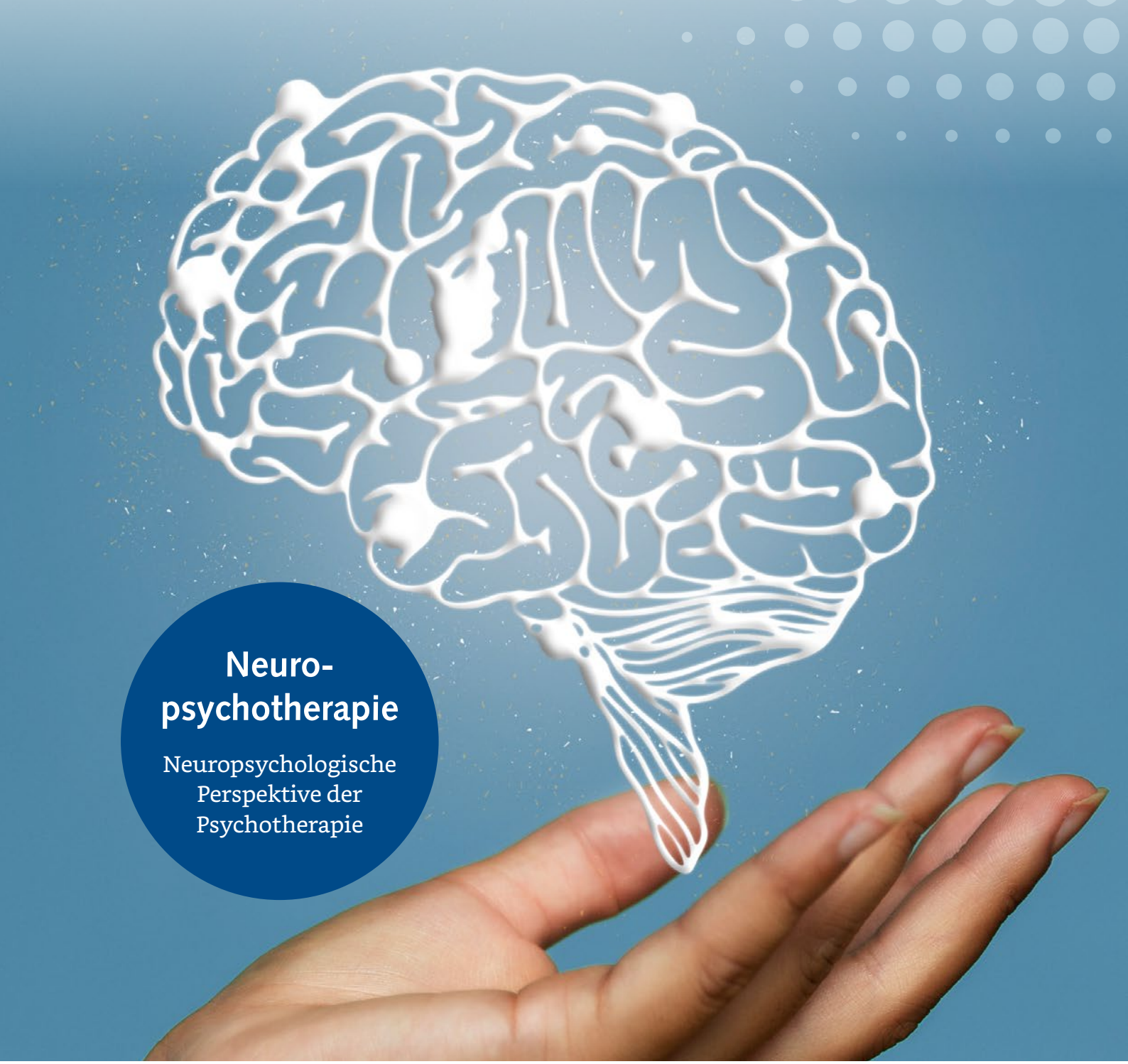
Verband Psychologischer
Psychotherapeutinnen und
Psychotherapeuten im BDP e. V.

www.vpp-aktuell.de
Ausgabe 69
Juni 2025

Berufsverband Deutscher
Psychologinnen
und Psychologen

VPP aktuell



Neuro-psychotherapie

Neuropsychologische Perspektive der Psychotherapie

Geschlechtsinkongruenz und Geschlechtsdypshorie
Überblick über die neue S2k-Leitlinie

Traumabehandlung von Kindern und Jugendlichen
Erfahrungen mit dem Angebot „Trauma First“

Kassenpatient*innen in der Privatpraxis
Abrechnung über Krankenkassen möglich?

Editorial

Liebe Leser*innen,

mit dieser Ausgabe der *VPP aktuell* nehmen wir Sie mit an die Schnittstellen aktueller psychotherapeutischer Entwicklungen: biologisch, gesellschaftlich und strukturell.

Was genau meint „Neuropsychotherapie" – und warum reagieren Teile unseres Berufszweigs mitunter so ambivalent auf diesen Begriff? Im Interview erläutert Sabine Unverhau, 1. Vorsitzende der Gesellschaft für Neuropsychologie, wie neuropsychologische Erkenntnisse sinnvoll in die therapeutische Praxis integriert werden können, ohne in Reduktionismus zu verfallen.

Aktuell heiß diskutiert und lange erwartet: die neue S2k-Leitlinie zu Geschlechtsinkongruenz und -dysphorie im Kindes- und Jugendalter. Dr. Angela Rölver und Prof. Dr. Georg Romer vom Universitätsklinikum Münster stellen die zentralen Inhalte vor und ordnen sie fachlich sowie gesellschaftspolitisch ein. Der Konsens von 27 Fachgesellschaften zeigt: Differenzierung und Haltung sind möglich, auch in polarisierten Zeiten.

Dritte wichtige Perspektive: die Behandlung von Kindern und Jugendlichen nach traumatischen Erfahrungen. Dr. Sabine Ahrens-Eipper skizziert evidenzbasierte Ansätze und macht deutlich, wo Versorgungslücken bestehen – und was es für eine traumasensible Psychotherapie braucht.

Zudem blicken wir auf das große Ganze: Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) will Hürden zur Umsetzung der KSVPsych-Richtlinie abbauen. Wir waren als VPP erneut zur Anhörung geladen – und sehen Bewegung. Susanne Berwanger beschreibt in ihrem Beitrag den aktuellen Stand der Dinge. Berufspolitisches Engagement wirkt.

Dieses und einiges mehr können Sie in unserer neuen Ausgabe der *VPP aktuell* lesen. Wir wünschen Ihnen eine anregende Lektüre und freuen uns wie immer über Rückmeldungen und weitere Anregungen zur Ausgabe.

Mit kollegialen Grüßen

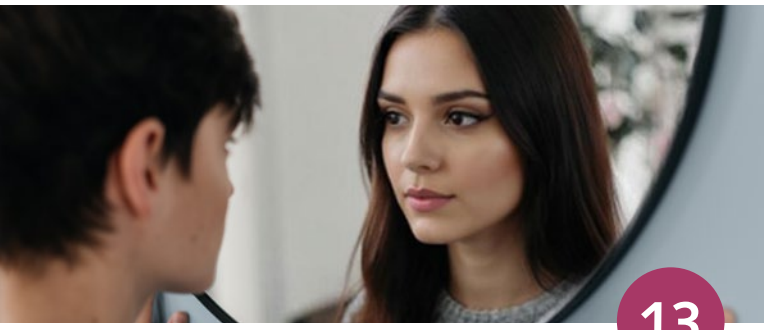
Hans-Jürgen Papenfuß
Stellvertretender Vorsitzender VPP im BDP e. V.

Inhalt

5

Neuropsychotherapie

Was ist Neuropsychotherapie genau – und was unterscheidet sie von der klassischen Psychotherapie?



13

Geschlechtsinkongruenz und Geschlechtsdypshorie im Kindes- und Jugendalter

Überblick über die zentralen Themen und Behandlungsempfehlungen der im April 2025 erschienenen S2k-Leitlinie

24

KSVPSych-Richtlinie

Wie steht es um das 2021 gestartete berufsgruppenübergreifende ambulante Versorgungsprogramm für schwer psychisch Erkrankte? Was bringt der Änderungsentwurf des G-BA?

2 Editorial

BERUFSPRAXIS

5 Die neuropsychologische Perspektive der Psychotherapie
Neuropsychotherapie: „Alles bio oder was?“

13 Übersicht zur S2k-Leitlinie
Geschlechtsinkongruenz und Geschlechtsdypshorie im Kindes- und Jugendalter

17 Erfahrungen aus dem Versorgungsangebot „Trauma First“
Die Behandlung von Kindern und Jugendlichen nach traumatischen Ereignissen

BERUFSPOLITIK

21 Was Psychotherapeut*innen wissen sollten
Abrechnung von Psychotherapie bei Kassenpatient*innen in der Privatpraxis

24 Wichtiges zur KSVPsych-Richtlinie
Berufsgruppenübergreifende ambulante Netzwerkversorgung für schwer und komplex psychisch Erkrankte

26 Was ist neu?
Einheitlicher Bewertungsmaßstab (EBM) 2025

27 Ihre Meinung ist gefragt!
Digitalisierung in der psychotherapeutischen Versorgung – die aktuelle VPP-Umfrage

28 Vorgestellt
Als Psychotherapeutin berufspolitisch aktiv

INFORMATIONEN

29 Die Rechtsschutz-Versicherung
Gemeinschaftliche Tätigkeit von Psychotherapeut*innen richtig versichern

31 Empfehlungen der psylife-Redaktion
Highlights aus dem Online-Magazin psylife

32 Veranstaltungskalender

32 Impressum

Unsere Buchtipps

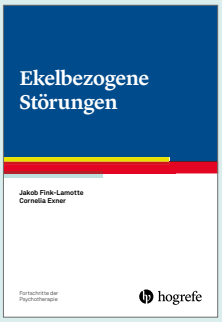
Christian G. Schanz / Monika Equit / Sarah K. Schäfer

Kein Stress ist nicht genug

Eigene Bedürfnisse erkennen und das Wohlbefinden steigern

Der Ratgeber zeigt, was wir selbst tun können, um unser psychisches Wohlbefinden zu fördern und unsere Widerstandskräfte zu stärken. Es geht darum, bedürfnisbefriedigende (Lebens-)Ziele zu verfolgen, Stress und Emotionen besser zu bewältigen, Resilienz aufzubauen und gegebenenfalls psychische Erkrankungen richtig zu behandeln.

2024, 196 Seiten, Kleinformat, inkl. Online-Materialien,
€ 19,95 (DE) / € 20,60 (AT) / CHF 27.90,
ISBN 978-3-8017-3246-2
Dieser Titel ist auch als eBook erhältlich.



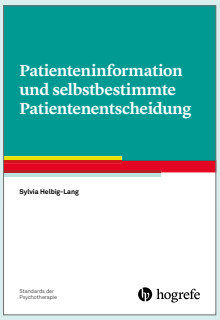
Jakob Fink-Lamotte / Cornelia Exner

Ekelbezogene Störungen

Reihe: Fortschritte der Psychotherapie – Band 95

Der Band liefert grundlegendes Wissen zur Emotion Ekel und beschreibt für verschiedene psychische Störungen verhaltensnahe, kognitive sowie imaginative Techniken, die es ermöglichen, pathologisches Ekelerleben zu verändern.

2025, VI/90 Seiten, € 19,95 (DE) / € 20,60 (AT) / CHF 27.90,
im Reihenabo: € 15,95 (DE) / € 16,40 (AT) / CHF 22.50,
ISBN 978-3-8017-3175-5
Dieser Titel ist auch als eBook erhältlich.



Sylvia Helbig-Lang

Patienteninformation und selbstbestimmte Patientenentscheidung

Reihe: Standards der Psychotherapie – Band 16

Wann sind Patientinnen und Patienten umfassend über ihre Behandlung aufgeklärt? Wann sind Patientenentscheidungen selbstbestimmt? Und wie kann beides vor dem Hintergrund spezifischer therapeutischer Zielvorstellungen umgesetzt werden? Das Buch gibt Anregungen, wie Aufklärungs- und Entscheidungsprozesse in der Psychotherapie reflektiert und systematisch umgesetzt werden können.

2025, VI/124 Seiten, € 24,95 (DE) / € 25,70 (AT) / CHF 34.50,
im Reihenabo: € 19,95 (DE) / € 20,60 (AT) / CHF 27.90,
ISBN 978-3-8017-3212-7
Dieser Titel ist auch als eBook erhältlich.

Annelen Collatz / Karin Gudat

Negative Glaubenssätze aufspüren und verändern

120 Karten für Beratung, Coaching und Therapie

Glaubenssätze beeinflussen unser Denken, Handeln und unsere Emotionen. Zusammen mit den im Booklet beschriebenen Übungen bietet dieses Kartenset einen spielerischen und gleichzeitig schnellen Zugang zum Aufspüren und Umstrukturieren von dysfunktionalen Überzeugungen, die ansonsten möglicherweise unentdeckt geblieben wären.

