

Psychotherapie während der Corona-Pandemie

Liebe Kolleg*innen,

wir hatten Sie Anfang Mai angeschrieben mit der Bitte, uns aus Ihrem Arbeitsalltag während der Corona-Pandemie zu berichten und hier insbesondere über Ihre Erfahrungen mit den videogestützten Behandlungsstunden oder der Arbeit am Telefon. Zahlreiche Kolleg*innen haben sich viel Zeit genommen, um differenziert und persönlich auf die gestellten Fragen einzugehen – vielen Dank dafür! Wir haben die Rückmeldungen ausgewertet und Ihnen hier einen kleinen Reader zusammengestellt. Die Antworten sind nicht repräsentativ. Sie werden häufig als „Momentaufnahmen“ bezeichnet. Wir haben die antwortenden Kolleg*innen gebeten, sie mit Namen zitieren zu dürfen. Viele haben es uns erlaubt, andere wollten lieber unerkannt bleiben. Es ist sehr interessant zu lesen, wie unterschiedlich die Erfahrungen und die Einschätzungen sind.

Im Folgenden wird der Begriff der „videogestützten Therapie“ als Oberbegriff genutzt für alle psychotherapeutischen Formate, die auf dem Einsatz von Bild und Tonübertragung per Computer bzw. digitalem Endgerät basieren.

Der Beginn und der Status Quo

Im Strafvollzug sowie in der Sucht- und Drogenberatung führte die Corona-Krise nahezu zur Einstellung des Angebots, da die Räumlichkeiten ein Einhalten des Abstandgebots, insbesondere bei Gruppenangeboten, nicht zuließen und die Patient*innen für Video- oder Telefonangebote nicht oder schlecht ausgestattet waren. Dasselbe Bild zeigte sich auch in den Beratungsstellen und in den ambulanten Gruppen in Kliniken. Dort, wo überwiegend Gruppen offeriert werden (auch in den Praxen), war es wegen der Hygiene-Regeln nicht möglich, Präsenztermine durchzuführen. Im Bereich der Kinder- und Jugendlichentherapie berichten einige Kolleg*innen, dass sie die videogestützten Behandlungsstunden mit kleineren Kindern nicht zielführend fanden und daher keine Stunden angeboten haben. Im Rahmen der Ausbildung der zukünftigen Psychotherapeut*innen waren nur Präsenztermine erlaubt. Diese konnten aufgrund von Absagen und Abstandsregelungen nur eingeschränkt stattfinden. In den Kliniken, wo die Kolleg*Innen im Praktischen Jahr arbeiten, waren die Regelungen und Ansprüche sehr unterschiedlich. Dies bedeutet für die zukünftigen Kolleg*innen möglicherweise eine Verlängerung ihrer Ausbildungszeit.

In den ambulanten Praxen hatten einige Kolleginnen zu Beginn der Krise zunächst Urlaub genommen und ihre Termine abgesagt. Viele Mitglieder gehören zu den Risikogruppen. Die Zahl der Patientenabsagen scheint aber vom Beginn der Krise bis heute bei den meisten recht überschaubar gewesen zu sein. Das bedeutet, dass auf Seiten der Patient*innen trotz der Ansteckungsgefahr vielfach der Wunsch bestand, persönlich in die Praxis zu kommen und die gemeinsame Arbeit fortzusetzen.

Angela Rothenhäusler schreibt: *„Die Mütter sind heilfroh, eine Stunde zur Therapie zu ‚müssen‘, endlich mal wieder allein atmen! Und die familiären Themen besprechen, für die zuhause gar keine Ruhe und gar kein Platz zur Verfügung steht.“*

In den Praxisräumen selbst wandten fast alle Mitglieder die Abstandsregel an, waschen regelmäßig die Hände und desinfizierten die Räume vor Terminen. Einige trugen während der Sitzung grundsätzlich Mund-Nase-Masken, andere nur bei Patient*innen, die der CoViD-19-Risikogruppe angehören. Manche lehnten dies ab, weil sie es für die Behandlung wichtig fanden, die Mimik des Gegenübers zu erkennen. Als der Senat ab dem 13.5.2020 das Tragen einer

Maske auch in der Psychotherapie zur Pflicht machte, intervenierte die Kammer sofort. Es war uns wichtig, dass diese Entscheidung in der Verantwortung der Therapeut*innen in Absprache mit ihren Patient*innen blieb. Selbstverständlich waren aber auch dabei die Hygiene- und Abstandsregeln einzuhalten. Zwei Tage später wurde die Verpflichtung entsprechend angepasst.

