



# VPP *aktuell*



## Digitalisierung in der Psychotherapie

**DiGA und KI in der  
Psychotherapie**  
Chance und Potenziale für eine  
bessere Versorgung

• **Psychotherapie per Video  
erfolgreich gestalten**  
• Wirksamkeit, Chancen, Grenzen  
• und Empfehlungen

• **Therapie im  
virtuellen Raum**  
• Wie VR hilft, leitliniengerecht  
• zu arbeiten

# Editorial

Liebe Leser\*innen,

dies ist die erste Ausgabe in der neuen Amtszeit des VPP-Bundesvorstandes. Als gewählte Vorsitzende freue ich mich sehr, Ihnen in dieser Ausgabe unser neues Team vorstellen zu dürfen. Ich möchte es jedoch auch nicht versäumen, mich bei denjenigen zu bedanken, die in der letzten Amtszeit als Vorstand einen tollen Job gemacht haben.

Diese Ausgabe steht unter dem gleichen Motto wie die Fortbildung, die im Rahmen der Mitgliederversammlung stattgefunden hat: Digitalisierung. Für viele ein leidiges und zum Teil auch angstbesetztes Thema: Wird man uns noch brauchen, wenn erst die KI so richtig in Fahrt gekommen ist? Aber es ist auch ein Thema voller Chancen. Vor allem jedoch ein Thema, das wir aktiv mitgestalten sollten!

Im Leitartikel gehen Dr. Lasse Sander und sein Team der Frage nach, welche Chancen DiGA und KI für die psychotherapeutische Versorgung bieten. Beim Lesen können Sie sich auf ein differenziertes, auf wissenschaftlichen Daten basierendes Resümee freuen. Einer ganz ähnlichen Fragestellung gehen anschließend Lena S. Steubl und Prof. Harald Baumeister nach. Sie reflektieren den Einsatz von Videotherapie, und Yvonne Cosanne stellt das neue Feld der Therapie im virtuellen Raum vor. Wir haben jedoch auch Sie als VPP-Mitglieder gefragt, welche Erfahrungen und Einstellungen Sie zu digitalen Tools in der Psychotherapie haben. Die Ergebnisse dieser Umfrage können Sie in dieser Ausgabe ebenfalls lesen.

In der Rubrik „Vorgestellt“ gibt Heike Bott, neue stellvertretende VPP-Vorsitzende und Mitglied des BDP-Teams „Kindeswohl und Kinderrechte“, unter der Überschrift „Kinderschutz als Haltung“ spannende Einblicke in ihren beruflichen Werdegang. Sie hält ein flammendes Plädoyer dafür, Kindern und Jugendlichen eine Stimme zu geben und sie mehr zu unterstützen. Zudem gibt unser Justiziar aktuelle Hinweise zur Befüllung der elektronischen Patientenakte (ePA), auch dabei geht es nicht zuletzt um den Schutz unserer Patient\*innen.

Wir wünschen eine spannende Lektüre und freuen uns über Ihr Feedback.

Mit kollegialen Grüßen



Johanna Thünker  
VPP-Vorsitzende ab 1.10.2025



# Inhalt



4

## Chancen der Digitalisierung

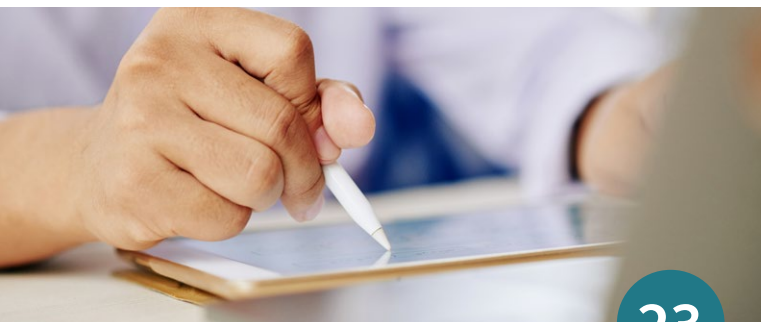
Besitzen DiGAs und KI das Potenzial, die psychotherapeutische Versorgung nachhaltig zu verbessern?



15

## Therapie im virtuellen Raum

Ist VR in der psychotherapeutischen Praxis angekommen? Wo kann sie angewendet werden? Was ist dabei zu beachten?



23

## ePA automatisiert befüllen?

Besteht eine gesetzliche Pflicht der automatisierten Befüllung der elektronischen Patientenakte? Was sollten Psychotherapeut\*innen hierzu wissen?

## 2 Editorial

### BERUFSPRAXIS

- 4 Digitalisierung als Chance  
**Welche Chancen bieten DiGA und KI für die psychotherapeutische Versorgung?**
- 11 Chancen, Grenzen und Empfehlungen  
**„Können Sie mich sehen?“: Psychotherapie per Video erfolgreich gestalten**
- 15 Wie uns virtuelle Realität hilft, leitliniengerecht zu arbeiten  
**Therapie im virtuellen Raum**
- 21 Ergebnisse VPP-Umfrage  
**Wie digital sind unsere Praxen?**

### BERUFSPOLITIK

- 23 Was Psychotherapeut\*innen wissen sollten  
**Elektronische Patientenakten (ePA) automatisiert befüllen?**
- 26 Mitgliederversammlung 2025  
**Neuer VPP-Vorstand gewählt**
- 29 Vorgestellt  
**Kinderschutz als Haltung – aus psychotherapeutischer und fachpolitischer Perspektive**

### INFORMATIONEN

- 30 Special: Tiergestützte Therapien  
**Deckung in der Berufshaftpflicht-Versicherung für spezielle Verfahren und Methoden**
- 32 Empfehlungen der psyLife-Redaktion  
**Highlights aus dem Online-Magazin psyLife**
- 33 Veranstaltungskalender
- 33 Impressum



Digitalisierung als Chance

## Welche Chancen bieten DiGA und KI für die psychotherapeutische Versorgung?

**Die Gesundheitsversorgung für Menschen mit psychischen Erkrankungen in Deutschland steht unter Druck: Lange Wartezeiten, regionale Engpässe und eine steigende Krankheitslast sind ungelöste Herausforderungen. Digitale Gesundheitsanwendungen (DiGA) und Künstliche Intelligenz (KI) werden als Möglichkeiten diskutiert, diese Engpässe zu adressieren. Doch liegt hierin auch das Potenzial, die Versorgung nachhaltig zu verbessern?**

Psychische Erkrankungen sind in Deutschland und weltweit eine der führenden Ursache für den Verlust gesunder Lebensjahre und gehen mit hohem volkswirtschaftlichem Produktivitätseinbußen und immensen gesellschaftlichen Kosten einher (Herrman et al., 2022a; James et al., 2018; König et al., 2020; Mind Medicine Australia, 2025; World Health Organization, 2022). Insbesondere im Kindes- und Jugendalter sind die Prävalenzen gestiegen (Sacco et al., 2024) und gehen häufig mit einer Chronifizierung bis in das Erwachsenenalter einher (Solmi et al., 2022). Wissenschaftlich fundiert und gesellschaftlich mit hoher Nachfrage und Akzeptanz versehen hat sich in Deutschland Psychotherapie als eine zentrale Säule der Versorgung etabliert. Allerdings gelingt es nur in begrenztem Umfang, die Krankheitslast psychischer Erkrankungen effektiv zu reduzieren (Herrman et al., 2022b; Kazdin, 2017), dies gilt im besonderen Maße auch für Kinder und Jugendliche (McGorry & Mei, 2018).

Modellierungsstudien zeigen, dass mit den verfügbaren Mitteln (darunter insbesondere Psychotherapie und Medikation) lediglich ein geringer Anteil der Krankheitslast gemindert werden kann. Eine aktuelle deutsche Simulation von Wilhelm und Kolleg\*innen am Beispiel Depressionen verdeutlicht: Das aktuelle Versorgungssystem kann nur etwa 9,5 Prozent der depressionsbedingten Krankheitslast reduzieren (Wilhelm et al., 2024). Ältere internationale Analysen kommen zu ähnlichen Ergebnissen: Selbst bei optima-

ler Nutzung aller Angebote ließe sich höchstens etwa ein Drittel der Krankheitslast eindämmen (Andrews et al., 2000). Neben versorgungsstrukturellen Herausforderungen hängt dies auch mit der insgesamt eher moderaten Wirksamkeit psychotherapeutischer Interventionen zusammen, wie jüngst in einer umfangreichen Meta-Analyse dargestellt wurde (Cuijpers et al., 2024).

In diesem Zusammenhang sei allerdings auch deutlich gesagt, dass Psychotherapie mehr leistet, als sich durch eine eingeschränkte Fokussierung auf Symptomreduktion messen lässt. Psychotherapie ermöglicht eine professionelle, emotionale Unterstützung in Krisenzeiten und kann Halt, Reflexionsraum und Orientierung geben, um sein Leben neu auszurichten und Veränderungen anzustoßen, die ggf. erst Jahre später zu positiven Auswirkungen auf die Lebensqualität Betroffener führen.

Auch kann es ein Ziel von Psychotherapie sein, trotz weiter bestehender körperlicher oder psychischer Belastung ein zufriedeneres Leben mit der Erkrankung zu führen. Eine aktuelle qualitative Meta-Analyse zeigte, dass Patient\*innen neben einer Symptomreduktion auch ein vertieftes Selbstverständnis, gestärkte Selbstwirksamkeit und eine verbesserte soziale Teilhabe als bedeutsame Ergebnisse von Psychotherapie wertschätzen (Ladmanová et al., 2025).

Nichtsdestotrotz verdeutlichen die eingangs genannten Studien, dass wir bei der Bekämpfung der durch psychische Erkrankungen verursachten Krankheitslast neue Wege gehen müssen, was eine Weiterentwicklung der psychotherapeutischen Versorgungslandschaft mit einschließt (Kazdin & Blase, 2011). Ziel sollte es sein, nicht nur effektivere, sondern auch skalierbare und somit breiter zugängliche Angebote zu schaffen. Zudem wäre es ratsam, die Prävention stärker in den Mittelpunkt zu rücken, um Erkrankungen frühzeitig zu erkennen oder ihr Auftreten zu verhindern (Cuijpers,

2025). Auch hier können digitale Lösungen eine Schlüsselrolle spielen (Schuller et al., 2022).

## Digitale Gesundheitsanwendungen: Potenzial und Realität

Seit 2020 können in Deutschland digitale Gesundheitsanwendungen (DiGA) verschrieben werden. Aktuell sind mehr als 70 DiGA zugelassen, mehr als ein Drittel davon im Bereich der F-Diagnosen wie Depressionen, Angststörungen oder Insomnie. Dabei sind 24 DiGAs dauerhaft und vier vorläufig – siehe DiGA-Verzeichnis des BfArM: [▶ diga.bfarm.de](https://diga.bfarm.de) (Stand 21.7.2025). Im Kindes- und Jugendbereich ist seit Kurzem eine DiGA (ADHS Elternteraining) in der Erprobungsphase bzw. vorläufig aufgenommen.

Diese verschreibungsfähigen Apps oder Webanwendungen sind CE-gekennzeichnete Medizinprodukte und dienen der Erkennung, Überwachung und Behandlung von Erkrankungen. DiGA werden vom Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte auf Qualität, Datenschutz und Wirksamkeit geprüft. Sie bieten orts- und zeitunabhängige Unterstützung und können helfen, Wartezeiten zu überbrücken oder bestehende Versorgung zu ergänzen. Studien zeigen, dass digitale Selbsthilfeprogramme wirksam sein können – etwa um depressive Symptome zu lindern oder Rückfälle zu verhindern (Goldberg et al., 2022; Moshe et al., 2021).

”  
Studien zeigen,  
dass digitale  
Selbsthilfeprogramme  
wirksam sein können

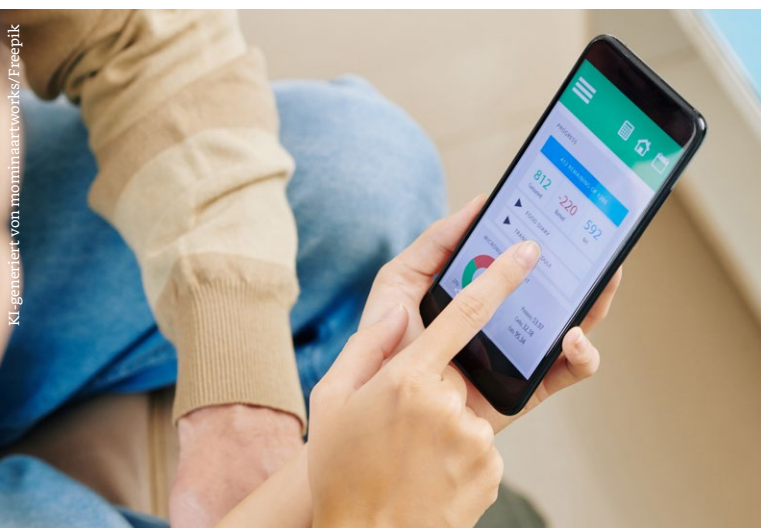
Dennoch werden DiGA bisher nur selten verschrieben (Grobe et al., 2024). Viele Therapeut\*innen empfinden die Programme als sperrig und nur schwer in individualisierte Behandlungsansätze integrierbar (Braun et al., 2022; Hildebrand et al., 2024; Wüllner et al., 2025). Bei den Leistungserbringer\*innen mangelt es oft an Wissen über Inhalte, aber auch über Indikation, Kontraindikation und den konkreten Verschreibungsprozess von DiGA (Grobe et al., 2024). Auch die hohe Abbruchrate ist ein Problem: Viele Patient\*innen verlieren

schnell die Motivation, wenn sie allein mit einer App arbeiten (Fleming et al., 2018).

