

# ***bvvp*** **magazin**

*Zeitschrift für die Mitglieder  
der Regionalverbände im  
Bundesverband der  
Vertragspsychotherapeuten  
(bvvp) e.V.*

## ***e-Health***

### ***Fortschritt? Geschäft? Gefahr?***

- *Auf dem Weg zum gläsernen Patienten?*
- *bvvp-Strategie beim Qualitätsmanagement*
- *Klaus Brunnstein und Spiros Simitis zur e-Card*
- *e-Health: einmischen – mitmischen – aufmischen*

*4. Jahrgang  
Ausgabe 4/2005*





Reise

SKR - Urlaub mit Sinn, Sinai - Wüstenerlebnisse/ Südafrika - Begegnung mit Natur/ Kloster und Besinnungsurlaub, SKR Studien-Kontakt-Reisen GmbH, PF 20 10 51, 53140 Bonn, Tel. (0228) 9357 324, Fax 9357 350, www.SKR.deStellenangebote

Verschiedenes

PsyQM - Qualitätsmanagement für Psychotherapeuten Basisseminar für psychotherapie-spezifischen Einstieg in QM 9.12. - 10.12.05, Köln - Beatrice Piechotta www.psychotherapie.org/piechotta

Endlich!!! Umstellung Ihrer KV-Abrechnung auf EDV. Langjährige Erfahrung – zuverlässig – kompetent – schnell. Fordern Sie ein unverbindliches Angebot an – ich freue mich über Ihr Interesse! AMK-BÜRO-SERVICE // Anna-Maria Koch // Am Ebel-feld 259 // 60488 Frankfurt/Main Telefon/ Fax 069 7682493 // Mobil 0172 6972273 Mail koch@amk-bueroservice.de // Internet www.amk-bueroservice.de

Deutsche Psychologen Akademie

GmbH des BDP
Oberer Lindweg 2 53129 Bonn
Telefon 02 28 / 98731-28 Fax 02 28 / 98731-72
E-Mail: info@dpa-bdp.de Internet: www.dpa-bdp.de



Fortbildung „Peer Support Councelling“

Ab November 2005 bietet die DPA neue Kursangebote im Rahmen des aktualisierten Curriculums 'Notfallpsychologie BDP' an:

- I: Stress und Stressbewältigung / Psychische Belastungen und Extremstress (18.-20.11.2005)
II: Kommunikation und Gesprächsführung (20.-22.01.2006)
III: Management und Vernetzung / Psychohygiene des Helfers (voraussichtlich März 2006)

Ort: Hamburg / Berlin
Gebühr je Kurs (16 UE): € 350,- / BDP-Mitglieder € 300,-

Coupon bitte an die DPA senden)

Bitte senden Sie mir: [ ] Infos zur Fortbildung Peer Support Councelling
[ ] DPA Veranstaltungsprogramm 2006 (erscheint Ende November 2005)

Name, Vorname
Strasse / Hausnummer
PLZ / Ort
E-Mail-Adresse

Bvvp10.05

KLEINANZEIGEN BUCHEN

Kleinanzeigen bequem buchen mit unserem Online-Anzeigensystem!

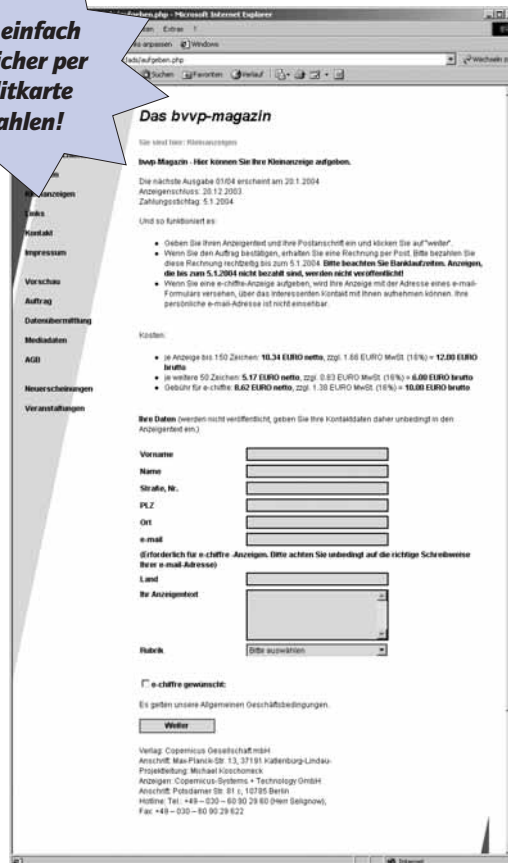
Preise

- schnelle Eingangsbestätigung
kinderleicht zu bedienen
faire Preise
rund um die Uhr für Sie da
superschnelle Chiffre
Bezahlung per Kreditkarte mit verschlüsseltem Datentransfer
nur 12 € pro Anzeige bis 150 Zeichen
je weitere 50 Zeichen 6 €
echiffre: 10 €
und Porto gespart

Einfach buchen im WWW: www.bvvp-magazin.de

Chiffre aufgeben: Unser neues echiffre-System bietet Ihnen superschnelle Antworten: Einfach Ihre E-Mail-Adresse angeben, die Antworten werden an Ihre E-Mail gesandt -natürlich ohne dass der/die Antwortende von Ihrer Identität oder E-Mailadresse erfährt.

Chiffre beantworten: Gehen Sie auf www.cosis.net/ads und wählen Sie «echiffre-Anzeige beantworten» und geben Sie die echiffre-Nummer der Anzeige ein, auf die Sie antworten wollen. Die Anzeige wird Ihnen angezeigt, Sie geben Ihren Antworttext ein, sofort geht eine E-Mail an den Auftraggeber der Anzeige. Kein Chiffre-System ist schneller.



## VORWORT

## BUNDESVORSTAND & REGIONALVERBÄNDE

## SCHWERPUNKT

## INTERVIEW

## DIENSTLEISTUNGEN

## FÜR UNS GELESEN

## SERVICE

## IMPRESSUM

Vorwort.....	4
Die neue Verfahrensordnung – eine Gefahr für die psychotherapeutische Versorgung .....	5
Ein kleiner Schritt für die Menschheit.....	7
Versuch einer Bilanz: .....	8
Auf dem Weg zum gläsernen Patienten?.....	10
Das RLV ist immer viel zu klein – kann man da was machen?.....	11
Die neuen Regelleistungsvolumen: Existenzvernichtend für die Psychiater .....	11
Die Stufen-Strategie des bvvp beim Qualitätsmanagement .....	13
Revision der Psychotherapie-Richtlinien.....	14
TK Modellprojekt:Entwicklung und Hintergründe .....	15
Leistungschancen außerhalb der GKV – Illusion und Realität für die Niedergelassenen.....	16
<b>E-HEALTH</b>	
Einmischen – Mitmischen – Aufmischen .....	18
Kleines Glossar zu e-Health.....	20
Links zum Glossar .....	22
Risiken und Chancen der e-Karte in der Arztpraxis .....	23
e-Health in der Psychotherapie.....	25
„Timeo danaos et dona ferentes“ .....	26
Simitis: Die Karte als Steuerungsinstrument.....	28
Brunnstein: Ruhig gestellte Datenschützer .....	29
Chaos Computer Club: Mit äußerster Skepsis.....	30
Steuerhit Rürup-Rente!? .....	31
Bücher zum Schwerpunktthema.....	32
Neuerscheinungen .....	33
Veranstaltungen.....	35
Impressum.....	22

# VORWORT

## Liebe Kolleginnen und Kollegen,

ich hoffe, Sie haben alle einen schönen Sommer gehabt und sind Regen, Kälte und Unwettern so entkommen, dass Sie jetzt tatkräftig in die zweite Jahreshälfte starten können!

Dieses Vorwort möchte ich einem Ereignis widmen, das viele von uns sehr berührt und beschäftigt hat. Detlev Kommer ist tot. Er ist nicht der erste Kollege gewesen, der in unserem näheren berufspolitischen Umfeld gestorben ist. Innerhalb der letzten eineinhalb Jahre sind auch Andrea Weingarten, Landesvorstand Westfalen-Lippe und Jörg Meier-Gefe aus Niedersachsen, Mitstreiter in der Initiative des bvvp gegen die Zuzahlung in 1996, gestorben, beide wie Detlev Kommer viel zu früh, herausgerissen aus Lebensläufen, die so ganz im Fluss zu sein schienen. Auch Detlev Kommer war neben all seinen in den letzten Jahren in den Vordergrund getretenen großen Positionen als Präsident der Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg und der Bundespsychotherapeutenkammer ein langjähriger Mitstreiter im neu gegründeten bvvp. Eine für Außenstehende erstaunlich unverbrüchliche Freundschaft verband ihn und Michael Knoke. Aus Nordbaden kommend stießen die beiden auf dem Weg nach Fulda zu den Bundesdelegiertenkonferenzen des bvvp meistens in Mannheim im Zug schon mal auf die Südbadener, eine in den Anfängen häufig auseinandersetzungsträchtige Konstellation, die auch in die Bundesdelegiertenversammlungen Eingang fand. Geeint hat uns von Anfang an die Überzeugung, dass die Psychotherapeuten beim Honorar unerträglich benachteiligt werden und der Wille, daran etwas zu ändern. Gerungen wurde – neben Nebenkriegsschauplätzen, mit denen man sich ärgern kann wie z. B. mit dem Haushalt – um die „richtige Psychotherapie“ und die richtige Form der Berufsausübung. Detlev Kommer war ein klarer Kämpfer für die Sache der Erstattungspsychotherapeuten, hartnäckig bis unerbittlich und ganz ohne Weichmacher: viel Feind viel Ehr. Damals war er überall noch der Zweite. Er war Vize im DVT, im vvp Nordbaden und dann im DPTV. Mit der Präsidentschaft in den Kammern änderte sich das radikal. Detlev Kommer hatte gleich zwei Präsidentschaften übernommen, jede für sich ein full-time Job, beide zum Überfluss noch dazu im Aufbau und befrachtet mit einer immensen Verantwortung. Ich habe mich oft gefragt, wann er überhaupt noch geschlafen hat. Stoisch beantwortete er alle Emails ohne Zeitverzug, er übernahm Aufgaben über Aufgaben, erstaunlich, dass es scheinbar keine Möglichkeit von Entlastung gab, und alles wuchs und wuchs, die Psychotherapeuten organisierten sich, die Strukturen wurden immer komplexer, ebenso wie die verschiedenen zu beachtenden Konstellationen. Und Detlev Kommer? Ich würde sagen, er änderte sich. Die Position des Präsidenten verlangte ihm täglich Überblick, Weitblick, klare Unterscheidung von Wichtigem zu Unwichtigem, Loslassen von Marginalien und Konzentration auf das Wesentliche ab. Er hat das hervorragend gemeistert. Aber das Wesentliche war so vielfältig.



*Birgit Clever*

Es ist sicher wenigen Menschen gegeben, die immense Arbeitsleistung erbringen zu können, wie Detlev Kommer es tat. Deshalb sind die Berührungspunkte auch so vielfältig gewesen. Sie werden es auch noch bleiben. In unserer berufspolitischen Arbeit stoßen wir immer wieder auf Punkte, die er gestaltet oder angeschoben hat und die uns weiter beschäftigen werden. In allen Nachrufen wurde seine Gestaltungskraft und Geradlinigkeit beschrieben und die durch seinen Tod entstandene Lücke beklagt. Wir werden seine Offenheit vermissen, man könnte auch sagen, seine manchmal fast schon untaktisch anmutende Unverblümtheit. Er war verlässlich. Man wusste immer zuverlässig, woran man war. Seiner Familie und seinen Freunden gilt unser Mitgefühl.

Berufspolitik – insbesondere auf Bundesebene – ist ein Fass ohne Boden und in seiner Komplexität äußerst fordernd. Man muss es mögen. Zur inhaltlichen Arbeit kommt der Kampf um Positionen, die Legitimierung vor den jeweiligen Wählern und das Ertragen von Anfeindungen und Kränkungen. Natürlich gibt es auch Positivposten in der Bilanz: Erkenntnisse und Einsichten, politisch-sachliche Erfolge, Sympathien über die eigenen Verbandsgrenzen hinaus, gelungene Diskussionen, errungene Positionen, Anerkennung in der Psychotherapeutenchaft. Dennoch: man wird nie fertig, man erfährt früh von immer neuen, drohenden Gefahren, möchte gern die Komplexität der Dinge bewältigen und kommt mit Verstehen, Konzeptualisieren, den Emails und Stellungnahmen kaum hinterher. Daneben die eigene Praxis – sie ist zur Erdung der politischen Positionen unbedingt notwendig und dennoch angesichts der eingegangenen Beziehungen zu den Patienten schwierig: Terminverschiebungen bringen uns in Konflikt mit dem Wissen um die Notwendigkeit von Verlässlichkeit und Präsenz für die Patienten. Die dauernde Mobilität und die täglich neuen Kompromisse sind auf eigene Weise anstrengend.

Todesfälle im engen Umkreis führen zwangsläufig zur Reflektion des eigenen Tuns und des Umgangs mit den eigenen Kräften. Zentrale Motivationsquellen für mich sind die freundschaftliche Kooperation im Vorstand des bvvp und mit den Landesgruppen und die positiven Rückmeldungen von Ihnen, den Mitgliedern.

IHRE BIRGIT CLEVER

# AUS DER GESUNDHEITSPOLITIK UND DEM BUNDESVORSTAND

## Die neue Verfahrensordnung – eine Gefahr für die psychotherapeutische Versorgung



Norbert Bowe

Unbemerkt von der allgemeinen Öffentlichkeit und auch gänzlich am öffentlichen Forum der Psychotherapeuten-Verbände des Gesprächskreises II vorbei hat der Gemeinsame Bundesausschuss (GBA) eine neue Verfahrensordnung verabschiedet. Diese Verfahrensordnung löst die bisherigen sog. BUB-Richtlinien ab und bestimmt künftig, nach welchen Kriterien und Vorgehensweisen neue und bereits eingeführte Behandlungsmethoden, Psychotherapieverfahren inbegriffen, auf ihren Nutzen, auf medizinische Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit hin zu bewerten sind, um über Zulassung zum GKV-Leistungskatalog oder auch Zulassungsentzug zu entscheiden.

So wenig wie irgendeiner ernstlich einer solchen Operationalisierung unter wissenschaftlichen Gesichtspunkten den Sinn absprechen kann, so sehr erstaunt es, dass unseren psychotherapeutischen Vertretern im GBA und im dazugehörigen Arbeitsausschuss

keinerlei Bedenken gekommen sind bei der genaueren Beschäftigung mit den Details dieses General-Instrumentes, das bei der Überprüfung der, das gesamte psychotherapeutische Leistungsspektrum abdeckenden Psychotherapie-Verfahren in gleicher Weise anwendbar sein soll wie bei der Neueinführung einer kleinen gerätgestützten Untersuchung xy in das große Leistungsspektrum einer ärztlichen Fachgruppe.

Knackpunkt der Verfahrensordnung liegt im § 20 (in Verbindung mit § 17). Dort heißt es im 2. Absatz:

„Der Nutzen einer Methode ist in der Regel durch qualitativ angemessene Unterlagen der Evidenzstufe 1 mit patientenbezogenen Endpunkten (z.B. Mortalität, Morbidität, Lebensqualität) zu belegen.“

Zwar schwächt der folgende Satz ein wenig den Alleinvertretungsanspruch der Evidenzstufe 1 ab:

„Liegen Unterlagen dieser Aussagekraft nicht vor, kann die Nutzen-Schaden-Abwägung einer Methode auch aufgrund qualitativ angemessener Unterlagen niedrigerer Evidenzstufen erfolgen.“

Dennoch wird hier ein Standard, der an den Zulassungsbestimmungen für Medikamente entwickelt wurde – die randomisierte Doppelblinduntersuchung – auch zum Goldstandard der Überprüfung von Nutzen, Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit psychotherapeutischer Verfahren erhoben. An dieser Stelle darf man sich schon fragen, wie eine Placebo-Gruppe hergestellt, wie eine randomisierte Zuweisung behandlungsbedürftiger Patienten zu einer solchen Placebo-Gruppe unter ethisch vertretbaren Bedingungen erfolgen soll etc.

Noch eine weitere Frage drängt sich hier bereits auf: wie konnten in einem so dynamisch sich seit dem Psychotherapeutengesetz entwickelnden Fachgebiet unsere Vertreter im GBA dieser Verfahrensordnung einfach zustimmen, ohne vorher auch nur den Ansatz eines Versuches gemacht zu haben, diese Fragestellung in der gemeinsamen Fachöffentlichkeit zu problematisieren? Ist denn der Stand der Wissenschaft im Bereich der Psychotherapie tatsächlich so son-

nenklar und unbestritten? Auch eine erste Vermutung lässt sich hier nicht unterdrücken: Sollte die neue Machtverteilung nach Ausgang der letzten KV- und KBV-Wahlen hier eine Meinungsbildung nach Gusto der Mehrheitsfraktion (Vereinigung/DPTV) befördert haben? Und sollte sich unsere Befürchtung bereits bestätigen, dass eine DGPT-Minderheitsfraktion sich zu sehr von dieser Mehrheitsfraktion abhängig gemacht hat, um noch höchst brisante psychoanalytische Interessen dabei wirkungsvoll einzubringen zu können? Jedenfalls kann es einer bestimmten Richtung in der Verhaltenstherapie, die in Gremien-Mehrheitsfraktionen gut vertreten ist, durchaus nicht ungelegen kommen, dass mit einer derartigen Verfahrensordnung eine explizite Ausrichtung auf Evidenzstufenhierarchien festgeschrieben werden soll: denn davon kann man sich durchaus Positionsvorteile gegenüber anderen Verfahren, wie beispielsweise Psychoanalyse und Gesprächspsychotherapie, versprechen.

Zurück zu den Gewissheiten: Mehr durch Zufall, durch Hinweis aus den Reihen der GwG (Gesellschaft für wissenschaftliche Gesprächspsychotherapie), bekam der bvvp – der leider aktuell im GBA nicht vertreten ist – überhaupt Kenntnis vom fortgeschrittenen Stand der Dinge, und zwar zu einem Zeitpunkt, als die Verfahrensordnung bereits fertig verabschiedet dem Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (BMGS) zur Genehmigung vorlag. Wir entschlossen uns, aus Zeitgründen umgehend eine bvvp-eigene Stellungnahme an das BMGS zu schicken und parallel dazu eine Stellungnahme seitens des GK II zu initiieren.

Hier ein Zitat aus dem Brief an das BMGS:

„Bereits im April letzten Jahres ... waren insbesondere zwei wichtige Besonderheiten genannt worden:

1. dass psychotherapeutische Studien der Evidenzklasse 1 i.d.R. nicht den Goldstandard darstellen können, da sich randomisierte Studien zur Bewertung der Versorgungsrelevanz von psychotherapeutischen Verfahren nicht eignen und eine Doppelverblindung methodisch i.d.R. nicht realisierbar sei.

2. dass eine Klarstellung der Begrifflichkeit erforderlich sei, die den Unterschied zwischen einem Verfahren (z.B. Psychoanalyse, Verhaltenstherapie) und „Behandlungsmethode“ (= der Gegenstand, auf den sich die Verfahrensordnung bezieht) erläutert, zumal die Psychotherapie-Richtlinien nur die Bewertung von Psychotherapieverfahren zulassen.

Wir halten es ... für unverzichtbar, dass zumindest ein gesonderter Anhang der Verfahrensordnung beigefügt wird (s. nachfolgender Formulierungsvorschlag) ...

Der gesonderte Anhang sollte in jedem Fall neben den oben genannte 2 Punkten als weiteren Punkt die Notwendigkeit einer Verfahrensmodifikation bei der Prüfung von Psychotherapieverfahren enthalten in dem beschriebenen Sinne, dass zum Nachweis der Wirksamkeit und des medizinischen Nutzen Studien hinreichend hochwertiger Evidenzklassen in 4–5 von 12 Anwendungsbereichen (entsprechend der Syndromordnung der ICD-10 Klassifikation) zu überprüfen seien.

Ohne einen klarstellenden Anhang wäre konkret zu befürchten, dass neue Psychotherapieverfahren an fachlich nicht zu rechtfertigenden Hürden im Prüfverfahren scheitern würden und ein Instrumentarium sanktioniert würde, dass nicht dem Stand der wissenschaftlichen Erkenntnis des Faches entspricht.“

Mit einigen Anlaufschwierigkeiten gelang es schließlich auch, eine mit der großen Mehrzahl der GK II-Verbände konsentiertere Stellungnahme dem BMGS noch rechtzeitig schriftlich vorzutragen, der allerdings – für uns nicht ganz überraschend (s.o.) – die Vertreter von Vereinigung /DPTV nicht beitraten. Hier auch ein Zitat aus dem Brief:

„1. Der nach § 20, Abs. 2. Satz 1 definierte Standard – Unterlagen der Evidenzstufe 1 – für die Überprüfung des medizinischen Nutzens, der medizinischen Notwendigkeit und der Wirtschaftlichkeit (§ 17, Abs. 2, Nr. 1. bis 3) kann im Bereich der Psychotherapie nicht regelhaft zugrundegelegt werden, da sich randomisierte Studien zur Bewertung der Versorgungsrelevanz von psychotherapeutischen Verfahren nur begrenzt eignen und eine Doppelverblindung methodisch i. d. R. nicht realisierbar ist. Unabhängig davon sind naturalistische Praxisstudien vergleichbar geeignet, valide Ergebnisse für die betreffenden Prüfverfahren bereitzustellen. Zudem kommt bei der Prüfung von Psychotherapie-verfahren naturalistischen Praxisstudien

- aufgrund der hohen Varianz bio-psycho-sozialer Bedingungsbeziehungen und der daraus resultierenden Varianz diagnostischer Zuordnungen (erschwerter Bildung vergleichbarer Diagnosegruppen)
  - aufgrund des hohen Grades an „Komorbiditäten“ (eine nur einem Syndrom zuzuordnende Population stellt eine nicht repräsentative Minderheit unter den psychotherapeutisch zu versorgenden Patienten dar) sowie
  - aufgrund der hohen Varianz an Behandlungsverläufen (erschwerter Standardisierung von Behandlungsabläufen)
- ein wichtiger Stellenwert zu.

2. Im Unterschied zu „Behandlungsmethoden“ (auf deren Überprüfung die Verfahrensordnung sich nach Wortlaut von § 8 Abs. 1 bezieht) umfassen Psychotherapieverfahren (wie z. B. analytische und tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie, Verhaltenstherapie, Gesprächspsychotherapie oder andere Verfahren) eben Behandlungsmethoden auch Modelle und Konzepte zu Krankheitsentstehung und Chronifizierung sowie zur Therapeut-Patientenbeziehung und zur Behandlungstechnik. Als umfassendere theoretische und Behandlungspraxis strukturierende Systeme sind sie methodologisch nicht in toto einer Überprüfung durch anwendungsbezogene Untersuchungen zugänglich, sondern exemplarisch in einigen relevanten Anwendungsbereichen auf medizinischen Nutzen, medizinische Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit zu überprüfen. Der daraus sich ergebenden Notwendigkeit einer Modifikation des Prüfungsverfahrens ist dahingehend zu entsprechen, dass Studien mit dem Untersuchungsgegenstand adäquaten Designs und hinreichend hohen Evidenzklassen bei Störungen mit Krankheitswert, bei denen Psychotherapie indiziert ist vorzulegen und zu überprüfen sind.“

Inzwischen hatte sich aufgrund der bvvp-Eingabe Mitte Juli der Arbeitsausschuss des GBA (Psychotherapie) erneut mit den von uns problematisierten Aspekten der Verfahrensordnung befasst. Mit einer gewissen Fassungslosigkeit mussten wir erneut feststellen, dass der Arbeitsausschuss zu keinem kritischeren Ergebnis kam. Wo blieb eine vernehmbare kritische Stimme seitens der DGPT- und VAKJP-Vertreter?

Zu unserer großen Erleichterung fanden wir bei unseren Gesprächen mit dem fachfremden BMGS-Verantwortlichen deutlich mehr Verständnis: Dort war man der Auffassung, dass tatsächlich für die Psychotherapie wie für andere medizinische Bereiche wie z.B. die operativen Methoden, eine derartige prioritäre Ausrichtung an der Evidenzstufenskala nicht gefordert werden könne. Wir hatten noch einmal dort wie auch dem Arbeitsausschuss vor besagter Sitzung unsere Gesichtspunkte zusammengefasst:

„Selbst wenn der § 20 der Verfahrensordnung so ausgelegt werden kann, dass im Bereich der Psychotherapie auch Untersuchungen niedrigerer Evidenzstufen ausreichend sein können, so bleibt doch die Hierarchisierung nach Evidenzstufen das bestimmende Element. Das heißt, dass Studien der jeweils höheren Evidenzklasse die Maßstäbe für andere Untersuchungen (v.a. auch anderer Verfahren) setzen werden. Demzufolge ist damit zu rechnen, dass absolut versorgungsrelevante Untersuchungen niedrigerer Evidenzstufen als nicht hinreichend für den Nachweis ausreichender Wirksamkeit und des medizinischen Nutzens künftig eingestuft werden würden.

Nach dem derzeitigen Stand der Wissenschaft, die ihren Untersuchungsgegenstand innerhalb der Versorgungsrealitäten aufsucht, definiert und überprüft, muss diese Hierarchisierung nach Evidenzstu-

fe aus folgenden Gründen an der Versorgungsnotwendigkeit vorbeigehen:

a. *Randomisierte Behandlungszuordnung kollidiert mit der Behandlungsfreiheit*

Der freien Wahl des Behandlers durch den Patienten kommt in der Psychotherapie eine erhöhte Bedeutung zu: Die interindividuelle Passung Patient–Therapeut ist mit ausschlaggebend für den Behandlungserfolg.

Auch die Wahlmöglichkeit der Behandlungsort spielt eine wichtige Rolle und steht einer Randomisierung, bei der das Versorgungsspektrum hinreichend abgebildet werden kann, entgegen (etliche Patienten haben eindeutige Präferenzen für das eine oder andere Verfahren).

b. *Randomisierung setzt vergleichbare Gruppenbildungen voraus.*

Diese sind nur bei Monosymptomatik verlässlich möglich (sonst kommen zu viele Ergebnis verfälschende Variablen ins Spiel), die bei der Population der psychotherapeutisch Behandlungsbedürftigen eher selten ist.

Vorhandensein einer Monosymptomatik lässt eher auf geringere Behandlungsbedürftigkeit schließen. Schwer Kranke werden nicht hinreichend sicher erfasst.

Angeht die ganz überwiegend vorkommenden „Polysymptomatik“ mit erschwelter Zuordnung zu nur einer ICD-10-Kategorie kann der größte Anteil der psychotherapeutisch versorgten GKV-Patienten nicht in randomisierbaren Gruppen adäquat erfasst werden.

Grundsätzlich müssen die Selektionsvorgänge durch Gruppenbildung zur Randomisierung als so erheblich eingeschätzt werden, dass zumindest bisher die Gewinnung valider versorgungsrelevanter Aussagen mittels Untersuchungen der Evidenzstufe 1 nur sehr eingeschränkt möglich sind.

c. *Eine Doppelverblindung ist methodisch i. d. R. nicht realisierbar.*

Die bei Überprüfung von neuen Medikamenten übliche Bildung einer Placebo-Gruppe ist aus ethischen Gründen als Untersuchungs-Standard schwer vorstellbar.“

Einen Etappenerfolg konnten der bvvp und die mittragenden Verbände des GK II inzwischen immerhin erzielen – einmal abgesehen von der nachträglich doch noch angestoßenen fach- und politiköffentlichen Problematisierung und der vielleicht auch partiellen Schärfung des Problembewusstseins. Auf Intervention des BMGS hat sich der GBA erneut mit der Verfahrensordnung befassen müssen. Das ist Etappenerfolg insofern, als die dabei beschlossene Veränderung sich recht minimal ausmacht; jetzt soll es im § 20 heißen:

„Der Nutzen einer Methode ist durch qualitativ angemessene Unterlagen zu belegen. Dies sollen, soweit möglich, Unterlagen der Evidenzstufe 1 mit patientenbezogenen Endpunkten ... sein.“

Vielleicht lässt sich in einer weiteren Runde hier ja noch eine weitere fachadäquate Öff-

nung bewirken. Denn auch diese Änderung bedarf der Genehmigung durch das BMGS.

Für uns stellt der Gesamtverlauf der Ereignisse einen besorgniserregenden Hinweis auf eingeschränkten Problembewusstsein oder andersartige Interessen unserer Vertreter in den Gremien dar. Eine gestärkte bvvp-Präsenz hätte vielleicht doch die eine oder andere Fehlentwicklung eher verhindern helfen können. Wir halten die Verfahrensordnung für ein Instrument, dass rasch zu einer Bedrohung für nicht an monosymptomatisch geordneten Krankheitsbildern sich strukturierenden Verfahren werden kann. Und die DGPT scheint im jetzigen Zustand trotz relativ guter Gremienpräsenz leider nicht in der Lage zu sein, hier wirkungsvoll zu agieren.

NORBERT BOWE

### Ein kleiner Schritt für die Menschheit...



Jürgen Doebert

... ein großer für die Psychotherapeuten in Deutschland:

erstmal sind Psychotherapeuten im Arbeitsausschuss des Bewertungsausschusses und in dem Gremium vertreten, das in der KBV für Ärzte und Psychotherapeuten die Positionen für den Bewertungsausschuss festlegt, dem AK 4. Dipl. Psych. Dieter Best und ich sind nun Mitglieder in diesen beiden Gremien.

