

VPP



Berufsverband Deutscher
Psychologinnen
und Psychologen

aktuell

VERBAND PSYCHOLOGISCHER PSYCHOTHERAPEUTINNEN UND PSYCHOTHERAPEUTEN IM BDP E.V.

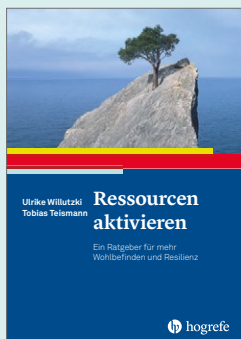
HEFT 66

September 2024

Systemische Psychotherapie



Unsere Buchtipps



Ulrike Willutzki / Tobias Teismann

Ressourcen aktivieren

Ein Ratgeber für mehr Wohlbefinden und Resilienz

Reihe: Ratgeber zur Reihe Fortschritte der Psychotherapie – Band 58

In diesem Ratgeber werden wir uns gemeinsam mit Ihnen auf die Suche nach den Ressourcen und der Widerstandskraft begeben, die Sie im Laufe Ihres Lebens bereits entwickelt haben. Wir geben Ihnen Anregungen, wie Sie in Ihrem „Werkzeugkoffer“ Dinge entdecken können, die es Ihnen ermöglichen, mit den Herausforderungen des Lebens umzugehen.

2024, 82 Seiten, Kleinformat,
€ 9,95 (DE) / € 10,30 (AT) / CHF 14.50,
ISBN 978-3-8017-2848-9
Dieser Titel ist auch als eBook erhältlich.



Jan Philipp Klein / Ronald Burian

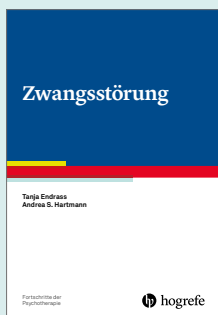
Ratgeber Akzeptanz- und Commitment-Therapie (ACT)

Wege zu einem sinnerfüllten und lebendigen Leben

Reihe: Ratgeber zur Reihe Fortschritte der Psychotherapie – Band 57

Der Ratgeber vermittelt Ihnen, wie Sie angesichts von Problemen und Belastungen handlungsfähig bleiben können, indem Sie anfangen, wieder Dinge zu tun, die Ihnen am Herzen liegen. Auf diese Weise wird oftmals ein sinnerfülltes und lebendiges Leben wieder möglich.

2024, 126 Seiten, Kleinformat, inkl. Online-Materialien,
€ 14,95 (DE) / € 15,40 (AT) / CHF 20.90,
ISBN 978-3-8017-3216-5
Dieser Titel ist auch als eBook erhältlich.



Tanja Endrass /
Andrea S. Hartmann

Zwangsstörung

Reihe: Fortschritte der Psychotherapie – Band 92

Das Buch gibt einen kompakten Überblick über Zwangsstörungen, erläutert wichtige diagnostische Instrumente und beschreibt wirksame psychotherapeutische Verfahren und Techniken zur Behandlung der Störung.

2024, VII/96 Seiten, € 19,95 (DE) / € 20,60 (AT) / CHF 27.90,
im Reihenabo: € 15,95 (DE) / € 16,40 (AT) / CHF 22.50
ISBN 978-3-8017-3132-8
Dieser Titel ist auch als eBook erhältlich.



Melanie Gräßer /
Eike Hovermann

Satzergänzungen für Erwachsene

180 Karten mit Satzanfängen für die therapeutische Arbeit

180 Karten mit Satzanfängen geben Einblicke in das innere Erleben von Erwachsenen, die in anderen Kontexten nicht möglich wären. Das Kartenset unterstützt die alltägliche Arbeit in den Bereichen Psychotherapie und Beratung sowie Coaching und Supervision.

2024, Kartenbox mit 180 Karten und 46-seitigem Booklet,
inkl. Online-Materialien, € 39,95 (DE) / € 41,10 (AT) / CHF 52.50,
ISBN 978-3-8017-3276-9



1949–2024

www.hogrefe.com

 hogrefe

EDITORIAL

Liebe Leser*innen,

als der Wissenschaftliche Beirat Psychotherapie in seinem Gutachten Ende 2008 die wissenschaftliche Anerkennung der Systemischen Therapie festgestellt hat und die Zulassung als Vertiefungsverfahren für die Ausbildung zur Psychologischen Psychotherapeut*in und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut*in empfohlen hat, begann ein großer Wandel in der Systemischen Therapeut*innenschaft.

Seit diesem Jahr steht die Systemische Therapie auch allen gesetzlich versicherten Kindern und Jugendlichen als viertes Richtlinienverfahren zur Verfügung. Als Vorstandsmitglied des VPP mit zwei Verfahren (VT, ST) beobachte ich den Wandel der Systemischen Therapie und finde, es ist an der Zeit, dass wir beginnen, uns dem jüngsten der zugelassenen Richtlinienverfahren zu widmen. Wir werden den Wandel beobachten und die Verfahrensvielfalt weiterhin stärker in Auge fassen.

Trotz Sommerpause konnten wir den Systemischen Therapeuten Dr. Bernd Schumacher für ein Interview gewinnen. Er spricht sich dafür aus, dass es durch die „Kürze“ der Systemischen Therapien zu einer besseren Versorgung kommen könnte, und appelliert an die Wichtigkeit einer philosophischen Haltung in der Psychotherapie. Im Beitrag „Frühe Hilfen“ wird anschaulich der Nutzen der Frühen Hilfen für Patient*innen in Psychotherapie beschrieben und aufgezeigt, dass wir dadurch in der Praxis eine bedeutsame Erweiterung der therapeutischen Arbeit in Anspruch nehmen können. Sabine Knieriem und Dr. Katja Boehm skizzieren in ihrem Übersichtsartikel das Thema „Trauma und unterschiedliche Traumtypen“. Dabei geht es nicht nur um die Einordnung in Trauma Typ I und II, sondern auch um die Einordnung der Begriffe „Entwicklungstrauma“, „transgenerationale Traumaweitergabe“ und „komplexe PTBS“. Jan Frederichs ordnet die juristische und berufspolitische Bewertung der neuen GOP/GOÄ-Abrechnungsempfehlung ein. Es ist zu erwarten, dass die Gebührenempfehlung von den meisten Psychotherapeut*innen zukünftig umgesetzt werden und hoffentlich auch von Kostenträgerseite entsprechend angenommen werden. Es bleibt auch hier spannend, inwieweit sich hieraus eine Novellierung der GOP/GOÄ ergibt.

Wir dürfen weiterhin offen für Neuentwicklungen bleiben.

Mit kollegialen Grüßen



Mareike van Diepen
Beirätin im Vorstand (VPP)



INHALT

Editorial	3
-----------	---

Schwerpunktthema

In der Systemischen Psychotherapie geht es um alles	4
---	---

Ein langer Weg: Systemische Therapie für Kinder und Jugendliche nun Kassenleistung	9
--	---

Trauma und verschiedene Traumtypen	10
------------------------------------	----

Frühe Hilfen	15
--------------	----

Als Psychologische*r Psychotherapeut*in in einem Netzwerk Frühe Hilfen	18
--	----

Rechtliche Erläuterung zu den neuen Abrechnungsempfehlungen GOP/GOÄ	19
---	----

Veranstaltungskalender	20
------------------------	----

Impressum	20
-----------	----

Gemeinschaftliche Tätigkeit von Psychotherapeut*innen – richtig versichern	21
--	----

Highlights aus dem Online-Magazin psyllife	22
--	----

Viertes Therapieverfahren in der Regelversorgung

In der Systemischen Psychotherapie geht es um alles

Systemische Konzepte gehen davon aus, dass Menschen immer in einem spezifischen Kontext handeln. Ihr Handeln steht in Wechselwirkung mit dem Handeln anderer Menschen, den organisatorischen Rahmenbedingungen und den vorherrschenden Denkmodellen. Nun ist die Systemische Psychotherapie als viertes Verfahren von den Krankenkassen anerkannt. Und damit ist es an der Zeit, sich auch mit grundlegenden Fragen der Systemischen Psychotherapie zu beschäftigen. Wir sprachen hierüber mit dem Systemischen Einzel-, Paar- und Familientherapeuten Dr. Bernd Schumacher.

© privat



Dr. Bernd Schumacher ist Systemischer Einzel-, Paar- u. Familientherapeut in freier Praxis, Lehrtherapeut und 1. Vorsitzender der Internationalen Gesellschaft für Systemische Therapie e. V. (IGST) in Heidelberg, Supervisionstätigkeit in psychosozialen/psychiatrischen Kontexten. Er ist Autor zahlreicher Publikationen zur Systemischen Therapie, Beratung und Supervision

VPP aktuell: In der Regelversorgung wird die Systemische Psychotherapie jetzt als viertes Therapieverfahren von den gesetzlichen Kassen anerkannt, für Kinder und Jugendliche seit diesem Jahr. Hat sich die Therapielandschaft durch diese Anerkennung verändert?

Dr. Bernd Schumacher: Das ist eine gute Frage. Ob sich die Therapielandschaft wirklich verändert hat, hängt davon ab, wie man Systemische Psychotherapie definiert. Definiert man sie im klassischen Sinne, also als wissenschaftlich anerkanntes Kassenverfahren, stehen in der Regel Methoden im Vordergrund. Ich beobachte, dass in den Weiterbildungsinstituten, auch in der Approbationsausbildung, weiterhin ein sehr methodenorientierter Ansatz gelehrt wird, insbesondere familientherapeutisch. Ich habe aber eine etwas andere Vor-

stellung von systemischer Therapie. Nach meinem Verständnis denken Systemische Psychotherapeut*innen erst einmal nur in Wechselwirkungszusammenhängen, also in Beziehungen im Allgemeinen und nicht nur in Familienbeziehungen. Sie richten den Blick nicht auf Theorien oder Konzepte, sondern immer auf die Auswirkungen dieser Konzepte auf das jeweilige Arbeiten. Daher sehe ich im Moment keinen allzu großen Unterschied zu früher. Auch sehr viele tiefenpsychologische oder VT-Ausbildungsinstitute lehren Systemische Therapie als Zweig, häufig aber nur an Methoden orientiert und nicht haltungsbasiert. Deshalb glaube ich, dass sich alles in allem bisher nicht groß etwas in der Therapielandschaft verändert hat.

VPP aktuell: Vielleicht können Sie einen kurzen Überblick geben über die Entwicklung in der Systemischen Therapie. Was bedeutet denn systemische Haltung?

Schumacher: Erst einmal ganz kurz zur Geschichte der Systemischen Therapie. Maßgeblich war in den 1980er-Jahren zunächst einmal die Heidelberger Gruppe (u. a. Helm Stierlin, Fritz B. Simon, Arnold Retzer und Jochen Schweitzer) an der Abteilung für psychoanalytische Grundlagenforschung und Familientherapie der Heidelberger Universität, die in enger Kooperation mit der Palo-Alto-Gruppe am Mental Research Institut – Paul Watzlawick dürften die meisten kennen – das Konzept der Systemischen Therapie entwickelten. Dort fing man an, sich mit dem Konstruktivismus zu beschäftigen. Zwei weitere zentrale Protagonisten, die entscheidend zur Entwicklung der systemischen Theorie beigetragen haben, sind Heinz von Foerster und Ernst von Glasersfeld (University of Massachusetts). Sie entwickelten das Konzept des „Radikalen Konstruktivismus“. Dessen Kernaussage: Es gibt so viele Welten, wie es Gehirne gibt. Doch trotz dieser konstruktivistischen Ansätze haben sich in den letzten Jahrzehnten vor allem familientherapeutische Ansätze (u. a. Familienaufstellungen) etabliert. Wenn man in den 1990ern nach Systemischer Therapie bei Google suchte, waren 80 Prozent der Treffer aus dem Bereich der Familienaufstellung. Und selbst wenn man sich heute umhört und danach fragt, was systemisch sei, dann hört man nicht selten die Begriffe Familientherapie oder -aufstellung.

Systemische Therapie als Problemlöseherausforderung für Psychotherapeut*innen

Für mich ist zentral: Wer nicht nachdenkt, wird kein*e Klient*in in einer psychotherapeutischen Praxis. Ich interessiere mich für das Denken der Menschen. Für mich gibt es keine Familien im Sinne von irgendwelchen familiären Strukturen, sondern ich betrachte Individuen und deren Verarbeitungsstrukturen von

Phänomenen. Also meine Mutter gibt es so, wie ich sie sehe. Meinen Vater gibt es so, wie ich ihn sehe, meine Geschwister gibt es so, wie ich sie sehe. Dieser Blick auf die Dinge hat Auswirkungen. Und genau das interessiert mich: die Auswirkung von Sichtweisen, nicht die Sichtweisen selbst. Mich interessieren, wenn man so will, nicht die theoretischen Konzepte, sondern die Anwendung und die Auswirkungen der Konzepte. Der größte Unterschied liegt meines Erachtens in der Fokussierung. Die meisten Therapieverfahren, insbesondere wenn man noch die Psychiatrie hinzunimmt, fokussieren Störungsbilder bei Einzelpersonen oder Mehrpersonensystemen. Das heißt, die Klient*innen stehen im Fokus der Aufmerksamkeit und es werden Theorien über Entstehung oder Aufrechterhaltung von Symptomen beim Gegenüber zur Anwendung gebracht und nicht selten manualisierte Methoden der Behandlung entwickelt und mit statistischen Verfahren auf Wirksamkeit analysiert. Dies nennen Systemiker*innen Konzepte der Kybernetik 1. Ordnung. Das Klient*innensystem steht theoretisch und praktisch im Zentrum der Theoriebildung. Bereits in den 1980er-Jahren forderte die Mailänder Gruppe um Mara Selvini-Palazzoli eine Veränderung der Fokussierung. Das Konzept der Kybernetik 2. Ordnung stellt das Therapiesystem ins Zentrum der Betrachtung. Therapeut*innen sind Beobachter*innen, und wie immer sie diese Beobachtungen in Kommunikation in einer Therapiesitzung umsetzen, wird sich das Gespräch entwickeln und damit das, was dann Therapeut*innen beobachten. Konkret erzeugt sich eine Beziehung durch die Fragen und Kommentare der Therapeut*innen selbst. Stelle ich andere Fragen, werde ich anderes beobachten.

