

BPtK-Studie

Videobehandlung

Eine Umfrage zu den Erfahrungen von
Psychotherapeut*innen

05.11.2020

Inhaltsverzeichnis

1	Überblick: Ergebnisse und Forderungen	3
2	Hintergrund.....	5
2.1	Gesetzliche Grundlagen	5
2.2	Berufsrechtliche Regelungen	5
2.3	Sonderregelungen aufgrund der Corona-Pandemie.....	5
3	Ergebnisse.....	6
3.1	Innovationsschub durch Corona-Pandemie.....	6
3.1.1	Häufigkeit der Videobehandlung	6
3.1.2	Gründe für Videobehandlungen	7
3.2	Mangelnde Internetqualität größtes Hindernis.....	8
3.3	Nachteile von Videobehandlungen.....	10
3.3.1	Nicht alle Patientengruppen sind erreichbar	10
3.3.2	Relevante Informationen fehlen.....	11
3.3.3	Beschränkung des Interventionsspektrums	13
3.4	Verbesserungen durch eine Videobehandlung.....	15
3.4.1	Behandlungskontinuität sicherstellen	15
3.4.2	Patientengruppen besser zu erreichen	16
4	BPtK-Forderungen	18
4.1	Flächendeckend schnelles und stabiles Internet	18
4.2	Psychotherapie aus einer Hand	18
4.3	Mehr Präsenztherapie für sozial Benachteiligte.....	19
4.4	Mehr aufsuchende Psychotherapie für ältere Menschen in Wohnungen und Altenheimen.....	20
4.5	Regelungen für Videobehandlung flexibilisieren	20
5	Methodik.....	21
5.1	Datengrundlage.....	21
5.2	Rücklauf.....	21

1 Überblick: Ergebnisse und Forderungen

Zentrale Zahlen

- Online-Befragung von rund 3.500 Psychotherapeut*innen zu ihren Erfahrungen mit Videobehandlungen während der ersten Welle der Corona-Pandemie (15. Juni bis 15. August 2020).
- Neun von zehn der Psychotherapeut*innen (87,9 Prozent) haben bereits Videobehandlungen durchgeführt.
- Neun von zehn Psychotherapeut*innen (91,4 Prozent), die Videobehandlungen bereits genutzt haben, haben diese erstmals seit Beginn der Corona-Pandemie eingesetzt.
- Neun von zehn Psychotherapeut*innen (88,5 Prozent) können sich vorstellen, auch nach Ende der Pandemie Videobehandlungen durchzuführen. Allerdings will dies die Hälfte nicht mehr so häufig tun wie während der Corona-Pandemie.

Zentrale Aussagen

- Die Corona-Pandemie hat zu einem massiven Innovationsschub bei Videobehandlungen geführt. Fast alle Psychotherapeut*innen haben Behandlungen per Video (Bildtelefonie) durchgeführt und fast alle haben dies erstmals seit Beginn der Corona-Pandemie gemacht. Fast alle wollen Videobehandlung auch in Zukunft weiter einsetzen, allerdings die Hälfte nicht mehr so häufig wie bisher.
- Das größte Hindernis bei Videobehandlungen sind instabile Internetverbindungen. Aufgrund technischer Störungen brachen Behandlungen ab, waren Gesprächspartner*innen nicht zu verstehen oder flackerte das Bild. Dies war auf dem Land fast doppelt so häufig der Fall wie in Großstädten. Auf dem Land war die Internetverbindung bei rund 40 Prozent der Patient*innen nicht ausreichend, in Großstädten immerhin noch bei 25 Prozent.
- Nach den Erfahrungen der Psychotherapeut*innen sind Videobehandlungen eine wichtige Ergänzung, aber kein Ersatz für Behandlungen im unmittelbaren Kontakt. Bei Videobehandlungen ist die nonverbale Wahrnehmung eingeschränkt und es können nicht alle psychotherapeutischen Interventionen durchgeführt werden. Die meisten Psychotherapeut*innen (56,8 Prozent) haben deshalb Präsenz- und Videobehandlung schon während der ersten Corona-Welle kombiniert. Am häufigsten wurde per Video behandelt, um das Infektionsrisiko von Patient*innen und deren Angehörigen zu senken.
- Mit Videobehandlungen lassen sich nicht alle Patient*innen erreichen. Schlecht zu erreichen sind kleine Kinder, ältere Menschen, aber auch Menschen, die nicht über die notwendige technische Ausstattung oder einen ungestörten Raum für die Videobehandlung verfügen.

- Mit Videobehandlungen können die psychotherapeutische Versorgung und die Behandlungskontinuität verbessert werden. Für Menschen mit chronischen körperlichen Erkrankungen oder Menschen, die aufgrund ihrer Arbeit viel reisen müssen, ersparen sie Wege zur Praxis oder machen es möglich, überhaupt Behandlungstermine wahrzunehmen.

BPtK-Forderungen

- Psychotherapeut*innen müssen je nach Patient*in eigenverantwortlich entscheiden können, ob und wie oft eine Videobehandlung angemessen ist. Dabei sollte eine Psychotherapie aus einer Hand gewährleistet werden, unabhängig davon, ob sie als Präsenz- oder Videobehandlung durchgeführt wird. Menschen müssen bei Krisen ihre Psychotherapeut*in kurzfristig in ihrer Praxis aufsuchen können. Dafür ist eine räumliche Nähe zwischen Psychotherapeut*in und Patient*in notwendig. Videobehandlungen müssen deshalb regional verankert werden.
- Psychotherapeutische Behandlungen sollten künftig deutlich flexibilisiert auch per Videotelefonat erbracht und abgerechnet werden können. Die von den Psychotherapeut*innen in ihren Berufsordnungen definierten Sorgfaltspflichten sichern die Qualität der Behandlungen.
- Es müssen dringend die ausreichenden technischen Voraussetzungen für eine störungsfreie Behandlung per Video geschaffen werden. Der fehlende Ausbau des Internets ist das größte Hindernis für eine Digitalisierung der Gesundheitsversorgung.
- Digitalisierung kann sozial benachteiligte Patient*innen von der psychotherapeutischen Versorgung ausschließen. Für Menschen mit wenigen sozioökonomischen Ressourcen sind deshalb in ihren Wohnvierteln vermehrt Beratungs- und Behandlungsangebote zu schaffen. Für ältere Menschen ist eine systematische Förderung aufsuchender Psychotherapie in deren Wohnungen und in Altenheimen notwendig.

2 Hintergrund

2.1 Gesetzliche Grundlagen

Seit dem 1. April 2019 sind Psychotherapeut*innen grundsätzlich berechtigt, eine Behandlung per Video als Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung durchzuführen. Der Videobehandlung sind jedoch bisher enge Grenzen gesetzt. In einem Quartal dürfen höchstens 20 Prozent der jeweiligen Leistung per Video erbracht werden. Außerdem dürfen höchstens bei 20 Prozent der Patient*innen in einem Quartal ausschließlich Leistungen per Video erbracht werden. Von der Videobehandlung ausgenommen sind psychotherapeutische Sprechstunden, probatorische Sitzungen, Akutbehandlungen und Gruppenpsychotherapien¹.

2.2 Berufsrechtliche Regelungen

Seit dem 17. November 2018 dürfen Psychotherapeut*innen auch nach ihrem Berufsrecht Videobehandlungen durchführen. Paragraf 5 der Musterberufsordnung wurde entsprechend angepasst. Gleichzeitig gilt, dass die Behandlung im persönlichen Kontakt weiterhin der Standard einer Psychotherapie ist. Für Eingangsdiagnostik, Indikationsstellung und Aufklärung ist die Anwesenheit der Patient*innen erforderlich.