Wichtige Erfolgsfaktoren sind eine enge Einbettung in den therapeutischen Prozess, eine klare Kommunikation und frühzeitiges Adhärenzmonitoring. Studien zeigen, dass durch regelmäßige Feedbackschleifen und personalisierte Anpassungen die Adhärenz deutlich verbessert werden kann (Mechler et al., 2024; Werntz et al., 2023).

## Hybride Modelle: Die Brücke zwischen digital und persönlich

Ein zukunftsweisender Ansatz ist das sogenannte **Blended-Care-Modell** (Schaeuffele et al., 2022): Hier werden digitale Module mit psychotherapeutischen Sitzungen im direkten Kontakt kombiniert (Ferraon Nunes-Zlotkowski et al., 2024). Digitale Tools können Aufgaben wie Psychoedukation, Dokumentation oder das Üben und Wiederholen von Techniken übernehmen, während in den persönlichen Sitzungen individuelle Konflikte, Emotionen und Beziehungsmuster bearbeitet werden. Ein depressiver Patient in einer fiktiven Fallvignette könnte etwa anfangs mithilfe einer App Grundwissen zu Depressionen erwerben, in den persönlichen Sitzungen ihre individuellen Auslöser erkennen und diese in der therapeutischen Beziehung bearbeiten und zwischen den Terminen über eine App begleitet im Alltag reflektieren.



Das Blended-Care-Modell ist zukunftsweisend

**Blended Care** könnte helfen, das Versorgungssystem zu entlasten, indem mehr Patient\*innen in derselben Arbeitszeit behandelt werden, ohne die Effektivität der Behandlung oder der Qualität der Beziehung zu reduzieren (Baumeister et al., 2021). Allerdings erfordert diese Veränderung eine gute Schulung der Behandelnden, klare Konzepte und eine strukturierte Integration in die bestehenden Versorgungspfade (Fenski et al., 2024).



*Künstliche Intelligenz (KI) eröffnet neue Möglichkeiten in der psychischen Gesundheitsversorgung*

## Künstliche Intelligenz: Potenziale, Risiken und ethische Fragen

Künstliche Intelligenz (KI) – insbesondere sogenannte „**large language models**“ (LLMs, große Sprachmodelle) – eröffnet neue Möglichkeiten in der psychischen Gesundheitsversorgung (Li et al., 2023; Stade et al., 2024; Triantafyllopoulos et al., 2024). LLM-basierte Chatbots könnten theoretisch als künstlicher Gesprächspartner dienen, personalisierte Reflexionsfragen stellen, Übungen anleiten oder Tagebuchanalysen durchführen. Dabei sind sowohl **Stand-alone-Anwendungen** denkbar, z. B. LLM-Therapeut\*in oder LLM-Patient\*in zu Trainingszwecken (Heinz et al., 2025; Triantafyllopoulos et al., 2024), als auch **Blended-Care-Modelle**, in denen LLM-Chatbots beispielsweise zur unterstützenden Psychoedukation, Dokumentation oder zum Management eingesetzt werden (Stade et al., 2024). Erste randomisiert-kontrollierte-Studien deuten dabei auf vielversprechende Effekte von LLMs hin (Heinz et al., 2025).

Der direkte Zugang über das Smartphone, die Verfügbarkeit rund um die Uhr und – nicht zuletzt – die Ersparnis einer langjährigen Ausbildungszeit seitens der Therapeut\*innen, die Vermeidung langer Wartezeiten auf einen Therapieplatz und das potenzielle Stigma beim Aufsuchen einer

psychotherapeutischen Institution sind dabei klare Stärken im Vergleich zur Psychotherapie im menschlichen Kontakt. In Kombination mit digitalen Sensoren von Smartphones und Wearables (Smart Watches) können LLMs automatisierte Frühwarnsysteme bieten, die auf Basis von Sprache oder Interaktionsmustern Krisen früh erkennen und direkt Interventionen anbieten (Garatva et al., 2023; Terhorst et al., 2023; van Genugten et al., 2025).

Doch mit diesen Chancen gehen auch erhebliche Risiken einher: Datensicherheits- und Datenschutzfragen, mögliche Fehlinformationen („Halluzinationen“) der LLMs sowie die Gefahr einer emotionalen Abhängigkeit oder Fehlinterpretation sind zentrale Herausforderungen (Carlini et al., 2019; Huang et al., 2025; Ma et al., 2023). Auch ist die Akzeptanz therapeut\*innenseitig und patient\*innenseitig eingeschränkt, und vielen Patient\*innen könnten die emotionale Tiefe und die Authentizität einer menschlichen Beziehung fehlen – ein Faktor, der erheblich zur breiten gesellschaftlichen Akzeptanz von Psychotherapie beiträgt. Zudem ist bislang unklar, wie transparent und nachvollziehbar Entscheidungen von KI-Systemen tatsächlich sind (De Freitas et al., 2024; Goh et al., 2024; Sharma et al., 2024).

## Gestaltungsprinzipien von digitalen Programmen und KI

Damit digitale Anwendungen ihr Potenzial entfalten können, müssen sie höchsten Qualitätsstandards entsprechen. Das TEQUILA-Framework (Trust, Evidence, Quality, Usability, Interests, Liability, Accreditation) bietet hier eine Orientierung (Löchner et al., 2025):

- **Trust (Vertrauen):** Nutzer\*innen müssen sich auf die Sicherheit und Verlässlichkeit der Anwendungen vertrauen können.
- **Evidence (Evidenz):** Es braucht belastbare wissenschaftliche Nachweise für die Wirksamkeit.
- **Quality (Qualität):** Inhalte müssen fachlich korrekt, aktuell und professionell aufbereitet sein.
- **Usability (Benutzerfreundlichkeit):** Niedrigschwelliger Zugang und intuitive Bedienbarkeit sind entscheidend.

- **Interests (Interessen):** Kommerzielle Interessen dürfen nicht über Patient\*innenschutz gestellt werden.
- **Liability (Haftung):** Es muss klar geregelt sein, wer bei Fehlfunktionen oder Schäden verantwortlich ist.
- **Accreditation (Akkreditierung):** Nur geprüfte und zertifizierte Anwendungen sollten in die Regelversorgung integriert werden.

Darüber hinaus müssen Datenschutz und ethische Prinzipien fest verankert sein. Eine transparente Kommunikation über Möglichkeiten und Grenzen digitaler Angebote ist Voraussetzung für Akzeptanz und langfristigen Erfolg. Es ist erforderlich, LLMs für den therapeutischen Bereich gezielt zu trainieren und zu überwachen, um Risikosituationen zu verhindern. Dies ist bei frei verfügbaren Chatbots nicht der Fall. Zu der Nutzung aktuell frei verfügbarer LLMs wie ChatGPT, Claude oder Mistral kann daher aktuell nicht geraten werden.

## Sozial gerechte Digitalisierung: Wer wird erreicht – und wer nicht?

Ein zentraler, oft unterschätzter Aspekt ist die Frage, wer von digitalen Angeboten tatsächlich profitiert. Menschen mit höherer Bildung, höherem Einkommen und guter digitaler Kompetenz nutzen digitale Gesundheitsangebote häufiger (Cornejo Müller et al., 2020; Graham et al., 2020). Auch jüngere Patient\*innen zeigen sich aufgeschlossener und kompetenter in der Anwendung dieser Angebote als ihre Therapeut\*innen (Alt et al., 2025). Dagegen bleiben vulnerable Gruppen – etwa ältere Menschen, Menschen mit Sprachbarrieren oder Personen mit niedrigem sozioökonomischem Status – oft ausgeschlossen.



*Wer profitiert von den digitalen Angeboten?*

Hier braucht es gezielte Strategien: etwa die Förderung digitaler Gesundheitskompetenz, die Schaffung niederschwelliger Unterstützungsangebote oder die Einführung von Gesundheitslotsen, die beim Einstieg in digitale Anwendungen unterstützen – sowohl bei Patient\*innen als auch bei

Therapeut\*innen (Israel et al., 2023). Nur wenn digitale Angebote sozial gerecht gestaltet und breit zugänglich sind, können sie tatsächlich zur Verbesserung der öffentlichen Gesundheit beitragen.

## Prävention: Die vernachlässigte Dimension

Obwohl Prävention seit Jahrzehnten als Schlüssel zur Reduktion psychischer Krankheitslast gilt, bleibt sie in Deutschland unterentwickelt. Aktuell dürfen DiGA nur bei Vorliegen einer Diagnose verschrieben werden – ein systemisches Hindernis, um frühzeitig zu intervenieren. Dabei könnten digitale Tools gerade in frühen Stadien oder bei subklinischen Symptomen helfen, Krankheitsverläufe abzumildern oder zu verhindern (Buntrock et al., 2024; Christensen et al., 2016; Sander et al., 2020; Thielecke et al., 2024). Dies könnte insbesondere im Jugendalter, einer vulnerablen Phase, in der die meisten psychischen Erkrankungen beginnen, aber häufig zu spät erkannt werden, eine effektive Strategie zur Reduktion der Krankheitslast auf Bevölkerungsebene darstellen.

Digitale Interventionen könnten hierzulande helfen, Prävention im Sinne von frühen Interventionen bei subklinischer Symptomatik skalierbar verfügbar zu machen (Cuijpers, 2025; Muñoz et al., 2018). Apps zur Stressbewältigung, Programme zur Förderung von Achtsamkeit oder Tools zur Schlafhygiene könnten bereits in frühen Phasen ansetzen. Das würde nicht nur individuelles Leid verringern, sondern auch das Gesundheitssystem langfristig entlasten. In dieser Diskussion ist zu beachten, dass Maßnahmen mit kleinen Effektstärken durchaus solchen Maßnahmen mit hohen Effektstärken in der Reduktion der Krankheitslast auf Bevölkerungsebene überlegen sein können, wenn diese mit geringem ökonomischem Aufwand der breiten Bevölkerung zugänglich gemacht werden können (Lokkerbol et al., 2021).

## Fazit und Ausblick: Digitalisierung als Teil einer gestuften Versorgung

Digitale Gesundheitsanwendungen und KI bieten enorme Chancen, die psychotherapeutische

Versorgung zu ergänzen, Wartezeiten zu verkürzen und Prävention zu stärken. Gleichzeitig sind sie kein Ersatz für die persönliche Beziehung und das therapeutische Bündnis, die für viele Patient\*innen zentral bleiben.

Eine Entwicklungsmöglichkeit für unsere Profession liegt in einer gestuften, hybridisierten Versorgung: präventive digitale Angebote, gestufte maßgeschneiderte Selbsthilfe, begleitete digitale Angebote und persönliche Therapie-sitzungen, die nahtlos ineinandergreifen. Auf diese Weise könnten insgesamt mehr Menschen erreicht werden, und die Psychotherapie könnte zu einem Eckpfeiler der Grundversorgung aufsteigen. Dazu braucht es eine klare (berufs-)politische Strategie, interdisziplinäre Forschung, Investitionen in digitale Gesundheitsangebote, ein starkes rechtliches und ethisches Fundament und nicht zuletzt den Willen unserer Profession, sich weiterzuentwickeln, ohne die eigenen Errungenschaften über Bord zu werfen. Nur so kann Digitalisierung zu einer echten Brücke werden – anstatt zu einer neuen Barriere.

### AUTOR\*INNEN

#### Dr. Lasse B. Sander

Psychologischer Psychotherapeut & Supervisor für Verhaltenstherapie, Forschungsgruppenleiter an der Universität Freiburg



#### Prof. Dr. Johanna Löchner

Psychologische Psychotherapeutin, Professorin für Klinische Psychologie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters an der Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg



#### Dr. Yannik Terhorst

Akademischer Rat am Lehrstuhl für Psychologische Methodenlehre und Diagnostik, Ludwig-Maximilians-Universität München



Das Literaturverzeichnis zum Beitrag finden Sie unter ▶ [www.vpp-aktuell.de/leseproben](http://www.vpp-aktuell.de/leseproben)

EPIKUR e-therapie ONLINE

# Mehr Therapie, weniger Technik!

Sie kümmern sich um Ihre Patienten,  
wir übernehmen die Praxisverwaltung



Große Herbstaktion:  
Jetzt bis zum 15.11.2025  
Angebot sichern!

