

Nutzung von und Erfahrungen mit Videotherapiesitzungen während der Covid-19-Pandemie

Julian A. Rubel, Flavio Iovoli, Mila Hall, Luisa Joel, Teresa Vöth, Robin Wester, Katharina Michael & Mitglieder des beratenden Fachausschusses Psychotherapie der KV Hessen¹

Zusammenfassung: Durch die Pandemie und die folgenden Schutzmaßnahmen zur Beschränkung des sozialen Kontakts wurde die Psychotherapie vor eine nie dagewesene Herausforderung gestellt. Um die psychotherapeutische Versorgung aufrechtzuerhalten, mussten alternative Durchführungsformate (v. a. Videotherapiesitzungen) angeboten werden. Um die Inanspruchnahme von digitalen Therapiesitzungen in Hessen zu evaluieren, wurde in Zusammenarbeit mit der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) Hessen eine Befragung durchgeführt, an der insgesamt 1.065 Psychotherapeut*innen und 256 Patient*innen teilgenommen haben. Die Ergebnisse zeigen, dass das Angebot digitaler Therapiesitzungen flexibel an das Pandemiegeschehen angepasst wurde. Darüber hinaus offenbarte die Befragung Barrieren in Bezug auf die Nutzung digitaler Therapiesitzungen aus der Perspektive von Psychotherapeut*innen und Patient*innen. Zusammenfassend zeigt die vorliegende Studie am Beispiel Hessens, dass sich digitale Therapiesitzungen als ergänzende Maßnahmen zur Präsenztherapie während der Pandemie bewährt haben, diese jedoch nicht ersetzen.

Einleitung

Zur Eindämmung des SARS-CoV-2-Virus wurden während der Corona-Pandemie Maßnahmen von Kontaktbeschränkungen bis hin zu Lockdowns eingeführt. Diese hatten auch für die Durchführung von Psychotherapie im Einzel-, Paar- oder Gruppensetting weitreichende, bis dahin einmalige Konsequenzen. Um die psychotherapeutische Versorgung dennoch zu gewährleisten, musste die persönliche Psychotherapie in bestimmten Zeiträumen umgehend auf Videotherapiesitzungen umgestellt werden. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) und der GKV-Spitzenverband nahmen entsprechend Anpassungen vor. Sie hoben im März 2020 die bis dahin geltenden Beschränkungen für ambulante Psychotherapie via Video oder Telefon weitgehend auf. Somit konnten Psychotherapeut*innen und Patient*innen durch diese Ausnahmeregelung eine digitale Alternative uneingeschränkt wählen. Folglich gewann die Videopsychotherapie und deren Nutzung in dieser Zeit massiv an Bedeutung und trug maßgeblich zur Aufrechterhaltung der psychotherapeutischen Versorgung, vor allem, aber nicht nur für vulnerable Gruppen bei (z. B. Beck-Hiesermann et al., 2021; Schwinn et al., 2020). Es stellt sich jedoch die Frage welche Rolle Videotherapiesitzungen in Post-Pandemiezeiten zukünftig spielen sollen/können. Hier könnten die Erfahrungen aus der Pandemie wichtige Hinweise dazu geben, unter welchen Umständen Videotherapiesitzungen eine sinnvolle Erweiterung des Angebots darstellen. Für die Untersuchung von Videotherapie während der Pandemie scheinen mindestens drei Datenquellen einen wichtigen Beitrag liefern zu können: die Patient*innenperspektive, die Psychotherapeut*innenperspektive und die Nutzungsrealität, die sich aus den tatsächlich abgerechneten Leistungen ergibt.

In bisherigen Arbeiten wurde vor allem auf die Psychotherapeut*innenperspektive fokussiert. In einer beispielhaften Mixed-methods-Befragung von 174 Psychotherapeut*innen aller Richtlinienverfahren untersuchten Gumz et al. (2021) die wahrgenommenen Vor- und Nachteile von Videotherapiesitzungen. Als Vorzüge wurden mehrheitlich die Überbrückung der räumlichen Distanz, die Ersparnisse von Fahrkosten und -zeit sowie eine leichtere Organisation der Therapiesitzungen genannt. Des Weiteren bieten Videotherapiesitzungen laut den Befragten mehr Offenheit und Sicherheit ihrer Patient*innen durch das vertraute Umfeld. Dies habe bei einigen Patient*innen etwa zu einer stärkeren Selbstöffnung geführt (Gumz et al., 2021). Als Nachteil benannte etwa ein Viertel der Psychotherapeut*innen den Wegfall nonverbaler Signale als Informationsquelle. Weiterhin wurde unter anderem wiederholt ein Distanzgefühl beschrieben, reduzierter mitfühlender Austausch und der Umstand, dass bestimmte Therapietechniken (z. B. erlebniszentrierte Methoden, Imagination und Stuhlarbeit) nicht oder nur eingeschränkt durchführbar seien. Als gänzlich ungeeignet wurde Videotherapie von den Psychotherapeut*innen für neue Patient*innen, Kinder, Familien und jüngere Patient*innen sowie Patient*innen aus bestimmten diagnostischen Gruppen (z. B. Persönlichkeits-, Angst- und Zwangsstörungen) eingeschätzt.

Erschwert wurde die Umsetzung nach Ansicht der Psychotherapeut*innen vor allem durch technische Probleme (wie etwa bei schwacher oder instabiler Internetverbindung). Dies zeigte sich auch in einer Studie von Aafjes-van Dorn et al. (2020),

¹ Ilka Heunemann, Ingrid Möslin-Teising, Tanja-Maria Müller, Michel Ruh, Tilo Silwedel, Robert Schmidtner, Dr. med. Ulrike Spengler.

in der 141 Psychotherapeut*innen dazu befragt wurden, welche Faktoren eine Nutzung von Videotherapiesitzungen in der Corona-Pandemie gehindert haben. Die Mehrheit der befragten Psychotherapeut*innen berichtete von technischen Schwierigkeiten mit der Online-Plattform (Aafjes-van Dorn et al., 2020). In Deutschland und den Niederlanden wurden ähnliche Studien durchgeführt, die ebenfalls die technischen Probleme als Hauptgrund für persönliche Schwierigkeiten bei der Durchführung von Videotherapie identifizierten (Feijt et al., 2020; Schwinn et al., 2020).

Außerdem äußerten die Psychotherapeut*innen Bedenken, dass die Durchführung von Videotherapiesitzungen möglicherweise negative Auswirkungen auf die therapeutische Beziehung haben könnte (Simpson et al., 2020; Thomas et al., 2021). Tatsächlich scheinen Psychotherapeut*innen die Qualität der therapeutischen Beziehung in einer Videopsychotherapie etwas niedriger einzuschätzen als in persönlichen Sitzungen (Rees & Stone, 2005). Dennoch zeigen Studien, dass während einer Videopsychotherapie durchaus eine tragfähige therapeutische Beziehung entstehen kann (z. B. Norwood et al., 2018), die aus Patient*innensicht als vergleichbar mit derjenigen therapeutischen Beziehung in der persönlichen Psychotherapie eingeschätzt wird (Ruwaard et al., 2009). Vor allem, wenn bereits Präsenzsitzungen stattgefunden haben, scheint die Qualität der therapeutischen Beziehung trotz eines Gefühls der Distanziertheit von Konstanz gekennzeichnet (Bechtold et al., 2023).