2.3 Sonderregelungen aufgrund der Corona-Pandemie

Aufgrund der Corona-Pandemie sind Videobehandlungen aktuell befristet bis zum 31. Dezember 2020 in unbegrenztem Umfang möglich. Ihre grundsätzliche Beschränkung auf maximal 20 Prozent der Leistungen und Patient*innen wurde während der Corona-Pandemie ausgesetzt. Außerdem sind psychotherapeutische Sprechstunden und probatorische Gespräche in Einzelfällen per Video möglich. In begründeten Einzelfällen können die Beratung und Diagnostik von Patient*innen ohne unmittelbaren Kontakt erfolgen.

¹ Weitere Informationen zu den Rahmenbedingungen von Videobehandlungen auf Kosten der gesetzlichen Krankenversicherung finden sich unter: Bundespsychotherapeutenkammer. Praxis-Info „Videobehandlung“. Abrufbar unter: www.bptk.de.

3 Ergebnisse

3.1 Innovationsschub durch Corona-Pandemie

3.1.1 Häufigkeit der Videobehandlung

Zum Zeitraum der Befragung zwischen dem 15. Juni und dem 15. August 2020 verfügten 87,9 Prozent der Psychotherapeut*innen über eigene Erfahrungen mit der Durchführung von Videobehandlungen. 91,4 Prozent von ihnen haben Videobehandlungen erstmals seit Beginn der Pandemie eingesetzt. Die meisten Psychotherapeut*innen (56,8 Prozent) haben in diesem Zeitraum Präsenz- und Videobehandlungen kombiniert. 41,1 Prozent haben zeitweise ausschließlich Videobehandlungen durchgeführt.

Kamen Videobehandlungen zum Einsatz, wurden im Schnitt knapp ein Drittel (29,2 Prozent) der Patient*innen per Video behandelt und etwa ein Viertel (27,7 Prozent) aller Behandlungsstunden per Video durchgeführt. Dabei ergaben sich praktisch keine Unterschiede in der Behandlung von Erwachsenen oder Kindern und Jugendlichen. Allerdings wurden in der Behandlung von Kindern und Jugendlichen sechs Mal häufiger Eltern oder andere Bezugspersonen einbezogen.

Die Erfahrungen mit der Videobehandlung waren insgesamt positiv. Fast alle (88,5 Prozent) wollen Videobehandlung auch in Zukunft weiter einsetzen, allerdings die Hälfte nicht mehr so häufig wie bisher (siehe Tabelle 1).

Tabelle 1: Umfang der Videobehandlungen

	Hauptsächlich Behandlung von Erwachsenen	Hauptsächlich Behand- lung von Kindern und Jugendlichen
	%	%
Erfahrung mit Videobehandlung	88,1	88,0
Videobehandlung erstmals seit Corona-Pandemie	90,4	94,9
Kombination von Video- und Präsenzsitzungen	57,2	55,4
Einbezug von Bezugspersonen in Sitzungen	14,0	85,7
Bereitschaft Videobehandlung nach Pandemie durchzuführen	89,2	85,9

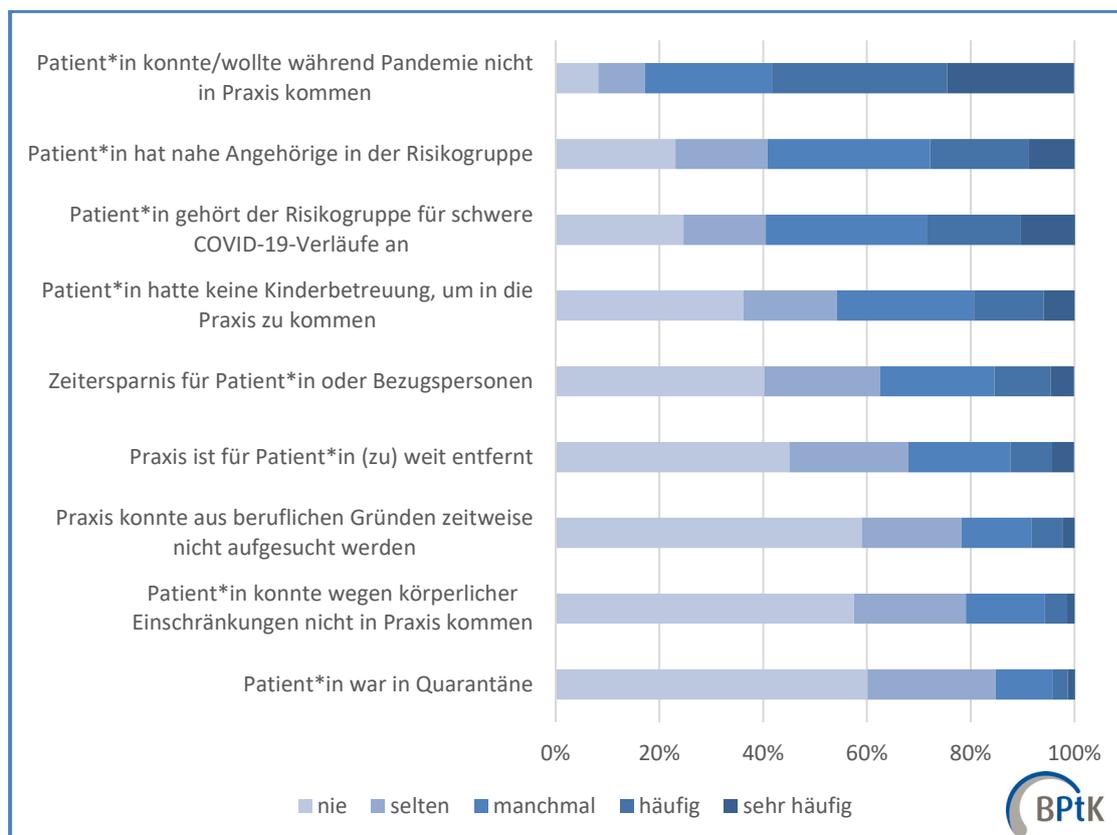
Insgesamt N = 2.598 Psychotherapeut*innen, die hauptsächlich Erwachsene behandeln und N = 723, die hauptsächlich Kinder und Jugendliche behandeln

Quelle: BPtK, 2020

3.1.2 Gründe für Videobehandlungen

Mit Videobehandlungen wollten Psychotherapeut*innen ihre Patient*innen vor allem vor einer Infektion schützen (siehe Abbildung 1). Sie gaben an, dass etwa ein Drittel ihrer Patient*innen (MW = 32,6; SD = 22,5 – MW = Mittelwert, SD = Standardabweichung) ein erhöhtes Risiko für einen schweren Krankheitsverlauf hatte.

Abbildung 1: Gründe für Videobehandlungen



Quelle: BPtK, 2020

Fast alle Psychotherapeut*innen (92 Prozent) sahen in der Videobehandlung den großen Vorteil, damit den Kontakt mit der Patient*in aufrechterhalten zu können, wenn eine Behandlung im unmittelbaren Kontakt nicht möglich war.

Offene Antworten der Psychotherapeut*innen

*Auch in den offenen Antworten der Psychotherapeut*innen stand die Reduktion des Ansteckungsrisikos während der Pandemie im Vordergrund. So merkte beispielsweise eine Befragte* an: „Lieber mal Videotherapie machen, wenn zum Beispiel im Arbeitsumfeld des Patienten ein Corona-Fall bekannt wurde oder getestet wurde“. Weiter sei „der hohe Anteil an multimorbiden Patienten mit jeweils hohem Risiko eines schweren Verlaufs erster Grund für eine umfassende Umstellung auf die Videobehandlung“. Andere erklärten die Videobehandlung mit „Unsicherheit, ob direkter Kontakt gefährlich sein könnte für Patient und Psychotherapeut“, „Arbeitsüberwiegend in der Psychoonkologie: viele Risikopatienten mit*

supprimiertem Immunsystem“ oder „um Infektionsrisiko für alle Patienten zu minimieren und Praxisschließung aufgrund Quarantäne durch mögliche Infektionsketten zu vermeiden“. Eine weitere Befragte erklärte die Videobehandlung mit der „Infektionsgefahr während der Schwangerschaft der Psychotherapeutin“.*

3.2 Mangelnde Internetqualität größtes Hindernis

Technische Störungen, insbesondere eine unzureichende Internetverbindung, waren der häufigste Grund für Probleme bei Videobehandlungen.

