

PPP

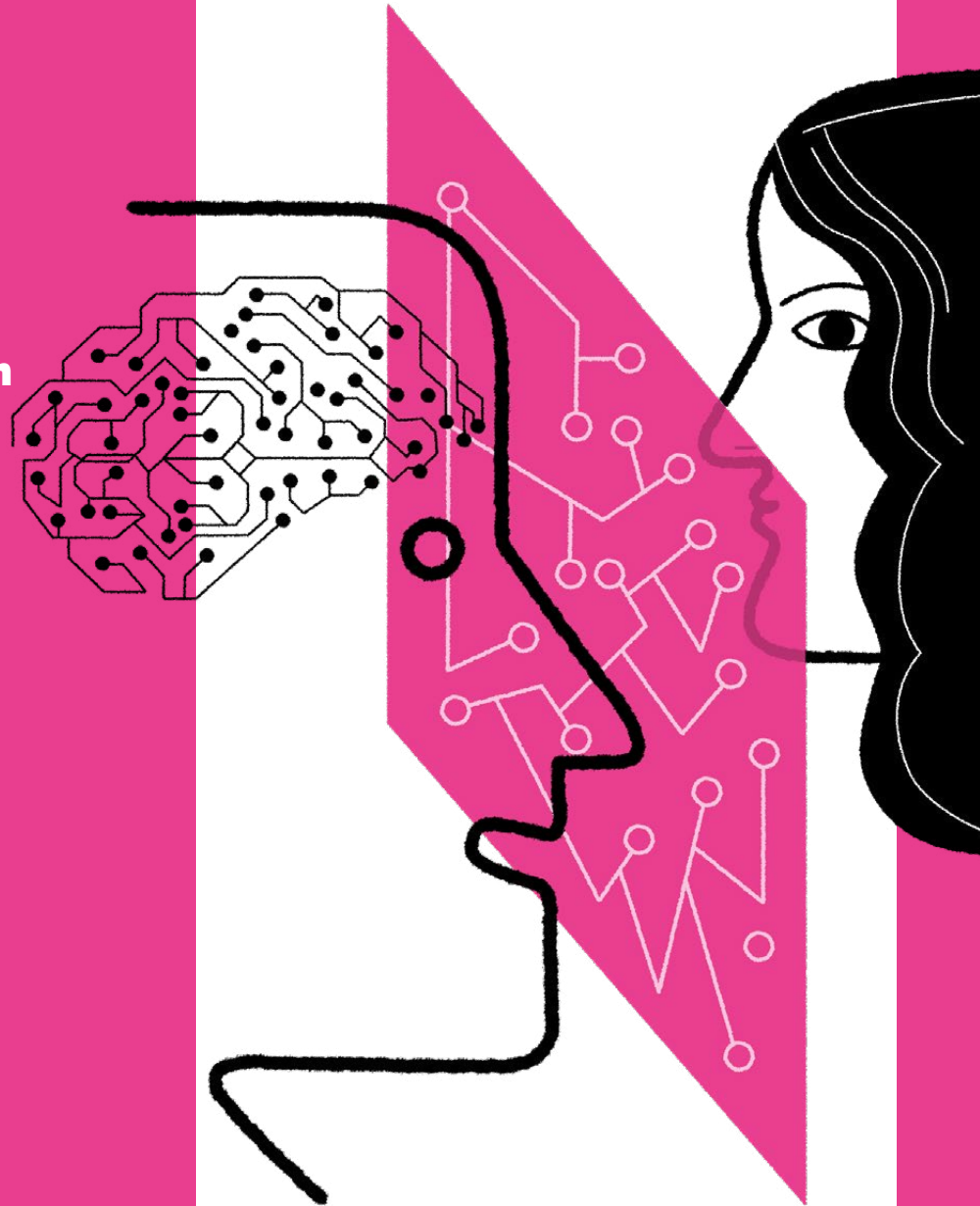
01/2024

PSYCHOTHERAPIE IN POLITIK UND PRAXIS

Das Magazin des Bundesverbands
der Vertragspsychotherapeuten e.V.

**Wir werden Kompetenzen
verlieren – Grenzen
und Risiken Künstlicher
Intelligenz (KI)**

**Erschöpfung und
Verantwortung –
Belastungen in der
psychotherapeutischen
Ausbildung**



KI und Psychotherapie

Risiken, Chancen und ethische Grenzen



JETZT NOCH BESSER: Q@BVVP

Das anerkannt gute Qualitätsmanagementprogramm des bvvp

- Speziell für Psychotherapiepraxen
- Erfüllt die Anforderungen des § 135a SGB V
- Auch für MVZ geeignet
- Einfach zu bedienen, unkompliziert in der Handhabung

NEU: Umfassendes Modul zur Patient*innenaufklärung

Die gesetzlichen Vorgaben wurden aus zahlreichen Quellen kompakt zusammengefasst und erläutert – umfassend und doch übersichtlich.

Jahres-Abonnement für Mitglieder nur 70 €, für Nichtmitglieder 150 €, jeweils zzgl. MwSt.

Q@BVVP:
Verschaffen Sie sich kostenlos und unverbindlich einen ersten Eindruck.



Einfach anzuwenden • Immer aktuell • Zeitsparend und preiswert

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

„Künstliche Intelligenz“ begeistert die Menschen und beunruhigt sie zugleich. Zu den Skeptiker*innen gehören auch viele Psychotherapeut*innen. Doch der technische Fortschritt, den KI in atemberaubendem Tempo ermöglicht, wird kulturelle, soziale und berufliche Auswirkungen auf uns und unsere Patient*innen haben, ganz egal, wie wir dazu stehen. Um Ihnen Gedankenanstöße zu bieten, haben wir das Schwerpunktthema der Ausgabe erstmals diesem Thema gewidmet. Es wird sicher nicht das letzte Mal sein. Manche verantwortliche Politiker*innen hypen Künstliche Intelligenz in der Psychotherapie regelrecht. Viele scheinen zu glauben, KI könne über kurz oder lang Versorgungsprobleme lösen und zum Beispiel das – gemessen am Bedarf – unzureichende Angebot an Psychotherapie mitabdecken.

Beim Lesen der Artikel und Interviews zu unserem Fokusthema fragte ich mich, ob ich als Verhaltenstherapeut manchmal selbst wie ein Chatbot spreche – etwa, wenn ich, falls nötig, die zentralen Kognitionen zur Veränderung von dysfunktionalen Glaubenssätzen häufig in einfachen Worten wiederhole. Doch ein Chatbot ermüdet im Gegensatz zu uns nicht. Sind Maschinen vielleicht doch die besseren Therapeut*innen? Was Patient*innen allerdings über verbale Interventionen hinaus erreicht und auf sie wirkt, ist die Präsenz ihres Therapeuten oder ihrer Therapeutin, der offene und interessierte Blickkontakt, die Fähigkeit, in jenem Moment mit dem Gefühl der Patient*innen zu schwingen und ihr erlebtes Leid empathisch zu bezeugen.

Beruhigt haben mich auch die Artikel von Prof. Dr. Nils Töpfer und Bernd Aschenbrenner, die aus analytischer Sicht zu dem Ergebnis kommen: Bestimmte Prozesse in der Psychoanalyse, wie die Gegenübertragungsanalyse, können keinesfalls von KI geleistet werden. Die Interviews mit Prof. Dr. Misselhorn und Prof. Dr. Schreiber verdeutlichen, dass KI Empathie nur simulieren und Patient*innen sogar schaden kann – etwa, wenn Unvorhergesehenes passiert oder der manipulative Aspekt künstlicher Empathie zum Vorschein kommt.

Neben KI bieten wir Ihnen weitere spannende Themen in diesem Heft. Unter anderem einen Artikel von Norbert Bowe zur Frage der Steuerung in der Psychotherapie. Die Probleme der Finanzierung der Weiterbildung und das hohe Belastungsniveau von Psychotherapeut*innen in Ausbildung werden in den Artikeln von Ariadne Sartorius und Anne Scholz sehr lebendig dargestellt. Es rührt mich, wie viel junge Menschen auf sich nehmen, um in diesen Beruf hineinzuwachsen. Mathias Heinicke beleuchtet die aktuellen Digitalgesetze aus dem BMG. Und aus dem bvvp-Landesverband Baden-Württemberg kommt die gute Nachricht der vollständigen Vereinigung mit dem Landesverband Nordbaden.

Wie immer runden interessante Buchbesprechungen, aber auch aktuelle berufspolitische Informationen das Inhaltsspektrum unseres Magazins ab: Dabei geht es unter anderem um die Qualitätssicherung, Honorargestaltung oder die Bemühungen, das Gutachter- und das Antragsverfahren zu erhalten.

Herzliche Grüße



Benedikt Waldherr,
Vorsitzender des bvvp-Bundesverbands

Inhalt

IM FOKUS KI UND PSYCHOTHERAPIE RISIKEN, CHANCEN UND ETHISCHE GRENZEN

- 06 Einführung
- 08 Expertengespräch mit Prof. Dr. Marc Schreiber
- 12 Zur Positionierung des deutschen Ethikrates
- 14 Chatbots in der Psychotherapie: Lernen am Modell?
- 16 KI in der psychodynamischen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie
- 18 Sekundärtraumatisierung: Wir brauchen ein Subjekt als Gegenüber

BVVP AKTIV

- 22 Kurz gemeldet und berufspolitische Meldungen I
- 24 Neue Gesetze aus dem BGM: GDNG und DigiG
- 26 Berufspolitische Meldungen II
- 27 Pilotprojekt zur Patientensteuerung auf dem Prüfstand
- 31 Berufspolitische Meldungen III
- 32 Finanzierung der Weiterbildung
- 33 Baden-Württemberg hat es geschafft

SERVICE

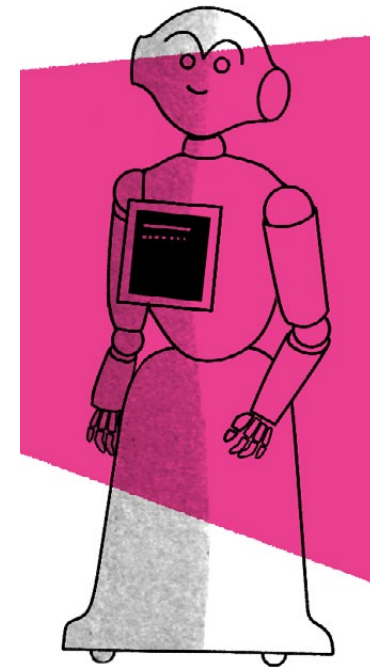
- 34 Erfahrungsbericht: Belastungen in der Ausbildung
- 35 Q@BVVP: Neues bvvp-Modul zur Patient*innenaufklärung
- 37 Buchbesprechungen
- 39 Autor*innenverzeichnis



14

Chatbots in der Psychotherapie

Was wird aus der Arbeit mit Fantasien, die Patient*innen über uns entwickeln und aus denen sich in der Übertragung wirksame Überzeugungen herausarbeiten lassen? Das fragt sich Psychoanalytiker Prof. Dr. Töpfer beim Thema Chatbots.



18

KI und Ethik

Reicht es, wenn ein psychisch erkrankter Mensch Gefühle auf ein gefühlloses Gegenüber projiziert? Diese wichtige Frage formuliert Ethikprofessorin Catrin Misselhorn im bvvp-Interview.

Impressum

PPP Psychotherapie in Politik und Praxis · ISSN: 2698-2625
Periodizität: Quartal · Einzelverkaufspreis / Schutzgebühr 14,80 €
Abonnement 49,50 € inkl. Versand · Mitglieder erhalten das Magazin im Rahmen ihrer Mitgliedschaft kostenfrei · Info und Bestellung: bvvp@bvvp.de

Herausgeber

bvvp Bundesverband der Vertragspsychotherapeuten e. V.
Württembergische Straße 31 · 10707 Berlin
Telefon +49 (0)30 887259-54 · Telefax -53 · bvvp@bvvp.de
www.bvvp.de

24

Die neuen Gesetze GDNG und DigiG

Sie ändern Grundsätzliches und weiten die Digitalisierung konsequent aus, reflektiert bvvp-Vorstand Mathias Heinicke. Aber tragen sie auch zu einer Verbesserung der Versorgung bei?

27

Endlich alles gut?

Norbert Bowe stellt ein Pilotprojekt zur Patientensteuerung auf den Prüfstand. Eines seiner Ergebnisse: Die angekündigte „revolutionäre“ Versorgungssteuerung verspricht bei hohen Kosten kaum Verbesserungspotenzial.

Redaktion

Rainer Cebulla (V.i.S.d.P.), Autor*innen: siehe Verzeichnis Seite 39 · Verantwortlich für den Fokus: Mathias Heinicke, Bernd Aschenbrenner · Redaktionsleitung und Lektorat: Anja Manz

Verlag

freelance project GmbH · Feuerseeplatz 12 · 70176 Stuttgart · info@freelance-project.de · www.freelance-project.de · Projektleitung: Bernd Faller · Korrekturen: Martina Schwendemann · Art Direction: Isabelle Birebent, Alexandra Fragstein
Illustrationen: Stephanie Wunderlich · Fotos: bvvp-Archiv, Bilder der Autoren: privat aus Eigenbesitz

PPP digital und nachhaltig!

Sie erhalten Ihre PPP nun in der Regel als Online-Ausgabe! Die Umstellung auf eine digitale Version spart nicht nur Papier und Wasser, sondern reduziert auch den Energieaufwand für Druck und Versand. Alle Infos sind – natürlich in gewohnter Qualität – auf Ihrem Smartphone oder Laptop überall verfügbar.

Sie möchten die PPP dennoch weiterhin als Printausgabe? Dann nutzen Sie bitte das Formular auf der bvvp-Website:

<https://bvvp.de/magazinabfrage>



Druck

Grafisches Centrum Cuno GmbH & Co. KG, Calbe / Saale

Anzeigen

bvvp.ppp-media@freelance-project.de
Es gilt die Anzeigenpreisliste vom Januar 2022.

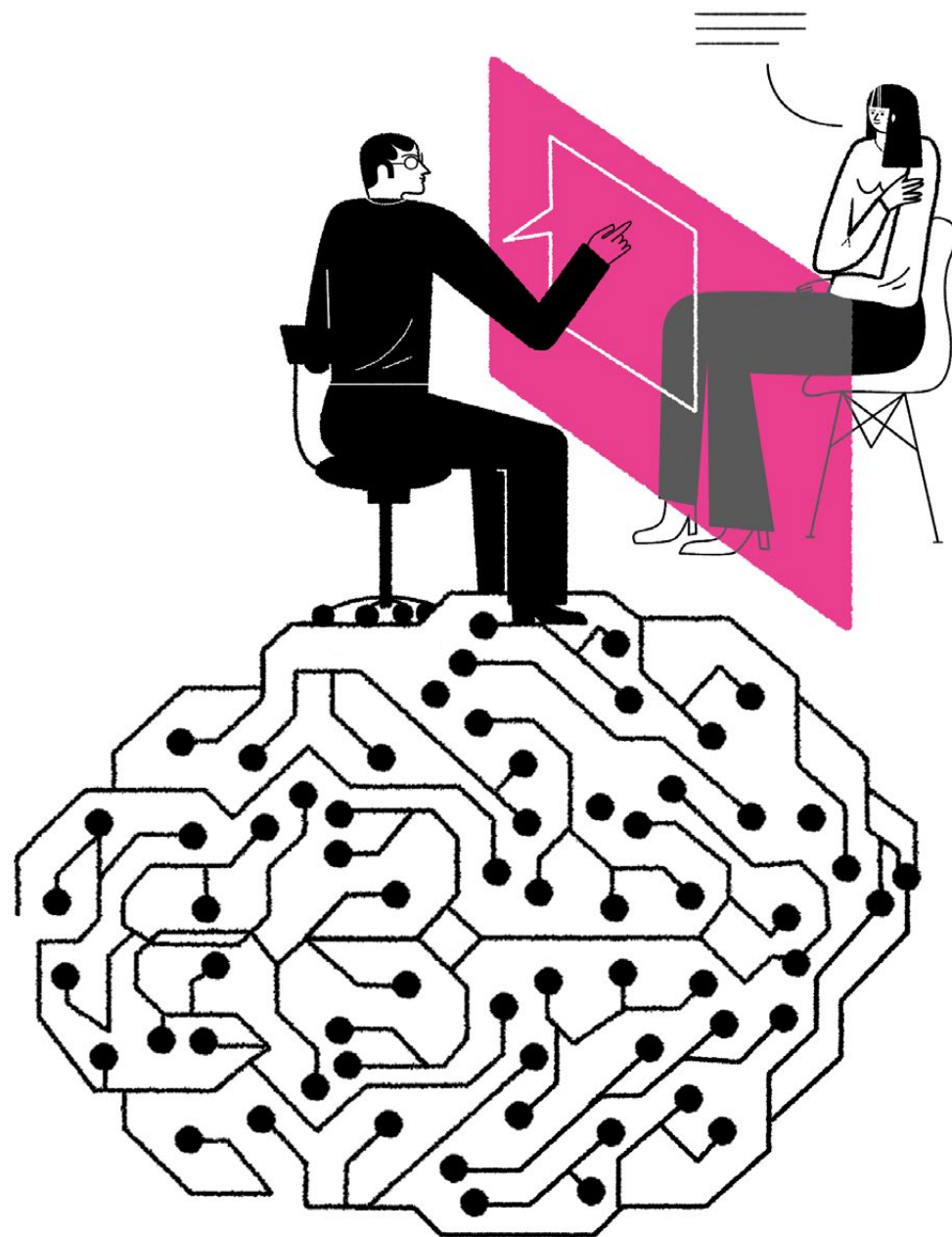
© Alle Rechte vorbehalten. Zitate nur mit Quellenangabe. Nachdruck nur mit Genehmigung der Redaktion. Namentlich gekennzeichnete Artikel geben nicht unbedingt die Meinung des Herausgebers oder der Redaktion wieder. Bei Einsendungen von Manuskripten wird, sofern nicht anders vermerkt, das Einverständnis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

IM FOKUS

Künstliche Intelligenz und Psychotherapie

Risiken, Chancen und ethische Grenzen

Von Bernd Aschenbrenner und Mathias Heinicke



Künstliche Intelligenz (KI) ist ein aktuell überall präsent und diskutiertes Thema. Große Tageszeitungen bieten täglich KI-basierte Beratung zu wechselnden Themen an. Namen wie ChatGPT sind omnipräsent. Dabei sind dies nur die offenkundigen Anwendungen von KI. Die sogenannte Künstliche Intelligenz ist noch in weit mehr Bereichen allgegenwärtig, als uns bewusst ist: in Empfehlungsalgorithmen bei Bestellportalen und Streaming-Diensten, in Suchmaschinen im World Wide Web, in Spam-Filtern von Mailprogrammen, in sogenannten Smart-Home-Systemen, in Navigationssystemen oder Programmen zum assistierten Fahren im Auto. Hinter all diesen Anwendungen stehen Algorithmen Künstlicher Intelligenz.

