

***Verhaltenstherapie im digitalen Raum: Methoden,
Herausforderungen und (Krisen-)Interventionen im Online-
Setting***

Diplomarbeit zur Erlangung des akademischen Grades
Magister/Magistra der Psychotherapiewissenschaft
an der Sigmund Freud PrivatUniversität Wien
Fakultät für Psychotherapiewissenschaft

eingereicht von
Gregor Pargfrieder BA, MSc
00712029

betreut von
Univ.-Prof. Dr. phil. Thomas Stephenson

Linz, im Dezember 2025

Kurzzusammenfassung

Diese Masterarbeit beschäftigt sich mit den Anpassungen der Verhaltenstherapie im digitalen Setting. Vor dem Hintergrund einer zunehmenden Digitalisierung des Gesundheitswesens, wird analysiert, inwiefern klassische verhaltenstherapeutische Methoden in den digitalen Raum übertragbar sind und welche spezifischen Herausforderungen sowie Potenziale sich daraus ergeben.

Anhand von qualitativen Expert:inneninterviews welche mit zwei erfahrenen Verhaltenstherapeut:innen durchgeführt wurden, wurden zentrale Aspekte wie therapeutische Beziehungsgestaltung, Sicherheitskonzepte für Online-Krisensituationen, digitale Tools und Plattformen sowie Fragen zur digitalen Selbstwirksamkeit herausgearbeitet. Die Auswertung erfolgte mittels qualitativen Inhaltsanalysen. Es zeigt sich, dass insbesondere bei akuten Belastungssituationen wie Suizidalität, Selbstverletzung oder Traumafolgestörungen das Online-Setting klar an seine Grenzen kommt. Während sich hingegen niedrigschwellige Interventionen, Psychoedukation und Stabilisierungstechniken gut übertragen lassen.

Die Arbeit leistet damit einen Beitrag zur aktuellen Diskussion über die Qualität, Wirksamkeit und Grenzen von Psychotherapie im digitalen Raum und formuliert Empfehlungen für Praxis, Ausbildung und Forschung. Zudem wird ein Ausblick auf zukünftige Entwicklungen im Bereich KI gestützter Therapieansätze und digitaler Gesundheitsplattformen gegeben.

Keywords

Verhaltenstherapie, Onlinetherapie, Kriseninterventionen, Methoden, Herausforderungen

Abstract

This Master's thesis explores the methodological and structural adaptations of behavior therapy within digital settings. Against the backdrop of increasing digitalization in the healthcare sector, it examines to what extent classical behavioral therapy methods can be transferred into the digital realm and what specific challenges and potentials arise from this transformation.

Based on qualitative expert interviews conducted with two experienced behavioral therapists, key aspects were identified, including therapeutic relationship-building, safety concepts for online crisis situations, digital tools and platforms, as well as questions related to digital self-efficacy. The data was analyzed using qualitative content analysis. The findings reveal that clear limitations of online settings become apparent, especially in the context of acute stress situations such as suicidality, self-harm, or trauma-related disorders. In contrast, low-threshold interventions, psychoeducation, and stabilization techniques are largely considered transferable to online formats.

This thesis thus contributes to the current discourse on the quality, effectiveness, and limitations of psychotherapeutic care in digital environments and provides recommendations for clinical practice, education, and future research. Additionally, it offers a forward-looking perspective on developments in AI-assisted therapeutic approaches and digital health platforms.

Keywords

Behavior Therapy, Online Therapy, Crisis Interventions, Methods, Challenges

Inhaltsverzeichnis

Kurzzusammenfassung	2
Abstract	3
1 Einleitung.....	7
1.1 Hintergrund und Kontext	8
1.2 Forschungsfrage und Zielsetzung der Arbeit	9
1.3 Methodisches Vorgehen.....	10
2 Überblick über die Verhaltenstherapie	12
2.1 Definition: Verhaltenstherapie	12
2.2 Entwicklung in der Verhaltenstherapie.....	13
2.2.1 Erste Welle: Behaviorismus und klassische Verhaltenstherapie.....	13
2.2.2 Zweite Welle: Die kognitive Wende.....	14
2.2.3 Dritte Welle: Achtsamkeit, Akzeptanz und Kontext.....	16
3 Entwicklung der Verhaltenstherapie im Online-Setting	18
3.1 Verhaltenstherapeutische Methoden im Online-Setting	19
3.1.1 Kognitive Verhaltenstherapie (KVT).....	20
3.1.2 Dialektisch-Behaviorale Therapie (DBT)	23
3.1.3 Akzeptanz- und Commitment-Therapie (ACT)	27
4 Technische Aspekte und Tools im Online-Setting	31
4.1 Vereinbarkeit Psychotherapiegesetz (PThG 2024) und DSGVO	31
4.2 Digitale Tools, Apps und Plattformen für Video-Therapie.....	34
4.2.1 Videoplattformen im digitalen Setting.....	34
4.2.2 Digitale Arbeitsmaterialien	35
5 Kriseninterventionen im Online-Setting	37
5.1 Definition von Kriseninterventionen.....	38
5.2 Kriseninterventionen in der Verhaltenstherapie.....	39

5.3	Herausforderungen bei Online-Kriseninterventionen	41
5.4	Akute Krisenbewältigung in der Online-Verhaltenstherapie	42
5.4.1	Strategien und Techniken für Online-Kriseninterventionen	42
5.4.2	Notfallpläne im Online-Setting	44
6	Qualitative Forschung zur Online-Verhaltenstherapie	46
6.1	Beschreibung des qualitativen Forschungsansatzes	46
6.2	Halbstrukturiertes Expert:inneninterview	47
6.2.1	Kriterien für die Expert:innen-Auswahl.....	48
6.2.2	Aufbau des Interviewleitfadens.....	50
6.3	Strukturierende Inhaltsanalyse nach Mayring.....	52
6.3.1	Induktive und Deduktive Kategorienbildung.....	53
6.3.2	Deduktive Kategorien auf Basis des Interviewleitfadens	55
6.3.3	Induktive Kategorien auf Basis der Interviews	56
6.4	Methodische Herangehensweise	57
7	Ergebnisse: Darstellung und Interpretation	59
7.1	VT-Methoden im Online-Setting	59
7.2	Therapeutische Beziehung im Online-Setting.....	61
7.3	Krisenintervention im Online-Setting	63
7.4	Digitale Tools im Online-Setting	65
7.5	Rollenanpassung im Online-Setting.....	67
7.6	KI und Avatare in der psychotherapeutischen Arbeit	69
7.7	Digitalisierung als neuer Kontext für psychische Gesundheit	70
8	Fazit und Ausblick	73
8.1	Zentrale Erkenntnisse im Überblick.....	73
8.2	Einordnung in den aktuellen Forschungsdiskurs	75
8.3	Kritische Reflexion der eigenen Forschung	77

8.4	Forschungsperspektiven und Ausblick	78
	Literaturverzeichnis.....	81
	Lebenslauf	91

1 Einleitung

In meiner Bakkalaureatsarbeit mit dem Titel „Psychotherapeutische Online-Interventionen: Potentiale und Herausforderungen für die moderne Psychotherapie in Österreich und Deutschland“ habe ich mich bereits mit der Definition von Online-Therapie und deren Wirksamkeit für verschiedene psychische Störungsbilder auseinandergesetzt. Der Schwerpunkt lag dabei auf einer umfassenden Literaturrecherche zur Evidenzlage von Online-Psychotherapie im Vergleich zur klassischen Face-to-Face-Therapie.

Im Rahmen der Magisterarbeit soll dieses Forschungsgebiet weiter vertieft werden, wobei der Fokus gezielt auf die Anpassungen und Herausforderungen der Online-Verhaltenstherapie gerichtet wird. Die Wahl dieses Themas ergibt sich, da ich als psychotherapeutische Fachrichtung die Verhaltenstherapie gewählt habe.

Ein zentrales Thema der Magisterarbeit wird die Anpassung von Verhaltenstherapie an das digitale Setting sein. Bei diesen Anpassungen werden digitale Hilfsmittel wie interaktive Whiteboards, Online-Tagebücher und psychoedukative Module gezielt eingesetzt, um die Effektivität der Interventionen zu steigern (vgl. Wakefield et al., 2018).

Ein besonders relevanter Forschungsbereich, den diese Magisterarbeit beleuchten wird, ist die Krisenintervention im Online-Setting. In der traditionellen Verhaltenstherapie gibt es bewährte Strategien zur Bewältigung akuter Krisensituationen, beispielsweise bei Suizidalität, Panikattacken oder posttraumatischen Belastungsreaktionen. Die Übertragung dieser Konzepte auf digitale Plattformen stellt jedoch neue Herausforderungen dar, insbesondere hinsichtlich der Gewährleistung der Klient:innensicherheit und der rechtlichen Rahmenbedingungen (vgl. Wakefield et al., 2018).

1.1 Hintergrund und Kontext

In den letzten Jahren hat die Digitalisierung die Psychotherapie, und damit auch die Verhaltenstherapie, erheblich beeinflusst. Das Online-Verhaltenstherapie-Angebot hat sich immer mehr als Ergänzung oder Alternative zur herkömmlichen Face-to-Face-Therapie etabliert.

Es wurden verschiedene verhaltenstherapeutische Ansätze, wie die Kognitive Verhaltenstherapie (KVT), die Dialektisch-Behaviorale Therapie (DBT) und die Akzeptanz- und Commitment-Therapie (ACT), im Online-Setting wissenschaftlich untersucht und angewendet. Online-Therapie bringt viele Vorteile mit sich, wie eine gesteigerte Zugänglichkeit und Flexibilität. Allerdings gibt es auch Herausforderungen, vor allem im Hinblick auf die therapeutische Allianz und die Krisenintervention (vgl. Lakeman et al., 2022; Wakefield, Roebuck, & Boyden, 2018).

Forschungen zeigen, dass Online-Verhaltenstherapie in vielen Bereichen der psychischen Gesundheit eine vergleichbare Wirksamkeit zur Face-to-Face-Therapie aufweist. Eine Meta-Analyse von Andersson et al. (2017) untersuchte 20 randomisierte kontrollierte Studien (RCTs) und fand heraus, dass internetbasierte KVT (iKVT) bei Angst- und depressiven Störungen ähnliche Effektstärken wie klassische Face-to-Face-Therapie erzielt.

Für die Anwendung von DBT im Online-Setting gibt es ebenfalls positive Ergebnisse. Lakeman et al. (2022) zeigten, dass Online-DBT-Programme erfolgreich zur Reduktion von emotionaler Dysregulation eingesetzt werden können und vergleichbare Therapieergebnisse wie Präsenz-DBT liefern. Auch ACT hat in Online-Settings zunehmend wissenschaftliche Evidenz gesammelt. Eine Studie von Carvalho et al. (2021) verglich Online-ACT mit Compassion Focused Therapy (CFT) bei chronischen Erkrankungen und fand signifikante Reduktionen von psychischem Stress sowie eine verbesserte Werteorientierung (vgl. Landes et al., 2021).

Obwohl Online-Verhaltenstherapie vielversprechende Ergebnisse zeigt, gibt es spezifische Herausforderungen, insbesondere im Bereich der therapeutischen Allianz. Der direkte persönliche Kontakt wird durch das digitale Medium verändert, wodurch nonverbale Signale wie Mimik und Gestik weniger deutlich wahrgenommen werden (vgl. Landes et al., 2021).

Eine Studie von Zerwas et al. (2016) zur Online-KVT bei Essstörungen zeigte, dass die Beziehung zwischen Therapeut:in und Klient:in im digitalen Raum anders wahrgenommen wird, aber dennoch stabil und effektiv gestaltet werden kann.

Ein besonders sensibler Bereich sind die Krisenintervention in der Online-Therapie. Wakefield, Roebuck, & Boyden (2018) fanden heraus, dass Online-ACT für Menschen mit Psychosen hilfreich sein kann, jedoch spezifische Notfallpläne erfordert, um in akuten Krisensituationen schnell zu reagieren. Die Implementierung von Sicherheitsstrategien, wie Notfallkontakte und hybride Therapieoptionen, wird als essenziell für die Qualitätssicherung angesehen.

1.2 Forschungsfrage und Zielsetzung der Arbeit

Mit meiner Magisterarbeit möchte ich einen Beitrag zur aktuellen wissenschaftlichen Diskussion leisten, indem ich spezifische Interventionen, die therapeutische Allianz und Kriseninterventionen in der Online-Verhaltenstherapie untersuche. Die Ergebnisse meiner qualitativen Interviews mit Verhaltenstherapeut:innen sollen dabei neue Einblicke in die praktische Umsetzung dieses Formats liefern. Meine Forschungsfrage lautet daher:

„Welche Anpassungen gilt es bei spezifischen Methoden der Verhaltenstherapie im Online-Setting im Vergleich zur Face-to-Face-Therapie zu beachten, und wie gestalten sich (Krisen-) Interventionen im digitalen Raum?“

1.3 Methodisches Vorgehen

In meiner Masterarbeit nutze ich einen qualitativen Forschungsansatz, um die spezifischen Methoden, Herausforderungen und Strategien der Online-Verhaltenstherapie aus der Sicht von erfahrenen Verhaltenstherapeut:innen zu untersuchen.

Im theoretischen Teil der Arbeit werden die Konzepte und Forschungsergebnisse bestehender Untersuchungen dargestellt sowie zentrale Begriffe geklärt, die für ein vertieftes Verständnis notwendig sind. Es wird dabei besonders auf die theoretischen Grundlagen der Verhaltenstherapie und deren Weiterentwicklung im digitalen Bereich eingegangen.

Im empirischen Teil der Arbeit wurde ein halbstrukturiertes Interviewformat mit Verhaltenstherapeut:innen ausgewählt, die sowohl Face-to-Face- als auch Online-Therapie anbieten. Eine detaillierte Erklärung über die Zusammenstellung der Expert:innen wird im Kapitel: „Kriterien für die Expert:innen-Auswahl“ erläutert.

Durch den methodischen Ansatz ist es möglich, individuelle Erfahrungen und Sichtweisen tiefergehend zu erforschen. Bei halbstrukturierten Interviews werden vorbereitete Leitfragen mit offenen Antwortmöglichkeiten kombiniert. Dies ermöglicht es, sowohl vorab definierte Forschungsaspekte abzudecken als auch neue Themen aufzugreifen, die im Gespräch entstehen. Durch die offene Struktur besteht die Möglichkeit für persönliche Einschätzungen, praktische Beispiele und kritische Reflexionen der Expert:innen zum digitalen Therapiesetting.

Die erhobenen Daten werden mittels der Qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring systematisch ausgewertet. Diese Methode eignet sich besonders für die Bearbeitung umfangreicher Textdaten und ermöglicht sowohl ein deduktives Vorgehen mit zuvor entwickelten Kategorien als auch ein induktives Vorgehen, bei dem neue Kategorien direkt aus dem Material gewonnen werden. So können sowohl theoretisch erwartete als auch unerwartete Aspekte erfasst und differenziert betrachtet werden (vgl. Mayring, 2008 S. 40–45).

Die Kombination aus halbstrukturierten Expert:inneninterviews und der Inhaltsanalyse nach Mayring bietet somit eine fundierte methodische Basis, um zentrale Aspekte wie therapeutische Interventionen, digitale Rahmenbedingungen und insbesondere den Umgang mit Krisensituationen im Online-Setting differenziert zu untersuchen (vgl. Mayring, 2008 S. 82–100).

2 Überblick über die Verhaltenstherapie

In diesem Kapitel soll ein Überblick über die Entstehung der Verhaltenstherapie gegeben werden, ergänzt durch Erklärungen und Definitionen für ein besseres Verständnis.

2.1 Definition: Verhaltenstherapie

Die Verhaltenstherapie ist ein wissenschaftlich fundiertes psychotherapeutisches Verfahren. Es stützt sich auf die Annahme, dass psychisches Leiden durch erlernte Denk-, Gefühls- und Verhaltensmuster entsteht und dass diese durch gezielte Veränderungen wieder gelindert oder vollständig aufgelöst werden können. Sie basiert auf lerntheoretische, kognitive und empirische Grundlagen und gilt als eines der am besten untersuchten und wirksamsten Verfahren in der Psychotherapie (vgl. Hofmann et al., 2012).

Ein besonderes Merkmal der Verhaltenstherapie ist ihre Ausrichtung auf Ziele, Lösungen und konkrete Veränderungen. Im Mittelpunkt steht die Frage: Was erhält das problematische Verhalten aufrecht und welche gezielte Veränderung könnte das psychische Wohlbefinden fördern? Es werden zahlreiche strukturierende und handlungsorientierte Methoden verwendet. Verhaltensanalysen unterstützen dabei, die Ursachen, Folgen und Bedingungen zu identifizieren, die problematisches Verhalten aufrechterhalten. Das Ziel der kognitiven Umstrukturierung ist es, dysfunktionale Überzeugungen und Gedanken zu erkennen und sie in hilfreiche und realitätsnähere Gedanken umzuwandeln. Mit Expositionsverfahren kann ein schrittweiser Zugang mit angstauslösenden Reizen oder Situationen hergestellt werden, um ein Vermeidungsverhalten zu verringern. Das Ziel der Verhaltensaktivierung ist es, durch die gezielte Planung von Aktivitäten, welche angenehm und bedeutsam empfunden werden, depressive Muster zu überwinden. Die Fähigkeit, aktiv mit alltäglichen Belastungen umzugehen, wird durch Problemlösetraining gestärkt (vgl. Hayes et al., 2006).

Ein weiteres Merkmal der Verhaltenstherapie ist die aktive und transparente Beziehung zwischen Therapeut:in und Patient:in. Durch Feedbackprozesse, klaren Zielvereinbarungen und regelmäßigen Hausaufgaben, wird das Gelernte in den Alltag übertragen. Die Verhaltenstherapie hat sich, dank ihrer strukturierten, nachvollziehbaren und evidenzbasierten Herangehensweise, als äußerst wirksam bei der Behandlung vieler psychischen Störungen erwiesen, darunter Angstzustände, Depressionen sowie Zwangs-, Sucht- und posttraumatische Belastungsstörungen (vgl. Sighvatsson et al., 2011).

2.2 Entwicklung in der Verhaltenstherapie

Die Verhaltenstherapie hat sich in drei „Wellen“ entwickelt. Diese basieren jeweils auf der vorhergehenden Welle und integrieren dabei neue theoretische und methodische Perspektiven.

2.2.1 Erste Welle: Behaviorismus und klassische Verhaltenstherapie

Die Wurzeln der Verhaltenstherapie reichen ins frühe 20. Jahrhundert zurück, vor allem zu den lerntheoretischen Studien von Iwan Pawlow und B. F. Skinner, die maßgeblich mit dem klassischen Behaviorismus verknüpft sind. Während seiner Experimente zur klassischen Konditionierung stellte Iwan Pawlow (1927) fest, dass Organismen neue Reaktionen und Verhaltensweisen entwickeln können, wenn ein ursprünglich neutraler Stimulus wiederholt mit einem unkonditionierten Stimulus verknüpft wird. Dieses Prinzip, bekannt als Reiz-Reaktions-Lernen, wurde später in der Verhaltenstherapie gezielt angewendet, beispielsweise zur Behandlung von Ängsten durch Methoden wie die systematische Desensibilisierung. Bei dieser werden phobische Reize stufenweise mit Entspannung gekoppelt und dadurch entkoppelt (vgl. Pawlow, 1927 S. 3-22).

Der zweite wesentliche Grundpfeiler der frühen Verhaltenstherapie war das von B. F. Skinner (1938) entwickelte Konzept der operanten Konditionierung. Es erläutert auf welche Weise Verhalten durch Konsequenzen (Verstärkung oder Bestrafung) beeinflusst werden kann (vgl. Skinner, 1938 S. 20-65).

Häufiger eingesetzt wird das verstärkende Verhalten, während das bestrafte Verhalten seltener vorkommt. Diese Lerntheorie bildet die Basis für viele Verhaltenstherapie-Techniken der ersten Generation (vgl. Skinner, 1938 S. 20-65).

Eine der bekanntesten praktischen Anwendungen dieser frühen Theorien ist die Arbeit von Joseph Wolpe (1958). Dieser hat mit der systematischen Desensibilisierung eine Methode entwickelt, bei der angstauslösende Reize hierarchisch angeordnet werden und mit Entspannungsreaktionen gekoppelt werden. Das Ziel bestand darin, die mit Angst belegten Stimuli durch Gegenkonditionierung mit einem Zustand der Ruhe zu verknüpfen. Wolpes Ansatz stellte einen Fortschritt in der Entwicklung der Verhaltenstherapie dar, da er als Erster strukturierte therapeutische Verfahren auf Grundlage der Lerntheorie in die klinische Praxis einbrachte (vgl. Wolpe, 1958 S. 25–60; 71–120).

Die erste Welle der Verhaltenstherapie basiert auf diesen drei Konzepten: klassische Konditionierung, operante Konditionierung und systematische Desensibilisierung. In dieser Phase lag der Schwerpunkt auf unmittelbar beobachtbarem Verhalten, was die Basis für spätere Entwicklungen wie die kognitive Verhaltenstherapie und achtsamkeitsbasierten Methoden bildete. Gleichzeitig kennzeichnet sie den Startschuss für die evidenzbasierte Psychotherapie, die sich durch eine hohe Strukturierung, Zielgerichtetheit und empirische Überprüfbarkeit auszeichnet.

2.2.2 Zweite Welle: Die kognitive Wende

In den 1960er und 1970er Jahren fand in der Psychologie ein bedeutender Paradigmenwechsel statt, dieser veränderte auch die Verhaltenstherapie grundlegend, die sogenannte „kognitive Wende“ (vgl. Beck & Weishaar, 1989).

Die Kritik am klassischen Behaviorismus war, dass er sich nur mit beobachtbarem Verhalten und äußeren Reizen beschäftigte und interne Prozesse wie Gedanken, Überzeugungen und Einstellungen weitgehend ignorierte. Auf diesen Kritikpunkt hin wurden kognitive Konzepte in die Psychotherapie integriert und neue therapeutische Modelle entwickelt. Diese setzten sich mit der Relevanz kognitiver Prozesse für psychisches Erleben und Verhalten auseinander (vgl. Beck & Weishaar, 1989).