[www.epikur.de/aktion](http://www.epikur.de/aktion)

# Wir machen mehr aus Ihrer Praxis

Nutzen Sie die **zahlreichen Komfortfunktionen** unseres Praxissystems – egal ob am Rechner, auf dem Tablet oder dem Smartphone

## Der Kalender

Flexibles Verwalten Ihrer Termine – jederzeit und an jedem Ort

## Die Protokollfunktion

Direkt am Tablet Notizen anlegen, wahlweise mit Tastatur oder Pencil

## Die Videosprechstunde

Ortsunabhängiges Durchführen von Sitzungen per Video-Call



## Das Patienten-Dashboard

Wichtige Informationen zur Behandlung immer im Blick

## Die intelligente Warteliste

Effizientes, online-gestütztes Zuweisen von Therapieplätzen

## Der Aufgabenmanager

Versenden von Fragebögen, Tests und Dokumenten als digitale Aufgaben

Mehr Informationen: [www.epikur.de/aktion](http://www.epikur.de/aktion)





Chancen, Grenzen und Empfehlungen

## „Können Sie mich sehen?": Psychotherapie per Video erfolgreich gestalten

**Die videobasierte Psychotherapie ist inzwischen fester Bestandteil der psychotherapeutischen Versorgung. Doch was ist bei der Durchführung zu beachten? Welche rechtlichen Vorgaben gelten aktuell? Und wie lässt sich die videobasierte Behandlung für Psychotherapeut\*innen und Patient\*innen sinnvoll gestalten?**

Videobasierte Psychotherapie hat sich in den letzten Jahren als fester Bestandteil der psychotherapeutischen Versorgung etabliert. Sie beschreibt die Durchführung psychotherapeutischer Sitzungen per Video – im Einzel- oder Gruppensetting – in Form eines synchronen Austauschs mittels Bild- und Tonübertragung. Obwohl sie formal der klassischen Präsenztherapie ähnelt und nicht das Versorgungskontingent an sich erweitert (im Gegensatz zu anderen digitalen Interventionen), kann sie dennoch wichtige strukturelle Barrieren abbauen (Bundespsychotherapeutenkammer, 2022; Kassenärztliche Bundesvereinigung, 2025; Steubl & Baumeister, 2023). So erleichtert sie den Zugang für Menschen mit eingeschränkter Mobilität, mit weiter Anreise oder mit einem Bedarf an spezialisierten Angeboten, die regional nicht verfügbar sind.

### Wirksamkeit videobasierter Psychotherapie

Die Wirksamkeit videobasierter Psychotherapie ist durch zahlreiche Studien belegt und vergleichbar mit der Psychotherapie im unmittelbaren Kontakt (Batastini et al., 2021; Ebrahimjee et al., 2024; Fernandez et al., 2021). Auch für diagnostische Zwecke zeigt sie keine Nachteile, und die Ergebnisse von Outcome Assessments unterscheiden sich nicht signifikant (Batastini et al., 2021). Zwar ist die Studienlage insgesamt noch lückenhaft und Fragen hinsichtlich der differenziellen Wirksamkeit, Kosteneffektivität, Nebenwirkungen sowie zur Rolle von unterschiedlichen Störungsbildern, Therapie-

verfahren und stetigen Weiterentwicklungen in der digitalen Welt bleiben weitgehend offen (Ebrahimjee et al., 2024; Steubl & Baumeister, 2023), dennoch liefert sie eine belastbare Grundlage für die praktische Anwendung videobasierter Psychotherapie.

## Meinungen von Psychotherapeut\*innen und Patient\*innen

Für die erfolgreiche Implementierung videobasierter Psychotherapie ist insbesondere deren Akzeptanz bei Psychotherapeut\*innen und Patient\*innen ausschlaggebend (Steubl & Baumeister, 2023). Während aufseiten der Psychotherapeut\*innen zum Teil Vorbehalte bestehen, etwa im Hinblick auf technische Hürden, unzureichende Ausstattung oder die eingeschränkte Durchführbarkeit bestimmter Interventionen (Bundespsychotherapeutenkammer, 2020; Cataldo et al., 2021), ist die Behandlung dennoch weit verbreitet.

So führten während der COVID-19-Pandemie laut einer Online-Befragung der Bundespsychotherapeutenkammer rund 90 Prozent der befragten Psychotherapeut\*innen erstmals Videobehandlungen durch, wobei viele auch eine Fortführung über die Pandemie hinaus planten, wenngleich meist in geringerem Umfang (Bundespsychotherapeutenkammer, 2020). In einer aktuelleren Befragung von ambulant tätigen Psychotherapeut\*innen aller Therapieverfahren in Deutschland gaben 99 Prozent (321 von 325) an, videobasierte Psychotherapie durchzuführen (Alt et al., 2025). Die Zufriedenheit mit dem Einsatz ist dabei sowohl aufseiten der Psychotherapeut\*innen als auch aufseiten der Patient\*innen hoch, und das Verfahren wird von beiden Parteien gleichermaßen als prinzipiell gut umsetzbar eingeschätzt (Alt et al., 2025; Bundespsychotherapeutenkammer, 2020; Steel et al., 2011). Besonders hervorgehoben werden dabei Vorteile wie die zeitliche und örtliche Flexibilität (Bundespsychotherapeutenkammer, 2020; Steel et al., 2011).

Zudem zeigen Studien, dass auch unter digitalen Bedingungen eine tragfähige therapeutische Beziehung aufgebaut werden kann (Simpson & Reid,

2014). Es gibt sogar Hinweise darauf, dass sich Patient\*innen in der Videositzung aktiver einbringen und sich sicherer fühlen als im direkten Kontakt (Simpson & Reid, 2014).

## Abrechnung innerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung in Deutschland

Die breite Anwendung videobasierter Psychotherapie in der Praxis spiegelt sich nicht zuletzt auch in der Weiterentwicklung der rechtlichen Rahmenbedingungen und Abrechnungsmodalitäten wider. Seit dem 22. Deutschen Psychotherapeutentag am 17. November 2018 ist durch eine Anpassung des § 5 der Musterberufsordnung (MBO) videobasierte Psychotherapie berufsrechtlich möglich, und seit dem 1. April 2019 sind Psychotherapeut\*innen berechtigt, videobasierte Psychotherapie als Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung durchzuführen (Bundespsychotherapeutenkammer, 2022). Die Abrechnung ist seit dem 1. Oktober 2019 möglich (Bundespsychotherapeutenkammer, 2022).

Seit 2025 dürfen nun psychotherapeutische Leistungen auf Basis der Psychotherapie-Richtlinie (EBM, Kap. 35) fast vollständig auch per Videosprechstunde erbracht und abgerechnet werden, was der zuvor kritisierten fehlenden Flexibilität Rechnung trägt (Kassenärztliche Bundesvereinigung, 2025; Steubl & Baumeister, 2023). Die Leistungen beinhalten dabei psychotherapeutische Sprechstunden, probatorische Sitzungen, Akutbehandlungen, Einzel- und Gruppentherapien sowie neuropsychologische Behandlungen, sofern dies aus therapeutischer Sicht vertretbar ist (Kassenärztliche Bundesvereinigung, 2025).

Die zuvor geltende patient\*innenübergreifende Begrenzung der Videoleistungen wurde rückwirkend zum 1. Januar 2025 aufgehoben. Es gelten nun lediglich Obergrenzen für Behandlungsfälle pro Praxis, wobei aktuell bis zu 50 Prozent der Patient\*innen (bekannt oder unbekannt) im Quartal rein videobasiert behandelt werden können (Kassenärztliche Bundesvereinigung, 2025). Für die Durchführung von videobasierter Psychotherapie ist zwingend die Nutzung eines zertifizier-

**Linktipp**

Praxis-Info Videobehandlung.

► [www.tinyurl.com/4k5xrr82](http://www.tinyurl.com/4k5xrr82)

ten, Ende-zu-Ende-verschlüsselte Videodienstes erforderlich. Mögliche Anbieter sind auf der Homepage der Kassenärztlichen Bundesvereinigung gelistet (Kassenärztliche Bundesvereinigung, 2025). Die Registrierung ist in der Regel der Kassenärztlichen Vereinigung zu melden.

Zur notwendigen Ausstattung gehören aufseiten der Psychotherapeut\*innen und Patient\*innen neben einer stabilen Internetverbindung ein internetfähiges Endgerät (PC, Tablet oder Smartphone) mit Kamera, Mikrofon und Lautsprecher. Zudem ist eine Einwilligungserklärung der Patient\*innen erforderlich. Die Videositzung muss vertraulich und ungestört ablaufen – analog zur klassischen Präsenztherapie. Bei ausschließlich videobasierter Behandlung ist ein Abschlag von 20 Prozent auf die Pauschale vorgesehen. Ein Technik- und Förderzuschlag zur Abdeckung der Kosten für den Videodienst ist möglich.

Weitere Informationen finden sich auf den Seiten der Kassenärztlichen Vereinigung (Kassenärztliche Bundesvereinigung, 2025):

► [www.tinyurl.com/yc27zd4z](http://www.tinyurl.com/yc27zd4z)

**Empfehlungen zur Umsetzung**

Über die reinen Abrechnungsmodalitäten hinaus hat die Interessengruppe E-Health der Deutschen Gesellschaft für Psychologie (DGPs) im Zuge der COVID-19-Pandemie praxisrelevante Empfehlungen zur Durchführung videobasierter Psychotherapie veröffentlicht (Interessensgruppe E-Health in der Fachgruppe Klinische Psychologie und Psychotherapie der Deutschen Gesellschaft für Psychologie, 2020). Demnach sollten Psychotherapeut\*innen und Patient\*innen vorab für eine geeignete, ruhige und störungsfreie Umgebung sorgen, vorzugsweise in geschlossenen Räumen. Angemessene Kleidung und ein angemessener Sitzplatz sind wichtig, ebenso wie der Verzicht auf Mobiltelefone während der Sitzung (wenn diese nicht für die Therapie genutzt werden). Eine stabile Internetverbindung auf beiden Seiten ist wie beschrieben Voraussetzung.

Für trotzdem mögliche Verbindungsabbrüche sollten im Vorfeld klare Vorgehensweisen abgestimmt werden. Wegen der besseren Tonqualität empfiehlt sich die Nutzung eines Headsets. Materialien können vor oder während der Sitzung sicher geteilt und bearbeitet werden. Während der Sitzung sollten Gesicht und Oberkörper im Bildausschnitt sichtbar sein, gute Lichtverhältnisse herrschen und ein regelmäßiger und gezielter Blickkontakt über die Kamera erfolgen. Das eigene Videobild auf dem eigenen Bildschirm kann auch ausgeblendet werden, um davon nicht abgelenkt zu werden. Eine offene Kommunikation sowie das frühzeitige Ansprechen technischer oder inhaltlicher Schwierigkeiten werden ausdrücklich empfohlen.

**Fazit**

Videobasierte Psychotherapie erleichtert den Zugang zur Behandlung, wenn persönliche Sitzungen wegen Entfernung oder Krankheit schwer möglich sind. Die rechtlichen Rahmenbedingungen in Deutschland erlauben dies mittlerweile umfassend. Psychotherapeut\*innen müssen jedoch für eine angemessene Umgebung in der Praxis sorgen und die Behandlung anpassen. Das Versorgungskontingent an sich wird dadurch zwar nicht erweitert, aber die Versorgungsgerechtigkeit kann sich verbessern, indem mehr Menschen ein Zugang ermöglicht wird.

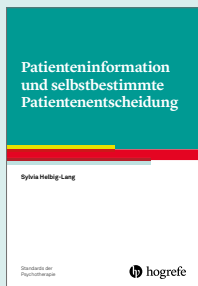
**AUTOR\*INNEN****M.Sc. Lena Sophia Steubl**

Psychologische Psychotherapeutin (VT)  
Abteilung für Klinische Psychologie und Psychotherapie, Institut für Psychologie und Pädagogik, Universität Ulm

**Prof. Dr. Harald Baumeister**

Leiter der Abteilung für Klinische Psychologie und Psychotherapie, Institut für Psychologie und Pädagogik, Universität Ulm

Das Literaturverzeichnis zum Beitrag finden Sie unter ► [www.vpp-aktuell.de/leseproben](http://www.vpp-aktuell.de/leseproben)



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 Reihena: € 19,95 (DE)/€ 20,60 (AT)/CHF 27.90,  
ISBN 978-3-8017-3212-7  
Dieser Titel ist auch als eBook erhältlich.



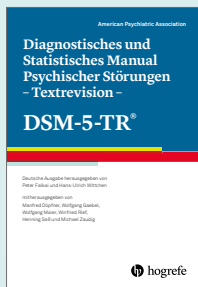
Michael Marwitz

## Verhaltenstherapeutische Gruppentherapie

Grundlagen und Praxis

Das Buch liefert einen praxisorientierten Leitfaden für die Durchführung zieloffener verhaltenstherapeutischer Gruppentherapien im stationären und ambulanten Setting. Die Neuauflage stellt zunächst aktuelle empirische Befunde zur Effektivität gruppentherapeutischer Verfahren dar. Anhand eines Mehr-Ebenen-Modells, konkreter Handlungsanweisungen und Fallbeispielen wird anschließend das Wissen vermittelt, das für die Leitung zieloffener Gruppen erforderlich ist.

2., überarbeitete Auflage 2025, 482 Seiten, € 44,95 (DE)/  
€ 46,30 (AT)/CHF 58.50, ISBN 978-3-8017-3303-2  
Dieser Titel ist auch als eBook erhältlich.