Auch im Bereich Psychotherapie erleben wir solche Systeme im Einsatz. Es handelt sich dabei nicht wirklich um eine neue Entdeckung. Die Entwicklungen von Chatbots als Psychotherapeut*innen gehen weit zurück. Der Computerwissenschaftler Joseph Weizenbaum entwickelte bereits in den 1960er-Jahren ein dialogorientiertes System, das den Anschein erweckte, es würde die Eingaben, die es über eine Tastatur erhielt, verstehen. Allerdings bediente sich die damalige Software keiner auf die Situation zugeschnittenen Wissensbasis. Die Kommunikation des Chatbots basierte auf vorgegebenen Gesprächsstrategien, die verdeckten, dass das Programm nichts verstand.

Inzwischen hat sich die Arbeitsweise grundlegend gewandelt. Die zur Verfügung stehenden Datenmengen sind riesig, Rechenleistungen von Computern um ein Vielfaches höher als vor 60 Jahren. So verstehen die Chatbots inzwischen auch komplexe Anfragen und Bitten. Doch genau diese Verwischung der Grenzen zwischen Maschine und Mensch muss kritisch gesehen werden. Die Maschine wird vermenschlicht, der Mensch mechanisiert.

Diese Themen beleuchten wir in diesem Heft unter anderem in zwei spannenden Interviews mit Prof. Marc Schreiber von der Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften (ZHAW) und der Ethik-Professorin Catrin Misselhorn von der Universität Göttingen. Prof. Nils Töpfer von der MSH Hamburg beschäftigt sich in seinem Artikel mit der Frage, welche Prozesse aus psychodynamischer Sicht auf keinen Fall von KI ersetzt werden können. Bernd Aschenbrenner reflektiert die Grenzen der KI in der Behandlung von Kindern und Jugendlichen, prüft aber auch, inwieweit kreative KI-Bildprodukte hilfreich werden können zur therapeutischen Kommunikation.

Wir wünschen eine erhellende Lektüre!

Zu Grenzen und Risiken von Künstlicher Intelligenz

Es ist absurd, Einzelfall- diagnosen zu stellen und alles auszuschalten, was dem Einzelfall eigen ist

bvvp-Digitalisierungsexperte Mathias Heinicke sprach mit Prof. Dr. Marc Schreiber, Dozent am IAP Institut für Angewandte Psychologie der ZHAW Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften, über Chancen, Begrenzungen und Risiken von Künstlicher Intelligenz im Zusammenhang mit Psychotherapie. Prof. Schreiber ist unter anderem Mitautor des 2022 erschienenen Buchs „KI in der Psychologie – ist der Mensch eine Maschine?“

Mathias Heinicke: Herr Professor Schreiber, in Ihrem Buch kritisieren Sie, dass sich die psychologische Forschung zu sehr auf Zahlen und Wahrscheinlichkeiten beschränke und dabei KI-Algorithmen häufig unkritisch auf psychologische Fragestellungen angewendet würden. Heißt das, Sie sehen in der KI keinen Nutzen für die Psychologie und Psychotherapie?

Prof. Dr. Marc Schreiber: In Bezug auf den Zahlen- bzw. den Daten-Fokus der Psychologie denke ich, dass sich die Psychologie in den letzten circa fünfzig Jahren in eine Sackgasse bewegt hat. Was für uns in der Beratungspraxis häufig den Unterschied macht, zum Beispiel Intuition oder das in Sprache nicht Fassbare, wird in der Forschung kaum berücksichtigt. Eine große Gefahr von KI sehe ich darin, dass wir Menschen zunehmend lernen, uns wie Computer zu verhalten, etwa indem wir Prompts, also Arbeitsaufträge an die KI, so schreiben, dass der Computer uns versteht – und er gibt uns dann eine pseudo-menschliche Antwort. Ich finde das absurd: Wir trainieren die Interaktion mit dem Computer und verlieren dabei die Interaktion mit dem Menschen.

MH: Das Grußwort für den letzten Deutschen Psychotherapeutentag wurde von einer KI geschrieben. Fachlich war es sehr fundiert, aber es fehlte vollkommen die Emotionalität. Kann KI diese noch erlernen?

MS: Man hätte einfach prompten können: „Bring noch etwas Emotionalität rein.“ Denn das können die Algorithmen oder Large Language Models realisieren. Sie simulieren menschliche Interaktion oder auch fachliche Expertise. Das basiert auf großen Datenmengen, die analysiert und durchforstet werden. Nach dem Wahrscheinlichkeitsprinzip wird dann fortlaufend das nächste Wort generiert.

Ich gehe davon aus – viele Psychologinnen und Psychologen glauben zunehmend nicht mehr daran –, dass Intuition nicht ein Problem von uns Menschen darstellt, das uns dazu verleitet, falsch zu agieren, sprunghaft oder zu emotional zu reagieren. Intuition ist vielmehr eine wichtige Kompetenz, derer wir uns zwar nicht immer bewusst sind, die wir aber zu jedem Zeitpunkt abrufen können. Sie hilft uns bei vielen Entscheidungen im Alltag, die wir im Autopilot-Modus (eben intuitiv) ausführen können. Und ich glaube, dass KI hier keinen Nutzen bringt, sogar eher Schaden kann. Weil wir dazu tendieren, uns abzuwerten, oder etwas, das cool klingt, als wahr und objektiv richtig anzusehen, besteht die Gefahr, dass wir sagen: Ja, KI formuliert besser oder trifft bessere Entscheidungen als wir und kann uns deshalb ersetzen. Aber eigentlich wissen wir gar nicht, was da genau passiert! Wir Menschen machen ja aus allem, was uns entgegengebracht wird, etwas. Das ist unser sozialer

Konstruktionismus. In der sozialen Interaktion konstruieren wir unser Menschenbild oder auch unsere Meinungen und Haltungen. Dabei spielt auch die Interaktion mit dem Computer, die zunehmend menschlich daherkommt, eine Rolle. Aber ich persönlich möchte dem nicht allzu viel Gewicht geben. Unsere Intuition basiert auf täglichem „Training“ – und wenn wir uns künftig auf KI verlassen, so verlernen wir, unserer Intuition zu trauen. Das passiert natürlich auch, wenn wir uns lieber auf das Urteil anderer verlassen – ob von Eltern oder Psychologinnen und Psychologen. Und deshalb kann ich schon nachvollziehen, wenn jemand fragt, warum man mit Künstlicher Intelligenz kritischer umgehen sollte als mit menschlicher. Auch bei Menschen verstehen wir nicht immer alles und gehen davon aus, dass sie ab und zu etwas nur vorgeben oder simulieren.

MH: Im Gegensatz zu diesem Irrweg der Psychologie, die so sehr auf Quantität setzt, umfasst das originär Menschliche also auch die Intuition, die von der KI nicht abgebildet werden kann?

MS: Genau, meiner Meinung nach kann Intuition nicht durch KI abgebildet werden. Intuition bildet die jeweils einzigartige Lebensrealität einer Person ab, während KI auf möglichst vielen Daten sowie dem erwähnten Wahrscheinlichkeitsprinzip basiert. Viele KI-Forschende sind deshalb sehr selbstkritisch unterwegs, wenn es um die Anwendung von KI auf psychologische Fragestellungen geht. Aber was ich kritisiere, sind die vielen Psychologinnen und Psychologen, die sich mehr oder weniger danach sehnen, dass KI Dinge besser macht, als wir selbst es können.

MH: Und wie würden Sie die Möglichkeiten von KI für Diagnostik in der Psychotherapie, also auch bei psychiatrischen oder psychischen Erkrankungen allgemein, einschätzen?

MS: Warum brauchen wir so etwas überhaupt? Es gibt das Argument, es gebe zu wenig Therapeutinnen und Therapeuten, und dann kommt immer die Maschine ins Spiel. Aber man könnte ja für mehr Therapeutinnen und Therapeuten sorgen! Bei KI handelt es sich auch um ein Businessmodell, das heißt, es kommen immer auch ökonomische Argumente ins Spiel.

Ich weiß nicht, ob jemals jemand berechnet hat, ob es teurer ist, diese zahlreichen Server zu nutzen, die enorme Energie fressen – auch ökologische Fragen

Prof. Dr. Marc Schreiber

Berater und Dozent am Institut für Angewandte Psychologie der Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften.



stellen sich hier –, ob all das wirklich kostengünstiger ist, als wenn man einfach sagen würde: Der Mensch kann Diagnostik in diesem Bereich, wir brauchen dafür keine Maschine. Aber es überlappen sich ökonomische Prinzipien mit psychologischen. Wir dürfen uns fragen, ob das Businessmodell KI ethisch ist, ob es wirklich funktioniert oder nicht, aber genutzt wird es ohnehin.

In der KI-Forschung und auch in der Psychologie sagen einige – Michal Kosinski behauptet es zum Beispiel –, dass das Folgende funktioniert: Jemand schreibt einen Text oder eine Geschichte, und der Computer kann daraus das Persönlichkeitsprofil erstellen. Wir haben diese Behauptung mit unseren Daten aus Beratungen und Persönlichkeitsfragebogen überprüft und dabei festgestellt, es funktioniert überhaupt nicht so, dass wir das Ergebnis den Personen zurückspeiegeln könnten. Aber dann wird wie folgt argumentiert: Da gibt es signifikante Zusammenhänge, die sind zwar klein, aber das spielt keine Rolle, wir müssen nur noch größere Datenmengen zur Verfügung haben, dann wird das Ergebnis irgendwann perfekt. In einem Nebensatz wird dann noch behauptet, dass der Computer jetzt schon besser als der Mensch vom geschriebenen Text einer Person auf deren Persönlichkeit schließen könne. Also erstens: Brauchen wir es überhaupt? Zweitens: Es funktioniert nicht. Ich stelle deshalb in Frage, ob man KI überhaupt nutzen sollte, wenn es um psychologische Prozesse und um die Vorhersage menschlicher Verhaltensweisen geht.

MH: In einem aktuellen Gesetz ist festgeschrieben, dass auf Grundlage KI-basierter Module Vorhersagen für Diagnosen von schweren Erkrankungen gestellt werden sollen und dann die Kostenträger, also die Krankenkassen, die Versicherten dazu beraten sollen. Außerdem wird gesetzgeberisch entschieden, dass jeder Versicherte in



Mag. rer. nat. Mathias Heinicke

Psychologischer Psychotherapeut, stellvertretender Vorsitzender des bvvp

Deutschland eine elektronische Patientenakte bekommt, deren Daten dann ausgewertet werden. Wie nähern sich die KI-Forschenden im Moment dem potenziell einzigartigen Individuum an?

MS: Wenn KI so großflächig wie in ganz Deutschland eingesetzt wird, um ein Prescreening zu machen, kann das grundsätzlich schon Sinn machen. Es sind dann natürlich ethische und Datenschutzfragen abzuwägen. Zudem stellt die Datenqualität meist eine unüberwindbare Hürde dar. Aber wenn wir ganz große Datenmengen und viele Personen haben, macht es rein ökonomisch Sinn, diese der KI zur Bearbeitung zu geben, dadurch Muster zu erkennen und zu sagen, diese und jene Personengruppen sind gefährdet. Dafür könnte es effizient sein. Aber das ist keine Einzelfalldiagnose, sondern ein Prescreening-Instrument. Am Schluss geht es aber immer darum, die Einzelperson anzuschauen. Ich glaube, das wird zu häufig verwechselt. Handelt es sich um eine Person, dann sind der individuelle Kontext und die einzigartige Lebenserfahrung hochrelevant.

Und jetzt komme ich zur Frage, ob das potenziell Einzigartige einer Person einbezogen wird. Nein. Die Annahme ist nämlich: Wenn wir genügend Daten haben, passt das Modell für jede Person. Individueller Kontext und potenzielle Einzigartigkeit werden dann explizit ausgeklammert. Sie stellen Abweichungen vom Modell dar und sind deshalb störend. Von daher ist der Ansatz der KI-Nutzung, so absurd er auch klingt, dass wir Einzelfalldiagnosen stellen, indem wir auf dem Weg dahin alles, was dem Einzelfall eigen ist, gerade ausschalten.

Um dieses Zoom-Interview hier als Metapher zu nehmen: Ich sehe und höre Sie und kann Sie direkt fragen, wie es Ihnen geht. Der Ansatz von KI wäre aber: Ich schalte Kamera und Ton aus und versuche, über die Menschen

der ganzen Welt etwas herauszufinden, und dann sage ich Ihnen, wie es Ihnen geht. Anstatt mit der Einzelperson zu sprechen, versuche ich, über die ganze Welt Daten zu sammeln und darüber auf das Individuum zu schließen. Das ist das Absurde. Für Versicherungen tönt das vielleicht attraktiv. Und Politik kann sich nicht erlauben, KI nicht zu nutzen, das ist auch eine ökonomische Sache. Von daher bin ich gespannt (manchmal leider auch nicht nur positiv gespannt), was passieren wird.

MH: Was ist Mensch, was ist Maschine, wie ähneln sich die beiden? Werden sich die Grenzen dieses Verständnisses noch verschieben?

MS: In dem Buch, das ich mit einem KI-Forscher geschrieben habe, war mir genau das wichtig. Viele quantitative Psychologen an Schweizer Universitäten und auf der ganzen Welt interpretieren den Menschen als Maschine und sagen: Wenn wir genügend Covariate, genügend Variablen erheben können, dann können wir „den Menschen“ auch erklären. In der Psychologie gibt es diese Diskussion ja schon seit Jahrzehnten, ob sich die Psychologie primär um Variablen oder um Menschen kümmern soll. Jetzt, wo wir immer mehr Variablen zur Verfügung haben und diese mit KI durchforsten und beforschen können, sind wir wirklich bei einer absoluten Übertreibung des Phänomens angekommen. Dabei bleibt die Einzigartigkeit des Menschen potenziell auf der Strecke.

MH: In der Psychotherapie herrscht eigentlich ein anderer Ansatz als in der wissenschaftlichen Psychologie, nämlich gerade auf die Beziehung zu setzen als wesentliches Element der Gestaltung von Behandlung. Inwieweit ist KI als Beziehungsmotor und Beziehungshilfe denkbar? Simulation von Empathie, diese Schwelle werden wir wahrscheinlich nicht überschreiten, oder?

MS: Auch Beziehungsgestaltung und Empathie basieren zu einem wesentlichen Teil auf unserer integrierten Lebenserfahrung, auf die wir mit unserer Intuition zugreifen können. Das wird aber, wie gesagt, in der Psychologie zu wenig erforscht. Jetzt ist es so, dass Chatbots natürlich auch Empathie simulieren und dadurch auch Beziehungen gestalten. Ein Forschungsstrang geht im Moment in die Richtung – Martin Seligman, ein Vertreter der positiven Psychologie, ist da sehr aktiv –, dass Personen mit einem Chatbot interagieren und dadurch Informationen über die Person erfasst werden. Der Chatbot generiert dann eine Narration – also eine möglichst

stimmige Erzählung inklusive Befindlichkeiten und Herausforderungen – für diese Person, und dann wird sie gefragt: Finden Sie sich darin wieder? Diese Frage wird oft bestätigt. Dann lässt man sich auf dieser Basis Therapie- oder Coaching-Vorschläge generieren. Und dann werden natürlich perfekt ausgerichtete Vorschläge gemacht, was, ehrlich gesagt, sehr beeindruckend ist. Auf dieser Grundlage wird dann suggeriert, der Computer könne fachgerecht handeln. Das hat aber nichts mit Empathie und Beziehungsgestaltung zu tun, und natürlich braucht es nach wie vor den Menschen, nicht nur, wenn etwas Unvorhergesehenes geschieht.

MH: Wohin leitet uns KI in näherer Zukunft?

MS: Für mich ist nicht mehr so relevant, wie gut KI sein wird (sie wird rasant immer besser), sondern was wir daraus machen, wo wir die Grenze setzen – oder auch nicht. Das hat auch wieder mit dem sozialen Konstruktivismus zu tun: Wenn wir uns daran gewöhnen, KI in unsere Narration einzubeziehen, wird sie ein Fakt, wie es mit dem Fernseher geschehen ist oder dem Flugzeug oder der Massenproduktion von Waren. Wir werden die Vorteile nutzen und mit den Nachteilen einen Umgang finden, und im Zuge dessen werden wir Kompetenzen nicht mehr weiter trainieren und verlieren. Diese Kompetenzen betreffen zunehmend das originär Menschliche.

MH: Immer wieder ist die Rede von KI-gestützter Mustererkennung in der Medizin. Da wird zum Beispiel gesagt, über die Stimme könne man erkennen, ob Menschen Diabetes haben, oder über Gangmuster und Stimme werde man per KI die Risiken für psychische Erkrankungen erkennen können. Das könnte unter Umständen dazu führen, dass Versicherte Probleme bekommen, wenn etwa Krankenkassen Präventionsprogramme erzwingen oder Leute aus Programmen herausnehmen, Versicherte sozusagen abgestempelt werden, weil sie ein erhöhtes Risiko für bestimmte Erkrankungen haben. Ist das für Menschen mit psychischen Erkrankungen eine potenzielle Gefahr?

MS: Ja, absolut, und da wird es auch zu einer ethischen Frage. Bei allen Studien, die ich angeschaut habe, bin ich zu dem Schluss gekommen, diese Prognosen bzw. Diagnosen mittels KI funktionieren nicht. Und die Beispiele, die Sie genannt haben, da hätte ich größte Zweifel, ob es für die Einzelfalldiagnostik wirklich so funktioniert. Meistens ist es wissenschaftlich zutreffend, dass es signifikante Zusammenhänge gibt. Die können noch so

klein sein, aber wenn man genügend Leute hat, dann werden die Effekte signifikant. Und wenn es darum geht, ganz Deutschland zu screenen, ist es auch okay, mit einem signifikanten Zusammenhang zu arbeiten, aber das Stigma für die einzelne Person, das ist nicht okay, da ist die Fehlerquelle zu groß. Ich würde mich vehement wehren, Zuschreibungen auf die einzelne Person zu beziehen, denn ich fände es ethisch sehr fragwürdig.

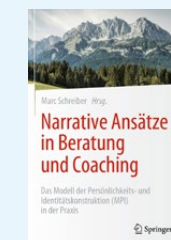
MH: Vielen Dank für das Gespräch!

Eine Langfassung dieses Interviews sowie Literaturhinweise und weiteres Material zum Schwerpunktthema finden Sie im Bonusmaterial:

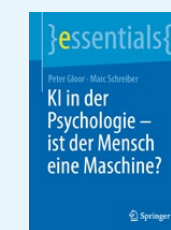


<https://bvvp.de/service/bonusmaterial/>

Folgende bei Springer erschienene Bücher von Prof. Dr. Marc Schreiber möchten wir Ihnen besonders empfehlen:



Narrative Ansätze in Beratung und Coaching – Das Modell der Persönlichkeits- und Identitätskonstruktion (MPI) in der Praxis
<https://t1p.de/zt6kk>



KI in der Psychologie – ist der Mensch eine Maschine?
<https://t1p.de/1gq1y>

KI in der Psychotherapie:

Zur Positionierung des Deutschen Ethikrates

Von **Mathias Heinicke**

In seiner im März 2023 veröffentlichten Stellungnahme „Mensch und Maschine – Herausforderungen durch Künstliche Intelligenz“ bezog der Deutsche Ethikrat Stellung zu den Chancen und Risiken durch den Einsatz Künstlicher Intelligenz (KI) im Bereich der Patientenversorgung.

