



universität
wien

MASTERARBEIT / MASTER'S THESIS

Titel der Masterarbeit / Title of the Master's Thesis

„Covid-19 und Psychotherapie: Die Perspektive der
selbstständigen Psychotherapeut*innen“

verfasst von / submitted by

Thyra Charlotte von der Decken

angestrebter akademischer Grad / in partial fulfilment of the requirements for the degree of

Master of Science (MSc)

Wien, 2021 / Vienna, 2021

Studienkennzahl lt. Studienblatt /
degree programme code as it appears on
the student record sheet:

UA 066 840

Studienrichtung lt. Studienblatt /
degree programme as it appears on
the student record sheet:

Masterstudium Psychologie UG2002

Betreut von / Supervisor

Univ.-Prof. Dr. Brigitte Lueger-Schuster

Danksagung

An dieser Stelle möchte ich mich ganz herzlich bei allen teilnehmenden Psychotherapeut*innen für ihre Zeit und die spannenden, bereichernden Interviews bedanken. Ohne ihre Erfahrungen und Offenheit wäre diese Arbeit nicht möglich gewesen. Weiterhin gilt mein Dank Frau Univ.-Prof. Dr. Lueger-Schuster für Ihre Betreuung, Ihr konstruktives Feedback und Ihren damit einhergehenden Anspruch an mich und meine Masterarbeit. Vielen Dank an meine Freund*innen die mich während meines Studiums und dieser Arbeit begleitet und angeregt haben. Abschließend möchte ich mich besonders bei meiner Familie, speziell bei meinen Eltern bedanken, die mich während meines Studiums immer unterstützt, ermuntert und bestärkt haben.

Inhaltsverzeichnis

Covid-19 und Psychotherapie: Die Perspektive der selbstständigen Psychotherapeut*innen	5
Maßnahmen gegen die Ausbreitung von Covid-19.....	5
Covid-19 als Stressor.....	6
Covid-19 als Risikofaktor für die psychische Gesundheit.....	6
Erhöhter Versorgungsbedarf und geringe Versorgungskapazitäten.....	11
Psychotherapeutische Behandlung während der Covid-19-Pandemie.....	12
Fragestellung und Forschungsziele der aktuellen Studie	19
Methode.....	20
Design.....	20
Stichprobe und Rekrutierung.....	21
Vorgehen	22
Datenanalyse	24
Ergebnisse	26
Thema 1: Präsenztherapie	26
Thema 2: Telefon- und Videotherapie	30
Thema 3: Folgen und Einfluss der Covid-19-Pandemie	37
Thema 4: Lockdowns	41
Thema 5: Zukunft.....	42
Diskussion	44
Die Ergebnisse im Rahmen der Literatur.....	44
Limitationen	51
Zukünftige Forschung	52
Implikationen für die Praxis	53
Fazit.....	54
Literaturverzeichnis.....	55
Abkürzungsverzeichnis.....	66
Anhang A	67
Anhang B.....	69
Anhang C	93
Abstrakt (deutsch)	93
Abstract (English).....	94

Abstrakt

Ziel der Arbeit war es, zu erheben, welchen Einfluss die Covid-19-Pandemie auf die Arbeit und das Wohlbefinden von Psychotherapeut*innen hatte. Aufgrund der aktuellen und neuartigen Situation gab es noch keine Forschung, die sich mit dieser Thematik aus Sicht der Psychotherapeut*innen auseinandersetzte. Die Daten wurden anhand eines explorativen Leitfadeninterviews erhoben. Es wurde zehn Psychotherapeut*innen aus Österreich und Deutschland befragt. Davon ordneten sich sieben Teilnehmer*innen dem weiblichen und drei dem männlichen Geschlecht zu. Die Psychotherapeut*innen waren zum Zeitpunkt der Interviews zwischen 30 und 84 Jahren alt ($M = 55.30$, $SD = 15.36$). Im Interview wurde zum einen die Rolle der Telefon- und Videotherapie und zum anderen der Einfluss der Pandemie auf das psychotherapeutische Arbeiten und die therapeutische Beziehung thematisiert. Des Weiteren hatten die Psychotherapeut*innen die Möglichkeit für Ergänzungen. Diese Daten wurden anschließend mit Hilfe der thematischen Analyse ausgewertet. Dabei entstanden folgende Themen: Präsenztherapie, Telefon- und Videotherapie, Folgen und Einfluss der Covid-19-Pandemie, Lockdowns, und Zukunft. Insbesondere für die Präsenztherapie im Zusammenhang mit den Hygieneauflagen konnten erste Kenntnisse gewonnen werden. Die Studie lieferte zusätzliche Erkenntnisse für die Telefon- und Videotherapie im deutschsprachigen Raum. Diese Untersuchung bildet eine erste Grundlage für spätere Forschung. Weitere Forschung ist wichtig für die Sicherung der Ergebnisse.

Schlüsselwörter: Covid-19, Pandemie, Psychotherapie, Telefontherapie, Videotherapie, Präsenztherapie, Corona, Psychotherapieforschung, Psychotherapeut*innen, Onlinetherapie, Lockdown, Hygienemaßnahmen, Deutschland, Österreich

Covid-19 und Psychotherapie: Die Perspektive der selbstständigen Psychotherapeut*innen

Ende Dezember 2019 wurde die World Health Organization (WHO) über ein unbekanntes Virus informiert. Am 11. März 2020 wurde der Ausbruch der *Coronavirus disease 2019* (Covid-19) Infektionskrankheit durch den *severe acute respiratory syndrome coronavirus-2* (SARS-CoV-2) Erreger zur Pandemie erklärt (WHO, 2020a). Bis dato (28.04.2021) wurden weltweit über 147 Millionen Menschen positiv getestet und über 3,116,000 Personen verstarben (WHO, 2021). In Europa wurden davon über 51,000,000 positive Fälle und über 1,000,000 Todesfälle registriert.

Maßnahmen gegen die Ausbreitung von Covid-19

Durch die schnelle und massive Ausbreitung beeinflusste und schränkte das Virus das Leben der Menschen auf der ganzen Welt ein (Thombs et al., 2020). Die betroffenen Staaten führten Maßnahmen wie *Social Distancing*¹ ein, um die Verbreitung zu verlangsamen und zu verhindern (Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz [BMSGPK], 2021; Bundesregierung, 2021). Dies führte zu Reise- und Ausgangsbeschränkungen sowie zur Schließung von Schulen und Büros. Der Erreger nahm nicht nur Einfluss auf das alltägliche Leben, sondern auch auf das Gesundheitssystem und die Wirtschaft (Thombs et al., 2020). Viele erlebten Unsicherheit und Angst in Bezug auf die eigene Gesundheit und die von Angehörigen (Brakemeier et al., 2020; Gruber et al., 2020).

Maßnahmen in Österreich und Deutschland

Ab Mitte März traten österreich- und deutschlandweite Restriktionen zur Eindämmung der Covid-19 Erkrankung ein (Moradian et al., 2021; Traunmüller et al., 2020). Dieser abrupte Übergang in den Lockdown² führte in beiden Ländern dazu, dass sich das tägliche Leben stark veränderte (Moradian et al., 2021; Traunmüller et al., 2020). Sport- und Kultureinrichtungen, Restaurants und ein Großteil der Geschäfte wurden geschlossen. Weiter kam es zur Schließung der Bildungsinstitute, zu Ausgangssperren und zu Kontaktverboten mit Menschen aus fremden Haushalten. Viele arbeiteten im Homeoffice und versorgten und bildeten parallel ihre Kinder aus. In den Sommermonaten wurden die Maßnahmen teilweise gelockert. Mit dem starken Anstieg der Zahlen im Herbst 2020 gab es jedoch zu erneuten

¹ *Social Distancing* wird als das Abstandhalten zwischen Menschen aus verschiedenen Haushalten definiert (Centers for Disease Control and Prevention, 2020).

² *Lockdown* definiert den Zeitraum, in dem die Menschen ihr Zuhause nicht verlassen und nicht reisen dürfen (Cambridge Dictionary, 2021).

Restriktionen und weiteren Lockdowns (Österreichischer Rundfunk [ORF], 2020; Tagesschau, 2020). Ab Anfang Februar 2021 kam es in Österreich und ab März 2021 in Deutschland wieder zu schrittweisen Lockerungen (Bundesregierung, 2021; ORF, 2021).

Covid-19 als Stressor

Die Restriktionen hatten Einfluss auf die psychische Gesundheit der Menschen (Brakemeier et al., 2020; Gruber et al., 2020; Skoda et al., 2021; Tsamakis et al., 2021). Die Gefahr und die Konsequenzen des Virus waren abstrakt und die Pandemie nur bedingt unter Kontrolle zu bringen. Der SARS-CoV-2 Erreger war ein komplexer, bedrohlicher Stressor, der Unsicherheit auslöste und potentielle Verluste, wie den Tod beinhaltete (Gruber et al., 2020). Laut Bering und Eichenberg (2020) ist es eine Schutzstrategie des Menschen, nach dem Erleben einer bedrohlichen bzw. traumatischen Erfahrung diese Gefahr aktiv zu meiden. Die Bedrohung des Virus war jedoch nicht direkt erkennbar und somit wurde dieser Mechanismus verhindert. Die Menschen konnten sich allenfalls partiell über Hygiene- und Distanzmaßnahmen schützen (Bering & Eichenberg, 2020). Da nicht sofort ersichtlich war, ob eine Infektion stattgefunden hatte, entstand Unsicherheit und Angst. Viele empfanden neben ihren Sorgen und Befürchtungen zusätzlich ein Gefühl der Hilflosigkeit und des Kontrollverlusts (Brakemeier et al., 2020; Gruber et al., 2020).

Der plötzliche Ausbruch des SARS-CoV-2 Virus und die daraus entstehenden Stressoren waren eine Gefährdung der psychischen Gesundheit aller Betroffenen (Ahmed et al., 2020; Brakemeier et al., 2020; Brooks et al., 2020). Die Pandemie stellte die Ursache psychosozialer Stressauslöser dar, wie soziale Isolation und wirtschaftliche Unsicherheit, welche die psychische Gesundheit negativ beeinflussten (Gruber et al., 2020). Eine Review von Brooks et al. (2020) fasste weitere Stressoren zusammen. Dazu zählte die Dauer der Quarantäne, die Angst vor Ansteckung, Langeweile und Frustration, unzureichende und verwirrende Informationen, sowie Stigmatisierung. Die Covid-19-Pandemie stellte jeden Einzelnen vor die Infragestellung des eigenen Weltbildes und der menschlichen Unbesiegbarkeit (Cole, 2021). Die Menschen waren damit konfrontiert, eventuell zu erkranken und nicht sicher vor dem Virus zu sein (Qiu et al., 2020).

Covid-19 als Risikofaktor für die psychische Gesundheit

Persönliche Risikofaktoren für die psychische Gesundheit stellten das Alter, das Geschlecht, das Bildungsniveau, die Arbeit im Gesundheitswesen, die Lebenssituation, (vor)bestehende Psychopathologie sowie vorherige Traumatisierung dar (Brakemeier et al., 2020; Cansel et al., 2021; Pieh et al., 2020; Simon et al., 2021; Tsamakis et al., 2021).

Personen ab dem 60. Lebensjahr galten als gefährdeter für negative psychische Auswirkungen wie Ängste oder Depressionen (Qiu et al., 2020). Andererseits waren Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene ebenfalls eine Risikogruppe für die Entstehung psychischer Störungen (Pieh, 2020; Tsamakis et al., 2021). Kinder- und Jugendpsychotherapeut*innen berichteten über einem starken Anstieg von Anfragen von Klient*innen (Rabe-Menssen, 2021). Ein Großteil psychischer Störungen entwickelt sich in dieser Altersgruppe und auf Grund der Pandemie stieg die Vulnerabilität der Gruppe durch zusätzlich anhaltenden Stressfaktoren wie Schul- und Universitätsschließungen (United Nations, 2020). Bezüglich des Geschlechts ist die Studienlage nicht eindeutig. Einige Studien gaben an, dass Frauen stärker belastet waren (Brakemeier et al., 2020; Cansel et al., 2021; Liu et al., 2020; Traunmüller et al., 2020). Andere Untersuchungen besagten, dass es keinen signifikanten Unterschied gab (Ahmed et al., 2020; Huang & Zhao, 2020; Kuehner et al., 2020). Personen mit einem höheren Bildungsniveau zeigten ein besseres psychisches Wohlbefinden als Personen mit niedrigerem Bildungsniveau (Kuehner et al., 2020; Traunmüller et al., 2020). Personen, die im Gesundheitswesen tätig waren, stellten eine besonders vulnerable Gruppe dar (Javed et al., 2020; Kuehner et al., 2020). Diese Gruppe war u. a. besorgt sich anzustecken, musste sich sozial isolieren und erlebte auf Grund ihrer Tätigkeit Stigmatisierung und Anfeindungen (Gruber et al., 2020; Javed et al., 2020). Weiterhin untersuchten Studien, inwieweit sich Menschen mit einer psychischen Störung von Menschen ohne psychische Störung im Zusammenhang mit Covid-19 unterschieden (Hao et al., 2020; Simon et al., 2021). Dabei wurde eine signifikant stärkere Belastung bei Personen mit einer psychischen Störung gefunden. Das bestehende Störungsbild konnte durch z. B. Isolation oder Social Distancing verschlimmert werden (Inchausti et al., 2020). Psychiatrische Klient*innen zeigten höhere Angst-, Depressions- und Stresswerte (Hao et al., 2020). Die Sorge über die physische Gesundheit, Impulsivität, Wut und Suizidgedanken waren signifikant höher.

Covid-19 und Psychische Gesundheit in drei Punkten

Gruber et al. (2020) wiesen auf die Möglichkeit hin, dass die Pandemie die psychische Gesundheit insbesondere auf drei Wegen einzigartig negativ beeinflusste. Zunächst war der Ausbruch des Virus langwierig, weit verbreitet und es war unbestimmt wann die Pandemie ein genaues Ende finden würde. Daraus resultierten Verunsicherung und Ängste. Die Unterbrechung des alltäglichen Lebens war schwerwiegend und der Verlust von Ressourcen

erheblich. Darunter fielen alltägliche Ressourcen wie Lebensmittel und Schutzmasken, aber auch Ressourcen für die Zukunft wie Arbeitsplätze und finanzielle Sicherheit.

Als zweiten Punkt nannten Gruber et al. (2020), dass die Pandemie ein multidimensionaler Stressor war. Covid-19 beeinflusste das Individuum, die Familie, die Bildung, den Beruf und die medizinische Versorgung. Die Auswirkungen auf die individuellen Lebensbereiche waren psychisch belastend (Brakemeier et al., 2020). Der wichtigste Punkt in Bezug auf die psychische Gesundheit war jedoch die reduzierte soziale Interaktion. Diese stellte einen Risikofaktor für psychische Probleme dar. Cacioppo et al. (2015) zeigten in ihrer Studie die negativen Konsequenzen von Isolation auf: Einsamkeit war ein Risikofaktor für die mentale (z. B. depressive Symptomatik) sowie für die physische Gesundheit. Durch Covid-19 waren die Menschen mit einer äußerst bedrohlichen Krankheit konfrontiert und erlebten lange Trennungen und eventuell auch Todesfälle von nahestehenden Personen (Gruber et al., 2020). Die soziale Beeinträchtigung führte zusätzlich zu neuen Rollenaufteilungen und Konflikten. Viele Eltern übernahmen neben der Rolle des Elternteils und ihrer Arbeit ferner noch die Aufgabe des Lehrers bzw. der Lehrerin für ihre eigenen Kinder. Gerade Frauen waren oft von dieser mehrfachen Belastung betroffen (Traunmüller et al., 2020). Außerdem stellten die Richtlinien, möglichst zu Hause zu bleiben, ein Risiko für zwischenmenschliche Beziehungen dar. Die Wahrscheinlichkeit für die anhaltende Exposition von Faktoren wie Suchtverhalten, psychologischer Instabilität und/oder zwischenmenschlicher Bedrohung stieg (Gruber et al., 2020). Zusätzlich fehlte die soziale Unterstützung. Betroffenen solcher Umstände wurde auf Grund der Ausgangsbeschränkungen die Flucht aus bedrohlichen Lagen verhindert bzw. stark erschwert (Fatke et al., 2020).

Der dritte Punkt bezieht sich darauf, dass protektive Faktoren nicht oder nur erschwert genutzt werden konnten. Diese dienten normalerweise dazu, Stress abzubauen und beinhalteten Aktivitäten wie das Pflegen sozialer Beziehungen. Oftmals entsprach dies jedoch nicht den Auflagen und Kontaktbeschränkungen (Gruber et al., 2020).

Psychische Gesundheit der Allgemeinbevölkerung

Die Allgemeinbevölkerung wies während der Covid-19-Pandemie erhöhte Werte in Bezug auf Depressionen, Angststörungen, Posttraumatische Belastungsstörungen (PTBS), Schlafstörungen, Obsessive-Compulsive-Disorders (OCD) und Stresserkrankungen auf (Cansel et al., 2021; Moradian et al., 2021; Munk et al., 2020; Petzold et al., 2020; Xiong et

al., 2020). Als Vergleich: Die Prävalenzwerte³ der 12 Monate vor der Pandemie betrugen in Deutschland für Depression 7.7%, für OCD 3.6%, für eine generalisierte Angststörung 2.2% und für eine Panikstörung 2% (Munk et al., 2020). In Österreich ergab die Ein-Jahres-Prävalenz 2017 für affektive Störungen (u. a. Depression) insgesamt 11.6% und für neurotische Belastungs- und somatoforme Störungen (u. a. Angst- und Zwangsstörungen) insgesamt 13.9% (Wancata, 2017).

Eine österreichische Studie zeigte, dass circa 43% der Teilnehmer*innen die psychischen Auswirkungen der Pandemie als moderat und stärker bewerteten (Traunmüller et al., 2020). Eine Review basierend auf Daten aus den USA sowie europäischen und asiatischen Ländern berichtete von folgenden Werten während der Pandemie: 15–48% Depression, 6–51% Angstsymptome, 7–54% PTBS Symptome und 8–82% Stress (Xiong et al., 2020). In einer Untersuchung von Hao et al. (2020) erfüllten mehr als ein Drittel der untersuchten Personen die Diagnosekriterien einer PTBS und mehr als 25% litten unter einer mittelmäßigen bis starken Schlafstörung. Eine Studie in Deutschland zu Beginn des ersten Lockdowns 2020 zeigte, dass die Hälfte der Teilnehmer*innen mindestens unter einer psychischen Störung litten (Munk et al., 2020). Davon litten circa 30% unter klinisch depressiven Symptomen, 21% unter OCD, 12% unter einer generalisierten Angststörung und 5% unter einer Panikstörung. Die Werte zu Beginn des Lockdowns waren im Vergleich zu den Prävalenzwerten der 12 Monate vor der Pandemie signifikant höher (Munk et al., 2020). Eine weitere deutsche Studie über die Auswirkungen des ersten und des zweiten Lockdowns auf die psychische Gesundheit zeigte eine hohe anhaltende psychische Belastung (Moradian et al., 2021).

Forscher*innen befürchteten eine Zunahme der Suizidalität (Brakemeier et al., 2020; Richter & Zürcher, 2020). Es wurde weltweit von 2153 bis 9570 Suiziden im Kontext der Pandemie ausgegangen und eine extreme Belastung des Gesundheitssystems erwartet (Kawohl & Nordt, 2020). Diese Zahlen wurden basierend auf einem Modell berechnet, welches Suizidzahlen im Zusammenhang mit Arbeitslosigkeit ermittelt. In einer früheren Studie der Autor*innen zeigte das Modell, dass das Suizidrisiko um 20–30% anstieg, wenn Suizid in Verknüpfung mit erhöhter Erwerbslosigkeit betrachtet wurde (Nordt et al., 2015). Neben den wirtschaftlichen Folgen wie Arbeitslosigkeit stellte die soziale Isolation ebenfalls einen Risikofaktor für Suizid dar (Brakemeier et al., 2020; Gunnell et al., 2020).

³ Prävalenz bezeichnet die Anzahl von Fällen zu einer bestimmten Zeit oder über einen Zeitraum (Caspar et al., 2018).

Die genannten Zahlen waren jedoch unter dem Aspekt zu betrachten, dass die langfristigen Folgen der Pandemie und die Dauer der aktuellen Belastung nicht abzuschätzen waren (Richter & Zürcher, 2020). Die Studien stellten häufig eine Momentaufnahme dar und es konnte nicht geschlussfolgert werden, welchen (langfristigen) Einfluss die Pandemie auf die psychische Gesundheit haben würde (Traunmüller et al., 2020). Doch die steigende Evidenzlage verdeutlichte immer stärker, dass die Pandemie als Stressor psychische Störungen verstärkte oder verursachte (Brooks et al., 2020; Javed et al., 2020; Moradian et al., 2021; Tsamakidis et al., 2021).

Psychische Gesundheit der Psychotherapeut*innen

Auch Psychotherapeut*innen standen vor neuen Herausforderungen und waren nicht geschützt vor den Auswirkungen der Covid-19-Pandemie (Brakemeier et al., 2020; Cole, 2021; Rehahn-Sommer & Kämmerer, 2021). Bei einer Umfrage der Deutschen Psychotherapeutischen Vereinigung (DPtV) berichteten über die Hälfte der Befragten, von der erhöhten Anzahl an Klient*innen-Anfragen etwas bis sehr belastet zu sein (Rabemessen, 2021). Weiterhin waren Psychotherapeut*innen mit Familie ebenfalls von der Schließung von Schulen, Kitas etc. oder des Homeoffices des/der Partner*in betroffen (Rehahn-Sommer & Kämmerer, 2021). Es fehlte der Ausgleich durch soziale Kontakte und andere Aktivitäten (Gruber et al., 2020). Sie standen vor den gleichen Herausforderungen und Ängsten wie ihre Klient*innen und wurden damit in ihrer Tätigkeit vor einzigartige Anforderungen gestellt (Cole, 2021). Ein wichtiges Merkmal des psychotherapeutischen Berufes ist es, das eigene Stresserleben und psychische Belastungen von der Arbeit abzugrenzen (Frenzl et al., 2020; Rehahn-Sommer & Kämmerer, 2021). Wenn dies nicht gelingt, ist der/die Psychotherapeut*in emotional und kognitiv nicht offen und belastbar genug. Das wiederum kann dazu führen, dass der/die Psychotherapeut*in z. B. weniger aufmerksam, empathisch oder mitschwingend arbeitet (Frenzl et al., 2020). Durch die Pandemie war es für Psychotherapeut*innen schwieriger, das eigene pandemiebedingte Belastungserleben abzugrenzen, da sie in den Sitzungen ebenfalls durch ihre Klient*innen damit konfrontiert wurden. Hinzu kam, dass der/die Psychotherapeut*in und jedes Gegenüber eine potentielle Gefahrenquelle für die Ansteckung mit Covid-19 darstellten (Rehahn-Sommer & Kämmerer, 2021).

Rehahn-Sommer und Kämmerer (2021) berichteten im Deutschen Ärzteblatt von zwei unterschiedlichen kognitiven Haltungen. Die erste Haltung beschrieb, dass der/die Psychotherapeut*in von der Ansteckungsangst dominiert wurde. Dies führte zu intensivem

Stresserleben und sendete misstrauische Signale an die Klient*innen. Diese Ängste gegenüber den Klient*innen zu verbergen, kostete wiederum viel Kraft und der/die Psychotherapeut*in wirkte möglicherweise nicht authentisch. Die zweite Haltung beschrieb, dass der/die Psychotherapeut*in die Bedrohung verleugnete und deswegen schützende Maßnahmen unterließ. Damit handelte der/die Psychotherapeut*in jedoch gesetzeswidrig und unvorsichtig. Die Autor*innen rieten dazu, die Bedrohung zu respektieren und die gegebenen Vorsichtsmaßnahmen durchzuführen ohne sich davon dominieren zu lassen (Rehahn-Sommer & Kämmerer, 2021).

Erhöhter Versorgungsbedarf und geringe Versorgungskapazitäten

Der gestiegene Bedarf an psychotherapeutischer und psychologischer Betreuung konnte nicht kompensiert werden (Brakemeier et al., 2020; Rabe-Menssen, 2021). Schon vor der Pandemie betrugen die Wartezeiten in Österreich bis zu neun Monaten für einen kassenbezahlten Therapieplatz (Österreichische Gesundheitskasse [ÖÖGKK], 2018; Riedel, 2015). In Deutschland kam es im Durchschnitt zu Wartezeiten von fünf Monaten bis zu Therapiebeginn (Bundespsychotherapeutenkammer [BPtK], 2018; Schulz et al., 2008). Zu Beginn der Pandemie mussten die Praxen sowie Kliniken für Psychotherapie und Psychiatrie in beiden Ländern zeitweilig schließen (Brakemeier et al., 2020; Zielasek & Gouzoulis-Mayfrank, 2020). Eine Studie der WHO in 130 Ländern zeigte bei 67% der Einrichtungen eine Unterbrechung in der Psychotherapie und Beratung (WHO, 2020b). Dadurch wurde die Versorgungskapazität verringert, während der Bedarf nach psychologischer bzw. psychotherapeutischer Unterstützung in der Allgemeinbevölkerung stieg. Es war zu anzunehmen, dass das Versorgungssystem als Folge der Covid-19-Pandemie zusätzlich stark belastet sein würde (Brakemeier et al., 2020).

Eine Studie aus Österreich zeigte, dass die Anzahl der Präsenztherapieeinheiten während des ersten Lockdowns pro Woche abnahm. Diese Abnahme wurde nicht durch Video- oder Telefontherapie ausgeglichen (Probst et al., 2020). Zu Beginn des ersten Lockdowns nahmen die Therapieeinheiten im Schnitt um 28% ab. Dies bedeutete eine Unterversorgung der Klient*innen in Österreich (Probst et al., 2020; Simon et al., 2021).

