



Schumann, Markus

Videosprechstunde in der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie - Erfassung  
der Versorgungslage in Sachsen und Beurteilung der fachlichen Umsetzung der  
Kindervideopsychotherapie auf Grundlage von Experteninterviews

Eingereicht als  
MASTERARBEIT  
an der  
Hochschule Mittweida

---

UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Fakultät Soziale Arbeit  
Mittweida, 2021



Schumann, Markus

Videosprechstunde in der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie - Erfassung  
der Versorgungslage in Sachsen und Beurteilung der fachlichen Umsetzung der  
Kindervideopsychotherapie auf Grundlage von Experteninterviews

Eingereicht als

**MASTERARBEIT**

an der

Hochschule Mittweida

---

UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Fakultät Soziale Arbeit

Mittweida, 2021

Erstprüfer: Prof. Dr. med. Jörg-A. Weber

Zweitprüferin: Prof. Dr. Barbara Wedler

Schumann, Markus

Video telehealth for psychotherapy with children and adolescents -  
- assessment of the supply situation in Saxony and evaluation of the professional implementation of child video psychotherapy on the basis of expert interviews

submitted as

MASTERTHESIS

at the

Hochschule Mittweida

---

UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Faculty Social Sciences

Mittweida, 2021

first examiner: Prof. Dr. med. Jörg-A. Weber

second examiner: Prof. Dr. Barbara Wedler



# **Bibliographische Beschreibung**

Schumann, Markus

Videosprechstunde in der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie - Erfassung der Versorgungslage in Sachsen und Beurteilung der fachlichen Umsetzung der Kindervi-  
deopsychotherapie auf Grundlage von Experteninterviews

Seitenzahl der Verzeichnisse: 19; Seitenzahl des Inhalts: 90, davon 10 Seiten Abbil-  
dungen und Tabellen; Seitenzahl der Anlagen: 153; insgesamt 266 Seiten

Mittweida, Hochschule Mittweida, Fakultät Soziale Arbeit, 2021

## **Referat**

Die Masterarbeit beschäftigt sich mit der Nutzung der Videosprechstunde in der Kin-  
derpsychotherapie. Dafür wird eine ausführliche Literaturliste zur Sichtung bereits  
existierender Forschung in dem Bereich vorgenommen, sowie um die Videosprech-  
stunde mit Kindern in den aktuellen Forschungskontext einzuordnen. Anschließend  
werden diese theoretischen Erkenntnisse mit - für diese Arbeit geführten - Expertenin-  
terviews abgeglichen und die Kinder-Videosprechstunde wird auf Grundlage dieser  
Ausarbeitungen bezüglich ihrer Chancen und Risiken bewertet.

Daneben wurde im Rahmen der Expertinnensuche eine ausführliche Erfassung aller  
niedergelassenen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen in Sachsen durch-  
geführt. Weitere Verwendungsmöglichkeiten dieser Daten werden kurz diskutiert.

Diese Masterarbeit richtet sich an alle Kolleginnen der Sozialen Arbeit/Sozialpädago-  
gik/Pädagogik/Psychologie und beratenden bzw. therapierenden Berufe, welche sich  
mit der Videosprechstunde auseinandersetzen.

# Inhaltsverzeichnis

<b>Bibliographische Beschreibung</b>	<b>III</b>
<b>Referat</b>	<b>III</b>
<b>Inhaltsverzeichnis</b>	<b>IV</b>
<b>Tabellenverzeichnis</b>	<b>VIII</b>
<b>Abbildungsverzeichnis</b>	<b>IX</b>
<b>Abkürzungsverzeichnis</b>	<b>X</b>
<b>Einleitung und Zielsetzung</b>	<b>1</b>
Hintergrund	1
Zielsetzung der Masterthesis	1
Kommentar zum Schreibstil und formalen Aspekten	5
<b>Kapitel 1 - Grundlagen der Videosprechstunde und Überblick der Studienlage mit Bezug zur Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie</b>	<b>6</b>
1.1 Begriffe	6
1.2 zeitlich-rechtliche Einordnung	8
1.3 Allgemeine Diskussion in der Fachwelt	8
1.3.1 Kontra-Argumentation	9
1.3.1.1 Setting oder Methode?	9
1.3.1.2 Therapie über das Internet oder körperliche Anwesenheit als Voraussetzung für Wirkprozesse?	9
1.3.1.2 Exkurs: Kommentar zur Definition von Orlinsky	10
1.3.1.3 Risiken und Nebenwirkungen	11
1.3.1.4 Wirksamkeitsstudien	14
1.3.2 Pro-Argumentation	15
1.3.2.1 Differenzierung	15
1.3.2.2 Anwendungsbereiche	16
1.3.2.3 Aufgeführte Wirksamkeitsstudien	16
1.3.2.4 Umsetzung von Anwendungsbereichen	20
1.3.3 Fazit zur Pro-Kontra-Argumentation	21
1.4 Theorien und Modelle	21
1.4.1 reduziertes Forschungsinteresse	22
1.4.2 Kanalreduktionstheorie	23
1.4.3 Theorie der sozialen Informationsverarbeitung	23

1.4.4 Theorien, die die Imaginations- und Simulationsmöglichkeiten in der computervermittelten Kommunikation betonen	24
1.4.5 Theorien der Medienwahl	25
1.4.6 Kommentar	27
1.5 Studien zur Videosprechstunde in der Kinder- und Jugendlichen(psycho)therapie	27
1.5.1 Direkter Patientinnenbezug	28
1.5.2 Bezugspersonen	28
1.5.3 Studien mit Übertragungsmöglichkeiten	29
1.5.4 Relevante Artikel ohne Zugangsmöglichkeiten	31
1.5.5 Fazit der Studiensichtung zur Videosprechstunde in der Kindertherapie	31
1.6 Fazit zum ersten Kapitel	31
<b>Kapitel 2 - Wirkfaktoren als Grundlage der Beurteilung der Videosprechstunde</b>	<b>33</b>
<b>Kapitel 3 - Theoretische Eignung der VS für Kinder in Bezug auf Entwicklungsvoraussetzungen</b>	<b>38</b>
3.1 Bis wann ist Kindheit – ein Überblick	38
3.2 Spezifizierung – die Entwicklungsfrage ist für die grundlegende Eignung der VS irrelevant	40
<b>Kapitel 4 - Forschungsmethode: Leitfadenerstellung, Interviewdurchführung und Transkription</b>	<b>43</b>
4.1 Wahl der Forschungsmethode	43
4.1.1 Wahl der Interviewform – Experteninterview vs. andere Interviewformen	44
4.1.2 Leitfadenerstellung	45
4.2 Durchführung	47
4.2.1 Vorabinformation für die Interviewpartnerinnen	47
4.2.2 Durchführung der Interviews	47
4.3 Transkription	49
<b>Kapitel 5 - Expertensuche</b>	<b>51</b>
5.1 Anliegen und Hypothese	51
5.2 Methodisches Vorgehen	51
5.3 Ergebnisse der Datenbankrecherche	58
5.4 Kommentar zur Eingrenzung des Erfassungsbereichs	59
5.5 Exkurs: Männer in der KJP	61
5.6 Kontaktaufnahme und Vorstellung der Expertinnen	62

5.7 Exkurs: Verhältnis VT zu TP	63
<b>Kapitel 6 - Auswertung der Interviews</b>	<b>64</b>
6.1 Auswertungshypothesen	65
6.2 Kategoriensystem	65
6.3 Codierung	69
6.4 Darstellung des Interviewmaterials	70
<b>Kapitel 7 - Diskussion der Ergebnisse</b>	<b>80</b>
<b>Anlagenverzeichnis</b>	<b>I</b>
<b>Anlage 4.1: Entwurf eines Leitfadens für Interviews mit Kindertherapeutinnen (nach Helfferich 2009)</b>	<b>II</b>
<b>Anlage 4.2: Experteninformation</b>	<b>V</b>
<b>Anlage 4.3: Einwilligungserklärung Expertinnen</b>	<b>VIII</b>
<b>Anlage 4.4: L1a, Interviewtranskription Experte 1 Teil 1</b>	<b>X</b>
<b>Anlage 4.5: L1b, Interviewtranskription Experte 1 Teil 2</b>	<b>XVI</b>
<b>Anlage 4.6: L2a, Interviewtranskription Expertin 2 Teil 1</b>	<b>XXV</b>
<b>Anlage 4.7: L2a, Gedächtnisprotokoll Expertin 2 Teil 2</b>	<b>XXX</b>
<b>Anlage 4.8: L3, Interviewtranskription Expertin 3</b>	<b>XXXIII</b>
<b>Anlage 4.9: L4a, Interviewtranskription Experte 4 Teil 1</b>	<b>XLIII</b>
<b>Anlage 4.10: L4b, Interviewtranskription Experte 4 Teil 2</b>	<b>LIV</b>
<b>Anlage 4.11: L4c, Interviewtranskription Experte 4 Teil 3</b>	<b>LX</b>
<b>Anlage 4.12: L4d, Interviewtranskription Experte 4 Teil 4</b>	<b>LXI</b>
<b>Anlage 5.1: Ergebnis Expertinnensuche KJP Sachsen</b>	<b>LXII</b>
<b>Anlage 5.2: Ergebnis Expertinnensuche KJP-FÄ Sachsen</b>	<b>LXXXIX</b>
<b>Anlage 5.3: Erhebungszeiträume</b>	<b>XCV</b>
<b>Anlage 6.1: Erste Codierung</b>	<b>XCVI</b>
<b>Anlage 6.2: Codierung Wirkfaktoren</b>	<b>CXIX</b>
<b>Anlage 6.3: Codierung Anwendungsarten</b>	<b>CXXIX</b>
<b>Anlage 6.3: Codierung Anwendungsarten</b>	<b>CXXXVII</b>
<b>Anlage 6.4: Codierung Hemmnisse</b>	<b>CXLV</b>
<b>Anlage 6.5: Codierung Nutzen</b>	<b>CLI</b>
<b>Literaturverzeichnis</b>	<b>CLV</b>

<b>Rechtsquellenverzeichnis</b>	<b>CLXV</b>
<b>Erklärung zur selbständigen Anfertigung</b>	<b>CLXVI</b>

## **Tabellenverzeichnis**

Tabelle 1: Wirkfaktoren und Standardtechniken aus Pfammatter et al., 2012, S. 25	S.34
Tabelle 2: Ergebnisse der Datenbankanalyse	S.58
Tabelle 3: Anteile Männer	S.62
Tabelle 4:- Verhältnisse nach Therapieschule	S.63
Tabelle 5: Überblick Analysedurchgänge	S.66

## Abbildungsverzeichnis

<b>Abbildung 1:</b> Anzahl signifikant positiver und negativer Zusammenhänge der einzelnen Techniken mit allgemeinen Wirkfaktoren aus Pfammatter et al., 2012, S. 29	S.35
<b>Abbildung 2:</b> Kategorien von Wirkfaktoren aus Pfammatter, 2016, Folie 56	S.36
<b>Abbildung 3:</b> Screenshot der Arztsuche-Webseite der KVS vom 29.01.21, 07:43Uhr	S.52
<b>Abbildung 4:</b> Screenshot Ergebnisse der Suchkriterien Dresden & Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapie vom 02.02.21, 11.12Uhr	S.53
<b>Abbildung 5:</b> Screenshot Detailansicht eines Suchtreffers vom 02.02.21, 11.13Uhr	S.54
<b>Abbildung 6:</b> Screenshot Ergebnis der Google-Suche vom 02.02.21, 11.15Uhr	S.54
<b>Abbildung 7:</b> Screenshot Website des Praktikers vom 02.02.21, 11.13Uhr	S.55
<b>Abbildung 8:</b> Screenshot Ergebnis Schlagwort „Video“ vom 02.02.21, 11.34Uhr	S.55
<b>Abbildung 9:</b> Screenshot Ergebnis Schlagwort „Videosprechstunde“ vom 02.02.21, 11.35Uhr	S.56
<b>Abbildung 10:</b> Screenshot Ergebnis Schlagwort „Videosprechstunde“ vom 02.02.21, 11.42Uhr	S.57
<b>Abbildung 11:</b> Screenshot Ergebnis ohne Treffer vom 02.02.21, 11.53 Uhr	S.57
<b>Abbildung 12:</b> händische Bemessung der Zwischengebiete	S.60
<b>Abbildung 13:</b> Allgemeines Ablaufmodell strukturierender Inhaltsanalyse (Mayring, 2010, S. 93)	S.64

## Abkürzungsverzeichnis

<i>Abkürzung</i>	<i>Bedeutung</i>
KJP	Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie
KJPIerinnen	Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen
PT	Psychotherapie
VS	(telemedizinische) Videosprechstunde nach der Definition aus Kapitel 1.1
TN	Teilnehmerinnen
Ok	Oberkategorie
Uk	Unterkategorie
ÖPNV	öffentlicher Personennahverkehr
KV	Kassenärztliche Vereinigung
KVS	Kassenärztliche Vereinigung Sachsen



## **Einleitung und Zielsetzung**

Diese Masterarbeit soll einleitend mit einem Blick auf den Hintergrund und die Zielsetzung der Thesis beginnen. Dabei werden die Fragen und Hypothesen der Vorüberlegung dargestellt. Abschließend wird die Form und der Schreibstil der kommentiert.

## **Hintergrund**

Seit dem Beginn der Coronapandemie (Sars-CoV-2) im Frühjahr 2020 erfuhr das Thema *Telematik* und die darin inbegriffene Videosprechstunde (hier synonym auch für die Videotherapie verwendet, Differenzierung ausstehend, folgend VS) zunehmendes Interesse der psychotherapeutischen Fachwelt. Diese starke, coronabedingte Aufmerksamkeit soll aber nicht über die bereits seit dem Beginn der digitalen Revolution anhaltende, zunehmende Bedeutung digitaler Behandlungsformen hinwegtäuschen. Ein zunehmendes Interesse an digital gestützten Behandlungsformen fällt auf – sei es aufgrund des Einzugs sogenannter *Digital Natives* als Praktikerinnen und Klientinnen (bzgl. des Genderns s.u., Kommentar zum Schreibstil) oder durch den sich zunehmend zeigenden Nutzen bei verschiedenen benachteiligten Klientinnengruppen (z.B. durch Immobilität oder bei Landbevölkerung ohne ausreichende therapeutische Abdeckung, etc.). Dies wird ersichtlich, wenn der Blick in die aktuellen Ausgaben von Psychotherapievereinigungschriften (z.B. DPtV Bundesmitgliederbrief 1.2020 oder 3.2019) geworfen wird. In einer aktuellen Befragung unter den Mitgliedern des Bundesverbandes für Vertragspsychotherapeuten (bvvp) mit 900 Teilnehmerinnen weisen knapp 60 Prozent der Befragten auf einen Wunsch der weiteren Verfügbarkeit der Videotherapie auch nach der Krise hin (vgl. Hillienhof, 2020). Die Coronapandemie wirkt daher wie ein Katalysator eines bereits klar erkennbaren Trends. Welche Vor- und Nachteile bzw. welche Chancen (z.B. bezüglich der Mobilität) die Videosprechstunde mit sich bringt und welche Grenzen (z.B. therapeutisches Spiel, Beziehungsarbeit) ihr gesetzt sind, das gilt es in zukünftiger Forschungsarbeit zu ergründen. Die Forschung wird dabei weniger von der Theorie aus in die Praxis gehen, sondern vielmehr die Erfahrungen der Praktikerinnen nutzbar machen müssen, da durch die Coronapandemie eine Fülle von Ersterfahrungen im Umgang mit der Videosprechstunde entstanden sind. Die DPtV hat zuletzt im Frühjahr 2020 eine Umfrage unter ihren Mitgliedern durchgeführt, um Daten über die ersten Erfahrungen zu sammeln.

## **Zielsetzung der Masterthesis**

Diese Arbeit soll:

1. Die grundlegende und fachübergreifende Studienlage zur Videosprechstunde erfassen, um einen Überblick der aktuellen Digitalisierungssituation zu gewinnen. (Kapitel 1)
2. Wirkfaktoren der Psychotherapie herausarbeiten, welche im Rahmen der VS theoretisch gefördert oder gehemmt werden, um eine Grundlage für weitere Wirksamkeitsprognosen zu bilden. (Kapitel 2)
3. Die theoretische Eignung der VS in der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie in Bezug auf die Entwicklungsvoraussetzung bzw. den Entwicklungsstand der Patientinnen klären. (Kapitel 3)
4. Praxiserfahrung von die VS nutzenden Praktikerinnen erheben (Kapitel 4, 5 & 6) , um ...
5. ... diese Erfahrungen mit den theoretischen Überlegungen zur Wirksamkeit und Eignung der VS in der KJP abzugleichen (Kapitel 7) und ...
6. ... daraus Handlungsempfehlungen für Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutenInnen im Umgang mit der VS abzuleiten. (Kapitel 7)

Die Punkte 2., 3. und 4. bieten inhaltliche Ansatzpunkte, um jeweils eine eigene umfassende Arbeit zu rechtfertigen, daher soll in diesem Rahmen nur eine Grundlage für die Punkte 4. ff geschaffen werden. Gleichzeitig soll diese Masterthesis die Möglichkeit für weitere zukünftige Forschungstätigkeit eröffnen, in welcher die einzelnen Punkte noch stärker herausgearbeitet werden können.

Aus der Zielsetzung ergeben sich die folgenden Leitfragen, welche in einer Vorüberlegung zum Exposé dieser Arbeit erarbeitet und welche im Prozess teils verworfen oder geändert wurden. Dennoch sind sie hier aufgeführt, um die Fülle der betrachteten Möglichkeiten aufzuzeigen und im Sinne der Grundlagenforschung ausschließende Entscheidungen im jeweiligen Kapitel zu begründen oder zu kommentieren.

### **Leitfragen mit Hypothesen**

Frage 1: Was ist die Videosprechstunde und in welchem Rahmen findet sie statt? (Kapitel 1)

- Hypothese 1.1: Die Behandlung durch die Videosprechstunde lässt sich klar definieren.
- Hypothese 1.2: Es gibt Studien die den Nutzen bzw. die Notwendigkeit der VS belegen.
- Hypothese 1.3: Erkenntnisse zur Videosprechstunde lassen sich aus anderen Wissenschaftsdisziplinen adaptieren.

Frage 2: Welche Wirkfaktoren der Psychotherapie werden durch die VS theoretisch erfüllt/ vernachlässigt? (Kapitel 2)

- Hypothese 2.1: Die Einschränkungen der VS sind für die Wirksamkeit der Psychotherapie im Vergleich zur „Anwesenden Behandlung“ vernachlässigbar.
- Hypothese 2.2: Die Untersuchung der drei epidemiologisch häufigsten psychischen Störungsbilder im KJ-Bereich genügt, um eine allgemeine Aussage über die störungsbild-spezifischen Wirkfaktoren im Rahmen der VS zu treffen.
- Hypothese 2.3: Die Wirkfaktoren der Psychotherapie sind bei Kindern andere als bei Erwachsenen.

Frage 3: Ist die Videosprechstunde für die psychotherapeutische Behandlung von Kindern & Jugendlichen theoretisch aus Sicht der Entwicklungspsychologie geeignet? (Kapitel 3)

- Hypothese 3.1: Jugendliche können in Bezug auf die VS wie Erwachsene betrachtet werden.
- Hypothese 3.2: Für Kinder ohne artikulierte Reflexionsfähigkeit ist die VS ungeeignet.
  - Angenommene Begründung: fehlende Interaktion bzw. Spiel als Reflexionsfläche des Kindes entfällt

Frage 4: Gibt es wertvolle Praxiserfahrungen im Kontext KJPT-VS, die bisher nicht in der Literatur erfasst wurden und wie lassen sich diese erfassen? (Kapitel 4 bis 6)

Frage 4.1: Wie soll Praxiserfahrung generiert werden?

- Hypothese 4.1.1: Durch die relative Neuartigkeit der VS im Behandlungskontext ist die Praxis in der Adaption vorhandener Behandlungstechniken der Theorie voraus.
- Hypothese 4.1.2: Experteninterviews mit VS-Praktikerinnen ermöglichen das Generieren von auf Verallgemeinerbarkeit zu prüfenden Erkenntnissen.

Frage 4.2: Welche Zielgruppe wird betrachtet? (Kapitel 4)

- Hypothese 4.2.1: Die Festlegung auf eine homogene Experten-Zielgruppe (z.B. auf niedergelassene VT-KJPLerinnen) grenzt die Datenerhebung auf einen durchführbaren und vergleichbaren Rahmen ein.
- Gegenhypothese zu 4.2.1: Der Einschluss verschiedener Kontexte psychosozialer Beratung/ Therapie erhöht die Chancen, funktionelle Adaptionen an die VS zu finden.
  - Approbierte Psychotherapeutinnen unterliegen möglicherweise strengeren Auflagen in Bezug auf die VS. Sind andere Bereiche durch geringere Auflagen experimentierfreudiger und können dadurch mehr diverse Erfahrungen generieren?
- Hypothese 4.2.2: Die Befragung der Experten bezüglich der Erfahrungen mit Kindern bringt mehr neue Erkenntnisse als die Befragung bezüglich Erfahrungen mit (mit Erwachsenen vergleichbaren) Jugendlichen.
  - Welche Antworten / Aussagen werden erwartet?

Frage 4.3: Wie werden die gewünschten Expertinnen gefunden? (Kapitel 5)

- Hypothese 4.3.1: Durch die Nutzung der Online-KV-Arztsuche lässt sich mit operationalisierten Suchkriterien eine methodisch replizierbare Suche von Probandinnen ermöglichen.
- Welche Suchkriterien werden erstellt / definiert?
- Hypothese 4.3.2: Eine Internetpräsenz einer Psychotherapeutin mit aufgeführtem Angebot der VS weist auf eine bereits etablierte Praktik mit der VS hin.
- Hypothese 4.3.3 von Prof. Weber (Gutachter): Die skandinavischen Länder seien im Hinblick auf die Anwendung digitaler, therapeutischer Angebote Vorreiter.
- Hypothese 4.3.4: Andere Länder der EU wie z.B. Litauen haben einen deutlich fortgeschritteneren Ausbau der digitalen Infrastruktur im Alltag (Behörden etc.) etabliert. Auch in Litauen wird Psychotherapie durchgeführt, sodass ein Vorhandensein von digital erfahrenen Praktikerinnen angenommen wird, welche befragt werden können.

Frage 4.4: Was muss bei der Konzeption des Interviews / der Interviewfragen beachtet werden? (Kapitel 4)

- 4.4.1 Hypothese: Die zu Interviewenden erzählen von sich aus umfänglich von ihren Erfahrungen mit der VS.
- Gegenhypothese zu 4.4.1: Das lenkende Fragen nach z.B. ersten Erfahrungen und Schwierigkeiten mit deren Lösungen lenkt die Erinnerungstätigkeit der Interviewten, jedoch lassen sich so Auslassungen vermeiden (z.B. das Weglassen von Schwierigkeiten auf Grund einer vermeintlichen Selbstdarstellung).

Frage 4.5: Was muss bei der Durchführung der Interviews beachtet werden, um zahlreiche aussagekräftige Informationen zu generieren? (Kapitel 4)

- Hypothese 4.5.1: Eine schriftliche Vorabinformation ermöglicht durch eine genauere Vorbereitung das Genieren von mehr Erfahrungen als ohne Vorabinformation.
- Hypothese 4.5.2: Anonymisierte Befragte verheimlichen keine Erfahrungen, welche sie ggf. gegen die Vorgaben der KV gemacht haben.

Frage 4.6: Was muss bei der Auswertung des Interviews beachtet werden? (Kapitel 6 & 7)

- Hypothese 4.6: Innere Einstellung und Umwelt beeinflussen die Fragen des Interviewers und die Antworten der Interviewten.

Frage 5: Wie verändern die praktischen Erfahrungen (Frage 4) die Erkenntnisse aus der theoretischen Überlegung (Frage 1-3). (Kapitel 7)

Frage 6: Welche Handlungsempfehlungen lassen sich aus der theoretischen und praktischen Abwägung von Risiken und Chancen der Videosprechstunde für KJPLerinnen ableiten? (Kapitel 7)

## **Kommentar zum Schreibstil und formalen Aspekten**

Die Einleitung abschließend, sei auf ein paar besondere Formalien hingewiesen. Es wurde sich entschieden, diese Abschlussarbeit im generischen Femininum zu schreiben. Diese Entscheidung begründet sich aus der noch andauernden Diskussion des Genderns der Sprache im öffentlichen und wissenschaftlichen Diskurs<sup>1</sup> und der Besonderheit, dass im Kinder- und Jugendbereich die eindeutige Mehrheit der Praktikerrinnen eine feminine Anredeform verwendet (siehe dazu Kapitel 5.5) und Verallgemeinerungen daher einer weiblichen Repräsentations- bzw. Schreibform bedürfen würden. Alternativ scheinen Überlegungen zu geschlechterneutralen Ausdrucksweisen innerhalb der Überlegung der Repräsentation angebracht. Diese haben sich bisher aber nicht durchgesetzt, weshalb sich für das generische Femininum entschieden wurde. Dabei sind stets beide bzw. alle Geschlechter gemeint.

Weiterhin bewegt sich diese Arbeit im speziellen Feld der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie und der Telematik. Daher werden Abkürzungen sinngemäß verwendet. Besonders häufig wird die telemedizinische Videosprechstunde im Sinne der Ausführung in Kapitel 1 mit „VS“ abgekürzt und auch „KJP“ für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie oder „KJPlerninnen“ für die zugehörigen Therapeutinnen treten gehäuft auf. Ein grundlegendes Verständnis von der Verwendung des Internets wird vorausgesetzt, sodass auf Erklärungen etwa für anklicken<sup>1</sup> verzichtet wird. Falls dennoch nicht-fachliche Unklarheiten diesbezüglich entstehen, wird auf die Literatur „Computer für Senioren“ von Nancy Muir (2016) der „... für Dummies“-Reihe verwiesen, bei welcher der Autor gute Erfahrung mit der kurzen und hilfreichen Darstellung gewünschter Themen gemacht hat.

Abschließend sei auf die Zitation englischer Texte hingewiesen, was ausschließlich Kapitel 1 betrifft. Bei medizinisch-psychologischen Wissenschaftsarbeiten werden auch deutsche Studien teilweise vorrangig in English publiziert. Es wird daher auf eine Übersetzung englischer Texte verzichtet, da im Rahmen dieser Masterthesis im Kontext Telematik ein Grundlagenverständnis des Englischen vorausgesetzt wird.

---

<sup>1</sup> Weiterführend sei auf die Autorin Luise F. Pusch als Vertreterin der feministischen Sprachwissenschaften verwiesen.

# Kapitel 1 - Grundlagen der Videosprechstunde und Überblick der Studienlage mit Bezug zur Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie

In diesem Kapitel soll „Leitfrage 1: Was ist die Videosprechstunde und in welchem Rahmen findet sie statt?“ beantwortet werden. Dazu werden anfangs die Begrifflichkeiten und die rechtliche Einordnung der Videosprechstunde bestimmt (Hypothese 1.1, siehe Einleitung). Anschließend wird entlang einer 2018 in der Fachzeitschrift „Nervenarzt“ geführten Pro- und Kontraargumentation zur Onlinetherapie der allgemeine Komplex der Online-Behandlung eingeführt und diskutiert (Hypothese 1.2). Danach werden mögliche anwendbare Theorien und Modelle abgewogen (Hypothese 1.3) und abschließend wird ein Blick auf die spezielle Studienlage zur Videosprechstunde in der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie geworfen. Dieses Kapitel dient damit der fachlichen Einordnung des Sujets und erlaubt sich daher einen Blick über die Videosprechstunde bei Kindern und Jugendlichen hinaus.

## 1.1 Begriffe

Betrachtet werden die Termini *Telemedizin*, *telemedizinische Videosprechstunde* und *Digitale Gesundheitsanwendung*. Für die Begriffe *Psychotherapie* und *Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie* (folgend KJP) wird auf die Psychotherapierichtlinie verwiesen (GBA, 2021).

### Telemedizin

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) ordnet den Begriff *Telemedizin* auf ihrer Internetpräsenz folgendermaßen ein:

„Eine einheitliche und allgemeingültige Definition von Telemedizin gibt es aber derzeit nicht. Im weitesten Sinne wird darunter die Überwindung zeitlicher und/oder räumlicher Distanzen im Rahmen von medizinischen Sachverhalten verstanden. Das beinhaltet hauptsächlich die Messung, Erfassung und Übermittlung von Informationen oder die Anwendung medizinischer Verfahren mit Hilfe der Informations- und Kommunikationstechnik zwischen Ärzten, bzw. zwischen Ärzten und Patienten ggf. unter Einbindung von nichtärztlichem Fachpersonal.“ (<https://www.kbv.de/html/telemedizin.php>, zuletzt eingesehen am 12.03.21, 09.07 Uhr)

Auf der Internetseite werden weiterhin Kategorien aufgeführt, die zur Telemedizin gehören und bereits in der vertragsärztlichen Versorgung angewendet und abgerechnet werden dürfen. Diese sind:

- Überwachung von Patienten mit einem Defibrillator oder CRT-System
- Telekonsil bei der Befundbeurteilung von Röntgen- und CT-Aufnahmen
- Videosprechstunde

- Konzepte für telemedizinische Anwendungen (Vielzahl regionaler telemedizinischer Modellprojekte)

### **(telemedizinische) Videosprechstunde (folgend VS)**

Die Formulierung „Videosprechstunde“ wird von der KBV verwendet und soll daher auch in dieser Arbeit die Wortwahl bestimmen. Die Definition der Videosprechstunde wird im folgenden Zitat aufgeführt. (Kursiv-Hervorhebung nachträglich zugefügt.)

„Die Erbringung von Videosprechstunden wird gemäß § 365 SGB V definiert als *synchrone Kommunikation zwischen einem Vertragsarzt und einem Patienten über die dem Patienten zur Verfügung stehende technische Ausstattung, ggf. unter Assistenz, z. B. durch eine Bezugsperson, im Sinne einer Online-Videosprechstunde in Echtzeit, die der Vertragsarzt dem Patienten anbieten kann*. Als Videodienstleister werden Unternehmen bezeichnet, die Vertragsärzten Dienste zur Durchführung von Videosprechstunden gemäß Absatz 1 Satz 2 und Absatz 2 anbieten.“ (§1 Anlage 31b des Bundesmantelvertrags-Ärzte, KBV & GKV, 2021)

### **Digitale Gesundheitsanwendung (DiGA) – eine Abgrenzung**

Für diese Masterarbeit ist es wichtig, DiGAs gesondert zu benennen und von der VS abzugrenzen, da dies teilweise in der Fachdiskussion nicht sauber gemacht wird, wie unter „1.3. Allgemeine Diskussion in der Fachwelt“ ausgeführt. Die definitorischen und rechtlichen Rahmenbedingungen der DiGAs werden folgend zur Einordnung zitiert:

„(9) Digitale Gesundheitsanwendungen im Sinne des §33a SGB V können im Rahmen der Durchführung von Leistungen dieser Richtlinie unterstützend zur Anwendung kommen. Die Regelungen der Psychotherapie-Richtlinie und Psychotherapie-Vereinbarung gelten insoweit auch für die Anwendung von digitalen Gesundheitsanwendungen.“ (§1 Absatz 9 Psychotherapie-Richtlinien, GBA (2021))

„(1) Versicherte haben Anspruch auf Versorgung mit Medizinprodukten niedriger Risikoklasse, deren Hauptfunktion wesentlich auf digitalen Technologien beruht und die dazu bestimmt sind, bei den Versicherten oder in der Versorgung durch Leistungserbringer die Erkennung, Überwachung, Behandlung oder Linderung von Krankheiten oder die Erkennung, Behandlung, Linderung oder Kompensierung von Verletzungen oder Behinderungen zu unterstützen (digitale Gesundheitsanwendungen).“ (§ 33a Digitale Gesundheitsanwendungen, SGB V (2021))

Wie sich noch zeigen wird, kommt der Idee der DiGAs eine starke fachliche Aufmerksamkeit zu (Kapitel 1.3). Durch ihre starke Automatisierung ist Skepsis angebracht, immer dann, wenn Kosteneinsparungsgedanken vor qualitativ-fachliche Beurteilungen geschoben werden. Die Angst davor, aber auch der Nutzen der Automatisierung kann den Fokus der Fachwelt sowie deren Bezugssysteme erklären. Ein Blick in das Verzeichnis des Bundesinstitutes für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) unter <https://diga.bfarm.de/de> zeigt jedoch, dass für den Erwachsenenbereich lediglich fünf Anwendungen aktuell aufgeführt bzw. zugelassen sind (zwei vorläufig, drei dauerhaft, Stand: März 2021). Bei der Altersgruppe der Jugendlichen als jüngste zu wählende Altersgruppe gibt es keine Anwendungen. Praktische Erfahrungen im Kontext KJP lassen sich daher auf dem deutschen Markt nur aus der Forschung gewinnen.

## 1.2 zeitlich-rechtliche Einordnung

Unabhängig von der inhaltlichen Auseinandersetzung schreitet die Etablierung der Ferntherapie voran. Dabei spielt die Coronapandemie nur den Part eines Katalysators nicht aber der entscheidenden Initialisierung. Denn bereits auf dem 121. Ärztetag (8.-11.05.2018) wurde die Änderung des § 7 Abs. 4 der (Muster-) Berufsordnung für die in Deutschland tätigen Ärztinnen und Ärzte (kurz: MBO-Ä) beschlossen, in welcher auch die ausschließliche Behandlung über Kommunikationsmedien im Einzelfall erlaubt wurde (MBO-Ä, §7 Abs.4). Diese Änderung war ein weiterer Schritt in der Entwicklung der Fernbehandlung, dennoch bestanden vorher schon Möglichkeiten dazu:

"Es ist festzuhalten, dass eine ärztliche Beratung und Behandlung einer Patientin oder eines Patienten unter Einsatz von Print- und Kommunikationsmedien nach der bis Juni 2018 geltenden Fassung des § 7 Abs. 4 MBO-Ä (MBO-Ä) nicht grundsätzlich unzulässig war; lediglich die ausschließliche Fernbehandlung war berufsrechtlich untersagt. Danach durften Ärztinnen und Ärzte die individuelle ärztliche Behandlung, insbesondere auch Beratung, nicht ausschließlich über Print- und Kommunikationsmedien durchführen. Auch bei telemedizinischen Verfahren war zu gewährleisten, dass eine Ärztin oder ein Arzt die Patientin oder den Patienten unmittelbar behandelt. Umgangssprachlich wurde diese Regelung in § 7 Abs. 4 MBO-Ä a. F. dennoch nicht korrekt als 'Fernbehandlungsverbot' bezeichnet." (Letzel et al., 2020)

## 1.3 Allgemeine Diskussion in der Fachwelt

*Pro und Kontra – Kann die Online-Therapie die Psychotherapie sinnvoll ergänzen?*

Zur Einstimmung auf die aktuelle fachwissenschaftliche Diskussion um die Video-Psychotherapie soll eine kritische Hinterfragung der Standpunkte der Pro-Kontra-Argumente durchgeführt werden, welche 2018 die Zeitschrift „Nervenarzt“ unter dem Titel „Kann die Online-Therapie die Psychotherapie sinnvoll ergänzen?“ aufführt. Die Autorinnen der Pro-Seite sind Seniorprof. Dr. Martin Hautzinger (Geschäftsführer der Tübinger Akademie für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie und Ko-Leitung der Fliednerklinik Stuttgart, Tagesklinik für Psychiatrie und Psychotherapie) und Dr. Kristina Fuhr (wissenschaftliche Mitarbeiterin) vom Fachbereich Psychologie, Klinische Psychologie und Psychotherapie der Eberhart Karls Universität in Tübingen. Die Autorinnen der Kontra-Seite sind Dr. rer. med. René Noak (Leiter der Tagesklinik Angst und Zwang) und Prof. Dr. med. Kerstin Weidner (Klinikdirektorin) der Klinik und Poliklinik für Psychotherapie und Psychosomatik des Universitätsklinikums Carl Gustav Carus in Dresden.

Mit der folgenden Auseinandersetzung soll mit naivem Blick (und der VS im Hinterkopf) direkt in den Diskurs gesprungen werden – auf der Wissensbasis, über welche angesehener Weise die meisten Fachkolleginnen verfügen: das Thema *digitale Unterstützung der Psychotherapie* ist allgegenwärtig, aber ein detailliertes digitales Grundlagenwissen fehlt, sofern noch keine eigenen VS durchgeführt wurden. Diese Annahme wird von den Expertinnen in den Experteninterviews bestätigt (Kapitel 6.4, sowie Anla-



ge 6.1). Für die Meinungsbildung und damit die Abwägung, in eigener Praxis selbst digitale Angebote zu nutzen, bilden die folgenden Argumentationen also wertvolle Orientierungspunkte. Grundlegende Diskussionspunkte werden im Sinne einer sich entwickelnden Einführung eingearbeitet.

### **1.3.1 Kontra-Argumentation**

Zuerst wird ein Blick auf die Einordnung der VS als *Setting* geworfen. Anschließend wird die Frage nach der *Notwendigkeit der körperlichen Anwesenheit* in der Psychotherapie diskutiert. Danach werden *Risiken und Nebenwirkungen der Online-Therapie* beleuchtet und abschließend wird ein Blick auf *Wirksamkeitsstudien aus der Kontra-Perspektive* geworfen.

#### **1.3.1.1 Setting oder Methode?**

Noak und Weidner (2017) beziehen zur Frage der Begrifflichkeiten Stellung. Sie legen dabei deutlich Wert darauf, dass Internetangebote die Psychotherapie erleichtern und unterstützen können, diese aber keinesfalls ergänzen.

„Eine Ergänzung kann nur durch etwas Zusätzliches und Gleichartiges bzw. -wertiges geschehen, wie beispielsweise durch eine Ergotherapie im Zuge eines chirurgischen Eingriffs. Die Psychotherapie erhält durch das Internet jedoch nichts inhaltlich Neues. Die Möglichkeiten des Internets stellen lediglich eine Erleichterung beim Einsatz der durch die Psychotherapie selbst entwickelten Methoden und Techniken dar.“ (Noak & Weidner, 2017, S. 96)

Dieser Blick auf die Begrifflichkeiten liefert noch keine ausschlaggebenden Argumente für die Pro-Kontra-Diskussion, dennoch gibt er eine wertvolle Antwortmöglichkeit auf die Frage: Ist die VS eine Methode oder ein Setting? Die Argumentation von Noak & Weidner, welche die VS als Erleichterung der Umsetzung einer bereits bestehenden Methode sieht, soll in dieser Arbeit als ausreichend gesehen werden, um die VS als Setting und nicht als eigene Methode zu verstehen.

#### **1.3.1.2 Therapie über das Internet oder körperliche Anwesenheit als Voraussetzung für Wirkprozesse?**

Eine ausschließliche oder überwiegende Therapie über das Internet schließen Noak & Weidner (2017) mit Verweis auf die Definition von Psychotherapie nach Orlinsky et al. (2004) aus:

„Psychotherapie braucht laut Definition die körperliche Anwesenheit des Therapeuten (Orlinsky et al. 2004). Dies führt zu den notwendigen interaktionellen Prozessen zwischen Therapeut und Patient und ermöglicht Übertragung und Gegenübertragung als grundlegende Prozesse. Inso-

fern ist der eigentliche psychotherapeutische Erfahrungsprozess nicht im Rahmen eines Onlinekontaktes realisierbar.“ (Noak & Weidner, 2017, S. 96)

Ein ganzheitliches Erleben des Kontaktes sei für die Psychotherapie notwendig, in welchem emotionale, verbale und non-verbale Wahrnehmung ein spontanes Interagieren ermöglichen. Beispielhaft verweisen sie auf das Konzept von Übertragung und Gegenübertragung und die Stühlearbeit, welche über das Internet nicht möglich seien und führen noch die empirisch belegte Bedeutung der therapeutischen Beziehung nach Orlinky (2004) und Grawe (1998) an. Belege dafür, dass diese angesprochen Elemente nicht auch über eine internetbasierte Anwendung möglich seien, führen sie nicht auf. Gegenteilig gibt es bei der Stühlearbeit beispielsweise Varianten, bei welcher die Therapeutin lediglich instruiert und so nicht anwesend sein muss. Die Ferntherapie wechselt für diesen speziellen Fall auf ein Handy oder Tablet, welches dann auf den jeweiligen Stuhl gestellt wird. Ob Übertragungs- und Gegenübertragungsprozesse auch über eine Leitung möglich sind, kann nicht sicher beantwortet werden. Im Exkurs zu Orlinky wird aber die von Noack & Weidner aufgeführte definitorische Grundlage dafür hinterfragt. Weiterhin stellt das Übertragungskonzept eine stark von Therapieschulen (Tiefenpsychologie/Psychoanalyse) geprägte Sichtweise dar. Diese Sichtweise ist nicht unbedeutend, dennoch verliert sie aus Sicht anderer Therapieschulen (z.B. der Verhaltenstherapie) an Gewichtung. Eine Argumentation über die Reduzierung der positiven Faktoren einer Psychotherapie überzeugt daher weniger als Ausschlusskriterium der Ferntherapie.

### **1.3.1.2 Exkurs: Kommentar zur Definition von Orlinky**

Orlinky definiert 2004 den psychotherapeutischen Prozess als:

„(primarily) the actions, experiences, and relatedness of patient and therapist in therapy sessions when they are physically together, and (secondarily) the actions and experiences of participants specifically referring to one another that occur outside of therapy sessions when they are not physically together“ (S. 311).

Warum eine physikalische Anwesenheit zwingend notwendig ist, erschließt sich aus der Lektüre nicht. Vielmehr scheint die physische Anwesenheit bei dieser Definition zur Unterscheidung der binären Trennung von primären („primarily“) und sekundären („secondarily“) Therapiewirkebenen zu dienen. Ob die VS inhaltlich zur „primarily“-Kategorie gezählt werden kann oder eher zwischen den beiden Möglichkeiten angesetzt werden müsste, bleibt offen. Crits-Christoph et al. (2013), welche in der nachfolgenden Auflage des Sammelbandes (Lambert, 2013) das Kapitel zur Process-Outcome-Forschung schreiben, das vorher von Orlinky et al. verfasst wurde, übernehmen die eben wörtlich zitierte Definition von Orlinky und ergänzen sie um:

„changes occurring within the patient over the course of psychotherapy that are hypothesized to have a causal relation with treatment outcome.“ (Crits-Christoph et al., 2013, S. 299)

In ihren Ausführungen beziehen sie Stellung zur Forschung bezüglich der therapeutischen Beziehung mit Unterpunkten zu: Alliance-Outcome-Studies, Treatment Characteristics and the Alliance-Outcome Relation, Relationship Factors Overlapping with the Alliance Construct, Personal Role Investment, Interactive Coordination, Expressive Attunement, Affective Attitude und Experiential Congruence (Crits-Christoph et al., 2013, S. 302-307). Aus den darin aufgeführten Forschungsergebnissen konnte keine Notwendigkeit der physikalischen Anwesenheit gelesen werden. Auch in der nachfolgend aufgeführten Definition zur therapeutischen Allianz findet sich diese postulierte Notwendigkeit nicht:

„The therapeutic alliance may be broadly defined as the collaborative and affective relationship between the therapist and the client (Bordin, 1979). The collaborative aspects of the alliance include the extent of agreement between therapist and client about (a) the goals of therapy, and (b) techniques that will be implemented to achieve these goals. The affective component of the alliance is the “bond” between the participants, and includes mutual trust, liking, respect, and caring between the patient and therapist.“ (Crits-Christoph et al., 2013, S. 301-302)

Alle im Zitat aufgeführten Aspekte des gemeinsamen „bond“ von gegenseitigem Vertrauen, Sympathie, Respekt und Fürsorge, sowie gemeinsamen therapeutischen Zielen und ausgemachten Herangehensweisen im Rahmen der therapeutischen Beziehung lassen sich auch in einer Beziehung ohne physikalische Anwesenheit vorstellen. Es wird nicht bestritten, dass sich bei physikalischer Anwesenheit die aufgeführten Aspekte möglicherweise leichter erreichen lassen. Solange es keinen Nachweis über eine Schädlichkeit der Ferntherapie für die therapeutische Beziehung gibt, scheint es jedoch hinderlicher, die neu aufkommenden (positiven) Erfahrungen mit der Ferntherapie argumentativ zu unterbinden auf Grundlage von Publikationen, in welchen die Ferntherapie noch nicht die nötige Beachtung als gesondertes Therapiesetting erfuhr.

### **1.3.1.3 Risiken und Nebenwirkungen**

Als nächstes führen Noak & Weidner (2017) die Kontra-Argumentation der Online-Therapie über Risiken und Nebenwirkungen. Bisher seien laut diesen in der Psychotherapie kaum Risiken und Nebenwirkungen bekannt, sofern die Therapie von qualifizierten Praktikerinnen durchgeführt werde. Anfangs sei eine Verstärkung von Leiden und Beeinträchtigungen durch den Aufarbeitungsprozess bzw. die direkte Befassung mit dem Leiden möglich, bevor eine Linderung eintrete (ebd., S.2). Dadurch würden bei der Ferntherapie die ethischen Grundprinzipien *Fürsorgepflicht* und *Nichtschädigung* nach Beauchamp & Childress (2009) starken Bedenken gegenüber einer Versorgung mittels Internetangeboten ausgesetzt werden. Dieses Argument beziehen die Autorinnen auf Ideen von Härpfer & Bschor (2017), welche im Extremfall eine selbstständig ohne The-

rapeutin durchgeführte Therapie mittels Internetangeboten prognostizieren. An dieser Stelle wird eine fehlende Differenzierung verwendeter Internetangebote durch Noak & Weidner deutlich. Sofern ausschließlich von nicht durch eine Therapeutin begleiteten Anwendungen gesprochen wird, greift das Argument der fehlenden ethischen Legitimation. Wenn aber von einer Videosprechstunde mit aktiver Therapeutin gesprochen wird, dann sind Schutzmechanismen (verbale Stabilisierung oder Einbestellung der Notärztin) denkbar. Diese Schutzmechanismen würden im Rahmen des neuen Settings noch ausdifferenziert werden müssen, aber ein Mangel an Fürsorgepflicht und Nichtschädigung, welcher über den in der klassischen Therapiesitzung deutlich hinausgeht, scheint dann nicht argumentativ haltbar.

Weiterhin führen Noak & Weidner (2017) weitere folgend zu klärende Kritikpunkte auf:

- (I) ein *Demoralisierungseffekt*, wenn Patientinnen mit negativer Internettherapieerfahrung diese Erfahrung auf eine herkömmliche Psychotherapie übertragen und diese daher nicht mehr in Anspruch nehmen würden;
- (II) *Reliabilitätszweifel bezüglich der Diagnostik* zu Gunsten unnötiger Pathologisierung oder nicht Wahrnehmung schwerer pathologischer Zustände durch fehlendes face-to-face;
- (III) *Zuverlässigkeitszweifel bei Onlinebestätigungen* zur Zustimmung der Aufklärung über Risiken und Nebenwirkungen.

Auch bei diesen Kritikpunkten variiert eine argumentative Auseinandersetzung durch diese Masterarbeit stark bei einer möglichen Differenzierung zwischen den zwei Extrempolen:

- a) einer aktiven Therapeutin im Vordergrund, die eine Therapie fast identisch zur bisherigen nur über den Bildschirm als Übertragungsmedium macht und
- b) einer maschinellen Zuteilung und Durchführung von maschinellen Diagnose- und Behandlungssapps, in welcher die Therapeutin (wenn überhaupt) nur noch hintergründig die Auswahl der Apps orchestriert.

Bei einer aktiven Therapeutin (a) wird argumentiert, ...

...dass ein Demoralisierungseffekt (I) gar nicht erst in dem benannten Ausmaß auftritt, da die Therapeutin vorher interveniert, indem sie an eine andere Therapie verweist und bestenfalls den Übergang begleitet.

... dass die Reliabilitätszweifel (II) bezüglich der Diagnostik mit Blick auf Zwischentöne wie Geruch oder Gesamtbild Nachteile entstehen, diesen aber ein Einblick in die direkte Lebenswelt diagnostisch gegenüber gestellt werden könnte. Bezüglich von Diagnoseinstrumenten ist wieder zu differenzieren. Sprechen wir über Fragebogenverfahren, so argumentieren Kolleginnen, dass ein in der Praxis ausgefüllter Fragebogen (auch

wenn nur allein im Wartezimmer ausgefüllt) einen anderen Aussagegehalt hat, als wenn z.B. Bezugspersonen mit darüber schauen oder ein lautes Umfeld vorherrscht. Dem entgegen hat der Hogrefe-Verlag als Vorreiter bei Testdiagnostik bereits das Hogrefe Testsystem 5 (<https://www.testzentrale.de/etesting/hogrefe-testsystem-hts/hogrefe-testsystem-5>) auf dem Markt, welches einen Großteil an Fragebögen digitalisiert anbietet. Reliabilitätszweifel werden damit direkt angesprochen, da durch die daraus erhobenen anonymisierten Daten Ergebnisse der dies nutzenden Praxis überprüft und für die Forschung deutlich erweitert werden können. Ein Übersetzungsschritt von nicht-digitalen zu digitalen Normgrößenerfassungen wird vorausgesetzt. Liegen diese auf die digitale Welt geeichten Normgrößenerfassungen vor, so sind auch Intelligenzdiagnostiken mit zwischengeschaltetem Bildschirm denkbar. Andere Diagnostik wie z.B. bildgebende Verfahren (z.B. EEG oder MRT) werden an Geräte vor Ort gebunden bleiben, auch wenn die Entwicklung im Bereich des Healthtracking dabei zukünftig andere Aussagen zulassen könnte. Ein weiterer Diagnostikblickpunkt könnte die Beobachtung durch mehrere Teammitarbeiterinnen einer Klinik seien. Aber auch da ist eine digitale Anpassung denkbar, wenn der Klinikteambeobachtung beispielsweise die kollegiale Auswertung (auch zeitlich versetzt) von Videomaterial gegenüber gestellt wird. Solang ein wissenschaftlich geleiteter Adaptionsprozess von nicht-digitaler Diagnostik zu digitalen Varianten stattfindet und nicht lediglich alte Verfahren eins zu eins übernommen werden, werden die Reliabilitätszweifel bei einer aktiven Therapeutin ihrerseits angezweifelt.

... dass Zuverlässigkeitszweifel (III) bei Onlinebestätigungen irrelevant sind, da die aktive Beteiligung der Therapeutin (Aufklärung, Möglichkeit zu Rückfragen) keinen Unterschied zur Unterschrift nach einer physisch anwesenden Besprechung macht.

Bei einer passiven Therapeutin (b) mit vorrangig applikationsbetriebener Diagnostik und Therapie wird argumentiert, ...

... dass ein Demoralisierungseffekt (I) nachvollziehbar ist.

... dass Reliabilitätszweifel (II) noch genauer als unter a) adressiert werden müssen, da die korrigierende Instanz der aktiven Therapeutin verloren gehen könnte und die Zweifel daher an Berechtigung gewinnen.

... dass Zuverlässigkeitszweifel (III) bei Onlinebestätigungen durchaus grundlegend adressiert werden müssen. Allein der Vergleich mit der gängigen Alltagspraxis des ungelesenen Bestätigen von Datenschutzerklärung oder Readme-Dateien (aktuell bei z.B. [google.de](https://www.google.de)) unterstreicht diesen Kritikpunkt, sofern kein aktives Gegenüber vorhanden ist.

Die Bewertung der von Noak & Weidner (2017) vorgetragenen Risiken und Nebenwirkungen variiert wie eben gezeigt deutlich. Je nachdem aus welcher Perspektive (VS

oder reine Applikation) und in welcher (in)aktiven Rolle die Therapeutin agiert, sind die Argumente nachvollziehbar bis unhaltbar.

#### 1.3.1.4 Wirksamkeitsstudien

Bezüglich Wirksamkeitsstudien führen Noak & Weidner (2017) eine Metaanalyse von Cuijpers et al. (2011) auf, welche „für die kritischen psychotherapienahen Internetangebote sehr heterogene und häufig schmale Effekte“ zeigen würden (Noak & Weidner, 2017, S. 97). Bei der Quellenüberprüfung stellte sich heraus, dass dabei Untersuchungen analysiert wurden, in welchen ausschließlich „self-guided psychological intervention, without any contact between the participants and a therapist or coach“ (Cuijpers et al., 2011, S.1) berücksichtigt wurden; also Interventionen, welche das Extrem des Pols *passive Therapeutin (b)* (siehe oben) verkörpern. Diese Kritik ist wertvoll in Bezug auf DiGAs aber nicht aussagekräftig in Bezug auf die VS. Weiterhin ...

„bestehen zudem [oft] hohe Dropout-Raten sowie eine unzuverlässige Datenlage zu Nonrespondern und ungünstigen Behandlungsausgängen. Die meisten Evaluationsstudien rekrutierten zudem ihre Teilnehmer im Internet selbst, was wegen fehlender Daten zu den sich gegen eine Teilnahme entscheidenden Zielpersonen kaum zuverlässige Aussagen zur Akzeptanz der Angebote zulässt.“ (Noak & Weidner, 2017, S. 97).

Als Beleg des Teilnahmequotenarguments führen sie eine Studie von Gildbody et al. (2015) an, für welche depressive Patientinnen über Hausarztpraxen rekrutiert wurden. Untersucht wurde, welchen Effekt Computerised cognitive behaviour therapy (cCBT) gegenüber einer Standardbehandlung (General Practitioner care) über 4 Monate hatte. Die cCBT-Nutzerinnen bekamen zusätzlich einmal pro Woche einen Anruf, um technische und motivationale Unterstützung zu erhalten. Die von Noak & Weidner referierte Dropoutquote lag bei dieser Untersuchung nach 4 Monaten bei 24 % und zeigt die Berechtigung des Kritikpunktes. Bezüglich der VS ist diese Studie jedoch nicht aussagekräftig, da wieder nur das Extrembild der passiven Therapeutin (b) betrachtet wird und selbst die Studienautorinnen schreiben: „Findings cannot be generalised to cCBT offered with a much higher level of guidance and support.“ (Gildbody et al., 2015).

Als Fazit aus der Auseinandersetzung mit der Kontraargumentation wird gezogen, dass die geäußerten Kritikpunkte bezüglich einer vorrangig applikationsgesteuerten Therapie (DiGAs, siehe 1.2) durchaus zutreffen. Leider wurde diese Fokussierung nicht deutlich hervorgehoben, wodurch die Leserin ohne Zeit zur Quellenprüfung beim lesen dieser Kritik geneigt sein könnte, die getroffenen Aussagen auf eine Videosprechstunde im Sinne der KBV (siehe 1.1 Begriffe) zu generalisieren. Dies wäre jedoch ohne berechtigte Grundlage, wie besonders die Kommentare zu den Wirksamkeitsanalysen zeigen.

### 1.3.2 Pro-Argumentation

Die Pro-Argumentation beginnt mit einer Differenzierung der Begrifflichkeiten und dem Blick auf Anwendungsbereiche. Anschließend werden Wirksamkeitsstudien aus der Pro-Perspektive auf die Verwendbarkeit für die VS geprüft und diskutiert. Abschließend wird ein Blick auf bereits initialisierte Anwendungsbereiche geworfen.

#### 1.3.2.1 Differenzierung

Hautzinger & Fuhr (2018) nehmen die bei Noak & Weidner (2018) kritisierte Differenzierung von Online-Therapie vor. Sie schreiben:

"Internetbasierte Interventionen sind in der Regel Programme, die ohne persönlichen Kontakt zu einem Therapeuten Inhalte, Übungen und Techniken an Betroffene vermitteln, um die Anpassung an eine Krankheit zu verbessern oder die Symptomatik einer Störung zu reduzieren. Dabei beschäftigen sich die Betroffenen (Programmnutzer) selbständig mit den von einer Software über das Internet vermittelten Inhalten und Techniken. Diese Programme können ohne oder mit fachlicher Unterstützung (per Chat, per E-Mail, per Telefon) angeboten werden. Grundsätzlich lassen sich vier Zugänge unterscheiden. Dabei kann das Internet als Informationsmedium (statisch, passiv bzw. interaktiv) oder als Kommunikationsmedium (synchron, Echtzeit bzw. asynchron, zeitlich versetzt) genutzt werden. Entsprechend gehören Interventionen per Telefon oder Bildübertragung eben so zu diesen Angeboten wie statische Informationsvermittlung (entspricht der früheren Bibliothherapie) oder dem Einsatz interaktiver, therapeutischer Computerspielen." (Hautzinger & Fuhr, 2018, S. 1.)

Bereits bei dieser Definition und Eingrenzung wird die Schwierigkeit einer treffsicheren Definition deutlich. Im ersten Teil der Definition steht (Hervorhebung nachträglich zugefügt): „[es] sind in der Regel Programme, die **ohne persönlichen Kontakt** zu einem Therapeuten Inhalte [...] an Betroffene vermitteln [...]. Dabei beschäftigen sich die Betroffenen (Programmnutzer) **selbständig** mit den von einer Software über das Internet vermittelten Inhalten.“ (Hautzinger & Fuhr, 2018). Dies liest sich, als wäre die VS nicht darunter zu zählen, da diese eben doch im persönlichen Kontakt (wenn auch über ein Medium) stattfindet und nicht vom Patienten selbständig genutzt wird. Möglicherweise wäre auch eine semantische oder definitorische Klärung des Wortes „persönlich“ vorzunehmen. Bedeutet es zwingend physisch anwesend? Ein Blick in den Duden beantwortet diese Frage leider nicht.

Im zweiten Teil ihrer Definition differenzieren Hautzinger & Fuhr (2018) Online-Therapie bzw. internetbasierte Interventionen in die Einteilung als 1.) Informationsmedium (a: statisch/passiv; b: interaktiv) und 2.) Kommunikationsmedium (a: synchron; b: asynchron). Mit Punkt 2a) schließen sie die VS deutlich und explizit benannt ein: „Entsprechend gehören Interventionen per Telefon oder Bildübertragung ebenso zu diesen Angeboten [...]“ (Hautzinger & Fuhr, 2018)). In wie weit die Formulierung: „**in der Regel** Programme, die ohne persönlichen Kontakt [stattfinden] [...]“ (ebd.) gerechtfertigt ist, wenn die VS dadurch als außerhalb der Regel bestimmt wird, lässt sich diskutieren. Klar wird, dass allein durch die Differenzierung in Informations- und Kommunikationsmedium, welche dennoch beide unter dem Schlagwort *Online-Therapie* subsummiert

werden, eben diese Online-Therapie aus verschiedenen Standpunkten völlig unterschiedlich betrachtet und bewertet werden kann. An dieser Stelle wurde für die vorliegende Masterarbeit überlegt, ob folgend nur noch Argumente einbezogen werden, die dem Kriterium 2a) – Kommunikationsmedium in Echtzeit – entsprechen. Da die Diskussion aber verallgemeinernd geführt wird, wird der Fokus erst nach der Pro-Kontra-Argumentation ausschließlich auf 2a) gelegt, sodass die Realität der fehlenden Differenzierung auch unter Fachpublikum deutlich herausgearbeitet werden kann.

### 1.3.2.2 Anwendungsbereiche

Hautzinger & Fuhr (2018) führen anschließend mögliche Anwendungsbereiche auf. Diese sind (Nummerierung nachträglich zugefügt):

„1. zur indizierten und selektiven Prävention bei Risikogruppen, 2. zur Überbrückung von Wartezeiten auf medizinische bzw. psychologische Maßnahmen, 3. als Ergänzung zu einer realen Behandlung, 4. als Erweiterung traditioneller Angebote im stationären, teilstationären und ambulanten Rahmen zur Erhaltung, zur Nachsorge und zur Rückfallprophylaxe, 5. als Alternative für Patienten, die durch Immobilität, Entfernung, Sprachbarrieren, kulturelle Faktoren, Scham keine Behandlung aufsuchen, 6. zur Prognoseverbesserung bei somatischen Grunderkrankungen (z. B. Diabetes, Krebs, Herz-Kreislauf-Erkrankung usw.), 7. als Alternative zur traditionellen (Face-to-face-)Psychotherapie.“ (Hautzinger & Fuhr, 2018, S. 1)

Eine Differenzierung der Anwendungsgebiete in die Kategorie *VS vs. andere Angebote* war dem Autor nicht möglich. In jedem Anwendungsfeld konnte die Verwendung der VS gesehen werden, gleiches galt bei anderem Zielgedanken für andere Angebote wie Applikationen etc.

Diese Überlegungen zu den Anwendungsbereichen haben Hautzinger & Fuhr aus Thomas Bergers Buch „Internetbasierte Interventionen bei psychischen Störungen“ (2015) entnommen, welches im Rahmen dieses Kapitels gesondert als empfehlenswerte deutschsprachige Grundlagenlektüre zum Thema genannt werden soll. Auch bei Berger (2015) ist die „Therapie via Videokonferenzsysteme“ (S. 62) nur eine der aktuellen onlinebasierten Behandlungsmöglichkeiten, neben webbasierten unbegleiteten und geleiteten Selbsthilfeprogrammen, der Interapy, der E-Mail-Therapie und der Chat-Therapie (S. 39-62). Berger gibt weiterhin eine Antwort darauf, wie der Begriff *face-to-face* einzuordnen ist, denn er verwendet ihn wiederholt als Synonym für die klassische physisch anwesende Psychotherapiesitzung (S. 2 ff.).

Auf Bergers Buch wird nach der Pro-Kontra-Argumentation ausführlich unter Punkt „1.4 Theorien und Modelle“ eingegangen.

### 1.3.2.3 Aufgeführte Wirksamkeitsstudien

Hautzinger & Fuhr (2018) führen zwei Studien und drei Metastudien als Belege für die Wirksamkeit der internetbasierten Psychotherapie an. Diese Studien sollen nachfol-



gend einer Quellenüberprüfung unterzogen werden, um zu sehen, ob sie Aussagen zur VS zulassen. Für die ausführliche Darstellung der Studien wird auf die Quelltexte verwiesen. Folgend sollen nur Elemente aufgeführt werden, die den Bezug zur VS klären.

Die erste Studie „Effects of a Psychological Internet Intervention in the Treatment of Mild to Moderate Depressive Symptoms: Results of the EVIDENT Study, a Randomized Controlled Trial“ stammt von Klein et al. (2016) und untersucht die Wirksamkeit von Internetinterventionen bei milder bis moderater Depression an einer deutschen Population. Diese Internetintervention war die Durchführung eines 12-wöchigen CBT-(cognitive behavioral Therapy)basierten Programms namens Deprexis, welches eines der 5 in Deutschland zugelassen DiGAs ist (siehe 1.2). Zu der Durchführung des Programms wurde der Teil der Probandinnen mit moderater Depression zusätzlich einmal pro Woche von einem geschulten E-Mail-Support kontaktiert, welcher ein kurzes Feedback auf Grundlage des Nutzerinnenverhaltens des Programms gab. Die Probandinnen konnten auf diese Mails antworten oder den Supporter direkt kontaktieren. Allen Probandinnen (Untersuchungs- und Kontrollgruppe) war es untersagt, im Untersuchungszeitraum eine andere Behandlung zu nutzen (z.B. Medikation oder Psychotherapie). Diese Studie bietet mit ihrer DiGA-Orientierung also keine brauchbaren Aussagemöglichkeiten zur VS.

Die zweite Studie „Telephone-based problem-solving intervention for family caregivers of stroke survivors: a randomized controlled trial“ von Pfeiffer et al. (2016) untersuchte den Effekt einer problem-solving intervention (PSI) für pflegende Angehörige, welche für mindestens sechs Monate die Pflege einer Schlaganfallpatientin übernahmen und darunter signifikant belastet waren. Dazu wurden je zwei Hausbesuche und 18 Telefonate im Zeitraum von neun Monaten nach dem Schlaganfall durchgeführt, die ersten drei Monate davon intensiv und danach zur Nachsorge. Als Maße wurden depressive Symptome und die selbst wahrgenommene Kompetenz der Pflegenden erfasst. Bezüglich der depressiven Symptome konnte eine signifikante Verbesserung gegenüber der Kontrollgruppe nach drei Monaten festgestellt werden. Diese Studie lässt sich für den Kontext VS insoweit nutzen, da Aussagen über die Wirksamkeit von Ferntherapie getroffen werden können. Ein Vergleich zu einer Kurzzeittherapie mit anfänglichem Hausbesuch bei anschließender Videobehandlung ist vorstellbar.

Die erste Metaanalyse "Guided Internet-based vs. face-to-face cognitive behavior therapy for psychiatric and somatic disorders: a systematic review and meta-analysis“ von Andersson et al. (2014) untersucht 13 Studien (gesamt N=1053), welche herkömmliche physisch anwesende Psychotherapie („face-to-face delivered cognitive behavior therapy (CBT)“) mit Online-Therapie („Internet-delivered cognitive behavior therapy (ICBT)“)

vergleichen. Es wurden unter anderem nur Studien berücksichtigt, in welchen Kontakt zum Therapeuten bestand, d.h. reine selbstgesteuerte Programme wurden ausgeschlossen. Für die Suche nach Studien wurde neben den störungsspezifischen Begriffen, die Schlagworte "Internet" oder „computer“ oder „computerized“ verwendet. Dementsprechend sind VS-Formate denkbar. Im Ergebnis schließen die Autoren in Bezug auf die untersuchten Störungsbilder, dass beide Behandlungsarten als gleichwertig effektiv angesehen werden müssen.

Diese 13 Studien wurden für diese Masterarbeit daraufhin untersucht, in wie weit sie auf die VS zutreffen. Eine jeweilige Einzeluntersuchung war notwendig, da die Ausführungen zur Metaanalyse keine Aussagen zu VS-Differenzierung möglich machte. Die gesuchten Informationen wurden meist unter „Interventions“ im Methodenteil gefunden. Sie sind folgend aufgeführt und teilen die Studien bezüglich ihrer Aussagefähigkeit für die VS in „zutreffend“ oder „unzutreffend“ ein:

1. Hedman et al. (2011): unzutreffend, da nur unterstützender E-Mailkontakt zum Therapeuten (face-to-face und Telefonie waren ausgeschlossen)
2. Andrews et al. (2011): unzutreffend, da nur unterstützender Kontakt über ein schriftliches Online-Forum zum Therapeuten
3. Botella et al. (2010): unzutreffend, da „Internet-based self-administered program“ als Grundlage
4. Carlbring et al. (2004): unzutreffend, da „Internet-administered self-help plus minimal therapist contact via e-mail“
5. Bergström et al. (2010): unzutreffend, da „No other contact than by e-mail between patient and psychologist took place during the treatment.“
6. Kiropoulos et al. (2008): unzutreffend, „All psychologists interacted with their participant via email“
7. Spek et al. (2007): unzutreffend, da „The internet-based treatment was studied as a self-help intervention, and no professional support was offered to the participants of this study.“
8. Wagner et al. (2014): unzutreffend, da „patients were given two writing assignments in each week - aber der Therapeutenkontakt war mit 20-50 min pro Assignment, wenn auch über E-Mail, vergleichsweise hoch
9. Gollings & Paxton (2006): teils zutreffend, da „the intervention was delivered in real-time in a password protected on-line chat-room. The on-line sessions were led by the therapist and participants wrote responses and comments“
10. Paxton et al. (2007): teils zutreffend, da "participants and the therapist logged on weekly to a secure, password protected chat-room. Sessions were led by the therapist and participants typed responses to each other in real-time.“
11. Kaldo et al. (2008): unzutreffend, da "The Internet treatment was delivered via a website and e-mail contact between the participants and their therapist.“
12. Schover et al. (2012): unzutreffend, da „internet format of the intervention though e-mail contact with their therapist“
13. Andersson et al. (2009): unzutreffend, da „The Internet treatment consisted of five weekly text modules, which were presented on a web page, a video in which exposure was modelled, and support provided via Internet.“

Diese Metaanalyse wurde 2017 von Carlbring et al. (2018) aktualisiert. In der ersten Fassung (Andersson et al., 2014) waren die Studienergebnisdaten bis Juni 2013 erfasst worden (Einige Studien wurden erst später publiziert, siehe Wagner et al., (2014) in der ersten Fassung). Die Aktualisierung umfasst Daten von Juli 2013 bis Februar 2017 und fügt sieben Studien den bereits oben aufgeführten hinzu. Die untersuchte Patientenzahl steigt damit auf N=1418. Die Zahl der gescannten Artikel betrug 2078, wovon 20 den Untersuchungskriterien entsprachen. Im Sinne aktueller Datensätze wurden diese sieben der gleichen Quellenprüfung unterzogen und werden im Folgenden dargestellt, auch wenn sie in Hautzinger & Fuhrs (2018) Pro-Argumentation nicht bedacht waren. Zusätzliche Studien in Carlbring et al. (2018):

14. Andersson et al. (2013, I): unzutreffend, da „the treatment is mainly delivered in textformat“, der Therapeut gibt nur Feedback zu erledigten Hausaufgaben
15. Lappalainen et al. (2014): unzutreffend, da „treatment group received access to an ACT-based Internet program and supportive web-based contact“
16. Blom et al. (2015): unzutreffend, da „The therapist received the message, and within 24 h on week-days they reviewed the homework assignments, gave written feedback and then gave the participant access to the next module.“
17. Lancee et al. (2016): unzutreffend, da Feedback is provided by Email based on these exercises, forms, and on the sleep diary.“
18. Jasper et al. (2014): unzutreffend, da „The therapists were instructed to try to dedicate a maximum of 10 min per week per patient to e-mail communication.“
19. Andersson et al. (2013, II): unzutreffend, da „The Internet treatment consisted of four weekly text modules which were presented on a web page, a video in which exposure was modelled, and support provided via Internet.“
20. Vallejo et al. (2015): unzutreffend, da „the participants could send individual messages to the therapist. These messages were responded to individually.“

Die zweite Metaanalyse „Self-guided psychological treatment for depressive symptoms: a meta-analysis“ von Cuijpers et al. (2011) wurde bereits in der Kontra-Argumentation als ungeeignet im Sinne der VS bewertet.

