



Deutsche PsychotherapeutenVereinigung
Bundesgeschäftsstelle
Am Karlsbad 15
10785 Berlin
Tel. 030/2350090
Fax 030/23500944
bgst@deutschepsychotherapeutenvereinigung.de
www.deutschepsychotherapeutenvereinigung.de

Stellungnahme

zum

GEK-Report 2007

- Schwerpunkt ambulante Psychotherapie -

Berlin, 11. Dezember 2007



Vorbemerkung

Die Gmünder Ersatzkasse (GEK) hat in ihrem „Report 2007“ schwerpunktmäßig die ambulante Psychotherapie als Kassenleistung untersucht. Seit dem Gesundheitsmodernisierungsgesetz von 2004 sind die Kassenärztlichen Vereinigungen verpflichtet, den Krankenkassen versichertenbezogene Daten zu übermitteln, so dass seither eine Auswertung von Behandlungsverläufen durch die Krankenkassen möglich ist. Die GEK – so der Vorstandsvorsitzende Hebel - habe bereits seit Jahren die Versorgungsforschung als eine Möglichkeit erkannt, die Realität der Behandlungsqualität ihrer Versicherten abzubilden und Optimierungsprozesse einzuleiten.

Gegen Versorgungsforschung ist nichts einzuwenden, sie ist in Deutschland noch deutlich unterentwickelt. Allerdings sollte man erwarten können, dass Daten nicht nur erhoben, sondern auch wissenschaftlich neutral ausgewertet werden. Genau dies läßt der GEK-Report mit Schwerpunkt Psychotherapie vermissen. Die GEK bzw. das mit ihr kooperierende wissenschaftliche Institut der Universität Hannover zieht – im Widerspruch zu den eigenen Daten – die Schlussfolgerung, ambulante Psychotherapie habe „keine deutlich nachweisbaren positiven Wirkungen“ auf die Gesundheit der Versicherten.

Untersucht wurde, wie sich ambulante Psychotherapien auf die Häufigkeit von Arztbesuchen, Medikamentenverschreibungen und Krankenhausverweiltagen auswirkt, nicht jedoch, ob und in welchem Ausmaß Psychotherapie die psychischen Krankheiten der Patienten vermindert. Wenn schon Aussagen zur Wirksamkeit der Psychotherapie getroffen werden, hätte der GEK-Report dieser Frage nachgehen müssen. Zumindest hätten die Schlussfolgerungen aus den Daten einer differenzierteren Analyse bedurft.

Denn bei einer näheren Betrachtung der Daten kommt man zu anderen Schlüssen als die Autoren des GEK-Reports. Danach zeigen sich deutliche positive Effekte von Psychotherapie auf die Häufigkeit von Arztbesuchen, Arzneiverordnungen und Krankenhaustagen.

Wenn einerseits die Fakten für eine Wirksamkeit der Psychotherapie in Bezug auf die untersuchten Parameter sprechen, die GEK andererseits ihre eigenen Daten falsch bzw. einseitig interpretiert, stellt sich die Frage, welches Interesse die Krankenkasse





verfolgt. Diese Frage ist umso wichtiger als der GEK-Report der Presse vorgestellt und bereits in zahlreichen Meldungen verbreitet wurde. Dies schadet dem Ansehen der Psychotherapie, letztlich auch den Patienten, die eine Psychotherapie in Anspruch nehmen.

Mit der Studie hat die GEK Prof. Dr. Friedrich Wilhelm Schwartz vom Institut für Sozialmedizin, Epidemiologie und Gesundheitssystemforschung (ISEG) der Universität Hannover beauftragt. Prof. Schwartz hatte als ehemaliger Vorsitzender des Sachverständigenrates der Konzierten Aktion im Gesundheitswesen bereits vor 7 Jahren die Meinung vertreten, Psychotherapie sei gleichzusetzen mit Lifestyle-Arzneimitteln:

„...Leistungen der ambulanten Erwachsenen-Psychotherapie ebenso wie Lifestyle-Arzneimittel, soweit sie nicht Behandlungsbestandteil schwerwiegender psychiatrischer oder körperlicher Erkrankungen sind, bezeichnet er als Komplementärleistungen. Schwartz: ‚Beide sollten gesondert wettbewerblich und nicht obligatorisch versichert werden.‘“ (Ärzte-Zeitung vom 27.04.2000)

Trifft sich im GEK-Report die unverrückbare, vorurteilsteilsbeladene Meinung eines Ökonomen mit dem Interesse einer Krankenkasse, im Vorfeld des Gesundheitsfonds drastische Kosteneinsparungen anzukündigen?

