

Projekt Psychotherapie

01/2017

Meinung · Wissen · Nachrichten

Das Magazin des Bundesverbandes
der Vertragspsychotherapeuten e.V.

Euro 14,80 · www.bvvp.de



Beim Roboter auf der Couch Fluch oder Segen – wohin führt die technologische Entwicklung?

Psychotherapie-Richtlinie

Praxismanagement nach der Reform

Pilotprojekte in Oberschwaben

Erfahrungen außerhalb der Richtlinien-therapie

bvvp

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.
- **Keine Beitragsanpassungen!**
Bei Schadensfreiheit bezahlen Sie einen Fixbetrag über die gesamte Laufzeit – bis zu 10 Jahre.
- **Sie sind uns willkommen!**
Eintrittsalter bis zum 63. Lebensjahr möglich.

BEISPIELRECHNUNG

Psychotherapeut/in, Nichtraucher/in, 40 Jahre alt, Variante P.U.V PLUS	
Tagsatz:	€ 100,--
Karenzfrist:	14 Tage
Versicherungssumme:	€ 36.000,--
Jahresbeitrag:	€ 509,40
Beitrag pro Monat:	€ 42,45



Dr. Rinner & Partner
Institut für wirtschaftliche Praxisführung

Leonhardsweg 4
82008 Unterhaching
Tel.: +49 (0)89 96057490 • www.dr-rinner.de



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



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

Die Erfindung des Buchdruckes durch Johannes Gutenberg im 15. Jahrhundert gilt allgemein als ein Baustein für das spätere Zeitalter der Aufklärung. Wissen und Informationen konnten so breiteren Kreisen zugänglich gemacht werden und den Einfluss von Kirche und Staat reduzieren. Die Entwicklung des Internets scheint diese Errungenschaft noch um ein Vielfaches zu übertreffen. Nie zuvor gab es die Möglichkeit, auf fast jede erdenkliche Frage innerhalb von Sekunden zahllose Suchergebnisse zu generieren. Dabei ist der Abruf von lexikalischem Wissen in Text und Bild nur ein kleiner Teil dessen, was das Internet ausmacht. Als interaktives Kommunikationsmedium bietet es nie gekannte Formen und Möglichkeiten.

Aber es gibt gravierende Unterschiede: Ein Buch mag im Laufe der Zeit vergilben, Form und Inhalt berührt das jedoch nicht. Manche haben vielleicht als Kinder heimlich unter der Bettdecke gelesen, und niemand hat's gemerkt. Dem Buch ist nicht anzusehen, wer, wann, was darin gelesen hat. Die relative Monotonie von schwarzer Schrift auf weißem Hintergrund regt gerade die eigene Fantasie an und lässt Raum für innere Bilder. Das Internet kommt dagegen ganz anders daher: bunt, dynamisch, mit vielerlei Informationen und sinnlichen Eindrücken – aber sehr flüchtig und nicht greifbar, die eigene Fantasie verdrängend. Ein Klick auf die rechte Maustaste entlarvt über den Quellcode eine nüchterne Programmiersprache, die die meisten nicht verstehen. Und sogar die ist ein Entgegenkommen an den Programmierer, arbeitet die Maschine selbst dann doch nur mit Einsen und Nullen. Sprache im Internet wird oft auf kleine grafische Symbole reduziert, Gefühle durch Emoticons ausgedrückt, und zahllose Abkürzungen sind Teil eines restringierten Netzjargons. Noch entscheidender sind jedoch die für normale Anwender völlig intransparenten Prozesse hinter den Kulissen. Der digitale Fußabdruck und die entsprechenden Datenflüsse ermöglichen nie dagewesene Formen der Kontrolle, Steuerung und Manipulation. Aus Wissen, Aufklärung und Selbstbestimmung werden so – manchmal unmerklich – Reizüberflutung, gezielte oder zufällige Falschinformation, sprachliche Regression, Intransparenz hintergründiger Motive, Unkenntnis der Programmierungen und Abhängigkeit von Technik. Das Internet als Teil der technologischen Entwicklung, die Digitalisierung vieler Prozesse, Big Data und die neuen Erkenntnisse der künstlichen Intelligenz bilden zusammen mit der Erfindung von artifiziellen Entitäten eine neue Welt des digitalen Zeitalters, in dem der Mensch sich zwischen neuen Potenzialen und der eigenen Entmündigung bewähren muss. Der Schwerpunkt in diesem Magazin setzt sich in verschiedenen Artikeln mit unterschiedlichen Teilbereichen dieser großen, neuen Welt auseinander.

Mehr regional als digital geht es in der Beschreibung von Erfahrungen mit Projekten des bvvp in Oberschwaben zu, die im Rahmen der Änderungen der Psychotherapie-Richtlinie näher beleuchtet werden. Die Meldungen aus der Berufspolitik greifen die Ausbildungsreform, die Wahlen in den KVen und der KBV sowie andere aktuelle Themen auf. Zwei Buchbesprechungen ergänzen in gewohnter Weise dieses Magazin.

Foto: Privat



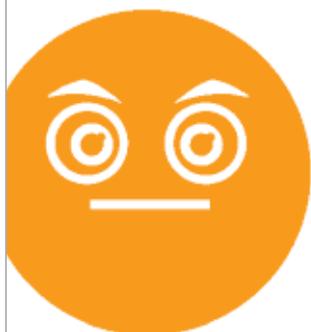
Herzliche Grüße,
Martin Kremser, Vorsitzender des bvvp-Bundesverbandes

Projekt Psychotherapie

01/2017

Das Magazin des Bundesverbandes
der Vertragspsychotherapeuten e.V.

Illustration: Lesprenger



Meinung & Wissen

- 05 **Kurzmeldungen aus der Berufspolitik**
- 08 **Praxismanagement nach der Reform**
Psychotherapeutische Sprechstunde, telefonische Erreichbarkeit, Terminservicestellen: Was kommt auf uns zu?
- 10 **Kurz und gut?**
Welche Erkenntnisse aus den Regionalprojekten des bvvp in Oberschwaben können wir auf die neue Psychotherapie-Richtlinie übertragen? Ein Erfahrungsbericht
- 12 **Ausgezeichnet**
Zwei Jahrzehnte lang hat Birgit Annen die Geschicke des bvvp gelenkt. Jetzt wurde der ehemaligen Vorsitzenden eine besondere Ehrung zuteil

Schwerpunkt

Beim Roboter auf der Couch

- 15 **Die Seele im Netz**
Big Data markiert auch für die Psychotherapie eine Zeitenwende. Werden wir uns im Cyberspace verlieren oder neue Wege finden, unseren Patienten zu helfen?
 - 18 **Schöne neue Digitalwelt**
Die Digitalisierung verändert unser Leben maßgeblich. Gewinnen Roboter und Computer die Oberhand, oder leiten sich daraus nie da gewesene Chancen ab?
 - 22 **Wie eHealth unser Gesundheitswesen erobert**
Die Digitalisierung im Gesundheitswesen lässt sich nicht aufhalten. Wegducken und weitermachen wie bisher ist keine Option mehr
 - 24 **Die richtige Therapie im Netz**
Internetgestützte Interventionen bei psychischen Problemen und Erkrankungen sind derzeit in aller Munde. Welche Qualitätskriterien müssen gelten?
 - 26 **Der Spion in meiner Hosentasche?**
Je mehr wir über unsere Patienten wissen, desto besser können wir ihnen helfen. Aber wo liegt die Grenze? Wann wird Big Data zum Raubbau?
 - 28 **Digitale Ich-Experimente**
Im Cyberspace können wir verschiedene Rollen einnehmen, die sich überschneiden und überlagern. Plädoyer für einen vielstimmigen Mediendiskurs
- 32 **Literatur**
 - 34 **Impressum**
 - 35 **Termine, Ausblick auf Heft 02/2017**

KURZMELDUNGEN AUS DER BERUFSPOLITIK

Zusammengestellt von **Ulrike Böker** und **Jürgen Doebert**



Foto: Kristin Kaahl, KBV

Die neuen Stimmen der PP/KJP in der KBV (v. l.): Bernhard Moors (VAKJP), Dr. Anke Pielsticker (DPtV), Gebhard Hentschel (DPtV), Barbara Lubisch (DPtV), Michael Ruh (DPtV), Ulrike Böker (bvvp)

Wahl zur KBV-Vertreterversammlung

Die Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) besteht aus insgesamt 60 Mitgliedern. 34 davon sind als gesetzliche Mitglieder die jeweils 1. und 2. Vorstandsvorsitzenden der KVen. 20 weitere Mitglieder werden nach einem Schlüssel, der sich nach der Größe der jeweiligen KV richtet, in den regionalen Vertreterversammlungen gewählt und in die KBV-VV entsandt. Erika Goetz-Erdmann ist hier zweite Stellvertreterin für die KV Westfalen-Lippe. Ferner gehören der KBV-VV sechs PP/KJP an. Sie wurden am 8. Februar 2017 von einem eigens dafür einberufenen Wahlkörper, der aus den 65 PP/KJP-Vertretern aus allen KVen besteht, gewählt. Vonseiten des bvvp ist nun Vorstandsmitglied Ulrike Böker in der KBV-VV vertreten. Als ihre Stellvertreterin fungiert Eva-Maria Schweitzer-Köhn, ebenfalls im Vorstand des bvvp. Vier weitere VV-Mitglieder gehören der DPtV an, eins der VAKJP. Der bvvp-Vorstand gratulierte umgehend allen Neugewählten.

Eckpunkte der Ausbildungsreform

Noch rechtzeitig vor dem Jahresende hat das Bundesministerium für Gesundheit die „Eckpunkte einer Reform der Aus- und Weiterbildung von Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten“ vorgelegt. Das Bundesministerium hielt damit das Versprechen ein, noch in dieser Legislaturperiode einen Entwurf für diese Reform vorzulegen. Im Großen und Ganzen enthält dieser Entwurf die Vorstellungen, die der Deutsche Psychotherapeutentag beschlossen hatte. Gleichzeitig wurde aber deutlich, dass eine Verabschiedung dieser Reform noch in dieser Legislaturperiode nicht mehr zu erwarten ist. Neben mehreren Kritikpunkten zur Ausgestaltung des zukünftigen Studiums wurde auch hervorgehoben, dass eine Regelung zur Finanzierung der zukünftigen Weiterbildung noch völlig fehlt, aber unbedingt in das entsprechende Reformgesetz aufgenommen werden muss.

KV-Wahlen

Die Wahlen für die Vertreterversammlung der 17 Kassenärztlichen Vereinigungen (KV) in Deutschland sind abgeschlossen. Zum Verfahren: Die Psychologischen Psychotherapeuten (PP) und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (KJP) wählen in einem getrennten Wahlkörper ihre Mitglieder in die Vertreterversammlungen. Im Gesetz ist festgelegt, dass die PP/KJP entsprechend ihrem Anteil an allen KV-zugelassenen Ärzten, aber nur maximal 10 Prozent der Sitze in einer Vertreterversammlung einnehmen dürfen. In allen KVen beträgt die Zahl der PP/KJP an der Gesamtmitgliederzahl der KV inzwischen mehr als 10 Prozent. Die maximale Quote für die Vertreterversammlung wurde also überall voll ausgenutzt und führte zu bundesweit 65 Sitzen für PP/KJP. Die Ärztlichen Psychotherapeuten müssen eigene Listen aufstellen oder gehen in der Regel Listenverbindungen ein. Folgende bvvp-Kandidaten wurden in die Vertreterversammlungen gewählt:

Baden-Württemberg: Ulrike Böker, Peter Baumgartner, Regine Simon; **Bayern:** Benedikt Waldherr, Claudia Ritter-Rupp, Eckart Pachale, Bettina von Akkeren; **Rheinland-Pfalz:** Jörg Ebert; **Berlin:** Eva-Maria Schweitzer-Köhn; **Hamburg:** Hans Ramm; **Hessen:** Helga Planz, Irina Prokofieva; **Nordrhein:** Thomas Nachreiner; **Saarland:** Ilse Rohr; **Schleswig-Holstein:** Uwe Bannert; **Thüringen:** Friedhelm Krull; **Westfalen-Lippe:** Erika Goetz-Erdmann, Lisa Störmann-Gaede. Erfreulicherweise sind auch einige Gewählte anderer Verbände Mitglieder im bvvp. Der bvvp-Bundesvorsitzende Martin Kremser dazu: „Der Bundesvorstand gratuliert allen Gewählten und wünscht ihnen eine erfolgreiche Tätigkeit bei der Vertretung der Interessen aller Psychotherapeuten.“

KURZMELDUNGEN AUS DER BERUFSPOLITIK

KBV verabschiedet neue Satzung

Vor dem Hintergrund der Arbeiten des Gesetzgebers am sogenannten GKV-Selbstverwaltungsstärkungsgesetz hat die KBV-Vertreterversammlung in ihrer letzten Sitzung im Jahr 2016 eine neue Satzung verabschiedet. Damit verbunden ist die Hoffnung, dem Gesetzgeber deutlich zu machen, dass alle oder die meisten Inhalte des geplanten Gesetzes deswegen überflüssig sind, weil die Selbstverwaltung allein in der Lage ist, Schlüsse aus den Skandalen der letzten Jahre zu ziehen. Insbesondere geht es darum, die Vertreterversammlung und deren Vorsitzende mit Strukturen auszustatten, mit denen sie unabhängig vom KBV-Vorstand ihre Kontrollaufgaben wahrnehmen können. Mehrere Verbände, darunter auch der bvvp, hatten in einer Stellungnahme den Gesetzentwurf scharf kritisiert und für überflüssig erklärt (siehe *Projekt Psychotherapie* Nummer 4/2016). Die Satzung muss noch vom Bundesministerium für Gesundheit überprüft werden. Es gilt nun abzuwarten, ob diese Überprüfung auf dem Hintergrund des bestehenden Gesetzes stattfindet oder bereits unter Einbeziehung des neuen Gesetzes. Für die PP und KJP beinhaltet die neue Satzung die Absicherung der bestehenden Praxis bei der Besetzung von Ausschüssen wie auch die Aussicht auf einen Vorstandsbeauftragten für die Angelegenheiten der PP/KJP.

Reform der Psychotherapie-Richtlinie rechtsgültig

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat nun endgültig die Regelungen vorgelegt, die ab dem 1. April 2017 gelten sollen. Ein Aufschub war nötig geworden, da das Bundesministerium für Gesundheit an einigen Punkten Nachbesserungen verlangt hatte. Die Sprechstunde wird ebenso verpflichtende Leistung für alle wie die telefonische Erreichbarkeit. Die verpflichtende Inanspruchnahme der Sprechstunde vor jeder weiteren Behandlung ist hingegen für die Patienten bis zum 1. April 2018 ausgesetzt. Gleichzeitig können sich Patienten, die nach einem Behandlungsplatz für Psychotherapie suchen, mit Inkrafttreten der neuen Richtlinie an die Terminservicestellen der KVen wenden. Die Details dafür werden im Bundesmantelvertrag geregelt, auf den sich KBV und Krankenkassen noch einigen müssen. Ebenso einigen müssen sich KBV und Krankenkassen im Bewertungsausschuss noch über die Höhe der Vergütung der neuen Leistungen, der Sprechstunde und der Akutbehandlung.

Institut des Bewertungsausschusses (InBA) feiert zehnjähriges Bestehen

Das Institut des Bewertungsausschusses führt alle Berechnungen durch, die den Entscheidungen des Bewertungsausschusses zugrunde liegen. Es ist daher zu strikter Neutralität zwischen Krankenkassen und KBV verpflichtet. Vor zehn Jahren habe das Institut mit weniger als zehn Mitarbeitern begonnen und sei inzwischen auf über 50 Mitarbeiter angewachsen, berichtete der Leiter des Instituts, Peter Reschke. Zur Zehnjahresfeier waren Vertreter der Krankenkassen, der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und des Bundesministeriums für Gesundheit gekommen. Für den bvvp nahmen Ulrike Böker und Jürgen Doeberth teil.

PsychVVG verabschiedet

Das „Gesetz zur Weiterentwicklung der Versorgung und der Vergütung psychiatrischer und psychosomatischer Leistungen“ wurde am 11. November 2016 vom Bundestag verabschiedet. Die Bundespsychotherapeutenkammer erhofft sich von diesem Gesetz mehr Transparenz über die Personalausstattung und die finanziellen Mittel in psychiatrischen Kliniken und Institutsambulanzen. Konfliktträchtig sind Regelungen im Gesetz, nach denen Mitarbeiter der Kliniken Patienten bei Hausbesuchen behandeln dürfen. Zwar soll dies die sogenannte sektorenübergreifende Zusammenarbeit fördern, wird von vielen aber als ein Förderprogramm für von der Schließung bedrohte Kliniken wahrgenommen, und zwar zulasten der niedergelassenen Psychiater und Psychotherapeuten.

Zusammengestellt von **Ulrike Böker** und **Jürgen Doebert**

Verabschiedung von Dieter Best und Jürgen Doebert im GK II

Beim Treffen des GK II, des Gesprächskreises von mehr als 30 psychotherapeutischen Berufs- und Fachverbänden, wurden am 3. Dezember 2016 in Berlin Jürgen Doebert und Dieter Best verabschiedet. Eva Schweitzer-Köhn, bvvp, würdigte den langjährigen Einsatz der beiden für das berufspolitische Wohl der Psychotherapeuten in zahlreichen Gremien der Selbstverwaltung. Sie bedankte sich im Namen aller mit einem Geschenk und wünschte alles Gute für die Zeit ohne Berufspolitik.

Jürgen Doebert, bvvp, bedankte sich seinerseits. Der Abschied vom GK II falle ihm schwer. Die Arbeit des Kreises habe geholfen, die fast sprichwörtliche Zerstrittenheit der Psychotherapeuten zu überwinden. Durch den Austausch zwischen den zahlreichen Verbänden und den in die Gremien gewählten Vertretern der Psychotherapeuten mit ihren unterschiedlichen Blickwinkeln habe man vieles zustande gebracht. Die Existenz des GK II zeige, dass nicht alle gleich sein müssen. Es herrsche ein freundlicher Umgangston und gebe eine Kultur des persönlichen Respekts. In seiner politischen Arbeit sei ihm der GK II ein wichtiger Rückhalt gewesen – das Votum von 34 Verbänden hätte man immer wieder nach vorn tragen können. Manchmal habe er allerdings den Wunsch gehegt, die Arbeit als Berufspolitiker besser vermitteln zu können. Man müsse ziemliche Spannungen aushalten,



Foto: Walter Ströhm

Kompromisse seien notwendig. Wichtig sei Doebert auch ein Verständnis des „freien Berufs“ mit der Verknüpfung zur Gemeinwohlverpflichtung, der im Übrigen auch Kammern und KVen unterworfen seien.

Dieter Best, DPtV, betonte in seinen Dankesworten die vertrauensvolle Zusammenarbeit mit Jürgen Doebert. Die Lobbyarbeit der Psychotherapeuten sei beeindruckend erfolgreich und habe sich seit der Verabschiedung des Psychotherapeutengesetzes 1999 erfreulich gut entwickelt. Nach außen hin agiere man meistens geschlossen. Diese Kultur der internen Abstimmungsprozesse und des Abschleifens extremer Positionen müsse weitergehen. Auf die Frage, wie er all die Jahre durchgehalten habe, nannte er ein „gewisses dickes Fell“, „Ziele“ und den „Blick auf die eigenen Ressourcen“ als wichtige Faktoren. Man müsse auch lange Strecken überblicken können, selbst wenn sich kein schneller Fortschritt einstelle. Außerdem sei der soziale Rückhalt in den Verbänden extrem wichtig, somit auch der Rückhalt im GK II.

