbstwertgefühl und Selbstwirksamkeit weiterentwickeln, Handlungskontrolle und Problemlösefähigkeiten erarbeiten. Die Eltern erfahren, wie sie ihre Kinder dabei unterstützen können, wie sie ihre Beziehung zum Kind verbessern und wie sie ihre Erziehungskompetenzen erweitern können. Dabei werden Methoden der VT wie Rollenspiele, Feedback, Modelllernen, Exposition, Prompting, Kontingenzmanagement, kognitive Techniken oder Selbstinstruktionstechniken angewandt.

Eine schöne Sammlung, die sehr praxisorientiert ein Konzept zur Arbeit in der Verhaltenstherapie mit Kindern in Gruppen zur Verfügung stellt, Anfängern Mut machen kann, sich den komplexen Aufgaben gruppentherapeutischer Angebote zu stellen, und erfahrenen Kollegen Ideen für Neues gibt.

Sabine Maur,
Christina Schwenck:
**Störungsübergreifende
Gruppentherapie
mit Kindern und
Jugendlichen**
Kompetenzen fördern mit
FESKKO

Beltz Verlag, Weinheim
1. Auflage 2013
192 Seiten, 39,95 Euro
ISBN: 978-3-621-28040-2





Komm spiel mit mir!

Im Spiel gestalten Kinder sich die Welt und erkunden ihren Platz darin. Im Spiel erproben Erwachsene alternative Mittel und Wege und geben unbewussten Wünschen Raum. Spielen liegt unserer Fähigkeit zum sozialen Umgang zugrunde – auch im therapeutischen Prozess ist es ein zentrales Element.

Wenn Spielen doch immer nur so einfach wäre, wie es scheint!

Wie viel Spielraum braucht die Seele?

Durch Spielen entwickelt sich die Fähigkeit zur Symbolisierung und Kommunikation. Ist diese gestört, müssen therapeutische Spiel-Räume gestaltet werden – als Übergangsräume, in denen noch nicht Symbolisiertes psychisch erlebbar wird

Von **Yvo Kühn**, kooptiertes Vorstandsmitglied des bvvp, und **Eike Reinfelder**, Gruppenanalytischer Supervisor

___ **Spiel und Spielfähigkeit** stehen am Anfang unserer Entwicklung, sie beeinflussen unsere psychische Reife und Entwicklungsprozesse. Die Fähigkeit, sich spielerisch mit den Dingen auseinanderzusetzen, ermöglicht es uns, Erfahrungen in der Welt zu sammeln, eigene und fremde Bedeutungszusammenhänge zu erleben, über diese kommunizieren zu lernen. Wir entwickeln uns im Spiel, um uns Schritt für Schritt mit der Realität auseinanderzusetzen, sie psychisch zu bewältigen und uns mit ihr anzufreunden (für Freud ist das Realitätsprinzip das bessere Lustprinzip).

Durch das Spiel können wir soziale Beziehungen gestalten, innere Räume zur Reflexion und zum Probehandeln entwickeln und aufrechterhalten, durch die wir in Kontakt bleiben mit unserem Unbewussten. Das Spiel ist die spätere Fantasietätigkeit der Erwachsenen (Tagträume). Der Schutz und das Aufrechterhalten dieser frühen Spielräume entscheidet über die seelische Gesundheit der Erwachsenen.

Erwachsene verfügen oftmals nicht oder nicht mehr über diese Fähigkeiten, sie haben keinen Zugang zu ihrem entwicklungsförderlichen, kreativen und heilsamen Potenzial, und bewegen sich deshalb häufig an

der Grenze zum individuellen Leid. Wir können uns zwar am Schauspiel der anderen ergötzen und erkennen in bestimmten gesellschaftlichen Bereichen das Spiel als Ausdrucksform an, sind im Alltag aber wenig damit beschäftigt, den spielerischen Als-ob-Modus für uns und im Miteinander zu pflegen, Fantasietätigkeit und Vorstellungsräume aufrechtzuerhalten.

Dies gilt auch für therapeutische Räume. Geprägt von Therapiemanualen, ätiologischen Konzepten, Klassifikationssystemen und Symptombetrachtungen, vernachlässigen wir, dass die therapeutische Beziehung, die Kommunikation im Prinzip selbst ein Spiel ist: eine Begegnung mindestens zweier Protagonisten, die miteinander in Beziehung treten und Szenen gestalten, in denen Bedeutungszusammenhänge erfahren und verstanden werden. Hier finden primäre und sekundäre Symbolisierungsprozesse statt (Roussillon 1991). Im besten Fall sind für die Patienten korrigierende emotionale Erfahrungen und Nachreifeprozesse möglich.

Seelische Aktivität und Spiel

Für Sigmund Freud glich die Fantasietätigkeit der Heranwachsenden dem Verzicht auf Lustgewinn, wie er durch die Spiel-

tätigkeit erlangt wird: „Aber wer das Seelenleben des Menschen kennt, der weiß, dass ihm kaum etwas anderes so schwer wird wie der Verzicht auf eine einmal gekannte Lust (...) was ein Verzicht zu sein scheint, ist in Wirklichkeit eine Ersatz- oder Surrogat-handlung. So gibt auch der Heranwachsende, wenn er aufhört zu spielen, nichts anderes auf, als die Anlehnung an reale Objekte; anstatt zu spielen fantasiert er jetzt (...) schafft das, was man Tagträume nennt“ (S. Freud 1908, S. 214).

In Analogie dazu prägte Anna Freud den Satz, dass das Spiel die Arbeit der Kindheit sei und Spielhandlungen zunehmend in Ernsthandlungen und in spätere Arbeit übergängen (A. Freud 1965). Das Spiel und seine unterschiedlichen Spielformen (autoerotisches Spiel, Spiel mit Objekten) verändert sich in der Abfolge der großen psychosexuellen Entwicklungsphasen und findet seinen Niederschlag in einer tiefen, vitalen Sexualität des Erwachsenen.

Der Objektbeziehungstheoretiker Donald Winnicott hat sich mit dem Spiel als Aktivität der Kindheit beschäftigt. Es war für ihn der psychische Ort, an dem sich zwei Personen begegnen und miteinander in Beziehung treten. „Gerade im Spielen und

nur im Spielen kann das Kind und der Erwachsene sich kreativ entfalten und seine ganze Persönlichkeit einsetzen, und nur in der kreativen Erfahrung kann das Individuum sich selbst entdecken (...) Kommunikation ist nur im Spiel möglich“ (Winnicott 1978, S. 66).

Grundlage der Fähigkeit, sich auf ein Spiel einzulassen, ist die frühe Mutter-Kind-Dyade, in der sich der Möglichkeitsraum einer tiefen Vertrauens- und Abhängigkeitsbeziehung entfaltet. Diese Sichtweise liegt modernen Konzeptionen der Theory of Mind, Säuglingsforschung, Bindungstheorie, Affekttheorie und Mentalisierungstheorie zugrunde. Demnach vollziehen sich gerade in den ersten Lebensmonaten (bis zum neunten Monat) wichtige affektregulatorische Prozesse, die Bindungsrepräsentanzen, Emotionsentwicklung und Beziehungserfahrung ein Leben lang prägen. Wir können sagen, dass frühes Vertrauen und Abhängigkeitserleben die Grundlage der Fähigkeit zur Symbolisierung und kognitiven Verarbeitung sind. Diese Erfahrung ist für die nachfolgende psychische Strukturbildung hinterlegt, und auf ihrem Hintergrund finden alle weiteren Entwicklungsphasen statt. Die Symbolisierungsfähigkeit, ihre Einschränkung oder ihr Verlust, wie er sich insbesondere bei autistischen Störungsbildern oder in psychotischen Zuständen zeigt, stehen im Zusammenhang mit diesen frühen Abhängigkeitserfahrungen.

„Jedes spielende Kind benimmt sich wie ein Dichter“, heißt es bei Sigmund Freud, „indem es sich eine eigene Welt erschafft oder, richtiger gesagt, die Dinge seiner Welt in eine neue, ihm gefällige Ordnung versetzt. Es wäre dann unrecht zu meinen, es nähme die Welt nicht ernst: Im Gegenteil, es nimmt sein Spiel sehr ernst, es verwendet große Affektbeträge darauf (...) Das Kind unterscheidet seine Spielwelt sehr wohl, trotz aller Affektbesetzung, von der Wirklichkeit und lehnt seine imaginierten Objekte und Verhältnisse gerne an greifbare und sichtbare Dinge der Wirklichkeit an“ (S. Freud 1908, S. 214).

Durch das Spiel gestalten wir soziale Beziehungen und entwickeln innere Räume zur Reflexion und zum Probehandeln



Das symbolische Spiel nimmt in der Zeit zwischen eineinhalb und vier Jahren denselben Stellenwert ein, wie es die frühe Affektspiegelung zwischen Mutter und Kind hat (Fonagy 2002). In der Mentalisierungstheorie entspricht dies den Modi der psychischen Äquivalenz und des Als-ob, des *playing with*, die zum Erwerb der Mentalisierungsfähigkeit bedeutsam sind.

Therapeutische Spiel-Räume sind mit diesen Modi vergleichbar. Sie markieren eine Beziehungsebene zwischen Patient und Therapeut, in der Symbolisierungsprozesse und Kommunikationsfähigkeit entstehen, in der innere und äußere Realität, Spiel und Fantasietätigkeit zugleich an Bedeutung gewinnen. Die Fähigkeit zur Symbolbildung ist jedoch entscheidend für die Kommunikationsfähigkeit, und „Probleme der Symbolbildung zeigen sich immer im Zusammenhang mit der Beziehung des Ich mit den Objekten“ (Segal 1957, S. 206). Psychodynamisch gedacht, geht es also darum, über den therapeutischen Spiel-Raum Zugang zum gemeinsamen Unbewussten zu erhalten.

Das Spiel im therapeutischen Raum

Das Spiel zeichnet sich dadurch aus, dass geistige und körperliche Aktivitäten verknüpft werden mit bewussten und unbewussten Fantasien und Motiven (Triebabkömmlinge, Affektives, Lustvolles, das primitive Selbstobjekt). Die produzierten

Handlungen und Verhaltensweisen spiegeln intersubjektives Beziehungserleben wider, sie sind aber nicht real im Sinne einer tatsächlichen Konsequenz. Das Kind spielt nur ein „Peng-Peng-Spiel“, es stirbt aber kein reales Gegenüber. So würden Kinderanalytiker in diesem Fall den Unterschied zwischen „tot“ und „bleibt tot“ herausarbeiten. In solchen Szenen werden Objektbeziehungen und Ambivalenzen, Bedürfnisse, Erfahrungen und Konflikte „durchgespielt“ beziehungsweise inszeniert, die dem Spielraum entsprechen. Diesen Bereich der Symbolbildung und Kommunikation nennt Winnicott den Übergangsraum oder intermediären Raum (Winnicott 1978). In diesem Heft wird in den Beiträgen von Dagmar Lehmann und Bertke Reiffen-Züger, Silvia Höfer sowie Lisa Störmann-Gaede ausführlich auf diese Inszenierungen eingegangen.