Nachfolgend beschäftigen wir uns im Einzelnen mit den Untersuchungsergebnissen des GEK-Reports, Schwerpunkt Psychotherapie.

Psychotherapie – eine immer noch selten in Anspruch genommene Leistung

Psychotherapie in Deutschland wird als Leistung der gesetzlichen Krankenkassen nur gewährt, wenn sie vorher beantragt und von der Krankenkasse genehmigt worden ist. Die GEK hat in ihrem jüngsten Report umfangreiche Statistiken über die Inanspruchnahmen von Psychotherapie bei ihren Versicherten ausgewertet. Danach zeigt sich eine Steigerung von Psychotherapiebewilligungen um 61% vom Jahr 2000 bis zum Jahr 2006. Dies klingt für die GEK besorgniserregend, relativiert sich jedoch, wenn man sich die absoluten Zahlen betrachtet. Noch immer ist Psychotherapie eine selten in Anspruch genommene Leistung: Weniger als 1% der Versicherten, nämlich 0,9% waren 2006 in einer Psychotherapie. Im Jahre 2000 waren es ca. 0,6%. Obwohl die absoluten Zahlen ein unteres Niveau der Inanspruchnahme von Psychothe-



rapie offenbaren, suggeriert die GEK eine enorme Zunahme von Psychotherapien. Dies wird auch deutlich in der Aussage, die Behandlungsraten seien seit 2000 erheblich gestiegen: „...insbesondere jedoch unter Frauen (sind) erhebliche Bevölkerungsanteile (in einer Größenordnung von mehr als einem Prozent der weiblichen Gesamtbevölkerung) von einer Psychotherapie bzw. deren Beantragung oder Verlängerung betroffen gewesen...“.

Wie kommt die GEK dazu, bei einer Rate von weniger als einem Prozent von einem „erheblichen Bevölkerungsanteil“ zu sprechen? Es kann nur vermutet werden, dass die GEK die Sorge hat, dass angesichts der bekannten Prävalenzraten ein größerer Anteil der Versicherten psychotherapeutische Behandlung beanspruchen könnte.

Auch methodisch ist die Schlussfolgerung fragwürdig. Zum einen wird von der Stichprobe der GEK-Versicherten auf die Gesamtbevölkerung geschlossen, was nicht ohne Weiteres möglich ist, weil Ersatzkassenversicherte häufiger Psychotherapie in Anspruch nehmen als Primärkassenversicherte. Zum anderen werden Fortführungen laufender Psychotherapien mitgezählt, was den absoluten Anteil der Inanspruchnahmen künstlich stark erhöht.

Unerwähnt bleibt außerdem, ob die Effekte des Psychotherapeutengesetzes von 1999 berücksichtigt worden sind. Eine große Anzahl von Psychotherapeuten, die davor Leistungen außervertraglich abgerechnet hatten, wurde in den ersten Jahren nach dem In-Kraft-Treten des Gesetzes in das KV-/KBV-System integriert. Es fand also nur eine Verlagerung von Leistungen vom einem zum anderen Beantragung- und Genehmigungssystem statt. Eine Zunahme von Psychotherapien war mit dieser Verlagerung nicht verbunden.

Unbestritten ist jedoch, dass die Anzahl von Psychotherapien im Zeitraum seit 2000 zugenommen hat – wenn auch wahrscheinlich nicht in dem Maße, wie von der GEK behauptet.

Dass in den 9 Jahren seit dem In-Kraft-Treten des Psychotherapeutengesetzes psychische Krankheiten und Behandlungsmöglichkeiten mehr akzeptiert, früher erkannt und behandelt werden, ist positiv. Schließlich war es ein Ziel des Psychotherapeutengesetzes, die Versorgung psychisch kranker Patienten zu verbessern. Wenn sich weniger als 1% der Bevölkerung im Jahr 2006 in einer Psychotherapie befunden hat, zeigt sich daran immer noch die überwältigende Dominanz der somatischen Medizin,



was ganz im Gegensatz zu epidemiologischen Daten steht. Auch im Jahresgutachten 2001 des damaligen Sachverständigenrates für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen war die Dominanz der somatischen Medizin beklagt worden.

