

Aus dem Zentrum für Innere Medizin der Universität Heidelberg
(Zentrumssprecher: Prof. Dr. med. Dirk Jäger)
Klinik für Allgemeine Innere Medizin und Psychosomatik
(Ärztlicher Direktor: Prof. Dr. med. Hans-Christoph Friederich)

Die Perspektive von Hausärzten und Psychotherapeuten auf
Videokonsultationen durch Psychotherapeuten in der Hausarztpraxis
– Eine qualitativ-explorative Studie

Inauguraldissertation
zur Erlangung des *Doctor scientiarum humanarum (Dr. sc. hum.)*
an der
Medizinischen Fakultät Heidelberg
der
Ruprecht-Karls-Universität

vorgelegt von
Mariell Hoffmann, M.A.

aus
Karlsruhe

2021

Dekan: Herr Prof. Dr. med. Hans-Georg Kräusslich

Doktormutter: Frau apl. Prof. Dr. sc. hum. Beate Wild

INHALTSVERZEICHNIS

Abbildungs- und Tabellenverzeichnis	1
1. Einleitung	2
2. Hintergrund und Forschungsstand.....	5
2.1 <i>Psychische Störungen</i>	5
2.1.1 Prävalenz und Auswirkungen psychischer Störungen	5
2.1.2 Behandlung psychischer Störungen	6
2.1.3 Derzeitige Versorgungssituation	6
2.2 <i>Behandlungsmodelle in der Primärversorgung</i>	8
2.2.1 Screening zur Steigerung der Erkennungsrate	8
2.2.2 Leitlinien und Schulungen der Hausärzte (Education).....	9
2.2.3 Integrated Care Modelle.....	9
2.3 <i>Telemedizinische Versorgungsmodelle</i>	10
2.3.1 Überblick Telemedizin	11
2.3.2 Gesetzliche Rahmenbedingungen	11
2.3.3 Unterschiedliche telemedizinische Behandlungsformen und Evidenz.....	12
2.3.4 Videokonsultationen als spezialisierte Behandlungsform.....	13
2.4 <i>Zusammenfassung und Fragestellungen der Arbeit</i>	16
3. Methoden	18
3.1 <i>Projektkontext der Studie</i>	18
3.2 <i>Methodologische Einordnung</i>	19
3.3 <i>Forschungsdesign</i>	20
3.4 <i>Erhebungsmethoden</i>	20
3.4.1 Rekrutierung und Sample	21
3.4.2 Fokusgruppen und problemzentrierte Interviews.....	22
3.4.3 Moderationsleitfaden und Gesprächsstimulus	23
3.4.4 Erhebungssituation und Dokumentation	24
3.5 <i>Auswertung</i>	25
3.5.1 Qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring	26
3.5.2 Dokumentarische Methode.....	27
4. Ergebnisse	31
4.1 <i>Beschreibung des Samples</i>	31
4.2 <i>Ergebnisse der qualitativen Inhaltsanalyse</i>	35
4.2.1 Einschätzung der aktuellen Versorgungssituation	35
4.2.2 Einstellungen zu Videokonsultationen - Auswertung entlang des TICD Frameworks.....	38
4.2.3 Übersicht der Gemeinsamkeiten und Unterschiede	47
4.2.4 Demographische Unterschiede	50
4.3 <i>Ergebnisse der Dokumentarischen Methode</i>	50
4.3.1 Darstellung der explorierten Typen.....	51
4.3.2 Vergleich	66
4.3.3 Hypothesen.....	81

5. Diskussion	83
5.1 Zusammenfassung der Ergebnisse.....	83
5.2 Material und Methoden sowie Reflexion der Gütekriterien.....	84
5.3 Diskussion der Ergebnisse	88
5.3.1 Einbettung in empirischen Forschungskontext	88
5.3.2 Einbettung in existierende theoretischen Forschungskontexte.....	98
5.4 Schlussfolgerungen	102
6. Zusammenfassung	105
7. Literaturverzeichnis	107
8. Eigenanteil an Datenerhebung und -Auswertung, eigene Veröffentlichungen.....	122
Anhang	124
Danksagung	148
Eidesstattliche Versicherung	149

Abbildungs- und Tabellenverzeichnis

Abbildung 1: Rekrutierung der Hausärzte.....	22
Abbildung 2: Rekrutierung der Psychotherapeuten	22
Abbildung 3: Das Technology Acceptance Model	101
Tabelle 1: Demographische Angaben der befragten Hausärzte (n=19)	32
Tabelle 2: Demographische Angaben der befragten Psychotherapeuten (n=12)	34
Tabelle 4: Unterschiede und Gemeinsamkeiten der Einstellung der Hausärzte und Psychotherapeuten gegenüber Videokonsultationen.....	49
Matrix 1: Unterschiede und Gemeinsamkeiten der hausärztlichen und psychotherapeutischen Pragmatiker und Konservativen.....	52
Matrix 2: Zusammenfassende Typologie der hausärztlichen und psychotherapeutischen Pragmatiker und Konservativen.....	80

1. Einleitung

Die Gesundheitsversorgung steht angesichts gesellschaftlicher Entwicklungen wie der Zunahme von Komorbiditäten, der Abwanderung vom Land zur Stadt sowie einer immer älter werdenden Bevölkerung vor großen Herausforderungen. Für Menschen mit psychischen Störungen kommen Versorgungsengpässe auf dem Land und lange Wartezeiten auf eine Richtlinienpsychotherapie hinzu (Bundespsychotherapeutenkammer 2018a). Daraus ergibt sich ein Bedarf an innovativen Versorgungsmodellen.

Psychische Störungen sind mit 10% weltweit hoch prävalent (GBD 2017 Disease and Injury Incidence and Prevalence Collaborators 2018). Viele Menschen mit psychischen Störungen nehmen jedoch zum einen aus Angst vor Stigmatisierung (Schnyder et al. 2017) oder langen Wartezeiten keine professionelle, d.h. psychotherapeutische Hilfe in Anspruch. Zum anderen wenden sie sich häufig ausschließlich an ihren Hausarzt¹ (de Cruppé et al. 2006; Jacobi et al. 2002), zu dem sie oftmals einen jahrelangen vertrauensvollen Kontakt haben. Häufig werden dort allerdings psychische Störungen nicht oder zu spät erkannt oder ausschließlich medikamentös behandelt (Jacobi et al. 2014a; Nübling 2014; Wittchen und Jacobi 2001), obwohl die Mehrzahl der Patienten eine psychotherapeutische Behandlung bevorzugen (Raue et al. 2009). In der Folge bleiben viele Menschen mit psychischen Störungen unbehandelt oder erhalten keine leitliniengerechte Behandlung (Fortney et al. 2015; Gaebel et al. 2013). Ein Lösungsansatz, um den Zugangs- und Behandlungsproblemen entgegenzuwirken, sind integrierte telemedizinische Versorgungsmodelle, die eine sektorenübergreifende Versorgung ermöglichen und sowohl den Zugang für Betroffene erleichtern als auch die Versorgung von Patienten mit psychischen Störungen verbessern können. Telemedizinische Behandlungsformen überwinden räumliche Distanzen zwischen Patienten und Gesundheitsversorgern und können klinisch ähnlich effektiv sein wie persönliche Therapien (Cuijpers et al. 2009; Hilty et al. 2013; Kessler et al. 2009; O'Reilly et al. 2007).

Videokonsultationen bieten im Vergleich zu anderen telemedizinischen Übertragungskkanälen die größt mögliche Lebensnähe, da sie eine interaktive und synchrone Echtzeit-Kommunikation zwischen Patienten und Gesundheitsversorger ermöglichen. Dabei können Videokonsultation ähnlich effektiv sein wie persönliche Therapien (Backhaus et al. 2012; Chakrabarti 2015; De Las Cuevas et al. 2006) und Kosten sowie Anfahrtswege einsparen (Backhaus et al. 2012; Richardson et al. 2009). Zudem ist die Akzeptanz und Zufriedenheit von Videokonsultationen bei Patienten mit psychischen Störungen hoch (Christensen et al. 2020; Johansson et al. 2014a; Powell et al. 2017). Daher scheinen

¹ Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird auf die Verwendung der weiblichen Sprachformen verzichtet. Sämtliche Personenbezeichnungen schließen die weibliche Form ausdrücklich mit ein.

Videokonsultationen besonders geeignet, um die Versorgung von Menschen mit psychischen Störungen zu verbessern. Ein innovatives, bisher in Deutschland nicht beforschtes Versorgungsmodell sind Videokonsultationen durch Psychotherapeuten in der Hausarztpraxis.

Die vorliegende Arbeit ist eingebettet in das im Rahmen des Aktionsplans Versorgungsforschung durch das Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) geförderte Projekt *PROVIDE - Optimierung der Zusammenarbeit zwischen Hausärzten und Psychotherapeuten: Eine Studie zur Implementierung von Videokonsultationen* (ImPROving cross-sectoral collaboration between primary and psychosocial, care: An implementation study on VIDEo consultations - PROVIDE). Ziel des PROVIDE-Projekts ist die Verbesserung der psychosozialen Versorgung von Patienten mit depressiven und/oder Angststörungen durch Videokonsultationen durch Psychotherapeuten in der Hausarztpraxis. Die Intervention beinhaltet Diagnostik, Behandlungsplanung, Krisenmanagement und Kurzzeitinterventionen im Rahmen von bis zu fünf Videokonsultationen. Während der Videokonsultation befindet sich der Patient in der Praxis seines Hausarztes. Von dort aus kann er per Videokonsultation mit einem Psychotherapeuten, der sich in seiner eigenen Praxis oder einem geeigneten Ort seiner Wahl, befindet, sprechen.

Besonders im Hinblick auf eine nachhaltige Implementierung und Verbesserung der Versorgungsleistung sowie eine breite Akzeptanz in der Praxis ist der Einbezug von Gesundheitsversorgern als Gatekeeper der Gesundheitsversorgung bei Planung der Intervention wichtig (Cowan et al. 2019; Davies et al. 2020; Jacob et al. 2020). Dadurch können die Rahmenbedingungen und Anforderungen für eine Umsetzung aus Sicht der Gesundheitsversorger in den Fokus gerückt werden, um auf die Bedürfnisse der Nutzer eingehen zu können. Einige Studien weisen darauf hin, dass die Akzeptanz der Gesundheitsversorger ein wesentlicher Faktor für eine erfolgreiche Implementierung einer neuen Versorgungsform wie Videokonsultationen ist, jedoch oftmals nicht oder zu wenig berücksichtigt wird (Christensen et al. 2020; Davies et al. 2020; Ion et al. 2017; Wade et al. 2014). Vor dem Hintergrund der COVID-19-Pandemie, in der Videokonsultationen häufiger als davor eingesetzt werden, ist ferner fraglich, inwieweit dies zu einer ‚echten‘ Akzeptanz und einem nachhaltigen Einsatz auch über die Corona-Pandemie hinaus führen wird (Kannarkat et al. 2020; Mann et al. 2020; Wind et al. 2020) bzw. wovon die Einstellung zu Videokonsultationen abhängt.

Im Anschluss an diese Einleitung folgen Hintergrund und Forschungsstand zur Thematik. In diesem Kapitel werden zum einen psychische Störungen im Hinblick auf ihre Prävalenz und Behandlung, als auch Versorgungsmodelle in der Primärversorgung sowie die Forschungslage telemedizinischer Behandlungsmodelle beschrieben. Das nachfolgende Kapitel stellt die Methodik, einschließlich der methodologischen Einordnung, des Forschungsdesign und der Erhebungs- sowie Auswertungsmethoden dar. Es folgt der

Ergebnisteil, der zunächst die Ergebnisse der qualitativen Inhaltsanalyse erläutert, bevor daran anschließend die Resultate der dokumentarischen Methode den Schwerpunkt des Kapitels bilden und die umfassende tiefere Bedeutung der qualitativen Daten dargelegt wird. In der darauffolgenden Diskussion werden die Ergebnisse in den Forschungskontext eingebettet, Schwächen und Stärken der Arbeit sowie Implikationen für die Praxis diskutiert.

2. Hintergrund und Forschungsstand

Dieses Kapitel stellt den Hintergrund sowie für die Forschungsfrage relevante Studien dar. Nachdem die Prävalenz und Behandlungsmöglichkeiten psychischer Störungen dargestellt werden (*Kapitel 2.1*), werden Behandlungsmodelle in der Primärversorgung beschrieben (*Kapitel 2.2*). Im anschließenden Kapitel werden telemedizinische Modelle zur Versorgung psychischer Störungen im Allgemeinen vorgestellt (*Kapitel 2.3*) und auf Videokonsultationen als spezialisierte Behandlungsform inklusive deren Evidenz eingegangen (*Kapitel 2.3.4*). Abschließend erfolgt die Zusammenfassung des Kapitels und die Darstellung der Fragestellungen der Arbeit (*Kapitel 2.4*).

2.1 Psychische Störungen

Psychische Störungen sind hoch prävalent. Sie beeinträchtigen die Gesundheit zahlreicher Menschen weltweit und gehen mit einer hohen Krankheitsbelastung einher. Zu den häufigsten Störungsbildern, den ‚common mental disorders‘, gehören Depressionen, Angst- und somatoforme Störungen (Steel et al. 2014; Wittchen et al. 2011).

2.1.1 Prävalenz und Auswirkungen psychischer Störungen

Psychische Störungen haben eine weltweite Prävalenz von 10% (GBD 2017 Disease and Injury Incidence and Prevalence Collaborators 2018) und gehören damit zu den häufigsten und belastendsten Störungsbildern weltweit. Eine große epidemiologische Studie zu psychischen Störungen bei Erwachsenen in Deutschland (Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland, Zusatzmodul *Psychische Gesundheit*, DEGS1-MH) ergab eine Prävalenz von 27,7% (Jacobi et al. 2014a). Des Weiteren ist die Anzahl verlorener Jahre (disability-adjusted life years, DALYs), und damit die Krankheitsbelastung, aufgrund von psychischen Störungen zwischen 1990 und 2010 weltweit um 38 Prozent, gestiegen (Murray et al. 2012). Gründe dafür sind das Bevölkerungswachstum sowie eine veränderte Altersstruktur hin zu besonders betroffenen Altersgruppen (ebd.). Generell sind mehr Frauen als Männer von depressiven Störungen und Angststörungen betroffen (Wittchen et al. 2011). Die Effekte von Depressionen und Angststörungen sind multidimensional: auf der Mikroebene gehen sie mit einem individuellen Leidensdruck, einer verminderten Lebensqualität sowie oftmals mit Komorbiditäten einher (bspw. im Bereich somatischer – oder Suchterkrankungen) und stellen eine Belastung für das soziale Umfeld dar (Wittchen et al. 2010). Auf der Mesoebene sind eine verminderte Arbeitsfähigkeit und betriebliche Fehlzeiten die Folgen von Depressionen und Angststörungen (Bundespsychotherapeutenkammer 2015). Dabei wirken sich psychische Störungen auf deutlich mehr Fehltag als andere Diagnosen aus (Jacobi et

al. 2004). Entsprechend gehen auf der Metaebene hohe Kosten für das Gesundheitssystem einher (Statistisches Bundesamt 2018).

2.1.2 Behandlung psychischer Störungen

Psychische Störungen können mit evidenzbasierten Therapiemöglichkeiten behandelt werden. Dabei erzielen Psychotherapie und zum Teil auch Pharmakotherapie eine klinisch bedeutsame Verbesserung für betroffene Patienten (Huhn et al. 2014; Imel et al. 2008). Viele Patienten mit psychischen Störungen bleiben allerdings trotz dieser Therapiemöglichkeiten unbehandelt, woraus eine erhebliche Versorgungslücke resultiert.

2.1.3 Derzeitige Versorgungssituation

Die derzeitige Versorgungssituation für Menschen mit psychischen Störungen ist angespannt. Wesentliche Faktoren dabei sind neben dem erschwerten Zugang zu adäquater Versorgung auch ein Behandlungsproblem, worauf die anschließenden Kapitel näher eingehen.

2.1.3.1 Zugangsproblem

Der Zugang zu einer psychotherapeutischen Versorgung stellt viele Patienten vor eine extreme Herausforderung und gilt als eines der Hauptprobleme (Hannoever et al. 2011; Nübling et al. 2014a). Als eines dieser Zugangsprobleme werden vielfach Wartezeiten genannt: In Deutschland ist die Wartezeit bis zu einem Erstgespräch mit einem Psychotherapeuten seit der Einführung der Psychotherapeutischen Sprechstunde am 1. April 2017 von durchschnittlich mehr als 3 Monaten (12,5 Wochen) im Jahr 2011 auf immer noch knapp 1,5 Monate (5,7 Wochen) gesunken (Bundespsychotherapeutenkammer 2018a). Bezieht man mit ein, dass die Bundespsychotherapeutenkammer eine Wartezeit von weniger als drei Wochen empfiehlt, ergibt sich hieraus eine erhebliche Abweichung zwischen Soll- und Istzustand. Hinzu kommt ferner ein Stadt-Land-Gefälle, was sich in längeren Wartezeiten in ländlichen Gebieten von durchschnittlich knapp 7 Wochen im Vergleich zu Kernstädten (4,7 Wochen) niederschlägt. Zudem sind die Wartezeiten deutlich von regionalen Unterschieden in den einzelnen Bundesländern abhängig. Die Hälfte der Patienten nimmt nach einem ersten Gespräch mit einem Psychotherapeuten eine Behandlung auf, die mit einer zusätzlichen Wartezeit von durchschnittlich fast 5 Monaten (19,9 Wochen) bis zum Beginn einer Therapie verbunden ist (ebd.). Die Länge der Wartezeiten hängt auch mit einer das Angebot übersteigenden Nachfrage zusammen (ebd.). Damit im Zusammenhang steht auch die Bedarfsplanung, die für Städte aufgrund einer höheren Versorgungsdichte einen höheren Versorgungsschlüssel als für ländliche Gebiete vorsieht, obwohl der Bedarf an psychotherapeutischer Versorgung auf dem Land nicht geringer ist als in städtischen Gebieten (Jacobi et al. 2014b). Hinzu kommt, dass viele Patienten aufgrund der angespannten

Versorgungssituation oftmals eine Vielzahl an Psychotherapeuten anrufen, bis sie schließlich einen Termin erhalten und dies als zusätzliche Barriere, psychotherapeutische Hilfe in Anspruch zu nehmen, wirken kann. Des Weiteren wirken im ländlichen Raum lange Anfahrtswege zu einer psychotherapeutischen Versorgung als Barrieren. Dies stellt sowohl national als auch international ein erhebliches Versorgungsproblem dar.

Neben strukturellen Versorgungslücken spielen auch patientenseitige Faktoren eine Rolle. So sind psychische Störungen oftmals mit einer Hemmschwelle psychotherapeutische Unterstützung in Anspruch zu nehmen und einer Angst vor sozialer Ausgrenzung behaftet, obwohl die Betroffenen im Durchschnitt davon profitieren könnten (Bandelow et al. 2014; Kolovos et al. 2016). Hinzu kommt, dass psychische Störungen häufig mit Stigmatisierungsängsten einhergehen, die die betroffenen Personen zusätzlich belasten und sich als Barriere hinsichtlich der Aufnahme einer Psychotherapie auswirken können (Mohr et al. 2010).

2.1.3.2 Behandlungsproblem

Viele Patienten wenden sich daher zunächst an ihren Hausarzt als erste und oftmals einzige Anlaufstelle (de Cruppé et al. 2006; Jacobi et al. 2002). Dort werden psychische Störungen allerdings oftmals nicht bzw. zu spät erkannt oder häufig ausschließlich medikamentös behandelt (Jacobi et al. 2014b; Klein und Berger 2013; McHugh et al. 2013; Nübling et al. 2014b) obwohl die Mehrheit der Patienten eine psychotherapeutische einer medikamentösen Behandlung vorziehen (McHugh et al. 2013; Raue et al. 2009). Viele Patienten erhalten daher keine adäquate, d.h. leitliniengerechte oder auch nur minimale Behandlung (Gaebel et al. 2013). Aufgrund der hohen Prävalenz von Komorbiditäten im Zusammenhang mit psychischen Störungen wäre ferner eine Zusammenarbeit von Hausärzten und Psychotherapeuten sinnvoll. Dies ist bisher kaum der Fall (Ungewitter et al. 2013). Vor allem chronische Erkrankungen bedürfen einer koordinierten, sektorenübergreifenden Form der Versorgung (Barr 1989; Maaz et al. 2006). Die auf die Versorgung von Patienten mit psychischen Störungen ausgerichteten medizinischen Fachbereiche arbeiten jedoch sektorenspezifisch und eher nebeneinander her anstatt ineinander verzahnt. Somit bleibt der Versorgungsbedarf ungedeckt (Groene et al. 2001).

Um den beschriebenen Behandlungsproblemen und Versorgungsdefiziten zu begegnen, erscheint die Hausarztpraxis ein geeigneter Ausgangs- und Ansatzpunkt zu sein, die Versorgung von Patienten mit psychischen Störungen zu verbessern und den Zugang für Betroffene zu erleichtern. Die Vorteile sind vielfältig: Zum einen ist die Hausarztpraxis der Einstiegspunkt in das medizinische Versorgungssystem und nimmt eine zentrale Rolle und Funktion im deutschen Gesundheitssystem ein, u.a. durch die Koordination zwischen den Versorgungsebenen. Zum anderen ist der Hausarzt oftmals erster und einziger

Ansprechpartner für Patienten mit psychischen Störungen und die Hausarztpraxis ein weniger stigmatisierendes Umfeld als es möglicherweise bei einer psychotherapeutischen Praxis empfunden werden kann (Lester et al. 2004). Ferner kennt der Hausarzt die Patienten und deren Umfeld meist seit Jahren, was ein erheblicher Vorteil für die Versorgung gegenüber den Fachspezialisten darstellen kann.

2.2 Behandlungsmodelle in der Primärversorgung

Es existiert bereits eine Vielzahl unterschiedlicher Modelle, die in der Hausarztpraxis ansetzen und darauf abzielen, zur Verbesserung der Versorgung von Patienten mit psychischen Störungen beizutragen. Dabei geht es zum einen um Maßnahmen zur Steigerung der Erkennungsrate psychischer Störungen und zum anderen um eine direkte Verbesserung der Behandlung dieser. Leitlinien sollen die Hausärzte bei der Erkennung und Behandlung unterstützen. Ferner existieren Liaison-Modelle, bei denen die Hausärzte durch einen psychotherapeutischen Fachspezialisten unterstützt und geschult werden. Außerdem gibt es Modelle wie Integrated Care und Collaborative Care, bei denen die Zusammenarbeit von Hausarzt und Facharzt im Fokus steht.

2.2.1 Screening zur Steigerung der Erkennungsrate

Um die Erkennungsrate von häufigen psychischen Störungen in der Primärversorgung zu steigern, wurden Screening Instrumente entwickelt. Ein bekannter Screening Fragebogen ist der PHQ (*Patient Health Questionnaire*), ein psychodiagnostischer Selbstauskunfts-Fragebogen, bei dem Patienten Fragen zu somatischen und psychischen Symptomen selbst beantworten. Die Erkennungsrate mithilfe des PHQ-Fragebogens ist mit der Erkennungsrate der Psychotherapeuten (*mental health professionals*) vergleichbar (Spitzer et al. 1999), sofern routinemäßig in der Hausarztpraxis eingesetzt. Die Empfehlungen der *Canadian Task Force on Preventive Health Care* (CTFPHC), des britischen *National Screening Committee* (UK NSC) sowie der *US Preventive Services Task Force* (USPSTF) bzgl. eines Depressionsscreenings sind dabei jedoch inkonsistent: Während die USPSTF ein Screening befürwortet, sprechen sich die CTFPHC und das UK NSC dagegen aus und halten eine mangelnde positive Evidenzlage sowie die Bedenken eines falsch-positiven "Erkennens" einer Depression dagegen. Hinzu kommt, dass ein Screening, das eine psychische Störung erkennt, nicht immer zu einer klinischen Verbesserung per se bzw. einer Behandlung der psychischen Störung führt (Gilbody et al. 2001). Damit stellt sich weiter die Frage, wie die Versorgung von Patienten mit einer solchen Diagnose optimiert werden kann.

2.2.2 Leitlinien und Schulungen der Hausärzte (Education)

Ein weiterer Ansatz zur Verbesserung der Versorgung von betroffenen Patienten ist, Hausärzte mithilfe von Leitlinien und speziellen Schulungen für psychische Störungen und deren Erkennung bzw. Diagnostik zu sensibilisieren. Studien deuten darauf hin, dass Leitlinien und Schulungen die Versorgungsleistung verbessern können, jedoch nicht umfassend genug sind und die Integration und Zusammenarbeit unterschiedlicher Sektoren mitentscheidend für eine Verbesserung der Versorgung von Patienten mit psychischen Störungen ist (Gilbody et al. 2003; Thompson et al. 2000). Auch angesichts der zunehmend komplexeren und ausdifferenzierteren Versorgungsstrukturen scheint es sinnvoll, die unterschiedlichen Sektoren zu integrieren. Hier setzen sogenannte Integrated Care bzw. Collaborative Care Modelle an.

2.2.3 Integrated Care Modelle

Das Konzept der Integrated Care Modelle sieht vor unterschiedliche medizinische Fachbereiche sektorenübergreifend zu integrieren und zu vernetzen, um das soeben beschriebene Versorgungspotenzial besser ausschöpfen, die Versorgungsqualität zu optimieren und Patienten mit speziellem Versorgungsbedarf umfassender versorgen zu können (Groene et al. 2001; Kodner und Spreeuwenberg 2002). Der Begriff *Integrated Care* wird von der WHO definiert als „*a concept bringing together inputs, delivery, management and organization of services related to diagnosis, treatment, care, rehabilitation and health promotion. Integration is a means to improve the services in relation to access, quality, user satisfaction and efficiency*“ (Groene et al. 2001). Integrated Care Modelle richten sich besonders an Patienten mit komplexen Krankheitsbildern oder mit fehlendem Versorgungszugang und zielen auf eine Versorgungsoptimierung, Kostenreduktion, Verbesserung der Patientenzufriedenheit und/oder des Versorgungszugangs (Groene et al. 2001) ab. Letztlich soll eine sektorenübergreifende patientenzentrierte Versorgung die „Dichotomie, das Problem eines Patienten als entweder physisch oder psychisch zu definieren vermeiden“ (Lester et al. 2004). Bei Integrated Care Modellen wird bspw. ein Psychotherapeut in eine Hausarztpraxis integriert, der dann als Teil des Praxisteam's entsprechende Patienten versorgt. So können Patienten mit psychischen Störungen leichter einen Zugang zu einer psychotherapeutischen Behandlung erhalten, wenn diese in der Hausarztpraxis stattfindet. Besonders häufige Beratungsanlässe bei psychotherapeutischen Integrated Care Modellen sind diagnostische Abklärung, Empfehlungen zu Medikamenten und verhaltensbezogene Interventionen (Norfleet et al. 2016). Zahlreiche Studien haben positive Effekte von Integrated Care auf die Depressionssymptomatik, Patientenzufriedenheit (Katon et al. 1996; Katon et al. 1995; Reed et al. 2016) und eine mögliche Reduktion der Versorgungskosten gezeigt (Lemmens et al. 2015; van Steenberg-Weijnenburg et al. 2010). Integrated Care wird oftmals

auch synonym mit dem Begriff Collaborative Care verwendet. Dabei handelt es sich zwar um verwandte, jedoch unterschiedliche Modelle.

Collaborative Care ist eine spezifische Form der integrierten Versorgung bei der die Versorgung durch eine Triangulation von Hausarzt, Versorgungsmanager und einem psychotherapeutischen/psychiatrischen Fachspezialisten optimiert wird. Die Zusammenarbeit des Hausarztes und des Fachspezialisten besteht im Sinne einer Intervention des Behandlungsplans bzw. Supervision der Tätigkeit des Versorgungsmanagers. Dabei ist der Versorgungsmanager, der im direkten Patientenkontakt steht, anders als bei Integrated Care weniger qualifiziert, d.h. entweder eine spezialisierte Medizinische Fachangestellte oder ein speziell ausgebildeter Versorgungsassistent oder Sozialarbeiter (vgl. Unuetzer und Park 2012).

Der Versorgungsmanager setzt sich für einen sektorenübergreifenden Versorgungsplan ein und unterstützt den Patienten bspw. durch Edukation und Überwachung des Medikamentenmanagements (Unuetzer und Park 2012). Zahlreiche Studien konnten signifikant positive Effekte der Versorgung nach dem Collaborative Care Modell im Vergleich zur Routineversorgung nachweisen (Archer et al. 2012; Gilbody et al. 2017; Richardson et al. 2014; Simon 2009). Dabei scheint vor allem die regelmäßige Supervision für Versorgungsmanager durch einen fachärztlichen psychotherapeutischen/psychiatrischen Experten ausschlaggebend zu sein (Bower et al. 2006).

Integrated Care Modelle und Collaborative Care Modelle zielen auf eine verbesserte Versorgung von Patienten mit psychischen Störungen im hausärztlichen Sektor ab und können zum einen Patientenoutcomes nachweislich verbessern, zum anderen können durch den Ansatz in der Hausarztpraxis mehr Patienten psychotherapeutisch versorgt werden. Allerdings sind diese Modelle bislang nur in großen Versorgungszentren umgesetzt worden und erreichen immer noch nicht alle Patienten mit Versorgungsbedarf. Vor diesem Hintergrund wird jedoch die Relevanz der Primärversorgung als Versorgungskontext mit besonderem Potenzial der Versorgungsoptimierung von Patienten mit psychischen Störungen unterstrichen. Eine Möglichkeit den Zugang zu einer psychotherapeutischen Versorgung bzw. Behandlung generell zu erleichtern und auch Patienten in versorgungsschwachen Gebieten zu erreichen, bieten telemedizinische Versorgungsmodelle als Ergänzung zu herkömmlichen, persönlichen Behandlungsangeboten.

2.3 Telemedizinische Versorgungsmodelle

Onlineinterventionen unterscheiden sich gegenüber face-to-face-Sitzungen durch die räumliche Trennung von Patient und Behandler. Vor allem in Ländern mit niedriger Bevölkerungsdichte, wie bspw. den USA, Großbritannien und Skandinavien, wo ein Teil der Patienten mit psychischen Störungen besonders unter einer fachärztlichen Unterversorgung

leidet, wurde verstärkt seit Beginn der Jahrtausendwende zu telematisch basierten Versorgungsmodellen geforscht. Dies wurde auch durch den allgemein zunehmenden Trend zur Digitalisierung in verschiedenen gesellschaftlichen Bereichen, wie auch der Gesundheitsversorgung, befördert.

2.3.1 Überblick Telemedizin

Der Bereich *Telemedizin* umfasst viele Begrifflichkeiten, die teilweise synonym füreinander verwendet werden, wie bspw. Telehealth, E-Health, mHealth/mobile health und Telecare. Alle Begriffe sind ein Teilbereich der Telematik, also der Verknüpfung von Telekommunikation und Informatik, die einen Datentransfer und –austausch im Bereich der Medizin ermöglichen soll. *Telemedizin* ist ein Überbegriff für Versorgungsformen unter Einsatz von Informations- und Kommunikationstechnologien mit dem Ziel der Überwindung räumlicher Distanzen zwischen Patienten und medizinischen Leistungserbringern zur Verbesserung medizinischer Versorgungsleistungen (American Telemedicine Association 2006). *Telemental health*, als Teilgebiet der Telemedizin, definiert die American Telemedicine Association als „the practice of mental health specialties at a distance“ (Association Telemedicine Association 2006, S.3).

2.3.2 Gesetzliche Rahmenbedingungen

Im Jahr 2016 trat das Gesetz für sichere digitale Kommunikation und Anwendungen im Gesundheitswesen (*E-Health-Gesetz*) in Kraft. Damit sollten gesetzliche Rahmenbedingungen für die Implementierung von Informations- und Kommunikationstechnologien und die Digitalisierung im Gesundheitswesen geschaffen und gefördert werden. Bis vor der COVID-19-Pandemie legte die Berufsordnung für die in Deutschland tätigen Ärztinnen und Ärzte (MBO-Ä) mit dem gemeinhin als „*Fernbehandlungsverbot*“ bezeichneten Paragraphen § 7 Abs. 4 fest, dass Ärzte ihre Patienten, außer in genehmigten Pilotprojekten, nicht ausschließlich über ein Kommunikationsmedium, sondern unmittelbar behandeln müssen. Auch die Berufsordnung für die Psychotherapeuten legte fest, dass „psychotherapeutische Behandlungen im persönlichen Kontakt“ (Bundespsychotherapeutenkammer 2018b) zu erbringen und im Rahmen von Forschungsprojekten nur nach Genehmigung zulässig sind. Im Zuge der Pandemie und der veränderten Versorgungssituation ist derzeit zeitlich befristet auch die ausschließliche ärztliche bzw. therapeutische Fernbehandlung unabhängig von Pilotprojekten und nicht gebunden an Fallzahl oder Leistungsmenge zulässig und abrechenbar (Landesärztekammer Baden-Württemberg 2020; Bundespsychotherapeutenkammer 2020). Die Datenerhebung der vorliegenden Arbeit fand vor der COVID-19-Pandemie statt, als das Fernbehandlungsverbot in der Routineversorgung noch Bestand hatte.

2.3.3 Unterschiedliche telemedizinische Behandlungsformen und Evidenz

Bisher gibt es eine Vielzahl unterschiedlicher telemedizinischer Behandlungsformen. Ein Unterscheidungsmerkmal ist die des Kommunikationskanals, d.h. synchron bzw. asynchron über Chat, Video, E-Mail usw. Zusätzlich gibt es eine große Bandbreite des Leistungsspektrums hinsichtlich Beratung, Prävention, Diagnostik und Therapie von begleitenden E-Mails oder SMS (bspw. *deprexis.com* (Meyer et al. 2009), virtueller Schreibtherapie (bspw. *interapy.nl* (Wagner et al. 2006) oder Trainingsmodule (bspw. *geton-institut.de* (Ebert et al. 2018), die die Patienten selbstständig bearbeiten und bei Bedarf Feedback durch einen Therapeuten erhalten.

Die Modelle können ferner unterschieden werden nach „guided“ oder „unguided self-help“, also durch Therapeuten angeleitete oder selbstangeleitete/unbegleitete „Selbsthilfe“ bzw. Unterstützung und internetbasierter Psychotherapie, dann meist in Kombination mit einer persönlichen Therapie. Geleitete Angebote sehen im Gegensatz zu ungeleiteten Interventionen Therapeutenkontakt vor, der sich je nach Angebot darin unterscheidet, ob und wenn ja wie und wie häufig Kontakt zu einem Therapeuten möglich ist. Dieser gibt bei geleiteten Angeboten individualisierte Hinweise, wie der Patient die jeweilige Intervention eigenständig umsetzen kann (Klein und Berger 2013). Der therapeutische Kontakt ist bei angeleiteten Interventionen allerdings geringer, als in einem persönlichen Therapiesetting.

Im Verhältnis zu den Studien, die die allgemeine Evidenz von internetbasierten Psychotherapieformen untersuchen, findet man bisher wenig Forschungsarbeiten, die die Beziehung zwischen Patient und Therapeut bei Onlineinterventionen erforschen. Die vorhandenen Studien weisen darauf hin, dass die positiven Effekte von Onlinetherapien positiv mit dem Therapeutenkontakt korrelieren und bei Interventionen mit Therapeutenkontakt größer als bei selbstangeleiteten Versorgungsformen sind (Andersson und Cuijpers 2009; Cowpertwait und Clarke 2013; Johansson und Andersson 2012). Aus Sicht der Patienten kann in internetbasierten, durch Therapeuten angeleiteten Behandlungsformen eine positive therapeutische Beziehung, ähnlich der einer face-to-face-Therapie, aufgebaut werden (Berger 2017; Preschl et al. 2011; Steel et al. 2011). Dies könnte aus Patientensicht mit einer offeneren Atmosphäre aufgrund der Distanz zwischen Patient und Therapeut zusammenhängen (Berger 2017; Steel et al. 2011). Bei der Mehrheit der Patienten erzielen sowohl angeleitete als auch ungeleitete Onlineinterventionen hohe Zufriedenheitswerte hinsichtlich Behandlung und therapeutischer Beziehung (Richards und Richardson 2012).

Hinsichtlich der Inanspruchnahme von internetbasierten Behandlungen würden signifikant mehr Personen ohne medizinischen Hintergrund diese in Anspruch nehmen als Personen mit medizinischem Berufshintergrund (Gun et al. 2011). Zudem sind Personen mit depressiven Symptomen positiver gegenüber Internetinterventionen eingestellt als Psychotherapeuten (Schroeder et al. 2017). Im Vergleich zu depressiven Personen, nehmen

Therapeuten internetbasierte Interventionen eher als ein höheres Risiko wahr und schätzen die Wirksamkeit und Vorteile insgesamt geringer ein (ebd.). Somit sind aus Patientensicht sowohl eine gute therapeutische Beziehung möglich als auch eine eher positive Einstellung von Patienten gegenüber telemedizinischen Modellen gegeben. Aufgrund des positiven Zusammenhangs von Wirksamkeit und Therapeutenkontakt erscheinen Videokonsultationen als Übertragungskanal mit der größten möglichen Lebensnähe im Vergleich zu anderen o.g. Behandlungsformen, als besonders relevant. Das nachfolgende Kapitel geht näher auf Videokonsultationen, deren Evidenz sowie Vor- und Nachteile ein.

2.3.4 Videokonsultationen als spezialisierte Behandlungsform

Im Vergleich zu anderen telemedizinischen Versorgungsformen ermöglichen Videokonsultationen einen direkteren Therapeutenkontakt durch eine synchrone und interaktive Echtzeit-Kommunikation zwischen dem Patienten auf der einen und dem Therapeuten auf der anderen Seite. Beide Beteiligten können sich sowohl sehen als auch hören und somit direkt miteinander kommunizieren. Videokonsultationen vermitteln daher gegenüber anderen Übertragungskanälen die größte Lebensnähe. Sie können durch die uneingeschränkte Reichweite auch Personen erreichen, die in ländlichen Gegenden leben oder immobil sind. Dadurch können Zeit und Anfahrtswege, die vor allem Orte mit geringerer Bevölkerungsdichte betreffen, eingespart werden. Damit kommen Videokonsultationen am ehesten dem herkömmlichen persönlichen Therapiesetting nahe und erscheinen besonders vielversprechend hinsichtlich einer möglichen Ergänzung zu face-to-face- Therapien vor dem Hintergrund demographischer Entwicklungen und der eingangs beschriebenen aktuell beschränkten Versorgungssituation.

2.3.4.1 Evidenz von und Perspektiven auf Videokonsultationen

Einige Studien haben Videokonsultationen als Onlineintervention bei Patienten mit psychischen Störungen meist in Verbindung mit einem verhaltenstherapeutischen Zugang untersucht. Überwiegend wurden dabei die Einstellungen, Akzeptanz und Zufriedenheit aus Nutzerperspektive beforscht. Zahlreiche Studie haben gezeigt, dass Videokonsultationen klinisch wirksam sind (Backhaus et al. 2012; De Las Cuevas et al. 2006; Hilty et al. 2018). Einige RCTs und Übersichtsarbeiten konnten keine bzw. minimale Unterschiede hinsichtlich der Effektivität von Videokonsultationen im Vergleich zu einem persönlichen Therapiesetting nachweisen (Berryhill et al. 2019; Fortney et al. 2013; O'Reilly et al. 2007), was für den Einsatz von Videokonsultationen spricht. Ferner können Videokonsultationen klinische Outcomes bei unterschiedlichen Patientenpopulationen mit unterschiedlichen Diagnosen verbessern (Chakrabarti 2015) und sowohl die Kosten als auch die Anfahrtszeit zu einem Therapeuten reduzieren (Backhaus et al. 2012; Richardson et al. 2009).

Die vielzitierte systematische Übersichtsarbeit von Backhaus et al. verweist darauf, dass zwischen 2000 und 2010 mehrheitlich beschreibende und kaum empirische Arbeiten zu Videokonsultationen bei Patienten mit psychischen Störungen veröffentlicht wurden. Insgesamt wurden 65 Arbeiten eingeschlossen und die Ergebnisse zeigen, dass Psychotherapie-basierte Videokonsultationen in unterschiedlichen Formaten und für unterschiedliche Populationen insgesamt hohe Zufriedenheitswerte der Nutzer erzielten (Backhaus et al. 2012). Diese Ergebnisse werden auch durch andere Studien bestätigt (Chakrabarti 2015; Christensen et al. 2020; Powell et al. 2018). Einige Patienten befürworten Videokonsultationen, da diese weniger beschämend und weniger konfrontativ seien als persönliche Therapien (Powell et al. 2017; Richardson et al. 2009; Simpson 2009) und die Patienten ein größeres Gefühl der persönlichen Kontrolle über die Sitzungen hätten (Richardson et al. 2009; Simpson 2009). Darüber hinaus schätzen Patienten die Zeitersparnis bei Behandlungen mittels Videokonsultationen (Donaghy et al. 2019). Einige Studien weisen zudem auf eine gute Beziehung zwischen Patient und Therapeut, ähnlich wie bei persönlichen Therapien, hin (ebd., siehe auch Hilty et al. 2019; Simpson und Reid 2014; Steel et al. 2011). Die Kommunikation bei Videokonsultationen, so das Ergebnis einer weiteren Studie, kann insgesamt ohne Einschränkungen und technisch problemlos verlaufen (Hilty et al. 2013). Dennoch stehen die Zufriedenheitswerte der Patienten mit Videokonsultationen bzw. telemedizinischen Behandlungsformen meist im Kontrast zu denen der Versorger, welche im Vergleich niedriger ausfallen (Christensen et al. 2019; Fletcher et al. 2018; Steel et al. 2011). Vor diesem Hintergrund stellt sich die Frage, wie diese Unterschiede zwischen Patienten und Versorgern zustande kommen und welche Vor- und Nachteile Versorger von Videokonsultationen antizipieren. Da die Gesundheitsversorger als Gatekeeper eine zentrale Rolle bei der Einführung innovativer Versorgungsformen wie Videokonsultationen spielen, ist deren Perspektive besonders relevant (Cowan et al. 2019; Fletcher et al. 2018; Wade et al. 2014).

Hinsichtlich der wahrgenommenen Barrieren von Videokonsultationen werden seitens der Versorger technische Hürden, bspw. bezogen auf Probleme bei der Durchführung, vielfach als wesentliche Faktoren genannt (Christensen et al. 2020; Cowan et al. 2019; Harst et al. 2019). Daneben sind auch Bedenken, inwieweit eine tragfähige Beziehung zwischen Arzt bzw. Therapeut und Patienten über Video etabliert werden kann, von hoher Relevanz (Shore 2013; Socala et al. 2012; Topoco et al. 2017). Die Bedenken äußern sich vor allem in der Sorge, keine wirksame therapeutische bzw. ärztliche Beziehung herstellen zu können. Insbesondere der als im Vergleich zum herkömmlichen Therapie- bzw. Behandlungssetting als unpersönlich empfundene Modus über Video wird vielfach als eine der Hauptbarrieren wahrgenommen. Dabei spielt auch eine Rolle, dass besonders für kritische Gesprächsthemen ein persönlicher Kontakt zum Patienten angemessener sei, da nonverbale Signale über Video verloren gingen

(Donaghy et al. 2019; Interian et al. 2018; Simpson und Reid 2014). Auch ein erhöhter Arbeitsaufwand stellt einen möglichen Nachteil von Videokonsultationen aus Sicht der Gesundheitsversorger dar (Jacob et al. 2020; Montero-Marín et al. 2015). Manche Gesundheitsversorger würden darüber hinaus Videokonsultationen in Notfallsituationen nicht anwenden wollen (Connolly et al. 2020).

Hinsichtlich der Vorteile seien Videokonsultationen mit geringeren Kosten für Patienten aufgrund der Zeit- und Fahrersparnis verbunden und verbesserten den Zugang zu psychotherapeutischer Versorgung für Patienten, insbesondere in ländlichen Gegenden (Backhaus et al. 2012; Fletcher et al. 2018; Ion et al. 2017). Manche Gesundheitsversorger würden Videokonsultationen auch einer persönlichen Therapie vorziehen, da diese insbesondere für die Diskussion schwieriger Gesprächsthemen aufgrund der Distanz von Vorteil seien (Connolly et al. 2020). Ferner kann auch die Sicherstellung der Versorgungskontinuität ein Vorzug von Videokonsultationen sein (Gibson et al. 2011). Der zu erwartende Nutzen scheint dabei einer der wesentlichen Prädiktoren für die Akzeptanz von Videokonsultationen darzustellen (Harst et al. 2019; Jacob et al. 2020). So wäre beispielsweise die Entlastung ihrer eigenen Ressourcen ein Vorteil von Videokonsultationen für die Gesundheitsversorger selbst (Johansson et al. 2017). Allerdings zeigen Studien unterschiedliche Ergebnisse hinsichtlich der Zeitersparnis von Videokonsultationen für Gesundheitsversorger: Videokonsultationen werden sowohl assoziiert mit einer zeitlichen Entlastung (Kummervold et al. 2012), einem zusätzlichen zeitlichen Aufwand (Randhawa et al. 2018), oder weder als be- noch entlastend wahrgenommen (Donaghy et al. 2019). Ein weiterer Nutzen wäre zudem auch eine flexible Arbeitsgestaltung, da Videokonsultationen ortsunabhängig durchgeführt werden können (Connolly et al. 2020; Cowan et al. 2019). Darüber hinaus stellt auch der fachliche Austausch zwischen Gesundheitsversorgern einer der Förderfaktoren für Videokonsultationen dar (Grigsby et al. 2007; Ion et al. 2017; Johansson et al. 2017). Die Studie von Johansson et al., die die Erfahrungen von Gesundheitsversorgern mit Videokonsultationen in der Primärversorgung untersuchten, unterstreicht dies und weist darauf hin, dass insbesondere bei diagnostischer Unsicherheit der Austausch mit einem entsprechenden Spezialisten wichtig sei (Johansson et al. 2017).

Neben diesen Vor- und Nachteilen wurden in einigen Arbeiten auch Anforderungen an telemedizinische Behandlungsformen wie Videokonsultationen herausgestellt. So sei beispielsweise wichtig, dass die Videokonsultation keine zusätzlichen Arbeits- bzw. Zeitaufwand bedürfe und die benötigte Technik einwandfrei funktioniere (Barton et al. 2007; Clay-Williams et al. 2017; Cowan et al. 2019). Zentraler Aspekt ist dabei eine einfache und praktische Integration in bestehende Strukturen. Die Kosten für die technischen Voraussetzungen sowie die zusätzlichen eingesetzten Ressourcen müssten ferner entsprechend finanziert bzw. vergütet werden (Grigsby et al. 2007; Mair et al. 2012; Moore et

al. 2017). Hinsichtlich des ärztlichen bzw. therapeutischen Arbeitens mittels Videokonsultationen weisen einige Studien auf die Wichtigkeit einer zuvor etablierten Beziehung zum Patienten hin (Barton et al. 2007; Donaghy et al. 2019; Greenhalgh et al. 2018). Dabei scheint besonders von Bedeutung zu sein, dass für das therapeutische Arbeiten wichtige Signale wie die Körpersprache bei Videokonsultationen nur eingeschränkt sichtbar seien. Eine weitere zentrale Anforderung ist ein Notfallplan für Situationen, in denen ein Patient in einer Krise ist (Gibson et al. 2011; Glueckauf et al. 2018; Muir et al. 2020). Dies ist einer der Faktoren, warum einige Studien resümieren, dass spezifische Trainings, bspw. hinsichtlich der Etablierung einer tragfähigen Beziehung, eine wichtige Voraussetzung für den Einsatz von Videokonsultationen sind (Glueckauf et al. 2018; Hilty et al. 2020; Traube et al. 2020).

Nach bestem Wissen sind Videokonsultationen durch Psychotherapeuten in der Hausarztpraxis in Deutschland bisher nicht etabliert und auch nicht erforscht. Daher sind die Einstellungen, die Gesundheitsversorger wie Psychotherapeuten und Hausärzte an dieses Behandlungsmodell stellen, von besonderer Bedeutung.

2.4 Zusammenfassung und Fragestellungen der Arbeit

Psychische Störungen zählen zu den häufigsten Erkrankungen weltweit. Viele Patienten wenden sich an ihren Hausarzt als ersten und einzigen Ansprechpartner und erhalten oftmals keine adäquate Behandlung oder bleiben gänzlich unbehandelt. Daher erscheint die Primärversorgung ein geeigneter Versorgungskontext zu sein, um den Defiziten bei der Versorgung von Patienten mit psychischen Störungen zu begegnen und die Behandlung von psychischen Störungsbildern wie Depressionen und/oder Angststörungen zu optimieren. Dies kann insbesondere durch Integrated Care Modelle mittels telemedizinischer Versorgungsformen, wie beispielsweise Videokonsultationen, erreicht werden. Im Vergleich zu anderen Onlineinterventionen bieten Videokonsultationen die größte Lebensnähe und können für Patient und Therapeut lange Wartezeiten und weite Anfahrtswege, besonders in ländlichen Gebieten, vermeiden. Zudem haben Patienten dadurch die Möglichkeit, in ihrem gewohnten Umfeld eine psychotherapeutische Versorgung in Anspruch nehmen zu können. Zum anderen fördert dies die Kollaboration von Hausärzten und Psychotherapeuten und den Austausch untereinander. Unterschiedliche Versorgungskontexte könnten so im Sinne einer patientenorientierten und - zentrierten Versorgung integriert werden.

Bei bisherigen Studien lag der Forschungsschwerpunkt vor allem auf der Evaluation von Akzeptanz, Nutzen und Zufriedenheit von Patienten und Gesundheitsversorgern bei bereits implementierten telemedizinischen Behandlungsformen, die nachweislich klinisch effektiv sein können. Bisher liegen allerdings keine publizierten Forschungsergebnisse in Deutschland dazu vor, welche Anforderungen und Barrieren Gesundheitsversorger bei psychotherapeutischen Videokonsultationen in der Hausarztpraxis antizipieren. Dies ist vor

allem in Hinblick auf die Implementierung von Videokonsultationen im Rahmen des PROVIDE-Projekts im Speziellen und telemedizinischen Behandlungsformen im hausärztlichen Kontext in Deutschland im Allgemeinen von Relevanz. Damit alternative Versorgungsangebote in der Praxis ankommen und von Patienten wie Versorgern genutzt werden, gilt es deren Anforderungen und mögliche Barrieren vorab zu erheben und bereits in die Planung einer Intervention einfließen zu lassen. Dafür eignet sich vorzugsweise ein qualitativer Ansatz, um die unterschiedlichen Perspektiven, professionellen Identitäten und Orientierungsrahmen, die dabei eine Rolle spielen können, hinreichend zu explorieren.

Das Ziel dieser Forschungsarbeit ist die Exploration der Barrieren, Chancen, und Anforderungen von Videokonsultationen durch Psychotherapeuten in der Hausarztpraxis. Besondere Schwerpunkte sind dabei die Gemeinsamkeiten und Unterschiede der unterschiedlichen befragten Akteursgruppen vor dem Hintergrund ihrer jeweiligen Gruppenzugehörigkeit. Daraus ergeben sich folgende spezifische Fragestellungen:

1. Welche Barrieren und Chancen in Bezug auf eine Implementierung von Videokonsultationen durch Psychotherapeuten in der Hausarztpraxis ergeben sich aus Sicht der Hausärzte und Psychotherapeuten?
2. Welche Anforderungen stellen Hausärzte und Psychotherapeuten an psychotherapeutische Videokonsultationen in der Hausarztpraxis?
3. Wie unterscheiden sich Anforderungen und Barrieren der Hausärzte und Psychotherapeuten, welche Unterschiede und Gemeinsamkeiten können exploriert werden - insbesondere vor dem Hintergrund der Zugehörigkeit der unterschiedlichen befragten Akteursgruppen?

Das nachfolgende Kapitel stellt die methodologische und methodische Vorgehensweise zur Beantwortung der Forschungsfragen vor.

3. Methoden

„Ein Handeln zu verstehen, bedeutet somit, den zweckrationalen Entwurf idealtypisch nachzuvollziehen.“

(Bohnsack 2013, S. 297)

Nachdem im vorherigen Kapitel der Forschungsstand zur Thematik dargestellt und das Erkenntnisinteresse kontextualisiert wurde, beschäftigt sich dieser Teil der Arbeit mit dem empirischen Vorgehen für die Beantwortung der Forschungsfrage. Nach der Darstellung des Projektkontextes der Studie (*Kapitel 3.1*) und der methodologischen Einordnung (*Kapitel 3.2*) folgt die Beschreibung des Forschungsdesigns (*Kapitel 3.3*). Anschließend wird die Erhebung (*Kapitel 3.4*) einschließlich der Rekrutierung und des Samples beschrieben. Das anknüpfende Kapitel stellt die Auswertungsmethoden dar (*Kapitel 3.5*).

3.1 Projektkontext der Studie

Die vorliegende Arbeit ist eingebettet in die im Rahmen des Aktionsplans Versorgungsforschung vom Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) geförderte Nachwuchsgruppe PROVIDE: *Optimierung der Zusammenarbeit zwischen Hausärzten und Psychotherapeuten: Eine Studie zur Implementierung von Videokonsultationen / ImPROving cross-sectoral collaboration between primary and psychosocial care: An implementation study on VIDEo consultations (PROVIDE)* (Förderkennzeichen 01GY1612, Genehmigungsnummer des Ethikvotums S-300/2013) an der Klinik für Allgemeine Innere Medizin und Psychosomatik des Universitätsklinikums Heidelberg. Ziel der Studie ist die Verbesserung der psychosozialen Versorgung von Menschen mit depressiven und/oder Angststörungen in der Hausarztpraxis. Die Studie umfasst drei aufeinander aufbauende Projektphasen: In der ersten Phase, in die auch diese Forschungsarbeit eingebettet ist, sollen die Anforderungen und Voraussetzungen sowie mögliche förderliche Faktoren und Barrieren für die Implementierung psychotherapeutischer Videokonsultationen in die Hausarztpraxis aus Nutzerperspektive exploriert werden (PROVIDE-A). Die Ergebnisse dieser Analyse sind Gegenstand der vorliegenden Arbeit. Darauf aufbauend erfolgt dann im zweiten Studienabschnitt eine bedarfs- und bedürfnisgerechte Anpassung des Interventionsmodells sowie eine Erprobung im Rahmen einer randomisiert-kontrollierten Studie in fünf Praxen mit dem Fokus auf die Durchführbarkeit und Machbarkeit der Intervention (PROVIDE-B). Anschließend wird die optimierte Intervention in 19 Praxen in einer cluster-randomisierten Studie implementiert und begleitend auf die klinische Wirksamkeit und Kosteneffizienz hin evaluiert (PROVIDE-C). Die Nachwuchsgruppe kooperiert mit der Abteilung Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung und dem Institut für Medizinische Biometrie und Informatik des Universitätsklinikums Heidelberg sowie dem Department of General Practice der University of Melbourne.