Die dritte Metaanalyse „Cognitive behavior therapy via the Internet: a systematic review of applications, clinical efficacy and cost-effectiveness“ ist von Hedman et al. (2012). Darin wurden 108 von 1104 Studien gefunden, welche den Kriterien der Autoren entsprachen. Diese wurden aber nicht genauer untersucht, da die Autoren in Bezug auf die VS schreiben:

„Although the Internet enables contact in real time using web cameras and audio systems, often referred to as teleconferencing, these types of treatments are not in the focus of this review. This is because teleconferencing is qualitatively very similar to conventional CBT as appointments have to be scheduled and therapists perform largely the same behaviors but in front of a camera.“ Hedman et al., (2012), S. 746

Trotz des fehlenden Fokus auf die VS gibt es zwei wertvolle zusätzliche Informationen aus dem Blick in die Metaanalyse: 1.) das Schlagwort „teleconferencing“ als Suchkriterium im Kontext VS und 2.) eine tabellarische Auflistung (Hedman et al., 2012, S. 749 ff.) aller untersuchten Studien geordnet nach Störungsbild und mit Vermerk, welche Art von Support (z.B. E-Mail oder Telefon) zusätzlich zum Applikationsprogramm gewährt wurde.

Die Auflistung zeigt, dass keine einzige der Studien ein Design wählt, in dem die Online-Therapie einen Fokus auf die VS legt. Am nächsten scheint noch die zweite Studie mit Telefonkontakt (Pfeiffer et al., 2016) an ein Setting der VS zu gelangen. Ansonsten scheint jeglicher Patientenkontakt auf geschriebenem Text mit gelegentlichen statischen Lehrvideos zu basieren. Dies ist eine Erkenntnis, die in der Adaption für die Kindertherapie erhebliche Schwierigkeiten mit sich bringen kann, da bei dieser Zielgruppe (Kinder bis 11 Jahre) die selbstgeleiteten literarischen Fähigkeiten in der Regel nur rudimentär ausgeprägt angenommen werden.

Auffallend war weiterhin der wiederholt auftretende Fokus auf Zeiteinsparungen (z.B. bei Jasper et al., 2014; Kiropoulos et al., 2008; Andrews et al., 2011; und Hedman et al., 2012), der im Rahmen von Effizienzsteigerung nachvollziehbar, aber aus der therapeutischen Perspektive für den Autor in dem Ausmaß dennoch überraschend ist.

Fast alle von Hautzinger & Fuhr (2018) aufgeführten Studien und Analysen zum Wirksamkeitsnachweis beziehen sich auf applikationsgeleitete Therapien, in welchen die Therapeutin eine hintergründige, zunehmend passive Rolle einnimmt. Eine Aussagekraft zur Wirksamkeit bei der VS lässt sich daher nur bedingt ableiten. Dennoch wurde durch die Auseinandersetzung mit den Studien deutlich, welcher starken Anteil der Applikationsfokus und welcher geringen Anteil der VS-Fokus in der Fachwelt einnimmt. Eine Begründung besonders für den marginalen VS-Fokus liefern Hedman et al. (2012) im aufgeführten Zitat (s.o.), mit der Annahme, dass Therapeutinnen bei einer VS größtenteils dasselbe wie in einer physisch anwesenden Therapie machen würden. Der aufgezeigte Applikationsfokus bekräftigt zudem die Kontra-Argumentation von Noak & Weidner (2017).

#### **1.3.2.4 Umsetzung von Anwendungsbereichen**

Hautzinger & Fuhr (2018) weitere Argumentation liest sich folgend als würden sie nur noch über die applikationsfokussierte Online-Therapie schreiben. Sie beziehen Stellung zur Frage, ob die Online-Therapie in Konkurrenz zur klassischen Psychotherapie stehe und beantworten diese durch die Frage: „Wo und wie kann die Online-Therapie die Psychotherapie sinnvoll ergänzen?“ Folgend führen sie diese ergänzende Funktion

in Bezug auf das deutsche Gesundheitssystem aus. Diese Ausführungen sollen nur schlagwortartig hier genannt werden, ohne tiefer darauf einzugehen: stationäre Nachsorge, Überbrückung von Wartezeiten, Beratung von unterschwelligen Symptomausprägungen, aktiv abwartende Begleitung bei Depression nach S3-Leitlinie, als niedrigschwelliger Baustein bei komplexen Behandlungsansätzen wie z.B. „Stepped-care“-Modellen, Auslagerung von Therapiebestandteilen in „Blended Treatments“ und Förderung des Selbstmanagements.

Hautzinger & Fuhr (2018) führen weiterhin auf, dass nach Spek/Cuijpers et al. (2007) durch einen Fachmann angeleitete Internetangebote eine bessere Wirksamkeit aufweisen. Sie ziehen ihr Fazit mit der Aussage, dass es nicht mehr um das „Ob“ sondern das „Wie“ (wo sinnvoll einsetzbar, technische Umsetzung, rechtliche Aspekte wie bspw. Datenschutz, Schulung von Personal, etc.) der therapeutischen Internetangebote geht.

### **1.3.3 Fazit zur Pro-Kontra-Argumentation**

Die Diskussion über die Pro-Kontra-Argumentation im Kontext der Online-Therapie wurde so ausführlich geführt, da sie die Aspekte der teils fehlenden Differenzierung in der Diskussion, der mangelnden Klärung einiger Grundlagen (allein schon im Erwachsenenbereich, welcher traditionell besser beforscht ist als der Kinderbereich) und die Stellung einer noch jungen und damit noch nicht ausdifferenzierten technischen Entwicklung verdeutlicht. Der Fokus dieser Masterarbeit richtet sich nach der Lektüre des ersten Kapitels demnach auf das Teilgebiet der Online-Therapie, welche mit einer aktiven Therapeutin im direkten (Bildschirm-)Kontakt bzw. mit einem Kommunikationsmedium in Echtzeit als Grundlage der „Videosprechstunde“ operiert, parallel der Formulierung der KBV (siehe 1.1 Begriffe).

Weiterhin wurden wertvolle weiterführende Anhaltspunkte aufgezeigt, wie das Schlagwort „teleconferencing“ oder die Behauptung des mangelnden wissenschaftlichen Interesses an der VS, aufgrund der angenommenen Ähnlichkeit von klassischer Psychotherapie und der über die VS durchgeführten Therapie. Diese sollen in den folgenden zwei Unterkapiteln ausgeführt werden.

## **1.4 Theorien und Modelle**

In diesem Unterkapitel soll ein Überblick über mögliche Modelle und Theorien gegeben werden, welche im Kontext der VS Anwendung finden könnten.

### 1.4.1 reduziertes Forschungsinteresse

In der Auseinandersetzung mit der bereits aufgeführten Metaanalyse von Hedman et al. (2012) (siehe Kapitel 1.3.2.2, dritte Metaanalyse) wurde das fehlende wissenschaftliche Interesse an der Untersuchung der VS durch die starken Ähnlichkeiten zur traditionellen Psychotherapie angesprochen. Eine ähnliche Tendenz findet sich auch bei Berger (2015):

„Von allen internetbasierten Interventionsansätzen kommt die Internettherapie, die via Videokonferenzsystem stattfindet, der Face-to-Face-Therapie am nächsten. Die Kommunikation findet synchron statt und auch para- und nonverbale Informationen werden übertragen. Videokonferenzbasierte Therapien wurden bis heute aber deutlich seltener realisiert und erforscht als die anderen internetbasierten Therapieformen.“ Berger, 2015, S. 62

Berger (2015, S. 62) führt für die geringe Realisierungsrate der VS drei mögliche Gründe an, die folgend zusammengefasst und sinngemäß aufgeführt werden:

1. massentaugliche Technik (bzgl. Internetgeschwindigkeit und Aufnahmegeräte) gibt es erst seit wenigen Jahren
2. Aufwand und Komplexität für Abhörsicherheit und Datenschutz besonders bei externen Anbietern wirken abschreckend
3. Telefon und E-Mail deckten bisher den digitalen Bedarf, weshalb der Bedarf noch nicht den Aufwand bezüglich der VS rechtfertigte

In wie weit die Coronapandemie durch die starke Nutzung der VS in den Lockdowns zu einer Verbesserung der Forschungslage beiträgt, wird sich noch zeigen. In Kapitel 1.5 werden einige aktuelle Arbeiten aufgeführt. Dennoch bleibt weiterhin Forschungsbedarf. Berger füllt die Lücke der fehlenden Theorien und Modelle mit Verweis auf die Forschung im Bereich *medienvermittelte Kommunikation*:

„Die Forschung und Entwicklung internetbasierter Interventionen ist bisher wenig theoriegeleitet und hat auch nicht zur Entwicklung inhaltlich neuer psychopathologischer oder psychotherapeutischer Modelle und Ansätze geführt. Vielmehr wurde das Internet als nützliches Medium aufgefasst, über welches bereits existierende Ansätze [...] vermittelt werden können. [...] Eher erstaunlich ist, dass in internetbasierten Interventionen bisher kaum Theorien und Modelle der computervermittelten Kommunikation berücksichtigt werden. Diese beschäftigen sich mit Besonderheiten der medienvermittelten Kommunikation und könnten auch im Bereich von Online-Interventionen nützlich sein, zum Beispiel wenn es darum geht abzuwägen, welche Kommunikationsform (Face-to-Face, E-Mail, Chat oder z.B. Videokonferenz) für welche Intervention und therapeutische Aufgabe besonders geeignet ist.“ Berger, 2015, S. 20-21

Berger (2015, S. 21-28) führt verschiedene Theorien und Modelle der medienvermittelten Kommunikation auf, welche an dieser Stelle bezüglich der VS ausgeführt und kommentiert werden. Diese vier Theorien sind: 1. Kanalreduktionstheorie, 2. Theorie der sozialen Informationsverarbeitung, 3. Theorien der Imaginations- und Simulationsmöglichkeiten und 4. Theorien der Medienwahl.

### **1.4.2 Kanalreduktionstheorie**

- a) Verarmung der Kommunikation
- b) Para- und nonverbale Informationen fehlen
- c) Missverständnisse in der Kommunikation

Die Kanalreduktionstheorie zeigt Risiken der Verarmung der digitalen Kommunikation auf. Relevante Schlagworte dabei sind: Ent-Sinnlichung, Ent-Emotionalisierung, Ent-Kontextualisierung, Ent-Räumlichung und Ent-Zeitlichung (vgl. Döring, 2003). Diese Risiken beziehen sich vor allem auf asynchrone textbasierte digitale Kommunikation. Wie stark diese Einschränkungen für die VS gelten, ist diskutabel bzw. muss die Forschung noch zeigen. Beispielsweise die Ent-Zeitlichung entfällt durch die synchrone Kommunikationsform der VS. Bei der Ent-Sinnlichung gehen taktile (ggf. relevant bei Kindern) und olfaktorische (relevant in der Suchttherapie) Sinneswahrnehmungen in der VS verloren, akustische und visuelle bleiben je nach Qualität der Technik teils bis voll erhalten. Der Ent-Emotionalisierung sind klare emotionale Reaktionen via Telefonie, Online-Dating oder beim Schauen von Filmen als Alltagserfahrungen entgegen zu halten. Die Ent-Kontextualisierung könnte sogar ins Gegenteil umschlagen, da durch die VS das Gegenüber (erstmalig) im realen z.B. familiären Kontext erlebt wird. Die Ent-Räumlichung bleibt bezüglich der Entfernung bestehen, wobei offen ist, in wie weit die subjektive Wahrnehmung dies bei synchroner Kommunikation ausblendet und das Erleben der realen Begegnung entspricht. Akustische und visuelle para- und nonverbale Informationen bleiben zumindest in der VS erhalten und eine relative Zunahme von Missverständnissen sollte mit guter Technik (ohne Verzerrungen) vermieden werden können. Auch wenn oben die aufgeführten Risiken sehr zu Gunsten der VS abgewogen wurden, zeigt die Auseinandersetzung die Relevanz der Kanalreduktionstheorie für die VS. Zusätzlich bieten die „Ent-“Schlagworte in ihrer Überprüfung eine mögliche Grundlage zur Auswertung der in dieser Arbeit durchgeführten Experteninterviews.

### **1.4.3 Theorie der sozialen Informationsverarbeitung**

- a) Aktive Kompensation der medialen Einschränkungen
- b) Emoticons und Smileys
- c) Schreiben dauert länger als Sprechen
- d) Internetbasierte Kommunikation erfordert (schriftliche) Kompetenzen

Die Theorie der sozialen Informationsverarbeitung (Walther, 1992) widerspricht der Verarmung der Kommunikation (Kanalreduktionstheorie), indem sie annimmt, dass das Subjekt die kommunikativen Defizite aktiv ausgleicht und sich dem Medium anpasst.

Dies wird in dieser Theorie stark am Beispiel der textbasierten digitalen Kommunikation thematisiert, weshalb sie für den Kontext VS nur in ihrer Grundannahme des aktiven Ausgleiches möglicher Defizite relevant ist und hier nicht weiter ausgeführt wird.

#### **1.4.4 Theorien, die die Imaginations- und Simulationsmöglichkeiten in der computervermittelten Kommunikation betonen**

- a) Steigerung statt Verarmung des Empfindens durch lebhaftere Vorstellung und mehr Projektionsmöglichkeiten
- b) Enthemmungseffekt
- c) Äquilibrium-Theorie der Intimität
- d) „Stranger in the train“-Phänomen
- e) Ausprobieren neuer Selbst-Aspekte
- f) Täuschung des Gegenübers

Ähnlich der Theorie zur sozialen Informationsverarbeitung werden an dieser Stelle Theorien aufgeführt, die der Ent-Sinnlichung der Kommunikation widersprechen. Die unter Punkt a) aufgeführten Schlagworte werden von Berger (2015) vor allem im Kontext fehlender visueller Wahrnehmung des Gegenübers diskutiert, wodurch das Gegenüber sich ein eigenes mit Wünschen und Vorstellungen angereichertes Bild des Anderen im Kopf macht. Dies entfällt durch die Bildgebung bei der VS und wird daher hier nicht weiter verfolgt. Der unter Punkt b) genannte Enthemmungseffekt nach Suler (2004) bezieht sich auf die teilweise auftretende Reduktion von Selbstbeherrschung bei online geschriebenen Text (z.B. Cyber-Mobbing und Hassnachrichten) und verliert durch den visuellen Kontakt an Bedeutung innerhalb der VS. Bei der Äquilibrium-Theorie der Intimität (c) wird nach Argyle & Dean (1965) davon ausgegangen, dass in der Interaktion zweier Personen durch Kommunikationskanäle wie Blickkontakt, Mimik und Distanz ein Intimitätsideal angestrebt bzw. reguliert wird. Berger (2015, S. 24) führt dazu die Fahrstuhlsituation beispielhaft an, in welcher wir durch zu große Nähe kompensatorisch den Blickkontakt meiden. In der VS kann auf Blickkontakt, Mimik und ggf. Distanz (Distanz zum Bildschirm; Was ist von den Teilnehmenden sichtbar?) geachtet werden, sodass die Anwendbarkeit einer Intimitäts-Theorie plausibel klingt. Inwieweit dieser Unterpunkt bezüglich Distanz über den Bildschirmkontakt verzerrt oder erleichtert wird (das Gegenüber sitzt immer in einem sicheren Abstand), muss zukünftige Forschung zeigen. Dieser sichere Abstand kann in den ersten Therapiestunden im Zusammenhang mit dem „Stranger in the Train“-Phänomen (Brunner, 2009) (d) möglicherweise zu einer größeren Offenheit führen und den Therapieeinstieg erleichtern. Dieses „Stranger in the Train“-Phänomen beschreibt die Beobachtung, dass die wahrgenommene Anonymität des unbekanntes Gegenübers uns intimere Offenbarungen



ermöglicht, als bei bekannten Personen. Das Ausprobieren neuer Selbstaspekte (e) bezieht sich mit der selbstgesteuerten Offenbarung von Selbstaspekten in schriftlicher Form nicht auf den Kontext der VS, wobei eine Adaption dieses Gedankens bezüglich des Arrangements des Bildschirmhintergrundes oder des zur Verfügung gestellten Bildausschnitts denkbar wäre. Die Chance zum Ausprobieren (e) bildet in der Kehrseite die Chance zur Täuschung des Gegenübers (f). Dies ist in der textbasierten Onlinekommunikation deutlich einfacher als in der VS, da das Gegenüber visuell wahrgenommen wird. Dennoch sind Verzerrungen bis hin zur Verwendung von Gesichtsfiltren (um sich z.B. jünger oder älter zu zeigen) möglich. Aktuell lassen sich angewandte Filter durch ihre Qualität und zeitliche Verzerrung noch gut mit bloßem Auge erkennen. Bei einer Halbwertszeit von unter zwei Jahren in der digitalen Entwicklung kann sich dies aber auch zeitnah ändern.

Die letzten beiden Theorieverbände (2. und 3.) zeigten auch Zusammenhänge in der digitalen Kommunikation, welche nicht auf die VS zutreffen. Dennoch wurden diese aufgeführt, um einerseits zu zeigen, was im digitalen Kontext bekannt ist und daher ggf. ausgeschlossen werden muss/kann und andererseits ergibt sich dadurch ein Bild, welches die VS näher an der klassischen Psychotherapie als den anderen Onlineformaten zeigt, was insbesondere im Kontext der Akzeptanz dieses Settings bei Skeptikerinnen wertvoll sein kann.

#### **1.4.5 Theorien der Medienwahl**

- a) Rationale Medienwahl**
  - i) Modell der medialen Reichhaltigkeit
  - ii) Mediensynchronizitätstheorie
- b) Normative Medienwahl**

Berger (2015) diskutiert mit diesen Theorien die Auswahl des jeweiligen Mediums für den Therapiekontext. Durch die Festlegung dieser Masterarbeit auf die VS scheint dieser Punkt obsolet. Dennoch sollen das Modell der medialen Reichhaltigkeit (Reichwald 1998) und die daraus weiterentwickelte Mediensynchronizitätstheorie (Dennis & Valach 1999) betrachtet werden, denn sie bieten Beurteilungsgrundlagen zur Einschätzung der VS und zur Kombinationen von VS und potentiell integrierten Angeboten wie Lehrvideos.

Das Modell der medialen Reichhaltigkeit beschreibt Berger (2015) folgendermaßen:

„Im Modell der medialen Reichhaltigkeit wird zunächst angenommen, dass bei einer guten Passung zwischen Aufgabenkomplexität und der Reichhaltigkeit des Mediums, die über die Anzahl der verfügbaren Kommunikationskanäle (verbal, non- und paraverbal), persönliche Präsenz und unmittelbare Feedbackmöglichkeiten definiert ist, eine hohe Effizienz der Kommunikation bzw. Aufgabenerfüllung erwartet wird.“ (Berger 2015, S. 26)

Die VS wär in diesem Modell, hinter dem klassisch physisch anwesenden Kontakt, das Medium mit der größten medialen Reichhaltigkeit (im Vergleich zu Telefon, E-Mail und sonstigem schriftlichen Austausch). Sie ist daher geeignet, „mehrdeutige Kommunikationsaufgaben, bei denen es darum geht, ein von den Beteiligten geteiltes, neu konstruiertes Verständnis eines Sachverhalts oder Problems zu erarbeiten“ (Berger, 2015, S. 27) zu realisieren. In der Mediensynchronizitätstheorie wird dieser Reichhaltigkeitsgedanke des Mediums um Synchronizität erweitert. Die Kommunikation über das Medium könne konvergent (hohe Synchronizität, z.B. komplexe Aufgaben) oder divergent (geringe Synchronizität, z.B. Sammeln und Übermitteln von Informationen) stattfinden. Berger formuliert dafür folgendes Beispiel:

„Gemäß der Mediensynchronizitätstheorie wäre also zum Beispiel in einem Problemlösetraining ein asynchroner E-Mail-Austausch zwischen Patienten und Therapeuten dann geeignet, wenn es um das Sammeln möglicher Lösungs- und Bewältigungsmöglichkeiten eines definierten Problems geht (divergenter Prozess). Für das gemeinsame Bewerten der verschiedenen Lösungsmöglichkeiten und die Auswahl eines Lösungsweges (konvergenter Prozess) wäre aber die synchrone Kommunikation (z.B. Chat, Face-to-Face) passender.“ Berger 2015, S. 27

Diese Differenzierung ordnet die VS als Medium bzw. Setting ein, welches geeignet ist, komplexe therapeutische Aufgaben zu bewältigen. Neben der theoriegeleiteten Bestätigung der Einsatzmöglichkeiten der VS, entsteht ein Mehrwert insbesondere aus der Überlegung zum Modell der medialen Reichhaltigkeit bezüglich der Verlagerung von Inhalten. Psychoedukative Informationen könnten z.B. über ein Lehrvideo vermittelt werden, welches gemeinsam in der VS über beispielsweise einen geteilten Bildschirm geschaut wird. Dadurch würde Informationsreichtum bezüglich unnötiger Information zur Therapeutin (z.B. Beziehungsregulation, Auftreten, Stimmvariation) reduziert werden und der Fokus auf die Informationsaufnahme des Sachverhalts wird erleichtert. Die Nachbesprechung (Bewertung und Klärung von Unverstandenen) des Lehrvideos erfolgt anschließend wieder synchron mit allen zur Verfügung stehenden Kommunikationswegen der VS, um die Erarbeitung eines gemeinsamen Verständnisses zu ermöglichen.

Neben dieser rationalen Betrachtung der Medienwahl führt Berger (2015) noch die normative Medienwahl auf. Bei dieser werde nicht eine rationale Kosten-Nutzen-Abwägung als Grundlage der Auswahl betrachtet, sondern sozial-kulturelle Faktoren wie z.B. Prestige, Mode oder Gewöhnung werden Auswahltreiber. Dieser Gedanke ist wertvoll für die VS im Kontext der Kinder- und Jugendtherapie, da angenommen wird, dass die aktuell jüngeren Generationen einen deutlich natürlicheren Zugang zur digitalen Welt haben als beispielsweise die Generationen, welche vor 1980 geboren wurden. Die Generationen nach 1980 sind die aktuelle Zielgruppe der KJP. Entweder direkt als Kind oder Jugendliche oder als Elternteil mit noch nicht volljährigem Kind. Aber auch kulturelle Faktoren können Einfluss auf die Bereitschaft zur VS haben. Beispiel dafür können Länder wie Australien sein, welches entfernungsbedingte Erfahrung mit Fernunter-

richt hat, oder Estland mit der bereits in den 1990ern getroffenen Entscheidung, die staatliche Verwaltung zu digitalisieren, oder Schweden mit seiner aktuell hohen gesellschaftlichen Bereitschaft zur Internettherapie (am psychiatrischen Teil des Karolinska Instituts in Stockholm wählen bis zu 50% der Patientinnen die Internettherapie bei gleichzeitiger Auswahlmöglichkeit einer klassischen Therapie (Hedman et al., 2011)). Damit zeigt sich, dass auch bei vorher festgelegter Medienwahl (VS) die Fragestellungen der Medienwahl in den Detailfragen oder in Fragen des praktischen „an die Frau Bringens“ weiterhin relevant bleibt.

#### **1.4.6 Kommentar**

Abschließend soll die Auswahl der von Berger (2015) verwendeten Autorinnen für sein Kapitel „Theorien und Modelle“ (S. 20ff.) kommentiert werden. Auch wenn diese für die vorliegende Masterarbeit nur kurz oder gar nicht erwähnt wurden, stellen sie in ihrer Funktion als Wissenschaftlerinnen eines jeweils speziellen Fachbereichs die Multiprofessionalität dar, mit welcher das Thema *Online-Therapie* aufgrund seiner Relevanz für verschiedenste Bereiche betrachtet werden muss. Diese sind beispielsweise:

Nicola Döring (Medienpsychologie), Wolfgang Pauser (Kulturwissenschaften), Joseph B. Walther (Kommunikationswissenschaften), Gerhardt Hintenberger (Beratungswissenschaften), Ralf Reichwald (Betriebswirtschaftslehre), Joseph Valacich (Computerwissenschaften bzw. Management Information Systems), Alan Dennis (Wissenschaft zu Internet- und Informationssystemen) und Alexander Brunner (Bildungs- und Sozialarbeitswissenschaft).<sup>2</sup>

Bei allen aufgeführten Theorien konnte ein Zusammenhang zur VS hergestellt oder ausgeschlossen werden. Einige der aufgeführten Theorien werden zur späteren Beurteilung der VS in der KJP verwendet. Für weiteres Interesse an möglichen Theorien der Medienpsychologie wird auf Döring (2003) sowie ihre aktuellen Forschungsarbeiten verwiesen.

### **1.5 Studien zur Videosprechstunde in der Kinder- und Jugendlichen(psycho)therapie**

In diesem Unterkapitel soll eine eigene Recherche den aktuellen Studienstand darstellen.

Für einen Überblick wurden die Datenbanken *pubmed.gov* und *psyndex.de* nach den Schlagworten „teleconferencing in Child therapy“ und „Videosprechstunde“ durchsucht.

---

<sup>2</sup> Die Wissenschaftsbezeichnung ergab sich in der Regel aus der jeweiligen Professur der Autorinnen.

Dabei wurde das Schlagwort „Psychotherapie“ weggelassen, um die Breite der Erfahrungen im medizinischen Bereich abzudecken.

Bei *PubMed* fanden sich 30 Treffer im Zeitraum von 1984 bis 2021 für die englischen Schlagworte und 13 Treffer im Zeitraum von 2017 bis 2021 für das deutsche Schlagwort. Bei *psyndex.de* fanden sich folgende Treffer: 0 (eng.) und 5 (deu.). Die englischen Schlagworte wurden bei *PSYINDEX* daraufhin auf „teleconferencing therapie“ aktualisiert – mit 7 Treffern. Die Abstracts der Artikel wurden gelesen. Treffer u.a. zu telemedizinischen Konsultationen unter Fachpersonal, mit Erwachsenen als Indexpatienten, zu bezuglosen Grundlagentexten der Telemedizin, zu nicht adaptierbaren somatischen Erkrankungen oder durch einen anderen Treffer aktualisierte Studien (d.h. zwei unterschiedliche Treffer beziehen sich auf die selbe Studie) wurden aussortiert. Treffer zum Kontext somatischer Erkrankungen wurden nur aufgenommen, wenn sie verwertbare Informationen enthielten. Danach blieben 7 Studien für die englischen Schlagworte und eine Studie für das deutsche Schlagwort bei *PubMed* sowie eine Studien für die englischen Schlagwörter und keine für das deutsche Schlagwort bei *PSYINDEX*, welche direkt oder indirekt (Bezugspersonen) Kinder und Jugendliche adressierten oder einen übertragbaren Zusammenhang attestierten. Diese wurden bezüglich der VS gelesen und folgend prägnant und geordnet nach „direkter Patientinnenbezug“, „Bezugspersonen“ und „Studien mit Übertragungsmöglichkeiten“ zusammengefasst.<sup>3</sup>

### **1.5.1 Direkter Patientinnenbezug**

Freeman et al. (2013) untersuchen die therapeutische Beziehung („working alliance“) in einer 10-stündigen Verhaltenstherapie für 71 Jugendliche (und Bezugspersonen) mit schwach kontrolliertem Typ 1 Diabetes, welche in der Klinik (39 TN) und via VS (32 TN) durchgeführt wurde. Die Beziehung wurde mittels Fragebogen (je Jugendliche und Bezugspersonen) erfasst. In den Fragebogenergebnissen konnte kein signifikanter Unterschied zwischen beiden Gruppen gefunden werden, woraus die Autoren schließen, dass die VS ohne signifikanten (negativen) Einfluss auf die therapeutische Beziehung durchgeführt werden kann.

### **1.5.2 Bezugspersonen**

Comer et al. (2017) zeigten einen signifikanten Effekt eines VS-Trainings für Eltern von 3- bis 5-jährigen Kindern mit einer disruptiven Impulskontrollstörung. Bemerkenswert

---

<sup>3</sup> Für weiterführende Untersuchungen wurde in den Texten das Schlagwort „Telepsychiatry“ gefunden, was bei *PubMed* in Kombination mit „Child“ 196 Treffer generierte, allein 51 davon aus dem Jahr 2020. Dabei sind jedoch jegliche Formen der Teleintervention (DiGAs, etc.) eingeschlossen, weshalb es hier nur informativ erwähnt sein soll.

bei dieser Untersuchung war, dass das Live-Training im häuslichen Setting unter direkten Promptingbedingungen stattfand. D.h. die Eltern haben zusätzlich zur Vidoeschalte per Bluetooth-Kopfhörer sofort die Interventionsideen der Therapeutin zur direkten Anwendung innerhalb des Trainings bekommen. Zusätzlich war die Therapeutin für das Kind nur eingeschränkt wahrnehmbar, sodass sie keine Ablenkung darstellte und das Kind sich natürlich in seiner vertrauten Umgebung ohne Verstellungen zeigen konnte.

McDuffie et al. (2018) nutzten teilweise ein ähnliches Setting wie Comer et al. (2017) in ihrem Elterntraining zur Sprachentwicklungsförderung bei Jungen im Schulalter mit Fragilem-X-Syndrom (häufige Ursache für Intelligenzminderungen). In dieser Studie wurden die Eltern via VS in einer Sprachentwicklungsintervention weitergebildet und anschließend in Coaching Sessions direkt telemedizinisch begleitet. D.h. während der Eltern-Kind-Interaktion war die Therapeutin einmal pro Woche per Bild zugeschaltet und die Bezugsperson hatte einen Bluetooth-Kopfhörer im Ohr, um Vorschläge der Therapeutin direkt, und ohne das Kind abzulenken, umsetzen zu können. Signifikante Verbesserungen gab es bei der Anwendung der Intervention durch die Bezugspersonen, bei der Dauer der Auseinandersetzung der Jungen mit der verwendeten Geschichte und bei der Verwendung von Äußerungen durch die Jungen. Die nötige Technik (Tablets, etc.) wurde den Bezugspersonen geliehen.

Penska et al. (2012) verglichen den Effekt auf die therapeutische (Arbeits-)Allianz zwischen Eltern und Therapeutinnen, wenn das elterliche diagnostische Erstgespräch entweder face-to-face oder über die VS stattfand. Dazu wurden die Eltern vor und nach dem Interview per Fragebogen befragt. In beiden Fällen wurde eine Verstärkung der elterlichen Wahrnehmung der Allianz festgestellt. Je nach verwendeter Analysemethode war der Effekt signifikant stärker in der Face-to-Face-Situation oder ohne signifikante Unterscheidung. Für die vorliegende Masterarbeit ist hervorzuheben, dass dieses Ergebnis die VS im Kontext therapeutischer Beziehungen messbar wirksam zeigt, auch wenn ggf. Abstriche gegenüber der konventionellen Therapiesituation gemacht werden müssen.

### **1.5.3 Studien mit Übertragungsmöglichkeiten**

Eine der ersten Studien (Favrot et al., 1992) stammt aus Frankreich und untersucht ein Telekonferenzsystem (synchron und mit Bild) zur Anbindung bettlägeriger Kinder auf der Krebsstation an den Schulunterricht. Sie wird hier aufgeführt, da sie verdeutlicht, dass bereits seit knapp 30 Jahren Konzepte existieren, welche den schulischen und den medizinischen Bereich über eine VS-Variation verbinden.

Myers et al. (2008) untersuchten die Zufriedenheit von Eltern psychisch kranker Kinder und Jugendlicher (2-21Jahre) mit einem einjährigen telepsychiatrischen Angebot im ländlichen Raum der Nord-West-USA (inkl. Alaska). Drei Kinder- und Jugendpsychiater boten ihre Hilfe (verschiedene Interventionen, inkl. Pharmakotherapie) allen durch Primary Care Personal (PCP, z.B.: Pädiater) vermittelten Patientinnen ohne weitere Vorauswahl (z.B. Störungsscreenings) an. Insgesamt kam es bei 172 Patientinnen zu 387 Kontakten (durchschnittlich 2,25 Kontakte pro Patientin). Während zwei der Psychiater vorrangig diagnostische und delegierende Hilfen (in Kombination mit den PCP vor Ort) anboten, führte der dritte direkte Interventionen mit 1-20 Stunden pro Kind/Jugendlichen durch. Durch den Fokus auf die Elternzufriedenheit der Studie werden die konkreten Interventionen nicht ausgeführt. Dennoch präsentiert diese Studie Ansätze für den ländlichen Raum und könnte bezüglich des intervenierenden Psychiaters vertiefende Einblicke liefern. Aufgrund des Alters der Studie und der Limitierung der Masterarbeit wurde diese Studie nicht weiter berücksichtigt und soll hier lediglich als Beispiel dafür aufgeführt werden, wie die VS die kinder- und jugendlichenpsychiatrische Unterversorgung im ländlichen Raum effektiv und unter Zufriedenheit der Beteiligten angehen kann.

Ghaneirad et al. (2021) untersuchten die Nutzung der ambulanten Psychotherapie per VS bei Erwachsenen. Dabei wurden Daten von 338 Patientinnen erhoben, welche in der Ausbildungsambulanz der Medizinischen Hochschule Hannover behandelt wurden und vor der Entscheidung standen, lockdownbedingt die Therapie zu pausieren oder per VS weiter zu machen. Der Erhebungszeitraum war vom 1.4. bis zum 15.5.20. Zu den Ergebnissen schreiben die Autoren:

„Die präsentierten Daten zeigen, dass 35 % der Patienten von der Videosprechstunde nicht erreicht werden konnten. Circa die Hälfte der Patienten aus dieser Gruppe konnte aufgrund mangelnder technischer Ausstattung diese Therapieform nicht nutzen. Die andere Hälfte wünschte keine Therapie mithilfe der Videosprechstunde, obwohl die technischen Voraussetzungen dazu vorhanden waren. In der Gruppe der Nutzer der Videosprechstunde wurden in 31 % der Fälle die Sitzungen durch technische Störungen beeinträchtigt, und in weiteren 10 % der Fälle führten die Störungen sogar zur vorzeitigen Beendigung der Sitzung. Die vorgestellten Daten machen deutlich, dass mit steigendem Alter und sinkendem Bildungsniveau die Nutzung der Therapie über Videosprechstunde signifikant abnimmt.“ (Ghaneirad et al., 2021)

Diese Ergebnisse wurden im Erwachsenenbereich erhoben, können aber auf die Arbeit mit Bezugspersonen adaptiert werden und geben daher einen wertvollen Einblick in die Annahme der VS unter deutschen Lockdownbedingungen. Ein höheres Alter als Erschwerungsgrund kann hingegen im Kontext der KJP vernachlässigt werden, da die altersbedingte Gebärfähigkeit der Mütter die meisten Bezugspersonen auf ein Alter zwischen 30-50 Jahren eingrenzt. Durch ihren aktuellen und geografischen Bezug wird diese Studie zur weiterführenden Lektüre empfohlen.

#### **1.5.4 Relevante Artikel ohne Zugangsmöglichkeiten**

Der Artikel von Clawson et al. (2008) zur VS bei 15 Probandinnen mit komplexen (frühkindlichen) Fütterstörungen war im Original nicht auffindbar und zu undifferenziert im Abstract, um Aussagen zuzulassen.

Gleiches galt für den Artikel „Digitale Medien in der Behandlung traumatisierter Geflüchteter“ von Stein & Knaevelsrud (2019). Dieser soll auch die VS im Kontext von Nicht-Muttersprachlerinnen und anderen kulturellen Hintergründen diskutieren, woraus sich Adaptionsmöglichkeiten für die Kindertherapie erhofft wurden.

#### **1.5.5 Fazit der Studiensichtung zur Videosprechstunde in der Kindertherapie**

Die gefundenen Studien geben wertvolle Einblicke in die Möglichkeiten der VS. Dennoch sind sie auffallend spärlich vorhanden. Lediglich 55 Treffer generierte die Suche. Weiterhin konnte nur eine Studie mit direktem Patientinnenbezug gefunden werden und diese betraf Jugendliche und nicht Kinder. Dies kann an der Schwierigkeit der Kinderforschung liegen, in welcher gängige Methoden zur Datenerhebung (Fragebögen, etc.) nur begrenzt direkt am Kind anwendbar sind<sup>4</sup> und die Forschung über die Bezugspersonen einfacher scheint. Dennoch sind es nur drei weitere Studien, welche über die Bezugspersonen die Kinder adressieren. Dabei ist zu betonen, dass auch Treffer genutzt wurden, welche nicht-psychiatrische Störungen bzw. Krankheiten als Index nutzten und solche, welche aus dem Erwachsenenbereich mit angezeigt wurden und adaptierbar schienen. Zusätzlich ist das Forschungsthema seit schon ca. 30 Jahren relevant (vgl. Favrot et al., 1992; s.o.). Die gefundenen Studien sind wertvoll, es wurden sich jedoch mehr erhofft.

### **1.6 Fazit zum ersten Kapitel**

Mit diesem ersten Kapitel wurde gezeigt, dass ein Forschungsbedarf für die Videosprechstunde im Kinderbereich besteht. Die Gründe dafür sind:

1. die ungebremste technische Entwicklung, bei welcher die Praxis die Forschung überholt (siehe Unterkapitel 2,3 & 5),
2. die teils fehlende Differenzierung in der Fachwelt (siehe Unterkapitel 3),
3. das scheinbar geringe Forschungsinteresse und die ebenso geringe Theorienlage durch die Vergleichbarkeit zum Face-to-Face-Setting (siehe Unterkapitel 4; sowie Pen-

---

<sup>4</sup> Selbstbeobachtungsbögen zur Psychodiagnostik setzen reflexionsfähigkeitsbedingt frühesten bei 9-Jährigen an.

ska et al., 2012, in Unterkapitel 5.2), wobei diese Vergleichbarkeit bei Kindern durch den angenommenen spielfokussierten Therapie-Charakter im Vergleich zu Jugendlichen und Erwachsenen nicht zutrifft und

4. die spärliche Studienlage (siehe Unterkapitel 5).

Diese Arbeit soll ihren Beitrag zum Füllen dieses Bedarfs leisten, indem sie mit der Untersuchung der Videosprechstundenpraxis der Kinder-Psychotherapeutinnen beginnt.

Die „Leitfrage 1: Was ist die Videosprechstunde und in welchem Rahmen findet sie statt?“ konnte mit diesem Kapitel beantwortet werden.



## **Kapitel 2 - Wirkfaktoren als Grundlage der Beurteilung der Videosprechstunde**

Die „Leitfrage 2: Welche Wirkfaktoren der Psychotherapie werden durch die VS theoretisch erfüllt/vernachlässigt?“ wurde nach der Auseinandersetzung mit der Literatur abgeändert zu „Welche Wirkfaktoren sind geeignet, um damit die VS zu beurteilen?“. Dazu ist die Unterscheidung in spezifische und allgemeine Wirkfaktoren der Psychotherapie relevant, da die Vorüberlegungshypothesen 2.2 und 2.3 (siehe Einleitung) sich an spezifischen Wirkfaktoren orientieren, wohingegen die Literaturrecherche dieses Kapitels den Autor dazu führte, die allgemeinen Wirkfaktoren als kompatiblere Beurteilungsgrundlage im begrenzten Rahmen dieser Arbeit zu erkennen. Dies ist damit begründet, dass die allgemeinen Wirkfaktoren ein breites Spektrum an Fragen der Wirksamkeit abdecken und eine grobe Beurteilung ermöglichen, welche in späteren Arbeiten spezifiziert werden sollte. Hypothese 2.1 (Die Einschränkungen der VS sind für die Wirksamkeit der Psychotherapie im Vergleich zur „Anwesenden Behandlung“ vernachlässigbar) wird durch die Suche nach einer Beurteilungsgrundlage an dieser Stelle nicht beantwortet, soll aber in der Diskussion (Kapitel 7) praktisch beantwortet werden.

### **Literaturrecherche zu Wirkfaktoren**

Als Grundlage zur Erstellung eines eigenen Bewertungsrasters für die Interviews dieser Arbeit wurde eine Literaturrecherche durchgeführt. Ein weiterverwertbares Ergebnis wurde über folgenden Weg gefunden:

1. Querlesen allgemein: Lehrbuch der Psychotherapie, Kapitel 10 „Psychotherapieforschung“ (Caspar & Jacobi, 2014, S. 405-421)
2. Bildung von Suchworten: „Allgemeine Wirkfaktoren der Psychotherapie“,
3. Recherche in Datenbanken: Auswahl der PSYNDEX-Datenbank,
4. Querlesen der Suchtreffer,
5. Auswahl der Arbeit von Pfammatter et al. (2012) und Pfammatter & Tschacher (2016).

### **Ergebnis der Literaturrecherche zu Wirkfaktoren**

Dr. phil. Mario Pfammatter (Universität Bern, Forschungsteam Prof. Tschacher), Dr. med. Ulrich Martin Junghan (FA für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, FA für Neurologie FMH) und Prof. Dr. phil. Wolfgang Tschacher (Universität Bern, Fachbereich Experimentelle Psychologie und Psychotherapie) veröffentlichten 2012 die Ergebnisse ihres Taxonomie-Projektes (vgl. Pfammatter et al., 2012). In diesem erarbeiteten sie durch ausführliche Literaturarbeit 22 allgemeine Wirkfaktoren und 22 Standardtechniken der Psychotherapie (vgl. Tabelle 1).

Sie nutzten dafür die Konzepte zu allgemeinen Wirkfaktoren in der Psychotherapie von Saul Rosenzweig (1936), Jerome D. Frank (1971), T. Byram Karasu (1986), Joel Weinberger (1995), Carl Roger (1951), Klaus Grawe (1995), Carsten René Jorgenson (2004), Sheldon J. Korchin (1976), Carol Cornsweet (1983), Haim Omer und P. London (1989), Lisa M. Grencavage und John C. Norcross (1990), Michael J. Lambert und Benjamin M. Olges (2004) und Terence J. G. Tracey, James W. Lichtenberg, Rod K.

**Tabelle 1:** Wirkfaktoren und Standardtechniken aus Pfammatter et al., 2012, S. 25

Allgemeine Wirkfaktoren	Standardtechniken
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Therapiebeziehung</li> <li>• Abschwächung sozialer Entfremdung</li> <li>• Erklärungssystem</li> <li>• Besserungserwartung</li> <li>• Veränderungsbereitschaft</li> <li>• Aktive Patiententeilnahme</li> <li>• Ressourcenaktivierung</li> <li>• Affektives Erleben</li> <li>• Freisetzung unterdrückter Emotionen (Katharsis)</li> <li>• Problemaktualisierung</li> <li>• Desensibilisierung</li> <li>• Korrektive emotionale Erfahrung</li> <li>• Achtsamkeit</li> <li>• Affektregulation</li> <li>• Klärung</li> <li>• Problemassimilation</li> <li>• Kognitive Umstrukturierung</li> <li>• Mentalisierung</li> <li>• Verhaltensregulation</li> <li>• Bewältigungserfahrung</li> <li>• Selbstwirksamkeitserwartung</li> <li>• Neue Selbstnarration</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Positive Verstärkung</li> <li>• Reizkonfrontation und Reaktionsverhinderung</li> <li>• Rollenspiel</li> <li>• Problemlösetraining</li> <li>• Realitätstest</li> <li>• Freies Assoziieren</li> <li>• Therapeutische Abstinenz</li> <li>• Übertragungsdeutung</li> <li>• Widerstandsdeutung</li> <li>• Verbalisieren von Erlebnis-inhalten</li> <li>• Fokussieren</li> <li>• Leerer-Stuhl-Technik</li> <li>• Kreativer Ausdruck</li> <li>• Zirkuläres Fragen</li> <li>• Skulptur- und Aufstellungsarbeit</li> <li>• Paradoxe Intention</li> <li>• Verschreiben von Ritualen</li> <li>• Reflektierendes Team</li> <li>• Progressive Muskelentspannung</li> <li>• Hypnose</li> <li>• Biofeedbacktraining</li> <li>• Beratung</li> </ul>

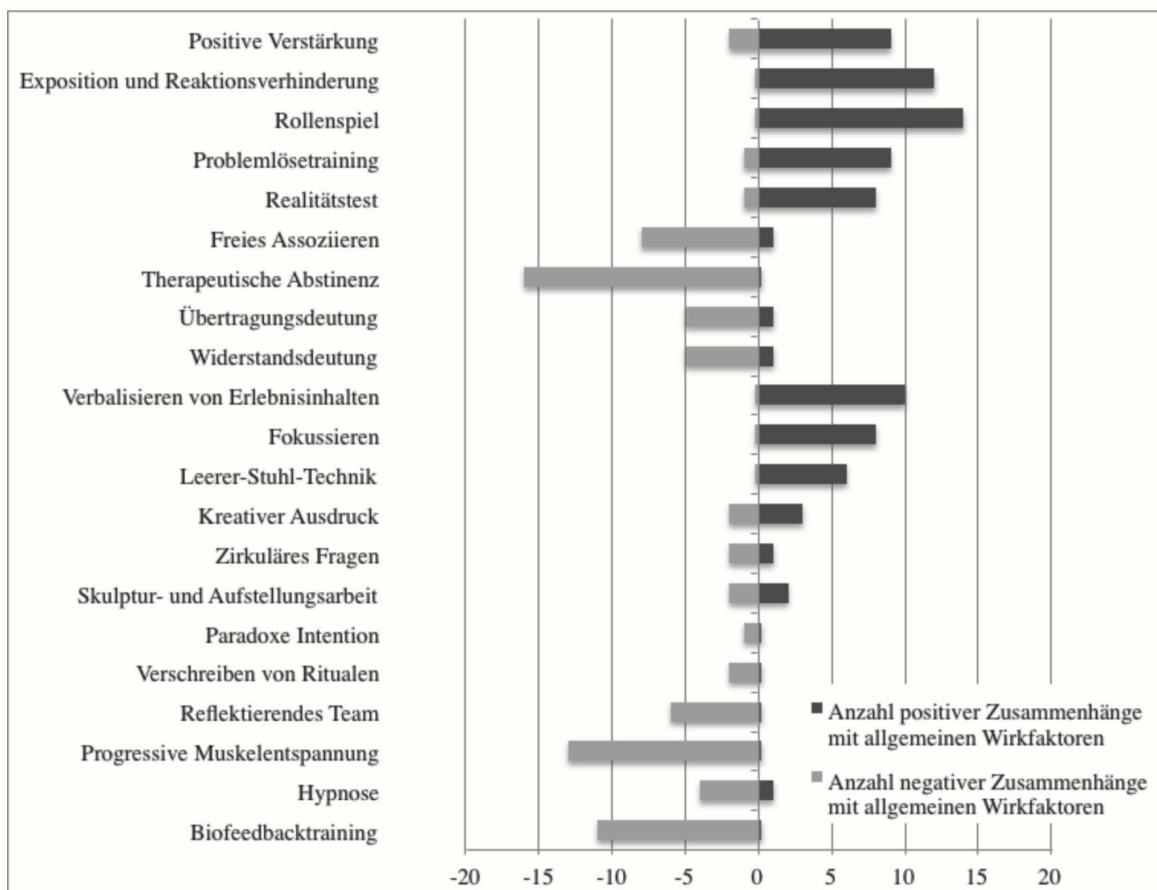
Goodyear, Charles D. Claiborn und Bruce E. Wampold (2003). Eine Darstellung der einzelnen Wirkfaktoren aus den Vorarbeiten und eine ausführliche Quellendarlegung ist im besagten Artikel aufgeführt und wird in dieser Masterarbeit weggelassen, da die Auf-führung nur zu Übersichtszwecken dient. Pfammatter et. al. befragten anschließend

mittels Fragebogenverfahren 68 deutschsprachige Psychotherapeutinnen verschiedener Schulen und Grundqualifikationen:

„79 % der Teilnehmer waren Psychologen, 13 % Psychiater, 6 % hatten eine psychologische und psychiatrische Ausbildung absolviert, 2 % hatten einen anderen beruflichen Hintergrund. 42 % arbeiteten überwiegend verhaltenstherapeutisch, 28 % tiefenpsychologisch, 6 % systemisch, 3 % gesprächspsychotherapeutisch und 21 % eklektisch.“ (Pfammatter et. al., 2012, S. 25)

In der Befragung wurde ein Rating erstellt, mit welchem die Befragten die Beziehung der Standardtechniken zu den allgemeinen Wirkfaktoren bewerteten.

Daraus ließen sich nach einer hierarchischen Regressionsanalyse Gruppen bilden von Techniken, die besonders häufig mit verschiedenen Wirkfaktoren positiv assoziiert wurden – diese also förderten –, und Techniken, die negativ assoziiert wurden – also Wirkfaktoren hemmten (siehe Abbildung 1). Besonders häufig positiv assoziierte Techniken waren dabei:



**Abbildung 1:** Anzahl signifikant positiver und negativer Zusammenhänge der einzelnen Techniken mit allgemeinen Wirkfaktoren aus Pfammatter et al., 2012, S. 29

1. das positive Verstärken,
2. die Expositionstechnik,
3. die Rollenspieltechnik,

4. das Problemlösetraining,
5. die Durchführung von Realitätstests,
6. die Verbalisierung von Erlebnisinhalten,
7. die Technik des Fokussierens und
8. die Leerer-Stuhl-Technik.

In einem nächsten Schritt haben Pfammatter et al. (2016) eine Faktorenanalyse mittels der Maximum-Likelihood-Methode durchgeführt und vier Überkategorien der allgemeinen Wirkfaktoren erarbeitet. Eine Zuteilung der Wirkfaktoren zeigt Abbildung 2. Die

**Kategorien von Wirkfaktoren:**

Wirkfaktor	Kategorie			
	Problembewältigung	Kognitive Verarbeitung	Emotionale Verarbeitung	Beziehungs- und Motivationsaufbau
Therapiebeziehung	0.02	0.13	0.27	0.76
Abschwächung sozialer Entfremdung	0.24	0.38	0.08	0.67
Vermittlung eines Erklärungssystems	0.19	0.65	-0.06	0.32
Besserungserwartung	0.37	0.20	-0.07	0.63
Veränderungsbereitschaft	0.33	0.31	0.02	0.61
Aktive Patiententeilnahme	0.51	0.10	0.30	0.44
Ressourcenaktivierung	0.45	0.07	0.23	0.57
Affektives Erleben	0.18	0.34	0.71	0.20
Katharsis	-0.01	0.34	0.78	0.07
Problemaktualisierung	0.26	0.39	0.66	0.03
Desensibilisierung	0.64	0.21	0.39	-0.10
Korrektive Erfahrung	0.37	0.36	0.58	0.18
Achtsamkeit	0.09	0.16	0.61	0.10
Emotionsregulation	0.30	0.27	0.64	0.10
Klärung	0.08	0.79	0.27	0.14
Assimilation problematischer Erfahrungen	0.25	0.64	0.36	0.11
Kognitive Umstrukturierung	0.36	0.75	0.04	0.06
Mentalisierung	0.10	0.77	0.24	0.15
Verhaltensregulation	0.86	0.13	0.02	0.09
Bewältigungserfahrung	0.87	0.19	0.14	0.10
Selbstwirksamkeitserwartung	0.82	0.18	0.17	0.11
Neue Selbstnarration	0.08	0.68	0.42	0.20

**Abbildung 2:** Kategorien von Wirkfaktoren aus Pfammatter, 2016, Folie 56

Überkategorien sind: 1.) Beziehungs- und Motivationsaufbau, 2.) Emotionale Verarbeitung, 3.) Kognitive Verarbeitung und 4.) Problembewältigung (Pfammatter & Tschacher, 2016, S. 1-13)

### Verarbeitung der Ergebnisse der Literaturrecherche

Die positiv assoziierten Techniken und die vier Kategorien der allgemeinen Wirkfaktoren sollen als Indikatoren genutzt werden, um die Durchführbarkeitserfahrungen der Praktikerinnen in der Videosprechstunde damit abzugleichen. Eine konkrete Umset-

zung des Auswertungsrasters wird unter „Oberkategorie 2.2“ in Kapitel 6.2 beschrieben und in Kapitel 7 diskutiert.

Die Auswertungsfrage lautet dementsprechend: Welche Wirkfaktoren konnten die Praktikerinnen in ihren Behandlungsbeispielen abdecken?

## **Kapitel 3 - Theoretische Eignung der VS für Kinder in Bezug auf Entwicklungsvoraussetzungen**

Leitfrage 3: Ist die Videosprechstunde für die PT-Behandlung von Kindern und Jugendlichen theoretisch aus Sicht der Entwicklungspsychologie geeignet?

In den folgenden zwei Unterkapiteln wird erst eine Eingrenzung von Kindheit vorgenommen, um für die Experteninterviews eine Richtlinie zu haben, anschließend wird die Irrelevanz der ursprünglichen Fragestellung nach Entwicklungsvoraussetzungen bzw. entwicklungspsychologischer Eignung (Leitfrage 3) argumentiert, solange innerhalb der Rahmenbedingungen der Kinderpsychotherapie gedacht wird.

### **3.1 Bis wann ist Kindheit – ein Überblick**

Folgend werden verschiedene Einteilungsmuster für Kindheit aufgeführt.

#### **Medizinrecht**

„Im Sinne dieser Richtlinie sind Kinder Personen, die noch nicht 14 Jahre alt sind und Jugendliche Personen, die 14 Jahre, aber noch nicht 21 Jahre alt sind.“ §1 Absatz 4 Psychotherapie-Richtlinien, GBA (2009)

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung grenzt die Altersunterteilungen in der Online-Version des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM, Fassung mit Wirkung vom 01.04.21) unter „Kapitel I Allgemeine Bestimmungen“, „Unterkapitel 4.3.5 Altersgruppen“ folgende ein:

„Die Verwendung der Begriffe Neugeborenes, Säugling, Kleinkind, Kind, Jugendlicher und Erwachsener ist an nachfolgende Zeiträume gebunden:

- Neugeborenes bis zum vollendeten 28. Lebenstag
- Säugling ab Beginn des 29. Lebensjahres bis zum vollendeten 12. Lebensmonat
- Kleinkind ab Beginn des 2. bis zum vollendeten 3. Lebensjahr
- Kind ab Beginn des 4. bis zum vollendeten 12. Lebensjahr
- Jugendlicher ab Beginn des 13. bis zum vollendeten 18. Lebensjahr
- Erwachsener ab Beginn des 19. Lebensjahres“ (ebd., zuletzt eingesehen unter: <https://www.kbv.de/html/online-ebm.php> am 16.05.21, 15:30 Uhr)

#### **Entwicklungspsychologie**

Berk (2011) rastert ihr Buch „Entwicklungspsychologie“ in acht Lebensphasen und betont gleichzeitig, dass „diese Bereiche nicht wirklich voneinander getrennt [sind]; sie überlappen sich, und es bestehen Wechselwirkungen zwischen ihnen“ (S. 8). Relevant ist daraus die Unterteilung in die frühe (2-6 Jahre) und mittlere Kindheit (6-11 Jahre), welche zwischen Säuglingsphase und Adoleszenz liegen. Sigmund Freuds psychosexuelle Entwicklungsphasen postulieren den Säuglingsstatus bis zum 1. Lebensjahr. Danach folgt die Einteilung in die anale (1-3 Jahre), die phallische (3-6 Jahre) und die

Latenz-Phase (6-11 Jahre) (vgl. Berk, 2011, S. 17). Diese Alterseinteilung wird von Erik H. Erikson übernommen jedoch mit teils anderen Inhalten (vgl. ebd., S. 18). In beiden Fällen folgt nach diesen Phasen die Adoleszenz als Grenze zur Kindheit. Jean Piaget begrenzt und unterteilt in seinem Stufenmodell der kognitiven Entwicklung Kindheit in die präoperationale (2-7 Jahre) und konkret operationale (7-11 Jahre) Phase (vgl. Berk, 2011, S. 22). Ball et al. (2017) beschreiben im Kapitel "Entwicklungspsychologische Grundlagen" in Mattejats „Lehrbuch der Psychotherapie – Band 4, Verhaltenstherapie mit Kindern, Jugendlichen und ihren Familien" den Beginn des Jugendalters und somit das Ende der Kindheit mit 11 Jahren (vgl. S. 65). Havighurst (1972) zieht mit seinen Entwicklungsaufgaben für die Mittlere Kindheit (6-12 Jahre) bei 12 Jahren die Grenze zur Adoleszenz (12-18 Jahre) (vgl. Borg-Laufs, 2007, S.85).

### **Kultur und Recht allgemein**

Kulturelle und rechtliche Unterschiede lassen sich an den rechtlichen Festlegungen in Europa aufzeigen. Die Bundesarbeitsgemeinschaft Kinder- und Jugendschutz e.V. betreibt unter Förderung des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend eine Internetseite ([protection-of-minors.eu](http://protection-of-minors.eu), zuletzt eingesehen am 16.05.2021, 15:15 Uhr), auf welcher unter anderem die rechtlichen Rahmenbedingungen der EU-Mitgliedsstaaten bezüglich ihrer Minderjährigen/Kinder zusammengefasst werden. Danach besteht rechtliche Kindheit (Minderjährigkeit) in folgenden Ländern im folgenden Alter<sup>5</sup>:

- Belgien und Griechenland bis 12,
- Lettland und Polen bis 13,
- Bulgarien, Dänemark und Deutschland bis 14,
- Estland bis 18 (arbeitsrechtlich bis 7),
- Frankreich bis 18 (jedoch zahlreiche Sonderregelungen),
- Irland bis 18 (Ausnahmen z.B. bezüglich Eheschließung)
- Kroatien bis 14/18 (unterschiedliche Regelungen),
- Litauen bis 18 (erweiterte Rechte ab 14),
- Luxemburg bis 18 (arbeitsrechtliche Unterscheidung ab 15),
- Niederlande bis 18 (politisch bis 12),
- Österreich bis 12/14/18 (je nach Bundesland),
- Portugal bis 18 (Strafrecht bis 16),
- Schweden bis 18 (aber Sondergesetze für Jugendliche, in welchen jeweils eine eigene Altersspanne geregelt ist);

---

<sup>5</sup> in Jahren; „bis 14" heißt dabei bis zur Vollendung des 14. Lebensjahres bzw. bis zum 14. Geburtstag

- Finnland, Großbritannien<sup>6</sup>, Malta, Slowakei, Slowenien, Ungarn, Zypern bis 18 (keine klare Unterscheidung zwischen Kind und Jugendlichen),
- Spanien und Tschechien bis 15/18,
- Italien (nicht eindeutig geregelt).

### **Fazit aus den Einteilungsarten**

Es wurde gezeigt, dass verschiedenste Autorinnen das biologische Alter als Bemessungsgrundlage nutzen und es dennoch deutliche Unterschiede im Bemessungsgrad gibt. Dies ist verständlich, denn auch in der aktuellen entwicklungspsychologischen Forschung<sup>7</sup> ist nicht abschließend geklärt, wie oder in welchem Maßstab menschliche Entwicklung kontinuierlich oder diskontinuierlich abläuft, oder in wie weit genetische oder umweltbedingte Faktoren Entwicklung an Stufen oder Phasen binden.

Dennoch war es für die Experteninterviews in dieser Arbeit notwendig, eine Eingrenzung festzulegen, sodass die Expertinnen eine Auswahl an Patientinnen treffen konnten. Festgelegt wurde eine Altersgrenze von 11 Jahren, da diese mit der Mehrheit der Einteilungen innerhalb der Entwicklungspsychologie übereinstimmt.

### **3.2 Spezifizierung – die Entwicklungsfrage ist für die grundlegende Eignung der VS irrelevant**

Ursprünglich bestand die Überlegung (und bereits aufwendige Umsetzung) an dieser Stelle anhand von Borg-Laufs & Trautners (2007) „Entwicklungspsychologische[n] Grundlagen der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie“ eine Darstellung der Kategorien: (basale) Lernfähigkeiten, kognitive Fähigkeiten (Denken und Gedächtnis), Aufmerksamkeit, Vorstellungs- und Imaginationsfähigkeit, Sprachliche und Kommunikative Fähigkeiten, Fähigkeit zum Aufbau sozialer Beziehungen, Motivation und Handlungssteuerung, Selbstbeobachtung und Selbstkontrolle, Soziale Perspektivübernahme und Moralische Entwicklung zu verfassen und dazu Kommentare aus weiterer entwicklungspsychologischer Fachliteratur (z.B. Berk, 2007) anzuführen. Damit sollte die Eignung oder Nicht-Eignung der VS am Entwicklungsstand theoretisch abgeleitet werden (Hypothese 3.2, siehe Einleitung). Weiterhin sollte über die Abgrenzung zur Jugendlichen- und Erwachsenentherapie (Hypothese 3.1) die Entwicklung von sprachlicher Reflexionsfähigkeit anhand der Schlagworte: *Theory of Mind*, *Selbstreflexion*, *Mentalisie-*

---

<sup>6</sup> Großbritannien ist am 31.01.2020 aus der EU ausgetreten.

<sup>7</sup> Die aktuellen Schlagworte für die fortführende Recherche sind dabei: Schlagworte: Informationsverarbeitungsprozess, Kognitive Neuroentwicklungswissenschaft, Ethologie und evolutionäre Entwicklungspsychologie, Wygotskis soziokulturelle Entwicklungstheorie, Ökologische Systemtheorie der Entwicklung, Dynamische Systemtheorie der Entwicklung (vgl. Berk 2011, S. 23-30)



runge und *Metakognition* vollzogen werden. Da die Literatur und mögliche Schlagworte zur fortführenden Auseinandersetzung in späteren Arbeiten dienen können, wurden sie hier weiterhin aufgeführt. Die Abkehr von der Durchführung der eben beschriebenen Darstellung ist durch Überlegungen zur (kognitiven) Verhaltenstherapie bei Kindern entstanden. Die neue Hypothese lautet: die Entwicklungsvoraussetzungen eines Kindes sind im allgemeinen für die VS irrelevant, solange sich im Rahmen der Entwicklungsvoraussetzungen für eine Kinderpsychotherapie bewegt wird.

Die Hypothese lässt sie wie folgt begründen: Wenn in gängigen Therapiemanualen wie z.B. ...

- „Mutig werden mit Til Tiger“ (Ahrens-Eipper et. al., 2010) zur Behandlung Sozialer Angst bei 5- bis 10-jährigen,
- „Therapie-Tools Depression im Kindes und Jugendalter“ (Groen & Pertermann, 2015) oder dem
- „Therapieprogramm für Kinder mit hyperkinetischem und oppositionellem Problemverhalten THOP“ (Döpfner et al. 2019) bei 3- bis 12-jährigen<sup>8</sup>

... begründet vorausgesetzt wird, dass Kinder den nötigen Entwicklungsstand (sprachlich, kognitiv, etc.) besitzen, um die vermittelten Therapien im Gespräch aufzunehmen und umzusetzen, dann gilt dies auch für Kinder, welche z.B. eine mögliche Darstellung auf dem Bildschirm und nicht auf dem Blatt vor sich erleben, da es sich um keine neue Methode, sondern nur ein neues Setting handelt.

Mögliche Kritikpunkte an den Einschränkungen der VS bezüglich bspw. des Interaktionscharakters, der Spielöffnung und der besseren Begrenzungs- oder Übungsmöglichkeit einer klassischen Therapiesituation betreffen dann die Adaptionsfähigkeit der Therapeutin, die Therapie über VS zu gestalten, oder die spezifischen Störquellen (wie Sprachentwicklungsstörungen), aber nicht die grundlegenden (geistigen) Entwicklungsvoraussetzungen von Kindern. Daher ist der Weg über die Grundvoraussetzungen der kindlichen Entwicklung zur Beurteilung der VS bei Kinder irrelevant.

Es wird angenommen, dass Kinder vor dem Hintergrund ihrer Entwicklung grundsätzlich in der Lage sind, das Setting VS zu nutzen, da es in jedem Fall ein Kernbestandteil der Kindertherapie ist, die Therapietheorien entwicklungsgerecht anzupassen. Der Fokus wechselt daher auf die Frage: Wie haben Praktikerinnen die VS adaptiert, um mögliche Störquellen (störungsbildbedingt, technisch, rechtlich, etc.) zu umgehen? Theoretisch wurde dies bereits in Kapitel 1 angeschnitten und wird praktisch in den Ausführungen der Experteninterviews (Kapitel 6 und 7) aufgezeigt und diskutiert.

---

<sup>8</sup> Das THOP ist in seiner 5. Auflage eines der besten evaluierten und empfohlenen Therapieprogramme zur ADHS-Behandlung nach der S3-Leitlinie zur ADHS (AWMF, 2017, S. 138).

Die Unterscheidung zur Therapie mit Jugendlichen und Erwachsenen bleibt durch die Bezugnahme auf die Alterseingrenzung der Kindertherapie wie z.B. bei Döpfner et al. (2019) oder Ahrens-Eipper et al. (2010) bestehen.

## **Kapitel 4 - Forschungsmethode: Leitfadenerstellung, Interviewdurchführung und Transkription**

In diesem Kapitel soll die Auswahl, Vorbereitung (Leitfadenerstellung) und Umsetzung der Forschungsmethode beschrieben werden. Die Suche und Auswahl der Interviewpartnerinnen, welche in der Chronologie zwischen Unterkapitel 4.1 (Wahl der Forschungsmethode) und 4.2 (Durchführung der Interviews) platziert werden müssten, wurden aufgrund ihrer Fülle und aufwendigen Ausarbeitung separat in Kapitel 5 beschrieben.

Unterkapitel 4.1 orientiert sich an Leitfrage 4.4 (Was muss bei der Konzeption des Interviews/der Interviewfragen beachtet werden?, siehe Einleitung) und Unterkapitel 4.2 an Leitfrage 4.5 (Was muss bei der Durchführung der Interviews beachtet werden, um zahlreiche aussagekräftige Informationen zu generieren?).

Nach der gedanklichen Auseinandersetzung mit Leitfrage 4.2 (Welche Zielgruppe wird betrachtet?) und dem Finden der KVS-Arztsuche-Datenbank (siehe Kapitel 5) wurden Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen in kassenärztlicher Niederlassung in Sachsen als Zielgruppe festgelegt, da dies als begrenzter und zugänglicher Rahmen angenommen wird (Hypothese 4.2.1, siehe Einleitung). Überlegungen zur Betrachtung von Expertinnen anderer Fachgebiete und andere Länder (Hypothese 4.3.3 und 4.3.4, sowie Gegenhypothese zu 4.2.1) über die Erwähnungen in Kapitel 1 hinaus wurden aus Gründen der Eingrenzung auf zukünftige Forschungsarbeiten verschoben.

### **4.1 Wahl der Forschungsmethode**

Nach dem Querlesen der Literatur zur qualitativen Sozialforschung schien das leitfadengestützte Interview eine geeignete Form der Datenerhebung zu sein, um die Zielsetzung (siehe Einleitung und Zielsetzung) dieser Arbeit zu erreichen. Scheuch (1967) schreibt zum Interview in der qualitativen Sozialforschung, es sei „ein planmäßiges Vorgehen mit wissenschaftlicher Zielsetzung, bei dem die Versuchsperson durch eine Reihe gezielter Fragen oder mitgeteilter Stimuli zu verbalen Informationen veranlasst werden soll“ (S. 70, zit. in Lamnek, 2005, S. 330). Ein teilstandardisiertes Interview bietet dabei einen verlässlichen Rahmen, um eine haltgebende Struktur vorzugeben und gleichzeitig die Offenheit und Flexibilität zu wahren, auf individuelle Erfahrungen gezielt einzugehen und diese für den Forschungsprozess verwertbar zu machen. Lamnek (2005, S. 331) unterscheidet verschiedene Dimensionen eines Interviews; folgende sollen für diese Arbeit verwendet werden:

- Das Interview soll ermittelnd sein.
- Es werden teilstandardisierte Einzelinterviews durchgeführt.
- Das Interview enthält offene und geschlossene Fragen.

- Das Interview wird mündlich durchgeführt, der Stil ist weich.
- Das Interview findet persönlich, jedoch über einen Telekonferenzanbieter statt.

Da es sich bei den Interviewpartnerinnen um Fachspezialistinnen handelt, wurde sich für das Experteninterview als eingrenzende Methode entschieden – die Kontroverse der Spezialistenfrage wird im folgenden Unterkapitel diskutiert. Daher wird der Rahmen des Experteninterviews zunächst betrachtet und anschließend die Leitfadenerstellung beschrieben.

#### **4.1.1 Wahl der Interviewform – Experteninterview vs. andere Interviewformen**

In der Auseinandersetzung mit der Literatur von Helferich (2009) und Bogener et. al. (2014) zur qualitativen Sozialforschung gelang es nur teilweise zufriedenstellend, eine klare Antwort auf die Frage „Sind es Experteninterviews, wenn ich meine Probandinnen befrage?“ zu finden. Auf den ersten Blick scheint es eindeutig. Es sollen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen befragt werden, welche durch ihre 8- bis 12-jährige Fachausbildung Expertinnen auf ihrem Fachgebiet sind. Zudem sind sie die Einzigen, die diese Leistung aufgrund ihres nachweislichen Fachwissens bei den Krankenkassen abrechnen dürfen. Bogener et al. schreiben zur Expertenfrage:

„Im Zuge der fortschreitenden Industrialisierung entwickelt sich ein für Innovationen zuständiger gesellschaftlicher Teilbereich von Wissenschaft und Technik. Die in diesem – dem gesunden Menschenverstand und Alltagswissen nicht unmittelbar zugänglichen – Bereich Kundigen sind die Experten“ (Bogener et al., 2014, S. 10).