Die Psychotherapeut*innen gaben an, dass bei 40 Prozent der Patient*innen auf dem Land und immerhin noch rund 25 Prozent in einer Großstadt die Internetverbindung nicht ausreicht, um eine störungsfreie Videobehandlung durchzuführen (siehe Tabelle 2).

Tabelle 2: Internetanbindung in Abhängigkeit des Wohnorts der Patient*in

Anteil von Patient*innen mit ausreichender Internetanbindung	MW	SD
in Großstädten	75,4	29,4
in Kleinstädten	72,6	27,8
im ländlichen Raum	60,6	30,6

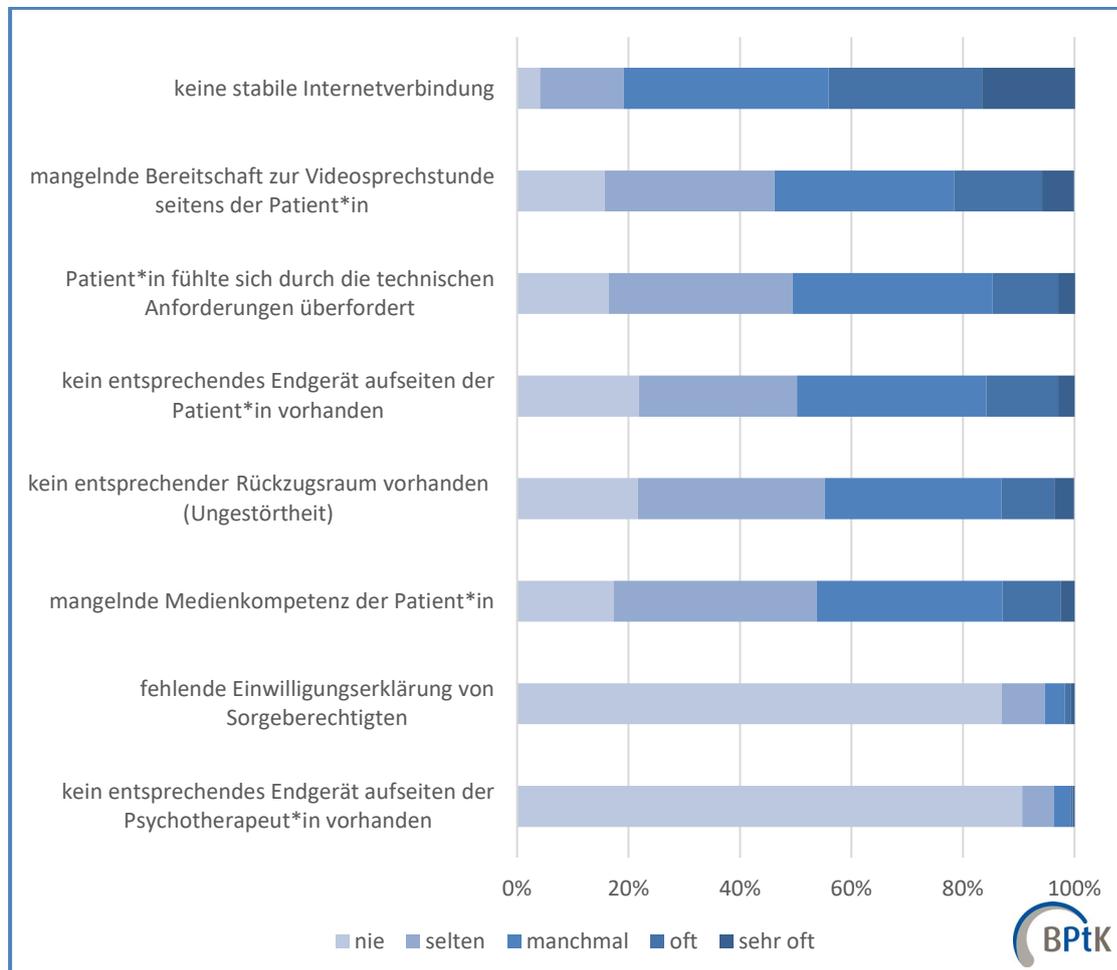
N = 2285; MW = Mittelwert, SD = Standardabweichung

Quelle: BPtK, 2020

Rund 80 Prozent der Psychotherapeut*innen berichten von instabilen Internetverbindungen als Grund für Probleme bei Videobehandlungen. Dagegen war nur bei jeder fünften Psychotherapeut*in (19,1 Prozent) eine instabile Internetverbindung selten oder nie der Grund für ein Problem. Häufiger machte auch ein fehlendes Endgerät aufseiten der Patient*in (49,8 Prozent) oder eine Überforderung der Patient*in mit den technischen Anforderungen (50,8 Prozent) eine Videobehandlung unmöglich.

Aufseiten der Psychotherapeut*innen war die technische Ausstattung selten der Grund für ein Problem. Auch das Einholen von Einwilligungserklärungen von Sorgeberechtigten, zum Beispiel bei getrennt lebenden Eltern, Pflege- oder Heimkindern, störten Videobehandlungen kaum (vergleiche Abbildung 2).

Abbildung 2: Gründe für Probleme bei der Durchführung von Videobehandlungen



Quelle: BPtK, 2020

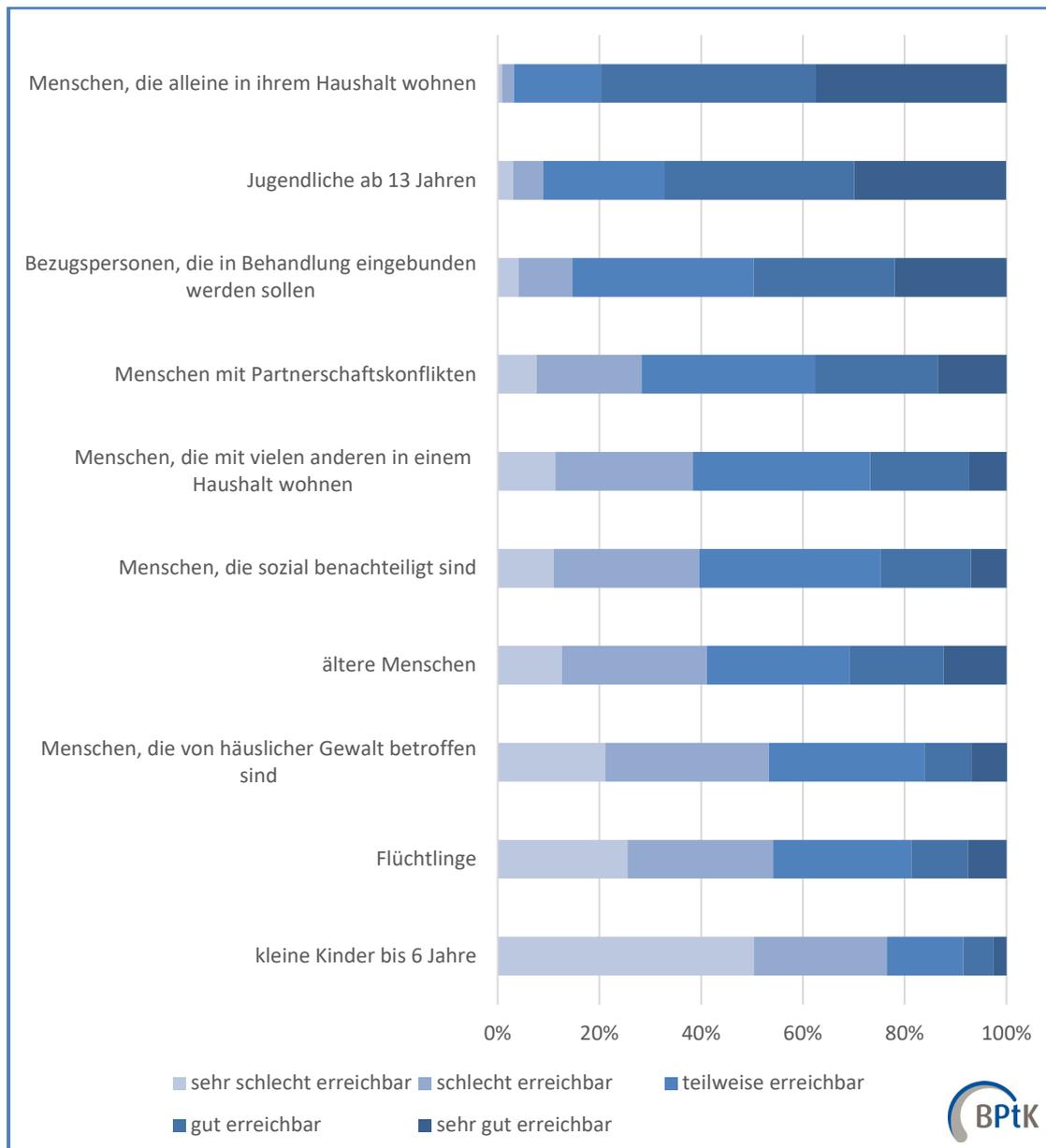
Offene Antworten der Psychotherapeut*innen