Zu den bedeutendsten Vertretern dieser Bewegung gehörten Aaron T. Beck und Albert Ellis. Die Arbeiten der beiden dienten als Basis für zahlreiche moderne kognitive und kognitiv-behaviorale Therapien. Die kognitive Therapie wurde von Aaron T. Beck (1976) mit dem Ziel entwickelt, depressive Patient:innen zu behandeln. Beck erkannte verzerrte Denkweisen wie Katastrophisieren, Übergeneralisieren oder dichotomes Denken, die zur Entstehung und Aufrechterhaltung von Depressionen beitragen. Die Therapie zielte darauf ab, diese verzerrten Denkmuster ins Bewusstsein zu rufen, einer kritischen Prüfung zu unterziehen und durch realitätsnähere Gedanken zu ersetzen. Langfristig sollte die Denkveränderung zu mehr emotionaler Stabilität und zu Verhaltensänderungen führen (vgl. Beck & Weishaar, 1989).

Im Jahre 1962 entwickelte Albert Ellis unabhängig von Beck die Rational-Emotive Verhaltenstherapie (REVT), die bis heute als eine der ersten kognitiven Therapien gilt. Ellis nahm an, dass nicht die Ereignisse selbst emotionale Reaktionen hervorrufen, sondern die subjektiven Bewertungen dieser Ereignisse (vgl. Ellis, 1962 S. 13–45; 45–110).

Sein ABC-Modell (A = Activating Event, B = Beliefs, C = Consequences) wurde zum zentralen Element der REVT und später auch noch vieler kognitiver Verfahren. Im Rahmen der Therapie sollten Überzeugungen, die irrational sind und oft extreme oder moralisch rigide Züge annehmen, durch Denkweisen ersetzt werden, die logischer, flexibler und hilfreicher sind (vgl. Ellis, 1962 S. 13–45; 45–110).

Im Laufe der folgenden Jahrzehnte wurden diese kognitiven Konzepte immer häufiger mit verhaltenstherapeutischen Techniken kombiniert, was zur Entstehung der Kognitiven Verhaltenstherapie (KVT) führte. Diese integrative Methode kombiniert die strukturierte, problemorientierte Herangehensweise der Verhaltenstherapie mit den selbstreflexiven und erkenntnisfördernden Aspekten kognitiver Therapien. KVT entwickelte sich rasch zum dominanten Therapieansatz in der psychischen Gesundheitsversorgung und wurde in einer Vielzahl empirischer Studien hinsichtlich ihrer Wirksamkeit belegt. Sie wurde unter anderem bei Depressionen, Angststörungen, Zwangsstörungen, Schlafproblemen, Essstörungen und vielen weiteren Diagnosen belegt (vgl. Hofmann et al., 2012).

2.2.3 Dritte Welle: Achtsamkeit, Akzeptanz und Kontext

In den 1990er Jahren entstand die „dritte Welle“ der Verhaltenstherapie, die durch einen weiteren theoretischen und praktischen Perspektivenwechsel gekennzeichnet war. In dieser Phase wurden Verfahren integriert, die auf Achtsamkeit und Akzeptanz basieren. In der zweiten Welle lag der Fokus darauf, dysfunktionale Gedanken zu identifizieren und zu verändern. Währenddessen es in der dritten Welle vielmehr darum geht, die Beziehung zum inneren Erleben wie Gedanken, Gefühlen und Körperempfindungen zu verändern. Dies ist insbesondere dann notwendig, wenn sie unangenehm, belastend oder nicht kontrollierbar sind. Es wird psychische Flexibilität gefördert und trotz innerer Belastungen ein Leben im Einklang mit den eigenen Werten sinnvoll geführt werden können (vgl. Hayes et al., 2006)

Der Psychologe Steven C. Hayes, der die Akzeptanz- und Commitment-Therapie (ACT) entwickelte, ist ein wichtiger Vertreter dieser Strömung. ACT basiert auf einem funktional-kontextuellen Rahmenmodell der Sprache und Kognition, und zielt darauf ab die Fähigkeit zu fördern um flexibel und bewusst auf schwierige Erfahrungen reagieren zu können (vgl. Hayes et al., 2006).

Die Dialektisch-Behaviorale Therapie (DBT) die von Marsha Linehan 1993 entwickelt wurde stellt einen weiteren bedeutenden Fortschritt in der dritten Welle dar. Diese war ursprünglich zur Behandlung der Borderline-Persönlichkeitsstörung gedacht. Klassische Methoden der Verhaltenstherapie werden in der DBT mit achtsamkeitsbasierten Übungen, interpersonellen Strategien und Emotionsregulation kombiniert. Das dialektische Grundprinzip ist besonders prägnant. Es besteht aus der Balance zwischen Akzeptanz (z. B. durch Achtsamkeit) und Veränderung (z. B. durch Skills-Training) (vgl. Linehan, 1993).

Ein weiterer wichtiger Vertreter der dritten Welle ist die 2002 von Segal, Williams und Teasdale entwickelte Mindfulness-Based Cognitive Therapy (MBCT). Sie kombiniert achtsamkeitsbasierte Methoden mit kognitiven Ansätzen zur Prävention von Rückfällen bei Depressionen. Besonders hervorgehoben wird hier, dass Gedanken als mentale Ereignisse wahrgenommen werden können, ohne dass jedoch eine automatische Reaktion erfolgt (vgl. Segal, Williams & Teasdale, 2002).

Ebenfalls ein Vertreter ist die von Paul Gilbert (2009) entwickelte Compassion-Focused Therapy (CFT), die besonders für Menschen mit ausgeprägter Selbstkritik, Scham oder Angst geeignet ist. Die CFT zielt konkret auf Selbstmitgefühl, Emotionsregulation und Selbstfürsorge ab. Hier wird mit Imaginationstechniken, Achtsamkeitsübungen und einer fokussierten Arbeit mit dem inneren Kritiker gearbeitet (vgl. Gilbert, 2009).

In der dritten Welle werden dem Spektrum der klassischen Verhaltenstherapie tiefenpsychologisch relevante, existenzielle und achtsamkeitsbasierte Perspektiven hinzugefügt. Sie stellt effektive Modelle für Störungen zur Verfügung, bei denen eine ausschließliche Verhaltens- oder Kognitionsmodifikation nicht ausreicht. Dies ist bei chronischen Schmerzen, Traumafolgestörungen, Persönlichkeitsstörungen oder somatischen Belastungen der Fall. Diese Entwicklung betont, wie anpassungsfähig die Verhaltenstherapie in Bezug auf gegenwärtige Erfordernisse ist und dass sie neuen wissenschaftlichen Erkenntnissen gegenüber aufgeschlossen ist.

3 Entwicklung der Verhaltenstherapie im Online-Setting

Die Online-Verhaltenstherapie entstand in den späten 1990er Jahren. Die ersten Anwendungen basierten auf E-Mail-Kontakt, textbasierten Selbsthilfeprogrammen oder Online-Foren. Die ersten Formate waren meist asynchron und legten den Fokus auf manualisierte Selbsthilfestrategien, diese wurden hauptsächlich bei Depressionen sowie Angst- und Panikstörungen eingesetzt. Sie wollten Therapieinhalte leicht zugänglich machen, ohne direkte therapeutische Begleitung bzw. nur mit sehr geringer Begleitung (vgl. Andersson et al., 2017).

Einflussreiche Studien zeigten bereits früh, dass internetbasierte kognitive Verhaltenstherapie (iKVT) vergleichbare Effekte wie Face-to-Face-Therapie erzielen kann. Dies ist vor allem bei klar strukturierten Störungsbildern wie Depression oder sozialer Phobie der Fall. Randomisierten kontrollierten Studien (RCTs) haben hybride Online-Therapien, bei denen Therapeut:innen regelmäßig Feedback geben, als signifikant wirksamer erwiesen, als vollständig unbegleitete Programme (vgl. Andersson et al., 2014).

In der Folge entstand eine Vielzahl digitaler KVT-Programme, die heute sowohl im klinischen Setting als auch in der Prävention Anwendung finden. Hierzu zählen modulare Therapieplattformen, Apps und sogar Tools auf Basis von Chatbots. Diese Programme basieren auf verhaltenstherapeutischen Prinzipien, wie etwa Psychoedukation, kognitive Umstrukturierung, Expositionsverfahren oder Selbstbeobachtungstechniken. Sie lassen sich gut digitalisieren, weil sie strukturiert, manualisiert und in kleinere Einheiten zerlegbar sind (vgl. Wind et al., 2020).

Der Einsatz von Videokonferenz-Technologien, seit den 2010er Jahren, stellte einen weiteren Entwicklungsschritt dar. Das Spektrum der Online-Verhaltenstherapie wurde durch Video erheblich erweitert. In Bezug auf die therapeutische Beziehung als auch auf die Individualisierung der Behandlung. Durch Video war es erstmals möglich Therapiesitzungen online synchron abzuhalten.

Wegen der starken Einschränkungen persönlicher Kontakte im Zuge der COVID-19-Pandemie war es notwendig, die psychotherapeutische Versorgung aufrechtzuerhalten. Dies führte zu einem enormen Anstieg digitaler Psychotherapie. In sehr kurzer Zeit erfolgte eine rasante Umstellung von Präsenz- auf Videotherapie. Durch die bereits starke Manualisierung ließ sich die Verhaltenstherapie schnell und effektiv anpassen. Technische Features wie die Bildschirmfreigabe, das Teilen von Arbeitsblättern, digitale Whiteboards, Online-Tagebücher und weitere interaktive Tools halfen dabei, die Therapie im virtuellen Raum zu ergänzen und zu strukturieren (vgl. Eichenberg et al., 2021).

Die Auswirkungen dieses erzwungenen Digitalisierungsschubs auf die psychotherapeutische Praxis haben dazu geführt, dass Online-Sitzungen nicht mehr nur als Notlösung betrachtet werden, sondern zunehmend als gleichwertige und dauerhafte Therapieform angesehen werden.

3.1 Verhaltenstherapeutische Methoden im Online-Setting

Im Folgenden werden drei zentrale Ansätze der Verhaltenstherapie näher betrachtet, die sowohl in der Face-to-Face Verhaltenstherapie als auch in der Online-Verhaltenstherapie besonders häufig eingesetzt werden. Der Fokus liegt auf der Anwendung in der Video-Therapie, da diese den zentralen Gegenstand dieses Werkes bildet. In der Video-Therapie lassen sich besonders gut solche verhaltenstherapeutischen Methoden einsetzen, die durch eine klare Struktur, manualisierte Abläufe und visuell oder sprachlich vermittelbare Interventionen gekennzeichnet sind. Die folgenden Methoden werden auf Grundlage aktueller Studien als besonders geeignet angesehen.

Die Kognitive Verhaltenstherapie (KVT) wird als Standardmethode in der Video-Therapie angesehen, da sie hoch strukturiert ist und über eine breite Evidenzlage verfügt. Danach erfolgt eine Vorstellung der Dialektisch-Behavioralen Therapie (DBT), die insbesondere für den Umgang mit emotionaler Instabilität und in der Krisenintervention von Bedeutung ist. Abschließend wird die Akzeptanz- und Commitment-Therapie (ACT) vorgestellt, ein achtsamkeits- und wertebasierte Methode, die immer erfolgreicher in Online-Settings angewendet wird (vgl. Sander et al., 2023).

3.1.1 Kognitive Verhaltenstherapie (KVT)

Die Kognitive Verhaltenstherapie (KVT) ist eine Methode, die aus der Kombination von Verhaltenstherapie und kognitiver Therapie hervorgegangen ist. Die Grundlage ihrer Annahme ist, dass Gefühle, Gedanken, Verhalten und körperliche Reaktionen wechselseitig miteinander verknüpft sind und dass psychisches Leiden durch dysfunktionale Denkmuster und erlerntes Verhalten aufrechterhalten wird. Diese Muster sollen durch gezielte Interventionen erkannt werden und anschließend hinterfragt und verändert werden. Dadurch soll das psychische Wohlbefinden langfristig gefördert werden (vgl. Wright, Thase, & Beck, 2019).

3.1.1.1 Struktur und Ablauf der Kognitiven Verhaltenstherapie (KVT)

Die Kognitive Verhaltenstherapie (KVT) zeichnet sich durch eine klare, strukturierte und zielorientierte Vorgehensweise aus. Die systematische Struktur fördert die Entwicklung einer aktiven, lösungsorientierten Arbeitsbeziehung, in der Therapeut:innen und Klient:innen zusammen an festgelegten Zielen arbeiten. In der Regel ist die Therapie zeitlich begrenzt und umfasst zwischen 12 und 25 Sitzungen. Sie besteht aus klar definierten Phasen, in denen jeweils Schwerpunkte gesetzt werden (vgl. Wright et al., 2019).

Die Therapie beginnt mit einer diagnostischen Einschätzung, bei der durch Interviews, Fragebögen und Verhaltensanalysen eine differenzierte Fallkonzeption erstellt wird. Die sogenannte Verhaltensanalyse, basierend auf dem SORKC-Modell (Stimulus, Organismus, Reaktion, Konsequenz, Kontingenz), dient der strukturierten Erfassung von auslösenden Situationen, inneren Bedingungen, beobachtbarem Verhalten und dessen Folgen. Auf dieser Analyse basiert die Therapieplanung, die individuell auf die Klient:innen zugeschnitten ist (vgl. Calkins et al., 2016).

Auf dieser Grundlage erfolgen die Zieldefinition und Psychoedukation, bei der Patient:innen über ihre Symptome, die zugrunde liegenden psychologischen Mechanismen und das kognitive Modell informiert werden. Diese Phase ist entscheidend für die Förderung des Störungsverständnisses, den Aufbau einer hohen Eigenverantwortung und die Stärkung der therapeutischen Allianz (vgl. Calkins et al., 2016).

Eine typische Therapiesitzung in der KVT weist eine klare Struktur auf. Sie beginnt mit einem kurzen Rückblick auf die vergangene Sitzung, danach einer Besprechung der Hausaufgaben, gefolgt von einer gemeinsamen Festlegung des Sitzungsfokus. Im Hauptteil werden relevante Probleme mit kognitiven oder verhaltensorientierten Methoden bearbeitet. Am Ende der Sitzung erfolgt eine Zusammenfassung und die Festlegung von Übungen für den Alltag. Diese Struktur ist ein wesentliches Merkmal der KVT und steigert Studien zufolge die Behandlungswirksamkeit erheblich (vgl. Majeed, Stanfa, & Sudak, 2020).

In der mittleren Phase der Therapie werden dysfunktionale Gedanken, Einstellungen und Verhaltensmuster konkret bearbeitet. Hierbei werden zentrale Techniken verwendet, wie kognitive Umstrukturierung, Verhaltensaktivierung, Exposition mit Reaktionsverhinderung, Problemlösetraining oder soziales Kompetenztraining. Die Auswahl der Techniken erfolgt spezifisch für die Störung und wird individuell angepasst. Durch Selbstbeobachtungen, Rückmeldungen und gegebenenfalls standardisierte Fragebögen wird die Therapie fortlaufend evaluiert (vgl. Reid et al., 2021).

In der letzten Phase liegt der Fokus auf der Rückfallprophylaxe, der Übernahme des Erlernten in den Alltag und der Unterstützung einer langfristigen Selbstwirksamkeit. Es soll erreicht werden, dass die Klient:innen auch nach Abschluss der Therapie belastende Situationen konstruktiv bewältigen können und ihre neuen Fähigkeiten nachhaltig anwenden können. Es werden Methoden wie Selbstinstruktion, Booster-Sitzungen oder das Erstellen eines individuellen Notfallplans verwendet (vgl. Arip, 2024).

3.1.1.2 Anwendung der Kognitiven Verhaltenstherapie in der Video-Therapie

Die klar strukturierte und methodische Vielseitigkeit der KVT ermöglicht auch eine hohe Übertragbarkeit in digitale Formate wie die Video-Therapie. Im digitalen Setting können viele dieser Abläufe digital unterstützt und ebenso effektiv durchgeführt werden. Die Anwendung der KVT in der Video-Therapie basiert im Kern auf denselben therapeutischen Prinzipien wie in der Face-to-Face-Therapie, wird jedoch durch digitale Rahmenbedingungen und technologische Möglichkeiten ergänzt und in ihrer Umsetzung leicht modifiziert (vgl. Andersson et al., 2014).

Technik	Ziel / Einsatzgebiet	Online-Umsetzungsmöglichkeiten
Kognitive Umstrukturierung	Veränderung dysfunktionaler Gedanken und Bewertungen	Gemeinsames Ausfüllen von Gedankenprotokollen via Bildschirmfreigabe oder geteiltem Dokument (z. B. Google Docs, TheraPsy)
Verhaltensaktivierung	Aufbau positiver Aktivitäten bei Depression	Digitale Aktivitätspläne und Wochenstrukturen, Reflexion via Video oder App (z. B. Moodpath, Daylio)
Verhaltensanalyse (SORKC)	Verständnis von auslösendem Kontext und Verhaltensmustern	Interaktive Analyse mit Whiteboard-Tools oder gemeinsam erstellten Visualisierungen in PowerPoint/Word
Psychoedukation	Aufklärung über Störungsmodelle und therapeutische Methoden	Einsatz von Bildschirmfreigabe zur Präsentation von Folien, Grafiken, Videos (z. B. Erklärvideos, PDFs)
Exposition mit Reaktionsverhinderung (ERP)	Abbau von Angst, Vermeidung, Zwangsverhalten	Planung und Nachbesprechung über Video, ggf. Live-Begleitung über Video/Telefon, Fortschrittsdokumentation per App
Problemlösetraining	Förderung von alltagsbezogener Bewältigungskompetenz	Strukturierte Anwendung eines 5-Schritte-Modells per geteiltem Arbeitsblatt und Rollenspiel per Video
Achtsamkeitsübungen	Emotionsregulation, Stressabbau, Selbstwahrnehmung	Verbale Anleitung durch Therapeut:in, ggf. Audio-Dateien, Nutzung digitaler Tools wie Insight Timer
Hausaufgabenbesprechung	Transfer der Therapieinhalte in den Alltag	Upload/Versand von Protokollen, Reflexionsfragen vorab senden, mündliche Nachbesprechung in der Sitzung
Therapeutische Beziehungsgestaltung	Aufbau von Vertrauen und Kooperation	Aktives Zuhören, Blickkontakt über Kamera, verbales Einholen von Rückmeldungen, transparenter Umgang mit Technik-problemen
Notfallmanagement / Krisenintervention	Akute Belastungen (z. B. Suizidalität, Panik)	Digitale Sicherheitspläne, Notfallkontakte per Mail/Videodatei, schriftliche Vereinbarungen und Pläne (PDFs)

Tabelle 1: KVT-Techniken und ihre Umsetzung in der Video-Therapie

Quelle: eigene Darstellung

Das zentrale Ziel bleibt unverändert darin, zusammen mit der Patient:in dysfunktionale Denk- und Verhaltensmuster zu identifizieren, in Frage zu stellen und diese durch hilfreichere Alternativen zu ersetzen (vgl. Andersson et al., 2014).

Die Sitzungen sind weiterhin klar strukturiert und umfassen Rückblicke, Festlegung der Agenda, Auseinandersetzung mit den Hauptthemen, Feedback und Vereinbarung von Hausaufgaben. Die Umsetzung erfolgt oft über Videoplattformen, die datenschutzkonform sind und zusätzliche Funktionen wie Bildschirmfreigabe, digitale Whiteboards oder Chat-Funktionen bieten.

In der praktischen Anwendung, wie etwa bei der kognitiven Umstrukturierung, wird das klassische Gedankenprotokoll über ein geteiltes Dokument oder durch Bildschirmfreigabe gemeinsam ausgefüllt. Das Verhaltensaktivierungsschema kann ebenfalls visuell dargestellt, erläutert und gemeinsam weiterentwickelt werden. Psychoedukative Inhalte, wie Erklärungsmodelle zur Entstehung von Angst oder Depression, können anschaulich in den therapeutischen Prozess integriert werden, indem Folien, Grafiken oder kurze Videos verwendet werden. Bei Expositionsverfahren, wie etwa bei sozialer Phobie oder Zwangsstörungen, können die konkrete Vorbereitung und Nachbereitung der Übungen online erfolgen und durch begleitende Telefonate oder digitale Dokumentationen ergänzt werden (vgl. Feusner et al., 2022).

Ein weiterer wesentlicher Punkt ist die Ausgestaltung der therapeutischen Allianz in der Video-Therapie. Obwohl nonverbale Signale wie Gestik oder Körperhaltung nur eingeschränkt wahrnehmbar sind, kann durch gezielte Beziehungsarbeit, aktives Zuhören, Metakommunikation und empathisches Verhalten auch im digitalen Raum eine stabile Allianz gebildet werden. Studien zeigen, dass Klient:innen sich in der Video-Therapie in der Regel ebenso sicher und verstanden fühlen wie in der Face-to-Face-Therapie, vorausgesetzt die technischen Bedingungen sind stabil und die Therapeut:innen haben digitale Kompetenzen (vgl. Crowe et al., 2023).

3.1.2 Dialektisch-Behaviorale Therapie (DBT)

Wie bereits im vorangegangenen Kapitel erwähnt, wurde die Dialektisch-Behaviorale Therapie (DBT) von Marsha M. Linehan in den späten 1980er Jahren ursprünglich zur Behandlung von Menschen mit Borderline-Persönlichkeitsstörung entwickelt. Mittlerweile ist sie ein weit verbreitetes verhaltenstherapeutisches Verfahren zur Behandlung von Störungen, die durch eine hohe emotionale Dysregulation gekennzeichnet sind (vgl. Linehan, 1993).

Die Dialektisch-Behaviorale Therapie (DBT) vereint traditionelle kognitiv-verhaltenstherapeutische Methoden mit Aspekten der Achtsamkeit, Akzeptanz und buddhistischer Psychologie. Im Zentrum steht dabei die Balance zwischen Veränderung und Akzeptanz (vgl. Linehan, 1993).

3.1.2.1 Struktur und Ablauf der Dialektisch-Behavioralen Therapie (DBT)

Die Dialektisch-Behaviorale Therapie (DBT) ist ein Behandlungskonzept mit hoher Struktur und mehreren Modulen, das aus verschiedenen Komponenten besteht. Ihr Ablauf ist klar festgelegt und folgt einem schrittweisen, phasenorientierten Ansatz, der speziell für komplexe Störungsbilder mit emotionaler Instabilität und chronischer Suizidalität entwickelt wurde. Die DBT zielt nicht nur auf Verhaltensänderungen ab, sondern auch auf die Akzeptanz innerer Zustände. Dies spiegelt sich sowohl in der therapeutischen Haltung als auch in den verwendeten Interventionen wider (vgl. Linehan, 1993).

