

Richtlinie Online-Berufsausübung

Kriterien für die klinisch-psychologische und gesundheitspsychologische
Berufsausübung im Online-Setting

Impressum

Medieninhaber, Verleger und Herausgeber:

Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz
(BMASGPK), Stubenring 1, 1010 Wien

Autorinnen und Autoren: Psychologenbeirat mit Unterstützung des BMASGPK
Wien, 2025. Stand: 2. Juli 2025

Copyright und Haftung:

Auszugsweiser Abdruck ist nur mit Quellenangabe gestattet, alle sonstigen Rechte sind ohne schriftliche Zustimmung des Medieninhabers unzulässig. Es wird darauf verwiesen, dass alle Angaben in dieser Publikation trotz sorgfältiger Bearbeitung ohne Gewähr erfolgen und eine Haftung des Bundesministeriums und der Autorin / des Autors ausgeschlossen ist. Rechtausführungen stellen die unverbindliche Meinung der Autorin / des Autors dar und können der Rechtsprechung der unabhängigen Gerichte keinesfalls vorgreifen.

Im Falle von Zitierungen (im Zuge von wissenschaftlichen Arbeiten) ist als Quellenangabe anzugeben: Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (BMASGPK) (Hg.); Titel der jeweiligen Publikation, Erscheinungsjahr.

Inhalt

1 Einführung	4
2 Rahmenbedingungen.....	6
2.1 Rechtliche Grundlage.....	6
2.2 Begrifflichkeit.....	6
2.3 Darbietungsformen.....	7
3 Fachliche und berufsrechtliche Rahmenbedingungen.....	8
3.1 Chancen und Risiken.....	9
3.2 Berufspflichten.....	10
3.2.1 Verpflichtung zur persönlichen und unmittelbaren Berufsausübung	10
3.2.2 Verpflichtung zum Erwerb spezifischer Kenntnisse und Erfahrungen.....	12
3.2.3 Berufsausübung nach bestem Wissen und Gewissen.....	13
3.2.4 Aufklärungspflicht	17
3.2.5 Fortbildungspflicht	17
3.2.6 Datensicherheit	17
3.3 Klinisch-psychologisch relevante Aspekte	19
3.4 Diagnostik-relevante Aspekte.....	21
3.5 Durchführungsbezogene Aspekte	21
3.6 Evaluation der Online-Berufsausübung.....	22
3.7 Förderung und Unterstützung von digitalen Anwendungen	23
Literaturhinweise.....	24

1 Einführung

Die vorliegende Richtlinie hat das Ziel, Berufsangehörigen, Patientinnen und Patienten, Klientinnen und Klienten und Interessierten Orientierung und Unterstützung zu bieten, insbesondere im Hinblick auf die Erfüllung der notwendigen Voraussetzungen für die Durchführung von klinisch-psychologischen und gesundheitspsychologischen Leistungen im Online-Setting und Datenschutzfragen. Ziel ist es, durch präzise Vorgaben und Empfehlungen, basierend auf dem aktuellen Stand der Wissenschaft, höchste Qualitäts- und Sicherheitsstandards zu gewährleisten und so einen sicheren Rahmen für Berufsangehörige zu schaffen.

Mit dem Inkrafttreten des Bundesgesetzes BGBI. I Nr. 49/2024, wurde die klinisch-psychologische und gesundheitspsychologische Online-Berufsausübung im Psychologengesetz 2013 verankert. Gemäß § 32a Psychologengesetz 2013 (PIG 2013), BGBI. I Nr. 182/2013, dürfen Berufsangehörige klinisch-psychologische bzw. gesundheitspsychologische Leistungen bei fachlich oder örtlich begründeter Notwendigkeit im Einvernehmen mit Patientinnen bzw. Patienten IT-gestützt (informationstechnologie-gestützt) oder fernmündlich jeweils synchron audio- und videobasiert erbringen, sofern hierbei die Einhaltung aller Berufspflichten, der Verschwiegenheit sowie der bestmöglichen Barrierefreiheit im digitalen Raum gewährleistet ist. Die Begründung der Notwendigkeit einer Online-Berufsausübung ist zu dokumentieren.

Bei Anbieten von klinisch-psychologischen bzw. gesundheitspsychologischen Leistungen im Online-Setting ist jedenfalls die Bezeichnung „Online-Berufsausübung“ gemäß PIG 2013 zu verwenden. Der Begriff „Online-Psychologin“ oder „Online-Psychologe“ bezeichnet keine eigenständige Methode oder Ausbildung und ist in der Kommunikation mit Patientinnen und Patienten bzw. Klientinnen und Klienten nicht zu verwenden.

Primär sind klinisch-psychologische bzw. gesundheitspsychologische Leistungen in Präsenz zu erbringen. Die COVID-19-Pandemie hat jedoch gezeigt, dass auch die Berufsausübung im Online-Setting in bestimmten Fällen und Situationen ein zweckmäßiges Angebot sein kann. Es handelt sich dabei gemäß PIG 2013 um synchrone Anwendungen, wie beispielsweise Video- oder Telefongespräche. Vom Gesetz nicht umfasst sind asynchrone Angebote, wie asynchrone Chats.

Der adjuvante Einsatz von Apps im Zuge einer laufenden klinisch-psychologischen Behandlung bzw. gesundheitspsychologischen Intervention ist nach fachlicher, berufsrechtlicher und berufsethischer Sicht denkbar. Sollten Berufsangehörige selbst „Apps“ im klinisch-psychologischen bzw. gesundheitspsychologischen Kontext anbieten oder entwickeln, so stellen diese keine für sich stehende klinisch-psychologische Behandlung bzw. gesundheitspsychologische Intervention dar und sind von einem klinisch-psychologischen bzw. gesundheitspsychologischen Angebot klar abzugrenzen.

Der Schwerpunkt der vorliegenden Richtlinie liegt in der Durchführung von klinisch-psychologischen bzw. gesundheitspsychologischen Anwendungen im Online-Setting. Entsprechend wird auf eine detaillierte Darstellung theoretischer Grundlagen und Wissensbestände explizit verzichtet und stattdessen auf die entsprechenden Quellen verwiesen.

Es ist darauf hinzuweisen, dass unter den Begriffen „Klinische Psychologie“ und „Gesundheitspsychologie“ sämtliche Formen der Berufsausübung zu subsumieren sind (vgl. §§ 13, 22 PIG 2013), wobei für die klinisch-psychologische Krankenbehandlung die strengsten Kriterien heranzuziehen sind.

Im Sinne des § 1 Abs. 1 Z 3 PIG 2013 wird im Folgenden der Begriff „Berufsangehörige“ als geschlechtsneutrale Formulierung für Berufsangehörige der Gesundheitspsychologie und der Klinischen Psychologie verwendet.

2 Rahmenbedingungen

2.1 Rechtliche Grundlage

Gemäß § 32a PIG 2013 dürfen Berufsangehörige gesundheitspsychologische bzw. klinisch-psychologische Leistungen bei fachlich oder örtlich begründeter Notwendigkeit im Einvernehmen mit Patientinnen bzw. Patienten IT-gestützt (Informationstechnologie-gestützt) oder fernmündlich jeweils synchron audio- und videobasiert erbringen, sofern hierbei die Einhaltung aller Berufspflichten, der Verschwiegenheit sowie der bestmöglichen Barrierefreiheit im digitalen Raum gewährleistet ist. Die Begründung der Notwendigkeit einer Online-Berufsausübung ist zu dokumentieren.