Die Voraussetzungen der KJPIlerinnen als Expertinnen sind daher auch nach diesem Zitat („Teilbereich Wissenschaft“, „nicht unmittelbar zugänglich“) erfüllt.

Dennoch wird die Expertise der KJPIlerinnen in Frage gestellt, wenn das Setting *Video-sprechstunde* betrachtet wird. Möglicherweise hat die eine oder andere erste Zusatzweiterbildungen zur allgemeinen Telematik besucht. Auch gibt es Studiengänge wie den „eHealth-Master of Arts“ der Fachhochschule Flensburg, deren erste Prüfungsordnung auf 2007 datiert ist (Krieger, 2007). Diese Studiengänge legen aber zumeist einen Fokus auf die Mischung der Studienfächer von BWL, Informatik und Gesundheitswesen. Wodurch ein geringeres Interesse an speziellen Fragestellungen der Wirksamkeit der Psychotherapie angenommen wird. Bei einer ad-hoc-Recherche auf der Datenbank PSYINDEX (Zugriff am 24. Februar 21 unter <https://www.psyndex.de>), finden sich zum Thema *Videosprechstunde* nur fünf Publikationen bzw. Treffer. Eine Publikation davon ist von 2018, die vier anderen von 2020. Im eigenen Studium und der Psychotherapeutenausbildung des Autors fanden keine Veranstaltungen zum Thema *Videosprechstunde* statt, welche über die datenschutzrechtlichen Belehrungen hinausgingen.

Durch diese Beispiele soll die Annahme gestützt werden, dass KJPIerinnen in Bezug auf die VS nur schwer als Expertinnen gesehen werden können. Viel mehr sind es größtenteils Laien der Telematik, die versuchen, ihre Expertise auf ein neues Feld anzuwenden. Diese Fragestellung ist wichtig, da nach Bogner et al. (2014, S. 17-18) Experteninterviews zur Generierung von drei Arten von Wissen geeignet sind: 1.) technisches Wissen, 2.) Prozesswissen und 3.) Deutungswissen. Das technische Wissen bezieht sich auf Fakten und Expertise, die nur dem Experten zur Verfügung stehen. Eine solche Form von Wissensgewinn kann im Rahmen dieser Arbeit also nur sehr schwer erwartet werden. Vielmehr scheint die Fokussierung auf das Prozesswissen der Expertinnen (Erfragen von konkreten Durchführungen von Videosprechstunden) und deren Bewertung der VS im Rahmen der Durchführungserfahrung (Deutungswissen) vielversprechend, da diese Formen einen Expertinnenstatus – als einzige Personengruppe, die bisher Erfahrung diesbezüglich sammeln konnte – zulassen. Des Weiteren ist es schwer vorstellbar, dass eine externe Laiin oder Expertin, die sich mit der Videosprechstunde, aber nicht der KJP auskennt, gleichwertige Inhalte bezüglich Prozess- und Deutungswissen wie eine KJPIerin generieren kann. Besonders dieser letzte Punkt soll die Wahl eines Experteninterviews als Erhebungsform gegenüber z.B. eines Narrativen Interviews verdeutlichen – auch wenn bzw. gerade weil die Einschränkung des technischen Wissens bedacht wurde.

#### **4.1.2 Leitfadenerstellung**

Für die Leitfadenerstellung wurde sich an der Vorlage von Helferich (2009, S. 186) orientiert und diese passend nach Anregungen aus Bogener et. al. (2014) modifiziert. Anlage 4.1 zeigt den fertigen Leitfaden. Die erarbeiteten Themenblöcke haben zwei Funktionen: einerseits die Strukturierung des Interviews und andererseits eine offene Vorstrukturierung der Auswertung. Es werden 5 Themenblöcke unterschieden. Diese sollen folgend kurz beschrieben werden.

##### **Themenblock 1:** Hintergrunderfahrungen und Datenabfrage zur Einstimmung

In diesem Block werden Nutzungsdauer der VS und Einarbeitung in diese erfragt. Solche Informationen hätten auch per Fragebogen unabhängig vom Interview erhoben werden können. Dennoch wurde sich dafür entschieden, um eine Einstimmung der Interviewpartnerinnen aufeinander an einfach zu beantwortenden Fragen zu ermöglichen und die Erinnerungsfelder der Expertinnen zu aktivieren.

##### **Themenblock 2:** Umsetzung

Forschungsfrage: Ist bzw. wie ist VS mit Kindern möglich?

In diesem Block werden die konkreten Praxisbeispiele aus der Erfahrung der Interviewten erfragt. Er ist neben Block 3 eines der beiden Kernstücke des Interviews. Dieser Block kann am ehesten als frei bzw. un gelenkt gelten im sonst stark strukturierten Interview. Zusätzlich ist es der Block, in dem die Expertinnen am entferntesten zur Expertenrolle stehen, da sie von Pioniererfahrungen berichten. Aus den Praxisbeispielen wurden sich die meisten Informationen (Prozesswissen nach Bogener et. al. (2014)) zur Ideenfindung und Bewertung für zukünftige Anwendungen der VS erhofft.

### **Themenblock 3: Bewertung**

Forschungsfrage: „Ist die VS mit Kindern sinnvoll?“

In diesem Block wird konkret nach Nutzen und Hemmnissen/Problemen der VS mit Kindern gefragt. Dabei wird die Bewertung der Expertinnen erfasst, um deren Deutungswissen (nach Bogener et. al., 2014) festzuhalten. Hier treten die Expertinnen im vollen Sinne der Expertise ihres Feldes auf, indem sie auf die neue Methodik mit ihrem Fachwissen schauen können. Block 3 ist das zweite Kernstück des Interviews, da diese Bewertungen mit denen der Literaturrecherche abgeglichen werden und so wissenschaftliche Aussagekraft generieren sollen.

### **Themenblock 4: Einstellung des Experten gegenüber der VS**

Forschungsfrage: „Welchen Einfluss haben persönliche Einstellungen der Expertinnen gegenüber der VS auf den Umgang mit der Videosprechstunde?“

In wie weit dieser Block zwingend notwendig für die Beurteilung der VS ist, ist diskutabel. Jedoch handelt es sich bei der vorliegenden Masterarbeit um eine qualitative Forschungsarbeit. In diesem Sinne wird ein sozialwissenschaftlicher Blick auf die Expertin nicht nur als Antworten generierendes Forschungsobjekt, sondern als Subjekt geworfen, dessen Einstellung Einfluss auf Antworten haben kann.

### **Themenblock 5: Abschluss**

Ob der „Abschluss“ einen eigenen Block inhaltlich ausreichend begründet, ist fragwürdig, jedoch war er den anderen Blöcken inhaltlich nicht zuzuordnen, weshalb er gesondert erfasst wurde. Im Abschluss werden die Themen der Expertinnen berücksichtigt, welche von diesen erzählt werden wollen, aber zu keiner der Fragen passen. Zusätzlich wird ein Ausblick mit der Frage nach dem Wunsch der Expertinnen für die Entwicklung der VS eröffnet. Beide Aspekte (Unausgesprochenes und Ausblick) sollen nicht zuletzt der Expertin einen persönlichen Abschluss des Interviews ermöglichen.

## **4.2 Durchführung**

### **4.2.1 Vorabinformation für die Interviewpartnerinnen**

Es wurde sich für eine schriftliche Vorabinformation zu den Interviews entschieden, damit die Interviewten sich besonders auf den berichtenden Teil vorbereiten konnten. Diese Vorabinformation lautete:

„Das Ziel dieser praxisorientierten Masterthesis ist es, die Erfahrungen von Ihnen als PraktikerInnen für KollegInnen nutzbar zu machen und diese Erfahrungen in einem wissenschaftlichen Rahmen einzuordnen. Insbesondere soll der Fokus auf Ihren Praxiserfahrungen mit der Videosprechstunde bei Kindern (bis einschließlich 11 Jahren) liegen (z.B.: Wie wurde Psychotherapie umgesetzt? Welche Adaptionen wurden genutzt?). Anschließend soll die Nützlichkeit der Videosprechstunde für die Kindertherapie bewertet werden. Dazu sollen Ihre Kritikpunkte erfasst und um die der Literatur ergänzt werden. Bei ausreichender Datenlage soll eine Handlungsempfehlung oder zumindest eine Risiken-Nutzen-Abwägung für Praktikerinnen in der KJP erstellt werden. Daraus folgend soll ein Fazit gezogen werden, inwiefern die Videosprechstunde bei Kindern umgesetzt wird und wie förderlich sie für die Kinderpsychotherapie ist.“ (Auszug aus Experteninformation, Anlage 4.2)

Für die komplette Information siehe Anlage 4.2. In diesem Zusammenhang wurde neben der Experteninformation eine Einwilligungserklärung zur Teilnahme am Interview (Anlage 4.3) digital übersandt. Letztere wurde nochmals bei zu Stande kommen eines Interviews per Post mit Rückbrief an die Expertinnen gesandt, sodass die Einwilligungserklärung im Original unterschrieben vorliegt.

### **4.2.2 Durchführung der Interviews**

Die Interviews wurden aufgrund der Entfernung der Expertinnen und der zum Zeitpunkt der Interviews andauernden Corona-Pandemie über den Telekonferenzanbieter „Zoom“ durchgeführt. Alle Interviewpartnerinnen verfügten über das Programm und eine integrierte Aufnahmefunktion unterstützte die Auswahl dieser Technik und speziellen Software. Da die Videosprechstunde beforscht werden sollte, bot die Befragung über einen Telekonferenzanbieter weiterhin Einblicke in mögliche Hürden und Chancen bei der Verwendung dieses Settings. Ein Experte beispielsweise beschrieb die minimale Zeitverzögerung im Gespräch als Hürde, was wir in unserem Interview ebenfalls wahrnahmen. Folgend sollen daher die aufgetretenen Störungen und Chancen beschrieben

werden, da sie neben der Prozessbeschreibung Informationen liefern, welche sich auch auf die VS bei Kindern adaptieren lassen.

### **Aufgetretene Störungen**

Es kam zu zwei nennenswerten Störungen.

- 1) Beim zweiten Interview entstanden zum ausgemachten Zeitpunkt technische Probleme bei der Expertin. Ein Zoomgespräch war dadurch nicht möglich. Ein Zweittermin wirkte ausgeschlossen, da die Teilnahmebereitschaft der Expertin bereits erschöpft wirkte. Wir entschieden uns improvisiert für die Umsetzung per Telefon. Dafür stellte ich die Freisprechanlage des Handys laut und nahm die Audiodatei mit dem Laptop auf. Leider trat ab Minute 12 von 37 ein Laptopfehler auf, welcher sich erst nach dem Interview zeigte, wodurch nur die ersten 12 Minuten per Aufnahme gesichert waren. Ich verfasste daraufhin ein Gedächtnisprotokoll (Anlage 4.7: L2b), was die Expertin mir bestätigte, um zumindest grundlegende wertvolle Inhalte noch sichern und verwenden zu können. In der Regel wurde eine Zweitaufnahme mit dem Handy als Redundanz aufgenommen. Leider wurde der Redundanzfaktor in der Notsituation umfunktioniert.
- 2) Eine Einladung zum Zoomgespräch mit Zuganglink ist via E-Mail nicht beim Experten angekommen. Dadurch saßen beide Interviewpartner aufgrund der abgemachten Terminvereinbarung bereit, konnten jedoch keine Verbindung aufbauen. Hinzu kam, dass durch die Sprech-/Anrufzeitbegrenzung der Psychotherapeuten beim Experten nur ein Anrufbeantworter mit Sprachverzerrung (vermutete Gründe: schlechte Verbindung oder Fehler am Gerät) erreichbar war, wodurch erst eine Stunde nach ausgemachtem Termin der Kontakt aufgebaut werden konnte, was das Interview verhinderte, da ein Folgetermin beim Experten anstand. Ein neuer Termin war erst einen Monat später möglich.

### **Chancen der telekonferenzgestützten Interviews**

Die deutlichsten Chancen sind: die zeitliche Flexibilität und die Überbrückung der Entfernung. Die Expertinnen befanden sich im Erzgebirge, im Vogtland und in Leipzig, während sich der Interviewende in Dresden aufhielt. Forschungskosten für die Reise konnten damit gespart und Interviewmöglichkeiten erst realisiert werden, da der Autor kein Auto besitzt und Reisen mit dem ÖPNV einige Interviews unverhältnismäßig gemacht hätten. Gleichzeitig konnten die Expertinnen aus ihrem Berufsalltag in der Niederlassung heraus ohne größere Umstände an den Interviews teilnehmen, was insbesondere den eingeschränkten zeitlichen Möglichkeiten der Therapeutinnen entgegen kam. Wie unter den „Aufgetretene Störungen“ beschrieben, war beispielsweise bei einem verpassten Termin erst einen Monat später ein neues Interview möglich. Die Be-



reitschaft zur Teilnahme konnte somit trotz völliger Unbekanntheit von Interviewendem und Befragter erhöht werden.

### 4.3 Transkription

Für die Transkription wurde die Grundlagenliteratur von Dresing & Pehl (2018) verwendet. Diese orientieren sich wiederum an der Literatur von Udo Kuckartz, welcher mit seinen Transkriptionsregeln die Zielsetzung der Sprachglättung und des Fokus auf das semantisch inhaltliche Verständnis vorgibt (Kuckartz et al., 2008, S. 27).

Verwendete Transkriptionsregeln nach Udo Kuckartz (2008) in Erweiterung von Dresing & Pehl (2018, S. 21f.):

„Inhaltlich-semantische Transkription

1. Es wird wörtlich transkribiert, also nicht lautsprachlich oder zusammenfassend.
2. Wortverschleifungen werden an das Schriftdeutsch angenähert. ‚So ‘n Buch ‘ wird zu ‚so ein Buch‘ und ‚hamma‘ wird zu ‚haben wir‘. Die Satzform wird beibehalten, auch wenn sie syntaktische Fehler beinhaltet, z.B.: ‚Bin ich nach Kaufhaus gegangen.‘
3. Dialekte werden möglichst wortgenau ins Hochdeutsche übersetzt. Wenn keine eindeutige Übersetzung möglich ist, wird der Dialekt beibehalten, z.B.: ‚Ich gehe heuer auf das Oktoberfest‘.
4. Umgangssprachliche Partikeln wie ‚gell, gelle, ne‘ werden transkribiert.
5. Stottern wird geglättet bzw. ausgelassen, abgebrochene Wörter werden ignoriert. Wortdoppelungen werden nur erfasst, wenn sie als Stilmittel zur Betonung genutzt werden: ‚Das ist mir sehr, sehr wichtig.‘
6. Halbsätze, denen die Vollendung fehlt, werden mit dem Abbruchzeichen „/“ gekennzeichnet.
7. Interpunktion wird zugunsten der Lesbarkeit geglättet, das heißt, bei kurzem Senken der Stimme oder nicht eindeutiger Betonung wird eher ein Punkt als ein Komma gesetzt. Sinneinheiten sollten beibehalten werden.
8. Rezeptionssignale wie ‚hm, aha, ja, genau‘, die den Redefluss der anderen Person nicht unterbrechen, werden nicht transkribiert. Sie werden dann transkribiert, wenn sie als direkte Antwort auf eine Frage genannt werden.
9. Pausen ab ca. 3 Sekunden werden durch (...) markiert.
10. Besonders betonte Wörter oder Äußerungen werden durch VERSALIEN gekennzeichnet.
11. Jeder Sprecherbeitrag erhält eigene Absätze. Zwischen den Sprechern gibt es eine freie, leere Zeile. Auch kurze Einwüfe werden in einem separaten Absatz transkribiert. Mindestens am Ende eines Absatzes werden Zeitmarken eingefügt.
12. Emotionale nonverbale Äußerungen der befragten Person und des Interviewers, welche die Aussage unterstützen oder verdeutlichen (wie lachen oder seufzen), werden beim Einsatz in Klammern notiert.
13. Unverständliche Wörter werden mit ‚(unv.)‘ gekennzeichnet. Längere unverständliche Passagen werden möglichst mit der Ursache versehen: ‚(unv., Mikrofon rauscht)‘. Vermutet man einen Wortlaut, wird die Passage mit einem Fragezeichen in Klammern gesetzt, z.B. ‚(Axt?)‘. Unverständliche Stellen werden mit einer Zeitmarke versehen, wenn innerhalb von einer Minute keine weitere Zeitmarke gesetzt ist.
14. Die interviewende Person wird durch ein ‚I:‘, die befragte Person durch ein ‚B:‘ gekennzeichnet.

Zusätzlich wurde eine weitere Regel aus den erweiterten inhaltlich-semantischen Transkriptionsregeln von Dresing & Pehl (2018) übernommen, da diese sich im Transkriptionsprozess wertvoll zur Erklärung für gelegentliches Nicht-Eingehen auf Fragen im Interview zeigte. Diese Regel lautet:

15. „Sprecherüberlappungen werden mit „//“ gekennzeichnet. Bei Beginn des Einwurfes folgt ein „//“. Der Text, der gleichzeitig gesprochen wird, liegt dann innerhalb dieser „//“ und der Einwurf der anderen Person steht in einer separaten Zeile und ist ebenfalls mit „//“ gekennzeichnet.“ (Dresing & Pehl, 2018, S. 23)

Die Transkriptionen der Interviews sind in Anlage 4.4 bis 4.12 angefügt. Aufgrund von technischen Vorteilen sind die Interviews teilweise formal aufgeteilt.

## Kapitel 5 - Expertensuche

In diesem Kapitel soll „Leitfrage 4.3 Wie werden die gewünschten Expertinnen gefunden?“ beantwortet werden. Dabei wurden folgende Hypothesen aus der Einleitung verfolgt und ggf. angepasst: Hypothese 4.3.1: Durch die Nutzung Online-KV-Arztsuche lässt sich mit operationalisierten Suchkriterien eine methodisch replizierbare Suche von Probanden ermöglichen. Hypothese 4.3.2: Eine Internetpräsenz einer Psychotherapeutin mit aufgeführtem Angebot der VS weist auf eine bereits etablierte Praktik mit der VS hin.

### 5.1 Anliegen und Hypothese

Im Sinne der Reproduzierbarkeit einer wissenschaftlichen Arbeit soll der Weg zur Findung der passenden Expertinnen ausführlich beschrieben werden. Die Hypothese, nach welcher die Suche angelegt ist, lautet: Eine Psychotherapeutin, welche einen Internetauftritt (Website) besitzt und auf diesem Formen der Videosprechstunde beschreibt, hat sich bereits vor der Corona-Pandemie mit dem Thema auseinandergesetzt und kann daher wertvolle Einsichten zum Thema liefern. Diese Hypothese birgt mit voranschreitender Zeit die Fehlerquelle, dass coronabedingt mehr Praktikerinnen ihr Angebot nachrüsten. Daher wurde ein Teil der Daten bereits im Januar 2021 erhoben.

### 5.2 Methodisches Vorgehen

**Schritt 1) Wahl der Datenbank:** In Sachsen gibt es eine Datenbank der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen (KVS) über alle niedergelassenen, kassenärztlich abrechnenden Praktikerinnen. Gleiches gilt für die übrigen Bundesländer, wobei sich die Form der Website unterscheidet, da jede Website von der jeweiligen Landesvereinigung individuell betrieben wird. Für diese Forschungsarbeit wurde die Arztsuche der KVS mit folgendem Link verwendet: <https://asu.kvs-sachsen.de/arztsuche/>. Die Suchmaske ermöglicht eine ausführliche Sucheingrenzung nach Lokalität, Name und Fachbereich (siehe Abbildung 3).

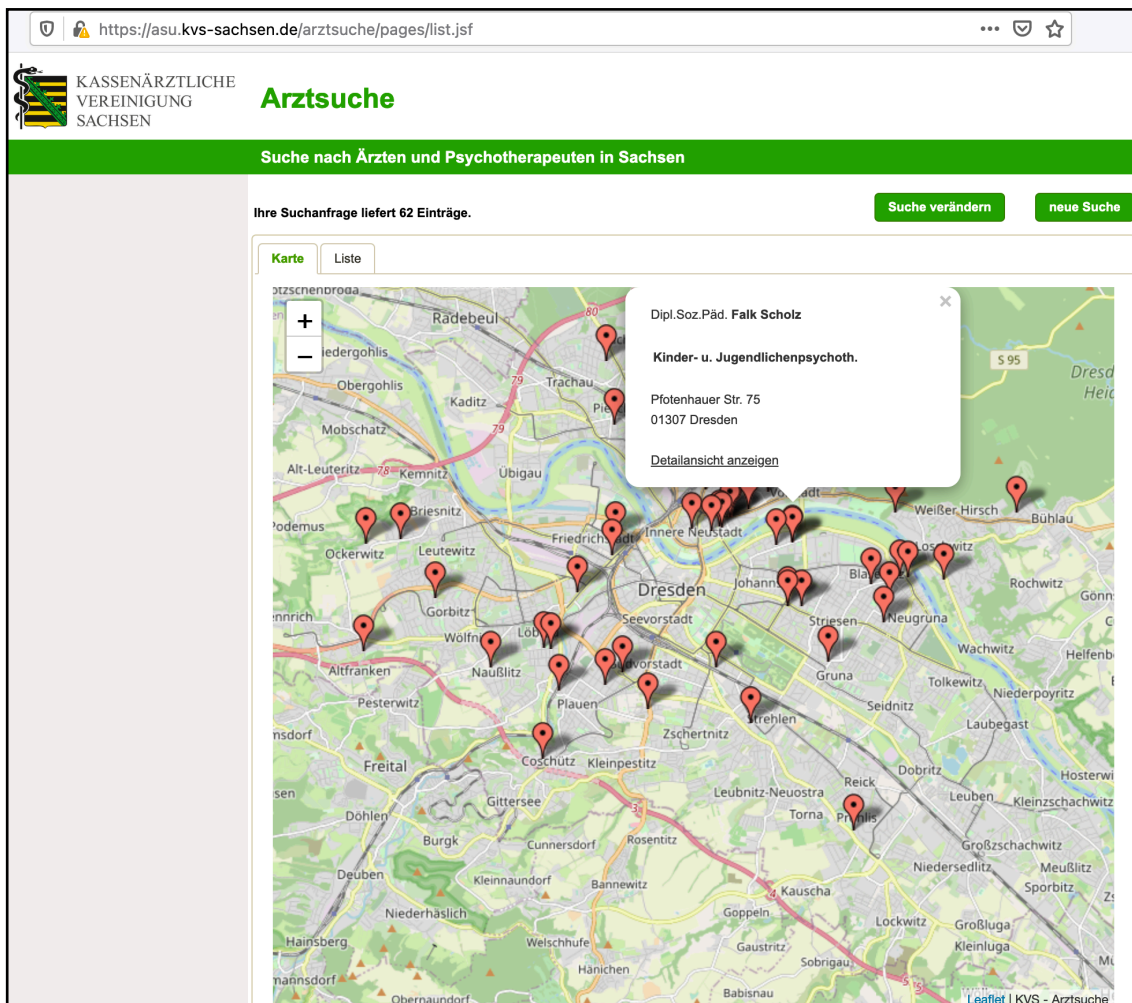
**Schritt 2) Auswahl der Suchkriterien:** Generell wurden nur die benannten Kategorien verändert. Wurden Kategorien nicht benannt, so enthielten sie die Auswahl der Grundeinstellung beim Öffnen der Suchmaschine, was in der Regel leeren oder auf „beliebig“ gestellten Kategorien entspricht. Für die manipulierten Suchkategorien „Ort: Dresden“ und „Fachgebiet/Schwerpunkt: Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapie“ (wie Abbil-

ung 3 zeigt) generiert die Suchmaschine 62 Treffer, welche automatisch auf einem Stadtplan von Dresden markiert werden (Abbildung 4).

The screenshot shows a web browser window with the URL <https://asu.kvs-sachsen.de/arztsuche/pages/search.jsf>. The page header includes the logo of the 'KASSENÄRZTLICHE VEREINIGUNG SACHSEN' and the title 'Arztsuche'. Below the header is a green navigation bar with the text 'Suche nach Ärzten und Psychotherapeuten in Sachsen' and a 'Formular leeren' button. The main content area is divided into several sections: 'Allgemeine Suchkriterien' with input fields for Name, Vorname, Ort (Dresden), Straße, PLZ, and Umkreis; 'Fachkriterien' with radio buttons for 'Hausarzt', 'Facharzt', 'Psychotherapeut', and 'beliebig' (selected), and dropdown menus for 'Fachgebiet/Schwerpunkt' (Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapie), 'Zusatzbezeichnung', and 'Genehmigungspflichtige Leistungen'; 'Ermächtigung', 'Sprechzeiten', and 'Zusatzangaben' sections with expandable icons. At the bottom, there is a 'Aktualisiert am 29.01.2021 04:05 Uhr' timestamp, an 'Arztsuche starten >>' button, a 'Hinweis' section, and a small disclaimer. The page footer contains a link to 'Impressum >>'.

**Abbildung 3:** Screenshot der Arztsuche-Webseite der KVS vom 29.01.21, 07:43Uhr

Die zusätzliche Kategorie: „Genehmigungspflichtige Leistungen: Videosprechstunde - Telemedizinische Leistung“ grenzt die Treffer auf 47 ein. Weitere relevante Suchkategorien sind „Fachgebiet/Schwerpunkt: Kinder- und Jugendlichenpsychiatrie“ mit 10 Treffern und „Fachgebiet/Schwerpunkt: Kinder- und Jugendlichenpsychiatrie und -psychotherapie“ mit exakt denselben 10 Treffern. Bei Verwendung der Eingrenzung mit der Kategorie „Genehmigungspflichtige Leistungen: Videosprechstunde - Telemedizinische Leistung“ sind es je noch 6 Treffer.



**Abbildung 4:** Screenshot Ergebnisse der Suchkriterien Dresden & Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapie vom 02.02.21, 11.12Uhr

**Schritt 3) Untersuchung der Treffer:** Die rot markierten Treffer lassen sich durch Anklicken auswählen, sodass die betreffende Praktikerin angezeigt wird und eine Detailansicht aufgerufen werden kann (Abbildung 5). In Abbildung 5 ist unter „Genehmigungspflichtige Leistungen“ bereits „Videosprechstunde - Telemedizinische Leistung“ aufgeführt. Dieses Leistungsangebot ist keine Leistung, die bei jeder niedergelassenen Praktikerin automatisch eingetragen wird, und kann daher als zusätzliches Indiz für eine mögliche Expertin genutzt werden.

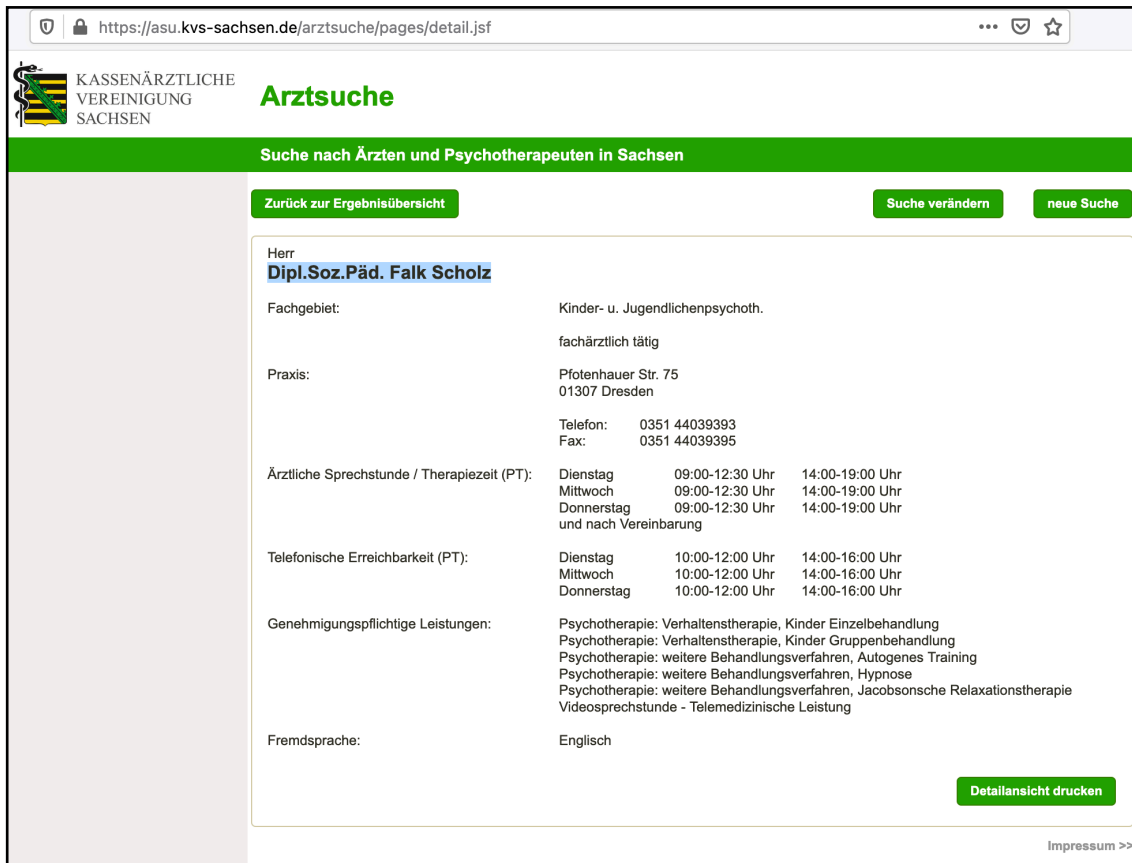


Abbildung 5: Screenshot Detailsansicht eines Suchtreffers vom 02.02.21, 11.13Uhr

**Schritt 4) Suche Praktikerinnen-Website:** Im nächsten Schritt wird der Name mit Titel (in Abbildung 5 bereits blau markiert) sowie der Ort in eine allgemeine Internet-Suchmaschine übertragen. Es wurde Google ([www.google.de](http://www.google.de)) als großer Anbieter und aufgrund der möglichen Analysefunktion („site:URL“, siehe Schritt 6) gewählt. Abbildung 6 zeigt das Ergebnis der Google-Suche.

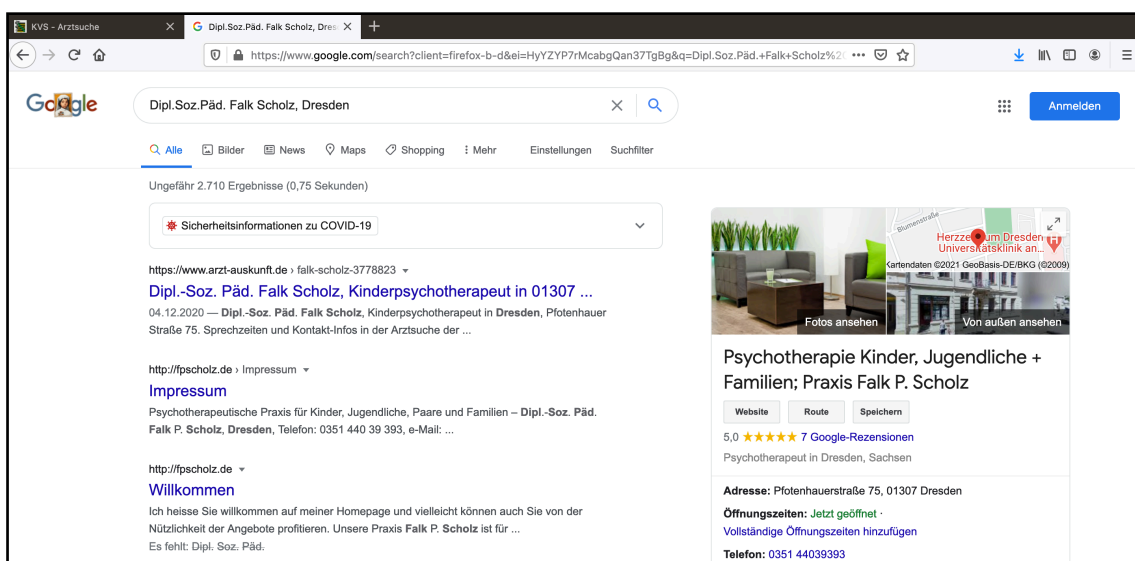
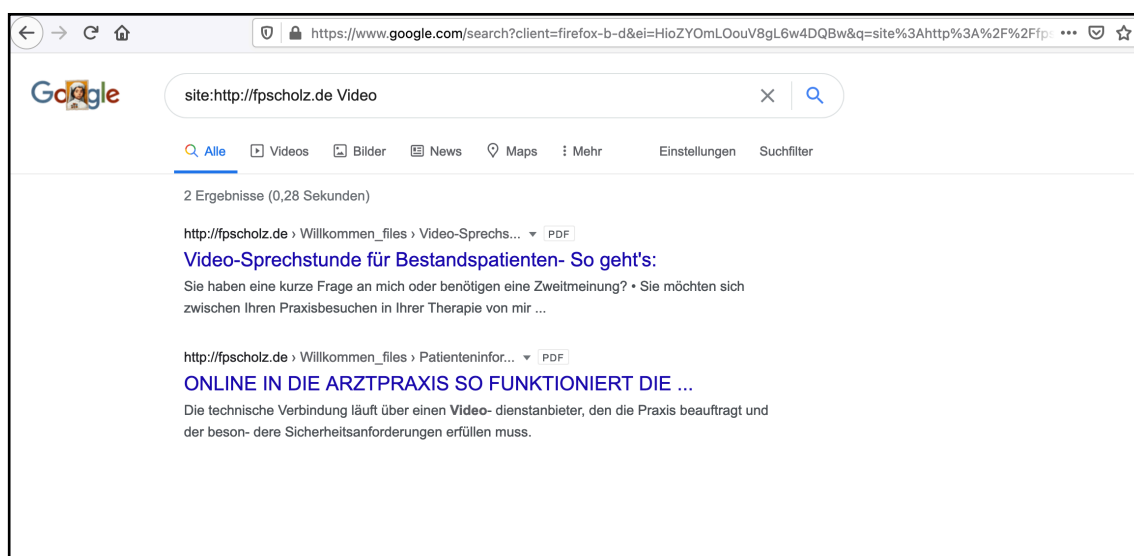


Abbildung 6: Screenshot Ergebnis der Google-Suche vom 02.02.21, 11.15Uhr

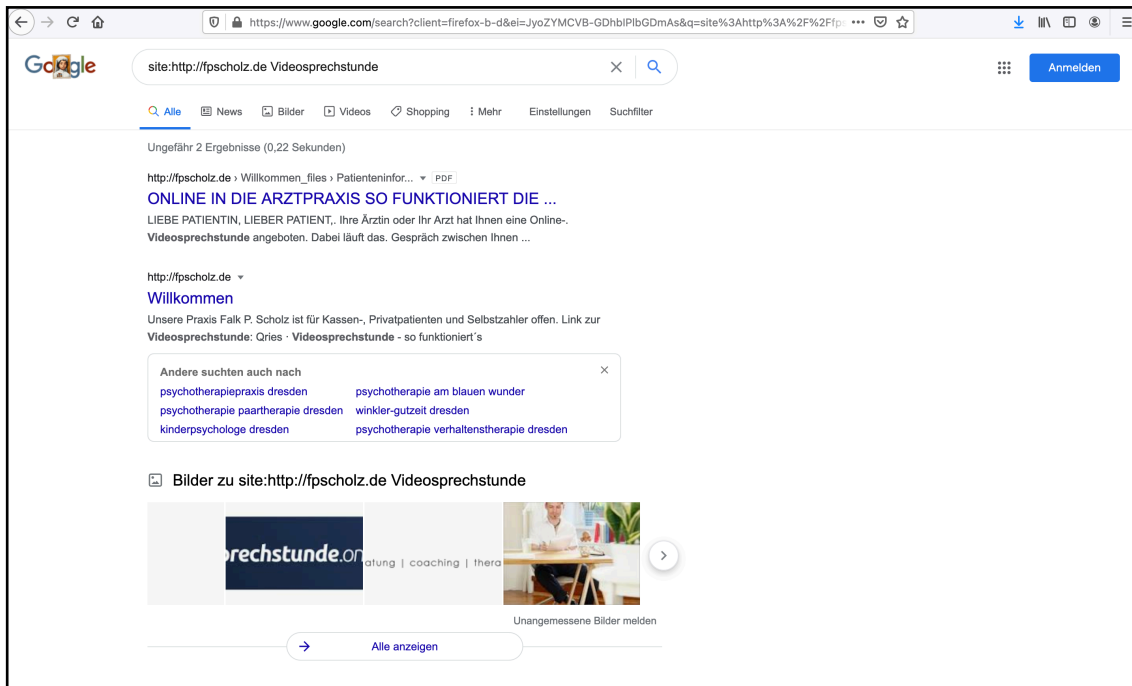
**Schritt 5) Auswahl der Praktikerinnen-Website:** Anschließend überprüft der Untersuchende die gefundenen Verlinkungen auf Richtigkeit mit Hilfe des Impressums der gefunden Website, indem die dort aufgeführten Daten mit den der KVS-Suche abgeglichen werden. Abbildung 7 zeigt beispielhaft die Webseite mit Impressum eines Praktikers.



**Abbildung 7:** Screenshot Website des Praktikers vom 02.02.21, 11.13Uhr



**Abbildung 8:** Screenshot Ergebnis Schlagwort „Video“ vom 02.02.21, 11.34Uhr

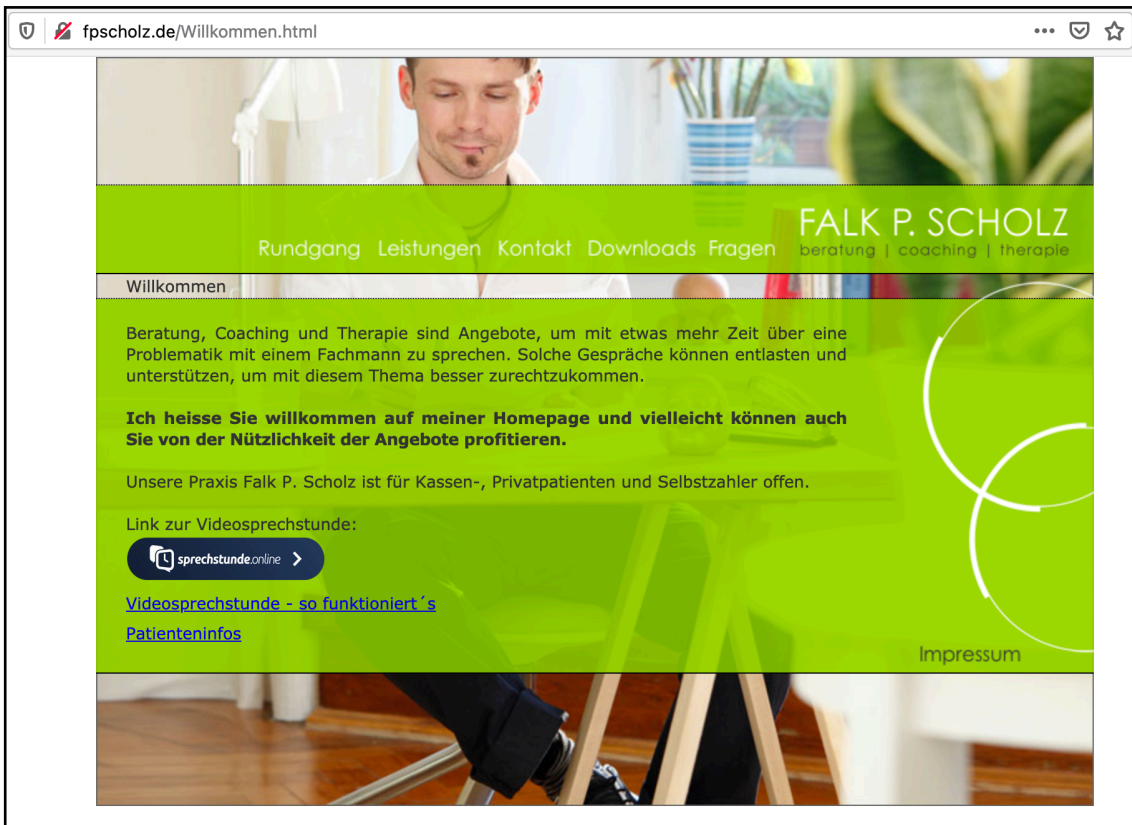


**Abbildung 9:** Screenshot Ergebnis Schlagwort „Videosprechstunde“ vom 02.02.21, 11.35Uhr

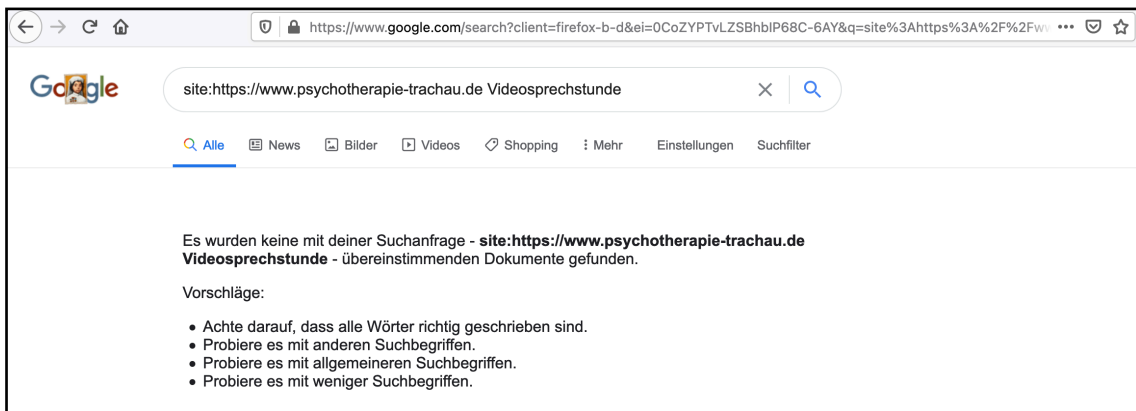
**Schritt 6) Untersuchung der Website nach Schlagwörtern:** Die bestätigte Website wird anschließend mittels der „site:URL“-Analysefunktion der Google-Website nach Schlagwörtern untersucht. Diese Funktion durchsucht die Webseite bzw. den Quelltext der angegeben URL nach den eingegeben Schlagwörtern. Als Schlagwörter wurden je „Video“ und „Videosprechstunde“ gewählt. Die Ergebnisse der Suche sind in Abbildung 8 und Abbildung 9 dargestellt. Abbildung 10 zeigt beispielhaft ein Ergebnis auf der Seite des Praktikers. Abbildung 11 zeigt ein Ergebnis der Suche ohne Treffer (Es wurden auch bei diesem Beispiel alle Vorschritte wie beschrieben durchlaufen).

**Schritt 7) Erfassung:** Die Suchergebnisse werden tabellarisch (Anlagen 5.1 und 5.2) mit den Kriterien „Name“, „Web-Domain“ (wenn vorhanden), „Treffer Video / Videosprechstunde: Ja/Nein“ und „Verwertbar“ erfasst. Verwertbar bezieht sich im Ausschlussfall auf Webseiten, welche Suchtreffer anzeigten, diese aber für die aktuelle Untersuchung nicht brauchbar sind (Bsp. Text auf einer Webseite: „Videosprechstunde wird bei uns nicht angeboten“). Interessenbezogen aber ohne tragenden Inhalt für diese Arbeit wurden noch das Geschlecht und die Studienqualifizierung aus dem Namen gesondert in die Übersichtstabelle (Anlagen 5.1 und 5.2) übertragen.





**Abbildung 10:** Screenshot Ergebnis Schlagwort „Videosprechstunde“ vom 02.02.21, 11.42Uhr



**Abbildung 11:** Screenshot Ergebnis ohne Treffer vom 02.02.21, 11.53 Uhr

### 5.3 Ergebnisse der Datenbankrecherche

Die ausführlichen Ergebnisse sind in Tabellenform im Anhang angefügt (Anlagen 5.1 und 5.2).

Tabelle 2 fasst die Daten überblicksartig zusammen, welche folgend ausgeführt werden.

Insgesamt (Ebene 1) lassen sich folgende Treffer für niedergelassene Vertreterinnen der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie (folgend KJP) und Fachärztinnen für Kinder- und Jugendlichenpsychiatrie und -psychotherapie (folgend FÄ-KJP) bei der KVS-Arztsuche finden: KJP: 290 und FÄ-KJP: 43.

Tabelle 2: Ergebnisse der Datenbankanalyse

	Insgesamt	Dresden	Leipzig	Chemnitz	Bautzen r50	Wurzen r50	Rodewisch r50	Zwischenbereich
<b>Ebene 1 (Suchkriterium: Fachgruppe)</b>								
Treffer bei KJP	290	62	57	25	37	32	44	33
Treffer bei FÄ-KJP	43	10	12	1	6	4	5	5
<b>Ebene 2 (Fachgruppe &amp; VS)</b>								
Treffer bei KJP und VS	200	47	41	12	25	24	28	23
Treffer bei FÄ-KJP und VS	21	6	5	1	4	1	1	3
<b>Ebene 3 (Fachgruppe &amp; VS &amp; Website)</b>								
Treffer bei KJP und VS mit Internetauftritt	117	30	25	6	15	18	16	7
Treffer bei FÄ-KJP und VS mit Internetauftritt	13	4	3	0	4	1	0	1
<b>Ebene 4 (Fachgruppe &amp; VS &amp; Website &amp; Schlagwörter)</b>								
Treffer bei KJP und VS mit Internetauftritt und Verweis auf VS darin	16	2	2	1	5	2	4	0
Treffer bei FÄ-KJP und VS mit Internetauftritt und Verweis auf VS darin	6	0	0	0	4	1	0	1
Treffer bei KJP und VS mit Internetauftritt und uneindeutigem Verweis auf VS darin	5	1	1	0	0	2	0	1

<b>Ebene 5 (Ebene 4 minus Dopplungen)</b>								
KJP	15	2	2	1	4	2	4	0
FÄ-KJP	3	0	0	0	2	1	0	0
KJP uneindeutig	4	1	1	0	0	2	0	0

Davon wurden unter der Eingrenzung „Videosprechstunde“ insgesamt 200 KJP und 21 FÄ-KJP untersucht (Ebene 2). Bei 117 KJP und 13 FÄ-KJP konnte ein eigener bzw. gemeinschaftlicher Internetauftritt gefunden werden (Ebene 3). Bei 16 KJP und 6 FÄ-KJP konnten verwertbare Treffer bei den Suchwörtern „Videosprechstunde“ und/oder „Video“ auf den Seiten gefunden werden (Ebene 4). Zusätzlich gab es 5 Treffer bei KJP, bei welchen der Verweis auf die VS nicht eindeutig, aber auch nicht zu vernachlässigen war<sup>9</sup>. Abschließend wurden Dopplungen ausfindig gemacht und bereinigt (Ebene 5). Dopplungen entstehen, wenn Therapeutinnen mehrere Niederlassungen besitzen und daher an verschiedenen Orten in der KVS-Arztuche gelistet werden. Diese Dopplungen betreffen in der Gesamtanzahl (Ebene 1) 14 KJP-Treffer bestehend aus 7 Therapeutinnen (je 2 Sitze pro Person) und 4 KJP-FÄ Treffer bestehend aus einem Facharzt mit 4 Niederlassungen. Auf Ebene 4 gab es zwei Doppelungen bei KJP. Eine Therapeutin hatte sogar zwei verschiedene Internetauftritte, wodurch es zu einer Überschneidung von „KJP“ und „KJP uneindeutig“ kam, was den Wegfall in der Unterkategorie „Zwischenbereich“ von Ebene 4 zu Ebene 5 erklärt.

Die Treffer von Ebene 5 sollten im nächsten Schritt kontaktiert und für die Interviews akquiriert werden. Dabei wurde sich vorerst auf die 19 KJP-Treffer (inklusive der uneindeutigen) beschränkt, da bei rein psychotherapeutisch arbeitenden Therapeutinnen eine höhere Chance für einen Erkenntnisgewinn bezüglich dieser Masterarbeit erwartet wurde als bei Fachärztinnen, welche teilweise aufgrund des Fachärztemangels nur oder vorrangig pharmakotherapeutisch arbeiten.

## 5.4 Kommentar zur Eingrenzung des Erfassungsbereichs

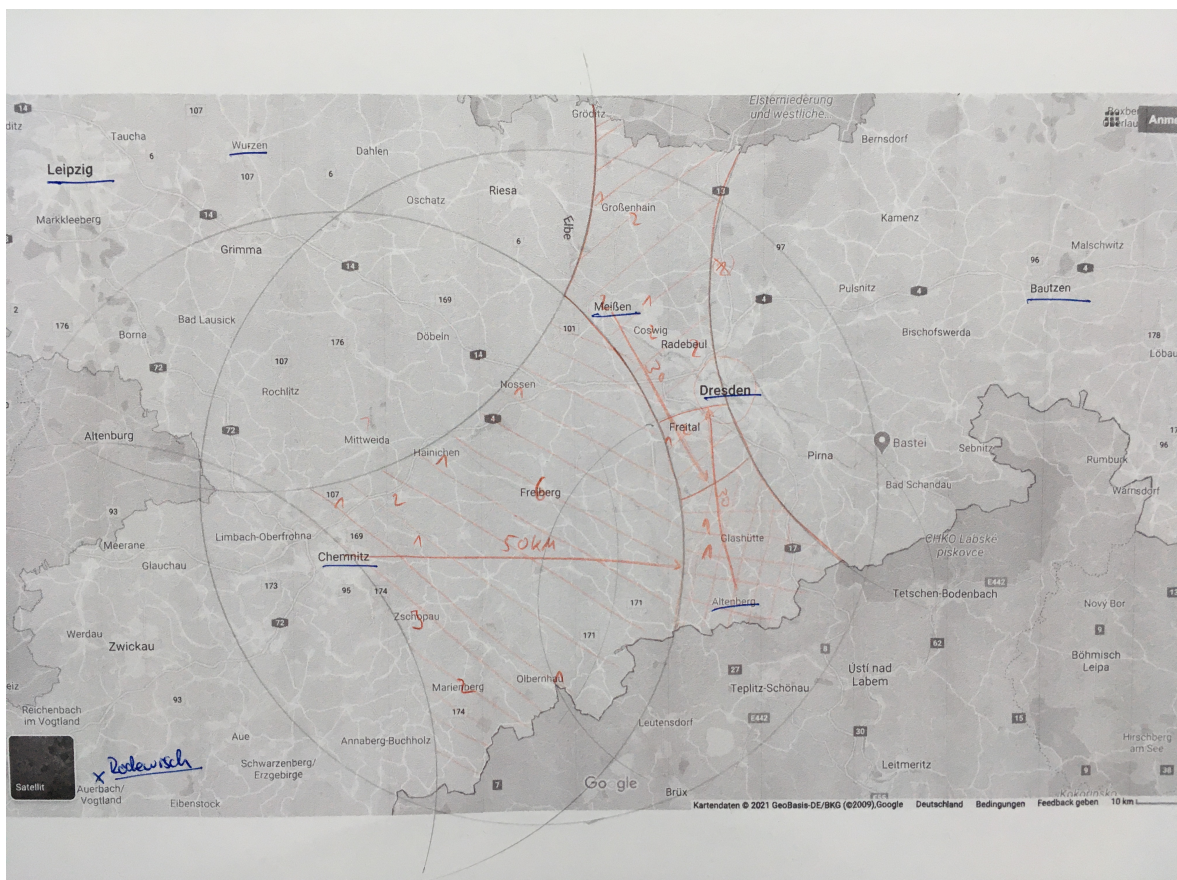
In einem ersten Analysedurchgang der KVS-Arztuche wurden nur die Daten der Kolleginnen in Dresden, Leipzig und Chemnitz erfasst, mit dem Ergebnis von lediglich sechs potentiellen Interviewpartnerinnen. Da dies dem Autor unter Berücksichtigung einer nicht vollen Beteiligungsbereitschaft zu wenig erschien<sup>10</sup>, wurde in einem weiteren Durchgang die Suche auf das gesamte Bundesgebiet des Freistaates Sachsen

<sup>9</sup> Bsp.: die Webseite war im Aufbau und ein Link zur VS war vorhanden, jedoch ohne weitere Information.

<sup>10</sup> Es wurden mindesten drei bis vier Expertinneninterviews angestrebt. Dies entspräche einer positiven Rückmeldungsquote von 50 bis 60 Prozent der sechs potentiellen Fälle, was nicht realistisch erschien.

ausgeweitet. Dabei wurden Bautzen, Wurzen und Rodewisch je mit einem Radius von 50 km in der KVS Arztsuche erfasst (Die bereits bekannten Daten aus DD/LE/C wurden ausgelassen). Ein noch nicht erfasster Zwischenbereich (siehe Abbildung 12) wurde gesondert händisch bemessen und dann ausgehend von Meißen ( $r = 30$  km), Chemnitz ( $r = 50$  km) und Altenberg ( $r = 30$  km) mit dem jeweiligen Radius nachgetragen. Diese kleingliedrige Arbeit war notwendig, da die KVS-Arztssuche nur eine maximale Trefferanzahl von 100 Treffern gleichzeitig anzeigen kann.

Zukünftig wäre es denkbar, diese Analyse nach 2-5 Jahren zu wiederholen und eine Entwicklung zu erfassen (im Sinne von Prävalenz zu Inzidenz). Alle Erhebungszeiträume sind in Anlage 5.3: Erhebungszeiträume aufgeführt.



**Abbildung 12:** händische Bemessung der Zwischengebiete

## 5.5 Exkurs: Männer in der KJP

Weitere nennenswerte aber nicht weiter verwendete Daten zeigt Tabelle 3. Dabei wurde ein Blick auf die Verteilung von Männern und Frauen bei den Treffern des Schlagwortes „KJP“ geworfen. Zusätzlich wurde untersucht, wie das Geschlechterverhältnis in Abhängigkeit von der Studienfachrichtung ausfällt. Die binäre Einteilung der Geschlechter erfolgte aufgrund der Vorgaben der KVS-Arztliche, welche nur in „Frau“ und „Herrn“ unterscheiden ließ. Die Zahlen müssen noch statistisch bereinigt werden insbesondere in Bezug auf Dopplungen, da einige Praktikerinnen an mehreren Orten praktizieren und dadurch mehrfach angezeigt werden<sup>11</sup>. Weiterhin müssen noch die aktuell als „unklar“ definierten Treffer eingeordnet werden. Dennoch lässt sich eine noch zu prüfende Tendenz in den hier erhobenen Daten erkennen: der Anteil der männlichen KJPler ist bei den Abschlüssen der Fachrichtung der Sozialen Arbeit und Pädagogik deutlich höher (16 %) als bei denen der Psychologie (8 %). Dies ist insbesondere im aktuellen Kontext der Reform der Psychotherapeutenausbildung relevant, in welcher nur noch Absolventinnen des neu geschaffenen Psychotherapiestudiums (Bachelor und Master) für die Tätigkeit als KJPlerinnen qualifiziert werden und hypothetisch die Geschlechterverhältnisse wie bei der Psychologie (s. oben) dann zum Regelfall werden könnten. Kollegen wie der Chefarzt der KJP am Universitätsklinikum Dresden Prof. Dr. Veit Rößner kreiden bereits an, dass sich mit der neuen Reform und dem Ausschluss der Pädagogik die Mangelversorgung im KJP-Bereich stark verschärfen kann (vgl. Pleil, 2019). Zusätzlich droht der Anteil an männlichen Rollenvorbildern einen erstmaligen Tiefstand zu erreichen. Über die Gründe, weshalb in der KJP weniger Männer aus der Psychologie kommen, kann spekuliert werden. Möglicherweise scheint die Fokussierung auf Erwachsene den Männern attraktiver, was Kollegen aus der Sozialen Arbeit nicht als Auswahlkriterium hätten. Oder ist der Männeranteil in der Sozialen Arbeit generell höher als in der Psychologie? Weiterhin kann nur hypothetisch angenommen werden, dass es überhaupt mehr Männer in der KJP bedarf. Eine Grundlage für die Bedarfsfrage könnten die Perspektive der „Untersuchung von Patienten- und Therapeutenvariablen“ (Caspar & Jacobi, 2014, S. 409) in der Psychotherapieforschung sein und auch die Frage, ob die Variable ‚Geschlecht‘ förderliches „responsives“ (Caspar & Jacobi, 2014, S. 409) Verhalten begünstigt.

---

<sup>11</sup> Bsp.: FA-KJP Dr. Mertens deckt im Bereich Ostsachsen 4 Niederlassungen ab. Die Ergebnisse der FÄ-KJP für „Bautzen r50“ in Tabelle 3 würden bereinigt einen Mann und 3 Frauen ergeben. Dr. Mertens ist der einzige Fall mit 4 Dopplungen. Die übrigen sind einfache Dopplungen und sind in der Häufigkeit im einstelligen Bereich.

Tabelle 3: Anteile Männer

Männer zu Frauen Ebene 1 nach Treffern	Insgesamt	Dresden	Leipzig	Chemnitz	Bautzen r50	Wurzen r50	Rodewisch r50	Zwischenbereich
<b>Generell</b>								
<b>KJP</b>	290	62	57	25	37	32	44	33
davon Männer	38	5	12	5	6	3	6	1
In %	<b>13</b>	<b>8</b>	<b>21</b>	<b>20</b>	<b>16</b>	<b>9</b>	<b>14</b>	<b>3</b>
<b>FÄ-KJP</b>	32	6	5	1	<b>6</b>	4	5	5
davon Männer	11	1	1	1	3	2	1	2
In %	<b>34</b>	<b>17</b>	<b>20</b>	<b>100</b>	<b>50</b>	<b>50</b>	<b>20</b>	<b>40</b>
<b>Nach Studiendisziplin (ohne Ärzte)</b>								
<b>Pädagogik &amp; Soz. Arbeit</b>	115							
davon Männer	18							
In %	<b>16</b>							
<b>Psychologie</b>	85							
davon Männer	7							
In %	<b>8</b>							
<b>Unklar</b>	89							
davon Männer	13							
In %	<b>15</b>							

## 5.6 Kontaktaufnahme und Vorstellung der Expertinnen

Nachdem die Expertinnen identifiziert wurden, wurden sie per E-Mail kontaktiert. Da nach drei Wochen lediglich zwei Antworten als Absagen eingegangen sind, wurden alle telefonisch kontaktiert. Daraus entstanden vier Zusagen, fünf Absagen (eine aus Zeitmangel, eine da keine VS durchgeführt wurde und drei, da nur VS mit Jugendlichen durchgeführt wurden), zwei „Nicht-Erreichungen“, sechs Sekräterinnenvermerke ohne Rückmeldung, eine Anrufbeantworteraufsprache ohne Rückruf und ein Urlaubsfall. Mit den vier KJPlern, welche zusagten, wurden die Interviews vereinbart.

Diese vier werden folgend anonymisiert und funktional vorgestellt und den Leitfadenterviews zugeordnet. Dabei war auffallend, dass bei allen Expertinnen ähnliche Qualifikationen und Hintergründe auftraten. So waren alle Verhaltenstherapeutinnen, welche ausschließlich Kinder und Jugendliche in ihrer Niederlassung kassenärztlich betreuten und alle hatten ein Diplom in Pädagogik oder Sozialpädagogik. Experte 1 mit Leitfadenterview L1 war männlich und kam aus einer Großstadt. Expertin 2 und Expertin 3 (L2 und L3) waren weiblich und kamen aus einer Stadt mit zwanzig- bis dreißigtausend Einwohnern. Gleiche Stadtgröße galt für Experte 4 (L4), männlich.

Da die Ergebnisliste der Expertinnensuche angehängt ist, wird auf weitere Details verzichtet, um die Anonymität der Expertinnen zu gewährleisten.

## 5.7 Exkurs: Verhältnis VT zu TP

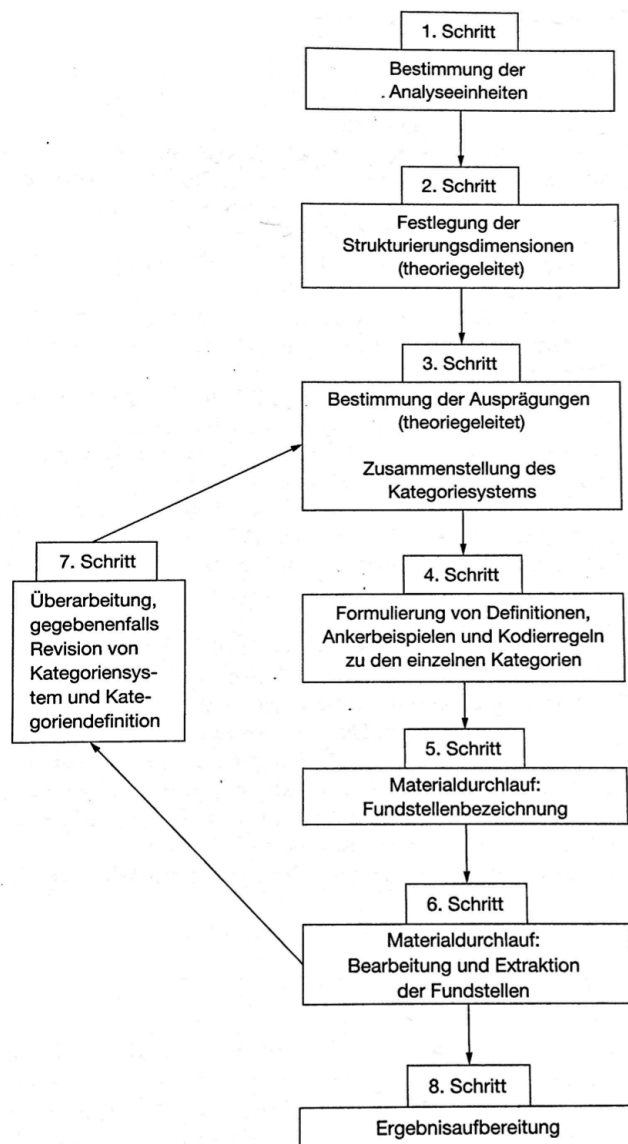
Nachdem alle vier gefundenen Expertinnen verhaltenstherapeutisch orientiert waren, stellte sich die Frage, ob die Therapieschule Einfluss auf die Therapie via VS hat. Tabelle 4 zeigt eine Sortierung der erhobenen Daten nach Therapieschule und Angabe der VS als genehmigungspflichtige Leistung (siehe Tabelle 4). 13 Treffer wurden nicht mit aufgeführt, da keine eindeutige Zuordnung möglich war. Tendenziell lässt sich feststellen, dass verhaltenstherapeutische Praktikerinnen häufiger die VS anbieten als psychodynamisch orientierte Kolleginnen (Fett-Markierung in Tabelle 4). Jedoch sind die Unterschiede zu gering, um die Verteilung der gefundenen Expertinnen zu erklären. Vielmehr scheint das Mengenverhältnis von VT (73 %) zu TP+ (27 %) ausschlaggebend zu sein (Fett-kursiv-Markierung in Tabelle 4). Dennoch kann die Frage nach dem Therapieschuleneinfluss für die zukünftige Forschung bestehen bleiben.

Tabelle 4: Verhältnisse nach Therapieschule

	mit VS	ohne VS	Summe	Verhältnis (% „mit VS“ zu „ohne VS“)	Verhältnis „ohne VS“ zu „Summe“ in %	Verhältnis Therapieschule zu jeweiliger Gesamtstichprobe
TP	40	22	62	55	35	23
TP/PA	9	4	13	44	31	5
TP + TP/PA	49	26	75	<b>53</b>	35	<b>27</b>
VT	137	63	200	<b>46</b>	32	<b>73</b>
Gesamt	186	89	275	48	32	100

## Kapitel 6 - Auswertung der Interviews

Um die in Unterkapitel 4.1.1 angesprochenen Wissensformen (technisches, Prozess- und Deutungswissen) aus den vier Expertinneninterviews zu gewinnen und weiter verwenden zu können, wurde sich für die qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring (2002; 2010) entschieden. Der Kernablauf wird in Abbildung 13 dargestellt. Dies soll die Reproduzierbarkeit im Rahmen von qualitativer Forschung ermöglichen, insoweit, dass bei selber Datenlage andere Forscherinnen zu einem ähnlichen interpretativen Ergebnis kommen würden. Wie in Unterkapitel 4.1.2 Leitfadenerstellung benannt, sollen die Blöcke des Leitfadens als Grundlage für die Auswertungskategorien dienen, welche durch den Auswertungsprozess noch ergänzt werden können. Die Codierung der Interviews erfolgt entlang des Kategoriensystems.



**Abbildung 13:** Allgemeines Ablaufmodell strukturierender Inhaltsanalyse (Mayring, 2010, S. 93)



## 6.1 Auswertungshypothesen

Wie in der Einleitung erwähnt, sollen die Interviews Expertinnenaussagen generieren, welche eine Beurteilung der VS bei Kindern nach Chancen und Risiken zulassen. Dazu wurden folgende Auswertungshypothesen gebildet, welche durch ihre Zuspitzung eine Ausrichtung der Kategoriensysteme ermöglichen, sowie eine Grundlage für die Diskussion (Kapitel 7) bilden:

1. Psychotherapie mit Erfüllung der vier Wirkfaktorenkategorien nach Pfammatter & Tschacher (2016, siehe Kapitel 2) ist für Kinder bis 11 Jahre über die VS möglich. Sie ist also theoretisch wirksam.
2. Die Chancen der VS übersteigen die Risiken. Sie ist daher für die Kinderpsychotherapie nützlich und empfehlenswert.

## 6.2 Kategoriensystem

Der Begriff *Kategorie* richtet sich in seinem die Sinneinheiten ordnenden Verständnis und in der Handhabung nach Kuckartz (2010, S. 57ff.) und soll folgend in der Umsetzung für diese Arbeit ausgeführt werden. Dabei gibt es Oberkategorien (folgend „Ok“) und Unterkategorien (folgen „Uk“). Schlagwörter einer Kategorie müssen nicht wortwörtlich im Text genannt werden, um dennoch in ihrer Sinneinheit zuzutreffen. Sind keine Schlagwörter aufgeführt, stellt die Bezeichnung der Unterkategorie die Sucheinheit dar.

Es wurden drei Analysedurchgänge durchgeführt (siehe Kreislauf von Schritt 3 bis 7 in Abbildung 13). Die erstellten Kategorien des ersten Analysedurchgangs orientieren sich stark an den Leitfragen zur Interviewdurchführung (siehe 4.1.2 Leitfadenerstellung). Der erste Durchgang entspricht daher einem deduktiven Ansatz. Dennoch wurden im Sinne eines induktiven Ansatzes Möglichkeiten zur Ergänzung von Kategorien zugelassen, sofern sie sich aus den Interviews ergaben. So entstand Unterkategorie 1.6.

Im zweiten Analysedurchgang wurden einzelne Unterkategorien (Uk 2.1.1, 2.1.3 und 2.1.4) aufgrund ihrer Datenfülle induktiv nochmals einzeln neu bzw. vertiefend kategorisiert. Dadurch sind die Oberkategorien 2.2, 2.4 und 2.5 entstanden, welche jeweils die Daten der vorangegangenen Unterkategorie nutzen. Bei Ok 2.4 (Hemmnisse) und Ok 2.5 (Nutzen) wurden ebenfalls die Daten aus Uk 3.3 (Einteilungsmuster, die schwer per VS zu behandeln sind) und Uk 3.2 (Einteilungsmuster, die gut durch VS zu behandeln sind) verwendet. Anschließend wurde ein dritter Analysedurchgang vorgenommen, da im zweiten Analysedurchgang von Ok 2.2 Schwierigkeiten durch häufige Dopplungen in der Codierung auffällig wurden. Diese Dopplungen waren keine Störung für die deduktive Beurteilung der Eignung der VS im Rahmen der Wirkfaktoren aus Ka-

pitel 2, aber die Frage nach Beispielen für Handlungsempfehlungen konnte damit nicht praktisch beantwortet werden. Daher wurden im dritten Analysedurchgang wiederum die Daten aus Uk 2.1.1 nach Anwendungsarten induktiv kategorisiert. Die Ergebnisse davon sind in Ok 2.3 aufgeführt. Die Verwendung von gestaffelten Oberkategorien (2.1, 2.2 ...) wurde gewählt, um mehrere Analysedurchgänge in ihrem Sinnzusammenhang darstellen zu können, ohne weiter in Unterunter- und Unterunterunterkategorien einteilen zu müssen. Tabelle 5 zeigt einen Übersichtsablauf. Folgend sind die Kategorien aufgeführt.

Tabelle 5: Überblick Analysedurchgänge, \* zzgl. der Daten aus Uk 3.3, \*\* aus Uk 3.2

Kategorien des ersten Analyse- durchgangs	Kategorien des zwei- tem Analysedurch- gangs	Kategorien des dritten Ana- lysedurchgangs
Ok 1		
Ok 2.1 mit ...		
Uk 2.1.1 Verwendete Methoden	Ok 2.2 Wirkfaktoren	Ok 2.3 Anwendungsarten
Uk 2.1.3 Hemmnisse	Ok 2.4 Hemmnisse*	
Uk 2.1.4 Nutzen	Ok 2.5 Nutzen**	
Ok 3		

### **Oberkategorie 1 – technisches Wissen – Rahmenbedingungen**

Mit dieser ersten Oberkategorie soll die Aussagekraft der anderen Oberkategorien ein-geordnet werden. Es sollen also Bedingungen identifiziert werden. Beispielsweise könnten alle Interviewpartnerinnen nur auf Grund der Coronapandemie die VS erstma-lig verwendet haben, was deren Aussagewert nicht schmälert, aber die Beurteilung der Beziehungsarbeit schlecht generalisieren lässt, da im Vergleich dazu, gar keinem Kon-takt zu haben, der Kontakt über VS als beziehungsförderlich angenommen wird.