Geschenke zum Abschied:
Nach langjährigem Engagement beenden Dieter Best (links) und Jürgen Doebert (rechts) ihre aktive Zeit in der Berufspolitik

Praxismanagement nach der Reform

Foto: Privat



Psychotherapeutische Sprechstunde, telefonische Erreichbarkeit, Terminservicestellen: Was kommt auf uns zu?

Von **Ulrike Böker**, 2. Stellvertretende Vorsitzende des bvvp

Ab dem 1. April 2017 gilt die neue Psychotherapie-Richtlinie. Doch noch immer herrscht große Verunsicherung darüber, wie psychotherapeutische Sprechstunde, telefonische Erreichbarkeit und die neuen Terminservicestellen der regionalen KVen zusammenhängen. Klar ist, dass sich die Veränderungen bei diesen drei Punkten erst langsam einspielen müssen. Trotzdem lässt sich eine Grundrichtung schon jetzt erkennen.

In Zukunft müssen Praxen mit vollem Versorgungsauftrag eine telefonische Erreichbarkeit von 200 Minuten in der Woche in Einheiten von mindestens 25 Minuten zur Verfügung stellen. Für halbe Versorgungsaufträge gilt die Hälfte. Die Zeiten müssen der KV gemeldet werden, sie können also nicht von Woche zu Woche variieren. Die telefonische Erreichbarkeit kann entweder vom Psychotherapeuten selbst gewährleistet werden oder vom Praxispersonal. Es kursieren bereits zahlreiche Fragen, ob die Erreichbarkeit an externe Dienstleister übergeben werden kann, ob sich Praxen zusammenschließen

können, um gemeinsam Personal zu beschäftigen, oder ob man das Personal eines Kollegen mitnutzen kann. Kritischster Punkt ist hier natürlich der Datenschutz der Patienten, der unbedingt gewährleistet sein muss. Auf der anderen Seite müssen Lösungen gefunden werden, die die Psychotherapeuten nicht dazu zwingen, ihre wertvolle Behandlungszeit nun mit dem Sitzen am Telefon im völlig überdimensionierten Umfang zu verbringen.

Für die psychotherapeutische Sprechstunde werden zukünftig für Praxen mit vollem Versorgungsauftrag „in der Regel mindestens 100 Minuten pro Woche“ gefordert. Die Sprechstunde kann als offene Sprechstunde mit festen wöchentlichen Zeiten angeboten werden, die dann der KV gemeldet werden müssen, oder sie erfolgt als Bestellsprechstunde, als „zeitnahes klärendes Erstgespräch“. In diesem Fall muss nur die Form („Sprechstunden nach Vereinbarung“) der KV gemeldet werden, nicht aber feste wöchentliche Zeiten. Somit können die Sprechstunden variabel und an die jeweiligen Praxis-

gegebenheiten angepasst angeboten werden. Dem einen mag es lieber sein, immer zu festen Zeiten, vielleicht als letzte Sitzung des Tages, eine Sprechstunde anzubieten. Andere werden die Möglichkeit nutzen, flexibel zu bleiben, und schauen, wann sich Lücken ergeben. Auch wenn die neue Richtlinie in der Regel 100 Minuten vorgibt, kann dies von Praxis zu Praxis sehr variieren. Manche können sich das Angebot dieser neuen Leistung gut vorstellen und möchten vielleicht sogar mehr als zwei Stunden in der Woche anbieten. Für andere ist diese Leistung gänzlich unvorstellbar; sie kooperieren dann lieber mit „Clearingpraxen“, die ihnen die Patienten zuweisen. So könnten sich regionale Netze entwickeln, die sich Versorgungskonzepte im kleinen Rahmen überlegen (vgl. Seite 10).

Tatsächliche Gestaltungsmöglichkeiten (und -verpflichtungen!) haben die KVen im Rahmen ihres Sicherstellungsauftrags bei den Terminservicestellen (TSS), die auch für die Psychotherapeuten ab dem 1. April gelten. Diese können in Anspruch

Vordergründig kommen die neuen Regelungen zu Sprechstunde und Terminservicestellen den Patienten zugute, doch verlangen sie von den Psychotherapeuten die Quadratur des Kreises: mehr Zeit für Patienten bei gleichbleibendem Zeitkontingent

genommen werden, wenn ein Patient über den bisherigen Weg des direkten Anrufs beim Psychotherapeuten keinen Termin bekommen kann oder will. Der Gesetzgeber hat die KVen zur Einrichtung dieser Stellen verpflichtet, damit Patienten bei Dringlichkeit, die vom überweisenden Arzt festgestellt wurde, innerhalb von vier Wochen einen Termin bei einem Facharzt vermittelt bekommen. Der Patient hat dabei aber keinen Anspruch auf einen „Wunschbehandler“, sondern lediglich auf einen Behandler in erreichbarer Nähe. Für Termine beim Psychotherapeuten gibt es keinen solchen Dringlichkeitsvorbehalt: Die Patienten können sich zunächst selbst für dringlich erklären und einen Termin für eine Sprechstunde bei der TSS anfordern. Der Gesetzgeber hat außerdem vorgegeben, dass nicht nur die Sprechstunde, sondern auch der sich daraus ergebende zeitnahe Behandlungsbedarf über die TSS innerhalb von vier Wochen vermittelt werden muss. Was genau darunter zu verstehen ist, darüber wird gerade zwischen Kassen und KBV diskutiert. Bei der entsprechenden Formulierung im Bundesmantelvertrag, Anlage 28, möchte die KBV, dass als zeitnahe Behandlungsbedarf lediglich die Akutbehandlung zu verstehen ist, die Kassen fordern, dass auch die genehmigungspflichtige Psychotherapie darunter fallen soll.

Wäre nur die Akutbehandlung betroffen, die wiederum ausschließlich vom erstsichtenden Psychotherapeuten in der psychotherapeutischen Sprechstunde indiziert werden kann, dann hätte man damit eine recht überschaubare Anzahl an Patienten. Wären hingegen auch die genehmigungspflichtigen Leistungen TSS-berechtigt, würde sich ziemlich schnell herausstellen, dass die Anforderungen eines Behandlungsplatzes für alle dringlichen Patienten innerhalb von vier Wochen nicht annähernd erfüllt werden können. Man hätte damit zwar eine gute Darstellung des tatsächlichen Behandlungsbedarfs und könnte damit für die Bedarfsplanung argumentieren. Auf der anderen Seite ist völlig unklar, welchen Druck die KVen dann auf die Niedergelassenen ausüben würden, denn

eigentlich wollen die KVen die TSS am liebsten wieder ganz abschaffen. Eins zeichnet sich aber ab: Die TSS kann natürlich nur den ersten Termin einer Behandlung vergeben. Das wiederum bedeutet, dass Termine für eine Behandlung verantwortlich nur dann vergeben werden können, wenn ein Psychotherapeut auch Zeit für Folgetermine hat.

Bei der Akutbehandlung kann man sich vorstellen, dass diese gegebenenfalls von den psychiatrischen und kommenden psychosomatischen Institutsambulanzen geleistet werden könnte. Man müsste hier auch keinen Abzug von Geldern aus dem Facharzttopf befürchten, denn die Leistungen werden extrabudgetär vergütet, also direkt von den Krankenkassen. Dabei spielt es keine Rolle, ob sie von den Niedergelassenen oder von den Institutsambulanzen geleistet würden. Nachdem die von den TSS in Institutsambulanzen abwandernden Leistungen analog zu den Niedergelassenen über eine lebenslange Arztnummer LANR abgerechnet werden müssen und damit Facharztstatus garantiert wird, könnte dies auf einigermaßen gesichertem Qualitätsniveau geschehen – auch vor dem Hintergrund, dass das nun verabschiedete PsychVVG mehr Transparenz des Leistungsgeschehens in den Institutsambulanzen fordert. Fraglich bleibt natürlich, ob dort überhaupt zeitliche

Kapazitäten vorhanden sind. Ganz anders sähe dies bei der genehmigungspflichtigen Psychotherapie aus, da für dieses Angebot die Institutsambulanzen gänzlich ungeeignet sind. Aber wer soll die Therapie dann anbieten? Kommt wieder das alte Thema auf, dass Psychotherapeuten zu höheren Auslastungen gezwungen werden müssen? Klar ist aber, dass die neuen Leistungen keine neuen Kapazitäten schaffen – und dass gerade durch die Sprechstunden weniger Zeit für die genehmigungspflichtige Psychotherapie bleibt.

Bei den somatischen Ärzten funktioniert die Terminvergabe über die TSS bisher weitestgehend auf freiwilliger Basis: Es werden genug Termine freiwillig gemeldet, damit die Patienten von den TSS bedient werden können. Würde dies ab dem 1. April bei den Psychotherapeuten nicht funktionieren, kann und wird die zuständige KV eine verpflichtende Meldung von Terminen einführen. Dies kann durchaus auch bei den Sprechstunden eine Meldung von mehr als 100 Minuten in der Woche pro Praxis bedeuten. Hier ist vorstellbar, dass es völlig unterschiedliche regionale Engpässe geben wird. Diese hängen davon ab, ob sich eine Praxis in einem hoch versorgten Ballungsgebiet befindet oder in einem gering versorgten ländlichen Raum. Entsprechend unterschiedlich könnten die Verpflichtungen regional aussehen. Welche Verpflichtungen zur Meldung von genehmigungspflichtigen Psychotherapien gegebenenfalls installiert würden, kann man sich aber beim besten Willen nicht vorstellen.

Inwieweit das Reformprojekt Psychotherapie-Richtlinie gelingen oder scheitern wird, hängt maßgeblich davon ab, ob die Vergütung für die neuen Leistungen angemessen ist und Anreize setzt. Damit liegt das Gros der Verantwortung bei der KBV, den Kassen, dem BMG als Aufsichtsbehörde und den regionalen KVen mit ihrem Sicherstellungsauftrag. Als Berufsverband wird der bvvp seinen Beitrag dazu leisten – innerhalb der Gremien mit lösungsorientierten Ideen und für unsere Mitglieder mit ausführlichen Informationskampagnen. —

Kurz und gut?

Welche Erkenntnisse aus den Regionalprojekten des bvvp in Oberschwaben können wir auf die neue Psychotherapie-Richtlinie übertragen? Ein Erfahrungsbericht

Von **Ilse Bestehorn**, Regionalsprecherin im VVPSW

In den vergangenen acht Jahren hat es in Oberschwaben drei Projekte des dortigen Regionalverbandes VVPSW gegeben, in denen Erfahrungen außerhalb der üblichen Richtlinientherapie gesammelt wurden: den Psychotherapeutischen Informationsdienst PID, das Zeitnahe Erstgespräch ZEG und die Clearingstelle in Zusammenarbeit mit der Schussental-Klinik Aulendorf. Beteiligt waren an den Projekten Ärztliche, Psychologische sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten. Viele Erkenntnisse aus diesen Projekten lassen sich auf die neue Richtlinie übertragen, denn dort wurden bereits manche Neuerungen vorweggenommen und erprobt.

Die telefonische Erreichbarkeit

Anstoß für die Gründung des PID war der Wunsch, für Hausärzte und Hilfe suchende Patienten besser erreichbar zu sein. 29 Kollegen schlossen sich zusammen und ließen sich in einen jeweils für ein Jahr erstellten Dienstplan einteilen. Für eine Woche übernahm jeder an zwei Tagen für jeweils eine Stunde Dienst. Vom Sekretariat eines teilnehmenden Kollegen wurde zu diesen Zeiten die Telefon-

nummer des PID auf das Telefon des diensthabenden Kollegen umgeschaltet, der in seiner eigenen Praxis auf Anrufe wartete. Wir erstellten einen Flyer mit einer zentralen Rufnummer, der bei Hausärzten und Beratungsstellen ausgelegt wurde.

Der PID ist ein ehrenamtlicher telefonischer Servicedienst, der eine erste Anlaufstelle und einen ersten Filter für Hilfesuchende bieten sollte. Am Telefon informierten wir über die unterschiedlichen Psychotherapieverfahren, wann eine Richtlinientherapie angezeigt sein könnte, über den Zugang zur Psychotherapie als Kassenleistung und wie man zu einem Therapieplatz kommen kann. Eine Arbeitsgruppe erstellte dazu einen umfangreichen Ordner, in dem Kontaktadressen von Therapeuten, Kliniken, Suchthilfeeinrichtungen, Selbsthilfegruppen und Beratungsstellen verzeichnet waren. Begleitend dazu führten wir eine Statistik.

Die Sprechstunde

Da viele Patienten dennoch auf ein klärendes persönliches Gespräch in der Praxis drängten, entwickelten wir aus dem PID das ZEG, das Menschen in Krisen

und potenziellen Psychotherapiepatienten eine erste diagnostische Abklärung anbieten sollte. Dafür gaben wir im PID-Gespräch die Rufnummer des ZEG weiter. Der diensthabende von insgesamt zwölf Kollegen vergab dann maximal drei Sprechstundentermine. Wir sahen Patienten im Rahmen des ZEG ein- oder zweimal, so wie es auch für die psychotherapeutische Sprechstunde vorgesehen ist. Es kam auch vor, dass der diensthabende Kollege den Patienten anschließend als Richtlinienpatient weiterbehandelte.

Das niederschwellige Angebot des ZEG führte dazu, dass sich auch Patienten vorstellten, die keine typischen Psychotherapiepatienten sind, da diese in der Regel durch ein ausführliches Gespräch am Telefon vorausgewählt werden. Häufig waren diese in einer akuten Krise. Es zeigte sich, dass bereits ein oder zwei Gespräche dazu beitrugen, die Situation zu deeskalieren, einzuordnen und abzuschätzen, ob der Patient „wartelistenfähig“ war oder eine Weiterbehandlung brauchte. Manchen Patienten wurde deutlich, dass die akute Krise die Spitze des Eisbergs darstellte, sie bekamen spürbaren Kontakt mit dem zugrunde liegenden Kon-

flikt. Andere brauchten eher Beratung, um für sich allein weiterzukommen oder um sich an zuständige Stellen zu wenden. Den durchweg erfahrenen Therapeuten war es möglich, erste diagnostische Einschätzungen vorzunehmen und notwendige Maßnahmen wie die Weiterleitung an eine Suchthilfeeinrichtung oder die Einweisung in eine Klinik vorzunehmen. Die therapeutische Beziehung gestaltete sich eher beratend, diagnostizierend, distanzierter und stellte den Aspekt des Beziehungsangebots zurück. Leider machten wir auch die unangenehme Erfahrung, dass vereinbarte Termine häufig nicht in Anspruch genommen wurden. Das scheint ein Nachteil des niederschweligen Angebots zu sein. Beide Projekte, der PID und das ZEG, laufen derzeit bis April 2017 weiter. Wie wir dann weiter verfahren wollen, möchten wir in einer Ideenwerkstatt diskutieren.

Die Akutbehandlung

Die Clearingstelle war ein Projekt vernetzter Versorgung zwischen dem ZFP Weissenau und acht niedergelassenen Psychotherapeuten aus Oberschwaben. Das Projekt zielte darauf, die rasche psychotherapeutische Versorgung von Patienten der DAK Gesundheit und der Barmer GEK zu gewährleisten. Das erste „Clearinggespräch“, das der Diagnostik und der Weichenstellung zur Weiterversorgung diente, fand in der Klinik statt. Wenn eine ambulante Weiterbehandlung sinnvoll war, kam der Patient zu den sieben weiteren möglichen Terminen in die Praxis des Kollegen, der das Clearinggespräch geführt hatte. Begleitet wurde das Projekt durch eine wissenschaftliche Auswertung. Patienten mit stationärem Behandlungsbedarf konnten rasch in die Klinik wechseln und wurden danach weiter von uns versorgt. Der monatlich stattfindende bezahlte Qualitätszirkel ist ein gelungenes Beispiel dafür, wie hilfreich sich gut koordinierte Arbeit auswirken kann. In den Praxen fanden sich dadurch Patienten, die sonst vermutlich als zu komplex hilfebedürftig eingestuft worden wären. Bei einigen Patienten konnte sogar ein psychiatrisch chronifiziertes Krankheits-

Der rasche Erstkontakt mit einem Psychotherapeuten kann gerade bei Patienten in einer akuten Krise besonders hilfreich sein. Manchmal reichen bereits ein oder zwei Gespräche aus, um die Situation deutlich zu deeskalieren

bild durch die angeschlossene Langzeittherapie aufgelöst werden. Bei anderen Patienten zeigte sich, dass die Belastung auch die Ehepartner betraf. Beide konnten ins Projekt aufgenommen werden und gute Behandlungsfortschritte machen. Die Ergebnisse, die durch die Vernetzung und Kooperation mit der Klinik erzielt wurden, wären in der Einzelpraxis kaum denkbar gewesen. Dadurch fielen Entscheidungen, auch Patienten mit PIA-Kriterien (häufige Klinikaufenthalte, Mehrfachdiagnosen, komplexe Vorgeschichte) in der eigenen Praxis zu behandeln, leichter. Leider ist dieses Projekt ausgelaufen, weil es von den Krankenkassen nicht mehr finanziert wurde.

Am Modell der Clearingstelle konnten wir erfahren, dass es sich lohnt, auch Therapiemodelle mit wenigen Stunden anzubieten. Die Sitzungsfrequenz richtete sich nach dem Bedarf von einmal wöchentlich bis zu einmal monatlich. Etwa ein Drittel der Patienten brauchte nicht mehr als sieben Stunden, um die akute Krise zu bewältigen, und hatte auch keinen weiteren Behandlungsbedarf. Bei einem weiteren Drittel bestand weiterer Behandlungsbedarf, es konnte aber eine Stabilisierung erreicht werden, die den Patienten befähigte, auf einen frei werdenden Therapieplatz zu warten. Ein weiteres Drittel konnte nach den sieben Sitzungen

direkt eine Richtlinienbehandlung anschließen.

Die vorgesehene „Akutbehandlung“ bedeutet nach unserer Erfahrung nicht zwingend, dass ein wöchentlicher Kontakt stattfinden muss. Verbindliche, aber weiter auseinanderliegende Termine können sinnvoll sein. Sie wirken regressionsbegrenzend und stellen dennoch einen Rahmen dar, der zur Deeskalation und Wartelistenfähigkeit führt. Eine erste Einschätzung, ob der Patient Motivation und Eignung für eine spätere therapeutische Beziehung zeigt, ist auch in solch einem niederfrequenten Setting möglich. Nach unserer Erfahrung ist es möglich, innerhalb der jetzt vorgesehenen ersten zwölf Therapiestunden festzustellen, ob diese ausreichen oder ob der Patient eine längerfristige Richtlinienbehandlung benötigt.

Fazit

Bei allen Mühen, die nun auf uns zukommen, sehe ich die Möglichkeit, dass wir das tun, was unsere Kernkompetenz ist: mit den neuen Herausforderungen kreativ umgehen und individuelle Antworten darauf finden. Auf jeden Fall hat es sich bewährt, die Antworten gemeinsam zu suchen. Wir in Oberschwaben wollen darüber in einer Ideenwerkstatt auf der Grundlage unserer bisherigen positiven Erfahrungen nachdenken und hoffen darauf, dass sich auch in anderen Regionalverbänden Kolleginnen und Kollegen zusammenfinden und neue Projekte Schule machen.



Foto: Privat

Ilse Bestehorn

ist Fachärztin für Psychotherapeutische Medizin und seit 1993 niedergelassen in eigener Praxis in

Ravensburg. Sie ist Gründungsmitglied des VVPSW und Teilnehmerin an allen drei bvvp-Projekten in Oberschwaben. Seit November 2016 arbeitet sie als Regionalsprecherin in Südwürttemberg.

