



universität  
wien

# MASTERARBEIT / MASTER'S THESIS

Titel der Masterarbeit / Title of the Master's Thesis

„Social Distancing - Psychotherapie in Zeiten von  
Kontaktbeschränkungen“

verfasst von / submitted by

Stefanie Eigner, BSc

angestrebter akademischer Grad / in partial fulfilment of the requirements for the degree of  
Master of Science (MSc)

Wien, 2020 / Vienna 2020

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

A 066 840

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

Masterstudium Psychologie UG2002

Betreut von / Supervisor:

Univ.-Prof. Dr. Anton-Rupert Laireiter

## **Zusammenfassung**

**Ziel der Studie:** Diese Arbeit sollte Auswirkungen der Corona-Pandemie und der Kontaktbeschränkungen zu deren Eindämmung im Frühjahr 2020 auf die Psychotherapie in Österreich erörtern. Im Fokus stand dabei die kurzfristig ermöglichte Umstellung auf Telearbeit. Es sollten die Belastung durch die Pandemie, die Verwendung digitaler Kommunikation in der Behandlung, deren Akzeptanz, sowie Einschätzungen zu zukünftigen Entwicklungen und möglichen Voraussetzungen erhoben werden. **Methode:** In einer explorativen Untersuchung wurde dazu eine Online-Umfrage durchgeführt, an der 150 Therapeut\*Innen und neun Klient\*Innen teilnahmen. **Ergebnisse:** Der zusätzliche Bedarf an therapeutischer Unterstützung aufgrund der Pandemie war im Mittel gering wahrgenommen worden. Die Telearbeit wurde von 90.0% der Therapeut\*Innen und fünf der neun Klient\*Innen während der akuten Phase der Maßnahmen genutzt. Die Akzeptanz fiel in der Gesamtbeurteilung weder klar negativ, noch positiv aus. Die meisten Bedenken nahmen durch die Nutzung ab, es wurden aber viele Unterschiede als nachteilhaft gegenüber der persönlichen Behandlung bewertet. Dennoch würde die Hälfte der Therapeut\*Innen einer Lockerung des bisherigen, digitalen Behandlungsverbots zustimmen und die Mehrheit hielt es für wahrscheinlich, dass sich die digitale Kommunikation in Zukunft stärker durchsetzen wird. Als wichtigste Voraussetzung wurden Verbesserungen im Datenschutz gefordert. Eine der Limitation der Untersuchung stellt die fehlende Repräsentativität der Stichprobe dar, vor allem hinsichtlich der methoden-spezifischen Verteilung der Therapeut\*Innen. Eine umfassende Bewertung der Auswirkungen der Situation auf die Psychotherapie wird erst mit mehr zeitlichem Abstand und Ergebnissen von weiteren Untersuchungen möglich sein.

**Schlüsselwörter:** Corona, Pandemie, Digitale Medien, Elektronische Kommunikation, Internetbasierte Therapie, Psychotherapie, Psychotherapieforschung, Umfragen

## **Abstract**

**Objectives:** The spread of Coronavirus in spring 2020 has extensively affected day to day life in Austria. The aim of this research was to examine the consequences of the pandemic on domestic psychotherapy. The main focus was the short-term possibility to deliver psychotherapeutic treatment via digital communication. The mental burden caused by the crisis, use of digital communication, its acceptance among therapists and clients, as well as their estimations of prospective developments and requirements should be evaluated.

**Method:** For this explorative research an online survey was conducted, in which 150 psychotherapists and nine clients participated. **Results:** The additional demand for psychotherapeutic assistance was estimated as low. During the severe restrictions, 90.0% of the psychotherapists and five of the nine clients used digital communication for their treatment. The acceptance was neither estimated distinctly high, nor low. Most of the doubts declined after using digital communication, but many aspects were assessed as disadvantages compared to face-to-face treatment. Still 50.8% of the therapists would support a liberalisation of the ministries directive, which so far prohibits digital treatment, and the majority expected digital delivered psychotherapy to become more common in the future. Improvements in data privacy were named as an important condition therefore. One of the limitations of this research was that the distribution of psychotherapeutic methods in this sample was not representative. It remains to be seen how the consequences of the situation will be evaluated in future, when more research findings will be published.

**Keywords:** Corona, Pandemic, Digital Media, Communications Media, Online Therapy, Psychotherapy, Surveys

|                                                                                                                                                                      |           |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| <b>Vorwort .....</b>                                                                                                                                                 | <b>6</b>  |
| Gendergerechte und diskriminierungsfreie Sprache.....                                                                                                                | 6         |
| <b>Einleitung und theoretischer Hintergrund .....</b>                                                                                                                | <b>6</b>  |
| Die COVID-19-Pandemie 2020 - eine weltweite Krise .....                                                                                                              | 6         |
| Maßnahmen gegen die Ausbreitung der Pandemie in Österreich und Auswirkungen auf<br>die psychosoziale Versorgung .....                                                | 7         |
| Besonderer Bedarf an psychosozialer Versorgung in der Corona-Krisensituation .....                                                                                   | 8         |
| Telemedizinische Entwicklungen vor Corona .....                                                                                                                      | 9         |
| Bedarf in der psychologischen Versorgung.....                                                                                                                        | 10        |
| Verschiedene Kategorien telemedizinischer Angebote .....                                                                                                             | 10        |
| Forschungslage - Wirksamkeit .....                                                                                                                                   | 12        |
| Forschungslage - Akzeptanz und therapeutische Beziehung.....                                                                                                         | 14        |
| Rechtliche Voraussetzungen für die Nutzung digitaler Kommunikation in der<br>psychotherapeutischen Versorgung in Österreich .....                                    | 16        |
| Fragestellungen der Arbeit .....                                                                                                                                     | 18        |
| <b>Methoden.....</b>                                                                                                                                                 | <b>18</b> |
| Versuchsablauf .....                                                                                                                                                 | 18        |
| Versuchsdesign und Operationalisierungen .....                                                                                                                       | 19        |
| Instrument – Inhalte des Fragebogens .....                                                                                                                           | 21        |
| 1. Soziodemografische und persönliche Angaben .....                                                                                                                  | 21        |
| 2. Wie stark und in welchen Themen äußert sich die zusätzliche Belastung durch die<br>Corona-Pandemie für Menschen in psychotherapeutischer Behandlung?.....         | 21        |
| 3. In welchem Ausmaß, zu welchem Zeitpunkt und wie genau wurde die Umstellung auf<br>digitale Kommunikation in der psychotherapeutischen Behandlung umgesetzt? ..... | 22        |
| 4. Wie ist die Akzeptanz der digitalen Kommunikation? .....                                                                                                          | 23        |
| 5. Wie ist die Meinung der Psychotherapeut*Innen zur Internetrichtlinie des<br>Bundesministeriums? .....                                                             | 25        |
| 6. Was sind Voraussetzungen und wie wird die zukünftige Entwicklung der Nutzung<br>digitaler Kommunikation eingeschätzt? .....                                       | 26        |
| Beschreibung der Stichprobe .....                                                                                                                                    | 27        |
| <b>Ergebnisse .....</b>                                                                                                                                              | <b>29</b> |
| Belastung durch die Corona-Situation.....                                                                                                                            | 29        |
| Nutzung digitaler Kommunikation .....                                                                                                                                | 32        |
| Nutzung digitaler Kommunikation zu den verschiedenen Zeitpunkten .....                                                                                               | 32        |
| Nutzung verschiedener Medien zu verschiedenen Kommunikationszwecken .....                                                                                            | 33        |
| Details zur Nutzung digitaler Kommunikation.....                                                                                                                     | 36        |
| Akzeptanz der digitalen Kommunikation in der Psychotherapie .....                                                                                                    | 39        |

|                                                                                                                                                                   |           |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| Bedenken .....                                                                                                                                                    | 39        |
| Bewertungen von Veränderungen durch die digitale Kommunikation .....                                                                                              | 45        |
| Gesamtbeurteilung .....                                                                                                                                           | 57        |
| Meinung der Therapeut*Innen zur Internetrichtlinie des Bundesministeriums .....                                                                                   | 59        |
| Einschätzungen zu Voraussetzungen und zur zukünftigen Entwicklungen der digitalen Kommunikation in der psychotherapeutischen Behandlung .....                     | 61        |
| Notwendige Voraussetzungen .....                                                                                                                                  | 68        |
| Einschätzungen zur zukünftigen Entwicklung und abschließende Anmerkungen .....                                                                                    | 69        |
| <b>Diskussion .....</b>                                                                                                                                           | <b>71</b> |
| Zusammenfassung und Einordnung der Ergebnisse .....                                                                                                               | 72        |
| Moderate zusätzliche Belastung durch Corona, “social distancing” und Ängste als besonders relevante Themen.....                                                   | 72        |
| Hohe Inanspruchnahme des Angebots zur Umstellung auf digitale Kommunikation.....                                                                                  | 73        |
| Telefonie per Mobiltelefon am häufigsten genutzte Form der Kommunikation .....                                                                                    | 73        |
| Nutzung der digitalen Kommunikation etwas häufiger von dienstlichen als von privaten Endgeräte aber weniger oft vom Arbeitsplatz aus, als von anderen Orten ..... | 74        |
| “Skype” am häufigsten genannte Anwendung, Zufriedenheit mit den Anwendungen und Programmen eher gut.....                                                          | 74        |
| Viele Bedenken nach der Nutzung als weniger berechtigt beurteilt, Sorgen um den Datenschutz wurden eher bestärkt .....                                            | 75        |
| In der Gesamteinschätzung überwiegen für viele Therapeut*Innen eher die Nachteile der digitalen Kommunikation, Ablehnung gegen zukünftige Nutzung dominiert.....  | 76        |
| Zustimmung zur Begründung des Behandlungsverbots der Internetrichtlinie, dennoch würde die Hälfte der Befragten einer Lockerung zustimmen .....                   | 78        |
| Verbesserung des Datenschutzes als wichtigste Voraussetzung, ein Durchsetzen in Zukunft wird als wahrscheinlich eingeschätzt.....                                 | 78        |
| Nutzen und Limitationen der Untersuchung.....                                                                                                                     | 80        |
| Zukünftige Fragestellungen .....                                                                                                                                  | 82        |
| Ausblick.....                                                                                                                                                     | 83        |
| <b>Literatur .....</b>                                                                                                                                            | <b>85</b> |
| <b>Tabellenverzeichnis .....</b>                                                                                                                                  | <b>94</b> |
| <b>Abkürzungsverzeichnis.....</b>                                                                                                                                 | <b>96</b> |
| <b>Anhang .....</b>                                                                                                                                               | <b>97</b> |
| Anhang A: Zusammenfassung (Abstract) .....                                                                                                                        | 97        |
| Anhang B: Fragebogen der Untersuchung .....                                                                                                                       | 99        |
| Anhang C: Interview mit Frau Mag.a Dr.in Wallisch-Tomasch (Klinische und Gesundheitspsychologin, Onlinepsychologin) .....                                         | 109       |

## Vorwort

### **Gendergerechte und diskriminierungsfreie Sprache**

Um sich in dieser Arbeit klar von sprachlicher Diskriminierung, Ausgrenzung und Bevor- bzw. Benachteiligung zu distanzieren, wird im Sinne der Empfehlung der Universität Wien zur geschlechterinklusive Sprache, wenn möglich auf geschlechtsneutrale Bezeichnungen zurückgegriffen oder der Asterisk (Gender- Stern\*) verwendet. Da außerdem in dieser Arbeit in erster Linie der Bereich der ambulanten Psychotherapie behandelt wird und Anfragende hier in der Regel selbstständig eine Behandlung aufsuchen wird ausnahmslos die Bezeichnung “Klient\*In” und “Klient\*Innen” verwendet und nicht “Patient\*In” oder “Patient\*Innen”.

## Einleitung und theoretischer Hintergrund

### **Die COVID-19-Pandemie 2020 - eine weltweite Krise**

Die COVID-19-Erkrankung ist eine Infektionskrankheit, die durch den SARS-CoV-2 Erreger übertragen wird. Sie wurde das erste Mal im Winter 2019 in China, in Wuhan, einer Stadt in der Provinz Hubei beobachtet (Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz, 16.04.2020). Damals ahnte noch niemand, wie drastisch sich die Verbreitung dieses Erregers auf die gesamte Weltwirtschaft, das Sozialleben und letztendlich den kompletten Alltag der globalen Gemeinschaft auswirken würde. Während am 24.01.2020 in China bereits mindestens 41 Menschen an den Folgen der COVID-19-Erkrankung verstorben waren und es bereits über 1 000 bestätigte Fälle der Erkrankung gab, wurden an diesem Tag auch erstmals bestätigte Fälle in Europa gemeldet (Coronavirus erreicht Frankreich, 25.01.2020).

Am 25.02.2020 wurden dann auch die ersten zwei klinisch bestätigten Fälle von COVID-19-Erkrankten in Österreich gemeldet (Ärztammer für Wien, 25.02.2020). Bereits eine Woche später stufte das europäische Zentrum für Prävention und Kontrolle von Krankheiten das Infektionsrisiko innerhalb der Europäischen Union (EU) als “*moderat bis hoch*” ein (Ärztammer für Wien, 02.03. 2020). Zu diesem Zeitpunkt gab es weltweit schon über 3 000 verzeichnete Todesfälle infolge von COVID-19-Erkrankungen. In einigen Ländern kam es zu drastischen Überlastungen der lokalen Gesundheitssysteme. Italien und Spanien hatten in der akuten Phase der Ausbreitung teilweise bis zu 1 000 Todesfälle innerhalb eines Tages zu verzeichnen (Ein wenig Hoffnung, 04.04.2020). In den USA gab es zu Beginn der Recherchen zu dieser Arbeit, Anfang April 2020, laut der World Health Organization (WHO)

bereits über 7 000 Tote, die an den Folgen der COVID-19 Erkrankung gestorben waren (WHO, 2020). Schon knapp drei Wochen später (am 25. April 2020) waren es über 42 000 Tote.

Zum aktuellsten Stand, der in dieser Arbeit berücksichtigt wurde (19. Juli 2020), waren laut der WHO seit Beginn der Pandemie etwa 137 000 Menschen in den USA den Folgen der Erkrankung erlegen. Weltweit *forderte die Erkrankung bis zu diesem Tag 593 084 Menschenleben* (WHO, 18.07. 2020). Nicht allein aufgrund der verheerenden gesundheitlichen Auswirkungen, sondern auch durch wirtschaftliche und gesellschaftliche Folgen, stellte die Pandemie eine weltweite Krise dar.

**Maßnahmen gegen die Ausbreitung der Pandemie in Österreich und Auswirkungen auf die psychosoziale Versorgung.** Nachdem die Anzahl der von COVID-19-Infizierten Anfang März auch in Österreich rasant zunahm, verkündete schließlich die Bundesregierung am 16. März die bundesweiten "*Ausgangsbeschränkungen*" - diese Maßnahme, die gesetzlich durch das Epidemie Gesetz geregelt wurde, hielt die Bürger\*Innen dazu an, das Verlassen ihres Wohnraums darauf zu begrenzen, den Arbeitsplatz aufzusuchen, wichtige Besorgungen zu erledigen, Arzt- oder therapeutische Termine wahrzunehmen, Mitmenschen zu helfen oder sich an der frischen Luft (unter Einhaltung strikter Abstandsregelungen) zu bewegen (Ärztammer für Wien, 16.03.2020). Bundeskanzler Sebastian Kurz sprach bezogen auf die Maßnahmen von der "*Notwendigkeit den Betrieb in Österreich auf einen Notbetrieb herunterzufahren*" (Bundesregierung, 2020, 05:05-05:20).

Auch Handels- und Dienstleistungsbetriebe blieben im Rahmen der Maßnahmen weitgehend geschlossen, davon ausgenommen waren Gesundheits- und Pflegedienstleistungen (Ärztammer für Wien, 16.03.2020). Somit durften beispielsweise auch Psychotherapiepraxen oder -zentren per Verordnung geöffnet bleiben.

Das Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (BMSGPK) wies allerdings in einer eigenen Handlungsempfehlung explizit darauf hin, dass alle *Behandlungen und Therapien auf das Nötigste begrenzt* und sofern möglich *mit digitaler Kommunikation durchgeführt* werden sollten (BMSGPK, 30.03.2020). Auch der Österreichische Bundesverband für Psychotherapie (ÖBVP) rief dazu auf möglichst auf Telearbeit umzusteigen (ÖBVP, 05.05.2020).

Auch darüber hinaus hatten die Maßnahmen Auswirkungen auf den Bereich der psychosozialen Beratungs- und Behandlungsangebote, beispielsweise im Betrieb der verschiedenen Ambulatorien und Anlaufstellen für akute Probleme. Für Ambulanzen an Spitälern wurde dazu aufgerufen, diese nur bei tatsächlicher Notwendigkeit aufzusuchen und

Ordinationen wurde empfohlen direkte Kontakte zu Patient\*Innen auf das nötigste zu begrenzen (Ärztammer für Wien, 15.03.2020). Zusätzlich wurde vom Wiener Krankenanstaltenverbund ein generelles Besuchsverbot ausgesprochen und es kam zu strengen Zutrittskontrollen.

Viele Beratungszentren im psychosozialen Bereich, wie das Beratungszentrum des Fonds Soziales Wien (Fonds Soziales Wien, 16.03. 2020), die psychotherapeutische Ambulanz des Österreichischen Arbeitskreises für Gruppentherapie und Gruppendynamik (Psychotherapeutische Ambulanz, März 2020), das Beratungszentrum für Essstörungen “Sowhat” (Sowhat, 14.03.2020), das Beratungszentrum für Sexarbeiter\*Innen (Sophie Beratungs Zentrum für Sexarbeiterinnen, 16.03.2020), die therapeutischen Tageszentren, das gerontopsychiatrische Zentrum, das Borderline-Tageszentrum sowie das Institut für Frührehabilitation der psychosozialen Dienste Wien (Psychosoziale Dienste Wien, 24.03.2020) oder viele ähnliche Einrichtungen hatten ihren Betrieb entweder komplett ausgesetzt oder ausschließlich auf Telefon- bzw. digitale Beratung umgestellt.

Gleichzeitig gab es aber auch eine Vielzahl an zusätzlichen telefonischen oder digitalen Angeboten der Einrichtungen (Psychosoziale Zentren gGmbH, n.d.). Die Stadt Wien richtete sogar eigens einen psychosozialen Krisenstab ein, der mit multiprofessioneller Zusammensetzung über die psychosoziale Unterstützung in der aktuellen Situation beriet (Psychosoziale Dienste Wien, 02.04.2020).

### **Besonderer Bedarf an psychosozialer Versorgung in der Corona-Krisensituation.**

Die Einrichtung von zusätzlichen Telefonberatungen, oder des Krisenstabes war auch eine notwendige Reaktion darauf, dass die veränderte Situation im Rahmen der Corona-Krise Auswirkungen auf den Bedarf an psychosozialer Beratung und Behandlung hatte. So verzeichnete zum Beispiel die Telefonseelsorge Wien allein im März eine *dreifach so hohe Anfrage an Chat-Beratungen* und einen Zuwachs in der telefonischen Beratung um 45% (Telefonseelsorge, n.d.). Durch die kritische ökonomische Situation und die Ausgangs- und Kontaktbeschränkungen verschärfte sich in vielen Fällen auch die Problematik von dysfunktionalen Familienstrukturen und häuslicher Gewalt. Laut der Geschäftsführerin der autonomen Frauenhäuser in Wien, Frau Rösslhumer, hätten Anrufe bei den Frauen-Helplines<sup>1</sup> in dieser Zeit um 71% zugenommen (Auer, 08.04.2020).

Der ÖBVP führte bereits Ende März 2020 eine Umfrage zu den Auswirkungen der Maßnahmen auf das berichtete Innenleben von Menschen in psychotherapeutischer Behandlung durch, an der 1 547 Psychotherapeut\*Innen aus Österreich teilnahmen (ÖBVP,

---

<sup>1</sup> telefonische Hilfsangebote

24.04.2020). Die befragten Therapeut\*Innen berichteten von einer *Verschlimmerung der Symptome* bei Patient\*Innen. Als besonders belastend wurden zum Beispiel das Vermissen der gewohnten Alltagsstruktur, fehlende soziale Kontakte und auch Ängste vor einer finanziellen und wirtschaftlichen Krise genannt. Eine Online-Umfrage der Donau-Universität Krems, die nach den ersten vier Wochen der strengen Corona-Maßnahmen durchgeführt wurde, zeigte im Vergleich zu Erhebungen vor der Pandemie signifikant höhere Werte für Depressivitäts- und Angst-Symptomatik bei einer repräsentativen Stichprobe (Pieh, Budimir & Probst, 2020). Die höchsten empfundenen Belastungen gaben junge Erwachsene, Frauen und Menschen mit wenig Einkommen oder ohne Anstellung an.

Peter Stippl, der Präsident des ÖBVP betonte, dass es durch die Corona-Maßnahmen einen hohen Bedarf an psychotherapeutischer Aufarbeitung gäbe (ÖBVP, 24.04.2020). Um diese trotz der Kontaktbeschränkungen zu ermöglichen, wurden psychotherapeutische Behandlungen, die “notwendigerweise via Internet oder Telefon nach den Regeln durchgeführt werden, die für die Standard-Psychotherapie in den Praxen gültig sind” erlaubt und bei den Sozialversicherungsträgern abrechenbar gemacht (ÖBVP, 05.05.2020).

### **Telemedizinische Entwicklungen vor Corona**

Grundsätzlich fanden die Digitalisierung und Entwicklungen, wie neue Informations- und Kommunikationstechnologien, schon lange vor den drastischen Maßnahmen in der Corona-Krise 2020 Einzug in die psychosoziale Versorgung und auch in die Psychotherapie. Betrachtet man etwas umfassender das Feld der Telemedizin, so liegen die *ersten Implementierungen* digitaler Kommunikation und neuer Technologien in die medizinische Versorgung schon etwa ein *halbes Jahrhundert zurück*.

Bereits in den späten 1950er Jahren wurde begonnen Television und Video-Telekommunikation im klinischen Anwendungsfeld einzusetzen (Zundel, 1996). In Österreich fasste die Telemedizin erst Mitte bis Ende der 1990er Jahre Fuß in der Gesundheitsversorgung (Hartinger, 2011; Sögner & Nedden, 2005). Zu Anfang des neuen Jahrtausends liefen dann bereits einige Projekte zur Einbindung und Evaluation telemedizinischer Angebote und 2001 wurde die österreichische wissenschaftliche Gesellschaft für Telemedizin gegründet (Sögner & Nedden, 2005).

Mit fortschreitender und optimierter Implementierung von Prozessen und Technologien im Bereich der Telemedizin, war auch die *Hoffnung auf eine verbesserte Strukturqualität des Gesundheitswesens* verbunden. Wertvolle humane und infrastrukturelle Ressourcen sollten somit vernetzt und effektiver genutzt werden können (Sögner & Nedden, 2005). So heißt es bei der Erläuterung der Chancen von Telemedizin vom BMSGPK: “ein

enormes Potential für eine hochqualitative wie kosteneffiziente Bereitstellung und Unterstützung von Leistungen des Gesundheitswesens. Darüber hinaus sichert Telemedizin den *Zugang zur hohen Qualität in der Gesundheitsversorgung* nicht allein in Zentren, sondern auch *an der Peripherie*” (BMSGPK, 14.10.2019).

**Bedarf in der psychologischen Versorgung.** Im Hinblick auf die Versorgungsstruktur im psychosozialen Bereich erscheinen letztgenannte Chancen der Telemedizin besonders relevant. Recht direkt wurde die Situation von der Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung in Europa (OECD) in ihrem Bericht 2015 zur Lage von psychischer Gesundheit und deren Auswirkung auf den Arbeitsmarkt in Österreich zusammengefasst. So ist in der Pressemitteilung zu dem Bericht zu lesen: “Österreich muss mehr tun, um Menschen mit psychischen Problemen zu helfen. (...) Der mentalen Gesundheit fehlt es nach Einschätzung des Berichts jedoch an Aufmerksamkeit, was sich unter anderem in der Unterfinanzierung von psychotherapeutischen Maßnahmen äußert.” (OECD, 02.10.2015). Die Organisation attestiert der österreichischen Wirtschaftsleistung ein *Minus von etwa 3,6 Prozent des jährlichen Bruttoinlandsprodukts*, das durch die verminderte Produktivität, sowie durch höhere Gesundheits- und Sozialkosten in Zusammenhang mit psychischen Problemen entstehe. Laut dem Bericht bestehe vor allen bei ambulanten Therapien, bei der psychologischen Erstversorgung durch Allgemeinmediziner, bei der Kinderpsychiatrie und generell in ländlichen Gebieten ein *dringender Bedarf*.

In diesem Zusammenhang erscheint die Einschätzung des Bundesministeriums, dass Telemedizin den “Zugang zur hohen Qualität in der Gesundheitsversorgung nicht allein in Zentren, sondern auch an der Peripherie” sichern könnte (BMSGPK, 14.10.2019), sehr vielversprechend. Auch der Berufsverband Österreichischer PsychologInnen (BÖP) schloss sich einer Forderung des österreichischen Rechnungshofes (Rechnungshof Österreich, März 2019) an, die psychische Gesundheit im österreichischen Strukturplan höher zu priorisieren und eine bedarfsgerechte Versorgungsdichte anzustreben (BÖP, 02.03.2019). Im Hinblick auf die ökonomischen und die psychologischen Belastungen, die für die Gesellschaft durch einen solchen, nicht gedeckten Versorgungsbedarf entstehen, könnte eine bessere *Abdeckung durch telemedizinische Angebote* einen wertvollen Beitrag leisten.

**Verschiedene Kategorien telemedizinischer Angebote.** Vor allem der Bereich der digitalen Online-Angebote für psychische Beratung und Behandlung erfuhr in den letzten Jahren einen enormen Aufschwung (Boettcher & Berger, 2018). Schon aufgrund des stetig wachsenden Angebots und des vielfältigen Inhalts dieser Angebote, erscheint eine

Differenzierung sinnvoll. Hier lässt sich anhand verschiedener Dimensionen eine Unterteilung vornehmen.

Zunächst sollte unterschieden werden, für welche *Phase der Versorgung* die Programme ausgelegt sind. So gibt es Angebote, die zur Prävention und Stabilisierung der mentalen Gesundheit dienen sollen, zur konkreten Intervention bei Problembewältigung und Symptombehandlung, aber auch Nachsorgeprogramme, die beispielsweise nach Klinikaufenthalten oder dem Ende einer ambulanten Therapie eingesetzt werden (Debbelt, 03.02.2020; Klinik Wersbach GmbH, n.d.; Ruhr-Universität-Bochum, n.d.; Twomey, O'Reilly & Meyer, 2017). Angefangen bei Anwendungen, die ein funktionales Stressmanagement fördern sollen (Headspace INC, 2020), über Programme, die sich mit der gezielten Begleitung bei Störungsbildern wie Binge-Eating, Bulimie oder Phobien beschäftigen (Selfapy, 2020), bis hin zu "Internetbrücken", die zur Stabilisierung eines, während eines stationären Aufenthalts erreichten, Gesundheitszustands im Sinne einer Erhaltungstherapie, beitragen sollen (Kordy et al., 2006), besteht ein breites Spektrum an Angeboten.

Abgesehen von der Phase der Versorgung, können die Programme und Anwendungen auch noch anhand des *Ausmaßes an therapeutischen Kontakts* unterschieden werden. Berger (2015) schlägt eine Einordnung in drei Kategorien vor. So gibt es Programme, die digitale Medien lediglich zur Kommunikation nutzen. Des Weiteren gibt es aber auch therapeutengestützte Selbsthilfeprogramme, die -in erster Linie internetbasierte- Medien sowohl zur Kommunikation, als auch als Informationsmedien nutzen. Diese bieten z.B. eigenständig zu bearbeitende Module, aber auch virtuellen Kontakt zu einer/m Therapeut\*In an, der/die den Verlauf der Therapie begleitet. Zur dritten Kategorie zählen Selbsthilfeprogramme, die das Internet ausschließlich als interaktives Informationsmedium nutzen. Bei Programmen dieser Kategorie kommt es höchstens im diagnostischen Prozess zu einem therapeutischen Kontakt (Berger, 2015).

Auf Angebote der letzten beiden Kategorien soll in dieser Arbeit nicht umfassender eingegangen werden. Es sei aber erwähnt, dass gerade im Hinblick auf die Problematik der langen Wartezeiten für Erstgespräche oder auch auf die Versorgung in der ambulanten Nachsorge, solche Programme und Anwendungen durchaus eine zunehmend tragende Rolle in der Versorgungsstruktur spielen könnten. In Deutschland nutzen beispielsweise schon einige stationäre Einrichtungen digitale Anwendungen als Ergänzung zu der Therapie vor Ort (Debbelt, 03.02.2020; Klinik Wersbach GmbH, n.d.; Ruhr-Universität-Bochum, n.d.).

Die *empirische Grundlage für die Wirksamkeit* solcher Programme *festigt sich* mit steigender Anzahl an Belegen. Über Studien, die sich mit der Wirksamkeit des letztgenannten

“deprexis”- Programms beschäftigen, gibt es sogar schon eigens eine Meta-Analyse (Twomey, O'Reilly & Meyer, 2017). Das Programm bietet *Usern*<sup>2</sup> individuell, je nach Bedürfnissen und persönlichen Präferenzen, den Zugriff auf verschiedene Interventionen und Inhalte, die im weiteren Sinne auf kognitiv verhaltenstherapeutischen Grundlagen basieren. Twomey und Kolleg\*Innen analysierten acht randomisierte kontrollierte Studien (RCT)<sup>3</sup> mit einer übergreifenden Stichprobengröße von 2 402 Testpersonen, in denen mittels Vergleichen zu Kontrollgruppen auf Wartelistenplätzen die Wirksamkeit des Programms auf die Verbesserung der depressiven Symptomatik untersucht wurde. Über die acht Studien hinweg konnte die Wirksamkeit des Programms mit einer mittleren Effektstärke (*Hedges' g* = 0.54, 95% Konfidenzintervall: 0.39-0.69) nachgewiesen werden.

Auch zu anderen Programmen, wie etwa “MoodGYM” (Calear, Christensen, Mackinnon & Griffiths, 2013; Löbner et al., 2018; Twomey & O'Reilly, 2017; Twomey et al., 2014) zu “Selfapy” (Selfapy, n.d.) oder zu “Get.On” (Ebert et al., 2016; Thiart, Lehr, Ebert, Berking & Riper, 2015) gibt es bereits Studien, die für deren Wirksamkeit sprechen.

Länger sind solche Programme schon in Ländern wie Australien, Großbritannien, den Niederlanden oder Schweden ein zentraler Punkt der Forschung und werden dort auch zunehmend in das Gesundheitssystem implementiert (Berger, 2016). In Österreich spielen Gesundheits-Apps zwar laut dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger bereits eine große Rolle, sind aber noch nicht verordnungs- oder erstattungsfähig (Dr. Johannes Gregoritsch, persönliche Kommunikation, 01.04.2020). Zudem ist nach der Internetrichtlinie des Bundesministeriums klar geregelt, dass digitale Plattformen oder Anwendungen ihr Angebot nicht als “Psychotherapie” bezeichnen dürfen (BMSGPK, 2020).

In dieser Arbeit wird ausschließlich die Nutzung von digitalen Medien als reine Kommunikationsmedien näher behandelt.

**Forschungslage - Wirksamkeit.** Insbesondere zur digitalen Durchführung kognitiver Verhaltenstherapien (KVT) gibt es zahlreiche Forschungsergebnisse und bereits mehrere Metaanalysen und Übersichtsarbeiten. Diese sprechen, vor allem bezüglich der Behandlung von Depressionen und Angststörungen, deutlich für die Wirksamkeit digitaler KVT (Andersson, 2016; Andrews, Cuijpers, Craske, McEvoy & Titov, 2010; Cuijpers et al., 2009; Hedman, Ljötsson & Lindefors, 2012; Olthuis, Watt, Bailey, Hayden & Stewart, 2015;

---

<sup>2</sup> englisch für Nutzer\*Innen

<sup>3</sup> englische Abkürzung für “randomized controlled trial” ~ randomisierte, kontrollierte Studie

Păsărelu, Andersson, Bergman & Dobrea, 2017; Richards, Richardson, Timulak & McElvaney, 2015).

Allein Hedman, Ljötsson und Lindefors (2012) analysierten in ihrer systematischen Übersichtsarbeit 62 verschiedene RCTs, aus acht verschiedenen Ländern mit einer gesamten Stichprobengröße von knapp 8 000 Teilnehmenden, die kognitive Verhaltenstherapie via Internet auf ihre Wirksamkeit hin untersuchten. Für den Einfluss auf die Verbesserung depressiver Symptomatik wurde eine durchschnittliche Effektstärke von einem *Cohen's d* Wert von 0.94 (95% Konfidenzintervall: 0.77–1.11) ermittelt, was einem starken Effekt entspricht. Für die Behandlung von generalisierten Angststörungen konnte eine gemittelte Effektstärke von  $d = 1.12$  (95% Konfidenzintervall: 0.61–1.62) und für die Behandlung von posttraumatischen Belastungsstörungen ein Wert von  $d = 1.23$  (95% Konfidenzintervall: 0.83–1.63) gezeigt werden. Zwölf der Studien, die die Autor\*Innen berücksichtigten, verglichen die internetbasierte direkt mit der kognitiven Verhaltenstherapie, die in persönlichem Setting durchgeführt wurde. Hier zeigte sich kein signifikanter Unterschied in den Effektstärken der nachgewiesenen Wirksamkeit.

Auch weitere Studien aus der Metaanalyse von Cuijpers und Kolleg\*Innen (2009), die den direkten Vergleich untersuchten, zeigten keine signifikanten Unterschiede in der Wirksamkeit von “Face-to-Face”<sup>4</sup>-Therapie und digitaler Therapie, ebenso die Ergebnisse aus der Metaanalyse von Andrews, Cuijpers, Craske, McEvoy und Titov (2010). Acht Jahre nach ihrer ersten Metaanalyse veröffentlichten Andrews und Kolleg\*Innen (2018) eine aktualisierte Übersichtsarbeit, in der sie zusätzliche 31 RCTs inkludierten. Sie konnten nicht nur den Nachweis der Wirksamkeit der digitalen Therapieangebote an sich, sondern auch die Äquivalenz der Wirksamkeit im Vergleich zu “Face-to-Face”-Therapie erneut bestätigen.

Während die Forschungslage zu Störungen im Bereich der depressiven und Angstsymptomatik schon gut fundiert ist, ist die Evidenzlage zur Wirksamkeit von digitalen Therapieangeboten für die Verbesserung anderer Störungsbilder noch weniger aussagekräftig (Hedman, Ljötsson & Lindefors, 2012). Aber auch hier gibt es bereits einige vielversprechende Ergebnisse, etwa für die Verbesserung der Symptomatik von Essstörungen (Carrard et al., 2011; Jacobi, Völker, Trockel, & Taylor, 2012; Ljötsson et al., 2007; Melioli et al. 2016; Sánchez-Ortiz et al., 2011;) oder des Reizdarmsyndroms (Hunt, Moshier & Milonova, 2009; Ljötsson et al., 2011).

---

<sup>4</sup> englisch für “Angesicht zu Angesicht” - Ausdruck für den direkten, unmittelbaren Kontakt bei dem die Beteiligten physisch anwesend sind

**Forschungslage - Akzeptanz und therapeutische Beziehung.** Ein häufiger Grund für die Skepsis gegenüber digitaler Psychotherapie ist die Frage nach Konsequenzen der Kommunikation über technische Medien auf die psychotherapeutische Beziehung und auf den Aufbau einer stabilen therapeutischen Arbeitsallianz (Bauer & Kordy, 2008). Tatsächlich ist die Arbeitsallianz die am meisten untersuchte Prozessvariable in der Untersuchung der Faktoren, die den Therapieerfolg beeinflussen und zeigte sich als robust signifikanter Prädiktor für den Therapieerfolg (Flückiger, Horvath, Del Re, Symonds & Holzer, 2015; Horvath, Del Re, Flückiger & Symonds, 2011). In Ihrer Übersichtsarbeit, die über 200 empirische Berichte und eine gesamten Stichprobengröße von rund 14 000 Behandlungen umfasste, stellten Horvath und Kolleg\*Innen (2011) über verschiedene therapeutische Schulen und Messmethoden hinweg einen stabilen signifikanten Zusammenhang zwischen der Qualität der Arbeitsallianz und dem Therapie-Outcome fest. Im Durchschnitt konnte eine hochsignifikante moderate Korrelation nachgewiesen werden ( $r = .28$ , 95% Konfidenzintervall: .25-.30).

Im Hinblick auf diese Erkenntnisse scheint die Frage, ob eine Arbeitsallianz auch bei digitaler Kommunikation vergleichbar gut aufgebaut werden kann, durchaus relevant. Mit der fraglichen Gleichwertigkeit im Beziehungsaufbau argumentiert auch das Bundesministerium. In der Begründung für das Verbot von digitaler Psychotherapie heißt es in der Internetrichtlinie des BMSGPK (2020):

Psychotherapeutisches Beziehungsgeschehen und vor allem auch die Wahrnehmung dessen basiert auf allen Formen des verbalen und nonverbalen Dialoges sowie des individuellen Ausdrucks. Gesprochene Worte, Mimik, Gestik, bis hin zu Atmosphärischen sind im persönlichen Kontakt - wie es in der psychotherapeutischen Praxis geschieht - erlebbar, jedoch nur schwer in Worte zu fassen. (S.6)

Ähnlich argumentiert auch der Präsident des Österreichischen Bundesverbandes für Psychotherapie (ÖBVP), Peter Stippl, in einem Interview über die gesetzliche Lage von digitaler Therapie in Österreich:

Auf der Online-Ebene fehlen im Zusammenhang mit einer Psychotherapie Parameter wie die Körpersprache, die bei der Behandlung neben rein verbaler Kommunikation eine große Rolle spielt. Oft geht es darum zu erkennen, wie das Gesagte und die Körpersprache auseinanderklaffen, es geht um Nuancen in der Sprache, um Details. (Zettel, 10.10.2017)

Tatsächlich ist der Umstand der körperlichen Abwesenheit noch umstritten (Klasen, Knaevelsrud & Böttche, 2013; Lester, D., 2006; Wells, Mitchell, Finkelhor & Becher-Blease, 2007). Dabei sehen zumindest die empirischen Befunde, ähnlich wie bei der Frage der Wirksamkeit, auch bei der Frage der therapeutischen Beziehung recht vielversprechend aus (Cook & Doyle, 2002; Day, 2000, Frueh et al., 2007, Klasen et al., 2013; Reynolds, Stiles & Grohol, 2006, Stiles-Shields, Kwasny, Cai & Mohr, 2014; Wolf & Kordy, 2006).

Klasen, Knaevelsrud und Böttche (2013) untersuchten in ihrer Metaanalyse beispielsweise 13 Studien, in denen die Güte der therapeutischen Beziehung in digitalen Interventionen erhoben wurden. Bei einem Großteil der Studien handelte es sich um Interventionen bei Panik- oder posttraumatischen Belastungsstörungen, es waren aber auch vier Studien inkludiert, die Interventionen bei Migräne, Reizdarmsyndrom, Bulimia Nervosa und Depression untersuchten. Tatsächlich konnte in allen untersuchten Interventionen, sowohl aus Sicht der Therapeut\*Innen als auch aus der der Klient\*Innen, eine *positiv eingeschätzte Arbeitsallianz* festgestellt werden. In den Studien, in denen es einen direkten Vergleich mit "Face-to-Face"-Behandlungen gab, wurde *in keiner ein signifikanter Unterschied in der Einschätzung der Arbeitsallianz* gezeigt. In einer der berücksichtigten Studien, in der Behandlungen von posttraumatischer Belastungsstörung untersucht wurden (Knaevelsrud & Maercker, 2007), bewertete die überwiegende Mehrheit der Teilnehmenden das internetbasierte Setting als positiv (76%) und persönlich (86%). Nur 17% gaben an, den persönlichen Kontakt zu ihrer/m Therapeut\*In zu vermissen.

In einer Untersuchung von Reynolds, Stiles und Grohol (2006) beurteilten Klient\*Innen, sowie Therapeut\*Innen online-Therapiesitzungen bezüglich des Therapieerfolgs pro Sitzung und bezüglich der therapeutischen Beziehung. Hier zeigten sich nicht nur beiderseits eine positive Einschätzung in den Maßen für Erfolg der Sitzungen und die therapeutische Beziehung, sondern tatsächlich wurden die Sitzungen von den Therapeut\*Innen durchschnittlich *als reibungsloser, positiver und tiefgehender beurteilt* verglichen mit Bewertungen von "Face-to-Face" Sitzungen aus vorherigen Untersuchungen. Auch das *Vertrauen zu den Klient\*Innen innerhalb der therapeutischen Beziehung wurde durchschnittlich als höher eingeschätzt*.