Einige Kolleg*innen waren oder sind noch ins Home-Office gewechselt, teils, weil sie selbst zur Risikogruppe gehören oder weil sie nur so ihre Kinder betreuen konnten, die wegen der Schließung der Schulen und Kitas zu Hause bleiben mussten. Auch an diesem Punkt hatte die Kammer interveniert. Unsere Berufsgruppe wurde als systemrelevant eingestuft, so dass die Eltern, die es wollten, ihre Kinder in die Not-Betreuung bringen konnten.

Psychotherapie am Telefon

Viele Kolleg*innen boten von sich aus oder auf Wunsch ihrer Patient*innen Telefongespräche als Ersatz für Präsenztermine an. Johanna Ziegler führt aus:

„Leider gelingt es den etwas älteren Patienten, die nicht mit Instagram, iMessage und Co. aufgewachsen sind, weniger gut, die digitale Welt zu durchsteigen. Hier würde ich dringend befürworten, übergangsweise telefonische Therapiestunden anbieten zu dürfen.“

Gisela Wolf schreibt:

„Denjenigen, die nicht persönlich kommen möchten (weil sie in der Coronazeit nicht raus möchten, Risikogruppe sind, die Stadt verlassen haben), habe ich Video- und Telefontherapie angeboten, wovon die meisten lieber Telefon nehmen (weil man damit raus gehen kann, was ganz gut stabilisiert).“

St. S. schreibt:

„Auch viele Patienten signalisierten mir, dass sie entweder aufgrund des wahr genommenen eigenen medizinischen Risikos (Alter, Vorerkrankungen mit COPD, Asthma, Diabetes, Rollstuhl, zu pflegende Angehörige etc.) das Ansteckungsrisiko minimieren müssen oder aufgrund praktischer Erwägungen (Alleinerziehende ohne Kitaplatz o.ä.) lieber eine fernmündliche statt Präsenztherapie wahrnehmen wollten; dies war der größte Teil der Patienten (gefühlte 75%).“

Eine Kollegin erläutert:

*„Die Konzentration der Patient*innen scheint manchmal am Telefon leichter zu sein, als in Videostunden, aber viele wichtige Informationen entgehen mir, z.B.: wie interpretiere ich das Schweigen! Denkt meine Patient*in nach oder unterdrückt sie Weinen? Wie sehr hat sie meine Intervention berührt? Ich vermute, dass es hier einen Übungseffekt geben könnte, wenn wir mehr Erfahrungen mit Telefonkontakten haben.“*

Yvonne Loritz führt aus:

„Mir selbst ergeht es so, dass ich am Telefon intensiv mit meinem inneren Bild des Patienten beschäftigt bin, und ich vermute, auch der Patient ist mit dem inneren Bild seiner Therapeutin beschäftigt. Das führt zu dem Erleben, dass sich der Kontakt sogar vertieft. Allerdings dürfte dies nur bei einer stabil positiven Übertragung so funktionieren und nur dann, wenn der Patient relativ gesund ist.“

Mehrere Mitglieder beklagen die zeitliche Beschränkung sowie die niedrigere Honorierung des Telefoneinsatzes für therapeutische Zwecke, so auch D.R.: *„Es gibt keinen großen Unterschied zwischen Telefon- und Videosprechstunde, der einer niedrigeren Honorierung (EBM 23220) der Telefon-PT rechtfertigen könnte.“* Irmgard Hülsemann ergänzt: *„Die Telefongespräche entwickelten sich jeweils in Kontinuität und intensiv an den zuvor bearbeiteten Inhalten und Aufgaben und enthielten immer auch emotionale Qualität.“*

Sylke Badekow wünscht sich, „*dass Psychotherapeutenkammern sich für eine - zumindest bis 2021 bestehende - Ausweitung/Angleichung der Telefonbehandlung an die Videosprechstunde aussprechen/ [diese] gegenüber der kbv fordern würden.*“ Auch Evelyn Schorlemer Filipe führt aus, *dass gerade ältere Patienten videogestützte Angebote eher nicht annahmen, jedoch per Telefon gut erreicht werden konnten, und argumentiert: „Drei Telefonsprechstunden reichen hier sicher innerhalb eines Quartals nicht aus und müssten zumindest für diese Zielgruppe erweitert werden.“*

