

Psychotherapeutische Online-Interventionen: Potentiale und Herausforderungen für die moderne Psychotherapie in Österreich und Deutschland

Abschlussarbeit zur Erlangung des akademischen Grades Bakkalaureus/
oder Bakkalaurea der Psychotherapiewissenschaft

an der Sigmund Freud PrivatUniversität Wien

eingereicht von

Gregor Pargfrieder, MSc

Linz, im Juni 2024

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung	4
1.1	Hintergrund und Kontext	5
1.2	Forschungsfrage und Zielsetzung der Arbeit	5
1.3	Methodische Umsetzung	6
2	Begriffserklärung von Online-Interventionen	7
2.1	Definition und Abgrenzungen	7
2.1.1	Definition von Online-Interventionen	7
2.1.2	Abgrenzungen zu psychosozialen Online-Interventionen	8
3	Beschreibung der Interventionsformate	10
3.1	E-Mail- und Chat-Therapie	10
3.1.1	Vor- und Nachteile der E-Mail- und Chat-Therapie.....	11
3.1.2	Anwendungsgebiete der E-Mail- und Chat-Therapie.....	12
3.2	Webbasierte Selbsthilfeprogramme	14
3.2.1	Vor- und Nachteile webbasierter Selbsthilfeprogramme	15
3.2.2	Anwendungsbeispiele webbasierter Selbsthilfeprogramme	16
3.2.3	Empirische Evidenz webbasierter Selbsthilfeprogramme	18
3.3	Video- und Telefon-Therapie	20
3.3.1	Vor- und Nachteile der Video- und Telefon-Therapie.....	21
3.3.2	Empirische Evidenz der Video-Therapie.....	21
3.4	(selbstlernende) Chatbots	23
4	Kategorisierung von Online-Interventionen.....	25
4.1	Kombinationen von Interventionsformaten	26
4.1.1	Blended-Therapy (gemischte Psychotherapie)	26
5	Therapeutische Allianz in Online-Interventionen	30
5.1	Die therapeutische Allianz in der Psychotherapie	30

5.2	Messung der therapeutischen Allianz.....	30
5.3	Therapeutische Allianz bei Online-Interventionen	31
6	Rechtliche Rahmenbedingungen in Österreich und Deutschland	33
6.1	Rechtslage für Online-Interventionen in Österreich.....	33
6.2	Rechtslage für Online-Interventionen in Deutschland	35
7	Herausforderungen durch Online-Interventionen	36
7.1	Herausforderungen für Therapeut*innen	36
7.2	Herausforderungen für Klient*innen	38
8	Ausblick für die Entwicklung moderner Psychotherapie	40
8.1	Forschungsansätze für Online-Interventionen	42
	Literaturverzeichnis	44
	Kurzzusammenfassung deutsch	48
	Abstract english	49

1 Einleitung

In den letzten Jahren wurden zahlreiche wissenschaftliche Artikel zum Thema psychotherapeutische Online-Interventionen veröffentlicht. Aufgrund der Hygienemaßnahmen, während der COVID-19-Pandemie im Jahr 2020 konnte für eine längere Zeit keine Face-to-Face-Psychotherapie durchgeführt werden, weshalb die gesetzlichen Richtlinien in Österreich und Deutschland geändert wurden, um Psychotherapie online anbieten zu können. Dies geschah ohne ausreichende Vorbereitung für Therapeut*innen und Klient*innen und unter hohem Zeitdruck. Daraus ergaben sich Herausforderungen für den psychosozialen Sektor, insbesondere für die Psychotherapie.

Die vielversprechende Wirksamkeit von psychotherapeutischen Online-Interventionen wurde zwischen 2000 und 2012 bereits in über 100 randomisierten kontrollierten Studien („randomized controlled trial“, RCT) untersucht. Allerdings besteht nach wie vor eine kritische Haltung vor allem bei Therapeut*innen aber auch Klient*innen bezüglich Online-Interventionen, wodurch das volle Potential dieser Form der Psychotherapie nicht ausgeschöpft wird. (vgl. Hedman, Ljótsson & Lindefors, 2012)

Die grundsätzlich kritische Haltung der Psychotherapie gegenüber computergestützten Interventionen zeigte sich bereits in den Anfängen. Ein Beispiel hierfür ist die Entwicklung von "Eliza" durch den Informatiker Joseph Weizenbaum in den 1960er Jahren. Das Programm wurde konzipiert, um die Rolle humanistischer Psychotherapeut*innen zu simulieren. Weizenbaums Absicht war nicht die Entwicklung eines computergestützten Therapieprogramms, sondern vielmehr der Versuch zu belegen, dass menschliche Kommunikation und die komplexe Natur der Psychotherapie nicht durch ein Computerprogramm ersetzt werden können. "Eliza" konnte einfache Gespräche anhand vorheriger Eingaben führen und Antworten generieren, aber es wurde schnell klar, dass sie nicht über die nuancierte emotionale Intelligenz, Empathie und das tiefgreifende Verständnis verfügte, die menschliche Therapeut*innen auszeichnen. Dieses experimentelle Projekt betonte frühzeitig die Grenzen computergestützter Interventionen in der Psychotherapie und trug dazu bei, die Skepsis innerhalb der Fachgemeinschaft zu verstärken. (vgl. Schuster, Berger & Laireiter, 2018)

1.1 Hintergrund und Kontext

Ich bin davon überzeugt, dass psychotherapeutische Online-Interventionen eine bedeutende Ergänzung zur Face-to-Face-Therapie darstellen und somit das psychotherapeutische Portfolio effektiv und kostengünstig ergänzen können. Eine kritische Haltung von Therapeut*innen gegenüber diesen Interventionsformen kann durch adäquate Aufklärung und Schulung, entweder in der Psychotherapieausbildung oder in Form von Weiterbildungen, definitiv verändert werden. Oft basiert diese kritische Haltung auf Unwissenheit und sollte entsprechend korrigiert werden.

1.2 Forschungsfrage und Zielsetzung der Arbeit

Ziel dieser Bakkalaureatsarbeit ist es, einen Überblick über die verschiedenen Formen psychotherapeutischer Online-Interventionen zu geben. Es gibt verschiedene Informationen zu den rechtlichen Rahmenbedingungen für die Durchführung von psychotherapeutischen Online-Interventionen in Österreich und Deutschland sowie Studien zur Wirksamkeit. Es gibt jedoch keine systematische Zusammenfassung, die die Begrifflichkeiten und rechtlichen Rahmenbedingungen zusammenfasst. Der Einsatz von Online-Interventionen in der Psychotherapie befindet sich noch in einer frühen Phase und in der wissenschaftlichen Literatur werden unterschiedliche Bezeichnungen für die verschiedenen Ausprägungen dieser Interventionen verwendet. Daher ist es wichtig, die verschiedenen Aspekte dieser Thematik präzise und verständlich darzustellen. Daraus ergibt sich folgende Forschungsfrage:

Welche Potentiale und Herausforderungen werden in der aktuellen Literatur zu psychotherapeutischen Online-Interventionen dargestellt, und welche Forschungsdesiderate ergeben sich daraus für die Psychotherapieforschung?

Darüber hinaus befindet sich die Rechtslage insbesondere in Österreich mit der Erarbeitung eines neuen Psychotherapiegesetzes im Umbruch. Ein Vergleich mit der deutschen gesetzlichen Grundlage soll auch hier einen Überblick geben. Ein weiterer Schwerpunkt dieser Arbeit liegt auf den Herausforderungen, die sich für Psychotherapeut*innen und Klient*innen ergeben, sowie auf den Potentialen, die sich aus dieser Form der Psychotherapie ableiten lassen.

1.3 Methodische Umsetzung

Die Forschungsmethode für diese Bakkalaureatsarbeit besteht aus einem systematischen Review. Hierfür werden wissenschaftliche Artikel zum Thema psychotherapeutische Online-Interventionen herangezogen. Die COVID-19 Pandemie hat als Katalysator für psychotherapeutische Online-Interventionen im Speziellen für die Interventionsform „Video-Therapie“ gedient und den Fokus auf bereits stark beforschte psychotherapeutische Online-Interventionen wie webbasierte Selbsthilfeprogramme verstärkt.

Da das Hauptaugenmerk dieser Bakkalaureatsarbeit auf den Potentialen und Herausforderungen von psychotherapeutischen Online-Interventionen (E-Mail-Therapie, Chat-Therapie, webbasierte Selbsthilfeprogramme, Telefon-Therapie und Video-Therapie) in Österreich und Deutschland liegt, wurden die wissenschaftlichen Artikel entsprechend ausgewählt. Für die Kapitel, welche die Effektivität und Wirksamkeit von psychotherapeutischen Online-Interventionen behandeln, werden auch wissenschaftliche Artikel aus dem angloamerikanischen Raum analysiert. Dies liegt daran, dass eine deutlich größere Anzahl von Studien, vor allem Meta-Analysen, in diesem Raum verfügbar sind und somit eine fundiertere Aussage ermöglichen. Im deutschsprachigen Raum sind nur wenige Meta-Analysen dieser Art vorhanden und diese stützen sich ebenfalls auf die Daten aus den Studien aus dem angloamerikanischen Raum.

2 Begriffserklärung von Online-Interventionen

Eine klare Definition der Begriffe gestaltet sich aufgrund der schnellen Entwicklung in diesem Forschungsgebiet als schwierig. Um das Tempo zu veranschaulichen, kann der technische Fortschritt des letzten Jahres durch künstliche Intelligenz („Artificial Intelligence“, AI) herangezogen werden. In den folgenden Kapiteln wird ein Überblick über verschiedene psychotherapeutische Online-Interventionen gegeben sowie diese nach Automatisierungs- und Digitalisierungsgrad der Interventionsformen kategorisiert. Als Basis dient das Kategorisierungssystem von Berger, Bur & Krieger (2019), welches erweitert und in den Bezeichnungen angepasst wird.

2.1 Definition und Abgrenzungen

2.1.1 Definition von Online-Interventionen

In den vergangenen Jahren hat sich der Begriff "Online-Interventionen" als ein allgemeiner Oberbegriff für verschiedene psychosoziale Angebote etabliert, die digitale Medien zur Unterstützung nutzen. Es ist wichtig zu betonen, dass die Definition dieses Begriffs weiterhin herausfordernd bleibt, da die Vielfalt digitaler Interventionen stetig zunimmt und sich neue Technologien entwickeln. Online-Interventionen haben den gemeinsamen Ansatz, digitale Plattformen, Anwendungen oder Tools zu verwenden, um Unterstützungen bei der Bewältigung psychischer Symptome anzubieten. Die kontinuierliche Entwicklung und Integration neuer Technologien in diese Interventionen verdeutlichen den dynamischen Charakter dieses Forschungsbereiches und betonen die Notwendigkeit, Definitionen und Konzepte kontinuierlich anzupassen. (vgl. Berger, Bur & Krieger, 2019)

Zusätzlich zu dem bereits erwähnten Begriff werden in der Literatur für denselben Forschungsbereich auch verschiedene andere Begriffe verwendet. Dazu gehören unter anderem "Internet-Interventionen", "internetbasierte Interventionen", „Internettherapie“ oder "computerbasierte Interventionen". Andere verwendete Begriffe präzisieren bestimmte inhaltliche Methoden, wie zum Beispiel iCBT für „Internet-based Cognitive-Behavioral Therapy“. (vgl. Barak, Klein & Proudfoot, 2009; Berger, Bur & Krieger, 2019)

Die Wahl eines spezifischen Begriffs kann von den jeweiligen Schwerpunkten der Autor*innen abhängen, die Vielfalt der verwendeten Begriffe spiegelt auch die breite Palette von Ansätzen und Methoden wider, die innerhalb dieses Forschungsbereichs existieren. (vgl. Barak et al., 2009)

2.1.2 Abgrenzungen zu psychosozialen Online-Interventionen

Es ist hier zu betonen, dass eine klare Unterscheidung zwischen psychotherapeutischen Online-Interventionen und psychosozialen Online-Interventionen vorliegt. Psychotherapeutische Online-Interventionen zielen darauf ab, direkte Unterstützung und Intervention bei bestehenden psychischen Symptomatiken zu bieten, während psychosoziale Online-Interventionen darauf ausgerichtet sind, präventive Maßnahmen anzubieten. Diese psychosozialen Programme bieten verschiedene virtuelle Beratungseinrichtungen wie z.B. Telefonseelsorge, die über Online-Plattformen zugänglich sind. Darüber hinaus beinhalten sie Informationswebseiten zur Psychoedukation, die darauf abzielen, frühzeitig Wissen über psychische Gesundheit zu vermitteln und somit präventiv auf die Entstehung von psychischen Belastungen einzuwirken. Wenn in dieser Arbeit von Online-Interventionen die Rede ist, sind ausschließlich psychotherapeutische Online-Interventionen gemeint. (vgl. Wagner & Maercker, 2011)

Für diese Arbeit findet ebenfalls eine Abgrenzung der psychotherapeutischen Online-Interventionen von „Serious Gaming“ statt. Das bezeichnet in der Psychotherapie den Einsatz von Videospiele zu therapeutischen Zwecken. Im Gegensatz zu herkömmlichen Videospiele, die primär zu Unterhaltungszwecken entwickelt werden, sind Serious Games darauf ausgerichtet, spezifische therapeutische Ziele zu erreichen, sei es im Bereich der psychischen Gesundheit oder der kognitiven Fähigkeiten. Diese Spiele werden speziell für den Einsatz in einem therapeutischen Kontext entwickelt und können verschiedene Formen annehmen, darunter Virtual Reality (VR)-Anwendungen, Online-Plattformen oder mobile Anwendungen. Sie können für folgende Bereiche eingesetzt werden. (vgl. Laamarti, Eid & El Saddik, 2014):

- Angstbewältigung: Virtuelle Realität kann genutzt werden, um sicher kontrollierte Umgebungen zu schaffen, in denen Patient*innen sich schrittweise mit ihren Ängsten auseinandersetzen und diese überwinden können. (vgl. Laamarti et al., 2014)
- kognitive Rehabilitation: Serious Gaming kann so gestaltet werden, dass es kognitive Fähigkeiten fördert, insbesondere bei Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen nach einem Schlaganfall oder einer Hirnverletzung. (vgl. Laamarti et al., 2014)
- Verhaltenstherapie: Serious Gaming kann Prinzipien der Verhaltenstherapie integrieren, um Menschen bei der Bewältigung von Stress, Depressionen oder anderen psychischen Gesundheitsproblemen zu unterstützen. (vgl. Laamarti et al., 2014)
- Suchttherapie: Es kann in der Suchttherapie eingesetzt werden, um positive Verhaltensweisen zu fördern, das Rückfallrisiko zu verringern und Bewältigungsstrategien zu trainieren. (vgl. Laamarti et al., 2014)

3 Beschreibung der Interventionsformate

Die *Tabelle 1* soll einen Überblick geben über die psychotherapeutischen Online-Interventionen, welche in dieser Arbeit näher betrachtet werden.