Insgesamt sprechen die Ergebnisse also sowohl für eine gute Akzeptanz der digitalen Kommunikation in der Psychotherapie, als auch für die Möglichkeit, auch mit dieser Kommunikationsform eine gute therapeutische Beziehung aufzubauen. Wenngleich bisher nur ein kleinerer Teil der Forschung im deutschsprachigen Raum durchgeführt wurde (Knaevelsrud & Maercker, 2007), scheint die internationale empirische Erkenntnislage die

starken Zweifel bezüglich Akzeptanz und Auswirkungen auf die therapeutische Beziehung jedenfalls nicht zu stützen.

Eine erste Blitzumfrage unter deutschen Psychotherapeut\*Innen, denn auch in Deutschland wurden die Restriktionen der Verwendung von Video- und Telekommunikation in der Psychotherapie wegen der Pandemie gelockert, zeigte noch eine skeptische Haltung der Befragten (Deutschen Psychotherapeutenvereinigung, DPtV, 2020). An dieser Umfrage nahmen 4 466 in der ambulanten Versorgung tätige Psychotherapeut\*Innen teil und von ihnen gaben 65% an, dass ihrer Meinung nach therapeutische Gründe gegen eine psychotherapeutische Behandlung per Video sprechen würden. Im Vergleich zu Sitzungen im persönlichen Kontakt hielten 59% der Befragten die Wirksamkeit von digitaler Behandlung für geringer.

### **Rechtliche Voraussetzungen für die Nutzung digitaler Kommunikation in der psychotherapeutischen Versorgung in Österreich**

Bezüglich der Nutzung digitaler Kommunikationsmedien zieht die österreichische Gesetzesgrundlage eine Trennung zwischen psychotherapeutischer *Behandlung* einerseits und psychotherapeutischer *Beratung* andererseits (BMSGPK, 2020a). Zur Differenzierung heißt es in der Internetrichtlinie:

Die Schwelle einer psychotherapeutischen Beratung zu einer psychotherapeutischen Behandlung via Internet wird jedenfalls dann überschritten werden, wenn in einer Summenbetrachtung die Indikation für eine psychotherapeutische Behandlung gegeben ist. Dies wird insbesondere dann der Fall sein, wenn der Verdacht einer krankheitswertigen Störung auftritt und die psychotherapeutische Beratung im Hinblick auf Setting, Gegenstand und Ziel der Beratung und die angewandten methodischen Instrumente die Rahmenbedingungen einer psychotherapeutischen Behandlung annimmt. (S.6)

Psychotherapeutische Behandlung via Internet ist im Sinne dieser Abgrenzung nach dem Psychotherapiegesetz (PthG), Bundesgesetzblatt Nr. 361/1990, in Österreich *nicht erlaubt*. Anknüpfend an die bereits zitierte Begründung in Bezugnahme auf das Beziehungsgeschehen (s. S.14) wird das Behandlungsverbot in der Internetrichtlinie weiter ausgeführt (BMSGPK, 2020a):

Daraus folgt, dass das spezifische Setting der Psychotherapie und die damit eng verbundenen Voraussetzungen für die Gestaltung der psychotherapeutischen Beziehung via Internet nicht ausreichend gegeben sind. (...) ist Psychotherapie als Behandlung, insbesondere als Krankenbehandlung samt psychotherapeutischer

diagnostischer Abklärung und Indikationsstellung (einschließlich Kooperation mit anderen Gesundheitsberufen) via Internet nicht lege artis. (S.6)

Somit ist die *rechtliche Lage, was Psychotherapie mittels digitaler Kommunikation in Österreich angeht, klar geregelt*. Um während des Ausbruchs der Corona-Pandemie 2020 die Einhaltung der Kontaktbeschränkungen zu gewährleisten, wurde dieses Verbot allerdings übergangsweise aufgehoben. Wie schon erläutert war es auch zu Zeiten der strengen Kontaktbeschränkungen weiterhin erlaubt ärztliche Termine und auch Therapiesitzungen persönlich wahrzunehmen. Allerdings empfahlen sowohl das BMSGPK (30.03.2020), als auch der ÖBVP (12.03.2020) möglichst auf Telerarbeit umzusteigen. Psychotherapeutische Behandlungen, die “notwendigerweise via Internet oder Telefon nach den Regeln durchgeführt werden, die für die Standard-Psychotherapie in den Praxen gültig sind” (ÖBVP, 05.05.2020), wurden *erlaubt und gleichwertig honoriert*. Auf Anfrage beim ÖBVP stand zum Zeitpunkt der Erstellung dieser Arbeit noch nicht fest, wie lange diese Ausnahmeregelung aufrecht erhalten werden sollte (W. Schimböck, persönliche Mitteilung, 27.07.2020).

Peter Stippl, Präsident des ÖBVP, sieht in der Lage durchaus Perspektiven:

(...) kann die Situation auch Chancen für die Weiterentwicklung der Psychotherapie mit sich bringen. Wenn über die COVID-19-Krise hinaus Psychotherapien per Telefon oder via Internet kassenfinanziert bleiben, hätte das für viele PatientInnen erhebliche Vorteile. Beispiele sind PatientInnen, deren Anreise zu den PsychotherapeutInnen durch weite Entfernung oder schwierige Verkehrsbedingungen erschwert ist, aber auch PatientInnen mit körperlichen Beschwerden, für die das Erreichen der Psychotherapiepraxis eine Belastung darstellen kann. (Donau-Universität Krems, 15.05.2020)

Eine Studie der Donau-Universität Krems (DUK) befragte Psychotherapeut\*Innen in Österreich zu den Auswirkungen der Maßnahmen. Die 1 547 Therapeut\*Innen, die an dieser Umfrage teilnahmen, hatten in den ersten Wochen der Corona-Maßnahmen im Durchschnitt 4.53 Klient\*Innen via Telefon und 2.99 via Internet behandelt (DUK, 15.05.2020).

Bezüglich der digitalen Kommunikation und der Einhaltung der Datensicherheit galt im Rahmen dieser Regelung für die psychotherapeutische Behandlung die gleiche Handlungsempfehlung, die das BMSGPK in seiner Internetrichtlinie für die digitale Durchführung psychotherapeutischer Beratung herausgegeben hatte. Unter anderem ist darin die Verpflichtung zur Einhaltung technischer Sicherheitsstandards festgehalten (BMSGPK, 2020a). Zur Speicherung von Daten heißt es beispielsweise in der Richtlinie:

Hinsichtlich der Sicherheit der patientenbezogenen elektronisch gespeicherten Daten sind von den Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten darüber hinaus jedenfalls

folgende Vorkehrungen zu treffen: Installierung einer Firewall, Installierung eines Virenschutzes und Sicherstellung im Rahmen der Einflussphäre des Berufsangehörigen der Psychotherapie, dass keine Zugriffsmöglichkeit von unbefugten Personen auf den Computer oder andere Datenträger des Psychotherapeuten in seinen Räumlichkeiten besteht. Die Vorkehrungen haben jeweils dem notwendigen aktuellen technischen Stand zu entsprechen. (S.18)

Es sei außerdem darauf zu achten verschlüsselte Datenübertragung zu wählen, beziehungsweise auf die geminderte Datensicherheit hinzuweisen, falls Klient\*Innen eine unverschlüsselte Form der Datenübertragung wählen (S.17). Grundsätzlich hieß es aber auch auf der Informationsseite des Bundesverbandes für Psychotherapie (ÖBVP, 12.03.2020):

Im Verhältnis zum Datenschutz (DSGVO<sup>5</sup> etc.) und psychotherapeutischer Verschwiegenheitspflicht gelten in Bezug auf das Coronavirus (COVID-19) die öffentliche Gesundheitspflege, der Schutz von Leib und Leben anderer Personen etc. als höherwertige Interessen und wird daher eine Einschränkung des Datenschutzes und/oder ein Bruch der Verschwiegenheitspflicht im minimal notwendigen Ausmaß gerechtfertigt sein, wenn die Eindämmung des Coronavirus anders nicht erreicht werden kann. (S.2)

### **Fragestellungen dieser Arbeit**

Diese Arbeit sollte eine *erste explorative Untersuchung der Auswirkungen der Corona-Pandemie* auf die Durchführung von *Psychotherapie in Österreich* darstellen. Der Fokus sollte hierbei auf der ermöglichten *Umstellung auf digitale Kommunikation in der Behandlung* liegen und primär die wahrgenommenen Veränderungen aus Sicht der Psychotherapeut\*Innen beleuchten, die Perspektive der Klient\*Innen sollte nur ergänzend berücksichtigt werden.

## **Methoden**

### **Versuchsablauf**

Um die Folgen der Corona-Pandemie und der ermöglichten Durchführung digital kommunizierter Psychotherapie zu untersuchen wurde eine Online-Befragung von Psychotherapeut\*Innen und Klient\*Innen in Österreich durchgeführt. Da auch potenzielle Gründe gegen das Wahrnehmen der Möglichkeit zur digitalen Kommunikation erhoben werden sollten, richtete sich die Umfrage auch an Nicht-Nutzer\*Innen.

---

<sup>5</sup> DSGVO: Datenschutz-Grundverordnung (Wirtschaftskammer Österreich, 03.04.2020)

Die *Verbreitung des Fragebogens* fand via Anschreiben per E-Mail statt. Es wurden sämtliche Psychotherapeut\*Innen der Liste des ÖBVPs aus Wien, Linz, Salzburg und Innsbruck angeschrieben, bei denen eine Mail-Adresse angegeben war (insgesamt 1 430). Zusammen mit einer kurzen Erklärung zum Hintergrund der Untersuchung wurde der Link versandt, und auch gebeten, die Befragung an interessierte Klient\*Innen weiterzuleiten. Außerdem wurde versucht, die Befragung über Netzwerke des Psychosozialen Dienstes in Wien, sowie der Österreichischen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik gezielt auch an Klient\*Innen heranzutragen. Die Teilnahme an der Befragung war über den Zeitraum vom 05.Mai 2020 bis zum 15.Juni 2020 möglich.

Die *deskriptiv statistische Auswertung* der quantitativen Items der Fragebögen wurde mittels Microsoft-Excel durchgeführt, einzig die Prüfung der Mittelwerte auf signifikante Unterschiede bei der Frage nach Bedenken vor vs. nach der Nutzung (siehe Bericht im Ergebnisteil) wurde mit *SPSS Statistics 26* berechnet

. Die *offen erfragten Inhalte* wurden im Sinne einer *qualitativ strukturierenden Inhaltsanalyse* nach Kuckartz ausgewertet (Schreier, 2014). Das Prinzip der strukturierenden Inhaltsanalyse gibt vor, zuerst anhand der qualitativen Daten inhaltliche Aspekte zu identifizieren, diese zu konzeptualisieren und anschließend das Material anhand dessen zu beschreiben. Bei den Antworten auf die offenen Fragen wurden also zunächst inhaltliche Themen bestimmt und diese zu Kategorien zusammengefasst. Im Hinblick auf diese Kategorien wurden die Antworten anschließend systematisch beschrieben.

### **Versuchsdesign und Operationalisierungen**

Da die Umstände der Corona-Maßnahmen und die kurzfristige Möglichkeit zur Umstellung auf digitale Kommunikation in der Psychotherapie nur schwer mit der vorherigen Situation vergleichbar war, konnten keine Vorannahmen zu den Auswirkungen auf die psychotherapeutische Behandlung getroffen werden. Zudem ist die Evaluation der digitalen Psychotherapie im deutschsprachigen Raum noch sehr begrenzt. In Österreich galt bis zur Corona-Pandemie schließlich noch das Verbot von digitaler Behandlung. Diese Arbeit sollte daher eine erste explorative prospektive Untersuchung der Auswirkungen der Corona-Pandemie auf die Durchführung von Psychotherapie in Österreich darstellen. Der Fokus sollte hierbei auf den wahrgenommenen Veränderungen in der Behandlung aus Sicht der Psychotherapeut\*Innen liegen, die Perspektive der Klient\*Innen wurde in dieser Arbeit nur ergänzend berücksichtigt.

Die Erörterung der Fragestellung sollte in folgenden *fünf Teilfragestellungen* behandelt werden:

1. Wie stark und in welchen Themen äußert sich die *zusätzliche Belastung durch die Corona-Pandemie* für Menschen in psychotherapeutischer Behandlung?

2. In welchem Ausmaß wurde die *Umstellung auf digitale Kommunikation* in der psychotherapeutischen Behandlung während der akuten Phase der Pandemie *genutzt* und wie verbreitet war die Nutzung vor der Pandemie und nach ersten Lockerung der Maßnahmen?

3. Wie ist die *Akzeptanz* der digitalen Kommunikation? Was sind oder waren mögliche Bedenken? Welche Veränderungen in der psychotherapeutischen Behandlung wurden wahrgenommen und wie wurden diese beurteilt?

4. Wie ist die *Meinung* der Psychotherapeut\*Innen zur *Internetrichtlinie des Bundesministeriums*?

5. Was sind *Voraussetzungen* und wie wird die *zukünftige Entwicklung der Nutzung digitaler Kommunikation* eingeschätzt?

Bevor die Fragestellungen in konkrete Items für den Fragebogen formuliert wurden, sollte außerhalb der gesichteten Literatur auch die Meinung von Expert\*Innen mitberücksichtigt werden, die bereits Erfahrungen in der telemedizinischen psychologischen Versorgung in Österreich hatten. Hierfür fanden zwei Gespräche am 17.04.2020 statt.

Ein erstes Telefoninterview mit einem approbierten Psychotherapeuten und Facharzt für Neurologie und psychotherapeutische Medizin statt, der sowohl Erfahrung in der telefonischen bzw. Online-Beratung, als auch in der persönlichen Behandlung von Klient\*Innen hatte<sup>6</sup>.

Ein zweites mit Frau Mag.a Dr.in Wallisch-Tomasch. Sie ist Klinische und Gesundheitspsychologin, sowie Onlinepsychologin. Sie absolvierte eine Zertifizierung für Online-Beratung und bietet psychologische Beratung via digitaler Kommunikation auf der Plattform "Instahelp" an (Instahelp, 02.06.2020). Außerdem ist Frau Mag.a Dr.in Wallisch-Tomasch Lehrbeauftragte an der Sigmund-Freud-Privat-Universität Wien, im Rahmen des Qualifikationslehrgangs "Online-Beratung" und war des Weiteren bereits Referentin bei einem Seminar zu dem Thema "*Psychologische Onlineberatung - Neue Tools mit Achtsamkeit erfolgreich nutzen*" der Österreichischen Akademie für Psychologie (ÖAP, n.d.).

Die Gespräche bauten im Wesentlichen auf den oben erläuterten Fragestellungen der Arbeit auf. Es sollte eine differenziertere Exploration der Fragestellungen ermöglicht werden und helfen fachliche Einschätzungen, die bereits auf eigenen Erfahrungen in der Onlineberatung basieren in die Erstellung des Fragebogens einzubeziehen. Eine inhaltliche

---

<sup>6</sup> Auf Wunsch des Befragten keine namentliche Nennung.

Zusammenfassung des Gesprächs mit Frau Mag.a Dr.in Wallisch-Tomasch ist im Anhang zu finden.

Anschließend wurden die entsprechenden Items ausformuliert. Halb- oder vollstandardisierte Fragen sollten die Einschätzung der Befragten zu Aspekten abfragen, die aus der Literaturrecherche oder aus den Expert\*Innen-Interviews hervorgingen. Offene Fragen sollten Aspekte erfassen, die noch nicht berücksichtigt wurden, wie zum Beispiel weitere wahrgenommene Vor- oder Nachteile der digitalen Kommunikation. Mit der Internet-Plattform "SoSci Survey" wurden nun die Fragen in einen online-aufrufbaren Fragebogen übertragen.

**Instrument - Inhalte des Fragebogens.** Der komplette Fragebogen enthielt für Therapeut\*Innen 32 geschlossene und 14 offene Items (für Nicht-Nutzer\*Innen 17 geschlossene und 12 offene) und für Klient\*Innen 28 geschlossene und acht offene Items (für Nicht-Nutzer\*Innen neun geschlossene und vier offene). Er ist in Gänze dem Anhang beigelegt. Gleich am Anfang waren eine Einleitung und eine genaue Information zur Teilnahme (*informed consent*) dargestellt. Im Folgenden waren folgende sieben (für Therapeut\*Innen, für Nicht-Nutzer\*Innen sechs) bzw. sechs (für Klient\*Innen, für Nicht-Nutzer\*Innen vier) Abschnitte enthalten:

**1. Soziodemografische und persönliche Angaben.** Es wurde nach *Alter* und *Geschlecht* der Teilnehmenden gefragt. Therapeut\*Innen wurden zusätzlich gebeten per Auswahl anzugeben, welcher *psychotherapeutischen Methode* sie sich *am ehesten* zuordnen würden (zur Auswahl gab es alle 23 in Österreich zugelassenen Methoden und eine Alternative "*andere*") und, ob Sie sich zum Zeitpunkt der Befragung noch in *Ausbildung* befanden.

Klient\*Innen wurden nach Dauer und Gründen für ihre psychotherapeutische Behandlung gefragt (je offene Eingabe).

**2. Wie stark und in welchen Themen äußert sich die zusätzliche Belastung durch die Corona-Pandemie für Menschen in psychotherapeutischer Behandlung?** Die Psychotherapeut\*Innen wurden gefragt, ob sie durch die Corona-Pandemie einen erhöhten Bedarf an psychotherapeutischer Unterstützung bei ihren Klient\*Innen wahrgenommen hatten (fünf-stufige Skala: 1~*gar nicht erhöht* bis 5~*sehr stark erhöht*), mit wievielen Klient\*Innen die Therapie während der akuten Phase der Maßnahmen pausiert wurde (Eingabe: "*mit \_\_%*") und welche Themen als besonders belastend wahrgenommen wurden (*offene Eingabe*).

Ebenso wurden die Klient\*Innen selbst nach einer wahrgenommen erhöhten Belastung durch die Pandemie (fünf-stufige Skala: 1~*gar nicht erhöht* bis 5~*sehr stark erhöht*) und

einem möglicherweise erhöhten Bedarf an therapeutischer Unterstützung (fünf-stufige Skala: 1~gar nicht erhöht bis 5~sehr stark erhöht) gefragt. Es wurde gebeten anzugeben, ob die reguläre Therapie während der akuten Phase der Maßnahmen pausiert wurde und ob in dieser Zeit zusätzliche therapeutische Unterstützung (z.B. zusätzlicher Kontakt zur/m Therapeut\*In, Beratung bei einer Krisen-Hotline, o.Ä.) in Anspruch genommen wurde. Weiters wurde nach Themen gefragt, die als besonders belastend wahrgenommen wurden (*offene Eingabe*).

**3. In welchem Ausmaß, zu welchem Zeitpunkt und wie genau wurde die Umstellung auf digitale Kommunikation in der psychotherapeutischen Behandlung umgesetzt?** Alle Therapeut\*Innen und Klient\*Innen mussten zunächst angeben, ob sie bereits digitale Kommunikation (über die Terminvereinbarung hinaus) zu ihren Klient\*Innen bzw. in ihrer Behandlung genutzt hatten oder nicht. Die Nicht-Nutzer\*Innen wurden direkt zu dem Teil *Akzeptanz* weitergeleitet. Die Nutzer\*Innen wurden zunächst gefragt, ob sie zu den folgenden Zeitpunkten digitale Kommunikation genutzt hatten: (T1) *vor der Pandemie* (T2) *während der akuten Phase der Maßnahmen* und (T3) *jetzt, zum Zeitpunkt der Befragung*. Bei Befragten, die angegeben hatten bereits zu T1 digitale Kommunikation genutzt zu haben wurde erfragt wie lange schon (Auswahl: *1-6 Monate / ½ - 1 Jahr / 1-2 Jahre / 2 Jahre oder länger*).

Bezüglich der Zeitpunkte zu denen eine Nutzung angegeben war wurden die Nutzer\*Innen gefragt, *welche Medien sie für welche Zwecke* der Kommunikation verwendeten. Abgefragt wurden dabei Kommunikation via Mobiltelefon, Videotelefonie, asynchrone Chats/ SMS, E-Mail, Internettelefonie (ohne Bildübertragung), Festnetztelefon, synchrone Chats. Als potenzielle Zwecke der Kommunikation wurden Terminvereinbarungen, kurze Beratungen, Therapiegespräche, Kriseninterventionen und bei den Therapeut\*Innen Super- und Intervisionen abgefragt (vgl. Tabelle 5).

**Details zur Nutzung digitaler Kommunikation. Therapeut\*Innen.** Nun wurden die Therapeut\*Innen gebeten, einzuschätzen welche Anteile des digitalen Kontakts zu den Klient\*Innen, sie jeweils von einem *privaten Endgerät* (im Gegensatz zu einem *dienstlichen*), beziehungsweise von *Zuhause oder einem anderen Ort* (im Gegensatz zum *Arbeitsplatz*) aus getätigt hatten (Eingabe je: \_\_\_\_ %). Außerdem wurden die Therapeut\*Innen gefragt, ob sie durch die Umstellung auf digitale Medien durchschnittlich *mehr oder weniger Kontakt* zu ihren Klient\*Innen hatten (fünf-stufige Skala von 1~*sehr viel weniger* bis 5~*sehr viel mehr*). Darüber hinaus wurde nach einem bestimmten *Programm oder einer Anwendung* gefragt, die besonders häufig für den Kontakt mit Klient\*Innen genutzt wurde (*offene Eingabe*) und wie sowohl die *Zufriedenheit* mit diesem Programm, als auch die Zufriedenheit mit dem Angebot

an Anwendungen und Programmen zur Kommunikation allgemein sei (je fünf-stufige Skala: 1~*gar nicht zufrieden* bis 5~*sehr zufrieden*).

**Klient\*Innen.** Auch die Klient\*Innen wurden gefragt, ob sie durch die Umstellung auf digitale Medien *mehr oder weniger Kontakt* zu ihrer/m Therapeut\*In hatten (fünf-stufige Skala von 1~*sehr viel weniger* bis 5~*sehr viel mehr*). Es wurde ebenfalls gebeten ein *Programm oder eine Anwendung* anzugeben, die häufig für den Kontakt zur/ zum Therapeut\*In verwendet wurde (*offene Eingabe*) und die *Zufriedenheit* damit einzuschätzen (fünf-stufige Skala: 1~*gar nicht zufrieden* bis 5~*sehr zufrieden*).

**4. Wie ist die Akzeptanz der digitalen Kommunikation? Bedenken vor und nach der Nutzung digitaler Kommunikationsmedien. Therapeut\*Innen - Nutzer\*Innen.** Die Teilnehmenden wurden nach möglichen *Bedenken* gefragt, die sie gegenüber der digitalen Kommunikation in der psychotherapeutischen Behandlung hatten. Die Befragten konnten hier berufsrechtliche bzw. -ethische Bedenken, Skepsis gegenüber der Technik, Bedenken zum Datenschutz, Bedenken, ob die Therapie mit digitaler Kommunikation erfolgreich sein kann und Bedenken bezüglich der persönlichen Verbindung zu den Klient\*Innen jeweils auf einer fünf-stufigen Skala (1~*sehr viele Bedenken* bis 5~*gar keine Bedenken*) bewerten. Nutzer\*Innen wurden zusätzlich gefragt, inwiefern sie nun, nachdem sie bereits digitale Kommunikation genutzt hatten, diese Bedenken für *gerechtfertigt* hielten (fünf-stufige Skala: 1~*gar nicht berechtigt* bis 5~*sehr berechtigt*).

**Bedenken gegenüber der digitalen Kommunikation. Therapeut\*Innen - Nicht-Nutzer\*Innen.** Die Therapeut\*Innen, die digitale Kommunikation nicht genutzt hatten wurden ebenfalls zu *Bedenken* gegenüber der digitalen Behandlung befragt (es wurden die gleichen Kategorien und Skalen vorgegeben wie den Nutzer\*Innen) Es wurde außerdem nach besonders relevanten *Gründen* gefragt worden, *digitale Kommunikation in der Psychotherapie nicht zu nutzen* (*offene Eingabe*).

**Bedenken vor und nach der Nutzung digitaler Kommunikationsmedien. Klient\*Innen - Nutzer\*Innen.** Auch die Klient\*Innen wurden zu *Bedenken* befragt, die sie möglicherweise vor der Nutzung digitaler Kommunikation hatten. Bewertet werden konnten hierbei folgende Kategorien: Skepsis gegenüber der Technik, Bedenken zum Datenschutz, Bedenken, ob die Therapie mit digitaler Kommunikation erfolgreich sein kann und Bedenken bezüglich der persönlichen Verbindung zur/m Therapeut\*In (jeweils auf einer fünf-stufigen Skala: 1~*sehr viele Bedenken* bis 5~*gar keine Bedenken*). Nutzer\*Innen wurden zusätzlich gefragt, inwiefern sie nun, nachdem sie bereits digitale Kommunikation genutzt hatten, diese

Bedenken für *gerechtfertigt* hielten (fünf-stufige Skala: 1~gar nicht berechtigt bis 5~sehr berechtigt).

**Bedenken gegenüber der digitalen Kommunikation. Klient\*Innen - Nicht-Nutzer\*Innen.** Die Klient \*Innen, die digitale Kommunikation nicht genutzt hatten wurden zu Bedenken gegenüber der digitalen Behandlung befragt (es wurden die gleichen Kategorien und Skalen vorgegeben wie den Nutzer\*Innen). Sie wurden noch nach besonders relevanten *Gründen* gefragt worden, *digitale Kommunikation in ihrer psychotherapeutischen Behandlung nicht zu nutzen (offene Eingabe)*.

**Bewertung von Veränderungen durch die digitale Kommunikation - nur Nutzer\*Innen. Therapeut\*Innen.** Die befragten Therapeut\*Innen, die angegeben hatten, bereits digitale Medien in der Psychotherapie genutzt zu haben, wurden gebeten mögliche *Veränderung* in der Therapie zu *bewerten*. Es wurden dabei 13 Aspekte vorgegeben, die jeweils auf einer fünf-stufigen Skala von 1~*klar ein Nachteil* bis 5~*klar ein Vorteil* im Vergleich zum "Face-to-Face"-Kontakt zu beurteilen waren. Die Mitte der Skala (3) entsprach dabei der Bewertung eines Aspekts als *anders* im Vergleich zu "Face-to-Face" aber *weder als Vor- noch Nachteil*. Außerdem hatten die Befragten die Option Aspekte als *unverändert* im Vergleich zu "Face-to-Face"-Kontakt einzustufen. Folgende Aspekte wurden dabei vorgegeben: Flexibilität bei Einteilung der Therapie (bei Ort, Zeitpunkt und Dauer der Kommunikation), die Begleitung der Klient\*Innen in ihrem Alltag, die Abgrenzung, der Selbstoffenbarungsanteil in der Therapie, die aktive Mitarbeit der Klient\*Innen beim Erreichen der Therapieziele, Zuverlässigkeit der Klient\*Innen beim Einhalten der Termine, die Hemmschwelle für Klient\*Innen Behandlung aufzusuchen, Freiheit in der Auswahl therapeutischer Methoden und Techniken, Gewinnen eines Gesamteindrucks zur aktuellen Verfassung der Klient\*Innen, Aufbau einer persönlichen Verbindung zu den Klient\*Innen, Tiefe und Intensität der Kommunikation, empathisches Eingehen auf die Klient\*Innen und Schaffen einer offenen und vertraulichen Gesprächsatmosphäre.

Schließlich wurde noch offen nach weiteren wahrgenommenen Veränderungen und dementsprechend Vor- oder auch Nachteilen der digitalen Kommunikation in der Therapie gefragt.

**Bewertung von Veränderungen durch die digitale Kommunikation - nur Nutzer\*Innen. Klient\*Innen.** Auch die Nutzer\*Innen unter den Klient\*Innen konnten mögliche *Veränderungen durch die digitale Therapie* danach beurteilen, ob sie im Vergleich zur "Face-to-Face"-Behandlung einen *Vor-, oder einen Nachteil* darstellten, unterschiedlich aber weder als Vor- noch als Nachteil wahrgenommen wurden, oder ob sie nicht als

tatsächliche Veränderung empfunden wurden. Hier waren neun Kategorien vorgegeben: Flexibilität in Einteilung der Behandlung (Ort, Zeitpunkt und Dauer der Kommunikation), die Begleitung durch die/den Therapeut\*In im Alltag, die Motivation aktiv am Erreichen der Therapieziele mitzuarbeiten, die Hemmschwelle eine Behandlung aufzusuchen, die persönliche Verbindung zur/m Therapeut\*In, die Tiefe und Intensität der Kommunikation, sich von der/vom Therapeut\*In verstanden fühlen bzw. dass sie/er empathisch auf die/den Klient\*In eingeht der organisatorische Aufwand sowie der finanzielle Aufwand.

Anschließend wurde ebenfalls offen nach *weiteren wahrgenommenen Vor- und Nachteilen* gefragt.

Darüber hinaus wurden die Klient\*Innen dann noch um ihre Einschätzung gebeten, ob sich durch die digitale Kommunikation in der psychotherapeutischen Behandlung etwas an der wahrgenommenen *Stigmatisierung im gesellschaftlichen Umfeld*, aufgrund der Inanspruchnahme psychotherapeutischer Behandlung geändert habe (fünf-stufige Skala: 1~*viel geringer* bis 5~*viel stärker*), ob ihnen mit digitaler Kommunikation ein *Erstkontakt leichter oder schwerer* gefallen wäre (fünf-stufige Skala: 1~*viel schwerer* bis 5~*viel leichter*) und ob sie *rascher oder später psychotherapeutische Behandlung aufgesucht* hätten (fünf-stufige Skala: 1~*viel rascher* bis 5~*viel später*), wäre der Erstkontakt bereits digital erfolgt. Die Nutzer\*Innen wurden gefragt, ob die Verwendung der digitalen Kommunikation etwas an ihrer *Einstellung zu digitaler Kommunikation generell oder zu digitaler Kommunikation in der Psychotherapie verändert* hätte (je fünf-stufige Skala: 1~*viel negativer* bis 5~*viel positiver*).

**Gesamtbeurteilung -nur Nutzer\*Innen.** Schließlich wurden Therapeut\*Innen und Klient\*Innen um eine *Gesamteinschätzung* gebeten, ob für sie alles in allem eher die Vor- oder die Nachteile der digitalen Psychotherapie überwiegen (fünf-stufigen Skala: 1~*klar die Nachteile überwiegen* bis 5~*klar die Vorteile überwiegen*) würden.

Zusätzlich wurde erhoben, ob die Befragten planten digitale Kommunikation auch *nach der kompletten Aufhebung der Corona-Maßnahmen weiter für die psychotherapeutische Behandlung zu nutzen*-vorausgesetzt es sei gesetzlich erlaubt (fünf-stufige Skala: 1~*gar nicht mehr* bis 5~*nur mehr digitale Kommunikation*).

**5. Wie ist die Meinung der Psychotherapeut\*Innen zur Internetrichtlinie des Bundesministeriums? (nur Therapeut\*Innen)** Den Therapeut\*Innen wurde das Zitat aus der Internetrichtlinie vorgelegt, das die *Begründung für das Verbot von digitaler psychotherapeutischer Behandlung* liefert (siehe S.17, BMSGPK, 2020a). Auf einer fünf-

stufigen Skala von 1~*Ich stimme gar nicht zu* bis 5~*Ich stimme vollkommen zu* wurden die Therapeut\*Innen gebeten ihre Zustimmung zu dieser Begründung einzuschätzen.

Als nächstes wurde den Therapeut\*Innen die Ausführung aus der Internetrichtlinie des BMSGPK zur *Abgrenzung von psychotherapeutischer Beratung und Behandlung* vorgelegt. Die Therapeut\*Innen wurden gefragt, ob sie *für oder gegen eine Lockerung* des bisherigen Verbots von psychotherapeutischer diagnostischer Abklärung und Indikationsstellung wären, bzw. des Verbots psychotherapeutischer Behandlung (je fünf-stufige Skala: 1~*strikt gegen eine Lockerung* bis 5~*strikt für eine Lockerung*, und ob sie die explizite Trennung von Beratung und Behandlung bezüglich der digitalen Kommunikation für sinnvoll hielten (vier-stufige Skala: 1~*gar nicht sinnvoll* bis 5~*sehr sinnvoll*).

Abschließend wurde noch in einer offenen Frage nach Anmerkungen zur Internetrichtlinie des Bundesministeriums gefragt.

**6. Was sind Voraussetzungen und wie wird die zukünftige Entwicklung der Nutzung digitaler Kommunikation eingeschätzt? Therapeut\*Innen.** Zunächst wurden die Therapeut\*Innen gefragt, ob sie es als Voraussetzung ansehen würden, *Ausbildungsinhalte* im Bereich der Telefon- / Online-Beratung absolviert zu haben und ob sie selbst dies getan hatten.

Die Therapeut\*Innen wurden außerdem nach der Wichtigkeit gefragt, die Klient\*Innen zumindest bei einer ersten persönlichen Sitzung kennen lernen, bzw. in weiteren Sitzungen persönlich zu sehen (je fünf-stufige Skala: 1~*unwichtig* bis 5~*zwingend notwendig*).

Die Teilnehmenden wurden weiters gefragt, welche *persönliche Faktoren* bei Therapeut\*Innen und Klient\*Innen und welche *störungs- oder therapiephasenbezogenen Faktoren* sie für den Einsatz digitaler Kommunikation als eher günstig bzw. ungünstig ansehen würden und welche *Voraussetzungen* für einen sinnvollen Einsatz in Österreich noch geschaffen werden müssten (je *offene Eingabe*).

**Klient\*Innen (nur Nutzer\*Innen).** Auch die Klient\*Innen, die bereits digitale Medien in der Therapie genutzt hatten, wurden gefragt, *wie wichtig* sie es empfinden würden, in einer psychotherapeutischen Behandlung, die hauptsächlich via digitaler Kommunikation abläuft, zumindest bei einer *ersten persönlichen Sitzung* („Face-to-Face“) die/den Therapeut\*In kennen zu lernen, bzw. in *weiteren Sitzungen persönlich* zu sehen (je fünf-stufige Skala: 1~*unwichtig* bis 5~*zwingend notwendig*).

Weiters wurden auch die Klient\*Innen gefragt, ob es ihrer Meinung nach *persönliche Faktoren* gibt, die für einen erfolgreichen Einsatz digitaler Kommunikationsmedien in der Therapie hilfreich oder weniger hilfreich sein können.

**Einschätzungen zu zur zukünftigen Entwicklung der digitalen Kommunikation in der psychotherapeutischen Behandlung. Therapeut\*Innen.** Im letzten Teil wurden die Therapeut\*Innen noch gefragt, für *wie wahrscheinlich* sie es halten, dass sich die digitale Kommunikation in der psychotherapeutischen Behandlung in Österreich *in Zukunft stärker durchsetzen* werde (vier-stufige Skala von 1~*sehr unwahrscheinlich* bis 5~*sehr wahrscheinlich*).

**Klient\*Innen (nur Nutzer\*Innen).** Die Klient\*Innen, die bereits digitale Medien in ihrer Therapie genutzt hatten, wurden offen gefragt, was sie als Gründe dafür ansehen, dass die psychotherapeutische Behandlung in Zukunft von der digitalen Kommunikation profitieren wird und Gründe dafür, dass sie nicht davon profitieren wird.

**Abschließende Bemerkungen.** Als letzter Punkt wurde allen Teilnehmenden die Möglichkeit gegeben noch eine abschließende Bemerkung zu der Befragung abzugeben.

Aufgrund des explorativen Charakters der Untersuchung wird auf Formulierung von Hypothesen verzichtet.

## Beschreibung der Stichprobe

Insgesamt umfasste die Stichprobe 150 Psychotherapeut\*Innen und neun Klient\*Innen. Fragebögen, bei denen weniger als zwei Drittel der Fragen beantwortet worden waren, wurden nicht berücksichtigt. Angeschrieben wurden 1 430 Therapeut\*Innen, 150 hatten den Fragebogen zu mindestens zwei Drittel ausgefüllt (Rücklaufquote 10.5%), sowie neun Klient\*Innen.

Tabelle 1 zeigt eine kurze Übersicht der Stichproben bezüglich Alter, Geschlecht und ggf. Angabe zur Ausbildung bzw. Dauer der Behandlung. Das Durchschnittsalter der Psychotherapeut\*Innen betrug 52.0 Jahre ( $SD=10.0$ ), wobei fünf Teilnehmende davon keine Angabe gemacht hatten. Es ordneten sich 91 Personen (61.1%) als weiblich ein, 58 (38.9%) als männlich und eine Person hatte hier nicht geantwortet. Zum Zeitpunkt der Befragung befanden sich 35 der Therapeut\*Innen (23.3%) noch in Ausbildung.

Bei den Klient\*Innen lag das Durchschnittsalter bei 33.8 Jahren ( $SD=10.0$ ). Es gaben fünf Personen (55.6%) an, weiblich zu sein und vier (44.4%) männlich. Im Durchschnitt befanden sich die Befragten seit 2.7 Jahren ( $SD=2.5$ ) in psychotherapeutischer Behandlung,

wobei eine Person keine Angabe dazu gemacht hatte. Zwei Klient\*Innen gaben an, sich aufgrund der Selbsterfahrung für die Ausbildung in Behandlung zu befinden. Ansonsten wurden Depression, Angst- und Panikstörungen, geringes Selbstvertrauen und Eheprobleme als Gründe für die Behandlung genannt.

Tabelle 1

*Stichprobenübersicht mit Alter, Geschlecht und Angaben zu Ausbildung (Therapeut\*Innen) bzw. zu Dauer der psychotherapeutischen Behandlung (Klient\*Innen)*

|                                   |               | Therapeut*Innen N=150 |                     | Klient*Innen N=9 |                   |
|-----------------------------------|---------------|-----------------------|---------------------|------------------|-------------------|
| Alter                             | <i>M (SD)</i> | <i>n</i> =145         | 52.0 (10.0)         | <i>n</i> =9      | 33.8 (10.0)       |
| Geschlecht                        | <i>n (%)</i>  | <i>n</i> =149         | 91 (61.1) weiblich  | <i>n</i> =9      | 5 (55.6) weiblich |
|                                   |               |                       | 58 (38.9) männlich. |                  | 4 (44.4) männlich |
| in Ausbildung                     | <i>n (%)</i>  | <i>n</i> =150         | 35 (23.3)           | -                |                   |
| Dauer der Behandlung<br>in Jahren | <i>M (SD)</i> | -                     |                     | <i>n</i> =8      | 2.7 (2.5)         |

Unter den Therapeut\*Innen waren bis auf Gruppenpsychoanalyse, Daseinsanalyse, Autogene Psychotherapie und Neuro-Linguistische Psychotherapie, alle der 23 in Österreich zugelassenen psychotherapeutischen Ausrichtungen vertreten. Tabelle 2 bildet die genauen Zuordnungen zu den psychotherapeutischen Methoden im Einzelnen ab.

Am häufigsten waren therapeutische Ausrichtungen der humanistisch-existenziellen Orientierung vertreten (68, 45.3%), gefolgt von Methoden der tiefenpsychologisch-psychodynamischen Orientierung (52, 34.7%). Therapeutischen Ausrichtungen der Systemischen Orientierung ordneten sich 22 Teilnehmende zu (14.7%) und sieben Therapeut\*Innen (4.7%) gaben an, sich am ehesten der Verhaltenstherapie zuzuordnen, eine Person (0.7%) hatte hier "andere" ausgewählt und "Körperpsychotherapie" genannt.

Tabelle 2  
*Zuordnung der Therapeut\*Innen zu den therapeutischen Orientierungen und Methoden*

| Therapeutische Orientierung und Methode                      | <i>n (%)<sup>a</sup></i> |
|--------------------------------------------------------------|--------------------------|
| <u>Humanistisch-existenzielle Orientierung</u>               | <u>68 (45.3)</u>         |
| Existenzanalyse                                              | 8 (5.3)                  |
| Existenzanalyse und Logotherapie                             | 9 (6.0)                  |
| Gestalttheoretische PT                                       | 2 (1.3)                  |
| Integrative Therapie                                         | 3 (2.0)                  |
| Integrative Gestalttherapie                                  | 14 (9.3)                 |
| Klientenzentrierte PT                                        | 6 (4.0)                  |
| Personenzentrierte PT                                        | 18 (12.0)                |
| Psychodrama                                                  | 8 (5.3)                  |
| <br><u>Tiefenpsychologisch-psychodynamische Orientierung</u> | <br><u>52 (34.7)</u>     |
| Analytische Psychologie                                      | 3 (2.0)                  |
| Individualpsychologie                                        | 4 (2.7)                  |
| Psychoanalyse/Psychoanalytische PT                           | 8 (5.3)                  |
| Psychoanalytisch orientierte PT                              | 5 (3.3)                  |
| Dynamische Gruppenpsychotherapie                             | 2 (1.3)                  |
| Hypnosepsychotherapie                                        | 1 (0.7)                  |
| Katathym Imaginative PT                                      | 17 (11.3)                |
| Konzentrierte Bewegungstherapie                              | 4 (2.7)                  |
| Transaktionsanalytische PT                                   | 8 (5.3)                  |
| <br><u>Systemische Orientierung</u>                          | <br><u>22 (14.7)</u>     |
| Systemische Familientherapie                                 |                          |
| <br><u>Verhaltenstherapeutische Orientierung</u>             | <br><u>7 (4.7)</u>       |
| Verhaltenstherapie                                           |                          |
| <br><u>Andere</u>                                            | <br><u>1 (0.7)</u>       |
| „Körperpsychotherapie“                                       |                          |

*Anmerkungen.* <sup>a</sup> Die Spaltensumme kann aufgrund des Rundens auf eine Dezimalstelle von 100.0% abweichen.

