Videobehandlung in Psychiatrie und Psychotherapie

Spektrum der wissenschaftlich fundierten Einsatzmöglichkeiten

Policy Brief

Policy Brief

13.04.2021

Videobehandlung in Psychiatrie und Psychotherapie

Das Spektrum der wissenschaftlich fundierten Einsatzmöglichkeiten

Das Wichtigste auf einen Blick

- Im Rahmen der Digitalisierung der Gesundheitsversorgung und der Kontaktbeschränkungen aufgrund der Corona-Pandemie rückt die Erbringung von psychiatrisch-psychotherapeutischen Leistungen über Videobehandlung in den Mittelpunkt.
- Die Wirksamkeit der Psychotherapie über Videokonferenztechnik ist mit der Psychotherapie im Präsenzformat vergleichbar. Es gibt gute Evidenz für eine belastbare therapeutische Beziehung über Video.
- Die Videobehandlung bietet nicht nur im Rahmen des Infektionsschutzes einen ergänzenden Hilfezugang, sondern kann auch in anderen Lebenslagen (z. B. bei langer Anfahrt, bei hohen Fahrtkosten, bei mangelnder Kinderbetreuung, bei zu pflegenden Angehörigen, etc.) Flexibilität bieten.
- Die Durchführung von Videobehandlungen in Psychiatrie und Psychotherapie sollte zu jeglichem Zeitpunkt der Behandlung flexibel möglich und abrechenbar sein, ohne dass ein finanzieller Nachteil für den Leistungserbringer entsteht.

Hintergrund

Nach geltenden Regelungen kann die Psychotherapie nur als Videobehandlung durchgeführt werden, wenn bereits ein persönlicher Erstkontakt zur Eingangsdiagnostik, Indikationsstellung und Aufklärung stattgefunden hat. Außerdem sind psychotherapeutische Leistungen wie die Akutbehandlung in der Krise oder die Gruppentherapie via Video[1] nicht erlaubt. Die Anzahl der Behandlungsfälle, die ausschließlich per Videosprechstunde behandelt werden dürfen, ist gesetzlich auf 20 Prozent beschränkt. Außerdem dürfen maximal 20 Prozent[2] einer berechneten Gebührenordnungsposition je Vertragsarzt/-psychotherapeut und Quartal als Videosprechstunde abgerechnet werden [1].

[1] Der Kabinettsentwurf vom 20.01.2021 zum Digitale Versorgung und Pflege-Modernisierungs-Gesetz (DVPMG) sieht in einer Änderung des § 87 Absatz 2a Satz 19 SGB V vor, zukünftig auch gruppentherapeutische Leistungen über Videosprechstunde zu berücksichtigen.
[2] Der Kabinettsentwurf vom 20.01.2021 zum DVPMG sieht in einer Ergänzung des § 87 Absatz 2a SGB V vor, den Umfang jeweils auf bis zu 30 Prozent festzulegen.

Während der Coronakrise haben Sonderregelungen diese Beschränkungen zur Videobehandlung aufgehoben. In Ausnahmefällen kann eine Psychotherapie derzeit ohne unmittelbaren persönlichen Kontakt als Videosprechstunde begonnen werden und auch die 20 Prozent-Regeln sind ausgesetzt. Die Aussetzung der Begrenzungsregeln für Videobehandlung gilt aber zunächst nur bis 30. Juni 2021 [1].

Aktuelle Befragungen der Leistungserbringer kommen zu dem Ergebnis, dass aufgrund der pandemiebedingten Regelungen fast alle Psychotherapeuten die Videobehandlung erstmalig einsetzten. Die überwiegende Mehrheit will die Videobehandlung auch in Zukunft weiter nutzen, allerdings nicht mehr ganz so häufig wie zum Zeitpunkt der Pandemie [2–3].

Fragestellung
Welche Evidenz gibt es zur Integration der Videobehandlung im Rahmen der Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen?