Eine grenzüberschreitende Berufsausübung ist nur in Ausnahmefällen mit begründeter Notwendigkeit erlaubt. Dabei kann es sich entweder um eine fachliche oder örtliche Begründetheit handeln. Die örtliche Begründetheit kann dabei nur von der Patientin oder vom Patienten bzw. von der Klientin oder vom Klienten ausgehen. Wenn sich Berufsangehörige im Ausland befinden, gilt jedenfalls das österreichische Gesetz.

2.2 Begrifflichkeit

Der durch diese Richtlinie geregelte Bereich wird im internationalen Vergleich unterschiedlich bezeichnet. Die gängigsten Begriffe umfassen die Vor- bzw. Beiwörter „Online“, „Internet“, „Telekommunikation“, elektronisch“, „digital“ und/oder „virtuell“, verknüpft meist mit den entsprechenden Anwendungen, z.B. Behandlung, Therapie, Beratung, Diagnostik. Da die meisten dieser Begriffe weniger Gesamt- als viel mehr Teilespekte von möglichen Formen einer nicht im Präsenzmodus (face-to-face) durchgeführten psychologischen Tätigkeit umfassen, wird in dieser Richtlinie einheitlich der Begriff der „Online-Berufsausübung“ gemäß PIG 2013 im Gegensatz zur Präsenz-Berufsausübung verwendet. Unter Online-Berufsausübung wird daher in dieser Richtlinie die Durchführung von klinisch-psychologischen bzw. gesundheitspsychologischen Tätigkeiten unter Verwendung telekommunikativer Technologien im synchronen audio- und videobasierten Modus verstanden.

Adujvant können auch synchrone bzw. asynchrone nicht-audio und -videobasierte Kommunikationsmittel zur Anwendung kommen, wie:

- Chats
- Apps
- E-Mails

Diese stellen für sich aber keine klinisch-psychologische Behandlung bzw. gesundheitspsychologische Maßnahmen dar.

2.3 Darbietungsformen

Der Geltungsbereich der Richtlinie schließt synchrone audio- und videobasierte Formen der Online-Berufsausübung ein. Dazu gehören unter anderem:

- Durchführung klinisch-psychologischer Behandlung bzw. gesundheitspsychologischer Maßnahmen im Online-Setting
- Vorlage von klinisch-psychologischen bzw. gesundheitspsychologischen Instrumenten, Skalen und Tests im Rahmen einer Diagnostik, Befunderhebung und Begutachtung im Online-Setting
- von Berufsangehörigen angebotene Onlinekurse (Webinare), bei denen Patientinnen und Patienten bzw. Klientinnen und Klienten Seminare, Kurse und systematische Trainings im synchronen Online-Setting durchlaufen, wie Wohlbefindlichkeitstrainings, achtsamkeitsbasierte Programme, Mitgefühl-Webinare und Schlauftrainings

Wird im Rahmen einer klinisch-psychologischen bzw. gesundheitspsychologischen Intervention offensichtlich, dass Patientinnen oder Patienten bzw. Klientinnen oder Klienten aus eigenen Stücken und ohne Abklärung, Indikation oder Empfehlung digitale Gesundheitsanwendungen verwenden, ist dieses Verhalten zum Gegenstand der Intervention zu machen. Auf jeden Fall ist der:die Patient:in bzw. Klient:in auf mögliche Gefahren und Probleme einer derartigen Anwendung hinzuweisen.

3 Fachliche und berufsrechtliche Rahmenbedingungen

Allgemein lassen sich folgende Rahmenbedingungen festhalten:

- Primär sind gesundheitspsychologische und klinisch-psychologische Leistungen in Präsenz durchzuführen.
- Die gesundheitspsychologische und klinisch-psychologische Tätigkeit hat nach bestem Wissen und Gewissen zu erfolgen.
- Der Stand der Wissenschaft und der Technik muss zum Wohle der Patientinnen und Patienten bzw. Klientinnen und Klienten gewahrt werden. Alle entsprechenden fachlichen und wissenschaftlichen Erkenntnisse und Erfahrungen sind zu berücksichtigen.
- Eine Aufklärung über die psychologiespezifischen Rahmenbedingungen der Online-Berufsausübung gegenüber den Patientinnen und Patienten bzw. Klientinnen und Klienten hat zu erfolgen.
- Die Situations- und Gefahrenbeherrschung ist zu beachten, wobei als Maßstab das Setting in Realpräsenz heranzuziehen ist.
- Es wird empfohlen, eine klinische-psychologische bzw. gesundheitspsychologische Leistung nicht ausschließlich im Online-Setting durchzuführen, sondern auch Präsenztermine abzuhalten. Innerhalb der ersten fünf Einheiten, wird mindestens eine Einheit in Präsenz empfohlen.
- Es muss gewährleistet sein, dass eine technisch reibungsfreie Durchführung der klinisch-psychologischen bzw. gesundheitspsychologischen Leistung sichergestellt ist (Art und Umfang der technischen Ausrüstung).
- Die datenschutzrechtlichen Regelungen sind einzuhalten. Vor allem muss eine verschlüsselte Datenübertragung gewährleistet sein.
- Es ist dafür zu sorgen, dass die Werbebeschränkung und die entsprechenden Regelungen des E-Commerce-Gesetzes und des Konsumentenschutzgesetzes eingehalten werden.
- Klinisch-psychologische und gesundheitspsychologische Leistungen im Online-Setting sind ebenso wie im Präsenz-Setting zu dokumentieren.
- Eine Bezeichnung als „Online-Berufsangehörige“ ist nicht zulässig.

Unabdingbare Voraussetzung für ein verantwortungsvolles klinisch-psychologisches bzw. gesundheitspsychologisches Handeln im Online-Setting ist die ausreichende Auseinandersetzung mit den Anforderungen und Rahmenbedingungen des Internets als Kommunikations- und Interaktionsmedium, sodass insbesondere dessen Möglichkeiten und Grenzen für eine Online-Berufsausübung zu prüfen sind.

Zentral für die Benennung von fachlichen und (berufs-)rechtlichen Rahmenbedingungen ist die adäquate Berücksichtigung des Faktors „Distanz“, da die Distanz und die sich daraus ergebenden Konsequenzen zu den wesentlichen Unterscheidungsmerkmalen zu herkömmlichen Settings zählen.

Vorweg kann festgehalten werden, dass eine Online-Berufsausübung aus berufsrechtlicher Sicht dann rechtmäßig sind, wenn die Berufspflichten in vollem Umfang eingehalten werden.

3.1 Chancen und Risiken

Die Entscheidung für die Berufsausübung im Onlinesetting, muss sorgfältig anhand der fachlichen Einschätzung der Berufsangehörigen, v.a. auf Basis der Bedürfnisse der Patientin oder des Patienten bzw. der Klientin oder des Klienten beurteilt und dokumentiert werden. Die:der Patient:in bzw. Klient:in ist über mögliche Chancen und Risiken der klinisch-psychologischen bzw. gesundheitspsychologischen Berufsausübung gemäß § 34 PIG 2013 aufzuklären und zu informieren. Eine Auflistung der wichtigsten Chancen und Risiken der Online-Berufsausübung – ohne Anspruch auf Vollständigkeit –, anhand derer eine Beurteilung vorgenommen werden kann, ist folgend im Überblick dargestellt.