American Psychiatric Association

## Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen – Textrevision – DSM-5-TR®

Deutsche Ausgabe herausgegeben von Peter Falkai und Hans-Ulrich Wittchen, mitherausgegeben von Manfred Döpfner, Wolfgang Gaebel, Wolfgang Maier, Winfried Rief, Henning Saß und Michael Zaudig

Die Textrevision der fünften Version des Diagnostischen und Statistischen Manuals Psychischer Störungen (DSM-5-TR) enthält umfassende Aktualisierungen gemäß dem aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnisstand. Insbesondere die erläuternden Texte zu den einzelnen psychischen Störungen wurden überarbeitet.

2025, XCVIII/1526 Seiten, inkl. Online-Material,  
€ 189,00 (DE)/€ 194,30 (AT)/CHF 213.00,  
ISBN 978-3-8017-3217-2  
Dieser Titel ist auch als eBook erhältlich.



Marylene Cloitre / Lisa-R. Cohen /  
Kile M. Ortigo / Christie Jackson /  
Karestan C. Koenen

## Behandlung der Folgen interpersoneller Traumatisierung

Das Programm STAIR/  
Narrative Therapie

Therapeutische Praxis

Die 2., vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage des Programms STAIR/Narrative Therapie beschreibt ein klar strukturiertes Vorgehen, das traumatisierten Personen hilft, ihre Bewältigungsfähigkeiten zu verbessern, soziale und emotionale Ressourcen aufzubauen und die traumatischen Erfahrungen zu bearbeiten.

2., vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage 2024,  
401 Seiten, Großformat, inkl. Online-Materialien,  
€ 69,95 (DE)/€ 72,00 (AT)/CHF 89.00,  
ISBN 978-3-8017-3220-2  
Dieser Titel ist auch als eBook erhältlich.



## Wie uns virtuelle Realität hilft, leitliniengerecht zu arbeiten

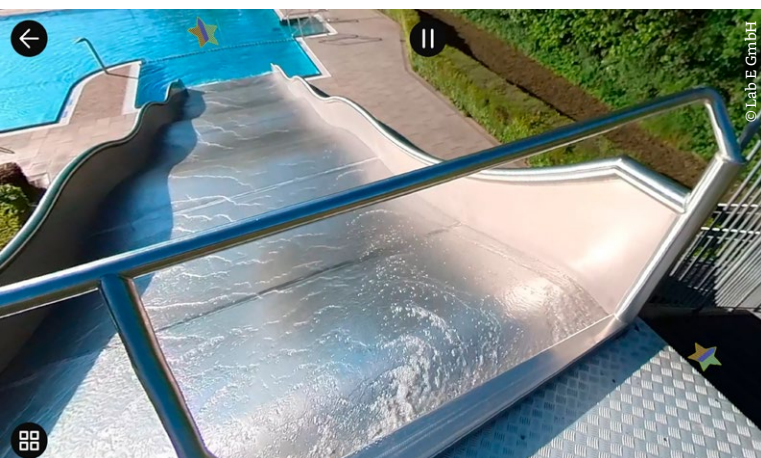
# Therapie im virtuellen Raum

**Virtuelle Realität (VR) ist in der psychotherapeutischen Praxis angekommen. Besonders im Bereich der Angststörungen bietet sie neue Möglichkeiten, therapeutische Inhalte in kontrollierten, realitätsnahen Umgebungen erfahrbar zu machen, insbesondere dort, wo sich örtliche oder situative Szenarien im Praxisalltag schwer oder gar nicht realisieren lassen. VR wird künftig einen festen Platz in der psychotherapeutischen Praxis einnehmen und kann die leitliniengerechte Behandlung unterstützen.**

**V**irtual-Reality-Expositionstherapie (VRET) in der Psychotherapie bezeichnet den gezielten Einsatz computergenerierter oder real gefilmter 3D-Umgebungen, die über Head-Mounted-Displays, also eine „Virtual-Reality-Brille“, visuell und auditiv erlebbar gemacht werden. Nutzer\*innen haben das Gefühl, sich in einer „anderen“ Realität zu befinden – die sogenannte Immersion. In der therapeutischen Anwendung wird VRET vor allem für Expositionen (z. B. bei Angststörungen), zur Reizkonfrontation, zum Training von sozialen Kompetenzen oder zur Entspannung genutzt. Die Methode ermöglicht es, im Alltag schwer oder nicht zugängliche Situationen sicher und strukturiert herzustellen und diese zu bearbeiten. Dies kann leitlinienkonform in bestehende Therapiepläne eingebettet werden.

### Herausforderung bei Expositionsverfahren

VRET löst hierbei ein konkretes Problem aus der Praxis: Die Arbeit mit Expositionen ist Mittel der Wahl bei Angststörungen. Im Praxisalltag ist dies aber faktisch nur schwer und aufwendig umsetzbar. Viele angstbesetzte Situationen, wie etwa Turbulenzen im Flugzeug, lassen sich nicht zu Übungszwecken herstellen. Andere Situationen hängen von vielen komplexen Faktoren ab, um wirklich angstauslösend zu wirken. Stellen wir uns vor, eine unserer



Eine steile Rutsche im Freibad: Manche angstauslösende Situation lassen sich im Praxisalltag schlecht herstellen.

Patientinnen Frau B. fürchtet den vollen Bus auf dem Weg zu Arbeit, wenn der Verkehr sich staut. Grundsätzlich wäre es möglich, gemeinsam mit ihr Bus zu fahren. Dies würde aber voraussetzen, dass die Konfrontation auch tatsächlich in einem vollen Bus und im Stau stattfindet. Was aber, wenn unsere Therapiesitzung eigentlich donnerstagsvormittags stattfindet, wenn die Busse leer sind und sich der Stau längst aufgelöst hat. Oft gibt es die Struktur des Praxisalltags nicht her, Termine auf die für die Exposition passenden Zeiten zu verlegen. Und manche Situation liegen auch außerhalb unserer eigenen Komfortzone. Oder möchten Sie am späten Abend mit Ihren Patient\*innen an einer einsamen Bahnunterführung stehen und darauf warten, dass jemand Fremdes an Ihnen vorbeiläuft?

### In der Praxis kaum begleitete Expositionen

Auch Situationen, die leichter herstellbar wären (z. B. auf einen Kirchturm zu steigen), werden in

vivo meist nicht zusammen mit den Patient\*innen im Therapiesetting realisiert. Konfrontation in vivo außerhalb der Praxis finden häufig nur noch in den Ausbildungstherapien statt oder in manchen Gruppensettings. Im Praxisalltag fehlen dazu schlicht die Zeit und die Kapazitäten. Begleitete Expositionsübungen sind einfach sehr zeitaufwendig, und der extra Zeitaufwand wird nicht oder nur unzureichend vergütet. Kurz: Die Hürde für Expositionen im Therapiealltag ist einfach zu hoch. In der Praxis findet daher häufig die psychoedukative Vorbereitung der Konfrontation im Therapieraum statt. Die Konfrontationsübungen in vivo machen Patient\*innen dann meist allein und berichten davon in der nächsten Sitzung. Dies birgt jedoch das Risiko, dass die Konfrontationen nicht sachgemäß durchgeführt werden, z. B. durch Vermeidungs- und Rückversicherungsverhalten, und dadurch der gewünschte Effekt ausbleibt.

### VRET bietet Lösungen

Genau an dieser Stelle lässt sich durch den Einsatz virtueller Realitäten eine Lücke schließen. Angstauslösende Situation lassen sich durch den Einsatz einer VR-Brille orts- und zeitunabhängig herstellen, passgenau für die Angstauslöser der Patient\*innen und steigerbar in Schwierigkeit und Intensität.

### Praktische Umsetzung

Der Einsatz von VR in der Praxis ist einfach in der Umsetzung. Der Anbieter „Lab E virtuallythere“ etwa bietet Praxen ein umfangreiches Angebot dafür. Schulungen, Miete und Kauf von vorinstallierten VR-Brillen mit technischem Service sowie ein VRET-Portal für Therapeut\*innen mit einer Vielzahl an VR-Inhalten gehören dazu.



Der Umgang mit virtueller Realität in der Praxis ist leicht zu erlernen

Nach einer etwa 30-minütigen Einweisung wird die VR-Brille einmalig mit dem eigenen Benutzerkonto gekoppelt. So werden alle Anwendungsdaten automatisch und korrekt den jeweiligen Patient\*innen zugeordnet. Anschließend wird für die Patient\*in eine anonyme ID angelegt, der ausgewählte Videos zugewiesen werden können. Danach kann der Einsatz beginnen. Die Planung und Vorbereitung der Exposition finden nun mit der Patient\*in wie gewohnt statt. Dann wähle ich in der VR-Videothek ein passendes Szenario aus, das zur Angsthierarchie der Patient\*in passt, beispielsweise „Hohe Brücke mit Wind“ bei Höhenangst oder „Menschenmenge“ bei Sozialphobie. Der Start erfolgt entweder direkt über das VRET-Portal (z. B. am Tablet oder PC) durch mich als Therapeut\*in oder selbstständig durch die Patient\*in. Mit etwas Übung und guter Vorbereitung dauert dieser Ablauf kaum länger als eine Minute.

### Optimale Begleitung ist entscheidend

Während der Exposition kann ich als Therapeut\*in in Echtzeit auf dem eigenen Bildschirm mitverfolgen, was die Patient\*in sieht. Ich kann Screenshots mit Notizen erstellen oder bei Bedarf die Sitzung pausieren lassen. Nach Abschluss der Exposition werden alle Anwendungsdaten und Notizen automatisch gespeichert, sodass beim nächsten Termin nahtlos daran angeknüpft werden kann. Ein be-

sonderer Vorteil ist die Möglichkeit, Patient\*innen eine oder mehrere VR-Szenarien für das eigenständige Weiterüben zu Hause bereitzustellen – entweder über eine Zweitbrille oder eine Mietbrille des Anbieters. Dies ermöglicht es Patient\*innen, unabhängig von Ort und Zeit das Erlernte eigenständig zu vertiefen und in regelmäßigen Konfrontationen kontinuierlich Therapiefortschritte zu erzielen.

### Studien zeigen gute Ergebnisse

Laut S3-Leitlinie zur Behandlung von Angststörungen soll VR-Exposition bei spezifischen Phobien eingesetzt werden, wenn eine klassische In-vivo-Exposition nicht möglich ist. Für soziale Phobie wird sie ergänzend empfohlen, für Panikstörung und Agoraphobie fehlt noch ausreichende Evidenz. Studien und Metaanalysen zeigen jedoch vergleichbare Wirksamkeit zu klassischen Methoden.

### Anwendung jenseits von Angstexposition

Neben dem Einsatz von virtueller Realität in der klassischen Angstexposition ist die Technik auch für andere Einsatzgebiete in der Psychotherapie interessant, bei posttraumatischer Belastungsstörung (PTBS) etwa zur Konfrontation mit traumatischen Erlebnissen in einem sicheren, kontrol-



Die Therapeut\*in kann auf dem Bildschirm verfolgen, was die Patient\*in sieht



*VRET hat sich als  
evidenzbasierte  
Behandlung für  
spezifische Phobien  
und soziale  
Angststörungen  
etabliert*

lierten Rahmen. Hierbei gibt es auch Lösungen, bei denen virtuelle Realität in Kombination mit bilateraler Stimulation als EMDR-Behandlung genutzt wird. In der Schmerztherapie bietet VR die Möglichkeit, akute oder chronische Schmerzen durch Aufmerksamkeitslenkung und sensorische Reizüberlagerung zu lindern. Bei Essstörungen hilft sie dabei, das verzerrte Körperbild realistischer wahrzunehmen oder kontrolliert mit Auslösern für Essanfälle konfrontiert zu werden. Auch bei Depressionen kann VR unterstützend wirken, etwa durch Perspektivwechsel oder Achtsamkeitstrainings. Menschen mit Autismus-Spektrumstörung oder sozialen Ängsten profitieren von virtuellen Rollenspielen. In der Suchtbehandlung erlaubt VR die Exposition mit Suchtreizen (Cue Exposure), z. B. Alkohol oder Glücksspiel, ohne reales Risiko. Weitere Einsatzgebiete finden sich in der Behandlung psychosomatischer Beschwerden oder zur kognitiven Aktivierung bei Demenz.

Ich mag besonders den Einsatz als Entspannungsverfahren, zur Stressreduktion und zur Förderung von Achtsamkeit. So ist es möglich, mithilfe virtueller Umgebungen – etwa beruhigenden Naturkulissen, Strandlandschaften oder meditativen Räumen – gezielt entspannen, nicht nur für Patient\*innen, sondern auch für uns Thera-

peut\*innen im Praxisalltag. Mit persönlich gefällt hierbei am besten eine Szene, bei der ich virtuell in einen Pool abtauche und mich „unter Wasser“ entspanne, ganz allein und ohne Luft holen zu müssen.