Die traditionelle DBT setzt sich aus vier eng miteinander verbundenen Komponenten zusammen: Einzeltherapie, Fertigkeitentraining in der Gruppe, telefonisches Coaching und ein unterstützendes Team von Therapeut:innen. Die Einzeltherapie, die normalerweise wöchentlich durchgeführt wird, konzentriert sich auf die Anwendung von Skills im Alltag, die Bearbeitung gegenwärtiger Krisen und die Analyse dysfunktionaler Verhaltensmuster. Die therapeutische Beziehung ist hierbei von wesentlicher Bedeutung und wird gezielt eingesetzt, um dysfunktionale Beziehungsmuster zu verändern (vgl. Swales & Heard, 2016).

Gleichzeitig wird das Fertigkeitentraining (Skills-Training) gruppenweise durchgeführt. Es besteht aus vier Modulen: Achtsamkeit, Stresstoleranz, Emotionsregulation und zwischenmenschliche Fertigkeiten. Die Module werden im Zyklus unterrichtet und ergänzt durch Hausaufgaben, Übungen und Reflexionseinheiten. Es soll erreicht werden, dass Klient:innen mit konkreten Strategien, die sich im Alltag bewähren, ausgestattet werden, um intensiven Gefühlen, zwischenmenschlichen Konflikten oder Stressoren besser begegnen zu können (vgl. Swales & Heard, 2016).

Das telefonische Coaching stellt ein Alleinstellungsmerkmal der DBT dar. Hierbei haben Klient:innen die Möglichkeit, ihre Therapeut:innen auch zwischen den Sitzungen zu kontaktieren, vor allem in Situationen akuter Belastung. Das Ziel besteht darin, die im Training erworbenen Fähigkeiten unmittelbar im Alltag zu nutzen. In modernen Umgebungen wird dieses Coaching teilweise durch sichere Textnachrichten, E-Mail oder Videotelefonie durchgeführt, was im Online-Setting besonders wertvoll ist (vgl. Lakeman et al., 2022).

Um die Qualität der Behandlung sicherzustellen und die Therapeut:innen zu unterstützen, wird die DBT zusätzlich von einem Team zur kollegialen Supervision begleitet. Wöchentliche Besprechungen ermöglichen eine Reflexion, Fallanalyse und emotionale Entlastung des Behandlungsteams, da die Arbeit mit hochbelasteten Klient:innen auch für Behandelnde herausfordernd sein kann (vgl. Lakeman et al., 2022).

Die DBT ist phasenorientiert strukturiert: In der ersten Phase liegt der Fokus auf Stabilisierung, vor allem auf der Verringerung von suizidalem Verhalten, oder Selbstverletzungen. In der zweiten Phase werden traumatische Erlebnisse und tiefere emotionale Verletzungen bearbeitet. In der dritten Phase werden stabile Lebensziele entwickelt, an der Identität gearbeitet und die Lebensqualität verbessert (vgl. Lieb et al., 2020)

3.1.2.2 Anwendung der DBT in der Video-Therapie

In den vergangenen Jahren hat die Anwendung der DBT in der Video-Therapie deutlich zugenommen. Forschungen belegen, dass wesentliche Elemente der DBT, vor allem das Skills-Training und die Einzeltherapie, effektiv über Video durchgeführt werden können, ohne dass die Qualität der Therapie oder deren Effektivität beeinträchtigt wird. In der Einzeltherapie über Video können klassische Inhalte der DBT visuell unterstützt werden. Dies kann durch Bildschirmfreigabe und das gemeinsame Ausfüllen von Skills-Protokollen geschehen. Die therapeutische Beziehung, die in der DBT eine zentrale Rolle spielt, kann durch gezielte metakommunikative Interventionen, transparente Rollenklarheit und empathisches, validierendes Verhalten im Videokontakt stabilisiert werden (vgl. Crowe et al., 2023).

Ein Bestandteil, der sich besonders gut adaptieren lässt, ist das Skills-Training in der Gruppe. Dieses wird inzwischen vielfach als Online-Gruppensitzung per Videokonferenz durchgeführt. Die vier DBT-Fertigkeiten werden hier durch strukturierte Manuale vermittelt. Durch interaktive Elemente wie Breakout-Rooms oder digitale Arbeitsblätter kann auch im Online-Setting eine hohe Aktivierung und Beteiligung der Klient:innen erreicht werden. Qualitative Erhebungen zeigen, dass Klient:innen Online-Gruppensitzungen als ebenso hilfreich und verbindlich empfinden wie Präsenzformate. Hier wird vorausgesetzt, dass die technische Stabilität und die Gruppendynamik professionell unterstützt werden (vgl. Lakeman et al., 2022).

Telefonisches Coaching, das traditionell als kurze Krisenintervention zwischen den Sitzungen gedacht ist, kann problemlos über sichere Messenger-Apps oder Videoanrufe integriert werden. In Online-Programmen wird diese oft durch strukturierte Textnachrichten, App-basierte Notfallpläne oder vorab festgelegte Kommunikationskanäle ersetzt. Die Erfahrungen zeigen, dass dieser digitale Kontakt in akuten Situationen nützlich ist, um die Anwendung von Skills im Alltag direkt zu unterstützen und dysfunktionales Verhalten frühzeitig zu verhindern (vgl. Rickardsson et al., 2020).

Außerdem gibt es inzwischen digitale Tools und Apps, die speziell für die Anwendung von DBT-Inhalten konzipiert wurden. Das sind z.B. digitale Skills-Tagebücher, Achtsamkeitsübungen, Emotionsprotokolle oder Stresstoleranz-Module. Zur Förderung des Transfers in den Alltag und zur Stärkung der Selbstwirksamkeit können diese Tools ergänzend zur Video-Therapie verwendet werden (vgl. Feusner et al., 2022).

Die bisherigen Studien deuten darauf hin, dass die Effektivität der DBT durch die Umstellung auf das Online-Setting nicht eingeschränkt ist, sofern zentrale Strukturmerkmale wie klare Rahmenbedingungen, Gruppenkohäsion, Therapeut:innenpräsenz und Krisenmanagement beachtet werden. (vgl. Feusner et al., 2022).

3.1.3 Akzeptanz- und Commitment-Therapie (ACT)

Wie schon angesprochen, stammt die Akzeptanz- und Commitment-Therapie (ACT) aus der „dritten Welle“ der Verhaltenstherapie. In den 1990er Jahren wurde sie von Steven C. Hayes und seinen Kolleg:innen entwickelt. Im Unterschied zu traditionellen kognitiv-behavioralen Ansätzen zielt ACT nicht in erster Linie darauf ab, dysfunktionale Gedanken zu verändern. Vielmehr liegt der Schwerpunkt auf einer veränderten Beziehung zu inneren Erfahrungen wie Gedanken, Gefühlen und Körperempfindungen (vgl. Hayes et al., 2006).

Das Ziel ist es, psychische Flexibilität zu fördern. Es geht darum bewusst und offen mit belastenden inneren Zuständen umzugehen und dabei werteorientiert zu handeln, selbst in Anwesenheit unangenehmer Emotionen oder Gedanken (vgl. Hayes et al., 2006).

3.1.3.1 Struktur und Ablauf der Akzeptanz- und Commitment-Therapie (ACT)

ACT basiert auf sechs zentralen therapeutischen Prozessen. Diese Komponenten sind nicht linear aufgebaut, sondern greifen dynamisch ineinander, um den Klient:innen zu helfen, ein sinnorientiertes Leben zu führen, auch wenn psychischen Symptomen bestehen bleiben. Die theoretische Grundlage von ACT ist die Relationale Rahmen-Theorie (Relational Frame Theory, RFT), ein modernes Modell menschlicher Sprache und Kognition. Es erklärt wie Sprache psychisches Leiden sowohl verstärken als auch reduzieren kann (vgl. Carvalho et al., 2021).

Kernprozesse	Beschreibung	Typische Methoden / Übungen
Akzeptanz	Offenheit gegenüber unangenehmen Gedanken, Gefühlen und Körperempfindungen	Achtsamkeitsübungen, „Raum schaffen“ für Emotionen, Körperwahrnehmung
Kognitive Defusion	Gedanken als mentale Ereignisse statt als Wahrheiten erkennen	„Ich habe den Gedanken, dass...“; metaphorische Distanzierungen
Kontakt mit dem Jetzt	Fokussierung auf den gegenwärtigen Moment durch Achtsamkeit	Atemmeditation, 5-Sinne-Übungen, gegenwärtige Beobachtungen
Selbst als Kontext	Förderung einer stabilen Beobachterperspektive (das „Beobachtende Selbst“)	Perspektivübungen, Achtsamkeitsreflexion, „Ich bin mehr als meine Gedanken“
Werteklärung	Identifikation und Bewusstmachung persönlicher Lebenswerte	Werte-Interviews, Lebenskompass, Grabrede-Übung
Engagiertes Handeln	Umsetzung konkreter Verhaltensschritte im Einklang mit den persönlichen Werten	SMART-Zielsetzung, Verhaltenspläne, Rückfallprophylaxe

Tabelle 2: Die sechs Kernprozesse der Akzeptanz- und Commitment-Therapie

Quelle: in Anlehnung an Carvalho et al. (2021)

Mit diesen sechs Prozessen wird eine psychologische Flexibilität entwickelt, dies ist eine der zentralen Wirkgröße von ACT. Die therapeutische Arbeit basiert auf Erfahrungen und nutzt häufig Metaphern, kreative Übungen und achtsamkeitsbasierte Interventionen (vgl. Forman et al., 2015).

ACT wird normalerweise in einem modularen Format über verschiedene Sitzungen hinweg vermittelt. Die Prozesse werden dabei wiederholt aufgegriffen, individuell angepasst und in alltagsrelevante Kontexte integriert. ACT ist besonders geeignet für Störungen, bei denen hohe Erlebensvermeidung auftritt, wie etwa Depressionen, Angststörungen, chronische Schmerzen oder Zwangserkrankungen (vgl. Coyne, McHugh, & Martinez, 2011).

3.1.3.2 Anwendung der ACT in der Video-Therapie

In den letzten Jahren wurde ACT zunehmend in digitalen Kontexten eingesetzt, etwa in Form von Online-Programmen, Apps oder videobasierter Einzeltherapie. Dies geschah mit vielversprechenden Ergebnissen hinsichtlich Wirksamkeit und Klient:innenzufriedenheit. Die ACT ist aufgrund ihres erfahrungsorientierten und flexiblen Charakters sowie der Arbeit mit Metaphern, Achtsamkeit und wertebasierten Handlungsstrategien besonders gut für die Anwendung in der Video-Therapie geeignet. Forschungen zeigen, dass wesentliche ACT-Elemente wie Achtsamkeit, Akzeptanz und kognitive Defusion auch im Online-Format erfolgreich gelehrt werden können (vgl. Ren et al., 2019).

ACT-Interventionen werden in der praktischen Umsetzung über Video meist geringfügig angepasst, ohne dass die therapeutische Integrität beeinträchtigt wird. Atemfokussierung, 5-Sinne-Übungen und Körperwahrnehmung sind Beispiele für Achtsamkeitsübungen, die synchron via Videokonferenz angeleitet werden. Um die Aufmerksamkeit der Klient:innen auf den gegenwärtigen Moment zu lenken, setzen Therapeut:innen dabei bewusst Pausen ein, sprechen langsam und verwenden visuelle Hinweise (vgl. Webb, 2023).

ACT-Prozess	Online-Umsetzung
Akzeptanz	Achtsamkeitsanleitungen über Video, Imaginationsübungen, Körperreise per Audio
Kognitive Defusion	Sprachliche Techniken im Video (z. B. Gedanken benennen), Metaphern per Bildschirmfreigabe, kreative Defusion (z. B. Gedanken in Sprechblasen)
Kontakt mit dem Jetzt	Live-Achtsamkeitsübungen, 5-Sinne-Übungen, geführte Meditation über Video
Selbst als Kontext	Perspektivwechsel-Übungen (z. B. Beobachterrolle erklären), visuelle Darstellungen auf Whiteboards
Werteklärung	Arbeitsblätter und Wertelisten per Bildschirmfreigabe, Online-Lebenskompass, digitale Reflexionsfragen
Engagiertes Handeln	SMART-Zielsetzung via Video, digitale Hausaufgaben, Nachbesprechung über E-Mail oder Online-Plattformen

Tabelle 3: Online-Umsetzung der sechs zentralen ACT-Prozesse

Quelle: in Anlehnung an Ren et al. (2019)

Kognitive Defusionstechniken, wie das bewusste Distanzieren von belastenden Gedanken, lassen sich interaktiv gestalten, etwa durch Bildschirmfreigabe von Übungen, das gemeinsame Gestalten von Gedankenwolken oder kreative Sprachspiele. Auch humorvolle Metaphern wie „Der Gedanken-Zug fährt vorbei“ sind im Video-Setting wirkungsvoll (vgl. Webb, 2023).

Bei der Wertklärung kommen digitale Tools wie geteilte Arbeitsblätter, Lebenskompass-Übungen oder Online-Fragebögen zum Einsatz. Therapeut:innen sind in der Lage, die Wertehierarchien zu veranschaulichen und mit den Klient:innen spezifische Handlungsziele abzuleiten, indem sie Bildschirmfreigaben nutzen (vgl. Forman et al., 2015).

Auch die Förderung von engagiertem Handeln kann durch Video-Therapie unterstützt werden, indem strukturierte Hausaufgaben geplant werden, SMART-Ziele gesetzt werden und nach bewussten Verhaltensversuchen Reflexionen stattfinden. Therapeut:innen-Plattformen oder geschützte Apps bieten die Möglichkeit, Fortschritte auszutauschen und kontinuierlich zu dokumentieren (vgl. Forman et al., 2015).

Für den Erfolg der ACT im Video-Setting ist es wichtig, die therapeutische Beziehung bewusst zu gestalten. Offenheit, Validierung und Transparenz über etwaige technische Begrenzungen fördern eine stabile Arbeitsbeziehung, die als wesentliche Grundlage für das Gelingen des Therapieprozesses gilt (vgl. Forman et al., 2015).

4 Technische Aspekte und Tools im Online-Setting

Die Digitalisierung der psychotherapeutischen Versorgung hat die technischen und organisatorischen Anforderungen an Therapeut:innen und Klient:innen verändert. In diesem Kapitel werden die grundlegenden technischen Aspekte der Online-Verhaltenstherapie behandelt und untersucht, wie gut sie zu den psychotherapeutischen Rahmenbedingungen passen. Es erfolgt eine Erklärung der rechtlichen und ethischen Grundlagen, die bei der Durchführung von Video-Therapie berücksichtigt werden müssen, insbesondere hinsichtlich Datenschutz und Datensicherheit. Darüber hinaus erfolgt eine Vorstellung von gängigen Videoplattformen. Ein weiterer Schwerpunkt ist die Vorstellung von digitalen Tools und Apps, die sich als hilfreich für Interventionen im Online-Setting erwiesen haben.

4.1 Vereinbarkeit Psychotherapiegesetz (PThG 2024) und DSGVO

In Österreich ist die Durchführung von psychotherapeutischen Behandlungen im Online-Setting, durch das Psychotherapiegesetz 2024 (PThG 2024) und die Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) geregelt. Die gesetzlichen Rahmenbedingungen stellen sicher, dass psychotherapeutische Dienstleistungen auch in digitaler Form erbracht werden können, ohne ethische und rechtliche Standards zu verletzen. Mit dem Psychotherapiegesetz 2024, das am 1. Januar 2025 in Kraft trat, erfolgt eine Modernisierung der Ausübung des psychotherapeutischen Berufs. Die gesetzliche Regelung der Online-Psychotherapie erfolgt erstmals ausdrücklich (vgl. „Psychotherapiegesetz - ÖBVP Österreichischer Bundesverband für Psychotherapie“, o. J.).

Nach § 39 PThG 2024 ist es erlaubt, psychotherapeutische Behandlungen mittels Telekommunikationstechnologien wie Video- oder Telefongesprächen durchzuführen, wenn dies aus fachlichen oder praktischen Gründen notwendig ist. Um das zu gewährleisten, ist es wichtig alle berufsrechtlichen Pflichten, insbesondere die Verschwiegenheitspflicht und den Schutz sensibler Daten, unbedingt einzuhalten. Auch muss gewährleistet werden, dass der digitale Zugang so weit wie möglich ohne Barrieren gestaltet wird, damit allen Klient:innen die Therapie zugänglich ist (vgl. „RIS - Psychotherapiegesetz 2024 - Bundesrecht konsolidiert, Fassung vom 06.05.2025“, o. J.).

Die Verpflichtung zur Dokumentation bei der Durchführung von Online-Psychotherapie ist ein weiterer zentraler Aspekt des PThG 2024. Therapeut:innen sind verpflichtet, den Grund für die Wahl des digitalen Settings schriftlich festzuhalten. Diese Dokumentation soll darlegen, weshalb eine Therapie auf diesem Weg notwendig war, etwa wegen geografischer Entfernung, gesundheitlicher Einschränkungen oder anderer besonderer Umstände (vgl. „Psychotherapiegesetz - ÖBVP Österreichischer Bundesverband für Psychotherapie“, o. J.).

Die DSGVO stellt den rechtlichen Rahmen für die Verarbeitung personenbezogener Daten in der psychotherapeutischen Praxis dar. Therapeut:innen müssen sicherstellen, dass alle digitalen Kommunikationsmittel, einschließlich Videokonferenz-Tools, den Anforderungen der DSGVO entsprechen. Hierzu zählt unter anderem, dass sichergestellt wird, dass die Daten vertraulich behandelt werden, ihre Integrität gewahrt bleibt und sie jederzeit abrufbar sind. Auch müssen geeignete technische und organisatorische Maßnahmen umgesetzt werden, um die Daten zu schützen (vgl. „Psychotherapiegesetz - ÖBVP Österreichischer Bundesverband für Psychotherapie“, o. J.).

Vor der Online-Therapie müssen die Klient:innen eine Einwilligung geben, die sie über die Art der Datenverarbeitung, die verwendeten Technologien und ihre Rechte gemäß DSGVO informiert. Darüber hinaus haben Klient:innen das Recht, Auskunft über ihre Daten zu erhalten, diese zu berichtigen oder zu löschen und die Verarbeitung ihrer Daten einzuschränken. Ihnen stehen auch die Rechte auf Datenübertragbarkeit und Widerspruch zu (vgl. „Psychotherapiegesetz - ÖBVP Österreichischer Bundesverband für Psychotherapie“, o. J.).

Die psychotherapeutische Arbeit im digitalen Raum muss ebenfalls die gleichen professionellen Qualitätsstandards einhalten wie im Face-to-Face-Setting. Im Besonderen sind drei Aspekte hervorzuheben: die Gestaltung der therapeutischen Beziehung, die Klarheit des Settings und die Wahrung der Schweigepflicht (vgl. Crowe et al., 2023).

Die therapeutische Beziehung im Video-Setting unterscheidet sich zwar in ihrer Form, aber nicht in der Wichtigkeit für die Therapie. Therapeut:innen müssen, um Vertrauen zu schaffen, bewusst auf nonverbale Signale achten, die Kameraposition und den Blickkontakt berücksichtigen sowie Metakommunikation gezielt verwenden. Eine deutliche Begrüßung, Strukturierung und ein sensibler Umgang mit möglichen technischen Störungen helfen dabei, ein sicheres virtuelles Therapiesetting zu schaffen (vgl. Wright et al., 2019).

Außerdem ist es entscheidend, dass der Rahmen transparent gestaltet wird (Settingklarheit). Hierzu gehört das Festlegen fester Zeitpunkte und Kommunikationskanäle, das Bereitstellen von Informationen über technische Abläufe, der Umgang mit Abbrüchen sowie Notfallvereinbarungen. Es sollte Klient:innen erklärt werden, unter welchen Voraussetzungen eine störungsfreie Durchführung möglich ist (z. B. geschützter Raum, stabile Internetverbindung) und welche datenschutzrechtlichen Bestimmungen gelten. Diese Klarheit unterstützt neben der therapeutischen Sicherheit auch die Eigenverantwortung der Klient:innen (vgl. „BPtK – Bundes Psychotherapeutenkammer - Videobehandlung“, 2022)

Ein weiterer wesentlicher Punkt ist die Einhaltung der Schweigepflicht. Diese gilt ohne Einschränkung auch im digitalen Raum (§15 Psychotherapiegesetz 2024). Therapeut:innen müssen sicherstellen, dass Gespräche nicht mitgehört werden können, auch nicht unbeabsichtigt durch Dritte im selben Haushalt. Automatisierte Transkriptionen oder Mitschnitte durch Videodienste sind ebenfalls nicht erlaubt. Die genutzten Plattformen müssen den Anforderungen der DSGVO entsprechen und eine ausreichende Verschlüsselung aufweisen, um Vertraulichkeit und Sicherheit der Daten zu garantieren (vgl. „RIS - Psychotherapiegesetz 2024 - Bundesrecht konsolidiert, Fassung vom 06.05.2025“, o. J.).

4.2 Digitale Tools, Apps und Plattformen für Video-Therapie

Die Integration digitaler Tools und Plattformen in die Online-Therapie eröffnet moderne Interventionswege, es braucht jedoch eine fundierte Bewertung nach Kriterien wie Benutzerfreundlichkeit und Datensicherheit um die therapeutische Qualität und damit auch das Vertrauen der Klient:innen zu wahren (vgl. Giordano et al., 2022).

4.2.1 Videoplattformen im digitalen Setting

Seit Beginn der COVID-19-Pandemie, haben sich videobasierte Kommunikationsplattformen wie Zoom, Microsoft Teams, RED connect, TheraPsy und Therapie.App als zentrale Werkzeuge für Video-Therapie etabliert. Sie ermöglichen die Durchführung synchroner, ortsunabhängiger Therapieeinheiten und schaffen damit neue Zugänge für die psychotherapeutische Versorgung. Dies ist insbesondere für Personen mit eingeschränkter Mobilität, in ländlichen Regionen oder mit begrenzter Zeit von großem Vorteil.

Ergebnisse aus Pilotstudien bestätigen den Nutzen digitaler Tools als valide Ergänzung oder Alternative zum klassischen Face-to-Face Setting. Dennoch berichten viele Therapeut:innen insbesondere in der Anfangsphase von Herausforderungen im Umgang mit diesen Plattformen. Zu den häufig genannten Schwierigkeiten zählen technische Hürden wie instabile Internetverbindungen, Ton-/Bildverzögerungen oder Bedienungsprobleme auf Seiten der Klient:innen (vgl. Békés et al., 2021).