3.2 Methodologische Einordnung

Wie charakteristisch für qualitative Forschungsansätze, ist auch die vorliegende Arbeit in einen idiographischen Forschungskontext eingebettet. Die hier angewandte Methodik kommt ohne Vorannahmen nach dem Prinzip der Offenheit aus und will das eingangs beschriebene Forschungsphänomen in seiner Komplexität umfassend explorieren.

Das interpretative Paradigma nach Mead bzw. Blumer (Blumer 1969) bildet den methodologischen Überbau der Erhebungs- und Auswertungsmethoden. Grundprämissen dieses Paradigmas sind, dass es zum einen mehrere Realitäten gibt, die über Kommunikation erfahrbar werden. Zum anderen wird Kommunikation als „permanenter Aushandlungsprozess, der sich je nach Situation anders vollzieht“ (Bohnsack und Przyborski 2009, S. 495) begriffen. Das heißt, dass die Handelnden und deren Kommunikation immer als kontextgebunden zu betrachten sind. Das soziale Handeln ist demnach symbolisch strukturiert, als prozesshaft und situativ bzw. individuell variabel zu verstehen (vgl. Schnell et al. 2011, S. 87). Menschen sind demzufolge handelnde Subjekte, deren Handlungen deutend, d.h. interpretativ, rekonstruiert werden können. Die kommunikativen Äußerungen vollziehen sich nach bestimmten Regeln, deren Erschließung im Erkenntnisinteresse des Forschungsprozesses liegt. In der Tradition der Wissenssoziologie nach Mannheim können die Handelnden selbst nicht direkt auf diese Regeln und deren Kontextgebundenheit zugreifen. Es handelt sich daher um implizites, sogenanntes „atheoretisches Wissen“ (Mannheim 1980, S. 73), welches den Akteuren immanent ist. Das theoretische Wissen, d.h. die kollektiven, impliziten und das Handeln leitenden Wissensbestände gilt es mittels vergleichender Rekonstruktion zu erschließen (Nohl 2013b, S. 38). An die Prämissen des Symbolischen Interaktionismus schließt das Postulat Webers nach dem erklärenden Verstehen von sozialen Phänomenen an. Handlungen sollen dabei nach ihren Intentionen rekonstruiert, ihr Sinnzusammenhang aufgezeigt und damit verstehbar gemacht werden (vgl. Schnell et al. 2011, S. 85). Dies beinhaltet die Beschreibung der subjektiven Sicht des Handelnden und die sogenannten „guten Gründe“ (Esser 2010, S. 317), „was der Handelnde mit seinem Handeln meint“ (Schütz 2010, S. 80), nachzuvollziehen. Die in dieser Arbeit angewandte Forschungsmethodik folgt ferner einer sozialkonstruktivistischen Logik, die auf Berger und Luckmann zurückgeht (Berger und Luckmann 2007). Dabei wird davon ausgegangen, dass der Sinn, den Personen einem Phänomen, einer Sache oder einer Äußerung zuschreiben, sozial konstruiert ist. Erkenntnisse hängen demnach von den Personen, den „Erkennenden“ ab, es gibt damit keine objektive Wirklichkeit (Breitenbach 2013, S. 179). Sowohl der Symbolische Interaktionismus als auch der Sozialkonstruktivismus gehen davon aus, dass der Symbolgehalt bzw. die Bedeutung den Dingen erst im Interaktionsprozess zugeschrieben werden. Geht man davon aus, dass Handlungen nur „verstehend rekonstruiert werden“ (Schütz 2010, S. 80) können, bildet das Verstehen zusammen mit der Rekonstruktion kollektiver Wissensbestände die Basis des

Forschungsdesigns. Um die kollektiven Wissensbestände und den Sinn zu rekonstruieren, wurden Fokusgruppen und Interviews durchgeführt. Hausärzte und Psychotherapeuten wurden dabei jeweils gruppenspezifisch befragt, um den unterschiedlichen kollektiven Wissensbeständen Rechnung zu tragen.

3.3 Forschungsdesign

Das naturalistische, explorative Forschungsdesign zielt auf die Barrieren, Chancen und Anforderungen hinsichtlich Videokonsultationen durch Psychotherapeuten in der Hausarztpraxis. Zur Datenerhebung dienten Interviews und Fokusgruppen, um kollektive Wissensbestände, Erfahrungen und Einstellungen hinsichtlich Videokonsultationen durch die Interaktion der Befragten explorieren zu können (Morgan und Krueger 1993) (vgl. *Kapitel 3.4 Erhebungsmethoden*). Im Sinne einer umfassenden Analyse der aus den Fokusgruppen und Interviews entstandenen Transkripten, wurden mehrere Methoden trianguliert. Für die deskriptive Darstellung der Barrieren, Chancen und Anforderungen von Videokonsultationen wurde in einem ersten Schritt zunächst eine qualitative Inhaltsanalyse (*Kapitel 3.5.1*) durchgeführt. In einem zweiten Schritt wurden die Daten anhand der dokumentarischen Methode ausgewertet (*Kapitel 3.5.2*). Somit konnten unterschiedliche Lesarten abgewogen werden, was eine tiefere Analyse, besonders in Bezug auf den latenten Sinn der Aussagen, ermöglichte. Ziel der Methodentriangulation ist die Erweiterung der Erkenntnismöglichkeiten (Flick 2011, S. 49), um ein Phänomen umfassender erforschen zu können, als das mit nur einer der gewählten Methoden möglich wäre. Die „Begrenztheit der Einzelmethoden methodologisch durch ihre Kombination“ (Flick 2011, S. 15) kann dadurch überwunden werden, was letztlich der wissenschaftlichen Güte der Ergebnisse zugutekommt. Die hier gewählten Erhebungs- und Auswertungsmethoden sind in ihrer Kombination besonders geeignet, da die dokumentarische Methode in Verbindung mit Gruppendiskussionen konzipiert wurde (Przyborski und Slunecko 2010, S. 638; Bohnsack 1989).

Die nachfolgenden Kapitel beschreiben die auf der oben skizzierten methodologischen Einordnung und dem Forschungsdesign basierenden und resultierenden Erhebungs- und Auswertungsmethoden. Die Darstellung orientiert sich in verkürzter Form an den Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ) zur Bewertung der Studien- und Berichtsqualität qualitativer Studien (Tong et al. 2007)².

3.4 Erhebungsmethoden

Für die Datenerhebung wurden Fokusgruppen und problemzentrierte Interviews mit Hausärzten und Psychotherapeuten mittels eines semi-strukturierten Moderations- bzw.

² Die COREQ Checkliste kann dem Anhang (Anhang 1: COREQ Checkliste) entnommen werden.

Interviewleitfadens durchgeführt. Nachfolgend werden die einzelnen Schritte und Methoden der Datenerhebung dargestellt.

3.4.1 Rekrutierung und Sample

Für die Rekrutierung wurde eine purposive Samplingstrategie gewählt, um ein möglichst breites Meinungsbild, das sowohl maximale als auch minimale Übereinstimmung bzw. Ablehnung der Intervention abbildet, zu erheben (Marshall 1996; Patton 2015).

Aus Sicht der Versorgungs- und Implementierungsforschung ist es insbesondere bei der Konzeption einer neuen Behandlungsform wichtig, diese dem Bedarf und den Bedürfnissen der Nutzer anzupassen und im Sinne einer späteren Implementierung bereits bei der Planung die Rahmenbedingungen und Anforderungen für eine praktikable Umsetzung in den Fokus zu rücken.

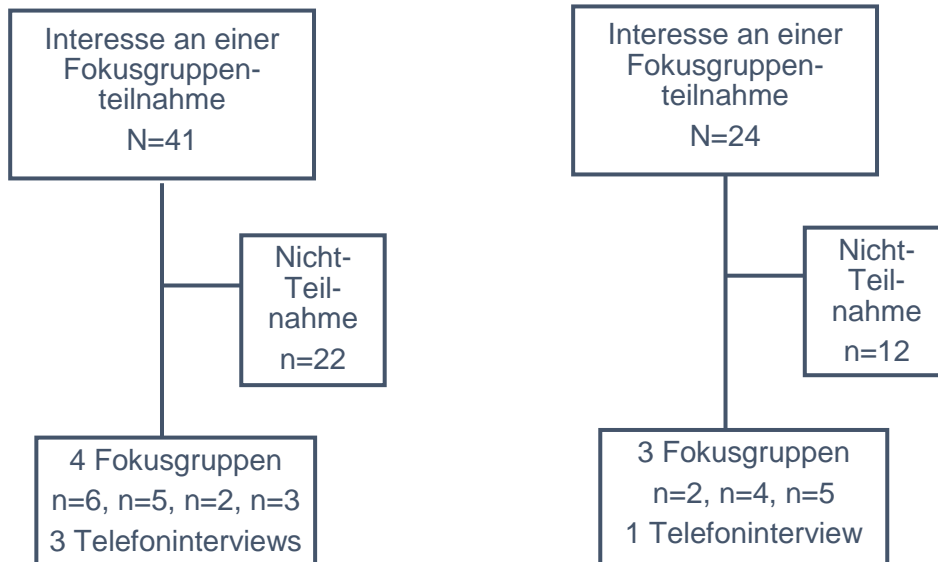
Die befragten Hausärzte und Psychotherapeuten dienten daher als Schlüsselpersonen, deren Einschätzungen hinsichtlich des Bedarfs und der Anwendbarkeit der Videokonsultationen insbesondere aufgrund deren praxisnahen Perspektive von großer Bedeutung für das Projekt ist. Für die Rekrutierung wurden alle 788 Hausärzte und 295 Psychotherapeuten aus fünf an das Studienzentrum anschließenden Landkreisen (Heidelberg-Stadt, Rhein-Neckar-Kreis, Heilbronn-Land, Neckar-Odenwald-Kreis und Karlsruhe-Land), die bei der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg registriert waren, angeschrieben. Ausschlaggebend für die Auswahl der Landkreise war, den Anfahrtsweg für die Hausärzte und Psychotherapeuten zu den am Universitätsklinikum in Heidelberg stattfindenden Fokusgruppen möglichst kurz zu halten. Alle angeschriebenen Personen erhielten einen postalischen Kurzfragebogen zum Thema Videokonsultation inklusive Flyer, der die Intervention und die qualitative Befragung beschrieb³. Mittels Rückantwort per Fax konnten die Hausärzte und Psychotherapeuten ihr Interesse an einer Fokusgruppenteilnahme signalisieren. Die Antwortrate der Hausärzte und Psychotherapeuten lag bei 13,5% (107/788 Hausärzte) respektive 40,3% (119/295 Psychotherapeuten). Davon zeigten 41 respektive 27 Personen Interesse an einer Fokusgruppenteilnahme. Die Interessenten wurden daraufhin bis zu drei Mal telefonisch kontaktiert, um einen Termin für die Fokusgruppe zu vereinbaren. War es in diesem Rahmen nicht möglich, mit der betreffenden Person zu sprechen, so wurde keine weitere Kontaktaufnahme angestrebt. Sechzehn Hausärzte und 14 Psychotherapeuten lehnten eine Teilnahme an der Studie nachträglich ab. Hauptgründe hierfür waren Urlaub (n=7) und fehlendes Interesse (n=5). Von den interessierten Hausärzten wurden sieben Personen nicht telefonisch kontaktiert, da sich in den zuvor durchgeführten Fokusgruppen eine Sättigung der Themen abzeichnete. Konkret

³ Der Flyer kann dem Anhang (Anhang 2: Studienflyer) entnommen werden.

ergaben sich keine neuen Themen und die Inhalte der Befragungen wiederholten sich zunehmen (Marshall 1996). Abbildung 1 und 2 stellen die Rekrutierung der Hausärzte und Psychotherapeuten dar.

Abbildung 1: Rekrutierung Hausärzte

Abbildung 2: Rekrutierung Psychotherapeuten



Insgesamt nahmen 19 Hausärzte und 12 Psychotherapeuten an den Fokusgruppen bzw. Interviews teil. Für die Teilnahme wurde eine Aufwandsentschädigung in Höhe von 50€ ausgezahlt. Tabelle 1 und Tabelle 2 in *Kapitel 4 Ergebnisse* stellen das Sample dar.

3.4.2 Fokusgruppen und problemzentrierte Interviews

Fokusgruppen eignen sich besonders zur Exploration bisher unbekannter Forschungsfelder oder auch als Instrument der Akzeptanzanalyse, so zum Beispiel bei der Neueinführung von Produkten, wie es bei dieser Arbeit hinsichtlich der Videokonsultationen der Fall ist. Zudem werden innerhalb von Fokusgruppen, anders als in Interviews möglich, durch die Gemeinschaftlichkeit (Gruppen-) Meinungen in der wechselseitigen Interaktion expliziert, geformt, und bewertet (Morgan und Spanish 1984), was auch für einen Vergleich der Unterschiede und Gemeinsamkeiten der Hausärzte und Psychotherapeuten von zentraler Bedeutung ist. Durch die gruppenspezifische Einteilung in Fokusgruppen mit Psychotherapeuten und Hausärzten können diese in gewisser Natürlichkeit und in wechselseitiger Referenz sich selbst explizieren. Dadurch soll ein Rückschluss auf den gemeinsamen Orientierungsrahmen oder auch „Habitus“ (Bohnsack et al. 2013, S. 16) respektive die Kontextgebundenheit und die latenten Haltungen der Befragten ermöglicht werden, die sich im Kommunikationsprozess innerhalb der Gruppe erst zeigen (vgl. Bohnsack 1991, S. 46f. und 21). Dadurch kommen die zugrundeliegenden Orientierungsrahmen zum

Vorschein. Ziel ist es nicht, Übereinstimmungen zwischen den Teilnehmern der Diskussion zu erzielen, sondern möglichst viele unterschiedliche Facetten eines Themas zur Sprache zu bringen (Littig und Wallace 1997, S. 6). Ein weiterer Vorteil von Fokusgruppen im Vergleich zu Interviews ist, dass sich im Zuge der Diskussionsdynamik die Teilnehmer die thematischen Schwerpunkte selbst setzen können, sich gegenseitig befragen und erklären (Morgan 1996). Bei den befragten Hausärzten und Psychotherapeuten (vgl. *Kapitel 3.4.1 Rekrutierung und Sample*), die gruppenspezifisch befragt wurden, handelt es sich der Zusammensetzung nach um Realgruppen bzw. Milieugruppen. Diese bieten den Vorteil, dass zum einen der „kollektive Hintergrund von Orientierungsrahmen in valider Weise“ (Nohl 2013b, S. 51) rekonstruiert werden kann. Fokusgruppen ermöglichen daher eine praktikable Erhebung kollektiver Orientierungen. Zum anderen schaffen Realgruppen eine natürlichere Erhebungssituation, als es bei Einzelinterviews der Fall sein kann (Barbour 2005). „In geradezu idealer Weise wird die Funktionalität von ‚geistigen Gebilden‘, d.h. deren Orientierungsrahmen, für einen ‚gemeinschaftlichen Erlebnisstrom‘ in Gruppendiskussionen erfasst“ (Nohl 2013b, S. 51).

Die Fokusgruppen wurden durch die Autorin moderierend geleitet. Diese setzte thematische Schwerpunkte und sorgte für die Aufrechterhaltung des Gesprächsflusses sowie die Interaktion aller Befragten (Littig und Wallace 1997, S. 482; Mayerhofer 2009, S. 3) mittels eines gruppenspezifischen semi-strukturierten Moderationsleitfadens (*Kapitel 3.4.3*). Der Projektleiter des PROVIDE-Projektes, Dr. Markus Haun, co-moderierte die Fokusgruppen. Drei Hausärzte sowie ein Psychotherapeut konnten aus organisatorischen Gründen nicht an den Fokusgruppen teilnehmen und wurden daher in problemzentrierten Interviews nach Witzel telefonisch befragt. Problemzentrierte Interviews haben, ähnlich wie Fokusgruppen, einen thematischen Fokus, auf den während des Interviews immer wieder Bezug genommen wird und eignen sich daher in der Kombination mit Fokusgruppen als Erhebungsmethode (vgl. Witzel 2000). Der Leitfaden wird im anschließenden *Kapitel 3.4.3* beschrieben.

3.4.3 Moderationsleitfaden und Gesprächsstimulus

Der semi-strukturierte Moderationsleitfaden diente als Instrument der Erzählgenerierung und bot den Vorteil, vergleichbare Daten strukturiert zu erheben (Schnell et al. 2011, S. 379)⁴. Der Leitfaden enthielt die wesentlichen Gesprächsthemen und Unter-Fragestellungen und diente als Gesprächsgrundlage der Fokusgruppen und Interviews. Im Sinne des Prinzips der Offenheit (vgl. Bohnsack 1991, S. 20; Lamnek 2010, S. 19) sind die Fragen in ihrer Konzeption offen, so dass die Befragten frei antworten können und die Dynamik des Gesprächs selbst bestimmen. Um letzterer Rechnung zu tragen, wird die Reihenfolge der Fragen flexibel gehandhabt. Dies ermöglichte das Nachfragen der Moderatorin, sofern die Diskussion sich zu

⁴ Der Leitfaden kann dem Anhang (Anhang 3: Moderationsleitfaden für Hausärzte und Psychotherapeuten) entnommen werden.

sehr vom Thema entfernte. Die Fokusgruppen wurden inhaltlich in zwei Themenblöcke strukturiert: In einem ersten Teil wurden die Teilnehmer zu ihrer Einschätzung bezüglich der aktuellen Versorgung von Patienten mit psychischen Störungen in der Hausarztpraxis befragt. Dies diente zum einen als Gesprächsstimulus, der den Teilnehmenden den Einstieg in die Diskussion erleichtern sollte. Zum anderen konnten so der Status quo der Versorgungssituation aus Sicht der am Versorgungsprozess Beteiligten beider Versorgergruppen erhoben werden. Neben den Versorgungslücken wurde auch nach Verbesserungspotenzialen und positiven Aspekten der derzeitigen Versorgungssituation gefragt. Ferner wurde adressiert, was eine gute Versorgung von Patienten mit psychischen Störungen ausmacht. Der zweite Teil fokussierte das Interventionsmodell. Als Diskussionsgrundlage und zur Illustration der Intervention wurde eine kurze Präsentation zum Hintergrund des Projektes gehalten. Am Ende der Präsentation diente ein 1,5-minütiger Videoclip⁵ der Veranschaulichung des Interventionsmodells der Videokonsultation am Beispiel einer fiktiven Patientin mit einer depressiven Störung. Bei den Interviews wurden das Projekt und die Intervention zur Veranschaulichung verbal ausführlich beschrieben. Anschließend wurden die Teilnehmenden zunächst offen nach deren Haltung gegenüber der Intervention gefragt, bevor spezifische Nachfragen zur Intervention und deren praxistauglichen Kompatibilität, Vor- und Nachteilen, Chancen und Barrieren gestellt wurden, sofern sich dies nicht durch die Diskussion der Teilnehmenden ergab. Der Leitfaden wurde in Hinblick auf die Praktikabilität vor Beginn der Datenerhebung mit einem Hausarzt und einem Wissenschaftlichen Mitarbeiter im Bereich Versorgungsforschung getestet und entsprechend angepasst. Des Weiteren wurden die Fragen auch nach der ersten Fokusgruppe kritisch geprüft. Da sie sich als praktikabel erwiesen, wurden keine Anpassungen vorgenommen.

3.4.4 Erhebungssituation und Dokumentation

Die semi-strukturierten Fokusgruppen und problemzentrierten Interviews der Hausärzte und Psychotherapeuten fanden zwischen Juli und November 2017 statt. Die Fokusgruppen wurden in den Räumlichkeiten des Universitätsklinikums Heidelberg gehalten, während die Interviews aus organisatorischen Gründen per Telefon geführt wurden. Die Autorin der vorliegenden Dissertationsschrift (wissenschaftliche Mitarbeiterin und Doktorandin im PROVIDE-Projekt, Erfahrung in qualitativer Forschung u.a. im Rahmen des Soziologie-Studiums) führte alle Interviews eigenverantwortlich durch und moderierte hauptverantwortlich alle Fokusgruppen. Zu Beginn der Datenerhebung wurden alle Befragten über den Zweck, die vertrauliche Behandlung der Daten sowie die Freiwilligkeit der Teilnahme aufgeklärt⁶. Sowohl

⁵ Anhang 4 (Bilder des Videoclips zur Illustration der Videokonsultationen) enthält eine Beschreibung des Videoclips, einschließlich Bilder und Text.

⁶ Anhang 5 enthält die Studieninformationsschrift.

die Moderatoren als auch die Teilnehmer stellten sich kurz vor, da es zu keinem Kontakt zwischen den Moderatoren und den Teilnehmern vor der Studie kam. Anschließend wurde mit der ersten Frage die inhaltliche Diskussion initiiert. Alle Gespräche wurden auf Tonband aufgezeichnet. Die Fokusgruppen wurden zusätzlich per Video aufgezeichnet, um eine spätere Identifizierung der einzelnen Sprechbeiträge während der Transkription zu gewährleisten. Zusätzlich wurden stichpunktartige Protokolle der Fokusgruppen und Interviews angefertigt. Alle Befragten wurden vor der Datenerhebung nochmals auf die Anonymität der Daten sowie die Ton- bzw. Videoaufnahme hingewiesen. Alle Befragten stimmten der Aufnahme zu und gaben ihr schriftliches Einverständnis zur wissenschaftlichen Verwendung der Daten. Es wurden keine Interviews oder Fokusgruppen wiederholt.

3.5 Auswertung

Alle Fokusgruppen und Interviews wurden auf einem geschützten Server, der nur dem Forschungsteam zugänglich war, abgespeichert und durch einen externen professionellen Dienstleister (*transkripto.de*) wörtlich⁷ transkribiert und anonymisiert. Die Audioaufnahmen wurden nach Fertigstellung der Transkription von dem Server des Dienstleisters gelöscht. Die Fokusgruppen dauerten durchschnittlich 103 Minuten (range 81-120 Minuten). Die Dauer der Interviews betrug durchschnittlich 46 Minuten (range 40-55 Minuten). Daraus ergibt sich eine Gesamtdauer aller Gesprächsmitschnitte von 15 Stunden und 11 Minuten.

Die Auswertung erfolgte in zwei Schritten: zunächst wurde mit Hilfe der qualitativen Inhaltsanalyse exploriert, welche konkreten Barrieren, Chancen und Anforderungen von Videokonsultationen aus Sicht der Hausärzte und Psychotherapeuten relevant sind. In einem zweiten Schritt wurden die Daten mittels der dokumentarischen Methode rekonstruktiv in den Kontext der jeweiligen Gruppenzugehörigkeit (Hausärzte und Psychotherapeuten) eingebettet, um ein tiefergehendes Verständnis zu ermöglichen und Gemeinsamkeiten sowie Unterschiede der Gruppen vor dem Hintergrund ihrer jeweiligen Profession erklärend verstehen zu können. Die Daten der Hausärzte und Psychotherapeuten wurden vollständig und eigenverantwortlich durch die Autorin ausgewertet. Im Sinne der Qualität der Auswertung, der wissenschaftlichen Güte und Validierung des Kategoriensystems der qualitativen Inhaltsanalyse, wertete der Projektleiter zusätzlich eine Fokusgruppe der Hausärzte aus. Die Ergebnisse wurden dann miteinander verglichen, im kritischen Diskurs besprochen und entsprechend modifiziert. Auf Basis des konsentierten Kategoriensystems erfolgte die Auswertung der restlichen Fokusgruppen. Zusätzlich wurde im Rahmen des Projekts zum

⁷ Die Transkriptionsregeln orientierten sich dabei an denen von Dresing und Pehl 2015, S. 17ff. (Dresing, T. und Pehl, T. (2015). *Praxisbuch Interview, Transkription & Analyse. Anleitungen und Regelsysteme für qualitativ Forschende.* (Marburg). Konkret wurden die Transkripte einfach und nach erweiterten Regeln transkribiert. Da für die Analyse mit der dokumentarischen Methode wichtig ist, *wie* die Befragten etwas gesagt haben, wurden Stottern, Zögern, Pausen, Wiederholungen, Zwischenrufe und non-verbale Signale ebenfalls erfasst.

Zwecke der Fortbildung in der dokumentarischen Methode Herr Prof. Dr. Werner Vogd, Fakultät für Kulturreflexion, Lehrstuhl für Soziologie an der Universität Witten/Herdecke, für einen Methodenworkshop eingeladen. In diesem Rahmen wurde mit Prof. Dr. Vogd sowie weiteren wissenschaftlichen Mitarbeitern der Klinik für Allgemeine Innere Medizin und Psychosomatik des Universitätsklinikums Heidelberg ein Transkript exemplarisch auf unterschiedliche Lesarten hin diskutiert. Nachfolgend werden beide Auswertungsmethoden näher beschrieben.

3.5.1 Qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring

Der Vorteil der qualitativen Inhaltsanalyse ist u.a. die Anwendbarkeit auf Forschungsfelder, bei denen es bislang keine oder wenige wissenschaftlichen Studien gibt und Wissen über bisher unbekannte Sachverhalte explorativ ermittelt werden soll. Dies ist bei der vorliegenden Arbeit in Bezug auf Deutschland der Fall. Das gesamte aus den Fokusgruppen und Interviews gewonnene Datenmaterial wurde mittels der qualitativen Inhaltsanalyse, genauer der Zusammenfassung als Interpretationstechnik, ausgewertet und orientierte sich an dem von Mayring 2010 beschriebenen Konzept (Mayring 2010, S. 67ff.). Thematische Oberbegriffe wurden dabei den TICD-Domains (tailored implementation for chronic diseases) (Flottorp et al. 2013) entnommen (deduktives Codieren). Die TICD-Domains eignen sich besonders für die Identifizierung relevanter Faktoren für die Implementierung neuer Versorgungsformen aus unterschiedlichen (Versorger-) Perspektiven. Dies ermöglicht eine strukturierte Auswertung im Sinne relevanter Faktoren für die Anpassung des Interventionsmodells und zur späteren Implementierung in den darauffolgenden Projektphasen. Die TICD-Domains basieren auf sieben Oberkategorien: 1) Faktoren der Gesundheitsversorger (*individual health professional factors*), 2) Patientenbezogene Faktoren (*patient factors*), 3) Professionelle Interaktionen (*professional interactions*), 4) Anreize und Ressourcen (*incentives and resources*), 5) Potenzial für Organisationsveränderungen (*capacity for organizational change*), 6) Gesellschaftliche, politische und rechtliche Faktoren (*social, political and legal factors*) und 7) Leitlinienfaktoren (*guideline factors*). Die Unterkategorien wurden dann induktiv, basierend auf dem Datenmaterial entwickelt. Ziel der Zusammenfassung ist es, die Inhalte des Datenmaterials in Kategorien zu clustern, somit zu generalisieren und auf einer abstrakteren Ebene die Hauptaussagen aller Befragten repräsentierend darzustellen. Die Analyse erfolgte softwaregestützt mittels des Auswertungsprogramms MAXQDA 18. Konkret handelte es sich um sieben Schritte: Zunächst wurden die Textstellen, die der Analyse unterzogen wurden, als Analyseeinheiten bestimmt. Die Analyseeinheiten bestehen aus Textteilen, die inhaltlich zur Beantwortung der Forschungsfrage beitragen. Sie wurden der jeweiligen Oberkategorie der TICD-Domains zugeordnet, mit denen sie inhaltlich korrespondieren. Dadurch wurde dem Anspruch, die Auswertung nahe an den Aussagen der Befragten zu vollziehen, Rechnung

getragen. Für die induktive Generierung der Unterkategorien wurden im zweiten Schritt die in Bezug auf die Forschungsfrage aussagekräftigen Textpassagen paraphrasiert, also mit eigenen Worten reformuliert. Im nächsten Gang wurden dann die wichtigsten Paraphrasen abstrahiert. Dabei wurden Füllwörter und nebensächliche Ausführungen ausgelassen. Im Anschluss daran wurden sinnverwandte Paraphrasen gestrichen (erste Reduktion). Im fünften Schritt wurden dann die übrigen Paraphrasen auf dem vorher festgelegten Abstraktionsniveau zu Kategorien zusammengefasst (zweite Reduktion). Dies bildete die Grundlage, um anschließend ein auf der Textgrundlage basierendes Kategoriensystem zu bilden, das dann im letzten Schritt am gesamten erhobenen Material wiederum auf dessen umfassende Gültigkeit und Repräsentativität überprüft wurde. Es handelte sich dabei um einen iterativen Prozess, bei dem die Kategorien gegebenenfalls modifiziert wurden, wenn sich neue Aspekte und Ausprägungen beim Durchgehen aller Transkripte ergaben. Die Kategorien werden im Ergebnisteil ausführlich dargestellt. Das ausführliche Kategoriensystem einschließlich der Definitionen und Ankerzitate zur Illustration kann dem Anhang (Anhang 6: Tabelle 3: Das Kategoriensystem der qualitativen Inhaltsanalyse) entnommen werden.

3.5.2 Dokumentarische Methode

Die dokumentarische Methode zielt auf die konjunktiven Erfahrungsräume bzw. kollektiven Orientierungen und auf die Rekonstruktion der Regelmäßigkeit dieser ab. Sie geht davon aus, dass die Handlungspraxis von Personen durch „habitualisierte[s] und z.T. inkorporierte[s] Orientierungswissen“ (Bohnsack et al. 2013, S. 9) geprägt und kontextgebunden ist. Dieses Wissen wird durch Kommunikation expliziert. Gegenstand der dokumentarischen Methode ist die Rekonstruktion des Kontextes und der kollektiven Orientierungen sowie die habitualisierte Handlungspraxis, insbesondere vor dem Hintergrund der Gemeinsamkeiten und Unterschiede. Da in Fokusgruppen kollektiv geteilte Orientierungen und Erfahrungsräume besonders zum Ausdruck kommen, eignen sich die dadurch erhobenen Daten besonders für die dokumentarische Methode (Nohl 2013b, S. 51). Ziel der Analyse ist die Entwicklung einer ‚generalisierbaren‘ Typologie⁸. Die Analyse konzentriert sich auf diejenigen Fälle und Sequenzen, mit Hilfe derer die Typik konstituiert, charakterisiert oder ergänzt werden kann (vgl. Nohl 2013a, S. 273). Gemeint sind sogenannte „Schlüsselszenen“ und „fokussierte Passagen“ (Bohnsack 2013, S. 250 und 267) in denen die kollektiv geteilten Erfahrungsräume und Orientierungen einer Gruppen zum Ausdruck kommen und denen eine hohe „interaktive und vor allem metaphorische Dichte“ (Bohnsack 2013, S. 250) inhärent ist. Ferner sind häufig wiederkehrende Passagen und Erfahrungsräume, die auffallend ausführlich, kontrovers oder

⁸ Bohnsack postuliert dazu: „In der qualitativen Forschung herrscht weitgehend Konsens dahingehend, dass in der Bildung von Idealtypen in methodologischer Hinsicht der Schlüssel zur Generalisierung zu suchen ist.“ (Bohnsack 2013, S. 269)

intensiv diskutiert werden, von zentraler Bedeutung (Amling und Hoffmann 2013; Nohl 2017, S. 30). Die dokumentarische Methode erfolgt anhand der Schritte *formulierende* und *reflektierende Interpretation*, *sinngenetische Typenbildung* und *soziogenetische Typenbildung* nach Bohnsack vgl. (Bohnsack 2013, S. 241ff.).

In der *formulierenden Interpretation* werden zunächst die diskutierten Themen ermittelt und paraphrasiert. Die Analyse bleibt bei der formulierenden Interpretation vorerst auf der semantischen, inhaltlichen Ebene im „Relevanzsystem“ der Erforschten (vgl. Bohnsack 1999, S. 36). Dabei steht zunächst im Fokus *Was* gesagt wurde. Die Frage nach dem *Wie* etwas gesagt wurde, wird zunächst ausgeklammert. Zunächst wurden die Transkriptstellen analysiert, bei denen die Befragten nach der Vorstellung der Intervention nach ihrer ersten Einschätzung zum vorgeschlagenen Behandlungsmodell gefragt wurden. Diese Stellen eignen sich besonders, da die Befragten hier weitgehend offen und zunächst noch unvoreingenommen ohne die Diskussion beeinflussende Nachfragen antworteten. Hierbei ist vor allem von Interesse, welche Schwerpunkte die Hausärzte und Psychotherapeuten bei ihren jeweiligen Antworten setzten und welche eigenen Themen eingebracht wurden. Neben der Analyse dieser Textstellen wurden dann auch Anforderungen und Barrieren, das antizipierte Entlastungspotenzial, organisatorische und finanzielle Aspekte sowie Notfall- und Krisensituationen exploriert.

Die Ausgangs- bzw. Basistypik ist durch das Forschungsinteresse des Projektes vorgegeben. Für eine erste Gruppenbildung wurden die Psychotherapeuten und Hausärzte jeweils in zwei Gruppen, *Befürworter* und *Skeptiker* von Videokonsultationen, eingeteilt, da sich dies schon zu Beginn der Analyse offenkundig abzeichnete und den Fokus der Fragestellung darstellt. Hierbei konnte in der vorliegenden Arbeit auch auf die Ergebnisse der qualitativen Inhaltsanalyse zurückgegriffen werden, die bereits relevante Themen identifizierte⁹. Die Unterscheidung hinsichtlich der Offenheit gegenüber Videokonsultationen (Befürworter und Skeptiker) bildet damit die Basistypik.

Im nächsten Schritt, der *reflektierenden Interpretation* folgt dann der Wechsel vom „*Was*“ zum „*Wie*“ (vgl. Bohnsack 2013, S. 244; Nohl 2017, S. 26 und 36), die zuvor erwähnte Rekonstruktion der Regelmäßigkeit der kollektiven Orientierungsrahmen, d.h. *wie* ein Thema von den Befragten bearbeitet wird. Bei diesem Analyseschritt werden die Teilnehmerrollen, also wie die Befragten aufeinander reagieren und sich aufeinander beziehen, rekonstruiert. Ferner wird rekonstruiert, welcher *Modus operandi*, also welcher „der Praxis zugrunde liegende *Habitus*“ (Hervorh. im Orig.) (Bohnsack et al. 2013, S. 13) innerhalb der Gruppe geteilt wird, wie auf diesen reagiert wird oder ob es überhaupt einen von der Gruppe gemeinsam geteilten Orientierungsrahmen gibt. Ein wesentlicher Bestandteil und Vorteil der

⁹ So beschreibt Vogd den Schritt der formulierenden Interpretation „als besondere Form der Inhaltsanalyse“ (Vogd 2011, S. 53).

dokumentarischen Methode ist die komparative Analyse mehrerer Sequenzen bei jeder Phase der Analyse. Durch den Vergleich mehrerer Fälle werden „Kontingenzen“ (Bohnsack 1999, S. 36; Vogd 2011, S. 45) (d.h. Vergleichsmöglichkeiten) deutlich. Damit werden Unterschiede und Gemeinsamkeiten erkennbar, was die Analyse empirisch untermauert (vgl. Vogd 2011, S. 46). Im Zuge der formulierenden und reflektierenden Interpretation wurden daher zunächst die Befürworter und Skeptiker unter den Hausärzten und anschließend Befürworter und Skeptiker unter den Psychotherapeuten miteinander verglichen. Es folgte der Vergleich von hausärztlichen und psychotherapeutischen Befürwortern und hausärztlichen und psychotherapeutischen Skeptikern.

In der anschließenden *sinngenetischen Typenbildung*, wurde als nächster Analyseschritt das dem Orientierungsrahmen respektive Habitus zugrunde liegende Muster rekonstruiert, näher beschrieben und generalisiert (vgl. Nentwig-Gesemann 2013, S. 297). Vereinfachter ausgedrückt wurde auf Basis unterschiedlicher ‚Themen‘, dem sogenannten tertium comparationis (Bohnsack 2013, S. 252), die die Befragten in den Fokusgruppen und Interviews an- und besprochen haben, eine Typik entwickelt (= Themenbezogene Typik bzw. Typenbildung). Dazu dienten fallinterne und fallübergreifende Vergleiche der Fälle sowie das Gegenhalten minimaler und maximaler Kontrastfälle (vgl. Nentwig-Gesemann 2013, S. 317). Dabei wurden mehrere Stellen unterschiedlicher Fokusgruppen und Interviews, die das gleiche Thema behandeln, auf gemeinsame Orientierungsmuster untersucht. Konkret wurden die Hausärzte und Psychotherapeuten beispielsweise nach deren Einschätzung zur aktuellen Versorgung befragt. Diejenigen Personen, die sie als inadäquat einstufen, teilten damit ein gemeinsames Problem, das jedoch in unterschiedlicher Weise erfahren und bewältigt wurde. Im Zuge der sinngenetischen Typenbildung wurde daher nach Fällen gesucht, bei denen die Versorgung in gleicher Weise wahrgenommen wird, um den kollektiven Erfahrungsraum rekonstruieren zu können. Die zu untersuchenden Fälle wurden zunächst fallintern, d.h. gruppenspezifisch nach Hausärzten und Psychotherapeuten analysiert. Durch den Vergleich der Unterschiede und Gemeinsamkeiten, die sich in den jeweiligen Orientierungsrahmen manifestierten, wurden die Orientierungsrahmen erst deutlich. Zur Rekonstruktion der habitualisierten Handlungsorientierungen erfolgte anschließend die fallexterne Analyse und der Vergleich innerhalb der zwei befragten Gruppen (vgl. Nentwig-Gesemann 2013, S. 317). Grundlage für die Herausarbeitung der von einer Gruppe gemeinsam geteilten Orientierungsrahmen ist die Kontrastierung mehrerer Fälle, indem einem Orientierungsrahmen andere Rahmen entgegeng gehalten werden.

Im Zuge der *soziogenetischen Typenbildung* wurde dann rekonstruiert, „in welchen (Hervorh. im Orig.) sozialen Zusammenhängen und Konstellationen die typisierten Orientierungsrahmen verankert sind“ (Nohl 2013b, S. 48). In diesem Schritt wurden die rekonstruierten Typen näher erklärt, indem der soziale Kontext und die „biografischen

Gemeinsamkeiten, die für die Genese dieses handlungsleitenden Wissens ursächlich sind“ (Amling und Hoffmann 2013) in die Analyse mit einbezogen wurden. Konkret wurden die Typiken nach Unterschieden und Gemeinsamkeiten hinsichtlich „etablierter Dimensionen gesellschaftlicher Heterogenität“ (Nohl 2013b, S. 54) untersucht, wie beispielsweise Alter, Geschlecht und Lokalisation des Praxisortes (Hausärzte und Psychotherapeuten), stratifiziert nach dem Verstädterungsgrad der Europäischen Kommission (Dijkstra und Poelman 2014) (Degree of Urbanisation, DEGURBA). Zusätzlich dazu wurde bei den Hausärzten auch der Praxistyp (Einzelpraxis, Praxisgemeinschaft und Gemeinschaftspraxis) sowie bei den Psychotherapeuten die therapeutische Ausrichtung (Psychoanalyse und tiefenpsychologisch fundiert, rein tiefenpsychologisch fundiert sowie Verhaltenstherapie) in die Analyse einbezogen. Dabei wurde rekonstruiert ob und inwieweit die jeweilige Dimension die Handlungspraxis der Befragten beeinflussten. Dieser Schritt ermöglichte wurde das erklärende Verstehen. Das anschließende *Kapitel 4* beschreibt die Ergebnisse der Analyse und geht detailliert auf die explorierten Typen und deren einzelnen Dimensionen ein.

4. Ergebnisse

Die Präsentation der Ergebnisse erfolgt in zwei Schritten. Nach der folgenden Beschreibung des Samples (*Kapitel 4.1*), werden zunächst die Resultate der qualitativen Inhaltsanalyse (*Kapitel 4.2*) deskriptiv dargestellt. Anschließend folgen die Ergebnisse der dokumentarischen Methode (*Kapitel 4.3*) inklusive einer tieferen Interpretation und Deutung der Daten. Der Fokus liegt dabei auf den Gemeinsamkeiten und Unterschieden der befragten Gruppen. Die Analyse wird mit Zitaten¹⁰ aus den Fokusgruppen und Interviews veranschaulicht. Der Ergebnisteil schließt mit einer Beschreibung der aus den Resultaten abgeleiteten Hypothesen (*Kapitel 4.2.4*).

4.1 Beschreibung des Samples

Neun der insgesamt 19 befragten Hausärzte waren weiblich. Das Durchschnittsalter lag bei 57,5 Jahren bei einem Range von 38-70 Jahren und liegt damit etwas höher als das aller in der Kassenärztlichen Bundesvereinigung registrierten Hausärzte¹¹ aus dem Jahr 2017 (55,2 Jahre) (Kassenärztliche Bundesvereinigung 2017). Die Mehrheit der Hausärzte wurde aus Gebieten mit einer mittleren Bevölkerungsdichte, d.h. einer Kleinstadt oder einem Vorort (n=14), rekrutiert. Im Mittel waren die befragten Hausärzte seit 18,5 Jahren niedergelassen (range 1-33 Jahre). Die große Mehrheit, 89,5% (n=17), hat die Zusatzqualifikation „Psychosomatische Grundversorgung“. Im Durchschnitt behandeln die befragten Hausärzte 10-15 Patienten mit psychischen Störungen pro Woche. Tabelle 1 beinhaltet alle demographischen Angaben des Samples der Hausärzte.

¹⁰ Die Angaben der Zitate aus den einzelnen Transkripten beziehen sich auf die mit MAXQDA codierten Stellen. Die Zitate des Ergebnisteils werden aus Gründen der einfacheren Lesbarkeit geglättet dargestellt (d.h. ohne Wortdoppelungen, Pausen oder Stottern).

¹¹ In der Gruppe der Hausärzte wird in den KBV-Grunddaten die Summe aller Allgemeinärzte, praktischen Ärzte und hausärztlich tätigen Internisten ausgewiesen.

Tabelle 1: Demographische Angaben der befragten Hausärzte (n=19)

Geschlecht, n (%)	
weiblich	9 (47,7%)
männlich	10 (52,3%)
Alter in Jahren*	
Mittelwert (SD)	57,5 (6,6)
Median	57,0
Min, Max	38, 65
Fehlende Werte, n (%)	2 (10,6%)
Zusatzqualifikation¹, n (%)	
Psychotherapie	4 (21,7%)
Psychosomatische Grundversorgung	17 (89,5%)
Fehlende Werte	1 (5,3%)
Praxisform, n (%)	
Einzelpraxis	12 (63,2%)
Gemeinschaftspraxis	6 (31,6%)
Praxisgemeinschaft	1 (5,3%)
Lokalisation des Praxissitzes², n (%)	
Stadt (dicht besiedeltes Gebiet)	2 (10,5%)
Kleinstadt oder Vorort (Gebiet mit mittlerer Bevölkerungsdichte)	14 (73,7%)
Ländliches Gebiet (dünn besiedelte Gebiete)	3 (15,8%)
Jahre in Niederlassung	
Mittelwert (SD)	18,5 (9,5)
Median	18,5
Min, Max	1, 33
Fehlende Werte	1 (5,3%)
Praxisgröße (Durchschnittliche Scheinzahl/Quartal), n (%)	
<500	1 (5,3%)
501 – 1000	6 (31,6%)
1001 – 1500	6 (31,6%)
>1500	6 (31,6%)

Anmerkungen. SD = Standardabweichung, Min = Minimum, Max = Maximum.

¹ Mehrfachnennungen möglich

² Stratifizierung nach dem Verstärkerungsgrad der Europäischen Kommission (Dijkstra und Poelman 2014)

Von den zwölf befragten Psychotherapeuten waren neun weiblich. Das Durchschnittsalter lag bei 50,3 Jahren und damit unterhalb des Bundesdurchschnitts der ärztlichen Psychotherapeuten (58,7 Jahre) und psychologischen Psychotherapeuten (53,3 Jahre) (Kassenärztliche Bundesvereinigung 2017). Mehrheitlich wurden die befragten Psychotherapeuten aus der Stadt (n=5) oder dem städtischen Umland (n=5) rekrutiert und waren im Mittel seit 13 Jahren niedergelassen (range 0-30 Jahre). Die größte Gruppe sind Psychologische Psychotherapeuten (n=5). Tabelle 2 stellt die demographischen Daten der befragten Psychotherapeuten dar.

Tabelle 2: Demographische Angaben der befragten Psychotherapeuten (n=12)

Geschlecht, n (%)	
weiblich	9 (75,0%)
männlich	3 (25,0%)
Alter in Jahren	
Mittelwert (SD)	50,3 (12,9)
Median	50,0
Min, Max	34, 68
Fehlende Werte, n (%)	1 (8,3%)
Lokalisation des Praxissitzes², n (%)	
Stadt (dicht besiedeltes Gebiet)	6 (50,0%)
Kleinstadt oder Vorort (Gebiet mit mittlerer Bevölkerungsdichte)	5 (41,6%)
Ländliches Gebiet (dünn besiedelte Gebiete)	1 (8,3%)
Jahre in Niederlassung	
Mittelwert (SD)	13,0 (10,7)
Median	7,0
Min, Max	1, 30
Fehlende Werte, n (%)	3 (25,0%)
Qualifikation, n (%)	
Psychologischer Psychotherapeut	5 (41,6%)
Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	3 (25,0%)
Facharzt für Psychiatrie	1 (8,3%)
Facharzt für Nervenheilkunde	1 (8,3%)
Psychotherapeutisch tätiger Arzt	1 (8,3%)
Fehlende Werte	1 (8,3%)
Therapeutische Grundorientierung, n (%)	
Psychoanalyse und Tiefenpsychologisch fundiert	3 (25,0%)
Tiefenpsychologisch fundiert	5 (41,7%)
Verhaltenstherapie	4 (33,3%)

Anmerkungen. SD = Standardabweichung, Min = Minimum, Max = Maximum. ¹
Stratifizierung nach dem Verstärkerungsgrad der Europäischen Kommission (Dijkstra und Poelman 2014)

4.2 Ergebnisse der qualitativen Inhaltsanalyse

Die Ergebnisse werden nach den korrespondierenden Frageblöcken des Leitfadens (vgl. *Kapitel 3.4.3*) dargestellt. Dieser fokussierte zunächst die Einschätzung zur aktuellen Versorgung von Patienten mit psychischen Störungen im ambulanten Sektor (*Kapitel 4.2.1*). Anschließend wurden im zweiten Teil Barrieren, Chancen und Anforderungen an Videokonsultationen diskutiert (*Kapitel 4.2.2*). Diese werden anhand der in *Kapitel 3 Methoden* beschriebenen TICD-Richtlinien als Oberkategorien dargestellt: 1) Faktoren der Gesundheitsversorger, 2) Patientenfaktoren, 3) Professionelle Zusammenarbeit, 4) Anreize und Ressourcen, 5) Potenzial für Organisationsveränderungen, 6) Gesellschaftliche, politische und rechtliche Faktoren und 7) Richtlinienfaktoren. Die Ergebnisse werden zunächst gruppenspezifisch für die befragten Hausärzte und Psychotherapeuten dargestellt. Bei den am intensivsten und häufigsten diskutierten Kategorien werden im Anschluss daran zusätzlich die Ergebnisse der Therapeuten und Hausärzte kurz miteinander verglichen.

4.2.1 Einschätzung der aktuellen Versorgungssituation

4.2.1.1 Hausärzte

Angesprochen auf die aktuelle Versorgungssituation von Patienten mit psychischen Störungen im ambulanten Bereich diskutierten einige Hausärzte zunächst die Prävalenz und Gründe für das Vorliegen einer psychischen Störung (8/19). Die Befragten nehmen eine Tendenz zur Zunahme psychischer Störungen wahr. Maßgeblich dafür sei ein gesellschaftlicher Wandel. Zum einen beinhaltet dies die gestiegene Akzeptanz psychischer Störungen in der Bevölkerung, zum anderen sei dies auf veränderte Bedingungen in der Arbeitswelt zurückzuführen. Die Diagnosestellung einer psychischen Störung durch den Hausarzt sei durch unterschiedliche Faktoren, wie fehlende Zeit (9/19) und fehlende Kompetenz (8/19) erschwert.

B2: Das ist ein Zeitproblem, das ist auch ein Kompetenzproblem, weil ich natürlich auch nicht zu viele Dinge möchte, dass er das offenlegt. Und ich dann überlege, was mache ich jetzt damit. Und an dem Punkt müsste ich ihn ja dann weiter vermitteln können, auch zeitnah, damit das Ganze nicht in der Luft hängt. Und da stockt es dann. (FG1_HÄ: 340 - 345¹²)

¹² Die Angaben in Klammern hinter den Zitaten dienen dem Hinweis, aus welcher Fokusgruppe und aus welcher Gruppe der Befragten das Zitat stammt. Dabei steht *FG* für Fokusgruppe, die Zahl dahinter für die Anzahl der jeweiligen Fokusgruppe, *HÄ* für Hausärzte, *PT* für Psychotherapeuten und die Zahlen am Ende der Klammer geben die Zeilennummer des Zitates innerhalb des in MAXQDA importierten Transkripts an. Lesebeispiel: FG1_HÄ: 340 – 345 bedeutet, dass diese Zitate aus der ersten Fokusgruppe mit Hausärzten stammt und im Transkript in MAXQDA in den Zeilen 340-345 zu finden ist.

Zudem würde die Diagnosestellung oftmals durch somatische Beschwerden überlagert, die der Patient zunächst präsentiert (14/19) und deren Abklärung zusätzlich Zeit koste.

B: Also die Leute, die hocken dann da und haben irgendwelche Kopfschmerzen, (...) vollkommen unerklärliche Magen-Darm-Beschwerden. Dann werden die untersucht, körperlich wird alles abgeklärt. Die haben gar nichts. Also nichts Feststellbares. Und dann muss man halt unterstellen, dass es psychosomatische Beschwerden sind. Dann fängt man da an, mal ein bisschen zu kratzen an der Oberfläche und dann kommen dann ganz viele Sachen heraus.

(I2_HÄ: 119 - 125)

Ferner wiesen manche Hausärzte darauf hin, dass manchen Patienten eine Einsicht in das bio-psycho-soziale Krankheitsmodell fehle (5/19), was die Vermittlung der Diagnose sowie eine adäquate Versorgung zusätzlich erschwere. Eines der Hauptprobleme seien lange Wartezeiten und knappe Kapazitäten der Psychotherapeuten (14/19), weshalb viele Patienten zunächst keine indizierte Psychotherapie aufnehmen könnten.

B4: Mhm, also ich finde es auch schwierig auch, (...) dass man die Leute wirklich zeitnah irgendwo unterbringt. Was bringt mir ein Termin in einem halben Jahr bei einem Psychotherapeuten bei jemanden, der jetzt akut ein Problem hat. Und, (...) da sind die, sind Leute auch einfach verloren. Die stehen da und wissen nicht, an wen sie sich wenden können.

(FG2_HÄ: 78 - 82)

Letztere vor allem vor dem Hintergrund einer fehlenden Versorgung in ländlichen Gebieten, was oftmals der Hausarzt „[abpuffert], was sonst zum Facharzt gehen müsste, auf den Psychiater oder zum Neurologen. Und da gibt es ja dann auch irgendwann in fernen Monaten einen Termin mal. Und nicht dann, wenn man direkt was braucht.“ (B1_FG3_HÄ: 74 - 76)

Wenn einem Patienten in der Hausarztpraxis eine psychische Störung diagnostiziert wird, erhält der Patient in den meisten Fällen erst nach langen Wartezeiten einen Therapieplatz bei einem Psychotherapeuten. Meist bleibt dann der Hausarzt als Überbrückung der Hauptansprechpartner. Dies empfinden einige Befragte als Belastung: zum einen emotional, im Sinne dessen, den Patienten nicht adäquat behandeln zu können. Zum anderen stellt dies eine Belastung der hausärztlichen Ressourcen dar. Als zusätzliche Versorgungslücke identifizierte mehr als die Hälfte der Hausärzte ein fehlendes Netzwerk bzw. fehlende interprofessionelle Zusammenarbeit (10/19) mit Psychotherapeuten. Eine fachliche Zusammenarbeit im Hinblick auf eine diagnostische Mitbeurteilung, insbesondere bei diagnostischer Unsicherheit, oder im Sinne einer Rückmeldung, wie die vom Hausarzt überwiesenen Patienten behandelt wurden, wäre daher aus Sicht der Befragten wünschenswert und hilfreich.

4.2.1.2 Psychotherapeuten

Angesprochen auf ihre Einschätzung der aktuellen Versorgungssituation von Patienten mit psychischen Störungen im ambulanten Sektor, berichteten die Psychotherapeuten homogener und knapp. Lange Wartezeiten und knappe Kapazitäten waren das am häufigsten thematisierte Versorgungsproblem unter den Psychotherapeuten (11/12), was eine erhebliche Belastung für die Patienten darstelle:

B5: Ja, das kriege ich auch immer wieder mit, auch Patienten, (...) [die] woanders eben keine Therapieplätze bekommen, dass das eine Belastung ist. Entweder ist der Grund die psychische Belastung, öffentliche Verkehrsmittel, dass es auch Therapieabbrüche gibt, weil es zu anstrengend ist, weil es zu viel kostet. (FG2_PT: 134 - 138)

Hierbei wurde vor allem auch die problematische Versorgung auf dem Land und das Stadt-Land-Gefälle angesprochen. Für viele Patienten sei die Suche nach einem Psychotherapeuten und/oder die Anfahrt zu diesem eine zusätzliche Belastung (5/12), insbesondere für traumatisierte oder stark belastete Patienten, bspw. mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung.

B3: Also die Patienten müssen teilweise lange warten und teilweise sind die schon auch sehr belastet. Sind auch nicht in der Lage, noch irgendwie fünf andere Psychotherapeuten anzurufen und eben dann auch Strecken abzufahren. (FG2_PT: 93 - 95)

Die Hälfte der befragten Psychotherapeuten berichtet zudem explizit von fehlender Zusammenarbeit mit Hausärzten (6/12)¹³. Manche Therapeuten berichteten auch, dass Hausärzte oftmals Patienten mit einer unzutreffenden Diagnose oder fehlenden Indikation zu ihnen überweisen (4/12).