*Den Ausschuss kennt jeder Psychotherapeut*

Vielen ist der Bewertungsausschuss als das Gremium bekannt, das in immer neuen kreativen Rechenwegen über viele Jahre hin die

BSG Rechtsprechung für die Psychotherapeutenhonorare so interpretierten, dass die vom BSG geforderten 10 Pfennig bei weitem nicht erreicht wurden. Daher bestand schon lange die Forderung der Psychotherapeuten, in diesem entscheidenden Gremium vertreten zu sein, um sowohl gegenüber den Vertretern der Ärzte wie auch gegenüber den Vertretern der Krankenkassen, die paritätisch in diesem Ausschuss sitzen, unsere Argumente vorzutragen. Berichten uns doch die Vertreter der KBV immer wieder, wie wenig bereit die Krankenkassen wären, unser Honorar aufzubessern und teilten uns doch die Krankenkassen mit, wie schlecht die KBV die Interessen der Psychotherapeuten vertrete. So können wir das endlich selbst miterleben.

Realistischerweise wird unser Einfluss vor allem darin bestehen, unsere Argumente vortragen zu können und genau hin zuhören, wie in Bezug auf die Psychotherapeuten auch in Vergleich zu anderen Arztgruppen entschieden wird.

*Wozu der AK 4?*

Das Prozedere ist folgendes: die Geschäftsführung des Bewertungsausschusses liegt bei der KBV. Die KBV, genauer das Referat 3 (Honorarabteilung) mit Herrn Dr. Rochell an der Spitze, bereitet Beschlussvorlagen vor. Diese Beschlussvorlagen erhalten sowohl die Krankenkassen wie die ärztlichen und psychotherapeutischen Mitglieder des Arbeitsausschusses des Bewertungsausschusses.

Die KBV-seitigen Mitglieder treffen sich im AK 4, der früher Projektausschuss Gebührenordnung (PAGO) hieß, kurz vor der Sitzung des Arbeitsausschusses und besprechen alle Tagesordnungspunkte. Hierbei werden zum Teil erhebliche Korrekturen an den Vorlagen der Geschäftsführung vorgenommen. Zum Teil handelt es sich um unglaublich diffizile und komplizierte rechtliche wie medizinische Fragestellungen, die sich aus der Konstruktion des neuen EBM ergeben. Zwischendurch kommt dann aber auch – manchmal ganz versteckt – eine hoch brisante grundsätzliche politische Infragestellung zur Diskussion.

*Zwischendurch: Plädoyer für die Selbstverwaltung*

Es ist als ein Zeichen aktiv ausgeübter Integration unsererseits zu verstehen, wenn wir uns auch auf alle die detaillierten medizinischen Fragestellungen einlassen und zunächst versuchen, sie zu verstehen. Es macht aber auch eins klar: es ist unglaublich wichtig dass die Regelungen für Ärzte und Psy-

chotherapeuten von Praktikern entschieden werden. Insofern ist auch die politisch gewollte so genannte Professionalisierung der Gremien der Selbstverwaltung zu kritisieren. Nur Gremienmitglieder, die neben ihrer Gremienarbeit in ihrer täglichen Praxis als Ärzte und Psychotherapeuten die konkreten Probleme erleben und die Umsetzung der in den Gremien beschlossenen Regelungen erleiden müssen, sind Garanten für die Vermeidung schlimmeren Unsinn.

*... und nun bitte mit Kassen*

Als nächster Schritt erfolgt die Sitzung des Arbeitsausschusses des Bewertungsausschusses. Hier sitzen nun die Vertreter der Krankenkassen und der KBV zusammen und diskutieren die Tagesordnungspunkte inhaltlich. Es gibt keine Abstimmung, sondern es wird nur festgestellt, ob man sich grundsätzlich einig ist, ob weiterverhandelt werden oder ob letztlich der Weg zum erweiterten Bewertungsausschuss beschritten werden muss.

*Hier muss Psycho draußen bleiben!*

Erst wenn ein Tagesordnungspunkt (im wahren Sinne des Wortes) erschöpfend in diesem Gremium behandelt ist, kommt er auf die Tagesordnung des (großen) Bewertungsausschusses. Hier ist eine gleiche Anzahl von Vertretern der Krankenkassen wie der Vertreter der Ärzte und Psychotherapeuten anwesend. Entgegen unserem Wunsch sind wir Psychotherapeuten in diesem Ausschuss nur als 1. und 2. Stellvertreter eines Facharztes vertreten. Offenbar ist dies dem ewigen Kampf zwischen Haus- und Fachärzten geschuldet. Ob wir wirklich buchstäblich draußenbleiben müssen, wird sich noch erweisen. Mitstimmen werden wir jedenfalls nicht können, solange der Facharzt anwesend ist.

*Patt und dann?*

Die Mitglieder beider Seiten sind traditionellerweise dazu verpflichtet, sich an die vorher getroffenen Absprachen auf ihrer jeweiligen Seite zu halten (imperatives Mandat). Insofern ist es völlig unmöglich, in diesem Ausschuss das Ruder noch herumzureißen, wenn vorher etwas entschieden ist. Wenn im Bewertungsausschuss auf diese Weise bei strittigen Beschlüssen ein Patt entsteht, muss entweder weiterverhandelt werden oder man einigt sich darauf, den so genannten erweiterten Bewertungsausschuss anzurufen. Dieser erweiterte Bewertungsausschuss unterscheidet sich vom normalen Bewertungsausschuss durch die Anwesenheit eines neutralen Dritten und zweier Beisitzer. Faktisch

entscheidet der neutrale Dritte dann, wie das Ergebnis ist.

### *Die Grenzen der Freude*

Aus dem Gesagten ergibt sich, dass die Mitgliedschaft in diesen Gremien zwar ein großer Erfolg aber auch eine schwierige Pflicht ist. Faktisch werden die Psychotherapeuten, die in diesem Gremium sitzen, Mehrheitsentschlüsse der Gremien auch dann mittragen müssen, wenn sie gegen die Interessen der Psychotherapeuten gehen. Zwar ist das ein normaler Vorgang, aber man muss ihn sich klar machen. Wir sind daher auch auf die Solidarität unserer Kollegen angewiesen, wenn irgendwann kolportiert wird, dass ja auch die Psychotherapeuten einem ganz schrecklichen Beschluss zugestimmt haben.

### *Zwei Dinge sind gewiss:*

Auch weiterhin wird es Beschlüsse des Bewertungsausschusses geben, bei denen wir Psychotherapeuten uns alle miteinander die Haare raufen, und es wird weiterhin Klagen gegen diese Beschlüsse geben.

### *Schlusswort*

Auch wenn wir uns manchmal in der ärztlichen Selbstverwaltung vorkommen, als seien wir auf dem Mond gelandet, so gibt es doch zu den vielen mühseligen Schritten meines Erachtens keine realistische Alternative.

JÜRGEN DOEBERT

verlieren und erschreckt durch täglich neue Horrormeldungen über dramatisch schlechter werdende Honorarbedingungen bei anderen interessierten Organisationen Hilfe suchen könnten. Angst ist immer ein schlechter Ratgeber. Man läuft Gefahr, Gefährdungen zu überschätzen, auf „Retter“ zu setzen und sich in hektischen Aktivitäten zu verschleißen. Viele in den KVen aktive Kollegen glauben, diese Entwicklungen beobachten zu können. Erschwert wird die Lage dadurch, dass im Moment tatsächlich auch noch nicht abschließend zu beurteilen ist, ob es den Ärzten und Psychotherapeuten gelingt, die „neue KBV und die neuen KVen“ so mit Leben zu erfüllen, dass die Kollegen tatsächlich eine bessere Interessensvertretung erfahren als vorher. Das geht natürlich nur, wenn wir es verstehen, die Chancen der neuen Strukturen zu nutzen und die Klippen zu umschiffen. Und spätestens hier fängt das Problem natürlich erst so richtig an. Es gibt sehr unterschiedliche Vorstellungen und Konzepte über die Chancen und Risiken, die in den neuen Strukturen liegen. Selbstverständlich hängen diese Vorstellungen auch davon ab, welche Aufgaben in welchen Positionen die Einzelnen auszufüllen haben, welche Vorerfahrungen in der Selbstverwaltung, welche politischen Grundüberzeugungen und nicht zuletzt auch ganz persönlichen Ambitionen vorliegen.

### *1. Die neuen Strukturen*

Im Dienste einer effizienteren Verwaltung und Interessensvertretung der Ärzte und Psychotherapeuten mit kürzeren Entscheidungswegen, höherer Entscheidungskompetenz und weniger Abhängigkeit von wechselnden Mehrheiten und inkonsistenten Meinungsbildern in der Vertreterversammlung durch immer wieder interferierende Länderinteressen ist der Vorstand hinsichtlich seines Handlungsspielraums gesetzlich gestärkt worden. Der Politik schwebte ein der Industrie entlehntes Modell vor, in dem sich die Vertreterversammlung in der Funktion des Aufsichtsrates zukünftig nicht mehr über jedes Klein-Klein aufwendigst auseinandersetzen und schlimmstenfalls im Zick-Zack-Kurs die gesamte Selbstverwaltung blockieren sollte. Statt dessen sollte sie dem Vorstand in Belangen von grundsätzlicher Bedeutung behilflich sein, durch entsprechende Rahmenvorgaben in der Richtung tätig zu werden, die dem vermutlichen Willen der von den Delegierten vertretenen Kollegen am nächsten kommt.

### *2. Wer muss welche Aufgaben erfüllen*

Man braucht natürlich nicht viel hellseherische Begabung, um vorherzusehen, dass

Vorstandsmitglieder die Zuordnung der regelungsbedürftigen Sachverhalte zu Angelegenheiten von grundsätzlicher Bedeutung oder zu vom Vorstand wahrzunehmenden operativen Geschäften tendenziell anders sehen als Delegierte der Vertreterversammlung. Während die Vertreterversammlungen ihre vornehmste Aufgabe darin sehen, der strategischen und inhaltlichen Ausrichtung der KVen ihre demokratische Legitimationsbasis zu verleihen und damit die von der Vertreterversammlung vorzunehmenden Entscheidungen grundsätzlicher Art für das zentrale Steuerungsinstrument einer KV halten, neigen die Vorstände dazu, sich selbst mit „der KV“ gleichzusetzen und alle anderen Strukturen als Beiboote einzuordnen. Damit ist ein Ringen miteinander darum, wer, wann, wo und worüber das Sagen hat, vorprogrammiert und Voraussetzung für die erst noch zu findende Balance. Die Belegung und konkrete Umsetzung der neuen Strukturen lässt inzwischen unterschiedliche Ausformungen sichtbar werden, die – kein Wunder – KV-spezifisch eine erkennbare Mischung vergangener Konstellationen und neuer Verhältnisse abbilden.

### *3. Die Trägheit der Systeme: wer möchte was aus dem alten System in die neue Welt hinüberretten*

Manche wollen den Stil ihrer „alten KV“ fortsetzen oder den Einfluss, den sie in der vorherigen KV gehabt haben, konservieren, obwohl das Amt, das sie neuerdings innehaben, ein anderes Anforderungsprofil zeigt, als das, an das man sich gewöhnt hatte. Andere wollen ihren Gestaltungs- und Bestimmungsspielraum beibehalten, oder können sich nicht an den Gedanken gewöhnen, dass Honorarvolumina, die über die Jahre selbstverständlich geworden waren, oder Organisationsstrukturen für die Praxistätigkeit, oder, oder ... sich ändern könnten.

### *4. Beobachtbare Lösungsansätze in KBV und verschiedenen KVen (WL, Hessen, BW) für die strukturell vorprogrammierten Konfliktpunkte*

Exemplarisch will ich versuchen, einige für mich erkennbare, unterschiedliche Bewältigungsstrategien für die jetzt stattfindende Belegung der neuen Strukturen zu skizzieren. In der KBV hat zusätzlich zum Strukturwechsel auch ein einschneidender personeller Wechsel in der Führungsetage stattgefunden. Mehrere Personen, die in den vergangenen Jahren einflussreich gestaltet haben, sind in den Gremien der KBV nicht mehr vertreten. Um nur einige zu nen-

## Versuch einer Bilanz:

### **KBV und Kassenärztlichen Vereinigungen ein halbes Jahr nach der Umstrukturierung**

Am 1.1.2005 nahmen die nach dem Willen der Politik neuformatierten Kassenärztlichen Vereinigungen ihre Arbeit auf. Die Ärzte und Psychotherapeuten beklagten vor allem die zahlenmäßige Verschlingung der Vertreterversammlungen unter dem Aspekt der Ausdünnung des Kontaktes der aktiven Kollegen in den KVen zu den von ihnen „verwalteten“ Kollegen vor Ort und prognostizierten eine damit absehbar zunehmende KV-Verdrossenheit. Man sorgte sich sehr, dass die Kollegen, die häufig nur die restriktiv-regulative Seite der KV wahrnehmen und erleiden, nun vollends die stabilisierende Funktion für die eigene Berufsausübung aus dem Auge



nen: der Vorsitzende, Herr Dr. Richter-Reichhelm, der langjährige Hauptgeschäftsführer Herr Dr. Hess, die Herren Dres. Spiess und Baumgärtner, Herr Dr. Munte hat sich eher zurückgezogen, usw. Jetziger 1. Vorsitzender ist der langjährige stellvertretende Hauptgeschäftsführer der KBV und Nachfolger von Herrn Dr. Hess, Herr Dr. Köhler, der 2. Vorsitzende ist der ehemalige Vorsitzende des BDA, Herr Dr. Weigelt, der zuvor keine entscheidenden Ämter in der KBV bekleidete. Erwartungsgemäß trägt die neue KBV ganz die Handschrift von Köhler. Er ist ein brillanter Organisator und Maximalarbeiter. Aus seiner bisherigen Verwaltungslaufbahn heraus macht es ihm überhaupt keine Mühe, Verwaltungsanforderungen umzusetzen und vielfältige Strukturen effizient zu bedienen. Vielleicht auch durch die Selbstverständlichkeit, immer allein für große Arbeitsgebiete verantwortlich zu sein, ist er der Prototyp der one-man-show. Delegieren von Arbeit: jein, begrenzt, von Verantwortung: jein. Die logische Folge ist eine zentral von ihm geprägte neue Welt aus einem Guss mit absolut klar geregelten und damit kanalisierten Einflussmöglichkeiten anderer Personen und Strukturen in der KBV. Er hat die Zügel fest in der Hand, was ihm in der alten KV-Welt letztlich zu wenig möglich war. Darauf hatte er schon lange gewartet. Die Informationen fließen, wie das Gesetz es fordert. Durch seine Schnelligkeit ist Köhler bis jetzt aber der Richtungsgeber. Es hatte ihm nicht gefallen, dass der Vorsitzende der Vertreterversammlung der KBV ganz zu Beginn davon gesprochen hatte, der Vorstand rudere und der Vorsitzende der Vertreterversammlung sei der Steuermann. Nun rudert und steuert er gleichermaßen. Ob das gesund ist, ist eine ganz andere Frage. Jedenfalls scheint er viele Bewunderer und Nachahmer in den Reihen der Landesfürsten zu finden, die zwar einerseits als Aufsichtsräte in der KBV-VV nicht so sehr zum Steuern kommen, aber zu Hause dann vielleicht um so mehr auch gleichzeitig rudern und steuern wollen. Ob und wie das gelingt, hängt von den Umständen ab. Da ist z.B. die Tradition des Umgangs miteinander, die vor allem in den KVen prägend zum Tragen kommt, die sowohl in ihrer Zusammensetzung auf der Ebene der aktiven Verantwortlichen nicht zuviel Wechsel als auch keine größeren Umstrukturierungsprozesse der KV selbst zu bewältigen hatten, anders als die zwangsfusionierten KVen. Als Beispiel einer KV, in der der gesetzlich vorgeschriebene Systemwechsel eher geräuschlos und traditionell interessensausgleichend vonstatten zu gehen scheint, will ich Westfa-

len-Lippe nennen. Hier scheint eine Synthese von neuen Strukturen mit eingespielten Besetzungen zu gelingen, weitgehend unbehelligt auch von der Landesaufsicht, zu der man ebenfalls immer ein gutes Einvernehmen gepflegt hat.

Wieviel Einvernehmen die Menschen vertragen und wieviel gestritten und gerungen werden muss, ist bekanntermaßen unterschiedlich. So verwundert es nicht, dass das nicht in allen KVen so bedächtig läuft. Exemplarisch nenne ich die KV Hessen, eine KV, die schon viele streitbare Helden auf Bundesebene hervorgebracht hat und auch auf Landesebene Konflikte nicht scheut. Hier scheint sich diese Tradition auch in der neuen Welt fortzusetzen und bei diesem streitbaren Potential konsequenter Weise zu stärkerem Ringen in den jetzigen Strukturen zu führen. Deutlich ist dort, dass man um Rudern und Steuern trefflich streiten kann und die Sache noch nicht ausgestanden ist. Auch in Baden-Württemberg, der zweitgrößten KV, ist es ähnlich, allerdings zusätzlich verkompliziert durch die zusätzlichen Anforderungen der Fusion der vormals vier Baden-Württembergischen KVen. Durchgeschüttelt ist die KV Baden-Württemberg. Die Wahlergebnisse der Urwahl, die fusionsbedingten Durchmischungen und Interessensgegensätze zwischen zwei großen Blöcken in der Vertreterversammlung, gekrönt durch anfänglich großen Knatsch mit der Aufsichtsbehörde und der Presse, gestatten kein kommodos Hinübergleiten in die neue Welt. Auch hier ist noch einiges offen. Allerdings scheinen es tendenziell mehr die Delegierten, also die Mitglieder des Aufsichtsrates, zu sein, die um die richtige Ausübung ihrer Funktion ringen wollen und Verbesserungsbedarf im kommunikativen Austausch zwischen Vorstand und Vertreterversammlung sehen, während die Vorstände tendenziell mehr an der Festigung ihrer recht autonom wahrgenommen Position interessiert scheinen.

In Hamburg sind die neuen Strukturen interessanterweise ganz anders verstanden und besetzt worden. Die aktiven Funktionäre der alten KV haben hier allesamt auf die Seite des Aufsichtsrates gewechselt und im Vorstand sitzen die ehemaligen Hauptgeschäftsführer, zwei Leute, die wie Köhler schon immer full-time-Verwalter waren, aber nicht so furios steuern müssen wie er. Der dagegen schwergewichtige Aufsichtsrat gibt dem ganzen eine andere Balance.

Aus den neuen Bundesländern hört man wenig. Ich vermute, dass da die bekannten Sorgen wie der Ärztemangel und der Westan-

gleich der Honorare die strukturellen Fragen vielleicht überlagern.

### 5. alles in Ordnung?

Können wir uns beruhigt zurücklehnen und auf die Entwicklungsprozesse in den neuen Strukturen vertrauen? Immerhin scheint die Politik etwas KV freundlicher zu werden und die Integration der Psychotherapeuten geht auch voran. Erstmals ist ein psychologischer Psychotherapeut zum 2. stellvertretenden Vorsitzenden der KBV-Vertreterversammlung gewählt worden – nach mehrfachem Anlauf und nicht ganz überzeugendem Abstimmungsergebnis. Aber es ist passiert und das ist das Entscheidende. Wir gratulieren Hans-Jochen Weidhaas. Es gibt mehrere Vorsitzende der Vertreterversammlungen der Landes-KVen, die ärztliche Psychotherapeuten sind und einen psychologischen Psychotherapeuten, der Mitglied eines KV-Vorstands auf Landesebene ist. Viele ärztliche und psychologische Psychotherapeuten sind Delegierte in den KVen. Das ist wunderbar. Sogar im Allerheiligsten, im Bewertungsausschuss, sind wir angekommen, vgl. Artikel von J. Doeber. Keiner hätte sich das vor 10 Jahren vorgestellt. Es ist gut, dass wir als Psychotherapeuten durch diese Integration mehr Mitsprache erhalten.

Es bleibt zu hoffen, dass nicht zeitgleich die demokratische Mitwirkung durch Zentralisierungsprozesse eingeschränkt oder faktisch aufgehoben wird. Demokratie lebt von der Heterogenität, der Struktur- und Meinungsvielfalt. Machtkonzentrationen sind potentielle Bedrohungen. Deshalb kann ich nur allen den Einsatz für eine mit Leben erfüllte Gewaltenteilung in den KVen ans Herz legen und auch Vorsicht in anderen Bereichen, seien es Parallelorganisationen, seien es Berufsverbände, in denen kartellartige Strukturen im Dienste der Dominanz angestrebt werden.

BIRGIT CLEVER

## Bevor Ihnen HÖREN und SEHEN vergeht

empfiehlt der Verlag die beiliegenden Prospekte Ihrer geschätzten Aufmerksamkeit:

- Hogrefe Verlag
- Mabuse Verlag

## Auf dem Weg zum gläsernen Patienten?



Elisabeth Schneider-Reinsch

Von der Öffentlichkeit kaum zur Kenntnis genommen, zumindest wenig kommentiert, trat mit dem Gesetz zur Modernisierung der Gesetzlichen Krankenversicherung zum 01.01.2004 ein Paradigmenwechsel in der GKV ein.

Grundlage dafür ist die Änderung des § 295 SGB V. Dort heißt es unter anderem:

*„(1) Die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte und ärztlich geleiteten Einrichtungen sind verpflichtet, ... 2. in den Abrechnungsunterlagen für die vertragsärztlichen Leistungen die von ihnen erbrachten Leistungen einschließlich des Tages der Behandlung, bei ärztlicher Behandlung mit Diagnosen, bei zahnärztlicher Behandlung mit Zahnbezug und Befunden, ... aufzuzeichnen und zu übermitteln. Die Diagnosen nach Satz 1 Nr. 1 und 2 sind nach der Internationalen Klassifikation der Krankheiten in der jeweiligen vom Deutschen Institut für medizinische Dokumentation und Information im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung herausgegebenen deutschen Fassung zu verschlüsseln.“*

Neu an dieser gesetzlichen Bestimmung ist, dass erstmals *routinemäßig* versichertenbezogenen Daten (auch behandlerbezogene Daten) an die Krankenkassen weitergeleitet werden. War vor dem in Kraft treten des GMG eine Datenweitergabe nur auf Antrag der Krankenkasse mit Begründung möglich (z. B. bei Verdacht auf Abrechnungsfehlern, Plausibilitätsfragen, Ersatzansprüche an Dritte u. a.), so findet jetzt eine *ständige und vollständige Datenweitergabe über jeden Kranken* statt.

Der hessische Datenschutz bezog dazu kritisch Stellung.

*„Im Zusammenhang damit ist festgelegt, dass die Krankenkassen jetzt auch im Sektor der ambulanten ärztlichen Versorgung versichertenbezogene - nicht wie bisher lediglich fallbezogene - Abrechnungs- und Leistungsdaten von den kassenärztlichen Vereinigungen erhalten und auch umfassend prüfen (§§ 106 a, 284, 295 SGB V). Infolge dieser neuen versichertenbezogenen Übermittlung der ärztlichen Abrechnungsdaten in der ambulanten Versorgung erhalten die Krankenkassen erheblich mehr personenbezogene medizinische Daten der Versicherten als bisher. Dass dies durch das neue Vergütungssystem zwingend geboten ist, wurde den Datenschutzbeauftragten bisher nicht ausreichend dargelegt. Die Datenschutzbeauftragten sind zu diesen im Schnellverfahren realisierten Änderungen des ursprünglichen Gesetzentwurfs nicht rechtzeitig und nicht ausreichend beteiligt worden. Dadurch war u.a. eine Diskussion über Möglichkeiten der Pseudonymisierung der Versichertendaten nicht möglich. Bei der künftigen Umsetzung der neuen Regelungen muss sichergestellt werden, dass keine umfassenden Versichertenprofile bei den Krankenkassen entstehen und die Daten ausschließlich zweckgebunden verwendet werden.“ (aus der Homepage: [www.datenschutz.hessen.de](http://www.datenschutz.hessen.de)).*

Gegen die Argumentation der Datenschützer wurde ins Feld geführt, dass bereits jetzt bei stationären Aufenthalten eine versichertenbezogene, umfassende Datenweitergabe an die Krankenkassen erfolge.

Deutlich wird, dass damit die ärztliche/psychotherapeutische Schweigepflicht erheblich aufgeweicht ist. Auch wenn die Mitarbeiter der Krankenkassen an das sog. Sozialgeheimnis (§ 35 SGB I, §§ 67 ff SGB X) gebunden sind, so findet – ohne die Einholung der Schweigepflichtsentbindung durch den Patienten – eine Datenweitergabe an Dritte aus dem Binnenverhältnis Arzt/Psychotherapeut-Patient statt. Die für die ärztliche/psychotherapeutische Behandlung notwendige Respektierung der Vertraulichkeit des Behandlungsverhältnisses wird damit nach langer Tradition aufgegeben. Diese Entwicklung wird mit der Einführung der elektronischen Gesundheitskarte noch in verschärfter Weise fortgesetzt werden.

Nun stellt sich die Frage, warum das hohe Gut der ärztlichen/psychotherapeutischen Schweigepflicht geopfert wird. Nach heutigem Stand kann eine gesetzliche Krankenversicherung keinem Patienten die Aufnahme verweigern oder eine Mitgliedschaft kündigen, also keine Risikoselektion von ko-

stenintensiven Patienten (über deren Inanspruchnahme von Leistungen) vornehmen. Warum also die Sammlung versichertenbezogener Daten?

Die Notwendigkeit der Zusammenführung der Daten von Versicherten wird mit den neu einzuführenden morbiditätsgestützten Regelleistungsvolumina begründet. Hier seien zur Kostenkalkulation die Diagnosenhäufigkeiten und damit verbundene Kosten zu erheben. *Dazu hätte allerdings auch eine Zusammenführung pseudonymisierter Daten genügt.*

Wird also doch die Grundlage von Patientenselektion geschaffen? Datenverfügbarkeit weckt Begehrlichkeiten, die Daten auch für anderes zu nutzen, insbesondere wenn damit Kosteneinsparungen in einem verschärften Kassenwettbewerb in Aussicht stehen.

Mit der Nutzung der SAP Software, die inzwischen bei den Krankenkassen eingeführt wird, ist eine schnelle Datenanalyse insbesondere unter wirtschaftlichen Aspekten möglich. So kann man bei dem ökonomischen Druck, unter dem die Krankenkassen arbeiten müssen, beobachten, wie sog. gute Risiken umworben werden und „schlechten Risiken“ das Leben eher schwer gemacht werden kann. Es ist eine Frage der Zeit, bis Krankenkassen Patientenprofile erstellen und – wie bei chronischen Krankheiten schon praktiziert – Patienten über Reminder-Strukturen an gesundheitsförderndes Verhalten erinnern bzw. ermahnen. Der einzelne Patient gerät so unter Rechtfertigungsdruck. Die Behandlung findet nicht mehr ausschließlich beim Arzt oder Psychotherapeuten statt, der Case Manager der Krankenkasse wirkt (mit Kenntnis der Diagnose) mit.

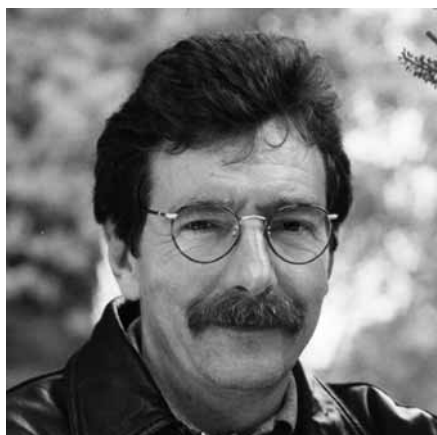
Aggregierte Daten selbst (dazu genügen pseudonymisierte Daten) können durchaus auch die Grundlage für neue sinnvolle Behandlungskonzepte bilden. Bei allen Entscheidungen ist jedoch zu befürchten, dass dabei aufgrund des Finanzierungsproblems der Krankenkassen vor allem die vordergründigen ökonomischen Interessen die Entscheidungsfindung bestimmen werden.

Abschließend sei erwähnt, was jetzt über die Datenweitergabe über die Abrechnungen möglich ist, wird zukünftig über die zentrale Speicherung auf der e-card noch einmal besonders an Brisanz gewinnen. Die geplante Gesundheitsakte dokumentiert dann nicht nur die Diagnosen für einen Menschen für 8 Quartale wie bisher, sondern lebenslang. Es wird dann darstellbar, was der einzelne Mensch durch seine Erkrankungen die Versicherungsgemeinschaft kostet. Zu welchen

Entwicklungen diese Konzentration von Gesundheits-/Krankheitsdaten führen kann, ist noch nicht absehbar, vermag aber auch bei gesunden Menschen Sorgen und Befürchtungen zu wecken. Die mit der EDV gegebene Zugriffsmöglichkeit auf über ein ganzes Leben gesammelte Patientendaten führt die ärztliche/psychotherapeutische Schweigepflicht ganz ad absurdum, wenn nicht wirklich sorgfältig bedachte und streng begrenzte Zugriffsmöglichkeiten (über den Patienten) implementiert werden.

E. SCHNEIDER-REINSCH

### Das RLV ist immer viel zu klein – kann man da was machen?



Frank Roland Deister

In einigen, aber noch nicht in allen KVen ist zusammen mit der Einführung des EBM-2000plus auch das KBV-Konzept oder eine regionale Variante der Regelleistungsvolumina (RLV) umgesetzt worden. Dort zeigte sich dann regelmäßig spätestens bei der ersten Abrechnung: das RLV ist einfach viel zu eng! Zwar sind bekanntlich die genehmigungspflichtigen Ziffern diesen Einschränkungen nicht unterworfen, aber alles anderen schon. Viele unverzichtbare diagnostische Leistungen werden einfach nicht mehr bezahlt.