Weiters wird zu Beginn oft die emotionale Verbindung als eingeschränkt empfunden, da nonverbale Signale wie Mimik, Gestik oder Körperhaltung über die Kamera nur reduziert wahrgenommen werden können. Auch Datenschutzbedenken, insbesondere bei multinationalen Plattformen wie Zoom oder Teams, führen zu Zurückhaltung. Studien belegen jedoch, dass diese Anfangsbarrieren mit wachsender Erfahrung, klaren technischen Standards und durchdachter Kommunikation spürbar abnehmen (vgl. Eichenberg et al., 2021)

Die Auswahl einer geeigneten Plattform für die videobasierte Psychotherapie sollte dabei nicht beliebig erfolgen, sondern sich an klaren Kriterien orientieren. Zunächst ist Benutzerfreundlichkeit entscheidend: Eine intuitive, barrierefreie Oberfläche erleichtert nicht nur den Zugang für Klient:innen aller Alters- und Bildungsschichten, sondern reduziert auch Abbrüche oder Frustrationserlebnisse im therapeutischen Prozess. Ebenso zentral ist die Datensicherheit: Plattformen sollten über eine Ende-zu-Ende-Verschlüsselung verfügen, DSGVO-konform sein und keinerlei Daten an Dritte weitergeben.

Besonders im deutschsprachigen Raum sind deshalb Anbieter wie RED connect oder TheraPsy beliebt, die speziell für den Gesundheitsbereich zertifiziert wurden. Ein dritter zentraler Aspekt ist die technische Stabilität. Nur wenn Audio- und Videoqualität durchgehend zuverlässig sind und Unterbrechungen selten auftreten, kann eine vertrauensvolle therapeutische Beziehung entstehen.

4.2.2 Digitale Arbeitsmaterialien

Bei der Video-Therapie ist es oft notwendig interaktive Whiteboards (z. B. über Zoom oder spezialisierte Tools wie Miro), Präsentationen (z. B. Microsoft PowerPoint) sowie kollaborative Arbeitsplattformen (z. B. Google Docs, Canva) einzusetzen. Diese Werkzeuge ermöglichen es Therapeut:innen und Klient:innen, Inhalte gemeinsam zu erstellen, visuell zu strukturieren und in Echtzeit zu bearbeiten. Dies unterstützt nicht nur den Transfer psychotherapeutischer Inhalte, sondern fördert auch die Selbstorganisation (vgl. Chan et al., 2024).

Insbesondere Whiteboards fungieren als digitales Flipchart, auf der Ressourcenlandkarten oder Stimmungsbarometer gemeinsam erarbeitet werden können. So hat eine Studie zur Nutzung von Miro im didaktischen Kontext gezeigt, dass solche Tools die Kommunikations- und Interaktionsprozesse fördern und einen vielfältigen Austausch über verschiedene Medienformen ermöglichen (vgl. Chan et al., 2024).

Präsentationsformate wie Microsoft PowerPoint dienen der Strukturierung und Visualisierung komplexer Inhalte, mit ihnen können psychoedukativer Modelle oder kognitiver Strategien vermittelt werden. Die Verwendung solcher visueller Hilfsmittel kann dazu beitragen, abstrakte Konzepte wie Kognitionsverzerrungen oder Expositionsstrategien zugänglicher zu machen und kognitive Verarbeitung zu unterstützen (vgl. Macrynika et al., 2024).

Daneben bieten Plattformen wie Google Docs oder Canva einen flexiblen Raum für den gemeinsamen Entwurf von Arbeitsblättern, Tagebuchvorlagen oder Visualisierungen. Diese Tools erleichtern es, therapeutische Übungen zwischen Sitzungen zu dokumentieren, selbst aktiv zu gestalten und ermöglichen transparente Kommunikation über Text und Gestaltung. Durch die unmittelbare Verfügbarkeit und Bearbeitbarkeit fördern sie nicht nur Transparenz, sondern auch Selbstwirksamkeit bei Klient:innen (vgl. Macrynika et al., 2024).

Zur Organisation von Aufgaben und Zielen sind Plattformen wie Trello oder Todoist hervorragend geeignet. Durch visuelle Boards, Listen, Fälligkeitstermine und Erinnerungsfunktionen unterstützen sie Klient:innen dabei, Übungen oder Zwischenziele zu strukturieren und dadurch erfolgreicher zu verfolgen. Trello bietet weiters eine agile, visuelle Darstellung von Aufgaben in Karten und Boards. Achtsamkeits- und Entspannungs-Apps wie Insight Timer, Calm oder Headspace können therapeutische Interventionen begleiten, indem sie Klient:innen Zugangsmöglichkeiten zu Entspannungs- und Achtsamkeitsübungen bieten (vgl. Chan et al., 2024).

5 Kriseninterventionen im Online-Setting

Krisensituationen sind eine besondere Herausforderung für die psychotherapeutische Arbeit. In diesen Situationen herrschen eine hohe Anspannung und eine damit einhergehender Fähigkeits- und Handlungsaussetzung der betroffenen Personen. Dadurch entsteht die Notwendigkeit, dass Therapeut:innen rasch handeln. Krisenerkennung, -einschätzung und -bewältigung im klassischen Face-to-Face-Setting sind über viele Jahre etabliert und erprobt worden. Angesichts der zunehmenden Verschiebung der psychotherapeutischen Angebote in den digitalen Raum stellt sich jedoch die Frage, wie Konzepte und Methoden, die sich in der Präsenzsituation bewährt haben, auf die Bedingungen der Online-Therapie übertragen werden können.

Dieses Kapitel behandelt daher das Thema der Kriseninterventionen im Online-Setting und untersucht die Besonderheiten und Anforderungen, die sich aus der Arbeit im digitalen Raum ergeben. Zuerst soll eine Definition der Krisenintervention im Rahmen der Psychotherapie sowie eine Beschreibung verschiedener Arten akuter Krisen gegeben werden. Näher erläutert werden suizidale Krisen, akute Panikattacken und traumatische Krisen. Danach werden die Methoden und Abläufen der Krisenintervention in der Verhaltenstherapie im Präsenz-Setting erklärt, um eine Basis für den Vergleich mit dem Online-Setting zu schaffen.

Auch die besonderen Herausforderungen und Merkmale von Kriseninterventionen im Online-Bereich werden in die Betrachtung einbezogen. Es wird herausgearbeitet, welche Veränderungen die digitale Kommunikation mit sich bringt und welche Strategien, Techniken und Notfallpläne in der Online-Verhaltenstherapie entwickelt wurden, um auch in akuten Situationen handlungsfähig zu bleiben.

5.1 Definition von Kriseninterventionen

Krisenintervention ist eine zeitlich begrenzte, zielgerichtete therapeutische Maßnahme, die darauf abzielt, akute psychische Krisen zu stabilisieren und das kurzfristige Funktionieren des betroffenen Menschen wiederherzustellen (vgl. Reimer et al., 2000).

Eine Krise ist eine meist unerwartete Verschlechterung der psychischen Verfassung und die Unfähigkeit, mit herkömmlichen Bewältigungsstrategien die Situation zu bewältigen. Zu den typischen Merkmale einer Krise zählen: starke emotionale Belastung, Desorientierung, Kontrollverlust und erhöhter Handlungsdruck. (vgl. Reimer et al., 2000).

Eine suizidale Krise ist ein Zustand intensiver psychischer Belastung, in dem Suizid als einzige Möglichkeit zum Ausstieg aus einer als hoffnungslos empfundenen Situation angesehen wird. Gedanken oder Impulse, sich selbst zu schaden oder das Leben zu beenden, resultiert aus einem Gefühl von Hoffnungslosigkeit, innerer Leere und Kontrollverlust (vgl. Wolfersdorf & Etzersdorfer, 2011).

Akute Panikattacken sind plötzliche Phasen intensiver Angst, die in der Regel innerhalb weniger Minuten ihren Höhepunkt erreichen. Sie treten zusammen mit ausgeprägten körperlichen Symptomen wie Herzrasen, Atemnot, Schwindel oder Beklemmung auf und werden von den Betroffenen oft als lebensbedrohlich wahrgenommen. Panikattacken können auftreten, entweder im Rahmen einer Panikstörung oder anderer psychischer Erkrankungen (vgl. American Psychiatric Association, 2022).

Eine traumatische Krise manifestiert sich als psychische Reaktion auf ein überwältigendes, potenziell lebensbedrohliches Ereignis wie etwa einen Unfall, Gewalt oder eine Naturkatastrophe. Diese Krise ist geprägt von intensiven Empfindungen wie Angst, Hilflosigkeit, Desorientierung und dem Gefühl, die Kontrolle zu verlieren. Flashbacks, Dissoziation oder Erstarrung sind Beispiele für akute Belastungsreaktionen, die oft vorkommen (vgl. Foa et al., 2009).

5.2 Kriseninterventionen in der Verhaltenstherapie

In der Verhaltenstherapie werden Kriseninterventionen mit einem strukturierten, transparenten und handlungsorientierten Ansatz durchgeführt. Dies geschieht bei akuter Desorganisation, emotionalem Chaos und wenn eine Gefährdung der psychischen Integrität auftritt. Normalerweise sind diese Interventionen von kurzer Dauer und zielen nicht darauf ab die Persönlichkeit tiefgreifend zu verändern. Vielmehr sollen sie in einer Situation, die die Person als überfordernd empfindet, eine rasch Handlungsfähigkeit, Sicherheit und Orientierung wiederherstellen (vgl. Mazzucchelli, Kanter, & Martell, 2016).

Ein Grundsatz ist, dass auf spekulative Interpretationen oder die Suche nach biografischen Ursachen verzichtet wird. Vielmehr wird die Aufmerksamkeit auf das gegenwärtige Geschehen gerichtet: Was benötigt diese Person in diesem Augenblick, um nicht zusammenzubrechen? Wie kann man in einem begrenzten Zeitrahmen einen funktionalen Zustand erreichen, der die Eigenkontrolle und Selbstregulation zumindest teilweise wieder herstellt (vgl. Wang & Gupta, 2025)?

Es gibt eine Reihe von klar definierten Methoden und Abläufen in der Verhaltenstherapie, die sich seit Jahrzehnten in der Face-to-Face-Therapie bewährt haben. Zu diesen verhaltenstherapeutischen Krisenintervention zählen:

Akutpsychoedukation: Klient:innen bekommen sofort Informationen über typische Reaktionen und Symptome auf Krisen. Hierbei werden kognitive, emotionale und körperliche Symptome normalisiert. Die Krise soll dabei als nachvollziehbare Reaktion auf extreme Belastung entpathologisiert werden (vgl. Teismann & Friedrich, 2020).

Verhaltensanalyse im Ausnahmezustand: Ein individueller Interventionsplan wird erstellt, indem die Dynamik der Krise (z. B. auslösende Ereignisse, innere Bewertungen, dysfunktionale Verhaltensmuster) funktional verstanden wird (vgl. Teismann & Friedrich, 2020).

Sicherheits- und Notfallplanung: Es werden konkrete Maßnahmen zum Schutz vor akuten Gefahren entwickelt. Hierzu wird unter anderem eine Kontaktperson definiert, ein „Notfallzettels“ mit nützlichen Telefonnummern, Maßnahmen sowie stabilisierenden Ressourcen wird erstellt (vgl. Reimer et al., 2000).

Stabilisierende Gesprächsführung: In Krisensituationen ist es wichtig, dass die Therapie einen klaren, direkten und validierenden Ansatz verfolgt. Dies geschieht ohne voreilige Beruhigung, aber mit einer aktiven Emotionalisierungskontrolle. Der/Die Therapeut:in bleibt präsent und verlässlich, wodurch Handlungssicherheit vermittelt wird (vgl. Teismann & Friedrich, 2020).

Ressourcenaktivierung: Die bereits bestehenden persönlichen und sozialen Ressourcen werden aktiviert. Dies geschieht auch wenn sie zeitweise nicht zugänglich erscheinen. In der konkreten Praxis bedeutet das: Wer kann angerufen werden? Was hat früher geholfen? Was gibt (noch) Sinn (vgl. Teismann & Friedrich, 2020)?

Verhaltensaktivierung: Es werden erste kleine, durchführbare Schritte für den Alltag geplant, um der Passivität und dem Kontrollverlust entgegenzuwirken. Der Ansatz orientiert sich an „behavioral activation“ bei depressiven Krisenphänomenen (vgl. Reimer et al., 2000).

Diese verschiedenen Interventionstechniken orientieren sich nicht nur an den Prinzipien der klassischen Verhaltenstherapie (Zielorientierung, Transparenz, Problemlösestrategien), sondern integrieren auch übergreifende Interventionsmethoden, aus der DBT (z.B. Skills-Einsatz) oder ACT (z.B. Achtsamkeitsfokus). Wichtig ist, dass die Intervention schnell, flexibel und klar erfolgt. Dies ist essenziell, wenn psychische Krisen eskalieren und rasche therapeutische Präsenz notwendig ist (vgl. Mazzucchelli et al., 2016).

Im Face-to-Face-Setting kommen zusätzlich nonverbale Informationen die wie Körpersprache und die unmittelbare Wahrnehmung der psychophysiologischen Zustände der Klient:innen zum Tragen. Die unmittelbare Möglichkeit zur Deeskalation, tatsächlich physisch eingreifen zu können, z. B. in suizidnahen Situationen, stellt einen Vorteil dar, der in digitalen Settings vorausschauendere Notfallkonzepte notwendig macht (vgl. Reimer et al., 2000).

5.3 Herausforderungen bei Online-Kriseninterventionen

Eine der zentralen Schwierigkeiten bei Krisen im Online-Setting liegt in der eingeschränkten Wahrnehmung von nonverbalen Signalen. Es ist für die Therapeut:innen wesentlich schwieriger Mimik, Körpersprache, Bewegungsunruhe oder Veränderungen im Affekt im Online-Setting richtig zu erfassen. Hier spielen die technische Qualität des Bildes und die Kameraperspektive eine Rolle. Gerade in Krisensituationen, in denen kleinste Ausdrucksveränderungen Hinweise auf eine Eskalation geben können, stellt dies ein nicht zu unterschätzendes Risiko dar (vgl. Landes et al., 2021).

Eine weitere Schwierigkeit sind unsichere Kontextfaktoren aufseiten der Klient:innen. Die therapeutische Sitzung findet im digitalen Raum statt und nicht unter kontrollierten Bedingungen. So ist oft unklar, ob die betroffene Person allein ist, ob sie sich in einem geschützten Umfeld befindet oder ob Dritte Zugang zur Kommunikation haben. Diese Unsicherheit kann nicht nur die Gestaltung der therapeutischen Beziehung erschweren, sondern kann im Ernstfall, etwa bei akuter Selbstgefährdung, die Einleitung notwendiger Schutzmaßnahmen behindern (vgl. „BPtK – Bundes Psychotherapeutenkammer - Videobehandlung“, 2022).

Ein ebenfalls nicht zu vernachlässigender Aspekt ist die rechtliche und ethische Verantwortung im Online-Setting. Therapeut:innen stehen vor der Herausforderung, wie sie bei akuter Eigen- oder Fremdgefährdung handeln können, wenn sie weder den exakten Aufenthaltsort der Person kennen noch direkten physischen Zugriff vor Ort haben (vgl. Eichenberg, 2021).

Während in der Face-to-Face-Therapie standardisierte Abläufe zur Krisenintervention etabliert sind, fehlen im digitalen Raum häufig verbindliche Protokolle oder Zugriffsmöglichkeiten (vgl. Eichenberg, 2021).

Auch die technischen Rahmenbedingungen spielen eine nicht unerhebliche Rolle, so können instabile Internetverbindungen, Ausfälle von Videokonferenz-Tools oder Störungen im Audiosignal in sensiblen Momenten nicht nur den therapeutischen Prozess unterbrechen, sondern auch das Sicherheitsgefühl der Klient:innen gefährden (vgl. Landes et al., 2021).

Eine der wichtigsten Maßnahmen zur Reduktion der Schwierigkeiten und Herausforderungen ist eine spezifische Fortbildung von Therapeut:innen, die nicht nur technische Kompetenzen vermittelt, sondern auch die Besonderheiten digitaler Beziehungsgestaltung, Risikoeinschätzung und Interventionsstrategien im Online-Raum thematisiert. Studien weisen darauf hin, dass insbesondere die therapeutische Allianz im virtuellen Kontext gezielt aufgebaut und gepflegt werden muss, um im Krisenfall tragfähig zu bleiben (vgl. Andersson et al., 2014)

5.4 Akute Krisenbewältigung in der Online-Verhaltenstherapie

Zu Beginn dieses Kapitels soll festgehalten werden, dass sich viele bewährte Strategien aus der Face-to-Face-Therapie grundsätzlich auch online einsetzen lassen, doch erfordert das virtuelle Setting eine präzise Anpassung in Hinblick auf Kommunikation, Sicherheitsvorkehrungen und methodische Umsetzung. Die zentralen Interventionen werden im folgenden Unterkapitel genauer erläutert.

5.4.1 Strategien und Techniken für Online-Kriseninterventionen

Atem- und Wahrnehmungsfokussierung: In der Online-Sitzung können einfache Atemübungen über den Bildschirm angeleitet werden, um akute Krisenzustände zu regulieren. Dabei werden Klient:innen etwa angeleitet, gezielt Farben im Raum zu benennen oder Körperempfindungen wahrzunehmen, um sich vom inneren Krisenerleben zu distanzieren (vgl. Gerngroß, 2018).

Visuelle Hilfsmittel: Interaktive Whiteboards oder Screensharing-Funktionen ermöglichen die gemeinsame Erstellung von Ressourcenlisten, Tagesstrukturplänen oder auch Emotionskurven. Solche Tools können insbesondere in desorganisierten oder dissoziativen Zuständen helfen, um ein Gefühl von Kontrolle zurückzubekommen (vgl. „BPtK – Bundes Psychotherapeutenkammer - Videobehandlung“, 2022).

Kognitive Kurzinterventionen: Auch im digitalen Raum ist es möglich dysfunktionale Gedankenmuster in akuten Krisensituationen kurzfristig aufzugreifen und zu modifizieren. Dies kann über kurze Sokratische Dialoge passieren oder Kognitionskarten können eingeblendet werden. Beides fördert Distanzierung und Selbstreflexion (vgl. Gerngroß, 2018).

Imaginative Techniken: Übungen wie der „sichere innere Ort“ können auch online angeleitet werden. Sie setzen allerdings eine gewisse Übung oder Vorarbeit voraus und bedürfen sensibler sprachlicher Führung, da das digitale Setting die nonverbale Ko-Regulation einschränkt. Vor allem müssen diese Imaginationsübungen vorab mit den Klient:innen außerhalb einer Krisensituation geübt werden (vgl. Gerngroß, 2018).

Kontakt- und Stabilisierungssignale: In besonders belasteten Situationen können Online-Signale wie eine visuelle Skala, das Heben der Hand über die Kamera oder die Verwendung von Chatnachrichten unterstützend eingesetzt werden, um niedrigschwellige Kommunikation zu ermöglichen. Dies kann hilfreich sein, wenn die Sprache kurzzeitig überfordert oder blockiert ist (vgl. Gerngroß, 2018).

Die Effektivität dieser Maßnahmen im digitalen Setting hängt nicht nur von ihrer inhaltlichen Ausgestaltung ab, sondern maßgeblich von der therapeutischen Beziehung. Studien belegen, dass Empathie, Präsenz und Klarheit auch über Video möglich sind, allerdings erfordern sie bewusste Steuerung durch Sprachtempo, Blickkontakt mit der Kamera und aktives Spiegeln (vgl. Eichenberg et al., 2021).

5.4.2 Notfallpläne im Online-Setting

Ein zentrales Instrument zur Vorbereitung auf akute Krisen im digitalen Setting ist die Entwicklung eines Notfallplans, dieser muss spezifisch auf das Online-Setting zugeschnitten sein. Anders als in der Face-to-Face-Therapie, wo es möglich ist, direkt Interventionen zu setzen, muss im digitalen Raum proaktiv vorgesorgt werden, um im Ernstfall handlungsfähig zu bleiben. Dieser sollte folgende Elemente beinhalten.

Aktueller Aufenthaltsort sowie Erreichbarkeit: Zu Beginn jeder Online-Therapiesitzung sollte aktiv erfragt werden, wo sich Klient:innen gerade befinden und wie sie im Notfall erreichbar sind. Diese Information wird dann temporär dokumentiert und am Ende der Sitzung wieder gelöscht, sofern keine akute Gefährdung während der Sitzung vorlag (vgl. „BPtK – Bundes Psychotherapeutenkammer - Videobehandlung“, 2022).

Benennung eines Notfallkontaktes: Klient:innen werden gebeten, eine Bezugsperson zu benennen, die in kritischen Situationen kontaktiert werden darf. Dies geschieht idealerweise mit einer schriftlichen Einverständniserklärung. Diese Person dient als vermittelnde Instanz im Krisenfall. Es muss auch vorab geklärt werden, ob diese Person dies überhaupt wünscht und damit einverstanden ist im Krisenfall kontaktiert zu werden (vgl. „BPtK – Bundes Psychotherapeutenkammer - Videobehandlung“, 2022).

Individuelle Warnzeichen und Handlungsstrategien: Gemeinsam werden typische Frühwarnsymptome identifiziert (z.B. Schlafentzug, Rückzug, Impulsivität) und konkrete Handlungsschritte definiert. Diese können im Falle einer Eskalation aktiviert werden. Dazu zählen etwa das Aufsuchen einer sicheren Umgebung, eine Atemübung oder der Griff zum Telefon (vgl. „BPtK – Bundes Psychotherapeutenkammer - Videobehandlung“, 2022).

Externe Hilfssysteme: Eine Liste mit regionalen Krisendiensten, psychiatrischen Notaufnahmen und Online-Beratungsstellen wird vorbereitet und an die Klient:innen übermittelt. Diese Liste sollte auch unbedingt Notfallnummern enthalten, die direkt ohne Wartezeit von Klient:innen erreichbar sind (z.B. Telefonseelsorge, psychiatrische Bereitschaftsdienste...) (vgl. Teismann & Friedrich, 2020).

Kommunikationsprotokoll für Notfälle: Es wird vereinbart wie kommuniziert wird, wenn die Verbindung während einer Krise abbricht (z.B. Rückruf, SMS, alternative App). Auch hier gelten natürlich datenschutzrechtliche Abwägungen, die transparent thematisiert werden müssen (vgl. Teismann & Friedrich, 2020).