2024, Kartenbox mit 120 Karten und 64-seitigem Booklet,
€ 36,95 (DE) / € 38,00 (AT) / CHF 48.90,
ISBN 978-3-8017-3236-3

www.hogrefe.com

hogrefe

kanpvl07/Freepik

Die neuropsychologische Perspektive der Psychotherapie

Neuropsychotherapie: „Alles bio oder was?“

Es kommt nicht selten ein gewisses Unbehagen in der Psychotherapie auf, fällt der Begriff „Neuropsychotherapie“. Doch ist das begründet? Im Gespräch mit Dipl.-Psych. Sabine Unverhau, der 1. Vorsitzenden der GNP, wollen wir dem ein wenig auf den Grund gehen. Was ist Neuropsychotherapie eigentlich, und was unterscheidet sie von der klassischen Psychotherapie?

privat

Dipl.-Psych. Sabine Unverhau ist Klinische Neuropsychologin GNP/PTK NRW, Psychologische Psychotherapeutin und aktuell Vorstandsvorsitzende der Gesellschaft für Neuropsychologie e. V. (GNP). Sie hat aktiv als Delegierte und Mitglied neuropsychologiespezifischer Fachkommissionen der NRW-Landes- und der Bundespsychotherapeutenkammer an der Entstehung und Umsetzung der neuropsychologischen Weiterbildungen mitgewirkt. 2000 gründete sie einen Fachdienst für Integrative Neuropsychologie, dessen Team in NRW mobil und aufsuchend Menschen mit erworbener Hirnschädigung bei ihrer Reintegration in den Beruf, die Schule und den persönlichen Alltag unterstützt.

VPP aktuell: *Viele Psychotherapeut*innen stellen sich die Frage: Was ist Neuropsychotherapie eigentlich genau? Wie unterscheidet sie sich von Neuropsychologie?*

Sabine Unverhau: Neuropsychologie ist zunächst einmal der Ansatz, der sich mit der Struktur und Funktionsweise des Gehirns auseinandersetzt und auf dieser Grundlage menschliches Handeln, Denken und Fühlen analysiert. Sie ist als Fachgebiet breit aufgestellt und findet auch außerhalb klinisch-therapeutischer Prozesse Anwendung, wobei sich der Fokus immer auf die Interaktion Mensch – Gehirn ausrichtet.

„Neuro“ ist ja ein bisschen hip geworden. Denken wir zum Beispiel an das Neuromarketing, wo man Erkenntnisse aus der Gedächtnisforschung nutzt,

um Kaufentscheidungen nachzuvollziehen und zu beeinflussen. Ebenso können die Erkenntnisse der Neuropsychologie auch für didaktische Konzepte verwendet werden. In der klinischen respektive therapeutischen Anwendung wird das Wissen dann – wie in der Psychotherapie auch – auf Störungsbilder angewendet.

Die Klinische Neuropsychologie hat sich dadurch entwickelt, dass immer mehr Menschen Hirnschädigungen überlebt haben. Die Anfänge der Disziplin liegen tatsächlich – und das ist makaber – in Kriegszeiten, als man begann, die Auswirkungen von Schussverletzungen im Kopf zu untersuchen. Grundsätzlich ist sie ein Fachgebiet, das sich am Bedarf entwickelt hat. Immer mehr Menschen überlebten Erkrankungen wie ein Schädelhirntrauma oder einen Schlaganfall. Da braucht man eine Antwort auf die Zustände, in denen diese Menschen sich dann befanden.

VPP aktuell: *Könnten Sie uns kurz die Entwicklung in Deutschland skizzieren?*

Unverhau: 1986 wurde die Gesellschaft für Neuropsychologie e. V. (GNP) gegründet, u. a. mit dem Gedanken, dass die Ergebnisse der neuropsychologischen Forschung eine klinische Anwendung finden müssen. So entstand 1993 das erste ▸ **Curriculum Klinische Neuropsychologie**, das in einem zweiten Schritt auch von ärztlichen und psychologischen Fach- sowie Berufsverbänden mitgetragen wurde. Angelehnt an die Strukturen ärztlicher Weiterbildung – psychotherapeutische gab es ja noch nicht – umfasste dieses Curriculum eine dreijährige klinische Tätigkeit unter der Obhut von akkreditierten Weiterbildungsermächtigten, 400 Stunden Theorie und 100 Stunden Supervision. Am Ende erwarb man ein Zertifikat, das sich als Nachweis einer spezifischen Qualifikation etablieren konnte.

> *„Der lange Weg durch die Instanzen*

Neben der rein fachlichen Seite brauchte es aber auch eine Einbindung in die Versorgungssysteme. Die Klinische Neuropsychologie machte sich auf einen langen Weg durch die Instanzen. Zunächst fand sie hauptsächlich in den stationären Einrichtungen statt, da war sie gut etabliert. Das Problem für die ambulante Weiterversorgung bestand darin, dass diese gemäß Sozialgesetzbuch V eine Erlaubnis zur eigenständigen Heilkundeerbringung voraussetzt. Dafür musste ein Weg gefunden werden.

Als 1999 das Psychotherapeutengesetz verabschiedet wurde, rutschte die Neuropsychologie mit hinein. Die Breite der Legaldefinition – Psychothera-

Gesellschaft für Neuropsychologie e.V.

Die Gesellschaft für Neuropsychologie e. V. (GNP) ist die 1986 gegründete Fachgesellschaft, die die Neuropsychologie als Teil der Neurowissenschaften sowie als Teil der Psychotherapie in den Feldern Wissenschaft und Forschung, Weiterbildung und Versorgung vertritt. Ihre rund 1.800 Mitglieder arbeiten an Universitäten, in Akut- und Rehabilitationskliniken, in der psychotherapeutischen Niederlassung sowie in diversen Stellen der sogenannten komplementären bzw. institutionellen Versorgung.

1993 legte die GNP mit dem *Curriculum Klinische Neuropsychologie* die Grundlage dafür, dass eine spezifische berufliche Qualifikation (*Zertifikat Klinische/r Neuropsychologe/in GNP*) für die Versorgung von Menschen mit Hirnfunktionsstörungen erworben werden konnte. Diese dreijährige Weiterbildung im Rahmen supervidierter klinischer Tätigkeit prägte mit bis heute rund 1.300 Absolvent*innen und 200 Weiterbildungsstätten die neurologische Rehabilitation. Nach dem Psychotherapeutengesetz 1999 setzte sich die GNP für die sozialrechtliche Anerkennung der Klinischen Neuropsychologie ein und erreichte im Rahmen der psychotherapeutischen Aus- und Weiterbildungsreform, dass eine eigene Gebietsweiterbildung in neuropsychologischer Psychotherapie entstehen konnte.

▸ **www.gnp.de**

pie ist Behandlung krankheitswertiger Störungen mit psychologischen Mitteln – konnte ja auch auf neurologische Erkrankungen angewendet werden. Für damals bereits tätige Klinische Neuropsycholog*innen GNP war es so möglich, nach der Übergangsregelung eine Approbation zu erhalten.

Der Weg in die ambulante Versorgung

VPP aktuell: *Wie kam die Neuropsychologie in die ambulante Versorgung?*

Unverhau: Das Psychotherapeutengesetz eröffnete die Möglichkeit, einen Antrag beim Wissenschaftlichen Beirat für Psychotherapie (WBP) auf Anerkennung als psychotherapeutisches Verfahren zu stellen. Die spezifische Wirksamkeit der Klinischen Neuropsychologie für die Behandlung hirnorganisch bedingter psychischer Störungen wurde bestätigt. Da sie in der vom WBP definierten Systematik aber nur eine ICD-10-Diagnose – die „F0" – bedient, wurde sie nicht als Vertiefungsfach für die Psychotherapieausbildung zugelassen. Man konnte also keine Approbation mit der Spezialisierung auf Neuropsychologie erwerben.

Der Klinischen Neuropsychologie blieb daher nur der sozialrechtliche Weg, sich als Weiterbildung der Psychotherapie anerkennen zu lassen. Für die Kolleg*innen der etablierten Psychotherapie, die verständlicherweise ihre Approbation und das Ausbildungssystem als große Errungenschaft feierten, war die Vorstellung einer Weiterbildung – noch dazu für eine spezifische Indikation – fachpolitisch ein Schreckgespenst. Inhaltlich musste zudem ein Verständnis dafür aufgebaut werden, dass Neuropsycholog*innen deutlich mehr machen als „Konzentrationstraining".

Letztlich war klar, dass es sozialrechtlich keine andere Möglichkeit gab, als die sozialrechtliche Anerkennung der Klinischen Neuropsychologie über eine Weiterbildungsordnung für Psychologische Psychotherapeut*innen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut*innen zu regeln. Die erste Fassung dieser Weiterbildungsordnung wurde 2006 von der Bundespsychotherapeutenkammer verabschiedet. Es brauchte dann weitere fünf Jahre, bis der **▸ Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) im November 2011 entschied**, dass die neuropsychologische Therapie Teil des ambulanten Leistungskatalogs der gesetzlichen Krankenversicherung wird, wobei er sie in einer eigenen Richtlinie als „Ärztliche Methode" erfasste. Zur Leistungserbringung werden hier Approbierte mit einer Fachkunde in einem psychotherapeutischen Verfahren und einer zweijährigen neuropsychologischen Weiterbildung gemäß der Ordnung berechtigt.

Neuropsychotherapie vs. klassische Psychotherapie

VPP aktuell: *Was unterscheidet Neuropsychotherapie von der klassischen Psychotherapie?*

Unverhau: Der Fokus der Neuropsychotherapie liegt auf dem spezifischen Wissen darüber, wie unsere Funktionen für Denken, Handeln, Fühlen im Gehirn repräsentiert sind. Die Hauptklientel sind Menschen mit sogenannter erworbener Hirnschädigung. Es geht darum, mit entsprechender Diagnostik genau zu analysieren, welche Folgen ein Schlaganfall, ein Schädelhirntrauma in welchem Funktionsbereich hinterlässt. Diese gilt es einzuordnen, natürlich immer im Kontext einer ganzen Persönlichkeit. Aus einzelnen Tests können wir keine Diagnosen ableiten. Wir müs-

Wie sind unsere Funktionen für Denken, Handeln und Fühlen im Gehirn repräsentiert?

sen uns ein Bild von der gesamten Person machen. Was kann sie, was nicht, welche Funktionen wirken wie zusammen oder behindern sich wechselseitig? Was konnte die Person vorher? Wie sind die Störungen auch vor dem biografischen Hintergrund zu werten? Welche Bewältigungsfaktoren bringt diese Persönlichkeit mit? Welche stützenden, welche belastenden Kontextfaktoren begleiten sie? Also eigentlich das „ganze Programm", das in anderen Bereichen der Psychotherapie natürlich auch eine Rolle spielt – das biopsychosoziale Modell der WHO mit dem Start bei „bio".

> *„Neuropsychotherapien sind immer ganzheitliche mehrdimensionale Behandlungskonzepte*

Das Therapierrepertoire in der Neuropsychotherapie besteht aus drei Säulen: Mithilfe der Funktionstherapie wird sehr spezifisch mit den Patient*innen am Wiederaufbau von Funktionen – z. B. den Gedächtnis- oder Aufmerksamkeitsfunktionen – gearbeitet. Funktionsdefizite, die nicht ausreichend verbessert werden können, werden durch Kompensationsstrategien verschiedener Kategorien gelindert – die zweite Säule.

Die dritte Säule bilden die sogenannten integrativen Verfahren, d. h. psychotherapeutische Ansätze anderer Verfahren, um die Patient*innen darin zu unterstützen, ihre Situation auch emotional zu bewältigen und Unsicherheiten zu überwinden, die Leistungsveränderungen mit sich bringen. Neuropsychotherapien sind immer ganzheitliche, mehrdimensionale Behandlungskonzepte, bei denen ein Baustein der klassischen Psychotherapie sehr ähnlich ist, die anderen sich hingegen spezifisch mit den Hirnfunktionen auseinandersetzen.

***VPP aktuell**: Oft trifft man auf ein gewisses Unbehagen, spricht man über Neuropsychotherapie. Stichwort: Neurobiologisierung der Psychotherapie. Können Sie das nachvollziehen?*

Unverhau: Ich erlebe diese Unbehagen immer wieder, auch dass die Sorge besteht, dass in der Neuropsychotherapie die Persönlichkeit vergessen würde. Doch das ist aus meiner Sicht falsch. Bei den Prozessen, die wir betrachten, handelt es sich um die neuronalen Grundlagen unserer Persönlichkeit. Und dadurch, dass ich mich da verändere (durch eine Erkrankung, eine Verletzung), bin ich im Kern meines Ichs, auch meines Ich-Erlebens getroffen. Selbst kleine Veränderungen sind für die Betroffenen furchtbar. Sie belasten auch jedwede Interaktion mit der Außenwelt, führen in diesem Sinne zu Beziehungsstörungen.

