

## Psychotherapeutische Videositzungen: Information und Einwilligung

Psychotherapeutische Leistungen können in bestimmten Fällen als Videositzung erbracht werden, wenn die Leistung nicht den unmittelbaren persönlichen Kontakt erforderlich macht.

Für die Videositzungen gelten folgende Regelungen:

1. Die Videositzung wird nur durch ihre/n behandelnde/n Therapeut\*in durchgeführt.
2. Für die psychotherapeutischen Videositzungen wird ein von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) zertifizierter Anbieter genutzt, der eine technisch sichere Ende-zu-Ende-Verschlüsselung während der gesamten Übertragung vorhält. Die Inhalte können durch den Videodienstanbieter weder eingesehen noch gespeichert werden.
3. Psychotherapeutische Videositzungen finden in ruhigen, geschlossenen Räumen statt, die eine angemessene Privatsphäre und Vertraulichkeit sicherstellen.
4. Zu Beginn der Videositzungen müssen beide Seiten alle im Raum anwesenden Personen vorstellen. Die Videositzung darf von keiner/m Teilnehmer\*in mitgeschnitten oder gespeichert werden. Der Klarname der/s Patienten\*in muss für die Praxis erkennbar sein.

### Wichtiger Hinweis:

Der Datenschutz in der psychotherapeutischen Videositzung hängt auch davon ab, wie gut Ihr Rechner (bzw. Tablet, PC, Smartphone, ...) abgesichert ist. Schadprogramme können nämlich Videoübertragungen aufzeichnen und weiterleiten. Zum Schutz gehören u. a. ein aktuelles Betriebssystem und ein aktuelles Virenschutzprogramm sowie eine aktivierte Firewall.

### So läuft die Videosprechstunde ab:

Um die Videosprechstunde zu starten, versendet Ihr/e Therapeut\*in einen Termin, die Internetadresse und einen Einwahlcode für die Sprechstunde. Am Tag der Sprechstunde wählt sich der/die Patient\*in einige Minuten vor Beginn ohne Account ein und gibt den Namen an. Anschließend wartet der/die Patient\*in im Online-Wartezimmer nach einem Testanruf, bis der/die Therapeut\*in anruft. Nach der Sprechstunde erfolgt die Abmeldung.

Hiermit willige ich in die Durchführung von psychotherapeutischen Videositzungen unter den oben genannten Voraussetzungen ein. Die Einwilligung kann jederzeit widerrufen werden.

\_\_\_\_\_  
Vor- und Nachname Patient\*in (Druckschrift)

\_\_\_\_\_  
(E-Mailadresse falls vorhanden)

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift Patient\*in

\_\_\_\_\_  
Name Ihrer/Ihres Therapeuten\*in (Druckschrift)