Chancen

- Verbesserte Zielgruppenerreichbarkeit (z.B. bei eingeschränkter Mobilität)
- Geringere Hemmschwelle, Unterstützung und Hilfe zu suchen
- Geringere (Anfahrts-)Kosten für Patient:in bzw. Klient:in
- Größere zeitliche Flexibilität für die Terminfindung
- Zeitnahe Krisenintervention möglich

Risiken/Herausforderungen

- Datensicherheit/-schutz
- Eingeschränkte Möglichkeiten in Krisensituationen einzugreifen
- Eingeschränkte Identifikation nonverbaler Kommunikation
- Erfordernis digitaler Kompetenz und entsprechende technische Ausstattung
- Technische Probleme und Übertragungsfehler

3.2 Berufspflichten

Für die klinisch-psychologische bzw. gesundheitspsychologische Online-Berufsausübung gelten die berufsrechtlichen Kriterien (§§ 32 bis 39 PlG 2013), ebenso wie die ministeriellen Richtlinien, in gleicher Weise wie in der Präsenz-Berufsausübung.

3.2.1 Verpflichtung zur persönlichen und unmittelbaren Berufsausübung

Gemäß § 32 Abs. 2 PlG 2013 haben Berufsangehörigen ihren Beruf persönlich und unmittelbar auszuüben.

Der Vollständigkeit halber sei angemerkt, dass durch eine klinisch-psychologische bzw. gesundheitspsychologische Berufsausübung im Online-Setting dem Erfordernis einer persönlichen Berufsausübung ausreichend Rechnung getragen wird.

Im Hinblick auf das Erfordernis der unmittelbaren Berufsausübung sind synchrone (direkte) und asynchrone (indirekte) Online-Leistungen unterschiedlich zu bewerten:

- Synchrone Dienste, wie bspw. Videotelefonie, können im Hinblick auf das Erfordernis der Unmittelbarkeit grundsätzlich als unproblematisch angesehen werden, weil die Kontinuität der Kommunikation, abgesehen von möglichen auftretenden technischen Gebrechen, gewahrt wird.
- Anders verhält es sich bei den asynchronen Diensten, wie der E-Mail. Bei diesem wohl am öftesten in Anspruch genommenen und weitest verbreiteten

Kommunikationsmittel in der allgemeinen Internetnutzung besteht das Problem der zeitlichen Differenz zwischen den einzelnen E-Mail-Kontakten. Diese asynchronen Dienste können der Kommunikation mit Patientinnen und Patienten bzw. Klientinnen und Klienten dienen, sind jedoch nicht klinisch-psychologischen Behandlung bzw. gesundheitspsychologische Maßnahmen im engeren Sinne.

Das Beziehungsgeschehen in der klinisch-psychologischen Behandlung und vor allem auch die Wahrnehmung dessen basiert auf allen Formen des verbalen und nonverbalen Dialoges sowie des individuellen Ausdruckes. Gesprochene Worte, Mimik, Gestik bis hin zu Atmosphärischem sind im persönlichen Kontakt erlebbar, jedoch nur schwer in Worte zu fassen. Daraus folgt, dass das spezifische Setting der klinisch-psychologischen Behandlung und die damit eng verbundenen Voraussetzungen für die Gestaltung der Beziehung weder im synchronen, noch im asynchronen Setting in vollem Umfang gegeben sind.

Die Einbeziehung der verbalen und nonverbalen Interaktion ist unabdingbar, um das notwendige Setting zu gewährleisten. Auszunehmen ist der „Chat“, auch deshalb, weil die Zuordenbarkeit zur Patientin oder zum Patienten bzw. zur Klientin oder zum Klienten nicht eindeutig gesichert ist.

Klinisch-psychologische und gesundheitspsychologische Leistungen setzen ein wechselseitiges Beziehungsgeschehen sowie ein Arbeitsbündnis voraus. Klinisch-psychologische und gesundheitspsychologische Beratung, Diagnostik und Behandlungsangebote via Internet kann für die Patientinnen und Patienten bzw. Klientinnen und Klienten, die ihren Namen nicht preis geben wollen, ebenso wie sonstige anonyme Beratung, Diagnostik und Behandlungsangebote aus berufsrechtlicher Sicht als zulässig eingestuft werden, wenn im Rahmen der Aufklärung auf die eingeschränkten Reaktionsmöglichkeiten der Berufsangehörigen hingewiesen wird. Weiteres scheint es empfehlenswert, dass Berufsangehörige für die Patientin oder den Patienten bzw. die Klientin oder den Klienten auch während der Online-Sitzung telefonisch erreichbar sind, um so in Notfällen besser agieren zu können. Ziel einer anonymen klinisch-psychologischen Behandlung sollte ein Vertrauensaufbau und der Wegfall der Anonymität sein.

E-Mail-Kontakte zwischen Berufsangehörigen und Patient:in bzw. Klient:in als unterstützende Begleitmaßnahmen im Rahmen einer klinisch-psychologischen Behandlung/gesundheitspsychologischer Maßnahmen können dann ausnahmsweise als zulässig angesehen werden, wenn im Sinne eines Rechtfertigungsgrundes hinreichend begründbare fachliche Erwägungen für die Notwendigkeit eines solchen Vorgehens

bestehen und ein fehlender E-Mail-Kontakt insgesamt von Nachteil für die Patientin oder Patienten bzw. Klientin oder Klienten wäre („Rechtsgüterabwägung“).

Zusammenfassend kann daher festgehalten werden, dass im Sinne der Verpflichtung zur unmittelbaren Berufsausübung eine klinisch-psychologische Behandlung bzw. gesundheitspsychologische Maßnahme im Online-Setting grundsätzlich nur mittels synchroner Internetdienste angeboten werden dürfen, wobei der Chat keine für klinisch-psychologische Krankenbehandlung geeignete Kommunikationsform darstellt.

3.2.2 Verpflichtung zum Erwerb spezifischer Kenntnisse und Erfahrungen

Gemäß § 32 Abs. 4 PIG 2013 haben Berufsangehörige sich bei der Ausübung ihres Berufes auf jene psychologischen Arbeitsgebiete und Behandlungsmethoden zu beschränken, auf denen sie nachweislich ausreichende Kenntnisse und Fertigkeiten erworben haben.

Die klinisch-psychologische und gesundheitspsychologische Berufsausübung im Online-Setting ist jedenfalls als eigenes psychologisches Arbeitsgebiet zu qualifizieren, weil beträchtliche Unterschiede zur herkömmlichen Präsenz-Berufsausübung bestehen.

Die Online-Berufsausübung erfordert spezielle Kenntnisse und Erfahrungen. Neben IT-Kenntnissen und deren praktischer Anwendung zur Einhaltung technischer Mindestsicherheitsstandards sind aus fachlicher Sicht besondere Kompetenzen im Umgang mit dem Internet in der klinisch-psychologischen bzw. gesundheitspsychologischen Arbeit unerlässlich. Insbesondere geht es um die Fähigkeit, die Entscheidungsgrundlage angemessen zu beurteilen sowie um die Situationsbeherrschung und Gefahreneinschätzung (siehe hierzu **Punkt 3.2.3.2**).

In diesem Zusammenhang ist auch auf die zivil- und strafrechtlich verankerte Übernahms- bzw. Einlassungsfahrlässigkeit hinzuweisen:

Berufsangehörige dürfen keine klinisch-psychologischen bzw. gesundheitspsychologischen Tätigkeiten im Online-Setting übernehmen, für die die Kenntnisse und Erfahrungen nicht ausreichen. Tun sie dies dennoch, haften sie dafür, und zwar nicht, weil sie die übernommene Tätigkeit nicht ordnungsgemäß ausführen konnten, sondern weil sie sich trotz mangelnder Fähigkeit auf diese eingelassen hatten.

