

Psychotherapie im Zeitalter von Digitalisierung und Corona¹

Studienergebnisse zum Potenzial von E-Psychotherapie in Österreich
– quantitative Analyse

Psychotherapy in the Age of Digitalization and Corona²

Study results on the potential of E-Psychotherapy in Austria –
quantitative analysis

Alfred Uhl, Hannah Poltrum, Martin Poltrum

¹ Zum qualitativen Teil dieser Studie siehe den ersten Beitrag in dieser Ausgabe des SFU Forschungsbulletins mit dem Titel: Psychotherapie im Zeitalter von Digitalisierung und Corona. Studienergebnisse zum Potenzial von E-Psychotherapie in Österreich – qualitative Analyse (SFU Forschungsbulletin, 02/2020).

² For the qualitative part of this study see the first article in this issue of the SFU Research Bulletin entitled: Psychotherapy in the Age of Digitalization and Corona. Study results on the potential of E Psychotherapy in Austria – qualitative analysis (SFU Research Bulletin, 02/2020).

Kurzzusammenfassung

Aufgrund der CoViD-19-Pandemie ist es österreichischen Psychotherapeut*inn*en seit Mitte März 2020 erstmals erlaubt, Psychotherapie mittels Telefon oder Videotelefonie (E-Psychotherapie) durchzuführen. Welche Erfahrungen die Kolleg*inn*enschaft mit diesen neuen Behandlungsmedien gemacht hat und wie ihre Einstellung zu e-psychotherapeutischen Behandlungen war, bevor sie erlaubt wurden, untersuchte die Befragung von 717 österreichischen Psychotherapeut*inn*en. Im vorliegenden quantitativen Teil der Studie werden folgende Details besprochen und dargestellt: Design der Studie, Zusammensetzung der Stichprobe, Detailedarstellung der Einstellungen zur E-Psychotherapie vor der CoViD-Krise und seit Beginn der Krise, Detailedarstellung der Einstellung zur E-Psychotherapie als eine mit den Krankenkassen abrechenbare Leistung, soziodemografische Daten zu den Befragten, verwendete Geräte und Programme, Aspekte der Gruppentherapie und Darstellung des Fragebogens. Zum qualitativen Teil der Studie siehe den ersten Beitrag dieser Ausgabe des SFU-Forschungsbulletins (02/2020).

Schlüsselwörter

Psychotherapie und CoViD-19, E-Psychotherapie, Telefonpsychotherapie, Video-psychotherapie, Online-psychotherapie

Abstract

Due to the CoViD-19 pandemic, Austrian psychotherapists for the first time were entitled to practice psychotherapy via telephone or video telephony (e-psychotherapy) since mid-March 2020. A survey involving 717 Austrian psychotherapists was carried out to determine the experiences made with this new treatment modality and the psychotherapists' attitude towards e-psychotherapeutic treatments prior and after the change. In the quantitative part of the study presented here, the following details are illustrated and discussed: Design of the study, structure of the sample, detailed presentation of the psychotherapists' attitudes towards e-psychotherapy before and since the CoViD crisis, detailed presentation of the attitudes towards e-psychotherapy as a billable service with health insurance companies, socio-demographic data on the participants, devices and programs used, aspects of group therapy and presentation of the questionnaire. For the qualitative part of the study consult the first article in this issue of the SFU Research Bulletin (02/2020).

keywords

psychotherapy and CoViD-19, e-psychotherapy, telephone psychotherapy, video psychotherapy, online psychotherapy

An der Sigmund-Freud-Privatuniversität Wien wurde erstmals umfassend die Einstellung von Psychotherapeut*inn*en zu telefonischen und videotelefonischen Therapieangeboten vor und seit der CoViD-Krise erhoben. Ferner wurde untersucht, welche Erfahrungen die therapeutische Kolleg*inn*enschaft mit diesen erstmals in Österreich erlaubten Angeboten gemacht hat. Die Darstellung der *quantitativen* Untersuchungsergebnisse gliedert sich folgendermaßen:

1. Design der Studie.....	28
2. Beschreibung der Stichprobe	29
3. Einstellung zur Telefon-und Videotelefon-Therapie.....	33
4. Einstellung zur Telefon- und Videotelefon- Therapie als Krankenkassen-abrechenbare Leistung.....	36
5. Einzelpsychotherapie während der COV-Zeit	37
6. Gruppenpsychotherapie während der COV-Zeit	40
7. Urteil über unterschiedliche Zugänge in der COV-Zeit	43
8. Wie wurden Video-Einzeltherapiesitzungen durchgeführt?	45
9. Zusammenfassung und Interpretation der Ergebnisse.....	50
10. Anhang – der Fragebogen	52
11. Angaben zu den Autoren, zur Autorin.....	62

1. Design der Studie

Ziel der Studie war es zu erheben, wie weit Psychotherapeut*inn*en angesichts der CoViD-19-Krise auf telefonische bzw. videotelefonische Kontakte zu ihrer Klientel umgestiegen sind, wie sie den Einsatz von psychotherapeutischen Fernbehandlungen vor und seit Beginn der CoViD-19-Krise beurteilen und welche konkreten Erfahrungen sie damit gemacht haben. Telefonische und videotelefonische Kontakte werden in der Folge zusammenfassend als „E-Psychotherapie“ bezeichnet. CoViD-19 wird in der Folge mit COV abgekürzt.

Die Erhebung fand internetbasiert statt. In Kooperation mit dem Verein für ambulante Psychotherapie Wien und Niederösterreich, dem Österreichischen Bundesverband für Psychotherapie, dem Ausbildungsinstitut für Logotherapie und Existenzanalyse, dem Steirischen Landesverband für Psychotherapie und unter Rückgriff auf die Adressliste der eingetragenen Psychotherapeuten des Bundesministeriums für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz bzw. einigen Adresslisten der Sigmund-Freud-Privatuniversität Wien wurden 12.327 Psychotherapeut*inn*en via E-Mail kontaktiert und gebeten, an der Befragung teilzunehmen. Da einige von den Kontaktierten Mitglieder in mehreren Verbänden, Organisationen und Vereinen sind und in diversen Adresslisten aufscheinen, gab es sicherlich einige Mail-Empfänger*inn*en, die öfter als einmal angeschrieben wurden. Sie wurden allerdings via Hinweis von uns explizit aufgefordert, nur einmal an der Befragung teilzunehmen. Die zentralen Inhalte der Studie wurden durch Fragen mit vorgegebenem Antwortspektrum erhoben (siehe dazu den Fragebogen am Ende dieses Beitrags), wobei den Therapeut*inn*en die Möglichkeit geboten wurde, zu allen Fragen ausführliche verbale Ergänzungen und Präzisierungen vorzunehmen.³

Da mitunter pro befragtem Psychotherapeuten / befragter Psychotherapeutin (= Fall) pro Frage mehrere Antworten möglich waren (da es z.B. möglich ist, dass eine Person in mehr als einem Bundesland psychotherapeutisch arbeitet oder sich an mehr als einer Psychotherapierichtung orientiert), ist bei den folgenden Auswertungen zwischen Fällen (die Anzahl der Therapeut*inn*en, die auf die Frage geantwortet haben) und zwischen Nennungen (die Anzahl der pro Frage insgesamt abgegebenen Antworten) zu unterscheiden. Da die Nennungen auf die Anzahl der Fälle bezogen werden, ergeben sich bei Mehrfachantworten Prozentzahlen von mehr als 100 %.

Angesichts des relativ großen Stichprobenumfangs mit 717 Psychotherapeut*inn*en werden bei einer zufallskritischen Absicherung von Unterschieden mittels Signifikanztest bereits sehr geringe, praktisch ziemlich irrelevante Unterschiede statistisch signifikant. Da viele unterschiedliche Vergleiche durchgeführt werden, steigt gleichzeitig die Wahrscheinlichkeit für Zufallssignifikanzen (Alpha-Inflation). Aus diesem Grund werden die Ergebnisse nur deskriptiv beschrieben und Teilgruppen verglichen, ohne Unterschiede auf Signifikanz zu prüfen.

³ Zur Darstellung und Interpretation dieser Ergebnisse sowie zum qualitativen Teil der Studie siehe den ersten Beitrag dieser Ausgabe des SFU-Forschungsbulletins mit dem Titel: Psychotherapie im Zeitalter von Digitalisierung und Corona. Studienergebnisse zum Potential von E-Psychotherapie in Österreich – qualitative Analyse (SFU-Forschungsbulletin 02/2020).

2. Beschreibung der Stichprobe

Bis zum Befragungsende haben 717 Therapeut*inn*en an der Studie teilgenommen. Von diesen waren 568 (79 %) weiblich, 145 (20 %) männlich und 4 (1 %) gaben diverseres Geschlecht an (Tab. 1).

Tab. 1: Geschlecht der Therapeut*inn*en (Geschlecht / A4)

	Häufigkeit	Prozent
weiblich	568	79 %
männlich	145	20 %
divers	4	1 %
Fälle	717	100 %

Erklärung: Die Prozentangaben sind auf ganze Prozent gerundet.

Tab. 2: Alter der Therapeut*inn*en (Alter / A4)

	Häufigkeit	Prozent
bis 40 Jahre	107	15 %
41–50 Jahre	187	26 %
51–60 Jahre	281	39 %
61+ Jahre	142	20 %
Fälle	717	100 %

Erklärung: Die Prozentangaben sind auf ganze Prozent gerundet.

Auf unsere Anfrage reagierten Therapeut*inn*en aus allen Bundesländern. Da einige in mehreren Bundesländern arbeiten, meist angestellt in einem Bundesland und privat in einem anderen, liegt die Summe der genannten Bundesländer 14 % über der Anzahl der Therapeut*inn*en (Tab. 3). Am häufigsten wurde Wien genannt. 46 % der Therapeut*inn*en therapieren in einem Angestelltenverhältnis oder in einer eigenen Praxis in Wien.

Tab. 3: Arbeitsbundesland der Therapeut*inn*en (Mehrfachantwort möglich) (V27 / A1)

	Häufigkeit	Prozent der Nennungen	Prozent der Fälle
Burgenland	16	2 %	2 %
Kärnten	18	2 %	3 %
Niederösterreich	162	20 %	23 %
Oberösterreich	70	9 %	10 %
Salzburg	45	6 %	6 %
Steiermark	85	10 %	12 %
Tirol	64	8 %	9 %
Vorarlberg	28	3 %	4 %
Wien	330	40 %	46 %
Nennungen	818	100 %	114 %
Fälle	717		

Erklärung: Da manche Therapeut*inn*en in mehr als einem Bundesland tätig sind, ist die Zahl der Nennungen um 14 % höher als die Zahl der Fälle. Die Prozentangaben sind auf ganze Prozent gerundet.