Der Notfallplan wird idealerweise zu Beginn der Online-Therapie erarbeitet und regelmäßig aktualisiert. Seine Existenz dient nicht nur der Sicherheit, sondern auch der psychischen Entlastung der Klient:innen. Es reicht oft schon allein das Wissen um eine strukturierte Handlungsstrategie, um in Krisen präventiv stabilisierend zu wirken. Indem potenziell eskalierende Situationen bereits im Vorfeld antizipiert und konkrete Schritte zur Selbstregulation oder Kontaktaufnahme definiert werden, entsteht ein Gefühl von Kompetenz und Kontrolle, das dem Erleben von Hilflosigkeit aktiv entgegenwirkt (vgl. Teismann & Friedrich, 2020).

Für Therapeut:innen wiederum ermöglicht der Notfallplan eine strukturierte Einschätzung der Risikolage und dient als ethisch wie juristisch absichernde Grundlage für Kriseninterventionen im digitalen Raum. In Kombination mit regelmäßigen Belastungseinschätzungen schafft der Plan ein belastbares Sicherheitsnetz, das den therapeutischen Prozess auch in instabilen Phasen aufrechterhalten kann (vgl. „BPtK – Bundes Psychotherapeutenkammer - Videobehandlung“, 2022).

6 Qualitative Forschung zur Online-Verhaltenstherapie

Im empirischen Abschnitt dieser Magisterarbeit sollen die praktischen Erfahrungen, professionellen Einschätzungen und angewandten Strategien von Verhaltenstherapeut:innen in der Video-Therapie betrachtet werden. Der Fokus liegt dabei sehr stark auf drei zentralen Aspekten. (1) die Auswahl und Implementierung verhaltenstherapeutischer Methoden im Online-Setting, (2) die Gestaltung der therapeutischen Beziehung im digitalen Raum sowie (3) der Umgang mit akuten Krisen während einer Video-Therapie. Diese Schwerpunkte sind besonders bedeutsam, da sie im Gegensatz zur gut dokumentierten Wirksamkeit von internetbasierten Interventionen bislang weniger in qualitativen Studien untersucht wurden.

6.1 Beschreibung des qualitativen Forschungsansatzes

In der Untersuchung dieser Magisterarbeit geht es nicht um die quantitative Messung von Therapieeffekten bei psychischen Störungen. Es geht um die qualitative Exploration individueller Perspektiven von erfahrenen Verhaltenstherapeut:innen mit praktischer Erfahrung in Online- und Face-to-Face-Therapie. Bei diesem Zugang ist es das Ziel, dass das Wissen, die impliziten Erfahrungen und die subjektiven Einschätzungen sichtbar gemacht werden. Diese spielen im Berufsalltag eine Rolle, aber werden in standardisierten Erhebungsinstrumenten oft nicht berücksichtigt. Solche praktischen Einsichten sind besonders wertvoll, wenn es darum geht, die Anforderungen an die psychotherapeutische Praxis im digitalen Wandel besser zu verstehen. Weiteres ergeben sich daraus Implikationen für Ausbildung, Methodenanpassung und Versorgungssicherheit.

Diese Untersuchung basiert methodisch auf einem qualitativ-explorativen Forschungsdesign, das durch Offenheit und Kontextbezug gekennzeichnet ist. Dieses Design ist besonders geeignet, wenn es sich, wie im vorliegenden Fall, um ein noch wenig systematisch untersuchtes Praxisfeld handelt. Hier geht es nicht nur darum, bekannte Hypothesen zu testen, sondern auch neue Phänomene, Zusammenhänge und Bedeutungsstrukturen zu entdecken. (vgl. Lamnek & Krell, 2016).

Durch qualitative Forschung können die Komplexität professioneller Praxis, die persönlichen Deutungsmuster von Expert:innen und die sich dynamisch verändernden Anforderungen an therapeutische Interventionen im Online-Kontext sichtbar gemacht werden. Gerade bei einer sich rasch entwickelnden Thematik wie der Digitalisierung psychotherapeutischer Leistungen ist dieser Zugang besonders wertvoll, da er praxisnahe Einblicke schafft, ohne die Komplexität der realen Anwendungssituationen zu reduzieren (vgl. Lamnek & Krell, 2016).

6.2 Halbstrukturiertes Expert:inneninterview

Zur Erhebung der empirischen Daten wurde die Methode des halbstrukturierten Expert:inneninterviews angewandt. Diese Interviewform ist ein etablierter Zugang in der qualitativen Sozialforschung, um kontextspezifisches Wissen von Personen mit besonderer fachlicher Expertise zu gewinnen. Die Wahl fiel bewusst auf das halbstrukturierte Interview, da es eine methodische Balance zwischen inhaltlicher Steuerung und offener Exploration ermöglicht. Einerseits sorgt ein vorab entwickelter Leitfaden dafür, dass alle für die Forschungsfrage relevanten Themen systematisch angesprochen werden, auf der anderen Seite bietet die offene Formulierung der Fragen die Möglichkeit, flexibel auf die persönlichen Erfahrungen und Perspektiven der Interviewten einzugehen (vgl. Flick, 2025).

Diese Art der Gesprächsführung eignet sich besonders für die Untersuchung komplexer Praxisphänomene, bei denen keine standardisierten Antwortmuster zu erwarten sind. Der Interviewleitfaden orientierte sich an den zentralen Aspekten der Forschungsfrage (Methodenwahl in der Online-Therapie, Beziehungsgestaltung, Umgang mit Krisen) und wurde zugleich so offen gestaltet, dass neue Themenfelder oder abweichende Erfahrungen aufgegriffen und vertieft werden konnten. Dieses Vorgehen folgt dem Prinzip der theoretischen Offenheit in der qualitativen Forschung, das es ermöglicht, über bestehende Konzepte hinauszugehen und das Datenmaterial emergent zu betrachten (vgl. Lamnek & Krell, 2016).

Das gewählte Expert:inneninterview stellt eine spezielle Form des qualitativen Interviews dar, bei der das Ziel nicht primär darin besteht, persönliche oder biografische Aspekte zu erfassen, sondern auf das spezifische Wissen von Expert:innen in einem bestimmten Themenbereich zuzugreifen. Die Interviewten sind in diesem Fall eingetragene Verhaltenstherapeut:innen, die praktische Erfahrung mit Video-Therapie haben.

Laut Gläser & Laudel (2010) zeichnen sich Expert:innen dadurch aus, dass sie durch ihren beruflichen Zugang zur Praxis über exklusives Wissen verfügen, das für außenstehende Beobachtungen nicht zugänglich ist. Zum Beispiel über implizite Routinen, institutionelle Abläufe oder situative Handlungsstrategien. Das Expert:innenwissen in dieser Studie zielt vor allem auf die Bewertung von Chancen, Grenzen und methodischen Anpassungen der Online-Verhaltenstherapie ab, insbesondere bei akuten Kriseninterventionen.

Durch die Kombination eines strukturierten Leitfadens mit der Offenheit qualitativer Exploration lassen sich sowohl vergleichbare Daten über alle Interviews hinweg generieren als auch individuelle Besonderheiten und neue Perspektiven sichtbar machen, die in standardisierten Verfahren möglicherweise unberücksichtigt blieben. Aufgrund dieser Eigenschaft ist das halbstrukturierte Expert:inneninterview eine methodisch besonders geeignete Erhebungsform für die Zielsetzung dieser Magisterarbeit.

6.2.1 Kriterien für die Expert:innen-Auswahl

Für die Durchführung der qualitativen Untersuchung wurden gezielt Verhaltenstherapeut:innen als Expert:innen ausgewählt, die über fundierte Praxiserfahrung sowohl in der Face-to-Face-Therapie als auch in der Online-Therapie verfügen. Die Festlegung zielte darauf ab, ein differenziertes und praxisnahes Bild von der Anwendung verhaltenstherapeutischer Methoden im digitalen Raum zu erhalten. Mit dem Fokus auf methodische Anpassungen, Herausforderungen bei der Beziehungsgestaltung und Kriseninterventionsstrategien in der Video-Therapie.

Als zentrales Kriterium galt zunächst die Ausbildung und Praxis in der Fachrichtung Verhaltenstherapie, da sich die gesamte Magisterarbeit auf diese psychotherapeutische Schule konzentriert. Daher haben alle Interviewpartner:innen eine verhaltenstherapeutische Ausbildung abgeschlossen, die den gesetzlichen Vorgaben des österreichischen Psychotherapiegesetzes (BGBl. Nr. 49/2024) entspricht, und sie arbeiten als eingetragene Psychotherapeut:innen. Dadurch wird sichergestellt, dass die Äußerungen und Bewertungen der Befragten auf soliden theoretischen Kenntnissen und praktischen Erfahrungen mit verhaltenstherapeutischen Techniken basieren.

Ein zweites wichtiges Auswahlkriterium war die praktische Arbeit in beiden Settings: der klassischen Face-to-Face-Therapie sowie der Online-Therapie, vor allem der Video-Therapie. Nur mit diesem direkten Vergleich aus praktischer Erfahrung können Unterschiede, Herausforderungen und Anpassungen sinnvoll reflektiert werden. Außerdem gewährleistet diese Doppelqualifikation, dass die Befragten nicht nur Befürworter:innen oder Kritiker:innen einer bestimmten Form sind, sondern auch fundierte Vergleiche und differenzierte Einschätzungen abgeben können.

Insgesamt konnten zwei Expert:innen für ein halbstrukturiertes Interview gewonnen werden. Diese Personen wurden zum einen über persönliche Kontakte an der Sigmund Freud PrivatUniversität Wien rekrutiert, insbesondere Lehrtherapeut:innen mit Erfahrung im Online-Setting. Zum anderen durch gezielte Anfragen an freipraktizierende Verhaltenstherapeut:innen, die aktiv in der Online-Therapie arbeiten.

Die Rekrutierung geeigneter Interviewpartner:innen gestaltete sich als äußerst anspruchsvoll. Insgesamt wurden 34 Verhaltenstherapeut:innen per E-Mail oder telefonisch kontaktiert. Trotz dieses umfassenden Bemühens erklärten sich lediglich zwei Expert:innen zur Teilnahme bereit. Die übrigen kontaktierten Personen lehnten mit dem Hinweis auf fehlende spezifische Expertise im Bereich der Online-Verhaltenstherapie oder auf die mangelnde Möglichkeit, belastbare wissenschaftlich fundierte Aussagen zu treffen, ab.

6.2.2 Aufbau des Interviewleitfadens

Der Interviewleitfaden, der für diese Masterarbeit entwickelt wurde, hat, wie schon erwähnt, einen halbstrukturierten Aufbau. Der Leitfaden wurde unter Berücksichtigung der Forschungsfrage, des theoretischen Rahmens und der relevanten Literatur zur Verhaltenstherapie im Online-Setting entwickelt. Hierbei wurden die inhaltliche Tiefe und Flexibilität der Gesprächsführung, wie sie für explorative qualitative Interviews empfohlen wird, besonders berücksichtigt (vgl. Gläser & Laudel, 2010).

Der Leitfaden gliedert sich in sechs Hauptbereiche:

1. **Einleitung & Warm-up:** Ziel dieses Abschnitts ist es, eine offene Gesprächsatmosphäre zu schaffen und erste Informationen zum beruflichen Hintergrund sowie zur Erfahrung mit Online-Verhaltenstherapie der Interviewten zu erfassen. Dies dient gleichzeitig der Kontextualisierung der späteren Aussagen.
2. **Verhaltenstherapeutische Methoden und Interventionen im Online-Setting:** Hier werden Fragen zur praktischen Umsetzung verhaltenstherapeutischer Techniken im Video-Setting gestellt. Thematisiert werden sowohl geeignete als auch ungeeignete Methoden, digitale Anpassungen sowie der Einsatz unterstützender Tools (z. B. Whiteboards, Apps, Bildschirmfreigabe).
3. **Therapeutischer Prozess und Beziehung im Online-Setting:** In diesem Abschnitt steht die therapeutische Allianz im Mittelpunkt. Die Fragen beziehen sich auf den Aufbau von Vertrauen, den Umgang mit nonverbalen Signalen sowie auf mögliche Beeinträchtigungen durch technische Störungen.
4. **Kriseninterventionen im Online-Setting:** Dieser Block behandelt den professionellen Umgang mit akuten Krisen im digitalen Raum. Im Fokus stehen eingesetzte Strategien, Notfallpläne, rechtliche und organisatorische Rahmenbedingungen sowie Unterschiede zur Face-to-Face-Therapie.

5. **Reflexion und Zukunftsperspektiven:** Die Interviewten haben hier die Möglichkeit, ihre Einschätzungen zur Weiterentwicklung der Online-Verhaltenstherapie, ihren Nutzen sowie wahrgenommene Grenzen zu äußern.
6. **Abschluss:** Zum Ende des Interviews erfolgt ein offenes Nachfragen, ob weitere relevante Punkte genannt werden möchten. Zusätzlich wird um Zustimmung für mögliche Rückfragen gebeten.

Die Interviews wurden per Videokonferenz durchgeführt, da dies nicht nur dem Forschungsthema entspricht, sondern auch den Interviewten die Teilnahme unabhängig vom Standort ermöglicht. Die beiden Interviews dauerten zwischen 40 und 60 Minuten. Zu Beginn wurde die Befragten über Ziel, Ablauf, Datenschutz und Freiwilligkeit informiert. Zudem wurden alle Teilnehmer:innen über ihre Rechte hinsichtlich Anonymisierung, Vertraulichkeit und Datenverarbeitung gemäß DSGVO informiert.

6.3 Strukturierende Inhaltsanalyse nach Mayring

In dieser Magisterarbeit wurde die strukturierende Inhaltsanalyse nach Philipp Mayring als methodisches Verfahren zur systematischen Analyse der gesammelten Interviewdaten ausgewählt. Um theoriegeleitete, inhaltlich fokussierte Erkenntnisse aus den gesammelten Daten zu gewinnen. Diese Erkenntnisse können spezifisch auf die zuvor formulierte Forschungsfrage und den Aufbau der Interviews mit Leitfaden angewendet werden. Die strukturierende Inhaltsanalyse ist ein methodischer Ansatz, der besonders für Studien geeignet ist, die das Material nicht nur offen untersuchen, sondern auch gezielt inhaltlich relevante Aspekte im Zusammenhang mit einem bestehenden theoretischen Modell extrahieren.

Im Unterschied zur rein induktiven Kategorienbildung, wie sie etwa bei der zusammenfassenden Inhaltsanalyse im Mittelpunkt steht, verbindet die strukturierende Inhaltsanalyse ein deduktives Vorgehen (aus der Theorie bzw. den Leitfragen abgeleitet) mit der Offenheit für induktive Ergänzungen aus dem Material. So entsteht ein Analyseprozess, der flexibel, methodisch kontrolliert und theoriegeleitet ist und in der Lage ist, neue Phänomene aus dem Datenmaterial zu erfassen. Die Interviews werden dabei systematisch nach inhaltlich relevanten Textstellen durchsucht, die den im Voraus festgelegten Kategorien zugeordnet werden können. Daraufhin werden diese Passagen extrahiert und vergleichend untersucht. Sie werden dann hinsichtlich der Forschungsfrage gedeutet (vgl. Mayring, 2008 S. 40-55).

Insbesondere in einem Forschungsfeld wie der Online-Verhaltenstherapie ist die strukturierende Inhaltsanalyse ein passendes methodisches Rahmenwerk: Sie gestattet eine systematische Analyse der einzelnen Sichtweisen erfahrener Therapeut:innen, ohne den empirischen Ablauf durch vorgegebene Theoriemuster stark zu beschränken (vgl. Mayring & Fenzl, 2019).

Weil sie sowohl erprobte Konzepte (wie Beziehungsgestaltung und therapeutische Methoden) als auch neue Herausforderungen (wie digitale Tools und Veränderungen des Settings) beinhaltet. Folglich ist ein kontrollierter Einsatz durch diese Methode wesentlich für die Transparenz sowie Replizierbarkeit. Die inhaltliche Tiefe bei der qualitativen Untersuchung wird dadurch auch mit gewährleistet (vgl. Mayring & Fenzl, 2019).

6.3.1 Induktive und Deduktive Kategorienbildung

Ein zentrales Element bei der strukturierenden Inhaltsanalyse nach Mayring ist ein Kategoriensystem zu entwickeln, das die inhaltliche Strukturierung des zu analysierenden Materials unterstützt. Mithilfe von diesem Kategoriensystem, kann das Textmaterial (in diesem Fall: transkribierte Expert:inneninterviews) systematisch untersucht sowie auch ausgewertet werden. Die Kategorien dienen auch zur Reduktion und zur Ordnung von komplexen qualitativen Daten. Sie fassen relevante Aussagen zu thematischen Schwerpunkten zusammen und gestalten diese vergleichbar. Die Kategorienbildung kann auf zwei verschiedenen Wegen erfolgen: deduktiv oder induktiv (vgl. Mayring, 2008 S. 82-90).

Bei der deduktiven Kategorienbildung werden die Haupt- und Subkategorien vorab aus den bestehenden theoretischen Konzepten oder den Interviewleitfragen hergeleitet. Dieser Ansatz ist besonders sinnvoll, wenn bereits fundiertes Vorwissen zum Untersuchungsgegenstand vorliegt oder konkrete Hypothesen bzw. Zielaspekte analysiert werden sollen (vgl. Mayring & Fenzl, 2019).

Die induktive Kategorienbildung ergibt sich direkt aus dem Material. Kategorien werden dabei im Zuge der Durcharbeitung der Transkripte auf Basis wiederkehrender oder besonders relevanter Textstellen generiert. Diese Verfahrensweise räumt die Chance ein, neue, bislang theoretisch nicht erwartete Themen zu finden (vgl. Kuckartz, 2018).

Im Rahmen dieser Masterarbeit wurde ein deduktiv-induktives Verfahren kombiniert angewendet, dieses eignet sich besonders gut für explorativ-theoriebasierte Studien. Ein vorläufiges Kategoriensystem wird deduktiv in einem ersten Schritt entwickelt, wobei es sich an den Hauptthemen des Interviewleitfaden orientierte. Zu diesen zentralen Themenbereichen zählen, wie bereits zu Beginn dieses Kapitels erörtert, unter anderem: (1) der Auswahl und Umsetzung verhaltenstherapeutischer Methoden im Online-Setting, (2) der Gestaltung der therapeutischen Beziehung im digitalen Raum sowie (3) dem Umgang mit akuten Krisen im Rahmen von Video-Therapie.

Dieses initiale Kategoriensystem dient als Gerüst zur Analyse für den ersten Materialdurchgang. Während der Codierung wird bewusst darauf geachtet, ob neue Aspekte vorhanden sind. Es wird ebenfalls beachtet, ob sich aus den Aussagen von den Interviewten thematische Differenzierungen ergeben, welche in dem Ausgangssystem nicht enthalten waren. Induktiv werden derartige neu auftretende inhaltliche Schwerpunkte ergänzt, wobei jene neuen Kategorien anschließend in das bestehende System integriert sowie möglichst nah an dem Material formuliert werden. Damit werden sowohl im Material auftauchende als auch theoretisch vorher festgelegte Inhalte beachtet, was nach Mayring als integrativer Teil der qualitativen Inhaltsanalyse empfohlen wird (vgl. Mayring, 2008 S. 40–45; 82–100).

Durch diese iterative Verknüpfung von Theorie und Empirie kann eine strukturierte, aber zugleich flexible Analyse. Diese wird sowohl der Komplexität qualitativer Daten gerecht als auch den Anforderungen wissenschaftlicher Nachvollziehbarkeit. Gleichzeitig unterstützt sie eine theoriebasierte Beantwortung der Forschungsfrage und lässt Raum für neue Sichtweisen der befragten Expert:innen.

6.3.2 Deduktive Kategorien auf Basis des Interviewleitfadens

Hauptkategorie	Definition	Ankerbeispiel	Kodier-Regel
VT-Methoden im Online-Setting <u>Subkategorie</u> Geeignete Interventionen	Verhaltenstherapeutische Methoden, die sich gut in der Video-Therapie einsetzen lassen.	"Ich nutze häufig kognitive Umstrukturierung, weil sich das gut mit Bildschirmfreigabe umsetzen lässt."	Alle Aussagen zu Methoden, die explizit als geeignet für Video-Therapie benannt werden.
VT-Methoden im Online-Setting <u>Subkategorie</u> Ungeeignete Interventionen	Verfahren, die sich nach Meinung der Interviewten schwer im digitalen Raum anwenden lassen.	"Expositionsverfahren sind online schwieriger umzusetzen, da ich nicht immer direkt begleiten kann."	Aussagen über Hindernisse oder Einschränkungen digitaler Umsetzung bestimmter VT-Interventionen.
Therapeutische Beziehung <u>Subkategorie</u> Vertrauensaufbau	Aspekte des Aufbaus und der Aufrechterhaltung einer therapeutischen Allianz im Video-Setting.	"Es dauert manchmal länger, bis wirkliches Vertrauen entsteht, gerade ohne persönlichen Kontakt."	Alle Aussagen zur Beziehungsgestaltung, speziell über Vertrauen und Allianz im Online-Kontakt.
Krisenintervention <u>Subkategorie</u> Strategien bei akuten Krisen	Verwendete Techniken zur Bewältigung von akuten Krisensituationen im Online-Kontext.	"Bei Suizidgedanken bespreche ich vorher einen klaren Notfallplan mit meinen Klient:innen."	Alle konkreten Handlungsstrategien bei akuten Krisen im Online-Setting.
Krisenintervention <u>Subkategorie</u> Sicherheitsvorkehrungen	Organisatorische und technische Maßnahmen zur Absicherung bei Krisen.	"Ich lasse mir im Erstgespräch eine Notfallkontaktperson nennen, falls es zu einer Krise kommt."	Alle Aussagen zu vorbereitenden oder präventiven Maßnahmen für Krisenfälle.
Digitale Tools <u>Subkategorie</u> Hilfreiche Tools	Digitale Werkzeuge, die laut Interviewten die Online-Therapie unterstützen.	"Ich nutze oft geteilte Google Docs für Hausaufgaben oder Protokolle."	Alle Aussagen zu Tools, Apps oder Plattformen, die hilfreich oder unterstützend erlebt werden.

