

# Projekt Psychotherapie

04/2018

Meinung · Wissen · Nachrichten

Das Magazin des Bundesverbandes  
der Vertragspsychotherapeuten e.V.

Euro 14,80 · [www.bvvp.de](http://www.bvvp.de)



## www.Wandel

**Die Psychotherapie und das Selbstverständnis des Patienten unter dem Einfluss zunehmender Digitalität – und wie wir das steuern können**

### **Literatur nach Langzeitforschung**

Neue Theorien zur Entstehung von Depression

### **Für und Wider**

bvvp-Podiumsdiskussion zu Digitalität und Therapie mit zahlreichen Teilnehmern und Erkenntnissen

# Unfall, Verletzung, Krankheit oder Reha? Bleiben Sie entspannt!

Auch Psychotherapeuten werden krank. Und wer krank ist, sollte sich schonen und sich voll auf seine Genesung konzentrieren dürfen. Ohne Sorgen um die Praxis oder die hohen fortlaufenden Kosten.

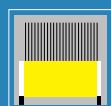
Die P.U.V von Dr. Rinner & Partner hilft Ihnen dabei: Wir sichern Ihre Existenz und die Ihrer Praxis, wenn Sie es selbst nicht können. Solange bis Sie wieder fit sind!

- **Sicherheit ab dem 1. Tag**  
Die P.U.V leistet ab dem 1. Tag, wenn Sie im Krankenhaus liegen.
- **Volle Gewinn- & Kostenabdeckung**  
Die P.U.V ersetzt Gewinn und laufende Kosten, sobald Ihre Praxis stillsteht.
- **Schutz bei Burnout & Depressionen**  
Auch wenn die Psyche mal schlapp macht, ist die P.U.V der Partner an Ihrer Seite.
- **kalkulierbare Beiträge** für bis zu 10 Jahre
- **Sie sind uns willkommen!**  
Eintrittsalter bis zum 63. Geburtstag möglich.

## BEISPIELRECHNUNG

Psychotherapeut/in, Nichtraucher/in, 40 Jahre alt

Tagsatz:	€ 100,-
Karenzfrist:	14 Tage
Versicherungssumme:	€ 36.000,-
Jahresbeitrag:	€ 531,-
Beitrag pro Monat:	€ 44,-



Dr. Rinner & Partner  
Institut für wirtschaftliche Praxisführung

Leonhardsweg 4  
82008 Unterhaching  
Tel.: 089 / 665 99 310 • [www.dr-rinner.de](http://www.dr-rinner.de)



**Sechs Wochen  
Praxisstillstand?  
Kein Problem!  
Dank meiner P.U.V**

**Liebe Kolleginnen und Kollegen,  
sehr geehrte Leserinnen und Leser!**

Das ganze Jahr über hat uns das Thema Digitalisierung insbesondere durch die Einführung der Telematikinfrastruktur (TI) enorm beschäftigt.

Wir mussten bei unseren Mitgliedern im ersten Halbjahr 2018 als Berufsverband zahlreiche Informationsdefizite ausgleichen und Wissenslücken zur Praxissoftware füllen sowie mögliche Umsetzungsschritte oder Verweigerungsszenarien und Fehler beim Management der Telematikinfrastruktur erklären. Hier eine klare und eindeutige Position zu finden ist weiterhin nicht einfach, weil viele Fragen nach wie vor ungeklärt sind und weiter Druck gemacht wird.

Um etwas mehr Klarheit zu gewinnen, haben wir am 13. September 2018 in Berlin eine Podiumsdiskussion zum Thema Digitalisierung unter dem Titel „Gefangen im Netz?“ veranstaltet. Den Bericht dazu finden Sie in diesem Magazin.

Die Telematikinfrastruktur soll, auch durch zunehmenden Druck aus dem Bundesgesundheitsministerium (BMG), im Gesundheitssystem Einzug halten. Auch die elektronische Patientenakte wird in diesem Zusammenhang stark befördert. Die Diskussion zur Patientenakte nimmt große Fahrt auf, wir müssen bei den politischen Gestaltern die Schutzwürdigkeit von Patientendaten immer wieder ins Bewusstsein rufen und auf die grundsätzlichen Gefahren von Datensammlungen aufmerksam machen.

Dass man dies durchaus aus Sicht der Patienten anders sehen kann, zeigt unser Magazin-Schwerpunkt zur eHealth, unter anderem das Interview mit Frau Mauersberg, Referentin beim Verbraucherzentrale Bundesverband. Sie sowie weitere Autoren in diesem Heft vertreten die Position, dass der mündige Patient nur dann mündig ist, wenn er auch über seine Daten verfügt.

Die Digitalisierung wird auch unsere berufliche Tätigkeit verändern. Zum Beispiel wird zunehmend daran geforscht, sogenannte intelligente Algorithmen zu entwickeln, die künftig ärztliche Diagnosefunktionen übernehmen können. Wenn ein solches Computerprogramm mit einer sehr großen Zahl von Daten zu einem Krankheitsbild gefüttert wird, dann soll es irgendwann angeblich genauso sicher Befunde erheben wie ein Arzt. Ob das dann auch funktioniert, muss sich aber erst noch erweisen.

Inwieweit das auch mit den Diagnosen der psychischen Erkrankungen funktionieren kann, darf man mit Spannung erwarten. Beforscht wird das Feld jedenfalls ebenso. Die Bemühungen um Internettherapie und niederschwellige Beratungsangebote im Internet für Menschen mit psychischen Problemen sind weit verbreitet und werden gerade von Krankenkassenseite massiv unterstützt. Hier müssen vonseiten aller Psychotherapeuten aus Qualitätssicherungserfordernissen Standards erarbeitet werden, an denen sich solche internetbasierten Programme messen lassen müssen.

Politik und Krankenkassen treiben derzeit solche internetbasierten Programme mit großem Druck voran. Dabei stehen erhoffte Kosteneinsparungen wohl im Vordergrund, die differenzierten Belange psychisch kranker Menschen können da schnell auf der Strecke bleiben. Insofern haben wir das letzte *Projekt Psychotherapie*-Heft dieses Jahres dem Thema eHealth und der kritischen Würdigung aus psychotherapeutischer Sicht gewidmet.

Dass die Lage psychisch kranker Menschen bei der Politik nicht ausreichend im Fokus steht, ist auch im Kabinettsentwurf des Terminservice- und Versorgungsgesetzes (TSVG) abzulesen. Darin ist eine Regelung vorgesehen, die unter dem Begriff „gestufte Versorgung“ eine Vorselektion der Patienten vor einer Psychotherapie einführen möchten. Wir können dies nur als neue Stigmatisierung psychisch Kranker sehen. Hierzu finden Sie im Magazin ausführliche Positionierungen unseres Verbandes in Form von drei Kommentaren.

Herzliche Grüße,  
**Benedikt Waldherr,**  
Vorsitzender des bvvp-Bundesverbandes



# Projekt Psychotherapie

## 04/2018

Das Magazin des Bundesverbandes  
der Vertragspsychotherapeuten e.V.

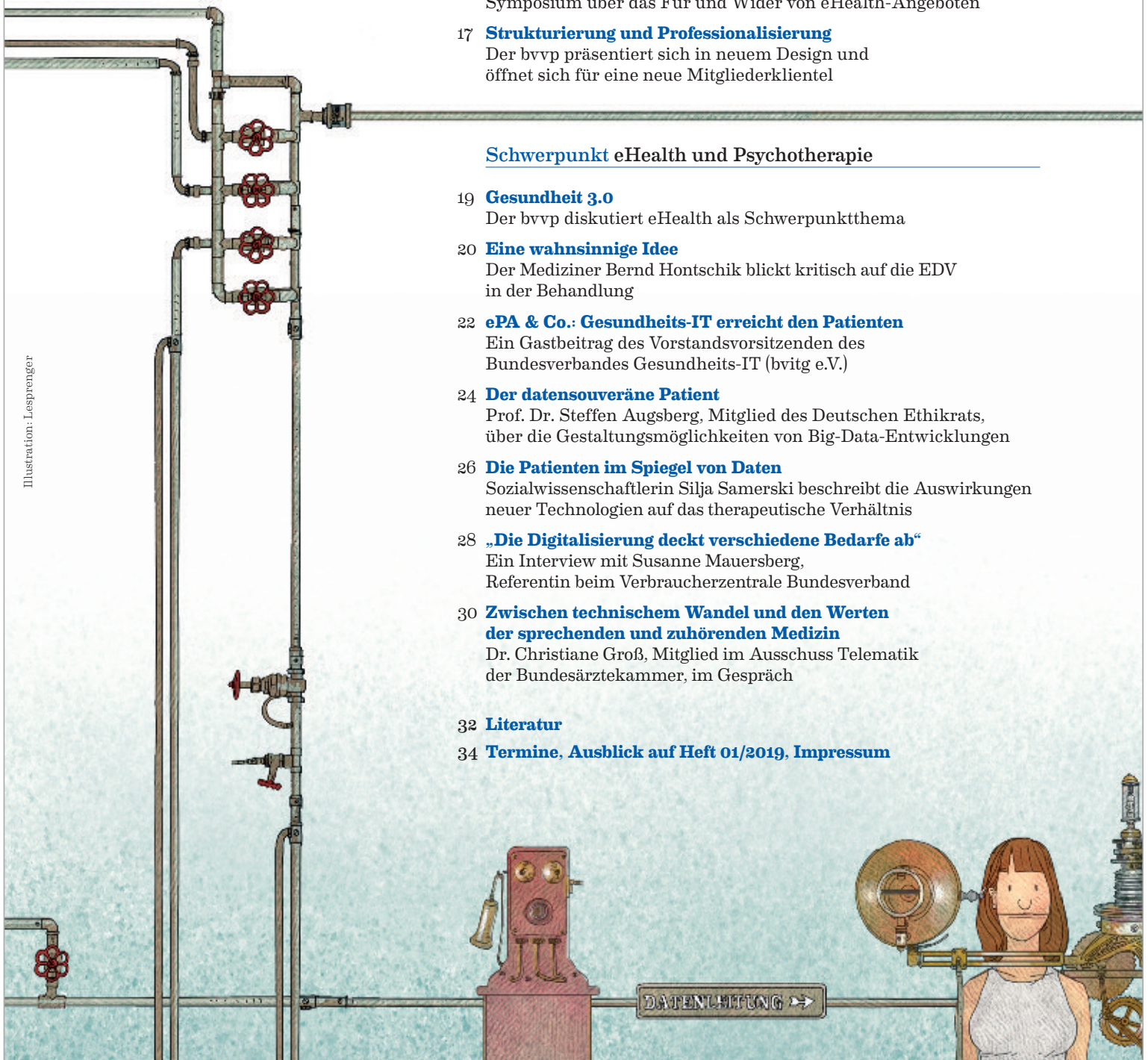
### Meinung & Wissen

- 05 **Meldungen aus der Berufspolitik**
- 14 **Gefangen im Netz? Digitalisierung und Psychotherapie**  
Medizin, Forschung und Psychotherapie diskutieren beim bvvp-Symposium über das Für und Wider von eHealth-Angeboten
- 17 **Strukturierung und Professionalisierung**  
Der bvvp präsentiert sich in neuem Design und öffnet sich für eine neue Mitgliederklientel

### Schwerpunkt eHealth und Psychotherapie

- 19 **Gesundheit 3.0**  
Der bvvp diskutiert eHealth als Schwerpunktthema
- 20 **Eine wahnsinnige Idee**  
Der Mediziner Bernd Hontschik blickt kritisch auf die EDV in der Behandlung
- 22 **ePA & Co.: Gesundheits-IT erreicht den Patienten**  
Ein Gastbeitrag des Vorstandsvorsitzenden des Bundesverbandes Gesundheits-IT (bvitg e.V.)
- 24 **Der datensouveräne Patient**  
Prof. Dr. Steffen Augsberg, Mitglied des Deutschen Ethikrats, über die Gestaltungsmöglichkeiten von Big-Data-Entwicklungen
- 26 **Die Patienten im Spiegel von Daten**  
Sozialwissenschaftlerin Silja Samerski beschreibt die Auswirkungen neuer Technologien auf das therapeutische Verhältnis
- 28 **„Die Digitalisierung deckt verschiedene Bedarfe ab“**  
Ein Interview mit Susanne Mauersberg, Referentin beim Verbraucherzentrale Bundesverband
- 30 **Zwischen technischem Wandel und den Werten der sprechenden und zuhörenden Medizin**  
Dr. Christiane Groß, Mitglied im Ausschuss Telematik der Bundesärztekammer, im Gespräch
- 32 **Literatur**
- 34 **Termine, Ausblick auf Heft 01/2019, Impressum**

Illustration: Lesprenger



## MELDUNGEN AUS DER BERUFSPOLITIK

Zusammengestellt von **Ulrike Böker**

### Neue bvvp-Homepage online

Übersichtlicher, kompakter, gut zu bedienen – der bvvp hat seine Homepage nicht nur neu gestaltet, sondern den Servicebereich für Sie auch stark ausgebaut.

Wir positionieren uns mit der neuen Seite noch deutlicher als Partner aller PsychotherapeutInnen in Deutschland.

Lesen Sie unseren aktuellen Blog zu aktuellen Fragestellungen der Berufs- und Gesundheitspolitik, diskutieren Sie darüber mit uns und Kollegen in ganz Deutschland! Stellen Sie Ihre Praxis-Suchanfrage, oder finden Sie den richtigen Kooperationspartner in unserer neuen Praxisbörse! Profitieren Sie vom umfangreichen Serviceangebot speziell für junge PsychotherapeutInnen im Jungen Forum des bvvp!

Ob Veranstaltungsinfos, Praxismaterialien oder aktueller Newsletter – unter [www.bvvp.de](http://www.bvvp.de) finden Sie, was Sie brauchen.

### Neues zum TSVG

Das „Gesetz für schnellere Termine und bessere Versorgung“ TSVG wartet mit diversen Änderungen auf, die auch die Psychotherapeuten betreffen.

Im Zentrum steht der Ausbau der Terminservicestellen TSS, die in Zukunft 24/7 unter einer bundesweit einheitlichen Rufnummer erreichbar und letztlich die zentrale Anlaufstelle für die Vermittlung von Terminen jeglicher Art sein sollen. Für Patienten, die über die TSS in die Praxen kommen, soll es eine bessere Vergütung geben, genauso wie für neue Patienten. Von den geforderten fünf Stunden offene Sprechstunde sind die Psychotherapeuten genauso ausgenommen wie von der Vermittlung taggleicher Akuttermine über die TSS.

Die Vorgaben im Bundesmantelvertrag zur Mindestzeit der Patientenversorgung werden erhöht von 20 auf 25 Stunden: „Der Arzt ist verpflichtet, im Rahmen seiner vollenzeitigen vertragsärztlichen Tätigkeit mindestens 25 Stunden wöchentlich in Form von Sprechstunden für gesetzlich Versicherte zur Verfügung zu stehen.“ Es ist zu vermuten, dass diese Erhöhung nicht nur bei der Überprüfung der Versorgungsrelevanz einer Praxis beim Antrag auf Nachbesetzung eine Rolle spielen wird, sondern auch bei dem nun verschärften Auftrag an die KVen, die Auslastungen der Praxen zu überprüfen. Wenn eine Praxis die Mindestanforderungen nicht erfüllt, werden Sanktionen bis hin zum Entzug der (halben) Zulassung gesetzlich vorgeschrieben. Die Psychotherapeuten haben hier den großen Nachteil, dass die Behandlungszeiten anhand der Quartalsabrechnungen ziemlich genau nachzuverfolgen sind. Bei den somatischen Ärzten ist die Überprüfung aufgrund der Abbildung des großen Anteils ihres Leistungsgeschehens in Pauschalen und aufgrund der systemischen Überschätzung der Kalkulationszeiten für die Leistungen viel undurchsichtiger und damit auch weniger überprüfbar.

Der Gesetzgeber greift durch das TSVG verhältnismäßig tief in die Honorarangelegenheiten der Selbstverwaltung ein, indem er nicht nur im Rahmen der Facharzt-EBM-Reform eine Überprüfung der technischen Leistungsanteile fordert und das frei werdende Geld zur Förderung der sprechenden Medizin verwendet sehen möchte, sondern auch einen Termin für diese Überprüfung festlegt. Als neues Datum für die EBM-Reform ergibt sich daraus der 1. Januar 2020.

Den dicksten Klops für die Psychotherapeuten hatte der Kabinettsentwurf in der Ergänzung des § 92 Abs. 6a SGB V parat, der in einer Nacht-und-Nebel-Aktion Eingang gefunden hatte: „Der Gemeinsame Bundesausschuss beschließt in den Richtlinien Regelungen für eine gestufte und gesteuerte Versorgung für die psychotherapeutische Behandlung einschließlich der Anforderungen an die Qualifikation der für die Behandlungssteuerung verantwortlichen Vertragsärzte und Psychologischen Psychotherapeuten.“

Diese völlig inakzeptable Vorgabe verdient besondere Aufmerksamkeit.

Lesen Sie dazu unsere drei Kommentare ab Seite 9.

### Vertreterversammlung der KBV und Resolution

Am 25. September 2018 tagte die Vertreterversammlung der KBV. Just zwei Tage zuvor war der Kabinettsentwurf des TSVG verabschiedet worden, sodass dies der wichtigste Tagesordnungspunkt war. Sowohl der Vorstand als auch die Delegierten äußerten sich kritisch zu den fehlenden sinnvollen Maßnahmen der Patientensteuerung und den dirigistischen Übergriffen des Gesetzgebers in die Selbstverwaltung und in die Praxen. Außerdem unterstützte die Vertreterversammlung der KBV durch eine Resolution die Psychotherapeuten in ihrer Ablehnung des § 92.

Die Resolution finden Sie unter: [www.kbv.de/media/sp/2018\\_09\\_28\\_Resolution\\_TSVG.pdf](http://www.kbv.de/media/sp/2018_09_28_Resolution_TSVG.pdf)

## MELDUNGEN AUS DER BERUFSPOLITIK

### TSS und die Psychotherapie

Seit dem 1. Oktober müssen als Folge eines Schiedsamtsspruchs auch probatorische Sitzungen über die TSS vermittelt werden, wenn ein Psychotherapeut in der Psychotherapeutischen Sprechstunde auf dem Formular PTV 11 die Indikation für eine zeitnah erforderliche Psychotherapie gestellt hat und den Patienten oder die Patientin nicht selbst weiter behandeln kann. Die Auswirkungen dieser neuen Regelung sind nicht wirklich abschätzbar, zumal Patienten, die zuvor aufgrund einer psychischen Störung in einer stationären Behandlung waren, sich ohne weitere Abklärung bei einem niedergelassenen Psychotherapeuten direkt an die TSS wenden können. Damit sind die Psychotherapeuten unfreiwillige Vorreiter darin, dass in Zukunft dank dem TSVG Termine jeglicher Art über die TSS vermittelt werden sollen.

Eine weitere Änderung, die der neue Gesetzentwurf vorsieht: Die Vermittlung von Terminen für die Akutbehandlung über die TSS muss zukünftig innerhalb von zwei Wochen geschehen.

### Präsentation des Gutachtens zur Bedarfsplanung

Nun wurde es der Öffentlichkeit präsentiert: das 700 Seiten starke Werk zur Reform der Bedarfsplanung, das der Gemeinsame Bundesausschuss in Auftrag gegeben hatte. Wichtigstes Fazit: Die Bedarfsplanung mit ihrer Grundlage von Verhältniszahlen Arzt/Psychotherapeut je Einwohner, aufgeteilt in unterschiedlich beschaffene Planungsbereiche, ist im Großen und Ganzen gut!

Verbesserungsvorschläge werden zu verschiedenen Punkten gemacht: Die Sozial- und Morbiditätsstruktur soll mit einer einheitlichen Methodik erfasst werden (Alter, Geschlecht, Umweltfaktoren, Sozioökonomie, Lebensführung), außerdem soll der Stand der evidenzbasierten Medizin berücksichtigt werden. Diese Ausgangsfaktoren werden in Zusammenhang gesetzt mit dem Zeitaufwand für die Behandlung. Die benötigte ärztliche Kapazität soll die Umfänge der Versorgungsaufträge und den Status des Behandlers (Inhaber oder Angestellter) sowie die Spezialisierung der jeweiligen Arztgruppe berücksichtigen. Schließlich geht es noch um die Erreichbarkeit der jeweiligen Praxis: Das Modell zieht um jede Praxis einen Kreis auf der Landkarte, in dem die Erreichbarkeit innerhalb einer bestimmten Zeitvorgabe möglich ist. Damit beschreibt dieser Kreis das Patientenpotenzial einer Praxis. Setzt man diese Vorgaben auf die psychotherapeutische Versorgung um, dann würden etwa 2.400 neue Sitze entstehen, und die Zahl der Sitze über 140 Prozent Versorgungsgrad würde deutlich abnehmen.

Ein Grund dafür ist, dass die Spreizung bei den Verhältniszahlen der Psychotherapeuten (Psychotherapeut je Einwohner) sehr hoch ist, zwischen 1 zu 3.000 in Ballungsgebieten und 1 zu 9.000 in angeblich mitversorgten Gebieten. Diese hohe Spreizung wird von den Verbänden und der Bundespsychotherapeutenkammer beanstandet.

In den bisherigen Veranstaltungen zum Gutachten waren sich alle Beteiligten

außer den Ärzten und Psychotherapeuten allerdings auch darin einig, dass das Nachbesetzungsverfahren reformiert werden muss, weil weder der Verkauf von Kassensitzen noch die Privilegierung bestimmter Personengruppen bedarfsplanerisch sinnvoll ist. Man darf gespannt sein, wie diese Forderung mit dem im Grundgesetz verankerten Schutz des Eigentums zu vereinbaren ist.

### Neuer Termin TI-Anbindung

Deutlich vor Ende der ursprünglichen Frist zum Jahresende hat Gesundheitsminister Jens Spahn (CDU) eine Verlängerung der Frist für die Anbindung an die Telematik verkündet. Von der angeordneten Strafe des Honorarabzugs von 1 Prozent bei Nichtanbindung sollen allerdings nur die ausgenommen sein, die bis zum 31. März den Konnektor bestellen. Wie diese Vorgabe dann operationalisiert wird und wer die Kontrollfunktion übernehmen soll, das lässt der Minister offen.

Insofern sollte man sich nicht von seinem ursprünglichen Beschluss des Umgangs mit der Telematik abbringen lassen.