Die Therapeut*inn*en wurden auch nach ihrer Therapierichtung gefragt, wobei mehr als eine Therapierichtung genannt werden konnte und auch der Hinweis möglich war, dass man verstärkt mit Kindern und Jugendlichen arbeitet. Inhaltlich verwandte Therapierichtungen wurden dabei zusammengefasst und nur sehr selten genannte Therapierichtungen wurden zu „andere Therapierichtungen“ gebündelt. 9 % der Therapeut*inn*en gaben keine Therapierichtung an. Da zahlreiche Therapeut*inn*en zwei oder mehr Therapierichtungen angaben, gibt es um 25 % mehr Nennungen als Therapeut*inn*en. Die am häufigsten genannte Therapierichtung war systemische Familientherapie (18 % der Therapeut*inn*en), gefolgt von Existenzanalyse und Logotherapie (13 % der Therapeut*inn*en), gefolgt von klientenzentrierter bzw. personenzentrierter Psychotherapie (12 % der Therapeut*inn*en) und Verhaltenstherapie (10 % der Therapeut*inn*en) (Tab. 4).

Tab. 4: Therapierichtungen der Therapeut*inn*en (Mehrfachantwort möglich) (V25 / A6)

	Häufigkeit	Prozent der Nennungen	Prozent der Fälle
keine Angabe	83	9 %	12 %
systemische Familientherapie	128	14 %	18 %
Existenzanalyse & Logotherapie	92	10 %	13 %
klientenzentrierte / personenzentrierte / humanistische Therapie	87	10 %	12 %
Verhaltenstherapie	74	8 %	10 %
integrative Gestalttherapie	59	7 %	8 %
Traumatherapie	54	6 %	8 %
Katathym-imaginative Psychotherapie	42	5 %	6 %
Hypnosetherapie	40	4 %	6 %
systemische Therapie	32	4 %	4 %
Psychoanalyse	30	3 %	4 %
psychoanalytisch orientierte Psychotherapie	28	3 %	4 %
Individualpsychologie	24	3 %	3 %
Psychodrama	19	2 %	3 %
tiefenpsychologisch orientierte Therapie	18	2 %	3 %
Gestalttherapie	14	2 %	2 %
konzentrierte Bewegungstherapie	13	1 %	2 %
Transaktionsanalyse	11	1 %	2 %
Kinder & Jugendpsychotherapie	10	1 %	1 %
Dynamische Gruppenpsychotherapie	8	1 %	1 %
Körpertherapie	8	1 %	1 %
autogenes Training	4	< 1 %	1 %
Gruppenpsychoanalyse	4	< 1 %	1 %
Schematherapie	4	< 1 %	1 %
andere Therapierichtung	11	1 %	2 %
Nennungen	897	100 %	125 %
Fälle	717		

Erklärung: Da manche Therapeut*inn*en mehr als eine Psychotherapierichtung angegeben haben bzw. angaben, mit Kindern und Jugendlichen zu arbeiten, ist die Zahl der Nennungen um 25,3 % höher als die Zahl der Fälle. Die Prozentangaben sind auf ganze Prozent gerundet.

39 Psychotherapeut*inn*en (5 % der Befragten) gaben keine Auskunft darüber, in welcher Form sie gegenwärtig Therapien durchführen. Bezogen auf jene, die Auskunft gaben, trifft Folgendes zu: Fast alle Psychotherapeut*inn*en (97 %) bieten Einzelpsychotherapien in eigener Praxis an, 27 % Einzelpsychotherapien im Angestelltenverhältnis, 12 % Gruppentherapien in eigener Praxis und 11 % Gruppentherapien im Angestelltenverhältnis.

Tab. 5: Therapieform (V4 / A1)

	Häufigkeit	Prozent der Nennungen	Prozent der Fälle mit Angaben
Einzeltherapie angestellt	183	18 %	27 %
Gruppentherapie angestellt	77	8 %	11 %
Einzeltherapie privat	655	66 %	97 %
Gruppentherapie privat	84	8 %	12 %
Nennungen	999	100 %	147 %
Fälle mit Angaben	678		
keine Angabe	39		
Fälle	717		

Erklärung: Da manche Therapeut*inn*en Einzeltherapien und Gruppentherapien durchführen bzw. in Privatpraxis und angestellt tätig sind, ist die Zahl der Nennungen um 47 % höher als die Zahl der Fälle.

Da Psychotherapeut*inn*en zu einem erheblichen Teil auch andere Tätigkeiten als Psychotherapie ausüben, wurden sie gefragt, wie viele Stunden Psychotherapie pro Woche sie vor der COV-Krise durchgeführt hatten⁴. 5 % der Befragten gaben an, vor der COV-Krise keine Psychotherapien durchgeführt zu haben, was vermutlich mit Krankenständen, Urlauben etc. zu erklären ist. Vermutlich wurde die Formulierung „pro Woche“ ohne Präzisierung eines Zeitraumes als „in der letzten Woche“ interpretiert. Wie viele Prozent der Therapeut*inn*en wie viele Therapiestunden pro Woche angaben, kann man Tab. 6 entnehmen.

Tab. 6: Stunden Psychotherapie pro Woche (V4 / A1)

	Häufigkeit	in Prozent
keine Therapie in Referenzzeit	39	5 %
1 – 10 Stunden	163	23 %
11 – 15 Stunden	134	19 %
16 – 20 Stunden	156	22 %
21 – 25 Stunden	112	16 %
26 und mehr Stunden	113	16 %
Fälle	717	100 %

Erklärung: Die Prozentangaben sind auf ganze Prozent gerundet.

Grundsätzlich können Einzelpsychotherapie-Sitzungen in der Privatpraxis über die Krankenkasse abgerechnet werden (KK), nach Privatzahlung teilweise von der Kasse refundiert werden (KRef) oder ausschließlich privat bezahlt werden (Priv). Wie Tab. 7 zu entnehmen ist, kommen bei den meisten

⁴ Frage: „Wie viele Psychotherapiesitzungen durchschnittlich pro Woche haben Sie vor Beginn der COVID-19 Krise durchgeführt?“

Psychotherapeut*inn*en mehrere Abrechnungsvarianten vor. Dargestellt werden in diesem Zusammenhang alle Psychotherapeut*inn*en, die zur entsprechenden Frage Angaben gemacht haben und die Einzeltherapien in einer Privatpraxis durchführen.

Sieht man von jenen 62 Psychotherapeut*inn*en (9 % der Befragten) ab, die entweder keine Angaben über den bei ihnen üblichen Bezahlmodus machten oder keine Einzelpsychotherapie in der Privatpraxis durchführen, ergibt sich, dass 30 % der Psychotherapeut*inn*en alle drei Abrechnungsvarianten nützen. Bei 26 % kommt sowohl Privatzahlung als auch von der Kasse teilweise refundiert vor, bei 20 % sowohl Kassenabrechnung als auch Privatzahlung mit teilweiser Kassenrefundierung. Alle anderen Kombinationen kommen deutlich seltener vor.

Tab. 7: Abrechnungsarten für Einzelpsychotherapie-Sitzungen in Privatpraxis (V28 / A1)

	Häufigkeit	Häufigkeit in Prozent	gültige Prozente
Privat	63	9 %	10 %
KRef	44	6 %	7 %
KRef & Privat	183	26 %	28 %
KK	21	3 %	3 %
KK & Privat	21	3 %	3 %
KK & KRef	128	18 %	20 %
KK & KRef & Privat	195	27 %	30 %
keine Einzeltherapie in Privatpraxis bzw. keine Angaben	62	9 %	—
Fälle	717	100 %	100 %

Erklärung: Die Prozentangaben sind auf ganze Prozent gerundet.

3. Einstellung zur Telefon-und Videotelefon-Therapie

Die Therapeut*inn*en wurden gefragt, wie sie vor der COV-Krise zur Möglichkeit standen, E-Psychotherapien durchzuführen⁵, wie sie Ende Juni 2020 zu dieser Option standen, wie sie generell⁶ bzw. in bestimmten Situationen⁷ dazu stehen, wobei sie Beurteilungen von sehr positiv bis sehr negativ (analog zu Schulnoten) abgeben konnten. Um einen guten Einblick zu geben, werden in Tab. 8 sowohl die Detailergebnisse dargestellt als auch Ergebnisse unter Zusammenfassung jeweils der beiden positiven und der beiden negativen Kategorien.

Tab. 8: Urteil über E-Psychotherapie (V01-V03 / A1)

	vor COV	seit COV generell	seit COV in bestimmten Situationen
sehr positiv (1)	16 %	34 %	64 %
eher positiv (2)	16 %	32 %	25 %
neutral (3)	27 %	11 %	8 %
eher negativ (4)	37 %	18 %	3 %
sehr negativ (5)	5 %	5 %	< 1 %
positiv (1, 2)	32 %	66 %	88 %
neutral (3)	27 %	11 %	8 %
negativ (4, 5)	41 %	23 %	4 %
Mittelwerte	3,0	2,3	1,5
gültige Fälle	709	717	717
fehlende Angaben	8	0	0
Fälle	717	717	717

Erklärung: Die Prozentangaben sind auf ganze Prozent gerundet und diese sind auf die gültigen Fälle bezogen (gültige Prozent). Die Mittelwerte sind analog zu Schulnoten von 1 bis 5 interpretierbar.

Die Werte in Tab. 8 zeigen, dass 41 % der Psychotherapeut*inn*en angeben, vor der COV-Krise eher negativ bzw. sehr negativ zur Möglichkeit von E-Psychotherapien gestanden zu sein, und dass nur 31 % diese Option eher positiv bzw. sehr positiv sahen. Nach den Erfahrungen mit E-Psychotherapien im Zuge der COV-Krise halbierte sich der Anteil der Negativurteile annähernd auf 23 % und der Anteil der Positivurteile verdoppelte sich auf 66 %. Schränkt man die Option „E-Psychotherapien durchführen“ auf bestimmte vorübergehende Situationen ein, so gibt es nur mehr ganz wenige, die diese Option eher negativ oder sehr negativ beurteilen (4 %). 88 % beurteilen diese Option eher positiv oder sehr

⁵ Frage: „Wie standen Sie zur Möglichkeit, E-Psychotherapien (telefonisch bzw. via Videotelefonie) durchführen zu können?“

⁶ Aussage: „Aktuell beurteile ich die Möglichkeit von E-Psychotherapie ganz generell (also nicht nur temporär und in Sondersituationen) folgendermaßen.“

⁷ Aussage: „Aktuell beurteile ich die Möglichkeit von E-Psychotherapie unter bestimmten vorübergehenden Bedingungen (vorübergehende Abwesenheit, Urlaub, Krankenstand, Auslandsaufenthalt, Beschränkungen persönlichen Kontakts, usw.) folgendermaßen.“

positiv. Betrachtet man die Mittelwerte, die analog zu Schulnoten interpretierbar sind, so verändert sich das durchschnittliche Urteil von 3,0 vor der COV-Krise auf 2,3 nach den COV-Erfahrungen und auf 1,5, wenn E-Psychotherapie auf bestimmte vorübergehende Situationen einschränkt wird.

In der Folge wurde auch analysiert, ob sich bezüglich des Urteils über E-Psychotherapie Unterschiede ergeben zwischen jüngeren und älteren Psychotherapeut*inn*en, zwischen Männern und Frauen, zwischen Psychotherapeut*inn*en, die mehr, und solchen, die weniger Sitzungen pro Woche absolvieren oder zwischen Psychotherapeut*inn*en, die über die Krankenkasse abrechnen, und solchen, die nicht über die Krankenkasse abrechnen.