Videogestützte Psychotherapie

Den Einsatz der videogestützten Therapie finden viele Mitglieder zur Unterstützung oder im Wechsel mit Präsenzsitzungen praktisch und sinnvoll. Entsprechend würden sie gerne diese Möglichkeit auch nach der Pandemie weiter zur Verfügung haben. Es fällt auf, dass insbesondere Verhaltenstherapeut*innen berichten, die Option gut einsetzen zu können. Lisa Kloft denkt, dass sich die videogestützte Therapie nur für einzelne Indikationsbereiche durchsetzen sollte. Sie konkretisiert:

„Die Onlinetherapie eignet sich gut, um im Rahmen der VT alles, was vor allem kognitiv ist zu erarbeiten (z.B. Ziele, Psychoedukation, Störungsmodell). Sie kommt jedoch sehr an ihre Grenzen, wenn es um Expositionen geht und auch bei Interventionen, die stärker emotionsfokussiert sind.“

Aileen Wosniak schreibt, bei steter Internet-Verbindung seien

„den Methoden [...] fast keine Grenzen gesetzt, auch online ... z.B. sind Achtsamkeitsübungen, Imaginationen und ähnliches möglich, theoretisch sind auch Expositionsübungen möglich, aber hier streikt dann häufig das Internet unterwegs, was sehr schade ist! Auch sind nicht alle Störungsbilder für die Onlinetherapie geeignet, z.B. ausgeprägte Persönlichkeitsstörungen. Hier wären Programme wünschenswert, mit denen man interaktiv in der Therapie arbeiten kann, z.B. ein Flipchart, welches von beiden Parteien beschrieben werden kann.“

Sabine Hahn ergänzt:

„Video-Psychotherapie erweitert unser Hilfsangebot enorm. Viele Patienten hätten sonst ihre Therapie unterbrochen und wären in ihrer Entwicklung beeinträchtigt worden. Es macht Sinn mit einer Kombination aus Präsenz- und Online-Treffen zu arbeiten. Manche Themen (z.B. Diagnostik, Arbeit mit verschiedenen Reflexionsmethoden) gehen nicht online. Gleichwohl gibt es einen Lernprozess und Kreativitätsschub in der Nutzung des online Angebots (es geht viel mehr als gedacht). Ich finde es hilf- und aufschlussreich, die Klienten in ihrem privaten Umfeld zu erleben.“

M.P. schlägt regelmäßige Wechsel zwischen Präsenz- und videogestützten Sitzungen vor:

„Einen kürzeren Wechsel gerade bei wöchentlichen Langzeittherapien, d.h. z.B. 1 live Sitzung, 1 Videositzung, 4 live Sitzungen, 1 Videositzung, etc. kann ich mir dafür sehr gut vorstellen. Dabei finde ich die Limitierung der max. Anzahl der Videositzungen pro Fall auch nicht sinnvoll, sondern wie erwähnt eine max. Anzahl an aufeinander folgenden Videositzungen. Da der Arbeitsaufwand für mich der Gleiche ist, [...] sollte die Vergütung natürlich auch die Gleiche sein.“

Ähnlich Angela Rothenhäuser:

„Es funktioniert viel besser als erwartet, die feinen Veränderungen transportieren sich auch, für Patienten mit langen Fahrwegen und starker beruflicher Belastung ist es ein sehr nützliches zusätzliches Instrument, selbstverständlich auch für die Patienten, die durch ihre Vorerkrankungen belastet sind.“

Mehrere Mitglieder äußern den Wunsch, auch von zuhause Video- und Telefontherapie anbieten zu dürfen. So schreibt Johanna Ziegler:

„Schade finde ich, dass online Therapie nicht von zu Hause möglich ist. Ich habe zwei kleine Kinder, die 5 Wochen zu Hause betreut wurden und [die] ich [...] nach wie vor so oft wie möglich zu Hause betreue. Da wäre rein theoretisch eine Sprechstunde zwischendurch in dringenden Fällen möglich, aber nicht, wenn ich dazu 40 min in meine Praxis fahre und meine Kinder allein lasse.“

K.B. ergänzt:

„Ich möchte hier wirklich eine Lanze brechen für den Einsatz der Videotherapie, und zwar ausdrücklich auch zum Schutz des Therapeuten oder um ihm oder ihr die Vereinbarkeit von Arbeit und Kinderbetreuung in dieser Ausnahmesituation zu ermöglichen!“

Einige Psychotherapeut*innen sehen videogestützte Therapie auch nach der Krise als eine gute Möglichkeit für die Versorgung besonderer Patientengruppen oder in bestimmten Situationen. So schreibt J.R.:

„Es könnte aber auf jedem Fall ein Tool sein, das hilft, Menschen besser zu erreichen (Bettlägerige, Menschen mit starker GAS, Alleinerziehende ohne Betreuung für Sitzungen, Menschen vom Lande mit langen Anfahrtswegen, Schichtarbeitende etc.) und zu versorgen“.

Auch Caspar Dreesen wirbt dafür, nach der Pandemie die Möglichkeit der zeitweisen videogestützten Therapie aufrecht zu erhalten:

„Auch über die Krise hinaus behandle ich immer wieder Personen, die aus beruflichen Gründen viel unterwegs sind und Termine nicht persönlich wahrnehmen können. [...] Ich würde Onlinetherapie gern sehen als eine Notlösung ("besser als nichts"), die unvermeidliche Ausfälle überbrücken und in begrenztem Umfang genutzt werden dürfte.“ Weiter argumentiert er:

„Berufspolitisch wäre es andererseits sicher gut, im Feld der Entwicklung von solchen technischen Maßnahmen mitzuwirken. In Bezug auf Terminvergabe und weitere bürokratische Teile meiner Arbeit kann ich mir durchaus noch technische Optimierung vorstellen.“

Videogestützte Therapie mit Kindern und Jugendlichen

Während einige KJP argumentieren, dass für Kinder bis zu acht oder zehn Jahren die videogestützte Therapie eher nicht geeignet sei, schreibt F.M.:

- *„dass ich die Kinderzimmer meiner jungen Patienten ohne die Videosprechstunde nie zu Gesicht bekommen hätte, dieser Eindruck war aber teilweise sehr viel Wert zum Verständnis der Lebenssituation des Patienten. Auch der direkte Vergleich zwischen einer psychotherapeutischen Sprechstunde mit Mund-Nasen-Schutz einerseits und einer Videosprechstunde ohne Gesichtsbedeckung andererseits zeigt: Im persönlichen Kontakt können mehr Informationen verloren gehen als im Kontakt per Video.“*

Die jungen Klient*innen und ihre Eltern reagierten unterschiedlich auf das Angebot einer videogestützten Therapie, so erklärt z.B. Peter Ellesat:

„Einige Kinder waren allerdings auch froh, überhaupt Kontakt über dieses Medium halten zu können. Wieder andere waren stolz, mir ihr Zimmer zeigen zu können, ein Jugendlicher meinte, es sei so für ihn leichter mit mir zu sprechen als im direkten Gegenübersitzen.“ Gleichwohl schildert Ellesat auch den gegenteiligen Fall: „Einige Eltern und einige Jugendliche lehnten eine Videosprechstunde ab, weil sie es zu eindringlich in ihren privaten Raum fanden.“

Die Bereitschaft der Patient*innen zur videogestützten Therapie

Die Bereitschaft der Patient*innen zur videogestützten Therapie variierte offensichtlich mit deren Alter, ihrem Hintergrund und ihren Alltagserfahrungen u.a. mit Videotelefonaten. Ipek Sanal erläutert:

„Meine Patientinnen sind vorwiegend türkischstämmig, da meine Muttersprache türkisch ist. Die meisten Patientinnen sind junge (zwischen 25 und 35 J) Akademiker und „Wirtschaftsflüchtlinge“, die erst seit wenigen Jahren in Berlin leben und arbeiten. Ein paar andere Patientinnen sind älter (zwischen 45 und 55 J) und leben schon lange in Deutschland als Migrantinnen oder sind hier geboren und aufgewachsen. Seit der Corona-Krise arbeite ich sehr viel mit Videokonferenz (bis zu 80% meiner Arbeitszeit), da dieses Angebot bei beiden o.g. Gruppen meiner Pat. sehr gut ankommt.“ Und weiter: „Viele ältere Menschen reden regelmäßig per Video oder Internetcalls mit Verwandten und Bekannten, die nicht in der Nähe wohnen. Vor allem bei den Migrantinnen ist es ein Bestandteil des Alltags, sich mit den Menschen aus der Heimat so auszutauschen.“