Vor dem Hintergrund der genannten Nachteile berichteten Psychotherapeut*innen in einer Befragung von Beck-Hiesermann et al. (2021) über alle Richtlinienverfahren hinweg generell eine geringere Zufriedenheit mit Videotherapien als mit Präsenzsitzungen. Verfahrensspezifisch zeigte sich in der genannten Studie eine höhere selbstberichtete Nutzung von Videotherapien bei Verhaltenstherapeut*innen und tiefenpsychologisch orientierten Psychotherapeut*innen im Vergleich zu analytischen Kolleg*innen.

Nur wenige Studien fokussieren bisher auf Patient*innenerfahrungen mit Videotherapien. In einer nennenswerten Ausnahme untersuchten Lutz et al. (2021) die von Patient*innen berichteten sitzungsweise erhobenen Symptome und verglichen die Verläufe von Patient*innen, bei denen ein Wechsel von Präsenz- zu Videotherapien stattgefunden hatte, mit Verläufen vergleichbarer Patient*innen vor der Pandemie. Die Autor*innen konnten keine signifikanten Unterschiede in den Verläufen zwischen diesen Patient*innengruppen finden, was ein Hinweis darauf ist, dass ein erzwungener Wechsel zu Videotherapiesitzungen nicht zwingend mit Effektivitätseinbußen verbunden sein muss (Lutz et al., 2021).

Die in dem vorliegenden Beitrag berichteten Ergebnisse sind Schlaglichter einer größeren Untersuchung, die in Zusammenarbeit mit der Kassenärztliche Vereinigung (KV) Hessen durchgeführt wurde. Ziel dieser Studie war es, die Erfahrungen mit Videotherapiesitzungen aus Patient*innen- und Psychotherapeut*innenperspektive in einer möglichst umfangreichen Stichprobe zu erfassen. Um die reale Nutzung einschätzen zu können, standen zusätzlich die Abrechnungsdaten der mit der KV abrechnenden Vertragspsychotherapeut*innen zur Verfügung. Diese breite Datenbasis kann nicht in einem einzigen Artikel aufbereitet werden, weshalb wir uns dazu entschieden haben, hier nur ausgewählte zentrale Befunde zu berichten. Diese geben einen Einblick in die Nutzungsrealität von Videopsychotherapien für unterschiedliche Therapie-

— Bislang liegen nur wenige Studien zur Erfahrung von Patient*innen mit Videotherapien vor. —

abschnitte und Personengruppen im Pandemiezeitraum, in positive wie negative Erfahrungen seitens der Patient*innen und Psychotherapeut*innen sowie in potenzielle Barrieren. Zum Zeitpunkt der Datenerhebung konnten wir noch nicht auf eine breite Literatur zu diesem Thema zurückgreifen, zumal Literatur aus der Zeit vor der Pandemie auch nur bedingt für die Situation in der Pandemie relevant ist. Daher wurde ein explorativer Ansatz gewählt, der als eher hypothesengenerierend zu verstehen ist. Vor dem Hintergrund der zwischenzeitlich veröffentlichten Arbeiten zu diesem Thema (z. B. Gumz et al. 2021) ist zu erwarten, dass aufseiten der Psychotherapeut*innen vor allem technische Probleme und der Wegfall nonverbaler Signale als Barrieren genannt werden.²

Methoden

Datenerhebung

Im Zeitraum von Februar bis März 2021 wurden zunächst alle ca. 4.100 über die KV Hessen abrechnenden Psychotherapeut*innen per E-Mail (wenn möglich) oder per Post zur Teilnahme an der Umfrage eingeladen. Zeitlich lässt sich die Psychotherapeut*innenbefragung in den Zeitraum des zweiten „harten“ Lockdowns in Deutschland einordnen. Die Patient*innenbefragung wurde zwischen Mai und August 2021 durchgeführt. Hierzu wurden Psychotherapeut*innen gebeten, denjenigen ihrer Patient*innen einen Link zum entsprechenden Online-Fragebogen zukommen zu lassen bzw. den Fragebogen in Papierform weiterzugeben, denen sie

² Der komplette Abschlussbericht mit den Auswertungen aller Fragen und weiterführenden Analysen ist unter folgendem Link zu finden: https://osf.io/rqhea/?view_only=bf037cf7a79e4ba1b471fd41992e0f52.

mindestens einmal Video- oder Telefontherapie angeboten hatten. Auf Patient*innenseite wurden weiterhin Kinder und Jugendliche (U18) ausgeschlossen, da im Rahmen dieser Online-Untersuchung das zusätzliche Einverständnis der Erziehungsberechtigten nicht gewährleistet werden konnte.

Die Psychotherapeut*innenbefragung umfasste insgesamt 37 Items und die Patient*innenbefragung 36 Items.³ Der Online-Fragebogen wurde mittels SoSci Survey (Leiner, 2019) realisiert und den Teilnehmer*innen im Internet auf www.sosicisurvey.de zur Verfügung gestellt. Die Umfragen beinhalteten geschlossene Fragen, die in der Regel auf einer vier- oder fünfstufigen Likert-Skala beantwortet werden sollten, und offene Fragen, die durch eine Texteingabe zu beantworten waren. Letztere wurden im Rahmen einer qualitativen Inhaltsanalyse (Mayring, 1997) in thematische Einheiten unterteilt. Diesen einzelnen thematischen Einheiten wurde anschließend eine Kodierung zugewiesen, die den Inhalt der ursprünglichen thematischen Einheiten zusammenfasst.

Weiterhin liegen uns die Abrechnungsdaten für die Quartale Q3/2019 bis Q2/2021 vor, sodass wir die in der Umfrage berichteten Daten mit den tatsächlich abgerechneten Werten vergleichen können.

Stichprobe

An der Umfrage nahmen insgesamt $N = 1.065$ Psychotherapeut*innen aller sozialrechtlich anerkannten Psychotherapieverfahren und $N = 256$ Patient*innen teil. Durch Abbrüche im Verlauf der Befragung und ungültige oder unrealistische Angaben, variiert die Anzahl der Antworten pro Frage. Daher berichten wir bei den Umfrageergebnissen sowohl das konkrete N als auch die damit verbundenen relativen Angaben in Prozent. Von den teilnehmenden Psychotherapeut*innen berichteten $N = 172$ (16,2 %) und $N = 6$ (2,9 %) der Patient*innen, keine Videositzungen im jeweiligen Untersuchungszeitraum durchgeführt zu haben. Prozentangaben bei Fragen, die sich auf Erfahrungen mit diesem Format beziehen, betreffen folglich nur die Gesamtheit derjenigen Teilnehmer*innen, die mindestens eine solche Sitzung durchgeführt hatten.