Ausgezeichnet

Foto: Privat



Zwei Jahrzehnte lang hat Birgit Annen die Geschicke des bvvp gelenkt. Jetzt wurde der ehemaligen Vorsitzenden eine besondere Ehrung zuteil

Von **Martin Klett**, Stellvertretender Vorsitzender des bvvp

So eine Ehrung erlebt man nicht alle Tage: Am 12. November wurde unserer langjährigen Vorsitzenden, Frau Dr. Birgit Annen (ehemals Clever), die Albert-Fraenkel-Plakette verliehen. Eine überaus passende Auszeichnung, ist sie doch nach Albert Fraenkel benannt, der in der Medizingeschichte nicht nur als Erfinder der aufsehenerregenden Strophanthin-Kur bekannt ist, sondern bis heute für sein besonderes Einfühlungsvermögen am Krankenbett geschätzt wird. Vergeben wird die Plakette auf Beschluss des Vorstandes der Bezirksärztekammer Südbaden an Kolleginnen und Kollegen, die sich um den ärztlichen Beruf und dessen Ansehen in der Öffentlichkeit in besonderem Maße verdient gemacht haben. In ihrer Laudatio schilderte Frau Dr. Paula Hezler-Rusch, die Vizepräsidentin der Bezirksärztekammer Südbaden, zunächst den Werdegang von Birgit Annen, der sie von Waldshut am südlichen Ende Deutschlands nach Freiburg zum Medizinstudium führte, das sie 1975 begann und 1981 mit der Approbation als Ärztin und Promotion abschloss.

Nach dem Studium führte sie ihr beruflicher Werdegang zusammen mit ihrem damaligen Mann, Dr. Ulrich Clever, zunächst nach Straßburg, später wieder zurück nach Freiburg. Am dortigen Institut der Deutschen Psychoanalytischen Gesellschaft (heute: IPPF - Institut für Psychoanalyse und Psychotherapie e.V.) absolvierte sie ihre Weiterbildung zur Psychoanalytikerin. In den Jahren ihrer Weiterbildung wurden auch ihre drei Kinder geboren, 1982, 1984 und 1987. Die Situation war damals - in der Zeit der sogenannten Ärzteschwemme - sehr angespannt. Die Vereinbarkeit von Familie und Beruf gelang als Tandem, indem das Ehepaar die Kinderbetreuung gemeinsam und im Wechsel übernahm - eine damals noch nicht selbstverständliche Gestaltung. 1991 erlangte Birgit Annen die Zusatzbezeichnung Psychoanalyse sowie die Zusatzbezeichnung Psychotherapie und 1997 die Anerkennung als Fachärztin für Psychotherapeutische Medizin.

Paula Hezler-Rusch würdigte insbesondere auch das berufspolitische Engagement von Birgit Annen: Direkt nach

ihrer Weiterbildungszeit begann sie sich in der ärztlichen Selbstverwaltung zu engagieren, wurde 1995 in die Vertreterversammlung der Bezirksärztekammer Südbaden sowie in die Vertreterversammlung der Landesärztekammer Baden-Württemberg gewählt. In beiden Gremien wirkte sie fünf Wahlperioden hindurch bis 2015, also 20 Jahre lang, als Delegierte aktiv mit. Von 1999 bis 2015 war sie zuerst Ersatzdelegierte, dann Delegierte beim Deutschen Ärztetag, von 2003 bis 2015 Mitglied im Weiterbildungsausschuss der Landesärztekammer Baden-Württemberg. Dort ist sie bis heute als Gutachterin für den Bereich der Psychotherapie und als Vorsitzende der Prüfungskommissionen tätig. 2016 wurde sie zur stellvertretenden Beisitzerin beim Landesberufsgericht bestellt.

Auch in der Kassenärztlichen Vereinigung engagierte sich die Preisträgerin berufspolitisch. Sie war bis zur Fusion der vier Bezirks-KVen 2005 zur KV Baden-Württemberg Delegierte der Vertreterversammlung KV Südbaden, nach der Fusion Delegierte in der Vertreterversammlung der KV Baden-Württemberg.



Foto: Bezirksärztekammer Südbaden

Ehrung: Birgit Annen (links) wurde von Paula Hezler-Rusch (rechts) mit der Albert-Fraenkel-Plakette ausgezeichnet

Beziehungskompetenz, Konfliktfähigkeit, unerschütterlicher Teamgeist. Birgit Annens Kollegen hatten nur gute Worte übrig für den Führungsstil der Preisträgerin

2005 wurde sie zur Vorsitzenden der Vertreterversammlung der zur KV Baden-Württemberg fusionierten KVen Südbaden, Nordbaden, Südwürttemberg und Nordwürttemberg gewählt, der sie bis 2011 vorstand. Auf eigenen Wunsch wurde sie im Oktober 2013 als Delegierte aus der Vertreterversammlung verabschiedet. Erhebliche Spannungen zwischen den einzelnen Ärztegruppen kennzeichneten die erste Legislaturperiode der neu konstituierten KV Baden-Württemberg. Hezler-Rusch zitierte dazu den stellvertretenden Vorsitzenden der KV BW, Dr. Johannes Fechner, bei Annens damaliger Ver-

abschiedung: „Ich habe Sie oft bewundert, wie Sie die schwierigen Vertreterversammlungen in den ersten Legislaturperioden gemeistert haben.“ Nicht unerwähnt bleiben durfte natürlich die langjährige Verbandsarbeit von Birgit Annen: Hezler-Rusch erwähnte den 1994 gegründeten bvvp, den Bundesverband der Vertragspsychotherapeuten, dem Annen 20 Jahre lang vorstand und den sie zu großen Erfolgen führte. Das Neue an diesem Verband war der Zusammenschluss aller psychotherapeutisch tätigen Berufsgruppen. Dies ermöglichte erstmals eine Bündelung der berufspolitischen Interessen von Ärzten, Psychologischen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, um sich gegen den Punktwertverfall bei der Psychotherapie, damals unter Minister Seehofer, innerhalb der KVen und der KBV zu wehren. Bundesweit initiierte und koordinierte Klageverfahren führten 1999 zu dem ersten aufsehenerregenden Urteil des Bundessozialgerichts, das als „10-Pfennig-Urteil“ bekannt wurde. Laut Birgit Annen war dieser Erfolg nur in gemeinsamer An-

strengung mit den mit professionellem und hohem Zeiteinsatz im Verband engagierten Kollegen möglich. Kein Wunder, dass ihr ihre Kollegen vor allem Beziehungskompetenz, Konfliktfähigkeit und einen unerschütterlichen Teamgeist als Markenzeichen ihres Führungsstils zuschreiben.

Hezler-Rusch schloss ihre Laudatio mit der Feststellung, dass Birgit Annen sich über viele Jahre hinweg mit hoher Kompetenz, Charme, Fleiß, Klugheit und Erfahrung für die Ärzteschaft in vielfältiger Weise eingesetzt habe und ihr hoher Respekt für alles gebühre, was sie geleistet habe. Sie habe nach innen, in die ärztliche Selbstverwaltung hinein, und nach außen, in die Ärzteschaft und in die Öffentlichkeit hinein, mit hoher Kompetenz gewirkt. Und dann endlich war es so weit: Hezler-Rusch bedankte sich noch einmal im Namen aller für Annens Engagement und für „die Bereicherung, die ihr Mitwirken in der ärztlichen Selbstverwaltung und insbesondere in der Bezirksärztekammer Südbaden bedeutete“ – und überreichte ihr die Albert-Fraenkel-Plakette. —



Big Data Is Watching You!

Liebe Kolleginnen und Kollegen,
sehr geehrte Leserinnen und Leser!

Mit diesen Pop-ups möchten wir
illustrieren, wie es sein könnte,
wenn das Heft, das Sie in den Händen
halten, Daten über Sie sammelte.

Wir laden Sie ein, sich vorzustellen,
dass auf den folgenden Seiten hoch-
auflösende elektronische Sensoren
versteckt seien, welche - einmal
gestartet - fortlaufend Ihr
Leseverhalten aufzeichnen.

Die so gesammelten Informationen
würden über ein drahtloses Cloud-
system an eine Datenbank übermittelt,
in der Ihr Leserprofil gespeichert
und später zu Ihrem Persönlichkeits-
profil optimiert würde.

Wir haben hierzu eine App erstellt,
die Sie ganz bequem und unkompliziert
starten, indem Sie das Objektiv oben
in der Mitte für drei Sekunden mit
beiden Augen anvisieren.

Die Seele im Netz

Big Data markiert auch für die Psychotherapie eine Zeitenwende. Werden wir uns im Cyberspace verlieren oder neue Wege finden, unseren Patienten zu helfen?

Von **Martin Kremser**, Vorsitzender des bvvp-Bundesvorstandes

„**Big Data – wenn der Mensch zählt**“: Mit dieser öffentlichen Veranstaltung haben wir uns im Herbst 2016 in Berlin erstmals umfänglich mit der Digitalisierung in unserer Gesellschaft beschäftigt. Interessante Referate haben einen Eindruck vermittelt, welche Bandbreite die technologischen Entwicklungen aufweisen und wie radikal im ursprünglichen Sinn des Wortes der Mensch selbst sich in dieser neuen Welt definieren muss. Big Data ist dabei nur ein Symptom oder ein Phänomen des beginnenden digitalen Zeitalters. Es entsteht durch die zunehmende Technisierung und Digitalisierung, durch neue Trends des Self-Tracking und der endlosen Postings in den sozialen Netzwerken. Die künstliche Intelligenz erweitert in diesem Rahmen die Auswertung und Nutzung der Massendaten und kommt zu eigenen Entscheidungen.

Der Schwerpunkt in diesem Magazin ist nun ein weiterer Schritt, der grundlegende Diskussionen in unterschiedlichen Bereichen anregen möchte. Aber zunächst

sollten die Begriffe noch einmal klarer angeschaut werden. Was ist mit Big Data gemeint, und in welchem Verhältnis steht der Begriff zu E-Health? Big Data ist nicht eindeutig definiert und wird für verschiedene Bedeutungen verwendet. Grundsätzlich geht es um sehr große, zum Teil auch unstrukturierte Datenmengen, die in besonderer Weise elektronisch verarbeitet, analysiert und ausgewertet werden, um dadurch bestimmte Fragen oder Ziele anzugehen und neue Erkenntnisse oder Zusammenhänge zu liefern. In der im Artikel zu E-Health zitierten Studie des Bundesministeriums für Gesundheit „Weiterentwicklung der E-Health-Strategie“ werden die sogenannten „4 Vs“ als wesentliche Kriterien von Big Data beschrieben: 1. *Volume*: Die Datenmengen überschreiten die gewöhnlichen Aufnahmekapazitäten herkömmlicher Datenbanksysteme, und erst die Quantität ermöglicht nutzbare Ergebnisse. 2. *Velocity*: Die Geschwindigkeit der Datenverarbeitung muss zunehmend Echtzeitanalysen

und direkte Nutzungen gewährleisten. 3. *Variety*: Häufig müssen sowohl strukturierte als auch unstrukturierte Datensätze aus unterschiedlichen Datenquellen miteinander vernetzt und ausgewertet werden. 4. *Veracity*: Nur valide und zuverlässige Daten, speziell im medizinischen Bereich, können letztlich zu aussagekräftigen Ergebnissen führen.

Das Verhältnis zu E-Health lässt sich als ein gegenseitiges Geben und Nehmen charakterisieren: Viele Anwendungen aus dem Bereich E-Health generieren große Mengen neuer Daten und Informationen, die im Rahmen von Big Data verarbeitet und analysiert werden. Andererseits liefert Big Data aktuelle Auswertungen und Erkenntnisse, die wiederum Einfluss nehmen auf die Anwendungen der Informations- und Kommunikationstechnologie von E-Health. Das Gesundheitssystem ist letztlich nur ein kleiner Bereich, in dem Big Data eine Rolle spielt. Welche Themen und Dimensionen werden aber durch die Digitalisierung berührt

und spielen letztlich auch für uns Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten eine Rolle?

Die einfachste Ebene stellt die Digitalisierung bestehender Prozesse dar: So liefert die elektronische Quartalsabrechnung der niedergelassenen ÄrztInnen und PsychotherapeutInnen noch relativ überschaubare Zahlen, die auch mit gewöhnlicher Technik bearbeitet werden können. Nimmt man aus dem medizinischen Bereich noch die bildgebende Diagnostik, Behandlungs- und Ordnungsdaten sowie digitale Entlassungsberichte hinzu, nimmt das gewonnene Datenvolumen schon beträchtliche Ausmaße an. Ausgehend von verschiedenen Gesundheitsapps und ähnlichen Anwendungen werden durch verschiedene Formen des Self-Trackings weitere Daten aggregiert. Diese neuen Datenfelder der Selbstvermessung ergeben zusammen mit dem digitalen Fußabdruck, den wir beim Surfen im Internet hinterlassen, einen Datenpool, der verschiedene Bereiche berührt: Auf der medizinischen Seite werden diagnostische und behandlungsrelevante Informationen erschlossen, auf der wirtschaftlichen Ebene kann unser Konsumverhalten analysiert und gesteuert werden – das schließt auch mögliche Rabatte im Versicherungswesen ein, die sich aus unseren Gesundheitsdaten ergeben.

Auf der politischen Ebene könnten Auswertungen dieser Datenmenge zum Nudging herangezogen werden, einer Methode, das Verhalten von Menschen auf vorhersagbare Weise in Richtung von klugen und gesunden Entscheidungen zu beeinflussen. Andererseits lassen aktuelle Entwicklungen durchaus die Befürchtung zu, dass selbst ausgewiesene Demokratien zunehmend diktatorische Anteile einführen und dann natürlich bestehende technische Infrastrukturen und vorhandene digitale Informationen in ihrem eigenen Interesse missbrauchen könnten. Im positiven Sinne lassen Verknüpfungen und Analysen dieser verschiedenen Datenquellen quasi von einer Meta-Ebene aus neben direkt gesundheitsrelevanten Erkenntnissen auch sinnvolle Beiträge für die Strukturen im Gesundheitssystem erwarten: Eine Zusammenschau von Ver-



Vom Selbstwert zum Zahlenwert: Was macht die Digitalisierung mit dem Menschen?

sorgungsdaten, Einwohnermeldedaten und Verkehrsströmen, die vielleicht sogar zwischen beruflichen und privaten Fahrten und Bewegungen unterscheiden können, würde beispielsweise die Bedarfsplanung auf andere Füße stellen. Im Rahmen der Versorgungsforschung ließen sich sicherlich viele Ansätze finden.

Das führt aber schon zu einem kritischen Thema, das immer wieder Möglichkeiten begrenzt oder Risiken mit sich bringt: der Datenschutz und die Daten-

hoheit wie auch die Datensicherheit und die Datenvalidität. Die besondere Bedeutung wird im E-Health-Gesetz betont, wobei regelmäßige Enthüllungen über Hackerangriffe, Datenmissbrauch und andere Verstöße gegen den Datenschutz bei teilweise fehlenden gesetzlichen Regelungen zur Datenhoheit das Vertrauen in die Machbarkeit und die politischen Ansprüche deutlich untergraben. Hardy Müller stellt in seinem Beitrag „Der Spion in meiner Hosentasche?“ Nutzen und Risiko der Digitalisierung einander gegenüber.

Durch die fast alle Lebensbereiche durchdringende Technisierung und damit meist auch Digitalisierung werden wir uns mit vielen neuen Fragestellungen konfrontieren müssen: Die Perfektionierung elektronischer Prothesen greift auch in den mentalen Bereich hinein und lässt Mischwesen aus Organismus und Maschine (Cyborgs) entstehen, die früher noch als verrückte Fantasien von Science-Fiction-Autoren galten. Künstliche Organe, neue Methoden der Genmanipulation und industrielle Nahrungsmittelproduktion entfremden uns zunehmend von unserer eigentlichen Natur.

Auch die so positiv besetzte Qualitätsorientierung in Gestalt von sehr formalisierten Vorgaben der Qualitätssicherung und des Qualitätsmanagements ist sicherlich gut gemeint. Sie reduziert jedoch die persönliche Verantwortung und den persönlichen – auch menschlichen – Erfahrungshintergrund auf die Anpassung und Unterwerfung unter eine vielleicht evidenzbasierte Funktionalität, die austauschbar bleibt. Das in der engen Arzt/Psychotherapeut-Patienten-Beziehung vom Patienten meist gewünschte und für den Heilungsprozess so wichtige Vertrauensverhältnis (auch im Sinne: Arzt/Psychotherapeut als positive Droge) wird selten als Qualitätskriterium abgefragt.

Den Höhepunkt der Robotik-Industrie stellen dann die Humanoiden dar, wobei auch an deutschen Hochschulen schon die Erforschung der Soziabilität von artifiziellen Entitäten wie Robotern oder virtuellen Agenten ein Thema ist. In einer interessanten Dokumentation auf dem TV-Sender Arte („Die Vermessung der Gefühle“) vor einigen Monaten wurde ge-

zeigt, dass Avatare, die durch künstliche Intelligenz und die entsprechenden Algorithmen gesteuert werden, nicht nur die emotionalen Zustände des Gegenübers scannen und verarbeiten können, sondern selbst „emotional“ reagieren und in der Behandlung von kriegstraumatisierten Soldaten erprobt werden – wohl mit sehr guter Akzeptanz der Betroffenen. Mehr dazu findet sich auch hier im Schwerpunkt unter dem Titel „Schöne neue Digitalwelt“ von Andreas Wagener.

Die junge Generation (Digital Natives) wächst mit anderen Kommunikationstechnologien, -strukturen und -mustern auf. Wie werden zunehmende Außensteuerung und Kontrolle, elektronische Kommunikation und individuelle Vermessung in der Folge Persönlichkeitsbildung, Selbstwertgefühl, zwischenmenschliche Beziehungen und auch Form und Inhalt von Psychotherapie beeinflussen? Christina Schachtner setzt sich in ihrem Artikel „Digitale Ich-Experimente“ mit einigen dieser Fragen auseinander.

Speziell zur psychotherapeutischen Versorgung sprechen wir in den beiden Artikeln zu E-Health die internetbasierten Interventionen und die Selbstmanagement-Programme an. Ganz konkret geht es in der aktuellen Politik schon um die Einführung der Video-Sprechstunde und verschiedene Formen der Telemedizin. Projekte zur psychotherapeutischen Behandlung im engeren Sinne, also über Chat oder Videoverbindung mit einem Psychotherapeuten (überwiegend über unsere Landesgrenzen hinaus in kaum erreichbare Krisengebiete hinein), sind schon häufiger auf öffentlichen Veranstaltungen zusammen mit positiven Studienergebnissen und Evaluationen vorgestellt worden. Inwieweit einige Elemente unter Beachtung von Indikation und rechtlichem Rahmen Teil der Regelversorgung werden können, sollte auch von uns kritisch begleitet werden.

Neben diesen berufspolitischen und formalen Fragen geht es mir aber letztlich auch inhaltlich um eine quasi philosophisch-psychoanalytische Einordnung: um die Digitalisierung als Prozess des kulturellen Wandels, um die Auswirkungen auf das soziale Miteinander, um die Wei-



So fern und doch so nah: Können Chatbots und Videochats einen ebenso intensiven Kontakt mit den Patienten ermöglichen wie ein persönliches Vor-Ort-Gespräch?

terentwicklung der humanistischen Grundwerte und letztlich um das eigene Selbstbewusstsein. Anders gefragt: Wer bin ich? Bin ich das „mobile Endgerät“ hinter dem Smartphone, das über die digitalen Informationen gesteuert und durch die eingebaute Kamera und die Technik des Face-Trackings auch in meiner aktuellen Befindlichkeit „erkannt“ und mit der passenden App „versorgt“ wird? Manche behaupten ja, dass Facebook durch Analyse einiger „Likes“ die Person besser kennt als

der eigene Partner. Soll ich also darauf warten, dass mir eine App sagt, ob mein Gewicht optimal ist, wie viele Schritte ich heute noch gehen muss und an welchem Ort ich den von der künstlichen Intelligenz ausgewählten Partner treffen kann – und welches Geschenk ich vorher am besten bei Amazon bestellen soll? Ging die bekannte Inschrift am Apollotempel von Delphi mit dem Satz „Erkenne dich selbst“ nicht davon aus, dass die Grundfragen des Lebens auch ohne Technik lösbar sein müssten? Ich jedenfalls bin bisher sehr gut ohne Smartphone durch mein Leben gekommen.