Was kann man da machen? Einmal kann natürlich der bvvp darauf dringen, dass hier vernünftige Lösungen für unsere Fachgruppe gefunden werden, z.B. durch Herausnahme der probatorischen Sitzungen aus dem RLV oder – noch besser – die Neukonzeption eines RLV als fallzahlunabhängiges, alle

Leistungen übergreifendes Konzept. Hier sind der bvvp und einige seiner Landesverbände schon am Ball, und wir werden sehen, ob wir überzeugen können. Schließlich kommen die mit den jetzigen RLV-Konzepten letztlich provozierten und geförderten vermehrten und verfrühten Therapieeinleitungen wegen der Punktwertstützung der genehmigungspflichtigen Leistungen die KVen viel teurer als probatorische Sitzungen.

Es soll aber auch auf eine andere Möglichkeit hingewiesen werden, die allerdings nur für eine eher geringe Anzahl von Kollegen infrage kommen könnte. Es gibt nämlich eine ergänzende Vereinbarung zur Reform des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM), auf die uns der bvvp-Niedersachsen aufmerksam gemacht hat:

*„... (3) Unbeschadet der Verpflichtung zur Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung durch die Kassenärztlichen Vereinigungen gemäß § 72 SGB V, wonach aus Sicherstellungsgründen allen Vertragsärzten durch die Kassenärztliche Vereinigung sowohl eine Erweiterung des abrechnungsfähigen Leistungsspektrums als auch die Abrechnung einzelner ärztlicher Leistungen auf Antrag des Vertragsarztes genehmigt werden kann – dies gilt auch für eine Erhöhung der Fallpunktzahl der Regelleistungsvolumen gemäß § 85 Abs. 4 SGB V –, beschließen die Partner der Bundesmantelverträge insbesondere für Vertragsärzte, die mit dem Gebiet Innere Medizin ohne Schwerpunkt bereits zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen sind, wie folgt...“ (aus: Ergänzende Vereinbarung zur Reform des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) zum 1. April 2005, Deutsches Ärzteblatt 102, Ausgabe 1–2 vom 10.01.2005, Seite A-77/B-65/C-61)*

Daraus geht hervor, dass Sie aus Sicherstellungsgründen eine Erweiterung ihres RLV beantragen können. Der Antrag „soll“ zwar bis zum 30.06.05 gestellt werden (damit die KV so früh wie möglich weiß, was auf sie zukommt), aber er kann selbstverständlich auch noch jetzt gestellt werden, wenn Sie z. B. jetzt erst die Folgen übersehen können. Es ist allerdings damit nicht gemeint, dass man eine Erweiterung des RLV schon bekommen wird, wenn es in einer bestimmten Region zu längeren Wartezeiten kommt, sondern die Unterversorgung muss sehr gravierend sein. Auch wenn für Sie ein anderer sehr ernster Grund vorliegt – z.B. wenn Sie Ihre Praxis neu gegründet haben und daher im Grunde nur Erst- und Vorgespräche führen können und müssen, können Sie versuchen, eine Erweiterung des RLV zu beantragen.

Unser Landesverband in Niedersachsen empfiehlt, jetzt massenhaft an die KV zu schreiben und ein höheres RLV zu fordern. So weit wollen wir vom Bundesverband jedoch nicht gehen, sondern raten Ihnen zu gründlicher Abwägung, ob die Versorgungssituation Ihrer Praxis tatsächlich einen Ausnahmestatbestand darstellt. Denn erstens können wir hier Ihnen sowieso nicht viel Hoffnung auf Erfolg machen. Und zweitens ginge natürlich jede einzelne Erweiterung des RLV einer Praxis zu Lasten der anderen psychotherapeutischen Kollegen, die aus demselben Topf vergütet werden, da auf keinen Fall mehr Geld in diesen Topf kommt.

Und selbst Erweiterungen des RLV auf breiter Basis würden im ersten Schritt nur zwangsläufig den Punktwert senken im Sinne eines Nullsummenspiels, bei dem die betroffenen Kollegen jetzt immerhin den Vorteil haben, die Punktwerthöhe vorher zu wissen und das Ausmaß der jeweiligen Überschreitung – wodurch der durchschnittliche persönliche Punktwert natürlich sinkt – selbst etwas zu steuern.

Erst in einem zweiten Schritt sind in einigen KVen Ausgleichsmaßnahmen zwischen den einzelnen Fachtöpfen geplant, die die Spanne der RLV-Punktwertabweichungen zwischen den verschiedenen Töpfen ausgleichen soll. D.h. vor diesem Hintergrund machte auf längere Sicht das Geltendmachen von besonderen versorgungsrelevanten Praxistatbeständen dann doch einen Sinn.

FRANK ROLAND DEISTER

### Die neuen Regelleistungsvolumen: Existenzvernichtend für die Psychiater

Dass die derzeitigen RLV-Regelungen für die Praxistätigkeiten von Psychiatern wie Psychotherapeuten wenig geeignet sind, war schon lange bekannt. Der bvvp hatte deshalb auch stets dafür plädiert, RLV-Regelungen statt nach Fallzahlen im Bereich der nahezu ausschließlich sprechenden Fachgruppen nach Arztleistungszeit (Kalkulationszeit) der abgerechneten Ziffern auszurichten. Was dann aber die vom bvvp erstellte genauere Berechnung zur Ertragslage der Psychiater bei Anwendung der RLV-Bestimmungen zu Tage förderte, hat alle Alarmglocken schrillen lassen.

Die jetzigen RLV-Regelungen, die auf dem entsprechenden Beschluss des Bewertungsausschusses vom 29.10.04 fußen, führen, ohne dass man böse Absichten unterstellen müsste, gleichwohl völlig systembedingt, d.h. unabhängig vom Abrechnungsverhalten des einzelnen Leistungserbringers, zu einer akuten Bedrohung der wirtschaftlichen Existenz ausgerechnet der psychiatrischen Praxen, die maßgeblich die Versorgung schwer psychisch Erkrankter sicherstellen und ermöglichen, dass chronisch seelisch kranke Menschen ganz im sozialpsychiatrischen Sinn im ambulanten Setting statt in Kliniken oder Heimen versorgt werden können.

Diese Praxen hatten mit der außerbudgetär vergüteten alten EBM-Ziffer 823 (halbstündige Gesprächsbehandlung) bisher in etlichen KVen die Möglichkeit gehabt, die zeitintensiven psychiatrischen Gesprächsbehandlungen ohne Punktabzug vergütet zu bekommen. Mit den neuen RLV-Regelungen – wie beispielsweise in Südbaden – fallen aber diese zeitgebundenen und weder durch routiniertere Leistungserbringung schneller zu erbringenden, noch durch Delegation oder Geräteeinsatz wirtschaftlicher zu gestaltenden psychiatrischen Gesprächsleistungen allesamt unter die Wirkung des Faktors 0,8 (in Südbaden 0,7) der Fallpunktzahl-Formel (mit der die Punktzahlmenge des Referenzzeitraumes 3/03 bis 2/04 bei Ermittlung der fachgruppenspezifischen Fallpunktzahl – FPZ – verknüpft wird).

Bekanntlich gibt es für Leistungserbringer, deren Leistungsspektrum ganz überwiegend aus Gesprächstätigkeit besteht (wie reine Psychiater, Fachärzte für Psychosomatische Medizin, Psychotherapeuten), keinerlei Spielräume, die Verdienstmöglichkeiten pro Zeiteinheit auszuweiten. D. h. sie sind in zweierlei Hinsicht eingeeignet: durch die Kontrollzeiten (Plausibilitätsprüfung) und durch die Zeittaktung ihrer Leistungen. Das bedingt auch, dass man – wie jetzt vom bvvp für die Psychiater erstellt – sehr präzise die Verdienstspannen berechnen kann, die bei maximaler Auslastung unter Qualitätsgesichtspunkten überhaupt erzielbar sind.

Bei anderen Arztgruppen besteht die Möglichkeit, die Verdienstmöglichkeit pro Zeit durch eine (z.B. aufgrund von zunehmender Berufserfahrung) schnellere Leistungserbringung oder durch eine (aufgrund von Geräteeinsatz oder Delegation von Leistungsanteilen an Hilfspersonal) wirtschaftlichere Leistungserbringung zu steigern. Dabei ist sowohl eine Steigerung der Leistungsmenge pro Zeiteinheit als auch eine Steigerung der versorgten Patienten pro Zeiteinheit mög-

lich. Die übrigen Ärzte hatten in der Vergangenheit aufgrund von Budgetierungen ohnehin schon eine Abkappung ihrer Punktzahlmenge auf im Schnitt 80% (so dass der Faktor 0,8 der FPZ-Formel keine wesentlich neuen Vergütungsverhältnisse bewirkt) und konnten damit dennoch gute durchschnittliche Umsätze und Erträge weit über dem Niveau der Psychiater erzielen, die mit der Versorgung ihrer zumeist schwer kranken Patienten „Knochenarbeit“ leisten. Das lässt sich anhand der empirischen Datenlage mühelos nachweisen.

Demnach konnten Psychiater schon bisher trotz der „geschützten“ Leistungsmenge (EBM-Nr. alt: 823 + 822) lediglich eine gerade noch grenzwertige Vergütung erzielen. Mit der jetzt vorgenommenen „Budgetierung“ aller psychiatrischen Gesprächsleistungen via Faktor 0,8 der FPZ-Berechnungsformel werden auch die Gesprächsleistungen mit einem zusätzlichen „20%igen Abschlag“ auf den Umsatz versehen, was nach Abzug der Kosten Ertragseinbußen von über 40% in diesem Leistungssektor bedeutet. Damit können diese Praxen systemgesteuert ganz grundsätzlich nicht mehr wirtschaftlich arbeiten und sind ohne Gegenregulation der Existenzvernichtung ausgesetzt.

Bei den jetzt in den KVen erfolgenden Datenauswertungen der Abrechnungen des Quartals 2/05 ist zu berücksichtigen, dass nicht alle Praxistypen gleichermaßen betroffen sind: Während überwiegend neurologische und neurologisch-psychiatrische Mischpraxen sowie Praxen mit hohem „Konsiliar-Anteil“, d. h. solche mit hohem Patientendurchlauf, die Patienten lediglich zu kurzen diagnostischen Beurteilungen und zur Erstellung von Therapieempfehlungen sehen ohne kontinuierliche Weiterbehandlung, aufgrund höherer Fallzahlen und dadurch höherer RLV-Punktzahlvolumina Vorteile haben, trifft es besonders die Praxen hart, die die eigentliche Versorgungsarbeit leisten. Diese Praxen versorgen letztverantwortlich die oft schwerkranken Patienten in kontinuierlichen therapeutischen Beziehungen mit häufigeren Gesprächskontakten, kontinuierlichem Nachjustierung medikamentöser Behandlungen, strukturfördernden Maßnahmen etc.

Unsere Berechnungen haben ergeben, dass diese Versorgungspraxen mit typischerweise ca. 200–250 Patienten bei einer optimalen Auslastung (entsprechend der Arztlohn-Arztleistung des EBM mit 36 Behandlungsstunden/Woche und 44 reinen Arbeitswochen, einem Belastungsgrad, den die wenigsten überbieten können) und bei

einer arztgruppenspezifischen Fallpunktzahl (FPZ) von 1825 Punkten, wie z. B. in Südbaden, regelhaft nur noch deutlich weniger als 50% der Punktzahlmenge zum Regelleistungspunktwert vergütet bekommen. Bei hier zu erwartenden RLV-Punktwerten um 4 Cent resultiert daraus rein rechnerisch eine durchschnittliche Leistungsvergütung von 2 Cent/abgerechnetem Punkt. Damit sind diese Versorgungspraxen ohne jede Ausweichmöglichkeit der Unwirtschaftlichkeit preisgegeben. Als resultierendes Einkommen/Monat bei Optimalauslastung ergab sich aus unserer Modellrechnung 1885,- € statt der im EBM vorgesehenen 7.962,- € Arztlohn/Monat. Anders ausgedrückt: eine psychiatrische Versorgungspraxis kann auch bei optimaler Auslastung gerade ein Viertel des versprochenen Arztlohnes erwirtschaften. Diese Verhältnisse sind schlicht unverantwortbar.

In dieser Situation ist der bvvp initiativ geworden. Aus der Erkenntnis heraus, dass die Psychotherapeuten mit den Psychiatern zusammen für ein Versorgungskontinuum von seelisch erkrankten Patienten zuständig sind und die Güte der Versorgung ganz entscheidend von der stufenlosen und engen Zusammenarbeit dieser beiden Disziplinen abhängt, haben wir uns inzwischen sowohl KV-regional als auch in der KBV an die Vorstände gewandt und in Kooperation mit den psychiatrischen Partnern (regional mit der Freiburger Psychiaterkonferenz, überregional mit BVDN und BVDP) Brandbriefe verschickt und Termine vereinbart. Darin haben wir als notwendige Sofortmaßnahme gefordert, für diese Praxen schon für das 2. Quartal 2005 zusätzliche Punktzahlkontingente entsprechend der tatsächlich erbrachten durchschnittlichen Gesprächszeit/Patient dem RLV-Volumen beizufügen und so eine RLV-Punktwertvergütung der Gesprächsleistungen zu ermöglichen. Außerdem haben wir die Forderung erhoben, die probatorischen Sitzungen, die sowohl für die Psychiater mit Psychotherapiepraxisanteil wie erst recht für die Vollzeit-Psychotherapeuten eine unkalkulierbares Verlustrisiko beinhalten, aus der RLV-Regelung herauszunehmen. Als längerfristige Maßnahme ab 2006 haben wir uns noch einmal für zeitgetaktete Regelleistungsvolumina in unseren beiden Bereichen der sprechenden Medizin stark gemacht.

Bis zum Erscheinen dieses Heftes hoffen wir, dass erste Ergebnisse erzielt werden konnten. In der KV Baden-Württemberg zeigte sich der Vorstand in dem Ende Juli stattgehabten Gespräch jedenfalls

sehr offen für dieses brennende Anliegen und hat bereits Gegenmaßnahmen schon für das abgerechnete Quartal 2/05 in Aussicht gestellt.

NORBERT BOWE

## Die Stufen-Strategie des bvvp beim Qualitätsmanagement

### Was ist das?

Mit Qualitätsmanagement (QM) wird ein Vorgehen bezeichnet, das dazu dienen soll, die Abläufe in einer Firma oder einer Praxis zu erfassen, transparent zu machen, ggf. zu verbessern und diese Veränderungen überprüfbar zu machen. Es geht dabei primär um organisatorische Abläufe, wobei die Grenze zur Einbeziehung inhaltlichen ärztlichen oder psychotherapeutischen Vorgehens durchaus fließend ist.

### Wer will das?

Die Einrichtung eines "einrichtung-internen Qualitätsmanagements" ist vom Gesetzgeber im SGB V vorgeschrieben worden. Der Gemeinsame Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen (GBA) soll die Einzelheiten erlassen. Dieser Erlass wird im Oktober 2005 beschlossen und veröffentlicht werden.

Im Vorfeld wurde der Beratende Fachausschuss für Psychotherapie KBV-seitig zu den Entwürfen gehört. Versuche des Fachausschusses, bestimmte Formulierungen so zu verändern, dass Regelungen offener geworden wären, hatten nur geringen Erfolg.

### Wer kontrolliert das?

Der Gesetzgeber hat vorgeschrieben, dass die KVen kontrollieren, ob sich die Praxen in einem „QM-Prozess“ befinden. Der GBA erlässt dazu die notwendigen Konkretisierungen. Nach allem, was man bisher weiß, wird der GBA Regelungen erlassen, die mehr auf die Eigeninitiative der Ärzte und Psychotherapeuten und die inhärenten Vorteile eines QM-Prozesses für eine Praxis setzen als auf Kontrolle und Sanktionen. Anders ausgedrückt: für längere Zeit ist nicht mit Sanktionen zu rechnen, wenn jemand nur wenige oder gar keine Schritte im QM-Prozess macht sondern abwartet, bis sich der aufgewirbelte Staub wieder gesetzt hat und auch für den Einzelnen erkennbar wird, wo sich QM-Ge-

dankengut tatsächlich positiv für die eigene Praxis auswirken könnte. Eine sog. Zertifizierung für Praxen, die besonders aufwändig und teuer wäre, wird vom GBA ganz sicher nicht vorgeschrieben.

### Wer bringt einem das bei?

QM ist ein Markt. Mit QM-Kursen wird Geld verdient. Mit QM-Kursen möchten sich aber auch die KBV und die KVen als Dienstleister entwickeln und empfehlen. Auch Verbände bieten ihren Mitgliedern Kurse und Materialien als Leistung des Verbands an. KVen und Verbände bieten diese Kurse daher eher kostengünstig an. Für Psychotherapeuten und andere Praxen ohne Personal hält sich der Aufwand in Grenzen: Die KV Baden-Württemberg bietet zum Beispiel für diese Zielgruppe einen Kurs von 2 Wochenenden mit je ca. 12 Zeitstunden Kurs an. Die restliche Arbeit muss zuhause oder in Kooperation z.B. in einem Qualitätszirkel geleistet werden.

### Alle reden von QEP...

Die KBV hat mit großem Aufwand ein System erstellt, nach dem QM gelehrt und durchgeführt werden kann, das sich von der Nomenklatur von Industrie und Handel gelöst hat und auf die Realität von Arztpraxen zugeschnitten ist. Dieses System ist sehr aufwändig und vor allem auf Arztpraxen mit Personal zugeschnitten. Man hat sich aber bemüht, auch in Zusammenarbeit mit dem Beratenden Fachausschuss, Anwendungsbeispiele aus dem Bereich der Psychotherapie in die Lehrmaterialien aufzunehmen. Die KBV stellt ihre Materialien sowohl den KVen wie auch den Verbänden zur Verfügung und führt Trainer-Trainings durch. Wenn jetzt Verbände den Eindruck erwecken, sie hätten einen Exklusiv-Vertrag mit der KBV zur Durchführung von QM-Trainings dann ist dies ein Werbe-Gag: jeder Verband kann einen solchen Vertrag schließen und ist dann allerdings sehr eng an die Vorgaben der KBV mit dem Markenzeichen QEP gebunden.

### Was tut der bvvp?

Grundsätzlich ist es das Ziel des bvvp, seinen Mitgliedern zusätzliche Bürokratie und zusätzlichen Formalkram zu ersparen und die Erfüllung gesetzlicher Vorgaben so einfach wie möglich zu machen. Der bvvp hat deswegen für seine Mitglieder eine abgestufte Strategie entwickelt:

1. Mitgliedern, die sich aus unterschiedlichen Gründen nicht in den QM-Zug

schwingen wollen, werden alle Informationen und Materialien zur Verfügung gestellt, aus denen sie ersehen können, wann sie aktiv werden müssen und wo evt. Sanktionen drohen.

2. Mitgliedern, die noch nicht mit QM beginnen wollen, aber neugierig sind, wozu QM überhaupt sinnvoll sein kann, werden Einführungskurse angeboten, in denen die Grundgedanken vermittelt werden und der Zugang zu Materialien eröffnet wird. Diese Kurse werden so gestaltet sein, dass sie als Eintritt in den QM-Prozess der KV gegenüber vorgewiesen werden können.
3. Mitgliedern, die mit möglichst geringem finanziellen Aufwand die Vorgaben des GBA erfüllen wollen, wird ein Vorgehen zum Selbststudium mit Internet-Unterstützung angeboten werden. Selbststudium impliziert, dass man selbst einige Arbeitszeit hineinstecken muss. Der bvvp erarbeitet dafür die notwendigen Basis-Materialien, die dann jeder auf seine Praxis adaptiert. Bis dies vorliegt, wird es noch etwas dauern. Es gibt aber auch keinen Grund zur Eile. Für Praxen ohne Mitarbeiter ist dies ganz sicher ein ökonomisch sinnvolles Vorgehen.
4. Für Mitglieder, die weniger Wert auf Selbststudium legen sondern von erfahrenen Trainern konzentriert und in kurzer Zeit die entscheidenden QM-Strukturen für ihre Praxis erarbeiten wollen, wird der bvvp mit Trainern, die dem bvvp angehören und die auf der Basis eines zwischen KBV und bvvp abgeschlossenen Kooperationsvertrages in QEP von der KBV ausgebildet sind, auf psychotherapeutische Praxen explizit zugeschnittene Kurse anbieten. Den Teilnehmern werden Materialien zugänglich gemacht, die auf dem QEP der KBV basieren und auf psychotherapeutische Praxen zugeschnitten sind. Trotz der Kurse wird weitere Heim-Arbeit notwendig sein.

Auch wenn zur Zeit viele mit dem Hinweis auf die gesetzlichen Vorschriften den Eindruck erwecken, man dürfe mit dem Einstieg in QM keine Zeit mehr verlieren: Lassen Sie sich nicht unter Druck setzen! Geben Sie nicht voreilig Geld aus! Lassen Sie sich nicht von angeblich unschlagbaren Schnell-Konzepten blenden!

Das Gesetz und die Regelungen des GBA lassen lange Übergangszeiten, so dass in Ruhe Vorgehensweisen entwickelt werden können, die für uns Psychotherapeuten passen.

JÜRGEN DOEBERT

## „Revision der Psychotherapie-Richtlinien?“

### Vorüberlegungen und Nachgedanken zu der ersten Fachtagung des Gesprächskreises II am 11.06.05

Erstmalig trafen sich die Verbände des Gesprächskreises II zu einer internen Fachtagung, die ausschließlich der Frage gewidmet war, ob bzw. wie die geltenden Psychotherapierichtlinien zu verändern seien. Die ursprüngliche Anregung dazu ging von einem Thesenpapier der dgvt aus, verfasst von Prof. Armin Kuhr und Heiner Vogel. Aber auch die aktuellen Entwicklungen um das Anerkennungsverfahren der Gesprächspsychotherapie, die im Genehmigungsverfahren des BMGS befindliche Verfahrensordnung des Gemeinsamen Bundesausschusses (mit seiner Forderung nach höchstmöglicher Evidenzstufe bei Überprüfungen zu Methoden- und Verfahrensanerkennung) und nicht zuletzt die immer apodiktischer vorgetragenen Forderungen nach einer evidenzbasierten Medizin und Psychotherapie mit Ausrichtung an der symptomorientierten ICD 10-Systematik und Evidenzstufen-Hierarchien hatten hier einen ersten Versuch einer Richtungsbestimmung unter den psychotherapeutischen Verbänden vordringlich erscheinen lassen.

Die zahlreichen Referenten orientierten sich an einen vorstrukturierenden Fragebogen. Nach einem einführenden Teil, der die Entwicklungen der Psychotherapie einerseits im Einfluss der PT-Richtlinien und andererseits im Bereich der Erstattungspsychotherapie (u.a. TK-Modell) nachzeichnete, kamen Vertreter der analytischen Psychotherapie, der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie, der Verhaltenstherapie, der Gesprächspsychotherapie, der Systemischen Therapie/ Familientherapie, der Körpertherapie, der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie, der Neuropsychologie und der

Gruppenpsychotherapie zu Wort. In einem Abschlussplenum wurde entlang der Struktur des Fragebogens nach einem gemeinsamen Nenner zur Veränderung der PT-Richtlinien gesucht.

Der bvvp hatte sich intensiv auf diese Tagung vorbereitet und auch konkretisierende Vorstellungen erarbeitet, in welche Richtung die PT-Richtlinien weiterentwickelt werden könnten. (Siehe die Dokumentation auf unserer Homepage unter [www.bvvp.de](http://www.bvvp.de)) Dabei steht für uns fest, dass die grundlegenden Ansätze der PT-Richtlinien überhaupt erst ermöglicht hatten, dass wir hier in Deutschland die weitest entwickelten psychotherapeutischen Versorgungsstrukturen besitzen. Nirgendwo sonst in der Welt haben so unterschiedslos Patienten aller Bevölkerungsschichten Zugang zur krankenkassenfinanzierten psychotherapeutischen Behandlung – wie auch einer der Referenten, Dr. Andreas Dahm, (KBV) ausführte. Daher gilt es angesichts der Finanzierungsenge im Gesundheitswesen u.E. besonders sorgsam mit diesem bewährten Instrument umzugehen, und es nicht unbedacht auszuhöhlen, sondern mit Sorgfalt neuen Anforderungen schrittweise anzupassen.

Hier sei nicht auf die einzelnen Referate eingegangen, sondern auf das Abschlussplenum, bei dem mit Spannung erwartet wurde, ob und wie sich aus dem bunten Strauß der Verfahren Gemeinsamkeiten herauschälen könnten. Auch wenn dieser zusammenfassende Diskussionsprozess auch nicht annähernd zuende gebracht werden konnte, so ergab sich für alle Beteiligten doch die sehr erfreuliche Erfahrung, dass man einander sehr aufmerksam zugehört hatte und am Ende aus diesem entwickelten Verständnis heraus sich in den Ansichten näher beieinander fand als zunächst erwartet. Hier seien nur ein paar wesentliche Punkte genannt:

1. Nachdem geklärt werden konnte, dass unter Ätiologie weder eine Orientierung am somatischen Psychopathologiemodell noch eine sakrosankte Vorstrukturierung durch das psychoanalytische Neurosenmodell zu verstehen ist, konnte Übereinstimmung erzielt werden, dass die ätiologische Ausrichtung an bio-psycho-sozialen Bedingungs- bzw. Chronifizierungs-

faktoren der PT-Richtlinien beizubehalten sei. Es ist von einer Pluralität der Ätiologie-Modelle auszugehen. Dies ist auch in Abgrenzung zu einer reinen Symptomorientierung zu verstehen, die durch Überbewertung der vom Wissenschaftlichen Beirat geschaffenen Systematisierung der Psychotherapie nach Anwendungsbereichen entsprechend ICD 10-Kategorien einen neuerlichen Auftrieb bekommen hatte.

2. Auch bei der Beurteilung der Anwendungsbereiche unter Abschnitt D der PT-Richtlinien kam man nach kontroverser Diskussion zu dem Schluss, dass die Einteilung der PT-Richtlinien in der Sprache überholungsbedürftig, aber nicht grundsätzlich über Bord zu werfen sei, sondern zu ergänzen. Einig war man sich in der Notwendigkeit einer gesonderten Erwähnung des Anwendungsbereichs der Behandlung von Persönlichkeitsstörungen, ggf. auch der Behandlung bei Psychosen, sowie der Aufnahme der Psychotherapie bei somatischen Erkrankungen. Eine gesonderte Betrachtung erfuhr die Neuropsychologie, die unter einer Anwendungsbereichs-Kategorie sui generis in die PT-Richtlinien aufgenommen werden sollte.
3. Auch zur verfahrensdifferenziellen Indikationsstellung – dieser Punkt konnte nicht mehr hinreichend ausdiskutiert werden – zeichnete sich eine weitgehende Übereinstimmung dahingehend ab, dass an einer über eine vertiefte Ausbildung zu erreichenden umfassende Behandlungskompetenz festgehalten werden sollte. Darüber hinaus könnten in die jeweiligen Grundverfahren einzubauende Kompetenzen für spezielle Behandlungsindikationen in den Richtlinien vorgesehen werden (Beispiel: Essstörungen, Trauma-Behandlungen), die über Fort-/Weiterbildungen geregelt erworben werden könnten.

Es bleibt zu hoffen, dass die begonnene Suche nach Gemeinsamkeiten hinsichtlich der Weiterentwicklung der Psychotherapie und der PT-Richtlinien fortgesetzt werden kann und dieses Einfluss auf die Entscheidungen in den Gremien gewinnt.

NORBERT BOWE

Besuchen Sie auch die bvvp-Homepage

[www.bvvp.de](http://www.bvvp.de)

Während das bvvp-Magazin «fürs Grundsätzliche» zuständig ist, finden Sie dort die aktuelle Berichterstattung.

# AUS DEN REGIONALVERBÄNDEN

**BADEN-WÜRTTEMBERG/  
HESSEN/WESTFALEN-LIPPE**

## TK Modellprojekt: Entwicklung und Hintergründe



*Regine Simon*

In den letzten Jahren hat sich ein tiefgreifender Wandel im Gesundheitssystem hin zu einer Ökonomisierung vollzogen, von dem auch die Psychotherapie nicht verschont bleibt und der hier besonders fehl am Platz ist. Die zunehmend ökonomische Betrachtungsweise angesichts knapper finanzieller Ressourcen stellt das humanistische Ideal in der Medizin grundsätzlich infrage und reduziert sich auf Effektivität, Effizienz und deren Messbarkeit. Der Patient steht längst nicht mehr im Mittelpunkt, sondern die Machbarkeit und Wirtschaftlichkeit. Regelungswut und Dokumentationsexzesse lähmen die Behandler zulasten einer von Vertrauen, Zuwendung und Verständnis geprägten Beziehung zum Patienten.

Das TK Modell war in seiner ursprünglichen Konzeption nur an einer „Verbesserung der Wirtschaftlichkeit“ in der Psychotherapie interessiert. Zielsetzung war die Abschaffung des Gutachterverfahrens, das angeblich zu kostenintensiv und manipulier-

bar sei. Stattdessen sollte über ein weit aus manipulationsanfälligeres „Qualitätsmonitoring“ der Einstieg in die direkte Kontingentbewilligung durch die Krankenkassen und die Aufhebung der festen Therapiekontingente eingeleitet werden, die für Therapieplanung und Rahmen für die Therapeut-Patienten-Beziehung unverzichtbar sind. Psychotherapie wäre zum rein symptomorientierten, computergesteuerten Schnelldurchlauf verkommen. Effektiv und wirtschaftlich? Sicher nicht! Der wirtschaftliche Gesamtschaden, der durch unzureichende Behandlung mit allen Folgekosten eintreten würde, wäre ungleich größer, ganz abgesehen von dem psychischen Elend der Patienten.

