

# Funktionalität als Professionalität?

Teil 3

## Internet-'Psychotherapie'

(korrigiert 13.07.2018)

Wolfgang Palm

In den kommenden Jahren werden in vielen Arbeitsfeldern vermehrt Datenverarbeitung und Roboter eingesetzt werden, die sich selbst steuern und mit optischen Fertigkeiten und Geschicklichkeit ausgestattet sind. Unter denen dadurch massenhaft freigesetzten Arbeitskräften werden es nur wenige durch Qualifizierungsbemühungen schaffen in neue Beschäftigungsverhältnissen zu kommen <sup>1</sup>. Die damit einhergehenden gesellschaftlichen Veränderungen werden neben schwierigen sozial-ökonomischen Verhältnissen vielfach psychische Störungen hervorrufen, für die die herkömmlichen Psychotherapieangebote zu gering und zu inadäquat sein werden <sup>2</sup>. Immer wieder ist zu lesen, dass psychische Erkrankungen aufgrund der hohen Chronifizierung und damit einhergehenden langen AU-Zeiten besonders kostenintensiv seien; sie verursachten mit 25,6 Tagen je Fall die längsten Ausfallzeiten, die für die Kostenträger die Frage brisant werden lassen, ob mittels im Internet basierten Technologien nicht billigere und raschere Therapieerfolge erzielt werden können, als durch die konventionelle face-to-face Psychotherapie <sup>3</sup>.

Zeichen, die nach Regeln verknüpft sind, werden zum Objekt der Datenverarbeitung. Was aus Worten und Sätzen, auch aus Bildern, Filmen und Tönen besteht, lässt sich ins Internet verlagern. Sieht man von Sinnfragen aus vordigitalen Zeiten ab, so besteht Psychotherapie überwiegend aus Worten und Sätzen. Folglich ist sie ins Internet zu verlagern - und genau das geschieht schon einige Zeit. Erste Veröffentlichungen bescheinigen, dass 'Internetpsychotherapien' - nicht nur dem Ärzteblatt, sondern auch den Forschern zufolge - genauso erfolgreich sein sollen, wie Psychotherapien im Therapiezimmer, in Kombination vielleicht sogar noch besser <sup>4</sup>. Drei große bundesdeutsche Krankenkassen bieten drei Programme indirekt an: der AOK-Bundesverband unterstützt *MoodGym* <sup>5</sup>, die TK den *DepressionsCoach* <sup>6</sup> und die DAK das Programm *deprexis24* <sup>7</sup>. Worum es geht ist klar: Erhaltung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit bei beginnenden

---

1 Martin Ford. Der Aufstieg der Roboter. Kulmbach 2016, Kapitel 2. Siehe auch:

<https://www.heise.de/newsticker/meldung/Kommentar-Erzaehlt-uns-nicht-KI-wuerde-keine-Arbeitsplaetze-zerstoeren-4000630.html>

2 [http://www.bptk.de/uploads/media/20180102\\_pm\\_bptk\\_arbeitsunfaehigkeit.pdf](http://www.bptk.de/uploads/media/20180102_pm_bptk_arbeitsunfaehigkeit.pdf) (Stand 01/2018) Die Forderung mehr Zulassungen für PsychotherapeutInnen sehen die großen Kassen aber genau anders.

3 <https://www.asu-arbeitsmedizin.com/Archiv/ASU-Heftarchiv/article-767659-110576/online-interventionen-zur-behandlung-psychischer-erkrankungen-und-belastungen-.html> (Stand 02/2018) Dort ist auch eine generelle Übersicht zum Thema eHealth zu lesen.

Im Übrigen gilt für mein Papier, was für jedes gilt, das über das Internet schreibt: Der Inhalt ist vermutlich zu Zeitpunkt seiner Veröffentlichung durch die jeweils aktuelle Entwicklung bereits wieder überholt.

4 [https://www.aerztezeitung.de/politik\\_gesellschaft/krankenkassen/article/937832/tk-studie-depression-laesst-online-mildern.html](https://www.aerztezeitung.de/politik_gesellschaft/krankenkassen/article/937832/tk-studie-depression-laesst-online-mildern.html) , <https://idw-online.de/de/news660853> (Stand 11/2017)

5 <https://www.aok.de/inhalt/selbsthilfe-bei-depression-moodgym/> (Stand 2/2018)

6 <https://www.tk.de/techniker/service/gesundheits-und-medizin/behandlungen-und-medizin/psychische-erkrankungen/tk-depressionscoach-2016410> (Stand 02/2018)

7 <https://www.deprexis24.de/> (Stand 02/2018)

psychischen Störungen und Reduktion der Kosten bei bereits langanhaltender Arbeitsunfähigkeit infolge psychischer Erkrankung. Die genannten Programme basieren auf kognitiv-behavioralen Interventionsansätzen, wie sie in strukturierten Behandlungsmanualen zu finden sind, und enthalten psychoedukative Elemente, die sich gut online umsetzen lassen. Freilich gibt es darüber hinaus eine schwer zu überschauende Schar anderer Onlinehilfen,-programme,-coachings und -beratungen <sup>8</sup>, auch psychodynamisch aufgebaute <sup>9</sup>, und selbstverständlich solche von Klinikkonzernen <sup>10</sup>. Doch solange diese - mit Hoffnung auf Erstattung durch die Kasse - privat zu bezahlen sind, face-to-face Psychotherapien aber auf Kassenkärtchen zu bekommen sind, oder ggf auf dem - derzeit schwierigen - Weg der Kostenerstattung, sind sie gesundheitspolitische Zukunftsmusik. Entwicklungsbahnend dürfte werden, was Krankenkassen und Rentenversicherung projektieren <sup>11</sup>.

Doch was an diesen Internetprogrammen ist bereits oder überhaupt 'Psychotherapie'? Selbsthilfelinien, die auf 'wissenschaftlich geprüften Methoden' aufbaut, die also 'Psychoedukation' vermittelt, wie es im Fachjargon heißt, gibt es schon lange und wird es wohl weiterhin geben <sup>12</sup>. Viele unter den Ratgebern vermitteln ebenfalls strukturiertes Vorgehen in der Selbsthilfe. Sollten sie nicht helfen, wird empfohlen zum Arzt oder zum Therapeuten zu gehen. Was also bieten die 'Internettherapie'-Portale anderes an?