Interventionsformat	Kurzinfo
E-Mail- und Chat-Therapie	Asynchrone/Synchrone schriftliche Kommunikation
Webbasierte Selbsthilfeprogramme	Unterscheidung in angeleitete Selbsthilfe und ungeleitete Selbsthilfe
Telefon-Therapie	Synchrone Kommunikation nur Audio
Video-Therapie	Synchrone Kommunikation audiovisuell
Chatbots	Online-Behandlungen im Chatformat AI gestützt

Tabelle 1: Liste der Interventionsformate

Quelle: eigene Darstellung

Die in *Tabelle 1* dargestellten Interventionsformate geben einen guten Überblick über die relevantesten Online-Interventionen. Viele Online-Interventionen sind eine Kombination aus den oben aufgeführten. Diese Kombinationsformen, als „Blended-Therapy“ bezeichnet, werden in einem späteren Kapitel dieser Arbeit Gegenstand der Betrachtung sein.

3.1 E-Mail- und Chat-Therapie

E-Mail- und Chat-Therapie, auch bekannt als Online-Texttherapie, sind moderne Formen psychotherapeutischer Interventionen, die mittels schriftlicher Kommunikation über das Internet durchgeführt werden. Diese Online-Interventionsformen bieten Therapeut*innen und Klient*innen die Möglichkeit, in Echtzeit oder asynchron über geschriebenen Text zu interagieren, um emotionale Unterstützung, Beratung und therapeutische Interventionen anzubieten. (vgl. Barak et al., 2009)

In der E-Mail-Therapie erfolgt die Kommunikation schriftlich, wobei die asynchrone Natur dieser Methode den Klient*innen die Freiheit gibt, ihre Gedanken und Emotionen in ihrem eigenen Tempo zu formulieren. (vgl. Andersson, 2014)

Die schriftliche Form ermöglicht eine sorgfältige Reflexion und gewährleistet gleichzeitig eine detaillierte Dokumentation der Therapiegespräche. Diese Form der Online-Therapie eignet sich besonders für Personen, die von der zeitlichen und räumlichen Flexibilität profitieren und ihre Gedanken ausführlich ausdrücken möchten. (vgl. Andersson, 2014)

Die Chat-Therapie hingegen ermöglicht eine Echtzeitkommunikation zwischen Therapeut*in und Klient*in, wodurch ein direkter Dialog entsteht. Dies ist besonders nützlich in Situationen, die eine sofortige Antwort erfordern oder in denen eine stärkere Interaktion gewünscht wird. Die dynamische Natur der Chat-Therapie eröffnet Möglichkeiten für aktives Zuhören, sofortige Klärung und den Einsatz verschiedener therapeutischer Techniken in Echtzeit. (vgl. Schuster, Berger & Laireiter, 2018; Barak, Klein & Proudfoot, 2009)

Beide Formen der Internet-Intervention bieten Flexibilität, Anonymität und Zugänglichkeit, haben aber auch ihre eigenen Herausforderungen und Grenzen. Die Wahl zwischen E-Mail- und Chat-Therapie hängt von den Präferenzen der Beteiligten, der Art der therapeutischen Intervention, der psychischen Symptomatik und den individuellen Bedürfnissen ab. (vgl. Schuster et al., 2018)

3.1.1 Vor- und Nachteile der E-Mail- und Chat-Therapie

E-Mail-Therapie	
Potentiale	Herausforderungen
<u>Asynchronität:</u> Klient*innen und Therapeut*innen können Nachrichten senden und empfangen, ohne gleichzeitig online sein zu müssen.	<u>Verzögerte Reaktionen:</u> Asynchrone Kommunikation kann zu verzögerten Reaktionen führen, was in Notfallsituationen problematisch sein kann.
<u>Reflexionszeit:</u> Da keine Echtzeitkommunikation erforderlich ist, haben die Klient*innen mehr Zeit, über ihre Gedanken zu reflektieren.	<u>Missverständnisse:</u> Schriftliche Kommunikation kann zu Missverständnissen führen, da Tonfall und nonverbale Signale fehlen.
<u>Dokumentation:</u> Die schriftlichen Aufzeichnungen ermöglichen eine detaillierte Dokumentation.	<u>Abhängigkeit von Schreibkenntnissen:</u> Die Qualität der Therapie kann von den Schreibfähigkeiten der Klient*innen beeinflusst werden.

Tabelle 2: Potentiale und Herausforderungen der E-Mail-Therapie

Quelle: eigene Darstellung (vgl. Schuster et al., 2018)

Chat-Therapie	
Potentiale	Herausforderungen
<u>Echtzeitkommunikation:</u> Chat-Therapie ermöglicht eine sofortige und direkte Kommunikation zwischen Therapeut*in und Klient*in.	<u>Begrenzte Reflexionszeit:</u> Im Gegensatz zur E-Mail-Therapie bleibt weniger Zeit für Reflexion, was zu spontanen Reaktionen führen kann.
<u>Erreichbarkeit:</u> Echtzeitkommunikation ermöglicht die sofortige Reaktion auf akute Bedürfnisse oder Krisen.	<u>Abhängigkeit von Technologie:</u> Probleme mit der Internetverbindung oder technische Schwierigkeiten können die Therapie beeinträchtigen.
<u>Interaktionsmöglichkeiten:</u> Chat ermöglicht es Therapeut*innen, Techniken wie aktives Zuhören und Klärungsfragen effektiv einzusetzen.	<u>Zeitaufwendig:</u> Für Therapeut*innen kann das Beantworten langer Nachrichten viel länger dauern als ein Gespräch in der Face-to-Face Therapie

Tabelle 3: Potentiale und Herausforderungen der Chat-Therapie

Quelle: eigene Darstellung (vgl. Schuster et al., 2018)

3.1.2 Anwendungsgebiete der E-Mail- und Chat-Therapie

Ein klassisches Anwendungsgebiet der E-Mail-Therapie ist die Unterstützung bei Angst- und Depressionssymptomen. Chat-Therapie bietet eine Plattform für Menschen mit sozialen Ängsten, ihre Ängste in einem weniger direkt konfrontativen Kontext zu teilen. Diese Form der Internet-Intervention hat sich als wirksam erwiesen bei Menschen, die Schwierigkeiten haben, von Angesicht zu Angesicht zu sprechen, oder die Angst vor sozialer Interaktion haben. Es ist wichtig zu beachten, dass die E-Mail-Therapie nicht für alle Störungen und nicht für alle Klient*innen geeignet ist. Im Folgenden sind einige Störungsbilder aufgeführt, bei denen diese Interventionsformen hilfreich sein können. (vgl. Wolf, Zimmer & Dogs, 2008):

- Depressionen: Die E-Mail-Therapie bietet Menschen mit Depressionen die Möglichkeit, ihre Gedanken und Gefühle in ihrem eigenen Tempo auszudrücken. Die asynchrone Kommunikation ermöglicht eine intensive Auseinandersetzung mit den zugrunde liegenden Problemen. (vgl. Wolf, Zimmer & Dogs, 2008)

- Panikstörungen: Menschen mit Panikstörungen können von der Chat-Therapie profitieren, um in Echtzeit mit Therapeut*innen zu kommunizieren, wenn Panikattacken auftreten oder wenn sie Unterstützung bei der Entwicklung von Bewältigungsstrategien benötigen. (vgl. Andersson, 2014)
- Soziale Angststörungen: Menschen mit sozialer Angststörung können sich durch E-Mail- oder Chat-Therapie öffnen und ihre Herausforderungen in einem weniger konfrontativen Umfeld teilen. Die schriftliche Kommunikation kann den Druck von sozialen Interaktionen nehmen. (vgl. Andersson, 2014; Wolf, Zimmer & Dogs, 2008)
- Generalisierte Angststörungen: Menschen mit generalisierter Angststörung können von der Möglichkeit profitieren, kontinuierlich mit Therapeut*innen per E-Mail oder Chat zu kommunizieren, um Ängste und Sorgen zu besprechen. (vgl. Wolf, Zimmer & Dogs, 2008)
- Zwangsstörungen: Für Menschen mit Zwangsstörungen, die oft Schwierigkeiten haben, bestimmte Gedanken zu verbalisieren, kann E-Mail- oder Chat-Therapie einen sicheren Raum bieten, in dem sie ihre Zwangsgedanken und -handlungen mitteilen können. (vgl. Andersson, 2014; Wolf, Zimmer & Dogs, 2008)
- Posttraumatische Belastungsstörungen (PTBS): Menschen mit PTBS können die E-Mail- oder Chat-Therapie nutzen, um sich in einer sicheren Umgebung schriftlich mit Therapeut*innen auszutauschen und über traumatische Erlebnisse zu sprechen. (vgl. Andersson, 2014)

3.2 Webbasierte Selbsthilfeprogramme

Webbasierte Selbsthilfeprogramme, bei denen die Klient*innen entweder eigenständig arbeiten (ungeleitete Selbsthilfe) oder durch Onlinekontakte mit Therapeut*innen oder geschulten Fachkräften unterstützt werden (geleitete Selbsthilfe), sind besonders gut erforscht. Therapeutische Kontakte werden verstärkt in Ansätzen umgesetzt, die eine Vielzahl von Schreibübungen einschließen. Die schriftlichen Texte der Klient*innen werden in der Regel ausführlich und individuell von Therapeut*innen beantwortet. (vgl. Berger, Bur & Krieger, 2019)

Diese Selbsthilfeprogramme bieten in der Regel psychoedukative Informationen und therapeutische Übungen an, die auf störungsspezifischen kognitiv-verhaltenstherapeutischen Manualen basieren. Zusätzlich zu diesen spezifischen Ansätzen gibt es Programme, die transdiagnostisch ausgerichtet sind und solche, die den Prinzipien psychodynamischer oder integrativer Ansätze folgen. Durch diese Vielfalt an Ansätzen ist eine hohe Anpassungsfähigkeit der Selbsthilfeprogramme an unterschiedliche Bedürfnisse und therapeutische Ausrichtungen gegeben. (vgl. Berger, Bur & Krieger, 2019)

Unabhängig davon, ob das Selbsthilfeprogramm angeleitet oder ungeleitet ist, ist für den Einsatz von webbasierten Selbsthilfeprogrammen eine vorherige umfassende Diagnostik der möglichen Klient*innen notwendig. (vgl. Wagner & Maercker, 2011)

3.2.1 Vor- und Nachteile webbasierter Selbsthilfeprogramme

Webbasierte Selbsthilfeprogramme bieten eine Reihe von Vorteilen. Insbesondere ermöglichen sie den Klient*innen eine zeitliche Flexibilität, da sie rund um die Uhr auf die Programme zugreifen können. Der ortsunabhängige Zugang ermöglicht es Menschen aus verschiedenen Regionen, von den Programmen zu profitieren, insbesondere wenn traditionelle therapeutische Ressourcen schwer zugänglich sind. Die Anonymität und Privatsphäre, die webbasierte Selbsthilfeprogramme bieten, ist für Menschen nützlich, die zögern, sich persönlich zu öffnen. Darüber hinaus sind sie kostengünstiger als herkömmliche Face-to-Face-Therapien, was sie zu einer erschwinglicheren Alternative für eine breitere Bevölkerungsschicht macht. (vgl. Schuster, Berger & Laireiter, 2018)

Die Nachteile von webbasierten Selbsthilfeprogrammen ist die begrenzte Individualisierung. Obwohl viele Programme versuchen, individualisierte Elemente einzubauen, kann die Anpassung nicht so sein wie in der Face-to-Face-Therapie. Technologische Schwierigkeiten können insbesondere bei Personen auftreten, die mit digitalen Plattformen nicht vertraut sind oder keinen zuverlässigen Zugang zum Internet haben. Dies kann den Zugang für bestimmte Bevölkerungsgruppen einschränken. (vgl. Schuster, Berger & Laireiter, 2018)

Bei webbasierten Selbsthilfeprogrammen kann es zu Verzögerungen bei der Bereitstellung von Unterstützung oder Feedback kommen, was im Vergleich zur Face-to-Face-Therapie als nachteilig angesehen werden kann, insbesondere bei ungeleiteten Selbsthilfeprogrammen. Ebenfalls ist die Abbruchsrate bei ungeleiteten Selbsthilfeprogrammen wesentlich höher als bei angeleiteten Selbsthilfeprogrammen. (vgl. Stadler, 2021)

Ein weiterer wichtiger Aspekt ist, dass webbasierte Selbsthilfeprogramme durch eine strukturierte Manualisierung gekennzeichnet sind. Dies kann zu einer Einschränkung führen, da die gleichzeitige Behandlung von zwei Störungsbildern, wie beispielsweise Sozialphobie und Depression, nur bedingt möglich ist. So kann z.B. die Symptomatik sozialer Ängste in einer Depressionsbehandlung nicht ausreichend berücksichtigt werden. (vgl. Wagner & Maercker, 2011)

3.2.2 Anwendungsbeispiele webbasierter Selbsthilfeprogramme

Ein Beispiel für eine konkrete Anwendung ist die digitale Plattform für Depressionen namens „deprexis“. Es handelt sich um ein Selbsthilfeprogramm, das mit dem CE-Kennzeichen (Conformité Européenne) ausgezeichnet ist. Die CE-Kennzeichnung in der EU ist ein Zeichen, das angibt, dass ein Produkt die EU-weiten Anforderungen an Sicherheit, Gesundheitsschutz und Umweltschutz erfüllt. (vgl. „CE Marking - European Commission“, o. J.)