### Wo bleibt der Beschluss des Bewertungsausschusses zum BSG-Urteil?

Über ein Jahr ist es nun her, dass das Bundessozialgericht sein Urteil zum Erhalt der Strukturzuschläge gefällt hat (11. Oktober 2017). Die Umsetzung des Urteils in Form eines korrigierten Beschlusses des Bewertungsausschusses Bewa ab dem Jahr 2012 lässt bis heute auf sich warten. Ob es in diesem Jahr noch was wird mit der Umsetzung, das wird sich in der letzten Sitzung des Bewa am 12. Dezember 2018 zeigen.

Zusammengestellt von **Ulrike Böker**

## Veranstaltung Wissenschaftlicher Beirat Psychotherapie WBP

Die BPtK veranstaltete am 27.9.2018 einen ganztägigen Round-Table zu „Entwicklungsperspektiven nach dem Gutachten des WBP zur Humanistischen Psychotherapie“ mit mehreren Vorträgen der unterschiedlichen Akteure, die auch die unterschiedlichen Perspektiven gut deutlich machten. Herr Prof. Gereon Heuft, 2. Vorsitzender des WBP, berichtete als Erster und betonte dabei die Bedeutung des WBP als Klammer zwischen Ärztlicher und Psychologischer Psychotherapie. Dies wurde allerdings in der nachfolgenden Diskussion infrage gestellt, da die Gutachten des WBP bislang nur verbindlich für die Ausbildung der Psychologischen und Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutenInnen sind. Heuft forderte Chancengleichheit zur Pharmaforschung, was die finanziellen Mittel für die Psychotherapieforschung angeht. Prof. Rainer Richter erinnerte an die Geschichte der verfahrensbezogenen Methodenbewertung, die durchgesetzt werden konnte für die Psychotherapie anstelle einer indikationsbezogenen Bewertung, wie sie bei Arzneimitteln üblich ist. Um die verfahrensbezogene Bewertung der Psychotherapie zu erhalten, wurde das Konstrukt der Versorgungsrelevanz gebildet, das definiert, für welche und wie viele ICD-10-Diagnosen ein Psychotherapieverfahren die Wirksamkeit nachweisen muss (Schwellenkriterium), um als versorgungsrelevant zu gelten und damit für die vertiefte Ausbildung zum PP beziehungsweise KJP empfohlen zu werden. Die mit der Ausbildung erworbene Approbation erlaubt schließlich die Behandlung aller psychischen Störungen. Prof. Jürgen Kriz und Dr. Manfred Thielen bemängelten vor allem, dass der WBP die weitere Bewertung nicht eingestellt hat, nachdem er feststellte, dass es sich nach dessen Meinung bei der Humanistischen Psychotherapie nicht um ein Psychotherapieverfahren, sondern lediglich um eine Grundorientierung handele. Laut dem eigenen Methodenpapier des WBP hätte dies den Antragstellern

mitgeteilt und die weitere Prüfung und Bewertung der HPT abgebrochen werden müssen. Außerdem habe es keinen Auftrag für eine erneute Prüfung der Gesprächspsychotherapie gegeben, die 2002 vom WBP als wissenschaftlich anerkanntes Verfahren für die vertiefte Ausbildung empfohlen worden war. Schließlich sei nicht nachvollziehbar, warum der WBP in der aktuellen Prüfung Studien wegen mangelnder Studienqualität nicht anerkannt habe, die bei der Prüfung in 2002 sehr wohl anerkannt wurden. Herr Prof. Bernhard Strauß referierte zu innovativer Psychotherapieforschung. Er stellte fest, dass kontextuelle Faktoren sehr großen Einfluss auf das Therapieergebnis hätten (siehe Wampold, „Die große Psychotherapie-Debatte“), die Methode habe einen geringen Einfluss, Allegiance einen riesigen Einfluss (0,54). Psychotherapie-Forschungsliteratur werde wenig rezipiert von Praktikern, das liege daran, dass Psychotherapieforschung im Augenblick hauptsächlich top-down passiere, sie müsse mehr Fragen aus der Praxis aufnehmen: bottom-up. Komorbidität sei die Norm! Alternativen zu RCT sollten entwickelt werden, eine bessere Zusammenarbeit mit Praktikern solle erfolgen, und ethische Themen wie negative Effekte von Psychotherapie sollten stärker in den Fokus genommen werden. Birgit Wiesemüller und Dr. Dorothee Wienand-Kranz berichteten zu den Perspektiven der Gesprächspsychotherapie nach dem Entzug der Anerkennung durch den WBP. Eine juristische Expertise besage, dass dieses neue Gutachten des WBP für die Gesprächspsychotherapie keine juristische Relevanz habe, da es nicht auf Antrag einer Landesbehörde erfolgt sei. Sie baten um Solidarität und forderten, dass in Gesprächspsychotherapie auf der Basis der Anerkennung durch den WBP in 2002 weiterhin ausgebildet werden und dass in allen Kammern die Weiterbildung in Gesprächspsychotherapie möglich sein müsse.

In der Diskussion wurde die Bedeutung von RCT-Studien hervorgehoben, die die Stellung der Psychotherapie im deutschen Gesundheitswesen sichern würden. Die Frage, ob man den Verfahrensbegriff in

der Psychotherapie auflösen sollte, weil er möglicherweise hinderlich sei, wurde diskutiert. Das Identitätsstiftende von Verfahren wurde andererseits hervorgehoben und dass das Menschenbild eine große Rolle spiele, das den unterschiedlichen Verfahren zugrunde liege. Deshalb könne man nicht einfach Methoden eines Verfahrens in ein anderes übernehmen. Wenn zum Beispiel ein Verhaltenstherapeut „Stuhlarbeit“ mache, habe das mit Gestalttherapie nichts mehr zu tun.

## Studie zur Gruppentherapie

Im vergangenen Heft haben wir über die BARGRU-Studie berichtet, die sich mit der Frage befasst, warum so wenige Gruppenpsychotherapeuten Gruppenpsychotherapie anbieten. Anfang kommenden Jahres ist es so weit: Die Fragebögen werden an alle kassenzugelassenen Gruppenpsychotherapeuten (KJP, PP und Ärzte) von ihrer jeweiligen KV versendet. Bitte beteiligen Sie sich, und beantworten Sie den Fragebogen. Es ist die erste und einmalige Gelegenheit, dass alle Behandler eines Verfahrens systematisch befragt werden. So können die Betroffenen am besten Einfluss nehmen.

## Leitlinien-Arbeit

Im November wird eine erste Konsensuskonferenz für eine Leitlinie Zwangsstörungen im Kindes- und Jugendalter stattfinden. Der bvvp wird auch in dieser Leitlinie wieder aktiv mitarbeiten. Parallel findet in Mainz die dritte Konsensuskonferenz der Leitlinie BPS statt, an der wir ebenfalls beteiligt sind.

## MELDUNGEN AUS DER BERUFSPOLITIK

### PiA-Politik

Das Junge Forum im bvvp hatte im September 2018 eine zweitägige Klausurtagung und hat sein Konzept weiter ausgearbeitet. Für die weitere Arbeit wurde auf der Bundesdelegiertenversammlung des bvvp ein Budget zur Verfügung gestellt. Im Jahr 2019 können wir uns also auf vielfältige Aktivitäten für den Nachwuchs im Verband freuen. Wir werden berichten.

Das inzwischen 14. PiA-Politik-Treffen hat im September 2018 stattgefunden, dieses Mal erstmals in Frankfurt. Motto war „Money, Money, Money“. Unter anderem wurden Konzepte zur Finanzierung der Weiterbildung von Anke Walendzik vorgestellt sowie Berichte über erfolgreiche Aktivitäten zur Durchsetzung angemessener Vergütung während der Klinikzeit, unter anderem von Karl-Wilhelm Höffler aus der PTK Hessen. Sabine Maur aus der PTK Rheinland-Pfalz referierte zu Unterstützungsmöglichkeiten für PiA durch Kammern und die rechtlichen Rahmenbedingungen hierzu. Der bvvp ist mit mehreren Aktiven im PPT engagiert und seit Beginn in dem Organisationsteam vertreten.

### Alles eGA oder was?

Die elektronische Gesundheitsakte kommt, doch sie ist nicht allein – mit dem eHealth-Gesetz wurde nicht nur die Einführung der Telematikinfrastruktur (TI) vom Gesetzgeber beschlossen, sondern auch zahlreiche auf der TI aufbauende Dienste. Neben dem bekannten Dienst Versichertenstammdatenmanagement (VSDM) als erster Anwendung sollen die Verwaltung von Notfalldaten, der Medikationsplan und die elektronische Patientenakte folgen.

Doch eAkte ist nicht gleich eAkte. Auch hier sieht das eHealth-Gesetz zunächst verschiedene Varianten vor, die dann am Ende des Prozesses alle über die TI ineinandergreifen sollen.

Allen eAkten gemein ist, dass jede Form von Gesundheitsdaten, vom Medikationsplan bis zur MRT-Bilderserie, beim jeweiligen Anbieter abgelegt werden. Es sind verschiedene Datenmodelle im Einsatz.

Bei den eAkte-Anwendungen sind zu unterscheiden:

1. **Elektronische Gesundheitsakte (eGA) nach § 68 SGB V**
2. **Elektronische Patientenakte (ePA) nach § 291 SGB V**
3. **Elektronisches Patientenfach**

Der Begriff der **eGA** fasst all jene eAkte-Angebote zusammen, die nicht verpflichtend nach dem eHealth-Gesetz sind. § 68 SGB V eröffnet Krankenkassen die Möglichkeit, eine kommerzielle Anwendung zur Speicherung von Gesundheitsdaten zu zertifizieren und für den Versicherten zu finanzieren. Dies sollte zum einen eine Monopolstellung (siehe unten) verhindern, andererseits den Kassen auch die Möglichkeit geben, individuelle Angebote für ihre Versicherten auf den Markt zu bringen. Die erste Anwendung dieses Typs startete die Gesundheits-App „Vivy“. Die Gesundheitsdaten der Patienten liegen hierbei auf den Servern eines privaten Dienstleisters und werden via Handy verwaltet. Wichtig: Die Nutzung dieser Angebote ist für den Patienten freiwillig. Gleiches gilt für die Behandler. Die Betreiber der App argumentieren gegenüber den Behandlern mit einer Verpflichtung, die Daten in die App einzuspeisen, wenn der Versicherte dies wünscht, und begründen dies mit dem Auskunftsanspruch des Patienten. Dieser Auskunftsanspruch besteht zweifelsfrei, verpflichtet aber nicht zur Nutzung dieser Datendienste.

Die **ePA** ist die im Gesetz festgeschriebene elektronische Akte, welche für jeden Patienten verpflichtend zur Verfügung gestellt werden muss, wenn dieser das wünscht. Am 14. Oktober wurde aus einem bisherigen Memorandum zwischen KBV und gesetzlichen Krankenkassen ein „Letter of Intent“, also eine Grundsatzerklärung, in welchem Zeitrahmen und mit welcher Struktur die ePA eingeführt werden wird. Besonders wichtig an dieser

Grundsatzerklärung ist, dass die Industrie bei der Entwicklung der Datenformate zunächst außen vor bleibt. Das Grundgerüst der ePA wird von der Gematik erarbeitet werden. Dabei werden standardisierte Schnittstellen definiert, über die dann Gesundheitsdaten ausgetauscht werden können. Die Formate der Gesundheitsdaten bestimmt die Ärzteschaft.

Die Gematik ist die Gesellschaft für TI-Anwendungen der Gesundheitskarte. Sie wurde 2005 gemeinsam vom Spitzenverband der Gesetzlichen Krankenversicherungen, der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, der Bundesärztekammer, der Bundeszahnärztekammer, dem Deutschen Apothekerverband, der Deutschen Krankenhausgesellschaft und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung gegründet.

Die ePA selbst wird in verschiedene Bereiche unterteilt. In einem allgemeinen Bereich sollen alle medizinischen Daten gespeichert werden. Die Behandler erhalten über die TI Zugang zu diesem Bereich. Daneben können die Krankenkassen einen frei gestaltbaren Bereich anbieten, in dem etwa Informationen zu Bonusprogrammen stehen. Ein weiterer Bereich, das **Patientenfach**, wird von den Versicherten für eigene Daten genutzt werden können, etwa Fitnessdaten aus Trackern, Smartwatches usw.

Ebenfalls wichtig: Das Grundprinzip, dass der Versicherte die Hoheit über seine Daten hat, wurde erneut festgeschrieben. Die Versicherten kontrollieren also selbst, wer auf ihre Daten zugreifen und wer etwas einstellen darf. Ebenso müssen die Systeme so gehalten sein, dass bei einem Wechsel der Krankenkasse alle Daten vom Versicherten mitgenommen werden können.

Als Modell der Datenhaltung wurde das von der KBV geforderte Modell einer zentralen Datenhaltung mit Push-Modus festgeschrieben. Die Daten sollen zentral auf Servern in Deutschland gespeichert werden. Der Patient erteilt in diesem Modell jeweils eine separate Zugriffsberechtigung für den jeweiligen Behandler via eGK oder Handy-App. Durch Anbindung an die TI kann der Behandler nach erfolgter Freigabe der Akte dann zu



Zusammengestellt von **Ulrike Böker**

künftig im sogenannten Push-Modus die Daten des Patienten nach dessen Freigabe direkt aus der Praxissoftware in die ePA senden.

Ein automatisches Abgreifen der Informationen durch den Kostenträger (Pull-Modus), wie er von den Kassen offen gefordert wurde, ist mit der Einigung vom Tisch.

### Zusammenfassung

Die Einführung von elektronischen Dokumentationen im deutschen Gesundheitswesen ist mit der Einigung von KBV und gesetzlichen Krankenkassen konkret mit einem Zeitplan und einem inhaltlichen Konzept hinterlegt worden. Die von der Politik im eHealth-Gesetz geforderten Punkte sind damit erfüllt, und die Gestaltungshoheit bleibt weiter bei Ärzteschaft und Krankenkassen. Die Industrie

muss sich an die entwickelten Standards anpassen und kann nicht mit einer Vielzahl eigener Formate den Markt fluten. Die ePA wird dabei ein für alle Versicherten verpflichtend anzubietendes Element sein. Für die Behandler ist damit die Bestückung dieser ePA per Gesetz zum Teil des Versorgungsauftrags geworden, und der Zugriff auf die ePA ist durch die Einigung nun endgültig an die TI gekoppelt. Alternative Zugangswege, wie sie die Gesundheitsakten nach § 68 SGB V derzeit verwenden, werden allmählich wieder ausgeschlichen, denn die Einigung sieht eine Integration solcher Angebote in die ePA vor. Außerdem muss die Industrie ihre Softwareprodukte auf einheitliche, von der Ärzteschaft vorgegebene Formate umstellen. Somit können Daten dann problemlos von einem System in das andere übertragen werden.

Die im TSVG benannte Abkehr von der elektronischen Gesundheitskarte als einzigem Schlüssel in die Akten bleibt bestehen. Erklärtes Ziel von Minister Spahn ist ein kompletter Zugang zur Patientenakte via Handy oder Tablet. Die TI wird die Rolle der Datenautobahn zwischen Behandlern und den Servern übernehmen. Der Zugang der Patienten aus dem Handynetz auf diese Server wird losgelöst von der TI erfolgen.

Erneut wurde die alleinige Datenhoheit des Patienten in der Vereinbarung festgeschrieben. Das heißt, dass die Patienten selbst aktiv auswählen müssen, welcher Behandler welche Daten einsehen darf. Dies ist aus datenschutzrechtlicher Sicht eindeutig ein Erfolg. In der Praxis wird dies das Problem aufwerfen, dass die Behandler nicht sicher sein können, die vollständige Akte vorliegen zu haben.

## MEINUNGEN ZUR BERUFSPOLITIK

Kommentare zum § 92

Foto: Mojib Kaufmann



### Nachhaltige Schädigung der psychotherapeutischen Versorgung

Von **Norbert Bowe**,  
bvvp-Vorstandsmitglied

In allerletzter Minute vor Verabschiedung im Bundeskabinett wurde in den Kabinettsentwurf des TSVG eine Ergänzung in Absatz 6a des § 92 SGB V eingefügt, der es in sich hat: eine Zwangsregulierung des Zugangs zur Psychotherapie. Im Falle der gesetzlichen Umsetzung droht die psychotherapeutische Versorgung nachhaltig

beschädigt zu werden. Man fragt sich, welche Interessengruppe hier ihre Finger im Spiel hatte und diesen massiven Eingriff in die psychotherapeutische Versorgung den Politikern eingeflüstert hat. Die betroffenen Psychotherapeuten wurden jedenfalls nicht gefragt.

Die hier geplante Steuerung von Hilfesuchenden Patienten, die sich erst einem Screening unterziehen sollen, ehe sie zu einem „erlaubten“ Behandler dürfen, hebelt erstmalig den freien Arztzugang/Zugang zum Psychotherapeuten ausgerechnet für Menschen aus, die sich ohnehin schwerer tun, über ihre Störungen und oft enormen seelischen Belastungen zu sprechen. Welches Weltbild wird da bedient, wenn mit dem TSVG im gleichen Atemzug den Patienten ein völlig ungefilterter schwellenloser Zugang erleichtert wird, wenn sie einen somatischen Arzt aufsuchen? Eine solche verordnete

Voruntersuchung zwingt die betroffenen Patienten, sich jemandem offenbaren zu müssen, den sie sich nicht nach Vertrauen und Passung gewählt haben und der sie auch sehr wahrscheinlich nicht weiterbehandeln wird. Vor die Wahl gestellt zu sein, entweder auch schambesetzte Inhalte preisgeben zu müssen, um zu einem Psychotherapeuten vorgelassen zu werden, oder durch Zurückhaltung Gefahr zu laufen, keine Indikation zur Psychotherapie zu erhalten, stellt eine keiner anderen Patientengruppe aufgebürdete Zumutung dar und ist schlicht diskriminierend. Und wie soll die angedachte vorgeschaltete Instanz überhaupt zu einer verlässlichen Indikation kommen, wenn bei vielen Betroffenen die ganze Schwere des Störungshintergrunds (zum Beispiel Missbrauch, Misshandlungen, Demütigungen, tiefe Selbstzweifel, Schuldgefühle et cetera) oft erst in einer auf Vertrauen

## MEINUNGEN ZUR BERUFSPOLITIK

Kommentare zum § 92

aufbauenden Probatorik/Psychotherapie erfasst werden kann?

Mit der beabsichtigten Neuregelung wird allen psychotherapeutisch Behandelnden, Ärztlichen, Psychologischen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, die Entscheidung „besonders qualifizierter“ Behandler vorgeschaltet. Damit wird einerseits Psychotherapeuten unterstellt, dass sie psychotherapeutische Behandlungen nicht nach bestem Wissen und Gewissen indizieren, andererseits wird mit einer Art Triage eine Rationierung von Behandlungsleistungen initiiert. Nun kann man sich fragen, ob im Bereich der Psychotherapie eventuell außergewöhnliche Tatbestände festzustellen waren, die einen so tiefen Eingriff in die Versorgungsstruktur hatten erforderlich erscheinen lassen. In der Vergangenheit gab es immer wieder genügend Stimmen, die behauptet hatten, dass Psychotherapeuten im Wesentlichen nur leicht Kranke behandelten. Und noch im letzten Jahrzehnt gab es praktisch keine Untersuchung, die diese Darstellungen hätte entkräften können. Doch das hat sich in den letzten Jahren grundlegend geändert: In der TK-Studie konnte gezeigt werden, dass die übliche Diagnostik und Therapie durch eine größere Testbatterie nicht verbessert werden konnte, das heißt, dass Psychotherapeuten korrekt indizierten. Eine Untersuchung von Albani et al. attestierte weitgehend hohe Patientenzufriedenheit und gute Behandlungsergebnisse. Die DEGS-Studie zu den häufigsten psychischen Störungen in Deutschland stellte fest, dass die im Gesundheitssystem behandelten psychisch Kranken ganz überwiegend zwei oder mehr Diagnosen aus dem Psycho-Bereich aufzuweisen hatten. Schließlich konnte in der KBV-Versorgungsstudie anhand von Abrechnungsdaten nachgewiesen werden, dass Psychotherapeuten – gemessen an den aktuellen Leitlinien – keinesfalls zu lang behandeln, sondern alles dafür spricht, dass fachgerecht indiziert und therapiert wird.

Damit kann man sagen, dass der Psychotherapie-Bereich inzwischen mehr als die meisten anderen Fachbereiche beforscht worden ist und dabei eine mindestens hinreichend gute Patientenversorgung bestätigt wurde. Demgegenüber sind Modelle der Stepped Care, wie sie der geplanten Regulierung zugrunde liegen, nicht hinreichend wissenschaftlich erforscht und nicht durch Feldversuche in der konkreten ambulanten Versorgung als wirksam belegt. Das bedeutet: Ein wissenschaftlich nicht hinreichend untersuchtes Modell soll einer gut beforschten und als wirksam bestätigten Versorgungsstruktur übergestülpt werden. Da kann einem selbst der Gemeinsame Bundesausschuss leidtun, der qua Gesetzesbestimmung dazu verpflichtet werden soll, das Nähere der Bestimmungen zu einer die Versorgung verschlechternden Regelung festzulegen. Auch so kann man die Selbstverwaltung von innen her erodieren. Wie soll der G-BA die Qualifikationen der vorzuschaltenden Ärzte/Psychotherapeuten festlegen, ohne eine Fachgruppe zu diskriminieren, und wie, statt der Versorgung dienlich zu sein, einen größeren Schaden abwenden bei verfehlten Vorgaben?

Nun wurden unter der Ägide von Hermann Gröhe, dem Vorgänger von Bundesgesundheitsminister Jens Spahn, erst wesentliche Änderungen der psychotherapeutischen Versorgung per Gesetz auf den Weg gebracht und vor knapp zwei Jahren mit zahlreichen Änderungen der Psychotherapie-Richtlinie eingeleitet. Weder lassen sich derzeit schon deren Auswirkungen auf den Versorgungsalltag abschätzen – ganz zu schweigen von der noch ausstehenden Evaluierung –, noch wurde bisher die ebenso gesetzlich aufgetragene Überarbeitung der Bedarfsplanung für Psychotherapie umgesetzt. Es ist somit beabsichtigt, mit Macht in eine in Veränderung begriffene Versorgungslage hineinzuregulieren, ohne mögliche nachteilige Folgen überhaupt im Blick haben zu können. Das geplante Vor-

gehen lässt jedenfalls darauf schließen, dass angesichts einer nach Meinung aller Fachleute noch nicht genügenden Bedarfsdeckung die Versorgung durch Priorisierung und Behandlungseinschränkungen „fürsorglich eingehegt“ werden soll.