Dabei zeigte sich, dass das Alter hier keine relevante Rolle spielt, dass die anderen drei Faktoren allerdings relevant sind. Psychotherapeutinnen beurteilen seit der COV-Krise E-Psychotherapie sowohl generell als auch in bestimmten Situationen deutlich positiver als männliche Kollegen (Tab. 9).

Psychotherapeut*inn*en, die mehr als 26 Sitzungen pro Woche absolvieren, beurteilen die E-Psychotherapie-Option etwas besser als Kolleg*inn*en mit weniger Sitzungen. Auch Therapeut*inn*en, die einen höheren Anteil mit der Krankenkasse abrechnen, beurteilen E-Psychotherapie seit der COV-Krise besser als Kolleg*inn*en, die weniger oder gar nicht mit der Kasse abrechnen (Tab. 9).

Ausgewählte Zitate der Studienteilnehmer*innen, die den Einstellungswandel dokumentieren:

TN: „Ich war vor der Krise der Meinung, dass E-Psychotherapie nie den Erfolg bringen kann wie Psychotherapie in der Praxis. Gerade wenn man sich schon kennt, ist dies eine sehr gute Alternative zur Psychotherapie in der Praxis. E-Psychotherapie kann eine Psychotherapie in der Praxis nicht ersetzen, aber ist eine sinnvolle Alternative, wenn das Aufsuchen der Praxis nicht möglich ist. Sie sollte nicht ganz generell und gleichwertig angeboten werden, aber eben in begründeten Ausnahmefällen.“

TN: „War der Meinung, dass die Beziehung durch die Technik massiv gestört wird und daher keine qualitativ hochwertige Therapiearbeit möglich ist. Die Erfahrung hat gezeigt, dass das Arbeiten ohne größere Beeinträchtigung stattfinden kann. Einzig bezüglich Ausfall der Technik sind Vorkehrungen zu treffen, um einen sicheren Raum für den Klienten zu schaffen. Meiner Meinung nach können dieselben Ergebnisse wie im persönlichen Gespräch erzielt werden.“

TN: „Ich bin der E-Psychotherapie skeptisch gegenübergestanden und habe die Zeit genutzt, mir ein differenziertes Bild zu machen. Meine Bedenken waren, inwieweit es möglich ist, das technische Hilfsmedium in den Hintergrund rücken zu lassen und in ein gehaltvolles therapeutisches Gespräch zu kommen. Des Weiteren war ich mir unsicher, inwieweit der Wegfall der körperlichen Anwesenheit (Körpersprache, Atmosphäre) die Qualität des Kontaktes maßgeblich beeinflusst. Nach dreimonatiger ausschließlicher E-Psychotherapien-Durchführung haben sich meine ursprünglichen Bedenken relativiert. Meines Erachtens ist es hervorragend möglich, E-Psychotherapien ohne Qualitätseinbußen durchzuführen. Wichtig ist mir jedoch zu betonen, dass eine ausschließliche Durchführung von E-Psychotherapien für mich nicht in Frage kommt. Wie weiter oben schon festgehalten, wäre für mich 2/3 face-to-face zu maximal 1/3 E-Psychotherapie pro Klient sinnvoll.“

Tab. 9: Urteil über E-Psychotherapie nach Untergruppen (V01-V03 / A1)

	vor COV	seit COV generell	seit COV in bestimmten Situationen
Mittelwert Frauen	3,0	2,2	1,5
Mittelwert Männer	3,0	2,6	1,7
bis 5 Sitzungen/Woche	2,8	2,3	1,6
bis 15 Sitzungen/Woche	3,0	2,3	1,6
bis 25 Sitzungen/Woche	3,1	2,3	1,5
26+ Sitzungen/Woche	2,8	2,0	1,4
keine Kassenabrechnung	2,9	2,4	1,6
maximal 50 % Kassenabrechnung	3,1	2,2	1,5
mehr als 50 % Kassenabrechnung	3,0	2,1	1,4
gültige Fälle	709	717	717
fehlende Angaben	8	0	0
Fälle	717	717	717

Erklärung: Die Berechnungen basieren auf den gültigen Fällen. Die Mittelwerte sind analog zu Schulnoten von 1 bis 5 interpretierbar.

4. *Einstellung zur Telefon- und Videotelefon- Therapie als Krankenkassen-abrechenbare Leistung*

Nachdem die Psychotherapeut*inn*en am Anfang der Befragung über ihre Einstellung zur E-Psychotherapie vor der COV-Krise und nach dem ersten Lockdown befragt worden waren, wurden sie abschließend noch einmal explizit danach gefragt, ob sie dafür seien, dass Telefon- und Videotelefon-Therapieleistungen als mit der Krankenkasse generell abrechenbare Leistungen definiert werden sollten (Tab. 10). 71 % stimmten der Aussage zu, dass E-Psychotherapie eine generell abrechenbare Leistung der Krankenkassen sein sollte, völlig oder eher zu, nur 21 % stimmten eher oder absolut dagegen.

Tab. 10: E-Psychotherapie als generell Krankenkassen-abrechenbare Leistung (V22 / A0)

	Häufigkeit	Häufigkeit in Prozent	gültige Prozent
stimme völlig zu	373	52 %	52 %
stimme eher zu	136	19 %	19 %
neutral	50	7 %	7 %
stimme eher nicht zu	81	11 %	11 %
stimme absolut nicht zu	74	10 %	10 %
fehlende Angaben	3	<1 %	—
Fälle	717	100 %	100 %
Mittelwert	2,1		

Erklärung: Die Prozentangaben sind auf ganze Prozent gerundet. Die Mittelwerte sind analog zu Schulnoten von 1 bis 5 interpretierbar.

Wenn sich die Forderung nach Kassenfinanzierung explizit auf Ausnahmesituationen bezieht, stimmen 94 % eher oder völlig zu, nur 4 % sprechen sich eher oder absolut dagegen aus (Tab. 11). Betrachtet man die Mittelwerte, die analog zu Schulnoten interpretierbar sind, ergibt sich für die Forderung nach Kassenfinanzierung von E-Therapie ein Wert von 2,1 (Tab. 10) und für die Forderung nach Kassenfinanzierung in Ausnahmesituationen ein Wert von 1,3 (Tab. 11).

Tab. 11: E-Psychotherapie als mit Krankenkassen in Ausnahmefällen abrechenbare Leistung (V23 / A0)

	Häufigkeit	Häufigkeit in Prozent
stimme völlig zu	584	81 %
stimme eher zu	93	13 %
neutral	16	2 %
stimme eher nicht zu	20	3 %
stimme absolut nicht zu	4	1 %
Fälle	717	100 %
Mittelwert	1,3	

Erklärung: Die Prozentangaben sind auf ganze Prozent gerundet. Die Mittelwerte sind analog zu Schulnoten von 1 bis 5 interpretierbar.

5. Einzelpsychotherapie während der COV-Zeit

Die Psychotherapeut*inn*en wurden gefragt, wie sich die Situation für sie in der Anfangsphase (März 2020), der Hauptphase (April 2020) und der Lockerungsphase (Mai 2020 bis Anfang Juni) darstellte, wobei die Frage in Bezug auf Einzeltherapien und in Bezug auf Gruppentherapien getrennt gestellt wurde. Jenen Therapeut*inn*en, die sowohl Einzel- als auch Gruppentherapien durchführen, wurde die Frage bezüglich beider Therapieformen gestellt. Es ging darum, welcher Anteil der Sitzungen COV-bedingt ausgefallen ist, welcher Anteil face-to-face, welcher Anteil telefonisch und welcher Anteil videotelefonisch durchgeführt wurde. Die Darstellung der Ergebnisse erfolgt dabei auf zwei Arten. In Tab. 12 wird ausgewiesen, wie hoch der Anteil der Psychotherapeut*inn*en ist, bei denen eine bestimmte Option in den drei Phasen gar nicht vorgekommen ist, und in Tab. 13 wird ausgewiesen, welchen Stellenwert die einzelnen Optionen für die Therapeut*inn*en quantitativ hatten.

Wie man Tab. 12 entnehmen kann, kam es in der Anfangsphase nur bei 8 % der Therapeut*inn*en zu keinen COV-bedingten Einzeltherapieausfällen. 62 % führten in dieser Zeit keine Face-to-face-Sitzungen durch, 21 % machten keine Telefonsitzungen, 36 % keine Videotelefon-Sitzungen. Fasst man telefonische und videotelefonische Sitzungen zum Überbegriff E-Therapiesitzungen zusammen, so ergibt sich, dass nur 11 % der Therapeut*inn*en in dieser Phase keine E-Therapien mit einzelnen Patient*inn*en durchführten. Der Anteil der Therapeut*inn*en ohne COV-bedingte Therapieausfälle nahm bis zur Lockerungsphase kontinuierlich auf 38 % zu, der Anteil der Therapeut*inn*en, die keine Face-to-face-Sitzungen machten, nahm auf 12 % ab, und der Anteil jener, die keine E-Therapiesitzungen anboten, stieg auf 15 %. D.h. auch in der Lockerungsphase verzichteten 85 % der Therapeut*inn*en nicht kategorisch darauf, telefonische Sitzungen und oder videotelefonische Sitzungen abzuhalten.

Tab. 12: Was in Einzeltherapiesituation vorkam (V05-V07 / A2)

zumindest teilweise gab es ...	Anfangsphase = März 2020	Hauptphase = April 2020	Lockerungsphase = seit Mai 2020
keine COV-bedingten Ausfälle	8 %	14 %	38 %
keine Face-to-face-Sitzungen	62 %	61 %	12 %
keine Telefonsitzungen	21 %	15 %	34 %
keine Videotelefonie-Sitzungen	36 %	29 %	43 %
keine E-Therapiesitzungen (Telefon und/oder Videotelefonie)	11 %	3 %	15 %
Fälle (Psychotherapeut*inn*en mit Einzeltherapie)	677	677	677

Erklärung: Die Prozentangaben sind auf ganze Prozent gerundet.

Der quantitative Stellenwert der einzelnen Behandlungsoptionen in den drei Phasen wird in Tab. 13 dargestellt. Dieser Tabelle kann man entnehmen, dass in der Anfangsphase durchschnittlich 43 % der Therapiesitzungen COV-bedingt ausgefallen sind und dass sich dieser Anteil bis zur Lockerungsphase auf 13 % verringerte. Berücksichtigt man nur die absolvierten Sitzungen, so zeigt sich, dass in der

Anfangsphase und in der Hauptphase durchschnittlich nur mehr 20 % bzw. 19 % der Einzeltherapiesitzungen face-to-face durchgeführt wurden, dass 44 % bzw. 42 % telefonisch und 36 % bzw. 39 % videotelefonisch durchgeführt wurden. In der Lockerungsphase wurden dann wieder 64 % der Einzeltherapiesitzungen face-to-face und jeweils 18 % telefonisch bzw. videotelefonisch durchgeführt.

Tab. 13: Durchschnittlicher Anteil diverser Einzeltherapiesituationen (A2)

	Anfangsphase = März	Hauptphase = April	Lockerungsphase = seit Mai
Ausfälle	43 %	31 %	13 %
absolvierte Sitzungen	57 %	69 %	87 %
gültige Fälle	677	677	677
Face-to-Face	20 %	19 %	64 %
telefonisch	44 %	42 %	18 %
videotelefonisch	36 %	39 %	18 %
absolvierte Sitzungen	100 %	100 %	100 %

Erklärung: Die Prozentangaben sind auf ganze Prozent gerundet.