Das Selbsthilfeprogramm „deprexis“ hat sich auf die Behandlung von Klient*innen mit unipolarer Depression oder depressiver Verstimmung konzentriert. Die Wirksamkeit von deprexis® wurde in zahlreichen kontrollierten klinischen Studien untersucht. Insgesamt 13 randomisierte, klinisch kontrollierte Studien haben die Verbesserung der depressiven Symptomatik bei Klient*innen durch die Nutzung von deprexis® dokumentiert. 12 dieser Studien wurden im Rahmen einer deprexis®-spezifischen Metaanalyse ausgewertet und publiziert, so dass eine solide Evidenzbasis für die Wirksamkeit des Programms bei Depressionen vorliegt. (vgl. „Über deprexis®“, o. J.)

Die Untersuchungen zur Wirksamkeit erstreckten sich über Klient*innen mit unterschiedlichen Schweregraden der Depression. Darüber hinaus wurden Studien durchgeführt, die deprexis® als Teil einer Kombinationsbehandlung mit Face-to-Face-Therapie sowohl im ambulanten als auch im stationären Setting beinhalteten. (vgl. „Über deprexis®“, o. J.)

In Deutschland ist deprexis® als DiGA (Digitale Gesundheitsanwendung) zertifiziert. Das bedeutet, dass die Kosten für das webbasierte Selbsthilfeprogramm bei einer Diagnose leichte depressive Episode, mittelgradige depressive Episode oder schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome von der Krankenkasse übernommen werden. (vgl. „DiGA-Verzeichnis“, o. J.)

Aktuell mit Stand November 2023 gibt es im DiGA-Verzeichnis 24 zugelassene webbasierte Selbsthilfeprogramme, welche eine Kostenübernahme durch die Krankenkasse vorsehen. Diese Plattformen kommen bei folgenden diagnostizierten Störungen zum Einsatz: Depressionen (leicht, mittelgradig, schwer), Agoraphobie, Anhaltende somatoforme Schmerzstörung, Nichtorganische Insomnie, Nichtorganischer Vaginismus, Soziale Phobien, Panikstörungen, Emotional instabile Persönlichkeitsstörung: Borderline-Typ, Essstörungen sowie Angststörungen. (vgl. „DiGA-Verzeichnis“, o. J.)

Webbasierte Selbsthilfeprogramme sind in den meisten Fällen in einzelne Module unterteilt, die Bearbeitung ist durch Zeitvorgaben begrenzt. Die im DiGA-Verzeichnis gelisteten Plattformen sind für alle gängigen Endgeräte konzipiert und auch als Smartphone-App verfügbar. Tabelle 3 zeigt, wie diese Module für eine Plattform für Angststörungen aussehen. (vgl. Berger, Bur & Krieger, 2019)

Moduleinheit	Beschreibung
Modul 1	<ul style="list-style-type: none"> • Motivationsarbeit (z. B. Erarbeiten von Gründen, die für die Arbeit an den Ängsten sprechen; Definieren von individuellen Zielen) • Einführen eines Online-Angsttagebuchs • Einführung in die angewandte Entspannung
Modul 2	<ul style="list-style-type: none"> • Psychoedukation: Informationen zu Angst und Angststörungen. Erklären von wichtigen aufrechterhaltenden Faktoren von Angststörungen und Vermitteln wichtiger Komponenten des kognitiv-behavioralen Behandlungsansatzes (z. B. negative Gedanken, Vermeidungsverhalten, Aufmerksamkeitsprozesse, Sicherheitsverhalten). • Informationen zum Behandlungsrationale • Entwicklung eines eigenen, individuellen Erklärungsmodells der Angst • Übung zur angewandten Entspannung
Modul 3	<ul style="list-style-type: none"> • kognitive Restrukturierung: Identifizieren und Hinterfragen dysfunktionaler negativer Gedanken und Annahmen. • Einführen eines Online-Gedankentagebuchs. • Übung zur angewandten Entspannung
Modul 4	<ul style="list-style-type: none"> • Informationen und Übungen zur Reduktion der selbstfokussierten Aufmerksamkeit • Achtsamkeitsübungen • Übung zur angewandten Entspannung
Modul 5	<ul style="list-style-type: none"> • Exposition und Verhaltensexperimente: Planen und Durchführen von In-vivo-Expositionen • Einführen eines Online-Expositionstagebuchs • Sorgenkonfrontation, Einführen eines Grübelstuhls

	<ul style="list-style-type: none"> Übung zur angewandten Entspannung
Modul 6	<ul style="list-style-type: none"> Zusammenfassung und Repetition Weiterführen von In-vivo-Expositionen und Verhaltensexperimenten
Modul 7	<ul style="list-style-type: none"> Informationen zur Rolle von Stress und gesundheitsförderlichem Verhalten bei Angststörungen Problemlösetraining
Modul 8	<ul style="list-style-type: none"> Zusammenfassung Informationen zur Rückfallprävention

Tabelle 4: Inhalt eines webbasierten Selbsthilfeprogramms zur Behandlung verschiedener Angststörungen

Quelle: In Anlehnung an Berger, Bur & Krieger, 2019, S.5

3.2.3 Empirische Evidenz webbasiertes Selbsthilfeprogramme

Unter den verschiedenen Online-Interventionen sind webbasierte Selbsthilfeprogramme diejenigen, die durch Studien am besten empirisch belegt sind. Systematische Reviews und Metaanalysen der vorhandenen Studien zeigen, dass angeleitete webbasierte Selbsthilfeprogramme wirksamer sind als ungeleitete. Es hat sich weiter gezeigt, dass die Wirksamkeit angeleiteter Selbsthilfeprogramme mit der Face-to-Face-Therapie vergleichbar ist. Diese Wirkungsäquivalenz wird von mehreren Studien belegt. Einen Überblick über die Störungsbereiche für die mit RCTs die Wirksamkeit nachgewiesen wurde zeigt Tabelle 4. (vgl. Berger, Bur & Krieger, 2019)

Psychiatrische Störungen	Somatische Störungen/ Gesundheitsprobleme	Andere
<ul style="list-style-type: none"> Depression (inkl. postpartale Depression) bipolare Störung Panikstörung mit/ohne Agoraphobie soziale Angststörung spezifische Phobie generalisierte Angststörungen hypochondrische Störungen Angst und Depression gemischt Zwangsstörung Posttraumatische Belastungsstörung 	<ul style="list-style-type: none"> Kopfschmerzen Tinnitus Diabetes Schlafstörungen chronische Schmerzen Reizdarmsyndrom begleitend bei Krebserkrankungen Enkopresis Erektionsstörung chronisches Erschöpfungssyndrom Multiple Sklerose Übergewicht 	<ul style="list-style-type: none"> Paartherapie Elterntraining Stressbewältigungstraining Perfektionismus Selbst-Mitgefühl Burnout Prokrastination komplizierte Trauer Körper-Unzufriedenheit unerfüllter Kinderwunsch

<ul style="list-style-type: none"> • pathologisches Glücksspiel • Verschiedene Essstörungen • körperdysmorphie Störung • verschiedene Substanzstörungen • Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung 	<ul style="list-style-type: none"> • Rauchen 	
---	---	--

Tabelle 5: Einen Überblick über die Störungsbereiche für die mit RCTs die Wirksamkeit nachgewiesen wurde

Quelle: In Anlehnung an Andersson, 2016, S.11; Berger, Bur & Krieger, 2019, S.10

Es gilt zu beachten, dass in den vorliegenden Studien oft selbst ausgewählte Stichproben verwendet wurden. Die Teilnehmer*innen wurden oft über Zeitungsannoncen oder Internetforen rekrutiert, was bedeutet, dass sie sich gezielt und aus eigener Initiative für die Teilnahme an einer entsprechenden Intervention entschieden haben. Dies deutet darauf hin, dass sie möglicherweise besonders motiviert waren und sich für den webbasierten Ansatz besonders gut eigneten. Allerdings gibt es mehrere Studien, die in der traditionellen Versorgungspraxis und mit Patient*innen aus der Alltagspraxis durchgeführt wurden und vergleichbar erfolgversprechende Ergebnisse zeigen. (vgl. Berger, Bur & Krieger, 2019)

3.3 Video- und Telefon-Therapie

Videotherapie, auch Teletherapie genannt, ist eine Form der Online-Intervention, bei der Therapeut*innen und Klient*innen über eine Videokonferenzplattform miteinander interagieren. Im Vergleich zur E-Mail- und Chattherapie kann hier auch die visuelle Kommunikation berücksichtigt werden, wodurch nonverbale Signale, Mimik und Gestik übermittelt und wahrgenommen werden können. Diese Therapieform ermöglicht eine flexible Teilnahme von verschiedenen Orten aus und erfordert technische Voraussetzungen wie ein Device mit Kamera (Computer, Tablet oder Smartphone) und eine zuverlässige Internetverbindung. Der Datenschutz ist bei dieser, wie auch allen anderen Online-Interventionen, von entscheidender Bedeutung und sowohl Therapeut*innen als auch Klient*innen sollten sich in einem geschützten Raum aufhalten. Das Thema des geschützten Raumes bei Online-Interventionen wird im Kapitel rechtliche Rahmenbedingungen noch ausführlich behandelt. (vgl. Barak et al., 2009; Berger, 2016)

Videotherapie bietet nicht nur zeitliche Flexibilität, sondern auch die Möglichkeit, Barrieren wie räumliche Distanz oder Mobilitätseinschränkungen zu überwinden. Studien haben gezeigt, dass diese Form der Therapie bei einer Vielzahl an Störungsbildern genauso effektiv sein kann wie eine Face-to-Face-Therapie. (vgl. Barak, Klein & Proudfoot, 2009; Stadler, 2021)

Telefontherapie ist eine Online-Intervention, bei der die Sitzungen ausschließlich über das Telefon stattfinden. Im Gegensatz zur Videotherapie basiert die Kommunikation hier ausschließlich auf dem auditiv-verbalen Austausch zwischen Therapeut*innen und Klient*innen. Dies ermöglicht eine gewisse Anonymität und erfordert lediglich ein funktionierendes Telefon, was den Zugang zu dieser Therapieform erleichtert. (vgl. Barak, Klein & Proudfoot, 2009; Stadler, 2021)

Wie die Videotherapie bietet auch die Telefontherapie zeitliche Flexibilität und die Möglichkeit der flexiblen Teilnahme von verschiedenen Orten aus. Die Wahl zwischen Video- und Telefontherapie sollte von persönlichen Vorlieben, therapeutischen Zielen und den individuellen Umständen abhängen. (vgl. Barak, Klein & Proudfoot, 2009; Stadler, 2021)

3.3.1 Vor- und Nachteile der Video- und Telefon-Therapie

Verglichen mit webbasierten Selbsthilfeprogrammen liegen zur Wirksamkeit von Video- und Telefontherapie nur wenige Studien vor. In den letzten Jahren wurden jedoch vermehrt Ergebnisse zu diesen Formen der Online-Intervention erzielt. Ein hervorstechendes Merkmal dieser Online-Interventionen ist ihre Fähigkeit, sehr individuell auf die Bedürfnisse der Klient*innen einzugehen. Im Gegensatz zu standardisierten webbasierten Selbsthilfeprogrammen, bei denen die Interaktion hauptsächlich automatisiert und standardisiert erfolgt, wird bei Video- und Telefon-Therapie die therapeutische Leistung zwar aus der Distanz, aber persönlich von Therapeut*innen erbracht. (vgl. Berger et al., 2019)