Der therapeutische Raum entspricht einem Spiel-Raum, getragen von dem Versuch, sich über Bedeutsames zu verständigen (*containen*), indem beide Parteien im Übergangsraum aktiv sind. Die Fähigkeiten und psychischen Kompetenzen dazu, also die Spielfähigkeit, sind jedoch abhängig vom Störungsbild. Bestehen beim Patienten ausgeprägte Schwächen in der Symbolisierungsfähigkeit, wie wir es etwa von frühgestörten und traumatisierten Patienten kennen, wird das Spiel schwierig, gerät außer Kontrolle und nimmt zunehmend realen Charakter an.

Hingegen finden wir bei neurotischen Patienten Hemmungen der Spielfähigkeit (Aufgrund der Abwehr), sodass freies Assoziieren, Introspektionsvermögen und schöpferische Tätigkeit blockiert sind – Verhaltenstherapeuten sprechen von dysfunktionalen Mustern. Diese Fähigkeiten müssen dann durch Enactment wiederbelebt werden, es geht um gemeinsames Verstehen, „der Therapeut gibt der Melodie, die der Patient komponiert, seine eigene Bedeutung“ (Treurniet 1995, S. 128). Der Zugang zur Welt der Objekte, zum Unbewussten als Quelle immerwährender Energie und Kreativität (Eissler 1967) ist verwehrt, und Kommunikation als Ausdruck und Fähigkeit zur

Wie entwickeln wir eine Vertrauensbeziehung, in der die Patienten die Möglichkeiten des therapeutischen Spiel-Raums für sich nutzen?



„Kommunikation im Spiel“ stagniert.

Diese Abläufe finden wir auch in pädagogischen Konzepten wieder, wo das Spiel explizit als Methode zur Gestaltung von Möglichkeits- und Erfahrungsräumen angewandt wird. Ein Beispiel dafür gibt der Beitrag von Karl-Heinz Schuldt in diesem Heft. Es ist aber auch lohnenswert, auf Schulkonzepte zu schauen. So verwendet die dänische Schule Østerskov Efterskole das Rollenspiel als Unterrichtsmethode und erreicht darüber gerade junge Heranwachsende, die im normalen Schulsystem auffällig sind.

Die Psychoanalytikerin Christa Rohde-Dachser beschreibt das dialektische Verhältnis von Realität und Fantasie im Spiel als Probedenken und Probehandeln zwischen zwei Personen, die von der Bühne des Als-ob, auf der das Zusammen-Spiel stattfindet, fortwährend in den Zuschauererraum wechseln und wieder zurück auf die Bühne treten (Rohde-Dachser 1994). In dieser Wechselbewegung werden lebensgeschichtliche Erfahrungen, Affekte, Emotionales und die dazugehörigen Objektbeziehungen wiederbelebt, symbolisiert und im besten Fall emotional transformiert.

Spielfähigkeit, Vertrauensbeziehung und Störungen der Spielfähigkeit

Wir betrachten die Primärerfahrungen in der Zeit der Kindheit als Referenzpunkt für die therapeutische Situation und ihren spielerischen Als-ob-Modus. Indem die Mutter der Zustände und Bedürfnisse des Säuglings innerlich gewahr wird und in dementsprechende Handlungen übersetzt, die äußere Realität an seine entwicklungsbedingten Fähigkeiten anpasst und zugleich die Illusion vermittelt, dass er Wirklichkeit erschafft (Wirkmächtigkeit des Säuglings), entsteht ein gemeinsam geteilter intermediärer Raum (Dornes 1993). Er ist bedeutsam für die Entwicklung eines eigenen psychischen und geistigen Innenraums (Entwicklung des Selbst), der getrennt von der Mutter existiert und nur im Zusammenspiel mit ihr entwickelt wird. Sie bildet den schützen-

den und haltenden Rahmen für das sich entwickelnde Kleinkind, in welchem es sich Schritt für Schritt entwickelt und eine eigene Identität ausbaut. (Das reife Individuum ist Ausdruck einer starken Beziehung.)

Die Fähigkeit des Kindes, allein zu sein und Phasen des Getrenntseins von der Mutter auszuhalten, und die Verwendung von Übergangsobjekten im frühen Spiel (Kuscheltier) sind Ausdruck dieser Vertrauensbeziehung und bereiten Symbolisierung durch Sprache vor. Wird die frühe Mutter-Kind-Interaktion empfindlich gestört und treten Situationen auf, die den Säugling psychisch überfordern (frühes Getrenntsein von der Mutter, nicht ertragbare Reizzustände, traumatische Erfahrungen), bricht der Übergangsraum zusammen. Die Balance von innerer und äußerer Realität wird erschüttert und kann nicht mehr ausreichend gehalten werden. Wie subtil sich diese Brüche in der Grenzschicht zur Wahrnehmung der Realität auswirken, berichtet Peter Fonagy, der die Behandlung eines fünfjährigen Mädchens schildert, das ohne Vater aufgewachsen ist. Im analytischen Raum war es dem Mädchen nicht möglich, zwischen fantasiertem Vater und Analytiker zu unterscheiden. Vater und Analytiker waren für es eine Person, es gab keinen Übergangsraum (Fonagy 1995).

Die Funktion des Therapeuten besteht darin, die Patienten in ihrer Fähigkeit zur

Symbolisierung und Kommunikation zu fördern, mit ihnen den Übergangsraum zu gestalten, in dem noch nicht Symbolisiertes psychisch erlebbar und transformiert wird. Der französische Psychoanalytiker René Roussillon beschreibt diese Rolle als *objet malléable* (formbares Objekt), womit begrifflich schon der spielerische Charakter deutlich wird (Roussillon 1991). Für das klinische, stationäre Setting als spielerische Bühne für unbewusste Wünsche, Fantasien und noch nicht Symbolisierbares ist dies beschrieben im Konzept der „handelnden Intervention“, wodurch Mentalisierungs- und Transformationsprozesse ermöglicht werden (Ardjomandi/Kühn 1995).

Die Psychoanalytikerin Annette Streeck-Fischer beschreibt verschiedene – förderliche und pathologische – Spielarten in Therapien, die Rückschlüsse auf Kindheitserfahrungen und frühes Beziehungserleben zulassen; unter anderem das Spiel der Entwicklung, das heilsame Spiel, das Spiel ohne Grenzen und das posttraumatische Spiel (Streeck-Fischer 1997). Gemeinsamer Nenner der Spielarten ist es, dass es immer um die Dialektik von Fantasie und Realität geht, um die Auseinandersetzung mit den inneren und äußeren Objekten, um brüchige Grenzen zwischen Selbst und Objekt.

Wir müssen uns auf das Spiel im therapeutischen Spiel-Raum einlassen, um Symbolisierungsfähigkeit, Kommunikationsvermögen und Mentalisierungskompetenzen in der Beziehung zu unseren Patienten zu ermöglichen. Für die therapeutische Arbeit ist es wichtig, zu verstehen, wie wir eine Vertrauensbeziehung entwickeln und aufbauen, in der die Patienten die Möglichkeiten des therapeutischen Spiel-Raumes für sich nutzen. Wie entsteht Vertrauen? Dies ist die entscheidende Frage zukünftiger Psychotherapieforschung.

Literaturhinweise zu den im Text genannten Kurztiteln sind bei den Autoren erhältlich: praxis-kuehn@web.de



Wenn die Guten die Bösen besiegen

Spielen ist eines der wichtigsten Medien, über das der Mensch Beziehungen zur Umwelt aufbaut. Es ist zentral für Entwicklung und Lernen und auch in der Therapie vielfältig einsetzbar

Von **Silvia Höfer**

___ **Spielen ist ein zentrales** Ausdrucks-, Lern- und Verarbeitungsmedium von Kindern. Wie man aus der Spielpsychologie weiß (Mogel 2008; Oerter 1999), gehört es zu den grundlegenden Mitteln, sich die Umwelt vertraut zu machen und zu lernen, sich in ihr zurechtzufinden. Soziale Kompetenzen werden im Spiel ebenso entwickelt wie die Fähigkeit, Dinge im wörtlichen Sinn zu handhaben. Die in der interpersonellen Hirnforschung beschriebenen zentralen Elemente für positive neurale Entwicklung und Vernetzung (Badenoch 2010) finden sich in den Wirkfaktoren des Spiels wieder (Höfer 2014).

Spielen gehört zur kindlichen Entwicklung

Spielen ist eine evolutionsbiologisch vorgegebene Handlung (Oerter und Montada 2002). Mensch wie Tier üben artspezifisches Verhalten spielerisch ein; Jean Piaget spricht von überlebensnotwendiger Assimilation (Piaget & Inhelder 1978). Je nach Entwicklungsstand zeigt Spielen sich in unterschiedlichen Erscheinungsformen. So dient das *frühe sensomotorische Spiel* mit seinen regelhaften Wiederholungen unter anderem dem Einüben basaler Verhaltensmuster (Geben-Nehmen, Suchen-Finden etc.). Es fördert zudem den Aufbau von Beziehungen außerhalb der

Mutter-Kind-Dyade sowie das für eine positive Ich-Identität wichtige Selbstwirksamkeitserleben.

Im Vorschulalter erkundet das Kind im Rahmen des *explorativen oder Informationsspiels* Gegenstände seiner Umwelt und eignet sich die Welt durch vielerlei Probehandlungen an. Ebenfalls im Vorschulalter schließt sich das *Konstruktionsspiel* an, in dem eifrig gebaut wird oder Gegenstände hergestellt werden. Explorationsverhalten, aber auch (fein-)motorische und visuelle Fähigkeiten sowie kooperatives Verhalten werden trainiert, Wirkungszusammenhänge erfasst.

Das *Symbolspiel*, das wir auch als *Als-ob-Spiel* kennen, beginnt etwa im Alter von einem Jahr und ist durch Nachahmung gekennzeichnet. Es geht um die Übernahme von Regelverhalten und Handlungsabläufen, die kulturspezifisch vermittelt oder implizit vorgelebt werden. Wir alle kennen solche konkret nachvollziehbaren Handlungen (Puppen versorgen, Schule spielen und Ähnliches) sowie symbolisierten Handlungen (Gute müssen Böse besiegen). Soziale Situationen werden in Variationen nachgespielt und ins Verhaltensrepertoire aufgenommen.