W.W. weist darauf hin, dass „Jüngere Pat. [...] es oft gewohnt [sind], via Video-Konferenzen etc. in Kontakt zu treten. Sie haben deshalb meist weniger [Probleme] damit, finden dies oft wie selbstverständlich.“

Umgekehrt weist F.K. darauf hin, dass videogestützte Therapie auch aus materiellen Gründen nicht für alle Patient*innen in Frage kam und kommt: „Online/per Video mache ich keine Therapien, weil meine Patienten aus finanziellen Gründen keine/nicht ausreichende Internetmöglichkeiten haben, überfordert sind mit der Technik, zu misstrauisch für digitale Medien [sind].“

Die Bereitschaft der Kolleg*innen zur videogestützten Therapie

Die Rückmeldungen der Antwortenden machen deutlich, dass die erfolgreiche Anwendung videogestützter Therapie eine Bereitschaft nicht nur bei den Patient*innen, sondern auch bei uns erfordert. Viele konstatieren, dass gegenüber den Präsenzterminen die Wahrnehmung von Gestik und Mimik erschwert gewesen sei und dass es schwerer gewesen sei, den „Raum“ zu halten. Katja Rose sagt: „Ich habe bislang noch keine einzige Onlinetherapie gemacht, weil alle Patienten entweder weiter kommen oder nur telefonieren können oder wollen. Onlineangebote habe ich geplant, sie wurden aber nicht in Anspruch genommen.“ Eine andere Kollegin führt aus: „Nichtsdestotrotz waren die ersten Videosprechstunden noch sehr befremdlich und ungewohnt, und mit der Zeit komme ich mit den Patienten auch in tiefere und intensivere Bereiche.“ Ähnlich sagt Klaus Engel: „Meine Einschätzung: nach einigen Sitzungen Eingewöhnung i. S. von ‚Fremdeln‘, in denen ich mich mehr passiv-zuhörend sah, gelingt mir mittlerweile wieder aktivere und vertiefende Gestaltung des Prozesses.“

Silke Brandt schreibt zur videogestützten Therapie:

„Auch ich hatte da anfänglich eine hohe Schwelle, das hat sich in Sekunden gelegt. [...] Für einige Patienten, wo die Rahmenbedingungen schwierig sind, könnte das aber auch zukünftig eine sehr gute Alternative sein, die ausbaufähig ist.“ Allerdings weist sie auch darauf hin, dass „die Online-Arbeit [...] deutlich anstrengender für beide Seiten [...]. Den KlientInnen fällt das im Kontakt bleiben im häuslichen Umfeld oft schwerer. Für mich war es anstrengender den Raum zu halten. Abgesehen davon halte ich das ‚Rauskommen‘ aus dem häuslichen Umfeld für den ersten Schritt in Richtung Veränderung, der sich damit direkt körperlich ausdrücken kann.“

Auch K.B., die mit Erwachsenen arbeitet, würdigt die Möglichkeiten der videogestützten Therapie:

„Man bekommt Einblicke in den Alltag der Patienten, die sehr erhellend sind: Der ältere Herr, der auch für unsere Konferenz weiter auf dem Sofa am liebsten liegt; der liebende

Vater, der den kleinen Sohn anfährt ihn in Ruhe zu lassen; Ehemänner, die schnell noch für uns die Konferenzleitung zusammenbasteln; eine Mutter die völlig gelassen ihr weinendes Kind beruhigt. Die Patienten können mir Fotos zeigen, die ihnen gerade wichtig erscheinen, oder das Kindertagsgeschenk für die Tochter. Diesen direkteren Einblick in den Alltag der Patienten finde ich wertvoll und schön. In den Therapien kommen wir gut voran.“

Sarah Springer ergänzt: „Generell finde ich live am besten, aber wenn man sich dann nur mit beidseitigem Mundschutz sieht, ist das Sprechen per Videosprechstunde oft eine gute Abwechslung, da man sich dann wieder unmaskiert sehen kann.“ Eine Kollegin schätzt inzwischen die Möglichkeit der Videotherapie, weist aber auf ihre Grenzen hin:

„Zurzeit arbeite ich ausschließlich per Videosprechstunden, aus der Situation der Corona-[Krise] und weil ich zur Risikogruppe gehöre. Die Therapiestunden selbst sind sehr anstrengend, beanspruchen wesentlich konzentrierteres Arbeiten, da die/der PatientIn nicht in ihrer/seiner ganzen Person wahrgenommen werden kann. Ich hoffe sehr, dass es bald wieder möglich sein wird, face to face zu arbeiten.“

Ähnlich äußert sich Stephanie Galler:

„Meine Erfahrung damit sind eher negativ. Das Setting eignete sich zwar, um überhaupt in Kontakt zu bleiben, an bisheriges Therapiegeschehen zu erinnern, zwischenzeitliches Geschehen zu berichten, für Psychoedukation und die Planung nächster kleiner Schritte. Aber das "emotionale Sehen" blieb auf der Strecke. Ich konnte nur auf einer gewissermaßen ‚oberflächlicheren‘ Ebene auf die Bedürfnisse (Verstanden werden, Nähe) reagieren. Ein wichtiger Teil der Therapie ging dabei verloren.“

Einige Mitglieder lehnen die videogestützte Therapie grundsätzlich ab und befürchten wie z.B. Volker Engel eine „Entpersonalisierung der Patient-Therapeut-Beziehung“. Exemplarisch argumentiert C.H.:

„Online Therapie kann in keinsten Weise den persönlichen Kontakt ersetzen, weil eine vertrauensvolle therapeutische Beziehung nur im persönlichen Kontakt aufgebaut, aufrechterhalten und stabilisiert werden kann, der direkte Blickkontakt mit den Patienten einen wichtiger Wirkfaktor darstellt, und weil es der zwischenmenschlichen Nähe bedarf, um über sehr belastende Dinge sprechen zu können. Der Patient profitiert von korrigierenden Beziehungserfahrungen vor allem im persönlichen Kontakt, der Therapeut arbeitet mit Stimmungen im Raum, die bei der Online Therapie nicht zu spüren sind.“

Schwierigkeiten und Begrenzungen

Viele Psychotherapeut*innen hatten technische Schwierigkeiten – bei der Einrichtung der Computer oder der Programme, aber auch in den Sitzungen selbst. Teilweise waren die Datenverbindungen nicht hinreichend stabil, so dass Bild- und Tonübertragung stockten oder abbrachen. Außerdem hatten die Patient*innen für die Therapiesitzung häufig keinen physischen Raum zur Verfügung, in dem sie ungestört waren. Peter Ellesat führt aus:

„Eine ungestörte Gesprächsatmosphäre konnte nicht immer gewährleistet werden, Eltern oder Geschwister kamen ins Zimmer des Patienten. Neben den üblichen Verständigungsschwierigkeiten im Videotelefonat war gleichzeitiges Sprechen von Patient und Therapeut gar nicht möglich, immer wieder musste nachgefragt werden oder es kam zu Missverständnissen.“

Nahezu alle Kolleg*innen legen Wert darauf, neue Patient*innen bei Präsenzterminen kennenzulernen. Ursula Schiller schreibt:

„Neue Patienten möchte ich immer persönlich kennenlernen. Ich kann sonst kein Interaktionsverhalten beobachten. Ich möchte keine Diagnosen stellen, ohne direkt erlebt zu haben, wie die Patienten sich im Kontakt verhalten. Und wie ich mich im

Umgang mit ihnen erlebe.“

Klaus Engel zeigt die Grenzen der videogestützten Therapie auf:

„Interventionen, die den Raum nutzen, z.B. für szenische, symbolische Darstellung von Themen, Konflikten, für die Darstellung innerer Dialoge oder für Bewegungserfahrungen sind ausgeschlossen; ich glaube auch, spezifische atmosphärische Veränderungen im Kontakt, oder innere Bewegungen des Patienten am Schirm zu verpassen, da doch eine Reihe non-verbaler Information weggefiltert wird. Auch der direkte Körperkontakt, Begrüßen und Verabschieden mit Handschlag, ein Tempo anbieten, ... geht verloren.“

Lob und Hinweise

Silvia Liebenau schreibt: „die von der KV Berlin rasche und mit einem Mal so unkomplizierte Art, Videosprechstunden einzurichten und - mitunter auch ohne Einlesen der KK-Karte - behandeln zu dürfen, verblüffte und erfreute mich sehr.“