Da ältere Psychotherapeut*inn*en zur COV-Risikogruppe gehören, würde man erwarten, dass diese in der Anfangsphase mehr Sitzungen abgesagt und Face-to-face-Sitzungen eher vermieden hätten als jüngere. Wie man Tab. 14 entnehmen kann, kam es entgegen dieser Erwartung in allen Phasen bei älteren Psychotherapeut*inn*en (56+ Jahre) zu weniger Therapieausfällen als bei jüngeren (bis 45 Jahre). Ältere Therapeut*inn*en führten in der Anfangs- und Hauptphase nicht weniger Face-to-face-Therapien durch als jüngere Person, nur in der Lockerungsphase ergeben sich Unterschiede. In der Lockerungsphase fanden bei den ab 56-Jährigen durchschnittlich 62 % der Sitzungen face-to-face statt, bei den jüngeren Altersgruppen hingegen 65 % bzw. 66 %. Erwartungsgemäß führten in allen 3 Phasen jüngere Psychotherapeut*inn*en eher Videotelefonie-Sitzungen durch, während ältere vermehrt telefonische Sitzungen absolvierten.

Tab. 14: Durchschnittlicher Anteil diverser Einzeltherapiesituation und Alter (V05-V07 / A2)

		Ausfälle	gehaltene Stunden	davon			Absolvierte Sitzungen
				face-to-face	Telefon	Video-telefonie	
Anfangsphase = März	bis 45 Jahre	44 %	56 %	20 %	37 %	44 %	100 %
	46 – 55 Jahre	45 %	55 %	20 %	46 %	33 %	100 %
	56+ Jahre	40 %	60 %	21 %	47 %	32 %	100 %
Hauptphase = April	bis 45 Jahre	32 %	68 %	18 %	37 %	46 %	100 %
	46 – 55 Jahre	32 %	68 %	19 %	43 %	37 %	100 %
	56+ Jahre	29 %	71 %	20 %	46 %	35 %	100 %
Lockerungsphase = seit Mai	bis 45 Jahre	15 %	85 %	64 %	16 %	20 %	100 %
	46 – 55 Jahre	12 %	88 %	65 %	17 %	17 %	100 %
	56+ Jahre	13 %	87 %	62 %	22 %	16 %	100 %
Fälle (Psychotherapeut*inn*en mit Einzeltherapie) = 677							

Erklärung: Die Prozentangaben sind auf ganze Prozent gerundet.

Betrachtet man Unterschiede bezüglich der COV-bedingten Therapieausfälle zwischen Therapeuten und Therapeutinnen, so ergeben sich in allen drei Phasen keine relevanten Unterschiede. Es gibt allerdings einen geschlechtsspezifischen Unterschied dahingehend, dass Therapeutinnen häufiger Telefonsitzungen durchführten und Therapeuten häufiger Face-to-face-Sitzungen und Videotelefonie-Sitzungen (Tab. 15).

Tab. 15: Durchschnittlicher Anteil diverser Einzeltherapie-Situation und Geschlecht (V05-V07 / A2)

		Ausfälle	gehaltene Stunden	davon			absolvierte Sitzungen
				face-to-face	Telefon	Videotelefonie	
Anfangsphase = März	weiblich	43 %	57 %	19 %	46 %	34 %	100 %
	männlich	42 %	58 %	24 %	35 %	41 %	100 %
Hauptphase = April	weiblich	31 %	69 %	17 %	45 %	38 %	100 %
	männlich	32 %	68 %	25 %	33 %	42 %	100 %
Lockerungsphase = seit Mai	weiblich	13 %	87 %	63 %	20 %	17 %	100 %
	männlich	15 %	85 %	68 %	13 %	19 %	100 %
Fälle (Psychotherapeut*inn*en-mit Einzeltherapie) = 677							

Erklärung: Die Prozentangaben sind auf ganze Prozent gerundet.

6. Gruppenpsychotherapie während der COV-Zeit

Gruppentherapiesitzungen fielen in der COV-Krise besonders häufig aus. Bei den 148 Therapeut*inn*en, die Gruppenpsychotherapie anbieten, fielen in der Anfangs- und Hauptphase 72 % bzw. 74 % der Sitzungen aus, in der Lockerungsphase immerhin noch 62 %. Von den Sitzungen, die stattfanden, waren in der Anfangsphase 37 %, in der Hauptphase 16 % und in der Lockerungsphase 58 % Face-to-face-Termine. Die restlichen Sitzungen fanden telefonisch oder videotelefonisch statt. In diesem Zusammenhang ist zu bedenken, dass Paartherapien, die telefonisch noch vergleichsweise leicht durchführbar sind, als Gruppentherapien kodiert wurden, und sich die prozentuelle Aufteilung nur auf jene wenigen Sitzungen bezieht, die stattgefunden haben. Wenn in der Anfangsphase durchschnittlich nur 28 % der Gruppentherapiesitzungen tatsächlich stattfanden, entspricht ein Anteil von 25 % Telefonsitzungen einem Anteil von 7% der ursprünglich geplanten Gruppentherapiesitzungen (Tab. 14).

Ausgewählte Zitate der Studienteilnehmer*innen, die Erfahrungen bzw. Probleme mit der E-Gruppenpsychotherapie dokumentieren:

TN: „Ich leite nur eine Gruppe, mit der ich mich seit April online treffe. Das sind alles Frauen über 65 und es ging super.“

TN: „Ich war sehr beruhigt, dass TheraPsy⁸ angeboten wurde. Als österreichisches Start-up erschien mir das am vertrauenswürdigsten. Nur hin und wieder war die Verbindung zu schlecht. Da musste ich Skype. Mit Webex⁹ habe ich eine Gruppe geleitet, da waren zu viele Teilnehmer für TheraPsy.“

TN: „Ich hatte eine kostenlose Skype¹⁰-Gruppe angeboten, um die Patientinnen und Patienten im Prozess zu halten und Vereinsamung vorzubeugen. Wurde gerne angenommen und war hilfreich.“

TN: „Gruppentherapie via Video habe ich bewusst nicht angeboten – und face-to-face war mir zu riskant.“

TN: „Eine Patientin wollte nicht per Skype Gruppentherapie machen, die hat pausiert.“

TN: „Gruppenteilnehmer sind Senioren, die nicht über die Möglichkeit der Videokonferenzen verfügen.“

TN: „Die Gruppentherapie über Video war für manche sehr anstrengend. Vor allem für Patientinnen und Patienten, die keinen PC und kein Tablett haben und mit ihrem Handy teilnahmen/-nehmen. Daher haben wir die 3-stündigen Sitzungen auf 1½-stündige reduziert. Darüber hinaus musste ich erst die technischen Möglichkeiten von Zoom¹¹ in der Gruppentherapie ausschöpfen lernen. Dieser Prozess war schwieriger und dauerte länger als für die Einzeltherapie. Die Entdeckung des Break-out-Rooms und des Whiteboards und ein Austausch mit Kolleginnen und

⁸ TheraPsy ist eine Videotelefonie-Lösungen speziell für Psychotherapeut*inn*en (vgl. Tab. 19).

⁹ Webex ist ein Videotelefonie-Programm (vgl. Tab. 19).

¹⁰ Skype ist ein Videotelefonie-Programm (vgl. Tab. 19).

¹¹ Zoom ist ein Videotelefonie-Programm (vgl. Tab. 19).

Kollegen, wie das Psychodrama in der Online-Gruppe gut anwendbar sein kann, machten die Sitzungen erfolgreicher.“

TN: „Da es technisch immer wieder Probleme gab, waren die Mitglieder mit den GT-Sitzungen nicht so zufrieden und wir haben ein 14-tägiges (statt wöchentliches) Setting vereinbart. Einige Gruppen-Teilnehmerinnen und -Teilnehmer hatten auch keinen eigenen Raum, in dem sie sich in Ruhe und sicher gefühlt haben.“

TN: „Es gab 2 Sitzungen online. Die Teilnehmeranzahl, die davor 13 war, schrumpfte durch diese Änderung auf 4 und später 2 Personen, weshalb die Gruppentherapie abgesagt wurde.“

TN: „Ich testete ziemlich häufig mit mehreren Freunden und Familienmitgliedern, bis ich die richtige Lösung gefunden hatte. Im Mai dann 100 % Videotelefonie für Gruppen.“

TN: „Die Gruppeneinheiten haben im Freien stattgefunden.“

TN: „Für manche Klienten war es eine große Umstellung und es war nicht so einfach, sie anfangs in der Gruppe einzubringen. Für andere Klienten war es ganz selbstverständlich. Im Endeffekt haben alle die Möglichkeiten durch Videotelefonie begrüßt, auch wenn die In-Persona-Interaktion wichtig bleibt.“

TN: „Kein Problem, natürlich eine Umstellung. Aber es ist erstaunlich gut gegangen – Psychodrama. Wir konnten sogar online „spielen“.“

TN: „Technische Probleme, Internetqualität schlecht, überlastet, Akustik schlecht. Am Ende auch versucht, Teil der Gruppe in Präsenz zu halten und Teil per Videotelefonie = sehr anstrengend als Gruppenleiterin, das zu moderieren und technisch durchzuführen – stört sehr den Ablauf, ändert den Verlauf der Psychotherapie, ist anstrengend und unangenehm. Habe das nicht als Fortschritt empfunden.“

TN: „Einige Jugendliche wurden in einer Online-Gruppe zusammengeführt, die weiterhin läuft (versuchsweise), da ihre Mobilität sehr eingeschränkt ist und durch den Ausfall der Schulen kaum soziale Kontakte möglich waren – die Gruppe war ein Angebot, diese sozialen Kontakte etwas auszugleichen und gleichzeitig auch soziale Kompetenzen zu schulen.“

TN: „Ich habe verschiedene Videotelefonie-Verfahren ausprobiert. Bei meiner Internetverbindung war Zoom das stabilste und für mich auch das bedingungsfreundlichste Programm. Darüber hinaus bietet Zoom Features (z. B. Breakout Room), die für die Gruppentherapie sehr hilfreich waren.“

TN: „Leider hat ZOOM trotz vieler verschiedener Angebote verbindungstechnisch am besten funktioniert und wurde von allen Mitgliedern aus diesem Grund bevorzugt (trotz Datenschutz-Unsicherheit).“

TN: „Für Gruppentherapie in meiner Fachrichtung (Personenzentrierte Psychotherapie) finde ich das Medium ungeeignet – Persönlichkeitsentwicklung durch Begegnung kann schwer stattfinden.“

TN: „Ich werde erst im Herbst mit Gruppen weitertun – falls die Lage „ansteckungstechnisch“ so bleibt, wie sie nun ist.“