VPP aktuell: *Wie könnte man also „Systemische Therapie“ beschreiben?*

Schumacher: Systemische Therapie wird in diesem Denken zu einer Problemlöseherausforderung für die Therapeut*innen selbst. Sie ist ein Verfahren, das den Systemischen Therapeuten bzw. die Therapeutin dazu einlädt, seine bzw. ihre eigenen Probleme, die während eines Therapiegesprächs entstehen, und die er/sie nicht hätte, wenn er/sie nicht genau diese Klient*innen hätte, mit Hilfe eben dieser anwesenden Klient*innen so zu lösen, dass diese als Beteiligte an diesem Problemlöseprozess des/der Therapierenden, sich selbst in die Lage versetzen können, ihre eigenen Probleme zu lösen. Übersetzt heißt dies: Nicht mehr das Klient*innensystem ist das zu beratende System, sondern das Beratungssystem, dessen Teil die Therapeut*innen selbst sind, wird zum zentralen Ausgangspunkt von Interventionen, wobei davon ausgegangen wird, dass das, was gut für den Beratungsprozess ist, auch gut für die Klient*innen sein könnte (Konzept der Ky-

bernetik 2. Ordnung). Folge: Die Therapeut*innen müssen lernen, gut für sich selbst zu sorgen und benötigen gleichzeitig ständiges Feedback der Klient*innen über deren gegenwärtige Einschätzung des bisherigen Prozessverlaufs. Die Klient*innen sind die zahlenden Supervisor*innen der Therapeut*innen.

Das Ziel bestimmt das Setting

VPP aktuell: *In diesem Verständnis der Systemischen Therapie ist es also gar nicht notwendig, die Familie mit einzubeziehen?*

Schumacher: Das ist nicht so einfach. Die Familientherapie wurde ja anhand von zwei Störungsbildern entwickelt, u. a. von „anorektischen Familien“ in Mailand. Italien war damals noch ein sehr katholisch geprägtes Land. Man hatte dort festgestellt, dass Kinder Anorexie entwickeln, um innerhalb einer Familie die Homöostase, also das familiäre Gleichgewicht, aufrechtzuerhalten. Wenn die Eltern Trennungsabsichten haben und das Kind anorektisch wird, werden die Eltern die Trennungsabsicht hintanstellen. So ist die Idee entstanden, dass Symptome eine Funktion haben. Dieses Konzept, dass Symptome innerhalb einer Familie immer eine Funktion haben sollen, wurde dann generalisiert. Das ist natürlich Unsinn, denn z. B. eine Angststörung ist häufig funktionslos. Ich will nicht ausschließen, dass Symptome auch einmal eine Funktion haben können, aber dies zu generalisieren, sodass die Therapie darin besteht, die Funktion des Symptoms herauszufinden, ist zu verkürzt. Also was ist die Funktion? Mein Fokus liegt darauf, zu schauen, was die Auswirkung auf die Therapie ist, wenn mit dem Konzept der Funktion gearbeitet wird. Dies kann sehr sinnvoll sein.

Genauso ist es beim hier zu nennenden zweiten Störungsbild, der Schizophrenie. Wenn man als Systemiker*in davon ausgeht, dass Schizophrenie mehr oder weniger aus einem Loyalitätskonflikt heraus entsteht, macht es Sinn, die beteiligten Personen, zu denen diese Patient*innen in dem Falle loyal sind, mitzunehmen. Daher arbeite ich bei diesen beiden Störungsbildern gerne mit Familien. Genauso, wie ich gerne mit Paaren bei bipolaren Störungen arbeite, weil in der Paardynamik bipolare Störungen bedeutungsvoll sein können. Das Ziel bestimmt das Setting. Und dann kann es sehr sinnvoll sein, mit der ganzen Familie zu arbeiten. Ein großes Thema ist das Arbeiten mit Familie und Kindern, es ist oft mehr Erziehungsberatung als Psychotherapie. Man muss Kinder, je nachdem wie sie sich verhalten, nicht pathologisieren, sondern sollte erst einmal bei den Eltern und deren Erziehungsverhalten anfangen. So kann möglicherweise Erziehungsberatung mehr Sinn machen, die aber ohne die Kinder stattfinden sollte.

VPP aktuell: *Welches Setting wäre denn für eine Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie sinnvoll? Ist das eine Frage des Alters?*

Schumacher: Zu mir kommen Kinder ab dem 5.–6. Lebensjahr – auch mit Angst- oder Zwangsstörungen. Ich arbeite mit den Kindern, aber in Anwesenheit der Eltern, denn ein sechsjähriges Kind ist allein ein bisschen überfordert. Sind die Eltern dabei, nutze ich sie ganz gerne als Co-Therapeut*innen. Generell sehe ich die Herausforderungen im jungen Alter eher im pädagogischen denn im psychotherapeutischen Bereich.

VPP aktuell: *Ein Blick auf die Regelversorgung und deren Herausforderungen: Wie ist die Situation zurzeit?*

Schumacher: Die aktuelle Situation ist, dass wir plötzlich zugelassene oder von den Krankenkassen finanzierte Therapien haben und dadurch die Nachfrage nach Systemischer Psychotherapie extrem hoch ist. Und im Moment ist die Übergangsregelung folgende: Es arbeiten vor allem Systemische Psychotherapeut*innen, die ihre systemische Ausbildung noch nach dem alten System gemacht haben, bevor es die Regelversorgung für Systemische Therapie gab. Sie haben auch noch eine Zulassung mit einer anderen Fachkunde in der Regelversorgung. Noch vor vier Jahren war Systemische Therapie eine Selbstzahlerleistung – außer an Beratungsstellen, ein Luxus sozusagen. Nun ist es eine Kassenleistung, aber es gibt ja weiterhin vorwiegend Selbstzahlerpraxen im Bereich der Systemischen Therapie. In der Regelversorgung ändert es sich langsamer. Es gibt eine höhere Nachfrage, als es derzeit Angebote gibt.

VPP aktuell: *Kommen wir noch einmal auf die Systemische Therapie in der Regelversorgung zurück, die dauert ja bis zu 36 Stunden (Langzeittherapie). Sie ist dennoch die „kürzeste“ der zugelassenen Therapieverfahren. Muss man plötzlich in anderen Zeitspannen denken?*

Schumacher: Eine einzelne Sitzung dauert bei mir in der Regel vier Stunden. Das liegt auch ein bisschen an meinem Kontext. Die Klient*innen kommen von weit her, u. a. aus Österreich und der Schweiz. Zudem kann ich keine regelmäßigen Sitzungen anbieten aufgrund meiner Lehrtätigkeiten. So müssen meine Klient*innen einmal, vielleicht zweimal kommen für vier Stunden, was oft ausreichend ist. Und wenn nicht, schauen wir weiter. Es geht natürlich nicht immer so schnell, das hängt sehr vom Störungsbild ab. Bei Traumata dauert es natürlich viel länger und ich sehe die Klient*innen auch öfter. Das

gilt zum Teil auch bei Persönlichkeitsstörungen, je nachdem, wie reflektiert die Personen sind.

Ich habe früher fünf Jahre lang an einer Universität gearbeitet. Dabei fiel mir auf, dass damals fast alle nach dem Mailänder Modell gearbeitet haben: zehn Sitzungen mit großen Abständen zwischen den Sitzungen. Das nannte man damals lange Kurzzeittherapie. In der Regel betrug die Dauer von Therapien (egal bei welchem Störungsbild) nach dem Mailänder Modell im Mittel sechseinhalb Sitzungen in ungefähr anderthalb Jahren. Ich dachte mir, dass dies eine Auswirkung der Botschaft ist: Eine Therapie dauert zehn Sitzungen und bei der sechsten oder siebten merkt man: Aha, ich habe gar nicht mehr so viel Zeit – und plötzlich bewegt sich etwas. Klar ist, auch das ist eine Kontextbedingung, die Auswirkungen hat.

VPP aktuell: *Das heißt, eine Psychotherapie dauert so lange, wie man Zeit hat?*

Schumacher: Ich denke ja. Das ist eine wichtige Botschaft.

VPP aktuell: *Die Krankenkassen versenden nach der Anerkennung der Stunden immer ein Schreiben, in dem darauf hingewiesen wird, dass man die Therapie durchaus früher beenden kann. Ist dies allen Beteiligten immer klar?*

Schumacher: Man arbeitet auch hier sicherlich oft so lange, wie man Zeit hat – dabei spielen wirtschaftliche Fragen aber auch eine Rolle. Die Probatorik wird schlechter bezahlt, dagegen werden die ersten zehn Kurzzeitsitzungen besser vergütet. Für sie bekommen Psychotherapeut*innen pro Sitzung circa 15 Euro mehr erstattet. Würde man dies nur aus dieser Perspektive betrachten, wäre die Systemische Therapie theoretisch die bestbezahlte Therapie von allen, weil sie am kürzesten ist. Jede kürzere Therapie ist wirtschaftlicher nach diesem System. Und Systemische Therapie kann damit auch mehr Menschen versorgen – die Praxen können damit automatisch einen höheren Durchlauf an Klient*innen haben, die man dann seltener sieht.

Beziehung in der Systemischen Therapie

VPP aktuell: *Bei tiefenpsychologisch analytischen Therapien ist das wöchentliche Setting die Regel, manchmal sogar mehrfach wöchentlich, wenn wir in den analytischen Bereich hineinschauen. Ein wöchentliches Setting ist bei der Systemischen Therapie nicht zwangsläufig notwendig. Kann man überhaupt Beziehungen aufbauen, wenn man die Klient*innen am Ende eher selten und insgesamt nur an zwölf Terminen sieht?*

Schumacher: Hier stellt sich die Frage nach dem Beziehungskonzept. Für mich ist Beziehung gleich Kommunikation. Ob das Thema Beziehung überhaupt relevant ist, weiß ich nicht wirklich. Ich versuche in wenigen Stunden, meinen Klient*innen nützlich zu sein. Und ich beende auch keine Therapien, meine Klient*innen dürfen sich wieder melden, wenn die Therapie nicht nachhaltig war. Oder sie melden sich und sagen, es war nachhaltig. Ich bitte immer darum, mir zurückzumelden, ob die Psychotherapie wirksam war. Aber ich habe kein Beziehungskonzept. Was soll Beziehung sein? Worum es geht, ist Folgendes: In dem Moment, wo wir vier Stunden miteinander reden, erzeugen wir Resonanz und können einander berühren. Darum geht es. Man muss die Menschen in der Psychotherapie emotional berühren – nicht nur kognitiv. Wenn dann Resonanz im Sinne von Hartmut Rosa entsteht, ist das für mich ein Kriterium für Beziehung.

Aber natürlich sind auch die Kontextbedingungen entscheidend. Menschen kommen zu mir über Mund-zu-Mund-Propaganda, weil sie gehört haben, dass es sehr wirksam ist, mit mir zu arbeiten, oder es sind Selbstzahler, die eine weite Anreise haben: Das sind Kontextbedingungen, die die Wirksamkeit der Therapie unterstützen. Aber natürlich gibt es auch Nachteile. Manche Menschen machen sich wahnsinnig Druck, sodass man gar nicht mit ihnen arbeiten kann. Ich finde dennoch, dass die Kurzzeittherapie sowohl ökonomisch als auch für die Klient*innen selbst sinnvoll ist.

VPP aktuell: Für Kassenpatient*innen ist die Therapie nun „gratis“. Macht es einen Unterschied, dass jetzt für alle die Möglichkeit besteht, eine Systemische Therapie zu machen?

Schumacher: Natürlich ist dies für die Versorgung der Bevölkerung sinnvoll. Wir leben im Jahrhundert der psychischen Erkrankungen. Was im 19. Jahrhundert die Seuchen waren, also die viralen und bakteriellen Erkrankungen, sind heute

im Grunde psychische Erkrankungen. Angst und Depression stehen auf Platz 1 der krankheitsbedingten Fehltag.

VPP aktuell: Gibt es Störungen, die am ehesten für Systemische Therapie geeignet sind? Oder irgendwelche Störungsbilder oder Bedingungen, die es braucht, um systemische Störungsbilder von Systemiker*innen eher nicht genommen, auch aufgrund der vielleicht fehlenden Stunden?

Schumacher: Für mich macht es wirklich einen Unterschied. Also ich habe ja gesagt, ich interessiere mich für die Art und Weise des Denkens. Für mich sind psychische Störungen aktiv erzeugt, aber mit Ausnahmen. Zu diesen gehören für mich, wie gesagt, die Traumafolgestörung und in der Regel auch Narzissmus und Borderline-Störung, sowie Persönlichkeitsveränderung nach extremen Belastungen, also Folteropfer zum Beispiel. Und ja, ich glaube schon, dass diese Persönlichkeitsstörungen mehr oder weniger rausfallen, auch wenn es mittlerweile Systemische Traumatherapeut*innen gibt. Hier können die Kontextbedingungen mit begrenzter Therapiezeit durchaus problematisch sein.