Bei der Untersuchung der geschlechtsspezifischen Inanspruchnahme zeigt sich, dass Frauen etwa doppelt so häufig in psychotherapeutischer Behandlung sind als Männer, wobei die Altersgruppe zwischen 25 und 45 Jahren bei beiden Geschlechtern am häufigsten betroffen ist. Lediglich bis zum Alter von 15 Jahren sind mehr männliche als weibliche Versicherte in Psychotherapie. Dies deckt sich mit epidemiologischen Daten, wonach psychische Störungen, vorwiegend Störungen des Sozialverhaltens und hyperkinetische Störungen, bei Jungen häufiger vorkommen und auffälliger sind als bei Mädchen.

Häufigster Grund für eine Psychotherapie ist die Depression

Der häufigste Anlass für eine Psychotherapie sind Depressionen mit einem Anteil von 29% der psychischen Krankheiten. An nächster Stelle stehen Reaktionen auf schwere Belastungen und an dritter Stelle Angststörungen. Längst nicht alle Depressionen werden psychotherapeutisch behandelt. Zwar ist nach den Hochrechnungen der GEK 2006 bei 9,5% aller Patienten, die überhaupt in ärztlicher Behandlung waren, eine affektive Störung der Diagnosegruppen F30 bis F39, vorrangig eine depressive Störung, diagnostiziert worden. Von den Versicherten mit der Diagnose einer Depression haben aber nur 16,8% im Zeitraum von 2000 bis 2006 eine Psychotherapie in Anspruch genommen, wobei die Rate bei den Frauen übrigens mit 35% deutlich über der der Männer liegt. Wenn man berücksichtigt, dass Depressionen oft unerkannt bleiben, heißt das, dass depressive Versicherte nur zu einem geringen Teil psychotherapeutisch behandelt werden. Es liegen leider keine Daten darüber vor, in wie vielen Fällen allein eine hausärztliche oder eine psychiatrische Behandlung erfolgt ist. Standard in der Behandlung von Depressionen ist jedoch die kombinierte psychotherapeutische und medikamentöse Behandlung. Eine alleinige medikamentöse Behandlung, ggf. in Verbindung mit dem Arztgespräch, mag in Einzelfällen bei leichteren Depressionen ausreichend sein, nicht jedoch bei mittleren und schweren Depressionen.





Ausgesprochen selten sind Psychotherapien bei Versicherten über 75 Jahren, obwohl alle epidemiologischen Fakten für eine Zunahme der Depressionen im Alter sprechen. Auch die GEK-Studie registriert eine stetige Zunahme affektiver Störungen im Alter bei gleichzeitig stark sinkenden Psychotherapie-Anteilen dieser Versicherten. Offensichtlich finden ältere Menschen selten den Weg zu einem Psychotherapeuten, obwohl wissenschaftlich belegt ist, dass Psychotherapie auch bei älteren Menschen eine wirksame Behandlungsform darstellt.

Dies mag daran liegen, dass Depressionen bei älteren Menschen vom Arzt zu selten erkannt werden, oder wenn sie erkannt werden, zu häufig nur medikamentös behandelt werden. Sicher spielt auch eine Rolle, dass ältere Menschen gegenüber einer Psychotherapie mehr Vorbehalte haben als jüngere. Der GEK-Report bestätigt (wieder einmal) den hohen Aufklärungsbedarf bei Hausärzten und älteren Menschen.

Patienten mit psychischen Krankheiten weisen durchschnittlich häufiger als Versicherte ohne psychische Krankheiten zusätzlich körperliche Krankheiten auf. Dies zeigt sich selbst bei Krankheiten, die üblicherweise nicht oder weniger mit psychischem Geschehen in Zusammenhang gebracht werden wie z.B. Verletzungen, Krankheiten der Wirbelsäule, Krankheiten des Harnsystems usw. Allerdings ist hier zu berücksichtigen, dass psychische Krankheiten auch die Folge chronischer körperlicher Krankheit sein können und dass körperliche und psychische Krankheiten oft in einem komplexen Zusammenhang stehen.