Das sagt die Wissenschaft

Die Psychotherapie per Videokonferenz konnte bereits in einer Vielzahl von therapeutischen Formaten und bei verschiedenen Bevölkerungsgruppen wirksam eingesetzt werden. Insbesondere in der Behandlung von Erwachsenen mit Traumafolgestörungen, Depressionen oder Angsterkrankungen ist der Videoeinsatz bei (kognitiver) Verhaltenstherapie höchst evident [4–6].

Das klinische Ergebnis von Psychotherapie im Videoformat weist im Allgemeinen keine Unterschiede zu dem in der Präsenz-Psychotherapie auf [4–9]. Eine aktuelle Meta-Analyse über 57 empirischen Studien zeigt, dass Videobehandlung durchgängig weitgehend gleichwertige Behandlungseffekte im Vergleich mit persönlich durchgeführten Interventionen hat [8].

Ebenso ist die Zufriedenheit der Patienten mit der Videobehandlung vergleichbar mit der klassischen Psychotherapie von Angesicht zu Angesicht [10]. Die Leistungserbringer schätzen die Möglichkeit, die Kontinuität von Behandlungen per Video aufrechtzuerhalten, wenn Patienten zum Beispiel aufgrund ihres Berufs nicht immer am Wohnort tätig sind, oder in Ausnahmefällen die Versorgung auch bei akuten körperlichen Erkrankungen oder Krisen sicherzustellen [2].

Die therapeutische Beziehung ist ein wesentlicher Faktor für eine erfolgreiche Psychotherapie [11]. Entgegen häufiger Meinung gibt es sichere Evidenz dafür, dass die therapeutische Beziehung auch über den Weg der Videobehandlung hergestellt und erhalten werden kann. Es gibt zwar Studien, die aufzeigen, dass die therapeutische Beziehung im herkömmlichen Setting stabiler ist. Das Therapieergebnis war davon jedoch nicht negativ beeinflusst [12–14].

Bezüglich der psychologischen und psychiatrischen Diagnostik via Videokonferenz gibt es erste empirische Hinweise darauf, dass es hier ebenfalls keine Unterschiede zwischen deren Ergebnissen und den Ergebnissen aus persönlicher Begutachtung gibt [8, 15–16]. Allerdings ist die Studienlage noch vergleichsweise gering [8, 15–16]. Nützliche nonverbale Informationen zur Bestimmung des emotionalen Zustands des Patienten und des Risikoverhaltens könnten im Videoformat fehlen. Zum Beispiel können olfaktorisch-sensorische Informationen (z. B. Hygiene, Alkoholkonsum) sowie Körperhaltung, Mimik, und Körpersprache klinisch relevant sein. Kamerawinkel, Bildschirmgröße, Raumeigenschaften oder andere technische Faktoren könnten die Beobachtung einschränken [2, 15]. Gleichzeitig bietet die Videokonferenz-basierte Diagnostik das Potenzial für ergänzende, standardisierte Methoden, die zur Qualitätssicherung des psychodiagnostischen Prozesses beitragen können.

Empfehlung
In der Regel sollte in der Anfangsphase der Behandlung mindestens ein persönlicher Kontakt erfolgen. Darüber hinaus sollten Videobehandlungen von psychischen Erkrankungen, individuell mit Präsenzbehandlung kombiniert, ohne Mengenbegrenzung und ohne zwingende Anforderung eines persönlichen Kontakts möglich sein. Ob eine Videobehandlung indiziert ist, muss je nach Einzelfall entschieden werden.

Kontakt
Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie,
Psychosomatik und Nervenheilkunde e. V.
DGPPN-Geschäftsstelle
Reinhardtstraße 27 B I 10117 Berlin
Telefon: 030 2404 772-0
E-Mail: sekretariat@dgppn.de

Deutsche Gesellschaft für Psychologie e. V.
DGPs-Geschäftsstelle
Marienstraße 30 I 10117 Berlin
Telefon: 030 2804 771-7
E-Mail: geschaeftsstelle@dgps.de