Als Beispiel diene *deprexis24*, das Programm wird von der DAK zur Depressionsbehandlung empfohlen. Auf dem professionell gemachten Portal, das dem Geldverdienen dient, werden als Grundlage des dort laufenden Programms die evidenzbasierten Methoden der kognitiven Verhaltenstherapie genannt. Doch es wird nicht eine Person erwähnt, die verantwortlich zeichnet und keine wissenschaftliche Begleitung aufgeführt. Zwar werden Studien erwähnt, aber ein Link zu diesen Quellen fehlt. PsychotherapeutInnen können für und über eigene Patienten, die mit dem Programm arbeiten, Zugang zu den Ergebnissen bekommen, die das Programm festgestellt hat. Aus den FAQ erfährt man den Betreibernamen GAIA und eine Adresse, wohin man bei technischen Problemen ein Mail schicken kann. Die Patientenbegleitung erfolgt per Mail- oder SMS-Kontakt. Empfohlen wird das Programm zweimal pro Woche eine halbe Stunde zu nutzen, in der Zeit dazwischen sollen die Übungen ausgeführt werden. Der Zugang muss für 297,50 € käuflich erworben werden, danach bleibt das Programm ab Start drei Monate lang zugänglich. Die DAK sei bereit den Betrag zu ersetzen. Das Programm ist rund um die Uhr zu nutzen, Mindestalter dafür ist 18 Jahre. Für den Zugang gibt es keine weiteren Einschränkungen, eine Diagnose ist nicht erforderlich. Der Nutzer bleibt anonym. Rechtlich gesehen wird das Programm als Medizinprodukt verkauft, daher ist der Zugang auch in Apotheken zu erwerben <sup>13</sup>. Und wie bei einem

---

8 z.B. <https://www.selfapy.de/> (Stand 2/2018)

9 Wie GSAplus-online: <https://gsa-online-plus.unimedizin-mainz.de> (Stand 2/2018)

10 Z.B.: <https://www.minddoc.de/> (Stand 02/2018)

11 Was die Zukunft bringen könnte, ist z.B. in Australien bereits Gegenwart: Dort sieht das Konzept des „Stepped-Care“ vor, dass zuerst die Möglichkeiten der Online-Interventionen ausgeschöpft sein müssen, bevor es zu einer direkten Behandlung kommt. (Quelle in Fn 4)

12 Hierfür gibt es einschlägige Verlage, einer darunter vertrieb ursprünglich ausschließlich Selbsthilfebücher, heute hat auch er sein Selbsthilfe-Programm auf der Website : <https://www.palverlag.de/online-psychotraining.html> (Stand 3/2018)

13 *deprexis24* beruht offensichtlich auf einem Geschäftsmodell, wonach das Produkt auch vertrieben werden kann wie eine Versicherungspolice. Ende Februar 2018 erhalte ich ein auf persönlich getrimmtes Rundschreiben einer

Medizinprodukt im Falle von weiteren Schwierigkeiten der Arzt oder der Apotheker befragt werden soll, so gilt entsprechend: Wird es für Sie zu belastend, dann sprechen Sie mit Ihrem Arzt und oder Ihrem Therapeuten! Im dringenden Notfall können Sie die Telefonseelsorge anrufen, deren Nummer in den FAQ genannt wird. Rechtlich gesehen bietet *deprexis24* also keine Psychotherapie an, sondern verkauft lediglich ein Medizinprodukt, bei dem unklar ist, ob und inwieweit dessen Wirksamkeit mittels wissenschaftlicher Studien nachgewiesen werden muss. Im Übrigen kaufen Sie die Katze im Sack: Es gibt keine Demo- oder Schnupperversion; bei Nichtgefallen können Sie selbstverständlich jederzeit aufhören – ohne Rückerstattung der Benutzungsgebühr. Letztlich ist aus den Angaben auf der Website nicht zu erkennen, was wesentlich anders sei als bei gut strukturierender Selbsthilfeliteratur, die Ihnen freilich kein SMS oder Mail schickt: Sie können das Buch oder eBook ebenfalls überall mit hin nehmen, über den Stand der Veränderung oder die Schwierigkeiten, die auftreten, mit Ihrem Arzt oder Ihrem Therapeuten sprechen und es bereits vor einer Therapie ausgiebig nutzen. Diese Selbsthilfe ist zwar billiger als das Programm, doch die DAK ersetzt Ihnen den Kaufpreis dafür nicht.

Wozu also ein solches Programm? Wegen der ausgefeilteren programmtechnischen Möglichkeiten, die ein Buch nicht zu bieten vermag? Für 'digital natives' mag dies selbstverständlich keine Frage sein. Brisant werden dergleichen Internetapplikationen erst durch den politisch forcierten Hype 'eHealth', für den Milliarden locker gemacht werden müssen, sowie durch das massive Interesse der großen Krankenkassen, mittels im Internet basierter 'Technologien' mehr Leute schneller und billiger in Behandlung zu bringen als durch stationäre und ambulante Psychotherapien. Deshalb soll der Nutzen solcher Portale evaluiert werden. Evaluationen scheint es auch für den therapeutischen Nutzen von Selbsthilfeinterventionen zu geben, mit Effektstärken von 0,28 bis 0,76 <sup>14</sup>. Offenbar rechnen sich die großen Krankenkassen erkleckliche Einsparungen und einen sinkenden Nachfragedruck mittels in großem Umfang durchgeführter 'Internettherapie' aus <sup>15</sup>, wofür allerdings erst noch gesundheitsbürokratisch der Weg geebnet werden muss.

Denn nach wie vor sind die kassenzugelassenen PsychotherapeutInnen nicht gezwungen sich um die bereits im Internet etablierten 'Therapieprogramme' zu kümmern. Noch immer steht in den Psychotherapie-Richtlinien, dass Behandlungen in den Praxen statt zu finden haben, von wenigen Ausnahmen abgesehen. Auch muss zuvor noch das Fernbehandlungsverbot aufgehoben werden. Zwar hat die medizinische Online-Behandlung in der BRD begonnen, indes zunächst nur mit Privatpatienten <sup>16</sup>, arztseitig mit Vorbehalten <sup>17</sup>, von der Verbraucherzentrale jedoch unterstützt <sup>18</sup>.

---

Außendienstlerin, in dem das Produkt angepriesen und zur Kooperation eingeladen wird. Der beiliegende Flyer enthält die frohen Botschaften, die auch auf der Website zu lesen sind.

14 Quelle in Fn 3

15 In Australien sieht das Konzept des „Stepped-Care“ vor, dass zuerst die Möglichkeiten der Online-Interventionen ausgeschöpft sein müssen, bevor es zu einer direkten Behandlung von Arzt oder Psychotherapeut kommt. Quelle in Fn 3.