F.M. erklärt, dass einige Patient*innen Video- oder Telefonangebote nicht nutzen konnten und so weiter ausgeschlossen wurden:

*„Auch nicht versorgt werden bei mir aktuell Patient*innen mit kognitiver Beeinträchtigung. Auch hier war eine Umsetzung als Video- oder Telefonsprechstunde nicht möglich. Damit werden leider genau Patient*innen, die es ohnehin schon besonders schwer haben, noch stärker exkludiert.“*

Ein Kollege warnt vor „psychotherapeutischen Apps“ und digitaler Beratung:

„Auch Angebote, die sich als Kombination von Telefonaten und Onlinekontakten u.a. darstellen, haben in meinen Augen keinen Mehrwert im Vergleich zum persönlichen therapeutischen Kontakt. [...] ich [sehe] in den mir bekannten Angeboten, eher eine Möglichkeit, mit der Kostenträger Geld sparen wollen und weniger den Versuch, Versorgungslücken zu schließen oder ergänzende Angebote zu machen. Tatsächlich gibt es Angebote, die gemessen an der Menge der Kontakte nicht wirklich preiswerter sind als eine reguläre Psychotherapie. Dies alles zu Lasten der Versicherten, denen eine Abgrenzung zur Psychotherapie in der ohnehin nicht leicht zu verstehenden Versorgungslandschaft nicht ausreichend gut dargestellt wird.“

Ein Mitglied schreibt:

*„Es könnte vielleicht sein, dass bei wieder "normaler Hektik" nach der Pandemie der Ruf nach zeitsparender Videotherapie lauter wird. Für besondere Fälle bietet sich Videotherapie an, aber die zentrale Forderung muss sein, dass unsere Berufsgruppe alleine entscheidet, für wen Videotherapie ein passendes Angebot sein könnte. Im persönlichen Kontakt können wir unsere Patient*innen intensiver erleben und ihre Persönlichkeit und psychische Struktur und die Störungen erfassen, über Wege, die per Video verloren gehen.“*

Ipek Sanal und ein weiterer Kollege weisen darauf hin, dass der „berufsethische Kommentar zur ‚Onlinetherapie‘“, den der Ausschuss für Berufsordnung, Wissenschaft und Qualität 2017 erstellt hatte, inzwischen veraltet sei. Susanne Raetzer bittet darum, den „Einsatz von videogestützter Therapie Reflektionsprozessen zu unterziehen“. Eine Kollegin sagt: „Ich würde es begrüßen, wenn der Kommentar kontinuierlich angepasst wird.“

Zusammenfassung

- Eine Mehrzahl der Antwortenden wünscht sich, dass die Option, Videoformate therapeutisch zu nutzen, auch nach der Pandemie erhalten bleibt.
- Einen Ersatz der Präsenztherapie durch Video- oder Telefonformate lehnen die Befragten mit unterschiedlicher Vehemenz ab. Die zentrale Forderung müsse sein, dass unsere Berufsgruppe alleine entscheidet, für wen Videotherapie ein passendes Angebot

sein könnte.

- Viele PT wünschen sich, dass telefonische therapeutische Formate genauso vergütet werden wie videogestützte Therapie.
- Einige PT konstatieren, dass der „berufsethische Kommentar zur ‚Onlinetherapie‘“ der Überarbeitung bedürfe und bieten Unterstützung an.

Was bleibt?

Katharina Böhmert-Baum fasst zusammen:

„Was bleibt ist, dass wir diverse neue Medien kennenlernen und in der aktuellen Situation auch schätzen lernen. Wir lernen täglich. Bleibend ist auch der kollegiale Austausch und das Gemeinschaftsgefühl in dieser Zeit. Ich bin sehr froh, dass ich in all den Jahren der Beratungsstelle treu geblieben bin und mich als approbierte Psychotherapeutin nicht niedergelassen habe. Mir fehlt manchmal die gesellschaftliche/berufsständische Anerkennung der Arbeit in den Beratungsstellen, die in der Regel von Teamgeist und der immer wiederkehrenden Auseinandersetzung mit dem Umgang mit schwierigen, psychisch und körperlich mehrfach beeinträchtigten Menschen gekennzeichnet ist.“

Die Kolleg*innen der Kommission Öffentlichkeitsarbeit unter maßgeblicher Mitarbeit von Karin Jeschke (Wissenschaftliche Referentin , PTK Berlin)