B4: Ja, ich finde, es ist wichtig, dass die erste Diagnostik von jemand gemacht wird, der einfach sehr viel Erfahrung hat. Und, das ist ja manchmal auch nicht der Fall, wenn die Leute so in die Sprechstunden kommen. (FG2_PT: 595 - 598)

Dies belaste zusätzlich die Ressourcen und Kapazitäten der Psychotherapeuten, die entweder eine erneute Diagnostik durchführen oder den Patienten entsprechend überweisen.

B3: Aber es gibt natürlich auch viele Hausärzte, die die Patienten zu uns schicken, wo, jetzt sage ich mal, irgendeine Verdachtsdiagnose auf der Überweisung steht, die so überhaupt nicht zu dem passt, was der Patient dann letzten Endes hat. Also wir machen auch sehr viel Diagnostik und

¹³ Einschränkung kann hier angeführt werden, dass sich nicht alle Psychotherapeuten diesbezüglich geäußert haben.

schicken dann letzten Endes weiter oder verweisen auf einen Facharzt.

(FG2_PT: 87 - 90)

Als strukturelles Problem identifizierten manche Befragten zudem eine „unübersichtliche Versorgungslandschaft“ (3/12), die manchen Hausärzten die Zuweisung erschwere und bei Patienten für unklare bzw. falsche Erwartungen bezüglich einer Behandlung und Therapie Sorge, was sich wiederum negativ auf deren Compliance auswirke.

4.2.1.3 Vergleich

Hinsichtlich der Einschätzung zur aktuellen ambulanten Versorgung von Patienten mit psychischen Störungen setzten die beiden befragten Gruppen ähnliche thematische Schwerpunkte: Neben langen Wartezeiten auf einen Psychotherapieplatz und knappen Kapazitäten, wurden patientenseitige Barrieren eine Therapie aufzunehmen als wesentliche Probleme identifiziert. Die Therapeuten und Hausärzte bemängelten zudem häufig die fehlende Zusammenarbeit. Die Hausärzte nahmen zudem eine schwierige Diagnosestellung von psychischen Störungen als zusätzliche Herausforderung wahr.

4.2.2 Einstellungen zu Videokonsultationen - Auswertung entlang des TICD Frameworks

Beide Befragtengruppen diskutierten Faktoren der Gesundheitsversorger, gefolgt von patientenbezogenen Faktoren und die professionelle Interaktion am häufigsten. Äquivalent dazu waren Anreize und Ressourcen, das Potenzial für Organisationsveränderungen, sowie gesellschaftliche, politische und rechtliche Faktoren weniger im Fokus. Leitlinienfaktoren waren nicht von Bedeutung und werden daher nicht näher beschrieben. Nachfolgend werden die Ergebnisse entlang der sieben TICD-Oberbegriffen, jeweils nach Häufigkeit der codierten Aussagen, und der induktiv aus dem Material gewonnen Unterkategorien vorgestellt.

4.2.2.1 Faktoren der Gesundheitsversorger: Hausärzte

Ein die individuellen Gesundheitsversorger betreffendes und viel diskutiertes Thema, waren Barrieren und Bedenken, eine Videokonsultation selbst anzubieten oder durchzuführen. Neben organisatorischen Hürden wurde auch die Videokonsultation als solche kritisch hinterfragt. Die Hausärzte thematisierten als potenzielle organisatorische Bedenken respektive Anforderungen zum einen den Zeitpunkt und die Dauer der Videokonsultation (12/19), die Bereitstellung eines Raums (10/19) sowie die Anwesenheit des Praxispersonals während der Videokonsultation (6/19).

B4: Also es muss einfach während der Sprechzeit, auch wenn es irgendein technisches Problem gibt, muss ja jemand da sein, der das lösen kann.

B: Da muss jemand da sein, ja.

B4: Da muss jemand geschwind einspringen irgendwie. Also ich glaube, man muss es ja in der Sprechzeit machen, sonst lohnt es sich gar nicht.

(FG1_HÄ: 1778 - 1782)

Technik (3/19) und Datenschutz (4/19) spielten nur eine untergeordnete Rolle im Hinblick auf potenzielle Bedenken. Allerdings betonten die Befragten, dass eine uneingeschränkte Funktionalität der Technik eine essentielle Grundvoraussetzung für die Implementierung und Durchführbarkeit der Intervention sei. Ferner wurde die Angemessenheit der Videokonsultation, besonders im Vergleich zum persönlichen Setting, bei dem auch nonverbale Kommunikation möglich ist, vor allem in Bezug auf mögliche Krisen- bzw. Notfallsituationen diskutiert (13/19). „Weil [über den Bildschirm] so viele Informationen verloren gehen“ (B2_FG2_HÄ: 1100 - 1102), betonten alle Befragten die Relevanz von Körpersprache und nonverbaler Kommunikation (19/19).

Insbesondere bei Notfällen sei die physische Anwesenheit des Hausarztes bzw. des Psychotherapeuten wichtig. Zudem sollte vorher klar definiert sein, an wen sich der Patient wenden kann und wer für ihn zuständig bzw. verantwortlich ist.

B2: Das sind ja so viele Kleinigkeiten, die man auch spürt, die verschwinden natürlich. (...) Oder der [Psychotherapeut] sagt was und der Patient rennt aus dem Zimmer. Wird dann der Hausarzt angerufen und gesagt: „Bitteschön, gucken Sie mal, wo der hin verschwunden ist.

(FG2_HÄ: 954 - 958)

B: (...) Wenn er dann doch Probleme kriegt, der Hausarzt und die Praxis zu, dass er dann halt einen Ansprechpartner hat, an den er sich wenden kann. (FG4_HÄ: 1587 - 1588)

Hinsichtlich der Rollenverteilung sollte der Hausarzt dabei primär die Funktion eines Vermittlers einnehmen, der den Patienten auf die Videokonsultation aufmerksam mache, während der Psychotherapeut der Experte sei, in dessen Verantwortungsbereich der Patient liege. Die Rolle und das Professionsverständnis des Hausarztes im Zusammenhang mit der Videokonsultation (15/19) wurde zum einen in Hinblick auf die spezielle Bindung zwischen Patient und Hausarzt thematisiert. Letzterer könne aufgrund einer oft schon lang bestehenden Beziehung dem Patienten die Videokonsultation vorschlagen und empfehlen.

B3: (...) der Vorteil von dem Hausarzt ist eben die, ich kenne ja meine Patienten. Also das sind ja Jahre lange Bindungen. Also (...) welcher andere Arzt als ich könnte sich das eigentlich trauen jetzt, dann auf diese Ebene jetzt vorzudringen jetzt. Das ist mein Vorteil. (FG1_HÄ: 288 - 292)

Als potenziellen Nutzen diskutierten die Hausärzte zum einen eine Entlastung für die Hausarztpraxis (10/19), bspw. im Rahmen einer zeitnahen Überweisung und diagnostischen

Mitbeurteilung durch den Therapeuten, sowie eine niedrigschwellige und schnelle Hilfe für ihre Patienten (8/19).

4.2.2.2 Faktoren der Gesundheitsversorger: Psychotherapeuten

Als wichtigste Barriere für die Akzeptanz von Videokonsultationen wurde in allen Gesprächen die Angemessenheit der Videokonsultation als webbasierte Behandlungsform diskutiert (12/12). Die Zweifel betrafen zum einen den Aspekt der fehlenden persönlichen Nähe (9/12), was das therapeutische Arbeiten erschwere.

B: Also das wäre zum Beispiel für mich rein subjektiv unbefriedigend, solche eine Arbeit zu machen. (...) Also weil ich Interaktion mit Menschen mag. Und, die ist einfach anders, wenn jemand dasitzt, als wenn er nicht dasitzt. (...) Das wäre der Grund, warum es für mich jetzt sozusagen nicht so attraktiv wäre. (I1_PT: 406 – 412)

Ferner bezweifelten die Befragten, ob eine psychotherapeutische Behandlung im „*eigentlichen Sinne*“ (B2_FG3_PT: 832) über eine Videokonsultation möglich sei.

B2: (...) Eine Behandlung im eigentlichen Sinne, eine psychotherapeutische Behandlung kann ich mir so nicht vorstellen, also ich kann mir die so nicht vorstellen.

B4: Nein, ich kann es mir auch nicht vorstellen.

B2: Da würde ich etwas anderes wollen. (FG3_PT: 832 - 848)

Als Hauptkritikpunkt wurde die fehlende physische Präsenz genannt, was in einer erschwerten interaktionellen Kommunikation resultiere. Dies beeinflusse das therapeutische Arbeiten negativ und beschränke es auf ein Minimum.

B: Also ich glaube, wenn man von der, von der interaktionellen Richtung kommt und tatsächlich Therapie als etwas Interaktives sieht, wo beide ihren Anteil haben und wo sich eine Beziehung gestaltet, die auf ganz vielen Ebenen wirksam ist. Auch jenseits dessen, was verbalisiert wird. Dann ist es schwierig. Wenn man sagt, der Therapeut ist Experte, der weiß was, der Patient ist Empfänger, also so eine Ein-Personen-Psychologie, das kann man prima machen. (FG3_PT: 1128 - 1133)

Ein Grund für die Zurückhaltung hinsichtlich des therapeutischen Arbeitens über Video sei auch die Gewohnheit von persönlichen Psychotherapiesitzungen im therapeutischen Praxisalltag (5/12).

B2: So denke ich, dass da auch, ja, also das ist bei mir ja auch der Fall. Ne, eine gewisse Skepsis ist und, dass man irgendwie meint, aufgrund der eigenen Sozialisation und Gewohnheitsbildung, dass man halt ein persönliches Gegenüber braucht, ja. (FG1_PT: 1085 - 1087)

Ein Ausprobieren der Intervention und entsprechendes Training könnten daher möglicherweise einige Bedenken ausräumen. Vor diesem Hintergrund und da für das therapeutische Arbeiten das Gegenüber eine wichtige Ressource sei, sei es insbesondere wichtig, dass die Intervention technisch einwandfrei funktioniere, was wie bei den Hausärzten als Grundvoraussetzung für das Gelingen von Videokonsultationen untermauert wurde.

Insgesamt identifizierten die Therapeuten den größten Vorteil der Intervention für die Patienten (8/12), vor allem im Hinblick auf einen erleichterten Zugang zu psychotherapeutischer Versorgung. Für sich selbst sahen die Psychotherapeuten, außerhalb von intrinsischen Motiven wie Interesse (3/12) kaum einen Nutzen, da diese ausreichend viele Patienten behandeln und damit ein möglicher Vorteil Patienten zu rekrutieren, weniger wichtig sei.

B: (...) Die Therapeuten sind ja nicht abhängig von so einem Hausarzt. Sondern, wenn sie das nicht machen wollen, dann machen sie es nicht, dann kriegen sie ihre Praxis auch so voll. Also ich finde, es ist ein ganz großer Unterschied. Und da, da muss man schon, da muss einem Hausarzt und dem Therapeuten die gute Versorgung von psychisch kranken Menschen am Herzen liegen, dass man das macht, ne.

(FG1_PT: 1313 - 1323)

B: Also ich würde für mich im Moment keinen Vorteil für mich sehen. Ich würde ihn eigentlich nur beim Patienten sehen, ja. (FG1_PT: 1097 - 1098)

Die Psychotherapeuten diskutierten intensiv Barrieren und Bedenken hinsichtlich des Einsatzes von Videokonsultationen - zum einen in Hinblick auf organisatorische Faktoren. Dabei spielten insbesondere der Zeitpunkt und die Dauer der einzelnen Konsultation eine wesentliche Rolle (9/12). Im Vergleich zum persönlichen Therapiesetting schätzten manche Befragte die Videokonsultation als mühsam ein. Die Befragten, die sich zur Dauer der Videokonsultation äußerten, plädierten für 25 Minuten, in denen zunächst der Beratungsanlass geklärt werden sollte (2/12). Andere waren der Meinung, die Intervention sollte wie im persönlichen Setting 50 Minuten umfassen (3/12), um adäquat arbeiten zu können. Hinsichtlich des Rollenverständnisses wurde der Therapeut als Experte, der im Sinne eines konsiliarischen Modells zur Beratung hinzugezogen werden würde, definiert (4/12).

4.2.2.3 Faktoren der Gesundheitsversorger: Vergleich

Vergleicht man die Aussagen der beiden befragten Gruppen, so fällt auf, dass es sowohl Gemeinsamkeiten als auch Unterschiede der am häufigsten und intensivsten diskutierten Themen gibt. Zum einen zeigt sich, dass beide Gruppen den Vorteil von Videokonsultationen in einer schnellen Hilfe für den Patienten sehen. Während manche Hausärzte auch für sich selbst eine Entlastung erwarten, sehen die Therapeuten überwiegend eher Nachteile –

insbesondere hinsichtlich des therapeutischen Arbeitens und der therapeutischen Beziehung zum Patienten. Zum anderen diskutierten beide Gruppen besonders intensiv den Aspekt der Angemessenheit der Videokonsultation für die Versorgung von Patienten mit psychischen Störungen. Die Therapeuten thematisierten dies vor allem hinsichtlich dessen, inwieweit psychotherapeutisches Arbeiten im herkömmlichen Sinne möglich sei, während die Hausärzte besonders in Krisensituation Zweifel an der Eignung der Intervention äußerten. Daher sahen beide befragte Gruppen die Klärung von Verantwortlichkeiten als wichtige Voraussetzung für Videokonsultationen an. Allerdings spielten Krisensituationen und der Umgang damit für die Therapeuten eine untergeordnete Rolle (2/12), möglicherweise aufgrund ihrer Erfahrung mit Krisensituationen. Des Weiteren zeigen sich Unterschiede bei organisatorischen Aspekten bzw. Voraussetzungen für die Durchführung der Intervention: Während die Therapeuten vor allem Technik und Dauer als wichtige Rahmenbedingungen thematisierten, war für die Hausärzte neben einer einfachen technischen Handhabung vor allem der Zeitpunkt der Videokonsultation in Anbetracht einer einfachen Integration in den Praxisalltag ein wesentlicher Faktor.

4.2.2.4 Patientenbezogene Faktoren: Hausärzte

Angesprochen auf die Einschätzung der Hausärzte auf relevante Faktoren aus Patientensicht, wurden hauptsächlich die Bedürfnisse der Patienten (16/19), die Zielgruppen (12/19) sowie mögliche Barrieren (10/19) antizipiert. Aus Sicht der Hausärzte sei es für die Patienten vor allem wichtig, von ein und demselben Psychotherapeuten behandelt zu werden (6/19). Eine geeignete Zielgruppe seien hauptsächlich immobile Patienten (5/19) und solche mit psychosomatischen Beschwerden (5/19). Die Befragten waren sich uneinig inwiefern Videokonsultationen für ältere Patienten geeignet seien: Ein Teil bemerkte, dass Videokonsultationen dann eher schwierig zu implementieren seien (5/19) – zum einen aufgrund einer grundsätzlich eher skeptischen Haltung einer Psychotherapie gegenüber, zum anderen aufgrund möglicher Vorbehalte bezüglich der Durchführung per Video. Einige Patienten könnten die Videokonsultation als zu unpersönlich beziehungsweise zu technisch ablehnen (5/19). Dahingegen schätzte ein Teil der Hausärzte (6/19) ältere Patienten als offen gegenüber Videokonsultationen ein:

B2: Also ich staune immer wieder, es gibt viele ältere Herrschaften, die alle noch im Internet sind, die alle mit dem Computer aktiv sind. Und bei denen könnte ich mir das schon vorstellen, dass die das auch akzeptieren.

(FG4_HÄ: 840 - 845)

Die Hausärzte thematisierten häufig wovon die Einstellung und Compliance hinsichtlich der Intervention abhängig sein könnte und inwiefern sie positiv beeinflusst werden kann, damit bedürftige Patienten am besten davon profitierten (10/19). Demnach sei die Einstellung der

Patienten maßgeblich davon abhängig, wie offen die Patienten gegenüber der Intervention und der technischen Durchführung seien, was auch durch den Hausarzt beeinflusst werden könne.

4.2.2.5 Patientenbezogene Faktoren: Psychotherapeuten

In den Gesprächen mit den Psychotherapeuten wurden Patientenfaktoren insgesamt am zweithäufigsten diskutiert. Dabei spielten vor allem Überlegungen hinsichtlich der potenziellen Zielgruppe eine Rolle (11/12). Die Videokonsultation eigne sich besonders für immobile Patienten (7/12), die keine persönliche Therapie in Anspruch nehmen könnten und ansonsten unversorgt blieben.

B: Also, wenn ich jetzt jemanden habe, der in einem strukturschwachen Raum lebt, der mit hoher Wahrscheinlichkeit keine Therapie wahrnehmen wird, weil er entweder nicht reisen kann oder, weil seine Störung ihn einschränkt. Dann ist es vielleicht besser, er hat eine psychotherapeutische Versorgung über Video als (...) gar keine. (I1_PT: 70 - 76)

B: wenn jemand einfach nicht kommen kann, ja? Dann würde ich das probieren. Ich fände besser dann so eine Art von Therapie, als gar nichts.

(FG1_PT: 828 - 831)

Auffallend ist, dass die Zielgruppen nur vereinzelt in Bezug auf bestimmte Störungsbilder thematisiert wurden (psychosomatische Beschwerden (1/12), Krisen (1/12) sowie Patienten mit einer Hemmschwelle, eine Psychotherapie aufzunehmen (2/12)). Die Intervention wurde mehrheitlich dann als vorteilhaft und machbar bewertet, wenn dadurch dem Patienten geholfen werde. Dann würden manche Therapeuten auch den Verlust des persönlichen Therapiesettings zugunsten des Patienten in Kauf nehmen (4/12). Potenzielle Barrieren wurden hinsichtlich der technischen Durchführung der Konsultation und möglichen Vorbehalten hinsichtlich eines als unpersönlich erlebten Settings diskutiert (6/12). Dies sei vor allem bei älteren Patienten der Fall.

B: Technikangst. Ganz klar bei älteren Menschen.

B2: Also, ja, gerade auch bei älteren Menschen, nicht nur Technikangst, sondern ich denke, die sind da überhaupt, also so in diese virtuelle Welt gar nicht, sind damit gar nicht groß geworden, ja. (FG1_PT: 1067 - 1071)

4.2.2.6 Patientenbezogene Faktoren: Vergleich

Die Therapeuten und Hausärzte wiesen auf die Technik und das unpersönliche Setting der Videokonsultation als mögliche patientenbezogene Barrieren hin. Aus Sicht der Hausärzte sei ein breiteres Patienten Klientel für die Videokonsultation geeignet, während die Therapeuten

hauptsächlich immobile Patienten oder solche aus ländlichen Gebieten bzw. mit einer weiten Anfahrt zu einem Psychotherapeuten als Zielgruppe identifizierten. Insgesamt gingen die Therapeuten weniger vielschichtig und ausführlich auf die Patientenfaktoren ein.

4.2.2.7 Professionelle Interaktion: Hausärzte

Die Zusammenarbeit mit einem Psychotherapeuten wurde als besonders relevant identifiziert (10/19). Ein fachlicher Austausch bzw. eine diagnostische Mitbeurteilung durch einen Psychotherapeuten könnte die interprofessionelle Zusammenarbeit stärken. Wünschenswert, auch im Sinne eines Nutzens für den Hausarzt, wäre ein *„Feedback, was man in irgendeiner Art und Weise dann anschließend machen muss. Und dann idealerweise, (...) man kommt nicht umhin, auch mal mit den, als Hausarzt dann mit dem Therapeuten kurz zu sprechen“* (B_FG2_HÄ: 1085 - 1087). Die Hausärzte sahen ihre eigene Rolle in der Ansprache des Patienten und der Indikationsstellung für eine Videokonsultation. Verwaltungstechnische Aufgaben, wie bspw. das Terminmanagement, wurden mehrheitlich den Medizinischen Fachangestellten zugewiesen (10/19). Ein persönlicher Kontakt zwischen dem Hausarzt und dem Psychotherapeuten, der die Videokonsultation durchführen würde, wäre für manche wünschenswert (4/19).

4.2.2.8 Professionelle Interaktion: Psychotherapeuten

Die Psychotherapeuten thematisierten Faktoren der professionellen Zusammenarbeit zum einen in Hinblick auf eine entsprechende Rückmeldung an den Hausarzt, damit dieser darüber informiert wäre, wie sein Patient behandelt wird (7/12).

B3: (...) Und man könnte sich natürlich schon vorstellen, (...) dann wäre es sozusagen in beiden Richtungen, es würde sich sozusagen etwas ergeben, wo ein Geben und ein Nehmen stattfinden würde. (...)

B2: Ja, wo man so auch eine Übergabe machen könnte, das wäre schon in Ordnung. (...) Und auch miteinander verabredet, dass der Patient jetzt übergeben wird, dann wäre das auch klar.

B3: Ja.

B: (...) ich finde, der [Hausarzt] sollte auch gut informiert sein und ich hätte den gerne irgendwie einbezogen. (FG3_PT: 1308 - 1317)

Zum anderen erschien einigen Befragten eine Übergabe des Patienten an den Therapeuten durch den Hausarzt als sinnvoll (5/12), um den Kontakt zwischen Patient und Therapeut so einzuleiten.

4.2.2.9 Professionelle Interaktion: Vergleich

Hinsichtlich der professionellen Zusammenarbeit spielte der Aspekt des fachlichen Austauschs und der diagnostischen Mitbegründung bei beiden Gruppen gleichermaßen eine Rolle. Die Therapeuten diskutierten dies auch vor dem Hintergrund ihrer Erfahrung, dass manche Hausärzte oftmals Patienten überweisen, für die eine Indikation zur Psychotherapie aus Sicht der Therapeuten nicht gegeben ist.

4.2.2.10 Anreize und Ressourcen: Hausärzte

Als Hauptpunkt wurden mehrheitlich die durch die Intervention entstehenden bzw. erwarteten Kosten, zum Beispiel für die Bereitstellung eines Raums und die Arbeitszeit des Arztes und/oder der Medizinischen Fachangestellten, genannt. Die meisten Befragten machten deutlich, dass für sie selbst keine Kosten im Rahmen der Videokonsultationen entstehen dürften und diese entsprechend vergütet werden müssten (13/19). Die Videokonsultation müsse sich darüber hinaus gut in den praktischen Versorgungsalltag integrieren lassen. Andere Befragte schätzten den Nutzen durch die Intervention als ausreichenden Vorteil ein, ohne dass sie eine Vergütung erwarteten (4/19).

B1: Es wäre für mich ehrlich gesagt vollkommen nebensächlich. Also das ist jetzt meine/

B2: Es ist nett, wenn man was dazu, dafür bekommt, so würde ich es formulieren. Aber es ist nicht der ausschlaggebende Punkt. Man setzt natürlich einen Anreiz, ne. Der Anreiz ist natürlich netter. Aber würde es/

B1: Aber man muss es ja auch sehen, ich profitiere auch ja auch davon, weil meinen Patienten damit geholfen wäre. (FG4_HÄ: 1271 - 1282)

Ein entsprechender Raum, in dem die Videosprechstunde in einem geschützten, vertraulichen Rahmen stattfinden kann, wurde mehrheitlich als wichtige Ressource genannt (10/19). Ferner sollte technisch alles so implementiert sein, dass der Hausarzt und/oder die Medizinische Fachangestellte nicht mit der Installation der Software oder ähnlichem beschäftigt sein müssten und ein technisch reibungsloser Ablauf gesichert ist (7/19), was bspw. auch durch eine vorherige Schulung zum technischen Umgang erreicht werden könnte.

4.2.2.11 Anreize und Ressourcen: Psychotherapeuten

Als wesentlicher Faktor wurde die Vergütung für die Psychotherapeuten diskutiert (8/12). In Anbetracht dessen, dass für die Psychotherapeuten die Intervention nicht im Sinne der Patientenrekrutierung von Nutzen bzw. profitabel sei, wurde die Vergütung als wichtiger Anreiz identifiziert. Demnach sollte die Videokonsultation wie eine persönliche Therapie vergütet werden.

B2: Ja, genauso. Also, so wie man es / wie anders auch, bezahlt wird. Ich finde, das sollte jetzt nicht irgendwie durch eine höhere Vergütung da so ein besonderer Anreiz geschaffen werden, für so was, weil ich finde eigentlich auch, dass der persönliche Kontakt in jedem Fall jetzt, wenn möglich, vorzuziehen ist. Aber wenn es eben drunter bleibt, dann macht es ja keiner. (FG1_PT: 938 - 945)

Ein technisch reibungsloser Ablauf wurde zudem als eine Grundvoraussetzung gesehen (6/12).

4.2.2.12 Anreize und Ressourcen: Vergleich

Beide Gruppen sehen einen technisch problemlosen Ablauf von Videokonsultationen als wichtig an. Auch die finanzielle Vergütung im Rahmen der Intervention wurde von beiden Gruppen vergleichbar häufig und intensiv diskutiert. Allerdings argumentierten einige wenige Hausärzte, dass sie die Videokonsultation auch ohne Entlohnung anbieten würden und die Hilfe für ihre Patienten als alleiniger Anreiz diene. Hierbei kann darauf verwiesen werden, dass die Durchführung der Intervention den Therapeuten obläge, die zum einen vermutlich daher eine finanzielle Vergütung als notwendig erachteten. Zum anderen beinhaltet die Behandlung über Video für die Psychotherapeuten besonders im Vergleich zum persönlichen Setting überwiegend Nachteile, was eine adäquate finanzielle Vergütung möglicherweise relevanter erscheinen lässt.

4.2.2.13 Potenzial für Organisationsveränderungen

Die generelle Veränderungsbereitschaft von Hausärzten und Psychotherapeuten insgesamt wurde, besonders im Vergleich zu den vorher dargestellten Kategorien, wenig und hauptsächlich auf Nachfrage thematisiert. Manche Hausärzte bewerteten eine intrinsische Motivation als ausreichend für die Veränderungsbereitschaft und Offenheit gegenüber der Intervention (2/19). Zudem seien jüngere Kollegen möglicherweise aufgeschlossener, als ältere (1/19). Auch die Psychotherapeuten schätzten jüngere Therapeuten als aufgeschlossener ein, da diese mit verschiedenen Kommunikationswegen, unter anderem über Video und ohne physische Präsenz, vertrauter seien, als ältere Therapeuten (3/12). Vor diesem Hintergrund kann auf Grundlage der Äußerungen der Befragten keine generelle Ablehnung oder Akzeptanz aller Hausärzte oder Psychotherapeuten abgeleitet werden.

4.2.2.14 Gesellschaftliche, politische und rechtliche Faktoren

Diese Faktoren waren kaum Gegenstand der Diskussionen. Die Befragten thematisierten diese nicht im Laufe der Gespräche, sondern nur auf Nachfrage durch die Moderatoren und gingen nur in Einzelfällen darauf ein. Zwei Psychotherapeuten äußerten Bedenken, inwieweit

das Interventionsmodell an Stelle einer persönlichen Therapie rücken könnte, wodurch bspw. politischer Druck in Hinblick auf die Erhöhung psychotherapeutischer Kapazitäten, zum Beispiel im Rahmen der Bedarfsplanung, genommen werden würde:

B4: Und irgendwie einerseits finde ich die Möglichkeit gut, dass das beforscht wird, dass daran gearbeitet wird, um mehr Möglichkeiten zu, zu bekommen. Und andererseits macht es mir aber auch ein bisschen Angst, weil ich irgendwie denke, (...) also ich sehe schon die Gefahr, dass es leicht kippen könnte, das als Ersatz zu nehmen, wirklich als Ersatz.

(FG3_PT: 997 - 1001)

Ein weiterer Psychotherapeut merkte an:

B: Berufspolitisch und auch versorgungspolitisch bin ich nicht sicher, ob es überhaupt eine gute Entscheidung ist, dieses Modell zu fahren. (...) Und, wenn ich aber erst mal eine Videobehandlung breitflächig oder akzeptiert ins System halt eingeführt habe, dann wird es keine Anreize mehr geben. Also für mich ist das noch nicht klar, ob das an sich eine gute Sache ist.

(I1_PT: 622 - 633)

Hier zeigt sich, dass, wie schon bei den Faktoren der Gesundheitsversorger benannt wurde, insbesondere die Psychotherapeuten Videokonsultationen nicht als Ersatz zur persönlichen Therapie sehen und dies einer der wesentlichen Faktoren für stärkere Bedenken ist, als bei den Hausärzten.

4.2.3 Übersicht der Gemeinsamkeiten und Unterschiede

Vergleicht man die Aussagen der beiden befragten Gruppen, so fallen sowohl Gemeinsamkeiten als auch Unterschiede bei den an den häufigsten diskutierten Themen auf. Zum einen zeigt sich in Hinblick auf die Vorteile der Videokonsultation, dass beide Gruppen eine schnelle Hilfe für den Patienten als einen wesentlichen Faktor bewerten. Während manche Hausärzte darüber hinaus auch für sich selbst eine Entlastung erwarten, sehen die meisten Therapeuten überwiegend eher Nachteile – bis auf den Aspekt der Interaktion bzw. Kollaboration mit dem Hausarzt. Zum anderen diskutierten beide Gruppen besonders intensiv den Aspekt der Angemessenheit der Videokonsultation für die Versorgung von Patienten mit psychischen Störungen. Die Therapeuten thematisierten dies vor allem hinsichtlich der Frage, inwieweit psychotherapeutisches Arbeiten im herkömmlichen Sinne möglich sei, während manche Hausärzte besonders in Krisensituation Zweifel an der Eignung der Intervention äußerten. Daher müsste die Verantwortlichkeit für den Patienten geklärt sein, was auch die Therapeuten als Voraussetzung ansahen. Allerdings spielten Krisensituationen und der Umgang damit für die Therapeuten eine untergeordnete Rolle, möglicherweise aufgrund ihrer Erfahrung mit solchen Situationen. Des Weiteren zeigen sich Unterschiede bei

organisatorischen Aspekten und Voraussetzungen für die Durchführung der Intervention: Während die Therapeuten vor allem die technische Umsetzung und die Dauer der Videokonsultationen thematisierten, war für die Hausärzte vor allem der Zeitpunkt ein wesentlicher Faktor.

Tabelle 4 stellt die Ergebnisse der qualitativen Inhaltsanalyse in komprimierter Form, bezogen auf Barrieren, Chancen und Anforderungen, jeweils nach absteigender Relevanz dar:

Tabelle 4: Unterschiede und Gemeinsamkeiten der Einstellung der Hausärzte und Psychotherapeuten gegenüber Videokonsultationen

	Hausärzte	Psychotherapeuten
Barrieren	Organisatorisch - Raum, personelle Ressourcen - Finanzierung	Angemessenheit der Videokonsultation - zu unpersönlichen, keine Therapie im herkömmlichen Sinne - Nachteile überwiegen, v.a. im Vergleich zum face-to-face Setting
	Angemessenheit der Videokonsultation - zu unpersönlich, keine Therapie im herkömmlichen Sinne - Krisensituation	Organisatorisch: - Dauer der Videokonsultation Zeitliche Abstimmung mit der Hausarztpraxis
Chancen	Entlastung des Hausarztes (zeitlich und emotional) - Wichtig sei zeitnahe Überweisung	
	Hilfe für Patienten - niedrigschwellige und schnelle Hilfe	Hilfe für Patienten - Erleichterter Zugang, insb. für Patienten aus ländlichen Gegenden - Insb. für Erstdiagnostik/Anbahnung
	Kollaboration (fachlicher Austausch und diagnostische Mitbeurteilung)	Fachlicher Austausch mit dem Hausarzt
	Zielgruppe: Immobiler Patienten, somatische Beschwerden	Zielgruppe: v.a. immobiler Patienten, bspw. aus ländlichen Gebieten
	Jüngere, technikaffine Patienten	Patienten mit Hemmschwelle, Ältere
Anforderungen	Technisch reibungsloser Ablauf (v.a. aus organisatorischer Perspektive)	Technisch reibungsloser Ablauf (v.a. im Hinblick auf das therapeutische Arbeiten)
	Raum und Zeitpunkt wichtig	Dauer (25-50 Min.) wichtig
	Klar definiertes Zeitfenster, schnelle Terminvergabe	
	Klärung der Verantwortlichkeiten	
	Notfallplan	
	Vergütung: Raum, ggf. MFA, Technik	Vergütung: Technik, Videokonsultationen
	Kontinuierliche Behandlung eines Patienten durch denselben Therapeuten	
	Rückmeldung des Therapeuten	
	Training	
	Vorheriger persönlicher Kontakt zum Psychotherapeuten	

4.2.4 Demographische Unterschiede

Die Daten der befragten Hausärzte und Psychotherapeuten wurden auch auf mögliche Unterschiede hinsichtlich des Urbanisierungsgrades, bei den Hausärzten hinsichtlich der Praxisform und bei den Therapeuten im Hinblick auf die therapeutische Ausrichtung untersucht.

Der Grad der Urbanisierung zeigte bei den Hausärzten keine wesentlichen Unterschiede hinsichtlich der erwarteten Barrieren, Chancen und Anforderungen. Alle Hausärzte einer Einzelpraxis antizipieren mindestens eine *Chance* durch die Intervention: entweder eine Entlastung für den Hausarzt oder Hilfe für den Patienten. Dahingegen nannten sechs Hausärzte aus Gemeinschaftspraxen (5/19) bzw. Praxisgemeinschaften (1/19) nur einen der beiden Vorteile oder thematisierten kein mögliches positives Outcome in den Fokusgruppen bzw. Interviews.

Die Psychotherapeuten unterschieden sich hinsichtlich des Urbanisierungsgrades insofern, als dass diejenigen Therapeuten aus städtischen Gebieten (4/5) häufiger organisatorische Aspekte wie die Technik (bspw. eine stabile Internetverbindung) und den Zeitpunkt der Intervention als wichtige *Anforderung* diskutierten. Therapeuten aus Gebieten mit einer mittleren Bevölkerungsdichte oder ländlichen Gebieten (2/6) nannten diesen Aspekt seltener. Therapeuten aus städtischen Gebieten (4/5) nannten zudem häufiger eine mögliche fachliche Zusammenarbeit mit dem Hausarzt als potenziellen Vorteil der Videokonsultation als diejenigen aus Vororten oder ländlichen Gebieten (1/6).

Hinsichtlich der therapeutischen Ausrichtung wurden folgende Unterschiede deutlich: Alle Befragten mit verhaltenstherapeutischem Hintergrund hielten vor allem organisatorische Faktoren und patientenseitige Vorbehalte hinsichtlich der Technik für mögliche *Barrieren* (4/4), wohingegen Therapeuten mit anderer Grundorientierung diese als weniger relevant einstufen (Tiefenpsychologisch fundiert 2/5 und Psychoanalyse 1/2). Ferner erachteten alle befragten Verhaltenstherapeuten die Klärung der Verantwortlichkeiten in einer Krisensituation des Patienten als essentiell (4/4), während dieser Aspekt bei den anderen Befragten kaum bzw. nicht thematisiert wurde (Tiefenpsychologisch fundiert 1/5 und Psychoanalyse 0/2).

Bezüglich der erwarteten *Chance* der Intervention, sahen alle Verhaltenstherapeuten (4/4) und einige tiefenpsychologisch orientierte Therapeuten (3/5) den Mehrwert neben der Hilfe für den Patienten auch in der Interaktion und Zusammenarbeit mit dem Hausarzt, während die befragten Psychoanalytiker ausschließlich die Hilfe für den Patienten als Vorteil erachteten.

4.3 Ergebnisse der Dokumentarischen Methode

Die im vorangegangenen Kapitel dargestellten Ergebnisse der qualitativen Inhaltsanalyse lieferten bereits einen anschaulichen Einblick in die Perspektive der Psychotherapeuten und

Hausärzte hinsichtlich Videokonsultationen durch Psychotherapeuten in der Hausarztpraxis. Zentrale Barrieren, Chancen und Anforderungen konnten durch die qualitative Inhaltsanalyse exploriert werden. Für ein tiefenanalytisches Verständnis der hausärztlichen und psychotherapeutischen Perspektiven auf das vorgeschlagene Behandlungsmodell bedarf es einer weiteren Methode, genauer der dokumentarischen Methode. Dadurch sollen das handlungsleitende Wissen und die habitualisierten Handlungsorientierungen der Befragten als das den zuvor beschriebenen Ergebnissen zugrundeliegende Muster rekonstruiert werden. Zentrale Themen für den Vergleich der beiden Gruppen und einzelnen Akteure waren neben der generellen Einstellung und Meinung zu Videokonsultationen, Anforderungen an diese sowie Barrieren und auch das erwartete Entlastungspotenzial sowie Krisensituationen. Diese Themen wurden in allen Gruppen am häufigsten und/oder kontroversesten diskutiert. Da bei der dokumentarischen Methode die kollektiv geteilten Orientierungsrahmen im Fokus stehen, konzentrieren sich die nachfolgenden Ergebnisse auf die Teilnehmer der Fokusgruppen.

Im weiteren Verlauf werden die explorierten Typen dargestellt (*Kapitel 4.3.1*). Anschließend erfolgt ein Vergleich hinsichtlich konvergenter und divergenter Faktoren der Hausärzte und Psychotherapeuten (*Kapitel 4.3.2*), da diese jeweils als „typologisch situierte Fallgruppen zu verstehen“ (Nohl 2013, S. 125) sind. Das Kapitel endet mit einer Darstellung der aus den Ergebnissen abgeleiteten Hypothesen (*Kapitel 4.3.3*).

4.3.1 Darstellung der explorierten Typen

Für die Ergebnisdarstellung werden zunächst die Befürworter und Skeptiker von Videokonsultationen jeweils nach Gruppe der Psychotherapeuten und Hausärzte sowie Gemeinsamkeiten und Unterschiede der beiden Akteursgruppen beschrieben (vgl. Matrix 1). Die Befürworter werden im Folgenden auch als *Pragmatiker* und die Skeptiker als *Konservative* bezeichnet, worauf am Ende des Ergebnisteils (*Kapitel 4.3.2.5*) nochmal Bezug genommen wird.

Matrix 1: Unterschiede und Gemeinsamkeiten der hausärztlichen und psychotherapeutischen Pragmatiker und Konservativen sowie Soziodemographie

	Motivation	Kompetenz- erleben bei Unsicherheit	Streben nach Erhalt von Sicherheit bei VK	Rollen- erfüllung bei VK in Gefahr	Haupt- orientierungs- rahmen	Männlich #, (n/N)	Grad d. Verstädterung, n	Jahre d. Nieder- lassung, mean / median (range)	Praxis- form, n	PT-Aus- richtung, n
HÄ+ (n=9)	Intrinsisch, z.T. extrinsisch	ausgeprägt	gering-mittel	(eher) nein	Versorgungs- angebot für Patient	eher männlich (6/9)	eher vorstädtisch (7/9)	22 / 24 (1-33) *	eher EP (7/9)	-----
HÄ- (n=7)	keine	weniger ausgeprägt	hoch	ja	Professions- prinzipien und - praxis	ausge- glichen (3/9)	eher: vorstädtisch (5/7)	11,5 / 12 (2-24)	eher GM (5/7)	-----
PT+ (n=4)	Intrinsisch	ausgeprägt	mittel	nein	Versorgungs- angebot für Patient	ausge- glichen (1/2)	ausgeglichen (3/4)	13 / 7 (2-30) *	-----	Eher VT (3/4)
PT- (n=7)	keine	weniger ausgeprägt	hoch	ja	Professions- prinzipien und - praxis	ausge- glichen (1/2)	ausgeglichen (4/7)	14 / 18 (1-25) **	-----	TP (6/7)

Anmerkungen: EP = Einzelpraxis; GM = Gemeinschaftspraxis; HÄ = Hausärzte; PT = Psychotherapeuten; + = Pragmatiker; - = Konservative; VT = verhaltenstherapeutische Ausrichtung; TP = tiefenpsychologische Ausrichtung; VK = Videokonsultation; # relativiert an der Basiswahrscheinlichkeit; * fehlende Werte: 1; ** fehlende Werte: 2

4.3.1.1 Pragmatiker: Hausärzte

Alle als Pragmatiker identifizierten Hausärzte zeichnet eine prospektive Denkweise aus, da sie das vorgeschlagene Behandlungsmodell praktisch und organisatorisch durchdenken und proaktiv konkrete Vorschläge für eine Implementierung in ihrer Praxis machen. Sie sind in hohem Maße daran interessiert, ihren Patienten ein adäquates Versorgungsangebot machen zu können. Ferner sind sie hinsichtlich der Versorgung ihrer Patienten intrinsisch motiviert und zeigen ein hohes Verantwortungsgefühl im Sinne der sozialen Zuschreibung ihrer ärztlichen Rolle und der ärztlichen Selbstverpflichtung, dem Wohle des Patienten zu dienen. Dem Patienten zu helfen, als Teil der hausärztlichen Identität rekonstruiert sich hier im Aktionismus, mittels der Videokonsultationen etwas für den Patienten tun zu können und sein Leiden zu verringern.

Ein wesentlicher, die Argumentation aller befürwortenden Hausärzte betreffender Faktor ist die Aufrechterhaltung des ärztlichen Kompetenzimages gegenüber dem Patienten. Dies erleben einige aufgrund der beschriebenen Versorgungslücken der aktuellen Versorgung (vgl. *Kapitel 4.2.1.1*) als gefährdet: Zum einen kann der Hausarzt aufgrund von Zeitmangel und Kompetenzgrenzen den Patienten oftmals nicht selbst vollumfänglich behandeln: *„ich muss für mich sagen, dass ich die Leute auch nicht komplett, also das, was ich mache, ist Grundversorgung. Aber die psychotherapeutische Behandlung (...) das können wir nicht anbieten und der Bedarf ist da und wir kriegen die nicht sonst wie versorgt“* (B4_FG2_HÄ: 1534-1549). Hier verdeutlicht sich, dass die tatsächliche Praxisrealität bzw. Handlungspraxis mit dem Berufsethos und den Ansprüchen der Hausärzte auseinanderzuklaffen scheint. Kommt der Hausarzt an die Grenzen seiner Kompetenz, greift die in der Medizin übliche Spezialisierung und Arbeitsteilung¹⁴, d.h. eine Überweisung zu einem entsprechenden Experten, wie bspw. einem Psychotherapeuten. Aufgrund langer Wartezeiten und knapper Therapieplätze offenbart sich jedoch das Problem: der Hausarzt kann den Patienten dann häufig nicht zeitnah an einen Psychotherapeuten überweisen bzw. delegieren. Die Hausärzte erleben sich aufgrund dieser Versorgungslücken als teilweise handlungsunfähig, da sie den Patienten mit einer psychischen Störung nicht wie gewohnt versorgen oder weiterverweisen können. Die Prozess- und Ablauflogik der Hausärzte bei Patienten mit psychischen Störungen funktioniert dann nicht und die Hausärzte müssen im Rahmen ihres Möglichen handeln und bieten teilweise selbst Gespräche für die Patienten an. Damit offenbart sich ein Zielkonflikt, indem der Hausarzt seine ärztliche Tätigkeit, nämlich den Patienten zu versorgen, nicht ausfüllen kann. In der Folge sieht der Hausarzt die Aufrechterhaltung seines Kompetenzimages gefährdet bzw. kann dies nicht vollständig sicherstellen. Er ist zur Erfüllung

¹⁴ “In many cases, a diagnosis involves obtaining and evaluating the opinions of a number of individuals who may differ in their areas and levels of expertise.” (Cicourel 1990, S. 222)

seiner Expertenrolle auf den Psychotherapeuten angewiesen: „Es wäre natürlich schon toll, wenn einfach so eine kurze Rückmeldung bekäme. (...) Und, halt die Fallstricke. Ich meine, ich weiß ja nicht, was für eine Dynamik dann dieses Gespräch [innerhalb der Videokonsultation] entwickelt. (...) dass ich zumindest eine Grundinformation bekomme“ (B1_FG4_HÄ: 789-800). Der Therapeut wird als kompetenter Experte wahrgenommen, der dem Hausarzt eine Handlungsorientierung geben soll, wie der Patient weiter behandelt werden kann. Dabei geht es als Hintergrundkonstruktion auch um den Erhalt bzw. die Herstellung von handlungspraktischer Sicherheit. Dies kann als Ausdruck der ärztlichen Profession verstanden werden, da der Arzt qua Profession den Anspruch hat, als Experte gegenüber dem ‚handlungsunfähigen‘ Patienten mit seinem Behandlungsgesuch handlungsfähig zu sein und sein Kompetenzimage zu wahren.

Der o.g. Zielkonflikt stellt einen wichtigen Teil der Motivation für den Einsatz von Videokonsultationen dar: Alle hausärztlichen Pragmatiker sehen in dem Modell die Möglichkeit ihren Patienten eine kompetente fachspezifische Versorgung zu empfehlen und damit die eigene Handlungsfähigkeit aufrechtzuerhalten: „ich könnte [mithilfe der Videokonsultation] meinem Patienten ein Angebot machen, dass es ihm besser geht. Und dafür behandle ich doch eigentlich den Patienten“ (B1_FG4_HÄ: 1313-1314). Ferner antizipieren sie ihr Kompetenzimage und ihre Expertenrolle gegenüber ihren Patienten durch die Videokonsultationen aufrechterhalten zu können. Damit zeigt sich bei allen die ärztliche Kompetenzwahrung als zentraler Orientierungsrahmen.

Die hausärztlichen Pragmatiker unterscheiden sich hinsichtlich ihrer Argumentationsstruktur. Zwar haben alle die Hauptmotivation ihren Patienten ein gutes Versorgungsangebot, insbesondere vor dem Hintergrund bestehender Versorgungslücken, zu machen und sie schnell(er) als in der Regelversorgung häufig möglich, zu versorgen. Dennoch lassen sich zwei Gruppen unterscheiden hinsichtlich differierender argumentativer Logik: Die Gruppe der Rationalisten argumentiert fast ausschließlich aus der Hausarztperspektive und bewertet das vorgeschlagene Versorgungsmodell vor allem kritisch aus Sicht der praktischen Umsetzbarkeit und hinsichtlich arbeitsökonomischer und betriebswirtschaftlicher Faktoren. Zudem sollen auch die Ressourcen, die das Versorgungsmodell erfordert, nicht zusätzlich belastet werden – sie wünschen sich noch stärker eine Entlastung ihrer Ressourcen. Diese Gruppe verspricht sich zusätzlich zum Nutzen für die Patienten einen unmittelbaren Nutzen für sich und ihre Praxis: „weil es was ist, wo ich mir einen unmittelbaren Nutzen vorstellen kann“ (B_FG2_HÄ: 1471). Sie argumentieren dabei auch aus einer betriebswirtschaftlichen Perspektive, die bei den Altruisten keine oder nur eine untergeordnete Rolle spielt.

Die Gruppe der Altruisten hingegen koppelt die Hausarztperspektive noch enger an die patientenseitigen Ansprüche, wodurch noch stärker eine Orientierung an ihrer Helferidentität zum Ausdruck kommt. Ein ökonomischer oder rationaler Nutzen für den Hausarzt selbst, etwa

das Einsparen von Ressourcen, scheint hier weniger zentral zu sein. Es wird vielmehr die Möglichkeit als für den Hausarzt ausreichend dargestellt, im Sinne der ärztlichen Profession dem Patienten ein kompetentes Versorgungsangebot machen zu können und dem Patienten damit zu helfen. Die vornehmliche Motivation des Hausarztes, so die offensichtliche Inszenierung, scheint dabei das Wohl des Patienten zu sein: *„Aber man muss es ja auch sehen, dass ... ich profitiere auch ja auch davon, weil meinen Patienten damit geholfen wäre.“* (B1_FG4_HÄ: 1281-1282). Hier soll eine hohe Identifikation des Hausarztes mit seinen Patienten ausgedrückt werden, wodurch fast ausschließlich die ärztliche Helferidentität, anders als bei den Rationalisten, zum Ausdruck kommt.

Zentrale Unterschiede der hausärztlichen Pragmatiker zeigen sich auch beim Thema Krise als tertium comparationis im Hinblick auf eine zu erwartende handlungspraktische Unsicherheit. Als Krise oder Notfallsituation wird eine Situation verstanden, in der der Patient während einer Videokonsultation dekompenziert. Da der Patient sich in den Räumlichkeiten des Hausarztes befindet, nimmt sich dieser wahr als zuständige Person für den Patienten, was allgemeiner Konsens zu sein scheint. Für den Hausarzt geht damit ein hoher Entscheidungs- und Handlungsdruck einher. Dabei spielt vor allem der Umstand eine Rolle, dass der Hausarzt zu wenige Informationen darüber hat, wie es zu der möglichen Dekompensation gekommen sein könnte, da er bei der Videokonsultation nicht anwesend war. Es stellt sich dabei die Frage *„was ist, wenn jetzt, ja, wie gehen wir mit dem Fall um, wenn jemand... da was losgetreten wird. Und der dann einfach jetzt eine Unterstützung noch braucht?“* (B2_FG3_HÄ: 1009-1010). Die Rationalisten antizipieren für eine solche Situation eine Verminderung von Sicherheit aufgrund fehlender Handlungspraktiken.

Es offenbart sich hier das Hauptproblem: Der Hausarzt hat keine Informationen, was die Krise ausgelöst haben könnte und kann auf keine Handlungspraktiken zur Bewältigung des an ihn gestellten Versorgungsanspruchs (d.h. dekompenzierter Patient in seiner Praxis) zurückgreifen, was die Unsicherheit erhöht. *„Aber wenn ich jetzt aus meiner anderen Therapie rausgerufen werde, kommen Sie mal ganz schnell, da ist einer am Durchdrehen. Äh, ich weiß ja gar nicht, was da unmittelbar dazu geführt hat, ne“* (B1_FG3_HÄ: 1044-1046). Dies führt zu einer Bewertung einer Krise im Rahmen von Videokonsultationen als Situation mit hoher Unsicherheit und geringer handlungspraktischer Orientierungshilfe, bei gleichzeitiger juristischer Verantwortlichkeit für den Patienten. Hieraus ergibt sich die Forderung: *„Also zumindest, dass wir nicht verantwortlich sind für das unmittelbare Geschehen während dieser Videokonsultation.“* (B2_FG3_HÄ: 1074-1075). Hier zeigt sich vor allem auch die Orientierung an juristischen Regularien. Verantwortung kann nur übernommen werden für das, was der Hausarzt selbst verantworten und kontrollieren kann und was durch ihn persönlich beeinflussbar ist. Eine Notfallsituation im Rahmen einer Videokonsultationen empfindet diese Untergruppe daher als diametral zur ärztlichen Professionsethik, dem ärztlichen

Versorgungsanspruch und dem Rollenverständnis als Experte gegenüber dem Patienten als Laien. Wichtig scheint dabei erneut die Aufrechterhaltung der ärztlichen Kompetenz, d.h. eine kompetente Person und als kompetent in der wahrgenommenen Rollenausübung zu sein. Ferner wird dieser Aspekt auch durch die Befürchtung unterstrichen, dass potenziell negative Erfahrungen des Patienten (mit der Videokonsultation) auch negativ auf den Hausarzt zurückfallen könnten. In der Folge gilt es für diese Hausärzte einen Modus operandi zu finden, um die neu entstehende Unsicherheit aufzulösen und handlungspraktische Sicherheit wiederherzustellen. Dieser Modus operandi muss unterschiedlichen Ansprüchen, nämlich medizinischer, juristischer und patientenseitiger Natur gerecht werden. Dies wird gelöst, indem auf die dem Gesundheitssystem etablierte Arbeitsteilung der unterschiedlichen Fachrichtungen verwiesen wird. Handlungspraktische Sicherheit kann hergestellt werden, indem vorher klar definiert wird, in welchem Ausmaß der Psychotherapeut und der Hausarzt jeweils verantwortlich sind für die Versorgung im Zusammenhang mit der Videokonsultation. Konkret könnte dies mittels einer kooperativen Nachbesprechung zwischen Psychotherapeut und Hausarzt gelöst werden. Daraus ergibt sich ein Wunsch nach Teilung der Verantwortlichkeit, insbesondere mit Bezug auf eine juristische Absicherung. Auch hier wird erneut der Faktor der Aufrechterhaltung der ärztlichen Handlungsfähigkeit und des Kompetenzimages deutlich.

Insgesamt ist die Argumentation bezogen auf das Thema Krise bei dieser Gruppe problemfokussierter als bei den Altruisten. Die *Altruisten* nehmen eine mögliche Krisensituation weniger als Problem wahr und schätzen sie entweder als unrealistisch oder unproblematisch ein: „Ja, dann darf ich aber nie jemand überhaupt zum Psychotherapeut schicken. Der könnte ja auch was lostreten“ (B1_FG4_HÄ: 1541). Das Thema Unsicherheit spielt hier somit eine weniger vorherrschende Rolle. Die Altruisten orientieren sich wie die Rationalisten auch, aber weniger stark am juristischen Handlungsrahmen. Sie zeigen insgesamt Vertrauen in ihre hausärztlichen Fertigkeiten und ein hohes Kompetenzerleben. Auch hier wird die Forderung nach einem persönlichen Ansprechpartner vor Ort deutlich und damit der - wenn auch weniger vehement geforderte - Wunsch nach Teilung der Verantwortlichkeiten. Allerdings sehen sich diese Hausärzte selbst als persönlichen Ansprechpartner und damit selbst als Teil der Lösung in einer Krisensituation, der neben dem Psychotherapeuten Verantwortung für den Patienten übernehmen kann. Sie heben die Stellung des Hausarztes für den Patienten hervor und unterstreichen den Wunsch, für diesen im Falle einer Krise zu sorgen.

4.3.1.2 Pragmatiker: Psychotherapeuten

Hinsichtlich der Argumentationsperspektive der Psychotherapeuten fällt auf, dass der Fokus bei allen Befragten dieser Gruppe auf der Psychotherapeutenperspektive liegt und kaum aus

der Patientenperspektive argumentiert wird. Insgesamt ist die Argumentation lösungsorientiert. Die Gruppe zeigt eine hohe interne Homogenität ohne wesentliche Abweichungen oder Strömungen. Charakteristisch für die psychotherapeutischen Pragmatiker ist, dass diese Gruppe keine prinzipielle Ablehnung gegenüber Videokonsultationen zeigt, sondern zunächst Offenheit gegenüber dem vorgeschlagenen Behandlungsmodell signalisiert. Dieses könne eine schnelle Hilfe für Patienten leisten, mit der Einschränkung *„das sollte jetzt auch nicht eine normale Psychotherapie ersetzen (...) Ich fände das auch immer nur zweite Wahl“* (B_FG1_PT: 786-791).