Dies findet sowohl mit Spielmaterial als auch im direkten Rollenspiel zwischen den Beteiligten statt. Ehe die Kinder im Rollenspiel miteinander spielen, kann teils das *Parallelspiel* beobachtet werden, in dem nebeneinanderher gespielt wird, ohne in das Geschehen beim anderen einzugreifen. Dies ermöglicht Kindern – neben dem Üben eigenen Verhaltens – zu beobachten, was die andere spielende Person macht, um dies gegebenenfalls in die eigene Handlung zu integrieren.

In der Spielpsychologie wird von *Rollenspiel* gesprochen, wenn sich alle Beteiligten auf den gleichen Spielinhalt beziehen. Gespielt wird in mehreren Rollen (beispielsweise Vater–Mutter–Kind), um sowohl die Ausübung der eigenen Rolle zu üben als auch um Perspektivenwechsel und Antizipation der Handlungen des Spielpartners zu trainieren. Adäquates Rollen- und Sozialverhalten werden so spielerisch erlernt und geübt.

Auch im von allen Altersgruppen verwendeten *Regelspiel* kommen vielfältige soziale Kompetenzen zur Anwendung beziehungsweise werden im Miteinander der Spielenden erlernt. Themen wie „Wettbewerb“, „Umgang mit Regeln“, „Erwerb und Anwendung von Fertigkeiten“, „Umgang mit Frustration, Ärger, Kontrollverlust“ sowie „Leistungsverhalten“ oder „Erwerb von Strategien“ tauchen neben Freude und Lust an gemeinsamen Aktivitäten in diesen Spielen auf. In qualitativ guten elektronischen Spielen können diese Fähigkeiten ebenfalls erlernt und geübt werden. Darüber hinaus kommen noch spezifische Fähigkeiten im Umgang mit dem Medium (Spiel-)

Im Spiel kann das Kind Trauer zulassen, sich freuen, Wut oder Ängste zeigen und Emotionen erleben, verarbeiten oder ausagieren

Computer sowie visuelle und visuomotorische Kompetenzen oder Reaktionsgeschwindigkeiten zum Tragen.

Meist wird das Spiel vom Spielenden intuitiv seinen jeweiligen Fähigkeiten und Entwicklungsimpulsen angepasst. Damit nutzt der Mensch ein Medium, das er im Interesse einer individuell optimierten Förderung hocheffizient einsetzen kann.

Spielen ist eine Ressource

Da Spielen in der Entwicklung eine zentrale Rolle spielt, ist es jedem vertraut. Spielerische Handlungen stehen uns, evolutionsbiologisch begründet, jederzeit zur Verfügung. Spielen macht Freude und ist selbstwertstärkend, weil der Spielende den Inhalt und den Prozess des Spiels selbst (mit-)bestimmt. Spielen ist spannend und motivationsfördernd, weil man den Ausgang zu Spielbeginn noch nicht kennt oder selbst bestimmen kann. Spielen kann erholsam sein, da es in einen Trancezustand münden kann und einen als überaus angenehm empfundenen Flow auslöst. Spielen erhält und befriedigt die für jede Entwicklung notwendige Neugier, da man immer wieder neue Dinge entdecken und ausprobieren, neue Zusammenhänge erforschen und an Erfahrung gewinnen kann. Im Spiel kann das Kind Trauer zulassen, sich freuen, Wut oder Ängste zeigen und somit Emotionen erleben, verarbeiten oder ausagieren, sodass eine gute Psychohygiene stattfindet.

Aus alledem folgt der Stellenwert, den das Spiel auch in der Therapie einnehmen kann. Sowohl Donald Winnicott (2012) als auch Hans Zulliger (2007) beschreiben die heilsame und entwicklungsfördernde

Wirkung des Spiels. Weitere Vertreter verschiedenster Therapierichtungen, beispielsweise Virginia Axline (1974), Stefan Schmidtchen (1991) und Herbert Goetze (1981) als Vertreter der personenzentrierten Therapie, Violet Oaklander (1984) als Gestalttherapeutin oder Wiltrud Brächter (2010) für die hypnosystemische Kindertherapie, haben die positive Wirkung des Spiels in ihre therapeutische Arbeit integriert. Auch im therapeutischen Sandspiel (Kalff 1996) werden spielerische Elemente wirksam.

Spielen führt zu Beziehungen

Spielen ist ausgesprochen beziehungs-fördernd, es findet oft im Austausch mit mehreren Personen statt. Freundschaften können vertieft oder locker gehalten werden, je nachdem, ob im kleinen Kreis zu Hause gespielt wird, in der Altersgruppe Spiel im Freien stattfindet oder im sozialen Netzwerk im Internet. Nähe und Distanz werden spielerisch erprobt und ausgelotet. Treten im Spiel Konflikte auf, sind sie erträglicher, da es „nur im Spiel“ ist. Trotzdem werden Problem- und Konfliktlösemöglichkeiten ausprobiert, um die Beziehung zu halten oder das Spiel positiv zu beenden. Freunde werden von Kindern über das Spielen gewonnen. Im therapeutischen Setting werden Elemente des Rollenspiels im Psychodrama zur Heilung von Beziehungen genutzt (Moreno 1973). Spieltherapie bietet den Klienten tiefe, positive und somit korrigierende Beziehungserfahrungen. Zudem wirkt das Spiel in der Therapie motivationsfördernd, heilend und stärkend für die therapeutische Beziehung.

Spielen ist eine Kompetenz

Nicht alle Menschen können in jeder Form spielen. Menschen mit Symptomen des autistischen Spektrums etwa können Rollenspiele oft nur eingeschränkt nachvollziehen, da ihnen das hierfür notwendige empathische Verstehen nicht ausreichend zur Verfügung steht. Auch schwer deprimierte Menschen haben diese Kompetenz teils nur rudimentär entwickelt. Darüber hinaus kann in Therapien immer wieder beobachtet werden, dass die Nähe, welche im Spiel entstehen kann, für bindungs-

verletzte Menschen bedrohlich sein kann (Brisch & Hellbrügge 2006).

Bei Traumatisierten verliert das Spiel oft seine Leichtigkeit und kippt in das angstbesetzte traumatische Spiel – dadurch kann es sehr belastend bis hin zu retraumatisierend werden. Kinder, welche schon früh und ausgiebig mit Spielkonsolen oder anderen elektronischen Medien allein gelassen, anstatt zum altersadäquaten sozialen Spielen angeregt werden, erlernen relevante soziale Kompetenzen nur unzureichend. Dies zeigt sich nicht nur in der daraus entstehenden Schwierigkeit, sozial zu spielen, sondern auch in Problemen, angemessen und angstfrei in interpersonellen „Live-Kontakt“ zu gehen, bis hin zu isolierendem Suchtverhalten.

Spiele in der Pädagogik

Spiele sollte jedoch nicht nur als (kindliche) Freizeitbeschäftigung begriffen werden. Dadurch, dass Spielen ganzheitlich stattfindet, also Körper, Psyche und Kognition einbezieht, besitzt es auch für das Lernen einen hohen Stellenwert. Manfred Spitzer (2006) beschreibt ausführlich, welche positive Wirkung die Einbindung spielerischer Neugier und spielerischer Elemente in die Didaktik sowohl auf Lernmotivation als auch auf Lernerfolg hat. Auch André Frank Zimpel (2012) betont die Relevanz des Spiels für das Lernen.

Gestützt wird dies durch die neurobiologische Forschung. Wissenserwerb findet nicht nur kognitiv statt: Bewegung und kognitive Prozesse sind in ihrer Wirkung interdependent. Gleichzeitige emotionale Erfahrungen wie Selbstwirksamkeit, Flow oder positives Beziehungserleben mit Mitlernenden und Lehrenden fördert die ganzheitliche und langfristige Speicherung in verschiedenen Hirnarealen (Spitzer 2006, Hüther 2011, Hüther und Hauser 2013). Im Spiel werden handlungs- und erfahrungsorientierte Prozesse mit Bewegung gekoppelt.

Das Spiel weist somit alle für optimales Lernen notwendigen Elemente auf: Einbezug des Körpers und aller Wahrnehmungs- und Ausdrucksebenen, emotionale positive Aktivierung und (selbst-)er-

Treten im Spiel Konflikte auf, sind sie erträglicher, da es „nur im Spiel“ ist. Trotzdem werden Problem- und Konfliktlösemöglichkeiten ausprobiert

fahrungsbasiertes Lernen sowie kognitive Prozesse – alles in einem emotional angenehmen und motivierenden psychischen Zustand. Diese Prozesse finden aber auch aus der anderen Richtung statt: Wenn Kinder sich viel bewegen – sofern möglich, in natürlichem Gelände –, spielen, klettern, mit allen Sinnen erkunden oder Sport treiben, schulen sie nicht nur physische, sondern auch kognitive Fähigkeiten bei gleichzeitig steigendem Wohlbefinden. Verstärkt werden diese Prozesse durch eine wertschätzende und zugewandte Beziehung seitens der Lehrenden und Anleitenden. Zur Wirkung der Beziehungsqualität seien exemplarisch die Erkenntnisse von Bonnie Badenoch (2010) und die Psychotherapieforschung von Klaus Grawe (2004) genannt.

Spiele in der Verhaltenstherapie

Mittlerweile hat das Spiel auch in die Verhaltenstherapie Eingang gefunden. Schon lange wird es zum Beziehungsaufbau empfohlen (Döpfner & Borg-Laufs 1999, Döpfner u. a. 2013) oder als motivierende Verstärkereinheit angewendet. Jedoch hat Sigrid von Aster (2006) zu Recht darauf hingewiesen, dass Spiel auch in der Verhaltenstherapie mehr sein kann als ein Verstärker. Das Konzept des geleiteten individuellen Spiels (Höfer 2014) zeigt, dass sich Verhaltenstherapie und Spieltherapie im Sinne ganzheitlichen Lernens und Erfahrens ergänzen. Beides hat im Therapieprozess den gleichen Stellenwert. Das Spiel ist wichtiges Element der multimodalen Diagnostik. Auch werden

von den Kindern die in der verhaltenstherapeutischen Arbeit vermittelten Lerninhalte im Spiel intuitiv vertieft und mit Unterstützung der Therapeutin verankert.