Obwohl Video- und Telefon-Therapie die Online-Interventionen sind, die der Face-to-Face-Therapie am ähnlichsten sind, wird die Wirksamkeit dieser Online-Interventionen von Fachleuten besonders häufig in Frage gestellt. Die Einschränkungen bei E-Mail- und Chat-Therapie sowie webbasierten Selbsthilfeprogrammen im Vergleich zur herkömmlichen Face-to-Face-Therapie sind deutlicher erkennbar als beispielsweise bei der Video-Therapie und stellen daher keine vermeintliche Bedrohung für die konventionelle Psychotherapie dar. Die größte Sorge, die Therapeut*innen in Bezug auf diese Online-Intervention äußern, ist, dass es ohne direkten persönlichen Kontakt nicht möglich ist, eine starke therapeutische Beziehung (therapeutische Allianz) zwischen Therapeut*innen und Klient*innen aufzubauen. (vgl. Hume et al., 2020)

3.3.2 Empirische Evidenz der Video-Therapie

Wie bereits erwähnt ist die Anzahl der Studien zur Wirksamkeit von Video-Therapie im Vergleich zur Anzahl der Studien zur Wirksamkeit von webbasierten Selbsthilfeprogrammen gering. Es existieren einige Studien sowie repräsentative Metaanalysen zur Wirksamkeit von Video-Therapie. Eine dieser Metaanalysen welche näher betrachtet werden soll ist von Fernandez et al (2021). Diese untersucht 47 Studien mit insgesamt 3.564 Teilnehmer*innen. (vgl. Fernandez et al., 2021)

Die umfassende Auswertung in der Metaanalyse unterstreicht deutlich, dass die Video-Therapie insbesondere in der Behandlung von Angststörungen, Zwangsstörungen, Depressionen und posttraumatischen Belastungsstörungen (PTBS) ein vielversprechendes Potential aufweist. Die potenziellen Vorteile der Video-Therapie treten besonders deutlich zutage, wenn als Therapieform die kognitive Verhaltenstherapie ("Cognitive behavioural therapy", CBT) eingesetzt wird, wenngleich auch bei anderen Therapieansätzen positive Effekte beobachtet werden können. Diese Ergebnisse unterstreichen die Vielseitigkeit und Effektivität der Video-Therapie, insbesondere bei der Behandlung von psychischen Störungen, die ein differenzierteres und individualisiertes therapeutisches Vorgehen erfordern. (vgl. Fernandez et al., 2021)

Der Vergleich in Tabelle 5 von Face-to-Face-Therapie vs. Video-Therapie zeigt ein Hedge's g^1 von 0.01, dies bedeutet der geschätzte Effekt ist sehr klein. Bei einem 95%igen Vertrauensintervall [-0.23, 0.26] diese Effektgröße, lässt sich mit 95%iger Sicherheit annehmen, dass die wahre Effektgröße zwischen -0.23 und 0.26 liegt. Sprich die Wirksamkeit von Face-to-Face-Therapie und Video-Therapie ist bei der Metaanalyse der 47 untersuchten Studien zwischen 2002 und 2020 nahezu ident. (vgl. Fernandez et al., 2021)

In Tabelle 5 sind weiters die Effektstärken nach Therapierichtungen dargestellt: Verhaltenstherapie und andere Therapierichtungen. Es zeigte sich eine starker und statistisch signifikanter Effekt für Video-Therapie innerhalb der kognitiven Verhaltenstherapie ($g = 1,34$, 95% KI: 0,92-1,76). Die Effektgröße für Video-Therapie innerhalb der Studien mit anderen Therapierichtungen war moderat und signifikant ($g = 0,66$, 95% KI: 0,22-1,10). (vgl. Fernandez et al., 2021)

¹ Hedge's g ist eine Effektgröße, die genutzt wird, um den Unterschied zwischen Gruppen in einer Studie oder Metaanalyse quantitativ zu erfassen. Im Kontext von Hedge's g ist eine positive Zahl (g) eine Indikation dafür, dass die behandelte Gruppe im Durchschnitt besser abschneidet als die Kontrollgruppe. In der Kontextualisierung von Effektgrößen, wird eine Effektgröße von 0,2 als klein, 0,5 als moderat und 0,8 als groß betrachtet. Ein Hedge's g größer als 1 zeigt an, dass die behandelte Gruppe im Durchschnitt mehr als eine Standardabweichung über der Kontrollgruppe liegt. Das wird oft als eine starke Effektgröße bezeichnet.

Inhalte der Studien	Effektgröße Hedge's g mit 95% Konfidenzintervall [KI]
Face-to-Face-Therapie vs. Video-Therapie	$g=0.01$, 95% KI [-0.23, 0.26]
Video-Therapie bei CBT	$g=1.34$, 95% KI [0.92, 1.76]
Video-Therapie bei Nicht-CBT	$g=0.66$, 95% KI [0.22, 1.10]
Video-Therapie bei Angststörungen	$g=0.99$, 95% KI [0.47, 1.51]
Video-Therapie bei Zwangsstörungen	$g=1.83$, 95% KI [1.18, 2.48]
Video-Therapie bei Depression	$g=1.29$, 95% KI [0.93, 1.65]
Video-Therapie bei PTBS	$g=1.00$, 95% KI [0.14, 1.49]
Video-Therapie bei ADHS	$g=0.76$, 95% KI [0.13, 1.39]
Video-Therapie bei Essstörungen	$g=0.07$, 95% KI [-1.21, 1.35]

Tabelle 6: Ergebnisse der Metaanalyse zur Wirksamkeit von Video-Therapie

Quelle: In Anlehnung an Fernandez et al., 2021, S.6-8

Auch bei der Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung (ADHS) zeigt sich ein moderater signifikanter Effekt ($g=0.76$, 95% KI: 0.13, 1.39). Hier ist jedoch zu berücksichtigen, dass nur 2 Studien mit ADHS in der Metaanalyse berücksichtigt wurden und die Anzahl der Teilnehmer*innen bei diesen Studien mit N=32 ebenfalls eher klein ausfielen und daher weniger repräsentativ waren. Bei Essstörungen konnte in den berücksichtigten Studien mit ($g=0.07$, 95% KI: -1.21, 1.35) kein positiver Effekt durch die Video-Therapie erzielt werden. (vgl. Fernandez et al., 2021)

3.4 (selbstlernende) Chatbots

Obwohl Chatbots noch experimentell sind, sind sie bereits jetzt in vielen psychotherapeutischen Online-Interventionen wie den webbasierten Selbsthilfeprogrammen stark integriert. Ein noch größeres Einsatzgebiet finden sie aktuell in den psychosozialen digitalen Anwendungen. Etwa ein Viertel der verfügbaren Gesundheits-Apps können als Chatbots kategorisiert werden. Diese Anwendungen kommunizieren mit Klient*innen entweder durch vordefinierte Entscheidungswege oder durch maschinelles Lernen, um Gesprächspartner*innen zu imitieren. (vgl. Abd-Alrazaq et al., 2021)

Chatbots widmen sich vorrangig Themen wie Informationen über Krankheiten, Bewältigung von alltäglichen Herausforderungen und Zielen im Kontext der Behandlung psychischer Erkrankungen. Diese Themenschwerpunkte orientieren sich häufig an verhaltenstherapeutischen Ansätzen. Gegenwärtig nutzen Chatbots Dialogmodule mit fachlichem Hintergrund, die von Expert*innen bereitgestellt werden. Vollständig autonome Gespräche sind mit Chatbots aktuell noch nicht möglich, obwohl diese Perspektive in Betracht gezogen werden kann. Die zukünftige Entwicklung von Chatbots sollte darauf abzielen, dass sie auf selbstlernenden Systemen („Artificial Intelligence“, AI) basieren, um ihre Autonomie und Effektivität weiter zu optimieren. (vgl. Abd-Alrazaq et al., 2021; Berger, Bur & Krieger, 2019)

Der Themenbereich Chatbots wird in dieser Bakkalaureatsarbeit nicht weiter vertieft, da es aktuell noch zu wenige aussagekräftige Studien zur Wirksamkeit und genauen Funktionalität gibt. Jedoch ist dies ein Bereich der Online-Interventionen, der enormes Potential für weitere Forschung bereithält.

4 Kategorisierung von Online-Interventionen

Wie bereits zu Beginn der Arbeit erwähnt, sollen die verschiedenen Interventionsformate anhand von zwei Dimensionen kategorisiert werden. Hierfür dient das Kategorisierungssystem in *Abbildung 1* von Berger, Bur & Krieger (2019) als Grundlage, welches erweitert und in den Bezeichnungen angepasst wurde. Die erste Dimension (horizontale Achse) beschreibt das Verhältnis zwischen der Erbringung des Interventionsformats „auf Distanz“ versus „vor Ort“. Die zweite Dimension (vertikale Achse) bezieht sich auf den Grad der Automatisierung des Interventionsformats. Dabei wird unterschieden, ob das Interventionsformat automatisiert durch ungeleitete webbasierte Selbsthilfeprogramme oder vollständig persönlich von Therapeut*innen erbracht wird.

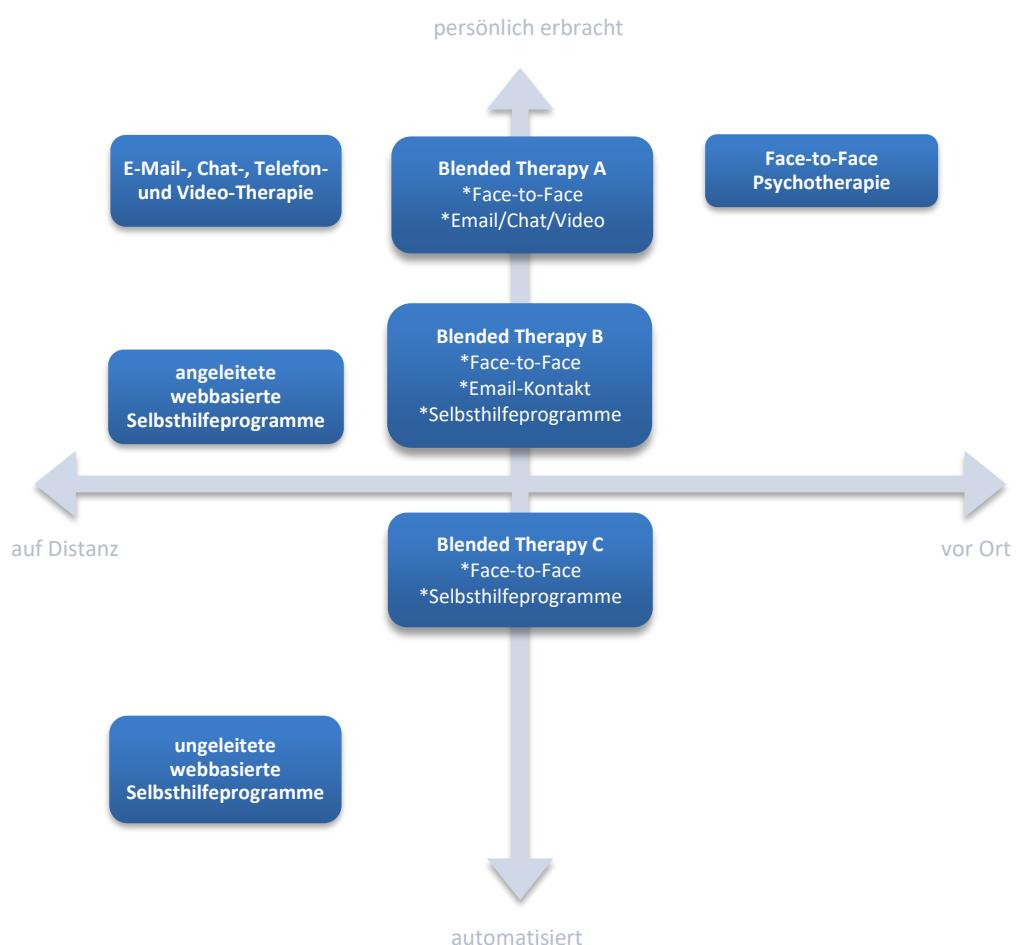


Abbildung 1: Kategorisierung der Interventionsformate auf 2 Dimensionen
Quelle: In Anlehnung an Berger, Bur & Krieger, 2019, S.4

4.1 Kombinationen von Interventionsformaten

Die in *Abbildung 1* dargestellten Online-Interventionsformate - E-Mail- und Chat-Therapie, (ungeleitete) webbasierte Selbsthilfeprogramme sowie Telefon- und Video-Therapie - wurden in dieser Arbeit bereits ausführlich erläutert. Als Vergleichswert zur Darstellung auf den beiden Dimensionen dient die klassische Face-to-Face-Therapie. In der Praxis werden oft unterschiedliche Interventionsformate miteinander kombiniert, um einen größtmöglichen Behandlungseffekt zu erhalten. Die Kombination dieser verschiedenen Interventionen wird als Blended-Therapy (gemischte Psychotherapie) bezeichnet und im folgenden Kapitel genauer erläutert.