Das durchschnittliche Alter der Psychotherapeut*innen lag bei 53,29 Jahren ($SD = 11.32$; min. = 27; max. = 80). Die überwiegende Mehrheit der Therapierenden war weiblich (78,1 %), gehörten der Berufsgruppe „Psychologische Psychotherapeut*innen“ (66,5 %) an und hatten eine Approbation im Richtlinienverfahren Verhaltenstherapie ($N = 495$; 49,4 %). Die Patient*innen waren im Schnitt 40,47 Jahre alt ($N = 225$; $SD = 14.49$; min. = 18; max. = 77), ebenfalls mehrheitlich weiblichen Geschlechts ($N = 176$; 78,2 %), 44,4 % ($N = 100$), hatten einen Fachhochschul- oder Universitätsabschluss und etwa die Hälfte ($N = 106$; 47,1 %) war ledig.

Ergebnisse

Nutzung von Videotherapiesitzungen

Laut Selbstauskunft boten hessische Psychotherapeut*innen in den Quartalen Q2/2020 bis Q4/2020 im Rahmen der Einzeltherapien durchschnittlich zu 71 % Präsenztermine und zu 22,6 % Videotermine an. Diese Werte spiegeln sich in etwa auch in den Abrechnungsdaten wider (Abb. 1). Während Videositzungen vor dem Beginn der Pandemie (vor März 2020; der erste bundesweite Lockdown begann am 22. März 2020) nur einen verschwindend geringen Anteil der abgerechneten Leistungen ausmachten, stieg dieser Anteil zunächst auf 7 % im März und auf 26,4 % im April 2020 an, bevor dieser wieder etwas zurückging und sich, ähnlich dem Pandemiegeschehen, wellenförmig entwickelte. **Der Anteil durchgeführter Sprechstunden und probatorischer Sitzungen via Video lag zu jedem Zeitpunkt deutlich unter dem Anteil der Videoeinzeltherapiesitzungen.** Auf dem Nutzungshöhepunkt, im April 2020, lag der Anteil via Video durchgeführter Sprechstunden bei ca. 12,5 %, während der Anteil videobasierter probatorischer Sitzungen nie über 2 % lag (1,6 % in der Spitze im April 2020). Betrachtet man den Durchschnitt im Zeitraum von April 2020 bis Juni 2021, so wurden in dieser Zeit insgesamt 15,3 % aller Richtlinientherapiesitzungen, 5,59 % aller psychotherapeutischen Sprechstunden und 0,88 % der probatorischen Sitzungen per Video durchgeführt. Dieser Unterschied bietet bereits Hinweise auf die wahrgenommenen Grenzen dieses Formats, vor allem im Hinblick auf das Kennenlernen und den Aufbau einer tragfähigen therapeutischen Beziehung (z. B. Flückiger et al., 2018).

Im weiteren Verlauf des betrachteten Zeitraums zeigte sich eine Kreuzkorrelation (Korrelation der Werte des einen Monats mit den Werten des Folgemonats) von $r = .80$ zwischen den Fallzahlen in Hessen von Mai 2020 bis Juni 2021 und dem jeweiligen Anteil der abgerechneten Videotherapiesitzungen im Folgemonat ($r = .62$ für probatorische Sitzungen und $r = .76$ für Sprechstunden). Dies deutet darauf hin, dass Psychotherapeut*innen dann verstärkt auf digitale Alternativen zurückgriffen, wenn die Inzidenzen erhöht waren, und somit ihr Angebot dynamisch an das Pandemiegeschehen angepasst haben.

Die **Initiative** für den Wechsel des Therapieformats erfolgte aus Sicht der Psychotherapeut*innen entweder beidseitig ($N = 310$; 41,1 %) oder von Therapeut*innenseite ($N = 296$; 39,2 %). Eine ähnliche Einschätzung gaben die befragten Patient*innen ab ($N = 99$; 48,1 % *beiderseitige* bzw. $N = 72$; 35 % *therapeut*innenseitige Initiative*). Auch das **Alter der Patient*innen und der Psychotherapeut*innen** hatte einen Einfluss darauf, wie viele Videositzungen angeboten wurden.

³ Die beiden Fragebögen können als Muster auf der Website des Psychotherapeutenjournals (www.psychotherapeutenjournal.de) auf der Unterseite zur zugehörigen Heftausgabe eingesehen werden.

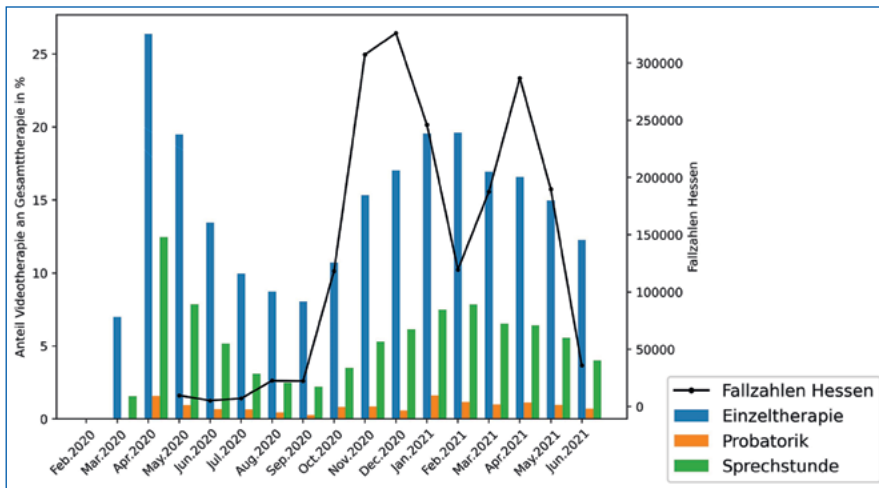


Abbildung 1: Anteil Videotherapie an der Gesamtzahl der abgerechneten Sitzungen für den Zeitraum Februar 2020 bis Juni 2021 vor dem Hintergrund der Covid-Fallzahlen in Hessen von Mai 2020 bis Juni 2021

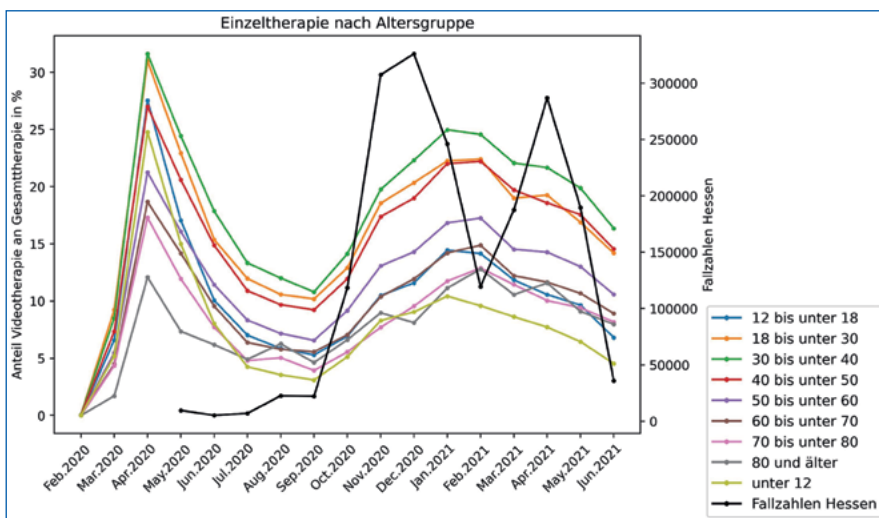


Abbildung 2: Anteil Videotherapie pro Monat (Februar 2020 bis Juni 2021) im Verlauf nach Altersgruppen