Uk 1.1) Frage 1.1 Dauer der Nutzung der VS

Uk 1.2) Frage 1.2 Alter der mit der VS behandelten Patientinnen

Uk 1.3) Frage 1.3 mit der VS behandelte Störungsbilder

Uk 1.4) Frage 1.4 Häufigkeit der Anwendung der VS

Uk 1.5) Frage 1.5 Einarbeitung in das Thema

Uk 1.6) Frage 1.6 Grund der Verwendung der VS

Uk 1.7) Frage 4.1 Grundeinstellung ggü. der VS vor erster Durchführung

Uk 1.8) Frage 4.2 Grundeinstellung ggü. der VS heute

## **Oberkategorie 2 – Prozesswissen – Umsetzung der VS**

Wie eingangs beschrieben, teilt sich diese Kategorie in verschiedene Analysedurchgänge. Die Bedeutung von Ok 2.1 als Kategorie des ersten Analysedurchgangs wird bezüglich ihrer Daten für die Auswertung durch die vertiefenden Folgekategorien (Ok 2.2 bis 2.5) fast komplett aufgehoben. Um die zeitlich-sinnhafte Struktur nachvollziehbar aufzuzeigen und nicht vertiefte Inhalte weiterhin aufzuführen, wird Ok 2.1 in dieser Struktur dennoch beibehalten.

## **Oberkategorie 2.1 – Umsetzung der VS – Intention und Empfehlung**

Diese Kategorie spiegelt nach dem ersten Analysedurchgang die direkten Erfahrungen der Expertinnen wider und ist daher für den Abgleich mit den vier Wirkfaktorenkategorien nach Pfammatter & Tschacher (2016, siehe Kapitel 2) brauchbar. Dazu wurde eine zweite Analyseebene eingeführt und in Oberkategorie 2.2 zusammengetragen.

Uk 2.1.1) Frage 2.1 verwendete Methoden in der VS

Uk 2.1.2) Frage 2.2 Intention bei der Auswahl von Methoden

Uk 2.1.3) Frage 3.1 Hemmnisse der VS

Uk 2.1.4) Frage 3.2 Nutzen der VS

Uk 2.1.5) Frage 3.3 Empfehlungen an Kolleginnen

## **Ok 2.2 – Wirkfaktorenkategorien (zweiter Analysedurchgang) deduktiv**

Diese Oberkategorie speist sich aus den Zitaten der Unterkategorie 2.1.1 und wurde in einem zweiten Analysedurchgang erstellt. Da bereits erwähnte Daten aus einer anderen Perspektive betrachtet werden, wurde diese Oberkategorie parallel zur Oberkategorie 2.1 gesetzt. Zur besseren Zuordenbarkeit wurden die allgemeinen Wirkfaktoren der Wirkfaktorenkategorien als Codierungsgrundlage betrachtet, weshalb sie in der jeweiligen Unterkategorie aufgeführt werden. Eine Beschreibung dieser allgemeinen Wirkfaktoren findet sich bei Pfammatter und Tschacher (2012).

Uk 2.2.1) Beziehungs- und Motivationsaufbau

Schlagworte: Therapiebeziehung, Abschwächung sozialer Entfremdung, Besserungserwartung, Veränderungsbereitschaft, Ressourcenaktivierung

Uk 2.2.2) emotionale Verarbeitung

Schlagworte: Affektives Erleben, Katharsis, Problemaktualisierung, Korrektive Erfahrung, Achtsamkeit, Emotionsregulation

Uk 2.2.3) kognitive Verarbeitung

Schlagworte: Klärung, Assimilation problematischer Erfahrungen, kognitive Umstrukturierung, Mentalisierung, neue Selbstnarration

Uk 2.2.4) Problembewältigung

Schlagworte: Desensibilisierung, Verhaltensregulation, Bewältigungserfahrung, Selbstwirksamkeitserwartung

### **Oberkategorie 2.3 – Anwendungsarten (dritter Analysedurchgang) induktiv**

Diese Oberkategorie speist sich aus den Zitaten der Unterkategorien 2.1.1 und wurde in einem dritten Analysedurchgang erstellt. Da bereits erwähnte Daten aus einer anderen Perspektive betrachtet werden, wurde diese Oberkategorie parallel zur Oberkategorie 2.2 gesetzt. In dieser Kategorie wird angestrebt, die über VS durchgeführten Therapie-Anwendungsarten übersichtlich zu erfassen.

Bei Uk 2.3.1 und Uk 2.3.2 sind mit „Konfliktreflexion“ konkrete Konfliktsituationen gemeint, welche in der Therapiestunde von den Patientinnen eingebracht werden (ggf. mit Beihilfe bzw. Anregung der Therapeutin), um diese anschließend zu reflektieren und individuell Bearbeitungsansätze (auf Verhaltens-, Emotions-, Beziehungs- oder Kognitionsebene oder Kombinationen davon) zu finden. Ein Konflikt kann dabei auch ein innerer Konflikt beispielsweise im Sinne eines Zwangs sein.

Uk 2.3.1 Alltags- und Konfliktreflexion und -bearbeitung: kognitiv-verbal

Uk 2.3.2 Alltags- und Konfliktreflexion und -bearbeitung: handlungsorientiert

Uk 2.3.3 (kreatives) Spiel und allgemeines Selbstwirksamkeitserleben

Uk 2.3.4 Erstgespräch, Diagnostik, Elterngespräch

Uk 2.3.5 technische und strukturelle Umsetzung

Uk 2.3.6 digitaler Hausbesuch

Uk 2.3.7 Hausaufgaben bzw. Aufträge

### **Oberkategorie 2.4 – Hemnisse (zweiter Analysedurchgang)**

Diese Oberkategorie speist sich aus den Zitaten der Unterkategorie 2.1.3 und wurde in einem zweiten Analysedurchgang erstellt. Da bereits erwähnte Daten aus einer vertieften Perspektive betrachtet werden, wurde diese Oberkategorie parallel zur Oberkategorie 2.1 gesetzt.

Uk 2.4.1 Zurückhaltung und Unsicherheit der Therapeutin durch fehlende Handlungserfahrung (und -möglichkeiten)

Uk 2.4.2 unsicherer therapeutischer Rahmen

Uk 2.4.3 technische Probleme und Hürden

Uk 2.4.4 Skepsis

Uk 2.4.5 Limitierung des (therapeutischen) Spiels

Uk2.4.6 Ausschluss von Patientinnengruppen durch deren eingeschränkte Fähigkeiten/  
Möglichkeiten

Uk 2.4.7 Aufrechterhaltung von Vermeidung

Uk 2.4.8 regulatorische Hürden

### **Oberkategorie 2.5 – Nutzen (zweiter Analysedurchgang)**

Diese Oberkategorie speist sich aus den Zitaten der Unterkategorie 2.1.4 und wurde in einem zweiten Analysedurchgang erstellt. Da bereits erwähnte Daten aus einer vertieften Perspektive betrachtet werden, wurde diese Oberkategorie parallel zur Oberkategorie 2.1 gesetzt.

Uk 2.5.1 Aufrechterhaltung des Kontakts / therapeutische Beziehung / Patientenpassung

Uk 2.5.2 digitaler Hausbesuch, tieferer Einblick/Verständnis der Therapeutin

Uk 2.5.3 Kreativitäts- und Selbstwirksamkeitsförderung

Uk 2.5.4 erweiterte Expositionsmöglichkeiten

Uk 2.5.5 Steigerung Öffnungsbereitschaft der Patientin

### **Oberkategorie 3 – Deutungswissen – Beurteilung der VS durch Expertinnen – Einteilungsmuster**

Diese Kategorie spiegelte nach dem ersten Analysedurchgang die Einschätzungen und Deutungen der Expertinnen zur Beurteilung der VS wider. Bei dieser Kategorie wurden die Expertinnen gefragt, aus ihrer Erfahrung heraus nach verallgemeinerbaren Aussagen zu suchen. Konzeptionell wurden die Fragen zu Nutzen und Hemmnissen der VS ebenfalls dieser Deutungskategorie zugeordnet. Die konkreten Antworten der Expertinnen führten dann jedoch zu einer Zuordnung von Nutzen und Hemmnissen in die Kategorie des Prozesswissens, wie oben beschrieben.

Uk 3.1) Frage 3.4.1 Arten von Einteilungsmustern zur Beurteilung der VS

Uk 3.2) Frage 3.4.2 Einteilungsmuster, die gut behandelbar per VS sind

Uk 3.3) Frage 3.4.3 Einteilungsmuster, die schwer per VS zu behandeln sind

## **6.3 Codierung**

Die Codierung der Interviews erfolgte wie eben beschrieben anhand der Kategoriensysteme. Zusätzliche Codierregeln wurden nicht aufgestellt bzw. werden im nächsten Absatz diskutiert. Die Definition der Kategorien entspricht ihrem Titel, da die Titel klare

Eingrenzungen formulieren. Für Ankerbeispiele sei auf die jeweiligen Anhänge (6.1 bis 6.5) entlang der Oberkategorien verwiesen. Eine Ausführung im Text wurde als unnötige Dopplung gesehen.

### **Besonderheiten der Codierung**

Bei der Codierung der Oberkategorie 2.2 – Wirkfaktoren kam es häufig zu Dopplungen, d.h. ein Zitat konnte mehreren Unterkategorien und Schlagworten zugeordnet werden. Die Begründung dafür liegt in der mehrfachen Zuordenbarkeit von Standardtechniken der Psychotherapie zu mehreren allgemeinen Wirkfaktoren. Bei Pfammatter et al. (2012, S. 26-28) wird beispielsweise das Rollenspiel positiv mit 13 von 22 allgemeinen Wirkfaktoren assoziiert. Um dies zu verdeutlichen wurden betreffende Zitate gesondert markiert (siehe dazu Einleitungstext der Anlage 6.2: Codierung Wirkfaktoren). Einschränkungen für die Bewertungsgrundlagen der Videosprechstunde ergeben sich daraus nicht, denn, wenn eine mehrfach treffende Standardtechnik über VS realisierbar ist, dann muss sie auch in ihrer Wirkreichweite vergleichbar zur Face-to-Face-Situation erfasst werden. Dennoch wurde die Mehrfachkategorisierung in der Interpretation berücksichtigt. Weitere eben beschriebene Trennschärfeschwierigkeiten werden folgend zur Erfassung aufgeführt:

- Begriffe: Konflikt- oder Wochenreflexion
- Trennung von Emotion vs. Kognition: Eine Trennung dieser Kategorien für die Codierung fällt schwer, wenn die Expertin von einem Reflexionsgespräch berichtet. In der Verhaltenstherapie wird die Verhaltensanalyse nach dem SORCK-Schema (Kanfer & Saslow, 1969; 1976) als standardmäßiges Reflexionsmittel bzw. Analysemittel durchgeführt, welches anhand einer konkreten Ausgangssituation folgend Kognitionen, Emotionen und Verhalten parallel und gleichrangig betrachtet und je nach Notwendigkeit jeweils interveniert. D.h. Kognition und Emotion werden getrennt, aber innerhalb einer Methode betrachtet. Die Zitate mit \*\*\* (siehe Anlage 6.2: Codierung Wirkfaktoren) sind treffende Beispiele für die problematische Trennung von Kognition und Emotion innerhalb der Codierung.

## **6.4 Darstellung des Interviewmaterials**

Folgend werden die Ergebnisse der Interviews entlang des erstellten Kategoriensystems zusammenfassend dargestellt. Für Oberkategorie 1, 3 und Teile von Ok 2.1 (Uk 2.1.2 und Uk 2.1.5) wurden die Daten aus Anlage 6.1: erste Codierung verwendet, für Ok 2.2 bis Ok 2.5 die jeweilige Anlage wie in Kapitel 6.2 Kategoriensystem beschrieben (Anlagen 6.2 bis 6.5). Die Zuordnung erfolgt nach folgender Logik: Anlage 6.2 zu Ok 2.2, Anlage 6.3 zu Ok 2.3, etc.). Die Unterkategorien folgen ebenfalls dieser Logik und

werden als Verweis nach jedem zugehörigen inhaltlichen Absatz aufgeführt. Gleiches gilt für die Expertinnen und ihre Leitfadeninterviews (Experte 1 zu L1, etc.)

### **Oberkategorie 1 – technisches Wissen – Rahmenbedingungen**

Alle befragten Psychotherapeutinnen gaben an, die VS erst seit dem ersten Coronalockdown im Frühjahr 2020 zu verwenden. Vorher spielte die VS keine Rolle für Sie (Uk 1.1). Die Therapeutinnen konnten von je 2-3 Patientinnen im Alter von 8-11 Jahren berichten, welche sie direkt über die VS behandelten. Wobei insbesondere Experte 1 die Elternarbeit betonte und darüber mit all seinen Patientinnen indirekt die VS durchgeführt habe. Über die Elternarbeit waren bei ihm auch 5-Jährige über die VS involviert. Generell seien mehr Jugendliche als Kinder direkt per VS behandelt worden (Uk 1.2). Die bei den mit VS behandelten Kindern aufgetretenden Störungsbilder waren Angst-erkrankungen, Störung des Sozialverhaltens, Zwänge, Depression, Enuresis und Lernbehinderung (Uk 1.3). Die Häufigkeit der Anwendung der VS variiert bei den Expertinnen stark. So haben im Lockdown Experte 1 jede Therapiestunde, Expertin 2 ein bis zwei Stunden je Patientin und die Expertinnen 3 und 4 zwei bis vier Stunden pro Woche per VS behandelt. Nach dem Lockdown sank die Verwendung der VS bei allen wieder auf null bzw. wurde lediglich in Ausnahmefällen angewendet, außer bei Experte 4, welcher sie noch aktiv aber reduziert nutzt (Uk 1.4). Zur Einarbeitung in die VS haben sich die Expertinnen bezüglich rechtlicher und technischer Hintergründen bei der Kassenärztlichen Vereinigung und bei Kolleginnen informiert. Bezüglich der inhaltlichen Anwendungsmöglichkeiten sind alle Expertinnen in den Prozess „learning by doing“ gegangen, ohne vorher Weiterbildungen oder Ähnliches genutzt zu haben, welche zum damaligen Zeitpunkt nicht verfügbar schienen (Uk 1.5). Als Hauptgrund zur Verwendung der VS gaben die Expertinnen 1,2 und 3 an, damit weiter den Kontakt zu den Patientinnen aufrechtzuerhalten. Bei Expertin 3 (L3) fand sich keine Antwort auf die Frage (Uk 1.6). Die allgemeine Einstellung der Expertinnen zur VS vor der ersten VS-Durchführung war unterschiedlich. So hätte es Experte 1 ganz entschieden abgelehnt, die Expertinnen 3 und 4 hatten davon gehört, sich aber keine weiteren Gedanken dazu gemacht und Expertin 2 hatte bereits mit der Anwendung „geliebäugelt“ (L2, Z68) (Uk1.7). Die allgemeine Einstellung gegenüber der VS heute, nach dem coronabedingten Anreiz zur Durchführung der VS und den ersten Erfahrungen damit, sei bei Experte 1 differenzierter und er könne sich die Verwendung weiter für indizierte Fälle vorstellen und die Expertinnen 2, 3 und 4 würden sie gern weiter nutzen (Uk 1.8).

### **Oberkategorie 2 – Prozesswissen – Umsetzung der VS**

Auf die Besonderheiten dieser durch mehrere Analysedurchgänge aufgeteilten Oberkategorie wurde bereits ausführlich eingegangen (siehe Kapitel 6.2 Kategoriensystem).

Auf eine umfassende Zusammenfassung wurde durch die Datenfülle an dieser Stelle verzichtet und es wird auf die folgenden Oberkategorien verwiesen.

### **Oberkategorie 2.1 – Umsetzung der VS – Intention und Empfehlung**

Da der Großteil der in Ok 2.1 aufgeführten Inhalte durch vertiefende Analysen genauer in den folgenden Darstellungen zu Ok 2.2 bis Ok 2.5 ausgeführt wird, soll hier nur jenes Material dargestellt werden, welches in den Vertiefungen nicht erfasst wird. Das betrifft „Uk 2.1.2 Intention bei der Auswahl von Methoden“ und „Uk 2.1.5 Empfehlungen an Kolleginnen“.

Bezüglich der Intention bei der Auswahl der Methoden hat nur das Interview von Expertin 3 (L3) eine Antwort generiert, welche besagt, dass sie genutzte Methoden spontan nach dem Bedürfnis der Patienten auswählt (Uk 2.1.2). Bezüglich der Empfehlung an Kolleginnen raten Expertin 1 und 3, die VS einfach auszuprobieren, sofern eine grundlegende Lust dazu besteht. Experte 4 benennt eine gewissenhafte Vorbereitung der Stunde und die Einplanung von mehr Zeit für die Alltags- bzw. Coronakrisenreflexion. (Uk 2.1.5)

### **Oberkategorie 2.2 – Wirkfaktorenkategorien (zweiter Analysedurchgang) deduktiv**

**Beziehungs- und Motivationsaufbau:** Alle Expertinnen berichteten von Situationen, in welchen die Therapiebeziehung in der bzw. durch die VS gefördert wurde. Die Hauptgründe dafür lagen in der Aufrechterhaltung des Kontakts und dem Gewähren des intimen Einblicks in das häusliche Umfeld (Uk 2.2.1, Schlagwort „Therapiebeziehung“). Weiterhin berichtet Experte 1 mehrere Beispiele wie bei der Suche nach Spielmöglichkeiten/-adaptionen über den Bildschirm die Patientinnen eigene Ideen entwickelten und mit dem Therapeuten umsetzten, was die Selbstwirksamkeit und Ressourcenaktivierung belegt (Uk 2.2.1, Schlagwort „Ressourcenaktivierung“). Experte 4 berichtet vom Fokus der Aufrechterhaltung der Therapiemotivation und der Bereitschaft, bereits erarbeitete Konzepte fortzuführen. (Uk 2.2.1, Schlagwort „Veränderungsbereitschaft“).

**Emotionale Verarbeitung:** Die Expertinnen 1, 2 und 3 berichten wie sie Reflexionsgespräche mit Patientinnen via VS durchgeführt haben, bei welchen die Gefühlslagen besprochen oder erfragt wurden, wodurch die Achtsamkeit für Emotionen trainiert wird. Expertin 1 und 2 berichten von der Möglichkeit der Patientinnen, unterdrückte Gefühle kathartisch rauslassen zu können („sich da auszukotzen“ (L1b, Z78ff)). Experte 1 führt weiterhin mehrere Situationen an, bei welchen er gemeinsam mit Patientinnen an Emo-



tionsregulationsstrategien gearbeitet hat (Uk 2.2.2). Experte 4 berichtet von keiner direkten Emotionsverarbeitung, jedoch werden in den von ihm verwendeten Behandlungsmanualen ebenfalls die Emotionen adressiert („ich hab [...] Inhalte aus Manualen benutzt. [...] Ob das aus THOP ist oder TAFF. Also so die ganzen Geschichten, die es da so gibt Therapy Tools“ (L4a, Z141ff)).

**Kognitive Verarbeitung:** Alle Expertinnen berichten von kognitiver Klärungsarbeit. Die Expertinnen 1, 2 und 3 beschrieben die Anwendung einer verbalen Form der kognitiven Umstrukturierung. Die Expertinnen 1, 2 und 4 führen Beispiele für die Assimilation problematischer Erfahrungen auf. Experte 1 führt weiterhin einen manualisierten Ansatz zum Aufbau von positiven Kognitionen an („von Döpfner und Petermann und Petermann: Lars und Lisa Depressionsmanual“ L1a, Z104) und ein Beispiel einer neuen Selbstnarration bei einer Zwangspatientin. (Uk 2.2.3)

**Problembewältigung:** Alle vier Expertinnen berichten von Formen der Verhaltensregulation, die sie über die VS durchgeführt haben. Dabei wurden neue bzw. angepasste Verhaltensweisen gemeinsam überlegt, durchgesprochen und anschließend gedanklich oder im Rollenspiel durchgespielt. Expertin 1 und 3 berichten weiterhin von einer Desensibilisierung in Form einer gedanklichen Exposition bzw. Exposition *in sensu*. Experte 1 berichtet zusätzlich von einem Jungen, bei welchem es um Scham und „ausgelacht werden“ in der Schulklasse ging, was er mit ihm gedanklich durchspielte. Er sagte dazu gegenüber dem Interviewer: „Ich kann auch gut sie auslachen grade, ne. Also dann spüren sie auch Scham. Also das geht auch wunderbar“ (L1b, Z246). Dies ist hier gesondert aufgeführt, da es im Rahmen der „Exposition *in vivo*“ im nächsten Kapitel (7. Diskussion der Ergebnisse) diskutiert werden soll. Experte 4 berichtet von der Fortführung bzw. Aufrechterhaltung der apparativen Enuresistherapie über die VS.

### **Oberkategorie 2.3 Anwendungsarten (dritter Analysedurchgang) induktiv**

Alle vier Expertinnen haben Wochen-, Alltags- und Konfliktreflexionen verbal durchgeführt, bei welchen positive wie negative Erlebnisse im Kontext des Störungsbildes reflektiert wurden. Experte 1 benennt dazu direkt die kindgerechte Durchführung einer Verhaltensanalyse. Je nachdem was die Patientinnen dabei für Konflikte benannten, wurden diese entweder verbal-kognitiv oder handlungsorientiert bearbeitet. (Uk 2.3.1 und Uk 2.3.2) Als **verbal-kognitive Bearbeitungsform** benennen Expertinnen 1, 2 und 3 die kognitive Umstrukturierung. Die Expertinnen 1 und 3 verweisen weiterhin auf die Erarbeitung adäquater Verhaltensweisen, die gedankliche Exposition und das gedankliche Durchspielen von Verhaltensweisen. Experte 1 berichtet zusätzlich vom Aufbau positiver Kognitionen bzw. Achtsamkeit auf eigene Kognitionen, vom Aussprechen von eigenen Ängsten und Gefühlen der Patientinnen, vom Erarbeiten von Gefühlsregu-

lationsstrategien und von dem kognitiven Externalisieren von Zwängen bei einem 8-jährigen Patienten. Expertin 2 berichtet von der Alltagsstrukturierung als über die VS durchführbare Therapieanwendung. Experte 4 berichtet abschließend von der Aufrechterhaltung der Veränderungsmotivation im Gespräch. (Uk 2.3.1)

Als **handlungsorientierte Bearbeitungsformen** benennen Experte 1 und Experte 4 das Rollenspiel, welches insbesondere Experte 1 an verschiedenen Beispielen via VS durchgeführt hat, um neue Verhaltensweisen zu erarbeiten oder zu trainieren. Dabei berichtet er von einer Situation, in welcher durch den Gesprächsfokus des Rollenspiels das Setting VS als nicht störend bzw. passend empfunden wurde. Für Experte 4 war das Rollenspiel via VS ebenfalls stimmig. Weiterhin nutzte dieser aktiv das gemeinsame Bearbeiten von Arbeitsblättern aus den Therapiemanualen. Expertin 2 berichtet von der Gestaltung eines Plakates mit Piktogrammen zur Verhaltensanalyse, bei welcher die Patientin das Plakat bei sich hatte und die Therapeutin einige Piktogramme vorzeichnete. (Uk 2.3.2)

**Adaptive Spielmöglichkeiten** werden von den Experten 1 und 4 mehrfach beschrieben, auch wenn diese die Suche danach als Schwierigkeit und ebenso Einschränkungsempfindungen benennen. Über die VS realisierten Experte 1 und seine Patientinnen die Regelspiele *Kniffel* und *Siedler von Catan* (Kartenspiel) sowie selbstwirksamkeitssteigernde Eigenschöpfungen und Adaptionen der Patientinnen: Ich-sehe-was-du-nicht-siehst jeweils im Raum des anderen und eine Eigenschöpfung, bei welcher Spielerin 1 die Veränderung eines Figurenstandbildes nach Manipulation durch Spielerin 2 finden musste<sup>12</sup>. Experte 4 berichtet von Schach, Stadt-Land-Fluss und Galgenraten sowie einer von einer Kollegin speziell für die Coronasituation geschaffenen Home-Rallye (Anhang X) als über die VS durchgeführte Spielmöglichkeiten. (Uk 2.3.3)

Die Expertinnen 1, 2 und 4 geben an, die VS erfolgreich für das **Elterngespräch** genutzt zu haben. Experte 1 hebt weiterhin die Anwendung der VS für das Erstgespräch hervor („Also das lässt sich auch sehr gut über online machen. So Erstgesprächssituation, finde ich geht total prima.“ (L1b, Z55f)). (Uk 2.3.4)

Bezüglich der ersten **technischen und strukturellen Umsetzung** der VS beschrieben die Expertinnen 2 und 4, wie sie die Eltern (im Vorfeld der Stunde per Mail und Telefon) instruierten und dann die Stunde aufteilten: erst sahen sie Eltern und Kind zusammen zur Sicherung der Rahmenbedingungen und als Aufwärmphase und anschließend das

---

<sup>12</sup> I.S.v.: Mach die Augen zu und sag mir nach dem Öffnen dieser, was ich weggenommen oder anders gestellt habe.

Kind allein. Experte 4 berichtet weiterhin, wie er den Patientinnen jeweils Arbeitsmaterialien zusendete oder diese sie selbst drucken sollten. (Uk 2.3.5)

Alle vier Expertinnen nennen die Durchführung eines **Digitalen Hausbesuches**. Expertin 2 führt dazu an, wie sie dies umgesetzt hat, indem sie vorher Eltern informierte und den Rahmen besprach (Uk 2.3.6). Die Expertinnen 1 und 3 werden in der Codierung dieser Uk 2.3.6 nicht zitiert, sind hier in der Darstellung dennoch mit benannt, da sie bei der Frage nach dem Nutzen der VS (Uk 2.5.2) ebenfalls den digitalen Hausbesuch nennen.

Als abschließend zu nennenden Anwendungsbereich berichten die Expertinnen 2 und 4, wie sie **therapeutische Hausaufgaben und Aufträge** auch im Rahmen der VS verteilten. (Uk 2.3.7)

#### **Oberkategorie 2.4 Hemmnisse der VS**

Die Expertinnen 1, 3 und 4 berichten ausführlich über **Zurückhaltung und Unsicherheit durch fehlende Handlungserfahrung (und -möglichkeiten) der Therapeutinnen**. Dabei machen sie deutlich, dass die eigene, durch fehlende Erfahrung begründete Einstellung die Nutzung der VS einschränkte. So beschreiben die Expertinnen 3 und 4, wie sie jüngere Kinder für die VS gedanklich ausschlossen, weil sie sich die VS mit diesen nicht vorstellen konnten. Expertin 3 wünscht sich gleichzeitig mehr Mut, es mit dieser Altersgruppe auszuprobieren („also da wünsche ich mir wahrscheinlich eher von mir vielleicht den Mut, bestimmte Sachen auch auszuprobieren und zu gucken, wie das mit jüngeren Kindern ist“ (L3, Z353f)). Experte 1 schließt Traumakonfrontation gedanklich aus und hinterfragt sich dann aber und verweist im nächsten Satz auf eine Weiterbildung zu Trauma mit EMDR, in der die Dozentin direkt über den Bildschirm gearbeitet habe. Weiterhin berichtet Experte 1 von einem Kollegen, der kein Interesse an Technik habe, weshalb die VS so von vornherein ausgeschlossen wurde. Außerdem beschreibt er Situationen, "wo unklar ist, in welche Richtung vielleicht auch etwas kippen kann. Dass man das dann wieder gut auffangen kann. Das sind alles so Dinge. Da spüre ich dann auch eher eine große Vorsicht oder eine Sorge. Dafür würde ich sagen, fühle ich mich noch nicht, oder würde ich mich nicht sicher genug fühlen. Das ist [/sind] auch Stolpersteine: meine Sicherheit als Therapeut vielleicht im Umgang damit. Es ist einfach so wenig bekannt oder noch so wenig Erfahrungen“ (L1b, Z149ff). (Uk 2.4.1)

Bezüglich des **therapeutischen Rahmens** berichten Expertin 2 und 3 von hemmenden Unsicherheiten „ob wirklich nur besagte Person im Raum ist, oder ob noch jemand zuhört“ (L2b, Z35). Das schränkt besonders ein, da die Therapeutin „nicht weiß, sind die Bedingungen tatsächlich, dass man tiefschürfende Sachen machen kann“ (L2a, Z85f). Experte 4 beschreibt ebenfalls solche Erfahrungen, jedoch benannte und klärte

er dies in der Situation direkt bei Verdacht und störte sich danach nicht weiter dran ("Das ist vollkommen okay für mich, wenn jemand mit da ist. Ja, aber ich hab's angesprochen" (L4a, Z408ff). Expertin 2 verweist weiterhin auf strittige Elternkonstellationen, bei welchen sie die Gefahr der mangelnden physischen Begrenzung sieht (z.B. Eltern ins Wartezimmer schicken), wodurch es für Eltern einfacher ist, mehr Eigenheiten einzubringen oder die Kinder zu instruieren, bestimmte Inhalte zu sagen. Die Macht der Eltern über die Technik schränke die Therapeutin in der Regelung der Rahmenbedingungen ein. (Uk 2.4.2)

Alle vier Expertinnen führen **technische Hürden** auf. Dabei verweist Experte 1 auf die Frage nach der Kompatibilität von verschiedenen (Betriebs-)Systemen oder dem Delay (Verzögerung) bei der Übertragung, welcher bei Kindern ohne Impulskontrolle bezüglich des „ausreden Lassens“ ein größeres Hindernis darstelle. Die Expertinnen 2 und 4 benennen als direkte technische Hürde Einschränkung bei der Erfassung von Bildabschnitten und der daraus resultierenden eingeschränkten Wahrnehmung. Als indirekte technische Hürde führt Expertin 2 an, dass Bevölkerungsschichten ohne nötige Technik ausgeschlossen oder bei limitierten Ressourcen (Eltern und Kinder müssen sich Technik für Homeoffice, Schule und Therapie teilen) stark eingeschränkt werden. Zusätzlich verweist sie auf mögliche Unklarheiten beim Datenschutz. Experte 4 hebt Störungen, wie Ruckeln oder Verbindungsabbrüche, auf Grund eines schlechten Netzausbaus hervor. Weiterhin verweist er auf ggf. mangelnde technische Kompetenzen auf Seiten der Eltern: „Teilweise Probleme bei den Eltern mit der Technik umzugehen. Bei den Jugendlichen nicht. Die haben das im Griff“ (L4a, Z335ff). Dem entgegen berichtet Expertin 3 aus ihrer Erfahrung: „Ja, ansonsten technische Probleme vielleicht, aber das ist jetzt nicht der Rede wert. Also da gab's keine größeren problematischen Sachen.“(L3, Z179 f). (Uk 2.4.3)

Eine andere Hürde wird von den Expertinnen 3 und 4 beschrieben, welche auf die **Skepsis von Patientinnen und Eltern** gegenüber der VS verweisen, da diese unsicher bezüglich der Sicherheit wären oder den persönlichen Kontakt bevorzugen. Dabei führt Expertin 3 insbesondere ein Beispiel einer sozial ängstlichen Patientin auf, bei welcher die Expertin vermutet, dass durch die Direktheit des Videobildes eingeschränkte Flucht- bzw. Vermeidungsmöglichkeiten gegeben sind und die Patientin daher die VS nicht nutzen wollte. (Uk 2.4.4)

Die **Limitierung des (therapeutischen) Spiels** benennen die Expertinnen 1, 2 und 4. Expertin 2 verweist auf die fehlende Möglichkeit, gemeinsam taktil etwas zu bewegen und die Experten 1 und 4 nennen Fußball, Schwertkampf, aktiv sein, sich im Raum bewegen oder das Puppenspiel als unmöglich bis massiv eingeschränkt. Auch seien

die Ausdrucksmöglichkeiten des Kindes im Spiel über den Bildschirm eingeschränkt. Zusammenfassend sagt Experte 1: „das Zusammensein, das Spiel, die Ausdrucksmöglichkeiten über das Spiel. Die schöne, angenehme Zeit, der Bestimmer sein zu können. Den Therapeuten nicht zu lenken und zu leiten bei dem, was gerade wichtig ist. Diese Ausdrucksmöglichkeiten sind einfach überhaupt nicht gegeben über das Spiel oder super limitiert. Das geht vielleicht mal, das geht vielleicht einmal oder zweimal. Aber das ist etwas, wo ich das Gefühl habe, da muss man schon zusammen sein“ (L1b, Z142ff). (Uk 2.4.5)

Eine andere Hürde sind ggf. **eingeschränkte Fähigkeiten von Patientinnen**. Die Expertinnen 1, 2 und 4 benennen kognitiv eingeschränkte, arousal-erhöhte (z.B. bei hyperkinetischen Störungen) oder jüngere Patientinnen, für welche es eine Hürde sei, so lange konzentriert zuzuhören und dabei motiviert zu bleiben. (Uk 2.4.6)

Als weitere therapeutische Hürde benennen Experte 1 und Experte 4 die **Aufrechterhaltung von Vermeidungsverhalten**. Experte 4 beschreibt die VS als aufrechterhaltenden Faktor bei Schulunlust, Schulverweigerung und Angststörungen. Experte 1 berichtet von einer Patientin mit sozialer Angst, bei welcher die VS die Vermeidung des direkten sozialen Kontakts als Teil des Störungsbildes unterstützt. Diese Aussage steht im Kontrast zu der von Expertin 3 im Absatz „Skepsis von Patientinnen“ (s. o.) und soll in der Diskussion weiter ausgeführt werden. (Uk 2.4.7)

Abschließend beschreiben die Expertinnen 1 und 2 **regulatorische Hürden** bezüglich nutzbarer Stundenkontingente und bürokratischer Abrechnungsmodalitäten, welche den Arbeitsfluss der Therapeutinnen hemmen. (Uk 2.4.8)

### **Oberkategorie 2.5 Nutzen der VS**

Als einen der größten Nutzen beschreiben alle vier Expertinnen die **Aufrechterhaltung des Kontakts** und damit die Aufrechterhaltung bzw. Ermöglichung einer therapeutischen Beziehung. Expertin 2 fasst es folgend zusammen: „wenn jemand länger erkrankt ist oder aus irgendwelchen anderen Hinderungsgründen nicht zur Therapie erscheinen könnte. Also sprich, gelernt haben wir, wenn Eltern z.B. nicht fahren könnten, dass ein Kind trotzdem, wenn die Bedingungen dafür vorhanden sind, dann die über die Videosprechstunde machen könnte“ (L2a, Z29ff). Von den Expertinnen benannte Hinderungsgründe, die mit der VS ausgeglichen werden können, seien: Entfernung (durch z.B. Wohnortwechsel), Immobilität durch Krankheit, Zeiteinschränkung durch An- und Abreise oder Einschränkungen von Fahrerinnen (Bezugspersonen), Zeiteinschränkung durch erhöhten phasenweisen Stress (z.B. Abitur/Prüfungsphasen), gemeinsame Terminfindung bei getrennten Eltern, Infektionsschutz, nicht barrierefreie

Praxiszugänge (z.B. nicht rollstuhlgerecht), Notfälle während die Therapeutin oder die Patientin z.B. urlaubsbedingt außer Landes ist, oder Krisen, zu welchen die Therapeutin direkt zugeschaltet werden könnte. (Uk 2.5.1)

Als weiteren Punkt beschreiben alle vier Expertinnen den **digitalen Hausbesuch als Förderung einer intensiveren therapeutischen Beziehung**, durch einen tieferen Einblick in die Intimität des häuslichen Patientenkontextes. Expertin 3 beschreibt dabei, wie sie ihr unbekannte Ressourcen (in dem Fall künstlerische Zeichenfähigkeiten) einer Patientin entdeckte, oder erlebte, wie viel Aktivität in der Lebenswelt der Patientin war (durch z. B. Geschwister, Tiere). (Uk 2.5.2) Gleichzeitig wird die Patientin nach Expertin 2 zur Akteurin, die ihre Interessen und ihr wichtige Dinge selbstwirksam präsentieren kann (z. B. Räume, Gegenstände, Haustiere). Experte 1 beschreibt, wie die neue VS-Situation die **Kreativität und Selbstwirksamkeit** eines Patienten im Rahmen der Suche nach Spielalternativen förderte. (Uk 2.5.3)

Weiterhin erwägt Experte 1, **Expositionen** im häuslichen Rahmen über die VS durchzuführen und so seine Expositionsmöglichkeiten zu erweitern. (Uk 2.5.4)

Abschließend beschreibt Experte 1 eine erhöhte **Öffnungsbereitschaft** einer Patientin, die angab, sich in ihrem häuslichen Rahmen sicherer zu fühlen, um bestimmte Dinge anzusprechen. (Uk 2.5.5)

### **Oberkategorie 3 – Deutungswissen – Beurteilung der VS durch Expertinnen – Einteilungsmuster**

Bezüglich möglicher **Einteilungsmuster**, über welche Patientinnen sich gut oder schlecht per VS behandeln lassen, führten die Expertinnen 1 und 2 die Individualpassung an, bei welcher in jedem Fall individuell entschieden werden muss, wie und ob die VS für die Patientin passt. Experte 1 und Experte 4 führen zusätzlich das Alter als Einteilungsmuster an, wohingegen Expertin 2 die Passungsfrage unabhängig vom Alter beschreibt („Auch mit 5-Jährigen denkbar, wenn kürzere Zeiteinheiten genutzt werden und Eltern gut eingebunden sind“ (L2b, Z61ff)). Expertin 3 beschreibt Einteilungsüberlegungen über Störungsbild, Reflexions- und Konzentrationsfähigkeit. (Uk 3.1)

Als **gut durch die VS zu behandeln** beschreibt Expertin 3 alle Patientinnen, welche gut reflektieren können. Als Störungsbild benennt sie die Depression als vorstellbar. Experte 1 beschreibt weiterhin alle Patientinnen, die sich gut unterhalten können oder welche Regelspiele spielen, da diese bereits in der Lage seien zu imaginieren. Er fasst weiterhin zusammen: „Alles das, wo es übers Gespräch gut stattfinden kann. (beide lachen) Na, weil das ist dann genauso schwer oder genauso leicht wie eben auch in der Praxis selbst“ (L1b, Z234ff). Experte 4 benennt die Störungsbilder Depression und

Enuresis, sowie Patientinnen mit Therapieerfahrung im physisch anwesenden Kontakt als gut durch die VS behandelbar. (Uk 3.2)

Als **schwer durch die VS zu behandeln** berichten die Expertinnen 3 und 4 (Soziale bzw. Schul-)Angst-, Zwang- und Essstörungen. Weiterhin vermuten sie Schwierigkeiten bei jungen Patientinnen mit hohem Bewegungsdrang beispielsweise bei einer Störung des Sozialverhaltens, bei ADHS oder bei Bindungsstörungen. Experte 1 benennt unter 8-Jährige, die das Spiel als Ausdrucksmöglichkeit benötigen, oder etwa psychotisch-wahnhaftige Störungen als mögliche Kategorien, bei welchen die VS schwer umsetzbar ist. Experte 4 benennt abschließend Therapien, die ohne persönliches Kennenlernen stattfinden sollen, als schwer vorstellbar. (Uk 3.3)

## Kapitel 7 - Diskussion der Ergebnisse

In diesem Kapitel sollen „Leitfrage 5: Wie verändern die praktischen Erfahrungen die Erkenntnisse aus der theoretischen Überlegung?“ und „Leitfrage 6: Welche Handlungsempfehlungen lassen sich aus der theoretischen und praktischen Abwägung von Risiken und Chancen der Videosprechstunde für KJPLer ableiten?“ diskutiert werden. Dazu wird die Diskussion auf die in Kapitel 6.1 zugespitzt formulierten Auswertungshypothesen fokussiert, entlang der Reihenfolge des Categoriesystems bzw. der Darstellung des Interviewmaterials (siehe Kapitel 6.4) geführt und durch noch offene Hypothesen (siehe Einleitung) ergänzt.

Als Einstieg in die Diskussion werden entlang der **Rahmenbedingungen** der Expertise („Leitfrage 4.6: Was muss bei der Auswertung der Interviews beachtet werden?“, siehe Einleitung) die Expertinnen und der Autor als Subjekte mit eigenen Einstellungen betrachtet, die durch diese Einstellungen in ihren Aussagen beeinflusst werden (Hypothese 4.6: Innere Einstellung und Umwelt beeinflussen die Fragen des Interviewers und die Antworten der Interviewten). Damit soll eine kritisch-emanzipatorische Wissenschaftsdenkweise integriert werden. Für diese Arbeit bedeutet dies, dass die Einstellung des Autors/Interviewers die Interpretation tendenziell zu Gunsten einer positiven Betrachtung der VS beeinflussen kann, da er sich einen Nutzen aus einer guten Kenntnis der VS für die eigene Praxis erhofft und optimistisch interessiert an den Potentialen der technischen Entwicklung ist. Durch das Bewusstsein über diese mögliche Tendenz soll diese für die wissenschaftliche Darstellung minimiert werden, bleibt aber dennoch bestehen. Bei den Expertinnen herrschte ebenfalls wohlwollendes Interesse den VS gegenüber. Selbst Experte 1, welcher der VS ursprünglich ablehnend in Bezug auf die inhaltliche Kinderpsychotherapie gegenüberstand, begann den gesamten Prozess mit einem Interesse an Technik und der Neugier, die Technik auszuprobieren. Diese tendenziell wohlwollende Stimmung bei den Expertinnen ist in der vorliegenden Arbeit systemimmanent, da im Auswahlprozess der Expertinnensuche, Expertinnen, welche die VS ablehnen, vermutlich nicht ausgewählt oder gefunden worden wären. Umso wertvoller sind die skeptischen Anmerkungen der Expertinnen bezüglich der fachlichen Kritikpunkte. Dieser Überlegung gegenüber steht der indirekte Zwang zur VS durch die Corona-Lockdowns, welchen die Expertinnen ausgesetzt waren, um weiter therapieren zu können. Denn auch wenn Expertin 2 als einzige anmerkte, schon vor dem Lockdown Interesse an der Umsetzung der VS gehabt zu haben, so führten alle vier Expertinnen sie erst aufgrund des Lockdowns durch. Alle befragten Expertinnen wurden folglich in ihre Expertise hineingezwungen, mit dem Effekt, dass neben der fachlichen Kritik eine tendenziell wohlwollende Einstellung für spezifische Anwendungsgebiete der VS nach der Erstdurchführungserfahrung blieb. Hypothese 4.1.1



(Durch die relative Neuartigkeit der VS im Behandlungskontext ist die Praxis in der Adaption vorhandener Behandlungstechniken der Theorie voraus) wird als zutreffend angesehen, begründet durch den eben beschriebenen indirekten Zwangskontext sowie die Aussagen zur fehlenden Einarbeitung der Expertinnen in die fachliche Umsetzung der VS. Weiterhin lässt sich der coronabedingte, indirekte Zwang zur Umsetzung der VS vorsichtig als positiv für die Auseinandersetzung mit dem und die Einarbeitung in das Thema werten, da alle Expertinnen einen Nutzen der VS sehen können und ihn auch weiter in indizierten Fällen umsetzen wollen. Abschließend sei auf den Umstand aus der Expertinnensuche (Kapitel 5.6) verwiesen, dass es sich bei allen Interviews um eine verhaltenstherapeutisch geprägte Perspektive handelt, wodurch die Aussagefähigkeit bzgl. des Umgangs anderer Therapieschulen mit der VS eingeschränkt wird.

Nach der Diskussion der Rahmenbedingung der Datengrundlage soll **Auswertungshypothese 1** (Psychotherapie mit Erfüllung der vier Wirkfaktorenkategorien nach Pfammatter & Tschacher (2016) ist für Kinder bis 11 Jahre über die VS möglich. Sie ist also theoretisch wirksam.) entlang der Darstellung des Materials aus Oberkategorie 2.2 (Wirkfaktorenkategorien, siehe Kapitel 6.4) diskutiert werden. Allgemein wird Auswertungshypothese 1 als bestätigt angesehen, da alle vier Expertinnen in jeder der vier Wirkfaktorenkategorien von Therapieumsetzungen berichten konnten. Insbesondere die in Kapitel 1 hervorgehobene therapeutische Beziehung (z.B. in Kapitel 1.3.1.2. Körperliche Anwesenheit als Voraussetzung für Wirkprozesse?) wurde im Rahmen des Lockdowns durch die VS erst ermöglicht. Dieser besondere Rahmen gilt für die Allgemeinheit nur in der Krisensituation, für alle im Therapiezugang gehinderten Gruppen (z.B. aufgrund einer Behinderung oder entfernungsbedingten Hindernissen) jedoch unabhängig von den Coronaumständen. Der qualitative Ansatz dieser Arbeit umgeht zugleich die Notwendigkeit einer quantitativ-statistischen Legitimierung, da grundlegend die Frage „Ist es überhaupt möglich?“ an mehreren Beispielen bestätigt wird. Dabei ist es durchaus möglich, dass spätere Arbeiten mehr Zurückhaltung gegenüber der VS bei Kindern als sinnvoll erachten werden. Dann geht es jedoch nicht um die Frage, ob es sinnvoll möglich ist, sondern um die Frage des „Wie?“ bzw. des „Wie viel und wann?“. Trotz des vertretenen Standpunkts der Bestätigung der Auswertungshypothese 1 bestehen Einschränkungen. So muss hervorgehoben werden, dass die Trennschärfe zwischen den allgemeinen Wirkfaktoren insbesondere bei der Zuordnung von Berichten der Expertinnen keine alleinige Zuordnung in nur eine Kategorie ermöglichte und so einige Aussagen in drei verschiedenen Wirkfaktorenkategorien zugleich bestätigende Interpretationen des jeweiligen Wirkfaktors ermöglichten. Auch wurde beispielsweise der Wirkfaktor „Abschwächung sozialer Entfremdung“ als einer von fünf Wirkfaktoren der Wirkfaktorenkategorie „Beziehung und Motivationsaufbau“ nicht bei jeder Aussage der Expertinnen zugerechnet. Dies wäre theoretisch möglich, da jeder Kontakt mit der

Therapeutin, besonders unter Lockdown-Bedingungen, zu einer Abschwächung sozialer Entfremdung führt. Auch Hypothese 2.1 (Die Einschränkungen der VS sind für die Wirksamkeit der Psychotherapie im Vergleich zur „anwesenden Behandlung“ vernachlässigbar, siehe Einleitung) kann anhand der Wirkfaktoren nicht abschließend beantwortet werden, insbesondere weil die lockdownbedingte, binäre Entscheidung (zwischen Therapiefortführung über VS oder keine Therapiefortführung) und die Wiederaufnahme der ausschließlichen Präsenztherapie der Expertinnen (mit Ausnahme von Experte 4) nach Lockdownende alle Argumente zu Gunsten der Hypothese untergraben würden und sie gleichzeitig auf Grundlage dieser Arbeit nicht widerlegt werden kann.

Folgend soll **Auswertungshypothese 2** (Die Chancen der VS übersteigen die Risiken. Sie ist daher für die Kinderpsychotherapie nützlich und empfehlenswert.) betrachtet werden. Wie im vorletzten Absatz von Kapitel 3 (S.41) benannt, stellt sich beginnend die Frage, wie die Expertinnen die VS für Kinder adaptiert haben. Bei der Betrachtung der dargestellten **Anwendungsarten** (Kapitel 6.4, Oberkategorie 2.3) wird deutlich, dass bezüglich der Reflexion und der verbal-kognitiven Bearbeitung von Themen analog zur Präsenzpsychotherapie gearbeitet wird, ohne dass grundlegende inhaltliche Unterschiede vorliegen. Gleiches gilt für die Elterngespräche, welche über die VS geführt wurden. Bei der Einrichtung der VS und des Startens der Stunde wurden zusätzlich die Eltern intensiv eingebunden, um die technisch-strukturelle Umsetzung zu ermöglichen, was die mangelnde physische Präsenz der Therapeutin bei der Initialisierung der Stunde ausglich. Diese Punkte (verbal-kognitives Arbeiten, Bezugspersonenarbeit) unterscheiden sich kaum von der Präsenztherapie oder der VS bei Jugendlichen und Erwachsenen. Dies wurde erwartet. Neu war, dass diese kognitiv-verbale Arbeit auch mit den jüngeren Kindern derart kontinuierlich durchgeführt wurde. Gleichzeitig entspricht dies der Erkenntnis aus Kapitel 3, nach welcher Entwicklungsvoraussetzungen irrelevant in der Machbarkeitsfrage werden, sofern sich für die Adaption der VS an Programmen, Manualen und Therapieansätzen orientiert wird, welche für die Entwicklungsstufe zugeschnitten sind bzw. für diese entwickelt wurden. Zu dieser Erkenntnis passt die Aussage von Expertin 2, die VS sei „auch mit 5-Jährigen denkbar, wenn kürzere Zeiteinheiten genutzt werden und Eltern gut eingebunden sind“ (L2b, Z63). Neben der verbal-kognitiven Bearbeitung von Themen wurde in Kapitel 6.4 (Oberkategorie 2.3) die Unterscheidung in handlungsorientierte Bearbeitungsformen und adaptive Spielmöglichkeiten vorgenommen. Beide wurden als mögliche Hürden der VS vom Autor erwartet, zumal sie zusätzlich als bedeutungsvoll in der Kindertherapie angenommen wurden. Diese Annahme wird jedoch durch die gleichwertige Bedeutung von handlungsorientierten Herangehensweisen in der Erwachsenenarbeit (bspw. bei therapeutischen Expositionen oder bei praktischen Lerntypen im Bildungskontext)

konterkariert. Wird dennoch der Annahme gefolgt, dass die Handlungsorientierung bei Kindern eine bedeutsame Rolle spielt und deren Umsetzungsfrage in der VS von hohem Interesse ist, so konnten die Expertinnen Beispiele wie das Rollenspiel, die Plakatgestaltung, das Nutzen von Arbeitsblättern, das adaptierte Regelspiel und das Erinnern neuer Spielideen über den Bildschirm aufzeigen. Wird beispielsweise das Rollenspiel genauer betrachtet, so wird die Trennschärfe zu verbal-kognitiven Behandlungsansätzen unscharf, da auch das Rollenspiel auf verbal-kognitiven Fähigkeiten der Patientinnen aufbaut. Dennoch passt es zu der spielorientierten Lebenswelt von Kindern durch seine Nähe zum natürlich auftretenden Als-Ob-Spiel, was sich bei Kleinkindern ab Ende des zweiten Lebensjahres zu entwickeln beginnt (Berk, 2011, S. 204). Genauso zeigen die aufgeführten Spieladaptionen eine Möglichkeit, die VS kindgerecht durchzuführen. Eingängig war der Kommentar von Experte 1, welcher beschrieb, wie der Bildschirm in einem Rollenspiel an wahrgenommener Relevanz verlor:

„Also das war sehr organisch. Da stellte sich gar nicht so die Frage, dann in dem Moment: Geht das jetzt oder wie geht das jetzt genau? Sondern es ist so eine spontane, organische, natürliche Situation, die sich dann da so entwickelt. Und da ging es eher so hauptsächlich darum, wie ist meine Einstellung dazu. Was könnte ich jetzt zum Beispiel sagen? Oder wie könnte ich reagieren? Was könnte ich anderes nutzen? Was kann ich mir für Gedanken in dem Moment machen? Und das ließ sich ganz gut im Bildschirm umsetzen.“ (L1a, Z160ff)

Was den Autor überraschte, war die besondere Betonung des digitalen Hausbesuches, was dadurch begründet war, das die Expertinnen in der Präsenztherapie scheinbar keine Hausbesuche durchführen. Dies ist von daher interessant, da sich zwei wertvolle Gedanken daraus ableiten lassen. Erstens wäre es spannend, die Durchführung von Hausbesuchen von Praktikerinnen als eigenes Thema zu untersuchen und zweitens, sollte sich die Tendenz des nicht durchgeführten Hausbesuches in der Masse bestätigen, könnte die VS eine Möglichkeit sein, diese Lücke auch in Zeiten ohne Coronalockdown zu schließen. Zur präventiven Bedeutung von Hausbesuchen sei auf Döpfner (2017, S. 697) verwiesen.

Nachdem die Anwendungsarten als Grundlage für Auswertungshypothese 2 diskutiert wurden, soll im Folgenden der Blick auf die beschriebenen Hemmnisse und Nutzen der VS geworfen werden. Wichtig ist, dass die Expertinnen im Interview bei den Fragen nach Nutzen und Hemmnissen regelmäßig ihre Erzählungen verallgemeinerten und Jugendliche als Bezugsgruppe mit einschlossen. Dennoch wurden diese Erzählungen mit aufgenommen, sofern sie sich auf Kinder verallgemeinern ließen.

Bezüglich der **Hemmnisse** (Kapitel 6.4, Oberkategorie 2.4) wird deutlich, dass die **Zurückhaltung und Unsicherheit durch fehlende Handlungserfahrung der Therapeutinnen mit der VS** eine entscheidende Rolle spielen, bei welcher es nur indirekt um das technische Verfahren bzw. das Setting der VS geht. Bedeutsam ist dabei, dass

diese Hürde aktiv durch Weiterbildungen, Literatur und Erfahrungsberichte (wie dieser Abschlussarbeit) überwunden werden kann. Sobald erste Weiterbildungen mit von der Kassenärztlichen Vereinigung zugelassenen Weiterbildungspunkten angeboten werden, wird vermutlich die Akzeptanz unter den Therapeutinnen steigen, sich mit dem Thema (VS) unabhängig von der Pandemie zu beschäftigen, da pandemiebedingt eine Bekanntheit des Themas und das Bewusstsein, VS in Notfallsituationen gebrauchen zu können, vorliegt.

Eine weitere essentielle Hürde wurde von den Expertinnen mit der **Unsicherheit um den therapeutischen Rahmen** beschrieben. Im Theorieteil (Kapitel 1.4.4, Punkt f) wird mit der „Täuschung des Gegenübers“ der Gedanke in ähnlicher Form bereits in der Literatur erwähnt (vgl. Berger, 2015, S.25). Der Unsicherheit, ob noch eine weitere unbenannte Person im Raum ist, könnte mit Technik (360-Grad-Kamera), Ritualen (zu Beginn der Sitzung wird einmal der komplette Raum mit der Kamera gezeigt) oder Absprachen (Thema *Vertrauen* und *Schweigepflicht*) begegnet werden. Dennoch würde immer ein Restrisiko bestehen bleiben, welches es in der Niederlassung so nicht geben würde. Übergriffigen Eltern, welche durchweg eigene Themen in die Therapiestunde des Kindes einbringen, könnte damit begegnet werden, dass klare Regeln zum Ablauf der VS vereinbart werden und die Themen der Eltern diesbezüglich in den Bezugspersonenstunden besprochen werden<sup>13</sup>. Auch an dieser Stelle würde ein Restrisiko bestehen bleiben, was jedoch ähnlich dem in der Praxis wäre. Auch hier bringen Eltern kurzfristig Themen an, obwohl der Rahmen dafür in dem Moment nicht besteht. Auch da muss die Therapeutin intervenieren. Für diese Diskussion wird angenommen, dass das Hemmnis des unsicheren therapeutischen Rahmens mit zunehmender Erfahrung der Therapeutin reduziert wird. Dieser Gedanke wird zusätzlich dadurch unterstützt, dass Experte 1, welcher die meiste VS-Erfahrung von den befragten Expertinnen besaß, diese Hürde nicht benannte und Experte 4 diese Hürde direkt mit den Patientinnen adressierte. Aufgrund der extrem geringen Stichprobe müsste dies jedoch fortführend untersucht werden, um die Annahme umfänglich zu bestätigen oder zu verwerfen. Dennoch bleibt es eine relevante Hürde der VS.

Bezüglich **technischer Hürden** wird angenommen, dass diese ebenfalls mit zunehmender Erfahrung auf Seiten von Therapeutinnen und Software-Firmen entfallen<sup>14</sup>. Diese selbstlaufende Entwicklung trifft jedoch nicht auf den Zugang zu schnellem In-

---

<sup>13</sup> In der Kinderpsychotherapie findet in der Regel aller vier Kindesstunden eine Therapiestunde (ausschließlich) für die Bezugspersonen statt.

<sup>14</sup> Bspw. erhielt der Autor wenige Tage vor Abgabe der vorliegenden Masterarbeit den Hinweis der DPfV, dass die erste speziell für Psychotherapeutinnen entwickelte, umfängliche Online-Therapie-Plattform (WebPRAX Face-toFace) von der KBV im Rahmen der „Videosprechstunde“ zertifiziert wurde.

ternet und notwendiger Technik auf Seiten der Patientinnen zu. Dies ist eine Hürde, welche zur Überwindung politischer Unterstützung bedarf, sodass der Breitbandausbau vorangetrieben wird oder bedürftige Familien beispielsweise ein Tablet über das Bildungs- und Teilhabepaket gestellt bekommen oder es Leihangebote von Krankenkassen oder Therapeutinnen (über die gesetzlichen Krankenversicherung finanziert) gibt. Gleichzeitig verweisen Internetseiten wie [statista.com](https://www.statista.com) auf Smartphone-Nutzerzahlen (Besitz Internetfähiges Handy) der Altersgruppe 14-49 Jahre von 96-98 % in Deutschland, mit einem Nutzungsverhalten von über 50 % bei 6- bis 9-jährigen und über 80 % bei 10- bis 11-jährigen (vgl. Tenzer, 2021). Daher wird eine grundlegende Zugangsmöglichkeit bei der Zielgruppe der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie (Patientinnen sowie Eltern) angenommen.

Die beschriebene Hürde der **Skepsis der Patientinnen gegenüber der VS** wird ebenfalls als vorübergehend bzw. aktuell noch höher als mit zunehmender Erfahrung mit dem Angebot angenommen. Dabei ist die Erfahrung der Patientinnen gemeint bezüglich der Neuartigkeit und der fehlenden Berichte von Bekannten, aber auch die Erfahrung der Praktikerinnen, denn mit steigender Anwendungsroutine dieser wird eine steigende Zuversicht bzw. Sicherheit erwartet, welche die Praktikerinnen auf ihre Patientinnen übertragen. Bezüglich der Skepsis beim spezifischen Störungsbild der Sozialen Angst, sind weitere Forschungen abzuwarten, da sich die Expertinnen durch ihre Erfahrungen diesbezüglich widersprechen. So erlebte Expertin 3 es als Hürde und Expertin 1 berichtete, dass durch die (auf Patientinnenwunsch) bevorzugte Nutzung der VS das Vermeidungsverhalten einer sozial ängstlichen Patientin aufrechterhalten wurde.

Dieses **Vermeidungsverhalten** stellt eine nächste, störungsspezifische Hürde dar, welche die VS kaum überwinden kann, da für die Behandlung früher oder später die Konfrontation mit realen Menschen im Face-to-face-Setting stattfinden muss. Die VS könnte dabei einen niedrigschwelligen Zugang für Patientinnen ermöglichen, welche sich bereits den Besuch der Therapeutin nicht zutrauen. Aber im Laufe der Behandlung würde die Therapie darin bestehen, die Therapeutin vor Ort zu treffen, was die VS für diese Therapieetappe kontraindiziert.

Eine weitere, beständige Hürde stellt die **Limitierung des therapeutischen Spiels** dar. Dabei greift die Kanalreduktionstheorie (Kapitel 1.4.2) mit dem Schlagwort der Ent-Sinnlichung, wie bereits im Theorieteil bezüglich der fehlenden taktilen Wahrnehmung vermutet und von Expertin 1 und Expertin 2 direkt und indirekt so benannt („Wir können gerade jetzt nicht gemeinsam die Dinge bewegen, auch taktil.“ (L2a, Z125); „Aber eben das Spiel im Puppenhaus oder das Spiel Fußball oder Schwertkampf, was wir dann manchmal in der Praxis machen, das ist, das geht nicht.“ (L1b, Z250ff)). Auch das

Schlagwort der Ent-Zeitlichung wird durch den von Experte 1 beschriebenen zeitlichen Verzug (Delay) bei der Bildschirmübertragung gestreift oder auch das Schlagwort der Ent-Räumlichung mit: „alles, wo es um extrem gesteigertes Arousel geht – Erregungsniveau. Wo es wichtig ist, vielleicht auch den Patienten irgendwie habhaft zu werden, in der Situation.“ (L1b, Z151ff). Diese Hürden entlang der Kanalreduktionstheorie bleiben bestehen, auch wenn sie in deutlich abgeschwächter Form auftreten im Vergleich zum ursprünglichen Sujet der Theorie mit den digitalen und textbasierten Therapieansätzen. Unabhängig der Kanalreduktionstheorie muss der Hürde der Limitierung des Spiels entgegengehalten werden, dass es zu einer Kreativitätsförderung mit Selbstwirksamkeitssteigerung beim Suchen und Finden von Spielalternativen kam, was unter dem Punkt „Nutzen“ unten noch genauer ausgeführt wird.

Eine weitere Hürde stellen die **eingeschränkten Fähigkeiten von Patientinnen** dar. Dabei kann diskutiert werden, inwieweit bzw. wie stark die VS einschränkend fungiert. Von den Expertinnen wurden diesbezüglich die Schlagwörter „Lernbehinderung“, „erhöhtes Arousel“ und „Motivation“ angesprochen. Es steht außer Frage, dass ein Kind mit konzentriertem Habitus, welcher es ihm ermöglicht, stillzusitzen, es leichter hat, einer VS zu folgen, als ein Kind der benannten Zielgruppen. Dennoch sind die Gruppen der ADHS-/HKS-Kinder und solcher mit Lernbehinderung typische Zielgruppen der regulären Psychotherapie, bei welcher die Stunden den Patientinnen angepasst werden, indem mehr Spielzeiten zur Motivations- und Konzentrationsförderung eingebaut werden. Diese Herangehensweise ist ebenfalls über die VS denkbar, sobald gute Spielalternativen gefunden sind oder die zeitliche Taktung in z.B. 2 x 25-Minuten-Einheiten (anstatt den regulären 50 min einer Therapiestunde) angepasst wird. Das Zitat von Expertin 2 trifft an dieser Stelle wiederholt zu: „auch mit 5-jährigen denkbar, wenn kürzere Zeiteinheiten genutzt werden und Eltern gut eingebunden sind“ (L2b, Z63).

Als letzte Hürde sollen **regulatorische Hürden** benannt werden. Diese Hürden der Abrechnungsmodalitäten betreffen die VS nur indirekt und werden sich vermutlich reduzieren, sobald ein breiteres Erfahrungswissen die Praxis beeinflusst, was durch die Coronazwangsanwendung der VS aktuell geschieht. Allein dass die Expertinnen 1 und 2 diese Hürde so klar benennen, lässt vermuten, dass sie dies bei Gelegenheit auch an ihre Fachverbände herantragen werden, wodurch politische Aushandlungsprozesse angeregt werden können. In Kapitel 1.2 wurde bereits erwähnt, dass die Corona-Pandemie die Entwicklung zur Telematik nicht initialisierte, sondern nur katalysierend wirkt, was ebenfalls ein grundlegendes, gesteigertes Interesse zur regulatorisch-reibungslosen VS vermuten lässt.

Als **Fazit aus der Diskussion der Hürden** und Hemmnisse wird angenommen, dass diese sich im Laufe der Etablierung des Settings VS und mit zunehmender technischer Entwicklung reduzieren, wenn nicht sogar auflösen werden. Dennoch gibt es Hürden, welche bestehen bleiben werden. Diese sind insbesondere die Limitierung des therapeutischen Spiels und die Aufrechterhaltung des Vermeidungsverhaltens, welche sich verstärkt bei spezifischen Zielgruppen zeigen (ADHS, Lernbehinderung, Soziale Angst), weshalb daraus eine Notwendigkeit der individuell zu prüfenden Zielgruppenindikation der VS geschlossen, aber eine generelle Kontraindikation der VS in der Kinderpsychotherapie ausgeschlossen wird.

Als Nächstes soll zur Klärung der Auswertungshypothese 2 (s.o.) die **Nutzen-Perspektive** (Kapitel 6.4, Oberkategorie 2.5) diskutiert werden. Der Nutzen der **Aufrechterhaltung des Kontaktes** wurde bereits in der Pro-Argumentation von Hautzinger & Fuhr (2018, S.1) am Anfang dieser Arbeit theoretisch benannt (Kapitel 1.3.2.2), indem diese schreiben: „[Anwendungsbereiche:] 5. als Alternative für Patienten, die durch Immobilität, Entfernung, Sprachbarrieren, kulturelle Faktoren, Scham keine Behandlung aufsuchen“. Diese Einschätzung deckt sich, teilweise direkt und durch die Pandemiesituation bedingt, mit einigen der von den Expertinnen beschriebenen Anwendungsbereichen:

- Entfernung (durch z.B. Wohnortwechsel),
- Immobilität durch Krankheit,
- Zeiteinschränkung durch An- und Abreise oder Einschränkungen von Fahrerinnen (Bezugspersonen),
- Zeiteinschränkung durch erhöhten phasenweisen Stress (z.B. Abitur/Prüfungsphasen),
- gemeinsame Terminfindung bei getrennten Eltern,
- Infektionsschutz,
- nicht-barrierefreie Praxiszugänge (z.B. nicht rollstuhlgerecht),
- Notfälle während die Therapeutin oder die Patientin z.B. urlaubsbedingt außer Landes wäre, oder Krisen, zu welchen die Therapeutin direkt zugeschaltet werden könnte.

Wobei besonders der letzte Punkt an die Studien von Comer et al. (2017) und McDuffie et al. (2018) (Kapitel 1.5.2) anschließt, in welchen Elterntrainings direkt vor Ort in der Familie mit zugeschalteter Therapeutin stattfanden. Neben den Ideen und Erfahrungen aus der Theorie und den hier erfassten Praxisberichten soll im Kontext von Entfernung und Immobilität ergänzt werden, dass besonders im Rahmen der Jugendhilfe bei Inobhutnahmen und Unterbringungen in Jugend-WGs oder Betreuungsfamilien die therapeutische Beziehung durch die VS erhalten werden kann. Sei es, wenn der Kontakt bereits vor der Herausnahme des Kindes bestand oder wenn er während der Jugend-

hilfeintervention neu entsteht und so anschließend bei Weiterzug aufrechterhalten werden kann. Die Aufrechterhaltung des Kontakts und die therapeutische Beziehung sind damit die von Theorie und Praxis am deutlichsten beschriebenen Nutzen.

Ein weiterer deutlich beschriebener Nutzen waren die **digitalen Hausbesuche**, welche als Förderung einer intensiveren bzw. erweiterten therapeutischen Beziehung erlebt wurden. Erste Gedanken wurden diesbezüglich bereits diskutiert (s. o.). Dennoch sei auf die Bedeutung des Hausbesuches auch für die Patientinnen hingewiesen, welche sich neu und anders präsentieren können und die Chance haben, selbst Gastgeberin zu werden, was ein Selbstwirksamkeitserleben ermöglicht. Dieser Gedanke wurde bereits im Theorieteil (Kapitel 1.4.4, Punkt e) mit dem Schlagwort des „Ausprobieren neuer Selbstaspekte“ angeführt. Mit zunehmender Anwendung der VS entfällt die Besonderheit dieses Effektes. Es wäre allerdings in jedem Fall eine – vielleicht auch nur einmalige – Anwendung der VS innerhalb einer Therapie empfehlenswert, wenn sonst kein Hausbesuch durchgeführt werden würde. Für Hausbesuche gibt es eine eigene zusätzliche Abrechnungsnummer, was die grundlegende Akzeptanz von Seiten der Gesundheitsadministration verdeutlichen soll.

Als weiterer Nutzen wurde die **Steigerung der Kreativität** (von Patientin und Therapeutin) bei der Suche nach Spielalternativen benannt. Dieser Nutzen wird sich mit der Zeit abschwächen, wenn mehr Erfahrungen (Spielideen, ggf. integrierte Spielplattformen) vorhanden sind, sofern die Therapeutin die Spielsuche nicht zielgerichtet mit jeder Patientin neu einsetzt.

Ein Nutzen, welcher von Experte 1 nur hypothetisch benannt wurde, ist die **Durchführung von Expositionen im häuslichen Umfeld**. Einerseits schließt diese Überlegung an die bereits erwähnten Studien (s. o.) von Comer et al. (2017) und McDuffie et al. (2018) (Kapitel 1.5.2) an und andererseits berichtete eine Dozentin des Autors ihm im Gespräch über die vorliegende Masterarbeit, wie sie selbst eine Zwangsexposition während des Lockdowns mit einer Patientin durchgeführt hat. Dabei war die Therapeutin per VS auf das Tablet der Familie geschaltet, während dieses von der Kindesmutter begleitend gehalten wurde und sie zu dritt die Exposition im häuslichen Kontext durchführten. Dieser Nutzen der erweiterten Expositionsmöglichkeiten wird daher als ausbaufähig angenommen, sobald mehr Praktikerinnen diese umsetzen.

Abschließend beschrieb Experte 1 eine erhöhte **Öffnungsbereitschaft einer Patientin** über die VS. Dies wurde im Theorieteil (Kapitel 1.4.4, Punkte c und d) mit der Äquilibrium-Theorie der Intimität und dem „Stranger in the train“-Phänomen angeschnitten. Im Theorieteil wurde überlegt, ob diese Effekte eher therapiehindernd oder therapieför-



dernd wirken, wobei das Beispiel von Experte 1 Letzteres als zutreffend erscheinen lässt. Weitere Forschung dazu bietet sich an. In dieser Arbeit wird die Auslegung zu Gunsten der Auswertungshypothese 2 interpretiert.