Es gab gute Gründe für den bvvp, sich kritisch mit dem Modellprojekt auseinander zu setzen und sich bis ins letzte Detail für vertretbare und sinnvolle Modifikationen einzusetzen. Die KVen in den Modellregionen waren teilweise allzu bereit, den ursprünglichen Vertrag mit der TK abzuschließen, ohne Zielsetzungen und wissenschaftliches Vorgehen des Projektes zu hinterfragen. Ein ablehnendes Votum der Beratenden Fachausschüsse hätte lediglich dazu geführt, dass die TK auf andere KV Regionen ausgewichen wäre, in denen die Mehrheitsverhältnisse einen Vertragsabschluss ohne Veränderungen aufgrund der Dominanz von Vereinigung/DPVT ermöglicht hätten. Außerdem war damit zu rechnen, dass es im Rahmen der Vertragspolitik für die KVen von Interesse sein konnte, das TK Modellprojekt als Teil eines Vertragspaketes zwischen KV und TK zu verhandeln, und zwar unabhängig von dem Votum des jeweiligen Fachausschusses. In Westfalen Lippe wurde das kritische Votum des Beratenden Fachausschusses übergangen und der Vertrag zum Projekt mit unzumutbaren Honorierungen für die zusätzlichen Leistungen der Psychotherapeuten abgeschlossen. Das heißt, es gab einen dauerhaften Druck, sich mit dem TK Modellprojekt zu beschäftigen, nicht zuletzt vor dem Hintergrund der gesetzlichen Bestimmungen im SGB V, nach der die Vertragspartner Maßnahmen zur Qualitätssicherung vereinbaren müssen.

Vor diesem gesetzlichen Hintergrund wäre es auch 2002 beinahe zu einer Veränderung des Gutachterverfahrens mit Vermessungen und einem obligatorischen Abschlussbericht im Sinne einer Ergebniskontrolle gekommen. Buchstäblich in letzter Minute konnte das durch den entschiedenen Widerstand des bvvp verhindert werden. Dies illustriert den enormen Druck, dem die Psychotherapie ausgesetzt ist.

Andere Verbände stimmten dem Projekt willfährig zu, ohne die damit verbundenen Verschlechterungen für die Psychotherapie überhaupt zu reflektieren. Die jetzt erreichten Veränderungen wurden allein vom bvvp eingefordert. Auch die DGPT zeigte sich im Sommer 2004 nach Gesprächen mit der TK Projektleitung mit dem Projekt einverstanden. Dabei hatte die TK zu diesem Zeitpunkt noch keinerlei Zugeständnisse bei den Honoraren für die Psychotherapeuten gemacht und die Befugnis des Wissenschaftlichen Beirates war ebenso wenig abgesichert, was im Hinblick auf die Interpretation der Daten von erheblicher Bedeutung ist. Neun Monate später schwenkte die DGPT um und entfachte in Hessen eine Kampagne gegen das TK Modellprojekt, der sich andere analytische Verbände anschlossen, obwohl im Vergleich zum Vorjahr weitere Verbesserungen, wie auch die Einarbeitung der Heidelberger Umstrukturierungsskala und der OPD, vereinbart worden waren. Die im Schreiben der hessischen Verbände angeführten Kritikpunkte waren alt und zum Teil überholt, dafür der Ruf nach einer Ethikkommission gänzlich neu. Eine Prüfung ist inzwischen erfolgt.

Gegen den zähen Widerstand der TK, gegen Unkenntnis bei KV Vorständen und blaugrünen Hoffnungen von Kollegen, auf diese Weise mal eben die aufwendigen, aber sinnvollen Kassenanträge los zu werden, haben die bvvp Vertreter insbesondere in den BFAs grundsätzliche Verbesserungen und positiv zu bewertende Ergänzungen des Projektes erreicht:

- Entgegen einer ursprünglichen Fokussierung auf eine reine Symptommessung

konnte erreicht werden, dass strukturelle Veränderungen der behandelnden Patienten erfasst und abgebildet werden, zum Beispiel mit der Heidelberger Umstrukturierungsskala und der OPD. Beide Methoden werden durch den Wiss. Beirat noch in den Evaluationsplan eingearbeitet.

- Die Rohdaten werden in den jeweiligen Modellregionen an eine wissenschaftliche Einrichtung für zusätzliche Auswertungen gegeben, um zum Beispiel nach der Einjahreskatamnese weitere Katamnesen nach zwei und drei Jahren durchzuführen.
- Die klinische Validität des Algorithmus wird zunächst geprüft, und die Kopplung von Entscheidungsalgorithmus und Kontingentbewilligungen ausgesetzt. Damit hat die TK auf ein Kernstück des ursprünglichen Modellprojekts verzichtet. Dies nur, weil deutlich gemacht werden konnte, dass dies für die Vertreter der Psychotherapeuten eine *conditio sine qua non* war. Es wird eines der wichtigsten Ergebnisse der Untersuchung sein, ob und inwieweit Messungen und Befragungen der Patienten den Verlauf einer Behandlung hinreichend abbilden können.
- Das ursprüngliche Projekt wurde ergänzt um eine Befragung von Patienten, Therapeuten und Gutachtern zu ihrer Einschätzung von störenden Einflüssen durch die Testverfahren. Hier haben alle Beteiligten die Möglichkeit, die Auswirkungen von Tests auf den Therapieprozess und die zu bewältigende Papierflut als Ärgernis zu dokumentieren. Die Teilnahme von eher kritischen Kollegen wäre hier besonders wichtig, damit ihre differenzierte Einschätzung in die Datenauswertung einfließt.
- Mit Sicherheit die wichtigste Verbesserung ist die Einrichtung eines Wissenschaftlichen Beirates, dem auf Vorschlag der BFAs aus den drei Modellregionen insgesamt sechs Wissenschaftler angehören und in dem auch die niedergelassenen Psychotherapeuten vertreten sind, mit der „Aufgabe, die Korrektheit des methodisch-statistischen Vorgehens und die inhaltliche Folgerichtigkeit der Ergebnisinterpretation zu prüfen und zu dokumentieren. Die TK verpflichtet das mit der Evaluation beauftragte Institut, methodische und inhaltliche Mängel vor der Veröffentlichung der Evaluationsberichte zu korrigieren.“ Über diesen Wissenschaftlichen Beirat und über die regionalen Projektbeiräte haben die Vertreter der Psychotherapeuten einen nicht zu unterschätzenden Einfluss auf die Zusammenführung und Interpretation der Daten.

In der jetzt vorliegenden Form konnten in das Modellvorhaben zahlreiche sinnvolle Veränderungen eingebracht und eine weitreichende Mitbestimmung bei der Interpretation der Ergebnisse sichergestellt werden. Auch eine ursprünglich nicht vorgesehene Vergütung für die teilnehmenden Psychotherapeuten konnte durchgesetzt werden. Abschließend wurden die Verträge in den drei beteiligten KV Regionen als Voraussetzung für eine Zustimmung von Seiten der Fachausschüsse harmonisiert. Damit konnte auch die ungute Entwicklung in Westfalen Lippe wieder eingefangen und eine bessere Vergütung für die Dokumentation nachträglich gesichert werden.

Kritiker vor allem aus den Reihen der Psychoanalytiker haben an dem Projekt bemängelt, dass durch das Untersuchungsdesign der Untersuchungsgegenstand selbst verändert und damit grundsätzlich etwas anderes gemessen wird als ein psychotherapeutischer Prozess. Dies ist zwar grundsätzlich richtig und sicher ein Problem bei allen wissenschaftlichen Untersuchungen, kann aber nicht als Argument genommen werden, dass Psychotherapie sich jeder wissenschaftlichen Untersuchung verweigert. Auch psychoanalytische Studien, wie zum Beispiel von Rudolf und Grande, arbeiten mit Fragebögen und Testverfahren, um die guten Ergebnisse von psychotherapeutischen Behandlungen zu untersuchen und zu dokumentieren. Gerade auch für die psychoanalytische Therapie sind solche Untersuchungen im wohlverstandenen eigenen Interesse.

Es sind klare vertragliche Rahmenbedingungen geschaffen worden und die Studie ist wesentlich durch die Beteiligung des bvvp ergebnisoffen konzipiert. Dennoch darf man die ursprüngliche Zielsetzung der TK nicht aus dem Auge verlieren und die Psychotherapeuten werden darauf achten, dass die erreichten Modifizierungen auch umgesetzt und die Vertragsbedingungen eingehalten werden. Es wird sich zeigen, welche Probleme sich bei der Umsetzung ergeben und ob sich genügend Psychotherapeuten aller Richtlinienverfahren an dem Projekt beteiligen, das als bislang größte Praxisstudie zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung darstellen kann, wie effektiv und kostengünstig Psychotherapie tatsächlich ist.

REGINE SIMON

## BADEN-WÜRTTEMBERG

### Leistungschancen außerhalb der GKV – Illusion und Realität für die Niedergelassenen



Marianne Funk

Im Rahmen des Systems der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) erbringen Psychotherapeuten im Durchschnitt 17–20 Behandlungsstunden pro Woche. Da die EBM-Norm bei 36 Psychotherapiestunden liegt, gelten wir als Wenigarbeiter. Dies wird den TherapeutInnen als freiwillige Entscheidung zugeschrieben. Eines der Argumente dabei ist, dass die Berufsgruppe gute Chancen hätte, außerhalb der GKV viele freiberufliche Leistungen zu erbringen. Nicht nur die Kassenärztlichen Vereinigungen und Kassen, sondern auch die Psychotherapeuten-Funktionäre teilen diese Ansicht.

*Eine Analyse der Nachfrage bei Non-GKV Leistungen zeigt, dass diese These nicht stimmt. Das hat folgende Gründe:*

- Es gibt 14.700 Psychologische PsychotherapeutInnen und Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutInnen (PP und KJP) in der GKV. Eine Nachfrage müsste also gewaltig sein, damit für die Berufsgruppe ein nennenswerter Leistungsumfang entsteht. Wenn jede Praxis in ihrer Jahresleistung von 43 Arbeitswochen nur eine einzige Wochenstunde regelmäßig außerhalb der GKV erbringen will, dann müsste es eine gesellschaftliche Nachfrage von 632.000 Leistungsstunden geben. Zusammen mit den 9400 ärztlichen Kolleginnen (3300 Ärztliche PsychotherapeutInnen und 6100 Zusatztitler) müsste es



sogar eine Nachfrage von mehr als einer Million Klientenstunden geben.

- In manchen psychologischen Handlungsfeldern gibt es viele weitere Leistungserbringer, z.B. aus Beratungsstellen, Kliniken, Universitäten, dann freiberuflich – auch nicht-psychologische KollegInnen mit humanistischen und systemischen Ausbildungen, als SupervisorInnen, Unternehmensberater, und noch HeilpraktikerInnen. Dort müsste die Nachfrage noch größer sein.
- Als Non-GKV-Leistungen werden „KlientInnen“-Stunden im weitesten Sinne einbezogen, d.h. im direkten Kontakt mit Adressaten, mit psychologischen Kenntnissen. Also Privattherapien, Beratungen, Aus-Fort-Weiterbildungsangebote, Coaching, Training, Selbsterfahrung, Vorträge etc.

### *Wie groß ist die gesellschaftliche Nachfrage für verschiedene Non-GKV-Handlungsfelder?*

Für manche umfangreiche Handlungsfelder gibt es konkrete Bezugspunkte, nach denen man ausreichend präzise eingrenzen und sogar die Leistungsstunden pro Praxis berechnen kann. Die Überlegungen für die Berechnungen sind in der Kürze nicht darstellbar. Dafür verweisen wir auf den ausführlichen Artikel in der VPP3/2005 der DGVT – siehe Homepage der DGVT.\*

Bei Privatpatienten stehen einer Nachfrage von etwa 1,3 Millionen Behandlungsstunden etwa 25.100 GKV-Leistungsanbieter gegenüber. Pro Jahr und Praxis sind das 53 Stunden und pro Woche 1,2 Behandlungsstunden für Privatpatienten.

Bei den Ausbildungen in Richtlinientherapie ist das Stundenangebot gesetzlich vorgegeben. Bei der derzeitigen Anzahl von jährlichen Ausbildungsteilnehmern leitet sich eine jährliche Nachfrage etwa 200.000 Stunden für Theorie, Supervision und Selbsterfahrung ab. Für psychoanalytische Ausbildungen kann mit einem Extrakontingent von 50.000 Selbsterfahrungs- und Supervisionsstunden rechnen.

Bei Fortbildungen haben wir für alle approbierten 30.000 PP/KJP eine Nachfrage von 110.000 Stunden errechnet, wenn jeder Approbierte 30 Fortbildungsstunden pro Jahr absolviert und die Gruppengröße bei durchschnittlich 7 Teilnehmern (von 1–200 Teilnehmern) liegt.

Diesen 310.000 Stunden (ohne PA) in Aus- und Fortbildung stehen außer GKV-Therapeuten auch Universitätsangehörige, Klinikmitarbeiter usw. gegenüber. Wenn wir davon ausgehen, dass die Hälfte der An-

gebote von unserer Berufsgruppe gemacht wird, dann ergibt das zusammen mit den Privatpatienten ein Kontingent von ca. 1,5 Wochenstunden pro Jahr außerhalb der GKV.

Bei anderen Handlungsfeldern gibt es keine Bezugspunkte über die Nachfrage, deshalb können wir keine konkreten Zahlen ableiten. Dennoch gibt es ausreichend verlässliche Beobachtungen.

Bei Selbstzahlern ist die Nachfrage erheblich zurückgegangen, weil KlientInnen weniger Geld zur Verfügung haben und es deutlich mehr bezahlte Therapieangebote gibt. (1992 gab es 10489 GKV-Therapeuten, Ende 2003 waren es 25.025). Manche Klienten bevorzugen Nicht-Richtlinientherapien, die sie heute eher außerhalb der GKV suchen. Da gibt es eine unbekannte, aber hohe Zahl potentieller LeistungserbringerInnen. Bei Fortsetzungen von Therapien über die GKV-Leistungskontingente hinaus gibt es oft niederfrequente Treffen. Die psychoanalytischen Schulen, welche Langzeittherapien von vornherein über das Behandlungskontingent hinaus planen, sind in der Minderzahl.

Bei Supervisionen (außerhalb von Aus- und Fortbildungen), Coachings, Seminaren, Nicht-Richtlinienausbildungen, Vorträgen, verkehrspsychologischen Angeboten ist die Nachfrage zurückgegangen. Im sozialen Bereich und der freien Wirtschaft muss man mehr sparen. Ausbildungsinstitute für Nicht-Richtlinienverfahren haben weniger Interessentinnen. Außerdem gibt es heute in den genannten Bereichen andere oft stärker spezialisierte Leistungserbringer. Unsere Berufsgruppe wird deshalb wohl seltener angefragt.

In den genannten Handlungsfeldern ist die Nachfrage eher klein, die Zahl der Leistungsanbieter, die mit uns um das Handlungsfeld konkurrieren, dagegen groß. Wenn schon Privatpatienten und Aus und Fortbildung geringe Kontingente ergeben, können wir hier von marginalem Leistungsumfang für eine GKV-Praxis ausgehen.

Insgesamt ist aus den Nachfrageanalysen zu vermuten, dass der Anteil jeder Praxis an Non-GKV-Leistungen wahrscheinlich schon bei zwei Wochenstunden hoch gegriffen ist.

### *Nachfragerealität versus erlebte Realität*

Diese Zahlen werden Erstaunen auslösen, widersprechen sie doch unserem persönlichen Erleben. Dass 30 Stunden Fortbildung für 30.000 Psychotherapeuten durch eine Nachfrage von 110.000 Stunden gedeckt sein könnte, wirkt unwahrscheinlich. Aber z.B. in Baden-Württemberg gab es einen Kammer-

tag, vormittags zentrale Veranstaltungen, nachmittags parallele Workshops. Die Kammer bot damit 32 Fortbildungsstunden an, jeder Kollege konnte an 8 Stunden teilnehmen. Das führt dazu, dass 4000 Fortbildungsstunden bei 500 TeilnehmerInnen bestätigt werden konnten.

Auch bei Anbietern werden die Leistungen überschätzt: KollegInnen nennen ihre NON-GKV-Leistungen im gleichen Atemzug wie ihre Behandlungen trotz des unterschiedlichen Umfangs. In der Praxis finden 800 Stunden Psychotherapie statt, ein Fortbildungswochenende hat 16 Stunden, eine Lehrveranstaltung an der Uni pro Semester 24 Stunden. Eine auf Supervisionen spezialisierte Kollegin hat 20 SupervisorInnen in Gruppen und Einzel, durch den Vier-Wochenrhythmus bei Supervisionen werden daraus 122 Jahresstunden und 2,8 Stunden pro Woche.

### *Resümee*

Unsere Berufsgruppe neigt dazu, den Anteil der Non-GKV-Leistungen zu überschätzen. Das hängt damit zusammen, dass wir alle einzelne KollegInnen kennen, welche viele Non-GKV-Leistungen erbringen. Dadurch erscheint das für alle machbar. Und viele glauben, dass es nur an der eigenen Initiative oder den eigenen Verbindungen hinge.

Wir sind in Wirklichkeit weitgehend auf unsere GKV-Behandlungsleistungen angewiesen. Wegen der ungleichen Verteilung muss es sogar KollegInnen geben, die gar keine Chance auf Non-GKV-Leistungen haben.

Die Überbewertung des Anteils der NON-GKV Leistungen führt zu einer Fehlbewertung unseres Leistungsverhaltens in der GKV. Die Tatsache, dass Psychotherapeuten die Norm der 36 Stunden nicht erreichen, wird seit Jahren durch die Überschätzung der NON-GKV Leistungen bagatellisiert.

Auch außerhalb der GKV hat dieses Ergebnis Folgen: Freie Praxen haben schlechtere Chancen als vor dem Psychotherapeutengesetz. Dies wird bald für den Nachwuchs, der keinen Praxissitz bekommt, spürbar werden.

Wir überschätzen die Chancen der gesamten Berufsgruppe, damit wecken wir Hoffnungen und ignorieren die Realität, wir sollten mehr recherchieren, um der Situation der Kollegen gerecht zu werden.

MARIANNE FUNK

### *Literatur:*

Funk, Marianne: *Die Illusion der Niedergelassenen über ihre Leistungschancen außerhalb der GKV in Verhaltenstherapie & Psychosoziale Praxis 3/2005, S. 651-656. siehe auch Homepage www.dgvt.de*

## e-Health

### Einmischen – Mitmischen – Aufmischen

#### Ein Aufruf an unsere Zunft



Ursula Neumann

Mit e-Health gehen wir im Gesundheitswesen angeblich einer strahlenden Zukunft entgegen: Qualität verbessernd, Sektoren übergreifend, transparent, intelligent, komfortabel, Kosten dämpfend. Health Cards, Teleconsulting, Telemonitoring, e-Pharmacy usw. usw.. Es fällt schwer, den Durch- und Überblick zu bewahren. Vielleicht ist das auch ein Zweck des Trommelfeuers mit beeindruckenden Fachbegriffen, dass sich ein Gefühl der Unterlegenheit breit macht. Bei Dingen, von denen man nichts versteht, hält man besser den Schnabel. MedizinerInnen mögen aufgrund ihrer Ausbildung gerade noch die Flunkereien der Pharmaindustrie durchschauen können, wenn sie denn wollen. Psychologische PsychotherapeutInnen tun sich bereits da schwer. Aber wenn es um IT geht, sind wir fast alle hoffnungslose Laien. Wenn hinzukommt, dass die Propaganda nicht nur von Industrie und Forschung stammt, sondern die Regierung e-Health zur eigenen Sache gemacht hat – ihre Expertenkommissionen gaben schließlich eindeutige Empfehlungen ab –, beschleicht einen das Gefühl, Widerstand sei zwecklos. Es wird so getan, als rekrutierten sich die verbleibenden Bedenkenträger aus Technikfeinden, ängstlichen Gemütern, Leuten, denen PatientInneninteressen egal sind, Datenschutzspinnern, Profiteuren von verkrusteten korporativen Strukturen. Gegen den gemeinsamen Regierungs- und Lobby-Chor (erste Strophe: „Wir schalten den Gesundheitsturbo an“, zweite Strophe: „die Daten sind sicher“) hilft wenig. Auch nicht, dass man den Eindruck hat, Regierungen (egal, welcher Couleur) bräuchte man lediglich die Brocken „Kosteneinsparung“ und „Schaffung neuer Arbeitsplätze“ hinzuwerfen und sie reagierten wie der Pawlowsche Hund.

Wobei eine gewisse Chuzpe dazu gehört, beides im selben Atemzug zu versprechen.

Ziemlich alle, die da trommeln, sind Verkäufer, ob es sich um Firmen, Beratungsunternehmen oder WissenschaftlerInnen handelt. Sie wollen ihre Waren, Dienstleistungen, Projekte verkaufen. Das Verkaufsmuster hat den Charme der Vorher-nachher-Waschmittelwerbung: Der derzeitige Zustand ist schlecht, ganz schlecht. Aber welch Glück: Wir haben das Gegenmittel. Das macht alles gut. Ganz gut.

Da jede(r) mit den Mängeln der Gesundheitsversorgung bestens vertraut ist, neigen wir dazu, auch die Folgerung für bare Münze zu nehmen, weil die Behauptung stimmt.

Ein Beispiel: „Die Kosten im Gesundheitswesen sollen auf einem steuerbaren Niveau gehalten werden. Dazu (sic!) müssen neue Technologien entwickelt und eingesetzt werden.“ (Markus Mohr et al.) Wenn man nicht aufpasst, entgeht einem, dass der zweite Satz keineswegs zwingend aus dem ersten resultiert.

„Ob Telemedizin gegenüber der herkömmlichen Versorgung kostengünstiger ist, geht aus der Literatur nicht hervor. Das ist das Ergebnis einer Meta-Analyse von 612 englischsprachigen Artikeln, die in den vergangenen Jahren zu dem Thema „Telemedizin“ publiziert wurden. Das Ergebnis der Literatur-Bewertung wurde in der Ausgabe vom 15. Juni 2002 im British Medical Journal veröffentlicht (BMJ 2002; 324: 1434–1437)“ (aus [www.medknowledge.de](http://www.medknowledge.de))

Stutzig wurde ich, als ich in drei Artikeln hintereinander als einzig konkret genanntes Einsparpotential las, mit Hilfe der neuen Technologien ließen sich Doppeluntersuchungen und unnötige Krankenfahrten vermeiden. Na prima! Verschwiegen wird dabei, dass man für die Investitions- und Betriebskosten der Neuerungen eine Menge PatientInnen lange mit dem Notarztwagen im Karree herumkutschieren könnte.

Abwägendere AutorInnen thematisieren die Notwendigkeit der Prüfung, wann und für wen sich e-Health-Technologien rentieren. Aber es gibt viele, die nehmen die „Kostenexplosion“ im Gesundheitswesen als Hintergrundfolie und verlieren kein Wort darüber, was bei ihnen der Spaß kostet.

Um eine saubere Kosten-Nutzen-Rechnung zu verlangen, braucht es kein BWL-Studium, und auch um die Möglichkeiten der Effizienzsteigerung zu beurteilen, reicht häufig der gesunde Menschenverstand: „Außerdem werden die Entlassungsbriefe unmittelbar per e-Mail versandt, was dem häufigen Missstand ausufernder Wartezeiten entgegentritt“ (Hacker und Schommer). Jetzt haben wir den Schuldigen: der Briefträger!

Schnellere elektronische Übermittlung von Befunden – gerade in der Histologie, Pathologie oder Radiologie eine feine Sache: Ohne Zweifel könnte z. B. viel Zeit gespart werden, die heute mit Suchen und Nachfragen, wo ein Befund abgeblieben ist, verplempert wird. Aber fast immer klingt es so, als sei „Emergency room“ der Normalfall, als ginge es immer um Sekunden und auf Leben und Tod. Dieses auf-

plusternde Katastrophieren ist nicht nur eine Macke technikverliebter Jungs (dieser Vergleich drängte sich mir immer wieder auf), sondern wird dazu führen, dass für spektakuläre Notfälle ein beeindruckender Apparat zur Verfügung steht. Das Geld dafür wird der Normalversorgung entzogen werden, mit der kein Renommee zu machen ist.

Das Sensationelle erschlägt das Normale. War es in der Weltraumfahrt nicht ähnlich? Deren hohe Kosten wurden damit gerechtfertigt, sie werfe unendlich viele Forschungsergebnisse von allgemeinem Nutzen ab. Irgendwer meinte trocken: um eine Teflonpfanne zu erfinden, müsse niemand auf den Mond fliegen. Wenn ich den Vergleich weiter spinne: so ziemlich die einzigen, die ein wirkliches Interesse und wirklichen Gewinn von der Weltraumforschung haben, waren und sind die Militärs. Technikbegeisterung, Nationalgefühl, Sensationslust wurden instrumentalisiert. Ob sich bei e-Health die vorgebrachten Begründungen mit den wirklichen Gründen decken, ob der behauptete Nutzen und die tatsächlichen Nutznießer nicht zwei paar Stiefel sind – diese Frage dürfen und müssen wir stellen. Schließlich war es 1997 das Gutachten des Unternehmensberaters Roland Berger, das bei der deutschen Regierung für die Weichenstellung Richtung e-Health sorgte. Der ließ dabei keinen Zweifel, dass man hier nicht kleckern, sondern klotzen müsse. Mal so ein bisschen e-Health – das ginge nicht.

„Der hohe Kostendruck im Gesundheitswesen, die Ökonomisierung und die damit verbundene Kommerzialisierung sind Motoren dieser Entwicklung, lösen jedoch auch die Sorge vor dem Verlust des Solidaritätsprinzips aus und die Furcht, dass der Patient und seine Bedürfnisse in den Hintergrund treten könnten.“  
(Ingeborg Schramm-Wök u. Stephan H. Schug, e-Patientenakte und e-Gesundheitskarte)

Bei e-Health wird genauso wenig wie zu den besten Zeiten des Paternalismus gefragt, was die (potentiellen) PatientInnen wollen. Sie (und wir als LeistungsanbieterInnen) sind Objekte. Bottom-up-Projekte? Fehlanzeige! Das hindert die e-Health-VertreterInnen nicht, sich vollmundig zum Fürsprecher der PatientInnen aufzuspielen.

„Das Versorgungsangebot muss nachhaltig verbessert werden. Maximaler Nutzen für alle Beteiligten ist das Ziel von Wettbewerb, und so werden sich auch im Bereich e-Health im Wettbewerb die zukunftsreichsten und nützlichsten Methoden herausbilden. Das Abwägen von Kosten und Nutzen sowie der Mechanismus von Angebot und Nachfrage funktioniert allerdings nur unter der Voraussetzung, dass den Kunden, also den Patienten, die Fähigkeit und Mündigkeit zugestanden wird, in ihrer Gesundheitsversorgung eigenständige Entscheidungen zu treffen.“  
(Joachim Ramming)

Wettbewerb richtet alles zum Besten – wenn nicht, liegt das an den Verordnungs-Fesseln, mit denen die armen PatientInnen in Unmündigkeit gehalten werden.

Was aber brauchen mündige PatientInnen? Wenn sie Krebs haben z. B. einen „Überlebenswahrscheinlichkeits-Bericht“. Man gibt bei [www.cancerfacts.com/](http://www.cancerfacts.com/) bequem die persönlichen Daten am Bildschirm ein. Der PC spuckt dann aus, ob die Wahrscheinlichkeit, in 10 Jahren noch am Leben zu sein 10% oder 80% beträgt. Praktisch, nicht? Die eingegebenen Daten werden übrigens verkauft. An „die Forschung“. Irgendwie muss die Website ja finanziert werden.

Oder PatientInnen werden nach einer Operation mit einer hoch

auflösende Digitalkamera und einem mobilen PC nach Hause geschickt, halten dort ihre Wundheilung im Bild fest und machen Videokonferenzen mit dem Arzt (Pilotstudie in Bochum 2002). Die Omi kriegt auch ein hübsches Foto und Kosten spart es sicher enorm.

Oder frisch entlassene PatientInnen kriegen einen Chip implantiert, der kritische Werte sofort an die Klinik meldet. Wer fühlte sich da nicht geborgen wie in Abrahams Schoß! Wie der Vorschlag eines „Home Monitoring“ bei Alzheimer- und Schizophrenie-Kranken funktionieren soll, hat sich mir allerdings nicht so ganz erschlossen. Aber wahrscheinlich habe ich zu wenig Phantasie, wie empowered Demente und PsychoterikerInnen sind, wenn man sie nur lässt.

Apropos Empowerment. Um aus entmündigten PatientInnen so richtig empowered patients zu machen bedarf es – so lese ich – „umfangreicher Schulungen“. Wie wahr! Aber vermutlich dient diese Feststellung eher dazu, ein neues Geschäftsfeld aufzutun, als die Probleme zu reflektieren.