Die Hauptmotivation ist intrinsischer Natur, d.h. den andernfalls unversorgten Patienten ein Versorgungsangebot machen zu können. Dies wird als selbstloses Helfen, bei dem der Patient im Mittelpunkt steht, konstruiert, um das *„sozusagen vom Mehrwert für den Patienten wirklich als Versorgungsanspruch [zu] machen“* (B5_FG2_PT: 969-970). Das Interesse bzw. der Anspruch an eine gute Patientenversorgung ist das Hauptargument für Videokonsultationen. Zusätzlich oder alternativ dazu könnte man Psychotherapeuten einer von manchen beschriebenen betriebswirtschaftlichen Logik zufolge auch extrinsisch, d.h. durch monetäre Anreize für Videokonsultationen motivieren, *„oder man müsste das so gut vergüten, dass man sagt, das lohnt sich finanziell“* (B5_FG2_PT: 970-971). Dies wird jedoch weniger stark thematisiert und scheint der intrinsischen Motivation unterlegen zu sein. Die Finanzierung bietet damit keinen alleinigen Anreiz. Es sei zwar ein wichtiges Thema, das es vorab zu klären gilt, aber man müsse an einer Verbesserung der Versorgung interessiert sein, um sich auf das Modell einzulassen. Dahinter verbirgt sich eine Orientierung an einer psychotherapeutischen Professionslogik, nämlich zum Wohle des Patienten und nicht zum eigenen bzw. betriebswirtschaftlichen Vorteil zu handeln.

Alle befürwortenden Psychotherapeuten zeigen eine Ambivalenz zwischen intrinsischer Motivation die Patientenversorgung zu verbessern und gleichzeitig den professionellen Ansprüchen an das therapeutische Arbeiten gerecht zu werden. Dieser Konflikt ergibt sich daraus, dass Videokonsultationen als konträr zu der von Leiblichkeit und persönlicher Interaktion geprägten Profession wahrgenommen werden. Daher empfinden die therapeutischen Pragmatiker einen Legitimationsdruck für ihre Offenheit gegenüber dem Modus Video. Trotz oder gerade als Folge der Offenheit gegenüber Videokonsultationen als unpersönlicher Modus im Vergleich zur herkömmlichen Therapie vollziehen die Pragmatiker immer wieder eine Abgrenzung zwischen Videokonsultationen und einem persönlichen Therapiesetting. Hierdurch soll der ‚Konflikt‘ zwischen der Offenheit gegenüber der Intervention und den Prinzipien der Profession gelöst werden: Eine Hilfe für den Patienten mittels Videokonsultationen sei denkbar, jedoch nicht als ‚richtige‘ Psychotherapie, deren Handlungspraktiken sich die Therapeuten durch ihre professionelle Sozialisation angeeignet haben. Sie betonen, dass ‚richtige‘ Psychotherapie nur im persönlichen Setting möglich sei.

Videokonsultationen eigneten sich hingegen für andernfalls unterversorgte Patienten und zur Kriseninterventionen, als Erstkontakt oder zur Diagnostik. Denkbar wäre das vorgeschlagene Behandlungsmodell auch bei bereits bekannten Patienten, bei denen auf eine bereits bestehende therapeutische Beziehung zurückgegriffen und bei denen an bisherige Handlungspraktiken und bekannte Ressourcen als Modus operandi angeknüpft werden kann.

Sie zeigen damit wie weiter oben beschrieben eine Orientierung an den Prinzipien ihrer Profession: Vor allem das therapeutische Arbeiten am und mit dem Patienten sei über Video nicht gleichwertig wie im persönlichen Setting. Zentrales Thema ist hierbei, dass die Therapeuten den Patienten nicht nach der gewohnten Handlungspraxis behandeln können. Dies verändere die Rahmenbedingungen des professionellen Handelns und hat einen Informationsverlust und dadurch möglicherweise eine Verminderung der handlungspraktischen Sicherheit und der Behandlungsqualität zur Folge. In diesem Sinne verteidigt diese Gruppe ihre Profession und die erlernten Handlungspraktiken mit der Begründung: *„Ich vermute verschiedene Einschränkungen in der Qualität meiner Arbeit, weil irgendwie doch allein dadurch, dass man den ganzen Patienten vor sich sieht, viel mehr Informationen da sind. Weil das Ritual anders ist, wenn man sich gemeinsam in einen Raum setzt. Weil es eine andere Nähe schafft“* (B_FG2_PT: 1420-1423). Durch die fehlende Leiblichkeit und persönliche Interaktion wird die Unsicherheit und Komplexität, die ohnehin dem therapeutischen Arbeiten immanent ist, erhöht. Der Therapeut kann nur eingeschränkt arbeiten, da ihm nicht alle Sinneserfahrungen zur Verfügung stehen, was die Etablierung einer tragfähigen therapeutischen Beziehung und damit das therapeutische Arbeiten erschwert.

Ferner spielt auch eine Rolle *„das daran Gewöhnen, ja. Das ist ja ein Unterschied jetzt mit dem Bildschirm und der darüber mit dem Patienten redet. Der Gewöhnungsfaktor.“* (B_FG1_PT: 957-959). Dies verweist erneut auf die mit Videokonsultationen einhergehende mangelnde Erfahrung und auf die Notwendigkeit des Umgewöhnens der routinierten Handlungspraxis. Ein Arbeiten über Video erfordert demnach zunächst eine Anpassungsleistung. Daher sei eine vorherige probeweise Durchführung einer Videokonsultation wichtig, um am konkreten Beispiel Erfahrung mit diesem Modus zu sammeln und Unsicherheit zu verringern („Gewöhnungsfaktor“).

B5: Wenn man so Wahrnehmungen Hier und Jetzt und so weiter auch Verhalten, Körperhaltung, Wechsel, wenn das abgeschnitten wäre und ich das nicht mehr sehen könnte, was der Patient mit seinen Füßen macht, das fände ich schwierig. Also für Psychotherapie. Für Diagnostik ist es noch mal was anderes.

B: Find ich auch schwierig.

I2: Okay.

B: Also ich habe' sehr flexible Sessel. Und es ist sehr interessant, was die Leute damit alles machen. (...)

B3: Und auch nicht weggucken könnte, weil, weil die das ja dann auch sehen würde, dass ich irgendwohin gucke, wo sie nicht wissen, wo ich hingucke. Wenn Sie mir gegenüber sitzen, wissen Sie es ja.

B5: Das wollte ich grad sagen, auch wenn der Patient den Blickkontakt vermeiden will, dann sieht man nicht, wo er hinguckt. Da ist ja dann ganz anders, unterschiedlich.

(FG2_PT: 1212-1230)

Die Gruppe reflektiert an dieser Stelle die Nachteile bzgl. des therapeutischen Arbeitens trotz der Offenheit gegenüber Videokonsultationen. Deutlich wird hier erneut die starke Orientierung an den professionslogischen Prinzipien ihrer vom persönlichen Kontakt geprägt professionellen Handlungspraktiken. Die Gruppe argumentiert im inkludierenden Modus und ist sich überwiegend einig, dass die physische Präsenz eine wichtige Grundlage für das therapeutische Arbeiten ist und durch Videokonsultationen ‚Dinge verloren gehen‘, die man für die Durchführung einer Psychotherapie im eigentlichen Sinne braucht, nämlich ein persönliches Gegenüber. Die Orientierung an ihrem professionslogischen Modus operandi steht damit im Zentrum dieser Gruppe.

In der Folge werden Videokonsultationen nicht als Mittel der ersten Wahl oder Alternativlösung bewertet, sondern als Weg der Notlösung, den die psychotherapeutischen Pragmatiker bereit wären zum Wohle der Patienten zu gehen. Videokonsultationen seien nur dann eine Option, wenn eine persönliche Therapie nicht möglich ist und der Patient andernfalls unversorgt wäre: *„Also, ja, da müsste es schon Hinderungsgründe geben. (...) Das müsste schon gravierende Gründe geben. Wie zum Beispiel, dass die Leute praktisch nicht kommen können. Und sonst gar keine Behandlung hätten, dann ja“* (B_FG2_PT: 1127-1130). Es wird damit eine negative Abgrenzung vollzogen: *„besser als gar nichts ist so was“* (B5_FG2_PT: 1248-1249). Für den Einsatz von Videokonsultationen sprechen aus Sicht dieser Gruppe nicht primär die Vorteile der Intervention, sondern der ‚Nachteil‘ der persönlichen Therapie – nämlich die erforderliche physische Präsenz vor Ort.

Die Pragmatiker stellen als Hauptargument für die Einführung von Videokonsultationen das Wohl des Patienten an erste Stelle und rechtfertigen so die Offenheit gegenüber der Intervention, nämlich dem Patienten eine kompetente und schnelle Hilfe zu bieten. Dies sei mit Einschränkungen auch über Video möglich. Insofern zeigen die Pragmatiker ein gutes Kompetenzerleben, auch bei fehlender persönlicher Interaktion auf entsprechende Verfahren zurückgreifen und dem Patienten letztlich helfen zu können.

Die Gruppe bleibt damit argumentativ in ihrer Professionslogik, was mit einer hohen Identifikation mit dieser einhergeht. Die psychotherapeutischen Pragmatiker scheinen ihre Profession und den Mehrwert von persönlicher Interaktion verteidigen zu wollen. Insgesamt geht die Gruppe der Pragmatiker wenig auf organisatorische Aspekte ein. Jedoch ist allen therapeutischen Pragmatikern wichtig, den Rahmen ihres Arbeitens, vor allem zeitlich, d.h. die

Dauer der einzelnen Sitzungen, zu definieren. Damit einher geht die Sicherstellung der Handlungsfähigkeit des Psychotherapeuten für das Anwenden seiner therapeutischen Handlungspraktiken und die Herstellung von klaren Abläufen. Wichtig sei die Zuständigkeit und Verantwortlichkeiten mit dem Hausarzt, insbesondere die Versorgung in Notsituationen, zu klären, auch im Sinne einer juristischen Absicherung. Auch dieses Argument verweist wieder auf die vorherige Definition des Aufgaben- und Verantwortungsbereichs: zum einen hinsichtlich einer Absicherung im juristischen Sinne und hinsichtlich einer moralischen Verantwortlichkeit für den Patienten.

4.3.1.3 *Konservative: Hausärzte*

Die Konservativen argumentiert hauptsächlich aus der Hausarztperspektive. Die Perspektive der Patienten wird einbezogen, wenn es um den Modus über Video und dessen Eignung für die Behandlung von Patienten mit psychischen Störungen, insbesondere im Notfall oder in einer Krise geht. Die Gruppe argumentiert im univoken Diskursmodus und verweist darauf, dass Patienten einen persönlichen Ansprechpartner benötigen, denn *„das sind ja so viele Kleinigkeiten, die man auch spürt, die verschwinden natürlich“* (B2_FG2_HÄ: 954). Aufgrund der fehlenden persönlichen Interaktion werden Zweifel deutlich, ob eine Videokonsultation für Patienten so effektiv wie eine herkömmliche Therapie sein kann: *„Gibt es da Erfolge? Gibt es da Stabilisierung kurzfristig? Also das ist ja neben all dem Technischen auch noch die Frage, ob das wirklich so effektiv ist, wie ein persönlicher Kontakt“* (B3_FG1_HÄ: 1119-1121). Als Vordergrundkonstruktion manifestiert sich hier die Orientierung am Patientenwohl. Im Diskursverlauf wird jedoch bei allen hausärztlichen Konservativen deutlich, dass vor allem die antizipierte Verminderung handlungspraktischer Sicherheit des Hausarztes als Hintergrundkonstruktion eine der wesentlichen Barrieren von Videokonsultationen ist. Im weiteren Verlauf des obigen Zitates wird dies deutlich, denn die befragte Person nimmt nun Bezug auf die Hausarztperspektive: *„Oder der [Psychotherapeut der Videokonsultation] sagt was und der Patient rennt aus dem Zimmer. Wird dann der Hausarzt angerufen und gesagt: ‚bitteschön, gucken Sie mal, wo der hin verschwunden ist‘“* (B2_FG2_HÄ: 957-959). Hier offenbart sich die Relevanz der Aspekte Kontrolle, Zuständigkeit und Kompetenz im Zusammenspiel mit einer antizipierten Verminderung handlungspraktischer Sicherheit. Zudem wird die Wichtigkeit der Selbstbestimmung des Hausarztes deutlich: so wäre dieser im Falle einer Krise für eine Situation verantwortlich, die er selbst nicht herbeigeführt oder beeinflusst hat bzw. haben konnte. Für ein angemessenes und kompetentes Reagieren in einer solchen Situation hat der Hausarzt jedoch keine etablierten Handlungspraktiken, auf die er zurückgreifen kann. In der Folge nimmt er dies als eine Situation mit verminderter Sicherheit wahr, bei der er seine Rolle als kompetenter Experte nicht routiniert ausfüllen kann. Ein

wesentlicher Motivationsfaktor der Konservativen ist daher eine erwartete Unsicherheit bei gleichzeitiger Verantwortlichkeit für den Patienten.

Die zentralen Themen Verantwortlichkeit sowie die antizipierte Verminderung handlungspraktischer Sicherheit manifestieren sich besonders deutlich bei möglichen Krisensituationen während Videokonsultationen. Dieses Thema wurde teilweise selbst von den Befragten in die Fokusgruppen eingebracht. Hier zeigt sich die erwartete Unsicherheit als Problem:

B4: Also kann der Therapeut über die Kamera tatsächlich das so empathisch, jemanden auffangen? Was passiert, wenn man da jetzt irgendwas aufmacht und der [Patient] kommt raus?

B2: Wenn der schreit und die Kabel rauszieht... (...)

B4: Dann habe ich den, der kommt hier raus, was mache ich mit dem? Also vielleicht irgendwo bei einem Prozent oder bei drei, ich weiß es nicht. Aber was machen wir dann?

(B2_B4_FG1: 1477-1479)

Zum einen wird hier deutlich, dass in Krisensituationen kein Rückgriff auf etablierte Handlungspraktiken möglich ist. Zum anderen ist die Erfüllung der Rolle und damit die Demonstration der ärztlichen Kompetenz gefährdet. Dies zeigt eine deutliche Orientierung an den Prinzipien der ärztlichen Profession, die per definitionem ein Wissensgefälle zwischen dem Arzt als Experten und dem Patienten als Laien impliziert. Die Aufrechterhaltung des ärztlichen Kompetenzimages sieht diese Gruppe als gefährdet an, insbesondere im Krisenfall:

B6: Oder er kommt enttäuscht aus dieser Videokonferenz und wendet sich an den Hausarzt, also an mich. Was soll ich denn damit jetzt anfangen. Der hat das und das gefragt, jetzt weiß...

B4: Genau.

B6: ...ich gar nicht, was ich damit machen soll.

B4: Wir machen gleichzeitig die Türe auf, oh Gott. (B6_B4_FG1_HÄ: 1488-1493)

An dieser Stelle offenbaren sich die zentralen Argumentationslinien der hausärztlichen Konservativen: Zum einen erwarten sie vermehrt kritische Situationen, die zusätzlich aufgrund der fehlenden räumlichen Nähe nicht vom Psychotherapeuten aufgefangen werden können. Zum anderen spielt auch hier der Umstand eine wichtige Rolle, dass die Intervention in der Praxis des Hausarztes stattfindet, und damit in dessen Räumlichkeiten, der Hausarzt den Patienten aber nicht selbst behandelt sondern dies im Rahmen der Videokonsultationen der Psychotherapeut übernimmt: „und es müsste dann auch klar sein, wenn ich jemanden überweise und weiterschicke, dann bin ich zwar immer noch an seinem Schicksal interessiert. Aber ich bin weiter dann nicht mehr involviert. Und hier würde ich noch irgendwie involviert sein“ (B2_FG1_HÄ: 1079-1082). Mit der Hausarztpraxis als Ort für die Videokonsultation geht also ein Gefühl der Zuständigkeit und Verantwortung(-sübernahme) einher. Damit offenbaren

sich rechtliche, medizinische und patientenseitige Anforderungen, die es für den Hausarzt zu erfüllen gilt. Die eigenen Räumlichkeiten des Hausarztes sind dessen Territorium, er ist dort ‚sein eigener Herr‘ und hat die ‚alleinige‘ Definitionsmacht und Deutungshoheit, er definiert und kennt die Abläufe. Das vorgeschlagene Behandlungsmodell steht dazu im Gegensatz und vermindert die handlungspraktische Sicherheit aus Sicht der konservativen Hausärzte. Dies wird nicht gelöst, indem mögliche Lösungen bedacht werden, sondern durch eine ablehnende Haltung gegenüber der Intervention, die ein weiteres Auseinandersetzen damit nichtig macht. Das zeigt sich indem die Konservativen kaum auf organisatorische Aspekte, die die konkrete Implementierung der Videokonsultation betreffen, eingehen und die Videokonsultationen weniger konkret durchdenken.

Wenn aber die organisatorische Umsetzung thematisiert wird, so meist als weiterer Kritikpunkt: Die Konservativen argumentieren, dass eine Umsetzung des vorgeschlagenen Behandlungsmodells aus praktischer, organisatorischer und unternehmerischer Sicht sehr schwierig bzw. nicht rentabel wäre. Damit wird auf Ressourcen (Personal, Zeit, Raum, Finanzierung, vgl. *Kapitel 4.2.2.1 und 4.2.2.10*) verwiesen, „die es erfordere, die mir jetzt aber nicht unmittelbar vergütet werden“ (B4_FG1_HÄ: 1093). Die Konservativen argumentieren hier neben der professionslogischen Perspektive auch aus einer unternehmerischen, ressourcenorientierten und betriebswirtschaftlichen Perspektive. Damit zeigt sich insgesamt neben der juristischen und medizinischen Verantwortlichkeit im Sinne der ärztlichen Profession auch eine, wenn auch weniger vorherrschende, Orientierung an betriebswirtschaftlichen bzw. ökonomischen Kriterien. Nicht nur die ‚internen‘ Faktoren, wie bspw. antizipierte Unsicherheit, sondern auch ‚externe‘ Faktoren wie eine fehlende Vergütung oder eine schwierige organisatorische Umsetzung (bspw. fehlende räumliche Kapazitäten, vgl. *Kapitel 4.2.2.1 und 4.2.2.10*) wirken sich negativ auf die Akzeptanz und Umsetzungsbereitschaft von Videokonsultationen aus. Darin schlägt sich eine Orientierung an strukturellen Gegebenheiten nieder. Dies verdeutlicht erneut die vergleichsweise starre Perspektive der hausärztlichen Konservativen und gering ausgeprägte Offenheit gegenüber Videokonsultationen sowie die Orientierung an bisher Bestehendem.

4.3.1.4 Konservative: Psychotherapeuten

Alle Psychotherapeuten mit einer skeptischen oder ablehnenden Haltung gegenüber Videokonsultationen zur Behandlung von Patienten mit psychischen Störungen argumentieren überwiegend aus der Psychotherapeutenperspektive, insbesondere vor dem Hintergrund ihrer professionsspezifischen Sozialisation. Ihrer Profession liegt das Arbeiten mit einem persönlichen Gegenüber zugrunde. Argumentationslogisch bleiben die Konservativen daher innerhalb der professionellen Normen und Rollenerwartungen. Die Argumentation ist

weitgehend organisiert im inkludierenden Modus, was am deutlichsten wird, wenn es um Video als Behandlungsmodus geht. Die Befragten argumentieren dabei überwiegend homogen.

Zentrales Gegenargument bezüglich Videokonsultationen ist der Verlust von leiblichen Sinneserfahrungen und persönlicher Interaktion. Demnach entziehe die fehlende Leiblichkeit über Video dem Therapeuten die Arbeitsgrundlage, denn *„über den Bildschirm ist es eben nicht mehr leiblich“* (B2_FG3_PT_171103, 1047). Aufgrund der *„Distanz über den Bildschirm“* (B2_FG1_PT: 757) geht die *„Unmittelbarkeit verloren“*, die ein therapeutisches Arbeiten und die damit verbundenen Handlungspraktiken auszeichnet. Damit geht auch ein Informationsverlust für den Therapeuten einher, was die handlungspraktische Sicherheit der Therapeuten vermindert. In dem Zusammenhang sei auch wichtig, *„dass der [Patient] eben auch nicht ausweicht. Dass das ein Stück sozial verloren geht, ne. Als ein wesentliches, therapeutisches [Merkmal], also als Erfahrung“* (B3_FG3_PT: 1044-1046). Psychotherapie erfordere es, dass der Therapeut und der Patient eine Situation gemeinsam ‚aushalten‘ und nicht ausweichen, was der Therapeut über Video weniger gut kontrollieren kann. Bei einer Videokonsultation, so die Befürchtung, hat der Patient eher die Möglichkeit ‚auszuweichen‘, d.h. dem Psychotherapeuten zu ‚entgehen‘, so dass dieser handlungspraktisch nur eingeschränkt verfahren kann.

Es wird die Konstruktion dessen, was der Fall ist und das umfassende Verständnis vom Patienten erschwert, *„weil, wie gehst, wie geht man mit Übertragen, Gegenübertragung um, mit kein Riechen, kein Nichts“* (B4_FG3_PT: 953-955). Der Verweis auf die Wichtigkeit von persönlicher Interaktion inklusive leiblicher Sinneserfahrungen insbesondere im Vergleich zum persönlichen Setting spielt hier eine zentrale Rolle, da Videokonsultationen bis auf das gegenseitige Sehen und Hören keine weiteren Sinneserfahrungen zulassen und somit das therapeutische Arbeiten für die Therapeuten erschweren. Daraus lässt sich ein im Vergleich zum persönlichen Therapiesetting niedrigeres Kompetenzerleben ableiten. Das Arbeiten am und mit dem Menschen als professionelles Handlungsfeld birgt für den Psychotherapeuten in seinem professionellen Handlungsfeld ohnehin Unsicherheiten, die durch die Reduktion von Sinneserfahrungen und Informationen bei Videokonsultationen zusätzlich erhöht werden. Im persönlichen Setting wird handlungspraktische Sicherheit erhalten bzw. hergestellt, indem auf etablierte Handlungspraktiken zurückgegriffen wird, die der Psychotherapeut erlernt hat. Diese Handlungspraktiken beruhen auf dem Einbezug verschiedener Sinneserfahrungen und bilden das ‚Werkzeug‘ zum therapeutischen Arbeiten und zum Erschließen bzw. zur Konstruktion des Versorgungsanlasses. Die therapeutische Beziehung kann in Videokonsultationen dieser Gruppe nach nicht nach dem gewohnten Muster etabliert werden, sondern die Schwelle dafür erhöht sich vielmehr. Demnach kann der Therapeut den Patienten über Video nicht nach dem gewohnten Muster behandeln, also nicht auf seine im Sinne seiner Profession gewohnten Handlungspraktiken zurückgreifen. Die rituelle Handlungspraxis als Vorgehen innerhalb eines

definierten Rahmens nach einer gewissen gewohnten Ordnung ginge durch den Modus Video verloren und wird als erhebliche Einschränkung der therapeutischen Definitionsmacht wahrgenommen.

Darin zeigt sich eine Bewertung innerhalb der psychotherapeutischen Profession als zentraler Orientierungsrahmen. Die Konservativen bleiben damit innerhalb der formellen Regeln ihrer Profession und verteidigen diese. Aus der Perspektive der psychotherapeutischen Profession, ‚kann man Videokonsultationen nicht gut finden oder als gleichwertigen Ersatz ansehen‘. Videokonsultationen werden als diskrepant zur von Leiblichkeit geprägten psychotherapeutischen Profession wahrgenommen. Andere oder abweichende Meinungen werden durch die Gruppe ‚sanktioniert‘, indem auf die Arbeitsweise eines Psychotherapeuten und eine ‚richtige‘ persönliche Psychotherapie verwiesen wird. Die von den Konservativen erwartete Verminderung handlungspraktischer Sicherheit wird auch deutlich als Verlust der Kontrolle über die Deutungshoheit gegenüber dem Patienten: *„Ich glaub, es wäre auch anstrengender. Also ich stelle mir das sehr anstrengend vor, wenn ich da eben, also wenn ich von allen Patienten in Therapie nur das Gesicht sehen würde. Immer das Gesicht sehen würde. (...) Und auch nicht weggucken könnte, weil die das ja dann auch sehen würde, dass ich irgendwohin guck, wo sie nicht wissen, wo ich hingucke wenn sie mir gegenüber sitzen“* (B3_FG2_PT: 1220-1225). Kontrolle ist jedoch eine wesentliche Voraussetzung für das therapeutische Arbeiten. Im Gegensatz zum persönlichen Setting wäre der Therapeut bei Videokonsultationen auf etwas, nämlich eine funktionierende Technik, angewiesen, was er im persönlichen Setting selbst kontrollieren kann. Es wird deutlich, dass das persönliche Setting die Arbeitsgrundlage darstellt, welche Leiblichkeit erfordert, denn *„um aufdeckend arbeiten zu können, brauche ich selber so ein Gefühl von Kontrolle und das hätte ich bei so einem Verfahren [der Videokonsultation, Anm. d. Verf.] jetzt nicht“* (B4_FG2_PT: 1409-1410).

Die Videokonsultation wird als Gefährdung der Patient-Therapeut-Beziehung, die die Arbeitsgrundlage für eine funktionierende Psychotherapie ist, wahrgenommen. Bei der Videokonsultation sieht man nur Bilder, was nur ein Ausschnitt aus der Realität darstellt und die Situation daher weniger beeinflussbar macht für den Therapeuten. Daher sei das Arbeiten über Video ein *„Entmenschlichen“* (B_FG3_PT: 1159) des therapeutischen Prozesses. Auffällig ist die immer wiederkehrende Abgrenzung von Videokonsultationen zum herkömmlichen persönlichen Therapiesetting. Dadurch wird deutlich, dass die Therapieform entscheidend für die psychotherapeutische Arbeit ist und nicht nur, dass es ein Therapieangebot gibt. Es ist demnach nicht unerheblich, wie Therapie gemacht wird, sondern der Modus der Therapie, das persönliche Setting, ist eine zentrale Voraussetzung für Psychotherapie. Psychotherapie ist dieser Darstellung nach nicht nur ergebnisorientiert, sondern prozessorientiert. Die Konstruktion des Falls, also der Modus operandi, wie Patienten

behandelt werden, ist ein relevanter Teil des psychotherapeutischen Prozesses und stellt einen zentralen Orientierungsrahmen der Konservativen dar. Im Sinne einer Kosten-Nutzen-Abwägung hätten Videokonsultationen daher keinen Mehrwert für den Psychotherapeuten, vielmehr wären sie mit einer Reduzierung der Arbeitsgrundlage auf Seiten der Therapeuten verbunden, die gleichzeitig nicht von einer zum persönlichen Setting vergleichbaren Wirksamkeit überzeugt sind. Die Konservativen koppeln somit eine gelingende Psychotherapie an das innerhalb der Ausbildung und im Rahmen der Profession erlernte Verfahren.

Neben dem Verlust der persönlichen Interaktion und der Sinneseindrücke als zentrale Faktoren sehen die Therapeuten zudem *„die Exklusivität oder die Besonderheit, sagen wir mal, der Arzt-Patienten-Beziehung oder auch einer therapeutischen Beziehung“* (B3_FG3_PT: 441-442) als gefährdet an. Die Therapeuten verweisen damit auf ihr professionelles Selbstverständnis, indem sie die therapeutische Beziehung mit dem Patienten als Kernkomponente der Profession als schützenswerten Raum darstellen, den es zu bewahren gilt. Die Konservativen scheinen damit eine Art Abwehr zu entwickeln und Videokonsultationen als Bedrohung ihrer von Leiblichkeit geprägten Profession wahrzunehmen, die es zu verteidigen gilt.

Innerhalb dieser Gruppe spielt der Erhalt von Sicherheit eine wichtige Rolle, was möglichst durch vorherige Absprachen und festgelegte Verantwortungsbereiche und -aufteilung definiert werden muss, um Unsicherheiten so weit wie möglich zu reduzieren. Die nahezu vollständige Ablehnung steht auch in Verbindung mit den habituellen Gewohnheiten der Therapeuten, da im Rahmen der Intervention ein Umdenken als Anpassungsleistung hinsichtlich eines ‚neuen‘ Modus‘ operandi erforderlich wäre. Dies koste Ressourcen und wäre mit Unsicherheit verbunden, auch hinsichtlich dessen, dem Patienten einen sicheren Rahmen zu bieten, damit dieser sich dem Therapeuten gegenüber öffnen kann.

Organisatorische Faktoren werden kaum und wenig konkret thematisiert, was die generelle Ablehnung gegenüber Videokonsultationen unterstreicht. Die Finanzierung sei wichtig vorab zu klären, aber kein (alleiniger) Motivationsgrund zur Durchführung von Videokonsultationen. Diese kommen entweder gar nicht oder nur für Ausnahmefälle, bspw. bei bereits bestehender Patient-Therapeut-Beziehung oder mobilitätseingeschränkten Patienten infrage. Doch auch hier wird auf die Forderung verwiesen, *„dass der persönliche Kontakt in jedem Fall jetzt, wenn möglich, vorzuziehen ist“* (B2_FG1_PT: 943-944). Dies kann als erneuter Verweis auf die Professionslogik, nämlich die persönliche Therapie als ‚richtige‘ Therapie anzusehen, verstanden werden.

Zudem ist die Argumentationsstruktur insgesamt wenig lösungsorientiert sondern primär problemfokussiert, mit dem ständigen Fokus auf einer Abgrenzung vom vorgeschlagenen Behandlungsmodell zur ‚richtigen‘, herkömmlichen Psychotherapie, die sie

im Sinne ihrer psychotherapeutischen Profession und professionellen Sozialisation verteidigen.

4.3.2 Vergleich

Neben der Beschreibung der einzelnen Typen ist der Vergleich dieser Typen von zentraler Bedeutung. Erst durch den Vergleich werden Abweichungen und Analogien deutlich, wodurch eine distinkte Abgrenzung ermöglicht wird. Im Folgenden werden daher zunächst die therapeutischen und hausärztlichen Pragmatiker (*Kapitel 4.3.2.1*) und analog dazu die therapeutischen und hausärztlichen Konservativen (*Kapitel 4.3.2.2*) miteinander verglichen, bevor ein professionsspezifischer Vergleich zwischen allen Psychotherapeuten (*Kapitel 4.3.2.3*) sowie allen Hausärzten (*Kapitel 4.3.2.4*) gezogen wird. Die Ergebnisse münden schließlich in eine Gegenüberstellung der befragten Pragmatiker und Konservativen (*Kapitel 4.3.2.5*).

4.3.2.1 Pragmatiker: Hausärzte und Psychotherapeuten

Die Betrachtung der demographischen Daten zeigt, dass die ärztlichen Pragmatiker eher männlich sind (6/9), wohingegen die therapeutischen Pragmatiker keine auffallende Geschlechterverteilung zeigen, denn diese entspricht der professionsspezifischen Verteilung sowohl im Gesamtsample als auch in Deutschland insgesamt¹⁵ (Kassenärztliche Bundesvereinigung 2017). Ein weiterer Unterschied ist, dass die überwiegende Mehrheit (7/9) der befürwortenden Hausärzte in einem vorstädtischen Raum lebt, während der Grad der Verstädterung bei dieser Gruppe der Psychotherapeuten ausgeglichen ist. Hinsichtlich der Dauer der Niederlassung fällt auf, dass die Hausärzte mit durchschnittlich 22 Jahren (median = 24) länger niedergelassen sind, als die Psychotherapeuten mit durchschnittlich 13 Jahren (median = 7).

Inhaltlich zeigt sich, dass alle Pragmatiker lösungsorientiert und überwiegend aus der jeweiligen Versorgerperspektive argumentieren. Sie beziehen zur Unterstreichung ihrer Argumente teilweise auch die Patientenperspektive ein. Beide Gruppen signalisieren, angesprochen auf ihre erste Einschätzung zur Intervention, Offenheit gegenüber Videokonsultationen und keine prinzipielle Ablehnung. Allerdings unterscheiden sie sich insoweit, dass sich die Hausärzte explizit für die Intervention aussprechen, während die Therapeuten diese nicht von vornherein ablehnen. Letztere vollziehen eine negative Abgrenzung insbesondere im Vergleich zum herkömmlichen persönlichen Setting. Damit findet zwar eine unterschiedliche Art der Argumentation (positive vs. negative Abgrenzung)

¹⁵ Laut den Statistischen Informationen aus dem Bundesarztregister (KBV) sind 65,0% (2017) bzw. 65,9% (2019) der ärztlichen Psychotherapeuten weiblich. Bei den psychologischen Psychotherapeuten liegt der Anteil der Frauen noch höher bei 74,1% (2017) bzw. 75,2% (2019).

statt, jedoch argumentieren beide Gruppen innerhalb ihres professionslogischen Anspruchs, Patienten helfen zu wollen. Dadurch lässt sich die Helferidentität als zentraler Orientierungsrahmen rekonstruieren. Auch wenn die Intervention für die Versorger selbst eher keine direkten Vorteile hat, so zeigen die befürwortenden Hausärzte und Therapeuten eine intrinsische Motivation für eine Implementierung, um die Patientenversorgung zu verbessern und den Patienten ein niedrigschwelliges Versorgungsangebot machen zu können. Der Mehrwert liegt aus ihrer Perspektive hauptsächlich bei den Patienten, wobei auch manche Hausärzte eine Entlastung hinsichtlich ihrer eigenen Ressourcen oder auf emotionaler Ebene antizipieren. Vor diesem Hintergrund lässt sich auch ableiten, dass eine Vergütung bei beiden Gruppen keine (alleinige) Motivation für den Einsatz von Videokonsultationen ist, auch wenn dieser Faktor vorab geregelt sein müsste und Videokonsultationen nicht auf Kosten der Versorger implementiert werden sollten. Zentral ist bei den Pragmatikern insgesamt, dass sie sich an dem Prinzip ihrer Profession orientieren, nämlich dem Patienten zu helfen. Durch Videokonsultationen sehen die Pragmatiker eine Chance, gemäß ihren professionellen Ansprüchen im Sinne des bzw. für den Patienten zu handeln.

Dem Konglomerat aus juristischen, medizinischen und moralischen bzw. patientenseitigen Ansprüchen an das therapeutische und ärztliche Handeln wird die Verbesserung der Patientenversorgung übergeordnet. Diese ist, trotz vorhandener Bedenken oder Kritikpunkte die Hauptmotivation der Pragmatiker. Hierdurch wird eine Inszenierung als Helfer offensichtlich, der handlungsfähig gegenüber dem kranken und daher ‚handlungsunfähigen‘ Patienten sein will. Der Patient präsentiert ein gesundheitliches Problem, welches der Hausarzt oder der Therapeut als Experte mit Expertenwissen qua Profession zu lösen in der Lage sein will.

Der Hauptunterschied der therapeutischen und ärztlichen Pragmatiker zeigt sich bei den Nachteilen bzw. Kritikpunkten bezogen auf die Intervention. Die Hausärzte erwarten mögliche Barrieren überwiegend auf Seiten der Patienten. Die Nachteile für den Hausarzt werden im besonderen Fall einer Krise gesehen. Unsicherheit in Kombination mit einer Verantwortlichkeit gegenüber dem Patienten werden dabei von den Rationalisten als problematisch wahrgenommen. Demgegenüber stehen die hausärztlichen Altruisten, die ein hohes Kompetenzerleben signalisieren und kaum Unsicherheit zeigen. Bei den Therapeuten hingegen ist der Modus über Video der Hauptkritikpunkt, der das therapeutische Arbeiten erschwere, wenn auch nicht unmöglich mache. Trotz der erwarteten möglichen Nachteile bzw. Einschränkungen von Videokonsultationen zeigen die Pragmatiker ein gutes Kompetenzerleben und die Fähigkeit, aufgrund ihrer Erfahrungen auf potenzielle Nachteile entsprechend reagieren zu können.

Wie die Hausärzte verweisen auch die Therapeuten, mit Bezug auf ihre professionelle Sozialisation auf die Wichtigkeit des Erhalts ihrer handlungspraktischen Sicherheit, um ihr

Arbeiten zu ermöglichen. Hierdurch zeigt sich eine Orientierung an einer kompetenten Rollenausübung und der Erfüllung der professionellen (ärztlichen und therapeutischen) Kompetenzrolle gegenüber dem Patienten. Dieser Punkt wird besonders deutlich beim Thema Krise, da hier sowohl die Therapeuten als auch die Hausärzte unterstreichen, dass die Verantwortlichkeiten geklärt sein müssen. Dahinter offenbart sich der Erhalt bzw. die Herstellung von Sicherheit der Handlungspraxis.

4.3.2.2 Konservative: Hausärzte und Psychotherapeuten

Die konservativen Therapeuten und Hausärzte zeichnen sich als homogenere Gruppe mit geringeren Unterschieden als bei den Pragmatikern aus. Die Hausärzte leben eher in vorstädtischen Gegenden, bei den Therapeuten zeigt sich eine ausgeglichene Verteilung hinsichtlich des Grades der Verstädterung. Während die Geschlechterverteilung bei den Hausärzten relativ ausgewogen ist, sind die Psychotherapeuten mehrheitlich weiblich (wobei hier die gleiche Einschränkung hinsichtlich des Geschlechts der Psychotherapeuten gilt). Mit durchschnittlich 11,5 Jahren (median = 12) sind die Hausärzte etwas kürzer niedergelassen als die Psychotherapeuten mit durchschnittlich 14 Jahren (median = 18).

Sowohl die Therapeuten als auch die Hausärzte argumentieren überwiegend problemfokussiert und aus ihrer Perspektive als professionelle Gesundheitsdienstleister. Argumente, die die Patienten betreffen, werden weniger häufig angeführt und tauchen dann auf, wenn es um Videokonsultationen als unpersönliches Setting geht und das Bedürfnis der Patienten nach einem persönlichen Gegenüber. Die professionelle Handlungspraxis ist der zentrale Orientierungsrahmen der Konservativen. Diese antizipieren im Zusammenhang mit der Intervention eine Verminderung von handlungspraktischer Sicherheit bei der Patientenbehandlung, da sie durch den Modus Video nicht auf erlernte, regelhafte Handlungspraktiken zurückgreifen können.

Die starke Orientierung an ihren Professionen und deren Handlungspraktiken wird auch dadurch verdeutlicht, dass beide Gruppen kontinuierlich darauf hinweisen, dass sich aus ihrer Sicht (und damit aus Sicht ihrer Profession) der Modus Video nicht für die Behandlung von Patienten mit psychischen Störungen eigne, da diese ein persönliches Gegenüber erfordere. Insbesondere die Psychotherapeuten unterstreichen, dass Videokonsultation keine Psychotherapie im eigentlichen Sinne leisten könnten. Damit wird auch die Wirksamkeit der Intervention infrage gestellt. Es fällt auf, dass beide Gruppen direkt im Anschluss an die Präsentation der Intervention in den Fokusgruppen, Videokonsultationen von einer ‚richtigen‘ Therapie unterschieden, insbesondere aufgrund der fehlenden Leiblichkeit. Es wird damit nicht nur eine Abgrenzung zur herkömmlichen Therapie mit ihren bestehenden Handlungspraktiken vollzogen, sondern die Intervention wird entschieden von vornherein abgelehnt, ohne wesentliche Veränderungen der Argumentationslogiken. Beide Gruppen argumentieren damit

vor dem Hintergrund ihrer professionellen Rolle als Experte, der befürchtet bei der Videokonsultation diesen Status nicht mehr vollumfänglich ausfüllen zu können. Die Konservativen nehmen eine Inkonsistenz von Videokonsultationen gegenüber ihrem auf Leiblichkeit und Kontrolle sowie Handlungsfähigkeit ausgerichteten Professionsverständnis wahr. Für die Klärung und Konstruktion des Falls, was sich in der Interaktion mit dem Patienten erst entfaltet, sehen die skeptischen Hausärzte und Psychotherapeuten das Problem, den Patienten nicht nach ihren gewohnten Handlungspraktiken behandeln zu können, was eine Verminderung von handlungspraktischer Sicherheit zur Folge hat.

Eine weitere zentrale Barriere ist, dass die Hausärzte und Therapeuten im Rahmen der Videokonsultation juristische und moralische Verantwortlichkeit erwarten für etwas, das sie selbst nicht (vollständig) kontrollieren können und nicht die alleinige Definitionsmacht haben. Die Verantwortlichkeit ist jedoch an einen Ansprechpartner vor Ort geknüpft, was beide nicht oder nur eingeschränkt sind. Es wird eine enge Orientierung an der Professionslogik der Hausärzte und Psychotherapeuten als helfende Berufe deutlich: Die Leiblichkeit und das persönliche Setting stellen eine zentrale Voraussetzung für das helfende Handeln und die damit verbundene Verantwortlichkeit dar. Insofern orientieren sich die Konservativen neben ihrer Handlungsfähigkeit und der Bewahrung ihres Expertenstatus‘ auch an moralischen und insbesondere juristischen Rahmenbedingungen ihrer Profession.

Der Anspruch nach Erhalt von handlungspraktischer Sicherheit wird bei den Hausärzten insbesondere in Krisensituationen deutlich, bei denen handlungspraktisch auf keine Routine zurückgegriffen werden kann. Das wesentliche Argument, und ein zentraler Unterschied zu den Therapeuten, ist demnach die Verantwortlichkeit des Hausarztes, insbesondere im Krisenfall, für eine Form der Behandlung, die er selbst nicht kontrollieren kann. Die fehlende Handlungspraxis wird als Einschränkung der ärztlichen Autonomie wahrgenommen, was einen wichtigen *Teilbereich* der Ausübung seiner ärztlichen Expertenrolle betrifft: nämlich die Handlungsfähigkeit aufgrund seines Expertenwissens und die damit verbundene Verantwortungsübernahme als strukturelle bzw. institutionalisierte Handlungsbedingung. Verantwortlichkeit ist damit zentral für die ärztliche Rollenausübung, denn der Arzt muss für sein Handeln einstehen (können).

Auch bei den konservativen Psychotherapeuten ist der Erhalt von Sicherheit zentral – hinsichtlich der Verantwortlichkeit allerdings eher als Hintergrundkonstruktion. Wichtiger ist bei dieser Gruppe der Erhalt der Sicherheit hinsichtlich des Anwendens ihrer etablierten Handlungspraktiken und somit des Ausübens ihrer psychotherapeutischen Profession *per se*, also des Arbeitens als Psychotherapeuten und die *handlungspraktische* Erfüllung dieser Rolle. Durch die fehlende persönliche Interaktion kann die Informationsverarbeitung nicht nach rituellem Muster ablaufen.

Während bei den konservativen Hausärzten die Verantwortlichkeit bei Videokonsultationen und die fehlende Handlungspraxis insbesondere im Krisenfall einen Teil der Ausübung ihrer Rolle betrifft, so sehen die konservativen Therapeuten das Arbeiten als Psychotherapeuten *grundsätzlich* als gefährdet bzw. nicht umsetzbar an. Die mögliche Einschränkung durch den Modus Video ist für die Therapeuten daher handlungspraktisch konkreter bzw. liegt hier auf der Ebene der prinzipiellen Handlungspraxis.

4.3.2.3 Psychotherapeuten: Pragmatiker und Konservative

Hinsichtlich der demographischen Daten zeigen sich Unterschiede dahingehend, dass die Konservativen länger niedergelassen sind (mean = 14, median = 18) als die Pragmatiker (mean = 13, median = 7). Auch die therapeutische Ausrichtung der beiden Gruppen ist auffallend: Die Konservativen sind eher tiefenpsychologisch ausgerichtet (6/7), im Vergleich zu den Pragmatikern (1/4).

Insgesamt sind bei beiden Gruppen jeweils die psychotherapeutischen Prinzipien bei ihrer jeweiligen Argumentation stark im Vordergrund. Beide Gruppen grenzen Videokonsultationen klar von herkömmlicher persönlicher Psychotherapie ab: Sowohl die Pragmatiker als auch die Konservativen orientieren sich bei der Bewertung von Videokonsultation an ihrer Professionslogik und an den im Rahmen ihrer professionellen Sozialisation vermittelten und auf Leiblichkeit beruhenden Handlungspraktiken einer ‚richtigen‘ Psychotherapie. Das zentrale Argument bei allen Psychotherapeuten ist, dass es bei Videokonsultationen keinen Rückgriff auf routinierte handlungspraktische Regeln gibt. Im Vergleich zu den Hausärzten argumentieren die Psychotherapeuten vor dem Hintergrund einer noch nicht bestehenden Therapeut-Patient-Beziehung. Durch die Abgrenzung zwischen Videokonsultation und persönlicher Therapie wird auf das professionelle Grundverständnis von Psychotherapie im Allgemeinen rekurriert und die Wertigkeit und Wichtigkeit der persönlichen Therapie, mit dem Psychotherapeuten als handlungsautonomen Akteur, unterstrichen. Ferner wird durch die Differenzierung zum herkömmlichen Therapiesetting deutlich, dass beim psychotherapeutischen Arbeiten die Therapieform entscheidend ist. Es ist demnach nicht unerheblich, *wie* therapiert wird.

Alle Psychotherapeuten stellen eine Unvereinbarkeit zwischen dem Prinzip der Leiblichkeit und einer Behandlung eines Patienten über ein Medium, also über Video, als unpersönliches und nicht leibliches Setting fest. Damit ist der Modus als berufsethische Thematik bei beiden Gruppen eine zentrale Barriere. Sie gehen jedoch mit dieser ‚Unvereinbarkeit‘ unterschiedlich um: Die Pragmatiker argumentieren lösungsorientiert und bewältigen diese ‚Unvereinbarkeit‘, also eine ‚richtige‘ Psychotherapie in einem nicht-leiblichen Setting durchzuführen, indem sie eine ‚richtige‘ Psychotherapie über Video ausschließen, aber als Versorgungsangebot befürworten, wenn der Patienten kein alternatives persönliches

Versorgungsangebot wahrnehmen kann. Die Lösung der vermeintlichen Unvereinbarkeit der Intervention mit ihren professionslogischen Prinzipien erfolgt dadurch mittels eines Kompromisses: nämlich keine ‚richtige‘ Psychotherapie über Video zu befürworten aber im Sinne ihrer Helferidentität dem Patienten zum Beispiel mittels eines Erstkontaktes über Video zur diagnostischen Abklärung zu helfen. Für die Pragmatiker steht die Verbesserung der Patientenversorgung, im Falle von Unterversorgung oder Mobilitätseinschränkungen, im Zentrum der Motivation und Argumentation. Sie zeigen keine prinzipiellen, sondern relative Vorbehalte und signalisieren dadurch Offenheit für den Einsatz von Videokonsultationen.

Demgegenüber stehen die Konservativen, die auch aber nicht primär mit einem Fokus auf die Patienten und insgesamt problemorientiert argumentieren. Dabei steht eine Orientierung an den erlernten Handlungspraktiken im Vordergrund, wobei die antizipierte Verminderung von Sicherheit aufgrund einer Nicht-Anwendungsmöglichkeit von etablierten Handlungspraktiken zentral für die Einstellung zu Videokonsultationen ist. Die konservativen Psychotherapeuten argumentieren in Konkordanz zu den formellen und informellen Regeln ihrer Profession. Sie machen damit nicht nur eine absolute Abgrenzung, sondern auch eine grundlegende Ablehnung gegenüber Videokonsultationen deutlich.

Die Orientierung der Psychotherapeuten an den Prinzipien ihrer Profession wird auch dadurch unterstrichen, dass monetäre Anreize bzw. ökonomische Überlegungen nur eine untergeordnete Rolle spielen: Eine Vergütung für Videokonsultationen kann die Pragmatiker zusätzlich, jedoch nicht ausschließlich motivieren, die Videokonsultation durchzuführen und die Konservativen würden sich durch eine Vergütung nicht zur Durchführung umstimmen lassen.

4.3.2.4 Hausärzte: Pragmatiker und Konservative

Hinsichtlich der soziodemographischen Merkmale zeigen sich manche Unterschiede, besonders deutlich bei der durchschnittlichen Jahre der Niederlassung: Die hausärztlichen Pragmatiker sind eher männlich und durchschnittlich fast doppelt so lange niedergelassen (22 Jahre, median = 24) wie die hausärztlichen Konservativen (11,5 Jahre, median = 12). Im Vergleich zu den Pragmatikern (2/9), sind die Konservativen eher in Gemeinschaftspraxen niedergelassen (5/7) als in Einzelpraxen.

Die befragten Hausärzte argumentieren aus unterschiedlichen Perspektiven, wobei in den meisten Fällen die Hausarztperspektive dominant ist. Es fällt auf, dass je mehr die Diskussion auf Details der Intervention eingeht, desto weniger beteiligen sich die hausärztlichen Konservativen, da sie, einer rationalen Erklärungslogik folgend, keinen Nutzen in Videokonsultationen sehen, die aus ihrer Sicht fast ausschließlich Nachteile birgt. Dort, wo Argumente aus der Patientenperspektive angeführt werden, werden diese eng an die Hausarztperspektive gekoppelt. Ferner wird das Wohl des Patienten bzw. dessen mögliche

positive (bei den Pragmatikern) oder negative Einstellung (bei den Konservativen) angeführt, um die jeweilige Perspektive argumentativ zu unterstreichen. Dadurch wird eine hohe Identifikation mit der ärztlichen Rolle des Experten, für den das Wohl des Patienten oberste Priorität hat, ausgedrückt. Während die Konservativen mehrheitlich problemfokussiert argumentieren, stellen die Pragmatiker die unterschiedlichen Argumente überwiegend lösungsorientiert und optimistisch dar. Damit einher geht ein hohes Kompetenzerleben der hausärztlichen Pragmatiker. Die Konservativen hingegen befürchten eine Verminderung ihrer handlungspraktischen Sicherheit. Dieser Kontrast wird an folgender Stelle als Auszug des Transkripts der zweiten Fokusgruppe deutlich, bei der B2 als der Gruppe der Konservativen zugeordnete Person und B als Stellvertreter der Altruisten über Notfall- bzw. Krisensituation im Rahmen einer Videokonsultation diskutieren:

B2: „Aber noch mal zurück. Es kann ja sein, dass ein Patient erst mal relativ stabil wirkt. Und dann hat er seine Videokonsultation und akut in dem Moment passiert was.

B: Da bin ich ja in der Nähe.

B2: Was ist dann los? Nein, wenn der dann meinetwegen da oben dran ist oder so [in einem Raum in einem anderen Stockwerk]. Ne, nur als Ding /

B: Ja, ja, wir haben durchaus die Möglichkeit, da auch eine... Wir haben auch schon vor Jahren Infusionen im Keller gemacht und haben den Patienten von oben mit einem Fernsehschirm betrachtet. Also da gibt es durchaus Verfahren.

I: Weil, es ist ein bisschen die Frage nach, was ist eigentlich dann das Notfallmanagement, was /

B2: Richtig, genau, weil, das kann immer passieren. Das kann in jeder Therapie passieren. (...) Man kann halt, ja, es kann einfach mal sein, er verschwindet, er rennt weg oder sonst was. Dann ist halt klar, da muss man sich sagen, wie kriegt man vielleicht im ersten Moment gar nicht mit, aus welchen Gründen auch immer. Wenn der dann da oben runtersaust oder so.

B: Gut.

B2: Nur grundsätzlich denke ich, eine Psychotherapie ist ja eine sehr wirksame Methode, die auch sehr viel Anstoß haben kann, nicht muss. Und dann kann ja auch mal was passieren, ja, zum Beispiel. Darf man nicht vergessen.

B: Gut, dann ist es vielleicht möglich, dass der Therapeut, der den Patienten sieht, das ist technisch machbar, dass der dann ein Signal senden kann an den Arzt, der ja, der in der Nähe ist. Also ich kann mir vorstellen, dass es technisch lösbar ist. Wenn der Psychotherapeut den Eindruck hat, dass der Patient eventuell dekompenziert, dass er dann Nachricht gibt. Darüber hinaus würde ich, wie vorhin schon gesagt, den Patienten schon so aussuchen, dass die Wahrscheinlichkeit, dass so was passiert, relativ gering ist.“

(B_B2_FG2_HÄ: 1252-1286)

Hier zeigt sich die unterschiedliche Argumentationsstruktur: lösungsorientiert bzw. problemfokussiert. Die Bewertung und Kontextualisierung des Behandlungsmodus' über Video, insbesondere in Krisensituationen, stellt einen wesentlichen Unterschied der beiden Gruppen dar. B2 stellt die Frage nach einer adäquaten Handlungspraxis für den Hausarzt in einer Krisensituation und offenbart damit nicht nur Bedenken der Intervention gegenüber sondern bringt so auch eine antizipierte Verminderung der handlungspraktischen Sicherheit zum Ausdruck, nämlich im Notfall kompetent im Sinne seiner Rolle als Hausarzt handeln zu können. Dem entgegnet B eine technische Lösung in Form eines Signals, welches der Therapeut an den Hausarzt übermittelt, damit dieser über die Krise eines Patienten informiert wird und einschreiten kann. Dadurch offenbart sich die von B ausgedrückte Identität des Arztes als Helfer: Während B2 eine erwartete Handlungsunsicherheit des Hausarztes als Hauptfaktor anführt, stellt B demgegenüber eine Lösung für eine Notfallsituation vor (bspw. ein technisches Signal an den Hausarzt durch den Therapeuten). Hierin wird die Orientierung an der ärztlichen Handlungsfähigkeit von B2 und B deutlich. Beide erkennen, dass Notfallsituationen besondere Aufmerksamkeit erfordern und bei beiden zeigen sich das Patientenwohl und die ärztliche Handlungsfähigkeit (bzw. deren Wahrung) als oberste Prämissen. Ein weiterer zentraler Unterschied ist neben der Argumentationslogik (problemfokussiert vs. lösungsorientiert), dass die Konservativen die antizipierte Verminderung der handlungspraktischen Sicherheit – im Rahmen von Videokonsultationen im Allgemeinen und bei Notfallsituationen im Speziellen – ins Zentrum ihrer Argumente rücken. Sie offenbaren damit keine Bewältigungsstrategie, wie man eine solche Situation, in der der Patient dekompenziert, lösen könnte, und ziehen sich hinter das Problem zurück und verweisen damit auch auf die Grenzen ihrer Kompetenz. Sie sehen Krisensituationen vielmehr als wichtige Barrieren, die gegen den Einsatz von Videokonsultationen sprechen. Demgegenüber zeigen die Pragmatiker ein hohes Kompetenzerleben und bieten proaktiv Bewältigungsstrategien an: nämlich sich selbst als kompetenter persönlicher Ansprechpartner vor Ort, ein technisches Signal des Therapeuten an den Hausarzt oder eine entsprechende Besprechung mit dem Therapeuten zum Zustand des Patienten. Dadurch unterstreichen sie ihre Rolle als handlungsfähiger Experte und ihren Einfluss auf die Situation aufgrund ihres Expertenwissens. Dies kann hier möglicherweise auf den Hausarzt in seiner Rolle des Generalisten und des (handlungsfähigen) Experten (gegenüber dem Patienten als Laien) und damit primären Ansprechpartner im Gesundheitssystem generell zurückgeführt werden. Die Konservativen sehen die oben beschriebene Situation als ‚unlösbares‘ Problem, während die Pragmatiker die Frage nach einer Handlungspraxis vor dem Hintergrund ihrer eigenen, verfügbaren Ressourcen beantworten.