Insgesamt formulierte der Rat 73 Thesen (Überlegungen) für den Bereich Medizin, die den aktuellen Zustand der digitalen KI-Einbindung und Nutzung umschreiben sollen. Basis der Überlegungen war die Grundannahme, dass KI-Systeme bereits so tief in unser alltägliches Leben eingedrungen sind, dass der Prozess der fortschreitenden Implementierung nicht mehr aufzuhalten ist. Daher wollte der Ethikrat die Wechselwirkungen auf Personen, die sie verwenden oder von ihrer Anwendung betroffen sind, beleuchten. Zentrale Frage dabei sei, so der Ethikrat, zu welchen Auswirkungen es komme, wenn Tätigkeiten, die zuvor Menschen vorbehalten waren, an Maschinen delegiert würden.

Aus besagten 73 Überlegungen leitete der Ethikrat Empfehlungen für die Medizin ab. Dabei schrieb er der Politik ins Stammbuch, dass eine vollständige Ersetzung der ärztlichen Fachkraft durch ein KI-System das Patient*innenwohl gefährde und auch nicht damit zu rechtfertigen sei, dass schon heute in bestimmten Versorgungsbereichen ein akuter Personalmangel bestehe. Gerade in komplexen Behandlungssituationen bedürfe es eines personalen Gegenübers. Der Behandelnde könne zwar durch technische Komponenten immer stärker unterstützt werden, werde aber für die Planung, Durchführung und Überwachung des Behandlungsprozesses nicht überflüssig (Empfehlung Medizin 9). Gleichwohl ist

in der Stellungnahme zu lesen: „Einer der wenigen medizinischen Handlungsbereiche, in denen KI-basierte Systeme zum Teil ärztliches bzw. anderes Gesundheitspersonal weitgehend oder sogar vollständig ersetzen können – jedenfalls in funktional-technischer Hinsicht – ist die Psychotherapie. Hier sind seit einigen Jahren Instrumente in Entwicklung und Nutzung, meist in Form von bildschirmbasierten Apps, die auf algorithmischer Basis eine Art von Therapie anbieten und vielfach frei erhältlich sind.“ Bedenken gegen den Einsatz werden lediglich bezüglich mangelnder Qualitätskontrolle und des Schutzes der Privatsphäre der Patient*innen geäußert. Die Vorsitzende des Ethikrats, Alena Buyx, wird mit den Worten zitiert: „Der Einsatz von KI muss menschliche Entfaltung erweitern und darf sie nicht vermindern.“ Und doch scheint dies nach Ansicht des Rates nur für medizinische Anwendungen zu gelten. Psychotherapie sei quasi schon jetzt vollständig ersetzbar, so die Behauptung.

Problematisch ist dabei aus psychotherapeutischer Sicht, dass der Ethikrat ganz offensichtlich den Einsatz von Digitalen Gesundheitsanwendungen (DiGAs) mit Psychotherapie gleichsetzt. Dabei setzen DiGAs nicht unbedingt KI ein. Gemäß dem Digitale-Versorgung-Gesetz von 2019 sind DiGAs als „Medizinprodukte“ definiert, „deren Hauptfunktion wesentlich auf digitalen Technologien beruht und die dazu bestimmt sind, die Erkennung, Überwachung, Behandlung oder Linderung von Krankheiten oder die Erkennung, Behandlung, Linderung oder Kompensierung von Verletzungen oder Behinderungen zu unterstützen“ (Gesetz für eine bessere Versorgung durch Digitalisierung und Innovation, 2019). Diese Apps und Systeme verstehen sich also als Tools zur Begleitung einer

Psychotherapie, keinesfalls als Ersatz. Der Ethikrat folgt in seiner Stellungnahme der Fehlannahme, dass DiGAs zur Behandlung psychischer Störungen bereits Psychotherapie seien. Psychotherapie ist aber eben nicht nur, wie im Psychotherapeutengesetz definiert, „jede mittels wissenschaftlich anerkannter psychotherapeutischer Verfahren vorgenommene Tätigkeit zur Feststellung, Heilung oder Linderung von Störungen mit Krankheitswert, bei denen Psychotherapie indiziert ist. (§ 1 Abs. 3)“. Sie ist auch „Krankenbehandlung mit psychologischen Mitteln“. Dazu gehören ein geplanter interaktioneller Prozess, Ziele und als Mittel verbale und nonverbale Kommunikation oder andere Techniken sowie als Hintergrund eine definierte Theorie zur Begründung des Behandlungsplans. Genau das leisten DiGAs aber eben nicht. Und selbst als KI-System bezeichnete Angebote von psychotherapeutischen Chatbots sind genauer betrachtet Entscheidungsbaum-basierte Angebote mit einer endlichen Menge an hinterlegten Auswahlmöglichkeiten.

Hier wäre eine differenziertere Betrachtung durch den Ethikrat wünschenswert gewesen, denn die Systeme werden sich weiterentwickeln, haben sicherlich auch das Potenzial, irgendwann einmal Teil der therapeutischen Behandlung zu werden. Die Psychotherapie und die direkte Interaktion zwischen Patient*in und Therapeut*in werden sie jedoch nicht ersetzen können. Wesentliche Wirkfaktoren wie Empathie oder die menschliche Beziehung werden KI-Systeme nur immer besser simulieren, aber niemals ersetzen können. Entsprechend sollten wir hier bei der Entwicklung ethisch-gesellschaftlich klare Grenzen ziehen. Ein solches Statement wäre sinnvoll gewesen und nicht ein Beiseiteschieben der Psychotherapie als eine durch KI zu ersetzende Behandlungsform.

Unser Institut führte als erstes die EMDR-Therapie im deutschsprachigen Raum ein und entwickelt **seit 30 Jahren** diese effektive traumabearbeitende Psychotherapiemethode weiter.

Wichtiger Bestandteil unserer praxisnahen, zertifizierten Ausbildung ist die **EMDR-Selbsterfahrung** in supervidierten Kleingruppen.

EMDR ist als Kassenleistung und als Teil der fachärztlichen Ausbildung anerkannt.

3-tägige EMDR-Fortbildung Teil 1

| | |
|------------------|----------------|
| Köln | 13.-15.06.2024 |
| Nürnberg | 04.-06.07.2024 |
| Stuttgart | 19.-21.07.2024 |
| Hannover | 13.-15.09.2024 |
| München | 18.-20.10.2024 |
| Köln | 07.-09.11.2024 |

 **Infos und Anmeldung auf [emdr.de](https://www.emdr.de)**

Telefon: +49 (0) 43 51 888 91 99
E-Mail: info@emdr.de

Wir freuen uns auf Ihre Teilnahme!

Chatbots in der Psychotherapie:

Lernen am Modell?

Von Prof. Dr. Nils F. Töpfer

Die als Chatbots bekannten Konversationsagenten, eine spezifische Form von Künstlicher Intelligenz, werden aufgrund ihrer rasanten Entwicklung vermehrt für die Anwendung ohne direkte Beteiligung und Aufsicht von Psychotherapeut*innen und sogar als deren potenzieller Ersatz diskutiert. In der Kontroverse nimmt die Frage nach den Unterschieden in der Natur und Qualität der therapeutischen Beziehung zwischen KI-gestützten und traditionellen menschengeleiteten Psychotherapien eine zentrale Rolle ein. Einerseits wird darauf hingewiesen, dass einige Herausforderungen der Beziehungsgestaltung in der KI-Psychotherapie unüberwindbar erscheinen, da Konversationsagenten wesentliche Elemente der komplexen Beziehungsarbeit in der Psychotherapie vermissen lassen.^{1,2} Andererseits zeigt die Forschung zu der von Nutzer*innen wahrgenommenen *digitalen* therapeutischen Allianz, dass deren Einfluss auf das Therapieergebnis vergleichbar ist mit menschengeleiteter Psychotherapie oder sogar größer ausfallen kann.³

Chatbots als Modell eines falschen Selbst

Der als Mimikry bezeichneten Strategie der Beziehungsgestaltung der Chatbots zufolge ist es wichtiger, dass die Nutzer*innen *glauben*, in einer therapeutischen Beziehung zu sein, als dass tatsächlich eine solche besteht.³ Diese Strategie birgt ethische Probleme, da sie umso effektiver ist, je stärker die Nutzer*innen „getäuscht“ werden. Somit stellen Chatbots stets ein falsches Selbst (sensu Winnicott) dar, anstatt ein authentisches und emotional verfügbares Gegenüber zu sein.² Besteht nicht ein Risiko, dass Nutzer*innen selbst ein falsches Selbst als Schutz vor dem fehlenden Halt und dem Alleingelassenwerden

durch den Konversationsagenten entwickeln? In der Psychoanalyse lernen Analysand*innen insofern am Modell, als sie den analytischen Prozess internalisieren und sich mit der analytischen Funktion ihrer Therapeut*innen identifizieren. Im Gegensatz dazu lernen Nutzer*innen in der KI-Psychotherapie im wahrsten Sinne des Wortes „am Modell“, da KI-Systeme auf vordefinierten Modellen und Algorithmen basieren. Könnte nicht dieses Lernen am Modell dem wahren Selbst entgegenstehen, das sich in Richtung individueller Lebendigkeit, Kreativität und Besonderheit entfaltet? Könnte nicht die starke Quantifizierung und Objektivierung so intimer Aspekte wie Emotionen, Gefühle und persönliche Überzeugungen in der KI-Psychotherapie die persönliche Integrität gefährden, indem sie Menschen von der qualitativen Erfahrung ihrer inneren Zustände entfremdet?⁴ Ist nicht zu befürchten, dass die anfänglich durch die Mimikry des Konversationsagenten verstärkte Involviertheit, die mit einer erhöhten emotionalen Verletzlichkeit einhergeht, zu einer schmerzhaften Desillusionierung führt, wenn das Gefühl nicht mehr ausreicht, *als ob* der Chatbot sich kümmert?³

Beziehungsdynamiken als Verstehenszugänge

Die zunehmende Betonung einer eher technischen Auffassung der therapeutischen Allianz, die vor allem die Übereinstimmung zwischen Patient*in und Therapeut*in in den Vordergrund rückt, birgt das Risiko, wesentliche Elemente der komplexen Beziehungsarbeit in der Psychotherapie zu übersehen. Als eine Patientin in einer Sitzung bemerkte, dass ich mich offenbar an die gestrige Sitzung, die für sie emotional sehr aufwühlend gewesen sei, nicht

erinnern könne, sah sie dies als Bestätigung ihrer schlimmsten Befürchtung, dass sie mir völlig egal sei. Meine unbewusste Rollen-Antwort-Bereitschaft (sensu Sandler) leitete einen produktiven Prozess von Bruch und Wiedergutmachung ein. Würden Patient*innen dem „Vergessen“ eines Chatbots eine derart weitreichende Bedeutung beimessen? Es ist kaum vorstellbar, dass ein Konversationsagent eine Übertragung über ein oberflächliches programmiertes Eingeständnis hinaus wirklich *annehmen* und eine Gegenübertragungsanalyse durchführen kann, um zu der produktiven Haltung zu gelangen und diese zu *verkörpern*, sich *einzugestehen*, dass man die Sitzung tatsächlich vergessen hat, ohne sich und sein therapeutisches Engagement grundsätzlich in Frage zu stellen. Wie sollte es in der KI-Psychotherapie jemals zu so einer magischen Erfahrung kommen, dass ich in mir das Ausmaß der zu dem Zeitpunkt für eine*n Patient*in (noch) schwer erleb- baren und nicht verbalisierbaren Traurigkeit spüre, woraufhin es ihr möglich ist, erstmals vor mir zu weinen?

Handlungsdialoge und Fantasien als Schlüssel zur Beziehungsdynamik

Ein Patient fragte mich einmal am Ende einer Sitzung nach einem Pflaster, was sich szenisch (sensu Lorenzer) als Kommentar zum aktuellen Stand der Behandlung und zur Übertragung verstehen ließ. Szenisch lässt sich allerdings nur da etwas verstehen, wo etwas handelnd dargestellt werden kann, das (noch) nicht in Worten ausgedrückt werden kann. Insbesondere in Behandlungen von Patient*innen mit geringer integrierter Struktur sind Handlungsdialoge ein Schlüssel zum Verständnis der zentralen Beziehungsdynamik. Würde nicht all dies in einer KI-Psychotherapie wegfallen? Oder was wird aus der fruchtbaren Arbeit mit den Fantasien, die Patient*innen über uns entwickeln und aus denen sich die in der Übertragung wirksamen Überzeugungen herausarbeiten lassen? Würden Patient*innen auch Chatbots in der Fantasie zu dem machen, was ihren infantilen Wünschen oder Befürchtungen entspricht, obwohl sie wissen, dass es keine Menschen sind, die zugewandt oder distanziert, akzeptierend oder ablehnend, Single oder in einer Partnerschaft lebend, Eltern oder kinderlos, heterosexuell oder nicht-heterosexuell sein können?

**Die konstitutive Rolle des Therapierahmens**

Der Rahmen der Therapie prägt maßgeblich, welche Interpretationen und Fantasien in einer sozialen Situation als angebracht erlebt und bewusst werden können, und er ist damit grundlegend für die Art von Therapie, die sich entfalten kann. Während Chatbots potenziell effektiv (ergänzend) für Psychoedukation und verhaltensorientierte Interventionen eingesetzt werden können, beschränkt der veränderte Rahmen in der KI-Psychotherapie bestimmte Dynamiken, die in der menschengeleiteten Psychotherapie als wertvolle Verstehenszugänge in der Aushandlung des komplexen interpersonellen Geschehens genutzt werden. Die Wahl des Modells, an dem ein*e Patient*in lernt, erfordert eine kritische verantwortungsbewusste Reflektion der Stärken und Schwächen sowie der weitreichenden Implikationen von KI-Psychotherapie und menschengeleiteter Psychotherapie.

- Swartz, H. A. (2023). Artificial intelligence (AI) psychotherapy: Coming soon to a consultation room near you? *American Journal of Psychotherapy*, 76(2), 55–56.
- Plakun, E. M. (2023). Psychotherapy and artificial intelligence. *Journal of Psychiatric Practice*, 29(6), 476–479.
- Grodniewicz, J. P., & Hohol, M. (2023). Waiting for a digital therapist: Three challenges on the path to psychotherapy delivered by artificial intelligence. *Frontiers in Psychiatry*, 14, 1190084.
- Sedlakova, J., & Trachsel, M. (2023). Conversational artificial intelligence in psychotherapy: A new therapeutic tool or agent? *The American Journal of Bioethics*, 23(5), 4–13.



Der Autor ist Mitherausgeber der Zeitschrift „Psychotherapie im Alter“ <https://www.psychosozial-verlag.de/pia>

KI in der psychodynamischen Kinder- und Jugendlichen-psychotherapie

Ein Differenzierungsversuch

Von **Bernd Aschenbrenner**

Die strukturalistisch begründete Sprachwissenschaft geht davon aus, dass das „Zeichen“ grundlegend für die menschliche Kommunikation und Sprache ist. Das Zeichen lässt sich in zwei Teile trennen, die als Einheit von „Vorstellung“ und „Lautbild“ unterschieden werden. Diese Begriffe werden spezifischer als „Signifikat“ und „Signifikant“ benannt (vgl. Saussure, 1931). Das Signifikat ist das „Bezeichnete“, das, was ursprünglich gemeint ist, beispielsweise ein Baum. Der Signifikant wiederum ist die „Bezeichnung“ oder das „Bezeichnende“, das, was auf jenen Baum hinweist, was allgemein gesprochen das Wort „Baum“ wäre, das sich grundlegend vom Baum im Garten unterscheidet, da es im Medium der Sprache verwendet wird. Das Signifikat ist demzufolge der „Inhalt“ des Zeichens, quasi die „geistige Vorstellung“. Der Signifikant aber ist das „schriftliche Lautbild“ oder auch der „Ausdruck“, das gesprochene oder geschriebene Wort.

Was bezüglich künstlicher Intelligenz nun entscheidend ist, ist die Feststellung, dass ein Vorstellungsbild immer an ein Subjekt und damit einen Menschen gebunden ist. Es ist nicht künstlich herzustellen. Verdeutlichen kann man dies, indem man sich vorstellt, dass der erste Baum in der Erinnerung eines Menschen sich in der psychischen Realität immer von demjenigen eines anderen Menschen unterscheiden wird. Mein Baum ist nicht der Baum von Friedrich Schiller in seinem gleichnamigen Gedicht. Für die eine ist es die Eiche im heimischen Garten, für den anderen der Kirschbaum beim Nachbarn oder die Trauerweide auf dem Friedhof am Grab der geliebten Großmutter.

Das Vorstellungsbild ist an den Träger gebunden, den jeweiligen Menschen. Das Lautbild ist allgemein, etwas, auf das wir uns, sprachlich und an Kommunikation gebunden, geeinigt haben.

Dieses Zeichenmodell war ein Grundpfeiler der französischen Poststrukturalisten und so wundert es natürlich nicht, dass sich auch der oft in der praktischen psychotherapeutischen Behandlung verpönte und heutzutage kaum mehr relevante Psychoanalytiker Jacques Lacan dieses Modells bediente. Lacan ging davon aus, Sigmund Freuds Konzept des Unbewussten folgend, das Unbewusste sei „strukturiert wie eine Sprache“ (vgl. Lacan, 1959–1960). Es gehe um Signifikantenketten, die sich unendlich in der Geschichte und Biografie, der sozialen Umgebung oder dem Zeitkolorit (etc.) fortpflanzen würden. Bezogen auf die psychotherapeutische Situation heißt das, dass die Problematik der Patient*innen sich entwirren lässt, wenn die Therapeutin/der Therapeut diese Bedeutungskette verfolgt und mit dem gesammelten Wissen deutet und im Idealfall Einsicht bei dem Patienten/der Patientin herstellt.

In dieser Linie möchte ich nun die Frage formulieren, ob es in der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie eine sinnvolle Verwendung von Künstlicher Intelligenz, wie sie heute allgemein verwendet wird, geben kann. Grundlegend würde ich sagen, dass gerade die in den psychodynamischen Verfahren verwendeten projektiven Tests bei Kindern, die ja in den Augen vieler verpönt sind, diese Differenz des Zeichens am besten verdeutlichen können (vgl. „Familie-in-Tieren-Test“,

„Baumtest“, „Sandspiel“, „Haus-Baum-Feuer-Wasser-Mensch-Test“ etc.). Analytische und tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapeut*innen untersuchen mit diesen projektiven Erzeugnissen die Bild- und Zeichenproduktionen ihrer Patient*innen dahingehend, welche Bedeutung sie für das jeweilige Kind haben und wie diese mit der je persönlichen Geschichte verknüpft sind. Eine Analyse dessen ist übrigens niemals fest, so wenig wie die Untersuchung der Träume in Freuds Verständnis. Natürlich bedeutet ein Löwe im „Familie-in-Tieren-Test“ nicht immer grundlegend, dass hier der „starke Vater“ gemeint ist, sondern wir müssen in einer fortlaufenden Diagnostik in unseren Behandlungen explorieren, welche Bedeutung das Kind mit diesem Zeichen verbindet. Der Löwe deutet also nur auf Bedeutungsketten hin, die wir mit dem echten Vater und der Vorstellung des Kindes von ihm analysieren müssen. Denn natürlich kann das Kind in der Abwehr auch ein ganz anderes Bild des Vaters erzeugen. Verbindet es überhaupt etwas mit ihm oder hat es einfach keine Lust?