## Ergebnisse

### Belastung durch die Corona-Situation

**Therapeut\*Innen.** Bei der Frage nach *wahrgenommenen erhöhten Bedarf an psychotherapeutischer Unterstützung bei ihren Klient\*Innen* hatten alle Befragten geantwortet und im Durchschnitt einen geringfügig erhöhten Bedarf wahrgenommen ( $M=2.2$ ,  $SD=1.0$ ). Die Mehrheit von 84 der Therapeut\*Innen (56.0%) gab an, gar kein erhöhten oder

nur einen geringfügig erhöhten Bedarf wahrgenommen zu haben, 54 (36.0%) nahmen einen moderat erhöhten Bedarf und 12 (8.0%) einen stark erhöhten Bedarf wahr. Keine/r der Befragten gab an, einen sehr stark erhöhten Bedarf wahrgenommen zu haben.

Auf die Frage mit wie vielen ihrer Klient\*Innen die *Therapie pausiert* wurde hatten 149 Therapeut\*Innen geantwortet, 24 (16.1%) hatten mit keiner/m ihrer Klient\*Innen die Therapie ausgesetzt. Die anderen 125 pausierten im Mittel mit 39.7% ihrer Klient\*Innen die Therapie in der akuten Phase ( $SD=26.3$ ). Es hatten drei (2.0%) die Therapie in dieser Zeit mit all ihren Klient\*Innen pausiert. Tabelle 3 sind die genauen Angaben zur Belastung durch die Corona-Situation zu entnehmen.

Tabelle 3

*Angaben der Therapeut\*Innen zur wahrgenommen zusätzlichen Belastung bei Menschen in psychotherapeutischer Behandlung durch die Corona-Situation*

| Therapeut*Innen N=150                                                                   |                                        |                     |                                                        |                 |                         |
|-----------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|---------------------|--------------------------------------------------------|-----------------|-------------------------|
| Bedarf der Klient*Innen an<br>therapeut. Unterstützung<br>durch die Corona-<br>Pandemie | gar nicht<br>erhöht                    | gering<br>erhöht    | moderat<br>erhöht                                      | stark<br>erhöht | sehr<br>stark<br>erhöht |
| n (%)                                                                                   | 45 (30.0)                              | 39 (26.0)           | 54 (36.0)                                              | 12 (8.0)        | 0 (0.0)                 |
| Durchschnitt                                                                            | M=2.2 (~gering erhöhter Bedarf) SD=1.0 |                     |                                                        |                 |                         |
| Therapie pausiert: <sup>a</sup> im Mittel mit 39.7% der Klient*Innen (n=149, SD=26.3)   |                                        |                     |                                                        |                 |                         |
| Top 3 der belastenden Themen<br>n=147                                                   | “social<br>distancing”<br>74 (50.3)    | Ängste<br>64 (43.5) | wirtschaftliche Sorgen,<br>Zukunftssorgen<br>29 (19.7) |                 |                         |

*Anmerkungen.* <sup>a</sup> während der akuten Phase der Maßnahmen

Auch die drei häufigst genannten *Themen*, die für Klient\*Innen belastend erschienen sind in Tabelle 3 dargestellt, hier hatten 147 Therapeut\*Innen geantwortet. Am häufigsten (von 74, 50.3%) wurde das Thema des “social distancing” (Aufruf zum Vermeiden von nicht unbedingt notwendigen Kontakten während der Corona-Pandemie) und das damit verbundene Gefühl von Isolation und Einsamkeit genannt.

Von 64 der Therapeut\*Innen (43.5%) wurde die Belastung durch *Ängste* angegeben. Hier wurden diffuse Ängste vor Ansteckung und vor dem Virus allgemein, als auch Todes- und Verlustängste, sowie Angst um Angehörige genannt.

Etwa ein Fünftel der Therapeut\*Innen (29, 19.7%) nannte die *Belastung durch wirtschaftliche oder finanzielle Sorgen*, Angst vor Verlust des Arbeitsplatzes und Zukunftssorgen.

Generelle *Verunsicherung und Ungewissheit* wurde von 24 (16.3%) der Therapeut\*Innen als belastender Aspekt aufgezählt und 17 Befragte (11.6%) gaben an, das *Gefühl von eingesperrt sein* als relevantes Thema bei ihren Klient\*Innen wahrgenommen zu haben. Etwa ein Zehntel der Therapeut\*Innen (14, 9.5%) nannte *familiäre Konflikte* bzw. *Konflikte im Haushalt* als ein relevantes Problem (zu große Enge im Haushalt durch die Ausgangsbeschränkungen, Streit in der Familie oder in der Beziehung, problematische Familienverhältnisse). Weiters berichteten 13 der Therapeut\*Innen (8.8%) von einer Belastung von Betroffenen durch *Überforderung*. Insbesondere Alleinerziehende seien überlastet durch die Betreuung der Kinder, Organisation des Unterrichts zuhause und dem gleichzeitigen Erfüllen von beruflichen Ansprüchen. Acht (5.4%) erwähnten, dass es bei einigen Klient\*Innen zu *Retraumatisierungen* oder zu Triggermomenten aufgrund der außergewöhnlichen Situation gekommen sei.

Insgesamt 19 Therapeut\*Innen (12.9%) gaben an, *keine besonders problematischen Themen* festgestellt zu haben.

**Klient\*Innen.** Die Klient\*Innen berichteten im Mittel von einer *moderat erhöhten Belastung* (fünf-stufige Skala,  $M=2.7$ ,  $SD=0.9$ ) durch die Situation. Eine Person (11.1%) berichtete von gar keiner, zwei (22.2%) von einer gering erhöhten Belastung, fünf Befragte (55.6%) von einer moderat erhöhten und ein/e Klient\*In (1.11%) berichtete von einer stark erhöhten Belastung. Tabelle 4 zeigt die Antworten der Klient\*Innen zur Belastung durch die Corona-Pandemie.

Im Durchschnitt hatten die Klient\*Innen außerdem einen *geringen zusätzlichen Bedarf an Unterstützung* berichtet ( $M=2.3$ ,  $SD=0.7$ ). Eine Person (11.1%) hatte gar keinen erhöhten Bedarf und jeweils vier (44.4%) hatten einen eher gering bzw. moderat erhöhten Bedarf an Unterstützung wahrgenommen.

Ein Drittel (3, 33.3%) hatte die reguläre *Therapie während der akuten Phase pausiert*, sieben der neun Klient\*Innen (77.8%) hatten in der akuten Phase der Pandemie *zusätzliche psychotherapeutische Unterstützung* wahrgenommen.

Alle genannten Themen, die als besonders belastend wahrgenommen wurden sind ebenfalls in Tabelle 4 enthalten.

Tabelle 4

*Angaben der Klient\*Innen zur wahrgenommen zusätzlichen Belastung durch die Corona-Situation*

| Klient*Innen N=9                                                            |                                                                                                                                                                                         |               |                |              |                   |
|-----------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|----------------|--------------|-------------------|
| Belastung durch die Corona-Pandemie                                         | gar nicht erhöht                                                                                                                                                                        | gering erhöht | moderat erhöht | stark erhöht | sehr stark erhöht |
| <i>n (%)</i>                                                                | 1 (11.1)                                                                                                                                                                                | 2 (22.2)      | 5 (55.6)       | 1 (11.1)     | 0 (0.0)           |
| Durchschnitt                                                                | <i>M=2.7 (~moderat erhöhte Belastung) SD=0.9</i>                                                                                                                                        |               |                |              |                   |
| Bedarf an zusätzlicher Unterstützung                                        | gar nicht erhöht                                                                                                                                                                        | gering erhöht | moderat erhöht | stark erhöht | sehr stark erhöht |
| <i>n (%) <sup>a</sup></i>                                                   | 1 (11.1)                                                                                                                                                                                | 4 (44.4)      | 4 (44.4)       | 0 (0.0)      | 0 (0.0)           |
| Durchschnitt                                                                | <i>M=2.3 (~gering erhöhter Bedarf) SD=0.7</i>                                                                                                                                           |               |                |              |                   |
| Therapie pausiert: 3 (33.3%) zusätzl. Unterstützung wahrgenommen: 7 (77.8%) |                                                                                                                                                                                         |               |                |              |                   |
| Belastende Themen<br><i>n=7</i>                                             | <i>Unsicherheit, Ängste um Familie / Freunde / die eigene Gesundheit, das Leben auf engstem Raum, wirtschaftliche Sorgen, mangelnde Erklärung und Nachvollziehbarkeit der Maßnahmen</i> |               |                |              |                   |

*Anmerkungen.* <sup>a</sup>Die Zeilensumme kann aufgrund des Rundens auf eine Dezimalstelle von 100.0% abweichen.

## Nutzung digitaler Kommunikation

### Nutzung digitaler Kommunikation zu den verschiedenen Zeitpunkten.

**Therapeut\*Innen.** Von den 150 *Therapeut\*Innen*, die an der Befragung teilnahmen, hatten 10 (6.7%) noch nie digitale Kommunikation über die Terminvereinbarung hinaus genutzt. Bereits vor der Corona-Pandemie hatten dies 47 (31.3%) getan, während der akuten Phase der Maßnahmen hatten 135 *Therapeut\*Innen* (90.0%) digitale Kommunikationsmedien im Kontakt zu ihren Klient\*Innen verwendet. Zum Zeitpunkt der Befragung nutzten noch 129 *Therapeut\*Innen* (86.0%) digitale Kommunikation. Von den *Therapeut\*Innen*, die vor der Pandemie digitale Kommunikation genutzt hatten, hatten außerdem 40 eine Angabe gemacht, wie lange sie diese bereits nutzten: 19 (47.5%) nutzten digitale Medien seit zwei Jahren oder länger, neun (22.5%) seit ein bis zwei Jahren, vier (10.0%) seit einem halben bis einem Jahr

und acht (20.0%) nutzten digitale Medien erst seit ein bis sechs Monaten über die Terminvereinbarung hinaus.

**Klient\*Innen.** Unter den *Klient\*Innen* gaben sechs der neun Befragten (66.7%) an, schon digitale Kommunikation über die Terminvereinbarung hinaus in ihrer Behandlung verwendet zu haben, wobei eine Person angab, diese zwar einmal in der Therapie genutzt zu haben, dies dann aber weder während, noch nach der akuten Phase der Pandemie erneut getan zu haben. Diese Person pausierte ihre regelmäßige Therapie während der Pandemie und schrieb als Bemerkung: "*Das öftere Telefonieren und die Webinare. Ich lasse es und warte bis es wieder zum persönlichen Treffen möglich ist.*" Eine Person (11.1%) hatte schon vor der Corona-Pandemie, seit ein bis sechs Monaten digitale Kommunikation in der Therapie verwendet. Während der Krise hatten fünf Klient\*Innen (55.6%) digitale Medien genutzt und zum Zeitpunkt der Befragung waren es zwei (22.2%).

#### **Nutzung verschiedener Medien zu verschiedenen Kommunikationszwecken.**

**Therapeut\*Innen. Medien:** Nach Angaben der *Therapeut\*Innen* wurde insgesamt am häufigsten telefonische Kommunikation via *Mobiltelefon* genutzt. Vor der akuten Phase nutzten diese Kommunikation 46 der 47 Therapeut\*Innen (97.9%), die hier schon digitale Medien nutzten mindestens zu einem Zweck, während der Corona-Phase 130 der 135 (96.3%) und zum Zeitpunkt der Befragung 123 der 129 Therapeut\*Innen (95.3%), die hier digitale Kommunikation genutzt hatten.

Am zweithäufigsten wurde die *Videotelefonie* verwendet. Es hatten vor der Corona-Phase 22 (46.8%), während der Maßnahmen 104 (77.0%) und zum Zeitpunkt der Umfrage 91 (70.5%) Therapeut\*Innen für mindestens einen Kommunikationszweck auf Videotelefonie zurückgegriffen.

Bei *asynchronen Nachrichtendiensten* oder Chats hatten vor der akuten Corona-Phase 41 (87.2%), während der akuten Phase 100 (74.1%) und zum Zeitpunkt der Befragung 93 (72.1%) Therapeut\*Innen angegeben, diese Kommunikation für mindestens einen Zweck gewählt zu haben.

Bei *E-Mails* waren das vor der Pandemie 40 (85,1%), während der akuten Phase 94 (69.9%) und nach der akuten Phase 92 (71.3%) gewesen.

Weniger genutzt wurde *Internettelefonie ohne Bild*. Es hatten 11 Therapeut\*Innen (23.4%) diese vor der Pandemie, 30 (22.2%) während und 22 (17.1%) nach der akuten Phase genutzt.

*Festnetztelefonie* nutzten vor der Krise 10 Befragte (21.3%), während der Krise 23 (17.0%) und zum Zeitpunkt der Befragung 23 (17.8%).

Am seltensten wurde von den Befragten angegeben *synchrone - also zeitgleiche Chats* oder Nachrichtendienste zu mindestens einem Zweck genutzt zu haben. Vier Personen (8.5%) hatten das vor der Pandemie, 26 (19.3%) in der akuten Phase und 20 (15.5%) nach den ersten Lockerungen. Die Angaben zu der Nutzung der einzelnen Medien sind in Tabelle 5 abgebildet.

*Zwecke:* Bezüglich der Kommunikationszwecke zeigte sich bei den *Therapeut\*Innen*, dass die *Terminvereinbarung* der Zweck war, bei dem vor und nach der akuten Phase der Pandemie die meisten Therapeut\*Innen angegeben hatten, zumindest ein digitales Kommunikationsmedium genutzt zu haben. Vor der Krise waren es 42 (89.4%), während der akuten Krise 119 (88.1%) und nach der akuten Phase 116 (89.9%).

Für *kurze Beratungen* nutzten 37 Therapeut\*Innen (78.7%) vor der Pandemie mindestens eine Form der digitalen Kommunikation, 85 Therapeut\*Innen (63.0%) während und 66 (51.2%) nach der akuten Phase.

In der akuten Phase am häufigsten über digitale Kommunikation getätigt wurden *Therapiesgespräche*, vor der Krise taten dies 25 Befragte (53.2%), während der Krise beinahe alle Therapeut\*Innen (130, 96.3%), die zu dieser Zeit digitale Medien genutzt hatten, und zum Zeitpunkt der Befragung noch 112 (86.8%).

Für *Kriseninterventionen* nutzten 36 Therapeut\*Innen (76.6%) vor der Pandemie, 71 (52.6%) während und 52 (40.3%) nach der akuten Phase der Maßnahmen digitale Kommunikation.

Am wenigsten wurde bei dem Zweck der *Super- und Intervisionen* von den Befragten angegeben digitale Medien genutzt zu haben. Vor der Krise gaben dies 13 Therapeut\*Innen (27.7%) an, während der akuten Phase 58 (43.0%) und zum Zeitpunkt der Befragung 51 (49.5%). Tabelle 5 zeigt die Antworten zu den Kommunikationszwecken.

**Klient\*Innen. Medien:** Bei den Klient\*Innen wurde vor der Krise von der einen Person, die hier schon digitale Medien in der Therapie genutzt hatte, das *Mobiltelefon* für mindestens einen Kommunikationszweck verwendet. Während der akuten Phase der Pandemie hatten dies alle der fünf Klient\*Innen, die digitale Medien in ihrer Behandlung während dieser Phase genutzt hatten, getan. Zum Zeitpunkt der Befragung nutzte keine/r der Klient\*Innen Mobiltelefonie.

Tabelle 5

*Genutzte Medien für mindestens einen Kommunikationszweck bzw. Kommunikationszwecke für mindestens einer Form der digitalen Kommunikation*

| Medien                   | Therapeut*Innen |                  |                  | Klient*Innen   |                |                |
|--------------------------|-----------------|------------------|------------------|----------------|----------------|----------------|
| <i>n (%)<sup>a</sup></i> | T1 <i>n</i> =47 | T2 <i>n</i> =135 | T3 <i>n</i> =129 | T1 <i>n</i> =1 | T2 <i>n</i> =5 | T3 <i>n</i> =2 |
| Mobiltelefon             | 46 (97.9)       | 130 (96.3)       | 123 (95.3)       | 1 (100.0)      | 5 (100.0)      | 0 (0.0)        |
| Videotelefonie           | 22 (46.8)       | 104 (77.0)       | 91 (70.5)        | 0 (0.0)        | 0 (0.0)        | 0 (0.0)        |
| Asynchroner Chat /SMS    | 41 (87.2)       | 100 (74.1)       | 93 (72.1)        | 1 (100.0)      | 2 (40.0)       | 0 (0.0)        |
| E-Mail                   | 40 (85.1)       | 94 (69.9)        | 92 (71.3)        | 1 (100.0)      | 2 (40.0)       | 1 (50.0)       |
| Internettelefonie        | 11 (23.4)       | 30 (22.2)        | 22 (17.1)        | 0 (0.0)        | 0 (0.0)        | 0 (0.0)        |
| Festnetztelefon          | 10 (21.3)       | 23 (17.0)        | 23 (17.8)        | 0 (0.0)        | 0 (0.0)        | 0 (0.0)        |
| Chat synchron            | 4 (8.5)         | 26 (19.3)        | 20 (15.5)        | 0 (0.0)        | 1 (20.0)       | 1 (50.0)       |
| Zwecke                   | Therapeut*Innen |                  |                  | Klient*Innen   |                |                |
| <i>n (%)</i>             | T1 <i>n</i> =47 | T2 <i>n</i> =135 | T3 <i>n</i> =129 | T1 <i>n</i> =1 | T2 <i>n</i> =5 | T3 <i>n</i> =2 |
| Terminvereinbarung       | 42 (89.4)       | 119 (88.1)       | 116 (89.9)       | 1 (100.0)      | 4 (80.0)       | 1 (50.0)       |
| kurze Beratungen         | 37 (78.7)       | 85 (63.0)        | 66 (51.2)        | 1 (100.0)      | 1 (20.0)       | 0 (0.0)        |
| Therapiegespräche        | 25 (53.2)       | 130 (96.3)       | 112 (86.8)       | 1 (100.0)      | 5 (100.0)      | 1 (50.0)       |
| Kriseninterventionen     | 36 (76.6)       | 71 (52.6)        | 52 (40.3)        | 1 (100.0)      | 1 (20.0)       | 0 (0.0)        |
| Super-/ Interventionen   | 13 (27.7)       | 58 (43.0)        | 51 (49.5)        | -              | -              | -              |

*Anmerkungen.* <sup>a</sup> Jeweils zu den Zeitpunkten: T1 = vor der Pandemie T2 = während der akuten Phase der Maßnahmen T3 = zum Zeitpunkt der Befragung

*Videotelefonie* wurden von keiner/m Klient\*In weder vor, während, noch nach der akuten Krise genutzt.

*Asynchrone Nachrichtendienste* wurden vor der Krise genutzt (1,100.0%), während der akuten Krise von zwei Klient\*Innen (40.0%), nach der Krise von keiner/m der Befragten.

Von *E-Mail*-Kontakt machte die Person, die vor der Pandemie digitale Kommunikation genutzt hatte, Gebrauch und auch zwei der fünf Klient\*Innen (40.0%), die

während der akuten Phase und eine der zwei Personen (50.0%), die nach der akuten Phase digitale Medien genutzt hatten. *Internet- und Festnetztelefonie* wurden zu keinem Zeitpunkt genutzt. Synchrone Chats wurden nicht vor, aber während der akuten Krise und zum Zeitpunkt der Befragung von je einer Person (20.0%, 50.0%) verwendet.

*Zwecke:* Bezüglich der *Zwecke* der Kommunikation wurden bei den *Klient\*Innen* von der Person, die vor Krise bereits digitale Medien in der Therapie genutzt hatte, für alle Zwecke mindestens eine Art von digitaler Kommunikation verwendet. *Terminvereinbarungen* fanden während der akuten Phase bei vier Klient\*Innen (80.0%) und zum Zeitpunkt der Befragung bei einer (50.0%) über digitale Kommunikation statt.

*Kurze Beratungen* hatte eine Person während der akuten Phase (20.0%) über digitale Medien in Anspruch genommen, nach der akuten Phase keine mehr.

Während der akuten Krise nutzten alle Klient\*Innen digitale Kommunikation für *Therapiegespräche*, eine (50.0%) auch danach.

Eine Person (20.0%) hatte *Kriseninterventionen* während der akuten Phase über digitale Medien in Anspruch genommen, nach der akuten Phase keine mehr. Tabelle 5 zeigt auch die Angaben der Klient\*Innen zur Nutzung in der Übersicht.

**Details zur Nutzung digitaler Kommunikation. Therapeut\*Innen.** Die 129 Therapeut\*Innen, die zur *Verwendung von privaten vs. dienstlichen Endgeräten* eine Angabe gemacht hatten, nutzten im Durchschnitt für 45.8% der Kontakte zu ihren Klient\*Innen ihr privates und zu 54.2% ein dienstliches Endgerät ( $SD=43.4$ ). Ausschließlich ihr privates Gerät zu nutzen hatten 38 Therapeut\*Innen (29.5%) angegeben, nicht bei dem gesamten Kontakt aber bei mehr als der Hälfte 14 (10.9%) bei genau der Hälfte des Kontakts ihr privates Gerät genutzt zu haben, berichteten 11 Personen (8.5%) und 23 (17.8%) nutzten das private Gerät, für weniger als 50% des Kontakts. Ein Drittel (43, 33.3%) hatte angegeben ausschließlich ein dienstliches Gerät zu verwenden. Tabelle 6 stellt die Angaben der Therapeut\*Innen zu den Details in der Nutzung digitaler Kommunikation dar

Im Mittel gaben die 127 Therapeut\*Innen, die auf die Frage nach dem *Ort der Kommunikation* geantwortet hatten an, 46.6% des Kontakts zu ihren Klient\*Innen vom Arbeitsplatz aus und 53.4% von anderen Orten aus zu tätigen ( $SD=40.2$ ). Es hatten 24 Therapeut\*Innen (18.9%) berichtet ausschließlich vom Arbeitsplatz aus zu kommunizieren. Bei mehr als 50% des Kontakts taten dies nach Angabe 31 (24.4%). Genau zur Hälfte des Kontakts am Arbeitsplatz zu sein, hatten 10 Befragte (7.9%) angegeben, 28 (22.1%) bei weniger als 50% des Kontakts und 34 Therapeut\*Innen (26.8%) gaben an, den gesamten Kontakt zu Ihren Klient\*Innen von einem anderen Ort als dem Arbeitsplatz aus zu tätigen.

Tabelle 6

*Details zur Nutzung der digitalen Kommunikationsmedien bei den Therapeut\*Innen*

| Nutzung des privaten Endgeräts<br><i>n</i> =129                      | gar nicht<br><i>n</i> (%) <sup>a</sup>               | 1-49% des Kontakts | 50% des Kontakts | 51-99% d. Kontakts | 100% des Kontakts |
|----------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|--------------------|------------------|--------------------|-------------------|
|                                                                      | 43 (33.3)                                            | 23 (17.8)          | 11 (8.5)         | 14 (10.9)          | 38 (29.5)         |
| <i>M</i> =45.8% des Kontakts vom privaten Gerät aus, <i>SD</i> =43.4 |                                                      |                    |                  |                    |                   |
| Kontakt am Arbeitsort<br><i>n</i> =127                               | 34 (26.8)                                            | 28 (22.1)          | 10 (7.9)         | 31 (24.4)          | 24 (18.9)         |
| <i>M</i> =46.6% des Kontakts vom Arbeitsplatz aus, <i>SD</i> =40.2   |                                                      |                    |                  |                    |                   |
| digitaler Kontakt<br><i>n</i> =106                                   | sehr viel weniger                                    | eher weniger       | gleich viel      | eher mehr          | sehr viel mehr    |
|                                                                      | 9 (8.5)                                              | 27 (25.5)          | 46 (43.4)        | 20 (18.9)          | 4 (3.7)           |
| Durchschnitt                                                         | <i>M</i> =2.8 (~gleich viel Kontakt), <i>SD</i> =1.0 |                    |                  |                    |                   |
| Top 5 Programme<br><i>n</i> =80                                      | Skype                                                | Zoom               | TheraPsy         | WhatsApp           | Facetime          |
|                                                                      | 40 (50.0)                                            | 24 (30.0)          | 17 (21.3)        | 14 (17.5)          | 9 (11.3)          |
| Zufriedenheit                                                        | gar nicht zufrieden                                  | weniger zufrieden  | mittel-mäßig     | eher zufrieden     | sehr zufrieden    |
| genutztes Programm<br><i>n</i> =114                                  | 0 (0.0)                                              | 0 (0.0)            | 29 (25.4)        | 55 (48.3)          | 30 (26.3)         |
| Durchschnitt                                                         | <i>M</i> =4.0 (~eher zufrieden), <i>SD</i> =0.7      |                    |                  |                    |                   |
| Angebot Programme<br><i>n</i> =116                                   | 4 (3.5)                                              | 7 (6.0)            | 34 (29.3)        | 49 (42.2)          | 22 (19.0)         |
| Durchschnitt                                                         | <i>M</i> =3.7 (~eher zufrieden), <i>SD</i> =1.0      |                    |                  |                    |                   |

*Anmerkungen.* <sup>a</sup> Die Zeilensumme kann aufgrund des Rundens auf eine Dezimalstelle von 100.0 % abweichen.

Im Mittel gaben die Befragten an, *gleich viel Kontakt* gehabt zu haben (*n*=106, *M*=2.8, *SD*=1.0). Der größte Teil (46, 43.4%) gab an, dass es weder mehr noch weniger gewesen sei.

Es hatten 36 Therapeut\*Innen (34.0%) angegeben weniger Kontakt gehabt zu haben und 24 (22.6%) mehr.

Auf die Frage nach *oft verwendeten Programm* hatten 80 Therapeut\*Innen geantwortet. Die am häufigsten genannte Anwendung war “Skype” (40, 50,0%), “Zoom” wurde von 24 Therapeut\*Innen (30.0%) aufgezählt, “TheraPsy” von 17 (21.3%) und “WhatsApp” von 14 (17.5%). Es wurde neunmal “Facetime” (11.3%), sechsmal “Signal” (7.5%) genannt und eine Person (1.3%) hatte “Instahelp” angegeben.

Eine Einschätzung ihrer *Zufriedenheit* mit der Anwendung oder mit dem Programm, das am häufigsten in der Kommunikation zu den den Klient\*Innen genutzt wurde hatten 114 Therapeut\*Innen abgegeben die im Durchschnitt “eher zufrieden” waren ( $M=4.0$ ,  $SD=0.7$ ). Keine/r der Therapeut\*Innen gab an, gar nicht oder weniger zufrieden zu sein, ein Viertel (29, 25.4%) war mittelmäßig zufrieden und 85 (74.6%) eher oder sehr zufrieden. Auch was das generelle Angebot an Programmen zur digitalen Kommunikation mit Klient\*Innen betrifft (hier hatten 116 Therapeut\*Innen geantwortet), war der Durchschnitt der Befragten eher zufrieden ( $M=3.7$ ,  $SD=1.0$ ). Es gaben 11 (9.5%) an, gar nicht oder eher weniger zufrieden zu sein, 34 (29.3%) mittelmäßig zufrieden und 71 (61.2%) waren eher oder sehr zufrieden.

**Klient\*Innen.** Im Mittel gaben die Klient\*Innen an, durch die Umstellung auf digitale Kommunikation *eher weniger Kontakt* zu ihrer/m Therapeut\*In gehabt zu haben ( $M=2.2$ ,  $SD=0.8$ ). Es gaben vier der sechs Befragten (66.7%) an, weniger und keine/r der Befragten an, mehr Kontakt gehabt zu haben. Zwei (33.4%) antworteten, es sei gleich viel gewesen.

Auf die Frage nach *Anwendungen oder Programmen*, die in der Behandlung am häufigsten genutzt wurden, hatte keine/r der Klient\*Innen geantwortet.

Zur *Zufriedenheit* mit dem am häufigsten verwendeten Programm äußerten sich zwei Klient\*Innen, wobei eine Person (50.0%) angab mittelmäßig und eine (50.0%) sehr zufrieden zu sein, somit lag der mittlere Wert bei “*eher zufrieden*” ( $M=4.0$ ,  $SD=1.4$ ). Tabelle 7 stellt die Angaben der Klient\*Innen dar.

### **Akzeptanz der digitalen Kommunikation in der Psychotherapie**

**Bedenken vor und nach der Nutzung digitaler Kommunikation.** Zur Berechnung, ob sich die Mittelwerte der Angaben der Nutzer\*Innen vor und nach der Nutzung signifikant unterschieden, wurden nur die Angaben der Personen berücksichtigt, die zu Bedenken (bzw. Berechtigung der Bedenken) vor und nach der Nutzung eine Angabe gemacht hatten.

Tabelle 7

*Details zur Nutzung der digitalen Kommunikationsmedien bei den Klient\*Innen*

| <i>n</i> (%)                                    | sehr viel<br>weniger                            | eher<br>weniger      | gleich viel      | eher<br>mehr      | sehr viel<br>mehr |
|-------------------------------------------------|-------------------------------------------------|----------------------|------------------|-------------------|-------------------|
| digitaler Kontakt<br><i>n</i> =6                | 1 (16.7)                                        | 3 (50.0)             | 2 (33.3)         | 0 (0.0)           | 0 (0.0)           |
| Durchschnitt                                    | <i>M</i> =2.2 (~eher weniger), <i>SD</i> =0.8   |                      |                  |                   |                   |
| Zufriedenheit mit<br>Anwendungen<br><i>n</i> =2 | gar nicht<br>zufrieden                          | weniger<br>zufrieden | mittel-<br>mäßig | eher<br>zufrieden | sehr<br>zufrieden |
|                                                 | 0 (0.0)                                         | 0 (0.0)              | 1 (50.0)         | 0 (0.0)           | 1 (50.0)          |
| Durchschnitt                                    | <i>M</i> =4.0 (~eher zufrieden), <i>SD</i> =1.4 |                      |                  |                   |                   |

**Therapeut\*Innen - Nutzer\*Innen.** Bei den Befragten, die bereits digitale Kommunikation genutzt hatten, lag die Einschätzung der *berufsrechtlichen und berufsethischen Bedenken* vor der Nutzung im Mittel bei 2.9 (~“etwas Bedenken”, *SD*=1.2). Es hatten 49 (36.8%) der 133 Befragten, die antworteten, viele oder sehr viele Bedenken geäußert, 40 (30.1%) wenige oder keine Bedenken und 44 (33.1%) etwas Bedenken. Nach der Nutzung schätzten 123 Befragte diese Bedenken im Mittel im für etwas berechtigt ein (*M*=2.8, *SD*=1.2) ein, somit lag der Mittelwert *signifikant* unter dem, der Bedenken vor der Nutzung ( $t = 2.668, p = .009, n = 118$ ). Es hielten 26 (21.2%) diese Bedenken für eher oder sehr gerechtfertigt und 55 (44.7%) hielten diese für weniger oder gar nicht gerechtfertigt, 42 (34.1%) für etwas gerechtfertigt.

Der Durchschnitt zur *Skepsis gegenüber der Technik* vor der Nutzung lag bei 2.6 (~“etwas Bedenken”, *SD*=1.2). Es hatten sich 130 Befragte geäußert, davon gaben 32 (24.6%) an, viel oder sehr viel Skepsis zu haben, 70 (53.9%) hatten vor der Nutzung wenig oder keine Skepsis gegenüber der Technik und 28 (21.5%) etwas Skepsis. Nach der Nutzung (120 antworteten hier) lag die Beurteilung bei 2.5 (~“etwas berechtigt”, *SD*=1.1), die Mittelwerte unterschieden sich *nicht signifikant* voneinander ( $t = 1.289, p = .200, n = 117$ ). Hier gaben 17 (14.2%) an, dass sie diese Skepsis für eher oder sehr berechtigt hielten. Die Hälfte (60, 50.0%) hielt die Skepsis nach der Nutzung für wenig oder gar nicht berechtigt und 43 (35,8%) hielten sie für etwas berechtigt.

Die Antworten der Nutzer\*Innen sind in Tabelle 8 abgebildet.

Tabelle 8

*Bedenken vor bzw. nach der Nutzung digitaler Kommunikation der Therapeut\*Innen - Nutzer\*Innen*

| Bedenken vor der Nutzung <i>n</i> (%) |               | keine                                                                                   | wenige    | etwas     | eher viele | sehr viele |
|---------------------------------------|---------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|-----------|-----------|------------|------------|
| Bedenken nach der Nutzung berechtigt  |               | gar nicht                                                                               | weniger   | etwas     | eher       | sehr       |
| Berufsrechtlich/ -ethisch             | <i>n</i> =133 | 16 (12.0)                                                                               | 33 (24.8) | 44 (33.1) | 27 (20.3)  | 13 (9.8)   |
|                                       | <i>n</i> =123 | 14 (11.4)                                                                               | 41 (33.3) | 42 (34.1) | 13 (10.6)  | 13 (10.6)  |
| Durchschnitt                          |               | *vor Nutzung: <i>M</i> =2.9, <i>SD</i> =1.2 nach Nutzung: <i>M</i> =2.8, <i>SD</i> =1.2 |           |           |            |            |
| Skepsis gg. der Technik               | <i>n</i> =130 | 29 (22.3)                                                                               | 41 (31.5) | 28 (21.5) | 24 (18.5)  | 8 (6.2)    |
|                                       | <i>n</i> =120 | 23 (19.2)                                                                               | 37 (30.8) | 43 (35.8) | 12 (10.0)  | 5 (4.2)    |
| Durchschnitt                          |               | vor Nutzung: <i>M</i> =2.6, <i>SD</i> =1.2 nach Nutzung: <i>M</i> =2.5, <i>SD</i> =1.1  |           |           |            |            |
| Datenschutz                           | <i>n</i> =131 | 11 (8.4)                                                                                | 23 (17.6) | 40 (30.5) | 37 (28.2)  | 20 (15.3)  |
|                                       | <i>n</i> =122 | 4 (3.2)                                                                                 | 25 (20.5) | 35 (28.7) | 34 (27.9)  | 24 (19.7)  |
| Durchschnitt                          |               | vor Nutzung: <i>M</i> =3.2, <i>SD</i> =1.2 nach Nutzung: <i>M</i> =3.4, <i>SD</i> =1.1  |           |           |            |            |
| Therapieerfolg                        | <i>n</i> =127 | 7 (5.5)                                                                                 | 22 (17.3) | 44 (34.7) | 38 (29.9)  | 16 (12.6)  |
|                                       | <i>n</i> =125 | 19 (15.2)                                                                               | 40 (32.0) | 34 (27.2) | 24 (19.2)  | 8 (6.4)    |
| Durchschnitt                          |               | *vor Nutzung: <i>M</i> =3.3, <i>SD</i> =1.1 nach Nutzung: <i>M</i> =2.7, <i>SD</i> =1.1 |           |           |            |            |
| persönliche Verbindung                | <i>n</i> =130 | 10 (7.7)                                                                                | 18 (13.9) | 38 (29.2) | 41 (31.5)  | 23 (17.7)  |
|                                       | <i>n</i> =125 | 13 (10.4)                                                                               | 43 (34.4) | 29 (23.2) | 26 (20.8)  | 14 (11.2)  |
| Durchschnitt                          |               | *vor Nutzung: <i>M</i> =3.4, <i>SD</i> =1.2 nach Nutzung: <i>M</i> =2.9, <i>SD</i> =1.2 |           |           |            |            |

Anmerkung. \*Die Unterschiede der Mittelwerte sind signifikant.

Zum Thema *Datenschutz* gab der Durchschnitt der 131 Therapeut\*Innen, die geantwortet hatten eine Beurteilung von 3.2 ab (~“etwas Bedenken”, *SD*=1.2). Der größte Teil (57, 43.5%) sagte aus, hier viele oder sehr viele Bedenken gehabt zu haben, etwa ein Viertel (34, 26.0%) hatte weniger oder keine Bedenken, etwa ein Drittel (40, 30.5%) hatte

etwas Bedenken. Nach der Nutzung (hier hatten 122 Therapeut\*Innen geantwortet) lag der Durchschnitt bei 3.4 der fünf-Stufigen Skala (~“*etwas berechtigt*”,  $SD=1.1$ , die Mittelwerte unterschieden sich *nicht signifikant* voneinander ( $t = -.551, p = .583, n = 120$ ). Es war fast die Hälfte (58, 47.6%) der Meinung, dass datenschutzrechtliche Bedenken eher oder sehr gerechtfertigt waren. Als eher wenig oder gar nicht berechtigt sahen die Bedenken 29 (23.7%) an, 35 (28.7%) als etwas berechtigt.

Bezüglich der *Bedenken, ob eine Therapie über digitale Kommunikation erfolgreich sein kann* hatten 127 Therapeut\*Innen geantwortet, deren durchschnittliche Bewertung bei 3.3 lag (~“*etwas Bedenken*”,  $SD=1.1$ ). Es hatten vor der Nutzung 54 (42.5%) viele oder sehr viele Bedenken gehabt, 29 (22.8%) wenige oder keine Bedenken und 44 (34.7%) etwas Bedenken. Nach der Nutzung lag der Durchschnitt bei 2.7 (~“*etwas berechtigt*”,  $SD=1.1$ ) und lag damit *signifikant* unter dem Mittelwert vor der Nutzung ( $t = 5.699, p = .000, n = 119$ ). Ein Viertel (32, 25.6%, von 125 Antworten) hielt die Bedenken für eher oder sehr berechtigt, knapp die Hälfte (59, 47.2%) hielt die Bedenken für weniger oder gar nicht berechtigt hielten, 34 (27.2%) für etwas berechtigt.

Die meisten Bedenken vor der Nutzung waren in Bezug auf die *persönliche Verbindung zu den Klient\*Innen* angegeben worden. Im Durchschnitt lagen die 130 Therapeut\*Innen, die geantwortet hatten mit ihrer Einschätzung bei 3.4 auf der fünf-stufigen Skala (~“*etwas Bedenken*”,  $SD=1.2$ ). Fast die Hälfte (64, 49.2%) gab an, viele oder sehr viele Bedenken gehabt zu haben während ein Fünftel (28, 21.5%) wenige oder keine Bedenken angab, 38 (29.2%) hatten etwas Bedenken angegeben. Nach der Nutzung (125 Antworten) war der Durchschnitt der Befragten der Meinung, die Bedenken seien “*etwas berechtigt*” gewesen ( $M=2.9, SD=1.2$ ) und war *signifikant* niedriger als vor der Nutzung ( $t = 4.825, p = .000, n = 125$ ). Es hielten 40 Personen (32.0%) die Bedenken bezüglich der persönlichen Verbindung für eher oder sehr gerechtfertigt, während 56 (44.8%) diese für gar nicht oder wenig gerechtfertigt einschätzten, 29 (23.2%) gaben an, die Bedenken für “*etwas berechtigt*” zu halten.

**Therapeut\*Innen - Nicht-Nutzer\*Innen.** Die 10 Nicht-Nutzer\*Innen hatten sich alle zu jedem vorgegebenen Aspekt geäußert. Diese Antworten sind in Tabelle 9 abgebildet.

*Berufsrechtliche bzw. -ethische Bedenken* wurden im Durchschnitt mit 3.3 auf der fünf-stufigen Skala bewertet (~“*etwas Bedenken*”,  $SD=1.3$ ). Es äußerten vier Befragte (40.0%) viele oder sehr viele Bedenken, ebenfalls vier (40.0%) hatten wenige oder keine Bedenken, eine Person (10.0%) gab an, etwas Bedenken zu haben.

Die *Skepsis gegenüber der Technik* lag bei den Nicht-Nutzer\*Innen im Durchschnitt bei 3.2 (~“etwas Bedenken”,  $SD=1.4$ ). Es hatten vier (40.0%) viel oder sehr viel Skepsis, fünf der 10 Nicht-Nutzer\*Innen (50.0%) eher wenig Skepsis gegenüber der Technik, und eine Person (10,0%) etwas Skepsis.

Zu *datenschutzrechtlichen Aspekten* lag der Durchschnitt bei 3.8 (~“eher viele Bedenken”,  $SD=1.0$ ). Es hatten sechs (60.0%) viele oder sehr viele Bedenken, eine Person (10.0%) eher wenig Bedenken und drei (30.0%) etwas Bedenken.