Weiters ist § 1299 des Allgemeinen Bürgerlichen Gesetzbuches (ABGB), JGS Nr. 946/1811, zu beachten, der die sogenannte Sachverständigenhaftung regelt:

„Wer sich zu einem Amte, zu einer Kunst, zu einem Gewerbe oder Handwerke öffentlich bekennt, dessen Ausführungen eigene Kunstkenntnisse oder einen nicht gewöhnlichen Fleiß erfordert, gibt dadurch zu erkennen, dass er sich den notwendigen Fleiß und die erforderlichen, nicht gewöhnlichen Kenntnisse zutraue; er muss daher den Mangel derselben vertreten.“

Maßgeblich ist nicht „der Sorgfaltsmaßstab eines Durchschnittsmenschen, sondern die übliche Sorgfalt jener Personen, die derartige Tätigkeiten ausüben, abgeleitet vom Leistungsstandard der betreffenden Berufsgruppe“¹

Somit hebt § 1299 ABGB den Verschuldensmaßstab auf einen objektiven Standard (für den jeweiligen Bereich) an. Sachverständige haften aber, wie auch sonst im ABGB, ab leichter Fahrlässigkeit (für den ganzen Schaden).

Darüber hinaus haften Berufsangehörige gemäß § 1300 ABGB auch, wenn sie fahrlässig im Rahmen ihrer Tätigkeit gegen Entgelt einen nachteiligen Rat erteilen.

Abschließend ist festzuhalten, dass es vorweg in der Verantwortung der Berufsangehörigen liegt, zu überprüfen, ob sie über ausreichende Kenntnisse und Erfahrungen verfügen, um klinisch-psychologische bzw. gesundheitspsychologische Tätigkeiten im Online-Setting eigenverantwortlich anbieten zu können.

3.2.3 Berufsausübung nach bestem Wissen und Gewissen

Gemäß § 32 Abs. 1 PlG 2013 haben Berufsangehörige ihren Beruf nach bestem Wissen und Gewissen und unter Beachtung der Entwicklung der Erkenntnisse der Wissenschaft auszuüben. Sie haben das Wohl der Kranken und den Schutz der Gesunden unter Einhaltung der bestehenden Vorschriften zu wahren.

Bei der Beurteilung, ob eine klinisch-psychologische bzw. gesundheitspsychologische Tätigkeit im Online-Setting mit dieser Berufspflicht in Einklang steht, ist zu prüfen, ob Berufsangehörige eine hinreichende Entscheidungsgrundlage für die angestrebte Tätigkeit

¹ vgl. u.a. KRSIg 696; JBI 1990,48.

haben und ob sie in der Lage sind, die Situation und die damit verbundenen Gefahren zu erkennen und zu beherrschen.

3.2.3.1 Prüfung der hinreichenden Entscheidungsgrundlage

Nur wenn Berufsangehörige ihren Beruf nach bestem Wissen und Gewissen und unter Beachtung der Erkenntnisse der Wissenschaft ausüben, handeln sie rechtmäßig (vgl. § 32 Abs. 1 PIG 2013). Damit sie diesem Sorgfaltsmaßstab gerecht werden können, müssen sie auch bei Verwendung des Internets eine hinreichende Entscheidungsgrundlage für ihre Tätigkeit zur Verfügung haben und die Gefahren ihrer Tätigkeit beherrschen können.

Wie bereits aufgezeigt, ist unabdingbare Voraussetzung für ein verantwortliches klinisch-psychologisches bzw. gesundheitspsychologisches Handeln im Online-Setting die ausreichende Auseinandersetzung mit den Möglichkeiten und Grenzen des Internets als Kommunikations- und Interaktionsmedium.

Die Beurteilung, ob eine hinreichende Entscheidungsgrundlage für eine Online-Berufsausübung vorliegt, ist daran zu messen, ob die durch die Distanz zur Patientin oder zum Patienten bzw. zur Klientin oder zum Klienten verursachte Einschränkung in der klinisch-psychologischen bzw. gesundheitspsychologischen Wahrnehmung noch eine fachgerechte Interaktion mit der Patientin oder dem Patienten bzw. der Klientin oder dem Klienten zulässt.

3.2.3.2 Prüfung der Situations- und Gefahrenbeherrschung

Bei jeder klinisch-psychologischen bzw. gesundheitspsychologischen Tätigkeit im Online-Setting hat die:der Berufsangehörige zu prüfen, ob sie:er in der Lage ist, die Situation und mögliche auftretende Gefahren zu erkennen und zu beherrschen, d.h. in angemessener und der Situation entsprechenden Weise reagieren zu können. Als Maßstab hierfür ist die Reaktionsmöglichkeit bei der Präsenzausübung, in der sich Berufsangehörige:r und Patient:in bzw. Klient:in im selben Raum befinden, heranzuziehen.

Diese Verpflichtung zur Gefahrenbeherrschung ist im Sinne einer klinisch-psychologischen bzw. gesundheitspsychologischen Sorgfaltspflicht und Bemühenpflicht zu verstehen, wobei Berufsangehörige diese Verpflichtung dann erfüllen, wenn sie die Gefahreneinschätzung nach bestem Wissen und Gewissen vornehmen und dementsprechend handeln.

Die Verpflichtung zur Gefahrenbeherrschung umfasst auch

1. die Verpflichtung, die Patientin oder den Patienten bzw. die Klientin oder den Klienten umfassend über die Möglichkeiten, Ziele und Grenzen der Online-Berufsausübung aufzuklären und etwaige unrealistische Erwartungshaltungen der Patientin oder des Patienten bzw. der Klientin oder des Klienten aufzuzeigen und zu relativieren,
2. die Verpflichtung, die Gefahren gegenüber der Patientin oder dem Patienten bzw. der Klientin oder dem Klienten zu benennen,
3. die Verpflichtung, die erfolgte Aufklärung und die wesentlichen Inhalte der Gefahrenreinschätzung zu dokumentieren und
4. die Verpflichtung, eine klinisch-psychologische bzw. gesundheitspsychologische Tätigkeit im Online-Setting gegebenenfalls auch vorzeitig zu beenden und gleichzeitig eine Face-to-Face-Behandlung zu empfehlen.

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass eine klinisch-psychologische bzw. gesundheitspsychologische Tätigkeit via Internet nur dann als zulässig erachtet werden kann, wenn beide Zulässigkeitskriterien („hinreichende Entscheidungsgrundlage“ und „Situations- und Gefahrenbeherrschung“), die in engem Konnex zueinanderstehen, kumulativ vorliegen.

Bereits die Verneinung eines Kriteriums führt zur Unzulässigkeit und infolgedessen auch zur Verpflichtung, eine klinisch-psychologische bzw. gesundheitspsychologische Tätigkeit im Online-Setting im Vorfeld abzulehnen oder eine begonnene Tätigkeit vorzeitig zu beenden.