Systemische Psychotherapie ist amoralisch

VPP aktuell: Kann eine systemische Haltung der therapeutischen Selbstfürsorge dienen?

Schumacher: Ja, ich nenne diese Haltung die distanzierte Engagiertheit. D.h., ich gehe immer aus der Distanz in das Engagement. Wenn ich merke, dass ich da nicht weiterkomme, gehe ich wieder zurück. Das ist für mich die beste Burn-out-Prophylaxe. Ich mache mich nicht verantwortlich für das Ergebnis, sondern ich mache mich verantwortlich für das, was ich tue. Das ist extrem hilfreich, um nicht auszubrennen.

EGO-STATE-THERAPIE

Zertifizierte Fortbildung in Bonn
Susanne Leutner, Elfie Cronauer & Team



Unser **spezieller Qualitätsbonus:** Wir unterrichten zu viert. Vorträge im Wechsel, lebendige Praxisdemos, intensive Kleingruppenbetreuung. Einbeziehen des neuesten Forschungsstandes, Grundlage bei Dissoziation und Trauma ist die ICD 11.

Curriculum 2024-2025

Spezialseminar am 31.01.+01.02.2025 EST/EMDR
Spezialseminar am 21.+22.02.2025
Körpersprache der Ego-States

Curriculum 2025-2026

Seminar 1: 07.-09.03.2025
Seminar 2: 23.+24.05.2025
Seminar 3: 04.+05.07.2025
Seminar 4: 19.+20.09.2025
Seminar 5: 21.+22.11.2025
Seminar 6: 23.+24.01.2026
Seminar 7: 20.+21.03.2026
Seminar 8: 19.+20.06.2026

Die Seminare entsprechen dem anerkannten Ausbildungscurriculum zum: zur Ego-State Therapeut:in.

Die Seminare umfassen 16 UE, das erste Seminar hat 24 UE.

Seminargebühren jew. inkl. Verpflegung 545 €; nur für das erste Seminar 775 €. PTK (NRW) Punkte: 20 (Seminar 1:30) - Teilnahmevoraussetzung: Approbation

Informationen zur Zertifizierung bei der EST-DE

Buchung per E-Mail bei: susanne.leutner@t-online.de

WWW.EST-RHEINLAND.DE



Das Buch zum Kurs – bei V & R: Leutner/Cronauer: Traumatherapie-Kompass



Begegnung, Prozess und Selbstentwicklung in der Therapie mit Persönlichkeitsanteilen

VPP aktuell: *Das heißt, Neutralität gegenüber allen Ergebnissen oder gegenüber allen Prozessen?*

Schumacher: Ganz genau!

VPP aktuell: *Heißt das für die Therapie einer psychischen Erkrankung, dass der Therapieerfolg oder die erfolgreiche Beendigung einer Therapie nicht unbedingt mit der Abwesenheit von Symptomen einhergehen muss?*

Schumacher: Wenn die Klient*innen sagen: „Danke, es geht mir besser, ich brauche keine Therapie mehr“, ist es in Ordnung. Ich mache meinen Klient*innen mehr oder weniger immer dasselbe Angebot – und die einen nehmen es eben an, und andere nicht.

Mein Kompass in der Therapie, meine Selbstfürsorge für mich als Therapeut lautet: Wie geht es mir mit mir, wenn ich so mit mir umgehe – das heißt also immer die Ebene drüber. Und das ist auch die Frage, die ich meinem Gegenüber stelle: „Wie geht es Ihnen mit sich selbst, wenn Sie so mit sich umgehen“, und dann einfach schauen, wie geht es dem Klienten bzw. der Klientin mit sich selbst.

Mit dieser Metaebene kann ich gut arbeiten und Sorge für mich. Die meisten Menschen, die ich kenne, verwechseln sich mit ihren Gedanken. Sie glauben, dass so, wie sie sich die Welt zusammendenken, die Welt auch sei. Das finde ich immer wieder beeindruckend. Wenn wir dazu eine Distanz kriegen, auf die Metaebene wechseln und sagen können, dass es auch ganz anders sein könnte, dann sind wir schon bei der Ambiguitätstoleranz. Hierbei ist die Freiheit ganz wichtig, dass die Klient*innen immer das Gefühl haben, selbst entscheiden zu können, welche Angebote für sie passen und welche nicht. So gesehen versuche ich mit Klient*innen so zu arbeiten, wie ich wollte, dass mit mir gearbeitet würde, wenn ich Klient wäre.

VPP aktuell: *Ambiguitätstoleranz ist demnach eine Kompetenz der Therapeut*innen?*

Schumacher: Angela Merkel hat es einmal gut ausgedrückt: „Wer Probleme lösen will, muss Widersprüchlichkeiten aushalten können“. Das ist es im Grunde. Alles ist widersprüchlich, es gibt keine Gesamtlösungen, Menschen erreichen nur Etappenziele bis zur nächsten Herausforderung. Es gibt nichts Gutes, was nicht auch etwas Schlechtes hätte. Das Ganze korrespondiert mit dem Grundprinzip, dass die Ambivalenz im Zentrum der Theorie steht. Wir versuchen alles, wenn möglich, von zwei Seiten zu betrachten. Der Vorteil besteht darin, dass wir dadurch nicht doktrinär werden. Systemi-

sche Psychotherapeut*innen wissen nicht, was gut ist für die Menschen, sie sind nicht moralisch. Systemische Therapie ist amoralisch.

VPP aktuell: *Ambiguitätstoleranz als Selbstfürsorge für Psychotherapeut*innen?*

Schumacher: Genau das brauchen wir. Wenn man dies politisch betrachten würde, könnte man sehr weit gehen, denn aktuell werden die politischen Ränder immer extremer.

VPP aktuell: *Wie wirkt sich das in therapeutischen Prozessen aus?*

Systemisches Denken umfasst mehr als Psychotherapie

Schumacher: Die Populisten machen den Menschen Angst und stilisieren sich dann als Retter. Ich vermute, dass dies Angststörungen begünstigt. Viele sind extrem verunsichert und haben Angst vor der Zukunft. Wir leben in unsicheren Zeiten. Hierbei kann systemisches Denken helfen. Es ist eine allumfassende Haltung, nicht nur gegenüber Störungen oder Problemen, sondern tatsächlich gegenüber dem Denken und der Welt. Wir müssen Systeme systemisch denken und Systemische Therapie nicht nur als ein Psychotherapieverfahren verstehen, sondern als eine allumfassende Haltung gegenüber der Welt. Die Psychologie hat den Fehler gemacht, dass sie sich aufs Zählen anstatt aufs Erzählen versteift hat, sie hat sich mit dem Rechnen anstatt mit dem Denken beschäftigt. Für mich hingegen ist klar, dass man ohne eine grundlegende philosophische Schulung keine Psychotherapie machen sollte. Erst dann kann ich versuchen, mich in die Denkstruktur der Menschen einzuarbeiten. Ich orientiere mich immer daran: Mit welcher Logik sind sie unterwegs?

VPP aktuell: *Worum also geht es zusammengefasst in der Systemischen Therapie?*

Schumacher: In der Therapie geht es immer um alles. Es geht immer darum, wie ich mit der Welt in Beziehung trete. Mir geht es nicht um irgendwelche Kleinigkeiten, es geht immer um alles. Das ist mein Ausgangspunkt: Alles ist erst einmal komplett sinnlos und wir sind sterblich, und genau da fange ich an, um Menschen dann zu begleiten, ihr eigenes Kohärenz-erleben im Sinne des Salutogenese-Konzepts von Aaron Antonovsky zu erhöhen.

Das Gespräch führte Mareike van Diepen (VPP).

Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie

Ein langer Weg: Systemische Therapie für Kinder und Jugendliche nun Kassenleistung

Für die ambulante psychotherapeutische Behandlung von Kindern und Jugendlichen steht nun auch die Systemische Therapie als Kassenleistung zur Verfügung.

Psychische Erkrankungen können aus verschiedenen Gründen entstehen. Besonders bei Kindern und Jugendlichen spielen soziale und familiäre Beziehungen eine entscheidende Rolle bei der Entstehung und Behandlung psychischer Probleme. Trotz dieser Bedeutung wurde die Systemische Therapie, die sich auf den sozialen Kontext psychischer Erkrankungen und die Interaktionen innerhalb von Familien oder Systemen konzentriert, bisher nicht von der gesetzlichen Krankenversicherung für die Behandlung von Kindern und Jugendlichen anerkannt. Dennoch ist die Systemische Therapie in der Erziehungsberatung, der stationären Jugendhilfe sowie in den kinder- und jugendpsychiatrischen Abteilungen von Krankenhäusern weit verbreitet und wird dort seit langem erfolgreich eingesetzt.

Es war ein langer Weg. Bereits 2008 hatte der Wissenschaftliche Beirat Psychotherapie die wissenschaftliche Anerkennung der Systemischen Therapie bestätigt, sowohl bei Erwachsenen als auch bei Kindern und Jugendlichen, und die Zulassung als Vertiefungsverfahren für die Ausbildung zur Psychologischen Psychotherapeut*in und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut*in empfohlen. Es folgte 2011 die Aufnahme der Systemischen Therapie als Bereichsweiterbildung in die Muster-Weiterbildungsordnung der Bundespsychotherapeutenkammer.

Als 2020 die Systemische Therapie für Erwachsene in die Psychotherapie-Richtlinie und in die vertragsärztliche Versorgung mit aufgenommen wurde, war dies ein Meilenstein für die Systemiker*innen. Mit der wissenschaftlichen Prüfung des Psychotherapieverfahrens bei Kindern und Jugendlichen wurde das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) vom G-BA beauftragt, das in seinem Abschlussbericht vom Januar 2023 den Nutzen der Systemischen Therapie insbesondere bei Angst- und Zwangsstörungen, Essstörungen, hyperkinetischen sowie substanzbezogenen Störungen bestätigt. Hiermit wird die ambulante psychotherapeutische Versorgung von Kindern und Jugendlichen um eine wichtige Behandlungsmöglichkeit erweitert.

Seit dem 1. Juli 2024 abrechenbar

Für die ambulante psychotherapeutische Behandlung von Kindern und Jugendlichen steht nach dem Beschluss des G-BA nun endlich seit dem 18. Januar 2024 auch die Systemische Therapie als Kassenleistung zur Verfügung, durch die An-



Systemische Therapie nun auch für Kinder und Jugendliche in der Regelversorgung

passung des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM) gibt es seit dem 1. Juli 2024 die Möglichkeit der Abrechnung der neuen Leistungen. Neben den bestehenden Psychotherapieverfahren folgt nun die Systemische Therapie und darf für alle in der Psychotherapie-Richtlinie festgelegten Indikationen angewendet werden.

Weiterführende Informationen

Informationen der KBV zur Systemischen Psychotherapie für Kinder und Jugendliche
www.t1p.de/ktmhz

Wer kann behandeln?

Die Systemische Therapie bei Kindern und Jugendlichen kann in der vertragspsychotherapeutischen Versorgung von Psychotherapeut*innen erbracht werden, die für die psychotherapeutische Behandlung von Kindern und Jugendlichen qualifiziert sind und eine Weiterbildung für bzw. eine Ausbildung im Vertiefungsverfahren Systemische Therapie abgeschlossen haben, sowie die Genehmigung der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung zur Ausführung und Abrechnung der Systemischen Therapie bei Kindern und Jugendlichen zulasten der gesetzlichen Krankenversicherung. In der ambulanten privaten Praxis übernehmen einige private Krankenkassenversicherungen schon länger die Kosten für die Systemische Therapie bei Kindern und Jugendlichen.

Mareike van Diepen

Grundlagen

Trauma und verschiedene Traumatypen

Der Beitrag beleuchtet praxisnah das Thema Trauma sowie die unterschiedlichen Traumatypen und skizziert relevantes Grundlagenwissen.

Das Wort „Trauma“ stammt aus dem Altgriechischen und bezeichnet Wunden im umfassenden Sinne. Im Heilwesen wird es als Fachbegriff für körperliche als auch für die seelische Verletzung gebraucht. Wenn in der Folge von Trauma die Rede ist, ist immer ein Psychotrauma gemeint. Ein (Psycho-)Trauma ist eine bedrohliche Erfahrung, die das Verarbeitungssystem eines Menschen überflutet und gegen das er weder ankämpfen noch vor ihm fliehen kann. Dies geschieht zum Beispiel in einer Konfrontation mit drohendem oder tatsächlichem Tod, ernsthafter Verletzung oder Gefährdung der körperlichen Unversehrtheit der eigenen Person oder der anderen Personen, was in der Regel von intensiver Furcht, Hilflosigkeit oder Entsetzen gekennzeichnet ist (vgl. Weinberg 2005, S. 19). Nach dem Trauma ist nichts mehr, wie es war. Es entsteht ein Bruch in der Lebensgeschichte.

Grundsätzlich können wir sagen, dass bei einem traumatisierenden Ereignis zu viel, zu schnell, zu heftig, zu plötzlich und oft auch zu häufig und/oder in zu frühen Lebensjahren geschieht.

Die Situation führt dazu, dass die Betroffenen in der sogenannten traumatischen Zange stecken; sie können weder kämpfen noch fliehen. In dieser Situation wird der innere Stresspegel oft so hoch, dass es zu einer Dissoziation kommt. Die Wahrnehmung zerreißt. Die Betroffenen fühlen sich außerhalb ihres Körpers oder können sich danach oft nicht mehr an alles erinnern. Dies geschieht durch die Aktivierung der Notfallprogramme im Nervensystem und ist nicht willentlich steuerbar.