Hier schließt ein weiterer Unterschied der hausärztlichen Befragten an: Obwohl beiden Gruppen die Aufrechterhaltung der ärztlichen Handlungsfähigkeit wichtig zu sein scheint,

bewerten die Konservativen die Unsicherheit und die Komplexität, die die Intervention aus ihrer Perspektive mit sich bringt, als zu hoch, verglichen mit dem potenziellen Nutzen, den das Modell bringen kann. Sie argumentiert überwiegend im univoken Diskurs und erwarten keinen Nutzen, weder für sich noch ihre Patienten, die eher einen persönlichen Ansprechpartner bräuchten, wobei diese Perspektive im Hintergrund steht. Im Gegensatz dazu erwarten die Pragmatiker zum einen einen klinischen Nutzen für ihre Patienten hinsichtlich der Verbesserung ihres Gesundheitszustandes und zum anderen einen Nutzen für sich und ihre Hausarztpraxis, sei es in emotionaler („den Patienten gut versorgt wissen“), betriebswirtschaftlicher oder arbeitsökonomischer Hinsicht. Neben dem Orientierungsrahmen ärztliche Handlungsfähigkeit und Aufrechterhaltung des Kompetenzimages, wird daher auch die Nutzenorientierung bei der Bewertung von Videokonsultationen durch die Hausärzte deutlich.

Bei den Konservativen wird, wie den Pragmatikern, ihre Orientierung am Patientenwohl gemäß ihrer professionellen Sozialisation offenkundig. Aus dem Anspruch heraus, die ärztliche Rolle kompetent zu erfüllen, lässt sich sowohl die Perspektive der Pragmatiker als auch die der Konservativen erklären: Während erstere Videokonsultationen als Option sehen, ihren Patienten ein niedrigschwelliges Versorgungsangebot machen zu können und als Anfang bzw. Möglichkeit der ‚Problembewältigung‘¹⁶ sehen, bezweifeln die Konservativen, dass Videokonsultationen eine adäquate Versorgungsform darstellen. Hilfe muss ‚richtig‘, respektive in persönlicher Form erfolgen und sich an bestehenden und etablierten Prinzipien orientieren.

Die bisherigen Ausführungen haben auch gezeigt, dass beide Gruppen, wenn auch unterschiedlich detailliert, auf den Aspekt der Verantwortlichkeit eingehen. Verantwortlichkeit identifizieren die Hausärzte in ähnlicher Weise als handlungspraktisches ‚Problem‘ und scheint im Sinne der juristischen Haftung an die physische Anwesenheit geknüpft zu sein. Die komparative Analyse der beiden hausärztlichen Gruppen zeigt jedoch eine unterschiedliche Argumentationsstruktur beim Thema Verantwortlichkeit. Wie beschrieben antizipieren die Befragten Aspekte der Unsicherheit und Komplexität im Zuge von Videokonsultationen, wobei diese entweder als lösbare Herausforderungen (Pragmatiker) oder eher nicht überwindbare Barrieren (Konservative) wahrgenommen werden.

4.3.2.5 Pragmatiker und Konservative

Neben der Exploration der Typologie der Pragmatiker und Konservative ist ein Vergleich dieser Gruppen und ihrer zentralen Orientierungsrahmen von hoher Relevanz und kann Aufschluss geben über die Unterschiede, die auf die Zugehörigkeit zu einer der beiden Professionen und der jeweiligen professionslogischen Sozialisation, zurückzuführen sein können.

¹⁶ Dies bezieht sich auf die Darstellung der aktuellen Versorgungslage der Hausärzte, vgl. *Kapitel 4.2.1.1*.

Betrachtet man zunächst die soziodemographischen Merkmale der beiden Gruppen, so fällt auf, dass anhand der erhobenen Faktoren nicht per se auf die Einstellung der befragten Hausärzte und Psychotherapeuten gegenüber Videokonsultationen geschlossen werden kann. Im Vergleich zu den Konservativen, die weniger soziodemographische Unterschiede aufweisen, sind die Pragmatiker heterogener.

Die komparative Analyse hat gezeigt, dass Verantwortlichkeiten und klare Zuständigkeiten im Zuge einer Einführung einer Videokonsultation von Relevanz für die Befragten sind, unabhängig von einer offenen oder skeptischen Haltung gegenüber Videokonsultationen. Sowohl die Therapeuten als auch die Hausärzte zeigen eine Orientierung an den formalen Zuständigkeitszuschreibungen innerhalb des Gesundheitssystems, innerhalb dessen die Zuständigkeiten und Verantwortungsbereiche klar geregelt sind. Beide Gruppen knüpfen die Verantwortlichkeit an einen leibhaftigen Ansprechpartner vor Ort. Ähnlich argumentiert auch Freidson, einer der Begründer der Professionssoziologie. Demnach ist die ärztliche (und therapeutische) Profession eng verbunden ist mit der „responsibility for the work [that] can be perceived only as individual and personal“ (Freidson 1974, S. 98). Daraus ergibt sich logisch, dass sowohl für die Konservativen als auch für die Pragmatiker die Klärung der Verantwortlichkeiten und ein persönlicher Ansprechpartner vor Ort wichtige Anforderungen für Videokonsultationen sind, wenngleich dies unterschiedlich stark gewichtet wird. Ferner ist der Anspruch an Autonomie nach Freidson ein Charakteristikum für die ärztliche (und therapeutische) Profession, was auch die Forderung nach Selbstbestimmung (vgl. *Kapitel 4.3.2.3*) der Befragten gezeigt hat. Konkret bezieht sich Freidson damit auf die berufliche Selbstbestimmung ohne Störeinflüsse, Rat oder Vorschriften von außen (ebd.). Hierdurch kann begründet werden, warum die Konservativen dem Aspekt der Verantwortlichkeit und dem Erhalt der handlungspraktischen Sicherheit einen großen Stellenwert zuschreiben: Sie befürchten, dass sie im Rahmen des vorgeschlagenen Behandlungsmodells nicht die alleinige Deutungsmacht hätten, damit nicht autonom agieren könnten und dennoch verantwortlich wären für eine nicht durch sie alleine zu beeinflussende Situation. Damit einher geht eine Orientierung an den juristischen Rahmenbedingungen des ärztlichen und therapeutischen Arbeitens, da der Therapeut bzw. Arzt dem Patienten gegenüber verantwortlich ist¹⁷. Durch die Orientierung aller Befragten an der Verantwortlichkeit dem Patienten gegenüber und dem Erhalt handlungspraktischer Sicherheit wird die Verantwortlichkeit im Zusammenhang mit helfenden Berufen deutlich, die „das Ergebnis

¹⁷ „Allgemein haben wir es also damit zu tun, dass im sozialen Handeln zwischen Arzt und Patient ein erstaunliches Maß an grundsätzlicher Unsicherheit weiter besteht, gleichzeitig aber auf der Ebene der rollenförmigen Erwartungen über ärztliches Handeln und das Handeln von Patienten ein institutionalisierter Konsens herrscht, der die konkrete Behandlungssituation trägt. In der unmittelbaren Praxis der Arzt-Patient-Interaktion weiß man, was zu tun ist.“ (Hanses und Sander 2012, S. 75)

entweder einer Selbstverpflichtung oder von sozialer Zuschreibung ist“ (Kaufmann et al. 1989, S. 205). Verantwortlichkeit impliziert eine juristische und moralische Zuständigkeit und das Entstehen für die Folgen einer Handlung im Sinne der ärztlichen Garantenstellung. Diese ergibt sich aus Paragraph 13 des Strafgesetzbuches und der Verpflichtung des Arztes, Schaden vom Patienten abzuhalten, da ansonsten Schadenersatzansprüche begründet werden können. Verantwortlichkeit ist damit Teil der Profession helfender Berufe und zwar im doppelten Sinne: normativ, als ethischer Anspruch dem Patienten gegenüber, der sich dem Hausarzt oder dem Therapeuten anvertraut und juristisch im Sinne der Haftbarkeit.

Konkret ergibt sich die besondere Schwierigkeit bei Videokonsultationen daraus, dass, anders als beim persönlichen Setting, für die Befragten unklar ist, wer im Sinne der Garantenstellung für die Behandlung des Patienten verantwortlich gemacht respektive belangt werden kann. Der Verantwortungsaspekt ist ein Teilaspekt der ärztlichen bzw. therapeutischen Rolle und steht in engem Zusammenhang mit einer Orientierung an der kompetenten Rollenausübung als Experte und der Sicherstellung der Handlungsfähigkeit.

Die Schwierigkeit dabei zeigt sich zum einen für den Hausarzt, besonders in Notfall- oder Krisensituationen, da diese mit einem hohem Entscheidungs- und Handlungsdruck verbunden sind und er das Geschehen während der Videokonsultation nicht kontrollieren kann. Zum anderen nehmen manche Therapeuten Videokonsultationen und damit verbundene Krisensituationen insoweit als problematisch wahr, als dass sie nicht als leibliche Person vor Ort bei dem Patienten sind. Die Situation ist durch das ‚zwischenengeschaltete‘ Medium bzw. die Durchführung über Video fragiler und weniger kontrollierbar, denn es kann nicht auf routinierte Handlungspraktiken zurückgegriffen werden. Eine Verminderung von handlungspraktischer Sicherheit ist die erwartete Folge. Damit offenbart sich eine Diskrepanz zu den professionellen Handlungspraktiken und Orientierungsrahmen. Dies steht zudem konträr zu der vergleichsweise eigenständigen und unabhängigen Organisation einer Hausarzt- bzw. Therapeutenpraxis.

Eine praktische Lösung des erwarteten Problems der Verantwortungsübernahme im Zusammenhang mit Videosprechstunden wäre eine konsiliarische „Fallkonferenz“ (B2_FG3_HÄ: 1242) zwischen Hausarzt und Therapeut. In diesem Modell wäre der Hausarzt als primärer Behandler als Ansprechpartner vor Ort zuständig und der Therapeut würde als Experte über Video konsultiert werden. Der Patient bliebe damit weiterhin im Verantwortungsbereich des Hausarztes, der ihn mithilfe der konsiliarischen Fallkonferenz im Sinne einer zusätzlichen Edukation und der fachlichen Expertise des Therapeuten entsprechend weiterbetreuen würde. Diese Fallkonferenzen wären sinnvoll als „Übergabe“ (B2_FG3_PT: 1309) zwischen Therapeut und Hausarzt und könnten die Verantwortungsübernahme durch Wissenstransfer erleichtern.

Hinsichtlich der Argumentationsperspektive zeigen sich Unterschiede der Befragten, die auf ihre Einstellung zu Videokonsultationen zurückzuführen sind, sich also auf die Einteilung in Pragmatiker und Konservative beziehen. Beide Gruppen argumentieren innerhalb ihrer Professionslogik, interpretieren diese allerdings unterschiedlich: Die Pragmatiker zeichnen sich durch eine lösungsorientierte, anwendungsbezogene und flexible Haltung als homogenes Muster ihrer Gesprächsbeiträge aus. Das zeigt sich exemplarisch anhand der in Kapitel 4.3.2.4 beschriebenen Stelle, als einer der Hausärzte ein ‚technisches Signal des Therapeuten an den Hausarzt‘ als proaktive Lösung für den Umgang mit Krisensituationen vorschlägt. Probleme werden bedacht, aber es werden rasch Lösungsmöglichkeiten diskutiert, insbesondere mit dem Ziel, dem Patienten ein Versorgungsangebot zu machen und ihm dadurch zu helfen, was als Ausdruck der ärztlichen und therapeutischen Helferidentität der Pragmatiker zu werten ist. Die Pragmatiker zeigen damit Flexibilität und Umgewöhnungsbereitschaft. Sie sehen wie die Konservativen auch mögliche Herausforderungen hinsichtlich eines Einsatzes von Videokonsultationen, zeigen gleichzeitig aber auch Lösungen auf, wie Videokonsultationen vor dem Hintergrund ihrer Profession umgesetzt werden können.

Die Pragmatiker verdeutlichen damit auch ein gutes Kompetenzerleben und Vertrauen in ihre ärztlichen bzw. therapeutischen Fähigkeiten und knüpfen dies nicht starr an das persönliche Setting bzw. den Rückgriff auf routinierte Handlungspraktiken. Vielmehr machen sie deutlich, auch bei fehlender persönlicher Interaktion auf entsprechende Verfahren zurückgreifen und dem Patienten letztlich helfen zu können. Sie orientieren sich damit weniger an den professionell vermittelten Handlungsregeln, als vielmehr an der Maxime ihrer jeweiligen Profession, nämlich das Handeln am Wohl der Patienten auszurichten. Nach Freidson ist es, um handeln zu wollen, wichtig, in die eigenen Fähigkeiten zu vertrauen, also ein gutes Kompetenzerleben zu haben (vgl. Freidson 1974, S. 98). Vor diesem Hintergrund erscheint die Bezeichnung der Befürworter als *Pragmatiker* logisch: Sie sehen äußere Gegebenheiten als veränderbar an und zeigen sich damit auch anpassungsfähig. Eine Verminderung der handlungspraktischen Sicherheit im Zusammenhang mit der Implementierung von Videokonsultationen wird zwar antizipiert, aber (durch ein gutes Kompetenzerleben) als beeinflussbar wahrgenommen und weniger stark problematisiert. Die Pragmatiker orientieren sich primär daran, ihre Rolle als Experte gegenüber dem Patienten als Laien mit entsprechendem Behandlungsgesuch auszufüllen, ihre Handlungsfähigkeit zu wahren und ein ‚guter Versorger‘ zu sein. Demnach zeichnen sich die Pragmatiker durch Ergebnisbezogenheit, Machbarkeitsorientierung und Kompromissbereitschaft aus.

Innerhalb ihrer Professionslogik orientieren sich die Pragmatiker daher an dem Ziel bzw. dem institutionalisierten Zweck ihrer Profession auf *Strukturebene*, den Patienten mit seinem Versorgungsanliegen zu versorgen bzw. ihm ein Versorgungsangebot zu machen und

damit seinen Gesundheitszustand zu verbessern. Die Argumentationsperspektive der Pragmatiker lässt sich dementsprechend als *ergebnisorientiert* subsumieren, da sie sich nach dem Qualitätsmodell Donabedians an der Ergebnisqualität orientieren (Donabedian 2005). Im Zentrum steht die Orientierung daran, *Was* bzw. *dass* ein Behandlungsangebot gemacht werden kann, als Ausdruck der professionalisierten Helferidentität¹⁸. Dem Patienten zu helfen, als Teil der hausärztlichen und therapeutischen Identität spiegelt sich hier im Aktionismus wider, mittels der Videokonsultationen dem Patienten ein Versorgungsangebot machen zu können und sein Leiden zu verringern.

Im Gegensatz zu den Pragmatikern beteiligen sich die Konservativen insgesamt weniger an den Diskussionen, insbesondere wenn es um organisatorische Aspekte oder die praktische Umsetzung und konkrete Implementierung geht. Da sie eine Abwehrhaltung gegenüber Videokonsultationen zeigen und deutlich machen, innerhalb ihrer erlernten professionslogischen Handlungspraktiken zu handeln, wurde diese Gruppe folglich als *Konservative* identifiziert. Sie argumentieren insgesamt überwiegend problemorientiert und auf der ‚prinzipiellen‘ Ebene, d.h. was Videokonsultationen vor allem im Vergleich zum herkömmlichen persönlichen Setting (nicht) leisten können. Damit koppeln sie ihr eigenes Kompetenzerleben eng an die (Anwendung der) professionellen Handlungspraktiken und -routinen, die auf persönlicher Interaktion mit dem Patienten beruhen. Die Konservativen berufen sich auf diese Regeln, die es anzuwenden gilt, um die Rolle des Versorgers im Sinne der Profession zu erfüllen, was aus ihrer Sicht jedoch im Rahmen der Videokonsultation nicht nach dem gewohnten Muster möglich ist. Daher schwingt bei dieser Gruppe auch immer wieder die Frage nach der Angemessenheit von Videokonsultationen mit. Der Fokus liegt dabei neben den Einschränkungen für den Patienten auf a) der Verantwortungsübernahme sowie der Unsicherheits- und Komplexitätssteigerung, die als Folge für den Versorger erwartet werden und damit auf b) der Arbeit bzw. Rollenerfüllung als Experte. Der Rückbezug auf die Expertenrolle dient dabei dem Erhalt der handlungspraktischen Sicherheit. Aus dieser Perspektive argumentieren sie, dass Videokonsultationen qua Profession, die auf der persönlichen Interaktion und Kommunikation mit einem leibhaftigen Ansprechpartner basiert, faktisch nicht umsetzbar seien, denn es gilt eben diese Regeln einzuhalten. Darin offenbart sich eine starke Orientierung an den Handlungsprinzipien ihrer Professionslogik. Sie zeigen damit ein im Vergleich zum persönlichen Setting weniger ausgeprägtes Kompetenzerleben. Anders als die Pragmatiker allerdings steht dabei vor allem der Bezug zur Mikroebene, also ihren professionell sozialisierten Handlungspraktiken und -regeln im Vordergrund. Sie folgen

¹⁸ Dies ist nach Freidson Teil der ärztlichen (und therapeutischen) Profession: "The aim of the practitioner is not knowledge but action and while successful action is the aim, the tendency is to assume that any action at all is better than none. (...) Dealing with individual and concrete cases, the practitioner is inclined to emphasize indeterminacy rather than lawful regularity and to be radically pragmatic, relying more on the results he associates with his own actions than on theory." (Freidson 1974, S. 98)

damit einer primär *prozessorientierten* Argumentation. Die Konservativen orientieren sich primär an bestehenden Handlungspraktiken, also dem *Wie* der Behandlung, und im Sinne Donabedians der Prozessqualität. Ihr Hauptargument ist es, handlungspraktische Sicherheit zu erhalten bzw. herzustellen und dabei auf Bestehendes zurückzugreifen. Sie zeigen sich traditionsverbunden und vorsichtig bzw. zurückhaltend gegenüber neuen Innovationen wie Videokonsultationen. Im Vergleich zu den Pragmatikern sind sie weniger anpassungsfähig, und orientieren sich an Konventionen sowie den Regeln ihrer Profession.

Die nachfolgende Matrix 2 stellt die zentralen Merkmale der explorierten Typologien sowie die wesentlichsten Gemeinsamkeiten und Unterschiede der Pragmatiker und Konservativen dar.

Matrix 2: Zusammenfassende Typologie der hausärztlichen und psychotherapeutischen Pragmatiker und Konservativen sowie Soziodemographie

Typus	Soziodemographischer Kontext	Kollektiver Orientierungsrahmen			Argumentationslogik
		Kompetenz-erleben	Erhalt von Handlungs-praktischer Sicherheit und Verantwortlich-keit	Professionsprinzip	
<i>Pragmatiker</i> (n=13)	<p>Hausärzte:</p> <ul style="list-style-type: none"> eher männlich länger niedergelassen (mean 22 Jahre, median 24) <p>Psychotherapeuten:</p> <ul style="list-style-type: none"> eher kürzer niedergelassen (mean 13; median 7) 	überwiegend gut (Unterschiede bei Altruisten und Rationalisten)	vorhanden	Helferidentität	<ul style="list-style-type: none"> lösungsorientiert Fokus auf Ergebnisqualität (das <i>Was</i> ist entscheidend, nämlich ein Versorgungsangebot zu machen)
<i>Konservative</i> (n=14)	<p>Hausärzte:</p> <ul style="list-style-type: none"> eher vorstädtisch kürzer niedergelassen (mean 11,5; median 12) <p>Psychotherapeuten:</p> <ul style="list-style-type: none"> eher weiblich eher länger niedergelassen (mean 14, median 18) 	unsicherer (als im persönlichen Setting)	stark ausgeprägt	Bewahrung und Anwendung der professionellen Handlungspraktiken	<ul style="list-style-type: none"> problemfokussiert Fokus auf Prozessqualität (das <i>Wie</i> bzw. die Versorgungs<i>form</i> ist entscheidend)

4.3.3 Hypothesen

Folgende Hypothesen können auf Basis der vorangegangenen Ausführungen abgeleitet werden und bilden einen Ausgangspunkt für anknüpfende Forschungsarbeiten:

Da die hausärztlichen Pragmatiker ein vergleichsweise höheres Kompetenzerleben und nur wenig handlungspraktische Unsicherheit in Bezug auf Videokonsultationen offenbaren, liegt es nahe, dass sich die Dauer der Niederlassung auf das Kompetenzerleben der Hausärzte auswirkt und länger niedergelassene Hausärzte Videokonsultationen eher als *Chance* ansehen.

Hypothese 1: Je länger ein Hausarzt niedergelassen ist, umso höher ist sein Kompetenzerleben und umso eher ist er aufgeschlossen für den Einsatz von Videokonsultationen und sieht diese als *Chance* an.

Die Verhaltenstherapeuten sind aufgeschlossener gegenüber Videokonsultationen, im Vergleich zu den Tiefenpsychologen, die eine skeptische bzw. ablehnende Haltung gegenüber Videokonsultationen zeigen. Die therapeutische Ausrichtung ist ferner der einzige wesentliche soziodemographische Unterschied der befragten Psychotherapeuten.

Hypothese 2: Die therapeutische Ausrichtung wirkt sich maßgeblich auf die Einstellung zu Videokonsultationen aus. Eine verhaltenstherapeutische Orientierung scheint mit einer größeren Offenheit gegenüber Videokonsultationen einherzugehen, während ein tiefenpsychologischer Hintergrund eher eine *Barriere* gegenüber Videokonsultationen darstellt.

Hinsichtlich der Motivation hat sich gezeigt, dass eine Vergütung kein alleiniger Anreiz für die Durchführung von Videokonsultationen ist und Skeptiker nicht von Videokonsultationen überzeugen kann. Vielmehr ist der antizipierte Nutzen von Videokonsultation aus Sicht der Befragten entscheidend dafür, die Intervention als *Chance* zu sehen.

Hypothese 3: Je mehr sich ein Hausarzt oder Psychotherapeut einen Nutzen von der Intervention verspricht, sei es den Patienten ein Versorgungsangebot zu machen oder, insbesondere bei den Hausärzten die eigenen Ressourcen zu entlasten, umso eher ist er aufgeschlossen gegenüber Videokonsultationen.

Hypothese 4: Die Einstellung zu Videokonsultationen kann nicht (ausschließlich) durch externe Anreize wie Finanzierungs- und Vergütungssysteme nachhaltig beeinflusst werden.

Ein persönlicher Ansprechpartner, der im Fall einer Krise verantwortlich ist, wird als wichtige *Anforderung* sowohl für die Versorger als auch für die Patienten gesehen.

Hypothese 5: Je konkreter die Verantwortlichkeiten und Zuständigkeiten vorab geklärt sind, insbesondere in Krisensituationen, bspw. mittels eines entsprechenden Notfallplans sowie konsiliarischen Fallkonferenzen, umso eher können Unsicherheiten reduziert und Sicherheit vermittelt werden und umso aufgeschlossener ist ein Hausarzt oder Therapeut gegenüber Videokonsultationen.

Organisatorische Rahmenbedingungen sind sowohl als *Chance* als auch als *Barriere* mitentscheidend für die Einstellung zu Videokonsultationen und deren potenzielle Implementierung.

Hypothese 6: Je einfacher sich Videokonsultationen in den Praxisalltag integrieren lassen und mit bestehenden Strukturen vereinbar sind, sowie sich bezogen auf die Psychotherapeuten an den Rahmenbedingungen (bspw. der Dauer) der herkömmlichen persönlichen Therapie orientieren, umso aufgeschlossener sind die Befragten gegenüber einer Implementierung von Videokonsultationen.

Im Vergleich zu den Konservativen, die sich an Traditionen und bestehenden Handlungspraktiken orientieren, sind die Pragmatiker flexibel und lösungsorientiert und zeigen eine Umsetzungs- sowie Kompromissbereitschaft. Die Pragmatiker sehen Videokonsultationen daher eher als *Chance* an.

Hypothese 7: Je eher sich ein Hausarzt oder Therapeut an der Verbesserung der Versorgung orientiert und die sozialisierten Handlungspraktiken als anpassungsfähig und flexibel wahrnimmt, umso aufgeschlossener ist er gegenüber Videokonsultationen.

Aufgrund der Zugehörigkeit zu einer der beiden Professionen, nämlich Hausärzte oder Psychotherapeuten, kann nicht a priori auf eine positive oder negative Einstellung der Befragten gegenüber Videokonsultationen geschlossen werden.

Hypothese 8: Die Einstellung zu Videokonsultationen scheint maßgeblich mit der Werthaltung einer Person zusammenzuhängen. Je eher eine Person konservative Werte vertritt, umso skeptischer ist sie gegenüber Videokonsultationen eingestellt.

Die Einstellung zu Videokonsultationen scheint nicht ausschließlich von entweder individuellen oder formal-professionellen Aspekten geprägt zu sein.

Hypothese 9: Die Einstellung zu Videokonsultationen ist geprägt von einem Konglomerat aus 1) der individuellen Werteinstellung und Offenheit gegenüber Veränderungen bzw. Wandel sowie 2) der Orientierung und Interpretation der Prinzipien der Profession.

5. Diskussion

Nach der Zusammenfassung der Hauptergebnisse (*Kapitel 5.1*), folgt eine Diskussion des Materials und der Methoden (*Kapitel 5.2*) unter Bezugnahme auf die von Steinke formulierten Gütekriterien qualitativer Forschung (Steinke 1999). Im weiteren Verlauf werden die Ergebnisse und explorierten Hypothesen in den empirischen (*Kapitel 5.3.1*) sowie theoretischen Forschungskontext eingebettet (*Kapitel 5.3.2*).

5.1 Zusammenfassung der Ergebnisse

Das zugrundeliegende Erkenntnisinteresse dieser Arbeit war die Exploration der Einstellungen von Hausärzten und Psychotherapeuten zu den Barrieren, Chancen und Anforderungen an Videokonsultationen durch Psychotherapeuten in der Hausarztpraxis. Die triangulierende Analyse nach der qualitativen Inhaltsanalyse und der dokumentarischen Methode hat mehrere zentrale Ergebnisse offengelegt: Insbesondere vor dem Hintergrund der als defizitär beschriebenen derzeitigen Versorgungssituation aufgrund langer Wartezeiten und begrenzter Kapazitäten an verfügbaren Psychotherapeuten, bewerteten einige Psychotherapeuten und Hausärzte Videokonsultationen als eine *Chance*, v.a. für immobile Patienten mit psychischen Störungen schnell(er) und niedrigschwellig Hilfe zu bekommen. Hinsichtlich der TICD-Domänen wurden vor allem Faktoren der Gesundheitsversorger sowie patientenbezogene Faktoren thematisiert. Während manche Hausärzte auch eine Entlastung für sich und ihre Praxisressourcen erwarteten, antizipierten die meisten Therapeuten für sich selbst, abgesehen von der Zusammenarbeit mit dem Hausarzt, mehrheitlich eher Nachteile. Die fehlende persönliche Interaktion identifizierten beide befragten Gruppen als wesentliche *Barriere* von Videokonsultationen. Damit verbunden stellten einige Befragte die Angemessenheit von Videokonsultation, aus hausärztlicher Perspektive insbesondere in Notfallsituationen, infrage. Darüber hinaus bezweifelten einige Psychotherapeuten, inwieweit eine tragfähige therapeutische Beziehung über dieses Medium etabliert werden kann. Zentrale *Anforderungen* sind neben einer technisch uneingeschränkten Funktionalität und geregelten organisatorischen sowie finanziellen Faktoren, ein Notfallplan und die Rollen- sowie Verantwortlichkeitssaufteilung zwischen Hausarzt und Psychotherapeut.

Die dokumentarische Methode konnte diese Resultate weiter vertiefen. Im Ergebnis ist eine Typologie entstanden, die die Befragten als Pragmatiker und Konservative ausführlich charakterisiert. Die Analyse hat gezeigt, dass sich beide Gruppen bei der Bewertung der Barrieren, Chancen und Anforderungen an Videokonsultationen an der handlungspraktischen Sicherheit und Verantwortlichkeit sowie den Prinzipien ihrer jeweiligen Profession orientieren. Hauptorientierungsrahmen ist dabei der Zweck der Profession. Dabei geht es beiden Gruppen um (die) Qualität (der Versorgung): Die Pragmatiker orientieren sich an der Ergebnisqualität.

Sie fokussieren auf ihre Helferidentität und stellen damit die Orientierung am Patientenwohl in den Vordergrund. Sie sehen in Videokonsultationen eine Möglichkeit schwer zu versorgenden Patienten ein Versorgungsangebot machen zu können. Zwar antizipieren sie auch Nachteile, wie die fehlende persönliche Interaktion, sind aber aufgrund ihres Anspruchs die Patientenversorgung verbessern zu wollen, kompromissbereit und daher Videokonsultationen gegenüber aufgeschlossen. Sie zeigen ein gutes Kompetenzerleben und eine proaktive, lösungsorientierte und ergebnisorientierte Denkweise. Im Vergleich dazu steht bei den Konservativen die Orientierung an einer kompetenten Erfüllung ihrer ärztlichen respektive therapeutischen Rolle und die Anwendung sowie Bewahrung etablierter Handlungspraktiken im Mittelpunkt, die sich an von Leiblichkeit geprägten Professionsprinzipien und an Prozessqualität orientiert. Das Video als Behandlungsmedium und damit verbunden die fehlende persönliche Interaktion sind dabei wesentlicher Kritikpunkt. Die Konservativen verdeutlichen fehlende Gewohnheiten im Zusammenhang mit Videokonsultationen, die aufgrund des fehlenden Rückgriffs auf bestehende Handlungspraktiken ein Gefühl der Verunsicherung erzeugen. Letztlich orientieren sich die Konservativen an (der Sicherstellung von) bestehenden Handlungspraktiken und professionslogischen Konventionen und argumentieren überwiegend prozessorientiert. Die Einstellung der befragten Hausärzte und Psychotherapeuten zu Videokonsultationen durch Psychotherapeuten in der Hausarztpraxis ist mit davon abhängig, wie die Gesundheitsversorger ihre Profession interpretieren, d.h. welchen professionslogischen Schwerpunkt sie setzen und wie kompatibel sie Videokonsultationen mit ihrem jeweiligen Professionsverständnis bewerten.

Nach bestem Wissen ist diese Arbeit die erste, die durch die Triangulation von qualitativer Inhaltsanalyse und dokumentarischer Methode tiefergehende Erkenntnisse auf die Barrieren, Chancen und Anforderungen von Hausärzten und Psychotherapeuten hinsichtlich Videokonsultationen durch Psychotherapeuten in der Hausarztpraxis exploriert. Während die meisten bisherigen Arbeiten zu diesem Thema überwiegend deskriptiv die Akzeptanz, Meinungen und Erfahrungen bezüglich Videokonsultationen thematisierten, geht die vorliegende Arbeit darüber hinaus und generiert neben einer Typologie der Befragten explizite Hypothesen, die einen interessanten Ausgangspunkt für anknüpfende Forschungsarbeiten darstellen.

5.2 Material und Methoden sowie Reflexion der Gütekriterien

Um die wissenschaftliche Güte der Ergebnisse und zu diskutieren, werden die Stärken und Schwächen dieser Arbeit anhand der von Steinke empfohlenen Gütekriterien qualitativer Forschung dargestellt (vgl. Steinke 1999, S. 205f.)¹⁹.

¹⁹ Steinke empfiehlt folgende Gütekriterien für die Beurteilung wissenschaftlicher Güte in der qualitativen Forschung: Intersubjektive Nachvollziehbarkeit, Indikation des Forschungsprozesses, empirische Verankerung, Limitation, reflektierte Subjektivität, Kohärenz und Relevanz (ebd.).

Diese Arbeit entspricht der Forderung nach *intersubjektiver Nachvollziehbarkeit* zum einen, da alle Fokusgruppen und Interviews digital aufgezeichnet wurden und das Kategoriensystem der qualitativen Inhaltsanalyse (vgl. *Anhang 6*) dieser Arbeit beigefügt sind.

Zum anderen stellt *Kapitel 3 Methoden* das methodische Vorgehen detailliert und transparent dar, was auch durch die exemplarische Durchführung der dokumentarischen Methode (vgl. *Anhang 7*) und die Zitate der Befragten unterstrichen wird. Dies trägt auch dem Kriterium der *Indikation des Forschungsprozesses* Rechnung. Obwohl für die Datenerhebung ursprünglich ausschließlich Fokusgruppen geplant waren, um die Gruppenmeinungen durch den wechselseitigen Bezug der Befragten der jeweiligen Profession und die kollektiven Orientierungsrahmen zu explorieren, wurden mit insgesamt vier Teilnehmern Interviews geführt. Diesen Personen war es aus organisatorischen Gründen nicht möglich an einer Fokusgruppe teilzunehmen. Um dennoch deren Perspektive zu erfassen, dienten daher problemzentrierte Interviews, die den Fokusgruppen aufgrund des zentralen thematischen Fokus' ähnlich sind, als alternative Erhebungsmethode.

Darüber hinaus sind die Erhebungs- und Auswertungsmethoden aufeinander abgestimmt und gegenstandsangemessen, da sich Fokusgruppen und Interviews für die qualitative Inhaltsanalyse und besonders für die dokumentarische Methode eignen, die auf die Exploration kollektiv geteilter Wissensbestände abzielt, die in den Fokusgruppen erhoben wurden. Durch die Triangulierung zweier Auswertungsmethoden wurde das Material tiefgehend und auf unterschiedlichen Ebenen, syntaktisch und semantisch, analysiert.

Für die inhaltsanalytische Auswertung wurden die TICD-Domains als thematische Oberbegriffe verwendet, da sich diese für die Exploration relevanter Implementierungsfaktoren von innovativen Versorgungsformen eignen. Allerdings wurden die Unterkategorien nicht von denen des TICD übernommen, sondern induktiv anhand des Datenmaterials generiert. Aufgrund der methodisch explorativen Herangehensweise und des semistrukturierten Leitfadens, der auch spontane Gesprächsimpulse ermöglichen sollte, waren die TICD-Domains nicht systematischer Bestandteil der Moderationsleitfäden bzw. Fokusgruppen und Interviews. Durch die deduktive Anwendung der TICD-Domains konnte zum einen eine adäquate und praktikable Strukturierung des Materials vorgenommen werden. Zum anderen konnte durch die induktive Generierung der Unterkategorien sichergestellt werden, dass diese das Datenmaterial vollständig abbilden, wodurch dem Anspruch an *empirischer Verankerung* Rechnung getragen wird. Dieser Aspekt wird ferner durch die Textbelege aus den Transkripten (vgl. *Kapitel 4 Ergebnisse*) als auch durch die ausführliche Beschreibung der dokumentarischen Methode anhand eines Beispiels (*Anhang 7*) gewährleistet. Des Weiteren wurde dem Kriterium der *empirischen Verankerung* der Daten dadurch entsprochen, dass alle Fokusgruppen und Interviews im Ergebnis mit einer der Dauer der Gespräche ausgewogenen

Anzahl an Codierungen im Verhältnis zur Anzahl der Sprecher codiert wurden. Dies unterstreicht auch die Güte des Kategoriensystems.

Die Triangulierung von qualitativer Inhaltsanalyse und dokumentarischer Methode konnte ferner dazu beitragen dem Anspruch an *reflektierter Subjektivität* gerecht zu werden, da so die Ergebnisse beider Methoden wechselseitig auf deren kausalen Zusammenhang hin überprüft werden konnten. Da die Befragten über die Verwendung der Daten im Zusammenhang mit dieser Dissertation zum Thema Einstellungen zu Videokonsultationen betraut waren, hat sich die Autorin in ihrer Rolle als Moderatorin der Fokusgruppen und Interviews darum bemüht, einseitige oder beeinflussende Fragen zu vermeiden. Bei der Datenerhebung wurde sich ferner um einen Wechsel zwischen Annäherung und Distanz zu den Befragten bemüht. Das heißt konkret, dass teilweise, zum einen insbesondere bei stockenden Stellen näher nachgefragt wurde. Zum anderen nahm sich die Moderatorin und Autorin der vorliegenden Arbeit an Stellen, an denen das Gespräch eine eigene, noch auf das Forschungsthema bezogene Dynamik entfaltete, explizit zurück, um den Gesprächsfluss nicht zu stören. Ferner konnte so und auch durch den semistrukturierten Moderationsleitfaden ermöglicht werden, dass die Teilnehmer eigene Themenschwerpunkte einbringen konnten. Zudem hat sich die Autorin dieser Arbeit als Moderatorin mit dem Projektleiter als Co-Moderator nach den Fokusgruppen über den Verlauf und etwaige Kritikpunkte ausgetauscht, die dann für die nachfolgenden Erhebungen berücksichtigt wurden. Auch bei der Auswertung fand ein Austausch zwischen der Autorin und dem Projektteam statt, so dass Kategorien und Lesarten kritisch reflektiert werden konnten. Die komparative Analyse als zentrales Element der dokumentarischen Methode hat des Weiteren einen kontrollierenden Effekt auf die Subjektivität des Forschers, da durch die Kontrastierung der einzelnen Fälle, diese miteinander verglichen werden. Damit bleibt die Analyse im Relevanzsystem der Erforschten und der Standort desjenigen, der die Daten analysiert, tritt in den Hintergrund.

Hinsichtlich der Zusammensetzung des Samples ist anzumerken, dass nicht ausgeschlossen werden kann, dass besonders diejenigen Hausärzte und Psychotherapeuten teilnahmen, die eine allgemein hohe Motivation zur Teilnahme an Forschungsprojekten hatten und an einer Implementierung von Videokonsultationen besonderes interessiert waren. Wie die Auswertung ergeben hat, waren jedoch nicht nur Videokonsultationen gegenüber aufgeschlossene Personen an der Studie beteiligt, sondern auch diejenigen, die Videokonsultationen ganz oder teilweise ablehnten. Daher kann angenommen werden, dass sich das Sample aus Befragten mit unterschiedlichen Einstellungen zusammensetzte und negative wie positive Einstellungen in vergleichbarem Ausmaß vertreten waren.

Bezogen auf die soziodemographischen Daten der Befragten zeigt sich, dass Psychotherapeuten und Hausärzte aus ländlichen Gebieten unterrepräsentiert sind. Dies könnte möglicherweise damit zusammenhängen, dass die Fokusgruppen im

Universitätsklinikum Heidelberg stattfanden und manche an der Studie Interessierten keinen langen Anfahrtsweg auf sich nehmen wollten.

Die Verteilung hinsichtlich des Geschlechtes und Alter ist hingegen ausgewogener: Die Geschlechterverteilung der Hausärzte ist nahezu ausgewogen (44,9% aller bei der KBV registrierten Hausärzte sind weiblich, 2017) während unter den befragten Therapeuten mehr Frauen (75%) sind. Dies spiegelt allerdings die Verteilung der bei der KBV registrierten Psychotherapeuten wider (74,1% der psychologischen Psychotherapeuten sowie 65% der ärztlichen Psychotherapeuten sind weiblich, 2017). Auch das Alter der Befragten ist vergleichbar mit den Daten der jeweiligen Berufsgruppen (vgl. *Kapitel 4.1 Beschreibung des Samples*).

Die Ergebnisse weisen keine Inkonsistenzen auf. Die explorierten Typen überschneiden sich zwar in Teilen hinsichtlich ihrer Charakteristik. So identifizieren bspw. alle Hausärzte das Thema Verantwortlichkeit bei Videokonsultationen in ähnlicher Weise als handlungspraktisches ‚Problem‘, insbesondere vor dem Hintergrund der juristischen Haftung. Innerhalb des entsprechenden Typus‘ (Pragmatiker oder Konservative) sind die Typen jedoch *kohärent*. Am eben genannten Beispiel der Verantwortlichkeit zeigt sich dies, indem die Pragmatiker die Klärung der Verantwortlichkeit als lösbare Herausforderung sehen, während dies für die Konservativen mit einer erwarteten Verringerung ihrer handlungspraktischen Sicherheit einhergeht und eine zentrale Barriere darstellt.

Charakteristisch für Bedarfsanalysen bzw. Präimplementierungsstudien muss als *Limitation* angeführt werden, dass keiner der Teilnehmer praktische Erfahrungen mit dem vorgeschlagenen Behandlungsmodell hatte. Daher könnten die hier explorierten Einstellungen der Befragten zu Videokonsultationen sich während oder nach der Implementierung ändern. Wie andere Studien gezeigt haben, wäre es möglich, dass die Einstellung zu Videokonsultationen durch eine praktische Durchführung positiv beeinflusst werden kann (Christensen et al. 2020; Cowan et al. 2019; Donaghy et al. 2019; Simpson und Reid 2014). Um den Befragten dennoch eine konkrete und umfassende Vorstellung von dem Behandlungsmodell zu ermöglichen, wurde in den Fokusgruppen ein kurzes Video vorgespielt, das die Intervention anhand einer fiktiven Patientin darstellte. Für die Interviews wurde der Inhalt des Videos ausführlich verbal beschrieben.

Ferner wurde die Datenerhebung vor der COVID-19-Pandemie durchgeführt, als Videokonsultationen in der Gesundheitsversorgung eher die Ausnahme als die Regel waren. Mittlerweile haben viele Versorger Videokonsultationen angeboten und durchgeführt. Es ist daher anzunehmen, dass sich der durch die COVID-19-Pandemie verbreitetere Einsatz von Videokonsultationen auf die Barrieren, Chancen und Anforderungen an Videokonsultationen auswirkt. So haben manche Befragten darauf hingewiesen, dass der Gewöhnungsprozess eine positive Wirkung auf die Einstellung zu Videokonsultationen haben könnte. Eine

Hypothese wäre, dass durch den vermehrten Einsatz die Bedenken gegenüber Videokonsultationen eher abgebaut werden. Allerdings haben die Ergebnisse auch gezeigt, dass beispielsweise die negative bzw. skeptische Haltung gegenüber Videokonsultationen auch mit einer konservativen Einstellung einhergeht (bzw. umgekehrt). Daher ist es fraglich, ob ein kurzfristiger Einsatz von Videokonsultationen einen nachhaltigen Einfluss auf die Einstellung zu diesen haben wird.

Nichtsdestotrotz liefern die Ergebnisse dieser Arbeit wichtige Erkenntnisse zu Videokonsultationen aus unterschiedlichen professionslogischen Perspektiven, an deren Ende eine Typologie der Befragten steht. Die Resultate sind daher von hoher *Relevanz* und geben auch für die nachfolgende Machbarkeits- und Interventionsstudie (PROVIDE-B und PROVIDE C) wichtige Hinweise dazu, wie die Intervention an die Anforderungen und Bedürfnisse der an der Videokonsultation beteiligten Versorger angepasst werden kann. Sie liefern darüber hinaus einen interessanten Ausgangspunkt für weitere Studien, auch im Hinblick auf einen Vergleich zu Daten, die nach der COVID-19-Pandemie gewonnen werden. Zum einen könnten qualitative Arbeiten andere Versorgergruppen in Hinblick auf die hier explorierten Typen untersuchen. Zum anderen könnten quantitative Studien die Validität und Belastbarkeit der Ergebnisse anhand eines größeren Samples erheben.

5.3 Diskussion der Ergebnisse

Im Folgenden sollen nun die Ergebnisse anhand aktueller Studien in den Gesamtforschungskontext eingeordnet werden. Die Resultate der dokumentarischen Methode werden zudem vor dem Hintergrund verschiedener Theorien diskutiert.

5.3.1 Einbettung in empirischen Forschungskontext

Die meisten vorherigen Studien untersuchten die Zufriedenheit und Einstellungen von Patienten und Gesundheitsversorgern mit telemedizinischen Behandlungsformen wie Videokonsultationen sowie deren klinische Effektivität. Im Vergleich zur überwiegend deskriptiven Forschungslandschaft liefert diese Arbeit inhaltlich und methodisch neue Erkenntnisse. Zum einen wird durch die Einbettung in das PROVIDE-Projekt, mit dem Schwerpunkt auf Videokonsultationen durch Psychotherapeuten für Patienten in der Hausarztpraxis in Deutschland, inhaltlich ein neues Forschungsfeld erschlossen. Zum anderen ermöglicht die vorliegende Arbeit durch die Triangulation von qualitativer Inhaltsanalyse und dokumentarischer Methode eine umfassendere und vertiefende Analyse der Einstellungen von Hausärzten und Psychotherapeuten auf Videokonsultationen.

Einige Studien zu den Einstellungen von Gesundheitsversorgern zu Videokonsultationen und deren Nutzen für Patienten berichten über ausschließlich positive Meinungen der Befragten (Connolly et al. 2020; Randhawa et al. 2018) und verweisen auf das

Risiko eines Publikationsbias beispielsweise dahingehend, dass negative Faktoren in manchen Arbeiten nicht berichtet wurden. Vor diesem Hintergrund erweist sich als Vorteil der vorliegenden Studie, dass die Teilnehmer weder Erfahrungen mit dem vorgeschlagenen Behandlungsmodell hatten, noch eine Teilnahme an den Fokusgruppen bzw. Interviews mit der Teilnahme an der anschließenden Machbarkeitsstudie zur Implementierung von Videokonsultationen verpflichtend war. Vielmehr wurde explizit die kritische Diskussion von Nachteilen und Barrieren von Videokonsultationen angeregt und auch die Analyse zeigt, dass ein breites Spektrum an Befragten an der Studie teilnahm, so dass einseitige oder ausschließlich positive Ergebnisse kontrolliert vermieden wurden. Diese Studie hat Nachteile und Barrieren aus der Sicht von Befürwortern und Skeptikern von Videokonsultationen exploriert und leistet damit einen wichtigen Beitrag zu einem umfassende(re)n Verständnis der Forschungsfrage.

5.3.1.1 Soziodemographische Merkmale

Hinsichtlich des *Einflusses demographischer Charakteristika* auf die Einstellung zu telemedizinischen Behandlungsformen gibt es divergierende Ergebnisse, die sowohl für als auch gegen einen Einfluss von Merkmalen wie beispielsweise Alter und Geschlecht sprechen. Dies stimmt mit den Ergebnissen anderer Arbeiten überein, laut derer demographische Unterschiede wie Alter oder Geschlecht keinen Aufschluss über die (Nicht-) Nutzung telemedizinischer Behandlungsformen wie Videokonsultationen geben konnten (Barton et al. 2007; Connolly et al. 2020). Während manche Studien nahelegen, dass Hausärzte aus ländlichen Gebieten aufgeschlossener sind gegenüber telemedizinischen Behandlungsformen (Jetty et al. 2018; Moore et al. 2017), konnte in dieser Untersuchung anhand der Typologie keine Hypothese hinsichtlich der Lokalisation des Praxissitzes und der Zugehörigkeit zu einer der beiden Gruppen aufgestellt werden. Allerdings legen die vorliegenden Ergebnisse nahe, dass Gesundheitsversorger aus Einzelpraxen aufgeschlossener gegenüber Videokonsultationen sind, als diejenigen, die in Gemeinschaftspraxen arbeiten und dass eine längere Niederlassungsdauer eher mit einer positiven Einstellung gegenüber Videokonsultationen einhergeht. Dies wird auch durch eine andere Studie bestätigt (Glueckauf et al. 2018) (*Hypothese 1*). Eine mögliche Erklärung hierfür ist, dass eine längere Niederlassungsdauer mit mehr ärztlicher bzw. therapeutischer Erfahrung und einem besseren Kompetenzerleben einhergeht.

Ferner sind tiefenpsychologisch-orientierte Psychotherapeuten eher skeptisch gegenüber Videokonsultationen (*Hypothese 2*). Diese Tendenz wird durch eine aktuelle Übersichtsarbeit bestätigt, die resümiert, dass psychodynamisch-orientierte Therapeuten Videokonsultationen als weniger effektiv als persönliche Therapien einschätzen (Connolly et al. 2020; Schroeder et al. 2017). Dies könnte in der Einschätzung begründet liegen, dass

Videokonsultationen den Aufbau einer therapeutischen Beziehung beeinträchtigen, bspw. da nonverbale Elemente der Kommunikation weniger gut wahrgenommen werden können.

Diese Arbeit trägt zu einem tieferen Verständnis der Einstellungen von Gesundheitsversorgern zu Videokonsultationen abseits von demographischen Merkmalen bei und exploriert, dass die Zugehörigkeit zu einer der beiden Professionen, also Hausarzt oder Psychotherapeut nicht per se mit einer aufgeschlossenen oder skeptischen Haltung gegenüber Videokonsultationen einhergeht. Nachfolgend werden nun die Resultate unabhängig von soziodemographischen Merkmalen in den aktuellen Forschungskontext eingeordnet.

5.3.1.2 Barrieren

Ein als unpersönlich empfundenen Therapiesetting ist für die meisten Befragten eine wesentliche Barriere von Videokonsultationen. Dem liegt, wie auch andere Studien gezeigt haben, insbesondere die Befürchtung zugrunde, dass über Video keine tragfähige therapeutische Beziehung mit dem Patienten etabliert werden kann (Interian et al. 2018; Shore 2013; Topooco et al. 2017). Dabei wird oft bemängelt, dass im Vergleich zum herkömmlichen persönlichen Setting über Video keine Therapie im eigentlichen Sinne möglich sei, weil der Beziehungsaufbau zum Patienten zumindest erschwert sei. In Studien, die die tatsächliche Erfahrung mit Videokonsultationen untersucht haben, konnte festgestellt werden, dass eine tragfähige Beziehung zwischen Therapeut und Patient durchaus entstehen konnte (Berger 2017; Germain et al. 2009; Hilty et al. 2019; Norwood et al. 2018). In diesem Zusammenhang wird auch auf die Wichtigkeit einer vorherigen Beziehung zwischen Therapeut bzw. Arzt und Patient hingewiesen (Donaghy et al. 2019; Greenhalgh et al. 2018), die sich positiv auf die klinischen Resultate von Videokonsultationen auswirkten. Dies hängt möglicherweise damit zusammen, dass bei einer bestehenden Beziehung zwischen Patient und Behandler auf bereits Etabliertes zurückgegriffen werden kann, was auch zu mehr handlungspraktischer Sicherheit führt.

Dieser letztgenannte Aspekt wurde von den Pragmatikern und Konservativen weniger thematisiert, stellt aber eine mögliche Anforderung an Videokonsultationen dar, die auch weniger überzeugte Personen für den Einsatz von Videokonsultationen motivieren könnte. In vorliegender Studie, wie auch in anderen Arbeiten, wird deutlich, dass die Gefährdung der therapeutischen Beziehung einer der Hauptkritikpunkte von Videokonsultationen ist, sowohl bei den Befürwortern als auch bei den Skeptikern. Ferner äußerte sich insbesondere die Gruppe der konservativen Hausärzte und Psychotherapeuten kritisch gegenüber der Angemessenheit von Videokonsultationen bei schwierigen Gesprächsthemen oder für Patienten in Krisensituationen. Andere Arbeiten weisen in dem Zusammenhang auf unterschiedliche Einstellungen hin. So kommen die einen zu dem Schluss, dass aus Sicht der

Gesundheitsversorger ein persönlicher Kontakt für kritische Gesprächsthemen angemessener sei (Donaghy et al. 2019; Interian et al. 2018; Simpson und Reid 2014). Andere Gesundheitsversorger hingegen würden Videokonsultationen einer persönlichen Therapie vorziehen, da diese für den Patienten von Vorteil seien, insbesondere für die Diskussion schwieriger Gesprächsthemen (Connolly et al. 2020). Im Gegensatz dazu haben sowohl die Skeptiker als auch die Befürworter betont, dass Videokonsultationen nicht gleichwertig zu persönlichen Therapien sind und eher ein zusätzliches Angebot als ein ‚echter‘ Ersatz seien und persönliche Therapien nicht ersetzen könnten. Da die Pragmatiker und Konservativen zum Zeitpunkt der Befragung keine klinische Erfahrung mit dem Einsatz von Videokonsultationen hatten, wäre es möglich, dass sie ihre Meinung diesbezüglich ändern. Allerdings haben die Ergebnisse der dokumentarischen Methode gezeigt, dass die Einstellung der Befragten zu Videokonsultationen auch mit ihrer professionellen Sozialisation und der Interpretation ihres Rollenverständnisses zusammenhängt, was auf eine vergleichsweise stabile Haltung schließen lässt. Die vorliegenden Ergebnisse ergänzen zu den bisherigen Arbeiten, dass die Skepsis bzw. Ablehnung gegenüber Videokonsultationen auch auf das Ausmaß an antizipierter Unsicherheit zurückzuführen ist, und darauf, ob diese Unsicherheit als lösbar angesehen wird oder nicht. Insbesondere die Konservativen argumentieren, dass die Unsicherheit, die dem Arbeiten als Arzt bzw. Therapeut in seinem professionellen Handlungsfeld, was auch als „höchst ungewisse[s] ‚Gebilde“ (Pfadenhauer und Sander 2010, S. 366) verstanden werden kann, immanent ist, durch den Modus Video zunimmt. Sie befürchten, dass die für das ärztliche und therapeutische Arbeiten wichtige Intuition und Urteilsfähigkeit bei Videokonsultationen eingeschränkt wird und nehmen sie daher als veränderte Rahmenbedingung ihres professionellen Handelns wahr. Außerdem vergleichen insbesondere die Psychotherapeuten Videokonsultationen mit dem persönlichen Therapiesetting und betonen, dass dieses den ‚Goldstandard‘ darstelle.

Andere Studien haben, wie die vorliegende Arbeit, auch darauf verwiesen, dass die Gewohnheiten einen wichtigen und oftmals unterschätzten Faktor darstellen, der eine Erklärungskraft für die Aneignung und den Einsatz von Telemedizin hat (Grigsby et al. 2007; Johansson et al. 2014b; May et al. 2001) (*Hypothese 6*). In diesem Zusammenhang wird als Barrieren zum einen auf fehlende ethische und professionelle Leitlinien für psychologische, telemedizinische Behandlungsformen hingewiesen (vgl. May et al. 2001), die die Aneignung telemedizinischer Behandlungsformen wie Videokonsultationen befördern könnten (Jacob et al. 2020). Zum anderen wird auf die etablierten Gewohnheitsstrukturen der Gesundheitsversorger hingewiesen, die sich nur langsam ändern und diesem Wandel ein langer Prozess vorausgehen muss (Berwick 2003; Coiera 2011; Grigsby et al. 2007). Darüber hinaus ergänzt diese Arbeit das Argument der Gewohnheitsstrukturen und des Rückgriffs auf bestehende Handlungspraktiken um den Aspekt der Wahrung des Kompetenzimages der

ärztlichen bzw. therapeutischen Rolle. Damit wird hier eine Verknüpfung zwischen Gewohnheit auf allgemeiner handlungstheoretischer Ebene mit der Orientierung an professionslogisch vermittelten Rollenzuschreibungen hergestellt. Dadurch wird der in der Studie von Grigsby (2007) angesprochene Aspekt näher ausdifferenziert. Vor diesem Hintergrund erscheint es wichtig, telemedizinischen Behandlungsformen wie Videokonsultationen bereits bei der therapeutischen und ärztlichen Ausbildung zu integrieren, um handlungspraktische Sicherheit im Umgang damit zu ermöglichen. Insbesondere sollte der Aufbau einer therapeutischen Beziehung zum Patienten unter telemedizinischen Bedingungen integraler Bestandteil solcher Trainings sein, wie auch andere Studien resümieren (Hilty et al. 2020; Traube et al. 2020).