In diesen Fällen kann ein wichtiges Ziel einer psychotherapeutischen Behandlung sein, dass die Patienten Zusammenhänge zwischen psychischen Belastungsfaktoren und körperlichen Erkrankungen einerseits und bei gegebenen körperlichen Erkrankungen ein angemessenes Gesundheitsverhalten zur positiven Beeinflussung des Krankheitsverlaufes erlernen.

Weniger Arztbesuche im Verlauf einer Psychotherapie

Der GEK ging es hauptsächlich um die Frage, ob sich Psychotherapie „positiv auf den Gesundheitszustand“ der Patienten auswirkt, letztlich auch, ob Psychotherapie Kosten spart. Als Indikatoren wurde die Häufigkeit von Arztkontakten, Medikamentenverordnungen und Krankenhausverweildauern vor der Psychotherapie und nach





Beginn der Psychotherapie herangezogen. Wegen der Kürze des untersuchten Zeitraums lagen allerdings nur Daten für den Zeitraum bis zu einem Jahr vor der Psychotherapie und für den Zeitraum bis zu zwei Jahren nach Beginn der Therapie vor. Wie viele der Psychotherapien bis dahin schon abgeschlossen waren, ist unbekannt. Abgeschlossene Therapien in einem Zweijahreszeitraum sind in der Regel Kurzzeittherapien mit einem Aufwand von maximal 25 Psychotherapiesitzungen zu je mindestens 50 Minuten, entsprechend einem finanziellen Aufwand von ca. 2.000 € einschließlich den einer Psychotherapie vorausgehenden probatorischen Sitzungen, die der Diagnostik dienen.

Über die Effekte länger dauernder Therapien liegen ebenso wenig Ergebnisse vor wie über die langfristigen Effekte abgeschlossener Psychotherapien. Die Aussagekraft des GEK-Reports ist damit deutlich eingeschränkt, was die GEK auch einräumt.

Dennoch sind die Ergebnisse bemerkenswert:

Generell zeigt sich, dass Patienten mit psychischen Krankheiten knapp doppelt so oft einen Arzt aufsuchen (ca. 6 Mal im Quartal) als die Patienten der Kontrollgruppe ohne Psychotherapie (ca. 3,5 Mal). Im halben Jahr vor einer Psychotherapie steigt diese Rate bis auf durchschnittlich 14 Arztbesuche an, wobei die Besuche bei Psychiatern ebenso mit erfasst sind wie probatorische Sitzungen beim Psychotherapeuten, die unmittelbar vor Beginn der Psychotherapie durchgeführt werden.

Der sprunghafte Anstieg der Arztbesuche geht vorwiegend auf das Konto sog. spezifischer Arztkontakte (Psychiater, Psychotherapeut, Nervenarzt), was nicht verwunderlich ist. Jedoch ist auch ein Anstieg der Besuche beim somatisch tätigen Arzt zu verzeichnen, nämlich von ca. 5,5 Kontakten ein Jahr vor der Psychotherapie bis auf knapp 8 Kontakte im Quartal beim Therapiebeginn.

Der steile Anstieg in dem Jahr vor Therapiebeginn hat zwei Ursachen: Zum einen verlaufen psychische Krankheiten meist krisenhaft, was sinnvollerweise zu einer vermehrten Inanspruchnahme spezifischer Behandlergruppen führt. Zum anderen werden auch somatische Fachgebiete vermehrt beansprucht. Dies erklärt sich daraus, dass sich die Bereitschaft für eine Psychotherapie beim Patienten oft erst allmählich entwickelt. Allzu verständlich wird zuerst nach einer somatischen Erklärung gesucht und man wendet sich deswegen an den Hausarzt. Meist erst dann, wenn die ärztliche Behandlung erschöpft ist, wird ein Psychotherapeut aufgesucht.



Im GEK-Report werden beide Effekte vermischt, was die Validität des globalen Indikators „Arztbesuche“ deutlich beschränkt.

Selbst wenn man diese Tatsache akzeptiert, zeigt sich ein deutlicher Effekt der Psychotherapie: Mit ihrem Beginn sinkt die Rate der Arztbesuche (inklusive der „spezifischen“ Besuche) unmittelbar und kontinuierlich und erreicht nach 2 Jahren wieder das ursprüngliche Ausgangsniveau ein Jahr vor der Psychotherapie. Dabei ist die Kontaktrate bei Patienten, die eine Langzeittherapie beantragt haben, durchgängig etwas höher als bei Patienten mit einer Kurzzeittherapie. Dies ist logisch, denn bei Patienten mit „schwereren“ Diagnosen und chronifizierteren Krankheitsbildern ist in der Regel eine Langzeittherapie indiziert.