4.1.1 Blended-Therapy (gemischte Psychotherapie)

Blended-Therapy, auch bekannt als „gemischte Psychotherapie“, ist ein innovativer Ansatz in der Psychotherapie. Dabei werden traditionelle Face-to-Face-Therapie und Online-Interventionen miteinander verbunden, um persönliche und digitale Interaktionen zu vereinen. Die Blended-Therapy beinhaltet verschiedene Online-Interventionen, wie in *Abbildung 1* dargestellt: Video-Therapie, Chat-Therapie, E-Mail-Therapie, angeleitete webbasierte Selbsthilfeprogramme sowie ungeleitete webbasierte Selbsthilfeprogramme. (vgl. Eichenberg, 2021)

Ein zentrales Merkmal der Blended-Therapy ist die flexible Kombination von Face-to-Face-Therapie und Online-Interventionen. Diese Flexibilität ermöglicht es den Klient*innen, auch zwischen den persönlichen Sitzungen auf digitale Materialien zuzugreifen. Dadurch wird die Kontinuität der therapeutischen Arbeit unterstützt, während die therapeutische Beziehung weiterhin ein wesentlicher Bestandteil bleibt und die persönliche Interaktion als tragende Säule des therapeutischen Prozesses dient. Die digitale Komponente der Blended-Therapy bietet nicht nur leichte Zugänglichkeit und Flexibilität, sondern ermöglicht auch eine individuelle Anpassung der Behandlung an die spezifischen Bedürfnisse und Ziele der Klient*innen. (vgl. Berger, Bur & Krieger, 2019; Eichenberg, 2021)

Daher ist die Blended Therapy eine Verschmelzung bewährter psychotherapeutischer Prinzipien mit den Potentialen digitaler Technologien. Sie ermöglicht eine schrittweise Heranführung von Klient*innen an Online-Interventionen. Die Anwendung von Blended Therapy bietet die Möglichkeit, Anamnese Gespräche und erste Phasen der Therapie weiterhin persönlich, also Face-to-Face, durchzuführen. Im Verlauf des Therapieprozesses können schrittweise webbasierte Selbsthilfeprogramme integriert werden. Durch die Integration von Videoformaten können persönliche Interaktionen auch über digitale Kanäle fortgeführt werden. (vgl. Eichenberg, 2021; Stadler, 2021)

Die schrittweise Integration digitaler Interventionen bietet den Klient*innen die Möglichkeit, sich in ihrem eigenen Tempo mit Online-Interventionen vertraut zu machen. Dies trägt zur Erhöhung der Akzeptanz und Wirksamkeit der digitalen Elemente bei, da sie in den therapeutischen Prozess eingebettet und auf die individuellen Bedürfnisse der Klient*innen abgestimmt werden. Durch diesen ganzheitlichen Ansatz ermöglicht Blended-Therapy eine zeitgemäße und effektive psychotherapeutische Behandlung. (vgl. Berger, Bur & Krieger, 2019)

4.1.1.1 Blended-Therapy am Beispiel „Interapy“

Ein Beispiel für die Anwendung von Blended-Therapie ist das Online-Behandlungskonzept namens „Interapy“, welches von der Arbeitsgruppe von Prof. Alfred Lang in den Niederlanden entwickelt wurde. Mit diesem Beispiel kann der Blended-Therapie-Prozess anschaulich dargestellt werden.

Seit 1999 wird in den Niederlanden eine Blended-Therapie angeboten, bei der seit 2005 die Kosten für die Teilnehmer*innen der Online-Intervention größtenteils von den Krankenversicherungsanstalten übernommen werden. Das Behandlungsangebot umfasst mittlerweile Störungsbilder wie PTBS, Panikstörungen, Essstörungen und Depressionen. Die Behandlungsprotokolle basieren auf verhaltenstherapeutischen Ansätzen und wurden für das Onlinesetting entsprechend angepasst. Die Behandlung von PTBS mit Interapy läuft wie folgt ab. Im ersten Schritt registrieren sich die Klient*innen über die Homepage und füllen einen Selbsttest aus. (vgl. „Online psychological help needed - Interapy“, o. J.)

Dieser Online-Fragebogen erfasst umfassend biografische Informationen der Klient*innen und enthält eine standardisierte Bewertung von psychotischen Symptomen und Suizidalität. Bei erhöhten Werten in diesen spezifischen Kategorien erfolgt eine vertiefte Auseinandersetzung mit den Klient*innen in einer telefonischen Abklärung, in der potenzielle therapeutische Interventionen erörtert werden. Personen mit schwerem Alkohol- und Drogenmissbrauch, Psychosen, Dissoziation und schwerer Depression werden von der Online-Intervention ausgeschlossen. Während der Behandlungsphase werden die Klient*innen von speziell für Interapy geschulten klinischen Psycholog*innen und Psychotherapeut*innen betreut. (vgl. Wagner & Maercker, 2011)

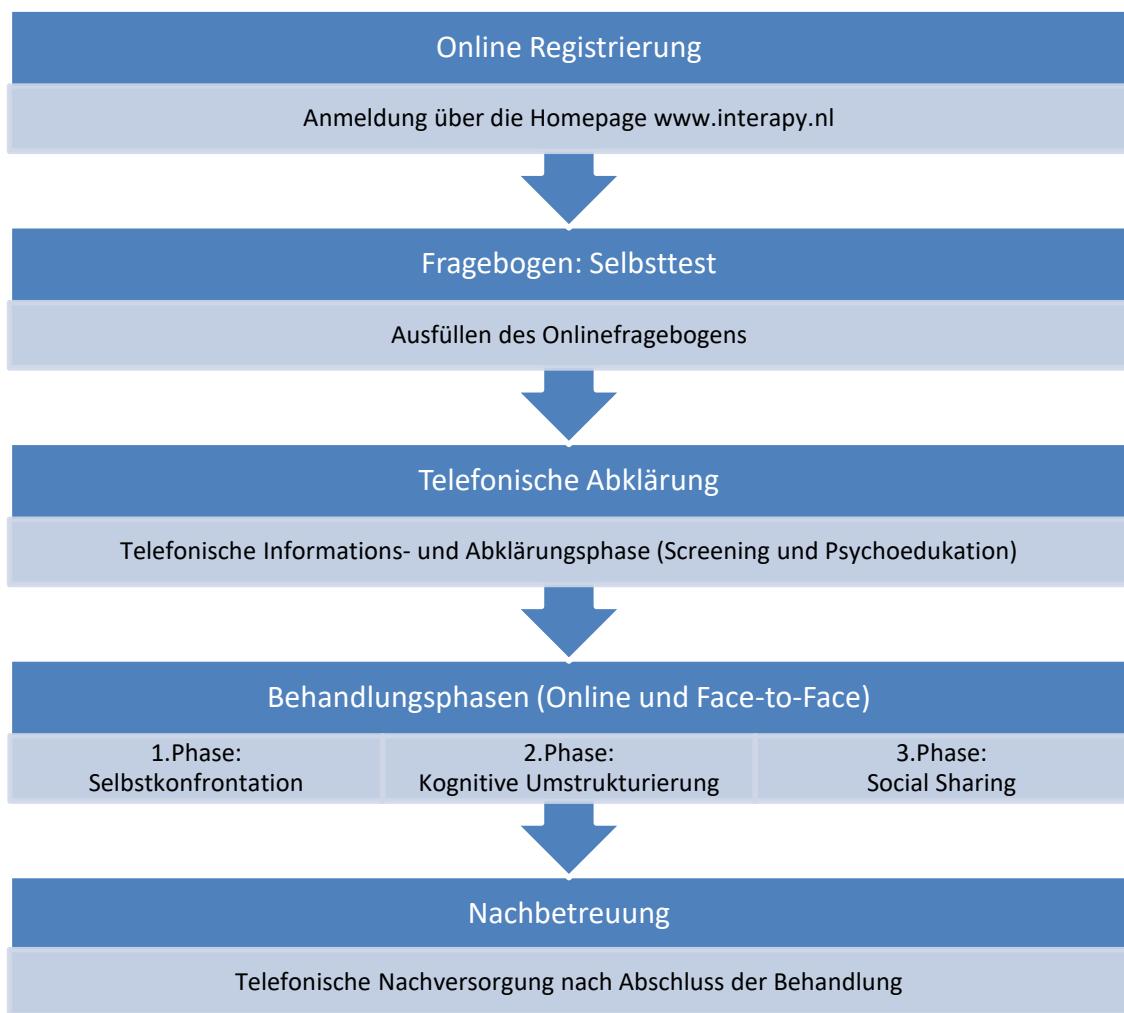


Abbildung 2: Blended-Therapy „Interapy“ Therapieprozess bei PTBS

Quelle: eigene Darstellung (vgl. „Online psychological help needed - Interapy“, o. J.; Wagner & Maercker, 2011)

Die Behandlungsphase der PTBS gliedert sich, wie in Abbildung 2 dargestellt, in drei Phasen. In der ersten Phase liegt der Fokus auf der Selbstkonfrontation mit den schmerhaftesten Erinnerungen, Gedanken und Gefühlen in Bezug auf das traumatische Ereignis. Die Klient*innen sollen in vier Essays die Momente und Augenblicke beschreiben, die sie als am meisten belastend empfunden haben. Die Texte sollen dabei in der Gegenwart und in der ersten Person verfasst werden, ohne Rücksicht auf Grammatik und Reihenfolge. (vgl. Wagner & Maercker, 2011)

In der zweiten Phase findet eine gezielte kognitive Umstrukturierung der Inhalte der vier Texte statt. Die Klient*innen werden aufgefordert, ihre Erfahrungen erneut schriftlich festzuhalten. Diese zweite Phase findet gemischt als Online- und Face-to-Face Therapie statt. Dieses Mal wird die Aufgabe jedoch in Form eines unterstützenden Briefes an fiktive Freund*innen gestellt, die ähnliche Erfahrungen gemacht haben wie die Klient*innen selbst. Durch diesen Perspektivenwechsel werden die Klient*innen dazu angeregt, ihre bereits automatisierten Gedanken zu hinterfragen. (vgl. Wagner & Maercker, 2011)

In der abschließenden Phase steht das "Social Sharing" im Vordergrund, bei dem die Teilnehmer*innen ihre traumatischen Erfahrungen reflektieren und sich davon distanzieren. Dabei verfassen sie einen Brief, gerichtet an eine nahestehende Person, jemanden, der mit dem Trauma in Verbindung steht, oder sogar an sich selbst. Der Brief symbolisiert den Abschied von der traumatischen Erfahrung und dient dazu, Distanz zu gewinnen. Obwohl der Brief nicht tatsächlich versendet wird, legen die Therapeut*innen Wert auf Stil, Rechtschreibung und Grammatik, um die Bedeutung dieses symbolischen Prozesses zu unterstreichen. (vgl. Wagner & Maercker, 2011)

5 Therapeutische Allianz in Online-Interventionen

Die empirische Evidenz für die Wirksamkeit von Online-Interventionen wurde in den vorangegangenen Kapiteln ausführlich erörtert und durch Verweise auf zahlreiche Studien und Meta-Analysen belegt. Trotz dieser positiven Befunde gibt es in der psychotherapeutischen Debatte weiterhin kritische Stimmen, die die Bedeutung der therapeutischen Allianz hervorheben und behaupten, dass diese im Online-Setting nicht angemessen aufgebaut werden kann. Insbesondere bei der Video-Therapie wird dieses Argument häufig als Hauptkritikpunkt an Online-Interventionen angeführt. Daher liegt in diesem Kapitel der Fokus auf der therapeutischen Allianz in Online-Interventionen.

5.1 Die therapeutische Allianz in der Psychotherapie

Die therapeutische Allianz in der Psychotherapie beschreibt eine dynamische und interaktive Beziehung zwischen Therapeut*innen und Klient*innen während des therapeutischen Prozesses. Sie umfasst verschiedene Dimensionen wie das Ausmaß an Vertrauen, Offenheit, Respekt, Empathie und Kooperation zwischen Therapeut*innen und Klient*innen. Eine starke therapeutische Beziehung bildet die Grundlage für die therapeutische Arbeit und trägt wesentlich zur Effektivität und Wirksamkeit der psychotherapeutischen Interventionen bei. Sie ermöglicht es den Klient*innen, sich sicher und unterstützt zu fühlen, ihre Probleme und Herausforderungen offen zu besprechen und gemeinsam mit den Therapeut*innen an Lösungen zu arbeiten. Die therapeutische Allianz gilt als einer der wichtigsten Einflussfaktoren für den Therapieerfolg und spielt daher eine zentrale Rolle in der Psychotherapieforschung und -praxis. (vgl. Flückiger et al., 2018)

5.2 Messung der therapeutischen Allianz

Um diese subjektive Wahrnehmungen von Vertrauen, Offenheit oder Empathie von Klient*innen und auch Therapeut*innen wissenschaftlich vergleichbar zu machen, bedient sich die Wissenschaft verschiedener Fragebögen welche die therapeutische Allianz zwischen Klient*innen und Therapeut*innen messbar machen.