Andererseits können sich aus Spielinhalten und Spielverläufen wiederum Inhalte für die kognitive Arbeit mit dem Kind ergeben. Emotionale Belastungen werden durch Kombination kognitiver und spieltherapeutischer Arbeit bewältigt. Maßgebend für diese interdependenten Prozesse ist dabei eine konsequent an den Bedürfnissen des Kindes orientierte Haltung und Beziehungsgestaltung seitens der Therapeutin. Darüber hinaus wird das Spiel in seiner Ausgestaltung und seinen Inhalten – analog zum natürlichen Spiel – vom Kind bestimmt. Das Kind sucht sich aus, was und womit es spielen möchte. Auch das Spielthema wird vom Kind bestimmt. Die Therapeutin begleitet einfühlsam und unterstützt durch spielimmanente Interventionen die Entwicklung des Kindes, die Bearbeitung seiner belastenden Erfahrungen sowie die Erweiterung seiner Handlungsmöglichkeiten. Zentral sind dabei – als Basis für ganzheitliches Lernen und positives Erleben – jedoch immer die Freiwilligkeit, die Selbstbestimmung und die Beziehungsbedürfnisse des Kindes sowie der Rahmen eines für das Kind sicheren und einschätzbaren Settings.

Literaturhinweise zu den im Text genannten Kurztiteln sind bei der Autorin erhältlich: info@praxis-hoefer.de



Foto: Privat

Silvia Höfer

ist Diplom-Pädagogin und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin und in eigener Praxis als Verhaltenstherapeutin tätig.

Sie lehrt an verschiedenen Ausbildungsinstituten für Verhaltenstherapie und ist akkreditierte Supervisorin der LPK Baden-Württemberg sowie Fachtherapeutin für spezielle Traumapsychotherapie mit Kindern und Jugendlichen (DeGPT).

Ein Kinder- psychotherapeut muss spielen können

Wie es gelingt, Kinder psychotherapierbar zu machen, obwohl die Worte fehlen: Spiel und Zusammenspiel in der psychoanalytisch begründeten Kinderpsychotherapie

Von **Dagmar Lehmhaus** und **Bertke Reiffen-Züger**



Illustration: Lesprenger

___ **Weil Kinder** ihre mentale Welt, ihre Gefühle, Konflikte und Gedanken nicht in freien Assoziationen ausdrücken und in einer *talking cure* kanalisieren können und weil auch die konzentrierte Ruhigstellung auf der Couch keine Option für Kinder war, galten sie lange als „unergiebigste Patienten“ (Ferenczi 1913), und die Entwicklung einer ihnen angemessenen Behandlung blieb ein Stiefkind sowohl klinischer wie auch wissenschaftlicher Arbeit und Diskussion.

Dabei war offensichtlich, dass es in der psychotherapeutischen Begegnung mit Kindern unumgänglich war, die gebräuchlichen Behandlungstechniken aus dem Erwachsenenbereich zu transformieren – hin zu der spezifischen Lebenssituation, Entwicklungsstufe, Erlebniswelt und den Ausdrucks- und Bewältigungsmöglichkeiten von Kindern –, ohne das Essenzielle psychoanalytisch begründeter Behandlung aufzugeben.

Wie aber konnte es gelingen, Kinder psychotherapierbar zu machen, wenn die Worte fehlen? Denn nicht nur schwere Traumata bleiben oft von der Symbolisierung ausgeschlossen. Bei Kindern sind wichtige Bereiche des Erlebens vorsprachlich, im Szenischen, im Bewegungs- oder im Körpergedächtnis konserviert. Sie brauchen, weil das Kind eben nicht darüber sprechen kann, andere Zugänge. Nach mittlerweile hundert Jahren erprobungsoffener und praxisbasierter Kinderpsychotherapie gibt es keinen Zweifel, dass Bewegung, spontanes selbstbestimmtes Spielen und Sprechen, (Tag-) Träume, Bilder, Märchen und Geschichten angemessene Ausdrucksmöglichkeiten von Kindern sind – und damit die wichtigsten Medien der Begegnung und Gemeinsamkeit im therapeutischen Raum mit Kindern.

Bei grundlegender Einlassung auf die „kindliche Denkungsart“ sollte es gelingen,

das individuelle kindliche Anliegen verstehend herauszuarbeiten und zu befördern. Der Denk- und Sprachpsychologe Karl Bühler (1879–1963) unterstrich mit seinem Konzept der Funktionslust die Freude an der Aktivität bei Kindern, ausgelöst durch ihre vitale Spontaneität und ihr ausgesprochenes Neugierverhalten. „Die Sprache des Kindes ist nicht das Wort, sondern die Tat“, hob Hans Zulliger 1952 das aktive Prinzip des Spiels und die allgemeine kindliche Handlungsneigung hervor (Zulliger 1952). Donald Winnicott (1917) beschrieb, wie Kinder sich im Spiel eine subjektive Welt erschaffen, die ihnen hilft, sich der objektiven Realität zu nähern, diese anzunehmen und zu verinnerlichen.¹

Die Abreaktion, die Erholung, die Einübung wichtiger Funktionen und Leistungen sowie die Rekapitulation werden heute als bedeutendste Funktionen des Spiels für die Entwicklung von Kindern

herausgestellt, welches als Königsweg zum Erwerb struktureller Fähigkeiten gilt (Arbeitskreis OPD-KJ-2 2013). Mit etwa dreieinhalb Jahren haben die meisten Kinder die Fähigkeit erworben, soziale Rollen unter Einsatz von Metakommunikation zu spielen. Voraussetzung ist, dass dem Kind kontextuell die intersubjektive Austausch Erfahrung von Spiegelung, Symbolisierung und Spiegelung im interaktiven Spiel über viele Jahre kontinuierlich angeboten wird. Gelingt das, steht ihm entlang einer Entwicklungslinie von Selbstwahrnehmung-Symbolisierung-Mentalisierung und Repräsentation etwa ab dem fünften Lebensjahr ein ganzes Set von psychischen Funktionen zur Verfügung, die es ihm erlauben, „mit der Realität spielen“ zu können, ohne dabei den Kontakt zur aktuellen Wirklichkeit zu verlieren.²

Mittlerweile hat sich durchgesetzt, dass Sprache nicht das Medium von Kindern ist und dass Kinder intrapsychische Prozesse deutlich weniger differenziert und sprachlich elaboriert zum Ausdruck bringen können als Erwachsene. Sie zeigen ihren ausgeprägten Wunsch, zu begreifen, anders: Indem sie die Dinge handhaben, bekommen sie sie in den Griff. Angesichts dieser Handlungs- und Bewegungsneigung ist Spielen eine genuin kindliche Lebens- und Interaktionsform (Bürgin 2013). Tatsächlich reflektieren und verinnerlichen Kinder ihre Lebenserfahrungen und lernen vornehmlich in spielerischen Auseinandersetzungen mit ihrer Umwelt.

Dabei erschaffen sie regelmäßig auch externe Darstellungen ihrer inneren Zustände. Vor allem innere Spannungen werden oft als Kämpfe in der Außenwelt ausgefochten. Schon Sigmund Freud hatte darauf hingewiesen, dass im Spiel das nachgespielt wird, was das Kind im alltäglichen Leben stark beeindruckt hat, vor allem aber das, was psychisch noch nicht verarbeitet werden konnte. Damit stellte er der Ausdrucksmöglichkeit des Kindes, im lustvollen Spiel Alltägliches und Seelisches darzustellen und auszuprobieren, die Bewältigungsmöglichkeit zur Seite. Im „heilsamen Spiel“ hat das Kind die Chan-

Je flexibler und sicherer ein Kindertherapeut mit dem Kind in sich Kontakt aufnehmen kann, umso eher und leichter kann ein gemeinsamer Spielraum entstehen

ce, Erlebtes und Gefühltes, vor allem Irritierendes, verarbeiten zu können.

Je mehr man sich dem Kind und dem Kindlichen zuwandte, umso naheliegender wurde es, das Spiel auch gezielt und systematisch als Medium für eine Rundumsicht auf das Kind diagnostisch³ und behandlungstechnisch einzusetzen. Spielen gibt Aufschluss über den Entwicklungsstand des Kindes, seine Ich-Struktur, seine Perspektive von der Welt. Es ermöglicht aber auch Zugang zu seinen spezifischen Sorgen, Konflikten und Bewältigungsstrategien und zu seinem dynamischen Unbewussten.

Das tätige Miteinander im Spiel verschafft dem Kind darüber hinaus Zugang zum anderen. Spielend gelingt es eher, eine Beziehung herzustellen, eine Vertrauensbasis auf- und auszubauen und einen Dialog einzufädeln: Beispielsweise an der Werkbank sägend, offenbaren sich Kinder oftmals auch verbal, so ganz nebenbei, ohne dass es ihnen bewusst wird oder das Sprechen ihren Widerstand weckt. Zur symbolischen (ko-narrativen) spielerischen Interaktion gesellt sich das Spiel mit Worten. Es umfasst ebenfalls die bewusste Narration ebenso wie den Dialog von Unbewusstem zu Unbewusstem, der sich in der Wortwahl, in der Stimmführung und in der Stimmung sowie in Haltung, Mimik und Gestik kundtut.

Damit sich solcherart eine gelingende vertiefende Begegnung einspielen kann, braucht es ein Gefühl von Sicherheit, die Etablierung einer Vertrauensbeziehung sowie ein stabiles Setting und einen zuverlässigen Rahmen.⁴ Erst im verläss-

lichen und geschützten Spielraum kann sich das Kind zunehmend vertiefend in seinem Spiel ausbreiten. Seine spielerischen Aktionen provozieren Resonanz, was das Ganze zu einem Miteinander, Austausch und Gefüge von Bemerkungen und Bedeutungen im Sinne symbolischer Interaktion ergänzt. Ob und wie der Psychotherapeut auf der Ebene und aus der Perspektive des Kindes mitspielt, welche Rolle er übernimmt, was sie bedeutet und kommuniziert, das wird zwischen ihm und dem Kind entlang eines suchenden hermeneutischen Werkstattprinzips ausgehandelt und später dann auf der Folie von Übertragung, Gegenübertragung und Widerstand reflektiert.

Indem Kinderpsychotherapeuten auf diese Weise mitmachen und sich auf die Erlebnisebene des Kindes „herablassen“, aktivieren sie in sich ihr eigenes „inneres Kind“, das in dem Kind fußt, das sie einmal waren. Dieses „innere Kind“ hält den Fundus an (Spiel-)Erfahrungen, Perspektiven, Einfällen und Sprache bereit, der benötigt wird, um spielerisch adäquat zu agieren und angemessen und „auf Augenhöhe“ mit dem Kind zu kommunizieren. Je flexibler und sicherer ein Kindertherapeut mit dem Kind in sich Kontakt aufnehmen kann, je differenzierter seine Spielfähigkeit und sein innerer Fundus sind, umso eher und leichter kann ein gemeinsamer kindangemessener Begegnungs-, Vorstellungs- und Sprachraum – eben ein Spielraum – entstehen.