16 Das Modellprojekt 'Fernbehandlung' ist gestartet: <http://www.aerztekammer-bw.de/news/2017/2017-03/pm-telemedizin-start/index.html> (Stand 11/2017)

17 „Auf einen einfühlsamen Arzt, zu dem man ein tiefes Vertrauensverhältnis hat, wird der Patient auch in Zukunft nicht verzichten wollen.“ [https://www.aend.de/article/182380?utm\\_source=Abendnachrichten\\_2017-11-06&utm\\_medium=E-Mail&utm\\_campaign=Politiknachrichten](https://www.aend.de/article/182380?utm_source=Abendnachrichten_2017-11-06&utm_medium=E-Mail&utm_campaign=Politiknachrichten) (Stand 11/2017)

18 [https://www.aend.de/article/182548?utm\\_source=Abendnachrichten\\_2017-11-13&utm\\_medium=E-Mail&utm\\_campaign=Politiknachrichten](https://www.aend.de/article/182548?utm_source=Abendnachrichten_2017-11-13&utm_medium=E-Mail&utm_campaign=Politiknachrichten) (Stand 11/2017)

Die Krankenkassen sind gesetzlich daran gehindert, selbst als Behandler aufzutreten. Sie müssen also Forschungsinstitute beauftragen oder unterstützen. Dem stehen aufgeschlossene Forschende in Sachen Psychotherapie längst schon gewogen gegenüber. Die herkömmlichen Studien auf Basis repräsentativer Stichproben, sind zu aufwendig hinsichtlich Personal, Zeit und Kosten und ihre im Bereich der Standardabweichungen gültigen Aussagen sind zu abhängig von den Diagnosekriterien.

Der Hype um die 'eHealth'<sup>19</sup> hat die Bundespsychotherapeutenkammer (BptK) sensibilisiert. Sie vertritt den Standpunkt, dass wirksame Internetprogramme zur Prävention und Behandlung psychischer Erkrankungen unter bestimmten Voraussetzungen zu den Versorgungsleistungen der gesetzlichen Krankenversicherung gehören sollten<sup>20</sup>. Die BptK möchte den 'digitalen Geist' unter Kontrolle halten, bevor er gänzlich 'aus der Flasche' entweicht. Die Programme sollten ergänzend eingesetzt werden, insbesondere, falls es den Umständen nach keine andere Möglichkeit gebe. (Dieselbe Funktion erfüllt die Selbsthilfeliteratur.) Doch grundsätzlich, so hofft man, könnten sie den lebendigen Kontakt zu TherapeutInnen nicht ersetzen. Die Stellungnahme nennt bedenkenswerte Punkte zur Prüfung der Qualität von Therapieprogrammen, enthält Überlegungen für den Umgang mit einer Entwicklung, die sich nicht aufhalten lassen wird, und umkreist dabei ein zentrales Argument, ohne es explizit heraus zu arbeiten: Durch das Internet entstand, was in in einem solchen Ausmaß bisher nicht existierte: *die Trennung der Kommunikation von der direkten Beziehung* der Kommunizierenden untereinander und damit – entsprechend dem heutigen Paradigma, dass das, was übermittelt werden kann, *Information* sei - der Vorrang der Kommunikation vor der Beziehung! Das nährt vielleicht in den ins Digitale vernarrten Köpfen die Hoffnung, es gäbe eine an sich richtige und bedeutungshaltige Informationsübermittlung – ohne Beziehung unter den Kommunikationspartnern<sup>21</sup>.

Die Psychotherapeutenkammer Baden-Württemberg stellte den Landespsychotherapeutentag 2017 unter das Motto "Liegt die Zukunft der Psychotherapie im Internet?"<sup>22</sup> Vorgestellt wurden neben der Position des Präsidenten der BptK, der zugleich Präsident dieser Landeskammer ist<sup>23</sup>, fünf weitere Positionen: eine kritische<sup>24</sup>, drei von Betreibern<sup>25</sup> und die der Techniker-Krankenkasse<sup>26</sup>. Die Position der Kasse ist eindeutig: sie ist für die Ausweitung der 'Internettherapie', allein schon aus ökonomischen Gründen. Ihr Referent zitiert Daten aus diversen Quellen: Bundesweit seien die psychisch bedingten Fehlzeiten von 2006 bis 2016 um 86% angestiegen, faktisch um 2,7

---

19 Hierzu ausführlich: Bauer R. Die Totalisierung des Systems der Krankenversorgung. *Verhaltenstherapie & Psychosoziale Praxis*, Heft 4, 2017.

20 Zu den Einzelheiten siehe: [http://www.bptk.de/fileadmin/user\\_upload/Publikationen/BPtK-Standpunkte/Internet\\_in\\_der\\_Psychotherapie/20170629\\_bptk\\_standpunkt\\_internet.pdf](http://www.bptk.de/fileadmin/user_upload/Publikationen/BPtK-Standpunkte/Internet_in_der_Psychotherapie/20170629_bptk_standpunkt_internet.pdf) (Stand 11/2017). Warum keine Selbsthilfeliteratur?

21 Das hier angesprochene Thema bleibt einem späteren Papier vorbehalten. Stichworte sind *Kognition, Informationsverarbeitung, Sprache* und *Verdinglichung*.

22 <https://www.lpk-bw.de/news/2017/landespsychotherapeutentag-2017-0>

23 <https://www.lpk-bw.de/sites/default/files/news/2017/6-munz-lpt-bw-2017.pdf> (Stand 11/2017)

24 [https://www.lpk-bw.de/sites/default/files/news/2017/1-hardt-lpt-bw-2017\\_0.pdf](https://www.lpk-bw.de/sites/default/files/news/2017/1-hardt-lpt-bw-2017_0.pdf) (Stand 11/2017)

25 <https://www.lpk-bw.de/sites/default/files/news/2017/2-knaevelsrud-lpt-bw-2017.pdf>

<https://www.lpk-bw.de/sites/default/files/news/2017/3-baumeister-lpt-bw-2017.pdf>

<https://www.lpk-bw.de/sites/default/files/news/2017/4-bauer-stuttgart-2017-s-bauer.pdf> (Stand 11/2017)

26 <https://www.lpk-bw.de/sites/default/files/news/2017/5-vogt-lpt-bw-2017.pdf> (Stand 11/2017)

Tage pro Kopf, die mit der Diagnose 'depressive Episode' sogar um 3,08 Tage <sup>27</sup>. Die TK positioniere sich schon seit 2013 für Therapie per Internet: Internettherapie sei wirksam und nachhaltig, finde hohe Akzeptanz bei den Betroffenen und sei flexibel und leicht zugänglich. Der Favorit der TK ist der *DepressionsCoach*, ein *Beratungsangebot* <sup>28</sup> für leicht bis mittelgradig depressiv Belastete. Features: Dauer 6 Wochen, einmal pro Woche Rückmeldung durch eine TherapeutIn, mit der per Messenger kommuniziert werde, persönliches Postfach und wissenschaftliche Begleitung. Zitiert wird aus einem Abschlussbericht der FU Berlin zum *DepressionsCoach*: Mehr als 1000 Teilnehmer, davon 89% zufrieden, langfristige Wirksamkeit, Standards der Datensicherheit wie im Online-Banking, viele TK-Versicherte sagten, das Programm sei genau das Richtige für sie gewesen <sup>29</sup>. Ein Knüller von Fortschritt also! Welche Qualitätstandards verlangt die Kasse von solchen Programmen? Wissenschaftliche Evaluation, Datenschutz und Datensicherheit, mindestens *teilap-probierte* (!) Psychotherapeuten mit manualbasierter Schulung, Vereinbarkeit mit der Berufsordnung und eine Überprüfung, sprich Aufhebung des Fernbehandlungsverbots u.a., z.B. eine Erprobung über Selektivverträge. Kurz, der Kassevertreter zimmerte das trojanisches Pferd der TK just vor der Versammlung der bisherigen, berufsständigen Abwehrmauer gegen Billig- und Kurzbehandlungen <sup>30</sup>. Festzuhalten ist indes: im Hintergrund des *DepressionsCoach* sind noch Psychotherapeuten tätig. Allerdings wird sich zeigen lassen, dass deren Produktivität pro Kopf dank der