Zieht man von der globalen Rate der Arztbesuche die Besuche beim Psychotherapeuten selbst und die wegen der Überweisung notwendigen zusätzlichen quartalsmäßigen Arztbesuche ab, ist die Häufigkeit der Arztbesuche zwei Jahre nach Beginn der Psychotherapie geringer als in der Zeit vor der Psychotherapie und nur geringfügig höher als bei der Kontrollgruppe. Im Gegensatz zu diesem Ergebnis schlussfolgert die GEK, Psychotherapie habe auf die Rate der „Arztkontakte“ keinen Einfluss, eine krasse Fehlinterpretation.

Ebenfalls gehen die Kontakte zu somatisch tätigen Ärzten im Verlauf der Psychotherapie bis auf das ursprüngliche Ausgangsniveau zurück, woran sich zeigt, dass die krisenbedingte Inanspruchnahme somatisch tätiger Ärzte einer gezielteren Inanspruchnahmen der spezifischen Fachgruppen weicht.

Insgesamt ist damit eine der zentralen Schlussfolgerungen der Studie widerlegt: Psychotherapie bewirkt eine deutliche Reduktion der überdurchschnittlichen Anzahl von Arztbesuchen bei Versicherten mit einer psychischen Störung.

Medikamentenverordnungen

Bei Psychotherapiepatienten werden sowohl ein Jahr vor Beginn der Psychotherapie als auch zwei Jahre nach Beginn ca. 2 Präparate pro Quartal verordnet. Bei den Versicherten ohne Psychotherapie sind es 1,3 Präparate. Im letzten halben Jahr vor Beginn der Psychotherapie steigt die Anzahl der verordneten Präparate auf 2,6 pro Quartal an, wobei diese Zunahme vorrangig durch die Verordnung von Psychophar-



maka zu erklären ist. Auch dies ist ein Beleg für den krisenhaften Verlauf der meisten psychischen Erkrankungen.

Die im Vergleich zur Gruppe der Versicherten ohne Psychotherapie erhöhte Verordnungsrates lässt sich zum einen damit erklären, dass Psychopharmaka, vorwiegend Antidepressiva, entsprechend den Behandlungsleitlinien oft über längere Zeiträume hinweg eingenommen werden (müssen), zum anderen damit, dass psychische Krankheiten oft in Verbindung mit körperlichen Krankheiten stehen, nicht selten als Folge von diesen. Dies erklärt die höhere Einnahmerate von Medikamenten, die nicht den Psychopharmaka zuzuordnen sind (1,47 statt 1,10 Präparate je Quartal).

Eine zielgenaue, zwischen Psychotherapeut und Psychiater/Hausarzt abgestimmte Medikation ist im Sinne eines Gesamtbehandlungsplans jedoch eine erwünschte, die Psychotherapie flankierende Maßnahme. Auch zusätzliche, vor Beginn der Psychotherapie unterlassene Medikationen, können zweckmäßig sein. Darauf deutet ein weiteres Ergebnis des GEK-Reports hin (S. 213): Versicherten mit einer depressiven Episode, die eine Psychotherapie erhalten, werden mehr Psychopharmaka verordnet als Versicherten mit derselben Diagnose ohne Psychotherapie. Psychotherapie in Verbindung mit einer antidepressiven Medikation ist v.a. bei mittleren und schweren Depressionen die Methodik der Wahl.

Der GEK-Report wird auch an dieser Stelle der Komplexität der Zusammenhänge nicht gerecht.

Krankenhausverweildauern

Deutlich ist auch der Zusammenhang zwischen ambulanten Psychotherapien und Verweiltagen im Krankenhaus. Die Kurve der Krankenhaustage verläuft ähnlich wie bei den Arztbesuchen und Medikamentenverordnungen, mit einem steilen Anstieg im Jahr vor der Psychotherapie und einem direkt nach dem Beginn der Psychotherapie einsetzenden kontinuierlichen Abfall. Zwei Jahre nach Therapiebeginn liegt die durchschnittliche Verweildauer im Krankenhaus bei Psychotherapiepatienten bei ca. 0,6 Tagen im Quartal. Ein Jahr vor Beginn der Therapie waren es noch ca. 0,9 Tage (Vergleichsgruppe ohne Psychotherapie: 0,25 Tage). Auch dieser Befund steht in





deutlichem Kontrast zu der Aussage des GEK-Reports, Psychotherapie führe zu keinen nennenswerten positiven Effekten.