Leben ist Informationsverarbeitung. Die Neuropsychologie ist Bestandteil der Psychiatrie geworden, weil sie dort einen Beitrag zum Verständnis von psychiatrischen Erkrankungen leisten kann. Ich finde es z. B. deutlich menschenfreundlicher, Schizophrenie durch eine veränderte Informationsverarbeitung zu erklären als durch die früheren Konzepte von „Wahn und Irrsinn". Hier führt das biologische Verständnis von Informationsverarbeitung doch dazu, dass die Erkrankungen nicht mehr so bedrohlich wirken.

Wenn ich mir vorstellen kann, dass Störungen entstehen, weil zum Beispiel Informationen nicht richtig gefiltert werden können, wird die Krankheit versachlicht. Sie ist im Grunde genommen eine Art technischer Störung, unter der die Patient*innen leiden, ohne dass sie sich als Person infrage stellen müssen.

***VPP aktuell:** Neuropsychotherapie ist neben der Psychotherapie für Erwachsene und der Psychotherapie für Kinder- und Jugendliche als dritter Bereich in die neue Weiterbildungsordnung zum/zur Fachpsychotherapeut*in aufgenommen worden. Das klingt wie ein echter Fortschritt. Wie sehen Sie das?*

Unverhau: Also zunächst ist es ein großer Fortschritt, nicht zuletzt weil es eine gewisse Sichtbarkeit mit sich bringt. Aber aktuell besteht die Problematik, dass die neue Weiterbildung noch nicht umgesetzt werden kann, vor allem fehlen Finanzierungsgrundlagen.

In den nächsten Jahren wird ein großer Teil der Neuropsychotherapeut*innen und Neuropsycholog*innen, die derzeit die Versorgung übernehmen, aus dem Berufsleben ausscheiden. Auch wenn es mittlerweile ziemlich viel psychotherapeutischen Nachwuchs gibt, wird der Verlust nicht durch eine entsprechende Anzahl an Weiterbildungsstellen ausgeglichen werden können.

Zudem wird es schwierig, Weiterbildungsstätten in der Fläche aufzubauen. Wir werden sicher ein paar hervorragende Leuchttürme haben, z. B. sind Hochschulambulanzen sogenannte geborene Weiterbildungsstätten. Auch einige große Klinikkonzerne werden ihr Personal darüber rekrutieren können, dass sie Weiterbildung anbieten. Aber wir brauchen Neuropsychotherapeut*innen in der Fläche, denn wir können neuropsychologische Patient*innen nicht 100 Kilometer zur nächsten Klinik oder Praxis schicken. Neuropsychologisch beeinträchtigte Patient*innen können auch nicht lange auf eine Behandlung warten.

Time is brain – je schneller, je gezielter sie behandelt werden, je strukturierter von Anfang an, umso besser ist das Outcome, weil die Folgestörungen des Erlebens des „Nicht-mehr-funktionieren-Könnens“ massiv sind. Es gefährdet die persönlichen Beziehungen sowie den Erhalt des Arbeitsplatzes. Daher gilt: Je schneller und je gezielter die Patient*innen behandelt werden, desto besser. Und das bedeutet: Wir brauchen neuropsychologische Therapie in der Fläche.

„Time is brain

Versorgungslage

VPP aktuell: *Was würde es brauchen, um die neuropsychotherapeutische Versorgung zu verbessern?*

Unverhau: Es braucht die neue Weiterbildung, und es braucht eine Umsetzung dieser Weiterbildung, die es auch kleinen Häusern ermöglicht, Weiterbildungsstätten zu werden bzw. sich an der Weiterbildung zu beteiligen. Hierbei spielt noch ein weiterer Punkt eine wichtige Rolle: die Qualitätsvorgaben der Kliniken. So ist derzeit beispielsweise im Operationen- und Prozedurenschlüssel (OPS) in den Vorgaben zur Gestaltung von Teams für die Früh-Reha angegeben, dass ein Psychologiestudium ausreicht – es müssen keine ausgebildeten Neuropsychotherapeut*innen sein. Eigentlich müsste ein eindeutiger Weiterbildungstitel in die OPS aufgenommen werden (Neuropsychotherapeut*in, Neuropsycholog*in).

Die Kliniken aber haben Angst, diese Stellen nicht in qualifizierter Form besetzen zu können, und müssen dann finanzielle Sanktionen durch den MDK befürchten. Das Fehlen spezifisch qualifizierten Personals führt im nächsten Schritt dazu, dass diese Kliniken natürlich auch nicht Weiterbildungsstätte werden können. So wird der Mangel strukturell verankert.

Die neuropsychologische Versorgung muss von der Akutklinik bis in die berufliche Teilhabe gedacht werden. Wir haben genug Wissen darüber, dass selbst eine sehr gute funktions- und psychotherapeutische Behandlung noch nicht der Garant dafür sein kann, dass Patient*innen in ihrem persönlichen Leben, in ihrer beruflichen Teilhabe auch wieder zurechtkommen. Dieser Transfer gelingt aufgrund der Art der Störungen nicht automatisch. Das heißt, es bedarf gut durchdachter Konzepte bis zum Ende der Reha. Wir werden in der Zukunft multiprofessioneller denken müssen, um beispielsweise die Klinischen Neuropsycholog*innen ohne Approbation in Bereichen der beruflichen Reha zu beteiligen. Ich würde das neuropsychologische Komplexversorgung nennen.

Wenn uns das nicht gelingt, haben wir zwar auf der einen Seite ein wunderbares neues Weiterbildungsgebiet, auf der anderen Seite aber eine Schwarz-Weiß-Versorgung, bei der an bestimmten Stellen eine exzellente, teure und qualifizierte Versorgung besteht – und danach die „Steppe“ kommt.

Was mir wichtig ist: Wir werden die zentralen Versorgungsaufgaben nicht lösen können, wenn wir uns nur auf das Thema „Weiterbildung“ konzentrieren. Wir müssen gemeinsam breiter denken. Wir wollen nicht an den Grundstrukturen

Freepik

Leben ist Informationsverarbeitung

des Systems zweifeln und rütteln, aber wir dürfen auch nicht versehentlich „Buchhalter einer zu rigiden Ordnungspolitik“ werden. Wir werden Übergänge und Mixmodelle brauchen. Bei Versorgung geht es darum, Lösungen möglich zu machen.

Verändertes Berufsbild?

VPP aktuell: *Bisher musste man sowohl die Fachkunde in einem Richtlinienverfahren erwerben als auch eine neuropsychologische Weiterbildung machen, um neuropsychotherapeutische Leistungen eigenständig erbringen und abrechnen zu dürfen. Was ändert sich durch die Veränderung strukturell an Ihrem Berufsbild? Was praktisch?*

Unverhau: Das ist bei der Neuropsychotherapie künftig tatsächlich anders. Es war ja insgesamt ein Prozess, sich zu überlegen, wie und wo man in der neuen Weiterbildung die Verfahren anordnet? Dass Neuropsychotherapeut*innen kein Verfahren vollständig lernen im Rahmen der neuen Weiterbildung, möchte ich so einordnen, dass sichergestellt werden sollte, dass sie sich weiterhin auf die Behandlung der „F0-Diagnosen“ beschränken. Man entscheidet sich jetzt bei der Weiterbildung zum Fachpsychotherapeuten Neuropsychologische Psychotherapie für ein Verfahren und lernt davon so viel, dass man es beschränkt auf die Gruppe der Patient*innen mit Hirnfunktionsstörungen anwenden kann.

Ironie der Geschichte: Künftig wird die spezifische psychotherapeutische Tätigkeit im Gebiet der „F0-Versorgung“ etabliert werden, die vor über 20 Jahren dem Wissenschaftlichen Beirat für Psychotherapie als zu einseitig für eine Integration der Neuropsychologie in die Approbationsausbildung erschien. Was könnten wir heute für eine Versorgung haben …

Jetzt gab es nicht wirklich eine Alternative zu dieser Konzeption. Ohne die eigene Gebietsweiterbildung hätte nach der fünfjährigen Weiterbildung zum/zur Kinder- oder Erwachsenenpsychotherapeut*in eine zweijährige Zusatzweiterbildung in Klinischer Neuropsychologie absolviert werden müssen. Der Aus- und Weiterbildungsweg hätte dann mit Studium insgesamt mindestens zwölf Jahre gedauert. Wer hätte das gemacht? Wie sollte jemals dem Behandlungsbedarf entsprochen werden können, wenn schon unter den heutigen Umständen – mit allen approbierten und nicht approbierten Expert*innen für Klinische Neuropsychologie – eine kritische Unterversorgung besteht?

Die Ursprünge der Weiterbildungsordnung und der Richtlinie neuropsychologische Therapie des G-BA lagen doch in der Erkenntnis, dass wir eine katastrophale Versorgungslage haben und dass die Neuropsychologie eine wirksame Methode ist, den Menschen zu helfen. Man denke mal an die Kinderversorgung: Es hätte dann auch noch die Weiterbildung zum/zur Kinder-Neuropsychotherapeut*in entwickelt werden müssen. Neuropsychotherapeut*innen können und müssen über die gesamten Altersbereiche behandeln. Das wird in die Weiterbildung so integriert, dass wir das fachlich auch können.

Neben dem Argument, dass es sonst nicht möglich sein würde, eine Versorgung aufzubauen, gilt fachlich: Wir müssen das Gehirn als ein Organ begreifen, das sich über die gesamte Lebensspanne entwickelt. Daher können und müssen Neuropsychotherapeut*innen diese entwicklungsneuro-

psychologische Kompetenz mitbringen und altersübergreifend arbeiten können.

Kinder und Jugendliche

VPP aktuell: *Wie sieht die Versorgungslage für Kinder und Jugendliche aus?*

Unverhau: Wir haben es leider in allen Jahren nicht geschafft, etwas Spezifisches für die Kinder aufzubauen. Es ist Tatsache, dass es relativ viele schädelhirnverletzte Kinder, auch eine nicht unerhebliche Anzahl von Kindern mit anderen Erkrankungen des Gehirns wie Hirntumor, Schlaganfall oder Enzephalitis gibt. Diese Kinder werden nicht adäquat versorgt.

Für Kinder ist eine Erkrankung des Gehirns nicht nur eine unmittelbare Belastung. Es wird damit das Organ getroffen, mit dem sie sich – hinsichtlich Autonomie, Schule, sozialen Kompetenzen – entwickeln sollen. Entsprechend verbindet sich mit einer Hirnschädigung immer ein hohes Entwicklungsrisiko, auch dann wenn sich Kinder initial besser von einer neurologischen Erkrankung zu erholen scheinen als Erwachsene.

„Growing into deficit

Man hat dem Phänomen wissenschaftlich den anschaulichen Namen „growing into deficit“ gegeben, aber bislang keine Konzepte dafür etabliert, diesen Fehlentwicklungen systematisch entgegenzuwirken. Nach ihren Klinikaufenthalten kehren die Kinder wieder zurück in ihre Schulen. Oft können sie dann mit der Entwicklung ihrer Mitschüler bzw. des Unterrichtsstoffs nicht mehr mithalten, was aber dann nicht mehr der Erkrankung zugeschrieben wird. Somit wird eher über einen Schulwechsel nachgedacht als über Therapie.

Beispiel krebskranke Kinder: Sie werden medizinisch gut versorgt, da zieht man alle Register, um sie gesund zu bekommen, und das ist auch wunderbar. Aber durch Bestrahlung verlieren sie schlichtweg Nervengewebe und sind hinterher funktionell kognitiv beeinträchtigt. Das muss man

EyeEm/Freepik

Schädelhirnverletzte Kinder werden nicht adäquat therapeutisch versorgt

wissen. Das muss man berücksichtigen. Lässt man die Kinder unbetreut einfach wieder in ihr Leben, erleben sie eine Katastrophe nach der nächsten. Auch im neuen System hat sich da noch nichts nennenswert verbessert.