Diese Fragebögen sind die etabliertesten welche sich in der Literatur bei Studien sowie Meta-Studien immer wieder finden und seit mehr als 30 Jahren verwendet werden. (vgl. Berger, 2016)

- CALPAS - California Psychotherapy Alliance Scale
- HAQ und HAQ-II – Helping Alliance Questionnaire
- WAI – Working Alliance Inventory
- TAG – Therapist Alliance Questionnaire (eine modifizierte Version des HAQ)
- RRI-T – Real Relationship Inventory Therapist

Inzwischen gibt es eine Reihe verschiedener Formen (z. B. Kurzversionen, Beobachterversionen und Übersetzungen) der zentralen Fragebögen. So wurde beispielsweise der ursprüngliche Helping Alliance Questionnaire 1996 einer umfassenden Überarbeitung unterzogen (HAQ-II). (vgl. Flückiger et al., 2018)

Die oben gelisteten Fragebögen beinhalten Fragen wie "Mein Therapeut und ich respektieren einander" (WAI), "Ich habe das Gefühl, dass ich mit dem/der Therapeut*in in einer gemeinsamen Anstrengung zusammenarbeite" (HAQ-II) und "Hatten Sie das Gefühl, dass Sie mit Ihrem/Ihrer Therapeut*in zusammenarbeiten, dass Sie beide gemeinsam an der Lösung Ihrer Probleme arbeiten?" (CALPAS) veranschaulichen das gemeinsame Verständnis der globalen Qualität der Zusammenarbeit über alle Dimensionen hinweg. (vgl. Flückiger et al., 2018)

5.3 Therapeutische Allianz bei Online-Interventionen

In mehreren Studien zu der im vorigen Kapitel erwähnten „Interapy“ wurde die therapeutische Allianz untersucht. Knaevelsrud und Maercker (2007) maßen die therapeutische Allianz aus der Sicht der Patient*innen und der Therapeut*innen in einer 5-wöchigen Interapy-Behandlung für PTBS. Die Allianz wurde nach 2 Wochen und nach der Behandlung (5 Wochen) mit der kurzen 12-Item-Version des WAI bewertet. Ein Ergebnis dieser Studie war, dass die Allianz sowohl von den Patient*innen als auch von den Therapeut*innen hoch bewertet wurde. Am Ende der Behandlung lagen die mittleren WAI-Werte auf der 7-Punkte-Skala bei 6,3 bei den Patient*innen und bei 5,8 bei den Therapeut*innen. (vgl. Flückiger et al., 2018)

Die Therapeut*innen bewerteten die therapeutische Allianz bei „Interapy“ im Durchschnitt über die untersuchten Studien hinweg genauso hoch wie die Klient*innen. Es gab keinen signifikanten Unterschied zwischen der Bewertung der Allianz in der Face-to-Face-Therapie und der Bewertung in der Blended Therapy am Beispiel „Interapy“. Es ist jedoch zu berücksichtigen, dass in den meisten Studien nicht die Subskala „Bindung“ der Fragebögen, signifikant mit dem Ergebnis der Interapy assoziiert war. Dies deutet darauf hin, dass die emotionale Bindung in dieser Online-Intervention möglicherweise für Therapeut*innen sowie Klient*innen weniger wichtig ist als in der Face-to-Face-Therapie. (vgl. Sucala et al., 2013)

Die COVID-19-Pandemie und die damit verbundene Hygienemaßnahme im Jahre 2020 zwangen die Face-to-Face-Therapie in das Online-Setting. Dies bot die Möglichkeit, die Veränderung der therapeutischen Allianz von Face-to-Face-Therapie zu Video-Therapie und wieder zurück zu Face-to-Face-Therapie zu erforschen. Eichenberg et al. (2022) haben dazu eine Studie mit 121 Therapeut*innen-Klient*innen Paaren in Österreich durchgeführt und diese zu 3 Zeitpunkten (1.Befragung: vor Video-Therapie, 2.Befragung: während der Video-Therapie, 3.Befragung: wieder in der Face-to-Face Therapie) den aktuellen HAQ ausfüllen lassen. Die Studie umfasste die Psychotherapieschulen: Verhaltenstherapie, Personzentrierte Psychotherapie, Integrative Gestalttherapie, Psychoanalyse und systemische Familientherapie. (vgl. Eichenberg et al., 2022)

Die Ergebnisse unterstützen einen Wechsel von einer Face-to-Face-Therapie zu einem Online-Setting und zurück in Bezug auf die Qualität der therapeutischen Allianz, wie sie von Therapeut*innen und ihren Klient*innen angegeben wird. Es konnte jedoch kein Unterschied aufgrund des Wechsels des Settings festgestellt werden. Es gab keine Unterschiede zwischen Therapeut*innen und Klient*innen in Bezug auf ihre Bewertungen des therapeutischen Erfolgs. Allerdings schätzten Therapeut*innen ihre Zufriedenheit mit der therapeutischen Beziehung tendenziell niedriger ein als ihre Klient*innen. (vgl. Eichenberg et al., 2022)

6 Rechtliche Rahmenbedingungen in Österreich und Deutschland

In Deutschland umfasst das Digitale-Versorgung-Gesetz (DVG) spezifische Regelungen für Online-Interventionen in der Psychotherapie. Dieses Gesetz fördert den Einsatz digitaler Gesundheitsanwendungen, auch bekannt als "Apps auf Rezept", die von Ärzt*innen verschrieben und von gesetzlichen Krankenkassen erstattet werden können. Es legt die Standards für die Sicherheit und den Datenschutz solcher Anwendungen fest, um den Schutz personenbezogener Daten zu gewährleisten. In Österreich gibt es diese rechtliche Grundlagen für Online-Interventionen nicht, die rechtlichen Rahmenbedingungen sind primär durch das Psychotherapiegesetz definiert.

6.1 Rechtslage für Online-Interventionen in Österreich

Ein kleiner Auszug aus der Richtlinie mit dem Thema „Psychotherapie und Internet“ des Gesundheitsressorts auf Grundlage eines Gutachtens des Psychotherapiebeirats aus dem Jahr 2005 welches im April 2024 immer noch seine rechtliche Gültigkeit hat und eine Erweiterung des Psychotherapiegesetzes (BGBI. Nr. 361/1990) darstellt, fasst sehr gut zusammen wie in Österreich die Expert*innen-Meinungen zu Online-Interventionen rechtlich verankert wurde. (vgl. BMSGPK, 2020)

„Bei der Beschreibung des Phänomens „Psychotherapie und Internet“ ist zu berücksichtigen, dass derzeit keine Psychotherapie via Internet im Sinne eines wissenschaftlich begründeten und evaluierten Vorgehens existiert und in der Folge die Verwendung von Begriffen, wie etwa „Cyber-Therapie“, „Online-Therapie“ oder „virtuelle Couch“ durch Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten zum Zwecke der Beschreibung von Leistungsangeboten im Internet sowohl aus fachlicher, berufsethischer und berufsrechtlicher Sicht abzulehnen sind.“ (BMSGPK, 2020, S. 6)

„Psychotherapeutisches Beziehungsgeschehen und vor allem auch die Wahrnehmung dessen basiert auf allen Formen des verbalen und nonverbalen Dialoges sowie des individuellen Ausdruckes. Gesprochene Worte, Mimik, Gestik bis hin zu Atmosphärischem 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 verbundenen Voraussetzungen für die Gestaltung der psychotherapeutischen Beziehung via Internet nicht ausreichend gegeben sind.“ (BMSGPK, 2020, S. 6)

Die Richtlinie grenzt daher in Österreich die psychotherapeutische Tätigkeit via Internet auf psychotherapeutische Beratung ein. Dies regelt in Österreich jedoch nur die Bereiche welche in dieser Arbeit als Video-Therapie oder Telefon-Therapie bezeichnet werden. Webbasierte Selbsthilfeprogramme, die keine Erwähnung in rechtlichen Texten finden, sind in Österreich nicht anerkannt und daher von einer Refundierung durch die Gesundheitskassen ausgeschlossen. Die jüngste Überarbeitung des Psychotherapiegesetzes, die am 20.03.2024 im Nationalrat beschlossen wurde, enthält dazu nur einen Paragrafen. (vgl. BMSGPK, 1990)

„§ 39. (1) Berufsangehörige dürfen psychotherapeutische Leistungen bei fachlich oder örtlich begründeter Notwendigkeit im Einvernehmen mit Patientinnen bzw. Patienten IT-gestützt (Informationstechnologie-gestützt) oder fernmündlich jeweils synchron audio- und videobasiert erbringen, sofern hierbei die Einhaltung aller Berufspflichten, der Verschwiegenheit sowie der bestmöglichen Barrierefreiheit im digitalen Raum gewährleistet ist. (2) Die Begründung der Notwendigkeit von Online-Psychotherapie gemäß Abs. 1 ist zu dokumentieren.“ (BMSGPK, 2024, S. 28)

Diese begrenzte rechtliche Anerkennung könnte zukünftig eine Herausforderung für die Entwicklung und Akzeptanz webbasierter Selbsthilfeprogramme darstellen, da sie weiterhin eine Lücke in der offiziellen Gesundheitsversorgung Österreichs bilden. Es wird daher zunehmend wichtig, dass künftige Gesetzesrevisionen diese Formen der Psychotherapie expliziter adressieren und regulieren, um eine umfassende und gleichberechtigte Versorgung sicherzustellen. (vgl. BMSGPK, o. J.)

6.2 Rechtslage für Online-Interventionen in Deutschland

Wie bereits anfänglich kurz erwähnt, wurde Ende 2019 in Deutschland das Digitale-Versorgung-Gesetz (DVG) verabschiedet, welches Patient*innen den flexiblen und digitalen Zugang zu Gesundheitsleistungen ermöglicht. Durch das Gesetz sind digitale Gesundheitsanwendungen (DiGA) Teil der regulären Gesundheitsversorgung, sodass Ärzt*innen diese digitalen Medizinprodukte verschreiben können. Das DVG fördert auch die Nutzung von Telemedizin, was es Patient*innen ermöglicht, psychotherapeutische Sitzungen via Video durchzuführen. (vgl. BMG, 2019)

Das DVG ist ein signifikanter Schritt hin zur Integration digitaler Lösungen in das Gesundheitswesen, insbesondere in der Psychotherapie. Dieses Gesetz erleichtert, den Zugang zu digitalen Gesundheitsanwendungen (DiGA), die zur Behandlung und Betreuung von Patient*innen dienen. Die DiGA wurden im Kapitel *Anwendungsbeispiele webbasierter Selbsthilfeprogramme* am Beispiel „deprexis©“ bereits erklärt. Im Bereich der Psychotherapie hat das DVG besondere Relevanz durch die Einführung und Kostenerstattung von Online-Psychotherapieangeboten durch die Krankenkasse. Patient*innen erhalten nach Einreichung des Rezeptes bei der Krankenkasse einen Code, mit dem sie die entsprechende digitale Anwendung aktivieren können. (vgl. „DiGA-Verzeichnis“, o. J.)

Die digitalen Gesundheitsanwendungen umfassen Apps und Online-Programme, die speziell darauf ausgelegt sind, psychische Erkrankungen zu behandeln oder die psychische Gesundheit zu fördern. Diese Anwendungen müssen vom Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) zertifiziert sein, um Sicherheit, Funktionstauglichkeit und Qualität zu gewährleisten. Einmal zugelassen, können diese digitalen Lösungen von Ärzt*innen und Psychotherapeut*innen verschrieben und von den gesetzlichen Krankenkassen erstattet werden. (vgl. „DiGA-Verzeichnis“, o. J.)

7 Herausforderungen durch Online-Interventionen

Die Potentiale von Online-Interventionen wurden in den vorigen Kapiteln an verschiedenen Stellen hervorgehoben. Es ist jedoch wichtig, ebenfalls die Herausforderungen zu betrachten, welche Online-Interventionen für Therapeut*innen sowie Klient*innen mit sich bringen. Online-Interventionen können zwar die Zugänglichkeit und Flexibilität der Therapieangebote, wie bereits erwähnt, erheblich verbessern, jedoch stellen sie auch spezifische Anforderungen an die technische Ausstattung und die digitalen Kompetenzen der Beteiligten.