Dass die durchschnittliche Anzahl der Krankenhaustage bei den Versicherten mit Psychotherapie sowohl vor als auch nach Beginn einer Psychotherapie über dem Niveau der übrigen Versicherten der GEK liegt, ist nicht verwunderlich, denn bei schweren psychischen Störungen, wie z.B. Psychosen, Suchtkrankheiten oder Persönlichkeitsstörung sind Krankenhausbehandlungen überdurchschnittlich häufig und langwieriger als bei somatischen Krankheiten. Diese Fälle gehen in die Statistik mit ein.

Psychotherapie wird sparsam eingesetzt

Bei näherer Betrachtung der Häufigkeit der psychotherapeutischen Sitzungen (S.206) zeigt sich, dass zu Beginn einer Langzeittherapie, gleichgültig ob Verhaltenstherapie oder psychoanalytische/tiefenpsychologische Therapie, die Anzahl der Kontakte zum Psychotherapeuten/Psychiater von 8,3 Sitzungen im ersten Quartal nach Psychotherapiebeginn auf ca. 2,6 Kontakte nach 2 Jahren sinkt. Bei einer Kurzzeittherapie sinkt die Anzahl der Kontakte noch deutlicher von ca. 6,5 auf ca. 0,8 Kontakte. Die Verlaufskurve hat übrigens bei allen untersuchten Krankheitsbildern die gleiche Form, was für einen zielgerichteten und sparsamen Einsatz der Psychotherapie spricht.

Falsche und vorurteilsbehaftete Schlussfolgerungen

Angesichts dessen, dass psychische Krankheiten inzwischen zu den häufigsten Gründen für Krankschreibungen zählen – bei Männern die viert häufigste, bei Frauen die zweit häufigste Ursache – ist Psychotherapie, wie die Ergebnisse der GEK zeigen, eine unverzichtbare Behandlungsoption bei psychischen Krankheiten. Wie der GEK-Report zeigt, wirkt sich Psychotherapie auf die Häufigkeit von Arztbesuchen, Verordnung von Medikamenten und Verweildauern im Krankenhaus positiv aus. Dabei ist Psychotherapie kostengünstig.

Auch wenn die psychotherapeutische Versorgung in Deutschland mit dem Psychotherapeutengesetz von 1999 deutlich verbessert worden ist, werden psychische



Krankheiten in hohem Maße nicht rechtzeitig diagnostiziert und behandelt. Der Weg zu einer Psychotherapie ist nach wie vor schwierig, v.a. für ältere Menschen. Dabei spielt eine große Rolle, dass psychisch Kranke in unserer Gesellschaft immer noch stigmatisiert werden.

Der GEK-Report trifft keine Aussage darüber, wie sich die Lebensqualität psychisch kranker Patienten durch Psychotherapie verbessert. So wurde nicht danach gefragt, wie sich die psychischen Beschwerden und Symptome, die Anlass für die Psychotherapie waren, verbessert haben.

Abgesehen davon, dass es unzulässig ist, allein aus den Arztkontakten, Medikationsverordnungen und Krankenhausverweiltagen umfassende Aussagen über die Wirksamkeit von Psychotherapie zu treffen, zieht der GEK-Report auch die falschen Schlüsse aus den eigenen Daten. Der GEK-Report wird wissenschaftlichen Standards nicht gerecht und er bedient gängige Vorurteile. Damit erweist die GEK ihren Versicherten, die an psychischen Krankheiten leiden und eine Psychotherapie benötigen, keinen Dienst.

Positiv hervorzuheben ist, dass die GEK erstmals umfangreiche Daten aus dem Bereich der ambulanten Psychotherapie erhoben hat. Versorgungsforschung, die zu validen Schlussfolgerungen und sinnvollen Handlungsoptionen führen soll, erfordert jedoch einen sorgfältigen Umgang mit den Daten. Die Deutsche Psychotherapeutenvereinigung ist gerne bereit, an solchen Projekten mitzuwirken.

