

Nutzung von und Erfahrungen mit Videotherapie- sitzungen während der Covid-19-Pandemie

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

Appendix

A. Therapeut*innenbefragung

Therapeut:innenbefragung zur Video-/Telefontherapie während der Corona-Pandemie 2020

Demographisches

1. In welchem Jahr sind Sie geboren?
 - _____

2. Welchem Geschlecht sind Sie zugehörig?
 - Männlich
 - Weiblich
 - divers

3. Wo liegt Ihre Praxis?
 - Auf dem Land
 - Stadt mit <20 000 Einwohner:innen
 - Stadt mit 20 000-100 000 Einwohner:innen
 - Stadt mit >100 000 Einwohner:innen

4. Welcher Berufsgruppe/Fachgruppe gehören Sie an?
 - Fachärztin:innen für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie (EBM Kap. 14)
 - Fachärztin:innen für Psychiatrie und Psychotherapie (EBM Kap. 21) oder andere psychiatrische Fachgruppe
 - Fachärztin:innen für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie oder Fachärztin:innen für Psychotherapeutische Medizin (EBM Kap. 22)
 - Psychologische Psychotherapeut:innen (EBM Kap. 23)
 - Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut/in (EBM Kap. 23)
 - ärztliche Psychotherapeut:innen (EBM Kap 23)
 - weitere Ärzt:innen mit Abrechnungsgenehmigung nach Kapitel 35 EBM

5. Mit welchen Altersgruppen arbeiten Sie?
 - Erwachsene
 - Kinder und Jugendliche
 - Beides

6. Befinden Sie sich gegenwärtig in Aus- oder Weiterbildung?
 - Ja
 - Nein

7. In welchem/n Verfahren sind Sie zugelassen? (Mehrfachauswahl möglich!)

- Analytische Psychotherapie
- Systemische Therapie
- Tiefenpsychologisch fundierte Therapie
- Verhaltenstherapie
- Noch keines

8. Arbeiten Sie überwiegend mit bestimmten Patient:innengruppen?

- Nein
- Folgende... Patient:innengruppen:

9. Ist Ihre therapeutische Arbeit durch bestimmte Spezialisierungen gekennzeichnet?

- Nein
- Folgende...:

10. Wie stabil schätzen Sie den Internetzugang in Ihrer Praxis ein?

- Wenig stabil
- Stabil
- Sehr stabil

11. Wie hoch schätzen Sie Ihr Risiko ein, sich mit dem Coronavirus zu infizieren?

- Sehr Niedrig
- Eher Niedrig
- Eher hoch
- Sehr Hoch

12. Wie hoch schätzen Sie Ihr persönliches Risiko ein im Fall einer Infektion einen schweren Covid-19 Verlauf zu erleiden?

- Sehr niedrig
- Eher niedrig
- Eher hoch
- Sehr hoch

13. Wie groß schätzen Sie den Anteil Ihrer Patient:innen ein, die selbst bzw. deren Angehörige zur Risikogruppe für schwere Covid-19-Verläufe gehören?

- Ca. ____% meiner Patient:innen

Therapie während der Pandemie

14. Wie haben Sie ab dem Quartal 2/2020 bis Ende 2020 Therapie angeboten?

- Wie hoch war der Anteil an Präsenzterminen? (0-100%)
- Wie hoch war der Anteil an Video-Terminen? (0-100%)
- Wie hoch war der Anteil an Telefon-Terminen? (0-100%)
- Wie hoch war der Anteil an Präsenzterminen, die mit Maske stattgefunden haben? (0-100%)

15. Auf wessen überwiegende Initiative erfolgte eine Behandlung per...

Video:

- Patient:innenseitig
- Bezugspersonen
- Therapeut:innenseitig
- Beiderseitig
- Nicht durchgeführt

Telefon:

- Patient:innenseitig
- Bezugspersonen
- Therapeut:innenseitig
- Beiderseitig
- Nicht durchgeführt

16. Welche Gründe gab es aus Sicht der Patient:innen, nicht auf Video/Telefon umzustellen?

Video:

- Keine

Telefon:

- Keine

17. Welche Gründe gab es für Sie, Therapien nicht auf Video/Telefon umzustellen (insgesamt oder in Einzelfällen)?

Video:

- Keine

Telefon:

- Keine

18. Gibt es persönliche Gründe für Sie, die Therapien komplett auf Video/Telefon umzustellen?

- Nein
- Folgende... (Bitte Gründe angeben):

19. Gibt es Patient:innengruppen für die Sie Video-/Telefonsitzungen kategorisch ausgeschlossen haben?

- Nein
- Folgende... (Bitte Gründe angeben):

20. Kam es aufgrund der Umstellung von Präsenztherapie auf Video-/Telefonbehandlung zu Therapieabbrüchen?

Video:

- Nie
- Selten
- Oft
- Sehr oft
- Nicht durchgeführt

Telefon:

- Nie
- Selten
- Oft
- Sehr oft
- Nicht durchgeführt

21. Kam es aufgrund der Umstellung von Präsenztherapie auf Video-/Telefonbehandlung zu Therapieunterbrechungen?

Video:

- Nie
- Selten
- Oft
- Sehr oft
- Nicht durchgeführt

Telefon:

- Nie
- Selten
- Oft
- Sehr oft
- Nicht durchgeführt

22. Wie oft haben Datenschutzbedenken oder ein fehlender Schutzraum im Umfeld der Pat. Video-/Telefonsitzungen erschwert oder verhindert?

Video:

- Nie
- Selten
- Oft
- Sehr oft

Telefon:

- Nie
- Selten
- Oft
- Sehr oft

23. Wie schätzen Sie die Wirksamkeit der von Ihnen angebotenen Psychotherapie über Video/Telefon im Vergleich zu Präsenztherapie ein?

Video:

- Deutlich schlechter
- Eher schlechter
- Kein Unterschied
- Eher besser
- Deutlich besser
- Nicht durchgeführt

Können Sie einige Veränderungen beschreiben:

- Keine

Telefon:

- Deutlich schlechter
- Eher schlechter
- Kein Unterschied
- Eher besser
- Deutlich besser
- Nicht durchgeführt

Können Sie einige Veränderungen beschreiben:

- Keine

24. Wie schätzen Sie die Auswirkungen der von Ihnen angebotenen Psychotherapie über Video/Telefon auf die Beziehung zu Ihren Patient:innen ein?

Video:

- Deutlich schlechter
- Eher schlechter
- Kein Unterschied
- Eher besser
- Deutlich besser
- Nicht durchgeführt

Können Sie einige Veränderungen beschreiben:

Telefon:

- Deutlich schlechter
- Eher schlechter
- Kein Unterschied
- Eher besser
- Deutlich besser
- Nicht durchgeführt

Können Sie einige Veränderungen beschreiben:

25. Haben Sie den Eindruck, dass es schwieriger für Sie war, die Belastung Ihrer Patient:innen via Video/Telefon einzuschätzen als im direkten Kontakt?

Video:

- Kein Unterschied
- Eher schwieriger
- Schwieriger
- Viel schwieriger
- Nicht durchgeführt

Telefon:

- Kein Unterschied
- Eher schwieriger
- Schwieriger
- Viel schwieriger
- Nicht durchgeführt

26. Haben Sie den Eindruck, dass es für Sie mit der Zeit leichter/schwieriger wurde, die Belastung Ihrer Patient:innen via Video/Telefon einzuschätzen?

Video:

- Leichter
- Keine Veränderung
- Schwieriger
- Nicht durchgeführt

Telefon:

- Leichter
- Keine Veränderung
- Schwieriger
- Nicht durchgeführt

27. Welche negativen Effekte hatte die Umstellung auf Online- oder Telefontherapie für Sie und Ihre Patient:innen?

- Für Sie:

- Für Ihre Patient:innen:

- Sonstiges:

28. Welche positiven Effekte hatte die Umstellung auf Online- oder Telefontherapie für Sie und Ihre Patient:innen?

- Für Sie:

- Für Ihre Patient:innen:

- Sonstiges:

29. Wie schätzen Sie Ihre therapeutische Vorgehensweise in Video-/Telefonsitzungen im Vergleich zu Präsenzterminen ein?

Video:

- Nicht anders
- Eher anders
- Anders
- Deutlich anders
- Nicht durchgeführt
- Wenn anders, wie:

Telefon:

- Nicht anders
- Eher anders
- Anders
- Deutlich anders
- Nicht durchgeführt
- Wenn anders, wie:

30. Wie schätzen Sie Ihr generelles Verhalten als Th. in Video-/Telefonsitzungen im Vergleich zu Präsenzterminen ein?

Video:

- Nicht anders
- Eher anders
- Anders
- Deutlich anders
- Nicht durchgeführt
- Wenn anders, wie:

Telefon:

- Nicht anders
- Eher anders
- Anders
- Deutlich anders
- Nicht durchgeführt
- Wenn anders, wie:

31. Wie viele Interventionen/therapeutische Techniken nutzen Sie in Präsenzsitzungen, die Sie nicht ohne Weiteres in Online-/Telefonsitzungen einsetzen würden?

Video:

- Keine
- Einige
- Viele
- Sehr viele

Telefon:

- Keine
- Einige
- Viele
- Sehr viele

32. Welche Interventionen/therapeutische Techniken nutzen Sie in Präsenzsitzungen, die Sie nicht ohne Weiteres in Video-/Telefonsitzungen einsetzen würden?

Video:

Telefon:

Keine

Keine

33. Haben Sie Patient:innen, die nach einem Wechsel zur Video-/Telefontherapie nicht mehr zu Präsenzterminen zurück wollen?

- Nein
- Wenige Patient:innen
- Einige Patient:innen
- Viele Patient:innen
- Wenn ja, aus welchen Gründen:

i. _____

ii. _____

iii. _____

34. Würden Sie nach der Pandemie (im Vergleich zu davor) gerne mehr Therapie per Video/Telefon anzubieten?

Video:

Telefon:

- Ja
- Nein

- Ja
- Nein

35. Würden Sie gerne auch nach der Pandemie überwiegend Video-/Telefontherapie anbieten wollen?

Video:

Telefon:

- Nein
- Ja, weil:

- Nein
- Ja, weil:

36. Können durch Video-/Telefontherapie Patient:innen-Gruppen erreicht werden, die ansonsten vielleicht nicht hätten erreicht werden können?

a. Nein

b. Folgende...:

i. _____

37. Herzlichen Dank, dass Sie sich die Zeit für das Ausfüllen dieses Fragebogens genommen haben. Neben Ihrer Sicht würde uns auch interessieren, wie Ihre Patient:innen die Auswirkungen der Corona-Pandemie und die damit verbundenen Konsequenzen für ihre psychotherapeutische Behandlung einschätzen. Könnten Sie sich vorstellen in einer Folgeuntersuchung auch Ihren Patient:innen einen Fragebogen auszuhändigen, in dem diese zur wahrgenommenen Effektivität von Video-/Telefontherapie sowie deren Vor- und Nachteilen im Vergleich zu Präsenzsitzungen befragt werden?

Ja

Nein

Vielleicht

B. Patient*innenbefragung

Patient:innenbefragung zur Video-/Telefontherapie während der Corona Pandemie 2020

Demographisches

1. In welchem Jahr sind Sie geboren?
 - _____
2. Welchem Geschlecht sind Sie zugehörig?
 - Männlich
 - Weiblich
 - divers
3. Wo leben Sie?
 - Auf dem Land
 - Stadt mit <20 000 Einwohner:innen
 - Stadt mit 20 000-100 000 Einwohner:innen
 - Stadt mit >100 000 Einwohner:innen
4. Welchen höchsten Berufsabschluss haben Sie?
 - Derzeit Auszubildende:r
 - Derzeit Student:in
 - Abgeschlossene Lehre/Fachschule
 - Abgeschlossene Ausbildung zum Meister
 - Fachhochschul-/Universitätsabschluss
 - Ohne Berufsabschluss
 - Sonstiges
5. Familienstand
 - Ledig
 - Verheiratet
 - Verwitwet
 - Geschieden
6. Wie viele Kinder unter 18 Jahren befinden sich in ihrem Haushalt?
 - Anzahl: _____
7. Wie viele Risikopersonen hinsichtlich eines schweren Covid-Verlaufs befinden sich in Ihrem Haushalt?
 - Anzahl: _____
8. Wie stabil schätzen Sie Ihren Internetzugang zuhause ein?
 - Wenig stabil

- Stabil
- Sehr stabil

9. Wie hoch schätzen Sie Ihr Risiko ein, sich mit dem Coronavirus zu infizieren?

- Sehr Niedrig
- Eher Niedrig
- Eher hoch
- Sehr Hoch

10. Wie hoch schätzen Sie Ihr persönliches Risiko ein im Fall einer Infektion einen schweren Covid-19 Verlauf zu erleiden?