Dabei bleibt der Behandler der „Wächter des Settings“ und – parallel zu seiner empathischen sozio-emotionalen und spielerischen Einlassung – gleichzeitig immer Psychotherapeut, der sich überdies fachkundig als Experte für die psychoanalytisch begründete Behandlung und Entwicklung von Kindern ausweisen muss. Alles hat er dem Hauptzweck unterzuordnen – der therapeutischen Beziehung und dem therapeutischen Anliegen im intersubjektiven Prozess: „Psychotherapie geschieht dort, wo zwei Bereiche des Spielens sich überschneiden – der des Patienten und der des Psychoanalytikers. Der Psychoanalytiker und der Patient treffen sich im psychotherapeutischen

Raum mit ihrem Spiel, das jeweils von dem erworbenen Grad an Spielfähigkeit bestimmt ist“ (Winnicott 1989).

Ein Psychotherapeut, der nicht spielen kann, ist für die Arbeit ungeeignet. Ein Kind benötigt „ein spielfreudiges Gegenüber (...), das über emotionale Einfühlung und Anteilnahme sowie intuitive, kommunikative Responsivität auf verschiedenen Entwicklungsniveaus verfügt“ (Bürgin 2013). Im guten Fall sind zwei lebendige Menschen, Kind und Psychotherapeut, in feiner gegenseitiger Abstimmung bei der Gestaltung der therapeutischen Situation und der gemeinsamen Szene beziehungsweise dem Spiel aktiv und generieren in gemeinsamer Hervorbringung von Möglichkeiten ein „inter-subjektives Feld“.⁵ Thomas Stadler (2013) beschreibt solches „Spielen im Spannungsverhältnis von Deutung und Ko-Narration“.

Fehlt die Fähigkeit zu spielen aufseiten des Kindes, müssen Spielbereitschaft und -fähigkeit erst einmal über eine entwicklungsorientierte Psychotherapie im Rahmen der Behandlung entwickelt werden.⁶ „Kinder dazu zu bringen, dass sie spielen können, ist bereits Psychotherapie“ (Winnicott 1989). Anna Freud (1965) hat die Wiederaufnahme der normalen seelischen Entwicklung als Ziel einer Kinderanalyse definiert. Manchmal muss aber erst einmal am Zustandekommen einer (dyadischen) Beziehung gearbeitet werden, um Begegnung im Visavis überhaupt möglich und den Psychotherapeuten als Gegenüber wirksam werden zu lassen. Manchmal sind die Spiel- und „Übergangsräume“ (Winnicott 1989) noch sehr zerbrechlich. Damit sie sich weiter öffnen oder erhalten können, ist das Kind dann insbesondere auf die (aus-)haltende Funktion und die Spielkapazität des Therapeuten angewiesen (Bürgin 2013).

Beziehung, Atmosphäre, räumliche Gegebenheiten ebenso wie das angebotene Spielmaterial können den psychotherapeutischen Spielprozess entfalten und vertiefen – oder behindern. Angesichts der Widerständigkeit vieler Kinder und eingedenk der Tatsache, dass immer mehr Kinder zu uns kommen, die nicht spielen können, haben wir uns um die Entwicklung von geeignetem, modernem Spiel-

material bemüht, das am Alltag der Kinder ansetzt und ihren Spielgewohnheiten entgegenkommt, um Befremden und Abwehr gering zu halten.

So ist der „Plämokasten“⁷ entstanden. Das Material ist vielfältig, lädt zur Projektion ein, ist leicht zu handhaben und durch die zahlreichen Attribute auch sehr variantenreich für bewusste und unbewusste Themen einsetzbar. Nach 40 Jahren Playmobil sind die Figürchen auch den meisten Psychotherapeuten aus ihrer Jugend vertraut. Ihnen soll die an den Erfordernissen projektiver Diagnostik und therapeutischen Spiels angelehnte Auswahl die symbolische und szenische Zuordnung erleichtern. Die Erfahrungen in den letzten drei Jahren mit dem Plämokasten und seine interessierte Aufnahme zeigen, dass er für Kinder ungefähr ab drei Jahren einsetzbar ist und nicht nur bei ihnen, sondern auch bei Jugendlichen und Erwachsenen den spielerischen psychotherapeutischen Umgang befördert (siehe z. B. Charles 2016).

Fassen wir zusammen: Was sich im therapeutischen Raum abspielt und wie ein banales Spiel aussieht, ist ein höchst komplexer und variantenreicher Vorgang. Raum, Zeit, Setting, therapeutische Haltung und Technik sind dabei von immenser Bedeutung.⁸ Schon der äußerlich stabil, sorgfältig und einladend zu gestaltende Spielraum hat als Handlungs-, Bewegungs- und Motivationsraum im Sinne einer „fördernden Umwelt“ (Winnicott 1993) eine wichtige öffnende Funktion. Als Begegnungs- und Beziehungsraum ermöglicht er Interaktion und Kommunikation. Als Fantasie- und Imaginationsraum bietet er eine Bühne für die szenische Darstellung des Psychischen,⁹ womit auch das Unbewusste ins Spiel kommt. Das symbolische und psychodynamische Verstehen der jeweiligen spielerischen Inszenierung im Spannungsfeld von Übertragung, Gegenübertragung und Widerstand öffnet die Bedeutung dessen, was sich in der therapeutischen Begegnung ereignet, und gestaltet den Fortgang des Zusammenspiels.

Literaturhinweise zu den im Text genannten Kurztiteln sind bei den Autorinnen erhältlich: praxis@psychotherapie-lehmhaus.de; reiffen-zueger@gmx.de

- 1) Als qualitative Merkmale des Spiels werden in der Spielforschung fortan die frei gewählte Aktivität, die Spontaneität und die intrinsische Motivation aufgeführt.
- 2) Wir sprechen von der Als-ob-Funktion; ausführlich dazu Fonagy et al. 2004.
- 3) Auch Grob- und Feinmotorik, Intelligenz, Bewegung, Sprache, Symbolisierungsfähigkeit und Fantasie können in diesem Rahmen diagnostisch eingeschätzt werden.
- 4) Empfehlenswert zur Vertiefung dieses Aspekts Lang-Langer 2014.
- 5) Zum interaktiven oder relationalen Psychotherapieverständnis vgl. Sassenfeld 2015.
- 6) Zu dieser Behandlungsform vgl. Hurry 2002.
- 7) Der Plämokasten wurde 2012 von uns unter Federführung der Ärztlichen Akademie für Psychotherapie von Kindern e.V. München erstmals vorgestellt und liegt nun bereits in der dritten Ausgabe vor. In enger Kooperation mit der Firma Playmobil wurden Figuren nach psychotherapeutischen Gesichtspunkten und in Anlehnung an eine Praxisuntersuchung (Berns et al. 2000) ausgewählt und in einem Koffer untergebracht. Prof. Dr. med. Martin Maurer (Heidelberg und Kempen) wird die wissenschaftliche Begleitung des Plämokastens übernehmen, sodass in absehbarer Zeit auch mit entsprechenden Forschungsergebnissen über die psychotherapeutische Arbeit mit dem Plämokasten gerechnet werden kann. Wer sich über den Koffer, seinen Inhalt und seine Möglichkeiten informieren will: Bertke Reiffen-Züger und Dagmar Lehmmaus (2015): Begleitheft Plämokasten. München: Ärztliche Akademie für Psychotherapie von Kindern und Jugendlichen.
- 8) Weiterführend vgl. Lang-Langer 2014.
- 9) Zu diesem Aspekt vgl. Laimböck 2015.



Foto: Privat

Dipl.-Soz. Dagmar Lehmmaus

ist in freier Praxis niedergelassene Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin für psychoanalytisch begründete

Verfahren und Familienpsychotherapie in Sprockhövel. Sie ist Dozentin, Supervisorin und Lehrtherapeutin für Analytische Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie an verschiedenen Ausbildungsinstituten.



Foto: Privat

Dipl.-Päd. Bertke Reiffen-Züger

ist Lehrerin, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin für Psychoanalyse und tiefenpsychologisch fundierte

Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie in eigener Praxis in Osnabrück. Sie ist Dozentin und Supervisorin unter anderem an der Ärztlichen Akademie für Psychotherapie von Kindern und Jugendlichen e.V. in München.

Bilderbücher in der Kinderpraxis

Angst, Überforderung und Trauer, aber ebenso Liebe, Freundschaft und moderne Familienverhältnisse sind Themen zahlreicher Kinderbücher. Auch für Kinder mit psychisch kranken Eltern und Geschwistern gibt es mittlerweile hilfreiche Lektüre. Eine Auswahl

Von **Ariadne Sartorius**, Vorstandsmitglied des bvvp



Illustration: Lesprenger

___ „Selina, Pumpernickel und die Katze Flora“ ist ein (leider nur noch gebraucht erhältliches) psychoedukatives Buch zum Thema Angst. Es erläutert, wie Selina Angst vor der Katze Flora entwickelt, die Katze mit zunehmender Angst immer größer wird und wie Selina sie wieder „klein macht“, indem sie ihr in die Augen schaut und auf sie zugeht. Ein anderes psychoedukatives Buch ist „Wie der kleine rosa Elefant einmal sehr traurig war und wie es ihm wieder gut ging“. Darin wird die Trauer des kleinen Elefanten nach dem Verlust seines besten Freundes beschrieben und sein Weg aus der tiefen Trauer, nachdem er sich auf die weite Reise zur weisen Eule Heureka gemacht hat.

Zum Thema Umgang mit Wut sei das Buch „Robbi regt sich auf“ empfohlen. Als Robbi sich ärgert, kommt mit einem lauten Schrei ein großes „Ding“ aus seinem Mund, das erst mal ordentlich sein Kinderzimmer verwüstet. Doch bald weist Robbi „das Ding“ in seine Schranken und verstaut es letztlich in einer Kiste. Auch Finn lässt in dem Buch „Finn tobt“ seiner Wut Raum, sodass es zu wüsten Überschwemmungen kommt.

Alles hat seine Grenzen, das merkt die dreijährige Lara in dem Buch „Ich mach, was ich will – ich bin doch noch klein!“ in dem Augenblick, wo die Eltern ihr Grenzen setzen – auch ein schönes Buch für Eltern mit gewährendem Erziehungsstil.

„Wenn drei sich streiten, gibt es meist drei Ansichten, wer angefangen hat“ – darum geht es in dem Buch „So war das! Nein, so!, Nein, so!“. Ein ähnliches Thema, bezogen auf Geschwisterstreite, nimmt das Buch „Klar, dass Mama Ole lieber hat“ auf: Auch

Thema Patchworkfamilien: Vom Kind der neuen Freundin vom Bruder von Papas früherer Frau und anderen Verwandten

hier werden mit einem schönen grafischen Trick die unterschiedlichen Perspektiven im Geschwisterstreit dargelegt.