3.2.3.3 Schlussfolgerungen

Basierend auf der im Vorfeld der klinisch-psychologischen bzw. gesundheitspsychologischen Tätigkeit im Online-Setting vorzunehmenden Auseinandersetzung mit den spezifischen internetbedingten Rahmenbedingungen und der reflektierenden Einschätzung der Auswirkungen der Distanz zwischen Berufsangehörigen und Patient:in bzw. Klient:in, liegt es in der Verantwortung der Berufsangehörigen zu entscheiden, ob die klinisch-psychologische bzw. gesundheitspsychologische Tätigkeit im Online-Setting für die:den Betroffenen ein adäquates Hilfsangebot darstellt, bzw. in welchen Situationen das anfangs adäquate Hilfsangebot nicht mehr adäquat ist. Diese Geeignetheit ist fortwährend zu überprüfen.

Die Beurteilung, ob eine hinreichende Entscheidungsgrundlage für eine klinisch-psychologische bzw. gesundheitspsychologische Tätigkeit im Online-Setting vorliegt, ist daran zu messen, ob eine örtliche und fachliche Indikation vorliegt. Weiters ist zu prüfen, ob die durch die Distanz zur Patientin oder zum Patienten bzw. zur Klientin oder zum Klienten verursachte Einschränkung in der klinisch-psychologischen bzw. gesundheitspsychologischen Wahrnehmung noch eine fachgerechte Interaktion mit der Patientin oder dem Patienten bzw. der Klientin oder dem Klienten zulässt.

Wenn Berufsangehörige etwa den Eindruck bekommen, dass die notwendige Entscheidungsgrundlage für eine Fortsetzung der klinisch-psychologische bzw. gesundheitspsychologische Tätigkeit fehlt und/oder die Gefahren über das Internet nicht eingeschätzt und in der Folge keine entsprechenden Handlungen gesetzt werden können, dann besteht die Verpflichtung, die klinisch-psychologische bzw. gesundheitspsychologische Tätigkeit im Online-Setting zu beenden und die Patientin oder den Patienten bzw. die Klientin oder den Klienten davon zu informieren, dass nunmehr eine andere Form der Hilfestellung angezeigt wäre. In solchen Situationen wäre insbesondere die Wahrnehmung eines persönlichen Gesprächstermins zu empfehlen.

Unter den genannten Gefahren sind insbesondere solche Nachteile für Patientinnen und Patienten bzw. Klientinnen und Klienten zu verstehen, die Berufsangehörige in der Präsenz-Berufsausübung nicht aber im Online-Setting, abwenden könnte bzw. diesen entgegentreten könnte. Bei der vorzeitigen Beendigung einer klinisch-psychologische bzw. gesundheitspsychologische Tätigkeit im Online-Setting ist zudem § 32 Abs. 5 PlG 2013 zu beachten, wonach Berufsangehörige, von der Ausübung des Berufes (in diesem Fall von der aktuellen klinisch-psychologische bzw. gesundheitspsychologische Tätigkeit) zurücktreten wollen, dies der Patientin oder dem Patienten bzw. der Klientin oder dem Klienten oder gegebenenfalls der gesetzlichen Vertretung so rechtzeitig mitzuteilen hat, dass diese:r die weitere psychologische Versorgung sicherstellen kann.

Eine gewisse Hilfestellung für die Einschätzung der Entscheidungsgrundlage, der Situation und Gefahren bieten die bereits etablierten Telefonberatungen und Behandlungsdienste, deren Ausgestaltung mit den berufsrechtlichen Anforderungen des PlG 2013 im Einklang stehen.

3.2.4 Aufklärungspflicht

Berufsangehörige haben vor der Erbringung von gesundheitspsychologischen oder klinisch-psychologischen Leistungen über die Grenzen und Möglichkeiten des Kontaktes im Online-Setting im Sinne des § 34 PlG 2013 zu informieren.

Dies beinhaltet auch die Aufklärung darüber, dass Berufsangehörige verpflichtet sind, die Leistung im Online-Setting zu beenden, wenn eine andere Hilfestellung als geeigneter erachtet wird. Diese andere Hilfestellungen sind von der:dem Berufsangehörigen zu benennen.

Die Berufsangehörigen haben über die Erfordernis der Abhaltung der klinisch-psychologischen bzw. gesundheitspsychologischen Leistung in einem geschützten Raum unter Einhaltung der Berufspflichten sowie mögliche Konsequenzen bei Nichteinhaltung aufzuklären.

3.2.5 Fortbildungspflicht

Gemäß § 41 PlG 2013 sind Berufsangehörige zum regelmäßigen Besuch von in- oder ausländischen Fortbildungsveranstaltungen über aktuelle Entwicklungen und Erkenntnisse der psychologischen und anderen berufsrelevanten Wissenschaften sowie durch die Inanspruchnahme von Supervision oder Intervision verpflichtet.

Um den aktuellen Stand der Wissenschaft auch im Bereich der Berufsausübung im Online-Setting zu gewährleisten, ist der regelmäßige Besuch von Fortbildungen im Bereich der Online-Berufsausübung und die Inanspruchnahme von Supervision oder Intervision bei erfahrenen Berufsangehörigen im Sinne der Berufsausübung nach bestem Wissen und Gewissen unabdingbar.

3.2.6 Datensicherheit

Prinzipiell gibt es mehrere Aspekte, die beim Thema „Online-Praxis“ zu berücksichtigen sind. Es wäre zu kurz gegriffen, den Fokus bei der Online-Berufsausübung auf reine technische Aspekte zu legen, deshalb finden sich im folgenden Abschnitt die einzelnen Kriterien sowie eine Ausarbeitung:

- Die Kompetenz der:des Berufsangehörigen im Umgang mit der Online-Berufsausübung:

Hierbei soll die:der Berufsangehörige Fort- oder Weiterbildungen absolvieren, welche einerseits an den praktizierenden Techniken, aber auch an der Ethikrichtlinie orientiert sind. Die klinisch-psychologischen bzw. gesundheitspsychologischen Leistungen sind am in der Berufsliste vermerkten Berufssitz bzw. in begründeten Ausnahmefällen an einem praxisäquivalenten Alternativort, an dem die DSGVO und die Ethikrichtlinie eingehalten werden können, durchzuführen; Ein Wechsel des Berufssitzes ist der Patientin oder dem Patienten bzw. der Klientin oder dem Klienten mitzuteilen und mit Begründung zu dokumentieren.

- Die Kompetenz der:des Berufsangehörigen im Umgang mit technischen Risiken bzw. Wahrung der DSGVO

Hierbei ist empfehlenswert, Aspekte der Bewusstwerdung von Grenzen/Vorteilen/Risiken der Technologie und deren Einordnung in die klinisch-psychologische bzw. gesundheitspsychologische Praxis im Rahmen von Fort- und Weiterbildungsangeboten darzulegen. Auch, dass Tools, die im privaten Bereich in gängiger Verwendung sind, nicht notwendigerweise eine professionelle Verwendung rechtfertigen. Es ist auf die Verschwiegenheit – auch von Hilfspersonen – hinzuweisen.