Ich glaube, man kann gut nachvollziehen, dass die vorhergehende sprachwissenschaftliche Theorie zeigt, dass projektive Tests als Produkte eines Individuums stets einzeln zu entziffern sind. Man macht sich mit ihnen auf die Suche nach jener Bedeutung, die den Kindern hilft, zu verstehen, wie es ihnen geht, um therapeutisch wirksam an den Themen, mit denen sie Probleme haben, arbeiten zu können. Letztlich geht es ja darum, den sprachlichen Raum zu öffnen. Projektive Tests sind keine letztgültige Wahrheit. Sie sind kein Signifikat, sondern ein kreatives Produkt zur therapeutischen Kommunikation und Untersuchung. Also wiederum eine Sprache – und auch Zeichnungen sind bekanntlich eine wichtige Sprache von Kindern.

Was aber, wenn wir es mit schwer depressiven Patient*innen zu tun haben, mit sprachlich beeinträchtigten, unruhigen, zwanghaften oder lustlosen, gar sich verweigernden Patient*innen? Vielleicht könnten wir hierzu eine Art Krücke verwenden: die KI. Wie gesagt, die KI wird niemals ein Signifikat entwerfen können, da KI kein Subjekt ist, sondern nur ein Archiv, das am Ende auf nichts mehr verweist als auf jene Leerstelle. KI kann weder ein Signifikat erzeugen, noch eines in sich halten.

Mit all diesem Vorwissen aber will ich die Frage aufwerfen, inwieweit diese Technik in der therapeutischen

Situation positiv verwendet werden kann. Nehmen wir die im Internet überall erhältlichen Bilderzeugungsmaschinen, mithilfe derer man mit ein paar Worten ein von der KI erzeugtes Bild generieren kann. So kann man Harry Potter auf einem Rave auftreten lassen, den Papst auf einer Modenschau laufen lassen und auch schwieriger zu entziffernde Bilder erzeugen, die auf den ersten Blick mit der Realität verwechselt werden können, ja diese quasi manipulieren. Wenn man die KI also in der Behandlung eines*einer Patient*in verwendet, der*die keinen inneren Raum für seine*ihre eigenen Worte findet, kein Bild erzeugen kann, dann könnte man wie bei projektiven Tests zu einem solchen Generator greifen und gemeinsam auf die Suche nach ein paar Stichworten gehen, die ihm*ihr wichtig erscheinen. Sind diese dann gefunden, könnte man die KI das Bild erzeugen lassen und Therapeut*in und Patient*in könnten sich dieses Bild gemeinsam betrachten und – ganz im Sinne des „belebenden Objekts“ (Director, 2009) –, könnte hier ein therapeutischer Dialog beginnen. So könnte Patient*innen die Möglichkeit gegeben werden, sich der Kette der verstrickten Inhalte zu nähern, um sie letztlich zu verstehen und damit arbeiten zu können. Eine Implikation für die Kinderpsychotherapie erscheint mir hier durchaus sinnvoll, bei Jugendlichen kann dies schwieriger sein. Der Einsatz sollte genauso wie projektive Tests gut abgewogen werden.

Literatur

DIRECTOR, Lisa (2009): „The Enlivening Object.“ In: Contemporary Psychoanalysis, 45 (1). New York: William Alanson White Institute 2009. (S.120–141).

LACAN, Jacques (1959–1960): Das Seminar. Buch VII. Die Ethik der Psychoanalyse. Weinheim: Quadriga 1996.

SAUSSURE, Ferdinand de (1931): Grundfragen der allgemeinen Sprachwissenschaft. Berlin: de Gruyter 2001.

Sekundärtraumatisierung:

Wir brauchen ein Subjekt als Gegenüber

Mathias Heinicke sprach mit Prof. Dr. Catrin Misselhorn, Philosophieprofessorin an der Universität Göttingen, über ethische Probleme und Fragestellungen zu KI-basierten Anwendungen im Zusammenhang mit Psychotherapie. Catrin Misselhorn ist Leiterin verschiedener wissenschaftlicher Projekte zur ethischen Bewertung von Robotern und KI-Systemen sowie Verfasserin einer Vielzahl von Publikationen zum Thema.

Mathias Heinicke: Frau Professorin Misselhorn, in Ihrem Buch zu Emotionalität von Künstlicher Intelligenz sprechen Sie von etwas, das Sie Verantwortungslücke nennen. Wenn man sich die aktuellen Lauterbach-Gesetze zur Datennutzung ansieht, in denen die Krankenkassen aufgefordert sind, Daten möglichst KI-automatisiert auszuwerten und dann auch schon konkrete Handlungs- und Behandlungsempfehlungen zu geben: Da ergeben sich solche Verantwortungslücken, wie Sie sie untersucht haben, oder?

Prof. Dr. Catrin Misselhorn: Was mich interessiert, ist das Menschenbild, das hinter so einem Vorgehen steht, und die Auffassung, worauf es bei der Psychotherapie ankommt. Die Fragen sind: Reicht es, dass ein psychisch erkrankter Mensch Gefühle auf ein gefühlloses Gegenüber projiziert, oder kommt es darauf an, dass eine Person in einer zwischenmenschlichen Beziehung Anerkennung für sich und ihr Leid erfährt? Kann eine App Behandlungsvorschläge, Reaktionen in einer nicht emotionalen Sprache formulieren oder ist es für den Behandlungserfolg notwendig, dass Apps Emotionen simulieren? Und wie geht man mit Behandlungsfehlern oder falschen Reaktionen um, die zum Beispiel Symptome verschlimmern? Die Parallele zum Problem der Verantwortungslücke besteht darin, dass wir bei den Chatbots für Psychotherapie eine Anwendung haben, die sicherlich mit den besten Absichten programmiert wurde. Aber was passiert, wenn sie sich in einer konkreten Situation auf eine nicht angemessene Art und Weise verhält oder auf eine, die sogar zu schlimmen Konsequenzen führt? Dann können die Entwickler*innen so einer App natürlich sagen: Wir haben

das nicht zu verantworten. Der Nutzer/Die Nutzerin hat aber nichts falsch gemacht, und die Maschine kann auch keine Verantwortung übernehmen. Was geschieht also in so einem Fall?

Um nochmals auf die Frage nach dem Menschenbild zu kommen: Ist die Verwendung solcher Apps nicht letztlich ein Fall von technischem Solutionismus, also der naiven Annahme, dass es für jedes Problem einschließlich des der psychischen „Betriebsstörungen“ bei Menschen ein Technological Fix gibt? Daran schließt sich die Frage an: Verhindert die Auslagerung psychotherapeutischer Behandlung unter Umständen die Auseinandersetzung mit gesellschaftlichen Ursachen für psychische Erkrankungen?

Ich formuliere all das deshalb als Fragen, weil es Dinge sind, die ich als Philosophin nicht allein entscheiden kann, sondern dabei natürlich auf Ihre Erfahrungen und empirischen Befunde angewiesen bin. Zugespielt könnte man die folgende Hypothese formulieren: Psychische Erkrankungen könnten zumindest dadurch begünstigt werden, dass man von Menschen erwartet, sich in maschinenartig streng getaktete Abläufe einzupassen und eine mit einer Maschine vergleichbar perfekte Performance abzuliefern, während Emotionen, Sinnfragen, Kritik an solchen Abläufen als Störfaktoren möglichst auszuschalten sind. Wenn an dieser Hypothese etwas dran ist, könnte man sich weiter fragen, ob die Behandlung psychischer Störungen durch Maschinen nicht ein Mehr des Gleichen ist und die Situation sogar noch zuspitzen könnte.

MH: Beim Stichwort Performance-Optimierung kommt mir die Frage in den Sinn: Kann KI es denn tatsächlich leisten, durch Simulation eine menschliche Beziehung zu ersetzen?

CM: Aus meiner Sicht kann sie das eben nicht. Wir brauchen – selbst dann, wenn der Therapeut oder die Therapeutin sich, wie im Fall der klassischen Psychoanalyse, sehr stark zurücknehmen muss – eine empathische Grundstimmung, die so eine Beziehung trägt. Ich würde sagen, selbst jenseits der Empathie im engeren Sinne (also, dass man Mitgefühl empfindet und ausdrückt) ist es wichtig, dass es jemanden gibt, der das Leiden zumindest als ein solches wahrnimmt. Wenn man diese Anerkennung durch ein anderes Subjekt wegnimmt, dann macht man eigentlich die behandelte Person zu einem reinen Objekt, weil dahinter letztlich die Annahme steckt, die Person habe gar nicht wirklich einen Anspruch drauf, in ihrem Leiden von jemandem gehört zu werden, der sie auch wirklich verstehen kann.

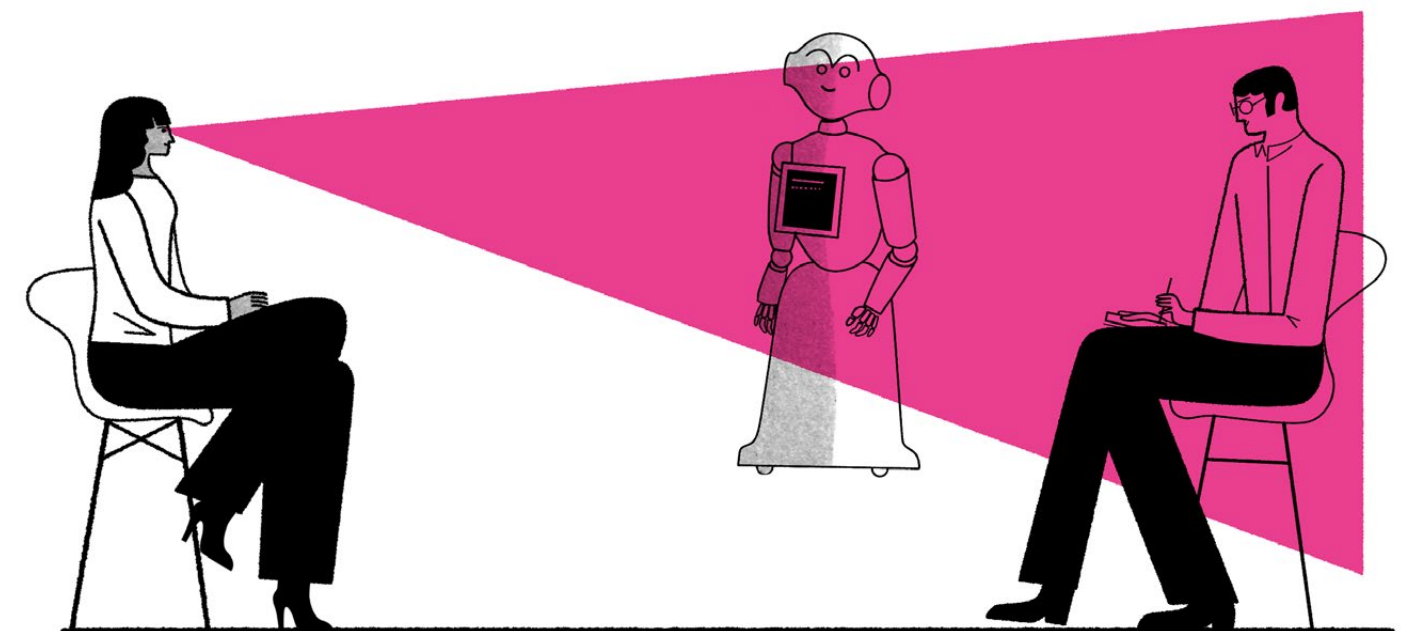
Hinzu kommt: Wenn es nötig ist, dass eine Psychotherapie-App als jemand oder etwas erscheint, das Emotionen hat und Mitgefühl empfindet, bedeutet das natürlich, dass solche Apps immer einen manipulativen Charakter haben, weil sie sehr subliminale Mechanismen der Anthropomorphisierung ansprechen. Man kann wissen, dass die App keine Gefühle hat, und trotzdem sehr gefühlsmäßig so auf sie reagieren, als hätte sie welche.

MH: Sie schreiben von einem Abstumpfungseffekt. Greift der eher, wenn ich nicht eine App auf dem Display habe, auf dem ich Texte mit ihr austausche, sondern einen niedlichen Roboter vor mir sehe, durch den eine Verkörperlichung stattfindet? Dann würde das System doch funktionieren?

CM: Da stellt sich die Frage, wo man die Funktion ansiedelt. Erstens würde ich sagen, die Manipulation als solche ist schon problematisch, selbst wenn sie – im besten Fall – zugunsten der erkrankten Person stattfindet. Im nicht so guten Fall: Kostenfreie Apps funktionieren meist über Werbung oder aufgrund der Nutzung von Daten, die bei ihrer Anwendung erhoben werden. Bei beidem ist fraglich, ob das ethisch richtig ist, gerade bei Menschen, die in einer Notsituation und aufgrund ihrer psychischen Situation besonders vulnerabel sind.

MH: Im Bereich Diagnostik wird immer wieder allgemein behauptet: Testungen, Testauswertungen, Bildbeurteilungen, Befundbeurteilungen, das kann KI doch viel besser. Gibt es ethische Probleme, wenn man vor einer psychotherapeutischen Behandlung primär künstliche Intelligenz zur Diagnostik einsetzt?

CM: Ich sehe eine enge Verbindung zwischen Philosophie und Psychologie insofern, als psychische Störungen auch immer sehr viel mit dem Selbstverständnis von Personen zu tun haben. Mit den Fragen: Wie haben sie Lebenssituationen erlebt, welche



Prof. Dr. Catrin Misselhorn

Professorin für Philosophie an der Georg-August-Universität Göttingen. Sie forscht unter anderem zu philosophischen Problemen der künstlichen Intelligenz.



Sinnfragen stellen sie sich? Emotionserkennungssoftware würde Stimmen, Gesichtsausdrücke, vielleicht auch sprachliche Äußerungen analysieren. Aber das ist natürlich extrem intrusiv, das heißt, wir dringen sehr stark in die Privatsphäre, ja in die Intimsphäre eines Menschen ein, der eine eigene Beschreibung einer Situation hat, die zu ihm gehört. Wenn man dem dann mit der maschinell erstellten Diagnose begegnet und sagt „In Wirklichkeit geht es dir so und so“, ist die Frage: Ist das nicht wieder ein Mehr des Gleichen, da wir auch hier Menschen wie Maschinen behandeln und auf die besonderen Charakteristika von Subjektivität, von Selbstbestimmung gar nicht mehr eingehen? Aus meiner Sicht sind diese jedoch zentral, wenn es um die Psyche geht.

MH: Nun gibt es ja einen gesellschaftlichen Trend zur Selbstoptimierung. Jeder trackt sich heute irgendwie. Sehen Sie eine besondere Gefahr für bestimmte Personengruppen, abgehängt oder ausgegrenzt zu werden, mit all diesen Optimierungstrends, wenn diese durch KI noch verstärkt werden?

CM: Es liegt eine Gefahr im Self Tracking. Wenn ein heranwachsendes Kind sich zum Beispiel dauernd fragt, ob es dünn genug ist, sieht man natürlich die bekannten Gefahren der Selbstoptimierung. Das andere ist, wie wir bezogen auf vulnerable Personengruppen mit Apps wie Replika umgehen, die sich als Freunde anbieten und mit dem Versprechen antreten, psychische Störungen, Depressionen und Einsamkeit behandeln zu können. Da haben wir es mit einem kommerziellen System zu tun, das bestimmte Funktionen, auch erotische, nur bei Bezahlung freigibt. Das ist eine Gefahr, gerade weil diese Apps so angelegt sind, dass sie Bindung nicht nur fördern,

sondern geradezu versuchen, sie auf manipulative Art zu erzwingen. Solche Mechanismen sind natürlich besonders gefährlich für vulnerable Gruppen, also für Kinder und Personen, die sich in einer psychisch labilen Situation befinden.

MH: Gibt es denn aus ethischer Perspektive Vielversprechendes für eine künftige Nutzung oder Weiterentwicklung der KI? Rechner und Techniken werden schneller, die Datenmassen, die im Hintergrund stehen, immer größer ...

CM: Ich finde es schade, dass die derzeit aufsehen-erregendsten Anwendungen von KI häufig in Bereichen stattfinden, in denen wir sie aus meiner Sicht am wenigsten brauchen: im kreativen, sozialen, pflegerischen oder psychologischen Bereich. Dort geht es um Dinge, die Menschen gut und mit Freude erledigen können und die sie als wertvoll empfinden. Stattdessen würde ich mir wünschen, dass mehr Entwicklung im Bereich von Problemen entwickelt wird, in denen wir über keine guten Lösungen verfügen.

MH: Warum kommt es nicht dazu?

CM: Ich sehe drei Gründe. Der eine ist: Soziale Anwendungen sind insofern einfach zu programmieren, als sie die menschliche Neigung ausnutzen, Unbelebtes, das aussieht wie Menschen oder sich zumindest bis zu einem gewissen Grad so verhält, zu anthropomorphisieren. Das sieht man schon an dem ganz frühen Psychotherapie-Programm „Eliza“ aus den sechziger Jahren: Ein ganz simpler Mechanismus, und trotzdem fühlten sich die Menschen von diesem Programm teilweise sehr gut verstanden. Das sagt uns aber nicht, dass diese KI super ist, sondern nur, dass offenbar die Anthropomorphisierungstendenz so stark ist, dass man sehr gut oder relativ einfach damit operieren kann.

Ein zweiter Grund ist, dass wir in diesem Bereich sehr viele Daten haben, die scheinbar frei zur Verfügung stehen. Viele dieser Anwendungen berücksichtigen die urheberrechtliche Seite nicht oder verletzen teilweise Persönlichkeitsrechte von Nutzer*innen. Das ist für bestimmte Akteure ein Vorteil. Natürlich ist dieses sogenannte Scraping problematisch.

Der dritte Grund ist, dass es Programmierer*innen natürlich reizt, genau die Leistungen zu programmieren, die scheinbar im Kernbereich menschlicher

Kompetenzen liegen: soziale Interaktion, Emotionen, Kreativität. Ich glaube, dass das die Entwicklung von KI-Innovation in eine Richtung lenken kann, die nicht optimal ist – und dass wir mehr Anreize schaffen sollten, KI auf Probleme anzuwenden, bei denen die Menschen grundsätzliche Schwierigkeiten haben, sie zu lösen.