Bedenken, ob die *Therapie auch mit digitaler Kommunikation erfolgreich sein kann*, gaben die Befragten im Durchschnitt mit 3.7 an (~“eher viele Bedenken”,  $SD=1.3$ ). Viele oder sehr viele Bedenken äußerten die Hälfte der Befragten (5, 50.0%), zwei (20.0%) eher wenig Bedenken und drei (30.0%) etwas Bedenken.

Tabelle 9

*Bedenken bezüglich der Nutzung digitaler Kommunikation der Therapeut\*Innen - Nicht-Nutzer\*Innen*

| Nicht Nutzer*Innen ( $n=10$ ) |                 |          |          |          |            |
|-------------------------------|-----------------|----------|----------|----------|------------|
| Bedenken                      | keine           | wenige   | etwas    | viele    | sehr viele |
| Berufsrechtlich/ -ethisch     | 0 (0.0)         | 4 (40.0) | 2 (20.0) | 1 (10.0) | 3 (30.0)   |
| Durchschnitt                  | $M=3.3, SD=1.3$ |          |          |          |            |
| Skepsis gg. der Technik       | 0 (0.0)         | 5 (50.0) | 1 (10.0) | 1 (10.0) | 3 (30.0)   |
| Durchschnitt                  | $M=3.2, SD=1.4$ |          |          |          |            |
| Datenschutz                   | 0 (0.0)         | 1 (10.0) | 3 (30.0) | 3 (30.0) | 3 (30.0)   |
| Durchschnitt                  | $M=3.8, SD=1.0$ |          |          |          |            |
| Therapieerfolg                | 0 (0.0)         | 2 (20.0) | 3 (30.0) | 1 (10.0) | 4 (40.0)   |
| Durchschnitt                  | $M=3.7, SD=1.3$ |          |          |          |            |
| persönliche Verbindung        | 0 (0.0)         | 1 (10.0) | 2 (20.0) | 2 (20.0) | 5 (50.0)   |
| Durchschnitt                  | $M=4.1, SD=1.1$ |          |          |          |            |

Unter den Nicht-Nutzer\*Innen gab es die häufigsten Bedenken bezüglich der *persönlichen Verbindung zu den Klient\*Innen*. Die mittlere Einschätzung lag bei 4.1 (~“*eher viele Bedenken*”,  $SD=1.1$ ). Sieben (70.0%) gaben an, viele oder sehr viele Bedenken bezüglich der persönlichen Verbindung zu haben, eine Person hatte eher wenig Bedenken (10.0%) und zwei etwas Bedenken (20.0%).

Auf die Frage nach *Gründen gegen die Nutzung* hatten sechs Therapeut\*Innen geantwortet. Genannt wurden folgende Aspekte: Die *unmittelbar-persönliche Interaktion könne durch digitale nicht ersetzt* werden, das “Face-to-Face”-Setting würde als geeigneter betrachtet, die indirekte Kommunikation würde so wegfallen, es gäbe *zu viel Ablenkung* von außen, es sei überwiegend *nicht nötig* und die *Klient\*Innen hätten es abgelehnt* oder hätten dafür kein sicheres Umfeld. Außerdem wurden “*Altersgründe*” und die *Verschwiegenheitspflicht* angegeben.

**Klient\*Innen - Nutzer\*Innen.** Bei den Klient\*Innen hatten sich alle sechs Nutzer\*Innen digitaler Kommunikation zu allen potenziellen Bedenken geäußert. Bei *keinem der Aspekte* unterschieden sich die Mittelwerte *signifikant* bei den Angaben von vor und nach der Nutzung. Vor der Nutzung lag die durchschnittliche *Skepsis gegenüber der Technik* bei 2.8 (~“*etwas Bedenken*”,  $SD=1.3$ ). Es hatte eine Person (16.7%) sehr viel Skepsis, je eine Person (16.7%) keine oder wenig Skepsis gegenüber der Technik und die andere Hälfte (3, 50.0%) berichtete etwas Skepsis zu haben. Nach der Nutzung war der Mittelwert hier bei 2.5 (~“*etwas berechtigt*”,  $SD=0.6$ ). Es hielt eine Hälfte (3, 50.0%) die Skepsis für weniger berechtigt, die andere (3, 50.0%) schätzte diese als etwas berechtigt ein ( $t=.674$ ,  $p=.530$ ).

Die Bedenken bezüglich des *Datenschutzes* waren vor der Nutzung im Mittel bei 2.3 gelegen (~“*eher wenig Bedenken*”,  $SD=1.8$ ). Die Mehrheit (4, 66.7%) hatte keine oder wenig Bedenken und je eine Person (16.7%) viele oder sehr viele Bedenken. Nach der Nutzung lag der Durchschnitt bei 4.0 (~“*eher berechtigt*”). Es gaben vier Nutzer\*Innen (66.7%) an, Datenschutz-Bedenken für eher berechtigt oder sehr berechtigt zu halten, zwei (33.3%) für etwas und keine Person hielt diese für wenig oder gar nicht berechtigt ( $t=-2.076$ ,  $p=.093$ ).

Die meisten Bedenken vor der Nutzung gab es bezüglich des *Therapieerfolgs*. Der Durchschnitt lag bei 3.3 (~“*etwas Bedenken*”,  $SD=1.2$ ). Drei Klient\*Innen (50.0%) hatten vor der Nutzung viele oder sehr viele Bedenken gehabt, zwei Befragte (33.3%) wenige und eine Person (16.7%) etwas Bedenken. Nach der Nutzung lag die durchschnittliche Einschätzung bei 2.2 (~“*eher wenig berechtigt*”,  $SD=1.7$ ). Es gab eine Person (16.7%) an, diese Bedenken für eher berechtigt zu halten, vier der sechs Nutzer\*Innen (66.7%) schätzten diese für wenig

oder gar nicht berechtigt ein und eine Person (16.7%) für etwas gerechtfertigt ( $t = 1.941$ ,  $p = .110$ ). Tabelle 10 stellt die Antworten der Nutzer\*Innen unter den Klient\*Innen dar.

Tabelle 10

*Bedenken vor bzw. nach der Nutzung digitaler Kommunikation der Klient\*Innen - Nutzer\*Innen*

| Bedenken vor der Nutzung $n=6$ $n$ (%) | keine                                                        | wenige   | etwas    | viele    | sehr viele |
|----------------------------------------|--------------------------------------------------------------|----------|----------|----------|------------|
| Bedenken nach der Nutzung berechtigt   | gar nicht                                                    | weniger  | etwas    | eher     | sehr       |
| Skepsis gg. der Technik                | 1 (16.7)                                                     | 1 (16.7) | 3 (50.0) | 0 (0.0)  | 1 (16.7)   |
|                                        | 0 (0.0)                                                      | 3 (50.0) | 3 (50.0) | 0 (0.0)  | 0 (0.0)    |
| Durchschnitt                           | vor Nutzung: $M=2.8$ $SD=1.3$ nach Nutzung: $M=2.5$ $SD=0.6$ |          |          |          |            |
| Datenschutz                            | 3 (50.0)                                                     | 1 (16.7) | 0 (0.0)  | 1 (16.7) | 1 (16.7)   |
|                                        | 0 (0.0)                                                      | 0 (0.0)  | 2 (33.3) | 2 (33.3) | 2 (33.3)   |
| Durchschnitt                           | vor Nutzung: $M=2.3$ $SD=1.8$ nach Nutzung: $M=4.0$ $SD=0.9$ |          |          |          |            |
| Therapieerfolg                         | 0 (0.0)                                                      | 2 (33.3) | 1 (16.7) | 2 (33.3) | 1 (16.7)   |
|                                        | 2 (33.3)                                                     | 2 (33.3) | 1 (16.7) | 1 (16.7) | 0 (0.0)    |
| Durchschnitt                           | vor Nutzung: $M=3.3$ $SD=1.2$ nach Nutzung: $M=2.2$ $SD=1.7$ |          |          |          |            |
| persönliche Verbindung                 | 2 (33.3)                                                     | 0 (0.0)  | 0 (0.0)  | 3 (50.0) | 1 (16.7)   |
|                                        | 2 (33.3)                                                     | 1 (16.7) | 1 (16.7) | 2 (33.3) | 0 (0.0)    |
| Durchschnitt                           | vor Nutzung: $M=3.2$ $SD=1.7$ nach Nutzung: $M=2.5$ $SD=1.4$ |          |          |          |            |

Bezüglich der *persönlichen Verbindung zur/zum Therapeut\*In* gab es im Durchschnitt “etwas Bedenken” ( $M=3.2$ ,  $SD=1.7$ ). Vier der sechs Nutzer\*Innen (66.7%) hatten hier viele oder sehr viele Bedenken berichtet, zwei (33.3%) gar keine. Nach der Nutzung war der Durchschnitt bei 2.5 (~“etwas berechtigt”,  $SD=1.4$ ), es gaben noch zwei der Nutzer\*Innen (33.3%) an, die Bedenken für eher gerechtfertigt zu halten, die Hälfte (3, 50.0%) empfand diese wenig oder gar nicht gerechtfertigt, eine Person (16.7%) etwas ( $t=.916$ ,  $p=.402$ ).

**Klient\*Innen - Nicht-Nutzer\*Innen.** Alle drei Nicht-Nutzer\*Innen (100.0%) hatten viel oder sehr viel *Skepsis gegenüber der Technik*.

Bezüglich des *Datenschutzes* äußerte eine Person (33.3%) viele Bedenken und zwei (66.7%) etwas Bedenken.

Zwei der drei Personen (66.7%) äußerten sehr viele Bedenken, ob die *Therapie erfolgreich sein könnte*, eine Person (33.3%) hatte etwas Bedenken. Alle Nicht-Nutzer\*Innen (3, 100.0%) hatten viele oder sehr viele Bedenken bezüglich der *persönlichen Verbindung zur/m Therapeut\*In*.

Als vorrangige *Gründe digitale Kommunikation in ihrer Behandlung nicht zu nützen* gaben die Befragten Klient\*Innen die *fehlende Nähe* an, dass ihnen der *persönliche Kontakt sehr wichtig* sei, dass sie sich diese Art der Therapie *nicht vorstellen könnten* und dass dabei die *Beziehung fehle*. Tabelle 11 zeigt die Antworten der Nicht-Nutzer\*Innen unter den Klient\*Innen.

Tabelle 11

*Bedenken bezüglich der Nutzung digitaler Kommunikation der Klient\*Innen - Nicht-Nutzer\*Innen*

|                         | Nicht Nutzer*Innen (n=3) |         |          |          |            |
|-------------------------|--------------------------|---------|----------|----------|------------|
|                         | keine                    | wenige  | etwas    | viele    | sehr viele |
| Skepsis gg. der Technik | 0 (0.0)                  | 0 (0.0) | 0 (0.0)  | 2 (66.7) | 1 (33.3)   |
| Durchschnitt            | $M=4.3$ $SD=0.6$         |         |          |          |            |
| Datenschutz             | 0 (0.0)                  | 0 (0.0) | 2 (66.7) | 1 (33.3) | 0 (0.0)    |
| Durchschnitt            | $M=3.3$ $SD=0.6$         |         |          |          |            |
| Therapieerfolg          | 0 (0.0)                  | 0 (0.0) | 1 (33.3) | 0 (0.0)  | 2 (66.7)   |
| Durchschnitt            | $M=4.3$ $SD=1.2$         |         |          |          |            |
| persönliche Verbindung  | 0 (0.0)                  | 0 (0.0) | 0 (0.0)  | 2 (66.7) | 1 (33.3)   |
| Durchschnitt            | $M=4.3$ $SD=0.6$         |         |          |          |            |

**Bewertungen von Veränderungen durch die digitale Kommunikation (nur Nutzer\*Innen).** Zu den im Folgenden berichteten Ergebnissen sei angemerkt, dass sich sowohl jene Antworten, die angaben keine Veränderung festgestellt zu haben als auch diese, die angaben eine Veränderung aber weder klare Vor- noch Nachteile wahrgenommen zu haben so interpretieren lassen, dass die jeweiligen Aspekte als weder besser noch schlechter in der digitalen Kommunikation im Vergleich zur persönlichen wahrgenommen wurden.

Daher wurden diese für Berechnung der Mittelwerte hier zusammengefasst und beide als mittlerer Wert der Skala ( $\sim 3$ ) mitgerechnet wurden.

**Therapeut\*Innen.** Der einzige Aspekt, der von den befragten Therapeut\*Innen als positive Veränderung wahrgenommen wurde, war die *Flexibilität bei Einteilung der Therapie*, die im Durchschnitt bei 4.0 der fünf-stufigen Skala lag ( $\sim$  "eher ein Vorteil",  $SD=1.3$ ). Es hatten 129 Befragte geantwortet und über die Hälfte der Nutzer\*Innen (79, 61.2%) hatten dies eher oder klar als Vorteil bewertet, 13 (10.1%) eher oder klar als Nachteil. Dass sich dieser Aspekt zwar verändert, aber weder deutlich zum besseren noch schlechteren verändert hatte, hatten 19 Personen (14.7%) wahrgenommen, 18 (14.0%) hatten keinen Unterschied im Vergleich zum persönlichen Kontakt festgestellt.

Die *Begleitung der Klient\*Innen im Alltag* wurde im Durchschnitt weder als Vor- noch als Nachteil in der digitalen Behandlung gewertet ( $M=3.0$ ,  $SD=1.2$ ). Von den 125 Therapeut\*Innen, die sich geäußert hatten, sahen 28 Befragte (22.4%) die Begleitung als Vorteil, 32 Personen (25,6%) als Nachteil und 48 (38.4%) weder als deutlichen Vor- noch Nachteil zur "Face-to-Face"-Therapie, 17 (13.6%) empfanden die Begleitung im Alltag als gar nicht unterschiedlich.

Bei der *Abgrenzung in der Therapie* war der Durchschnitt der Meinung, dass es weder klare Vor- noch Nachteile in der digitalen Kommunikation gab ( $M=3.0$ ,  $SD=1.1$ ). Es hatten von 129 Therapeut\*Innen 28 (21.7%) eine positive Veränderung, 27 (21.0%) eine negative Veränderung und 55 (42.6%) eine Veränderung, aber weder zum Positiven noch Negativen empfunden, 19 (14.7%) sahen keinen Unterschied.

Der *Selbstoffenbarungsanteil in der Therapie* wurde im Mittel bei 2.8 der fünf-stufigen Skala eingeschätzt ( $\sim$  "weder Vor- noch Nachteil",  $SD=1.0$ ). Einen Vorteil hatten hier 16 (12.8%) von 125 Befragten gesehen, einen Nachteil 35 (28.0%) und 52 (41.6%) weder noch. Als gar nicht verändert beurteilt hatten diesen Aspekt 22 (17.6%).

Die *aktive Mitarbeit der Klient\*Innen am Erreichen der Therapieziele* lag bei der durchschnittlichen Einschätzung bei 2.7 ( $\sim$  "weder Vor- noch Nachteil",  $SD=0.8$ ). Es schätzten drei (2.4%) von 125 Befragten diesen Aspekt als Vorteil ein, 28 (22.4%) als Nachteil, 59 (47.2%) beurteilten die aktive Mitarbeit in der digitalen Therapie unterschiedlich, aber weder als merklich besser noch schlechter und 35 (28.0%) als unverändert gegenüber der "Face-to-Face"-Therapie.

Die *Zuverlässigkeit der Klient\*Innen* beim Einhalten der Termine wurde im Durchschnitt ebenfalls weder als positive noch negative Veränderung gewertet ( $M=3.3$ ,  $SD=0.9$ ). Einen Vorteil sahen 26 (20.6%) von 126 Therapeut\*Innen, die geantwortet hatten,

11 (8.8%) einen Nachteil. Es waren 39 Therapeut\*Innen (31.0%) der Meinung zwar eine Veränderung aber weder eine positive noch negative wahrgenommen zu haben und der Großteil, dass es hier gar keinen Unterschied in der digitalen Behandlung gab (50, 39.6%).

Im Mittel waren die Therapeut\*Innen außerdem der Meinung, dass sich die *Hemmschwelle für Klient\*Innen eine Behandlung aufzusuchen*, durch die Kommunikation über digitale weder zum Negativen noch zum Positiven verändert hatte ( $M=2.6$ ,  $SD=1.3$ ). Von den 126 Therapeut\*Innen, die antworteten, schätzten 22 (17.5%) dies als Vorteil, 53 (42.1%) als Nachteil und ein Drittel (42, 33.3%) als weder noch ein. Keinen Unterschied hatten neun Befragte (7.1%) wahrgenommen.

Die Veränderung, die im Vergleich zur persönlichen Behandlung, am deutlichsten negativ wahrgenommen worden war, war die *Freiheit bei der Wahl therapeutischer Methoden und Techniken*. Hier war die durchschnittliche Bewertung bei 1.5 (~"eher ein Nachteil",  $SD=0.8$ ). Es hatte eine Person (0.8%) von 125 Therapeut\*Innen, die antworteten diesen Aspekt als Vorteil eingeordnet, vier Fünftel der Befragten (103, 82.4%) als Nachteil. Ein Zehntel (14, 11.2%) hatte die Veränderung weder positiv noch negativ beurteilt und sieben (5.6%) hatten diesen Aspekt als gar nicht unterschiedlich empfunden.

Die Veränderung beim *Gewinnen eines Gesamteindrucks der aktuellen Verfassung der Klient\*Innen* wurde im Mittel eher als Nachteil empfunden ( $M=1.8$ ,  $SD=1.0$ ). Es hatten 127 Therapeut\*Innen geantwortet und drei Befragte (2.4%) sahen einen Vorteil, fast drei Viertel (92, 72.4%) einen Nachteil. Es hatten 26 Therapeut\*Innen (20.5%) eine neutrale und sechs (4.7%) gar keine Veränderung wahrgenommen.

Die Beurteilung der Veränderung in der *persönlichen Verbindung zu den Klient\*Innen* lag im Mittel bei 1.9 (~"eher ein Nachteil",  $SD=0.9$ ). Es hatten drei Personen (2.3%) von 129 Befragten diese als Vorteil eingeschätzt, 89 (69.0%) als Nachteil und 27 (20.9%) als weder positiv noch negativ verändert, 10 (7.8%) als unverändert.

Die *Tiefe und Intensität der Kommunikation* wurde im Durchschnitt ebenfalls eher als nachteilhaft in der digitalen Therapie beurteilt ( $M=1.9$ ,  $SD=1.0$ ). Es hatten 126 Befragte geantwortet und zwei (1.6%) hatten die Tiefe und Intensität als vorteilhaft, 87 (69.0%) als nachteilhaft im Vergleich zur persönlichen Kommunikation, 28 (22.2%) als neutral verändert und neun (7.2%) als unverändert bewertet.

Die Einschätzung des *empathischen Eingehens auf die Klient\*Innen* lag im Mittel bei 2.3 (~"eher ein Nachteil",  $SD=0.9$ ). Es hatten 126 geantwortet und drei Teilnehmende (2.4%) sahen hier ein Vorteil, knapp die Hälfte (61, 48.4%) ordneten das empathische Eingehen auf die Klient\*Innen als Nachteil ein und etwa ein Drittel (46, 36.5%) sah hier eine Veränderung,

die weder Vor- noch Nachteil war. Keinen Unterschied gaben 16 Therapeut\*Innen an (12.7%).

Die einzelnen Bewertungen der Therapeut\*Innen sind in Tabelle 12 dargestellt.

Tabelle 12

*Bewertungen der Veränderungen durch digitale Kommunikation von den Therapeut\*Innen*

|                                  | <i>n (%)</i>  | klarer<br>Nachteil             | eher ein<br>Nachteil | neutral      | eher<br>ein Vorteil | klarer<br>Vorteil | keine Ver-<br>änderung |
|----------------------------------|---------------|--------------------------------|----------------------|--------------|---------------------|-------------------|------------------------|
| Flexibilität                     | <i>n</i> =129 | 10 (7.8)                       | 3 (2.3)              | 19 (14.7)    | 12(9.3)             | 67(51.9)          | 18 (14.0)              |
| Durchschnitt                     |               | <i>M</i> =4.0, <i>SD</i> =1.3  |                      |              |                     |                   |                        |
| Begleitung<br>im Alltag          | <i>n</i> =125 | 20<br>(16.0)                   | 12<br>(9.6)          | 48<br>(38.4) | 10<br>(8.0)         | 18<br>(14.4)      | 17<br>(13.6)           |
| Durchschnitt                     |               | <i>M</i> =3.0, <i>SD</i> =1.2  |                      |              |                     |                   |                        |
| Abgrenzung                       | <i>n</i> =129 | 14<br>(10.9)                   | 13<br>(10.1)         | 55<br>(42.6) | 11<br>(8.5)         | 17<br>(13.2)      | 19<br>(14.7)           |
| Durchschnitt                     |               | <i>M</i> =3.0, <i>SD</i> =1.1  |                      |              |                     |                   |                        |
| Selbst-<br>offenbarung           | <i>n</i> =125 | 17<br>(13.6)                   | 18<br>(14.4)         | 52<br>(41.6) | 9<br>(7.2)          | 7<br>(5.6)        | 22<br>(17.6)           |
| Durchschnitt                     |               | <i>M</i> =2.8, <i>SD</i> =1.0  |                      |              |                     |                   |                        |
| aktive<br>Mitarbeit              | <i>n</i> =125 | 15<br>(12.0)                   | 13 (10.4)            | 59<br>(47.2) | 1<br>(0.8)          | 2<br>(1.6)        | 35<br>(28.0)           |
| Durchschnitt                     |               | <i>M</i> =2.7, <i>SD</i> =0.8  |                      |              |                     |                   |                        |
| Zuver-<br>lässigkeit             | <i>n</i> =126 | 3<br>(2.4)                     | 8<br>(6.4)           | 39<br>(31.0) | 7<br>(5.5)          | 19<br>(15.1)      | 50<br>(39.6)           |
| Durchschnitt                     |               | <i>M</i> =3.3, <i>SD</i> =0.9  |                      |              |                     |                   |                        |
| Hemmschwelle<br>für Klient*Innen | <i>n</i> =126 | 35<br>(27.8)                   | 18<br>(14.3)         | 42<br>(33.3) | 9<br>(7.1)          | 13<br>(10.4)      | 9<br>(7.1)             |
| Durchschnitt                     |               | <i>M</i> =2.6 , <i>SD</i> =1.3 |                      |              |                     |                   |                        |

Fortsetzung siehe S. 49

Fortsetzung Tabelle 12

| <i>n</i> (%)                                 |                                        | klarer<br>Nachteil | eher ein<br>Nachteil                          | neutral                       | eher<br>ein Vorteil                            | klarer<br>Vorteil | keine Ver-<br>änderung |
|----------------------------------------------|----------------------------------------|--------------------|-----------------------------------------------|-------------------------------|------------------------------------------------|-------------------|------------------------|
| Freiheit Wahl<br>therapeut. Techniken        | <i>n</i> =125                          | 84<br>(67.2)       | 19<br>(15.2)                                  | 14<br>(11.2)                  | 0<br>(0.0)                                     | 1<br>(0.8)        | 7<br>(5.6)             |
| Durchschnitt                                 |                                        |                    |                                               | <i>M</i> =1.5 <i>SD</i> =0.8  |                                                |                   |                        |
| Gesamt-<br>eindruck                          | <i>n</i> =127                          | 63<br>(49.6)       | 29<br>(22.8)                                  | 26<br>(20.5)                  | 1 n<br>(0.8)                                   | 2<br>(1.6)        | 6<br>(4.7)             |
| Durchschnitt                                 |                                        |                    |                                               | <i>M</i> =1.8 <i>SD</i> =1.0  |                                                |                   |                        |
| persönliche<br>Verbindung                    | <i>n</i> =129                          | 59<br>(45.7)       | 30<br>(23.3)                                  | 27<br>(20.9)                  | 2<br>(1.5)                                     | 1<br>(0.8)        | 10<br>(7.8)            |
| Durchschnitt                                 |                                        |                    |                                               | <i>M</i> =1.9 <i>SD</i> =0.9  |                                                |                   |                        |
| Intensität.<br>d. Kommunikation              | <i>n</i> =126                          | 59<br>(46.8)       | 28<br>(22.2)                                  | 28<br>(22.2)                  | 0<br>(0.0)                                     | 2<br>(1.6)        | 9<br>(7.2)             |
| Durchschnitt                                 |                                        |                    |                                               | <i>M</i> =1.9 <i>SD</i> =1.0  |                                                |                   |                        |
| empathisches<br>Eingehen auf<br>Klient*Innen | <i>n</i> =126                          | 33<br>(26.2)       | 28<br>(22.2)                                  | 46<br>(36.5)                  | 2<br>(1.6)                                     | 1<br>(0.8)        | 16<br>(12.7)           |
| Durchschnitt                                 |                                        |                    |                                               | <i>M</i> =2.3, <i>SD</i> =0.9 |                                                |                   |                        |
| Gesprächs-<br>atmosphäre                     | <i>n</i> =126                          | 39<br>(31.0)       | 19<br>(15.1)                                  | 45<br>(35.7)                  | 6<br>(4.7)                                     | 4<br>(3.2)        | 13<br>(10.3)           |
| Durchschnitt                                 |                                        |                    |                                               | <i>M</i> =2.3, <i>SD</i> =1.1 |                                                |                   |                        |
| Top 3 Vorteile                               | <i>Flexibilität</i><br><i>n</i> =107   | 40 (38.3)          | <i>Erreichbarkeit</i><br>20 (18.7)            |                               | <i>Zeit- &amp; Geld-Ersparnis</i><br>19 (17.8) |                   |                        |
| Top 3<br>Nachteile                           | <i>Gesamteindruck</i><br><i>n</i> =108 | 52 (48.2)          | <i>persönliche<br/>Beziehung</i><br>42 (38.9) |                               | <i>technische Probleme</i><br>27 (25.0)        |                   |                        |

*Anmerkungen.* Bei Berechnung der Mittelwerte wurden hier jene Antworten, die angaben keine Veränderung festgestellt zu haben und diese, die angaben eine Veränderung aber weder Vor- noch Nachteil wahrgenommen zu haben zusammengefasst und beide als mittlerer Wert der Skala (~3) mit berechnet.

Bei der Veränderung im *Schaffen einer offenen und vertraulichen Gesprächs-Atmosphäre* war die durchschnittliche Bewertung bei 2.3 (~"eher ein Nachteil", *SD*=1.1). Hier hatten 126 Therapeut\*Innen geantwortet und 10 (7.9%) die Veränderung als positiv bewertet,

58 (46.1%) als negativ und 45 (35.7%) schätzen dies als Unterschied aber weder Vor- noch Nachteil ein, 13 (10.3%) als kein Unterschied.

**Antworten auf offene Fragen nach Vorteilen.** Bei der offenen Frage nach möglichen weiteren Veränderungen, die als Vorteile wahrgenommen wurden, hatten 107 der 140 Therapeut\*Innen, die bereits digitale Medien genutzt hatten, geantwortet. Auch die drei häufigst genannten Vorteil sind in Tabelle 12 aufgeführt. Am meisten, von 41 Therapeut\*Innen (38.3%), wurden nochmals *Aspekte der Flexibilität* genannt, die in der Einteilung der Therapie durch die digitale Kommunikation entstünden.

Mehrmals wurde hier erläutert, dass die Flexibilität nicht nur die Arbeit für die Psychotherapeut\*Innen erleichtern würde, sondern auch Klient\*Innen, die zeitlich sehr eingebunden seien, beispielsweise Alleinerziehenden, das regelmäßige Wahrnehmen der Behandlung ermögliche.

Ein weiterer Aspekt dieser Flexibilität, der von Therapeut\*Innen als besonders hilfreich genannt wurde, war die Möglichkeit sehr schnell und unkompliziert in akuten Krisensituationen zu Klient\*Innen, direkten Kontakt herstellen zu können. Sechs Personen (5.6%) hatten explizit diesen Punkt erwähnt. Spezifischer wurde hier auch die Ortsunabhängigkeit der Behandlung durch die digitale Kommunikation erwähnt (von 15, 14.0 %). Insbesondere für die Behandlung von Klient\*Innen, die verreist wären, sich für einen Auslandsaufenthalt in großer Distanz befinden würden, oder die schwer erreichbar in ländlichen Gegenden leben, würde diese ortsunabhängige Form der Kommunikation neue Möglichkeiten eröffnen. Auch die stark vereinfachte und flexiblere Terminvereinbarung wurde im Zusammenhang mit der Flexibilität erwähnt.

Am zweithäufigsten, von 20 Therapeut\*Innen (18.7%), wurde die *höhere Erreichbarkeit von Zielgruppen* genannt, die sonst schwer mit psychotherapeutischer Behandlung zu versorgen seien. Hier wurden körperlich eingeschränkte oder schwer erkrankte Personen genannt, Klient\*Innen, die vor allem noch zu Beginn der Behandlung große Probleme mit dem Verlassen des Hauses oder mit sozialen Kontakten hätten, oder auch Mütter, die ein frisch geborenes Kind haben, bzw. direkt nach der Geburt Unterstützung bräuchten.

Viele Befragte (19, 17.8%) sahen die *Option Klient\*Innen in Zeiten der Corona-Krise weiter zu behandeln* als großen Vorteil. Des Weiteren erwähnten 19 Therapeut\*Innen (17.8%) die *Ersparnis von zeitlichen und finanziellen Ressourcen*, beispielsweise durch den Umstand, dass nicht extra Räumlichkeiten gemietet werden müssen und dass viele Fahrzeiten und -

kosten entfallen. Von neun Personen (8.4%) wurde auch beschrieben, dass die *Hemmschwelle für Klient\*Innen* niedriger sei. Zum einen die Hemmschwelle psychotherapeutische Behandlung aufzusuchen, wenn diese digital angeboten werden würde, zum anderen wäre es für einige Klient\*Innen so eher möglich persönliche oder schambehaftete Themen und Probleme anzusprechen und etwas von sich preiszugeben. Eine Person nannte hier als Beispiel: *“junge, männliche Klienten”*. Von sieben Therapeut\*Innen (6.5%) wurde außerdem angeführt, dass es durch die *veränderte Kommunikation schneller “zum Wesentlichen” kommen* würde, dass eine höhere Konzentration auf die wirklichen Inhalte des Gesprächs und auf *“nur einen Kommunikationskanal”* spürbar sei und dass die Klient\*Innen sich besser auf sich und ihre Empfindungen konzentrieren könnten. Ein/e Therapeut\*In erwähnte in diesem Zusammenhang auch, dass durch die fehlende körperliche Unmittelbarkeit, mehr mit gezieltem Zuhören und Nachfragen gearbeitet werden müsse und dass durch diese Kommunikation sogar eine größere Intensität in der Nähe der therapeutischen Beziehung entstehen würde.

Sechs der Befragten (5.6%) gaben an, dass die digitale Kommunikation oft *näher am Alltag* und somit auch an den Alltagsschwierigkeiten der Klient\*Innen sei und mehr Einblicke in deren Privatsphäre und *“andere Blickwinkel”* ermögliche. Sie liefere so mehr szenische Information und die Klient\*Innen könnten außerdem das eigene Umfeld, als Ausdruck ihrer Persönlichkeit mit einbringen und sich so sicherer fühlen.

Von vier Therapeut\*Innen (3.7%) wurde eine höhere *Termin-Disziplin* bei den Klient\*Innen festgestellt. Drei Personen (2.8%) hatten angegeben, dass die Abgrenzung über digitale Kommunikation leichter sei. Die digitale Kommunikation wurde außerdem noch vereinzelt als gute Ergänzung und gute Option für kurze Beratungen bezeichnet, eine Person gab an, dass dies eine gute Möglichkeit sei, um Klient\*Innen den Ausstieg aus einer Therapie zu erleichtern, da sie so merken könnten, ob sie auch ohne persönlichen Kontakt zurechtkommen. Durch die Flexibilität der digitalen Kommunikation könnte man so z.B. auch bei kurzen Rückfragen *“Sicherheit vermitteln”*. Es sei unkomplizierter möglich, kurze Fragen zu beantworten und zwischendurch stabilisierenden Kontakt zu ermöglichen.

**Antworten auf offene Fragen nach Nachteilen.** Bei der offenen Frage nach möglichen weiteren Veränderungen, die als Nachteile wahrgenommen wurden, hatten 108 Therapeut\*Innen geantwortet. Die drei meist genannten Aspekte sind in Tabelle 12 enthalten. Am häufigsten, von 52 Befragten (48.2%), wurden hier *Schwierigkeiten beim Gewinnen eines Gesamteindrucks* von den Klient\*Innen und dem Miteinbeziehen von ganzheitlichen Informationen gab. Es wurde ausgeführt, dass Körpersprache, Gestik und Mimik nicht

entsprechend wahrgenommen und berücksichtigt werden können, und dass andere sensorische Information, wie beispielsweise Körpergeruch oder das Fühlen von schwitzigen Händen bei der Begrüßung fehlen. Therapeut\*Innen beschrieben, dass sie die Klient\*Innen so nicht “spüren” können, keine ganzheitliche Wahrnehmung möglich sei, die Ausdrucksmöglichkeit reduziert sei und nonverbale Signale oder auch “*energetische Informationen*” verloren gingen.

Von 42 Therapeut\*Innen (38.9%) wurde die *Tiefe und Persönlichkeit der therapeutischen Beziehung* erwähnt. Durch das zwischengeschaltete Medium bestehe eine “*Barriere*”, zwischenmenschlicher Kontakt und emotionale Erreichbarkeit der Klient\*Innen sei reduziert und es wurde berichtet, dass bei Videotelefonie kein “*richtiger Augenkontakt*” möglich sei, und dass dadurch schwer eine persönliche Nähe vertieft werden könne. Besonders introvertierte Klient\*Innen würden sich schwertun.

Ein weiterer Nachteil, den 26 Therapeut\*Innen (24.1%) sahen, war die Einschränkung bei der *Anwendung therapeutischer Methoden und Interventionen*. Hier wurden zum einen körper- oder materialbezogene Techniken genannt, zum anderen aber auch die fehlende Kontrolle auf die emotionale Reaktion der Klient\*Innen, die bei gewissen Interventionen notwendig sei. Hier wurden vor allem psychodynamische und psychoanalytische, sowie Techniken des Psychodramas erwähnt. Eine Person schrieb zum Beispiel: “*die Analyse verträgt kein Drittes*”. Von 27 Befragten (25.0%) wurden auch *Probleme durch technische Störungen* beklagt. Hier wurde häufig über Verbindungsprobleme, -unterbrechungen und auch Ton- und Bild-Verzögerungen und -Verzerrungen berichtet, und dass sowohl auf therapeutischer Seite, als auch auf Seite der Klient\*Innen gar nicht die nötige technische Ausstattung vorhanden sei und es bei der Handhabung und dem technischen Verständnis der Medien Probleme gab. Eine Person schrieb z.B., dass vor allem ältere Klient\*Innen oft nicht ausgestattet seien und sich schwer mit der Kommunikation täten, eine weitere führte auch an, dass viele Klient\*Innen über keine kostenlose Internetverbindung verfügen würden und es so zu kostenintensiver und störungsanfälliger Übertragung käme.

Es wurde außerdem von 11 Therapeut\*Innen (10.2%) angegeben, dass diese Form der Kommunikation deutlich *anstrengender sei und eine höhere Konzentration erfordere*. Nach digitalen Therapieeinheiten tauchten Kopfschmerzen auf, sie würden “*Energie rauben*” und es komme auch leichter zu Ablenkungen und Missverständnissen. Beispielsweise merkte ein/e Therapeut\*In an, dass durch die mittelbare Kommunikation “*Beziehungsmuster im Sinn von ‘Missverstehen’*” begünstigt werden würden.

Ein Problem, das 12 Therapeut\*Innen (11.1%) erwähnten war das *Schaffen eines vertraulichen, ruhigen Settings*, vor allem bei den Klient\*Innen. Klient\*Innen seien während

der Behandlung nicht alleine im Raum oder nicht ungestört und es sei schwer oder gar nicht möglich eine vertrauliche, sichere Atmosphäre und eine Abgrenzung vom Alltag zu schaffen und entsprechende Privatsphäre aufzubauen. Es fehle die *“Präsenz der beiden Beteiligten im Hier und Jetzt des therapeutischen Raumes als sinnstiftende Gemeinsamkeit”*. Eine Person schrieb:

*Mängel auf der therapeut. Beziehungsebene, Probleme für die KlientInnen, entsprechende Räumlichkeiten zu finden, in denen sie Ruhe und Abgegrenztheit finden (Störungen aus dem familiären Kontext), Belastung der häuslichen Situation mit den Themen und Situationen aus der Therapie, die belastenden Themen bleiben dann gleichsam im Raum zu Hause präsent, was als belastend wahrgenommen wird. Daher und auch aus anderen [sic] Gründen werden die Therapien oberflächlicher und werden belastendere Themen unter Umständen vermieden.*

Weiters wurden Probleme durch die *Verunsicherung bezüglich der Datenschutzrechte* in der digitalen Übertragung der Kommunikation genannt. Dadurch sei nach 10 Therapeut\*Innen (9.3%) die Vertraulichkeit der Gespräche eingeschränkt.

Ein weiterer Nachteil, den acht Befragte (7.4%) nannten, war die *Scheu einiger Klient\*Innen vor der digitalen Kommunikation* und deren Skepsis gegenüber der Technik und gegenüber der Wirksamkeit digitaler Therapie. Zwei Personen (1.9%) erwähnten außerdem, dass diese Form der *psychotherapeutischen Behandlung mit Kindern nicht möglich* sei. Nach zwei Kommentaren (1.9%) sei die *Abgrenzung und “Psychohygiene”* hier schwerer. Weitere Aspekte, die vereinzelt genannt wurden waren der *erschwerter Umgang mit Dissoziation* am Telefon, dass am Telefon *weniger Humor* möglich sei, Schwierigkeiten mit der *Nähe-Distanz-Regulierung* am Telefon, die *mangelnde Wertschätzung* gegenüber der psychotherapeutischen Leistung, wenn diese digital stattfindet, dass der *Bedarf an Akutinterventionen* häufiger sei und dass sich bei manchen Klient\*Innen *Vermeidungsverhalten* negativ verstärken würden.

**Bewertungen von Veränderungen durch die digitale Kommunikation (nur Nutzer\*Innen). Klient\*Innen.** Die Antworten der Klient\*Innen sind im Einzelnen in Tabelle 13 abgebildet. Alle sechs Befragte hatten sich zu jedem Aspekt geäußert. *Die Flexibilität* wurde im Durchschnitt bei 3.8 der Skala eingeschätzt (*~"eher ein Vorteil"*,  $SD=1.0$ ). Die Hälfte der Befragten (3, 50.0%) ordnete sie als Vorteil ein, genauso viele sahen hier weder Vor- noch Nachteil.

Die *Begleitung durch die/den Therapeut\*In im Alltag* war im Mittel weder als Vor- noch Nachteil empfunden worden ( $M=3.0$ ,  $SD=1.8$ ), es gab zwei Befragte (33.4%), die hier

einen Vorteil und zwei (33.4%) die einen Nachteil empfanden und je eine Person (16.7%), die keine Änderung bzw. eine Änderung aber weder positiv noch negativ wahrnahm.

Die *Motivation aktiv am Erreichen der Therapieziele mitzuarbeiten* wurde im Mittel eher als Nachteil bewertet ( $M=2.2$ ,  $SD=1.0$ ). Von der Hälfte (3, 50.0%) wurde sie als nicht unterschiedlich im Vergleich zur persönlichen Therapie beurteilt, die andere Hälfte sah dies als negative Veränderung.

Die *Hemmschwelle eine Behandlung aufzusuchen* wurde durchschnittlich als neutrale Veränderung wahrgenommen ( $M=3.2$ ,  $SD=1.3$ ). Von zwei Klient\*Innen (33.4%) wurde sie als positiver in der digitalen Kommunikation wahrgenommen, eine Person (16.7%) sah hier eher einen Nachteil, eine (16.7%) keinen Unterschied und zwei Befragte (33.4%) eine Veränderung aber weder einen Vor- noch einen Nachteil.

Für die *persönliche Verbindung* wurde die Veränderung durch die digitale Kommunikation eher als nachteilhaft angegeben ( $n=5$ ,  $M=1.8$ ,  $SD=1.0$ ). Die Mehrheit hatte sie als Nachteil empfunden (4, 66.7%), je eine Person (16.7%) sah hier keine bzw. eine neutrale Veränderung.

Als negativer in der digitalen Therapie wurde die *Tiefe und Intensität der Kommunikation* bewertet, die im Durchschnitt bei 2.0 lag (~"eher ein Nachteil",  $SD=1.7$ ). Von einer Person (16.7%) wurde dieser Aspekt als Vorteil beurteilt, von vier der sechs Klient\*Innen (66.7%) als Nachteil und eine Person (16.7%) nahm hier gar keine Veränderung wahr.

Den Aspekt *sich verstanden zu fühlen und der Empathie der/s Therapeut\*In* wurde im Durchschnitt eher als Nachteil bewertet ( $M=1.8$ ,  $SD=1.0$ ). Vier der sechs Klient\*Innen (66.7%) schätzten dies als schlechter ein, zwei (33.4%) als unverändert.