VPP aktuell: *Wie könnte das Problem gelöst werden?*

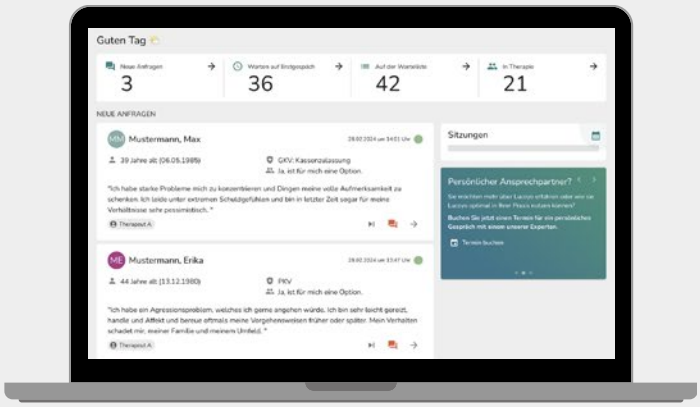
Unverhau: Wahrscheinlich wird man hierfür eine eigene Initiative starten müssen. Es geht nicht nur um fachliches Know-how, sondern auch um organisatorische Strukturen, die es ermöglichen, ausreichend schnell, ausreichend spezifisch und mit Blick auf bestimmte Wirksamkeitsvoraussetzungen ausreichend intensiv zu handeln. Time is brain – und time ist Teilhabe. Schaut man sich beispielsweise die Behandlungsmöglichkeiten der Sozialpädagogischen Zentren (SPZ) an, dann reichen diese bei Weitem nicht aus, um eine neuropsychologische Versorgung zu gewährleisten. Selbst für die Diagnostik steht dort oft nicht die Zeit zur Verfügung, die gebraucht würde, um erkennen zu können: „Da sind die Schaltstellen, auf die ich achten, die ich beeinflussen können muss.“

Neuropsychologische Arbeit ist aufwendig, sie braucht Zeit – für die individuelle Arbeit, die interdisziplinäre Kooperation, den Transfer von der Therapie in die Teilhabe. Diese Zeit existiert nicht in unserem System. Auch hier wird man wieder werben und mit viel Geduld Auswege graben müssen.

Das Gespräch führte Jörg Schmidt.

Praxisalltag wie er sein soll.

Smartes Praxismanagement



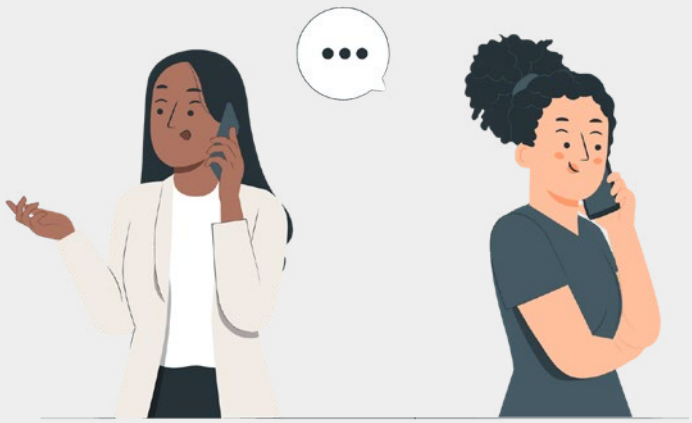
- **Mentale Entlastung** im Praxisalltag
- **20 Stunden** monatlich sparen
- Administrative Aufgaben **effizient bewältigen**

Mehr erfahren

- Erlösung der **telefonischen Erreichbarkeit**
- Entlang der **Richtlinien der Psychotherapie**
- Speziell **ausgebildete Psycholog:innen und PiAs**

Mehr erfahren

Lucoyo Telefonservice



lucoyo

Übersicht zur S2k-Leitlinie

Geschlechtsinkongruenz und Geschlechtsdypshorie im Kindes- und Jugendalter

Die S2k-Leitlinie zu Geschlechtsinkongruenz und Geschlechtsdysphorie im Kindes- und Jugendalter ist im April 2025 erschienen. Die Autor*innen des Beitrags geben einen Überblick über die zentralen Themenbereiche und Behandlungsempfehlungen der S2k-Leitlinie.

Kinder und Jugendliche mit Geschlechtsinkongruenz (GI) und Geschlechtsdysphorie (GD) empfinden häufig eine starke Ablehnung gegenüber den eigenen körperlichen Geschlechtsmerkmalen und haben häufig den Wunsch, sich der empfundenen Geschlechtsidentität durch soziale Transition und körpermedizinische Maßnahmen anzugleichen. In den letzten Jahren ist eine steigende Inanspruchnahme von Kindern und Jugendlichen mit GI oder GD in der klinischen Versorgung zu verzeichnen (Bachmann, 2024; Nettermann et al., Preprint). Dem Anstieg behandlungssuchender Jugendlichen standen zum Teil veraltete Behandlungsleitlinien und aktuelle Kontroversen in diesem Bereich gegenüber, was zur Verunsicherung vieler psychotherapeutischer Fachkräfte führte (Stelling et al., 2025; von Strachwitz et al., 2025). Daher wurde die ▸ **S2k-Leitlinie zu Geschlechtsinkongruenz und Geschlechtsdysphorie im Kindes- und Jugendalter** innerhalb der psychotherapeutischen und medizinischen Fachwelt lang erwartet. Im April 2025 ist diese nun erschienen (DGKJP, 2025). Unter Mitarbeit von 27 Fachgesellschaften und Partizipation von zwei Interessenverbänden wurde ein Konsens in vielen Bereichen, die die Diagnostik und Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit Geschlechtsinkongruenz und Geschlechtsdysphorie betreffen, erreicht. Die S2k-Leitlinie greift den ent(psycho)pathologisierenden und antidiskriminierenden Wandel, der sich seit zwei Jahrzehnten in der Medizin und Psychologie hinsichtlich Menschen mit GI und GD vollzieht, auf. Davor fand sich die Entpsychopathologisierung in den S3-Leitlinien im

> *„Entpsychopathologisierung*

Erwachsenenalter (DfGS, 2018; aktuell in Überarbeitung) und in der ICD-11 (WHO, 2022). In diesen Klassifikationssystem ist der Zustand einer GI nun unter Kapitel 17 „Zustände mit Bezug zur sexuellen Gesundheit“ und damit nicht mehr als psychische Störung klassifiziert (WHO, 2022).

Die Diagnosestellung einer GI oder GD ist komplex und erfolgt auf der Grundlage der Diagnosekriterien von ICD-11. Sie erfordert eine sorgfältige Differenzialdiagnostik und eine umfassende Exploration der reflektierten und authentischen Selbstauskunft der Patient*innen unter Berücksichtigung relevanter lebensgeschichtlicher Faktoren. Die S2k-Behandlungsleitlinie soll psychotherapeutischen Fachkräften als Orientierung für eine fachgerechte Aufklärung und Beratung von Kindern und Jugendlichen mit GI und GD und ihren Familien dienen und eine Grundlage für verantwortungsvolle medizinische Behandlungsentscheidungen darstellen. Im Folgenden wird ein Überblick über wichtige Themenbereiche und Behandlungsempfehlungen der S2k-Leitlinie gegeben.

Vielfalt der Entwicklungsverläufe von GI und GD bei Kindern und Jugendlichen

Bei Kindern, die bereits vor der Pubertät stark ausgeprägte Anzeichen einer GI oder GD zeigen und bei denen eine dementsprechende Diagnose im Kindesalter gestellt wurde, ist die Wahrscheinlichkeit einer Persistenz der GI ins Jugend- und Erwachsenenalter höher im Vergleich zu Kindern, die nicht die Diagnosekriterien einer GI oder GD erfüllten. Gleichwohl ist eine sichere Vorhersage einer persistierenden GI und GD im Jugendalter vor Eintritt der Pubertät nicht möglich.

Bevor körpermedizinische Maßnahmen zur Unterstützung einer Transition in Erwägung gezogen werden können, muss stets der Eintritt der Pubertät einschließlich beginnender Körperveränderungen abgewartet werden. Eine Diagnose einer GI und GD im Kindesalter begründet somit keinen medizinischen Behandlungsbedarf, sondern dient lediglich als Dokumentation eines frühen Beginns der Anzeichen einer GI oder GD (DGKJP, 2025).

Psychopathologische Auffälligkeiten

Es gibt gesicherte Evidenz dafür, dass unter Kindern und Jugendlichen mit GI oder GD, die im Gesundheitswesen vorstellig werden, gehäuft klinisch relevante psychopathologische Auffälligkeiten auftreten, die über den berichteten geschlechtsdysphorischen Leidensdruck hinausgehen. Jugendliche sind häufiger betroffen als präpubertäre Kinder. Daher sollte bei Kindern und Jugendlichen, die wegen einer GI oder GD vorstellig werden, eine umfassende Diagnostik durchgeführt werden, wenn es Anhaltspunkte für klinisch relevante psychische und psychopathologische Auffälligkeiten gibt. Die Diagnostik sollte eine Anamnese der bisherigen Entwicklung umfassen und besonders auf das mögliche Vorliegen einer Depression, Angststörung, von selbstverletzendem Verhalten und Suizidalität achten. Wird eine psychische Störung diagnostiziert, sollte diese im Rahmen eines einzelfallbezogenen Gesamtbehandlungsplans, z. B. unter Berücksichtigung des Einbezugs von GI-/GD-spezifischen Aspekten, fachgerecht behandelt werden.

> *„Gehäufte klinisch relevante psychopathologische Auffälligkeiten*

Bei Kindern und Jugendlichen mit GI und GD sollte zudem auf das Vorliegen einer Autismus-Spektrums-Störung (ASS) geachtet werden. Bei klinischen Hinweisen auf das mögliche Vorliegen einer ASS sollten ein leitliniengerechtes Autismus-Screening bzw. ggf. eine standardisierte Autismus-Diagnostik durchgeführt werden. Liegt eine diagnostisch gesicherte ASS vor, sollte bei der professionellen Begleitung und Behandlungsplanung beide Bereiche (GI/GD und ASS) berücksichtigt werden.

Psychotherapeutische Begleitung

Die psychotherapeutische Unterstützung von Kindern und Jugendlichen mit GI oder GD stellt einen wichtigen Baustein in der Gesundheitsversorgung dieser Gruppe dar. Viele Kinder und Jugendliche

Professionelle Haltung ist wichtig

mit GI oder GD und ihre sorgeberechtigten Bezugspersonen wünschen sich eine psychotherapeutische Begleitung bei der GI oder GD und profitieren auch von dieser (Stelling, Sundsgaard, von Strachwitz, Romer & Rölver, 2023; von Strachwitz et al., 2025). Die psychotherapeutische Unterstützung sollte individuell auf die Bedürfnisse der Kinder und Jugendlichen mit GI oder GD abgestimmt werden. Die Ziele der psychotherapeutischen Unterstützung können vielfältig sein, wie z. B. die Unterstützung bei der Selbstexploration und Identitätsfindung, die Begleitung von Outing-Prozessen, die Bewältigung von Diskriminierungserfahrungen, die Stärkung des Selbstvertrauens und der Selbstakzeptanz oder die Behandlung koinzidenter psychischer Störungen (Romer & Rölver, 2023). Neben dem spezifischen Fachwissen ist vonseiten der psychotherapeutischen Fachperson eine professionelle Haltung wichtig, die u. a. ein nicht-binäres Verständnis von Geschlechtlichkeit, eine akzeptierende und verlaufsoffene Grundhaltung, eine Ablehnung reparativer Therapieziele und Kenntnisse von trans-spezifischen Lebensrealitäten umfasst (DGKJP, 2025).

Die Unterstützung von Kindern und Jugendlichen mit GI oder GD durch ihre sorgeberechtigten Bezugspersonen ist von großer Bedeutung für ihre psychische Gesundheit. Ein akzeptierendes und unterstützendes familiäres Umfeld stellt einen protektiven Faktor für die psychische Gesundheit dar. Sorgeberechtige Bezugspersonen sollten daher in die Therapie einbezogen werden, um eine umfassende Unterstützung zu gewährleisten.

Wenn die Vorstellungen und Wünsche von Minderjährigen und ihren Erziehungsberechtigten nicht miteinander vereinbar sind, sollte eine Prozessbegleitung des Familiensystems erfolgen mit dem Ziel, eine akzeptierende und unterstützende Haltung gegenüber der geschlechtlichen Identität des Kindes oder Jugendlichen zu fördern.

Körpermedizinische Maßnahmen

Körpermedizinische Maßnahmen sind erst ab dem Jugendalter möglich. Besondere Herausforderungen für psychotherapeutische Fachpersonen bei Jugendlichen mit GI, deren pubertäre Reifeentwicklung noch nicht abgeschlossen ist, bestehen darin, dass die fortschreitende Pubertätsentwicklung erhöhten Leidensdruck und damit Zeitdruck für medizinische Behandlungsentscheidungen schaffen kann und dass die Einwilligungsfähigkeit der Jugendlichen in die körpermedizinischen Maßnahmen vor jeder einzelnen Indikationsstellung positiv festgestellt werden muss (Maur, Gutmann, Wiesemann & Romer, 2025). Eine Pubertätsblockade kann bei Jugendlichen mit GI erwogen werden, um das Fortschreiten der irreversiblen Ausbildung sekundärer Geschlechtsmerkmale vorübergehend zu unterbrechen. Die Indikationsstellung, der eine sorgfältige diagnostische Einschätzung und Aufklärung durch eine psychotherapeutische Fachperson vorausgeht, sollte in interdisziplinärer Kooperation u. a. mit der pädiatrischen Endokrinologie und Reproduktionsmedizin erfolgen, unter Berücksichtigung der Dringlichkeit und Komplexi-

Freepik

Ein akzeptierendes, unterstützendes familiäres Umfeld ist ein protektiver Faktor für die psychische Gesundheit für Kinder und Jugendliche mit GI oder GD

tät des Einzelfalls. Eine geschlechtsangleichende Hormonbehandlung kann bei Jugendlichen mit GI oder GD erwogen werden, wenn eine persistierende Geschlechtsinkongruenz und mit anhaltendem geschlechtsdysphorischem Leidensdruck bei mehrjährigem transgeschlechtlichem Empfinden besteht.