Dennoch muss nicht jede ungewöhnliche Belastungssituation eine Traumatisierung nach sich ziehen. Das Alter, das eigene Temperament, die individuellen Erfahrungen und Einschätzungen können (ebenso wie die Erstversorgung) Schutz oder Verstärkung liefern. Resilienzfaktoren (d. h. die psychische Widerstandsfähigkeit, mit der Krisen begegnet wird) bilden weitere Aspekte, die es zu beachten gilt. Nicht zuletzt ist es möglich, die im Körper aufgebaute Aktivierung – dieser würde ja gerne kämpfen oder fliehen, kann dies aber nicht – auch wieder zu entladen. Menschen, denen auch in katastrophalen Situationen Entscheidungs- und Handlungsmöglichkeiten verbleiben, sind meist deutlich weniger traumatisiert. Ihre aktivierte Energie konnte sich zumindest teilweise in Handlung entladen.

Trauma-Entstehung und Trauma-Kategorien

Traumatisierungen werden in Typ-I- (plötzlich, unvorhergesehen, einmalig) und Typ-II-Traumata (chronisch-kumulativ) eingeteilt. Zudem werden sie nach Intention und Beeinflussbarkeit in **akzidentielle** (also zufällig auftretende), **apersonale** (unpersönliche) und **man-made** (also von Menschen verursachte) Traumata unterschieden (siehe Abb. 1).

Ein **TYP-I-Trauma** (auch Schock oder Monotrauma genannt) ist ein einmaliges Ereignis, das hilflos macht, überwältigend ist und keinerlei Möglichkeiten bietet, mit der Situation umzugehen. Es kann von Menschen verursacht werden oder auch durch Naturereignisse.

Von einem **TYP-II-Trauma** spricht man, wenn Menschen wiederholte, länger andauernde und schwere Bedrohungen und/oder Gewalt (häufig verursacht durch andere Menschen) erfahren müssen. Dies geschieht meist in der Kindheit und

	Typ-I-Trauma (einmalig, kurz andauernd)	Typ-II-Trauma (mehrmalig, lang andauernd)
Katastrophen, berufsbedingte Traumatisierung & natural disaster	• Verkehrsunfall • Arbeitsunfall • Kurz andauernde Naturkatastrophen LEICHT	• lang andauernde Naturkatastrophen • technische Katastrophen (z. B. Atomunfall) MITTEL
man-made disaster	• Überfall • Gewalterleben • Vergewaltigung MITTEL	• Misshandlungen und sexueller Missbrauch • Geiselnhaft/Folter • politische Verfolgung • Massenvernichtung (Völkermord) SCHWER

Abb. 1.: Trauma-Typen nach Maercker & Karl 2005

häufig auch in Form sexualisierter Gewalt. Kinder entwickeln besondere Fähigkeiten und charakteristische Schutzmechanismen, die ihnen ein seelisches Überleben in solchen ausweglosen Situationen ermöglichen. Beispielsweise lernen sie, sich von ihren Gefühlen, ihren körperlichen Schmerzen oder ihrem wachen Bewusstsein für das Geschehen abzutrennen (Dissoziation); oder sie übernehmen anstelle des Täters die Verantwortung und Schuld für das Geschehen (Introjektion).

Entwicklungstrauma

In der Praxis hat sich gezeigt, dass Traumafolgestörungen aber auch andere Ursachen haben können. Es wurde daher der Begriff des **Entwicklungstraumas** entwickelt. Entwicklungstraumata entstehen über einen längeren Zeitraum. Gerade in der Kindheit ist es noch weniger möglich, belastenden Situationen zu entfliehen. Dauerhafte Vernachlässigung, Misshandlungen, Hunger, Flucht oder das Miterleben von Tötlichkeiten unter Erwachsenen können chronische Schäden hervorrufen, auch wenn das einzelne Geschehen als normal oder „nicht so schlimm“ bewertet wurde. Ein Entwicklungstrauma erzeugt bei den Betroffenen häufig ein Gefühl, sich nirgendwo sicher zu fühlen. Dies führt zu weitaus gravierenderen Folgen, da Kinder unter solchen Umständen kaum die Möglichkeit haben sich „normal“ zu entwickeln. Ein Entwicklungstrauma greift daher meist sehr viel tiefer in die Persönlichkeitsstruktur und -entwicklung ein als ein Schocktrauma.

Wenn man genau sein will, ist das Bindungstrauma ein Bestandteil des Entwicklungstraumas. Eine komplexe Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) mit ihren schwerwiegenden Auswirkungen auf Bindung und Selbstregulation kann in Folge von Entwicklungs- und Bindungstrauma entstehen.

Wie schon erwähnt, entsteht ein Entwicklungstrauma, wenn ein Kind über einen längeren Zeitraum innerem Stress ausgesetzt ist, für dessen Bewältigung ihm die Kapazitäten bzw. eine zuverlässig co-regulierende erwachsene Person fehlen. Oft ist das Kind auch zusätzlich klassischen Monotraumatisierungen ausgesetzt. Für die Diagnose sind diese jedoch nicht Voraussetzung. (Emotionale) Vernachlässigung und der fehlende Zugang zu lebenswichtigen Ressourcen, ebenso wie physische und psychische Gewalt, verhindern gleichermaßen die gesunde Entwicklung. Ein Erklärungsmodell für den weitreichenden und lebenslangen Einfluss früher Traumatisierungen besagt, dass Kindheitstraumata Veränderungen in neurobiologischen Systemen induzieren, die wiederum

die Vulnerabilität für Erkrankungen erhöhen („biologische Einbettungshypothese“ [Rückl, 2017]). Die meisten neurobiologischen Systeme sind zum Zeitpunkt der Geburt noch nicht ausgereift. Anhaltende Traumata während sensibler Entwicklungsphasen greifen vermutlich in Reifungsprozesse ein und verändern dadurch langfristig die Funktionsweise neurobiologischer Systeme. Davon können viele Bereiche betroffen sein: Wachstum und Immunsystem, Unfallneigung, Lernstörungen, Schwierigkeiten im Umgang mit anderen und besonders Störungen in der Selbstregulation und eine geringe Toleranz gegenüber Stressoren. Menschen mit Entwicklungstrauma können ihre Gefühle häufig nicht gut regulieren und befinden sich oft in Zuständen von Über- oder Untererregung. Zudem werden dysfunktionale, negative Annahmen über die eigene (unwerte) Person und die (feindliche) Welt geprägt.

Das Erlebte ist somit gleich dreifach verankert: In der negativen **Grundeinstellung** sich selbst und der Außenwelt gegenüber, im **Verhalten**, das vom Überlebenskampf und defensiver Anpassung bestimmt wird und in der **Physiologie**, die von Stresshormonen geflutet und zumindest teilweise von wichtigen Entwicklungsschritten abgeschnitten wurde.

Generationsübergreifendes Trauma und transgenerationale Trauma-Weitergabe

Generationsübergreifendes Trauma ist in Deutschland durch die Kriegskinder-Generation bekannt geworden. Menschen, z.B. unsere Großeltern reagierten, wenn diese Kriege oder Vertreibung erlebt hatten, meist mit Verdrängung oder Abspaltung und konnten ihre traumatischen Erlebnisse selten verarbeiten. Eine Folge davon war, dass sie häufig für ihre Kinder nicht sehr emphatisch sein konnten und wenig Raum und Verständnis für deren – im Verhältnis zum eigenen Erlebten – kleinen Ängste und Nöte entwickeln konnten. Aber auch andere Formen von Trauma, wie z.B. innerfamiliäre Gewalt oder Missbrauch, können über viele Generationen getragen werden. Bindung und Kontakt mit den eigenen Kindern und Enkel*innen ist durch fehlende emotionale Feinfühligkeit und Affektregulation (Ängste, Wutausbrüche etc.), Erstarrung und Depression, Schuld- und Schamgefühle erschwert. Es kann zur Weitergabe traumatischer Folgen durch Erziehung/Kommunikationsstil und soziale Vererbung (Lernen durch Beobachten) in von Gewalt oder Sucht betroffenen Familien kommen. Forschungen zeigen Prozesse epigenetischer Übertragung z.B. bei Schwangerschaft in Krieg, Armut oder auf der Flucht. Zum Beispiel führt die große Anpassungsleistung von Geflüchteten und Vertriebenen, die im Nachkriegsdeutschland mühsam einen Platz und Akzeptanz gesucht haben dazu, dass

noch in der Enkel*innengeneration übergroßer Anpassungsdruck und eine Haltung von „auf keinen Fall auffallen wollen“ zu finden ist.

Kollektivtrauma

Als Kollektivtrauma bezeichnen wir beispielsweise die Verfolgung einer bestimmten Bevölkerungsgruppe (z. B. den Genozid an europäischen Jüd*innen in der Shoah), die Unterdrückung der gelebten Kultur (z. B. von Yezid*innen oder Kurd*innen in der Türkei) oder die Kriegserlebnisse einer gesamten Generation. Bestimmte politische Strukturen traumatisieren zudem generationenübergreifend durch Enteignung, Gewalt und Mittäterschaft – wie die Narben des Apartheidsregimes in Südafrika oder der europäischen Kolonialherrschaft in Indien und auf dem afrikanischen Kontinent beweisen. Auch Täter*innen können traumatisiert sein: Man denke nur an die heimkehrenden „Kriegszitterer“ des Ersten und Zweiten Weltkriegs oder an die US-Kriegsveteranen aus Vietnam.

Zudem kann man davon ausgehen, dass auch Menschen, die von Rassismus, Homo- und Transfeindlichkeit und Ableismus (Behindertenfeindlichkeit) betroffen sind und die jahrzehntelang Diskriminierungen ausgesetzt waren und sind, überdurchschnittlich häufig Traumatisierungen erfahren.

Traumafolgen

Viele Menschen können auch schwerwiegende traumatische Situationen ohne Hilfe verarbeiten. Wir sprechen dabei von der persönlichen Resilienz. Diese entsteht durch viele Faktoren: Gene, frühe Erfahrungen, Ressourcen. Die persönliche Resilienz kann durch Lebensstil und regelmäßiges Üben gestärkt werden. In einer Stresssituation kann sie jedoch nicht willentlich erzeugt werden. Eine Traumafolgestörung ist also kein Zeichen von Schwäche oder fehlendem Willen, sondern eine normale und angemessene Reaktion auf ein unnormales, überwältigendes Ereignis.

Typische Symptome einer Traumafolgestörung sind:

1. Übererregung

Nach einem Trauma befinden sich Betroffene oft in einem Zustand ständiger und überhöhter Wachsamkeit (auch Hypervigilanz genannt). Dies äußert sich häufig in Form von Ängsten, übermäßiger Schreckhaftigkeit, Schlafstörungen, Reizbarkeit und Konzentrationsstörungen. Es gibt die ständige Erwartung einer neuen Gefahr. Das körpereigene Schutzsystem befindet sich in permanenter Alarmbereitschaft. Die Person ist deutlich gekennzeichnet z. B. durch Schreckhaftigkeit, Schlafstörungen oder Konzentrationschwierigkeiten.

appointmed

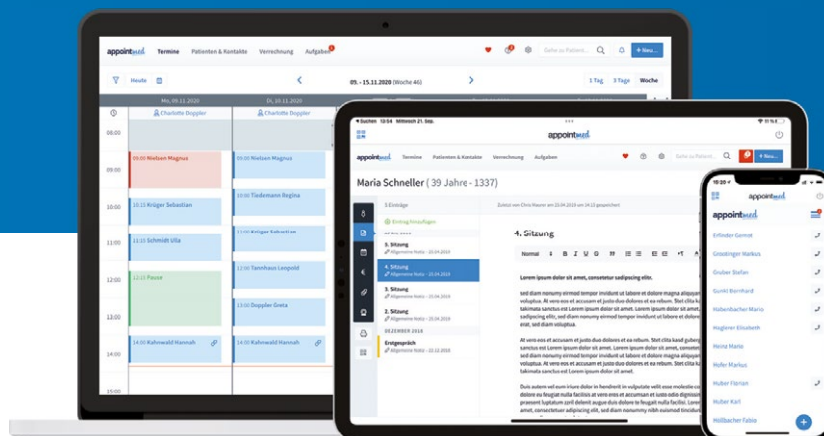
DIE Psychotherapie Software.

appointmed ist **Dein verlässlicher Begleiter** im Arbeitsalltag als PsychotherapeutIn. **Kalender, Dokumentation und Honorarnoten** mit Fokus auf Privatsphäre & **Datenschutz**.

Spare 10%* mit dem Code VPPAKTUELL24

Jetzt kostenlos & unverbindlich testen auf appointmed.com!

ÜBER 2.000 KUND*INNEN
VERTRAUEN BEREITS
AUF APPOINTMED.



EINFACH MIT DEM
SMARTPHONE SCANNEN
FÜR MEHR INFOS!



* Gültig für appointmed MINI/BASIC bei Neuansmeldung bis 31.12.2024

2. Intrusives Wiedererleben

Die Person erlebt häufig Alpträume und auch Flashbacks; besonders emotionale Flashbacks. Dabei wird das traumatische Ereignis erneut so erlebt, als ob es gerade geschehen würde.

3. Dissoziation – Abgetrenntheit

Es besteht eine emotionale Betäubung, Lust-, Freudlosigkeit und Leere, die als eine Art innerer Lähmung erlebt wird. Psychische Veränderungen wie Verzerrung, distanzierte Bewusstseinszustände (Trance) und dissoziative Zustände (Abspalten von Gedanken) bis hin zu Selbstverletzungen, Suizid(-gedanken) und einer veränderten Wahrnehmung gehören mit zur Dissoziation.