Bei der Suche nach Motiven für ein solches Handeln kann man vermuten, dass es sich auch um eine Reaktion auf die ständige Forderung nach erheblich mehr Psychotherapeuten und auf das permanente Vorhalten von zu langen Wartezeiten handelt. Dadurch muss fast zwangsläufig der Eindruck eines schier unbegrenzten und unabgrenzbaren Bedarfs entstehen. Hier kann ein nüchterner Blick auf die Realitäten zur Entspannung beitragen: Außer in ländlichen Gebieten und im Ruhrgebiet zeichnet sich zunehmend eine hinreichende Bedarfsdeckung ab. Wartezeiten von vier Wochen und darunter lassen sich keinesfalls als Zeichen einer Unterversorgung interpretieren: Bei allen zeitaufwendigen Behandlungen – erst recht die der Psychotherapie mit 20 Behandlungsstunden im Schnitt mit großer Streuung – sind Terminvereinbarungen auf längere Frist unumgänglich, da bei so langer zeitlicher Gebundenheit erst eine entsprechende Kapazitätslücke verfügbar sein muss. (Behandlungs-)Zeit lässt sich eben nicht komprimieren. Wer hier auf schnelle Terminvergabe drängt, muss sich bewusst sein, dass er damit versucht, die Patienten aus der Versorgung wieder herauszudrängen, die dringend eines Mehr an Behandlungszeit bedürfen.

Die geplante Regulierung des Zugangs zum Psychotherapeuten bedeutet den bisher folgenschwersten Eingriff in die bestehende Versorgungsstruktur und gefährdet ohne erkennbare Not die Behandlung psychisch kranker Menschen. Die Psychotherapeuten sind es ihren Patienten und sich selbst schuldig, hier alles in Bewegung zu setzen, um dieses gesetzliche Vorhaben zu stoppen.

# MEINUNGEN ZUR BERUFSPOLITIK

Kommentare zum § 92



---

## „Freie Arztwahl für stigmatisierte Patientengruppe ausgehebelt“

---

Von **Benedikt Waldherr**,  
Vorsitzender des bvvp

Das Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) überraschte in seinem Referentenentwurf die Fachwelt mit einem völlig neuen Zusatz in § 92 des SGB V, der den freien Zugang von Patienten zu Psychotherapeuten neu regulieren und damit „vorgeblich“ steuern soll. Wer sich für diesen Artikel ausgesprochen hat, bleibt unklar. Mit den großen Psychotherapeutenverbänden wurde darüber nicht gesprochen geschweige denn verhandelt.

Diese Regelung wird auf breiter Front von allen maßgeblichen Psychotherapeutenverbänden, von der Vertreterversammlung der KBV, aber auch von den betroffenen Patienten rundum abgelehnt.

Die freie Arztwahl, ein zentraler Baustein und das Fundament unseres sehr hoch entwickelten Gesundheitswesens, wird durch diese Regelung für eine an sich schon sehr stigmatisierte Patientengruppe, die Menschen mit psychischen Erkrankungen, komplett ausgehebelt.

Unter dem Deckmantel, die Versorgung zu verbessern, wird den Patienten mit psychischen Erkrankungen zugemutet, sich vor dem Gang in eine notwendige Behandlung bei einem Psychotherapeuten, was an sich schon schwierig genug ist, erst einmal bei einem Zuweiser oder Vermittler zu bewerben, der angeblich die richtige Zuordnung treffen kann. Diese Regelung organisiert unter der vermeintlichen Vorgabe, etwas zu verbessern für psychisch kranke Menschen, einen Hürdenlauf zum Psychotherapeuten.

Dass die Versorgung seit vielen Jahren unzureichend ist und die Bedarfsplanung seit Jahrzehnten im Bereich Psychotherapie auf veralteten und völlig am Bedarf vorbeigehenden Zahlen beruht, ist hinlänglich bekannt. Nun wird mit völlig falschen und in sich widersprüchlichen Behauptungen, dass ein Mehr an Psychotherapeuten nicht ein Mehr an Versorgung von betroffenen Patienten bedeuten würde, deutliche Fehlversorgung behauptet. Dies wird vom Gesundheitsminister beleglos in den Raum gestellt. Es werden altbekannte Vorurteile gegenüber dem Psychotherapeuten aufgebauscht und trotz ausreichend bekannter Gegenargumente als Tatsachen behauptet. Man könnte auch sagen, hier werden gezielt und systematisch Fake-News produziert, von einem, der es eigentlich besser wissen müsste.

Aus Sicht unseres Verbandes zeigt dieser Gesetzesentwurf, der in seinem Kern für alle somatischen Erkrankungen insbesondere bei Bedarf nach fachärztlicher Behandlung den Zugang zu entsprechenden Ärzten erleichtern soll, dass im Moment wenig Verständnis für psychisch kranke Menschen im Gesundheitsministerium vorhanden ist. Gerade eine Menschen-gruppe, die sich grundsätzlich schwertut, sich einzugestehen, dass sie Hilfe und Unterstützung braucht, soll einen längeren, schwierigeren Weg in die Behandlung bekommen. Man möchte fast sagen, dass es zynisch ist, in einem Gesetz, das für alle somatischen Patienten den Zugang

nicht nur zur Psychotherapie, sondern zur Behandlung allgemein erleichtern soll, solche Hürden für psychisch kranke Menschen einzubauen.

Menschen mit psychischen Erkrankungen tun sich schwer, über ihr Leiden zu sprechen. Sie tun sich schwer mit dem Anvertrauen, wenn sie Schlimmes erlebt und darüber Schuld- und Schamgefühle entwickelt haben. Und nun sollen gerade diese Menschen vorher mal schnell bei einem zuweisenden Arzt eine Art Kurz-Seelenstriptease ablegen, um dann im besten Wunsch des Gesetzgebers zur richtigen schnellen Behandlung zu gelangen.

Hatte der erste Entwurf des Terminservice- und Versorgungsgesetzes noch getönt, dass die bisherigen Veränderungen im Bereich der ambulanten Psychotherapie durch die vor zwei Jahren stattgefundenen Änderung der Psychotherapie-Richtlinie aktuell keine Veränderungen in der Zugangsweise erfordern, so dreht der gegenwärtige Kabinettsentwurf diese Aussage im ersten Entwurf ins glatte Gegenteil.

Dass dieser fundamentale Wechsel in der Perspektive den Schreibern des Gesetzes nicht einmal auffällt, ist der eigentliche Skandal, der tief blicken lässt. Das Verständnis für psychisch erkrankte Menschen scheint bei den Entscheidern in der Gesundheitspolitik recht dürftig zu sein.

Wir fordern als Verband nachdrücklich die ersatzlose Streichung des hinzugefügten Absatzes in § 92!

# MEINUNGEN ZUR BERUFSPOLITIK

Kommentare zum § 92

Foto: Privat



## Regelung zugunsten der Kassen – auf Kosten der Patienten

Von **Ulrike Böker**,

bvvp-Vorstandsmitglied

Wann immer man mit den Kassen ins Gespräch kommt über die psychotherapeutische Versorgung, wird irgendwann die Frage nach der Allokation gestellt. „Wie kommen die Patienten zu welchem Psychotherapeuten? Wieso werden dieselben Diagnosen von verschiedenen Verfahren mit unterschiedlichen Behandlungsumfängen versorgt? Wir verstehen das alles nicht und schon gar nicht, was da eigentlich in einer Psychotherapie passiert.“

Zusammen mit dem Problem der langen Wartezeiten auf einen Psychotherapieplatz führte das schließlich zur Entwicklung eines gestuften Versorgungsmodells aller Psychotherapeuten, das sich dann in der neuen Richtlinie konkretisierte. Die neue Psychotherapie-Richtlinie beinhaltet verschiedene Module und ermöglicht damit eine Flexibilität der Behandlung. Es gibt die Psychotherapeutische Sprechstunde als zeitnahes, klärendes Erstgespräch, um zu schauen, welche Probleme vorliegen und welche Art der weiteren Versorgung der Patient benötigt. Bei zeitnahe

Bedarf geht es in die Akutbehandlung, die dann unter anderem vorbereiten kann auf eine Richtlinientherapie. Ist dem Patienten nach der Abklärung gegebenenfalls eine etwas längere Wartezeit zuzumuten, kann er nach einer Weile direkt in die Richtlinientherapie gehen, für eine Kurz- oder Langzeitbehandlung in der Gruppe und/oder im Einzelsetting. Schließlich wurde dann noch zur langfristigen Festigung die Rezidivprophylaxe eingeführt. Alternative Möglichkeiten nach der ersten Abklärung sind ein stationärer Aufenthalt oder ein niederschwelliges Angebot wie Selbsthilfgruppen. Es wird bei der Beschreibung deutlich, dass dieses gestufte Versorgungskonzept nur funktionieren kann, wenn es ein ausreichendes Angebot aller möglichen Behandlungsbeziehungsweise Versorgungsformen gibt. Und genau hier wird es schwierig.

Die Kassen erhofften sich von der Psychotherapeutischen Sprechstunde einen Filter, der einen nicht unerheblichen Teil vermeintlich Psychotherapie-bedürftiger Patientinnen und Patienten in andere Versorgungsangebote wie Selbsthilfgruppen, Beratungsstellen, Entspannungskurse et cetera schicken würde. Dieser Plan bestätigte sich nicht, denn dem Großteil der Hilfesuchenden wird in der Psychotherapeutischen Sprechstunde die Indikation für eine Psychotherapie gestellt. Scheinbar wissen die Menschen selbst schon recht gut, was sie benötigen.

Was fällt den Kassen nun ein, um das Problem des hohen Bedarfs zu lösen, ohne eine angemessene Zahl an neuen Sitzen zu befürworten, denn die kosten schließlich Geld?

Sie sorgen dafür, dass nun auch die probatorischen Sitzungen zur Einleitung einer Richtlinientherapie bei zeitnahe Behandlungsbedarf über die TSS vermittelt werden. Damit werden also, bei gleichbleibender Behandlungskapazität, immer die versorgt, die schon dringlich sind. Und die anderen warten, bis sie es werden. Trotzdem ist die TSS durchaus als weitere Stufe des Versorgungsmodells zu

sehen für solche Patientinnen und Patienten, die es nicht schaffen, sich bei den Praxen durchzutelefonieren.

Oder sie sorgen dafür, dass die Behandlungen kürzer werden. Einen netten Versuch in diese Richtung stellt die Zerteilung der Kurzzeittherapie dar, einen weiteren die Besservergütung der ersten Sitzungen in Selektivverträgen.

Oder die Kassen unterstützen eine neue Idee der gestuften Versorgung, die über Nacht Einzug gehalten hat in den Kabinettsentwurf des TSVG, § 92.

Wenn die neue Richtlinie mit dem gestuften Modell nicht reicht, dann müssen nun vermeintliche Fachleute mit der „wirklichen“ Qualifikation zur Behandlungssteuerung her, die dann einen wirkungsvolleren Filter darstellen.

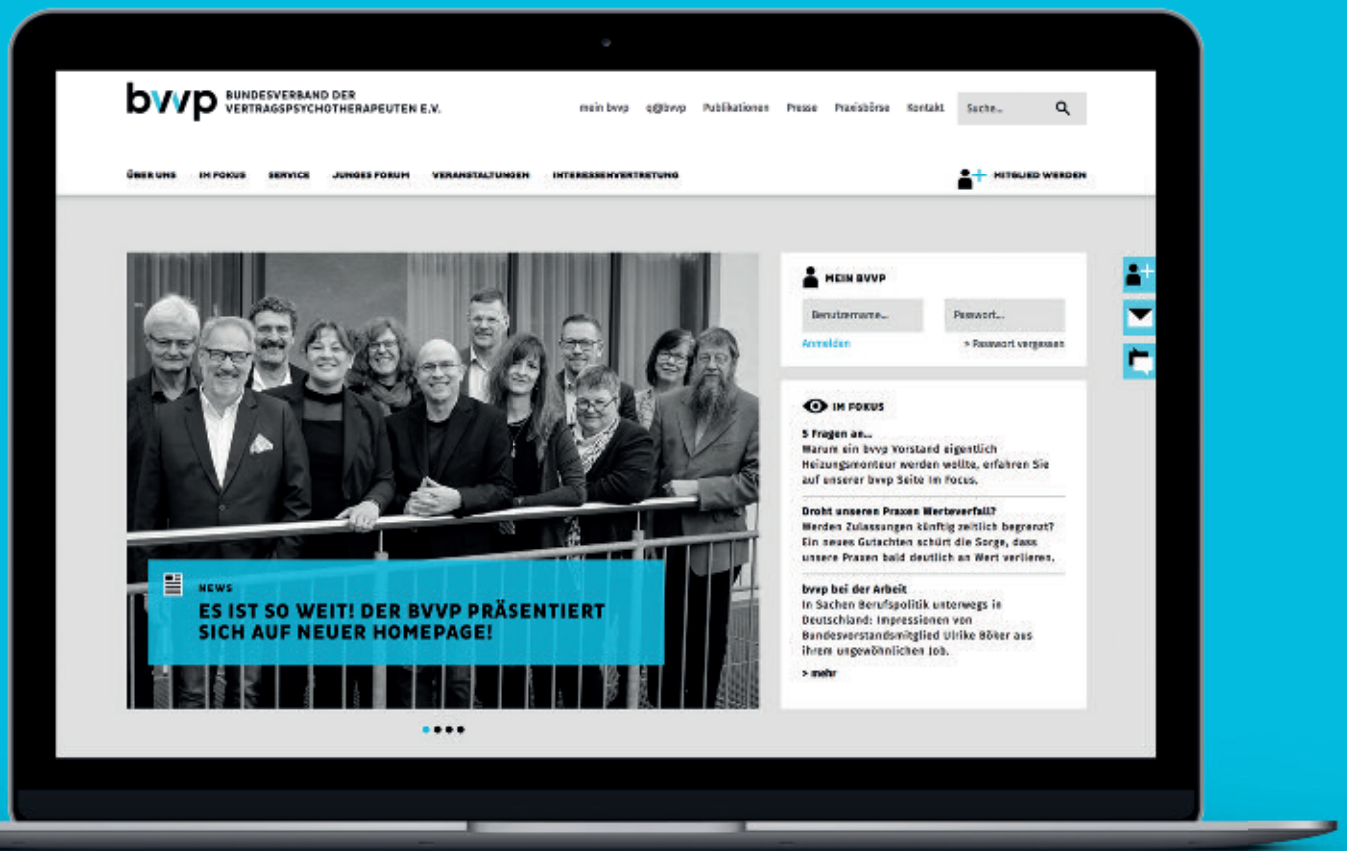
Darüber hinaus könnte eine koordinierte Versorgung für besonders schwer Erkrankte mit Teilhabeeinschränkungen wichtig und richtig sein. Modellprojekte dieser Art gibt es bereits, aber auch hier steht die Evaluation noch aus.

Aber so, wie der § 92 formuliert ist, soll ein Hürdenlauf für alle Psychotherapiepatienten aufgebaut werden, der bei weniger in ihren Möglichkeiten behinderten Menschen nur zu einem Verschleiß von knappen Behandlerressourcen und bei allen Betroffenen zu einem diskriminierenden Hürdenlauf führen und absehbar auch die Versorgung verschlechtern würde.

Es sei gewarnt: Solche Modelle könnten Schule machen und auch auf andere Arztgruppen abfärben.

# JETZT NEU: BVVP.DE

Die neue Website ist online



**Neu: Praxisbörse**  
Zur Suche von Partnern,  
Mitarbeiter\*innen, Praxis-  
oder Therapieräumen ...



**Neu: bvvp-Blog „Im Dialog“**  
bvvp-Blogautoren schreiben  
über brisante Themen –  
diskutieren Sie mit!



**Neu: Junges Forum**  
Service und Informationen  
für PiA und den Weg in die  
Selbstständigkeit

# Gefangen im Netz? Digitalisierung und Psychotherapie

## Bei der bvvp-Podiumsdiskussion in Berlin diskutierten Experten aus Medizin, Forschung und Psychotherapie über das Für und Wider digitaler Angebote in der Patientenversorgung

Von **Anja Manz**, bvvp-Bundespressereferentin

**Welche Auswirkungen** hat die Digitalisierung auf die Selbstwahrnehmung und die therapeutische Beziehung? Inwieweit ist diese Beziehung durch die digitale Entwicklung bedroht? Diese spannenden Fragen standen im Mittelpunkt des Vortrags, den Dr. Silja Samerski, Soziologin und eHealth-Expertin an der Universität Bremen, im Rahmen der bvvp-Veranstaltung „Gefangen im Netz? Digitalisierung und Psychotherapie“ hielt.

Mehr als hundert Teilnehmer waren am 13. September zu der öffentlichen Podiumsdiskussion in Berlin gekommen, um sich mit diesen für Psychotherapeuten zukunftsentscheidenden Fragen auseinanderzusetzen. Hatte der bvvp doch zu der Veranstaltung im Rahmen seiner Bundesdelegiertenversammlung in Berlin weitere nicht minder spannende Gäste aufs Podium geladen, die Dr. Samerskis Positionen aus unterschiedlichen Perspektiven reflektierten.

Auf den gemütlichen Korbstühlen hatten Platz genommen: Dr. med. Franz-Joseph Bartmann, scheidender Präsident der Ärztekammer Schleswig-Holstein, Dr. med. Bernhard Tenckhoff, Leiter der Stabsstelle Innovation, strategische Analyse und IT-Beratung in der KBV, sowie Julian Visarius vom BKK Dachverband.

Wie Dr. Samerski in ihrem Vortrag ausführte, stelle nicht die Digitalisierung als solche das Problem dar, vielmehr liege die Schwierigkeit darin, digitale Souveränität zu erreichen, statt von den Entwicklungen der Digitalisierung beherrscht zu werden.

Als eine zentrale Gefahr machte sie eine datengetriebene Gesundheitsversorgung aus. Diese basiere darauf, Profile von Menschen zu erheben, mit deren Hilfe zukünftige Risiken kalkuliert und beherrschbar gemacht werden sollten. Sie zog Beispiele aus der Kriminologie und der Terrorabwehr heran, um ihre These zu verdeutlichen, dass zunehmend mithilfe von Datenprofilen versucht werde, künftiges abnormales Verhalten zu erfassen und zu verhindern. Potenzielle Straftäter würden so in den USA zunehmend mithilfe entsprechender Instrumente eingestuft und Risiko-diagnostisch begründeten Maßnahmen zugeführt – was so weit gehen könne, dass sie zeitlich unbefristet in präventiven Gewahrsam genommen werden könnten.

Der menschliche – auch menschengemäße – Maßstab werde dabei durch die Erstellung eines kalkulierten Risikoprofils ersetzt. Ein statistisch kalkuliertes Risiko sage jedoch niemals etwas über eine einzelne Person aus, wie sie betonte.

Auch in der Medizin entschieden zunehmend Algorithmen pseudo-objektiv über Schicksale, Entscheidungen über Menschenleben würden damit jedoch ihrer ethischen Dimension beraubt. So arbeite man in den USA und in England bereits mit einem an der Stanford University entwickelten Algorithmus, der den Todeszeitpunkt von Kranken mit einer Genauigkeit von angeblich 90 Prozent bestimmen könne – entsprechend werde dann die medizinische Vorgehensweise angepasst. Für Konsequenzen der Behandlung – oder von deren Unterlassung – sei niemand mehr auszumachen, der persönlich Verantwortung übernehmen müsse. Und vielerorts im Gesundheitswesen werde sichtbar, dass mit einer Medizin, die auf statistischer Risikokonstruktion basiere, ein „Verschwinden des leibhaftigen Gegenübers“ verbunden sei.

Dem stellte sie als Gegenbild eine „Kunst der Gegenwärtigkeit“ gegenüber, eine Beziehung zum Patienten, die ein Echo im eigenen Dasein werfe und bei der man sich in anderen spiegele. Dabei machte sie die Psychotherapie als eine Profession aus, die in besonderer Weise geeignet sei, diese Kunst zu bewahren und zu pflegen.

Dem widersprach unter anderem Krankenkassenvertreter Julian Visarius vom BKK Dachverband in der anschlie-



100 TeilnehmerInnen diskutierten mit Experten zukunftsentscheidende Fragen

ßenden, vom Hamburger Journalisten Bernd Seguin moderierten Diskussion. Man habe gar kein Interesse an Risikoadjustierung, auch den Kassen gehe es um individualisierte Medizin. Die Sorge, dass die Krankenkassen als wichtige Akteure im Gesundheitssystem ein Interesse hätten, mithilfe digitaler Angebote die wichtige therapeutische Beziehung zu schwächen oder deren Bedeutung für den Behandlungserfolg zu leugnen, sei ebenfalls unbegründet. Keinesfalls solle Richtlinienpsychotherapie durch digitale Angebote ersetzt werden. Der BKK Gesundheitsreport habe vielmehr – wie auch andere Studien – klar belegt, dass sich digitale Therapieangebote für viele Patientengruppen eignen – vielleicht sogar zu einer ersten Auswahl vor dem Aufsuchen eines Psychotherapeuten. Er nannte als Beispiel für eine Gruppe, für die digitale Angebote sinnvoll sein könnten, Studierende, die akut unter Prüfungsdruck litten.

Das genannte Beispiel wurde im Publikum auch kritisch reflektiert. So merkte ein Teilnehmer an, dass zwar richtig sei, dass nicht jeder, der in einer Krise sei, auch unbedingt Richtlinienpsychotherapie benötige, aber es komme nicht selten vor, dass sich hinter massiver Prüfungsangst in Wahrheit eine psychische Störung verberge, die behandlungsbedürftig sei. Er

### **„In den USA und England wird ein Algorithmus entwickelt, der zu 90 Prozent den genauen Todeszeitpunkt von Kranken bestimmen kann“**

sehe eine Gefahr in der Bagatellisierung von Angst. So werde zum Beispiel darüber nachgedacht, wie man mittels Strafgebühren unterbinden könne, dass Menschen wegen Bagatellen in die Notaufnahmen der Krankenhäuser kämen – ohne zu berücksichtigen, dass viele in der Notaufnahme Hilfe suchten, die in Wahrheit unter behandlungsbedürftigen Angststörungen litten. Eine Gefahr, auch der digitalen Angebote, sei, dass man die Angst nicht ernst genug nehme.