- Die örtlichen Rahmenbedingungen

Die Online-Berufsausübung findet in einem virtuellen Raum statt, in dem ein tragfähiges Arbeitsbündnis bestehen muss, die Sicherheit der Patientin oder des Patienten bzw. der Klientin oder des Klienten oberste Priorität hat und sämtliche Berufspflichten eingehalten werden können;

- Die technischen sowie sicherheitstechnischen Standards der gewählten Software/Technologie

3.2.6.1 Mindestanforderungen an Sicherheitsstandards von Corporate Anbietern

Folgende Mindestanforderungen an Sicherheitsstandards werden festgelegt bzw. sind nach technologischem Fortschritt regelmäßig einer Überprüfung zuzuführen:

- Verschlüsselung der Datenübertragung (encryption)
- Sichere und befugte Zugriffe auf virtuellen Raum (secure access)

- Geographische Lage der Datenserver innerhalb der EU (data locality)
 - Dauer der Datenaufbewahrung (data retention)
 - Data Governance
 - Standards wie ISO Zertifizierungen der Anbieter:innen
 - Hohe und einfache Usability/Verwendbarkeit für Berufsangehörige und Patient:in bzw. Klient:in
1. Seitens der psychologischen Berufsvertretungen könnte für jene Berufsangehörige, die ergänzend zum Präsenz-Setting auch online arbeiten wollen, eine entsprechende Zertifizierung von „Online-Praxen“ nach gewissen Standards vergeben werden.
 2. Wer in der Folge eine „Zertifizierte Online-Praxis“ führen möchte, sollte demnach nachweisen, dass er:sie sich im Bereich der Klinischen Psychologie bzw. Gesundheitspsychologie im Online-Setting ausreichend fort- bzw. weitergebildet hat, einen entsprechenden (fixen) Arbeitsort bzw. Berufssitz hat, aber eben auch einerseits im Zuge der Fort- und Weiterbildung Kenntnisse zu Datenschutz und Datensicherheit, DSGVO usw. erworben hat, aber eben auch nur eine Kommunikationssoftware nutzt, die durch IT-Fachkräfte geprüft wurde. Entsprechende Listen über empfohlene Kommunikationssoftware liegen in den Berufsverbänden auf.

3.3 Klinisch-psychologisch relevante Aspekte

Hinsichtlich möglicher Störungsbilder können verschiedene Herausforderungen im Onlinesetting auftreten, die nachfolgend beispielhaft – ohne Anspruch auf Vollständigkeit oder allgemeiner Gültigkeit – angeführt sind:

- Patientinnen und Patienten mit paranoider Symptomatik könnten z.B. der benutzten Software nicht vertrauen, oder annehmen, dass noch zusätzliche Personen im Raum des:der Berufsangehörigen anwesend sind.
- Patientinnen und Patienten mit manifomer Symptomatik, ADHS oder Hypervigilanz könnten von den verschiedenen technischen Möglichkeiten der Software abgelenkt werden oder überfordert sein (Möglichkeit zu chatten, Emojis, Whiteboard etc.). In diesem Fall sollten gemeinsam Strategien erarbeitet werden, wie mit dieser Ablenkung oder Überforderung umzugehen ist.

- Bei Patientinnen und Patienten mit dissoziativen Zuständen, vor allem im Zusammenhang mit traumatischen Erinnerungen, könnte es zu herausfordernden und gefährdenden Situationen kommen. Daher sollten vorausschauend gemeinsame Strategien entwickelt werden, wie die betreffende Person wieder ins „Hier und Jetzt“ zurückgebracht werden kann.
- Personen, die häuslicher Gewalt oder sexuellem Missbrauch ausgesetzt waren oder sind, sollten ihre Online-Behandlung niemals an einem Ort beginnen, zu dem der:die Täter:in Zugang hat. Dies muss zu Beginn einer jeden Einheit überprüft werden, da dies im Sinne der Selbstvernachlässigung von den Patientinnen und Patienten meist nicht beachtet wird!
- Unbedingt sind bei der fachlichen Einschätzung für oder gegen das Online-Setting die kognitiven Kapazitäten und Kompetenzen der Patientinnen und Patienten zu beachten. Dabei sind sowohl die „digital literacy“ (Fähigkeit mit komplexerer Software umgehen zu können) zu beachten, wie auch das Vorhandensein bestimmter Störungen, wie z.B. neuro-kognitive Störungen (Demenz, Gedächtnisprobleme etc.). Patientinnen und Patienten könnten durch die Bilder irritiert, verwirrt oder überfordert werden und zwischen realen und „virtuellen“ Personen nicht mehr unterscheiden können.
- Die Kamera an sich kann für bestimmte Personen bereits einen Trigger darstellen und vor allem Angstzustände und/oder Misstrauen auslösen. Dies gilt vor allem für Migrantinnen und Migranten aus Ländern mit diktatorischen, unterdrückenden Regimen oder ohne aufrechten Aufenthaltstitel.
- Patientinnen und Patienten mit pathologischem Internetgebrauch können zwar durch das Online-Setting leichter erreicht und auch motiviert werden, aber es ist abzuklären, inwieweit die Symptomatik dadurch nicht verstärkt wird.
- Obwohl bei Patientinnen und Patienten mit sozialen Ängsten Studienergebnisse zur Effizienz und Effektivität von klinisch-psychologischer Behandlung im Online-Setting vorliegen, ist hierbei das Ziel des Transfers in das Präsenz-Setting, bzw. zu überlegen, wie z.B. eine angeleitete Konfrontationstherapie im Online-Setting erfolgen kann
- Patientinnen und Patienten mit massiver emotionaler Dysregulation (Aggression, ausgeprägtes oppositionelles Verhalten, Impulskontrollstörungen etc.) könnten möglicherweise nicht in der Lage sein, in sicheren Art und Weise an einer klinisch-psychologischen Behandlung im Online-Setting teilzunehmen.

3.4 Diagnostik-relevante Aspekte

Bei Durchführung diagnostischer Untersuchungen im Online-Setting sollte ein „proctored mode“ genutzt werden. Dieser Begriff beschreibt ein beaufsichtigtes, ortsunabhängiges digitales Testen. Die digitale Testung erfolgt hier mit Hilfe der Kamera (geteilter Bildschirm), so dass die Manipulation von Testergebnissen durch „Schummeln“ weitgehend unterbunden wird und das Testmaterial geschützt bleibt. Dadurch wird ein valides und faires Ergebnis gewährleistet.

Eine Verhaltensbeobachtung ist über die Kamera (eingeschränkt) möglich, Rückfragen seitens der Patientin oder des Patienten bzw. der Klientin oder des Klienten sind möglich. Unbeaufsichtigte Testungen sollten jedenfalls nur als Screening eingesetzt werden (z.B. Screening Fragebogen via Email-Link).

Bestimmte Verfahren, z.B. die Paper-Pencil Testverfahren, können nicht online durchgeführt werden. Bei Verfahren, die als Bewertungskriterium eine Verhaltensbeobachtung beinhalten, wird jedenfalls empfohlen, diese in Präsenz durchzuführen.

Nicht alle Verfahren sind digital nutzbar, wodurch eine Benachteiligung bestimmter Zielgruppen (Kinder, ältere Menschen, Menschen mit Beeinträchtigungen) möglich ist.

