

**Ambulante Psychotherapie in Hessen während der Corona Pandemie -
Patientenbefragung**

Demographisches

- In welchem Jahr sind Sie geboren?
 - _____

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

- Wo leben Sie?
 - Auf dem Land
 - Stadt mit <20.000 Einwohner
 - Stadt mit 20.000-100.000 Einwohner
 - Stadt mit >100.000 Einwohner

- Welchen höchsten Berufsabschluss haben Sie?
 - Derzeit Auszubildende(r)
 - Derzeit Student(in))
 - Abgeschlossene Lehre/Fachschule
 - Abgeschlossene Ausbildung zum Meister
 - Fachhochschul-/Universitätsabschluss
 - Ohne Berufsabschluss
 - Sonstiges

- Familienstand
 - Ledig
 - Verheiratet
 - Verwitwet
 - Geschieden

- Wie viele Kinder unter 18 Jahren befinden sich in ihrem Haushalt?
 - Anzahl: _____



- Wie stabil schätzen Sie Ihren Internetzugang zuhause ein?
 - Wenig stabil
 - Stabil
 - Sehr stabil

- Wie viele Risikopersonen hinsichtlich eines schweren Covid-Verlaufs befinden sich in Ihrem Haushalt?
 - Anzahl: _____

- Wie hoch schätzen Sie Ihr Risiko ein, sich mit dem Coronavirus zu infizieren?
 - Sehr Niedrig
 - Eher Niedrig
 - Eher hoch
 - Sehr Hoch

- 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

- Wie stark ist Ihre Befürchtung, nahe Angehörige zu infizieren?
 - Sehr niedrig
 - Eher niedrig
 - Eher hoch
 - Sehr hoch

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

- 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

- Wie lange sind Sie insgesamt in psychotherapeutischer Behandlung?
 - ____ [Monate]

- 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

- Wurde Ihnen Videotherapie/Telefontherapie angeboten oder mit Ihnen durchgeführt?
 - Angeboten und durchgeführt
 - Angeboten aber nicht durchgeführt
 - Nicht angeboten und nicht durchgeführt

- Seit wann wurde mit Ihnen Psychotherapie über Video/Telefon angeboten?
 - ____ [Monat/Jahr]

- Hatten Sie seither ausschließlich Psychotherapie über Video/Telefon?
 - Ja
 - Nein



- Wie viele Sitzungen über Video/Telefon hatten Sie seither ungefähr?
 - Anzahl Videositzungen: ____
 - Anzahl Telefonsitzungen: ____

- Hatten Sie zunächst Video/Telefonsitzungen und jetzt wieder ausschließlich Präsenzsitzungen
 - Ja
 - Nein

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

Video:

- Patientenseitig
- Bezugspersonen
- Therapeutenseitig
- Allseitig
- Nicht durchgeführt

Telefon:

- Patientenseitig
- Bezugspersonen
- Therapeutenseitig
- Allseitig
- Nicht durchgeführt

- 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

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

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



- 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:

- _____

Telefon:

- _____

- 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



- Wie schätzen Sie die Auswirkungen der mit Ihnen durchgeführten Psychotherapie über Video/Telefon auf die Beziehung zu Ihrem Therapeuten 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:

- _____

Telefon:

- _____

- 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

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

Video:

- Leichter gefallen
- Weder noch
- Schwerer Gefallen
- Nicht durchgeführt

Telefon:

- Leichter gefallen
- Weder noch
- Schwerer Gefallen
- Nicht durchgeführt

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

Video:

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

Telefon:

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

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

Video:

- Leichter gefallen
- Werder noch
- Schwerer gefallen
- Nicht durchgeführt

Telefon:

- Leichter gefallen
- Werder noch
- Schwerer gefallen
- Nicht durchgeführt

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

Video:

- Ja
- Nein

Telefon:

- Ja
- Nein

- Haben Sie bisher die Art von Behandlung erhalten, die Sie wollten?
 - Eindeutig ja
 - Im Allgemeinen ja
 - Eigentlich nicht
 - Eindeutig nicht

- Wie zufrieden sind Sie mit dem Ausmaß der Hilfe, welche Sie bisher erhalten haben?
 - Sehr zufrieden
 - Weitgehend zufrieden
 - Leidlich oder leicht zufrieden
 - Ziemlich unzufrieden

- 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

- 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