Als **Fazit aus der Diskussion des Nutzens** wird angenommen, dass weitere Forschung und Erfahrung im Umgang mit der VS den Nutzen der VS tendenziell erweitern wird (siehe z.B. Expositionen oder Hausbesuche). Die Betrachtung des Nutzens unterstützt daher Auswertungshypothese 2.

Als **Fazit zur Auseinandersetzung mit Auswertungshypothese 2** wird dieser zugestimmt. Die Chancen der VS übersteigen die Risiken. Sie ist daher für die Kinderpsychotherapie nützlich und empfehlenswert. Dies wird durch die in der Diskussion entstandene Annahme begründet, dass die benannten Hürden mit zunehmender Praxiserfahrung ab- und der Nutzen ausgebaut wird. Dennoch soll die Zustimmung zur Hypothese an Einschränkungen, wie der individuell zu prüfenden Zielgruppenindikation, gebunden sein. Die Ausarbeitung und Spezifizierung möglicher Zielgruppen mit Kontraindikation soll vertiefende Forschung zukünftig zeigen.

Abschließend und als Ausblick wurden durch diese Arbeit neu entstandene Forschungsfragen zusammengefasst:

- Wird die Psychotherapieausbildungsreform mit dem eigens geschaffenen Studium der Psychotherapie den Männeranteil bei den Kinder- und Jugendpsychotherapeutinnen weiter reduzieren im Vergleich zur Zeit vor der Reform? Was bedeutet das im Kontext eines möglichen Defizits an männlichen Rollenvorbildern? (Kapitel 5.5, Exkurs)
- Kann die Äquilibrium-Theorie und der „Stranger in the train effect“ als Therapieförderung bzw. zur Förderung der Öffnungsbereitschaft der Patientinnen quantitativ bestätigt werden?
- Es gibt Kontraindikationen für die VS, wie das Vermeidungsverhalten bei sozialer Phobie? Welche weiteren gibt es?
- Inwieweit ist die regulatorische Beschränkung des VS-Kontingents von 20 % der bewilligten Therapiestunden schädlich für Therapien, bei welchen ein höheres Kontingent fachlich indiziert ist? Für wen besteht diese Hürde – nur für die Therapeutin oder auch für die Patientin?
- Die Ideen der (positiven) Erwartungsinduktion nach Frank (1973) in Grawe (2000, S. 21) als Wirkfaktor der Psychotherapie im Einklang mit dem *Generic Model of Psychotherapy* (Orlinsky & Howard, 1986, in Grawe, 2000, S. 25) wirft die Frage auf, ob das Setting überhaupt eine Relevanz aufweist, solange es der Therapeutin (durch

Glaubwürdigkeit und weitere Faktoren) gelingt, eine solche (positive) Erwartung zu induzieren.

- Hat die Therapieschule von Praktikerinnen Einfluss auf die Nutzung der VS? (Kapitel 5.7, Exkurs)

Als Schlusspunkt mit Blick auf die Frage der Handlungsempfehlung sollen die Expertinnen mit ihren Empfehlungen an Kolleginnen zu Wort kommen:

„einfach ausprobieren und gucken, wie man wie man das selber nutzt. Ich glaube, das ist ja für einen selber auch erstmal so ein / muss selber gucken, wie man damit klar- kommt und wie man damit umgeht“ (L3, Z250ff)

"Wär es eigentlich so, dass man es ausprobieren sollte.“ (L1b, Z185ff)

„Ich denke, eine Fortführung von Videotherapie wäre gut. Ich selber werd es weiter nutzen, aber in eingeschränkter Weise. Da, wo es notwendig ist, werde ich es einsetzen. Aber das ist wirklich immer eine individuelle Entscheidung zu der Patientin oder dem Patienten“ (L4b, Z172ff)

## Anlagenverzeichnis

Die Nummerierung der Anlagen richtet sich, aufgrund ihrer inhaltlichen Verknüpfung mit den Oberkategorien bzw. der Codierung, nach dem Kapitel ihres Auftretens.

Anlage 4.1: Entwurf eines Leitfadens für Interviews mit Kindertherapeutinnen (nach Helfferich 2009)	II
Anlage 4.2: Experteninformation	V
Anlage 4.3: Einwilligungserklärung Expertinnen	VIII
Anlage 4.4: L1a, Interviewtranskription Experte 1 Teil 1	X
Anlage 4.5: L1b, Interviewtranskription Experte 1 Teil 2	XVI
Anlage 4.6: L2a, Interviewtranskription Expertin 2 Teil 1	XXV
Anlage 4.7: L2a, Gedächtnisprotokoll Expertin 2 Teil 2	XXX
Anlage 4.8: L3, Interviewtranskription Expertin 3	XXXIII
Anlage 4.9: L4a, Interviewtranskription Experte 4 Teil 1	XLIII
Anlage 4.10: L4b, Interviewtranskription Experte 4 Teil 2	LIV
Anlage 4.11: L4c, Interviewtranskription Experte 4 Teil 3	LX
Anlage 4.12: L4d, Interviewtranskription Experte 4 Teil 4	LXI
Anlage 5.1: Ergebnis Expertinnensuche KJP Sachsen	LXII
Anlage 5.2: Ergebnis Expertinnensuche KJP-FÄ Sachsen	LXXXIX
Anlage 5.3: Erhebungszeiträume	XCIV
Anlage 6.1: Erste Codierung	XCVI
Anlage 6.2: Codierung Wirkfaktoren	CXIX
Anlage 6.3: Codierung Anwendungsarten	CXXIX
Anlage 6.3: Codierung Anwendungsarten	CXXXVII
Anlage 6.4: Codierung Hemmnisse	CXLV
Anlage 6.5: Codierung Nutzen	CLI

## Anlage 4.1: Entwurf eines Leitfadens für Interviews mit Kindertherapeutinnen (nach Helfferich 2009)

Themenblöcke Leitfragen	Inhaltliche Aspekte	Konkrete Nachfragen	Aufrechterhaltungs- bzw. Steuerungsfragen	Anmerkung
<b>1. Themenblock „Hintergrunderfahrungen und Datenabfrage zur Einstimmung“ Forschungsfrage: „Welche Rahmenbedingungen lassen sich erfassen?“</b> <b>Leitfrage (einleitend):</b> <b>„In welchem Rahmen und in welchem Umfang konnten sie mit der VS bei Kindern bisher Erfahrung sammeln? Damit meine ich konkret ...“</b> <b>(Leitfrage Vorlesen aber sofort mit konkreten Nachfragen beginnen)</b>	Dauer der Nutzung	Seit wann nutzen sie die VS	Für alle Fragen anwendbar: Können sie das konkretisieren? ... noch etwas mehr dazu sagen? ... es ausführen?	
	Alter und Störungsbild	Was für Patienten bzgl. Alter und Störungsbild hatten sie bisher in der VS?		
	Häufigkeit der Anwendung	Wie oft pro Woche / Monat?		
	Auseinandersetzung mit dem Thema	Wie haben sie sich in das Thema eingearbeitet?	Mögliche Antwortvorgaben: Augen zu und durch? / Eingeleesen? / Externe Weiterbildungen? / Andere?	Erfassung von Deutungswissen nach Bogner et al. (2014, S. 17-18)

<b>2. Themenblock „Umsetzung“ Forschungsfrage:</b> <b>„Ist bzw. Wie ist VS mit Kindern möglich?“ Leitfrage</b> (erzählgenerierend): <b>„Können Sie ein bis drei konkrete Durchführungen berichten?“ (Leitfragen und Nachfragen nur bei Bedarf.)</b>	Praxisbericht der konkreten Gestaltung	Was haben sie mit den Kindern gemacht?	Können Sie noch etwas mehr dazu erzählen? Und dann? Wie war das mit...?	Erfassung von Prozesswissen nach Bogner et al. (2014, S. 17-18)
		Wie haben sie es gestaltet?	Bei fehlender Eigenpraxis: Kennen Sie Durchführungsbeispiele mit Kindern von Kollegen?	
		Welche Interventionen / Methoden haben sie wie verwendet?	Bei fehlenden Erfahrungen mit Kinder Ausweitung auf Ältere.	
		Was haben sie sich dabei gedacht?		
<b>3. Themenblock „Bewertung“</b> <b>Forschungsfrage: „Ist die VS mit Kindern sinnvoll?“ Leitfrage (einleitend): „Welchen Nutzen und welche Hemmnisse/Probleme haben sie bisher mit der VS bei Kindern erfahren?“ Mit Konkreten Nachfragen beginnen.</b>	Hemmnisse der VS	Welche Stolpersteine sind Ihnen in der Verwendung der VS aufgefallen?	Was waren noch Stolpersteine?	Erfassung von Deutungswissen nach Bogner et al. (2014, S. 17-18)
	Nutzen	Welcher erwartet und unerwartete Nutzen hat sich aus der Verwendung der VS ergeben?	s.o.	
	Empfehlungen	Was würden sie einem mit der VS unerfahrenen Kollegen mitgeben, was sie gern selbst vorher gewusst hätten?		
	Einteilungsmuster	Gibt es Störungsbilder (oder andere einteilende Muster) welche ihre Meinung nach besonders gut/schlecht per VS zu behandeln gehen? Warum?		

<p><b>4. Themenblock Einstellung des Experten Forschung:</b> Welchen Einfluss haben persönliche Einstellungen der Expertinnen der VS gegenüber den Umgang mit der VS? <b>Mit Konkreten Nachfragen beginnen.</b></p>	<p>GrundEinstellung gegenüber VS</p>	<p>Wie war Ihre Grundeinstellung gegenüber VS <b>vor der ersten Durchführung?</b></p>	<p>Was waren zurückschreckende / anziehende Gedanken?</p>	<p>Erfassung von Deutungswissen nach Bogner et al. (2014, S. 17-18)</p>
		<p>Wie ist Ihre Grundeinstellung gegenüber VS <b>heute?</b></p>	<p>s.o.</p>	
<p><b>5. Themenblock Abschluss Forschungsfragen:</b> „Welche Fragen wurden in der Fragenkonzeption nicht erfasst?“ <b>Mit Konkreten Nachfragen beginnen.</b></p>	<p>Sicherung vor Unausgesprochenem</p>	<p>Haben wir etwas vergessen, was sie gern noch ansprechen würden?</p>		
	<p>Ausblick</p>	<p>Was wünschen sie sich für die Zukunft im Rahmen VS mit Kindern?</p>		

## Anlage 4.2: Experteninformation

Markus Schumann

Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin i.A. am SIMKI Institut in Mittweida

### EXPERTENINFORMATION

#### Zur Teilnahme an der wissenschaftlichen Abschlussarbeit von Markus Schumann

Sehr geehrte/r Damen und Herren,

mein Name ist Markus Schumann. Die Corona-Krise scheint alle Bereiche des öffentlichen Lebens zu betreffen. Uns in der Patientenversorgung stellten die letzten Monate regelmäßig vor Abwägungsfragen im Patientenkontakt. Sei es weil Patient oder Behandler aus Infektionsvorsicht Stunden abgesagt haben oder weil wir in den Praxen mit Hygienekonzepten Infektionsschutz gewährleisten mussten und müssen. Ein nicht ganz neues aber verstärktes Interesse trifft in diesem Zusammenhang die **telemedizinische Videosprechstunde**. In den Monaten der Pandemie wurde die Anwendung dieser durch die Kassen durch erweiterte Kontingente unterstützt und die Dringlichkeit des Infektionsgeschehens hat KollegInnen zu NutzerInnen dieses Therapie-Settings gemacht. Mich interessiert der Umgang mit der Videosprechstunde bei Kindern. Da ich bei diesen durch die Handlungsorientierung in der Kinderpsychotherapie andere Herangehensweisen im Kontext Videosprechstunde erwarte, als bei Jugendlichen und Erwachsenen.

Derzeit studiere ich an der Hochschule Mittweida im Studiengang „Therapeutisch orientierte Soziale Arbeit mit Kindern und Jugendlichen“.

Mit diesem Schreiben möchte ich Sie um Einverständnis zur Teilnahme an einer wissenschaftlichen Abschlussarbeit bitten, die ich im Rahmen meines Masterstudiums anfertige. Sie wurden über eine ausführliche Datenbankanalyse der KVS-Arztsuche mit zusätzlicher Sichtung der Internetseiten nach den Schlagworten „Videosprechstunde“ als Experte ausgewählt.

Die folgenden Seiten sollen Sie über diese geplante Untersuchung informieren und Ihnen helfen, die Entscheidung über Ihre Teilnahme zu treffen. Bitte lesen Sie die Information sorgfältig durch. Für weitere Fragen stehe ich gern persönlich, per Mail bzw. unter der Telefonnummer XXX zur Verfügung.

#### Was ist das Ziel der Masterarbeit?

Das Ziel dieser praxisorientierten Masterthesis ist es, die Erfahrungen von Ihnen als PraktikerInnen für KollegInnen nutzbar zu machen und diese Erfahrungen in einem wissenschaftlichen Rahmen einzuordnen. Insbesondere soll der Fokus auf Ihren Praxiserfahrungen mit der Videosprechstunde bei Kindern (bis einschließlich 11 Jahren) liegen (z.B.: Wie wurde Psychotherapie umgesetzt? Welche Adaptionen wurden genutzt?).

Anschließend soll die Nützlichkeit der Videosprechstunde für die Kindertherapie bewertet werden. Dazu sollen Ihre Kritikpunkte erfasst und um die der Literatur ergänzt werden.

Bei ausreichender Datenlage soll eine Handlungsempfehlung oder zumindest eine Risiken-Nutzen-Abwägung für Praktikerinnen in der KJP erstellt werden.

Daraus folgend soll ein Fazit gezogen werden, inwiefern die Videosprechstunde bei Kinder umgesetzt wird und wie förderlich sie für die Kinderpsychotherapie ist.

Welche Daten sind für meine Masterarbeit relevant?

- Über die KVS-Arzttsuche wurden Ihre öffentlich einsehbaren Praxisdaten für die Auswahl möglicher Interviewpartner bereits erfasst. Diese sind für die Verwertung der Interviews nicht erforderlich, sodass eine Anonymisierung bzw. Nicht-Verknüpfung von Interview und Praxisdaten möglich ist. Wenn Sie dies wünschen, geben Sie dies zu Beginn des Interviews oder auf einem Weg Ihrer Wahl an. Eine Begründung ihrerseits ist nicht erforderlich. Daraus entstehen Ihnen keine Nachteile. Die Verknüpfung der Daten wäre zur Vereinfachung des fachlich-kollegialen Austausches in der Zukunft gedacht.
- Art der Berufsausbildung und ggf. Weiterbildungen
- Eigene Informationen zum Umgang mit Patienten in dem Setting Videosprechstunde
- ggf. Behandlungsverlauf von den Patienten aus den Praxisbeispielen (sofern von mehreren Sitzungen bei einem Patienten berichtet wird)
- Persönlicher Eindruck zur Videosprechstunde

### **Wie werden Sie eingebunden?**

Zur Erhebung der Daten sind Interviews vorgesehen. Die Interviews werden von mir geführt und für die spätere Nutzbarkeit digital aufgezeichnet und ggf. durch ein Computerprogramm bzw. einen Dienstleister transkribiert. Die Interviews werden nach Erreichbarkeit an einem gemeinsamen Treffpunkt oder über verfügbare Formen der Videotelefonie (z.B.: Zoom) geführt. Die erhaltenen Daten werden ausschließlich für die Masterarbeit genutzt und nicht an Dritte weitergegeben. Nach Abschluss der Arbeit werden die erhobenen Daten gemäß den gesetzlichen Bestimmungen gespeichert.

Aus den Interviews resultierend werde ich Hypothesen über Chancen und Risiken der Videosprechstunde, sowie deren Anwendbarkeit bilden und ein Fazit ziehen.

### **Kann sich aus der Teilnahme ein Nutzen ergeben?**

Aus der Teilnahme an der Untersuchung wird sich kein direkter Nutzen Sie ergeben. Sie helfen jedoch, durch Ihre Einwilligung, Daten zu erfassen, die möglicherweise zu einer Verbesserung der Anwendbarkeit der telemedizinischen Videosprechstunde bei Kindern durch Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten führen.



**Honorar und Kosten?**

Die Teilnahme an dieser Studie ist für Sie mit keinen Kosten verbunden. Eine finanzielle Entschädigung für die Teilnahme ist nicht möglich.

**Ihre Rechte als Teilnehmer**

Die Teilnahme ist freiwillig und setzt Ihre Einwilligung voraus. Sie haben das Recht, Ihre Einwilligung zur Teilnahme jederzeit und ohne Angaben von Gründen zu widerrufen sowie Ihre Teilnahme zu beenden. Der Widerruf der Einwilligung und das Beenden der Teilnahme werden keine Nachteile für Sie haben. Im Fall eines Widerrufs können Sie die Löschung der bis dahin erhobenen Daten verlangen, es sei denn diese Daten werden im Hinblick auf gesetzliche Dokumentations- oder Meldepflicht benötigt. Daten die zum Zeitpunkt eines etwaigen Widerrufs bereits Bestandteil von erfolgten Auswertungen und Publikationen sind, können nicht mehr gelöscht werden.

## Anlage 4.3: Einwilligungserklärung Expertinnen

Markus Schumann

Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin i.A. am SIMKI Institut in Mittweida

### EINWILLIGUNGSERKLÄRUNG

Ich habe die „Experteninformation zur Teilnahme an der wissenschaftlichen Abschlussarbeit von Markus Schumann“ gelesen und verstanden. Ich hatte ausreichend Gelegenheit Fragen zu stellen und Zeit, mich zu entscheiden. Meine Fragen wurden zufriedenstellend beantwortet. Ich weiß, dass ich weitere Informationen jederzeit bei Markus Schumann erfragen kann. Mein Arbeitsverhältnis wird durch meine Teilnahme im Rahmen der wissenschaftlichen Abschlussarbeit von Markus Schumann nicht beeinflusst.

Ich habe verstanden und bin damit einverstanden, dass personenbezogene Daten zu meiner Person erhoben auf Datenträgern bzw. in Papierform gespeichert und von Herrn Markus Schumann ausgewertet werden, sowie die Audiodateien über ein Computerprogramm bzw. einen Dienstleister transkribiert werden. Die Verwendung einschließlich Publikation erfolgt auf Wunsch in anonymisierter Form, d.h. eine Zuordnung zu meiner Person wird nicht möglich sein. Patientendaten oder Daten die Rückschlüsse auf Patienten zulassen, werden in jedem Fall anonymisiert.

Mir ist bekannt, dass ich jederzeit und ohne Angaben von Gründen meine Einwilligung zur Teilnahme an der Untersuchung zurückziehen kann (mündlich und schriftlich), ohne dass mir daraus Nachteile entstehen. Im Fall eines Widerrufs kann ich die Löschung der bis dahin erhobenen Daten verlangen; diese bleiben jedoch Bestandteil von bereits erfolgten Auswertungen und Publikationen.

Ich erkläre, dass ich an der oben genannten wissenschaftlichen Arbeit freiwillig teilnehme.

Ein Exemplar der Experteninformation und Einwilligungserklärung habe ich erhalten; ein Exemplar verbleibt bei Markus Schumann.

Ich wünsche eine Anonymisierung meiner personenbezogenen Daten (d.h. die Daten die über die KVS-Arztstunde erhoben wurden): ja / nein

(Unzutreffendes durchstreichen)

---

Name des/r Teilnehmers/in

Datum Ort

Unterschrift des/r Teil-

nehmers/in

## **Wie wird die Vertraulichkeit der Daten und der Datenschutz gewährleistet?**

Die im Rahmen der wissenschaftlichen Arbeit erhobenen persönlichen Daten werden vertraulich behandelt und unterliegen den datenschutzrechtlichen Bestimmungen. Als Sozialpädagoge und angehender Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut unterliege ich zudem der Schweigepflicht gemäß §203 StGB.

Die Daten werden in Papierform und / oder digitalisiert auf Datenträgern durch mich direkten oder indirekten (Videotelefonie) Kontakt aufgezeichnet und gemäß den gesetzlichen Bestimmungen gespeichert. Die Transkription erfolgt mittels eines/r Computerprogramms bzw. des Dienstleisters „Amber Script“, welche ebenfalls strengen Datenschutzverordnungen unterliegt. Hier werden die Daten nach spätestens 6 Monaten gelöscht.

Die ggf. erhobenen personenbezogenen Daten von Patienten werden ausschließlich in anonymisierter Form verwendet, d.h. es erfolgt keine Verwendung von Daten wie Name, Adresse, Geburtsdatum, Zeitpunkt der Behandlung, die einen Rückschluss auf die konkrete Person ermöglicht. Gleiches gilt für die personenbezogenen Daten von Ihnen, sofern Sie dies oben angeben haben.

## Anlage 4.4: L1a, Interviewtranskription Experte 1 Teil 1

1 00:00:03  
2 B.: Continue muss ich jetzt klicken. Ok.

3 00:00:06  
4 I.: Sie mussten noch bestätigen?

5 00:00:08  
6 B.: Ja.

7 00:00:08  
8 I.: Naja, ok. Wunderbar. Gut. Dann steigen wir mit dem ersten Themenblock ein. Also  
9 die Frage / Die Grundfrage für den Themenblock ist: In welchem Rahmen und in  
10 welchem Umfang konnten Sie mit der Videosprechstunde bei Kindern bisher  
11 Erfahrungen sammeln? Das bedeutet, die erste Frage ist: Seit wann nutzen Sie die  
12 Videosprechstunde etwa?

13 00:00:28  
14 B.: Das war eigentlich relativ schnell, nachdem bekannt gegeben wurde, dass es zu  
15 einem Lockdown kommen würde, 2020. Also ich, muss so Mitte März gewesen sein.  
16 Würde ich tippen.

17 00:00:43  
18 I.: Okay.

19 00:00:43  
20 B.: Anfang-Mitte März.

21 00:00:45  
22 I.: Vorher haben sie sie nicht genutzt?

23 00:00:47  
24 B.: Vorher habe ich es gar nicht genutzt. Das ist erst durch diese Corona-Situation  
25 dann für mich präsent geworden.

26 00:00:53  
27 I.: Gut, dann machen wir gleich weiter. Was für Patienten bezüglich Alter und  
28 Störungsbild hatten Sie bisher in der Videosprechstunde. Jetzt nur mal eine grobe  
29 Einschätzung erstmal?

30 00:01:02  
31 B.: Ja, ich habe mir darüber auch nochmal Gedanken macht. Das ist ja sehr  
32 unterschiedlich, also in der Kindertherapie spielen ja die Eltern auch eine große  
33 Rolle. Und insofern, habe ich eigentlich alle meine Patienten, die ich würde sagen  
34 von zu dem damaligen Zeitpunkt 5 bis zu dem damaligen Zeitpunkt 20 Jahre waren,  
35 weiter behandelt und manchmal dann eben in der Form modifiziert, dass eben nur  
36 Elterngespräche stattgefunden haben für die jüngeren Patienten. Was ja eine große  
37 Rolle in der Kinderbehandlung spielt. Na (i.s.v. Nicht wahr?) ?

38 00:01:40  
39 I.: Ja. Darauf können wir im zweiten Themenblock nochmal genauer eingehen.

40 00:01:42  
41 B.: Ja.

42 00:01:42  
43 I.: Jetzt erst noch zum Überblick. Wie oft pro Woche pro Monat haben Sie die  
44 Videosprechstunde verwendet und verwenden sie noch? Können sie das  
45 einschätzen?

46 00:01:53  
47 B.: Also zu dem damaligen Zeitpunkt hatte ich dann, um auch ein Stück weit meinen  
48 Beitrag zu leisten, um die Infektionszahlen niedrig zu halten, komplett auf Video  
49 umgestellt. Also ich hab dann von früh bis abends nur noch Video gemacht. Das war  
50 ungefähr 5 Wochen lang. Und dann als es wieder losging, dass der Lockdown dann  
51 beendet war, dann ist das eigentlich innerhalb von kürzester Zeit wieder auf den  
52 Nullpunkt gesunken, sodass wir dann nur noch Präsenz gemacht haben. So vielleicht  
53 ab Mitte Mai. Und dann ging es wieder los. Ich würde sagen, so November waren  
54 dann die ersten, die aus eigenem Sicherheitsgründen Video machen wollten. Und  
55 dann eigentlich im Dezember, Dezember würde ich sagen bis jetzt so. Werden das  
56 vielleicht so in der Woche? Ich würde mal sagen, waren das so 5 bis 10 in der  
57 Woche.

58 00:03:09  
59 I.: Ok, super, danke. Also das heißt aber auch wirklich, zwischenzeitlich war es  
60 wieder gar nichts?

61 00:03:13  
62 B.: Zwischenzeitlich war es auch gar nichts. Mhm (Bestätigendes Brummen).

63 00:03:18  
64 I.: Ok, gut. Und zum ersten Block die letzte Frage: Wie haben Sie sich in das Thema  
65 eingearbeitet? Thema Videosprechstunde?

66 00:03:24  
67 B.: Ja. Wie soll ich das sagen? Der größte Teil war erst einmal die rechtliche  
68 Absicherung, d. h. welcher Anbieter muss das sein? Da hab ich dann verschiedene  
69 Anbieter mir rausgesucht. Ich hab eine Interventions Gruppe, d. h. wo Kollegen  
70 zusammen sitzen, Fälle besprechen. Da hatten wir uns ausgetauscht. Wer kennt  
71 welchen Anbieter, wer hat mit was irgendwelche Erfahrungen gemacht? Dann hab  
72 ich auf der Seite der KV recherchiert, welche Voraussetzungen da erforderlich sind.  
73 Dann haben die Anbieter natürlich auch schon gewisse Grundlagen bereitgestellt,  
74 dass man da so ein bisschen reinkommen kann. Und ansonsten war das eigentlich  
75 mehr oder weniger learning by doing.

76 00:04:12  
77 I.: Okay, also Sie haben gerade die technische Seite sehr klar beschrieben.

78 00:04:15  
79 B.: Ja.

80 00:04:16  
81 I.: Mit der rechtlichen und welchen Anbieter nutze ich. Aber wenn man es auf die  
82 inhaltliche Seite im Kontext von Wie gehe ich mit Patienten um? Das war dann // ins  
83 kalte Wasser gesprungen?

84 00:04:24  
85 B.: Ja. Das war // absolutes Ausprobieren.

86 00:04:28  
87 I.: Okay, gut, dann springen wir doch damit gleich in den zweiten Themenblock.

88 00:04:32  
89 B.: Ja. (lacht)

90 00:04:32  
91 I.: Können Sie mir ein bis drei konkrete Durchführungen, vielleicht an Fällen,  
92 berichten. Was haben Sie mit den Kindern gemacht? Wie haben Sie es gestaltet?  
93 Welche Interventionen Methoden haben Sie verwendet? Was haben sich dabei  
94 gedacht? So als // Rahmengedanke.

95 00:04:50  
96 B.: Ja. Also, // als die Frage aufkam: Wie würden / wie werden wir jetzt mit diesen  
97 Infektionen umgehen? War für mich klar: Wir müssen im Kontakt bleiben. Also das  
98 war erstmal so die Hauptmotivation, das weiterführen zu können und trotzdem die  
99 Kontakte zu reduzieren. Das war so die Hauptmotivation. Dann ist es so, dass ich  
100 eigentlich mit meinen Patienten einen Ablauf habe, wie die Stunde abläuft. D. h. also  
101 in aller Regel ist es so, dass wir uns am Anfang eine Zeit lang besprechen und die  
102 Woche reflektieren. Das heißt also über die Woche sprechen. Und meistens ist dann  
103 so die Frage: Was gab es Wichtiges, was schön war, was gut war, um die  
104 Wahrnehmung daraufhin zu schärfen, um positive Kognition aufzubauen. Da arbeite  
105 ich ganz gerne so nach dem Manual auch von von Döpfner und Petermann und  
106 Petermann: Lars und Lisa Depressions Manuale, wo es auch darum geht, positive  
107 Kognitionen zu schärfen und aufzubauen. Und das ist etwas, was wir schon in aller  
108 Regel, also was die Kinder kennen, was wir schon aufgebaut haben und was ich  
109 natürlich übers Video im Gespräch am besten fortsetzen ließ. Das ist ganz klar,  
110 sodass wir auch darüber sprechen konnten, welche Sachen gibt es jetzt bezüglich an  
111 Ängsten und Fragen mit Corona, mit Infektionen und Ansteckungen? Das wir da  
112 einfach so das aktuelle uns anschauen. Ach und auch, wie wird das mit Mama und  
113 Papa sein. Wenn die ihren Job jetzt verlieren? Und werden wir arm werden? Also  
114 lauter solche Sorgen. Um das aussprechen zu können. Diese Struktur beizubehalten,  
115 sodass es so der erste Blog und da konnten wir dann eigentlich so mit den Sachen  
116 weiterarbeiten, die wir auch so als Thema hatten. Also vielleicht ein Beispiel: Da ist  
117 ein Kind dabei gewesen, was Schwierigkeiten im sozialen Umgang hatte. Also  
118 Störung des Sozialverhaltens. Jetzt muss ich grade mal schauen. Konflikte mit der  
119 Schwester oder aber auch in der Schule. Und da ging es schon darum, auch

120 weiterhin über Situationen zu sprechen, die zu reflektieren: Wo gab es  
121 Schwierigkeiten? Wie bist du damit umgegangen? Wie bist du zufrieden damit, dass  
122 du da so umgegangen bist? Was hättest du lieber gekonnt? Dass wir da sozusagen  
123 dann alternative Handlungsstrategien entwickeln konnten und die dann auch  
124 tatsächlich so im Gespräch, in einer Übung, in einem Rollenspiel auch geübt haben.  
125 Also die Alternativen.

126 00:07:41

127 I.: D.h. das Rollenspiel haben sie dann einfach über Bildschirm gestaltet?

128 00:07:45

129 B.: Genau. Genau. Ja.

130 00:07:46

131 I.: Haben Sie das noch irgendwie besonders modifiziert, oder?

132 00:07:50

133 B.: Also das Rollenspiel das nutze ich jedes Mal eigentlich ganz individuell auf den  
134 Patienten abgestimmt. Also d.h. da gib'ts gar nicht für mich jetzt irgendwie eine  
135 besondere, standardisierte Vorgehensweise, an die ich mich halten würde, sondern  
136 ich kenne die Rollenspiele, wie man die so durchführt und wie die nützlich sind. Aus  
137 meiner eigenen Selbsterfahrung, aus der therapeutischen Ausbildung. Und so in  
138 dieser Form, wie ich es auch in Supervisionen sozusagen gehört habe, so nutze ich  
139 das dann auch, um die Konflikte aufzuarbeiten, um dann da soziale Kompetenzen  
140 mit den Kindern zu trainieren. Nee. Und das geschieht ja auch in der Praxis mehr  
141 oder weniger immer wieder auch mit dem Element der Imagination. Also d.h., wir  
142 müssen uns ja immer vorstellen, wir wären jetzt in dieser Situation und der eine  
143 würde das oder das sagen. Und in den Fällen, wo wir das gemacht haben, kennen  
144 das die Kinder oder kannten das die Kinder schon. Und das ließ sich eigentlich recht  
145 schön so nutzen.

146 00:08:57

147 I.: Auch übers Verbale. Ich frage deswegen nach, weil ich kenne auch die  
148 Rollenspielvarianten, dass man ja wirklich das in die Szene spielt.

149 00:09:05

150 B.: Ja. Ja.

151 00:09:05

152 I.: Und da kann ich mir schwer vorstellen. Über den Bildschirm.

153 00:09:08

154 B.: Ja. Ja, ja. Also das stimmt schon. Ganz oft ist es ja so, dass man dann wirklich  
155 die Situation spielt. Also im Sinne von: der kam und hat mir dann das Auto  
156 weggenommen z.B., ne? Und wie hab ich dann so reagiert. Das ist ja so ein  
157 bisschen mehr noch bei den Kleineren, so bei den 8/9. Na oder sagen wir mal, wo  
158 wir das gemacht haben. Die waren ja schon so 10/11. Da ist es ja dann doch eher  
159 so: Der eine sagt was und ich muss darauf reagieren. Also das heißt, es ist sowieso



160 so eine face to face Situation gewesen, bei den Sachen, die wir da durchgespielt  
161 haben, wo das eigentlich ganz passig (i.s.v. passend) war? Also das war sehr  
162 organisch. Da stellte sich gar nicht so die Frage, dann in dem Moment: Geht das jetzt  
163 oder wie geht das jetzt genau? Sondern es ist so eine spontane, organische,  
164 natürliche Situation, die sich dann da so entwickelt. Und da ging es eher so  
165 hauptsächlich darum, wie es meine Einstellung dazu. Was könnte ich jetzt z.B.  
166 sagen? Oder wie könnte ich reagieren? Was könnte ich anderes nutzen? Was kann  
167 ich mir für Gedanken in dem Moment machen? Und das ließ sich ganz gut im  
168 Bildschirm umsetzen.

169 00:10:23

170 I.: Ok. Fällt Ihnen noch ein Beispiel ein.

171 00:10:27

172 B.: Ja, also vielleicht ein Beispiel. Das Kind ist mit seiner Schwester draußen und die  
173 bauen eine Bude und die Schwester hat zuerst bestimmt, was sie machen. Und  
174 dann, als der Junge an der Reihe ist und bestimmen will, macht die Schwester nicht  
175 mit. So und dann kommt die Wut. Und dann kommen Gedanken: die muss doch jetzt  
176 aber mir gehorchen und die muss das doch jetzt machen, wie ich das machen will  
177 und die macht das nicht. Und dann schreie ich die ganz laut an. Und sag: Du blöde  
178 Kuh oder irgendein Schimpfwort. Und wir haben dann, also ganz konkret, dann diese  
179 Situation uns angeschaut und haben dann geguckt, was ist da in dem Moment  
180 passiert. Eine Verhaltensanalyse könnte man sagen, so kindgemäß durchgeführt und  
181 dann eben überlegt, was könnten alternative Strategien sein, wie ich mit der Wut in  
182 dem Moment umgehen kann, um die vielleicht erst abzuschwächen, ne, dass die  
183 nicht ganz so stark ist, damit ich dann nicht in dem Moment irgendwie was sagen  
184 muss, wofür ich ja dann wieder Ärger bekomme, um mich da zu regulieren, ne. Also  
185 zum Beispiel die Wut sagt mir: Sag jetzt in dem Moment eben: Du blöde Kuh! Und  
186 die Frage: Hilft mir das? Jetzt nicht nur kurzfristig, um die Wut kleiner zu machen,  
187 sondern eben auch dann später, wenn Mama und Papa das erfahren? Nein, das hilft  
188 mir nicht. Also versuche ich vielleicht ein Lächeln aufzusetzen, um die Wut kleiner zu  
189 machen. Oder ich mache genau das Gegenteil von dem, was die Wut mir rät. Also  
190 wäre ja dann zum Beispiel ein Lächeln. Zum Beispiel.

191 00:12:11

192 B.: Ja, okay.

193 00:12:13

194 B.: Ein anderes, ne andere Sache ist auch. Zum Beispiel gibt's auch, wo wir an  
195 Zwängen gearbeitet haben. Das ist ja auch etwas, was dann in dieser Zeit schön  
196 aufblüht oder aufgeblüht ist, gerade so mit der Coronasache. Na und - ich glaube  
197 Görlitz, aus dem Buch von Görlitz Kinder- und Jugendpsychotherapie: die empfiehlt,  
198 um eine Distanz zu dem Zwang herzustellen, - jetzt fällt mir das Wort kurz nicht ein -  
199 um den besser zu externalisieren, dem einen Namen zu geben. Die empfiehlt den  
200 Namen Puck und dann sozusagen Puck, mein Zwang, der sagt, dass ich das oder  
201 das tun soll. Und da geht es schon auch darum, - das kann man gut nur verbal auch  
202 machen. Auch mit einem Achtjährigen war das zu der Zeit. - Zu schauen was waren



203 jetzt in der Woche für Sachen da, die mir Puck befohlen hat? Wie muss ich mich  
204 duschen? Wie oft muss ich mir die Hände waschen? Das ist natürlich diffizil, weil ich  
205 dann zu der Zeit ja die Hygienemaßnahmen ganz besonders gepusht waren. Aber  
206 solche Sachen ließen sich dann schon auch ganz gut erheben, auch im Verbalen.  
207 Und da findet ja doch auch einiges in der Imagination statt. Zumindest waren wir zu  
208 dem Zeitpunkt noch nicht so weit, dass wir Expositionen gemacht hätten. Aber  
209 Imagination, eine innere Distanz herstellen dazu, sich innerlich straffen und zu  
210 versuchen, sich zu **Challengen** und dem Puck da zu widerstehen. Das sind so Dinge,  
211 die man ja schon auch besprechen und aufbauen kann, so für die konkrete Arbeit am  
212 Problem. Und ansonsten spielt natürlich auch Beziehungsgestaltung, positive  
213 Erlebnisse in der Behandlung immer eine wichtige Rolle. Also das heißt, wir spielen  
214 ja auch viel. Oft kann man sich ja auch über die, über die Arbeit, darüber, dass ich  
215 mich mit unangenehmen Sachen beschäftigt habe und mich da herausgefordert  
216 habe, durchaus auch Spielzeit verdienen. Und das ist etwas, das, fand ich, war die  
217 größte Herausforderung eigentlich, da gute Spielalternativen über den Bildschirm zu  
218 finden.

219 00:14:35

220 B.: Was haben Sie gemacht?

221 00:14:37

222 I.: Also, was wirklich sehr gut ankam, war: Wir haben die Siedler von **Catan** / Da  
223 gibt's so eine Würfelspielvariante. Es ist so ein bisschen wie Kniffel, nur eben ein  
224 bisschen ansprechender gestaltet. Da braucht man eigentlich spezielle Würfel und  
225 wir haben das auf Zahlen adaptiert. Und die Kinder brauchten dann einfach nur  
226 sechs Würfel mitzubringen.

227

## Anlage 4.5: L1b, Interviewtranskription Experte 1 Teil 2

1 00:00:00  
2 B.: Wir haben das auf Zahlen adaptiert und die Kinder brauchten dann einfach nur 6  
3 Würfel mitzubringen. Und ich hatte denen so eine Spielunterlage per Email  
4 zugeschickt und die haben sie sich dann ausgedruckt und dann haben wir eben so  
5 parallel gewürfelt. Es ist also nicht etwas, wo man so interagieren muss, sondern  
6 man tritt gegeneinander an. Das lies sich sehr schön machen. Und hat eigentlich den  
7 meisten viel Freude bereitet. Es waren ja nicht nicht wahnsinnig viele Wochen, wo  
8 wir da irgendwie was machen, es waren vielleicht 6 7 Termine zu dem Zeitpunkt, da  
9 nutzt sich ja noch nicht so schnell ab. Aber ansonsten haben auch andere gute  
10 Vorschläge gemacht. Also die Kinder sind ja auch kreativ geworden. Wir haben dann  
11 so Raum ich sehe was, was du nicht siehst gespielt. Also z.B. ich sehe was, was du  
12 nicht siehst und das ist weiß und muss müssen sie in ihrem Raum sozusagen jetzt  
13 finden, was ich meine.

14 00:00:55  
15 I.: Ahja, gut. Ich kann es mir vorstellen, wir spielen es jetzt mal nicht durch, auch  
16 wenn es sehr reizvoll wäre.

17 00:01:00  
18 B.: Ja, ja, nee (schmunzelt), also sowas. Und dann gab's auch schöne Ideen, z.B.  
19 von von einem Jungen. Der hat dann, also wir haben dann so eine Art Tablett gehabt  
20 und dann kleine Figuren drauf gestellt in einer bestimmten Reihenfolge. Und dann  
21 hat sich, musste der andere die Augen zumachen, dann hat sich irgendwas  
22 verändert und dann musste man herausfinden, was das war.

23 00:01:23  
24 I.: Ja, Ahja, Dankeschön.

25 00:01:26  
26 B.: Ja auch Kniffel geht gut.

27 00:01:29  
28 I.: Also ich sag deshalb ein großes Dankeschön, weil das jetzt ein schönes Beispiel  
29 für Spiele, die über das Regelspiel hinausgehen, waren auch das Beispiel mit dem,  
30 was fehlt, weil das ist so die Fragestellung auch was machen wir mit dem  
31 therapeutischen Spiel? Was klassisch bei den Kleineren angewendet wird. //  
32 (unverständlich)

33 00:01:51  
34 B.: Das ist natürlich. Deshalb, das war. // Das war wirklich deutlich, dass / also hab  
35 ich nicht eine gute Umsetzung gefunden, um das gut machen zu können. Ich kann  
36 mir gut vorstellen, dass also ich hatte schon Patienten, die haben mir dann in der  
37 Praxis gewisse Geschichten mit Puppen und sowas vorgespielt. Da hab ich aber die  
38 Puppen dann da und die an Puppen oder sowas. Und dann haben die da so ein  
39 kleines Puppentheater gemacht und dann irgendwie vielleicht konflikthafte  
40 schwierige, unter Umständen auch traumhafte Situation / an traumatische  
41 Situationen im Puppenspiel durchgespielt. Aber das wäre mir für diese Situationen  
42 nichts. Nicht wirklich, weil dann ist es mir schon wichtig, dass wir zusammen sind.

43 Dass ich da auch die Möglichkeit habe das Kind wirklich auch zu begleiten. Bei ihm  
44 zu sein. Trost zu spenden. Es ist einfach an dem Bildschirm wirklich begrenzt. Dafür.

45 00:02:58

46 I.: Ja dann springen wir jetzt im Grunde schon den nächsten Themenblock damit  
47 rein. Ich frag nur nochmal. Fehlt Ihnen noch irgendwas? Wollen Sie noch ein Beispiel  
48 nennen? Falls Sie noch irgendwas einfällt? Wir hatten jetzt Rollenspiel. Wir hatten  
49 die Alltagsreflexion. Wir hatten die Adaption von Spielzeiten, das Zwanghafte hatten  
50 Sie genannt, also schon eine Vielzahl von Möglichkeiten, wo Sie adaptiert haben.

51 00:03:21

52 B.: Wir haben viele Erstgespräche gemacht. Ich habe einige Erstgespräche  
53 gemacht, viel ist übertrieben. Mit Patienten, die tatsächlich zum ersten Mal dann  
54 Psychotherapie gesucht haben, wo wir das angeboten haben oder wo ich das  
55 angeboten habe. Und manche, die waren einmal da und haben uns dann zum  
56 zweiten Gespräch auch so (i.s.v. face-to-face) gekommen. Also das lässt sich auch  
57 sehr gut über online machen. So Erstgesprächssituation, finde ich geht total prima.

58 00:03:51

59 I.: Gut, dann lassen wir mal den Block erstmal. Dann sind wir gerade schon so ein  
60 bisschen in den Wertungsthemenblock rein gesprungen. Also die Leitfrage dazu ist:  
61 Welchen Nutzen und welche Hemmnisse und Probleme haben Sie bisher mit der  
62 Videoprechstunde bei Kindern erfahren?

63 00:04:10

64 B.: Also der größte Nutzen ist, finde ich, damit in Kontakt bleiben zu können, wirklich  
65 im Austausch bleiben zu können. Gewisse Kontinuität über solche / es war schon  
66 eine krisenhafte Zeit und jetzt gerade auch so, auch in der zweiten Welle, aber die  
67 sind dann jetzt schon nicht mehr elf oder so gewesen. Wobei das jetzt nicht  
68 alterstechnisch festgelegt war, oder doch, es war eher so?

69 00:04:35

70 I.: Also prinzipiell geht es mir schon um die 11jährigen und jünger, sie können gerne  
71 trotzdem die Verallgemeinerung reingeben, aber das ist jetzt der Hauptfokus erstmal  
72 hier.

73 00:04:45

74 B.: Also für die 11jährigen finde ich es super wichtig in Kontakt bleiben zu können  
75 und auch für die Jüngeren und wenn es nur, ich würde mal sagen so, na es kommt  
76 doch sehr aufs Kind drauf an. Also ich hatte schon auch Elfjährige, die waren -  
77 dadurch, dass sie kognitiv auch eingeschränkter sind. Mit Lernbehinderung oder  
78 sowas in der Art. - Für die ist es trotzdem schwer gewesen. Und dann hatte ich  
79 11jährige. Ein elfjähriges Mädchen zum Beispiel. Also die hat das super genutzt für  
80 sich im Kontakt zu bleiben und über die Woche zu reflektieren und irgendwie sich da  
81 auszukotzen. Und jetzt hockt man so aufeinander und sowas. Also der größte  
82 Nutzen ist, finde ich wirklich: Beieinander sein zu können, auch auf diese Art und  
83 Weise im Kontakt zu sein. Der zweitgrößte Nutzen ist gewesen, die Eltern zu  
84 begleiten, in dieser schwierigen Krisensituation auch mit denen zu reflektieren, was

85 liegt jetzt gerade an? Was ist jetzt das Wichtigste? Was ist jetzt das Naheliegendste?  
86 Wie kriegen wir jetzt gut Stabilität rein in den Alltag, um nicht Amok zu - in  
87 Anführungsstrichen Amok - zulaufen, um dem Lagerkoller ein Stück weit zu  
88 verringern oder auszugleichen. Und das war so das Zweitwichtigste.

89 00:06:02

90 I.: Und wenn wir jetzt mal unabhängig von der Corona Intervention fragen, würden  
91 Ihnen da Nutzen einfallen? Bei der Zielgruppe 11 und Jünger.

92 00:06:22

93 B.: Wenn jemand wirklich, durch sagen wir mal was Schwer Depressives, nee, der  
94 wäre dann ja stationär wahrscheinlich 11 Jahre. Das wäre dann eher im  
95 Erwachsenenbereich, vielleicht. Es ist, ich muss ganz ehrlich sagen, ich kann es nur  
96 schwer von der Krise abkoppeln, weil das schon miteinander, aber ich hatte schon  
97 auch sehr stark körperbehinderte Kinder, wo es nicht so einfach - die waren aber  
98 nicht elf - aber wo es nicht einfach war, vor Ort zu sein. Also zu mir zu kommen, weil  
99 ich keinen Rollstuhl gerechten Zugang habe. Und da haben wir uns dann außerhalb  
100 der Praxis getroffen. Das wäre eine gute Alternative. Aber für die Elfjährigen, sag ich  
101 jetzt mal für Jugendliche, die auch am Alltag sehr eingeschränkt sind, weil sie  
102 irgendwie mit Abi und mit der Schule sehr viel zu tun haben, finde ich es auch gut,  
103 um die Wege abzukürzen. Aber ich würde sagen so wenn jetzt keine  
104 Körperbehinderung vorliegt, würde ich den den persönlichen Kontakt in der Praxis  
105 immer bevorzugen, weil es doch eine andere Dynamik hat. Weil es, z.B. hab ich  
106 auch eine Patientin, die hat auch viele Ängste und so. Und wir haben das jetzt  
107 genutzt gehabt über eine Zeit, weil das Gewicht sehr reduziert war und sie wirklich  
108 auch eine Angst - nicht vielleicht unberechtigte Angst - bestand, wenn sie sich jetzt  
109 infizieren würde, dann wäre das vielleicht auch gefährlich. Aber jetzt zu dem  
110 Zeitpunkt merken wir, dass wir das jetzt auf jeden Fall umstellen müssen, auch  
111 umgestellt haben schon auf Live-Präsenz, weil einfach, das auch eine Form der  
112 Vermeidung in sich trägt. Und gerade wenn es um so soziale Ängste geht, bietet es  
113 einfach gute Möglichkeiten (lacht), das zu vermeiden. Und insofern.

114 00:08:16

115 I.: Ja, das zum Nutzen, da sind wir schon ein bisschen bei der anderen Unterfrage:  
116 Welche Stolpersteine sind Ihnen in der Verwendung der Videosprechstunde  
117 aufgefallen? Da passt das Vermeidungsverhalten direkt rein. Also Aufrechterhaltung  
118 von Vermeidungsverhalten.

119 00:08:35

120 B.: Z.B. und. Also für Elterngespräche finde ich, wäre es ein guter Nutzen. Na weil  
121 manchmal ist es für die Eltern wirklich ein Hemmnis, im Alltag des Elterngespräch  
122 umsetzen zu können, einfach zeitlich aus dem zeitlichen Faktor heraus. Und das ist  
123 eigentlich ganz gut. Das finde ich ganz passend. Ich habe jetzt keinen Anbieter, wo  
124 ich so Konferenzen machen konnte, aber wenn Eltern getrennt sind, kann ich mir  
125 schon auch gut vorstellen, dass das auch eine Möglichkeit bietet. Dann müssen nicht  
126 alle so das zeitlich so hinkriegen. Das wären schon guter Nutzen auch für  
127 Elterngespräche.



128 00:09:09  
129 I.: Aber was Sie erfahren habe. Wir müssen jetzt nicht so sehr in die Hypothese //  
130 gehen (Anmerk.: B. war in Gedanken und hat diesen Kommentar ignoriert)

131 00:09:13  
132 B.: Und doch //, das fällt mir gerade noch ein. Aber das ist jetzt nicht elfjähriges. Ich  
133 habe z.B. auch einen Patienten, der war eine ganze Zeit bei mir und dann haben sich  
134 aber Studium und äußere Bedingungen so verändert, dass er dann innerhalb von  
135 Deutschland unterwegs sein musste. Und diese Distanz lässt sich auch, da lässt sich  
136 auch das weiterführen. Man kommt sicherlich ein bisschen auf die Thematik drauf  
137 an, aber da ließ sich das unheimlich gut weiterführen. Dadurch.

138 00:09:41  
139 I.: Gut. Ich haben wir den Nutzen noch weiter ausgeführt. Stolpersteine?  
140 Hemmnissen?

141 00:09:49  
142 B.: Also was unter acht Jahre ist, finde ich wirklich schwierig, weil, also da lässt sich  
143 im Kontakt bleiben, aber dann brauchen die Kinder einfach doch, meiner Meinung  
144 nach, das Zusammensein, das Spiel, die Ausdrucksmöglichkeiten über das Spiel.  
145 Die schöne, angenehme Zeit der Bestimmer sein zu können. Den Therapeuten nicht  
146 zu lenken und zu leiten bei dem, was gerade wichtig ist. Diese  
147 Ausdrucksmöglichkeiten sind einfach überhaupt nicht gegeben über das Spiel oder  
148 super limitiert. Das geht vielleicht mal, das geht vielleicht einmal oder zweimal. Aber  
149 das ist etwas, wo ich das Gefühl habe, da muss man schon zusammen sein. Also die  
150 Jüngeren: Vermeidungsverhalten hatten wir angesprochen. (...) Lassen mich mal  
151 überlegen, noch. Ja, natürlich, also alles, wo es um extrem gesteigertes Arrousel  
152 geht - Erregung Niveau. Wo es wichtig ist vielleicht auch den Patienten irgendwie  
153 habhaft zu werden, in der Situation. Wo unklar ist, in welche Richtung vielleicht auch  
154 etwas kippen kann. Dass man das dann wieder gut auffangen kann. Das sind alles  
155 so Dinge. Da spüre ich dann auch eher eine große Vorsicht oder eine Sorge. Dafür  
156 würde ich sagen, fühle ich mich noch nicht, oder würde ich mich nicht sicher genug  
157 fühlen. Das ist auch Stolpersteine: meine Sicherheit als Therapeut vielleicht im  
158 Umgang damit. Es ist einfach so wenig bekannt oder noch so wenig Erfahrungen.

159 00:11:41  
160 I.: Ja.

161 00:11:42  
162 B.: Ja, also Trauma, Traumakonfrontation zum Beispiel, finde ich schwierig. Wobei  
163 ich habe letztens erst eine Weiterbildung mit EMDR gemacht. Da wird ja nun auch  
164 gerade über Video auch diese Augenbewegungen und ins Trauma rein und so, also  
165 scheint ja zu gehen. Ja, finde ich irgendwie schwierig, aber.

166 00:12:07  
167 I.: Wir können ja mal versuchen zu kanalisieren. Was würden Sie einem Kollegen,  
168 der noch unerfahren mit der Videosprechstunde ist, mitgeben, was sie gerne vorher  
169 selbst gewusst hätten? Jetzt im Kontext von der Anwendung.

170 00:12:20  
171 B.: Hm (zustimmend). Ist das ein erfahrener Kollege oder jemand ganz Neues?  
172 Oder?

173 00:12:27  
174 I.: Hab ich nicht ausdifferenziert? Dürfen Sie sich aussuchen? Die Frage muss ja  
175 vereinheitlicht bleiben.

176 00:12:32  
177 B.: Wenn das jetzt ein erfahrener Kollege ist und der da, also ich glaube, das  
178 Wichtigste wäre erst einmal, dass er Lust drauf hätte. Zum Beispiel Mein Kollege -  
179 hatten wir ja gesprochen - Er hat es gar nicht gemacht, weil für den ist Technik  
180 einfach auch nicht so interessant. Ich glaube, für mich war das einfach auch  
181 spannend, das herauszufinden und dann zu machen. Ich fand das einfach auch irre  
182 interessant. (...) Ja, also wäre erst einmal über die Fragen, die er hat, also welcher  
183 Anbieter könnte, z.B. die technischen Sachen könnten z.B. interessant sein. Da gibt's  
184 so viele Hürden und Stolpersteine, weil es so viele verschiedene Betriebssysteme  
185 und Möglichkeiten gibt und sowas. Und ansonsten? Ja. Würde nee. Wär es  
186 eigentlich so, dass man es ausprobieren sollte.

187 00:13:18  
188 I.: Da sind in gewisser Weise schon am nächsten Themenblock. Ich würde noch eine  
189 Frage von der Bewertung mit reinnehmen. Sie haben dies schon teilweise  
190 beantwortet. Gibt es Störungsbilder oder andere einteilende Muster, welche Ihrer  
191 Meinung nach besonders gut bzw. besonders schlecht per Videosprechstunde  
192 behandelt werden können? Warum?

193 00:13:38  
194 B.: Also besonders (...). Besonders schlecht glaube ich alles das, wo es so kippelig  
195 ist mit Wahn, mit (...) Also genau wo, so das so ein bisschen unklar bleibt. So ein  
196 bisschen, vielleicht so, ich hab aber auch mit Borderlinerinnen gearbeitet, also das  
197 geht schon auch. Aber (...) Ich könnte mir vorstellen, dass man da vielleicht ein  
198 bisschen vorsichtiger ist, als man es normalerweise wäre. Also so ein bisschen  
199 zurückhaltender. Das ist aber dann nicht unbedingt etwas, was es ausschließt,  
200 sondern das hat vielleicht dann wieder eher mit der Erfahrung zu tun. (...) Also, was  
201 ich? Ich könnte mir vorstellen, dass es schwierig ist mit Wahn. Ich könnte mir  
202 vorstellen, dass es alles schwierig ist unter - sagen Sie nochmal die Frage: was  
203 besonders schlecht zu behandeln geht, na?

204 00:14:38  
205 I.: Also das ist eine Doppelfrage: Gibt es Störungsbilder oder andere einteilende  
206 Muster, welche Ihrer Meinung nach besonders gut bzw. besonders schlecht per  
207 Videosprechstunde behandelt werden können.

208 00:14:51  
209 B.: Könnte ich jetzt so nicht sagen. Muss ich ganz ehrlich sagen, weil ich glaube, es  
210 kommt doch auf den Patienten drauf an. Es kommt auf die Beziehung drauf an. Das  
211 kann (...), das Störungsbild, was mit dem einen gut funktioniert, kann bei dem anderen

212 glaub ich schwierig sein. Je nachdem, wo man sich vielleicht befindet innerhalb der  
213 Therapie. Und umgekehrt. Und dann hängt es doch auch sehr vom Alter ab, also  
214 (...).

215 00:15:21  
216 I.: Also Sie haben es gerade schon aufgemacht z.B. Einteilungsmuster als Alter ab  
217 acht. Das haben Sie jetzt gerade vorhergesagt. Wäre was.

218 00:15:32  
219 B.: Ich habe am Anfang gedacht, so ab 12 oder ab 11 12 hab ich - glaub ich - am  
220 Anfang gedacht. Ich weiß gar nicht, wie es auf meiner Webseite steht, aber ich  
221 glaube 8 ist eine ganz gute Grenze für: mit dem Patienten. Aber muss man auch echt  
222 individuell gucken, glaub ich.

223 00:15:50  
224 I.: Also da würden sie sagen. Fällt Ihnen jetzt kein direktes Muster noch ein? Das ist  
225 ja erst mal eine Freischussfrage.

226 00:15:56  
227 B.: Alter. Naja, und die üblichen Sachen, die eigentlich dann alle nicht gehen. So  
228 akut psychotische Sachen, schwer mit Wahn, glaub ich ist es schwer. Aber alles  
229 andere. Könnte ich mir, kann ich mir schon vorstellen.

230 00:16:14  
231 I.: Gibt's etwas, wo Sie sich es besonders einfach per Video vorstellen? Oder was  
232 die Adaption sehr gut möglich macht? // Störungsbilder?

233 00:16:29  
234 B.: Besonders einfach //. Ich glaub, nee, glaube (...). Alles das, wo es übers  
235 Gespräch gut stattfinden kann. (beide lachen) Na, weil das ist dann genauso schwer  
236 oder genauso leicht wie eben auch in der Praxis selbst. Wenn man mit den  
237 Jugendlichen mehr dann übers Gespräch arbeitet oder dann über Imaginationen  
238 gewisse Dinge macht. Das geht auch da - glaub ich - ganz gut,

239 00:16:54  
240 I.: Da wären wir wieder bei den Jugendlichen.

241 00:16:57  
242 B.: Ja, und bei den Elfjährigen auch, also alles, was, die sich da gut unterhalten  
243 können und die dann schon eher so im Regelspiel unterwegs sind. Und die, die  
244 können ja schon gut imaginieren. Also das heißt, die können sich das schon gut  
245 vorstellen. Stell dir vor, du bist jetzt in der Klasse und du kommst rein und alle  
246 lachen. Alle lachen dich aus. So, also das kann man sich gut vorstellen, wenn man  
247 das anleitet und sagt. Ich kann auch gut sie auslachen grade, ne. Also dann spüren  
248 sie auch Scham. Also das geht auch wunderbar. Das würde ich auch in der Praxis so  
249 machen. Klar, die Bewegung und das raus, also Sie können ja auch aufstehen und  
250 rausgehen und können weggehen. Also das geht auch eigentlich ganz gut. Aber

251 eben das Spiel im Puppenhaus oder das Spiel Fußball oder Schwertkampf, was wir  
252 dann manchmal in der Praxis machen, das ist, das geht nicht.

253 00:17:46  
254 I.: Das fehlt dann.

255 00:17:46  
256 B.: Ja, ich weiß nicht ob das hilfreich für Sie jetzt ist. (lacht)

257 00:17:53  
258 I.: Ich mach was draus.

259 00:17:55  
260 B.: Okay (lacht).

261 00:17:55  
262 I.: Okay, gut, dann spring wir mal in den nächsten Block. Das Thema: Ihre  
263 Einstellungen. Die haben Sie schon ein bisschen mit beantwortet gerade. Wie war  
264 Ihre Grundeinstellung gegenüber der Videosprechstunde vor der ersten  
265 Durchführung? Sofern Sie sich gut erinnern können.

266 00:18:16  
267 B.: Ja, meine Einstellung: positiv, also ich. Einstellung? Eher positiv. Also ich hatte da  
268 Lust drauf. Also das ist ja eher ein Gefühl. Meine Einstellung war positiv. Ich hatte  
269 immer Lust drauf. Ich war motiviert. Ich hatte da irgendwie das Gefühl, ich möchte  
270 mit meinen Patienten im Kontakt sein und denen das anbieten und die schützen und  
271 mich schützen. Und also eher ne große Chance.

272 00:18:38  
273 I.: Ja, ja, das ist jetzt wieder sehr Corona orientiert. Da hatten sie sich vorher schon  
274 mal Gedanken dazugemacht.

275 00:18:45  
276 B.: Achso, ja, nee, davor hätte ich das abgelehnt.

277 00:18:48  
278 I.: Ja?

279 00:18:48  
280 B.: Ja. Hätte ich das abgelehnt.

281 00:18:50  
282 I.: Ganz entschieden kommt da das Ja.

283 00:18:52  
284 B.: Ganz entschieden hätte ich das abgelehnt und hätte gesagt, das ist eigentlich  
285 Murks. Das macht man eigentlich nicht. Oder das ist Quatsch, oder das ist nicht gut.  
286 Ja, auf jeden Fall.



287 00:19:02  
288 I.: Ok. Dann ist die spannende Frage: Wie ist Ihre Grundeinstellung gegenüber  
289 Videosprechstunde heute?

290 00:19:08  
291 B.: Ja, differenzierter auf jeden Fall. Ich würde heute sagen, dass das eine Chance  
292 ist für die Dinge, die wir vorhin angesprochen haben. Elterngespräche, wenn  
293 irgendwie doch was zeitlich nicht geht. Wenn Körperbehinderungen vielleicht sind,  
294 wenn räumliche Distanzen da sind, dann denke ich, oder wenn man irgendwie im  
295 Kontakt bleiben muss, weil z.B. ein Patient in Urlaub fährt, und das Gefühl hat Ich  
296 möchte aber, weil ich nicht im Urlaub bin, möchte aber ganz gerne irgendwie eine  
297 Stunde haben, weil das ist schwierig da und das würde ich gerne mit Ihnen  
298 angucken, das kann ja manchmal sogar ganz hilfreich sein. Ach so, vielleicht, das ist  
299 noch eine Chance. Also zumindest waren die Ideen schon da. Expositionen zu  
300 Hause dann machen zu können. Also solche Dinge wie bei Zwängen oder bei  
301 Angstsituationen und den Therapeuten darüber mitnehmen zu können, inwiefern es  
302 dann wirklich umsetzbar ist, ist nochmal eine andere Frage. Wir haben es nicht  
303 gemacht, aber z.B. sagte auch eine Patientin: Oh, ich kann jetzt gerade - Die war  
304 allerdings nicht elf - Jetzt gerade viel besser über diese eine problematische Sache  
305 sprechen, weil ich bin hier zu Hause in meiner Base und in meinem sicheren Ort und  
306 das kann auch eine Chance sein. Aber das ist eben nicht pauschal. Das ist sehr  
307 individuell. Und ich würde jetzt schon denken, dass es ist gut, dass es das gibt und  
308 es ist gut, dass es dafür jetzt auch eine Öffnung gibt. So auch vom Gedanken her.

309 00:20:29  
310 I.: Das heißt auch unabhängig von Corona?

311 00:20:31  
312 B.: Jetzt unabhängig von Corona. Aber ich habe das Gefühl, es ist nur durch Corona  
313 dazu gekommen, dass ich da ne Einstellungsänderung habe.

314 00:20:41  
315 I.: Danke. Das belassen wir dabei.

316 00:20:43  
317 B.: Okay.

318 00:20:44  
319 I.: Und dann sind wir im Grunde soweit durch. Der letzte Block ist: haben wir was  
320 vergessen, was sie gerne noch ansprechen würden.

321 00:20:59  
322 B.: (...) Also ich könnte mir gut vorstellen, weil eben doch Spielen und diese Zeit mit  
323 dem Therapeuten und diese Spielsache eine wichtige Rolle spielt, wenn da Dinge  
324 integriert sein könnten in so diese Videoplattformen, in diese Anbieter, dass man -  
325 ich weiß nicht - ein vier Gewinnspiel hat, wo man dann irgendwie klickt und wo man  
326 miteinander spielt, oder? Ach ich weiß es nicht. Da gibt's bestimmt viele  
327 Möglichkeiten, wo man das irgendwie noch. Noch besser macht oder wenn jemand

328 irgendwie da Ideen zu hat, ein Buch schreibt, oder sowas. Das ist bestimmt hilfreich.  
329 Also wenn man das Ideensammlung hat oder auch irgendwie programmierte  
330 Sachen, Spiele hat.

331 00:21:44

332 I.: Auf die man zurückgreifen könnte.

333 00:21:45

334 B.: Ja, wo man vielleicht auch im Team miteinander dann irgendwie spielt. Es muss  
335 halt Datenschutz technisch irgendwie gut passen und so. Das ist sicherlich etwas,  
336 was es nochmal (...), auch die Motivation, das durchzuhalten, weil es ist für die  
337 Kinder schon auch anstrengend. Also so in dem Alter, dann die ganze Zeit zu  
338 zuhören und sie merken es ja gerade auch selber nochmal. Wir haben uns ein  
339 bisschen dran gewöhnt. Man weiß ja nie, man merkt ja durch diesen Delay nicht so  
340 richtig, wann es der andere jetzt fertig. Und man quatscht sich immer mal  
341 dazwischen. Das ist für die Kinder auch echt schwer. // Hm. Ja. Das wäre gut.

342 00:22:18

343 I.: Hm, ja // Dann, letzte Frage Was wünschen Sie sich für die Zukunft im Rahmen  
344 der Videosprechstunde mit Kindern, also bis 11?

345 00:22:33

346 B.: (...) Ich würde mir wünschen, dass das von den Krankenkassen nicht in  
347 irgendeiner Form gedeckelt ist, dass man das frei nutzen kann und dann nicht  
348 schauen muss, ob da irgendwie jetzt gewisse 20% Kontingente irgendwie  
349 überschritten sind oder unterschritten werden, sondern dass man das so nutzen  
350 kann, wie man das möchte. Dass das eigentlich so einsetzbar ist und einsetzbar  
351 bleibt. Das wäre ein Wunsch. (...) Ansonsten funktionierte das eigentlich sehr schnell  
352 sehr gut. Muss ich wirklich sagen, aber dass das von den Rahmenbedingungen her  
353 so ist, das finde ich schon ziemlich gut.

354 00:23:22

355 I.: Gut,

356 00:23:23

357 B.: okay,

358 00:23:23

359 I.: Dann. Besten Dank! Ich beende hier mal die Aufzeichnung.

360

## Anlage 4.6: L2a, Interviewtranskription Expertin 2 Teil 1

1 00:00:04  
2 I.: Gut, dann der erste Themenkomplex. In welchem Rahmen und mit welchem Umfang konnten  
3 Sie mit der Video spricht und bei Kindern bisher Erfahrung sammeln? Damit meine ich konkret:  
4 Seit wann nutzen Sie die Videosprechstunde?

5 00:00:20  
6 B.: Seit dem ersten Lockdown.

7 00:00:22  
8 I.: Seit dem 1. Lockdown. Vorher haben Sie die nie verwendet?

9 00:00:25  
10 B.: Nein.

11 00:00:26  
12 I.: Nein. Okay, dann gehen wir gleich zum nächsten. Was für Patienten bzw. welches Alter und  
13 Störungsbild hatten Sie bisher in der Videosprechstunde?

14 00:00:40  
15 B.: (...) Tja, ungefähr das Alter von 9 bis 21.

16 00:00:50  
17 I.: Okay. Wie viele Kinder hatten Sie davon? Also bis 11, bis einschließlich 11?

18 00:00:58  
19 B.: Ich denke, höchstens zwei.

20 00:01:00  
21 I.: Höchstens zwei, okay. Dann erstmal noch die nächste Frage zu dieser Daten Abfassung. Wie  
22 oft pro Woche, pro Monat nutzen Sie die Videosprechstunde?

23 00:01:13  
24 B.: Im ersten Lockdown mehr, also mehrfach in der Woche. (...)

25 00:01:20  
26 I.: Können // Sie das eingrenzen?

27 00:01:20  
28 B.: Danach // wieder ganz normaler Praxisbetrieb und das wäre jetzt die absolute Ausnahme. Die  
29 jetzt sicherlich aufgrund der Erfahrung genommen werden würde, auch wenn jemand länger  
30 erkrankt ist oder aus irgendwelchen anderen Hinderungsgründe nicht zur Therapie erscheinen  
31 könnte. Also sprich, gelernt haben wir, wenn Eltern z.B. nicht fahren könnten, das ein Kind  
32 trotzdem, wenn die Bedingungen dafür vorhanden sind, dann die über die Videosprechstunde  
33 machen könnte.

34 00:01:58  
35 I.: Da sind wir schon beim nächsten oder beim übernächsten Blog. Kurz noch aktuell. Nutzen Sie  
36 die Videosprechstunde nur für solche Ausnahmefälle.

37 00:02:09  
38 B.: Ja, weil jeder hier herkommen kann.

39 00:02:13  
40 I.: Okay, gut, aber sie machen im Grunde alles wieder in Persona.

41 00:02:16  
42 B.: Genau.

43 00:02:16  
44 I.: Das war jetzt nur Lockdown bedingt.

45 00:02:20

46 B.: Ja, nur Lockdown bedingt. Und, ja, eben, joa, man hat ja so seine Meinung (lacht).

47 00:02:26

48 I.: Okay. Dann noch die letzte Frage zu Datenabfrage erst mal. Wie haben Sie sich in das Thema

49 eingearbeitet?

50 00:02:38

51 B.: (...) Ja, wie soll ich mich da einarbeiten? (lacht) Gar nicht? Ja.

52 00:02:42

53 I.: Also ins kalte Wasser geschubst?

54 00:02:44

55 B.: Richtig. So wie alle, die jetzt mit dem Computer einfach merken, dass man auch noch mehr

56 machen kann. // (lacht)

57 00:02:52

58 I.: Okay, gut. // Ja. Das hätte ja verschiedene Möglichkeiten gegeben. Aber das ist okay. Gut, dann

59 würde ich gerne in den nächsten Themenblock mit Ihnen springen. Die Umsetzung. Können Sie

60 mir ein bis drei konkrete Durchführungen berichten, von Stunden, wie Sie die Videosprechstunde

61 bei Kindern bis 11 gemacht haben.