3.5 Durchführungsbezogene Aspekte

Folgende Aspekte und Kriterien betreffen die Durchführung der Online-Berufsausübung und sollten daher immer berücksichtigt und kontrolliert werden:

- Zu Beginn einer klinisch-psychologischen bzw. gesundheitspsychologischen Intervention im Online-Setting v.a. bei der klinisch-psychologischen Krankenbehandlung müssen Vereinbarungen hinsichtlich eines Notfallbackups, z.B. bei Ausfall der Videophonie, getroffen werden (z.B. telefonischer Kontakt)
- Einstellung der Kamerahöhe für die gute Sichtbarkeit des Gesichts und Oberkörpers, was die nonverbale Kommunikation und Verhaltensbeobachtung erleichtert
- Entsprechende Ausleuchtung und bequeme Sitzmöglichkeit aller Beteiligter

- Reduzierung der Hintergrundgeräusche oder nicht bewusster repetitiver Geräusche (Knarzen des Sessels, Tippen mit Kugelschreiber etc.), da diese über den Lautsprecher lauter übertragen werden
- Abklären und Vereinbaren von Ungestörtheit während der Zeit der Interaktion: Online-Leistung muss in einer Arbeitsatmosphäre durchgeführt werden, außer spezifische Indikationen legen ein anderes Setting nahe
- Berufsangehörige müssen vor Beginn einer Sitzung alle notwendigen Unterlagen und Materialien vorbereiten
- Besonders für Patientinnen und Patienten bzw. Klientinnen und Klienten sollte die reduzierte Aufmerksamkeitsspanne bei PC-Arbeit beachtet werden. Bei Personen mit spezifischen Störungen sollten daher kürzere Sitzungszeiten angedacht und vereinbart werden
- Erfolgt eine Intervention nicht am eigenen Dienstort oder Berufssitz (z.B. bei einer unerwarteten Notfallintervention) ist auf den Hintergrund zu achten. Hier empfiehlt es sich einen virtuellen Hintergrund einzurichten

3.6 Evaluation der Online-Berufsausübung

Die Wirksamkeit der Online-Berufsausübung scheint im Wesentlichen gegeben zu sein. Man kann also derzeit von einer gewissen Evidenzbasiertheit von klinisch-psychologischen bzw. gesundheitspsychologischen Leistungen im Online-Setting ausgehen. Allerdings wurde in **Kapitel 3** festgehalten, dass die externe Validität vieler Studien noch nicht gegeben ist und die Wirksamkeit in der (Alltags-)Praxis der psychosozialen Versorgung noch nicht umfassend geprüft ist. Daher kommt der Qualitätskontrolle und Qualitätssicherung eine große Bedeutung zu. Die klinisch-psychologische bzw. gesundheitspsychologische Online-Berufsausübung muss daher einer kontinuierlichen Evaluation unterzogen werden. Dies sollte sowohl auf Basis kontrollierter, wie vor allem naturalistischer Studien erfolgen, aber auch auf qualitativer Ebene im Einzelfall jeder Behandlung und Anwendung. Hierzu empfiehlt sich das „Continuous Quality Improvement“, wie es etwa die „Substance Abuse and Mental Health Service Administration“ des amerikanischen Gesundheitsministeriums aus dem Jahr 2021 vorschlägt.

In besonderer Weise muss bei Beratung, Krisenintervention und Behandlung im Online-Setting zu Beginn wie auch in deren Verlauf eine sorgfältige Abwägung der

Chancen/Vorteile und Risiken/Nachteile/Herausforderungen erfolgen. In dem Zusammenhang sind auch folgende Fragen zu reflektieren und zu beantworten:

- Welche Ziele sollen im Rahmen einer klinisch-psychologischen bzw. gesundheitspsychologischen Leistung im Online-Setting erreicht werden?
- Woran ist erkennbar, dass die beobachtete Veränderung tatsächlich eine Verbesserung darstellt?
- Welche Interventionen führen tatsächlich zu einer Veränderung bei Patient:in bzw. Klient:in?
- Welche Barrieren für die Zielerreichung liegen vor und haben diese etwas mit dem Online-Setting zu tun?
- Welche Verbesserungen wären anzustreben?
- Welche organisatorischen/institutionellen Faktoren sind zu beachten?
- Haben sich die wesentlichen Parameter verbessert? Wenn ja, warum? Wenn nein, warum nicht?

3.7 Förderung und Unterstützung von digitalen Anwendungen

Aufgrund der Tatsache, dass die Online-Berufsausübung in der Klinischen Psychologie und Gesundheitspsychologie erst seit einigen Jahren in einem größeren Umfang zur Anwendung kommt, vor allem aber auch aufgrund der Tatsache, dass die Online-Berufsausübung außerhalb der COVID-19 Pandemie erst am Beginn ihrer Entwicklung und Anwendung steht, sind die Professionen der Gesundheitspsychologie und Klinischen Psychologie in besonderer Weise zur Förderung und Unterstützung der Entwicklung der Online-Berufsausübung aufgerufen. Digitale Anwendungen und Entwicklungen sollten verstärkt Gegenstand angewandt klinisch-psychologischer bzw. gesundheitspsychologischer Forschung werden, wie sie aber auch in der Praxis systematisch evaluiert werden sollten (s.o.).

Berufsangehörige sollten sich daher sowohl für die Forschung als auch für die Entwicklung digitaler Ansätze und Methoden als Kooperationspartner:innen und Unterstützer:innen zur Verfügung stellen.

Literaturhinweise

Acierno, R., Knapp, R., Tuerk, P., Gilmore, A. K., Lejuez, C., Ruggiero, K., Muzzy, W., Egede, L., Hernandez-Tejada, M. A. & Foa E. B. (2017). A non-inferiority trial of prolonged exposure for posttraumatic stress disorder: In person versus home-based telehealth. *Behaviour research and therapy*, 89, 57–65.

Batastini, A. B., Paprzycki, P., Jones, A. C. T. & MacLean, N. (2021). Are videoconferenced mental and behavioral health services just as good as in-person? A meta-analysis of a fast-growing practice. *Clin Psychol Rev*. 83. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2020.101944>

Beiglböck, W. & Preinsperger, W. (2023). So fern und doch so nah – video- und telefongestützte Suchtbehandlung. Effektivität, Voraussetzungen und praktische Umsetzung. In: Beiglböck, W., Gottwald-Nathaniel, G., Preinsperger, W. & Scheibenbogen, O. (Hg.): Suchtbehandlung und Digitalisierung. Heidelberg: Springer Verlag Berlin, S. 75–106.

Berryhill, M. B., Culmer, N., Williams, N., Halli-Tierney, A., Betancourt, A., Roberts, H., King, M. (2019). Videoconferencing psychotherapy and depression: A systematic review. *Telemed J E Health*, 25(6), 435-446.

Giovanetti, A. K., Punt, S., Nelson, E.-L. & Ilardi, S. (2022). Teletherapy versus in-person psychotherapy for depression: A meta-analysis of randomized controlled trials. *Telemedicine Journal and e-Health*.
<https://www.liebertpub.com/doi/10.1089/tmj.2021.0294>

Knaevelsrud C. (2014). Onlinetherapie konkret: Beispiele aus der Praxis. (Vortrag, 10.05.2014) Psychotherapie online: Ein Konzept der Zukunft? Psychotherapeutenkammer Berlin. https://www.psychotherapeutenkammer-berlin.de/system/files/va_online_therapie_10.05.2014_foliensatz_gesamt.pdf (abgefragt 09.04.2025)

Kruse, C., Fohn, J., Wilson, N., Nunez Patlan, E., Zipp, S. & Mileski, M. (2020). Utilization barriers and medical outcomes commensurate with the use of telehealth among older adults: Systematic review. *JMIR medical informatics*, 8(8), e20359.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32784177/>

Kruse, C. S., Lee, K., Watson, J. B., Lobo, L. G., Stoppelmoor, A. G., Oyibo, S. E. (2020). Measures of effectiveness, efficiency, and quality of telemedicine in the management of alcohol abuse, addiction, and rehabilitation: Systematic review. *J Med Internet Res* 22(1), e13252. <https://doi.org/10.2196/13252>

Leukhardt, A., Heider, M., Reboly, K., Franzen, G. & Eichenberg, C. (2021). Videobasierte Behandlungen in der psychodynamischen Psychotherapie in Zeiten der COVID-19-Pandemie: Interviewstudie mit Psychotherapeut*innen und Patient*innen. *Psychotherapeut*, 66(5), 398–405

Lin, L. A., Casteel, D., Shigekawa, E., Weyrich, M. S., Roby, D. H., McMenamin, S. B. (2019). Telemedicine delivered treatment interventions for substance use disorders: A systematic review. *J Subst Abuse Treat.* 101, 38-49

MHTTC - Pacific Southwest Mental Health Technology Transfer Center (2020). Telehealth clinical and technical considerations for mental health providers https://cars-rp.org/_MHTTC/docs/Telehealth%20Clinical%20Considerations.pdf abgefragt 09.04.2025.