Auch wurde im Publikum von mehreren Seiten bestritten, dass die Äußerung von Herrn Visarius, es sei keinesfalls angestrebt, dass Richtlinienpsychotherapie durch digitale Angebote ersetzt werde, so für alle Krankenkassen zutreffe. Sie berichteten von problematischen Erfahrungen in ihrem Praxisalltag, zum Beispiel von schwer depressiven Patienten, die eine

Richtlinienpsychotherapie beginnen wollten, von ihren Krankenkassen aber massiv zur alternativen Nutzung von Online-therapie gedrängt würden.

Dr. Bartmann, als scheidender Landesärztekammerpräsident Vertreter der Ärzteschaft, betonte, es dürfe bei der Diskussion um ein Für und Wider digitaler Angebote nicht um ein Entweder-oder gehen. Psychisch schwer kranke Menschen bräuchten Richtlinienpsychotherapie, das sei unwidersprochen. Eine wichtige Chance digitaler Angebote liege aber darin, Patienten überhaupt erst zielgenau zu den für sie passenden Angeboten im Gesundheitssystem navigieren zu können – und so zu verhindern, dass sie ohne Hilfe jahrelang falsch oder unzureichend versorgt durch das Medizinsystem vagabundierten.

Und man könne zwar mit digitalen Angeboten nicht den Ärztemangel oder Versorgungsengpässe kompensieren, aber ohne Zweifel könne man wichtige zusätzliche Angebote für viele Patientengruppen machen. Hier nannte er als Beispiel multimorbide Patienten, die – räumlich weitab von einem Arzt – schon jetzt mittels telemedizinischer Hilfe deutlich besser versorgt würden, als das noch vor wenigen Jahren möglich gewesen sei. „Der größte anzunehmende Unfall ist aber in der Tat, wenn menschliche Zuwendung



Der Vorstandsvorsitzende des bvvp, Benedikt Waldherr (rechts), im Gespräch mit den Experten Dr. med. Franz-Joseph Bartmann, Julian Visarius, Dr. med. Bernhard Tenckhoff und Dr. Silja Samerski (von links)

von Technologieangeboten ersetzt werde“, warnte er.

Bernhard Tenckhoff, Leiter der Stabsstelle Innovation in der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, betonte den positiven Anteil der Digitalisierung, den er mit „elektrifizierende Prozesse“ umschrieb. Auf diesen würde niemand mehr verzichten wollen, da er Effektivität erhöhe und bessere Zeitznutzung ermögliche. Er erinnerte daran, dass es vor gut 100 Jahren eine ähnliche Diskussion über die Erhebung und Nutzung von Laborwerten gegeben habe. Auch hier sei es um ein Instrument gegangen, besser zu behandeln, das dem Patienten aber ein Stück weit die Macht über seine Gesundheit entzogen habe. Die Frage bliebe: „Welcher Anteil der Digitalisierung ist nützlich? Wo gerät man an eine digitale Betonwand, an der durch fehlende Transparenz und subtile Steuerung das Vertrauen der Patienten gebrochen wird?“, so Tenckhoff.

Auch in der engagierten und emotionalen Diskussion mit den Teilnehmern der Fortbildung zeigte sich der Wunsch, zwischen nützlichen Angeboten – auch dem „seriösen Part“ digitaler Methoden der internetbasierten Angebote – und gefährlichen Irrwegen der Digitalisierung zu unterscheiden. Das Spektrum der Reaktionen im Publikum reichte von dem

### „Digitalität fördert die Forderung nach Funktionalität, wo Menschlichkeit erforderlich ist“

selbstbewussten Statement: „Digitale Programme können uns niemals ersetzen: Warum die Angst?“, bis zur Äußerung großer Sorge vor einer Zukunft, in der die Kassen, um leichte Fälle herauszufiltern, die Patienten zunächst zur Nutzung eines Online-Therapieangebots verpflichten, bevor ihnen überhaupt der Zugang zu einer Richtlinienpsychotherapie ermöglicht werde.

Benedikt Waldherr, Vorsitzender des bvvp, gab zum Ende der Veranstaltung zu bedenken, der Effektivitätsgedanke, der der Nutzung digitaler Innovationen meist zugrunde liege, stoße schon philosophisch in der Behandlung psychisch kranker Menschen an seine Grenzen. Der Mensch bleibe ein Mensch mit Schwierigkeiten – und manchmal seien eben im therapeutischen Prozess auch nur leichte Verbesserungen zu erzielen, weil sich Krankheit, besonders psychische, oft der Rationalität, Normierung und Effektivität entziehe.

Provokant stellte er die Fragen in den Raum: „Wie viel Gesundheit kann eine Gesellschaft von ihren Mitgliedern erwarten oder gar erzwingen? Gibt es nicht auch ein Recht auf Krankheit in der Nomenklatur unseres Rechtssystems beziehungsweise im Raum unserer Grundwerte?“ Angesichts oft sehr schwieriger Behandlungsverläufe, gerade in der Psychotherapie, werde hier unter dem Gesichtspunkt der Digitalisierung häufig einfach darüber hinweggesehen und die Dimension des menschlichen Leidens ausgeblendet. Funktionalität werde erwartet, wo Menschlichkeit erforderlich sei.

Einig waren sich die Teilnehmer der Podiumsdiskussion darin, dass die rasante digitale Entwicklung so wenig aufzuhalten sei wie die Zunahme von onlinebasierten Therapieangeboten. Wesentlich sei es aber, eine fortschreitende „Entkörperung“ des Patienten zu verhindern, in der dieser im Interesse medizinischer Effektivität mehr und mehr zum gesichtslosen Datenprofil werde. Um kranken Menschen zu helfen, bleibe die therapeutische Beziehung zentral, die auf Sprechen und Zuhören beruhe. Den Psychotherapeuten mit ihrer Behandlungskunst der Gegenwärtigkeit komme in der Gestaltung dieses Prozesses der digitalen Entwicklung eine ganz besondere Rolle zu.



# Strukturierung und Professionalisierung

Bei der Delegiertenversammlung in Berlin wurden zahlreiche Kompetenzkreise entwickelt, die den bvvp fokussiert nach vorn bringen sollen. Außerdem öffnet sich der Verband für eine neue Mitgliederklientel

Von **Tilo Silwedel**, bvvp-Vorstandsmitglied

Die diesjährige Herbsttagung der Delegierten des Bundesverbandes der Vertragspsychotherapeuten (bvvp) war geprägt von den Berichten des Bundesvorstands zur Gesundheitspolitik der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) und der Bundespsychotherapeutenkammer (BPTK), zur Gesetzesreform des Terminservice- und Versorgungsgesetzes (TSVG) und zu den Honorarklageverfahren. Für Psychotherapeuten wesentlich sind die im Gesetzesreformvorhaben beabsichtigte Überprüfung der Kapazitätenauslastung von ambulanten Praxen, Förderung der sprechenden Medizin, Ausweitung der Terminservicestellen (TSS) auf 24 Stunden mit bundesweit einheitlicher Nummer und die hiermit verknüpften Honorarzuschläge zur Aufnahme neuer Patienten und zum Abbau von Wartezeiten. Die Bundesländer sollen in die Beschlüsse der regionalen Zulassungsausschüsse künftig einbezogen werden, um die psychotherapeutische Versorgung zu verbessern.

Im Mittelpunkt der Tagung stand jedoch auch die Organisationsentwicklung des bvvp-Bundesverbandes, die sich auch auf die Ebenen der Regional- und Landesverbände im bvvp erstreckt. Die Professionalisierung des bvvp schreitet als fortlaufender Prozess voran. Zur Unterstützung des Bundesvorstands bei der Erfüllung seiner Aufgaben wird die Bundesgeschäftsstelle mit zusätzlichen Ressourcen ausgestattet. Viele kreative Ideen und Impulse kommen aus der Geschäftsstelle, um die angenehme Diskussionskultur im bvvp, die Spaß macht, zu erhalten und zu

stärken. Die Presse- und Öffentlichkeitsarbeit soll künftig zentral von der Bundesgeschäftsstelle aus gesteuert werden. Im Bundesvorstand werden themenzentrierte Kompetenzkreise gebildet, zum Beispiel Pressemeldungen, Organisationsentwicklung, Rechtliches, Homepage und Behandlungsleitlinien. Die Kompetenzkreise sollen dem Bundesvorstand zurarbeiten, der sich schwerpunktmäßig auf die Festlegungen von Positionen, Planung und Umsetzung konkreter Maßnahmen konzentriert und so die Interessen der Mitglieder wirkungsvoll vertritt.

## Ab 2019 kommt das bvvp-Magazin Projekt Psychotherapie im neuen Design

Flankiert wird die Organisationsreform des bvvp von einer neuen, attraktiven Homepage. Es geht darum, den Verband nach innen und außen zu stärken. Wir wollen jüngere und verbandlich ungebundene Kolleginnen und Kollegen erreichen und deren Interesse an einer Mitgliedschaft im bvvp wecken. Die neue Homepage soll mehr Nähe zu den Mitgliedern schaffen.

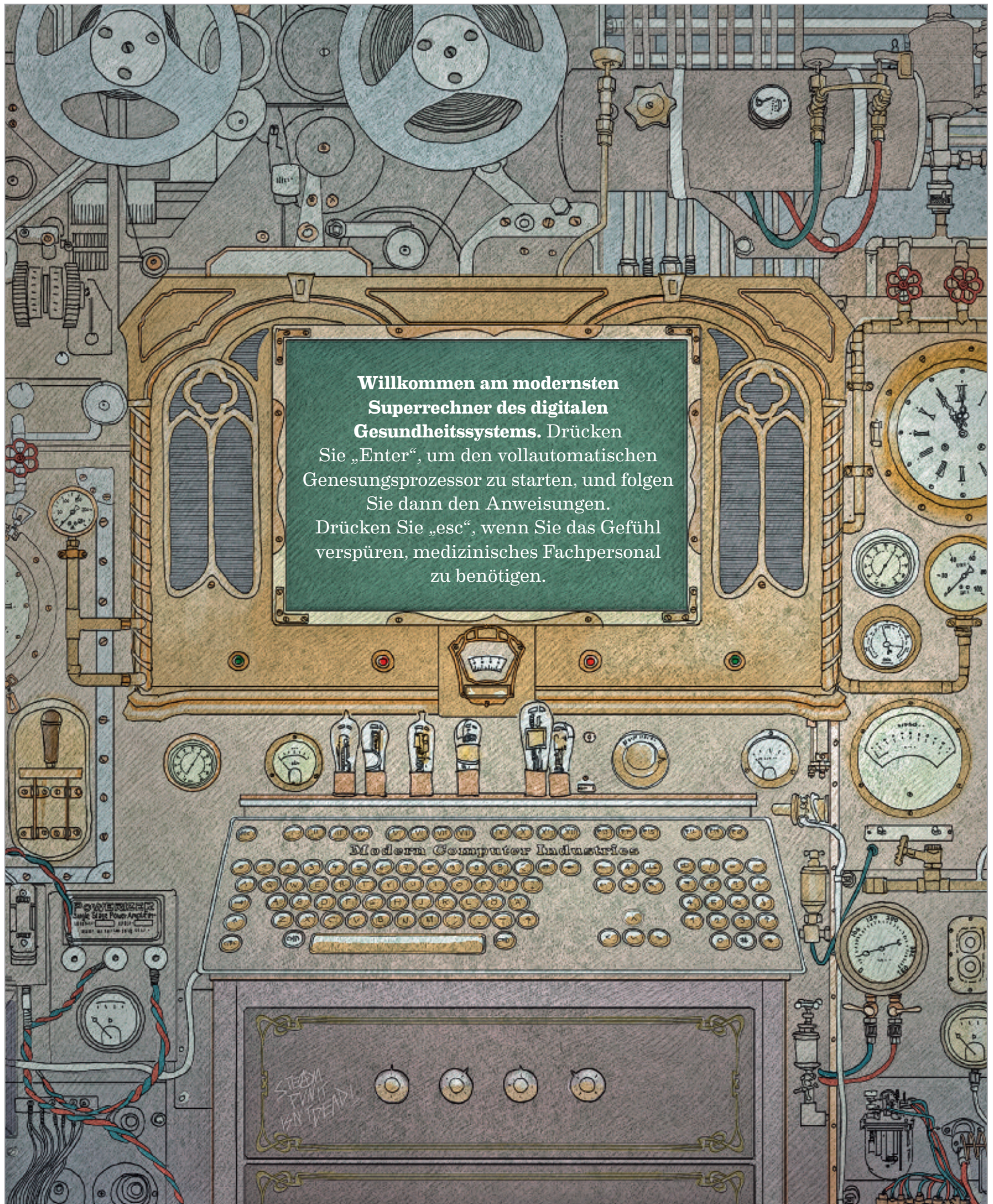
Auch angestellte Psychotherapeuten können künftig Mitglied im bvvp werden, der bekanntlich kritisch Stellung zu den Problembereichen bezieht, unter anderem zu den ausbeuterischen Strukturen in den Arbeitsverhältnissen von Angestellten und

der unterschiedlichen Vergütung gleicher Leistungen bei AP und PP/KJP. Neue Arbeitsbereiche für angestellte Psychotherapeuten sollen entwickelt werden in Gestalt von flexiblen Kooperationsformen mit selbstständig tätigen Psychotherapeuten und Teilzeitarbeitsverhältnissen jenseits rigider und engmaschiger Bedarfsplanungsstrukturen und verordneten Mindestleistungsmengen. Im Zuge der Ausbildungsreform sind auch neue Tätigkeitsformen angestellter Psychotherapeuten in Aus- und Weiterbildungsinstituten denkbar.

Ab 2019 wird das bvvp-Magazin *Projekt Psychotherapie* eine neue Gestalt erhalten, die sich auf diese Weise harmonisch in die Corporate Identity der Praxisbroschüren und anderen Veröffentlichungen des bvvp einreihen wird.

Das Junge Forum des bvvp hat dem Bundesgesundheitsminister Herrn Spahn persönlich eine Petition mit über 22.000 Unterschriften übergeben mit der zentralen Forderung der angemessenen Vergütung von Behandlungsleistungen während der Ausbildung. Weitere Perspektiven und Projekte sind im Blick, um die Kommunikation über die sozialen Medien im Internet zu nutzen. PiAs und Studierende zeigten in den Gesprächen lebendiges Interesse an den Aktivitäten des bvvp.

Die bvvp-Delegierten zollten Anerkennung für die geleistete Arbeit des Bundesvorstands und brachten wichtige Anregungen zur Professionalisierung ein, die über die guten personalisierten Beziehungen ein stabiles Fundament hat, um sich zu friedensstellend weiterzuentwickeln. —



# Gesundheit 3.0

Die fortschreitende Digitalisierung des Gesundheitswesens stellt die Psychotherapeuten vor Herausforderungen.

Der bvvp diskutiert das Thema breit mit Experten verschiedener Bereiche hinsichtlich der Aspekte der Ökonomisierung, des Patientenwohls und der Grenzen der Digitalisierung

Von **Tilo Silwedel** und **Eva Schweitzer-Köhn**, bvvp-Vorstandsmitglieder

**eHealth**, Digitalisierung im Gesundheitswesen, ist aktuell ein höchst kontrovers diskutiertes Thema. Deshalb widmen wir ihm diesen Schwerpunkt in unserem Magazin und lassen unterschiedliche Akteure mit sehr unterschiedlichen Sichtweisen zu Wort kommen.

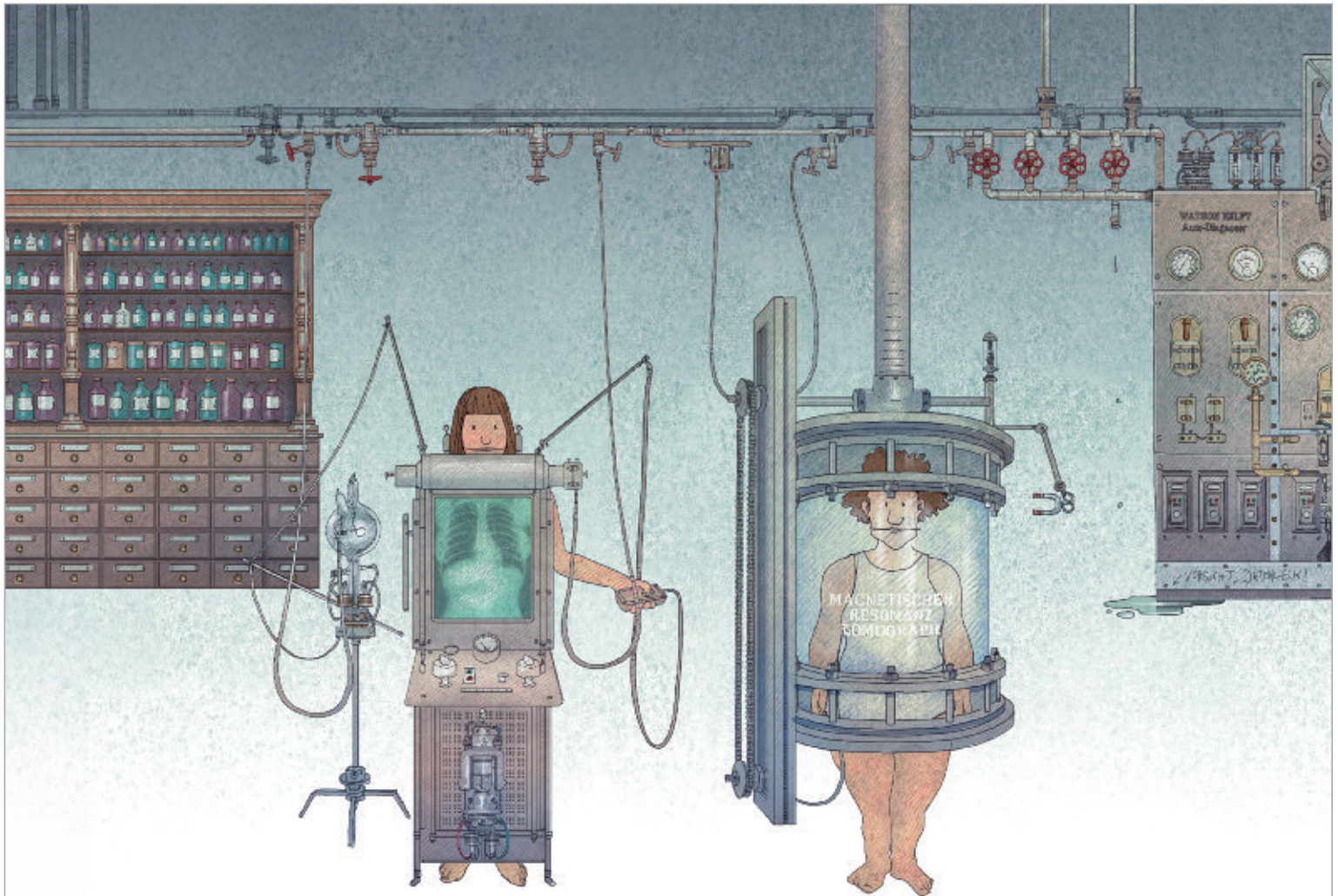
Einleitend drucken wir noch einmal eine Kolumne von Bernd Hontschik aus dem Jahr 2007 ab, der das Thema bereits damals markant dargestellt hat, das wir derzeit noch immer mit ähnlichen Argumenten diskutieren.

Verschiedentlich ist von einer „digitalen Revolution“ die Rede, die alle unsere Lebensbereiche erfasst, auch natürlich die Gesundheitsversorgung und auch die Psychotherapie. Das Wissen und die Erkenntnisse über Gesundheit und Krankheit werden immer mehr in Gestalt von elektronischen Daten erfasst und gesammelt. PatientInnen informieren sich im Internet über ihre Erkrankungen und Behandlungsmöglichkeiten, machen Online-Selbstbehandlungsversuche oder konfrontieren ihre BehandlerInnen mit im Internet gesammelten Informationen. Psychotherapeuten stehen mit ihrer Tätigkeit im System der gesetzlichen Krankenkassen unter verstärktem Legitimationsdruck, wenn sie sich nicht an die Erfordernisse ihrer sich rasant ändernden Arbeitsbedingungen im Zeitalter der Digitalisierung anpassen. In dieser sich

stets weiter wandelnden Welt der gesundheitlichen Versorgung steht infrage, ob der Patient seine verfassungsrechtlich verbrieften Rechte der informationellen Selbstbestimmung über die Daten seiner Erkrankungen überhaupt noch hinreichend wahrnehmen kann. Es gibt zahlreiche Interessenten an den Gesundheitsdaten – sehr viel Geld ist damit zu verdienen.

Es gilt, die Gefahren dieser Entwicklung für die Menschen zu sehen und ernst zu nehmen sowie gleichzeitig auch die möglichen Vorteile für die Gesundheitsversorgung. Wir haben als bvvp immer die Meinung vertreten, dass es keinen Sinn macht, fundamental gegen die Digitalisierung schlechthin zu sein. Dass wir diese vielmehr mitgestalten müssen. Es ist für uns selbstverständlich, dass die PatientInnen Herr beziehungsweise Frau ihrer Daten sind und bleiben und diese maximal geschützt werden müssen. Es gilt hier wachsam zu bleiben und gegebenenfalls auch unsere PatientInnen entsprechend zu beraten. Es mag eine große Erleichterung für PatientInnen und ihre BehandlerInnen sein, wenn wichtige Befunde in einer elektronischen Patientenakte zusammengefasst und verfügbar sind. Wir halten es aber für sehr wichtig, dass der Gesetzgeber und die KBV hier einheitliche Standards setzen. Aber selbst dann ergeben sich noch Fragen: Sind die Befunde in der eAkte vollständig und ak-

tuell? Können wir uns als ÄrztInnen/PsychotherapeutInnen darauf verlassen? Wir würden sagen: im Zweifel nein. Eine gründliche Anamnese gehört nach wie vor zu jeder Behandlung. Frau Mauersberg, die beim Verbraucherzentrale Bundesverband die Interessen der VerbraucherInnen/PatientInnen vertritt, begrüßt es sehr, dass Versicherte einen unmittelbaren Zugriff auf ihre medizinischen Daten erhalten sollen und künftig auch smarte Geräte dafür genutzt werden können. Herr Naumann von der Gesundheits-IT-Industrie spricht von einer möglichen Emanzipation der PatientInnen, die ihren BehandlerInnen mehr auf Augenhöhe begegnen könnten, wenn sie mehr Zugang zu medizinischen Daten und Informationen haben, und benennt sogar mögliche Einsparungen im Gesundheitswesen in Milliardenhöhe durch die Digitalisierung. Frau Prof. Samerski hingegen betont die Bedeutung der Gegenwärtigkeit, das Zuhören und Verstehen als Grundlage der menschlichen Heilkunst, und warnt vor einer datengetriebenen Medizin, die nur noch Daten und keine Menschen mehr kennt. In diesem Spannungsfeld leben und arbeiten wir und müssen die Ambivalenz zwischen dem voranschreitenden Fortschritt und notwendiger Vorsicht und dem Bewahren uns wichtiger Werte aushalten und immer wieder gut ausbalancieren. —



## Eine wahnsinnige Idee

Von **Dr. med. Bernd Hontschik**

— **EDV in der Medizin** ist ein Ärgernis, wenn sie die Kommunikation stört. Wer kennt nicht das dumme Gefühl, wenn der Arzt seinem Bildschirm mehr Zeit widmet als seinem Patienten. Volle Konzentration auf die Daten statt volle Konzentration auf den Patienten: Arzt-Daten-Beziehung statt Arzt-Patient-Beziehung.