Wer im Internet nach Informationen sucht, dem geht es so, wie Jemandem, der um ein Glas Wasser bittet und aus einem Feuerwehrschauch bedient wird und dabei nicht weiß, wo das Wasser herkommt.“  
(Dr. Michael Scholtz, WHO, 2003)

Der Trend heißt „Von der Krankenpflege zur Datenpflege“. PatientInnen dürfen sich umworben fühlen. Jedes Krankenhaus braucht eine Homepage für die Kundenbindung. Als nächstes wird wohl den Feuerwehren eine eigene Homepage empfohlen: „Der anspruchsvolle Kunde fragt heute ‚wo lasse ich löschen?‘“

Zugegeben, die genannten Beispiele sind tendenziös ausgewählt. Aber durch diese Pointierung wird die erschreckend verbreitete Denkweise der e-Health-VerfechterInnen deutlich. Ich fürchte, emotionale Intelligenz und soziale Kompetenz sind ihre Sache nicht. Ich habe mir oft die Frage gestellt: hat dieser Mensch je an einem Krankenbett gestanden? E-Health ist ein hervorragendes Mittel, sich Menschen, ihr Leid, ihre und die eigenen Ängste vom Leib zu halten.

Wahr ist aber auch: ohne Internet hätte ich diesen Artikel nicht schreiben können, selbst wenn ich mich wochenlang in UB's rumgetrieben hätte. Ohne Zweifel gibt es durch die neuen Techniken viele sinn- und hilfreiche, sogar phantastische Möglichkeiten. Aber e-Health ist Technologie und nicht mehr. Kein Zaubermittel, kein Ersatz für gute Strukturen und schon gar nicht für Menschlichkeit.

Um bei dieser Technologie die Spreu vom Weizen zu trennen, wäre es wünschenswert, wir hätten alle neben unserer psychotherapeutischen Qualifikation ein abgeschlossenes Betriebswirtschafts- und Informatikstudium: Nötig ist es jedoch nicht. Im Märchen „Des Kaisers neue Kleider“ war es kein Experte, sondern ein Kind, das den Bann brach. Es schaute hin, traute seiner Wahrnehmung und machte den Mund auf.

URSULA NEUMANN

**Besuchen Sie auch unsere Homepage:**  
**[www.bvvp-magazin.de](http://www.bvvp-magazin.de)**

- **Kleinanzeigen aufgeben und lesen**
- **Alte Ausgaben downloaden**
- **Zukünftige Ausgaben abonnieren**
- **Veranstaltungen gratis ankündigen**

## Kleines Glossar zu e-Health



Helga Planz

**e-Card** Die elektronische Gesundheitskarte soll schrittweise ab 2006 eingeführt werden. (→ Rechtliche Grundlage). Verpflichtend sind zunächst die Versicherungsangaben, einschließlich Zuzahlungstatus, dem Berechtigungsnachweis, im europäischen Ausland behandelt zu werden, die papierlose Rezeptübertragung (→ e-Rezept). Der „Medizinische Teil“ (Arzneimitteldokumentation, Notfalldaten, → e-Patientenakte, Patientenverfügungen, Verwaltung von Patientenquittungen, zur Dokumentation der Behandlungskosten u. a.) bleibt zunächst freiwillig. Aber auch wenn er obligatorisch wird, sollen die Datenhoheit der PatientInnen und der Grundsatz der Freiwilligkeit der Speicherung von Gesundheitsdaten gewahrt bleiben. In welche Richtung das Dilemma zwischen Freiwilligkeit und Zuverlässigkeit der Informationen letztlich gelöst werden wird, bleibt abzuwarten. An so genannten e-Kiosken (etwa in Apotheken, Arztpraxen oder bei den Krankenkassen) können PatientInnen alle gespeicherten Daten ihrer e-Card einsehen und die Vergabe von Zugriffsrechten verwalten. Die partielle Freiwilligkeit der Speicherung der Daten und das Recht, im gesetzlichen Rahmen darüber zu verfügen, welche Daten welcher Arzt oder Apotheker einsehen dürfen, stellt die versprochenen Vorteile (keine Doppeluntersuchungen, keine Fehlverschreibungen, umfassende Informiertheit der Behandelnden usw.) wieder in Frage.

**e-Health** Anwendungen von IT-Systemen zur Verarbeitung von Gesundheitsdaten

**e-Patientenakte (EPA)** Ihre Einführung erfolgt im Zuge weiterer Ausbaustufen der elektronischen Gesundheitskarte auf freiwilliger Basis. Dokumentiert werden Anamnese, wichtige Laborbefunde, Operationsberichte, Röntgenbilder und andere Untersuchungen. Die elektronische Patientenakte wird sich aus Gesundheitsdaten zusammensetzen, die verteilt auf verschiedenen Rechnersystemen gespeichert sind. Über ein e-Ticket wird der Zugriff auf ein zugeordnetes medizinisches Dokument (Befund, Rezept, Arzneimitteldokumentation) gesteuert. Ärzte, Zahnärzte, Apotheker und Krankenhäuser können ausschließlich über einen verschlüsselten Kommunikationsweg auf sensible Gesundheitsdaten zugreifen und müssen sich mit ihrem elektronischen → Heilberufsausweis identifizieren. Zudem müssen die Patienten per Gesundheitskarte und ihrem privaten Schlüssel (PIN) eine elektronische Einwilligung für den Datenzugriff geben.

**e-Rezept** Das elektronische Rezept ist ein papierloses Rezept, das der Arzt/die Ärztin auf der elektronischen Gesundheitskarte ausstellt. Da man seiner Einführung ein großes finanzielles Einsparungs-

potential zuschreibt (eine nicht unumstrittene Behauptung), wurde es dem verpflichtenden Teil der e-Card zugeordnet und erwartet von ihm eine „Schuhöffelfunktion“, d.h. wohl eine Vorreiterfunktion für weitere, bislang noch freiwillige Funktionen. Für die Anwendung des e-Rezepts gibt es zwei Grundmodelle: Speichern des Rezepts auf der e-Card, auf die dann die Apotheke zurückgreift oder Übermittlung auf einen Server, auf den u. a. die Apotheke (und mittels eines Belegs mit Barcode, d.h. es wird doch wieder Papier nötig!) zugreifen kann, nachdem der Patient durch Eingabe seiner PIN-Nummer eingewilligt hat.

**Empowerment** Befähigung der PatientInnen zur aktiven Bewältigung ihrer gesamten gesundheitlichen Situation. Folgsame oder ignorante PatientInnen sind unerwünscht, Mündigkeit und Partnerschaft sind Voraussetzung des „shared decision making“, also gemeinsam getroffener Entscheidungen von BehandlerInnen und PatientInnen. Dafür braucht man – neben einer veränderten Einstellung auf beiden Seiten – Informationen. Das Internet hilft, sich über Krankheiten, Selbsthilfegruppen, Behandlungsmöglichkeiten, Einrichtungen kundig zu machen. Angesichts des Zeitmangels in den Praxen und der nachgewiesenen unzulänglichen Information durch die ÄrztInnen ist das Internet eine wirkliche Chance. Bei chronischen Erkrankungen (insbesondere bei seltenen) sind bereits heute die Betroffenen besser informiert als die Behandelnden. Andererseits sind die Internet-Informationen in keiner Weise „qualitätsgeprüft“, sie reichen von solider Wissensvermittlung über verdeckte Werbung bis zur Scharlatanerie. Selbst für ExpertInnen ist der Informationswert oft kaum durchschaubar, für Laien erst recht nicht. Die Informationsfülle klärt oft nicht, sondern verwirrt.

Mit Einführung von e-Card und e-Patientenakte kommt hinzu: sollen PatientInnen tatsächlich „Herr ihrer Daten“ bleiben, müssen sie mit deren Funktionsweise, den technischen und rechtlichen Möglichkeiten, Folgen und Gefahren vertraut sein.

Der „mündige Verbraucher“ wird oft gerade von denen propagiert, die Unsummen für dessen Manipulation ausgeben. Noch mehr Skepsis ist bei der Propagierung des eigenverantwortlichen, mündigen Patienten angebracht, denn hier sind wirtschaftliche Interessen nicht geringer und verhindern die notwendige Transparenz mehr, als dass sie sie fördern.

Empowerment kann nicht ohne Schulung funktionieren, aber: wer führt sie auf welche Weise durch, wer zahlt? Zudem: es gibt nicht nur Menschen, die auf allen Gebieten souverän agieren können und sich lediglich wegen eines Zipperleins kundig machen, sondern es gibt auch die „weniger Fitten“. Wer ernsthaft krank ist, wechselt schnell in die zweite Kategorie; die Grenzen des Möglichen – zumal bei Schwerkranken und Pflegefällen – scheinen häufig verleugnet zu werden. Empowerment könnte so zu einer Veranstaltung einer sozial abgesicherten und körperlich stabilen Mittelschicht in ihren besten Jahren werden.

**gematik mbH** Betriebsgesellschaft, die zur Einführung, Pflege und Weiterentwicklung der e-Gesundheitskarte, des elektronischen Rezepts und künftiger weiterer Anwendungen (e-Patientenakte) gegründet wurde. In ihrem Beirat sind vertreten die Bundesländer, WissenschaftlerInnen, Industrieverbände, PatientenvertreterInnen, der Bundesdatenschutzbeauftragte, das Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnologie (BSI), die Bundesärzte-, Zahnärzte- und neuerdings auch die Psychotherapeutenkammer, KBV und KZBV, die deutsche Krankenhausgesellschaft, der deutsche Apothekerverband, die Kostenträger (gesetzliche Krankenkassen und der PKV-Verband). Kostenträger und Leistungserbringer halten jeweils die Hälfte des Stammkapitals, Beschlüsse werden mit einer Mehrheit von mindestens 67 % gefasst.

**Heilberufsausweis (HBA)** auch HPC (Health Professional Card) genannt, ist ein personenbezogener Ausweis für Leistungserbringer und die Voraussetzung zur Nutzung der elektronischen Gesundheitskarte. Über sie erfolgt die elektronische Identitätsüberprüfung (Authentifizierung), Verschlüsselung und digitale Signatur. Leistungserbringer müssen sich bei jedem Zugriff auf die elektronische Gesundheitskarte der PatientInnen identifizieren. Für die Ausstellung des HBA ist ein Zertifikat Voraussetzung, das über einen von den Kammern zugelassenen Zertifizierungsdiensteanbieter (ZDA) ausgestellt wird.

**Kosten** Die Umstellungskosten auf die e-Card schätzt man auf ca. 1,7 Milliarden €. Davon sollen die Kassen den größten Teil übernehmen, die Leistungserbringer sollen sich mit 600 Millionen € beteiligen. Schätzungen gehen von ca. 2.000 bis 3.000 € je Durchschnitts-Praxis aus, die z. T. wieder refinanziert werden sollen, z.B. über einen zusätzlichen Gebührenanteil für Verschreibungen. Die Krankenkassen würden zur Zeit für jedes der jährlich 700 Millionen Rezepte Bearbeitungskosten von 40-50 Cent an die Ärzte zurückzahlen. Wie das für die Psychotherapeuten aussehen wird, ist noch offen. Die Finanzierung der technischen Infrastruktur in den Arztpraxen und Krankenhäusern steht noch nicht fest. Alle Vorgänge müssen elektronisch signiert (beglaubigt) werden, wodurch zusätzliche Kosten entstehen.

**Proprietäre Lösung** Eine hersteller- und/oder verbandsspezifische, urheberrechtlich geschützte IT-Lösung z.B. für e-Cards. Ein solches „closed system“ bietet keine standardisierte Schnittstelle zu anderen Systemen des Gesundheitswesens. Große Unternehmen favorisieren bisher eine proprietäre Lösung, können sie doch durch die alleinige Kontrolle über das System nicht nur mehr Sicherheit erzielen, sondern sich auch ein lukratives Monopol sichern. Eine proprietäre Lösung verhindert eine sektorenübergreifende Kooperation und verringert damit die Versorgungsqualität. Obwohl dieses Problem bekannt ist, wurde bisher noch kein einheitlicher Standard für den Informationsaustausch zwischen den verschiedenen IT-Systemen etabliert. Da aber die Integrierte Versorgung schnellen Informationsaustausch erfordert, wenn Einsparpotentiale und Qualitätsverbesserung erzielt werden sollen, werden sich die KVen für die Standardisierung der IT-Systeme engagieren.

Kritiker der „open systems“ bezweifeln deren Sicherheit und bauen auf neue, sicherere proprietäre Lösungen. Eine absolute Sicherheit wird es aber auch hier nicht geben, denn es kommt nicht nur auf die Sicherheit des Systems an. Eine korrekte und für Datenschutz sensible Anwendung ist mindestens ebenso wichtig. Ein asymmetrisches kryptographisches Verfahren mit der Vergabe eines komplexen Sicherheitsschlüssels hilft nichts, wenn es nur über eine vierstellige PIN gesichert wird, denn diese enorme Sicherheitslücke könnte sehr schnell „geknackt“ werden kann. Eine Lösung durch open systems, die mit Verzicht auf sicherere Standards verbunden wäre, würde sich für interessierte „Hacker“ rechnen.

**Rechtliche Grundlage** 1. Das GMG legt in SGB V § 291 Abs.1 fest, dass die Gesundheitskarte „bis spätestens zum 1. Januar 2006 zur Verbesserung von Wirtschaftlichkeit, Qualität und Transparenz der Behandlung... zu einer elektronischen Gesundheitskarte erweitert“ werden soll (Gesetzestext: <http://www.bundesaerztekammer.de/30/eArzttausweis/10Basis/14Rechtsgrundlage/10Wortlaut.html>).

2. Gesetz zur Organisationsstruktur der Telematik im Gesundheitswesen“ (2005). Mit dem Gesetz sollen die rechtlichen und finanziellen Rahmenbedingungen für eine Einführung der elektronischen Gesundheitskarte geregelt werden. (→ Gematik mbH) (Gesetzestext: <http://217.160.60.235/BGBL/bgb11f/bgb1105s1720.pdf>)

**Telematik** Das Wort setzt sich zusammen aus „Telekommunikation“ und „Informatik“ und bedeutet zunächst, dass Datenbestände auf entfernten Rechnersystemen über eine Datenfernverbindung miteinander vernetzt werden. Dies soll vom lokalen (Client-)Rechner (z.B. PC der Arztpraxis) mit einem Konnektor über einen sicheren Anbindungs- und Vermittlungsdienst (SAVeD) zu den Großrechnern im Netz (Server) ermöglicht werden.

**Telemedizin** ist ein Teilbereich der → Telematik im Gesundheitswesen. Sie bezeichnet Methoden der Diagnostik und – in geringem Umfang – der Therapie mittels Telekommunikation und wird als „virtueller Transport des Experten zum Patienten“ gefeiert. Außer den bereits alltäglichen Möglichkeiten wie z.B. Videokonferenzen können medizinische Daten (Texte, Tabellen, Befunde, Röntgen- und CT-Bilder, histologische Befunde) elektronisch ausgetauscht werden, um eine diagnostische oder therapeutische Interaktion zu ermöglichen. So können eventuell vor Ort nicht vorhandene Spezialisten einbezogen, unklare Befunde geklärt und Zweitmeinungen schnell eingeholt werden. Z. B. kann eine Gewebeprobe in ein ferngesteuertes Mikroskop eingelegt und in einem entfernten Labor untersucht werden. Welche realistische Zukunft der Telechirurgie (Operationen mittels Roboter, eventuell von einem entfernt gelegenen Ort aus) beschieden ist, mag dahingestellt sein – im Unterschied zu durchaus sinnvollen Entwicklungen der computer-assistierten Chirurgie. Unbestreitbaren Nutzen kann Telemedizin im Bereich der Aus-, Fort- und Weiterbildung haben. Z. B. werden nicht nur Fachveranstaltungen mit Vorlesungscharakter und multimediale Kurse möglich, sondern man kann Operationen per Video nachvollziehen bzw. selbst simulieren (Vgl. <http://www.zuv.uni-heidelberg.de/AAA/alumni/med/> oder <http://www.virtuelle-hochschule.de/index2.html?7004>) Neben zahlreichen noch ungeklärten Fragen des Datenschutzes, der Verantwortlichkeit und Haftung (welche Dignität hat die „Zweitmeinung“?) und der Bezahlung der über Telekommunikation erbrachten Leistungen stellt sich besonders die Frage nach der Kosten-Nutzen-Relation: Die Telemedizin verursacht Fixkosten (Geräteanschaffung) und Betriebskosten (u. a. Wartung, Schulung, Personalkosten). Deshalb überleben viele Projekte den Förderungszeitraum nicht. Andererseits wundert es nicht, dass einschlägige Wirtschaftsunternehmen das Loblied der Telemedizin singen.

**Telemonitoring** Teil der → Telemedizin, bei dem es keinen unmittelbaren Kontakt zwischen Arzt/Ärztin und PatientIn gibt. Geräte überwachen regelmäßig lebenswichtige Befunde (wie Herzströme, Blutdruck, Blutzucker), die an Telekommunikationseinrichtungen übermittelt werden (Beispiel: <http://www.Diabetestagebuch.de/>). Z. T. ist auch nur eine bedarfsweise Aufzeichnung und Übermittlung möglich (bei akuten Herzbeschwerden etwa <http://www.tsgz.de/>). Wann der Einsatz dieser Technik sinnvoll ist, wird unterschiedlich beurteilt, da erhebliche logistische, datensicherheitstechnische und rechtliche Voraussetzungen erforderlich sind. Die Befürworter betonen die erhöhte Sicherheit für die PatientInnen in ihrer häuslichen Umgebung, den Zeitgewinn im Notfall, das Vorhandensein eines Ansprechpartners rund um die Uhr, Einsparungen von Arztbesuchen, Krankenhauseinweisungen, Krankenfahrten. Kritisch gefragt wird, für welche PatientInnen diese Möglichkeit nützlich und auch handhabbar ist, was sie kostet, inwieweit Telemonitoring nicht dazu beiträgt, menschliche Zuwendung weiter durch Technik, Kommunikation durch Datenübermittlung zu ersetzen; Pflegepersonal könnte abgebaut und „blutige Entlassungen“ aus dem Krankenhaus häufiger werden.

HELGA PLANZ UND URSULA NEUMANN

## Links zum Glossar

Dieses Thema ohne Links – undenkbar! Einige der Quellen unseres Glossars finden Sie hier. Sie sind nur eingeschränkt „qualitätsgeprüft“, manche sind kommerziell, andere deutlich interessengeleitet. Was nicht heißt, dass sie gar nichts taugen. Aber kritisches Lesen ist nie verkehrt!

Nie verkehrt ist auch „Wikipedia“ eine nichtkommerzielle „open source“. Hier basteln viele Leute mit und viele Leute schauen einander auf die Finger. Suchwort eingeben – oder selber den fehlenden Artikel schreiben: <http://de.wikipedia.org/wiki/Hauptseite>

Von der Hauptseite des Deutschen Instituts für medizinische Dokumentation und Information <http://www.dimdi.de/dynamic/de/index.html> aus kann man z.B. ein Glossar, Wälzer zu „Telemedizin und e-Health in Deutschland“ oder eine Expertise zur Einführung einer Telematik-Architektur herunterladen: <http://www.dimdi.de/static/de/ehealth/karte/egkglossar/index.html> und [http://www.dimdi.de/static/de/ehealth/public/telematikbuch\\_19\\_02\\_03\\_web.pdf](http://www.dimdi.de/static/de/ehealth/public/telematikbuch_19_02_03_web.pdf) bzw. [http://www.dimdi.de/static/de/ehealth/literatur/telematik\\_expertise.pdf](http://www.dimdi.de/static/de/ehealth/literatur/telematik_expertise.pdf)

Medknowledge – Suchkatalog für Medizin hat einiges zu bieten: <http://www.medknowledge.de/telemedizin/telemedizin.htm>

Vieles findet man auch unter: <http://www.onmeda.de/arztbesuch/untersuchung/telemedizin.html>

Die KBV darf nicht fehlen: <http://www.kbv.de/telematik.html>

Genauso wenig wie die Ärztekammer:

<http://www.bundesaerztekammer.de/30/eArztausweis/60Glossar/index.html>

Und noch ein Glossar: <http://www.medinfoweb.de/themen.htm>

Ein Strategiepapier des Schweizer Vereins „Informatik im Gesundheitswesen“: [http://www.ktsch.ch/home/gesundheitsorganisation\\_gd/informatik\\_vig/veranstaltungen/e-health-strategie.Par.0002.File.tmp/Grundlagenpapier\\_V1.0.pdf](http://www.ktsch.ch/home/gesundheitsorganisation_gd/informatik_vig/veranstaltungen/e-health-strategie.Par.0002.File.tmp/Grundlagenpapier_V1.0.pdf)

Die 260-Seiten-Dissertation „Gesundheitsberatung im Internet kann man herunterladen unter: <http://bison.ub.uni-bielefeld.de/volltexte/2005/715/pdf/gesundheitsberatunginternet.pdf>

Die Habilitationsschrift „Rechtliche und praktische Probleme der Integration von Telemedizin in das Gesundheitswesen in Deutschland“ finden Sie unter: <http://edoc.hu-berlin.de/habilitationen/medizin/dierks-christian/PDF/Dierks.pdf>

<http://www.gmds.de> ist die homepage der Deutschen Gesellschaft für Medizinische Informatik, Biometrie und Epidemiologie e.V.

Der Artikel „Cybermedizin und globale Kommunikation“ enthält Grundinformationen: [http://www.yi.com/home/EysenbachGunther/internet\\_public\\_health.htm](http://www.yi.com/home/EysenbachGunther/internet_public_health.htm)

Informationstechnologische Voraussetzungen der integrierten Versorgung als Powerpoint-Präsentation:

[http://www.imi.med.uni-erlangen.de/team/dog\\_berlin.pdf](http://www.imi.med.uni-erlangen.de/team/dog_berlin.pdf)

Fort-, Aus- und Weiterbildung übers Internet gibt es z.B. unter:

<http://www.virtuelle-hochschule.de/index2.html?7004> und

<http://www.zuv.uni-heidelberg.de/AAA/alumni/med/>

Mit „Wir sind die Guten“ wirbt die Firma Inode in Österreich für die e-Card. Und wer sind die Bösen? <http://www6.inode.at/ecard/>

In Österreich wird auch ganz ungeniert geschrieben, dass in der e-card mehr steckt - nämlich eine „Bürgerkarte“: [http://www.chipkarte.at/esvapps/page/page.jsp?p\\_pageid=220&p\\_menuid=51682&p\\_id=1](http://www.chipkarte.at/esvapps/page/page.jsp?p_pageid=220&p_menuid=51682&p_id=1)

URSULA NEUMANN

## IMPRESSUM

**Herausgeber:** Der Vorstand des Bundesverbandes der Vertragspsychotherapeuten e.V. (bvvp)

**bvvp-Geschäftsstelle:** Schwimmbadstraße 22, 79100 Freiburg, Tel.: 0761-7910245, Fax: 0761-7910243, E-Mail: [bvvp@bvvp.de](mailto:bvvp@bvvp.de), Homepage: [www.bvvp.de](http://www.bvvp.de)

**Verantwortlich für den Gesamtinhalt im Sinne der gesetzlichen Bestimmungen:** Martin Klett, AKJP, Erasmusstr. 16, 79098 Freiburg, Tel.: 0761-278089, E-Mail: [MartinKlett@t-online.de](mailto:MartinKlett@t-online.de)

**Redaktion Bundesvorstand:** Martin Klett, Erasmusstr.16, 79098 Freiburg, Tel.: 0761-278090, Fax: 07664-600451, E-Mail: [MartinKlett@t-online.de](mailto:MartinKlett@t-online.de); Dr. med. Hanna Simon, Birmöhler Str. 7, 24576 Bramstedt, Tel.: 04192-7388, Fax: 04192-85143. E-Mail: [dr.hanna.simon@dri.de](mailto:dr.hanna.simon@dri.de)

**Redaktion Regionalverbände:** Martin Klett, Erasmusstr. 16, 79098 Freiburg, Tel.: 0761-278090, Fax: 07664-600451, E-Mail: [martinklett@t-online.de](mailto:martinklett@t-online.de)

**Redaktion Schwerpunkt, Rezensionen und Sonstiges:** Dipl.-Psych. Ursula Neumann, Trotbergstraße 13, 77704 Oberkirch-Bottenau, Tel.: 07802-981563, Fax 07802-981565, E-Mail: [ursula-neumann@gmx.de](mailto:ursula-neumann@gmx.de), Dr. med. Ursula Stahlbusch, Ernsdorferstr. 50, 83209 Prien, Tel.: 08051-63502, Fax: 08051-966065, E-Mail: [ursula.stahlbusch@t-online.de](mailto:ursula.stahlbusch@t-online.de); Dr. med. Rüdiger Hagelberg, Eimsbüttler Straße 53-55, 22769 Hamburg, Tel.: 040-4305599, E-Mail: [R.Hagelberg@web.de](mailto:R.Hagelberg@web.de); Ortwin Löwa, Hermann-Behn-Weg 20, 20146 Hamburg, Tel. u. Fax: 040-448429, E-mail: [oloewa@gmx.de](mailto:oloewa@gmx.de)

**Referat Dienstleistungen im bvvp:** Manfred Falke, Triftstr. 33, 21255 Tostedt, Tel.: 04182-21703, Fax: 04182-22927, E-Mail: [vpnds@bvvp.de](mailto:vpnds@bvvp.de)

**Verlag:** Copernicus Gesellschaft mbH, Max-Planck-Str. 3, 37191 Katlenburg-Lindau – Projektleitung: Michael Koschorreck

**Adressenänderungen:** bvvp-Geschäftsstelle, Fr. Fekete, siehe oben

**Satz:** Selignow Verlagsservice Berlin, [www.selignow.de](http://www.selignow.de)

**Druck, Bindung, Versand:** druckhaus köthen GmbH, 06366 Köthen

**Anzeigen:** Copernicus Systems + Technology GmbH, Kreuzbergstr. 30, 10965 Berlin

**Anzeigenhotline für Beilagen und gestaltete Anzeigen:** 030-6090296-0, Fax: 030-6090296-22 (Herr Selignow)

Kleinanzeigen, Neuerscheinungen und Veranstaltungsanzeigen:

Online-Buchungssystem [www.bvvp-magazin.de](http://www.bvvp-magazin.de)

Es gilt Anzeigenpreisliste Nr. 5, Erscheinungsweise: vierteljährlich

Das nächste Heft erscheint am 20.01.2006, Redaktionsschluss: 01.12.2005

ISSN-Nummer: 1683-5328

Die Zeitschrift ist für Mitglieder der Regionalverbände des bvvp im Mitgliedsbeitrag enthalten. Einzelverkaufspreis 6 €.

Bei Einsendungen an die Redaktion wird, wenn nichts anderes vermerkt, das Einverständnis zur vollen oder auszugsweisen Veröffentlichung vorausgesetzt.

Namentlich gekennzeichnete Artikel geben nicht unbedingt die Meinung des Herausgebers und der Redaktion wieder. Auszugsweiser Textabdruck ist mit Quellenangabe gestattet.

Auf unserer homepage [www.bvvp-magazin.de](http://www.bvvp-magazin.de) können Sie Hefte bestellen, Beiträge älterer Hefte herunterladen, Anzeigen aufgeben und noch einiges andere mehr. Schauen Sie mal rein! Bitte besuchen Sie auch die bvvp-Homepage [www.bvvp.de](http://www.bvvp.de). Während wir «fürs Grundsätzliche» zuständig sind, finden Sie dort die aktuelle Berichterstattung.

## Risiken und Chancen der e-Karte in der Arztpraxis



Rüdiger Hagelberg

Mit der Einführung der e-Karte wird vielfach die Sorge verbunden, dass wir dem „Gläsernen Patienten“ durch sie ein gutes Stück näher kommen werden. Indes birgt das neue Medium nicht nur Risiken sondern bietet auch Chancen für die medizinische Versorgung.

### Risiken

Ich erinnere eine Szene als Allgemeinmediziner nach der Einführung des PC in der Praxis. Ein Patient saß vor uns, dem PC und mir, und beklagte Husten. Ich hatte seine Beschwerden im PC eingegeben, hatte Anamnese, (vorformulierten) Befund und Therapie damit verknüpft und Rezept wie AU ausgedruckt. Zufrieden hatte ich schon „der Nächste bitte!“ auf den Lippen, als der Patient mich fragte: „Wollen Sie mich gar nicht untersuchen?“

Das größte Risiko der e-Karte liegt in der Ausbreitung der EDV, des „Dritten“ im Arzt-Patienten-Kontakt. Immer war der PC auch Hilfe, aber er hat ebenso zur Schematisierung (bald auch zur Ökonomisierung) der Behandlung beigetragen. Nach einer Anlaufzeit ging alles schneller. Wenn es in der ambulanten Behandlung von Patienten vor allem auf Schnelligkeit ankam, war der PC bald sehr nützlich.

Dieses System wird mit der e-Karte ausgeweitet. Sie wird Aufmerksamkeit für sich verlangen, die dem Arzt-Patienten-Kontakt zusätzlich fehlt und den Arzt vom unmittelbaren persönlichen Eindruck abgelenkt. Dies gilt auch für die Helferinnen: begrüßten sie früher die ankommenden Patienten „von Angesicht zu Angesicht“, so wenden sie heute nur noch knapp den Blick vom Bildschirm. Mit der e-Karte werden sie noch mehr an die EDV und ihren organisatorischen Schematismus gebunden sein.