Mitchell, J. E., Crosby, R. D., Wonderlich, S. A., Crow, S., Lancaster, K., Simonich, H., Swan-Kremeier, L., Lysne, C. & Myers, T. C. (2008). A randomized trial comparing the efficacy of cognitive-behavioral therapy for bulimia nervosa delivered via telemedicine versus face-to-face. *Behaviour research and therapy*, 46(5), 581–592

Miu, A. S., Vo, H. T., Palka, J. M., Glowacki, C. R. & Robinson, R. J. (2021). Teletherapy with serious mental illness populations during COVID-19: telehealth conversion and engagement. *Counselling Psychology Quarterly* 34(3-4), 704-721.

Myers, K., Nelson, E. L., Rabinowitz, T., Hilty, D., Baker, D., Barnwell, S. S., Boyce, G., Bufka, L. F., Cain, S., Chui, L., Comer, J. S., Cradock, C., Goldstein, F., Johnston, B., Krupinski, E., Lo, K., Luxton, D. D., McSwain, S. D., McWilliams, J., North, S., Ostrowsky, J., Pignatiello, A., Roth, D., Shore, J., Turvey, C., Varrell, J. R., Wright, S. & Bernard, J. (2017). American telemedicine association practice guidelines for telemental health with children and adolescents. *Telemed J E Health.* 23(10), 779-804.

Neil, T., McDonald, C., de Boer, K., Brand, R. M., Nedeljkovic, M. & Seabrook, L. (2021). Review of the current empirical literature on using videoconferencing to deliver individual

psychotherapies to adults with mental health problems. *Psychology and Psychotherapy*, 94(3), 854-883. <https://bpspsychub.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/papt.12332>

Nelson, E. L., Barnard, M. & Cain, S. (2003). Treating childhood depression over videoconferencing. *Telemed J E Health* 9(1), 49-55.

Norwood, C., Moghaddam, N. G., Malins, S., Sabin-Farrell, R. (2014). Working alliance and outcome effectiveness in videoconferencing psychotherapy: A systematic review and noninferiority metaanalysis. *Clinical Psychology & Psychotherapy* 25(6), 797-808.

Peros, O. M., Webb, L., Fox, S., Bernstein, A. & Hoffman, L. (2021). Conducting exposure-based groups via telehealth for adolescents and young adults with social anxiety disorder. *Cogn Behav Pract.* 28(4), 679-689.

Philippe, T. J., Sikder, N., Jackson, A., Koblanski, M. E., Liow, E., Pilarinos, A. & Vasarhelyi, K. (2022). Digital health interventions for delivery of mental health care: Systematic and comprehensive meta-review. *JMIR Ment Health*, 9(5), e35159.

Pinciotti, C. M., Bulkes, N. Z., Horvath, G., Riemann, B. C. (2022). Efficacy of intensive CBT telehealth for obsessive-compulsive disorder during the COVID-19 pandemic. *J Obsessive Compuls Relat Disord*. <https://doi.org/10.1016/j.jocrd.2021.100705>.

SAMSHA - Substance Abuse and Mental Health Services Administration (2021). Telehealth for the treatment of serious mental illness and substance use disorders. SAMHSA Publication No. PEP2106-02-001 Rockville, MD: National Mental Health and Substance Use Policy Laboratory. Substance Abuse and Mental Health Services Administration. <https://library.samhsa.gov/sites/default/files/pep21-06-02-001.pdf> abgefragt 09.04.2025

Schuster, R., Leitner, I., Carlbring, P. & Laireiter, A. R. (2017). Exploring blended group interventions for depression: Randomised controlled feasibility study of a blended computer-and multimedia-supported psychoeducational group intervention for adults with depressive symptoms. *Internet interventions*, 8, 63-71.

Schuster, R., Kalthoff, I., Walther, A., Köhldorfer, L., Partinger, E., Berger, T. & Laireiter, A. R. (2019). Effects, adherence, and therapists' perceptions of web-and mobile-supported

group therapy for depression: Mixed-methods study. *Journal of medical Internet research*, 21(5), e11860.

Shore, J. H., Yellowlees, P., Caudill, R., Johnston, B., Turvey, C., Mishkind, M., Krupinski, E., Myers, K., Shore, P., Kaftarian, E. & Hilty, D. (2018). Best practices in videoconferencing-based telemental health. *Telemed J E Health* 24(11), 827-832.

Susan, G., Simpson, S. G. & Reid, C. L. (2014). Therapeutic alliance in videoconferencing psychotherapy: A review. *Australian J. of Rural Health* 22(6), 280-299.

Slone, N. C., Reese, R. J. & McClellan, M. J. (2012). Telepsychology outcome research with children and adolescents: a review of the literature. *Psychol Serv.* 9(3), 272-292.

Thomas, N., McDonald, C., de Boer, K., Brand, R. M., Nedeljkovic, M. & Seabrook, L. (2021). Review of the current empirical literature on using videoconferencing to deliver individual psychotherapies to adults with mental health problems. *Psychol Psychother.* 94(3), 854-883.

Turgoose, D., Ashwick, R. & Murphy, D. (2018). Systematic review of lessons learned from delivering teletherapy to veterans with post-traumatic stress disorder. *J Telemed Telecare* 24(9), 575-585.

Turvey, C., Coleman, M., Dennison, O., Drude, K., Goldenson, M., Hirsch, P., Jueneman, R., Kramer, G. M., Luxton, D. D., Maheu, M. M., Malik, T. S., Mishkind, M. C., Rabinowitz, T., Roberts, L. J., Sheeran, T., Shore, J. H., Shore, P., van Heeswyk, F., Wregglesworth, B., Yellowlees, P., Zucker, M. L., Krupinski, E. A. & Bernard, J. (2013). ATA (American Telemedicine Association) practice guidelines for video-based online mental health services. *Telemed J E Health* 19(9), 722-30.

Van Daele, T., Karelka, M., Kassianos, A., Compare, A., Haddouk, L., Salgado, J., Ebert D. D., Trebbi, G., Bernaerts, S., van Assche, E. & de Witte, N. A. J. (2020). Recommendations for policy and practice of telepsychotherapy and e-mental health in Europe and beyond. *Journal of Psychotherapy Integration* 30(2), 160-173. <https://doi.org/10.1037/int0000218>

Varker, T., Brand, R. M., Ward, J., Terhaag, S. & Phelps, A. (2019). Efficacy of synchronous telepsychology interventions for people with anxiety, depression, posttraumatic stress

disorder, and adjustment disorder: A rapid evidence assessment. *Psychol Serv.* 16(4), 621-635.