Jüngere Psychotherapeut*innen gaben an, tendenziell mehr Videotherapiesitzungen umgesetzt zu haben, als dies ältere Kolleg*innen taten. Lag etwa der Anteil der selbstberichteten Videotherapiesitzungen von Kolleg*innen unter 45 Jahren bei durchschnittlich 31,44 % (N = 254), berichteten Kolleg*innen im Alter von über 44 Jahren im Schnitt nur 20,86 % (N = 718) ihrer Sitzungen via Video durchgeführt zu haben. Die **Altersgruppe der Patient*innen**, die im Gesamtverlauf am meisten Videotherapiesitzungen in Anspruch genommen haben, waren die Über-30- bis Unter-40-Jährigen (siehe Abb. 2). Am wenigsten Videotherapie erhielten Patient*innen, die 80 Jahre oder älter waren. Auffallend in Abb. 2 ist weiterhin der starke Rückgang von Videotherapiesitzungen in den Altersgruppen U12 und der 12- bis 18-Jährigen von April zu Mai 2020. Vor allem für die Gruppe der Kinder und Jugendlichen scheint ein besonders starker Wunsch nach einer Rückkehr zum persönlichen Kontakt vorgelegen zu haben. Abgesehen davon scheint der Anteil von Videotherapiesitzungen mit steigendem Alter tendenziell abzunehmen.

Videotherapiesitzungen wurden im Zeitraum von April 2020 bis Juni 2021 in allen Richtlinienverfahren durchgeführt, wobei die Datengrundlage für systemische Therapien noch zu klein war, um relevante Aussagen abzuleiten. Bei den übrigen drei Verfahren zeigt sich in der Inanspruchnahme von Videotherapiesitzungen ein Unterschied zwischen Verhaltenstherapeut*innen und psychodynamischen Kolleg*innen. Mit 18,3 % lag der Anteil der abgerechneten Verhaltenstherapiesitzungen via Video in diesem Zeitraum etwas über dem der abgerechneten analytischen Therapiesitzungen (12,6 %) und tiefenpsychologisch fundierten Therapiesitzungen (11,9 %).

Erfahrungen mit Videotherapiesitzungen

Bezogen auf ihre **therapeutische Vorgehensweise** stimmten nur 30,6 % (N = 216) der Psychotherapeut*innen der Aussage zu, dass diese bei Videositzungen *nicht anders* sei als in Präsenz. Die Mehrzahl gab an, dass ihr therapeutisches Vorgehen über ein Videomedium *eher anders* (N = 276; 39 %) sei als in Präsenz (*anders*: N = 143; 20,2 %; *deutlich anders*: N = 72; 10,2 %). Berichtete **Veränderungen** umfassten eine aktivere Rolle der Psychotherapeut*innen im Rahmen der Videotherapiesitzungen (N = 63; 12,9 %), eine erschwerte Nutzung von zusätzlichen Materialien wie Flipcharts (N = 62; 12,7 %), ein stärkeren Fokus auf der verbalen Ebene (N = 45; 9,2 %), eine erschwerte Umsetzung von therapeutischen Techniken im Allgemeinen (N = 43; 8,8 %) und in Bezug auf körperliche und spielerische Übungen angeht im Speziellen (N = 40; 8,2 %).

Entsprechend berichteten 73,6 % (N = 640) der Psychotherapeut*innen von **negativen Effekten** der Umstellung auf Videotherapie, sowohl aus Sicht der Psychotherapeut*innen als auch auf Patient*innenseite. Als **negative Auswirkungen für die Psychotherapeut*innen** wurden ein erhöhter Aufwand (N = 136; 21,3 %), technische Probleme, beispielsweise mit der Internetverbindung (N = 136; 21,3 %), eine höhere kognitive Belastung (N = 126; 19,2 %), der Verlust nonverbaler Signale aus Mimik und Gestik (N = 60; 9,4 %) und ein generelles Unbehagen (N = 52; 8,1 %) am häufigsten genannt. Aus Psychotherapeut*innensicht hätten sich auch **für Patient*innen negative Auswirkungen** ergeben, die sich ebenfalls vor allem auf technische Probleme (N = 95; 14,8 %), den bei Videotherapien häufig fehlenden geschützten thera-

peutischen Rahmen (N = 86; 13,4 %), den Wunsch nach persönlichem Kontakt (N = 81; 12,6 %) und die größere Distanz zwischen Patient*in und Psychotherapeut*in (N = 56; 8,7 %) bezogen.

Aufseiten der Patient*innen berichteten 52,6 % (N = 110) von negativen Effekten durch die Umstellung auf Videotherapie. Der von Patient*innen am häufigsten genannte negative Effekt war mit 29,1 % (N = 32) die **fehlende Abgrenzung zum häuslichen Umfeld** (Kinder, Partner*in, Mitbewohner*in etc.). Des Weiteren berichteten Patient*innen von technischen Problemen, wie beispielsweise der Internetverbindung (N = 29; 26,4 %), einer größeren Distanz zwischen Patient*innen und Psychotherapeut*innen (N = 27; 24,5 %), der Schwierigkeit, Therapie vom Alltag abzugrenzen, beispielsweise wenn Therapie zwischen anderen Online-Konferenzen stattfand (N = 19; 17,3 %), sowie generell den Wunsch nach persönlichem Kontakt (N = 14; 12,7 %).

Sowohl die Mehrzahl der Psychotherapeut*innen mit 54 % (N = 404) als auch der teilnehmenden Patient*innen mit 63,2 % (N = 127) gab an, **keinen Unterschied** in der Qualität der **therapeutischen Beziehung** wahrgenommen zu haben. Nur 3,2 % (N = 24) der Psychotherapeut*innen und 3 % (N = 6) der Patient*innen empfanden die Qualität der Beziehung als **deutlich schlechter**, während 8,5 % (N = 17) der Patient*innen und 8,8 % (N = 66) der Psychotherapeut*innen diese in Videotherapiesitzungen sogar als **eher** oder **deutlich besser** einschätzten. Beide Gruppen nannten als wahrgenommene Veränderung am häufigsten eine größere Distanziertheit zwischen Patient*innen

und Psychotherapeut*innen (Th.: N = 73; 15,8 %; Pat.: N = 7; 16,3 %). Etwa 30 % der Patient*innen berichteten aufgrund der fehlenden unmittelbaren Anwesenheit ihrer Psychotherapeut*innen in Videositzungen **oft** (N = 47; 23,5 %) oder **sehr oft** (N = 13; 6,5 %) von höheren Hemmschwellen, **Gefühle zuzulassen**, als bei Präsenzsitzungen (**nie**: N = 70; 35 %; **selten**: N = 70; 35 %). Zudem gaben mehr als zwei Drittel der Psychotherapeut*innen, die Videositzungen durchgeführt hatten, an, **größere Schwierigkeiten gehabt zu haben, über Video die Belastung der Patient*innen adäquat einzuschätzen als in Präsenzsitzungen** (**kein Unterschied**: N = 236; 32 %; **eher schwierig**: N = 324; 43,9 %; **schwieriger**: N = 120; 16,3 %; **viel schwieriger**: N = 58; 7,9 %).