TN: „Vorteile: In der Gruppentherapie wurden vor allem Körperwahrnehmungsübungen und geführte Imaginationsübungen als angenehmer im eigenen Umfeld erlebt. Auch die Intimität des Breakout Rooms fand guten Anklang. Nachteile: Sämtliche gruppenspezifische Phänomene, aber auch interaktionelle, können gar nicht entstehen (z. B. in der Gruppe schaut jeder jeden an, somit ist gar nicht möglich, Beziehungen zueinander aufzubauen oder zu sehen), die aber für viele Störungen essenziell sind, wenn Therapie nicht mit Training verwechselt wird.“

TN: „Bei schon angedockten Klientinnen war die Psychotherapie via Video gut möglich, man konnte auch gut den Körper mit einbeziehen und nachfragen, wo sie was gerade wahrnehmen, man konnte auch an der Mimik gut ablesen, was gerade vor sich geht und sich darüber austauschen. Bei einer Familie war auch der Vater dabei, auch das war sehr wichtig, in die Praxis kam er bisher noch nicht mit. Es war für ihn und für mich wichtig, uns zu sehen und uns auszutauschen. Auch mit einer neuen Familie begann ich über Video zu arbeiten – es ging um eine massive Schreithematik nach einer schwierigen Geburt – auch da war es gut möglich, mit der Familie in Kontakt zu gehen, sie waren einfach nur froh um Unterstützung, das war sicher ein Bonus. Es war auch gut, das Kind zu erleben und die Babyzeichen zu erkennen, auch wenn das in der Praxis sehr viel einfacher ist. Ich war überrascht, wie gut man sich auch über Video so nahekommen kann, dass therapeutisches Arbeiten gut möglich ist. Diese Familie kam nachher in die Praxis, da bestätigte es sich, dass der Kontaktaufbau über Video sehr gut möglich war.“

Tab. 16: Durchschnittlicher Anteil diverser Gruppentherapiesituationen (V13–V15 / A3)

	Anfangsphase = März 2020	Hauptphase = April 2020	Lockerungsphase = seit Mai 2020
Ausfälle	72 %	74 %	62 %
absolvierte Sitzungen	28 %	26 %	38 %
gültige Fälle	150	150	150
face-to-face	37 %	25 %	38 %
telefonisch	16 %	24 %	60 %
videotelefonisch	58 %	8 %	34 %
absolvierte Sitzungen	100 %	100 %	100 %

Erklärung: Die Prozentangaben sind auf ganze Prozent gerundet.

7. Urteil über unterschiedliche Zugänge in der COV-Zeit

Die Psychotherapeut*inn*en wurden befragt, wieweit sie in unterschiedlichen Zugängen während der COV-Krise ein Problem sahen, wobei pro Option zwischen „kein Problem“ und „großes Problem“ anzukreuzen war¹². Fragen in Bezug auf Einzeltherapiesettings wurden nur jenen Therapeut*inn*en gestellt, die während der COV-Krise die jeweilige Option auch durchgeführt und daher konkrete Erfahrungen damit gemacht hatten.

Erwartungsgemäß wurden videotelefonische und telefonische Einzeltherapien nur von einem geringen Teil der Befragten (5 % bzw. 4 %) als stärker problematisch erlebt (Ausprägung 4 oder 5). Dass Face-to-face-Therapien sowohl im Einzelsetting (49 %) als auch im Gruppensetting (71 %) als stark problematisch erlebt wurden, ist angesichts der Ansteckungsgefahr nicht verwunderlich. Interessant dabei ist, dass auch videotelefonische Gruppentherapien nur von einem geringen Teil der Befragten (19 %), die diese Variante angewandt hatten, als stärker problematisch qualifiziert wurden. Teilweise erklärt sich das daraus, dass diese Option nur von jenen Therapeut*inn*en gewählt wurde, die sich diese Variante vorstellen konnten, und dass im vorliegenden Fragebogen auch Paartherapien unter Gruppentherapien subsumiert wurden. Um die Befragungszeit in Grenzen zu halten, wurden nur die beiden Optionen Einzeltherapie und Gruppentherapie zur Auswahl angeboten.

Recht anschaulich zeigen sich die Unterschiede auch in den Durchschnittsurteilen (Mittelwerten), die analog zu einer 5-stufigen Schulnotenskala interpretiert werden können.

Tab. 17: Urteil über E-Psychotherapie (V10-V12, V18, V19 / A4)

	videotelefonische Einzeltherapie	telefonische Einzeltherapie	Face-to-face Einzeltherapie	Videotelefonische Gruppentherapie	Face-to-face-Gruppentherapie
kein Problem (1)	58 %	59 %	21 %	44 %	11 %
(2)	26 %	25 %	19 %	27 %	11 %
(3)	11 %	12 %	10 %	10 %	4 %
(4)	3 %	3 %	12 %	6 %	7 %
großes Problem (5)	2 %	1 %	37 %	13 %	66 %
Mittelwerte	1,6	1,6	3,2	2,2	4,0
Fälle	497	601	607	52	70

Erklärung: Die Prozentangaben sind auf ganze Prozent gerundet. Die Mittelwerte sind analog zu Schulnoten von 1 bis 5 interpretierbar.

¹²Während der Covid-19-Krise (beurteilt nach dem ersten Lockdown) waren videotelefonische Einzelpsychotherapie-Sitzungen/ telefonische Einzelpsychotherapie Sitzungen / Face-to-face Einzelpsychotherapie-Sitzungen / videotelefonische Gruppenpsychotherapie-Sitzungen / Face-to-face-Gruppenpsychotherapie-Sitzungen kein Problem (1) bis großes Problem (5).

Das durchschnittliche Urteil über die einzelnen Behandlungsoptionen in der COV-Krise diente nicht nur dazu, einen generellen Eindruck zu erhalten, sondern auch, um spezifische Erfahrungen der Befragten über die Situation zu sammeln. Nach jeder Kodierung wurde ein Textfeld angeboten, in das die Befragten konkrete Erfahrungen und Beurteilungen eintragen konnten.

8. Wie wurden Video-Einzeltherapiesitzungen durchgeführt?

Die Therapeut*inn*en, die videotelefonische Einzeltherapiesitzungen durchführten, verwendeten zu 88 % Computer, zu 14 % Tablets und zu 44 % Handys (Tab. 18), wobei etliche Therapeut*inn*en bei verschiedenen Patient*inn*en unterschiedliche Geräte verwendeten. Aus diesem Grund gibt es 46 % mehr Nennungen als Therapeut*inn*en, die diese Therapieoption durchgeführt hatten.

Tab. 18: Verwendetes Gerät für Video-Einzeltherapiesitzungen (Mehrfachantworten) (V8, V16 / A5)

	Häufigkeit	Prozent	Prozent der Fälle
Computer	435	60 %	88 %
Tablet	67	9 %	14 %
Handy	218	30 %	44 %
Nennungen	724	100 %	146 %
Fälle	497		

Erklärung: Da manche Therapeut*inn*en mehrere Geräte verwenden, ist die Zahl der Nennungen um 46 % höher als die Zahl der Fälle. Die Prozentangaben sind auf ganze Prozent gerundet.

Das am häufigsten verwendete Programm für Videotherapie-sitzungen war Skype, das von 63 % der Therapeut*inn*en verwendet wurde, gefolgt von Zoom, das von 46 % verwendet wurde, gefolgt von WhatsApp (Tab. 19). Am Umstand, dass es mehr als doppelt so viele Nennungen gibt wie Therapeut*inn*en, kann man ablesen, dass sich die Therapeut*inn*en bei der Wahl des Computerprogramms an den Möglichkeiten und der Bereitschaft der Klientel orientierten bzw. orientieren mussten.

Tab. 19: Verwendetes Computerprogramm für Video-Einzeltherapiesitzungen (Mehrfachantw.) (V9 / A5)

	Häufigkeit	Häufigkeit in Prozent	Prozent der Fälle
Skype	314	31 %	63 %
Zoom	228	23 %	46 %
WhatsApp	127	13 %	26 %
TheraPsy	94	9 %	19 %
FaceTime	80	8 %	16 %
Signal	66	7 %	13 %
Jitsi	35	3 %	7 %
MS-Teams	30	3 %	6 %
anderes Programm	28	3 %	6 %
	1002	100 %	202 %
Fälle	497		

Erklärung: Da zahlreiche Therapeut*inn*en mehrere Programme verwenden, ist die Zahl der Nennungen um 102 % höher als die Zahl der Fälle. Die Prozentangaben sind auf ganze Prozent gerundet.

Tab. 20: Qualität der Internetverbindung bei Video-Einzeltherapiesitzungen (V24 / A5)

	Häufigkeit	Häufigkeit in Prozent
kein Problem (1)	162	33 %
(2)	186	37 %
(3)	79	16 %
(4)	48	10 %
großes Problem (5)	22	4 %
unproblematisch (1,2)	348	70 %
dazwischen (3)	79	16 %
problematisch (4,5)	70	14 %
Mittelwerte	2,2	
Fälle	497	

Erklärung: Die Prozentangaben sind auf ganze Prozent gerundet und diese sind auf die gültigen Fälle bezogen (gültige Prozent). Die Mittelwerte sind analog zu Schulnoten von 1 bis 5 interpretierbar.

Da bekannt ist, dass die Internetverbindung an manchen Orten nicht optimal ist, wurden die Therapeut*inn*en, die Videotherapien durchgeführt hatten, auch gefragt, wie die Videositzungen funktioniert hatten¹³. Mehr als 2/3 (70 %) fanden die Verbindungsqualität bei ihren Videositzungen unproblematisch (Tab. 20). Hier ist allerdings zu bedenken, dass Therapeut*inn*en, die aus der Erfahrung wissen, dass ihre Internetanbindung eher schlecht ist, bzw. die nicht über eine entsprechende Ausstattung verfügen, diese Option kaum wählten. Das betraf in der Hauptphase der COV-Krise allerdings nur 28 % der Therapeut*inn*en, die Einzeltherapie anboten (vgl. Tab. 12).

Angesichts des Umstandes, dass jene Therapeut*inn*engeneration, die mit Computer und Internet wenig vertraut ist, zusehends in Pension geht bzw. verstirbt und da die Internetanbindung auch in aktuell noch schlecht versorgten Gebieten konsequent verbessert wird, ist allerdings davon auszugehen, dass Probleme durch unzureichende elektronische Ausstattung bzw. eine schlechte Internetanbindung in den nächsten Jahren deutlich abnehmen werden.

Ausgewählte Zitate der Studienteilnehmer*innen in Bezug auf Datenschutzbedenken bzw. die verwendeten Videotelefonie-Programme:

TN: „Man kann empfehlen, was man will wegen der Datenschutzrichtlinie. Wenn der Klient am Ende die Software nicht möchte oder mit der Software nicht zurechtkommt, oder – wie durch meinen Standort oft gegeben – die Datenqualität extrem schlecht ist, muss man pragmatisch entscheiden.“

TN: „Meine Präferenzen waren Zoom und Signal, aber ich habe auch FaceTime und WhatsApp akzeptiert, bis die Patienten auf Zoom und Signal umgestellt haben.“

¹³Frage: Bei videotelefonischen Kontakten gibt es mitunter Störungen (schlechte Tonqualität, Bildabreißen, plötzlicher Abbruch), weil das Netz und die Geräte nicht überall optimal sind. In Summe waren derartige Störungen für mich „kein Problem“ (1) bis ein „großes Problem“ (5).