27 Bei solchen Angaben ist Vorsicht angebracht: Nicht gesagt ist hier, dass die Anzahl der psychischen Störungen in der Gesamtbevölkerung angewachsen sei, auch nicht, dass die Anzahl der Krankheitstage pro Kopf gestiegen sei. Möglicherweise liegt auch oder sogar nur eine Verschiebung in Richtung psychischer Diagnosen vor. Wiederholt wird auch die in anderen Stellungnahmen proklamierte Behauptung, dass jede zweite Therapie nach 10 Stunden beendet sei, wofür die Kasse bisher den Nachweis schuldig geblieben ist.

28 Man achte auf den Titel, von 'Therapie' ist nicht die Rede. <https://www.tk.de/techniker/service/gesundheits-und-medizin/behandlungen-und-medizin/psychische-erkrankungen/tk-depressionscoach-2016410> (Stand 02/2018)  
Interessant ist auch die Auskunft der TK über psychische Erkrankungen:  
<https://www.tk.de/techniker/service/gesundheits-und-medizin/behandlungen-und-medizin/psychische-erkrankungen-2019136> (Stand 02/2018).

Achtung! Unter [www.depressions-coach.com](http://www.depressions-coach.com) findet man die Website eines Herrn Arne Tempel (Qualifikation unbekannt, Stand 02/2018), der sich – ähnlich wie der berühmte Baron M – selbst am eigenen Schopf aus dem Sumpf der Depression gezogen hat und nun in US-amerikanischer Manier die Heilsbotschaften seiner Selbstbefreiung an jeden weitergibt, der sie haben will. Irgendwo steht dann auch der Preis, den der gute Mensch dafür verlangt: nicht mehr 97.-€, sondern nur noch 67.-€, sogar mit Ratenzahlung. In den AGB liest man, ähnlich wie in *deprexis24*: „Der Besuch der Webseite, die Registrierung für den Mitgliederbereich sowie die Durchführung der Lektionen des „Depressions-Coach“ ersetzen nicht den Besuch oder die Behandlung durch einen Arzt oder Psychotherapeuten. Bei gesundheitlichen Beschwerden muss sich der Kunde an seinen Arzt oder Psychotherapeuten wenden.“ Träger ist eine haftungsbeschränkte Akurita UG.

29 Das Abstract zum 2018 veröffentlichten wissenschaftliche Bericht zählt 1.089 Teilnehmende, davon 66% weiblich. Bei Beginn der Behandlung milde bis moderate Depression. Über Alter und sozialen Status der Teilnehmenden gibt das Abstract leider keine Auskunft: <https://www.karger.com/Article/Abstract/481515> (Stand 02/ 2018).

30 <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/76301/Online-Intervention-kann-bei-Depressionen-helfen> (Stand 02/2018): Die TK würde den *DepressionsCoach* gerne viel stärker in die Regelversorgung einbauen, auch für schwere Diagnosen. Gezielt gelte es Psychotherapeuten zu überzeugen von einer Kombination aus persönlicher Betreuung und neuen Medien. Doch der Weg bis dahin sei sehr weit, die Kasse dürfe aus Datenschutzgründen nicht gezielt auf Online-Interventionen hinweisen. Zunächst seien Therapeuten davon zu überzeugen, den *DepressionsCoach* ergänzend oder zur Überbrückung von Wartezeiten zu empfehlen. Auch der deutsche Starexperte der psychiatrischen *Depressionsforschung*, Prof. Dr. med. U. Hegerl, ist für den Ausbau der digitalen Selbsthilfe: (Stand 2/2018): <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/79440/Onlineprogramme-sollten-bei-psychischen-Erkrankungen-staerker-genutzt-werden> . Den Nutzen einer Überbrückung – allerdings mit *deprexis24* – versucht eine kleine Studie aus Tübingen herauszufinden. Leider hat sie nur wenige Teilnehmer, klingt etwas konfus und ist methodisch fragwürdig: <https://www.thieme-connect.com/products/ejournals/html/10.1055/s-0043-122241> (Stand 02/2018)



Hebelwirkung des Programms trivialerweise deutlich höher ist als die von Niedergelassenen.

Prof. Dr. C. Knaevelsrud <sup>31</sup>, die den *DepressionsCoach* wissenschaftlich begleitet <sup>32</sup>, berichtet auf der Tagung über den wissenschaftlich-hintergrund. Sie zitiert drei Metastudien mit Erwachsenen (über Angst, Depression und PTBS) und eine über Kinder und Jugendliche <sup>33</sup> - mit mittleren bis hohen Effektstärken, 13 Vergleichsstudien zwischen Onlineinterventionen und konventioneller PT mit dem Gesamtergebnis 'beides etwa gleich gut', wobei sechs Depressionsstudien etwas zu Gunsten der Onlinebehandlung abschneiden. Auch die Beziehungsqualität sei Online so gut wie face-to-face. Und überhaupt sei die Beziehung kein "konsistenter Outcome Prädiktor". Die Abbruchraten seien allerdings geringer, je regelmäßiger Kontakt zu den TherapeutInnen im Hintergrund bestehe <sup>34</sup>. Insgesamt sprächen folgende Vorteile für die Online-Behandlung: Hohes Maß an

---

31 [http://www.ewi-psy.fu-berlin.de/einrichtungen/arbeitsbereiche/klinisch\\_psychologische\\_intervention/mitarbeiter/cknaevelsrud/](http://www.ewi-psy.fu-berlin.de/einrichtungen/arbeitsbereiche/klinisch_psychologische_intervention/mitarbeiter/cknaevelsrud/) (Stand 02/2018)

32 Knaevelsrud C., Wagner B. & Böttche M. (2016). Online-Therapie und -Beratung: Ein Praxisleitfaden zur onlinebasierten Behandlung von psychischen Störungen. Göttingen: Hogrefe.  
Zagorscak P, Heinrich M, Sommer D, Wagner B & Knaevelsrud C. Benefits of Individualized Feedback in Internet-Based Interventions for Depression: A Randomized Controlled Trial. *Psychother Psychosom* 2018; 87:32-45.  
<https://www.lpk-bw.de/sites/default/files/news/2017/2-knaevelsrud-lpt-bw-2017.pdf> (Stand 02/2018)

33 Auch Hypnotherapie gelinge - sogar bei Kindern – ohne TherapeutIn, berichtet der Newsletter Nr. 25 von Prof. Dr. Bongartz im Aug. 2017.