4. Vermeidung

Situationen, die als bedrohlich oder triggernd empfunden werden, werden von den Betroffenen soweit wie möglich vermieden.

5. Schuld- und Schamgefühle

Komplexe PTBS durch chronische Belastung

Die ICD-11 trägt einem weiteren Phänomen Rechnung: Gerade interpersonelle Traumata (Typ II) sind von langer Dauer, oft mit starken Schmerzen, Demütigung, Vernachlässigung, Scham- und Schuldzuweisungen, Verletzung der körperlichen, emotionalen und sozialen Integrität sowie wenig bis keiner Unterstützung von außen verbunden. Sie führen zu einer Persönlichkeitsveränderung, die mit einer veränderten Wahrnehmung, einem negativen Selbstbild und einer eingeschränkten Beziehungsfähigkeit einhergehen. Typisch dafür sind Probleme in der Affektregulation und Beziehungsgestaltung, selbstdestruktives und suizidales Verhalten sowie Beeinträchtigungen des Bewusstseins und der Konzentration (wie z. B. Dissoziationen).

Dieses Bild lässt sich insbesondere als Folge einer Kindheit im Klima emotionaler, sexualisierter und physischer Gewalt, geprägt von Flucht, Armut, Sadismus oder ritueller Unterwerfung und Ausbeutung, aber auch bei Erwachsenen mit einschneidenden Erfahrungen von Folter, Krieg, Inhaftierung, Missbrauch in Kulturen, Zwangsprostitution und als Folge von Entstellungen („Ehrenmord“) beobachten.

In einer repräsentativen Bevölkerungsstichprobe (n=2426) über ein breites Altersspektrum (14–93 Jahre) wurden die Prävalenz traumatischer Ereignisse, des Vollbildes der posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) und partieller PTBS-Syndrome geschätzt (Maercker, 2008). Ein standardisiertes Interview mit einer Traumaliste des Composite International

Diagnostic Interviews (CIDI) und eine PTSD-Symptomliste nach DSM-IV (modifizierte PTSD-Symptomskala) wurden eingesetzt. Die Einmonatsprävalenzrate lag bei 2,3 Prozent für das PTBS-Vollbild sowie 2,7 Prozent für die partiellen PTBS-Syndrome. Während sich keine Geschlechtsunterschiede hinsichtlich der Prävalenz ergaben, zeigten sich Altersgruppenunterschiede: Die über 60-Jährigen hatten eine Prävalenz bezüglich des PTBS-Vollbildes von 3,4 Prozent, während diese bei den 14- bis 29-Jährigen 1,3 Prozent und bei den 30- bis 59-Jährigen 1,9 Prozent betrug. Die partiellen PTBS-Syndrome zeigten ebenfalls einen Altersgipfel mit 3,8 Prozent in der Gruppe der Älteren sowie 2,4 Prozent bei Mittelalten und 1,3 Prozent bei jungen Erwachsenen. Die Ergebnisse entsprechen weitgehend denen anderer internationaler Studien, wenn Kriegsauswirkungen für bestimmte Altersgruppen als nationale Besonderheiten berücksichtigt werden. Erstmals konnte eine repräsentative Studie in Deutschland eine relativ hohe Prävalenz der PTBS in der ältesten Altersgruppe der Bevölkerung aufzeigen.

Fazit

Zusammenfassend kann man zu Traumafolgestörungen sagen, dass Betroffene aktivere limbische Systeme haben. Aufwühlende Erlebnisse können nicht mehr realistisch und angemessen bewertet werden. Erinnerungen sind oft fragmentiert

Spezifische Traumafolgen

- Akute Belastungsreaktion
- Posttraumatische Belastungsstörung
- Persönlichkeits(entwicklungs)störung nach extremer Stressbelastung (kPTBS/Persönlichkeitsstörung)
- Traumatische Entwicklungsstörung im Kindesalter

Unspezifische Traumafolgen

- Depression
- Anpassungsstörung
- Angststörung
- Verhaltensstörung (z. B. ADHS, OCD)
- Essstörungen
- Impulskontrollstörungen
- Suchtentwicklung, Zwänge
- Somatoforme Beschwerden
- Psychogene Schmerzsyndrome

Abb. 2: Traumafolgen

und können durch Reize (z. B. Gerüche, Geräusche) aktiviert werden. Das Sprachzentrum ist blockiert und ein Austausch mit anderen dadurch erschwert. Weiterhin kann es die unterschiedlichsten Krankheitsbilder geben.

- a) dissoziiert, sehr ruhig, nicht anwesend, wie eingefroren
- b) übererregt, unruhig, aggressiv, panisch

Beide Bilder können sich abwechseln. Bild a) kann dabei auf eine größere innere Not hinweisen. Ob ein bestimmtes Ereignis für einen Menschen posttraumatische Auswirkungen haben wird, kann erst an den individuellen Reaktionen und Folgen erkannt werden. Traumafolgestörungen stellen sich klinisch als buntes Spektrum verschiedener, häufig dysfunktional erscheinender Anpassungs- und Kompensationsleistungen dar. Sie können in spezifische und unspezifische Traumafolgen eingeteilt werden (siehe Abb. 2).



Sabine M. Knierim, Praxis für Beratung und Psychotherapie in Baumgarten, Fachberaterin für Psychotraumatologie



Dr. Katja Boehm, Gesundheitspsychologin, Private Universität Witten/Herdecke, Lehrstuhl für Medizintheorie, Integrative und Anthroposophische Medizin

Literatur

- Maercker, A. & Karl, A. (2005). Posttraumatische Belastungsstörung: Klassifikation und Diagnostik. In: M. Perez, U. Baumann (Hrsg): *Lehrbuch Klinische Psychologie ± Psychotherapie*. 3. Aufl. Bern: Huber.
- Maercker, A., Forstmeier, S., Wagner, B., Glaesmer, H. & Brähler, E. (2008). Posttraumatische Belastungsstörungen in Deutschland. *Nervenarzt* 79: 577–586.
- Brückl, T. M. & Binder, E. B. (2017). Folgen früher Traumatisierung aus neurobiologischer Sicht. *Forensische Psychiatrie Psychologie Kriminologie* 11, 118–132.
- Weinberg, D. (2005). *Traumatherapie mit Kindern. Strukturierte Traumaintervention und traumabezogene Spieltherapie*. Stuttgart: Pfeiffer bei Klett-Cotta.

KURZINFOS BERUFSPOLITIK

+++

Beschluss zum Modellprojekt QS ambulante Psychotherapie in Kraft

Der Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) vom 18. Januar 2024 zum neuen datengestützten Qualitätssicherungsverfahren für die ambulante Psychotherapie (QS AmbPT) tritt zum 1. September 2024 in Kraft. Am 1. Januar 2025 startet die regional begrenzte Erprobung in NRW. Erhoben werden fallbezogene Dokumentationen in den Praxen sowie schriftliche Patient*innenbefragungen, betroffen sind alle erwachsenen Patient*innen, die in einem Richtlinienverfahren behandelt werden. Ein datengestütztes QS-System dieser Größe gab es bisher nicht, die sechsjährige Testphase soll deshalb genutzt werden, um die Abläufe des Verfahrens zu prüfen und zu optimieren. Zudem soll laut G-BA geprüft werden, ob sich belastbare Aussagen zur Versorgungsqualität gewinnen lassen und Nutzen und Aufwand in einem angemessenen Verhältnis stehen.

Der VPP setzt sich verbändeübergreifend für eine kritische Begleitung und umfassende Evaluation ein – siehe dazu auch den ausführlichen Beitrag in der *VPP aktuell* Nr. 65.

+++

ePA für Alle, die nicht aktiv widersprechen ab 2025

Ab Mitte Januar 2025 kommt die ePA für alle gesetzlich Versicherten, die nicht explizit bei ihren Krankenkassen widersprochen haben. Alle Behandelnden sind verpflichtet, Befunde, Arztbriefe und Untersuchungsergebnisse einzustellen. Wurde nicht widersprochen, können alle Behandelnden alle Dokumente einsehen und downloaden. Praxen müssen hierfür ihre PVS-Systeme entsprechend aufgerüstet haben, um für die ePA startklar zu sein. VPP und BDP haben den Gesetzesprozess über Jahre sehr aktiv und kritisch begleitet durch Stellungnahmen und Teilnahme an Verbändeanhörungen:

www.tinyurl.com/yy4x77za

Versicherte und auch Psychotherapeut*innen sollten sich betreffend der weitreichenden Widerspruchsrechte über die App-gesteuerte ePA informieren. In den nächsten Wochen wird unsere aktualisierte VPP-ePA-Broschüre mit kritischen und hilfreichen Infos erscheinen.

Psychosoziale Belastungen bei Schwangeren und Eltern mit kleinen Kindern

Frühe Hilfen

Frühe Hilfen sind Angebote für Familien mit Kindern bis drei Jahre, ab der Schwangerschaft. Diese niedrigschwellige Unterstützung richtet sich besonders an Familien in belasteten Lebenslagen. Sie dienen der Stärkung der elterlichen Beziehungs- und Versorgungskompetenz. Der vorliegende Beitrag skizziert diese Form der Unterstützung am Beispiel der Frühen Hilfen in NRW.

Psychotherapeut*innen begegnen in ihrer Praxis Menschen, die sich in schwierigen und besonders belastenden Lebenssituationen befinden. Zu dem Personenkreis, der psychotherapeutische Unterstützung in Anspruch nimmt, gehören auch werdende Eltern sowie Eltern mit kleinen Kindern. Diese Personen vertrauen darauf, ihre persönlichen Schwierigkeiten und die möglichen Auswirkungen auf ihre (noch ungeborenen) Kinder offen besprechen zu können.

Psychosoziale Belastungen bei Schwangeren und Eltern mit kleinen Kindern stellen eine erhebliche Herausforderung dar. In seltenen Fällen sind die Probleme so schwerwiegend, dass eine Gefährdung des Kindeswohls nicht mehr sicher ausgeschlossen werden kann und ein Eingreifen zum Schutz vor Gefahren erforderlich wird. Aber auch weniger schwerwiegende Probleme, die deutlich unter dieser Gefährdungsschwelle liegen, können das gesunde Aufwachsen und die Entwicklung zu einer eigenständigen und gesellschaftsfähigen Persönlichkeit beeinträchtigen.

Belastende Lebensumstände

Das Nationale Zentrum „Frühe Hilfen“ führte von April bis Dezember 2022 die Studie „Kinder in Deutschland 0–3 2022“ durch, um die Situation von Familien mit Kindern im Alter von null bis drei Jahren besonders unter den Einwirkungen der COVID-19-Pandemie zu untersuchen. Dabei wurde deutlich, dass besonders sozial benachteiligte Familien mit erhöhten Belastungen und Entwicklungsproblemen ihrer Kinder konfrontiert sind. Beengte Wohnverhältnisse, geringes Einkommen und mangelnde Unterstützung verschärften die Lage. Diese Faktoren führten vermehrt zu Entwicklungsauffälligkeiten bei den Kindern, da die Lebensbedingungen und der Stress in den Familien besonders herausfordernd waren (Renner et al., 2023).¹

In der psychotherapeutischen Arbeit werden solche belastenden Lebensumstände, die auf einen erhöhten Unterstützungsbedarf hinweisen, oft erkannt. Psychotherapeut*innen stehen häufig vor der Herausforderung, Eltern zu helfen, ihre Probleme zu erkennen und sie zu ermutigen, frühzeitig externe Hilfsangebote

in Anspruch zu nehmen. In den meisten Fällen mangelt es den Eltern dabei nicht an Problembewusstsein oder Veränderungswünschen. Vielmehr sind es oftmals akkumulierte Problemlagen, die zu einer verminderten Selbstwirksamkeitserwartung und Ohnmachtsgefühlen führen. Mangelnde Informationen über Hilfsangebote, Schwellenangst und Schamgefühle führen jedoch oft dazu, dass notwendige Unterstützungsleistungen entweder gar nicht oder erst viel später als erforderlich erkannt und genutzt werden.

Barrieren vor Unterstützungsangeboten

Forschungsergebnisse zeigen, dass (werdende) Familien im wesentlich durch zwei Arten symbolischer Barrieren davon abgehalten werden, Unterstützungsangebote in Anspruch zu nehmen. Eine Barriere ist die Angst vor Stigmatisierung und Kontrolle durch Behörden wie z. B. das Jugendamt, die dazu führt, dass Familien sich davor scheuen, Hilfe zu suchen, obwohl entsprechende örtliche Strukturen vorhanden und erreichbar sind. Eine weitere Barriere besteht darin, dass sich belastete Eltern durch hohe Erziehungsstandards eingeschüchtert und beschämt fühlen, was sie davon abhält, Hilfsangebote zu nutzen. Diese Barrieren sind bereits einzeln bedeutend, wirken jedoch zusammen besonders stark und erschweren es, gerade unterprivilegierte Eltern mit Unterstützungsangeboten zu versorgen (Nationales Zentrum Frühe Hilfen, 2021).²

Verbesserungen beim Kinderschutz

In den vergangenen Jahren wurden zahlreiche Maßnahmen ergriffen, um die gesetzlichen Rahmenbedingungen und Strukturen im Bereich des Kinderschutzes zu verbessern. Eine der letzten Maßnahmen war das Landeskinderschutzgesetz NRW im Jahr 2021, das insbesondere eine verbesserte Zusammenarbeit zwischen den Akteuren, die Einführung einheitlicher Mindeststandards und eine kontinuierliche Qualitätsentwicklung vor Ort bewirkte (siehe www.tinyurl.com/2uvcswtf).³

Aber auch unterhalb der gesetzlichen Schwelle für Kindeswohlgefährdungen sind Angebote erforderlich. Kinder und Eltern befinden sich häufig in unterschiedlichen Lebenslagen und Herausforderungen, die zwar selten direkt zu einer Gefährdung des Kindeswohls führen, aber dennoch von Unterstützung profitieren können.