Eine Umfrage der DPtV zeigte, dass die Anfragen zu Beginn 2021 in psychotherapeutischen Praxen im Vergleich zum Vorjahr 2020 durchschnittlich um 40% angestiegen waren (Rabe-Menssen, 2021). Davon wartete circa die Hälfte der Hilfesuchenden länger als einen Monat auf ein Erstgespräch und 38% über sechs Monate auf einen Behandlungsplatz. Circa 10% erhielten innerhalb eines Monats einen Behandlungsplatz.

Kinder- und Jugendpsychotherapeut*innen verzeichneten im Durchschnitt einen Anstieg der Anfragen um circa 60%. Hier konnten innerhalb eines Monats 56% der Kinder und Jugendlichen ein Erstgespräch angeboten werden und 11% erhielten einen Behandlungsplatz. Knapp 40% mussten länger als sechs Monate auf einen Behandlungsplatz warten (Rabemessen, 2021). Einer Studie aus Deutschland zu Folge nahm die Anzahl der pro Woche behandelten Klient*innen im Schnitt um 12% zu (Humer, Pieh, et al., 2020). Trotz der Zunahme von Video- oder Telefontherapie um 18%, war die Präsenzbehandlung nach wie vor die häufigste Behandlungsform (Humer, Pieh, et al., 2020). Allerdings war zu beachten, dass diese sich, im Vergleich zu der vorgestellten österreichischen Studie, auf eine kleine Stichprobe bezog und dass das Durchschnittsalter der deutschen Teilnehmer*innen bei über 50 Jahren lag. Die Autor*innen wiesen auf die Möglichkeit hin, dass die Stichprobe mit einer digitalen Behandlungsform weniger vertraut gewesen und diese als weniger attraktiv empfunden haben könnte (Humer, Pieh, et al., 2020).

Psychotherapeutische Behandlung während der Covid-19-Pandemie

Psychotherapeut*innen standen neben den persönlichen auch vor neuen beruflichen Herausforderungen im Zusammenhang mit der Pandemie (Cole, 2021; Inchausti et al., 2020; Rehahn-Sommer & Kämmerer, 2021). Eine Studie von Shklarski et al. (2021a) zeigte, dass teilnehmende Psychotherapeut*innen auf Grund von Stress und Ängsten durch die Pandemie keine optimale Behandlung gewährleisten konnten. Sie mussten ihr eigenes Stresserleben und die eigene Belastung während der Therapie zurückstellen, um sich auf die Arbeit mit den Klient*innen zu konzentrieren und auf diese eingehen zu können (Frenzl et al., 2020). Dies kostete jedoch viel Energie (Rehahn-Sommer & Kämmerer, 2021). Nach Ende der Sitzung waren die Psychotherapeut*innen immer wieder mit den eigenen Ängsten und Belastungen konfrontiert (Brakemeier et al., 2020; Rehahn-Sommer & Kämmerer, 2021).

Psychotherapeut*innen berichteten, dass es ihnen schwerfiel, ihren Klient*innen zu helfen z. B. Traumata zu bearbeiten, da sie eigenen bewältigen mussten (Shklarski et al., 2021a). Auf der anderen Seite konnte die geteilte Erfahrung der Covid-19-Pandemie einen positiven Einfluss auf die therapeutische Allianz haben, da Psychotherapeut*in und Klient*in sich stärker verbunden fühlten (Aafjes-van Doorn et al., 2020; Shklarski et al., 2021a).

Die *therapeutische Allianz* zählt zu den beständigsten Prädiktoren für eine therapeutische Veränderung und ist der größte Wirkfaktor in Psychotherapien (Flückiger et al., 2018; Geller, 2020; Simpson & Reid, 2014). Als therapeutische Allianz wird als das Ausmaß einer vertrauensvollen und kooperativen Beziehung zwischen Psychotherapeut*in

und Klient*in im Rahmen einer Behandlung definiert (Corso et al., 2012). Wichtige Komponenten sind Wertschätzung, emotionale Nähe, sowie Empathie und Wärme (Elliott et al., 2011; Simpson & Reid, 2014). In der Pandemie stellte jeder/ jede Psychotherapeut*in aber auch jedes Gegenüber jedoch eine potentielle Gefahrenquelle dar (Rehahn-Sommer & Kämmerer, 2021). Das führte zu der Fragestellung, wie man „Grundvertrauen angesichts von Grundmisstrauen“ (Rehahn-Sommer & Kämmerer, 2021, S. 65) verwirklichen kann. Eine Alternativmöglichkeit zur Behandlung in Präsenz mit Schutzmaßnahmen stellte die Teletherapie dar. Laut einer Studie der WHO führten 70% von 130 Ländern Teletherapie als Alternative zur Präsenzbehandlung ein (WHO, 2020b).

Rechtlicher Rahmen für Psychotherapie während der Pandemie

In Österreich war die Durchführung von Psychotherapie per Telefon oder Video vor Beginn der Pandemie grundsätzlich nicht gestattet (BMSGPK, 2020a).

Basierend auf den geschilderten grundlegenden Prinzipien der Psychotherapie und dem fachlichen Selbstverständnis von Psychotherapie als eigenständige wissenschaftliche Disziplin und Behandlungsmethode insgesamt, ist Psychotherapie als Behandlung, insbesondere als Krankenbehandlung samt psychotherapeutischer diagnostischer Abklärung und Indikationsstellung [...] via Internet nicht lege artis. Daher muss eine solche auch aus rechtlicher Sicht abgelehnt werden, weil die Einhaltung der psychotherapeutischen Berufspflichten nach dem PthG nicht gewährleistet ist. (BMSGPK, 2020, S. 6)

In Deutschland war es den Psychotherapeut*innen vor Beginn der Pandemie erlaubt, maximal 20% der Leistungen pro Quartal per Video durchzuführen (BPTK, 2019). Weiterhin durften innerhalb eines Quartals höchstens 20% der Klient*innen ausschließlich per Video behandelt werden. Eine telefonische Behandlung war nicht erlaubt.

Eine psychotherapeutische Behandlung beruht immer auf fachlichen Standards, die sicherstellen, dass eine vertrauensvolle Beziehung zwischen Patientin und Psychotherapeutin hergestellt und eine erfolgsversprechende Behandlung durchgeführt werden kann. Dazu gehört insbesondere der unmittelbare persönliche Kontakt. Das ist der Goldstandard einer Psychotherapie. Dieser Standard ist so auch in der

Musterberufsordnung (MBO) festgelegt. Eine ausschließliche Fernbehandlung ist damit in der Psychotherapie nicht möglich.

Es kann jedoch Einzelfälle geben, in denen eine Psychotherapie auch per Videotelefonat durchgeführt werden kann. (BPtK, 2019, S. 6)

Behandlung im persönlichen Kontakt § 5 Absatz 5 MBO: „Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten erbringen psychotherapeutische Behandlungen im persönlichen Kontakt. Behandlungen über Kommunikationsmedien sind unter besonderer Beachtung der Vorschriften der Berufsordnung, insbesondere der Sorgfaltspflichten, zulässig. Dazu gehört, dass Eingangsdiagnostik, Indikationsstellung und Aufklärung die Anwesenheit der Patientin oder des Patienten erfordern. (...)“. (BPtK, 2019, S. 7)

Sowohl Österreich als auch Deutschland erstellten auf Grund der strikten Ausgangssperren und Maßnahmen eine Ausnahmeregelung, die es erlaubte, Psychotherapie per Video oder telefonisch zu führen und abrechnen zu können (DPtV, 2020; Österreichischer Bundesverband für Psychotherapie [ÖBVP], 2021). Therapie in Präsenz durfte unter bestimmten Auflagen ebenfalls durchgeführt werden (BMSGPK, 2020b; BPtK, 2021). Zu diesen Auflagen zählte u. a. das Tragen einer Schutzmaske und das Einhalten von einem Mindestabstand von 1,5m in Deutschland und 1m in Österreich.

Präsenztherapie mit Schutzmaßnahmen

Die Schutzmaßnahmen in der Präsenztherapie erschwerten es, eine vertrauensvolle, wertschätzende und emotional nahe Beziehung aufzubauen (Rehahn-Sommer & Kämmerer, 2021). Sie signalisierten das Bedürfnis nach Abstand und Sicherheit. Zusätzlich behinderte die Maske das Empfangen und Senden nonverbaler Informationen (Rehahn-Sommer & Kämmerer, 2021). Das Allensbach-Institut veröffentlichte 2016 eine Studie, die besagte, dass ungefähr 55% der zwischenmenschlichen Kommunikation über Gestik und Mimik ablaufen (nach Vogel, 2020). Durch das Tragen einer Schutzmaske war die Mimik stark eingeschränkt und ein wesentlicher Aspekt der zwischenmenschlichen Kommunikation verloren. Laut Vogel (2020) gab es keine einheitlichen Reaktionen von Psychotherapeut*innen und Klient*innen. Um einen Informationsverlust durch eine Maske zu vermeiden, konnte zeitweilig eine Glasscheibe als Schutzmaßnahme dienen (BPtK, 2021; Vogel, 2020). Diese zeigte eine befremdliche Wirkung auf die Interaktion zwischen Psychotherapeut*in und Klient*in (Vogel, 2020). Zu Präsenztherapie mit Schutzmaßnahmen lagen jedoch bis dato

(28.04.2021) nur Erfahrungs- sowie Gedankenberichte und keine durch Studien gesicherten Erkenntnisse vor.

Die Alternative: Teletherapie

Die Psychotherapeut*innen in Österreich und Deutschland wurden dazu aufgerufen, zu Teletherapie zu wechseln (Kassenärztliche Bundesvereinigung, 2020; ÖBVP, 2021). Teletherapie ist eine Form der Telemedizin. Sie bezeichnet den Einsatz von Informations- und Kommunikationstechnik zur Erbringung (medizinischer) Dienstleistungen, wobei die psychotherapeutischen Maßnahmen aus der Ferne vollbracht werden können (Deutsche Gesellschaft für Telemedizin, o. J.). Diese Modalität der Therapie beinhaltet verschiedene Formen der Technologie u. a. Video- und Telefontherapie (Humer, Stippl, et al., 2020; Taylor et al., 2020).

Für die Psychotherapeut*innen kam der Umstieg unerwartet (Callahan, 2020; Geller, 2020; Malins et al., 2020; Taylor et al., 2020). Die Umstellung eröffnete zwar einerseits neue Möglichkeiten, andererseits aber auch Herausforderungen (Inchausti et al., 2020). Viele Psychotherapeut*innen hatten vorher kaum bis keine Erfahrung mit Teletherapie (Geller, 2020). Durch den plötzlichen Umstieg auf das oftmals unbekannte Medium und wenig Kenntnis im Umgang, erlebten Psychotherapeut*innen Selbstzweifel und Ängste (Aafjes-van Doorn et al., 2020). Laut der WHO gab es starke Unterschiede in der Annahme der Teletherapie von Seiten der Psychotherapeut*innen (WHO, 2020b). Im Vergleich zu Klient*innen schienen Psychotherapeut*innen größere Probleme mit der Umsetzung zu haben und begegneten der Teletherapie skeptisch (Shklarski et al., 2021a; Simpson & Reid, 2014; WHO, 2020b). Die Vorteile der Fernbehandlung waren hingegen der erleichterte Zugang zu einer Behandlung, die Kosteneffizienz, der Komfort, das vereinfachte Einhalten der Vorschriften bezüglich Abstandsregelungen und das minimierte Übertragungsrisiko in der Pandemie (Aafjes-van Doorn et al., 2020; Humer, Stippl, et al., 2020; Humer & Probst, 2020; Mendes-Santos et al., 2020).

Akzeptanz und Sorgen. Viele Psychotherapeut*innen zeigten sich besorgt, dass durch die Fernbehandlung Probleme auftreten (Aafjes-van Doorn et al., 2020; Békés & Aafjes-van Doorn, 2020; MacMullin et al., 2020; Simpson & Reid, 2014). Sie befürchteten besonders, dass die therapeutische Allianz durch die Technik negativ beeinflusst und das Vermitteln von Empathie oder Wärme beeinträchtigt wurde. Sie waren der Meinung, dass Teletherapie im Vergleich zu Präsenzbehandlung weniger effektiv war und das insbesondere

Krisen oder komplexe Störungsbilder nicht für Teletherapie geeignet waren (Aafjes-van Doorn et al., 2020; Simpson & Reid, 2014).

Weitere Hürden für die Nutzung von Teletherapie waren laut einer syrischen Studie kulturell, finanziell oder technisch bedingt (Jefee-Bahloul et al., 2016). Es gab Bedenken über Limitationen wie (a) technische Herausforderungen und Unwissen, (b) die Umgebungseinflüsse sowohl bei den Klient*innen als auch bei den Psychotherapeut*innen, (c) Misskommunikation und Missverständnisse, (d) Ethik und (e) die Einstellung gegenüber Teletherapie (Békés & Aafjes-van Doorn, 2020; MacMullin et al., 2020; Mendes-Santos et al., 2020). Bezüglich der Haltung der Psychotherapeut*innen schien das fehlende Wissen und Training im Umgang mit Teletherapie das größte Problem darzustellen (Schuster et al., 2020; Wangberg et al., 2007). Eine österreichische Studie verdeutlichte fehlende Klarheit und fehlendes Wissen über die Nutzung von technisch-basierten Anwendungen und deren Vorteilen von Seiten der Psychotherapeut*innen (Schuster et al., 2018). Eine deutsche Studie zeigte, dass Wissen über Online-Interventionen, die Häufigkeit der Internetnutzung sowie das Geschlecht und Alter des/der Psychotherapeut*in keinen signifikanten Einfluss auf die Einstellung zu Teletherapie hatten (Schröder et al., 2017). Es gab jedoch einen positiven Zusammenhang zwischen steigendem Alter und sinkender Überzeugung von Anwendung der Teletherapie.

Verschiedene Studien berichteten, dass nicht alle Klient*innen über die notwendige Technik oder genügend Privatsphäre verfügten (Hasson-Ohayon & Lysaker, 2020; Reese et al., 2016; Shklarski et al., 2021a). Dies stellte eine signifikante Hürde dar. Klient*innen die nicht über genügend Privatsphäre verfügten, fiel es schwer, sich zu öffnen und mitzuteilen (Rehahn-Sommer & Kämmerer, 2021; Shklarski et al., 2021a). Technische Probleme waren Stör- und Stressfaktoren und konnten den Therapiefluss unterbrechen (Rehahn-Sommer & Kämmerer, 2021; Shklarski et al., 2021a).

Eine Studie von Simpson et al. (2020) verdeutlichte, dass Teletherapie schnell zu unklaren Grenzen und damit zu Grenzüberschreitungen führen konnte. Hierbei bestand eine besonders große Gefahr darin, dass die Kontakthäufigkeit anstieg und der Austausch informeller und zwangloser wurde. Dies konnte im Extremfall die Professionalität der therapeutischen Beziehung und Arbeit negativ beeinflussen (Simpson et al., 2020). Ein weiteres Phänomen der Teletherapie war Zoom-Fatigue (Wiederhold, 2020). *Zoom-Fatigue* bezeichnete den Zustand von u. a. Müdigkeit durch die übermäßige Nutzung von Videokonferenzplattformen, benannt nach dem Anbieter Zoom (Wiederhold, 2020). Besonders zu Beginn empfanden Psychotherapeut*innen es als ungewohnt und anstrengender

Sitzungen und ähnliches über lange Zeiträume hinweg per Bildschirm abzuhalten.

Psychotherapeut*innen berichteten, dass dies die Tage länger wirken ließ (Shklarski et al., 2021a). Außerdem mussten Psychotherapeut*innen kompensieren, dass sie nicht den ganzen Körper der Klient*innen sehen konnten, indem sie sich stärker konzentrierten. Ebenfalls bedurfte es mehr Anstrengung die Klient*innen zu motivieren (Shklarski et al., 2021a).

Forschung zur Effektivität der Teletherapie. Laut Irvin et al. (2020) wies Telefon- und Videotherapie eine ähnliche Wirksamkeit wie eine Behandlung in Präsenz auf. Eine Untersuchung von Humer, Stippl, et al. (2020), welche die Erfahrungen von Psychotherapeut*innen während des ersten Lockdowns in Bezug auf Fernbehandlung in Österreich erfragte, kam jedoch zu dem Schluss, dass Fernbehandlung mittels Teletherapie nicht mit Präsenzbehandlung vergleichbar war. Die Teilnehmer*innen der Studie berichteten allerdings, Fernbehandlung positiver erlebt zu haben, als von ihnen erwartet (Humer, Stippl, et al., 2020). In einer Studie von Christensen et al. (2021) waren sowohl die Klient*innen als auch die Behandler*innen der Meinung, dass Teletherapie die Behandlung in Präsenz nicht vollständig ersetzen konnte. Eine weitere Untersuchung bestätigte diese Aussage (Shklarski et al., 2021a). Auch wenn sich Teletherapie nach einiger Zeit real anfühlte, gab es deutliche Unterschiede zur Präsenzbehandlung. Besonders die Arbeit mit Kindern per Teletherapie wurde als schwierig benannt (Shklarski et al., 2021a). Die Therapiearbeit basierte dabei nicht auf einer reinen Gesprächsform, sondern beinhaltet oftmals spielerische Elemente die z. B. per Video komplizierter umzusetzen waren. Psychotherapeut*innen mussten kreativer werden und sich noch gezielter vorbereiten. Eine qualitative Studie zeigte, dass technische Schwierigkeiten eine große Rolle spielten (Christensen et al., 2021). Dabei wurden diese besonders von den Behandler*innen hervorgehoben, wohingegen sich die Klient*innen davon weniger gestört fühlten.

Forschung zur therapeutischen Allianz. In einer Metaanalyse von Flückiger et al. (2018) war die durchschnittliche Effektstärke der Allianz in der Teletherapie sehr ähnlich zu der in Präsenzbehandlung. Eine Studie von Reese et al. (2016) fand ebenfalls keinen signifikanten Unterschied zwischen Präsenz-, Telefon- oder Videotherapie in Bezug auf die therapeutische Allianz und die empathische Genauigkeit. Eine Review von Simpson und Reid (2014) zeigte in den Untersuchungen mit einer Kontrollgruppe simultane Bewertungen der therapeutischen Allianz in Videositzungen und in Präsenzsitzungen. Sowohl Klient*innen als auch Behandler*innen stuften die therapeutische Allianz als moderat bis stark ein und einige Klient*innen beschrieben eine Verstärkung der therapeutischen Beziehung via Teletherapie (Simpson & Reid, 2014). Die therapeutische Allianz blieb trotz der alternativen Modalität

intakt (Aafjes-van Doorn et al., 2020; Reese et al., 2016). Dabei schien die gemeinsame Erfahrung der Pandemie einen positiven Einfluss zu haben, da Psychotherapeut*in und Klient*in sich stärker verbunden fühlten (Aafjes-van Doorn et al., 2020).

Psychotherapeut*innen berichteten jedoch, dass sie die therapeutische Allianz per Teletherapie generell als weniger authentisch empfanden. Außerdem erforderte der Aufbau und das Erhalten der therapeutischen Allianz per Teletherapie deutlich mehr Arbeit (Shklarski et al., 2021a).

Normalerweise wird die Sicherheit in der Allianz durch das Zusammensein in einem geschützten Praxisraum geschaffen (Geller, 2020; Shklarski et al., 2021a). Durch die Sicherheitsmaßnahmen und die Teletherapie entstand aber der Zustand des *distanzierten Zusammenseins*—die Beteiligten waren zusammen, jedoch getrennt durch beispielsweise einen Computerbildschirm (Geller, 2020). Dadurch ergab sich eine Distanz zwischen Psychotherapeut*in und Klient*in (Shklarski et al., 2021a). Ein/eine Psychotherapeut*in beschrieb diese Distanz als ein Stück Realität, welches man in der Präsenztherapie thematisieren konnte (Shklarski et al., 2021a, S.8). Per Teletherapie war der/die Psychotherapeut*in anwesend, aber physisch nicht da (Shklarski et al., 2021a, S.8). Teletherapie wurde dahingehend kritisiert, dass die künstlich übermittelte Ton- und Bildqualität die Wahrnehmung der Präsenz beeinträchtigten (Simpson & Reid, 2014). *Präsenz* bezeichnet das Gefühl, in einem Raum bzw. einer Umgebung zu sein, auch wenn man sich an einem anderen Ort befindet (Simpson & Reid, 2014). Präsenz ist eng mit der *therapeutischen bzw. emotionalen Bindung* zwischen Klient*in und Behandler*in verknüpft. Zweiteres ist wiederum ein wichtiger Bestandteil der therapeutischen Allianz (Simpson & Reid, 2014).

Eine Review berichtete hingegen, dass sowohl Klient*innen als auch Behandler*innen auf Grund intensiven Arbeitens die veränderte Modalität der Therapie vergaßen (Simpson & Reid, 2014). Laut Simpson und Reid (2014) konnte eine starke Bindung über Teletherapie aufgebaut werden. Das Review zeigte, dass emotionale Wärme übertragen wurde und die Entwicklung einer tiefgehenden Beziehung über Teletherapie stattfinden konnte. Klient*innen berichteten, dass es ihnen über das Telefon leichter fiel, schwierige Inhalte zu teilen, da sie sich weniger über die Reaktion des/der Psychotherapeut*in sorgten (Hasson-Ohayon & Lysaker, 2020; Shklarski et al., 2021a). Die Online-Umgebung wurde von Psychotherapeut*innen und Klient*innen als weniger bedrohlich und als entspannter wahrgenommen (Reynolds et al., 2013; Simpson et al., 2020; Simpson & Reid, 2014). Dies wird auch als *online calming hypothesis* bezeichnet. Die geringere Erregung während der

Onlinetherapie führte zu einem höheren Gefühl von Sicherheit (Reynolds et al., 2013). Klient*innen beschrieben eine stärkere Wahrnehmung von Kontrolle, da sich beide Seiten in ihrem eigenen Umfeld befanden und die Möglichkeit hatten, die Sitzung zu unterbrechen oder zu beenden (Simpson & Reid, 2014). Das Gefühl der gleichen Kontrolle hatte einen positiven Einfluss auf die therapeutische Allianz. Außerdem gab die eigene Umgebung den Klient*innen zusätzliche emotionalen und physischen Sicherheit und es fiel ihnen leichter, in eine tiefere Bearbeitung zu gehen (Shklarski et al., 2021a).

Forschung zur Empathie. Eine wichtige Komponente der therapeutischen Beziehung ist das Vermitteln von Empathie (Elliott et al., 2011; Simpson & Reid, 2014). Behandler*innen konnten ihre Empathie per Video nicht durch z. B. beständigen Blickkontakt oder das Reichen eines Taschentuches transportieren. Deshalb musste Empathie in der Teletherapie bewusst durch z. B. Gestik oder Sprache vermittelt werden (Reese et al., 2016; Simpson & Reid, 2014). Eine Studie von Reese et al. (2016) fand keinen signifikanten Unterschied zwischen Präsenz-, Telefon- oder Videotherapie in Bezug auf die empathische Genauigkeit. Durch die Teletherapie verlangsamte die Interaktion. Dies führte zu einer verbesserten Kommunikation, da die Teilnehmenden sich beim Sprechen abwechseln mussten, konzentrierter zuhörten und Emotionen besser wahrnehmen konnten (Reese et al., 2016; Simpson & Reid, 2014). Eine weitere Studie betonte positiv, dass Psychotherapeut*innen sich während Telefontherapien stärker auf das Gesprochene konzentrierten und dieses analysieren konnten, da es keine Ablenkung durch Körpersprache oder Mimik gab (Hasson-Ohayon & Lysaker, 2020).

Fragestellung und Forschungsziele der aktuellen Studie

Nach jetzigem Wissenstand gibt es keine Studie aus Sicht der Psychotherapeut*innen in Österreich und Deutschland darüber, wie es ihnen während der Covid-19-Pandemie in den eigenen Praxen ergangen ist. Es sind Untersuchungen zu den Veränderungen in der Psychotherapie vorhanden (Humer, Stippl, et al., 2020; Probst et al., 2020). Bei diesen Studien in Österreich wurde auf die Umstellung auf Telefon- und Videotherapie eingegangen sowie inwieweit dabei Unterschiede zwischen den Therapieformen vorkamen. Es gibt jedoch nur wenig Informationen dazu, welche Rolle die Tele- und Videotherapie als Unterstützung während der Pandemie spielt, inwieweit Klient*innen diese angenommen haben und wie Psychotherapeut*innen diese Form der Therapie bewerteten. Zudem wurde bisher nicht erhoben, inwieweit diese Therapieform im Laufe der Pandemie verändert und angepasst wurde sowie welche Einflüsse die Lockdown-Phasen hatten. Zusätzlich scheinen im

deutschsprachigen Raum bisher generell wenig gesicherte Erkenntnisse über die psychotherapeutische Tätigkeit außerhalb des Praxissettings vorzuliegen (Vogel, 2020). Es liegen bisher noch keine Kenntnisse darüber vor, welchen Einfluss die Schutzmaßnahmen in der Präsenztherapie auf die therapeutische Beziehung und die Arbeit haben. Weiterhin gibt es keine Daten dazu, inwieweit sich die Beziehung zwischen Psychotherapeut*innen und Klient*innen sowie die Qualität der Beziehung insgesamt verändert haben.