34 Diese Feststellungen haben einige Brisanz: Sie sagen im Grunde, dass therapeutisch wirksame Kommunikation fast gänzlich auf den semantischen Aspekt der Sprachübermittlung reduziert werden kann, sofern man von jenen Abrechnern absehen mag, denen die unmittelbare Präsenz eines menschlichen Gegenüber wichtig ist. Weder Mimik, noch Körperbewegung, noch Gebärden, noch emotional-unmittelbarer Ausdruck seien wichtig für eine 'Therapie' (wenn man den Rest noch so nennen will). Auch das Deiktische des Sprechens soll keine Rolle spielen, obwohl es zum unmittelbaren Ausdruck unerlässlich ist wie die Stimme und der Blick des jeweils *Anderen* als Ausdruck seiner leiblichen Präsenz. Das digitale Medium wirkt entleiblichend, ersetzt den *Anderen* durch Zeichen und deren Semantik., was m.E. den narzisstischen Selbstbezug fördern wird. Die durchprogrammierte Internettherapie schafft das Zuhören ab; zuhören ist wesentlich menschlich und damit wesentlich therapeutisch. Das Zuhören schafft den offenen Raum, in dem der Andere sich freiredet, zu dem was ihn bewegt – womöglich über die Intention seines Sagenwollens hinaus. Die digitale Kommunikation hingegen verbindet, schafft aber keine Beziehung (Byung-Chul Han. Die Austreibung des Anderen). Dadurch wird «das Dogma der kognitiven Therapie» zu seiner vollen Konsequenz gebracht: Emotionale Abläufe seien allein schon durch die Semantik der geschriebenen Sprache zu verändern. (Wenn dem so sein sollte, wozu brauchen wir zukünftig dann noch Therapeuten?) Doch dieser «kognitivistische Irrtum» beruht auf einem anderen, vorgängigen, wonach wir Menschen analog zu Wahrnehmung des Äußeren eine des Inneren hätten, in der uns unsere Empfindungen, Emotionen, Gedanken als Objekte gegeben wären, die lediglich entdeckt und genau benannt werden müssten, wobei allerdings der Zugang zu diesen inneren Objekten ein ausschließlich privater sei. Doch wir haben kein nach innen gerichtetes Auge und kein inneres Erkenntnisorgan. Vielmehr haben unser inneren Zustände in ihrer Unmittelbarkeit einen eher diffusen, ziemlich unbestimmten Gehalt, der sich schon gar nicht einfach feststellen lässt. Eher sind sie von der Art, dass uns etwas widerfährt als dass sie sich klar zu benennende Gefühle, Wünsche oder Absichten geben, die zwar einen mehr oder weniger weiten interpretatorischen Spielraum belassen, aber – und erst recht im Gefüge einer Störung – einen hartnäckigen Widerstand gegenüber ihrer Auflösung und Eingliederung in semantische Konstruktionen an den Tag legen. Das heißt auch: Die James-Lange-Theorie der Emotionen ist ein Fehlschlag. Schmerzen z.B. sind als solche passiv gegeben und werden nicht erst durch die sprachliche Formulierung bewusst. Obwohl sie dadurch klar werden, d.h. 'lexikalisch' eingeordnet werden. Bereits Nietzsche war klar, dass ein Gedanke – was immer das auch sei – auftaucht, wenn 'er will', und nicht, weil ein Gedanken-Ich der Macher der sodann sprachlich eingekleideten Gedanken sei. „Wir nehmen unsere mentalen Zustände weder einfach wie Objekte wahr, noch konstruieren wir sie durch unsere Bekundungen, sondern wir artikulieren sie nach Maßgabe des uns innerlich bereits Vertrauten.“ (Honneth A. Verdinglichung. Frankfurt/Main 2005, S. 88). Doch zur Klärung und Expression dieses Inneren ist es nötig, dass ein Subjekt seine eigenen inneren Zustände zuerst für wert erachtet aufgeschlüsselt, d.h. artikuliert zu werden. Und just dazu benötigen Viele eine empathisch-therapeutische

Autonomie der Patienten (Selbstregulierung von Teilnahme, Intensität und Geschwindigkeit); geringeres Machtgefälle zwischen Patient und Therapeut, stärker informierte Patienten mit weniger Schamgefühlen und stärkerer Selbstoffenbarung<sup>35</sup>. Zudem werde ein Patient mehr zu seinem eigenen Therapeuten und erfahre so eine Stärkung seiner Selbstwirksamkeit<sup>36</sup>.

Welcher Personenkreis an den Studien teilgenommen hat, ist vielleicht weniger interessant als die Frage, welche Zielgruppe demnächst dafür zu bewerben ist. Da bietet sich eine an, die mit dem Internet gut vertraut ist, die Gruppe der jungen Erwachsenen. Viele darunter sind Neuerungen gegenüber eher aufgeschlossen, den Umgang mit neuen Medien gewohnt und experimentierfreudig. Die Untergruppe der Studenten führt zudem bestenfalls geringfügige Beiträge an ihre Krankenkassen ab. Face to face Psychotherapie mit dieser Zielgruppe ist für die Krankenkassen sicher ein Verlustgeschäft. Im Wintersemester 2015/16 studierten laut Barmer-Studie in der BRD 2.757.799 Personen, darunter 432.589 im ersten Semester<sup>37</sup>; die Altersgruppe zwischen 20 und 26 Jahren bildete den größten Anteil, darunter etwas mehr Frauen als Männer. Die Studie beschäftigt sich sodann mit dem Zahlenmaterial für das Jahr 2016 über psychische Diagnosen bei jungen Erwachsenen und kommt im Resümee zur Folgerung, dass die mit Abstand häufigsten Diagnosegruppen "Affektive Störungen (F30 – F39)" und "Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen (F40 – F48)" seien, unterer ersterer vorrangig die F32 und F33. Es seien knapp 1,9 Mio junger Erwachsener diagnostiziert worden, ungefähr 26% der Altersgruppe. Die F3-Diagnosen betrafen bundesweit rund 8% der jungen Erwachsenen. Unter den Studierenden hingegen liege die Diagnoserate bei etwa 17%; darunter am häufigsten mit rund 12% Diagnosen aus der Gruppe F40 – F48, gefolgt mit rund 5% von den "Affektiven Störungen". Häufigste Einzeldiagnose sei mit 5,1% die somatoforme Störung F45. Weitere, hier interessierende Ergebnisse aus der Vielzahl von Berechnungen sind: Zwischen 2005 und 2016 stieg der Anteil an Depressionsdiagnosen unter jungen Erwachsenen von 4% auf 8%, bei gleichzeitigem Anstieg der Verordnung von Antidepressiva um etwa 60%, in absoluten Zahlen erhielten 241 Tsd unter den rund 7 Mio jungen

---

Beziehung.