Ferner konnte exploriert werden, dass die Vorstellung von einer kompetenten Rollenausübung als Hausarzt respektive Psychotherapeut ein wichtiger Faktor für die Skepsis bzw. Ablehnung von Videokonsultationen ist. Insbesondere die Konservativen befürchten, dass ihre gewohnten Handlungspraktiken durch den Modus Video als nicht-persönliche Behandlungsform erschüttert werden. In diesem Zusammenhang steht auch die Erwartung einer Zunahme von Unsicherheit und Komplexität mit Videokonsultationen, da sie ihre gewohnten, auf persönlicher Interaktion beruhenden Handlungspraktiken nicht anwenden können. Für die Hausärzte und insbesondere die Psychotherapeuten erschwert das Arbeiten mit und über Videokonsultationen die kompetente Rollenausübung und ihre Definitionsmacht, dessen Basis die persönliche Interaktion ist. Dies erfordert eine Anpassungsleistung, im Sinne dessen, dass ärztliche bzw. therapeutische Gewohnheiten verändert werden müssen. Während die Pragmatiker dazu bereit sind, kommt dies für die Konservativen kaum in Frage, da dies mit mehr Nachteilen als Vorteilen verbunden wäre. Damit offenbaren die hier explorierten Ergebnisse die tiefere Bedeutungsstruktur der individuellen und professionslogischen Prinzipien.

Im Zuge der Bedarfsanalyse des PROVIDE-Projektes wurden auch Patienten zu ihren Einstellungen zu Videokonsultationen durch Psychotherapeuten in der Hausarztpraxis befragt (Bleyel et al. 2020). Wie die in der vorliegenden Arbeit befragten Hausärzte und Psychotherapeuten sehen auch die Patienten den Hauptnachteil in einer fehlenden persönlichen Interaktion sowie möglichen technischen Problemen. Dies deckt sich auch mit der Perspektive der Versorger, allerdings zeigten sich die Patienten insgesamt aufgeschlossener als die Versorger. Dies wird auch durch andere Studien bestätigt, in denen Patienten höhere Zufriedenheitswerte mit Videokonsultationen bzw. telemedizinischen Behandlungsformen angeben, als Versorger (Christensen et al. 2019; Fletcher et al. 2018; Simpson und Reid 2014; Steel et al. 2011). Vor diesem Hintergrund ermöglicht die Exploration und Charakterisierung der Typen Pragmatiker und Konservative Aufschluss darüber zu geben, wie die unterschiedlichen Zufriedenheitswerte zustande gekommen sein könnten und welche möglichen Mechanismen sich dahinter verbergen. Konkret legen die vorliegenden Ergebnisse

nahe, dass insbesondere die Befürchtung einer Entmenschlichung des therapeutischen Prozesses eine wichtige Barriere darstellt. Damit wird im Vergleich zu den überwiegend deskriptiven Forschungsergebnissen anderer Studien ein tiefergehendes Verständnis der Barrieren ermöglicht, welches über die persönliche Interaktion und organisatorische sowie finanzielle Faktoren hinaus geht.

Abgesehen von der fehlenden persönlichen Interaktion spielten auch organisatorische Barrieren eine Rolle. Während andere Studien vor allem auf einen erhöhten Arbeitsaufwand als Barriere hinweisen (Jacob et al. 2020; Montero-Marín et al. 2015) (*Hypothese 6*), haben die hier befragten Hausärzte insbesondere die räumlichen und personellen Ressourcen und die Psychotherapeuten die Dauer der Videokonsultation sowie die zeitliche Abstimmung mit der Hausarztpraxis als mögliche Barrieren thematisiert.

5.3.1.3 Chancen

Anders als die Konservativen, die keine Chancen im Einsatz von Videokonsultationen sehen, antizipieren die Pragmatiker eine schnelle Hilfe für den Patienten und einen verbesserten Zugang zu psychotherapeutischer Versorgung als Hauptvorteil, was sich mit den Ergebnissen vorheriger Studien deckt (Bleyel et al. 2020; Christensen et al. 2019; Ion et al. 2017; Powell et al. 2018). Die hier befragten hausärztlichen Pragmatiker sehen auch eine mögliche Entlastung ihrer eigenen Ressourcen, wie auch in einer anderen Studie gezeigt wurde (Johansson et al. 2017). Der zu erwartende Nutzen wird als wesentlicher Prädiktor für die Akzeptanz von Videokonsultationen genannt (Harst et al. 2019; Jacob et al. 2020). Die meisten der zitierten Studien gehen entweder auf die Einstellungen und Erfahrungen *einer* Gruppe von Gesundheitsversorgern, meist Hausärzten, ein oder berichten wenig über Unterschiede und Gemeinsamkeiten verschiedener Versorgergruppen. Dies adressiert diese Arbeit, indem die Hausärzte und Psychotherapeuten insbesondere vor dem Hintergrund ihrer jeweiligen Profession miteinander verglichen werden. Dabei konnte anhand des untersuchten Samples offengelegt werden, dass die Zugehörigkeit zu einer der Professionen nicht per se Aufschluss über die Einstellung zu Videokonsultationen gibt.

Vorherige Studien haben ferner die überwiegend positiven Einstellungen gegenüber Videokonsultationen hervorgehoben (Connolly et al. 2020; Davies et al. 2020; Donaghy et al. 2019). Dabei wird resümiert, dass die Motivation für den Einsatz von Videokonsultationen darin liegt, dass für die Gesundheitsversorger die Vorteile von Videokonsultationen (wie Effektivität und Flexibilität) die Nachteile (wie ein als unpersönlich empfundenenes Setting) überwiegen (*Hypothese 7*) (Barton et al. 2007; Connolly et al. 2020). Dies trifft auch auf die Pragmatiker zu, diese zeigen sich kompromissbereit und stellen das Patientenwohl und die Verbesserung ihrer Versorgung an oberste Stelle. Die vorliegende Arbeit liefert zusätzliche Erkenntnisse, da hier ein größeres Spektrum der Einstellungen zu Videokonsultationen exploriert werden

konnte und auch die Sicht der Konservativen detailliert ausgearbeitet wurde. Für sie überwiegen für sich selbst und für ihre Patienten die Nachteile.

Hinsichtlich einer Zeitersparnis im Zusammenhang mit Videokonsultationen zeigen bisherige Studien unterschiedliche Ergebnisse. Während sowohl von einem erhöhten zeitlichen Aufwand (Johansson et al. 2017), als auch einer Zeitersparnis durch Videokonsultationen berichtet wird (Jacob et al. 2020), empfanden manche Befragte dieses Versorgungsmodell als zeitlich weder be- noch entlastend (Donaghy et al. 2019). Letzteres wurde von einigen Befragten, insbesondere den hausärztlichen Pragmatikern, als möglicher Vorteil antizipiert. Darüber hinaus wurden die Vorteile für die Versorger dadurch ergänzt, dass diese auch in einer emotionalen Entlastung einen persönlichen Mehrwert durch Videokonsultationen für sich sehen. Dies beinhaltet, dass der Hausarzt seinen Patienten mittels Videokonsultationen ein adäquates Versorgungsangebot vermitteln könnte, was eine emotionale Entlastung („den Patienten gut versorgt wissen“) für diesen darstellte.

Ein weiterer Entlastungsfaktor und Vorteil von Videokonsultationen sei die flexible Arbeitsgestaltung für Psychotherapeuten (Connolly et al. 2020; Cowan et al. 2019). Dies kann durch eigene vorliegende Ergebnisse allerdings nicht reflektiert werden. Der Nutzen für die Psychotherapeuten selbst wird sowohl von den therapeutischen Pragmatikern (bis auf den Aspekt der Kollaboration mit dem Hausarzt) als auch von Konservativen als gering angesehen. Die hausärztlichen Pragmatiker antizipieren zwar auch einen möglichen Nutzen für sich persönlich. Allen Pragmatikern ist jedoch die intrinsische Motivation, dem Patienten ein adäquates Versorgungsangebot machen zu können, gemein. Dies wird auch durch eine weitere Studie bestätigt (Volpe et al. 2013), die zu dem Schluss kommt, dass die Verbesserung der Versorgung insbesondere in ländlichen Gegenden eine der Hauptmotivationen für Videokonsultationen ist (*Hypothese 4 und 7*).

Vorherige Arbeiten, die die Erfahrung und Einstellung von Psychotherapeuten zu telemedizinischen Angeboten wie Videokonsultationen untersuchten, haben neben einem verbesserten Versorgungszugang für Patienten auch die Sicherstellung von Versorgungskontinuität sowie die virtuelle Distanz als Vorteile herausgestellt (Gibson et al. 2011). Demgegenüber haben die hier explorierten Ergebnisse gezeigt, dass sowohl die Pragmatiker als auch die Konservativen den Modus Video kritisch sehen, da dieser das therapeutische Arbeiten einschränke. Sie argumentieren dabei insbesondere vor dem Hintergrund ihrer durch Leiblichkeit geprägten Profession. Allerdings setzen die Pragmatiker und Konservativen unterschiedliche argumentationslogische Schwerpunkte: Während die Konservativen eine Unvereinbarkeit einer Behandlung über Video mit den Handlungspraktiken ihrer Profession sehen, lösen die Pragmatiker diese vermeintliche Unvereinbarkeit, indem sie eine ‚richtige‘ Psychotherapie über Videokonsultationen ebenfalls ausschließen. Zum Wohle der Patienten, welches sie als Priorität anführen, würden sie Videokonsultationen aber

befürworten, bspw. im Rahmen einer diagnostischen Abklärung oder einer Krisenintervention. Dies impliziert, dass Gesundheitsversorger um Videokonsultationen zu befürworten von der klinischen Effektivität für den Patienten überzeugt sein müssen und frühzeitig, beispielsweise im Rahmen der ärztlichen bzw. therapeutischen Ausbildung den Umgang mit Videokonsultationen erlernen müssen, um handlungspraktische Sicherheit zu vermitteln. Dies wird auch in einer weiteren Studie widerspiegelt (Gibson et al. 2011) (*Hypothese 2 und 4*). Darüber hinaus unterstreicht die vorliegende Arbeit, dass die Motivation der Pragmatiker auch in ihrem Anspruch an Erfüllung ihrer Helferidentität begründet ist und sie in Videokonsultationen die Chance sehen, diesem Anspruch gerecht werden zu können²⁰. Ferner hoben einige Befragte die Wichtigkeit eines fachlichen Austauschs zwischen Therapeut und Arzt hervor, was auch in wenigen anderen Studien angesprochen wird (Grigsby et al. 2007; Ion et al. 2017; Johansson et al. 2017). Zusätzlich dazu hat die vorliegende Arbeit gezeigt, dass ein persönlicher Kontakt, bspw. in Form eines vorherigen Treffens zwischen dem Hausarzt und dem Psychotherapeuten, eine Möglichkeit (der Initiierung) des fachlichen Austauschs wäre und teilweise als Chance bzw. Mehrwert im Zusammenhang mit Videokonsultationen wahrgenommen wird.

Insgesamt seien die Barrieren und Förderfaktoren, so resümiert eine aktuelle Übersichtsarbeit zu den Einstellungen von Gesundheitsversorgern zur Implementierung von web-basierten Therapieformen, vielfältig und nicht auf einen wesentlichen Faktor zurückzuführen (Davies et al. 2020). Die vorliegende Arbeit geht darüber hinaus und stellt insbesondere auf Basis der dokumentarischen Methode die Hypothese auf, dass das Verständnis und der Schwerpunkt der Professionsprinzipien ausschlaggebend für die Einstellung zu Videokonsultationen sind. Die Orientierung an der Verbesserung der Patientenversorgung bzw. daran dem Patienten ein Versorgungsangebot zu machen (dem „Was“) oder eben daran, wie die Behandlung erbracht wird. Im Falle der Konservativen bedeutet dies notwendigerweise die persönliche Interaktion. Die Grundorientierung ist somit entscheidend für die Aufgeschlossenheit bzw. Skepsis gegenüber Videokonsultationen.

Eine weitere Studie hat die Einstellungen zu Telemedizin von Nutzern und Nicht-Nutzern untersucht und resümiert, dass Nutzer eher angaben sich mit Telemedizin auszukennen als Nicht-Nutzer (Barton et al. 2007) (*Hypothese 7*). Zwar konnten die vorliegenden Ergebnisse keine Angaben dazu machen, wie die Kompetenz der Befragten im Zusammenhang mit Telemedizin oder Videokonsultationen ist. Allerdings wurde offengelegt,

²⁰ Sander verweist auf einen „beträchtlichen Selbstanspruch der Berufsangehörigen (...) sozial sensibel zu handeln. Darüber hinaus geht es hier aber zum einen auch um die gesellschaftlichen Erwartungshaltungen an die einzelnen Berufsgruppen und ihren Ursprung des professionellen Handelns – und damit über des Status einer Berufsgruppe und die daran geknüpften Zuständigkeiten – verhandelt wird.“ (Sander 2014, S. 10). Vor diesem Hintergrund kann auch die Perspektive der Konservativen erklärt werden, i.d.S. dass sie in Videokonsultationen ihre eigene Rollenerwartung als kompetenter, an Leiblichkeit orientierter Experte als gefährdet ansehen.

dass eine hohes ärztliches bzw. psychotherapeutisches Kompetenzerleben auch in unbekannte Situation wie im Umgang mit Videokonsultationen mit einer größeren Offenheit gegenüber Videokonsultationen einherzugehen scheint, da proaktiv Bewältigungsstrategien antizipiert wurden, bspw. im Hinblick auf mögliche Krisensituationen. Die Wahrnehmung von Chancen hängt somit auch von persönlichen Bewältigungsressourcen der Versorger ab.

5.3.1.4 Anforderungen

Eine wesentliche Grundvoraussetzung für die Befragten, auf die auch zahlreiche andere Studien hinweisen, ist auf organisatorischer Ebene die technisch uneingeschränkte Funktionalität von Videokonsultationen (Clay-Williams et al. 2017; Shore et al. 2018; Traube et al. 2020). Eine gute Integration in den Praxisalltag sowie eine einfache Handhabung sind dabei essenziell (*Hypothese 6*). Allerdings wird auch darauf hingewiesen, dass die Anwender im tatsächlichen praktischen Umgang mit telemedizinischen Behandlungsformen im Allgemeinen toleranter gegenüber technischen Problemen sind – entgegen der verbreiteten Überzeugung, dass die Technik reibungslos funktionieren müsse (Wade et al. 2014). Darüber hinaus konnte die vorliegende Arbeit explorieren, dass sich die befürwortenden Psychotherapeuten an den Rahmenbedingungen des persönlichen Therapiesettings, beispielsweise hinsichtlich der Dauer der einzelnen Sitzungen, orientieren. Dies kann als weiterer Ausdruck des Erhalts bzw. der Herstellung von Sicherheit durch Orientierung an etablierten Handlungspraktiken verstanden werden.

Einige Studien kommen zu dem Schluss, dass eine Finanzierung der eingesetzten Ressourcen und des Personals eine weitere wichtige organisatorische Anforderung für telemedizinische Behandlungsformen im Allgemeinen und Videokonsultationen im Speziellen ist (Johansson et al. 2014b; Mair et al. 2012; Moore et al. 2017) (*Hypothese 3 und 4*). Eine entsprechende Vergütung sei besonders für diejenigen Gesundheitsversorger ein wichtiger Faktor, die die jeweilige Behandlung durchführen und damit einen Teil ihres Einkommens erwirtschaften. Auch in der vorliegenden Arbeit konnte gezeigt werden, dass Psychotherapeuten, als die die Videokonsultationen durchzuführende Gruppe, vergleichsweise häufiger und intensiver den Aspekt der Vergütung diskutierten. Darüber hinaus spezifiziert die vorliegende Arbeit durch die zusätzliche Analyse anhand der dokumentarischen Methode den Aspekt der Finanzierung näher: Die Vergütung der Versorger im Rahmen von Videokonsultationen scheint aus der Perspektive der Mehrheit der Befragten vorab geklärt und transparent gemacht werden zu müssen. Sie ist jedoch keine (alleinige) Motivation für den Einsatz von Videokonsultationen. Während eine Vergütung die Pragmatiker zusätzlich motivieren kann, ist es für die Konservativen kein (alleiniger) Anreiz, die Intervention trotz der beschriebenen Barrieren und entgegen ihrer Skepsis bzw. Ablehnung durchzuführen. Wenige Hausärzte würden Videokonsultationen laut ihrer Aussagen auch ohne Vergütung

anbieten, was für keinen der Psychotherapeuten infrage käme, da sie im Vergleich zu manchen Hausärzten nicht vom einem direkten Mehrwert für sich durch das Arbeiten über Video ausgehen und ein kostenloses Versorgungsangebot zudem ihre Arbeit als Psychotherapeuten entwerten könnte.

Darüber hinaus hat diese Arbeit auch gezeigt, dass sich die Therapeuten und die Hausärzte an den im Gesundheitssystem formalisierten Zuständigkeitszuschreibungen orientieren und damit für klare Zuständigkeiten und Verantwortungsbereiche plädieren. Im Gesundheitssystem sind für die Hausärzte und Therapeuten klare Zuständigkeiten und Befugnisse geregelt, die sie bei dem vorgeschlagenen Behandlungsmodell als nicht eindeutig geregelt empfinden. Wesentlicher Bestandteil beider Gruppen ist dabei die Präsenz (und Verantwortlichkeit) eines leibhaftigen Ansprechpartner vor Ort. Damit einher geht eine Orientierung an den juristischen Rahmenbedingungen des ärztlichen und therapeutischen Arbeitens und an dem „institutionalisierten Konsens“ (Hanses und Sander 2012, S. 75).

Während andere Studien auf die Wichtigkeit des Schutzes der Patientendaten hinweisen (Cowan et al. 2019; Davies et al. 2020; Muir et al. 2020), spielte dies bei den hier Befragten nur eine untergeordnete Rolle. Dies könnte darin begründet liegen, dass in der Vorstellung des Behandlungsmodells betont wurde, dass der Datenschutz im Zusammenhang mit den Videokonsultationen gewährleistet wird.

Ein weiterer zentraler Aspekt für einige Befragten, auf den auch andere Studien hinweisen, war ein Notfallplan, insbesondere für Situationen, in denen der Patient in einer Krise ist, da eine solche Situation mit großer Unsicherheit für den Therapeuten bzw. Arzt einhergeht (Gibson et al. 2011; Glueckauf et al. 2018; Muir et al. 2020) (*Hypothese 5*). Anders als in vorherigen Studien wäre der Patient im vorgeschlagenen Behandlungsmodell zur Durchführung der Videokonsultation in der Praxis des Hausarztes. Vor diesem Hintergrund könnte angenommen werden, dass dieser Umstand die antizipierte Unsicherheit der Versorger reduziert und sich diese hinsichtlich der Forderung nach einem Notfallplan von den bisherigen Studien unterscheiden. Dies ist allerdings nicht der Fall. Vielmehr haben die Ergebnisse über die Forderung eines Notfallplans hinaus gezeigt, dass Verantwortlichkeiten und klare Zuständigkeiten zwischen Psychotherapeut und Hausarzt im Zuge der Einführung von Videokonsultationen hinreichend vorab geklärt sein müssten, unabhängig von einer offenen oder skeptischen Haltung gegenüber Videokonsultationen. Sowohl die Therapeuten als auch die Hausärzte unterstreichen hier erneut die Orientierung an den formalen Zuständigkeitszuschreibungen innerhalb des Gesundheitssystems, innerhalb dessen die Zuständigkeiten und Verantwortungsbereiche klar geregelt sind. Die Ergebnisse liefern des Weiteren konkrete Beispiele, wie Unsicherheiten reduziert, Notfallpläne etabliert und somit handlungspraktische Sicherheit hergestellt werden könnten. Ein Vorschlag beinhaltet beispielsweise an die Videokonsultationen anschließende Fallkonferenzen zwischen

Therapeut und Hausarzt oder kurze schriftliche Meldungen an den Hausarzt über den Status quo des Patienten.

Unabhängig von Notfallsituationen haben einige Hausärzte auf die Notwendigkeit einer Rückmeldung des Therapeuten an den Hausarzt über den Status des Patienten hingewiesen. Damit werden zwei Aspekte adressiert: Zum einen der Erhalt bzw. die Herstellung von handlungspraktischer Sicherheit, da der Hausarzt Informationen des Therapeuten zum Zustand des Patienten benötigt, um die zukünftige (Be-) Handlung damit abstimmen zu können. Zum anderen wird hier das Verantwortungsbewusstsein der Hausärzte offenkundig, da sich der Patient zur Durchführung der Videokonsultationen in der Hausarztpraxis und damit im formalen Zuständigkeitsbereich des Arztes befindet.

Um Sicherheit im Umgang mit telemedizinischen Behandlungsformen im Allgemeinen und Videokonsultationen im Speziellen zu vermitteln, kommen einige Studien zu dem Schluss, dass entsprechende Fähigkeiten, wie beispielsweise der Aufbau einer therapeutischen Beziehung in speziellen Trainings gezielt geschult werden müssten (Glueckauf et al. 2018; Hilty et al. 2020; Interian et al. 2018). Da insbesondere bei den Konservativen die fehlende Gewohnheit eine Barriere für den Einsatz von Videokonsultationen darstellt, betont die vorliegende Arbeit die Wichtigkeit, telemedizinische Behandlungsformen wie Videokonsultationen schon in die therapeutische bzw. ärztliche Ausbildung zu integrieren, um die Therapeuten und Ärzte frühzeitig an innovative Behandlungsformen wie Videokonsultationen zu gewöhnen und deren Hemmschwelle zu verringern. Die Ergebnisse haben ferner gezeigt, dass die Einstellung zu Videokonsultationen mit der professionslogischen Orientierung zusammenzuhängen scheint. Daher muss beim Prozess der Professionalisierung angesetzt werden, d.h. in der Ausbildung. Für die frühzeitige Integration von telemedizinischen Behandlungsformen wie Videokonsultationen spricht auch, dass im Zuge des praktischen Erlebens und Ausprobierens einer solchen Technologie die Bedenken und Hindernisse zunehmend abgebaut und verringert werden können (Barton et al. 2007; Christensen et al. 2020; Grigsby et al. 2007).

5.3.2 Einbettung in existierende theoretischen Forschungskontexte

Die Ergebnisse können neben der Diskussion mit aktuellen und relevanten empirischen Forschungsarbeiten auch anhand theoretischer Modelle näher erörtert werden. Es existiert eine Vielzahl unterschiedlicher Modelle, die sich mit der Akzeptanz und der Übernahme telemedizinischer Versorgungskonzepte in der Praxis auseinandersetzen und einen Erklärungsansatz für diese darstellen. Die Diffusion of Innovations (DOI) Theorie nach Rogers (Rogers 2003) sowie das Technology Acceptance Model (TAM) nach Davis (Davis 1989; Davis et al. 1989) zählen zu den am häufigsten genutzten Modellen (Harst et al. 2019; Jacob et al.

2020). Im Folgenden werden daher die eigenen Ergebnisse kurz in Bezug zu den beiden wichtigsten und weit verbreitetsten Modellen gesetzt.

5.3.2.1 Diffusion of Innovations Theorie

Die Diffusion of Innovations Theorie geht davon aus, dass die Einstellung zu und Übernahme einer Innovation von der wahrgenommenen Vereinbarkeit dieser mit den Werten der entsprechender Nutzergruppe abhängig ist. Nach Rogers DOI Theorie können Individuen, die Innovationen potenziell einsetzen, anhand ihrer Eigenschaften in fünf Kategorien eingeteilt werden (Rogers 2003): *Innovators*: Risikobereitschaft; Fähigkeit, mit Unsicherheit umzugehen; kann auch Rückschläge hinnehmen, wenn sich die Innovation als erfolglos darstellt; *Early Adopters*: diejenigen, die eine Innovation einsetzen wollen; orientieren sich an den early adopters zur Informationsgewinnung bzgl. der Innovation; early adopters reduzieren die Unsicherheit, die mit einer Innovation einhergeht, indem sie sie anwenden; Meinungsführer; *Early Majority*: wie der Name sagt, wendet die early majority eine Innovation früher als der Durchschnitt an; wägt intensiv ab, bevor eine Innovation vollständig umgesetzt wird; keine Meinungsführer; *Late Majority*: wendet eine Innovation später als der Durchschnitt an; eher durch Druck von außen (ökonomische Notwendigkeit oder sozialer Druck); skeptisch und vorsichtig (auch aufgrund begrenzter ökonomischer Ressourcen); Unsicherheit im Zusammenhang mit einer Innovation muss vor dem Anwenden dieser, beseitigt sein; *Laggards*: Orientieren sich an Bestehendem und Traditionen; sind Innovationen gegenüber misstrauisch.

Diese Kategorien weisen Überschneidungen mit der hier explorierten Typologie der Pragmatiker und Konservativen auf: Zum einen zeichnet die Pragmatiker wie die Early Adopters eine proaktive Denkweise und die selbstständige Reduktion von Unsicherheit aus. Wie die Early Majority wägen auch die Pragmatiker intensiv ab und durchdenken eine Innovation gründlich. Außerdem verweist Rogers darauf, dass die Wahrnehmung einer Innovation, konkret der antizipierte Nutzen, einer der wichtigsten Faktoren für die Einstellung und Umsetzungsbereitschaft ist (Berwick 2003). Dies zeigt sich auch bei den Pragmatikern, die alle einen Nutzen für die Patienten, bzw. bei befürwortenden Hausärzten darüber hinaus auch eine Entlastung für sich selbst antizipieren. Abgesehen von diesen Gemeinsamkeiten mit Rogers' Kategorien zeigen die Pragmatiker eine starke Orientierung an ihrer Helferidentität und dem Anspruch, ihre Rolle des Experten gegenüber des ‚handlungsunfähigen‘ Patienten als Laien auszufüllen. Die Pragmatiker zeichnen sich durch eine lösungsorientierte, kompromissbereite, anwendungsbezogene und flexible Haltung als homologes Muster ihrer Gesprächsbeiträge aus und argumentieren überwiegend ergebnisorientiert.

Die Konservativen hingegen zeigen wie die Late Majority, dass Unsicherheit eine wichtige Barriere ist, die vor der Implementierung einer Innovation beseitigt werden muss.

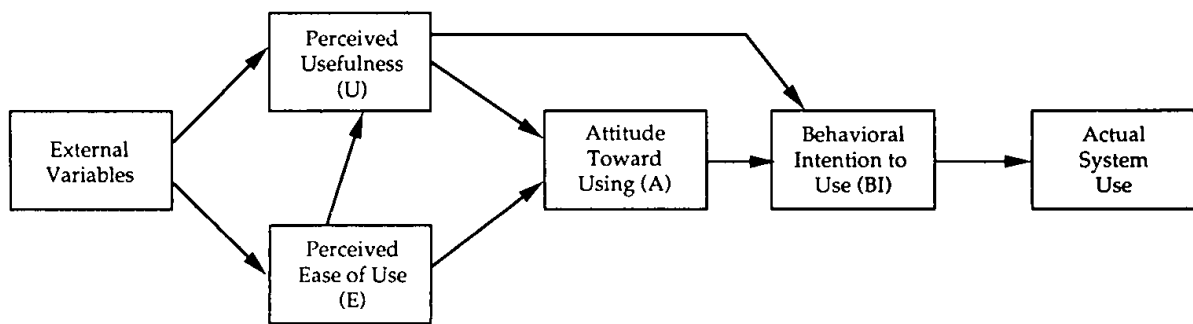
Ferner sind sie wie die Laggards misstrauisch gegenüber Innovationen (so bezweifeln die Konservativen auch die klinische Wirksamkeit von Videokonsultationen) und orientieren sich an Traditionen (*Hypothese 8*). Darüber hinaus bleibt der Aspekt der Orientierung an Bestehendem bei Rogers auf allgemeiner Ebene. Zwar verweist Rogers auch auf den Aspekt der Unsicherheitsvermeidung, allerdings ist die Orientierung an den Professionsprinzipien und damit die kompetente Rollenerfüllung kein Bestandteil von Rogers' Theorie. Dies ist jedoch für das Verständnis der Einstellungen im vorliegenden Sample zu Videokonsultationen ein wichtiger Orientierungsrahmen der Hausärzte und Psychotherapeuten. Durch die Exploration der Konservativen kann der Aspekt der Orientierung an Traditionen weiter ausdifferenziert werden. Demnach ist die Orientierung an bestehenden, im Zuge der professionellen Sozialisation vermittelten, Handlungspraktiken für die Konservativen zentral. Innovationen erlauben ihnen nicht den Rückgriff auf erlernte Handlungspraktiken, wodurch nicht nur die Unsicherheit aus Sicht der Konservativen erhöht wird, sondern darüber hinaus auch die Erfüllung der von Leiblichkeit geprägten Rolle als Therapeut bzw. Arzt. Ihre Argumentation ist im Gegensatz zu den Pragmatikern prozessorientiert. Sie zeigen zudem eine Abwehrhaltung gegenüber Videokonsultationen und sind weniger anpassungsbereit. Sie argumentieren ferner fast ausschließlich problemorientiert. Insofern zeigen die hier explorierten Ergebnisse Gemeinsamkeiten mit Rogers' Kategorien, gehen aber darüber hinaus auch auf weitere Charakteristika der einer Innovation (hier Videokonsultationen) befürwortenden Gruppe von Gesundheitsversorgern ein.

Dieser Vergleich mit der DOI Theorie hat gezeigt, dass einige Charakteristika der fünf Kategorien nach Rogers ähnlich zu denen der hier explorierten Typologie sind, letztere jedoch über die DOI Theorie hinaus weitere Faktoren offengelegt hat, die die Einstellung von Gesundheitsversorgern zu Videokonsultationen beeinflussen.

5.3.2.2 Technology Acceptance Model

Das von Davis 1989 entwickelte Technology Acceptance Model (Abbildung 3) geht davon aus, dass die Nutzung einer Technologie von der Einstellung gegenüber derselben abhängig ist. Abbildung 3 stellt das TAM dar. Mittlerweile gibt es Erweiterungen des Modells wie beispielsweise TAM 2 und TAM 3, die jedoch um einiges komplexer als das erste Modell sind.

Abbildung 3: Das Technology Acceptance Model



Quelle: Davis et al. 1989

Der Einfachheit halber werden die Ergebnisse der vorliegenden Arbeit vor dem Hintergrund des ursprünglichen TAM-Modells diskutiert. Zwar hat das TAM zum Ziel, die tatsächliche Nutzung einer Technologie zu erklären, was nicht Gegenstand dieser Arbeit war. Allerdings kann das TAM auch dazu herangezogen werden, die Akzeptanz und Einstellung zu einer Technologie näher zu erläutern. Die Einstellung bzw. Motivation der hier befragten Gesundheitsversorger, Videokonsultationen zu befürworten oder abzulehnen, lässt sich z.T. durch das TAM abbilden.

Die Einstellung gegenüber einer Technologie wird nach Davis beeinflusst von dem wahrgenommenen Nutzen („perceived usefulness“, „the degree to which a person believes that using a particular system would enhance his or her job performance“) und der wahrgenommenen Benutzerfreundlichkeit („perceived ease of use“, „the degree to which a person believes that using a particular system would be free of effort“) (Davis 1989). Diese wirken sich auf die Einstellung zur Nutzung und der Intention zur Nutzung aus. Diese beiden Faktoren beeinflussen damit letztlich die tatsächliche Nutzung einer Technologie. Nach dem TAM können also Erwartungen und Einstellungen die tatsächliche Nutzung einer Technologie vorhersagen. Das TAM geht davon aus, dass der antizipierte Nutzen, den Personen mit dem Einsatz einer Technologie verbinden, sowie die einfache Bedienbarkeit die tatsächliche Nutzung einer Technologie wie Videokonsultationen befördern. Zum ersten Aspekt kann gesagt werden, dass dadurch sowohl Einstellungen der Konservativen als auch der Pragmatiker erklärt werden können: Die Pragmatiker sehen überwiegend Vorteile, also einen Nutzen, nämlich durch den Einsatz von Videokonsultationen ihrem Anspruch, die Patienten gut zu versorgen und die Patientenversorgung zu verbessern, gerecht werden zu können. Demgegenüber sehen die Konservativen überwiegend Nachteile, also Kosten bzw. keinen Nutzen und lehnen in der Folge Videokonsultationen ab bzw. würden sie eher nicht einsetzen. Die Bedienbarkeit, die das TAM als weiteren zentralen Faktor für die tatsächliche Nutzung einer Technologie postuliert, spielt bei den hier Befragten ebenfalls eine relevante Rolle. So ist die technisch einwandfreie Funktionalität von Videokonsultationen eine Grundvoraussetzung für die meisten Befragten. Allerdings bleibt der Aspekt der *perceived*

usefulness in der ursprünglichen Form des TAM wenig ausdifferenziert und auch die Erweiterungen, bspw. im TAM3, die den Begriff *job relevance* mitaufnehmen (definiert als „an individual's perception regarding the degree to which the target system is applicable to his or her job“) (Venkatesh und Davis 2000), bleiben eher vage hinsichtlich der spezifischen Wirkmechanismen. Vor diesem Hintergrund ergänzen die hier explorierten Ergebnisse, dass die Aspekte die Orientierung an den jeweiligen professionslogischen Prinzipien sowie die Aufrechterhaltung der Handlungsfähigkeit und kompetenten Rollenausübung eine wichtige zusätzliche Erklärungskraft für die Einstellung gegenüber Videokonsultationen als neue Technologie haben. Insbesondere bei den Psychotherapeuten, die die Videokonsultationen im vorgeschlagenen Behandlungsmodell durchführen würden, spielen auch die im Rahmen ihrer Professionalisierung angeeigneten Handlungspraktiken, die auf persönlicher Interaktion beruhen, eine zentrale Rolle. Ferner hat die vorliegende Arbeit gezeigt, dass nicht nur die Job Relevanz wichtig ist, sondern auch das eigene Kompetenz- und Bewältigungserleben, das sich als Förderfaktor für Videokonsultationen erweist.

Das TAM kann somit einige Ergebnisse erklären, aber nicht alle. Vor diesem Hintergrund wäre es interessant, die Typologie der Pragmatiker und Konservativen zu nutzen, um das TAM zu erweitern. Relevante Aspekte könnten dabei Trainings sein, um die professionellen Handlungspraktiken hinsichtlich eines ärztlichen bzw. therapeutischen Arbeitens mittels Videokonsultationen zu schulen und Bewältigungskompetenzen, insbesondere in unsicheren Situationen, hinreichend zu professionalisieren.

5.4 Schlussfolgerungen

Technische Probleme und organisatorische Herausforderungen sowie die fehlende Möglichkeit der persönlichen Interaktion identifizierten die befragten Hausärzte und Psychotherapeuten als wesentliche *Barrieren* für die Einführung von Videokonsultationen. Die Möglichkeit, Menschen mit psychischen Störungen mittels Videokonsultationen ein niedrigschwelliges Versorgungsangebot zu machen, stellt demgegenüber eine wesentliche *Chance* von Videokonsultationen dar. Hinzu kommt aus Sicht der befürwortenden Hausärzte eine mögliche Entlastung ihrer Ressourcen durch Einbeziehung von Psychotherapeuten via Videokonsultationen. Wichtige *Anforderungen* sind neben einem technisch reibungslosen Ablauf und einer problemlosen Integration in den Praxisalltag auch die Klärung von Verantwortlichkeiten sowie vorherige Trainings.

Bisher blieb weitestgehend unklar, welche Orientierungsrahmen den Einstellungen von Gesundheitsversorgern gegenüber telemedizinischen Behandlungsformen wie Videokonsultationen zugrunde liegen. Die vorliegende Arbeit hat zu einem erweiterten empirischen Verständnis der Perspektive der Versorger beigetragen. Durch die Triangulation der qualitativen Inhaltsanalyse und der dokumentarischen Methode wurde offengelegt, dass

die Orientierung an den Professionsprinzipien für die Einstellungen zu telemedizinischen Versorgungsformen wie Videokonsultationen zentral ist. Dabei geht die Zugehörigkeit zu einer der beiden Professionen nicht per se mit einer aufgeschlossenen oder skeptischen Haltung gegenüber Videokonsultationen einher. Vielmehr ist die Orientierung an den jeweiligen Professionsprinzipien ausschlaggebend, also 1) die Patientenversorgung zu verbessern versus 2) die Orientierung an den auf Leiblichkeit basierenden professionslogischen etablierten Handlungspraktiken. Die Einstellung der befragten Hausärzte und Psychotherapeuten zu Videokonsultationen durch Psychotherapeuten in der Hausarztpraxis ist mit davon abhängig wie die Gesundheitsversorger ihre Profession interpretieren, d.h. welchen professionslogischen Schwerpunkt sie setzen und wie kompatibel sie Videokonsultationen mit ihrem jeweiligen Professionsverständnis bewerten. Insbesondere Gesundheitsversorger, die andernfalls oftmals un(ter)versorgten Patienten mit der Videokonsultation ein Versorgungsangebot unterbreiten möchten, sehen Videokonsultationen als Chance. Die wesentliche Barriere ist die fehlende persönliche Interaktion und der damit verbundene fehlende Rückgriff auf eine Breite an Informationen und damit verbundene etablierte Handlungspraktiken. Videokonsultationen sind klinisch effektiv und von Patienten akzeptiert und stellen auch vor dem Hintergrund von Versorgungsengpässen eine zusätzliche Möglichkeit dar, Patienten mit psychischen Störungen ein Versorgungsangebot zu machen. Dabei ist zu beachten, dass Videokonsultationen im Speziellen und neue Versorgungsformen im Allgemeinen mit den Prinzipien der Gesundheitsversorger und ihrer Profession vereinbar sein müssen. Es ist zu erwarten, dass Psychotherapie als qua Profession grundsätzlich persönliche zu erbringende Leistung allerdings weiterhin der Goldstandard für die Behandlung von Menschen mit psychischen Störungen sein wird.

In Anbetracht der in einigen Übersichtsarbeiten überwiegend positiven Studienergebnissen zu Einstellungen und Vorteilen von Videokonsultationen erscheint es ausblickend umso wichtiger, einen offenen Diskurs über Möglichkeiten und Grenzen mit Befürwortern und Skeptikern zu führen. Die vorliegende Arbeit hat ein breiteres Spektrum an Einstellungen offengelegt, welches in seiner Breite genutzt werden kann, um bereits bei der Planung telemedizinischer Versorgungsmodelle wie Videokonsultationen kritische Stimmen einzubinden und auf entsprechende Barrieren, Chancen und Anforderungen einzugehen. Es darf kein einseitiger Diskurs geführt werden, der postuliert, dass digitale Versorgungsangebote ein Ersatz für eine persönliche Behandlung seien, da man so möglicherweise ablehnende Haltungen befördert. Nur durch den Einbezug aller am Prozess Beteiligten können sich telemedizinische Versorgungsangebote als zusätzliche Angebote etablieren und einen nachhaltigen und für alle Beteiligten sinnvollen und dem Patientenwohl dienlichen Nutzen erzielen.

Ausblickend ist zu vermuten, dass der Einfluss technischer Barrieren wie die Unsicherheit im Umgang mit Technik und die Forderung nach einer uneingeschränkten Funktionalität im Zuge der Digitalisierung und der nachkommenden technikerfahreneren Generationen möglicherweise an Relevanz verliert. Zudem wird sich die Leistungserbringung im Gesundheitswesen durch die Digitalisierung des Gesundheitswesens und die gesetzlichen Änderungen wie die Aufhebung des Fernbehandlungsverbots ändern, was auch im Zuge der COVID-19-Pandemie überraschend schnell geschehen ist. Diese Änderungen unterlagen einem erzwungenen rapiden Wandel schneller als dies bei den professionslogischen Normen und handlungspraktischen Gewohnheiten der Psychotherapeuten und Hausärzte sonst der Fall ist. Dadurch wird unterstrichen, dass die technischen Voraussetzungen für eine Breitenversorgung bereits vorhanden sind und weitgehend nur Schulungen und Trainings zu telemedizinischen Behandlungsformen hinsichtlich der technischen Handhabung und dem Beziehungsaufbau zum Patienten im Rahmen der ärztlichen und therapeutischen Ausbildung erforderlich sind.

Da eine positive oder negative Einstellung zur Innovation noch nicht zwangsweise zur erfolgreichen Implementierung oder Nicht-Implementierung führt, hat diese Arbeit wichtige Vorarbeiten geleistet, die mehrere Ausgangspunkte für anknüpfende Forschungsarbeiten bieten: Die Formulierung von explorierten Hypothesen ermöglicht direkt deren Überprüfung anhand eines größeren unabhängigen Samples. Ferner könnten anknüpfende qualitative Arbeiten die Hypothesen und Charakteristika der Pragmatiker und Konservativen weiter ausdifferenzieren. Interessant wäre darüber hinaus, die explorierten Charakteristika mit spezifischeren Versorgergruppen, auch in Hinblick auf Generationsunterschiede, zu überprüfen, d.h. inwieweit sich zum Beispiel die technische Affinität der Versorger potenziell auf die Einstellung zu Videokonsultationen auswirkt.

6. Zusammenfassung

Lange Wartezeiten und Knappheit von Kapazitäten stellen große Herausforderungen der Gesundheitsversorgung, insbesondere für die der Menschen mit psychischen Störungen, dar. Innovative integrierte Versorgungsmodelle haben das Potenzial, Versorgungslücken zu schließen und Sektorengrenzen zu überwinden. Eine Möglichkeit sind Videokonsultationen durch Psychotherapeuten in der Hausarztpraxis, da die Hausarztpraxis als niedrigschwelliger Zugang vorteilhaft erscheint und Videokonsultationen bereits als ein klinisch effektives und von Patienten akzeptiertes Behandlungsmodell gelten.

Das Ziel dieser Arbeit war die Exploration der Barrieren, Chancen und Anforderungen an Videokonsultationen durch Psychotherapeuten in der Hausarztpraxis aus Sicht von Hausärzten und Psychotherapeuten. Dazu wurden semi-strukturierte Fokusgruppen und Interviews mit 31 Hausärzten und Psychotherapeuten geführt und mittels einer Triangulation von qualitativer Inhaltsanalyse und dokumentarischer Methode analysiert. Im Ergebnis ist eine Typologie aus sogenannten „Pragmatikern“ (Befürwortern) und „Konservativen“ (Skeptikern) entstanden, die Gemeinsamkeiten als auch Unterschiede aufweist. Eine wesentliche grundsätzliche Anforderung an Videokonsultationen ist neben der technisch uneingeschränkten Funktionalität und organisatorischen Aspekten wie einer einfachen Bedienbarkeit und Integrierbarkeit in Praxisalltag die Klärung von Verantwortlichkeiten und Zuständigkeiten der am Prozess beteiligten Gesundheitsversorger. Sowohl die Konservativen, als auch die Pragmatiker orientieren sich an den Prinzipien ihrer Profession, mit jeweils unterschiedlichem Schwerpunkt: Die Konservativen zeigen eine Abwehrhaltung gegenüber Videokonsultationen und argumentieren primär prozessorientiert. Sie orientieren sich an bestehenden Handlungspraktiken im Rahmen von professionslogischen Konventionen, die dem Erhalt bzw. der Herstellung handlungspraktischer Sicherheit im Versorgungsprozess dienen. Im Rahmen von Videokonsultationen befürchten die Konservativen ihre gewohnten Handlungspraktiken nicht nach dem gewohnten Muster anwenden zu können, was eine wesentliche Barriere darstellt. In der Folge sehen sie die kompetente Erfüllung ihrer Rolle des Versorgers im Sinne der Profession als gefährdet an und antizipieren Einschränkungen hinsichtlich der Prozessqualität der Versorgung. Demgegenüber sehen die Pragmatiker in Videokonsultationen die Chance, die Patientenversorgung zu verbessern respektive den Patienten ein gutes Versorgungsangebot zu machen und damit ihrer Helferidentität Ausdruck zu verleihen. Sie argumentieren ergebnisorientiert und zeigen Flexibilität und Umgewöhnungsbereitschaft. Die Pragmatiker orientieren sich an der Maxime ihrer jeweiligen Profession, nämlich das Handeln am Wohl der Patienten auszurichten. Obwohl sie auch Nachteile wie die fehlende persönliche Interaktion zwischen Therapeut und Patient bedenken, überwiegt aus ihrer Perspektive der Nutzen auf Ebene der Ergebnisqualität, dem Patienten ein Versorgungsangebot machen zu können. Auf Grundlage der hier vorgestellten Ergebnisse,

kann die Hypothese aufgestellt werden, dass die Zugehörigkeit zu einer der beiden Professionen, also Hausarzt oder Psychotherapeut, nicht per se mit einer aufgeschlossenen oder skeptischen Haltung gegenüber Videokonsultationen einhergeht. Vielmehr ist die Orientierung an den jeweiligen Prinzipien der Profession ausschlaggebend, also 1) die Patientenversorgung zu verbessern und 2) die Orientierung an den auf Leiblichkeit basierenden professionellen Handlungspraktiken und -regeln.

Diese Arbeit hat die Einstellungen zu Videokonsultationen von Psychotherapeuten und Hausärzten untersucht, die allerdings keine praktischen klinischen Erfahrungen mit diesem Medium hatten. Dennoch stellt diese Arbeit eine aufschlussreiche und anschlussfähige Ergänzung zu der bisherigen Literatur dar, die überwiegend entweder aus klinischen Studien zur Wirksamkeit, deskriptiven Arbeiten oder Theorien zum Einsatz und zur Implementierung von telemedizinischen Versorgungsangeboten besteht. Während die bisherigen Studien zu den Einstellungen zu Telemedizin im Allgemeinen und Videokonsultationen im Speziellen überwiegend positive Ergebnisse erbrachten, fügt die hier vorgestellte Typologie neue Erkenntnisse hinzu, beispielsweise hinsichtlich der der Skepsis zugrunde liegenden Orientierungsrahmen. Die Typologie weist Gemeinsamkeiten mit den Adopter-Kategorien der Diffusion of Innovations Theorie und dem Technology Acceptance Model auf, geht aber in einigen Teilen auch darüber hinaus und liefert neben konkreten Barrieren, Chancen und Anforderungen detaillierte Charakteristika der Befürworter (Pragmatiker) und Skeptiker (Konservative) von Videokonsultationen.

Die aktuellen Änderungen der Versorgungslandschaft unterliegen einem schnelleren Wandel als dies bei den Normen der Professionen der Fall ist. Daher darf der Anspruch innovativer Versorgungsformen wie Videokonsultationen nicht sein, einen Ersatz für persönliche Behandlungen darzustellen. Vielmehr erscheint das Modell geeignet, bestehende Versorgungsdefizite wie die unzureichende diagnostische Abklärung, die akute Krisenversorgung, die Überwindung von patientenseiteigen Hemmschwellen und die Überbrückung von Wartezeiten aufzufangen und einen offenen und realistischen Austausch aller am Prozess Beteiligten zu gewährleisten. Bei der Einführung neuer Versorgungsformen generell sowie Videokonsultationen im Speziellen ist es wichtig, dass sich die Zielgruppe, die die Innovation umsetzen soll, damit identifizieren kann. Dies unterstreicht die Relevanz von Trainings und die Einbindung telemedizinischer Behandlungsformen wie Videokonsultationen in den Prozess der Professionalisierung, zum Beispiel frühzeitig bei der therapeutischen und hausärztlichen Ausbildung sowie auch in der kontinuierlichen Weiterbildung.

7. Literaturverzeichnis

- Amling, S. und Hoffmann, N. F. (2013). **Die soziogenetische Typenbildung in der Diskussion: zur Rekonstruktion der sozialen Genese von Milieus in der Dokumentarischen Methode.** Zeitschrift für Qualitative Forschung 14 (2), 179-198, doi: 10.3224/zqf.v14i2.16381.
- Andersson, G. und Cuijpers, P. (2009). **Internet-based and other computerized psychological treatments for adult depression: a meta-analysis.** Cogn Behav Ther 38 (4), 196-205, doi: 10.1080/16506070903318960.
- Archer, J., Bower, P., Gilbody, S., Lovell, K., Richards, D., Gask, L., Dickens, C. und Coventry, P. (2012). **Collaborative Care for Depression and Anxiety Problems.** Cochrane Database Syst Rev 10, CD006525, doi: 10.1002/14651858.CD006525.pub2.
- Association, A. T. (2006). **Telemedicine, telehealth and health information technology.** URL: https://www.who.int/goe/policies/countries/usa_support_tele.pdf [Stand:27.10.2020].
- Backhaus, A., Agha, Z., Maglione, M. L., Repp, A., Ross, B., Zuest, D., Rice-Thorp, N. M., Lohr, J. und Thorp, S. R. (2012). **Videoconferencing psychotherapy: A systematic review.** Psychol Serv 9 (2), 111-131, doi: 10.1037/a0027924.
- Bandelow, B., Lichte, T., Rudolf, S., Wiltink, J. und Beutel, E. M. (2014). **The Diagnosis of and Treatment Recommendations for Anxiety Disorders.** Dtsch Arztebl Int 111 (27-28), 473-480, doi: 10.3238/arztebl.2014.0473.
- Barbour, R. S. (2005). **Making sense of focus groups.** Medical Education 39 (7), 742-750, doi: 10.1111/j.1365-2929.2005.02200.x.
- Barr, J. K. (1989). **Shaping a new health care system: The explosion of chronic illness as a catalyst for change.** Contemp Sociol 18 (6), 944-945, doi: 10.2307/2074226.
- Barton, P. L., Brega, A. G., DeVore, P. A., Mueller, K., Paulich, M. J., Floersch, N. J., Goodrich, G. K., Talkington, S. G., Bon-trager, J., Grigsby, B., Hrinkevich, C., Neal, S., Loker, J. L., Araya, T. M., Bennett, R. E., Krohn, N. und Grigsby, J. (2007). **Specialist physicians' knowledge and beliefs about telemedicine: A comparison of users and non-users of the technology.** Telemed E-Health 13, 487-499, doi: 10.1089/tmj.2006.0091.
- Berger, P. L. und Luckmann, T. (2007). **Die gesellschaftliche Konstruktion der Wirklichkeit,** 21. Aufl., Fischer Taschenbuch Verlag, Frankfurt a. M.
- Berger, T. (2017). **The therapeutic alliance in internet interventions: A narrative review and suggestions for future research.** Psychother Res 27 (5), 511-524, doi: 10.1080/10503307.2015.1119908.
- Berryhill, M. B., Halli-Tierney, A., Culmer, N., Williams, N., Betancourt, A., King, M. und Ruggles, H. (2019). **Videoconferencing psychological therapy and anxiety: a systematic review.** Fam Pract 36 (1), 53-63, doi: 10.1093/fampra/cmy072.
- Berwick, D. (2003). **Disseminating Innovations in Health Care.** J Am Med Assoc 289, 1969-1975, doi: 10.1001/jama.289.15.1969.

- Bleyel, C., Hoffmann, M., Wensing, M., Hartmann, M., Friederich, H. C. und Haun, M. W. (2020). **Patients' Perspective on Mental Health Specialist Video Consultations in Primary Care: Qualitative Preimplementation Study of Anticipated Benefits and Barriers.** J Med Internet Res 22 (4), e17330, doi: 10.2196/17330.
- Blumer, H. (1969). **Symbolic Interactionism. Perspective and method.**, Prentice-Hall, Englewood Cliffs (N.J.).
- Bohnsack, R. (1991). **Rekonstruktive Sozialforschung: Einführung in Methodologie und Praxis qualitativer Forschung**, Leske und Budrich, Opladen.
- Bohnsack, R. (1999). **Rekonstruktive Sozialforschung. Einführung in Methodologie und Praxis qualitativer Forschung.** , 3. Aufl., Leske und Budrich, Opladen.
- Bohnsack, R. (2013). **Typenbildung, Generalisierung und komparative Analyse: Grundprinzipien der dokumentarischen Methode.** In: Die dokumentarische Methode und ihre Forschungspraxis. Grundlagen qualitativer Sozialforschung., Hrsg. Bohnsack, R., Nentwig-Gesemann, I. und Nohl, A.-M., 3. Aufl., Springer VS, Wiesbaden, S. 241-270.
- Bohnsack, R., Nentwig-Gesemann, I. und Nohl, A.-M. (2013). **Einleitung: Die dokumentarische Methode und ihre Forschungspraxis.** In: Die dokumentarische Methode und ihre Forschungspraxis. Grundlagen qualitativer Sozialforschung., Hrsg. Bohnsack, R., Nentwig-Gesemann, I. und Nohl, A.-M., 3. Aufl., Springer VS, Wiesbaden, S. 9-32.
- Bohnsack, R. und Przyborski, A. (2009). **Gruppendiskussionsverfahren und Focus Group.** In: Qualitative Marktforschung. Konzepte - Methoden - Analysen., Hrsg. Buber, R. und Holzmüller, H. H., Gabler, Wiesbaden, S. 491-506.
- Bower, P., Gilbody, S., Richards, D., Fletcher, J. und Sutton, A. (2006). **Collaborative care for depression in primary care. Making sense of a complex intervention: systematic review and meta-regression.** Br J Psychiatry 189, 484-493, doi: 10.1192/bjp.bp.106.023655.
- Breitenbach, E. (2013). **Sozialisation und Konstruktion von Geschlecht und Jugend. Empirischer Konstruktivismus und dokumentarische Methode.** In: Die dokumentarische Methode und ihre Forschungspraxis. Grundlagen qualitativer Sozialforschung., Hrsg. Bohnsack, R., Nentwig-Gesemann, I. und Nohl, A.-M., 3. Aufl., Springer VS, Wiesbaden, S. 179-194.
- Bundespsychotherapeutenkammer (2015). **BPTK-Studie zur Arbeitsunfähigkeit.** URL: https://www.bptk.de/wp-content/uploads/2019/01/20150305_bptk_au-studie_psychische-erkrankungen_und_krankengeldmanagement.pdf [Stand: 27.11.2020].
- Bundespsychotherapeutenkammer (2018a). **Ein Jahr nach der Reform der Psychotherapie-Richtlinie: Wartezeiten 2018.** URL: https://www.bptk.de/wp-content/uploads/2019/01/20180411_bptk_studie_wartezeiten_2018.pdf [Stand 28.11.2020].
- Bundespsychotherapeutenkammer (2018b). **Muster-Berufsordnung für die Psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten.** URL: https://www.bptk.de/wp-content/uploads/2019/01/Muster-Berufsordnung_der_BPtK.pdf [Stand 27.08.2020].