Ziel dieser explorativen Arbeit ist es, tiefergehend der Fragestellung nachzugehen, welche Rolle die Telefon- und Videotherapie während der Pandemie spielte. Hierbei soll u. a. erfragt werden, in welchem Ausmaß Telefon- und Videotherapien genutzt wurden, was hilfreich war und was angepasst werden musste. Weiterhin ist relevant, wie sich diese Modalität im Laufe der Pandemie weiterentwickelt hat, wie sie angenommen wurde und wie die Psychotherapeut*innen die Modalität im Rahmen der Pandemie bewerten. Es soll untersucht werden, von welchem Ort gearbeitet wurde und wie sich die Psychotherapeut*innen eine produktive Arbeitsatmosphäre geschaffen haben. Wenn keine Telefon- und Videotherapie durchgeführt wurde, sollen die Gründe für eine Nichtdurchführung erhoben werden, und wie die Modalität generell im Rahmen der Pandemie bewertet wurde.

Darüber hinaus soll durch eine weitere Fragestellung untersucht werden, inwieweit die therapeutische Beziehung zwischen Psychotherapeut*innen und Klient*innen durch die Pandemie beeinflusst wurde. Dabei soll erfragt werden, wie es war, ohne direkten Kontakt oder aber im direkten Kontakt aber mit Schutzmaßnahmen zu arbeiten. Es soll ebenfalls untersucht werden, was sich durch Schutzmaßnahmen in der Praxis verändert haben könnte. Weiter soll erhoben werden, wie die Erfahrung in der ersten Einheit nach Beginn der Pandemie in Präsenz oder per Teletherapie mit bekannten oder mit neuen Klient*innen wahrgenommen wurde und wie die weitere Beziehungsgestaltung sich entwickelte.

Beide Forschungsfragen sollen jeweils im Kontext der Lockdowns betrachtet werden. Dadurch sollen mögliche Unterschiede in der Arbeit und Beziehung zwischen Psychotherapeut*innen und Klient*innen sowie die Weiterentwicklung der Modalitäten untersucht werden.

Methode

Design

Zum Zeitpunkt der Erstellung dieser Arbeit lagen noch keine Erkenntnisse zu dem Einfluss der Covid-19-Pandemie im Rahmen der Psychotherapie vor. Deshalb wurde die

vorliegende Studie anhand eines qualitativen Designs durchgeführt. Nach Hussy et al. (2013) eignet sich eine qualitative Herangehensweise besonders dazu, induktiv, daher nicht theoriegeleitet, zu forschen. Auf Grund der bisher wenig erforschten Thematik, diente die vorliegende Arbeit und Methodik dazu, erste Erkenntnisse zu gewinnen. Ebenso wurden wegen der neuartigen Thematik bei dieser explorativen Studie keine spezifischen Ergebnisse erwartet. Der interpretative Ansatz in Form einer explorativen Interviewstudie wurde gewählt, um ein erstes Bild über die Vielfalt der Sicht der Psychotherapeut*innen bezüglich ihrer Arbeit während der Covid-19-Pandemie zu erhalten (Robson & McCartan, 2017). Ein exploratives Interview dient u. a. dazu, durch die Antworten der Befragten neues Wissen und ein möglichst vollständiges Meinungsbild zu erlangen (Honer, 1994). Ebenso eignet sich die Erhebung verbaler, qualitativer Daten in Form eines Interviews besonders dazu, die Meinung der Teilnehmenden über u. a. bestimmte gesellschaftliche Entwicklungen in Erfahrung zu bringen (Hussy et al., 2013).

Das Interview wurde als Leitfadeninterview durchgeführt (siehe Anhang A). Beim Leitfadeninterview handelt es sich um ein halbstandardisiertes Interview, bei dem die Fragen während des Gesprächsverlaufs angepasst werden, während der Leitfaden als Anhaltspunkt dient (Hussy et al., 2013). Der Leitfaden basiert auf relevanten Aspekten, die im Voraus als Untersuchungsgegenstand herausgearbeitet wurden. Die Erstellung des Leitfadens stellt sicher, dass alle für die Forschungsfragen relevanten Aspekte erhoben werden. Zudem bietet sich das Leitfadeninterview als geeignete Methode an, um die Meinungen und Sichtweisen verschiedener Menschen zu einer Thematik zu vergleichen (Hussy et al., 2013). In der vorliegenden Arbeit sollten die Erfahrungen, Meinungen und Sichtweisen der Psychotherapeut*innen erhoben und verglichen werden. Weiterhin war mit dem Leitfadeninterview eine offene Exploration der Fragestellung möglich. Ziel war es, anhand des Interviewleitfadens die Forschungsfragen zu bearbeiten und gleichzeitig durch die Leitfadenfragen eine Struktur zwischen den einzelnen Interviews beizubehalten.

Stichprobe und Rekrutierung

Es handelte sich um eine selektive Stichprobe, da ausgewählte Personen kontaktiert und befragt wurden (Flick, 2013). Die Psychotherapeut*innen wurden über private Kontakte und Weitervermittlung per E-Mail oder Telefon rekrutiert. Diese Form der Rekrutierung wird als *snowball sampling* bezeichnet (Robson & McCartan, 2017). Weitere Versuche, nicht persönlich bekannte oder vermittelte Psychotherapeut*innen per E-Mail und Telefon zu rekrutieren, resultierten entweder in Absagen oder ergaben keine Rückmeldungen. Es gab

keine finanzielle oder materielle Vergütung. Es bestanden keine ethischen Bedenken, da die Stichprobe keine Risikogruppe beinhaltete.

Die Stichprobe umfasste jeweils fünf Psychotherapeut*innen aus Österreich und Deutschland ($N = 10$). Das Durchschnittsalter betrug 55.30 Jahre ($SD = 15.36$) und reichte von 30 Jahren bis zu 84 Jahren. Von den Teilnehmer*innen ordneten sich sieben (70%) dem weiblichen und drei (30%) dem männlichen Geschlecht zu. Die Teilnehmer*innen arbeiteten im Schnitt seit 16.15 Jahren ($SD = 14.27$) in einer eigenen Praxis und behandelten zum Zeitpunkt der Interviews durchschnittlich 32.89 Klient*innen in ihrer Praxis ($SD = 15.09$). Ein/eine Psychotherapeut*in arbeitete jedoch in großen Abständen, unregelmäßig und teilweise sehr kurzweilig mit Klient*innen. Aus diesen Gründen konnte er/sie keine genau Angabe über die Anzahl der behandelten Klient*innen treffen.

Vier (40%) Psychotherapeut*innen ordneten sich der *tiefenpsychologisch-psychodynamischen* Orientierung zu, vier (40%) der *verhaltenstherapeutischen*, eine*r (10%) der *systemischen* und eine*r (10%) einer *anderen* Orientierung. Tabelle 1 zeigt die einzelnen Therapieverfahren. Die Hälfte der Psychotherapeut*innen arbeitete ausschließlich mit Erwachsenen (50%), zwei (20%) nur mit Kindern und Jugendlichen, und drei (30%) behandelten alle Altersklassen. Alle Teilnehmer*innen sprachen fließend Deutsch und behandelten seit vor Beginn der Pandemie Klient*innen.

Vorgehen

Den Teilnehmer*innen wurde mit Kontaktaufnahme ein Informationsschreiben über die Studie sowie eine Einwilligungserklärung per E-Mail zugesendet. Im Zuge dessen wurden sie über die Studie, die Teilnahmebedingungen und die Datenspeicherung sowie -verarbeitung informiert. Mit Zurücksenden der unterschriebenen Einwilligungserklärung stimmten die Psychotherapeut*innen einer freiwilligen Teilnahme zu. Daraufhin wurde ein Interviewtermin vereinbart. Alle Interviews wurden zwischen dem 29.01.2021 und dem 06.03.2021 geführt. Auf Grunde der Pandemie fanden diese entweder per Telefon oder Videotelefonie statt. Es wurden so lange Interviews geführt bis der Sättigungsgrad an Informationen erreicht war (Hussy et al., 2013). Das heißt, dass nach insgesamt 10 geführten Interviews keine neuen Erkenntnisse gewonnen werden konnten. Die Dauer der Interviews variierte zwischen 45 und 70 Minuten. Insgesamt kam circa 10 Stunden Interviewmaterial zusammen. Die Interviews wurden per Audio aufgezeichnet.

Tabelle 1*Psychotherapeutische Orientierung untergliedert in Therapieverfahren*

Psychotherapeutische Orientierung und Verfahren	Anzahl <i>n</i> (%)
Tiefenpsychologisch-psychodynamisch	4 (40%)
Tiefenpsychologie und Psychoanalyse	2 (20%)
Individualpsychologie	1 (10%)
Psychoanalyse	1 (10%)
Verhaltenstherapeutisch	4 (40%)
Verhaltenstherapie	3 (30%)
Integrative Verhaltenstherapie	1 (10%)
Systemisch	1 (10%)
Systemische Therapie	
Andere	1 (10%)
Emotionsfokussierte Therapie	

Das Gespräch mit den Interviewpartner*innen begann mit einer Erklärung über den Ablauf sowie die Hintergründe der Studie. Die Teilnehmer*innen wurden gebeten, keine persönlichen Angaben über sich oder ihre Klient*innen zu machen. Falls vor Beginn noch Fragen offen waren, konnten diese geklärt werden. Zum Einstieg in das Interview wurden zunächst die soziodemographischen Daten erhoben. Anschließend folgten die offenen Leitfadenfragen, welche je nach Gesprächsverlauf gestellt und angepasst wurden. Zum Abschluss stand noch Zeit für Ergänzungen, Vertiefungen oder Feedback von Seiten der Interviewees zur Verfügung. Der Interviewleitfaden war thematisch in zwei Blöcke aufgeteilt. Im ersten Block wurden Fragen zu Telefon- und Videotherapie gestellt. Der zweite Teil behandelte die Entwicklung der therapeutischen Beziehung im Laufe der Pandemie. Während der Interviews gab es jedoch keine fest vorgegebene Struktur der Themen.

Die Interviews wurden anschließend transkribiert und anonymisiert. Die Anonymisierung wurde den Teilnehmer*innen gegenüber mehrfach betont, da die Psychotherapeut*innen Informationen über sich und ihre Arbeit offenlegten, welche sensible Daten beinhalten konnten. Personenbezogenen Aussagen wie z. B. Städtenamen oder der eigene Nachname wurden maskiert. Für die weitere Auswertung wurden uneingeschränkt die

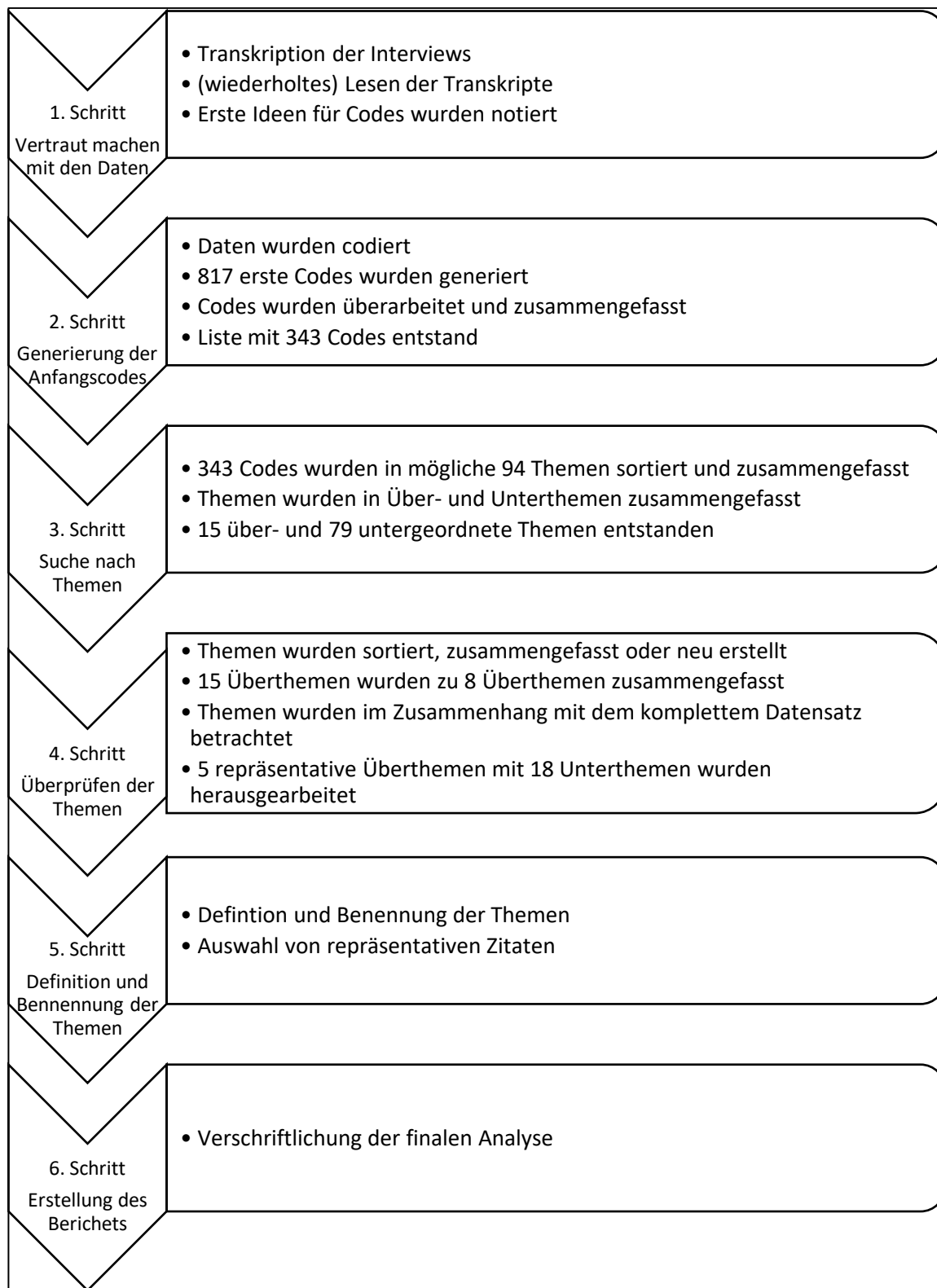
anonymisierten Transkripte verwendet. Nach der Transkription wurden die Audioaufnahmen gelöscht. Die Transkripte wurden bis zum 31.01.2022 gesichert aufbewahrt.

Datenanalyse

Zum Zeitpunkt dieser Arbeit befand sich die forschende Person in ihrem vierten Semester des Masters *Psychologie* mit dem Schwerpunkt *Klinische- und Gesundheitspsychologie* an der Universität Wien. Die Durchführung und Transkription der Interviews sowie die Analyse der Daten wurden selbstständig ausgeführt.

Zur Auswertung wurde eine *thematische Analyse* nach Braun und Clarke (2006) ausgewählt. Die thematische Analyse ist eines der meistgenutzten Verfahren zur Auswertung qualitativer Daten und erlaubt eine interviewübergreifende Analyse (Braun & Clarke, 2006; Döring & Bortz, 2016). Braun und Clarke (2006) unterteilten die thematische Analyse in mehrere Schritte (siehe Abbildung 1):

Der erste Schritt beinhaltete das Einarbeiten in die Daten. Die selbstständige Transkription spielte hierbei die entscheidende Rolle. Die Transkripte wurden ausführlich gelesen und nach sich wiederholenden Mustern untersucht. Erste Ideen für Codes wurden notiert. Im zweiten Schritt wurden Anfangscodes generiert, welche sich auf einen oder verschiedene Textabschnitte bezogen. Diese wurden laufend überarbeitet und weiterentwickelt. Am Ende dieses Schrittes stand eine Liste mit verschiedenen Codes. Diese wurden im dritten Schritt in thematische Gruppen unterteilt und zusammengefasst. Verschiedene Unterthemen wurden zu Überthemen zusammengeführt. Daraus entstand schließlich eine erste Sammlung von Themen und Unterthemen, welche aus den Codes generiert worden waren. Im nächsten Schritt wurden diese Themen analysiert und überprüft. Sie wurden mithilfe einer *thematischen Karte* mehrfach sortiert, zusammengefasst, umbenannt und verknüpft. Der Datensatz wurde erneut gelesen und die Themen in Bezug auf den kompletten Datensatz betrachtet. Dieser Schritt wurde so lange durchgeführt, bis die Themen und deren Repräsentation der Daten deutlich herausgearbeitet waren. Im fünften Schritt wurden die Themen definiert, erhielten einen aussagekräftigen Namen und passende Zitate aus den Interviews. Die Zitate wurden anhand ihrer Repräsentativität und Aussagekraft für das jeweilige (Unter-)Thema ausgewählt. Sie dienen als anschauliches Beispiel und Beleg für die gewonnenen Erkenntnisse (Braun & Clarke, 2006). Der letzte Schritt beinhaltete die Verschriftlichung der finalen Analyse und stellt den Inhalt der vorliegenden Arbeit dar. Die Analyse der Daten wurde mit Unterstützung des Programms MAXQDA2020 durchgeführt (VERBI Software, 2019).

Abbildung 1*Flow Chart der einzelnen Datenanalyseschritte*

Anmerkung. Die Analyseschritte des Flow Charts basieren auf den Schritten der thematischen Analyse nach Braun und Clark (2006).

Ergebnisse

Zu Beginn der Analyse lagen 817 Codes vor. Jeder Code bezog sich auf ein oder mehrere Segmente, die für die Thematik der Fragestellung relevant waren. Nach dem Zusammenfassen und Überarbeiten durch einen iterativen Prozess verblieben 343 Codes. Diese wurden thematisch gruppiert und ergaben folgende fünf Themen: Präsenztherapie, Telefon- und Videotherapie, Folgen und Einfluss der Covid-19-Pandemie, Lockdowns, und Zukunft. Einige Themen beinhalteten weitere Unterthemen. Anhang B stellt tabellarisch die Codes, die Unterthemen und die Überthemen mit Beispielzitaten dar.

Thema 1: Präsenztherapie

Das Thema der Präsenztherapie umfasste, in welcher Form die Psychotherapeut*innen in Präsenz unter den Hygieneauflagen arbeiten konnten, welche Vorteile diese Modalität der Therapie bot und wie sich die erste Einheit in Präsenz seit Beginn der Pandemie gestaltete.

Hygienemaßnahmen

Die Psychotherapeut*innen waren dazu aufgerufen, in der Präsenztherapie Hygienemaßnahmen einzuhalten. Das Unterthema *Hygienemaßnahmen* behandelte den Umgang mit und die Probleme dieser. Als Hygienemaßnahmen nutzten die Psychotherapeut*innen eine strengere Zeitplanung, Wegführung der Klient*innen in der Praxis sowie stärkere Strukturierung in der Anleitung (z. B. Hände desinfizieren). Sie achteten auf regelmäßigen Luftaustausch, Abstand und (teilweise) galt eine Schutzmaskenpflicht.

Also fange ich mal von vorne an: Händedesinfektionsmittel, die Patienten müssen ganz pünktlich kommen—nicht zu früh, nicht zu spät, aber besonders nicht zu früh—damit der Wartebereich nicht genutzt wird und man sich im Flur nicht begegnet. Großen Abstand: fast vier Meter zu den Patienten.... Dann habe ich einen Luftreiniger und ich habe Papierhandtücher eingeführt. Wenn ich die Patienten reinbitte, habe ich immer eine Maske auf und die Patienten auch—Patienten dürfen nur mit Mundschutz den Raum betreten. (Interview 1)⁴

Ich musste ja ein Hygienekonzept entwickeln.... Und zwar musste ich meine Räumlichkeiten so gestalten, dass der Abstand groß genug ist und ich musste mir

⁴ Anmerkung: Die Interviews wurden zufällig nummeriert.

überlegen, wie mache ich das mit den Türgriffen, wie mache ich das mit dem Klo, wie mache ich das, damit die Leute möglichst wenig anfassen müssen, wenn sie in meine Praxis kommen und möglichst ohne was angefasst zu haben, wieder rausgehen.

(Interview 4)

Die Psychotherapeut*innen zeigten die klare Meinung, dass ihre Auflagen von den Klient*innen eingehalten werden mussten: „Und in der Praxis halt mit den Auflagen—take it or leave it.“ (Interview 10). Ein/eine Psychotherapeut*in berichtete, dass „immer ein Fenster auf war—wir haben sogar manchmal in Winterjacke dagesessen, aber das Fenster war geöffnet“ (Interview 2).

Die Psychotherapeut*innen gingen unterschiedlich mit den Hygienemaßnahmen um. Einige integrierten diese als Teil der Therapie, indem u. a. die Maske und der Umgang mit dieser als zusätzliche Informationsmittel genutzt wurde. Andere thematisierten die Hygienemaßnahmen nicht explizit. Bei Bedarf auf Klient*innen-Seite bei z. B. starkem Weinen, wurden die Maßnahmen angepasst.

Der andere, da habe ich das nicht thematisiert ... bei dem ist sowieso das Thema ‚Scham‘ ein großes Thema und der zieht ... [die Maske] jetzt im Treppenhaus an ... aber wenn er mir da mit Abstand gegenüber sitzt, nicht. Und da habe ich intuitiv beschlossen, das ist jetzt so, ich trage die Maske und er sieht es. Am Anfang habe ich es auch einmal gesagt ... und dann hat er so unter sich geguckt und hat sie nicht aufgesetzt. Da ist es für mich in Ordnung, weil ich denke „Gut, dann hat es einen Grund und vielleicht ist er irgendwann soweit. Im Moment ist er es nicht.“. (Interview 2)

Andere wiederum versuchten die Hygienemaßnahmen durch Humor aufzulockern, um der Strenge entgegenzuwirken. Damit „ganz klar wird, dass die nichts befürchten müssen“ (Interview 1). Im Laufe der Zeit trat eine Normalisierung ein. Man „gewöhnt ... sich dran“, auch wenn es zu Beginn „schon ein bisschen befremdlich“ (Interview 10) war unter den Hygieneauflagen zu arbeiten. Die Maßnahmen trugen dazu bei, dass die Psychotherapeut*innen sich sicherer fühlten und die entwickelten Konzepte das Weiterarbeiten ermöglichten.

Naja ich sag mal ganz selber fühle ich mich darunter ... natürlich auch noch geschützter. Ichühl mich einfach geschützt in der Praxis durch diese ganzen Maßnahmen und das wäre, glaube ich, nicht so entspannt, wenn ich jetzt sagen würde „Ach hier bei mir könnt ihr maskenlos durch die Gegend rennen.“. Also dann könnte ich nicht arbeiten. Das muss ich nun auch mal klar sagen, dass mir das auch Sicherheit gibt. (Interview 2)

Ein/eine Psychotherapeut*in berichtete, eine nachträglich positiv getestete „Patientin gehabt [zu haben] und da ist mein Hygienekonzept eben auch auf die Probe gestellt worden ... aber ich habe mich nicht infiziert. Und das hat mich sehr bestärkt, dass die Art und Weise zu arbeiten in Ordnung“ (Interview 4) war.

Die Hygienemaßnahmen verursachten allerdings auch Nachteile. Sie wirkten oft befremdlich und schafften teilweise eine Distanz zwischen den Psychotherapeut*innen und ihren Klient*innen. Ein/eine Psychotherapeut*in berichtete „die ganzen Schranken wegmachen“ (Interview 2) zu wollen. Gerade zu Beginn waren die Maßnahmen irritierend und ungewohnt.

Ja, das Ganze. Das da schon als erstes „Maskenpflicht“ steht—langsam gewöhnen wir uns alle dran. Oder dass da ein Schild steht „Bitte die Hände gründlich waschen und desinfizieren.“. Da ist schon so viel, was eine Distanz herstellt: „Bitte mach dich ganz sauber, eh du hier zu mir reinkommst.“.... Und eigentlich sollte die Praxis ja Wärme ausströmen und so ist es aber [durch die geöffneten Fenster] immer auch kalt. (Interview 2)

Besonders die Maske und der Abstand bereiteten einem Großteil der Psychotherapeut*innen Probleme. Vieles, was vorher normal war und den Psychotherapeut*innen Hinweise über das Wohlergehen der Klient*innen lieferte, ohne deren Wissen, fiel weg. Die Psychotherapeut*innen berichtete von dem Verlust von Informationen durch das Händeschütteln. Damit wurde „so viel Informationen übermittelt, die ich in einem Gespräch erst lange erarbeiten muss. Was da in dem Bruchteil einer Sekunde passiert, da brauche ich ja drei Minuten Gespräch dafür“ (Interview 8).

Durch die Schutzmaske waren nur der Augen- und Stirnbereich zu sehen, was die sichtbare Mimik stark einschränkte. Das Bild eines/einer Klient*in konnte nur durch das Abnehmen der Maske oder durch das Videoformat vervollständigt werden. Da ging „was

verloren an Information, wenn ich nicht in das Gesicht oder halt das Gesicht nur teilweise sehe. Da ist es natürlich vor allem bei Menschen, die man noch nicht so gut kennt ein stärkeres Hindernis“ (Interview 9). Weiter verursachte die Maske auch akustische Probleme oder führte dazu, dass die Psychotherapeut*innen lauter sprechen mussten. Die richtige Lautstärke zu treffen, um angemessen Reaktionen zu zeigen, war problematisch. „Das kam einem von der Empathie her oft komisch vor“ (Interview 2).

Die Schutzmasken behinderten zudem den Austausch mit den Klient*innen. Sie führten dazu, dass diese sich weniger mitteilten. Einige Psychotherapeut*innen bezeichneten die Schutzmaske u. a. als „Maulkorb“ (Interview 2 und 5). Dieser stellte „eine ganz feine, aber eine deutliche Blockade“ dar „wie, wenn es nicht erlaubt wäre, sich wirklich auszudrücken“ (Interview 5). Einige Psychotherapeut*innen arbeiteten aus diesen Gründen ohne Maske. Das Abnehmen der Maske konnte dabei eine starke emotionale Öffnung der Klient*innen bewirken, da diese sich ganz zeigen konnten.