Quellen

1. https://www.kbv.de/html/videosprechstunde.php, https://www.kbv.de/media/sp/2020-03-23_PT-Vereinbarung_Zusatz_Covid-19.pdf, Stand 23.03.2021
2. Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK-Studie vom 05.11.2020). Videobehandlung – Eine Umfrage zu den Erfahrungen der Psychotherapeut*innen. Verfügbar unter: https://www.bptk.de/wp-content/uploads/2020/11/20201105_BPtK-Studie_Videobehandlung.pdf, Stand 16.02.2021
3. Deutsche Psychotherapeutenvereinigung (DPtV-Umfrage vom 11.05.2020). Blitzumfrage zur Nutzung von Video- und Telefonanwendungen. Verfügbar unter: https://www.deutschepsychotherapeutenvereinigung.de/index.php?eID=dumpFile&t=f&f=11152&token=8efba22d7afdbd29ab5f0a824eb29c7d2aa94b9c, Stand 16.02.2021
4. Backhaus A, Agha Z, Maglione ML, et al. Videoconferencing psychotherapy: a systematic review. Psychol Serv. 2012;9(2):111-131. doi:10.1037/a0027924
5. Berryhill MB, Culmer N, Williams N, et al. Videoconferencing Psychotherapy and Depression: A Systematic Review. Telemed J E Health. 2019;25(6):435-446. doi:10.1089/tmj.2018.0058
6. Berryhill MB, Halli-Tierney A, Culmer N, et al. Videoconferencing psychological therapy and anxiety: a systematic review. Fam Pract. 2019;36(1):53-63. doi:10.1093/fampra/cmy072
7. Rees CS. Maclaine E. Videoconferenced treatment for anxiety disorders. Australian Psychologist, 2015; 50: 259-264. https://doi.org/10.1111/ap.12122
8. Batastini AB, Paprzycki P, Jones ACT, MacLean N. Are videoconferenced mental and behavioral health services just as good as in-person? A meta-analysis of a fast-growing practice. Clinical Psychology Review 2021; 83: 101944. https://doi.org/10.1016/j.cpr.2020.101944
9. Osenbach JE, O'Brien KM, Mishkind M, Smolenski, DJ. SYNCHRONOUS TELEHEALTH TECHNOLOGIES IN PSYCHOTHERAPY FOR DEPRESSION: A META-ANALYSIS. Depress Anxiety, 2013; 30: 1058-1067. https://doi.org/10.1002/da.22165
10. Jenkins-Guarnieri MA, Pruitt LD, Luxton DD, Johnson K. Patient Perceptions of Telemental Health: Systematic Review of Direct Comparisons to In-Person Psychotherapeutic Treatments. Telemed J E Health. 2015;21(8):652-660. doi:10.1089/tmj.2014.0165
11. Horvath, A. O., Del Re, A. C., Fluckiger, C., & Symonds, D. (2011). Alliance in individual psychotherapy. Psychotherapy, 48, 9–16. https://doi.org/10.1037/a0022186
12. Norwood C, Moghaddam NG, Malins S, Sabin-Farrell R. Working alliance and outcome effectiveness in videoconferencing psychotherapy: A systematic review and noninferiority meta-analysis. Clin Psychol Psychother. 2018;25(6):797-808. doi:10.1002/cpp.2315
13. Simpson SG, Reid CL, Therapeutic alliance in videoconferencing psychotherapy: A review Aust. J. Rural Health (2014) 22, 280–299
14. Aafjes-van Doorn, K., Békés V. & Prout, T.A. (2020): Grappling with our therapeutic relationship and professional self-doubt during COVID-19: will we use video therapy again? Counselling Psychology Quarterly, doi: 10.1080/09515070.2020.1773404
15. Luxton, DD, Pruitt, LD, Osenbach, JE. Best practices for remote psychological assessment via telehealth technologies. Professional Psychology: Research and Practice. 2014; 45(1), 27-35. https://doi.org/10.1037/a0034547
16. Hyler SE, Gangure DP, Batchelder ST. Can Telepsychiatry Replace In-Person Psychiatric Assessments? A Review and Meta-Analysis of Comparison Studies. CNS Spectrums. 2005;10(5):403-415. doi:10.1017/S109285290002277X