TN: „Welcher der Anbieter entspricht den DSGVO-Anforderungen ???“

TN: „Um Videotelefonie bei Therapien sinnvoll durchführen zu können, bedarf es einer hervorragenden Internetverbindung. Außerdem müssten die Datenschutzrichtlinien genau hinterfragt werden. Eigentlich bedürfte es einer Videoverbindung, die 100-prozentig gesichert ist, oder einer Plattform, die nur für Gesundheitsberufe geschaffen wird (Datensicherheit à la E-Card).“

TN: „Die Nutzung von TheraPsy Connect ist für Patientinnen und Patienten ohne Registrierung oder Angabe von Namen oder persönlichen Daten möglich. Zudem handelt es sich um einen österreichischen Anbieter, der bei Problemen schnell und persönlich erreichbar ist.“

TN: „Ich habe verschiedene Videotelefonie-Verfahren ausprobiert. Bei meiner Internetverbindung war ZOOM das stabilste und für mich auch das bedingungsfreundlichste Programm. Darüber hinaus bietet Zoom Features (z. B. Break-out Room), die für die Gruppentherapie sehr hilfreich waren.“

TN: „Ich halte einen Zoom-Pro-Account und lasse meine Daten ausschließlich über europäische Server laufen, das Meeting wird zusätzlich extra ‚gesperrt‘.“

TN: „Anfangs auch Zoom, dann nur mehr Skype. Skype war für die meisten meiner Klientinnen und Klienten am einfachsten zu bedienen und die meisten kannten diese Plattform. Ich informierte über die nicht verschlüsselte Kommunikation.“

TN: „Ursprünglicher Plan war, die Sitzungen mit TheraPsy abzuhalten. Hat sich nicht als sehr verlässlich erwiesen. War für Patienten nervend. FaceTime keine Störungen.“

TN: „Ich habe versucht, Programme zu verwenden, die als sicherer gelten. Es ist nicht gelungen. Teils waren die Anforderungen an das Gerät zu hoch, teilweise sind die Patient*inn*en damit nicht zurechtgekommen.“

TN: „Skype oder Signal hatten die meisten meiner Pat. installiert, für Jitsi oder Zoom waren meine Patienten nicht so offen.“

TN: „Skype aus Datenschutzgründen nur in Verbindung mit Telefon, also Ton übers Telefon, Bild über Skype, wenn keine andere Möglichkeit bei Klientinnen und Klienten bestanden hat.“

TN: „Anfangs kurz Skype, nach Bedenken bezüglich des Datenschutzes bei Skype erfolgte rasch der Umstieg auf Zoom.“

TN: „Leider hat ZOOM trotz vieler verschiedener Angebote verbindungstechnisch am besten funktioniert und wurde von allen Mitgliedern aus diesem Grund bevorzugt (trotz Datenschutzunsicherheit).“

TN: „Ich richtete mich nach den Möglichkeiten der Klientinnen und Klienten, wobei ich Signal aus Datenschutzgründen bevorzugte. Einige Klienten luden sich Signal extra dafür herunter. Dies war aber nicht allen zumutbar.“

TN: „Ich habe allen Klientinnen und Klienten TheraPsy empfohlen, die meisten wollten jedoch die Anwendung, mit der sie bereits vertraut waren, verwenden. In den meisten Fällen war dies Skype.“

TN: „Hier kommen nur end-to-end-verschlüsselte Programme in Frage. Skype in Ausnahmefällen, weil das Gegenüber keine andere Methode installiert hatte oder installieren wollte, aber dann mit ausdrücklichem Hinweis auf die Datenverkäufer Microsoft, Google et al.“

TN: „Einmal auf Wunsch einer Klientin auf Zoom. Primär über Skype und wahl- bzw. probeweise einige Male per TheraPsy. Relative Sicherheit war mir wichtig. Wobei Zoom und Skype da nicht optimal sind. WhatsApp oder anderes aber gar nicht geht.“

TN: „Bevorzugterweise mit Zoom, dabei gefielen mir die technischen Möglichkeiten; Skype habe ich auf Wunsch einer Klientin benutzt; anderes habe ich nicht ausprobiert.“

TN: „Die Altersgruppe 12–14 Jahre war nur über WhatsApp erreichbar.“

TN: „WhatsApp nur, als Zoom beim Patienten nicht funktioniert hatte, weil er sich technisch schwertat.“

TN: „Meine Klientinnen und Klienten sind teilweise eingeschränkt mit ihren Möglichkeiten/Fähigkeiten, bestimmte Programme zu benutzen. Das hängt von ihrem Internetvertrag, von den finanziellen Möglichkeiten (Datenvolumen), vorhandener / nicht vorhandener E-Mail-Adresse (Möglichkeit zum Zuschicken von Links) ab. Daher konnte ich nicht immer die Programme verwenden, die ich bevorzugt hätte.“

TN: „Jitsi für die Gruppen. TheraPsy nur für eine Paarberatung.“

TN: „Hausaufgaben wurden mit Absprache mit den Klientinnen und Klienten per WhatsApp gesendet und dann in Sitzung weiterbearbeitet.“

TN: „Wenn ich die Therapie über WhatsApp tätigte, hatte ich das Gefühl, „etwas Verbotenes zu tun“, da es ja keine sichere Verbindung ist bzgl. Datenschutz.“

TN: „Verbindung über TheraPsy ist sicher, allerdings benötigt man dazu eine gute und stabile Internetverbindung. Dies war in ungefähr 50 % der Fälle entweder überwiegend oder immer wieder während der Sitzung ein Problem. Manchmal half – unter Einwilligung des Patienten – der Umstieg zu WhatsApp o.a. Die Patienten waren froh, wenigstens über Videotelefonie Unterstützung und ein vertrautes Gesicht zu haben. Auf Dauer und ausschließlich ist es nicht zu empfehlen. Wenn Patienten (meist Jugendliche) auf ihren Termin vergaßen (was hier immer wieder vorkommt), konnten wir die Sitzung trotzdem über Internet machen, da die Jugendlichen meist ihr Handy dabei hatten und online gehen konnten.“

TN: „Zoom hat mir alles ermöglicht, was ich an Interventionen face-to-face anwende, Mimik, Körperhaltung waren ebenfalls perfekt zu erkennen. Nur 20 % der Klienten habe es in Anspruch genommen, doch diese waren sehr angenehm überrascht, wie gut es funktioniert. Manche Klienten hätten auch nach der Lockerung gerne weitergemacht. Es ist kein Ersatz für eine Face-to-face-Sitzung, aber eine gute Alternative, wenn notwendig.“

TN: „Für mich ist noch ein wesentlicher Faktor die Datensicherheit, da ich dafür als Therapeut meinen Klienten gegenüber nicht mit letzter Sicherheit garantieren kann – z. B. im Verhältnis zu ausschließlich handschriftlicher Dokumentation – weil ich selbst nur IT-Nutzer bin und nur eine eingeschränkte Kontrolle über die Sicherheit der Applikationen habe, meinen KlientInnen gegenüber jedoch dafür verantwortlich bin.“

9. Zusammenfassung und Interpretation der Ergebnisse

Die über Internet durchgeführte Befragung von Psychotherapeut*inn*en, wie sie ihre Arbeit in der COV-Krise durchgeführt haben, zeigt deutlich, dass sowohl die telefonische als auch die videotelefonische Psychotherapie als sinnvolle Optionen beurteilt werden. Bevor diese Optionen gesetzlich ermöglicht wurden, hatten nur 31 % der befragten Psychotherapeut*inn*en eine positive Einstellung zu diesen beiden Varianten der E-Psychotherapie. Nachdem infolge der COV-Krise Face-to-face-Psychotherapien nur mehr schwer durchführbar waren, stellten 4/5 der Therapeut*inn*en zumindest teilweise auf telefonische oder videotelefonische Psychotherapie um. Nachdem nun bei der überwiegenden Mehrheit der Therapeut*inn*en konkrete Erfahrungen mit E-Psychotherapie vorliegen, hat sich die Sichtweise stark geändert. Inzwischen haben 2/3 der befragten Psychotherapeut*inn*en eine positive Einstellung zu dieser Therapieform, 89 % sehen in der E-Psychotherapie für zeitlich begrenzte Sondersituationen eine positive Option. Im Zuge der Beantwortung des Fragebogens und mit einer etwas anderen Formulierung der Forschungsfrage, nämlich ob E-Therapieleistungen mit den Kassen abrechenbar sein sollten, wurde die Tendenz sogar noch deutlicher. 71 % stimmten der Aussage zu, dass E-Psychotherapie eine generell abrechenbare Krankenkassenleistung sein sollte, und nur 21 % stimmten dagegen. Wurde diese Forderung explizit auf Ausnahmesituationen bezogen, stimmten 94 % zu und nur 4 % sprachen sich dagegen aus.

Deutlich schwieriger als für Einzelpsychotherapie-Sitzungen ist die Situation für Gruppentherapien. Hier gab es deutlich mehr Therapieausfälle. Bei Gruppentherapien ist die Ansteckungsgefahr erhöht, weswegen Face-to-face-Sitzungen während einer Pandemie nur schwer zu rechtfertigen sind. Während bei Einzelpsychotherapie-Sitzungen der Videokontakt relativ einfach ist, ist das bei Gruppenpsychotherapie-Sitzungen sehr schwer, weil immer nur eine Person sprechen und im expliziten Wahrnehmungsfokus des Therapeuten bzw. der Therapeutin und der anderen Gruppenmitglieder sein kann und so jegliche Dynamik behindert, nahezu unbeobachtbar und daher für die Gruppendynamik unthematisierbar wird. Trotz dieses Problems war es einigen Psychotherapeut*inn*en möglich, Videositzungen durchzuführen. Vermutlich handelt es sich dabei überwiegend um Paartherapien oder Familientherapien, aber darüber können wir nur spekulieren, da das nicht abgefragt wurde. Da im Fragebogen als Option nur „Einzeltherapie“ und „Gruppentherapie“ angeboten wurde, ist davon auszugehen, dass Familientherapien und Paartherapien unter die Kategorie „Gruppentherapie“ subsumiert wurden. Bei Paartherapien und Familientherapien, wo die Beteiligten einander gut kennen und im selben Raum sitzen, ist auch telefonische Therapie zumindest grundsätzlich möglich; wenn sich Personen in Gruppentherapien anfänglich kaum kennen, ist das erheblich schwieriger.

Obwohl bekannt ist, dass es immer wieder Schwierigkeiten mit Internetverbindungen geben kann, weil das Internet an manchen Orten noch nicht optimal ausgebaut ist, erlebten nur 14 % der Therapeut*inn*en, die diese Option gewählt hatten, die Verlässlichkeit der Internetverbindung als problematisch. Hier kann man davon ausgehen, dass mit dem fortschreitenden Ausbau der Internetnetze gravierende Verbindungsprobleme abnehmen – diese Art der Probleme also noch deutlich seltener werden wird.