MH: Sich verstärkt auf die Kooperation zwischen Mensch und Maschine ausrichten, das haben Sie als Arbeitswelt 5.0 bezeichnet ...

CM: Genau. Mich würde noch aus meiner philosophisch-anthropologischen Perspektive interessieren, wie Sie das als Praktiker sehen. Nutzen Sie KI in Ihrer Therapie? Schlagen Sie Ihren Patient*innen KI-gestützte Apps vor? Wo würden Sie sinnvolle Anwendungsbereiche sehen?

MH: Bisher habe ich nur ein einziges Mal eine der digitalen Gesundheitsanwendungen, die auf dem Markt sind, an einen Patienten verordnet. Da ging es um eine Schlafstörung. Der Patient war aber überhaupt nicht zufrieden, weil die Nutzung mit vielen Texteingaben verbunden war.

Meine Partnerin ist Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin, ihre Patient*innen sind da schon sehr viel stärker eingebunden. Die Replika-App wird ganz stark genutzt, oft sogar als Freundin bezeichnet. Hier sehe ich die Gefahr, dass in dem Moment, in dem man einem KI-System eine körperliche Hülle gibt, die Grenze des Menschlichen oder Manipulativen noch weiter überschritten wird. Aber im Bereich der Diagnostik könnte ich mir KI-basierte Anwendungen gut vorstellen, zum Beispiel beim Ausfüllen von Fragebögen.

CM: Aber gehört der Prozess, sich darüber Gedanken zu machen, welche Frage ich wie beantworte, nicht zu einem therapeutischen Prozess? Ich habe kürzlich Journalisten gefragt, wie sie KI für ihre Arbeit nutzen und ob sie Interviews durch KI transkribieren lassen. Sie haben mir gesagt, die Transkription gehöre für sie zum gedanklichen Prozess der Herstellung eines Texts. Das fand ich ganz plausibel. Genau deswegen könnte ich auch mein Schreiben nicht an einen Chatbot abgeben, weil ich erst im Schreiben meine Gedanken verfestige, eine Materie richtig durchdringe. So stelle ich es mir auch mit einem Fragebogen in einer psychotherapeutischen Praxis vor: dass jemand

gezwungen wird, über sich nachzudenken, und dass es dabei nicht nur auf das Endergebnis ankommt, sondern auch darauf, wie die Person dort hingekommen ist – dass sie sensibilisiert wird für gewisse Themen, Fragen oder Ansatzpunkte.

MH: Allerdings kann man bei vielen diagnostischen Fragebögen nur mit ja oder nein antworten oder einen Schweregrad ankreuzen, das Ganze möglichst spontan, denn so eine Diagnostik sollte immer eine Momentaufnahme sein. Dort könnte ich mir für manche Patient*innen-Gruppen schon eine Erleichterung vorstellen.

CM: Ich habe natürlich als Philosophin eine Sicht darauf, was Subjektivität ist, und auch ethische Grundsätze, von denen ich glaube, dass sie für ein Verständnis von Psychotherapie wichtig sind. Aber ich sehe, dass es auch ein fachliches Verständnis braucht, das aus dem Psychologie- oder Medizinstudium mit entsprechendem Schwerpunkt resultiert, und da muss ich natürlich aufpassen, dass ich diese Grenzen nicht überschreite. Denn ich kritisiere es umgekehrt oft, wenn Naturwissenschaftler*innen sich aufgrund ihrer wissenschaftlichen Expertise auch als Ethikexpert*innen fühlen. Aber umgekehrt kann ich natürlich auch keine empirischen Hypothesen über die Wirksamkeit von Therapien oder Ähnliches aufstellen. Ich hoffe, dass ich in meinen Äußerungen diese Grenze gut getroffen habe.

MH: Die haben Sie sehr gut getroffen. Vielen Dank für das Gespräch!

Folgende Auswahl an Publikationen von Prof. Dr. Misselhorn möchten wir Ihnen besonders empfehlen:

- **Künstliche Intelligenz – das Ende der Kunst? (Reclam-Verlag 2023)**
- **Künstliche Intelligenz und Empathie. Vom Leben mit Emotionserkennung, Sexrobotern & Co. (Reclam-Verlag 2021, 3. Aufl. 2024).**
- **Grundfragen der Maschinenethik (Reclam-Verlag 2018, 5. Auflage 2022)**



Kurz gemeldet

Kostenfreie Patientenakte

Der Europäische Gerichtshof hat nun zugunsten der Patient*innen entschieden. Er urteilte, dass in der DSGVO das Recht verankert sei, eine Kopie der Patientenakte zu erhalten, ohne dass den Patient*innen dafür Kosten entstehen dürften. Bisher war dies nicht eindeutig geklärt.

Mehr hochwertige Fortbildungen

Der bvvp wird noch attraktiver! Es wird einen umfangreichen Veranstaltungskalender geben, der es Mitgliedern sowie Nicht-Mitgliedern ermöglicht, in noch größerem Umfang vom hohen Fachwissen der Vorstandsmitglieder auf Bundes- und Landesebene zu profitieren. Wir freuen uns!

Stand des QS-Verfahrens

Die neue Richtlinie für die externe und datengestützte Qualitätssicherung in der Psychotherapie wurde am 18. Januar im Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) verabschiedet. Sechs Jahre lang wird das Verfahren nun in der Modellregion Nordrhein-Westfalen erprobt und evaluiert. In einer Pressemitteilung hat sich der bvvp erneut gegen die geplanten Maßnahmen positioniert.

Zur Pressemitteilung:



Protestaktionen der KVen

Die Petition der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) zum Thema #Praxenkollaps hat das sensationelle Ergebnis von mehr als einer halben Million Unterschriften erzielt. Der Petitionsausschuss hat bereits signalisiert, dass er sich im Februar mit den Schwierigkeiten in den Praxen beschäftigen wird. Bei Erscheinen dieser PPP wird man also wissen, ob unser Bundesgesundheitsminister Karl Lauterbach dem Petitionsausschuss diesmal höchstpersönlich die Ehre erwiesen hat. Bei der Anhörung zur fehlenden Finanzierung der Weiterbildung der zukünftigen Fachpsychotherapeut*innen hielt er das für unnötig.

Haus- und Facharztpraxen wurden nicht nur durch die Petition, sondern auch von Ärzteverbänden zum Protest aufgerufen. Als Reaktion auf das schlechte Ergebnis der Finanzierungsverhandlung sollten sie über Leistungsreduktion ein Zeichen des Widerstands setzen. Die Kampagne „Praxis in Not“ prangerte neben Fachkräftemangel, Bürokratielandsinn, Inflations- und Energiekostenbelastung auch die Spargesetze des Bundesgesundheitsministers an, die mit anhaltender Budgetierung der fachärztlichen Leistungen und der Streichung der Neupatientenregelung einhergingen. (UB)

Bürokratieabbau

Alle Bereiche in Deutschland leiden unter der Last einer zunehmenden Bürokratisierung, so auch das Gesundheitswesen. Sie raubt Behandelnden nicht nur wertvolle Zeit, die sonst der Behandlung der Patient*innen zur Verfügung stehen würde, sondern auch die Freude an der Arbeit. Nun hat das Bundesministerium für Gesundheit tatsächlich eine erste Liste möglicher Maßnahmen zum Bürokratieabbau in der ambulanten Versorgung vorgelegt. Dort findet man nicht nur die schon länger diskutierte Vereinfachung des Konsiliarberichts oder gar dessen Wegfall bei in die Psychotherapie überwiesenen Patient*innen, sondern auch die

Abschaffung des zweistufigen Antragsverfahrens zur Kurzzeittherapie in der Psychotherapie. Der bvvp begrüßt den letztgenannten Vorschlag ausdrücklich, denn die Abrechnungszahlen zeigen, dass Kontingente sowieso nicht regelhaft ausgeschöpft werden, sondern die Behandlungslänge individuell angepasst wird.

Als weitere Maßnahme zur Verhinderung unnötiger Bürokratie empfiehlt der bvvp dringend die Abkehr vom geplanten datengestützten Instrument der externen Qualitätssicherung für alle genehmigungspflichtigen Behandlungen von erwachsenen Patient*innen. (UB)

Stärkung der Versorgung von Menschen in psychischen Krisen und mit psychischen Erkrankungen

Am 17. Oktober stellte die Fraktion der CDU/CSU im Bundestag einen Antrag, der eine Reihe von Verbesserungsvorschlägen für diesen Versorgungsbereich enthält. Er wurde mit viel Zustimmung an den Gesundheitsausschuss überwiesen. Gefordert wird darin unter anderem:

- Eine Weiterentwicklung der Bedarfsplanung und eigene Beplanung des Kinder- und Jugendbereichs
- Erleichterungen in der Umsetzung der sogenannten Komplexrichtlinie (s. o.) und eine gesetzlich geregelte finanzielle Förderung der Netze

- Eine höhere Minutenzahl an wöchentlicher Einzeltherapie in der stationären Versorgung
 - Die Verbesserung der Krisen- und Notfallversorgung
 - Mehr niederschwellige Beratungs- und Hilfsangebote, insbesondere für Kinder und Jugendliche
 - Eine Finanzierung der Weiterbildung, auch bei den P-Ärzt*innen
 - Mehr Medizinstudienplätze mit mehr psychosozialen Inhalten
- Welcher Partei gehörte nochmal der letzte Gesundheitsminister an? (UB)
<https://dserver.bundestag.de/btd/20/088/2008860.pdf>

Systemische Therapie bei Kindern und Jugendlichen als Kassenleistung anerkannt

Nachdem der Nutzen der Systemischen Therapie in der Behandlung von Kindern und Jugendlichen in mehreren Anwendungsbereichen wissenschaftlich nachgewiesen

werden konnte, hat der Gemeinsame Bundesausschuss das Verfahren nun auch für diese Altersgruppe als Kassenleistung anerkannt. Der bvvp gratuliert! (UB)

Versorgungsgesetze

Nach Monaten des Wartens liegt nun tatsächlich ein erster Entwurf für das Versorgungsgesetz I vor. Neben den geplanten Gesundheitskiosken soll zum Beispiel die Entbudgetierung der Hausärzt*innen angegangen werden. Psychotherapeutische Inhalte sollen hingegen erst im Versorgungsgesetz II platziert werden, an das aber kaum noch eine*r glaubt.

Der bvvp fordert zwingend eine eigene Bedarfsplanung für die psychotherapeutische Versorgung von Kindern und Jugendlichen und klare gesetzliche Vorgaben zur Finanzierung der Weiterbildung der zukünftigen Fachpsychotherapeut*innen – im ambulanten und im stationären Bereich – und dies im Versorgungsgesetz! (UB)

Erhalt des Antrags- und Genehmigungsverfahrens

Selten gibt es so viel Einigkeit: Die psychotherapeutischen Berufs- und Fachverbände und der Deutsche Psychotherapeutentag sprechen sich seit geraumer Zeit für den Fortbestand des Antrags- und Genehmigungsverfahrens und damit für den Erhalt der Kontingente und des sicheren Rahmens für die Psychotherapie aus. Dieses Ansinnen wurde von den Krankenkassen unterstützt, und auch die Kassenärztliche Bundesvereinigung befürwortete den entsprechenden Antrag, das Verfahren zu erhalten und in digitalisierter Form in das Digitalisierungsgesetz aufzunehmen. Man sollte meinen, dass dieser seltene Gleichklang bei der Politik und insbesondere beim Bundesministerium für Gesundheit auf Resonanz stößt. Das war aber nicht der Fall.

Dabei stellt das Antrags- und Genehmigungsverfahren eine vorgezogene Wirtschaftlichkeitsprüfung dar, die nachträgliche Regressforderungen verhindert. Außerdem fordert die Rechtsprechung des Bundessozialgerichts die Genehmigungspflicht für die Festlegung der sogenannten „angemessenen Vergütung“. Die sichere Mindestvergütung würde also in Gefahr geraten, wenn der Erhalt nicht gelänge. Im Moment ist gesetzlich festgeschrieben, dass mit Einführung des Verfahrens zur Qualitätssicherung in der ambulanten Psychotherapie sämtliche Regelungen zum Antrags- und Gutachterverfahren abzuschaffen sind. Nun sollen die kommenden Gesundheitsgesetze für erneute Versuche genutzt werden, die Beibehaltung gesetzlich festzuschreiben. (UB)

Die neuen Gesetze aus dem Bundesgesundheitsministerium: GDNG und DigiG – oh weh

Von **Mathias Heinicke**

Lange ließen die Entwürfe zu den beiden Digitalisierungsgesetzen aus dem Hause von Bundesgesundheitsminister Lauterbach, die als „der große Wurf“ angekündigt wurden, auf sich warten. Dann musste es im parlamentarischen Prozess plötzlich schnell gehen: Stellungnahmefristen zu den Entwürfen von nur zwei Wochen, eng getaktete Beratungen im Bundestag und dann, noch vor Weihnachten, die Verabschiedung. Der Bundesrat stimmte den Gesetzen in seiner ersten Sitzung Anfang Februar zu. Nun sind sie also da!

Die gesetzgeberischen Maßnahmen sind dabei durchaus komplex. Das Gesetz zur verbesserten Nutzung von Gesundheitsdaten (GDNG) enthält nicht nur ein neu zu erlassendes Gesundheitsdatennutzungsgesetz, sondern auch weitreichende Änderungen bestehender Gesetze, unter anderem des Sozialgesetzbuchs V (SGB V).

Es soll, so das Ministerium, bürokratische und organisatorische Hürden bei der Datennutzung verringern. Letztlich stellt es aber einen erneuten Paradigmenwechsel beim Thema Gesundheitsdatenschutz dar, indem es einen sogenannten „ermöglichenden Datenschutz“ auf den Weg bringt.

Der Begriff des „ermöglichenden Datenschutzes“ klingt zunächst harmlos, werden doch die Verpflichtung zum Datenschutz bzw. die Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) in den letzten Jahren zunehmend als nervend empfunden. Auch wird das Datenschutzargument gerne dann herangezogen, wenn Projekte final verhindert werden sollen. Der „ermöglichende Datenschutz“ hingegen nutzt die Spielräume und Öffnungsklauseln der DSGVO zugunsten von Datenverarbeitungen. Die Interessen der Betroffenen treten in den Hintergrund.

Kernpunkt ist zunächst die prinzipielle Verfügbarmachung von Gesundheitsdaten. Diese soll nach dem Willen des Gesetzgebers vor allem durch das Opt-out-Verfahren der elektronischen Patientenakte (ePA) erreicht werden. Denn alle in Deutschland gesetzlich Versicherten erhalten nun automatisch eine elektronische Patientenakte. Und falls sie der Erstellung und Befüllung dieser Akte nicht aktiv widersprechen, können auch die darin enthaltenen Daten für Forschungszwecke genutzt werden, und zwar in nur pseudonymisierter und nicht in anonymisierter Form. Das bedeutet, es wird nicht dafür gesorgt, dass die Person dahinter gar nicht mehr identifizierbar ist, denn pseudonymisierte Daten sind prinzipiell umkehrbar, da man grundsätzlich aus dem Pseudonym – mithilfe eines zusätzlichen Schlüssels – den ursprünglichen Datenwert ableiten kann. Die Verknüpfung von Datensätzen zwischen verschiedenen Registern soll bewusst gefördert werden.

Um diese Daten auch der Forschung zur Verfügung stellen zu können, soll eine zentrale Datenzugangs- und Koordinierungsstelle für die Nutzung von Gesundheitsdaten eingerichtet werden, der dabei eine Schlüsselrolle zukommt. Erstmals können dann hier pseudonymisierte Gesundheitsdaten aus verschiedenen Datenquellen miteinander verknüpft werden. Sie soll als zentrale Anlaufstelle für Datennutzende fungieren und dezentral beim Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) aufgebaut werden. Problematisch: Das BMG tritt hier in Doppelfunktion auf. Es darf – legitimiert nur durch Rechtsverordnung – sowohl die Datennutzungsstelle ausgestalten als auch für die technisch organisatorischen Maßnahmen sorgen, die zur Absicherung der Verarbeitungsumgebung erforderlich sind.

Für den Versorgungsalltag interessant sind auch die im Gesetz enthaltenen Änderungen des SGB V. So soll das bereits bestehende Forschungsdatenzentrum (FDZ) künftig mit mehr Daten ausgestattet werden. Bisher archiviert es die Abrechnungsdaten aller gesetzlich Krankenversicherten und macht diese für wissenschaftliche Zwecke zugänglich. Mit dem GDNG werden hier Daten aus weiteren Kategorien wie zum Beispiel von den Pflegekassen hinzukommen, auch die Daten aus den elektronischen Patientenakten werden automatisch an das FDZ übermittelt. Die Versicherten können dem mittels ePA-Opt-out-Verfahren widersprechen.

Großer Kritikpunkt am Gesetz ist die Erlaubnis für Krankenkassen und Pflegekassen, die Daten ihrer Versicherten zu Zwecken des individuellen Gesundheitsschutzes auszuwerten.

Sollten die Auswertungen eine konkrete Gesundheitsgefährdung ergeben, sind die Kassen gehalten, Versicherte persönlich anzusprechen und „Behandlungsempfehlungen“ abzugeben. Die Kostenträger sind damit also ermächtigt worden, Verdachtsdiagnosen zu erstellen. Die Grundregel, nach der die Diagnosehoheit bei den Behandelnden liegt und die Diagnosestellung stets unter Approbationsvorbehalt steht, ist damit quasi abgeschafft. Hochproblematisch in diesem Zusammenhang ist auch, dass die Verarbeitung der Daten ohne Zustimmung oder vorherige Information der Betroffenen stattfindet, auch hier gilt wieder das Opt-out-Verfahren. Nicht weniger bedenklich ist die Tatsache, dass alle bislang einsetzbaren KI-gesteuerten Auswertungen eine extrem hohe Fehlerquote aufweisen – sowohl in Bezug auf falsch-positive wie auf falsch-negative Prognosen.

Auch die Regelungen des Gesetzes zur Beschleunigung der Digitalisierung des Gesundheitswesens (DigiG) müssen als problematisch bewertet werden. In ihm ist die verpflichtende ePA-Einführung ab dem 1. Januar 2025 verankert. Für sie gilt die Opt-out-Regelung, das heißt, Betroffene müssen aktiv widersprechen. In der Akte ist automatisiert eine digitale Medikationsübersicht enthalten, weitere standardisierte Behandlungsinformationen können darin abgelegt werden (zum Beispiel eArztbriefe). Neben dem verpflichtenden eRezept werden auch die Anwendungsbereiche für digitale Gesundheitsanwendungen (DiGAs) ausgedehnt. Medizinprodukte der Risikoklasse II können nun als DiGA zugelassen werden, womit unter anderem

Telemonitoring ermöglicht wird. Auch die Anwendungen der Telemedizin werden ausgeweitet. Nach Inkrafttreten des Gesetzes soll auch die psychotherapeutische Sprechstunde per Video möglich sein.