Ein kleiner Schuljunge sitzt weinend in meiner Praxis und kann seinen linken Arm nicht mehr bewegen. Seine Eltern

trösten ihn. Er war im Schulhof von einem Klettergerüst gestürzt. Die Röntgenuntersuchung ergab einen ellbogennahen Speichenbruch. Das ist keine gewöhnliche Verletzung, und über die korrekte Behandlung bin ich unsicher. Vielleicht ist doch eine Operation nötig? Jetzt kommt die Elektronik zu Hilfe: Das neue digitale Röntgen macht's möglich.

Ein Anruf bei einem Kollegen in einer weit entfernten Klinik, eine E-Mail mit

den Röntgenbild-Dateien, kurz danach der Rückruf und die Diskussion der bestmöglichen Therapie: Es vergehen keine zehn Minuten, bis der Oberarmgips angelegt werden kann, mit dem guten Gefühl, diese Behandlung mit einem versierten Spezialisten besprochen zu haben. Der Arzt freut sich, der Patient freut sich auch. Statt stundenlang in immer neuen Wartezimmern gesessen zu haben, geht die Familie jetzt zusammen ein Eis essen:

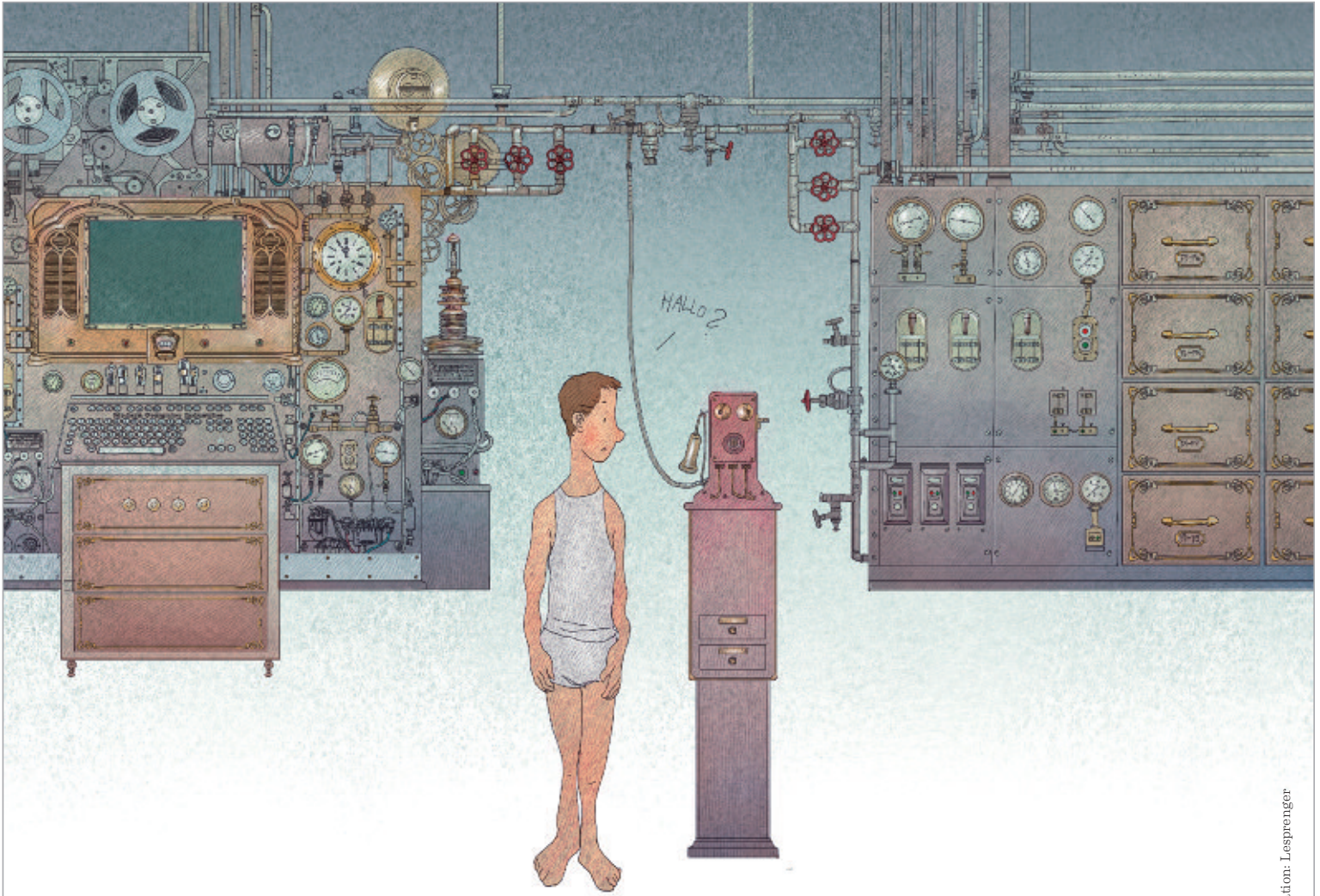


Illustration: Lesprenger

## Kein Mensch wird elektronisch gesund. eHealth kann den Arzt nicht ersetzen – soll es aber zum Teil. Eine kritische Betrachtung

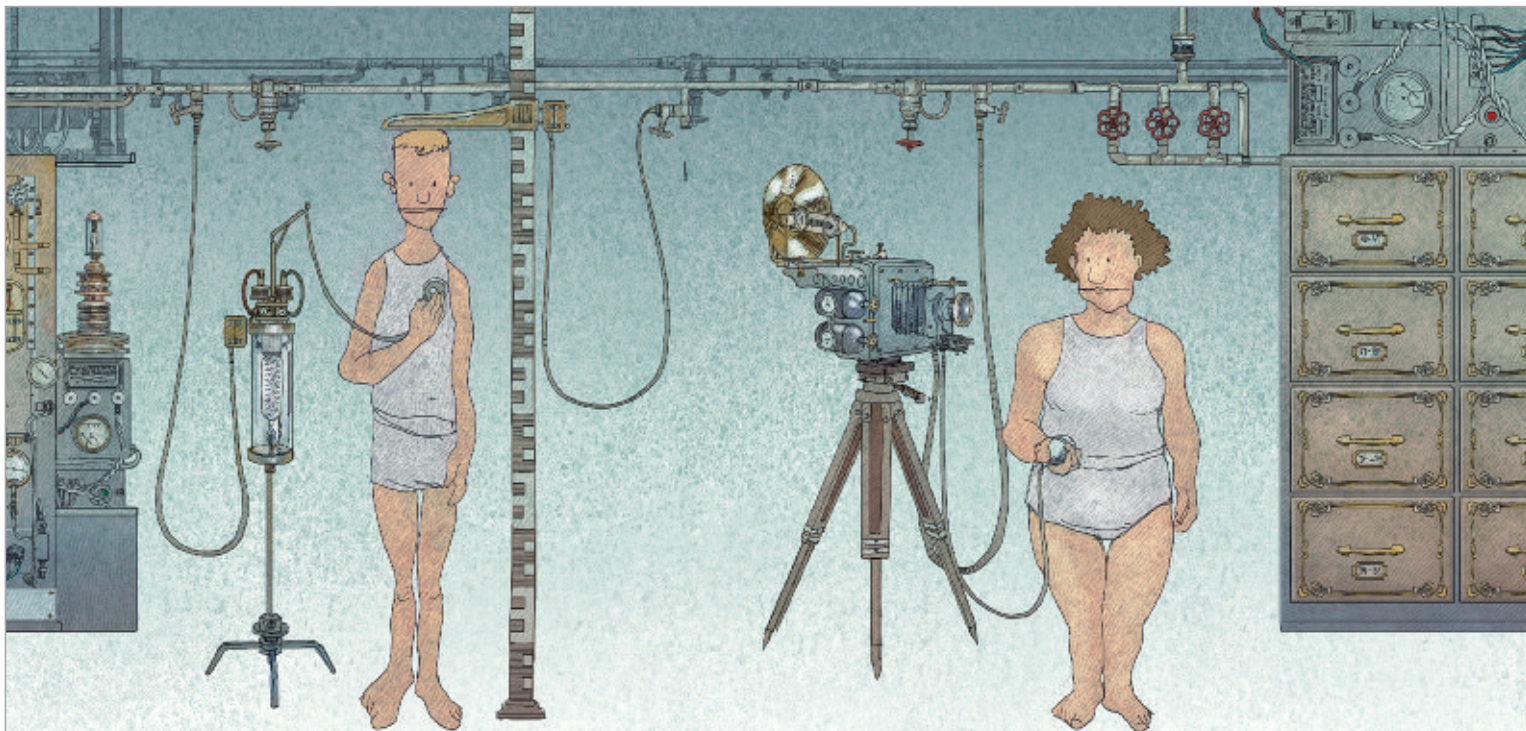
Zuerst abgedruckt in der „Frankfurter Rundschau“, Nachdruck mit freundlicher Genehmigung des Autors, [chirurg@hontschik.de](mailto:chirurg@hontschik.de), [www.medicinhuman.de](http://www.medicinhuman.de)

EDV in der Medizin ist ein Segen, wenn sie die fachliche Kommunikation erleichtert.

Aber zum fatalen Irrweg wird die EDV, wo sie Kommunikation in der Medizin ersetzen will. eHealth heißt dieser böse Traum: Electronic Health. Dass der alte Krankenschein schon vor vielen Jahren von der Versichertenkarte abgelöst wurde, ist längst Gewohnheit. Nun wird die wahn-sinnige Idee diskutiert, alle medizinischen

Daten, alle Diagnosen, Arztbriefe, Rezepte und Behandlungen auf einer elektronischen „Gesundheitskarte“ und zusätzlich noch in einem gigantischen Zentralrechner abzuspeichern. Dem haben inzwischen fast alle ärztlichen Organisationen zum Glück eine Absage erteilt. Wofür sollte das auch gut sein außer für die Gesundheit der Informationstechnologie-Branche: Es ist von mehr als vier Milliarden Euro die Rede, die das kosten soll.

eHealth gibt es nicht. Kein Mensch wird elektronisch gesund. Es ist zwar eine faszinierende Idee, Patienten mit einer Maschine kommunizieren zu lassen. Aber daraus wird rasch eiskalte Science-Fiction. Im Grunde handelt es sich nur um einen weiteren Schritt auf dem Weg zur Industrialisierung der Medizin. Und dieser Irrweg ignoriert, dass die Medizin nur mit Kommunikation zum Erfolg kommt. Medizin ist Beziehungsarbeit.



## ePA & Co.:

# Gesundheits-IT erreicht den Patienten

Elektronische Patientenakte,  
Online-Terminbuchungstools und digitale Sprechstunden:  
Die Gesundheits-IT bietet Patienten eine Menge Vorteile

Von **Jens Naumann**

**Mehr Rechte** an den eigenen Daten, ein großes Angebot an Gesundheits-Apps und -websites, „Dr. Google“ als Diagnostik- und Therapiefindungstool: Die Digitalisierung bietet den Patienten immer mehr Zugangsmöglichkeiten zu ihren Gesundheitsdaten und Informationen rund um ihre Erkrankungen. Diese Entwicklung birgt das Potenzial, einen grundsätzlichen Wandel in den Beziehungen zwischen Patient und Behandler zu bewirken.

So errechnete das Beratungsunternehmen PwC Strategy&, dass durch consequenten Einsatz von bereits heute existierenden Gesundheits-IT-Anwendungen bei gleichbleibender Versorgungsqualität in Deutschland Kosten von bis zu 39 Milliarden Euro pro Jahr eingespart werden können. In der Studie wurde dabei deutlich, dass die ak-

tive Einbeziehung des Patienten mittels IT-Anwendungen ein wesentlicher Grund für diese mögliche Effizienzerhöhung ist.

Für diese Erkenntnis gibt es heutzutage viel Zuspruch: In Zeiten des sich rasant und vollständig digitalisierenden Lebens erwarten die Versicherten, dass sie Zugriff auch auf ihre Gesundheitsdaten und einen digital unterstützten Zugang zur medizinischen Versorgung erhalten. So wünschen sich zum Beispiel laut einer Umfrage der Apotheker- und Ärztekammer 59 Prozent der Versicherten die Möglichkeit, ihre Arzttermine online buchen zu können; 26 Prozent hätten nichts dagegen, wenn die Sprechstunde selbst online stattfinden würde.

Das größte Potenzial sehen die Versicherten aber in der elektronischen Patientenakte (ePA): Laut einer Umfrage des

AOK-Bundesverbandes halten es über 78 Prozent der Versicherten für sinnvoll, dass ihre Behandlungsdaten in einer patientengeführten Akte gespeichert werden und dort von den Behandlern abgerufen werden können.

Diesen durch die Digitalisierung beschleunigten Trend der Emanzipation des Patienten und die Radikalität seiner Auswirkungen erkennen die Player in unserem Gesundheitswesen zunehmend. So beherrscht momentan ein reger, hart umkämpfter Wettbewerb um die Deutungs- und Betreiberhoheit von digitalen Patientenakten die gesundheitspolitische Szene.

Ob Politik, Ärzte, Therapeuten, Apotheker, gesetzliche und private Krankenversicherungen, Pharmabranche, digitale Gesundheitswirtschaft wie die Medtech-

Branche und Gesundheits-IT-Industrie, Marktforscher, Global Player (Apple, Amazon usw.) sowie zahlreiche Start-ups: Sie alle diskutieren, dass ePAs in Bezug auf Behandlungstransparenz und Patientensicherheit Großes bewegen können und die darin enthaltenen Daten immens wichtig für die Zukunft der Gesundheitsversorgung sind.

Die aktuell wahrnehmbare starke Fokussierung auf dieses Thema basiert auf der Erkenntnis, dass sich mit der Hoheit über seine „Echtzeit“-Behandlungsdaten das Selbstverständnis des Patienten „vom Objekt zum Subjekt“ verschiebt. Diagnostik und Therapie werden transparent und vergleichbar; das Netz ermöglicht Zweitmeinungen – all dies mit der Folge, dass der Patient immer mehr verstehen möchte, warum und wann etwas bei der Behandlung seiner Krankheit mit ihm geschieht. Diese Haltung macht den Patienten im Austausch mit dem Leistungserbringer zum „Manager seiner eigenen Gesundheit“ und versetzt ihn in die Lage, ein neues Selbstverständnis über seinen Gesundheitszustand zu entwickeln. Gleichzeitig werden sich Ärzte, die schon jetzt dem Druck unterliegen, „dienstleistungsorientierter“ zu arbeiten, in naher Zukunft mit neuen Wettbewerbern um das Vertrauen des Patienten konfrontiert sehen – und Antworten darauf finden müssen, was sie von Big-Data-basierter Diagnostik und Therapie unterscheidet.

Selten war Gesundheits-IT deshalb ein solch spannendes und systemrelevantes Thema wie derzeit. Zu beobachten ist, wie die unterschiedlichen Player ihre Positionen zu besetzen versuchen und je nach Ausgangsposition Besitzstandswahrung oder Raumgewinne anstreben. So hat zum Beispiel die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) den Anspruch formuliert, die medizinischen Inhalte und die technischen Spezifikationen für den Datenaustausch der deutschen elektronischen Patientenakte (ePA) festzulegen – völlig unbeeindruckt von der Tatsache, dass diese Strukturen längst weltweit von Wissenschaftlern in medizinischen Fachgesellschaften und der Medizin-Informatik ausspezifiziert sind.

Insbesondere die Krankenkassen setzen auf das Potenzial der eAkten. Dabei findet

## Mit der Hoheit über seine Behandlungsdaten verschiebt sich das Selbstverständnis des Patienten vom Objekt zum Subjekt

derzeit ein Wettbewerb der Ideen statt: So bleiben bei der aktuellen Aktenkonzeption des AOK-Lagers die Patientendaten beim Arzt oder auf Servern von Ärztenetzen oder KVen und werden bei jedem Zugriff durch einen Suchalgorithmus zusammengeführt. Im Falle des Modells „TK-Safe“ – derzeit zum Beispiel von der Techniker Krankenkasse angeboten – werden die Daten wiederum auf zentralen Servern abgelegt. Bei der ePA-App „Vivy“ – angeboten von einem Konsortium aus privaten und gesetzlichen Versicherern – wird das Prinzip der dezentralen Datenspeicherung direkt auf dem Smartphone des Patienten favorisiert.

Das Bundesgesundheitsministerium (BMG) wiederum legt im Kabinettsentwurf des TSVG (Terminservice- und Versorgungsgesetz) fest, dass die Nutzung der ePA in datenschutzrechtlicher und technischer Hinsicht deutlich vereinfacht werden soll. So „befreit“ das Gesetz die ePA von der zwingenden Verwendung der eGK zur Zugangsberechtigung – und macht sie damit für die Nutzung auf Smartphones, Tablets und PCs einfach und mobil verfügbar.

Dass Krankenkassen mit diesem Gesetz verpflichtet werden sollen, ihren Patienten ab 2021 auf Kassenkosten eine ePA zur Verfügung zu stellen, zeigt, welche strategische Bedeutung der Nutzung von elektronischen Patientenakten auch aus Sicht des BMG zugemessen wird.

Die Gesundheits-IT-Industrie, die seit vielen Jahren versorgungsnahe Lösungen anbietet, die heute die Nutzer in allen Einrichtungen der ambulanten, stationären und rehabilitativen Versorgung in ihrem Alltag unterstützen, kann bereits heute auf ein vielfältiges Angebotsspektrum verweisen, aus dem Ärzte und Psychotherapeuten gemeinsam mit ihren Patienten die für die

spezifische Situation des Patienten beste ePA, App oder ein digital unterstütztes Patientenbegleitprogramm auswählen können. Dies genau wird neben der rechtssicheren Klärung von Datenschutzfragen und einer fairen Vergütungsregelung ein entscheidendes Kriterium für Erfolg oder Misserfolg von solchen digitalen Assistenten sein: die Passgenauigkeit des die Behandlung durch den Arzt oder Therapeuten ergänzenden digitalen Diagnostik- und Therapiebegleiters für die spezifische Situation des Patienten.

Hier können wir derzeit eine große Vielfalt von Ideen, Konzepten und fertigen Umsetzungen beobachten, die im Wettbewerb miteinander nach dem größten Nutzen für den Patienten suchen. Diese Vielfalt gilt es durch den Gesetzgeber und die Selbstverwaltung zu nutzen und zugleich mit regulatorischen Leitplanken, also Bewertungskriterien zu deren tatsächlichem Nutzen, zu versehen.

Es bleibt zu hoffen, dass der Gesetzgeber die Kraft des Wettbewerbs bei der Suche nach Innovationen und damit der besten Lösung für den Patienten erkennt und einen gesetzlichen Rahmen definiert, der eine „Kassen-Einheitsakte“ vermeidet und der Individualität der Patienten und ihrer therapeutischen Situation Rechnung trägt.

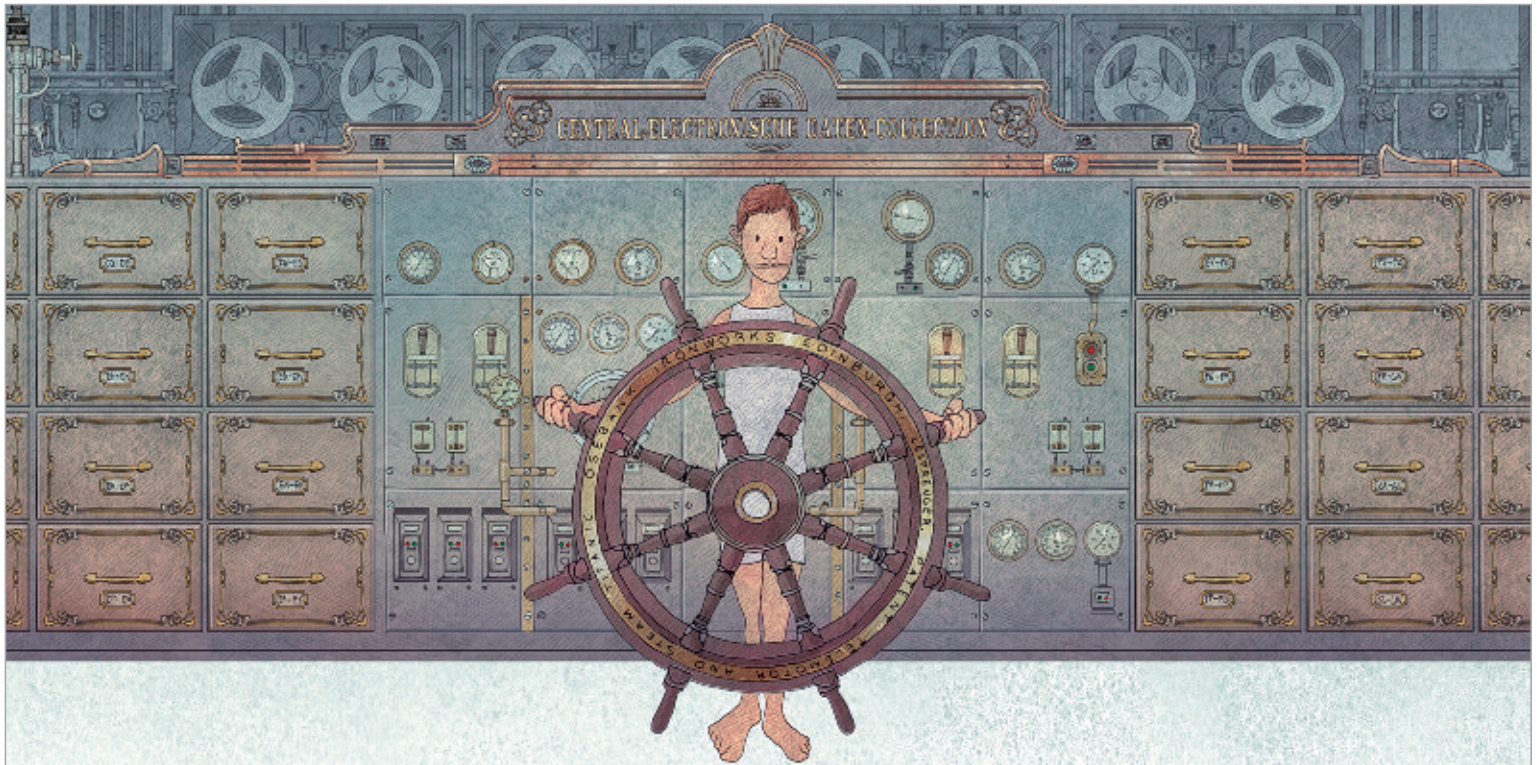


Foto: Privat

### Jens Naumann

ist seit 2007 Geschäftsführer der medatixx GmbH & Co. KG, eines der führenden Anbieter von Arzt-Praxissoftware in Deutschland. Nach dem

Universitätsstudium der Informationstechnik startete er seinen beruflichen Werdegang als Referent bei der Wirtschaftsförderung Sachsen und wechselte dann in die Wirtschafts- und Managementberatung für Ärzte und Zahnärzte sowie später in Geschäftsführer-Positionen in verschiedenen Software-Unternehmen. Seit September 2014 ist er Mitglied des Vorstands des bvitg und seit 2017 Vorsitzender des Vorstandes.