Grundsätzlich hätte man annehmen können, dass ältere Psychotherapeut*inn*en, die ja in Bezug auf COV besonders bedroht sind, in besonders hohem Ausmaß Therapiesitzungen ausfallen lassen und Face-to-face-Sitzungen meiden. Dem war aber keinesfalls so. Die Unterschiede sind zwar nicht sehr groß, aber tendenziell hatten ältere Psychotherapeut*inn*en (Kategorie ab 56 Jahren) in allen drei Phasen weniger Therapieausfälle als jüngere Psychotherapeut*inn*en (Kategorie bis 45 Jahre). Ältere Psychotherapeut*inn*en bevorzugten telefonische Kontakte, während jüngere eher zur Videotelefonie griffen, was angesichts der höheren Vertrautheit von jüngeren Personen mit elektronischen Medien nicht verwundert.

Auch bezüglich des Geschlechts der Therapeut*inn*en gab es Unterschiede. Männliche Therapeuten führten mehr Face-to-face-Sitzungen durch und tendierten stärker zur Videotelefonie, während Therapeutinnen stärker zur Telefonpsychotherapie tendierten.

In Zusammenhang mit Videotelefonie kamen unterschiedliche Geräte und Programme zum Einsatz. Viele Therapeut*inn*en verwendeten je nach Situation unterschiedliche Geräte und unterschiedliche Programme, was darauf schließen lässt, dass sie sich in beiderlei Hinsicht an die Möglichkeiten der Klientel anpassten bzw. anpassen mussten. Sollten die Krankenkassen auch nach Ende der COV-Krise unter gewissen Bedingungen bezahlte E-Psychotherapie als Behandlungsoption ermöglichen, wäre es zweckmäßig, konkrete Rahmenbedingungen festzulegen und sichere Programme für E-Therapien zu definieren, um Sicherheitsprobleme in Zusammenhang mit dem Datenschutz hintanzuhalten.

10. Anhang – der Fragebogen

Sehr geehrte Therapeutinnen und Therapeuten,

bis vor Beginn der CoViD-19-Krise mussten psychotherapeutische Behandlungen, wenn sie von den Krankenkassen übernommen werden sollten, direkt in psychotherapeutischen Praxen durchgeführt werden, und psychotherapeutische **Behandlungen via Telefon oder Videotelefonie** waren weder zulässig noch erstattungsfähig. Im Zuge der CoViD-19-Krise wurden die Bedingungen temporär abgeändert, wodurch auch **E-Psychotherapiesitzungen** abrechenbar wurden.

Wir würden in diesem Zusammenhang gerne von Ihnen wissen, **wie Sie die Möglichkeit** der therapeutischen Telefon- bzw. Videositzung **vor der CoViD-19-Krise beurteilten, welche Erfahrungen Sie** mit dieser Option während der CoViD-19-Krise **gemacht haben** und wie Sie diese Option nun, nachdem konkrete Erfahrungen damit bereits vorliegen, beurteilen. Die Bearbeitung des Fragebogens sollte zwischen 5 Minuten und maximal 15 Minuten in Anspruch nehmen. Unsere Umfrage ist so konzipiert, dass Sie die Befragung zu jedem Zeitpunkt unterbrechen können (einfach das Programm schließen) und später mit dem Link, mit dem Sie eingestiegen sind, weitermachen können (Was Sie schon ausgefüllt haben, bleibt erhalten).

Wir bitten Sie herzlich, sich an unserem Projekt zu beteiligen, da der Diskurs über E-Beratung und E-Therapie gerade angesichts der COVID-19-Krise an Bedeutung gewinnt und daher Erfahrungen und Haltungen von Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten zu diesem Thema essenziell sind, wenn dieser Diskurs erfahrungsgestützt und kompetent erfolgen soll.

Univ.-Prof. Dr. Martin Poltrum, Priv.-Doz. Dr. Alfred Uhl, Hannah Poltrum, B.Sc.
Sigmund-Freud-Privatuniversität Wien - 2020

Um Ihre Erfahrungen und Beurteilungen überblicksmäßig zu erfassen, werden allgemeine Fragen gestellt. Da vorformulierte Fragen auf Vorannahmen aufbauen und daher nicht alle für die Befragten relevanten Hintergründe und Details adäquat abbilden können, wird zu jeder Frage ein freies Textfeld (KOMMENTARFELD) angeboten, in dem Sie Ihre **Aussagen präzisieren, differenzieren und mit konkreten Beispielen unterlegen** können.

Bitte machen Sie von dieser Möglichkeit ausgiebig Gebrauch!

Abschließend noch ein Hinweis: Unsere Umfrage ist an den Erfahrungen interessiert, die Psychotherapeut*inn*en (eingetragene Psychotherapeut*inn*en und Psychotherapeut*inn*en i.A.u.S.) mit Psychotherapien machen. Lehrtherapien und Beratungen sind nicht Gegenstand dieser Umfrage und sollten daher nicht berücksichtigt werden.

Datenschutzerklärung gemäß Artikel 13 DSGVO

Die Fragen

V01 = T102: Wie standen Sie zur Möglichkeit, E-Psychotherapien (telefonisch bzw. via Videotelefonie) durchführen zu können? **Vor der Krise** habe ich das Angebot von E-Psychotherapie so beurteilt:

- sehr positiv
- eher positiv
- neutral
- eher negativ
- sehr negativ

hatte keine Meinung dazu

V01T = T103: Kommentarfeld: Hier können Sie beliebige Ergänzungen und Präzisierungen vornehmen.

V02 = T104: **Aktuell** beurteile ich die Möglichkeit von E-Psychotherapie **unter bestimmten vorübergehenden Bedingungen** (vorübergehende Abwesenheit, Urlaub, Krankenstand, Auslandsaufenthalt, Beschränkungen persönlichen Kontakts usw.) folgendermaßen:

- sehr positiv
- eher positiv
- neutral
- eher negativ
- sehr negativ

habe keine Meinung dazu

V02T = T105: Kommentarfeld: Hier können Sie beliebige Ergänzungen und Präzisierungen vornehmen.

V03 = T106: **Aktuell** beurteile ich die Möglichkeit von E-Psychotherapie **ganz generell** (also nicht nur temporär und in Sondersituationen) folgendermaßen:

- sehr positiv
- eher positiv
- neutral
- eher negativ
- sehr negativ

habe keine Meinung dazu

V03T = T107: Kommentarfeld: Hier können Sie beliebige Ergänzungen und Präzisierungen vornehmen.

V04.x = T109: Wie viele Psychotherapiesitzungen **durchschnittlich pro Woche** haben Sie **vor Beginn der CoViD-19-Krise** durchgeführt (in Stunden)?

- Einzeltherapiesitzungen **angestellt** in Einrichtung
- Gruppentherapiesitzungen angestellt** in Einrichtung
- Einzeltherapiesitzungen **selbstständig** in eigener Praxis
- Gruppentherapiesitzungen selbstständig** in eigener Praxis

V04T = T110: Kommentarfeld: Hier können Sie beliebige Ergänzungen und Präzisierungen vornehmen.

V05.x = T111: Seit Mitte März 2020 ist es in Österreich möglich, E-Psychotherapien mit verschiedenen Krankenversicherungen wie reguläre Psychotherapien abzurechnen.

In dieser **Anfangsphase** im März 2020 haben sich einige Psychotherapeut*inn*en entschlossen, E-Psychotherapien durchzuführen. Anfang bis Mitte April, in der **Hauptphase** der Corona-bedingten Einschränkungen, dürften die meisten Psychotherapeut*inn*en dazu übergegangen sein, E-Psychotherapien durchzuführen. Seit der **Lockerungsphase** der Corona-bedingten Maßnahmen Anfang bis Mitte Mai dürften viele Therapeut*inn*en wieder dazu übergegangen sein, Psychotherapien vermehrt in herkömmlicher Form (face-to-face) durchzuführen.

Bitte geben Sie die **ungefähre** Aufteilung Ihrer Sitzungen (**Anstellung und/oder Privatpraxis**) in Prozent an:

Die Aufteilung meiner Sitzungen (in%):

Einzelpsychotherapiesitzungen in Anfangsphase = März 2020:

- % ausgefallene Sitzungen
- % face-to-face persönlich stattgefundene Sitzungen
- % telefonisch durchgeführte Sitzungen
- % via Videotelefonie durchgeführte Sitzungen

V05T = T163: Kommentarfeld: Hier können Sie beliebige Ergänzungen und Präzisierungen vornehmen.

V06 = T160: Bitte geben Sie die **ungefähre** Aufteilung Ihrer Sitzungen (**Anstellung und/oder Privatpraxis**) in Prozent an:

Die Aufteilung meiner Sitzungen (in%):

Einzelpsychotherapiesitzungen in Hauptphase = April 2020:

- % ausgefallene Sitzungen
- % face-to-face persönlich stattgefundene Sitzungen
- % telefonisch durchgeführte Sitzungen
- % via Videotelefonie durchgeführte Sitzungen

V06T = T164: Kommentarfeld: Hier können Sie beliebige Ergänzungen und Präzisierungen vornehmen.

V07 = T159: Bitte geben Sie die **ungefähre** Aufteilung Ihrer Sitzungen (**Anstellung und/oder Privatpraxis**) in Prozent an:

Die Aufteilung meiner Sitzungen (in%):

Einzelpsychotherapiesitzungen in Lockerungsphase = seit Mai 2020:

- % ausgefallene Sitzungen
- % face-to-face persönlich stattgefundenene Sitzungen
- % telefonisch durchgeführte Sitzungen
- % via Videotelefonie durchgeführte Sitzungen

V07T = T165: Kommentarfeld: Hier können Sie beliebige Ergänzungen und Präzisierungen vornehmen.

V08.x = T115: Haben Sie Ihre **Videotelefonie-Einzeltherapiesitzungen** über Ihren Computer (Laptop, Notebook, Stand-PC usw.), Ihr Tablett oder über Ihr Handy abgehalten?
(Bitte alles ankreuzen, was zutrifft)

- Computer (Laptop, Notebook, Stand-PC usw.)
- Tablett
- Handy

V08T = T116: Kommentarfeld: Hier können Sie beliebige Ergänzungen und Präzisierungen vornehmen.

V09.x = T119: Über welches **Videotelefonie-Verfahren** haben Sie Ihre **Videotelefonie-Einzelpsychotherapiesitzungen** abgehalten?
(Bitte alles ankreuzen, was zutrifft)

- WhatsApp
- FaceTime
- Skype
- Zoom
- MS-Teams
- Signal
- Jitsi
- TheraPsy
- Anderes Programm, bitte welches _____

V09T = T120: Kommentarfeld: Hier können Sie beliebige Ergänzungen und Präzisierungen vornehmen.

V10 = T132: Während der CoViD-19-Krise waren **videotelefonische Einzels psychotherapiesitzungen**

kein Problem (1) bis großes Problem (5)

V10T = T133: Kommentarfeld: Hier können Sie beliebige Ergänzungen und Präzisierungen vornehmen.

V11 = T130: Während der CoViD-19-Krise waren **telefonische Einzels psychotherapiesitzungen**

kein Problem (1) bis großes Problem (5)

V11T = T131: Kommentarfeld: Hier können Sie beliebige Ergänzungen und Präzisierungen vornehmen.

V12 = T126: Während der CoViD-19-Krise waren **Face-to-face-Einzels psychotherapiesitzungen**

kein Problem (1) bis großes Problem (5)

V12T = T127: Kommentarfeld: Hier können Sie beliebige Ergänzungen und Präzisierungen vornehmen.