Der Medizinbetrieb war bisher überschaubar. Hausarzt- und viele Facharztpraxen hatten einen Patientenstamm, der sich der Praxis zugehörig fühlte. Das Praxispersonal fand sich in seinen Berufsverbänden und den Organen der Selbstverwaltung eingebunden. Man wusste, wohin man gehörte. Die e-Karte dagegen revolutioniert die bisherige medizinische Infrastruktur. Die Praxisgrenzen verschwimmen zugunsten von Gesundheitstelematik, Gesundheitsnetz oder telematischer Vernetzung. Die Einführung einer Informations-, Kommu-

nikations- und Sicherheitsinfrastruktur, die sich über unsere Praxen legen wird, erfordert kritische Reflektion. Kennen wir die Folgen genau? Werde ich zum Beispiel einen Patienten – entgegen der freien Arztwahl – verlieren, der „irgendwo“ schneller, „besser“ oder kostengünstiger behandelt werden könnte? Und umgekehrt: werden die Patienten gezwungen, „irgendwo“ hin zu gehen, wo es angeblich „besser“ und „billiger“ geht? Die angestrebte größere Transparenz der Abläufe im Gesundheitswesen darf sich nicht auf diese Weise gegen die Patienten und uns wenden. Wenn mit der geforderten „Proprietät“ des Systems so etwas wie „Eigenleben“ gemeint ist, vermittelt das den Eindruck, dass sich innerhalb der telematischen Vernetzung unabhängige Vorgänge breit machen, die den Rahmen angemessener medizinischer Behandlung sprengen.

Ein zuverlässiger Datenschutz der überaus sensiblen Gesundheitsdaten ist nach aller Erfahrung nicht gewährleistet. Wo werden plötzlich persönlichste Informationen auftauchen und womöglich missbraucht werden? Werde ich zu revidierende Verdachtsdiagnosen oder sehr intime Befunde (z.B. bei AIDS oder psychischen Erkrankungen) in der Praxis halten können? Mit dem vollen Programm der e-Karte geht meine Praxis „online“, während bisher alle Daten über meine Patienten, von bestimmten Ausnahmen abgesehen, in der Praxis und im Praxis-PC gesichert verblieben.

Überdies wird sich das Praxispersonal in einer Phase mit der neuen e-Karte (und dem neuen elektronischen Heilberufsausweis, dem eHBA) herumschlagen müssen, in der der neue EBM in den Praxisablauf zu integrieren ist. Es brauchte zwei bis drei Jahre, bis der alte EBM problemlos lief, und es sieht nicht so aus, dass es mit dem neuen schneller geht. Und nun noch die e-Karte! Die bürokratischen und organisatorischen Abläufe sind bereits heute sehr umfangreich und zeitraubend und lenken von der eigentlichen Praxisarbeit ab. Weitere komplizierende „Aufgaben“ wie Einzelverträge, Hausarztmodell, DMPs, IVs oder QM kommen dazu. Was soll ein Praxisbetrieb, der sich auf die Behandlung von Kranken konzentrieren soll, noch alles „nebenebei“ bewältigen?!

Die Kosten für die Einführung der e-Karte und eHBA werden auf ca. 1,7 Milliarden Euro geschätzt und vor allem von den Praxen aufzubringen sein. Hier stehen zunächst Zeit- und Kosten-aufwändige Investitionen im Vordergrund, während sich Spareffekte angeblich zuerst bei den Kassen zeigen werden. Also zahlen die Ärzte erstmal wieder die Zeche. Eine rasche Kostenersparnis auch in den Praxen soll das elektronische Rezept bewirken, was dann aber für „Rezept-arme“ Praxen (z.B. Psychotherapeuten) nicht gilt. Auch sind die 45 000 Praxen im Kosten-Nachteil, die noch keine adäquate EDV haben.

Wie sich die Behandlung der Privatpatienten oder gar das „IGeLn“ in das System der e-Karte werden einordnen lassen, mag hier als Frage am Rande gestellt werden. In der Praxis aber wird sie von größerem Belang sein.

### Chancen

Der 75 jährige Herr M. ist zum ersten Mal in der Praxis. Er leidet an Atemnot. Akut oder chronisch? Wie lange schon? Bei Belastung oder auch in Ruhe? Husten oder keinen? Schmerzen oder nicht? Das sind einige der Fragen, die beantwortet werden müssen. Leider kann sich Herr M. nicht auf die Namen der bisher verschriebenen Medikamente besinnen. Seine wichtigsten Vorerkrankungen oder frühere Krankenhausaufenthalte fallen ihm nicht ein. Er wäre ein Patient für ruhigere Tage. Aber es geht ihm jetzt schlecht, und viel kann hinter seinen Beschwerden stecken. Es muss sofort etwas getan werden, auch wenn

das Wartezimmer voll ist. Doch, welche Freude, Herr M. hat seine e-Karte dabei, autorisiert den Zugang, und nach kurzer Zeit finde ich alles auf dem Bildschirm, was ich wissen muss.

In unserer alternden Gesellschaft werden Patienten wie Herr M. immer weniger die Ausnahme sein. Hier bietet die e-Karte die Chance, zuverlässig und schnell zu Informationen zu kommen, die für eine Behandlung notwendig sind. Natürlich zeigt die e-Karte von Herrn M. nicht die aktuelle Erkrankung – untersucht werden muss er schon noch. Aber Vormedikation, bisherige Diagnosen, Krankenhausaufenthalte usw. weisen häufig die Richtung, in die auch jetzt zu denken ist.

Ich stelle mir die Informationen über meine Patienten als Teil eines gesicherten, durch Autorisierung rasch zugänglichen und im Rahmen der EU sogar grenzüberschreitenden großen Pools vor. Ich brauche ihn im Notfall, wenn der Patient sich nicht selbst äußern kann, aber auch im Normalfall, wenn der Patient einzelne wichtige Angaben, z.B. über Impfungen, über Allergien und manches andere nicht oder nicht zuverlässig parat hat. Hilfreich wäre auch, wenn ich die Patientenangaben aus dem Pool in einer Art „virtuellen Konsultation“ mit Informationen über Arzneimittel oder neueste medizinische Erkenntnisse verknüpfen könnte. Fehler in der Medikation könnten leichter vermieden werden, weil mir die vielen Informationen über Wirkungen und Nebenwirkungen sowie das Zusammenspiel verschiedener Medikamente rasch zur Verfügung stünden. Neueste medizinische Forschungsergebnisse fielen mir leichter zu und kämen der Praxis der Patientenbehandlung zugute. Auch konsultatorische Kontakte zu mitbehandelnden Kollegen sowohl im ambulanten wie im stationären Bereich würden erleichtert. Ein derartiges Kommunikationssystem böte damit dem Praktiker bei Bedarf größeren Rückhalt als heute.

Endlich bietet sich durch die e-Karte auch die Chance, „Ärzte-Hopping“ und Medikationsauswüchse zu begrenzen. Bisher erfahre ich weder über Vor-Besuche des Patienten in anderen Praxen noch über Vor-Medikationen etwas, wenn der Patient sie nicht erwähnt. Dabei müssen Doppeluntersuchungen oder das Einholen einer unbeeinflussten Zweitmeinung nicht unsinnig sein. Häufig sind sie es aber eben doch. Vielleicht fällt nun auch eher auf, wenn ein Patient mit diffusen Beschwerden von einem Somatiker zum anderen geschickt wird, ehe es endlich zur Diagnose einer psycho-somatischen Erkrankung kommt. Und die Medikation durch verschiedene Ärzte, die nicht voneinander wissen, ist nicht nur unsinnig sondern bisweilen auch gefährlich. Dem elektronischen Rezept wird aus diesem Grund ein Vorrang bei der Karteneinführung gegeben. Man hofft, dass dadurch viele teure Verschreibungen ausbleiben. Transparenz als Chance, Kosten zu sparen, heißt die Devise. Voraussetzung bleibt allerdings, dass der Patient den Zugang zu seinen Daten jeweils autorisiert. Er wirkt damit bei der Nutzung des neuen Systems an entscheidender Stelle mit.

Mit der e-Karte wird – nach Anfangsschwierigkeiten – vieles in der Praxis reibungsloser vonstatten gehen. Der Berichtspflicht werde ich mit dem Anklicken weniger Textbausteine online problemloser nachkommen können. Notfalldaten, einschließlich Patientenverfügungen aller Art, stehen bei Bedarf sofort zur Verfügung. Das online-Rezeptieren wird Zeit sparen, und Röntgen-, Sono- und andere Befunde werde ich nicht mehr per Post weiterleiten müssen. Die Meldepflicht bei bestimmten Erkrankungen wird erleichtert, und es werden schließlich die (anonymisierten) Daten aus dem Pool für Statistik und Epidemiologie zur Verfügung stehen. Die Medizin wird als empirische Wissenschaft unter den neuen Bedingungen große Fortschritte zum Wohle der Patienten und zur eigenen Weiterentwicklung machen. Und sie wird bezahlbarer werden.

## Wohin die Reise geht

Der Vorsitzende der KBV, Dr. med. Andreas Köhler, betonte, im „politischen Raum“ werde die Einführung der e-Karte als „eines der Schlüsselprojekte für die Modernisierung des Gesundheitswesens“ gesehen. „Modernisierung“ indes kann alles oder nichts besagen: Wandlung und Anpassung an die Erfordernisse des Menschen in seiner Zeit wie auch das Mitschwimmen in den Strömen des Zeitgeistes. Mit der Kategorie des Modernen allein ist die e-Karte nicht zu bewerten. Vertrauensvolle und partnerschaftliche Arzt-Patienten-Kontakte zum Beispiel müssen auch unter dem Zeichen der Telematik ihren Wert behalten.

So reiht sich die e-Karte in eine Reihe von Neuerungen, insbesondere elektronischer Art, ein, die einerseits der Verbesserung der medizinischen Versorgung unserer Patienten dienen sollen, die aber andererseits auch Probleme mit sich bringen, wie die Erfahrung zeigt. Praxis-PC, EDV-gestützte Praxisorganisation, Patientenkarte, Diagnose- und Therapieschemata, DMPs, DRGs, EBM 2000 plus u. a. – wenn man den Weg der Medizin in den letzten Jahren ohne Wertung ansieht, ist die Einführung der e-Karte nur logische Konsequenz. Diese Entwicklung trägt jedoch einer heutigen Medizin des Zeitdruckes, der Einzelleistung oder der Symptomorientiertheit eher Rechnung als einer Medizin des vertrauensvollen Kontaktes und des mündigen Miteinander. Die Fülle neuer wissenschaftlicher Erkenntnisse, eine nie versiegende Informationsflut über neue Arzneien und Therapien und bürokratische Reglementierungswut überschwemmen die heutige Praxis. Geht die Medizin auf diesem Weg weiter, und es sieht ganz danach aus, so muss sie alle Hilfsmittel nutzen, um organisatorische Reibungs- und Zeitverluste zu minimieren und ein Steigen der Kosten zu begrenzen.

Wir Ärzte sind heute kaum noch in der Lage, die Zukunft der Medizin nach unseren Vorstellungen zu gestalten. Unsere frühere Autorität und Kompetenz, denen das ungestörte Einbringen unserer medizinischen Kenntnisse in den Arzt-Patienten-Kontakt zu Grunde lag, schwinden. Manch einer wird dies als Ende der hierarchischen Arzt-Patienten-Beziehung begrüßen, aber was kann dafür entstehen? Neue zusätzliche Maßstäbe der Medizin, Wirtschaftlichkeit, Wettbewerbsdruck oder Transparenz bedrohen nun auch das „Pflänzchen“ Partnerschaft zwischen Arzt und Patient. Beide stehen unter der Fuchtel dieser Gegebenheiten. Ihr gerade erst begonnener Dialog könnte schon wieder verstummen. Die Erteilung der Zugangsbeziehung zu seiner e-Karte durch den Patienten als Ausdruck seiner Mündigkeit und (virtuellen) Aufwertung zu feiern, kann ja wohl nicht alles sein.

Wir stehen nicht am Bahnhof und entscheiden, in welche Richtung wir fahren wollen. Wir fahren längst in eine Richtung und dürfen gelegentlich über eine Weichenstellung oder das Tempo mitentscheiden. Nur darum geht es noch – auch bei der Einführung der e-Karte.

RÜDIGER HAGELBERG

**Besuchen Sie auch die bvvp-Homepage  
[www.bvvp.de](http://www.bvvp.de)**

**Während das bvvp-Magazin  
«fürs Grundsätzliche»  
zuständig ist, finden Sie dort  
die aktuelle Berichterstattung.**



## e-Health in der Psychotherapie

### Eine Zukunftsvision

Der Patient gibt mir wie zu Beginn jeder Stunde seine e-Card und legt sich auf die Couch. Auf meinem Laptop, der schon lange Block und Kuli ersetzt hat, erscheinen Datum und Uhrzeit: 28. September 2010, 9.04. Uhr. Mist. Jetzt reicht es wieder nicht zur 10-Minuten-Kaffeepause, ich darf nicht vor 9.54 Uhr aufhören, die Krankenkassen kontrollieren neuerdings ziemlich scharf. Aber sonst kann ich nicht mehr so recht verstehen, wieso ich mich vor ein paar Jahren so angestellt habe, als die e-Card, e-Patientenakte und so eingeführt wurden. Hat doch eindeutig Vorteile, wenn ich nur dran denke, wie ich als Psychologin immer ein kluges Gesicht machen musste, wenn ich mal wieder keine Ahnung hatte, was das jetzt für ein Psychopharmakon ist, zu dem ich gefragt werde. Ich hab es mir immer notiert (Zipramil, Zibramil oder Cipramil???) und hinterher verstohlen die Rote Liste befragt. Alles überflüssig. Ich frage nicht mehr nach Medikamenten und werde nicht mehr danach gefragt, kann man ja alles im e-Rezept nachlesen. „Die letzten 50 Zugriffe werden zu Ihrer Sicherheit protokolliert“, heißt es für die PatientInnen. Zu meiner Sicherheit auch. Ein Klick und ich werde von der Herstellerfirma über alles Notwendige informiert. So halbwegs objektiv. Die Programme der non-profit-Seiten kriege ich nicht auf meinen Laptop, schließlich bekomme ich den recht billig von der KV, und die haben da so Abkommen mit Servicefirmen. Sind schon alle Programme aufgespielt und ich muss mich um nichts kümmern. Der Patient redet sich warm, ich brauch erst mit halbem Ohr zuhören. Seit der letzten Stunde vor zwei Tagen wird ja nicht viel passiert sein. Schauen wir mal. Ach doch. Beim Orthopäden war er. Wieso denn das? Rückenschmerzen. So dunkel erinnere ich mich. Hat er in der letzten Zeit ein paar mal erwähnt. Was meint denn mein Orthopädiekollege? Unklarer Befund im Bereich C4 und C5. Wenn das der Onkel Doktor sagt, brauch ich auf dem Röntgenbild auch nichts zu sehen. Manchmal bereue ich es, nicht Medizin studiert zu haben. Irgendwie sind die doch näher an den Leuten dran. „Ich kann das alles bald nicht mehr ertragen, ein Nackenschlag nach dem anderen“, meint mein Patient gerade. Ich liebe seine bildreiche Sprache. Nur lässt sie sich so schwer kodieren. Ob nicht ein bisschen Krankengymnastik gut wäre? Die meisten PatientInnen sprechen gut auf körperliche Zuwendung an, egal wie der Befund ist. Ich darf nicht vergessen, dem Orthopäden den Vorschlag per Mail zu schicken. Krieg ich ja neuerdings auch bezahlt. Wurde auch Zeit nach dem jahrelangen Ärger, e-Consulting nicht berechnen zu können ... Muss mal in die e-Patientenakte schauen, was denn bei der Anamnese steht. Oje. Das ist schlecht. Schon damals Kreuzschmerzen. Und jetzt eine Verschlechterung, wo in drei Stunden wieder ein e-Monitoring bei der Krankenkasse angesagt ist. Wenn Ich ihm dafür die Diskette mit den aktuellen Testfragen gebe, sollte ich vielleicht doch darauf hinweisen, dass er bei der Frage nach den Symptomen die Rückenschmerzen nicht zu sehr in den Vordergrund stellt. Sonst kriegen wir keine Therapieverlängerung, und er fühlt sich ja sichtlich wohl bei mir. Blöd, dass er ausgerechnet jetzt zum Orthopäden ist, hätte er doch vorher sagen können! Stimmt da was mit der Compliance nicht? Na, eher eine Mutterübertragung. Egal. Das gibt ein Problem. Die sind bei der Kasse ja auch nicht doof und führen die Daten zusammen. Ansonsten verstehe ich gar nicht mehr, wieso ich mich vor ein paar Jahren so verkämpft habe, dass das TK-Modell nicht kommt. Ist doch alles halb so wild und eigentlich gar nicht so unprak-

tisch, diese absolut objektive Rückmeldung. „Ich spüre mehr“, „ich bin selbstbewusster geworden“ – diese Rückmeldungen der PatientInnen waren hübsch blumig aber wissenschaftlich unbrauchbar. Hoffentlich erwähnt der Patient diesmal keinen Angstanfall, sonst wäre eine Höherstufung im Schweregrad fällig. Und dann wird's eng mit weiteren Stunden. Peinlich wär's für mich außerdem. Dass die Stundenkontingente geringer wurden, schon wahr, aber das ist der Lauf der Zeit. Muss man eben mehr Leute durchschleusen. Die Zeiten sind vorbei, wo die VTler damit punkten konnten. Dito beim Benchmarking. Muss grad mal gucken, wo ich im Moment stehe. Sieht ganz gut aus. Habe glatt den Kraus überrundet. War mir eh ein Rätsel, wie der es auf die vorderen Plätze geschafft hat. Und dann noch auf der homepage damit anzugeben. Ha! dachte ich's doch. Die hat er noch nicht aktualisiert.. Hilft ihm aber nichts, kann man auf der Internet-Seite jeder Krankenkasse nachlesen. Außerdem: Benchmarking hin oder her. Die Leute gehen lieber zu Frauen. Trotzdem sollte ich ihn mal fragen, wie sein computergestütztes Monitoringprogramm für Flugangst läuft. Finanziell soll es sich ja rentieren, obwohl die Anschaffungskosten reichlich stramm sind. Dirk hat das gestern bestätigt bei unserer monatlichen Intervisions-Videokonferenz. Die Fischer ist da ja ausgestiegen, hat sich auch geweigert am e-Monitoring teilzunehmen. Therapie sei ein individueller Prozess und kein quantifizierbares Geschehen. Je nun, so hab ich auch mal gedacht. Ihre PatientInnen sollen ganz zufrieden sein. Muss auch solche Leute geben. Und deswegen gleich mit dem Entzug der Kassenzulassung drohen – manchmal spinnen die schon. Dabei könnten die Kassen gerade damit werben: „Wir schützen vom Aussterben bedrohte Arten.“ Ups. Jetzt muss ich aber aufpassen. Als Analytikerin hat man es zwar wirklich besser als die armen VT-Kolleginnen, weil Schweigen zum Handwerk gehört. Aber schließlich muss ich noch vor Ende der Stunde was in die e-Patientenakte schreiben.

**CG Jung**  
Institut Zürich

C.G. JUNG INSTITUTE ZURICH  
SWITZERLAND

### **WINTER INTENSIVE STUDY PROGRAM IN ANALYTICAL PSYCHOLOGY February 13 – 18, 2006**

A holistic approach to man and his world.  
Topics: alchemy, art, dreams, fairytales,  
picture interpretation, religion.

**For professionals and for laypersons.**

For further information please contact:

[www.junginstitut.ch](http://www.junginstitut.ch) / [fueter@junginstitut.ch](mailto:fueter@junginstitut.ch)  
Phone + 41 44 914 10 47  
Fax + 41 44 914 10 50

Liest zwar keiner von den Dokters. So weit ist es dann doch nicht mit der Integration der Psychos, dass die wissen wollen, was ich meine. „...Und dann hab ich gesagt, ‚Ihre Tochter ist ja so was von lebenssprühend, ein richtiger Schatz.‘ Und wissen Sie, was die mir geantwortet hat? ‚Das ist noch gar nichts, da müssen Sie erst mal die Fotos von ihr sehen!‘ Ist das nicht furchtbar?“ Ich verstehe nicht, was er meint. Aber ein professionelles „Hm!“, ist bestimmt nicht verkehrt.

URSULA NEUMANN UND MARIANNE FUNK

## „Timeo danaos et dona ferentes“

### e-Health aus Patientensicht



Ortwin Löwa

„Ich fürchte die Danaer, auch wenn sie Geschenke bringen.“ Das war die späte Erkenntnis der Trojaner, nachdem sich die griechischen Belagerer mit einem riesigen Holzpferd in die Stadt geschmuggelt hatten.

### Geschenktem Gaul schaut man extra ins Maul (Humorvolle Verbraucherweisheit)

Als der PC seinen Siegeszug antrat, wurde er mit der Jubelparole vom „papierlosen Büro“ begrüßt. Na ja, vielleicht wäre ein Drucker als Ergänzung doch gar nicht schlecht, um den Text eines Manuskripts schwarz auf weiß nach Hause zu tragen, oder ihn in aller Ruhe und nicht am flimmernden Bildschirm nachzulesen, oder die Doktorarbeit, das Gutachten, die Beschlussvorlage schriftlich zur Verfügung zu haben, oder, oder – jedenfalls wird jetzt derart viel ausgedruckt, dass sich die Hersteller von Tintenpatronen oder Laserkartuschen die Hände reiben.

Die Werbebotschaft „papierloses Büro“ war ein Türöffner – für die Vordertür. Die dankbaren Sekretärinnen sperrten sie auf, wähten sie sich doch von endlosen Schreibmaschinendiktaten oder lästiger Ablage befreit. Doch durch die Seitentür kam der eigentliche Nutzefekt, die Automatisierung niederer Tätigkeiten und ihre Steuerung durch eine höhere Funktionsebene – ein Gesetz der Industrialisierung. Nun ist das klassische Stenotypistinnenheer zugunsten weniger Damen geschrumpft, die am PC die von der Chefebene vorgegebene Textbausteine formatieren, die Endtexte zur Sicherheit ausdrü-

cken und sich ansonsten mit der Ablage der von ihnen angelegten Dateien herumschlagen. Mit dem Laptop schleppt der Chef sein Büro durch die ganze Welt und freut sich noch, dass er seine eigene „Tipps“ werden durfte. Bei wem jetzt die Frage aufdämmert: Wenn mit der geplanten Gesundheitskarte das elektronische Arztzimmer eingeführt wird, was wird dann aus den Arzthelferinnen? liegt gar nicht falsch. Aber der Reihe nach:

Wenn am Haupteingang ein Produkt angepriesen wird, sollte man darauf achten, was am Hintereingang tatsächlich ins Haus kommt. Einst gab es den Krankenschein, jedes Vierteljahr abzuliefern, bei Konsultation von Spezialisten durch eine Überweisung ergänzt. Dann kam der PC auch in die Praxen, konnte den Patientenstamm verwalten und die Abrechnungen online abschicken. Günstig auch die Suchprogramme nach Medikamenten, die so freundlich waren, die Produkte bestimmter Firmen hervorzuheben. Da sparte man sich doch den einen oder anderen Vertreterbesuch. Nur der Patient war noch nicht elektronisch erfasst:

So wurde er mit der Chipkarte beglückt. Und konnte sein Glück erst gar nicht fassen: Der Chip wurde zur bequemen Eintrittskarte nach der Melodie: Wir wandern, wir wandern von einem Arzt zum anderen. Auch die Chipkarten wanderten vielfach – von einer Hand in die andere. Täuschung war leicht, da es keine Ausweispflicht gab.

Hätte die Politik den Missbrauch nicht vorhersehen können? Wahrscheinlich wurde er für die Vorbereitung der e-Gesundheitskarte billigend in Kauf genommen: Das soll nun verhindert werden! Jetzt wird die e-Card mit einem Foto versehen werden – für das insgesamt teure Projekt noch einmal eine teure Angelegenheit zusätzlich. Könnte man denn nicht die Ausweispflicht einführen? Da lacht der Amtsschimmel! Angeblich sind die Ausweispflicht nicht so sicher wie die neuen e-Card – Fotos. Auf meiner Kreditkarte ist übrigens ein Foto, das mir das Gefühl von Sicherheit geben soll. Kein Bankangestellter hat es bislang kontrolliert, obwohl ich richtig nett lächle. Ich ahne übrigens, wozu das Foto letztlich gebraucht wird (Hintereingang!). Doch davon später.

Noch eine Anmerkung zum künftigen ausbaufähigen Nutzen des Chips: Ich gehe jedes Vierteljahr zum Zahnarzt – wg. Zahnstein und Vorbeugung von Parodontose. Das wurde von der Kasse bislang mit lobenden Worten bezahlt. Jetzt – ohne Worte – nur noch einmal im Jahr. Wobei die Programmierung des PC´s meinen Zahnarzt zwingt, mir eine lächerliche Rechnung zu schicken.

### Man hat schon Pferde kotzen sehen, und das vor der Apotheke

(Sanitärweisheit in Abwandlung von Murphys Gesetz: Alles, was passieren kann, passiert). Die Münchner Firma Giesecke & Devrient produziert die e-Card für Taiwan und führt sie dort ein. Dr. Elmar Fassbinder, Direktor Gesundheitswesen dieser Firma, betätigt sich im Fraunhofer Magazin 2.2005 als leidenschaftlicher Werber für die e-Card Deutschland und lässt dabei tiefe Einblicke zu: „Damit die flächendeckende Ausgabe der Karten an 82 Millionen Versicherte ein Erfolg wird, sind vor allem zwei Parteien gefordert: Die Krankenversicherungen als Herausgeber der Karte und die ärztlichen Praxen, Apotheken sowie Krankenhäuser, bei denen die Gesundheitskarte zum Einsatz kommt.“

Sind Praxen, Krankenhäuser und Apotheken eine Partei? Und wo bleiben die KVen? Verblüffend und bezeichnend: Die Patienten werden gar nicht erwähnt! Sie kommen erst in den Kartenherstellerhorizont, wenn es darum geht, das komplizierte Kartenverwaltungssystem (u. a.: neue Krankenversicherungsnummer, neue Daten, digitale

Signatur) mit dem Kartenhersteller abzustimmen und mit den Versicherten einzüben.

Jetzt weiß ich, warum mich der paramilitärische Begriff Einsatz in dem Zitat stutzig gemacht hat. Auf „Einsatz“ folgt meist ein „Zugriff“. Und die Art, wie hier die Freiwilligkeit unterschlagen wird, an die die Speicherung der medizinischen Daten gebunden ist, zeigt, dass die Patienten von oben vereinnahmt werden sollen.

Natürlich zu ihrem Besten? Davon ist in dem Aufsatz des Herrn Dr. Fassbinder leider nicht die Rede, mehr jedoch von der Amortisierung bei den Krankenkassen und davon, dass man den zusätzlichen Aufwand in den Arztpraxen durch zusätzliche finanzielle Anreize honorieren müsste, um die Mediziner positiv zu stimmen.

Wieder zwischen den Zeilen: Was wird aus den Versicherungsprämien? Tragen sie möglicherweise mit bei zu den Praxiszuschüssen und der Amortisierung? Amortisierung bedeutet doch, dass sich ein Investitionsaufwand von mehreren Milliarden Euro rechnen muss?

Da sind wir nun bei den Arzthelferinnen und der Grundregel des technischen Fortschritts, dass sich High – Tech – Investitionen durch Rationalisierungen im Personalbereich lohnen.

Es trifft sich deshalb gut, dass nur der Arzt persönlich mit seinem Heilberufsausweis Zugang zur Gesundheitskarte des Patienten und ihren sensiblen Daten hat und selbst das elektronische Rezept ausfüllen darf. Wer sagt nun: der Nächste bitte? Wahrscheinlich eine elektronische gesicherte Tür, die dem Praxisbesucher auch eine Nummer zuweist, gleichzeitig den Besuch registriert und schon mal die Praxisgebühr abbucht. Ach ja, beim Verlassen bekommt der Patient eine Quittung ausgedruckt, mit der Angabe der Gesamtberatungszeit.

### Alle Daten gehen vom Patienten aus – aber wo gehen sie hin?

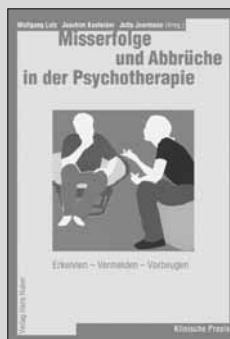
(Frageform des Grundsatzes: Der beste Datenschutz sind keine Daten)  
In Österreich landen die Gesundheitsdaten der e-Card und der übrige Datenverkehr der Praxen in einem Kontrollpunkt des privaten Betreibers, was ein Fachmann mit Verhältnissen wie in Nordkorea verglich. Auch in Deutschland sind Hersteller und Betreiber über das Kartenverwaltungssystem am Datenverkehr beteiligt. Gewährleistet soll etwa sein, dass bei Verlust der Karte der aktuelle Status abgebildet werden kann. Ein Schlüsselloch? Oder wie ist es bei Wartungsarbeiten bzw. Reparaturen? Die Kriminalpolizei rät: Nicht jeden Klempner in die Wohnung lassen! Und wenn die Kripo selbst den Zugang verlangt: Gefahr im Verzug – sofort die DNA her?

Und nun öffnet sich der Hintereingang zum Portal: Vergessen Sie alles, was wir an der Haustür gesagt haben! In Zukunft wird die Gesundheitskarte als digitaler Personalausweis dienen (Achtung Foto) und auch von den Finanzämtern und den Sozial- und Arbeitsbehörden genutzt werden können.

Elektronische Chipkarten sind die Ausweise und Füllfederhalter des 21. Jahrhunderts, freute sich Wirtschaftsminister Wolfgang Clement. Die Rasterfahndung nach Erbkrankheiten, Chronikern, Süchtigen oder HIV – Positiven ist eröffnet. Es sei denn, die Mehrheit der Versicherten verweigert – ist ja freiwillig – ihre Daten. Was dann? Dann hätte man mit Zitronen gehandelt, sagt ein Experte. Die Zitronen, das sind wir, die Patienten.