35 Wen wundert das? Anonym ist die Scham überflüssig und die Selbstoffenbarung daher leichter. Trivialerweise ist auch das Machtgefälle geringer, wenn man den Therapeuten nicht sieht, weniger Worte wechselt und diese auch noch schriftlich.

Die Methodik betreffend findet sich im Ärzteblatt PP ein Kommentar von Prof. Dr. med. S. Singer (Heft 7, Juli 2018, S. 307): Wenn man Vorher-Nachher-Vergleiche anstelle, könne man sich eine Randomisierung schenken, weil darin die störenden Effekte konfundierender Faktoren wieder „komplett wirksam“ seien. Bei Depressionen sei es so, dass wegen ihres oft zyklischen Verlaufs das Befinden nach einiger Zeit besser werde. Eine Therapie habe nachzuweisen, dass sie besser sei als der Zeiteffekt und zudem, dass sie besser sei als eine belegte Standardmethode. Das sei aber in der Studie unter der Leitung von Prof. Dr. C. Knaevelsrud nicht geschehen. „Man kann also an dem Beispiel Depressions-Coach sehen, wie irreführend Etiketten sein können – es wurde eine große randomisierte kontrollierte Studie durchgeführt, aber die Interpretation der Ergebnisse ist irreführend.“

36 Verglichen mit anderen Angeboten in Sachen 'Psychotherapie', 'Coaching' und 'Beratung' auf dem Internetmarkt, ist die Aktivität der Techniker Kasse als geradezu seriös und fundiert zu betiteln. Da bietet die KKH ein 'Netzwerk für seelische Gesundheit' an <https://www.kkh.de/versicherte/a-z/netzwerk-seelische-gesundheit> (Stand 03/2018), das aus diversen 'Partnern' besteht (<https://www.kkh.de/versicherte/a-z/netzwerk-seelische-gesundheit/partner>), ein Ensemble, das man als Therapeut nur erstaunt zur Kenntnis nehmen kann. Einzelnen Berichten zufolge scheint die Kasse auch ruppige Praktiken zu verfolgen, mit denen sie Therapiesuchende in dieses Netzwerk befördern möchte.

37 Grobe T.G., Steinmann S., Szecsenyi J. Barmer Arztreport 2018, Kapitel 3. Alle Angaben sind aus diesem Werk entnommen. <https://www.barmer.de/blob/144368/08f7b513fdb6f06703c6e9765ee9375f/data/dl-barmer-arztreport-2018.pdf> (Stand 02/2018)

Erwachsenen mindestens eine Antidepressiva-Verordnung. Ein Kostenfaktor ist sicherlich die vollstationäre Krankenhausbehandlung bei Depressionsdiagnose, die sich bei jungen Erwachsenen von 2006 bis 2016 verdoppelt hat. Und nicht zuletzt seien Studierende im Jahr 2015 von Depressionsdiagnosen zwar deutlich seltener betroffen gewesen als gleichaltrige Nichtstudierende, doch zeige sich in der Dokumentation durch psychologische Psychotherapeuten ein etwas höherer Anteil an Betroffenen als unter Nichtstudierenden. Und noch einige Zahlenverhältnisse werden vielleicht nicht verwundern: die Elf-Jahres-Prävalenzen für Depressionsdiagnosen in der Gruppe der jungen Erwachsenen steigt bei Männern im Alter von 18 J bis 25J von 5% auf 17%; bei Frauen jedoch von knapp 15% auf etwa 29%. Woran immer diese Entwicklung auch liegen mag, aus diesen Zahlen lässt sich klar das ökonomische Interesse der Krankenkassen an "Internetpsychotherapie" extrapolieren.

Zurück zur Tagung. Über die Integration neuer Medien in den psychotherapeutischen Alltag berichtet Prof. Dr. H. Baumeister<sup>38</sup>. Diese IMI (Internet- und mobil basierte Interventionen) seien wirksam und kosteneffektiv bei ambivalenter Akzeptanz und in ihrer derzeitigen Inanspruchnahme eher niedriger als klinische Studien dies nahelegten, insbesondere bei Stand-alone-Implicationen. Die 'Blended Therapy' könne sequentiell erfolgen, integriert oder stufenweise (z.B. in 4 Stufen). Ein vorgestelltes Schema für einen möglichen Ablauf lässt erahnen, dass diese Integration in den Praxisbetrieb der Niedergelassenen einen erheblichen organisatorischen Umbau nach sich ziehen wird, dessen Gelingen von einem strategisch durchorganisierten Ablauf abhängen wird, an den sich die jeweilige Praxis und die Patienten zu halten haben. Eine mit Unterstützung von einigen Pt-Kammern durchgeführte Umfrage über Akzeptanz und Bedarf (Stichprobe von 273 randomisierten Ptn unter 13.470 angeschriebenen) über die Einsatzmöglichkeiten führt von etwa 68% für Psychoedukation fallend zu etwas unter 30% für Komorbiditäten. Unter den in Frage kommenden Medien bekommt das Email ebenfalls etwa 68% Zustimmung, ein nicht moderiertes Therapieforum aber weniger als 10%. Mit etwa 88% Zustimmung ist Evidenzbasierung die am stärksten geforderte Voraussetzung, die schwächste mit etwas mehr als 40% die Weiterbildung<sup>39</sup>. Das Fazit könnte hier lauten: Die Entwicklung steht am Anfang und mehr oder weniger ausgeprägte Widerstände sind noch zu überwinden.

Schließlich referiert PD Dr. S. Bauer über die Verbesserung der Versorgungskontinuität durch internetbasierte Interventionen<sup>40</sup>. Hier geht es um die Nachsorge nach stationärer Behandlung und um Prävention und Frühintervention. Zuviele Patienten blieben ohne zeitnahe Nachsorge und zuviele bekämen eine späte oder gar keine professionelle Hilfe. Die Praktiken für eine Abhilfe werden innerhalb der Koordinaten *Individualisierung* und *(Therapeuten-/Berater)-Kontakt* plaziert. Sie umspannen informative Websites & Blogs und reichen von Selbsthilfe-Programmen, moderierten Foren, internetbasierten kognitive Therapien, eMail-Beratung bis hin zu Video-Konferenzen. Eingehender dargestellt werden vier Nachsorgeprojekte, z.B. die Chat-basierte Nachsorge nach stationärer Psychotherapie in geleiteten Gruppen mit 8-12 Teilnehmern und und 12–15 Sitzungen, wöchentlich von 90 Minuten Dauer, also eine Gruppentherapie per Chat. Die Ergebnisse bein-

---

38 <https://www.lpk-bw.de/sites/default/files/news/2017/3-baumeister-lpt-bw-2017.pdf> (Stand 11/2017)