Zu gänzlichen **Abbrüchen** der Therapie sei es laut Psychotherapeut*innen in der Regel nicht gekommen. Drei Viertel (N = 564; 76,9 %) der befragten Psychotherapeut*innen gaben sogar an, dass die Umstellung des Sitzungsformats von Präsenz auf Video **nie** zu Therapieabbrüchen geführt habe

(**selten**: N = 157; 21,4 %; **oft**: N = 12; 1,6 %). **Therapieunterbrechungen** traten laut Psychotherapeut*innen mehrheitlich **nie** (N = 309; 41,5 %) bzw. **selten** (N = 371; 49,9 %) infolge der Pandemie auf (**oft**: N = 52; 7,0 %; **sehr oft**: N = 12; 1,6 %).

Im Rahmen der Befragung wurden sowohl Psychotherapeut*innen als auch Patient*innen dazu befragt, als wie **wirksam** sie die erhaltenen Sitzungen über Videotelefonie wahrgenommen haben. Die Mehrzahl der Psychotherapeut*innen schätzte die Wirksamkeit von Videotherapie im Vergleich zu Präsenztherapie als **eher schlechter** (N = 406; 53,1 %) oder **deutlich schlechter** (N = 94; 12,3 %) ein. Als Gründe der Psychotherapeut*innen für diese Einordnung wurden in Freitextantworten insbesondere der Verlust nonverbaler Signale (wie z. B. der Mimik; N = 91; 14,4 %), technische Probleme (N = 99; 15,6 %), eine fehlende therapeutische Tiefe

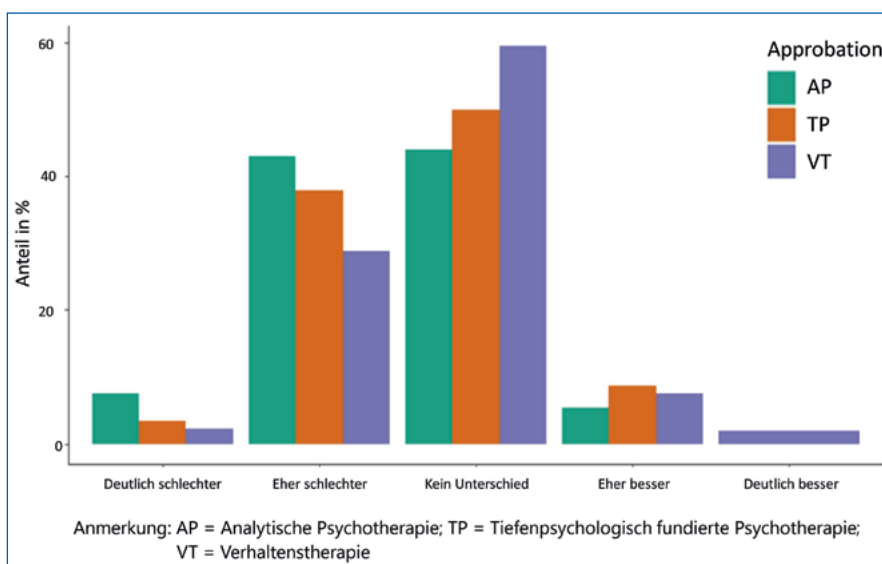


Abbildung 3: *Eingeschätzte Wirksamkeit digitaler Angebote (Therapeut*inneneinschätzung) im Vergleich zu Präsenzangeboten – nach Psychotherapieverfahren*

(N = 80; 12,6 %), eine größere Distanz zwischen Patient*innen und Psychotherapeut*innen und eine erhöhte Ablenkbarkeit beider Akteur*innen (N = 52; 8,2 %) genannt. Abbildung 3 zeigt darüber hinaus einen deutlichen Unterschied der Wirksamkeitseinschätzungen in Abhängigkeit davon, welches Therapieverfahren praktiziert wird. Vertreter*innen psychodynamischer Therapieverfahren sehen wesentlich größere Einbußen im Rahmen von Videotherapiesitzungen als Verhaltenstherapeut*innen. Deutlich positiver bewerteten im Vergleich Patient*innen die Wirksamkeit von Videotherapiesitzungen. Etwas mehr als die Hälfte der teilnehmenden Patient*innen (N = 110; 54,7 %) gaben an, **keinen Unterschied** in der Wirksamkeit zwischen Therapie in Präsenz und solcher via Video wahrgenommen zu haben. Etwa ein Drittel empfand die Wirksamkeit von Videotherapiesitzungen als **eher** (N = 59; 29,4 %) oder **deutlich schlechter** (N = 6; 3,0 %).

Dementsprechend können es sich mit Blick auf die Zukunft die meisten der befragten Psychotherapeut*innen nicht vor-

stellen, **nach der Pandemie überwiegend digitale Therapie anzubieten** (N = 782; 92,4 %), auch wenn etwa die Hälfte diese Option auch nach der Pandemie **häufiger nutzen möchten** als davor (N = 420; 49,6 %). Demgegenüber besteht auf Patient*innenseite mehrheitlich der Wunsch, nach Ende der Pandemie weiterhin mehr Therapiesitzungen per Video wahrzunehmen als im Vergleich zur Zeit vor Pandemiebeginn (N = 128; 61,8 %).

Insgesamt zeigte sich die Mehrzahl der befragten Patient*innen mit ihrer psychotherapeutischen Behandlung **zufrieden**: 57,3 % (N = 118) gaben an, *eindeutig* die Art der Behandlung erhalten zu haben, die sie wollten (*im Allgemeinen zufrieden*: N = 84; 40,8 %; *eigentlich nicht zufrieden*: N = 4; 1,9 %; *eindeutig nicht zufrieden*: N = 0); 64,6 % (N = 133) waren mit dem bislang erhaltenem Ausmaß an Hilfe und 70,4 % mit der Behandlung im Allgemeinen *sehr zufrieden* (*weitgehend zufrieden*: N = 68; 33,0 %; *leidlich oder leicht zufrieden*: N = 5; 2,4 %; *ziemlich unzufrieden*: N = 0).

Barrieren für die Nutzung von Videositzungen

Die Mehrheit der Psychotherapeut*innen (N = 846; 91,5 %) nannte **Gründe** auf Patient*innenseite, nicht auf Videotherapie umzustellen. Insbesondere wurden hier technische Aspekte, wie fehlendes Equipment/Verfügbarkeit eines Computers (N = 247; 29,2 %), mangelnde technische Kompetenz der Patient*innen (N = 159; 18,8 %) und Probleme mit z. B. der Internetverbindung (N = 221; 26,1 %), angeführt. Aber auch der Wunsch nach persönlichem Kontakt (N = 246; 29,1 %) und eine zu große Distanz zwischen Patient*in und Psychotherapeut*in (N = 121; 14,3 %) fanden hier Erwähnung. Des Weiteren **schlossen** etwa ein Drittel (N = 336; 36,9 %) der Psychotherapeut*innen eine Videobehandlung vor allem bei folgenden Patient*innengruppen **kategorisch aus**: bei Patient*innen, die sie als nicht reif genug oder zu jung einschätzten (N = 76; 22,6 %), bei denen eine Risikoabschätzung (z. B. hinsichtlich Suizidalität) erschwert war (N = 72; 21,4 %), bei traumatisierten Patient*innen (N = 43; 12,8 %), bei Patient*innen mit Persönlichkeitsstörungen (N = 23; 6,8 %) sowie bei neu aufgenommenen Patient*innen in der Kennenlernphase (N = 61; 18,2 %). Wie bereits ausgeführt, zeigte sich der letztgenannte Vorbehalt auch in den Abrechnungsdaten, die deutlich machen, dass die jeweilige Anfangsphase der Therapien nahezu ausschließlich in Präsenz stattgefunden hat.