Solche Angebote zielen dabei nicht nur darauf ab, Gefährdungen frühzeitig zu erkennen, bevor sie sich verschärfen. Sie helfen, die vorhandenen elterlichen Fähigkeiten zu stärken, soziale Isolation zu vermeiden und ein unterstützendes Um-

Literaturquellen

- 1 Renner, I., Ulrich, S. M., Neumann, A. & Chakraverty, D. (2023). Familien mit Säuglingen und Kleinkindern in der COVID-19-Pandemie: Belastungserleben und Entwicklungsauffälligkeiten unter Berücksichtigung der sozialen Lage. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz* <https://doi.org/10.1007/s00103-023-03744-x>
- 2 Nationales Zentrum Frühe Hilfen. (2021). *Man will das einfach selber schaffen – Symbolische Barrieren der Inanspruchnahme Früher Hilfen*. Nationales Zentrum Frühe Hilfen. www.fruehehilfen.de/service/publikationen/anzahlansicht-publikationen/titel/man-will-das-einfach-selber-schaffen-symbolische-barrieren-der-inanspruchnahme-frueher-hilfen-au/
- 3 Ministerium für Kinder, Jugend, Familie, Gleichstellung, Flucht und Integration des Landes Nordrhein-Westfalen. (n. d.). Neue einheitliche Standards für Jugendämter beim Kinderschutz. Abgerufen am 12. August 2024, von www.mkjfgfi.nrw/menue/kinder/neue-einheitliche-standards-fuer-jugendaemter-beim-kinderschutz

feld zu schaffen, das für die gesunde Entwicklung von Kindern förderlich ist. Diese Maßnahmen tragen nicht nur zum Wohl des Einzelnen bei, sondern stärken auch das Gemeinwohl, indem sie ein stabiles und unterstützendes Umfeld für alle Familien im Sozialraum zu schaffen. Ein solches Umfeld fördert ein gelingendes Aufwachsen und trägt dazu bei, dass Kinder in ihrer Entwicklung bestmöglich unterstützt werden.

An wen richten sich die Angebote „Frühe Hilfen“?

Frühe Hilfen richten sich an Familien mit Kindern bis zu drei Jahren, beginnend ab der Schwangerschaft, und bieten insbesondere Unterstützung für Familien in belasteten Lebenslagen. Diese Angebote sind niedrigschwellig und sollen vor allem die elterliche Beziehungs- und Versorgungskompetenz stärken. Sie bieten Eltern Beratung, Unterstützung und Begleitung, mit dem Ziel, jedem Kind eine gesunde Entwicklung und ein gewaltfreies Aufwachsen zu ermöglichen.

Die Frühen Hilfen umfassen Leistungen aus unterschiedlichen Bereichen, darunter die Kinder- und Jugendhilfe, das Gesundheitswesen, die Frühförderung und die Schwangerschaftsberatung. Fachkräfte aus diesen Bereichen arbeiten eng zusammen und koordinieren ihre Leistungen in lokalen Netzwerken, um eine umfassende Unterstützung für Eltern bei der Betreuung und Förderung ihrer Kinder zu gewährleisten.

Durch Willkommensbesuche, Lotsendienste, Familienbüros und ähnliche Strukturen gelingt es den Fachkräften, Eltern frühzeitig auf die kommunalen Unterstützungssysteme hinzuweisen und Hürden für die Inanspruchnahme abzubauen. Kostenlose und lokal verfügbare Familientreffs und Kursangebote ermöglichen Eltern und ihren Kindern die Teilhabe am gesellschaftlichen Leben und verhindern Isolation.

Aufsuchende Unterstützung durch ehrenamtliche Pat*innen sowie gesundheitsorientierte Familienbegleitung durch Fachkräfte des Gesundheitswesens decken auch längerfristige Bedarfe ab und stärken Eltern in ihrer Handlungs-, Beziehungs- und Erziehungskompetenz.

In Nordrhein-Westfalen sind die Frühen Hilfen flächendeckend etabliert und je nach vorhandenem Bedarf regional unterschiedlich ausgestattet. Sie sind oftmals der erste Baustein der kommunalen Präventionskette und somit Teil der

kommunalen Gesamtstrategie zur Förderung der frühzeitigen Unterstützung und Stabilisierung von Familien mit Kindern in den ersten Lebensjahren.

Entscheidend für das Gelingen der Frühen Hilfen sind dabei einfache und unbürokratische Möglichkeiten für Familien, mit den Angeboten in Kontakt zu kommen.

Von besonderer Bedeutung für die Erreichung der Ziele sind die Grundhaltungen, die die Frühen Hilfen auszeichnen: Diese Angebote sind für alle Familien da. Sie sind kostenfrei, freiwillig und auf Wertschätzung basierend, was entscheidend für ihren Erfolg ist. Es geht eben nicht darum, mit einer defizitorientierten Herangehensweise Eltern als unzureichend oder inkompetent in ihrem Handeln zu markieren, sondern um ein Angebot, in welchem die Einschätzung des Bedarfs im Wesentlichen von den Inanspruchnehmenden selbst definiert wird.

Wohlergehen und Wahrung von Entwicklungschancen

Die Frühen Hilfen fokussieren daher nicht die Verhinderung von „Unerwünschtem“, sondern die Förderung von Wohlergehen und die Wahrung von Entwicklungschancen. Sie eröffnen bei Bedarf Wege zu weitergehenden Unterstützungsleistungen und haben verbindliche Verfahrenswege bei Hinweisen auf mögliche Kindeswohlgefährdung. Die vertrauensvolle Haltung der Fachkräfte hilft, Hemmnisse und Barrieren abzubauen, Stigmatisierung zu vermeiden und die Wirksamkeit der Angebote sicherzustellen.

Ein weiteres wesentliches Merkmal der Frühen Hilfen sind die lokalen Netzwerke auf Fachkräfebene, die über die direkten Unterstützungsangebote für Familien hinausgehen. Die interprofessionelle Zusammenarbeit in kommunalen Netzwerken gewährleistet, dass alle Akteure mit Kontakt zur Zielgruppe über die Angebote informiert sind und diese vermitteln können. Regelmäßige Treffen und ein kontinuierlicher Informationsaustausch, etwa über E-Mail-Verteiler, sichern dabei den stetigen Wissenstransfer. Durch den Austausch spezifischen Wissens verschiedener Professionen entsteht ein umfassenderes Verständnis der Familiensituationen aus verschiedenen Perspektiven. Besonders hervorzuheben ist die verbesserte Kooperation zwischen Jugendhilfe und Gesundheitswesen, die durch diese Vernetzung ermöglicht wird.

Was können Psychotherapeut*innen tun?

Für Psychotherapeut*innen bieten sich verschiedene Möglichkeiten, von den lokal vorhandenen Strukturen der Frühen Hilfen zu profitieren und sich einzubringen. Allein das Wissen über lokale Frühe Hilfen, deren Struktur und verfügbare Angebote sowie die Weitergabe dieser Informationen an betroffene Familien kann eine wertvolle Unterstützung darstellen.

Dies kann zum Beispiel durch das Auslegen von Flyern und Anbringen von Plakaten in der Praxis erfolgen, aber auch durch die gezielte Ansprache von Patient*innen, die bei einem wahrgenommenen Bedarf auf die bestehenden Unterstützungsangebote hingewiesen werden können. Viele Kommunen haben zentrale Anlaufstellen für Frühe Hilfen etabliert, die oft als erste Kontaktmöglichkeit dienen. Die Vermittlung kann jedoch auch über den persönlichen Kontakt zu den Netzwerkkoordinierenden vor Ort erfolgen, die die organisatorische Verantwortung für die lokale Struktur tragen. Ein erster Überblick über die lokal vorhandenen Strukturen kann auch digital über die Postleitzahlensuche des Nationalen Zentrums Frühe Hilfen erfolgen: www.elternsein.info/fruehe-hilfen/suche-fruehe-hilfen

In immer mehr Kommunen wird zudem der vom Ministerium für Kinder, Jugend, Familie, Gleichstellung, Flucht und Integration bereitgestellte **Online-Service „Guter Start NRW“** genutzt. Dieser Service bietet Kommunen die Möglichkeit, eine benutzerfreundliche Datenbank für Familien bereitzustellen, die einen umfassenden Überblick über Spielplätze, Bildungs- und Freizeitangebote sowie Unterstützungsleistungen im persönlichen Umfeld liefert – und das über die gesamte Altersspanne, vom Kinderwunsch bis hin zum Übergang in den Beruf. Die Namensgebung und Ausgestaltung variiert regional. Beispielhafte Varianten:

- Familien-Navigator Düsseldorf:
www.fruehehilfen-online.nrw.de/duesseldorf.suche
- Familienwegweiser Leverkusen:
www.fruehehilfen-online.nrw.de/leverkusen.suche

Eine intensivere Form des Engagements kann durch eine aktive Teilnahme an den **lokalen Netzwerktreffen** vor Ort erfolgen. Die verschiedenen Netzwerkpartner*innen informieren sich in regelmäßig stattfindenden Netzwerktreffen gegenseitig über ihr jeweiliges Angebots- und Aufgabenspektrum und beraten strukturelle Fragen der Angebotsgestaltung und -entwicklung.

Das Ziel ist dabei nicht, dass alle örtlichen Vertreter*innen einer Fachrichtung an den Netzwerktreffen teilnehmen. Vielmehr soll die jeweilige Profession und das damit verbundene

Spezialwissen in die Netzwerkarbeit eingebracht werden. In vielen Regionen ist auch eine damit verbundene Multiplikator*innenfunktion erwünscht, um das Angebotsspektrum, Verfahrensabsprachen und weitergehende Informationen auch den anderen Vertreter*innen der Fachrichtung zugänglich zu machen.

Weitergehend kann die Kooperation mit dem Netzwerk Frühe Hilfen über die Mitwirkung an dem **Interprofessionellen Qualitätszirkel Frühe Hilfen (IQZ)** erfolgen. Diese besondere Form Qualitätszirkel orientieren sich konzeptionell an den seit vielen Jahren etablierten ärztlichen und psychotherapeutischen Qualitätszirkeln. Im Mittelpunkt dabei steht insbesondere der systemübergreifende Aspekt: Um eine Brücke zwischen der Kinder- und Jugendhilfe und dem Gesundheitswesen zu bauen, können sich Akteure beider Systeme in den Zirkeln engagieren. Durch die IQZ soll die Kooperation und Vernetzung zwischen Gesundheitswesen und Kinder- und Jugendhilfe gestärkt und die Überleitung belasteter Familien in die Frühen Hilfen verbessert werden.

Dieser Ansatz befindet sich in NRW noch im Aufbau und ist bislang in knapp 40 Kommunen in NRW etabliert. Weitergehende Informationen zu diesem und den anderen Themen rund um das Themenfeld der Frühe Hilfen stellt auch die Landeskoordinierungsstelle Frühe Hilfen im MKJFGFI zur Verfügung. Kontaktdaten sind über die Webseite abrufbar: www.mkjfgfi.nrw/fruehe-hilfen-nrw

Fazit

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass für Psychotherapeut*innen die Kenntnis und aktive Nutzung der Frühen Hilfen und der damit verbundenen lokalen Netzwerke eine bedeutende Erweiterung ihrer therapeutischen Arbeit darstellen kann. Diese Angebote bieten nicht nur eine wertvolle Ergänzung zu den bestehenden therapeutischen Interventionen, sondern ermöglichen auch eine verbesserte Vernetzung und den Zugang zu umfassenden Unterstützungsressourcen für ihre Klient*innen.



© privat

Marco Cabreira da Benta, Referent in der Landeskoordinierungsstelle Frühe Hilfen im Ministerium für Kinder, Jugend, Familie, Gleichstellung, Flucht und Integration des Landes Nordrhein-Westfalen

Was bringt mir das? Und was bringe ich dem Netzwerk?

Als Psychologische*r Psychotherapeut*in in einem Netzwerk Frühe Hilfen

Als Behandlerin oder Behandler von erwachsenen Patient*innen kommt man nicht umhin, sich immer wieder auch mit Fragen rund um das Wohl des Nachwuchses zu befassen. Insbesondere wenn Menschen in psychischen Krisen schwanger werden und Kinder bekommen, kann dies schnell zu einer Belastung für alle Beteiligten werden, die über die Psychotherapie längst nicht aufgefangen werden kann.

Es gehört nicht zur Ausbildung als Psychologische*r Psychotherapeut*in, die verschiedenen Hilfsangebote der Jugendhilfe und Ähnliches kennenzulernen. Macht man sich aber auf die Suche, stellt man schnell fest, dass es große regionale Unterschiede in Art und Umfang des Angebots gibt – und auch in der Auffindbarkeit. So kam ein erster Kontakt mit den Frühen Hilfen bei mir z. B. darüber zustande, dass ich bei einer Fortbildung einen ärztlichen Kollegen aus dem Nachbarkreis traf, der mich zu einem Qualitätszirkel zum Thema in seine Praxis einlud. Dort nahmen Kinderärzt*innen, Fachärzt*innen, Psychotherapeut*innen, Pädagog*innen und auch eine Vertreterin der Stadt teil. Erst nach einiger Recherche stellte ich fest, dass es so etwas Ähnliches in meiner kreisfreien Stadt auch gab. Nicht als klassischer Qualitätszirkel organisiert, sondern als quartalsweise stattfindendes Netzwerktreffen „Frühe Hilfen“ unter der Koordination einer sehr engagierten Mitarbeiterin des Jugendamtes. Diese freute sich sehr über das Interesse, eine KJPLerin gab es bereits im Netzwerk, eine Psychologische Psychotherapeutin noch nicht.