- Bundespsychotherapeutenkammer (2020). **Praxis-Info Coronavirus**. URL: <https://www.bptk.de/wp-content/uploads/2020/06/BPtK-Praxis-Info-Coronavirus.pdf> [Stand 27.08.2020].
- Chakrabarti, S. (2015). **Usefulness of telepsychiatry: A critical evaluation of videoconferencing-based approaches**. *World J Psychiatry* 5 (3), 286-304, doi: 10.5498/wjp.v5.i3.286.
- Christensen, L. F., Gildberg, F. A., Sibbersen, C., Skjoeth, M. M., Nielsen, C. T. und Hansen, J. P. (2020). **Disagreement in Satisfaction Between Patients and Providers in the Use of Videoconferences by Depressed Adults**. *Telemed E-Health* 26 (5), 614-620, doi: 10.1089/tmj.2019.0055.
- Christensen, L. F., Moller, A. M., Hansen, J. P., Nielsen, C. T. und Gildberg, F. A. (2019). **Patients' and providers' experiences with video consultations used in the treatment of older patients with unipolar depression: A systematic review**. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 27 (3), 258-271, doi: 10.1111/jpm.12574.
- Cicourel, A. V. (1990). **The integration of distributed knowledge in collaborative medical diagnosis**. In: *Intellectual Teamwork: Social and Technological Foundations of Cooperative Work*, Hrsg. Galegher, J., Kraut, R. E. und Egidio, C., Psychology Press, Taylor & Francis Group, New York, London, S. 221-242.
- Clay-Williams, R., Baysari, M., Taylor, N., Zalitis, D., Georgiou, A., Robinson, M., Braithwaite, J. und Westbrook, J. (2017). **Service provider perceptions of transitioning from audio to video capability in a telehealth system: a qualitative evaluation**. *BMC Health Serv Res* 17 (1), doi: 10.1186/s12913-017-2514-7.
- Coiera, E. (2011). **Why system inertia makes health reform so difficult**. *BMJ* 342, d3693, doi: 10.1136/bmj.d3693.
- Connolly, S. L., Miller, C. J., Lindsay, J. A. und Bauer, M. S. (2020). **A systematic review of providers' attitudes toward telemental health via videoconferencing**. *Clin Psychol Sci Pract* 27 (2), e12311, doi: 10.1111/cpsp.12311.
- Cowan, K. E., McKean, A. J., Gentry, M. T. und Hilty, D. M. (2019). **Barriers to Use of Telepsychiatry: Clinicians as Gatekeepers**. *Mayo Clin Proc* 94 (12), 2510-2523, doi: 10.1016/j.mayocp.2019.04.018.
- Cowpervait, L. und Clarke, D. (2013). **Effectiveness of Web-based Psychological Interventions for Depression: A Meta-analysis**. *Int J Ment Health Addiction* 11 (2), 247-268, doi: 10.1007/s11469-012-9416-z.
- Cuijpers, P., Marks, I. M., van Straten, A., Cavanagh, K., Gega, L. und Andersson, G. (2009). **Computer-aided psychotherapy for anxiety disorders: a meta-analytic review**. *Cogni Behav Ther* 38 (2), 66-82, doi: 10.1080/16506070802694776.
- Davies, F., Shepherd, H. L., Beatty, L., Clark, B., Butow, P. und Shaw, J. (2020). **Implementing Web-Based Therapy in Routine Mental Health Care: Systematic Review of Health Professionals' Perspectives**. *J Med Internet Res* 22 (7), e17362, doi: 10.2196/17362.
- Davis, F. D. (1989). **Perceived usefulness, perceived ease of use, and user acceptance of information technology**. *MIS Q* 13, 319-340, doi: 10.2307/249008.

- Davis, F. D., Bagozzi, R. und Warshaw, P. R. (1989). **User Acceptance of Computer Technology: A Comparison of Two Theoretical Models**. *Manage Sci* 35, 982-1003., doi: 10.1287/mnsc.35.8.982.
- de Cruppé, W., Müller, A., Herzog, W. und Eich, W. (2006). **Psychosomatische Versorgungspraxis und Kooperationsbedarf aus Sicht niedergelassener Ärzte und Psychologen**. *Psychother Psych Med* 56 (07), 299-306, doi: 10.1055/s-2006-932662.
- De Las Cuevas, C., Arredondo, M. T., Cabrera, M. F., Sulzenbacher, H. und Meise, U. (2006). **Randomized clinical trial of telepsychiatry through videoconference versus face-to-face conventional psychiatric treatment**. *Telemed E-Health* 12 (3), 341-350, doi: 10.1089/tmj.2006.12.341.
- Dijkstra, L. und Poelman, H. (2014). **A harmonised definition of cities and rural areas: the new degree of urbanisation**. (European Commission). URL: https://ec.europa.eu/regional_policy/sources/docgener/work/2014_01_new_urban.pdf [Stand 29.11.2020].
- Donabedian, A. (2005). **Evaluating the quality of medical care. 1966**. *Milbank Q* 83 (4), 691-729, doi: 10.1111/j.1468-0009.2005.00397.x.
- Donaghy, E., Atherton, H., Hammersley, V., McNeilly, H., Bikker, A., Robbins, L., Campbell, J. und McKinstry, B. (2019). **Acceptability, benefits, and challenges of video consulting: a qualitative study in primary care**. *Br J Gen Pract* 69 (686), e586-e594, doi: 10.3399/bjgp19X704141.
- Dresing, T. und Pehl, T. (2015). **Praxisbuch Interview, Transkription & Analyse. Anleitungen und Regelsysteme für qualitativ Forschende**. URL: www.audiotranskription.de/praxisbuch [Stand 06.07.2019].
- Ebert, D. D., Buntrock, C., Lehr, D., Smit, F., Riper, H., Baumeister, H., Cuijpers, P. und Berking, M. (2018). **Effectiveness of Web- and Mobile-Based Treatment of Subthreshold Depression With Adherence-Focused Guidance: A Single-Blind Randomized Controlled Trial**. *Behav Ther* 49 (1), 71-83, doi: 10.1016/j.beth.2017.05.004.
- Esser, H. (2010). **Sinn, Kultur, Verstehen und das Modell der soziologischen Erklärung**. In: *Kultursoziologie*., Hrsg. Wohlrab-Sahr, M., VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden, S. 309-335.
- Fletcher, T. L., Hogan, J. B., Keegan, F., Davis, M. L., Wassef, M., Day, S. und Lindsay, J. A. (2018). **Recent advances in delivering mental health treatment via video to home**. *Curr Psychiatry Rep* 20, doi: 10.1007/s11920-018-0922-y.
- Flick, U. (2011). **Triangulation. Eine Einführung**., 3. Aufl., VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden.
- Flottorp, S. A., Oxman, A. D., Krause, J., Musila, N. R., Wensing, M., Godycki-Cwirko, M., Baker, R. und Eccles, M. P. (2013). **A checklist for identifying determinants of practice: a systematic review and synthesis of frameworks and taxonomies of factors that prevent or enable improvements in healthcare professional practice**. *Implement Sci* 8 (1), 35-45, doi: 10.1186/1748-5908-8-35.
- Fortney, J. C., Pyne, J. M., Mouden, S. B., Mittal, D., Hudson, T. J., Schroeder, G. W., Williams, D. K., Bynum, C. A., Mattox, R. und Rost, K. M. (2013). **Practice-based versus**

- telemedicine-based collaborative care for depression in rural federally qualified health centers: a pragmatic randomized comparative effectiveness trial.** *Am J Psychiatry* 170 (4), 414-425, doi: 10.1176/appi.ajp.2012.12050696.
- Fortney, J. C., Pyne, J. M., Turner, E. E., Farris, K. M., Normoyle, T. M., Avery, M. D., Hilty, D. M. und Unutzer, J. (2015). **Telepsychiatry integration of mental health services into rural primary care settings.** *Int Rev Psychiatry* 27 (6), 525-539, doi: 10.3109/09540261.2015.1085838.
- Freidson, E. (1974). **Professional Dominance: The Social Structure of Medical Care,** Livingston (NJ). Transaction Publishers.
- Gaebel, W., Kowitz, S., Fritze, J. und Zielasek, J. (2013). **Use of Health Care Services by People with Mental Illness: Secondary Data from three Statutory Health Insurers and the German Statutory Pension Insurance Scheme.** *Dtsch Arztebl Int* 110 (47), 799-808, doi: 10.3238/arztebl.2013.0799.
- GBD 2017 Disease and Injury Incidence and Prevalence Collaborators (2018). **Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 354 diseases and injuries for 195 countries and territories, 1990–2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017.** *Lancet* 392, 1789-858, doi: 10.1016/S0140-6736(18)32279-7.
- Germain, V., Marchand, A., Bouchard, S., Drouin, M. S. und Guay, S. (2009). **Effectiveness of cognitive behavioural therapy administered by videoconference for posttraumatic stress disorder.** *Cogn Behav Ther* 38 (1), 42-53, doi: 10.1080/16506070802473494.
- Gibson, K., O'Donnell, S., Coulson, H. und Kakepetum-Schultz, T. (2011). **Mental health professionals' perspectives of telemental health with remote and rural First Nations communities.** *J Telemed Telecare* 17, 263-267, doi: 10.1258/jtt.2011.101011.
- Gilbody, S., Lewis, H., Adamson, J., Atherton, K., Bailey, D., Birtwistle, J., Bosanquet, K., Clare, E., Delgadillo, J., Ekers, D., Foster, D., Gabe, R., Gascoyne, S., Haley, L., Hamilton, J., Hargate, R., Hewitt, C., Holmes, J., Keding, A., Lilley-Kelly, A., Meer, S., Mitchell, N., Overend, K., Pasterfield, M., Pervin, J., Richards, D. A., Spilsbury, K., Traviss-Turner, G., Trepel, D., Woodhouse, R., Ziegler, F. und McMillan, D. (2017). **Effect of collaborative care vs usual care on depressive symptoms in older adults with subthreshold depression: The CASPER randomized clinical trial.** *J Am Med Assoc* 317 (7), 728-737, doi: 10.1001/jama.2017.0130.
- Gilbody, S. M., House, A. O. und Sheldon, T. A. (2001). **Routinely administered questionnaires for depression and anxiety: systematic review.** *BMJ* 322 (7283), 406-409, doi: 10.1136/bmj.322.7283.406.
- Gilbody, S. M., Whitty, P., Grimshaw, J. M. und Thomas, R. (2003). **Educational and organisational interventions to improve the management of depression in primary care. A systematic review.** *J Am Med Assoc* 289, 3145 - 3151, doi: 10.1001/jama.289.23.3145.
- Glueckauf, R. L., Maheu, M. M., Drude, K. P., Wells, B. A., Wang, Y., Gustafson, D. J. und Nelson, E.-L. (2018). **Survey of psychologists' telebehavioral health practices: Technology use, ethical issues, and training needs.** *Prof Psychol Res Pr* 49 (3), 205–219, doi: 10.1037/pro0000188.

- Greenhalgh, T., Shaw, S., Wherton, J., Vijayaraghavan, S., Morris, J., Bhattacharya, S., Hanson, P., Campbell-Richards, D., Ramoutar, S., Collard, A. und Hodkinson, I. (2018). **Real-World Implementation of Video Outpatient Consultations at Macro, Meso, and Micro Levels: Mixed-Method Study**. *J Med Internet Res* 20 (4), e150, doi: 10.2196/jmir.9897.
- Grigsby, B., Brega, A. G., Bennett, R. E., Devore, P. A., Paulich, M. J., Talkington, S. G., Floersch, N. R., Barton, P. L., Neal, S., Araya, T. M., Loker, J. L., Krohn, N. und Grigsby, J. (2007). **The slow pace of interactive video telemedicine adoption: the perspective of telemedicine program administrators on physician participation**. *Telemed J E Health* 13 (6), 645-656, doi: 10.1089/tmj.2007.0090.
- Groene, O., Garcia-Barbero, M. und WHO European Office for Integrated Health Care Services (2001). **Integrated Care: A position paper of the WHO European Office for Integrated Health Care Services**. *Int J Integr Care* 1:e21.
- Gun, S. Y., Titov, N. und Andrews, G. (2011). **Acceptability of Internet treatment of anxiety and depression**. *Australas Psychiatry* 19 (3), 259-264, doi: 10.3109/10398562.2011.562295.
- Hannoever, W., Späte, N. und Hannich, H.-J. (2011). **Zur ambulanten Versorgung psychischer Störungen in einer ländlichen Region. Eine Analyse von Abrechnungsdaten der Kassenärztlichen Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern**. *Psychother Psychosom Med Psychol* 61, 372-376, doi: 10.1055/s-0031-1284333.
- Hanses, A. und Sander, K. (2012). **Interaktionsordnungen**, Bd. 1., VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden.
- Harst, L., Lantzsch, H. und Scheibe, M. (2019). **Theories Predicting End-User Acceptance of Telemedicine Use: Systematic Review**. *J Med Internet Res* 21 (5), e13117, doi: 10.2196/13117.
- Hilty, D. M., Chan, S., Torous, J., Luo, J. und Boland, R. (2020). **A Framework for Competencies for the Use of Mobile Technologies in Psychiatry and Medicine: Scoping Review**. *JMIR Mhealth Uhealth* 8 (2), e12229, doi: 10.2196/12229.
- Hilty, D. M., Ferrer, D. C., Parish, M. B., Johnston, B., Callahan, E. J. und Yellowlees, P. M. (2013). **The effectiveness of telemental health: a 2013 review**. *Telemed J E Health* 19 (6), 444-454, doi: 10.1089/tmj.2013.0075.
- Hilty, D. M., Randhawa, K., Maheu, M. M., McKean, A. J. S. und Pantera, R. (2019). **Therapeutic relationship of telepsychiatry and telebehavioral health: Ideas from research on telepresence, virtual reality and augmented reality**. *Psychol Cogn Sci Open J* 5 (1), 14-29, doi: 10.17140/PCSOJ-5-145.
- Hilty, D. M., Sunderji, N., Suo, S., Chan, S. und McCarron, R. M. (2018). **Telepsychiatry and other technologies for integrated care: evidence base, best practice models and competencies**. *Int Rev Psychiatry* 30 (6), 292-309, doi: 10.1080/09540261.2019.1571483.
- Huhn, M., Tardy, M., Spineli, L., Kissling, W., Förstl, H., Pitschel-Walz, G., Leucht, C., Samara, M., Dold, M., Davis, J.M. und Leucht, S. (2014). **Efficacy of pharmacotherapy and psychotherapy for adult psychiatric disorders: A systematic overview of meta-analyses**. *JAMA Psychiatry* 71 (6), 706-715, doi: 10.1001/jamapsychiatry.2014.112.

- Imel, Z. E., Malterer, M. B., McKay, K. M. und Wampold, B. E. (2008). **A meta-analysis of psychotherapy and medication in unipolar depression and dysthymia.** *J Affect Disord* 110 (3), 197-206, doi: 10.1016/j.jad.2008.03.018.
- Interian, A., King, A. R., St Hill, L. M., Robinson, C. H. und Damschroder, L. J. (2018). **Evaluating the Implementation of Home-Based Videoconferencing for Providing Mental Health Services.** *Psychiatr Serv* 69 (1), 69-75, doi: 10.1176/appi.ps.201700004.
- Ion, A., Sunderji, N., Jansz, G. und Ghavam-Rassoul, A. (2017). **Understanding integrated mental health care in "real-world" primary care settings: What matters to health care providers and clients for evaluation and improvement?** *Fam Syst Health* 35 (3), 271-282, doi: 10.1037/fsh0000294.
- Jacob, C., Sanchez-Vazquez, A. und Ivory, C. (2020). **Understanding Clinicians' Adoption of Mobile Health Tools: A Qualitative Review of the Most Used Frameworks.** *JMIR Mhealth Uhealth* 8 (7), e18072, doi: 10.2196/18072.
- Jacobi, F., Hofler, M., Meister, W. und Wittchen, H. U. (2002). **Prevalence, Detection and Prescribing Behavior in Depressive Syndromes. A German Federal Family Physician Study.** *Nervenarzt* 73 (7), 651-658, doi: 10.1007/s00115-002-1299-y.
- Jacobi, F., Hofler, M., Siegert, J., Mack, S., Gerschler, A., Scholl, L., Busch, M. A., Hapke, U., Maske, U., Seiffert, I., Gaebel, W., Maier, W., Wagner, M., Zielasek, J. und Wittchen, H. U. (2014a). **Twelve-Month Prevalence, Comorbidity and Correlates of Mental Disorders in Germany: The Mental Health Module of the German Health Interview and Examination Survey for Adults (DEGS1-MH).** *Int J Methods Psychiatr Res* 23 (3), 304-319, doi: 10.1002/mpr.1439.
- Jacobi, F., Höfler, M., Strehle, J., Mack, S., Gerschler, A., Scholl, L., Busch, M. A., Maske, U., Hapke, U., Gaebel, W., Maier, W., Wagner, M., Zielasek, J. und Wittchen, H. U. (2014b). **Psychische Störungen in der Allgemeinbevölkerung.** *Nervenarzt* 85 (1), 77-87, doi: 10.1007/s00115-013-3961-y.
- Jacobi, F., Klose, M. und Wittchen, H.-U. (2004). **Psychische Störungen in der deutschen Allgemeinbevölkerung: Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen und Ausfalltage.** *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz* 47 (8), 736-744, doi: 10.1007/s00103-004-0885-5.
- Jetty, A., Moore, M. A., Coffman, M., Petterson, S. und Bazemore, A. (2018). **Rural family physicians are twice as likely to use telehealth as urban family physicians.** *Telemed E-Health* 24 (4), 268-276, doi: 10.1089/tmj.2017.0161.
- Johansson, A. M., Lindberg, I. und Soderberg, S. (2014a). **Patients' Experiences with Specialist Care via Video Consultation in Primary Healthcare in Rural Areas.** *Int J Telemed Appl* 2014, 143824, doi: 10.1155/2014/143824.
- Johansson, A. M., Lindberg, I. und Soderberg, S. (2017). **Healthcare personnel's experiences using video consultation in primary healthcare in rural areas.** *Prim Health Care Res Dev* 18 (1), 73-83, doi: 10.1017/S1463423616000347.
- Johansson, A. M., Lindberg, I. und Soederberg, S. (2014b). **The views of health-care personnel about video consultation prior to implementation in primary health care in rural areas.** *Prim Health Care Res Dev* 15, 170-179, doi: 10.1017/S1463423613000030.

- Johansson, R. und Andersson, G. (2012). **Internet-based psychological treatments for depression.** *Expert Rev Neurother* 12 (7), 861-869, doi: 10.1586/ern.12.63.
- Kannarkat, J. T., Smith, N. N. und McLeod-Bryant, S. A. (2020). **Mobilization of Telepsychiatry in Response to COVID-19-Moving Toward 21(st) Century Access to Care.** *Adm Policy Ment Health* 47 (4), 489-491, doi: 10.1007/s10488-020-01044-z.
- Kassenärztliche Bundesvereinigung (2017). **Statistische Informationen aus dem Bundesarztregister und KBV.** URL: <http://gesundheitsdaten.kbv.de/cms/html/16397.php> [Stand: 02.10.2019].
- Katon, W., Robinson, P., von Korff, M., Lin, E., Bush, T., Ludman, E., Simon, G. und E., W. (1996). **A multifaceted intervention to improve treatment of depression in primary care.** *Arch Gen Psychiatry* 53 (10), 924-932, doi: 10.1001/archpsyc.1996.01830100072009.
- Katon, W., von Korff, M., Lin, E., Walker, E., Simon, G. E., Bush, T., Robinson, P. und Russo, J. (1995). **Collaborative management to achieve treatment guidelines: Impact on depression in primary care.** *J Am Med Assoc* 273 (13), 1023-1031.
- Kaufmann, F. X., Schott, R. und Franz, H. J. (1989). **Über die soziale Funktion von Verantwortung und Verantwortlichkeit.** In: *Verantwortlichkeit und Recht. Jahrbuch für Rechtssoziologie und Rechtstheorie*, Hrsg. Lampe, E.-J., VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden, S. 204-228.
- Kessler, D., Lewis, G., Kaur, S., Wiles, N., King, M., Weich, S., Sharp, D. J., Araya, R., Hollinghurst, S. und Peters, T. J. (2009). **Therapist-delivered internet psychotherapy for depression in primary care: a randomised controlled trial.** *Lancet* 374 (9690), 628-634, doi: 10.1016/s0140-6736(09)61257-5.
- Klein, J. P. und Berger, T. (2013). **Internetbasierte psychologische Behandlung bei Depressionen.** *Verhaltenstherapie* 23 (3), 149-159, doi: 10.1159/000354046.
- Kodner, D. L. und Spreeuwenberg, C. (2002). **Integrated care: meaning, logic, applications, and implications – a discussion paper.** *Int J Integr Care* 2, e12, doi: 10.5334/ijic.67.
- Kolovos, S., Kleiboer, A. und Cuijpers, P. (2016). **Effect of psychotherapy for depression on quality of life: meta-analysis.** *Br J Psychiatry* 209 (6), 460-468, doi: 10.1192/bjp.bp.115.175059.
- Kummervold, P. E., Johnsen, J. A., Skrovseth, S. O. und Wynn, R. (2012). **Using noninferiority tests to evaluate telemedicine and e-health services: systematic review.** *J Med Internet Res* 14 (5), e132, doi: 10.2196/jmir.2169.
- Lamnek, S. (2010). **Qualitative Sozialforschung**, 5. Aufl., Beltz Juventa, Weinheim und Basel.
- Landesärztekammer Baden-Württemberg (2020). **Berufsordnung der Landesärztekammer Baden-Württemberg vom 21. September 2016 (ÄBW 2016, S. 506) zuletzt geändert durch Satzung vom 22. April 2020 (ÄBW 2020, S. 259).** URL: <https://www.aerztekammer-bw.de/10aerzte/40merkblaetter/20recht/05kammerrecht/bo.pdf> [Stand: 27.08.2020].
- Lemmens, L. C., Molema, C. C. M., Versnel, N., Baan, C. A. und de Bruin, S. R. (2015). **Integrated care programs for patients with psychological comorbidity: A**

- systematic review and meta-analysis.** *J Psychosom Res* 79 (6), 580-594, doi: 10.1016/j.jpsychores.2015.07.013.
- Lester, H., Glasby, J. und Tylee, A. (2004). **Integrated primary mental health care: threat or opportunity in the new NHS?** *Br J Gen Pract* 54 (501), 285-291.
- Littig, B. und Wallace, C. (1997). **Möglichkeiten und Grenzen von Fokus-Gruppendifkussionen für die sozialwissenschaftliche Forschung.** In: Reihe Soziologie / Institut für Höhere Studien, Abt. Soziologie, 21, Institut für Höhere Studien (IHS), Wien.
- Maaz, A., Winter, M. H.-J. und Kuhlmeij, A. (2006). **Der Wandel des Krankheitspanoramas und die Bedeutung chronischer Erkrankungen (Epidemiologie, Kosten).** In: Fehlzeiten Report 2006 - Chronische Krankheiten, Hrsg. Badura, B., Schellschmidt, H. und Vetter, C., Springer.
- Mair, F. S., May, C., O'Donnell, C., Finch, T., Sullivan, F. und Murray, E. (2012). **Factors that promote or inhibit the implementation of e-health systems: an explanatory systematic review.** *Bull World Health Organ* 90 (5), 357-364, doi: 10.2471/blt.11.099424.
- Mann, D. M., Chen, J., Chunara, R., Testa, P. A. und Nov, O. (2020). **COVID-19 transforms health care through telemedicine: evidence from the field.** *J Am Med Inform Assoc*, doi: 10.1093/jamia/ocaa072.
- Mannheim, K. (1980). **Strukturen des Denkens**, 1. Aufl., Suhrkamp, Frankfurt am Main.
- Marshall, M. N. (1996). **The key informant technique.** *Fam Pract* 13 (1), 92-107, doi: 10.1093/fampra/13.1.92.
- May, C., Gask, L., Atkinson, T., Ellis, N., Mair, F. und Esmail, A. (2001). **Resisting and promoting new technologies in clinical practice: the case of telepsychiatry.** *Soc Sci Med* 52 (12), 1889-1901, doi: 10.1016/s0277-9536(00)00305-1.
- Mayerhofer, W. (2009). **Das Fokusgruppeninterview.** In: Qualitative Marktforschung. Konzepte - Methoden - Analysen., Hrsg. Buber, R. und Holzmüller, H. H., Gabler, Wiesbaden, S. 477-490.
- Mayring, P. (2010). **Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken.**, 11. Aufl., Beltz Verlag, Weinheim und Basel.
- McHugh, R. K., Whitton, S. W., Peckham, A. D., A., W. J. und Otto, M. W. (2013). **Patient preference for psychological vs pharmacologic treatment of psychiatric disorders: a meta-analytic review.** *J Clin Psychiatry* 74 (6), doi: 10.4088/JCP.12r07757.
- Meyer, B., Berger, T., Caspar, F., Beevers, C. G., Andersson, G. und Weiss, M. (2009). **Effectiveness of a novel integrative online treatment for depression (Deprexis): randomized controlled trial.** *J Med Internet Res* 11 (2), e15, doi: 10.2196/jmir.1151.
- Mohr, D. C., Ho, J., Duffecy, J., Baron, K. G., Lehman, K. A., Jin, L. und Reifler, D. (2010). **Perceived barriers to psychological treatments and their relationship to depression.** *J Clin Psychol* 66 (4), 394-409, doi: 10.1002/jclp.20659.
- Montero-Marín, J., Prado-Abril, J., Botella, C., Fermin Mayoral-Cleries, F., Baños, R., Herrera-Mercadal, P., Romero-Sanchiz, P., Gili, M., Castro, A., Nogueira, R. und García-

- Campayo, J. (2015). **Expectations among patients and health professionals regarding Web-based interventions for depression in primary care: a qualitative study.** *J Med Internet Res* 17 (3), e67, doi: 10.2196/jmir.3985.
- Moore, M. A., Coffman, M., Jetty, A., Klink, K., Petterson, S. und Bazemore, A. (2017). **Family Physicians Report Considerable Interest in, but Limited Use of, Telehealth Services.** *J Am Board Fam Med* 30 (3), 320-330, doi: 10.3122/jabfm.2017.03.160201.
- Morgan, D. L. (1996). **Focus groups.** *Annu Rev Sociol* 22 (1), 129-152, doi: 10.1146/annurev.soc.22.1.129.
- Morgan, D. L. und Krueger, R. A. (1993). **When to use focus groups and why.** In: *Successful Focus Groups: Advancing the State of the Art.*, Hrsg. Morgan, D. L., Sage Publications, Inc., Thousand Oaks, CA, US, S. 3-19.
- Morgan, D. L. und Spanish, M. T. (1984). **Focus Groups: A New Tool for Qualitative Research.** *Qual Sociol* 7 (3), 253-270, doi: 10.1007/BF00987314.
- Muir, S. D., de Boer, K., Thomas, N., Seabrook, E., Nedeljkovic, M. und Meyer, D. (2020). **Videoconferencing Psychotherapy in the Public Sector: Synthesis and Model for Implementation.** *JMIR Ment Health* 7 (1), e14996, doi: 10.2196/14996.
- Murray, C. J. L., Vos, T., Lozano, R., Naghavi, M., Flaxman, A. D., Michaud, C., Ezzati, M., Shibuya, K., Salomon, J. A., Abdalla, S., Aboyans, V., Abraham, J., Ackerman, I., Aggarwal, R., Ahn, S. Y., Ali, M. K., AlMazroa, M. A., Alvarado, M., Anderson, H. R., Anderson, L. M., Andrews, K. G., Atkinson, C., Baddour, L. M., Bahalim, A. N., Barker-Collo, S., Barrero, L. H., Bartels, D. H., Basáñez, M.-G., Baxter, A., Bell, M. L., Benjamin, E. J., Bennett, D., Bernabé, E., Bhalla, K., Bhandari, B., Bikbov, B., Abdulhak, A. B., Birbeck, G., Black, J. A., Blencowe, H., Blore, J. D., Blyth, F., Bolliger, I., Bonaventure, A., Boufous, S., Bourne, R., Boussinesq, M., Braithwaite, T., Brayne, C., Bridgett, L., Brooker, S., Brooks, P., Brugha, T. S., Bryan-Hancock, C., Bucello, C., Buchbinder, R., Buckle, G., Budke, C. M., Burch, M., Burney, P., Burstein, R., Calabria, B., Campbell, B., Canter, C. E., Carabin, H., Carapetis, J., Carmona, L., Cella, C., Charlson, F., Chen, H., Cheng, A. T.-A., Chou, D., Chugh, S. S., Coffeng, L. E., Colan, S. D., Colquhoun, S., Colson, K. E., Condon, J., Connor, M. D., Cooper, L. T., Corriere, M., Cortinovis, M., de Vaccaro, K. C., Couser, W., Cowie, B. C., Criqui, M. H., Cross, M., Dabhadkar, K. C., Dahiya, M., Dahodwala, N., Damsere-Derry, J., Danaei, G., Davis, A., Leo, D. D., Degenhardt, L., Dellavalle, R., Delossantos, A., Denenberg, J., Derrett, S., Des Jarlais, D. C., Dharmaratne, S. D., Dherani, M., Diaz-Torne, C., Dolk, H., Dorsey, E. R., Driscoll, T., Duber, H., Ebel, B., Edmond, K., Elbaz, A., Ali, S. E., Erskine, H., Erwin, P. J., Espindola, P., Ewoigbokhan, S. E., Farzadfar, F., Feigin, V., Felson, D. T., Ferrari, A., Ferri, C. P., Fèvre, E. M., Finucane, M. M., Flaxman, S., Flood, L., Foreman, K., Forouzanfar, M. H., Fowkes, F. G. R., Fransen, M., Freeman, M. K., Gabbe, B. J., Gabriel, S. E., Gakidou, E., Ganatra, H. A., Garcia, B., Gaspari, F., Gillum, R. F., Gmel, G., Gonzalez-Medina, D., Gosselin, R., Grainger, R., Grant, B., Groeger, J., Guillemin, F., Gunnell, D., Gupta, R., Haagsma, J., Hagan, H., Halasa, Y. A., Hall, W., Haring, D., Haro, J. M., Harrison, J. E., Havmoeller, R., Hay, R. J., Higashi, H., Hill, C., Hoen, B., Hoffman, H., Hotez, P. J., Hoy, D., Huang, J. J., Ibeanusi, S. E., Jacobsen, K. H., James, S. L., Jarvis, D., Jasrasaria, R., Jayaraman, S., Johns, N., Jonas, J. B., Karthikeyan, G., Kassebaum, N., Kawakami, N., Keren, A., Khoo, J.-P., King, C. H., Knowlton, L. M., Kobusingye, O., Koranteng, A., Krishnamurthi, R., Laden, F., Laloo, R., Laslett, L. L., Lathlean, T., Leasher, J. L., Lee, Y. Y., Leigh, J., Levinson, D., Lim, S. S., Limb, E., Lin, J. K., Lipnick, M., Lipshultz, S. E., Liu, W., Loane, M., Ohno, S. L., Lyons, R., Mabweijano, J., MacIntyre, M. F., Malekzadeh, R., Mallinger, L., Manivannan, S., Marcenes, W., March, L., Margolis, D. J., Marks, G. B., Marks, R., Matsumori, A., Matzopoulos, R., Mayosi, B. M., McAnulty, J. H., McDermott, M. M.,

McGill, N., McGrath, J., Medina-Mora, M. E., Meltzer, M., Memish, Z. A., Mensah, G. A., Merriman, T. R., Meyer, A.-C., Miglioli, V., Miller, M., Miller, T. R., Mitchell, P. B., Mock, C., Mocumbi, A. O., Moffitt, T. E., Mokdad, A. A., Monasta, L., Montico, M., Moradi-Lakeh, M., Moran, A., Morawska, L., Mori, R., Murdoch, M. E., Mwaniki, M. K., Naidoo, K., Nair, M. N., Naldi, L., Narayan, K. M. V., Nelson, P. K., Nelson, R. G., Nevitt, M. C., Newton, C. R., Nolte, S., Norman, P., Norman, R., O'Donnell, M., O'Hanlon, S., Olives, C., Omer, S. B., Ortblad, K., Osborne, R., Ozgediz, D., Page, A., Pahari, B., Pandian, J. D., Rivero, A. P., Patten, S. B., Pearce, N., Padilla, R. P., Perez-Ruiz, F., Perico, N., Pesudovs, K., Phillips, D., Phillips, M. R., Pierce, K., Pion, S., Polanczyk, G. V., Polinder, S., Pope, C. A., Popova, S., Porrini, E., Pourmalek, F., Prince, M., Pullan, R. L., Ramaiah, K. D., Ranganathan, D., Razavi, H., Regan, M., Rehm, J. T., Rein, D. B., Remuzzi, G., Richardson, K., Rivara, F. P., Roberts, T., Robinson, C. H., De Leòn, F. R., Ronfani, L., Room, R., Rosenfeld, L. C., Rushton, L., Sacco, R. L., Saha, S., Sampson, U., Sanchez-Riera, L., Sanman, E., Schwebel, D. C., Scott, J. G., Segui-Gomez, M., Shahraz, S., Shepard, D. S., Shin, H., Shivakoti, R., Silberberg, D., Singh, D., Singh, G. M., Singh, J. A., Singleton, J., Sleet, D. A., Sliwa, K., Smith, E., Smith, J. L., Stapelberg, N. J. C., Steer, A., Steiner, T., Stolk, W. A., Stovner, L. J., Sudfeld, C., Syed, S., Tamburlini, G., Tavakkoli, M., Taylor, H. R., Taylor, J. A., Taylor, W. J., Thomas, B., Thomson, W. M., Thurston, G. D., Tleyjeh, I. M., Tonelli, M., Towbin, J. A., Truelsen, T., Tsilimbaris, M. K., Ubeda, C., Undurraga, E. A., van der Werf, M. J., van Os, J., Vavilala, M. S., Venketasubramanian, N., Wang, M., Wang, W., Watt, K., Weatherall, D. J., Weinstock, M. A., Weintraub, R., Weisskopf, M. G., Weissman, M. M., White, R. A., Whiteford, H., Wiebe, N., Wiersma, S. T., Wilkinson, J. D., Williams, H. C., Williams, S. R. M., Witt, E., Wolfe, F., Woolf, A. D., Wulf, S., Yeh, P.-H., Zaidi, A. K. M., Zheng, Z.-J., Zonies, D. und Lopez, A. D. (2012). **Disability-adjusted life years (DALYs) for 291 diseases and injuries in 21 regions, 1990–2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010.** *Lancet* 380 (9859), 2197-2223, doi: 10.1016/S0140-6736(12)61689-4.

Nentwig-Gesemann, I. (2013). **Die Typenbildung der dokumentarischen Methode.** In: Die dokumentarische Methode und ihre Forschungspraxis. Grundlagen qualitativer Sozialforschung., Hrsg. Bohnsack, R., Nentwig-Gesemann, I. und Nohl, A.-M., 3. Aufl., Springer VS, Wiesbaden, S. 295-324.

Nohl, A.-M. (2013a). **Komparative Analyse.** In: Die Dokumentarische Methode und ihre Forschungspraxis. Grundlagen qualitativer Sozialforschung, Hrsg. Bohnsack, R., Nentwig-Gesemann, I. und Nohl, A.-M., 3. Aufl., Springer VS, Wiesbaden, S. 271-293.

Nohl, A.-M. (2013b). **Relationale Typenbildung und Mehrebenenvergleich. Neue Wege der dokumentarischen Methode.**, 1. Aufl., Springer VS, Wiesbaden.

Nohl, A.-M. (2017). **Interview und Dokumentarische Methode. Anleitung für die Forschungspraxis.**, Bd. 5., Springer VS, Wiesbaden.

Norfleet, K. R., Ratzliff, A. D. H., Chan, Y. F., Raney, L. E. und Unutzer, J. (2016). **The Role of the Integrated Care Psychiatrist in Community Settings: A Survey of Psychiatrists' Perspectives.** *Psychiatr Serv* 67 (3), 346-349, doi: 10.1176/appi.ps.201400592.

Norwood, C., Moghaddam, N. G., Malins, S. und Sabin-Farrell, R. (2018). **Working alliance and outcome effectiveness in videoconferencing psychotherapy: A systematic review and noninferiority meta-analysis.** *Clin Psychol Psychother* 25 (6), 797-808, doi: 10.1002/cpp.2315.

- Nübling, R. (2014). **Zur psychotherapeutischen Versorgung psychisch Kranker im ambulanten und stationären Rahmen–Aktuelle Studien zur Versorgungsforschung.** *Psychotherapeutenjournal* 13, 44-49.
- Nübling, R., Bär, T., Jeschke, K., Ochs, M., Sarubin, N. und Schmidt, J. (2014a). **Versorgung psychisch kranker Erwachsener in Deutschland.** *Psychotherapeutenjournal* (4), 389-397.
- Nübling, R., Jeschke, K., Ochs, M. und Schmidt, J. (2014b). **Zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung in Deutschland. Eine Befragung von Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in fünf Bundesländern als ein Beitrag zur psychotherapeutischen Versorgungsforschung.** URL: <https://www.lpk-bw.de/sites/default/files/fachportal/fachartikel/nuebling-et-al-2014-ambulante-pt-versorgung-ergebnisbericht.pdf> [Stand:29.11.2020].
- O'Reilly, R. L., Bishop, J. E., Maddox, K., Hutchinson, L. J., Fisman, M. und Takhar, J. (2007). **Is telepsychiatry equivalent to face-to-face psychiatry? Results from a randomized controlled equivalence trial.** *Psychiatr Serv* 58 (6), 836-843, doi: 10.1176/ps.2007.58.6.836.
- Patton, M. Q. (2015). **Qualitative research & evaluation methods: integrating theory and practice**, Fourth edition. Aufl., Thousand Oaks, California: SAGE Publications, 806 S.
- Pfadenhauer, M. und Sander, T. (2010). **Professionssoziologie.** In: Handbuch spezielle Soziologien, Hrsg. Kneer, G. und Schroer, M., VS, Verl. für Sozialwiss., Wiesbaden, S. 361-378.
- Powell, R. E., Henstenburg, J. M., Cooper, G., Hollander, J. E. und Rising, K. L. (2017). **Patient Perceptions of Telehealth Primary Care Video Visits.** *Ann Fam Med* 15, 225-229, doi: 10.1370/afm.2095.
- Powell, R. E., Stone, D. und Hollander, J. E. (2018). **Patient and Health System Experience With Implementation of an Enterprise-Wide Telehealth Scheduled Video Visit Program: Mixed-Methods Study.** *JMIR Med Inform* 6 (1), e10-e16, doi: 10.2196/medinform.8479.
- Preschl, B., Maercker, A. und Wagner, B. (2011). **The working alliance in a randomized controlled trial comparing online with face-to-face cognitive-behavioral therapy for depression.** *BMC Psychiatry* 11, 10, doi: 10.1186/1471-244x-11-189.
- Przyborski, A. und Slunecko, T. (2010). **Dokumentarische Methode.** In: Handbuch Qualitative Forschung in der Psychologie, Hrsg. Mey, G. und Mruck, K., 1. Auflage. Aufl., VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden, S. 627-642.
- Randhawa, R. S., Chandan, J. S., Thomas, T. und Singh, S. (2018). **An exploration of the attitudes and views of general practitioners on the use of video consultations in primary healthcare setting: a qualitative pilot study.** *Prim Health Care Res Dev*, 6, doi: 10.1017/S1463423618000361.
- Raue, P. J., Schulberg, H. C., Heo, M., Klimstra, S. und Bruce, M. L. (2009). **Patients' depression treatment preferences and initiation, adherence, and outcome: a randomized primary care study.** *Psychiatr Serv* 60 (3), 337-343, doi: 10.1176/appi.ps.60.3.337.

- Reed, S. J., Shore, K. K. und Tice, J. A. (2016). **Effectiveness and Value of Integrating Behavioral Health Into Primary Care**. *JAMA Intern Med* 176 (5), 691-692, doi: 10.1001/jamainternmed.2016.0804.
- Richards, D. und Richardson, T. (2012). **Computer-based psychological treatments for depression: a systematic review and meta-analysis**. *Clin Psychol Rev* 32 (4), 329-342, doi: 10.1016/j.cpr.2012.02.004.
- Richardson, L. K., Frueh, B. C., Grubaugh, A. L., Egede, L. und Elhai, J. D. (2009). **Current directions in videoconferencing tele-mental health research**. *Clin Psychol* 16 (3), 323-338, doi: 10.1111/j.1468-2850.2009.01170.x.
- Richardson, L. P., Ludman, E., McCauley, E., Lindenbaum, J., Larison, C., Zhou, C., Clarke, G., Brent, D. und Katon, W. (2014). **Collaborative Care for Adolescents With Depression in Primary Care A Randomized Clinical Trial**. *J Am Med Assoc* 312 (8), 809-816, doi: 10.1001/jama.2014.9259.
- Rogers, E. M. (2003). **Diffusion of Innovations**, 5th. Aufl., Free Press, New York, NY.
- Sander, T. (2014). **Soziale Ungleichheit und Habitus als Bezugsgrößen professionellen Handelns: Berufliches Wissen, Inszenierung und Rezeption von Professionalität**. In: *Habituussensibilität. Eine neue Anforderung an professionelles Handeln*, Hrsg. Sander, T., Springer VS, Wiesbaden, S. 9-36.
- Schnell, R., Hill, P. B. und Esser, E. (2011). **Methoden der empirischen Sozialforschung**., 9. aktualisierte Auflage. Aufl., Oldenbourg Wissenschaftsverlag, München.
- Schnyder, N., Panczak, R., Groth, N. und Schultze-Lutter, F. (2017). **Association between mental health-related stigma and active help-seeking: systematic review and meta-analysis**. *Br J Psychiatry* 210, 261–268, doi: 10.1192/bjp.bp.116.189464.
- Schroeder, J., Berger, T., Meyer, B., Lutz, W., Hautzinger, M., Späth, C. und Moritz, S. (2017). **Attitudes towards internet interventions among psychotherapists and individuals with mild to moderate depression symptoms**. *Cogn Ther Res* 41 (5), 745-756, doi: 10.1007/s10608-017-9850-0.
- Schütz, A. (2010). **Zur Methodologie der Sozialwissenschaften**, UVK Verlagsgesellschaft, Konstanz.
- Shore, J. H. (2013). **Telepsychiatry: videoconferencing in the delivery of psychiatric care**. *Am J Psychiatry* 170 (3), 256-262, doi: 10.1176/appi.ajp.2012.12081064.
- Shore, J. H., Yellowlees, P., Caudill, R., Johnston, B., Turvey, C., Mishkind, M., Krupinski, E., Myers, K., Shore, P., Kaftarian, E. und Hilty, D. (2018). **Best Practices in Videoconferencing-Based Telemental Health April 2018**. *Telemed E-Health* 24 (11), 827-832, doi: 10.1089/tmj.2018.0237.
- Simon, G. (2009). **Collaborative care for mood disorders**. *Curr Opin Psychiatry* 22, 37-41, doi: 10.1097/YCO.0b013e328313e3f0.
- Simpson, S. G. (2009). **Psychotherapy via videoconferencing: a review**. *Brit J Guid Couns* 37 (3), 271-286, doi: 10.1080/03069880902957007.
- Simpson, S. G. und Reid, C. L. (2014). **Therapeutic alliance in videoconferencing psychotherapy**. *Aust J Rural Health* 22, 280-299, doi: 10.1111/ajr.12149.

- Spitzer, R. L., Kroenke, K., Williams, J. B. W. und Patient Hlth Questionnaire, P. (1999). **Validation and utility of a self-report version of PRIME-MD - The PHQ primary care study.** *J Am Med Assoc* 282 (18), 1737-1744, doi: 10.1001/jama.282.18.1737.
- Statistisches Bundesamt (2018). **Krankheitskosten 2015.** URL: https://www.destatis.de/DE/Methoden/Qualitaet/Qualitaetsberichte/Gesundheit/krankheitskostenrechnung.pdf?__blob=publicationFile [Stand: 29.11.2020].
- Steel, K., Cox, D. und Garry, H. (2011). **Therapeutic videoconferencing interventions for the treatment of long-term conditions.** *J Telemed Telecare* 17 (3), 109-117, doi: 10.1258/jtt.2010.100318.
- Steel, Z., Marnane, C., Iranpour, C., Chey, T., Jackson, J. W., Patel, V. und Silove, D. (2014). **The global prevalence of common mental disorders: a systematic review and meta-analysis 1980-2013.** *Int J Epidemiol* 43 (2), 476-493, doi: 10.1093/ije/dyu038.
- Steinke, I. (1999). **Kriterien qualitativer Forschung. Ansätze zur Bewertung qualitativ-empirischer Sozialforschung,** Juventa, Weinheim und München.
- Sucala, M., Schnur, J. B., Constantino, M. J., Miller, S. J., Brackman, E. H. und Montgomery, G. H. (2012). **The therapeutic relationship in e-therapy for mental health: a systematic review.** *J Med Internet Res* 14 (4), e110, doi: 10.2196/jmir.2084.
- Thompson, C., Kinmonth, A. L., Stevens, L., Peveler, R. C., Stevens, A., Ostler, K. J., Pickering, R. M., Baker, N. G., Henson, A., Preece, J., Cooper, D. und Campbell, M. J. (2000). **Effects of a clinical-practice guideline and practice-based education on detection and outcome of depression in primary care: Hampshire Depression Project randomised controlled trial.** *Lancet* 355 (9199), 185-191, doi: 10.1016/S0140-6736(99)03171-2.
- Tong, A., Sainsbury, P. und Craig, J. (2007). **Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups.** *Int J Qual Health Care* 19 (6), 349-357, doi: 10.1093/intqhc/mzm042.
- Topooco, N., Riper, H., Araya, R., Berking, M., Brunn, M., Chevreur, K., Cieslak, R., Ebert, D. D., Etchmendy, E., Herrero, R., Kleiboer, A., Krieger, T., García-Palacios, A., Cerga-Pashoja, A., Smoktunowicz, E., Urech, A., Vis, C. und Andersson, G. (2017). **Attitudes towards digital treatment for depression: A European stakeholder survey.** *Internet Interv* 8, 1-9, doi: 10.1016/j.invent.2017.01.001.
- Traube, D. E., Cederbaum, J. A., Taylor, A., Naish, L. und Rau, A. (2020). **Telehealth Training and Provider Experience of Delivering Behavioral Health Services.** *J Behav Health Ser R*, doi: 10.1007/s11414-020-09718-0.
- Ungewitter, C., Bottger, D., El-Jurdi, J., Kilian, R., Losert, C., Ludwig, K., Steinkohl, V. und Bramesfeld, A. (2013). **Service structure and cooperation in mental health care.** *Nervenarzt* 84 (3), 307-314, doi: 10.1007/s00115-011-3433-1.
- Unuetzer, J. und Park, M. (2012). **Strategies to improve the management of depression in primary care.** *Prim Care* 39 (2), 415-431, doi: 10.1016/j.pop.2012.03.010.
- van Steenberg-Weijnenburg, K. M., van der Feltz-Cornelis, C. M., Horn, E. K., van Marwijk, H. W., Beekman, A. T., Rutten, F. F. und Hakkaart-van Roijen, L. (2010). **Cost-effectiveness of collaborative care for the treatment of major depressive disorder in primary care. A systematic review.** *BMC Health Serv Res* 10, 19, doi: 10.1186/1472-6963-10-19.

- Venkatesh, V. und Davis, F. (2000). **A Theoretical Extension of the Technology Acceptance Model: Four Longitudinal Field Studies**. *Manage Sci*, 186-204, doi: 10.1287/mnsc.46.2.186.11926.
- Vogd, W. (2011). **Systemtheorie und rekonstruktive Sozialforschung - eine Brücke.**, 2., erweiterte und vollständig überarbeitete Auflage. Aufl., Verlag Barbara Budrich, Opladen & Farmington Hills, MI.
- Volpe, T., Boydell, K. M. und Pignatiello, A. (2013). **Attracting child psychiatrists to a televideo consultation service: the telelink experience**. *Int J Telemed Appl* 2013, doi: 10.1155/2013/146858.
- Wade, V. A., Elliott, J. A. und Hiller, J. E. (2014). **Clinician acceptance is the key factor for sustainable telehealth services**. *Qual Health Res* 24 (5), 682-694, doi: 10.1177/1049732314528809.
- Wagner, B., Knaevelsrud, C. und Maercker, A. (2006). **Internet-Based Cognitive-Behavioral Therapy for Complicated Grief: A Randomized Controlled Trial**. *Death Stud* 30, 429-453, doi: 10.1080/07481180600614385.
- Wind, T. R., Rijkeboer, M., Andersson, G. und Riper, H. (2020). **The COVID-19 pandemic: The 'black swan' for mental health care and a turning point for e-health**. *Internet Interv* 20, 100317, doi: 10.1016/j.invent.2020.100317.
- Wittchen, H.-U., Jacobi, F., Klose, M. und Ryl, L. (2010). **Depressive Erkrankungen**. In *Gesundheitsberichterstattung des Bundes*, Koch-Institut, R., Hrsg. (Statistisches Bundesamt, Berlin).
- Wittchen, H. U. und Jacobi, F. (2001). **Die Versorgungssituation psychischer Störungen in Deutschland Eine klinisch-epidemiologische Abschätzung anhand des Bundes-Gesundheitssurveys 1998**. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz* 44 (10), 993-1000, doi: 10.1007/s001030100269.
- Wittchen, H. U., Jacobi, F., Rehm, J., Gustavsson, A., Svensson, M., Jönsson, B., Olesen, J., Allgulander, C., Alonso, J., Faravelli, C., Fratiglioni, L., Jennum, P., Lieb, R., Maercker, A., van Os, J., Preisig, M., Salvador-Carulla, L., Simon, R. und Steinhausen, H. C. (2011). **The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010**. *Eur Neuropsychopharmacol* 21 (9), 655-679, doi: 10.1016/j.euroneuro.2011.07.018.
- Witzel, A. (2000). **Das problemzentrierte Interview**. *Forum Qualitative Sozialforschung / Forum: Qualitative Social Research* 1 (1), doi: 10.1007/978-3-8349-9441-7_29.

8. Eigenanteil an Datenerhebung und -Auswertung, eigene Veröffentlichungen

Diese Arbeit wurde im Rahmen des PROVIDE-Projektes durchgeführt (PROVIDE - Optimierung der Zusammenarbeit zwischen Hausärzten und Psychotherapeuten: Eine Studie zur Implementierung von Videokonsultationen (ImPROving cross-sectoral collaboration between primary and psychosocial, care: An implementation study on VIDEo consultations - PROVIDE). Der Leitfaden wurde in Zusammenarbeit mit Dr. Markus Haun, Projektleiter des PROVIDE-Projektes erstellt. Alle Fokusgruppen und Interviews mit den Hausärzten und Psychotherapeuten wurden hauptverantwortlich von mir durchgeführt. Bei fünf der sieben Fokusgruppen war Herr Dr. Haun als Co-Moderator anwesend. Alle Interviews wurden vollständig von mir durchgeführt. Die Auswertung aller Daten führte ich selbstständig und eigenverantwortlich durch. Im Zuge der beiden Publikationen hat Herr Dr. Haun jeweils eine Fokusgruppe zum Zwecke der Qualitätssicherung inhaltsanalytisch codiert. Anschließend wurden beide Analysen verglichen und konsentiert. Die Analyse der verbleibenden Daten führte ich eigenverantwortlich durch. Die Ergebnisse der qualitativen Inhaltsanalyse und der dokumentarischen Methode sind die zentralen Resultate dieser Arbeit.

Teilergebnisse der vorliegenden Arbeit wurden in folgenden Aufsätzen vorab publiziert:

Hoffmann, M., Wensing, M., Peters-Klimm, F., Szecsenyi, J., Hartmann, M., Friederich, H.C., Haun, M.W. (2020). **Integration of mental health care within primary care via video consultation: A qualitative pre-implementation study exploring the perspectives of psychotherapists and psychiatrists.** J Med Internet Res 22:e17569. doi: 10.2196/17569.

Hoffmann, M., Hartmann, M., Wensing, M., Friederich, H.C., Haun, M.W. (2019). **The potential for integrating mental health specialist video consultations in office-based routine primary care: A cross-sectional qualitative study among family physicians.** J Med Internet Res 21(8):e13382. doi: 10.2196/13382.

Publikation 1 und **2** basieren auf den Ergebnissen aus dem Dissertationskapitel 4.2 (Ergebnisse der qualitativen Inhaltsanalyse). Mein Eigenanteil an den Publikationen erstreckt sich auf die Erhebung der Fokusgruppen und Interviews, die vollständige Auswertung der Daten sowie das Schreiben und Überarbeiten der gesamten beiden Manuskriptentwürfe.

Weitere eigene Veröffentlichungen

Haun, M.W., Stephan, I., Wensing, M., Hartmann, M., Hoffmann, M., Friederich, H.-C.
Intent-to-adopt video-based integrated mental healthcare and characteristics of its

supporters: A mixed-methods study among general practitioners applying Diffusion of Innovations Theory. JMIR Ment Health 2020;0:e0 doi: 10.2196/23660.

Haun, M.W., Hoffmann, M., Tönnies, J., Dinger, U., Hartmann, M., Friederich, H.-C. (2020). **Videokonsultationen durch Psychotherapeuten in Zeiten der COVID-19-Pandemie: Wirksamkeit, Gestaltung des Settings und erste Erfahrungen aus einer Machbarkeitsstudie sowie mit dem Routineangebot im Krankenhaus** [Realtime video consultations by psychotherapists in times of the COVID-19 pandemic]. Psychotherapeut, 26:1–6. doi: 10.1007/s00278-020-00438-6.

Straßner, C., Hoffmann, M., Forstner, J., Roth, C., Szecsenyi, J., Wensing, M. (2020). **Interventions to Improve Hospital Admission and Discharge Management: An Umbrella Review of Systematic Reviews.** Qual Manag Health Ca 29(Collaborators): 67-75. doi:10.1097/QMH.0000000000000244.