Diskussion

In der vorliegenden Arbeit werden ausgewählte Schlaglichter auf eine in Kooperation mit der KV Hessen durchgeführ-

te Befragung gelegt, in der drei Datenquellen herangezogen wurden, um die Nutzung von und Erfahrungen mit Videotherapie-sitzungen während der Corona-Pandemie zu untersuchen. Neben einer Befragung von Patient*innen und Psychotherapeut*innen greift die vorliegende Studie auf Abrechnungsdaten der KV Hessen zurück. Die Ergebnisse der Umfrage- und Abrechnungsdaten zeigen, dass in Hessen Videotherapie-sitzungen erstmalig während der Corona-Pandemie nennenswert zum Einsatz kamen, und zwar flexibel in Abhängigkeit von den jeweils aktuellen Inzidenzraten. Mit einem abnehmenden Infektionsgeschehen ging auch die Nutzung von Videotherapie-sitzungen zurück. Demnach scheinen Präsenzsitzungen auch während der Pandemie das präferierte Therapieformat gewesen zu sein, während Videotherapie-sitzungen als notwendige Ausweichmöglichkeiten vor allem bei bereits in Präsenz bekannten Patient*innen genutzt wurden. Neben der Bekanntheit der Patient*innen lassen sich weitere indikative Entscheidungen für bzw. gegen eine Videotherapie aus den vorliegenden Daten ableiten. Für sehr junge Patient*innen (U18) wurde, wenn überhaupt Videotherapien stattfanden, verhältnismäßig schnell wieder auf Präsenzsitzungen umgestiegen. Für erwachsene Patient*innen zeigt sich die Tendenz, dass mit zunehmendem Alter weniger Videotherapien in Anspruch genommen werden. Dieses Muster ergibt sich gleichfalls aufseiten der Psychotherapeut*innen. Auch das Therapieverfahren hatte dergestalt einen Einfluss auf die Nutzung, dass der Anteil verhaltenstherapeutischer Sitzungen via Video höher war als der Anteil psychodynamischer Sitzungen (TP und AP). Dies lässt sich wahrscheinlich zum Teil durch die geringeren Wirksamkeitseinschätzungen bei Videotherapie-sitzungen erklären, die von psychodynamischen im Vergleich

— **Der Anteil von Online-Sitzungen war bei verhaltenstherapeutischen Behandlungen höher als bei psychodynamischen, was mit den verfahrensspezifisch unterschiedlichen Wirksamkeitseinschätzungen zusammenhängen könnte.** —

zu verhaltenstherapeutischen Kolleg*innen vorgenommen werden. Patient*innen bewerteten Videotherapie insgesamt deutlich positiver als Psychotherapeut*innen, trotz der auch in dieser Studie vielfach genannten technischen Schwierigkeiten. Psychotherapeut*innen beklagen vor allem den Wegfall nonverbaler Signale, das Fehlen eines Schutzraumes, fehlende therapeutische Tiefe und den Umstand, dass nicht alle Techniken ohne Weiteres in diesem Format umsetzbar sind.

Eine wichtige Ergänzung der vorliegenden Studie stellt der Einbezug der Patient*innenperspektive dar. Die Rekrutierung von Teilnehmer*innen erwies sich für diese Umfrage jedoch als besondere Herausforderung. Dies hat unter anderem Konsequenzen für die Repräsentativität der Stichprobe und die Generalisierbarkeit der Befunde, welche vor diesem Hintergrund vorsichtig interpretiert werden müssen (siehe auch Limitationen). Die teil-

nehmenden Patient*innen äußerten sich Videotherapiesitzungen gegenüber überwiegend wohlwollend und nannten ähnliche Vorteile wie Psychotherapeut*innen in dieser und früheren Studien (vgl. Gumz et al., 2021). Diese positive Sichtweise könnte von der Erleichterung überlagert sein, die Patient*innen verspürt haben könnten, da durch die Videotherapiesitzungen eine gänzliche Unterbrechung der Therapie verhindert werden konnte. Wurden negative Aspekte benannt, bezogen sich diese vor allem auf technische Schwierigkeiten, eine fehlende geschützte Atmosphäre, die unklare Abgrenzung von Therapie und Alltag sowie das erschwerte Zulassen von Gefühlen. Diese Aspekte bedürfen folglich gesonderter Abklärung, wenn Videotherapiesitzungen erwogen werden. Um den negativen Erfahrungen aufgrund von technischen Schwierigkeiten entgegenzuwirken, schlagen Simpson et al. (2020) vor, Patient*innen zunächst in die Technologie einzuführen, um das Vertrauen in die Videokonferenzplattform aufzubauen. Es ist jedoch davon auszugehen, dass solche technischen Probleme zum einen im Verlauf der Pandemie abnahmen und zum anderen mit dem voranschreitenden Ausbau von Glasfasernetzen in Deutschland mehr und mehr in den Hintergrund treten werden.

Als zentrale Befürchtung vieler Psychotherapeut*innen wurden in früheren Studien negative Auswirkungen von Videotherapien auf die therapeutische Beziehung berichtet (Aafjes-van Doorn et al., 2020; Simpson et al., 2020). Überraschenderweise nahm die Mehrheit der Psychotherapeut*innen und Patient*innen in Videotherapiesitzungen keinen Unterschied in der Qualität der therapeutischen Beziehung wahr. Differenziert man dies wiederum nach Therapieverfahren, zeigt sich, dass psychodynamische Kolleg*innen durchaus stärkere Einbußen sehen als Verhaltenstherapeut*innen. Dies könnte mit der zentralen Rolle erklärt werden, die die Beziehung in psychodynamischen Therapien einnimmt. Erschwerte Bedingungen im Umgang mit Übertragungs-/Gegenübertragungsprozessen wurden von den an dieser Studie teilnehmenden Psychotherapeut*innen zwar nicht gehäuft angeführt, wurden jedoch in der Studie von Gumz et al. (2021) berichtet. Positiv scheint sich auf der Basis früherer Studien auszuwirken, wenn bereits eine gute therapeutische Beziehung entwickelt und dann erst der Wechsel zu Videotherapiesitzungen vollzogen wurde (Bechtold et al., 2023). Nichtsdestoweniger wurde von beiden ein Distanzgefühl in Videotherapien berichtet (vgl. auch Gumz et al., 2021). Dieses erschwerte es zum einen Patient*innen, ihre Gefühle zuzulassen, und zum anderen Psychotherapeut*innen, die Belastung ihrer Patient*innen adäquat einzuschätzen und mögliche Suizidalität abzuklären.