Nicht alle Kinder haben regelmäßigen Kontakt zum Vater. Hierzu gibt es jede Menge Literatur, zum Beispiel „Heute ist Papa-Tag“ oder auch das kleine Buch „für Kinder mit abwesenden Vätern“ namens „Mondpapas“. Patchwork und welche Formen von Familie es gibt, wird in dem Buch „Alles Familie“ erklärt: „Vom Kind der neuen Freundin vom Bruder von Papas früherer Frau und anderen Verwandten“ – so der Inhalt des Buches. Und wenn der Vater in einer neuen Beziehung mit Kindern lebt und dies zu Ambivalenzen führt, kann man gut mit dem Buch „Wann gehen die wieder?“ arbeiten.

Bücher über Liebe und Freundschaft gibt es viele, neben den Klassikern „Weißt du eigentlich, wie lieb ich dich hab?“ auch die schönen Bücher von der Kuh Mama Muh und ihrem Freund, der Krähe. Empfehlenswert sind auch die Bücher vom Gruffelo und das Buch über die drei Außenseiter „Die fürchterlich schrecklichen Drei“, deren Schwächen sich als Stärken herauskristallisieren und die ein gutes Modell für Kinder mit Selbstwertproblemen sind.

Überforderung thematisiert das Buch „Wenn die Ziege schwimmen lernt“. Die Tiere im Wald gehen zur Schule, und alle müssen das gleich lernen. Das kann nicht gut gehen, denn ein Pferd kann weder fliegen noch klettern lernen – am Ende entdeckt jedes Tier das, was es gut kann.

Mut machen, zu sich zu stehen, soll auch das alte Kinderbuch „Das kleine ICH BIN ICH“, erstmals 1972 erschienen und mit einer Bastelanleitung am Ende des Buches, mit der das Kind ein kleines „Ich“ basteln kann.

„Olga – auch ein Schwein darf mal traurig sein“ und „Schreimutter“, die so laut schreit, dass der kleine Pinguin vollkommen auseinandergeflogen ist, zeigen den Umgang mit unangenehmen Gefühlen. Mit dem Thema Abschied und Trauer beschäftigen sich neben dem oben bereits genannten „Wie der kleine rosa Elefant einmal sehr traurig war und wie es ihm wieder gut ging“ auch die Bücher „Alles ist gut“ und „Lisas Mohnblume“. Diese beiden letzteren versuchen auch eine Sinnhaftigkeit im Loslassen zu finden, für neue Entwicklungschancen.

Inzwischen gibt es viele Bücher für Kinder mit psychisch kranken Eltern und Geschwistern. „Der beste Vater der Welt“ hat eine Psychose, im Buch „Eine Tütü-Torte für Elise“ wird Anorexie erklärt. „Da spricht man nicht drüber“ widmet sich dem Thema Suizid, „Mama, Mia und das Schleuderprogramm“ erklärt die Borderline-Persönlichkeitsstörung. „Ein mittelschönes Leben“ veranschaulicht Obdachlosigkeit, und Loris beschreibt in dem Buch „Ich bin Loris“ seine Welt als Autist.

Füchse fangen oder: Meine Liebe zum Doppelkopf

Kindsein ist Spielen – Spielen ist Kindsein.
Wenn Erwachsene spielen, beleben sie damit ihr inneres Kind,
sind authentisch und zentriert.
Eine Geschichte aus dem Münsterland

Von **Lisa Störmann-Gaede**



Ich bin in einer Waldgaststätte im Münsterland aufgewachsen, zusammen mit sechs jüngeren Geschwistern, Eltern, Großeltern, einem Garten, etwas Ackerland und verschiedenen Tieren.

Wir spielten im Sand. Von einer alten Kutsche wurden die Räder abgebaut, der Rest war dann unsere Sandkiste mit seitlich eingebauten Sitzplätzen. Wir spielten überwiegend draußen mit Früchten und bunten Herbstblättern und vor allem mit unseren Tieren. Wir ritten auf unserer Stute Annette, natürlich ohne Sattel, und wir ritten auch auf den klein gewachsenen Jerseykühen, angebunden im Stall. (Auf den größeren Rotbunten stieß man sich den Kopf am Heuboden.) Halb erfrorene Ferkel erweckten wir im Pappkarton in Omas Backkasten zu neuem Leben. Wir zogen mehrere Würfe Deutsch-Kurzhaar-Jagdhunde groß,

die unser Vater züchtete. Dass sie verkauft würden, war von Anfang an klar.

Wir spielten Verstecken miteinander und mit den wenigen Nachbarskindern, die es dort draußen auf dem Land gab. Lange hatten wir kein typisches Spielzeug, später gab es Lego. Ich baute und plante Legohäuser, Planungsfreude ist in mir bis heute lebendig.

Meine Puppe fand ich langweilig. Ich mochte aber sehr den schönen schwarzen Puppenponcho, den meine Mutter für mich aus dem alten Lodenmantel von Opa schneiderte nach dessen Tod. Wir nutzten die Strukturen der Gaststätte: die Tanzfläche im Biergarten zum Rollschuhlaufen und den Spielplatz mit Schiffsschaukel und Rundlauf, der für die Sonntagsausflügler gebaut wurde.

Aber bald, als die Familie immer größer, das Geld aber immer knapper wurde,

mussten wir arbeiten, viel arbeiten, zu viel arbeiten: Gäste bedienen, beim Kochen und Einmachen helfen, die Gaststätte putzen, die Anlagen harken usw. Die größeren Geschwister mussten die kleineren versorgen und bei den Hausaufgaben helfen. Spielen war selten für mich ab dem Alter von etwa acht Jahren.

Unerwartet dann kam ein großer Tag. Eines Sonntagabends – sonntags wurde an mehreren Tischen der Gaststätte Karten gespielt, Skat oder Doppelkopf – fehlte der vierte Mann bei einer Doppelkopfrunde. Ich war zehn Jahre alt, ging in die Sexta. Die Erwachsenen beschlossen, dass ich den vierten Mann ersetzen sollte und Doppelkopf lernen müsse. Ich begriff dieses durchaus komplexe Spiel schnell und konnte bald vollwertig mitspielen. Und ich liebte es und liebe es bis heute.

Doppelkopf ist ein dem Schafskopf und Skat verwandtes Kartenspiel, das besonders in Norddeutschland beliebt ist. Wie wird es gespielt? Zu viert, hier im westlichen Münsterland ohne Neunen, also mit 40 Karten, französisches Blatt, vier Farben (Kreuz, Pik, Herz und Karo). Jede Karte gibt es doppelt, daher der Name. Also 2x4 Damen, 2x4 Bauern, 2x4 Könige, 2x4 Asse, 2x4 Zehnen. Insgesamt hat das Spiel 240 Punkte (=Augen). Es gibt eine klare Trumpfabfolge: Die beiden Herzzehnen (die „Dullen“) sind die höchsten Trümpfe, dann kommen die Damen (wobei die Spieler mit den Kreuzdamen die Re-, die anderen die Kontra-Partei darstellen), die Bauern und alle Karos. Der Rest sind „Fehlkarten“. Einige Karten haben Spitznamen: Es gibt „die Alten“, „die Blauen“, „Karlchen“ und den „Fuchs“. Den „Fuchs“ möchte der Gegner möglichst fangen oder mit ihm den letzten Stich machen („Fuchs am Pin“). Wenn ein Stich 40 Augen und mehr hat, ist das ein „Doppelkopf“.

Ein besonderer Reiz des Spiels besteht darin, dass man anfangs nicht weiß, wer der Partner ist. Man muss es erspüren, erahnen, bis es klar wird; oder aber man gibt sich zu erkennen entweder als „Re“ oder „Kontra“ (je nach Besitz der Kreuzdame). Bei gutem Blatt (das heißt hohen und vielen Trümpfen) sollte man auch ansagen, wie wenig Augen die Gegenpartei bekommen wird: „keine 120/90/60/30“ oder gar „schwarz“. Das erhöht den Gewinn, natürlich mit dem Risiko der Fehleinschätzung und Strafpunkten am Ende.

Ein Spiel dauert etwa fünf bis acht Minuten. Man muss sich merken, welche Karten schon gespielt sind, sodass man den Spielverlauf besser einschätzen kann. Es klärt sich ja oft erst im Verlauf, mit wem man zusammenspielt. Es kommt also nicht nur darauf an, selbst gut zu spielen, sondern auch darauf, gut mit seinem Partner zu kooperieren.

Es gibt aber auch Soli. Bei uns: Damen-, Buben-, Trumpf-, „stilles“ und früher auch das Ass-Solo. Das stille Solo ist das für die anderen verwirrendste und für einen selbst aufregendste Spiel. Wenn beide Kreuzdamen auf einer Hand sind, kann man ohne Partner spielen (ohne Ansage, darum stilles Solo), oder man meldet „Hochzeit“

Doppelkopf spiegelt das Leben. Ich bekomme Karten, die ich akzeptieren muss. Mal kann ich auftrumpfen, mal muss ich einfach bedienen

an, flirtet und wirbt für ein normales Spiel, sucht einen Partner.

Früher spielten wir also mit unseren Gästen, später auch mit Freunden und Studienkollegen oder Nachwachenteams, heute bei Geschwister- und den großen Familientreffen. Vor 20 Jahren brachte ich es unseren Nachbarn bei. Einmal monatlich – sonntagabends wie früher – wird gespielt von halb acht bis halb zehn. Ich kann mir vorstellen, als Rentnerin Doppelkopf-Lernworkshops zu organisieren, auf jeden Fall aber werde ich bei einem Mehr an Zeit häufiger spielen. Und vielleicht wird es bald syrische oder afghanische MitspielerInnen geben, die selbstbewusst „Re keine 90“ sagen können ...

Denn Doppelkopf spiegelt das Leben. Die ersten Stiche entscheiden oft, wer das Spiel gewinnt, ähnlich wie bei uns Menschen, wo die ersten Jahre viel für das weitere Leben festlegen. Ich bekomme Karten, mit denen ich umgehen muss, die ich akzeptieren muss, wie meine Gene oder mein Schicksal. So gibt es Situationen, die man einfach aushalten muss (etwa vielfach hintereinander schlechte Karten). Es ist, wie es ist.

Doch liegen auch Gestaltungsmöglichkeiten auf der Hand: Ich kann Angebote machen oder mich zurückhalten. Gute Karten muss ich effektiv und gezielt nutzen wie meine Talente, alles andere ist Verschwendung. Ich muss für mich, für uns, mitnehmen, was es mitzunehmen gibt. Das ist gute Selbstfürsorge. Auch das, was vor mir liegt, ist Teil meines Kapitals! Ich muss mir Strategien überlegen und mich kräftig positionieren können, wenn ich es mir leisten kann. Mal kann ich auftrumpfen, mal muss ich einfach bedienen. Mal ist es viel Miteinander, mal ist ein Solo dran.