ORTWIN LÖWA

## Buchtipps



**Lutz / Kosfelder / Joormann (Hrsg.)**  
**Misserfolge und Abbrüche in der Psychotherapie**  
**Erkennen – Vermeiden – Vorbeugen**

2004. 244 S., 17 Abb., 13 Tab., Kt  
€ 29.95 / CHF 52.50  
(ISBN 3-456-84176-0)

Das Buch thematisiert, wie sich Misserfolge und Abbrüche in der Psychotherapie rechtzeitig erkennen und vermeiden lassen.



**Grüsser / Thalemann**  
**Verhaltenssucht**  
**Diagnostik, Therapie, Forschung**

Mit einem Vorwort von Henning Saß.  
2006. Etwa 250 S., Abb., Tab., Kt  
etwa € 29.95 / CHF 52.50  
(ISBN 3-456-84250-3)

Im vorliegenden Buch werden die Entstehung und das Erscheinungsbild der verschiedenen Süchte wissenschaftlich fundiert, aber auch für interessierte Laien verständlich dargestellt.



**Scholz**  
**Hypnotherapie bei chronischen Schmerzkrankungen**  
**Von der Planung zur Durchführung**

2005. Etwa 190 S., Abb., Tab., Kt inkl. CD etwa € 24.95 / CHF 43.90  
(ISBN 3-456-84254-6)

Eine auf wissenschaftlichen Grundlagen basierende Handreichung zur Hypnotherapie chronischer Schmerzkrankungen.

[www.verlag-hanshuber.com](http://www.verlag-hanshuber.com)

HUBER



# INTERVIEW

Wir sind mächtig stolz, Ihnen zwei Interviewpartner zum Thema e-Card präsentieren zu können, die zur einschlägigen *crème de la crème* gehören. Der Jurist Prof. Dr. Spiros Simitis ist Leiter der Forschungsstelle für Datenschutz an der Universität Frankfurt. Er war hessischer Datenschutzbeauftragter und Vorsitzender des Nationalen Ethikrates. Dem Physiker Prof. Dr. Klaus Brunnstein haben wir es mitzuverdanken, dass durch das Volkszählungsurteil von 1983 erstmals das „Recht auf informationelle Selbstbestimmung“ anerkannt wurde. Er lehrte bis Mai diesen Jahres „Anwendungen der Informatik“ in Hamburg und ist Präsident der International Federation for Information Processing. Bei beiden bedanken wir uns ganz herzlich! Die Fragen stellte Ortwin Löwa.

## Die Karte als Steuerungsinstrument

### Interview mit Spiros Simitis



*Spiros Simitis*  
(Quelle: Nationaler Ethikrat)

#### Wie beurteilen Sie die Datenschutzrisiken der e-Gesundheitskarte?

Da muss man zunächst die Karte selbst bedenken. Sie ist der Schlüssel zu einer Vielzahl überaus sensibler Daten, macht es also möglich, so schnell und so viel wie nie zuvor über die Krankengeschichte und den Gesundheitszustand ihrer Träger zu erfahren. Eines wissen wir aber längst: Eine solche Konzentration an Daten verschiebt allein schon aus Kostengesichtspunkten sehr bald den Akzent von der individuellen Behandlung auf eine gesundheitspolitisch immer wichtigere Prävention. Anders gesagt: die Karte verwandelt sich in ein gezielt eingesetztes Steuerungsinstrument, das den Einzelnen veranlassen soll, sein Verhalten bestimmten gesundheits- und gesellschaftspolitischen Erwartungen anzupassen.

Je mehr zudem Daten (wie vor allem genetische Angaben) aufgenommen werden, desto gezielter verschärft sich der Verhaltensdruck. Auch wissen wir etwa aus britischen Erfahrungen, dass gerade eine solche Konzentration an Daten die Sicherheitsbehörden auf den Plan ruft. Stichwörter; schnellere Täteridentifikation und Verhinderung krimineller Karrieren.

#### Sie haben auch im europäischen Rahmen gearbeitet. Gibt es da Lehren für Deutschland?

In der Tat. Unser gegenwärtiges Datenschutzrecht beruht auf verbindlichen europäischen Vorgaben. In deren Mittelpunkt steht die Verpflichtung, personenbezogene Daten nur für bestimmte, von vornherein festgelegte und den Betroffenen bekannte Zwecke zu verwenden. So einfach diese Forderung klingt, so schwer ist sie durchzusetzen. Gerade dort aber, wo, wie bei der Gesundheitskarte, die Zahl der Interessenten nicht nur groß, sondern auch höchst unterschiedlich ist, gilt es die Verwendungszwecke radikal zu begrenzen und unmissverständlich zu formulieren. Genau daran fehlt es. Was vorherrscht, ist die übliche Ansammlung abstrakter, weit interpretierbarer Zugriffsformeln.

#### Welche Mitwirkenden im Gesundheitssystem können gegen den Missbrauch der e-Karte wirken?

Selbstverständlich ist es auch und vor allem Aufgabe der Ärzte, Kassen und Kassenvereinigungen, stets darauf bedacht zu sein, alle Chancen zu nutzen, dass die Sammlung und Verwendung der Daten restriktiv gehandhabt wird, und auf einen ebenso restriktiven Umgang mit den Verwendungszwecken zu achten. Mehr denn je kommt es aber auf die externe Kontrolle an. Sie liegt bei den Datenschutzbeauftragten, die besonders in der Anfangszeit ebenso für eine intensive Kontrolle sorgen müssen wie für eine extensive Information der Öffentlichkeit.

#### Wie sähe die Situation der Psychotherapeuten nach flächendeckender Einführung der e-Gesundheitskarte aus?

Genau genommen verschärft die Karte nur eine längst eingetretene Entwicklung. Psychotherapeuten sehen sich seit Jahren bei ihren Kassenanträgen mit immer umfangreicheren Informationsanforderungen konfrontiert. Schon dabei hätte die Frage nach dem Umgang mit den Daten, ihrer Abschottung und einer konsequenten Zweckbindung sehr viel schärfer gestellt werden müssen.

#### Was halten Sie davon, dass die Abgabe der wesentlichen Daten durch die Patienten freiwillig sein soll?

Freiwilligkeit ist hier pure Fiktion. Was haben die Patienten für eine Alternative, wenn sie ärztlich versorgt werden wollen? Die Preisgabe ihrer Daten ist in ihrer Lage Schicksal, dem sie sich fügen. Die Verantwortung liegt deshalb beim Gesetzgeber. Er muss die Restriktionen durchsetzen, die von den Patienten nicht realisiert werden können.

### **Die e-Karte soll in Zukunft in einem Rundum-Personalausweis, eine Universal-ID überführt werden. Ist das das I-Tüpfelchen?**

Das will zwar niemand hören. In genau diese Richtung bewegen wir uns aber, wie die Erfahrungen anderer Länder zeigen. Die Begründung ist einfach: Die Betroffenen sollen vor einer Vielzahl von Karten bewahrt werden. Eine Karte, die alles enthält, gerät zum Symbol der Bürgerfreundlichkeit.

### **Sie haben in Hessen die ersten Diskussionen über Datenschutz geführt. Wie wurde Datenschutz damals begründet?**

Seltsam aber wahr: die Hessische Landesregierung propagierte Ende der sechziger Jahre ihre Pläne, zentrale Datenbanken einzurichten, in denen auch Gesundheitsdaten aufgenommen werden sollten, nicht zuletzt mit einem Hinweis auf die Opfer von Verkehrsunfällen. Ein Druck auf die Computertaste könnte, so hieß es, die Unfallärzte mit allen lebensrettenden Informationen versorgen. Doch genau dieser Druck auf die Taste hat die Zweifel ausgelöst und so den Datenschutz hervorgebracht.

## Ruhig gestellte Datenschützer

### Interview mit Klaus Brunnstein



*Klaus Brunnstein*

### **Welche Erfahrungen gibt es für Sie als Informatiker mit der bisherigen elektronischen Datenverarbeitung im Gesundheitssystem?**

Zwar werden Informatikmethoden in frühen Fällen seit Mitte der 1960er Jahre in Kliniken, Praxen und Krankenkassen eingesetzt. Anfänglich wurden Programmsysteme für Großrechner entwickelt, die später auf Netze und PCs umgestellt wurden; dabei handelte es sich in den weitaus meisten Fällen um Einzelentwicklungen, einen Programmstandard sowie Standards für die medizinischen Daten und deren technische Dokumentation gab es nicht. Die Arztpraxen wurden meist erst mit dem Aufkommen der PCs mit Arzt-Software ausgestattet. Dafür haben sich spezielle Softwarehäuser entwickelt. Die Qualität und vor allem die Sicherheit dieser PC-Software sind in vielen Fällen „verbesserungsbedürftig“, leider nicht immer verbesserungsfähig. Die weitgehend uneinheitlichen und nicht interoperablen Systeme und Anwendungsprogramme erschweren heute das erforderliche bzw. wünschens-

werte Zusammenspiel von Arzt, Klinik, Apotheken- und Krankenkassensystemen. Diese Probleme werden durch die Gesundheitskarte nicht gelöst, sondern eher noch verschärft.

### **Wie beurteilen Sie den Sprung von der Chipkarte zur geplanten elektronischen Gesundheitsakte?**

Technisch sind die Funktionen der Gesundheitskarte längst aus anderen Anwendungsgebieten bekannt. Über die Gesundheitskarte wird hierzulande als mögliche Anwendung von Chipkarten schon seit den 1990er Jahren geredet. Dabei wird die Chipkarte im Wesentlichen als externer Speicher zur Speicherung und Übertragung von Daten z.B. zwischen Arzt und Apotheke konzipiert. Damit sind die Möglichkeiten keineswegs ausgeschöpft, da moderne Chipkarten auch selbst zur Verarbeitung der Daten genutzt werden können. Zur Gesundheitsakte gehört allerdings mehr als ein standardisierter Datenträger, wie sich die Gesundheitskarte heute darstellt. Eine Anmerkung dazu: als eine Doktorandin Mitte 1995 über den Einsatz von Chipkarten im Gesundheitswesen schreiben wollte, stellte sich die Informationslage als so verworren heraus, dass sie es vorzog, ihre Dissertation über Bankanwendungen von Chipkarten zu schreiben. Heute ist sie bei American Express verantwortlich für Bankkarten in ganz Südostasien.

### **Die künftige e-Gesundheitskarte soll Pflichtdaten enthalten - darunter Rezepte - ansonsten freiwillige Angaben, wobei gerade diese für die medizinische Auswertung (Diagnostik, Therapiesicherheit) konstitutiv sind. Ist der Begriff der Freiwilligkeit unter diesem Gesichtspunkt vorgeschoben?**

Die Freiwilligkeit ist m. E. vorgeschoben, weil Patienten ein natürliches Interesse haben, dass alle relevanten Daten dort gespeichert sind, sich andererseits daraus erhebliche Datenschutzrisiken ergeben. Mit der angeblichen „Freiwilligkeit“ will man die Datenschützer ruhig stellen, aber in der Praxis werden die Chipkarten ein detailliertes Screening der InhaberInnen erlauben. Wenn dann noch z.B. Medizinaldienste eines Arbeitgebers auf diese Daten zugreifen dürfen, können sich erhebliche Datenschutzprobleme ergeben.

Ärzte und andere Gesundheitsbeflissene haben sich immer wieder über ihrer Meinung nach zu weit gehenden Datenschutz beklagt. In diesem Bereich wird die Meinung gepflegt, die Patienten könnten (müssten) ruhig der Ärzten vertrauen, da werde schon kein Missbrauch entstehen - eine etwas „blauäugige“ Vorstellung, etwa wenn man an Datenspuren von Kunstfehlern denkt.

### **Die Daten sollen mit einer vierstelligen PIN gesichert und bei der Übertragung verschlüsselt werden. Zugang soll nur haben, wer über einen elektronischen Heilberufsausweis verfügt. Ist damit die Gefahr des „gläsernen“ Patienten gebannt?**

Die Verschlüsselung schützt - wenn effizient gemacht - vor einem Missbrauch im Netz. Das eigentliche Risiko liegt aber in den PCs bei Ärzten, Krankenhäusern etc., wo mangels „PC-Hygiene“ die Daten im Klartext zugreifbar sind und gezielt (etwa durch „Spyware“) gelesen und übertragen werden können. Die Sicherung über einen elektronischen Heilberufsausweis ist aus Datenschutzsicht unzureichend.

### **Im Herbst sollen die ersten Feldversuche mit der e-Gesundheitskarte gestartet werden. Dann soll das System ab 1.1.2006 allmählich flächendeckend eingeführt werden. Ist das realistisch oder droht nach dem LKW-Maut-Debakel ein Gesundheitskartencrash?**

Der Vorlauf ist absolut unzureichend. Meines Wissens hat es auch keine Risikoabschätzung gegeben, welche einen so kurzen Zeitraum begründen würde. Aber in deutschen Ministerien werden Probleme der Funktionssicherheit von I&K-Systemen ohnehin völlig unzureichend bewertet, obwohl dort solche Probleme hinreichend bekannt sind, z.B. Software in der Arbeitsverwaltung, Mautsoftware u. v. m..

## Mit äußerster Skepsis...

### Chaos Computer Club et al. zur Entwicklung im Gesundheitswesen

Wir danken dem „Chaos Computer Club“ für die freundliche Erlaubnis, einen Auszug aus der Laudatio von Werner Hülsmann abzdrukken, die anlässlich der Verleihung des BigbrotherAward Deutschland von 2004 gehalten wurde. Eine der PreisträgerInnen war Gesundheitsministerin Ulla Schmidt. (Der vollständige Text unter <http://www.bigbrotherawards.de/2004/.soc/>)

Ministerin Ulla Schmidt erhält den BigBrotherAward in der Kategorie „Gesundheit und Soziales“ für das GKV-Modernisierungsgesetz. In diesem Gesetz wird ein fundamentaler Richtungswechsel bei der Datenverarbeitung durch die Krankenkassen vorgenommen, der zu einer massiven Verschlechterung des Datenschutzes für die Patienten führt. Die Krankenkassen rechnen seitdem die Krankheitskosten nicht mehr anonymisiert und fallbezogen ab, sondern erhalten neben den Rechnungen von Apotheken und Krankenhäusern auch die von sämtlichen ambulanten Behandlungen übermittelt - und zwar personenbezogen! Damit entsteht bei den Krankenkassen ein lückenloses Krankheitsprofil von sämtlichen Mitgliedern.

Die Datenschutzbeauftragten des Bundes und der Länder haben bereits im September 2003 vor folgenden Risiken und Nebenwirkungen gewarnt:

„Für das neue Vergütungssystem werden künftig auch die Abrechnungen der ambulanten Behandlungen mit versichertenbezogener Diagnose an die Krankenkassen übermittelt. Mit der vorgesehenen Neuregelung könnten die Krankenkassen umfassende und intime Kenntnisse über 60 Millionen Versicherte erhalten. Die Gefahr gläserner Patientinnen und Patienten rückt damit näher.“

Ohne strenge Zweckbindungsregelungen könnten die Krankenkassen diese Daten nach den verschiedensten Gesichtspunkten auswerten.

Bislang wurde durch die Zwischenschaltung der Kassenärztlichen Vereinigungen bei der Abrechnung erreicht, dass die Kassen keine umfassende Kenntnis über die Krankheiten der einzelnen Mitglieder haben und welche Kosten diese verursachen. Dadurch sollte verhindert werden, dass die Kassen aus rein ökonomischen Gründen in die medizinische Behandlung eingreifen, z.B. durch Vergraulen von „teuren Patienten“. Nun erhalten die Krankenkassen von ihren Mitgliedern ein umfassendes Behandlungs- und Medikationsprofil, mit dem sie in den Behandlungsprozess gegenüber Ärzten und Patienten manipulativ eingreifen können, z.B. indem sie die Bezahlung von Gesundheitskosten verweigern und verzögern. Dabei nutzen sie den überarbeiteten WHO-Diagnoseschlüssel, den sog. ICD-10. Dieser Krankheitsschlüssel deckt

das gesamte Spektrum der medizinischen und psychologischen Diagnosen ab, ohne dass es darauf ankommt, ob diese Angaben für die Kassen zur Abrechnung nötig sind. Krankenkassen wollen ihre Risiken minimieren. Dafür brauchen sie möglichst individuelle Daten ihrer Versicherten, um teure Patienten herauszufiltern. Dieser Datenhunger wird unter dem verfälschenden Begriff „moderner Gesundheit“ durch die Gesundheitsministerin immer mehr eingeführt wird. Zugleich wird den Kassen das Recht eingeräumt, die Patienten in Gesundheitsfragen zu beraten, obwohl für die medizinische Unterstützung eigentlich ein gesonderter „Medizinischer Dienst“ zuständig ist.

Vor diesem Hintergrund muss die für Anfang 2006 geplante Einführung der elektronischen Gesundheitskarte mit äußerster Skepsis gesehen werden. Zwar ist bisher noch nicht festgelegt, wer in welcher Form Zugriff auf die über diese Karte erschlossenen Gesundheitsdaten erhält. Doch steht die Gefahr im Raum, dass die Patienten hierüber faktisch gezwungen werden, ihre Behandlungsdaten in noch weiterem Maße auch dann zur Verfügung zu stellen, wenn sie dies nicht wollen.

## Wir hätten da noch viele Fragen...

### ...aber haben niemanden gefunden, der sie beantworten kann

Wer nicht selbst in die Apotheke kann, soll seine PIN-Nummer einer vertrauenswürdigen Person mitteilen. Wie ist das in Alten- und Pflegeheimen?

Der an die Person gebundene Heilberufsausweis ist Voraussetzung für das Ausstellen von e-Rezepten. Wieviel Mehrarbeit für die ÄrztInnen bedeutet das z. B. bei Wiederholungsrezepten, die derzeit von ArzthelferInnen vorbereitet werden?

Hunderttausend Bankkarten werden jährlich gesperrt. Von wem und wie kann die e-Card „gesperrt“ werden? Wer zahlt wieviel für eine neue? Wie kommen die vorherigen Daten auf die neue?

Die künftige e-Patientenakte soll letztlich die Krankheitsgeschichte der PatientInnen enthalten. Wie steht es mit der Haftung, wenn etwas in der e-Patientenakte überlesen und eine Person deshalb falsch behandelt wird? Welche Anforderungen kommen in diesem Zusammenhang auf die psychologischen PsychotherapeutInnen zu?

## Aufmerksamkeit

erlangen Sie hier schon ab 120,- €\*

Bewerben Sie Ihre Veranstaltungen, Dienstleistungen und Produkte im **bvvp-Magazin**.

\* So viel kostet nämlich eine Anzeige in der Größe von 1/6 Seite. Eine ganze Seite kostet 640 €. Eine Beilage nur 120 € pro 1000 Stück. (Preise zzgl. MwSt.)  
Damit erreichen Sie über 4000 niedergelassene Psychotherapeuten und zahlreiche weitere Mitglieder der *Szene*. Also pro Leser schon ab 3 Cent.  
Weitere Informationen in unseren Mediadaten unter:

[www.bvvp-magazin.de](http://www.bvvp-magazin.de)

# DIENSTLEISTUNGEN

## Steuerhit Rürup-Rente!?

Wenn Sie Beiträge in eine Rürup-Rente einzahlen, dürfen Sie im Jahr 2005 60 % der eingezahlten Beiträge steuerlich absetzen. In den kommenden Steuerjahren steigt dann der steuerlich absetzbare Beitragsanteil um jährlich je 2 % an. Zulässig ist ein Beitragsvolumen in Höhe von 20.000 € jährlich. Die bedeutet, dass Sie im Jahre 2005 bereits bis zu 12.000 € steuerlich absetzen können. Und die eingesparte Steuer schafft wiederum Raum für Rücklagen für das Alter.

Besonders lukrativ ist die Rürup-Rente tendenziell für die über 50-jährigen. Denn die steuerlichen Absetzungsbeträge sind bei der Rürup-Rente hoch, während die Besteuerung der späteren Renten bei diesen Jahrgängen noch nicht so hoch ausfällt wie bei den späteren Rentnerjahrgängen.

Dennoch ist vor einer pauschalen Bewerbung zu warnen. Eine sorgfältige Einzelfallbetrachtung ist unerlässlich. Denn ob eine Rürup-Rente für Sie passt und sich gegenüber anderen Altersvorsorgeformen rechnet, ist von verschiedenen weiteren Faktoren abhängig. Eine Rolle spielen u. a. Ihre Einkommenssituation und Ihr entsprechender Steuersatz, Art und Höhe Ihrer anderweitig aufgebauten Altersversorgung und Überlegungen zum Erbfall.

Und was machen die Jüngeren? Auch hier gibt es keine Pauschalempfehlung. Jedoch sind hier in vielen Fällen und nach wie vor herkömmliche Rentenversicherungen auch in steuerlicher Hinsicht sehr attraktiv, da die Besteuerung der Renten mit Beginn des Jahres abgesenkt worden ist. Auch Investmentfonds-Sparpläne kommen als Ergänzung in Frage.

Sprechen Sie uns gern auf das Thema Altersvorsorge an. Wir prüfen für Sie, welche Versorgungsform für Sie auf Grund Ihrer individuellen Situation empfehlenswert ist. Und wir bieten Ihnen leistungsstarke Angebote mit Gruppenrabatt.

Eine Bitte: Bringen Sie eigens reservierte Zeit für ein längeres Telefongespräch zu diesem Thema mit. Denn ohne eine sorgfältige Beratung und ohne eine Analyse Ihrer individuellen Situation ist kein bedarfsgerechter Rat möglich. Und diesen möchten wir Ihnen gern geben.

HARTMUT SCHEELE, AVB-TEAM

**Anfragen zum Thema bei unserem  
Versicherungs- und Finanzdienstleister  
AVB TEAM telefonisch unter 040/4313910,  
per Fax unter 040/43139119 oder  
per E-Mail unter avb@avb-hamburg.de  
(bitte verweisen Sie immer auf Ihre  
Mitgliedschaft im bvvp)**

  
**MARITIM**  
Berghotel Braunlage



## Advent im Gebirge

Wenn der Winter zum ersten Mal den Schnee schickt, die Weihnachtsmärkte ihre Pforten öffnen und ein Duft von Glühwein in die Nase steigt, dann ist bei uns Advent im Gebirge – die besinnliche Vorweihnachtszeit. Genießen Sie die heimelige Atmosphäre rund um den Wurmberg.

### Am Wochenende: rund um den 2., 3. & 4. Advent

2 Übernachtungen inkl. Frühstücksbuffet, Begrüßungscocktail „Weihnachtstraum“, 4-Gang-Menü „Rund um die Gans“ am Freitagabend, Punsch und Stollen im Dachgarten Panorama-Café, Advents-Gala-Buffer am Samstagabend, Ganztagsausflug in die Glasbläserei Derenburg mit anschließendem Besuch eines Weihnachtsmarktes

### In der Woche: November und Dezember

(Buchbar Sonntag bis Freitag, mindestens 2 Tage vor Anreise)

2 Übernachtungen inkl. Frühstücksbuffet, Begrüßungscocktail „Weihnachtstraum“, 1 x 4-Gang-Menü „Rund um die Gans“, 1 x 3-Gang-Menü mit Salatbuffet, Punsch und Stollen im altenglischen Pub, einfache Fahrt mit der Harzer Schmalspurbahn von Drei Annen Hohne oder Schierke auf den 1142 m hohen Brocken (eigener Transfer), kostenfreies Parken

189 € pro Person/DZ

215 € pro Person/EZ

Sonderpreis pro Person und Nacht für Voranreise/Verlängerung bis zu 2 Nächten inkl. Frühstücksbuffet

49 € DZ

69 € EZ

MARITIM Berghotel Braunlage · Am Pfaffenstieg · 38700 Braunlage  
Telefon 05520 805-0 · Telefax 05520 805-380  
info.brl@maritim.de · www.maritim.de



## FÜR UNS GELESEN

### HURRELMANN/LEPPIN: *Moderne Gesundheitskommunikation*

Das Buch informiert umfassend über die Forschungsergebnisse der Gesundheitskommunikation von ihren Anfängen bis zur Telematik. Die heutige Durchdringung des Gesundheitswesens mit der EDV wird in vier Ebenen beschrieben: der intra- und der interpersonellen Kommunikation sowie der Kommunikation über Massenmedien und über interaktive (elektronische) Medien. Die e-Karte fehlt noch, aber ihre Vorläufer werden ausführlich behandelt.

Die Gesundheitskommunikation dehnt das Feld der Gesundheit weit über das traditionelle Bild des Heilens von Krankheit hinaus. Aspekte wie z. B. Prävention oder Information werden aufgewertet. In den USA finden angeblich nur noch 15 % der Gesundheitskommunikation in der Praxis statt.

Dennoch die Frage, die sich stellt: Wer nützt wem? Mir schien, als benutze die Kommunikationswissenschaft das Feld der Gesundheit auch, um die eigene Berechtigung zu festigen. Über diesen systemkritischen Blick von außen finden wir in dem Buch wenig. Hieß es anfänglich noch: „Die Zusammenarbeit von Therapeut und Patient ... bildet damit auch das Zentrum der Aktivitäten des gesamten Gesundheitswesens.“ (S. 11 f.), wird später z.B. von Kommunikationsmechanismen zum rationalen Steuern des Patientenstromes und zur Erfassung kostenintensiver Versicherter durch die Krankenkassen (S. 216) gesprochen. Man erschrickt. Ist das der „Gläserne Patient“ zu Marketing-Zwecken?

Daran knüpft meine Hauptkritik an diesem Buch an: Die Erfordernisse eines modernen Gesundheitswesens nur unter dem Blickwinkel der Kommunikationswissenschaften zu sehen, birgt die Gefahr, dass die Trennlinie zwischen Kommerzialisierung des Gesundheitswesens und seinem unabhängigen Wertverständnis noch mehr verwischt wird. Es gilt, achtsam zu sein, um sich nicht in der schönen neuen „Tele- und Cyber-Welt“ zu verlieren.

RÜDIGER HAGELBERG

Klaus Hurrelmann, Anja Leppin (Hg.) (2001): *Moderne Gesundheitskommunikation*, Verlag Hans Huber, ISBN 3-456-83640-6, 34,95 €

### JÄHN, NAGEL: *e-health*

Das erste Urteil: „Eine Werbeschrift einschlägig (auch finanziell) Interessierter für eigene Produkte und Projekte. Ich habe nicht erwartet, dass in diesem Buch ganzheitliche Medizin im Vordergrund steht. Aber nicht nur die Fragestellung ist auf das Technische reduziert, sondern auch das Denken der vielen Autoren und wenigen Autorinnen – so mein Eindruck. Manchmal wird es unfreiwillig komisch: Ein automatisches medizinisches PC-Auskunftssystem mit „natürlicher Sprache“ hat eine „Standard-Small-Talk-Komponente“. Wenn es nicht weiter weiß, sagt es „Lassen Sie uns doch über ein anderes Thema sprechen!“ Behandlung wird mehr denn je zur Reparatur degradiert. Wenn von Vorteilen für die PatientInnen die Rede ist, geht es eher um die eigene Platzierung im Wettbewerb. Die Frage „was kostet's?“ wird penetrant ausgeklammert.

Eine etwas mildere Betrachtungsweise leitete der Artikel von Ansorg/Witte zur Computer-assistierten Chirurgie ein: so stelle ich mir solide und kritische Information vor. Ähnliches gilt für „Chancen und Grenzen in der Regelversorgung“ von Roland H. Kaiser und etliche der Artikel im 5. Kapitel „e-Health-Ethik und -Recht“. Ansonsten darf in den Kapiteln „Grundlagen und Standards“, „Informationen und Inhalte“, „Integrierte Versorgung und Public Health“ und „Transaktionen und Ökonomie“ jede(r) etwas schreiben, der sich berufen fühlt.

Uneingeschränktes Lob für das Layout und die Fülle der Quellenangaben. Ansonsten: ich leihe das Buch gerne aus, denn es hilft zu verstehen, wie e-health-Freaks und diejenigen denken, die mit e-health das große Geschäft machen wollen. Eine Kaufempfehlung gebe ich den mündigen eigenverantwortlichen LeserInnen nicht. Das ist sicher im Sinn der AutorInnen.

URSULA NEUMANN

Karl Jähn, Eckhard Nagel (Hg.) (2004): *e-Health*, Verlag Springer, ISBN 3-540-43937-4, 39,95 €

### INDRIDASON: *Nordermoor*

Der Tote im Genpool. In dem Kriminalroman „Nordermoor“ des isländischen Autors Arnaldur Indridason trägt die massenhafte Speicherung von genetischen Daten sowohl für die Aufklärung von Mordtaten bei als auch für ihre Begehung. Ein unauffälliger Rentner wird erschlagen aufgefunden. Doch die Ermittlungen der Polizei enthüllen ein Drama: Vor 20 Jahren hat der Mann brutale Vergewaltigungen verübt und den dabei gezeugten Kindern eine tödliche Erbkrankheit auf den Weg gegeben. Der Mörder kommt dem Sexualverbrecher durch eine weltweit einzige Datenbank auf die Spur, in der seit 1998 alle jemals in Island erfassten Gesundheitsdaten, Krankenakten und Erbgutanalysen zusammengefasst und dem Gen-Techunternehmen deCode-Genetics zur Verfügung gestellt werden. Die engen verwandtschaftlichen Verhältnisse der 280.000 Isländer sollen die Suche nach zunächst einmal 11 Genen erleichtern, die man als Verursacher von Herz-Kreislauf-Erkrankungen, psychischer Leiden, Stoffwechselstörungen oder anderer Volkskrankheiten vermutet.