V13.x = T113: Seit Mitte März ist es in Österreich möglich, E-Psychotherapien mit verschiedenen Krankenversicherungen wie reguläre Psychotherapien abzurechnen.

In dieser **Anfangsphase** im März 2020 haben sich einige Psychotherapeut*inn*en entschlossen, E-Psychotherapien durchzuführen. Anfang bis Mitte April, in der **Hauptphase** der Corona-bedingten Einschränkungen, dürften die meisten Psychotherapeut*inn*en dazu übergegangen sein, E-Psychotherapien durchzuführen. Seit der **Lockerungsphase** der Corona-bedingten Maßnahmen Anfang bis Mitte Mai dürften viele Therapeut*inn*en wieder dazu übergegangen sein, Psychotherapien vermehrt in herkömmlicher Form (face-to-face) durchzuführen.

Bitte geben Sie die **ungefähre** Aufteilung Ihrer Sitzungen (**Anstellung und/oder Privatpraxis**) in % an:

Die Aufteilung meiner Sitzungen (in %):

Gruppenpsychotherapiesitzungen in Anfangsphase = März:

- % ausgefallene Sitzungen
- % face-to-face persönlich stattgefunden Sitzungen
- % telefonisch durchgeführte Sitzungen
- % via Videotelefonie durchgeführte Sitzungen

V13T = T166: Kommentarfeld: Hier können Sie beliebige Ergänzungen und Präzisierungen vornehmen.

V14.x = T161: Bitte geben Sie die **ungefähre** Aufteilung Ihrer Sitzungen (**Anstellung und/oder Privatpraxis**) in Prozent an:

Die Aufteilung meiner Sitzungen (in %):

Gruppenpsychotherapiesitzungen in Hauptphase = April 2020:

- % ausgefallene Sitzungen
- % face-to-face persönlich stattgefundenene Sitzungen
- % telefonisch durchgeführte Sitzungen
- % via Videotelefonie durchgeführte Sitzungen

V14T = T167: Kommentarfeld: Hier können Sie beliebige Ergänzungen und Präzisierungen vornehmen.

V15.x = T162: Bitte geben Sie die **ungefähre** Aufteilung Ihrer Sitzungen (**Anstellung und/oder Privatpraxis**) in Prozent an:

Die Aufteilung meiner Sitzungen (in %):

Gruppenpsychotherapiesitzungen in Lockerungsphase = seit Mai 2020:

- % ausgefallene Sitzungen
- % face-to-face persönlich stattgefundenene Sitzungen
- % telefonisch durchgeführte Sitzungen
- % via Videotelefonie durchgeführte Sitzungen

V15T = T168: Kommentarfeld: Hier können Sie beliebige Ergänzungen und Präzisierungen vornehmen.

V16.x = T121: Haben Sie Ihre **Videotelefonie-Gruppenpsychotherapiesitzungen** über Ihren Computer (Laptop, Notebook, Stand-PC usw.), Ihr Tablett oder über Ihr Handy abgehalten?
(Bitte alles ankreuzen, was zutrifft)

- Computer (Laptop, Notebook, Stand-PC usw.)
- Tablett
- Handy

V16T = T122: Kommentarfeld: Hier können Sie beliebige Ergänzungen und Präzisierungen vornehmen.

V17.x = T124: Über welches **Videotelefonie-Verfahren** haben Sie Ihre **Videotelefonie-Gruppenpsychotherapiesitzungen** abgehalten?

(Bitte alles ankreuzen, was zutrifft)

- WhatsApp
- FaceTime
- Skype
- Zoom
- MS-Teams
- Signal
- Jitsi
- TheraPsy
- Anderes Programm, bitte welches _____

V17T = T125: Kommentarfeld: Hier können Sie beliebige Ergänzungen und Präzisierungen vornehmen.

V18 = T134: Während der CoViD-19-Krise waren **videotelefonische Gruppenpsychotherapiesitzungen**

kein Problem (1) bis großes Problem (5)

V18T = T135: Kommentarfeld: Hier können Sie beliebige Ergänzungen und Präzisierungen vornehmen.

V19 = T128: Während der CoViD-19-Krise waren **Face-to-face-Gruppenpsychotherapiesitzungen**

kein Problem (1) bis großes Problem (5)

V19T = T129: Kommentarfeld: Hier können Sie beliebige Ergänzungen und Präzisierungen vornehmen.

V20T = T136: Bitte beschreiben Sie die Vor- und Nachteile der **Psychotherapie via Videotelefonie** in eigenen Worten.

Bitte nehmen Sie sich dafür etwas Zeit.

Diese Frage ist das **HERZSTÜCK UNSERER UNTERSUCHUNG**.

Ihre Meinung ist extrem wichtig und könnte politische Entscheidungsträger beeinflussen.

V21T = T137: Bitte beschreiben Sie die Vor- und Nachteile der **Psychotherapie via Telefon** in eigenen Worten.

Bitte nehmen Sie sich dafür etwas Zeit.

Diese Frage ist das **HERZSTÜCK UNSERER UNTERSUCHUNG**.

Ihre Meinung ist extrem wichtig und könnte politische Entscheidungsträger beeinflussen.

V22 = T138: Die Möglichkeit, E-Psychotherapien durchzuführen, sollte **generell** (also nicht nur temporär und in Sonderfällen) eine Krankenkassen-abrechenbare Option darstellen.

- stimme völlig zu
- stimme eher zu
- neutral
- stimme eher nicht zu
- stimme absolut nicht zu

habe keine Meinung dazu

V22T = T139: Kommentarfeld: Hier können Sie beliebige Ergänzungen und Präzisierungen vornehmen.

V23 = T140: Die Möglichkeit, E-Psychotherapien durchzuführen, sollte **in Ausnahmefällen** (vorübergehende Abwesenheit, Urlaub, Krankenstand, Auslandsaufenthalt, Beschränkungen persönlichen Kontakts, usw.) eine abrechenbare Option darstellen.

- stimme völlig zu
- stimme eher zu
- neutral
- stimme eher nicht zu
- stimme absolut nicht zu

habe keine Meinung dazu

V23T = T141: Kommentarfeld: Hier können Sie beliebige Ergänzungen und Präzisierungen vornehmen.

V24 = T142: Bei **videotelefonischen** Kontakten gibt es mitunter Störungen (schlechte Tonqualität, Bildabreißen, plötzlicher Abbruch), weil das Netz und die Geräte nicht überall optimal sind. In Summe waren derartige Störungen für mich

kein Problem (1) bis großes Problem (5)

V25 = T143: Meine Psychotherapierichtung(en) ist/sind:

V26T = T144: Kommentarfeld: Hier können Sie beliebige Ergänzungen und Präzisierungen vornehmen.

V27.x = T169: In welchen Bundesländern sind Sie psychotherapeutisch tätig (sowohl in eigener Praxis als auch institutionell)?

- Burgenland
- Kärnten
- Niederösterreich
- Oberösterreich
- Salzburg
- Steiermark
- Tirol
- Vorarlberg
- Wien

V28.x = T154: Ungefährer Prozentsatz der selbständigen **Einzelpsychotherapiesitzungen**:

Die Aufteilung meiner Sitzungen (in %):

Gruppenpsychotherapie-Sitzungen in Lockerungsphase = seit Mai 2020:

- % Abrechnung über die **Kasse mit voller Kostendeckung**
- % Abrechnung mit **Zuschuss durch die Kasse**
- % Abrechnung **ohne Kassenunterstützung**

V28T = T155: Kommentarfeld: Hier können Sie beliebige Ergänzungen und Präzisierungen vornehmen.

V29.x = T145: Ungefährer Prozentsatz der selbständigen **Gruppenpsychotherapiesitzungen**:

Die Aufteilung meiner Sitzungen (in %):

Gruppenpsychotherapie-Sitzungen in Lockerungsphase = seit Mai 2020:

- % Abrechnung über die **Kasse mit voller Kostendeckung**
- % % Abrechnung mit **Zuschuss durch die Kasse**
- % % Abrechnung **ohne Kassenunterstützung**

V29T = T146: Kommentarfeld: Hier können Sie beliebige Ergänzungen und Präzisierungen vornehmen.

V30T = T158: Hier geht es abschließend nicht um technische und praktische Veränderungen durch Telefonieren oder Videotelefonie, sondern darum, wie sich die Corona-Situation generell auf die Patient*inn*en bzw. die Psychotherapien ausgewirkt hat. Falls sich da bei Ihren Therapien relevante Veränderungen ergeben haben, würden wir Sie herzlich bitten, diese hier kurz zu beschreiben.

Geschlecht = T147: Mein Geschlecht:

- weiblich
- männlich
- divers

Alter = T153: Mein Alter:

- jünger als 30 Jahre
- 31–35 Jahre
- 36–40 Jahre
- 41–45 Jahre
- 46–50 Jahre
- 51–55 Jahre
- 56–60 Jahre
- 61–65 Jahre
- 66–70 Jahre
- älter als 70 Jahre

Auskunft = T150: Ich bin einverstanden – falls ich ausgewählt werde –, zu den Themen des Fragebogens via Telefon oder Videotelefonie Auskunft zu geben.

- nein
- ja, via Telefon
- ja, via Videotelefonie

Urzeit/Name/E-Mail/Telefon = T151: Ich bin einverstanden – falls ich ausgewählt werde –, zu den Themen des Fragebogens via Telefon oder Videotelefonie Auskunft zu geben.

- Tage und Uhrzeiten für Telefonkontakte
- Ihr Name
- E-Mail-Adresse
- Telefonnummer

Ende = T156: Sie haben den Fragebogen nun fertig ausgefüllt und können, wenn Sie wollen, alle Eingaben noch einmal überprüfen. Wenn alles in Ordnung ist, drücken Sie **„bitte speichern“**. **Sollten Sie Ihre Angaben noch einmal überprüfen wollen, nützen Sie hierfür bitte den Button „zurück“**.

- bitte speichern

Herzlichen Dank für die Teilnahme!

11. Angaben zu den Autoren, zur Autorin

Univ.-Prof. Dr. Martin Poltrum
Adresse: Freudplatz 1, 1020 Wien
Tel.: +43 (0)1 798 40 98 DW 410
E-Mail: martin.poltrum@sfu.ac.at

Martin Poltrum Professor für Psychotherapiewissenschaft an der SFU sowie Philosoph, Psychotherapeut und Lehrtherapeut (siehe: https://de.wikipedia.org/wiki/Martin_Poltrum)

Priv.-Doz. Dr. Alfred Uhl
Adresse: Freudplatz 1, 1020 Wien
Tel.: +43 (0)1 798 40 98 DW 410
E-Mail: alfred.uhl@sfu.ac.at

Alfred Uhl Privatdozent für Psychotherapiewissenschaft an der SFU und Wissenschaftler im Kompetenzzentrum Sucht der Gesundheit Österreich (GÖG)

Hannah Poltrum, B.Sc.
Adresse: Freudplatz 1, 1020 Wien
Tel.: +43 (0)1 798 40 98 DW 410
E-Mail: hannah-poltrum@gmx.at

Hannah Poltrum Masterstudentin der Psychologie an der SFU