Laut ergänzender Angaben der Psychotherapeut*innen störten überlastete Leitungen und streikende Software über mangelnde technische Ausstattung bis hin zu schlechter oder nicht vorhandener Infrastruktur im ländlichen Raum die Durchführung von Videobehandlungen. Deutlich wird auch, dass durch ungeklärte technische Probleme keine stabilen Bedingungen für eine Psychotherapie hergestellt werden konnten. So berichtet eine Befragte*: „Es ist schwer zu sagen, ob die technischen beziehungsweise Verbindungsprobleme immer am Internet oder an den Servern (oder Ähnlichem) der Anbieter lagen, zum Teil hat es sehr stark variiert: Bei ein und derselben Person mit immer gleichen technischen Voraussetzungen (und gleicher Behandlungszeit) war die Verbindung in einer Woche völlig problemlos, in der nächsten war die Sitzung kaum durchführbar, weil die Verbindung immer abbrach. Ich kann nicht beurteilen, woran das liegt.“

3.3 Nachteile von Videobehandlungen

3.3.1 Nicht alle Patientengruppen sind erreichbar

Abbildung 3: Erreichbarkeit verschiedener Patientengruppen



Quelle: BPTK, 2020

Nicht alle Patient*innen sind per Videobehandlung gut zu erreichen. Außergewöhnlich schlecht wurde die psychotherapeutische Versorgung per Video bei kleinen Kindern (76,5 Prozent), aber auch bei älteren Menschen (30,8 Prozent) beurteilt. Auch für Menschen, die häuslicher Gewalt ausgesetzt sind oder sich in Partnerschaftskonflikten befinden, ist eine Videobehandlung kein geeignetes Mittel (siehe Abbildung 3).

Offene Antworten der Psychotherapeut*innen

*Bei den offenen Antworten merkten Psychotherapeut*innen an, dass Kinder bei Videobehandlungen sehr schnell abgelenkt seien und sich bei Anwesenheit von Eltern oder anderen Bezugspersonen oft weniger frei äußern könnten. Letzteres gelte auch für Jugendliche. So hätten Jugendliche mit Konflikten im Elternhaus nicht immer „ungestörte Rückzugsmöglichkeiten“. Zudem seien „Kinder bis 14, die sich schwer auf sich selbst fokussieren können und durch äußere Reize bei Videotermine leicht ablenkbar sind“ keine geeigneten Patient*innen für eine Videobehandlung. Videobehandlungen seien auch für „ältere Menschen mit entweder mangelnder IT-Kompetenz oder mangelnder IT-Ausstattung“ ungeeignet. Senior*innen seien „nicht oder nur minimal“ erreichbar.*

*Ferner könnten Videobehandlungen für Angst- und Traumapatient*innen problematisch sein. So seien zum Beispiel „komplex traumatisierte Patienten entweder nicht erreichbar oder [hätten] Orientierungsschwierigkeiten während der Sitzung“. Es gäbe „sehr selten gute, konstante Arbeit“. Auch für blinde, schwerhörige oder gehörlose sowie Menschen mit Sprachproblemen sei eine Psychotherapie per Video nur eine Ausnahmelösung während einer Pandemie.*

*Viele Psychotherapeut*innen weisen zudem darauf hin, dass nicht wenige Personen aufgrund sozialer Benachteiligung und prekärer Lebenslagen nicht in der Lage sind, sich die nötige technische Ausstattung und räumliche Ungestörtheit leisten zu können. So seien „finanziell schwach gestellte Patienten, die sich kein Smartphone, Laptop oder Internetzugang leisten können (...) massiv benachteiligt!“ In einer anderen Antwort wird befürchtet, „dass leicht eine Alters- und Armutsdiskriminierung entsteh[e]. Ich habe Patient*innen, die weder über Internet noch über ein Smartphone/Computer verfügen.“ Dies schließt auch Personen ein, die in Institutionen leben, die technisch und räumlich schlecht ausgestattet seien: „Leute müssen einen internetfähigen PC besitzen, viele scheiden hier schon aus: Heimbewohner oder Geflüchtete haben oft keine Voraussetzungen“. Bei diesen Personen ist schon die Möglichkeit der Aufnahme einer Präsenztherapie schwierig und diese Benachteiligung könne durch das Angebot einer Videobehandlung zusätzlich verstärkt werden.*

3.3.2 Relevante Informationen fehlen

Im Vergleich zu Behandlungen im unmittelbaren Kontakt gaben viele Psychotherapeut*innen an, dass ihnen bei Videobehandlungen relevante Informationen fehlen. Insbesondere können per Video Gestik und Mimik der Patient*innen weniger präzise wahrgenommen werden, die jedoch insbesondere für die Diagnostik wesentlich seien. Auch Beobachtungen wie der Gang einer Patient*in, ihre Anspannung oder ihr Geruch seien per Video unzureichend oder nicht wahrzunehmen. Insgesamt gab über die Hälfte der Psychotherapeut*innen (54,6 Prozent) an, dass der „persönliche Kontakt“ bei Videobehandlungen fehle (siehe Abbildung 4).