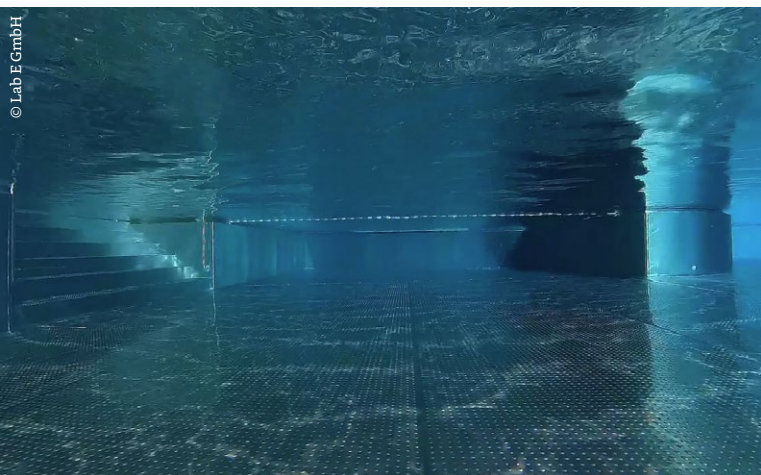
VRET hat sich als evidenzbasierte Behandlung für spezifische Phobien und soziale Angststörungen etabliert, während die Forschung zu anderen Störungsbildern noch im Entwicklungsstadium ist. Studienergebnisse zu ADHS, Essstörungen, Substanzabhängigkeiten, PTBS und Psychose sind vielversprechend. Weitere hochwertige Forschung mit längeren Follow-up-Perioden ist notwendig, um die Ergebnisse valide zu sichern.

### Mögliche Kontraindikationen, Risiken und Nebenwirkungen

Gelegentlich können sich beim Einsatz von VRET Nebenwirkungen zeigen, die in der Regel aber eher milde ausgeprägt sind: Schwindel, Übelkeit, Kopfschmerzen, meist infolge sogenannter „Cybersickness“. Diese Symptome sind in der Regel vorübergehend und lassen sich durch technische Anpassungen (z. B. Bildfrequenz, Bewegungsgeschwindigkeit) oder Pausen reduzieren. Weniger häufig berichten Studien von kurzfristiger Desorientierung oder einer kurzfristigen Zunahme von Angst. Schwere unerwünschte Ereignisse wurden laut aktueller Literatur nicht dokumentiert. Typische Kontraindikationen umfassen: neurologische Erkrankungen (z. B. Epilepsie, Migräne mit Aura), vestibuläre Störungen, schwere Seh- oder Hörbeeinträchtigungen, schwere psychotische Störungen (z. B. bei Dissoziationstendenz oder Realitätsverlust) und Herz-Kreislauf-Erkrankungen (z. B. instabile Hypertonie). VRET ist bei sorgfältiger Indikationsstellung und Durchführung in der Regel gut verträglich.

### Patient\*innen sind offen für neue Angebote

Die meisten Patient\*innen reagieren positiv auf den Einsatz von virtueller Realität in der Therapie.



Eine „Auszeit im Pool“ ist mit VR auch im Praxisalltag möglich



## Die meisten Patient\*innen reagieren positiv auf den Einsatz von virtueller Realität in der Therapie

Häufig gibt es zu Beginn eine gewisse Skepsis. Kann eine Situation in der virtuellen Realität wirklich angstausslösend sein, auch wenn es „nicht echt“ ist? An dieser Stelle mache ich mit Patient\*innen häufig die „Zitronenübung“, in der man in einer Imagination eine Zitrone aufschneidet und in eine Zitronenscheibe beißt. Vielleicht merken Sie bereits beim Lesen, dass Ihr Körper darauf reagiert? Und ich bespreche mit Patient\*innen, welche „nicht realen Situationen“ sie bereits jetzt vermeiden, obwohl keine reale Bedrohung besteht. Häufig zeigen Patient\*innen ja bereits ausgeprägtes Vermeidungsverhalten in vielen Bereichen. Meist erleben Patient\*innen virtuelle Realität als motivierend und hilfreich, insbesondere dann, wenn klassische Methoden (z. B. In-vivo-Expositionen) zu viel Überwindung kosten oder organisatorisch schwer umzusetzen sind.

### Hürden für den Einsatz

Trotz aller Vorteile, die der Einsatz von VRET in der Praxis hat, wird sie leider noch nicht flächendeckend in der Praxis genutzt. Ein Grund dafür sind sicherlich auch die relativ hohen Einstiegskosten für VR-Brillen und die Nutzung der Datenbanken und Unklarheiten in der Abrechnung. Beides wird nicht durch die Krankenkassen getragen, auch wenn der Einsatz selbst im Rahmen der Richtlinienpsychotherapie abrechenbar ist. Auch Kosten für Leihbrillen, mit denen die Patient\*innen zu Hause üben können, werden nicht übernommen. Einzelne Kassen erstatten VR-Angebote in Sonderverträgen. Eine Ausnahme bildet die digitale Gesundheitsanwendung „Invirtro“: Sie ist derzeit die einzige VR-basierte Therapie, die vollständig von gesetzlichen Krankenkassen übernommen wird. Zugelassen ist sie für Patient\*innen mit Agoraphobie, Panikstörung oder sozialer Phobie.

Ein weiter Grund mag sein, dass vielen Behandler\*innen die Schulungsmöglichkeiten nicht ausreichend bekannt sind und sie sich das Erlernen und die Nutzung von VRET aufwendiger und komplizierter vorstellen, als es tatsächlich ist. Auch in

der Ausbildung zukünftiger Psychotherapeut\*innen ist das Erlernen von VRET nicht regelhaft Teil des Lehrplans. Ich kann daher nur alle Kolleg\*innen motivieren, sich mit dem Thema einmal näher vertraut zu machen und es selbst auszuprobieren.

### Fazit

Die Nutzung von VRET ist grundsätzlich gut wirksam und technisch ausgereift. Was fehlt, ist eine flächendeckende Implementierung in der Regelversorgung durch umfangreiche Schulungen und mehr Sicherheiten in der Erstattungsfähigkeit. Die Investition in qualitativ hochwertige und moderne Versorgung darf nicht allein auf den Schultern der Behandler\*innen liegen.

Mit wachsender Evidenz und steigender Nachfrage auch durch Patient\*innen selbst ist zu wünschen, dass sich VR-gestützte Psychotherapie in der Regelversorgung zunehmend etablieren wird.

### Tipp

Wissen rum um VR-Literatur und Fachimpulse  
 ▶ [www.tinyurl.com/4trddp7r](http://www.tinyurl.com/4trddp7r)

### AUTORIN

#### Dipl. Psych. Yvonne Cosanne

Psychologische Psychotherapeutin und Supervisorin, ist in Hamburg in eigener Privatpraxis tätig. Sie ist seit 2021 Dozentin im Bereich „Digitale Versorgungsangebote in der Psychotherapie“.



### Kooperation VPP mit „Lab E virtuallythere“

Am 10. November findet im Rahmen einer Online-Fortbildung eine fundierte Einführung in praxisrelevante Anwendungen der VR-Therapie statt. Gezeigt wird wie ein VR-Therapiesystem konkret im therapeutischen Alltag funktioniert: von der Szenarienauswahl über technische Einrichtung bis zur therapeutischen Begleitung der Patient\*innen.

▶ [www.tinyurl.com/mr33t5xf](http://www.tinyurl.com/mr33t5xf)

Jetzt  
erhältlich

CAROLIN FISCHER | JENS HEIDER

# Angstfrei Auto fahren

Ein kognitiv-verhaltenstherapeutisches  
BehandlungsmanualArbeitsmaterial  
zum Download

djpv

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](mailto:verlag@psychologenverlag.de)**WWW.PSYCHOLOGENVERLAG.DE**

## Ergebnisse VPP-Umfrage

# Wie digital sind unsere Praxen?

**Die Digitalisierung hält zunehmend Einzug in alle Bereiche unseres Lebens, auch die Psychotherapie bleibt davon nicht unberührt. Wir haben die Psychotherapeut\*innen im VPP dazu befragt.**

Als praktisch tätige Psychotherapeut\*in liest man in Fachzeitschriften immer wieder von neuen Studien, und im virtuellen wie realen Briefkasten kommt immer mehr Werbung für Digitale Anwendungen im Gesundheitswesen (DiGAs), digitale, aber auch KI-gestützte Dokumentationshilfen und andere Produkte an. Wir haben uns gefragt, wie viele dieser Angebote tatsächlich in der Praxis genutzt werden und wie unsere Mitglieder diese einschätzen.

Die Online-Umfrage wurde mit „SurveyMonkey“ durchgeführt. Für die Bereiche „Videobehandlung“, „DiGAs“ und „KI“ wurde erfasst, ob sie beruflich genutzt werden (ja/selten/nein) und wie ihr Nutzen eingeschätzt wird (fünfstufige Likert-Skala). Bei DiGAs wurde zusätzlich nach dem bevorzugten Einsatzzeitpunkt gefragt. Zudem konnten Teilnehmende angeben, welche weiteren digitalen Tools sie verwenden (z. B. Diktierfunktion, digitale Tests, Dokumentationshilfen); auch „keine“ oder „sonstige“ waren wählbar.

## Ergebnisse

Es haben 131 Psychotherapeut\*innen an der Umfrage teilgenommen, davon waren 75 % (98) weiblich. Die Altersstruktur der Teilnehmenden ist der Abbildung 1 zu entnehmen. Der Großteil (82 % entspricht 106) gab an, selbstständig in einer Kassenpraxis tätig zu sein. 71 % (92) der

Teilnehmenden sind (überwiegend) verhaltenstherapeutisch und 22 % (28) tiefenpsychologisch fundiert tätig. Die verbleibenden 7 % arbeiten psychoanalytisch (3), systemisch (4) oder gesprächspsychotherapeutisch (3). Ausschließlich Erwachsene behandeln 91 % (119) der Stichprobe, die verbleibenden 9 % (12) auch oder ausschließlich Kinder- und Jugendliche.

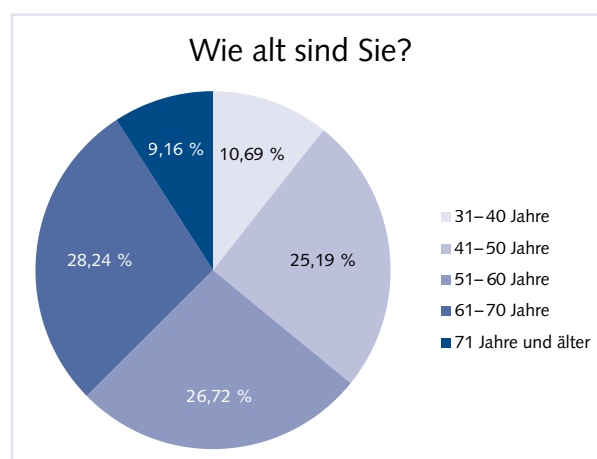


Abbildung 1: Alter der Befragten

**Videosprechstunde:** Insgesamt 77 % gaben an, Videosprechstunden durchzuführen, allerdings 24 % davon nur selten (vgl. Abb. 2). Eine regelmäßige Videobehandlung gaben 48 % an. Der Zustimmungsgrad zur Aussage „Dank Videobehandlung erreiche ich bestimmte Patient\*innen besser“ lag bei 56 %. Die Aussage „Videobehandlung ist für

## Führen Sie Videosprechstunden durch?

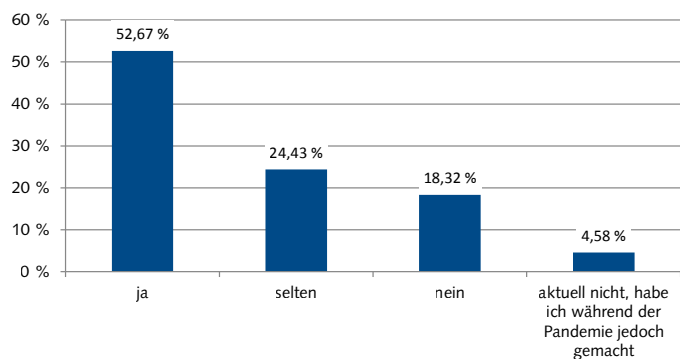


Abbildung 2: Durchführung von Videosprechstunden in Prozent

viele Patient\*innen ein Gewinn“ fand 50 % Zustimmung, und der Aussage „Eine Behandlung sollte nicht ausschließlich als Videobehandlung durchgeführt werden“ stimmten 80 % zu.

**Digitale Anwendungen (DiGAs):** 26 % gaben an, DiGAs im Rahmen ihrer beruflichen Tätigkeit zu nutzen, 21 % nutzen sie selten, 53 % verneinten die Frage. Nach dem Zeitpunkt des Einsatzes befragt, gaben 12 % an, sie vor der Therapie (zur Überbrückung der Wartezeit) einzusetzen, 30 % während, 4 % am Ende und ebenfalls 4 % anstelle einer Psychotherapie. Im Rahmen des Freitextfeldes gaben einzelne Teilnehmende an, sich mit dem Thema noch vertraut machen zu wollen, Klient\*innen auf Wunsch zu beraten und als KJP kaum DiGAs verordnen zu können, weil diese erst ab 18 Jahre zugelassen sind. Dem Item, ob regelmäßig DiGAs verordnet wurden, stimmten folglich nur 14 % zu. 33 % halten nach, ob verordnete DiGAs auch genutzt werden. Der Frage, ob dank DiGAs die Behandlung insgesamt verbessert wird, stimmten 28 % zu. Bei 87 % fand die Aussage „Eine Behandlung sollte nicht ausschließlich mittels DiGAs durchgeführt werden“ voll und ganz Zustimmung, 5 % stimmten teilweise, 11 % gar nicht zu (niemand wählte etwas oder teilweise).