Limitationen

Bei der Interpretation der Ergebnisse ist zu beachten, dass es sowohl aufseiten der teilnehmenden Psychotherapeut*innen als auch aufseiten der teilnehmenden Patient*innen zu Selektionseffekten gekommen sein könnte. Aufgrund des großen Stichprobenumfangs, der guten Rücklaufquote und der insgesamt geringen Abweichungen in den betrachteten

Stichprobenmerkmalen (Alter, Geschlecht) von der Grundgesamtheit der in Q2/2021 tätigen Psychotherapeut*innen ist davon auszugehen, dass die vorliegende Stichprobe die Psychotherapeut*innen in Hessen hinreichend repräsentiert, wenngleich der Anteil der Verhaltenstherapeut*innen im Vergleich zu den Abrechnungsdaten (46,3 %) in der Psychotherapeut*innenbefragung leicht erhöht war. Bezogen auf die Repräsentativität der Patient*innendaten ist stark anzunehmen, dass es sowohl aufseiten der Patient*innen selbst als auch aufseiten von Psychotherapeut*innen, die die Patient*innen zur Umfrage eingeladen hatten, zu Selektionseffekten gekommen ist. So zeigte sich etwa im Vergleich zu den in der TK-Studie eingeschlossenen Patient*innen eine deutlich höhere Rate an Patient*innen mit Hochschulabschluss (44,4 % vs. 23 %; Wittmann et al., 2011). Daher ist davon auszugehen, dass die Befunde in Bezug auf die Aussagen der Patient*innen nicht ohne Weiteres auf die Gesamtpopulation der in Hessen Psychotherapie in Anspruch nehmenden Patient*innen übertragbar sind. Es könnte sein, dass vor allem solche Patient*innen für eine Teilnahme an der Umfrage gewonnen werden konnten, die Videotherapie eher positiv gegenüber eingestellt sind, da diesen durch ihre Inanspruchnahme etwa praktische Vorteile zukamen (z. B. Wegfall der Anfahrt). Diese Patient*innengruppe könnte durch ihre Teilnahme das Interesse verfolgen auch in Zukunft verstärkt dieses Setting nutzen zu können. Dies könnte auch die großen Unterschiede zwischen Patient*innen und Psychotherapeut*innen in Bezug auf deren Wirksamkeitseinschätzung von Videotherapiesitzungen erklären. Dieser Erklärungsansatz wird durch die hohe berichtete Zahl von Videotherapiesitzungen untermauert, die diese Patient*innen berichten. Nach deren Auskunft wurden, nachdem sie diese Option angeboten bekommen hatten, fast 60 % der Sitzungen per Video durchgeführt. Dieser Wert ist deutlich über dem angesiedelt, was für die Gesamtpopulation in den Abrechnungsdaten objektiv zu beobachten war. Es ist weiterhin naheliegend, dass die vorliegende Patient*innenstichprobe einer gewissen Selektion unterliegt, da es ein Einschlusskriterium für die Patient*innenbefragung war, dass Videotherapiesitzungen durch die Psychotherapeut*in zumindest angeboten wurden. Es wurde also bereits durch das Angebot bzw. Nichtangebot eine Vorselektion für die Patient*innenbefragung vorgenommen. Auch das Online-Format der Umfrage könnte eine eher internetaffine Gruppe angesprochen haben.

Praktische und versorgungspolitische Implikationen

Trotz der genannten Einschränkungen weist die vorliegende Untersuchung einige Stärken auf. Neben den drei Datenquellen (selbstberichtete Einschätzungen von Patient*innen und Psychotherapeut*innen sowie Abrechnungsdaten) ist hier vor allem auch die sehr große Psychotherapeut*innenstichprobe zu nennen. Auf dieser Basis liefert die Untersuchung wichtige Informationen über den Stand der Nutzung von Videotherapiesitzungen während der Corona-Pandemie, die gesammel-

ten Erfahrungen und mögliche Grenzen. Es lässt sich konstatieren, dass Videotherapiesitzungen sich als eine potente Alternative zu Präsenzsitzungen bewährt haben. Zahlreiche Befunde der aktuellen Studie weisen jedoch darauf hin, dass der persönliche Kontakt weiterhin der Goldstandard bleiben sollte, der den Großteil der psychotherapeutischen Versorgung ausmacht. Mit vielen Patient*innen wurden keine oder nur wenige Videotherapiesitzungen durchgeführt oder es wurde nach kurzer Zeit schnell wieder auf Präsenzsitzungen umgestellt. Dies war vor allem für jüngere Patient*innen der Fall. Auch die Kennenlernphase wurde fast ausschließlich im persönlichen Kontakt durchgeführt. Empfehlungen für einen gänzlichen Umstieg auf Videotherapie können auf der Basis der aktuellen Untersuchungen nicht abgeleitet werden. Neben den bereits genannten Aspekten hätte ein solcher Ansatz auch zur Folge, dass unklar wäre, wie in krisenhaften Zuspitzungen zu verfahren ist. Hier scheint die Möglichkeit eines persönlichen Kontakts besonders wichtig. Gleichwohl wurde das psychotherapeutische Instrumentarium als Nebenprodukt der Corona-Pandemie um ein wirksames und bei einigen Patient*innen beliebtes Werkzeug erweitert, das von Psychotherapeut*innen differenziert und auf der Basis indikativer Überlegungen eingesetzt wurde. Neben den für manche Patient*innen praktischen Vorteilen von Videotherapiesitzungen (man denke vor allem an Patient*innen mit längeren Anfahrten oder Patient*innen mit körperlichen Einschränkungen, die nicht in die Praxis kommen können), könnte dieses Format für manche Patient*innen auch einen guten Einstieg in die Therapie bilden. Dies könnte zum Beispiel bei Patient*innen der Fall sein, die aufgrund ihrer Störung Probleme haben, das Haus zu verlassen. Dieser Gruppe würde durch die Möglichkeit der Videotherapie nochmals eine gänzlich neue Tür zur psychotherapeutischen Versorgung eröffnet. Essenziell müssen hierbei jedoch Überlegungen eine Rolle spielen, inwieweit Videotherapiesitzungen als Vermeidung genutzt werden. In diesen Fällen sollte dann der Wechsel zur persönlichen Therapie als eines der ersten Therapieziele angestrebt werden.

Abschließend ermöglichen die Ergebnisse keine definitiven Empfehlungen, ob und, wenn ja, welche zahlenmäßige Begrenzung Psychotherapie per Video erfahren sollte. Ohne jegliche Beschränkung besteht potenziell die Gefahr, dass Firmen entstehen, die zahlreiche Kassensitze aufkaufen und Psychotherapeut*innen anstellen, die ausschließlich Videotherapien durchführen. Diesem nicht nur aus berufspolitischen Erwägungen wahrscheinlich nicht wünschenswerten Szenario stellen die Befunde dieser Arbeit jedoch in vielerlei Hinsicht einen empirischen Kontrapunkt entgegen. Ohne die Möglichkeit, Sitzungen ohne unzumutbaren Aufwand auch in Präsenz durchzuführen, scheinen wesentliche Elemente verloren zu gehen und für viele Patient*innen kein adäquates Angebot möglich. Jetzt, da nahezu alle Praxen die technischen Voraussetzungen dafür geschaffen haben, sollte die Videotherapie jedoch nicht gänzlich wieder verschwinden, sondern immer als eine Option mitgedacht werden, wenn Patient*innen dies wünschen und die klinischen Voraussetzungen hierfür

vorliegen. Diese abzuklären, sollte den Behandler*innen obliegen, die während der Pandemie bereits gezeigt haben, dass sie diese Aufgabe sehr gut ausfüllen können.