## Der datensouveräne Patient

Datensouverän ist, wer über den Aufnahmeetatbestand entscheidet.  
Wie Big Data unser Leben verändert und wie wir dies steuern können

Von **Steffen Augsberg**

**Die Digitalisierung** bringt gerade im Gesundheitsbereich erhebliche, tatsächliche wie normative Herausforderungen mit sich. Typische Entwicklungstrends lassen sich mit den Schlagworten Vernetzung und Hyperinformation, Enträumlichung und Debeziehungsweise Transhumanisierung beschreiben. Dabei geht es nicht um eine Momentaufnahme oder einen auf bestimmte Teilbereiche beschränkten Effekt. Vielmehr erleben wir einen umfassenden Transformationsprozess. Elementarer und integraler Bestandteil dessen sind die unter dem Schlagwort „Big Data“ zusammengefassten technischen Möglichkeiten. Mit ihnen sind vielfältige und schwierige Fragen verbunden. Zu klären ist etwa, wie die Umstellung auf computergestützte Analysen das Arzt-Patienten-Verhältnis verändern, ob die durch Selbstvermessungsinstrumente (wie Smartphones und -watches) erzeugte „selbstinduzierte Fremdbestimmung“ ak-

zeptabel ist, wie tradierte Autonomieansprüche und Verantwortungszuschreibungen auch gegenüber algorithmenbasierten Entscheidungen in Ansatz gebracht werden können und wie sich ein umfassendes, den engeren Gesundheitsbereich transzendierendes Wissenspotenzial auf das Konzept einer zumindest partiell bewusst ignoranten Gesellschaft auswirkt.

Big-Data-Anwendungen sind zugleich längst keine Zukunftsvision mehr. Sie sind bereits hier, prägen – wenn auch oft unbemerkt – unseren Alltag und werden dies in Zukunft noch stärker tun. Es wäre wirklichkeitsfremd anzunehmen, dies könnte durch regulatorische Anstrengungen verhindert werden. Vielmehr gilt: Big-Data-Entwicklungen lassen sich nicht aufhalten, sehr wohl aber gestalten. Einen entsprechenden Vorschlag für eine der Komplexität, Vielschichtigkeit und (potenziellen) Ubiquität des Phänomens angemessene Rege-

lungsstrategie entwickelt die jüngste Stellungnahme des Deutschen Ethikrates („Big Data und Gesundheit. Datensouveränität als informationelle Freiheitsgestaltung“). Demnach sind zunächst sorgfältig Vor- und Nachteile der neuen Technik zu ermitteln. So lassen sich zu deren Stärken die wachsende Datenbasis, die damit verbundene Entwicklung innovativer digitaler Instrumente sowie der hohe Grad der Vernetzung zählen. Zu den Schwächen gehören unsichere Datenqualität, Intransparenz von Datenflüssen, Kontrollverluste sowie erhöhte Koordinations-, Regulierungs- und Qualifikationsanforderungen. Als Chancen von Big Data gelten etwa bessere Stratifizierungsmöglichkeiten bei Diagnostik, Therapie und Prävention und damit verbundene Effizienz- und Effektivitätssteigerungen sowie die Unterstützung gesundheitsförderlichen Verhaltens. Risiken bestehen vor allem hinsichtlich Entsolidarisierung, Verantwortungs-

Illustration: Lesprenger



## **Big-Data- Entwicklungen lassen sich nicht aufhalten, sehr wohl aber gestalten**

diffusion, Monopolisierung, und Datenmissbrauch.

Untersucht man vor diesem Hintergrund die bestehenden rechtlichen Vorgaben, zeigt sich, dass diese mit Blick auf Big Data auch nach den jüngsten Änderungen, namentlich der Datenschutz-Grundverordnung und den hierauf bezogenen deutschen (Datenschutz-)Gesetzen, spezifische Defizite und Dysfunktionalitäten aufweisen. Darum bestehen erhebliche Zweifel an der Effektivität der bisherigen Schutzmechanismen. Sie müssen, will man nicht Big-Data-Anwendungen schlicht für unzulässig erklären, ergänzt und gegebenenfalls auch ersetzt werden. Dies gilt zumal, als die ihnen zugrunde liegenden basalen normativen Parameter weiterhin Relevanz besitzen und Beachtung verdienen. Das zeigt das Ethikkapitel der Stellungnahme. Hier werden zentrale Werte (Freiheit und Selbstbestimmung, Privatheit und Intimität, Souveränität und Macht, Schadensvermeidung und Wohltätigkeit sowie Gerechtigkeit, Solidarität und Verantwortung) in ihren begriffsgeschichtlichen Ursprüngen und aktuellen Bedeutungen erläutert und mit praktischen Anschauungsbeispielen aus dem Gesundheitssektor verbunden. Gemeinsam mit der juristischen (Defizit-)Analyse folgen hieraus wichtige staats- und gesellschaftsorientierte Steuerungsimpulse.

Zusammengefasst läuft dies auf die Forderung hinaus, ein neues, der Komplexität und Entwicklungsdynamik von Big Data angemessenes Governancemodell zu entwickeln. Der Deutsche Ethikrat sieht als zentrales Leitprinzip hierfür die Datensouveränität – definiert als eine den Chancen und Risiken von Big Data angemessene verantwortliche informationelle Freiheitsgestaltung. Der herkömmliche Datenschutzgedanke wird damit nicht aufgegeben, aber den Herausforderungen der Gegenwart entsprechend weiterentwickelt und mit einem ebenso voraussetzungs- wie anspruchsvollen, eine Vielzahl von Akteuren einbindenden und innovationsoffenen Gestaltungs- und Regelungskonzept abgesichert. Eine solche komplexe Gewährleistungsdimension lässt sich nicht durch bloße Teilmodifikationen einzelner Instrumente oder gar allein durch zusätzliche Ressourcenzuweisungen und erhöhte Durchsetzungskapazitäten sicher-

stellen. Sie verlangt eine weitreichende, rechtliche wie außerrechtliche Mechanismen einbeziehende gesamtgesellschaftliche Anstrengung. Es bedarf flexibler und problemadäquater, institutionell diversifizierter Regulierungsansätze. Zwei exemplarische Aspekte mögen dies verdeutlichen: Unter Big-Data-Bedingungen ist es, erstens, notwendig, sich von überholten Vorstellungen einer spezifischen, vorgegebenen Sensibilität bestimmter Daten und hierauf rekurrender besonderer Schutzmechanismen zu lösen. Datenschutz kann nicht mehr statisch an bestimmten Daten und Datennutzungskategorien ansetzen, sondern muss sich auf ständige Rekombinationen und Rekontextualisierungen einstellen. Dabei genügt es, zweitens, nicht, an einigen wenigen Schrauben zu drehen. Vielmehr sind die diversen Beteiligten und Handlungskontexte und die vielfältigen Verantwortlichkeiten zu berücksichtigen. Diese Multiakteursverantwortung erfasst selbstverständlich auch die Datenverwender in Wirtschaft und Forschung. Die dort zentrierte Expertise ist von elementarer Bedeutung. Technologisch induzierte Probleme verlangen nach technologisch unterstützten, jedenfalls aber technologisch informierten Lösungen.

Datensouveränität bildet aber nicht nur einen Maßstab für Veränderungen im Verhältnis von Regulierern und Regulierten, sondern nimmt namentlich die Ausgangssubjekte der personenbezogenen Daten mit in den Blick. Diese müssen zu einem souveränen Umgang mit ihren Daten befähigt werden. Das verweist auf das bekannte Konzept der informationellen Selbstbestimmung, entwickelt dieses aber weiter. Informationelle Freiheitsgestaltung in diesem Sinne meint interaktive Persönlichkeitsentfaltung unter Wahrung von Privatheit in einer vernetzten Welt. Die Betonung des Freiheitsgedankens verdeutlicht, dass es nicht um ein eigentums-

analoges Ausschlussrecht geht. Stattdessen steht die Befugnis im Zentrum, selbst zu bestimmen, mit welchen Inhalten man in Beziehung zur Umwelt tritt. Entscheidend ist weniger die – ohnehin illusorische – jederzeitige Hoheit über die eigenen Daten denn die Möglichkeit, verhaltenslenkendes, potenziell freiheitsbeschränkendes Verhalten erkennen und auf dieser Basis den Zugang zu Daten kontrollieren zu können. Neben informatorischen und edukatorischen Maßnahmen sind hierfür klare Regelungsvorgaben, zum Beispiel Missbrauchs- und Diskriminierungsverbote, erforderlich. Darüber hinaus sind freiheitssichernde technische Unterstützungsmechanismen wie etwa sogenannte elektronische Agenten miteinzubeziehen. Zudem wird nicht verkannt, dass eine zunehmend datenbasiert funktionierende Gesellschaft und insbesondere ein zunehmend datenbasiert operierendes Gesundheitssystem auf valide Daten angewiesen sind. Deshalb wird die Freiheits- um eine Verantwortungsperspektive ergänzt. Demnach ist im Rahmen der informationellen Freiheitsgestaltung (auch) geboten, sich an den gesellschaftlichen Anforderungen von Solidarität und Gerechtigkeit zu orientieren.

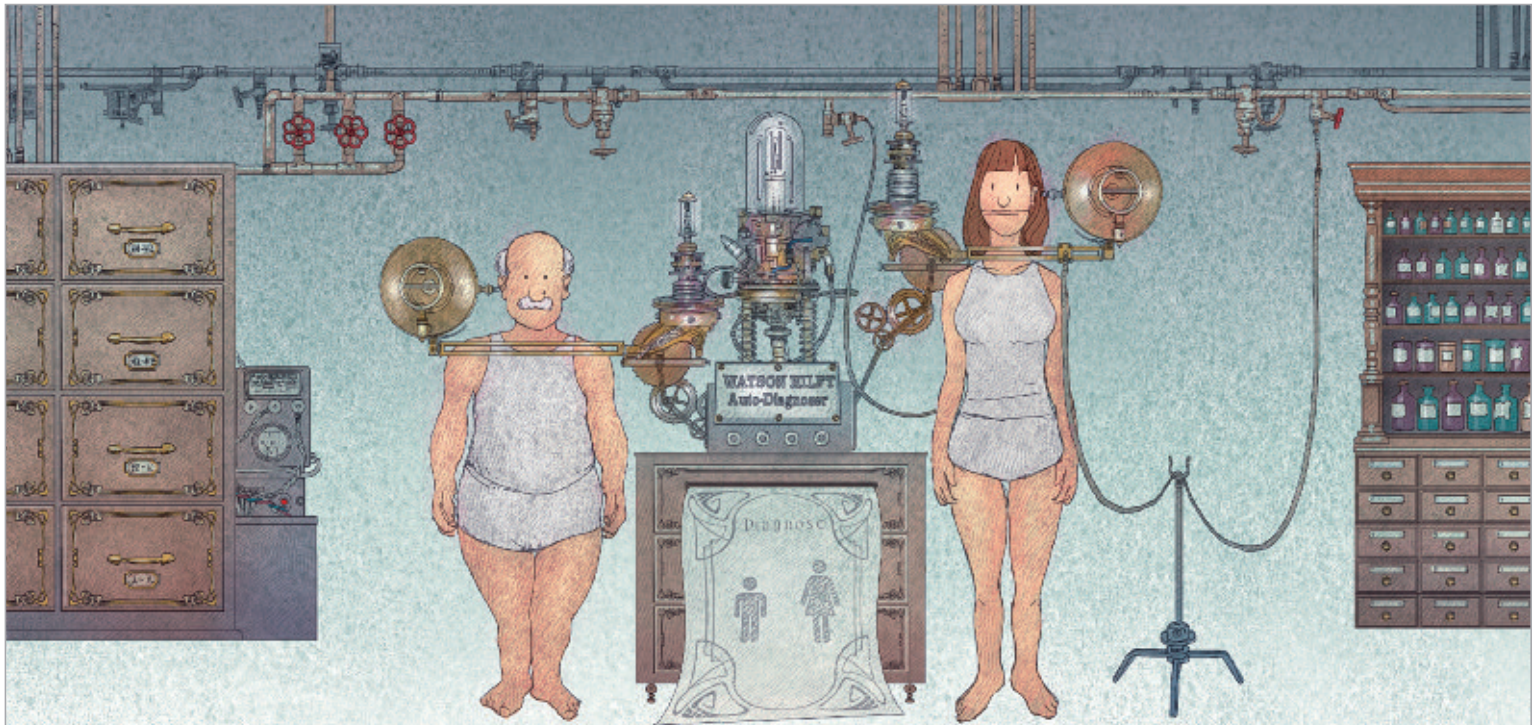
Foto: Privat



**Prof. Dr. Steffen Augsberg**

hat in Trier und München Rechtswissenschaft studiert und wurde in Heidelberg promoviert. Nach der Habilitation in Köln erhielt er zunächst einen

Lehrstuhl an der Universität des Saarlandes. Seit 2013 ist er Professor für Öffentliches Recht an der Justus-Liebig-Universität Gießen. 2016 wurde er in den Deutschen Ethikrat gewählt; dort fungierte er unter anderem als Sprecher der AG „Big Data“. Seine Arbeitsschwerpunkte liegen im Verfassungs- und Verwaltungsrecht (insbesondere Gesundheits- und Finanzmarktrecht), im Europarecht (insbesondere Verwaltungsorganisationsrecht) sowie in den Grundlagen des Rechts (insbesondere Interdisziplinarität und Demokratietheorie).



# Die Patienten im Spiegel von Daten

## Auswirkungen der Digitalisierung auf die therapeutische Beziehung und auf den Patienten als Individuum

Von **Silja Samerski**

Illustration: Lesprenger

**Digitale Technik** gehört im heutigen Gesundheitssystem zum Alltag. Ärzte erscheinen mit Tablets am Krankenbett, Patienten überwachen ihre Gesundheit mithilfe der Apple-Watch, Krankenkassen bieten elektronische Gesundheitsakten an, und das Fernbehandlungsverbot wird aufgeweicht. Auch vor der Psychotherapie macht die digitale Transformation nicht halt: In Ländern wie den Vereinigten Staaten oder Großbritannien boomt die Online-Psychotherapie, und hierzulande werden digitale Kommunikations- und Coaching-Angebote getestet, unter anderem ein Depressions-Coach. Solche Formen von digitalen Hilfen optimieren die Gesundheitsversorgung, so das Argument, weil sie keine Wartezeiten haben, niedrigschwellig sind und selbstorganisiert genutzt werden können.

Über die digitale Transformation im Gesundheitswesen wird viel diskutiert, insbesondere über die Bedrohung der infor-

mationellen Selbstbestimmung durch die allgegenwärtige Sammlung und Verarbeitung von Daten. Eine andere große Gefahr bleibt jedoch weitgehend unbeachtet: die Gefahr, dass die digitale Technik unsere Wahrnehmung voneinander und unser Verhältnis zueinander technisch umprägt. Bereits heute werden Menschen immer weniger als leibhaftige Personen und immer mehr als Datenprofile behandelt. Die datengetriebene Medizin hat das Ziel, möglichst umfassende Daten-Doppel von Patienten zu erstellen und darauf Diagnosen und Therapien zu gründen. Was zählt, ist nur das, was gezählt werden kann: Biomarker, genetische Testergebnisse, Vital- und Fitnessdaten usw. Diese Daten sollen bestimmen, wie jemand gesehen, beurteilt und behandelt wird. „Wir stehen auf dem Sprung“, so beklagte ein Mediziner auf einem Ärztekongress, „die Grafiken zu behandeln und nicht die Menschen.“

### Von sprechenden Menschen zu sprechenden Daten

Als Profession, die bis heute das Sprechen und Zuhören in den Mittelpunkt stellt, steht die Psychotherapie in einem datengetriebenen Gesundheitssystem vor besonderen Herausforderungen. Bis heute hat sie den Sinn dafür bewahrt, dass Heilkunst bzw. professionelle Hilfe nicht ohne Beziehung möglich ist. Bis zum Anfang des 18. Jahrhunderts war jede Begegnung zwischen Arzt und Patient eine Konversation. Patienten erzählten von ihren Leiden und vertrauten darauf, dass ihre Erzählungen im Arzt einen Widerhall fanden; die medizinische Kunst bestand vornehmlich im Zuhören. Die Verwissenschaftlichung der Medizin und Objektivierung des menschlichen Körpers im 19. Jahrhundert brachten den Patienten jedoch zum Verstummen. Das Anhören wurde sozusagen durch das Abhorchen abge-

löst. In einer datengetriebenen Medizin verschwindet nun auch der individuelle Körper und wird durch ein Datenprofil ersetzt. Was als normal und was als auffällig bzw. behandlungsbedürftig gilt, bestimmen nicht das Befinden der Patientin oder die wahrnehmbare Symptomatik, sondern Daten, Normwerte und statistische Korrelationen. Als krank gilt nicht mehr diejenige, die sich schlecht fühlt, sondern diejenige, deren Performedaten bestimmte Grenzwerte überschreiten.

In einer solchen datenfixierten Medizin kommt das Gespräch, die Beziehung zwischen zwei Menschen als Fundament der Heilkunde, nicht mehr vor. Bereits jetzt haben Ärzte kaum noch Zeit für das Sprechen. In einer datengetriebenen Medizin sprechen jedoch vor allem die Daten, aber nicht mehr die Menschen. Bereits heute beklagen Patienten, dass der Arzt sich vor allem dem Bildschirm zuwendet und nicht mehr seinem menschlichen Gegenüber. Das persönliche Gespräch verkommt zunehmend zum Beiwerk, das dem gesundheitsbezogenen Datenmanagement einen humanen Anstrich verleiht. Manche IT-Experten halten den Computer sowieso für den besseren Arzt: Der Mathematiker Christian Hesse beispielsweise ist sich sicher: Ärzte können in Zukunft „einpacken“, wie er in der „Süddeutschen Zeitung“ schreibt, weil die Rechenmaschine der „Leibarzt von morgen“ wird.

Wenn die Medizin sich auf das Management von Gesundheitsdaten spezialisiert, gerät das Individuum nicht nur in der unmittelbaren Begegnung aus dem Blick, sondern auch in den Grundlagen des Wissens. Der Allgemeinmediziner Harald Abholz spricht vom „Verschwinden des Individuums“ in der Medizin. Datengetriebene Medizin ist zwangsläufig eine statistische Medizin, die keine leibhaftigen Menschen mehr kennt. Stattdessen behandelt sie Patienten als Mitglieder von statistischen Klassen, als gesichtslose Datenprofile. Auch wenn diese Datenprofile sehr umfassend sind und daher „personalisiert“ erscheinen: Zwischen der Statistik und dem Einzelfall, zwischen den kalkulierten Vorhersagen und der eigenen Biografie, zwischen den Daten und dem Menschen aus Fleisch und Blut bleibt immer eine Kluft. Der kalkulierende maschinelle „Leibarzt von morgen“, wie beispielsweise der Super-

## Wenn die Medizin sich auf das Management von Gesundheitsdaten spezialisiert, verschwindet das Individuum

computer Watson Health, kann Informationen durchforsten, Muster erkennen, Wahrscheinlichkeiten kalkulieren und Möglichkeiten vorschlagen – einen leibhaftigen Menschen beurteilen und die Entscheidung darüber treffen, was gut und richtig ist, das kann er jedoch nicht.

### Gegenwärtigkeit

Angesichts der digitalen Transformation muss die Psychotherapie ihre Grundlagen, das zugewandte Gespräch und das professionelle Bemühen, das leidende Gegenüber zu verstehen, gezielt und bewusst stärken. Für ein vertrauensvolles therapeutisches Gespräch ist die unmittelbare Gegenwart eine unerlässliche Voraussetzung: Sprechen und (aktives) Zuhören, Offenbaren und Verstehen konstituieren und ermöglichen sich gegenseitig. Therapeutin und Patient gehen eine Beziehung miteinander ein, in der es um viel mehr geht als um die Anwendung von Techniken oder die Sammlung von Informationen.

Die große Gefahr für die Psychotherapie angesichts der digitalen Transformation ist nicht nur, dass das Gespräch zunehmend durch Online-Coaching und mediale Vermittlung ersetzt wird, sondern auch, dass der Sinn für deren grundlegende Verschiedenheit verloren geht. Um den Sinn für Gegenwärtigkeit und Individualität kultivieren zu können, ist es eine Voraussetzung, sich die Kluft bewusst zu machen zwischen gesichtslosem Datenprofil und leibhaftiger Person, zwischen Statistik und unberechenbarem Individuum, zwischen technisch vermittelter Kommunikation und zugewandtem Gespräch oder Begegnung.