Abbildung 4: Fehlende Informationen bei Videobehandlungen



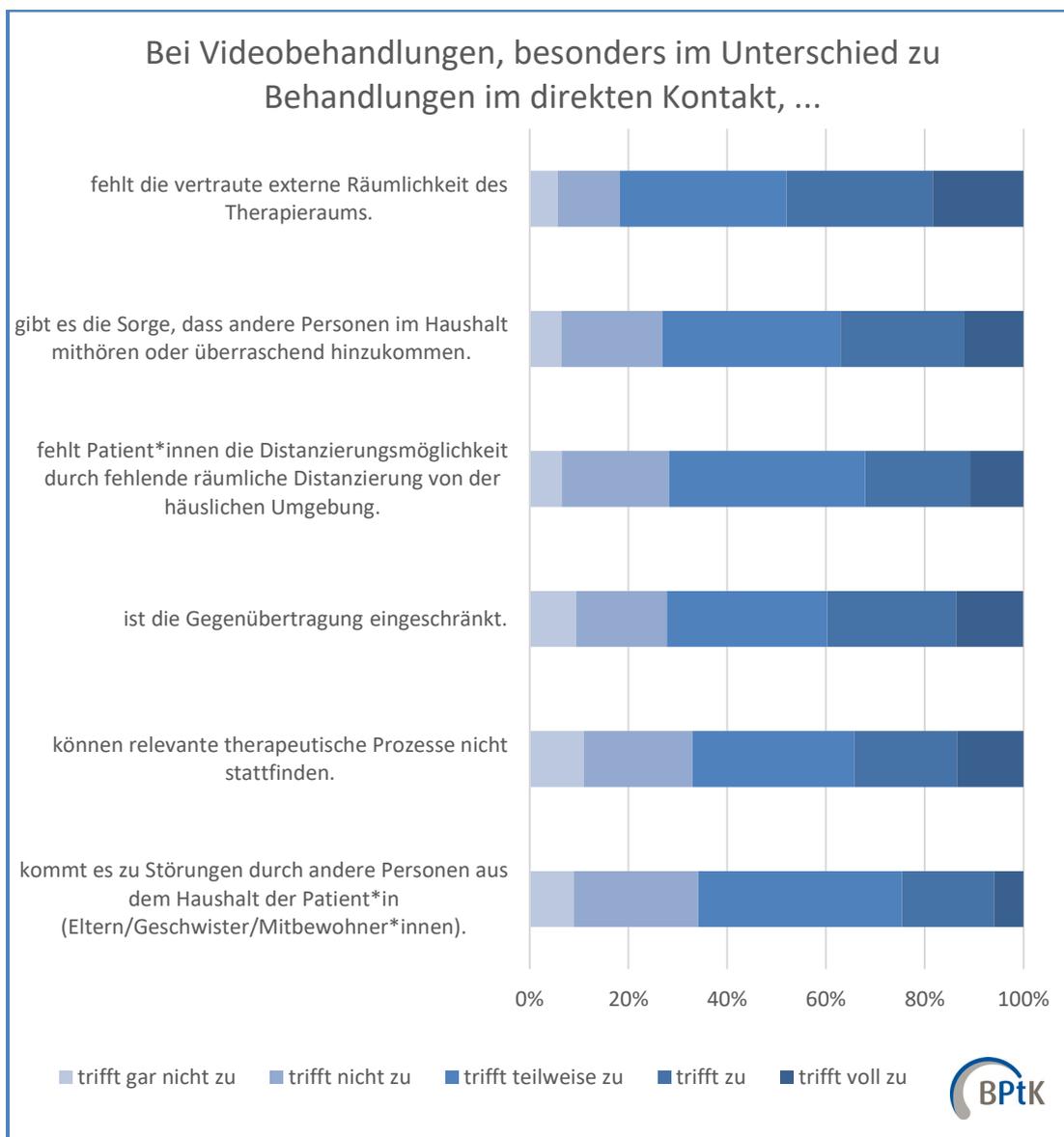
Offene Antworten der Psychotherapeut*innen

In den offenen Antworten betonten die Psychotherapeut*innen die Bedeutung von unmittelbarem Kontakt für die therapeutische Beziehung und die Gleichzeitigkeit von sprachlicher und nonverbaler Kommunikation. Bei Videobehandlung fehlten „essentielle Qualitäten“. Videobehandlung könne die Präsenzbehandlung ergänzen, aber nicht ersetzen. Ein Videogespräch sei „informationsarm“ aufgrund des Mangels an körperlicher und paraverbaler Kommunikation. Um effektiv psychotherapeutisch arbeiten zu können, seien „Blickkontakt, nonverbale Signale, emotionale Präsenz und Resonanz notwendig“. „Informationsaustausch per Video funktioniert gut, bei beziehungs-fokussierter Arbeit fehlt Entscheidendes.“ Es sei wichtig, die „Mimik, Stimmklang [...] des Patienten ganzheitlich [zu] erleben, die Beziehung auch im Direktkontakt [zu] erleben (nur bei manchen Patient*innen relevant, für andere Patient*innen war eine ausschließliche Videobehandlung verantwortbar und hilfreich).“ Videobehandlung sei allerdings während der Pandemie zur Fortführung der Behandlung unerlässlich gewesen.

3.3.3 Beschränkung des Interventionsspektrums

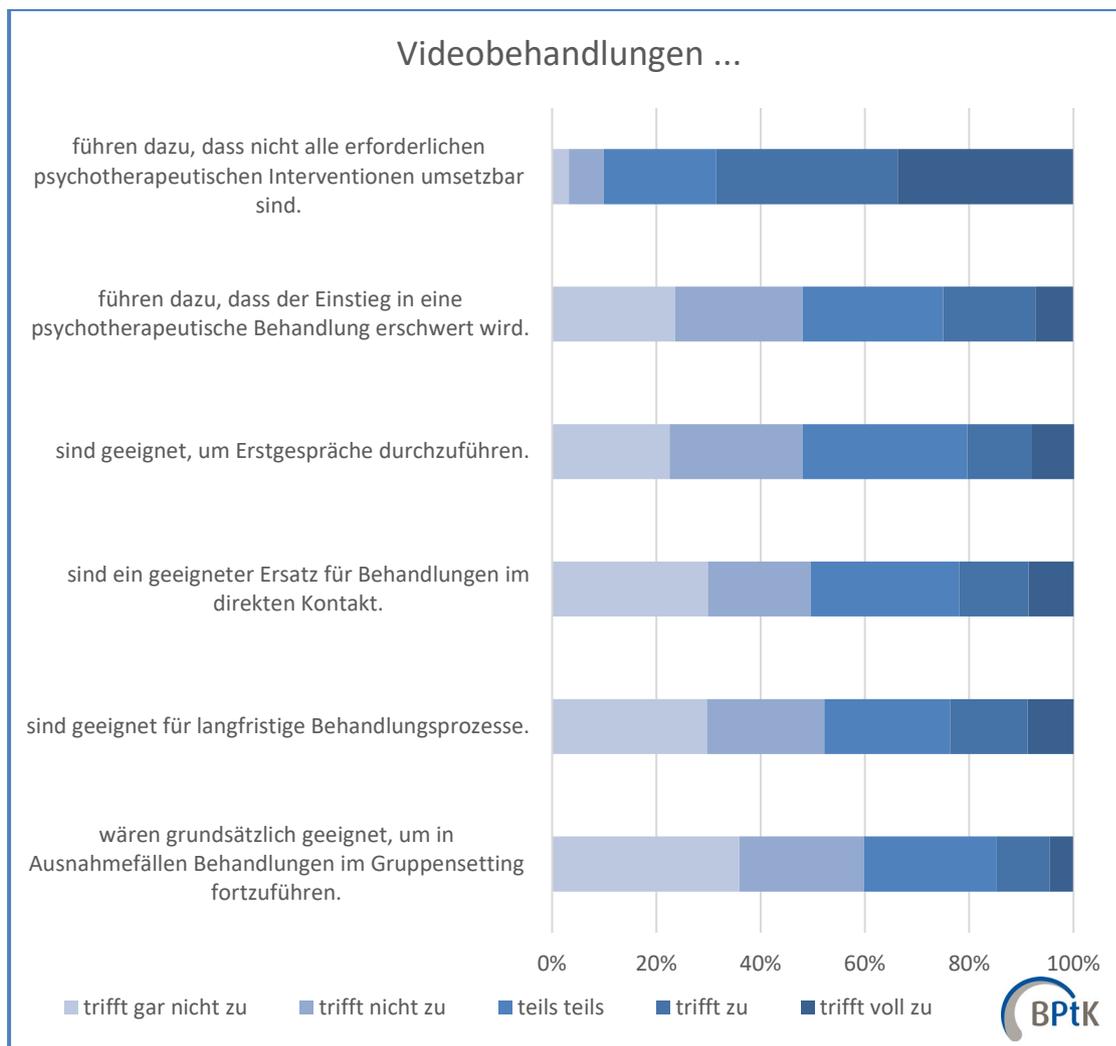
Etwa ein Drittel (34,3 Prozent) der Psychotherapeut*innen gibt an, dass bei Videobehandlungen relevante therapeutische Prozesse nicht stattfinden können. Ungefähr die Hälfte (48 Prozent) berichtet, dass die vertrauten Räumlichkeiten des Therapieraums fehlten, bei gut einem Drittel (37,1 Prozent) bestand die Sorge, dass andere Haushaltsmitglieder die Therapie mithören oder stören könnten, und über ein Drittel (39,7 Prozent) beschreibt, dass die Gegenübertragung eingeschränkt wird (siehe Abbildung 5).