Hierarchien (Damen sind mächtiger als Könige!) und allgemeingültige Regeln sind vorgegeben, regionale spezielle Spielregeln müssen vorab vereinbart werden. Verschiedene Rollen bieten sich an, ein „Wir“ muss gebildet werden mit meinem Mitspieler. Manchmal bin ich mit schwachem Blatt oder gar Spielfehlern eine Zumutung für meinen Kompagnon, mal ist es so, dass er mich mit seinen Möglichkeiten schwächt. Es gibt Glück und Pech und Risiko, wie im Leben auch.

Kopfrechnen wird trainiert, strategisches Denken gefördert. Vielleicht ist es auch eine Demenzprophylaxe. Mein 88-jähriger Vater hält sich mit einer Dosis von zwei- bis dreimal wöchentlich vier Stunden „Doko“ geistig fit und sozial vernetzt.

Schon früher fiel mir auf, dass an den Tischen mit Skatspielern oft geschimpft wurde („Du hättest aber ...!“), an den Doppelkopftischen zwischendrin lebendig, aber friedlich erzählt wurde. Doppelkopf ist gesellig, ist vernetzend und hinterlässt freundliche Beziehungen. Doppelkopfrunden halten über Jahrzehnte und können zu Lebensbegleitern werden. Dieses menschenfreundliche Kartenspiel kann leicht auf die Reise durchs Leben mitgenommen werden.

Kindsein ist Spielen: spielend lernen, die Welt zu verstehen und zu gestalten. Spielen ist Kindsein. Wenn Erwachsene spielen, beleben sie damit ihr inneres Kind, sind authentisch und zentriert, vielleicht sogar im Flow. Mein Doppelkopf ist mir eine wichtige Ressource. Es ist ein Spaß, der multipliziert werden sollte. Das Lesen hat nun etwa fünf bis acht Minuten gedauert. So lange wie ein Spiel. Sie können es lernen! _____

Foto: Privat



Lisa Störmann-Gaede

ist Fachärztin für Psychosomatische Medizin und Psychotherapeutin in Steinfurt. Sie ist stellvertretende Vorsitzende des

bvvp-Landesverbandes Westfalen-Lippe und Mitglied im Zulassungsausschuss Psychotherapie WL.



Ich will aber gerade nicht

Kommunikation im Dramadreieck:
Spielekonzepte als Bestandteil der Transaktionsanalyse

Von **Karl-Heinz Schuldt**

__ **Als 1964** Eric Bernes Buch „Games People Play“ in den USA (und 1970 als Übersetzung in Deutschland) erschien, wurde es ein Bestseller. In diesem Buch werden sprachlich nachvollziehbare und typische psychologische Spiele (eingefahrene Kommunikationsmuster) zwischen Menschen dargestellt und mit psychodynamischen Prozessen und Grundannahmen über den Menschen verbunden.

Die Spielekonzepte (Spielanalyse) wurden damals für die therapeutische Praxis entwickelt; sie werden heute auch im Beratungs-, Pädagogik- und Managementbereich angewendet.

Wenn man heute dieses Buch liest, dann sollte dies verstanden werden als Konzeptentwicklung aus einer Zeit (1955–1960), in welcher einerseits die Bewegung der Sozialpsychiatrie entstand und andererseits amerikanische Sprachformen und Grundhaltungen prägend waren. Heute würde man manche beispielhafte Ausführungen zu Recht kritisieren und als unangemessen und manchmal entwürdigend zurückweisen. Aktualisierte Veröffentlichungen, etwa von Leonhard Schlegel, haben die Konzepte weiterentwickelt und oben genannte kritische Ausdrucksformen zurückgelassen.

Die Spielanalyse ist ein integrierter Bestandteil im Gesamtkonzept der Transaktionsanalyse (TA), die heute Teil der Humanistischen Psychotherapie ist. Als Kurzübersicht zur TA wird in Grafik 1 das „TA-Haus“ dargestellt.

Grafik 1



Ein Spiel besteht aus einer Folge verdeckter Komplementär-Transaktionen, die zu einem voraussagbaren Ereignis führen

Bernes Bezeichnungen von Spielen können manchmal Orientierung geben; sie sollten jedoch nicht als vereinfachte Zuschreibung missbraucht werden. Beispiele: „Jetzt habe ich dich, du Schweinehund“, „Hinkebein“, „Tritt mich“, „Ist es nicht schrecklich“, „Gerichtssaal“.

Anhand folgender Szene wird exemplarisch eine „Ja, aber“-Spieldynamik dargestellt:

Phase 1 (offene Kommunikation)

Er: „Liebling, wir könnten jetzt einen schönen Ausflug machen.“ Sie: „Ja, aber es ist noch so kühl draußen.“ Er: „Dann warten wir noch eine Stunde.“ Sie: „Aber da weiß ich nicht, ob da nicht gerade meine Mutter anrufen will.“ Er: „Da können wir doch jetzt anrufen, und dann ist das erledigt.“

Phase 2 (verdeckte Kommunikation)

Diese Kommunikation könnte noch eine Weile so weitergehen, und spätestens dann beginnen beide, sich unbewusst zunehmend unwohl zu fühlen. Möglicherweise fühlt er sich innerlich mit seinem Vorschlag zurückgewiesen und schmolzt; während sie sich in ihrem Anliegen – verdecktes Nein und/oder ein nicht ausgesprochenes Anliegen (in den eigenen Bedürfnissen wahrgenommen zu werden) – nicht verstanden fühlt.

Phase 3 (Eskalation/Rabattmarkensammlung)

Möglicherweise vergeht der Tag ohne einen Ausflug, der Mann möchte dann noch etwas Gutes tun und bereitet am Abend ein Essen vor. Sie hatte sich inzwischen für diesen Abend etwas anderes vorgenommen, und es „passt ihr nicht in den Kram“.

Phase 4 (Verwirrung/Aufdecken der verdeckten Ebene)

Sie: „Immer willst du mich bestimmen.“ Er: „Was ist denn jetzt plötzlich los ... jetzt verstehe ich überhaupt nichts mehr, ich habe es doch nur gut gemeint ...“ Der Streit eskaliert, er wirft ihr vor: „Nie kann ich irgendetwas tun, was dir gefällt. Da kann ich ja die ganze Beziehung gleich lassen.“ Sie: „Immer muss es nach deinem Kopf gehen, und nie verstehst du meine Anliegen. So habe ich mir eine Beziehung wirklich nie vorgestellt.“

Phase 5 (Eskalation/negativer Nutzen)

Sie zieht sich beleidigt wirkend vor den Fernseher zurück, und er verlässt wütend und türenknallend das Haus, betrinkt sich und verursacht einen schweren Verkehrsunfall.

Grundsätzliches zu psychologischen Spielen

Ein Spiel besteht aus einer fortlaufenden Folge verdeckter Komplementär-Transaktionen, die zu einem ganz bestimmten, voraussagbaren Ereignis führen (vgl. Berne 2007, S. 67).

Psychologische Spiele sind Kommunikationsformen oder Abläufe, die einen ideellen (negativ wirkenden) Nutzen (Berne spricht von Gewinn) anstreben, der beiden Spielern nicht bewusst ist. Dieser Nutzen wäre weiter zu differenzieren zwischen

a) dem externen Nutzen: eine bestimmte und vertraute Form der Beziehungsgestaltung (zum Beispiel: „negative Zuwendung ist besser als keine“ als mögliche Angstabwehr vor Verletzungen), oder

b) dem internen Nutzen (innerpsychisch), zum Beispiel: Alte bekannte „Okay-/Nicht okay“-Positionen oder vertraute schlechte Gefühle werden bestätigt („man fühlt sich wieder wie zu Hause“).

Psychologische Spiele werden auch deshalb unbewusst inszeniert, weil bei ungelösten inneren Konflikten das Motiv vorherrschend ist: „Es möge diesmal gut ausgehen; meine eigentlichen Bedürfnisse mögen endlich ‚gesehen‘ werden ...“ Im Sinne des Menschenbildes konstruktiver und wachstumssuchender Motive ist diese

unbewusste Hoffnung/„gute Absicht“ gerade in therapeutischen Prozessen herauszufiltern.

Für die therapeutische Praxis beziehungsweise Krisenintervention ist die Herausarbeitung des Grades der Spieldynamik (ähnlich wie zu Verbrennungsgraden) von großer Bedeutung.

Spiele 1. Grades:

Ungute Gefühle/Stimmungen; Rückzug aus dem Kontakt.

Spiele 2. Grades:

Unangemessenes und riskantes Verhalten, Beziehungsabbrüche; gegebenenfalls Kündigungen des Arbeitsplatzes.

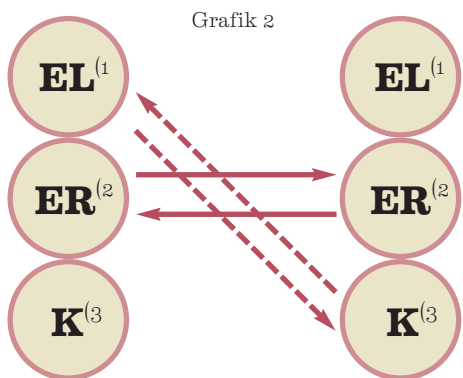
Spiele 3. Grades:

Suizid, Gewalteskalation, massiver Drogenmissbrauch, sich Verrücktmachen, Verwahrlosung.

Zurück zum Beispiel:

Phase 1: Grafik 2 zeigt auf der „Erwachsenen-Ebene“ die offene Kommunikation. Er: „Ich möchte mit dir einen Ausflug machen.“ Sie: „Jetzt will ich nicht rausgehen.“ Dies kann einige Zeit mit „Ja, aber“ hin und her gehen und überdeckt das darunterliegende Anliegen.

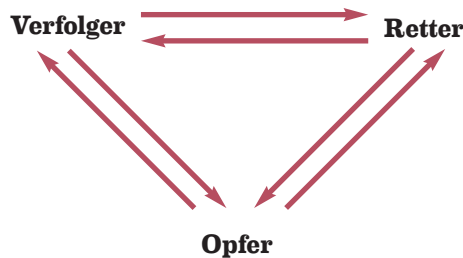
Phase 2: Die gestrichelte Linie gilt als verdeckte Kommunikation (etwas Unausgesprochenes, das aber körperlich/mimisch wirkend ist). Er, möglicherweise verdeckt elterlich: „Ich weiß, was für dich gut ist“ (Retterrolle, siehe unten), oder auch bedürftig: „Ich möchte deine Nähe.“ Sie, verdeckt kindhaft: „Immer wieder werde ich bestimmt“ (Opferrolle, siehe unten), oder: „Du müsstest spüren, dass ich etwas anderes will.“



- 1) Eltern-Ich
- 2) Erwachsenen-Ich
- 3) Kind-Ich

Phase 3: Hier werden die Anliegen der Phase 2 gesteigert im Sinne der Rabattmarkensammlung. Er will endlich mit seinen guten Absichten ankommen, und sie will gesehen werden mit ihrem Bedürfnis nach Selbstbestimmung. Beide kommunizieren dies aber nicht offen.