Ist es das tiefe Gefühl der Ohnmacht in einer bedrohlichen Welt, die Orientierungslosigkeit in einer reizüberfluteten und globalisierten Gesellschaft oder die Angst vor der eigenen Bedeutungslosigkeit und dem Tod – oder nur der Spieltrieb verbunden mit Größenideen und dem Wunsch nach Selbstwirksamkeit, der uns in virtuelle Dimensionen entführt wie auf einem fliegenden Teppich, in ein Wunderland, in dem fast alles möglich scheint? Sind wir die selbst ernannten Digital-Helden, während in anderen Ländern Kindersklaven unsere Produkte herstellen, Tiere unerkannt und gut versteckt in unserer Nähe massenhaftes Leid erfahren und uns erst die Flüchtlinge in unserem Land aus einem hypnoiden Dämmerzustand herausreißen? Oder haben wir unsere Freiheit und politische Selbstbestimmung schon an GAFAM (Akronym für Google, Apple, Facebook, Amazon und Microsoft) abgetreten?

Digitalisierung und Big Data finden statt in einem Spannungsfeld zwischen einer kapitalstarken militärischen Forschung, einer gewinnorientierten Industrie, die selbst entwickelt und direkt umsetzt, und einer Politik, die inhaltlich und zeitlich immer hinterherhinkt. Diese und andere Fragen werden uns in Zukunft auch auf unserer fachlichen Ebene beschäftigen. Trotz allem möchte ich mit meinem optimistischen Schlusssatz vom Vortrag auf der öffentlichen Veranstaltung auch hier schließen: Wenn der Mensch seine Werte nicht aus den Augen verliert, kann Big Data zu einem allgemeinen Nutzen beitragen.

Schöne neue Digitalwelt

Die Digitalisierung verändert unser Leben maßgeblich. Gewinnen Roboter und Computer die Oberhand, oder leiten sich daraus nie da gewesene Chancen ab?

Von **Andreas Wagener**

Jeder, der schon einmal den Fehler begangen hat, in einem Onlineshop ein Produkt nur anzusehen, dann aber nicht zu kaufen, kennt das Phänomen: In dem Moment, in dem wir uns dagegen entscheiden, den Bezahlprozess einzuleiten, ist unser Schicksal besiegelt. Wenn wir Pech haben, verfolgen uns die betrachteten, aber einstweilig verschmähten Schuhe, Elektrogeräte oder Spirituosen quer durchs ganze Netz. Penetrant und marktschreierisch werden wir auf jeder weiteren Seite, zu der wir uns hindurchklicken, mit der unmissverständlichen Aufforderung konfrontiert, nun doch bitte gefälligst diesen einmal begonnenen Kauf auch zum Abschluss zu bringen.

Egal was wir tun, wir hinterlassen Spuren und wir werden dabei „vermessen“. Das gilt nicht nur beim Surfen im Netz, auch unsere Alltagsgegenstände werden zunehmend vernetzt. Wir sprechen hier vom „Internet der Dinge“ und vom Prinzip, dass alles, was digitalisiert werden kann, auch digitalisiert werden wird. Das zeigt sich etwa beim „vernetzten Automobil“, wo unter anderem Daten über die Verkehrs- und Wetterbedingungen, aber auch über das Fahrverhalten erhoben werden. Daraus lassen sich automatisiert Warn- und Gefahrenmeldungen an die an das System angeschlossenen Fahrzeuge absetzen. Aber natürlich wäre es damit auch

grundsätzlich möglich, Geschwindigkeitsübertretungen zu erfassen und anschließend zu sanktionieren. Ähnliches ist auch im Gesundheitswesen denkbar. In der Schweiz gibt es bereits Krankenversicherungen, die einen günstigeren Tarif versprechen, sofern der Beitragszahler seinen Bewegungsdrang über digitale Fitness-tracker am Handgelenk erfasst und diese Zahlen direkt an die Krankenkassen übermittelt.

Die Digitalisierung, und damit die Relevanz von Daten und Algorithmen, nimmt inzwischen in unserem Alltag eine maßgebliche Rolle ein, oft auch ohne dass wir das selbst sofort spüren. Informationen werden über uns gesammelt, ausgewertet und entsprechend aufbereitet, sei es für die werbliche Ansprache für eine Waschmaschine oder um Leistungen um uns herum im Hintergrund zu „optimieren“. Wie jede technische Neuerung dieses Ausmaßes birgt die Digitalisierung Risiken wie auch Chancen. Auch wenn mit ihren Smartphones verwachsen scheinende Teenager vielen ein Gräuel sein mögen oder man sich von der Informationsflut und den Auswüchsen in den sozialen Medien abgestoßen fühlen mag, es ist nicht von der Hand zu weisen, dass uns diese Entwicklung auch viel Gutes gebracht hat. Die tägliche Arbeit und das geschäftliche wie private Miteinander

haben sich in vielen Bereichen unermesslich vereinfacht – man denke nur an die Zeit vor der E-Mail, als Geschäftskorrespondenz noch per Post mit Schreibmaschine und mit Durchschlag für die Akten erfolgte. Und ist es nicht auch ganz angenehm, mit dem Handy von unterwegs mal kurz anzurufen oder schnell die letzten News zu überfliegen?

Vor allem die aktuellen Entwicklungen und Möglichkeiten im Bereich von Automation und Kommunikation zeigen die Fortschritte der Digitalisierung deutlich. In letzter Zeit treten zunehmend sogenannte Chatbots in Erscheinung. Damit sind digitale Dialogsysteme gemeint, über die sich in natürlicher Sprache kommunizieren lässt. Oft erscheinen diese in Form eines klassischen „Messengers“ wie WhatsApp und bestehen aus einer simplen Textmaske, die für die Nutzereingaben und die systemseitigen, computergenerierten Antworten genutzt wird. Grundsätzlich sind aber auch Anwendungen für das gesprochene Wort denkbar, vergleichbar mit Apples Sprachsteuerungsfunktion „Siri“ oder den autonomen Haushaltslösungen „Amazon Alexa“ oder „Google Home“, mit denen man tatsächlich schon nahezu „richtige Gespräche“ führen kann. Diese selbstständig agierenden Gesprächsroboter eignen sich etwa, um grundlegende Aufgaben des Kundendialogs auszulagern,

zum Beispiel um durch normierte Fragen die Ist-Situation beim Kunden zu erfassen. Auch Personalauswahlgespräche können durch einen Bot vorsortiert werden, bevor dann der menschliche Recruiter übernimmt, wovon man sich Entlastungen der Personalabteilungen verspricht. Analog wäre prinzipiell auch die Durchführung von therapeutischen Erstgesprächen – als „Bestandsaufnahme“ – denkbar.

In diesem Zusammenhang wird auch oft der Begriff „künstliche Intelligenz“ (KI) genannt – denn diese Bots agieren für das menschliche Gegenüber scheinbar selbstständig und flexibel. Dieser Begriff ist jedoch nicht ganz unproblematisch, ist es doch schon schwierig, ein einheitliches Verständnis von Intelligenz überhaupt zu finden. Auch eine einheitliche Definition von künstlicher Intelligenz gibt es nicht. Allerdings besteht weitgehend Einigkeit über bestimmte beschreibende Merkmale. Dazu gehört etwa die Fähigkeit, Muster und Logiken zu erkennen (etwa in Texten oder Bildern), Voraussagen auf dieser Basis abzugeben und über geschriebene oder gesprochene Worte kommunizieren zu können. Als maßgeblich gilt jedoch die Fertigkeit zu lernen, also aus vorausgegangenen Tätigkeiten eigenständig Verbesserungen abzuleiten und autonom Kriterien zur Beurteilung von Sachverhalten aufzustellen.

Die meisten Chatbots erfüllen zumindest diese letzten Eigenschaften in der Regel nicht. Als klassisches Beispiel wird hingegen oft Googles „AlphaGo“ angeführt, die künstliche Intelligenz, die es geschafft hat, beim asiatischen Brettspiel Go den Großmeister Lee Sedol zu bezwingen. Nun gab es in der Vergangenheit bereits mit „Deep Blue“ einen Computer, der beim Schach den Weltmeister Gari Kasparow in die Knie zwang. Go unterscheidet sich jedoch wesentlich von Schach; es gilt als hochkompliziert und bislang als kaum für eine Computersimulation programmierbar. Anders als bei Schachsimulationen



Werden Chatbots bald so hoch entwickelt sein, dass sie therapeutische Erstgespräche übernehmen können?

hat die KI von Google neue Spielzüge selbst gefunden und Zugkombinationen entwickelt, die man bei menschlichen Spielern so zuvor noch nie gesehen hatte. Diese maschinell erbrachte „Geistesleistung“ gilt gemeinhin als Beleg für eine künstliche Intelligenz.

Gerade diesem Feld wird derzeit eine besondere Aufmerksamkeit geschenkt, sodass hier in den nächsten Jahren von erheblichen Entwicklungssprüngen ausgegangen werden kann. Künstliche Intelligenzen werden aufgrund ihrer Fähig-

keit, eigenständig logische Zusammenhänge zu erkennen, bereits heute eingesetzt, um auf dieser Basis Entscheidungen zu treffen – ohne dass es noch eines menschlichen Eingreifens bedürfte. Selbst kreative Leistungen werden durch KI erbracht. Google etwa lässt sein lernendes System „Magenta“ Kunstwerke erstellen, sogar die Komposition von Musik oder auch das eigenständige Verfassen von Prosa wurden bereits erfolgreich erprobt.

Die Firma Boston Dynamics stellt Roboter her, die Menschen in verschiedenen Situationen zur Hand gehen. Sie können im Haushalt helfen, räumen die Geschirrspülmaschine ein und schaffen es dabei, ein Glas von einer leeren Bierdose zu unterscheiden – in der Gewissheit, dass Letztere nicht in den Abwasch gehört, sondern zielsicher in den Mülleimer zu sortieren ist. Diese Systeme agieren völlig unabhängig von einer menschlichen Steuerung und wirken dabei eher wie ein intelligentes mechanisches Haustier. In der Industrie sind Roboter schon lange im Einsatz, um verlässlich sich wiederholende Aufgaben zu erfüllen, nun werden diese jedoch immer mehr mit einem eigenen Handlungs- und Entscheidungsrahmen ausgestattet. Darunter können unterstützende Tätigkeiten fallen, wie etwa ein Paket von A nach B zu bringen oder bestimmte Sortierungs- und Erfassungsarbeiten zu übernehmen. Es gibt inzwischen auch schon selbst steuernde Drohnen, die eigenständig die Bestandsaufnahme des Inventars in einer Lagerhalle übernehmen. Inzwischen werden künstliche Intelligenzen sogar als Führungskräfte eingesetzt. Hitachi greift in der Logistik auf eine KI zurück, die den Mitarbeitern Handlungsanweisungen gibt, etwa für die Pack- oder Lieferreihenfolge.

Eigentlich lag jedoch der Ursprung dieser intelligenten Roboter in der militärischen Nutzung. Als Lastenträger steuern sie sich heute bereits selbst und finden eigenhändig den Weg zum vor-

gegebenen Ziel, auch durch unwegsames Gelände. Im Kampfeinsatz müssen diese Roboter jedoch auch tiefer greifende Entscheidungen treffen. Als autonome Kriegssysteme werden sie inzwischen mit Waffen ausgestattet und könnten in naher Zukunft selbstständig über deren Einsatz befinden. Laut einem Arbeitspapier der US-Army will diese bis spätestens zum Jahr 2030 auf derartige autonome Systeme zur Kriegsführung zurückgreifen. Die Entscheidung über Leben und Tod wäre also dann vollständig in der Hand von Maschinen.

Was wie ein klassisches Narrativ aus der Science-Fiction klingt, ist damit heute greifbar nah. Ohne Zweifel drängen sich an dieser Stelle Bilder aus den Kino-Blockbustern „Terminator“ oder „Matrix“ auf, deren Geschichte darum kreist, dass in einer fernen Zukunft die Maschinen die Macht über die Menschheit ergriffen haben und diese wahlweise eliminieren („Terminator“) oder unterwerfen und ausbeuten („Matrix“). In der akademischen Diskussion versucht man diese Thematik mit der Frage nach der sogenannten Singularität Herr zu werden. Damit wird der Zeitpunkt definiert, an dem die Maschinen und künstlichen Intelligenzen uns Menschen in der Leistungsfähigkeit, insbesondere kognitiv, überholt haben werden. Es besteht dabei Uneinigkeit darüber, ob das nun eine Bedrohung oder einen Segen für die Menschheit darstellt. Auch die Frage, was wir Menschen dann mit unserer ganzen Freizeit anfangen, wenn die Maschinen uns alle Arbeit abgenommen haben, wird in diesem Kontext diskutiert, etwa im Rahmen der Überlegungen zu einem bedingungslosen Grundeinkommen, das vielen nach Eintritt der Singularität als unvermeidlich erscheint. Denn wenn bei der zunehmenden Intelligenz von Maschinen und Robotern diesen zunehmend mehr Arbeit übertragen wird – schlichtweg weil sie viele Tätigkeiten besser als ein Mensch erfüllen können –, so bleibt letztlich immer weniger



51 Prozent der Deutschen können sich vorstellen, zur Steigerung der geistigen Fähigkeiten Implantate ins Gehirn eingesetzt zu bekommen

für den Menschen zu tun. Die Folgen wären weitreichende Arbeitslosigkeit und gähnende Langeweile allerorten. Das allein stellt, auch ohne Weltuntergangsszenarien, zweifellos bereits eine große gesellschaftliche Herausforderung dar.

Damit rückt ein anderes, ebenfalls der Science-Fiction entlehntes Szenario in den Fokus: Eine Möglichkeit wäre, die Errungenschaften der Digitalisierung zu nutzen, um den Menschen als solchen zu „verbessern“ und auf diese Weise den sich entwickelnden Maschinen entgegenzustellen.

Im Prinzip bedeutet dies eine Verschmelzung von Mensch und Technik – die Schaffung von „Cyborgs“. Tatsächlich gibt es heute bereits Menschen, die sich Chips einpflanzen lassen, um ihre Fähigkeiten zu erweitern. Manche tragen Magnete unter der Haut, um einen weiteren Sinn zu gewinnen – die Fingerspitzen vibrieren, wenn man sich einem elektromagnetischen Feld nähert –, andere implantieren sich RFID-Chips, mit denen eine Authentifizierung in Schließsystemen vorgenommen werden kann, zum Beispiel um einen Kopierer freizuschalten.

Neben diesem eher profanen menschlichen „Tuning“ hat sich inzwischen auch der Begriff der „Blended Intelligence“ etabliert, der auf die Erweiterung der kognitiven menschlichen Fähigkeiten zielt. Das menschliche Gehirn ist schon länger im Visier der einschlägigen Forschung. Bereits heute werden Epilepsie-Patienten mit einem „Gehirnschrittmacher“ ausgestattet. Die EU hat 2015 eine Milliarde Euro in das „Human Brain Project“ investiert, mit dem Ziel, einzelne Bereiche des menschlichen Gehirns durch künstliche Bestandteile wie Computerchips zu ersetzen, um auf diese Weise Krankheiten wie Parkinson zu heilen. Die Möglichkeiten sind damit jedoch nicht auf medizinische Anwendungen allein beschränkt. Das Gehirn gilt vielen als die ultimative Schnittstelle der Zukunft. Eine Umfrage des Bundesforschungsministeriums im Jahr 2015 ergab, dass 51 Prozent der Deutschen sich vorstellen könnten, sich Implantate ins Gehirn einsetzen zu lassen, wenn diese zur „Steigerung der geistigen Fähigkeiten“ beitragen, also etwa um die Konzentration oder die Gedächtnisleistung zu verbessern. Auch die Steuerung von externen Geräten und Computern, die bisher noch klassischer Eingabegeräte wie Tastatur oder PC-Maus bedürfen, soll in Zukunft direkt über das Gehirn erfolgen. Tatsächlich gibt es aktuell schon vielversprechende Versuche, die Erfassung der Gehirnströme zur Steuerung von Flug-

drohnen zu nutzen. Auch simple Gedankenübertragung von einem Menschen auf den anderen – die Übermittlung der Worte „ja“ und „nein“ – ist über die Codierung der Gehirnströme bereits erfolgreich durchgeführt worden.

Ein Haupttreiber dieser Entwicklungen ist die DARPA, gewissermaßen der akademische Arm des US-Militärs. Um kriegsversehrte Veteranen zu unterstützen, hat diese Forschungsbehörde maßgeblich zu den Erfolgen auf dem Gebiet der Prothesenentwicklung beigetragen. Jedoch sind Kriegsverletzungen nicht immer auf den Verlust eines Armes oder Beines beschränkt – auch solche künstlichen Extremitäten lassen sich inzwischen recht filigran neurologisch steuern –, die Folgen von Kampfeinsätzen sind allzu oft auch psychischer Natur. Und auch hierfür versucht man Behandlungsmöglichkeiten bereitzustellen. Selbst Gedächtnisverlust soll in Zukunft mit entsprechenden Implantaten therapiert beziehungsweise sollen die Erinnerungen wieder im Gehirn rekonstruiert werden. Das setzte allerdings voraus, dass diese bereits vor dem Kampfeinsatz „abgespeichert“ worden sein müssten. Aus heutiger Sicht ist das noch schwer vorstellbar. Aber tatsächlich ruht ein gewichtiger Fokus der Forschung auf diesem Bereich.

Künstliche Intelligenz und die „transhumanistische“ Vision vom technisierten Menschen und der digitalen Erweiterung seiner geistigen Fähigkeiten überlagern sich in einigen Bereichen. Moralische Fragen drängen sich bei beiden Entwicklungsrichtungen auf, und wie bei jeder technischen Innovation liegen Nutzen und Schrecken jeweils nah beieinander. Wir lesen und hören heute viel davon, wie man Daten und Algorithmen nutzen kann, um Menschen zu manipulieren, auch um sie hinsichtlich ihrer Stimmabgabe bei eigentlich demokratischen Wahlen zu beeinflussen. Welche Rolle kommt dann hierbei künstlicher Intelligenz zu? Auch wenn diese in der Lage ist, eigenständig hin-



Mit der Digitalisierung im Gesundheitswesen verhält es sich wie mit jeder technischen Innovation: Nutzen und Schrecken liegen nah beieinander

zuzulernen, stellt sich die Frage, auf Grundlage welches Wertesystems diese ihre Entscheidungen trifft. Die EU fordert ein Recht auf Auskunft für ihre Bürger, wenn Algorithmen bei einer Entscheidung – etwa bei der Zuordnung zu einem Versicherungstarif – im Spiel waren. Die Faktoren dieser Entscheidungsfindung müssen offengelegt und für den Betroffenen transparent gemacht werden. Bei künstlicher Intelligenz gestaltet sich das in der Realität oft schwierig. Denn diese hat sich ja meist ihre Prüfkriterien selbst erarbeitet, sodass

es selbst den Entwicklern von KI mitunter schwerfällt, die Gründe für eine Entscheidung nachzuvollziehen.