7.1 Herausforderungen für Therapeut*innen

Verschiedene Studien, die vor allem in der Zeit der COVID-19-Pandemie durchgeführt wurden, zeigen durchgängig, dass sich die Therapeut*innen bei der Umstellung auf Video-Therapie Herausforderungen stellen mussten. Sie hatten z.B. Probleme sich emotional mit den Klient*innen zu verbinden oder wurden während den Sitzungen leicht abgelenkt. Diese Herausforderungen führten anfangs zu weniger positiven Ansichten über die therapeutische Allianz und über Online-Therapie und deren Wirksamkeit, schwächen sich jedoch mit der Zeit ab. Mit einer Ausnahme, dass die Therapeut*innen, laut Békés et al. (2021), im Laufe der Zeit in Online-Sitzungen immer noch leichter ablenkbar waren als im Face-to-Face Setting. Die Bedenken, sich mit Klient*innen nicht verbinden zu können, waren am einflussreichsten. (vgl. Békés et al., 2021)

Ein weitere Herausforderung für Therapeut*innen bei Online-Interventionen ist der Datenschutz. Die Sicherheit sensibler Daten und die Vertraulichkeit von Online-Sitzungen müssen durch sichere Verschlüsselungstechnologien und klare Datenschutzrichtlinien gewährleistet werden, um das Vertrauen der Klient*innen zu sichern und rechtliche Vorgaben zu erfüllen. Hierzu gehört die Verwendung von Ende-zu-Ende-Verschlüsselung, die sicherstellt, dass Kommunikationsinhalte nur von den unmittelbar beteiligten Personen gelesen werden können. Zusätzlich müssen Therapeut*innen sicherstellen, dass alle verwendeten Plattformen den lokalen und internationalen Datenschutzgesetzen, wie der Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) in Europa, entsprechen. (vgl. Frittgen & Haltaufderheide, 2022)

Darüber hinaus ist es entscheidend, dass Therapeut*innen und Klient*innen über die Datenverarbeitungspraktiken der genutzten Dienste informiert sind. Dies umfasst Informationen darüber, welche Daten erfasst, wie sie gespeichert und wie lange sie aufbewahrt werden. Es sollte auch transparent gemacht werden, welche Rechte die Nutzer*innen in Bezug auf ihre Daten haben, einschließlich des Rechts auf Auskunft, Berichtigung und Löschung ihrer Daten. (vgl. Ghaneirad et al., 2021)

Ein weiterer wichtiger Aspekt ist die regelmäßige Überprüfung und Aktualisierung der eingesetzten Sicherheitsmaßnahmen, um Schutz vor neuen Bedrohungen zu gewährleisten. Cybersecurity-Schulungen für Therapeut*innen können ebenfalls dazu beitragen, das Risiko von Datenlecks oder -verlust zu minimieren, indem sie das Bewusstsein für Phishing-Angriffe und andere Sicherheitsrisiken schärfen. (vgl. Frittgen & Haltaufderheide, 2022)

So liegen die Herausforderungen für Therapeut*innen bei Online-Interventionen besonders bei der Video-Therapie an anderer Stelle als zuerst vermutet wird. Die Wirksamkeit von Online-Interventionen sowie der Aufbau einer therapeutischen Allianz via Video ist durch eine Vielzahl an Studien und Meta-Studien belegt. Auch qualitative Befragungen von Therapeut*innen ergeben, dass die subjektive Wahrnehmung dieser, dass diese nach einer Anwendung des Online-Settings die Wirksamkeit bestätigen. So kann die anfängliche Skepsis großteils zerstreut werden, jedoch ergeben sich bei der praktischen Umsetzung von Video-Therapie die wahren Herausforderungen. (vgl. Békés et al., 2021)

Es bedarf eines technischen Know-How um Video-Therapie in ausreichend guter Ton- und Bildqualität zu gewährleisten sowie die bereits erwähnten Kenntnisse über Datenschutz, Cybersecurity und Datenverarbeitung. Darüber hinaus müssen Therapeut*innen in der Lage sein, eine stabile Internetverbindung sicherzustellen, um Unterbrechungen und technische Schwierigkeiten während der Sitzungen zu minimieren, da besonders technische Schwierigkeiten die therapeutische Allianz negativ beeinflussen. Dies beinhaltet die Auswahl geeigneter Plattformen, die nicht nur benutzer*innenfreundlich, sondern auch kompatibel mit verschiedenen Betriebssystemen und Geräten sind. (vgl. Berger et al., 2019)

Eine weitere Herausforderung besteht darin, die Therapiesitzungen so zu gestalten, dass sie trotz der physischen Distanz persönlich und einbindend bleiben. Dies erfordert oft kreative Ansätze und die Anpassung therapeutischer Techniken, um die Besonderheiten des virtuellen Raums zu berücksichtigen. (vgl. Frittgen & Haltaufderheide, 2022)

Eine spezielle Herausforderung stellt auch das Management von Krisensituationen in der Video-Therapie dar und erfordert besondere Aufmerksamkeit und Planung seitens der Therapeut*innen, da die üblichen Interventionen, die in einer physischen Umgebung angewendet werden, möglicherweise nicht direkt übertragbar sind. Daher sind Vorabplanung und Notfallprotokolle von Therapeut*innen mit Klient*innen zu entwickeln, die zu Beginn der Therapie besprochen und vereinbart werden. Es braucht ebenfalls Schulungen in Ferninterventionstechniken für Therapeut*innen. (vgl. Berger et al., 2019)

7.2 Herausforderungen für Klient*innen

Die Herausforderungen für Klient*innen sind ähnlich, jedoch betreffen diese auch Online-Interventionen bei denen keine Therapeut*innen involviert sind, wie die webbasierten Selbsthilfeprogramme. Denn nicht alle Klient*innen verfügen über die notwendige technische Ausrüstung oder ausreichende Internetverbindung, die für störungsfreie Online-Interventionen erforderlich sind. Probleme wie schlechte Verbindung, Unterbrechungen, Audio- und Videoverzögerungen können die Sitzungen und somit die therapeutische Allianz beeinträchtigen und zu Frustration führen. (vgl. Kühne & Hintenberger, 2020)

Das Fehlen physischer Präsenz und die eingeschränkte nonverbale Kommunikation stellen eine Herausforderung für manche Klient*innen dar. Hier gibt es Hemmungen bei vielen Klient*innen, da die Online-Interaktionen oft distanzierter wirken. Dies kann besonders bei Störungsbildern, die eine starke therapeutische Allianz benötigen, ein Hindernis darstellen. Die Meinung von Klient*innen, dass bei Online-Interventionen nonverbale Signale wie Mimik oder Körpersprache nicht wahrgenommen werden können, führen zu einem skeptischen Zugang. Die bereits erwähnten Studien im Kapitel über die therapeutische Allianz widerlegen diese Befürchtungen in der Praxis.

Eine Herausforderung, die bei vielen befragten Klient*innen erwähnt wurde, ist das Fehlen eines privaten Raums für Online-Interventionen. Dies kann besonders für Menschen, die in überfüllten Haushalten leben oder begrenzten Zugang zu privaten Räumen haben, problematisch sein. In solchen Situationen kann die mangelnde Privatsphäre die Offenheit und Ehrlichkeit der Klient*innen beeinträchtigen, da sie sich möglicherweise nicht wohl dabei fühlen, sensible Themen in einer Umgebung zu besprechen, die nicht frei von Störungen ist. Darüber hinaus könnten Klient*innen Bedenken hinsichtlich der Vertraulichkeit haben, wenn sie befürchten, dass andere Personen in ihrem Haushalt ungewollt an der Therapiesitzung teilnehmen oder diese belauschen könnten. (vgl. Ghaneirad et al., 2021)

Eine Herausforderung die bereits bei den Therapeut*innen als eine der größten im Kontext Online-Interventionen anzusehen ist, ist die digitale Kompetenz. Sie spielt eine entscheidende Rolle für den Erfolg von Online-Interventionen. Klient*innen, die weniger vertraut sind mit digitalen Medien, könnten Schwierigkeiten haben, sich in den virtuellen Therapieraum einzufinden und die erforderlichen Plattformen oder Tools effektiv zu nutzen. Dies kann zu Frustration und Unsicherheit führen und letztendlich den Zugang zu den Online-Interventionen behindern. Insbesondere ältere Personen oder solche mit begrenztem Zugang zu Technologie könnten von dieser Barriere betroffen sein. Daher ist es wichtig, dass Therapeut*innen unterstützende Maßnahmen ergreifen, um die digitale Kompetenz ihrer Klient*innen zu stärken und sie bei der Nutzung der Technologie zu unterstützen. (vgl. Eichenberg et al., 2021)

8 Ausblick für die Entwicklung moderner Psychotherapie

Der Ausblick für die moderne Psychotherapie im Kontext von Online-Interventionen ist von vielversprechenden Entwicklungen geprägt. Die Integration digitaler Technologien kann die Reichweite, Effizienz und Wirksamkeit psychotherapeutischer Interventionen verbessern. Innovative Ansätze wie künstliche Intelligenz und Machine-Learning ermöglichen personalisierte und adaptivere Therapieformen, die sich den individuellen Bedürfnissen der Klient*innen besser anpassen. Zudem können Virtual-Reality-Anwendungen eine immersive und realitätsnahe therapeutische Umgebung schaffen, um die Wirksamkeit der Therapie weiter zu steigern.

Damit das volle Potential von Online-Interventionen ausgeschöpft werden kann, bedarf es jedoch einer ganzheitlichen Strategie. Sowohl Ausbildungsinstitute als auch Berufsverbände müssen Ressourcen und Fortbildungen anbieten, die spezifisch auf die Bedürfnisse und Herausforderungen von Online-Interventionen eingehen. Besonderes Augenmerk sollte dabei auf den Aufbau digitaler Kompetenzen, den Umgang mit technischen Problemen und den Schutz der Privatsphäre gelegt werden, um die Wirksamkeit und Qualität der Online-Therapieangebote zu sichern. (vgl. Kühne & Hintenberger, 2020)

Es ist notwendig, mehr Forschung und professionelles Training zu betreiben, um die Herausforderungen, denen Therapeut*innen beim Übergang zur Online-Therapie gegenüberstehen, insbesondere im Hinblick auf die Fähigkeit, sich emotional mit Klient*innen verbinden zu können und die Ablenkbarkeit zu bewältigen, die bei einem Online-Therapieformat unvermeidlich ist, zu adressieren. (vgl. Kühne & Hintenberger, 2020)

Therapeut*innen sollten in speziellen Techniken geschult werden, die für die Fernintervention in Krisenfällen geeignet sind. Dazu gehören Techniken zur Deeskalation per Telefon oder Video, die Anwendung von Distanzberuhigungsstrategien und die effektive Kommunikation mit Klient*innen in akuten Stresssituationen. (vgl. ÖBVP Österreichischer Bundesverband für Psychotherapie, o. J.)

Die Transformation hin zu einer modernen und innovativen Psychotherapie erfordert auch ein Umdenken und eine Anpassung bei den Klient*innen selbst. Diese müssen über die Vorteile und Möglichkeiten von Online-Interventionen informiert und aufgeklärt werden, um die Nutzung und Akzeptanz dieser Therapieformen zu fördern. Hierbei spielen auch Aufklärungskampagnen und Informationsveranstaltungen eine wichtige Rolle, um mögliche Vorurteile oder Bedenken abzubauen und das Vertrauen in Online-Therapieangebote zu stärken. Zudem ist es entscheidend, die Bedürfnisse und Anforderungen der Klient*innen bei der Entwicklung und Umsetzung von Online-Interventionen zu berücksichtigen, um eine möglichst hohe Nutzerzufriedenheit und -akzeptanz zu erreichen. (vgl. Eichenberg et al., 2021)

Transformations schritte	Erklärung	Beispiele
Substitution (Ersetzung)	Technologie wird als Ersatz eingesetzt, ohne inhaltliche Änderung	Viele (angeleitete) Selbsthilfeprogramme, E-Mail-, Chat- und Video-Therapien
Augmentation (Erweiterung)	Technologie erweitert/verbessert bisherigen Ansatz	Blended Psychotherapien (z. B. Alltagstransfer neuer Verhaltens- und Denkweisen wird mit Online-Hausaufgaben gefördert)
Modification (Änderung)	Technologie ermöglicht Neugestaltung von Aufgaben	Serious Games (Therapieinhalte werden in Form von Computerspielen vermittelt)
Redefinition (Neudefinition)	Technologie ermöglicht das Erzeugen neuartiger Aufgaben, zuvor unvorstellbar	Interventionen in der virtuellen Realität

Tabelle 7: SAMR-Modell der digitalen Transformation am Beispiel von Online-Interventionen

Quelle: In Anlehnung an Berger, Bur & Krieger, 2019, S.6

Das SAMR-Modell in Tabelle 7 der digitalen Transformation illustriert, dass der Übergang zu Online-Interventionen schrittweise erfolgt und Österreich derzeit vorwiegend im Bereich der Substitution und teilweise der Augmentation aktiv ist. Dennoch sind weitere Anstrengungen erforderlich, um die Integration digitaler Technologien in der Psychotherapie voranzutreiben und das volle Potential dieser innovativen Ansätze auszuschöpfen. Dies erfordert nicht nur eine kontinuierliche Weiterentwicklung bestehender Technologien, sondern auch eine verstärkte Zusammenarbeit zwischen Forschung, Praxis und Politik, um die rechtlichen Rahmenbedingungen anzupassen und eine flächendeckende Implementierung von Online-Interventionen zu ermöglichen. Nur durch einen ganzheitlichen Ansatz können die Herausforderungen adressiert und die Chancen der digitalen Transformation in der Psychotherapie optimal genutzt werden. (vgl. Berger et al., 2019)

8.1 Forschungsansätze für Online-Interventionen

Folgende konkrete Forschungsansätze könnten zu einer besseren Akzeptanz psychotherapeutischer Online-Interventionen führen. Es gibt einen Bedarf, die spezifische Wirksamkeit verschiedener Formen von Online-Interventionen (wie E-Mail- und Chat-Therapie, webbasierte Selbsthilfeprogramme, Video- und Telefon-Therapie) detaillierter zu vergleichen. Besonders interessant wäre die Untersuchung der Langzeiteffekte dieser Online-Interventionen auf verschiedene psychische Störungen.

Weiterführende Forschungen könnten sich damit beschäftigen, wie die therapeutische Allianz in Online-Umgebungen effektiv aufgebaut und aufrechterhalten werden kann. Dabei könnte der Fokus auf spezifische Strategien und Techniken gelegt werden, die den Aufbau der therapeutischen Beziehung fördern.