Grafik 3



Phase 4: Hier kommt es zur Verwirrung, dem Aufdecken der eigentlichen Anliegen, die mit einem abrupten Rollenwechsel beschreibbar sind.

Im sogenannten Dramadreiack (welches auch zur Bewusstmachung in der Therapie dargestellt werden kann) von Grafik 3 wird die (innere) Dynamik deutlich: Anfangs befindet sich das Paar in den komplementären Rollen „Retter–Opfer“ mit entsprechenden negativen Nutzeffekten. Dann kommt es zu einem Rollenwechsel – „Immer willst du mich bestimmen“ (Verfolger wechselt zu Opfer) –, und auf beiden Seiten findet Verwirrung statt, mit entsprechend unguuten „Bestätigungen“ („immer passiert mir dasselbe“) und Ausdrucksformen.

Phase 5: Hier kommt es zur Eskalation beziehungsweise negativen Auszahlung (Berne) des Nutzeffekts mit entsprechenden Handlungsoptionen – von Rückzug bis hin zu (selbst-)destruktivem Verhalten – mit entsprechenden alten bestätigenden Grundpositionen (die persönliche Sicht über die jeweilige Welt/die Beziehungen/sich selbst).

Eine gründliche Analyse, etwa im Rahmen einer Schutz und Ermutigung gebenden Therapie mit beiden oder in Einzeltherapie, würde die bewussten und nicht bewussten Motive klären und aufdecken. Aus der Dynamik innerhalb des Paares könnten sich im Sinne der Skriptanalyse biografische Zusammenhänge

herleiten lassen und für den Patienten kognitiv und emotional verstehbar werden.

Spieldynamiken sind als verzweifelter Versuch oder als kindlich wirkendes Notprogramm für einen eigentlich anderen Ausgang zu sehen, wenn die Grundbedürfnisse nach Zuwendung, Stimulation und Strukturanliegen (noch) nicht direkt innerlich erlaubt oder bewusst sind.

Wie kann ich aus einem psychologischen Spiel aussteigen?

- Wahrnehmen, dass ich im Spiel drin bin,
- Gefühle, Bedürfnisse und Wünsche direkt äußern,
- Erwartungen beim Gegenüber abfragen,
- Gespräch wieder auf der Erwachsenen-ebene führen (Verträge).

Wie können psychologische Spiele möglichst vermieden werden?

- Wachheit für die Einladung zum Dramadreiack,
 - Verträge in Ruhe herstellen und nach „Spielen“ durchleuchten/Zielorientierung,
 - nicht glauben, ich sei kein „Spieler“: „Wenn einer glaubt, dass er kein Spieler wär“, so irrt sich der“ (Wilhelm Busch),
 - keine Diskussionen über Recht und Unrecht führen,
 - aufhören, die eigenen Schwächen und Stärken zu übertreiben,
 - mehr Zeit und Spaß für positiven Kontakt/Zuwendung (geben und nehmen).
- Die beste Art, Spiele zu unterbrechen, ist, seine eigenen Ziele direkt zu vertreten – und das wird wahrscheinlich ein lebenslanger Prozess bleiben dürfen.



Foto: Privat

Karl-Heinz Scholdt

ist Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut, Diplom-Sozialpädagoge und ausgebildeter Transaktionsanalytiker und Lehrender mit eigenem

Ausbildungsinstitut in Tübingen. Er vertritt die Deutsche Gesellschaft für Transaktionsanalyse (DGTA) in der Arbeitsgemeinschaft Humanistische Psychotherapie (AGHPT) und war bis 2015 Vorsitzender der AGHPT.



Ihre Kleinanzeige auf dem Marktplatz in *Projekt Psychotherapie*

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

IMPRESSUM

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

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

Verantwortlich für den Schwerpunkt:
Ulrike Böker, Martin Klett, Ariadne Sartorius

Autoren: Ulrike Böker, Norbert Bowe, Jürgen
Doebert, Silvia Höfer, Martin Kremser, Yvo Kühn,
Dagmar Lehmann, Bertke Reiffen-Züger, Eike
Reinfelder, Ariadne Sartorius, Karl-Heinz Schuldt,
Eva Schweitzer-Köhn, Lisa Störmann-Gaede

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

Textchef: Christian H. Meier
Projektleitung: Nicole Suchier
Artredaktion/Illustration: Le Sprenger

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

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

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

Periodizität: Quartal

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

Projekt Psychotherapie 02/2016

AUSBLICK AUF DAS NÄCHSTE HEFT

Zum zweiten Mal (nach Ausgabe 1/2013)
widmet *Projekt Psychotherapie* dem Thema
„Psyche und Soma“ einen Heftschwerpunkt.
Erneut wird dabei der „weit gespannte
Bogen der Psychosomatik“ abgeschritten,
und Leib und Seele werden als Differen-
zierungen zur Darstellung kommen, die
denselben lebendigen Menschen von ver-
schiedenen Blickwinkeln aus betrachten.
Im Einzelnen wird es um eminent Psy-
chosomatisches in der Chirurgenpraxis
gehen, um einen philosophischen Zugang zu
„Leib sein und Körper haben“, um das
„Embodied Mind“-Modell, um Körpersymp-
tome erzeugende psychische Störungen und
um die Leib-Seele-Einheit aus der Per-
spektive der Psychotherapie mit Schwer-
kranken und Sterbenden – ein in jeder
Hinsicht spannendes Programm!

TERMINE

2016

21. April, 20 bis 22 Uhr

vvps Stammtisch

Informationen bei vvps@bvvp.de

**Ort: Freiburg, Gasthaus zum
Schwanen**

2. Juni, 20 bis 22 Uhr

vvps – Erfolgreicher Start

in die Praxis

Informationen bei vvps@bvvp.de

Ort: Freiburg, Haus der Ärzte

Verhaltenstherapiewochen

11. bis 13. März

Ort: Mainz

22. bis 26. April

Ort: Dresden

17. bis 20. Juni

Ort: Lübeck

23. bis 26. September

Ort: Freiburg

11. bis 13. November

Ort: München

Informationen: www.vtwoche.de

Hier könnte Ihre Anzeige stehen!

Werben Sie in
*Projekt
Psychotherapie*
und erreichen Sie
über 6.000
interessierte Leser.

Fordern Sie jetzt
ihre Mediadata
mit Preislisten und
Erscheinungsterminen
unter

anzeigen@projekt-psychotherapie.de an.

Wissen bewegt, gestaltet, verändert



2015. XIII, 330 S. 14 Abb. Geb.
 € (D) 49,99 | € (A) 51,39 | *sFr 62,50
 ISBN 978-3-642-39504-8 € 39,99 | *sFr 50,00
 ISBN 978-3-642-39505-5 (eBook)



2015. XV, 202 S. 16 Abb. Brosch.
 € (D) 29,99 | € (A) 30,83 | *sFr 37,50
 ISBN 978-3-642-40741-3 € 22,99 | *sFr 30,00
 ISBN 978-3-642-40742-0 (eBook)



2016. XI, 117 S. 7 Abb. Geb.
 € (D) 34,99 | € (A) 35,97 | *sFr 44,00
 ISBN 978-3-662-47887-5 € 26,99 | *sFr 35,00
 ISBN 978-3-662-47888-2 (eBook)



2015. XII, 181 S. Brosch.
 € (D) 34,99 | € (A) 35,97 | *sFr 37,00
 ISBN 978-3-662-46473-1 € 26,99 | *sFr 29,50
 ISBN 978-3-662-46474-8 (eBook)



2015. XIII, 168 S. 13 Abb. Geb.
 € (D) 29,99 | € (A) 30,83 | *sFr 31,00
 ISBN 978-3-662-47481-5 € 22,99 | *sFr 24,50
 ISBN 978-3-662-47482-2 (eBook)



2016. XI, 225 S. 28 Abb. Geb.
 € (D) 39,99 | € (A) 41,11 | *sFr 41,50
 ISBN 978-3-662-47994-0 € 29,99 | *sFr 33,00
 ISBN 978-3-662-47995-7 (eBook)



2016. XI, 164 S. 7 Abb. in Farbe. Geb.
 € (D) 34,99 | € (A) 35,97 | *sFr 44,00
 ISBN 978-3-662-47475-4 € 26,99 | *sFr 35,00
 ISBN 978-3-662-47476-1 (eBook)



2016. XX, 245 S. 49 Abb., 18 Abb. in Farbe. Brosch.
 € (D) 39,99 | € (A) 41,11 | *sFr 41,50
 ISBN 978-3-662-48435-7 € 29,99 | *sFr 33,00
 ISBN 978-3-662-48436-4 (eBook)



2., korr. Aufl. 2016. XIII, 229 S. 5 Abb. Brosch.
 € (D) 34,99 | € (A) 35,97 | *sFr 37,00
 ISBN 978-3-662-46512-7 € 26,99 | *sFr 29,50
 ISBN 978-3-662-46513-4 (eBook)



2015. XVIII, 160 S. 15 Abb. Brosch.
 € (D) 34,99 | € (A) 35,97 | *sFr 37,00
 ISBN 978-3-662-45151-9 € 26,99 | *sFr 29,50
 ISBN 978-3-662-45152-6 (eBook)



2. Aufl. 2015. XVII, 183 S. 5 Abb. in Farbe. Brosch.
 € (D) 19,99 | € (A) 20,55 | *sFr 25,00
 ISBN 978-3-662-46100-6 € 14,99 | *sFr 20,00
 ISBN 978-3-662-46101-3 (eBook)



2015. XVII, 193 S. 24 Abb. Brosch.
 € (D) 39,99 | € (A) 41,11 | *sFr 50,00
 ISBN 978-3-662-45438-1 € 29,99 | *sFr 40,00
 ISBN 978-3-662-45439-8 (eBook)

€ (D) sind gebundene Ladenpreise in Deutschland und enthalten 7 % MwSt. € (A) sind gebundene Ladenpreise in Österreich und enthalten 10 % MwSt.
 Die mit * gekennzeichneten Preise sind unverbindliche Preisempfehlungen und enthalten die landesübliche MwSt. Preisänderungen und Irrtümer vorbehalten.

Jetzt bestellen auf springer.com/shop oder in Ihrer lokalen Buchhandlung