Weitere digitale Hilfsmittel oder Tools werden von 55 % nicht genutzt, die verbleibenden Teilnehmenden gaben an (Mehrfachantworten möglich!), **Diktierfunktionen** zu nutzen (20 %), digitale Tests durchzuführen (24 %) und **digitale Dokumenta-**

**tionshilfen** einzubinden (22 %). Zusätzlich wurden weitere Videotools, VR-/AR-Brillen, EMD-Toolkoffer, volldigitale Aktenführung, Beamer sowie Handy mit Kamera und WiFi-Druckfunktion für Dokumentation bei Tafelarbeit genannt.

**Künstliche Intelligenz:** 13 % der Befragten gaben an, im Rahmen ihrer beruflichen Tätigkeit bereits Künstliche Intelligenz zu nutzen, weitere 18 % tun dies zumindest selten, 69 % nicht.

Zu den Einstellungen gegenüber den digitalen Anwendungen im Rahmen der psychotherapeutischen Versorgung befragt, lag der Zustimmungsgrad für die Anwendung von Videobehandlung bei 69 %. Knapp die Hälfte (49 %) aller Teilnehmenden stehen der Verwendung von digitalen Gesundheits-Apps eher zustimmend gegenüber, jedoch lehnen 61 % der Befragten die Nutzung von Künstlicher Intelligenz derzeit ab.

## Fazit

Die Ergebnisse zeigen, dass Psychotherapiepraxen digitale Angebote zwar nutzen, dies aber sehr unterschiedlich ausgeprägt ist. Am stärksten etabliert ist die Videobehandlung, die von der Mehrheit eingesetzt und überwiegend positiv bewertet wird, auch wenn eine reine Videobehandlung klar abgelehnt wird. Digitale Gesundheitsanwendungen (DiGAs) spielen bislang nur eine Nebenrolle; wenige Therapeut\*innen verordnen sie regelmäßig, viele stehen ihnen zögerlich gegenüber. Weitere digitale Tools wie Diktierfunktionen, digitale Tests oder Dokumentationshilfen werden zwar genutzt, aber mehrheitlich noch nicht selbstverständlich in den Praxisalltag integriert. Besonders zurückhaltend ist der Umgang mit Künstlicher Intelligenz, die nur von einer kleinen Minderheit erprobt und von der Mehrheit kritisch gesehen wird. Insgesamt zeigt sich eine vorsichtige Öffnung gegenüber digitalen Möglichkeiten, wobei Videobehandlung als akzeptierte Behandlungsmöglichkeit eingesetzt wird, während DiGAs und KI noch Nischenphänomene bleiben.

.....  
Heike Bott & Dr. Johanna Thünker, VPP



Was Psychotherapeut\*innen wissen sollten

## Elektronische Patientenakten (ePA) automatisiert befüllen?



**Die Etablierung der elektronischen Patientenakte (ePA) nimmt Gestalt an, was gesetzlich gewollt ist. Aktuell wird gerade die Software (Praxisverwaltungssoftware, PVS) in den Kassenpraxen aktualisiert, um die ePA in der Telematikinfrastruktur befüllen zu können.**

Im Juni 2025 berichteten mehrere PVS-Anbieter über den Stand der Aktualisierung ihrer Software. Hierbei gehen die Anbieter auf die Wünsche ihre Kund\*innen ein, und es ist verständlich, dass diese als Betreiber\*innen von kassenärztlichen und psychotherapeutischen Praxen oder Krankenhäusern die Befüllung der ePA möglichst einfach haben wollen. Aus ihrer Sicht wäre alles andere ein lästiger zusätzlicher bürokratischer Aufwand. Eine automatisierte ePA-Befüllung ist grundsätzlich gesetzlich nicht vorgesehen, bürokratievermeidende Vereinfachungen durch teilautomatisierte Abläufe sind aber durchaus möglich und wie z. B. beim geplanten Medikationsplan auch gesetzlich geregelt. Dass der Wunsch nach Vereinfachung durch Automatisierung möglichst weit reicht, war erwartbar und veranlasst zu folgenden Überlegungen.

### ePA-Befüllung und patientengeführte Akte

Die ePA sollte eigentlich eine patientengeführte Akte sein, die sekundär zur primären praxiseigenen Behandlungsdokumentation hinzutritt. Für beide Arten der Dokumentation – insbesondere

für die ePA-Befüllung – gilt der Grundsatz der Datensparsamkeit. Zwar mag es vielfach gesundheitspolitisch erwünscht sein, Gesundheitsdaten dauerhaft zentralisiert verfügbar zu machen – und die ePA-Befüllung wäre hierzu ein erster Schritt –, aber eigentlich sollte man sich bei jeder einzelnen Befüllung der ePA nicht nur die Frage stellen, ob der/die Patient\*in dies subjektiv konkret wünscht, sondern auch ob dies objektiv nötig und verhältnismäßig ist.



*Eine gesetzliche Pflicht zur automatisierten ePA-Befüllung existiert nicht*

Gerade weil erwartbar ist, dass im Praxisalltag dafür keine Zeit besteht, muss – wie der BDP stets angemerkt hat – diese Aufgabe im Vorfeld auf abstrakter Ebene bearbeitet werden. Das ist teilweise geschehen, als gesetzlich festgelegt worden ist, die ePA insbesondere mit strukturierten Daten zu befüllen. Zwar überzeugt für diese Einschränkung

hauptsächlich das Argument der besseren Nutzbarkeit dieser Daten, aus Sicht des BDP spricht aber insbesondere auch die Ermöglichung besseren Datenschutzes durch die Trennbarkeit und Aggregation dieser ePA-Daten dafür.

Leider muss man befürchten, dass ansonsten die Aufgabe des Datenschutzes kaum unter dem Gesichtspunkt der Datensparsamkeit beachtet werden wird. Oder gar umgedreht: Es wäre wenig überraschend, wenn zunächst die Befüllung der ePA automatisiert werden wird, später dann aber argumentiert wird, die gleichzeitige praxiseigene Behandlungsdokumentation sei als Duplikat zur ePA ein Verstoß gegen die Datensparsamkeit. Die Erfüllung der Dokumentationspflicht aus § 630f BGB direkt in der ePA dürfte bei einigen Akteuren der Gesundheitspolitik schon lange auf der Agenda stehen.



vectorup\_studio/FreePik

Bessere Möglichkeiten des Datenschutzes durch Befüllung der ePA mit strukturierten Daten

## KIM – ePA

Auch ansonsten erfüllt es mit Unbehagen, wie wichtige Fragen anscheinend bisher unbeantwortet sind. Es steht zu befürchten, dass es nicht ganz unbeabsichtigt ist, diese Entwicklungen einfach laufen zu lassen. Eine automatisierte ePA-

Befüllung wäre für die Anwender bequem, und in Kürze eingeschliffene Gewohnheiten würden dann kaum noch geändert werden. Es scheint sukzessive der Eindruck zu entstehen, die ePA diene hauptsächlich dazu, Gesundheitsdaten über die jeweiligen Patient\*innen auf Seite der Behandelnden auszutauschen.

Das ist einerseits naheliegend, weil Behandelnde dann theoretisch immer gleich alle personenbezogenen Gesundheitsdaten zur Verfügung hätten, was zweifellos sachdienlich ist. Dass es sich aber andererseits eigentlich um eine patientengeführte Akte handelt, tritt bereits in den Hintergrund, bevor die ePA überhaupt richtig etabliert worden ist. Pointiert formuliert: Wozu noch KIM (und KIS), wenn man ohnehin die ePA befüllt? Und wenn das – sehr schnell – üblich wird, dann ist es nahezu zwangsläufig, dass alle Behandelnden alle (!) Daten lieber gleich in die ePA packen, zumal wenn es die Automatisierung leicht macht.

Das Berufs- und Haftungsrecht tut sein Übriges: Denn es kann ganz schnell die Befürchtung aufkommen, dass es fahrlässig sei, die ePA nicht zu befüllen oder nicht in die ePA geschaut zu haben. Diese Entwicklung überrascht nicht. Aus meiner Sicht war das Attribut der patientengeführten ePA ohnehin hauptsächlich eine politische Möglichkeit, eine abstrakte umfassende politische Abwägung unter datenschutzmäßigen Verhältnismäßigkeitsgesichtspunkten zu vermeiden, wie es bei einer Zwangs-ePA nötig gewesen wäre.

Es ist aber zu vermuten, dass diese Entwicklung viele Patient\*innen nicht stören wird, dass sie diese womöglich sogar begrüßen, denn eine „umfassende Datenlage“ dürfte in aller Regel die bestmögliche Behandlung fördern. Und wer will die nicht? Das heißt dann aber auch, dass auf alle Behandelnden viel Arbeit hinzukommt, insbesondere beim Wechsel der Behandelnden. Aktuell wird noch kommentiert, dass man nur anlassbezogen in die ePA zu schauen brauche, aber wenn erst mal alles in der ePA steht und eine Volltextsuche eingebaut ist, kann es immer einen Anlass geben, zumal wenn es künftig kleine (KI-)Helferlein geben wird, die die ePA scannen.

## ePA als zentrale Behandlungsdokumentation?

Trotzdem sollte erst noch fokussiert werden, dass die ePA nur (!) mit strukturierten Daten befüllt wird, wie sie als medizinische Informationsobjekte (MIO) unter Sachdienlichkeits-, aber auch unter Datenschutzaspekten standardisiert werden können. Dass sich dieser Fokus durchhalten lässt, bleibt zu hoffen. Denn andererseits ist die Sogwirkung groß. Nicht nur, dass es z. B. schnell lästig werden kann, zu überlegen, ob man die ePA befüllt oder Berichte über KIM verschickt oder ob man lieber vorsichtshalber gleich beides macht.



### *Die Akteure der Sekundärnutzung stehen in den Startlöchern*

Die Akteure der Sekundärnutzung stehen in den Startlöchern; sie sind ein Wirtschaftsfaktor. Datensparsamkeit steht dort sicher nicht auf der Agenda, ganz im Gegenteil: Eine KI über große ePA-Datensätze laufen zu lassen, scheint längst ein Vorgehen zu sein, das vielfach für selbstverständlich gehalten wird. Hier wird es künftig spannend werden, wie die Forschungsdatenumgebung es schaffen kann, der Datensparsamkeit zu dienen.

Aber: In erster Linie sind es die Behandelnden, die hier in die Situation rutschen könnten, die ePA stets als zentrale Behandlungsdokumentation verstehen zu müssen, in zweiter Linie sind es die Sekundärnutzenden, für die die ePAs gar nicht „voll genug“ sein können, ob mit strukturierten oder unstrukturierten Daten.

### Ausblick

Sind aber Daten erst einmal vorhanden und insbesondere wegen deren Zentrierung leicht nutzbar, wundert es nicht, wenn auch andere Datenverarbeitende Interesse zeigen oder neutraler formuliert: wenn im politischen Diskurs Allgemeininteressen schwerer wiegen als das Selbstbestimmungsrecht. So wird derzeit diskutiert, ob und ggf. wie das geplante Psychische-Kranken-Register der Polizeibehörden mit ePA-Daten verknüpft werden kann. Das ist erst der Anfang, es wird immer wieder neue praktische Aufgaben geben, für die man die ePA nutzen kann. Als gesetzliche Regelung ist das dann jeweils auch legal. Deswegen ist es dann auch egal, dass die betroffenen Patient\*innen das nicht voraussehen konnten, als man automatisiert ihre ePA befüllt hat. Die Patient\*innen können immerhin widersprechen; aber auch diese Widerspruchsrechte sind einfachgesetzliche Regelungen, die prinzipiell – allerdings nur im Rahmen der Verfassung – durch den Gesetzgeber relativiert werden können.

.....  
Jan Frederichs, Berlin

## +++ KURZINFO +++

### ePA-Befüllungspflicht ab Oktober 2025

Ab dem 1. Oktober 2025 wird die Befüllung der elektronischen Patientenakte (ePA) für alle Leistungserbringer in Deutschland verpflichtend: Es müssen aktuelle und digital vorliegende Arztbriefe, Befunde oder Labordaten von Versicherten in deren ePA gespeichert werden. Patient\*innen sind über Speicherungen und ihre Widerspruchsrechte zu informieren. Wir haben

für Sie dazu hilfreiche Materialien erarbeitet: ePA-Broschüre, Poster, Handzettel mit kritischen Informationen für Patient\*innen. Sie finden diese im [VPP-Webshop](#). Im VPP-Mitgliederbereich erhalten Sie zudem Materialien zum Download – auch unsere [Widerspruchsvorlage für Patient\\*innen](#). Weiterhin empfehlenswert sind hierzu auch die [Informationen der KBV](#).