Der *organisatorische Aufwand* für die Behandlung wurde von den Klient\*Innen im Mittel als klar positive Veränderung bewertet ( $M=4.5$ ,  $SD=0.8$ ). Fünf Klient\*Innen (83.3%) sahen hier einen Vorteil bei der digitalen Behandlung, eine Person (16.7%) weder Vor- noch Nachteil.

Der *finanzielle Aufwand* für die Therapie lag durchschnittlich bei 3.0 ( $SD=0.0$ ) und wurde mehrheitlich (von 5, 83.3%) als unverändert im Vergleich zur "Face-to-Face"-Behandlung eingeschätzt. Eine Person (16.7%) hatte zwar eine Veränderung, aber weder ein Vor- noch Nachteil wahrgenommen. Die einzelnen Bewertungen sind in Tabelle 13 aufgelistet.

Tabelle 13

*Bewertungen der Veränderungen durch digitale Kommunikation von den Klient\*Innen*

| <i>n=6</i><br><i>n (%)<sup>a</sup></i> | klarer<br>Nachteil   | eher ein<br>Nachteil | neutral  | eher<br>ein Vorteil | klarer<br>Vorteil | keine Ver-<br>änderung |
|----------------------------------------|----------------------|----------------------|----------|---------------------|-------------------|------------------------|
| Flexibilität                           | 0 (0.0)              | 0 (0.0)              | 1 (16.7) | 1 (16.7)            | 2 (33.3)          | 2 (33.3)               |
| Durchschnitt                           | <i>M=3.8, SD=1.0</i> |                      |          |                     |                   |                        |
| Begleitung im<br>Alltag                | 2 (33.3)             | 0 (0.0)              | 1 (16.7) | 0 (0.0)             | 2 (33.3)          | 1 (16.7)               |
| Durchschnitt                           | <i>M=3.0, SD=1.8</i> |                      |          |                     |                   |                        |
| Motivation                             | 2 (33.3)             | 1 (16.7)             | 0 (0.0)  | 0 (0.0)             | 0 (0.0)           | 3 (50.0)               |
| Durchschnitt                           | <i>M=2.2, SD=1.0</i> |                      |          |                     |                   |                        |
| Hemmschwelle                           | 1 (16.7)             | 0 (0.0)              | 2 (33.3) | 1 (16.7)            | 1 (16.7)          | 1 (16.7)               |
| Durchschnitt                           | <i>M=3.2, SD=1.3</i> |                      |          |                     |                   |                        |
| persönliche<br>Verbindung              | 3 (50.0)             | 1 (16.7)             | 1 (16.7) | 0 (0.0)             | 0 (0.0)           | 1 (16.7)               |
| Durchschnitt                           | <i>M=1.8, SD=1.0</i> |                      |          |                     |                   |                        |
| Intensität der<br>Kommunikation        | 4 (66.7)             | 0 (0.0)              | 0 (0.0)  | 0 (0.0)             | 1 (16.7)          | 1 (16.7)               |
| Durchschnitt                           | <i>M=2.0, SD=1.7</i> |                      |          |                     |                   |                        |
| sich verstanden<br>fühlen              | 3 (50,0)             | 1 (16.7)             | 0 (0.0)  | 0 (0.0)             | 0 (0.0)           | 2 (33.3)               |
| Durchschnitt                           | <i>M=1.8, SD=1.0</i> |                      |          |                     |                   |                        |
| organisator.<br>Aufwand                | 0 (0.0)              | 0 (0.0)              | 1 (16.7) | 1 (16.7)            | 4 (66.7)          | 0 (0.0)                |
| Durchschnitt                           | <i>M=4.5, SD=0.8</i> |                      |          |                     |                   |                        |
| finanz.Aufwand                         | 0 (0,0)              | 0 (0,0)              | 1 (16.7) | 0 (0.0)             | 0 (0.0)           | 5 (83.3)               |
| Durchschnitt                           | <i>M=3.0, SD=0.0</i> |                      |          |                     |                   |                        |
| Fortsetzung siehe<br>S.56              |                      |                      |          |                     |                   |                        |

Fortsetzung Tabelle 13

|                                    |             |                               |                               |                            |                               |                               |
|------------------------------------|-------------|-------------------------------|-------------------------------|----------------------------|-------------------------------|-------------------------------|
| Stigmatisierung                    | <i>n</i> =9 | viel<br>geringer<br>0 (0.0)   | eher<br>geringer<br>5 (55.6)  | etwa<br>gleich<br>4 (44.4) | eher<br>stärker<br>0 (0.0)    | viel<br>stärker<br>0 (0.0)    |
| Durchschnitt                       |             | <i>M</i> =2.4, <i>SD</i> =0.5 |                               |                            |                               |                               |
| Erstkontakt                        | <i>n</i> =9 | viel<br>schwerer<br>1 (11.1)  | eher<br>schwerer<br>2 (22.2)  | etwa<br>gleich<br>5 (55.6) | eher<br>leichter<br>1 (11.1)  | viel<br>leichter<br>0 (0.0)   |
| Durchschnitt                       |             | <i>M</i> =2.7, <i>SD</i> =0.9 |                               |                            |                               |                               |
| Hilfe aufsuchen                    | <i>n</i> =9 | viel<br>rascher<br>0 (0.0)    | eher<br>rascher<br>5 (55.6)   | etwa<br>gleich<br>4 (44.4) | eher<br>später<br>0 (0.0)     | viel<br>später<br>0 (0.0)     |
| Durchschnitt                       |             | <i>M</i> =2.4, <i>SD</i> =0.5 |                               |                            |                               |                               |
| Einstellung zu<br>digitalen Medien | <i>n</i> =6 | viel<br>negativer<br>0 (0.0)  | eher<br>negativer<br>1 (16.7) | etwa<br>gleich<br>2 (33.3) | eher<br>positiver<br>2 (33.3) | viel<br>positiver<br>1 (16.7) |
| Durchschnitt                       |             | <i>M</i> =3.5, <i>SD</i> =1.1 |                               |                            |                               |                               |
| zu dig. Medien<br>in der PT        | <i>n</i> =6 | 0 (0.0)                       | 1 (16.7)                      | 2 (33.3)                   | 2 (33.3)                      | 1 (16.7)                      |
| Durchschnitt                       |             | <i>M</i> =3.5, <i>SD</i> =1.1 |                               |                            |                               |                               |

Anmerkungen. <sup>a</sup> Die Zeilensummen können aufgrund des Rundens auf eine Dezimalstelle von 100.0% abweichen.

**Antworten auf offene Fragen nach Vorteilen.** Bei der Frage nach *Vorteilen* hatten alle sechs Klient\*Innen, die bereits digitale Medien genutzt hatten, etwas geschrieben. Zweimal (33.3%) wurde die *flexiblere Planung* der Termine genannt.

Sonst wurde erwähnt, dass die *Ortsunabhängigkeit* der digitalen Kommunikation von Vorteil sei, dass es so *weniger Überwindung* kosten würde den Erstkontakt herzustellen und dass so *leichtere Erreichbarkeit*, auch bei mobiler Einschränkung gegeben wäre. Ein/e Klient\*In merkte auch an, dass so ein direkter Austausch bei Ängsten möglich sei und eine Person schrieb: „*Man kann sich ganz auf sich konzentrieren, da man sich nicht beobachtet fühlt.*”

Eine Person schrieb: „*weniger Beziehung durch Medium und Beziehung ist maßgeblich für den Therapieerfolg (80%)*”. Außerdem wurde genannt, dass diese

*Kommunikation ungewohnt* sei und dass es bei schlechter Verbindung Hörschwierigkeiten gäbe. Ein/e Klient\*In antwortete: „*ungewohnte Situation aber nach 2 Sitzungen ok*“.

Auch die Antworten auf die fünf zusätzlichen Bewertungsfragen für Klient\*Innen sind in Tabelle 13 abgebildet. Im Durchschnitt war die *Stigmatisierung für das Aufsuchen psychotherapeutischer Behandlung eher geringer* wahrgenommen worden ( $M=2.4$ ,  $SD=0.5$ ). Die knappe Mehrheit von fünf der neun Befragten (55.6%) war der Ansicht, dass diese eher geringer wäre, wenn die Behandlung über digitale Kommunikation ablaufen würde. Die restlichen vier Klient\*Innen (44.4%) vermuteten hier keinen Unterschied.

Der *Erstkontakt* wäre dem Durchschnitt weder schwerer noch leichter gefallen, hätte er elektronisch stattgefunden ( $M=2.7$ ,  $SD=0.9$ ). Eine Person (11.1%) gab an, ihr wäre dieser eher leichter gefallen. Drei (33.3%) wäre der Erstkontakt eher schwerer oder sehr viel schwerer gefallen und die Mehrheit (5, 55.6%) sagte, dass ihnen dieser genauso leicht bzw. schwer gefallen wäre, wie auf persönlichem Wege.

Im Mittel hätten die Klient\*Innen nach ihren Angaben eher *rascher psychotherapeutische Behandlung aufgesucht* ( $M=2.4$ ,  $SD=0.5$ ). Die knappe Mehrheit von fünf der neun Befragten (55.6%) antwortete, dass sie dies eher rascher hätten, wäre die Kommunikation bereits zu Beginn digital abgelaufen, vier (44.4%) sagten, dass sie dies weder später noch rascher getan hätten.

Die *Einstellung gegenüber digitaler Kommunikation generell* hatte sich genau wie die *Einstellung gegenüber digitaler Kommunikation in der Psychotherapie* im Durchschnitt eher positiv verändert ( $M=3.5$ ,  $SD=1.1$ ). Zwei Nutzer\*Innen (33.3%) gaben an, dass ihre Einstellung allgemein sich leicht positiv und eine Person (16.7%), dass diese sich stark positiv verändert hätte. Ein weiteres Drittel (2, 33.3%) berichtete keine Veränderung und eine Person (16.7%) eine leicht negative Veränderung. Exakt genauso wurde die Einstellungsänderung gegenüber digitaler Kommunikation in der Psychotherapie bewertet.

**Gesamtbeurteilung (nur Nutzer\*Innen) - Therapeut\*Innen.** Bei der *Gesamteinschätzung* lag die durchschnittliche Meinung der Therapeut\*Innen, die bereits digitale Medien genutzt hatten bei „*teils teils*“ ( $M=2.6$ ,  $SD=1.1$ ). Über ein Drittel der 127 Nutzer\*Innen, die hier geantwortet hatten (48, 37.8%) hatte die Einschätzung geteilt, dass weder die Nach- noch die Vorteile überwiegen. Es sagten 58 (45.7%), dass die Nachteile überwiegen und 21 (16.5%) dass die Vorteile überwiegen.

Auf die Frage, ob die Therapeut\*Innen planten digitale Kommunikation *zukünftig zu nutzen* hatten 131 Therapeut\*Innen geantwortet, die die digitale Kommunikation durchschnittlich seltener nutzen wollten ( $M=2.2$ ,  $SD=0.9$ ). Es gaben 75 (57.3%) an, dies

seltener und weitere 25 (19.1%) dies gar nicht mehr tun zu wollen, 17 (13.0%) hatten dies etwa gleich oft vor und 14 (10.6%) wollten digitale Medien vielleicht sogar häufiger in der Kommunikation mit Ihren Klient\*Innen nutzen. Keine/r der befragten Therapeut\*Innen hatte vor, zukünftig nur noch digitale Kommunikation zu nutzen.

Tabelle 14

*Gesamteinschätzung zur digitalen Kommunikation in der psychotherapeutischen Behandlung*

|                                 |               | Therapeut*Innen                                  |                         |                       |                      |                       |
|---------------------------------|---------------|--------------------------------------------------|-------------------------|-----------------------|----------------------|-----------------------|
| <i>n</i> (%)                    |               | 1~klar die Nachteile                             | 2~eher die Nachteile    | 3~teils, teils        | 4~eher die Vorteile  | 5~klar die Vorteile   |
| Überwiegen Vor- oder Nachteile? | <i>n</i> =127 | 22 (17.3)                                        | 36 (28.4)               | 48 (37.8)             | 13 (10.2)            | 8 (6.3)               |
| Durchschnitt                    |               | <i>M</i> =2.6 (~teils teils), <i>SD</i> =1.1     |                         |                       |                      |                       |
| Nutzung in Zukunft              | =131          | 1~gar nicht<br>25 (19.1)                         | 2~seltener<br>75 (57.3) | 3~gleich<br>17 (13.0) | 4~öfter<br>14 (10.6) | 5~nur mehr<br>0 (0.0) |
| Durchschnitt                    |               | <i>M</i> =2.2 (~seltener nutzen), <i>SD</i> =0.9 |                         |                       |                      |                       |
|                                 |               | Klient*Innen                                     |                         |                       |                      |                       |
|                                 |               | klar die Nachteile                               | eher die Nachteile      | teils, teils          | eher die Vorteile    | klar die Vorteile     |
| Überwiegen Vor- oder Nachteile? | <i>n</i> =6   | 0 (0.0)                                          | 2 (33.3)                | 2 (33.3)              | 1 (16.7)             | 1 (16.7)              |
| Durchschnitt                    |               | <i>M</i> =3.2 ~ teils, teils, <i>SD</i> =1.2     |                         |                       |                      |                       |
| Nutzung in Zukunft              | <i>n</i> =6   | gar nicht<br>4 (66.6)                            | seltener<br>0 (0.0)     | gleich<br>0 (0.0)     | öfter<br>1 (16.7)    | nur mehr<br>1 (16.7)  |
| Durchschnitt                    |               | <i>M</i> =2.2 ~seltener, <i>SD</i> =1.4          |                         |                       |                      |                       |

**Gesamtbeurteilung - Klient\*Innen.** Die Klient\*Innen hatten die Frage nach einer *Gesamteinschätzung* durchschnittlich ebenfalls mit "teils teils" beantwortet (*M*=3.2, *SD*=1.2) dies hatten zwei Personen (33.3%) so angegeben. Eine Person (16.7%) hatte geantwortet, dass die Vorteile überwiegen würden und zwei (33.3%) sahen die Nachteile als überwiegend.

Bei der Frage, ob die Klient\*Innen *nach der Aufhebung der Maßnahmen weiter digitale Kommunikation in ihrer psychotherapeutischen Behandlung nutzen* wollten, lagen die Antworten im Mittel bei 2.2 (~"seltener nutzen",  $SD=1.4$ ). Es hatten vier der sechs Befragten (66.6%) angegeben, dies gar nicht mehr tun zu wollen. Eine Person (16.7%) wollte dies häufiger tun und eine Person (16.7%) gab an, nur mehr digitale Kommunikation nutzen zu wollen. In Tabelle 14 sind die alle Angaben zur Gesamteinschätzung abgebildet.

### **Meinung der Therapeut\*Innen zur Internetrichtlinie des Bundesministeriums**

Zur *Begründung des digitalen Behandlungsverbots* hatten sich 136 Therapeut\*Innen geäußert und im Mittel eine neutrale Meinung zur Begründung geäußert ( $M=3.4$ ,  $SD=1.3$ ). Der größte Anteil von 55 Therapeut\*Innen (40.4%) stimmte der Begründung eher zu und knapp ein Fünftel (27, 19.9%) stimmte vollkommen zu, 16 Therapeut\*Innen (11.8%) waren neutraler Meinung zu der Begründung, 25 (18.4%) stimmten eher weniger und 13 (9.5%) gar nicht zu. In Tabelle 15 sind die abgefragten Meinungen zur Internetrichtlinie abgebildet.

Tabelle 15

*Meinung der Therapeut\*Innen zur Internetrichtlinie*

| Zustimmung                                             | <i>n</i> (%)  | gar nicht    | weniger      | neutral            | eher      | vollkommen |
|--------------------------------------------------------|---------------|--------------|--------------|--------------------|-----------|------------|
| Begründung                                             | <i>n</i> =136 | 13 (9.5)     | 25 (18.4)    | 16 (11.8)          | 55 (40.4) | 27 (19.9)  |
|                                                        |               | Durchschnitt |              | $M=3.4$ , $SD=1.3$ |           |            |
| Lockerung des Verbots Diagnostik                       | <i>n</i> =136 | 35 (25.7)    | 18 (13.2)    | 36 (26.5)          | 21 (15.5) | 26 (19.1)  |
|                                                        |               | Durchschnitt |              | $M=2.9$ , $SD=1.4$ |           |            |
| Lockerung Behandlungs Verbot                           | <i>n</i> =134 | 20 (14.9)    | 18 (13.4)    | 28 (20.9)          | 27 (20.2) | 41 (30.6)  |
|                                                        |               | Durchschnitt |              | $M=3.4$ , $SD=1.4$ |           |            |
| Ist die Trennung von Beratung und Behandlung sinnvoll? |               | gar nicht    | eher weniger |                    | eher      | sehr       |
|                                                        | <i>n</i> =134 | 27 (20.1)    | 47 (35.1)    |                    | 39 (29.1) | 21 (15.7)  |
|                                                        |               | Durchschnitt |              | $M=2.4$ , $SD=1.0$ |           |            |

Bei der Frage nach der *Lockerung des Verbots diagnostischer Abklärung und Indikationsstellung* hatten 136 Therapeut\*Innen geantwortet und waren durchschnittlich

neutraler Meinung ( $M=2.9$ ,  $SD=1.4$ ). Es waren 35 (25.7%) strikt gegen eine Lockerung, 18 (13.2%) eher gegen eine Lockerung, 36 (26.5%) neutraler Meinung, 21 (15.5%) eher für eine Lockerung und 26 (19.1%) strikt für eine Lockerung.

Zur *Lockerung des Verbots von digitaler Behandlung* hatten 134 Personen sich geäußert und waren im Durchschnitt ebenfalls neutraler Meinung ( $M=3.4$ ,  $SD=1.4$ ). Strikt gegen eine Lockerung waren 20 (14.9%), 18 (13.4%) eher gegen eine Lockerung, 28 Therapeut\*Innen (20.9%) neutraler Meinung, 27 (20.2%) eher für eine Lockerung und 41 (30.6%) waren strikt für eine Lockerung des Verbots.

Die Einschätzungen zur *Sinnhaftigkeit der Trennung zwischen Beratung und Behandlung* fiel im Durchschnitt für „*eher weniger sinnvoll*“ aus ( $N=134$ ,  $M=2.4$ ,  $SD=1.0$ ). Als „*gar nicht sinnvoll*“ sahen die Trennung 27 (20.1%) an, 47 (35.1%) als „*eher weniger sinnvoll*“, 39 (29.1%) als „*eher sinnvoll*“ und 21 (15.7%) als „*sehr sinnvoll*“.

Auf die *offene Frage nach Anmerkungen* zur Internetrichtlinie gaben 40 Therapeut\*Innen eine Antwort. Was von 19 Therapeut\*Innen (47.5%) erwähnt wurde, war, dass die Internetrichtlinie *nicht berücksichtigen* würde, dass psychotherapeutische Behandlung über *digitale Kommunikation* zumindest in gewissen Situationen als *Ergänzung zur persönlichen Behandlung oder zur Überbrückung gut funktionieren kann* und auf jeden Fall besser sei als keine Behandlung. Als Beispiele wurden Krankenhaus- oder Auslandsaufenthalte von Klient\*Innen, oder Menschen die in ländlichen Gegenden leben genannt. Es wurde mehrmals betont, dass die Internetrichtlinie „*zu kategorisch*“ die digitale Behandlung ausschließe und die Entscheidung mehr der/m Therapeut\*In „*als Fachkraft*“ überlassen werden sollte und es sehr von den individuellen Klient\*Innen, der spezifischen Situation und der Therapiephase abhängig sei, ob ein Einsatz digitaler Kommunikationsmedien sinnvoll wäre- eine Person schrieb beispielsweise:

*Es wäre wichtig, die individuellen Gegebenheiten zu berücksichtigen. Aus meiner Erfahrung [sic] ist für manche Klienten der psychotherapeutische Prozess via Internet/Telefon schwer möglich, bei anderen, bei anderen [sic] wiederum sehr gut. Ich habe das als Fachfrau zu beurteilen und handle entsprechend.*

Des Weiteren beschrieben sieben Therapeut\*Innen (17.5%) die Internetrichtlinie in diesem Punkt als *veraltet*, ein/e Therapeut\*In warnte zum Beispiel: „*die Berufsgruppe wird nicht umhinkommen, mehr digital anzubieten; die Jungen wollen das auch so; nicht den Trend verschlafen*“. Von fünf Personen (12.6%) wurde zudem angemerkt, dass daraus deutlich ablesbar sei, dass diese Passage ohne Erfahrungshintergrund mit der Nutzung digitaler Behandlung verfasst worden war: „*Von Menschen geschrieben, die wenig Erfahrung*

mit digitalen Medien haben“; „der Verfasser hat das eindeutig nie probiert“. Weiters wurde noch genannt, dass diese Form der Kommunikation zwar Übung und Erfahrung bräuchte, aber durchaus „ein Großteil des Nonverbalen und Individuellen“ vermittelt werden könne und „auch das [nur] gesprochene Wort enthält Mimik, Gestik und Atmosphäre - bei aller kommunikativer Beschränkung“.

Schließlich äußerten sechs Therapeut\*Innen (15.0%) ihre Zustimmung zum digitalen Verhandlungsverbot der Internetrichtlinie. Eine Person schrieb:

*Ich befürchte, dass diese Richtlinie aus wirtschaftlichen Gründen in den kommenden Jahren aufgeweicht zu werden droht: Das wäre meines Erachtens das Ende der Psychotherapie und würde gerade das untergraben, was eine psychotherapeutische Erfahrung ausmachen sollte- der Schritt zu virtuellen KI<sup>7</sup>-Therapeuten und ähnlichen Entwicklungen wäre dann zudem nur noch ein kleiner.*

Es wurde auch betont, dass auch bei möglichem, sinnvollem Einsatz der digitalen Medien nicht gänzlich auf persönlichen Kontakt verzichtet werden sollte. Eine Person antwortete außerdem:

*Ich würde nicht sagen "nicht ausreichend". Eher Videotelefonie deckt man ca 60% der persönlich. Begegnung ab. Zumindest mehr als die Hälfte. Ein bewusster Umgang mit der Unterschiedlichkeit kann da Fehlendes kompensieren, weil man Atmosphären explizit beschreiben kann. Gleichwertig ist es nicht. Als Sozialversicherungsträger würde ich da unterscheiden, also zB 10 EH Videotelefonie und dann 50 EH persönlich subventionieren...*

### **Einschätzungen zu Voraussetzungen und zur zukünftigen Entwicklungen der digitalen Kommunikation in der psychotherapeutischen Behandlung**

**Notwendige Voraussetzungen - Therapeut\*Innen.** Bei der Frage nach eigener Ausbildung machten 133 Therapeut\*Innen eine Angabe. Etwas mehr als ein Viertel (35, 26.3%) hatte angegeben, bereits solche Ausbildungsinhalte absolviert zu haben, acht (6.0%) hatten einen eigenen Lehrgang als Zusatzausbildung abgeschlossen, 27 (20.3%) hatten Ausbildungsinhalte zu diesem Thema in der Grundausbildung bzw. in einem Lehrgang zu einem anderen Schwerpunkt absolviert und 98 (73.7%) weder noch. Von 132 Therapeut\*Innen, die bei dieser Frage geantwortet hatten, waren gute drei Viertel (102, 77.3%) der Meinung, dass es nicht verpflichtend notwendig sein sollte, 30 der Befragten (22.7%) gaben an, dies anders zu sehen.

---

<sup>7</sup> Erklärung: KI = Künstliche Intelligenz

Bei beiden Fragen hatten 118 Befragte eine Einschätzung abgegeben, von denen nur ein kleiner Teil (8, 6.8%) der Meinung war, dass eine erste persönliche Sitzung unwichtig oder eher weniger wichtig sei, 21 (17.8%) sagten *“eher wichtig, aber nicht zwingend notwendig”*. Fast die Hälfte (56, 47.5%) war der Meinung, dies sei sehr wichtig und 33 (28.0%) Therapeut\*Innen waren der Meinung dies sei zwingend notwendig.

Ähnlich war die Einschätzung zu weiteren persönlichen Sitzungen. Hier waren 10 Therapeut\*Innen (8.5%) der Ansicht dies sei unwichtig oder weniger wichtig, 33 (28.0%) sagten *“eher wichtig, aber nicht zwingend notwendig”*, 57 (48.3%) sahen dies als sehr wichtig an und 18 (15.3%) als zwingend notwendig. In Tabelle 16 sind die Antworten der Therapeut\*Innen angeführt.

Tabelle 16

*Einschätzungen der Therapeut\*Innen zu Voraussetzungen*

|                                                                |              |                      |                                            |                                                                    |                                     |
|----------------------------------------------------------------|--------------|----------------------|--------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|
| absolvierte Ausbildung<br>für digit. Beratung<br><i>n</i> =133 | <i>n</i> (%) | nein<br>98 (73.7)    | ja, zusätzlicher<br>Lehrgang<br>8 (6.0)    | ja, Inhalte in einer anderen /<br>der Grundausbildung<br>27 (20.3) |                                     |
| ist eine Ausbildung<br>nötig? <i>n</i> =132                    |              | nein<br>102 (77.3)   | ja, sollte verpflichtend sein<br>30 (22.7) |                                                                    |                                     |
| erste persönliche<br>Sitzung<br><i>n</i> =118                  |              | unwichtig<br>1 (0.9) | weniger<br>wichtig<br>7 (5.8)              | wichtig<br>21 (17.8)                                               | sehr wichtig<br>56 (47.5)           |
|                                                                |              |                      |                                            |                                                                    | unbedingt<br>notwendig<br>33 (28.0) |
| Durchschnitt                                                   |              |                      | <i>M</i> =4.0, <i>SD</i> =0.9              |                                                                    |                                     |
| weitere persönliche<br>Sitzungen<br><i>n</i> =118              |              | unwichtig<br>2 (1.7) | weniger<br>wichtig<br>8 (6.7)              | wichtig<br>33 (28.0)                                               | sehr wichtig<br>57 (48.3)           |
|                                                                |              |                      |                                            |                                                                    | unbedingt<br>notwendig<br>18 (15.3) |
| Durchschnitt                                                   |              |                      | <i>M</i> =3.7, <i>SD</i> =0.9              |                                                                    |                                     |

Zu *persönlichen Faktoren* der Therapeut\*Innen hatten 82 Befragte etwas geäußert. Die drei häufigst genannten Faktoren sind in Tabelle 17 abgebildet.

Am häufigsten, von knapp über der Hälfte (42, 51.2%) wurde als hilfreicher persönlicher Faktor *Technikaffinität*, eine gewisse Kompetenz und Erfahrung im Umgang mit der digitalen Kommunikation genannt.

Tabelle 17

*Nennungen der Therapeut\*Innen zu hilfreichen persönlichen Faktoren für digitale Kommunikation in der Behandlung*

|                                                                       |                                      |                                        |                                               |
|-----------------------------------------------------------------------|--------------------------------------|----------------------------------------|-----------------------------------------------|
| Top 3 hilfreiche persönliche Faktoren Therapeut*Innen<br><i>n</i> =82 | <i>Technikaffinität</i><br>42 (51.2) | <i>Offenheit</i><br>17 (20.7)          | <i>Überzeugung von Wirksamkeit</i><br>8 (9.6) |
| Top 3 hilfreiche persönliche Faktoren Klient*Innen<br><i>n</i> =84    | <i>Technikaffinität</i><br>28 (33.3) | <i>Aufgeschlossenheit</i><br>15 (17.9) | <i>Alter</i><br>15 (17.9)                     |

Ein Fünftel (17, 20.7%) nannte außerdem *Offenheit*, *Interesse* und innere *Aufgeschlossenheit* gegenüber der Therapie mittels digitaler Kommunikation.

Acht Therapeut\*Innen (9.6%) hatten hier angeführt, dass eine *Sicherheit*, ein “es sich zutrauen” im Anwenden dieser Kommunikation und eine Überzeugung von deren Wirksamkeit und von der Sinnhaftigkeit digitaler Therapie wichtig sei - eine Person schrieb z.B.: “das aufrichtig empfundene Erleben, damit gut arbeiten zu können”.

Fünfmal (6.1%) wurde außerdem *Flexibilität* der Therapeut\*Innen als hilfreiche Eigenschaft genannt. Erfahrung und Kenntnis von Methoden explizit im digitalen therapeutischen Arbeiten nannten drei Befragte (3.7%). Ebenfalls von drei Therapeut\*Innen (3.7%) wurde das *Alter* als relevanter persönlicher Faktor der Therapeut\*In genannt. Darüber hinaus wurde von einzelnen Therapeut\*Innen angegeben, dass eine gewisse Geduld hilfreich sei, das “*Reflektieren und Akzeptieren der Grenzen*”, ein “*Fokus auf Sprache und ihren Gebrauch*”, Empathie, eine soziale Kompetenz und dass auch bestimmte Persönlichkeitsstrukturen eine Rolle spielen können (“*histrionische Therapeuten bevorzugen eventuell Videochats vor Telefonie, um auch die Mimik und Körperhaltung zu sehen*”).

Es gaben 10 (12.2%) der Befragten hier explizit an, dass es keine persönlichen Faktoren seitens der Therapeut\*Innen gäbe, die besonders relevant wären.

Bei der Frage nach *persönlichen Faktoren der Klient\*Innen*, die für den erfolgreichen Einsatz von digitaler Kommunikation in der Psychotherapie eine Rolle spielen könnten, hatten 84 Therapeut\*Innen eine Einschätzung abgegeben. Auch hier sind die drei häufigst genannten Faktoren in Tabelle 17 dargestellt. Es wurde ebenfalls eine gewisse *Technikaffinität*, Gewöhnung und Kompetenz im Umgang mit technischer, digitaler Kommunikation genannt (von 28, 33.3%) und eine *Bereitschaft und Aufgeschlossenheit* bzw.

positive Einstellung gegenüber dieser Kommunikation in der Therapie - 15 Therapeut\*Innen (17.9%) hatten dies angegeben.

Genauso viele hatten auch das *Alter* der Klient\*Innen als relevanten Faktor genannt. Hier wurde betont, dass sowohl zu junge, als auch zu alte Klient\*Innen sich eher schwer mit der digitalen Kommunikation täten, eine Person schrieb: „Kinder sind bei der Beratung sehr leicht abgelenkt, wenn die Beratung Online stattfindet, ältere Menschen sehen oder hören nicht mehr so gut. Junge Erwachsene können gut mit den Medien umgehen und sind auch in der Beratung leichter zu erreichen“.

Neun Befragte (10.7%) hatten hier außerdem *Vertrauen in die/den Therapeut\*In* und in die Sinnhaftigkeit der Therapie über digitale Medien bzw. Vertrauen in die Technik genannt, ein Kommentar war beispielsweise: *“vertrauen darauf, dass auch in einer Video-Sitzung Entlastung und Stabilisierung stattfinden kann”*. Von fünf Therapeut\*Innen (6.0%) genannt wurden die notwendigen technischen Voraussetzungen, auch *“die ausreichenden finanziellen Mittel für die notwendigen technischen Voraussetzungen”*, und von vier Personen (4.8%) wurde eine ruhige Räumlichkeit als Voraussetzung genannt. Sechs Therapeut\*Innen (7.1%) merkten an, dass eine bestimmte Stabilität und ein gewisses Strukturniveau der Klient\*Innen wichtig sei, von vier (4.8%) wurde Flexibilität genannt, von drei (3.6%) Beziehungsfähigkeit und ebenfalls drei (3.6%) hatten die *“Fähigkeit, den Rahmen einzuhalten”* erwähnt, hier schrieb zum Beispiel auch ein/e Therapeut\*In: *“Einhaltung gewisser Gesprächsstandards (z. B. sitzend am Tisch statt auf dem Sofa liegend - zur Stabilität [sic] des Bildes)”*.

Vereinzelt wurden weiters noch Motivation, Geduld, sprachliche Artikulationsfähigkeit, körperliche und geistige Konstitution erwähnt und eine Person schrieb: *“Die Sicherheit des Settings vor zu finden die benötigt [sic] wird und dennoch eine flexible Lösung zum Wohl der individuellen Problematik angeboten zu bekommen”*.

Zu *störungsspezifischen Faktoren*, die als günstig bzw. ungünstig eingeschätzt wurden hatten 77 Therapeut\*Innen etwas angemerkt. Die drei jeweils am häufigsten genannten Störungsbilder sind Tabelle 18 zu entnehmen.

Fast ein Viertel der Befragten (18, 23.4%) nannte *Angst- und Panikstörungen*, insbesondere (*soziale*) *Phobien*, bei denen es Klient\*Innen schwer fällt außer Haus zu gehen. Häufig wurden auch *Depressionen* (13, 16.9%) genannt

Es hatten 12 Therapeut\*Innen (15.6%) hier außerdem angegeben, dass generell *leichte und “nicht so intensive” Störungsbilder* und Symptome eher für die Behandlung mit digitaler Kommunikation geeignet wären, drei Therapeut\*Innen (3.9%) hatten angemerkt, dass diese

vor allem bei Klient\*Innen gut funktionieren kann, die über ein “gutes Strukturniveau” verfügen.

Tabelle 18

*Nennungen der Therapeut\*Innen zu günstigen bzw. ungünstigen Störungs- und Therapiephasen- bezogenen Faktoren für digitale Kommunikation in der Psychotherapie*

|                                                |                                                |                                              |                                              |
|------------------------------------------------|------------------------------------------------|----------------------------------------------|----------------------------------------------|
| Top 3 günstige Störungsbilder<br><i>n=77</i>   | <i>Angst &amp; Panikstörungen</i><br>16 (23.4) | <i>Depressionen</i><br>13 (16.9)             | <i>“leichte” Störungsbilder</i><br>12 (15.6) |
| Top 3 ungünstige Störungsbilder<br><i>n=77</i> | <i>psychotische Zustände</i><br>31 (40.3)      | <i>Persönlichkeitsstörungen</i><br>18 (23.4) | <i>Traumata</i><br>10 (13.0)                 |

Mehrmals wurden bei der Frage nach *günstigen Faktoren* hier noch Kriseninterventionen (7, 9.1%), neurotische Störungen (4, 5.2%) und Burn-Out (3, 3.9%) genannt. Vereinzelt hatten Therapeut\*Innen Anpassungsstörungen, Posttraumatisches Belastungssyndrom, Wochenbett Störung, Selbsterfahrung, Essstörungen, psychosomatische Themen, Zwangsstörungen, sexuelle Dysfunktion, Eheprobleme, Persönlichkeitsentwicklung und Schulschwierigkeiten genannt. Eine Person hatte geschrieben: “*Wenn z.B. das Ziel in der Erarbeitung von Strukturen ist*”, eine weitere: “*konkrete Problemstellungen*” und eine: “*Informationsbedürfnis*”.

Es hatten aber auch acht (10.4%) geantwortet, dass sie hier keine verallgemeinerbare Einschränkung nennen könnte. Ebenfalls acht Personen (10.4%) hatten alle Störungen als potenziell geeignet für die digitale Therapie eingeschätzt (“*Alle die in einer Praxis auch zu erwarten sind*”). Es hatten auch acht (10.4%) nochmals betont, dass sie keine Störungen als geeignet für digitale Psychotherapie ansehen.

Auch die drei *störungsspezifischen Faktoren*, die am häufigsten als *besonders problematisch für die Nutzung digitaler Therapie* genannt wurden sind in Tabelle 18 dargestellt. Es wurden am deutlich häufigsten *psychotische Zustände und Derealisationsphänomene* genannt (31, 40.3%).

*Persönlichkeitsstörungen* wurden von 18 Personen (23.4%) aufgezählt, hier wurde insbesondere die Borderline-Störung öfters erwähnt (6, 7.8%). Auch *Traumata* (“besonders schwere Traumatisierungen”) sahen 10 der Befragten (13.0%) als problematisch für die Behandlung über digitale Kommunikation.

Hier gaben weiters 10 der Befragten (13.0%) an, dass im Allgemeinen "*schwerere Störungen*" und eine stark ausgeprägte Symptomatik eher problematisch für die digitale Psychotherapie seien. *Schizophrenie* wurde von neun Personen genannt (11.7%), sechs Therapeut\*Innen (7.8%) hatten Störungen erwähnt, bei denen deutliche Strukturdefizite vorhanden sind. Jeweils vier Befragte (5.2%) hatten stark ausgeprägte Ängste und Unsicherheiten, schwere depressive Episoden und Suizidalität (auch Selbst- und Fremdgefährdung) genannt.

Vereinzelt wurden darüber hinaus noch Süchte, Internetsucht, Posttraumatische Belastungsstörungen, Somatisierungen, Anorexie und akute Krisensituationen angeführt. Es gab außerdem von einer Person den Kommentar: "*bei langfristigen Tendenzen des sozialen Rückzugs*", von einer weiteren: "*wenn der Klient kaum etwas spricht*". "*Mehrpersonen Setting*" und Kinder wurden ebenfalls von je einer Person genannt. Es hatten sieben (9.1%) Therapeut\*Innen hier noch einmal betont, dass jede psychische Störung oder Erkrankung eine Problematik bezüglich der Behandlung über digitale Kommunikationsmedien mitbringt und ebenfalls sieben (9.1%) sagten auch hier, dass dies nicht allgemein einzuschränken sei, sondern dass es viel mehr auf die individuellen Klient\*Innen ankäme.

Tabelle 19 zeigt die meist genanntesten Antworten auf die Frage nach *günstigen bzw. ungünstigen Therapiephasen*.

Tabelle 19

*Nennungen der Therapeut\*Innen zu günstigen bzw. ungünstigen Therapiephasen für digitale Kommunikation in der Psychotherapie*

|                                                |                                               |                               |                                      |
|------------------------------------------------|-----------------------------------------------|-------------------------------|--------------------------------------|
| Top 3 günstige Therapiephasen<br><i>n=77</i>   | <i>nach dem Beziehungsaufbau</i><br>24 (31.2) | <i>Endphase</i><br>17 (22.1)  | <i>zur Überbrückung</i><br>12 (15.6) |
| Top 3 ungünstige Therapiephasen<br><i>n=77</i> | <i>Beginn</i><br>37 (52.9)                    | <i>Abschluss</i><br>12 (15.6) | <i>akute Krisen</i><br>9 (11.7)      |

Am häufigsten wurde betont (von 24, 31.2%), dass es entscheidend sei, bereits ein Vertrauensverhältnis und eine stabile therapeutische Beziehung aufgebaut zu haben ("wenn eine tragfähige Beziehung aufgebaut ist", "wenn der therapeutische Prozess bereits im Fluss ist"). Hier wurden von zwei Therapeut\*Innen (2.6%) auch Zeitangaben genannt - ab etwa 6 Monate, bzw. ab der 10.Sitzung. 17 der Therapeut\*Innen (22.1%) sagten, dass besonders das Ende oder die Abschlussphase einer Therapie, bzw. die Nachsorge für digitale Kommunikation geeignet wären ("zur Stabilisierung").

Weiters sagten 12 Befragte (15.6%), dass diese Kommunikation für kurze *Überbrückungsphasen* zwischendurch anbieten würde (Krankenhausaufenthalt, Auslandssemester).

Zu *günstigen Phasen* sagten darüber hinaus drei Therapeut\*Innen (3.9%) *wenig belastende, stabilere Therapiephasen*, je 2 (2.6%) hatten den *Beginn* einer Therapie, das Kennenlernen und Entlastungsgespräche bei „*akuter Exazerbation*“ erwähnt, eine Person (1.3%) auch „*Neuintegration*“. Der Meinung, dass digitale Kommunikation zu allen Therapiephasen möglich sei waren sieben Therapeut\*Innen (9.1%), genauso viele hatten geantwortet, dass dies individuell zu entscheiden sei. Auch hier hatten 10 (13.0%) nochmal betont, dass sie zu keinem Zeitpunkt der Therapie digitale Kommunikation für geeignet hielten und drei (3.9%) sagten explizit, dass diese nur zur Not, wenn kein persönlicher Kontakt möglich ist, einzusetzen sei.

Bei der Frage nach *problematischen Therapiephasen* hatte knapp über die Hälfte der Befragten (37, 52.9%) den Beginn einer Therapie und die *Phase des Kennenlernens*, des Beziehungsaufbaus und der Zielklärung genannt.

Das *Ende* oder Abschlussgespräch einer Therapie gaben 12 (15.6%) an, neun Therapeut\*Innen (11.7%) sagten außerdem, dass es in akuten Krisenphasen oder bei „*besonderer symptomatischer Belastung*“ problematisch sei.

Außerdem wurden *Traumata* von sechs Befragten (7.8%) erwähnt und von vier Befragten (5.2%) *akut wahnhafte Phasen* oder Psychosen. Weiters hatten fünf (6,5%) den mittleren, „*vertiefenden Teil*“ und das Anwenden von Interventionen genannt - eine Person schrieb hier: „*aufdeckende Phasen*“, eine andere: „*Phasen in denen ein physisches Gegenüber notwendig ist, in denen Unterstützung in Form von diversen kreativen Medien anzuleiten ist, wenn für die Therapeutin der Wegfall der Wahrnehmung der Klientin als Ganzes zu irritierend ist*“. Zwei Therapeut\*Innen (2.6%) hatten noch *Phasen des Konflikts* zwischen Klient\*In und Therapeut\*In oder „*negative Übertragung*“ genannt. Eine Person erwähnte den Abbruch einer Therapie.