> *Erst ab dem Jugendalter*

Bezüglich geschlechtsangleichender operativer Maßnahmen sind im Jugendalter nur brustchirurgische Eingriffe möglich. Bei allen körpermedizinischen Maßnahmen sollten nach umfassender Aufklärung der Jugendlichen und ihrer sorgeberechtigten Bezugspersonen sorgfältige Abwägungsprozesse unter Berücksichtigung der potenziellen Risiken und Vorteile einer Maßnahme mit den Jugendlichen und ihren sorgeberechtigten Bezugspersonen vorgenommen werden. Der Deutsche Ethikrat hat in diesem Kontext auf die Komplexität individueller Abwägungen bei Behandlungsentscheidungen im Jugendalter hingewiesen (Deutscher Ethikrat, 2020). Hierbei kann sowohl eine Entscheidung für den Beginn einer pubertätsunterdrückenden oder geschlechtsangleichenden Hormonbehandlung, als auch die Empfehlung für ein weiteres Abwarten mit erheblichen irreversiblen gesundheitlichen Langzeitfolgen für die Betroffenen einhergehen.

Fazit

Die neue S2k-Leitlinie trägt den aktuellen wissenschaftlichen Kenntnisstand zur Diagnostik und Behandlung von GI und GD im Kindes- und Jugendalter zusammen und leitet daraus die aktuell bestmöglich fundierten Behandlungsempfehlungen ab. Sie bietet insbesondere durch ihre dezidierten, professionellen Sorgfaltsregeln fachliche Orientierung für Behandelnde in einem komplexen und sensiblen Feld. Angesichts einer noch unsicheren Evidenzlage sowie einer teils emotionalisiert geführten Debatte schafft insbesondere die breite und starke Konsensbasis der Leitlinie mehr Handlungssicherheit für eine fachlich fundierte Versorgungspraxis für Kinder und Jugendliche mit GI oder GD.

AUTOR*INNEN

Dr. Dipl.-Psych. **Angela Rölver** und Prof. Dr. med. **Georg Romer**, Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, -psychosomatik und -psychotherapie, Universitätsklinikum Münster

Literatur

Bachmann, C. J., Golub, Y., Holstiege, J. & Hoffmann, F. (2024). Gender identity disorders among young people in Germany: prevalence and trends, 2013–2022. *Deutsches Ärzteblatt International, 121*(11), 370–371. ▸ **https://doi.org/10.3238/arztebl.m2024.0098**

Deutscher Ethikrat (2020). Trans-Identität bei Kindern und Jugendlichen. Therapeutische Kontroversen – ethische Orientierungen. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie, 69*(6), 515–6.

Deutsche Gesellschaft für Sexualforschung e. V. (DGfS) (2018). *S3-Leitlinie Geschlechtsinkongruenz, Geschlechtsdysphorie und Trans-Gesundheit: Diagnostik, Beratung, Behandlung* (AWMF-Registernummer 138-001).

Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie e. V. (DGKJP) (2025). *S2k-Leitlinie Geschlechtsinkongruenz und Geschlechtsdysphorie im Kindes- und Jugendalter – Diagnostik und Behandlung* (AWMF-Registernummer 028-014).

Maur, S., Gutmann, T., Wiesemann, C. & Romer, G. (2025). Feststellung der Einwilligungsfähigkeit Minderjähriger mit persistierender Geschlechtsinkongruenz bei medizinischen Behandlungsentscheidungen: Eine psychotherapeutisch-ärztliche Aufgabe. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie, 74*(2), 99–121. ▸ **https://doi.org/10.13109/prkk.2025.74.2.99**

Nettermann, K., Basoglu, A., Marschall, U., Saam, J., Nussbaum, U., König, H.-H., Heider, D., Karch, A., Rölver, A. & Romer, G. (2025). *Longitudinal trends of health service utilization for gender dysphoria in Germany between 2010 and 2021 – an analysis of the TRANSKIDS-CARE study based on health insurance data.* Manuskript in Begutachtung. Preprint: ▸ **https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=5144641**

Romer, G. & Rölver, A. (2023). Zwischen Selbsterkundung, Selbstbestimmung und Transition – Psychotherapie bei Jugendlichen rund um das Thema „Transgender". *Verhaltenstherapie & Psychosoziale Praxis, 55*(2), 251–261.

Stelling, U., Sundsgaard, L., von Strachwitz, A., Romer, G. & Rölver, A. (2025). Analyse der Versorgungssituation für Kinder und Jugendliche mit Geschlechtsdysphorie aus Sicht klinischer Expertinnen und Experten. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 1–13. ▸ **https://doi.org/10.1024/1422-4917/a001026**

Strachwitz, A. V., Siebald, M., Karch, A., Konnopka, C., König, H. H., Nettermann, K., Stelling, I., Sundsgaard, L., Wedekind, L., Romer, G. & Rölver, A. (2025). Eingeschränkte (Be-)Handlungsmöglichkeiten? Geschlechtsdysphorie in der kinder- und jugendpsychiatrischen Grundversorgung – Ergebnisse einer Befragung von Fachärzt:innen. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie, 74*(2), 122–145. ▸ **https://doi.org/10.13109/prkk.2025.74.2.122**

WHO (2022). *ICD-11: International Classification of Diseases, 11th Revision. The global standard for diagnostic health information.* ▸ **https://icd.who.int/en**

prostock-studio/Freepik

Erfahrungen aus dem Versorgungsangebot „Trauma First“

Die Behandlung von Kindern und Jugendlichen nach traumatischen Ereignissen

Jedem Kind, das traumatischen Ereignissen ausgesetzt war und unter Traumafolgen leidet, sollte eine auf sein Alter und seinen Entwicklungsstand abgestimmte traumaspezifische Behandlung angeboten werden. Was ist dabei zu beachten? Wie könnte dies aussehen?

Etwa 25 Prozent aller Kinder und Jugendlichen erleben mindestens ein bedeutsames traumatisches Ereignis, wie körperliche Misshandlungen, sexuelle Gewalt, Unfälle, lebensbedrohliche Erkrankungen, Zeugenschaft von Gewalt und Tod oder andere verstörende Ereignisse. Im Bereich „Sexuelle Gewalt“ sind die Delikte des sexuellen Missbrauchs von Kindern weiterhin auf einem besorgniserregend hohen Niveau. Laut polizeilicher Kriminalstatistik waren 2024 insgesamt 18.085 Kinder von sexueller Gewalt betroffen, mehr als jedes zehnte war jünger als sechs Jahre. Die polizeilich erfassten Fälle bilden das eigentliche Ausmaß von Misshandlung und Missbrauch jedoch bei Weitem nicht ab.

Die Wahrscheinlichkeit, nach einem Ereignis eine posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) zu entwickeln, hängt von der Art des Ereignisses ab, ein signifikanter Anteil an Kindern zeigt sich erstaunlich resilient. Besonders schädigend wirkt sich sexuelle Gewalt aus, insbesondere dann, wenn sie durch nahestehende Personen erfolgt. Scheeringa und Kollegen fordern bereits seit vielen Jahren eine alters- und entwicklungsspezifische Anpassung der PTBS-Kriterien, da die Klassifikationssysteme ICD-10 und DSM-IV die posttraumatische Symptomatik von Kindern unter sechs Jahren nicht adäquat abbilden. Im DSM-5 wurden in Anlehnung an Scheeringa eine PTBS-Diagnose für Kinder unter sechs Jahren eingeführt, und die Kriterien wurden entwicklungstypisch angepasst. Das ICD-11 lässt eine entsprechende altersentsprechende Anpassung für jüngere Kinder nach derzeitigem Stand vermissen.

Lesetipp

Sabine Ahrens-Eipper & Katrin Nelius
Der große Schreck.
Psychoedukation für Kinder nach traumatischen Ereignissen.
KJP Verlag: Halle 2015
21,50 €

Versorgung von Traumfolgestörungen im Kindesalter

Münzer, Fegert, Witt und Goldbeck (2015) untersuchten Kinder und Jugendliche im Alter von vier bis 17 Jahren, die infolge von Gewalterfahrungen eine PTBS entwickelt hatten. 65 Prozent nahmen zum Untersuchungszeitpunkt keine psychiatrischen und psychotherapeutischen Hilfen in Anspruch. 45 Prozent der Kinder und Jugendlichen, die aktuell unter einer PTBS litten, hatten bis dato noch nie eine Therapie erhalten. Daher ist die Untersuchung von Barrieren notwendig, die die Inanspruchnahme evidenzbasierter Therapien für Kinder und Jugendliche mit Traumafolgestörungen möglicherweise erschweren.

Wann sollte die Intervention beginnen?

Die weitverbreitete Vorstellung, Traumafolgestörungen im Kindesalter würden sich von selbst geben, die Kinder würden sozusagen aus der PTBS „herauswachsen“, entspricht nicht dem aktuellen Stand der Forschung. Grundsätzlich ist eine Behandlung von Traumafolgestörungen indiziert, wenn die Symptome länger als einen Monat bestehen. Das US-amerikanische National Institute for Clinical Excellence empfiehlt in einem Konsensus-Report, bei milden Symptomen „watchful waiting“, bei schwergradigen Symptomen jedoch einen umgehenden Behandlungsbeginn bereits im ersten Monat nach dem traumatischen Ereignis. Ein wesentlicher Anteil der Kinder, die einem traumatischen Ereignis ausgesetzt waren, entwickeln eine chronische PTBS und bedürfen einer evidenzbasierten Behandlung. Aktuell existiert eine Reihe wissenschaftlich evaluierter und entwicklungsangepasster Vorgehensweisen zur Behandlung von Traumafolgestörungen im Kindes- und Jugendalter.

Trauma First

Seit 2008 ermöglicht ein bundesweit einmaliger Sonderversorgungsvertrag zur Behandlung von Traumafolgestörungen zwischen der Techniker Krankenkasse Sachsen-Anhalt, der KV Sachsen-Anhalt und der Gemeinschaftspraxis Ahrens-Eipper & Nelius eine intensive ambulante traumatherapeutische Behandlung für Kinder ab dem dritten Lebensjahr. Die Behandlung setzt sich aus einem Diagnostikquartal, drei Behandlungsquartalen und zwei potenziellen Verlängerungsquartalen zusammen. Die Behandlung beginnt immer mit einer ausführlichen Psychoedukation.

Die Drachengeschichte „Der große Schreck“ (Ahrens-Eipper & Nelius, 2015) wurde als Psychoedukation für Kinder im Vor- und Grundschulalter entwickelt, die traumatischen Erfahrungen ausgesetzt waren. Die Informationen zu verschiedenen Arten von traumatischen Ereignissen und deren möglichen Auswirkungen sollen den Kindern die Möglichkeit geben, das Erlebte und dessen Folgen einzuordnen und zu erfahren, dass die Reaktionen, die sie bei sich selbst feststellen, normale Reaktionen auf Extrembelastungen sind. Für die Jugendlichen wurde entsprechend die Psychoedukation „Ich und Schock“ entwickelt.

Neben der Be- und Verarbeitung traumatischer Erlebnisse mittels In-sensu- und In-vivo-Exposition

Freepik

Trauma First ist eine ambulante traumatherapeutische Behandlung für Kinder ab dem dritten Lebensjahr

(Einzelsetting) hat die Behandlung den Aufbau von Selbstwert und Selbstwirksamkeitserwartung sowie den Abbau von ungünstigen Verhaltensmustern zum Ziel (Einzel- und Gruppensetting). Das gruppentherapeutische Angebot für die Kinder und Jugendlichen umfasst 15 Sitzungen à 100 Minuten in zweiwöchentlichem Rhythmus, bei den Kindern unter sechs Jahren werden in den ersten Gruppensitzungen die Eltern mit einbezogen. Um eine möglichst optimale Wirkung zu erzielen, wurde für die Gruppentherapie ein entwicklungsangepasstes Setting gewählt: Die Kinder gehen mit den Psychotherapeut*innen auf eine Seefahrt, ein Drache (Handpuppe) führt die standardisierten Themen der Gruppe ein und berichtet von den Abenteuern der Trolle. Im Jugendalter werden die Themen entsprechend angepasst. Auf die intensive Einbeziehung der Bezugspersonen wurde bei der Konzeptentwicklung besonderen Wert gelegt, da Evaluationsstudien zeigen, dass diese einen entscheidenden Einfluss auf die Wirksamkeit der traumatherapeutischen Behandlung hat.