Abbildung 5: Einschränkungen bei Videobehandlungen



Etwa zwei Drittel der Psychotherapeut*innen (68,4 Prozent) berichten, dass bei Videobehandlungen nicht alle psychotherapeutischen Interventionen umgesetzt werden können. Videobehandlungen werden als eher ungeeignet eingeschätzt, um Erstgespräche (48 Prozent) und langfristige Behandlungen (52,2 Prozent) durchzuführen. Über die Hälfte der Psychotherapeut*innen halten Videobehandlungen zudem für ungeeignet, um Gruppenbehandlungen durchzuführen (59,8 Prozent; siehe Abbildung 6).

Abbildung 6: Bewertung von Videobehandlungen



Quelle: BPTK, 2020

Offene Antworten der Psychotherapeut*innen

*In ihren offenen Antworten gaben Psychotherapeut*innen häufig an, dass bestimmte therapeutische Handlungen und Interventionen per Video nur eingeschränkt bis gar nicht durchführbar seien und deswegen, soweit möglich, in Präsenzsitzungen durchgeführt werden müssen. Besonders häufig werden dabei Expositionen, Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) sowie traumtherapeutische Interventionen im Allgemeinen genannt. Ein fast ebenso häufiger Grund für fortgeführte Präsenzsitzungen sind Notfälle und*

Akutsituationen. So äußerte eine Befragte: „Die Einschränkungen bei der Methodenwahl ist sehr hinderlich, weil mir nur ein Drittel meiner therapeutischen Techniken zur Verfügung steht“, weiterhin könne die „Videotherapie viele erlebnisorientierte Interventionen nicht abdecken“. Eine andere Befragte* beschreibt: „Psychotherapie braucht zwingend körperliche Präsenz! Wir behandeln zumeist frühe Störungen, deren Ursachen im vorsprachlichen Entwicklungsstadium gelegt wurden. Psychotherapie ist damit weit mehr als ein Austausch von gesprochenen Worten, sondern bezieht auch non- und paraverbale Signale und Informationen ein, die in einem virtuellen Kontakt verloren gehen.“*

3.4 Verbesserungen durch eine Videobehandlung

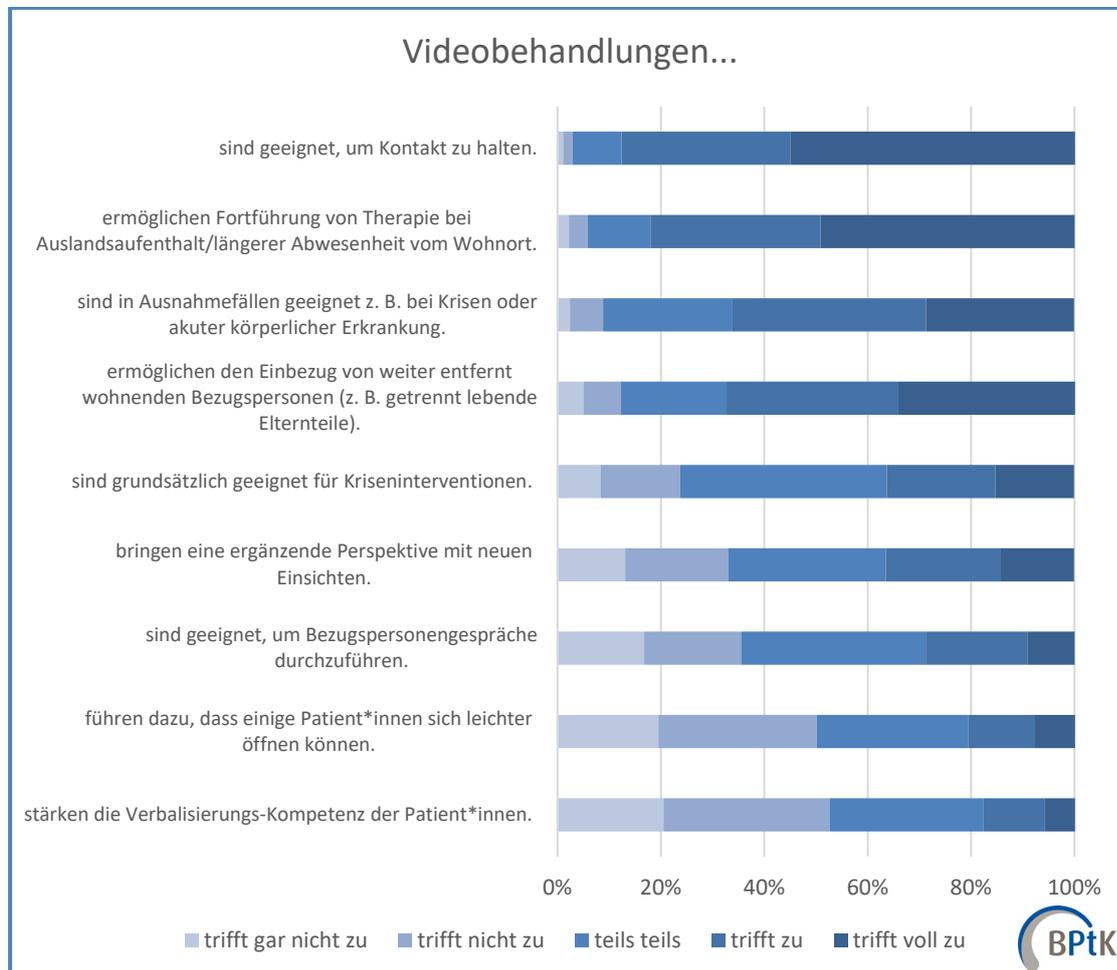
3.4.1 Behandlungskontinuität sicherstellen

Während der ersten Welle der Corona-Pandemie war die Videobehandlung oft die einzige Möglichkeit, eine psychotherapeutische Behandlung fortzuführen. Behandlungsabbrüche konnten so oft vermieden werden.

Videobehandlungen bieten aber auch darüber hinaus eine Chance, die Kontinuität von Behandlungen aufrechtzuerhalten, wenn Patient*innen beispielsweise aufgrund ihres Berufs nicht immer am Wohnort tätig sind (81,9 Prozent).

Drei Viertel der Psychotherapeut*innen halten Videobehandlungen außerdem dafür geeignet, um die psychotherapeutische Behandlung in Ausnahmefällen auch bei akuten körperlichen Erkrankungen oder Krisen (66,2 Prozent) sicherzustellen (siehe Abbildung 7).

Abbildung 7: Bewertung von Videobehandlungen durch Psychotherapeut*innen



Quelle, BPtK, 2020

3.4.2 Patientengruppen besser zu erreichen

Manche Patient*innen sind durch Videobehandlung auch besser zu erreichen. Besonders gut lassen sich mithilfe von Videobehandlungen weitere Bezugspersonen, zum Beispiel getrennt lebende Mütter oder Väter (49,7 Prozent), in die Behandlung einbeziehen. Auch Jugendliche ab circa 13 Jahren sind per Video häufig gut zu erreichen (67,1 Prozent; siehe Abbildung 3).