Für künstliche Intelligenz wie auch für das menschliche „kognitive Upgrade“ des Cyborgs erweist sich die Möglichkeit eines Eingriffs von außen als problematisch. Wenn es möglich ist, Erinnerungen zu speichern und zu einem späteren Zeitpunkt wiedereinzusetzen, kann man dann diese auch abändern oder manipulieren? Reminert man sich dann tatsächlich an das, was gewesen ist, oder an etwas, was andere einen glauben lassen wollen? Für die Psychotherapie ergäben sich daraus völlig neue Möglichkeiten, allerdings liegt das Gefahrenpotenzial ebenso auf der Hand. Kann man dann einen Menschen „hacken“? Und können wir es uns auf der anderen Seite überhaupt noch leisten, uns nicht technisch aufzurüsten? Aber wo liegen dann noch die Unterschiede zwischen Mensch und Maschine?

Noch ist unklar, wie weit die Entwicklung tatsächlich reichen wird. Aber unbestreitbar ist: Nicht nur die Welt, in der wir leben, auch der Mensch selbst wird sich durch die Digitalisierung grundsätzlich verändern. Mit ihren Smartphones scheinbar verwachsene Teenager werden uns in der nun schon sehr nahen Zukunft bald wie ein Anachronismus vorkommen. —

Foto: Privat



Prof. Dr. Andreas Wagener

lehrt Digitales Marketing, Digitale Ökonomie und Social Media an der Hochschule Hof.

Er ist Mitgründer und Inhaber der Unternehmensberatung und Vermarktungsagentur Lutz & Wagener. Auf seinem Blog www.nerdwärts.de schreibt er regelmäßig über digitalen Wandel und digitale Bildung.

Wie eHealth unser Gesundheitswesen erobert

Die Digitalisierung im Gesundheitswesen lässt sich nicht aufhalten. Wegducken und Weitermachen wie bisher ist keine Option mehr. Doch wie soll die Psychotherapie auf eine Entwicklung reagieren, die so viele Chancen und Gefahren in sich birgt?

Von **Martin Kremser**, Vorsitzender des bvvp-Bundesvorstandes

— **Wenn Psychotherapie** auf Informatik stößt, treffen sich zunächst zwei sehr unterschiedliche Welten: In der Psychotherapie geht es in aller Regel um eine sehr persönliche Beziehung zwischen zwei Menschen, die sich je nach Verfahren sehr intensiv mit der ganzen Bandbreite und Komplexität von Emotionen, Gedanken, Fantasien und verschiedenen psychosomatischen Zuständen auseinandersetzen. Die Informatik als Grundlagenfach kommt dagegen sehr technisch und mathematisch daher, erscheint nicht selten in komplizierten Begriffen und Abkürzungen. In Verbindung mit der Ökonomie und der neuen Medientechnologie führen meist englischsprachige Bezeichnungen nicht unbedingt zu mehr Klarheit.

Was meint nun eigentlich E-Health? Die politischen Grundlagen dafür finden sich sowohl in der „Digitalen Agenda für Europa 2020“ als auch in der „Digitalen Agenda 2014–17“ der Bundesregierung. Eine Fortführung dieser Zielsetzungen erscheint in der Studie im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit „Wei-

terentwicklung der E-Health-Strategie“, die im Oktober 2016 veröffentlicht wurde und auf der Webseite des BMG abrufbar ist. Dort wird E-Health definiert als Einsatz von Informations- und Kommunikationstechnologien (IKT) im Gesundheitswesen und meint die Vernetzung und Kommunikation zwischen verschiedenen Akteuren im Gesundheitssystem. Geht es dabei um mobile Endgeräte (zum Beispiel Smartphones), spricht man auch von mHealth. Neben der Gesundheitstelematik (als Verbindung von Telekommunikation und Informatik im Gesundheitswesen) und der Telemedizin (als konkrete Erbringung medizinischer Dienstleistungen durch die Gesundheitstelematik) wird E-Health als ein sogenanntes Anwendungsfeld im Bereich der Digitalisierung im Gesundheitswesen verstanden.

Kaum ein Tag vergeht, an dem nicht in der fachlichen Tagespresse das Thema der Digitalisierung aufgegriffen wird. Dabei kann man die Artikel meist in zwei verschiedene Kategorien einteilen: Auf der einen Seite wird oft mit großer Be-

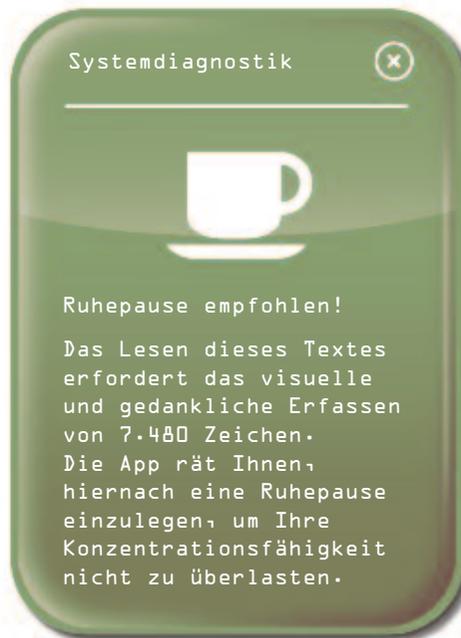
geisterung die bessere Versorgungsqualität und die Effizienz der digitalen Anwendungsmöglichkeiten propagiert und die schleppende Umsetzung auch im europäischen Vergleich beklagt, während auf der anderen Seite mahnende und warnende Worte fehlenden Datenschutz, zunehmende Überwachung und Kontrolle, Entsolidarisierung und Kommerzialisierung benennen. Das kürzlich verabschiedete „Gesetz für sichere digitale Kommunikation und Anwendungen im Gesundheitswesen (E-Health-Gesetz)“ soll nun die notwendige digitale Infrastruktur einführen und fördern. Bundesgesundheitsminister Gröhe betont auf der Webseite des BMG diese Sichtweise: „Mit dem E-Health-Gesetz treiben wir den Fortschritt im Gesundheitswesen voran. Dabei stehen Patientennutzen und Datenschutz im Mittelpunkt. Eine sichere digitale Infrastruktur verbessert die Gesundheitsversorgung und stärkt die Selbstbestimmung der Patienten – das bringt echten Nutzen für die Versicherten. Ärzte, Kassen und Industrie stehen jetzt gleicher-

Eine sichere digitale Infrastruktur verbessert die Gesundheitsversorgung und stärkt die Selbstbestimmung der Patienten

maßen in der Pflicht, die gesetzlichen Vorgaben im Sinne der Patienten zügig umzusetzen.“

Wo nun ist die Verbindung zur Psychotherapie? Während die Politik allmählich erste Rahmenbedingungen definiert und noch die Einführung einer digitalen Infrastruktur fordert, sind Industrie und Wirtschaft längst mehrere Schritte voraus – geht es doch um einen riesigen Wachstumsmarkt, der schon jetzt milliarden-schwere Umsätze ausweisen kann. So gibt es wohl mehrere 100.000 sogenannter Gesundheitsapps, die mehr oder weniger sinnvolle Anwendungen zu Gesundheitsthemen anbieten, ohne in der Regel jemals auf Qualität oder Sicherheit geprüft worden zu sein. Dabei sind diese Apps (application software) ja nicht nur irgendwelche Links, die mich mit interessanten Webseiten verbinden, sondern kleine Programme, die neben dem eigentlichen Inhalt oft auch verschiedene Daten sammeln und für den normalen Anwender nicht erkennbar weiterleiten. Die Fähigkeiten dieser Programme reichen von einfacher Informationsvermittlung bis hin zu sehr differenzierten Tracking-Methoden, die in ihre Analysen nicht nur Nutzungsverhalten und Bewegungsmuster, sondern auch Stimmlagen oder Gesichtsmimik einbeziehen können. Zwischen diesen extremen Polen liegt allerlei Technik, die über verschiedene Formen der Selbstvermessung sehr persönliche Profile entstehen lässt und die Datenberge der Welt erhöht. Je nach der eigenen Technikaffinität werden Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten eigene Erfahrungen und eigene Positionen dazu haben.

In der Fachöffentlichkeit kontrovers diskutiert werden besonders die sogenannten internetbasierten Interventionen, die von Selbstmanagementprogrammen bis hin zu psychotherapeutischen Behandlungen über Chats oder Videoverbindungen – be-



sonders in sonst unzugängliche Krisengebiete –, reichen. Die meisten der Psychotherapeutenverbände aus dem Gesprächskreis II (GK II) haben dazu im letzten Jahr eine Stellungnahme verfasst, die auch auf unserer eigenen Homepage zu finden ist. Die Autorinnen und Autoren der DGPPN beschreiben in ihrem Artikel in diesem Magazin die eigene Taskforce, die Qualitätskriterien vorschlägt, die rechtlichen Rahmenbedingungen aufgreift und letztlich für evidenzbasierte und qualitätsgesicherte Anwendungen die Aufnahme in den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung anvisiert. In diesem Zusammenhang sollten sich aus unserer Sicht besonders die Fachgesellschaften

gemeinsam mit den inhaltlichen Fragen beschäftigen, während die Berufsverbände die Ansprechpartner bei einer möglichen Implementierung wären.

Auch wir im Bundesvorstand des bvvp haben eine eigene Arbeitsgruppe gegründet, die sich ganz konkret mit den verschiedenen Internetanwendungen auseinandersetzen wird, um sie auf ihre Praxistauglichkeit und ihren Patientennutzen zu prüfen. Die meisten dieser Programme sind frei zugänglich, manche werden aber auch speziell von den Krankenkassen gefördert bzw. den eigenen Mitgliedern angeboten. So wirbt die AOK mit „MoodGYM: Online-Selbsthilfe bei Depression“, einem Programm, das vor mehr als zehn Jahren von Wissenschaftlern in Australien entwickelt wurde. Die Initiative der European Alliance Against Depression (EAAD e.V.) bietet auf der iFightDepression-Website Informationen und ein Tool, das besonders auch Hausärzte und andere Fachärzte mit einbezieht.

Im Rahmen der durch die Änderung der Psychotherapie-Richtlinie neu verankerten Sprechstunde wird es in Zukunft vermutlich noch mehr darum gehen, regionale und lokale Angebote unterschiedlicher Intensität und Zielsetzung in die eigenen Empfehlungen für die Patienten mit einzubeziehen. Der bewusste Einsatz von internetbasierten Interventionen und anderen Anwendungen könnte ergänzend zu unseren eigenen psychotherapeutischen Tätigkeiten das Spektrum an Hilfsangeboten erweitern. Voraussetzung ist jedoch, dass die Politik die Rahmenbedingungen konkretisiert und die eigene Profession federführend die notwendigen Qualitätsstandards und Indikationskriterien diskutiert und definiert. Tatenlos oder einfach nur abwartend zuzuschauen bedeutet, einem ungesteuerten Wildwuchs Vorschub zu leisten und anderen Akteuren und deren Motiven den Vortritt zu lassen.

Die richtige Therapie im Netz

Internetgestützte Interventionen bei psychischen Problemen und Erkrankungen sind derzeit in aller Munde. Doch wann ist ihr Einsatz sinnvoll, welche Qualitätskriterien müssen gelten?

Von **Gabriel Gerlinger**, Leiter Public Affairs DGPPN, **Iris Hauth**, Cheförztn Alexianer St. Joseph-Krankenhaus Berlin, **Jan Philipp Klein**, Oberarzt an der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Universität zu Lübeck, und **Julia Sander**, Wissenschaftlicher Dienst DGPPN

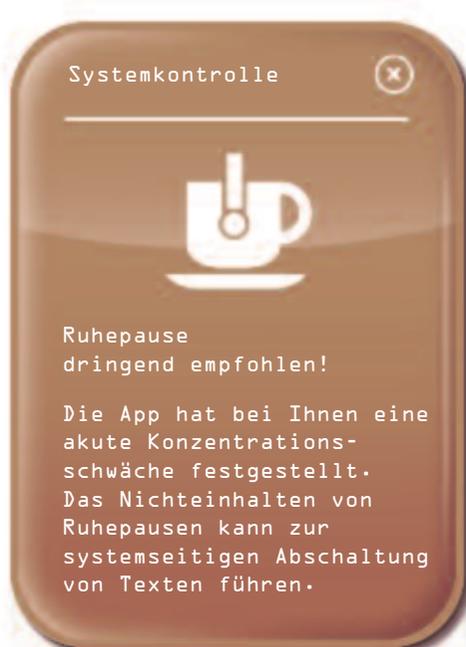


Illustration: Lesprenger

Elektronische Medien wie Computer, Smartphones und Tablets sind aus dem Alltag vieler Menschen nicht mehr wegzudenken. Im Rahmen der Digitalisierung des Gesundheitswesens wird das Potenzial der neuen technischen Möglichkeiten zunehmend auch für die Versorgung von Menschen mit psychischen Belastungen und Erkrankungen nutzbar gemacht. Wissenschaftlich evaluierte, internetbasierte Interventionen können sowohl in der Prävention und der Therapie als auch in der Nachsorge und Rückfallprävention zum Einsatz kommen. Die meisten internetgestützten Interventionen bei psychischen

Problemen basieren auf kognitiv-verhaltenstherapeutischen Ansätzen. Es gibt aber auch Anwendungen, die sich auf psychodynamische Psychotherapie oder andere Ansätze stützen. Das Spektrum reicht von der für den Psychotherapeuten vergleichsweise aufwendigen Psychotherapie auf Distanz per Videochat bis hin zu Selbstmanagementprogrammen, welche häufig nur kurz durch einen Therapeuten angeleitet werden.

Durch internetbasierte Interventionen können wir Menschen erreichen, die bislang keinen Kontakt zum Versorgungssystem haben oder wollen. Viele Patienten,

die trotz schwerer psychischer Erkrankungen keine Behandlung aufsuchen, geben an, dass sie ihre Probleme lieber aus eigener Kraft bewältigen wollen. Für diese Menschen können internetbasierte Angebote eine sinnvolle Alternative sein. Möglicherweise stellen sie auch einen ersten Schritt dar, eine herkömmliche psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung aufzusuchen.

Für viele dieser Einsatzbereiche gibt es bereits Evidenz aus randomisierten Studien. Zahlreiche Metaanalysen belegen die Wirksamkeit besonders von angeleiteten Selbstmanagementinterventionen in der Behand-

lung von Depressionen, Angststörungen, posttraumatischen Belastungsstörungen und Substanzgebrauchsstörungen. Insbesondere für die Behandlung von Depression und Angststörungen wurden mittlere bis große Effekte für verschiedene angeleitete Selbstmanagementinterventionen gefunden, sowohl im Vergleich mit Wartelisten- als auch mit anderen Kontrollbedingungen. Diese Effekte dauern über den Abschluss der Intervention hinaus an. Metaanalysen, in denen angeleitete Selbstmanagementinterventionen direkt mit einer klassischen Psychotherapie („face to face“) verglichen wurden, kamen zu dem Ergebnis, dass beide in der Behandlung von Depressionen und Angsterkrankungen etwa gleich wirksam sind. In den genannten Studien wurden nicht nur Patienten mit leichter und mittelgradiger, sondern auch mit starker Ausprägung der Symptome eingeschlossen. Besonders letztere Patienten profitieren von der Maßnahme. Dabei ist zu beachten, dass Internetinterventionen die herkömmliche Behandlung nicht ersetzen. Beispielsweise in suizidalen Krisen ist eine Vorstellung bei einem Arzt oder Psychotherapeuten unumgänglich.

Voraussetzung für eine Umsetzung des Potenzials von internetbasierten Interventionen ist, dass es gelingt, wirksame und sichere Angebote von solchen zu unterscheiden, die unzureichend untersucht, unwirksam oder sogar schädlich sind. Bislang liegt allerdings kein Modell für eine umfassende Evaluation vor. Eine Taskforce der DGPPN hat daher zehn Kriterien vorgeschlagen, anhand derer die Qualität und Eignung von internetbasierten Interventionen zur Behandlung von psychischen Störungen geprüft werden können.

Zu diesen Kriterien gehört die Beschreibung der Indikation, also der psychischen Beschwerden, zu deren Behandlung die Intervention geeignet ist (1). Des Weiteren sollte eine Beschreibung die Art der Intervention und Informationen zu Inhalten und Dauer transparent machen (2). Außerdem sollten die Sicherheitsaspekte klar sein. Dazu gehört die Beschreibung der bekannten Nebenwirkungen und des Vorgehens bei Gefährdungssituationen (3). Im Rahmen von begleiteten Selbstmanagementinterventionen oder anderen Pro-

grammen, die eine Kommunikation mit einem Therapeuten beinhalten, sollte dazu deutlich gemacht werden, welche Qualifikation der Behandler aufweist (4). Zusätzlich wichtig sind die Angaben zur Wirksamkeit: Erfüllt die Intervention die Kriterien für eine evidenzbasierte psychologische Intervention, also gibt es mindestens zwei Studien zweier unabhängiger Forschergruppen, welche die Überlegenheit über eine Kontrollgruppe oder die Gleichwertigkeit mit einer etablierten Therapie zeigen (5)? Die Nutzerperspektive, das heißt Abbruchraten, Completeraten, Barrierefreiheit und Nutzerzufriedenheit, ist ein weiterer wichtiger Punkt in der Qualitäts-

Internetgestützte Interventionen könnten dabei helfen, Versorgungslücken zu schließen

beurteilung (6). Die Gesundheitsökonomie, also das Kosten-Nutzen-Verhältnis, sollte positiv ausfallen (7). Ebenso sollte eine internetbasierte Intervention Auskunft darüber geben, welche Möglichkeiten für den Behandler bestehen, das Nutzungsverhalten seines Patienten zu beobachten. Das heißt, das Angebot sollte möglichst gut in die Versorgung integriert sein: Kann der Behandler in einem verschlüsselten E-Mail-System mit seinem Patienten kommunizieren? Wird im Rahmen der Maßnahme systematisch ihr Erfolg überprüft? Welche Empfehlungen werden bei ausbleibendem Erfolg gegeben (8)? Eine Beschreibung der zu berücksichtigenden rechtlichen Rahmenbedingungen (9) und Datenschutzaspekte (10) bei der Nutzung schließen die Reihe von vorgeschlagenen Kriterien ab.