Tabelle 4: Deduktive Kategorisierung

Quelle: eigene Darstellung

6.3.3 Induktive Kategorien auf Basis der Interviews

Im Verlauf der durchgeführten Interviews entstanden neben den im Voraus festgelegten deduktiven Kategorien auch induktive Kategorien, die unmittelbar aus dem gesammelten Datenmaterial hervorgingen. Die Entstehung dieser Kategorien fand nicht im Vorfeld statt, sondern sie entwickelten sich während der Interviews und im nachfolgenden Analyseprozess als Reaktion auf inhaltlich neue Aspekte, die von den Expert:innen angesprochen wurden.

Hauptkategorie	Definition	Ankerbeispiel	Kodier-Regel
Rollenanpassung <u>Subkategorie</u> Besondere Aufgaben der Therapeut:innen	Besondere Anforderungen, Anpassungen und Rollen der Therapeut:innen im Rahmen von Online-Therapie	„Man muss sich im Online-Setting stärker strukturieren und sehr bewusst die Führung übernehmen.“	Alle Aussagen die auf die besonderen Aufgaben und Rollen des Therapeuten im Online-Setting hinweisen
Digitalisierung als neuer Kontext <u>Subkategorie</u> KI und Avatare	Nutzung von Künstlicher Intelligenz (KI) und Avataren durch Klient:innen zur Unterstützung zwischen den Sitzungen oder als Ersatz für soziale Kontakte.	„Klient:innen nutzen KI-gestützte Systeme, um bei Zwangsgedanken zwischen den Sitzungen Unterstützung zu bekommen, manche bauen sogar Beziehungen zu Avataren auf.“	Alle Aussagen, die den Einsatz von KI oder Avataren als Hilfsmittel, Unterstützungsersatz oder Beziehungsersatz im therapeutischen Kontext thematisieren, werden dieser Subkategorie zugeordnet.
Digitalisierung als neuer Kontext <u>Subkategorie</u> Konsequenzen der Digitalisierung	Aussagen zu den langfristigen Konsequenzen der Digitalisierung auf psychische Gesundheit und Therapie.	„Menschen bauen immer häufiger intensive Beziehungen zu digitalen Welten auf, was zu Isolation führen kann und später wieder in die klassische Therapie zurückkommt.“	Alle Aussagen, die die Auswirkungen der Digitalisierung auf das Verhalten und die psychische Gesundheit beschreiben oder auf entstehende neue Problemfelder durch digitale Lebenswelten hinweisen.

6.4 Methodische Herangehensweise

Die Audioaufnahmen wurden als erstes bei der Auswertung nach den halbstrukturierten Expert:inneninterviews transkribiert. Es wurde die Regelstruktur der einfachen Transkription nach Kuckartz (2018) verwendet. Diese Transkriptionsart eignet sich besonders für inhaltsanalytische Zwecke, da sie eine inhaltlich-thematische Rekonstruktion der Aussagen anstrebt und nichtsprachliche Merkmale wie Betonung, Sprechtempo oder Pausen weitgehend ignoriert. Hier wird bewusst nur auf die Bedeutung der Aussagen geachtet, nicht auf die Sprache oder das Gesprächsverhalten (vgl. Kuckartz, 2018).

Die Transkription erfolgt wortgetreu, aber geglättet: Dialektausdrücke werden durch hochdeutsche Entsprechungen ersetzt, Füllwörter (z. B. „äh“, „hm“) und Satzabbrüche werden nur dann erfasst, wenn sie für das Verständnis oder die Analyse relevant sind. Lachen, längere Pausen oder Nebengeräusche werden nicht erfasst, da sie für diese strukturierten Inhaltsanalyse nicht von Bedeutung sind. Diese Methode sorgt dafür, dass der Text gut geordnet und einfach für die Analyse genutzt werden kann.

Im nächsten Schritt erfolgt eine mehrstufige Analyse des Materials anhand der entwickelten Kategorienstruktur. Jedes Interview wird systematisch durchgearbeitet, wobei alle relevanten Textstellen in eine passende Kategorie eingeordnet werden, dieser Vorgang wird als Kodierung bezeichnet. Die Kodierung erfolgt deduktiv auf Basis des vorab erstellten Kategoriensystems. Tauchen im Material neue Themen auf, erfolgt diese auch induktiv. Durch die flexible Bearbeitung des Textes können wichtige Themen gezielt untersucht und auch neue, unerwartete Inhalte entdeckt werden (vgl. Mayring, 2008 S. 82-95).

Es wird eine inhaltlich präzise, theoretisch fundierte und trennscharfe Kategorisierung angestrebt. Hierfür werden die Kategorien operational definiert: Jede Haupt- und Subkategorie bekommt eine Definition, eine Kodier-Regel, sowie ein typisches Beispiel (vgl. Mayring & Fenzl, 2019).

In dieser Arbeit wird zur Unterstützung und Systematisierung der qualitativen Inhaltsanalyse die etablierte Software ATLAS.ti für die computergestützte qualitative Datenanalyse (CAQDAS) verwendet. Bei vielen Interview-Transkripten und vielen zu vergleichenden Textstellen ist es sinnvoll, digitale Analyseprogramme zu nutzen. ATLAS.ti ermöglicht die effiziente Verwaltung qualitativer Kategorien, das Speichern kodierter Textsegmente, das Hinzufügen von Memos und die inhaltliche Verknüpfung dieser Segmente. Außerdem erleichtert die Software eine transparente Dokumentation der getroffenen Codierungsentscheidungen. Dadurch wird eine lückenlose Rückverfolgbarkeit aller analytischen Schritte möglich, was methodologisch gesehen ein bedeutendes Kriterium ist. (vgl. Kuckartz, 2018).

Während der Kodierung wird für jede Hauptkategorie ein Satz erstellt. Die Strukturierung orientierte sich an der Leitfadenstruktur und den im Material ermittelten inhaltlichen Themen. Die Hauptkategorien basierten auf wesentlichen Forschungsaspekten, wie etwa den verwendeten Interventionen, dem Umgang mit Krisen im Online-Kontext, der Gestaltung der therapeutischen Beziehung oder den Herausforderungen im digitalen Raum. Um sicherzustellen, dass die Anwendung über das gesamte Material konsistent und trennscharf ist, werden die einzelnen Subkategorien operational definiert.

Die strukturierende Inhaltsanalyse soll wichtige Themen und Aussagen aus vielen Daten übersichtlich zusammenfassen. Das Interviewmaterial wird durch die systematische Einordnung einzelner Textstellen in thematische Kategorien in eine vergleichbare Form gebracht. (vgl. Mayring & Fenzl, 2019).

7 Ergebnisse: Darstellung und Interpretation

Im Folgenden werden die wesentlichen Ergebnisse der leitfadengestützte Expert:inneninterviews entlang der sieben Hauptkategorien dargestellt und interpretiert. Die Aussagen der Expert:innen wurden dabei unter Berücksichtigung des inhaltlichen Kontexts, ihrer langjährigen praktischen Erfahrung sowie der thematischen Fokussierung der Masterarbeit analysiert.

7.1 VT-Methoden im Online-Setting

Die qualitative Auswertung zeigt, dass verhaltenstherapeutische Methoden grundsätzlich auch im digitalen Raum anwendbar sind, allerdings nur mit Anpassungen, welche abhängig von methodischer Tiefe und Therapieziel sind. Damit liefert dieses Kapitel zentrale Antworten auf die Forschungsfrage: „Welche Anpassungen gilt es bei spezifischen Methoden der Verhaltenstherapie im Online-Setting im Vergleich zu Face-to-Face-Therapie zu beachten?“

Die befragten Expert:innen betonen, dass manualisierte Verfahren wie die kognitive Verhaltenstherapie (KVT) online besonders gut umsetzbar sind. Die methodische Struktur, die kognitive Fokussierung und der sprachliche Zugang begünstigen die digitale Übertragung dieser Verfahren (vgl. *Expert:inneninterview 1*, 2025).

Gleichzeitig machen die Interviews deutlich, dass emotional tiefgreifende Methoden wie etwa Reparenting, Imagery Rescripting oder Konfrontationen bei Traumatisierung an klare Grenzen stoßen. „*Man kann online nicht so gut emotional arbeiten. [...] Es geht schon, aber man bleibt mehr an der Oberfläche*“ (*Expert:inneninterview 1*, 2025, Z 122-124).

Der Mangel an körperlicher Präsenz und die reduzierte nonverbale Kommunikation erschweren es, affektive Prozesse zu vertiefen oder stabilisierend einzugreifen. Besonders etwa bei Dissoziationen, Krisen oder regressiven Zuständen (vgl. *Expert:inneninterview 2*, 2025).

Deutlich wird zudem, dass Methoden, bei denen „Therapeut:innen als Mensch unmittelbar präsent sein müssen“, im digitalen Raum nicht ohne Verluste durchführbar sind. Dazu zählen insbesondere Spiegelkonfrontationen, Stuhlarbeit oder intensive emotionale Prozessarbeit bei Klient:innen mit komplexen Störungsbildern (vgl. Andersson et al., 2014).

Eine Person, der seit über zwei Jahrzehnten mit Online-Therapie arbeitet, berichtet. „2002 [...] haben wir begonnen mit progressiver Muskelentspannung“, berichtet er, „und das hat genauso gut funktioniert“ (Expert:inneninterview 2, 2025, Z 81-83).

Auch Methoden wie Hypnose oder achtsamkeitsbasierte Verfahren ließen sich seiner Erfahrung nach digital gut anleiten. Der entscheidende Faktor sei die Erfahrung mit dem Medium, nicht primär die Methode selbst: „Man muss wissen, was man online machen kann. Und was nicht“ (Expert:inneninterview 2, 2025, Z 94-95).

Im Vergleich der Expert:inneninterviews wird deutlich, dass kognitiv orientierte Interventionen, wie Psychoedukation, Kognitionsprotokolle, Expositionshierarchien oder Tagebucharbeiten sich weitgehend verlustfrei ins Online-Setting übertragen lassen. Schwieriger gestalten sich jedoch Interventionen, die auf körperliche Nähe oder intensive emotionale Resonanz angewiesen sind (vgl. Expert:inneninterview 1, 2025).

Besonders kritisch äußern sich die Expert:innen über die Adaption schematherapeutischer Interventionen im Online-Setting da hier sehr rasch dissoziative Zustände erreicht werden. Solche Signale sind im digitalen Setting schwerer zu erkennen und erfordern eine hohe Aufmerksamkeit für verbale Nuancen und technische Kompensationen, etwa durch Emotionsskalen oder strukturierte Rückmeldung (vgl. Expert:inneninterview 2, 2025).

Daraus lassen sich zwei zentrale Spannungsfelder in diesem Kontext ableiten:

Technisch machbar vs. therapeutisch sinnvoll: Viele Methoden sind technisch übertragbar, aber ihre Wirkung entfaltet sich jedoch im digitalen Setting teilweise anders oder nur eingeschränkt (vgl. Expert:inneninterview 1, 2025; Expert:inneninterview 2, 2025).

Strukturierung vs. Beziehungstiefe: Während digitale Settings methodische Struktur begünstigen, fordern sie in der Beziehungsarbeit gezielte Adaptionen, dies kann etwa durch ritualisierte Einstiege, Check-Ins oder Feedbackrunden erreicht werden (vgl. *Expert:inneninterview 1*, 2025; *Expert:inneninterview 2*, 2025).

7.2 Therapeutische Beziehung im Online-Setting

Ein zentrales Thema in der Diskussion um digitale Verhaltenstherapie ist die Frage, ob und in welcher Qualität eine tragfähige therapeutische Beziehung im Online-Setting aufgebaut und aufrechterhalten werden kann. Dieses Kapitel beleuchtet, wie die befragten Expert:innen die Beziehungsdimension im digitalen Setting wahrnehmen, welche spezifischen Herausforderungen dabei auftreten und welche Anpassungen sie in ihrer Praxis vornehmen.

Die Interviewpartner:innen sind sich darin einig, dass eine therapeutische Beziehung auch im digitalen Raum grundsätzlich möglich ist. Jedoch muss diese noch bewusster gestaltet werden als im Face-to-Face-Setting. Gemeint ist damit, dass bestimmte Prozesse, im Face-to-Face-Setting beiläufig und über nonverbale Signale ablaufen (z. B. Mimik, Körpersprache, Stimmlage). Hingegen ist dies im digitalen Raum entweder abgeschwächt oder verzerrt vorhanden und muss daher durch strukturierte verbale Kommunikation kompensiert werden (vgl. *Expert:inneninterview 1*, 2025).

Gerade in der Anfangsphase der Therapie besteht eine gewisse Unsicherheit darüber, ob sich ein „echter“ Kontakt überhaupt entwickeln kann. Die Erfahrungen zeigten jedoch, dass Klient:innen häufig sogar schneller in die Tiefe gehen, weil sie sich daheim sicherer fühlen (vgl. *Expert:inneninterview 1*, 2025).

Dies zeigt eine ambivalente Dynamik digitaler Nähe: Während physische Distanz objektiv gegeben ist, kann sich subjektiv ein höheres Sicherheitsgefühl einstellen, weil man in seiner gewohnten Umgebung ist (vgl. *Expert:inneninterview 1*, 2025; Eichenberg et al., 2021).

Trotz dieser Potenziale sehen die Befragten die Etablierung von Bindung und Vertrauen im digitalen Format als anspruchsvoll, insbesondere bei Klient:innen mit komplexeren Störungen oder in belasteten Beziehungsmustern. Ein Befragter beschreibt: „*Bei Persönlichkeitsstörungen ist es schwieriger, da kommt oft wenig zurück*“ (Expert:inneninterview 1, 2025, Z 182).

Weiters ist die Möglichkeit, emotionale Unverfügbarkeit oder Widerstände zu verstecken, im digitalen Raum höher. In der Face-to-Face-Therapie wird eine solche Anspannung durch Körpersprache oder atmosphärische Hinweise meist schneller wahrgenommen. Im Online Setting hingegen, sind Therapeut:innen auf verbale Marker und gezielte Rückfragen angewiesen (vgl. Andersson et al., 2014).

Ein wesentliches Element der Beziehungsgestaltung im digitalen Raum ist deshalb die aktive Strukturierung von Nähe und Kontakt. So sind zu Beginn jeder Sitzung gezielte Check-in-Fragen zu stellen. Auch Rituale wie ein fester Gesprächseinstieg, Visualisierungen über geteilte Whiteboards oder der gezielte Einsatz von Emotionsskalen können helfen, die Interaktion zu vertiefen und Bindung aufzubauen (vgl. Expert:inneninterview 2, 2025).

Ein weiterer Aspekt, der im digitalen Setting stärker beachtet werden muss, ist der Umgang mit Störungen der therapeutischen Allianz. Während im Präsenz-Setting Missverständnisse häufig nonverbal spürbar sind, müssen sie online aktiver angesprochen werden. Im digitalen Setting müssen Reflexion, Rückmeldung und therapeutisches Feedback systematisch eingeplant und sprachlich klar formuliert werden, um Beziehungsabbrüche oder Distanzen zu vermeiden (vgl. Expert:inneninterview 2, 2025).

Zusammenfassend ergibt sich aus den Interviews, dass die therapeutische Beziehung im Online-Setting zwar möglich, aber nicht selbstverständlich ist. Im Unterschied zur Face-to-Face-Therapie erfordert sie mehr aktive Gestaltung, verbal explizitere Kommunikation und strukturelle Klarheit. Gerade bei komplexeren Störungsbildern stoßen digitale Settings an Grenzen. Dies ist insbesondere dann, wenn Affektregulation und Beziehungskonflikte zentraler Teil des therapeutischen Prozesses sind.

7.3 Krisenintervention im Online-Setting

Die Interviews zeigen deutlich, dass das Thema Krisenintervention im digitalen Raum mit großer Zurückhaltung behandelt wird. Dies passiert sowohl aus methodisch-praktischer als auch aus ethischer Perspektive. Aufbauend auf der Erkenntnis, dass Techniken zur Spannungsreduktion (z. B. Atemübungen, Reizabschirmung, Fokusverlagerung) online gut vermittelbar sind, wird jedoch klar differenziert zwischen allgemeinen Stabilisierungstechniken und akuten Hochrisikosituationen. Insbesondere bei Suizidalität oder Selbstverletzungsdynamiken, werden im Online-Setting als nur sehr eingeschränkt handhabbar eingeschätzt (vgl. *Expert:inneninterview 1*, 2025).

Ein Interview bringt die zentrale Problematik auf den Punkt: *„Ich mache keine Krisen online. Wenn ich den Eindruck habe, dass jemand instabil ist oder suizidal, dann lehne ich die Therapie online ab“* (*Expert:inneninterview 1*, 2025, Z 96-97).

Die strukturellen Grenzen digitaler Settings zeigen sich in hochbelasteten Situationen. Ohne physische Präsenz der Therapeut:innen, fehlende Möglichkeit zur Umfeldkontrolle. Durch unklare Aufenthaltsorte der Klient:innen fehlt eine essenzielle Grundlage für eine verantwortungsvolle Krisenintervention (vgl. Teismann & Friedrich, 2020).

Zwar seien einige Methoden wie Notfallpläne, Spannungsregulation oder Imaginationsübungen online durchführbar, doch bei tatsächlicher Gefährdung stoße das Setting an seine Grenzen. Eine ausschließliche Online-Betreuung wird in solchen Fällen von den Expert:innen abgelehnt oder an klare Bedingungen wie hybride Settings und Zugriffsmöglichkeiten auf externe Hilssysteme geknüpft (vgl. *Expert:inneninterview 2*, 2025).

Die Interviews weisen darauf hin, dass präventive Maßnahmen wie das Erstellen von Notfallplänen, die Klärung von Erreichbarkeiten oder die Einbindung von Bezugspersonen im digitalen Raum sinnvoll und notwendig sind. *„Ich frage immer, wo sie gerade sind. Ich brauche die Adresse – das mache ich ganz klar zu Beginn“* (*Expert:inneninterview 1*, 2025, Z 99-100).

Diese proaktive Strukturierung erhöht nicht nur die Sicherheit, sondern schafft auch Transparenz in Bezug auf die Verantwortlichkeiten. In den Interviews zeigt sich, dass solche Vorabregelungen nicht nur das Sicherheitsgefühl der Therapeut:innen stärken, sondern auch von Klient:innen als entlastend wahrgenommen werden.

Dennoch bleibt die Reaktionsfähigkeit im akuten Notfall eingeschränkt. So meint eine interviewte Person: „*Wenn plötzlich die Verbindung abbricht und ich nicht weiß, wo die Person ist – das ist ein Albtraum*“ (Expert:inneninterview 1, 2025, Z 103).

Solche Szenarien verdeutlichen die Notwendigkeit klarer Kommunikationsvereinbarungen und Backup-Strategien. In der Praxis umfasst dies beispielsweise Alternativkanäle (z. B. Handynummer, Festnetzanschluss...), eine vorab hinterlegte Vertrauensperson oder eine vorbereitete Kontaktlisten mit Krisendienstnummern.

So ergibt sich zum Thema Kriseninterventionen eine differenzierte Bewertung. Zwar lassen sich einzelne Elemente der Krisenintervention ins Online-Setting übertragen, vor allem im präventiven Bereich, die eigentliche Krisenintervention im engeren Sinn bleibt jedoch in ihrer Tiefenwirkung und Sicherheit begrenzt. Damit liefert dieses Kapitel eine präzise Antwort auf den zweiten Teil der Forschungsfrage: (Krisen-)Interventionen im digitalen Raum erfordern strikte methodische, ethische und organisatorische Anpassungen und stoßen dennoch an nicht aufhebbare Grenzen.

Vor diesem Hintergrund sprechen sich die Interviewten für ein sorgsames Fallmanagement aus, bei dem das Setting nicht pauschal, sondern individuell an die Belastungslage der Klient:innen angepasst wird. In der Praxis bedeutet dies eine klare Indikationsstellung: Online-Therapie wird befürwortet, aber nicht bei akuter Eigen- oder Fremdgefährdung.

7.4 Digitale Tools im Online-Setting

Digitale Tools sind im Online-Therapiealltag wichtig, weil sie technische Sitzungen strukturieren und daher bei der Organisation sowie Vermittlung von Inhalten helfen. Die Aussagen der Interviewpartner:innen zeigen, dass digitale Tools sowohl methodisch als auch beziehungs-dynamisch in das therapeutische Geschehen eingreifen. Dies jedoch stets unter der Voraussetzung einer gezielten Auswahl, Anpassung und kritischen Reflexion ihres Einsatzes.

Die Interviewten bestätigen, dass sie in ihren Online-Sitzungen regelmäßig mit digitalen Werkzeugen arbeiten. Sie arbeiten mit Videoplattformen wie Zoom oder RED connect, Bildschirmfreigaben, interaktiven Whiteboards oder digitalen Dokumenten zur Zusammenarbeit. Die Möglichkeit, Konzepte wie das SORKC-Modell oder Emotionskurven visuell darzustellen, fördert laut beiden Therapeut:innen das Verstehen zentraler Inhalte, besonders bei jüngeren Klient:innen. Auch strukturierende Tools wie digitale Hausaufgabenpläne, Wochenübersichten oder Trello-Boards kommen zum Einsatz, vor allem zur Zielverfolgung und Selbstorganisation. Klient:innen werden nicht nur passiv, sondern auch aktiv in den therapeutischen Prozess eingebunden (vgl. *Expert:inneninterview 2*, 2025).

Zugleich betonen beide, dass der Tool-Einsatz kein Selbstzweck sein darf. Eine befragte Person formulierte es wie folgt: „*Ich finde, weniger ist mehr. Es muss zur Person passen*“ (*Expert:inneninterview 1*, 2025, Z 192).

Die Auswahl von Tools erfolgt in der Praxis deshalb oft intuitiv, aber immer unter Berücksichtigung der individuellen Fähigkeiten, technischen Ausstattung und Vorlieben der Klient:innen. Während manche Klient:innen Freude daran haben, digitale Tools zu erkunden und in ihre Alltagspraxis zu integrieren, empfinden andere sie als zusätzliche Belastung. Daraus ergibt sich ein Spannungsfeld zwischen Strukturierung und Überforderung. Zu viele Tools können verwirren und sogar Widerstand bei den Klient:innen hervorrufen (vgl. *Expert:inneninterview 2*, 2025).

Auch datenschutzrechtliche Aspekte sind zu beachten. Während Plattformen wie Zoom oder Google Docs funktional überzeugend sind, herrscht Unsicherheit bezüglich ihrer DSGVO-Konformität. Daher sind spezialisierten Therapieplattformen wie TheraPsy, Therapie.App oder RED connect passender, um datensichere Kommunikation und Dokumentation zu gewährleisten. Jedoch sind diese Systeme teilweise weniger intuitiv bedienbar.