62 00:03:17

63 B.: Na ein bis drei wird nicht, wenn ich sage höchstens zwei,

64 00:03:20

65 I.: // Ja, dann.

66 00:03:21

67 B.: und dort // muss ich mich auch schon sehr, dann ja, ähm (überlegt). Also diese

68 Videosprechstunden sind dann tatsächlich auch in zwei Sitzungen auch so geblieben. Ja, also das

69 wurde jetzt nicht wahnsinnig vertieft, sondern im Vorfeld gab es Aufträge. Das heißt, es wurde ein

70 Link ja verschickt und gleichzeitig mit den Eltern ja auch nochmal telefonisch, wie auch immer

71 musste, ja auch noch ausgetauscht werden, ob wir überhaupt Videosprechstunde machen können /

72 wollen. Mit Unterschrift und haste nicht gesehen. Also die Bürokratie, die ja auch mit dazugehört

73 und ob sichergestellt werden kann, was. Das heißt. Die Vorbereitung dessen war erstmal zu führen

74 und gleichzeitig auch, was kann denn das Kind dort erwarten, wenn es denn überhaupt an dem

75 Tag gewillt ist, mit mir zu sprechen?

76 00:04:23

77 I.: Okay. Ja. Und wenn das Kind sich dann entschieden hat?

78 00:04:29

79 B.: Dann sind es immer solche. Also wie gesagt, ich greife hier nur auf zwei einzelne Stunden

80 zurück. Die so konzipiert waren, dass ich erst das Elternteil vor dem Gerät hatte, um auch

81 sicherzustellen, dass alles auch funktioniert. Danach ist ein gemeinsames Gespräch mit Elternteil

82 und Kind, um eine Aufwärmphase zu haben. Und gleichzeitig dann dem Elternteil das Signal zu

83 geben. Ob das Kind jetzt alleine mit mir das weitermachen kann und möchte? Da ja schon

84 Hausaufgaben vergeben waren, war sowieso klar, dass die Eltern das auch alles so tun und das

85 Kind auch alleine dann eben im Zimmer belassen. Das ist ja die nächste Schwierigkeit, dass man

86 nicht weiß, sind die Bedingungen tatsächlich, dass man tiefschürfende Sachen machen kann. Und

87 danach war klar, dass das Kind die Gelegenheit auch nutzt, anhand der Technik mir die wichtigen

88 Dinge zu zeigen, die ihm wichtig waren. Das war auch schon im Vorfeld mit den Eltern

89 besprochen. Dass also jetzt hier nicht ich irgendwo hin schaue. (lacht) Was nicht gewollt. Sondern

90 vielmehr, dass das Kind auch die Gelegenheit nahm, wie wir eben sonst, dass das Kind meine

91 Zimmer kennt und auch weiß, womit wir dort arbeiten können und ein Kind, also einen tieferen

92 Einblick in die Intimsphäre dort zugelassen hat. Bei sich zu Hause, im Zimmer.



93 00:06:17  
94 I.: Also sie haben inhaltlich dann eine Art Hausbesuch gemacht mit dem Kind?

95 00:06:20  
96 B.: Genau, sodass das Kind also mir von all seinen Lieblings Dingen oder mal das Haustier  
97 vorstellte oder wer auch immer. Und dort also eine lockere Atmosphäre dann auch stattgefunden  
98 hat und man dann natürlich auch Inhalte aus der Therapie in der Hinsicht dann also auch  
99 einsteigen konnte, in Bezug auf, wie geht's der Familie? Wie gestaltest du jetzt gegenwärtig in  
100 deinem schönen Zimmer mit deinem Haustier, wie auch immer, denn jetzt die Corona Zeit. Also es  
101 ging dann eigentlich eher darum, den Tagesablauf nochmal sich anzuhören, um eine Struktur  
102 reinzubringen. Und, wie es denn auch aufgrund des man alle Familienmitglieder ja zu Hause hat.  
103 Wie störungsfrei das erlebt wird. Was stresst. Und ja, dann ein paar Hinweise im Bezug auf, - Ach  
104 da sehen Sie, da fällt mir gleich ein, mit einer Patientin hab ich sogar zwei Sitzungen gemacht.  
105 Und weils dort eine Hausaufgabe dann gab: Wie kann ich den Tag anders strukturieren und mir  
106 selber auch schöne Erlebnisse schaffen? Also das sind mehr oder weniger dann schon sehr  
107 herausfordernde Dinge gewesen für den einen Patienten. Wobei man da merkte, der wird  
108 zunehmend unruhig, abgelenkter, wo man dann einfach nur sagte Okay.

109 00:07:58  
110 I.: Wie alt war der Patient etwa?

111 00:07:59  
112 B.: Der war neun und auch eher ein niedriges Intelligenz Volumen. (lacht) Ja, das war also das  
113 Spektrum, auch wie dort geredet werden kann. Ist also eher praktisch und nicht unbedingt verbal.

114 00:08:19  
115 I.: Das ist ja genau die spannende Frage. Wenn kein reflexives Gespräch so einfach machbar ist,  
116 was kann alternativ verwendet werden?

117 00:08:28  
118 B.: Genau. Aber diese Einblicke zu mindestens mehr aus der Intimsphäre, was eben auch im  
119 Vorfeld klar war, dass es für viele - also so habe ich es erlebt - auch für ältere Patienten, dass das  
120 ein guter Einstieg ist, dass die also auch was von sich selber Preis geben dürfen. In diesem  
121 Gespräch mit dem Neunjährigen war es dann so, dass die Mutter - in diesem Fall die Pflegemutter  
122 - wieder mit dazu genommen wurde, im Gespräch und verschiedene Dinge aus dem Alltag  
123 gemeinschaftlich dann nochmal besprochen wurde. Und, da dieses Kind eben tatsächlich nicht  
124 lange jetzt gebunden werden konnte, was aber nichts Untypisches ist, sondern das es einfach auf  
125 die Ferne da ist, kein Bezug. Wir können gerade jetzt nicht gemeinsam die Dinge bewegen, auch  
126 taktiel. Ja, ist das dann eigentlich schon soweit fertig gewesen. Dann gibt es ein paar Hinweise für  
127 die Störung, die also weiterhin hier zu Hause entweder als Wutausbruch oder wie auch immer  
128 stattfinden. Und dann war das soweit fertig.

129 00:09:45  
130 I.: Das heißt, von Methoden her sprechen wir jetzt über Elterngespräch, Psycho Edukation,  
131 Alltagsreflexion, Krisenreflexion und Hausbesuch.

132 00:09:56  
133 B.: Ja

134 00:09:56  
135 I.: Sonst war da nichts dabei.

136 00:10:01  
137 B.: Wär für dieses Kind nicht machbar gewesen.

138 00:10:03  
139 I.: Okay. Und das war das einzige bzw. das war das Kind, womit sie die Videosprechstunde  
140 gemacht haben?

141 00:10:09  
142 B.: Das war das Kind. Das andere, das war dann elf, wo ich dann sagte da war ja doch noch eine  
143 zweite Sitzung, weil es eine Hausaufgabe gab. Ja, also ähnliche Herangehensweise. Es war auch  
144 bekannt, welche Familienzwickigkeiten gegenwärtig dawaren und zusätzlich praktisch zu diesem  
145 Hausbesuch war es, dass das Kind, dort die Freiheit hatte, mit mir über die wirklich auftretenden  
146 Schwierigkeiten zu reden und gemeinschaftlich dann nach Lösungen gesucht wurde. Das  
147 Mädchen auch gemeinsam mit mir auch ein kleines Plakat erstellt hat.

148 00:10:57  
149 I.: D. h. das Mädchen hat vor Ort das Plakat erstellt, oder?

150 00:11:00  
151 B.: Genau, sie hat sich ein Blatt Papier genommen und wir haben dann überlegt mit  
152 Gedankenblasen. Also was passiert hier erstens. So als Kreislauf? Wo bewegen wir uns? Was  
153 kommt immer wieder und wie kann ich das jetzt durchbrechen? Also dass war was wir versucht  
154 haben, eben tatsächlich es zu visualisieren. Ich hab ihr dann meins gezeigt. Wie ich gerade  
155 darüber denke. Es ist ein bisschen schwierig, das in die Kamera dann alles, so, dass der andere  
156 das versteht. Sie hat mir ihrs erklärt, was sie jetzt gerade gemacht hat, auch was sie dabei mit  
157 gezeichnet hat. Also ich zeichne sehr gerne, auch in Gesprächen und daraus wurde dann die  
158 Therapie Aufgabe auch abgeleitet. Ja also dann was sie dann auch reingeschrieben hat und dann  
159 wieder mit einer Zeichnung von... (Abbruch der Audioaufnahme, Störung in Kapitel 5 beschrieben)



## Anlage 4.7: L2a, Gedächtnisprotokoll Expertin 2 Teil 2

1	<b>Anlage Gedächtnisprotokoll</b>
2	
3	<b>Gedächtnisprotokoll:</b>
4	
5	Rahmen: (Von den ersten Fragen ist noch die Aufnahme vorhanden. Am Ende hatten sie aber
6	nochmal den Dritten Fall eingebracht.)
7	
8	3 PatientInnen 9/11/11 Jahre
9	
10	Je Patient nur 1-2 Videosprechstunden gemacht
11	
12	
13	<b>Welche Interventionen / Methoden haben sie wie verwendet?</b>
14	Alltagsstrukturierung,
15	<u>Corona-Kriseneintervention</u> ,
16	Alltagsreflexion,
17	Therapeutischen Hausaufgaben / Aufträge,
18	Aufrechterhaltung der Beziehung,
19	<u>Psychoedukation</u> ,
20	Elterngespräche,
21	Virtueller Hausbesuch,
22	Gegenseitiges Gestalten von Plakaten mit Pictogrammen und Zeichen.
23	
24	<b>Welche Stolpersteine sind Ihnen in der Verwendung der VS aufgefallen?</b>
25	
26	Technische Umsetzung bzgl.
27	Datenschutz -> zusätzlich formales <u>Unterschriftensammeln</u> , was besonders Risiken/ Umstände bei
28	strittigen Eltern mit sich brachte
29	Vorhandener Technik der Familie
30	Nicht jeder hat die nötige Technik
31	Mache Bevölkerungsschichten werden ausgeschlossen
32	vorhandener Zeiten für die Nutzung von Technik bei nur einem Gerät, z.B.:
33	KE wollen Medium für Homeoffice nutzen
34	Geschwister zum Spielen
35	Unsicherheit, ob wirklich nur besagte Person im Raum ist, oder ob noch <u>jmd</u> zuhört
36	Limitierung durch Abrechnungskatalog und unverhältnismäßiger Aufwand durch Bürokratie zur
37	Telematik
38	Ruhe im Raum halten - z.B. bei lärmenden Geschwistern
39	Bei strittigen Elternkonstellationen: KE sind immer in der Macht, da sie die VS am anderen Ende
40	steuern -> Chancen für Übergriffe im Sinne von anhaltenden Einbringen von Eigenthemen
41	der Bezugspersonen steigen / Kind kann instruiert werden noch etwas zu sagen, was KE
42	wollen / Sichere Rahmen ist gefährdet in welchem Therapeutin im vollen Kontrollrahmen
43	entscheidet, wann z.B. ein ernstes 4-Augengespräch geführt wird -> Hemmung der
44	Therapeutin steigt, so ein solches Gespräch über VS zu führen
45	
46	<b>Welcher erwartet und unerwartete Nutzen hat sich aus der Verwendung der VS ergeben?</b>
47	
48	Neue/Andere Intimität bzw. Beziehungsgestaltung durch Blick in die Wohnung im alltäglichen
49	Kontext
50	<u>Selbstwirksamkeitsförderung</u> für Patientinnen, da diese aktive Akteure der VS werden ->
51	bestimmen was wie gezeigt wird
52	
53	<b>Was würden sie einem mit der VS unerfahrenen Kollegen mitgeben, was sie gern selbst</b>



36 00:01:23  
37 I.: 12 Also schon einige.

38 00:01:24  
39 B.: Ja.

40 00:01:25  
41 I.: Ja. Und nur im ersten Lockdown oder auch noch später?

42 00:01:29  
43 B.: teilweise durchgängig bis heute.

44 00:01:32  
45 I.: Ahja, also das heißt, Sie haben nicht nur die Fokussierung beim Lockdown  
46 gelassen, sondern haben es dann weiterlaufen lassen.

47 00:01:37  
48 B.: Genau, genau.

49 00:01:38  
50 I.: Da kommen wir nochmal drauf bzw. wie oft pro Woche pro Monat verwenden Sie  
51 die VS.

52 00:01:47  
53 B.: Pro Woche? Ja, es ist sehr unterschiedlich. Also zwischen, tja, 2 und 4 mal würde  
54 ich sagen.

55 00:01:57  
56 I.: Okay, gut, dann wie haben Sie sich in das Thema eingearbeitet?

57 00:02:07  
58 B.: (lacht) Gar nicht. (lacht stärker)

59 00:02:09  
60 I.: Der Sprung ins kalte Wasser.

61 00:02:11  
62 B.: Der Sprung ins kalte Wasser. Ja, genau.

63 00:02:15  
64 I.: Okay. Das heißt auch im Sinne von Weiterbildungen nichts oder mit Kollegen  
65 abgesprochen?

66 00:02:21  
67 B.: Es gab ja leider keine Weiterbildung. Weiterbildung waren gebucht, aber haben  
68 alle nicht stattgefunden. Das war leider das Problem. Und ansonsten ja, mit Kollegen  
69 und Kolleginnen ausgetauscht. Und ja, über Forum usw. oder eben auch Austausch  
70 betrieben und auch mal Materialien erstellt oder von Kollegen oder Kollegen  
71 bekommen und das dann genutzt.

54 **vorher gewusst hätten?**  
55  
56 Keine Antwort  
57  
58 **Gibt es Störungsbilder (oder andere einteilende Muster) welche ihre Meinung nach**  
59 **besonders gut/schlecht per VS zu behandeln gehen? Warum?**  
60  
61 Nein  
62 Immer individuell am Patienten zu klären.  
63 Auch mit 5 Jährigen denkbar, wenn kürzere Zeiteinheiten genutzt werden und Eltern gut  
64 eingebunden sind  
65  
66 **Wie war Ihre Grundeinstellung gegenüber VS vor der ersten Durchführung?**  
67  
68 Neugierig skeptisch - schon vorher mit dem Gedanken geliebäugelt, die VS an der ein oder  
69 anderen Stelle einzusetzen  
70  
71 **Wie ist Ihre Grundeinstellung gegenüber VS heute?**  
72  
73 Gern weiter nutzen, wenn die regulatorischen Rahmenbedingungen nicht so umständlich wären  
74  
75 **Haben wir etwas vergessen, was sie gern noch ansprechen würden?**  
76  
77 Soweit nicht  
78  
79 **Was wünschen sie sich für die Zukunft im Rahmen VS mit Kindern?**  
80  
81 Regulatorischen (Abrechnungs-) Rahmen vereinfachen und praktikabel gestalten  
82  
83  
84 Bestätigung Email-Vermerk  
85 13.04.21 12:53Uhr  
86  
87 Sehr geehrter Herr Schumann,  
88 Sie können es so verwenden. Viel Erfolg.  
89  
90 MfG  
91 [Expertin2]

## Anlage 4.8: L3, Interviewtranskription Expertin 3

1	00:00:03
2	B.: Also ich muss jetzt fortfahren drücken, nehme ich mal an. Oder? Ja, gut.
3	
4	00:00:06
5	I.: Gut. Dann steigen wir ein. Der erste Block ist die Frage: In welchem Rahmen und
6	in welchem Umfang konnten Sie mit der Videosprechstunde bei Kindern bisher
7	Erfahrungen sammeln? Konkret: Seit wann nutzen Sie die Videosprechstunde?
8	
9	00:00:29
10	B.: Ich nutze die Videosprechstunde konkret seit April 2020. Das kann ich so genau
11	sagen, weil das natürlich kurz nach dem Lockdown war und das quasi so die einzige
12	Möglichkeit war oder nicht die einzige aber eine der Möglichkeiten war, mit manchen
13	Patienten weiterhin Kontakt zu halten.
14	
15	00:00:50
16	I.: Vorher haben sie die Videosprechstunde und nicht genutzt.
17	
18	00:00:53
19	B.: Nee, ich hab davon gehört, aber ich habe so gedacht / naja, also ich hab mich,
20	gebe ich zu, nicht näher damit beschäftigt. Also, war jetzt kein großes Thema für
21	mich.
22	
23	00:01:04
24	I.: Was für Patienten bezüglich Alter und Störungsbild hatten sie bisher in der
25	Videosprechstunde?
26	
27	00:01:11
28	B.: Also Alter. Das hat man glaub ich auch im Telefon schon besprochen. Ich mach
29	das eigentlich vorrangig mit Jugendlichen. Die Patientin, die wahrscheinlich für sie
30	am ehesten in Frage kommt. Die ist elf. Da geht's um Angststörung. Bei den anderen
31	Patienten. Angststörungen, Depressionen, Essstörungen. Das ist aber eher so
32	sporadisch. Also mit der elfjährigen Patientin hab ich das eine Zeit lang relativ
33	regelmäßig gemacht, mit allen anderen eher aus anderen Gründen. Also z.B. der
34	eine, der wohnt halt in Chemnitz, ist ein Jugendlicher oder junger Erwachsener
35	inzwischen schon 23. Das war natürlich dann der relativ einfache Weg, nachdem ich
36	quasi erst mal rausgefunden hab, das Videosprechstunde ganz praktisch sein kann,
37	mit ihm unkomplizierter Kontakt zu halten und auch Termine zu machen, als es
38	vorher war. Also vorher ist er also mal hergekommen und es war schwierig. Ja //
39	also.
40	
41	00:02:18
42	I.: Dann // gehen wir erstmal weiter mit der Datenabfrage, denn da kommen wir noch
43	später dazu.
44	
45	00:02:24
46	B.: Ja.

47  
48 00:02:25  
49 I.: Jetzt haben Sie die Frage schon teilweise beantwortet. Wie oft pro Woche pro  
50 Monat nutzen Sie die Videosprechstunde?  
51  
52 00:02:31  
53 B.: Also wirklich nur in Ausnahmefällen. Also nicht mal / ich könnte nicht mal sagen  
54 einmal wöchentlich. Also das ist wirklich vielleicht einmal im Monat. Jetzt zurzeit  
55 wieder, weil tatsächlich die meisten Patienten auch gerne herkommen. Also ich  
56 glaube, dass vielleicht auch die Folge von Lockdown. Man kommt ja noch woanders  
57 hin, da geht man dann gerne zum Therapeuten. (lacht)  
58  
59 00:02:56  
60 I.: Im Lockdown, wie oft haben Sie es da genutzt?  
61  
62 00:03:01  
63 B.: (...) Da hab ich es relativ häufig genutzt. Zwei, dreimal pro Woche würde ich  
64 sagen, also nichts im Vergleich zu anderen Kollegen, die teilweise ja komplett auf  
65 Video umgestellt haben. Also das hab ich nicht gemacht.  
66  
67 00:03:19  
68 I.: Gut. Und wie haben Sie sich in das Thema eingearbeitet?  
69  
70 00:03:25  
71 B.: In die Videosprechstunde?  
72  
73 00:03:26  
74 I.: Ja.  
75  
76 00:03:27  
77 B.: Gar nicht (lacht).  
78  
79 00:03:29  
80 I.: Der Sprung ins kalte Wasser.  
81  
82 00:03:30  
83 B.: Ja, genau. Ich hab's einfach probiert und habe einfach so geguckt, was man wie  
84 machen kann. Was überhaupt möglich ist. Also ich hab natürlich komplett von  
85 vornherein für mich festgelegt, dass ich jüngere Patienten, Mindestens bis acht, neun  
86 Jahre nicht - definitiv nicht - in der Sprechstunde nehme, weil ich mir das einfach  
87 nicht vorstellen konnte. Weil ich auch gerade in der Praxis viel Wert darauf lege auf  
88 persönlichen Kontakt und dass wir miteinander spielen. Das ist das eine. Das andere  
89 ist, dass ich einfach so die Befürchtung habe, dass vielleicht dann auch teilweise  
90 Eltern mit dabei sind, irgendwo im Hintergrund bestimmte Sachen mithören. Was ich  
91 ja hier einfach ganz anders gewährleisten kann. Ne, hier haben wir unseren Raum  
92 und die Sicherheit.

93  
94 00:04:24  
95 I.: Ah ja. Gut. Darauf komme ich später nochmal zu sprechen.  
96  
97 00:04:26  
98 B.: // Ja.  
99  
100 00:04:27  
101 I.: Aber gut das wie es haben. //Gut, dann gehen wir in den zweiten Themenblock,  
102 die Umsetzung. Können Sie mir ein bis drei konkrete Durchführungen berichten. Von  
103 der Videosprechstunde mit Kindern, also bis 11 bis einschließlich 11..  
104  
105 00:04:43  
106 B.: Was heißt konkrete Durchführung?  
107  
108 00:04:45  
109 I.: Was haben wir gemacht?  
110  
111 00:04:45  
112 B.: // Ok.  
113  
114 00:04:46  
115 I.: Also wie haben sie // das gestaltet? Welche Interventionen Methoden haben Sie  
116 verwendet und was haben Sie sich dabei gedacht?  
117  
118 00:04:55  
119 B.: Okay. Wie meinen Sie das? Was haben Sie sich dabei gedacht?  
120  
121 00:04:59  
122 I.: Wenn Sie eine Methode verwendet haben.  
123  
124 00:05:02  
125 B.: Achso okay. Ja. Also eher spontan nutze ich das. Das ist / so arbeite ich aber  
126 auch in der Praxis. Also es ist selten so, dass ich mir jetzt für eine Stunde einen  
127 kompletten Plan mache, wie was läuft, sondern es ist eher so: Was bringt die  
128 Patientin oder der Patient mit? In dem Fall war es so, wenn ich jetzt an die elfjährige  
129 Patientin denke eine Angst-Patientin, die Angst hat, entführt zu werden und Angst  
130 hat, dass Männer ihr etwas tun könnten. Und da haben wir ganz viel kognitiv  
131 gearbeitet. Muss ich aber sagen, das ist eine Patientin, die ist wirklich  
132 außergewöhnlich klug und reflektiert. Also das kann ich mir mit anderen zehn  
133 Elfjährigen gar nicht in dem Umfang vorstellen. Aber das hat gut funktioniert über  
134 Video. Das ist, ja, kognitive Arbeit. Exposition, also nur gedankliche Exposition ist  
135 klar, ne.  
136

137 00:06:16  
138 I.: Ja, okay. Das bedeutet, Sie sind ins wirklich klassische Reflexionsgespräch mit ihr  
139 gegangen.  
140  
141 00:06:23  
142 B.: Genau.  
143  
144 00:06:25  
145 I.: Und haben da auch nicht, was sonderlich anderes drum herum gemacht.  
146  
147 00:06:29  
148 B.: Nee, so wie ich immer mache. Also na, was hast du für Gedanken? Wie könnten  
149 die Gedanken denn oder was? Wie könnten die Gedanken anders sein? Also wie  
150 könnte man positiver denken? Oder sind die Gedanken realistisch? Oder wie  
151 könntest du dich verhalten, wenn sowas passiert? Was machst du da? Also das war  
152 auch ein großes Thema, dieses: was mache ich denn, wenn mir wirklich sowas  
153 passiert? Also so dieses Durchspielen von wie kann ich mir in einem Ernstfall Hilfe  
154 suchen? Was kann ich da tun? Auch wenn wir das natürlich versucht haben,  
155 realistisch zu betrachten, dass der Ernstfall wahrscheinlich seltenst passieren wird.  
156 Ja.  
157  
158 00:07:14  
159 I.: Ok, gut, aber im Grunde haben Sie da jetzt salopp gesagt, wie mit einer  
160 Erwachsenen da fast gearbeitet oder mit einem Jugendlichen.  
161  
162 00:07:23  
163 B.: Ja.  
164  
165 00:07:23  
166 I.: So, die Fragestellung: Was macht man mit Kindern, wo wir nicht so reflektiert  
167 arbeiten können?  
168  
169 00:07:29  
170 B.: Kann ich Ihnen nicht beantworten.  
171  
172 00:07:30  
173 I.: Das ist für diese Patientin nicht beantwortbar. Und mit anderen haben Sie da auch  
174 keine Erfahrungen diesbezüglich gemacht?  
175  
176 00:07:38  
177 B.: Nein. Wie gesagt, das ist ja meine jüngste und Patientin, mit der ich das  
178 tatsächlich gemacht habe. Und die anderen sind alle 18 bis tatsächlich 23, mit denen  
179 ich das mache. Und da ist es ja sowieso auch ne kognitive Arbeit vorrangig.  
180  
181 00:07:57  
182 I.: Gut, dann sind wir sehr schnell mit diesem Blog durch und gehen zum nächsten.



183  
184 00:08:03  
185 B.: Okay.  
186  
187 00:08:03  
188 I.: Dritter Themenblock: Bewertung. Also welchen / nee wir gehen konkret rein.  
189 Welche Stolpersteine sind Ihnen in der Verwendung der Videosprechstunde  
190 aufgefallen?  
191  
192 00:08:16  
193 B.: Was konkret meinen Sie mit, worauf bezieht sich das?  
194  
195 00:08:19  
196 I.: Das ist eine allgemein offene Frage also auf die Verwendung der  
197 Videosprechstunde.  
198  
199 00:08:24  
200 B.: Also das vielleicht das, was ich vorhin gesagt hab, dass ich von vornherein für  
201 mich vielleicht auch eine bestimmte Altersgruppe ausgeschlossen habe. Ob das jetzt  
202 fachlich begründet ist oder nicht, kann ich Ihnen gar nicht sagen. Das war eher so  
203 eine spontane Entscheidung, weil ich so gedacht hab. Also ich muss. Ich will mich  
204 darauf verlassen können. Das ist das eine. Das andere ist.  
205  
206 00:08:48  
207 I.: Worauf verlassen können?  
208  
209 00:08:50  
210 B.: Dass ich mit dem Patienten alleine spreche oder wenn ich das so plane, dass ich  
211 tatsächlich auch mit den Eltern spreche. Aber das es nicht so ist, dass irgendwo  
212 Eltern vielleicht im Hintergrund irgendwas hören, was nicht für deren Ohren gedacht  
213 ist. Ein anderer vielleicht ein Stolperstein war, dass ich tatsächlich mehr gemacht  
214 hätte an Videosprechstunden, gerade mit auch jungen Erwachsenen Jugendlichen.  
215 Aber bestimmte Störungsbilder das, glaube ich, verhindern. Also gerade was soziale  
216 Angst betrifft. Die Patienten haben vorrangig gesagt: Das möchten sie nicht.  
217  
218 00:09:29  
219 I.: Spannend.  
220  
221 00:09:30  
222 B.: Also das war sehr auffällig, finde ich. Was ich mir auch ganz gut vorstellen kann,  
223 weil man, sie sehen sie ja selber, man kann nicht ausweichen. Also, die ganzen  
224 Sicherheitsmaßnahmen, die man vielleicht ja so persönlich noch so treffen kann,  
225 auch im Therapieraum mit wegrehen oder nicht gegenüber setzen, das fällt ja weg.  
226 Und also das ist was. Da hab ich, aber das hab ich nicht erzwungen. Das war dann  
227 halt so. Ja, ansonsten technische Probleme vielleicht, aber das ist jetzt nicht der

228 Rede wert. Also da gab's keine größeren problematischen Sachen. Eher, dass Eltern  
229 skeptisch waren. Kann man das machen, darf man das machen? Aber.

230  
231 00:10:18  
232 I.: Führen Sie das mal noch weiter aus?

233  
234 00:10:23  
235 B.: Die waren überrascht, dass das geht. Kann man denn sowas per Video machen?  
236 Und wie ist das mit der Sicherheit? Und ich hab denen das dann erklärt. Es gibt ja  
237 bei Red Medical - das wissen Sie ja auch - diese Einwilligungserklärung. Die hab ich  
238 denen dann gezeigt. Und wer das dann wollte, der hat es gemacht. Und ansonsten  
239 hab ich gesagt: Gut, dann kommen Sie, können sie gerne in die Praxis kommen. Und  
240 ja. Also größere Stolpersteine hatte ich jetzt nicht.

241  
242 00:10:52  
243 I.: Dann, Umkehrfrage: Welcher erwartete und unerwartete Nutzen hat sich aus der  
244 Verwendung der Videosprechstunde ergeben?

245  
246 00:11:02  
247 B.: Also ein praktischer Nutzen, was ich vorhin schon gesagt hab, dass ich mit  
248 bestimmten Patienten tatsächlich viel leichter Kontakt halten kann. Beispiel ist auch  
249 eine Patientin, die jetzt im Sommer weggezogen ist. Wo noch, weiß ich nicht, fünf  
250 Stunden oder so übrig sind, junge Erwachsene, die es nach Hannover gezogen. Also  
251 die kann natürlich nicht zum Termin herkommen. Und wo wir jetzt einfach sagen  
252 können, das machen wir per Video. Also da hat mir Corona tatsächlich geholfen, in  
253 dem Fall, weil ich es sonst wahrscheinlich / weiß nicht, ob ich es sonst ausprobiert  
254 hätte.

255  
256 00:11:41  
257 I.: Also die Entfernung überbrücken.

258  
259 00:11:43  
260 B.: // Genau.

261  
262 00:11:44  
263 I.: Trifft das auch// auf Jüngere zu?

264  
265 00:11:47  
266 B.: Was ich ganz spannend finde ist, dass man nochmal einen ganz anderen Einblick  
267 in die Lebensverhältnisse von den Patienten bekommt, dass man auch nochmal  
268 einen persönlicheren Eindruck bekommt, auch mal ansprechen kann. Zeig mir doch  
269 mal dein Zimmer. Und wie sieht das denn aus? Und auf bestimmte Details, die auch  
270 im Zimmer sind, einfach nochmal eingehen kann. Also man hat nochmal einen ganz  
271 anderen Blick auf den Patienten, weil es einfach ein anderes Setting ist.

272



273 00:12:17  
274 I.: Hatten Sie das mit Ihrer Elfjährigen auch?  
275  
276 00:12:21  
277 B.: Ja, also tatsächlich. Dass ich so eine Idee davon bekommen hab, wie das  
278 Lebensumfeld ist, wie es draußen aussieht. Also alles das, was man zwar vielleicht  
279 erzählt bekommt, aber jetzt nicht so 1:1 sich vorstellen kann. Oder speziell jetzt bei  
280 der anderen Patientin, mit der ich das jetzt nur einmal gemacht hab. Essstörung  
281 Achtzehnjährige. Wo ich tatsächlich festgestellt habe, dass die künstlerisch eine  
282 Begabung hat und auch malt. Das hatte sie mir noch nie erzählt. Und da stand halt  
283 was im Raum und ich hab gefragt: Was ist denn das, was ich da so hinten sehe?  
284 Und ja, das hab ich gemalt. Und dann konnte sie mir hier die Bilder zeigen. Also das  
285 war sehr spannend. Das hätte ich so wahrscheinlich nicht erfahren. Warum auch  
286 immer. Ich weiß nicht, warum es mir nicht erzählt hat, aus Scham vielleicht.  
287  
288 00:13:17  
289 I.: Okay, dann gehen wir weiter mit der nächsten Frage. Was würden Sie einem mit  
290 der Videosprechstunde unerfahrenen Kollegen mitgeben, was Sie gerne selbst  
291 vorher gewusst hätten?  
292  
293 00:13:30  
294 B.: (lacht) Oh weia, ich bin ja nicht wirklich erfahren. Von daher weiß ich gar nicht, ob  
295 ich jemand da was mitgeben kann. Also was würde ich mitgeben? (...) Ich würde  
296 einfach mitgeben, dass man es einfach ausprobieren soll und ja, aber. Es gibt glaub  
297 ich auch Kollegen, die das ganz anders vorbereiten und auch noch viel strukturierter  
298 gestalten und auch öfter anwenden. Also ich weiß, dass es auch Spiele gibt, eine  
299 Spielesammlung, die man auch per Video machen kann. Also,  
300  
301 00:14:08  
302 I.: Was für eine?  
303  
304 00:14:09  
305 B.: Wenn ich das. Das haben wir uns hin und hergeschickt. Schiffe versenken, was  
306 weiß ich. Und es gibt viele Sachen, die man so spielen kann, wenn man das mit  
307 jüngeren Kindern auch machen will. Also wenn sie. Wenn sie da Interesse dran  
308 haben, kann ich nochmal gucken, ob ich das finde. Würde ich ihnen schicken.  
309  
310 00:14:27  
311 I.: Ja.  
312  
313 00:14:30  
314 B.: Und ansonsten einfach ausprobieren und gucken, wie man wie man das selber  
315 nutzt. Ich glaube, das ist ja für einen selber auch erstmal so ein / muss selber  
316 gucken, wie man damit klarkommt und wie man damit umgeht.  
317

318 00:14:42  
319 I.: Da kommen wir gleich nochmal dazu. Dann erst mal noch die letzte Frage zu dem  
320 Block. Das haben sie schon teilweise beantwortet. Aber gibt es Störungsbilder oder  
321 andere einteilende Muster, welche Ihrer Meinung nach besonders gut oder  
322 besonders schlecht per Videosprechstunde zu behandeln gehen. Und Warum?  
323  
324 00:14:59  
325 B.: Also besonders schlecht: Soziale Angst. Eigentlich zum einen, weil die das selbst  
326 gar nicht wollen. Und selbst wenn sie das machen. Das hatte ich auch. Es ist relativ  
327 schwierig. Das war die Patientin mit der Essstörung. Da hab ich den Eindruck, da  
328 waren wir, auch wenn ich etwas Neues erfahren hab über sie, waren wir im  
329 persönlichen Kontakt hier in der Praxis deutlich lockerer. Also ich hatte den Eindruck,  
330 sie ist lockerer, entspannter. Was sich gut eignet. Also ich würde es gar nicht  
331 unbedingt am Störungsbild, glaub ich, festmachen. Also ich könnte mir vorstellen,  
332 dass Sozialverhaltensstörung bei einem Sechsjährigen macht sich schlecht über  
333 Video. Keine Ahnung was, ob sie da Erfahrung damit haben oder eine  
334 Bindungsstörung oder ADHS. Also jemand der viel Bewegung braucht und im Raum  
335 umher springt, den kann man schlecht vorn Video setzen. Ich glaub mit einer  
336 Depression geht das durchaus auch, aber ich denke, dass es tatsächlich vielleicht  
337 auch eher für Patienten geeignet ist, die gut reflektieren können, oder es liegt an mir,  
338 dass ich eher so auf diese Weise arbeite.  
339  
340 00:16:18  
341 I.: Okay, lassen wir es dabei?  
342  
343 00:16:22  
344 B.: Ja.  
345  
346 00:16:22  
347 I.: Dann sind wir beim vierten Themenblock. Wie war Ihre Grundeinstellung  
348 gegenüber der Videosprechstunde vor der ersten Durchführung?  
349  
350 00:16:37  
351 B.: Grundeinstellung? Puh, schwierig, wie ich, also ich hatte ich eine? (lacht) Kann  
352 ich Ihnen gar nicht sagen. Also ich wusste, dass es das gibt. Und es war eher so, Ich  
353 habe aus der Not eine Tugend gemacht, glaube ich. Also weil ich so gemerkt habe,  
354 manche Termine kann ich jetzt einfach, die fallen entweder weg und ich habe einfach  
355 einen finanziellen Verlust oder ich versuche jetzt umzusteigen. Und das hab ich  
356 gemacht. Aber. (...) Ansonsten hatte ich da keine. Keine größeren Bedenken oder  
357 wollen Sie auf etwas Bestimmtes hinaus?  
358  
359 00:17:18  
360 I.: Nee, wirklich die Grundfrage: Wie war Ihr Gefühl, die Grundeinstellung?  
361  
362 00:17:24  
363 B.: Ich war auch vor der ersten, direkt vor der ersten Videosprechstunde, war ich auf

364 jeden Fall aufgeregt. Bei / klar, ich hab's noch nie gemacht. Ich war gespannt, wie  
365 funktioniert das alles? Wie ist die Technik? Hoffentlich funktioniert alles. Das war  
366 meine größte Sorge, also dass wir da nicht irgendwie rausfliegen, aber es ist mir  
367 tatsächlich nie passiert. Und dann hab ich einfach geguckt, wie es wird.  
368 00:17:53  
369 I.: Aber besonders skeptisch oder so waren sie der Videosprechstunde nicht  
370 gegenüber?  
371  
372 00:17:58  
373 B.: Nee, also dann hätt ich es wahrscheinlich nicht gemacht. Also ja.  
374  
375 00:18:02  
376 I.: Ich für die Frage mal noch ein bisschen weiter aus. Hätten Sie sich vorstellen  
377 können, dass Sie die Videosprechstunde gemacht hätten, wär jetzt nicht Corona  
378 dazwischengekommen.  
379  
380 00:18:13  
381 B.: Schwierige Frage. Ich vermute, ich hätte es nicht gemacht. Also vielleicht, aber.  
382 Nicht, weil ich damit grundsätzlich ein Problem habe, sondern ich habe natürlich  
383 schon gewusst, dass es das gibt, aber es war nie ein größeres Thema. Also ich  
384 kenne auch, von meinen Kollegen niemanden, der das vorher großartig genutzt hat.  
385 Also zumindest mit denen ich jetzt persönlichen Kontakt habe, im Qualitätszirkel  
386 usw.. Vielleicht hätte ich bei diesen Patienten, wo die Entfernung so groß ist,  
387 irgendwann gesagt, damit die sich nicht die letzten Stunden noch jemand neuen  
388 suchen müssen oder komplett umsteigen müssen. Dass wir diese Stunden auf die  
389 Art und Weise weitermachen können. Aber ich bin mir nicht sicher, ob ich tatsächlich  
390 auf diese Idee gekommen wäre. (lacht) Also, ja.  
391  
392 00:19:04  
393 I.: Gut, wenn jetzt noch die Gegenfrage: Wie ist Ihre Grundeinstellung gegenüber der  
394 Videosprechstunde heute?  
395  
396 00:19:13  
397 B.: Auch ich mach / also eher positiv. Ich nutze das gerne. Ich würde es tatsächlich  
398 sogar noch öfter nutzen, hab aber so den Eindruck, dass eben wie gesagt bei  
399 manchen Patienten es dann auch so ist, dass die sagen: Ach nee, das will ich dann  
400 lieber nicht. Und dann mache ich lieber einen anderen Termin, wo ich persönlich  
401 kommen kann. Also ich nutze es gerne. Ich finde das sehr positiv, gerade auch unter  
402 dem Aspekt, man hat nochmal ein anderes Setting. Man lernt dem Patienten  
403 vielleicht auch eine andere Art und Weise kennen. Man kriegt ein bisschen was mit  
404 von seinem persönlichen Umfeld. Eine Schwester, die mal rein sprintet ins Zimmer  
405 oder ein Hund, den man sehen kann, oder. Ja, also eher positiv. Ich nutze das gerne  
406 weiterhin.  
407

408 00:20:06  
409 I.: Sie bewerten das jetzt auch eher positiv, wenn mal so eine unerwartete Störung  
410 reinkommen würde, die aber eine neue Information gibt? // Schwester, Hund.  
411  
412 00:20:15  
413 B.: Ja. // Ja. Also das war eher spannend zu gucken, dass man einfach so  
414 Geräusche im Hintergrund hört, wo man so eine Idee bekommt, wie die Familie  
415 vielleicht miteinander spricht. Wie so die Kommunikation ist, wie die miteinander  
416 umgehen. Das ist ja hier schon sehr ausgewählter Raum, wo man bestimmte Sachen  
417 einfach gar nicht mitbekommt. Aber das ja. Also das war schon eher spannend.  
418  
419 00:20:41  
420 I.: Also der digitale Hausbesuch im Grunde.  
421  
422 00:20:44  
423 B.: Ja, genau. (lacht) Nee, stimmt, Hausbesuche mache ich eigentlich nicht. Okay,  
424 könnte man öfter machen, ne? (lacht)  
425  
426 00:20:52  
427 I.: Gut, dann gehen wir in den letzten Block. Haben wir etwas vergessen, was Sie  
428 gerne noch ansprechen würden? Sie schütteln den Kopf.  
429  
430 00:21:03  
431 B.: Nein. (bezogen auf Frage)  
432  
433 00:21:04  
434 I.: Und was wünschen Sie sich für die Zukunft im Rahmen der Videosprechstunde  
435 mit Kindern?  
436  
437 00:21:13  
438 B.: Was ich mir wünsche? (...) Das ist schwierig, kann ich Ihnen gar nicht so  
439 beantworten. Vielleicht, also da wünsche ich mir wahrscheinlich eher von mir  
440 vielleicht den Mut, bestimmte Sachen auch auszuprobieren und zu gucken, wie das  
441 mit mit jüngeren Kindern ist. Also ich denke, das Setting hat seine Grenzen, aber  
442 vielleicht auch Vorteile. Also vielleicht auch die Familie einzubeziehen, durchaus.  
443 Also das könnte ich mir gut vorstellen. Aber. Ansonsten wüsste ich jetzt nicht. Was  
444 ich mir wünschen könnte, sollte (lacht).  
445  
446 00:21:57  
447 I.: Es gibt da keine Muss-Vorgaben. Gut, dann machen wir an der Stelle erst mal hier  
448 einen Schlusspunkt und ich stoppe die Aufnahme.  
449



## Anlage 4.9: L4a, Interviewtranskription Experte 4 Teil 1

1 00:00:03  
2 I.: Sie mussten jetzt gar nicht bestätigen?

3 00:00:05  
4 B.: Doch, habe ich.

5 00:00:06  
6 I.: **Achso**, sie waren superschnell. Traumhaft. Gut. Dann steigen wir ein. Mit dem  
7 ersten Themenblock. Die Frage ist: In welchem Rahmen und in welchem Umfang  
8 konnten Sie mit der Videosprechstunde bei Kindern bisher Erfahrungen sammeln?  
9 Damit meine ich konkret. Seit wann nutzen Sie die Videosprechstunde (folgend VS)?

10 00:00:24  
11 B.: Puh. Seit wann, müsste ich tatsächlich mal kurz eruieren. **Ich denke, seit die**  
12 **Möglichkeit geschaffen ist. Warten Sie (geht nachschauen), die Erste am 23. März**  
13 **2020,**

14 00:00:41  
15 I.: also effektiv seit dem ersten Lockdown.

16 00:00:44  
17 B.: Ja,

18 00:00:44  
19 I.: Ja, okay, wunderbar. Vorher haben sie es nie genutzt.

20 00:00:48  
21 B.: Nein.

22 00:00:49  
23 I.: Okay, dann gehen wir gleich weiter. Was für Patienten bezüglich Alter und  
24 Störungsbild hatten Sie bisher in der Videosprechstunde?

25 00:00:59  
26 B.: **Von der Altersgruppe her würde ich sagen von 10 bis 20.**

27 00:01:07  
28 I.: Hm. **Störungsbild, alles bunt gemischt, oder?**

29 00:01:12  
30 B.: **Bunt gemischt. Ja.**

31 00:01:16  
32 I.: **Wie viele Patienten haben Sie etwa, wo sie die Videosprechstunde verwendet**  
33 **haben?**

34 00:01:22  
35 B.: **12**

72 00:02:47  
73 I.: Also auch direkt inhaltlich, also nicht nur rechtlich. Wie / Was für Anbieter kann  
74 man nutzen und was muss man beachten?

75 00:02:54  
76 B.: Auch inhaltlich.

77 00:02:56  
78 I.: Haben Sie sich da mit den Kollegen geschaut? Wie kann ich irgendwie  
79 weitermachen?

80 00:03:01  
81 B.: Genau. Rechtlich habe ich mich natürlich vorher kündigt gemacht und auch  
82 geschaut, welche Anbieter sind zertifiziert und so weiter. Also das habe ich mir schon  
83 alles durchgelesen, was notwendig ist. Und dann auch meine Wahl getroffen.

84 00:03:16  
85 I.: Okay, gut, dann springen wir von den Rahmenbedingungen rein in den zweiten  
86 Themenblock. Also können Sie ein bis drei konkrete Durchführungen berichten. Da  
87 werden natürlich jetzt die Kinder, also bis einschließlich 11, die Hauptinteressanten.

88 00:03:37  
89 B.: Und genau da liegt auch das Problem bei der VS. Also 10 war für mich wirklich so  
90 die unterste Altersgrenze und ich würde mal sagen, das hatte mehr den Effekt oder  
91 Zweck den Kontakt aufrecht zu erhalten und eine gewisse Stabilisierungsfunktion für  
92 die Patienten.

93 00:04:01  
94 I.: Wie viele Patienten in dem Alter haben sie denn behandelt?

95 00:04:05  
96 B.: Das müssten/, also von 10 bis 11? Drei bis vier.

97 00:04:14  
98 I.: Okay, können Sie sich. Können Sie einfach anonymisiert mal von den Fällen  
99 berichten? Falls Ihnen was einfällt, was Sie da in den Stunden gemacht haben. Also,  
100 so grob wie viele Stunden haben Sie gemacht? War es nur eine Stunde geblieben  
101 oder haben Sie die regelmäßig gesehen?

102 00:04:33  
103 B.: Also es gibt Patienten, die ich regelmäßig gesehen hab per Video. Also ein  
104 Patient zum Beispiel, der ist elf, leidet an einer Enuresis. Und wir haben uns dann  
105 eben ausgetauscht. Sonne-Wolken-Kalender, haben wir dann auch hin und  
106 hergeschickt per Mail und ich hab dann auch mal Arbeitsmaterialien zugeschickt, die  
107 dann ausgedruckt wurden. Ansonsten war das wirklich ein Aufrechterhalten der  
108 Motivation, z.B. bei diesem Jungen.

109 00:05:04  
110 I.: Der Motivation zur Therapie zu kommen? Den Kalender zu machen, oder?

111 00:05:08  
112 B.: Den Kalender zu machen. Die apparative Verhaltenstherapie weiter  
113 durchzuführen. Also schön sein klingel Gerät am Arm zu tragen und da positiv  
114 einzuwirken.

115 00:05:20  
116 I.: Aja, okay. Was haben Sie? Wie kann ich mir so eine VS vorstellen, die Sie  
117 gemacht haben?

118 00:05:29  
119 B.: Also meistens. Meistens hab ich das so gemacht, dass ich erst mit dann Mutter,  
120 Vater und dem Patienten oder Patientin kurz gesprochen habe. Was ist so passiert  
121 seit dem letzten Kontakt? Wie ist es gelaufen? Dann teilweise mit den Eltern alleine.  
122 Und das auch mal nur für Eltern genutzt. Und dann immer im Anschluss die  
123 Patienten auch. Na also die ersten 10 Minuten, würde ich sagen, mit Eltern und  
124 Patient und dann Patient alleine. Das ist ja individuell. Also man kann eigentlich kein  
125 festes Schema festmachen.

126 00:06:07  
127 I.: Wir können ja am Beispiel bleiben, bei dem Enuresispatienten.

128 00:06:13  
129 B.: Also da war es eben so, dass ich immer erst Mutter und Patient hatte. Dann hat  
130 mir die Mutter berichtet, dann konnte er berichten, mit der Mutter gemeinsam. Da  
131 gab's auch noch eine Problematik, was aggressives Verhalten angeht bei den  
132 Jungen hatten vorwiegend zu Hause. (...) Und Wutanfälle hat es die Mutter immer  
133 genannt. Wutausbrüche. Ja da/ Also so/ und das Ganze natürlich auch  
134 Coronabedingt dann etwas verschärft.

135 00:06:45  
136 I.: Okay. Ich überleg grade. Intervention Methoden haben sie jetzt in dem Fall schon  
137 genannt. Wochenplan, Klingelmatte, Abfangen und Reflektion darüber. Das heißt, wir  
138 machen es gleich mal weiter. Fällt Ihnen noch ein oder können Sie noch ein anderes  
139 Beispiel berichten?

140 00:07:06  
141 B.: Ja, ich hab dann eben z.B. auch Inhalte aus Manualen benutzt. Also was jetzt  
142 z.b./ Ob das aus THOP ist oder TAFF. Also so die ganzen Geschichten die es da so  
143 gibt Therapy Tools. Und hab versucht das eben dann gemeinsamen/ ich hab das  
144 vorher hingeschickt. Es wurde dann ausgedruckt. Ich hatte das selber. Wir haben  
145 das gemeinsam erarbeitet. Sind es durchgegangen. Also ja, situationen  
146 durchgespielt. Haben auch Rollenspiele sozusagen per Video gemacht.

147 00:07:36  
148 I.: Wie ging das?

149 00:07:38  
150 B.: Das. Das ging eigentlich ganz gut. Also mit dem Patienten, das hat gut  
151 funktioniert.

152 00:07:45  
153 I.: Ahja. Wie war das mit Spiel?

154 00:07:52  
155 B.: Spielen, also der Patient speziell mit dem hab ich immer Schach gespielt. Wir  
156 haben also immer dieselbe Partie natürlich weitergespielt und haben dann auch um  
157 den Kontakt zu halten, das ganze per E-Mail noch weitergeführt.

158 00:08:09  
159 I.: Okay, das heißt, wie haben Sie das gemacht? Hatte jeder ein Brett bei sich  
160 stehen, oder?

161 00:08:14  
162 B.: Genau. Ich hab's dann in einem Programm auf dem Computer abgespeichert.  
163 Das Spiel. (lacht und zeigt auf seinen Schreibtisch bezüglich des Platzes) Ja. Und er  
164 hatte aber ein Schachbrett dastehen und hat dann immer gezogen. Und das war  
165 dann immer der Stundenabschluss sozusagen. Es gab aber z.B. auch diese Home  
166 Rally, kennen sie die?

167 00:08:36  
168 I.: Nee.

169 00:08:37  
170 B.: Kennen Sie nicht? Oh, die wurde viel benutzt, auch von Kolleginnen und  
171 Kollegen. Da gab's eine. Ja, das war, glaube ich, im ersten Lockdown die Variante.  
172 Und dann gab's noch eine Weihnachtsversion. Also das wurde von der Kollegin  
173 entwickelt. Die hat es dann online gestellt und kostenlos zur Verfügung gestellt. Und  
174 das weiß ich, dass es auch einige benutzt haben.

175 00:09:00  
176 I.: Was passierte da?

177 00:09:03  
178 B.: Das ist ein Spiel. Also man kann sich dann das Spielbrett sozusagen ausdrucken  
179 und muss dann bestimmte Dinge machen. Also das geht los mit Schau unglücklich,  
180 schau glücklich. Man muss pantomimisch mal was darstellen, der andere muss es  
181 erraten. Solche Dinge, also das wäre vielleicht interessant, weil ich weiß, dass es  
182 wirklich einige genutzt haben. Wenn sie das mal Googlen. Das sollten Sie finden.  
183 Ansonsten schicke ich Ihnen gerne den Link zu. Auch kein Problem.

184 00:09:34  
185 I.: Mir reichts erstmal jetzt das zu wissen, dass es das gibt im Rahmen, dass Sie das  
186 angewendet haben, wie Sie Spielvarianten adaptiert haben. Das ist für mich schon  
187 wertvoll. Wunderbar. Gut, jetzt / Wollen wir das mal bei dem Enuresis Patienten



188 besein lassen. Fällt ihnen noch ein anderer Patient ein, mit dem Sie viel per  
189 Videosprechstunde gearbeitet haben. Im Alter 10, 11.

190 00:10:00  
191 B.: Du es / Ich muss tatsächlich jetzt mal nachgucken, wie alt der Patient ist (lacht).  
192 Weil der ist glaube ich schon 12 oder 13? Warten Sie mal ganz kurz. (geht  
193 nachschauen) Ja, der ist leider schon zwölf.

194 00:10:23  
195 I.: Wer das aber der einzige, der ihnen noch in der Altersspanne einfällt?

196 00:10:27  
197 B.: Also das ist jetzt wirklich ein Patient, mit dem ich das komplett seit dem ersten  
198 Lockdown durchgeführt habe. Er war, glaub ich im letzten Jahr einmal, dann hier in  
199 der Praxis, ansonsten nur per Video bis heute.

200 00:10:43  
201 I.: Okay, und wie viele Stunden hatten sie vorher mit ihm schon gemacht? Also  
202 Präsenz?

203 00:10:46  
204 B.: Davor war die Kurzzeittherapie eins / war beendet. Also seit der Kurzzeittherapie  
205 Zwei würde ich sagen fast. Genau.

206 00:11:00  
207 I.: Dann , was für ein Patient war das? Was haben sie mit ihm gemacht?

208 00:11:04  
209 B.: Angst und depressive Störung gemischt. Mit dem hab ich viel versucht am  
210 Selbstwert zu arbeiten. Und hab dann eben auch, weil das einfach ne gute Variante  
211 war, Manual basierte Arbeitsblätter benutzt. Weil die konnte ich zusenden und dann  
212 konnten wir uns das zusammen durchgehen. Ich hab dann teilweise sozusagen die  
213 Schreibearbeit übernommen, weil da noch eine LRS eine Rolle spielte bei dem  
214 Patienten und hab das dann zugesandt. Na also, was wir erarbeitet haben, um eben  
215 auch so ein bisschen die Motivation hochzuhalten und nicht so diesen  
216 Schulencharakter zu haben. Weil er da doch z.B. über dieses Lernsachs sehr  
217 gestresst war und genervt war.

218 00:11:57  
219 I.: Das bedeutet Sie haben versucht, das auch auszugleichen und zielgerichtet nicht  
220 so zu machen, wie das Lernsachs.

221 00:12:01  
222 B.: Genau. Genau. Also da ist schon durchgängig bei allen Patienten egal ob Video  
223 oder nicht, ne große Frustration.

224 00:12:14  
225 I.: Wie haben Sie denn das noch gemacht? Weil das zielt jetzt genau auch auf

226 unsere Fragestellung: Wie gehe ich mit Kleineren um, wo ich nicht so spielen kann?  
227 Wie bekomme ich diese zwischen Nuancen hin?

228 00:12:27  
229 B.: Ja. Hm.

230 00:12:28  
231 I.: Also Sie haben jetzt gesagt, Sie haben geschrieben. Die Sachen sind geschickt  
232 worden. Was haben sie noch gemacht?

233 00:12:35  
234 B.: Teilweise haben wir auch mal nur telefoniert. Wenn dann irgendwelche  
235 Verbindungsprobleme da waren. Das ist noch ein großes Manko. Also, ja die  
236 technischen Voraussetzungen und wenn es wirklich auch nur an der DSL Leitung  
237 lag. Also, wenn das Gegenüber dann kaum zu erkennen war auf dem Bildschirm  
238 dann ist es natürlich auch schwierig und dann merkt man auch. Dann steigt auch die  
239 Lust eher etwas anderes nebenbei zu machen.

240 00:13:04  
241 I.: Da kommen wir dann nochmal bei den Hürden dazu.

242 00:13:09  
243 B.: Bitte?

244 00:13:11  
245 I.: Dazu kommen wir nochmal bei den Fragen nach den Hürden.

246 00:13:13  
247 B.: Okay, okay.

248 00:13:16  
249 I.: Aber jetzt/ Ich würde gerne nochmal bei dem kurz bleiben. Also was haben Sie  
250 noch gemacht? Arbeitsblätter geschickt geredet, vermutlich.

251 00:13:26  
252 B.: Viel geredet, viel aktuelle Probleme aufgegriffen, die der Patient dann z.B. auch  
253 selber angesprochen hat. Ich würde mal sagen, es war nicht alles zielgerichtet  
254 auf das Therapieziel, sondern es war wirklich viel Motivation. Einfach Motivation zu  
255 schaffen, dranzubleiben, weiterzumachen, auch die Schule dran zu bleiben, das hat  
256 sich eigentlich so bei allen durchgezogen. Also man ist eigentlich von den  
257 eigentlichen Störungen abgegangen und hat eher so in Richtung / was ist jetzt  
258 aktuell? Wo kann ich hier eine Krisenintervention sozusagen einschieben?

259 00:14:10  
260 I.: //Coronanbedingt?

261 00:14:10  
262 B.: Da // die häusliche Situation auch irgendwie zu verbessern. Weil die Eltern doch  
263 auch sehr gestresst sind und waren durch Lockdown und Homeschooling.

264 00:14:29  
265 I.: Dann ist natürlich bei dem Patienten sehr spannend / Jetzt sind wir in der  
266 Zwischenzeit ja nicht mehr in dem ganzen harten Lockdown gewesen. Und das  
267 bedeutet, den haben sie ja auch trotzdem weitergeführt.

268 00:14:38  
269 B.: Den habe ich trotzdem so weitergeführt. Es war auch ein Wunsch der Eltern, weil  
270 da zum Beispiel der Autoimmunerkrankungen in der Familie vorliegt. Das heißt, trotz  
271 Lockerungen in den Lockdowns war Familie trotzdem isoliert, mehr oder weniger  
272 isoliert.

273 00:15:00  
274 I.: Okay, das wäre sie vermutlich auch teilweise ohne Corona gewesen, oder?

275 00:15:09  
276 B.: Eher nicht.

277 00:15:10  
278 I.: Eher nicht. Okay, also das war wirklich jetzt auf die Coronare // Situation

279 00:15:13  
280 B.: Ja // Das eigentlich sonst eine sehr aktive Familie. Die also auch in Sportvereinen  
281 aktiv ist usw.. Und das ist ja aber alles weggefallen.

282 00:15:27  
283 I.: Gut. Was haben Sie noch mit dem gemacht? Bleib mal auf der Frage so stehen,  
284 weil das /

285 00:15:35  
286 B.: Es ist sehr schwierig. Das ist so ganz klar zu benennen. Ja.

287 00:15:41  
288 I.: Also ich sag nochmal kurz Zwischenfragen dazu. Vielleicht hilft das nochmal zur  
289 Anregung. Also was haben Sie mit den Kindern gemacht? Wie haben Sie es  
290 gestaltet? Welche Interventionen, Methoden haben sie verwendet? Und immer der  
291 Hintergrund Gedanke auch die Jüngeren, die in der Annahme ja Spiellastiger sind.  
292 Wie haben sie versucht, das auszugleichen?

293 00:16:05  
294 B.: Durch schauspielerische Einlagen (lacht) würde ich sagen. Genau, was ich vorher  
295 schon gesagt habe, also durch Rollenspiele z.B. das zu versuchen. Das ist eigentlich  
296 ja der Hauptpunkt gewesen, weil sehr viel anderes ist nicht möglich gewesen.

297 00:16:26  
298 I.: Also was ist weggefallen? Wenn wir es mal so nehmen? Das ist eine Frage wie  
299 einen Schuss ins Blaue. Ja, aber wenn Sie jetzt mal überlegen, was Sie  
300 standardmäßig so verwenden, gibt's da Sachen, die immer mal wieder kommen?

301 00:16:41  
302 B.: Es ist ja z.B. Bewegungen weggefallen. Man kann ja auch viel in Bewegung  
303 machen, sich im Raum bewegen, wirklich aktiv sein. Das ist natürlich durch die VS  
304 alles weggefallen, denn man ist ja eigentlich dann immer festgemeißelt an seinen  
305 Platz - mit dem Handy, vor dem Laptop, vor dem Tablet. Also ich mach sonst in der  
306 Praxis wirklich auch Dinge, wo wir uns hier bewegen können in der Praxis und das  
307 auch dazugehört. Ein bisschen aktiv sein oder eben auch mal rausgehen. Das ist  
308 natürlich alles weggefallen. Und ich würde auch sagen, es war teilweise für die  
309 Patienten auch anstrengend und auch für mich anstrengend. Also es ist schon  
310 schwieriger, das Ganze per Video zu versuchen als wirklich in Präsenz in der Praxis.

311 00:17:42  
312 I.: Okay, dann stelle ich mir jetzt /Brech ich sie nochmal kurz ab, mit der Frage: fällt  
313 Ihnen noch ein Patient ein. Jetzt etwa in der Altersgruppe oder belassen es bei den  
314 zweien.

315 00:17:54  
316 B.: Die waren dann wirklich älter, weil ich eben gemerkt habe, es ist sehr, sehr  
317 schwierig mit den Jüngeren.

318 00:17:59  
319 I.: Okay. Dann gehen wir genau mit dieser Fragestellung in den nächsten  
320 Themenblock. Welchen Nutzen, welche Hemmnissen / Probleme haben Sie bisher  
321 mit der VS bei Kindern erfahren? Wir haben schon ein bisschen was angesprochen.  
322 Also wir machen es konkret. Welche Stolpersteine sind Ihnen in der Verwendung der  
323 Videosprechstunde aufgefallen?

324 00:18:19  
325 B.: Als erstes Technik. Ganz klar. Also ich bin gut ausgestattet, würde ich sagen,  
326 wenn ich mich nur weiter nach vorne beugt, sieht man mich auch (lacht - Anmerkung:  
327 der Raum des Experten war so arangiert, dass die Sonne als Gegenlicht herrschte,  
328 weshalb er eine Lichtquelle am Bildschirm installiert hatte, um dies auszugleichen).  
329 Ne aber / da hat man mal wieder gemerkt, dass das mit dem DSL Ausbau doch nicht  
330 ganz so rosig ausschaut.

331 00:18:38  
332 I.: Ja.

333 00:18:39  
334 B.: Also ich hatte oft Verbindungsabbrüche, extrem schlechtes Bild, dann war der  
335 Ton weg. Also wirklich die technischen Probleme. Teilweise Probleme bei den Eltern  
336 mit der Technik umzugehen. Bei den Jugendlichen nicht. Die haben das im Griff. Ja,  
337 solche Geschichten. Also das war ganz schwierig. Dann ein weiteres Hemmnis,  
338 würde ich sagen. Jetzt bei den Jüngeren, dann auch eine Therapiestunde  
339 durchzuhalten

340 00:19:16  
341 I.: Von der Dauer?



342 00:19:19  
343 B.: Ja. Also das war dann schon häufiger der Fall, dass ich dann auch mal fünf oder  
344 zehn Minuten früher sozusagen Schluss gemacht habe, weil ich einfach gemerkt  
345 hab: Ne, die Konzentration ist weg, die Aufmerksamkeit ist weg. Jetzt / es steht doch  
346 was anderes an. Und ich mache es eben auch häufig so in der Altersgruppe sonst,  
347 dass gegen Ende immer noch etwas gespielt wird. Ja, teilweise auch schwierig.

348 00:19:49  
349 I.: Das ist dann teilweise einfach weggefallen?

350 00:19:51  
351 B.: Ja, also ich meine man konnte dann Stadt, Land, Fluss und solche Geschichten  
352 natürlich spielen. Na oder, na Hangman. Sagen sie nochmal?

353 00:20:03  
354 B.: Galgenraten.

355 00:20:04  
356 B.: Ja, genau. So kleine Spiele. Klar, das geht. Aber das ist doch was anderes, wie  
357 gemeinsamen Spiel am Tisch oder auf dem Boden zu spielen in der Praxis.

358 00:20:16  
359 I.: Gut. Weitere Stolpersteine?

360 00:20:27  
361 B.: Ich würde sagen, dass es Eltern teilweise schwergefallen ist. Zumindest zu  
362 Beginn per Video offen zu kommunizieren.

363 00:20:37  
364 I.: Eine Hemmung der Eltern an der Stelle?

365 00:20:39  
366 B.: Ja.

367 00:20:41  
368 I.: Okay. Wie haben Sie das gemerkt? Woran machen Sie das fest?

369 00:20:47  
370 B.: An der Gesprächsbereitschaft (lacht). Also wirklich. Ich hab dann immer versucht,  
371 das Ganze aufzulockern. Und habe eben auch gesagt Es ist ja/ Es war vielleicht  
372 auch ein bisschen Misstrauen mit da. Was passiert jetzt mit den Daten? Das hab ich  
373 ja alles immer ausführlich erklärt. Hab das auch / Ich hab es mir zusammengefasst in  
374 eine Anleitung. Eine rechtliche Aufklärung. Und wie das Ganze datenschutzrechtlich  
375 funktioniert. Dass es zertifizierte Anbieter sind. Das habe ich auch alles den Eltern  
376 zugeschickt. Also dem Patienten. Und hab mir auch mehr Einverständniserklärung  
377 dann immer unterschreiben lassen, dass überhaupt einverstanden sind, per Video  
378 die Behandlung durchzuführen. Ja und da musste ich doch auch einiges an Zeit  
379 investieren, um es dann nochmal zu erklären.

380 00:21:44  
381 I.: Okay. Wie ging Ihnen es denn damit? Also mit der Frage Datenschutz aus der  
382 persönlichen Ebene raus? Hatte sie als Therapeut beeinflusst. Oder waren Sie da  
383 eher unvoreingenommen - wird schon gut gehen?

384 00:22:02  
385 B.: Naja, also dieses "wird schon gut gehen" ist nicht mein Ansatz was Datenschutz  
386 angeht. Ich hab mich schon vorher gut kundig gemacht. Und habe auch lange  
387 überlegt Was ist möglich? Welcher Anbieter? Und hab mich dann eben entschieden  
388 für den einen Anbieter. Und hatte nochmal Rücksprache gehalten, denn auch mit  
389 Kolleginnen und Kollegen. Wie macht ihr das? Mit der KV nochmal gesprochen. Was  
390 ist ein Aufklärung auch notwendig? Einfach, was gibt es an Vorlagen usw. Und ich  
391 hab das dann für mich einfach zusammen geworfen und erstellt. Sozusagen.

392 00:22:51  
393 I.: Gut. Unabhängig vom Datenschutz. Gab's da Unsicherheiten bezüglich  
394 Sicherheitsbedenken.

395 00:23:01  
396 B.: Nein.

397 00:23:06  
398 I.: Ja, ich mache mir jetzt konkret Sie sind das letzte Interview, weil Kolleginnen auch  
399 davon berichtet haben, dass sie sich unwohl gefühlt haben. Sie waren nie sicher, ob  
400 noch jemand im Hintergrund mithört zum Beispiel.

401 00:23:16  
402 B.: Stimmt. Ja, dass / die Fälle hatte ich auch, wo ich den Eindruck hatte, jetzt wird  
403 die Kamera irgendwie so geschoben und es sitzt jemand in der Ecke. Und lauscht  
404 sozusagen, was denn da eigentlich passiert.

405 00:23:30  
406 I.: Ahja, wie hat sie das beeinflusst?

407 00:23:33  
408 B.: Wenn ich den Eindruck hatte, dann hab ich das angesprochen. Also dann hab ich  
409 das offen gelegt und gesagt "Ist jetzt noch jemand im Raum", wenn ja, würde ich  
410 gerne wissen, wer er mit im Raum ist. Das ist vollkommen okay für mich, wenn  
411 jemand mit da ist. Ja, aber ich hab's angesprochen.

412 00:23:54  
413 I.: Okay, gut. Und das hat sie aber innerlich dementsprechend - haben sie gerade  
414 schon beantwortet - nicht so sehr angehoben, weil sie gesagt haben "Solange ich es  
415 weiß, ist es in Ordnung".

416 00:24:07  
417 B.: Genau.

418 00:24:08  
419 I.: Gut, dann, fällt Ihnen noch was zu den Stolpersteinen gerade ein. Oder war mir  
420 erst mal ein Sprung zum Nutzen machen?

421 00:24:16  
422 B.: Stolpersteine? Naja, also das Alter ist auf jeden Fall wichtig, denke ich. Mit  
423 Jüngeren hab ich das auch gar nicht versucht. Weil ich gesagt hab, das war meine  
424 persönliche Einschätzung: Ich denke nicht, dass das funktionieren würde. Und ich  
425 hab das schon auch bei Älteren von der Person abhängig gemacht. Ob ich das für  
426 gangbar und sinnvoll halte.

427 00:24:45  
428 I.: Weil sie welche Hürden erwartet haben?

429 00:24:50  
430 B.: Das doch viel verloren geht per Video. Die Körpersprache fehlt fast gänzlich,  
431 sozusagen, man hat er nur Mimik. Viel mehr ist nicht da. Also das geht schon, was  
432 verloren. Ich sehe dann auch meistens nur das Gesicht, teilweise dann nur so  
433 abgeschnitten (undeutlicher Zwischenkommentar vom I. ohne Einfluss auf die  
434 Erzählung von B.) . Wenn ich dann gesagt habe, bitte mal die Kamera nochmal  
435 anders ausrichten und so weiter. Das macht es schon ein bisschen schwieriger.

436 00:25:20  
437 I.: Okay, gut. Dass zu den Stolpersteinen? (B. nickt). Dann welche erwarteten und  
438 unerwarteten Nutzen hatten Sie in der Verwendung der Videosprechstunde?

439 00:25:34  
440 B.: Ähm, den Nutzen würde ich wirklich darin sehen, die Patienten, die wirklich durch  
441 den Lockdown oder auch durch Quarantäne oder Corona-Erkrankungen betroffen  
442 waren, denen trotzdem die Möglichkeit zu bieten, den Kontakt zu halten.

443 00:25:52  
444 I.: Ja, also die Aufrechterhaltung des Kontakts.

445 00:25:54  
446 B.: Ja definitiv. Also ich hatte auch Patienten, die Covid positiv waren und auch viele  
447 Patienten, die in Quarantäne sich befunden haben. Und da war es schon sehr  
448 sinnvoll.

449 00:26:13  
450 I.: Noch weitere Nutzen?

451 00:26:19  
452 B.: Schwierig (lacht). Das ist für mich der Hauptnutzen, wirklich. Also vom  
453 Therapeutischen her würde ich sagen, es ist schon sehr beschränkt. Was man  
454 erreichen kann.

455

## Anlage 4.10: L4b, Interviewtranskription Experte 4 Teil 2

1 00:00:06  
2 I.: Und wir gehen weiter zu der Frage Was würden Sie einem mit der Video  
3 Sprechstunde unerfahrenen Kollegen mitgeben, was Sie gerne vorher gewusst  
4 hätten?