Mitgliederversammlung 2025

## Neuer VPP-Vorstand gewählt

**Am 13.9.2025 hat in Kassel die diesjährige hybride Mitgliederversammlung des VPP stattgefunden. Insgesamt 29 Mitglieder sowie einige Gäste und Interessierte nahmen daran teil. Der amtierende Vorstand berichtete über umfangreiche berufspolitische Aktivitäten sowie bewährte und neue Service-Angebote des VPP.**

Anschließend wurde der neue Bundesvorstand gewählt (ab 1.10.2025) gewählt, dessen Mitglieder Dr. Johanna Thünker (Vorsitzende), Heike Bott (Stellvertreterin), Christel Bentz, Susanne Berwanger und Hans-Jürgen Papenfuß (Beisitzer\*innen) sich im Folgenden kurz vorstellen. Susanne Berwanger, noch amtierende VPP-Vorsitzende und Vizepräsidentin des BDP, bedankte sich im Namen des Teams bei den ausscheidenden Vorstandsmitgliedern Sandra Cotta, Mareike van Diepen und Gunter Nittel. Alle drei bleiben dem VPP bzw. BDP in anderen Funktionen glücklicherweise erhalten. Außerdem wählte die MV die Delegierten für die BDP-Delegiertenkonferenz in der Amtszeit 2026–2028. Neben der Vorsitzenden sind das: Christel Bentz, Heike Bott, Hans-Jürgen Papenfuß, Axel Schroeder, Agnes Mehl, Christel van den Berghe und Gunter Nittel.



**DR. JOHANNA THÜNKER**

Vorsitzende VPP

### Wer bin ich?

Ich arbeite als Psychologische Psychotherapeutin mit Zusatzqualifikation für Kinder- und Jugendliche. Zuhause bin ich am Rand des Ruhrgebiets in Bottrop – und dort niedergelassen in einer verhaltenstherapeutischen Gemeinschaftspraxis. Mein Herz schlägt für die Arbeit mit Gruppen, inhaltliche Schwerpunkte sind Alpträume und ADHS.

### Was ist mein Background?

Seit meinem Grundstudium bin ich im BDP aktiv, damals in der Studierendenvertretung. Nach Therapieausbildung und Familiengründung (eine Art Intensivkurs in Stressmanagement) bin ich zurück in der Landesgruppe NRW und seit 2017 – mit Unterbrechung – auch im VPP-Bundesvorstand. Im BDP selbst wird die AG Berufspolitik von mir organisiert.

### Was sind meine Ziele?

Die prekären Ausbildungsbedingungen und die katastrophale psychotherapeutische Versorgung sind mein Motor. In unserer Praxis beträgt die Wartezeit aktuell zwei Jahre – das ist traurige Realität. Vor Ort kann ich das nicht lösen, aber gemeinsam mit einem starken Berufsstand möchte ich dafür sorgen, dass sich das endlich verbessert. Und weil gute Versorgung Effizienz statt Bürokratie braucht, mische ich auch im Bereich Qualitätssicherung kräftig mit.

**HEIKE BOTT**Stellvertretende  
Vorsitzende VPP

### Wer bin ich?

Ich bin Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin – also ich weiß, dass mit Geduld, Humor und klaren Strukturen nicht nur junge Menschen unterstützt werden, sondern auch Erwachsene im Berufsverband. Ich kombiniere Empathie mit strategischem Blick, damit Berufspolitik kein Papiertiger bleibt, sondern Wirkung zeigt.

### Was ist mein Background?

In meiner langjährigen Arbeit mit Kindern, Jugendlichen und Familien bin ich im engen Austausch mit Schulen, Ämtern, Ärzt\*innen und Pädagog\*innen. Ich engagiere mich seit vielen Jahren im Bildungsbereich und hier in kommunalen Gremien sowie in der Berufspolitik. Immer zum Wohle der Menschen, die dringend Unterstützung benötigen. Die Arbeit in meiner eigenen Praxis zeigt mir täglich, wo es hakt und was sich ändern sollte. Dies gehe ich organisiert mit klarer Stimme an und habe einen langen Atem.

### Was sind meine Ziele?

Unsere Stimme stärken: Den VPP im BDP als verlässlichen und sichtbaren Akteur in Politik, Öffentlichkeit und unter Kolleg\*innen positionieren. Schnittstellen gestalten: Vernetzung von Psychotherapie, Prävention, Jugendhilfe und Bildung – damit wir gemeinsam an einem Strang ziehen (und nicht am jeweils anderen Ende). Und dabei meinen Humor behalten!

**CHRISTEL BENTZ**

Beisitzerin

### Wer bin ich?

Ich bin Psychologische Psychotherapeutin mit Schwerpunkt Schmerz- und Traumabehandlung, niedergelassen in verhaltenstherapeutischer Einzelpraxis in Bubenreuth (Mittelfranken/Bayern) und zusätzlich Therapeutin der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung (DGUV). Zudem engagiere ich mich seit 2022 im VPP-Vorstand.

### Was ist mein Background?

Bereits seit Beginn meiner beruflichen Tätigkeit in verschiedenen Kliniken trete ich für die Gleichstellung und Gleichbehandlung unseres Berufsstandes mit der Ärzteschaft ein. Seit der Niederlassung in eigener Praxis werde ich zudem täglich mit der massiven psychotherapeutischen Unterversorgung konfrontiert.

### Was sind meine Ziele?

Neben den Themen „Gleichstellung“ und „gerechte Versorgung“ engagiere ich mich besonders für die psychotherapeutische Weiterbildung und die Probleme ihrer Finanzierung. In diesem Zusammenhang kommen Anliegen, Studierenden Informationen zu Möglichkeiten in klinischen Arbeitsfeldern mit und ohne Approbation zu vermitteln, besondere Bedeutung zu. Die Notwendigkeit, ihnen während der Ausbildung ein breites Spektrum von Behandlungsverfahren nahezubringen – Verfahrensvielfalt –, findet sich ebenfalls auf meiner Agenda.



SUSANNE BERWANGER

Beisitzerin

### Wer bin ich?

Beruflich arbeite ich als Psychologische Psychotherapeutin (Kassensitz Erwachsene und Gruppe VT in München) sowie als Supervisorin und bin wiederkehrend als Prüferin zur staatlichen Approbationsprüfung tätig.

### Was ist mein Background?

Berufspolitisch bin ich seit langem engagiert im BDP und der Sektion VPP (seit 2003 aktiv in der Landesgruppe Bayern, 2018 bis 2022 Regionalvorsitz VPP Bayern, Vorstandsvorsitz VPP 2022 bis 2025). Seit 2023 bin ich zusätzlich Vizepräsidentin des BDP e. V. Maßgeblich beteiligt war ich seit 2018 bei den berufspolitischen Stellungnahmen zu den Themen „angestellte psychologische Psychotherapeut\*innen“ sowie „Gesundheitsdatenschutz/elektronische Patientenakte ePA“ und durfte den Verband vor dem Bundesgesundheitsministerium oder dem G-BA bei den sogenannten Verbändehörungen zu diesen Themen vertreten.

### Was sind meine Ziele?

Neben dem fortlaufenden Engagement zu unseren VPP-Profitheemen (u. a. Nähe zur Psychologie, Verfahrensvielfalt, Versorgungsverbesserung und Gesundheitsdatenschutz) und dem Ausbau unserer Angebote für Mitglieder, möchte ich mich zukünftig stark machen für eine vorrangig wissenschaftliche und am Gemeinwohl orientierte Forschungsverwendung von „ePA-Daten“!



HANS-JÜRGEN PAPENFUSS

Beisitzer

### Wer bin ich?

Seit mehr als 40 Jahren engagiere ich mich berufspolitisch – in Gewerkschaft, Personalvertretung und seit vielen Jahren im BDP. Mein Antrieb ist die Überzeugung, dass psychotherapeutische Arbeit nicht nur im Behandlungsraum, sondern auch im gesellschaftspolitischen Diskurs wirkt. Wenn wir uns zu Gesetzesvorhaben äußern, geht es immer zugleich um die Zukunft unseres Berufs und um die Sicherstellung der Versorgung unserer Patient\*innen.

### Was ist mein Background?

Nach meinem Psychologiestudium arbeitete ich ab 1983 zunächst als Gutachter, später fast drei Jahrzehnte im Strafvollzug als Psychotherapeut mit Fachkunde Verhaltenstherapie. Parallel habe ich mich intensiv gewerkschaftlich und im BDP engagiert. Wichtig ist mir dabei, die Interessen der Kolleg\*innen, aber auch die Perspektiven der jungen Generation von Psychotherapeut\*innen und Studierenden einzubringen.

### Was sind meine Ziele?

Ich glaube an die Kraft von Netzwerken und habe Freude daran, Kontakte zu Politik und Wissenschaft zu knüpfen und beharrlich für unsere Anliegen einzutreten. Mein Leitmotiv: Veränderungen entstehen nicht im Außen, sondern in den Institutionen selbst – durch engagierte Mitgestaltung.

Vorgestellt

# Kinderschutz als Haltung – aus psychotherapeutischer und fachpolitischer Perspektive

**Kinderschutz ist mehr als die Abwehr akuter Gefährdung, er ist ein umfassender Auftrag, die seelische, körperliche und soziale Entwicklung von Kindern und Jugendlichen nachhaltig zu sichern. Aus psychotherapeutischer Sicht kommt insbesondere der psychischen Gesundheit und dem Recht auf eine gewaltfreie, entwicklungsförderliche Umgebung zentrale Bedeutung zu.**

Ich bin approbierte Kinder- und Jugendlichen-psychotherapeutin mit dem Schwerpunkt Verhaltenstherapie und habe erst mit 35 Jahren mein Psychologiestudium begonnen. Dies mit dem klaren Ziel, mit Kindern und Jugendlichen zu arbeiten. Sie sind eigenständige Persönlichkeiten mit Rechten, Bedürfnissen und einer eigenen Stimme. Sie verdienen, gesehen und gehört zu werden – auch und gerade in Krisensituationen.

Der Schutz der jungen Menschen liegt mir besonders am Herzen. Der Kinderschutz zieht sich wie ein roter Faden durch meine berufliche Biografie. Ich habe über viele Jahre in schulischen Gremien mitgewirkt. Dabei war es mir ein Anliegen, ihn ganz praktisch zu denken: Wie kann ein Schulumfeld sicherer werden? Wie stärken wir Beteiligung und schaffen Vertrauen?

In meiner psychotherapeutischen Praxis arbeite ich überwiegend mit Kindern und Jugendlichen, die belastende Erfahrungen mitbringen: innerfamiliäre Konflikte, psychische Erkrankungen von Bezugspersonen, schulische Probleme oder auch Formen von Vernachlässigung und Gewalt. Ich sehe meine Aufgabe nicht nur darin, Symptome zu behandeln, sondern jungen Menschen Sicherheit, Orientierung und Entwicklungsräume zu bieten. Dabei ist mir die Zusammenarbeit mit den Bezugspersonen, Schulen, Jugendämtern und an-

deren Hilfesystemen sehr wichtig. Kinderschutz ist für mich immer eine gemeinsame Aufgabe – interdisziplinär, vernetzt, verantwortungsvoll.

Die Kinderrechte, wie sie in der UN-Kinderrechtskonvention verankert sind, bilden die ethische Grundlage meines Handelns. Sie sind nicht verhandelbar. Kinderschutz bedeutet aber nicht nur Reaktion auf Gefährdung, sondern auch die Stärkung kindlicher Rechte auf Beteiligung. Gerade in psychotherapeutischen Prozessen ist es wichtig, Kinder und Jugendliche altersgerecht in Entscheidungen einzubeziehen. Das Recht, die eigene Meinung zu äußern und ernst genommen zu werden, stärkt Selbstwirksamkeit und Resilienz. Psychotherapeut\*innen tragen so aktiv dazu bei, Kindern eine Stimme zu geben, strukturelle Machtungleichgewichte zu reflektieren und ihnen Partizipation zu ermöglichen.

Ich bin überzeugt: In einer sich rasant verändernden Gesellschaft brauchen Kinder und Jugendliche unsere besondere Aufmerksamkeit. Sie sind Zukunft und Hoffnung – gerade dann, wenn Orientierung fehlt.

.....  
Heike Bott, Präsidiumsbeauftragte Team Kindeswohl und Kinderrechte im BDP, Beauftragte für die Regionalvertretung Berlin-Brandenburg im VPP



Special: Tiergestützte Therapien

## Deckung in der Berufshaftpflicht-Versicherung für spezielle Verfahren und Methoden

**Die Psychotherapie ist, auch wenn die Zahl der anerkannten Richtlinienverfahren begrenzt ist, so vielfältig wie das Leben selbst. Im Beratungsalltag der PsyCura-Expert\*innen treffen wir immer wieder auf spezielle Ansätze und die Frage: Habe ich dafür Versicherungsschutz? Neben dem Einsatz von Tieren, v. a. Hunde und Pferde, gehören dazu die Expositionsbehandlung in vielfältigen Settings, die Hypnotherapie, therapeutisches Bogenschießen, Yoga u. v. m.**

**A**usgehend davon ergab sich für uns als Spezialmakler für Ihre Berufsgruppe die Frage, in welchem Umfang hierfür über am Markt angebotene Tarife überhaupt Versicherungsschutz besteht und wie wir über unsere Angebote sicherstellen können, dass es hier keine Deckungslücken gibt.