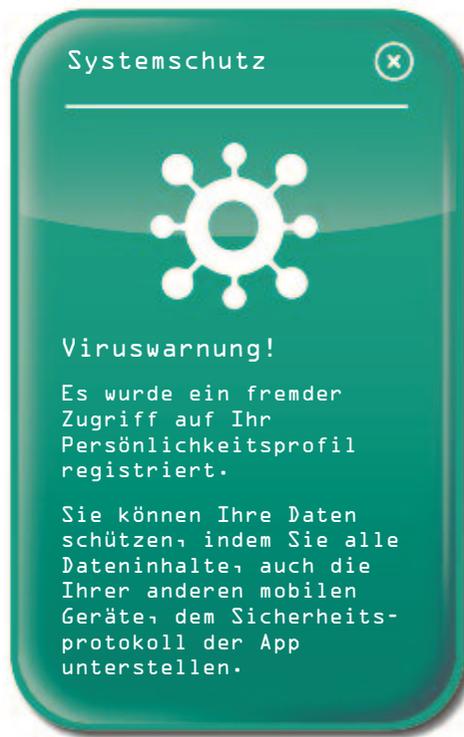
Hinsichtlich der rechtlichen Aspekte bestehen in Deutschland zurzeit allerdings noch viele offene Fragen: Die anfallenden Kosten bei der Nutzung einer internetbasierten Intervention sind zurzeit noch nicht erstattungsfähig. Allerdings bieten einige Krankenkassen im Rahmen von Selektivverträgen bereits einen Zugang bei psy-

chischen Beschwerden für ihre Kunden an. Geklärt werden müssten in diesem Zusammenhang auch berufsrechtliche Fragen und Haftungsfragen. Aktuelle Erläuterungen der Bundesärztekammer zum sogenannten Fernbehandlungsverbot (MBO-Ä) stellen fest, dass eine ärztliche Beratung und Behandlung mittels Print- und Kommunikationsmedien „nicht grundsätzlich unzulässig“ und unter definierten Bedingungen erlaubt ist. Zu diesen Bedingungen gehört zum Beispiel, dass sich ein Patient zu Beginn der Behandlung persönlich in den Behandlungsräumen des Arztes vorgestellt hat. Ist dadurch ein persönliches Behandlungsverhältnis hergestellt, kann der weitere Behandlungsverlauf prinzipiell durch den Einsatz elektronischer Kommunikationsmittel und ohne weiteren physischen Kontakt zwischen Patient und Arzt erfolgen. Die Musterberufsordnung der Psychotherapeuten wird in Fachkreisen regelmäßig so interpretiert, dass sie kein generelles Verbot der Internetpsychotherapie vorsieht und grundsätzlich sogar ausschließlich internetgestützte Interventionen erlaubt. Dabei muss es sich aber in Deutschland im Moment noch um begründete Ausnahmefälle (zum Beispiel Reisetätigkeit des Patienten) handeln. Ebenso müssen besondere Sorgfaltspflichten eingehalten werden. Diese sind dann erfüllt, wenn die Behandlung vom Psychotherapeuten selbst durchgeführt beziehungsweise angeordnet und überwacht wird, wenn eine ordnungsgemäße Aufklärung stattgefunden hat und wenn bei Zwischenfällen ein Einschreiten zum Schutze des Patienten möglich ist.

Nach Ansicht der DGPPN müssen internetgestützte Interventionen, die wirksam und sicher sind, allen Patienten zur Verfügung stehen und erstattet werden – unabhängig davon, bei welcher Krankenkasse sie versichert sind. Patienten haben das Recht auf eine optimale Betreuung und Behandlung mittels wissenschaftlich anerkannter Behandlungsmethoden. —

Literaturhinweise

Klein, J. P., Gerlinger, G., Knaevelsrud, C., Bohus, M., Meisenzahl, E., Kersting, A., Röhr, S., Riedel-Heller, S. G., Sprick, U., Dirmaier, J., Härter, M., Hegerl, U., Hohagen, F. und Hauth, I. (2016): Internetbasierte Interventionen in der Behandlung von psychischen Störungen: Überblick, Qualitätskriterien und Perspektiven. *Der Nervenarzt*, 87(11), 1185-1193 doi:10.1007/s00115-016-0217-7



Der Spion in meiner Hosentasche?

Je mehr wir über unsere Patienten wissen, desto besser können wir ihnen helfen. Aber wo liegt die Grenze? Wann wird Big Data zum Raubbau?

Von **Hardy Müller**

Die allgemeine Digitalisierung unseres Lebens setzt sich in allen Bereichen durch und beeinflusst unsere Kultur und unser Selbstverständnis. Als Kurzformel für diese Entwicklung hat sich der Begriff „Big Data“ etabliert. Bei einer Analyse der Wirkungen und Auswirkungen von Big Data für das Gesundheitswesen in Deutschland (Digital Health) sind daher diese Entwicklungen in allen Lebensbereichen sowohl auf nationaler als auch auf internationaler Ebene zu beachten. Der Begriff „Digital Health“ wird hier in Anlehnung an die Definition der Weltgesundheitsorganisation (WHO) als Oberkategorie verstanden, die neben E-Health sämtliche mit der Thematik verbundenen Konzepte wie Gesundheit 2.0 oder Telemedizin umfasst.

Die Digitalisierung gilt als großer Wachstumsmarkt im Gesundheitswesen. Schätzungen zufolge sollen die weltweiten Ausgaben für Digital-Health-Anwendungen im Zeitraum zwischen 2015 und 2020 von 80 auf über 200 Milliarden US-Dollar steigen. Das größte Potenzial besitzen mobile Anwendungen (mHealth), also jene, die außerhalb der seit Jahren in Deutschland intensiv diskutierten Telematik-Infrastruktur verwirklicht werden. Angesichts der Notwendigkeit, im Gesundheitswesen zu rationalisieren, und der bisherigen Investitionen bestehen große Hoffnungen auf eine Verbesserung der Patientenversorgung durch Big Data. Doch wo viel Licht, ist auch viel Schatten: Ein Missbrauch von Big Data oder auch schon der Einsatz fragwürdiger Methoden bei der Sammlung von Daten schüren Misstrauen gegenüber der Digitalisierung und untergraben das Vertrauen in Gesundheitsanwendungen. Beispiele dafür gibt es leider genug.

„Fortgeschrittene, andauernde Bedrohung“: Ende November 2016 legte ein Hackerangriff fast eine Million Telekom-Router lahm. Wenige Tage später wurde bekannt, dass ein Botnetz (Avalanche) über 50.000 deutsche Rechner kontrollierte. Anfang 2017 wurden Vermutungen bestärkt, dass groß angelegte, staatlich gelenkte Hackerangriffe sogar zur Beeinflussung von demokratischen Verfahren durchgeführt werden. Aufsehen erregt haben mögliche russische Aktivitäten, um auf die Präsidentschaftswahlen in den USA einzuwirken. Deutsche Politiker gehen davon aus, dass Cyberattacken eine große Herausforderung auch für den deutschen Wahlkampf werden. Der Präsident des Bundesverfassungsschutzes Hans-Georg Maaßen berichtete, dass die bekannt gewordene Angriffsstruktur die gleiche

ist, die schon im vorletzten Jahr auch den Deutschen Bundestag betroffen hat. Diese Angriffskampagnen werden vom Verfassungsschutz als „fortgeschrittene, andauernde Bedrohung“ eingestuft.

Cyberkriminalität betrifft alle: Jedes Unternehmen oder jede Person kann ein Opfer von Cyberkriminalität werden. Täglich wird Schadsoftware in Umlauf gebracht. So wurde das Klinikum Neuss Anfang 2016 durch einen Computervirus lahmgelegt. Auch wurden digitalisierte Medizinprodukte wie Beatmungsgeräte in Kliniken oder Insulinpumpen bereits gehackt. Im Ergebnis stellt Cyberkriminalität eine massive Patientengefährdung dar. Die Versicherer von IT-Sicherheitsrisiken berichten von einem Anstieg des Schadensvolumens im Zeitraum von Januar bis Oktober 2016 um 600 Prozent gegenüber dem Vorjahr. In knapp der Hälfte der Fälle sei Schadsoftware die Ursache gewesen. Exemplarische Stresstests bei 25 Kliniken in Sachen IT-Sicherheit hätten ergeben, dass 80 Prozent der geprüften Kliniken als kritisch einzustufen sind. Diese Entwicklung zeigt die Herausforderungen für die IT-Sicherheit.

Profiling von Persönlichkeitsmerkmalen: Zum Bereich der fragwürdigen Anwendungen zählt das Profiling von Personen zur zielgerichteten Ansprache. Mit wenigen frei verfügbaren oder käuflichen Informationen schließen Analyse-Gesellschaften auf persönliche Merkmale wie politische oder sexuelle Orientierung und richten daraufhin Ansprachen aus. So haben Analysefirmen wie Cambridge Analytica den amerikanischen Wahlkampf aktiv mitgestaltet. Manche behaupten, sie hätten mit dieser Art der Wahlwerbung die Wahlen mitentschieden. Auch wenn die Effekte dieser Maßnahmen und auch die Rechtmäßigkeit dieser Verfahren infrage gestellt werden können, so sind diese Praktiken stark im Kommen und in ihrem Ausmaß für viele erschreckend.

Fake News entlarven oder aussondern? Digitalisierung führt zu immer mehr Informationen, jedes Jahr soll sich die Datenmenge der Menschheit verdoppeln. Heute wird es immer anspruchsvoller, die Spreu vom Weizen zu trennen. In die Flut an Informationen mischen sich auch

(gezielte) Fehl- und Falschinformationen. Zum ernstesten Problem wird dies, falls dies systematisch betrieben wird. Unter dem Begriff der „Fake News“ existiert dazu eine breite Debatte, auf die die Anbieter von sozialen Netzwerken bereits reagiert haben. So möchte Facebook Fake News auch über Algorithmen aussondern. Ob damit mehr Vertrauen in die „Richtigkeit“ von Informationen erzeugt wird? Der Einsatz eines Algorithmus zur Aussonderung von falschen Nachrichten ist zumindest fragwürdig: Lügen sollte man entlarven und nicht aussondern.

Fazit: Cyberkriminelle Hackerangriffe auf öffentliche Einrichtungen, das an eine Orwellsche Welt erinnernde Erstellen und Nutzen von Wählerprofilen oder das Manipulieren von Nachrichtenströmen – diese Entwicklungen stehen nicht für sich allein, sondern erodieren das Vertrauen in die Digitalisierung generell und damit ebenso in digitale Angebote des Gesundheitswesens. Die Digitalisierung ist ein Fakt, der Nutzen für die Patientenversorgung eine Chance. Was heißt das nun für Gesundheitsanbieter und Patienten?

Ethische Standards schaffen: Der Einsatz von Big Data setzt voraus, dass die Nutzer grundsätzlich darüber aufgeklärt sind, dass und wie Daten erhoben werden. Nur dann können (Gesundheits-)Anwendungen einen Nutzen entfalten. Eine Verpflichtung von Anbietern auf klare Eckpunkte würde das notwendige Vertrauen in die Anwendungen stärken. Daher sind Initiativen zur expliziten Positionierung im Feld des Digital Health so wertvoll. Neben den Aktivitäten einzelner Akteure sind internationale Bestrebungen notwendig. Herausragend hierbei ist die „Charta der digitalen Grundrechte der Europäischen Union“ (digitalcharta.eu). Sie wurde als private Initiative am 5. Dezember 2016 dem Europäischen Parlament vorgestellt.

Fehler transparent machen: Digitale Anwendungen werden über ihre idealtypische, also ihre störungsfreie und daher sichere Nutzung charakterisiert. Ein Hack gilt als unerwünschtes Ereignis, das in seinen Konsequenzen selten in der Nutzenbilanz auftaucht. Dabei ist ein Missbrauch von Anwendungen kein vernachlässigbares Ereignis. Für den zukünftig optimierten und sicheren Einsatz wären daher

auch die Abweichungen von der regelgerechten Anwendung der Digitalisierung systematisch in den Blick zu nehmen. Im Bereich des Risikomanagements werden gerade Fehler und Beinahefehler registriert und analysiert, um daraus zu lernen und die zukünftigen Anwendungen sicherer zu machen. So sind Fehlerberichts- und Lernsysteme in der Luftfahrt und in vielen Bereichen der Medizin Standard. Diese Praxis könnte auch die Zuverlässigkeit und Sicherheit digitaler Anwendungen steigern.

Informationen bereitstellen: Eine wesentliche Ressource für sichere und nützliche Digital-Health-Anwendungen ist die „informierte Anwendung“ durch die Patientinnen und Patienten. Big Data ohne Zustimmung der Patienten birgt die Gefahr einer Einschränkung der Entscheidungs- und Handlungsfreiheit. Für eine sinnvolle Nutzung der Anwendungen und die erforderliche informierte Entscheidung bedarf es angemessener Informationen (beispielsweise über die Qualität der jeweiligen App). Versicherte dürfen bei der Recherche und im Aufbau von Gesundheitskompetenzen auf diesem Gebiet nicht allein gelassen werden, sondern benötigen für den Umgang mit der „Digitalisierung im Gesundheitswesen“ Informationen.

Die genannten Beispiele zeigen, dass neben der technologischen Leistungsfähigkeit der Anwendungen vor allem ethische, soziale und rechtliche Rahmenbedingungen über den Einsatz der Digitalisierung entscheiden. Diese zum Wohle des Patienten aktiv zu gestalten bleibt eine Herausforderung für Digital-Health-Entwickler, für die Leistungsanbieter und auch für die Patientinnen und Patienten selbst.



Foto: Privat

Hardy Müller, M. A.,

ist Referent des Wissenschaftlichen Instituts der TK für Nutzen und Effizienz im Gesundheitswesen

(WINEG) und Geschäftsführer des Aktionsbündnis Patientensicherheit (APS).

Digitale Ich-Experimente

Plädoyer für einen vielstimmigen Mediendiskurs

Von **Christina Schachtner**

Die digitalen Medien in Form von Laptops, Smartphones, Tablets begleiten uns auf Schritt und Tritt. Sie stehen auf unseren Schreibtischen, wandern in unsere Akten-, Hand- und Manteltaschen, sind auf Zug- und Flugreisen stets zur Hand, und auch im Urlaub sind sie unverzichtbar geworden. Ob als Informations-, Kommunikations- oder Spielmedien genutzt, sie bilden ein neues Spielfeld unserer Selbstverwirklichung. Dieser Beitrag beschäftigt sich mit den Selbstentwürfen, die Menschen im Gebrauch digitaler Medien entwickeln. Die empirische Basis bilden Interviews mit NetzakteurInnen und BloggerInnen im Alter zwischen 11 und 32 Jahren aus Deutschland, Österreich, den USA, der Türkei, der Ukraine, Bahrain, den Vereinigten Arabischen Emiraten, Saudi-Arabien, Jemen, Italien und der Schweiz. Die Interviews wurden in den Jahren 2011 bis 2014 im Rahmen der Studie „Kommunikative Öffentlichkeiten im Cyberspace“ geführt, die vom Fonds zur Förderung wissenschaftlicher Forschung und von der VolkswagenStiftung gefördert wurde.

In der Einschätzung des Einflusses digitaler Medien auf das individuelle und gesellschaftliche Leben dominieren gegensätzliche Positionen. Einerseits wird vor der Nutzung digitaler Medien gewarnt; sie wird für schlechte Schulnoten, für Gewaltbereitschaft, für Flucht aus dem Alltag, für neue Pathologien verantwortlich gemacht (Spitzer 2012, te Wildt 2015). Andererseits wird im Bildungsbereich, in sozialen Organisationen und in Wirtschaftsunternehmen die Digitalisierung von Arbeits-, Handlungs- und Lernabläufen vorangetrieben. Die Menschen werden mit Verweis auf Arbeitserleich-

terung und Effizienzsteigerung diskussionslos an den Rhythmus, das Tempo und die Rationalität digitaler Medien angegeschlossen.

So konträr die beiden Positionen und die damit verbundenen Handlungsweisen auch sind, aus ihnen folgt dasselbe, nämlich der Verzicht auf die Gestaltung digitaler Medien und des Umgangs mit ihnen, wodurch der unkontrollierten Wirkung dieser Medien Tür und Tor geöffnet wird. Die Beziehung zwischen Medium und Subjekt ist viel zu komplex, als dass man ihr mit Entweder-oder-Positionen gerecht werden könnte. Ich möchte im Folgenden versuchen, dem Zusammenspiel zwischen digitalen Medien und den Subjekten im Cyberspace in seiner Vielfalt nachzuspüren, ohne die Gefährdungen zu ignorieren.

Wie nutzen junge NetzakteurInnen und BloggerInnen den durch die digitalen Medien gebildeten virtuellen Raum für ihre Selbstentwürfe? Ich werde drei zentrale Formen von Selbstentwürfen vorstellen (ohne den Anspruch auf Vollständigkeit zu erheben), um anschließend die Anforderungen zu diskutieren, die in den skizzierten digitalen Existenzformen stecken.

Das gestaltende Subjekt: Digitale Medien sind interaktive Medien und unterscheiden sich insofern von audiovisuellen Medien wie Fernsehen, Film und Rundfunk. Wer sie nutzt, bleibt nicht in der Rolle des Zuhörers oder Zuschauers; er wird selbst zum Akteur. Die digitalen AkteurInnen inszenieren sich in ihren Selbstprofilen, erzählen in Blogs Geschichten über sich selbst, initiieren Diskussionen zu bestimmten Themen wie „Geschwisterbeziehungen“ im SWR-Kindernetz (ein Informations-, Kom-

munikations- und Spielnetz für Kinder, das seit 1997 existiert, www.kindernetz.de) oder eröffnen wie ebenfalls in diesem Netzwerk einen Club zum Thema Haustiere. Neu ist im Vergleich zu bisherigen Medien: Die Menschen können selbst dafür sorgen, dass sie als Subjekte mit bestimmten Vorlieben, Träumen und in ihrer Körperlichkeit sichtbar werden. Für die Selbstinszenierung im Cyberspace gewinnt neben der Wortsprache das Bild in Form von Profildaten, Fotogalerien, Videos eine überragende Bedeutung. Für die Inszenierung des eigenen Körpers als Bild wird von den Teilnehmenden der Studie ein hoher Arbeits- und Zeitaufwand geschildert. Der digital inszenierte Körper will bewundert, beneidet, entdeckt werden; er soll soziale Kontakte und Zukunftschancen sichern (Schachtner 2016, 192). Selbstinszenierung ist das „Geschäft“ der Jugend. Die digitalen Medien liefern für dieses „Geschäft“ neue Bühnen; sie bieten mit (Bewegt-)Bild, Sound, Text verschiedene Mittel der Selbstdarstellung, stellen ununterbrochen ein Publikum zur Verfügung und garantieren weltweite Sichtbarkeit.

Das gestaltende Engagement der NetzakteurInnen und BloggerInnen bezieht sich sowohl auf die Gestaltung des Mediums als auch auf die Gestaltung des eigenen Ichs. Es tritt ein Subjekt in Erscheinung, das nicht nur AdressatIn sein, sondern selbst Regie führen will.

Das spielende Subjekt ist ein weiterer Typus, der uns im Cyberspace begegnet. Vergleichbar mit Arenen, Bühnen, Tempeln, Zauberkreisen bilden sich im Netz digital gestützt Spielarenen als abgesondertes, umzäuntes Gelände (vgl. Huizinga 1938, 15), das insbesondere Heranwachsende und junge Erwachsene

zu bezaubern vermag. Computer-, Konsolen-, Online-, Tablet- und Handyspiele konstituieren die neuen Spielarenen und werden von 83 Prozent der Jungen und von 43 Prozent der Mädchen im Alter zwischen 12 und 19 Jahren täglich oder mehrmals die Woche genutzt (JIM-Studie 2016). Am beliebtesten sind Handyspiele, und am häufigsten werden die Spiele „Minecraft“ (ein Indie-Open-World-Spiel, bei dem das Erkunden und Entdecken der von Höhlen und Dungeons durchzogenen Spielwelt sowie der Bau eigener Gebäude im Zentrum steht) und „FIFA“ (ein Fußballsimulationsspiel für Herren- und Frauenfußball) gespielt. Die NutzerInnen des SWR-Kindernetzes haben uns auch von ihrer Vorliebe für Rollenspiele erzählt, die sie selbst kreieren. Eine Zwölfjährige berichtete von ihrer Teilnahme an einem Internetspiel, in dem sie vorzugsweise in Rollen schlüpfte, die in Kontrast zu ihrem „normalen“ Leben standen: Mal sei sie die „Tussige“, ein Mädchen mit kurzen Hosen, das andere gern aufziehe und sich für „total toll“ halte, mal sei sie ein Junge. Sie finde es spannend, in verschiedene Rollen zu schlüpfen; spannend sind möglicherweise das Sich-hinein-Denken in ein anderes Rollenverhalten und die Reaktionen der anderen auf die neue Rolle.