5 00:00:17  
6 B.: Was ich gerne von gewusst hätte.(lacht) Dass man die Stunden gut vorbereiten  
7 sollte.

8 00:00:33  
9 I.: Im Sinne der von?

10 00:00:35  
11 B.: Ja wirklich einen einen Fahrplan für die Therapiestunde auf jeden Fall besitzen  
12 sollte. Ich weiß, es gibt Kolleginnen und Kollegen, die sagen So: Ach heute kommt der  
13 Patient noch, da mach ich mal, hm mal gucken. Das sehe ich bei dem Video Stunde  
14 als eher schwierig an. Also man sollte einen Plan haben. Man sollte den Patienten  
15 Raum geben. Ich finde auch mehr Raum, wie wenn die Patienten in die Praxis  
16 kommen. Also, um aktuelle Dinge anzusprechen, aktuelle Probleme, die sie  
17 belasten, die es gerade schwierig machen. Also das hat schon mehr Raum  
18 eingenommen als sonst in der Therapie - aber eben Lockdown bedingt, ja.

19 00:01:30  
20 I.: Unabhängig vom Lockdown ist jetzt schwer zu beantworten, oder?

21 00:01:34  
22 B.: Das ist schwer zu beantworten. (...) Hmm, ne, Ich hab ja nur die Erfahrung aus  
23 dem Lockdown. Also hm.

24 00:01:51  
25 I.: Ja, ja gut. Es ist ja, solange es klar benannt ist, völlig griffig, trotzdem. Gut, dann  
26 gehen wir mal die nächste Frage über: Gibt es Störungsbilder oder andere ein  
27 teilende Muster? Welche Ihrer Meinung nach besonders gut bzw. besonders schlecht  
28 per Videosprechstunde behandelt werden können? Warum?

29 00:02:13  
30 B.: Also bei den Älteren würde ich sagen: Depressive Störungen,

31 00:02:22  
32 I.: gehen gut oder schlecht?

33 00:02:24  
34 B.: gehen eher gut. Ja. Am Zwangsstörungen sehr, sehr schwierig.

35 00:02:32  
36 I.: Okay.

37 00:02:34  
38 B.: Essstörung. Schwierig.



39 00:02:38  
40 I.: Ja, können Sie versuchen, eine Begründung mit dazuzugeben?

41 00:02:45  
42 B.: Hmm.

43 00:02:45  
44 I.: Und notfalls ist es, weil es sich so anfühlt.

45 00:02:49  
46 B.: Es fühlt sich so an, ja, weil der persönliche Kontakt doch ein ganz anderer ist per  
47 Video.

48 00:02:55  
49 I.: Ja, okay. Also geht es Ihnen auch stark um die Beziehungsgestaltung da, oder?

50 00:03:02  
51 B.: Ja, ja, die Beziehungsgestaltung bleibt schon etwas auf der Strecke.

52 00:03:07  
53 I.: Okay. Ein weitere einteilende Muster, welche besonders gut oder schlecht per VS  
54 zu behandeln sind?

55 00:03:16  
56 B.: Also gut, wär jetzt wirklich dieses Enuresisbeispiel, was ich vorher angesprochen  
57 habe. Da würde ich sagen ja, das geht gut. Wenn jemand auch schon ein Stück weit  
58 in der Therapie ist. Also eine Therapie, jetzt nur per Video anzufangen, würd ich  
59 denken, ist es sehr schwierig. Ähm, Ja, eben wieder die Vertrauensbasis. Es ist doch  
60 der Vertrauensaufbau, nur per Video. Das ist, glaub ich, sehr, sehr schwierig. Ich  
61 hatte den Fall nicht, aber das ist jetzt so meine Einschätzung.

62 00:04:04  
63 I.: Ja, okay, gut. Belassen wir es dabei bei den einteilenden Mustern?

64 00:04:07  
65 B.: (unverständlich)

66 00:04:08  
67 I.: Das war eine Frage.

68 00:04:10  
69 B.: Ja. Achso. Ähm, Depression ging gut. Tja, Schulunlust, Schulverweigerung,  
70 Angststörung würde ich auch eher als problematisch sehen.

71 00:04:27  
72 I.: Begründet durch?

73 00:04:30  
74 B.: Begründet dadurch, dass z. B. der Patient ja zu Hause bleiben kann. (schmuzelt,  
75 lacht)

76 00:04:38  
77 I.: Also es geht um die Vermeidung.

78 00:04:40  
79 B.: Das es eigentlich aufrechterhaltender Faktor in dem Moment wird. Ich bietet die  
80 Möglichkeit zu vermeiden, indem man das Ganze dann per Video macht. Also ich  
81 hatte auch Patienten, bei denen ich den Eindruck hatte, dass es da so funktioniert,  
82 das es ein aufrechterhaltender Faktor wird und habe dann gesagt: Okay, also mit  
83 denen Hygiene Richtlinien in der Praxis und alles / Ich bitte darum, Präsenztermine  
84 vorzunehmen.

85 00:05:20  
86 I.: Ja, okay. Gut. Jetzt/ Ich hab das Gefühl, wir sind schon in einer sehr skeptischen  
87 Haltung. Deswegen/ gibt's noch was wo sie sagen: Okay, dafür auf jeden Fall. Das  
88 ging sehr gut. Also Depression hatten wir.

89 00:05:41  
90 B.: Depression bei den Älteren, ja, die Enuresis. Das ist schon so die  
91 Hauptzielrichtung. Also Störung des Sozialverhaltens ist schwierig. ADHS ist  
92 schwierig. Klar, da kann man auch Manualisiert ein bisschen was machen, aber das  
93 ist schon sehr eingeschränkt. Da fehlt mir eben wirklich dieses Feedback der  
94 Personen im Raum. Weil man nimmt ja doch ganz andere Dinge wahr, wenn jemand  
95 mit im Raum sitzt. Also wippt jemand mit den Füßen? Was ist unter dem Tisch los?  
96 Es fällt ja wirklich viele Informationen weg.

97 00:06:27  
98 I.: Gut. Okay. Wollen wir es dabei belassen?

99 00:06:32  
100 I.: Ja.

101 00:06:32  
102 I.: Dann springen wir in den vierten Themenblock: Ihre Einstellung. Wie war Ihre  
103 Grundeinstellung gegenüber der Videosprechstunde vor der ersten Durchführung?

104 00:06:46  
105 B.: Positiv.

106 00:06:47  
107 I.: Positiv?

108 00:06:48  
109 B.: Ja.

110 00:06:49  
111 I.: Heisst?

112 00:06:52  
113 B.: Dass ich mich gefreut habe, dass es genehmigt wurde, dass das geöffnet wurde,

114 dass man die Option hatte, weil eben durch Lockdown und die ganzen  
115 Folgegeschichten viele Termine ausgefallen sind. Und dass dann einfach die  
116 Möglichkeit geschaffen hat, trotzdem die Termine stattfinden zu lassen.

117 00:07:13  
118 I.: Okay, wenn wir die Frage unabhängig von Corona stellen, wo jetzt nicht in der  
119 Zwangssituation "nicht behandeln" oder "Video", sondern. Grundeinstellung zur  
120 Videosprechstunde. Man hat es ja vorher schon mal gehört.

121 00:07:28  
122 B.: Ja. Ich hatte mich davor nicht damit beschäftigt.

123 00:07:31  
124 I.: Völlig unbekannt?

125 00:07:33  
126 B.: Ich habe gewusst, dass es das gibt. Ja, aber ich hab's nicht für mich in Erwägung  
127 gezogen.

128 00:07:38  
129 I.: Also weil es einfach kein Thema war oder weil sie es ausgeschlossen haben?

130 00:07:43  
131 B.: Das war kein Thema.

132 00:07:45  
133 I.: Okay, gut, dann Perspektivwechsel. Was ist Ihre Grundeinstellung gegenüber der  
134 Videosprechstunde heute?

135 00:07:57  
136 B.: (...) Nicht mehr ganz so positiv (lacht) wie zu Beginn, würde ich sagen. Aber es  
137 hat schon definitiv einen Nutzen. Also ich würde es wieder so machen. Ich führe ja  
138 auch immer noch weiter. Die Videosprechstunde laufen immer noch. Zwar sehr  
139 eingeschränkt. Ich glaube ich hab jetzt so einen Termin in der Woche zurzeit per  
140 Video. Maximal 2. Ja, ich habe mir eben z.B. auch eine Patientin. Die wohnt weiter  
141 weg, hat ein Studium begonnen, ist umgezogen. Da ist es natürlich sehr praktisch,  
142 dass man die Therapie fortführen kann. Dass kein Therapeutenwechsel stattfinden  
143 muss sondern, dass so eine Fortführung dann geht, auch wenn jemand umzieht  
144 oder eben Berufs- oder Studienbedingt den Wohnort wechselt. Da geht's auf jeden  
145 Fall.

146 00:08:58  
147 I.: Okay. Ich spitze die Frage mal noch zu. Es ist jetzt wieder Ihre Sonderstellung als  
148 letzter Experte. Würden Sie die Videosprechstunde empfehlen?

149 00:09:15  
150 B.: Die ist gemein die Frage (lacht). Also nicht als einzige Variante der Therapie. Ich  
151 denke das eine Videosprechstunde oder eine Therapie nur im Video nicht wirklich  
152 gut funktionieren kann. Eingeschränkt würde ich sagen: Ja.

153 00:09:45  
154 I.: Okay, also die Empfehlung. Nach einer individuellen Passung der Patienten und  
155 Umstände.

156 00:09:51  
157 B.: Genau. Also ich denke, ich werde es auch weiter nutzen. In Einzelfällen, aber  
158 wirklich in Einzelfällen.

159 00:09:58  
160 I.: Okay, gut, dann letzte Themenblock. Haben wir was vergessen, was Sie gerne  
161 ansprechen würden?

162 00:10:17  
163 B.: Hmm, hmm, geben Sie mir mal einen Tipp (lacht).

164 00:10:23  
165 I.: Sie können auch sagen: Nein.

166 00:10:32  
167 B.: Wichtig ist definitiv, dass die technischen Voraussetzungen gegeben sein  
168 müssen. Das können wir zwar nicht beeinflussen, na. Aber das ist teilweise wirklich,  
169 Entschuldigung, Nervig. Wenn man dann ständig Verbindungsabbrüche hat oder  
170 irgendetwas und das nicht funktioniert. Also das sorgt bei einem selbst für Frust in  
171 dem Moment, na. Und, aber vor allem auf Patientenseite. Aber das können wir  
172 schlecht beeinflussen. Ich denke, eine Fortführung von Videotherapie wäre gut. Ich  
173 selber werd es weiter nutzen, aber in eingeschränkter Weise. Da wo es notwendig  
174 ist, werde ich es einsetzen. Aber das ist wirklich immer eine individuelle  
175 Entscheidung zu der Patientin oder dem Patienten.

176 00:11:26  
177 I.: Ja, jetzt sprechen Sie es direkt an. Was wären denn notwendige Sachen?  
178 Vielleicht nochmal zusammengefasst.

179 00:11:33  
180 B.: Eben diese Aufrechterhaltung von Kontakt. Ja, durch Umzug, Studium, was auch  
181 immer. Also ich sehe wie die VS schon / oder Video Therapie schon eher bei den  
182 Älteren als bei den Jüngeren. Also ich denke mal so ab 14, 15 kann das gut  
183 funktionieren. Alle die jünger sind, sehe ich eher als schwierig an..

184 00:12:00  
185 I.: Okay, gut, dann mal die letzte Frage: Was wünschen Sie sich für die Zukunft im  
186 Rahmen der VS mit Kindern?

187 00:12:13  
188 B.: Mit Kindern (...). Ähm. Weiterbildung, Fortbildung auf jeden Fall. Ja, das wär  
189 eigentlich der Hauptpunkt. Also das würde ich mir wünschen. Wirklich. Wie kann ich  
190 das noch attraktiver gestalten? Wie kann ich das besser gestalten? Das wär für mich  
191 ein ganz wichtiger Punkt.

192 00:12:37

193 /.: Gut. Schön, dann sind wir hiermit durch. Erst einmal besten Dank und ich stoppe  
194 die Aufnahme.

195

## Anlage 4.11: L4c, Interviewtranskription Experte 4 Teil 3

1 00:00:05  
2 /.: Thema Hausbesuche wurde von den Kollegen auch angesprochen. Das haben sie  
3 auch gemacht? Also digitaler Hausbesuch.

4 00:00:15  
5 **B.: Digitaler Hausbesuch habe ich sozusagen durchgeführt, in dem ich dann zu den**  
6 **Kindern gesagt hab: Zeig mir mal dein Zimmer. Oder die Kinder haben dann z.B.**  
7 **erzählt ich hab mir jetzt mein neues Star Wars Raumschiff gebaut, dann hab ich**  
8 **gesagt, na dann hol das doch mal / zeig mir das mal. Solche Dinge. Also so kleine**  
9 **Einblicke in den Haushalt waren dadurch auch möglich.**

10 00:00:38  
11 /.: Und sonst Hausbesuche führen / haben sie durchgeführt, führen sie durch?

12 00:00:43  
13 B.: Nein, führ ich nicht durch.

## Anlage 4.12: L4d, Interviewtranskription Experte 4 Teil 4

1 00:00:00  
2 B.: Nochmal wiederholen. Die die Grundeinstellungen zu der Nutzung war für mich  
3 zu Beginn sehr positiv, hat sich dann etwas abgeschwächt. Wobei ich sehr skeptisch  
4 bin, was z.B. Social Media Nutzung innerhalb der Therapie angeht. Also ich nutze  
5 auch kein WhatsApp oder sonstige Geschichten um in Kontakt zu Patienten zu  
6 bleiben.  
7 00:00:27  
8 I.: Ja okay. Aber prinzipiell. Die Technik war ihnen erstmal positiv gesonnen?  
9 00:00:32  
10 B.: Ja, ja, auf jeden Fall.  
11

## Anlage 5.1: Ergebnis Expertinnensuche KJP Sachsen

* „Video“ ** „Videosprechstunde“	Anrede	Domain	*	**	Verwertbar	Schule	VS	PLZ	Kommentar	NR
<b>Dresden</b>										1
rechtselbig , westlich Bahngleise Berlin	f y Frau Dipl.-Psych. Jessica Harms-Igel	<a href="https://www.psychotherapie-trachau.de/">https://www.psychotherapie-trachau.de/</a>	x	x	x	VT	v	01129 Dresden		2
	f y Frau Dipl.-Psych. Barbara Friedrich	<a href="https://www.psychotherapie-friedrich.eu">https://www.psychotherapie-friedrich.eu</a>	x	v	v/x	VT	v	01127 Dresden	VS Corona initialisiert	3
	f s Frau Dr. paed. Patricia Wurl	<a href="https://wurl-psychotherapie.de/">https://wurl-psychotherapie.de/</a>	x	x	x	TP	v	01097 Dresden	Webseite im Aufbau - verlinkung auf Flyer (PDF) - keine Treffer	4
linkselbig, westlich der Bahngleise Freital	f y Frau Dipl.-Psych. Anke Paserat	<a href="http://www.apaserat.de/">http://www.apaserat.de/</a>	x	x	x	VT	v	01157 Dresden	Verlinkung PDF - Schlagwortsuche keine Treffer	5
	f u Frau Dr. paed. Dipl.- Psych. Petrica Seidl	<a href="http://www.psychotherapie-dresden.eu/">http://www.psychotherapie-dresden.eu/</a>	x	x	x	VT	v	01156 Dresden		6
	m s Herr Dipl.-Päd. Markus Heinrich	x	x	x	x	VT	v	01159 Dresden		7
	f s Frau Dipl.-Päd. Claudia Singer	x	x	x	x	VT	v	01159 Dresden		8
	f y Frau Dr. rer. nat. Dipl.-Psych. Monika Krassek	x	x	x	x	VT	v	01159 Dresden		9
linkselbig, östlich der Bahngleise Freital	f u Frau Birgit Hartenstein	x	x	x	x	VT	v	01187 Dresden		10
	f y Frau Dipl.-Psych. Angelika Richter	<a href="https://www.psychotherapie-angelika-richter.de/">https://www.psychotherapie-angelika-richter.de/</a>	x	x	x	VT	v	01189 Dresden	Gemeinschaftspraxis mit PP-Erwachsene	11



				Anrede	Domain	*	**	Verwertbar	Schule	VS	PLZ	Kommentar	NR
* „Video“													
** „Videosprechstunde“													
f	y	Frau Dr. rer. nat. Dipl.-Psych. Kathleen Uhlig	<a href="http://www.uhlig-praxis.de/">http://www.uhlig-praxis.de/</a>	x	x	x	VT	v	01187 Dresden				12
f	s	Frau Dipl.-Päd. Stefanie Bröhl	<a href="http://www.praxis-broehl.de">http://www.praxis-broehl.de</a>	x	x	x	VT	v	01187 Dresden				13
f	s	Frau Dipl.-Soz. arb./-päd. (FH) Carmen Grüdl	x	x	x	x	VT	v	01187 Dresden			mit in Praxis Bröhl	14
f	y	Frau Dipl.-Psych. Frauke Unger	<a href="http://www.psychotherapie-praevention.de/">http://www.psychotherapie-praevention.de/</a>	x	x	x	VT	v	01069 Dresden			Website im Aufbau ohne Inhalt	15
f	s	Frau Dipl.-Soz. Päd. (BA) Manuela Welling	<a href="http://www.psychotherapie-praevention.de/">http://www.psychotherapie-praevention.de/</a>	x	x	x	VT	v	01069 Dresden			Mit in Praxis Unger	16
m	s	Herr Dipl.-Sozialarb./Sozialpäd. (FH) Rainer Brüggert	<a href="https://kindertherapie-dresden.com">https://kindertherapie-dresden.com</a>	x	x	x	VT	v	01219 Dresden			Mit in Praxisgemeinschaft Corinna Funke-Jensch	17
f	u	Frau Corinna Funke-Jensch	<a href="https://kindertherapie-dresden.com">https://kindertherapie-dresden.com</a>	x	x	x	VT	v	01219 Dresden			Website war direkt bei KVS-AS mit aufgeführt	18
f	s	Frau Dipl.-Päd. Friederike Heüveldop	x	x	x	x	TP	v	01277 Dresden				19
f	u	Frau Sabine Jäschke	x	x	x	x	VT	v	01277 Dresden				20
f	y	Frau Dipl.-Psych. Karin Bischoff-Krauthäuser	<a href="http://www.psychotherapie-dresden-biasewitz.de">www.psychotherapie-dresden-biasewitz.de</a>	x	x	x	VT	v	01277 Dresden			Website war direkt bei KVS-AS mit aufgeführt	21
f	y	Frau Dr. rer. nat. Dipl.-Psych. Kathrin Heinek	x	x	x	x	TP	v	01309 Dresden			Praxisgemeinschaft mit Wohlfahrt	22

* „Video“ ** „Videosprechstunde“	Anrede	Domain	*	**	Verwertbar	Schule	VS	PLZ	Kommentar	NR
f	y	Frau Dipl.-Psych. Univ. Andrea Wohlfahrt	x	x	x	TP	v	01309 Dresden		23
f	s	Frau Dipl.-Päd. Carola Dittmar	x	x	x	TP	v	01309 Dresden	Praxisgemeinschaft mit Winkler-Gutzeit	24
f	s	Frau Dipl.-Soz.arb. Michaela Winkler- Gutzeit	x	x	x	TP	v	01309 Dresden		25
f	s	Frau Dipl.-Päd. Madlen Bösenberg	x	x	x	VT	v	01309 Dresden	Praxisgemeinschaft mit Werner	26
f	u	Frau Dr. phil. Jillian Werner	x	x	x	VT	v	01309 Dresden		27
f	y	Frau Dipl.-Psych. Jessica Wienhold	x	x	x	VT	v	01309 Dresden		28
f	y	<b>Frau Dr. rer. nat. Dipl.-Psych. Ines Giese</b>	x	x	x	TP/ PA	v	01309 Dresden	Website war direkt bei KVS-AS mit aufgeführt	29
f	y	Frau Dipl.-Psych. Anke Schneider	x	x	x	VT	v	01309 Dresden		30
f	y	<b>Frau Dipl.-Psych. Anke Paserat</b>	x	x	x	VT	v	01307 Dresden	Zweitstelle - siehe oben - <b>Trefferreducierung!</b>	31
m	s	Herr Dipl.Soz.Päd. Falk Scholz	v	v	v	VT	v	01307 Dresden	FEHLER - Suchkriterien werden als nicht Treffer angezeigt - Problem war www - Überprüfung aller www erfolgt - mit Kontrolle nach Namenssuche	32

* „Video“ ** „Videosprechstunde“		Anrede	Domain	*	**	Verwertbar	Schule	VS	PLZ	Kommentar	NR
	f	u	<b>Frau Anne Eckert</b>	<a href="http://www.kjp-eckert.de/">http://www.kjp-eckert.de/</a>	x	x	VT	v	01307 Dresden	Kontrolle: Händische In Seitensuche	33
Rechtselbig, östlich Bahngleise Berlin	f	y	Frau Dipl.-Psych. Claudia Reinicke	<a href="https://claudiaaereinicke.de">https://claudiaaereinicke.de</a>	v	x	VT	v	01326 Dresden	Treffer Video bezüglich online gestellter Videoanleitung des Klopfens	34
	f	s	Frau Dipl.-Soz.Päd. (FH) Kirsten Roscher	<a href="https://kirsten-roscher.de/">https://kirsten-roscher.de/</a>	x	x	VT	v	01326 Dresden	PG Reinicke	35
	f	u	Frau Dipl.-Kunsttherapeutin Dorothea Sonntag	<a href="http://www.praxis-sonntag.com/">http://www.praxis-sonntag.com/</a>	x	x	VT	v	01099 Dresden		36
	f	u	<b>Frau Dipl.-Kunsttherap. Evi Selmeier</b>	<a href="https://www.psychologen-dresden.de/impressum">https://www.psychologen-dresden.de/impressum</a>	x	v	VT	v	01099 Dresden	InVivo Institutsseite	37
	f	y	Frau Dipl.-Psych. Katja Deubel	x	x	VT	VT	v	01099 Dresden		38
	f	s	Frau Dipl.-Soz.arb. (FH) Eveline Wendler	x	x	TP	TP	v	01099 Dresden		39
	f	y	Frau Dipl.-Psych. Kathrin Löschner	<a href="http://www.impuls-dresden.de/">http://www.impuls-dresden.de/</a>	x	x	TP	v	01099 Dresden	PG Sturm, Fengler	40
	f	s	Frau Dipl.-Soz.arb./Soz.päd.(FH) Johanna Fengler	<a href="http://www.impuls-dresden.de/">http://www.impuls-dresden.de/</a>	x	x	VT	v	01099 Dresden		41
	f	s	Frau Dipl.-Päd. Maren Sturm	<a href="http://www.impuls-dresden.de/">http://www.impuls-dresden.de/</a>	x	x	VT	v	01099 Dresden		42
	f	s	Frau Dipl.-Päd. Sandra Weise	x	x	VT	VT	v	01099 Dresden		43

* „Video“ ** „Videosprechstunde“		Anrede	Domain	*	**	Verwertbar	Schule	VS	PLZ	Kommentar	NR
f	u	Frau Dr. phil. Berith Möller	x	x	x	x	VT	v	01097 Dresden		44
f	s	Frau Dipl.-Päd. Eva Lautenschläger	<a href="https://www.kjulauteschlaeger.de/">https://www.kjulauteschlaeger.de/</a>	v	x	x	VT	v	01099 Dresden	Video nur unter weglassen von www / nicht verwertbar zwecks lediglich videoverweis	45
f	s	Frau Dipl.-Soz.arb./ Soz.päd.(FH) Julia Häcker	x	x	x	x	VT	v	01097 Dresden		46
f	s	Frau Dr.phil.Dipl.-Päd. Anke Lehmann	x	x	x	x	VT	v	01097 Dresden		47
f	s	Frau Dipl.-Soz.-Päd. (FH) Renate Riedel-Fischer	x	x	x	x	VT	v	01097 Dresden		48
Ergänzung DD ohne VS											49
m	s	Herr Dipl.-Sozialpäd. Andreas Meinicke	x	x	x	x	VT	x	01239 Dresden		50
f	y	Frau Dipl.-Psych. Cornelia Rutscher	x	x	x	x	VT	x	01277 Dresden		51
f	u	Frau Sylvia Richter	x	x	x	x	TP	x	01219 Dresden		52
f	s	<b>Frau Dipl.Soz.arb./ Soz.päd. Cornelia Kersting</b>	x	x	x	x	VT	x	01156 Dresden	2. Hainichen	53
f	s	Frau Dipl.-Sozialpäd. (FH) Carola Nickl	x	x	x	x	VT	x	01159 Dresden		54

* „Video“ *** „Videosprechstunde“		Anrede	Domain	*	**	Verwertbar	Schule	VS	PLZ	Kommentar	NR
f	y	Frau Dipl.-Psych. Annett Kirschgens	<a href="https://www.kid-dresden.de/fachbereiche/kinder-und-jugendpsychotherapie/">https://www.kid-dresden.de/fachbereiche/kinder-und-jugendpsychotherapie/</a>	x	x	x	VT	x	01067 Dresden	Kid - Kinderzentrum	55
f	s	Frau Dipl.-Soz.Arb./ Soz.Päd.(FH) Tina Bücker	x	x	x	TP/ PA	VT/ PA	x	01067 Dresden		56
m	s	Herr Dipl.-Soz.-Päd. (FH) Thomas Trepte	x	x	x	VT	VT	x	01169 Dresden		57
<b>Rechtselbig Ost</b>	f	Frau Dr. rer. medic. Maud Amlang	<a href="https://www.kinderpsychotherapie-amlang.de/">https://www.kinderpsychotherapie-amlang.de/</a>	x	x	x	VT	x	01326 Dresden		58
f	y	Frau Dipl.-Psych. Heike Lehmann	x	x	x	VT	VT	x	01324 Dresden		59
f	s	Frau Dipl.-Päd. Elke Fischer-Herr	<a href="https://www.fischer-herr.de/Psychotherapie.html">https://www.fischer-herr.de/Psychotherapie.html</a>	x	x	x	VT	x	01097 Dresden		60
f	y	Frau Dipl.-Psych. Simone Kaspar	x	x	x	VT	VT	x	01099 Dresden	PG Kaspar Haustein	61
f	u	Frau Coretta Haustein	x	x	x	VT	VT	x	01099 Dresden	PG Kaspar Haustein	62
<b>Rechtselbig West</b>	f	Frau Dipl.-Psych. Ute Laufer	x	x	x	VT	VT	x	01127 Dresden		63
f	s	Frau Dipl.-Soz.arb./ Soz.päd.(FH) Doreen Opfer	x	x	x	VT	VT	x	01127 Dresden		64
											65

* „Video“ ** „Videosprechstunde“	Anrede	Domain	*	**	Verwertbar	Schule	VS	PLZ	Kommentar	NR
Leipzig										66
f	Frau Dipl.-Sozialarb./ Sozialpäd. (FH) Christiana Böttcher	<a href="https://www.kindertherapie-boettcher.de/">https:// www.kindertherapie- boettcher.de/</a>	x	x	x	VT	v	04157 Leipzig		67
f	Frau Dipl.-Heilpäd. Nadine Marquart	<a href="https://www.psychotherapie-marquart.de/">https:// www.psychotherapie- marquart.de/</a>	v	x	x	VT	v	04157 Leipzig		68
f	Frau Dipl.-Päd. Jana Fröhlich	x	x	x	x	TP	v	04157 Leipzig		69
m	Herr René Pelz	x	x	x	x	TP	v	04157 Leipzig		70
f	Frau Dipl.-Päd. Heike Salewsky	x	x	x	x	TP	v	04157 Leipzig		71
f	Frau Lucia Mezger	<a href="http://www.luciamezger.de">http:// www.luciamezger.de</a>	x	x	x	TP	v	04157 Leipzig		72
m	Herr Dipl.- Sozialarbeiter/ Sozialpäd. (FH) Marcel Hachmeister	<a href="https://www.info-verhaltenstherapie.de/">https://www.info- verhaltenstherapie.de</a> /	v	x	x	VT	v	04155 Leipzig	Auf Google nur über Richter gefunden	73
f	Frau Luisa Richter	<a href="https://www.info-verhaltenstherapie.de/">https://www.info- verhaltenstherapie.de</a> /	v	x	x	VT	v	04155 Leipzig	PG bei Hachmeister	74
m	Herr Dipl.-Psych. Jan Meyer-Bekel	x	x	x	v/x	VT	v	04105 Leipzig	PG mit wedel / ggf. Verwendbar über Wedel	75
m	Herr Dipl.-Soz.-Päd. Tim Wedel	<a href="https://www.timwedel.de/">https:// www.timwedel.de/</a>	v	v	v	VT	v	04105 Leipzig		76
f	Frau Dipl.-Psych. Kerstin Schwarz	x	x	x	x	TP/ PA	v	04109 Leipzig		77
f	Frau Dipl.-Psych. Bettina Sauer	x	x	x	x	TP	v	04109 Leipzig		78

* „Video“ ** „Videosprechstunde“	Anrede	Domain	*	**	Verwertbar	Schule	VS	PLZ	Kommentar	NR
f	Frau Dipl.-Psych. Annett Svarovsky	<a href="https://www.psychotherapie-svarovsky.de/">https://www.psychotherapie-svarovsky.de/</a>	v	x	x	VT	v	04109 Leipzig		79
f	Frau Dipl.-Psych. Maria Johne	x	x	x	x	TP/ PA	v	04107 Leipzig		80
f	Frau Dr. phil. Anne Michael	<a href="https://www.psychoanalyse-leipzig-michael.com/">https://www.psychoanalyse-leipzig-michael.com/</a>	x	x	x	TP/ PA	v	04107 Leipzig		81
m	Herr Dipl.-Soz.arb./ Soz.päd.(FH) Sebastian Ketel	x	x	x	x	TP	v	04107 Leipzig		82
f	Frau Dipl.-Soz.arb./ Soz.päd.(FH) Sandy Kützing	x	x	x	x	TP	v	04317 Leipzig		83
f	Frau Dipl.-Psych. Sabine Abraham	<a href="https://kinder-jugend-psychotherapie-leipzig.de">https://kinder-jugend-psychotherapie-leipzig.de</a>	x	x	x	VT	v	04103 Leipzig		84
f	Frau Dr. paed. Evelyn-Christina Becker	<a href="https://www.praxis-becker.info/">https://www.praxis-becker.info/</a>	x	x	x	TP/ PA	v	04103 Leipzig		85
f	Frau Dipl.-Soz.arb./ Soz.päd. (FH) Katrin Eichler-Kühn	x	x	x	x	TP	v	04103 Leipzig	GP mit Gürtel	86
f	Frau Dipl.-Soz.arb./ Soz.päd. Andrea Gürtel	x	x	x	x	VT	v	04103 Leipzig		87
f	Frau Dipl.-Soz.arb. (FH)-Sozialpäd. (FH) Heike Koegel-Lorenz	x	x	x	x	TP/ PA	v	04177 Leipzig		88

* „Video“ ** „Videosprechstunde“	Anrede	Domain	*	**	Verwertbar	Schule	VS	PLZ	Kommentar	NR
f	y	Frau Dipl.-Psych. Katja Kirst	x	x	x	TP	v	04229 Leipzig		89
m	u	Herr Thomas Eichler	x	x	x	TP	v	04229 Leipzig	Website war direkt bei KVS-AS mit aufgeführt	90
f	y	Frau Dipl.-Psych. Sophia Hafermann	x	x	x	VT	v	04229 Leipzig		91
f	u	Frau Silke Martin- Erlautzki	x	x	x	VT	v	04229 Leipzig		92
f	u	Frau Anja Trautmann	x	x	x	VT	v	04178 Leipzig		93
<b>Süd</b>	f	Frau Dipl.-Psych. Irina Kaphengst	x	x	x	VT	v	04275 Leipzig		94
f	u	Frau Doreen Alschner	x	x	x	VT	v	04275 Leipzig	PG Fokeberg	95
f	y	Frau Dipl.-Psych. Anja Hollien	x	x	x	VT	v	04275 Leipzig	PG Fokeberg	96
m	s	Herr Soz.päd./ Soz.arb. Tobias Beygang	x	x	x	VT	v	04275 Leipzig	PG Fokeberg	97
m	u	Herr PhDr. Sisco Neugebauer	x	x	x	VT/ TP	v	04275 Leipzig	PG Fokeberg	98
f	s	Frau Dr. paed. Steffi Biskupek-Kräker	x	x	x	TP/ PA	v	04275 Leipzig		99
m	s	Herr Dipl.soz.arb./ Sozialpäd. Uwe Tuchscheerer	v	x	v	TP	v	04277 Leipzig		100



				Anrede	Domain	*	**	Verwertbar	Schule	VS	PLZ	Kommentar	NR
* „Video“													
** „Videosprechstunde“													
	f	u	Frau Anne Berger	<a href="http://www.psychotherapie-schoen.de/">http://www.psychotherapie-schoen.de/</a>	x	x	x	VT	v	04275 Leipzig	PG Schoen	101	
	f	y	Frau Dr. phil. Dipl.-Psych. Kathrin Schön	<a href="http://www.psychotherapie-schoen.de/">http://www.psychotherapie-schoen.de/</a>	x	x	x	VT	v	04275 Leipzig	PG Schoen	102	
<b>Ost</b>	f	u	Frau Dipl.-Musiktherap.(FH) Cornelia Brückner	<a href="https://www.psychotherapie-brueckner.de/">https://www.psychotherapie-brueckner.de/</a>	x	x	x	TP	v	04299 Leipzig	PG Brückner	103	
	f	u	Frau Inna Janzen	<a href="https://www.psychotherapie-brueckner.de/">https://www.psychotherapie-brueckner.de/</a>	x	x	x	TP	v	04299 Leipzig	PG Brückner	104	
	f	u	Frau Julia Rzepka	<a href="https://www.psychotherapie-brueckner.de/">https://www.psychotherapie-brueckner.de/</a>	x	x	x	TP	v	04299 Leipzig	PG Brückner	105	
	f	u	Frau Ulrike Kunadt	<a href="http://www.kindertherapie-leipzig.de/">http://www.kindertherapie-leipzig.de/</a>	x	x	x	VT	v	04318 Leipzig		106	
	f	y	<b>Frau Dipl.-Psych. Ina Jahn</b>	x	x	x	x	VT	v	04329 Leipzig	2. Naunhof	107	
												108	
<b>Ergänzung LE ohne VS</b>													109
													110
<b>Gohlis</b>	f	y	Frau Dipl.-Psych. Gabriele Helfricht	x	x	x	x	TP	x	04155 Leipzig		111	
	f	y	Frau Dipl.-Psych. Cornelia Bauer	x	x	x	x	TP	x	04129 Leipzig		112	

* „Video“ *** „Videosprechstunde“		Anrede	Domain	*	**	Verwertbar	Schule	VS	PLZ	Kommentar	NR
f	y	Frau Dipl.-Psych. Christiane Mruszczok	x	x	x	x	VT	x	04155 Leipzig		113
f	y	Frau Dipl.-Psych. Jana Paetz	<a href="https://www.psychotherapie-paetz.de/">https://www.psychotherapie-paetz.de/</a>	x	x	x	VT	x	04105 Leipzig		114
<b>Süd</b>	f	Frau Dipl.-Psych. Ursula Erben	<a href="https://gruppenpsychotherapie-leipzig.de">https://gruppenpsychotherapie-leipzig.de</a>	v	x	x	TP/ PA	x	04107 Leipzig		115
f	s	Frau Dipl.-Päd. Maren Dittberner	<a href="https://www.psychotherapie-dittberner.de/">https://www.psychotherapie-dittberner.de/</a>	x	x	x	VT	x	04275 Leipzig		116
f	s	Frau Dipl.-Päd. Kathrin Fischer	<a href="http://www.psychotherapeutin-fischer.de">http://www.psychotherapeutin-fischer.de</a>	x	x	x	VT	x	04275 Leipzig		117
m	u	Herr Dipl.- Musiktherapeut (FH) Sören Hoppe	x	x	x	x	TP	x	04277 Leipzig		118
m	u	Herr Dr. rer. med. Sven Günther	<a href="https://www.psychotherapie-guenther.com/">https://www.psychotherapie-guenther.com/</a>	x	x	x	VT	x	04277 Leipzig		119
<b>West</b>	f	Frau Dipl.-Soz.arb./ Soz.päd.(FH) Susanne Bach	<a href="http://www.susannebach.de/">http://www.susannebach.de/</a>	x	x	x	VT	x	04229 Leipzig		120
f	u	Frau Dr. phil. Allyn Vonau	<a href="http://www.psychotherapie-vonau.de/">http://www.psychotherapie-vonau.de/</a>	x	x	x	TP	x	04229 Leipzig		121
f	s	Frau Dipl.-Sozialarb./ Sozialpäd. Angelika Reich	<a href="http://psychotherapie-reich-leipzig.de/">http://psychotherapie-reich-leipzig.de/</a>	x	x	x	VT	x	04177 Leipzig		122

* „Video“				Anrede	Domain	*	**	Verwertbar	Schule	VS	PLZ	Kommentar	NR
	m	y	Herr Dipl.-Psych. Frank Kramer	x	x	x	x	x	TP	x	04229 Leipzig		123
	f	u	Frau Sandra Mühle	x	x	x	x	x	VT	x	04229 Leipzig		124
	f	s	Frau Dipl.-Soz.arb./ Sozialpäd.(FH) Steffi Navratil	x	x	x	x	x	VT	x	04229 Leipzig		125
<b>Zentrum</b>	f	u	Frau Dr. rer. nat. Annelie Harnisch	x	x	x	x	x	TP	x	04107 Leipzig	War unter Sammeltreffer versteckt (für die ohne VS Suche)	126
													127
													128
<b>Chemnitz</b>	f	u	<b>Frau M.A. Susanne Schüppel</b>	x	x	x	x	x	VT		09131 Chemnitz		129
	f	u	Frau Dr. rer. nat. Elke Schach	<a href="http://www.psychodoktor.de/">http://www.psychodoktor.de/</a>	x	x	x	x	TP/ PA		09127 Chemnitz		130
	f	y	Herr Dipl.-Psych. Michael Arndt	x	x	x	x	x	VT		09113 Chemnitz		131
	f	y	Frau Dipl.-Psych. Anke Walter	x	x	x	x	x	TP/ PA		09111 Chemnitz		132
	f	u	Frau Dipl.-Lehrerin Simone Prager	<a href="https://www.kjp-verhaltenstherapie.de/">https://www.kjp-verhaltenstherapie.de/</a>	x	x	v	v	VT		09111 Chemnitz		133
	f	u	Frau M.A. Sybille Gogol	x	x	x	x	x	VT		09112 Chemnitz	<a href="https://www.zfp-chemnitz.de/">https://www.zfp-chemnitz.de/</a> Link in der Haustafel der im Hausbefindlichen PP/KJP	134
	f	s	Frau Dipl.-Päd. Jana Lorenz	x	x	x	x	x	VT		09120 Chemnitz		135

* „Video“ ** „Videosprechstunde“	Anrede	Domain	*	**	Verwertbar	Schule	VS	PLZ	Kommentar	NR
m	Herr Dipl.-Psych. Frank Massow	<a href="http://www.ppvsa.de/">http://www.ppvsa.de/</a>	x	x	x	SYS/ VT		09120 Chemnitz	PG mit Frau	136
f	Frau Dipl.-Psych. Simone Massow	<a href="http://www.ppvsa.de/">http://www.ppvsa.de/</a>	x	x	x	VT		09120 Chemnitz		137
f	Frau Dr. phil. Claudia Köhle-Martin	x	x	x	x	TP		09112 Chemnitz		138
m	Herr Dipl.-Soz.päd. Yves Golda	<a href="https://www.praxis-golda.de/">https://www.praxis-golda.de/</a>	v	x	x	VT		09126 Chemnitz		139
f	Frau M.A. Rosalie Nestler	<a href="https://www.praxis-golda.de/">https://www.praxis-golda.de/</a>	v	x	x	VT		09126 Chemnitz	PG mit Golda	140
										141
<b>Ergänzung C ohne VS</b>	<b>Frau Beate Warncke</b>	<a href="http://www.kijups.de">www.kijups.de</a>	x	x	x	VT	x	09117 Chemnitz	2. Lichtenstein	142
f	<b>Frau Dipl.-Soz.päd. Theresa Pesch</b>	<a href="https://www.kijups.de">https://www.kijups.de</a>	x	x	x	VT	x	09117 Chemnitz	2. Limbach-Oberfrohna	143
m	Herr Dipl. Soz. arb./ Soz.päd. Andreas Hofmann	<a href="https://www.kijups.de/">https://www.kijups.de/</a>	x	x	x	VT	x	09117 Chemnitz		144
f	<b>Frau Dipl.-Heilpäd. Andrea Göhlert</b>	<a href="https://www.kijups.de/">https://www.kijups.de/</a>	x	x	x	VT	x	09117 Chemnitz	2. Frankenberg	145
f	Frau M.A. Ute Löffler	x	x	x	x	VT	x	09113 Chemnitz		146
m	Herr M.A. Nico Hartung	x	x	x	x	VT	x	09113 Chemnitz		147
f	Frau Dipl.-Soz.Päd. Isabell Brack-Hinrichs	x	x	x	x	TP	x	09130 Chemnitz		148
f	Frau M. A. Romy Kunzmann	x	x	x	x	VT	x	09112 Chemnitz		149

* „Video“				Anrede	Domain	*	**	Verwertbar	Schule	VS	PLZ	Kommentar	NR
	f	u	Frau M. A. Stephanie Müsch	x		x	x	x	VT	x	09112 Chemnitz		150
	f	u	Frau M.A. Miriam Beekert	x		x	x	x	VT	x	09112 Chemnitz	zfp	151
	f	u	Frau M. A. Stephanie Gerth	<a href="https://www.kinderjugend-psychotherapie-chemnitz.de/">https://www.kinderjugend-psychotherapie-chemnitz.de/</a>	v	x	x	x	VT	x	09112 Chemnitz		152
	m	u	Herr M. A. Hendrik Zill	x		x	x	x	TP/PA	x	09111 Chemnitz		153
	f	s	Frau Dipl.-Soz.päd. Eva-Maria Wagner	x		x	x	x	VT	x	09111 Chemnitz		154
													155
<b>Bautzen mit r=50km</b>	m	y	Herr Dipl.-Psych. Sebastian Niestroj	<a href="http://www.therapie-niesky.de/">http://www.therapie-niesky.de/</a>	x	x	x	x	Sozio	v	02906 Niesky	Gemeinschaftswebseite ohne direkte Nennung des Treffers	156
<b>Nur KJP: 77 Treffer mit DD (häufig)</b>	m	y	Herr Dipl.-Psych. Univ. Guido Menzel	<a href="https://www.kj-psychotherapie-menzel.de/">https://www.kj-psychotherapie-menzel.de/</a>	x	x	x	x	VT	v	02829 Schöpstal		157
	f	u	Frau Ulrike Lange	x					TP	v	02826 Görlitz		158
	f	s	Frau Dipl.-Päd. (Rehab.) Karla Kauf	x					VT	x	02826 Görlitz		159
	m	u	Herr Thomas Nücklich	x					TP	x	02826 Görlitz		160
	f	s	Frau Dipl.-Soz.-Päd. Christel Faßl	x					VT	v	02763 Oberseifersdorf		161
	f	u	Frau Kerstin Barbara Roscher-Scheibe	x					TP	x	02763 Zittau		162

* „Video“ ** „Videosparchstunde“	Anrede	Domain	*	**	Verwertbar	Schule	VS	PLZ	Kommentar	NR
f	y	Frau Dipl.-Psych. Romy Hänsch	x			VT	x	02708 Löbau		163
f	u	<b>Frau Anne Eckert</b> <a href="http://www.kjp-eckert.de/">http://www.kjp-eckert.de/</a>	x	x	x	VT	v	02708 Löbau	Weitere Tätigkeit in DD / Website bezieht sich auf ihre Dresdner stelle	164
f	s	Frau Dipl.-Soz. Päd. Kerstin Künzel	x			TP	x	02708 Löbau		165
f	s	Frau Dipl.-Berufspäd. Anja Markwort	x			VT	x	02977 Hoyerswerda		166
f	u	Frau Heike Gaida <a href="http://www.psychotherapie-bis21.de/">http://www.psychotherapie-bis21.de/</a>	x	x	x	VT	v	02977 Hoyerswerda		167
f	y	Frau Dipl.-Psych. Barbara Schlenkrich	x			TP	v	02681 Schirgiswalde -Kirschau/OT Schi	+E (erstmalig)	168
f	u	<b>Frau M.A. Yvette Hamprecht</b>	x			TP	v	02625 Bautzen		169
f	s	Frau Dipl.-Soz.Päd. (FH) Andrea Beger	x			VT	x	02625 Bautzen		170
f	u	<b>Frau Susann Posselt</b> <a href="http://www.praxis-posselt.de/">http://www.praxis-posselt.de/</a>	v	v	v	VT	v	02625 Bautzen	2.TO: Radeberg	171
f	u	Frau Dr. phil. Bianca Reinhold	x			VT	x	02625 Bautzen		172
f	s	Frau Dipl.-Soz.arb./ Soz.päd.(FH) Kathrin Frahm	x			TP	v	02625 Bautzen		173

* „Video“ ** „Videosprechstunde“		Anrede	Domain	*	**	Verwertbar	Schule	VS	PLZ	Kommentar	NR
	m	Herr Dr. rer. nat. Dipl.-Psych. Philippus Mirtschink	x				VT	x	02625 Bautzen		174
	f	Frau Carla Zimmer	x				VT	v	01917 Kamenz		175
	f	Frau Katrin Rottluff	<a href="https://www.bischofswerda-kindertherapie.de">https://www.bischofswerda-kindertherapie.de</a>	x	x	x	VT	v	01877 Bischofswerda		176
	f	Frau Dipl.-Psych. Norma Michel	<a href="http://www.peter-michel.com/">http://www.peter-michel.com/</a>	x	x	x	VT	v	01844 Neustadt i. Sa.		177
	f	Frau Dipl.-Päd. Karin Sauer	x				VT	v	01896 Pulsnitz		178
	f	Frau Dipl.-Psych. Christiane Beyer	x				VT	v	01833 Stolpen		179
	f	Frau M.A. Yvonne Böcke	<a href="https://kjp-boecke.de/">https://kjp-boecke.de/</a>	x	x	x	VT	v	01454 Radeberg		180
	f	Frau Dipl.-Päd. Cora Lohmann	<a href="http://kjp-radeberg.de/">http://kjp-radeberg.de/</a>	x	x	x	VT	v	01454 Radeberg		181
	m	Herr M.A. Dipl.-Sozialarb./Sozialpäd. (FH) Cornelius Fiedler	<a href="https://www.kinderpsychiatrie-radeberg.de/">https://www.kinderpsychiatrie-radeberg.de/</a>	x	x	x	TP	x	01454 Radeberg	PG FÄ Hanf	182
	f	Frau M.A. Yvette Hamprecht	x				TP	v	01454 Radeberg	so	183
	f	Frau Susann Posselt	<a href="http://www.praxis-posselt.de/">http://www.praxis-posselt.de/</a>	v	v	v	VT	x	01454 Radeberg	So	184
	f	Frau Dr. rer. nat. Dipl.-Psych. Ines Giese	<a href="http://www.psychanalyse-giese.de">www.psychanalyse-giese.de</a>	x	x	x	TP/PA	v	01796 Pirna/OT Graupa	So	185

* „Video“ ** „Videosprechstunde“		Anrede	Domain	*	**	Verwertbar	Schule	VS	PLZ	Kommentar	NR
	f	s	Frau Dipl.-Berufspäd. Stephanie Peter	<a href="http://kip-peter.de">http://kip-peter.de</a>	x	x	VT	v	01796 Pirna	Websife unklar - PW schutz	186
	f	y	Frau Dipl.-Psych. Caroline Nestler	<a href="https://martens-sachsen.de/">https://martens-sachsen.de/</a>	v	v	VT	v	01796 Pirna	PG Mertens	187
	f	y	Frau Dipl.-Psych. Melanie Wilde	<a href="https://martens-sachsen.de/">https://martens-sachsen.de/</a>	v	v	VT/ Sozio	v	01796 Pirna	PG Mertens	188
	f	u	Frau Eike Zießmer	<a href="https://martens-sachsen.de/">https://martens-sachsen.de/</a>	v	v	TP/ Sozio	v	01796 Pirna	PG Mertens	189
	f	y	Frau Dipl.-Psych. Janet Döring	x			VT	x	01796 Pirna		190
	m	s	Herr Dipl.-Soz.arb./ Soz.päd.(FH) Andreas Menzel	<a href="https://kip-radeburg.de/">https://kip-radeburg.de/</a>	x	x	VT	v	01471 Radeburg		191
	f	s	Frau Dipl.-Soz.päd. (FH) Uta Prinzler	x			VT	v	01471 Radeburg		192
											193
<b>Wurzeln mit r=50km</b>	f	y	Frau Dipl.-Psych. Kristin Lange	<a href="https://www.kip-lange.de">https://www.kip-lange.de</a>	v	x	VT	x	04509 Delitzsch		194
<b>Nur KJP: 89 Treffer mit LE (komplett)</b>	f	s	Frau Dipl.- Sozialarb./ Sozialpäd. (FH) Claudia Röthig	x			TP	v	04509 Delitzsch		195
	m	u	Herr Touradj Rezvan	<a href="http://praxis-rezvan.de/">http://praxis-rezvan.de/</a>	x	x	TP	x	04838 Eilenburg		196
	f	s	Frau Dipl.- Sozialarb./ Sozialpäd. (FH) Claudia Röthig	x			VT	v	04860 Torgau	2. Döbeln	197



* „Video“ ** „Videosprechstunde“		Anrede	Domain	*	**	Verwertbar	Schule	VS	PLZ	Kommentar	NR
f	u	Frau Urte Griebenow	<a href="https://therapie-griebenow.de">https://therapie-griebenow.de</a>	x	x	x	TP	x	04860 Torgau		198
f	s	Frau Dipl.-Päd. Brigitte Axthelm	<a href="https://www.praxis-axthelm.de">https://www.praxis-axthelm.de</a>	x	x	x	TP	v	04808 Wurzen		199
f	u	Frau M.A. Annett Kaiser	x				VT	x	01619 Zeithain		200
f	u	Frau Dr. rer. nat. Katharina Hamann	x				VT	v	01587 Riesa		201
f	u	Frau Sabine Jagemann	x				VT	v	01587 Riesa		202
m	s	Herr Dipl.-Soz.arb./Soz.päd.(FH) Uwe Müller	<a href="https://praxisfuerkinderundjugendlichenpsychotherapie.com/">https://praxisfuerkinderundjugendlichenpsychotherapie.com/</a>	x	x	x	VT	v	04758 Oschatz		203
f	s	Frau Dipl.-Soz.arb./Soz.päd. (FH) Claudia Wuttig	<a href="http://www.psychotherapie-wuttig.de/">http://www.psychotherapie-wuttig.de/</a>	x	x	x	VT	v	04758 Oschatz		204
f	y	Frau Dipl.-Psych. Annette Biskupek	x				VT	x	04779 Wernsdorf		205
f	s	Frau Dipl.-Soz. Päd. (BA) Tina Kunze	x				VT	v	04779 Wernsdorf		206
f	y	Frau Manuela Busse	<a href="https://kinderundjugendpsychotherapie-grimma.de/">https://kinderundjugendpsychotherapie-grimma.de/</a>	x	x	x	VT	v	04668 Grimma	PG Busse Müller	207
f	s	Frau Dipl.-Päd. Barbara Müller	<a href="https://kinderundjugendpsychotherapie-grimma.de/">https://kinderundjugendpsychotherapie-grimma.de/</a>	x	x	x	VT	v	04668 Grimma	PG Busse Müller	208

* „Video“ ** „Videosprechstunde“		Anrede	Domain	*	**	Verwertbar	Schule	VS	PLZ	Kommentar	NR
f	y	Frau Dipl.-Psych. Sabine Rehfeld	x				TP	x	04668 Grimma		209
f	y	<b>Frau Dipl.-Psych. Ina Jahn</b>	x	x	x	x	VT	v	04683 Naunhof	2. Leipzig	210
f	u	Frau Dr. paed. Simone Slansky	<a href="https://www.sana.de/leipzig/erland/medizin-pflege/mvz-fuer-diagnostik-und-therapie/praxis-fuer-kinder-und-jugendlichen-psychotherapie-borna">https://www.sana.de/leipzig/erland/medizin-pflege/mvz-fuer-diagnostik-und-therapie/praxis-fuer-kinder-und-jugendlichen-psychotherapie-borna</a>	x	x	x	VT	v	04552 Borna	MVZ	211
f	s	Frau Dipl.-Soz.arb./ Soz.päd. Isabel Erlebach	x				TP	x	09306 Rochlitz		212
f	u	Frau M.A. Susann Meincke	<a href="https://www.mvz-mittweida.net/">https://www.mvz-mittweida.net/</a>	x	x	x	VT	v	09306 Rochlitz	MVZ Bodenschatz	213
f	u	Frau M. A. Corina Jakubiak	<a href="https://www.mvz-mittweida.net/">https://www.mvz-mittweida.net/</a>	x	x	x	VT	v	09648 Mittweida	MVZ Bodenschatz	214
f	y	Frau Dipl.-Psych. Ulrike Tröger	<a href="https://www.mvz-mittweida.net/">https://www.mvz-mittweida.net/</a>	x	x	x	VT	v	09648 Mittweida	MVZ Bodenschatz	215
f	s	Frau Dipl.-Soz.päd. Damaris Bartsch	<a href="https://www.psychotherapeut-en-doebeln.de">https://www.psychotherapeut-en-doebeln.de</a>	v	x	x	TP	v	04720 Döbeln	Suchseite speziell für PT Döbeln	216
f	s	Frau Dipl.-Päd. Ines Kopp	<a href="https://kindertherapie-doebeln.de/">https://kindertherapie-doebeln.de/</a>	v	v	v	VT	v	04720 Döbeln		217
f	s	Frau Dipl.-Sozialpäd. Kerstin Förster- Roerber	<a href="https://kerstin-foerster-roerber.de/">https://kerstin-foerster-roerber.de/</a>	v	x	v/x	VT	v	04720 Döbeln	2. Torgau -> dort scheinbar nur privat/ PG Pintarelli Förster-Roerber	218

* „Video“ ** „Videosprechstunde“		Anrede	Domain	*	**	Verwertbar	Schule	VS	PLZ	Kommentar	NR
	f	s	Frau Dipl.-Sozialpäd. Claudia Pintarelli	<a href="https://kerstin-foerster-roeber.de/">https://kerstin-foerster-roeber.de/</a>	v	x	v/x	VT	04720 Döbeln	PG Pintarelli Förster-Roeber	219
	f	s	Dipl.-Päd. Heike Rodigast	<a href="http://www.psychotherapie-rodigast.de">www.psychotherapie-rodigast.de</a>	x	v	v	VT	04435 Schkeuditz	www.musste gestrichen werden für ergebnis	220
	f	u	Frau Anije Bierbaum	x			VT	v	04420 Markranstädt		221
	f	y	Frau Dipl.-Psych. Friederike Forner-Preußner	<a href="https://www.kjp-taucha.de/">https://www.kjp-taucha.de/</a>	x	x	x	VT	04425 Taucha		222
	m	u	Herr Sirko Waak	<a href="http://www.waak.net">www.waak.net</a>	x	x	x	VT	04416 Markkleeberg		223
	f	y	Frau Dipl.- Rehpsych.(FH) Susan Dathe	<a href="https://www.praxis-meilensteinchen.de">https://www.praxis-meilensteinchen.de</a>	x	x	x	VT	04416 Markkleeberg		224
	f	s	Frau Dipl.-Sozialarb./ Sozialpäd.(FH) Kristin Salzer	<a href="http://www.psychotherapie-salzer.de">www.psychotherapie-salzer.de</a>	x	x	x	TP/ PA	04416 Markkleeberg		225
<b>Rodewisch mit r=50km</b>	f	u	Frau M.A. Nicole Fischer	<a href="http://www.kjp-nicole-fischer.de/">http://www.kjp-nicole-fischer.de/</a>	v	x	x	VT	08645 Bad Elster		226
<b>Nur KJP: 63 Treffer mit C (geschnitten)</b>	f	y	Frau Dipl.-Psych. Daniela Backhaus	<a href="http://psychotherapie-backhaus.de">http://psychotherapie-backhaus.de</a>	x	v	v	VT	08223 Falkenstein/Vogtl.		228
	f	s	Frau Dipl.-Päd. Univ. Theresa Winkler	<a href="https://kinderpsychotherapie-vogtland.de/">https://kinderpsychotherapie-vogtland.de/</a>	x	x	x	VT	08209 Auerbach/Vogtl.		229

* „Video“ ** „Videosprechstunde“		Anrede	Domain	*	**	Verwertbar	Schule	VS	PLZ	Kommentar	NR
	m	s	Herr Dipl.-Soz.päd. Ken Schönfelder	<a href="https://kjp-auerbach.de/das-team/">https://kjp-auerbach.de/das-team/</a>	x	v	v	VT	08209 Auerbach/ Vogtl.	<a href="http://www.kenschoenfelder.de/">http://www.kenschoenfelder.de/</a> -> ohne Treffer, PG Ziegler Schönfelder	230
	m	s	Herr Dipl.-Päd. (univ.) Alexander Ziegler	<a href="https://kjp-auerbach.de/das-team/">https://kjp-auerbach.de/das-team/</a>	x	v	v	VT	08209 Auerbach/ Vogtl.	PG Ziegler Schönfelder	231
	f	s	Frau Dipl.-Soz.arb./ Soz.päd. Cornelia Endreß	x	x	x	VT	v	08523 Plauen		232
	f	s	Frau Dipl.-Soz.arb./ Soz.päd. Kati Möckel	x	x	x	VT	v	08523 Plauen		233
	f	s	Frau Dipl.-Heilpäd. Marion Struve-Kuhn	<a href="http://www.psychotherapie-struve-kuhn.de/">http://www.psychotherapie-struve-kuhn.de/</a>	x	x	TP	v	08523 Plauen		234
	f	y	Frau Dipl.-Psych. Regine Eulenberger	x	x	x	VT	v	08523 Plauen		235
	f	y	Frau Dipl.-Psych. univ. Anke Goebel	<a href="https://www.psychotherapie-goebel.de">https://www.psychotherapie-goebel.de</a>	x	x	VT	v	08525 Plauen		236
	f	y	Frau Dipl.-Psych. Sybille Fritzsich	<a href="https://www.psychotherapie-fritzsich.de/">https://www.psychotherapie-fritzsich.de/</a>	x	x	VT	v	08525 Plauen		237
	f	s	Frau Dipl.-Soz.päd. Sindy Schmidt	<a href="http://www.kjp-schmidt.de/">http://www.kjp-schmidt.de/</a>	x	x	VT/ Sozio	x	08468 Reichenbach im Vogtland		238
	m	s	Herr Dipl.-Soz.arb./ Soz.päd. Christoph Pachonik	<a href="https://psychotherapie-pachonik.de/">https://psychotherapie-pachonik.de/</a>	x	x	VT	x	08412 Werdaun	Unregelmäßigkeit: Google Bannet gar keinen Treffer außer Seitenanzeige mit Website-Button	239

* „Video“ ** „Videosprechstunde“	Anrede	Domain	*	**	Verwertbar	Schule	VS	PLZ	Kommentar	NR
f	y	Frau Dipl.-Psych. Ramona Grimm	x	x	x	TP	v	08412 Werdau		240
m	u	Herr Dr. rer. nat. Lutz Dietrich	x	x	x	VT/ TP	x	08451 Crimmitschau		241
f	s	Frau Mag. Päd. Cathleen Haubold	x	x	x	VT	x	08064 Zwickau		242
f	u	Frau M. A. Cornelia Kretschmar-Staufner	x	x	x	TP	v	08062 Zwickau		243
f	s	Frau Dipl.-Soz.päd. Hendrikje Pötschke	<a href="https://www.psychotherapie-poetschke.de/">https:// www.psychotherapie- poetschke.de/</a>	x	x	VT	x	08060 Zwickau		244
f	s	Frau Dipl.-Soz.-päd. Michaela Rost	x	x	x	TP	v	08066 Zwickau		245
f	u	Frau Dipl.-Lehrer Alrun Ziegert	x	x	x	VT	x	08056 Zwickau		246
m	u	Herr Reiner Langenhahn	<a href="http://kjp-langenhahn.de/">http://kjp- langenhahn.de/</a>	x	x	VT	x	08056 Zwickau		247
m	y	Herr Dipl.-Psych. Siegfried Kaiser	x	x	x	TP	x	08056 Zwickau		248
f	y	Frau Dipl.-Psych. Simone Kraft	x	x	x	TP/ Sozio	v	08056 Zwickau		249
f	y	Frau Dipl.-Psych. Heidrun Brauer	x	x	x	TP	v	09350 Lichtenstein/ Sa.		250
f	u	<b>Frau Beate Warncke</b>	<a href="http://www.kjups.de">www.kjups.de</a>	x	x	VT	x	09350 Lichtenstein/ Sa.	2. Chemnitz	251
f	s	Frau Dipl.-Päd. Ilka Arnold	<a href="https://pt-arnold.de/">https://pt-arnold.de/</a>	x	x	VT	v	08118 Hartenstein	PG Stodolka Ullman Arnold	252

* „Video“ ** „Videosprechstunde“		Anrede	Domain	*	**	Verwertbar	Schule	VS	PLZ	Kommentar	NR
f	s	Frau Dipl.-Soz.arb./ Soz.päd. Juliane Werner	<a href="https://psychotherapie-werner.net/">https:// psychotherapie- werner.net/</a>	x	x	x	VT	v	08118 Hartenstein		253
f	s	Frau Dipl.-Soz.-Päd. (BA) Sylke Riecke- Böhm	x	x	x	VT	VT	x	08289 Schneeberg		254
f	u	Frau M. A. Cathleen Eberlein	x	x	x	VT	VT	v	08280 Aue- Bad Schlema		255
f	u	Frau Dr. phil. Elke Stodolka	<a href="https://www.praxis-aue.de/">https://www.praxis- aue.de/</a>	v	x	x	VT	v	08280 Aue- Bad Schlema	PG Stodolka Ullman Arnold	256
f	u	Frau M.A. Christiane Ullmann	<a href="https://www.praxis-aue.de/">https://www.praxis- aue.de/</a>	v	x	x	VT	v	08280 Aue- Bad Schlema	PG Stodolka Ullman Arnold	257
f	s	Frau Dipl.-Soz.päd. Andrea Goldhahn	x	x	x	VT	VT	v	08340 Schwarzenbe rg/Erzgeb.		258
f	s	Frau Dipl.-Soz.päd. Corina Erbkämper	<a href="http://www.schnee-gloeckchen.de/">http://www.schnee- gloeckchen.de/</a>	x	x	x	TP	x	08340 Schwarzenbe rg/Erzgeb.		259
f	y	Frau Dipl.-Psych. Margit Herrmann	x	x	x	VT	VT	v	09456 Annaberg- Buchholz		260
f	s	Frau Dipl.-Soz.päd. Barbara Bäßler	x	x	x	VT	VT	x	09456 Annaberg- Buchholz		261
f	s	Frau Dipl.-Soz.päd. Kerstin Hartmann	x	x	x	VT	VT	x	09427 Ehrenfrieders dorf		262
f	u	Frau M.A. Peggy Meiner	<a href="http://www.praxis-meiner.de">http://www.praxis- meiner.de</a>	x	v	v	VT	v	09380 Thalheim/ Erzgeb.		263

* „Video“ ** „Videosprechstunde“		Anrede	Domain	*	**	Verwertbar	Schule	VS	PLZ	Kommentar	NR
	f	Frau Dipl.-Lehrerin Swantje Friedemann	x	x	x	x	TP	x	09366 Stollberg/ Erzgeb.		264
	f	Frau Bianca Ulbricht	<a href="https://kjp-ulbricht.de/">https://kjp-ulbricht.de/</a>	x	x	x	TP	x	09337 Hohenstein- Ernstthal		265
	f	Frau Dipl.-Soz.päd. Sabine Maruschke	<a href="http://psychotherapie-hohenstein-ernstthal.de/">http://psychotherapie-hohenstein-ernstthal.de/</a>	x	x	x	VT	v	09337 Hohenstein- Ernstthal		266
	f	Frau Dipl.-Soz.päd. Nicole Krügel	<a href="https://psychotherapie-kruegel.de">https://psychotherapie-kruegel.de</a>	x	x	x	VT	v	08396 Waldenburg		267
	f	Frau Melanie Reißig	x	x	x	x	VT	v	09212 Limbach- Oberfrohna		268
	f	<b>Frau Dipl.-Soz.päd. Theresa Pesch</b>	<a href="https://www.kijups.de">https://www.kijups.de</a>	x	x	x	VT	x	09212 Limbach- Oberfrohna	2. Chemnitz	269
	f	Frau Dipl.-Soz.päd. Claudia Schüppel	<a href="http://psychotherapie-schueppel.de">http://psychotherapie-schueppel.de</a>	x	x	x	VT	v	09212 Limbach- Oberfrohna		270
											271
<b>Zwischengebiete</b>											272
<b>Chemnitz mit r=50</b>	m	Herr Robert Lorenz	x	x	x	x	VT	x	09526 Olbernhau	Da selber name als Autohaus vorhanden war wurde zusätzlich „-opel“ in der Suche angefügt	273
	f	Frau Dipl.-Soz.Päd. Jacqueline Schöne	x	x	x	x	VT	v	09496 Marienberg		274

* „Video“ ** „Videosparchstunde“		Anrede	Domain	*	**	Verwertbar	Schule	VS	PLZ	Kommentar	NR
f	s	Frau Dipl.-Soz.päd. Grit Hänsel	x	x	x	x	VT	v	09496 Marienberg		275
f	s	Frau Dipl.-Päd. Ilona Walter-Kaufmann	x	x	x	x	VT	v	09405 Zschopau		276
f	y	Frau Dipl.-Psych. Jana Haugke	x	x	x	x	VT	v	09405 Zschopau		277
f	s	Frau Dipl.-Soz.päd. Cornelia Metge	<a href="https://praxis-metge.de/">https://praxis-metge.de/</a>	x	x	x	VT	v	09405 Zschopau		278
f	u	Frau Sarah Günther	x	x	x	x	VT	v	09569 Oederan		279
f	s	Frau Dipl.-Soz.Päd. Irina Sandmann	x	x	x	x	VT	x	09599 Freiberg		280
f	u	Frau Franziska Friedemann	x	x	x	x	TP	x	09599 Freiberg		281
f	u	Frau Katharina Kremers	x	x	x	x	VT	v	09599 Freiberg		282
f	y	Frau Dipl.-Psych. Elena Ziller	x	x	x	x	VT	v	09599 Freiberg		283
f	y	Frau Dipl.-Psych. Anja Forkert	<a href="http://www.anja-forkert.de/">http://www.anja-forkert.de/</a>	x	x	x	VT	v	09599 Freiberg		284
f	u	<b>Frau Dipl.- Kunsttherap. Evi Selmeier</b>	<a href="https://www.psychologen-freiberg.de/lunser-team/dipl-kunsttherapeutin-evi-selmeier">https://www.psychologen-freiberg.de/lunser-team/dipl-kunsttherapeutin-evi-selmeier</a>	x	v	v/x	VT	v	09599 Freiberg	inVivo Gemeinschaftsseite große PG	285
f	s	Frau Dipl.-Päd. Julia Schmidt	x	x	x	x	VT	v	01683 Nossen		286



* „Video“ ** „Videosprechstunde“		Anrede	Domain	*	**	Verwertbar	Schule	VS	PLZ	Kommentar	NR
f	s	Frau Dipl.Soz.arb./ Soz.päd. Cornelia Kersting	x	x	x	x	VT	x	09661 Hainichen	2. Dresden	287
f	s	Frau Dipl.-Heilpäd. Andrea Göhlert	x	x	x	x	VT	x	09669 Frankenberg/ Sa.	2. Chemnitz	288
f	s	Frau Dipl.-Heilpäd. Janette Ranft	x	x	x	x	TP	v	09669 Frankenberg/ Sa.		289
f	u	Frau M.A. Susanne Schüppel	x	x	x	x	VT	v	09244 Lichtenau	2. Chemnitz	290
											291
<b>Meißen mit r=30</b>	f	Frau Dipl.-Psych. Anne Sandmann	x	x	x	x	VT	v	01561 Großenhain/ OT Wildenhain	2. Großenhain Ortskern	292
	f	Frau Dipl.-Psych. Anne Sandmann	x	x	x	x	VT	v	01558 Großenhain	2. Großenhain Außerhalb	293
	f	Frau Stefanie Mörbe	<a href="https://www.praxis-moerbe.de/">https://www.praxis-moerbe.de/</a>	x	x	x	VT	v	01558 Großenhain		294
	f	Frau Dipl.-Päd. Kristin Pfeifer	x	x	x	x	VT	v	01662 Meißen	Namens und Berufsvetter	295
	f	Frau Dipl.-Psych. Ina Donath	<a href="http://www.ina-donath.de/">http://www.ina-donath.de/</a>	x	x	x	VT	x	01662 Meißen		296
	f	Frau Theres Peter	x	x	x	x	TP	v	01689 Weinböhlen		297
	f	Frau Dipl.-Psych. Doreen Schulze	x	x	x	x	VT	x	01640 Coswig		298