Angesichts der zunehmenden Verbreitung von Online-Interventionen ist eine vertiefte Betrachtung der rechtlichen Rahmenbedingungen notwendig. Forschungsarbeiten könnten die bestehenden Gesetze und Richtlinien in verschiedenen Ländern analysieren und Vorschläge für Anpassungen erarbeiten, die den Besonderheiten von Online-Therapien gerecht werden.

Es besteht Forschungsbedarf zur Entwicklung und Bewertung von integrierten Behandlungsmodellen, die Online- und Face-to-Face-Interventionen kombinieren (Blended Therapy). Dabei könnte untersucht werden, welche Kombinationen von Online- und Präsenztherapie besonders wirksam sind. Forschung könnte sich darauf konzentrieren, wie neue Technologien wie künstliche Intelligenz und Virtual Reality in die Online-Psychotherapie integriert werden können und welchen Einfluss diese Technologien auf die therapeutische Wirksamkeit haben.

Ein spezifischer Forschungsansatz in der Ausbildung von Psychotherapeut*innen könnte sich darauf konzentrieren, wie die Kompetenzen für Online-Interventionen systematisch in die psychotherapeutische Ausbildung integriert werden können. Dies würde beinhalten, Curricula und Lehrmethoden zu entwickeln und zu bewerten, die angehende Psychotherapeut*innen gezielt auf die Durchführung von Online-Therapien vorbereiten. Forschungsprojekte könnten bestehende Lehrpläne analysieren und evaluieren, um festzustellen, inwieweit sie die notwendigen Kompetenzen für Online-Interventionen abdecken. Diese Projekte könnten auch die Wirksamkeit spezifischer Lehrmodule testen, die auf Online-Psychotherapie ausgerichtet sind.

Ein weiterer Ansatz könnte die Entwicklung und anschließende Evaluierung von spezialisierten Ausbildungsmodulen sein, die sich auf verschiedene Aspekte der Online-Psychotherapie konzentrieren, wie z.B. den Aufbau der therapeutischen Allianz online, den Umgang mit Technologie und Datenschutz, sowie spezifische Interventionstechniken für Online-Settings.

Literaturverzeichnis

- Abd-Alrazaq, A. A., Alajlani, M., Ali, N., Denecke, K., Bewick, B. M., & Househ, M. (2021). Perceptions and Opinions of Patients About Mental Health Chatbots: Scoping Review. *Journal of Medical Internet Research*, 23(1), e17828. <https://doi.org/10.2196/17828>
- Andersson, G. (2014). *The Internet and CBT: A Clinical Guide*. CRC Press.
- Andersson, G. (2016). Internet-Delivered Psychological Treatments. *Annual Review of Clinical Psychology*, 12(1), 157–179. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-021815-093006>
- Barak, A., Klein, B., & Proudfoot, J. (2009). Defining Internet-Supported Therapeutic Interventions. *Annals of behavioral medicine : a publication of the Society of Behavioral Medicine*, 38, 4–17. <https://doi.org/10.1007/s12160-009-9130-7>
- Békés, V., Aafjes-van Doorn, K., Luo, X., Prout, T. A., & Hoffman, L. (2021). Psychotherapists' Challenges With Online Therapy During COVID-19: Concerns About Connectedness Predict Therapists' Negative View of Online Therapy and Its Perceived Efficacy Over Time. *Frontiers in Psychology*, 12, 705699. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.705699>
- Berger, T. (2016). The therapeutic alliance in internet interventions: A narrative review and suggestions for future research. *Psychotherapy research : journal of the Society for Psychotherapy Research*, 27, 1–14. <https://doi.org/10.1080/10503307.2015.1119908>
- Berger, T., Bur, O., & Krieger, T. (2019). Internet-Interventionen in der Psychotherapie. *PSYCH up2date*, 13(05), 435–448. <https://doi.org/10.1055/a-0847-9263>
- BMG. *Digitale-Versorgung-Gesetz – DVG*. , (2019).

BMSGPK. Gesamte Rechtsvorschrift für Psychotherapiegesetz. , BGBl. Nr. 361/1990 § (1990).

BMSGPK. *Internetrichtlinien—Kriterien zur Ausgestaltung der psychotherapeutischen Beratung via Internet.* , (3. März 2020).

BMSGPK. *Bundesgesetz, mit dem das Psychotherapiegesetz 2024 (PThG 2024) erlassen sowie das Musiktherapiegesetz und das Psychologengesetz 2013 geändert werden.* , (2024).

BMSGPK. (o. J.). Telemedizin. Abgerufen 23. April 2024, von BMSGPK website: <https://www.sozialministerium.at/Themen/Gesundheit/eHealth/Telemedizin.html>

CE marking—European Commission. (o. J.). Abgerufen 28. Dezember 2023, von https://single-market-economy.ec.europa.eu/single-market/ce-marking_en

DiGA-Verzeichnis. (o. J.). Abgerufen 24. November 2023, von <https://diga.bfarm.de/de/verzeichnis?category=%5B%2277%22%5D>

Eichenberg, C. (2021). Onlinepsychotherapie in Zeiten der Coronapandemie. *Psychotherapeut*, 66(3), 195–202. <https://doi.org/10.1007/s00278-020-00484-0>

Eichenberg, C., Aranyi, G., Rach, P., & Winter, L. (2022). Therapeutic alliance in psychotherapy across online and face-to-face settings: A quantitative analysis. *Internet Interventions*, 29, 100556. <https://doi.org/10.1016/j.invent.2022.100556>

Eichenberg, C., Raile, P., Becher, S., Dapeci, C., Pacher, J., Rach, P. J. M., ... Winter, L. (2021). Onlineund Telepsychotherapie: Über den Wechsel des Settings während der Covid-19-Pandemie. *Psychotherapie-Wissenschaft*, 11(2), 71–79. <https://doi.org/10.30820/1664-9583-2021-2-71>

Fernandez, E., Woldgabreal, Y., Day, A., Pham, T., Gleich, B., & Aboujaoude, E. (2021). Live psychotherapy by video versus in-person: A meta-analysis of efficacy and its relationship to types and targets of treatment. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 28(6), 1535–1549. <https://doi.org/10.1002/cpp.2594>

Flückiger, C., Del Re, A. C., Wampold, B. E., & Horvath, A. O. (2018). The alliance in adult psychotherapy: A meta-analytic synthesis. *Psychotherapy*, 55(4), 316–340. <https://doi.org/10.1037/pst0000172>

Frittgen, E.-M., & Haltaufderheide, J. (2022). 'Can you hear me?': Communication, relationship and ethics in video-based telepsychiatric consultations. *Journal of Medical Ethics*, 48(1), 22–30. <https://doi.org/10.1136/medethics-2021-107434>

Ghaneirad, E., Groba, S., Bleich, S., & Szycik, G. R. (2021). Nutzung der ambulanten Psychotherapie über die Videosprechstunde: Ein Drittel der Patienten wird nicht erreicht. *Psychotherapeut*, 66(3), 240–246. <https://doi.org/10.1007/s00278-021-00497-3>

Hedman, E., Ljótsson, B., & Lindefors, N. (2012). Cognitive behavior therapy via the Internet: A systematic review of applications, clinical efficacy and cost-effectiveness. *Expert Review of Pharmacoeconomics & Outcomes Research*, 12(6), 745–764. <https://doi.org/10.1586/erp.12.67>

Humer, E., Stippl, P., Pieh, C., Pryss, R., & Probst, T. (2020). Experiences of Psychotherapists With Remote Psychotherapy During the COVID-19 Pandemic: Cross-sectional Web-Based Survey Study. *Journal of Medical Internet Research*, 22(11), e20246. <https://doi.org/10.2196/20246>

Kühne, S., & Hintenberger, G. (2020). *Onlineberatung und -therapie in Zeiten der Krise. Ein Überblick*. 1(3), 33–45.

Laamarti, F., Eid, M., & El Saddik, A. (2014). An Overview of Serious Games. *International Journal of Computer Games Technology*, 2014. <https://doi.org/10.1155/2014/358152>

ÖBVP Österreichischer Bundesverband für Psychotherapie. (o. J.). Einführung in die Online-Beratung und Online-Therapie für Psychotherapeut:innen | ÖBVP Österreichischer Bundesverband für Psychotherapie. Abgerufen 16. November 2023, von <https://www.psychotherapie.at/psychotherapeutinnen/forum-fortbildung/einfuehrung-in-die-online-beratung-und-online-therapie-fuer>

Online psychological help needed—Interapy. (o. J.). Abgerufen 6. Januar 2024, von <https://www.interapy.nl/home>

Schuster, R., Berger, T., & Laireiter, A.-R. (2018). Computer und Psychotherapie – geht das zusammen? *Psychotherapeut*, 63(4), 271–282. <https://doi.org/10.1007/s00278-017-0214-8>

Stadler, C. (2021). Digitalisierung in der Psychotherapie. *Zeitschrift für Psychodrama und Soziometrie*, 20(2), 237–252. <https://doi.org/10.1007/s11620-021-00597-x>

Sucala, M., Schnur, J. B., Brackman, E. H., Constantino, M. J., & Montgomery, G. H. (2013). Clinicians' Attitudes Toward Therapeutic Alliance in E-Therapy. *The Journal of General Psychology*, 140(4), 282–293. <https://doi.org/10.1080/00221309.2013.830590>

Über deprexis®. (o. J.). Abgerufen 24. November 2023, von Deprexis website: <https://de.deprexis.com/sicherheit-wirksamkeit/>

Wagner, B., & Maercker, A. (2011). *Psychotherapie im Internet – Wirksamkeit und Anwendungsbereiche*. <https://doi.org/10.5167/UZH-49734>

Wolf, M., Zimmer, B., & Dogs, P. (2008). Chat-und E-Mail-Brücke: Nachsorge nach stationärer Psychotherapie. In S. Bauer & H. Kordy (Hrsg.), *E-Mental-Health: Neue Medien in der psychosozialen Versorgung* (S. 219–235). Berlin, Heidelberg: Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-540-75736-8_17

Kurzzusammenfassung deutsch

In dieser Bakkalaureatsarbeit werden die Potentiale und Herausforderungen von psychotherapeutischen Online-Interventionen in Österreich und Deutschland untersucht. Die Arbeit hebt hervor, dass durch die COVID-19-Pandemie und die damit verbundenen Hygienemaßnahmen ein verstärkter Einsatz von Online-Interventionen in der Psychotherapie erforderlich wurde. Obwohl die Wirksamkeit dieser Interventionen durch zahlreiche Studien belegt ist, bleibt eine kritische Haltung sowohl bei Therapeut*innen als auch bei Klient*innen bestehen, die die Potentiale dieser Behandlungsformen einschränken.

Die Arbeit gibt einen Überblick über verschiedene Formate von Online-Interventionen, darunter E-Mail- und Chat-Therapie, webbasierte Selbsthilfeprogramme und Video- sowie Telefon-Therapie. Jedes Format wird hinsichtlich seiner Vor- und Nachteile sowie der spezifischen Anwendungsbereiche analysiert. Besonders betont wird die Notwendigkeit der rechtlichen Anpassungen, die Online-Interventionen in den rechtlichen Rahmen von Österreich und Deutschland integrieren.

Ein wesentlicher Teil der Arbeit befasst sich mit der Herausforderung, eine therapeutische Allianz in Online-Settings aufzubauen, welche für den Erfolg der Therapie kritisch ist. In der Arbeit wird diskutiert, wie die therapeutische Allianz auch ohne persönlichen Kontakt aufgebaut und gepflegt werden kann, und stellt fest, dass Online-Interventionen, wenn richtig verwaltet, effektiv in der therapeutischen Praxis eingesetzt werden können.

Abschließend wird ein Ausblick auf die zukünftige Entwicklung der modernen Psychotherapie gegeben, in der Online-Interventionen eine zunehmend wichtige Rolle spielen könnten, insbesondere bei der Erweiterung des Zugangs zu psychotherapeutischer Versorgung und der Verbesserung der Kosten-Effizienz der Therapien. Eine systematische und differenzierte Betrachtung der verschiedenen Online-Interventionsformate ist nötig, um ihre Integration in die bestehende psychotherapeutische Praxis zu erleichtern und ihre Akzeptanz zu erhöhen.

Abstract english

This bachelor's thesis investigates the potential and challenges of psychotherapeutic online interventions in Austria and Germany. The study emphasizes that due to the COVID-19 pandemic and associated hygiene measures, the use of online interventions in psychotherapy became necessary. Although the effectiveness of these interventions is supported by numerous studies, a critical attitude persists among therapists and clients alike, limiting the potential of this form of treatment.

The thesis provides an overview of various formats of online interventions, including email and chat therapy, web-based self-help programs, and video and telephone therapy. Each format is analyzed in terms of its advantages and disadvantages, as well as its specific application areas. The need for legal adjustments that integrate online interventions into the legal framework of Austria and Germany is particularly emphasized.

A significant part of the thesis deals with the challenge of building a therapeutic alliance in online settings, which is crucial for the success of therapy. It discusses how a therapeutic alliance can be established and maintained without personal contact, and finds that online interventions, when properly managed, can be effectively used in therapeutic practice.

In conclusion, the thesis provides an outlook on the future development of modern psychotherapy, where online interventions could play an increasingly important role, especially in expanding access to psychotherapeutic care and improving the cost-efficiency of therapies. A systematic and differentiated examination of the various online intervention formats is necessary to facilitate their integration into existing psychotherapeutic practice and to increase their acceptance.