39 Die Ergebnisse werden sodann aufgefächerter und differenzierter dargelegt.

40 <https://www.lpk-bw.de/sites/default/files/news/2017/4-bauer-stuttgart-2017-s-bauer.pdf> (Stand 11/2017)



drucken teilweise: Rückfälle Chat 21%, Kontrollgr. 47%; Inanspruchnahme von ambulanter PT nach Entlassung 54,3% zu 60,3% (n.s.); Rückfallrate ohne ambulante PT 13,5% zu 62,1%. Ein zweites Projekt ist die SMS-basierte Nachsorge bei stationär behandelter Bulimia nervosa im Vergleich mit einem teilautomatisierten Behandlungsprogramm. Auch hier zeigt sich der deutlichste Unterschied bei jenen Fällen, die anschließend keine ambulante PT hatten: die Remissionsrate der SMS-Begleitung nach Entlassung ist erheblich höher (54,5% zu 30,3%). Unter dem Gesichtspunkt der Praktikabilität wird klar, dass eine große Klinik mit entsprechender Ausstattung an Personal und Mitteln solche, durchaus sinnvolle und zweckmäßige Nachsorgeprojekte, viel leichter und effizienter durchführen kann als jede kleine Psychotherapiepraxis. Auch ist eine solche Nachsorge nur für einen Teil der aus der stationären Behandlung entlassenen Patienten ausreichend. Hinsichtlich Prävention / Frühintervention werden folgende Vorteile von eHealth aufgeführt: Herabsetzung von Hemmschwellen bei Jugendlichen, Ansprechen großer Stichproben mittels Kombination von automatisierten Modulen und persönlicher Unterstützung, frühzeitige Unterstützung durch Online-Portale, Verbesserung der Versorgungskontinuität bei langfristigem Krankheitsmanagement, vielleicht auch Verbesserung der Passung zwischen Unterstützungsbedarf und präventivem bzw. therapeutischem Angebot. Doch die zentrale Frage bleibe: "Wie kann man E-Mental Health und die konventionelle Versorgung praktikabel, wirksam und effizient verbinden?"<sup>41</sup>

Spätestens mit dieser Frage wird überdeutlich, dass ein Wandel in der Ausrichtung der Psychotherapie längst schon stattgefunden hat: War sie noch in den 80iger und 90iger Jahren des vergangenen Jhds meist die Behandlung einzelner Personen, so ist sie nun für viele Kostenträger eine zu kostspielige Massenbehandlung geworden, für die effizientere und billigere Weg gefunden werden müssen, offiziell im Namen einer besseren und kürzeren Behandlung einer zunehmenden Zahl psychisch gestörter Patienten, faktisch aber wegen des Diktats der betriebswirtschaftlichen und volkswirtschaftlichen 'Rationalität'.

## Epilog

Die 'Internetpsychotherapie' wird Teil der 'Gesundheitsversorgung' dieses Landes werden; die Kassen wollen es so. Ausgehandelt werden müssen noch die Rahmenbedingungen und Programm-anforderungen. In welchem Umfang sie nachgefragt werden wird, ist freilich offen. Doch die Rückwirkungen auf die Psychotherapie, die bisher in den Praxen der Niedergelassenen ausgeübt wird, können nicht ausbleiben. Die vorhandenen Programme sind bereits störungsspezifisch ausgerichtet; ich vermag mir kaum vorzustellen, dass unspezifische Beratungsprogramme in eine Finanzierung durch die Kassen aufgenommen werden können. Damit wird auch der theoretische Hintergrund, aus dem heraus die Programmentwicklung erfolgt ist, im Grunde nebensächlich. Es kommt nur noch darauf an, dass sie 'wirksam' sind. Doch die Wirksamkeitsprüfung erfolgt mit einer Methodologie, die nur technisch-statistisch ist, unabhängig von den jeweiligen psychologischen Theoremen auf Pillen und Semantiken angewandt werden kann. Sie macht Psychotherapie

---

41 Die daran anschließend zu stellende Frage lautet: Wie kann das das, was heute noch Wartezeitüberbrückungs-, Begleit- oder Nachsorgemaßnahme genannt wird, zum wirksamen Bestandteil 'neuer Therapieformen' werden?

zur Technologie. Es ist genau jene Methodologie, anhand derer weiland Grawe und Mitarbeiterinnen den Wandel zur Profession ausriefen, um schließlich die Grundprinzipien für eine professionelle, allgemeine Psychotherapie herzauszuschälen<sup>42</sup>. Ironischerweise, nein ich muss schon schreiben 'zynischerweise', wird just die Umsetzung dieser Methodologie in Internet-Technologie eine 'allgemeine Psychotherapie' überflüssig machen.

Die Reduktion von Psychotherapie auf 'wirksame Technologie' geht einher mit einer Reihe gesellschaftlicher Veränderungen: Im Zuge des polit-ökonomischen 'Neusprech' sind Krankenbehandlungen längst schon zu Gesundheitsleistungen geworden, die wie Waren ihren Preis haben, und deren Zweckmäßigkeit somit kalkulierbar geworden ist<sup>43</sup>. Mit dem Abbau der klassischen Geistes- und Kulturwissenschaften und der Ausbreitung des Neuro-Biologismus in der klinischen Psychologie und der Psychotherapie verschwindet auch der Anspruch darauf, eine 'spezifisch menschliche Behandlung' als Psychotherapie zu erhalten. Heute schon, bevor die Online-Technologie stolz als voll funktionsfähig präsentiert werden kann, hat der technologische Impetus von 'Gesundheit' und 'Funktionalität' viele Jüngere erfasst, die Psychotherapie nachfragen. Des Fragens würdig erscheint nicht mehr die Art wie sie leben und sich ihr Leben wünschen; sie wollen psychisch gesund sein und optimal funktionieren<sup>44</sup> – in eine Zukunft ohne Sicherheit und mit allseitiger, kapitalistischer Konkurrenz hinien. Psychotherapie wird deshalb konsequent zu einer Sammlung von Psychotechnologien, deren 'Wirksamkeit' wissenschaftlich evaluiert zu sein hat. Das ist sie bereits, zumindest soweit in ihr der Kognitivismus vorherrscht. Aber nicht nur der dieser, auch die Meditationspraktiken des Buddhismus lassen sich zu Psychotechnologien umfunktionalisieren. Und auch manche Psychodynamiker wollen von dieser Entwicklung nicht ausgeschlossen bleiben. Bereits heute kommt das 'Menschliche' überwiegend nur noch in der Gestalt von 'Patientenrechten', moralischen Ansichten (meist unausgegoren) und Versorgungspflichten zur Geltung. Wird zukünftig die unmittelbare Patient-Therapeut-Beziehung in den 'Internetbehandlungen' auch noch überflüssig, dann erscheint die vom lediglich Kosten verursachenden Balast befreite Störungsbehandlung als die ideale 'Volksbehandlung' am Zukunftshorizont der Gegenwart. Eine solche wird auch nötig werden bei dem – vermutlich infolge sich ausbreitender Datenverarbeitung - steigendem Abbau von Arbeitsplätzen bei wachsendem Konkurrenzdruck in der Arbeitswelt und der mit dieser Entwicklung voraussichtlich wachsenden Zahl von psychischen Beschwerden bei Jung und Alt, egal ob diese eine psychische Diagnose bekommen oder nicht.