- Sehr niedrig
- Eher niedrig
- Eher hoch
- Sehr hoch

11. Wie stark ist Ihre Befürchtung, nahe Angehörige zu infizieren?

- Sehr niedrig
- Eher niedrig
- Eher hoch
- Sehr hoch

12. Unter welchen psychischen Erkrankungen leiden Sie und was ist Ihr primärer Therapieanlass?
(Mehrfachnennung möglich)

- _____

13. Leiden Sie unter einer der folgenden körperlichen Erkrankungen? (Mehrfachnennung möglich)

- Krebserkrankung
- schwere Atemwegserkrankung
- Herz-Kreislaufferkrankung
- immunsupprimiert
- andere schwere körperliche Erkrankungen
- Keine

Therapie während der Pandemie

14. Wie lange sind Sie insgesamt in psychotherapeutischer Behandlung?

- ____ [Monate]

15. Wie hoch ist ungefähr die Frequenz Ihrer Therapie-Sitzungen im Durchschnitt?

- 2-mal wöchentlich und mehr
- Wöchentlich
- Alle zwei Wochen
- Alle 4 Wochen oder weniger

16. Wurde Ihnen Videotherapie/Telefontherapie angeboten oder mit Ihnen durchgeführt?

- Angeboten und durchgeführt
- Angeboten aber nicht durchgeführt
- Nicht angeboten und nicht durchgeführt

17. Seit wann wurde mit Ihnen Psychotherapie über Video/Telefon angeboten?

- ____ [Monat/Jahr]

18. Hatten Sie seither ausschließlich Psychotherapie über Video/Telefon?

- Ja
- Nein

19. Wie viele Sitzungen über Video/Telefon hatten Sie seither ungefähr?

- Anzahl Videositzungen: ____
- Anzahl Telefonsitzungen: ____

20. Hatten Sie zunächst Video/Telefonsitzungen und jetzt wieder ausschließlich Präsenzsitzungen?

- Ja
- Nein

21. Auf wessen überwiegende Initiative erfolgte eine Behandlung per...

Video:

- Patient:innenseitig
- Bezugspersonen
- Therapeut:innenseitig
- Allseitig
- Nicht durchgeführt

Telefon:

- Patient:innenseitig
- Bezugspersonen
- Therapeut:innenseitig
- Allseitig
- Nicht durchgeführt

22. Welche Gründe gab es für Sie, nicht auf Video/Telefonsitzungen umzustellen?
(Mehrfachnennung möglich)

Video:

- Datenschutzbedenken
- Fehlender Schutzraum
- Sonstige: _____
- Keine

Telefon:

- Datenschutzbedenken
- Fehlender Schutzraum
- Sonstige: _____
- Keine

23. Welche negativen Effekte hatte die Umstellung auf Online- oder Telefontherapie für Sie?

- Keine

24. Welche positiven Effekte hatte die Umstellung auf Online- oder Telefontherapie für Sie?

- Keine

25. Wie schätzen Sie die Wirkung der mit Ihnen durchgeführten Psychotherapie über Video/Telefon im Vergleich zu Präsenztherapie ein?

Video:

- Deutlich schlechter
- Eher schlechter
- Kein Unterschied
- Eher besser
- Deutlich besser
- Nicht durchgeführt

Telefon:

- Deutlich schlechter
- Eher schlechter
- Kein Unterschied
- Eher besser
- Deutlich besser
- Nicht durchgeführt

- Können Sie einige Veränderungen beschreiben?

Video:

- _____

- Keine

Telefon:

- _____

- Keine

26. Haben Sie den Eindruck, dass es schwieriger für Sie war, Ihre **Anliegen und Themen** via Video/Telefon einzubringen als im direkten Kontakt?

Video:

-
- Eher leichter
- Weder noch
- Eher Schwieriger
- Nicht durchgeführt

Telefon:

-
- Eher leichter
- Weder noch
- Eher Schwieriger
- Nicht durchgeführt

27. Wie schätzen Sie die Auswirkungen der mit Ihnen durchgeführten Psychotherapie über Video/Telefon auf die Beziehung zu Ihrem:Ihrer Therapeuten:Therapeutin ein?