Und ja, dann fand eine Demaskierung statt, wenn du so willst. Also naja es ist was anderes, ob ein Mensch mit einer Maske bekleidet reinkommt. Das ist ja sehr sehr unpersönlich und vage. Und dann die Maske abnimmt und die Erleichterung, dass er das darf und die Erleichterung, dass er was sagen darf und wir in einem Raum sein können, ohne dass wir Angst haben müssen. ... Also die Demaskierung ist ja fast wie so ein Aufschließen: „Dir zeige ich mich jetzt und allen anderen draußen zeige ich mich ja nicht, bis auf meine Nächsten in meinem Haushalt.“ (Interview 4)

Vorteile der Präsenztherapie

Das Unterthema *Vorteile der Präsenztherapie* beschrieb, warum Psychotherapeut*innen die Präsenztherapie bevorzugten. Der therapeutische und geschützte Raum spielte eine wichtige Rolle. Dort hatten die Klient*innen einen Raum, sich mitzuteilen frei von Beurteilungen und Bewertung: „Einen Ort ... wo sie alles sagen können und ganz genau wissen, das ist ganz sicher“ (Interview 1). Der Wechsel von Zuhause in den therapeutischen Raum wurde ebenfalls als wesentlich betrachtet, weil es somit einen eigenen Raum gibt, in dem über die Probleme und Bedürfnisse gesprochen und auf inhaltlicher sowie emotionaler Ebene tiefergehend betrachtet werden konnten. Durch die räumliche Trennung war es außerdem leichter, klare Grenzen zu ziehen. Die Klient*innen hatten „einen Raum ... wo es zentral um einen selber geht“ (Interview 4). Gerade in Zeiten der Pandemie fehlte den

Klient*innen die soziale Gemeinschaft. Für sie war die Therapie auf Grund der Pandemie oftmals der „einzige Austausch über sich und die Welt“ (Interview 4). Weiter war Präsenztherapie ein Mittel, die Verschärfung von Störungsbildern zu verhindern. Es war aus psychotherapeutischer Sicht wichtig, dass die Klient*innen das eigene Zuhause verlassen, um der „Chronifizierung von Angst und Vermeidungsverhaltensweisen“ (Interview 3) entgegenzuwirken. Ein weiterer Vorteil der Präsenztherapie war, dass der ganze Körper zu sehen war und ein Gesamteindruck des/der Klient*in gewonnen werden konnte. Ein besonders wichtiger Punkt war dabei die menschliche Interaktion.

Dieser Aspekt mit einem anderen Menschen in einem Raum zu sein und ein reales Gespräch zu führen, [ist] schon auch ein Aspekt ... den ich gut finde und der mir irgendwo auch Spaß macht und den ich auch für wichtig erachte für die Therapie. (Interview 3)

Erste Einheit in Präsenz

Die erste Präsenzeinheit wurde als ein positives Erlebnis beschrieben. Die meisten Psychotherapeut*innen erwarteten die Erlaubnis zur Behandlung in Präsenz, da sie diese bevorzugten. Sie kamen schnell wieder „in ein normales Arbeiten“ (Interview 8).

Ja, normal, es ist halt wieder angefangen. Aber ich habe mich gefreut. Es war schön. Es war einfach schön, weil ich arbeite sehr gern, deswegen bin ich dann ganz glücklich wieder in meine Praxis gegangen und habe wieder gearbeitet. Es war eine Freude. (Interview 5)

Ein/eine Psychotherapeut*in beschrieb es als „entlastend, Menschen wieder in Präsenz zu sehen“ (Interview 6). Die erste Einheit war „ungewohnt ... [und] auch aufregend. ... Aber es war ... ein sehr positiver Moment“ (Interview 3). Die Rahmenbedingungen (z. B. Hände waschen und desinfizieren) waren durch die Pandemie und die Hygienemaßnahmen verändert. Abgesehen davon verlief das Arbeiten aber schnell wieder wie gewohnt weiter.

Thema 2: Telefon- und Videotherapie

Das zweite Thema *Telefon- und Videotherapie* behandelte die Bewertung, Probleme und Vorteile dieser Modalität. Es wurde benannt, was die Psychotherapeut*innen als hilfreich empfanden und wie die erste Einheit per Telefon oder Video wahrgenommen wurde.

Bewertung der Telefon- und Videotherapie

Diese Modalität der Therapie wurde sowohl positiv als auch negativ bewertet. Die Telefon- und Videotherapie wurde positiv bewertet, weil es eine hilfreiche und wertvolle Alternative zur Präsenztherapie darstellte. Es diene zur Überbrückung und bot die Möglichkeit, kontinuierlich Psychotherapie anzubieten, während die Praxen geschlossen waren: „Das heißt es war erst mal auf jeden Fall eine Hilfestellung auf Videotelefonie umsteigen zu können, einfach um den Patienten weiterhin ein Therapieangebot geben zu können.“ (Interview 6). Dadurch konnte der Kontakt aufrechterhalten und „den seelischen Bedingungen ... der Patienten genüge“ (Interview 4) getan werden. Die Telefon- und Videotherapie wurde vor der Pandemie oft kritisch dargestellt. Auf Grund der Pandemie wurde diese jedoch als positive Modalität der Therapie wahrgenommen.

Also ich finde es auf jeden Fall eine sehr positive Entwicklung. Dadurch, dass es vorher [teilweise] wirklich ... in einem sehr negativen Licht von Verbänden oder Kammern ... porträtiert wurde und nicht sehr gut ... von Seiten der Krankenkassen finanziell ... unterstützt wurde, sodass es immer nur eine Option war, die nur zum gewissen Grad für die Therapie genutzt werden konnte und früher auch nicht ausschließlich. (Interview 3)

Im Rahmen der Pandemie bot diese Therapiemodalität Psychotherapeut*innen und Klient*innen mehr Sicherheit und Schutz. Sie war eine Erweiterung der Kompetenzen und bot den Psychotherapeut*innen und Klient*innen mehr Möglichkeiten zu arbeiten und für die Klient*innen da zu sein.

Ich glaube, was schon hilfreich ist, ist die Flexibilität. Man muss nirgends hin ... Also so gesehen ist da eine gewisse Flexibilität gewesen. Die Möglichkeit auch hin und wieder noch, wenn wer sagt, dass sie gerade Krise haben und ob sie abends noch vorbeikommen könnten, da würde ich jetzt nicht noch in die Praxis gehen wollen. ... man ist irgendwie freier und ein bisschen flexibler Zuhause. (Interview 10)

Die Telefon- und Videotherapie wurde jedoch auch negativ bewertet, insbesondere da sie keinen gleichwertigen Ersatz für die Behandlung in Präsenz darstellte. Sie „hat mir nicht gefallen. Das war ganz schrecklich, fand ich. Das war nicht die Therapie, die ich sonst so anbiete und konnte.“ (Interview 1). Diese Modalität der Therapie „ersetzt das Persönliche

nicht“ (Interview 7). Durch die Technik entstand eine „Andersartigkeit“ (Interview 6). Es war mühsam, anstrengender und auf Dauer nicht befriedigend für die Psychotherapeut*innen. Teil der Ablehnung waren die persönliche Grundeinstellung, die Prägung, die Erfahrungen und das Alter der Psychotherapeut*innen. Teil der persönlichen Grundeinstellung war eine generelle Ablehnung und Skepsis gegenüber der Telefon- und Videotherapie. Diese wurde nicht als adäquater Ersatz für Präsenztherapie angesehen. Bezüglich der Prägung spielten die Therapieorientierung und Arbeitsweise eine bedeutende Rolle und konnte zu einer ablehnenden Haltung führen. Die tiefenpsychologisch-psychodynamisch sowie systemisch orientierten Verfahren betonten die Wichtigkeit des direkten Kontaktes und den daraus entstehenden Schwingungen. In der verhaltenstherapeutischen Orientierung wurde die Therapie in Präsenz ebenfalls bevorzugt, doch die Grundeinstellung schien der Telefon- und Videotherapie gegenüber offener. Weiterhin testeten einige Psychotherapeut*innen Therapie per Video und Telefon und sammelten dabei negative Erfahrungen, da die Klient*innen z. B. nicht konzentriert mitarbeiteten und/oder sich leicht ablenken ließen. Andere Psychotherapeut*innen taten sich auf Grund ihres Alters schwer, sich mit der technischen Umsetzung auseinanderzusetzen, zumal sie teilweise schnell wieder die Möglichkeit hatten, in Präsenz zu arbeiten. Dass Präsenztherapie zeitnahe wieder durchgeführt werden durfte, war generell ein weiterer Grund für die Ablehnung der Telefon- und Videotherapie.

Probleme der Telefon- und Videotherapie

Ein Problem stellte der Verlust von nonverbalen Informationen, der Beziehung und Stimmung sowie des sicheren Rahmens und der Kontrolle über die Situation dar. Per Telefon und Video konnte nur ein Bruchteil der nonverbalen Informationen wahrgenommen werden, die in der Präsenz sichtbar waren. Das hatte wiederum einen negativen Einfluss auf die Wahrnehmung der Stimmung und Emotionen der Klient*innen. Weiter hatten die Psychotherapeut*innen insbesondere in Krisensituationen weniger Einfluss auf das Verhalten der Klient*innen.

Es geht Vieles an diesem sicheren Rahmen verloren und es geht viel an Informationen verloren. Ich glaube, es entspinnt sich eine andere Beziehung, wenn man sich wirklich gegenüber sitzt in einem Zimmer, als wie, wenn man halt eben sowas wie wir jetzt haben, so eine Videokonferenz. Und die Vertraulichkeit—also es weint sich vielleicht leichter [im gleichen Zimmer]. (Interview 9)

Es ging viel an nonverbalen Informationen und Eindruck verloren, was nicht entsprechend abgebildet werden konnte.

Es ist letztendlich immer nochmal ein anderer Eindruck, den man von den Patienten gewinnen kann, wenn man den ganzen Körper sieht, wenn man den sieht, wie er in den Raum reinkommt. Das ist doch einiges an Mimik und Gestik, die verlorenen geht durch die Videositzungen. Und ja auch so simple Sachen wie ... Geruch oder so gehen natürlich dadurch nicht ... auch zu schauen ist die Kleidung des Patienten gepflegt—solche Dinge kann man natürlich bis zu einem gewissen Grad über das Video nicht beurteilen ... letztendlich so ein bisschen die Stimmung, die zum gewissen Grad nicht gänzlich abbildbar ist, finde ich in einem Video. (Interview 3)

Einige Psychotherapeut*innen berichteten, dass sie per Videotherapie weniger Kontrolle über und Einfluss auf die Situation hatten. „Gerade was so Themen wie Suizidalität angeht, hat man mehr Handlungsoptionen, wenn die Person vor einem sitzt, als wenn man im Hinterkopf hat die kann ja einfach das Video ausmachen“ (Interview 6). Es gab weniger „Möglichkeiten, um therapeutisch zu reagieren“ (Interview 6).

Ein weiteres Problem der Telefon- und Videotherapie bestand darin, dass der Datenschutz und die Privatsphäre nicht immer gewährleistet werden konnten. Ein/eine Psychotherapeut*in zeigte sich erstaunt „mit welcher Nonchalance alle Psychotherapeuten die Vertraulichkeits- und Sicherheitsbestimmungen ... [gekippt] haben—in Millisekunden. Das, was vorher so superwichtig war, war allen völlig egal und man hat Therapie über WhatsApp und ich weiß nicht was angeboten“ (Interview 9). Durch die Telefon- und Videotherapie konnte es zu einem Verlust eines ungestörten, geschützten Raumes auf Seiten der Klient*innen kommen. Die Psychotherapeut*innen wussten oft nicht „ob nebendran wer sitzt und zuhört“ (Interview 9). Somit war nicht eindeutig, ob die Klient*innen offen und frei über ihre Anliegen sprechen konnten oder durch ihr Umfeld gehemmt waren.

Als nächstes Problem wurde angeführt, dass die Psychotherapeut*innen diese Modalität der Therapie als anstrengender empfanden. Es war mühsamer, mit den Klient*innen in Beziehung zu treten und es war mehr Interpretationsspielraum vorhanden. Man war „nicht so gut in einem Kontakt“ und konnte beim Telefonieren nicht sehen „was das Gegenüber ... in einer Pause macht. Ob [er] nachdenkt oder was da dann gerade los ist“ (Interview 4). Weiter war es anstrengender und weniger aktiv vor dem Bildschirm zu sitzen.

Auf Grund des „Zoom-Fatigue“ (Interview 10) war es nötig, mehr und längere Pausen zwischen den Sitzungen einzulegen.

Ein weiteres Problem stellte die Technik dar. Schlechte Internetverbindungen oder technische Schwierigkeiten generell erschwerten den Kommunikationsfluss der Therapiesitzung. „Zwei Seiten haben Anfälligkeiten für [Probleme beim] Internetempfang“ (Interview 9). Bei Rückkoppelungen oder Problemen war zunächst oft unklar „woran ... es jetzt [liegt]. Liegt es an meiner Technik oder liegt es am Umfeld im Zimmer“ (Interview 8). Gerade Audiostörungen waren problematisch für das Gespräch und somit für den Therapieprozess. Die Psychotherapeut*innen mussten einen „Mittelweg finden ... ab welchem Punkt ich was sage ... und wann lass ich es laufen in der Hoffnung, dass es gleich weitergeht und ich nicht zu viel verpasst habe“ (Interview 6). Eine stabile Internetverbindung war Grundvoraussetzung für die Vermeidung dieser Probleme und einen möglichst reibungslosen Ablauf der Therapiesitzung.

Gleichzeitig macht man sich natürlich auch Gedanken, ob die Verbindung stabil ist. Also ein Patient, eine Patientin sitzt da und ist total am Schluchzen und sagt gerade was total Wichtiges und dann bricht irgendwie die Verbindung ab oder man hört nichts mehr oder man sieht nichts mehr. Das ist natürlich einfach extrem ungünstig. (Interview 3)

Weiter wurde der Computerbildschirm als störend und ablenkend empfunden. Vor dem Computer entstanden „Automatismen ... die man sonst in der Therapie nicht machen würde“ (Interview 6). Dazu gehörte z. B. das Bewegen der Computermouse. Außerdem sah man nur den oberen Teil des Körpers und die Hände und die restliche Körpersprache entfiel. Durch das Videoformat waren die Psychotherapeut*innen „immer etwas sehr auf den Bildschirm“ (Interview 7) fixiert, wodurch Unbeweglichkeit entstand.

Als letztes Problem zeigte sich die fehlende methodische Vielfalt in der Telefon- und Videotherapie. Psychotherapeut*innen konnten nicht ihr ganzes Repertoire ausschöpfen, da bestimmte Interventionen und Arbeitsmaterialien nicht angewendet werden konnten. Besonders Expositionsübungen waren per Video nur bis zu einem gewissen Maß durchführbar. Oder Übungen zur „Körperwahrnehmung und Körperkontakte“ konnten per Video „natürlich überhaupt nicht“ (Interview 8) durchgeführt werden. Außerdem fiel die Anwendung von manchen Arbeitsblättern weg, da diese „natürlich nicht einzeln als PDFs“ (Interview 3) vorhanden waren.

Vorteile der Telefon- und Videotherapie

Als ein Vorteil der Telefon- und Videotherapie nannten die Psychotherapeut*innen, dass manche Klient*innen sich durch die Distanz mehr öffneten und sich besser auf Emotionen einließen. Sie fühlten sich „auf eine gewisse Weise [weniger] beobachtet“ (Interview 3). Ein weiterer Vorteil war, dass man das ganze Gesicht (ohne Schutzmaske) sah. Dadurch war „man sich irgendwie näher“ (Interview 10) und konnte die Mimik des Gegenübers wahrnehmen. Die Videotelefonie bot mehr Vorteile als Therapie per Telefon, da nonverbale Informationen besser wahrgenommen werden konnten.

Generell finde ich ... die Videositzung auch sicherer als eine Telefonsitzung, weil ... bei Fragen hinsichtlich der Suizidalität oder solchen Dingen ist es einfach auch wichtig, ins Gesicht der anderen Person blicken zu können, auch wenn es nur über den Bildschirm ist. (Interview 3)

Die Videotherapie ermöglichte einen Einblick in die häusliche Umgebung und somit in das Leben der Klient*innen, der bisher so nicht möglich war. Dadurch konnten die Psychotherapeut*innen weitere neue Informationen sammeln. Sie erhielten ein besseres Gesamtbild über die Lebensumstände ihrer Klient*innen und Zusammenhänge von diesen mit dem Störungsbild. Das war „fast ein bisschen wie so eine Fremdanamnese dadurch, dass man auch einen gewissen Einblick in deren Zuhause bekommt. Das kann ... sehr aussagekräftig sein“ (Interview 3). Außerdem bot die Telefon- und Videotherapie den Vorteil, dass auch Klient*innen erreicht werden konnten „die sonst ... nicht die Möglichkeit haben zu kommen oder sich noch nicht bereit fühlen, das Haus zu verlassen“ (Interview 6).

Hilfreiche Voraussetzungen

Die Psychotherapeut*innen betonten, dass ein gutes technisches Equipment die Arbeit per Telefon- oder Video erleichterte, insbesondere eine stabile Internetverbindung. Ein ruhiger, geschützter Raum, der ungestört war und wo der/die Psychotherapeut*in konzentriert arbeiten konnte, sowie klare Strukturen, waren wichtig. Im Homeoffice musste eine klare Trennung von Arbeit und freier Zeit noch deutlicher stattfinden. Die Psychotherapeut*innen mussten sich außerdem überlegen, was der/die Klient*in aus dem eigenen Umfeld sehen konnte und wie sie sich professionell darstellten.

Ich hatte quasi schon einen Ort, wo ich eh von Zuhause aus auch gearbeitet hatte vorher. Das heißt, ein guter Bildschirm, gutes technisches Equipment war auf jeden Fall nötig. Und ich habe einfach meine festen Arbeitszeiten so beibehalten ... und das, denke ich, ist auch auf jeden Fall wichtig, dass man da eine gute Trennung hat und immer weiß „Okay bis dann und dann arbeite ich und dann habe ich frei.““ (Interview 3)

Die Erste Einheit per Telefon- oder Videotherapie

Die Psychotherapeut*innen beschrieben die erste Einheit als positives Erlebnis und erleichternd. Es wurde klar kommuniziert, was die Veränderung der Modalität bedeutete. Die Erleichterung war hilfreich, um in dieser neuen Form normal zu arbeiten. Abgesehen von der Modalität änderte sich am Inhalt der Sitzung nichts. „Der Fokus des Gesprächs [hat] sich nicht verändert“ (Interview 10).

Also vom Gegenüber eine Riesenerleichterung, dass ich das anbiete. Meinerseits auch, weil sozusagen die Vorstellung, dass man stattdessen gar nicht kann, die hätte ich furchtbar gefunden.... Und mit dieser Erleichterung war es relativ leicht, dann auch so gewisse Rahmenbedingungen noch einmal zu klären. Also es ist per Video, es wird nicht aufgezeichnet; ich werde vielleicht ein bisschen strukturierter sein, weil ich glaube, dass das in dem Setting vielleicht notwendig ist; ansonsten kennen wir einander und wir schauen, dass wir da jetzt gut durchkommen und unsere Stunden so machen, wie es notwendig ist ... Also es gehören noch einmal die Rahmenbedingungen geklärt, aber das war relativ flockig, eigentlich, weil das in dem Mantel der Erleichterung war. (Interview 7)

Die Psychotherapeut*innen hatten jedoch weniger Kontrolle über die Situation. Dies war insbesondere in der Probatorik schwierig, da sie die Klient*innen noch nicht kannten. Dadurch konnten sie Reaktionen schlechter vorhersehen oder einschätzen. Die Psychotherapeut*innen mussten behutsamer vorgehen.

Es gab auch welche, mit denen ich dann Probatorik teilweise über Videotelefonie gemacht habe. Da war ich persönlich ein bisschen vorsichtiger, würde ich vermuten, weil ich die Person einfach noch nicht kannte. Und irgendwie dieses Gefühl, per

Video ein bisschen weniger Kontrolle über die Situation zu haben, als wenn ich die Menschen in Person sehe... Vorsichtiger auch ein bisschen mehr darauf geachtet wie reagiert die Person bei bestimmten Fragen: eher ausweichend, eher offen. (Interview 6)

Thema 3: Folgen und Einfluss der Covid-19-Pandemie

Das Thema *Folgen und Einfluss der Covid-19-Pandemie* beinhaltete den Einfluss auf das psychotherapeutische Arbeiten und die Beziehungsentwicklung sowie auf das Wohlergehen der Psychotherapeut*innen. Ein weiteres Unterthema stellten die negativen psychischen Folgen der Covid-19-Pandemie dar.

Einfluss auf die psychotherapeutische Arbeit

Die Psychotherapeut*innen waren in ihrem Repertoire und Arbeitsmöglichkeiten eingeschränkt. Auf Grund der Pandemie fielen Übungen weg, der Aktivitäten-Aufbau war durch die Restriktionen stark beschränkt und Übungssituationen, wie z. B. das Halten eines Vortrages in der Universität, fehlten. Dies setzte die Psychotherapeut*innen teilweise unter Druck.

..., dass man natürlich als Therapeut manchmal ein bisschen den Druck hat „Oh ich muss jetzt irgendeine Intervention bieten.“. Aber es geht einfach nicht oder es ist nur so eingeschränkt, dass es sowohl für den Patienten als auch für mich eher unzufriedenstellend ist. (Interview 6)

Auf Grund der Schutzmasken mussten die Psychotherapeut*innen in der Präsenzbehandlung ihre Arbeitsweise anpassen. Sie fokussierten sich stärker auf die Augen und die Stimme, um den Verlust der nonverbalen Informationen auszugleichen. Einige Psychotherapeut*innen thematisierten, dass sie „viel konkreter“ (Interview 1) arbeiteten. Die Sitzungen waren strukturierter und es wurde direkter kommuniziert und nachgefragt, wenn der/die Psychotherapeut*in nicht erfassen konnte, wie es den Klient*innen ging.

Quasi dieses mehr strukturieren, direkter ansprechen was sehe ich. Auch mal ansprechen: „Wenn wir uns persönlich sehen würden, hätte ich vielleicht ein besseres Gefühl, wie es Ihnen geht—im Moment schwimme ich ein bisschen. Können Sie mir

da weiterhelfen.“. Also sozusagen das, was fehlt, konkreter anzusprechen. (Interview 7)

Auf Grund der Einschränkungen mussten die Psychotherapeut*innen kreativer werden und es war „manchmal auch nötig ..., dass man ... ein bisschen über sein normales Maß ... hinausgeht in so einer schweren Situation, die ja für alle irgendwie schwierig ist“ (Interview 3).

Das psychotherapeutische Arbeiten mit Kindern gestaltete sich problematisch. Diese vergaßen oft, den Abstand einzuhalten, und benötigten Interaktion. In den Sitzungen wurde handlungsorientierter gearbeitet und „wenn wir miteinander spielen, dann geht das [Abstandhalten] irgendwie nicht“ (Interview 9).

Einige Psychotherapeut*innen bemerkten jedoch keine besondere Veränderung in ihrer psychotherapeutischen Arbeit. Es hatte sich „grundlegend ... nichts geändert“, außer dass „die Technik ... und Form ... manchmal ein bisschen angepasst“ werden mussten (Interview 6).

Einfluss auf die Beziehungsentwicklung

Die Beziehungsentwicklung wurde von einigen Psychotherapeut*innen als normal empfunden. Sie konnten mit den Klient*innen gut in Kontakt treten und eine Beziehung auf- und ausbauen. Die Entwicklung der Beziehung nahm „ganz normal ihren Lauf“ (Interview 4). Es gab „nicht den Eindruck, dass die therapeutische Beziehung da jetzt deutlich herabgesetzt war“ (Interview 3). Andere Psychotherapeut*innen erlebten hingegen einen negativen oder positiven Einfluss durch die Pandemie. Als negativer Einfluss auf die therapeutische Beziehung wurde beschrieben, dass die Entwicklung länger brauchte und teilweise keine tiefere Bearbeitung der Probleme möglich war. Der Abstand wirkte sich negativ aus.

Aber wo die Beziehung nicht gut ist und wenn ich auch so selber merke, dass da ... Misstrauen in der Übertragung [ist] und auch von meiner Seite ... ein bisschen ablehnende Gefühle da sind ... die ich aber sonst auch gut handeln kann. ... Ich merke, durch diese Maske kommt mehr Verunsicherung und ich meine, dass ... [sich] in diesen Therapien ... die Kinder auch mehr abwenden ... also das da mehr Distanz zwischen uns ist. Wie so eine Wand. Aber nur ... wo die Beziehung eine negative Übertragung ist ... Ich bin mir sicher, dass ich auch einige Therapien genau aus dem Grund, weil das ein bisschen schwerer zu bearbeiten ist mit den Kindern auch nicht

verlängern werde. Weil, das merke ich, das geht nicht gut ... [Es kommt dann] nicht zu einer tieferen Bearbeitung ... in diesen Corona-Zeiten. (Interview 1)

Positiv gesehen wurde, dass manche Beziehungen sich auf Grund des kollektiven Erlebens der Pandemie intensivierten. Psychotherapeut*innen und Klient*innen teilten eine Erfahrung und konnten darauf aufbauend ihre Beziehung vertiefen. Die Pandemie stellte damit eine Besonderheit dar, weil es eine solche gleicherlebte Situation im Kollektiv vorher nicht gegeben hatte.