Fazit

Die beiden Gesetze bringen grundsätzliche Änderungen und gehen konsequent den eingeschlagenen Weg der Ausweitung der Digitalisierung in der Versorgung weiter. Inwieweit diese aber tatsächlich zu einer Verbesserung der Versorgung – auch der Versorgungsqualität – beitragen wird, darf hinterfragt werden. Schlussendlich werden große Datenmengen generiert, automatisiert ausgewertet und weitergeleitet und damit neue Wirtschaftsmodelle geschaffen. Die Übertragung der Diagnosehoheit von den für Diagnostik ausgebildeten Behandelnden hin zu den Kostenträgern kann auch den Anfang vom Ende des hohen Gutes „Schweigepflicht“ bedeuten. Die im Gesetz festgeschriebene „Gemeinwohl“-Definition kann das Ministerium jederzeit per Rechtsverordnung umdefinieren.

Verlässlichkeit kann hier schnell verloren gehen. Die generelle Umstellung auf das Opt-out-System, ohne die betroffenen Versicherten vorab ausführlich zu informieren, ist mit Blick auf die weitreichenden Folgen von Datenauswertungen äußerst kritisch zu bewerten. Und die Abschaffung des eigenen Rechts auf Unwissenheit stellt eine Bevormundung der Patient*innen dar.

Lesen Sie auch unseren offenen Brief vom 19. Februar zur ePA für Kinder und Jugendliche



<https://bvvp.de/positionspapiere/>

Verpflichtendes E-Rezept

Das rosafarbene Papierrezept (Muster 16) zur Verordnung von Arzneimitteln für gesetzlich Versicherte ist seit 1. Januar verbindlich durch die Telematikinfrastruktur (TI) ersetzt. Mit wenigen Klicks kann das E-Rezept im PVS erstellt, digital mit dem Heilberufausweis unterschrieben und verschlüsselt in der TI zum Abruf durch die gewünschte Apotheke gespeichert werden. Patient*innen lösen das E-Rezept ohne PIN mit ihrer elektronischen Gesundheitskarte (eGK), einer E-Rezept-App (gematik) oder dem Papierausdruck bei der Apotheke ein. Korrekturen an einem bereits ausgestellten E-Rezept sind nicht möglich, es kann aber gelöscht und neu ausgestellt werden, wenn es noch nicht der Apotheke zugewiesen wurde. E-Rezepte können unter Wahrung der ärztlichen Sorgfaltspflicht im Einzelfall auch in Videosprechstunden ausgestellt werden. Die angekündigte Honorarkürzung von voraussichtlich einem Prozent ist für sich nicht beteiligende (Zahn-) Ärzt*innen so lange vorgesehen, bis der Nachweis gegenüber der jeweiligen KV erbracht ist, dass das E-Rezept nicht technisch ausgestellt werden kann. Das Ersatzverfahren mit Muster 16 bleibt jedoch weiter möglich: bei fehlender Technik, Haus- oder Heimbesuchen, bei Verordnungen sonstiger Produkte nach § 31 SGB V (Verbandmittel und Teststreifen), Hilfsmitteln, Sprechstundenbedarf, Blutprodukten, für Kostenträger wie Sozialhilfe/Bundespolizei/Bundeswehr, im Ausland lebende gesetzlich Krankenversicherte, Digitale Gesundheitsanwendungen (DiGAs) sowie für Betäubungsmittel und T-Rezepte. Geplant ist aber, dass ab dem 1. Januar 2025 Betäubungsmittel und die DiGAs von Ärzt*innen und Psychotherapeut*innen vollständig auf elektronischem Weg verordnet werden sollen. (GRR) <https://t1p.de/kkinm>

Videogestützte Psychotherapie deutlich ausgeweitet

Entgegen allen Stellungnahmen und Warnungen der Berufsverbände und der Bundespsychotherapeutenkammer hat der Bundestag mit dem Digitalisierungsgesetz beschlossen, dass auch Psychotherapeutische Sprechstunden und probatorische Sitzungen per Video erbracht werden können. Der Gesetzgeber ist damit den Empfehlungen des Verbands der Ersatzkassen gefolgt, der sich dadurch eine Verbesserung der Versorgung in strukturschwachen Gebieten verspricht – und vielleicht auch eine Ausweitung der Selektivverträge, die Manualbehandlungen im Video-Callcenter ohne Praxis im Hintergrund anbieten.

Nun sind die Partner des Bundesmantelvertrags, sprich die KBV und der GKV-Spitzenverband, gefordert, die Psychotherapievereinbarung anzupassen. Immerhin können hier auch differenzierte Regelungen vorgesehen werden, etwa dass eine der Psychotherapeutischen Sprechstunden grundsätzlich in Präsenz stattfinden soll. Anschließend muss der Bewertungsausschuss entsprechende Anpassungen im EBM beschließen.

Bisher unklar ist, wie sich diese gesetzliche Vorgabe mit der Musterberufsordnung der BPTK vereinbaren lässt, die die Eingangsdiagnostik und Aufklärung im persönlichen Kontakt fordert. Um nicht sachgerechte ausschließliche Videobehandlungen zu verhindern, müssen ergänzende bundesmantelvertragliche Vorgaben formuliert werden. (UB)



Endlich wird alles gut? Medial propagiertes Pilotprojekt zur Patientensteuerung auf dem Prüfstand

Von **Norbert Bowe**

In einem Artikel von Sebastian Eder in der FAZ vom 18. Oktober 2023 erfahren wir von einem 16-jährigen Jugendlichen, der von seinen Eltern auf seinen unbedingten Wunsch hin überglücklich in ein Internat in Japan gebracht worden war, dort aber für die Eltern völlig überraschend bald suizidal wurde. Die Eltern stellten vor dessen Rückführung nach Deutschland den Kontakt zu einem hiesigen Psychotherapeuten her, der dann hier auch die Psychotherapie fortsetzte. Nach zwei Monaten fast täglicher Psychotherapie äußerte der Jugendliche den Eltern gegenüber, dass er sich umbringen wolle, worauf sie eine sofortige Aufnahme in der Universitätspsychiatrie Frankfurt am Main veranlassten. Dort wurde während des fünfwöchigen Aufenthalts auf der Akutstation die Diagnose einer Autismus-Spektrum-Störung gestellt. Sechs Wochen nach der Entlassung nahm sich der Jugendliche trotz fortgesetzter Psychotherapie das Leben.

Der tragische Tod ihres Kindes gab den Eltern den Impuls, das gemeinnützige Unternehmen „tomonim mental health“ zu gründen, das Lehrer und Eltern – vor allem auf digitalem Weg – bei der Früherkennung psychischer Störungen unterstützen möchte. Sie holten sich dafür fachliche Unterstützung durch den Direktor der Universitätspsychiatrie, Prof. Dr. Andreas Reif. Dieser initiiert nun derzeit mit Unterstützung des gemeinnützigen Unternehmens und von Stiftungen das Pilotprojekt einer Anlaufstelle für Menschen mit psychischen Problemen. Er verspricht dabei, dass dort Patienten Diagnosen von „darauf (worauf?)“ spezialisierten“ sechs bis zehn „Profis“ bekommen und – wenn nötig direkt – an den „passenden Therapeuten“

vermittelt werden. Es muss jedoch nachdenklich stimmen, wie die Notwendigkeit dieser Parallelstruktur zum bestehenden Versorgungssystem begründet wird.

Prof. Reif diagnostiziert ein „totales Durcheinander“ von psychiatrischen Krankenhäusern, Tageskliniken, Ambulanzen, dazu Psychiatern, Psychotherapeuten mit verschiedenen Hintergründen, psychosomatischen Fachärzten, bei dem weder Arzt noch Patient recht durchblicken könne. Im Artikel wird dann das Erfordernis einer Art Verkehrspolizei genannt, die die Patienten leite. Nun sind Fragen einer erreichbaren Versorgung und deren Qualität für psychisch erkrankte Menschen viel zu ernst, als dass es statthaft wäre, mit Oberflächlichkeiten und Fehlinformationen zu operieren. Mit einer Überbetonung der Bedeutung des geplanten („revolutionär“ neuen) Projekts und andererseits der Negativdarstellung des Versorgungsbeitrags anderer Gruppen wird dessen Notwendigkeit nach Art einer Produktwerbung angepriesen. Die im Artikel vorgetragenen Äußerungen sollen im Folgenden auf ihren Realitätsgehalt hin untersucht werden.

Geweckte Projekterwartungen

Wenn Patienten von darauf „spezialisierten Profis“ ihre Diagnosen bekommen sollen, so fragt man sich, worin die Spezialisierung besteht. Niedergelassene Psychiater und Psychotherapeuten sind im Diagnostizieren bestens ausgebildet. Ihre Diagnosen stimmen beispielsweise – so ein Ergebnis des TK-Modells – mit dem Urteil unabhängiger Diagnostiker anhand von Testbatterien weitgehend überein.

Auch die Absicht, die diagnostizierten Patienten gezielt an „passende Therapeuten“ weiterzuvermitteln, geht an der Realität vorbei, dass für eine stabile therapeutische Arbeitsbeziehung die Passung Patient-Therapeut entscheidend ist, dass es zudem in der Regel keine diagnosespezifischen Weiterbildungen gibt und dass die meisten Patienten mehr als eine psychische Diagnose haben. Psychotherapeuten sind nach ihrer Aus- bzw. Weiterbildung in Therapieverfahren und -methoden mit einer großen Anwendungsbreite für psychische Störungen kompetent, die meisten psychischen Störungen zu behandeln. Die angekündigte revolutionäre Versorgungssteuerung verspricht somit bei hohen Kosten kaum Verbesserungspotenzial.

Die genannten Argumente für eine vorgebliche Steuerungsbedürftigkeit

1 Als erstes Argument wird genannt, dass Patienten durch ein unübersichtliches System irrteten. Nur machen Psychotherapeuten bereits regelhaft genau das, was nun die neue Anlaufstelle machen soll: In der Sprechstunde werden Diagnose, Art der Behandlungsbedürftigkeit und Behandlungsalternativen festgestellt und Empfehlungen ausgesprochen. Dies funktioniert dezentral, wohnortnah und patientennah.

2 Zum zweiten vorgebrachten Argument: Wenn Prof. Reif beklagt: „Wir erleben immer wieder Patienten, die jahre- und jahrzehntelang in einer ungeeigneten Therapie waren, von der sich der Behandler dann einen Drittwagen hat leisten können“ – und das ohne Besserung für den Patienten“, so wirft er unzulässig krankenkassenfinanzierte Richtlinienpsychotherapien und ‚Therapien‘ von Heilpraktikern, Coaches und Geistheilern in einen Topf. Niemand wird verhindern können, dass manche Menschen mit reichlich Geld sich in die Hände solch freischaffender Künstler begeben; das können sich aber zumindest mehr als drei Viertel der Bundesbürger ohnehin nicht leisten. Bezogen auf die Richtlinienpsychotherapie stellt das Zitat eine Diffamierung dar: Praktisch jede

Langzeittherapie wird, zum Teil mehrmals, durch ein Gutachtersystem auf medizinische Notwendigkeit geprüft. Und die KBV-Untersuchung von 2014 ergab unter Einbezug sämtlicher Abrechnungsdaten über zwei Jahre: Lange Psychotherapien fallen nur zu circa zwei Prozent an, den Großteil machen Kurzzeittherapien aus. Die Rede vom Drittwagen dank langer Therapien spricht der Realität der Psychotherapeuten Hohn, deren Durchschnittseinkommen sich mit Abstand am untersten Ende der ärztlichen Einkommensskala befinden.

Mit dem Bild eines unmündigen Patienten, der nicht selbst am besten herausfinden kann, ob die Art des Psychotherapeuten und seine Vorgehensweise zu ihm passen, werden das Recht des Patienten auf eigene passungsgerechte Wahl des Behandelnden und shared decision making untergraben.

3 Mit dem dritten Argument wird behauptet, die Versorgungssituation für Menschen mit schizophrenen Psychosen sei desaströs. Dieses vernichtende Pauschalurteil eines Klinikleiters kontrastiert mit Erfahrungen aus der Kooperation mit zahlreichen niedergelassenen Psychiatern. Diese begleiten in

der Regel ihre schizophrenen Patienten mit Sorgfalt nach medizinischen Standards. Mit der Bezeichnung „desaströs“ wird diese Versorgungsleistung verallgemeinernd herabgewürdigt. Allerdings führt der Psychiatermangel zu fehlender Versorgungskapazität, sodass nur wenig Psychotherapie für Psychosekranken angeboten werden kann. Dieser Mangel kann durch kein Projekt behoben werden. Wird hier etwa das verbale Eintreten für eine Versorgungsverbesserung der schizophrenen Patienten als Siegel für die moralische Güte des Projektes benutzt – ohne sicheren Benefit durch das Projektvorhaben?

4 Beim vierten genannten Argument geht es um die immer wieder erhobene Behauptung, dass es relativ viele eher leichter Erkrankte gäbe, die die vorhandenen Ressourcen binden würden. Die Vorstellung,

Die schwierige Frage der Schwere psychischer Erkrankungen

Jeder, der einen Menschen erlebt hat, der das erste Mal in eine psychotische Krise geraten ist, hat die Erschütterungen des Betroffenen, der Angehörigen und das eigene Mitherschüttertsein erleben müssen. Verlust von Arbeitsplatz, wegbrechende Sozialkontakte und Isolation folgen häufig. Dennoch tritt meist im Laufe der Zeit eine Stabilisierung ein, und dann nimmt auch das subjektive Leiden der Betroffenen ab. Nur bei einem kleineren Prozentsatz der Psychosen kommt es nach Erfahrungen in der ambulanten Versorgung zu schweren Verläufen, mit denen nicht nur die niedergelassenen Behandler, sondern auch die Kliniken manchmal überfordert erscheinen. Auf der anderen Seite gibt es viele ambulant behandelte Patienten, die nie oder

vielleicht einmal in einer Klinik waren, die sogar im Berufsleben verankert sind, und dennoch dauerhaft in Zuständen schwerster seelischer Belastung leben müssen, zum Teil chronisch suizidal, die jedenfalls immens seelisch leiden. Viele haben Misshandlungen oder Missbrauch erlebt, wurden von Eltern emotional vernachlässigt oder ständig gedemütigt und schwer narzisstisch missbraucht. Auch wenn der Einbruch von Psychosen von der Allgemeinheit als besonders gravierend bewertet wird, sind mitunter Dauer und Tiefe des seelischen Leidens dieser weniger auffälligen Patienten mindestens ebenso gravierend. Nur weil sie in keiner psychiatrischen Klinik waren, regelmäßige Termine einhalten und sich mitteilen können, bleiben sie oft unterhalb des Radars

psychiatrischer Chefärzte. Ihre schweren Leiden, die in der Regel hohe Fähigkeiten an Einfühlung, Erfassen und Bearbeiten komplexer Zusammenhänge und Ausdauer verlangen, werden dann unter die Kategorie „leicht krank“ und „unnötig lang behandelt“ eingeordnet. Einige psychiatrische Verantwortungsträger spielen so die allgemein als schwer krank angesehenen Schizophrenen gegen die angeblich leicht Erkrankten aus, mit denen es sich die Psychotherapeuten bequem machten. So können sie eine Versorgungssteuerung propagieren mit dem Ziel, dass Psychotherapeuten sich stattdessen gefälliger um die schwer psychiatrisch Erkrankten kümmern sollen.

dass Psychotherapeuten hauptsächlich Bagatell-erkrankungen behandeln, scheint in Kreisen leitender Klinikpsychiater und auch unter Gesundheitspolitikern unausrottbar zu sein. Sie eignet sich ja auch nur zu gut zur Begründung der eigenen Agenda und zur Darstellung der eigenen Wichtigkeit. Der Faktencheck anhand sämtlicher wissenschaftlicher oder faktenbasierter Untersuchungen der psychotherapeutischen Versorgung ergibt demgegenüber, dass die behandelten Patienten mittelschwer bis schwer psychisch erkrankt und zusätzlich noch überdurchschnittlich stark mit somatischen Leiden belastet sind.

Prof. Reif nimmt nicht zur Kenntnis, dass die Psychotherapie durch Richtlinien geregelt ist, die medizinisch nicht indizierte Behandlungen ausschließen, indem er fordert, man müsse Bagatellbeschwerden definieren, bei denen es Leuten zuzumuten sei, dass sie mit diesen selbst oder mit Unterstützung von

Selbsthilfegruppen zurecht kommen müssten. Diese Abgrenzung zur Störung von Krankheitswert ist durch die Psychotherapierichtlinien bereits klar definiert und wirksam umgesetzt. Sein Vergleich der Psychotherapie mit der „von vielen gewünschten Wohltat einer Massage“, für die er als „richtig empfindet, dass er die nicht verschrieben bekommt“, unterstellt kranken Menschen, sich zu Genusszwecken Kassenleistungen zu erschleichen. Ist ihm so wenig geläufig, dass es eines besonderen Mutes der Patienten bedarf, sich den eigenen Fehleinstellungen, dem eigenen bisherigen Scheitern und seinen inneren Ursachen zu stellen?

Vor dem Hintergrund derartiger Negativdarstellungen präsentiert sich Prof. Reif als (unerschrockener) Kämpfer für sein als revolutionär bezeichnetes Projekt, das die im Bereich der psychischen Gesundheit angeblich verloren gegangene „Adjustierung“ korrigieren soll.

Und mit der Aussage: „Wir brauchen nicht mehr Geld für die Psychotherapie, sondern müssen das System besser steuern“, reiht er sich in die Reihe derer ein, die den Politikern Kostenvermeidung versprechen, indem sie sich als besonders geeignet zur dringlich gebotenen Versorgungssteuerung anbieten. Politikern kommt es gelegen, dass solch ausgewiesene Fachleute in gehobenen Positionen mit einer vorgeblich honorigen Zielsetzung eine Versorgungsverbesserung zum Nulltarif mit Fokus auf die schwer Erkrankten versprechen.

Zurück zu dem im Artikel der FAZ dargestellten betroffenen Patienten: Es wäre möglicherweise lebensrettend gewesen, wenn man bei dem Jugendlichen schon früher an die Möglichkeit eines Autismus-/Asperger-Syndroms gedacht hätte. Insofern kann die Initiative der Eltern, die sich an Lehrer und andere Eltern richtet, hilfreich sein. Ohne Detailwissen kann aber vermutet werden, dass die Diagnosestellung zum Zeitpunkt der klinischen Auffälligkeit (Suizidalität im Internat) bereits weniger zur Lebensrettung hätte beitragen können. Die mit der Pubertät und Adoleszenz oft einhergehenden Erschütterungen des Selbst- und Weltbildes erschweren eine Diagnose und spielten möglicherweise als Mitauslöser der suizidalen Krise eine Rolle. Der mehrwöchige Klinikaufenthalt hat trotz Diagnosestellung jedenfalls keine Wendung gebracht.