Das Spiel ist frei, wie der Spieltheoretiker Huizinga schreibt. Es erlaubt, mit verschiedenen Optionen zu experimentieren oder das eigene Ich zu perfektionieren, wie die Worte eines Spielers des Onlinespiels „Herr der Ringe“ illustrieren: „Mein Zwerg ist mir gar nicht so unähnlich. Ich meine, äußerlich bin ich nicht so klein, aber so stark würde ich auch gern sein und einen Hammer von der Größe schwingen können“ (Katzjäger 2010, 101). Das spielende Subjekt im Cyberspace ist auf der Suche, vor allem nach sich selbst, es will Anerkennung, und es will, dass andere reagieren, es will sich als HeldIn, KämpferIn, MissionarIn, pffiffiger Zwerg oder mutige AbenteurerIn beweisen, und es will Gemeinschaft, die es in Gilden und Spielallianzen findet.



Digitale Medien bieten eine nie zuvor da gewesene Bühne zur Selbstdarstellung: Sie stellen ununterbrochen ein Publikum zur Verfügung und garantieren weltweite Sichtbarkeit

Das flanierende Subjekt: Digitale Netzwerke bestehen aus unzähligen sich kreuzenden Strömen, Bahnen und Knotenpunkten. Sie betonen eine Existenzform, die es immer gegeben hat, die aber meist eine untergeordnete Rolle gespielt hat: das Nomadentum. Das digital forcierte Nomadentum ist ein mentales. Es stellt sich als ein Flanieren von Netzwerk zu Netzwerk dar. Es ist keine Ausnahme, sondern die Regel, dass die Netzsubjekte mehrere Netzwerke nutzen, oft nahezu gleichzeitig. Sie

agieren damit in sich überlagernden Kommunikations- und Spielräumen, spinnen unterschiedliche Gesprächsfäden und wechseln zwischen verschiedenen Rollen. Tamar beispielsweise – 29 Jahre, Amerikanerin, verheiratet, ein Kind – ist Mitglied in acht Netzwerken und führt zusätzlich einen eigenen Blog. Sie thematisiert auf den verschiedenen digitalen Bühnen verschiedene Facetten ihres Lebens: Mal geht es um ihre Rolle als Mutter, mal um Businessfragen, mal tritt sie als Technikexpertin auf.

Das nomadische Subjekt stößt auf seinen digitalen Streifzügen im Cyberspace auf Differenzen und Widersprüche, die das eigene Leben kontrastieren. Es signalisiert den Wunsch nach Abwechslung; es ist flexibel, wandlungsfähig, hoch konzentriert, darf sich aber nicht zu sehr binden, es muss loslassen, um weiterziehen zu können.

Zusammenfassend: Die AkteurInnen im Cyberspace leben nicht nur einen der skizzierten Selbstentwürfe, sondern die verschiedenen Entwürfe abwechselnd oder fast gleichzeitig. Mädchen und Jungen agieren als listenreiche ZwergInnen oder kraftvolle HeldInnen in einem Computerspiel, um sich anschließend als Mutter oder Vater über Erziehungsvorstellungen in einem Elternforum auszutauschen oder sich in einem Club zu „Liebe und Freundschaft“ den Liebeskummer von der Seele zu reden. Das Subjekt im Cyberspace ist in unterschiedliche Teilsysteme mit je eigener Handlungsgrammatik eingebunden, es muss höchst Unterschiedliches erbringen (Helsper 1997, 176). Die digitale Welt ist vielstimmig. Vielfalt und Heterogenität zählen zu den dominierenden Erfahrungen im Netz. Um sich in dieser Vielfalt nicht zu verlieren, ist ein hohes Maß an Selbstbezüglichkeit erforderlich (Helsper 1997, 177). Ein Zuwenig an Selbstbezüglichkeit würde das Subjekt zum Spielball externer Einflüsse machen, ein Zuviel wiederum die Entscheidungsmöglichkeiten blockieren (Helsper 1997, 177). Selbstbezüglichkeit muss sich mit Selbstorganisation und Selbstdisziplinie-

nung paaren, soll es dem Subjekt im Cyberspace gelingen, die differenten und widersprüchlichen Bausteine in Form von Erwartungen, Orientierungen, Lebensstilen, Rollen zu relativieren, auszuwählen, zusammenzubringen.

Das Agieren an verschiedenen digitalen Schauplätzen führt notwendig zu verteilter Aufmerksamkeit. Teilaufmerksamkeiten mindern der Internetforscherin Sherry Turkle zufolge die Qualität der Gedanken und fördern die Tendenz zur Kopräsenz, anders gesagt, zur Tendenz, in verschiedenen sozialen Settings nur als Teilselbst präsent zu sein (Turkle 2006, 13). Darüber hinaus kann die Forderung nach wechselnden Kommunikations- und Handlungsformen zur Überforderung werden. Alain Ehrenberg sieht das moderne Subjekt als „erschöpftes Selbst“ (Ehrenberg 2004), das an der Forderung nach Flexibilität und Mobilität, wie sie für die moderne Lebenswelt typisch ist und beim digitalen Flanieren auf die Spitze getrieben wird, scheitert. Er schreibt: „Wir wollen Götter sein, da wir aber Menschen sind, bezahlen wir dafür mit Pathologien, bei denen (sich) die innere Zerbrechlichkeit (...) offenbart“ (Ehrenberg 2004, 172).

Ein anderes Risiko, das das Agieren in heterogenen Aktionsfeldern birgt, ist die Entstehung eines Gefühls von Heimatlosigkeit. Ein Subjekt, das sich in verschiedenen Lebenssegmenten bewegt, sei nirgendwo mehr ganz zu Hause (Helsper 1997, 177). Eine Gegenposition hat Bernhard Waldenfels formuliert, der zufolge Heimat nicht nur dort ist, wo man sich dauerhaft niederlässt, sondern auch dort, wo man sich bewegt (Waldenfels 1985, 207). Wenn diese These stimmt, kann es auch für die NomadInnen im Netz Heimat geben, vielleicht sogar Heimat in mehreren Online-Communitys, was weniger abhängig macht von nur einer Heimat.

Zu diesem Gefährdungsdiskurs kontrastiert eine positive Lesart der Vielfalt im Cyberspace: Die digitalen Kommunikations-, Denk- und Handlungsangebote, das Experimentieren-Können mit verschiedenen Identitäten, die Chance, Elemente aus anderen Kulturen in das eigene Identitätskonzept zu integrieren, sowie die

Möglichkeit, neue Formen von Gemeinschaft kennenzulernen, werden als Bereicherung und Erweiterung individueller Handlungsstile betont. Das Subjekt kann sich die Chancen umso eher zunutze machen und sich gegen Risiken schützen, wenn es über eine kohärente mentale Grundstruktur verfügt (Helsper 1997, 184). Diese zu sichern beschreibt eine Aufgabe pädagogischer und psychotherapeutischer Intervention. Die im Folgenden genannten Ansatzpunkte für pädagogisches und psychotherapeutisches Handeln zielen darauf ab, Kohärenz herzustellen und die Kräfte der Selbstorganisation zu stärken, um digitale Risiken zu minimieren und digitale Chancen zu optimieren.

Das **Erzählen** ermöglicht, die verschiedenen Lebenssegmente und die verschiedenen Rollen, die das Subjekt in diesen Lebenssegmenten übernimmt, im Bewusstsein zu halten und zueinander in Beziehung zu setzen, was der Fragmentierung des Subjekts entgegenwirkt (Schachtner 2016, 53 ff.). Es kann an den schon jetzt beobachtbaren narrativen Praktiken der NetzakteurInnen angeknüpft werden, die dem Bedürfnis folgen, sich selbst in Worten, Bildern und Sounds zu erzählen.

Das **Reflektieren** ist eng mit dem Erzählen verbunden. Im Akt des Erzählens gewinnt das Subjekt Abstand zu dem, was es erzählt: Sei es das eigene Handeln, die eigenen Gefühle oder seien es externe Erwartungen. Die Distanz schärft den Blick für das, was zusammenpasst und zusammengefügt werden soll und was außerhalb des eigenen Selbstkonzepts bleiben soll. Reflexion bewahrt davor, zum Spielball externer Einflüsse zu werden.

Gemeinschaft bilden: Die Chance, Vielfalt als Bereicherung zu erleben, ist an die Fähigkeit geknüpft, stabile soziale Beziehungen herzustellen. Die NetzakteurInnen selbst sind es, die die Bedeutung von Gemeinschaft durch ihr hohes Engagement in der Community-Bildung signalisieren. Die Gemeinschaft bietet dem nomadisierenden Subjekt Halt, reduziert die Ansprüche an Selbstorganisation und bildet einen Kontrapunkt zum Individualisierungsdruck.

Körperliches In-der-Welt-Sein: Ähnlich wie das Erzählen verbindet der Körper Verschiedenes. Körperliches In-der-Welt-Sein durch Arbeit, Sport, spielerische Bewegung, Körpertherapie integriert die Vielfalt an Emotionen, Sichtweisen, Erfahrungen und trägt zur Entwicklung einer kohärenten Selbststruktur bei.

Spaß und Humor bilden Gegenpole zu der Anstrengung, die der Umgang mit Widersprüchen, Vielstimmigkeit, Heterogenität sowie mit den Ansprüchen an Selbstorganisation und Selbstbezüglichkeit kostet. Der Wunsch nach Spaß und Humor zeigt sich deutlich bei Kindern und Jugendlichen in frechen Sprüchen in Kommunikationsforen und Chats, in der Bewunderung cleverer Taktiken in Computerspielen oder in witzigen Nicknames wie „Sahnekeks“, „HardyBoy“ oder „Hard-CoreStyler“ (aus dem SWR-Kindernetz). Spaß entspannt. Es kommt darauf an, die Späße der Kinder und Jugendlichen anzunehmen, mitzuspielen und dadurch als ErzieherIn, LehrerIn, TherapeutIn emotional erreichbar zu sein.

Um es abschließend nochmals zu betonen: Die Cyberwelt ist zu einer wichtigen Bühne, ja, zum Motor für Selbstinszenierung und Subjektbildung geworden. Aber sie ist doppeldeutig: Die neuen Chancen sind flankiert von neuen Risiken. Die Herausforderung besteht darin, die Chancen zu ergreifen, ohne die Risiken zu ignorieren, und den Risiken Paroli zu bieten, ohne die Chancen zu übersehen.

Literatur erhältlich über bvvp@bvvp.de



Foto: Privat

Prof. Dipl.-Soz. Dr. Christina Schachtner

ist Professorin für Medienwissenschaft mit dem Schwerpunkt Digitale Medien an der

Alpen-Adria-Universität Klagenfurt. Zuletzt von ihr erschienen ist der Band „Das narrative Subjekt. Erzählen im Zeitalter des Internets“ (2016).

„Wer die Vergangenheit beherrscht, beherrscht die Zukunft! Wer die Gegenwart beherrscht, beherrscht die Vergangenheit!“

Von **George Orwell**

„... **Das Schrecklichste war**, überlegte er zum zehntausendstenmal, dass einfach alles wahr oder falsch sein konnte. Wenn die Partei sich so in die Vergangenheit einmischen und von diesem oder jenem Ereignis behaupten konnte, „es habe nie stattgefunden“ – war das nicht wirklich furchtbarer als Folter und Tod?

Die Partei sagte, Ozeanien sei mit Eurasien verbundet gewesen. Er, Winston Smith, wusste seinerseits, dass Ozeanien noch vor nicht länger als vier Jahren mit Eurasien verbundet gewesen war. Aber wo war dieses Wissen verankert? Nur in seinem eigenen Bewusstsein, das unausweichlich bald in Staub zerfallen müsste. Und wenn alle anderen die von der Partei verbreitete Lüge glaubten – wenn alle Aufzeichnungen gleich lauteten –, dann ging die Lüge in die Geschichte ein und wurde Wahrheit. **Dann die Mächtigen kontrollierten die Medien und damit auch das Bewusstsein der Massen.** Sie schrieben Geschichte und hatten allein die Mittel dazu. **»Wer die Vergangenheit beherrscht«,** lautete die Parteiparole, **»beherrscht die Zukunft! Wer die Gegenwart beherrscht, beherrscht die Vergangenheit!«**

Und doch hatte sich die Vergangenheit, so wandelbar sie von Natur aus war, nie gewandelt. Das gegenwärtige Wahre blieb wahr bis in alle Ewigkeit. Es war ganz einfach. Es war nichts weiter nötig als eine nicht abbreisende Kette von Siegen über das eigene Gedächtnis. „Wirklichkeitskontrolle“ nannten sie es; im Neusprech hieß es „Doppeldenk“.

»Rührt euch!« klaffte die Vorturnerin, ein wenig freundlicher. Winston ließ die Arme sinken und fiillte seine Lungen langsam mit Luft. Seine Gedanken schweiften in die labyrinthische Welt des Doppeldenk ab. Zu wissen und nicht zu wissen, sich des vollständigen

Vertrauens seiner Hörer bewusst zu sein, während man sorgfältig konstruierte Lügen erzählte, gleichzeitig zwei einander ausschließende Meinungen aufrechtzuerhalten, zu wissen, dass sie einander widersprachen, und an beide zu glauben; die Logik gegen die Logik ins Feld zu führen; die Moral zu verwerfen, während man sie für sich in Anspruch nahm; zu glauben, Demokratie sei unmöglich, die Partei jedoch die Hüterin der Demokratie; zu vergessen, was zu vergessen von einem gefordert wurde, um es sich dann, wenn man es brauchte, wieder ins Gedächtnis zurückzurufen.

Das war die äußerste Spitzfindigkeit – bewusst die Unbewusstheit vorzuschieben und dann noch einmal sich des eben vollzogenen Hypnoseaktes nicht bewusst zu werden. Allein schon das Verständnis des Wortes Doppeldenk setzte eine doppelbedeutende Denkwiese voraus.

Die Vorturnerin hatte sie wieder zum Stillstehen aufgerufen. „Und jetzt wollen wir mal sehen, wer von uns seine Zehen berühren kann!“ sagte sie betont munter. „Aus den Hüften heraus heugt, Genossen. „Hins! Zwei! Eins! Zwei!“ Winston war diese Übung schrecklich, da sie ihm von den Fersen bis ins Gesicht einen stechenden Schmerz verursachte und oft mit einem anderen Husten anfall endete. Ihm verdrängen die halbwegs freundlichen Gedanken.

Die Vergangenheit, überlegte er, war nicht nur veränderbar, sondern rundweg ausgetilcht worden. Denn wie konnte man die offensichtlichste Tatsache beweisen, wenn es – außer in der eigenen Erinnerung – keine andere Aufzeichnung darüber gab?

Er versuchte sich zu erinnern, in welchem Jahr er zum ersten Mal vom Großen Bruder gehört hatte.

Er glaubte, es musste im Laufe der sechziger Jahre gewesen sein, aber es war unmöglich, der Tatsache sicher zu sein. In den Geschichtsdarstellungen der Partei figurierte der Große Bruder selbstverständlich als Führer und Hüter der Revolution von ihren ersten Anfängen an. Seine Heldentaten waren allmählich zeitlich zurückverlegt worden, bis sie in die sagenhafte Welt der vierziger und dreißiger Jahre zurückreichten, als die Kapitalisten noch mit ihren seltsamen zylindrischen Hüten in großen schimmernden Automobilen oder Pferdewagen mit schimmernden Glasfenstern durch die Straßen Londons fuhren.

Man wusste nicht, wie viel an dieser Legende wahr und wie viel erfunden war. Winston konnte sich nicht daran erinnern, zu welchem Zeitpunkt die Partei selbst erstmalig in Erscheinung getreten war. Er glaubte nicht, das Wort Engsoz jemals vor dem Jahre 1960 gehört zu haben, aber es war möglich, dass es in seiner alten Form – nämlich als „Englischer Sozialismus“ – schon früher gebräuchlich gewesen war.

Alles löste sich in Nebel auf. Manchmal freilich konnte man eine deutliche Lüge festnageln. Es war zum Beispiel nicht wahr – wie in den Parteigeschichtsbüchern behauptet wurde –, dass die Partei die Flugzeuge erfunden hatte. Er erinnerte sich an Flugzeuge von seiner frühesten Kindheit an. Aber man konnte nichts beweisen.

Es gab keinen Beweis. Nur einmal in seinem ganzen Leben hatte er den unverkennbaren dokumentarischen Beweis einer Geschichtsfälschung in Händen gehalten. Und das war damals, als ...

»Smith!« schrie die giftige Stimme aus dem Televisor. »6079 Smith W! Ja, Sie meine ich! Tiefer bücken, wenn ich bitten darf! ...“

Illustration: Lesprenger

Systemfilter



Inne biometrischen Daten zeigen ein pathologisches Muster beim Lesen dieses Textes.

Der Text wird daher für Sie gesperrt.

Vom Scheitern lernen

„Was Therapeuten falsch machen“, hören sie nicht gern.
Warum es wichtig ist, zur eigenen Fehlbarkeit zu stehen

Von **Peter Stimpfle**

„50 Wege, Ihre Patienten zu vergraulen“: Bernard Schwartz und John Flowers haben einen erfrischend provokanten Titel gewählt, auch wenn er im Stil der „Bild“-Zeitung daherkommt. Trotzdem ist es erleichternd, wenn endlich jemand wagt, darüber zu schreiben.

Psychoziale Dienstleistungen wie Psychotherapie sind komplex, nicht alle Wirkfaktoren kontrollierbar. Dies beginnt bei der konstruktiven Zielfindung, die schon problematisch sein kann, über schwierige behindernde Verfahrenswege bis hin zu problematischen Versorgungsstrukturen. Hinzu kommen problematische, zu Fließbandarbeit einladende Honorarbedingungen. Auch können wir einen Mangel an gesellschaftlichen Vorstellungen darüber, was Psychotherapie überhaupt leisten kann, beklagen: Ein Kollege sprach in diesem Zusammenhang von der Krise der Psychotherapie: Zwar sind wir gefragt wie nie zuvor, allerdings nicht das, was wir anbieten: sich als Persönlichkeit zu entwickeln und Lebenskrisen als Lern-

möglichkeiten zu nutzen. Stattdessen steht bei vielen der Wunsch im Vordergrund, die lästige Störung zu beseitigen: Es soll weitergehen wie bisher.

Wer kann bei so vielen Fallstricken und Fehlermöglichkeiten, die die Psychotherapie mit sich bringt, schon alles richtig machen? Wäre es überhaupt hilfreich, wenn Therapeuten perfekt sind? Oder würde es den Perfektionismus von Betroffenen nur noch steigern, der ja gar nicht selten Auslöser dafür ist, dass Körper und Seele streiken – wie man es bei Burn-out oder psychosomatischen Störungen beobachten kann?

Berührt werden im Buch ganz grundsätzliche Themen: Was ist Psychotherapie? Wie steht es um die Ausbildung? Wie ist Psychotherapie organisiert? Ist sie eine gesellschaftliche Seelenwerkstatt zur Reparatur kranker Seelen? Oder geht es darum, zu lernen, mit Scheitern, Schuld, Scham, Krankheit und Endlichkeit umzugehen? Das Dilemma für den Therapeuten liegt darin, sich bemühen zu müssen, es besser zu machen, ohne dabei in die Perfektionsfalle zu tappen. Dies gelingt wohl am besten, indem man sich als lernendes Wesen versteht. In diesem Sinne ist es wichtig zu wissen, was man als Therapeut falsch machen kann – im bescheidenen Wissen, dass man nie alles beachten kann.