Offene Antworten der Psychotherapeut*innen

*Bei den offenen Antworten berichteten die Psychotherapeut*innen von weiteren Patient*innen, die per Video besser zu erreichen sind. Besonders häufig nannten sie psychoonkologische und somatisch chronisch kranke Patient*innen sowie psychisch kranke Menschen, die Probleme haben, ihre Wohnung zu verlassen, beispielsweise aufgrund von starken Zwängen, Agoraphobien (Angst vor weiten Plätzen) oder sozialen Ängsten. Profitieren könnten auch „Patient*innen in stationärer Behandlung (in Krankenhaus oder Reha), die eine Anschlussbehandlung suchen. Dies ist bisher mit Ausgangserlaubnissen, Fahrten und damit mit Aufwand verbunden“. Oder „Menschen während [einer] Chemotherapie oder nach Operationen, die das häusliche Umfeld nicht verlassen sollen/können oder sich dort wohler fühlen“. In diesen Fällen werde durch die Videobehandlung der Aufwand stark gesenkt oder eine Behandlung überhaupt erst möglich.*

Neben Personen, die beruflich und während eines Studiums für längere Zeit den Wohnort wechseln, biete eine videotherapeutische Behandlung auch die Möglichkeit, nach einem Umzug die Therapie bei derselben Behandelnden fortzuführen. So helfe die Videobehandlung „Patienten, die nach einem Umzug in einen fernen Wohnort dort keine Weiterbehandlung finden und deren therapeutische Beziehung in der alten Praxis gut aufgebaut ist“. Ein weiteres Potenzial bestehe darin, mitbehandelnde Kolleg*innen und (pädagogische) Bezugspersonen in die Behandlung flexibler einzubeziehen. Auch bei Reha-Aufenthalten könnten sich Behandler*innen in Anwesenheit der Patient*in austauschen. Diese Aussagen lassen erkennen, dass mittels Videobehandlung auch eine Vernetzung leichter möglich ist.*

*Viele Psychotherapeut*innen betonten außerdem die größere zeitliche und räumliche Flexibilität, die Videobehandlungen den Patient*innen ermögliche. Per Video ließen sich weite Wege zur Praxis sparen und gleichzeitig mehr Zeit für die Terminplanung gewinnen. Eltern und insbesondere Alleinerziehende, die viel Kinderbetreuung leisten müssten und wenig Zeit hätten, könnte eine Videobehandlung entgegenkommen. Für Berufstätige, die zeitlich stark beansprucht seien oder schon weite Wege zum Arbeitsplatz hätten, seien Videobehandlungen eine große Erleichterung. Dies gelte auch für Manager*innen, Pendler*innen, Beschäftigte im Schichtdienst, Schauspieler*innen, Musiker*innen oder Studierende, die häufig zwischen ihrem Studien- und Heimatort wechselten. Weiterhin könnten „schwangerere Patientinnen [...] mithilfe der Videositzungen schneller nach der Geburt des Kindes wieder die Therapie aufnehmen“.*

4 BPtK-Forderungen

4.1 Flächendeckend schnelles und stabiles Internet

Damit Videobehandlungen die psychotherapeutische Versorgung verbessern können, müssen sie technisch einwandfrei möglich sein. Insbesondere in strukturschwachen Regionen kommt es jedoch häufig zu technischen Störungen. Und selbst bei Patient*innen, die in Großstädten leben, ist der bestehende Internetausbau nicht immer ausreichend, um eine schnelle und vor allem stabile Videoverbindung aufzubauen, die es erlaubt, psychotherapeutische Interventionen durchzuführen. Auch regionale Entscheidungsträger*innen gaben in einer Befragung in Westfalen-Lippe zur ambulanten Versorgung im ländlichen Raum an², dass fehlende flächendeckende Internetverbindungen einer Realisierung von telemedizinischen Angeboten im Wege stünden.

Eine psychotherapeutische Behandlung muss ungestört durchgeführt werden können. Psychotherapeut*in und Patient*in brauchen die Ruhe und Sicherheit, dass sie sich während einer Behandlung auf den therapeutischen Prozess konzentrieren können.

4.2 Psychotherapie aus einer Hand

Telemedizin wird häufig als eine Lösung für unterversorgte ländliche Regionen genannt. So wird beispielsweise im Gutachten zur Weiterentwicklung der Bedarfsplanung³ empfohlen: „Neue Versorgungsmodelle, die Telemedizin und die Delegation ärztlicher Leistungen einbeziehen, sollten flankierend genutzt werden, um den ärztlichen Versorgungsbedarf sicherzustellen“. Auch das Gutachten des Sachverständigenrats zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen⁴ spricht sich für Telemedizin zur Versorgung psychischer Erkrankungen aus. Es stellt sich daher die Frage, unter welchen Bedingungen dies zur besseren Versorgung psychisch kranker Menschen insbesondere in ländlichen Regionen beitragen kann.

Aus BPtK-Sicht müssen bei der Videobehandlung die fachlichen Standards und Sorgfaltspflichten eingehalten werden. Dazu gehört, dass insbesondere Diagnostik, Indikationsstellung und Aufklärung im unmittelbaren persönlichen Kontakt erfolgen müssen. Während der Behandlung ist die Therapieüberwachung durch Psychotherapeut*innen zu gewährleisten. Während einer Behandlung kann es zu psychischen Krisen kommen, in denen es erforderlich ist, von einer Videobehandlung kurzfristig zu einer Behandlung im unmittelbaren Kontakt zu wechseln. Videobehandlung eignet sich außerdem nicht für alle Phasen der Behandlung. Beispielsweise kann zu Beginn der Behandlung ein individuelles Störungs-

² Noweski M, Altin S, Walendzik A, Wasem J (2019). Versichertenpräferenzen in der ambulanten Versorgung in Westfalen-Lippe. *Gesundheit und Sozialpolitik*, 6, 14-19.

³ Sundmacher et al. (2018). Gutachten zur Weiterentwicklung der Bedarfsplanung. www.g-ba.de.

⁴ SVR – Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2018). Bedarfsgerechte Steuerung der Gesundheitsversorgung. www.svr-gesundheit.de.

modell per Video erarbeitet worden sein. Danach kann es für die Konfrontation mit angstauslösenden Situationen notwendig sein, die Behandlung im unmittelbaren Kontakt fortzusetzen. Die Behandlung im unmittelbaren Kontakt bleibt deshalb der Goldstandard in der Psychotherapie.

Die BPtK fordert, auch Präsenz- und Videobehandlung aus einer Hand zu gewährleisten. Die Behandlung sollte durch eine Psychotherapeut*in erfolgen, unabhängig davon, ob sie in einer Praxis oder per Video durchgeführt wird. Eine solche kontinuierliche Behandlung durch eine Psychotherapeut*in ist wesentlich für den Behandlungserfolg. Eine Videobehandlung sollte in eine stabile therapeutische Beziehung integriert sein. Erst eine sichere Vertrauensbasis ermöglicht der Patient*in die notwendigen Einstellungs- und Verhaltensänderungen, die mit einer Psychotherapie erreicht werden sollen. Nur eine örtliche Nähe ermöglicht es zudem Psychotherapeut*innen, auch bei schweren Erkrankungen eine multiprofessionelle vernetzte Behandlung anzubieten oder auf Selbsthilfegruppen vor Ort hinzuweisen. Videobehandlungen müssen deshalb regional verankert werden. Eine unzureichende Bedarfsplanung lässt sich mit Videobehandlung nicht kompensieren.

Videobehandlungen sollten mit Bedacht eingesetzt werden. Die forcierte Digitalisierung des deutschen Gesundheitswesens weckt schon jetzt bei den Patient*innen Ängste, eine Ärzt*in oder Psychotherapeut*in nicht mehr persönlich erreichen zu können. Damit würde jedoch das Fundament zerstört, auf dem die gesamte Medizin und Psychotherapie wesentlich gründet: das unmittelbare Gespräch zwischen Behandelnd*er und Erkrankt*er. Eine qualitative Studie im Auftrag der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zeigt, dass bei aller Offenheit für das Thema Digitalisierung bei Patient*innen das Thema auch von vielen Ängsten und der Befürchtung geprägt sei, digitale Technologien könnten den Zugang zu menschlicher Zuwendung erschweren und den Menschen langfristig verdrängen⁵.