Das Beispiel des depressiven Patienten, bei dem die Diagnose einer Autismus-Spektrum-Störung zu einer merklichen Entlastung geführt hatte, weist vor allem darauf hin, dass diese Diagnose tatsächlich gelegentlich schwer zu stellen ist – wegen der in Teilen vorhandenen Anpassungsfähigkeit an soziale Konventionen bei gleichzeitig innerer und dann auch sozialer Isolation. Da mag es sinnvoll sein, in ärztlichen und psychotherapeutischen Fortbildungen auf diese Störungen zu fokussieren sowie in der Öffentlichkeit gezielt aufzuklären, gegebenenfalls auch eine Spezialambulanz zur Diagnosesicherung anzubieten. Doch würde diese Ambulanz dann das Versorgungssystem nicht noch unübersichtlicher machen?



Christina Herr, Schirin Homeier, Mechthild Sckell

Sicherer Hafen voraus!

Ein Kinderfachbuch über Bindungsbedürfnisse

Abenteuer erleben und die Freiheit spüren – so soll es sein, durchs Leben zu schippern. Doch jede Matrosin und jeder Matrose braucht einen sicheren Hafen: wo Menschen warten, zu denen man zurückkehren kann, die Unterstützung geben. Das gilt für jedes Kind – doch dass nicht alle solch einen sicheren Hafen haben, erkennen auch Nico, Carla, Jamila und Erik. In der Schul-Projektwoche gerät nicht nur Eriks gebasteltes Segelschiff in Schiefelage. Er lebt in einem Kinderdorf und ist nicht der Einzige von den Vieren, der auf der Suche nach seinem sicheren Hafen ist.

Im interaktiven 2. Teil des Buches lernen Kinder, die Hilfe-Box kennen. Diese unterstützt Eltern und Kinder dabei, in Beziehung zu kommen.

Im Fachteil für Erwachsene wird das Grundbedürfnis nach Bindung inklusive der vier Bindungsmuster erklärt.

Für Kinder ab 8 Jahren.



1. Auflage 2024
95 Seiten, 25 Euro
ISBN 978-3-86321-610-8

Notfalldienste: Wegfall der Poolärzt*innen

Als Notbremse nach dem Urteil vom 24. Oktober 2023 (Az.: B 12 R 9/21 R) des Bundessozialgerichts zur Sozialversicherungspflicht eines Pool-Zahnarztes beendeten viele KVen mit sofortiger Wirkung die Tätigkeit ihrer Poolärzt*innen für den ärztlichen Bereitschaftsdienst oder schlossen ganze Notfalldienstpraxen. Die Befürchtung: eine zu hohe Kostenlast für die KVen durch Sozialversicherungsabgaben sowohl für Anstellende (KVen) als auch für die abhängig beschäftigten Poolärzt*innen, die sogar für vier Jahre rückwirkend abzuführen wären. Es bleibt nun weiter möglich, Dienste abzugeben oder zu tauschen, allerdings nur mit anderen Vertragsärzt*innen oder mit einem MVZ.

Die KBV forderte das BMG in einer Vertreterversammlung auf, den

ärztlichen Bereitschaftsdienst als wichtige Dienstleistung für die Allgemeinheit aus der Sozialversicherungspflicht herauszunehmen. Es solle zudem eine Reform angestoßen werden, ausgerichtet an den Aspekten Leistbarkeit (Verfügbarkeit von Ärzt*innen), Einsatz sinnvoller technischer Mittel (z. B. Videosprechstunden) und auskömmlicher Finanzierung, um den Bereitschaftsdienst auf die Behandlung jener medizinischen Sachverhalte zu konzentrieren, die ein Zuwarten auf die nächsten Praxisöffnungszeiten nicht erlauben. So soll verhindert werden, dass sich die Rund-um-die-Uhr-Behandlungserwartung weiter verstärkt, da eine derartige Versorgung im ambulanten Bereich weder realisierbar ist noch finanziert werden kann. (GRR)

Evaluation der Komplexrichtlinie

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat eine erste Evaluation der neuen Komplexrichtlinie (KSV-Psych-Richtlinie) für schwer psychisch kranke Menschen durchgeführt. Befragt wurden die Mitglieder der Beratenden Fachausschüsse Psychotherapie und die Mitarbeitenden der KVen. Die Ergebnisse sind natürlich vertraulich, aber man darf vermuten, dass von den Befragten große

Hürden gesehen werden – als da sind der hohe Aufwand bei der Gründung und als Mitwirkende, Haftungsrisiken für die eigene Praxis, die fehlende Bezugsfunktion für halbe Versorgungsaufträge, infrastrukturelle Defizite vor Ort sowie der mangelnde finanzielle Anreiz. Angesichts dieser Konstruktionsfehler wird es nichts werden mit einem flächendeckenden Angebot. (UB)

Neues zur PiA-Politik und aus dem Jungen Forum

Auch wenn der Petitionsausschuss die Petition zur Förderung der psychotherapeutischen Weiterbildung nun mit dem höchstmöglichen Votum an den Bundestag überwiesen und dieser die Überweisung offiziell angenommen hat, bleibt noch viel zu tun. Ein erster guter Schritt ist schon mal, dass die Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Vereinigung Rheinland-Pfalz die Finanzierung der Arbeit von Weiterbildungsassistent*innen in psychotherapeutischen Praxen beschlossen hat. Dass diese Maßnahme in anderen KVen Schule machen muss, und zwar in ausreichendem Umfang, versteht sich von selbst. Im Jungen Forum beschäftigen wir uns weiterhin mit den vielfältigen Aspekten der Weiterbildung, auch indem wir unsere Veranstaltungsreihe „Psychotreff“ entsprechend thematisch ausbauen. Dort geben wir einer Vielzahl von wichtigen PiA-Themen Raum. Wieder wird unsere auch im letzten Jahr erfolgreich gestartete Vorbereitungsreihe zur schriftlichen Approbationsprüfung an

drei Abenden sowohl im Frühjahr als auch im Herbst stattfinden – als Eselsbrückenabend, Vorbereitungsabend auf verfahrensbezogene Prüfungsfragen und Veranstaltung zu den rechtlichen Rahmenbedingungen. Auch einen Info-Abend zu den Möglichkeiten, Prüfungsergebnisse anzufechten, werden wir anbieten. An weiteren Themenabenden beschäftigen wir uns zum Beispiel mit der Chance, seine Rechte am Institut juristisch durchzusetzen. Hier wird Katharina van Bronswijk ihre erfolgreiche Musterklage erläutern. Auch wird es Veranstaltungen geben zu den Möglichkeiten der Stärkung der Selbstfürsorge, zur Aufklärung über die verschiedenen psychotherapeutischen Verfahren sowie zum Thema Kassensitzvergabe oder auch zur Strukturierung der Ausbildung. Wir vom Jungen Forum freuen uns also auf viele spannende Themen und Begegnungen. (BA)



<https://bvvp.de/junges-forum/bvvp-psychotreff/>

Finanzierung der Weiterbildung: Gemeinsam schaffen wir das?!

Von **Ariadne Sartorius**

Wer hätte gedacht, dass im nunmehr fünften Jahr nach Verabschiedung der Ausbildungsreform noch immer darüber geschrieben werden muss, dass die Frage, wie der psychotherapeutische Nachwuchs seine Berufsausbildung bis zum Abschluss als Fachpsychotherapeut*in durchlaufen kann, nicht beantwortet ist.

Nachdem sich abgezeichnet hatte, dass die politisch Verantwortlichen keine Regelungen treffen würden, bildete sich eine Taskforce „Weiterbildung“ unter der Koordination der Bundespsychotherapeutenkammer. Hier sind die Kammern, Studierenden, derzeitigen Ausbildungstherapeut*innen, Universitäten, Ausbildungsinstitute, psychotherapeutische Verbände des Gesprächskreises II (GK-II) und Repräsentant*innen

der Kassenärztlichen Bundesvereinigung vertreten. Auch die in den unterschiedlichen Institutionen in der Öffentlichkeitsarbeit Tätigen treffen sich regelmäßig. Im Rahmen der Kooperationen wurde die Botschaft nach außen getragen, unter anderem in Form einer Bundestagspetition (ID 148151). Resolutionen wurden verabschiedet, Briefe an Minister*innen versendet und Gespräche mit Mitglie-

dern des Bundesgesundheitsausschusses geführt. Auch eine Anhörung im Petitionsausschuss des Bundestags war Ergebnis des Engagements. Und wie haben die Verantwortlichen reagiert? Um wirklich Aufmerksamkeit zu erlangen, brauchte es erst einen Antrag der CDU-/CSU-Fraktion mit dem Titel „Versorgung von Menschen in psychischen Krisen und mit psychischen Erkrankungen stärken“, der im Bundestag behandelt wurde. In diversen Redebeiträgen ging es zum einen um die Frage, ob ausreichend Psychotherapieplätze vorhanden sind, zum anderen aber auch immer wieder um die Forderungen nach einer gesetzlichen Grundlage zur

Finanzierung der Weiterbildung.* Und dann kam endlich am 13. Dezember 2023 der Beschluss des Petitionsausschusses, wie mit der Petition zur Finanzierung der Weiterbildung umgegangen werden soll. Er hat das höchstmögliche Votum abgegeben, die sogenannte „Überweisung zur Berücksichtigung an die Bundesregierung“. Im Verweisungstext heißt es:

„Das Anliegen der Petition wird insbesondere damit begründet, dass mit der Reform des Psychotherapeutengesetzes im Jahr 2019 neue Strukturen für die Aus- und Weiterbildung von Psychotherapeuten geschaffen worden seien, der Gesetzgeber es aber versäumt habe, die Finanzierung ausreichend zu sichern. Die ‚massive Unterfinanzierung‘ führe jedoch dazu, dass zukünftige Psychotherapeuten in weiten Teilen der mindestens fünfjährigen Weiterbildung nur deutlich unter dem Niveau einer angemessenen tarifvertraglichen Eingruppierung bezahlt werden könnten, heißt es in der öffentlichen Petition (ID 148151). Bei der bestehenden Unterfinanzierung werde es kein ausreichendes Angebot an Weiterbildungsplätzen geben. Dies bedrohe letztlich die psychotherapeutische Versorgung insgesamt, schreibt der Petent.“ Die notwendige formale Verabschiedung der Beschlussempfehlung durch den Deutschen Bundestag folgte am 18. Januar. Nun liegt der Ball endgültig im Feld des Bundesgesundheitsministeriums.

Und wie geht es weiter?

Wir wissen es nicht. Die Taskforce wird ihre Arbeit fortsetzen müssen. Wir werden nicht aufhören, uns für die psychotherapeutische Versorgung der Zukunft und den Nachwuchs einzusetzen. Ich selbst bin als bvvp-Vorstandsmitglied in dieser Taskforce zusammen mit zwei weiteren Vertreter*innen aus dem Gesprächskreis II aktiv. Wertvoll dabei ist, dass der Prozess, der uns hoffentlich in diesem Jahr endlich zum Erfolg führen wird, gemeinsam mit allen Aktiven stattfindet.

Baden-Württemberg hat es geschafft

Von **Benedikt Waldherr, Bundesvorsitzender des bvvp**

Nach langen Vorbereitungen, zähen Verhandlungen und juristischen Klärungen hat es der bvvp-Landesverband Baden-Württemberg geschafft: Die ehemals vier eigenständigen Landesverbände sind zu einem großen Verband verschmolzen. Das war eine große Herausforderung und hat nun bald acht Jahre gedauert.

Von Seiten des bvvp-Bundesvorstands möchten wir allen Beteiligten für dieses große Stück Arbeit herzlich danken. Wie der Landesvorsitzende Peter Baumgartner in der vorletzten PPP-Ausgabe schon schrieb, ist damit der größte bvvp-Landesverband entstanden. Mit derzeit 1.700 Mitgliedern hat dieser Verband tatsächlich ein großes Gewicht innerhalb der bvvp-Landesverbände und der berufspolitischen Landschaft in Baden-Württemberg.

Angesichts der schwierigen Rahmenbedingungen möchten wir auch unsere Anerkennung dafür aussprechen, dass Peter Baumgartner und alle Mitwirkenden nicht auf halbem Wege aufgegeben haben. Wer sonst hätte schon die Ausdauer und das Stehvermögen, einen Prozess wie diesen über acht Jahre voranzutreiben?

Dabei ist es aus Sicht des Bundesvorstandes gelungen, dass die früheren Regionalverbände in entscheidenden Aspekten ihre Regionalität erhalten haben. Sie können zum Beispiel weiterhin mit unmittelbarem Bezug zu den Mitgliedern in der Region Informationsveranstaltungen oder Stammtische vor Ort durchführen.

Insofern ist dieser Verschmelzungsprozess auch ein zukunftsweisender Schritt für den bvvp insgesamt. Die Frage nach der Bildung größerer regionaler Einheiten innerhalb des bvvp steht zumindest im Raum.

Wir stehen vor der Herausforderung, dass sich insgesamt zunehmend weniger Menschen aktiv für die Arbeit in der Berufspolitik einsetzen. Dies hat

mannigfaltige Gründe. Wir befinden uns in einem Prozess der Strangulierung des Ehrenamts, für den bezeichnend ist, dass für ehrenamtlich tätige Berufsverbandsmitglieder eine Sozialversicherungspflicht gelten soll. Das schreckt alle freiberuflich Tätigen davon ab, sich zum Beispiel aktiv für die Belange der Psychotherapie zu engagieren. Sich im Vorstand eines Berufsverbands einzubringen, ist auf Basis der Rechtsprechung des 12. Senats des Bundessozialgerichts mit dem Verlust der Freiberuflichkeit assoziiert. Möglicherweise ist das politisch gewollt. Sicher aber ist: Der einsatzwillige Nachwuchs wird durch solche Gerichtsentscheidungen mindestens gebremst, wenn nicht abgeschreckt.

Ein wesentliches Ergebnis auf dem langen Weg zur Verschmelzung war die Erfahrung, dass es weitere und einfachere zu realisierende Möglichkeiten der Kooperation unter Landesverbänden gibt. Wir tragen uns schon seit geraumer Zeit mit dem Gedanken, die kleineren Landesverbände des bvvp im Sinne der Synergie zur Kooperation mit größeren Landesverbänden zu motivieren und sie dabei zu unterstützen.

Das Modell Baden-Württemberg hat den zukunftsweisenden Gedanken gestärkt, dass größere regionale Einheiten, in denen der regionale Bezug der einzelnen Ehrenamtler*innen zu den Mitgliedern erhalten bleibt und eher gestärkt wird, möglich und effektiv sein können. Grundlegend bleibt: Regionalität als wichtiger Bestandteil der Vielfalt, die den bvvp ausmacht, muss erhalten bleiben, auch wenn in der Gesundheitspolitik vielfältige Bewegungen in Richtung bundeseinheitlicher Strukturen erkennbar sind, wie etwa beim GKV-Spitzenverband, der KBV und anderen Organisationen. Das ist uns ein wichtiges Ziel im Interesse der Pluralität und der Differenziertheit. Aber wir brauchen auch zukunftsfähige Strukturen und ehrenamtlich Tätige, die die Zusammenarbeit der bestehenden Einheiten in Zukunft gestalten.

*Die Wortbeiträge können online nachgehört werden:



Zwischen Erschöpfung und Verantwortung

Anne Scholz über die Belastungen in der psychotherapeutischen Ausbildung

Der Wecker klingelt um 6.30 Uhr. Montag. Der Hund muss noch raus, bevor um acht Uhr meine Lehrtherapie am anderen Ende der Stadt beginnt. Fast eine Stunde lang über mich reflektieren, tief eintauchen, aber nicht so tief, dass ich das anschließende Erstgespräch nicht meistern könnte. Es ist 8.51 Uhr, als ich dafür zur Ambulanz hinübereile. Ich versuche, meine eigenen Themen wegzupacken und mich mental auf das Gespräch um neun vorzubereiten. Die Person, mit der ich gleich spreche, hat keine Ahnung, dass ich gerade noch in meine eigenen Abgründe geblickt habe.

Dem Erstgespräch folgen zwei Einzeltherapien. Es ist zwölf, und ich habe Hunger. Ich fahre nach Hause, gehe mit dem Hund, dann bleibt nur Zeit für eine schnelle Mahlzeit, denn um 14.00 Uhr habe ich Supervision am anderen Ende der Stadt und danach behandle ich noch zwei Patient*innen. Während der Fahrt denke ich über das Seminar am vergangenen Wochenende nach. Sehr spannend, aber auch sehr anstrengend. Ich mag es, die kostbare Zeit mit meinen Ausbildungskolleg*innen zu verbringen. Doch ich merke, dass ich jetzt, nach zwei solchen Wochenenden in Folge, die Erschöpfung mit in die neue Woche nehme.

In der Supervision besprechen wir einen herausfordernden Fall. Ich soll Psychoedukation zum Thema Selbstfürsorge in die Behandlung einfließen lassen. Es ist komisch, dass ich meinen Patient*innen immer wieder zu etwas rate, das umzusetzen mir im Alltag selbst nicht wirklich gelingt.

Zurück im Institut bin ich mit einer Ausbildungskollegin zum Kaffeetrinken verabredet. Wir reden über den Ausbildungsalltag und unsere Erfahrungen mit der Lehrtherapie und merken, wie schwer es ist, über etwas Leichteres zu sprechen. Manchmal wünschte ich mir, ich hätte mehr Freund*innen außerhalb der

Psychotherapieblase. Aber ich bin zur Ausbildung hierher gezogen, kannte niemanden und neben der Ausbildung bleibt kaum Zeit, Menschen kennenzulernen.

Am Nachmittag behandle ich zwei weitere Patient*innen. Am Abend fällt es mir schwer abzuschalten. Eine Kollegin bei meinem Nebenjob möchte wissen, ob ich am nächsten Tag einspringen kann. Ich muss ihr absagen. Ich arbeite da tagsüber in meinem Hauptjob in einer Beratungsstelle und abends sind Ausbildungsseminare.

Ich wollte es so sehr: diese Ausbildung berufsbegleitend machen und mich weitestgehend selbst finanzieren. Ich wollte es so, weil ich Psychotherapeutin werden will. Weil es keine Alternative gibt, wenn man diesen Beruf erlernen und sich nicht haushoch verschulden möchte. Weil mehrere Jobs der einzige Weg sind, mit Mitte/Ende zwanzig und nach fünf Jahren Studium wenigstens etwas finanzielle Unabhängigkeit zu haben. „Etwas“, weil das Geld auch mit Nebenjob während der praktischen Tätigkeit nicht reichte. Zum Glück unterstützten mich damals meine Eltern, und ich musste mich nicht verschulden. Doch mit jedem Jahr wächst mein Gefühl, durch diese Unterstützung in einer nicht mehr altersgemäßen Abhängigkeit stecken zu bleiben.

Eine Freundin schreibt und fragt, ob wir uns treffen wollen. Wir sind beide in Ausbildung – und finden erst einen Termin in drei Wochen. Ich seufze auf. So weit hätte es nicht kommen sollen. Ist das nun das Erwachsensein? Oder sind das die Widrigkeiten eines Ausbildungssystems, das uns befähigen soll, Menschen psychisch gesünder zu machen, gleichzeitig aber so an unseren Kräften zehrt, dass ich mir manchmal nicht sicher bin, ob ich noch sagen kann: Ich will das so?