Implikationen für die Praxis

Seit 2008 nahmen insgesamt über 500 Patient*innen an dem traumaspezifischen Versorgungsangebot teil. Aus den Erfahrungen der letzten 17 Jahre lässt sich Folgendes zusammenfassen:

1. Mithilfe der entwicklungsspezifischen Psychoedukation gelingt es auch bei sehr jungen Kindern, konkrete Angaben der Kinder zum Vorliegen von Symptomen einer PTBS zu erhalten.

2. In einem kindgemäßen Setting lassen sich auch sehr junge Kinder sowohl für die In-sensu-Konfrontation (IRRT) als auch für die In-vivo-Konfrontation gewinnen.

3. Die traumatherapeutische Behandlung von Kindern mit Traumafolgestörungen ist bereits im Kindergarten- und Vorschulalter anwendbar. Sie erfordert ein alters- und entwicklungsspezifisches Vorgehen.

Fazit

Mit diesem Beitrag soll gezeigt werden, dass insbesondere auch bei sehr jungen Kindern eine leitliniengemäße traumatherapeutische Behandlung möglich, praktikabel und prognostisch aussichtsreich ist. Er soll Kolleg*innen in ambulanten und stationären Arbeitsfeldern ermutigen, Kindern und Jugendlichen eine alters- und entwicklungsentsprechende traumatherapeutische Behandlung zukommen zu lassen, wenn diese indiziert ist. Als Heilbehandler*innen können wir einen entscheidenden Beitrag dazu leisten, Kinder und Jugendliche nach traumatischen Erlebnissen dabei zu unterstützen, die erlebten Belastungen zu verarbeiten und einen möglichst ungestörten Entwicklungsverlauf zu nehmen.

AUTORIN

Dr. **Sabine Ahrens-Eipper** ist Psychologische Psychotherapeutin, Fachbuchautorin und u. a. Vorsitzende der Fachkommission Psychotraumatherapie der Ostdeutschen Psychotherapeutenkammer (OPK). Sie ist seit 2024 die Vizepräsidentin der OPK.

Literatur

Ahrens-Eipper, S. & Nelius, K. (2014). *Trauma First: Das Seefahrercamp 6–10. Ein Behandlungsprogramm für Kinder mit Traumafolgestörungen.* Halle (Saale): kjp-Verlag.

Ahrens-Eipper, S. & Nelius, K. (2015). *Der große Schreck – Psychoedukation für Kinder nach traumatischen Ereignissen.* Halle (Saale): kjp-Verlag.

Münzer, A., Fegert, J. M., Witt, A. & Goldbeck, L. (2015). Inanspruchnahme professioneller Hilfen durch sexuell viktimisierte Kinder und Jugendliche. *Nervenheilkunde, 34* (01/02), 26–32.

Nelius, K. & Ahrens-Eipper, S. (2017). *Trauma, Ich + Schock – Psychoedukation für traumatisierte Jugendliche & junge Erwachsene.* Halle/Saale: kjp-Verlag.

Scheeringa, M. S. (2016). *Treating PTSD in preschoolers: A clinical guide.* New York: Guilford.

Gesamte Praxis-IT aus einer Hand

RED

- Psychotherapie-Software
- Videosprechstunde
- KIM-Anschluss
- TI-Anbindung
- Praxis-Firewall

Nur für kurze Zeit!

0 €

pro Monat*

Monatliche Kosten durch TI-Pauschale gedeckt*

Beratung buchen & Angebot erhalten!

Scannen Sie den QR-Code oder besuchen Sie die Webseite:
redmedical.de/vpp

*Die monatlichen Kosten für die genannten Produkte sind vollständig durch die TI-Pauschalen 1 und 3 der KVen gedeckt. Zuzüglich fallen einmalige Kosten (z. B. für Hardware, Installation oder die Übernahme Ihrer Patientendaten) an.

Freepik

Was Psychotherapeut*innen wissen sollten

Abrechnung von Psychotherapie bei Kassenpatient*innen in der Privatpraxis

Kann in Privatpraxen auch Psychotherapie von Kassenpatient*innen über die Krankenkassen abgerechnet werden? Was ist dabei zu beachten?

Inhaber*innen von Privatpraxen stehen immer wieder vor der Herausforderung, zu entscheiden, ob sie gesetzlich Versicherte als Patient*innen aufnehmen möchten. Das Sozialgesetzbuch V (SGB V) regelt eindeutig, dass in Fällen eines Systemversagens die Kostenerstattung für privat beschaffte Leistungen – wie Psychotherapie – beantragt werden kann. Voraussetzung dafür ist jedoch eine Einzelfallprüfung, die das Vorliegen bestimmter Bedingungen bestätigt. Dennoch gestaltet sich die Durchsetzung dieses Anspruchs je nach Krankenkasse oft schwierig.

Vergütung

Wer sich als Praxisinhaber*in dazu entschließt, den anfänglich aufwendigen Prozess der Kostenerstattung als Bestandteil seines Geschäftsmodells aufzunehmen, steht bei der Vergütung vor weiteren Herausforderungen und Schwierigkeiten.

Üblicherweise findet die Gebührenordnung für Psychotherapeut*innen (GOP) Anwendung. In den letzten Jahren wurde jedoch zunehmend nach dem Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) abgerechnet, was von vielen gesetzlichen Krankenkassen genehmigt wurde. Für Psychotherapeut*innen bot dies Vorteile:

- eine vereinfachte Abrechnung,
- das Gefühl der Gleichstellung mit Kolleg*innen in Kassenpraxen,
- bessere Vergütungen, da die EBM-Sätze die der GOP übersteigen – teilweise sogar erheblich bei tiefenpsychologischer Psychotherapie (TP) und Psychoanalyse (PA).

Seit September 2024 hat die Techniker Krankenkasse (TK) ihre Praxis jedoch geändert: Sie bewilligt Kostenvoranschläge nun konsequent nur noch nach GOP und übernimmt dabei lediglich den 2,3-fachen Satz. Dies führt dazu, dass Inhaber*innen von Privatpraxen und Patient*innen finanziell schlechtergestellt sind als in Kassenpraxen.

Um eine höhere Vergütung (z. B. über 100,55 € für Verhaltenstherapie oder 92,60 € für TP/PA) zu erzielen, müssen die Möglichkeiten der GOP ausgeschöpft werden. Dies setzt jedoch das Vorliegen schwerwiegenderer Krankheitsbilder voraus und lässt bei „normalen“ Indikationen wenig Spielraum (▸ **§ 5 Abs.2 Satz 4. 2. Halbsatz GOP/GOÄ**).

Unter wirtschaftlichen Gesichtspunkten – und mit Blick auf die Gleichstellung im Berufsstand – ist es schwierig, mit diesen Stundensätzen langfristig zu arbeiten.

Lösungsansätze und ihre Tücken

Bis zur möglichen Novellierung der GOP – die mit der neuen Bundesregierung nicht völlig unwahrscheinlich ist – bleiben meines Erachtens folgende Optionen, die jedoch alle Herausforderungen mit sich bringen:

1. Nur Fälle mit schwerer Erkrankung und dadurch möglicher Begründung zur Steigerung annehmen.
   Vorteil: Eine Steigerung ist möglich, wenn die Schwere der Erkrankung die höheren Sätze rechtfertigt.
   Nachteil: Krankenkassen könnten die Bezahlung ablehnen, wodurch Patient*innen bzw. Praxisinhaber*innen auf der Differenz sitzen bleiben und Widerspruch einlegen müssen, was mühsam und nicht immer erfolgreich ist.

2. Abweichende Honorarvereinbarung mit Patient*innen treffen.
   Vorteil: Die Differenz zwischen dem GOP-Satz und einem individuell vereinbarten Honorar kann von den Patient*innen selbst getragen werden.
   Nachteil: Dies ist insbesondere bei finanziell schlechtergestellten Patient*innen problematisch. Zudem sind die Rechnungsstellung und der Abrechnungsweg sorgfältig zu beachten.

3. Versuchen, die Kasse zu überzeugen, die seit 1. Juli 2024 wirkenden Abrechnungsempfehlungen der Kammern zu akzeptieren.
   Vorteil: Langfristige Gleichstellung der Vergütungen bei Akzeptanz der neuen Empfehlungen.
   Nachteil: Dieser Weg erfordert intensiven Aufwand und Verhandlungsgeschick und erscheint vorerst ungewiss, insbesondere bei der Techniker Krankenkasse.

Fazit

Abschließend bleibt zu sagen, dass in unseren Augen keiner dieser Wege befriedigend ist. Es bleibt weiter zu hoffen, dass die GOP endlich novelliert wird. Bis dahin müssen Praxisinhaber*innen eine Haltung finden, wie sie mit den Gegebenheiten umgehen wollen.

Dipl.-Psych. Sandra Cotta
Beirätin im Vorstand VPP

ANZEIGE

Mehr Therapie, weniger Technik!

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

Jetzt im Angebot!
www.epikur.de/aktion

EPIKUR

Deutscher Psychologen Verlag GmbH

140202

Autofahrangst erfolgreich behandeln

Das Therapiemanual mit Arbeitsmaterialien zum Download

Carolin Fischer, Jens Heider
Angstfrei Auto fahren
Ein kognitiv-verhaltenstherapeutisches Behandlungsmanual
2024, 96 Seiten, Broschur, ISBN 978-3-942761-84-0,
39,00 EUR

Zu beziehen über den Buchhandel oder direkt beim Verlag:

Deutscher Psychologen Verlag GmbH · Am Köllnischen Park 2 · 10179 Berlin · verlag@psychologenverlag.de

WWW.PSYCHOLOGENVERLAG.DE

freepic.diller/Freepik

Wichtiges zur KSVPsych-Richtlinie

Berufsgruppenübergreifende ambulante Netzwerkversorgung für schwer und komplex psychisch Erkrankte

Wie steht es um das 2021 gestartete berufsgruppenübergreifende ambulante Versorgungsprogramm für schwer psychisch Erkrankte? Im März 2025 legte der G-BA einen Änderungsentwurf der KSVPsych-Richtlinie vor. Was ist zu erwarten?

Für Erwachsene mit komplexem psychiatrischem und psychotherapeutischem Behandlungsbedarf hatte der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) 2021 ein berufsgruppenübergreifendes ambulantes Versorgungsprogramm beschlossen. Netzwerkverbünde von mindestens zehn behandelnden psychiatrischen oder psychosomatischen Fachärzt*innen oder Psychologischen Psychotherapeut*innen sollen in Kooperation mit stationären Einrichtungen und weiteren Berufsgruppen wie Sozio-/Ergotherapeut*innen oder psychiatrischer häuslicher Krankenpflege eine sektorenübergreifende, wohnortnahe und „gut vernetzte" Versorgung ermöglichen.

Netzwerkverbünde können seither von entsprechenden Praxen und versorgenden Institutionen initiiert werden. Die regional zuständigen KVen bieten dabei Unterstützung, prüfen Anträge für Neugründungen, lassen Netzwerkverbünde zu und informieren ihre Mitglieder hierüber.

Allgemeines zur KSVPsych-Richtlinie

Die 2021 in Kraft getretene ▸ **KSVPsych-RL** des G-BA regelt die genaueren Anforderungen. Zusätzlich wurde eine Evaluation der Richtlinie beschlossen. Die Ergebnisse der ▸ **G-BA-Evaluationsstudie** zur Umsetzung der Richtlinie (Januar 2024) zeigten, dass noch keine ausreichende und flächendeckende Netzwerkversorgung gewährleistet ist. Bundesweit bestanden bis Oktober 2023 **lediglich 13 Netzwerke**. Diese sind meist größer als gefordert (im Durchschnitt 38 Beteiligte).

Eine Expert*innenbefragung ermittelte dabei folgende Hürden bei einer Netzwerkgründung:

- Sorge vor Bürokratie,
- fehlende finanzielle Anreize,
- fehlende Möglichkeit einer Bezugstherapeut*innenübernahme bei hälftigem Kassensitz,
- Nichtrealisierbarkeit der „schnellen zeitlichen Abfolge" zwischen erster Sprechstunde und differenzialdiagnostischer Abklärung,
- fehlende bestehende Kooperationen mit stationären Einrichtungen oder Fachkräften der Ergo-/Soziotherapie und psychiatrischen häuslichen Krankenpflege.