### Der Markt ist vielfältig – der Versicherungsumfang ist nicht immer klar geregelt

Wenn Sie selbst auf die Suche nach einer Versicherung gehen und dabei z. B. das Internet nutzen, erhalten Sie vielfältige Angebote von Service-Versicherern und zunehmend auch von sogenannten Online-Versicherern, die als Berufshaftpflicht-Versicherung für Psychotherapeut\*innen (BHV) deklariert sind. Immer öfter sind dies keine Versicherungen mehr, die über die Haftpflicht-Tarife für Heilberufe angeboten werden. Viele Anbieter haben die Heilnebenberufe einfach in ihre Gewerbe-Haftpflicht-Produkte integriert. Neben Prämienunterschieden gibt es auch sehr differenzierte Bedingungen, wobei die Regelungen für

die Heilnebenberufe, also auch für Psychotherapeut\*innen, meist sehr allgemein gehalten sind.

### Klare Bedingungsregelungen – vorteilhaft nicht nur im Schadensfall

Ausgehend davon haben wir in unserem Sonderkonzept klare Bedingungsregelungen mit unserem langjährigen Partner, der Gothaer Allgemeinen Versicherung, in einem ergänzenden Sideletter (Sonderbedingungen) getroffen. Dies gibt ein gutes Gefühl beim Abschluss der Versicherung und vermeidet in den allermeisten Fällen Unstimmigkeiten, wenn der Schaden eingetreten ist.

### Tiergestützte Therapien: Haftpflicht-Schutz gut geregelt

Auch in diesem Fall ist klar geregelt, was für den eigenen Therapiehund oder das eigene Therapiepferd bei unserem Konzept gilt. Grundsätzlich besteht Versicherungsschutz für im Rahmen der Therapie eingesetzte Tiere. Der Versicherungsschutz endet dabei nicht mit der therapeutischen Verwendung, sondern gilt auch im danach folgen-

den privaten Umfeld. Über diese Deckung ist eine zusätzliche private Tierhalter-Haftpflicht-Versicherung (THV) entbehrlich.

### Vorsicht: Therapietiere in der privaten Tierhalter-Haftpflicht-Versicherung (THV)

Immer wieder gibt es partiell Klauseln in der THV, die die Mitversicherung im Rahmen der Therapie vermuten lassen könnten. Hier ist genau hinzuschauen. Oft gibt es darüber keine wirkliche Deckung, oder diese ist auf Ausnahmen begrenzt. Die BHV mit einer umfassenden Deckung ist hier der sicherere Weg ohne zusätzliche Kosten.

### Spezialfall geliehene Tiere

Aufgrund relativ hoher Kosten in der Haltung werden Pferde für die Therapie immer wieder einmal ausgeliehen. Überraschungen gibt es im Schadensfall oft für den Tierhalter, der das Tier verliehen hat. Die Tierhalterhaftung ist im BGB geregelt und kann nicht abbedungen werden. Nutzen Sie geliehene Tiere im Rahmen der The-

rapie, sollten Sie prüfen, inwieweit Ihre BHV Deckung gewährt. Über unser Konzept können wir Ihnen hierzu optimierte Lösungen anbieten.

### Unser Tipp: Sonderkonzept nutzen und PsyCura-Expert:innen fragen

Wenn Sie auf der Suche nach einer leistungsstarken BHV sind oder Ihren bisherigen Vertrag checken lassen wollen, greifen Sie am besten auf fast 47 Jahre Expertise in der BHV-Beratung zurück.

Über den vorhandenen Link können Sie Angebote anfordern, Ihren Vertrag kostenfrei überprüfen lassen oder sich von unseren Expert\*innen beraten lassen.

► [www.psycura.de](http://www.psycura.de)

.....  
Dr. Michael Marek  
Geschäftsführer  
PsyCura Wirtschaftsdienst GmbH



ANZEIGE

## EINLADUNG zum Info-Abend in München

**PsyCura**  
Wirtschaftsdienst GmbH



- kostenfrei
- begrenzte Teilnehmerszahl

**13. Oktober 2025**

**18.30 bis ca. 20.00 Uhr**

FREIRAUM – Veranstaltungsraum München  
Halfinger Straße 64 · 81825 München

### Vollmachten und Notfallmanagement für Psycholog\*innen und Psychotherapeut\*innen

**Wer entscheidet Ihre privaten und geschäftlichen Angelegenheiten, wenn Sie z. B. durch Unfall oder Krankheit länger ausfallen?**

Ihre Familie oder Praxis- bzw. Geschäftspartner\*innen dürfen Sie lt. Gesetz nicht dauerhaft und vollumfänglich automatisch vertreten. Im schlimmsten Fall entscheiden dann vom Gericht bestimmte Fremde über Sie und Ihr Lebenswerk. Damit dies nicht passiert, wollen wir Sie mit unserem Partner JURA DIREKT informieren, wie Sie Ihren Wünschen entsprechende Vollmachten erhalten und Ihre Vertrauenspersonen dabei selbst festlegen.

**Mehr Informationen und Anmeldung**  
[psycura.juradirekt.com/veranstaltungs-kalender/241424](http://psycura.juradirekt.com/veranstaltungs-kalender/241424)



PCI-0021-02 - 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

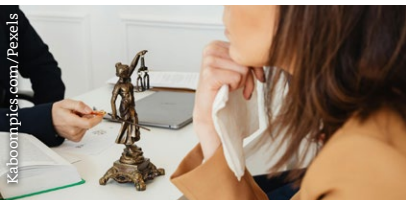
# Highlights aus dem Online-Magazin psylife

**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](http://www.psylife.de/magazin/psychotherapie)

## Aktuelles aus der Magazin-Rubrik

### Anzeige, Schweigepflicht, Prozess: Begleitung gewaltbetroffener Frauen

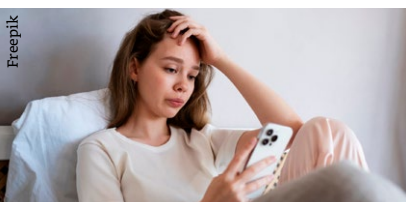


Ob gewaltbetroffene Frauen Anzeige erstatten oder nicht, ist eine äußerst individuelle Entscheidung, die von zahlreichen Faktoren abhängt. Was können Sie einer Klientin raten, wenn

sie fragt, wie sie sich entscheiden soll? Wie verhält es sich mit der Schweigepflicht? Und was käme im Falle eines Prozesses auf die Klientin zu? Das erklärt Rechtsanwältin Christina Clemm, die seit fast 30 Jahren Gewaltopfer vertritt.

▶ [www.tinyurl.com/4nkv734w](http://www.tinyurl.com/4nkv734w)

### Doomscrolling und digitale Erschöpfung: Wenn Medienkonsum zur Stressfalle wird



Der Alltag ist von digitalen Medien durchdrungen. Noch vor dem ersten Kaffee wird zum Smartphone gegriffen, tagsüber lenken ständige Benachrichtigungen ab, und

abends folgt der letzte Blick auf die Nachrichten – oft mit einem negativen Beigeschmack. Der Begriff „Doomscrolling“ beschreibt das zwanghafte Konsumieren schlechter Nachrichten und beunruhigender Inhalte. Doch welche Auswirkungen hat das? Warum fällt es so schwer, damit aufzuhören? Und wie kann Psychotherapie helfen, einen gesünderen Umgang mit digitalen Medien zu entwickeln?

▶ [www.tinyurl.com/2wtdbwjh](http://www.tinyurl.com/2wtdbwjh)

### „Ich möchte wissen, woher ich komme“ – Spenderkinder psychologisch begleiten

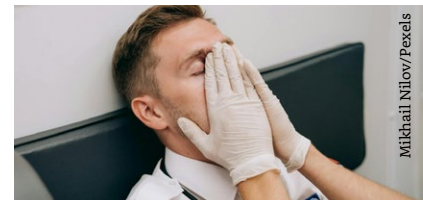
Immer mehr Menschen in Deutschland wachsen als sogenannte „Spenderkinder“ auf – Kinder, die durch den Samen eines Menschen gezeugt wurden, der keine rechtliche sowie soziale Elternrolle einnehmen möchte und den Wunscheltern häufig unbekannt ist. In der öffentlichen Darstellung erscheinen diese Kinder oft als „Wunsch Kinder“. Doch wie erleben Spenderkinder selbst ihre Herkunft? Welche psychischen Herausforderungen bestehen für Spenderkinder und ihre Familien?



▶ [www.tinyurl.com/6n9bkf8b](http://www.tinyurl.com/6n9bkf8b)

### Polizei, Rettung, Jugendamt – stärkende Maßnahmen für hilflose Helfende

Menschen in helfenden Berufen bringen bei der Arbeit einen hohen Einsatz. Bleibt der Erfolg aus, erleben sie einen schwierigen Rollenwechsel: Aus Helfer\*innen werden hilflose. Wer ist besonders betroffen? Wann besteht Handlungsbedarf? Und welche Maßnahmen sind für Therapie und Beratung geeignet, um Hilflosigkeit abzubauen und die Resilienz von Betroffenen wieder zu stärken?



▶ [www.tinyurl.com/vdxdjrtp](http://www.tinyurl.com/vdxdjrtp)

### 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](http://www.psylife.de/newsletter)



.....  
▶ [redaktion@psylife.de](mailto:redaktion@psylife.de), ▶ [www.psylife.de](http://www.psylife.de)

# Veranstaltungskalender

21. bis 24. September 2025

## 18. Konferenz der DPPD

Thema: Individuelle Unterschiede im digitalen Zeitalter  
Ort: Kassel

► [www.dppd2025.de](http://www.dppd2025.de)

24. September 2025

## Online-Workshop „Überblick Klimakommunikation“

Ort: online

► [www.tinyurl.com/mvfxke2d](http://www.tinyurl.com/mvfxke2d)

27. September 2025

## Tag der Klinischen Psychologie

Thema: Rechtsextremismus in Beratung und Therapie  
Ort: Erkner

► [www.bdp-klinische-psychologie.de/1918/](http://www.bdp-klinische-psychologie.de/1918/)

10. und 11. Oktober 2025

## Herbstsymposium des DDPD

Thema: Chemie oder Beziehung? – Was ist primär in der Psychosen-Psychotherapie?

Ort: Berlin und online

► [www.ddpp.eu](http://www.ddpp.eu)

13. Oktober 2025

## PiA/PtW-Stammtisch des VPP

Ort: online

► [www.tinyurl.com/2n8byj3s](http://www.tinyurl.com/2n8byj3s)

16. Oktober 2025

## VPP: Einsatz von Virtual

Reality in der Psychotherapie am Beispiel der sozialen Phobie

Ort: online

► [www.tinyurl.com/2jnr45mv](http://www.tinyurl.com/2jnr45mv)

19. bis 23. Oktober 2025

## 54. Lübecker

### Psychotherapietage

Thema: Wendepunkte – Krisen als Bedrohung und Chance  
Ort: Lübeck

► [www.luebecker-psychotherapietage.de](http://www.luebecker-psychotherapietage.de)

30. Oktober 2025

## VPP-Mitgliederversammlung

Regionalvertretung Niedersachsen mit Fachvortrag zur Komplexversorgung gemäß der KSVpsych

Ort: online

► [www.tinyurl.com/57dj8k6z](http://www.tinyurl.com/57dj8k6z)

2. bis 6. November 2025

## IGT-Herbsttagung 2025

Thema: Die vielen Gesichter der Einsamkeit

Ort: Lindau

► [www.igt-lindau.de/tagung/programm.php](http://www.igt-lindau.de/tagung/programm.php)

5. November 2025

## VPP-Refresher Psychotherapie:

Psychodynamische Perspektiven auf der Borderline-Persönlichkeitsstörung

Ort: online

► [www.tinyurl.com/39nw4bbs](http://www.tinyurl.com/39nw4bbs)

8. und 9. November 2025

## Jahreskongress

### Psychotherapie

Thema: Wissenschaft & Praxis – Körper und Psyche

Ort: Essen bzw. online

► [www.unifortbildung-psychotherapie.de](http://www.unifortbildung-psychotherapie.de)

10. November 2025

## VPP: Lab E virtuallythere

Ein Kooperationspartner des VPP stellt sich vor

Ort: online

► [www.tinyurl.com/2varjp6s](http://www.tinyurl.com/2varjp6s)

26. bis 29. November 2025

## dgppn-Kongress 2025

Thema: Der Mensch im Mittelpunkt

Ort: Berlin und online

► [www.dgppnkongress.de](http://www.dgppnkongress.de)

## IMPRESSUM

18. Jahrgang, 2025

Ausgabe 70

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](mailto:info@vpp.org)  
[www.vpp.org](http://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

pch.vector/Freeepik

### 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](mailto:verlag@psychologenverlag.de)  
[www.psychologenverlag.de](http://www.psychologenverlag.de)

### Anzeigen

Deutscher Psychologen Verlag GmbH  
Anzeigenredaktion  
Am Köllnischen Park 2, 10179 Berlin  
Tel.: 030/20 91 66 - 416  
[anzeigen@psychologenverlag.de](mailto:anzeigen@psychologenverlag.de)  
[www.vpp-aktuell.de](http://www.vpp-aktuell.de)

Gültig ist die Preisliste Nr. 7 vom 1.1.2025

### Anzeigenschluss

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](mailto: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