Ein ähnliches Bild zeigt eine bevölkerungsrepräsentative Befragung in Westfalen-Lippe zur ambulanten Versorgung im ländlichen Raum⁶. Von vier verschiedenen Versorgungsmodellen wurde Telemedizin von lediglich drei Prozent der Befragten als erste Wahl präferiert. 62 Prozent gaben sie dagegen als letzte Wahl nach interdisziplinären Zentren, Gesundheitspersonal zuhause und mobilen Ärzt*innen an. Nicht zuletzt aufgrund der fehlenden flächendeckenden Internetverbindung kommen die Autor*innen der Studie insgesamt zu dem Schluss „telemedizinische Ansätze haben für die Landbevölkerung geringe Priorität“.

4.3 Mehr Präsenztherapie für sozial Benachteiligte

Manche Menschen sind finanziell und räumlich so eingeschränkt, dass Videobehandlung bei ihnen nicht möglich ist. Ihnen fehlt die technische Ausstattung (PC, Laptop) oder ein ausreichend großes Datenvolumen, um überhaupt per Video Gespräche führen zu können.

⁵ KBV – Kassenärztliche Bundesvereinigung (2018). *Patientenperspektiven 2018. Qualitative Studie zur Digitalisierung im Gesundheitswesen aus Sicht von Patientinnen und Patienten in Deutschland*. www.kbv.de.

⁶ Noweski M, Altin S, Walendzik A, Wasem J (2019). *Versichertenpräferenzen in der ambulanten Versorgung in Westfalen-Lippe*. *Gesundheit und Sozialpolitik*, 6, 14-19.

Sie leben zudem in Wohnungen, in denen ein ungestörtes psychotherapeutisches Gespräch nicht möglich ist. Auch Familienmitglieder sollten grundsätzlich nicht bei einer Psychotherapie zuhören, zu persönlich sind die Dinge, die in solchen Gesprächen zu besprechen sind. Das ist insbesondere so, wenn Partnerschaftskonflikte oder im Fall von jugendlichen Konflikten mit Eltern thematisiert werden sollen. Für solche Patient*innen ist eine Videobehandlung keine Alternative. Für die regionale Versorgungsplanung heißt dies vielmehr, dass zum Beispiel in sozialen Brennpunkten mehr unmittelbare Psychotherapie in Praxen angeboten werden muss.

4.4 Mehr aufsuchende Psychotherapie für ältere Menschen in Wohnungen und Altenheimen

Auch ältere Menschen sind durch Videobehandlungen eher schwer zu erreichen. Dabei sind ältere Menschen, insbesondere die, die pflegebedürftig sind oder in Heimen leben, starken psychosozialen Belastungen ausgesetzt und haben ein erhöhtes Depressionsrisiko. Ab einem Alter von 70 Jahren leidet nach Schätzungen aus Pflegeheimen fast die Hälfte der Bewohner*innen unter starker depressiver Symptomatik⁷. So konnte die Bertelsmann Stiftung in ihrem Faktencheck Depression zeigen, dass bei Patient*innen mit schweren und chronischen Depressionen mit zunehmendem Alter der Anteil der alleinigen pharmakotherapeutischen Behandlung und derjenige der nicht behandelten Patient*innen zunimmt. Weniger als fünf Prozent der über 65-Jährigen erhalten eine alleinige oder mit Psychopharmaka kombinierte Psychotherapie, circa 30 Prozent bleiben gänzlich ohne Behandlung⁸.

Diese älteren Menschen benötigen mehr unmittelbare Psychotherapie. Wir benötigen eine systematische Förderung von aufsuchender Psychotherapie für ältere Menschen in deren Wohnungen und in Altenheimen.

4.5 Regelungen für Videobehandlung flexibilisieren

Psychotherapeut*innen müssen je nach Patient*in individualisiert und flexibler entscheiden können, ob und wie viel Videobehandlung angemessen ist. Psychotherapeutische Behandlungen müssen künftig deutlich flexibler auch per Videotelefonat erbracht und abgerechnet werden können. Auch Akutbehandlungen sollten per Video möglich sein. Die Qualität der Versorgung haben die Psychotherapeut*innen über die Regelungen zur Sorgfaltspflicht in den Berufsordnungen sichergestellt.

⁷ Teresi J, Abrams R, Holmes D, Ramirez M & Eimicke J (2001). Prevalence of depression and depression recognition in nursing homes. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 36, 613–620.

⁸ Melchior H, Schulz H & Härter M (2014). Faktencheck Gesundheit: Regionale Unterschiede in der Diagnostik und Behandlung von Depressionen. Bertelsmann Stiftung.

5 Methodik

5.1 Datengrundlage

Einschlusskriterien

Die Ergebnisse dieser BPtK-Studie beruhen auf einer Onlinebefragung von Psychologischen Psychotherapeut*innen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut*innen.

Befragungszeitraum

Die Befragung wurde im Zeitraum zwischen dem 15. Juni 2020 und dem 15. August 2020 durchgeführt. Auf die Befragung aufmerksam gemacht wurden Psychotherapeut*innen von ihren jeweiligen Landespsychotherapeutenkammern und der BPtK. Zusätzlich haben einige Berufsverbände auf die Befragung hingewiesen.

Auswertung

Dargestellt sind Anteile als Prozentangaben sowie Mittelwerte mit zugehörigen Standardabweichungen. An der Befragung teilnehmen konnten Psychotherapeut*innen, unabhängig davon, ob sie selbst bereits Erfahrungen mit Videobehandlungen gemacht haben. Wenn Angaben sich auf konkrete Erfahrungen mit Videobehandlungen beziehen, dann beziehen sich die dargestellten Ergebnisse nur auf die Gruppe von Psychotherapeut*innen, die selbst über konkrete Erfahrungen mit Videobehandlungen verfügen. Neben geschlossenen Fragen oder Fragen mit vorgegebenen Antwortkategorien bestand bei vielen Themenblöcken die Möglichkeit, zusätzliche Antworten über die Eingabe von Freitexten zu geben. Diese qualitativen Eindrücke der Psychotherapeut*innen sind jeweils im Abschnitt „Offene Antworten der Psychotherapeut*innen“ dargestellt.

5.2 Rücklauf

Insgesamt haben 3.434 Psychologische Psychotherapeut*innen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut*innen an der Onlinebefragung teilgenommen. 79,5 Prozent der Befragten waren weiblich; 0,6 Prozent waren unter 30 Jahren; 19,8 Prozent zwischen 30 und 39 Jahren; 25,9 Prozent zwischen 40 und 49 Jahren; 32,0 Prozent zwischen 50 und 59 Jahren und 21,6 Prozent waren 60 Jahre oder älter. Damit lag der Altersdurchschnitt der Stichprobe leicht unter dem Altersschnitt der psychotherapeutischen Grundgesamtheit und der Anteil der Frauen etwas über dem Bundesschnitt der Psychotherapeut*innen, der im Jahr 2019 bei 75,3 Prozent lag⁹.

66,4 Prozent der Befragten arbeiten hauptsächlich verhaltenstherapeutisch; 24,4 Prozent tiefenpsychologisch fundiert; 8,7 Prozent psychoanalytisch und 0,4 Prozent systemisch. 78,3 Prozent behandeln hauptsächlich Erwachsene; 21,7 Prozent hauptsächlich Kinder und Jugendliche. 98,6 Prozent sind ambulant und 88,5 Prozent sind selbstständig tätig.

⁹ Gesundheitsberichtserstattung des Bundes für das Jahr 2019. Abrufbar unter: www.gbe-bund.de.

Die zugrundeliegende Stichprobengröße kann zwischen den einzelnen Auswertungen schwanken, da es zum einen möglich war, bei der Befragung einzelne Fragen unbeantwortet zu lassen, zum anderen, weil einige Fragen in Abhängigkeit von Antworten auf vorherige Fragen nur einem Teil der Befragten angezeigt wurden (zum Beispiel wurde nur nach Gründen für das Durchführen von Präsenzsitzungen gefragt, wenn Psychotherapeut*innen vorher angegeben haben, diese im relevanten Zeitraum durchgeführt zu haben).