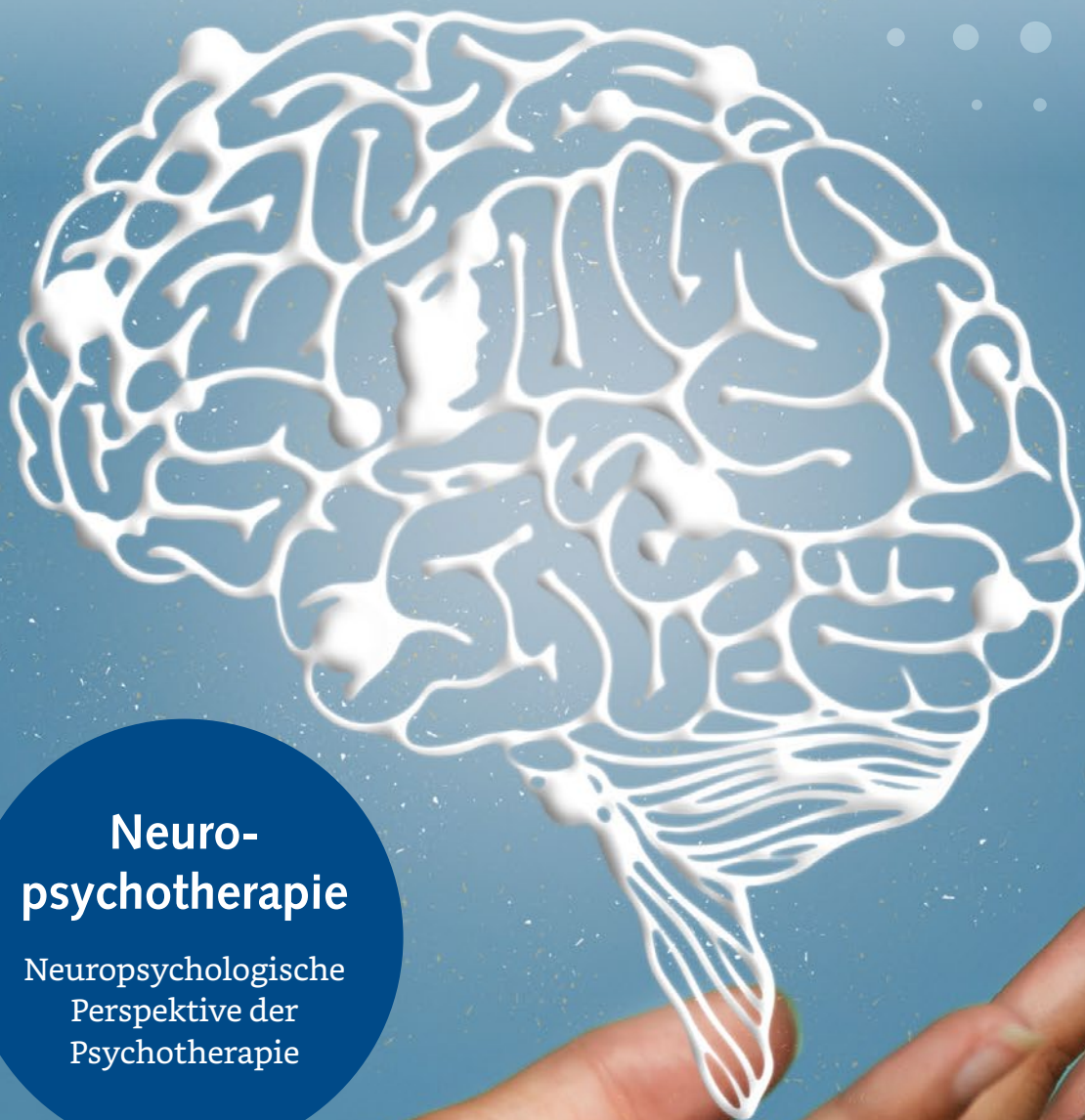




Berufsverband Deutscher
Psychologinnen
und Psychologen

VPP *aktuell*



Neuro- psychotherapie

Neuropsychologische
Perspektive der
Psychotherapie

**Geschlechtsinkongruenz und
Geschlechtsdysphorie**
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.



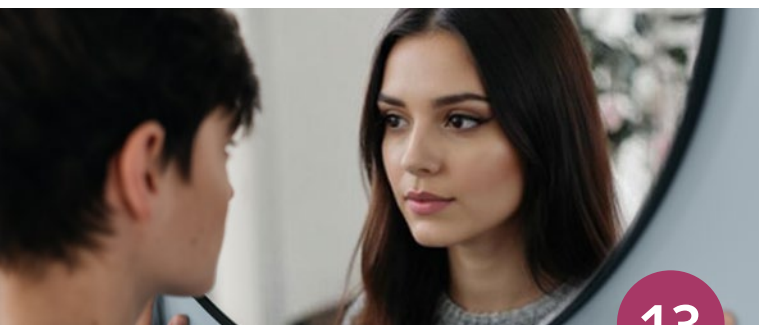
Inhalt



5

Neuropsychotherapie

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



13

Geschlechtsinkongruenz und Geschlechtsdysphorie 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 Geschlechtsdysphorie 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

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?

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-



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 Neuropsychologie/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 hirnnorganisch 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 „Konzentrationsstraining“.

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“.

Das Therapierépertoire 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.



Neuropsychotherapien sind immer ganzheitliche mehrdimensionale Behandlungskonzepte

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



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 „FO-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 „FO-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



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.