Arnold Lazarus schrieb das vielversprechende Vorwort und gibt nach 40 Jahren Berufserfahrung unumwunden zu, dass er nach Abschluss seines Studiums zwar hoch motiviert war, jedoch seine akademischen Leistungen ihm in der Praxis wenig halfen. Ein Supervisor habe ihm

daraufhin geraten, nicht sklavisch irgendwelchen Theorien zu folgen: „Sei du selbst! Überprüfe deine Gefühle!“ Dankenswerterweise unterlassen es die Autoren nicht, renommierte Therapeuten zu zitieren, die einräumen, tagtäglich Fehler zu machen.

Welche Fehler das sein können, benennt das Autorenduo in 14 Kapiteln unter Einbeziehung verschiedener Stationen des psychotherapeutischen Prozesses. Das kann darin bestehen, die Stärken von Klienten zu ignorieren, Erwartungen nicht abzuklären, Reaktanz unbeachtet zu lassen, physiologische Ursachen ungenügend abzuklären, Techniken in den Vordergrund zu stellen, es an Empathie mangeln zu lassen, Klienten-Feedback zu vermeiden, einseitig Therapieziele zu bestimmen, wissenschaftliche Daten zu ignorieren, auf passive Lernstrategien zu setzen, sich zu sehr mit dem Patienten zu identifizieren, körperliche Nähe zuzulassen, zu starre Grenzen zu setzen oder übermäßige Offenheit zu zeigen.

Den richtigen Umgang mit diesem Scheitern zu lernen ist für Patienten und Therapeuten gleichermaßen wichtig, Scheitern gehört zum Leben. Insofern würde ich dafür plädieren, dieses Buch bereits an Universitäten zu verteilen, da man sich ja gerade anschickt, die Psychotherapeutenausbildung in den akademischen Lehrbetrieb zu integrieren. Und vielleicht hilft dieses Buch ja auch, Kollegen eine wichtige Erkenntnis mitzugeben: Statt gegenseitiger Besserwisserei braucht es manchmal einfach etwas Trost.

Bernard Schwartz &
John V. Flowers:
**Was Therapeuten
falsch machen**
50 Wege,
Ihre Klienten
zu vergraulen

Klett-Cotta 2015
219 Seiten, 24,95 Euro
ISBN: 978-3-608-94582-9



Die richtige Technik zur richtigen Zeit

Was wirkt in der Psychotherapie? Eine naturalistische Studie untersucht, welche Faktoren von Bedeutung sind

Von **Ariadne Sartorius**

„**Randomisierte** kontrollierte Studien (RCT) konnten viel dazu beitragen zu zeigen, dass Psychotherapie in der Tat hilft. Es braucht ergänzend aber weitere Forschung, welche unter realen Praxisbedingungen analysiert, was wirklich geschieht in der Psychotherapie, um dem näherzukommen, was denn nun wirklich hilfreich ist.“ Zu diesem Schluss kommen Agnes von Wyl und weitere Autoren in ihrem Buch „Was wirkt in der Psychotherapie?“, das die „Ergebnisse der Praxisstudie ambulante Psychotherapie zu 10 unterschiedlichen Verfahren“ vorstellt. Durchgeführt wurde diese naturalistische, also in der therapeutischen Praxis erfolgte Studie zwischen 2006 und 2013 mit 86 Psychotherapeuten aus neun verschiedenen Institutionen in der Schweiz. Eingang in die Auswertung fanden die Therapien von 362 Patienten im Alter von 17 bis 72 Jahren.

Anders als in Deutschland war zum Zeitpunkt der „PAP-S“-Studie in der Schweiz eine breitere Methodenvielfalt möglich, sodass diverse „Therapieschulen“ einbezogen werden konnten, die hierzulande nicht in der ambulanten Versorgung zugelassen sind. Obwohl die Begrifflichkeiten „Therapieschule“ und „Methode“ in Deutschland einer anderen Zuordnung unterliegen, wurde für diese Rezension der Verständlichkeit halber die Schweizer Sprachregelung übernommen. Die in die Studie einbezogenen „Schulen“ setzen sich also wie folgt zusammen: Transaktionsanalyse, Prozessorientierte Psychologie, Integrative Körperpsycho-

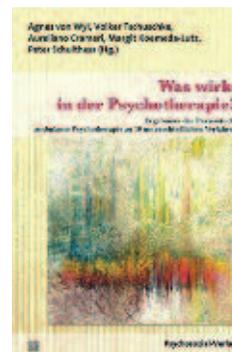
therapie, Existenzanalyse und Logotherapie, Kunst- und ausdrucksorientierte Psychotherapie, Analytische Psychotherapie nach C. G. Jung, Bioenergetische Analyse und Therapie sowie Gestalttherapie. Leider nicht zu einer Mitarbeit gewonnen werden konnten Verbände der Systemischen Psychotherapie, der Verhaltenstherapie und der Gesprächspsychotherapie.

Mitherausgeber Volker Tschuschke widmete sich in der Studie neben der therapeutischen Beziehung, den Unterschieden zwischen den TherapeutInnen und dem Einfluss von Geschlechts- und Genderaspekten vor allem der Bedeutung der Konzepttreue in der Psychotherapie. Dazu wurden 10 Interventionskategorien gebildet, von denen 75 einzelnen „Therapieschulen“ zugeordnet wurden (inklusive denjenigen, die nicht an der Studie teilnahmen) sowie 25 als nicht schulspezifisch bewertet wurden. Zugrunde liegende Kategorien waren unter anderem: Empathie, Gefühle bewusst machen, Deutung, Körperebene bewusst machen, Informationen und Beratung geben, Fragen stellen und den Antworten zuhören, Unterstützung und Ermutigung sowie Arbeit am subjektiven Erleben.

Im Studienverlauf konnte festgestellt werden, dass die Konzepttreue zwischen den Verfahren, aber auch abhängig vom Ausmaß der Berufserfahrung unterschiedlich groß war: Psychoanalytische und körperorientierte Verfahren wiesen höhere Konzepttreue auf als integrative und humanistische Verfahren. Das Fehlen

der Verhaltenstherapie ist an dieser Stelle besonders bedauerlich, hatte die Konzepttreue der Verhaltenstherapeuten in RCT-Studien doch international hohe Effektstärken nachweisen können. Daneben zeigte sich, dass die Konzepttreue mit zunehmender Berufserfahrung nachlässt. Tschuschke schlussfolgert, dass „aus einer solchen Perspektive heraus eine professionelle Psychotherapie demnach nicht die puristische Anwendung einmal gelernter Technik wäre, sondern die einfühlsame Anwendung (oder Nicht-Anwendung!) der gelernten Technik zum richtigen Zeitpunkt beim richtigen Patienten ...“.

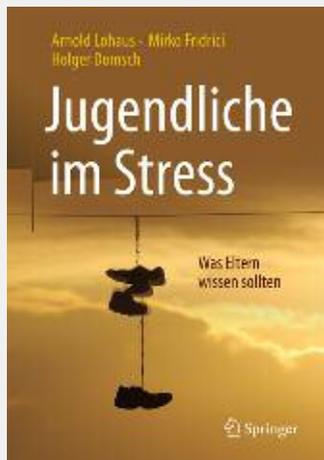
Fazit: Auf rund 170 Seiten werden Methodik und Ergebnisse der „PAP-S“-Studie sowie der historische und politische Kontext der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung in der Schweiz auf angenehm lesbare Weise dargestellt. Ein Buch, das mich zu einer Reflexion meiner eigenen Therapien angeregt hat.



Agnes von Wyl, Volker Tschuschke, Aureliano Cramer, Margit Koemeda-Lutz, Peter Schulthess (Hrsg.)
Was wirkt in der Psychotherapie?
Ergebnisse der Praxisstudie ambulante Psychotherapie zu 10 unterschiedlichen Verfahren

Psychosozial-Verlag 2016
173 Seiten, 29,90 Euro
ISBN: 978-3-8379-2586-9

Stärkt Selbstfürsorge der Eltern



A. Lohaus, M. Fridrici, H. Domsch

Jugendliche im Stress

Was Eltern wissen sollten

2017. X, 143 S. 9 Abb. Brosch.

€ (D) 19,99 | € (A) 20,55 | *sFr 21,00

ISBN 978-3-662-52860-0

In diesem Buch erfahren Eltern, wie sie gestresste Jugendliche begleiten können und dabei selbst stark bleiben. Konflikte mit anderen Jugendlichen oder den Eltern, Schulprobleme, körperliche Veränderungen, Umgang mit neuen Medien – die Gründe für Stress im Jugendalter sind vielfältig.

Die Pubertät ist eine Umbruchphase mit vielen Verunsicherungen und Neuorientierungen sowohl für die Jugendlichen selbst als auch für ihre Familie. Stress und körperliche Symptome sind nicht selten die Folge. Was aber können Eltern und die Jugendlichen selbst tun, um angemessen mit Stress umzugehen?

Arnold Lohaus, Mirko Fridrici und Holger Domsch, ausgewiesene Experten zum Thema Stress bei Jugendlichen, wissen hier Rat.

€ (D) sind gebundene Ladenpreise in Deutschland und enthalten 7 % für Printprodukte bzw. 19 % MwSt. für elektronische Produkte.
€ (A) sind gebundene Ladenpreise in Österreich und enthalten 10 % für Printprodukte bzw. 20 % MwSt. für elektronische Produkte.
Die mit * gekennzeichneten Preise sind unverbindliche Preisempfehlungen und enthalten die landesübliche MwSt. Preisänderungen und Irrtümer vorbehalten.

Part of **SPRINGER NATURE**

springer.com/shop

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@bvvp.de · www.bvvp.de

Redaktionsleitung: Martin Klett (V. i. S. d. P.)

Verantwortlich für den Schwerpunkt:
Martin Kremser und Eva-Maria Schweitzer-Köhn

Autoren: Ilse Besthorn, Ulrike Böker, Jürgen Doebert, Gabriel Gerlinger, Iris Hauth, Jan Philipp Klein, Martin Klett, Martin Kremser, Hardy Müller, Julia Sander, Ariadne Sartorius, Christina Schachtner, Peter Stimpfle, Andreas Wagener

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

Textchef: Jens Wiesner

Projektleitung: Nicole Suchier

Artdirektion/Illustration: Le Sprenger

Anzeigen: anzeigen@projekt-psychotherapie.de
Es gilt die Anzeigenpreisliste vom 01.01.2015

ISSN: 2193-3766

Einzelverkaufspreis/Schutzgebühr 14,80 Euro.
Abonnement 49,50 Euro inkl. Versand (4 Ausgaben).
Mitglieder erhalten das Magazin im Rahmen ihrer Mitgliedschaft kostenfrei.

Info und Bestellung:

bvvp-Bundesgeschäftsstelle: 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.

Marktplatz



Ihre Kleinanzeige auf dem Marktplatz in *Projekt Psychotherapie*

Bis 200 Zeichen 40 Euro.

Schicken Sie Ihren Anzeigentext an:
marktplatz@projekt-psychotherapie.de
oder per Fax an: **030/39 835 188-5**
Chiffre-Anzeigen werden derzeit nicht angeboten.



Termine 2017

23. bis 25. März

bvvp-Bundesdelegiertenversammlung

Ort: 36037 Fulda

30. April bis 3. Mai

Fortbildung für Psychodynamische Psychotherapie und Verhaltenstherapie

Das Curriculum vermittelt berufsgruppenübergreifend und verfahrensoffen im Bausteinprinzip relevante Inhalte der Psychosen-Psychotherapie. Es sind insgesamt vier Workshops á 16 Unterrichtsstunden (= 64 UE) geplant. Mit der curriculären Fortbildung kann eine Qualifikationsbasis geschaffen werden, die sowohl ÄrztInnen mit abgeschlossener psychotherapeutischer Weiterbildung, Psychologische Psychotherapeuten und Psychologen als auch anderen Berufsgruppen im stationären und ambulanten Bereich ermöglicht, die Versorgung zu verbessern. www.aekwl.de/borkum

Ort: Borkum

12./13. Mai

30. Deutscher Psychotherapeutentag

Weitere Informationen unter:

www.bptk.de/service/termine.html

Ort: Hannover

23. bis 26. Mai

120. Deutscher Ärztetag 2017

Weitere Informationen unter:

www.bundesaerztekammer.de/aerztetag/120-deutscher-aerztetag-2017/organisation

Ort: Freiburg

Projekt Psychotherapie

02/2017

AUSBLICK AUF DAS NÄCHSTE HEFT

Welche Änderungen bringt die neue Psychotherapie-Richtlinie mit sich? Wohl kein anderes Thema treibt die Psychotherapeuten gerade mehr um. In unserem nächsten Schwerpunkt sollen daher Einschätzungen verschiedener Akteure des Gesundheitswesens vorgestellt und der Frage nach der Beschäftigung von Personal nachgegangen werden. Bis zum Erscheinungstermin dürfte auch Klarheit über die Vergütung der neuen Leistungen bestehen und die Überarbeitung der Psychotherapie-Vereinbarung abgeschlossen sein. Bedeutet: Wir können endlich das Gesamtkonzept der Reform einer kritischen Betrachtung unterziehen.

Achtsam helfen



Wäre es nicht wunderbar, wenn Ihre Klienten lernen könnten, gelassen und behutsam mit den Herausforderungen des Alltags umzugehen?

60 attraktiv gestaltete Impulskarten verhelfen zu mehr Achtsamkeit:

- Formelle Achtsamkeitsübungen (z. B. Sitz- oder Gehmeditationen)
- Informelle Achtsamkeitsübungen (für Routineaufgaben)
- Für Einzel- und Gruppenarbeit
- Auch als Hausaufgabe geeignet

Susanne Schug

Achtsamkeit

Kartenset mit 60 Impulskarten

Mit 12-seitigem Booklet in stabiler Box.

€ 26,95 D

ISBN978-3-621-28416-5



Therapie-Tools Achtsamkeit

- 130 Arbeitsblätter, Infoblätter und Übungen (z. B. Selbsterfahrungs-aufgaben)
- Mit E-Book inside

161 Seiten. € 36,95 D

ISBN 978-3-621-28313-7

 Audiodateien zum Download

EBM 2017 – Info-Paket-Plus

Im neuen **EBM-Info-Paket-Plus 2017** stellen wir Ihnen die grundlegenden Änderungen der Psychotherapie-Richtlinie, die zum 1. April 2017 wirksam werden, zusammen. Die Broschüre kann deswegen diesmal erst im zweiten Quartal – noch rechtzeitig vor der Abrechnung – fertiggestellt werden. Auch liegen die Ausführungsbestimmungen und Bewertungen einzelner neuer Leistungen noch nicht vor. Eine Kurzübersicht der wichtigsten Änderungen haben wir für unser bvvp-Mitglieder und Abonnenten des EBM-Info-Pakets in einem EBM-Newsletter zur ersten Orientierung zusammengefasst.

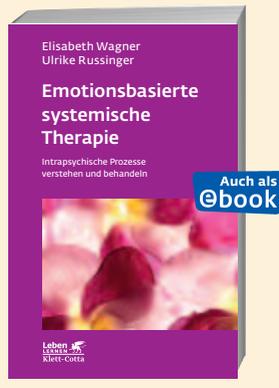
Infos und Kontakt über die bvvp-Bundesgeschäftsstelle: bvvp@bvvp.de





Luise Reddemann
Imagination als heilsame Kraft
 Ressourcen und Mitgefühl in der Behandlung von Traumafolgen
 246 Seiten, broschiert, mit vielen farbigen Abbildungen
 € 27,95 (D). ISBN 978-3-608-89178-2
 Erscheint am 24. September 2016

Das über 100.000 mal verkaufte Grundlagenwerk zur Psycho-traumatologie erscheint nach 18 Auflagen vollständig überarbeitet. Neu sind die Kapitel zur Körperarbeit, zur Gestaltungstherapie sowie zur Traumatherapie mit Kindern und Jugendlichen.



Elisabeth Wagner, Ulrike Russinger
Emotionsbasierte systemische Therapie
 Intrapsychische Prozesse verstehen und behandeln
 277 Seiten, broschiert
 € 29,95 (D). ISBN 978-3-608-89177-5

»Ein hoch interessanter Versuch, in das Gestrüpp des gegenwärtigen systemisch-therapeutischen Wissens eine praktisch nützliche Ordnung zu bringen und insbesondere die Dynamik der Emotionen besser zu integrieren.« *Luc Ciompi*



Kurt Köster, Kerstin Schmucker
IRRT zur Behandlung anhaltender Trauer
 Imagery Rescripting & Reprocessing Therapy in der Praxis
 Mit einem Vorwort von Andreas Maercker
 241 Seiten, broschiert, großes Format
 € 29,95 (D). ISBN 978-3-608-89745-6

Der in der Traumaverarbeitung erfolgreiche Ansatz IRRT bewährt sich auch bei der Behandlung von komplizierten Trauerreaktionen und Depressionen.



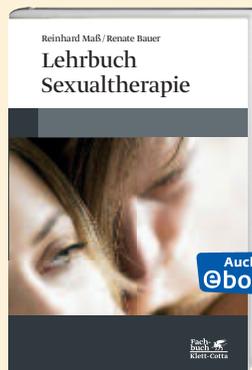
Romana Tripolt
Bewegung als Ressource in der Traumabehandlung
 Praxishandbuch IBT – Integrative Bewegte Traumatherapie
 264 Seiten, broschiert
 € 27,95 (D). ISBN 978-3-608-89180-5

Die »Integrative Bewegte Traumatherapie« (IBT) begreift als »schonendes Traumatherapieverfahren« Körper und Bewegung als Ressource zur Verarbeitung und Integration komplexer Traumatisierungen. Im Praxisteil werden alle Tools anschaulich in Fallbeispielen beschrieben.



Rosmarie Barwinski
Resilienz in der Psychotherapie
 Entwicklungsblokkaden bei Trauma, Neurosen und frühen Störungen auflösen
 Geleitwort von Hans Holderegger
 286 Seiten, gebunden
 € 34,95 (D). 978-3-608-94938-4

Ohne Verletzlichkeit keine Resilienz: Die Autorin zeigt, wie Therapeuten ihren Patienten helfen können, Krisen konstruktiv zu meistern und Veränderungsprozesse anzustoßen.



Reinhard Maß, Renate Bauer
Lehrbuch Sexualtherapie
 Mit einem Geleitwort von Steffen Fliegel und einem Beitrag von Dirk Revenstorf und Elsbeth Freudenfeld
 257 Seiten, gebunden
 € 32,95 (D). ISBN 978-3-608-94933-9

Das Buch nimmt eine Bestandsaufnahme der wichtigsten sexualtherapeutischen Konzepte vor. Es gibt detaillierte Empfehlungen für die Durchführung einer Sexualtherapie und stellt konkrete therapeutische Interventionen vor.



Schultz-Venrath, Felsberger
Mentalisieren in Gruppen
 Reihe »Mentalisieren in Klinik und Praxis«
 221 Seiten, gebunden
 € 29,95 (D). ISBN 978-3-608-96156-0
 Erscheint am 15. Oktober 2016

Das Buch stellt Methodik und Technik der Mentalisierungs-basierten Gruppenpsychotherapie an Beispielen der Gruppenleitung, der Gruppenstruktur, der Gruppenzusammensetzung in der Praxis, in Klinik und Tagesklinik dar.



Angelika Rohwetter
Es gibt ein Leben nach der Therapie
 Therapieerfolge stabilisieren und Resilienz stärken
 176 Seiten, broschiert
 € 16,95 (D). ISBN 978-3-608-86055-9

Das Buch unterstützt alle, die eine ambulante oder stationäre Psychotherapie abgeschlossen haben, darin, Therapieerfolge zu stabilisieren. Es hilft ihnen dabei, Rückfälle zu vermeiden und Sicherheit im Alltag zu finden. Mit Übungen zur Stärkung der Resilienz.