Also es gibt die unterschiedlichen Lebenswelten, aber es gibt auch die Lebenswelten, die wir beide haben, und das ist natürlich in Präsenz viel spürbarer—so wir müssen jetzt etwas gleich machen—das ist in der intensiven Form [vorher] nicht gewesen. Es waren vielleicht Momente, die man gleichgetan hat. Das ist, wenn Sie so wollen, eine Nuance anders geworden, dass man mich viel öfter fragt, wie es mir denn eigentlich geht damit. (Interview 7)

Wiederum manche Psychotherapeut*innen waren der Meinung, dass es zum Zeitpunkt des Interviews noch zu früh war, um Rückschlüsse über die Auswirkungen der Pandemie auf die therapeutische Beziehungsentwicklung zu ziehen. „Also ich glaube, es ist noch zu frisch. Bei meinen Alten—ich habe ja vor allem Langzeittherapien—habe ich ... keinen Unterschied gemerkt, weil wir uns schon so gut kennen. Bei den Neuen wird sich das zeigen.“ (Interview 2).

Negative psychische Folgen der Pandemie

Die Pandemie hatte einen starken Einfluss auf die psychische Gesundheit bei den Klient*innen. Der Bedarf und die Anfragen stiegen an. Der Bedarf nach Psychotherapie entstand „aus diesem Druck. ... Themen die vielleicht latent da sind, werden zum Druck in so einer Zeit“ (Interview 5).

... was ich halt erlebe [ist], dass gerade unser Bereich dieser psychischen Erkrankungen jetzt in der Covid-Krise noch ein größeres Thema und Problem ist ... Ich bin an beiden Fronten. Ich arbeite im Krankenhaus mit alten Patienten—also die Hochrisikogruppe ... —und auf der anderen Seite [habe ich] aber das Spektrum der

psychisch Erkrankten, die diese Isoliermaßnahmen nicht aushalten und die darunter leiden. (Interview 8)

Die Therapieanfragen stiegen auf Grund von Corona an, besonders bei Menschen mit vorbestehender Psychopathologie. Es kam zu „unglaublich vielen Anfragen“ (Interview 10). Psychotherapeut*innen hatten oft „viele Anrufe von Patienten, die bei mir waren und schon genesen waren. Also Patienten aus der Vergangenheit, die sich wieder bei mir gemeldet haben. Das war auffällig“ (Interview 1).

Einfluss auf das Wohlergehen der Psychotherapeut*innen

In erster Linie waren die Psychotherapeut*innen positiv gestimmt. Sie erlebten keine wirtschaftlichen Sorgen und konnten unter den gegebenen Umständen weiterarbeiten. Sie zeigten sich erleichtert und dankbar darüber, dass sie ihre Arbeit „innerhalb der Vorgaben ... trotzdem ... leisten“ (Interview 10) konnten.

Also was ich wirklich positiv finde, ist ..., dass ich einfach auch weiterarbeiten konnte. Und meine Arbeit für die Umstände muss ich sagen sehr ungestört weitermachen konnte. ... Und es für Psychotherapeuten eine gute Lage war, weil man durch die Pandemie nicht in finanzielle Schwierigkeiten gekommen ist. (Interview 6)

Auf der anderen Seite verunsicherte die Pandemie die Psychotherapeut*innen. Sie waren innerlich angespannt und besorgt, Covid-19 zu übertragen oder angesteckt zu werden. „Das ist ein sehr unangenehmer Gedanke, dass ich Klienten anstecken würde.“ (Interview 9). Es fehlte der Arbeitsausgleich und sie erlebten gedrückte Stimmungen. Es fiel teilweise schwerer, „eine gewisse Zuversicht und Optimismus“ auszustrahlen und „gute Laune zu haben“ (Interview 9).

Also allein denke ich meine Befindlichkeit. Da merke ich ja auch ..., dass das auch alles anstrengender wird. Also auch da die Erschöpfung langsam eintritt. Also ich laufe jetzt nicht depressiv rum, aber ich merke ... mir fehlt auch so ein gewisses Lebenselixier: mit Freunden und Essen gehen und Kultur. Das muss sich ja irgendwo in meinem Leben zeigen, denke ich. Oder auch meine Anspannung—muss ich jetzt lüften, sind wir zu dicht [beieinander]—das sind ja so permanente Gedanken und

Abstimmungen, die ich sonst nicht gemacht hätte, da wäre ich doch viel entspannter ... das macht doch immer was, wenn man über etwas nachdenkt. (Interview 1)

Thema 4: Lockdowns

Das Thema *Lockdowns* behandelte die Weiterentwicklung im Laufe der Pandemie und die Unterschiede zwischen dem ersten und den weiteren Lockdowns.

Im ersten Lockdown im Frühjahr 2020 herrschte Unsicherheit und Unwissen über den Umgang mit dem Virus. Die Reichweite und Auswirkungen waren noch nicht bekannt. In einigen Praxen ging die Anzahl der Therapiesitzungen zunächst stark zurück. Ein/eine Psychotherapeut*in berichtete, „dass ... im ersten Monat [des ersten Lockdowns] einen Rückgang von sicherlich der Hälfte, wenn nicht mehr ... Klienten“ (Interview 10) stattfand. Während der weiteren Lockdowns ab Herbst 2020 liefen viele Praxen wieder annähernd normal im Präsenzbetrieb und es gab mehr Informationen über den Umgang mit dem Virus. Es trat eine Normalisierung ein und das Verhalten entwickelte sich weiter. Psychotherapeut*innen bildeten sich im Bereich der Videotherapie fort und gesamtgesellschaftlich fand „eine Phase des Lernens statt“ (Interview 10), in der das Virus und dessen Handhabung weiter erforscht wurden.

Naja, ich glaube, es hat sich halt grundsätzlich die Situation aus meiner Sicht schon sehr verändert, weil als das Ganze begonnen hat im März war das ... gesamtgesellschaftlich sehr angstbesetzt. Es war sehr unklar, was kommt da jetzt auf uns alle zu und dann eben ein halbes Jahr später ... hat [das] ein Stück weit ... schon ein bisschen seinen Schrecken verloren ... und die Leute haben ... ein Stück weit gelernt, ein bisschen damit umzugehen. (Interview 9)

Ich fand es aber dann mit dieser Weiterentwicklung—je mehr man gewusst hat in diesem Umgang: Desinfizieren, Maske tragen etc. etc. insbesondere auch jetzt mit dem regelmäßig Testen—fand ich es für den Gesundheitsbereich absolut keine Diskussion ins face-to-face Setting zu gehen. (Interview 7)

Im zweiten Lockdown machte sich die Dauer der Einschränkungen bemerkbar. Das Durchhaltevermögen und die Hoffnung auf eine baldige Normalisierung des Lebens sanken. Die Klient*innen thematisierten die Pandemie stärker als vorher. Ein/eine

Psychotherapeut*in beschrieb, dass „der zweite Lockdown in seiner Auswirkung auf die Psyche der Menschen“ (Interview 4) viel gravierender war.

Aber ich hatte dann eigentlich lange Zeit das Gefühl, dass Corona gar nicht so viel Thema war. Und ich habe jetzt in den letzten Wochen verstärkt das Gefühl, dass es mehr wird. Es legt sich über die Menschen so eine graue Schicht langsam, aber sicher durch diese lange Dauer und durch die Verzögerungen durch die Impfungen, durch die Mutationen. ... Jetzt habe ich so das Gefühl, dass die Menschen mehr leiden unter Corona, dass es mehr Thema ist in den Therapiestunden. (Interview 9)

Thema 5: Zukunft

Das Thema *Zukunft* beinhaltete die Perspektive der Telefon- und Videotherapie sowie Gedanken für weitere Forschung. Es wurde appelliert, dass die Telefon- und Videotherapie zukünftig weiter von den Krankenkassen übernommen werden sollte, da diese Modalität eine Erweiterung und Verbesserung der Versorgung darstellte. Die Pandemie ermöglichte eine Entwicklung der Telefon- und Videotherapie, die so nicht stattgefunden hätte. „Also ich glaube Covid hat da etwas möglich gemacht, was wirklich hilfreich ist“ (Interview 5). Ein/eine Psychotherapeut*in sagte „ich [bin] ganz optimistisch ... was die Jüngeren angeht. Wie die darangehen und vielleicht ja auch richtig gute Erfahrungen machen“ (Interview 2).

Und das wäre mein Appell, dass man ... [Telefon- und Videotherapie]—was vorher in keiner Diskussion war—dass man sich das zumindest bis zu einem gewissen Prozentsatz oder mit gewissen Kriterien erhält. ... Das finde ich schon ganz wichtig. Ich denke, das hat es gezeigt. Und wie gesagt, ich bin da ja schon eine Person, die da eher skeptisch bei der Psychotherapie war und die Erfahrung gemacht habe, dass es unter gewissen Bedingungen sehr gut geht und einen Schaden verhindert, der danach viel größer gewesen wäre. Also wirklich was wäre gewesen, wenn Online/Video im ersten Lockdown nicht gewesen wäre. ... Wenn man das rein auf der ökonomischen Sichtweise behandeln will—was es ja aus meiner Sicht nicht nur sein soll—... die Kosten werden danach halt mehr. (Interview 7)

Für spätere Forschung erachteten die Psychotherapeut*innen es als interessant zu untersuchen, welche langfristigen Auswirkungen die Pandemie auf die therapeutische

Beziehung hat. Einige waren der Meinung, dass es zum Zeitpunkt des Interviews noch zu früh gewesen sei, darüber Rückschlüsse zu ziehen: „Nein erstmal würde ich nichts dazu sagen ... Von daher würde ich jetzt keine Rückschlüsse unbedingt ziehen wollen.“ (Interview 1).

Für die Psychotherapeut*innen war interessant, wie sich Telefon- und Videotherapie zukünftig weiterentwickeln und welche Rolle sie einnehmen wird. Besonders in Bezug auf bestimmte Störungsbilder waren einige Psychotherapeut*innen daran interessiert, welche Veränderung in der Behandlung durch die Telefon- und Videotherapie entstehen könnten. Sie stellten die Frage, ob es für einige Störungsbilder eine Mischform aus Telefon- oder Videotherapie und Präsenztherapie geben würde, um betroffene Klient*innen zu erreichen.

[Klient*innen] mit großen sozialen Ängsten ... Da wäre ja eigentlich mein therapeutisches Ziel gewesen, sie in ihrer Autonomie zu begleiten, dass sie es sehr wohl schaffen, zur Schule zu gehen. Das jetzt fällt weg. Die sind glücklich, dass es diese digitale Form gibt und vielleicht muss man auch von so einem [früheren Ansatz wegkommen] ... diese Symptome gibt es natürlich schon immer [und] irgendwann hatte man das Ziel erreicht. Die konnten wieder regelmäßig zur Schule gehen, die mussten sich nicht jeden Morgen übergeben. Und jetzt fällt das weg. Die Angst ist weg und Kontakte wollen die gar nicht, die haben ja Onlinekontakte. Und das wäre für mich spannend, ob man da sagen würde, dass man sie durch die digitale Arbeit oder Onlinearbeit hat begleiten können und irgendwann sind sie auch wieder fähig gewesen rauszukommen. Aber das ist eine Frage der Zukunft. (Interview 2)

Außerdem war relevant, was noch alles möglich sein kann und welche weiteren Optionen es schon gibt. Ein/eine Psychotherapeut*in las kürzlich, „dass es Virtual Reality basierte Expositionsverfahren jetzt häufiger gibt“ (Interview 3).

Generell war es auch von Interesse, welche langfristigen Folgen die Pandemie und die einhergehenden Kontaktbeschränkungen auf die psychische Gesundheit der Menschen haben würden.

... auf der einen Seite frage ich mich, wann wird sowas wieder gehen in der Großgruppe arbeiten, intensiv mit Körperkontakt. Und auf der anderen Seite denke ich mir, dass das erst recht benötigt werden wird. ... Und wird es gelingen, all die, die das brauchen, dann wieder dort hinzuholen. Weil die Ängste, die jetzt eingelernt

wurden, die Distanzübungen, die wir eingelernt haben, die werden bei vielen ganz lang bleiben. (Interview 8)

Weiter wurde in Frage gestellt, welchen (positiven) Einfluss Covid-19 generell auf das Bewusstsein der Menschen haben würde: „Und diese tiefe Verunsicherung, die da ist, kann ja auch wohin führen—zu Erkenntnissen. Wenn Leute bereit sind zu erkennen und nicht versuchen, die Zustände von vorher wieder herzustellen. Das wäre die ärgste Lösung. Also ich hoffe auf Corona.“ (Interview 5).

Diskussion

Ziel dieser Arbeit war es, die Rolle von Teletherapie im Rahmen der Pandemie sowie den Einfluss der Pandemie auf die therapeutische Beziehung aus Sicht der Psychotherapeut*innen in Österreich und Deutschland zu erheben. Diese beiden Thematiken wurden ebenfalls im Kontext der unterschiedlichen Lockdowns betrachtet. Da bisher keine oder nur wenig Literatur vorhanden war, handelte es sich um eine explorative Studie. Die Auswertung der Interviews ergab fünf Themen, die für die Psychotherapeut*innen in Bezug auf ihre Erfahrungen und Eindrücke relevant waren. Diese Arbeit war nach jetzigem Wissenstand die Erste, welche diese Themen aus Sicht der Psychotherapeut*innen in Österreich und Deutschland analysierte. Sie erlaubt ein erstes Verständnis über die differenzierten Meinungen der Psychotherapeut*innen im Rahmen der Pandemie.

Die Ergebnisse im Rahmen der Literatur

Präsenztherapie

Die aktuelle Studie zeigt neue Erkenntnisse insbesondere in Bezug auf die Schutzmaßnahmen in der Präsenztherapie auf. Die Psychotherapeut*innen fühlen sich durch die Hygienemaßnahmen einerseits geschützt und andererseits schränken diese ihre Arbeit ein. Die Schutzmaßnahmen erschweren den Beziehungsaufbau und wirken als Barriere (Marler & Ditton, 2021; Rehahn-Sommer & Kämmerer, 2021). Sie signalisieren das Bedürfnis nach Sicherheit und Distanz, das im Widerspruch zum Aufbau einer vertrauensvollen therapeutischen Beziehung steht (Rehahn-Sommer & Kämmerer, 2021). Dies spiegelt sich in den Erfahrungen der Psychotherapeut*innen in der vorliegende Arbeit wider. Die Hygienemaßnahmen führen zu Distanz und sind irritierend. Insbesondere die Maske und der Abstand zeigen negative Auswirkungen auf die therapeutische Beziehung. Durch die Maske gehen nonverbale Informationen verloren, Klient*innen sind schwerer zu verstehen und werden in ihrem Austausch blockiert. In der vorhandenen Literatur werden die Schutzmasken

ebenfalls als negativer Einfluss auf den Informationsfluss betrachtet (Marler & Ditton, 2021; Rehahn-Sommer & Kämmerer, 2021; Vogel, 2020). Weiter ist die nonverbale Kommunikation wichtig für den Ausdruck von Empathie und Zugewandtheit (Marler & Ditton, 2021).

Die Literaturübersicht von Marler und Ditton (2021) weist jedoch auch auf einen möglichen positiven Effekt der Maske hin. Wenn Klient*innen wissen, dass die Maske ebenfalls zu ihrem Schutz dient, kann das Tragen dieser das Vertrauen in der therapeutischen Beziehung verbessern. Erfahrungen in der aktuellen Studie zeigen, dass das Tragen der Maske zusätzliche Informationen vermitteln kann. Ein Punkt kann dabei der Umgang der Klient*innen mit der Maske sein: z. B. ob die Maske aus Scham oder Protest nicht getragen wird. Die Reaktionen auf das Tragen der Maske können dann als Teil der Therapie genutzt und näher betrachtet werden. Außerdem konnte die Maske, als bedruckte Stoffmasken erlaubt waren, als Ausdrucksmittel der Persönlichkeit dienen und somit weitere Informationen über den/die Klient*in vermitteln. Insgesamt ist jedoch hervorzuheben, dass im Bereich der Hygienemaßnahmen in der Präsenztherapie noch ein großer Forschungsbedarf besteht (Marler & Ditton, 2021; Strauß et al., 2021).

Telefon- und Videotherapie

Die Bewertung der Telefon- und Videotherapie der Teilnehmer*innen spiegelt verschiedene Punkte bisheriger Studien wider. In der Literatur werden Sorgen über die Beeinträchtigung der therapeutischen Allianz durch die Technik, geringere Effektivität und die Behandlung von Krisen sowie komplexen Störungsbildern mit Telefon- und Videotherapie benannt (Aafjes-van Doorn et al., 2020; Békés & Aafjes-van Doorn, 2020; MacMullin et al., 2020; Simpson & Reid, 2014). Gerade durch die abrupte Umstellung durch die Pandemie herrscht Skepsis (Shklarski et al., 2021a; WHO, 2020b).

Die aktuelle Studie benennt ebenfalls eine (zunächst) ablehnende Haltung vieler Psychotherapeut*innen. Telefon- und Videotherapie sei kein Ersatz für Präsenzbehandlung und durch die Technik entstehe eine Andersartigkeit. Die Technik wird in der Literatur als Stress- und Störfaktor bezeichnet (Békés & Aafjes-van Doorn, 2020; MacMullin et al., 2020; Mendes-Santos et al., 2020; Rehahn-Sommer & Kämmerer, 2021; Shklarski et al., 2021a). Dies wird in der gegenwärtigen Arbeit ebenfalls bemängelt. Technische Probleme erschweren den Kommunikationsfluss und der Computer wirkt als Störfaktor. Die Teilnehmer*innen dieser Studie merken zusätzlich an, dass die Methodik in der Telefon- und Videotherapie eingeschränkt ist. Dies zeigt auch eine Pilotstudie von Messina und Löffler-

Stastka (2021). Die skeptische Haltung gegenüber der Telefon- und Videotherapie beruht auf persönlichen Grundeinstellungen der Teilnehmer*innen. Diese beinhalteten eine grundsätzliche Ablehnung der Telefon- und Videotherapie. Die Ablehnung kann durch die persönliche Präferenz und/oder die psychotherapeutische Orientierung entstehen. Bezüglich des Alters zeigen sich jüngere Psychotherapeut*innen prinzipiell offener, da oftmals eine höhere Vertrautheit im Umgang mit der Technik vorhanden ist. In der aktuellen Studie boten ältere Psychotherapeut*innen jedoch ebenfalls Telefon- und Videotherapie an. Die Aussagen lassen sich folglich nicht generalisieren. Die Einstellung zur Telefon- und Videotherapie basiert auf einer Kombination der psychotherapeutischen Orientierung, dem Alter, der Bereitschaft sich damit auseinanderzusetzen und den Erfahrungen, die gemacht wurden. In der vorhandenen Forschung wird ebenfalls das fehlende Wissen und Unklarheit als Ursache der Skepsis benannt (Schuster et al., 2018, 2020).

Im Rahmen der Pandemie wird die Telefon- und Videotherapie in der aktuellen Situation jedoch auch positiv als wertvolle Alternative und Entwicklung bewertet. Sie bietet Sicherheit, Flexibilität und Kontinuität in der Arbeit der Psychotherapeut*innen und ist somit eine Erweiterung der Arbeitsmöglichkeiten. In der vorhandenen Literatur wird die Telefon- und Videotherapie teilweise als neue Möglichkeit und als ähnlich wirksam benannt (Inchausti et al., 2020; Irvine et al., 2020; Shklarski et al., 2021b). Ein weiterer interessanter Aspekt ist, das Gesicht der Klient*innen vollständig sehen zu können und einen Einblick in die häusliche Umgebung der Klient*innen zu erhalten. Die Mimik der Klient*innen erlaubt einen besseren Eindruck über deren Zustand und die Emotionen. Durch den Einblick in das private Umfeld kann ebenfalls ein tiefergehendes Verständnis für die Genese des Störungsbildes sowie ein besserer Gesamteindruck der Klient*innen entstehen.

Verschiedene Studien berichteten, wie auch die befragten Psychotherapeut*innen aus der aktuellen Studie, von einem erleichterten Zugang zu und für Klient*innen sowie mehr Sicherheit vor Ansteckung und Übertragung (Aafjes-van Doorn et al., 2020; Humer, Stippl, et al., 2020; Humer & Probst, 2020; Mendes-Santos et al., 2020). Es kann jedoch nicht jede Person per Telefon- oder Videotherapie erreicht werden. Sozial benachteiligte oder ältere Menschen haben z. B. oft keinen Zugang zu den notwendigen technischen Voraussetzungen für eine Videotherapie (Fernández-Álvarez & Fernández-Álvarez, 2021). Außerdem ist in Frage zu stellen, ob Telefon- und Videotherapie für jedes Störungsbild angeboten werden kann oder ob die Modalität für psychische Störungen mit z. B. Anteilen von Paranoia oder aggressivem Verhalten ungeeignet ist. Bei solchen Störungsbildern könnte die Telefon- oder Videotherapie negative Auswirkungen zeigen, indem sich das Störungsbild verstärkt.

Außerdem kann der/die Psychotherapeut*in bei z. B. aggressivem Verhalten per Telefon oder Video schlechter aktiv eingreifen, um den/die Klient*in zu beruhigen, sondern kann dies nur verbale tun. Andererseits ist der/die Psychotherapeut*in geschützt, als wenn er/sie sich z. B. mit einer Person im gleichen Raum befindet, welche aggressives Verhalten zeigt.

Präsenztherapie im Vergleich mit Telefon- und Videotherapie

Die teilnehmenden Psychotherapeut*innen legen Wert auf die Präsenztherapie, da diese den Psychotherapeut*innen selber auch die Trennung zwischen Beruflichem und Privatem erleichtert. In der Telefon- und Videotherapie kann es laut Simpson (2020) zu unklaren Grenzen und somit zu Grenzüberschreitungen kommen. Daher bietet das Arbeiten in Präsenz eine Unterstützung darin, Grenzen zu ziehen und nicht ununterbrochen erreichbar zu sein. Ebenfalls verschafft die Präsenztherapie den Psychotherapeut*innen einen Ortswechsel, der dabei unterstützt, das Privatleben besser von dem Berufsleben trennen zu können. Es besteht in der Präsenztherapie weniger Gefahr für die Auflösung der Grenzen.

Verschiedene Studien berichten, dass in der Telefon- und Videotherapie oftmals ein Mangel an Privatsphäre und einer geschützten Umgebung besteht (Geller, 2020; Hasson-Ohayon & Lysaker, 2020; Reese et al., 2016; Shklarski et al., 2021a). Therapie in Präsenz bietet hingegen einen geschützten Ort für die Klient*innen, in dem sie sich öffnen können. Insbesondere wenn Personen aus dem eigenen Haushalt eine inhaltliche Rolle in der Psychotherapie einnehmen, kann es schwierig sein, dies im eigenen Zuhause per Telefon oder Video in die Sitzung einzubringen und sich dabei ungestört und sicher zu fühlen. Andererseits berichteten Psychotherapeut*innen in der aktuellen Studie, dass die Distanz teilweise zu einer stärkeren Öffnung führt und die Klient*innen sich besser auf Emotionen einlassen können. Das eigene Zuhause gibt den Klient*innen das Gefühl von Sicherheit. Außerdem haben die Klient*innen einen stärkeren Einfluss auf den Ablauf der Therapiesitzung. Sie haben z. B. die Möglichkeit, die Sitzung zu beenden. Dies zeigt sich ebenfalls in verschiedenen Studien u. a. zur *online calming hypothesis* (Hasson-Ohayon & Lysaker, 2020; Reynolds et al., 2013; Shklarski et al., 2021a; Simpson et al., 2020; Simpson & Reid, 2014). Für die Psychotherapeut*innen bietet die Behandlung in Präsenz jedoch mehr Sicherheit. Sie haben mehr Kontrolle und können besser handeln als per Telefon- und Video. Die größere Kontrolle über die Situation vor Ort bietet den Psychotherapeut*innen insbesondere bei einer Krise mehr Einflussmöglichkeiten.

Der Ortswechsel für die Klient*innen wird in der aktuellen Studie ebenfalls als wichtiger Punkt benannt, da diese somit bewusst in den Therapieraum kommen und auf dem

Weg Zeit haben, die Sitzungen vor- und nachzubearbeiten. Ein Wechsel ist außerdem wichtig, um z. B. die Verfestigung von Angsterkrankungen zu verhindern. Als weiterer Vorteil für die Präsenztherapie wird in der aktuellen Studie der Gewinn eines Gesamteindrucks der Klient*innen benannt. Das Zusammensein in einem Raum ermöglicht den Psychotherapeut*innen, mehr nonverbale Informationen und Eindrücke zu sammeln, welche über Telefon- und Videotherapie nicht zu sammeln sind. Dies bestärkt die Ansicht aus verschiedenen Studien, dass Telefon- und Videotherapie nicht mit Präsenztherapie zu vergleichen und die Präsenztherapie nicht ersetzbar ist (Christensen et al., 2021; Humer, Stippl, et al., 2020; Shklarski et al., 2021a).

Wohlergehen der Psychotherapeut*innen

In der vorhandenen Literatur äußert sich der Einfluss der Pandemie bei den Psychotherapeut*innen in Stress und Ängsten (Aafjes-van Doorn et al., 2020; Shklarski et al., 2021a). Es ist schwieriger, das eigene Stresserleben auf Grund der Pandemie abzugrenzen (Frenzl et al., 2020; Rehahn-Sommer & Kämmerer, 2021). In der gegenwärtigen Studie leiden die Psychotherapeut*innen ebenfalls unter der Pandemie. Wie auch von Gruber et al. (2020) benannt, fehlt der Ausgleich. Die Teilnehmer*innen verspüren innere Anspannung, Sorgen und Verunsicherung. Die Arbeit wird als kräftezehrender empfunden (Fernández-Álvarez & Fernández-Álvarez, 2021; Rehahn-Sommer & Kämmerer, 2021; Shklarski et al., 2021a). Diese Erfahrungen werden teilweise auch von den Teilnehmer*innen berichtet. Es entsteht mehr Druck, kreativ zu werden, da viele Aktivitäten und Übungen durch die Restriktionen nicht mehr möglich sind. Andererseits äußern sich die teilnehmenden Psychotherapeut*innen positiv, da sie überhaupt die Möglichkeit haben den Umständen entsprechend normal weiterzuarbeiten und für ihre Klient*innen da zu sein. Für die Psychotherapeut*innen ist die gezeigte Erleichterung und Dankbarkeit der Klient*innen eine positive Bestärkung darin neue Wege zu finden, um die bestmögliche Behandlung anzubieten.