Im März 2025 legte der G-BA nun einen ▸ **Änderungsentwurf** vor, um diese Hürden bei den Netzwerkgründungen abzubauen und eine Anpassung

der Richtlinie zu ermöglichen. Am 20. Mai 2025 wurden Fach- und Berufsverbände zur mündlichen (Online-)Anhörung und Diskussion der Änderungsentwürfe eingeladen.

Berufspolitische Arbeit des VPP im Rahmen der KSVPsych-RL

Bereits 2021 hatte der VPP zum Erstentwurf der Richtlinie ▸ **Stellung** bezogen. Besonders herausfordernd war dabei, dass drei der G-BA-Trägerorganisationen (KBV, DKG und DKG – siehe Kasten) unterschiedliche Positionierungen zu den Richtlinienaspekten formuliert hatten.

Als zentrale Kritikpunkte formulierte der VPP 2021 die zu hohen zahlenmäßigen Vorgaben an die Netzwerkteilnehmenden, die fehlende Möglichkeit zur Bezugstherapeut*innenübernahme von Mitgliedern mit hälftigem Kassensitz, die Nichtberücksichtigung psychologisch-psychotherapeutischer Expertise bei der differentialdiagnostischen Abklärung sowie die fehlende „echte Sektorenübergreifung". Im Mai 2021 wurden wir daraufhin zur ersten G-BA-Verbändeanhörung eingeladen.

Aktuelle Situation

Auch zum aktuellen Änderungsentwurf der Richtlinie verfasste der VPP eine schriftliche Stellungnahme. Ich konnte in Folge auch bei der zweiten mündlichen Anhörung der Fach- und Berufsverbände beim G-BA am 20. Mai 2025 die Positionierung des VPP zu den Änderungsentwürfen vortragen. Bei laufenden G-BA-Verfahren muss Stillschweigen erfolgen. Nur so viel vorab: Die vorliegenden Anpassungsvorschläge des G-BA haben viele der von uns benannten Schwachstellen positiv aufgegriffen und wir sind „guten Mutes", dass sinnvolle Anpassungen erfolgen. Weitere Informationen erhalten Sie von uns nach offizieller G-BA-Veröffentlichung der geänderten Richtlinie.

Susanne Berwanger
Vorstandsvorsitz VPP im BDP e. V.
und Vizepräsidentin BDP e. V.

privat

WAS IST DER G-BA?

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) ist das oberste Beschlussgremium im System der gesetzlichen Krankenversicherung. Der G-BA hat dabei die Befugnis, den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenkassen oder Regularien zur Qualitätssicherung nach wissenschaftlichen Kriterien auszugestalten. Die geschieht v. a. durch den Erlass von Richtlinien und Beschlüssen. Das sogenannte Plenum des G-BA besteht aus Vertretungen der vier großen Trägerorganisationen im deutschen Gesundheitssystem: Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-Spitzenverband, fünf Vertreter*innen), Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV, zwei Vertreter*innen), Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG, zwei Vertreter*innen), Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KZBV, eine Vertretung).

Innerhalb des G-BA gibt es verschiedene Unterausschüsse, die außerhalb des Plenums tagen. Dazu gehören u. a. die Unterausschüsse Bedarfsplanung, Qualitätssicherung und Psychotherapie und psychiatrische Versorgung. Diese bestehen jeweils aus einem unparteiischen Mitglied (Vorsitz), sechs Mitgliedern, die vom GKV-Spitzenverband, und sechs, die von den Leistungserbringenden (KBV, KZBV, DKG) benannt werden. Der G-BA steht unter der Rechtsaufsicht des Bundesministeriums für Gesundheit.

Es gibt kein psychologisches oder psychotherapeutisches festes Mitglied im G-BA oder in den Unterausschüssen. Die Bundespsychotherapeutenkammer wird nur beratend herangezogen für psychotherapeutische Versorgungsanliegen. Über sogenannte Stellungnahmeverfahren bindet der G-BA Verbände oder Fachgesellschaften regelmäßig in seine Beratungen ein. Der VPP im BDP bringt sich hier regelmäßig mit schriftlichen Stellungnahmen ein und wird zu den (mündlichen) Anhörungen eingeladen.

Wirestock_Creators/Freepik

Was ist neu?

Einheitlicher Bewertungsmaßstab (EBM) 2025

Wie auch in den letzten Jahren stellt der VPP Ihnen traditionell zur zweiten Ausgabe der *VPP aktuell* eine Übersicht über die aktuellen, für die Psychotherapie relevanten Ziffern im Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) zur Verfügung. Diese steht für Sie im ▸ Mitgliederbereich zum Download bereit.

Es gibt wenig Neuerungen 2025 – vor allem für die Regelversorgung. Der Orientierungswert ist um 3,85 Prozent gestiegen und liegt nun bei 12,3934 Cent. Dieses Verhandlungsergebnis berücksichtigt laut Einschätzung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) sowohl die aktuelle Ausgabensituation in den Praxen als auch die angespannte Finanzlage der Krankenkassen. Darüber hinaus wurde lediglich eine neue Ziffer aufgenommen, nämlich die Zusatzpauschale für die Verlaufskontrolle und die Auswertung der DiGA „elona therapy Depression“ (Ziffer 01479).

Komplexversorgung für Kinder und Jugendliche

Im letzten Jahr ist die Richtlinie über die berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung insbesondere für schwer psychisch kranke Kinder und Jugendliche mit komplexem psychiatrischem Behandlungsbedarf (▸ **KJ-KVSPsych-RL**) in Kraft getreten. Die Ziffern für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut*innen, die an dieser Versorgungsform partizipieren, ist in die EBM-Übersicht aufgenommen worden. Die Ziffern entsprechen im Wesentlichen denen für die Komplexversorgung von Erwachsenen gemäß KVSPsych-RL.

Kinder- und Jugendschutz

Bereits seit 2024 gibt es EBM-Ziffern sowohl für die Meldung von Anhaltspunkten einer möglichen Kindeswohlgefährdung an das Jugendamt (Ziffer 01681, 102 Punkte, 12,64 €) als auch für die Fallbesprechung mit dem Jugendamt (Ziffer 01682, 128 Punkte, 15,86 €), Letztere ist auch in Form einer Videokonferenz über einen zertifizierten Anbieter und damit zusammen mit der Gebührenposition 01450 abrechenbar. **Allerdings:** Voraussetzung für die Abrechenbarkeit dieser Leistungen ist eine Kooperationsvereinbarung in der jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigung nach § 73c SGB V. Eine solche Kooperationsvereinbarung liegt aber längst noch nicht in allen Bundesländern vor. Das Team Kinderschutz des BDP hat die einzelnen kassenärztlichen Vereinigungen kontaktiert und eine ▸ **„Übersicht Kooperationvereinbarungen“** erstellt.

Hier geht’s zur EBM-Übersicht 2025
▸ **www.vpp.org/mitglieder**

Dr. Johanna Thünker
Stellvertretende Vorsitzende VPP

Freepik

Ihre Meinung ist gefragt!

Digitalisierung in der psychotherapeutischen Versorgung – die aktuelle VPP-Umfrage

Die Digitalisierung hält zunehmend Einzug in alle Bereiche unseres Lebens, und auch die Psychotherapie bleibt davon nicht unberührt. Genau daher möchten wir mehr über Ihre Erfahrungen erfahren.

Die Videotherapie ist in vielen Praxen Teil der Patient*innenversorgung. Digitale Gesundheitsanwendungen sind auf dem Markt und können durch Psychotherapeut*innen verordnet werden. Und auch das Thema Künstliche Intelligenz und deren Anwendung im Gesundheitswesen schlägt hohe Wellen im wissenschaftlichen und öffentlichen Diskurs. All diese Themen bergen Chancen wie Risiken – und die Wissensstände sowie Einschätzungen in der Psychotherapeut*innenschaft sind sehr unterschiedlich.

Unser Ziel

Um herauszufinden, wie Sie in Ihrer Tätigkeit die Themen Videobehandlung, Künstliche Intelligenz und digitale Anwendungen (DiGA) beurteilen, und ob Sie diese konkret nutzen, laden wir Sie herzlich ein, an unserer Umfrage teilzunehmen.

Ihre Meinungen und Erfahrungen sind für uns von großer Bedeutung, da wir in den kommenden Jahren Digitalisierung als einen der inhaltlichen Schwerpunkte unseres Verbandes betrachten. Die Daten sollen u. a. Grundlage für unsere Auftaktveranstaltung im Vorfeld der Mitgliederversammlung im September 2025 sein. Und natürlich werden wir auch in der *VPP aktuell* über die Ergebnisse der Umfrage berichten.

Hier geht es zur Umfrage

Digitalisierung in der psychotherapeutischen Versorgung
▸ **de.surveymonkey.com/r/HFK2RN7**

Vielen Dank im Voraus für Ihre Teilnahme!

aleksandrbs/Freepik

Vorgestellt

Als Psychotherapeutin berufspolitisch aktiv

Mein Weg in die Berufspolitik war nicht geplant, aber logisch. Schon früh wurde mir klar, dass sinnvolle Veränderungen nur in organisierten Strukturen zu erreichen sind.

Schon als Studentin wurde ich von Kommiliton*innen auf den Berufsverband aufmerksam gemacht und habe mich in der Studierendenvertretung des BDP engagiert. Das ermöglichte mir den berühmten Blick über den Tellerrand. Während der Psychotherapieausbildung war dann an ehrenamtliche Nebentätigkeiten kaum zu denken, ich war mittlerweile Mutter und musste mit Nebenjobs meine Familie über Wasser halten.

Aber der Ärger wuchs: Warum sind die Bedingungen für unsere Ausbildung so schlecht? Und warum tun so wenig Menschen etwas dagegen? Nach der Approbation habe ich mich selbstständig gemacht. Zunächst ging das nur im Kostenerstattungsverfahren, denn trotz Wartezeiten von über einem Jahr bestand in meiner kreisfreien Stadt am Rande des Ruhrgebiets rechnerisch eine Überversorgung – ein Tatbestand, der bis heute unbegreiflich ist und mit dem ich mich nicht abfinden will.

Es kamen die Überlegungen, was ich tun könnte. Einfach weiter bis zur Erschöpfung zu arbeiten, hätte weder die Probleme der PiA gelöst noch die Versorgungslücken im Ruhrgebiet und anderswo gestopft. Also fing ich wieder an, in meinem Verband aktiv zu werden, in der Landesgruppe NRW des BDP und im VPP. Denn es war klar: Wenn wir etwas erreichen wollen, dann geht das nur in organisierten Strukturen.

Am Anfang war es unübersichtlich, die verschiedenen Ebenen zwischen Verbänden, Kammern, kassenärztlichen Vereinigungen und anderen Akteur*innen waren verwirrend. Doch mit der Zeit lernte ich, wer für was zuständig ist, wo man was erreichen kann, wie man nicht nur sinnvolle Dinge überlegt, sondern auch dafür sorgt, dass Öffentlichkeit und Politik etwas davon erfahren.

Eine weitere wichtige Erfahrung war, dass wir – auch wenn sich die verschiedenen Verbände und Interessensgruppen in bestimmten Aspekten unterscheiden – viele gemeinsame Ziele haben und nur gemeinsam stark sind. Insbesondere das PiA-Politik-Treffen mit seinen zahlreichen Aktionen im Vorfeld der Weiterbildungsreform 2019 hat mich sehr geprägt. Zudem bewege ich mich gern in kooperativen Strukturen wie dem Verbändenetzwerk „Gesprächskreis II“ und der Task-force „Finanzierung“.

Auch wenn die Schritte oft viel länger dauern und viel kleiner sind, als es meinem eher ungeduldigen Naturell gefällt, gibt es auch immer wieder Erfolge. Dies bereichert das eigene Leben um viele Begegnungen und Erfahrungen, die man ohne Berufspolitik nicht machen würde. Darum hoffe ich, dass auch in Zukunft viele Kolleg*innen das Interesse und den Mut haben, für unseren Berufsstand und unsere Patient*innen einzustehen.

BDP e.V.

Dr. Johanna Thünker
Stellvertretende Vorsitzende VPP

itchaznong/Freepik

PsyCura
Wirtschaftsdienst GmbH

Die Rechtsschutz-Versicherung

Gemeinschaftliche Tätigkeit von Psychotherapeut*innen richtig versichern

Anknüpfend an die vorangegangenen Beiträge zum Thema in den letzten Ausgaben der *VPP aktuell* wollen wir uns heute mit der Rechtsschutz-Versicherung (RSV) befassen. Während sich die Haftpflichtversicherung ausschließlich mit Schadenersatzansprüchen zivilrechtlicher Natur beschäftigt, deckt die Rechtsschutz-Versicherung das Kostenrisiko der meisten anderweitigen rechtlichen Auseinandersetzungen ab, wie z. B. Streitigkeiten mit Behörden und Verwaltungen, Vertragsstreitigkeiten oder die aktive Rechtswahrnehmung bei Schadenersatzansprüchen gegen Dritte.