Literatur

- Aafjes-van Doorn, K., Békés, V. & Prout, T. A. (2020). Grappling with our therapeutic relationship and professional self-doubt during COVID-19: Will we use video therapy again?. *Counselling Psychology Quarterly*, 34 (3–4), 473–484.
- Bechtold, S., Hall, M., Scherner, P. V., Kaven, L. & Rubel, J. (2023). Veränderung der therapeutischen Beziehung in Folge eines coronabedingten Wechsels von Präsenz- zu Videotherapiesitzungen: Eine qualitative Analyse von Therapeut*inneninterviews. *PPmP – Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie*, 73 (06), 221–230.
- Beck-Hiestermann, F. M. L., Kästner, D. & Gumz, A. (2021). Onlinepsychotherapie in Zeiten der Corona-Pandemie. *Psychotherapeut*, 66, 372–381.
- Feijt, M., de Kort, Y., Bongers, I., Bierbooms, J., Westerink, J. & IJsselstein, W. (2020). Mental health care goes online: practitioners' experiences of providing mental health care during the COVID-19 pandemic. *Cyberpsychol Behav Soc*, 23 (12), 860–864.
- Flückiger, C., Del Re, A. C., Wampold, B. E. & Horvath, A. O. (2018). The alliance in adult psychotherapy: A meta-analytic synthesis. *Psychotherapy*, 55 (4), 316.
- Gumz, A., Kanal, S., Ünser, A., Kästner, D. & Beck-Hiestermann, F. M. L. (2021). In Videobehandlungen trotz Distanz Nähe schaffen. *Psychotherapeut*, 66 (5), 382–397.
- Leiner, D. J. (2019). SoSci Survey (Version 3.1.06) [Computersoftware]. Verfügbar unter: www.sosicisurvey.de (15.07.2023).
- Lutz, W., Edelbluth, S., Deisenhofer, A. K., Delgadillo, J., Moggia, D., Prinz, J. & Schwartz, B. (2021). The impact of switching from face-to-face to remote psychological therapy during the COVID-19 pandemic. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 90 (4), 285–286.
- Norwood, C., Moghaddam, N. G., Malins, S. & Sabin-Farrell, R. (2018). Working alliance and outcome effectiveness in videoconferencing psychotherapy: A systematic review and noninferiority meta-analysis. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 25 (6), 797–808.
- Mayring, P. (1997). *Qualitative Inhaltsanalyse: Grundlagen und Techniken*. Weinheim: Deutscher Studien Verlag.
- Rees, C. S. & Stone, S. (2005). Therapeutic alliance in face-to-face versus videoconferenced psychotherapy. *Professional Psychology: Research and Practice*, 36 (6), 649–653.
- Ruwaard, J., Schrieken, B., Schrijver, M., Broeksteeg, J., Dekker, J., Vermeulen, H. & Lange, A. (2009). Standardized web-based cognitive behavioural therapy of mild to moderate Depression: A randomized controlled trial with a long-term follow-up. *Cognitive Behaviour Therapy*, 38 (4), 206–221.
- Schwinn, S., Barthel, M., Leinweber, J. & Borgetto, B. (2020). Digitalisierungschancen – Umsetzung von Videotherapie im Lockdown. Ergebnisse der Online-Befragung aus dem Forschungsprojekt „ViTaL“. *forum: logopädie*, 34 (6), 36–40.
- Simpson, S., Richardson, L., Pietrabissa, G., Castelnuovo, G. & Reid, C. (2020). Videotherapy and therapeutic alliance in the age of COVID-19. *Clinical psychology & psychotherapy*, 28 (2), 409–421.
- Thomas, N., McDonald, C., de Boer, K., Brand, R. M., Nedeljkovic, M. & Seabrook, L. (2021). Review of the current empirical literature on using videoconferencing to deliver individual psychotherapies to adults with mental health problems. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 94 (3), 854–883.
- Wittmann, W. W., Lutz, W., Steffanowski, A., Kriz, D., Glahn, E. M., Völkle, M. C. et al. (2011). *Qualitätsmonitoring in der ambulanten Psychotherapie: Modellprojekt der Techniker Krankenkasse – Abschlussbericht*. Hamburg: Techniker Krankenkasse.



Prof. Dr. Julian Rubel

Korrespondenzanschrift:

Universität Osnabrück
Institut für Psychologie
Klinische Psychologie & Psychotherapie
des Erwachsenenalters
Lise-Meitner-Straße 3, 49076 Osnabrück
julian.rubel@uos.de

Prof. Dr. Julian Rubel ist Psychologischer Psychotherapeut und Professor für Klinische Psychologie und Psychotherapie des Erwachsenenalters an der Universität Osnabrück. Seit März 2023 ist er Ko-Leiter der Forschungs- und Ausbildungsambulanzen und des Weiterbildungsstudiengangs (Erwachsene) der Universität Osnabrück. Prof. Dr. Rubel forscht im Bereich einzelfallbezogener Entscheidungshilfen für die Psychotherapiepraxis. In der Psychotherapeutenkammer Hessen leitet er den Ausschuss für Wissenschaft und Forschung.



Flavio Iovoli M. Sc. Psych.

Flavio Iovoli (M. Sc. Psych.) ist wissenschaftlicher Mitarbeiter und Doktorand am Lehrstuhl für Klinische Psychologie und Psychotherapie des Erwachsenenalters an der Universität Osnabrück.



Mila Hall M. Sc. Psych.

Mila Hall (M. Sc. Psych.) hat im Juni 2023 ihre Promotion an der Universität Osnabrück am Lehrstuhl Klinische Psychologie und Psychotherapie des Erwachsenenalters abgeschlossen. Sie befindet sich aktuell in fortgeschrittener Ausbildung zur Psychologischen Psychotherapeutin.



Luisa Joel M. Sc. Psych.

Luisa Joel (M. Sc. Psych.) befindet sich derzeit in Ausbildung zur Psychologischen Psychotherapeutin bei der Gesellschaft für Ausbildung in Psychotherapie in Frankfurt am Main.



Teresa Väth M. Sc. Psych.

Teresa Väth (M. Sc. Psych.) befindet sich in Ausbildung zur Psychologischen Psychotherapeutin an der Berliner Akademie für Psychotherapie und ist an den Havellandkliniken in Nauen als Psychologin tätig.



Robin Wester M. Sc. Psych.

Robin Wester (M. Sc. Psych.) befindet sich in Ausbildung zum Psychologischen Psychotherapeuten und ist wissenschaftlicher Mitarbeiter am Lehrstuhl für Klinische Psychologie und Psychotherapie des Erwachsenenalters der Universität Osnabrück.



Katharina Michael M. Sc. Psych.

Katharina Michael (M. Sc. Psych.) ist derzeit für die Gesellschaft für internationale Zusammenarbeit (GIZ) tätig.