Psychotherapeutisches Arbeiten

Der erhöhte Bedarf von Behandlungen wird in der aktuellen Studie ebenfalls benannt (Rabe-Menssen, 2021). Jedoch wird dieser, im Gegensatz zur der Umfrage der DPtV, von den in der aktuellen Studie befragten Psychotherapeut*innen nicht als belastend empfunden (Rabe-Menssen, 2021). Die Teilnehmer*innen sind dankbar und erleichtert überhaupt arbeiten und für ihre Klient*innen da sein zu können. Sie berichten jedoch auch, wie die Autor*innen Brakemeier et al. (2020) und Rabe-Menssen (2021) an ihre Kapazitätsgrenzen

zu stoßen. Durch die stärker steigenden Anfragen konnten die Psychotherapeut*innen nicht jeder Person einen Platz und damit die benötigte Behandlung gewährleisten. Dies führt zu längeren Wartelisten und einer Unterversorgung von Menschen mit psychischen Störungen.

Einige Psychotherapeut*innen sehen keinen Einfluss der Pandemie auf ihre psychotherapeutische Arbeit. Andere Psychotherapeut*innen berichten hingegen von einer Veränderung in ihrer Arbeit: Sie arbeiten auf Grund der Covid-19-Pandemie strukturierter und konkreter. Zusätzlich wird insbesondere die Arbeit mit Kindern als problematisch benannt. Die Kinder halten den Abstand oft nicht ein und ein handlungsorientierter Ansatz ist in der Telefon- oder Videotherapie schwierig umzusetzen. Psychotherapie mit Kindern findet selten in einer reinen Gesprächsform statt, sondern auf einer interaktiven, spielerischen Ebene. Diese Ebene lässt sich per Telefon oder Video schwerer herstellen. Ein Artikel von Bomba et al. (2021) berichtet allerdings, dass die Arbeit per Telefon und Video mit Kindern während der Pandemie zwar anstrengender, aber bereichernd und möglich ist. Die Forschung zur Telearbeit mit Kindern und Jugendlichen ist bisher jedoch generell sehr gering (Bomba et al., 2021).

Therapeutische Beziehung

In Bezug auf die therapeutische Beziehung äußert die vorhandene Literatur die Problematik, dass der Aufbau einer vertrauensvollen Beziehung problematisch ist, wenn das Gegenüber in der Präsenztherapie durch die Hygieneauflagen als Gefahrenquellen wahrgenommen wird (Rehahn-Sommer & Kämmerer, 2021). Die Teilnehmer*innen dieser Studie bestätigen diese Problematik teilweise. Es dauert manchmal länger, eine Beziehung aufzubauen und eine tiefere Bearbeitung kann behindert werden. In der Telefon- und Videotherapie kann es den Klient*innen schwerer fallen sich zu öffnen, wenn nicht genügend Privatsphäre vorhanden ist, und die Allianz kann als weniger authentisch empfunden werden (Messina & Löffler-Stastka, 2021; Rehahn-Sommer & Kämmerer, 2021; Shklarski et al., 2021a)..

Die aktuelle Studie zeigt, wie auch andere Studien aus der vorhandenen Literatur, dass die Telefon- und Videotherapie die therapeutische Beziehung nicht herabsetzt (Flückiger et al., 2018; Reese et al., 2016; Simpson & Reid, 2014). Die teilnehmenden Psychotherapeut*innen berichteten oft von einem guten Kontakt und einem normalen Verlauf der Beziehung. Das gemeinsame Erleben der Pandemie erlaubt die Intensivierung der Beziehung. Die geteilte Erfahrung kann ein stärkeres Gefühl der Verbundenheit aufbauen. Auf der einen Seite können die Psychotherapeut*innen das Erleben und den Gemütszustand

ihrer Klient*innen besser nachvollziehen. Die Klient*innen wissen auf der anderen Seite, dass ihre Psychotherapeut*innen gerade Ähnliches erleben und fühlen sich dadurch besser verstanden. Dies zeigen auch Studien von Aafjes-van Doorn et al. (2020) und Shklarski et al. (2021a). Andere teilnehmende Psychotherapeut*innen können noch keine Rückschlüsse über die Beziehungsentwicklung treffen.

Neue entstandene Themen

Das Thema der Lockdowns und die Weiterentwicklung im Umgang im Laufe der Pandemie wurde nach jetzigem Wissenstand aus Sicht der Psychotherapeut*innen bisher nicht untersucht. Insbesondere die späteren und zum Zeitpunkt dieser Arbeit noch andauernden Lockdowns zeigten zusätzlich Auswirkungen auf das Wohlbefinden der Psychotherapeut*innen. Die negativen Auswirkungen der Pandemie nahmen mit der Dauer der Einschränkungen zu. Neben der eigentlichen Belastung ihres Berufes mussten sie die zusätzliche Belastung durch die Covid-19-Pandemie auffangen. Die Psychotherapeut*innen konnten an den Punkt der eigenen Erschöpfung und Frustration kommen. Dies kann sich in der Arbeit negativ durch z. B. weniger Geduld, Motivation oder einer weniger positiven Einstellung äußern.

Die Studie zeigt zudem die Gedanken der Psychotherapeut*innen über die Zukunft in der Weiterentwicklung der Telefon- und Videotherapie sowie die Frage nach den langfristigen Folgen der Pandemie. Bezüglich der Weiterentwicklung der Telefon- und Videotherapie spielt die generelle technische Weiterentwicklung eine bedeutende Rolle. Eine Entwicklung kann die Therapie mithilfe von Virtual Reality darstellen (Riva, 2022). Hierzu werden zur Zeit Studien durchgeführt. Außerdem ist die Weiterentwicklung von technischen Möglichkeiten wie z. B. ein online Whiteboard oder anderer interaktiver Plattformen interessant. Dies würde das Repertoire in der Telefon- und Videotherapie erweitern und eine besser Behandlung ermöglichen. Bezüglich der langfristigen Folgen der Pandemie wird ein weiterer Anstieg des Bedarfs nach psychotherapeutischer Behandlung erwartet. Die Teilnehmer*innen der aktuellen Studie werfen jedoch auch die Frage auf, ob die Pandemie neben den negativen Auswirkungen ebenfalls einen positiven Einfluss auf das Leben der Betroffenen haben kann. Der positive Einfluss kann sich z. B. in Form von Entschleunigung oder Überdenken der eigenen Prioritäten äußern.

Diese neuen Themen entstanden zum Teil auf Grund der außergewöhnlichen Umstände. Bisher gab es in der Geschichte der Psychotherapie keine vergleichbare Situation. Die Psychotherapeut*innen stehen somit vor neue Herausforderungen und Thematiken. Es

lässt sich nicht ausschließen, dass auf Grund des globalen Lebenswandels zukünftig ähnliche Umstände wieder auftreten können. Daher eröffnen diese neuen Themen neue Fragen und geben wichtige Anstöße für weitere Forschung.

Limitationen

Die vorliegende Arbeit weist Limitationen in Hinblick auf die Aussagekraft der durchgeführten Studie auf. Die thematische Analyse der qualitativen Daten wurden von einer einzelnen Person durchgeführt. Obwohl keine bestimmten Ergebnisse durch die forschende Person erwartet wurden, kann die eigene Meinung die Auswertung der Ergebnisse beeinflusst haben. Um dem entgegenzuwirken, versuchte die forschende Person die Daten unvoreingenommen zu betrachten. Pausen wurden integriert, um die Daten laufend neu zu betrachten.

Vonseiten der Interviewees könnte die *soziale Erwünschtheit* einen Einfluss auf die Antworten gehabt haben. Dem wurde durch offen und unvoreingenommen formulierte Fragen entgegengewirkt. Außerdem wurde den Teilnehmer*innen gegenüber die Anonymisierung der Daten wiederholt betont. Des Weiteren wurden alle Erfahrungen der Teilnehmer*innen retrospektiv bis zu ein Jahr später erhoben, was zu Verzerrungen führen kann. Einige Psychotherapeut*innen äußerten im Laufe der Interviews Unsicherheiten über die Genauigkeit oder Abfolge ihrer Angaben. Darüber hinaus handelt es sich bei den Interviews um eine Momentaufnahme der Meinungen der Psychotherapeut*innen. Deshalb können keine langfristigen Schlüsse gezogen werden.

Da es sich um eine qualitative Studie mit einer kleinen Stichprobe handelt, können die Ergebnisse nicht generalisiert werden. Die Stichprobenzusammensetzung mithilfe des *snowball sampling* Prinzips kann zu einem homogenen Meinungsbild führen (Robson & McCartan, 2017). Dadurch, dass jedoch verschiedene, voneinander unabhängige Psychotherapeut*innen Kontakte weitervermittelten, ist von einer heterogenen Stichprobe auszugehen.

Insgesamt erfüllt die Studie ihr Ziel und bietet wichtige Erkenntnisse sowie ein erstes Meinungsbild für die weitere Forschung. Die Studie behandelt außerdem ein äußerst aktuelles Thema, in dessen Bereich täglich geforscht wird und neue Erkenntnis gewonnen werden. Bei der Erstellung dieser Arbeit wurden stetig mehr Studien veröffentlicht. Nach jetzigem Wissenstand gibt es jedoch keine vergleichbare Studie aus Sicht von Psychotherapeut*innen.

Zukünftige Forschung

Um generalisierbare Ergebnisse zu erzielen und die Ergebnisse dieser Studie zu testen, sollte eine quantitative Studie zum Meinungsbild der Psychotherapeut*innen in Österreich und Deutschland durchgeführt werden. Die aktuelle Studie zeigt die Relevanz des Themas.

In der vorliegenden Arbeit wurden der erhöhte Bedarf an psychologischer Betreuung und der starke Einfluss der Pandemie auf die psychische Gesundheit benannt. Deswegen sind die langfristigen Auswirkungen der Pandemie auf die therapeutische Beziehung und die Krankheitsbilder von Interesse und bedürfen weiterer Forschung. Weiter zeigen die befragten Psychotherapeut*innen Interesse an den langfristigen Folgen der Restriktionen und Kontaktbeschränkungen auf die Klient*innen und ihre Arbeit. Hier wäre es spannend, die Entwicklung und die Rolle von Gruppenpsychotherapien zu untersuchen. Ein weiterer relevanter Punkt ist der Einfluss des Wohlbefindens der Psychotherapeut*innen auf die therapeutische Beziehung und das Ergebnis der Therapie.

Darüber hinaus ist interessant, näher zu untersuchen, inwiefern die Hygienemaßnahmen in der Präsenztherapie unterschiedlich bewertet werden und einen variierenden Einfluss auf die Arbeit und Beziehung je nach Therapierichtung haben. Eine zukünftige Frage ist, welche Weiterentwicklungen es in der Telefon- und Videotherapie geben wird und wie dies wiederum das psychotherapeutische Arbeiten und die Beziehung beeinflussen. Hier wäre ein spannender Aspekt das Umfeld (z. B. Zuhause mit Lebenspartner*in), in dem Telefon- und Videotherapie durchgeführt wird und dessen Einfluss auf die psychotherapeutische Arbeit zu untersuchen. Ebenso wäre es relevant zu erforschen, wie Telefon- und Videotherapie mit und für Kinder gestaltet werden kann. Hierzu gibt es kaum Forschung und im Rahmen der Pandemie bisher noch keine Datenlage.

Bezüglich der soziodemografischen Merkmale wäre eine Untersuchung der Fragestellung in anderen Therapieorientierungen und -verfahren in Österreich interessant. Ein Großteil der Stichprobe dieser Studie ordnet sich der tiefenpsychologisch-psychodynamischen oder der verhaltenstherapeutischen Orientierung zu. Damit sind die in Deutschland von der Krankenkasse abgedeckten Verfahren im Verhältnis gut repräsentiert. In Österreich gibt es jedoch insgesamt 23 anerkannte psychotherapeutische Verfahren, von denen viele in dieser Studie nicht vertreten waren. Zuletzt spiegelt die aktuelle Studie das Meinungsbild einer großen Altersspanne wider. Es wäre interessant, einen Generationsvergleich der psychotherapeutischen Meinungen insbesondere in Bezug auf die Telefon- und Videotherapie durchzuführen.

Implikationen für die Praxis

Die Studie liefert ein vielfältiges und erstes Meinungsbild der Psychotherapeut*innen im Rahmen der Pandemie in Bezug auf ihre Arbeit und Beziehungsgestaltung. Nach jetzigem Wissenstand gibt es noch keine vergleichbare Studie aus psychotherapeutischer Perspektive. Die teilnehmenden Psychotherapeut*innen meldeten positiv zurück, dass es für sie spannenden war, sich ausführlich Gedanken über die Fragen des Interviews zu machen. Für viele war dies eine Möglichkeit das eigenen Erleben im Rahmen der Pandemie zu reflektieren und zu strukturieren.

Insbesondere das Thema der Hygienemaßnahmen in der Präsenztherapie ist bisher unerforscht, weshalb diese Studie eine wichtige Grundlage für weitere Forschung bildet. Außerdem wurden (Unter-)Themen wie die Zukunft, die erste Therapieeinheit nach Beginn der Pandemie und Lockdowns erstmalig angesprochen. Die Ergebnisse der aktuellen Studie liefern zudem Erkenntnisse zur Telefon- und Videotherapie im deutschsprachigen Raum.

Besonders die Maske und der Abstand stellen auf Grund der eingeschränkten Mimik eine Problematik dar. Es wäre notwendig, die Hygienemaßnahmen so weiterzuentwickeln oder anzupassen, dass dies behoben werden kann. Eine Möglichkeit wäre die Entwicklung von Masken, die schützen und gleichzeitig den Blick auf den Mund-Nasen-Bereich erlauben. Somit wäre die Sicherheit der Klient*innen und Psychotherapeut*innen weiter gewährleistet und die Interpretation der Mimik nicht eingeschränkt. In der Zwischenzeit sollten Psychotherapeut*innen nonverbale Informationen stärker verbal kommunizieren oder durch Gestik ausdrücken, um den Verlust auszugleichen.

In Bezug auf die Telefon- und Videotherapie zeigt sich in der aktuellen Studie, dass ein Grund für Ablehnung häufig Unwissenheit und Unsicherheit im technischen Umgang ist. Es ist davon auszugehen, dass Telefon- und Videotherapie in Zukunft Teil der psychotherapeutischen Arbeit sein wird. Die befragten Psychotherapeut*innen appellieren dafür, dass die Telefon- und Videotherapie weiter von den Krankenkassen übernommen wird. Sie stellt eine geeignete Ausweichmöglichkeit zur Präsenztherapie dar. Aus diesen Gründen wäre es sinnvoll, den Umgang mit Telefon- und Videotherapie durch Training für die Psychotherapeut*innen zu verbessern. Einige befragte Psychotherapeut*innen benannten bereits hilfreiche Voraussetzungen für den Ablauf einer Telefon- oder Videositzung. Ein Training könnte für die kommende Generation von Psychotherapeut*innen schon als Teil der Ausbildung eingeführt werden. Insbesondere Leitlinien und/oder Trainings in Bezug auf Krisensituationen sollten geschaffen werden, da der Verlust des sicheren Rahmens einen großen Nachteil der Telefon- und Videotherapie darstellt. Zudem sollte Klient*innen, die

nicht über die notwendigen technischen Voraussetzungen verfügen, der Zugang zu Telefon- und Onlinetherapie durch z. B. die Krankenkassen ermöglicht werden.

Die Pandemie und die daraus folgende gestiegene psychische Belastung verdeutlicht die Bedeutung des Berufes des/der Psychotherapeut*in. Wenn im Allgemeinen und besonders im Zusammenhang mit der Covid-19-Pandemie eine Versorgung der Personen mit einer psychischen Belastung gewährleistet werden würde, dann könnte zum einen die Verstärkung der Störungsbilder und zum anderen eine starken Belastung des Gesundheitssystems vermieden werden.

Generell sollten sich die Psychotherapeut*innen trauen, kreativ zu sein, um Psychotherapie nach ihren besten Möglichkeiten anbieten zu können. Sie sollten auf sich achten und ihre Psychohygiene sowie ausreichende Pausen und Ausgleichsmöglichkeiten überdenken. Der Austausch zwischen Kolleg*innen und Supervision bietet dabei eine gute Unterstützung.

Fazit

Abschließend lässt sich zusammenfassen, dass die Psychotherapeut*innen den Einfluss der Pandemie auf ihre Arbeit sowie die Beziehungsentwicklung unterschiedlich wahrnehmen. In Bezug auf die Hygienemaßnahmen in der Präsenztherapie ist Forschung nötig, um die gewonnenen Erkenntnisse zu sichern oder zu widerlegen. Weiter stellt insbesondere die Telefon- und Videotherapie eine Kontroverse dar. Diese Modalität der Therapie hat jedoch im Zuge der Pandemie an Zuspruch gewonnen. Selbst die skeptischen Psychotherapeut*innen zeigen sich offen für eine Integration der Telefon- und Videotherapie in die psychotherapeutische Arbeit, solange es die freie Entscheidungsmöglichkeit gibt, in welcher Modalität gearbeitet wird. Zusätzlich verdeutlicht die aktuelle Studie, dass die Psychotherapeut*innen ebenfalls unter den Einschränkungen der Pandemie leiden, jedoch auch dankbar dafür sind, den Umständen entsprechend normal arbeiten und für ihre Klient*innen da sein zu können. Zukünftige Forschung ist wichtig für den Ausbau und die Sicherung der gewonnenen Erkenntnisse.

Literaturverzeichnis

- Aafjes-van Doorn, K., Békés, V., & Prout, T. A. (2020). Grappling with our therapeutic relationship and professional self-doubt during COVID-19: Will we use video therapy again? *Counselling Psychology Quarterly*.
<https://doi.org/10.1080/09515070.2020.1773404>
- Ahmed, M. Z., Ahmed, O., Aibao, Z., Hanbin, S., Siyu, L., & Ahmad, A. (2020). Epidemic of COVID-19 in China and associated psychological problems. *Asian Journal of Psychiatry*, 51, Article 102092. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2020.102092>
- Békés, V., & Aafjes-van Doorn, K. (2020). Psychotherapists' attitudes toward online therapy during the COVID-19 pandemic. *Journal of Psychotherapy Integration*, 30(2), 238–247. <https://doi.org/10.1037/int0000214>
- Bering, R., & Eichenberg, C. (2020). *Die Psyche in Zeiten der Corona-Krise: Herausforderungen und Lösungsansätze für Psychotherapeuten und soziale Helfer* (1. Aufl.). Klett-Cotta. www.klett-cotta.de
- Bomba, M., Alibert, J.-F., & Velt, J. (2021). Playing and virtual reality: Teleanalysis with children and adolescents during the COVID-19 pandemic. *The International Journal of Psychoanalysis*, 102(1), 159–177. <https://doi.org/10.1080/00207578.2021.1876401>
- Brakemeier, E.-L., Wirkner, J., Knaevelsrud, C., Wurm, S., Christiansen, H., Lueken, U., & Schneider, S. (2020). Die COVID-19-Pandemie als Herausforderung für die psychische Gesundheit: Erkenntnisse und Implikationen für die Forschung und Praxis aus Sicht der Klinischen Psychologie und Psychotherapie. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 49(1), 1–31. <https://doi.org/10.1026/1616-3443/a000574>
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77–101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>
- Brooks, S. K., Webster, R. K., Smith, L. E., Woodland, L., Wessely, S., Greenberg, N., & Rubin, G. J. (2020). The psychological impact of quarantine and how to reduce it: Rapid review of the evidence. *The Lancet*, 395(10227), 912–920.
[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30460-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30460-8)
- Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz [BMSGPK]. (2020a). *Internetrichtlinie: Kriterien zur Ausgestaltung der psychotherapeutischen Beratung via Internet* (S. 28). Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz. www.sozialministerium.at
- Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz [BMSGPK].

- (2020b). *Handlungsempfehlung für niedergelassene nichtärztliche Gesundheitsberufe: Coronavirus SARS-CoV-2 (COVID-19)* (Coronavirus - Fachinformationen, S. 9). Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz. <https://www.sozialministerium.at/Informationen-zum-Coronavirus/Coronavirus---Fachinformationen.html>
- Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz [BMSGPK]. (2021, März 15). *Coronavirus—Aktuelle Maßnahmen*. Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz. <https://www.sozialministerium.at/Informationen-zum-Coronavirus/Coronavirus---Aktuelle-Maßnahmen.html>
- Bundespsychotherapeutenkammer [BPtK]. (2018, Juli 19). *Sachverständigenrat: Vier Monate Wartezeit auf eine ambulante Psychotherapie*. <https://www.bptk.de/sachverstaendigenrat-vier-monate-wartezeit-auf-eine-ambulante-psychotherapie/>
- Bundespsychotherapeutenkammer [BPtK]. (2019). *Praxis-Info Videobehandlung* (Nr. 1; S. 18). Bundespsychotherapeutenkammer. <https://www.bptk.de/neue-praxis-info-videobehandlung/>
- Bundespsychotherapeutenkammer [BPtK]. (2021). *Praxis-Info: Coronavirus* (S. 14). Bundespsychotherapeutenkammer. <https://www.bptk.de/coronavirus/informationen-der-bptk-zur-corona-epidemie/>
- Bundesregierung. (2021, März 4). *Bund und Länder beschließen stufenweise Lockerungen*. Die Bundesregierung. <https://www.bundesregierung.de/breg-de/themen/coronavirus/bund-laender-beschluss-1872126>
- Cacioppo, S., Cacioppo, J. T., Goossens, L., Grippo, A. J., & London, S. (2015). Loneliness: Clinical import and interventions. *Perspectives on Psychological Science*, 10(2), 238–249. <https://doi-org.uaccess.univie.ac.at/10.1177/1745691615570616>
- Callahan, J. L. (2020). Introduction to the special issue on telepsychotherapy in the age of COVID-19. *Journal of Psychotherapy Integration*, 30(2), 155–159. <http://dx.doi.org/10.1037/int0000231>
- Cambridge Dictionary. (2021, April 28). *Lockdown*. Cambridge Dictionary. <https://dictionary.cambridge.org/de/worterbuch/englisch/lockdown>
- Cansel, N., Ucuz, İ., Arslan, A. K., Kayhan Tetik, B., Colak, C., Melez, Ş. N. İ., Şule Gümüstakım, R., Ceylan, S., Zeren Öztürk, G., Kılıç Öztürk, Y., Cadırcı, D., & Semra Demir Akca, A. (2021). Prevalence and predictors of psychological response during

- immediate COVID-19 pandemic. *International Journal of Clinical Practice*, Advance online publication. <https://doi.org/10.1111/ijcp.13996>
- Caspar, F., Pjanic, I., & Westermann, S. (2018). *Klinische Psychologie* (1. Aufl.). Springer Fachmedien Wiesbaden. <https://doi.org/10.1007/978-3-531-93317-7>
- Centers for Disease Control and Prevention. (2020, Februar 11). *COVID-19 and Your Health*. Centers for Disease Control and Prevention. <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/prevent-getting-sick/social-distancing.html>
- Christensen, L. F., Wilson, R., Hansen, J. P., Nielsen, C. T., & Gildberg, F. A. (2021). A qualitative study of patients' and providers' experiences with the use of videoconferences by older adults with depression. *International Journal of Mental Health Nursing*, 30(2), 427–439. <https://doi.org/10.1111/inm.12803>
- Cole, G. (2021). COVID-19, Limit Experiences, and Undergoing the Situation: Therapeutic Implications for Pandemic Times. *Journal of Humanistic Psychology*, 61(2), 190–197. <https://doi.org/10.1177/0022167820940461>
- Corso, K. A., Corso, M. L., Houghton, D. C., Bryan, C. J., Kanzler, K. E., Ray-Sannerud, B., & Morrow, C. E. (2012). Therapeutic alliance and treatment outcome in the primary care behavioral health model. *Families, Systems & Health*, 30(2), 87–101. <https://doi.org/10.1037/a0028632>
- Deutsche Gesellschaft für Telemedizin. (o. J.). *Telemedizin—Glossar*. Deutsche Gesellschaft für Telemedizin. Abgerufen 22. März 2021, von <https://www.dgtelemed.de/de/telemedizin/glossar/>
- Döring, N., & Bortz, J. (2016). *Forschungsmethoden und Evaluation in den Sozial- und Humanwissenschaften* (5. Aufl.). Springer.
- DPtV. (2020, November 27). *Coronavirus-aktuelle Hinweise*. Deutsche Psychotherapeuten Vereinigung. <https://www.deutschepsychotherapeutenvereinigung.de/gesundheitspolitik/themenseiten/coronavirus/>
- Elliott, R., Bohart, A. C., Watson, J. C., & Greenberg, L. S. (2011). Empathy. *Psychotherapy*, 48(1), 43–49. <https://doi.org/10.1037/a0022187>
- Fatke, B., Hölzle, P., Frank, A., & Förstl, H. (2020). Psychische Probleme in der Pandemie Beobachtungen während der COVID-19-Krise. *Deutsche Medizinische Wochenschrift*, 145(10), 675–681. <https://doi.org/10.1055/a-1147-2889>
- Fernández-Álvarez, J., & Fernández-Álvarez, H. (2021). Videoconferencing psychotherapy during the pandemic: Exceptional times with enduring effects? *Frontiers in*

- Psychology*, 12, Artikel 589536. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.589536>
- Flick, U. (2013). *The SAGE Handbook of qualitative data analysis* (Sage Publications Ltd., Hrsg.). SAGE Publications.
<http://ebookcentral.proquest.com/lib/univie/detail.action?docID=1707694>
- Flückiger, C., Del Re, A. C., Wampold, B. E., & Horvath, A. O. (2018). The alliance in adult psychotherapy: A meta-analytic synthesis. *Psychotherapy*, 55(4), 316–340.
<https://doi.org/10.1037/pst0000172>
- Frenzl, D., Gawlytta, R., Schleu, A., & Strauß, B. (2020). (Kunst)Fehler in der Psychotherapie: Pilotstudie zur Erfassung von Fehlhandlungen in der Psychotherapie aus TherapeutInnensicht. *Psychotherapeut*, 65(6), 475–486.
<https://doi.org/10.1007/s00278-020-00462-6>
- Geller, S. (2020). Cultivating online therapeutic presence: Strengthening therapeutic relationships in teletherapy sessions. *Counselling Psychology Quarterly*.
<https://doi.org/10.1080/09515070.2020.1787348>
- Gruber, J., Prinstein, M. J., Lee, A. C., Rottenberg, J., Abramowitz, J. S., Albano, A. M., Aldao, A., Borelli, J. L., Chung, T., Davila, J., Forbes, E. E., Gee, D. G., Nagayama Hall, G. C., Hallion, L. S., Hinshaw, S. P., Hofmann, S. G., Hollon, S. D., Joormann, J., Kazdin, A. E., ... Weinstock, L. M. (2020). Mental health and clinical psychological science in the time of COVID-19: Challenges, opportunities, and a call to action. *American Psychologist*, Advance online publication.
<http://dx.doi.org/10.1037/amp0000707>
- Gunnell, D., Appleby, L., Arensman, E., Hawton, K., John, A., Kapur, N., Khan, M., O'Connor, R. C., Pirkis, J., & Covid-19 Suicide Prevention Research Collaboration. (2020). Suicide risk and prevention during the COVID-19 pandemic. *The Lancet Psychiatry*, 7(6), 468–471. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30171-1](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30171-1)
- Hao, F., Tan, W., Jiang, L., Zhang, L., Zhao, X., Zou, Y., Hu, Y., Luo, X., Jiang, X., McIntyre, R. S., Tran, B., Sun, J., Zhang, Z., Ho, R., Ho, C., & Tam, W. (2020). Do psychiatric patients experience more psychiatric symptoms during COVID-19 pandemic and lockdown? A case-control study with service and research implications for immunopsychiatry. *Brain, Behavior, and Immunity*, 87, 100–106.
<https://doi.org/10.1016/j.bbi.2020.04.069>
- Hasson-Ohayon, I., & Lysaker, P. H. (2020). Special challenges in psychotherapy continuation and adaption for persons with schizophrenia in the age of coronavirus (COVID-19). *Counselling Psychology Quarterly*.