Auch hier hatten neun der Befragten (11.7%) geantwortet, dass dies nicht pauschal zu sagen sei, sondern im Einzelfall zu beurteilen. Nochmals hatten sechs Befragte (7.8%) betont, dass sie alle Phasen als problematisch ansehen und drei (3.9%), dass sie keine Phase als problematisch für die Nutzung von digitaler Therapie ansehen.

Bei der offenen Frage nach der *wichtigsten Voraussetzung* hatte über die Hälfte der 90 Therapeut\*Innen, die hier eine Angabe gemacht hatten (49, 54.4%), *datenschutzrechtliche Voraussetzungen* genannt. Oft wurde erwähnt, dass es datenschutzrechtlich geprüfte

Programme, Anwendungen oder IT-Systeme geben sollte, die eine sichere Datenübertragung gewährleisten. Es wurde auch gefordert besser über die datenschutzrechtliche Lage zu kommunizieren und mehr Informationen zu Aspekten des Datenschutzes bereitzustellen.

Ein/e Therapeut\*In schrieb beispielsweise:

*Angebot DSGVO-zertifizierter Technologien, wie es z.B. in Deutschland zur Verfügung gestellt wird; ich habe mir mein know-how [sic] am Beginn der Corona-Maßnahmen durch den deutschen BundesPsychotherapeutenverband angeeignet. Es war für mich haarsträubend, dass in Österr. plötzlich skype gestattet wurde... und über Kolleg\*innen sich TheraPsy herumsprach!*

Eine weitere Person forderte: *“Sichere Plattformen für Pth oder eine klare fundierte Bewertung über vorhandene Plattformen. Offizielle Stellungnahme und professionelle Untersuchung, was vertrauenswürdig ist”.*

Von 25 der Befragten (27.8%), wurden bessere *berufsrechtliche Rahmenbedingungen* angegeben. Dass es eine bessere technische Infrastruktur bzw. eine stabilere Internetverbindung Bräuche, forderten 13 (14.4%) Befragte und 10 (11.1%) erwähnten eine größere Flexibilität, mehr Offenheit und Aufgeschlossenheit gegenüber der Technik auf Seite der Therapeut\*Innen, die nötig sei. Sieben (7.8%) waren außerdem der Meinung, dass es mehr Ausbildungs- bzw. Weiterbildungsangebote zum Thema digitale Beratung und Behandlung geben sollte und sechs Befragte (6.7%) nannten als Voraussetzung, dass die Abrechnung von digitalen Einheiten über Sozialversicherungsträger und Krankenkassen (einfacher) möglich wäre.

Darüber hinaus wurden noch vereinzelt als Voraussetzungen genannt: *“Ein gutes Konzept, das die Inanspruchnahme der Therapie erleichtert und dem gestalterischen Spielraum in der Therapie eröffnet”*; *“eine Atmosphäre durch digitale Medien erzeugen können - was bisher nicht machbar ist”*; *“ein Anheben der Wichtigkeit und Wertigkeit digitaler Kontaktaufnahme”*; *“sehr gute Reflexion über Wirkungen”* und eine Person forderte: *“Energie in die Machbarkeit und nicht in das Verhindern investieren”.*

Es hatten auch neun Therapeut\*Innen (10.0%) bei dieser Frage noch einmal explizit betont, dass sie generell gegen die Durchführung psychotherapeutischer Behandlung über digitale Kommunikation wären und daher auch keine Vorstellung von potenziellen Voraussetzungen hätten.

**Notwendige Voraussetzungen - Klient\*Innen (nur Nutzer\*Innen).** Auf die Frage nach der *Wichtigkeit persönlicher Sitzungen* hatten alle sechs Nutzer\*Innen der Klient\*Innen geantwortet und diese für eine erste persönliche Sitzung durchschnittlich als sehr wichtig

beurteilt ( $M=4.3$ ,  $SD=1.5$ ). Vier von ihnen (66.7%) hatten angegeben, den Kontakt in einer ersten persönlichen Sitzung als sehr wichtig und zwei (33.3%) als unbedingt notwendig anzusehen. Auch weitere persönliche wurden im Mittel als sehr wichtig angesehen ( $M=3.8$ ,  $SD=1.7$ ). Es hatten zwei (33.3%) diese als unbedingt notwendig und zwei (33.3%) als sehr wichtig beurteilt. Je eine Person (16.7%) hatte hier angegeben dies als „*eher wichtig*“ bzw. als „*weniger wichtig*“ zu beurteilen. Diese Angaben sind in Tabelle 20 dargestellt.

Tabelle 20  
*Einschätzungen der Klient\*Innen zu Voraussetzungen*

|                                     |       |                      |                                |                     |                             |                                    |
|-------------------------------------|-------|----------------------|--------------------------------|---------------------|-----------------------------|------------------------------------|
| erste<br>persönliche<br>Sitzung     | $n=6$ | unwichtig<br>0 (0.0) | weniger<br>wichtig<br>0 (0.0)  | wichtig<br>0 (0.0)  | sehr<br>wichtig<br>4 (66.7) | unbedingt<br>notwendig<br>2 (33.3) |
| Durchschnitt                        |       | $M=4.3$ , $SD=1.5$   |                                |                     |                             |                                    |
| weitere<br>persönliche<br>Sitzungen | $n=6$ | unwichtig<br>0 (0.0) | weniger<br>wichtig<br>1 (16.7) | wichtig<br>1 (16.7) | sehr<br>wichtig<br>2 (33.3) | unbedingt<br>notwendig<br>2 (33.3) |
| Durchschnitt                        |       | $M=3.8$ , $SD=1.7$   |                                |                     |                             |                                    |

Bei *hilfreichen persönlichen Faktoren* hatten drei Personen etwas angegeben. Eine schrieb: „*gute Internetverbindung*“, eine weitere: „*Technikaffinität, Zugang zu stabilem Internet und Geräten zur praktikablen Nutzung, uneingeschränkt garantierter Datenschutz*“ und die dritte: „*Knowhow technische Anwendung*“.

Bei *weniger hilfreichen Faktoren* hatten zwei Personen geantwortet, eine schrieb: „*MitbewohnerInnen*“ und die andere: „*schlechte Internetverbindung/ Telefonnetz*“.

**Einschätzungen zur zukünftigen Entwicklung und abschließende Anmerkungen.**  
**Therapeut\*Innen.** Es hatten 122 Therapeut\*Innen auf die Frage nach der *zukünftigen Entwicklung* digitaler Kommunikation geantwortet. Im Durchschnitt wurde es für eher wahrscheinlich gehalten, dass sich die digitale Kommunikation in Zukunft stärker durchsetzen wird ( $M=2.7$ ,  $SD=0.8$ ). Fast die Hälfte (60, 4.2%) hatte es für eher wahrscheinlich und 18 (14.8%) für sehr wahrscheinlich gehalten, dass sich die digitale Kommunikation zukünftig stärker durchsetzen werde. Für sehr unwahrscheinlich hatten es acht (6.5%) eingeschätzt und 36 Therapeut\*innen (29.5%) hatten es für eher unwahrscheinlich gehalten.

Bei der Möglichkeit eine abschließende Anmerkung anzugeben hatten 36 Therapeut\*Innen noch etwas angemerkt. In 11 Abschlussbemerkungen (30.6%) wurde erwähnt, dass die schnelle Umstellung auf digitale Kommunikation in der Corona-Krise als

hilfreich erlebt wurde und dass diese Form der Psychotherapie, zumindest zur Überbrückung in Notfällen oder Abwesenheiten ein guter Ersatz ist. Eine Person hatte allerdings auch betont: *“Wie z.B. das Gruppentherapie-Setting kein Notbehelf und keine Überbrückung zu einem Einzeltherapie-Setting ist, sondern eine eigenständige Dynamik besitzt, so hat auch z.B. ein reines Telefon-Setting eine spezielle und eigenständige Qualität.”*

Weiters sprachen sich acht Therapeut\*Innen (22.2%) dafür aus, dass sich die gesetzlichen Rahmenbedingungen für den (zumindest komplementären) Einsatz von digitaler Kommunikation ändern sollten, damit *“endlich etwas weitergeht”*. Eine Person schrieb zum Beispiel:

*Argumentiert wird immer wieder, Hausbesuche seitens der Therapeut\*innen wären ja ohnehin gestattet (z.B. bei Krankheit). Das halte ich für an der heutigen Realität vorbeigelebt. Wünschenswert wäre eine Änderung des Gesetzes [sic] in Hinblick auf: Therapien müssen nicht unterbrochen oder abgeschlossen werden, wenn physische Anwesenheit eine Zeit lang von Klient\*innen-Seite nicht möglich ist.*

Es wurde damit argumentiert, dass so mehr Menschen Zugang zu Therapie ermöglicht würde und eine Person forderte: *“Ministerium, Krankenkassen etc. sollten Klartext sprechen und sollte sich nicht hinter interpretationswürdigen Formulierungen verstecken; das Haftungsthema sollte bearbeitet und kommuniziert werden”*. Drei Kommentare (8.3%) beschrieben außerdem, dass die Nutzung der digitalen Kommunikation als gute, wertvolle Erfahrung empfunden wurde, eine Person schrieb: *“Es war eine gute Erfahrung. Fand es vor allem mit einer Klientin für den Therapieprozess sehr gewinnbringend und wirkt sich nun auf den face to face-Prozess wunderbar aus. Beziehung wurde in diesem Fall gestärkt durch Videotelefonie!”*, eine weitere: *“Durch den Einsatz der digitalen Medien in der Corona Zeit habe ich für meine therapeutische einen weiters [sic] therapeutisches Werkzeug dazugekommen”*.

Es gab acht Therapeut\*Innen (22.2%), die nochmals betonten, dass sie sich gegen die Erlaubnis und die Verwendung der digitalen Kommunikation in der psychotherapeutischen Behandlung aussprechen. Hier wurden auch Bedenken bezüglich des Datenschutzes und der persönlichen Beziehung genannt, zum Beispiel: *“der Datenschutz wird in der digitalen Kommunikation weiterhin das Hauptproblem bleiben, des Weiteren auch der Zugang zu brauchbarer Technik”*. Darüber hinaus wurden auch nochmals andere Bedenken geäußert: *“ethische Überlegungen, Schutz der Klient\*innen sollte vor Profitmaximierung stehen”*, *“Als ältere Person ist die digitale Kommunikation für Psychotherapie etwas ungewohnt. Es wäre zu fragen, ob man da mehr Bedenken hat, weil es ungewohnt ist”*, *“Immer auf die*

*Gegenübertragung achten, ob dies mittels digitaler Kommunikation möglich ist? Ich bezweifle es”, “Besonders problematisch ist die Frage der Sicherheit (ungestörter Ort, Abschätzung von Selbstgefährdung) auf Seiten der Klienten“, oder:*

*Ich habe sowohl in der Privatpraxis als auch in der Institution, in der ich als Psychotherapeutin tätig bin, die Erfahrung gemacht, dass ein Großteil der Patient\*innen lieber warten wollte, bis ein persönlicher Termin wieder möglich ist.*

*Nur ein Bruchteil der Menschen (ca. 20%) ist auf das digitale Angebot umgestiegen.*

Oder auch:

*Die Skepsis sehe ich berechtigt, da ich einen Qualitätsverlust der Behandlung befürchte / Ich hoffe, dass der persönliche face to face Kontakt weiterhin die zentrale Basis einer psychotherapeutischen Behandlung sein wird - und nur in Notfällen darauf verzichtet wird. Dies nicht wegen technischer oder Datenschutz Bedenken, sondern weil menschlicher Kontakt doch über alle Sinnesorgane stattfinden soll.*

Eine Person schrieb: *“Mit der unreflektierten Nutzung digitaler Techniken ist die Psychotherapie auf dem besten Weg dahin, sich selbst abzuschaffen”*. Schließlich war ein letzter Kommentar: *“Die Illusion der Gleichheit zur persönlichen Begegnung; Es ist anders, wenn bewusster Umgang mit der Andersartigkeit der Begegnung stattfindet, dann ist es für mich förderlich und sinnvoll.”*

**Klient\*Innen.** Vier der sechs Klient\*Innen (66.7%) gaben etwas bei Gründen für das Profitieren in der Zukunft, drei (50.0%) für Gründe dagegen an.

Bei Gründen für das Profitieren wurde nochmals die zeitliche Flexibilität, eine niedrige Hemmschwelle, die leichtere Verfügbarkeit und Barrierefreiheit von Therapie und die Möglichkeit für ein niederschwelliges Angebot genannt.

Bei Gründen dagegen führte eine Person den Verlust des persönlichen Kontakts und eine schwächere Bindung und Beziehung an, eine weitere: *“nicht jeder hat das notwendige Equipment und Ruhe zu Hause”*. Ein/e weitere/r Klient\*In schrieb: *“Aufpassen das es keine Fast-Food Qualität wird”*.

Nur eine Person hatte bei der Möglichkeit für abschließende Bemerkungen etwas geschrieben, und zwar: *“Ich war sehr erstaunt, dass sich in einem Telefongespräch eine richtige Tiefe entwickeln kann.”*

## Diskussion

Diese Arbeit sollte beleuchten, was für Konsequenzen die Corona-Pandemie, insbesondere durch die, in der akuten Phase der Ausbreitung ausgerufenen Ausgangs- und Kontaktbeschränkungen, auf die Psychotherapie in Österreich hatten. Im Fokus stand hierbei die kurzfristig ermöglichte Umstellung auf digitale Kommunikation in der Behandlung. Da die besonderen Umstände der Pandemie kaum mit vorherigen Situationen vergleichbar waren und es zur digitalen Durchführung von Psychotherapie im deutschsprachigen Raum noch wenig Forschung gibt, war diese Arbeit explorativ angelegt. Die Untersuchung sollte Einblicke in das Erleben von Psychotherapeut\*Innen und Klient\*Innen in dieser besonderen Lage gewähren und Perspektiven für die zukünftige Forschung zur Nutzung digitaler Kommunikation eröffnen.

### Zusammenfassung und Einordnung der Ergebnisse

**Moderate zusätzliche Belastung durch Corona, “social distancing” und Ängste als besonders relevante Themen.** Wie anfangs dargestellt zeigten sich die Auswirkungen der Corona-Pandemie und der Maßnahmen zu deren Eindämmung in Österreich durchaus auch in einer erhöhten Nachfrage an psychosozialen Unterstützungsangeboten (Auer, 08.04.2020; Telefonseelsorge, n.d.). Die Ergebnisse der erwähnten Online-Umfrage der Donau-Universität Krems, in der bei einer repräsentativen Stichprobe signifikant höhere Werte für Depressivitäts- und Angst-Symptomatik erhoben wurden, weisen ebenfalls auf eine vorhandene psychische Belastung für die Bevölkerung hin (Pieh, Budimir & Probst, 2020).

Zumindest von der befragten Stichprobe wurde die *zusätzliche Belastung durch die Corona-Pandemie* bei ihren Klient\*Innen im Durchschnitt jedoch als *eher gering* empfunden. Keine/r der Therapeut\*Innen hatte einen sehr stark erhöhten und nur ein kleiner Teil einen stark erhöhten Bedarf an psychotherapeutischer Unterstützung bei den Klient\*Innen wahrgenommen, 30.0%<sup>8</sup> der Therapeut\*Innen hatten sogar gar kein erhöhten Bedarf wahrgenommen. Auch keine/r der Klient\*Innen hatte eine sehr stark erhöhte Belastung oder einen stark erhöhten Bedarf nach Begleitung durch die Corona-Krise angegeben, die Belastung war hier durchschnittlich als “*moderat erhöht*” empfunden worden.

Eine vergleichbare Interpretation lassen die Ergebnisse der erwähnten Umfrage der Deutschen Psychotherapeutenvereinigung (DPtV, 2020) zu. Hier hatten lediglich 15% der Therapeut\*Innen, die in Praxen beschäftigt waren, berichtet durch die Corona-Pandemie mehr

---

<sup>8</sup> Alle Prozentzahlen in der Zusammenfassung der Ergebnisse beziehen sich auf die Teilstichprobe, die bei den jeweiligen Fragen eine Antwort gegeben hatte.

Anfragen erhalten zu haben und 75% der Praxen waren nicht so ausgelastet wie vor der Pandemie.

In einer Untersuchung des ÖBVPs Ende März hatten auch immerhin 16.3% der befragten Psychotherapeut\*Innen angegeben, neben negativen auch positive Auswirkungen der Maßnahmen bei ihren Klient\*Innen festgestellt zu haben (ÖBVP, 24.04.2020).

Möglicherweise stellte die Situation also für Menschen in psychotherapeutischer Behandlung zumindest keine wesentlich höhere mentale Belastung dar, als für die restliche Bevölkerung. An relevanten Themen wurden von den Therapeut\*Innen am häufigsten die Einschränkungen durch den Aufruf zum "social distancing" und die damit verbundene Isolation, die fehlenden Kontakte, sowie diverse Ängste, die durch die Pandemie und die ergriffenen Maßnahmen auftraten genannt. Diese Nennungen deckten sich auch größtenteils mit den Themen, die in der Umfrage des ÖBVPs angegeben wurden (ÖBVP, 24.04.2020).

### **Hohe Inanspruchnahme des Angebots zur Umstellung auf digitale**

**Kommunikation.** Die Ausnahmeregelung für Umstellung auf digitale Kommunikation in der Corona-Krise wurde von einem großen Anteil der Befragten in Anspruch genommen. Es gaben 90.0% der Therapeut\*Innen und fünf der neun Klient\*Innen an, dies während der akuten Phase der Pandemie genutzt zu haben. Vor der Pandemie hatten dies nur 31.3% der Therapeut\*Innen und nur eine/r der Klient\*Innen.

Diese Ergebnisse scheinen auch stimmig mit den Angaben der Therapeut\*Innen bei der Umfrage der DPtV (2020), nach denen 77% der Befragten Videobehandlung nutzten und 95% davon dies zum ersten Mal in der Corona-Pandemie getan hatten.

Auch in der Umfrage der Donau-Universität Krems hatte sich eine enorme Steigerung der Inanspruchnahme von digitaler Kommunikation bei den teilnehmenden Psychotherapeut\*Innen gezeigt (DUK, 15.05.2020). Der telefonische Kontakt zu den Klient\*Innen hatte sich hier in den ersten Wochen der Corona-Maßnahmen um 979% und der Kontakt via Internet sogar um 1 561% gesteigert.

### **Telefonie per Mobiltelefon am häufigsten genutzte Form der Kommunikation.**

Die Telefonie per Mobiltelefon war die mit Abstand am häufigsten genutzte Form der digitalen Kommunikation. In der akuten Phase nutzten beispielsweise 81.5% der Therapeut\*Innen und 80.0% der Klient\*Innen, das Mobiltelefon für Therapiegespräche. Insgesamt am zweithäufigsten wurde die Videotelefonie verwendet. Knapp drei Viertel der Therapeut\*Innen (71.1%), die in der akuten Phase digitale Medien nutzten, machten für Therapiegespräche von der Videotelefonie gebrauch, für Super- und Interventionen war sie außerdem die meistgenutzte Form der digitalen Kommunikation. Insgesamt am wenigstens

wurden direkte (zeitsynchrone) online-Chats genutzt, gefolgt von Internettelefonie (ohne Bild) und Telefonie per Festnetz.

Vor und nach der akuten Phase waren Terminvereinbarungen der Zweck, für den am meisten Therapeut\*Innen angegeben hatten digitale Kommunikation zu nutzen, während der akuten Krise waren dies Therapiegespräche. In dieser Zeit hatten beinahe alle Therapeut\*Innen (96.3%) und 100.0% der Klient\*Innen, die während der akuten Phase digitale Medien nutzten, angegeben, für Therapiegespräche über digitale Medien zu kommunizieren.

**Nutzung der digitalen Kommunikation etwas häufiger von dienstlichen als von privaten Endgeräten aber weniger oft vom Arbeitsplatz aus, als von anderen Orten.** In der Befragung gab nur etwa ein Drittel der Therapeut\*Innen an, für den Kontakt zu ihren Klient\*Innen ausschließlich ein dienstliches Endgerät zu verwenden und fast 40% hatten berichtet bei mehr als der Hälfte des Kontakts ihr privates Gerät zu nutzen. Mehr als 50% des Kontakts zu den Klient\*Innen vom Arbeitsplatz aus zu tätigen, gaben außerdem etwas weniger Therapeut\*Innen an (42.3%) als angaben, die Mehrheit der Kommunikation nicht vom Arbeitsplatz aus zu tätigen (49.2%).

Was datenschutzrechtliche Themen, wie Zugänglichkeit des Speicherorts von Daten, oder auch Vertraulichkeit im Umgang mit Informationen angeht, wären diese Ergebnisse im Hinblick auf eine zukünftige Nutzung der digitalen Kommunikation in der psychotherapeutischen Behandlung sicherlich noch zu diskutieren und weisen auf eine verbesserungswürdige Situation hin. Es sollte allerdings berücksichtigt werden, dass es sich durch die Corona-Pandemie um eine Ausnahmesituation handelte, in der nicht viel Zeit war, die Umstellung auf digitale Kommunikation vorzubereiten.

Am Umfang des Kontakts hatte sich nach Angaben der befragten Therapeut\*Innen durchschnittlich nichts geändert, wobei immerhin 34.0% und auch zwei Drittel der Klient\*Innen angegeben hatten, es sei weniger gewesen.

Ein/e Klient\*In hatte sogar angegeben, statt der digitalen kommunizierten Behandlung in dieser Phase *gar keine* Behandlung in Anspruch zu nehmen (Bemerkung der/s Befragten: *“Das öftere Telefonieren und die Webinare. Ich lasse es und warte bis es wieder zum persönlichen Treffen möglich ist.”*). Diese Ergebnisse lassen sich also eher im Sinne einer geringeren Akzeptanz gegenüber der digitalen Kommunikation interpretieren.

**"Skype" am häufigsten genannte Anwendung, Zufriedenheit mit den Anwendungen und Programmen eher gut.** Der internetbasierte Videotelefonie-Dienst "Skype" wurde mit Abstand am häufigsten als meist-verwendete Anwendung angeführt. Die

reguläre, kostenfreie Version der “Skype”-Anwendung entspricht zwar *nicht den Ansprüchen der Datenschutz-Grundverordnung* (Kaser, n.d.) und sollte daher nach der Internetrichtlinie auch nicht zu psychotherapeutischen Zwecken eingesetzt werden (BMSGPK, 2020a). Diese Regelung war aber für die Zeit der Corona-Pandemie eingeschränkt. Die Anwendung “Zoom”, die am zweithäufigsten genannt wurde, kann sich zumindest nach eigenen Angaben DSGVO-konform verwenden lassen und ermöglicht eine bessere Verschlüsselung sowie das gesonderte Schützen von Sitzungen durch Passwörter (Greifeneder, 19.03.2020). Die Anwendung steht allerdings *aufgrund von Sicherheitsmängeln schon länger unter Kritik* die auch das DSGVO-konforme Verwenden der App in Frage stellt (Kaser, n.d.).

Auch bei “WhatsApp”, was von fast einem Fünftel als häufig verwendete Anwendung genannt wurde, sind die DSGVO-Ansprüche, insbesondere bezüglich Vertraulichkeit und Verschlüsselung der Inhalte nicht erfüllt (Verbraucherzentrale, 20.04.2020), ebenso bei “Face-Time”, das neunmal genannt wurde (Verbraucherzentrale, 20.04.2020). Nur wenige Therapeut\*Innen hatten bei dieser Frage “TheraPsy”, und nur eine Person “Instahelp” genannt, was die einzigen erwähnten Programme waren, die speziell für die Anwendung im psychologischen Bereich entwickelt wurden (Kaser, A., n.d.). Bezogen auf die Verwendung von Programmen und Anwendungen wäre, ähnlich wie bei der Nutzung privater Endgeräte, eine berufsrechtliche Auseinandersetzung mit den Möglichkeiten zur zukünftigen Gewährleistung des Datenschutzes notwendig. Es sei aber nochmals erwähnt, dass selbst der Österreichische Bundesverband für Psychotherapie explizit darauf hinwies, dass “eine Einschränkung des Datenschutzes und/oder ein Bruch der Verschwiegenheitspflicht im minimal notwendigen Ausmaß gerechtfertigt” ist, wenn dies zur Eindämmung der Corona-Pandemie erforderlich ist (ÖBVP, 12.03.2020).

**Viele Bedenken nach der Nutzung als weniger berechtigt beurteilt, Sorgen um den Datenschutz wurden eher bestärkt.** Bei vier der fünf Aspekten war der Anteil der Therapeut\*Innen, die vor der Nutzung viele Bedenken hatten wesentlich höher, als der Anteil, der nach der Nutzung noch der Meinung war, diese Bedenken seien berechtigt gewesen. Bei den berufsrechtlichen bzw. -ethischen Bedenken, den Bedenken bezüglich des Therapieerfolgs und bei denen zur persönlichen Verbindung waren die Mittelwerte nach der Nutzung *signifikant niedriger* als davor.

So hatten zum Beispiel vor der Nutzung 42.5% viele Bedenken, *ob eine Therapie auch mit digitaler Kommunikation erfolgreich sein kann*. Nach der Nutzung waren *nur noch 25.6 % der Ansicht diese Bedenken seien berechtigt*. Bezüglich der *persönlichen Verbindung* zu den

Klient\*Innen hatten vor der Nutzung 49.2% viele Bedenken geäußert, *während jetzt noch 32.0% die Bedenken für gerechtfertigt hielten.*

Auch bei den Klient\*Innen hatten sich bei beiden genannten Aspekten der Anteil an Befragten, der angab Bedenken für berechtigt zu halten im Vergleich zu Angaben von eher oder sehr vielen Bedenken vor der Nutzung reduziert.

Die Abnahme dieser Bedenken ließe sich auch gut mit der Aussage aus dem Interview mit Frau Mag.a Dr.in Wallisch-Tomasch (Klinische und Gesundheitspsychologin, Online Psychologin) in Verbindung bringen, die berichtet hatte, vor eigenen Erfahrungen in der Online-Beratung die Möglichkeiten der digitalen Kommunikation bezüglich persönlicher Nähe, als auch für den Therapieerfolg unterschätzt zu haben. Ähnlich lesen sich auch die ersten Einblicke in die Ergebnisse einer Prozessevaluation von Videobehandlungen des deutschen Bundesministeriums für Bildung und Forschung (Haun et al., 2020). Hier heißt es: “Trotz anfänglicher Bedenken, insbesondere hinsichtlich der Etablierung einer tragfähigen therapeutischen Beziehung, waren alle Therapeuten nach einem Gewöhnungsprozess von der Machbarkeit der Videokonsultationen überzeugt.” (S.294)

Einzig beim *Datenschutz* waren die Bedenken durch die eigenen Erfahrungen mit digitaler Kommunikation in der Behandlung scheinbar eher bestärkt worden. Hier war mit 43.5% der Anteil der Befragten, die viele Bedenken hatten, bereits der zweithöchste unter den Kategorien und der Anteil, der die Bedenken für berechtigt hielt, lag nach der Nutzung nochmal um 4.1% höher. Der Anteil, der diese Skepsis für wenig oder gar nicht berechtigt hielt, war nochmal um 2.3% niedriger als die 26.0%, die vor der Nutzung wenige oder keine Bedenken angegeben hatten. Auch von den Klient\*Innen wurden Bedenken zum Datenschutz von der Mehrheit als eher oder sehr berechtigt bewertet.

Im Hinblick auf die bereits angesprochene Thematik der Verwendung von *nicht DSGVO-konformen Programmen* und von *privaten Endgeräten*, sind die starken Bedenken bezüglich des Datenschutzes ein weiterer Hinweis darauf, dass hier in Zukunft noch berufsrechtliche Regelungen für den möglichen weiteren Einsatz digitaler Behandlung geschaffen werden müssen.

**In der Gesamteinschätzung überwiegen für viele Therapeut\*Innen eher die Nachteile der digitalen Kommunikation, Ablehnung gegen zukünftige Nutzung dominiert.** Bei der Frage, ob in ihrer *Gesamteinschätzung* die Vor- oder Nachteile der digitalen Kommunikation überwiegen, war der Durchschnitt der Therapeut\*Innen *noch unentschlossen* ( $M=2.6$ , ~“teils teils”). Fast die Hälfte der Befragten (45.7%) gab jedoch an, dass für sie die Nachteile überwiegen würden. Damit waren fast dreimal so viele dieser

Ansicht, als Personen der Meinung waren, dass die Vorteile überwiegen (16.5%).

Dementsprechend gab auch eine klare Mehrheit (76.3%) an, die digitale Kommunikation in ihrer zukünftigen psychotherapeutischen Arbeit seltener nutzen zu wollen, 19.1% gar nicht mehr.

Auch hier zeichnete sich in der Umfrage unter deutschen Psychotherapeut\*Innen, ein ähnliches Bild ab (DPtV, 2020). Dort waren 65% der teilnehmenden Therapeut\*Innen der Meinung, dass therapeutische Gründe gegen eine psychotherapeutische Behandlung per Video sprechen. Knapp zwei Drittel (59%) der Befragten schätzten deren Wirksamkeit gegenüber Sitzungen im persönlichen Kontakt als geringer ein. Zwei Drittel gaben außerdem an, zukünftig nicht häufiger als bislang Videobehandlungen durchführen zu wollen. Wie in der Stichprobe dieser Arbeit lehnten in der DPtV-Umfrage 19% der Therapeut\*Innen ganz ab, zukünftig digital zu behandeln.

In der Umfrage des DPtV wurden von den Therapeut\*Innen als negative Unterschiede benannt, dass die Behandlung per Video anstrengender sei, dass Unterbrechungen im Gespräch den Kontakt stören und dass der fehlende Blickkontakt die Therapie erschwere. Außerdem wurde erwähnt, dass die Behandlung von Kindern digital schwierig bis nicht möglich sei, dass Videositzungen für die psychodynamische Psychotherapie nicht gut funktioniere, dass nonverbale Interaktion und Sinneseindrücke beschränkt seien, dass Diagnostik und Beziehungsarbeit digital problematisch wären und dass bestimmte Methoden nicht durchführbar seien.

Auch die Therapeut\*Innen aus der Studie des Bundesministeriums für Bildung und Forschung hatten angegeben, Videokonsultationen als anstrengender zu erleben, mit technischen Schwierigkeiten zu hadern und den fehlenden persönlichen Kontakt als deutlichen Nachteil zu empfinden (Haun et al., 2020). Alle diese Aspekte waren auch von der Stichprobe dieser Arbeit erwähnt worden.

Bei der Beurteilung der Therapeut\*Innen, wie sich verschiedene Aspekte der Behandlung im Vergleich zum "Face-to-Face"-Kontakt verändert hatten, gab es nur einen einzigen Aspekt, der von den meisten Befragten als Vorteil gewertet wurde - die Flexibilität in Einteilung, Zeit, Dauer und Ort der Behandlung. Sechs der 13 vorgegebenen Aspekte wurden von der Mehrheit als Nachteil eingeschätzt.

Wie in der folgenden Diskussion der Limitationen dieser Umfrage noch genauer ausgeführt wird, sollte bei diesen Beurteilungen beachtet werden, dass sich 80.0% der hier befragten Stichprobe therapeutischen Methoden der tiefenpsychologisch-psychodynamisch oder humanistisch-existenziellen Orientierung zugeordnet hatten. Gerade Techniken dieser

Orientierungen wurden mehrmals als besonders problematisch in der digitalen Kommunikation hervorgehoben. Tatsächlich war auch von den vorgegebenen Aspekten am deutlichsten die Freiheit in der Wahl therapeutischer Techniken und Methoden in der Therapie als nachteilhaft bewertet worden. Somit bleibt bei der Interpretation dieser Ergebnisse zu berücksichtigen, dass die Akzeptanz der digitalen Kommunikation in der Stichprobe durch deren nicht repräsentative Verteilung möglicherweise eher ein methodenspezifisches Bild liefert.

Zumindest wurden aber neben der Flexibilität, noch einige weitere Vorteile der digitalen Kommunikation von den Therapeut\*Innen genannt. Zum Beispiel die Erreichbarkeit von Personengruppen, die es sonst aus organisatorischen, persönlichen oder aus Mobilitätsgründen erheblich schwerer hätten eine Behandlung aufzusuchen.

Bei den Klient\*Innen war die Gesamtbeurteilung ebenfalls noch weder klar positiv noch negativ. Hier waren immerhin genauso viele Befragte der Meinung, dass die Vorteile überwiegen würden wie andersherum. Hier wäre natürlich eine größere Stichprobe nötig um verlässlichere Ergebnisse zu erhalten aber zumindest bei den hier befragten Personen hatte sich sowohl die *Einstellung gegenüber der digitalen Kommunikation* allgemein, als auch gegenüber der digitalen Kommunikation speziell in der Psychotherapie durch die selbst gemachten Erfahrungen im Durchschnitt *leicht positiv verändert*.

**Zustimmung zur Begründung des Behandlungsverbots der Internetrichtlinie, dennoch würde die Hälfte der Befragten einer Lockerung zustimmen.** Eine Mehrheit der Therapeut\*Innen stimmte der in der Internetrichtlinie des Bundesministeriums dargelegten Begründung für das digitale Behandlungsverbot zu. Es wurde aber durchaus kritisiert, dass die Internetrichtlinie nicht die Möglichkeiten der digitalen Kommunikation, mindestens zur Überbrückung bei physischer Abwesenheit oder zur Ergänzung der persönlichen Behandlung berücksichtige. So würde auch die Hälfte der Befragten einer Lockerung des Behandlungsverbots zustimmen. Auch die berufsrechtliche Trennung zwischen Behandlung und Beratung diesbezüglich wurde im Durchschnitt für eher weniger sinnvoll gehalten. Bezüglich der Richtlinie im Hinblick auf digital durchgeführte Diagnostik und Indikationsstellung war eine knappe Mehrheit allerdings noch gegen eine Lockerung der derzeitigen Vorgaben. Wie auch beispielsweise bei den Bemerkungen zu günstigen Therapiephasen für digitale Kommunikation erwähnt wurde, war hier wohl die Einstellung der Befragten gegenüber eines digitalen Erstkontakts eher kritisch.

**Verbesserung des Datenschutzes als wichtigste Voraussetzung, ein Durchsetzen in Zukunft wird als wahrscheinlich eingeschätzt.** Am häufigsten wurden von den

Therapeut\*Innen angeführt, dass Voraussetzungen zum Sicherstellen des Datenschutzes geschaffen werden müssten, um in Österreich einen sinnvollen Einsatz der digitalen Therapie zu gewährleisten. Diese Forderung schließt sich stimmig an die bereits angesprochenen datenschutzrechtlichen Spannungsfelder in der Nutzung digitaler Kommunikation und die geäußerten Bedenken bezüglich des Datenschutzes an.

Es wurden außerdem günstigere berufsrechtliche Rahmenbedingungen und eine bessere technische Infrastruktur gefordert. Weiters war eine deutliche Mehrheit der Meinung, dass eine erste persönliche Sitzung sehr wichtig sei, 28.0% sagten sogar, diese sei zwingend erforderlich. Eine gewisse Technikaffinität, Offenheit, Interesse und Bereitschaft sich auf die digitalen Medien einzulassen wurden am häufigsten als hilfreiche persönliche Faktoren für einen erfolgreichen Einsatz der digitalen Kommunikation genannt, sowohl bei den Therapeut\*Innen als auch den Klient\*Innen.

Auch in der deutschen Stichprobe der DPtV-Umfrage waren 85% der Therapeut\*Innen der Meinung, dass sich Videositzungen nicht für den Erstkontakt eignen (DPtV, 2020). Bei der Frage nach notwendigen Voraussetzungen wurden in der DPtV-Befragung die ebenfalls fehlende technische Ausstattung, mangelnde Computerkenntnisse und eine schlechte Internetverbindung genannt.

Bezogen auf störungsspezifische Faktoren wurden von der hier befragten Stichprobe eher "*leichtere*" Störungsbilder, bei denen ein hohes Strukturniveau vorhanden sei und keine produktive Symptome, Derealisationsphänomene oder akute psychotische Zustände auftreten, als günstig für die Behandlung beschrieben. Ähnlich lautete auch die Aussage von Frau Mag.a Dr.in Wallisch-Tomasch, die betonte, dass es durchaus Grenzen bei den Möglichkeiten digitaler Behandlung gäbe. So sah sie unter anderem zum Beispiel schwere Persönlichkeitsstörungen als nicht geeignet für die (ausschließlich) digitale Kommunikation in der Therapie. Dieser Bereich wurde auch in knapp einem Viertel der Antworten (23.4%) explizit als Kontraindikation für digital kommunizierte Therapie genannt.

Was einen günstigen Zeitpunkt für den Einsatz digitaler Kommunikation angeht, wurde von den meisten Therapeut\*Innen betont, dass bereits eine stabile therapeutische Beziehung und Vertrauensebene aufgebaut sein sollte. Auch die Klient\*Innen waren der Meinung einer ersten persönlichen - nicht digitalen - Sitzung sei sehr wichtig. Zum Stabilisieren am Ende einer Therapie oder zum Überbrücken in kurzen Phasen der räumlichen Distanz, würde sich, nach Angaben vieler Therapeut\*Innen, diese Kommunikation am besten eignen.

Für diese Einschätzung würde auch der vermehrte Einsatz digitaler Therapieprogramme in der Nachsorge und zur Ergänzung von stationären Einrichtungen

sprechen (Debbelt, 03.02.2020; Klinik Wersbach GmbH, n.d.; Ruhr-Universität-Bochum, n.d.).

Auch bei allen geäußerten Bedenken und wahrgenommen Grenzen der digitalen Kommunikation war die Mehrheit (64.0%) der Therapeut\*Innen der Meinung, es sei wahrscheinlich, dass sich diese in Zukunft auch in der psychotherapeutischen Behandlung stärker durchsetzen werde. Von den Klient\*Innen wurden mehr Gründe für ein zukünftiges Profitieren der Psychotherapie in Österreich von der digitalen Kommunikation als dagegen genannt.

### **Nutzen und Limitationen der Untersuchung**

Bezüglich der Aussagekraft der gewonnen Erkenntnisse sollten einige *Limitationen* zur Kenntnis genommen werden. Von den 10.268 eingetragenen Psychotherapeut\*Innen in Österreich (BMSGPK, 2020b) konnten mit der Anzahl an 150 Teilnehmenden nur die Erfahrungen eines *sehr kleinen Teils* (weniger als 2%) berücksichtigt werden. Die *Sicht der Klient\*Innen* wurde hier *nur ergänzend* und mit einem äußerst geringen Stichprobenumfang erhoben und sollte in zukünftiger Forschung noch eine wesentlich größere Rolle spielen. Hierzu sei angemerkt, dass von angefragten Therapeut\*Innen mehrfach die Rückmeldung kam, dass in diesem Zeitraum bereits zahlreiche Erhebungen zur Corona-Thematik mit der Zielgruppe von Therapeut\*Innen, als auch von Menschen mit psychischen Problemen durchgeführt worden sein. Das könnte die Teilnahmebereitschaft in beiden Gruppen eingeschränkt haben.

Darüber hinaus können aufgrund der Ergebnisse *keinerlei Aussagen über die tatsächliche Wirksamkeit* oder andere *langfristige Merkmale* der Psychotherapie mittels digitaler Kommunikation getroffen werden. Zum Zeitpunkt der Befragung lag die spontane Lockerung des Behandlungsverbots erst knapp zwei Monate zurück. Sie war ausschließlich aufgrund der Pandemie-Situation und daher ohne längerfristige Planungsperspektive oder Vorankündigung beschlossen worden.

Da es sich außerdem um ein *querschnittliches Design* handelte, stellen die Ergebnisse eher eine *Momentaufnahme* aus einer Situation mit außergewöhnlichen Rahmenbedingungen dar, die kaum generalisierbare Schlussfolgerungen zulassen.

Des Weiteren sind die Ergebnisse in ihrer allgemeinen Gültigkeit eingeschränkt, da die Stichprobe insbesondere bezüglich ihrer *methodenspezifischen Zuordnung*, *nicht* als *repräsentativ* für alle Psychotherapeut\*Innen in Österreich gelten kann. Gerade die therapeutischen Orientierungen, deren Methoden, Techniken und therapeutisches Vorgehen als nicht besonders kompatibel in der digitalen Kommunikation anzusehen ist

(tiefenpsychologisch-psychodynamisch und humanistisch-existenzielle Orientierung), waren bei den Befragten deutlich überrepräsentiert. Bei den insgesamt 10.268 in Österreich eingetragenen Psychotherapeut\*Innen liegt der Anteil der tiefenpsychologisch-psychodynamischen Therapeut\*Innen bei 24.8% und der der humanistisch-existenziellen bei 35.3%, während Verhaltenstherapeut\*Innen 11.2% und systemische Therapeut\*Innen 22.5% ausmachen (BMSGPK, 2020b, Stand: 28.09.2020). In der befragten Stichprobe ordneten sich 34.7% als tiefenpsychologisch-psychodynamisch orientiert, 45.3% als humanistisch-existenziell, 4.7% verhaltenstherapeutisch und 14.7% als systemisch orientiert ein. Damit war der Anteil tiefenpsychologisch-psychodynamischer Therapeut\*Innen um 10%, und der der humanistisch-existenziellen um 12.1% höher, als in der Gesamtverteilung. Die relative Häufigkeit an verhaltenstherapeutisch orientierten Therapeut\*Innen war hingegen weniger als halb so hoch wie in der Population. Somit legt die entsprechende Über- bzw. Unterrepräsentation nahe, dass die Ergebnisse der Befragung methodenspezifisch verzerrt sein dürften.