### Digitale Souveränität

Je stärker der Mensch von seinen technischen Werkzeugen beherrscht wird, so schrieb der Philosoph Ivan Illich bereits in den 1970er-Jahren, desto stärker „bestimmt die Gestalt des Werkzeugs sein Selbstbild“. Damit Kreativität, Freiheit und mensch-

liches Miteinander blühen können, plädierte er für „Selbstbegrenzung“, also für den wohlüberlegten Einsatz von Technik innerhalb von gemeinsam definierten Grenzen. Auch der Sachverständigenrat für Verbraucherfragen macht die Fähigkeit, Grenzen zu setzen, zu einem zentralen Kriterium für „digitale Souveränität“: „Digitale Souveränität umfasst (...) nicht nur die Gestaltung eines souveränen Agierens innerhalb der digitalen Welt, sondern fordert einen ebenso souveränen Umgang mit der digitalen Welt im Sinne der Fähigkeit, digitale Dienste oder Endgeräte wie das Smartphone bei der Nutzung kontrollieren zu können, nicht aber kontrolliert oder im Verhalten maßgeblich beeinflusst zu werden.“

Bei der digitalen Transformation im Gesundheitswesen werden nicht nur Selbstbestimmung und Datenschutz herausgefordert, sondern es stellt sich auch die Frage, wer wir füreinander sind und in Zukunft sein wollen. Als Profession, die bis heute das Sprechen und Zuhören in den Mittelpunkt stellt, ist die Psychotherapie hier auf besondere Weise herausgefordert. Wenn es ihr weiter darum geht, sich dem einzelnen Menschen zuzuwenden, ist es nötig, digitale Technik besonders umsichtig und begrenzt einzuführen. Auf diese Weise könnte sie eine digital souveräne Profession werden und das Bewusstsein dafür pflegen, dass Gegenwart, Zuhören und Verstehen das Fundament einer menschlichen Heilkunst sind. —



Foto: Privat

### Silja Samerski

ist Biologin und promovierte Sozialwissenschaftlerin und arbeitet schwerpunktmäßig zu den sozialen und tech-

nologischen Transformationen des Gesundheitswesens. Zuletzt führte sie in Kooperation mit der TK eine Studie zur digitalen Gesundheitskompetenz durch („TK-DiSK: Digital. Selbstbestimmt. Kompetent. Ein Projekt zur Stärkung der digitalen Gesundheitskompetenz von Patienten und Organisationen“). Seit dem 15. Oktober bekleidet sie die Professur für Soziale Arbeit mit Schwerpunkt Gesundheit an der Hochschule Emden/Leer.

## „Die Digitalisierung deckt verschiedene Bedarfe ab“

Der Verbraucherschutzbund befürwortet den unmittelbaren Zugriff der Versicherten auf ihre eigenen Daten – auch via Smart-Geräte. Allerdings brauche der emanzipierte Patient deutlich bessere Aufklärung, kritisiert **Susanne Mauersberg** im Interview mit **Eva Schweitzer-Köhn** und **Tilo Silwedel**

Illustration: Lesprenger

**Was ist aus Ihrer Sicht beziehungsweise aus der Sicht der VerbraucherInnen und PatientInnen Sinn und Zweck der Telematikinfrastruktur (TI)? Wie stehen Sie als Vertreterin der Verbraucherzentrale dazu?**

**Susanne Mauersberg:** Die TI soll künftig alle Leistungserbringer, Kostenträger und Patienten miteinander vernetzen. Aus Sicht der Verbraucher hat es große Vorteile, wenn es eine zentrale Infrastruktur für alle gibt und nicht verschiedene Anbieter, die miteinander konkurrieren. Das Problem mangelnder Interoperabilität lässt sich nur so lösen, und einen Wettbewerb auf der Infrastrukturebene darf es nicht geben.

Gegenwärtig müssen häufig die Patienten selbst den Informationsfluss zwischen Vor- und Nachbehandler sicherstellen. Vielfach liegen relevante Daten für die Weiterbehandlung nicht vor. Das ist mit Blick auf Doppeluntersuchungen und die Qualität der Versorgung insgesamt keine gute Voraussetzung.

**Wie können die VerbraucherInnen/PatientInnen die weitere Entwicklung der Digitalisierung im Gesundheitswesen mitgestalten? Welche Forderungen hat die Verbraucherzentrale, was will sie gar nicht oder verhindern?**

Bei der mangelnden aktiven Einbeziehung

Foto: Privat



**Susanne Mauersberg**

ist Referentin für Gesundheitspolitik des Verbraucherzentrale Bundesverbandes e.V.

der Versicherten/Patienten liegt nach Auffassung des Verbraucherzentrale Bundesverbandes (vzbv) das zentrale Problem. Mit der elektronischen Gesundheitskarte hat die Regierung einen Top-down-Ansatz bei der Einführung einer neuen Technologie verfolgt. Die Hoffnung war, dass schnell innovative digitale Anwendungen zur Verfügung stehen, die konkreten Nutzen entfalten. Die bestehenden Interessenkon-

flikte in der Selbstverwaltung haben aber zu vielfältigen Blockaden geführt, sodass bislang weder der Notfalldatensatz noch der Medikationsplan als digitale Anwendung zur Verfügung stehen. In weitere Ferne ist das elektronische Rezept gerückt. Die elektronische Patientenakte soll jetzt bis 2021 verpflichtend von jeder Krankenkasse finanziert werden. Auch das ist noch immer eine ehrgeizige Fristsetzung. Eine große Herausforderung ist, ob die Regulierung mit der äußerst dynamischen Weiterentwicklung von Technologien Schritt halten kann.

Der vzbv begrüßt es sehr, dass Versicherte einen unmittelbaren Zugriff auf ihre medizinischen Daten erhalten sollen und künftig auch smarte Geräte dafür genutzt werden können. Allerdings darf das nicht zu einem verpflichtenden „Homebanking“ mit Gesundheitsdaten führen. Wir fordern, dass es analog zu digitalen Anwendungen im Banksektor auch Gesundheitsterminals zum Beispiel in Apotheken geben muss, an denen Nutzer sichere Transaktionen wie zum Beispiel die Weiterleitung einer Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung abwickeln können.

In anderen Ländern wie zum Beispiel der Schweiz und Österreich wird eine sehr viel bessere Öffentlichkeitsarbeit gemacht. Wir brauchen auch in Deutschland dringend mehr Bürgerdialoge und Technikfolgenabschätzung. Die Kakophonie von Schuld-

zuweisungen hat bei der elektronischen Gesundheitskarte zu diversen Kommunikationsproblemen geführt. Hier sind moderne Informationsmaterialien wie Erklärfilme überfällig, damit kein weiteres Vertrauen verspielt wird und Nutzer sich nicht überfahren fühlen.

**Viele ÄrztInnen und PsychotherapeutInnen sind gegenüber der zunehmenden Digitalisierung kritisch eingestellt – welchen Nutzen werden die PsychotherapeutInnen und ihre PatientInnen von der Telematikinfrastruktur haben?**

Leider bestehen bei vielen Leistungserbringern noch große Vorbehalte gegenüber digitalen Anwendungen. Am Beispiel der Videosprechstunde kann man das gut sehen. Für Patienten, die sich andere Kommunikationswege wünschen, ist es schwierig, diesbezüglich mit ihren Ärzten ins Gespräch zu kommen, wenn es keine regulären Angebote gibt. Natürlich wünschen sich auch nicht alle Patienten solche Optionen, allerdings liegt genau hier ein großer Vorteil der Digitalisierung, weil sehr unterschiedliche Bedarfe abgedeckt werden können. Gerade in ländlichen Regionen, wo lange Fahrzeiten für Facharzttermine erforderlich sind, könnte sich die Versorgung durch den Hausarzt dramatisch verbessern, wenn Fachkollegen über Telekonsil einbezogen werden, Befunde viel schneller vorliegen und die Kommunikation zwischen den verschiedenen Leistungserbringern digital unterstützt wird. In Ballungsgebieten ist das kein so großes Desiderat, allerdings gibt es auch hier immobile Patienten, für die jeder Arztbesuch eine große Belastung darstellt. Jeder kennt auch aus eigener Erfahrung die Situation, dass man über Nacht oder am Wochenende krank wird. In Ländern wie der Schweiz gibt es schon seit mehr als 15 Jahren für Versicherte die Möglichkeit, in solchen Fällen eine rein telemedizinische Behandlung in Anspruch zu nehmen. In Deutschland gehen stattdessen sehr viele Menschen mit Bagatellerkrankungen zur Notaufnahme in die Klinik.

Idealerweise sollte die Digitalisierung dazu führen, dass die begrenzten Ressourcen im Gesundheitswesen besser genutzt werden können. Damit das gelingen kann, müssen Nutzer mit ihren individuellen Bedarfen stärker einbezogen werden. Auch Leistungs-

erbringer können organisatorisch von dieser Entwicklung stark profitieren. Gegenwärtig werden die Veränderungen in den gewohnten Abläufen noch zu stark negativ wahrgenommen. Da insbesondere bei der Interoperabilität vieles noch verbesserungsbedürftig ist, wird die Digitalisierung im Alltag eher als Plage denn als Segen wahrgenommen. Dies hat viel mit den bestehenden Geschäftsmodellen zu tun, die proprietäre Lösungen erfordern, um Lizenzgebühren kassieren zu können. Zukünftig werden vermutlich Open-Source-Lösungen erhebliche bessere Resultate liefern.

**Steht der technische Wandel in den Psychotherapeutenpraxen im Einklang mit den Werten der Sprechenden und Zuhörenden Medizin? Könnte der technische Fortschritt zu einer Entfremdung in der PatientInnen-TherapeutInnen-Beziehung, zu einer Abnahme der Zuwendung und damit auch zu einer Gefährdung der Heilbehandlung führen, oder wird sich die Lebensqualität von PatientInnen insgesamt verbessern?**

Gerade im Bereich der psychischen Erkrankungen gibt es inzwischen viele digitale Dienstleistungen, die in Studien ihren Nutzen nachgewiesen haben. Das Gespräch zwischen TherapeutIn und PatientIn darf dadurch nicht ersetzt werden. Es sind ergänzende Bausteine, die die Versorgung stark verbessern können, weil sie zum Beispiel eine asynchrone Kommunikation ermöglichen oder als Angebot zur Überbrückung der langen Wartezeiten dienen. Es wäre sehr erfreulich, wenn Chronifizierungen dadurch vermieden werden könnten. Noch immer bekommen viele Menschen mit psychischem Hilfebedarf keine zeitnahe Unterstützung. Systeme, die eine reine Maschine-Mensch-Kommunikation vorsehen, haben allerdings mit gutem Grund keine gute Evidenz.

Auch im Bereich schwerer somatischer Erkrankungen wie zum Beispiel einer Organtransplantation gibt es inzwischen gute Studien, die zeigen, dass die Arzt-Patient-Beziehung sich durch digitale Optionen verbessern kann. Es kommt zu sehr viel häufigeren kurzen Interventionen. Patienten können zu Hause bleiben, obwohl sie schwer krank sind, weil das Telemonitoring ihnen die Sicherheit gibt, dass eine lückenlose

Überwachung aller Werte auch in diesem Setting gewährleistet werden kann.

**Wird die zunehmende Technisierung in der Kommunikation der behandelnden Fachleute mit KVen, mit Krankenkassen, mit Krankenhäusern zu einem Ohnmachtsgefühl bei Patienten (und Behandlern) führen, die Hoheit über ihre Gesundheitsdaten und ihre Behandlung zu verlieren?**

Die Ängste in diese Richtung sind groß. Dass Technisierung mit dieser Ambivalenz einhergeht, ist allerdings nicht neu. Dennoch hat die Dynamik nochmals stark zugenommen, und es ist daher außerordentlich wichtig, dass es bezüglich Datenschutz und Datensicherheit klare Regeln gibt. Allerdings müssen auch die Datenschutzmechanismen agiler und dynamischer werden, und es muss für die Forschung reguläre Möglichkeiten geben, Daten zusammenzuführen, ohne dass daraus Sicherheitsdefizite entstehen.

Die größten Risiken für Nutzer gehen allerdings vom Internet und von großen Konzernen aus, die über eine Monopolstellung verfügen. Leider bergen mobile Geräte und die damit verbundene komfortable Nutzung sozialer Medien erhebliche Sicherheitsrisiken. Beim Umgang mit Gesundheitsdaten müssen wir die richtige Balance zwischen Sicherheit und Nutzen noch finden. Das Feld darf aber nicht den Internetkonzernen überlassen werden.

**Die elektronische Gesundheitskarte (eGK) besteht seit 15 Jahren und befindet sich immer noch in den Anfängen ihrer Entwicklung, sagt Gesundheitsökonom Jürgen Wasem. Finden Sie, dass man nun einen anderen Weg gehen und die eGK aufgeben sollte?**

Der vzbv hält die Errichtung einer zentralen Infrastruktur für das Gesundheitswesen nach wie vor für ein wichtiges Anliegen. Es gibt auch keinen Grund, die eGK aufzugeben. Eine Bankkarte haben die meisten Menschen auch noch, obwohl Onlinebanking schon geraume Zeit möglich ist. Die Regulierung ist in der Vergangenheit sehr kleinteilig erfolgt. Die Anpassung an neue Entwicklungen wird dadurch sehr erschwert. Der Prüfstein für die Tauglichkeit des bestehenden Systems ist die elektronische Akte.

# Zwischen technischem Wandel und den Werten der sprechenden und zuhörenden Medizin

Ein Gespräch zur Entwicklung von eHealth mit Blick auf Datenschutz – geführt von Tilo Silwedel und Eva Schweitzer-Köhn

**Frau Groß, Sie hatten sich bereits im Jahr 2009 in einem Artikel in *Projekt Psychotherapie* zur elektronischen Gesundheitskarte geäußert. Damals hatten Sie geschrieben: „Die Gesundheitskarte genügt nicht den Sicherheitsstandards. Sie zu verteuflern und damit abzulehnen ist aber falsch. Kritisches Geleit beim Aufbau einer Telematikinfrastruktur ist die Devise.“ Wie stehen Sie heute dazu? Die elektronische Gesundheitskarte (eGK) gibt es seit 15 Jahren und befindet sich zugleich immer noch in den Anfängen ihrer Entwicklung, sagt Gesundheitsökonom Jürgen Wasem. Finden Sie, dass man nun einen anderen Weg gehen und die eGK aufgeben sollte?**

**Christiane Groß:** Die eGK ist im Moment noch immer nur Nachweis für Versicherungsdaten und könnte – mit einem verifizierten Foto, was ich damals schon genauso wie andere auch gefordert hatte – zumindest ein Speichermedium für die Notfalldaten und gegebenenfalls auch für den elektronischen Medikationsplan werden. Die Speicherfunktion ist zu klein für eine ganze Patientenakte, und ob die geplante Schlüsselfunktion für den Zugriff auf servergespeicherte, einrichtungübergreifende elektronische Patientenakten (ePA) noch umgesetzt wird, bleibt offen. Apps auf Smartphones und Gesundheits-

akten (eGA) der Krankenkassen und Versicherungen sind auf dem Vormarsch, auch wenn wir dies ärztlicherseits aus Datenschutzgründen kritisch sehen.

**Wie sieht „mitgestalten“ aus Ihrer Sicht aus? Was können ÄrztInnen und PsychotherapeutInnen und die Organe unserer Selbstverwaltung, zum Beispiel die KBV, dazu tun? Was ist dabei besonders wichtig? Welche Forderungen sind zu stellen, was wollen wir gar nicht oder verhindern?**

Wir können die Entwicklung begleiten, uns kritisch äußern, wenn wir den Patientenschutz in Gefahr sehen, und es unterstützen, wenn eine Entwicklung zur Verbesserung der Versorgung sich abzeichnet. Die Beschlüsse der Deutschen Ärzteschaft bei der Digitalisierung des Gesundheitswesens mitgestalten will. Wenn das Bundesministerium für Gesundheit nun an die Entwicklung einer elektronischen Patientenakte geht, dann sollte diese so gestaltet sein, dass ÄrztInnen und auch Psychologische PsychotherapeutInnen davon profitieren im Sinne einer verbesserten und optimierten Versorgung ihrer PatientInnen. Das heißt, wir benötigen für die Versorgung der PatientInnen strukturierte Daten, die, durch bestimmte Suchfunktionen und

Algorithmen unterstützt, die Behandlung des gerade akuten Falls erleichtern. Die Vorgaben hierzu finden Sie alle unter den Forderungen zur einrichtungübergreifenden ePA des Ärztlichen Beirats NRW, der sich aus kurativ tätigen ÄrztInnen, ZahnärztInnen und auch einem Vertreter der Psychologischen PsychotherapeutInnen zusammensetzt. Es reicht nicht, wie bei den jetzt aktuell propagierten Gesundheitsakten der Krankenkassen, dass wir eine Sammlung von Befunden, Briefen, PDFs haben, die wir wie bei Papier durchsuchen müssen. Und mit den in manchen Gesundheitsakten – mit Verzögerung – übertragenen Abrechnungsdaten können wir in der Versorgung sicher nichts optimieren. Wichtig für alle Patientenakten ist die Integrität der Daten, je aktueller und je vollständiger, desto besser. Und es muss klar sein: Wir sprechen hier von Behandlungsdaten und ärztlichen Befunden und nicht von Daten, die vermeintlich hier hingehören, wie die Abrechnungsdaten und freiwillig gesammelte Lifestyle-Daten und Ähnliches. Sinnvolle Messungen, die der/die PatientIn im Laufe einer Behandlung und im Zusammenspiel mit dem/der BehandlerIn hinzufügt, sind hierbei nicht gemeint.

**Viele ÄrztInnen und PsychotherapeutInnen sind gegenüber der**

**zunehmenden Digitalisierung kritisch eingestellt – welchen Nutzen werden die PsychotherapeutInnen und ihre PatientInnen von der Telematikinfrastruktur haben?**

Sinnvoll ist auf jeden Fall, dass Arztbriefe und Befunde schnell übermittelt und strukturiert in die praxiseigenen Akten übernommen werden können. Wichtig ist und bleibt hierbei immer, ob die PatientInnen das wollen, ob sie die Daten, die wir als PsychotherapeutInnen von ihnen erheben, auch in der Akte haben wollen. Ich denke, dass wir eine ganz besondere Beratungsfunktion haben und darauf aufmerksam machen müssen, dass – leider – psychische Diagnosen immer noch stigmatisierend sein können. PatientInnen profitieren aber sicher von schneller übermittelten Befunden und auch von aktualisierten Medikationsplänen, wenn sie denn vollständig, also auch mit OTC-Präparaten versehen sind.

**Steht der technische Wandel in den PsychotherapeutInnen-Praxen im Einklang mit den Werten der Sprechenden und Zuhörenden Medizin? Könnte der technische Fortschritt zu einer Entfremdung der PatientInnen-TherapeutInnen-Beziehung, zu einer Abnahme der Zuwendung und damit auch zu einer Gefährdung der Heilbehandlung führen, oder wird sich die Lebensqualität der PatientInnen insgesamt verbessern?**

Ich bin davon überzeugt, dass der direkte persönliche Kontakt in der Psychotherapie immer wichtig ist und natürlich auch bleiben wird. Aber es ist sicher ein Erfolg, dass auch zwischenzeitlich mal Sprechstunden und auch adäquate Sitzungen telemedizinisch erfolgen können. Es ist für manche Mutter mit einem kranken Kleinkind, aber auch für kranke Menschen und sogar für Bewohner ländlicher Regionen durchaus denkbar, dass mal die eine oder andere psychotherapeutische Sitzung telemedizinisch absolviert wird. Ich kann mir sogar vorstellen, dass eine Psychotherapie weitgehend telemedizinisch durchgeführt wird. Wichtig dabei ist aber die folgende Bedingung: Wir als ÄrztInnen und als Psychologische PsychotherapeutInnen müssen dabei beson-

Foto: Privat



**Dr. Christiane Groß**

ist Allgemeinmedizinerin mit der Zusatzqualifikation Psychotherapie. Sie fungiert als Präsidentin des Deutschen Ärztinnenbundes und ist Mitglied im Ausschuss Telematik der Bundesärztekammer.

**Es ist für manche Mutter mit einem kranken Kleinkind, aber auch für kranke Menschen und für Bewohner ländlicher Regionen durchaus denkbar, dass die eine oder andere psychotherapeutische Sitzung telemedizinisch absolviert wird**

ders unsere Sorgfalt walten lassen, wir müssen besonders aufmerksam sein, und wir müssen immer wieder neu entscheiden, ob eine telemedizinische Behandlung aktuell ausreicht und damit sinnvoll ist oder eben gerade nicht. Solange wir auf die Versorgungsqualität achten, indem wir wie bisher den Patienten/die Patientin in den Mittelpunkt unseres Handelns stellen, solange ist gegen die Neuerungen aus meiner Sicht nichts einzuwenden.

**Wird die zunehmende Technisierung in der Kommunikation der behandelnden Fachleute mit KVen, mit Krankenkassen, mit Krankenhäusern zu einem Ohnmachtsgefühl bei Patienten (und Behandlern) führen, die Hoheit über ihre Gesundheitsdaten und ihre Behandlung zu verlieren?**

Ich glaube, dass viele PatientInnen eigene Gesundheitsdaten schon heute freiwillig freigeben, beispielsweise als Fitnessdaten. Manche machen sich dabei nicht klar, dass diese an Versicherungen weitergeleitet werden können, die daraus ihre Schlüsse ziehen. Aktuell wird noch mit Bonusssystemen geworben. Wann kommt das Malusssystem?

In den Krankenkassenakten plant man die sogenannte anonymisierte Datenspende, durch die suggeriert wird, man tue Gutes, indem mit diesen Daten die Versorgungsforschung unterstützt wird. Versorgungsforschung ist wichtig, aber dazu benötigt man nicht freiwillige „Datenspenden“, sondern strukturierte und korrekte Behandlungsdaten, die nicht nur Abrechnungsdaten sind.

Wenn die Bevölkerung noch unkritischer wird in der Handhabung der Daten – und hier hat die neue Gesetzgebung nicht den erhofften Erfolg, dass es den Menschen möglich sein wird, tatsächlich die Macht über die eigenen Daten zu behalten –, dann könnte es zu einem Ohnmachtsgefühl derjenigen kommen, die sich über Jahre für den Erhalt eines vernünftigen Datenschutzes im Sinne der PatientInnen eingesetzt haben.