Bleyel, C., Hoffmann, M., Wensing, M., Hartmann, M., Friederich, H.-C., Haun, M.W. (2020). **Patients' Perspective on Mental Health Specialist Video Consultations in Primary Care: Qualitative Preimplementation Study of Anticipated Benefits and Barriers.** J Med Internet Res 22(4):e17330. doi: 10.2196/17330.

Haun, M.W., Tönnies, J., Oeljeklaus, L., Hoffmann, M., Wensing, M., Szecsenyi, J., Friederich, H.-C., Hartmann, M. (2019). **Videokonsultationen durch Psychotherapeuten in der Hausarztpraxis - Therapiekonzept und Ergebnisse einer Studie zur Umsetzungsbereitschaft bei Psychotherapeuten** [Psychotherapeutic video consultations in primary care - concept of the PROVIDE intervention and results on the intent to adopt in psychotherapists]. Psychother Psych Med 69: 1-4. doi: 10.1055/a- 0948-5494.

Haun, M.W., Hoffmann, M., Wensing, M., Hartmann, M., Herzog, W. (2018). **Acceptance of and intent to adopt video consultations for addressing mental health disorders in primary care: A cross-sectional mixed methods study in general practitioners.** Int J Integr Care 18(s2).

Hoffmann, M., Flum, E., Steinhäuser, J. (2016). **Mentoring in der Allgemeinmedizin: Beratungsbedarf von Ärzten in Weiterbildung.** Z Evid Fortbild Qual 112. doi: 10.1016/j.zefq.2016.02.002.

Anhang

Anhang 1: COREQ Checkliste

Anhang 2: Studienflyer

Anhang 3: Moderationsleitfaden für Hausärzte und Psychotherapeuten

Anhang 4: Bilder des Videoclips zur Illustration der Videokonsultationen

Anhang 5: Studieninformationsschrift

Anhang 6: Tabelle 3: Das Kategoriensystem der qualitativen Inhaltsanalyse

Anhang 7: Exemplarisches Vorgehen der dokumentarischen Methode

Anhang 1: COREQ Checkliste

COREQ (CONsolidated criteria for REporting Qualitative research) Checklist

A checklist of items that should be included in reports of qualitative research. You must report the page number in your manuscript where you consider each of the items listed in this checklist. If you have not included this information, either revise your manuscript accordingly before submitting or note N/A.

Topic	Item No.	Guide Questions/Description	Reported on Page No.
Domain 1: Research team and reflexivity			
<i>Personal characteristics</i>			
Interviewer/facilitator	1	Which author/s conducted the interview or focus group?	26
Credentials	2	What were the researcher's credentials? E.g. PhD, MD	Titelseite
Occupation	3	What was their occupation at the time of the study?	26
Gender	4	Was the researcher male or female?	26
Experience and training	5	What experience or training did the researcher have?	26
<i>Relationship with participants</i>			
Relationship established	6	Was a relationship established prior to study commencement?	26
Participant knowledge of the interviewer	7	What did the participants know about the researcher? e.g. personal goals, reasons for doing the research	26, 86
Interviewer characteristics	8	What characteristics were reported about the interviewer/facilitator? e.g. Bias, assumptions, reasons and interests in the research topic	86-87
Domain 2: Study design			
<i>Theoretical framework</i>			
Methodological orientation and Theory	9	What methodological orientation was stated to underpin the study? e.g. grounded theory, discourse analysis, ethnography, phenomenology, content analysis	21-22
<i>Participant selection</i>			
Sampling	10	How were participants selected? e.g. purposive, convenience, consecutive, snowball	23
Method of approach	11	How were participants approached? e.g. face-to-face, telephone, mail, email	23
Sample size	12	How many participants were in the study?	24
Non-participation	13	How many people refused to participate or dropped out? Reasons?	23
<i>Setting</i>			
Setting of data collection	14	Where was the data collected? e.g. home, clinic, workplace	26
Presence of non-participants	15	Was anyone else present besides the participants and researchers?	26
Description of sample	16	What are the important characteristics of the sample? e.g. demographic data, date	Tabelle 1+2
<i>Data collection</i>			
Interview guide	17	Were questions, prompts, guides provided by the authors? Was it pilot tested?	26
Repeat interviews	18	Were repeat interviews carried out? If yes, how many?	27
Audio/visual recording	19	Did the research use audio or visual recording to collect the data?	26
Field notes	20	Were field notes made during and/or after the interview or focus group?	26
Duration	21	What was the duration of the interviews or focus group?	27
Data saturation	22	Was data saturation discussed?	23
Transcripts returned	23	Were transcripts returned to participants for comment and/or	N/A

Topic	Item No.	Guide Questions/Description	Reported on Page No.
		correction?	
Domain 3: analysis and findings			
<i>Data analysis</i>			
Number of data coders	24	How many data coders coded the data?	109
Description of the coding tree	25	Did authors provide a description of the coding tree?	Anhang 6
Derivation of themes	26	Were themes identified in advance or derived from the data?	28
Software	27	What software, if applicable, was used to manage the data?	28
Participant checking	28	Did participants provide feedback on the findings?	N/A
<i>Reporting</i>			
Quotations presented	29	Were participant quotations presented to illustrate the themes/findings? Was each quotation identified? e.g. participant number	35-79
Data and findings consistent	30	Was there consistency between the data presented and the findings?	35-83, 87-88
Clarity of major themes	31	Were major themes clearly presented in the findings?	35-83, Anhang 6
Clarity of minor themes	32	Is there a description of diverse cases or discussion of minor themes?	45-46, Anhang 6

Developed from: Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *International Journal for Quality in Health Care*. 2007. Volume 19, Number 6: pp. 349 – 357

Once you have completed this checklist, please save a copy and upload it as part of your submission. DO NOT include this checklist as part of the main manuscript document. It must be uploaded as a separate file.

Anhang 2: Studienflyer

Die Studie wird durchgeführt von der Klinik für Allgemeine Innere Medizin und Psychosomatik in Kooperation mit der Abteilung Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung des Universitätsklinikums Heidelberg.

Prof. Dr. Wolfgang Herzog
Ärztlicher Direktor
Klinik für Allgemeine Innere Medizin und
Psychosomatik
Im Neuenheimer Feld 410
69120 Heidelberg

Prof. Dr. Joachim Szecsenyi, Dipl. Soz.
Ärztlicher Direktor
Abteilung Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung
Im Neuenheimer Feld 130.3
69120 Heidelberg

Die Studie wird im Rahmen des Aktionsplans Versorgungsforschung durch das BMBF gefördert.

GEFÖRDERT VOM



**Bundesministerium
für Bildung
und Forschung**



UniversitätsKlinikum Heidelberg



Psychotherapeutische Sprechstunden in der Hausarztpraxis (PROVIDE-A)

Ein innovatives Versorgungsmodell für
Patienten mit psychischen Störungen in der
Hausarztpraxis

Klinik für Allgemeine Innere Medizin und
Psychosomatik

Abteilung Allgemeinmedizin und
Versorgungsforschung

Worum geht es?

Derzeit werden die meisten psychischen Störungen ausschließlich durch den Hausarzt betreut. Allerdings sind die zeitlichen und personellen Ressourcen zur umfassenden psychosozialen Versorgung in der Hausarztpraxis begrenzt und häufig der Zugang zur ambulanten Psychotherapie, bspw. durch lange Wartezeiten, erschwert. Hinzu kommen patientenseitige Schwellen wie die Angst vor Stigmatisierung und eine zunehmende Immobilität im Zuge der alternden Gesellschaft.

Daher bedarf es eines innovativen, niedrigrschwelligem Therapieangebots, das in der Hausarztpraxis ansetzt und sich am Bedarf der Patienten sowie der Leistungserbringer und den Versorgungsstrukturen anpasst. Psychotherapeutische Videokonsultationen adressieren diese Anforderungen und sind klinisch vergleichbar effektiv wie persönliche Therapien, wie zahlreiche Studien gezeigt haben. Sie ermöglichen eine interaktive Echtzeit-Kommunikation über einen Computer- oder Tablet-Bildschirm zwischen Patienten in der Hausarztpraxis auf der einen Seite und niedergelassenen Psychotherapeuten in deren Praxis auf der anderen Seite. Durch die Kooperation von Hausärzten und Psychotherapeuten kann sowohl die Betreuung in Krisensituationen als auch der Übergang in eine Psychotherapie erleichtert werden.

Wie kann ich daran teilnehmen?

Um ein neues Versorgungsmodell zu etablieren, ist es wichtig zu wissen, welche Anforderungen die beteiligten Akteure daran stellen. Sie können uns also wichtige Hinweise geben, wie ein im Alltag praktikables Versorgungsmodell aussieht, von dem sowohl die Patienten als auch Behandler bestmöglich profitieren. Daher interessieren wir uns für Ihre Meinung!

- › Wir würden Sie daher bitten, den beigelegten Kurzfragebogen auszufüllen und an uns zu faxen.
- › Außerdem laden wir sie herzlich zu einer Gruppendiskussion oder einem Telefoninterview ein, um mehr zu Ihrer Meinung zu psychotherapeutischen Videokonsultationen in der Hausarztpraxis zu erfahren. Hierzu können Sie am Ende des Fragebogens Ihre Telefonnummer angeben.

Was beinhaltet meine Teilnahme?

nach Erhalt Ihrer Kontaktdaten vereinbaren wir telefonisch einen Termin. Sie haben die Möglichkeit

- › an einer Gruppendiskussion in der Klinik für Allgemeine Innere Medizin und Psychosomatik am Universitätsklinikum Heidelberg (mit anderen Studienteilnehmern)
- › oder einem Telefoninterview jeweils à maximal 90 Minuten teilzunehmen.

Thematisch geht es darum

- › wie Sie derzeit die Versorgung von psychischen Störungen in der Hausarzt- bzw. psychotherapeutischen Praxis einschätzen,
- › welche Hindernisse und/oder Chancen Sie bei dieser Behandlungsform sehen,
- › ob und unter welchen Bedingungen Sie sich auf die Behandlung über Videokonsultation einlassen würden.

Sie erhalten für die Teilnahme an der Studie eine Aufwandsentschädigung.

Weitere Informationen und Kontakt

Wenn Sie weitere Informationen wünschen, wenden Sie sich bitte an:

Dr. med. Markus Haun
Mariell Hoffmann, M.A.
Klinik für Allgemeine Innere Medizin und Psychosomatik
Im Neuenheimer Feld 130.3
69120 Heidelberg

E-Mail:
markus.haun@med.uni-heidelberg.de
mariell.hoffmann@med.uni-heidelberg.de

Telefon: 06221 56 38396 oder 06221 56 38246.

Anhang 3: Moderationsleitfaden für Hausärzte und Psychotherapeuten

Implementierung von psychotherapeutischen Videokonsultationen in der Hausarztpraxis – Eine qualitative-quantitative Studie mit *sequential exploratory* Design (PROVIDE-A)

Leitfaden Fokusgruppe: Version für HÄ und PT
(finalisierte Version, Juli 2018)

Einführung und Projektvorstellung

- Vorstellen Moderator(in) und Protokollant(in)
- Hinweis auf Audio- und Videoaufzeichnung, Datenschutz
- Vorstellen des Ablaufs der Fokusgruppe
- Vorstellungsrunde
 - o Name, Praxis

A. Aktueller Versorgungsalltag von Patienten mit psychischen Störungen in der Hausarztpraxis im Alltag (insb. im Hinblick auf Unter-/Übersversorgung)

- Wie beurteilen Sie die Versorgung von Patienten mit psychischen Störungen in der ambulanten Versorgung?
 - o Inwieweit nehmen Sie Versorgungslücken wahr?
 - o Wie begegnen Sie diesen Versorgungslücken?
- Welche typischen Patienten mit psychischen Störungen werden in Ihrer Praxis behandelt?
 - o Welche Besonderheiten/Schwierigkeiten bringt die Versorgung von Patienten mit psychischen Störungen mit sich?
- Was macht für Sie eine gute Versorgung von Patienten mit psychischen Störungen aus?
- *nur Hausärzte*: Wie sieht die Vernetzung Ihrer Praxis mit ambulanten Psychotherapeuten in der regionalen Umgebung aus?
- *nur Psychotherapeuten*: Wie sieht die Vernetzung Ihrer Praxis mit Hausärzten in der regionalen Umgebung aus?

B. Vorstellung des PROVIDE-Behandlungsmodells, Umsetzungspotential und Kompatibilität (Problembewusstsein und *readiness for change*)

- Was halten Sie von dem Modell?
- Welche Erwartungen haben Sie an das Modell?

- Wie würden Sie die Zielgruppen für eine psychotherapeutische Sprechstunde definieren? (bspw. Stigmatisierung, Hemmschwelle, diagnostische Unsicherheit)
 - Was könnten Gründe dafür sein, dass Patienten die Sprechstunde nicht in Anspruch nehmen?
- *nur Hausärzte*: Wie schätzen Sie die Veränderungsbereitschaft/Offenheit von Hausärzten in Bezug auf neue Versorgungsmodelle wie das o.g. ein?
- *nur Psychotherapeuten*: Wie schätzen Sie die Veränderungsbereitschaft/Offenheit von Psychotherapeuten in Bezug auf neue Versorgungsmodelle wie das o.g. ein?

C. Mögliche Barrieren sowie förderliche und „sowohl-als-auch“ Faktoren für die Implementierung

- Welche Probleme/Risiken/Barrieren sehen Sie für
 - Patienten
 - medizinisches Fachpersonal?
 - Zeitlich, administrativer Aufwand
 - Praxisablauf/-organisation, ggfs. Schulungen für Durchführung der VK
- Welche Vorteile und positiven Effekte sehen Sie
 - für Patienten
 - Inwieweit erwarten Sie, dass Ihre Patienten/Patienten mit psychischen Störungen von einer Behandlung nach dem o. g. Modell profitieren?
 - medizinisches Fachpersonal?
- Wie würden die Rollen/die Verantwortungsaufteilung (zwischen MFA und Hausarzt, Hausarzt und Psychotherapeut) im Rahmen der Umsetzung des Modells aussehen? (Bsp. Terminmanagement, Fragebogenmanagement)
- Können in Ihrer Praxis aus Ihrer Sicht die o. g. Videokonsultationen in einem vertraulichen Rahmen durchgeführt werden? Wenn ja, wie würde dies aussehen? Gibt es ggf. einen eigenen Raum und wann würde dieser zur Verfügung stehen?
- Sind Computer in Ihrer Praxis, die für Videokonsultationen geeignet scheinen, aktuell mit WLAN und Webcams (und ggf. Mikrofon) ausgestattet?
- In welchem wöchentlich gegebenen Zeitfenster können die Konsultationen durchgeführt werden?

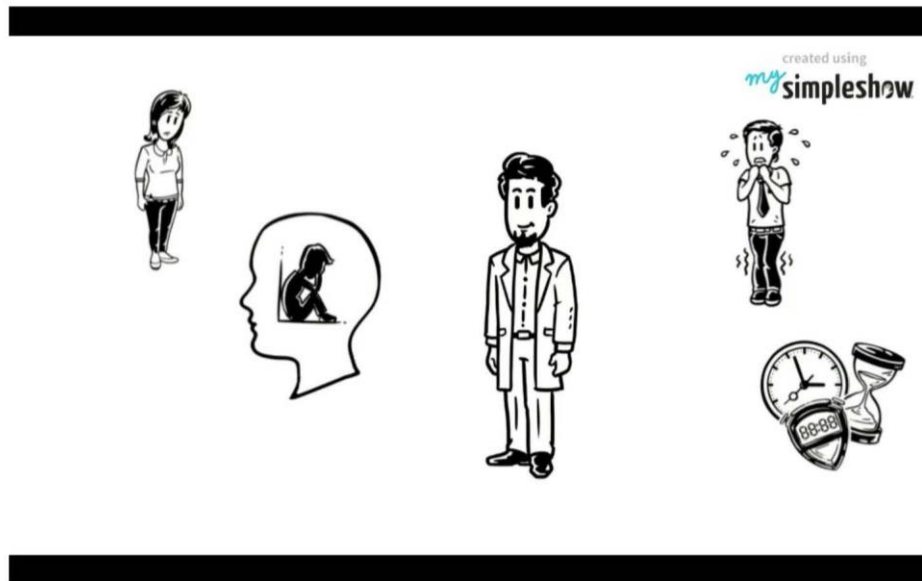
D. Spezifische Eckpunkte und notwendige Adaptionen des PROVIDE-Behandlungsmodells

- Welche Modelle finanzieller Vergütung erachten Sie als angemessen?
- Welche Gefahren sehen Sie, sollte die Einführung des PROVIDE-Behandlungsmodells scheitern?
- Was könnte am PROVIDE-Behandlungsmodell optimiert werden?

E. Abschluss

- Welche Informationen zum PROVIDE-Behandlungsmodell möchten Sie erhalten?
- Inwieweit möchten Sie vorab in die Planung des Umsetzungsprozesses und im Verlauf in die Intervention einbezogen werden (bspw. durch Beratung/Mentorenmodelle)?
- Haben Sie noch Fragen?
- Gibt es Aspekte, die Ihnen noch wichtig sind und wir noch nicht thematisiert haben?
- Dürfen wir Sie ggfs. für weitere Studien/Fragebogenerhebung wieder kontaktieren?
- Sind Sie damit einverstanden, dass wir Sie bzgl. der Rekrutierung medizinischer Fachangestellter und Patienten nochmals anschreiben?

Anhang 4: Bilder des Videoclips zur Illustration der Videokonsultationen



"Psychotherapeutische Videokonsultation in der Hausarztpraxis. Die meisten Patienten mit einer psychischen Störung, wie Depression, werden ausschließlich durch den Hausarzt betreut. Allerdings sind die zeitlichen und personellen Ressourcen begrenzt. Lange Wartezeiten und Angst vor Stigmatisierung erschweren den Zugang zur psychotherapeutischen Versorgung.



created using
mysimpleshow



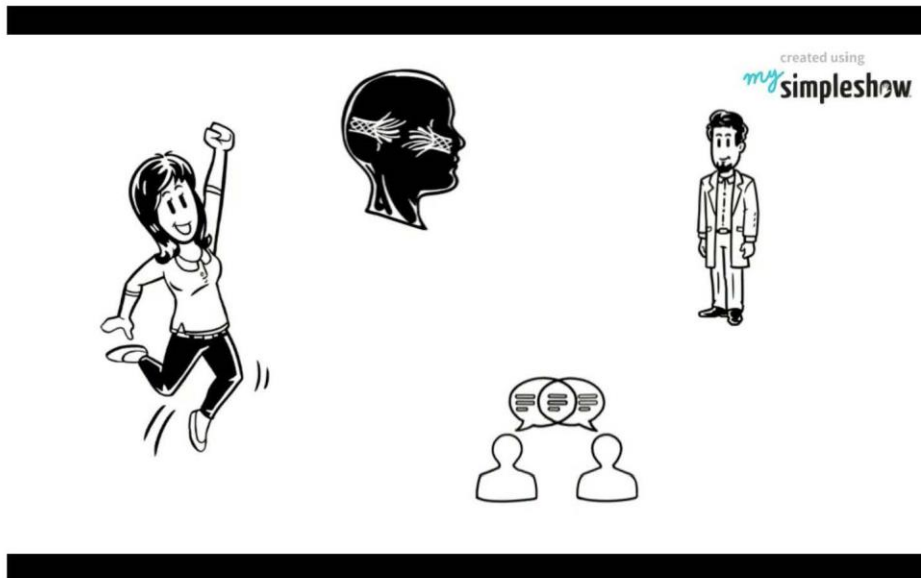
Das Ziel dieser Studie ist es, Patienten, die aus Angst keinen Psychotherapeuten aufsuchen, in unterversorgten Gebieten leben oder lange auf einen Therapieplatz warten müssen, einen Zugang zu psychotherapeutischer Versorgung zu ermöglichen.



created using
mysimpleshow



Ein innovatives, niedrigschwelliges Therapieangebot sind psychotherapeutische Videokonsultationen in der Hausarztpraxis. Dabei hat der Patient die Möglichkeit in einem geschützten Raum in der Praxis seines Hausarztes über Video mit einem Psychotherapeuten in Echtzeit zu kommunizieren.



So kann Patienten mit psychischen Störungen auch kurzfristig und niederschwellig eine psychotherapeutische Konsultation angeboten werden. Durch die Kooperation von Hausärzten und Psychotherapeuten können Betreuung in Krisensituationen und ein Übergang in eine Psychotherapie erleichtert werden. Daher ist uns Ihre Meinung wichtig. Welche konkreten Anforderungen stellen Sie an psychotherapeutische Videokonsultation?“

Anhang 5: Studieninformationsschrift



UniversitätsKlinikum Heidelberg

Universitätsklinikum Heidelberg | Klinik für Allgemeine Innere Medizin und Psychosomatik – Innere II
Im Neuenheimer Feld 130.3 | 69120 Heidelberg

Universitätsklinikum Heidelberg
Medizinische Klinik

Klinik für Allgemeine Innere Medizin und
Psychosomatik

Prof. Dr. med. Wolfgang Herzog
Ärztl. Direktor

Dr. med. Markus Haun, B.Sc.
Leiter der BMBF-Nachwuchsgruppe
PROVIDE
Im Neuenheimer Feld 130.3
69120 Heidelberg

Fon +49 (0)6 221 3839 6

INFORMATIONSSCHRIFT

für Versorger (Hausärzte, Medizinische Fachangestellte, Psychotherapeuten)

Version 1.3 vom 24.08.2017

**Implementierung von psychotherapeutischen Videokonsultationen in der
Hausarztpraxis – Eine qualitative-quantitative Studie mit *sequential exploratory*
Design (PROVIDE-A, Befragung)**

Sehr geehrte Damen und Herren,

vielen Dank für Ihr Interesse an unserer Studie. Nachfolgend möchten wir Ihnen einige Informationen über Ziel und Ablauf dieser Studie mitteilen:

Wir möchten den Bedarf nach und die Anforderungen für psychotherapeutische Videokonsultationen in der Hausarztpraxis ermitteln und interessieren uns daher für Ihre Meinung. Die Studie wird von der Klinik für Allgemeine Innere Medizin und Psychosomatik (Prof. Herzog) in enger Kooperation mit der Abteilung Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung (Prof. Szecsenyi) durchgeführt. Durch Ihre Teilnahme, zu der wir Sie hiermit herzlich einladen, können Sie dazu beitragen, längerfristig ein bedürfnisgerechtes, psychotherapeutisches Versorgungsmodell für Patienten und medizinisches Fachpersonal zu etablieren. Die Teilnahme an dieser Studie ist freiwillig. Selbstverständlich entstehen Ihnen keine Nachteile, auch nicht für die weitere medizinische Versorgung der Patienten.

Was ist Inhalt der Studie?

Wenn psychische Störungen frühzeitig diagnostiziert werden, ist Psychotherapie eine sehr effektive Behandlungsoption und häufig die Methode der ersten Wahl. Derzeit werden die meisten psychischen Störungen, vor allem bei älteren Patienten, ausschließlich durch den Hausarzt betreut. Allerdings sind die zeitlichen und personellen Ressourcen zur umfassenden psychosozialen Versorgung in der Hausarztpraxis begrenzt und häufig der Zugang zur ambulanten Psychotherapie erschwert (bspw. durch Wartezeiten oder Entfernung). Dies betrifft vor allem kleinere Hausarztpraxen und solche in ländlichen Gebieten. Um diesen Schwierigkeiten zu begegnen, wurden zunächst in den USA sog.



integrated care Modelle entwickelt. Dabei verbleibt der Patient mit psychischer Störung primär in der Hausarztpraxis, die Behandlung erfolgt jedoch in enger Kooperation und ggf. Supervision durch einen psychosozialen Experten. Der Experte arbeitet dabei in Vollzeit oder Teilzeit unmittelbar vor Ort in der Hausarztpraxis. Mittlerweile wurden auch Videokonsultationen erprobt, bei denen eine interaktive Echtzeit-Kommunikation zwischen Patienten in der Hausarztpraxis auf der einen Seite und ambulant niedergelassenen Psychotherapeuten in deren Praxis auf der anderen Seite über einen Computermonitor oder Tablet-Bildschirm erfolgt. Zusätzlich besteht die Möglichkeit der virtuellen Fallarbeit in einer Videokonferenz zwischen Hausarzt und Psychotherapeut. Videokonsultationen werden als besonders geeignet für die Hausarztpraxis angesehen, da sie sowohl die Bedürfnisse der Patienten (bspw. in vertrauter Umgebung verbleiben) als auch der Behandler (bspw. schneller Zugang zu spezialisierter Behandlung) adressieren. In Deutschland wurden psychotherapeutische Videokonsultationen in der Hausarztpraxis im Sinne von *integrated care* bisher noch nicht erprobt. Dabei sind vor allem die Voraussetzungen für dieses Versorgungsmodell aus Sicht der Beteiligten (Patienten, Behandler, gesundheitspolitische Entscheidungsträger) noch nicht untersucht. Somit fehlen Informationen, wie dieses Modell in der Routineversorgung erfolgreich realisiert werden kann. Ziel der PROVIDE-Studie ist daher, ein neues, spezifisch auf die Bedürfnisse der Patienten und der Behandler zugeschnittenes Versorgungsmodell zu entwickeln, welches auf psychotherapeutischen Videokonsultationen in der Hausarztpraxis basiert. Um dieses Modell an die Anforderungen der beteiligten Behandler und gesundheitspolitischen Entscheidungsträger anpassen zu können, möchten wir Ihre Einschätzung zur Realisierung des vorgeschlagenen Versorgungsmodells erfragen. Daher bitten wir um Ihre Teilnahme an der Studie, die für Sie die Teilnahme an einer Gruppendiskussion umfasst.

Welchen Nutzen habe ich von einer Studienteilnahme?

Durch die Teilnahme an der Studie tragen Sie dazu bei, ein innovatives und praxistaugliches Versorgungsmodell für psychische Störungen in der Hausarztpraxis zu entwickeln, das später in einer weiteren Studie erprobt wird. Um ein neues Versorgungsmodell zu etablieren, ist es wichtig zu wissen, welche Anforderungen die beteiligten Behandler und gesundheitspolitischen Entscheidungsträger daran stellen. Sie können uns also wichtige Hinweise geben, wie ein im Alltag praktikables Versorgungsmodell aussieht, von dem sowohl die Patienten (werden separat befragt) als auch Behandler bestmöglich profitieren. Ein direkter persönlicher Nutzen für Sie kann dadurch entstehen, dass Sie zeitnah Patienten eine psychotherapeutische Vorstellung ermöglichen können bzw. zeitnah Patienten in Belastungssituationen psychotherapeutisch behandeln können.

Wie und wo wird die Studie durchgeführt?

Sofern Sie durch Ihre Unterschrift der Teilnahme- und Einverständniserklärung Ihre Teilnahme an der Studie erklären, nehmen Sie in der Klinik für Allgemeine Innere Medizin und Psychosomatik am Universitätsklinikum Heidelberg oder in einer Praxis vor Ort an *einer* Gruppendiskussion (mit



anderen Studienteilnehmern) à maximal 90 Minuten oder einem Interview à maximal 45 Minuten teil. Thematisch geht es darum a) wie Sie derzeit die Versorgung von psychischen Störungen in der Hausarzt- bzw. psychotherapeutischen Praxis erleben, b) ob und unter welchen Bedingungen Sie sich auf die Behandlung über Videokonsultation einlassen würden, c) wie diese Konsultationen gestaltet sein sollten, so dass Sie bestmöglich Ihren Bedürfnisse entsprechen und d) welche Hindernisse und/oder Chancen Sie bei dieser Behandlungsform sehen. Die Gruppendiskussion wird von einem Arzt (Facharzt für Innere Medizin und in weit fortgeschrittener psychosomatischer Weiterbildung) geleitet bzw. geführt. Die Gespräche werden als Audio- und Videoaufnahme aufgezeichnet, um sie danach verschriftlichen und auswerten zu können. Die Videoaufnahme dient lediglich zur Erleichterung der Verschriftlichung des gesprochenen Wortes (Sprecherzuordnung). Sie erhalten für die Teilnahme an der Studie eine Aufwandsentschädigung.

Welchen unerwünschte Wirkungen/Risiken ergeben sich für mich?

Relevante Risiken oder unerwünschte Wirkungen, etwa im Sinne einer verstärkten Belastung durch die Studienteilnahme sind nicht wahrscheinlich. Sollte es in der Studie trotzdem zu psychischen Belastungen kommen, steht werktags von 8 bis 16 Uhr der Studienleiter (Telefon: 06221/56-38396) und außerhalb dieser Zeiten der Dienstarzt der Klinik für Allgemeine Innere Medizin und Psychosomatik am Universitätsklinikum Heidelberg zur Verfügung (Mobilfunknummer: 0151/16759423, werktags von 16 bis 8 Uhr am Folgetag, an Wochenenden/Feiertagen ganztags).

Ist ein Rücktritt im Verlauf der Studie möglich?

Sie können Ihr Einverständnis jederzeit, ohne Angabe von Gründen und ohne Nachteile, zurückziehen. Bei Rücktritt von der Studie kann auf Wunsch bereits gewonnenes Daten-/Probandenmaterial vernichtet werden. Sie können sich beim Ausscheiden aus der Studie entscheiden, ob Sie mit der Auswertung des Materials bzw. Ihrer Studiendaten einverstanden sind oder nicht. Sollten Sie zu einem späteren Zeitpunkt Ihre Entscheidung ändern wollen, setzen Sie sich bitte mit dem Studienleiter in Verbindung.

Was geschieht mit meinen Angaben und Daten?

Die für die Studie wichtigen Daten werden mittels Audio- und ggf. Videogerät digital aufgezeichnet, in pseudonymisierter Form transkribiert und gespeichert sowie ausgewertet. Pseudonymisiert bedeutet, dass keine Angaben von Namen oder Initialen verwendet werden, sondern nur ein Nummern- und/oder Buchstabencode. Die Daten sind gegen unbefugten Zugriff gesichert. Sie können sich ohne Einschränkung darauf verlassen, dass alle Ihre Angaben streng vertraulich behandelt werden und keine personenbezogenen Daten an Dritte (z. B. Krankenkassen und Rentenversicherungsträger) weitergegeben werden. Bei den Datenanalysen sowie beim Austausch von Daten mit kooperierenden Forschergruppen ist der Datenschutz entsprechend des Bundesdatenschutzgesetzes § 40 gewährleistet. Bei Veröffentlichungen, z. B. in Fachzeitschriften, kann und wird kein Bezug zu Ihrer



Person hergestellt. Die Daten werden nach den geltenden Richtlinien bis zehn Jahre nach Erhebungsdatum aufbewahrt und anschließend vernichtet.

Ethische Aspekte

Diese Studie wird in Übereinstimmung mit der Deklaration von Helsinki und der Berufsordnung für Ärztinnen und Ärzte der Landesärztekammer Baden-Württemberg in den jeweils aktuellen Fassungen durchgeführt. Ebenfalls erfolgte eine Beratung durch die örtliche Ethikkommission der Medizinischen Fakultät der Universität Heidelberg.

An wen kann ich mich bei Fragen wenden?

Bei Rückfragen steht Ihnen der Studienleiter unter der am Ende dieses Schreibens genannten Telefonnummer gerne als Ansprechpartner zur Verfügung.

Abschließende Informationen

Diese Studieninformation erhalten Sie für Ihre Unterlagen. Wenn Sie das Vorangegangene gelesen haben, Ihnen der Inhalt verständlich ist und Sie an dieser Studie teilnehmen möchten, würden wir Sie bitten, eine Einverständniserklärung am Tag der Gruppendiskussion vor Ort zu unterschreiben. Sollten Sie weitere offene Fragen haben, so möchten wir Sie ermutigen, uns Fragen zu stellen. Wir sind hierzu unter der u. g. Telefonnummer erreichbar.

Wir würden uns sehr über Ihre Teilnahme freuen und bedanken uns an dieser Stelle ganz herzlich für Ihre Mitarbeit.

Mit freundlichen Grüßen,

Dr. med. Markus Haun (Studienleiter)

Ansprechpartner und Studientelefon:

Dr. med. Markus Haun, B.Sc.

Mariell Hoffmann, M.A.

Klinik für Allgemeine Innere Medizin & Psychosomatik

Universitätsklinikum Heidelberg

Im Neuenheimer Feld 130.3

D-69120 Heidelberg

Telefon: 06221/56- 38396 oder 38246

E-Mail: markus.haun@med.uni-heidelberg.de

E-Mail: mariell.hoffmann@med.uni-heidelberg.de

Anhang 6: Tabelle 3: Das Kategoriensystem der qualitativen Inhaltsanalyse

Oberkategorie	Definition	Unterkategorien	Ankerzitate
Faktoren der Gesundheitsversorger	Aussagen, die die Einstellungen und Überzeugungen hinsichtlich der Videokonsultation widerspiegeln und sich auf den individuellen Hausarzt bzw. Psychotherapeuten beziehen	Barrieren/Bedenken (Organisatorisches, Videokonsultation als mode of delivery)	B: Die, die Therapeuten-Beziehung ist ganz wichtig und da ist die Frage, wie lässt sich die über den Bildschirm (lächelt), äh, herstellen, ja? Lässt sie sich genauso herstellen? (FG1_PT_170825: 965 - 967)
		Erwartete Outcomes/Nutzen	B: Also ich finde es eine tolle Idee. Und wenn das dann sich realisieren ließe, dann wäre das noch besser. Ja, wenn ich dann Möglichkeiten hätte, dann auch kurzfristig dann über so eine Videokonferenz einen Patienten zumindest mal in eine Anfangstherapie da eben mit reinzubringen und ich nicht ewig warten muss, bis ich bei einem entsprechenden Psychotherapeuten dann mal einen Termin kriege. (FG1_HÄ_170719: 1032 - 1036)
		Professionsverständnis	B3: (...) Ich glaube, das ist für die Patienten, was ist das, sozusagen ist ein Gespräch mit Experten. (FG3_PT_171103: 852 - 853)
Patientenbezogene Faktoren	Aussagen, die beschreiben, für welche Patienten die Intervention geeignet bzw. für welche Gruppen sie nicht geeignet wäre sowie patientenseitige Anforderungen, Präferenzen und Barrieren	Potenzielle Zielgruppen	B4: (...) dass die Leute, die keinen Termin kriegen oder lange warten müssen. Oder halt schnell einen Termin brauchen und für die ist es dann geeignet. (FG2_HÄ_170726: 1511 - 1513)
		Bedürfnisse und Präferenzen/Anforderungen	B5: (...) ich würde es auch als wichtig ansehen, dass zum Beispiel ein Therapeut einer Praxis zugeordnet ist, ne. (FG2_HÄ_170726: 1179 - 1184)

		Einstellung und Compliance	<p>B5: Es gibt, glaube ich, Untersuchungen, ich weiß nicht, ob die aus dem Videokonsultationsbereich oder eher aus dem Chat kommt. Also rein vorstellbar ist auch, dass es Patientengruppen gibt, denen es leichter fällt, über bestimmte Sachen, weil die gerade die Distanz es leichter macht, über bestimmte Dinge zu sprechen. Jemand kommt mir nicht ganz so nah und ist trotzdem da. (FG2_PT_171027: 1484 - 1488)</p> <p>B: Als, die Jungen werden schon offen dafür sein, aber die Älteren, die werden Probleme haben, klar. Nehme ich schon an. (I3_HÄ_170927: 492 - 493)</p>
		Barrieren und Bedenken	<p>B: Also Technik als unpersönlich erleben, als Hemmung vor einem Gerät zu sprechen. Äh, vielleicht auch Schweigepflichtproblematik, da ist jemand, den ich nicht kenne, der sitzt irgendwo, was weiß ich, was das für ein Mensch ist. Also das wären so Gründe, die ich mir vorstellen könnte, warum die das nicht mögen. (I1_PT_170808: 447 - 450)</p>
Professionelle Interaktion	Aussagen, die auf die Form der professionellen Interaktion eingehen	Fachlicher Austausch/diagnostische Mitbeurteilung	<p>B1: Und natürlich würde man erwarten als Hausarzt, dass man da nicht nur einfach die Indikation dazu sieht. Sondern dass man dann auch eine gewisse Rückmeldung bekommt. (FG4_HÄ_170816: 734 - 737)</p>
		Persönlicher Erstkontakt	<p>B3: Dass es wahrscheinlich sinnvoll wäre, wenn sich die potenziellen Psychotherapeuten und die hausärztlichen Kollegen und Kolleginnen dann zusammensetzen, um sich mal kennenzulernen.</p>

			Einfach für diese neue Form jetzt der Behandlung (...) auszutauschen. (FG1_HÄ_170719: 1347 - 1352)
Anreize und Ressourcen	Aussagen, die sich auf die finanziellen, technologischen, organisatorischen Ressourcen beziehen, die als (Fehl-) Anreize auf die Befragten wirken können	Finanzielle Anreize	B (m): Das hängt davon ab, wie viel Arbeit ich davon habe, das Ganze zu implementieren. (...) Wenn man sagt, die Implementierung geht ganz einfach, das System läuft (...). Dann wüsste ich jetzt nicht, was dagegen spricht, da das ganz normal zu vergüten. (I1_PT_170808: 604 - 610)
		Organisatorische Ressourcen (bspw. die Verfügbarkeit eines Raums)	B: Ja, die Frage, ich müsste dann extra einen Computer anschaffen oder einen Laptop, nur für diesen Raum. Weil, ich habe [einen] Raum zur Verfügung aber keinen PC in dem Raum. (FG4_HÄ_170816: 1214 - 1215)
Potenzial für Organisationsveränderungen	Aussagen, die sich auf die Bereitschaft beziehen, sich auf die Intervention einzulassen sowie system- bzw. Professionsrelevante Aspekte, die die Offenheit der Videokonsultation gegenüber beeinflussen	keine	B2: Also sagen wir mal, die 50 plus eher zurückhaltend, von Jüngeren weiß ich jetzt nicht so genau, ne. Da könnte ich mir mehr Experimentierfreude vorstellen. (FG1_PT_170825: 1192 - 1194)
Gesellschaftliche, politische und rechtliche Faktoren	Aussagen, die aus Sicht der Befragten die Bedingungen auf der sozialen, politischen oder rechtlichen Ebene betreffen, welche die Intervention und deren Gelingen positiv oder negativ beeinflussen	keine	B4: Gleichzeitig, ha, ich bin echt am hin und her schwanken, weil gleichzeitig denke ich, ist das jetzt ein Zugewinn oder ist es nicht irgendwie auch traurig, dass wir es in unserer Gesellschaft nicht hinkriegen, dass mal ein Psychotherapeut vor Ort leibhaftig, finanziert und zeitlich möglich in die Hausarztpraxis geht und leibhaftig, man sieht sich, man hört sich, man riecht sich. Ich frage mich gerade, ist es ein Gewinn oder ist es nicht irgendwie auch ein Armutszeugnis für unsere Gesellschaft? Und irgendwie einerseits finde ich die Möglichkeit gut, dass das beforscht

			wird, dass daran gearbeitet wird, um mehr Möglichkeiten zu, zu bekommen. Und andererseits macht es mir aber auch ein bisschen Angst, weil ich irgendwie denke, also ich sehe schon die Gefahr, dass es leicht kippen könnte, das als Ersatz zu nehmen, wirklich als Ersatz. (FG3_PT_171103: 992 - 1002)
Leitlinienfaktoren	Aussagen, die den Umfang betreffen, inwieweit die Videosprechstunde in Übereinstimmung oder in einem Zielkonflikt mit den Versorgungsleitlinien steht	Keine	Keine, da nicht thematisiert

Anhang 7: Exemplarisches Vorgehen der dokumentarischen Methode

Im Sinne der intersubjektiven Nachvollziehbarkeit und Transparenz wird im Folgenden anhand eines Beispiels aus einem Transkript das Vorgehen der dokumentarischen Methode (vgl. *Kapitel 3.5.2 Dokumentarische Methode*) exemplarisch dargestellt. Die formulierende Interpretation und die reflektierende Interpretation werden beschrieben, während die Ergebnisse der sinngenetischen Typenbildung stichwortartig aufgezeigt werden. Für die sinngenetische Typenbildung und die soziogenetische Typenbildung ist der Vergleich ein zentrales Element, was über eine verkürzte Darstellung der Analyse hinausgeht. Die Resultate der sinn- und soziogenetischen Typenbildung sind in ihrer finalen Form detailliert im Ergebnisteil (*Kapitel 4.3 Ergebnisse der Dokumentarische Methode*) beschrieben.

Die folgende Textstelle wurde nach dem Kriterium der „metaphorischen Dichte“ (Bohnsack 2013, S.15) ausgewählt: hier äußern sich drei der insgesamt sechs Hausärzte der ersten Fokusgruppe und nehmen wechselseitig auf die Argumente des jeweils anderen Bezug. Nachdem die Moderatorin die Intervention vorgestellt hatte, wurde nach der spontanen generellen Einschätzung der Fokusgruppenteilnehmer zum Behandlungsmodell gefragt. Kurz vor der hier ausgewählten Textstelle wurde über den Aspekt der Videokonsultation als technischer Modus und dessen Akzeptanz bei Patienten gesprochen. In dem hier folgenden Ausschnitt werden nun die Barrieren von Videokonsultationen aus Hausarztperspektive thematisiert. Gemäß dem Prinzip der Offenheit konnten die Befragten selbst entscheiden, wann und in welchem Umfang sie sich zu den Fragen äußern. Die ausgewählte Textstelle erstreckt sich über ca. 2,5 Gesprächsminuten.

Hausärzte, Fokusgruppe 1, Zeile 582-1635

B3 (m): ... das [Video als Modus aus Sicht der Patienten anzunehmen] sehe ich nicht als so problematisch, ja. (.) Äh, das ist eher so, ob ich bereit wäre jetzt, also ob ich mir vorstellen könnte, in meiner hausärztlichen Praxis jetzt, so was anzubieten. (.) Und unter welchen Rahmenbedingungen jetzt. Also ich müsste das jetzt dem Patienten auch schmackhaft machen (.) und es müsste dann auch klar sein, ähm, wenn ich jemanden überweise und weiterschicke, (.) dann bin ich zwar immer noch an seinem Schicksal interessiert. Aber ich bin weiter dann nicht mehr involviert. Und hier würde ich noch irgendwie involviert sein mit (.) Räume zur Verfügung stellen, das zu organisieren. Das bekomme ich nie finanziert. Das bekomme ich auch nie (.) / Also (..) wer / wer will das jetzt unter welchen Bedingungen. Das ist eine neue Technik jetzt irgendwie, die (.) in wie/ in wel/ in welchem Rahmenbedingungen würde man die überhaupt noch irgendwie praktizieren können? (.) Also das müsste man / das müssten Sie dann noch mal uns vorstellen jetzt, wie Sie sich das vorstellen, dass es dann praktikabel wäre jetzt, ja. (..) #01:08:15-5#

B4 (w): Also ich sehe / sehe das auch so. Also einmal ich stelle einen, äh, Raum zur Verfügung. Meine MFA muss den Termin koordinieren mit dem anderen. Das sind so / ... #01:08:21-6#

B3 (m): Ja. #01:08:22-0#

B4 (w): ... so Dinge, die /, die /, die Ressourcen von mir verlangen. Die jetzt, äh, / Die mir jetzt aber nicht unmittelbar vergütet werden, das ist das eine. Aber ich lasse auch jemand in meiner Praxis arbeiten, den ich gar nicht kenne. (.) Das ist auch noch mal so. Also ich hätt/ habe auch mit der Technik nicht so das Problem, aber vielleicht würde ich gerne den Kollegen oder die Kollegin einmal sehen oder kennenlernen, ... #01:08:39-7#

I (m): Mhm. #01:08:40-0#

B4 (w): ... damit ich weiß, wen ich denn auch hier reinlasse oder zu wem ich ihn schicke. (...) Und ich lasse jemand rein, den ich eigentlich nicht kenne. (..) Das ist so, ähm, irgendwie noch mal (.) / #01:09:11-5#

B2 (w): Also das würde mir emotional auch so gehen. Ich würde mich mehr dafür verantwortlich fühlen. #01:09:15-2#

B4 (w): Mhm. #01:09:15-2#

B2 (w): Mir tut es natürlich auch sonst leid, wenn der Patient zu einem Psychotherapeuten geht und das war dann nichts, der schläft immer ein, wie Sie vorhin gesagt haben. (lachen) Aber, äh, / Aber da würde ich, also gefühlsmäßig wäre ich da auch näher dran und würde denken, na ja, das findet jetzt in meinen Räumen statt. Ich finde es ansonsten toll oder wichtig ... #01:09:30-8#

B4 (w): Ja. #01:09:31-0#

B3 (m): ... das zu beforschen, ... #01:09:32-2#

B4 (w): Mhm. #01:09:32-4#

1. Formulierende Interpretation

Thema: Arztseitige Akzeptanz/Barrieren, Ressourcen: B2 (w), B3 (m), B4 (w) Zeile 582-1635

Der Hausarzt (HA) muss bereit sein, die Videokonsultation (VK) in „seiner Praxis“ anzubieten, da er die VK als Teil seines Angebots den Patienten nahebringen und Interesse wecken muss. Bei Überweisung ohne VK ist der HA weniger einbezogen, als bei VK, die er in seiner Praxis anbietet und Ressourcen (Raum, Personal) zur Verfügung stellt. Das würde er „nicht finanziert bekommen“. Frage, wie und unter welchen Rahmenbedingungen man das umsetzen kann, das muss praktikabel [und in hausärztlichen Alltag integrierbar] sein. Die Technik ist dabei „weniger das Problem“ sondern eher, wen man „da in seiner Praxis arbeiten lässt“. Denjenigen müsste man vorher kennenlernen, um auch zu wissen, wen man dem Patienten empfiehlt, da ihm „Wahlfreiheit“ [freie Arztwahl] genommen wird. Dies ist sowohl mit Emotionen, ‚einem Gefühl der Verbundenheit‘ als auch mit Verantwortlichkeit verbunden, da sich HA - anders als bei Überweisung – „mehr verantwortlich fühlt“, da es in eigenen Räumen stattfindet.

2. Reflektierende Interpretation:

Erzählung, Argumentation, Bewertung

B3 entkräftet hier nochmals das Technik-Argument argumentiert aus einer ‚konservativen‘ Perspektive. Diese begründet sie nicht aus Patientenperspektive sondern aus ihrer Perspektive als „Unternehmerin“. Sie muss „bereit sein, das anzubieten“ – in ihrer Praxis. Sie bietet dafür den Rahmen, es wäre damit ein „Produkt/Angebots ihres Unternehmens“, das sie auch „verkaufen“ müsste. Ein wichtiger Punkt ist der Unterschied zu einer Überweisung, was auch einer der Hauptgründe für die Skepsis von B2 ist: bei VK ist der HA weiter involviert, da es in seiner Praxis stattfindet. Der HA behält, anders als bei einer Überweisung, einen Teil der Verantwortlichkeit.

Ein weiteres „unternehmerisches“ Argument ist das der Finanzierung („das bekomme ich nie finanziert“). Hier wird auf zwei Ebenen argumentiert: zum einen auf der unternehmerischen, persönlichen Seite eines Hausarztes, zum anderen auf einer strukturellen Ebene (Finanzierung).

Ähnlich argumentiert auch B4, die vor allem die erforderlichen Ressourcen des HA anspricht.

Es fällt auf, dass beide Befragten überwiegend aus der persönlichen hausärztlichen Perspektive argumentieren, nicht aus Perspektive des Patienten, der möglicherweise davon profitiert (das vorher aber kurz angesprochen wurde). Interessant ist, dass B4 sagt „ich hätte mit der Technik nicht das Problem“, obwohl vornehmlich der Patient mit der Technik zu tun hätte. Es wird hier erneut deutlich, dass die persönliche Haltung des Hausarztes und seine Offenheit neuen Versorgungsformen wie Videokonsultationen, ausschlaggebend zu sein

scheinen. Dominant ist hier auch die Verantwortlichkeit, auf die immer wieder Bezug genommen wird.

Es liegt nahe, dass ein Teil der kritischen Haltung darin begründet ist, dass die kritischen HÄ weniger eine Entlastung sehen, auch vor dem Hintergrund, dass sie das Projekt vor allem aus hausärztlicher Perspektive und dem Aspekt der Verantwortlichkeit beurteilen und weniger aus Patientenperspektive. Die Hauptargumente sind hier die organisatorische Integration in den Praxisalltag sowie allem voran der Aspekt der Verantwortlichkeit dem Patienten gegenüber aber auch der eigenen Rolle als Hausarzt.

3. Sinngenetische Typenbildung:

B3:

- Argumentation aus HA-Perspektive (nur kurz aus Pat-Perspektive, diese hätten nach Ansicht von B3 kein Problem) → HA und nicht Pat-Perspektive ist entscheidend
- Interessant: B3 nimmt VK als zusätzliche Belastung wahr, obwohl VK als Entlastung gedacht ist
- „bin schockiert“ → Ist gegen ihr eigenes Verständnis, aber für Patienten ist Kommunikation über Videochat wohl weniger ein Problem
- deutet darauf hin, dass es zwei Sphären gibt: Die individuelle Sicht des Hausarztes, der bspw. skeptisch/zurückhaltend ist (B 6) (Frage: WARUM) oder eben aufgeschlossen und die der Patienten, die von technischer Seite keine Probleme zu haben scheinen, aus Sicht der Befragten
- 2 Sphären zeigen sich auch in anknüpfender Argumentation „sehe nicht das Problem bei Patienten, Frage ist ob ich bereit wäre in meiner HA-Praxis das anzubieten, muss es Pat schmackhaft machen“ → muss es vertreten können und dahinterstehen
 - Für B3 als HA/Unternehmer nicht praktikabel, da nicht finanzierbar/organisatorisch schwierig → B3 bliebe als HA weiter involviert, anders als bei Überweisung an persönlicher Therapie
- Argumentation aus organisationaler/arbeitsökonomischer/unternehmerischer Perspektive
- Verweis darauf, dass VK vom gleichen Therapeuten durchgeführt werden muss, dies sei wichtig für den Beziehungsaufbau
 - geht damit auf Durchführung der VK und Wirksamkeitsaspekt ein
- Betont erneut vorheriges Kennenlernen, da Psychotherapeut „fast Mitarbeiter meiner Praxis (...) dahinter muss ich stehen“, „weil es einfach weiter geht, als wenn ich nur jemanden überweise“ → Bei einer ‚einfachen‘ Überweisung ist HA nicht weiter involviert/verantwortlich, wohl aber bei VK, da diese in seiner Praxis stattfindet und

daher auch Unsicherheit mit sich bringt

- „Dahinter muss ich stehen“ → muss von VK überzeugt sein, um sie anzubieten, impliziert Gefühl der Verantwortlichkeit (verweist implizit auch auf Druck/Belastung für HA, obwohl Intervention HA entlasten soll/Entlastungspotenzial haben soll)

B4

Verweis auf Ressourcen, die es erfordert, die aber „nicht unmittelbar vergütet werden“

- V.a. HA Perspektive. Primär scheint es hier darum zu gehen, dass wenn der Therapeut die VK durchführt, dies mit Unsicherheiten für den HA verbunden ist. Hier geht es auch wieder um das Thema Verantwortung, die anders als bei einer Überweisung, bei VK Modell mehr beim HA bleibt
- Verweis auf Personalressourcen „Personalressourcen, die wir im Grunde für jemand anderes arbeiten lassen“, Personal muss Patient, Praxis und Therapeut koordinieren → Argumentation aus unternehmerischer, ressourcenorientierter (HA-) Perspektive
- Vorheriger Kontakt zu Therapeuten → verweist hier auf Unsicherheit, die man durch VK ‚zusätzlich‘ hätte (Patient wäre nicht beim Therapeuten vor Ort, sondern in den eigenen Räumlichkeiten, was in Verantwortlichkeits-/Zuständigkeitsbereich des HA fällt)
- Verweist auch auf Reduktion von Unsicherheit/Herstellung von Sicherheit als zentrales Argument

B2

- Umstand, dass VK in der eigenen Praxis stattfindet, führt dazu, dass B2 sich „mehr verantwortlich“ fühlt als wenn sie Pat überweist.
- Emotionen, im Sinne eines Gefühls der weiteren Verantwortung scheinen dabei auch eine Rolle zu spielen. Bei einer Überweisung ist der Patient nicht mehr in den Räumlichkeiten des HA und daher nicht mehr in seiner Verantwortung.
- „mir würde es emotional auch so gehen, würde mich mehr verantwortlich fühlen“ → bei VK ist man als HA -emotional- mehr involviert, da es in den eigenen Räumlichkeiten stattfindet. Die eigenen Räumlichkeiten sind eigentlich das Territorium des Hausarztes, er ist dort ‚sein eigener Herr‘, definiert/kennt seine eigene Handlungspraxis, ‚weiß, was läuft‘ (dazu steht Modell im Gegensatz: er kennt Therapeut nicht, bringt Unsicherheit in seine Praxis) → hier werden der Erhalt von handlungspraktischer Sicherheit sowie Klärung der Verantwortlichkeiten deutlich

Danksagung

Frau apl. Prof. Dr. Beate Wild und Frau Hartmann, Dipl. Psych. danke ich für die Durchsicht meiner Arbeit und die Hinweise, die zur Vollendung derselben hilfreich waren.

Herrn Dr. Haun danke ich für die Überlassung des Themas dieser Arbeit und die Möglichkeit, es zu bearbeiten.

Eidesstattliche Versicherung

1. Bei der eingereichten Dissertation zu dem Thema
„Die Perspektive von Hausärzten und Psychotherapeuten auf Videokonsultationen durch Psychotherapeuten in der Hausarztpraxis – Eine qualitativ-explorative Studie“ handelt es sich um meine eigenständig erbrachte Leistung.
2. Ich habe nur die angegebenen Quellen und Hilfsmittel benutzt und mich keiner unzulässigen Hilfe Dritter bedient. Insbesondere habe ich wörtlich oder sinngemäß aus anderen Werken übernommene Inhalte als solche kenntlich gemacht.
3. Die Arbeit oder Teile davon habe ich bislang nicht an einer Hochschule des In- oder Auslands als Bestandteil einer Prüfungs- oder Qualifikationsleistung vorgelegt.
4. Die Richtigkeit der vorstehenden Erklärungen bestätige ich.
5. Die Bedeutung der eidesstattlichen Versicherung und die strafrechtlichen Folgen einer unrichtigen oder unvollständigen eidesstattlichen Versicherung sind mir bekannt. Ich versichere an Eides statt, dass ich nach bestem Wissen die reine Wahrheit erklärt und nichts verschwiegen habe.

Ort und Datum

Unterschrift