Bei den Netzwerktreffen kommen ganz unterschiedliche Berufsgruppen zusammen, neben den o. g. Berufsgruppen z. B. auch Leiter*innen örtlicher KiTas oder Soziotherapeut*innen. Es werden die verschiedenen regionalen Angebote vorgestellt und es besteht Raum für Austausch. Zwischen den Treffen kommuniziert man per E-Mail, über das Netzwerk können gezielt Fachfragen gestellt oder auch fachkundige Kolleg*innen gesucht und gefunden werden.

Als Vertreter*innen des VPP/BDP wurden Ralph Schliewenz (KJP, Vizepräsident des BDP) und ich nach Teilnahme an einer Veranstaltung des Landes NRW ins dortige Ministerium zu einem Fachgespräch eingeladen. Die große Beteiligung von gleich zwei Ministerien (MAGS und MKJFGFI) wies auf ein hohes Interesse hin, psychotherapeutische Expertise flächendeckender einzubinden. Es wurde erörtert, wie es möglich ist, auch in unseren Fachkreisen die Angebote der Frühen Hilfen bekannter zu machen und wie wir uns einbringen könnten – z. B. durch Fachvorträge oder Supervision für pädagogische Fachkräfte oder als Teil des Netzwerkes mit unseren regionalen

Angeboten. Es wurde jedoch auch deutlich, dass das Projekt der Frühen Hilfen nur über wenig finanzielle Mittel verfügt und mit ehrenamtlichem Engagement steht und fällt.

Fazit

Was haben wir davon, dass wir uns in solche Netzwerke einbringen, vielleicht sogar eine Moderator*innenausbildung absolvieren, wie sie von einigen KVen angeboten wird und einen Qualitätszirkel leiten? Neben dem „guten Gefühl, etwas Sinnvolles zu tun“, helfen uns solche Strukturen auch in unserer täglichen Arbeit. Denn solange Familien, die Frühe Hilfen benötigen, entsprechende Hilfen nicht erhalten, können auch wir unsere psychotherapeutische Arbeit nicht sinnvoll erbringen, sondern sind eher mit Case-Management beschäftigt. Und wenn wir wissen, wen wir im Falle von Fragen oder Unterstützungsbedarf anrufen können, sparen wir wertvolle Zeit ein und können passgenaue Angebote vermitteln.

Dr. Johanna Thünker

KURZINFO BERUFSPOLITIK

+++

Komplexrichtlinie für Kinder und Jugendliche in Kraft

Die sogenannte Komplexrichtlinie für schwer psychisch kranke Kinder und Jugendliche mit komplexem psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf (KJ-KSVPsych-RL) – www.g-ba.de/beschluesse/6527 – ist im Juli in Kraft getreten. Durch diese Richtlinie soll eine bessere Schnittstellenkoordination erreicht werden. Die Versorgung soll durch ein zentrales Team erfolgen, bestehend mindestens aus einer Person mit fachärztlicher Qualifikation, einer Person mit psychologischer Qualifikation sowie einer koordinierenden nichtärztlichen Person. Es kann bei Bedarf um weitere Berufsgruppen erweitert werden. Der*die Patient*in erhält eine Ansprechperson mit ärztlicher oder psychotherapeutischer Qualifikation, die die Verantwortung für die Koordination übernimmt. Ob hinreichend aus den Problemen bei der Komplexrichtlinie für Erwachsene gelernt wurde und die Komplexversorgung für Kinder und Jugendliche zu einer Verbesserung der Versorgung in der Fläche führt, wird sich zeigen.

Was Psychotherapeut*innen wissen sollten

Rechtliche Erläuterung zu den neuen Abrechnungsempfehlungen GOP/GOÄ

Es ist zu erwarten, dass auf längere Sicht die Rechtsnatur der Empfehlungen im Alltag keine Rolle spielen wird, bis dann endlich eine GOÄ-Novelle erfolgt, weil sich Psychotherapeut*innen und die Kostenträger daran halten. Zu Beginn sind aber Fragen nach der Rechtswirkung nahelegend.

Auch wenn mit dem Bundesinnenministerium eine staatliche Stelle beteiligt ist, während die weiteren Beteiligten privatrechtliche Institutionen sind, handelt es sich bei den Empfehlungen um einen schlichten Vertrag, der sich weitgehend am Bürgerlichen Gesetzbuch bemisst. Dabei muss der Vertrag keinem bestimmten Vertragstyp zuordenbar sein. Es handelt sich weitgehend „nur“ um eine Meinungsäußerung der Unterzeichner – aber eine mit faktisch großem Gewicht. Obwohl eigentlich die meisten Kostenträger tatsächlich nicht zu den Vertragspartnern gehören, nämlich die privaten Krankenversicherungsunternehmen und die Landesbeihilfestellen nicht, soll das die Wirkung dieser Vereinbarung nicht schmälern. Denn zu größeren Teilen, insbesondere seitens der Landesbeihilfestellen, ist bereits signalisiert worden, dass sie beabsichtigen, den Empfehlungen zu folgen.

Auch wenn es so scheint, sind die Empfehlungen keine Veränderung der GOP/GOÄ, sie ergänzen sie nur, ändern sie aber nicht, denn das wäre nicht zulässig. Nur die Deutsche Bundesregierung oder der Deutsche Bundestag kann die GOP/GOÄ novellieren. Auch die Legende gehört mit zur GOÄ und ginge im Zweifel vor, wie gesagt gibt es aber keine Widersprüche, sondern die Analogbewertungen sind breit konsentiert, auch wenn sie vereinzelt kreativ und überraschend erscheinen, ist das eine Folge geringer Spielräume in der fortbestehenden vorrangigen GOP/GOÄ.

Bindungswirkung?

Freilich entfaltet die Abrechnungsempfehlung schon wegen ihrer Titulierung keine Bindungswirkung. Es fehlen auch konkrete Regelungen einer Sanktionierung bei Vertragsverstoß. Das ist allerdings plausibel, weil die Unterzeichner weitgehend nicht selbst über Kostenerstattungen entscheiden. Das BMI hat anscheinend die Bundesländer vorerst nur in der Erörterung vertreten, und der Verband privater Krankenversicherungen hatte offenbar auch kein Mandat, seine Mitgliedsunternehmen verbindlich zu vertreten. Andererseits gilt für die Bundespsychotherapeutenkammer, dass sie als Gesellschaft der Landespsychotherapeutenkammern nicht unmittelbar die Psychotherapeut*innen als Mitglieder der Landeskammern vertritt. Ein Verstoß durch die Unterzeichner ließe sich nicht

richtig greifen, wenn die Unterzeichner für die konkreten Kostenerstattungen nicht zuständig sind. Auch umgekehrt ist kaum herleitbar, welcher Schaden anderen Unterzeichnern entstehen könnte, wenn sich z. B. ein Vertragspartner ablehnend zu den Empfehlungen äußern sollte.

Trotzdem ist allein wegen der Breite der Beteiligten die Wirkung der Empfehlungen nicht zu unterschätzen. Mit ihr ist die begründete und erhebliche Hoffnung und Vermutung verbunden, dass sich die Kostenträger daran halten werden.

Das gilt allerdings auch umgekehrt: Wenn sich der Großteil der Psychotherapeut*innen daran hält, dürften sich auch die Kostenträger animiert fühlen, die Empfehlungen zu befolgen.

„Nur“ Empfehlungen für Psychotherapeut*innen

Auch für die Psychotherapeut*innen sind es also nur Empfehlungen, an die sie sich halten können oder nicht. So kann man die Empfehlungen auch dort anwenden, wo Kostenträger an den Empfehlungen nicht (mittelbar) mitgewirkt haben. So sind sie z. B. auch heranziehbar gegenüber Selbstzahler*innen oder gegenüber den gesetzlichen Krankenkassen bei Kostenerstattungen im Systemversagen gem. § 13 Abs. 3 SGB V.

Berufspolitisch kritisch zu erörtern bleibt auch, dass man die Empfehlungen nur teilweise heranziehen kann. So ist entgegen der Empfehlungen Teil II (1) eine Kombination von analog abrechenbaren („neuen“) Leistungen gemäß Teil I der Empfehlungen mit einer abweichenden Vereinbarung über den Steigerungssatz gem. § 2 GOP/GOÄ möglich, wenn auch ansonsten die wirtschaftliche Informationspflicht und das berufsrechtliche Gebot klarer und wahrer Rechnungen eingehalten ist. Damit allerdings wird der Konsens der Empfehlungen konterkariert, und auch die Kostenträger könnten sich dadurch veranlasst sehen, sich ihrerseits (auch bei anderen Behandler*innen) nicht an die Empfehlungen zu halten.

Fazit

Letztendlich ist aber schon jetzt der erreichte Zustand ein Erfolg: Selbst wenn sich wider Erwarten die Kostenträger nicht an die Empfehlungen halten sollten, stehen diese Empfehlungen im Raum. Mit der Folge, dass wer sich darauf beruft, nicht mehr mit dem Einwand rechnen muss, dass diese Analogbewertung als „Hirngespinnst“ ignoriert werden müsste.

Jan Frederichs, Berlin

4. und 5. Oktober 2024

Autismustagung 2024

Thema: Autistische Welten – Sozialverhalten, Kommunikation und Interaktion
Ort: Linz (Österreich) und online
www.autismustagung.at

4. und 5. Oktober 2024

GNP Jahrestagung 2024

Thema: Neuropsychologie gemeinsam weiterdenken
Ort: Wien (Österreich)
tagung.gnp.de

8. Oktober 2024

BPTK-Fachtag Antisemitismus, Rassismus: Diskriminierung in der Psychotherapie

Ort: online
www.tinyurl.com/4p9dymfe

12. Oktober 2024

6. Beltz Schematherapie-Kongress

Thema: Mehr Mut zur Empathischen Konfrontation

Ort: Köln
www.tinyurl.com/ycx6dtw6

20. bis 24. Oktober 2024

53. Lübecker Psychotherapietage

Thema: Zweifel und Zuversicht
Ort: Lübeck
www.luebecker-psychotherapietage.de

25. und 26. Oktober 2024

78. Tagung der FG Psychologie in der Arbeit mit Menschen mit geistiger Behinderung

Ort: Ebsdorfergrund
www.tinyurl.com/mez9rpmt

27. bis 31. Oktober 2024

Lindauer Herbsttagung der Internationalen Gesellschaft für Tiefenpsychologie e.V.

Ort: Lindau und online
www.tinyurl.com/bhd45k8s

30. Okt. bis 3. November 2024

29. Psychotherapietage NRW

Thema: Grenzen verändern, Grenzen respektieren
Ort: Bad Salzuflen
www.psychotherapietage-nrw.de

7. November 2024

BDP: Online-Workshop

Thema: Nachhaltige Praxis, nachhaltiges Büro
www.tinyurl.com/3x3a2zxs

9. und 10. November 2024

20. Jahreskongress Psychotherapie

Ort: Bochum
www.unifortbildung-psychotherapie.de

27. bis 30. November 2024

DGPPN-Kongress

Thema: Psychische Gesundheit in Krisenzeiten
Ort: Berlin
www.tinyurl.com/27yk7deu

28. und 29. November 2024

7. Internationale Fachtagung „Psychologische Diagnostik“

Ort: Wien und online
www.tinyurl.com/mstkbetz

13. bis 15. März 2025

DeGPT Jahrestagung 2025

Thema: Trauma und Substanzen – Risiko oder Chance?
Ort: Hamburg
www.degpt-jahrestagung.de

19. bis 22. März 2025

33. DGVT-Kongress

Thema: Who cares? Psychotherapie und Beratung in der Verantwortung
Ort: Berlin
www.dgvt-kongress.de

7. bis 11. April 2025

4. Deutscher Psychotherapie Kongress

Thema: Aus gutem Grund
Ort: Berlin und online
www.deutscher-psychotherapie-kongress.de

IMPRESSUM 17. Jahrgang, 2024, Heft Nummer 66, ISSN 2199-3300



Deutscher Psychologen Verlag GmbH

Herausgeber

Verband Psychologischer Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten im BDP e.V. (VPP im BDP)
Am Köllnischen Park 2
10179 Berlin
Tel.: 030/20 91 66 - 664
Fax: 030/20 91 66 - 77 664
info@vpp.org
www.vpp.org

V.i.S.d.P.