- <https://doi.org/10.1080/09515070.2020.1781595>
- Honer, A. (1994). Das explorative Interview: Zur Rekonstruktion der Relevanzen von Expertinnen und anderen Leuten. *Schweizerische Zeitschrift für Soziologie*, 20(3), 623–640.
- Huang, Y., & Zhao, N. (2020). Generalized anxiety disorder, depressive symptoms and sleep quality during COVID-19 outbreak in China: A web-based cross-sectional survey. *Psychiatry Research*, 288, Article 112954. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.112954>
- Humer, E., & Probst, T. (2020). Provision of remote psychotherapy during the COVID-19 pandemic. *Digital Psychology*, 1(2), 27–31. <https://doi.org/10.24989/dp.v1i2.1868>
- Humer, E., Pieh, C., Kuska, M., Barke, A., Doering, B. K., Gossmann, K., Trnka, R., Meier, Z., Kascakova, N., Tavel, P., & Probst, T. (2020). Provision of psychotherapy during the COVID-19 pandemic among czech, german and slovak psychotherapists. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(13), Article 4811. <https://doi.org/10.3390/ijerph17134811>
- Humer, E., Stippl, P., Pieh, C., Pryss, R., & Probst, T. (2020). Experiences of psychotherapists with remote psychotherapy during the COVID-19 pandemic: Cross-sectional web-based survey study. *Journal of Medical Internet Research*, 22(11), Article e20246. <https://doi.org/10.2196/20246>
- Hussy, W., Schreier, M., & Echterhoff, G. (2013). *Forschungsmethoden in Psychologie und Sozialwissenschaften für Bachelor* (2. Aufl.). Springer. <https://doi.org/10.1007/978-3-642-34362-9>
- Inchausti, F., MacBeth, A., Hasson-Ohayon, I., & Dimaggio, G. (2020). Psychological intervention and COVID-19: What we know so far and what we can do. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 50(4), 243–250. <https://doi.org/10.1007/s10879-020-09460-w>
- Irvine, A., Drew, P., Bower, P., Brooks, H., Gellatly, J., Armitage, C. J., Barkham, M., McMillan, D., & Bee, P. (2020). Are there interactional differences between telephone and face-to-face psychological therapy? A systematic review of comparative studies. *Journal of Affective Disorders*, 265, 120–131. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.01.057>
- Javed, B., Sarwer, A., Soto, E. B., & Mashwani, Z. (2020). The coronavirus (COVID-19) pandemic's impact on mental health. *The International Journal of Health Planning and Management*, 35(5), 993–996. <https://doi.org/10.1002/hpm.3008>

- Jefee-Bahloul, H., Duchon, D., & Barkil-Oteo, A. (2016). Attitudes towards implementation of store-and-forward telemental health in humanitarian settings: Survey of syrian healthcare providers. *Telemedicine Journal and E-Health: The Official Journal of the American Telemedicine Association*, 22(1), 31–35.
<https://doi.org/10.1089/tmj.2015.0021>
- Kassenärztliche Bundesvereinigung. (2020, März 16). *KBV—Coronavirus: Videosprechstunden unbegrenzt möglich*. Kassenärztliche Bundesvereinigung.
https://www.kbv.de/html/1150_44943.php
- Kawohl, W., & Nordt, C. (2020). COVID-19, unemployment, and suicide. *The Lancet Psychiatry*, 7(5), 389–390. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30141-3](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30141-3)
- Kuehner, C., Schultz, K., Gass, P., Meyer-Lindenberg, A., & Dreßing, H. (2020). Psychisches Befinden in der Bevölkerung während der COVID-19-Pandemie. *Psychiatrische Praxis*, 47(7), 361–369. <https://doi.org/10.1055/a-1222-9067>
- Liu, N., Zhang, F., Wei, C., Jia, Y., Shang, Z., Sun, L., Wu, L., Sun, Z., Zhou, Y., Wang, Y., & Liu, W. (2020). Prevalence and predictors of PTSS during COVID-19 outbreak in China hardest-hit areas: Gender differences matter. *Psychiatry Research*, 287, Article 112921. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.112921>
- MacMullin, K., Jerry, P., & Cook, K. (2020). Psychotherapist experiences with telepsychotherapy: Pre COVID-19 lessons for a post COVID-19 world. *Journal of Psychotherapy Integration*, 30(2), 248–264. <http://dx.doi.org/10.1037/int0000213>
- Malins, S., Moghaddam, N., Morriss, R., Schröder, T., Brown, P., & Boycott, N. (2020). Predicting outcomes and sudden gains from initial in-session interactions during remote cognitive–behavioural therapy for severe health anxiety. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, Advance online publication. <https://doi.org/10.1002/cpp.2543>
- Marler, H., & Ditton, A. (2021). “I’m smiling back at you”: Exploring the impact of mask wearing on communication in healthcare. *International Journal of Language & Communication Disorders*, 56(1), 205–214. <https://doi.org/10.1111/1460-6984.12578>
- Mendes-Santos, C., Weiderpass, E., Santana, R., & Andersson, G. (2020). Portuguese psychologists’ attitudes toward internet interventions: Exploratory cross-sectional study. *JMIR Mental Health*, 7(4), Article e16817. <https://doi.org/10.2196/16817>
- Messina, I., & Löffler-Stastka, H. (2021). Psychotherapists’ perception of their clinical skills and in-session feelings in live therapy versus online therapy during the COVID-19 pandemic: A pilot study. *Research in Psychotherapy: Psychopathology, Process and Outcome*, 24(1), 53–59. <https://doi.org/10.4081/ripppo.2021.514>

- Moradian, S., Bäuerle, A., Schweda, A., Musche, V., Kohler, H., Fink, M., Weismüller, B., Benecke, A.-V., Dörrie, N., Skoda, E.-M., & Teufel, M. (2021). Differences and similarities between the impact of the first and the second COVID-19-lockdown on mental health and safety behaviour in Germany. *Journal of Public Health*, Article fdab037. Advance online publication. <https://doi.org/10.1093/pubmed/fdab037>
- Munk, A. J. L., Schmidt, N. M., Alexander, N., Henkel, K., & Hennig, J. (2020). Covid-19—Beyond virology: Potentials for maintaining mental health during lockdown. *PLoS ONE*, 15(8), Article e0236688. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0236688>
- Nordt, C., Warnke, I., Seifritz, E., & Kawohl, W. (2015). Modelling suicide and unemployment: A longitudinal analysis covering 63 countries, 2000-11. *The Lancet. Psychiatry*, 2(3), 239–245. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(14\)00118-7](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(14)00118-7)
- Österreichische Gesundheitskasse [OÖGKK]. (2018). *Österreichische Sozialversicherung*. Österreichische Sozialversicherung. <https://oegkk.at>
- Österreichischer Bundesverband für Psychotherapie [ÖBVP]. (2021, März 1). *Coronavirus—Informationen für Psychotherapeutinnen*. Österreichischer Bundesverband für Psychotherapie. <https://www.psychotherapie.at/psychotherapeutinnen/coronavirus-informationen-psychotherapeutinnen>
- Österreichischer Rundfunk [ORF]. (2020, November 14). *Lockdown bis 6. Dezember: Erste Details zu neuen Maßnahmen bekannt*. news.ORF.at. <https://orf.at/stories/3189766/>
- Österreichischer Rundfunk [ORF]. (2021, Januar 27). *Dritter Lockdown: Die Regeln bis 7. Februar*. news.ORF.at. <https://orf.at/corona/stories/3194730/>
- Petzold, M. B., Bendau, A., Plag, J., Pyrkosch, L., Mascarell Maricic, L., Betzler, F., Rogoll, J., Große, J., & Ströhle, A. (2020). Risk, resilience, psychological distress, and anxiety at the beginning of the COVID-19 pandemic in Germany. *Brain and Behavior*, 10(9), Article e01745. <https://doi-org.uaccess.univie.ac.at/10.1002/brb3.1745>
- Pieh, C. (2020). *Psyche seit COVID-19 unter Dauerbelastung* (News, S. 3) [Aktuelles]. Donau-Universität Krems. <https://www.donau-universitaet-krems.at/de/aktuelles/news/2020/psyche-seit-covid-19-unter-dauerbelastung0.html>
- Pieh, C., Budimir, S., & Probst, T. (2020). The effect of age, gender, income, work, and physical activity on mental health during coronavirus disease (COVID-19) lockdown in Austria. *Journal of Psychosomatic Research*, 136, Article 110186. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2020.110186>
- Probst, T., Stippl, P., & Pieh, C. (2020). Changes in provision of psychotherapy in the early

- weeks of the COVID-19 lockdown in Austria. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(11), Article 3815.
<https://doi.org/10.3390/ijerph17113815>
- Qiu, J., Shen, B., Zhao, M., Wang, Z., Xie, B., & Xu, Y. (2020). A nationwide survey of psychological distress among Chinese people in the COVID-19 epidemic: Implications and policy recommendations. *General Psychiatry*, 33(2), Article e100213. <https://doi.org/10.1136/gpsych-2020-100213>
- Rabe-Menssen, C. (2021). *Patientenanfragen während der Corona-Pandemie* (S. 8) [Wissenschaft und Forschung]. Deutsche Psychotherapeuten Vereinigung.
<https://tinyurl.com/74lj8fzr>
- Reese, R. J., Mecham, M. R., Vasilj, I., Lengerich, A. J., Brown, H. M., Simpson, N. B., & Newsome, B. D. (2016). The effects of telepsychology format on empathic accuracy and the therapeutic alliance: An analogue counselling session. *Counselling and Psychotherapy Research*, 16(4), 256–265. <https://doi.org/10.1002/capr.12092>
- Rehahn-Sommer, S., & Kämmerer, A. (2021). Coronapandemie und psychische Gesundheit—Schwierige Zeiten. *Deutsches Ärzteblatt*, 20(2), 64–66.
- Reynolds, D., Stiles, W. B., Bailer, A. J., & Hughes, M. R. (2013). Impact of exchanges and client–therapist alliance in online-text psychotherapy. *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking*, 16(5), 370–377. <https://doi.org/10.1089/cyber.2012.0195>
- Richter, D., & Zürcher, S. (2020). Psychiatrische Versorgung während der Covid-19 Pandemie. *Psychiatrische Praxis*, 47(4), 173–175. <https://doi.org/10.1055/a-1157-8508>
- Riedel, M. (2015). *Modelle der Psychotherapieversorgung in Österreich* (S. 60) [Projektbericht]. Institut für Höhere Studien (IHS).
- Riva, G. (2022). Virtual Reality in Clinical Psychology. *Reference Module in Neuroscience and Biobehavioral Psychology*, Advance online publication. Article B978-0-12-818697-8.00006-6. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-818697-8.00006-6>
- Robson, C., & McCartan, K. (2017). *Real world research* (4. Aufl.). Wiley.
www.wiley.com/go/eula
- Schröder, J., Berger, T., Meyer, B., Lutz, W., Hautzinger, M., Späth, C., Eichenberg, C., Klein, J. P., & Moritz, S. (2017). Attitudes towards internet interventions among psychotherapists and individuals with mild to moderate depression symptoms. *Cognitive Therapy and Research*, 41(5), 745–756. <https://doi.org/10.1007/s10608-017-9850-0>

- Schulz, H., Barghaan, D., Harfst, T., & Koch, U. (2008). *Psychotherapeutische Versorgung* (Nr. 41; Gesundheitsberichterstattung des Bundes, S. 47). Robert Koch-Institut Statistisches Bundesamt.
- Schuster, R., Pokorny, R., Berger, T., Topooco, N., & Laireiter, A.-R. (2018). The advantages and disadvantages of online and blended therapy: Survey study amongst licensed psychotherapists in Austria. *Journal of Medical Internet Research*, 20(12), Article e11007. <https://doi.org/10.2196/11007>
- Schuster, R., Topooco, N., Keller, A., Radvogin, E., & Laireiter, A.-R. (2020). Advantages and disadvantages of online and blended therapy: Replication and extension of findings on psychotherapists' appraisals. *Internet Interventions*, 21, Article 100326. <https://doi.org/10.1016/j.invent.2020.100326>
- Shklarski, L., Abrams, A., & Bakst, E. (2021a). Navigating changes in the physical and psychological spaces of psychotherapists during Covid-19: When home becomes the office. *Practice Innovations*, Advance online publication. <https://doi.org/10.1037/pri0000138>
- Shklarski, L., Abrams, A., & Bakst, E. (2021b). Will we ever again conduct in-person psychotherapy sessions? Factors associated with the decision to provide in-person therapy in the age of COVID-19. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, Advance online publication. <https://doi.org/10.1007/s10879-021-09492-w>
- Simon, J., Helter, T. M., White, R. G., van der Boor, C., & Łaszewska, A. (2021). Impacts of the Covid-19 lockdown and relevant vulnerabilities on capability well-being, mental health and social support: An Austrian survey study. *BMC Public Health*, 21(1), 314–314. <https://doi.org/10.1186/s12889-021-10351-5>
- Simpson, S., & Reid, C. L. (2014). Therapeutic alliance in videoconferencing psychotherapy: A review. *Australian Journal of Rural Health*, 22(6), 280–299. <https://doi.org/10.1111/ajr.12149>
- Simpson, S., Richardson, L., Pietrabissa, G., Castelnovo, G., & Reid, C. (2020). Videotherapy and therapeutic alliance in the age of COVID-19. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, Advance online publication. <https://doi.org/10.1002/cpp.2521>
- Skoda, E.-M., Spura, A., De Bock, F., Schweda, A., Dörrie, N., Fink, M., Musche, V., Weismüller, B., Benecke, A., Kohler, H., Junne, F., Graf, J., Bäuerle, A., & Teufel, M. (2021). Veränderung der psychischen Belastung in der COVID-19-Pandemie in Deutschland: Ängste, individuelles Verhalten und die Relevanz von Information sowie Vertrauen in Behörden. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung -*

- Gesundheitsschutz*, 64(3), 322–333. <https://doi.org/10.1007/s00103-021-03278-0>
- Strauß, B., Berger, U., & Rosendahl, J. (2021). Folgen der COVID-19-Pandemie für die psychische Gesundheit und Konsequenzen für die Psychotherapie – Teil 1 einer (vorläufigen) Übersicht. *Psychotherapeut*, Advance online publication. <https://doi.org/10.1007/s00278-021-00504-7>
- Tagesschau. (2020, Dezember 13). *Lockdown: Das sind die Corona-Regeln*. tagesschau.de. <https://www.tagesschau.de/inland/gesellschaft/corona-regeln-lockdown-101.html>
- Taylor, C. B., Fitzsimmons-Craft, E. E., & Graham, A. K. (2020). Digital technology can revolutionize mental health services delivery: The COVID-19 crisis as a catalyst for change. *International Journal of Eating Disorders*, 53(7), 1155–1157. <https://doi.org/10.1002/eat.23300>
- Thombs, B. D., Bonardi, O., Rice, D. B., Boruff, J. T., Azar, M., He, C., Markham, S., Sun, Y., Wu, Y., Krishnan, A., Thombs-Vite, I., & Benedetti, A. (2020). Curating evidence on mental health during COVID-19: A living systematic review. *Journal of Psychosomatic Research*, 133, Article 110113. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2020.110113>
- Traunmüller, C., Stefitz, R., Gaisbachgrabner, K., & Schwerdtfeger, A. (2020). Psychological correlates of COVID-19 pandemic in the Austrian population. *BMC Public Health*, 20(1), Article 1395. <https://doi.org/10.1186/s12889-020-09489-5>
- Tsamakis, K., Tsiptios, D., Ouranidis, A., Mueller, C., Schizas, D., Terniotis, C., Nikolakakis, N., Tyros, G., Kypouropoulos, S., Lazaris, A., Spandidos, D., Smyrnis, N., & Rizos, E. (2021). COVID-19 and its consequences on mental health (Review). *Experimental and Therapeutic Medicine*, 21(3), 244–251. <https://doi.org/10.3892/etm.2021.9675>
- United Nations. (2020). *Policy Brief: COVID-19 and the need for action on mental health* (S. 17) [Policy Brief]. United Nations. <https://unsdg.un.org/resources/policy-brief-covid-19-and-need-action-mental-health>
- VERBI Software. (2019). *MAXQDA2020* (20.4) [Computer software]. maxqda.com
- Vogel, R. T. (2020). Psychotherapie in und mit kollektiven Ausnahmeszenarien. In R. T. Vogel, *Psychotherapie in Zeiten kollektiver Verunsicherung* (S. 7–13). Springer Fachmedien Wiesbaden. https://doi.org/10.1007/978-3-658-30946-6_3
- Wancata, J. (2017). *Prävalenz und Versorgung psychischer Krankheiten in Österreich* (S. 171) [Wissenschaftlicher Bericht]. Medizinische Universität Wien. <https://www.meduniwien.ac.at/hp/sozialpsychiatrie/wissenschaft->

- forschung/projektstudien/studie-psychische-gesundheit-in-oesterreich/
- Wangberg, S. C., Gammon, D., & Spitznogle, K. (2007). In the eyes of the beholder: Exploring psychologists' attitudes towards and use of e-therapy in Norway. *CyberPsychology & Behavior*, 10(3), 418–423. <https://doi.org/10.1089/cpb.2006.9937>
- WHO. (2020a, März 11). *WHO Director-General's opening remarks at the media briefing on COVID-19—11 March 2020*. World Health Organization. <https://www.who.int/director-general/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19---11-march-2020>
- WHO. (2020b, Oktober 5). *COVID-19 disrupting mental health services in most countries, WHO survey*. World Health Organization. <https://www.who.int/news/item/05-10-2020-covid-19-disrupting-mental-health-services-in-most-countries-who-survey>
- WHO. (2021, April 27). *WHO Coronavirus (COVID-19) Dashboard*. World Health Organization. <https://covid19.who.int>
- Wiederhold, B. K. (2020). Connecting through technology during the Coronavirus disease 2019 pandemic: Avoiding “Zoom Fatigue”. *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking*, 23(7), 437–438. <https://doi.org/10.1089/cyber.2020.29188.bkw>
- Xiong, J., Lipsitz, O., Nasri, F., Lui, L. M. W., Gill, H., Phan, L., Chen-Li, D., Iacobucci, M., Ho, R., Majeed, A., & McIntyre, R. S. (2020). Impact of COVID-19 pandemic on mental health in the general population: A systematic review. *Journal of Affective Disorders*, 277(12), 55–64. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.08.001>
- Zielasek, J., & Gouzoulis-Mayfrank, E. (2020). COVID-19-Pandemie: Psychische Störungen werden zunehmen. *Deutsches Ärzteblatt*, 117(21), 1114–1118.

Abkürzungsverzeichnis

BMSGPK	Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz
BPtK	Bundespsychotherapeutenkammer
Covid-19	Coronavirus disease 2019
DPtV	Deutschen Psychotherapeutischen Vereinigung
ÖBVP	Österreichischer Bundesverband für Psychotherapie
OCD	Obsessive-Compulsive-Disorder
OÖGKK	Österreichische Gesundheitskasse
ORF	Österreichischer Rundfunk
PTBS	Posttraumatische Belastungsstörung
SARS-CoV-2	severe acute respiratory syndrome coronavirus-2
WHO	World Health Organization

Anhang A

Interviewleitfaden

Soziodemographische Fragen

1. Wie alt sind Sie?
2. Welchem Geschlecht ordnen Sie sich zu?
3. In welchem Land praktizieren Sie: Österreich oder Deutschland?
4. Seit wann praktizieren Sie in einer eigenen Praxis?
5. Wie viele Klient*innen behandeln Sie zur Zeit?
6. Nach welcher Therapierichtung praktizieren Sie?
7. In welcher Altersgruppe befinden sich Ihre Klient*innen?

Offene Leitfragen

Themeblock 1

1. Welche Modalität der Therapie haben Sie während der Lockdowns 2020 angeboten?
2. Welche Rolle spielte die Telefon- bzw. Videotherapie für Sie während der Pandemie?
 - a. In welchem Ausmaß haben Sie diese genutzt?
 - b. Was mussten Sie bei z. B. Interventionen anpassen?
 - c. Was war hilfreich?
 - d. Was hat diese Modalität der Therapie erschwert?
 - e. Wie hat sich diese Modalität der Therapie im Laufe des letzten Jahres verändert?
 - i. Wie war die Entwicklung zwischen dem ersten und den weiteren Lockdowns?
 - f. Wie wurde das Angebot angenommen?
 - g. Wie bewerten Sie diese Modalität der Therapie im Zusammenhang mit Covid-19?
 - i. Was waren Bedenken/ Sorgen Ihrerseits?
3. Von wo haben Sie gearbeitet?
 - a. Wie haben Sie sich eine produktive Arbeitsatmosphäre geschaffen?
 - b. Inwieweit konnten Sie Berufliches und Privates trennen?
4. Keine Video- bzw. Telefontherapie:
 - a. Aus welchen Gründen haben Sie sich dagegen entschieden?
 - b. Wie bewerten Sie diese Form der Therapie im Zusammenhang mit Covid-19?
 - i. Was waren Bedenken/ Sorgen Ihrerseits?

Themenblock 2

1. Inwieweit wurde die Beziehung zwischen Psychotherapeut*innen und Klient*innen durch die Pandemie beeinflusst?
 - a. Wie war es ohne direkten Kontakt zu arbeiten?
 - b. Wie war es im direkten Kontakt, aber mit Maske bzw. anderen Schutzmaßnahmen zu arbeiten?
 - i. Was haben die Schutzmaßnahmen verändert?
 - i. Inwieweit wurde die Interpretation nonverbaler Hinweise und Emotionen verändert?
 - ii. Was mussten Sie in der Arbeit bzw. in Ihrer Ausdrucksweise anpassen (um z. B. Empathie zu zeigen)?
 - c. Wie war die erste Einheit mit bekannten Klient*innen?
 - d. Hat sich etwas an der Beziehung mit bekannten Klient*innen geändert? Wenn ja, was?
 - e. Wie war die erste Einheit mit neuen Klient*innen?
 - f. Wie war die Beziehungsgestaltung bzw. -entwicklung mit neuen Klient*innen?
 - g. Hatte der zweite Lockdown einen Einfluss auf die Beziehung? Wenn ja, welchen?