Die Rolle digitaler Tools wird von den Expert:innen nicht als Ergänzung, sondern als integrativer Teil der digitalen Verhaltenstherapie verstanden. Sie strukturieren Abläufe, visualisieren Prozesse, ermöglichen asynchrone Mitarbeit und erweitern das Methodenspektrum über die Sitzung hinaus. Gleichzeitig erfordert ihr Einsatz eine hohe therapeutische Kompetenz, Flexibilität und ständige Reflexion. *„Du musst wissen, wann du aufhörst mit Tools und wieder in den Kontakt gehst“* (Expert:inneninterview 2, 2025, Z 159).

In Bezug auf die Forschungsfrage zeigen die Ergebnisse, dass die Nutzung digitaler Tools in der Online-Verhaltenstherapie methodische Anpassungen verlangt. Tools entfalten ihr Potenzial dann, wenn sie gezielt eingesetzt werden. Sie sollen nicht als Ersatz, sondern als Erweiterung gesehen werden.

7.5 Rollenanpassung im Online-Setting

Das Arbeiten im digitalen Raum verändert nicht nur den Rahmen psychotherapeutischer Sitzungen, sondern stellt auch die Rolle und Haltung der Therapeut:innen selbst vor neue Anforderungen. Die Interviews zeigen, dass sich mit dem Wechsel vom analogen zum digitalen Setting nicht nur technische Kompetenzen verändern müssen, sondern auch das Selbstverständnis der Therapeut:innen. Dabei wird deutlich: Die therapeutische Tätigkeit online verlangt eine erweiterte Rolle zwischen Technikanwender:in, Strukturgeber:in und Beziehungsmanager:in (vgl. Eichenberg et al., 2022).

Beide Interviewpartner:innen beschreiben, dass die Vorbereitung auf eine Online-Sitzung deutlich mehr Struktur erfordert als im Präsenzsetting. Der Grund dafür liegt darin, dass man die Methoden im digitalen Raum klarer führen muss, Übergänge aktiver gestaltet werden müssen und dass Tools gezielt eingebunden werden müssen. Spontane Interaktionen oder atmosphärisches Miteinander, die in der Präsenztherapie gut möglich sind, müssen online oft durch geplante Impulse ersetzt werden (vgl. *Expert:inneninterview 1*, 2025).

Zugleich verschiebt sich die Verantwortung für die Sitzungsstruktur noch stärker auf die Seite der Therapeut:innen. Therapeut:innen werden so zu noch aktiveren Prozessleiter:innen, die mehr navigieren, zusammenfassen, visualisieren und erklären müssen. Dies kann etwa durch das Teilen von Bildschirminhalten, das Erklären von Übungen oder das gezielte Einbinden von Feedbackschleifen gemacht werden (vgl. *Expert:inneninterview 2*, 2025).

Ein weiterer Punkt, der in beiden Interviews genannt wird, ist die veränderte Eigenwahrnehmung der Therapeut:innen im Online-Setting. Eine Person berichtet, dass es irritierend ist sich die ganze Zeit selbst zu sehen. Diese permanente Selbstsicht auf dem Bildschirm erzeugt nicht nur bei Klient:innen, sondern auch bei Therapeut:innen eine andere Form der Selbstbeobachtung, die potenziell ablenken oder verunsichern kann (vgl. *Expert:inneninterview 1*, 2025).

Ein wesentliches Thema ist weiters die Erweiterung der Verantwortung im Hinblick auf Datenschutz, technische Stabilität und Kriseninterventionen. Der therapeutische Verantwortungsbereich geht damit im Online-Setting über den rein psychotherapeutischen Inhalt hinaus und umfasst auch organisatorische und technische Aspekte. Diese Verantwortung geht vom Umgang mit Verbindungsabbrüchen bis hin zur Vorbereitung eines Notfallplans (vgl. *Expert:inneninterview 1*, 2025).

Nicht zuletzt verändert sich auch die Anforderung an die therapeutische Haltung. Beide interviewten Personen betonen, dass Empathie, Präsenz und Beziehungsgestaltung im digitalen Raum noch intensiver kultiviert werden müssen. Die therapeutische Haltung zeigt sich hier nicht mehr in der Art und Weise wie in der Face-to-Face-Therapie durch Körpersprache oder Raumatmosphäre, sondern muss durch Klarheit im Sprechen, Stabilität im Ausdruck und feinfühliges Gesprächsführung gezeigt werden (vgl. *Expert:inneninterview 2*, 2025).

Es lässt sich festhalten, dass sich im digitalen Setting die therapeutische Rolle erweitert und verschiebt. Therapeut:innen werden zu Koordinator:innen zwischen Technik, Inhalt, Beziehung und Struktur. Sie müssen flexibel reagieren, didaktisch denken und gleichzeitig eine klare innere Haltung bewahren. Die Interviews verdeutlichen, dass diese Anforderungen sowohl eine hohe Selbstreflexion als auch eine bewusste Abgrenzung benötigen. Dies ist etwa im Umgang mit Erreichbarkeit, Multitasking oder auch Bildschirmmüdigkeit der Fall (vgl. *Expert:inneninterview 1*, 2025).

Im Hinblick auf die Forschungsfrage wird deutlich, dass das Online-Setting nicht nur methodische Anpassungen, sondern auch eine Neujustierung der therapeutischen Identität erfordert.

7.6 KI und Avatare in der psychotherapeutischen Arbeit

Die Integration künstlicher Intelligenz (KI) und virtueller Avatare im psychotherapeutischen Kontext steht aktuell noch am Anfang. Aber bereits jetzt wirft es grundlegende ethische und methodische Fragen auf. Im Rahmen der Interviews wurde deutlich, dass beide Expert:innen diesen Entwicklungen ambivalent gegenüberstehen. Einerseits gibt es ein Interesse am technologischen Potenzial und andererseits eine Skepsis hinsichtlich der therapeutischen Qualität, Authentizität und Beziehungstiefe.

Eine befragte Person äußert sich kritisch in Hinblick darauf, wie ein Avatar eine echte Beziehung aufbauen soll. Damit wird ein zentraler Kritikpunkt angesprochen, dass KI-Systeme (wie z.B. Chatbots) bereits heute psychoedukative Inhalte gut vermitteln können. Jedoch bleibt die emotionale Tiefe die ja ein wesentlicher Bestandteil der psychotherapeutischen Beziehung ist, bislang unerreichbar für Maschinen (vgl. *Expert:inneninterview 1*, 2025; Jin, Li, Xie, & Xiao, 2023).

Aktuelle Entwicklungen zeigen, dass KI-basierte Anwendungen zunehmend in der Lage sind, Stimmungsbilder zu erkennen, Dialogstrukturen nach dem therapeutischen Vorbild zu simulieren und personalisierte Rückmeldungen zu geben. Einige Systeme arbeiten mit Elementen der kognitiven Verhaltenstherapie. Dies ist vor allem im Bereich der niedrigschwelligen und präventiven psychischen Gesundheitsförderung der Fall. Doch trotz positiver Rückmeldungen zur Nutzerfreundlichkeit bleibt die therapeutische Tiefe begrenzt (vgl. Kocur et al., 2021).

Auch die Frage nach ethischer Verantwortung und dem Datenschutz spielt in den Aussagen der Interviewten eine wichtige Rolle. Insbesondere dann, wenn KI-Systeme emotionale Krisen erkennen sollen oder suizidale Aussagen identifizieren sollen. Hier stellt sich die Frage wer dann reagieren soll und die Verantwortung trägt. Diese möglichen Szenarien verdeutlichen die Notwendigkeit klarer rechtlicher, ethischer und berufsständischer Rahmenbedingungen, bevor KI in sensible Bereiche der psychotherapeutischen Arbeit eingesetzt werden kann (vgl. APA, 2025).

Avatare, werden in der aktuellen Forschung vor allem in der Online-Beratung oder in Rollenspielen eingesetzt. Studien belegen, dass Avatare bei sozialen Ängsten oder posttraumatischen Belastungsstörungen unterstützend wirken können, indem sie kontrollierte Expositionen in simulierten Umgebungen ermöglichen. Dennoch wird auch hier von den interviewten Personen betont, dass der Avatar kein Ersatz für die tatsächliche Präsenz eines Menschen ist. Die therapeutische Allianz, die ein zentrale Wirkfaktor in der Therapie ist, bleibt bislang nicht durch einen Algorithmus abbildbar (vgl. *Expert:inneninterview 2*, 2025; vgl. Kocur et al., 2021).

7.7 Digitalisierung als neuer Kontext für psychische Gesundheit

Die Digitalisierung verändert nicht nur die Form psychotherapeutischer Behandlung, sondern auch grundlegend die Bedingungen, unter denen psychische Gesundheit entsteht und behandelt wird. In den Interviews wird deutlich, dass Therapeut:innen zunehmend mit einer neuen Generation von Klient:innen konfrontiert sind, deren Lebensrealität stark durch digitale Kommunikationsformen und soziale Medien geprägt ist. Damit rückt Digitalisierung nicht nur als technische Voraussetzung, sondern als psychosozialer Kontextfaktor in das Zentrum klinischer Betrachtung (vgl. Keles, McCrae, & Grealish, 2020).

Beide befragte Personen berichten übereinstimmend, dass digitale Themen im psychotherapeutischen Alltag häufiger angesprochen werden. Klassische Themen sind hier etwa problematischer Medienkonsum, digitale Selbstinszenierung, Online-Dating oder Cybermobbing. Dabei zeigt sich, dass digitale Lebensräume nicht nur neue Stressoren, sondern auch neue Bewältigungsformen und Beziehungsmuster erzeugen. Besonders bei jüngeren Klient:innen gehören „digitale Identitäten“ oder der ständige Online-Vergleich mit anderen zum Alltag. Dies hat oft erhebliche Auswirkungen auf Selbstwert, Körperbild und soziale Beziehungen (vgl. *Expert:inneninterview 1*, 2025).

Die aktuelle Forschungslage verweist auf eine Transformation der psychischen Belastungslage: Die permanente Verfügbarkeit, Erreichbarkeit und Informationsflut erzeugen neue Formen von innerer Unruhe, Überforderung und Konzentrationsstörungen. Dies zeigt sich zum Beispiel in ähnlichen Symptombildern wie Angststörungen, Schlafstörungen oder ADHS-ähnlichen Erscheinungen (vgl. Orben & Przybylski, 2019).

Auch die Art, wie Klient:innen über sich selbst reflektieren und therapeutische Angebote wahrnehmen, verändert sich im digitalen Zeitalter. Plattformen wie Instagram, YouTube oder TikTok dienen nicht nur der Unterhaltung, sondern zunehmend auch der psychoedukativen Selbstdiagnose. Dies kann zum einen eine Chance sein aber bringt auch eine Vielzahl an Risiken mit sich. Einerseits kann dies helfen, Symptome früh zu erkennen und niedrigschwellige Hilfe zu suchen, andererseits besteht die Gefahr von Selbstpathologisierung oder ungefilterter Informationsaufnahme (vgl. *Expert:inneninterview 1*, 2025).

Die Digitalisierung bringt jedoch nicht nur neue Risiken, sondern auch neue Ressourcen mit sich. Insbesondere für Menschen mit eingeschränkter Mobilität, sozialen Ängsten oder geografischer Isolation eröffnet sie neue Möglichkeiten der Teilhabe an psychotherapeutischer Versorgung. Auch Selbsthilfegruppen, digitale Therapietagebücher, mentale Gesundheits-Apps oder Online-Achtsamkeitstrainings erweitern das Spektrum therapeutischer Unterstützung (vgl. Keles et al., 2020).

Therapeut:innen sehen sich zunehmend vor der Aufgabe, mit Klient:innen digitale Lebensgewohnheiten zu reflektieren. Daher lässt sich sagen, dass die Digitalisierung als eigenständiger Kontextfaktor psychischer Gesundheit zu verstehen ist. Sie kann als Risikofaktor (z. B. für soziale Vergleichsprozesse, digitale Erschöpfung, Cyberbullying), aber auch als Ressource (z. B. Zugang zu Hilfe, Community, Selbsthilfe, Strukturierung) angesehen werden (vgl. Orben & Przybylski, 2019).

Für die therapeutische Praxis bedeutet dies, dass eine notwendige Erweiterung vorzunehmen ist. Neben der Methodenanpassung an das Online-Setting (wie in den vorangegangenen Kapiteln behandelt), braucht es auch eine inhaltliche Öffnung für die digitale Welt in der Klient:innen ebenfalls existieren. Hiervon ist auch eine kritischer Reflexion, Integration von Medienkompetenz und Sensibilisierung für digitale Belastungsstrukturen betroffen.

Im Hinblick auf die Forschungsfrage wird deutlich: Die Digitalisierung verändert nicht nur die Umsetzung verhaltenstherapeutischer Methoden, sondern auch die psychische Ausgangslage, auf die diese Methoden treffen. Therapeut:innen sind zunehmend gefragt, digitale Kontexte nicht nur methodisch zu berücksichtigen, sondern auch als therapeutischen Inhalt aktiv zu thematisieren.

8 Fazit und Ausblick

Diese Magisterarbeit behandelt die Frage, inwiefern Verhaltenstherapie im digitalen Raum an die veränderten Bedingungen angepasst werden muss und kann. Aufbauend auf einer fundierten theoretischen Auseinandersetzung mit der Entwicklung, Struktur und den zentralen Wirkprinzipien der Verhaltenstherapie. Sowie einer qualitativen Auswertung von Expert:inneninterviews wurde deutlich, dass das Online-Setting durchaus relevante Auswirkungen für die therapeutische Praxis hat.

Die Ergebnisse zeigen, dass Verhaltenstherapie im digitalen Raum nicht bloß eine technisch Variante des Face-to-Face Settings ist, sondern ein eigenständiger sich rasch verändernder Behandlungsrahmen mit eigenen Chancen, Herausforderungen und methodischen Erfordernissen ist. Die Digitalisierung erweist sich dabei nicht nur als praktisches Werkzeug zur Überbrückung räumlicher Distanzen, sondern auch als Faktor der psychische Belastungen erzeugen kann. Sie kann aber auch therapeutische Beziehungen neu strukturieren und therapeutische Rollenbilder erweitern.

Im folgenden Kapitel sollen die zentralen Erkenntnisse dieser Arbeit zusammengefasst, kritisch eingeordnet und in Hinblick auf zukünftige Praxis- und Forschungsperspektiven weitergedacht werden.

8.1 Zentrale Erkenntnisse im Überblick

Die qualitative Auswertung der geführten Expert:inneninterviews verdeutlicht, dass Verhaltenstherapie grundsätzlich gut ins Online-Setting übertragbar ist. Als Voraussetzung gilt jedoch, dass eine bewusste methodische, strukturelle und beziehungs-dynamische Anpassung passiert. Besonders kognitiv orientierte Verfahren wie die kognitive Umstrukturierung, Psychoedukation, achtsamkeitsbasierte Techniken oder das Erarbeiten von SORKC-Modellen konnten von den Befragten als wirksam und weitgehend verlustfrei digital durchführbar beschrieben werden.

Sie zeichnen sich durch eine hohe Strukturierbarkeit, Manualisierbarkeit und sprachliche Zugänglichkeit aus. Dies sind Eigenschaften, die im digitalen Setting eine besonders hohe Relevanz haben.

Deutlich wurde jedoch auch, dass nicht alle Methoden gleich gut in Online-Settings übertragbar sind. Emotional tiefgreifende Verfahren, körperorientierte Techniken oder interventionsintensive Formate (z.B. in-vivo-Konfrontationen bei Angststörungen, Stuhldialoge in der Schematherapie oder intensive Imagery-Verfahren...) stoßen im digitalen Raum an ihre Grenzen. Die fehlende Möglichkeit zur Co-Regulation, der reduzierte Zugang zu nonverbalen Signalen und die eingeschränkte Raumgestaltung erschweren in diesen Fällen eine therapeutisch sichere Umsetzung. Es zeigte sich, dass insbesondere bei Klient:innen mit strukturellen Störungen, hoher emotionaler Instabilität oder dissoziativen Neigungen eine sorgfältige Abwägung stattfinden muss, ob und wie eine Online-Therapie angemessen ist.

Ein weiterer wesentlicher Erkenntnispunkt betrifft die Gestaltung von Kriseninterventionen im digitalen Raum. Die Interviews machen deutlich, dass stabilisierende Maßnahmen, wie Atemübungen, Reizabschirmung, Spannungsreduktion oder Skills-Training, online durchaus möglich sind. In Situationen akuter Eigen- oder Fremdgefährdung (z. B. bei Suizidalität, Selbstverletzungsimpulsen oder massiver Dissoziation) reichen diese Ansätze jedoch nicht aus. Hier zeigt sich eine klare Grenze der Online-Therapie. Da hier das rasche Handeln oder das Einbeziehen von Notfalldiensten nur eingeschränkt möglich ist. Aufgrund dieses Erkenntnisses wird die Notwendigkeit strukturierter Notfallpläne und klarer Indikationsstellungen bereits ganz zu Beginn der Therapie sichtbar.

Zudem wurden digitale Tools von den Expert:innen nicht nur als technische Hilfsmittel, sondern als integrative Bestandteile des therapeutischen Prozesses beschrieben. Richtig eingesetzt, können sie zur Strukturierung, Visualisierung und Zielverfolgung der therapeutischen Inhalte beitragen. Voraussetzung dafür ist jedoch ein bewusster Einsatz, der sich an den Bedürfnissen und technischen Kompetenzen der Klient:innen orientiert.

Ebenfalls zentral für die Analyse war die therapeutische Beziehung im digitalen Raum. Die Interviews zeigen, dass eine tragfähige Allianz auch im Online-Setting aufgebaut werden kann. Dies jedoch mit anderen Mitteln und unter veränderten Bedingungen. Während nonverbale Signale nur eingeschränkt wahrgenommen werden, gewinnen sprachliche Präzision, aktive Strukturierung und verbale Rückkopplung an Bedeutung. Therapeut:innen müssen hier deutlich aktiver in der Beziehungsgestaltung agieren und auch Beziehungsstörungen explizit ansprechen, da atmosphärische Spannungen schwerer spürbar sind als in der Face-to-Face-Therapie.

Zusammenfassend ergibt sich ein differenziertes Bild: Verhaltenstherapie im Online-Setting ist prinzipiell möglich und in vielen Bereichen wirksam. Sie verlangt jedoch bewusste methodische Modifikationen, neue Formen der therapeutischen Haltung, sowie klare Konzepte für Krisenmanagement, Beziehungsgestaltung und Tool-Integration.

8.2 Einordnung in den aktuellen Forschungsdiskurs

Die in dieser Magisterarbeit gewonnenen Ergebnisse reihen sich in zentrale Debatten der aktuellen Psychotherapieforschung zur Digitalisierung ein und spiegeln sowohl bestehende Erkenntnisse als auch neue praxisrelevante Perspektiven wider. Bereits seit Anfang der 2000er-Jahre wächst das Forschungsinteresse an internetbasierten verhaltenstherapeutischen Interventionen. Meta-Analysen wie jene von Andersson et al. (2014) oder Carlbring et al. (2018) zeigen, dass iCBT bei bestimmten Störungsbildern, insbesondere bei Depressionen, Angst- und Panikstörungen, vergleichbare Effektstärken wie Face-to-Face-Behandlungen erzielen kann. Dieses Erkenntnis wird auch durch die Aussagen der interviewten Expert:innen gestützt, die strukturiert-kognitive Methoden als gut online übertragbar und wirksam einschätzen.

Gleichzeitig verweist die Magisterarbeit auf Aspekte, die in der quantitativen Forschung bislang nur begrenzt berücksichtigt wurden: etwa die Grenzen emotionaler Verfahren im digitalen Raum, die Herausforderungen der therapeutischen Beziehungsgestaltung über Bildschirm oder die Unsicherheiten bei Kriseninterventionen ohne physische Nähe.

Die qualitativen Erkenntnisse ergänzen bestehende Forschungszugänge, indem sie nicht nur die Frage nach der Wirksamkeit, sondern die Frage nach der Machbarkeit und Qualität der Durchführung in den Vordergrund rücken.

Insbesondere im Bereich der Krisenintervention steht die Forschung bislang noch am Anfang. Während erste theoretische Beiträge auf die Notwendigkeit strukturierender Maßnahmen und rechtlicher Standards im Online-Setting hinweisen, fehlt es bislang an empirischer Forschung zu tatsächlichem Verhalten, Einschätzungen und Strategien von Therapeut:innen in der Praxis. Die vorliegende Masterarbeit leistet hier einen Beitrag, indem sie zeigt, wie Therapeut:innen mit Krisensituationen im digitalen Setting umgehen, welche präventiven Maßnahmen sie einsetzen und an welchen Punkten sie klare Grenzen ziehen.

Auch in Bezug auf digitale Tools und Plattformen wird die bestehende Literatur durch die empirischen Ergebnisse erweitert. Während sich zahlreiche Studien mit der Funktionalität oder Nutzerfreundlichkeit einzelner Programme beschäftigen (z. B., Therapie.App, RED connect), betont diese Arbeit, dass die Wirkung digitaler Werkzeuge im therapeutischen Kontext nicht von ihrer technischen Qualität allein abhängt, sondern maßgeblich vom reflektierten Einsatz durch Therapeut:innen.

Ein weiterer zentraler Anschluss an den aktuellen Diskurs ergibt sich aus der Betrachtung der Digitalisierung als psychosozialer Faktor. Während bisherige Forschung zur Online-Therapie primär auf die Form der Behandlung fokussierte, hebt diese Masterarbeit hervor, dass Digitalisierung auch die Inhalte psychischer Belastung grundlegend beeinflusst.

Nicht zuletzt wird durch die Interviews deutlich, dass die berufliche Rolle von Therapeut:innen im digitalen Raum im Wandel ist. Dies ist ein Aspekt, der zunehmend im Fokus berufspolitischer und ausbildungsbezogener Diskussionen steht. Die Anforderungen an digitale Kompetenzen und ethisches Urteilsvermögen erfordern eine neue Form der Professionalisierung, die über eine reine Technikschiung hinausgeht.