Dipl.-Psych. Susanne Berwanger, München

Redaktion

Chefredaktion:
Jörg Schmidt, Andernach
Redaktionsmitglieder:
C. Bentz, S. Berwanger, J. Frederichs, M. Marek, J. Thünker

Gestaltung

Tanja Bregulla, Langerwehe

Druck

Strube Druck & Medien GmbH, Felsberg

Verlag

Deutscher Psychologen Verlag GmbH
Geschäftsführung:
Jan Frederichs
Am Köllnischen Park 2
10179 Berlin
Tel.: 030/20 91 66 - 410
Fax: 030/20 91 66 - 413
verlag@psychologenverlag.de
www.psychologenverlag.de

Anzeigen

Deutscher Psychologen Verlag GmbH
Anzeigenredaktion
Am Köllnischen Park 2
10179 Berlin
Tel.: 030/20 91 66 - 416
anzeigen@psychologenverlag.de
www.vpp-aktuell.de
Gültig ist die Preisliste Nr. 6 vom 1.1.2024

Anzeigenschluss

Heft 67: 1.11.2024
(erscheint am 13.12.2024)

Leser- und Abo-Service

Deutscher Psychologen Verlag GmbH
Tel.: 0228/95 50 210
Fax: 0228/36 96 210
leserservice@psychologenverlag.de

Abonnement

„VPP aktuell“ erscheint viermal jährlich und ist als Einzelheft zum Preis von 12,80 Euro erhältlich. Ein Jahresabonnement kostet im Inland 48,00 Euro, im Ausland 52,00 Euro. Mitglieder im Berufsverband Deutscher Psychologinnen und Psychologen e.V. (BDP), die nicht Mitglied des VPP im BDP e.V. sind, zahlen für das Einzelheft 9,80 Euro und im Jahresabo 36,00 Euro. Studierende, Arbeitslose und Rentner*innen erhalten gegen Nachweis 50 Prozent Rabatt

auf den Jahresabopreis. Alle Preise verstehen sich inkl. MwSt. und Versandkosten. Der Abonnementpreis wird im Voraus in Rechnung gestellt. Preisänderungen vorbehalten.

Das Abonnement verlängert sich zu den jeweils gültigen Bedingungen um ein Jahr, wenn es nicht mit einer Frist von sechs Wochen zum Ende des Bezugszeitraums schriftlich gekündigt wird.

Für Mitglieder des VPP im BDP e.V. ist der Bezugspreis im VPP-Mitgliedsbeitrag enthalten.

Titelfoto von
© zakondimawt – Freepik

© Deutscher Psychologen Verlag GmbH, 2024

Die Inventar-Versicherung (Praxis-Inhalts-Versicherung).

Gemeinschaftliche Tätigkeit von Psychotherapeut*innen – richtig versichern

Anknüpfend an den Beitrag in der letzten Ausgabe wollen wir uns heute detaillierter mit der Inventarversicherung befassen. Im Beratungsalltag treffen wir bei der Absicherung des Inventars von Praxen, in denen mehrere Psychotherapeut*innen gemeinsam tätig sind (Berufsausübungs-Gemeinschaft, Praxisgemeinschaft und MVZ) regelmäßig auf folgende Probleme:

- Der Versicherungsschutz bei vorhandenen Verträgen ist veraltet und lückenhaft.
- Die Absicherung des Inventars besteht über mehrere Versicherungsverträge bei unterschiedlichen Versicherern.

Umfassender moderner Versicherungsschutz – Altverträge überprüfen lassen

Versicherungsverträge bedürfen grundsätzlich einer regelmäßigen Überprüfung, da zum einen immer wieder neue, verbesserte Produkte auf den Markt kommen, mit denen bisher ggfs. nicht versicherte Risiken abgedeckt werden können. Zum anderen gibt es in den Praxen z. B. durch Neuanschaffungen und Inflation Veränderungsbedarf im Hinblick auf die Versicherungssumme. Dies ist wichtig, um eine Unterversicherung zu vermeiden.

Entspricht die Versicherungssumme nicht dem Neuwert des gesamten Inventars, kann der Versicherer im Schadensfall die Entschädigungsleistung kürzen.

Unser Tipp: Lassen Sie Ihren Vertrag durch uns überprüfen und bei Bedarf anpassen.

Inventar-Versicherung für Berufsausübungs-Gemeinschaften (BAG) und MVZ

Da die BAG und das MVZ eine wirtschaftlich-organisatorische Einheit darstellen, ist für die Absicherung des Praxisinventars immer ein gemeinsamer Vertrag abzuschließen.

Inventar-Versicherung für Praxisgemeinschaften (PG)

Die einzelnen beteiligten Psychotherapeut*innen agieren bei der Ausübung der vertragspsychotherapeutischen Versorgung unabhängig voneinander. Die Therapieräume statten in der Regel jede*r auf eigene Kosten individuell aus. Deshalb werden häufig mehrere Inventar-Versicherungen abgeschlossen.

Dies ist mit Risiken und Nachteilen verbunden, da ...

- ... gemeinsam genutzte Bereiche (Wartezimmer, Küche, Sanitärbereich, gemeinsame IT) oft unberücksichtigt bleiben,



Eine Absicherung des Inventars ist wichtig

- ... die Zugänge zu den Therapieräumen (Türschlösser) in der Regel nicht die Sicherheitsanforderungen der Versicherer erfüllen. Bei Einbruch-Schäden besteht dadurch ggfs. keine Deckung.
- ... unterschiedliche Versicherungs-Bedingungen mit unterschiedlichem Versicherungsumfang zugrunde liegen. Sind mehrere Inhaber*innen von einem Schaden betroffen (z. B. Wasserschaden), gestaltet sich die Abstimmung der verschiedenen beteiligten Versicherer langwierig und kompliziert.
- ... alle Versicherer Mindestprämien haben, liegt die individuelle Beitragslast für den/die Einzelne/n höher.

Die Lösung: Alle Beteiligten schließen einen gemeinsamen Vertrag ab und verteilen die Beitragslast nach einem selbst definierten Schlüssel (z. B. Flächenanteil des Therapieraumes oder Anzahl der Beteiligten). Bestehen mehrere Verträge, empfehlen wir baldmöglichst die Absicherung über einen Vertrag. Ebenso wie Sie die verschiedenen Zimmer Ihrer privaten Wohnung über eine Hausratversicherung versichern, sollten Sie auch alle gemeinsam genutzten Praxis-Räume über einen Vertrag versichern.

Expert*innenwissen und Marktkennntnis der PsyCura Wirtschaftsdienst GmbH nutzen

Da auch dieser Versicherungsbereich komplex ist, ist die Nutzung von Expert*innen für den Abschluss oder die Optimierung der Absicherung sinnvoll. Dabei ist die Kenntnis des Marktes und der vielfältigen Produktvarianten wichtig.

Unser Tipp: Vereinbaren Sie über den Gutschein auf der hinteren Umschlagseite Ihren individuellen Beratungstermin oder fordern Sie einen Vorschlag an.

Sascha Keller und Dr. Michael Marek
PsyCura Wirtschaftsdienst GmbH

Empfehlungen der psylife-Redaktion

Highlights aus dem Online-Magazin psylife

In dieser Rubrik stellen wir Ihnen auch dieses Mal wieder einige von der psylife-Redaktion ausgewählte Beiträge aus dem Online-Magazin vor. Alle Artikel können Sie kostenfrei auf www.psylife.de lesen. Weitere Beiträge zur Psychotherapie finden Sie im Online-Magazin unter folgendem Link: www.psylife.de/magazin/psychotherapie

Aktuelles aus der Magazin-Rubrik

„Zu Risiken und Nebenwirkungen fragen Sie Ihre*n... Psychotherapeut*in?“



Über medikamentöse Nebenwirkungen werden Patient*innen durch Beipackzettel umfangreich aufgeklärt. Doch wie ist das in der Psychotherapie? Mit welchen Nebenwirkungen ist zu rechnen – und wo verläuft die Grenze zu Behandlungsfehlern und Verletzungen? Ein Überblick über ein komplexes und bislang zu wenig diskutiertes Thema.

www.psylife.de/magazin/psychotherapie/nebenwirkungen-psychotherapie

Therapie mit hochbegabten Erwachsenen – wie immer oder doch anders?



Hochbegabt sein ist mehr als nur ein $IQ \geq 130$ – es ist Teil des eigenen Selbstkonzepts und folglich mit der eigenen Lebensgeschichte verbunden. Gerade deshalb sollte in einer Psychotherapie das hochbegabungsspezifische Erleben und Verhalten von Patient*innen sowohl beim Erstellen der Fallkonzeption als auch bei der Therapieplanung und -durchführung angemessen berücksichtigt werden.

www.psylife.de/magazin/psychotherapie/therapie-mit-hochbegabten-erwachsenen-wie-immer-oder-doch-anders

Sinn und Unsinn von Religiosität – Sinnfragen in der Psychotherapie begegnen



Foto: Greg Rakoz - unsplash.com

Nicht jeder Mensch ist religiös oder spirituell, aber jeder Mensch stellt sich irgendwann die Frage nach dem Sinn des Lebens. In krisenhaften Zeiten kann Glaube helfen und Orientierung bieten. Dabei ist die Suche nach einem passenden Sinnsystem in unserer heutigen Gesellschaft manchmal herausfordernd – und das richtige Maß zwischen Vertrauen und Zweifel ein Balanceakt. Im Interview gehen Werner Gross und Natalie Waschke den Fragen nach Sinn und Religiosität in der Psychotherapie nach und wie Sie diesen begegnen können.

www.psylife.de/magazin/resilienz-staerken-in-herausfordernden-zeiten

Autismusverdacht – und nun?



Foto: Photographica - stock.adobe.com

Nicht selten trifft man in der ambulanten Praxis auf Menschen, bei denen der Verdacht auf eine Autismus-Spektrum-Störung (ASS) naheliegt. Wie sollte man damit umgehen? Dieser Frage widmet sich Dr. Johanna Thünker in unserem Artikel.

www.psylife.de/magazin/autismusverdacht-und-nun

Wollen Sie regelmäßig neue Beiträge lesen?

Dann melden Sie sich gleich für den kostenlosen psylife-Newsletter an. Dieser erscheint alle 14 Tage. Als Dankeschön erhalten Sie die Broschüre „Achtsamkeit für Profis“.

www.psylife.de/newsletter

redaktion@psylife.de, www.psylife.de

EPIKUR e-therapie ONLINE

Mehr Therapie, weniger Technik!

Sie kümmern sich um Ihre Patienten –
wir übernehmen die Praxisverwaltung.



Jetzt bis zum 15.11.24
Angebot sichern!
www.epikur.de/aktion



Auf die richtige Absicherung kommt es an!

Die therapeutische Arbeit erfolgt heute oft auch gemeinsam mit Berufskolleg*innen in unterschiedlichen Praxisformen. Diese bedingen z. T. unterschiedliche Anforderungen an Versicherungen.

Hierbei sind u. a. folgende Fragen wichtig:

- Berücksichtigen abgeschlossene Versicherungen die Besonderheiten der Arbeit in einer BAG, einem MVZ oder einer Praxisgemeinschaft?
- Erfüllt die Berufshaftpflicht-Versicherung die gesetzlichen Anforderungen und die Vorgaben der Berufsordnung?
- Sind die Risiken der Haftung aus der Tätigkeit ausreichend abgesichert?
- Kann ich mir rechtlichen Beistand bei Streitigkeiten mit der KV leisten?

Faxantwort
Am schnellsten geht's per Fax
030 33 77 383 10

Sorgen Sie jetzt für Sicherheit

☒ **Ja**, ich will den kostenfreien VersicherungsCheck nutzen oder zu einem Neuabschluss beraten werden.

Geschlecht: ☐ weiblich ☐ männlich ☐ divers

.....
Titel, Vorname, Nachname oder Praxis-Name

.....
Straße, Haus-Nr.

.....
PLZ, Ort

.....
E-Mail-Adresse (für die schnelle Kontaktaufnahme)

.....
Telefon (tagsüber – für Rückfragen)

.....
Derzeitige Tätigkeit

.....
Mitgliedschaft in Berufs-/Fachverbänden

Praxisart:

☐ BAG ☐ MVZ ☐ Einzelpraxis

☐ Praxis-/Bürogemeinschaft
– Anzahl Inhaber*innen:

.....
Ort, Datum

X
Unterschrift

MEIN BERATUNGSBEDARF:

- ☐ Überprüfung meiner nachfolgend genannten Versicherung/-en
- ☐ Neuabschluss nachfolgend genannter Versicherung/-en
- ☐ Praxis-Inventar-Versicherung
- ☐ Berufs-/Betriebshaftpflicht-Versicherung
- ☐ Rechtsschutz-Versicherung

☐ Sonstiges:

PC1-019-02 · Foto: © Calvius-Pic – AdobeStock

Datenschutz und IT-Sicherheit – Ist Ihre Praxis up to date?



Der Praxisbetrieb ist heute ohne elektronischen Datenaustausch nicht mehr denkbar. Die wachsende Zahl von Cyber-Angriffen und strenge gesetzliche Vorgaben stellen eine große Herausforderung dar. Auch bei vollständiger Umsetzung geforderter Maßnahmen ist ergänzender Schutz durch spezielle Versicherungslösungen unerlässlich.

Faxantwort
Am schnellsten geht's per Fax
030 33 77 383 10

Lassen Sie sich jetzt von den Expert*innen des PsyCura-Kooperationspartner-Netzwerkes beraten!

ICH INTERESSIERE MICH FÜR:

☐ Cyber-Versicherung

☐ Datenschutz-Rechtsschutz-Versicherung

☐ Elektronik-Versicherung

☐ andere/s Versicherung/Produkt:

PERSONENDATEN

Geschlecht: ☐ weiblich ☐ männlich ☐ divers

.....
Titel, Vorname, Nachname oder Praxis-Name

.....
Straße, Haus-Nr.

.....
PLZ, Ort

.....
Geburtsdatum

.....
Telefon (tagsüber – für Rückfragen)

.....
E-Mail-Adresse (für die schnelle Kontaktaufnahme)

Mitgliedschaft in Berufsverbänden – Name/n:

☐ Ich stimme der Kommunikation per E-Mail zu.

.....
Ort, Datum

X
Unterschrift

PC1-011-04 · Foto: © seibick – Freepik