Island ist damit die Speerspitze einer weltweiten genetischen Sammlungsbewegung, die bis zum Südseestaat Tonga reicht. In Island soll die Bevölkerung den Genpool freiwillig unterstützen, um Pharmaproduzenten und Forschungslabors anzulocken. Die EU ist auch schon da – mit einem Studienprojekt, das die ethischen und juristischen Aspekte derartiger Datenbanken untersuchen soll. Dort versucht man, milde belächelt, einige kritische Punkte herauszuarbeiten. Z. B.: Wenn kriminelle Organhändler über die Datenbank erfahren, wo Transplantationsorgane für ihre reiche Kundschaft zu holen sind. Na, wenn das nicht lustig ist ...

ORTWIN LÖWA

Arnaldur Indridason (2003), *Nordermoor*, Verlag Lübbe, ISBN 3-404-14857-6, 7,95 €



# NEUERSCHEINUNGEN UND BÜCHER ZUM SCHWERPUNKT

## ABW Wissenschafts- verlagsgesellschaft

SCHÄFER, U.; RÜTHER, E.: **Ängste – Schutz oder Qual?** Angststörungen – Ein Ratgeber für Betroffene und Angehörige. ISBN: 3936072302. 14.95 €

## Asanger

BARWINSKI FÄH, R.: **Traumabearbeitung in psychoanalytischen Langzeitbehandlungen.** Einzelfallstudie und Fallvergleich auf der Grundlage psychotraumatologischer Konzepte und Modelle. ISBN 389334425X, 39.00 €

BREITENBACH, G.; REQUARDT, H.: **Psychotherapie mit entmutigten Klienten.** Therapeutische Herausforderungen. ISBN 3893343644, 29.00 €

FISCHER, G.: **Konflikt, Paradox und Widerspruch.** Ausstieg aus dem Labyrinth – für eine dialektische Psychoanalyse. ISBN 3893344349, 19.00 €

HAAAS, W.: **Familienstellen – Therapie oder Okkultismus.** Das Familienstellen nach Hellinger kritisch beleuchtet. ISBN 3893344306, 19.00 €

JÄGER, B.; BARNSTORF, J.: **Zum Dicksein verdammt?** Wie Adipositas entsteht und warum die Therapie so schwierig ist. ISBN 3893344322, 19.50 €

## Beltz

BAMBERGER, G.: **Lösungsorientierte Beratung.** Praxishandbuch. ISBN: 3621275762. 29.90 €

FIEDLER, P.: **Verhaltenstherapie in Gruppen.** Psychologische Psychotherapie in der Praxis. ISBN: 3621275800. 44.90 €

MEYER, T.: **Manisch-depressiv?** Was Betroffene und Angehörige wissen sollten. ISBN: 3621275681. 24.90 €

RESCH, F.; SCHULTE-MARKWORT, M.: **Kursbuch für integrative Kinder- und Jugendpsychotherapie.** Schwerpunkt: Sexualität. ISBN: 3621275746. 49.00 €

WARSCHBURGER, P.; PETERMANN, F.; FROMME, C.: **Adipositas.** Training mit Kindern und Jugendlichen. Mit CD-ROM. (Materialien für die klinische Praxis). ISBN: 3621274898. 39.90 €

## dgvt-Verlag

AMMAN, G.; WIPPLINGER, R.: **Sexueller Missbrauch.** Ein Überblick zu Forschung, Beratung und Therapie. Ein Handbuch. ISBN: 3871590444. 58.00 €

BAUER, P.; OTTO, U.: **Institutionelle Netzwerke in Steuerungs- und Kooperationsperspektive.** (Fortschritte der Gemeinpsychologie und Gesundheitsförderung (FGG) 11/12 Bd 2). ISBN: 3871596124. 29.00 €

GIERNALCZYK, T.: **Zur Therapie von Persönlichkeitsstörungen.** (Forum für Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis 41). ISBN: 3871591173. 16.80 €

OTTO, U.; BAUER, P.: **Mit Netzwerken professionell zusammenarbeiten.** Band 1: Soziale Netzwerke in Lebenslauf- und Lebenslagenperspektive / Band 2: Institutionelle Netzwerke in Steuerungs- und Kooperationsperspektive. (Fortschritte der Gemeinpsychologie und Gesundheitsförderung (FGG) 11/12). ISBN: 3871596000. 64.00 €

OTTO, U.; BAUER, P.: **Soziale Netzwerke in Lebenslauf- und Lebenslagenperspektive.** (Fortschritte der Gemeinpsychologie und Gesundheitsförderung (FGG) 11/12 Bd 1). ISBN: 3871596116. 37.00 €

## Hedwig-Verlag

WIBLISHAUSER, P.: **Autogenes Training lernen und geniessen.** ISBN: 3980884775. 18.90 €

## Hogrefe

BECKER, E.; HOYER, J.: **Generalisierte Angststörung.** (Fortschritte der Psychotherapie 25). ISBN: 3801714268. 19.95 €

DEEGENER, G.; KÖRNER, W.: **Kindesmisshandlung und Vernachlässigung.** Ein Handbuch. ISBN: 3801717461. 79.95 €

LAIREITER, A.; WILLUTZKI, U.: **Ausbildung in Verhaltenstherapie.** ISBN: 3801713369. 49.95 €

NIEDEGGEN, M.; JÖRGENS, S.: **Visuelle Wahrnehmungsstörungen.** (Fortschritte der Neuropsychologie 5). ISBN: 3801717364. 19.95 € 15.95 €

PETERMANN, F.; REINECKER, H.: **Handbuch der Klinischen Psychologie und Psychotherapie.** (Handbuch der Psychologie Bd 1). ISBN: 3801718999. 59.95 €

## Klett-Cotta mit Pfeiffer

BORG-LAUF, M.; HUNGERIGE, H.: **Selbstmanagementtherapie bei Kindern.** Ein Praxishandbuch. (Leben lernen 183). ISBN: 3608897410. 24.50 €

KRÜSMANN, M.; MÜLLER-CYRAN, A.: **Trauma und frühe Intervention.** Möglichkeiten und Grenzen von Krisenintervention und Notfallpsychologie. (Leben lernen 182). ISBN: 3608890084. 21.00 €

MOSER, T.: **Psychotherapie auf Krankenschein.** Gutachten und Diagnosen. (Leben lernen 185). ISBN: 3608890033. 21.00 €

RENNER, C.: **Stark fürs Leben – Geistiges Karate® für Kinder.** Ein lösungsorientiertes Ansatz in der Kindertherapie. ISBN: 3608897399. 24.00 €

RUF, G.: **Systematische Psychiatrie.** Eine ressourcenorientiertes Lehrbuch. ISBN: 3608941541. 34.00 €

## Klotz

QUEKELBERGHE, R.: **Transpersonale Psychologie und Psychotherapie.** Grenzenlose Grenze des Bewusstseins. ISBN: 3880744769. 24.80 € 19.80 €

## Kreuz Verlag

KOGLER, M.; KOGLER, A.: **Die Verhaltenstherapie.** Eine praktische Orientierungshilfe. ISBN: 3783126258. 9.95 €

KORNBIHLER, T.: **Die tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie.** Eine praktische Orientierungshilfe. ISBN: 3783125839. 9.95 €

RUSCH, C.: **Der kleine Lachtherapeut.** ISBN: 3783126398. 14.95 €

SCHMIDBAUER, W.: **Der Mensch Sigmund Freud.** Wie selbstverliebt war der Gründervater? Ein neuer Ansatz. ISBN: 3783126355. 19.95 €

WIRTZ, U.: **Seelenmord.** Inzest und Therapie. ISBN: 3783126339. 14.95 €

## Mabuse

BUNGART, P.: **Sexuelle Gewalt gegen behinderte Menschen.** Der Schutz Behinderter durch das Sexualstrafrecht. (Mabuse-Verlag Wissenschaft 93). ISBN: 3938304014. 31.00 €

HAHN, J.; KAVCIC, S.; KOPKE, C.: **Medizin im Nationalsozialismus und das System der Konzentrationslager.** Beiträge eines interdisziplinären Symposiums. (Mabuse-Verlag Wissenschaft 82). ISBN: 3935964749. 22.00 €

HEIDEL, C.: **Ärzte und Zahnärzte in Sachsen 1933-1945.** Eine Dokumentation von Verfolgung, Vertreibung, Ermordung. (Mabuse-Verlag Wissenschaft 72). ISBN: 3935964390. 28.00 €

LEONHARD, B.: **Die Pflege von Holocaust-Überlebenden im Alter.** Eine qualitative Untersuchung zu den Erfahrungen israelischer Pflegenden. (Mabuse-Verlag Wissenschaft 91). ISBN: 393596496X. 38.00 €

## MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft

AUERBACH, I.: **Die Müdigkeit des Therapeuten.** Eine qualitative Studie zum Stellenwert von Müdigkeit bei Verhaltenstherapeuten. ISBN 3939069019. 24.95 €

DANNECKER, K.: **Psyche und Ästhetik.** Die Transformationen der Kunsttherapie. ISBN 3939069000, ca. 49.90 €

Mehr Transparenz  
bei psycho-  
therapeutischen  
Gutachten  
und Diagnosen



Tilmann Moser:  
Psychotherapie auf  
Krankenschein  
Gutachten und Diagnosen

Leben lernen 185  
2005. 205 Seiten, broschiert  
€ 21,- (D)/sFr 37,90  
ISBN 3-608-89003-3

Erfolgreiche Antragstellung in der Kassenpsychotherapie erfordert viel Erfahrung. Die hier veröffentlichten Gutachten geben dem angehenden Therapeuten Einblick in genehmigte Kassenanträge und informieren auch den Patienten über einen ihm sonst nicht zugänglichen Teilbereich der Psychotherapie.

**pfeiffer**  
bei Klett-Cotta  
www.klett-cotta.de/pfeiffer

**Papst Science**

HOYER, J.; KUNST, H.: **Psychische Störungen bei Sexualdelinquenten**. ISBN: 3935357443. 20.00 €

SACHSE, R.: **Von der Gesprächspsychotherapie zur Klärungsorientierten Psychotherapie: Kritik und Weiterentwicklung eines Therapiekonzeptes**. ISBN: 3899672127. 20.00 €

SCHUMACHER, A.; BROECKMANN, S.: **Diagnostik und Behandlungsziele in der Psychoonkologie**. Bericht der dapo-Jahrestagung 2004. ISBN: 3899672240. 15.00 €

SEIKOWSKI, K.: **Sexualität und Neue Medien**. ISBN: 3899672313. 15.00 €

ZÖLLNER, T.; KARL, A.; MAERCKER, A.; HICKLING, E.; BLANCHARD, E.: **Manual zur Kognitiven Verhaltenstherapie von Posttraumatischen Belastungsstörungen bei Verkehrsunfallopfern**. ISBN: 3899671112. 20.00 €

**Psychiatrie-Verlag**

BOCK, T.; KOESLER, A.: **Bipolare Störungen**. Manie und Depression erkennen und behandeln. (Fachbuch). ISBN: 3884143891. 14.90 €

LAABDALLOU, M.; RÜSCHOFF, S.: **Ratgeber für Muslime bei psychischen und psychosozialen Krisen**. (Rat/Ischlag). ISBN: 3884143891. 14.90 €

TERZIOGLU, P.: **Die gelungene Arzt-Patient-Kooperation in der psychiatrischen Praxis**. (Fachbuch). ISBN: 388414393X. 24.90 €

WILMS, H.; WITTMUND, B.; ANGERMEYER, M.: **Hilfen für Partner psychisch Kranker**.

Ein Manual für Gruppen- und Selbstmanagement. (Forschung fuer die Praxis – Hochschulschriften). ISBN: 3884143948. 29.90 €

WULF, E.: **Das Unglück der kleinen Giftmischerin**. Und zehn weitere Geschichten aus der Forensik. (Edition Balance). ISBN: 3884143905. 12.90 €

**Psychologienverlag**

BOESSMANN, U.: **Wirksam behandeln**. Nutzung von bewussten und unbewussten Aufträgen in der Psychotherapie, Medizin und Supervision. ISBN: 3931589684. 18.00 €

JUNGLAS, J.: **Geschlechtergerechte Psychotherapie und Psychiatrie**. «Zwei Seelen wohnen, ach! In meiner Brust». (Beiträge zur allgemeinen Psychotherapie 3). ISBN: 3931589692. 16.80 €

**Psychosozial-Verlag**

AKERET, R.: **Eine Couch auf Reisen**. Ein Psychoanalytiker trifft ehemalige Patienten ein halbes Leben später. (Imago). ISBN: 3898064514. 22.90 €

DANNECKER, M.; KATZENBACH, A.: **100 Jahre Freuds »Drei Abhandlungen zur Sexualtheorie«**. Aktualität und Anspruch. (Beiträge zur Sexualforschung 85). ISBN: 3898064948. 19.90 €

GRÄFF, C.; L, M.: **Aus dem Tunnel der Depression**. Ein Entwicklungsweg mit Konzentrativer Bewegungstherapie. (Edition psychosozial). ISBN: 3898064646. 24.90 €

HANTEL-QUITMANN, W.: **Liebesaffären**. Zur Psychologie leidenschaftlicher Beziehungen. (Edition psychosozial). ISBN: 3898063941. 19.90 €

SIGUSCH, V.: **Sexuelle Welten**. Zwischenrufe eines Sexualforschers. (Beiträge zur Sexualforschung 87). ISBN: 3898064824. 24.90 €

**Reinhardt Verlag**

BISCHKOPF, J.: **Angehörigenberatung bei Depression**. (Personzentrierte Beratung & Therapie 3). ISBN: 3497017590. 14.90 €

GAHLEITNER, S.: **Neue Bindungen wagen**. Beziehungsorientierte Therapie bei sexueller Traumatisierung. (Personzentrierte Beratung & Therapie 2). ISBN: 3497017639. 18.90 €

KEENAN, J.: **Das Gesicht im Spiegel**. Auf der Suche nach dem Ursprung des Bewusstseins. ISBN: 3497017817. 24.90 €

LANGER, I.; LANGER, S.: **Jugendliche begleiten und beraten**. (Personzentrierte Beratung & Therapie 1). ISBN: 3497017604. 18.90 €

ROHRMANN, S.; ROHRMANN, T.: **Hochbegabte Kinder und Jugendliche**. Diagnostik – Förderung – Beratung. ISBN: 3497017868. 19.90 €

**Roderer**

LEHL, B.: **Suicide während der stationären psychiatrischen Behandlung unter besonderer Berücksichtigung depressiver Patienten**. Eine Analyse von Häufigkeiten, typischen Patientenvariablen und zeitlicher Veränderung zwischen

1990 und 1999. (Suizidologie / Suicidology 17). ISBN: 3897834952. 24.00 €

**Schattauer**

ADLER, G.: **Verhaltens-Einzelpsychotherapie von Depressionen im Alter (VEDIA)**. Ein standardisiertes Programm. ISBN: 3794524039. 29.95 €

HUBER, G.: **Psychiatrie**. Lehrbuch für Studium und Weiterbildung. ISBN: 3794522141. 59.00 €

KERNBERG, O.; HARTMANN, H.: **Narzissmus**. Grundlagen – Störungsbilder – Therapie. ISBN: 3794522419. 79.00 €

KERNBERG, O.; DULZ, B.; ECKERT, J.: **Wir: Psychotherapeuten über sich und ihren »unmöglichen« Beruf**. ISBN: 3794522931. 59.00 €

NISSEN, G.; WARNKE, A.; BADURA, F.: **Therapie altersabhängiger psychischer Störungen**. ISBN: 3794524268. 29.95 €

**Thieme**

AMBÜHL, H.: **Psychotherapie der Zwangsstörungen**. Krankheitsmodelle und Therapiepraxis – störungsspezifisch und schulübergreifend. (Lindauer Psychotherapie-Module). ISBN: 3131099321. 29.95 €

BASSLER, M.; LEIDIG, S.: **Psychotherapie der Angststörungen**. Krankheitsmodelle und Therapiepraxis – störungsspezifisch und schulübergreifend. (Lindauer Psychotherapie-Module). ISBN: 3131412313. 39.95 €

KÖLLNER, V.; BRODA, M.: **Praktische Verhaltensmedizin**. ISBN: 3131321512. 29.95 €

LEHOFER, M.; STUPPÄCK, C.: **Depressionstherapien**. Pharmakotherapie – Psychotherapie – Soziotherapie – Ergänzende Therapien. ISBN: 3131365811. 29.95 €

SCHMITZ, B.; TRIMBLE, M.: **Psychiatrische Epileptologie**. Psychiatrie für Epileptologen – Epileptologie für Psychiater. ISBN: 3131332212. 29.95 €

**Universität Trier Zentrum für Psychologische Information u. Dokumentation**

**Mobbing in der Arbeitswelt 1993-2004**. Spezialbibliographie psychologischer Literatur aus den deutschsprachigen Ländern. (Bibliographien zur Psychologie 128). ISBN: 393281505X. 7.00 €

**Adipositas 1988-2003**. Eine Spezialbibliographie psychologischer Literatur aus den deutschsprachigen Ländern. (Bibliographien zur Psychologie 127). ISBN: 3932815041. 11.00 €

**Konfliktlösung und Mediation 1996-2003 mit einer Einführung von Prof. Dr. Elisabeth Kals**. Eine Spezialbibliographie psychologischer Literatur aus den deutschsprachigen Ländern. (Bibliographien zur Psychologie 126). ISBN: 3932815033. 13.95 €

**Jugend und Gewalt 1993-2002**. Eine Spezialbibliographie psychologischer Literatur aus den deutschsprachigen Ländern. (Bibliographien zur Psychologie 125). ISBN: 3932815025. 18.00 €

**Konz, P.: Qualitätssicherung in Behandlung und Prävention 1998-2004**. Spezialbibliographie psychologischer Literatur aus den deutschsprachigen Ländern. (Bibliographien zur Psychologie 129). ISBN: 3932815068. 22.00 €

**Was bietet die Kunst der seelischen Gesundheit?**



**Psyche und Ästhetik**  
Die Transformationen der Kunsttherapie

Von K. Dannecker  
ca. 320 Seiten; ca. 110, größtenteils vierfarbige Abbildungen. Hardcover. Großformat 21 x 28 cm, erscheint vorauss. Nov. 2005. ca. € 49,90 [D]

- Das erste schulübergreifende Grundlagenwerk in der Kunsttherapie
- Richtungweisend für die gesamte Kunsttherapie
- Fallbeispiele erläutern die theoretischen Konzepte
- Kunstwerke aus der Praxis und der internationalen Kunst machen Zusammenhänge sichtbar
- Lehr- und Kunstbuch in einem: über 100 zumeist großformatige, vierfarbige Abbildungen

jetzt in Ihrer Buchhandlung vorbestellen!

**Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft**  
www.mwv-berlin.de  
shop@mwv-berlin.de

**Fortbildung Psychotherapie 2006**

- **Psychotherapeutische Zusatzausbildungen**  
Hypnose, Autogenes Training, Verhaltenstherapie, Tiefenpsychologie, Psychodynamische Psychotherapie
- **aktuelle Themen- und Methodenseminare**  
Trauma, Essstörungen, Raucherentwöhnung, Depression Rechtsfragen, Tests, Kuzzeittherapie, Psychodrama usw.
- **Aufmerksamkeitsstörungen und Hyperaktivität**  
Diagnostik, Therapie, Elternarbeit, Soz. Kompetenz
- **Supervisions-Ausbildung (DGSv)**
- **Therapie von Kindern und Jugendlichen**  
Hör-/Sprachentwicklung, ADHS, LRS-Störung, AT, Kinderhypnose, Verhaltensstörungen, Emot. Störungen
- **Führungstraining, Kommunikation**  
Rhetorik, Präsentation, Verhandlungsführung, Mitarbeiterführung, Konfliktmanagement
- **Weiterbildung Psychotherapie (Blockform)**  
Facharzt Ausbildung, Zusatzbezeichnung Psychosomatische Grundkompetenz

**Universität Tübingen**



Wilhelmstraße 5, D-72074 Tübingen  
07071 / 29-76439, -76872, -75010 FAX: 29-5101  
wit@uni-tuebingen.de, http://www.wit.uni-tuebingen.de

## Neuerscheinungen und Bücher zum Schwerpunkt

### Urban & Fischer

FRIEBOES, R.; BERGER, M.; ZAUIDIG, M.: **Rehabilitation psychischer Störungen**. ISBN: 343756790X. 49.95 €

RÜGER, U.; DAHM, A.: **Kommentar Psychotherapie-Richtlinien**. ISBN: 3437228617. 44.95 €

SPRETI, F.; MARTIUS, P.; FÖRSTL, H.: **Kunsttherapie bei psychischen Störungen**. ISBN: 343723790X. 49.95 €

### Waxmann

GRZESIK, J.: **Texte verstehen lernen**. Neurobiologie und Psychologie der Entwicklung von Lesekompetenzen durch den

Erwerb von textverstehenden Operationen. ISBN: 3830915136. 29.90 €

KOHLER, B.: **Rezeption internationaler Schulleistungsstudien**. Wie gehen Lehrkräfte, Eltern und die Schulaufsicht mit Ergebnissen schulischer Evaluationsstudien um?. (*Pädagogische Psychologie und Entwicklungspsychologie* 46). ISBN: 3830914660. 25.50 €

PRUISKEN, C.: **Interessen und Hobbys hochbegabter Grundschulkindern**. Formeln statt Fußball?. (*Pädagogische Psychologie und Entwicklungspsychologie* 47). ISBN: 3830914725. 25.50 €

ZWINGMANN, C.; MOOSBRUGGER, H.: **Religiosität: Messverfahren und Studien zu Gesundheit und Lebensbewältigung**. Neue Beiträge zur Religionspsychologie. ISBN: 3830914288. 39.90 €

## VERANSTALTUNGEN

### Weiterbildung, Kongresse, Reisen

von bis	Veranstaltung	Kontakt
2005-10-28 2005-10-30	<b>Stressbewältigung durch Achtsamkeit:</b> Einführungskurs nach Kabat-Zinn, Freiburg, www.achtsamkeit.info	susanne@kersig.de 0761- 383 9707
2005-11-04 2006-01-27	<b>Ringvorlesung MYSTIK:</b> C.G. Jung-Institut Zürich, Küsnacht. Dozenten: Maria Kassel, Prof. Dr., P. Anselm Grün, Dr. theol., OSB, P. Niklaus Brantschen, SJ	Tel. +41 44 914 10 40 info@junginstitut.ch
2005-11-11 2005-12-11	<b>Arbeitstagung 15 Jahre Arbeitsgemeinschaft für Psychoanalyse und Psychotherapie Berlin e.V.(APB):</b> Traumatisierung in der Geschichte und Gegenwart (Ost-)Deutschlands	Dr.K.-H. Bomberg, k-h.bom@gmx.de 030/4217800 oder 030/28394323
2005-11-12 2005-11-13	<b>Curriculum Psychotraumathepie in Berlin:</b> 9-teilig, zertifiziert (144 FE) mit EMDR-Kurs. Beginn: 12./13.11.05, Gebühr: 2.295 Euro, Anmeldung: 030/4642185	Institut für Traumatherapie www.@traumatherapie.de
2005-11-17 2005-11-19	<b>Beziehungsreich – Lebenswelt Psychiatrie 2010:</b> Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Soziale Psychiatrie, 17.- 19.11.2005 in Mannheim	DGSP e.V., Tel.: 0221 - 511002 dgsp@netcologne,
2005-11-18 2005-11-19	<b>Göttinger Fortbildungstage für Psychotherapie:</b> Akkreditierte Verant. f. Psychotherapeuten www.psych.uni-goettingen.de/abt/7 (Rubrik PT-Fortbildung)	Prof. Dr. Birgit Kröner-Herwig
2005-11-19 2005-11-20	<b>EMDR in der Behandlung psychosomatisch Erkrankter:</b> in Düsseldorf mit Dr. Katharina Drexler. 296 Euro. 16 FE. Info@traumatherapie.de www.traumatherapie.de	Institut für Traumatherapie www.traumatherapie.de
2005-11-19 2005-11-19	<b>Thema WELTSCHÖPFUNG:</b> C.G. Jung-Institut Zürich. Dozenten: I. Riedel, Prof. Dr., H. Atmanspacher, PD Dr., H. Scheingraber, Dr., H.D. Mutschler, Prof. Dr.	Tel. +41 44 914 10 40 info@junginstitut.ch
2005-11-19 2005-11-19	<b>Sonderveranstaltung zum Thema WELTSCHÖPFUNG:</b> Aus naturwissenschaftlicher und mythologischer Sicht. Vorlesungsreihe mit Podiumsgespräch.	Tel. +41 44 914 10 40 cg@junginstitut.ch
2005-11-25 2005-11-25	<b>Tötung Geisteskranker in Deutschland:</b> Alice Riccardi-von Platen, Jg. 1910 spricht über ihr 1948 ersch. Buch. Kasseler Str. 1, 60486 Frankfurt, 19 Uhr	www.mabuse-verlag.de 069-70799613
2005-11-26 2005-11-26	<b>9. Heilpraktiker-Symposion Ost/Dresden:</b> Vorträge/Seminare/Foren Beratung und Information Gespräche Industrieausstellung Gemeinsames Mittagsbuffet	www.heilpraktikerkongress.de BRSFH@t-online.de
2005-12-10 2005-12-10	<b>Absetzen von Psychopharmaka - und was dann?:</b> Möglichkeiten eines relativ gefahrlosen Absetzens ausloten, Fehler infolge Unbedachtheit minimieren	www.faelle.org/termine 030 / 85963706
2006-01-20 2006-12-08	<b>Systemische Therapie und Beratung:</b> Ausbildungsschwerpunkte: Weiterentwicklungen Mailänder Ansatz, lösungsorientierte Methoden;	Fortbildungsstelle 0711/ 6781 421
2006-01-30 2006-01-31	<b>Diagnostik und Evaluation in der Alkoholbehandlung:</b> Seminar für Fachkräfte der Suchtarbeit	www.gk-quest.de/seminare Quest Akademie-06221-7392030
2006-02-09 2006-02-10	<b>Geschlechtsspezifische Therapiefallen:</b> Seminar für TherapeutInnen in ambulanten, teilstationären und stationären Einrichtungen der Suchtkrankenhilfe.	www.gk-quest.de/seminare Quest Akademie-06221-7392030
2006-02-13 2006-02-17	<b>Winter Intensive Study Program:</b> In Analytical Psychology. C.G. Jung Institute Zürich, Küsnacht. Information: I. Fueter, phone +41 044 914 10 42	fueter@junginstitut.ch www.junginstitut.ch
2006-02-18 2006-02-19	<b>Ergänzungsausbildung Supervision 2006–2008:</b> DGSv-zertifiziert. Verkürztes Angebot für Psychotherapeuten; Informationstage 18.-19.2.06.	www.burckhardthaus.de Tel. 06051/89220
2006-03-18 2006-03-19	<b>Fortbildungsreihe Heilhypnose:</b> Kurs 1 von insgesamt 3 Kursen; Erwerb einer zusätzl. Abrechnungsgenehmigung.	info@dpa-bdp.de 0228 98731 - 28
2006-04-17 2006-04-28	<b>56. Lindauer Psychotherapiewochen 2006:</b> 1. Woche	Tel. 089-2916 3855 www.Lptw.de / Info@Lptw.de
2006-05-24 2006-05-28	<b>Aggression – Selbstbehauptung – Zivilcourage:</b> Kongress in Hohenroda bei Fulda - www.inselhaus.org	Elke Hammerbacher info@inselhaus.org

[www.bvvp-magazin.de](http://www.bvvp-magazin.de): Veranstaltungen bequem online eintragen, 2 Zeilen gratis

10 €  
gespart  
bei Fortsetzungsbezug\*

# Kursbuch – das Forum für Zusammenschau und Austausch

In der praktischen Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen ist eine eher prozess- als streng schulenorientierte Vorgehensweise gefragt. Das bietet das Kursbuch für *integrative* Kinder- und Jugendpsychotherapie = Schwerpunktthema  
+ aktuelle Entwicklungen in den Therapieschulen  
+ kommentierte Kasuistiken  
+ Forum

## Dissoziation und Trauma

- Neurobiologische Mechanismen dissoziativer Störungen • Trauma und Hirnentwicklung • Bedeutung des Traumas für kindliche Störungen • Trauma und Entwicklung • Vulnerabilität-Stress-Modelle • Kasuistiken
- Aktuelle Entwicklungen:  
Kinderverhaltenstherapie. Kinder- und Jugendlichen-Psychoanalyse. Systemische Therapie.



2005. XVI, 164 Seiten. Gebunden.  
Einzelbezug € 49,- D / sFr 83,-  
Fortsetzungsbezug € 39,- D / sFr 68,-  
ISBN 3-621-27574-6



2005. XI, 201 Seiten. Gebunden.  
Einzelbezug € 49,- D / sFr 83,-  
Fortsetzungsbezug € 39,- D / sFr 68,-  
ISBN 3-621-27554-1

## Sexualität

- Biologie der sexuellen Entwicklung • Entwicklung von Sexualität und Geschlechtsidentität • Sexuelle Störungen im Kindes- und Jugendalter • Geschlechtsspezifische Entwicklungen • Kasuistiken zu Transsexualität, Intersexualität und sexuell aggressivem Verhalten
- Aktuelle Entwicklungen:  
Familientherapie. Spieltherapie. Musiktherapie.

\* Das »Kursbuch« erscheint jährlich. Mit einer Fortsetzung bleiben Sie immer auf dem neuesten Stand und sparen jeweils 10 € pro Buch.