8.3 Kritische Reflexion der eigenen Forschung

Die vorliegende Masterarbeit verfolgt das Ziel, Einblicke in die spezifischen Anforderungen, Möglichkeiten und Grenzen verhaltenstherapeutischer Methoden und (Krisen-)Interventionen im digitalen Raum zu gewinnen. Dabei wurde bewusst ein qualitativer Zugang gewählt, der auf zwei Expert:inneninterviews basiert. Diese Methode ermöglichte eine differenzierte Auseinandersetzung mit den Erfahrungen, Einschätzungen und konkreten Handlungsstrategien erfahrener Verhaltenstherapeut:innen. Gleichzeitig ist sich der Autor der damit verbundenen Einschränkungen bewusst.

Zunächst ist die Fallzahl der Interviews, eine qualitative Stichprobe von zwei Personen, als zentrale Limitation zu benennen. Auch wenn beide Expert:innen über langjährige Praxis im digitalen Setting verfügen und durch ihre verschiedenen Zugänge ein breites Spektrum abdecken, bleibt die Aussagekraft der Ergebnisse auf Einzelfallerfahrungen begrenzt. Die gewonnenen Erkenntnisse sind daher nicht im Sinne quantitativer Generalisierbarkeit zu interpretieren. Sie sind als hypothesengenerierender Beitrag zur vertieften Auseinandersetzung mit der Forschungsfrage zu sehen.

Ein weiterer Aspekt betrifft die Subjektivität der Interpretation im Rahmen der qualitativen Inhaltsanalyse. Trotz der Anwendung strukturierter Kategoriensysteme und klarer Auswertungsschritte ist nicht auszuschließen, dass persönliche Sichtweisen des Autors auf digitale Praxisformen in die Analyse eingeflossen sind. Auch die Verdichtung in thematischen Kapiteln birgt die Gefahr, Nuancen einzelner Aussagen zu glätten oder dominante Narrative zu verstärken.

Trotz dieser Limitationen ist festzuhalten, dass die gewählte Methodik geeignete und valide Ergebnisse in Bezug auf die Forschungsfrage geliefert hat. Die Ergebnisse sind besonders wichtig für die Diskussion über digitale Verhaltenstherapie in schwierigen Situationen, weil sie praxisnah sind und klar die Herausforderungen und Grenzen zeigen.

Gerade durch die Konzentration auf erfahrene Therapeut:innen konnte ein praxisfundierter und reflektierter Zugang erschlossen werden. Die vorliegende Masterarbeit ist als ein qualitativer Beitrag zur kontextuellen Ausdifferenzierung der Digitalisierung in der Verhaltenstherapie zu verstehen. Sie erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit oder Repräsentativität, sondern will Impulse geben für eine kritisch-konstruktive Weiterentwicklung psychotherapeutischer Praxis zwischen technischer Machbarkeit und therapeutischer Wirksamkeit.

8.4 Forschungsperspektiven und Ausblick

Die vorliegenden Ergebnisse machen deutlich, dass die Digitalisierung nicht nur den formalen Rahmen psychotherapeutischer Interventionen verändert, sondern auch neue Fragen hinsichtlich Methodenanpassung, ethischer Verantwortung und professioneller Handlungssicherheit aufwirft. Die qualitative Analyse zeigt dabei insbesondere in jenen Bereichen offene Forschungsbedarfe, in denen die klassische Evidenzlage bislang lückenhaft oder zu wenig differenziert ist. Aus diesen Erkenntnissen lassen sich mehrere Perspektiven für zukünftige Forschung ableiten, die zur Weiterentwicklung der Verhaltenstherapie im digitalen Raum maßgeblich beitragen könnten.

Ein zentraler Forschungsbedarf besteht im Bereich der Online-Krisenintervention. Während erste Studien Hinweise auf die grundsätzliche Wirksamkeit digitaler Stabilisierungstechniken liefern, mangelt es an Untersuchungen zur Umsetzung in konkreten Hochrisikosituationen. Dies ist etwa bei akuter Suizidalität, bei komplexer PTBS oder bei dissoziativen Zuständen der Fall. Hier wären insbesondere interventionsnahe qualitative Studien von hoher Relevanz. Ergänzend dazu sollten Längsschnitt-Studien durchgeführt werden, die den Erfolg präventiver Maßnahmen im Online-Setting über längere Zeiträume hinweg verfolgen und bewerten.

Auch die Integration digitaler Tools in verhaltenstherapeutische Prozesse stellt ein bislang untererforschtes Feld dar. Zwar existieren bereits zahlreiche Studien zur Benutzerfreundlichkeit oder Wirksamkeit spezifischer Apps, doch der konkrete therapeutische Umgang bleibt vielfach uneinheitlich und kontextabhängig.

Darüber hinaus wäre es sinnvoll, die veränderte therapeutische Rolle im digitalen Setting wissenschaftlich zu beleuchten. Wie erleben sich Therapeut:innen im Spannungsfeld zwischen technischer Steuerung und beziehungsorientierter Arbeit? Welche Kompetenzen werden für eine professionelle Praxis im Online-Setting künftig essenziell sein? Solche Fragen betreffen nicht nur die Forschung, sondern auch die psychotherapeutische Aus- und Weiterbildung. Eine fundierte Auseinandersetzung mit digitalen Kompetenzen, kommunikativen Besonderheiten und neuen Rollenbildern sollte daher in künftige Curricula integriert werden.

Ein weiterer, zunehmend relevanter Forschungsbereich betrifft den Einsatz von KI-basierten Anwendungen und Avataren in der psychotherapeutischen Versorgung. Erste Studien belegen bereits, dass Chatbots, Stimmungsanalysen und virtuelle Gesprächspartner:innen einfache Interventionen unterstützen oder niedrigschwellige Angebote bereitstellen können. Doch über ihre langfristige Wirksamkeit, die ethische Tragfähigkeit sowie die Qualität der Beziehungsbildung liegen bislang nur punktuelle Erkenntnisse vor.

Nicht zuletzt eröffnet die Digitalisierung auch die Möglichkeit, psychotherapeutische Angebote barriereärmer, flexibler und ressourcenschonender zu gestalten. Zum Beispiel durch hybride Modelle oder digitale Selbsthilfeprogramme. Zukünftige Forschung sollte daher auch der Frage nachgehen, wie digitale Formate sozial gerechter, geschlechtssensibler oder kulturübergreifender gestaltet werden können.

Abschließend lässt sich festhalten, dass die Digitalisierung nicht nur als technologische Veränderung verstanden werden darf, sondern als tiefgreifende Transformation. Die Ergebnisse dieser Magisterarbeit zeigen, dass Verhaltenstherapie im Online-Setting wirksam, flexibel und anpassungsfähig gestaltet werden kann. Dafür ist aber vorausgesetzt, dass Therapeut:innen diesen Raum mit methodischer Klarheit betreten. Gleichzeitig wird deutlich, dass nicht alle Formate eins zu eins übertragbar sind und dass insbesondere im Bereich der Krisenintervention sowie der emotional tiefgreifenden Methoden deutliche Grenzen sichtbar bleiben.

Inmitten einer Zeit rasanten digitalen Wandels liefert diese Masterarbeit keine fertigen Antworten, sondern einen Beitrag zum Weiterdenken, was Verhaltenstherapie heute leisten kann, und was sie in einer zunehmend digitalisierten Gesellschaft leisten muss. Es ist zu hoffen, dass weitere Forschung diesen Dialog vertieft, Orientierung bietet und dazu beiträgt, dass psychotherapeutische Qualität nicht an Bildschirmgrenzen endet, sondern sich im digitalen Raum ebenso verantwortungsvoll, wirksam und menschlich entfalten kann.

Literaturverzeichnis

- American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-5-TR). American Psychiatric Association Publishing. <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425787>
- Andersson, G., Carlbring, P., & Hadjistavropoulos, H. (2017). *Internet-Based Cognitive Behavior Therapy*. 531–549. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-803457-6.00021-0>
- Andersson, G., Cuijpers, P., Carlbring, P., Riper, H., & Hedman, E. (2014). Guided Internet-based vs. face-to-face cognitive behavior therapy for psychiatric and somatic disorders: A systematic review and meta-analysis. *World Psychiatry: Official Journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, 13(3), 288–295. <https://doi.org/10.1002/wps.20151>
- APA. (2025, Oktober 10). Ethical guidance for AI in the professional practice of health service psychology. Abgerufen 10. Oktober 2025, von <https://www.apa.org/website:https://www.apa.org/topics/artificial-intelligence-machine-learning/ethical-guidance-ai-professional-practice>
- Arip, M. (2024). A Comparative Analysis of Cognitive Behavioral Therapy (CBT) and Cognitive Behavioral Therapy for Healing (CBT-H): Approaches, Techniques and Impact. *International Journal of Academic Research in Business and Social Sciences*. <https://doi.org/10.6007/ijarbss/v14-i11/23129>
- Beck, A., & Weishaar, M. (1989). Cognitive Therapy. In A. Freeman, K. Simon, L. Beutler, & H. Arkowitz (Hrsg.), *Comprehensive Handbook of Cognitive Therapy* (S. 21–36). New York, NY: Springer US. https://doi.org/10.1007/978-1-4757-9779-4_2

- 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>
- BPtK – Bundes Psychotherapeutenkammer—Videobehandlung. (2022, November 3). Abgerufen 6. Mai 2025, von BPtK website: <https://www.bptk.de/praxis-infos/praxisinfo-videobehandlung>
- Calkins, A. W., Park, J. M., Wilhelm, S., & Sprich, S. E. (2016). *Basic Principles and Practice of Cognitive Behavioral Therapy*. 5–14. https://doi.org/10.1007/978-1-4939-2605-3_2
- Carvalho, S., Skvarc, D., Barbosa, R., Tavares, T., Santos, D., & Trindade, I. (2021). A Pilot Randomized Controlled Trial (RCT) of online Acceptance and Commitment Therapy (ACT) versus Compassion Focused Therapy (CFT) for chronic illness. *Clinical psychology & psychotherapy*. <https://doi.org/10.1002/cpp.2643>
- Chan, T., Ho, J., & Tom, M. (2024). Miro: Promoting Collaboration through Online Whiteboard Interaction. *RELC Journal*, 55(3), 871–875. <https://doi.org/10.1177/00336882231165061>
- Coyne, L., McHugh, L., & Martinez, E. R. (2011). Acceptance and commitment therapy (ACT): Advances and applications with children, adolescents, and families. *Child and adolescent psychiatric clinics of North America*, 20 2, 379–399. <https://doi.org/10.1016/j.chc.2011.01.010>

- Crowe, M., Inder, M., Manuel, J., & Carlyle, D. (2023). Characteristics of effective teletherapy for major depression: A systematic review. *Journal of affective disorders*. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2023.02.019>
- 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., ... 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>
- Ellis, A. (1962). *Reason and emotion in psychotherapy*. Oxford, England: Lyle Stuart.
- Expert:inneninterview 1*. (2025, Juli 30).
- Expert:inneninterview 2*. (2025, August 18).
- Feusner, J., Farrell, N., Kreyling, J., McGrath, P., Rhode, A., Faneuff, T., ... Smith, S. (2022). Online Video Teletherapy Treatment of Obsessive-Compulsive Disorder Using Exposure and Response Prevention: Clinical Outcomes From a Retrospective Longitudinal Observational Study. *Journal of Medical Internet Research*, 24. <https://doi.org/10.2196/preprints.36431>
- Flick, U. (2025). *Qualitative Sozialforschung: Eine Einführung* (11. Auflage, Originalausgabe). Reinbek bei Hamburg: rowohlts enzyklopädie im Rowohlt Taschenbuch Verlag.

- Foa, E., Keane, T., Friedman, M., & Cohen, J. (Hrsg.). (2009). *Effective treatments for PTSD: Practice guidelines from the International Society for Traumatic Stress Studies* (Second edition). New York London: The Guilford Press.
- Forman, E., Juarascio, A., Martin, L., & Herbert, J. (2015). *Acceptance and Commitment Therapy (ACT)*. 1–7. <https://doi.org/10.1002/9781118625392.WBEC101>
- Gerngroß, J. (2018). *Notfallpsychologie und psychologisches Krisenmanagement: Hilfe und Beratung auf individueller und organisationeller Ebene* (1st ed). Stuttgart: Schattauer.
- Gilbert, P. (2009). *The Compassionate Mind: A New Approach to Life's Challenges*. Constable.
- Giordano, C., Ambrosiano, I., Graffeo, M., Di Caro, A., & Gullo, S. (2022). The transition to online psychotherapy during the pandemic: A qualitative study on patients' perspectives. *Research in Psychotherapy: Psychopathology, Process, and Outcome*, 25(3), 638. <https://doi.org/10.4081/ripppo.2022.638>
- Gläser, J., & Laudel, G. (2010). *Experteninterviews und qualitative Inhaltsanalyse als Instrumente rekonstruierender Untersuchungen* (4. Auflage). Wiesbaden: VS Verlag.
- Hayes, S., Luoma, J., Bond, F., Masuda, A., & Lillis, J. (2006). Acceptance and Commitment Therapy: Model, processes and outcomes. *Behaviour Research and Therapy*, 44(1), 1–25. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2005.06.006>
- Hofmann, S., Asnaani, A., Vonk, I., Sawyer, A., & Fang, A. (2012). The Efficacy of Cognitive Behavioral Therapy: A Review of Meta-analyses. *Cognitive Therapy and Research*, 36(5), 427–440. <https://doi.org/10.1007/s10608-012-9476-1>

- Jin, K., Li, Q., Xie, Y., & Xiao, G. (2023). Artificial intelligence in mental healthcare: An overview and future perspectives. *The British Journal of Radiology*, 96(1150), 20230213. <https://doi.org/10.1259/bjr.20230213>
- Keles, B., McCrae, N., & Grealish, A. (2020). A systematic review: The influence of social media on depression, anxiety and psychological distress in adolescents. *International Journal of Adolescence and Youth*, 25(1), 79–93. <https://doi.org/10.1080/02673843.2019.1590851>
- Kocur, M., Dechant, M., Wolff, C., Nothdurfter, C., Wetter, T., Rupprecht, R., & Shiban, Y. (2021). Computer-Assisted Avatar-Based Treatment for Dysfunctional Beliefs in Depressive Inpatients: A Pilot Study. *Frontiers in Psychiatry*, 12. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.608997>
- Kuckartz, U. (2018). *Qualitative Inhaltsanalyse. Methoden, Praxis, Computerunterstützung* (4., überarbeitete Aufl). Weinheim: Beltz.
- Lakeman, R., Hurley, J., Campbell, K., Herrera, C., Leggett, A., Tranter, R., & King, P. (2022a). High fidelity dialectical behaviour therapy online: Learning from experienced practitioners. *International Journal of Mental Health Nursing*, 31, 1405–1416. <https://doi.org/10.1111/inm.13039>
- Lakeman, R., Hurley, J., Campbell, K., Herrera, C., Leggett, A., Tranter, R., & King, P. (2022b). High fidelity dialectical behaviour therapy online: Learning from experienced practitioners. *International Journal of Mental Health Nursing*, 31, 1405–1416. <https://doi.org/10.1111/inm.13039>
- Lamnek, S., & Krell, C. (2016). *Qualitative Sozialforschung: Mit Online-Material* (6., überarbeitete Auflage). Weinheim Basel: Beltz.

- Landes, S., Pitcock, J., Harned, M., Connolly, S. L., Meyers, L. L., & Oliver, C. M. (2021). Provider perspectives on delivering dialectical behavior therapy via telehealth during COVID-19 in the Department of Veterans Affairs. *Psychological services*. <https://doi.org/10.1037/ser0000571>
- Lieb, K., Stoffers-Winterling, J., & die Leitliniengruppe. (2020). Die neuen S3-Leitlinien: Borderline Persönlichkeitsstörung. *Psychotherapie Forum*, 24(3), 87–88. <https://doi.org/10.1007/s00729-020-00162-1>
- Linehan, M. M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder* (S. xvii, 558). New York, NY, US: Guilford Press.
- Macrynika, N., Mir, Z., Gopal, T., Rodriguez, E., Li, S., Cox, M., ... Torous, J. (2024). The impact of mindfulness apps on psychological processes of change: A systematic review. *npj Mental Health Research*, 3. <https://doi.org/10.1038/s44184-023-00048-5>
- Majeed, H., Stanfa, C., & Sudak, D. (2020). Cognitive-Behavioural Therapy. *DeckerMed Psychiatry*. <https://doi.org/10.2310/PSYCH.13059>
- Mayring, P. (2008). *Qualitative Inhaltsanalyse: Grundlagen und Techniken* (10., neu ausgestattete Aufl., Dr. nach Typoskr). Weinheim Basel: Beltz.
- Mayring, P., & Fenzl, T. (2019). Qualitative Inhaltsanalyse. In N. Baur & J. Blasius (Hrsg.), *Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung* (S. 633–648). Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden. https://doi.org/10.1007/978-3-658-21308-4_42
- Mazzucchelli, T. G., Kanter, J. W., & Martell, C. R. (2016). A clinician's quick guide of evidence-based approaches: Behavioural activation. *Clinical Psychologist*, 20(1), 54–55. <https://doi.org/10.1111/cp.12086>

- Orben, A., & Przybylski, A. K. (2019). The association between adolescent well-being and digital technology use. *Nature Human Behaviour*, 3(2), 173–182. <https://doi.org/10.1038/s41562-018-0506-1>
- Pawlow, I. (1927). *Conditioned reflexes: An investigation of the physiological activity of the cerebral cortex* (S. xv, 430). Oxford, England: Oxford Univ. Press.
- Psychotherapiegesetz—ÖBVP Österreichischer Bundesverband für Psychotherapie. (o. J.). Abgerufen 6. Mai 2025, von <https://www.psychotherapie.at/psychotherapeutinnen/rechtliches/psychotherapiegesetz>
- Reid, E. K., Taylor, L., Banneyer, K. N., Domínguez, J., Liu, G., Williams, L., ... Storch, E. (2021). Core CBT Components. *Applied Cognitive Behavioral Therapy in Schools*. <https://doi.org/10.1093/MED-PSYCH/9780197581384.003.0006>
- Reimer, C., Reimer, C., Eckert, J., Hautzinger, M., & Wilke, E. (2000). Krisen und Krisenintervention, Kurzpsychotherapie. In *Psychotherapie: Ein Lehrbuch für Ärzte und Psychologen* (S. 619–630). Berlin, Heidelberg: Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-662-09598-0_16
- Ren, Z., Zhao, C., Bian, C., Zhu, W.-Z., Jiang, G., & Zhu, Z. (2019). Mechanisms of the Acceptance and Commitment Therapy: A meta-analytic structural equation model. *Acta Psychologica Sinica*. <https://doi.org/10.3724/SP.J.1041.2019.00662>
- Rickardsson, J., Zetterqvist, V., Gentili, C., Andersson, E., Holmström, L., Lekander, M., ... Wicksell, R. (2020). Internet-delivered acceptance and commitment therapy (iACT) for chronic pain-feasibility and preliminary effects in clinical and self-referred patients. *mHealth*, 6. <https://doi.org/10.21037/mhealth.2020.02.02>

RIS - Psychotherapiegesetz 2024—Bundesrecht konsolidiert, Fassung vom 06.05.2025.

(o. J.). Abgerufen 6. Mai 2025, von
<https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=20012578>

Sander, L., Beisemann, M., Karyotaki, E., Ballegooijen, W. van, Cuijpers, P., Teismann, T., ... Büscher, R. (2023). Effects of digital cognitive behavioral therapy for depression on suicidal thoughts and behavior: Protocol for a systematic review and meta-analysis of individual participant data. *PLOS ONE*, 18.
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0285622>

Segal, Z. V., Williams, J. M. G., & Teasdale, J. D. (2002). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression: A new approach to preventing relapse* (S. xiv, 351). New York, NY, US: Guilford Press.

Sighvatsson, M. B., Kristjánsdóttir, H., Sigurdsson, E., & Sigurdsson, J. F. (2011). Efficacy of cognitive behavioral therapy in the treatment of mood and anxiety disorders in adults. *Laeknabladid*, 97, 613–619.
<https://doi.org/10.17992/LBL.2011.11.398>

Skinner, B. (1938). *The Behavior Of Organisms An Experimental*. Abgerufen von
<http://archive.org/details/in.ernet.dli.2015.191112>

Swales, M. A., & Heard, H. L. (2016). *Dialectical Behaviour Therapy* (0 Aufl.). Routledge. <https://doi.org/10.4324/9781315544540>

Teismann, T., & Friedrich, S. (2020). Suizidalität: Risikoabschätzung, Krisenintervention und Psychotherapie. *PiD - Psychotherapie im Dialog*, 21(01), 37–42.
<https://doi.org/10.1055/a-0968-2236>

- Wakefield, S., Roebuck, S., & Boyden, P. (2018). The evidence base of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) in psychosis: A systematic review. *Journal of Contextual Behavioral Science*. <https://doi.org/10.1016/J.JCBS.2018.07.001>
- Wang, D., & Gupta, V. (2025). Crisis Intervention. In *StatPearls*. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing. Abgerufen von <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK559081/>
- Webb, A. J. (2023). *Acceptance and Commitment Therapy (ACT): Foundational Principles, Processes, and Treatment Components*. Abgerufen von <https://consensus.app/papers/acceptance-and-commitment-therapy-act-foundational-webb/26c07443a15a556e8bf6050d63619b82/>
- Wind, T. R., Rijkeboer, M., Andersson, G., & Riper, H. (2020). The COVID-19 pandemic: The ‘black swan’ for mental health care and a turning point for e-health. *Internet Interventions*, 20, 100317. <https://doi.org/10.1016/j.invent.2020.100317>
- Wolfersdorf, M., & Etzersdorfer, E. (2011). *Suizid und Suizidprävention*. W. Kohlhammer GmbH. <https://doi.org/10.17433/978-3-17-022702-6>
- Wolpe, J. (1958). *Psychotherapy by reciprocal inhibition*. Stanford, Calif.: Stanford University Press. Abgerufen von <http://archive.org/details/psychotherapybyr0000wolp>
- Wright, J. H., Thase, M., & Beck, A. (2019). Cognitive-Behavioral Therapy. *The American Psychiatric Association Publishing Textbook of Psychiatry*. <https://doi.org/10.1176/appi.books.9781615371501.lr33>
- Zerwas, S., Watson, H. J., Hofmeier, S. M., Levine, M., Hamer, R., Crosby, R., ... Bulik, C. (2016). CBT4BN: A Randomized Controlled Trial of Online Chat and Face-

to-Face Group Therapy for Bulimia Nervosa. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 86, 47–53. <https://doi.org/10.1159/000449025>