Eine weitere Verzerrung könnte dadurch entstanden sein, dass Therapeut\*Innen, die keine E-Mail-Adresse angegeben hatten, nicht zur Teilnahme an dieser Untersuchung eingeladen wurden. Es wäre möglich, dass gerade die Therapeut\*Innen mit einer *sehr geringen Technikaffinität nicht in der Stichprobe vertreten* waren. Eine geringe Technikaffinität wurde mehrfach als hemmender Faktor für einen erfolgreichen Einsatz der digitalen Kommunikation genannt. Auch in der Umfrage der Deutschen Psychotherapeutenvereinigung wurden mangelnde Computerkenntnisse als Hürde beschrieben (DPtV, 2020).

In Hinsicht auf die soziodemographische Repräsentativität zeigte sich außerdem, dass das mittlere Alter der Stichprobe mit 52.0 Jahren ( $SD=10.0$ ) immerhin um *4.1 Jahre unter dem Gesamtdurchschnitt* der Therapeut\*Innen in Österreich lag (Sagerschnig & Tanios, 2018). Auch höheres Alter war als ungünstiger persönlicher Faktor genannt worden. Demzufolge könnte hier ebenfalls eine Verzerrung in den Ergebnissen vorliegen.

Im Rahmen der methodischen Limitationen und der besonderen Gegebenheiten, konnte die Arbeit dennoch einige *Erkenntnisse zur Wahrnehmung der Belastung durch die Corona-Pandemie, zum Ausmaß der Umstellung auf Telearbeit, zu deren Akzeptanz und zu Ansichten der Befragten über eine mögliche zukünftige Entwicklung der digital kommunizierten Psychotherapie* liefern. In einigen Punkten lassen sich bereits Parallelen zu anderen, ersten Forschungsergebnissen im Rahmen der Pandemie ziehen. Ein großer Teil der empirischen Untersuchungen zu Auswirkungen der Corona-Krise war jedoch bei Erstellung

dieser Arbeit noch nicht publiziert. Auch die weitere Dauer der Gültigkeit der Lockerung des digitalen Behandlungsverbots war noch nicht festgelegt (W. Schimböck, persönliche Mitteilung, 27.07.2020). Eine umfassende Einordnung der Auswirkungen der Corona-Pandemie auf die psychotherapeutische Versorgung in Österreich wird erst in zukünftigen Studien möglich sein.

Ob die kurzfristige Möglichkeit eigene Erfahrungen mit digitaler Behandlung zu machen, zumindest eine Chance für zukünftige berufsethische und -rechtliche Öffnungen gegenüber der digitalen Kommunikation sein kann, wie auch die befragte Klinische, Gesundheits- und Online-Psychologin Frau Mag.a Dr.in Wallisch-Tomasch es in Erwägung zog, bleibt noch offen. Trotz der eingeschränkten Gültigkeit der Ergebnisse dieser Arbeit, lassen sich Ansatzpunkte für zukünftige Fragestellungen ableiten.

### **Zukünftige Fragestellungen**

Wie bereits angesprochen zeigte die Stichprobe eine *Unterrepräsentation an verhaltenstherapeutisch orientierten Therapeut\*Innen*. Jedoch liegt auch in der Gesamtverteilung in Österreich der derzeitige Anteil an Verhaltenstherapeut\*Innen gerade einmal bei knapp über einem Zehntel (11.1%), während sich zusammen mehr als die Hälfte der Therapeut\*Innen (57.9%) tiefenpsychologisch-psychodynamisch oder humanistisch-existenziell orientierten Ausrichtungen zuordnen.

Der *Großteil der Studien zur Wirksamkeit* und zur therapeutischen Beziehung in der digitalen Therapie untersuchte allerdings *kognitiv verhaltenstherapeutisch basierte Behandlungen* (Klasen, Knaevelsrud und Böttche, 2013). Sowohl die interviewte Klinische-, Gesundheits- und Online-Psychologin Frau Mag.a Dr.in Wallisch-Tomasch, als auch die in dieser Untersuchung befragten Therapeut\*Innen und darüber hinaus auch die Therapeut\*Innen der DPtV-Umfrage aus Deutschland (DPtV, 2020), äußerten die Meinung, dass der therapeutische Ansatz der beiden in der vorliegenden Studie stärker vertretenen Orientierungen (z.B. Psychodrama, Existenzanalyse oder Psychoanalyse), über digitale Kommunikation schwer anzuwenden sei und dass gerade bei diesen therapeutischen Methoden eine unmittelbare, persönliche Anwesenheit als besonders wichtig empfunden werde.

Zudem wurden ein höheres Alter, sowie eine geringere Technikaffinität der/s Therapeut\*In, als ungünstige persönliche Faktoren für die Nutzung digitaler Kommunikationsmedien genannt. Das Durchschnittsalter der österreichischen Psychotherapeut\*Innen lag im Jahr 2017 bei 56.1 Jahren und zeigte im Vergleich zu den Jahren davor eine steigende Entwicklung (Sagerschnig & Tanios, 2018). Zunächst könnte ein

möglicher Einfluss der Technikaffinität sowohl von Therapeut\*Innen als auch Klient\*Innen auf den Therapieerfolg untersucht werden. Bezüglich des Alters wäre wiederum zu testen, ob jüngere Therapeut\*Innen beispielsweise eine höhere Technikaffinität aufweisen und die Wirksamkeit digitaler Therapie als höher einschätzen, als ältere Kolleg\*Innen.

Umfassender wäre in zukünftigen Untersuchungen zu prüfen, ob sich entsprechende empirische Belege für die Wirksamkeit und für eine gleichwertige therapeutische Beziehung in der digitalen Behandlung, in Österreich replizieren lassen. Auch international wäre noch mehr zu erforschen, wie sich Therapieerfolg und therapeutische Beziehung bei digital durchgeführten Behandlung darstellen, die nicht verhaltenstherapeutisch basiert sind.

Eine Mehrheit der bisherigen Nachweise für den Erfolg digital kommunizierter Psychotherapie bezieht sich zudem auf die Behandlung von depressiven und Angstsymptomen (Hedman, Ljötsson & Lindefors, 2012). Die Therapeut\*Innen der befragten Stichprobe nannten in erster Linie Angst- und Panikstörungen, sowie Depressionen als Störungsbilder, die sich für digitale Therapie eignen und betonten mehrheitlich, dass primär leichte Erkrankungen oder Probleme digital behandelt werden sollten. Hingegen wurde ein breites Spektrum an Störungsbildern aufgezählt, das als ungeeignet für die Behandlung mittels digitaler Kommunikation angesehen wurde. Es wäre also neben nicht-verhaltenstherapeutisch basierten Behandlungen auch die Therapie einer größeren Vielfalt an Störungsbildern auf ihre Wirksamkeit hin zu überprüfen und zu diskutieren was Möglichkeiten und Grenzen der digitalen Kommunikation in der psychotherapeutischen Behandlung sind.

### **Ausblick**

Das Gewinnen solcher *Erkenntnisse* könnte auch *ausschlaggebend* für das Schaffen *adäquater berufsrechtlicher Rahmenbedingungen* sein, welche die Befragten aus dieser Untersuchung als Voraussetzung für einen sinnvollen Einsatz der digitalen Kommunikation nannten.

Als *Conclusio* aus den Antworten und zahlreichen Anmerkungen der hier befragten Therapeut\*Innen und Klient\*Innen, als auch aus den beiden geführten Expert\*Innen-Interviews im Vorfeld der Befragung lässt sich jedenfalls aus Sicht der Autorin ableiten, dass die digitale Kommunikation in naher Zukunft die psychotherapeutische Behandlung in Österreich *bestenfalls durch ergänzenden Einsatz oder zur Überbrückung in Bedarfssituationen bereichern* kann. Den *unmittelbaren, persönlichen Kontakt* wird diese Form der Verständigung jedoch nur in wenigen, ganz speziellen Fällen ersetzen können.

Eine *vielversprechende Perspektive* zeichnet sich zum Beispiel in Hinsicht auf die Durchführung von eher *standardisierten kognitiv verhaltenstherapeutischen Interventionen* ab. Eine Kombination aus einer Grundbasis an persönlicher Begegnung und zumindest kleinen Anteilen digitaler Kommunikation könnte aber hinsichtlich zeitlicher und finanzieller Ressourcen aber auch im Hinblick auf den teils ungedeckten Bedarf an psychosozialer Versorgung auch darüber hinaus eine Chance für die Zukunft darstellen.

Zusammengefasst bleibt festzuhalten, dass die Auswirkungen der Corona-Pandemie auf die Psychotherapie in Österreich neben einer mentalen Belastung durch Themen wie “*social distancing*”, jedenfalls durch die gemachten neuen Erfahrungen für Therapeut\*Innen und Klient\*Innen spürbar waren. Die kurzfristige Möglichkeit im Rahmen der Pandemie auf digitale Kommunikation in der Behandlung umzustellen eröffnete neue Perspektiven und könnte jedenfalls zu Diskussionen über die zukünftige Anwendung anregen.

## Literatur

- Ärztchammer für Wien (25.02.2020). *Erste zwei Fälle in Österreich bestätigt*. Verfügbar unter: <https://www.aekwien.at/coronavirus-news-archiv>
- Ärztchammer für Wien (02.03.2020). *Infektionsrisiko in der EU auf "moderat bis hoch" eingestuft*. Verfügbar unter: <https://www.aekwien.at/coronavirus-news-archiv>
- Ärztchammer für Wien (15.03.2020). *Ärztchammer rät allen Ordinationen, Patientenkontakte auf das Notwendigste zu reduzieren*. Verfügbar unter: <https://www.aekwien.at/coronavirus-news-archiv>
- Ärztchammer für Wien (16.03.2020). *Was im Ausnahmezustand weiter erlaubt bleibt*. Verfügbar unter: <https://www.aekwien.at/coronavirus-news-archiv>
- Andersson, G. (2016). Internet-delivered psychological treatments. *Annual Review of Clinical Psychology*, 12, 157-179. DOI: 10.1146/annurev-clinpsy-021815-093006
- Andrews, G., Basu, A., Cuijpers, P., Craske, M.G., McEvoy, P., English, C.I. & Newby, J.M. (2018). Computer therapy for the anxiety and depression disorders is effective, acceptable and practical health care: An updated meta-analysis. *Journal of Anxiety Disorders*, 55, 70-78. DOI: 10.1016/j.janxdis.2018.01.001
- Andrews, G., Cuijpers, P., Craske, M.G., McEvoy, P. & Titov, N. (2010). Computer therapy for the anxiety and depressive disorders is effective, acceptable and practical health care: A meta-analysis. *PLoS ONE*, 5(10), e13196. DOI: 10.1371/journal.pone.0013196
- Auer, K. (08.04.2020). Corona-Krise: *Weitere Maßnahmen gegen häusliche Gewalt gefordert*. Verfügbar unter: <https://kurier.at/chronik/wien/Corona-Krise-weitere-massnahmen-gegen-haeusliche-gewalt-gefordert/400807052>
- Bauer, S. & Kordy, H. (2008). Computervermittelte Kommunikation in der psychosozialen Versorgung. In: S. Bauer & H. Kordy (Hrsg.), *E-Mental-Health* (S.10). Heidelberg: Springer Medizin Verlag.
- Berger, T. (2015). Internetbasierte Interventionen bei psychischen Störungen. In K. Hahlweg, M. Hautzinger, J. Margraf & W. Rief (Hrsg.), *Fortschritte der Psychotherapie* (Bd.57). Göttingen: Hogrefe.
- Berger, T. (2016). Internet-based treatments - experiences from Sweden. An interview with Gerhard Andersson. *Verhaltenstherapie*, 23, 211-214. DOI: 10.1159/000188079
- Berufsverband Österreichischer PsychologInnen (02.03.2019). *Psychische Versorgung in Österreich: PsychologInnen-Verband unterstützt Kritik des Rechnungshofes*. Verfügbar unter: Website der Austria Presse Agentur: [https://www.ots.at/presseaussendung/OTS\\_20190302\\_OTS0023/psychische-versorgung-in-oesterreich-](https://www.ots.at/presseaussendung/OTS_20190302_OTS0023/psychische-versorgung-in-oesterreich-)

psychologinnen-verband -unterstuetzt-kritik-des-rechnungshofes

Boettcher, J., & Berger, T. (2018). Internetbasierte Therapie am Beispiel sozialer Ängste. In O. Kothgassner & A. Felnhöfer (Hrsg.), *Klinische Cyberpsychologie und Cypertherapie* (S.57-64). Stuttgart: UTB - Verlag.

Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (14.10.2019). *Telemedizin, Herausforderungen und Nutzen*. Verfügbar unter: <https://www.sozialministerium.at/Themen/Gesundheit/eHealth/Telemedizin.html>

Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (30.03.2020). *Handlungsempfehlungen für niedergelassene Gesundheitsberufe Coronavirus SARS-CoV-2 (COVID-19)*. Verfügbar unter: <https://www.psychotherapie.at/sites/default/files/files/coronavirus/Coronavirus-BMSGPK-Handlungsempfehlung-selbststaendige-taetige-Gesundheitsberufe-2020-03-30.pdf>

Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (16.04.2020). *Neuartiges Coronavirus (COVID-19)*. Verfügbar unter: <https://www.sozialministerium.at/Themen/Gesundheit/Uebertragbare-Krankheiten/Infektionskrankheiten-A-Z/Neuartiges-Coronavirus.html>

Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (2020a). *Internetrichtlinie, Kriterien zur Ausgestaltung der psychotherapeutischen Beratung via Internet*. Verfügbar unter: <https://www.sozialministerium.at/Themen/Gesundheit/Medizin-und-Gesundheitsberufe/Erl%C3%A4sse,-Empfehlungen-und-Informationen.html>

Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (2020b). PsychotherapeutInnenliste. Stand:28.09.2020. Verfügbar unter: <http://psychotherapie.ehealth.gv.at/>

Bundesregierung (24.03.2020). Pressekonferenz über die aktuelle Lageinformation zum Coronavirus [YouTube-Video]. Verfügbar unter: <https://www.youtube.com/watch?v=XG8ckCTdsUg>

Bundes Psychotherapeuten Kammer (2019). *Praxis-Info: Videobehandlung*. Verfügbar unter: [https://www.bptk.de/wp-content/uploads/2020/03/bptk\\_praxis-info\\_09\\_videobehandlung.pdf](https://www.bptk.de/wp-content/uploads/2020/03/bptk_praxis-info_09_videobehandlung.pdf)

Carrard, I., Crèpin, C., Rouget, P., Lam, T., Golay, A. & Van der Linden, M. (2011). Randomised controlled trial of a guided self-help treatment on the internet for binge eating disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 49(8), 482-491. DOI: 10.1016/j.brat.2011.05.004

- Calear, A. I., Christensen, H., Mackinnon, A. & Griffiths, K. M. (2013). Adherence to the MoodGYM program: Outcomes and predictors for an adolescent school-based population. *Journal of Affective Disorders*, 147, 338-344. DOI: 10.1016/j.jad.2012.11.036
- Cook, J. & Doyle, C. (2002). Working alliance in online therapy ay compared to face-to-face therapy: Preliminary results. *Cyberpsychology and Behavior: The Impact of the Internet, Multimedia and Virtual Reality on Behavior and Society*, 5(2), 95-105.
- Coronavirus erreicht Frankreich (25.01.2020). Verfügbar unter: <https://www.tagesschau.de/ausland/coronavirus-frankreich-101.html>
- Cuijpers, P., Marks, I.M, Straten, A. van, Cavanagh, L.G. & Andersson, G. (2009). Computer-aided psychotherapy for anxiety disorders: A meta analytic review. *Cognitive Behaviour Therapy*, 38(2), 66-82. DOI: 10.1080/16506070802694776
- Day, S. (2000). Psychotherapy using distance technology: A comparison of face-to-face, video and audio treatments. *Dissertation Abstracts International: Section B. Sciences and Engineering*, 60(11-B), e5768.
- Debbelt, P. (ärztlicher Direktor und Chefarzt der LWL-Hans-Prinzhorn-Klinik) (03.02.2020). *Online-Therapie: Ersetzen Apps bald den Psychotherapeuten?* [Podcast]. In WBS Training AG (Produzent). Springerer Punkt. Berlin, Deutschland: WBS Training AG. Verfügbar unter: <https://www.wbs-gruppe.de/podcast/>
- Deutsche Psychotherapeuten Vereinigung (2020). *Umfrage -Psychotherapeutische Videobehandlungen* Verfügbar unter: <https://www.Deutschepsychotherapeutenvereinigung.de/index.php?eID=dumpFile&t=f&t=11152&token=8efba22d7afdbd29ab5f0a824eb29c7d2aa94b9c>
- Donau-Universität Krems (15.05.2020). *Psychotherapie auf Distanz während COVID-19*. Verfügbar unter: <https://www.donau-uni.ac.at/de/aktuelles/news/2020/psychotherapie-auf-distanz-waehrend-covid-19-0.html>
- Ebert, D. D., Heber, E., Berking, M., Riper, H., Cuijpers, P., Funk, B. et al. (2016). Self-guided internet-based and mobile-based stress management for employees: Results of a randomised controlled trial. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 73, 315-323. DOI: 10.1136/oemed-2015-103269
- Ein wenig Hoffnung in Italien und Spanien (04.04.2020). Verfügbar unter: <https://www.tagesschau.de/ausland/coronavirus-spanien-105.html>
- Flückiger, C., Horvath, A. O., Del Re, A.C., Symonds, D. & Holzer, C. (2015). Bedeutung der Arbeitsallianz in der Psychotherapie, Übersicht aktueller Metaanalysen.

- Psychotherapeut*, 3, 187-192. DOI: 10.1007/s00278-015-0020-0
- Fonds Soziales Wien (16.03.2020). *Wichtige Informationen zum FSW-Kundinnenservice*.  
Verfügbar unter: <https://www.fsw.at/n/kundinnenkontakt>
- Frueh, B. C., Monnier, J., Grubaugh, A. L., Elhai, J. D., Yim, E. & Knapp, R. (2007). Therapist adherence and competence with manualized cognitive-behavioral therapy for PTSD delivered via videoconferencing technology. *Behavior Modification*, 31, 856-866. DOI:10.1177/0145445507302125
- Greifeneder, H. (19.03.2020). *Virtuelle Meetings mit Zoom*. Verfügbar unter: Website des Büros für Datenschutz und Datensicherheit: <https://www.datenschutzbeauftragter.co/at/2020/03/virtuelle-meetings-mit-zoom/>
- Hartertinger, B. (2011). Telemedizin - "Move the information not the patient". *Laut gedacht - Online-Letter der Niederösterreichischen Patienten- und Pflegethemen*, 1-8. Verfügbar unter: <https://www.patientenanwalt.com/publikationen/expertenletter/gesundheitswesen/>
- Hauptverband der Österreichischen Sozialversicherungsträger (2011). *Analyse der Versorgung psychisch Erkrankter, Projekt "Psychische Gesundheit", Abschlussbericht*. Wien/Salzburg: Hauptverband der Österreichischen Sozialversicherungsträger und Gebietskrankenkasse Salzburg. Verfügbar unter: <https://www.psychotherapie.at/sites/default/files/files/studien/Studie-Analyse-Versorgung-psychisch-Erkrankter-SGKK-HVB-2011.pdf>
- Haun, M., Hoffmann, M., Tönnies, J., Dinger, U., Hartmann, M., & Friederich, H. (2020). Videokonsultationen durch Psychotherapeuten in Zeiten der COVID-19-Pandemie. *Psychotherapeut*, 65, 291–296. DOI: 10.1007/s00278-020-00438-6
- Headspace INC (2020). *Über Headspace*. Verfügbar unter: <https://www.headspace.com/de/about-us>
- Hedman, E., Ljótsson, B. & Lindefors, N. (2012). Cognitive behavior therapy via the internet: A systematic review of applications, clinical efficacy and cost-effectiveness. *Expert Reviews of Pharmacoeconomics and Outcome Research*, 12(6), 746-764. DOI: 10.1586/ERP.12.67
- Hunt, M. G., Moshier, S. & Milonova, M. (2009). Brief cognitive-behavioral internet therapy for irritable bowel syndrome. *Behaviour Research and Therapy*, 47(9), 797-802. DOI: 10.1016/j.brat.2009.05.002
- Horvath, A. O. (1994). Research on the alliance. In: L. Greenberg & A. O. Horvath (Eds.). *The working alliance: Theory, research, and practice* (p. 259–286). Oxford: Wiley,

- Horvath, A. O., Del Re, A. C., Flückiger, C. & Symonds, D. (2011). Alliance in individual psychotherapy. *Psychotherapy*, 48(1), 9-16. DOI: 10.1037/a002218
- Instahelp (02.06.2020). *Mag.Dr. Annette Wallisch-Tomasch*. Verfügbar unter: <https://instahelp.me/de/psychologen/569677195/mag-dr-wallisch-tomasch-annette/>
- Jacobi, C., Völker, U., Trockel, M. & Taylor, C. (2012). Effects of an internet-based intervention for subthreshold eating disorders: A randomized controlled trial. *Behaviour Research and Therapy*, 50, 93-99. DOI: 10.1016/j.brat.2011.09.013
- Kaser, A. (n.d.). *Test: Die beste Video-Chat-Software für Psychologen | TheraPsy, Instahelp, Jitsi, Zoom?* Verfügbar unter: <https://dr-armin-kaser.com/fachartikel/test-therapsy-instahelp-zoom-jitsi/>
- Kassenärztliche Bundesvereinigung (16.03.2020). *Praxisnachrichten- Coronavirus: Videosprechstunden unbegrenzt möglich*. Verfügbar unter: [https://www.kbv.de/html/1150\\_44943.php](https://www.kbv.de/html/1150_44943.php)
- Klasen, M., Knaevelsrud, C. & Böttche, M. (2013). Die therapeutische Beziehung in internetbasierten Therapieverfahren. *Der Nervenarzt*, 7, 823-831. DOI: 10.1007/s00115-012-3659-6
- Klinik Wersbach GmbH (n.d.). *Nachsorge mit deprexis*. Verfügbar unter: <https://www.klinikwersbach.de/Sie-als-Patient/Nachsorge/>
- Knaevelsrud, C. & Maercker, A. (2007). Internet-based treatment for PTSD reduces distress and facilitates the development of a strong therapeutic alliance: A randomized controlled clinical trial. (Research Article). *BioMedCentral Psychiatry*, 7(13), 13. DOI: 10.1186/1471-244x-7-13
- Kordy, H., Golkaramnay, V., Wolf, M., Haug, S. & Bauer, S. (2006). Internetchatgruppen in Psychotherapie und Psychosomatik: Akzeptanz und Wirksamkeit einer Internet-Brücke zwischen Fachklinik und Alltag. *Psychotherapeut*, 51, 144–153. DOI: 10.1007/s00278-005-0458-6
- Lester, D. (2016). E-Therapy: Caveats from experiences with telephone therapy. *Psychological Reports*, 99, 894-896. DOI: 10.2466/PRO.99.3.894-896
- Ljòtsson, B., Andersson, G., Andersson, E., Hedman, E., Lindfors, P. Andreewitch, S. et al. (2011). Acceptability, effectiveness, and cost-effectiveness of internet-based exposure treatment for irritable bowel syndrome in a clinical sample: A randomized controlled trial. *BMC Gastroenterology*, 11(1), 110. DOI: 10.1186/1471-230X-11-110
- Ljòtsson, B., Lundin, C., Mitsell, K., Carlbring, P., Ramklint, M. & Ghaderi, A. (2007). Remote treatment of bulimia nervosa and binge eating disorder. A randomized trial of

internet-assisted cognitive behavioural therapy. *Behaviour Research and Therapy*, 45, 649-661. DOI: 10.1016/j.brat.2006.06.010

Löbner, M., Pabst, A., Stein, J., Dorow, M., Matschinger, H. & Lupp, M. et al. (2018).

Computerized cognitive behavior therapy for patients with mild to moderately severe depression in primary care: A pragmatic cluster randomized controlled trial (@ktiv). *Journal of Affective Disorders*, 238, 317-326. DOI: 10.1016/j.jad.2018.06.00

Melioli, T., Bauer, S., Franko, D., Moessner, M., Ozer, F., Chabrol, H., & Rodgers, R. (2016).

Reducing eating disorder symptoms and risk factors using the internet: A meta-analytic review. *International Journal of Eating Disorders*, 49(1), 19-31. DOI: 10.1002/eat.22477

Österreichische Akademie für Psychologie (n.d.). *Mag.a Dr.in Annette Wallisch-Tomasch*.

Verfügbar unter: <https://www.psychologieakademie.at/referentinnen-pool/referentin-detail?id=5e27fda33c15c86a6f000002>

Österreichischer Bundesverband für Psychotherapie (12.03.2020). *Coronavirus und*

*Datenschutz in der psychotherapeutischen freien Praxis*. Verfügbar unter: <https://www.psychotherapie.at/sites/default/files/files/coronavirus/Coronavirus-OEBVP-Infoblatt-Coronavirus-und-Datenschutz-2020-03-12.pdf>

Österreichischer Bundesverband für Psychotherapie (24.04.2020). *Umfrage unter*

*Psychotherapeutinnen zeigt: Psychische Belastung durch Corona-Maßnahmen enorm*. Verfügbar unter: Website der Austria Presse Agentur: [https://www.ots.at/presseaussendung/OTS\\_20200424\\_OT0093/umfrage-unter-psychotherapeutinnen-zeigt-psychische-belastung-durch-corona-massnahmen-enorm](https://www.ots.at/presseaussendung/OTS_20200424_OT0093/umfrage-unter-psychotherapeutinnen-zeigt-psychische-belastung-durch-corona-massnahmen-enorm)

Österreichischer Bundesverband für Psychotherapie (05.05.2020). *Coronavirus-Information für*

*Psychotherapeutinnen*. Verfügbar unter: <https://www.psychotherapie.at/psychotherapeutinnen/coronavirus-informationen-psychotherapeutinnen#pthinternet>

Olthuis, J., Watt, M., Bailey, K., Hayden, J., & Stewart, S. (2015). Therapist-supported internet cognitive behavioural therapy for anxiety disorders in adults. *BJPsych Advances*, 21(5), 290. DOI:10.1192/apt.21.5.290

Organization for Economic Co-operation and Development (OECD) (02.10.2015). *Österreich:*

*OECD-Bericht zur Beschäftigung von Menschen mit psychischen Problemen fordert mehr Einsatz*. Verfügbar unter: Website der OECD: <https://www.oecd.org/berlin/presse/oesterreich-oecd-bericht-zur-beschaeftigung-von-menschen-mit-psychischen-problemen-fordert-mehr-einsatz.htm>

Păsăreanu, C.R., Andersson, G., Bergman, N. L., Dobrea, A. (2017). Internet-delivered

- transdiagnostic and tailored cognitive behavioral therapy for anxiety and depression: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Cognitive Behavioral Therapy*, 46, 1–28. DOI: 10.1080/16506073.2016.1231219
- 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. DOI: 10.1016/j.jpsychores.2020.110186
- Psychosoziale Dienste Wien (24.03.2020). COVID-19: *Aktuelle Informationen am 24.März 2020*. Verfügbar unter: <https://www.psd-wien.at/service/news/covid-19-aktuelle-informationen-am-24-maerz-2020.html>
- Psychosoziale Dienste Wien (02.04.2020). *Coronavirus: Stadt Wien richtet psychosozialen Krisenstab ein*. Verfügbar unter: <https://www.psd-wien.at/service/news/coronavirus-stadt-wien-richtet-psychosozialen-krisenstab-ein.html>
- Psychosoziale Zentren gGmbH (n.d.). *Schnelle Hilfe*. Verfügbar unter: <https://www.psz.co.at/schnelle-hilfe.html>
- Psychotherapeutische Ambulanz (März, 2020). Verfügbar unter: <https://pt-ambulanz.at/>
- Rechnungshof Österreich (März, 2019). *Bericht des Rechnungshofes, Versorgung psychisch Erkrankter durch die Sozialversicherung*. Verfügbar unter: [https://www.rechnungshof.gv.at/rh/home/home/Versorgung\\_psychisch\\_Erkrankter\\_SV.pdf](https://www.rechnungshof.gv.at/rh/home/home/Versorgung_psychisch_Erkrankter_SV.pdf)
- Reynolds, D., Stiles, W., & Grohol, J. (2006). An investigation of session impact and alliance in internet based psychotherapy: Preliminary results. *Counselling and Psychotherapy Research*, 6, 164-168. DOI:10.1080/14733140600853617
- Richards, D., Richardson, T., Timulak, L. & McElvaney, J. (2015). The efficacy of internet-delivered treatment for generalized anxiety disorder: A systematic review and meta-analysis. *Internet Interventions*, 2, 272-282. DOI: 10.1016/j.invent.2015.07.003
- Ruhr-Universität Bochum (n.d.). *TELL US! -Telemedizin für psychisch kranke Patientinnen und Patienten*. Verfügbar unter: <https://psychiatrie.lwl-uk-bochum.de/forschung-und-lehre/lwl-forschungsinstitut-fuer-seelische-gesundheit/aktuelle-projekte>
- Sagerschnig, S. & Tanios, A. (2018). *Psychotherapie, Klinische Psychologie, Gesundheitspsychologie, Musiktherapie - Statistik der Berufsgruppen 1991-2017*. Gesundheit Österreich GmbH: Wien. Verfügbar unter: [https://jasmin.goeg.at/1010/1/Publikation\\_Berufsgruppen\\_1991-2017\\_Druck.pdf](https://jasmin.goeg.at/1010/1/Publikation_Berufsgruppen_1991-2017_Druck.pdf)
- Sánchez-Ortiz, V.C, Munro, C., Stahl, D., House, J., Startup, H., Treasure, J. et al. (2011). A

randomized controlled trial of internet-based cognitive-behavioural therapy for bulimia nervosa or related disorders in a student population. *Psychological Medicine*, 41, 407-417. DOI: 10.1017/s0033291710000711

Selfapy (2020). *Eine Vielfalt an Kursen*. Verfügbar unter: [https://www.selfapy.de/?gclid=Cj0KCQjwhZr1BRCLARIsALjRVQO5FyNd-w1c7oPBS\\_-Lk6qEResYDYB6NrRaKB FH0Q7GDQfOFqW7y84aAhxgEALw\\_wcB](https://www.selfapy.de/?gclid=Cj0KCQjwhZr1BRCLARIsALjRVQO5FyNd-w1c7oPBS_-Lk6qEResYDYB6NrRaKB FH0Q7GDQfOFqW7y84aAhxgEALw_wcB)

Selfapy (n.d.). *Online-Therapie gegen Depression*. Verfügbar unter: <http://xethix.com/wie-wirksam-ist-eine-online-therapie/>

Schreier, M. (2014). Varianten qualitativer Inhaltsanalyse: Ein Wegweiser im Dickicht der Begrifflichkeiten. *Forum: qualitative Sozialforschung*, 15. Verfügbar unter: <http://www.qualitative-research.net/index.php/fqs/article/view/2043/3636>

Sögner, P. & Nedde, D.Zur, (2005). Stand der Telemedizin in Österreich. *Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz*, 48(6), 657-662. DOI:10.1007/s00103-005-1055-0

Sophie Beratungszentrum für Sexarbeiterinnen (16.03.2020). *Wie sie in Corona Zeiten unterstützt werden können*. Verfügbar unter: <http://www.sophie.or.at/2020/03/16weitere-aktuelle-infos-in-zeiten-von-corona/>

Sowhat (14.03.2020). *Coronavirus: Ab sofort Therapie via Tele-Medizin*. Verfügbar unter: <http://www.sowhat.at/artikel/aktuelles/artikel/wichtige-information-corona-covid-19/>

Stiles-Shields, C., Kwasny, M.J., Cai, X. & Mohr, D.C. (2014). Therapeutic alliance in face-to-face and telephone-administered cognitive behavioral therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 82, 349-354. DOI: 10.1037/a0035554

Telefonseelsorge (n.d.). *Du bist daheim nicht allein*. Verfügbar unter: <https://www.telefonseelsorge.at/institution/8172/page/aktuelles/article/144477.html>

Thiart, H., Lehr, D., Ebert, D.D., Berking, M. & Riper, H. (2015). Log in and breathe out: internet-based recovery training for sleepless employees with work-related strain results of a randomized controlled trial. *Scandinavian Journal of Work, Environment and Health*, 41, 164-174. DOI:10.5271/sjweh.3478

Twomey, C. & O'Reilly, G. (2017). Effectiveness of a freely available computerised cognitive behavioural therapy programme (MoodGYM) for depression: Meta-analysis. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 51, 260-269. DOI: 10.1177/000486741665625

Twomey, C., O'Reilly, G. & Meyer, B. (2017). Effectiveness of an individually-tailored computerised CBT programme (Deprexis) for depression: A meta-analysis. *Psychiatry*

*Research*, 256, 371-377. DOI: 10.1016/j.psychres.2017.06.081

- Twomey, C., O'Reilly, G., Byrne, M., Bury, M., White, A., Kissane, S. et al. (2014). A randomized controlled trial of the computerized CBT programme, MoodGYM, for public mental health service users waiting for interventions. *British Journal of Clinical Psychology*, 53, 433-450. DOI: 10.1111/bjc.12055
- Universität Wien (n.d.). *Geschlechterinklusive Sprache*. Verfügbar unter: <https://personalwesen.univie.ac.at/gleichstellung-diversitaet/im-ueberblick/geschlechterinklusive-sprache/>
- Verbraucherzentrale (20.04.2020). Verfügbar unter: <https://www.verbraucherzentrale.de/wissen/digitale-welt/datenschutz/whatsappalternativen-messenger-im-ueberblick-13055>
- Wagner, B. & Lange, A. (2008). Internetbasierte Psychotherapie "Interapy". In: S. Bauer & H. Kordy (Hrsg.), *E-Mental-Health* (S.105-120). Heidelberg: Springer Medizin Verlag.
- Wells, M., Mitchell, L. K. J., Finkelhor, D. & Becker-Blease, K. A. (2007). Online mental health treatment: Concerns and Considerations. *Cyberpsychology and Behavior*, 10, 453-459. DOI: 10.1089/cpb.2006.9933
- WhatsApp Alternative (2019). Verfügbar unter: <https://www.testo.com/de-DE/digitales-handwerk/blog-whatsapp>
- Wirtschaftskammer Österreich (03.04.2020). *EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO)*. Verfügbar unter: <https://www.wko.at/service/wirtschaftsrecht-gewerberecht/EU-Datenschutz-Grundverordnung.html>
- Wolf, M. & Kordy, H. (2006) Die therapeutische Beziehung in einem E-Mail-Modell post-stationärer Psychotherapie. *Psychodynamische Psychotherapie*, 5, 137-146.
- World Health Organization (2020). *WHO Health Emergency Dashboard*. Verfügbar unter: <https://covid19.who.int/explorer>
- World Health Organization (18.07.2020). *Coronavirus disease - situation report*. Verfügbar unter: [https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200718-covid-19-sitrep-180.pdf?sfvrsn=39b31718\\_2](https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200718-covid-19-sitrep-180.pdf?sfvrsn=39b31718_2)
- Zettel, C. (10.10.2017). *Depressionen: Eine App kann keine Therapie ersetzen*. Verfügbar unter: Website der Futurezone GmbH: <https://futurezone.at/apps/depressionen-eine-app-kann-keine-therapie-ersetzen/290.998.269>
- Zundel, K.M. (1996). Telemedicine: history, applications and impact on librarianship. *Bulletin of the Medical Library Association*, 84, 71-79.

### Tabellenverzeichnis

|                                                                                                                                                                                   |         |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|
| 1. Tabelle 1 <i>Stichprobenübersicht mit Alter, Geschlecht und Angaben zu Ausbildung (Therapeut*Innen) bzw. zu Dauer der psychotherapeutischen Behandlung (Klient*Innen).....</i> | S.28    |
| 2. Tabelle 2 <i>Zuordnung der Therapeut*Innen zu den therapeutischen Orientierungen und Methoden .....</i>                                                                        | S.29    |
| 3. Tabelle 3 <i>Angaben zur wahrgenommenen zusätzlichen Belastung bei Menschen in psychotherapeutischer Behandlung durch die Corona-Situation der Therapeut*Innen.....</i>        | S.30    |
| 4. Tabelle 4 <i>Angaben der Klient*Innen zur wahrgenommenen zusätzlichen Belastung durch die Corona-Situation.....</i>                                                            | S.32    |
| 5. Tabelle 5 <i>Genutzte Medien für mindestens einen Kommunikationszweck bzw. Kommunikationszwecke für mindestens einer Form der digitalen Kommunikation.....</i>                 | S.35    |
| 6. Tabelle 6 <i>Details zur Nutzung der digitalen Kommunikationsmedien bei den Therapeut*Innen.....</i>                                                                           | S.37    |
| 7. Tabelle 7 <i>Details zur Nutzung der digitalen Kommunikationsmedien bei den Klient*Innen.....</i>                                                                              | S.39    |
| 8. Tabelle 8 <i>Bedenken vor bzw. nach der Nutzung digitaler Kommunikation der Therapeut*Innen- Nutzer*Innen.....</i>                                                             | S.40    |
| 9. Tabelle 9 <i>Bedenken bezüglich der Nutzung digitaler Kommunikation der Therapeut*Innen - Nicht-Nutzer*Innen.....</i>                                                          | S.42    |
| 10. Tabelle 10 <i>Bedenken vor bzw. nach der Nutzung digitaler Kommunikation der Klient*Innen -Nutzer*Innen.....</i>                                                              | S.43    |
| 11. Tabelle 11 <i>Bedenken bezüglich der Nutzung digitaler Kommunikation der Klient*Innen – Nicht-Nutzer*Innen.....</i>                                                           | S.45    |
| 12. Tabelle 12 <i>Bewertungen der Veränderungen durch digitale Kommunikation von den Therapeut*Innen.....</i>                                                                     | S.48-49 |
| 13. Tabelle 13 <i>Bewertungen der Veränderungen durch digitale Kommunikation von den Klient*Innen.....</i>                                                                        | S.55-56 |

|                                                                                                                                                                                           |      |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|
| 14. Tabelle 14 <i>Gesamteinschätzung zur digitalen Kommunikation in der psychotherapeutischen Behandlung</i> .....                                                                        | S.58 |
| 15. Tabelle 15 <i>Meinung der Therapeut*Innen zur Internetrichtlinie</i> .....                                                                                                            | S.59 |
| 16. Tabelle 16 <i>Einschätzungen der Therapeut*Innen zu Voraussetzungen</i> .....                                                                                                         | S.62 |
| 17. Tabelle 17 <i>Nennungen der Therapeut*Innen zu hilfreichen persönlichen Faktoren für digitale Kommunikation in der Behandlung</i> .....                                               | S.63 |
| 18. Tabelle 18 <i>Nennungen der Therapeut*Innen zu günstigen bzw. ungünstigen Störungs- und Therapiephasen- bezogenen Faktoren für digitale Kommunikation in der Psychotherapie</i> ..... | S.65 |
| 19. Tabelle 19 <i>Nennungen der Therapeut*Innen zu günstigen bzw. ungünstigen Therapiephasen für digitale Kommunikation in der Psychotherapie</i> .....                                   | S.66 |
| 20. Tabelle 20 <i>Einschätzungen der Klient*Innen zu Voraussetzungen Einschätzungen der Klient*Innen zu Voraussetzungen</i> .....                                                         | S.69 |

### Abkürzungsverzeichnis

|        |                                                                          |
|--------|--------------------------------------------------------------------------|
| BMSGPK | Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz |
| BÖP    | Berufsverband Österreichischer PsychologInnen                            |
| DPtV   | Deutsche Psychotherapeutenvereinigung                                    |
| DSGVO  | Datenschutz-Grundverordnung                                              |
| DUK    | Donau-Universität-Krems                                                  |
| KVT    | Kognitive Verhaltenstherapie                                             |
| ÖBVP   | Österreichischer Bundesverband für Psychotherapie                        |
| OECD   | Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung          |
| PthG   | Psychotherapiegesetz                                                     |
| RCT    | Randomisierte, kontrollierte Studien                                     |
| WAI    | Working Alliance Inventory                                               |
| WHO    | World Health Organization                                                |

## Anhang

### Anhang A: Zusammenfassung (Abstract)

#### Zusammenfassung

**Ziel der Studie:** Diese Arbeit sollte Auswirkungen der Corona-Pandemie und der Kontaktbeschränkungen zu deren Eindämmung im Frühjahr 2020 auf die Psychotherapie in Österreich erörtern. Im Fokus stand dabei die kurzfristig ermöglichte Umstellung auf Telenarbeit. Es sollten die Belastung durch die Pandemie, die Verwendung digitaler Kommunikation in der Behandlung, deren Akzeptanz, sowie Einschätzungen zu zukünftigen Entwicklungen und möglichen Voraussetzungen erhoben werden. **Methode:** In einer explorativen Untersuchung wurde dazu eine Online-Umfrage durchgeführt, an der 150 Therapeut\*Innen und neun Klient\*Innen teilnahmen. **Ergebnisse:** Der zusätzliche Bedarf an therapeutischer Unterstützung aufgrund der Pandemie war im Mittel gering wahrgenommen worden. Die Telenarbeit wurde von 90.0% der Therapeut\*Innen und fünf der neun Klient\*Innen während der akuten Phase der Maßnahmen genutzt. Die Akzeptanz fiel in der Gesamtbeurteilung weder klar negativ, noch positiv aus. Die meisten Bedenken nahmen durch die Nutzung ab, es wurden aber viele Unterschiede als nachteilhaft gegenüber der persönlichen Behandlung bewertet. Dennoch würde die Hälfte der Therapeut\*Innen einer Lockerung des bisherigen, digitalen Behandlungsverbots zustimmen und die Mehrheit hielt es für wahrscheinlich, dass sich die digitale Kommunikation in Zukunft stärker durchsetzen wird. Als wichtigste Voraussetzung wurden Verbesserungen im Datenschutz gefordert. Eine der Limitation der Untersuchung stellt die fehlende Repräsentativität der Stichprobe dar, vor allem hinsichtlich der methoden-spezifischen Verteilung der Therapeut\*Innen. Eine umfassende Bewertung der Auswirkungen der Situation auf die Psychotherapie wird erst mit mehr zeitlichem Abstand und Ergebnissen von weiteren Untersuchungen möglich sein.