Video:

Das Kontakterleben ist...

- Deutlich schlechter
- Eher schlechter
- Kein Unterschied
- Eher besser
- Deutlich besser
- Nicht durchgeführt

Telefon:

Das Kontakterleben ist...

- Deutlich schlechter
- Eher schlechter
- Kein Unterschied
- Eher besser
- Deutlich besser
- Nicht durchgeführt

- Können Sie einige Veränderungen beschreiben?

Video:

- _____

- Keine

Telefon:

- _____

- Keine

28. Wurde es für Sie mit der Zeit leichter/schwerer Ihre Belastung/Anliegen/Themen via Video/Telefon einzubringen?

Video:

- Schwerer
- Eher schwerer
- Keine Veränderung
- Eher leichter
- Leichter
- Nicht durchgeführt

Telefon:

- Schwerer
- Eher schwerer
- Keine Veränderung
- Eher leichter
- Leichter
- Nicht durchgeführt

29. Ist es Ihnen leichter/schwerer gefallen schwierige Themen per Video/Telefon als in Präsenzsitzungen anzusprechen?

Video:

Telefon:

- | | |
|--|--|
| <input type="radio"/> Leichter gefallen | <input type="radio"/> Leichter gefallen |
| <input type="radio"/> Weder noch | <input type="radio"/> Weder noch |
| <input type="radio"/> Schwerer Gefallen | <input type="radio"/> Schwerer Gefallen |
| <input type="radio"/> Nicht durchgeführt | <input type="radio"/> Nicht durchgeführt |

30. Hat Ihnen per Video/Telefon die direkte Anwesenheit Ihrer:Ihres Therapeutin:Therapeuten gefehlt, sodass Sie Gefühle schwerer zulassen konnten?

Video:

Telefon:

- | | |
|--|--|
| <input type="radio"/> Nie | <input type="radio"/> Nie |
| <input type="radio"/> Selten | <input type="radio"/> Selten |
| <input type="radio"/> Oft | <input type="radio"/> Oft |
| <input type="radio"/> Sehr oft | <input type="radio"/> Sehr oft |
| <input type="radio"/> Nicht durchgeführt | <input type="radio"/> Nicht durchgeführt |

31. Wenn Sie eine Frage nicht beantworten wollten, ist es Ihnen dann leichter/schwerer gefallen solchen Fragen per Video/Telefon als in Präsenzsitzungen auszuweichen?

Video:

Telefon:

- | | |
|--|--|
| <input type="radio"/> Leichter gefallen | <input type="radio"/> Leichter gefallen |
| <input type="radio"/> Weder noch | <input type="radio"/> Weder noch |
| <input type="radio"/> Schwerer gefallen | <input type="radio"/> Schwerer gefallen |
| <input type="radio"/> Nicht durchgeführt | <input type="radio"/> Nicht durchgeführt |

32. Würden Sie nach einem Ende der Pandemie (im Vergleich zu davor) gerne weiter Therapiesitzungen per Video/Telefon wahrnehmen?

Video:

Telefon:

- | | |
|----------------------------|----------------------------|
| <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Ja |
| <input type="radio"/> Nein | <input type="radio"/> Nein |

33. Haben Sie bisher die Art von Behandlung erhalten, die Sie wollten?

- Eindeutig ja
- Im Allgemeinen ja
- Eigentlich nicht
- Eindeutig nicht

34. Wie zufrieden sind Sie mit dem Ausmaß der Hilfe, welche Sie bisher erhalten haben?

- Sehr zufrieden
- Weitgehend zufrieden
- Leidlich oder leicht zufrieden
- Ziemlich unzufrieden

35. Wie zufrieden sind Sie mit der Behandlung, die Sie erhalten haben. im Großen und Ganzen?

- Sehr zufrieden
- Weitgehend zufrieden
- Leidlich oder leicht zufrieden
- Ziemlich unzufrieden

36. Wie fühlen Sie sich im Vergleich zum Beginn der Therapie?

- Sehr deutlich gebessert
- Deutlich gebessert
- Etwas gebessert
- Keine Veränderung
- Etwas verschlechtert
- Deutlich verschlechtert
- Sehr deutlich verschlechtert