Bekannt ist, dass es große Unterschiede in der Datennutzung gibt zwischen den jungen und den alten Menschen, zwischen den Gesunden und den Kranken, zwischen den Technikaffinen und den Laien. Wir als Behandelnde müssen den Blick auf unsere PatientInnen haben. Egal wie, es wird unsere Aufgabe sein, die PatientInnen darauf aufmerksam zu machen, wo und wie sie mit ihren Gesundheitsdaten umgehen können. Wir müssen bereit sein, ausreichend zu beraten. Das wird als eine neue große Aufgabe auf uns zukommen, die von uns neben unserer Fachlichkeit auch noch ausreichende Kenntnisse im Thema Digitalisierung verlangt.

# Neue Theorien zur Entstehung von Depression

Ein Buch, basierend auf einer Forschungsstudie an chronisch depressiven Patienten in Langzeitbehandlung, schildert erfrischend neue Modelle und Behandlungsansätze

Von **Thomas Charlier**

**Die Frankfurter Psychoanalytikerin** Ingeborg Goebel-Ahnert verfolgt mit der von ihr vorgelegten Einzelfallstudie das Ziel einer multiperspektivischen Betrachtung des Erfolgs einer psychoanalytischen Behandlung, die im Rahmen der LAC-Depressionsstudie durchgeführt wurde.

Das Kürzel LAC steht für „Langzeittherapie bei chronischer Depression“ und bezeichnet eine von Marianne Leuzinger-Bohleber initiierte multizentrische Forschungsstudie. In diesem Projekt werden erstmals psychoanalytische und kognitiv-behaviorale Langzeittherapien miteinander verglichen.

Die Autorin nahm als Studiendiagnostikerin und Studentherapeutin an diesem Forschungsprojekt teil und nahm insgesamt sechs chronisch depressive Patienten in analytische Langzeitbehandlung. Die Schilderung des Verlaufs einer dieser Behandlungen ist zentraler Gegenstand ihrer Publikation. Am Beispiel dieser Analyse werden Aufbau und Ablauf der LAC-Studie dargestellt. Umfangreiche und zentrale Teile des Buches befassen sich mit der Darstellung des aktuellen psychoanalytischen Diskurses zur Psychodynamik von pathologischer Trauer und chronischer Depression. Eine besondere Gewichtung erhalten hier das inzwischen sehr bekannt gewordene Konzept der „toten Mutter“ von Green, aber auch ein noch weitaus weniger bekanntes sogenanntes integratives Modell des spanischen Psychoanalytikers Hugo

Bleichmar, in dem er verschiedene Pfade aufzeigt, die zu unterschiedlichen Formen von Depression führen können. Der depressive Zustand begründet sich nach Bleichmar nicht nur aus der Unrealisierbarkeit von Wünschen nach einem verlorenen Objekt, sondern auch und bedeutender aufgrund einer Selbstrepräsentanz, die als machtlos erlebt wird mit Blick darauf, Wünsche zu erfüllen und Veränderungen des Lebens zu bewerkstelligen.

Ungewöhnlich und bereichernd sind diese Gewichtungen der Autorin in der Bedeutung für die Entstehung chronischer Depressionen. Dass nicht gelingende Trauerprozesse in der Entstehung von Depressionen eine zentrale Rolle spielen, ist uns seit Freuds grundlegender Arbeit „Trauer und Melancholie“ vertraut. Dennoch hebt sich das Ausmaß der Bedeutung, die Goebel-Ahnert pathologischen Trauerprozessen für die Entstehung chronischer depressiver Erkrankungen zumisst, von den meisten Veröffentlichungen zu dieser Thematik deutlich ab.

Ein zweiter Punkt, der in den Überlegungen der Autorin besonders gewinnbringend ist, ist ihr besonderes Augenmerk auf die Anforderungen der Adoleszenz für die Auslösung chronischer depressiver Erkrankungen. Es ist ja völlig plausibel, dass bei der innerpsychischen Problematik einer verweigernden Trauer und Ablösung von einem verlorenen Ob-

jekt die Ablösungs- und Verselbstständigungsanforderung der Adoleszenz eine Überforderung darstellen kann, die eine bisher noch leidlich kaschierte depressive Problematik dekompensieren lässt. Dennoch ist dies ein Aspekt, der bisher im Zusammenhang mit chronischen depressiven Erkrankungen nicht in diesem überzeugenden Maße betont wurde.

Abschließend möchte ich die vorliegende Arbeit von Goebel-Ahnert wärmstens zur Lektüre empfehlen. Sie gewährt auf eine anschauliche und transparente Weise sowohl Einblick in das unverzichtbare Vorhaben einer wissenschaftlichen Beforschung der analytischen Praxis als auch in das intime Geschehen einer Analyse. Sowohl Ausbildungskandidaten als auch erfahrene Psychoanalytiker werden in ihrem psychodynamischen Verständnis depressiver Patienten, die einen großen Anteil an den „Analysepatienten“ ausmachen, von den vielfältigen Überlegungen und Denkanstößen der Autorin profitieren können.

Ingeborg Goebel-Ahnert:  
**Pathologische Trauer und chronische Depression**  
Studie zur Wirksamkeit der psychoanalytischen Behandlung

Brandes & Apsel, Frankfurt  
2017, 205 S., 24,90 €  
ISBN-10: 395558206X  
ISBN-13: 978-3955582067





# Tipps für Regelwerk und Leistung

Eine überarbeitete Version des altbewährten „Praxishandbuch Psychotherapie-Richtlinie und Psychotherapie-Vereinbarung“ klärt detailliert und übersichtlich dargestellt Fragen zum rechtlichen Rahmen für die Psychotherapie

Von **Ariadne Sartorius**, bvvp-Vorstandsmitglied

**„Anderthalb Jahre“** ist es her, dass die Psychotherapie-Richtlinie ihren 50. Geburtstag feierte und grundlegend überarbeitet wurde. Dem vorausgegangen waren jahrelanges Engagement der berufspolitisch Aktiven, die den Gesetzgeber dazu veranlassten, im Versorgungsstärkungsgesetz sehr konkret den Gemeinsamen Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen (G-BA) aufzufordern, die Psychotherapie-Richtlinie zu überarbeiten. Es sollten eine frühzeitige diagnostische Abklärung in der Psychotherapeutischen Sprechstunde, eine Akutversorgung, die Förderung von Gruppentherapien, eine Rezidivprophylaxe und die Vereinfachung des Antrags- und Gutachterverfahrens in die PT-Richtlinie aufgenommen werden. So konkret ein Gesetz zu formulieren hatte damals beeindruckt, und was dabei herausgekommen ist, welche Kämpfe es letztlich dann auch wieder nach sich zog, diese neuen Leistungen angemessen honoriert zu bekommen, dies alles wäre sicher ein lesenswertes Buch, bei dem sich mögliche Autoren entscheiden müssten, welches Genre sie hierfür wählen, ob Krimi, Drama oder Ballade.

Das altbekannte „Praxishandbuch Psychotherapie-Richtlinie und Psychotherapie-Vereinbarung“ wurde aufgrund dieser Neuerungen grundlegend überarbeitet und liegt nunmehr in einer zweiten, neu bearbeiteten und erweiterten Auflage vor. Im vorliegenden Buch findet der Leser

keines der oben angesprochenen Genres, sondern eine fundierte, umfangreiche Sammlung der neuen Vorgaben in der Psychotherapie-Richtlinie und der Psychotherapie-Vereinbarung. Zusätzlich erläutert es die rechtlichen Rahmenbedingungen, die geschaffen werden mussten, damit diese mit bereits bestehenden Gesetzen kompatibel sind. So mussten zum Beispiel Änderungen im SGB V erfolgen, um die Befugnisweiterungen auch in den Gesamtkontext der Gesetze einzubinden und kompatibel zu machen.

Über 300 informative Seiten umfasst dieses Nachschlagewerk, in dem Psychotherapeuten sich über Detailfragen zur Anwendung unserer rechtlichen Rahmenbedingungen informieren können. Dabei werden nicht nur die jeweiligen Neuerungen, sondern auch die sogenannten tragenden Gründe, die zu der jeweiligen Entscheidung des G-BA geführt hatten, erläutert. In dieser Detailtiefe kann der interessierte Leser erfahren, welche Beweggründe jeweils zu den Neuerungen geführt hatten. Dabei ist das Buch in sechs Kapitel gegliedert: zu den Versorgungsangeboten, zu speziellen Fragestellungen bei Leistungserbringen für Kinder und Jugendliche, zu formalen Voraussetzungen zur Durchführung einer Psychotherapie, zur Definition und zu rechtlichen Fragen, zur psychosomatischen Grundversorgung und letztlich zu Zahlen zur Psychotherapie in der GKV, bei der Gesundheitsdaten der

KBV ausgewertet wurden. In den jeweiligen Kapiteln ist – farblich und sprachlich gekennzeichnet – jeweils nachzulesen, an welcher Stelle der PT-Richtlinie beziehungsweise PT-Vereinbarung die jeweiligen rechtlichen Grundlagen stehen. Sie werden aufgeführt, detailliert erläutert, in Tabellen und Schaubildern übersichtlich dargestellt und mit Beispielen verdeutlicht. Zusätzlich umfasst das Buch Anhänge mit Überblicken über die Kontingentschritte, den Gesamttexten der Richtlinie und der Vereinbarung, Formblätter und Ausfüllhilfen sowie ein Stichwortverzeichnis und am Anfang des Buches ein Abkürzungsverzeichnis.

Die Detailtiefe des Buches beeindruckt, teilweise werden auch weitere Hinweise gegeben, zum Beispiel auf die Musterberufsordnung.

Das vorliegende Buch ist ein sehr fundiertes Nachschlagewerk, das jedem Psychotherapeuten für den Bücherschrank empfohlen werden kann.

Carmen Bender, Barbara Berner, Dieter Best, Julian Dilling, Christa Schaff, Thomas Uhlemann:  
**Praxishandbuch Psychotherapie-Richtlinie und Psychotherapie-Vereinbarung**  
 Taschenbuch, medhochzwei  
 ISBN-10: 9783862164707  
 ISBN-13: 978-3862164707



# Hier könnte Ihre Anzeige stehen!

**Werben Sie in  
Projekt  
Psychotherapie,  
und erreichen Sie  
über 6.000  
interessierte Leser.**

Fordern Sie jetzt  
Ihre Mediadaten  
mit Preislisten und  
Erscheinungsterminen  
an unter:

**anzeigen@projekt-  
psychotherapie.de**

## Termine 2019

Der bvvp bietet vielfältige Veranstaltungen und Fortbildungen und die Termine der aktuellen Tagungen, Kongresse und Workshops: <https://bvvp.de/veranstaltungen>

**11. Januar, 17.30 Uhr**

### **PIA NETZ HAMBURG TREFFEN**

Weitere Informationen und Anmeldung unter: [www.facebook.com/pg/PiANetzHamburg/events](http://www.facebook.com/pg/PiANetzHamburg/events)

**Ort: ver.di Hamburg (im DGB-Haus), Besenbinderhof 60, Hamburg**

**17. bis 19. Januar**

### **14. GRAZER PSYCHIATRISCH-PSYCHOSOMATISCHE TAGUNG**

Weitere Informationen und Anmeldung unter: [www.lkh-graz-sw.at](http://www.lkh-graz-sw.at)

**Ort: Minoritensaal, Mariahilferplatz 3, Graz**

**18. Januar, 19.30 Uhr**

### **Q@BVVP - SCHULUNGSSEMINAR VVPS**

**Ort: Haus der Ärzte, Sundgaullee 27, Freiburg**

**19. Januar**

### **PSYCHOANALYSE DER KULTUR - KULTUR DER PSYCHOANALYSE**

Veranstaltung der Bremer Psychoanalytischen Vereinigung e.V.

Anmeldung unter: [www.dgpt.de/fileadmin/download/veranstaltungen-upload/Flyer\\_Tagung\\_Psychoanalyse\\_der\\_Kultur\\_19.01.19.pdf](http://www.dgpt.de/fileadmin/download/veranstaltungen-upload/Flyer_Tagung_Psychoanalyse_der_Kultur_19.01.19.pdf)

**Ort: Bremer Psychoanalytische Vereinigung e.V., Graf-Moltke-Str. 62, Bremen**

**1. bis 2. Februar**

### **1. DEUTSCHE TAGUNG ZU RISIKEN UND NEBENWIRKUNGEN**

Veranstaltung des Universitätsklinikums Jena. Anmeldung und Informationen unter: [www.uniklinikum-jena.de/mpsy/NW2019-p-898.html](http://www.uniklinikum-jena.de/mpsy/NW2019-p-898.html)

**Ort: Rosensäle der Friedrich-Schiller-Universität, Jena**

**14. bis 16. Februar**

### **KLINISCHE NEUROPSYCHOLOGIE FÜR KINDER UND JUGENDLICHE**

Thema: Aktuelles aus Praxis und Forschung. Weitere Informationen und Anmeldung unter: [www.neuroraum.de](http://www.neuroraum.de)

**Ort: neuroraum Fortbildung, Semmelstraße 36/38, Würzburg**

**15. Februar, 20 Uhr**

### **REGIONALER STAMMTISCH**

**VVPSW - VERBAND DER VERTRAGSPSYCHOTHERAPEUTEN IN SÜDWÜRTTEMBERG**

**Ort: Marquardtei, Herrenbergerstr. 34, Tübingen**

**20. bis 23. Februar**

### **4. BERLINER SELBSTERFAHRUNGSTAGE DES BIG**

Veranstaltung des Berliner Instituts für Gruppenanalyse e.V. mit dem Thema: Gruppenselbsterfahrung als Wachstumschance und Weiterbildung. Anmeldung unter: [www.gruppenanalyse-berlin.de](http://www.gruppenanalyse-berlin.de)

**Ort: Pfefferwerk e.V., Berlin**

**23. Februar**

### **ELTERN VON PSYCHISCH KRANKEN KINDERN**

Anmeldung und weitere Informationen für das Symposium unter:

[www.psychanalyse-map.de/fortbildung](http://www.psychanalyse-map.de/fortbildung)

**Ort: Münchner Arbeitsgemeinschaft für Psychoanalyse e.V. (MAP), München**

**28. Februar bis 2. März**

### **JAHRESTAGUNG HAMBURG**

Mit dem Thema: Handeln und Wandeln: Kindsein in modernen Gesellschaften.

Anmeldung und weitere Informationen unter: [www.gaimh.org/jahrestagung-hamburg-2019.html](http://www.gaimh.org/jahrestagung-hamburg-2019.html)

**Ort: Hauptgebäude der Universität, Hamburg**

## MARKTPLATZ

**Raum Braunschweig:** Wir sind 3 erfahrene Psychologische PsychotherapeutInnen und suchen MitstreiterInnen (gern auch ÄrztInnen) zur Ergänzung unserer Interventionsgruppe (akkreditiert bei der PKN).  
Kontakt: **Karlheinz Lux, 05304/932507** oder [edukalux@t-online.de](mailto:edukalux@t-online.de)

## Ihre Kleinanzeige auf dem Marktplatz in *Projekt Psychotherapie*

Bis 200 Zeichen 40 Euro.  
Schicken Sie Ihren Anzeigentext an: [marktplatz@projekt-psychotherapie.de](mailto:marktplatz@projekt-psychotherapie.de) oder per Fax an: **030/39 835 188-5**  
Chiffre-Anzeigen werden derzeit nicht angeboten.

### 14. bis 16. März

**20. SYMPOSION FRÜHFÖRDERUNG**  
Mit dem Thema: Partizipation – Wege und Ziele der Frühförderung. Anmeldung und weitere Informationen unter: [www.viff-fruehfoerderung.de](http://www.viff-fruehfoerderung.de)  
**Ort: Hauptgebäude der Universität, Hamburg**

### 15. bis 17. März

**134. VERHALTENSTHERAPIEWOCHEN**  
Thema: Neue Entwicklungen in der Psychotherapie. Weitere Informationen unter: [www.vtwoche.de](http://www.vtwoche.de)  
**Ort: Privatklinik Meiringen, Willigen, CH-3860 Meiringen**

### 29. bis 31. März

**135. VERHALTENSTHERAPIEWOCHEN**  
Das Thema der Eröffnungsveranstaltung ist: Neue Erkenntnisse der Suchttherapie. Weitere Informationen unter: [www.vtwoche.de](http://www.vtwoche.de)  
**Ort: salus klinik Hürth**

## Ausblick auf das nächste Heft

Vor 20 Jahren ist das Psychotherapeutengesetz in Kraft getreten. Ein Grund zum Feiern, aber gleichzeitig auch für weitere Forderungen in Bezug auf die schon bald entstandene Diskussion zu einer notwendigen Reform. Wir wollen uns im nächsten Heft mit der Entwicklung der Psychotherapie nach 20 Jahren PsychThG befassen und auch einen Ausblick auf die geplante Reform geben.

## Impressum

**Herausgeber:** Bundesverband der Vertragspsychotherapeuten (bvvp) e.V.  
Württembergische Straße 31 · 10707 Berlin  
Tel.: 030/88 72 59 54 · Fax: 030/88 72 59 53  
[bvvp.de](http://bvvp.de) · [www.bvvp.de](http://www.bvvp.de)

**Redaktion:** Martin Klett (V. i. S. d. P.)  
Verantwortlich für den Schwerpunkt:  
Eva Schweitzer-Köhn, Tilo Silwedel

**Autoren:** Steffen Augsberg, Ulrike Böker, Norbert Bowe, Thomas Charlier, Bernd Hontschik, Anja Manz, Jens Naumann, Silja Samerski, Ariadne Sartorius, Eva Schweitzer-Köhn, Tilo Silwedel

**Verlag:** Medienanker Marketing & Kommunikation e.K. · Chausseestraße 11 · 10115 Berlin  
Fon: 030.39 835 188-0 · Fax: 030.39 835 188-5

**Textchef:** Sonja Vukovic  
**Projektleitung:** Nicole Suchier  
**Artdirektion/Illustration:** Lesprenger  
**Druck:** Grafisches Centrum Cuno GmbH & Co. KG

**Anzeigen:** [anzeigen@projekt-psychotherapie.de](mailto:anzeigen@projekt-psychotherapie.de)  
Es gilt die Anzeigenpreisliste vom 01.01.2015

**ISSN:** 2193-3766  
Einzelverkaufspreis/Schutzgebühr 14,80 Euro.  
Abonnement 49,50 Euro inklusive Versand (4 Ausgaben).  
Mitglieder erhalten das Magazin im Rahmen ihrer Mitgliedschaft kostenfrei.

**Info und Bestellung:**  
bvvp-Bundesgeschäftsstelle: [bvvp@bvvp.de](mailto:bvvp@bvvp.de)

**Periodizität:** Quartal

**Copyright:** 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.

## Den Stein ins Rollen bringen



Impact-Techniken bereichern die Therapie und können richtig Spaß machen. Sie leben vom Einsatz alltäglicher Gegenstände und sprechen durch deren unkonventionelle therapeutische Verwendung alle Sinne an:

Dieses Kartenset bietet Ihnen zahlreiche kreative Möglichkeiten, um einen Perspektivwechsel anzustoßen mittels

- ausdrucksstarker Bilder und
- prägnant formulierter »Textpillen«.

Für eine lösungsorientierte Vorgehensweise – unabhängig von therapeutischen Ansätzen und Settings. Themenbereiche sind u. a. Ängste, Zwänge, Depressionen, Sucht, Essstörungen, Selbstwert- und Partnerschaftsprobleme.

Gert Kowarowsky / Christina von Puttkamer  
**Impact-Techniken**  
75 Therapiekarten (24 x 16,5 cm) in hochwertiger Klappkassette mit 36-seitigem Booklet.  
2018, € 49,95  
Best-Nr. 510004



Leseproben unter  
[www.beltz.de](http://www.beltz.de)

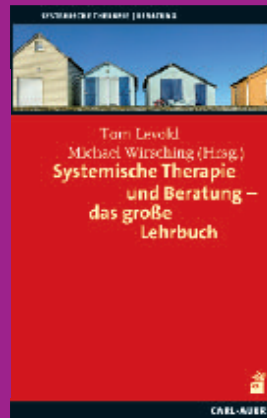
**BELTZ**

# Vielfalt in Therapie und Beratung

Therapie und Beratung bei Carl-Auer



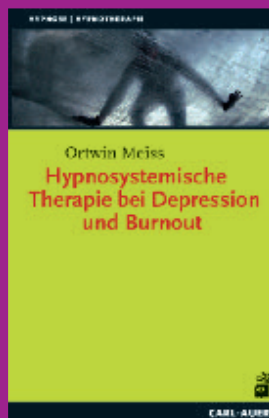
292 Seiten, Kt, 13. Aufl. 2018  
€ (D) 29,95/€ (A) 30,80  
ISBN 978-3-8497-0166-6



653 Seiten, 14 Abb., Gb, 2. Aufl. 2016  
€ (D) 59,00/€ (A) 60,70  
ISBN 978-3-89670-577-8



234 Seiten, Kt, 2018  
€ (D) 29,95/€ (A) 30,80  
ISBN 978-3-8497-0217-5  
auch als eBook erhältlich



336 Seiten, Kt, 3. Aufl. 2018  
€ (D) 34,95/€ (A) 36,00  
ISBN 978-3-8497-0153-6



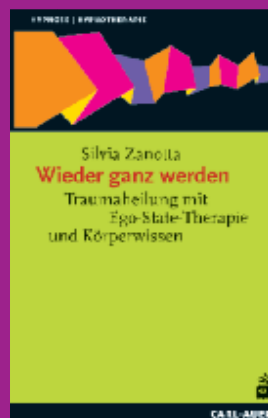
304 Seiten, Kt, 2017  
€ (D) 34,95/€ (A) 36,00  
ISBN 978-3-8497-0177-2  
auch als eBook erhältlich



328 Seiten, Kt, 3. Aufl. 2018  
€ (D) 34,00/€ (A) 35,00  
ISBN 978-3-89670-867-0  
Zusatzmaterial online



128 Seiten, Kt, 2. Aufl. 2018  
€ (D) 14,95/€ (A) 15,40  
ISBN 978-3-8497-0182-6  
auch als eBook erhältlich



264 Seiten, Kt, 2018  
€ (D) 34,95/€ (A) 36,00  
ISBN 978-3-8497-0243-4  
auch als eBook erhältlich



125 Seiten, Kt, 2018  
€ (D) 14,95/€ (A) 15,40  
ISBN 978-3-8497-0245-8  
auch als eBook erhältlich



Carl-Auer Verlag

Auf [www.carl-auer.de](http://www.carl-auer.de) bestellt – deutschlandweit portofrei geliefert!  
Unsere eBooks finden Sie hier: [www.carl-auer.de/ebooks](http://www.carl-auer.de/ebooks)