Neues bvvp-Modul zur Patient*innen-aufklärung im bvvp-Qualitätsmanagementprogramm q@bvvp

Von Dr. Christa Hermanns



Welche Informationen benötigen Patient*innen, um eine informierte Entscheidung für oder gegen die Aufnahme einer ambulanten Psychotherapie treffen zu können? Welche Aspekte sollten in welchem Umfang und zu welchem Zeitpunkt angesprochen werden?

Die Patient*innenaufklärung zu Beginn einer Psychotherapie ist umfangreich – sie umfasst Anforderungen aus dem Bereich des Patientenrechtegesetzes, der Berufsordnung und des EBM. Damit ist ein Rahmen gesteckt, der allerdings wenig konkrete, praxisnahe Vorgaben liefert, sodass die praktische Umsetzung weitgehend in der Verantwortung der Behandelnden liegt.

Vor dem Hintergrund langer Wartezeiten vor Therapiebeginn, einhergehend mit einem starken Behandlungswunsch, sowie einer nicht unbegrenzten Aufnahmefähigkeit seitens der Patient*innen erscheint es sinnvoll, die Inhalte möglichst kompakt zu vermitteln. Somit stellt sich für Psychotherapeut*innen in der Praxis die Aufgabe, eine Aufklärung zu gestalten, die Patient*innen zwar ausreichende Informationen an die Hand gibt, um in die geplante Behandlung einzuwilligen, diese aber nicht vom Umfang her derart überfordert, dass die besonders relevanten Aspekte überhört werden und sich ein zeitnaher Therapiebeginn verzögert. Dieser Spagat stellt in der Praxis eine nicht zu unterschätzende Herausforderung dar.

Hier kann das vom bvvp gestaltete Aufklärungstool eine Orientierung bieten. Es beinhaltet zum einen eine ausführliche Darstellung der unterschiedlichen Inhalte, die im Rahmen der Aufklärung zur ambulanten Psychotherapie zu vermitteln sind. Eine Übersicht hierzu finden Sie in der obenstehenden Grafik. Die umfangreiche Auflistung der Inhalte soll ein Backup für Behandelnde sein – zum Nachlesen und Updaten. Zum anderen wurde eine Checkliste erstellt, damit die Vermittlung der wichtigsten Aspekte im Rahmen der Aufklärung gewährleistet ist. Ihre Nutzung kann im Praxisalltag gut in die Behandlung integriert werden. Darüber hinaus sind auch einige Handouts enthalten, die den Patient*innen bei Bedarf zur Erläuterung spezieller Aspekte mitgegeben werden können.

Dies alles ist Teil unseres Qualitätsmanagementprogramms q@bvvp, das alle Anforderungen des Paragraphen 135a SGB V erfüllt. Das kompakte Programm ist ganz auf die Praxisrealität von Psychotherapeut*innen zugeschnitten und wird stets an neue gesetzliche

Anforderungen angepasst. Das q@bvvp liefert Ihnen die Voraussetzungen für ein solides Qualitätsmanagement, mit dem Sie auch bei einer Prüfung durch die QM-Kommission auf der sicheren Seite sind. Das Abonnement kostet für Nicht-Mitglieder 150 Euro im Jahr, Mitglieder zahlen sogar nur 70 Euro jährlich.



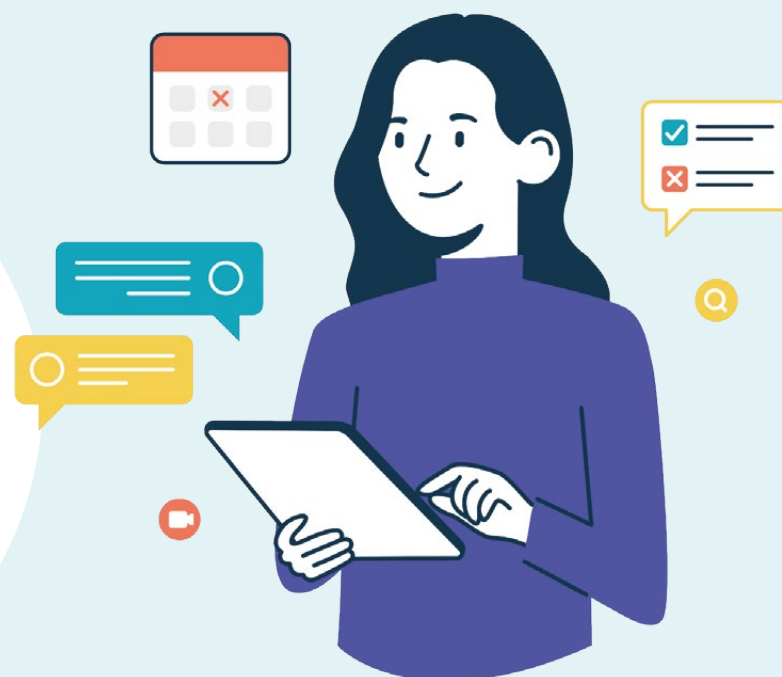
Jetzt testen: Eine kleine Demodatei finden Sie auf unserer Homepage <https://bvvp.de/qbvvp/>

EPIKUR e-therapie ONLINE

Praxisverwaltung für Psychotherapeuten – mit Apps für Tablet und Smartphone



Jetzt im Angebot!
epikur.de/aktion



Buchrezension von Ariadne Sartorius

Berufsethik und Berufsrecht in der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie

Das vorliegende Buch von Maur, Lehndorfer und Stellpflug wurde von Autor*innen verfasst, die seit langer Zeit in der psychotherapeutischen Versorgung tätig oder juristisch mit den Angelegenheiten der Psychotherapeut*innen beschäftigt sind. Insofern dürfen die Ansprüche hoch sein. In acht Kapiteln und auf 150 Seiten gibt das Buch rechtliche Informationen und Tipps, es bietet Ideen zur Erweiterung des eigenen Behandlungsspektrums und Raum zum Nachdenken über die unterschiedlichen Aspekte in der Behandlung von Kindern und Jugendlichen.

Die Autor*innen beschäftigen sich mit einer Vielzahl von Themen wie Psychotherapeut*innen als Angehörige eines freien Berufs, grundlegenden ethischen und berufsrechtlichen Aspekten in der Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen oder Fragestellungen im Zusammenhang mit Behandlungsfehlern. Aber es geht auch um Grenzverletzungen, soziokulturelle Lebensbedingungen und Diversität, Werte und Wertedifferenzen in der Psychotherapie sowie um Digitalisierung und das Themenfeld der Gutachten, Stellungnahmen und Bescheinigungen.

Exemplarisch sollen hier die Inhalte im Kapitel Digitalisierung reflektiert werden, das in vier Unterkapitel aufgeteilt ist. Das erste widmet sich dem Lebensweltbezug von Kindern und Jugendlichen, ein Bereich, zu dem es bisher erstaunlicherweise, trotz der enormen Veränderungen, kaum Veröffentlichungen gibt. Die Autor*innen reflektieren diese nicht nur, sie stellen auch einen Fragenkatalog für eine Medienanamnese für Jugendliche zur Verfügung. Geht es um „bildbasierte Gewalt“, findet man nicht nur rechtliche Hinweise, sondern auch Ausführungen zu deren psychischen Folgen und zur Notwendigkeit, sich zum pathologischem Mediengebrauch kundig zu machen, bis hin zu Verweisen auf hilfreiche Studien.

Insbesondere in der Zeit der Coronapandemie ist die öffentliche Präsenz von Psychotherapeut*innen in der digitalen Welt deutlich angestiegen. Doch wie verhält man sich dort angemessen und rechtlich unbedenklich? Eine Frage, die im zweiten Unterkapitel behandelt wird. Als hilfreich für die Praxis erweisen sich hier

Hinweise aus dem Ethikboard der Europäischen Föderation der Psychologinnenverbände und der Bundesärztekammer, aber auch Berichte darüber, welche Folgen die Nichteinhaltung ethischer Grundregeln haben kann und welche möglichen Auswirkungen sich zum Beispiel in einer Therapie ergeben, wenn sich Patient*innen gekränkt fühlen, weil Therapeut*innen ihnen auf Instagram nicht zurückfolgen. Der Nutzen digitaler Präsenz wird klug gegen die möglichen Schwierigkeiten abgewogen und mit Informationen zu den rechtlichen Grundlagen unterfüttert.

Im dritten Unterkapitel geht es um digitale Kommunikation. Dass die Nutzung von Messenger-Diensten berufsrechtlich kritisch zu bewerten ist, ist allgemein bekannt. Aber wie sieht es mit der Kommunikation per unverschlüsselter E-Mails aus? Auch hierzu findet sich im Buch hilfreiches Praxismaterial, um sicherzustellen, dass man auch in diesem Bereich auf sicheren Wegen unterwegs ist.

Das letzte Unterkapitel widmet sich dem wichtigen Thema der videobasierten Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen. Auch hier geht es um eine umfassende Abwägung von Nutzen und Risiken. Ergänzend gibt es wertvolle Literaturtipps.

Das Buch stellt eine perfekte Mischung dar aus Praxismaterialien, rechtlichen Hinweisen und konkreten Beispielen aus der Praxis, die zum Reflektieren anregen. Dabei wird der Stoff stets kurzweilig präsentiert. Es kann bereichernd sein, sich mit Berufsrecht und Berufsethik auseinanderzusetzen, das macht dieses Überblickswerk deutlich.



Berufsethik und Berufsrecht in der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie
Sabine Maur, Peter Lehndorfer, Martin Stellpflug
Kohlhammer, 2023
34,00 €
ISBN 978-3-17-037938-1

Praktische Hilfestellung für Gruppenpsychotherapeut*innen

Das Buch „Gruppenpsychotherapeutische Grundversorgung“ von Lena Scholz und Jan Kiesewetter erschien im Jahr 2023 im Klett-Cotta Verlag. Die Autor*innen bieten darin eine Handreichung für das neue Versorgungsangebot in der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung und zeigen auf, wie es in der Praxis umgesetzt werden kann.

Dabei halten sie sich an die Konzeptualisierung des EBM und bieten ein Manual für vier Doppelstunden Gruppenarbeit. In diesem können die fakultativen Leistungen, wie sie in der psychotherapeutischen Grundversorgung vorgesehen sind, in einem Schritt-für-Schritt-Verfahren erarbeitet werden. Die Autor*innen weisen aber auch auf die Durchführbarkeit des Manuals im stationären Kontext, insbesondere auf Akutstationen, hin.

Das Buch beinhaltet eine strukturierte Vermittlung der elementaren Inhalte der Grundversorgung, die in der ambulanten Psychotherapie relevant werden können. Es liefert Informationen zu den verschiedenen psychischen Störungen und gibt Unterstützung bei der Erarbeitung des je individuellen Krankheitsverständnisses. Auch geht es der Frage nach, wie man in Vorbereitung auf eine Richtlinientherapie mit den jeweiligen Symptomen angemessen umgeht – auch ohne die für diese erforderliche emotionale Öffnung.

Wer ein manualisiertes Vorgehen mag, findet darin ein strukturiertes Therapiekonzept, das einen in aufeinander aufbauenden Modulen anleitet. Es beinhaltet für die Teilnehmer*innen Patienteninformationen, Kurzzusammenfassungen des Erlernten, bietet überblicksartige Hinweise zur Didaktik sowie Handouts und Arbeitsblätter, die auch von der Website des Verlags heruntergeladen werden können.

Zu überprüfen ist im Vorfeld, welche Patient*innen sich für dieses Therapieangebot eignen. So weisen die Autor*innen selbst darauf hin, dass sich das Konzept nicht für jene Patient*innen eignet, die bereits eine Verhaltenstherapie durchlaufen haben. Weiterhin sollte die Gruppenfähigkeit überprüft werden. Hier lehnen sich die Autor*innen in ihrer Definition der geeigneten Personengruppe an Marwitz (2016) an und verweisen

auf die notwendige Fähigkeit, „die Inhalte grundsätzlich selbstständig aufzunehmen und für sich umzusetzen“. Wünschenswert wäre es sicher auch, ein Konzept für jene Menschen anzubieten, die etwas mehr Unterstützung benötigen, um auch ihnen ein passendes Angebot machen zu können. Auch sind der sehr psychoedukative Ansatz sowie die im Konzept enthaltenen Gruppenspiele nicht für alle Patient*innen passend, sodass bei der Gruppenzusammenstellung darauf geachtet werden muss, welche Teilnehmer*innen sich für welches Konzept eignen. Die Autor*innen weisen daher darauf hin, dass das vorliegende Buch gut als Ideengeber für die eigene Kreativität und damit auch für die Konzeption passgenauer Gruppenangebote genutzt werden kann.

Da davon ausgegangen wird, dass die Anwender*innen approbierte Psychotherapeut*innen sind, wird erfreulicherweise darauf verzichtet, grundlegende Inhalte der Verhaltenstherapie zu referieren. Auch die Besonderheiten der Gruppentherapie werden nicht ausführlich dargestellt, da man davon ausgeht, dass die Leser*innen über diese Kenntnisse bereits verfügen.

Vielmehr stellt das Buch „Gruppenpsychotherapeutische Grundversorgung“ erfahrenen Psychotherapeut*innen auf über 200 Seiten umfangreiche Informationen und gutes Praxismaterial zur Verfügung. Damit bietet es allen, die über eine Abrechnungsgenehmigung für Gruppentherapie verfügen und Lust haben, das neue Angebot in ihrer Praxis oder im Klinikalltag zu etablieren, eine wichtige Hilfestellung an.



Gruppenpsychotherapeutische Grundversorgung

Das Praxisbuch zur verhaltenstherapeutischen Umsetzung
Lena Scholz/Jan Kiesewetter
Klett-Cotta, 2023
28,00 € (Paperback)
ISBN: 978-3-608-89319-9

Autor*innenverzeichnis



Dr. phil. Bernd Aschenbrenner (BA)
Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut (analytische und tiefenpsychologische Psychotherapie). Bundesvorstandsmitglied und Teil des Sprecher*innenteams des Jungen Forum des bvvp.



Dipl.-Psych. Ulrike Böker (UB)
Beisitzerin im Bundesvorstand des bvvp, Stv. Vorsitzende des bvvp BW, Mitglied der Vertreterversammlung der KV BW und der KBV, Mitglied im BFA der KV und der KBV, stv. Mitglied im Bewertungsausschuss u. a.



Norbert Bowe
Facharzt für Neurologie und Psychiatrie, Psychotherapie, Psychoanalyse. Mitglied in den bvvp-Kompetenzkreisen Recht und Qualitätssicherung. Aktives Mitglied im bvvp-Bundesvorstand von 2014 bis 2018, davor ca. 20 Jahre bvvp-Vorstandsreferent.



Mag. rer. nat. Mathias Heinicke (MH)
Psychologischer Psychotherapeut (VT), Stv. Vorsitzender des bvvp-Bundesverbands, Beisitzer im Landesvorstand des bvvp BW, Mitglied in der VV der LPK BW, Sachverständiger im Familien- und Sozialrecht.



Dr. med. Dipl.-Psych. Christa Hermanns
FÄ für Neurologie, Psychotherapie, Psychoanalyse, niedergelassen in Osnabrück. Gastdozentin Uni Osnabrück, Mitglied im Kompetenzkreis Qualitätssicherung des bvvp, stv. Mitglied im BfA der KV Niedersachsen.



Prof. Dr. Catrin Misselhorn
Seit 2019 Philosophieprofessorin an der Universität Göttingen mit Forschungsgebieten philosophische Probleme der KI, Roboter- und Maschinenethik.



Dr. med. Gerhild Rausch-Riedel (GRR)
Niedergelassen als ärztliche Psychotherapeutin, Vorsitzende des bvvp Westfalen-Lippe, stellvertretendes Mitglied im Beratenden Fachausschuss und Zulassungsausschuss der KVWL, Beisitzerin im bvvp-Bundesvorstand.



Ariadne Sartorius
Beisitzerin im bvvp-Bundesverband, Landesvorsitzende des bvvp Hessen und u. a. in der Delegiertenversammlung der PTK Hessen, im Ausschuss für ethische Fragen und Berufsordnung sowie der KJP-AG der LPPKJP, im KJP-Ausschuss der BPTK.



M. Sc. Anne-Marie Scholz
Psychologin in Ausbildung zur Psychotherapeutin, Schwerpunkt Tiefenpsychologie. Mitglied des Jungen Forum des bvvp, Institutssprecherin am Ausbildungsinstitut und PiA-Vertreterin in der Psychotherapeutenkammer BW.



Marc Schreiber
Professor für Persönlichkeits- und Laufbahnpsychologie am IAP Institut für Angewandte Psychologie der ZHAW mit Fokus auf Laufbahnberatung und -entwicklung, narrative Verfahren sowie KI in der Psychologie.



Prof. Dr. Nils F. Töpfer
Professor für Klinische Psychologie und Psychotherapie, Schwerpunkt tiefenpsychologisch-fundierte Psychotherapie an der MSH Medical School Hamburg. Psychologischer Psychotherapeut (TP, AP) und Psychoanalytiker (DPG, IPV).



Dipl.-Psych. Benedikt Waldherr (BW)
Psychologischer Psychotherapeut, niedergelassen in Landshut. Bundesvorsitzender des bvvp, Mitglied im KJP-Ausschuss der BPTK. Ehrenamtlicher Richter am Bundessozialgericht.

Wir wollen noch stärker werden

Sprechen Sie Kolleg*innen auf eine bvvp-Mitgliedschaft an!

Persönliche Empfehlungen sind die beste Werbung. Unterstützen Sie uns: Werben Sie Kolleg*innen für den bvvp!

Drei gute Gründe für eine Mitgliedschaft im bvvp

- ✓ Der bvvp leistet seit Jahrzehnten erfolgreich gute Lobbyarbeit. Psychotherapeut*innen brauchen einen starken Verband, der ihre Interessen vertritt. Wir sorgen für gute Rahmenbedingungen ihrer Arbeit und angemessene Bezahlung.
- ✓ Wir bieten unseren Mitgliedern viele Serviceleistungen, berufsrelevante Informationen und Veranstaltungen für alle Phasen ihrer Tätigkeit vom Studium bis zur Praxisübergabe.
- ✓ Mitglieder profitieren von Vergünstigungen bei zahlreichen bvvp-Vertragspartnern. Dazu gehören zum Beispiel Anbieter von Versicherungen, E-Bikes oder ökologischer Praxisausstattung.

Attraktive Prämien und Gewinne als Dankeschön

Für jedes neu geworbene Mitglied erhalten Sie eine Prämie in Höhe von 50 Euro oder einen 60-Euro-Gutschein für den nachhaltigen Einkauf beim Online-Warenhaus memo.

JobRad

Und: Unter allen erfolgreich Werbenden und Geworbenen verlosen wir dieses Jahr zweimal ein E-Bike, denn Radfahren ist umweltfreundlich und gesund!



Alle Informationen sowie die Teilnahmebedingungen finden Sie unter: www.bvvp.de/mitglieder-werben-mitglieder