Indes betrifft die Perspektive 'online vor face to face', die in anderen Ländern längst schon Wirklichkeit geworden ist<sup>45</sup>, keineswegs nur die Psychotherapie; sie gilt selbstverständlich für die medizinischen Behandlungen, ja für das ganze Gesundheitswesen<sup>46</sup>, einschließlich der Pflege der

---

42 Siehe Teil 1: [https://www.wopalm.com/wp-content/uploads/2017/11/Sytemfunktional\\_1.pdf](https://www.wopalm.com/wp-content/uploads/2017/11/Sytemfunktional_1.pdf) (Stand 02/2018)

43 [https://www.lpk-bw.de/sites/default/files/news/2017/1-hardt-lpt-bw-2017\\_0.pdf](https://www.lpk-bw.de/sites/default/files/news/2017/1-hardt-lpt-bw-2017_0.pdf) (Stand 11/2017)

44 „Das heutige Leistungssubjekt kennt nur zwei Zustände: Funktionieren oder Versagen. Darin ähnelt es Maschinen. Auch Maschinen kennen keinen Konflikt. Entweder funktionieren sie einwandfrei, oder sie sind kaputt.“ (Byung-Chul Han. Die Austreibung des Anderen. Gesellschaft, Wahrnehmung und Kommunikation heute. Frankfurt a. M, 2016, 2.Aufl., S. 35)

45 [https://www.aerztezeitung.de/politik\\_gesellschaft/gesundheitspolitik\\_international/article/940336/e-health-estland-will-eu-digitale-zukunft-fit-machen.html](https://www.aerztezeitung.de/politik_gesellschaft/gesundheitspolitik_international/article/940336/e-health-estland-will-eu-digitale-zukunft-fit-machen.html) (Stand 02/2018)

46 <http://www.bmcev.de/das-digitale-zeitalter-wartet-nicht-wo-muesste-sich-das-gesundheitswesen-bewegen/> (Stand 2/2018)

alten Menschen<sup>47</sup>. Ihr innewohnender Fortschrittanstreiber ist kein anderer als der in der Industrie. Es ist die 'ökonomische Rechenmaschine', die die Datenverarbeitung vorantreibt, deren langfristig negative Folgen im polit-ökonomischen 'Neusprech' als Verbesserung von Versorgung und Gesundheitsleistungen deklariert werden<sup>48</sup>, was sie zunächst und teilweise auch sein werden. Das dazu unerlässliche Zahlenmaterial werden uns die Gesundheitsstatistiker immer wieder vorrechnen. Doch die Logik dieser Entwicklung hat ihre immanente Fatalität: Wer immer noch hofft, dass die Ausbreitung der Datenverarbeitung in alle Lebensbereiche hinien nur ein Mittel zur Erreichung von Verbesserungen sei, übersieht, dass die massenhafte Ausbreitung dieses Mittels genau diesen Zweck wieder aushebeln wird, weil sie eine von anderen Zwecken (Kostensenkung & Gewinnerzielung) initiierte Dynamik entfalten wird, deren negative Folgen langfristig vermutlich mächtiger sein werden. Zukünftig werden die kurzfristigen Verbesserungen lediglich noch als die rückwärtigen Schatten aus der dann Gegenwart gewordenen Zukunft dieser Folgen erscheinen. Um es banal und klar zu sagen: Die Dynamik dieser Entwicklung gleicht der des 'Anfixens'; es ist die Dynamik der Zweck-Mittel-Verkehrung: Die anfängliche Euphorie, in der der Stoff scheinbar nur Mittel zur Glücksreise ist, führt schließlich zur Abhängigkeit, die das Leben beherrscht: das Mittel ist zum Selbstzweck geworden und bestimmt hinfort wie das Leben abzulaufen hat<sup>49</sup>. Die Zeit, in der ein Mensch den *anderen* Menschen zum Gegenüber hatte, um *selbst* ein Mensch zu werden<sup>50</sup>, wird zum ökonomisch unvertretbaren Luxus, den sich nur noch Wenige werden leisten können.

---

47 <https://medecon.ruhr/2018/02/1-000-videosprechstunden-in-pflegeheimen/> (Stand 02/2018)

48 <https://www.ztg-nrw.de/2018/02/ehealth-im-blick-darauf-haben-sich-cdu-csu-und-spd-geeinigt/> (Stand 02/2018)

49 Die Sucht als Ergebnis des Anfixens ist nur der populäre Spezialfall einer unheilvollen Zweck-Mittel-Dynamik. Die von einem Mensch oder einer Gruppe von Menschen verwendeten Mittel zur Erreichung von Zwecken mögen kurzfristig gelingen. Meist sind sie aber in Dynamiken von Voraussetzungen eingebunden oder davon abhängig, die unvorhersehbar, unbekannt oder nur teilweise bekannt sind, und deren längerfristige Folgen erst spät deutlich werden (Stichwort Klimawandel). Oder die zunächst sehr nützlich erscheinenden Mittel erzeugen in ihrer Verwendung strukturelle Veränderungen in den Lebensvoraussetzungen, wodurch, was einst einfach nur Mittel war, zu lebensbestimmenden Bestandteilen der gesellschaftlichen Voraussetzungen des Lebensvollzugs wird (wie Autos, Smartphones). Dann diktieren auf einmal die vormaligen Mittel die künftigen Zwecksetzungen der von diesen Mitteln Abhängigen. Die sich ausbreitende Datenverarbeitung ist der nächste Kandidat für diese Verkehrung. (Spektrum der Wissenschaft. Spezial 1.17. Willkommen in der Datenwelt! Speziell: Das digitale Manifest.) Psychotherapie, so wie ich sie verstanden habe, sollte dem Einzelnen dazu verhelfen, eine möglichst weitgehende Selbstverfügung zu erlangen, sie/ihn *auch* befähigen, nicht das Opfer solcher Verkehrungen zu werden, oder sich aus einer solchen 'Gefangenschaft' zu befreien. Die Gesundheitsbürokratie verfolgt mit dem Namen 'Psychotherapie' aber andere Zwecke: Ihr geht es um die Reparatur vorklassifizierter 'Krankheiten' mit psycho-technologischen Mitteln zwecks Erhaltung oder Wiederherstellung der Arbeitskraft oder um Kostensenkung bei chronifizierten psychischen 'Krankheiten'.

50 Byung-Chul Han. Die Austreibung des Anderen, a.a.O.