**Schlüsselwörter:** Corona, Pandemie, Digitale Medien, Elektronische Kommunikation, Internetbasierte Therapie, Psychotherapie, Psychotherapieforschung, Umfragen

## **Abstract**

**Objectives:** The spread of Coronavirus in spring 2020 has extensively affected day to day life in Austria. The aim of this research was to examine the consequences of the pandemic on domestic psychotherapy. The main focus was the short-term possibility to deliver psychotherapeutic treatment via digital communication. The mental burden caused by the crisis, use of digital communication, its acceptance among therapists and clients, as well as their estimations of prospective developments and requirements should be evaluated.

**Method:** For this explorative research an online survey was conducted, in which 150 psychotherapists and nine clients participated. **Results:** The additional demand for psychotherapeutic assistance was estimated as low. During the severe restrictions, 90.0% of the psychotherapists and five of the nine clients used digital communication for their treatment. The acceptance was neither estimated distinctly high, nor low. Most of the doubts declined after using digital communication, but many aspects were assessed as disadvantages compared to face-to-face treatment. Still 50.8% of the therapists would support a liberalisation of the ministries directive, which so far prohibits digital treatment, and the majority expected digital delivered psychotherapy to become more common in the future. Improvements in data privacy were named as an important condition therefor. One of the limitations of this research was that the distribution of psychotherapeutic methods in this sample was not representative. It remains to be seen how the consequences of the situation will be evaluated in future, when more research findings will be published.

**Keywords:** Corona, Pandemic, Digital Media, Communications Media, Online Therapy, Psychotherapy, Surveys

## **Anhang B: Fragebogen der Untersuchung**

- Einleitung & Informed Consent: *Sehr geehrte/r Teilnehmer\*In,*  
*allerherzlichsten Dank, dass Sie an dieser Befragung teilnehmen. Es wird um die*  
*Veränderungen in der psychotherapeutischen Behandlung in Österreich gehen, die im*  
*Rahmen der COVID-19-Pandemie eingetreten sind. Der Schutz Ihrer persönlichen*  
*Daten ist mir bei dieser Befragung ein besonderes Anliegen. Ihre Daten werden daher*  
*ausschließlich für die Erstellung meiner Masterarbeit zu diesem Thema und auf*  
*Grundlage der gesetzlichen Bestimmungen (§ 2f Abs 5 FOG) erhoben und verarbeitet.*  
*Sie sind vollkommen anonymisiert und können nicht auf Sie zurückverfolgt werden.*  
*Selbstverständlich können Sie die Befragung jederzeit, ohne Angabe von Gründen*  
*abbrechen. Wenn Sie Fragen zu dieser Erhebung haben, wenden Sie sich bitte gern an*  
*mich: Stefanie Eigner, B.Sc. Studentin der Psychologie an der Universität Wien, E-*  
*Mail: a01448780@unet.univie.ac.at*
- Vor-Auswahl: *Ich bin Psychotherapeut\*In / Ich befinde mich in*  
*psychotherapeutischer Behandlung*

### → THERAPEUT\*INNEN:

#### **1. persönliche & berufliche Angaben**

1. Ihr Alter: *offene Eingabe (alternativ: keine Angabe)*
2. Ihr Geschlecht: *weiblich / männlich (alternativ: ich möchte mich keiner Kategorie zuordnen)*
3. Befinden Sie sich derzeit noch in Ausbildung? *Ja / Nein*
4. Welcher therapeutischen Ausrichtung würden Sie sich am ehesten zuordnen?  
*Auswahl: die 23 in Ö zugelassenen therapeutischen Schulen (alternativ: andere: offene Eingabe)*

#### **2. Belastung durch Corona**

*“Die Umstände im Rahmen der Corona-Pandemie waren für viele Menschen eine zusätzliche Belastung.”*

1. Haben sie in der akuten Phase der Corona-Pandemie erhöhten Bedarf oder eine größere Nachfrage nach psychotherapeutischer Betreuung bei Ihren Klient\*Innen wahrgenommen? *5-stufige Skala “gar nicht” bis “sehr stark”*
2. Gibt es Klient\*Innen bei denen sie die Therapie während der akuten Phase der Corona-Pandemie ausgesetzt haben? *Nein / Ja, etwa bei \_\_\_% meiner Klient\*Innen*
3. Gibt es Themen oder Aspekte, die Sie bei Ihren Klient\*Innen als besonders belastend wahrgenommen haben? *offene Eingabe (alternativ: Nein)*

#### **3. Nutzung digitaler Kommunikationsmedien**

*“Im Rahmen der Kontaktbeschränkungen zur Eindämmung der COVID-19-Pandemie, gab es auch in der psychotherapeutischen Versorgung in Österreich einige Umstellungen auf digitale Kommunikation. Um persönliche Kontakte zu vermeiden, wurde zum Beispiel versucht, möglichst viele Gespräche via Telefon / E-Mail / Videokonferenz o.Ä. zu führen.”*

1. Haben Sie jemals digitale Kommunikationsmedien mit Ihren Klient\* innen (über die Terminvereinbarung hinaus) genutzt? (egal ob vor /während der Corona-Pandemie, oder jetzt)? *Ja / Nein*

#### → NUTZER\*INNEN

#### **4. Zeitpunkt & Details der Nutzung**

1. Haben Sie bereits VOR der Corona-Pandemie in Ihrer psychotherapeutischen Arbeit digitale Kommunikation mit Ihren Klient\*Innen genutzt (über die reine Terminvereinbarung hinaus)? *Ja / Nein (wenn ja Seit wann? -Auswahl: 1-6 Monate / ½ - 1 Jahr / 1-2 Jahre / 2 Jahre oder länger)* Haben sie während der akuten Phase der Corona-Pandemie digitale Kommunikation mit Ihren Klient\*Innen genutzt (über die reine Terminvereinbarung hinaus)? *Ja / Nein*  
Nutzen Sie aktuell digitale Kommunikation mit Ihren Klient\*Innen (über die reine Terminvereinbarung hinaus)? *Ja / Nein*

#### **Nutzung verschiedener Medien für spezifische Zwecke**

2. (Je nachdem, welche Phasen der Nutzung angegeben wurden):  
Welche der folgenden Medien zur Kommunikation haben Sie vor der Corona-Pandemie mit Ihren Klient\*Innen genutzt und zu welchem Zweck?  
Welche der folgenden Medien zur Kommunikation haben Sie während der akuten Phase der Corona-Pandemie mit Ihren Klient\*Innen genutzt und zu welchem Zweck?  
Welche der folgenden Medien zur Kommunikation nutzen Sie aktuell mit Ihren Klient\*Innen und zu welchem Zweck? *Markieren Sie alle Felder die zutreffend sind - Medien: Mobiltelefon, Videotelefonie, asynchroner Chat / SMS, E-Mail, Internettelefonie, Festnetztelefon, direkter Online-Chat – synchron mit den Klient\*Innen, - Zwecke: Terminvereinbarung, kurze Beratungen, Therapiegespräche, Kriseninterventionen, Super- / Interventionen (zusätzlich: andere: \_\_ zu welchem Zweck? \_\_)*

#### **Details zur Nutzung**

3. Die digitale Kommunikation zu meinen Klient\*Innen findet zu ...  
\_\_\_\_ % an einem Dienst-Mobiltelefon / Dienst-Laptop / Dienst-Tablet / Dienst-PC statt  
\_\_\_\_ % an meinem privaten (Mobil-) Telefon / Laptop / Tablet / PC statt
4. Die digitale Kommunikation zu meinen Klient\*Innen findet zu ...  
\_\_\_\_ % von meinem fixen Arbeitsort aus statt  
\_\_\_\_ % von Zuhause / an einem anderen Ort als meinem fixen Arbeitsort aus statt
5. Würden Sie sagen, dass Sie durch die digitale Kommunikation durchschnittlich mehr oder weniger Kontakt zu Ihren Klient\*Innen haben / hatten? *5-stufige Skala "sehr viel weniger" bis "sehr viel mehr"*

6. Gibt es ein spezielles Programm / eine Anwendung, die sie häufig für den Kontakt zu ihren Klient\*Innen nutzen? *offene Eingabe*
7. Mit dem Programm / der Anwendung, die ich überwiegend zur digitalen Kommunikation mit meinen Klient\*Innen nutze, bin ich... *5-stufige Skala "gar nicht zufrieden" bis "sehr zufrieden"*
8. Mit dem Angebot an Programmen / Anwendungen zur digitalen Kommunikation in der psychotherapeutischen Behandlung generell bin ich... *5-stufige Skala "gar nicht zufrieden" bis "sehr zufrieden"*

## 5. Akzeptanz der digitalen Kommunikation

### Bedenken

1. BEVOR ich digitale Medien genutzt habe, um mit meinen Klient\*Innen zu kommunizieren, hatte ich.. *je 5-stufige Skala "gar keine Bedenken" bis "sehr viele Bedenken"*  
*-berufsethische/ berufsrechtliche Bedenken*  
*-Skepsis der Technik gegenüber*  
*-datenschutzrechtliche Bedenken*  
*-Bedenken, ob Therapie erfolgreich sein kann*  
*-Bedenken bzgl. der persönlichen Verbindung zu den Klient\*Innen*
2. Falls Sie Bedenken hatten, halten Sie diese nun, wo Sie digitale Kommunikation nutzen, für berechtigt? *je 5-stufige Skala "gar nicht berechtigt" bis "sehr berechtigt"*  
*-berufsethische/ berufsrechtliche Bedenken*  
*-Skepsis der Technik gegenüber*  
*-datenschutzrechtliche Bedenken*  
*-Bedenken, ob Therapie erfolgreich sein kann*  
*-Bedenken bzgl. der persönlichen Verbindung zu den Klient\*Innen*

### Wahrgenommene Veränderungen

3. Was sind Ihrer Meinung nach Unterschiede im Kontakt zu Klient\*Innen via digitaler Kommunikation im Vergleich zum „Face-to-Face“ Gespräch? *je 5-stufige Skala von "ist klar ein Nachteil im Vergleich zu "Face-to-Face" bis "ist klar ein Vorteil im Vergleich zu "Face-to-Face" und alternativ: kein Unterschied im Vergleich zu "Face-to-Face"*  
*-Flexibilität in Einteilung der Behandlung (Ort / Zeit / Dauer der Kommunikation)*  
*-Begleitung der Klient\*Innen in ihrem Alltag*  
*-Abgrenzung*  
*-Selbstoffenbarungsanteil in der Therapie*  
*-aktive Mitarbeit der Klient\*Innen am Erreichen der Therapieziele*  
*-Zuverlässigkeit beim Einhalten der Termine bei den Klient\*Innen*  
*-Hemmschwelle für Klient\*Innen eine Therapie aufzusuchen*  
*-Freiheit in der Auswahl therapeutischer Techniken / Methoden*  
*-gewinnen eines Gesamteindruck zur aktuellen Verfassung der Klient\*Innen*  
*- persönlichen Verbindung zur/m Klient\*In*  
*-Tiefe und Intensität der Kommunikation*  
*-empathisches Eingehen auf die Klient\*Innen*  
*-Schaffen einer offenen und vertraulichen Gesprächs-Atmosphäre*

4. Gibt es weitere Veränderungen, die sie als Vorteil der digitalen Kommunikation wahrgenommen haben? *offene Eingabe*
5. Gibt es weitere Veränderungen, die sie als Nachteil der digitalen Kommunikation wahrgenommen haben? *offene Eingabe*

### **Gesamtbeurteilung**

6. Meiner Meinung nach überwiegen insgesamt bei der digitalen Kommunikation in der psychotherapeutischen Behandlung ...5-stufige Skala *“klar die Nachteile” bis “klar die Vorteile”*
7. Wenn die Corona-Maßnahmen wieder komplett aufgehoben sind... (vorausgesetzt, die Sonderregelungen bzgl. der berufsrechtlichen Internetrichtlinie, die im Rahmen der Corona-Pandemie eingeführt wurden, bleiben vorerst gültig)..werden Sie dann digitale Kommunikation zu Ihren Klient\*Innen (über die Terminvereinbarung hinaus) weiterhin nutzen? 5-stufige Skala *“nein, gar nicht mehr” bis “nur mehr digitale Kommunikation”*

## **6. Internetrichtlinie**

*In der Internetrichtlinie des Bundesgesundheitsministeriums heißt es:*

*"Psychotherapeutisches Beziehungsgeschehen und vor allem auch die Wahrnehmung dessen basiert auf allen Formen des verbalen und nonverbalen Dialogs sowie des individuellen Ausdrucks. Gesprochene Worte, Mimik, Gestik bis hin zum Atmosphärischen sind im persönlichen Kontakt - wie er in der psychotherapeutischen Praxis geschieht- erlebbar, jedoch nur schwer in Worte zu fassen. Daraus folgt, dass das spezifische Setting der Psychotherapie und die damit eng verbundene Voraussetzung für die Gestaltung der psychotherapeutischen Beziehung via Internet nicht ausreichend gegeben ist."*

1. Wie sehr stimmen Sie dieser Aussage zu? 5-stufige Skala *“stimme gar nicht zu” bis “stimme vollkommen zu”*

*Bisher trennt der Gesetzgeber zwischen psychotherapeutischer BERATUNG (die unter ggb. Umständen online oder per Telefon erlaubt ist) und BEHANDLUNG (die nur unmittelbar und direkt erlaubt ist). In der Internetrichtlinie des Bundesministeriums heißt es: "Die Schwelle einer psychotherapeutischen Beratung zu einer psychotherapeutischen Behandlung via Internet wird jedenfalls dann überschritten werden, wenn in einer Summenbetrachtung die Indikation für eine psychotherapeutische Behandlung gegeben ist. Dies wird insbesondere dann der Fall sein, wenn der Verdacht einer krankheitswertigen Störung auftritt und die psychotherapeutische Beratung im Hinblick auf Setting, Gegenstand und Ziel der Beratung und die angewandten methodischen Instrumente die Rahmenbedingungen einer psychotherapeutischen Behandlung annimmt."*

2. Würden Sie einer Lockerung der berufsrechtlichen Internetrichtlinie in Bezug auf das bisherige Verbot von psychotherapeutischer diagnostischer Abklärung und Indikationsstellung zustimmen? 5-stufige Skala *“strikt gegen eine Lockerung” bis “sehr für eine Lockerung”*

3. Würden Sie einer Lockerung der berufsrechtlichen Internetrichtlinie in Bezug auf das bisherige Verbot von psychotherapeutischer Behandlung zustimmen? *5-stufige Skala "strikt gegen eine Lockerung" bis "sehr für eine Lockerung"*
4. Für wie sinnvoll halten Sie diese Trennung im Hinblick auf die Internetrichtlinie? Ist es Ihrer Meinung nach sinnvoll, dass Beratung online/telefonisch erlaubt ist, Behandlung aber nicht? *4-stufige Skala von "gar nicht sinnvoll" bis "sehr sinnvoll"*
5. Haben Sie Anmerkungen zu dieser Aussage aus dieser Internetrichtlinie? *offene Eingabe*

## **7. Voraussetzungen & Einschätzungen zur Zukunft**

1. Haben Sie Ausbildungsinhalte im Bereich der Telefon- / Online-Beratung absolviert? *Nein / Ja, einen eigenen Lehrgang als Zusatzausbildung / Ja, zumindest Ausbildungsinhalte innerhalb der Grundausbildung oder innerhalb eines anderen Lehrgangs*
2. Halten Sie es für erforderlich, Ausbildungsinhalte zur Online-/Telefonie-Beratung, und/oder Therapie absolviert zu haben, um diese anbieten zu können? *Nein, nicht zwingend / Ja, sollte verpflichtend sein*
3. Wie wichtig ist es Ihrer Ansicht nach, Klient\*Innen, mit denen die psychotherapeutische Behandlung hauptsächlich via digitaler Kommunikation abläuft, zumindest bei einer ersten persönlichen Sitzung („Face-to-Face“) kennen lernen? *5-stufige Skala "unwichtig" bis "unbedingt notwendig"*
4. Wie wichtig ist es Ihrer Ansicht nach, Klient\*Innen, mit denen die psychotherapeutische Behandlung hauptsächlich via digitaler Kommunikation abläuft, im weiteren Verlauf regelmäßig in persönlichen Sitzung („Face-to-Face“) zu sehen? *5-stufige Skala "unwichtig" bis "unbedingt notwendig"*
5. Gibt es Ihrer Meinung nach persönliche Faktoren, die einen erfolgreichen Einsatz digitaler Kommunikationsmedien in der Therapie beeinflussen können? - Auf Seiten der Therapeut\*Innen *offene Eingabe*
6. Gibt es Ihrer Meinung nach persönliche Faktoren, die einen erfolgreichen Einsatz digitaler Kommunikationsmedien in der Therapie beeinflussen können? - Auf Seiten der Klient\*Innen *offene Eingabe*

*Gibt es Ihrer Meinung nach auch Komponenten bestimmter Probleme, störungsspezifische Faktoren (bestimmte Symptomatiken, Intensität der Symptomatik,...) oder Therapie-bezogene Faktoren (Phase der Therapie, bestimmte Übungen/Inhalte,...) die für oder gegen den Einsatz von digitalen Kommunikationsmedien sprechen? Wo sehen Sie hier Grenzen der psychotherapeutischen Behandlung via digitaler Kommunikation?*

7. Bei welchen Symptomen/ Störungen könnte digitale Kommunikation in der Therapie problemlos empfohlen werden? *offene Eingabe*
8. Bei welchen Symptomen/ Störungen könnte digitale Kommunikation in der Therapie keinesfalls empfohlen werden? *offene Eingabe*
9. In welchen Phasen/Abschnitten der Therapie könnte digitale Kommunikation problemlos empfohlen werden? *offene Eingabe*

10. In welchen Phasen/Abschnitten der Therapie könnte digitale Kommunikation keinesfalls empfohlen werden? *offene Eingabe*
11. Was wäre Ihrer Meinung nach, die wichtigste Voraussetzung, die in Österreich geschaffen werden müsste, damit digitale Kommunikation in der psychotherapeutischen Behandlung sinnvoll (-er) eingesetzt werden kann? *offene Eingabe*
12. Für wie wahrscheinlich halten Sie es, dass sich die digitale Kommunikation in der psychotherapeutischen Behandlung in Österreich in Zukunft stärker durchsetzen wird?  
*4-stufige Skala "sehr unwahrscheinlich" bis "sehr wahrscheinlich"*
13. Gibt es noch etwas, das Sie gerne zu dem Thema digitale Kommunikation in der psychotherapeutischen Behandlung und Beratung anmerken möchten? *offene Eingabe*

#### ABSCHLIESSENDE ANMERKUNGEN:

Gibt es noch etwas, das Sie gerne zu dem Thema digitale Kommunikation in der psychotherapeutischen Behandlung und Beratung anmerken möchten? *offene Eingabe*

#### → NICHT-NUTZER\*INNEN

##### **4. Akzeptanz - Bedenken**

1. Wenn Sie an digitale Kommunikation zu Ihren Klient\*Innen (über die Terminvereinbarung hinaus) denken, gibt es...je 5-stufige Skala "gar keine Bedenken" bis "sehr viele Bedenken"  
*-berufsethische/ berufsrechtliche Bedenken*  
*-datenschutzrechtliche Bedenken*  
*-Bedenken, ob Therapie erfolgreich sein kann*  
*-Bedenken bzgl. der Beziehung / persönlichen Verbindung zu den Klient\*Innen*  
*-Skepsis der Technik gegenüber*
2. Was würden Sie als den relevantesten Einwand benennen, keine digitale Kommunikation mit Ihren Klient\*Innen zu nutzen? *offene Eingabe*

##### **5. Internetrichtlinie**

siehe Nutzer\*Innen 8.

##### **6. Voraussetzungen & Einschätzungen zur Zukunft**

siehe Nutzer\*Innen 9.

#### ABSCHLIESSENDE ANMERKUNGEN

Gibt es noch etwas, das Sie gerne zu dem Thema digitale Kommunikation in der psychotherapeutischen Behandlung und Beratung anmerken möchten? *offene Eingabe*

#### →KLIENT\*INNEN

##### **1. persönliche Angaben**

1. Ihr Alter: \_\_\_\_ (alternativ: keine Angabe)

2. Ihr Geschlecht: *weiblich / männlich (alternativ: ch möchte mich keiner Kategorie zuordnen)*
3. Wie lange befinden Sie sich in etwas schon in psychotherapeutischer Behandlung? (*X Jahre, X Monate - offene Eingabe, alternativ: keine Angabe*)
4. Aus welchen Gründen haben Sie psychotherapeutische Behandlung aufgesucht? *offene Eingabe ("Stichworte reichen aus", alternativ: keine Angabe)*

## **2. Belastung durch Corona**

1. Haben sie in der akuten Phase der Corona-Pandemie eine besondere Belastung durch die Situation wahrgenommen? *Auswahl: 5-stufige Skala "gar nicht" bis "sehr stark"*
2. Hatten Sie in der akuten Phase der Corona-Pandemie durch die Situation ein erhöhtes Bedürfnis nach psychotherapeutischer Begleitung? *5-stufige Skala "gar nicht" bis "sehr stark"*
3. Konnten Sie in der akuten Phase der Corona-Pandemie zusätzliche Unterstützung in Anspruch nehmen (z.B. zusätzlichen Kontakt zu Ihrer/m Therapeutin / Therapeuten oder Beratung bei einer Krisen-Hotline o.Ä.) ? *Ja, es gab Angebote, die ich nutzen konnte / Nein, ich habe aber auch nicht versucht Angebote zu suchen / Nein, hätte ich aber gerne, wenn es die Möglichkeit gegeben hätte*
4. Haben Sie Ihre psychotherapeutische Behandlung während der akuten Phase der Corona-Pandemie ausgesetzt? *Ja / Nein*
5. Gab es bestimmte Themen oder Aspekte der Situation im Rahmen der Corona-Pandemie, die Sie als besonders belastend empfunden haben? *offene Eingabe (alternativ: Nein)*

## **3. Nutzung digitaler Kommunikationsmedien**

*"Im Rahmen der Kontaktbeschränkungen aufgrund der Verbreitung der COVID-19-Pandemie, gab es auch in der psychotherapeutischen Versorgung in Österreich einige Umstellungen auf digitale Kommunikation. Um persönliche Kontakte zu vermeiden, wurde zum Beispiel versucht, möglichst viele Gespräche via Telefon / E-Mail / Videokonferenz o.Ä. zu führen."*

1. Haben sie JEMALS digitale Kommunikation in Ihrer psychotherapeutischen Behandlung (über die Terminvereinbarung hinaus) genutzt? (Egal, ob vor oder während der Corona-Pandemie, oder jetzt aktuell) *Ja / Nein*

→ für NUTZER\*INNEN

## **4. Zeitpunkt & Details der Nutzung**

1. Haben Sie bereits VOR der Corona-Pandemie in Ihrer psychotherapeutischen Behandlung genutzt (über die reine Terminvereinbarung hinaus)? *Ja / Nein (wenn ja Seit wann?- Auswahl: 1-6 Monate / ½ - 1 Jahr / 1-2 Jahre / 2 Jahre oder länger)*  
Haben sie während der akuten Phase der Corona-Pandemie digitale Kommunikation in Ihrer psychotherapeutischen Behandlung genutzt (über die reine Terminvereinbarung hinaus)? *Ja / Nein*  
Nutzen Sie aktuell digitale Kommunikation in Ihrer psychotherapeutischen Behandlung (über die reine Terminvereinbarung hinaus)? *Ja / Nein*

### **Nutzung verschiedener Medien für spezifische Zwecke**

1. (Je nachdem, welche Phasen der Nutzung angegeben wurden):  
 Welche der folgenden Medien zur Kommunikation haben Sie vor der Corona-Pandemie in Ihrer psychotherapeutischen Behandlung genutzt und zu welchem Zweck?  
 Welche der folgenden Medien zur Kommunikation haben Sie während der akuten Phase der Corona-Pandemie in Ihrer psychotherapeutischen Behandlung genutzt und zu welchem Zweck?  
 Welche der folgenden Medien zur Kommunikation nutzen Sie aktuell in Ihrer psychotherapeutischen Behandlung genutzt und zu welchem Zweck? *Markieren Sie alle Felder die zutreffend sind - Medien: Mobiltelefon, Videotelefonie, asynchroner Chat / SMS, E-Mail, Internettelefonie, Festnetztelefon, direkter, synchroner Online-Chat - Zwecke: Terminvereinbarung, kurze Beratungen, Therapiegespräche, Kriseninterventionen (zusätzlich: andere: \_\_ zu welchem Zweck? \_\_)*

### **Details zur Nutzung**

1. Würden Sie sagen, dass Sie durch die digitale Kommunikation durchschnittlich mehr oder weniger Kontakt zu Ihrer(m) Therapeut\*In haben/hatten? *5-stufige Skala "sehr viel weniger" bis "sehr viel mehr"*
2. Gibt es ein spezielles Programm / eine Anwendung, die Sie häufig in Ihrer psychotherapeutischen Behandlung verwenden? *offene Eingabe*
3. Mit dem Programm/ der Anwendung, die ich überwiegend in meiner psychotherapeutischen Behandlung nutze, bin ich... *5-stufige Skala "gar nicht zufrieden" bis "sehr zufrieden"*

## **5. Akzeptanz der digitalen Kommunikation**

### **Bedenken**

1. BEVOR ich digitale Kommunikationsmedien in meiner psychotherapeutischen Behandlung genutzt habe, hatte ich.. *je 5-stufige Skala "gar keine Bedenken" bis "sehr viele Bedenken"*  
*-datenschutzrechtliche Bedenken*  
*-Bedenken, ob die Therapie erfolgreich sein kann*  
*-Bedenken bzgl. der Beziehung/ persönlichen Verbindung zu meiner/meinem Therapeutin/en*  
*-Skepsis gegenüber der Technik*
2. Jetzt, nachdem ich selbst digitale Medien in der Kommunikation in meiner psychotherapeutischen Behandlung nutze, halte ich.. *je 5-stufige Skala "gar nicht berechtigt" bis "sehr berechtigt"*  
*-Skepsis gegenüber der Technik*  
*-datenschutzrechtliche Bedenken*  
*-Bedenken, ob die Therapie erfolgreich sein kann*  
*-Bedenken bzgl. der persönlichen Verbindung zu meiner/m Therapeut\*In*

### **Wahrgenommene Veränderungen**

3. Was sind Ihrer Meinung nach Unterschiede in der psychotherapeutischen Behandlung via digitaler Kommunikation im Vergleich zum persönlichen („Face-to-Face“) Gespräch? *je 5-stufige Skala von „ist klar ein Nachteil im Vergleich zu „Face-to-Face“ bis „ist klar ein Vorteil im Vergleich zu „Face-to-Face“ und alternativ: kein Unterschied im Vergleich zu „Face-to-Face“*
    - Flexibilität (in Zeit / Ort & Dauer der Kommunikation)
    - Begleitung durch die Therapie in meinem Alltag
    - meine Motivation aktiv am Erreichen der Therapieziele mitzuarbeiten
    - Hemmschwelle eine Therapie aufzusuchen
    - persönliche Verbindung zur/m Therapeut\*In
    - Tiefe & Intensität in der Kommunikation
    - das Gefühl von meiner/m Therapeut\*In verstanden zu werden / dass sie/er empathisch auf mich eingeht
    - organisatorischer Aufwand um die Therapie wahrnehmen zu können
    - finanzieller Aufwand um die Therapie wahrnehmen zu können
  4. Gibt es noch weitere Veränderungen durch die digitale Kommunikation, die sie als Vorteil wahrgenommen haben? *offene Eingabe*
  5. Gibt es noch weitere Veränderungen durch die digitale Kommunikation, die sie als Nachteil wahrgenommen haben? *offene Eingabe*
  6. Wenn die Kontaktaufnahme von Anfang an nur über digitale Kommunikation laufen würde, hätten Sie dann weniger oder mehr das Gefühl, dass man für das Aufsuchen psychotherapeutischer Behandlung stigmatisiert wird? *5-stufige Skala „sehr viel mehr“ bis „sehr viel weniger“*
  7. Angenommen, der Kontakt, um eine psychotherapeutische Behandlung aufzusuchen, würde von Anfang an via digitaler Kommunikation ablaufen (z.B. Telefon, E-Mail-Kontakt,...), wäre es Ihnen leichter oder schwerer gefallen eine Behandlung aufzusuchen? *5-stufige Skala „sehr viel schwerer“ bis „sehr viel leichter“*
  8. Hätten Sie rascher oder später, psychotherapeutische Behandlung aufgesucht, wenn die Kontaktaufnahme von Anfang an nur über digitale Kommunikation gelaufen wäre? *5-stufige Skala „sehr viel später“ bis „sehr viel rascher“*
  9. Hat die Nutzung von digitaler Kommunikation in Ihrer psychotherapeutischen Behandlung etwas an Ihrer Einstellung gegenüber digitaler Kommunikation generell geändert? *5-stufige Skala „hat meine Einstellung stark negativ verändert“ bis „hat meine Einstellung stark positiv verändert“*
  10. Hat die Nutzung von digitaler Kommunikation in Ihrer psychotherapeutischen Behandlung etwas an Ihrer Einstellung gegenüber digitaler Kommunikation speziell in der Behandlung geändert? *5-stufige Skala „hat meine Einstellung stark negativ verändert“ bis „hat meine Einstellung stark positiv verändert“*
- Gesamtbeurteilung**
11. Meiner Meinung nach, überwiegen insgesamt bei der digitalen Kommunikation in der psychotherapeutischen Behandlung ...*5-stufige Skala „klar die Nachteile“ bis „klar die Vorteile“*
  12. Wenn die Corona-Maßnahmen wieder komplett aufgehoben sind... würden Sie dann digitale Kommunikation in Ihrer psychotherapeutischen Behandlung gerne weiterhin

nutzen? 5-stufige Skala “nein, gar nicht mehr” bis “Ja, nur mehr digitale Kommunikation”

#### 6. Voraussetzungen & Einschätzungen zur Zukunft

1. Wenn Sie eine psychotherapeutische Behandlung beginnen, die primär über digitale Kommunikation abläuft, wie wichtig wäre es Ihnen, die/den Therapeutin/en zumindest in einer ersten persönlichen Sitzung kennen zu lernen? 5-stufige Skala “unwichtig” bis “unbedingt notwendig”
2. Wenn Sie eine psychotherapeutische Behandlung beginnen, die primär über digitale Kommunikation abläuft, wie wichtig wäre es Ihnen, auch später noch regelmäßige persönliche Sitzungen zu haben? 5-stufige Skala “unwichtig” bis “unbedingt notwendig”
3. Gibt es Ihrer Meinung nach bestimmte Faktoren, die hilfreich / weniger hilfreich für eine gute Kommunikation über digitale Medien in der psychotherapeutischen Behandlung sein können? hilfreich / weniger hilfreich: *je offene Eingabe*
4. Glauben Sie, die psychotherapeutische Versorgung in Österreich könnte in Zukunft davon profitieren, wenn mehr digitale Kommunikation in der Therapie genutzt wird? Warum schon? Warum eher nicht? *je offene Eingabe*

#### ABSCHLIESSENDE ANMERKUNGEN

Gibt es noch etwas, das Sie gerne zu dem Thema digitale Kommunikation in der psychotherapeutischen Behandlung und Beratung anmerken möchten? *offene Eingabe*

#### → FÜR NICHT-NUTZER\*INNEN

#### 4. Akzeptanz - Bedenken

1. Wenn Sie an digitale Kommunikationsmedien in Ihrer psychotherapeutischen Behandlung denken, haben Sie.. *je 5-stufige Skala “gar keine Bedenken” bis “sehr viele Bedenken”*  
*-datenschutzrechtliche Bedenken*  
*-Bedenken, ob die Therapie erfolgreich sein kann*  
*-Bedenken bzgl. der Beziehung/ persönlichen Verbindung zu meiner/meinem Therapeutin/en*  
*-Skepsis gegenüber der Technik*
2. Was würden sie als den relevantesten Einwand benennen, digitale Kommunikation in Ihrer psychotherapeutischen Behandlung nicht zu nutzen? *offene Eingabe*

#### ABSCHLIESSENDE ANMERKUNGEN

Gibt es noch etwas, das Sie gerne zu dem Thema digitale Kommunikation in der psychotherapeutischen Behandlung und Beratung anmerken möchten? *offene Eingabe*

### **Anhang C: Interview mit Frau Mag.a Dr.in Wallisch-Tomasch (Klinische und Gesundheitspsychologin, Onlinepsychologin)**

Zur zusätzlichen Belastung durch die Corona-Situation war Frau Mag.a Dr.in Wallisch-Tomasch der Meinung, dass bestehende psychische Probleme durchaus verstärkt werden könnten. Insbesondere Ängste oder auch depressive Symptome würden durch die allgemein bedrohliche Lage verschärft. Außerdem betonte sie, dass sie besonders für Alleinerziehende eine enorm belastende Situation sehe. Hier komme auch hinzu, dass durch die aktuelle Situation Unterstützungsangebote, wie Hausbesuche von Sozialarbeiter\*Innen oder ähnliches, wegfallen würden.

Was die kurzfristig ermöglichte Umstellung auf digitale Behandlung betrifft, sah die Befragte eine Chance. Sie meinte, dass viele Kolleg\*Innen jetzt "ins kalte Wasser geworfen" wurden, dass ihrer Meinung nach dadurch aber wertvolle Lernerfahrungen entstehen könnten und dass erlebt werden könne, dass "doch mehr möglich ist". Sie selbst habe die Möglichkeiten der digitalen Kommunikation, bevor sie eigene Erfahrungen gemacht hatte, auch unterschätzt und dann festgestellt, dass doch beachtliche Erfolge erzielbar wären. So hielt sie es für möglich, dass sich diese nun gemachten Lernerfahrungen auch auf die zukünftige Gestaltung der Kommunikation auswirken könne.

Als positiven Aspekt der digitalen Kommunikation beschrieb sie, dass man inhaltlich direkter und näher am Alltag der Klient\*Innen kommunizieren könne, das sei auch das "zauberhafte" an diesem Medium, man könne Förmlichkeiten und Smalltalk weglassen und der Person trotz räumlicher Entfernung sehr nahe kommen. Das hänge allerdings auch davon ab, wie weit man dies als Berater zuließe. Darin sah die Expertin aber auch eine Herausforderung, denn man müsse auch als Behandelnde/r gut lernen sich trotz leichter und zeitlich flexibler Erreichbarkeit abzugrenzen. Auch der Beziehungsaufbau würde bei von Beginn an rein digitalem Kontakt doch wesentlich länger dauern. Vor allem bei asynchroner Kommunikation würde man zunächst sehr viel weniger emotional kommunizieren.

Jedoch sah sie gerade im schriftlichen Kontakt auch Vorteile. Man könne bestimmte Gespräche immer wieder nachlesen. Das hätte auch aus behandelnder Sicht "eine tolle Qualität". Auch die Flexibilität wäre ein klarer Vorteil, dadurch könne die Unterstützung näher am Alltag der Klient\*Innen und besser nach deren Bedarf gerichtet sein, so würde mehr emotionale Teilhabe am Leben der Klient\*Innen entstehen. Damit einhergehen würde aber das Problem, dass bei Klient\*Innen ein nicht immer ungestörtes Setting vorhanden sei und im Vergleich zu fixen Terminen könne man zwischen den Einheiten schlechter einen

"therapeutischen Bogen spannen". Die größere emotionale Einbindung in den Alltag der Klient\*Innen würde, wie bereits erwähnt, eine gute Kompetenz zur Abgrenzung fordern. Hier sei eine klare Reglementierung der Erreichbarkeit notwendig.

Dem Zitat aus der Begründung des digitalen Behandlungsverbots aus der Internetrichtlinie stimmte sie weitestgehend zu und betonte, dass die digitale Therapie nicht eine persönliche Begegnung ersetzen könne und dass es doch immer wieder Momente gäbe, in denen man digital nicht weiterkommen würde. Gerade im Setting mit schwereren Erkrankungen wäre die digitale Kommunikation sicher nicht immer ausreichend und angemessen. "Alles Verhaltenstherapeutische", meinte sie, wäre meist digital gut machbar. Komplexe, strukturelle Erkrankungen, wie schwere Persönlichkeitsstörungen oder psychotische Zustände, seien mit digitaler Kommunikation nicht behandelbar, aber eine Online-Beratung könne gut als Anbahnung einer Therapie vor Ort dienen. Bei der Trennung zwischen Beratung und Behandlung sehe sie einen gewissen Graubereich:

(...) wenn ich jetzt einen Menschen mit einer Angststörung am Telefon hab, der sagt er kann nicht in die Praxis und ich mit ihm spreche sind wir ja eigentlich schon im behandelnden Bereich, aber aus rein fachlichem Verständnis, würde ich doch diesen Menschen nicht von der virtuellen Türschwelle stoßen...

Als wichtigste Voraussetzungen sah Frau Mag.a Dr.in Wallisch-Tomasch neben dem Schaffen von Datenschutz und der berufsrechtlichen Voraussetzungen eine klare fachliche Regelung, was im Kompetenzbereich der digitalen Behandlung läge und was nicht. Sie war der Meinung, dass ein gelernter Umgang mit dieser Kommunikation durchaus hilfreich sei (auch mit dem Hintergrund eigener Erfahrung als Lehrende in einem entsprechenden Kursangebot). Es sei zwar nichts, was man nicht von therapeutischer Seite aus schon könne, aber eine Schulung in dem Umgang mit dem Medium und dem Bewusstwerden dieser Kommunikation wäre sinnvoll. Grundsätzlich wäre das alles auch "Übungssache", aber eine gewisse innere Offenheit und die Bereitschaft, sich diese Kommunikation anzueignen, wäre wichtig. Dann könne man auch Spaß an dem digitalen Kontakt finden und entdecken, dass auch über digitale Kanäle viel erzielt werden könne.

Zusammenfassend erzeugte das sehr anregende Gespräch mit Mag.a Dr.in Wallisch-Tomasch den Eindruck, dass in der psychologischen Online-Beratung viele Chancen stecken, auch wenn sie den persönlichen Kontakt in manchen Aspekten nie ersetzen können wird. Wenn aber auf beiden Seiten eine grundlegende Offenheit gegenüber dieser Kommunikation vorhanden ist, kann durchaus auch auf diesem Wege eine persönliche, therapeutische Nähe entstehen. Die kurzfristige Umstellung im Rahmen der Corona-Pandemie könnten also

zumindest für einige Behandelnde, Beratende, als auch Klient\*Innen, wenigstens neue Ergänzungen, in manchen Fällen vielleicht sogar Alternativen zum persönlichen Kontakt aufzeigen und wären für die Krisen-Situation jedenfalls eine hilfreiche Stütze für die psychologische Begleitung. Vor allem auf berufs- und datenschutzrechtlicher Ebene müssten aber noch einige Voraussetzungen für einen sinnvollen Einsatz der digitalen Kommunikation geschaffen werden