Abschluss/Ergänzung

1. Gibt es noch etwas, was Sie erzählen oder ergänzen möchten?

Anhang B**Graphische Darstellung der Themen mit Unterthemen****Tabelle B1**

Das Thema der Präsenztherapie untergliedert in Unterthemen und zugehörige Codes mit Beispielzitaten

Beispielzitate	Code	Unterthema	Definition
Ich musste ja ein Hygienekonzept entwickeln.... Und zwar musste ich meine Räumlichkeiten so gestalten, dass der Abstand groß genug ist und ich musste mir überlegen, wie mache ich das mit den Türgriffen, wie mache ich das mit dem Klo, wie mache ich das, damit die Leute möglichst wenig anfassen müssen, wenn sie in meine Praxis kommen und möglichst ohne was angefasst zu haben, wieder rausgehen. (Interview 4, S. 2)	Umgang Anpassung bei Bedarf Humor Gewöhnung	Hygienemaßnahmen	Umgang mit den Hygienemaßnahmen in der Präsenztherapie und der Probleme.
Naja ich sag mal ganz selber fühle ich mich darunter ... natürlich auch noch	Sicherheit		

Beispielzitate	Code	Unterthema	Definition
geschützter. Ich fühl mich einfach geschützt in der Praxis durch diese ganzen Maßnahmen und das wäre, glaube ich, nicht so entspannt, wenn ich jetzt sagen würde „Ach hier bei mir könnt ihr maskenlos durch die Gegend rennen.“. Also dann könnte ich nicht arbeiten. Das muss ich nun auch mal klar sagen, dass mir das auch Sicherheit gibt. (Interview 2, S. 13-14)			
Und ja, dann fand eine Demaskierung statt, wenn du so willst. Also naja es ist was anderes, ob ein Mensch mit einer Maske bekleidet reinkommt. Das ist ja sehr sehr unpersönlich und vage. Und dann die Maske abnimmt und die Erleichterung, dass er das darf und die Erleichterung, dass er was sagen darf und wir in einem Raum sein können,	Probleme Abstand Verkleinern wenn Sicherheit gegeben Überbrücken von Abstand Körperkontakt Maske Teil der Therapie Demaskierung		

Beispielzitate	Code	Unterthema	Definition
ohne dass wir Angst haben müssen. ...	Ohne Maske		
Also die Demaskierung ist ja fast wie	Befremdlich		
so ein Aufschließen: „Dir zeige ich	Begrüßung und Verabschiedung		
mich jetzt und allen anderen draußen	Sprechen		
zeige ich mich ja nicht, bis auf meine	Dauernd Nachfragen nicht möglich		
Nächsten in meinem Haushalt.“	Funke springt nicht über		
(Interview 4, S. 16)	Keine wärmende Umgebung		
	Zwischenmenschliche		
Ja, das Ganze. Das da schon als Erstes	Kommunikation verringert		
„Maskenpflicht“ steht—langsam	Distanz		
gewöhnen wir uns alle dran. Oder dass			
da ein Schild steht „Bitte die Hände			
gründlich waschen und desinfizieren.“.			
Da ist schon so viel, was eine Distanz			
herstellt: „Bitte mach dich ganz			
sauber, eh du hier zu mir			
reinkommst.“.... Und eigentlich sollte			
die Praxis ja Wärme ausströmen und			
so ist es aber [durch die geöffneten			

Beispielzitate	Code	Unterthema	Definition
Fenster] immer auch kalt. (Interview 2, S. 8)			
Dieser Aspekt mit einem anderen Menschen in einem Raum zu sein und ein reales Gespräch zu führen, [ist] schon auch ein Aspekt ... den ich gut finde und der mir irgendwo auch Spaß macht und den ich auch für wichtig erachte für die Therapie. (Interview 3, S. 7)	Klient*innen brauchen Präsenztherapie Präsenz bevorzugt Geschützter Raum Ortswechsel Nähe Körpersprache und Mimik Begrüßungsritual	Vorteile der Präsenztherapie	Gründe weshalb Psychotherapeut*innen die Präsenztherapie bevorzugen.
Ja, normal, es ist halt wieder angefangen. Aber ich habe mich gefreut. Es war schön. Es war einfach schön, weil ich arbeite sehr gern, deswegen bin ich dann ganz glücklich wieder in meine Praxis gegangen und habe wieder gearbeitet. Es war eine Freude. (Interview 5, S. 9)	Präsenz Freude Normalität Erleichterung	Erste Einheit in Präsenz	Beschreibung der ersten Einheit in der Präsenztherapie.

Tabelle B2

Das Thema der Telefon- und Videotherapie untergliedert in Unterthemen und zugehörige Codes mit Beispielzitaten

Beispielzitate	Code	Unterthema	Definition
Ja ich habe einmal mit Video angefangen und das hat mir nicht gefallen – das war ganz schrecklich fand ich. Das war nicht die Therapie die ich sonst so anbiete und konnte. Ne da war mir viel zu viel Abstand und viel zu viel Störung. (Interview 1, S. 2)	Negativ Stressige Umstellung Ablehnung Grundeinstellung Skepsis Andere Belastung Kontraindiziert bei manchen Störungen	Bewertung der Telefon- und Videotherapie	Bewertung der Telefon- und Videotherapie im Rahmen der Covid-19-Pandemie durch die Psychotherapeut*innen.
Das heißt es war erst mal auf jeden Fall eine Hilfestellung auf Videotelefonie umsteigen zu können, einfach um den Patienten weiterhin ein Therapieangebot geben zu können. (Interview 6, S. 1)	Positiv Erweiterung Kompetenzen Übung ist wichtig Überbrückung und Alternative Gleichwertig zu Präsenztherapie Positive Entwicklung Sicherheit und Schutz Flexibilität		

Beispielzitate	Code	Unterthema	Definition
Ich glaube, was schon hilfreich ist, ist die Flexibilität. Man muss nirgends hin ... Also so gesehen ist da eine gewisse Flexibilität gewesen. Die Möglichkeit auch hin und wieder noch, wenn wer sagt, dass sie gerade Krise haben und ob sie abends noch vorbeikommen könnten, da würde ich jetzt nicht noch in die Praxis gehen wollen. ... man ist irgendwie freier und ein bisschen flexibler Zuhause. (Interview 10, S. 5-6)	Kontinuität		
Und ja auch so simple Sachen wie ... Geruch oder so gehen natürlich dadurch nicht ... auch zu schauen ist die Kleidung des Patienten gepflegt—solche Dinge kann man natürlich bis zu einem gewissen Grad über das Video nicht beurteilen ... letztendlich	Verlust Grundvoraussetzungen für Psychotherapie nicht gegeben Nonverbale Informationen Beziehung und Stimmung Sicherer Rahmen und Kontrolle Datenschutz und Privatsphäre	Probleme der Telefon- und Videotherapie	Probleme und Einschränkungen die im Zusammenhang mit dieser Modalität der Therapie auftreten.

Beispielzitate	Code	Unterthema	Definition
so ein bisschen die Stimmung, die zum gewissen Grad nicht gänzlich abbildbar ist, finde ich in einem Video. (Interview 3, S. 5)	Zoom-Fatigue Technische Probleme Computer als Störfaktor Fehlende Methodik Nutzung von Arbeitsmethoden nicht möglich		
Es geht vieles an diesem sicheren Rahmen verloren und es geht viel an Informationen verloren. Ich glaube, es entspinnt sich eine andere Beziehung, wenn man sich wirklich gegenüber sitzt in einem Zimmer, als wie, wenn man halt eben sowas wie wir jetzt haben, so eine Videokonferenz. Und die Vertraulichkeit—also es weint sich vielleicht leichter. (Interview 9, S. 7)	Material nicht nutzbar		
Das man sich sieht ohne Maske. Das man sich irgendwie näher ist – ich meine Sie sind jetzt da und ich habe nicht das Gefühl, dass ich 2m weg von Ihnen	Mimik und Gestik Erleichterter Zugang Intensives Arbeiten	Vorteile der Telefon- und Videotherapie	Vorteile der Telefon- und Videotherapie gegenüber der Präsenztherapie.

Beispielzitate	Code	Unterthema	Definition
sitze – Sie sind irgendwie nahe. (Interview 10, S. 5)			
Und gleichzeitig bekommt man aber ja auch über indirekte Weise einen Einblick in das Zuhause der Patienten durch die Videos. Und insofern irgendwo auch interessant quasi. Und das sind vielleicht als ... Ja fast ein bisschen wie so eine Fremdanamnese, dadurch das man auch einen gewissen Einblick in deren Zuhause bekommt. Das kann ja auch sehr aussagekräftig sein. (Interview 3, S. 21-22)	Einblick in privates Umfeld der Klient*innen Sicherheit		
Ich hatte quasi schon einen Ort, wo ich eh von Zuhause aus auch gearbeitet hatte vorher. Das heißt, ein guter Bildschirm, gutes technisches Equipment war auf jeden Fall nötig.	Produktive Arbeitsatmosphäre Geschützter Raum Trennung von Privatem und Beruflichem Gutes technisches Equipment	Hilfreiche Voraussetzungen	Voraussetzungen, die die Umsetzung und Arbeit mit der Telefon- und Videotherapie erleichtern.

Beispielzitate	Code	Unterthema	Definition
Und ich habe einfach meine festen Arbeitszeiten so beibehalten ... und das, denke ich, ist auch auf jeden Fall wichtig, dass man da eine gute Trennung hat und immer weiß „Okay bis dann und dann arbeite ich und dann habe ich frei.“. (Interview 3, S. 12-13)			
Also vom Gegenüber eine Riesenerleichterung, dass ich das anbiete. Meinerseits auch, weil sozusagen die Vorstellung, dass man stattdessen gar nicht kann, die hätte ich furchtbar gefunden.... Und mit dieser Erleichterung war es relativ leicht, dann auch so gewisse Rahmenbedingungen noch einmal zu klären. ... Also es gehören noch einmal die Rahmenbedingungen geklärt, aber das war relativ flockig,	Positiv Erleichterung Keine Veränderung	Die erste Einheit per Telefon- oder Videotherapie	Beschreibung der ersten Einheit per Telefon oder Video.

Beispielzitate	Code	Unterthema	Definition
eigentlich, weil das in dem Mantel der Erleichterung war. (Interview 7, S. 17-18)			
Es gab auch welche, mit denen ich dann Probatorik teilweise über Videotelefonie gemacht habe. Da war ich persönlich ein bisschen vorsichtiger, würde ich vermuten, weil ich die Person einfach noch nicht kannte. Und irgendwie dieses Gefühl, per Video ein bisschen weniger Kontrolle über die Situation zu haben, als wenn ich die Menschen in Person sehe... Vorsichtiger auch ein bisschen mehr darauf geachtet wie reagiert die Person bei bestimmten Fragen: eher ausweichend, eher offen. (Interview 6, S. 17)	Negativ Wenig Kontrolle Unbekannt		

Tabelle B3

Das Thema der Folgen und Einfluss der Covid-19-Pandemie untergliedert in Unterthemen und zugehörige Codes mit Beispielzitaten

Beispielzitate	Code	Unterthema	Definition
..., dass man natürlich als Therapeut manchmal ein bisschen den Druck hat „Oh ich muss jetzt irgendeine Intervention bieten.“. Aber es geht einfach nicht oder es ist nur so eingeschränkt, dass es sowohl für den Patienten als auch für mich eher unzufriedenstellend ist. (Interview 6, S. 11)	Veränderungen Therapeut*in als Vorbild Anpassung in der Telefon- und Videotherapie Anpassung von Psychotherapeut*innen Anpassung von Übungen Pandemie thematisieren Anpassung in der Präsenztherapie Repertoire eingeschränkt	Einfluss auf die psychotherapeutische Arbeit	Der Einfluss der und die Veränderungen durch Covid-19-Pandemie auf die psychotherapeutische Arbeit.
Ich merke das ich da viel konkreter arbeite ... wo es dann manchmal auch wirklich um ganz konkrete Dinge geht – wo man an konkreten Konflikten und Tageskonflikten auch – und ja... Mal wieder auch Hoffnung, das ist auch Teil des...	Mehr Zeit für Gefühl der Sicherheit nötig Kreativität gefordert Werte abgleichen Keine bewusste Anpassung Anpassung von Psychotherapeut*innen		

Beispielzitate	Code	Unterthema	Definition
und Mut machen auch. (Interview 1, S. 18)			
Grundlegend hat sich nichts geändert. Die Techniken sind gleichgeblieben, die Form musst eben ein bisschen manchmal angepasst werden (Interview 6, S. 3)	Keine Veränderung		
Wo das mit dem Abstand halt mühsamer und schwieriger war und zum Teil auch nicht durchhaltbar ist, ist mit den Kindern. Wenn du was mit ihnen machst kann ich nicht drei Meter auseinander sitzen. Wenn wir miteinander was spielen, dann geht das halt irgendwie nicht. (Interview 9, S. 12)	Präsenz mit Kindern schwierig Abstand Einschränkungen Interaktion		

Beispielzitate	Code	Unterthema	Definition
Nein. Dann haben eigentlich die Dinge ganz normal ihren Lauf genommen wie das sonst der Fall ist. Da gab es keine Unterschiede. (Interview 4, S. 17)	Normal	Einfluss auf die Beziehungsentwicklung	Der von den Psychotherapeut*innen wahrgenommene Einfluss der Covid-19-Pandemie auf die therapeutische Beziehung.
Also es gibt die unterschiedlichen Lebenswelten, aber es gibt auch die Lebenswelten, die wir beide haben, und das ist natürlich in Präsenz viel spürbarer—so wir müssen jetzt etwas gleich machen—das ist in der intensiven Form [vorher] nicht gewesen. Es waren vielleicht Momente, die man gleichgetan hat. Das ist, wenn Sie so wollen, eine Nuance anders geworden, dass man mich viel öfter fragt, wie es mir denn eigentlich geht damit. (Interview 7, S. 19-20)	Veränderung Intensivierung		

Beispielzitate	Code	Unterthema	Definition
Aber wo die Beziehung nicht gut ist und wenn ich auch so selber merke, dass da ... Misstrauen in der Übertragung [ist] und auch von meiner Seite ... ein bisschen ablehnende Gefühle da sind ... die ich aber sonst auch gut handeln kann. ... Ich merke, durch diese Maske kommt mehr Verunsicherung und ich meine, dass ... [sich] in diesen Therapien ... die Kinder auch mehr abwenden ... also das da mehr Distanz zwischen uns ist. Wie so eine Wand. Aber nur ... wo die Beziehung eine negative Übertragung ist ... Ich bin mir sicher, dass ich auch einige Therapien genau aus dem Grund, weil das ein bisschen schwerer zu bearbeiten ist mit den Kindern auch	Negativ Keine tiefere Bearbeitung Braucht länger Anders als in Präsenz Auswirkungen Abstand		

Beispielzitate	Code	Unterthema	Definition
nicht verlängern werde. Weil, das merke ich, das geht nicht gut ... [Es kommt dann] nicht zu einer tieferen Bearbeitung ... in diesen Corona-Zeiten. (Interview 1, S. 10-11)			
Also ich glaube, es ist noch zu frisch. Bei meinen Alten—ich habe ja vor allem Langzeittherapien—habe ich ... keinen Unterschied gemerkt, weil wir uns schon so gut kennen. Bei den Neuen wird sich das zeigen. (Interview 2, S. 18)	Keine Rückschüsse		
... was ich halt erlebe [ist], dass gerade unser Bereich dieser psychischen Erkrankungen jetzt in der Covid-Krise noch ein größeres Thema und Problem ist ... Ich bin an beiden Fronten. Ich arbeite im Krankenhaus	Psychische Folgen Gestiegene Psychotherapieanfragen Rückzug und Resignation Mehr Extreme Angststörungen und Depression	Negative psychische Folgen der Pandemie	Negative Auswirkungen der Covid-19-Pandemie auf die psychische Gesundheit der Klient*innen.

Beispielzitate	Code	Unterthema	Definition
mit alten Patienten—also die Hochrisikogruppe ... —und auf der anderen Seite [habe ich] aber das Spektrum der psychisch Erkrankten, die diese Isoliermaßnahmen nicht aushalten und die darunter leiden. (Interview 8, S. 5)			
Das ist ein sehr unangenehmer Gedanke, dass ich Klienten anstecken würde. (Interview 9, S. 16)	Psychotherapeut*innen Sorge anzustecken Einstellung wichtig	Einfluss auf das Wohlergehen der Psychotherapeut*innen	Auswirkungen der Covid-19-Pandemie auf das Wohlbefinden der Psychotherapeut*innen.
Man kann wirklich innerhalb der Vorgaben und des sozialen Miteinanders wo jeder halt drauf schaut, dass es sich nicht verbreitet, trotzdem diese Arbeit leisten. Das finde ich schon sehr genial. (Interview 10, S. 12)	Gut Positiv weiterarbeiten zu können Wichtige Alltagsstruktur da		

Beispielzitate	Code	Unterthema	Definition
Also allein denke ich meine Befindlichkeit. Da merke ich ja auch ..., dass das auch alles anstrengender wird. Also auch da die Erschöpfung langsam eintritt. Also ich laufe jetzt nicht depressiv rum, aber ich merke ... mir fehlt auch so ein gewisses Lebenselixier: mit Freunden und Essen gehen und Kultur. Das muss sich ja irgendwo in meinem Leben zeigen, denke ich. Oder auch meine Anspannung—muss ich jetzt lüften, sind wir zu dicht [beieinander]—das sind ja so permanente Gedanken und Abstimmungen, die ich sonst nicht gemacht hätte, da wäre ich doch viel entspannter ... das macht doch immer was, wenn man über etwas nachdenkt. (Interview 1, S. 20)	Negativ Sorgen Unsicherheit		

Tabelle B4

Das Thema Lockdown untergliedert in Unterthemen und zugehörige Codes mit Beispielzitaten

Beispielzitate	Code	Unterthema	Definition
Naja, ich glaube, es hat sich halt grundsätzlich die Situation aus meiner Sicht schon sehr verändert, weil als das Ganze begonnen hat im März war das ... gesamtgesellschaftlich sehr angstbesetzt. Es war sehr unklar, was kommt da jetzt auf uns alle zu und dann eben ein halbes Jahr später ... hat [das] ein Stück weit ... schon ein bisschen seinen Schrecken verloren ... und die Leute haben ... ein Stück weit gelernt, ein bisschen damit umzugehen. (Interview 9, S. 2)	Weiterentwicklung im Umgang	Außergewöhnliche Umstände	Beschreibung der Umstände und Weiterentwicklung im Laufe der Covid-19-Pandemie.
Was dazu geführt hat das wir sicherlich im ersten Monat [des ersten Lockdowns] einen Rückgang von	Unsicherheit Schockzustand von Klient*innen Weniger Präsenz	Erster Lockdown	Beschreibung des Zustandes während des ersten Lockdowns.

Beispielzitate	Code	Unterthema	Definition
sicherlich der Hälfte, wenn nicht mehr an Klienten hatten. Das aber dann langsam wieder immer mehr geworden ist und damit dann der Wiedereinstieg im Mai sich wieder relativ normalisiert hat. (Interview 10, S. 3)	Ängste		
Aber ich hatte dann eigentlich lange Zeit das Gefühl, dass Corona gar nicht so viel Thema war. Und ich habe jetzt in den letzten Wochen verstärkt das Gefühl, dass es mehr wird. Es legt sich über die Menschen so eine graue Schicht langsam, aber sicher durch diese lange Dauer und durch die Verzögerungen durch die Impfungen, durch die Mutationen. ... Jetzt habe ich so das Gefühl, dass die Menschen mehr leiden unter Corona, dass es	Präsenz Weitreichende Auswirkungen zeigen sich	Zweiter Lockdown	Beschreibung des Zustandes während des zweiten Lockdowns.

Beispielzitate	Code	Unterthema	Definition
mehr Thema ist in den Therapiestunden. (Interview 9, S. 8-9)			

Tabelle B5

Das Thema Zukunft untergliedert in Unterthemen und zugehörige Codes mit Beispielzitaten

Beispielzitate	Code	Unterthema	Definition
... auf der einen Seite frage ich mich, wann wird sowas wieder gehen in der Großgruppe arbeiten, intensiv mit Körperkontakt. Und auf der anderen Seite denke ich mir, dass das erst recht benötigt werden wird. ... Und wird es gelingen, all die, die das brauchen, dann wieder dort hinzuholen. Weil die Ängste, die jetzt eingelernt wurden, die Distanzübungen, die wir eingelernt haben, die werden bei vielen ganz lang bleiben. (Interview 8, S. 11)	Auswirkungen von Covid-19-Pandemie Kontaktbeschränkungen Ängste Körperkontakt Positiv Entwicklung	Spätere Forschung	Relevante und interessante Punkte für die spätere Forschung.
[Klient*innen] mit großen sozialen Ängsten ... Da wäre ja eigentlich mein therapeutisches Ziel gewesen, sie in ihrer Autonomie zu begleiten, dass sie	Weiterentwicklung Virtual Reality Bessere Reichweite	Zukunft der Telefon- und Videotherapie	Die Weiterentwicklung und (technischen) Zukunft der Telefon- und Videotherapie.

Beispielzitate	Code	Unterthema	Definition
es sehr wohl schaffen, zur Schule zu gehen. Das jetzt fällt weg. Die sind glücklich, dass es diese digitale Form gibt und vielleicht muss man auch von so einem [früheren Ansatz wegkommen] ...diese Symptome gibt es natürlich schon immer [und] irgendwann hatte man das Ziel erreicht. Die konnten wieder regelmäßig zur Schule gehen, die mussten sich nicht jeden Morgen übergeben. Und jetzt fällt das weg. Die Angst ist weg und Kontakte wollen die gar nicht, die haben ja Onlinekontakte. Und das wäre für mich spannend, ob man da sagen würde, dass man sie durch die digitale Arbeit oder Onlinearbeit hat begleiten können und irgendwann sind sie auch wieder fähig gewesen rauszukommen. Aber das ist			

Beispielzitate	Code	Unterthema	Definition
eine Frage der Zukunft. (Interview 2, S. 23-24)			
Und das wäre mein Appell, dass man ... [Telefon- und Videotherapie]—was vorher in keiner Diskussion war—dass man sich das zumindest bis zu einem gewissen Prozentsatz oder mit gewissen Kriterien erhält. ... Das finde ich schon ganz wichtig. Ich denke, das hat es gezeigt. Und wie gesagt, ich bin da ja schon eine Person, die da eher skeptisch bei der Psychotherapie war und die Erfahrung gemacht habe, dass es unter gewissen Bedingungen sehr gut geht und einen Schaden verhindert, der danach viel größer gewesen wäre. Also wirklich was wäre gewesen, wenn Online/Video im ersten Lockdown nicht gewesen wäre. ...	Integration von Telefon- und Videotherapie Hybrid-Modell Positive Entwicklung	Apell	Apell für die zukünftige Integration und weitere Kostenübernahme der Telefon- und Videotherapie.

Beispielzitate	Code	Unterthema	Definition
Wenn man das rein auf der ökonomischen Sichtweise behandeln will—was es ja aus meiner Sicht nicht nur sein soll—... die Kosten werden danach halt mehr. (Interview 7, S. 23)			

Anhang C

Abstrakt (deutsch)

Ziel der Arbeit war es, zu erheben, welchen Einfluss die Covid-19-Pandemie auf die Arbeit und das Wohlbefinden von Psychotherapeut*innen hatte. Aufgrund der aktuellen und neuartigen Situation gab es noch keine Forschung, die sich mit dieser Thematik aus Sicht der Psychotherapeut*innen auseinandersetzte. Die Daten wurden anhand eines explorativen Leitfadeninterviews erhoben. Es wurde zehn Psychotherapeut*innen aus Österreich und Deutschland befragt. Davon ordneten sich sieben Teilnehmer*innen dem weiblichen und drei dem männlichen Geschlecht zu. Die Psychotherapeut*innen waren zum Zeitpunkt der Interviews zwischen 30 und 84 Jahren alt ($M = 55.30$, $SD = 15.36$). Im Interview wurde zum einen die Rolle der Telefon- und Videotherapie und zum anderen der Einfluss der Pandemie auf das psychotherapeutische Arbeiten und die therapeutische Beziehung thematisiert. Des Weiteren hatten die Psychotherapeut*innen die Möglichkeit für Ergänzungen. Diese Daten wurden anschließend mit Hilfe der thematischen Analyse ausgewertet. Dabei entstanden folgende Themen: Präsenztherapie, Telefon- und Videotherapie, Folgen und Einfluss der Covid-19-Pandemie, Lockdowns, und Zukunft. Insbesondere für die Präsenztherapie im Zusammenhang mit den Hygieneauflagen konnten erste Kenntnisse gewonnen werden. Die Studie lieferte zusätzliche Erkenntnisse für die Telefon- und Videotherapie im deutschsprachigen Raum. Diese Untersuchung bildet eine erste Grundlage für spätere Forschung. Weitere Forschung ist wichtig für die Sicherung der Ergebnisse.

Schlüsselwörter: Covid-19, Pandemie, Psychotherapie, Telefontherapie, Videotherapie, Präsenztherapie, Corona, Psychotherapieforschung, Psychotherapeut*innen, Onlinetherapie, Lockdown, Hygienemaßnahmen, Deutschland, Österreich

Abstract (English)

This study aimed to find out what impact the Covid-19 pandemic had on the therapists' work and well-being from their point of view. Due to the current and new situation, there is no research from the psychotherapists' perspective yet. Data were collected using an exploratory, semi-structured interview. The author interviewed ten psychotherapists from Austria and Germany. Seven participants classified themselves as female and three as male. The psychotherapists were between 30 and 84 years old ($M = 55.30$, $SD = 15.36$). During the interview, the role of telephone and video therapy, as well as the impact of the pandemic on the therapeutic work and the therapeutic relationship were discussed. Furthermore, the therapists had the opportunity for their additions. These data were then analyzed according to the thematic analysis. Thereby the themes emerged: Presence therapy, telephone and video therapy, consequences and influence of the pandemic, lockdowns, and the future. In particular, initial knowledge was gained for presence therapy concerning hygiene requirements. The study further provided additional knowledge for telephone and video therapy in German-speaking countries. This study provides an initial foundation for subsequent research. Further research is important for investigating these results.

Keywords: Covid-19, pandemic, psychotherapy, telephone therapy, video therapy, face-to-face therapy, corona, psychotherapy research, psychotherapists, online therapy, lockdown, hygiene measures, Germany, Austria