Im Beratungsalltag treffen wir immer wieder auf Unsicherheiten, wie ein risikogerechter Versicherungsschutz aussehen muss. Dabei geht es oft um folgende Fragen:

- Wer ist in den Versicherungsschutz einzubeziehen?
- Brauchen wir mehrere oder einen Vertrag?
- Welche Bausteine sind erforderlich?

Im ersten Beitrag unserer Serie (*VPP aktuell* 65/2024) hatten wir deutlich gemacht, dass v. a. die bezüglich der Haftung geltenden Regelungen relevant für die Gestaltung des Versicherungsschutzes sind. Zunächst ist es notwendig, darauf zu schauen, welche Komponenten der optimale Rechtsschutz enthalten soll. Die abgebildete Grafik zeigt dies.

Besonders wichtig ist für Psychotherapeut*innen die Komponente Spezial-Straf-Rechtsschutz. Diese sollte auch bei Verbrechensvorwürfen greifen.

Rechtsschutz-Versicherung für BAG und MVZ

Da diese beiden Kooperationsformen eine wirtschaftlich-organisatorische und rechtliche Einheit bilden, ist es für die Absicherung von rechtlichen Auseinandersetzungen zwingend, einen gemeinsamen Vertrag abzuschließen.

Kommt es z. B. zu einem Rechtsstreit mit der KV, ist die BAG/das MVZ Streitpartei und muss als Ganze rechtlich vertreten werden. Besteht eine RSV nur für einzelne Inhaber*innen, werden keine Kosten für die Vertretung der BAG/des MVZ übernommen.

Ist Ihr Rechtsschutz up to date?

Nutzen Sie unsere Expertise, und lassen Sie sich beraten bzw. vorhandene Verträge überprüfen. Unsere Expert*innen stehen Ihnen gern zur Verfügung. Vereinbaren Sie Ihren individuellen Beratungstermin, oder fordern Sie einen Vorschlag für eine Rechtsschutz-Versicherung an.

▸ **www.psycura.de/rsv**

Bei der persönlichen Rechtsvertretung im Strafrecht besteht bei einem gemeinsamen Vertrag Deckung für alle versicherten Personen.

Wichtig: Streitigkeiten zwischen den Beteiligten Praxis-/MVZ-Inhaber*innen untereinander sind bei den meisten Anbietern nicht versichert.

Rechtsschutz-Versicherungen für Praxisgemeinschaften

Bei Praxisgemeinschaften (PG) erfolgt die Berufsausübung unabhängig voneinander. Insofern können die beteiligten Psychotherapeut*innen eigenständige Verträge abschließen. Da aus wirtschaftlichen Gründen bestimmte Fragestellungen gemeinschaftlich geregelt werden, sind bei den RSV folgende Aspekte zu berücksichtigen:

- Werden gemeinsam Angestellte beschäftigt, sind diese nicht mitversichert, wenn sie Tätigkeiten für eine*n Inhaber*in ausüben, der/die keine RSV hat.
- Weitere Probleme können sich auch im Zusammenhang mit der gemeinsamen Nutzung von IT-Lösungen und der gemeinsamen Verwaltung ergeben. Kommt es z. B. zu einer Datenschutzverletzung mit gemeinsamer Praxiswebsite oder dem E-Mail-Account, die zu einem Bußgeldverfahren führt, übernimmt die RSV nur den Kostenanteil der jeweiligen Versicherungsnehmer*innen.
- Ähnliche Probleme ergeben sich beim Mieter-Rechtsschutz. Falls die PG gemeinsam als Mieter im Mietvertrag eingetragen ist (z. B. als GbR), besteht über die Einzelabsicherung sogar gar keine Deckung. In diesem Fall benötigt die Mieter-GbR eine eigenständige Mieter-RSV. Werden Räumlichkeiten (unter-)vermietet, ist immer eine zusätzliche Absicherung nötig.
- Auch wenn alle beteiligten Psychotherapeut*innen eigene Verträge haben, diese aber bei unterschiedlichen Anbietern bestehen, kommt es oft zu Lücken, da sich die Verträge im Versicherungsumfang unterscheiden können.

Wie kann die Lösung aussehen?

Alle Beteiligten schließen eine eigenständige RSV beim gleichen Anbieter mit gleichem Versicherungsumfang ab. In diesen Fällen kann die PsyCura Wirtschaftsdienst GmbH mit kooperierenden Versicherern auch Sondernachlässe abstimmen. Bestehen bereits Absicherungen bei verschiedenen Anbietern, unterstützen wir Sie dabei, den passenden Anbieter und Tarif zu finden, der den Absicherungsbedarf der Praxisgemeinschaft am besten abdeckt.

Dr. Michael Marek
Geschäftsführer
PsyCura Wirtschaftsdienst GmbH

ANZEIGE

Private und berufliche Vollmachten – alles geregelt oder nach mir die Sintflut?

PsyCura Wirtschaftsdienst GmbH

Die großen Irrtümer bei Freiberuflern/Kammerberufen.
Wir zeigen Ihnen, wie Sie für den Fall der Fälle vorsorgen können, damit Sie vorbereitet sind und immer selbstbestimmt handeln.

Themen: Unternehmervollmacht · Betreuungs- und Sorgerechtsverfügung · Vorsorgevollmacht · Patientenverfügung · Vermögenssicherung im Pflegefall · u. v. m.

- kostenfrei
- begrenzte Teilnehmendenzahl

Unsere Informationsabende:
Leipzig, 15.09.2025, 18.30 – 21.00 Uhr
München, 42. Kalenderwoche, 18.30 – 21.00 Uhr

Mehr Informationen und Anmeldung:
www.psycura.de/vollmachten-2025

PC1-021-01
Foto: katemangostar/Freepik

PsyCura Wirtschaftsdienst GmbH · Große-Leege-Straße 97/98 · 13055 Berlin · ServiceLine 030 33 77 383 0 · mail@psycura.de

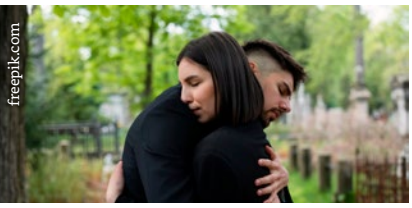
Empfehlungen der psylife-Redaktion

Highlights aus dem Online-Magazin psylife

In dieser Rubrik stellen wir Ihnen einige von der psylife-Redaktion ausgewählte Beiträge aus dem Online-Magazin vor. Weitere Beiträge zur Psychotherapie lesen Sie kostenfrei unter:
▸ www.psylife.de/magazin/psychotherapie

Aktuelles aus der Magazin-Rubrik

Trauer als Diagnose? Erkenntnisse für die therapeutische Praxis


freepik.com

Trauer ist eine menschliche Erfahrung, der sich jede:r im Laufe des Lebens gegenübersieht. Sie stellt eine natürliche Reaktion auf den Verlust eines geliebten Menschen dar. In diesem Artikel werden die Symptome und die Diagnostik von Trauerprozessen auf der Grundlage klinischer Diagnosesysteme beleuchtet. Besondere Beachtung findet die Gegenüberstellung von erwartbaren Trauerreaktionen und den Kennzeichen der Depression, um einen Überblick zur Differenzierung zu geben.
▸ www.tinyurl.com/4nxjhyh5

Die Angst vor dem Auffliegen: Als Therapeut*in mit eigenen Traumata umgehen

cookie_studio – freepik.com

Aufgewachsen in einem dysfunktionalen Familiensystem mit seelischer und sexualisierter Gewalt, bearbeitet Zoë Robens ihre traumatischen Erfahrungen in ihrem Buch „Die Labyrinth-Alben. Aufbruch aus der seelischen Dunkelheit“. Zoë Robens, die unter einem Pseudonym schreibt, arbeitet als Psychotherapeutin. Sie möchte Menschen Mut machen, sich mit eigenen erlittenen Traumata auseinanderzusetzen – ein Thema, das unter Psychotherapeut*innen selbst häufig noch tabuisiert ist.
▸ www.tinyurl.com/yz2u6cxm

Therapeutische Hilfe bei Pädophilie

Timur Weber – pexels.com

Die sexuelle Ansprechbarkeit auf das kindliche Körperschema nennen wir Pädophilie. Sie ist nicht gleichzusetzen mit sexuellem Kindesmissbrauch; das Risiko für einen solchen kann jedoch bestehen. Betroffene sind einem großen Stigma ausgesetzt, das weder ihnen hilft, noch für einen effektiven Kinderschutz sorgen kann. Das Thema Pädophilie kann sowohl bei Betroffenen als auch bei Psychotherapeut*innen mit starken Emotionen verbunden sein. Dieser Artikel soll dabei unterstützen, dennoch professionell mit Betroffenen zu arbeiten.
▸ www.tinyurl.com/5n8n4pe9

Finanzielle Selbstsabotage in der Psychotherapie aufdecken

Kaboompics.com – pexels.com

Über Geld spricht man nicht? Das haben nicht nur Klient*innen, sondern auch viele Psychotherapeut*innen verinnerlicht. Psychodynamische Ansätze können dabei helfen, finanzielle Probleme zu verstehen und aufzulösen. Finanz-Psychotherapeutin Vicky Reynal beschreibt, wie Sie Ihre Klient*innen dabei unterstützen, Veränderungen zu initiieren und das finanzielle Wohlbefinden zu verbessern.
▸ www.tinyurl.com/y7v3hyuw

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

Veranstaltungskalender

23. bis 28 Juli 2025
Tauchen Sie ein! Kaltwasserexpositionen für die Psychotherapie nutzen
Ort: Lech am Arlberg/Österreich
▸ www.tinyurl.com/yh8f7jps

30. August 2025
Tag der Psychologie 2025
Thema: Muss ich als Psycholog*in ein Gutmensch sein?
Ort: Düsseldorf
▸ www.tinyurl.com/yahd3y3j

1. bis 4. September 2025
DGPs Fachgruppentagung EPSY
Thema: Kaskaden der Entwicklung
Ort: Gießen
▸ www.tinyurl.com/ymhh29dc

1. bis 6. September 2025
13. Berliner Fortbildungswoche Psychotherapie 2025
Ort: Berlin
▸ www.tinyurl.com/yfpmhf5z

3. bis 6. September 2025
40. Jahrestagung der Gesellschaft für Neuropsychologie
Ort: Leipzig
▸ www.fesn-gnp2025.de

7. bis 9. September 2025
18th Conference Of The Swiss Psychological Society
Ort: Crans-Montana/Schweiz
▸ www.unidistance.ch/sps2025

13. September 2025
Mitgliederversammlung VPP und Fortbildungsveranstaltung „Digitalisierung in der Psychotherapie sowie dem Umgang mit digitalen Gesundheitsanwendungen“
Ort: Kassel und online
▸ www.tinyurl.com/4b2z3ty4

15. bis 19. September 2025
17. Kongress der Fachgruppe Gesundheitspsychologie der DGPs
Ort: Salzburg
▸ www.tinyurl.com/a3s6yezk

21. bis 24. September 2025
18. Konferenz der DPPD
Thema: Individuelle Unterschiede im digitalen Zeitalter
Ort: Kassel
▸ www.dppd2025.de

24. September 2025
Online-Workshop „Überblick Klimakommunikation“
Ort: Online
▸ www.tinyurl.com/mvfxke2d

10. und 11. Oktober 2025
Herbstsymposium des DDPP
Thema: Chemie oder Beziehung? – Was ist primär in der PsychosenPsychotherapie?
Ort: Berlin und online
▸ www.ddpp.eu

19. bis 23. Oktober 2025
54. Lübecker Psychotherapietage
Thema: Wendepunkte – Krisen als Bedrohung und Chance
Ort: Lübeck
▸ www.luebecker-psychotherapietage.de

29. Okt. bis 2. Nov. 2025
30. Psychotherapietage NRW
Thema: Einsam, verbunden, zugehörig
Ort: Bad Salzuflen
▸ www.psychotherapietage-nrw.de

IMPRESSUM

dpv Deutscher Psychologen Verlag GmbH

18. Jahrgang, 2025
Ausgabe 69
ISSN 3052-377X

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, M. Lentz, J. Thünker

Gestaltung
Tanja Bregulla, Langerwehe

Titelfoto
Freepik

Verlag
Deutscher Psychologen Verlag GmbH
Geschäftsführung: Manuel Lentz
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. 7 vom 1.1.2025

Anzeigenschluss
Ausgabe 70: 7.8.2025
(erscheint am 18.9.2025)
Ausgabe 71: 6.11.2025
(erscheint am 18.12.2025)

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 digital und ist als Einzelausgabe 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 die Einzelausgabe 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. 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.

© Deutscher Psychologen Verlag GmbH, 2025