				Anrede	Domain	*	**	Verwertbar	Schule	VS	PLZ	Kommentar	NR
* „Video“	f	y	Frau Dipl.-Psych. Angela Gröber	x	x	x	x	x	VT	v	01640 Coswig		299
** „Videosprechstunde“	f	y	Frau Dipl.-Psych. Katja Wrabetz	x	x	x	x	x	VT	x	01445 Radebeul		300
	f	y	Frau Dipl.-Psych. Katja Sachse	<a href="http://www.ppvsa.de/dresden.html">http://www.ppvsa.de/ dresden.html</a>	x	x	x	x	VT	v	01445 Radebeul	2.Dresden	301
	f	y	Frau Dipl.-Psych. Christina Weber	<a href="http://kip-freital.de/">http://kip-freital.de/</a>	x	x	x	x	VT	v	01705 Freital		302
	f	s	Frau Pädagogin (M.A.) Franka Kuhne	x	x	x	x	x	VT	v	01705 Freital		303
	f	y	Frau Dipl.-Psych. Birgit Paul	x	x	x	x	x	TP/ PA	x	01705 Freital		304
													305
<b>Altenberg mit r=30km</b>	f	s	Frau Dipl.-Päd. Kristin Keller	<a href="https://psychotherapie-dippoldiswalde.de/">https:// psychotherapie- dippoldiswalde.de/</a>	x	x	x	x	TP	v	01744 Dippoldiswald el/OT Schmiedeberg		306
	f	y	Frau Dipl.-Psych. Sabine Schwarz	x	x	x	x	x	TP	x	01744 Dippoldiswald e		307

## Anlage 5.2: Ergebnis Expertinnensuche KJP-FÄ Sachsen

* „Video“ ** „Videosprechstunde“	Anrede	Domain	*	**	Verwe rtbar	Schule	VS	PLZ	Kommentar
<b>Psychiater (FÄ KJP)</b>									
<b>Dresden</b>	m a	Herr Dr. med. Frithjof Schüßling	x	x	x	TP	v	01219 Dresden	
	f a	Frau Dr. med. Annegret Wenn	x	x	x	TP/PA	v	01328 Dresden	
	f a	Frau Marika Hutsch	x	x	x	VT	v	01309 Dresden	
	f a	Frau Dr. med. Sibylle Platzbecker	x	x	x	TP	v	01309 Dresden	PG mit 2 folgenden
	f a	Frau Dr. med. Tobias Wolf	x	x	x	VT	v	01309 Dresden	
	f a	Frau Dr. med. Annegret Selisko	x	x	x	TP	v	01309 Dresden	
	m a	Herr MRC Psych. Stephan Neupert	x	x	x	Sozial/ Sozialp	x	01099 Dresden	
	f a	Frau Dr. med. Daniela Deutschmann-Kuhn	x	x	x	TP	x	01324 Dresden	
	f a	Frau Ramona Voß	x	x	x	Sozialp	x	01309 Dresden	

			Anrede	Domain	*	**	Verwertbar	Schule	VS	PLZ	Kommentar
* „Video“ ** „Videosprechstunde“	m	a	Herr Dr. med. Matthias Reinhold	x	x	x	x	TP	x	01219 Dresden	Namensvetter (mit Webseite) in Berlin oder der selbe -> unklar
<b>Leipzig</b>	f	a	Frau Sandra Maria de Oliveira	<a href="https://www.praxis-deoliveira.de/">https://www.praxis-deoliveira.de/</a>	x	x	x	TP	v	04177 Leipzig	Portugiesisch (Sprache erst ab hier aufgenommen)
	f	a	Frau Dr. med. Ulrike Pfeiffer	x	x	x	x	TP	v	04229 Leipzig	
	f	a	Frau Dipl.-Med. Sylvia Petros	x	x	x	x	TP	v	04318 Leipzig	
	m	a	Herr Rico Bresler	<a href="https://annecatrinboxberger.de/">https://annecatrinboxberger.de/</a>	v	x	x	TP	v	04299 Leipzig	Angestellt bei Stauß
	f	a	Frau Dipl.-Med. Anne-Catrin Stauß	<a href="https://annecatrinboxberger.de/">https://annecatrinboxberger.de/</a>	v	x	x	TP	v	04299 Leipzig	
	m	a	Herr Dipl.-Med. Stefan Seifert	x	x	x	x	TP	x	04105 Leipzig	
	f	a	Frau Dr. med. Annegret Behrends	<a href="http://www.kinderpsychiatrie-bs-leipzig.de">http://www.kinderpsychiatrie-bs-leipzig.de</a>	x	x	x	TP/ Sozialp	x	04105 Leipzig	
	m	a	Herr Dr. med. Sven Schönfelder	<a href="http://www.kinderpsychiatrie-bs-leipzig.de">http://www.kinderpsychiatrie-bs-leipzig.de</a>	x	x	x	TP/ Sozialp	x	04105 Leipzig	

* „Video“ ** „Videosprechstunde“	Anrede	Domain	*	**	Verwertbar	Schule	VS	PLZ	Kommentar
f a	Frau Annegret Bastian	x	x	x	x	TP	x	04105 Leipzig	
f a	Frau Dr. med. Katharina Rothemund	x	x	x	x	TP	x	04105 Leipzig	
f a	Frau Dr. med. Simone Berrouschot	x	x	x	x	TP	x	04109 Leipzig	
f a	Frau Dr. med. Annett Neugebauer-Kokott	<a href="https://www.kinderpsychiatrie-leipzig.eu">https://www.kinderpsychiatrie-leipzig.eu</a>	x	x	x	VT/TP/ Sozialp	x	04103 Leipzig	
m a	Herr Nico Lehmann	x	x	x	x	VT	v	09119 Chemnitz	
f a	Frau Dr. med. Bianca Gaida	<a href="https://martens-sachsen.de/index.php/unser-team/dr-bianca-gaida">https://martens-sachsen.de/index.php/unser-team/dr-bianca-gaida</a>	v	v	v	VT/ Sozi/ Sozialp	v	02708 Löbau	PG Mertens
m a	<b>Herr Dr. med. Reinhard Martens</b>	<a href="https://martens-sachsen.de/">https://martens-sachsen.de/</a>	v	v	v	TP/VT/ Sozi/ Sozialp	v	02943 Weißwasser / ser/O.L.	1. Pirna / 2. Weißwasser / 3. Bischofswerda / 4. Dippoldiswalde

		Anrede	Domain	*	**	Verwertbar	Schule	VS	PLZ	Kommentar
* „Video“ ** „Videosprechstunde“	m	<b>Herr Dr. med. Reinhard Martens</b>	<a href="https://martens-sachsen.de/">https://martens-sachsen.de/</a>	v	v	v	TP/NT/ Sozi/ Sozialp	v	01877 Bischofs- werda	1. Pirna / 2. Weißwasser / 3. Bischofs- werda / 4. Dippoldiswalde
	m	<b>Herr Dr. med. Reinhard Martens</b>	<a href="https://martens-sachsen.de/">https://martens-sachsen.de/</a>	v	v	v	TP/NT/ Sozi/ Sozialp	v	01796 Pirna	1. Pirna / 2. Weißwasser / 3. Bischofs- werda / 4. Dippoldiswalde
	f	Frau Dipl.-Med. Martina Görner	<a href="https://kipp-hoyerswerda.de/">https://kipp-hoyerswerda.de/</a>	x	x	x	Sozialp	x	02977 Hoyers- werda	
	f	Frau Luise Hanf	<a href="https://www.kinderpsychiatrie-radeberg.de/">https://www.kinderpsychiatrie-radeberg.de/</a>	x	x	x	VT/ Sozialp	x	01454 Radeberg	
<b>Wurzen mit r=50km</b>	m	Herr Dr. med. Marc-Dennis Schulz	x	x	x	x	TP/ Sozialp	x	04808 Wurzen	
	f	Frau Dr. med. Katrin Watzula	<a href="http://kinderpsychiatrie-markranstaedt.de">http://kinderpsychiatrie-markranstaedt.de</a>	x	x	x	TP/NT	x	04420 Markrans- tädt	
	f	Frau Sabine Hartmann	x	x	x	x	TP	x	09306 Rochlitz	Namens und Berufsvetter
	m	Herr Nicolai-Henrik Feige	<a href="https://www.hygieia.net/">https://www.hygieia.net/</a>	v	v	v/x	TP/ Sozio	v	09306 Rochlitz	Website des MVZ Mittweida/Leipzig Außenstelle Rochlitz

* „Video“	Anrede	Domain	*	**	Verwe rtbar	Schule	VS	PLZ	Kommentar
** „Videosprechstunde“									
<b>Rodewisch mit r=50km</b>	f a	Frau Ines Röder	x	x	x	TP/AT	x	08223 Höhenluft kurort Grünbach /OT Mu	
	f a	Frau Cathrin Preuß	x	x	x	TP/ Sozialp	x	08523 Plauen	
	m a	Herr Dipl.-Med. Thomas Greger	x	x	x	TP	x	08062 Zwickau	
	f a	Frau Dipl.-Med. Katrin Huber	x	x	x	TP/ Sozio	v	08056 Zwickau	
	f a	Frau Dipl.-Med. Cornelia Stefan	x	x	x	Sozi	x	08060 Zwickau	MVZ / Poliklinik / Chefärztin KJP - warum wird das KVS suche angezeigt?
<b>Chemnitz mit r=50km</b>	f a	Frau Millicent Mphahlele-Weidauer	x	x	x	TP	v	09405 Zschopa u	
<b>Dresden/Meißen mit r=50</b>	m a	Herr Dr. med. Holger Kloß	x	x	x	TP	x	01662 Meißen	
	f a	Frau Dipl.-Med. Jean Kloß	x	x	x	TP/ Sozialp	x	01662 Meißen	

* „Video“ ** „Videosprechstunde“	Anrede	Domain	*	**	Verwertbar	Schule	VS	PLZ	Kommentar
f	a Frau Dr. med. Henrike Kokenge	x	x	x	x	VT	v	01445 Radebeul	
m	a <b>Herr Dr. med. Reinhard Martens</b>	<a href="https://martens-sachsen.de/">https://martens-sachsen.de/</a>	v	v	v	TP/NT/Sozial/Sozialp	v	01744 Dippoldiswalde	1. Pima / 2. Weißwasser / 3. Bischofswerda / 4. Dippoldiswalde



## Anlage 5.3: Erhebungszeiträume

Erfassungszeiten	KJP	FÄ-KJP
<b>Dresden (KJP+VS)</b>	03.02.21	04.02.21
<b>Leipzig (KJP+VS)</b>		04.02.21
Gohlis	04.02.21	
Rest LE	04.02.21	
<b>Chemnitz (KJP+VS)</b>	04.02.21	04.02.21
<b>Ergänzung DD ohne VS</b>	08.02.21	10.02.21
<b>Ergänzung LE ohne VS</b>	09.02.21	10.02.21
<b>Ergänzung C ohne VS</b>	10.02.21	Keine Ergänzung
<b>Bautzen mit r=50km alle KJP</b>	08.02.21	10.02.21
<b>Wurzen mit r=50km alle KJP</b>	09.02.21	10.02.21
<b>Rodewisch mit r=50km alle KJP</b>	09.02.21	10.02.21
<b>Zwischengebiete alle KJP</b>		10.02.21
Chemnitz mit r=50	10.02.21	
Meißen mit r=30	10.02.21	
Altenberg mit r=30km	10.02.21	

## Anlage 6.1: Erste Codierung

Bei längeren Abschnitten die kontextbedingt voll ausgeführt werden mussten, wurden Hervorhebungen durch fett-Schrift nachträglich eingefügt. Die eckigen Klammern wurden neben der Verständlichkeitsergänzung auch zur schlagworthaften Zusammenfassung in das jeweilige Fachwort genutzt (z.B.: „Wie könnten die Gedanken denn oder was? Wie könnten die Gedanken anders sein? Also wie könnte man positiver denken? Oder sind die Gedanken realistisch? [kognitive Umstrukturierung]“ (L3, Z116 ff, siehe Unterkapitel 2.1) und nachträglich hinzugefügt. Bei Zitaten, welche im Originaltext mehrer Zeilen entfernt voneinander stehen, aber noch immer die selbe Sinneinheit behandeln, wurden die Leerzeilen weggelassen. Insbesondere die Fragen 2.1, 3.1 & 3.2 wurden in einem 2.Analysedurchgang neu codiert, daher können sie gesonderte Markierungen aufweisen.

### 1.1 Dauer der Nutzung der VS

„Ich denke, seit die Möglichkeit geschaffen ist. Warten Sie (geht nachschauen), die Erste am 23. März 2020.“ (L4a, Z11f)

„seit April 2020. Das kann ich so genau sagen, weil das natürlich kurz nach dem Lockdown war“ (L3, Z8f)

„ich hab mich [vorher], gebe ich zu, nicht näher damit [VS] beschäftigt“ (L3, Z15f)

„relativ schnell, nachdem bekannt gegeben wurde, dass es zu einem Lockdown kommen würde, 2020. Also ich, muss so Mitte März gewesen sein“ (L1a, Z14f)

"Vorher habe ich es gar nicht genutzt. Das ist erst durch diese Corona-Situation dann für mich präsent geworden.“ ((L1a, Z24f)

"Seit dem ersten Lockdown“ (L2a, Z6)

### 1.2 Alter der mit der VS behandelten Patientinnen

„Von der Altersgruppe her würde ich sagen von 10 bis 20.“ (L4a, Z26)

„also von 10 bis 11? Drei bis vier.“ (L4a, Z96)

„[I.:] fällt Ihnen noch ein Patient ein. Jetzt etwa in der Altersgruppe oder belassen wir es bei den zweien.[...] B.: Die waren dann wirklich älter, weil ich eben gemerkt habe, es ist sehr, sehr schwierig mit den Jüngeren.“ (L4a, Z312ff)

„Ich mach das eigentlich vorrangig mit Jugendlichen. Die Patientin, die wahrscheinlich für sie am ehesten in Frage kommt. Die ist elf.“ (L3, Z22ff)

„Also ich hab natürlich komplett von vornherein für mich festgelegt, dass ich jüngere Patienten, Mindestens bis acht, neun Jahre nicht - definitiv nicht - in der Sprechstunde nehme, weil ich mir das einfach nicht vorstellen konnte.“ (L3, Z66ff)

„in der Kindertherapie spielen ja die Eltern auch eine große Rolle. Und insofern, habe ich eigentlich alle meine Patienten, die ich würde sagen von zu dem damaligen Zeitpunkt 5 bis zu dem damaligen Zeitpunkt 20 Jahre waren, weiter behandelt und

manchmal dann eben in der Form modifiziert, dass eben nur Elterngespräche stattgefunden haben für die jüngeren Patienten.“ (L1a, Z32ff)

„ungefähr das Alter von 9 bis 21“ (L2a, Z15)

„Der war neun und auch eher ein niedriges Intelligenzvolumen“ (L2a, Z112)

„Das andere, das war dann elf,“ (L2a, Z142)

„3 PatientInnen 9/11/11 Jahre“ (L2b, Z8)

### **1.3 mit der VS behandelte Störungsbilder**

„[I.:] Störungsbild, alles bunt gemischt, oder? [...] B.: Bunt gemischt. Ja.“ (L4a, Z28ff)

„ein Patient zum Beispiel, der ist elf, leidet an einer Enuresis“ (L4a, Z103 f)

„Da [beim Enuresispatienten] gab's auch noch eine Problematik, was aggressives Verhalten angeht bei den Jungen hatten vorwiegend zu Hause. (...) Und Wutanfälle hat es die Mutter immer genannt. Wutausbrüche. Ja da/ Also so/ und das Ganze natürlich auch Coronabedingt dann etwas verschärft.“ (L4a, Z130ff)

„Angst und depressive Störung gemischt.“ (L4a, Z209)

„Da geht's um Angststörung. Bei den anderen Patienten. Angststörungen, Depressionen, Essstörungen.“ (L3, Z24f)

„ein Kind dabei gewesen, was Schwierigkeiten im sozialen Umgang hatte. Also Störung des Sozialverhaltens. Jetzt muss ich grade mal schauen. Konflikte mit der Schwester oder aber auch in der Schule.“ (L1a, Z117ff)

„Zum Beispiel gibt's auch, wo wir an Zwängen gearbeitet haben. Das ist ja auch etwas, was dann in dieser Zeit schön aufblüht oder aufgeblüht ist, gerade so mit der Coronasache.“ (L1a, Z194ff)

„Also ich hatte schon auch Elfjährige, die waren - dadurch, dass sie kognitiv auch eingeschränkter sind. Mit Lernbehinderung oder sowas in der Art. - Für die ist es trotzdem schwer gewesen.“ L1b, Z76ff)

### **1.4 Häufigkeit der Anwendung der VS**

„I.: Wie viele Patienten haben Sie etwa, wo sie die Videosprechstunde verwendet haben? [...] B.: 12“ (L4a, Z32ff)

„also von 10 bis 11? Drei bis vier.“ (L4a, Z96)

„[I.:] fällt Ihnen noch ein Patient ein. Jetzt etwa in der Altersgruppe oder belassen wir es bei den zweien.[...] B.: Die waren dann wirklich älter, weil ich eben gemerkt habe, es ist sehr, sehr schwierig mit den Jüngeren.“ (L4a, Z312ff)

„Und nur im ersten Lockdown oder auch noch später? [...] B.: teilweise durchgängig bis heute.“ (L4a, Z41ff)

„Pro Woche? Ja, es ist sehr unterschiedlich. Also zwischen, tja, 2 und 4 mal würde ich sagen.“ (L4a, Z53f)

"Also das ist jetzt wirklich ein Patient, mit dem ich das komplett seit dem ersten Lockdown durchgeführt habe. Er war, glaub ich im letzten Jahr einmal, dann hier in der Praxis, ansonsten nur per Video bis heute.“ (L4a, Z197ff)

„Das ist aber eher so sporadisch. Also mit der elfjährigen Patientin hab ich das eine Zeit lang relativ regelmäßig gemacht, mit allen anderen eher aus anderen Gründen.“ (L3, Z 25ff)

„Also wirklich nur in Ausnahmefällen. Also nicht mal / ich könnte nicht mal sagen einmal wöchentlich. Also das ist wirklich vielleicht einmal im Monat. Jetzt zurzeit wieder, weil tatsächlich die meisten Patienten auch gerne herkommen.“ (L3, Z43ff)

„[im Lockdown] Da hab ich es relativ häufig genutzt. Zwei, dreimal pro Woche würde ich sagen, also nichts im Vergleich zu anderen Kollegen, die teilweise ja komplett auf Video umgestellt haben.“ (L3, Z51ff)

„zu dem damaligen Zeitpunkt hatte ich dann, um auch ein Stück weit meinen Beitrag zu leisten, um die Infektionszahlen niedrig zu halten, komplett auf Video umgestellt. Also ich hab dann von früh bis abends nur noch Video gemacht. Das war ungefähr 5 Wochen lang. Und dann als es wieder losging, dass der Lockdown dann beendet war, dann ist das eigentlich innerhalb von kürzester Zeit wieder auf den Nullpunkt gesunken, sodass wir dann nur noch Präsenz gemacht haben. So vielleicht ab Mitte Mai. Und dann ging es wieder los. Ich würde sagen, so November waren dann die ersten, die aus eigenem Sicherheitsgründen Video machen wollten. Und dann eigentlich im Dezember, Dezember würde ich sagen bis jetzt so. Werden das vielleicht so in der Woche? Ich würde mal sagen, waren das so 5 bis 10 in der Woche“ (L1a, Z47ff)

„Im ersten Lockdown mehr, also mehrfach in der Woche. (...) [...]Danach // wieder ganz normaler Praxisbetrieb und das wäre jetzt die absolute Ausnahme.“ (L2a, Z24ff)

„Also diese Videosprechstunden sind dann tatsächlich auch in zwei Sitzungen auch so geblieben.“ (L2a, Z67f)

„Je Patient nur 1-2 Videosprechstunden gemacht“ (L2b, Z10)

## **1.5 Einarbeitung in das Thema**

“(lacht) Gar nicht. (lacht stärker)” (L4a, Z58)

„Es gab ja leider keine Weiterbildung. Weiterbildung waren gebucht, aber haben alle nicht stattgefunden. Das war leider das Problem. Und ansonsten ja, mit Kollegen und Kolleginnen ausgetauscht. Und ja, über Forum usw. oder eben auch Austausch betrieben und auch mal Materialien erstellt oder von Kollegen oder Kollegen bekommen und das dann genutzt.“ (L4a, Z67ff)

„Rechtlich habe ich mich natürlich vorher kundig gemacht und auch geschaut, welche Anbieter sind zertifiziert und so weiter. Also das habe ich mir schon alles durchgelesen, was notwendig ist. Und dann auch meine Wahl getroffen.“(L4a, Z81ff)

„Gar nicht (lacht).“ (L3, Z61)

„Ich hab's einfach probiert und habe einfach so geguckt, was man wie machen kann. Was überhaupt möglich ist. Also ich hab natürlich komplett von vornherein für mich festgelegt, dass ich jüngere Patienten, Mindestens bis acht, neun Jahre nicht - definitiv nicht - in der Sprechstunde nehme, weil ich mir das einfach nicht vorstellen konnte.“ (L3, 65ff)

„Der größte Teil war erst einmal die rechtliche Absicherung, d. h. welcher Anbieter muss das sein? Da hab ich dann verschiedene Anbieter mir rausgesucht. Ich hab eine Interventions Gruppe, d. h. wo Kollegen zusammen sitzen, Fälle besprechen. Da hatten wir uns ausgetauscht. Wer kennt welchen Anbieter, wer hat mit was irgendwelche

Erfahrungen gemacht? Dann hab ich auf der Seite der KV recherchiert, welche Voraussetzungen da erforderlich sind. Dann haben die Anbieter natürlich auch schon gewisse Grundlagen bereitgestellt, dass man da so ein bisschen reinkommen kann. Und ansonsten war das eigentlich mehr oder weniger learning by doing.“ (L1a, Z67ff)

„I.: [...,Einarbeitung] Mit der rechtlichen und welchen Anbieter nutze ich. Aber wenn man es auf die inhaltliche Seite im Kontext von Wie gehe ich mit Patienten um? Das war dann // ins kalte Wasser gesprungen? B.: Ja. Das war // absolutes Ausprobieren.“ (L1a, Z81ff)

„Ja, wie soll ich mich da einarbeiten? (lacht) Gar nicht? Ja. I.: Also ins kalte Wasser geschubst? B.: Richtig. So wie alle, die jetzt mit dem Computer einfach merken, dass man auch noch mehr machen kann. // (lacht)“ (L2a, Z51ff)

## 1.6 Grund der Verwendung der VS

„Dass ich mich gefreut habe, dass es genehmigt wurde, dass das geöffnet wurde, dass man die Option hatte, weil eben durch Lockdown und die ganzen Folgegeschichten viele Termine ausgefallen sind. Und dass dann einfach die Möglichkeit geschaffen hat, trotzdem die Termine stattfinden zu lassen.“(L4b, Z113ff)

„die einzige Möglichkeit war oder nicht die einzige aber eine der Möglichkeiten war, mit manchen Patienten weiterhin Kontakt zu halten“ (L3, Z9-11)

„Also z.B. der eine, der wohnt halt in C. [ca. 50 km entfernt], ist ein Jugendlicher oder junger Erwachsener inzwischen schon 23. Das war natürlich dann der relativ einfache Weg, nachdem ich quasi erst mal rausgefunden hab, das Videosprechstunde ganz praktisch sein kann, mit ihm unkomplizierter Kontakt zu halten und auch Termine zu machen, als es vorher war.“ (L3, Z27ff)

„als die Frage aufkam: Wie würden / wie werden wir jetzt mit diesen Infektionen umgehen? War für mich klar: Wir müssen im Kontakt bleiben. Also das war erstmal so die Hauptmotivation, das weiterführen zu können und trotzdem die Kontakte zu reduzieren. Das war so die Hauptmotivation.“ (L1a, Z96ff)

## 2.1 Verwendete Methoden in der VS (noch nach Reflexion, Spiel (regel-/frei), bewusst weggelassen, etc. unterteilen)

„Digitaler Hausbesuch habe ich sozusagen durchgeführt, in dem ich dann zu den Kindern gesagt hab: Zeig mir mal dein Zimmer. Oder die Kinder haben dann z.B. erzählt ich hab mir jetzt mein neues Star Wars Raumschiff gebaut, dann hab ich gesagt, na dann hol das doch mal / zeig mir das mal. Solche Dinge. Also so kleine Einblicke in den Haushalt waren dadurch auch möglich. I.: Und sonst Hausbesuche führen / haben sie durchgeführt, führen sie durch? B.: Nein, führ ich nicht durch.“ (L4c, Z5ff) **Digitaler Hausbesuch**

„also ich meine man konnte dann Stadt, Land, Fluss und solche Geschichten natürlich spielen. Na oder, na Hangman.“ (L4a, Z351f)

„[I.:] Welche Interventionen, Methoden haben sie verwendet? Und immer der Hintergrund Gedanke auch die Jüngeren, die in der Annahme ja Spiellastiger sind. Wie haben sie versucht, das auszugleichen?[...] B.: Durch schauspielerische Einlagen (lacht) würde ich sagen. Genau, was ich vorher schon gesagt habe, also durch Rollenspiele z.B. das zu versuchen. Das ist eigentlich ja der Hauptpunkt gewesen, weil sehr viel anderes ist nicht möglich gewesen.“ (L4a, Z290ff)

„Viel geredet, viel aktuelle Probleme aufgegriffen, die der Patient dann z.B. auch selber angesprochen hat. Ich würde mal sagen, es war nicht alles zielgerichtet auf das Therapieziel, sondern es war wirklich viel Motivation. Einfach Motivation zu schaffen, dranzubleiben, weiterzumachen, auch die Schule dran zu bleiben, das hat sich eigentlich so bei allen durchgezogen. Also man ist eigentlich von den eigentlichen Störungen abgegangen und hat eher so in Richtung / was ist jetzt aktuell? Wo kann ich hier eine Krisenintervention sozusagen einschieben?“ (L4a, Z252ff)

„die häusliche Situation auch irgendwie zu verbessern. Weil die Eltern doch auch sehr gestresst sind und waren durch Lockdown und Homeschooling“ (L4a, Z262f)

„ein Patient zum Beispiel, der ist elf, leidet an einer Enuresis. Und wir haben uns dann eben ausgetauscht. Sonne-Wolken-Kalender, haben wir dann auch hin und hergeschickt per Mail und ich hab dann auch mal Arbeitsmaterialien zugeschickt, die dann ausgedruckt wurden. Ansonsten war das wirklich ein Aufrechterhalten der Motivation, z.B. bei diesem Jungen“ (L4a, Z103ff)

„Den Kalender zu machen. Die apparative Verhaltenstherapie weiter durchzuführen. Also schön sein klingel Gerät am Arm zu tragen und da positiv einzuwirken.“(L4a, Z112ff)

„Meistens hab ich das so gemacht, dass ich erst mit dann Mutter, Vater und dem Patienten oder Patientin kurz gesprochen habe. Was ist so passiert seit dem letzten Kontakt? Wie ist es gelaufen? Dann teilweise mit den Eltern alleine. Und das auch mal nur für Eltern genutzt. Und dann immer im Anschluss die Patienten auch. Na also die ersten 10 Minuten, würde ich sagen, mit Eltern und Patient und dann Patient alleine. Das ist ja individuell. Also man kann eigentlich kein festes Schema festmachen.“ (L4a, Z119ff)

„Also da [bei dem Enuresispatienten] war es eben so, dass ich immer erst Mutter und Patient hatte. Dann hat mir die Mutter berichtet, dann konnte er berichten, mit der Mutter gemeinsam. Da gab's auch noch eine Problematik, was aggressives Verhalten angeht bei den Jungen hatten vorwiegend zu Hause. (...) Und Wutanfälle hat es die Mutter immer genannt. Wutausbrüche. Ja da/ Also so/ und das Ganze natürlich auch Coronabedingt dann etwas verschärft.“ (L4a, Z126ff)

„Ja, ich hab dann eben z.B. auch Inhalte aus Manualen benutzt. Also was jetzt z.B./ Ob das aus THOP ist oder TAFF. Also so die ganzen Geschichten die es da so gibt Therapy Tools. Und hab versucht das eben dann gemeinsamen/ ich hab das vorher hingeschickt. Es wurde dann ausgedruckt. Ich hatte das selber. Wir haben das gemeinsam erarbeitet. Sind es durchgegangen. Also ja, situationen durchgespielt. Haben auch Rollenspiele sozusagen per Video gemacht. [...] Das ging eigentlich ganz gut. Also mit dem Patienten, das hat gut funktioniert.“ (L4a, Z141ff)

„B.: Spielen, also der Patient speziell mit dem hab ich immer Schach gespielt. Wir haben also immer dieselbe Partie natürlich weiterspielt und haben dann auch um den Kontakt zu halten, das ganze per E-Mail noch weitergeführt.

I.: Okay, das heißt, wie haben Sie das gemacht? Hatte jeder ein Brett bei sich stehen, oder?

B.: Genau. Ich hab's dann in einem Programm auf dem Computer abgespeichert. Das Spiel. (lacht und zeigt auf seinen Schreibtisch bezüglich des Platzes) Ja. Und er hatte aber ein Schachbrett dastehen und hat dann immer gezogen. Und das war dann immer der Stundenabschluss sozusagen.“(L4a, Z155ff)

„Es gab aber z.B. auch diese Home Rally, [...]die wurde viel benutzt, auch von Kolleginnen und Kollegen. Da gab's eine. Ja, das war, glaube ich, im ersten Lockdown die Variante. Und dann gab's noch eine Weihnachtsversion. Also das wurde von der Kollegin entwickelt. Die hat es dann online gestellt und kostenlos zur Verfügung gestellt. Und das weiß ich, dass es auch einige benutzt haben. [...] Das ist ein Spiel. Also man

kann sich dann das Spielbrett sozusagen ausdrucken und muss dann bestimmte Dinge machen. Also das geht los mit Schau unglücklich, schau glücklich. Man muss pantomimisch mal was darstellen, der andere muss es erraten. Solche Dinge, also das wäre vielleicht interessant, weil ich weiß, dass es wirklich einige genutzt haben.“ (L4a, Z165ff)

„Mit dem hab ich viel versucht am Selbstwert zu arbeiten. Und hab dann eben auch, weil das einfach ne gute Variante war, Manual basierte Arbeitsblätter benutzt. Weil die konnte ich zusenden und dann konnten wir uns das zusammen durchgehen. Ich hab dann teilweise sozusagen die Schreibe übernommen, weil da noch eine LRS eine Rolle spielte bei dem Patienten und hab das dann zugesandt. Na also, was wir erarbeitet haben, um eben auch so ein bisschen die Motivation hochzuhalten und nicht so diesen Schulcharakter zu haben. Weil er da doch z.B. über dieses Lernsachs sehr gestresst war und genervt war.“ (L4a, Z209ff)

„da haben wir ganz viel kognitiv gearbeitet. Muss ich aber sagen, das ist eine Patientin, die ist wirklich außergewöhnlich klug und reflektiert. Also das kann ich mir mit anderen zehn Elfjährigen gar nicht in dem Umfang vorstellen. Aber das hat gut funktioniert über Video. Das ist, ja, kognitive Arbeit.“ (L3, Z102ff)

„Exposition, also nur gedankliche Exposition ist klar“ (L3, Z106ff)

„I.: Ja, okay. Das bedeutet, Sie sind ins wirklich klassische Reflexionsgespräch mit ihr gegangen.

B.: Genau.“ (L3, Z109ff)

„so wie ich immer mache. Also na, was hast du für Gedanken? Wie könnten die Gedanken denn oder was? Wie könnten die Gedanken anders sein? Also wie könnte man positiver denken? Oder sind die Gedanken realistisch?“ [kognitive Umstrukturierung] (L3, Z116 ff)

„Oder wie könntest du dich verhalten, wenn sowas passiert? Was machst du da? Also das war auch ein großes Thema, dieses: was mache ich denn, wenn mir wirklich so was passiert? Also so dieses Durchspielen von wie kann ich mir in einem Ernstfall Hilfe suchen? Was kann ich da tun? [Erarbeitung adäquater Verhaltenseisen]“ (L3, Z118 ff) Konfliktreflexion und Bearbeitung

„I.: [...] im Grunde haben Sie [...] wie mit einer Erwachsenen [...] gearbeitet oder mit einem Jugendlichen. [...] B.: Ja.“ (L3, Z126 ff)

„I.: [...] Was macht man mit Kindern, wo wir nicht so reflektiert arbeiten können? [...] B.: Kann ich Ihnen nicht beantworten.“ (L3, Z131ff)

„Dann ist es so, dass ich eigentlich mit meinen Patienten einen Ablauf habe, wie die Stunde abläuft. D. h. also in aller Regel ist es so, dass wir uns am Anfang eine Zeit lang besprechen und die Woche reflektieren. Das heißt also über die Woche sprechen. Und meistens ist dann so die Frage: Was gab es Wichtiges, was schön war, was gut war, um die Wahrnehmung daraufhin zu schärfen, um positive Kognition aufzubauen. Da arbeite ich ganz gerne so nach dem Manual auch von Döpfner und Petermann und Petermann: Lars und Lisa Depressions Manuale, wo es auch darum geht, positive Kognitionen zu schärfen und aufzubauen. Und das ist etwas, was wir schon in aller Regel, also was die Kinder kennen, was wir schon aufgebaut haben und was ich natürlich übers Video im Gespräch am besten fortsetzen ließ.“ (L1a, Z99ff) Wochenreflexion, Wahrnehmungsschärfung und Aufbau positiver Kognitionen

„Das ist ganz klar, sodass wir auch darüber sprechen konnten, welche Sachen gibt es jetzt bezüglich an Ängsten und Fragen mit Corona, mit Infektionen und Ansteckungen? Das wir da einfach so das aktuelle uns anschauen. Ach und auch, wie wird das mit Mama und Papa sein. Wenn die ihren Job jetzt verlieren? Und werden wir arm werden? Also lauter solche Sorgen. Um das aussprechen zu können. Diese Struktur beibehalten“ (L1a, Z109ff) Konfliktreflexion (Durchsprechen)

„mit den Sachen weiterarbeiten, die wir auch so als Thema hatten“ (L1a, Z115f)

„Also vielleicht ein Beispiel: Da ist ein Kind dabei gewesen, was Schwierigkeiten im sozialen Umgang hatte. Also Störung des Sozialverhaltens. Jetzt muss ich grade mal schauen. Konflikte mit der Schwester oder aber auch in der Schule. Und da ging es schon darum, auch weiterhin über Situationen zu sprechen, die zu reflektieren: Wo gab es Schwierigkeiten? Wie bist du damit umgegangen? Wie bist du zufrieden damit, dass du da so umgegangen bist? Was hättest du lieber gekonnt? Dass wir da sozusagen dann alternative Handlungsstrategien entwickeln konnten und die dann auch tatsächlich so im Gespräch, in einer Übung, in einem Rollenspiel auch geübt haben. Also die Alternativen.“(L1a, Z116ff) - Konfliktreflexion & Bearbeitung

„so nutze ich das dann auch, um die Konflikte aufzuarbeiten, um dann da soziale Kompetenzen mit den Kindern zu trainieren. Nee. Und das geschieht ja auch in der Praxis mehr oder weniger immer wieder auch mit dem Element der Imagination. Also d.h., wir müssen uns ja immer vorstellen, wir wären jetzt in dieser Situation und der eine würde das oder das sagen. Und in den Fällen, wo wir das gemacht haben, kennen das die Kinder oder kannten das die Kinder schon. Und das ließ sich eigentlich recht schön so [per VS] nutzen“ (L1a, Z138ff) - Konfliktreflexion & Bearbeitung

„Ganz oft ist es ja so, dass man dann wirklich die Situation spielt. Also im Sinne von: der kam und hat mir dann das Auto weggenommen z.B., ne? Und wie hab ich dann so reagiert. Das ist ja so ein bisschen mehr noch bei den Kleineren, so bei den 8/9. Na oder sagen wir mal, wo wir das gemacht haben. Die waren ja schon so 10/11. Da ist es ja dann doch eher so: Der eine sagt was und ich muss darauf reagieren. Also das heißt, es ist sowieso so eine face to face Situation gewesen, bei den Sachen, die wir da durchgespielt haben, wo das eigentlich ganz passig (i.s.v. passend) war? Also das war sehr organisch. Da stellte sich gar nicht so die Frage, dann in dem Moment: Geht das jetzt oder wie geht das jetzt genau? Sondern es ist so eine spontane, organische, natürliche Situation, die sich dann da so entwickelt. Und da ging es eher so hauptsächlich darum, wie es meine Einstellung dazu. Was könnte ich jetzt z.B. sagen? Oder wie könnte ich reagieren? Was könnte ich anderes nutzen? Was kann ich mir für Gedanken in dem Moment machen? **Und das ließ sich ganz gut im Bildschirm umsetzen.**“ (L1a, Z154ff) - Konfliktreflexion & Bearbeitung

„ein Beispiel. Das Kind ist mit seiner Schwester draußen und die bauen eine Bude und die Schwester hat zuerst bestimmt, was sie machen. Und dann, als der Junge an der Reihe ist und bestimmen will, macht die Schwester nicht mit. So und dann kommt die Wut. Und dann kommen Gedanken: die muss doch jetzt aber mir gehorchen und die muss das doch jetzt machen, wie ich das machen will und die macht das nicht. Und dann schreie ich die ganz laut an. Und sag: Du blöde Kuh oder irgendein Schimpfwort. Und wir haben dann, also ganz konkret, dann diese Situation uns angeschaut und haben dann geguckt, was ist da in dem Moment passiert. **Eine Verhaltensanalyse könnte man sagen, so kindgemäß durchgeführt und dann eben überlegt, was könnten alternative Strategien sein**, wie ich mit der Wut in dem Moment umgehen kann, um die vielleicht erst abzuschwächen, ne, dass die nicht ganz so stark ist, damit ich dann nicht in dem Moment irgendwie was sagen muss, wofür ich ja dann wieder Ärger bekomme, um mich da zu regulieren, ne. Also zum Beispiel die Wut sagt mir: Sag jetzt in dem Moment eben: Du blöde Kuh! Und die Frage: Hilft mir das? Jetzt nicht nur kurzfristig, um die Wut kleiner zu machen, sondern eben auch dann später, wenn Mama und Papa das erfahren? Nein, das hilft mir nicht. Also versuche ich vielleicht ein Lächeln aufzusetzen, um die Wut kleiner zu machen. Oder ich mache genau das Gegenteil von dem, was die Wut mir rät. Also wäre ja dann zum Beispiel ein Lächeln.“ (L1a, Z172ff) - Konfliktreflexion (+Verhaltensanalyse) & Bearbeitung

"Zum Beispiel gibt's auch, wo wir an Zwängen gearbeitet haben. Das ist ja auch etwas, was dann in dieser Zeit schön aufblüht oder aufgeblüht ist, gerade so mit der Corona-



sache. Na und - ich glaube Görlitz, aus dem Buch von Görlitz Kinder- und Jugendpsychotherapie: die empfiehlt, um eine Distanz zu dem Zwang herzustellen, - jetzt fällt mir das Wort kurz nicht ein - um den besser zu externalisieren, dem einen Namen zu geben. Die empfiehlt den Namen Puck und dann sozusagen Puck, mein Zwang, der sagt, dass ich das oder das tun soll. Und da geht es schon auch darum, - das kann man **gut nur verbal auch machen. Auch mit einem Achtjährigen war das zu der Zeit.** - Zu schauen was waren jetzt in der Woche für Sachen da, die mir Puck befohlen hat? Wie muss ich mich duschen? Wie oft muss ich mir die Hände waschen? Das ist natürlich diffizil, weil ich dann zu der Zeit ja die Hygienemaßnahmen ganz besonders gepusht waren. Aber solche Sachen ließen sich dann schon auch ganz gut erheben, auch im Verbalen. Und da findet ja doch auch einiges in der Imagination statt. Zumindest waren wir zu dem Zeitpunkt noch nicht so weit, dass wir Expositionen gemacht hätten. Aber Imagination, eine innere Distanz herstellen dazu, sich innerlich straffen und zu versuchen, sich zu Challenges und dem Puck da zu widerstehen. Das sind so Dinge, die man ja schon auch besprechen und aufbauen kann, so für die konkrete Arbeit am Problem.“ (L1a, Z194ff) Konfliktreflexion und Bearbeitung

"Und ansonsten spielt natürlich auch Beziehungsgestaltung, positive Erlebnisse in der Behandlung immer eine wichtige Rolle. Also das heißt, wir spielen ja auch viel. Oft kann man sich ja auch über die, über die Arbeit, darüber, dass ich mich mit unangenehmen Sachen beschäftigt habe und mich da herausgefordert habe, durchaus auch Spielzeit verdienen. Und das ist etwas, das, fand ich, war die größte Herausforderung eigentlich, da gute Spielalternativen über den Bildschirm zu finden.“ (L1a, Z212ff) Spiel als Belohnung und Beziehungsangebot

„was wirklich sehr gut ankam, war: Wir haben die Siedler von Catan / Da gibt's so eine Würfelspielvariante. Es ist so ein bisschen wie Kniffel, nur eben ein bisschen ansprechender gestaltet. Da braucht man eigentlich spezielle Würfel und wir haben das auf Zahlen adaptiert. Und die Kinder brauchten dann einfach nur sechs Würfel mitzubringen.“ (L1a, Z222ff)

„Und ich hatte denen so eine Spielunterlage per Email zugeschickt und die haben sie sich dann ausgedruckt und dann haben wir eben so parallel gewürfelt. Es ist also nicht etwas, wo man so interagieren muss, sondern man tritt gegeneinander an. Das lies sich sehr schön machen. Und hat eigentlich den meisten viel Freude bereitet.“ (L1b, Z3ff, Anschluss an vorheriges Zitat)

"Also die Kinder sind ja auch kreativ geworden. Wir haben dann so Raum ich sehe was, was du nicht siehst gespielt. Also z.B. ich sehe was, was du nicht siehst und das ist weiß und muss müssen sie in ihrem Raum sozusagen jetzt finden, was ich meine.“ (L1b, Z10ff)

„Und dann gab's auch schöne Ideen, z.B. von von einem Jungen. Der hat dann, also wir haben dann so eine Art Tablett gehabt und dann kleine Figuren drauf gestellt in einer bestimmten Reihenfolge. Und dann hat sich, musste der andere die Augen zumachen, dann hat sich irgendwas verändert und dann musste man herausfinden, was das war.“ (L1b, Z18ff) - Selbstwirksamkeit!

„Ja auch Kniffel geht gut.“ (L1b, Z26)

„Wir haben viele Erstgespräche gemacht. Ich habe einige Erstgespräche gemacht, viel ist übertrieben. Mit Patienten, die tatsächlich zum ersten Mal dann Psychotherapie gesucht haben, wo wir das angeboten haben oder wo ich das angeboten habe. Und manche, die waren einmal da und haben uns dann zum zweiten Gespräch auch so (i.s.v. face-to-face) gekommen. Also das lässt sich auch sehr gut über online machen. So Erstgesprächssituation, finde ich geht total prima.“ (L1b, Z52ff)

„Und dann hatte ich 11jährige. Ein elfjähriges Mädchen zum Beispiel. Also die hat das super genutzt für sich im Kontakt zu bleiben und über die Woche zu reflektieren und irgendwie sich da auszukotzen.“ (L1b, Z78ff)

„die Eltern zu begleiten, in dieser schwierigen Krisensituation auch mit denen zu reflektieren, was liegt jetzt gerade an? Was ist jetzt das Wichtigste? Was ist jetzt das Naheliegendste? Wie kriegen wir jetzt gut Stabilität rein in den Alltag, um nicht Amok zu - in Anführungsstrichen Amok - zulaufen, um dem Lagerkoller ein Stück weit zu verringern oder auszugleichen“ (L1b, Z83ff)

„[Imaginieren] Stell dir vor, du bist jetzt in der Klasse und du kommst rein und alle lachen. Alle lachen dich aus. So, also das kann man sich gut vorstellen, wenn man das anleitet und sagt. Ich kann auch gut sie auslachen grade, ne. Also dann spüren sie auch Scham. Also das geht auch wunderbar. Das würde ich auch in der Praxis so machen. Klar, die Bewegung und das raus, also Sie können ja auch aufstehen und rausgehen und können weggehen. Also das geht auch eigentlich ganz gut“ (L1b, Z245ff)

„im Vorfeld gab es Aufträge. Das heißt, es wurde ein Link ja verschickt und gleichzeitig mit den Eltern ja auch nochmal telefonisch“ (L2a, Z69f)

"Also wie gesagt, ich greife hier nur auf zwei einzelne Stunden zurück. Die so konzipiert waren, dass ich erst das Elternteil vor dem Gerät hatte, um auch sicherzustellen, dass alles auch funktioniert. Danach ist ein gemeinsames Gespräch mit Elternteil und Kind, um eine Aufwärmphase zu haben. Und gleichzeitig dann dem Elternteil das Signal zu geben. Ob das Kind jetzt alleine mit mir das weitermachen kann und möchte? Da ja schon Hausaufgaben vergeben waren, war sowieso klar, dass die Eltern das auch alles so tun und das Kind auch alleine dann eben im Zimmer belassen.“ (L2a, Z79ff)

„ dass das Kind die Gelegenheit auch nutzt, anhand der Technik mir die wichtigen Dinge zu zeigen, die ihm wichtig waren. Das war auch schon im Vorfeld mit den Eltern besprochen. Dass also jetzt hier nicht ich irgendwo hin schaue. (lacht) Was nicht gewollt. Sondern vielmehr, dass das Kind auch die Gelegenheit nahm, wie wir eben sonst, dass das Kind meine Zimmer kennt und auch weiß, womit wir dort arbeiten können und ein Kind, also einen tieferen Einblick in die Intimsphäre dort zugelassen hat. Bei sich zu Hause, im Zimmer.“ (L2a, Z87ff)

„sodass das Kind also mir von all seinen Lieblings Dingen oder mal das Haustier vorstellte oder wer auch immer. Und dort also eine lockere Atmosphäre dann auch stattgefunden hat“ (L2a, Z96f)

„und man dann natürlich auch Inhalte aus der Therapie in der Hinsicht dann also auch einsteigen konnte, in Bezug auf, wie geht's der Familie? Wie gestaltest du jetzt gegenwärtig in deinem schönen Zimmer mit deinem Haustier, wie auch immer, denn jetzt die Corona Zeit. Also es ging dann eigentlich eher darum, den Tagesablauf nochmal sich anzuhören, um eine Struktur reinzubringen. Und, wie es denn auch aufgrund des man alle Familienmitglieder ja zu Hause hat. Wie störungsfrei das erlebt wird. Was stresst.“ (L2a, Z98ff)

„eine Hausaufgabe dann gab: Wie kann ich den Tag anders strukturieren und mir selber auch schöne Erlebnisse schaffen?“ (L2a, Z105ff)

„In diesem Gespräch mit dem Neunjährigen war es dann so, dass die Mutter - in diesem Fall die Pflegemutter - wieder mit dazu genommen wurde, im Gespräch und verschiedene Dinge aus dem Alltag gemeinschaftlich dann nochmal besprochen wurde.“ (L2a, Z120ff)

„Dann gibt es ein paar Hinweise für die Störung, die also weiterhin hier zu Hause entweder als Wutausbruch oder wie auch immer stattfinden.“ (L2a, Z126ff)

„zusätzlich praktisch zu diesem Hausbesuch war es, dass das Kind, dort die Freiheit hatte, mit mir über die wirklich auftretenden Schwierigkeiten zu reden und gemeinschaftlich dann nach Lösungen gesucht wurde. Das Mädchen auch gemeinsam mit mir auch ein kleines Plakat erstellt hat.“ (L2a, Z144ff) Konfliktreflexion und Bearbeitung "sie hat sich ein Blatt Papier genommen und wir haben dann überlegt mit Gedankenblasen. Also was passiert hier erstens. So als Kreislauf? Wo bewegen wir uns? Was kommt immer wieder und wie kann ich das jetzt durchbrechen? Also dass war was wir versucht haben, eben tatsächlich es zu visualisieren. Ich hab ihr dann meins gezeigt. Wie ich gerade darüber denke. Es ist ein bisschen schwierig, das in die Kamera dann alles, so, dass der andere das versteht. Sie hat mir ihr erklärt, was sie jetzt gerade gemacht hat, auch was sie dabei mit gezeichnet hat.“ (L2a, Z151ff)

„Alltagsstrukturierung, Corona-Kriseneintervention, Alltagsreflexion, Therapeutischen Hausaufgaben / Aufträge, Aufrechterhaltung der Beziehung, Psychoedukation, Elterngespräche, Virtueller Hausbesuch, Gegenseitiges Gestalten von Plakaten mit Pictogrammen und Zeichen.“ (L2b, Z14ff)

## 2.2 Intention bei der Auswahl von Methoden

„Also eher spontan nutze ich das. Das ist / so arbeite ich aber auch in der Praxis. Also es ist selten so, dass ich mir jetzt für eine Stunde einen kompletten Plan mache, wie was läuft, sondern es ist eher so: Was bringt die Patientin oder der Patient mit?“ (L3, Z97ff)

## 3.1 Hemmnisse der VS (technisch, motivationla, einstellungen, nicht verwendete Methoden etc.)

„Wichtig ist definitiv, dass die technischen Voraussetzungen gegeben sein müssen. Das können wir zwar nicht beeinflussen, na. Aber das ist teilweise wirklich, Entschuldigung, Nervig. Wenn man dann ständig Verbindungsabbrüche hat oder irgendetwas und das nicht funktioniert. Also das sorgt bei einem selbst für Frust in dem Moment, na. Und, aber vor allem auf Patientenseite. Aber das können wir schlecht beeinflussen.“ (L4b, Z167ff) **technische Hürden**

„Also Störung des Sozialverhaltens ist schwierig. ADHS ist schwierig. Klar, da kann man auch Manualisiert ein bisschen was machen, aber das ist schon sehr eingeschränkt. Da fehlt mir eben wirklich dieses Feedback der Personen im Raum. Weil man nimmt ja doch ganz andere Dinge wahr, wenn jemand mit im Raum sitzt. Also wippt jemand mit den Füßen? Was ist unter dem Tisch los? Es fällt ja wirklich viele Informationen weg.“ (L4b, Z91ff) **eingeschränkte Wahrnehmung -> technische Hürden**

\*\*\* „[B.:] ja, weil der persönliche Kontakt doch ein ganz anderer ist per Video.  
I.: Ja, okay. Also geht es Ihnen auch stark um die Beziehungsgestaltung da, oder?  
B.: Ja, ja, die Beziehungsgestaltung bleibt schon etwas auf der Strecke.“ (L4b, Z46ff)  
**eingeschränkte Beziehungsgestaltung**

"Stolpersteine? Naja, also das Alter ist auf jeden Fall wichtig, denke ich. Mit Jüngeren hab ich das auch gar nicht versucht. Weil ich gesagt hab, das war meine persönliche Einschätzung: Ich denke nicht, dass das funktionieren würde. Und ich hab das schon auch bei Älteren von der Person abhängig gemacht. Ob ich das für gangbar und sinnvoll halte.“ (L4a, Z422ff)

„Also 10 war für mich wirklich so die unterste Altersgrenze und ich würde mal sagen, das hatte mehr den Effekt oder Zweck den Kontakt aufrecht zu erhalten und eine gewisse Stabilisierungsfunktion für die Patienten.“ (L4a, Z89ff) **Zurückhaltung des Therapeuten**

„Das doch viel verloren geht per Video. Die Körpersprache fehlt fast gänzlich, sozusagen, man hat er nur Mimik. Viel mehr ist nicht da. Also das geht schon, was verloren. Ich sehe dann auch meistens nur das Gesicht, teilweise dann nur so abgeschnitten (undeutlicher Zwischenkommentar vom I. ohne Einfluss auf die Erzählung von B.) . Wenn ich dann gesagt habe, bitte mal die Kamera nochmal anders ausrichten und so weiter. Das macht es schon ein bisschen schwieriger.“ (L4a, Z430ff) **eingeschränkte Wahrnehmung -> technische Hürden**

„[B.:] die Fälle hatte ich auch, wo ich den Eindruck hatte, jetzt wird die Kamera irgendwie so geschoben und es sitzt jemand in der Ecke. Und lauscht sozusagen, was denn da eigentlich passiert. I.: Ahja, wie hat sie das beeinflusst? B.: Wenn ich den Eindruck hatte, dann hab ich das angesprochen. Also dann hab ich das offen gelegt und gesagt "Ist jetzt noch jemand im Raum", wenn ja, würde ich gerne wissen, wer er mit im Raum ist. Das ist vollkommen okay für mich, wenn jemand mit da ist. Ja, aber ich hab's angesprochen. I.: Okay, gut. Und das hat sie aber innerlich dementsprechend - haben sie gerade schon beantwortet - nicht so sehr angehoben, weil sie gesagt haben "Solange ich es weiß, ist es in Ordnung". B.: Genau.“ (L4a, Z402ff) **unsicherer Therapeutischer Rahmen**

„[B.:] dass es Eltern teilweise schwergefallen ist. Zumindest zu Beginn per Video offen zu kommunizieren. I.: Eine Hemmung der Eltern an der Stelle? B.: Ja. I.: Okay. Wie haben Sie das gemerkt? Woran machen Sie das fest? B.: An der Gesprächsbereitschaft (lacht). Also wirklich. Ich hab dann immer versucht, das Ganze aufzulockern. Und habe eben auch gesagt Es ist ja/ Es war vielleicht auch ein bisschen Misstrauen mit da. Was passiert jetzt mit den Daten? Das hab ich ja alles immer ausführlich erklärt. Hab das auch / Ich hab es mir zusammengefasst in eine Anleitung. Eine rechtliche Aufklärung. Und wie das Ganze datenschutzrechtlich funktioniert. Dass es zertifizierte Anbieter sind. Das habe ich auch alles den Eltern zugeschickt. Also dem Patienten. Und hab mir auch mehr Einverständniserklärung dann immer unterschreiben lassen, dass überhaupt einverstanden sind, per Video die Behandlung durchzuführen. Ja und da musste ich doch auch einiges an Zeit investieren, um es dann nochmal zu erklären.“ (L4a, Z361ff) **Skepsis der KE**

"Als erstes Technik. Ganz klar. Also ich bin gut ausgestattet, würde ich sagen, wenn ich mich nur weiter nach vorne beugt, sieht man mich auch (lacht - Anmerkung: der Raum des Experten war so arangiert, dass die Sonne als Gegenlicht herrschte, weshalb er eine Lichtquelle am Bildschirm installiert hatte, um dies auszugleichen). Ne aber / da hat man mal wieder gemerkt, dass das mit dem DSL Ausbau doch nicht ganz so rosig ausschaut.“ (L4a, Z325ff)

„Also ich hatte oft Verbindungsabbrüche, extrem schlechtes Bild, dann war der Ton weg. Also wirklich die technischen Probleme.“ (L4a, Z334f) **technische Hürden - Störungen und Ausfälle**

„Teilweise Probleme bei den Eltern mit der Technik umzugehen. Bei den Jugendlichen nicht. Die haben das im Griff. Ja, solche Geschichten.“ (L4a, Z335ff) **technische Hürden / Ausschluss von Patientinnengruppen - fehlende Kompetenz**

„bei den Jüngeren, dann auch eine Therapiestunde durchzuhalten“ (L4a, Z338f) **Fähigkeiten - erhöhte Anforderung an Konzentration**

„Also das war dann schon häufiger der Fall, dass ich dann auch mal fünf oder zehn Minuten früher sozusagen Schluss gemacht habe, weil ich einfach gemerkt hab: Ne, die Konzentration ist weg, die Aufmerksamkeit ist weg. Jetzt / es steht doch was anderes an. Und ich mache es eben auch häufig so in der Altersgruppe sonst, dass gegen Ende immer noch etwas gespielt wird. Ja, teilweise auch schwierig.“ (L4a, Z343) **Fähigkeiten - erhöhte Anforderung an Konzentration // Limitierung Therapeutisches Spiel**

„So kleine Spiele. Klar, das geht. Aber das ist doch was anderes, wie gemeinsamen Spiel am Tisch oder auf dem Boden zu spielen in der Praxis.“ (L4a, Z356) **Limitierung Therapeutisches Spiel**

„fällt Ihnen noch ein Patient ein. Jetzt etwa in der Altersgruppe oder belassen es bei den zweien.

B.: Die waren dann wirklich älter, weil ich eben gemerkt habe, es ist sehr, sehr schwierig mit den Jüngeren.“ (L4a, Z312) **Zurückhaltung des Therapeuten**

„Es ist ja z.B. Bewegungen weggefallen. Man kann ja auch viel in Bewegung machen, sich im Raum bewegen, wirklich aktiv sein. Das ist natürlich durch die VS alles weggefallen, denn man ist ja eigentlich dann immer festgemeißelt an seinen Platz - mit dem Handy, vor dem Laptop, vor dem Tablet. Also ich mach sonst in der Praxis wirklich auch Dinge, wo wir uns hier bewegen können in der Praxis und das auch dazugehört. Ein bisschen aktiv sein oder eben auch mal rausgehen. Das ist natürlich alles weggefallen.“ (L4a, Z302) **eingeschränkte Wahrnehmung -> technische Hürden // Limitierung Therapeutisches Spiel**

„es war teilweise für die Patienten auch anstrengend und auch für mich anstrengend. Also es ist schon schwieriger, das Ganze per Video zu versuchen als wirklich in Präsenz in der Praxis“ (L4a, Z308) **Fähigkeiten - erhöhte Anforderung an Konzentration**

„Teilweise haben wir auch mal nur telefoniert. Wenn dann irgendwelche Verbindungsprobleme da waren. Das ist noch ein großes Manko. Also, ja die technischen Voraussetzungen und wenn es wirklich auch nur an der DSL Leitung lag. Also, wenn das Gegenüber dann kaum zu erkennen war auf dem Bildschirm dann ist es natürlich auch schwierig und dann merkt man auch. Dann steigt auch die Lust eher etwas anderes nebenbei zu machen.“ (L4a, Z234ff) **technische Hürden - Störung**

„Also ich hab natürlich komplett von vornherein für mich festgelegt, dass ich jüngere Patienten, Mindestens bis acht, neun Jahre nicht - definitiv nicht - in der Sprechstunde nehme, *weil ich mir das einfach nicht vorstellen konnte*. Weil ich auch gerade in der Praxis viel Wert darauf lege auf persönlichen Kontakt und dass wir miteinander spielen. Das ist das eine. (L3, Z66ff) **Zurückhaltung & Unsicherheit der Therapeutin durch fehlende Handlungserfahrung**

„Das andere ist, dass ich einfach so die Befürchtung habe, dass vielleicht dann auch teilweise Eltern mit dabei sind, irgendwo im Hintergrund bestimmte Sachen mithören. Was ich ja hier einfach ganz anders gewährleisten kann. Ne, hier haben wir unseren Raum und die Sicherheit.“ (L3, Z70ff) **unsicherer therapeutischer Rahmen**

„I.: Worauf verlassen können? [...] B.: Dass ich mit dem Patienten alleine spreche oder wenn ich das so plane, dass ich tatsächlich auch mit den Eltern spreche. Aber das es nicht so ist, dass irgendwo Eltern vielleicht im Hintergrund irgendwas hören, was nicht für deren Ohren gedacht ist.“ (L3, Z161 ff) **unsicherer therapeutischer Rahmen**

„Ein anderer vielleicht ein Stolperstein war, dass ich tatsächlich mehr gemacht hätte an Videosprechstunden, gerade mit auch jungen Erwachsenen Jugendlichen. Aber bestimmte Störungsbilder das glaube ich verhindern. Also gerade was soziale Angst betrifft. Die Patienten haben vorrangig gesagt: Das möchten sie nicht. [...] Also das war sehr auffällig, finde ich. Was ich mir auch ganz gut vorstellen kann, weil man, sie sehen sie ja selber, man kann nicht ausweichen. Also, die ganzen Sicherheitsmaßnahmen, die man vielleicht ja so persönlich noch so treffen kann, auch im Therapieraum mit wegrehen oder nicht gegenüber setzen, das fällt ja weg. Und also das ist was. Da hab ich, aber das hab ich nicht erzwungen. Das war dann halt so.“ (L3, Z167 ff) **Skepsis der Patientin, soziale Angst**

„Ja, ansonsten technische Probleme vielleicht, aber das ist jetzt nicht der Rede wert. Also da gab's keine größeren problematischen Sachen.“ (L3, Z179 f) **technische Probleme & Hürden**

„Eher, dass Eltern skeptisch waren. Kann man das machen, darf man das machen? [...] Die waren überrascht, dass das geht. Kann man denn sowas per Video machen? Und wie ist das mit der Sicherheit? Und ich hab denen das dann erklärt. Es gibt ja bei Red Medical - das wissen Sie ja auch - diese Einwilligungserklärung. Die hab ich denen dann gezeigt. Und wer das dann wollte, der hat es gemacht. Und ansonsten hab ich gesagt: Gut, dann kommen Sie, können sie gerne in die Praxis kommen. Und ja. Also größere Stolpersteine hatte ich jetzt nicht.“ (L3, Z180 ff) **Skepsis der Eltern**

„Ich würde es tatsächlich sogar noch öfter nutzen, hab aber so den Eindruck, dass eben wie gesagt bei manchen Patienten es dann auch so ist, dass die sagen: Ach nee, das will ich dann lieber nicht. Und dann mache ich lieber einen anderen Termin, wo ich persönlich kommen kann.“ (L3, Z320) **Skepsis der Patientin & lieber Persönlich**

"also da wünsche ich mir wahrscheinlich eher von mir vielleicht den Mut, bestimmte Sachen auch auszuprobieren und zu gucken, wie das mit mit jüngeren Kindern ist" (L3, Z353f) **Zurückhaltung & Unsicherheit der Therapeutin durch fehlende Handlungserfahrung**

"Und das ist etwas, das, fand ich, war die größte Herausforderung eigentlich, da gute Spielalternativen über den Bildschirm zu finden.“ (L1a, Z216ff)

"Es waren ja nicht nicht wahnsinnig viele Wochen, wo wir da irgendwie was [das Würfelspiel Siedler] machen, es waren vielleicht 6 7 Termine zu dem Zeitpunkt, da nutzt sichs ja noch nicht so schnell ab.“ (L1b, Z7ff) **Limitierung des (therapeutischen) Spiels**

"traumatische Situationen im Puppenspiel durchgespielt. Aber das wäre mir für diese Situationen nichts. Nicht wirklich, weil dann ist es mir schon wichtig, dass wir zusammen sind. Dass ich da auch die Möglichkeit habe das Kind wirklich auch zu begleiten. Bei ihm zu sein. Trost zu spenden. Es ist einfach an dem Bildschirm wirklich begrenzt.“ (L1b, Z40ff) **Zurückhaltung & Unsicherheit der Therapeutin durch fehlende Handlungserfahrung & -möglichkeiten**

„Also ich hatte schon auch Elfjährige, die waren - dadurch, dass sie kognitiv auch eingeschränkter sind. Mit Lernbehinderung oder sowas in der Art. - Für die ist es trotzdem schwer gewesen.“ (L1b, Z76ff) **ingeschränkte Fähigkeiten der Patientin**

„ [Bsp.: Angstpatientin] *Aber jetzt zu dem Zeitpunkt merken wir, dass wir das jetzt auf jeden Fall umstellen müssen, auch umgestellt haben schon auf Live-Präsenz, weil einfach, das auch eine Form der Vermeidung in sich trägt. Und gerade wenn es um so soziale Ängste geht, bietet es einfach gute Möglichkeiten (lacht), das zu vermeiden.*“ (L1b, Z109ff) **Vermeidung Face-to-face Konfrontation, soziale Angst**

"Also was unter acht Jahre ist, finde ich wirklich schwierig, weil, also da lässt sich im Kontakt bleiben, aber dann brauchen die Kinder einfach doch, meiner Meinung nach, das Zusammensein, das Spiel, die Ausdrucksmöglichkeiten über das Spiel. Die schöne, angenehme Zeit der Bestimmer sein zu können. Den Therapeuten nicht zu lenken und zu leiten bei dem, was gerade wichtig ist. Diese Ausdrucksmöglichkeiten sind einfach überhaupt nicht gegeben über das Spiel oder super limitiert. Das geht vielleicht mal, das geht vielleicht einmal oder zweimal. Aber das ist etwas, wo ich das Gefühl habe, da muss man schon zusammen sein.“ (L1b, Z142ff) **Limitierung des (therapeutischen) Spiels**

„Also die Jüngeren: Vermeidungsverhalten hatten wir angesprochen. (...) [...] alles wo es um extrem gesteigertes Arousel geht - Erregung Niveau. Wo es wichtig ist vielleicht

auch den Patienten irgendwie habhaft zu werden, in der Situation. Wo unklar ist, in welche Richtung vielleicht auch etwas kippen kann. Dass man das dann wieder gut auffangen kann. Das sind alles so Dinge. Da spüre ich dann auch eher eine große Vorsicht oder eine Sorge. Dafür würde ich sagen, fühle ich mich noch nicht, oder würde ich mich nicht sicher genug fühlen. Das ist auch Stolpersteine: meine Sicherheit als Therapeut vielleicht im Umgang damit. Es ist einfach so wenig bekannt oder noch so wenig Erfahrungen.“ (L1b, Z149ff) **Zurückhaltung & Unsicherheit der Therapeutin durch fehlende Handlungserfahrung & -möglichkeiten**

"Traumakonfrontation zum Beispiel, finde ich schwierig. Wobei ich habe letztens erst eine Weiterbildung mit EMDR gemacht. Da wird ja nun auch gerade über Video auch diese Augenbewegungen und ins Trauma rein und so, also scheint ja zu gehen. Ja, finde ich irgendwie schwierig, aber.“ (L1b, Z162ff) **Zurückhaltung & Unsicherheit der Therapeutin durch fehlende Handlungserfahrung & -möglichkeiten**

„Wenn das jetzt ein erfahrener Kollege ist und der da, also ich glaube, das Wichtigste wäre erst einmal, dass er Lust drauf hätte. Zum Beispiel Mein Kollege - hatten wir ja gesprochen - Er hat es gar nicht gemacht, weil für den ist Technik einfach auch nicht so interessant.“ (L1b, Z177ff) **Zurückhaltung & Unsicherheit der Therapeutin durch fehlende Handlungserfahrung & -möglichkeiten**

„z.B. die technischen Sachen könnten z.B. interessant sein. Da gibt's so viele Hürden und Stolpersteine, weil es so viele verschiedene Betriebssysteme und Möglichkeiten gibt und sowas.“ (L1b, Z183ff) **technische Probleme & Hürden**

"Besonders schlecht glaube ich alles das, wo es so kippelig ist mit Wahn, mit (...) Also genau wo, so das / so ein bisschen unklar bleibt. So ein bisschen, vielleicht so, ich hab aber auch mit Borderlinerinnen gearbeitet, also das geht schon auch. Aber (...) Ich könnte mir vorstellen, dass man da vielleicht ein bisschen vorsichtiger ist, als man es normalerweise wäre. Also so ein bisschen zurückhaltender. Das ist aber dann nicht unbedingt etwas, was es ausschließt, sondern das hat vielleicht dann wieder eher mit der Erfahrung zu tun. (...) Also, was ich? Ich könnte mir vorstellen, dass es schwierig ist mit Wahn.“ (L1b, Z194ff) **Zurückhaltung & Unsicherheit der Therapeutin durch fehlende Handlungserfahrung & -möglichkeiten**

"Aber eben das Spiel im Puppenhaus oder das Spiel Fußball oder Schwertkampf, was wir dann manchmal in der Praxis machen, das ist, das geht nicht.“ (L1b, Z250ff) **Limitierung des (therapeutischen) Spiels**

„auch die Motivation, das durchzuhalten, weil es ist für die Kinder schon auch anstrengend. Also so in dem Alter, dann die ganze Zeit zu zuhören“(L1b, Z336ff) **Fähigkeiten der Patientin**

„und sie merken es ja gerade auch selber nochmal. Wir haben uns ein bisschen dran gewöhnt. Man weiß ja nie, man merkt ja durch diesen Delay nicht so richtig, wann es der andere jetzt fertig. Und man quatscht sich immer mal dazwischen. Das ist für die Kinder auch echt schwer.“ (L1b, Z338ff) **technische Probleme & Hürden**

„Ich würde mir wünschen, dass das von den Krankenkassen nicht in irgendeiner Form gedeckelt ist, dass man das frei nutzen kann und dann nicht schauen muss, ob da irgendwie jetzt gewisse 20% Kontingente irgendwie überschritten sind oder unterschritten werden, sondern dass man das so nutzen kann, wie man das möchte. Dass das eigentlich so einsetzbar ist und einsetzbar bleibt. Das wäre ein Wunsch.“ (L1b, Z346ff) **regulatorische Hürden**

„Das ist ja die nächste Schwierigkeit, dass man nicht weiß, sind die Bedingungen tatsächlich, dass man tiefeschürfende Sachen machen kann.“ (L2a, Z85f) **unsicherer therapeutischer Rahmen**

„Und, da dieses Kind eben tatsächlich nicht lange jetzt gebunden werden konnte, was aber nichts Untypisches ist, sondern das es einfach auf die Ferne da ist, kein Bezug.“ (L2a, Z124f) **Fähigkeiten der Patientin**

„Wir können gerade jetzt nicht gemeinsam die Dinge bewegen, auch taktiel.“ (L2a, Z125) **Limitierung des (therapeutischen) Spiels**

„[beim gemeinsamen Plakatzeichnen] Es ist ein bisschen schwierig, das in die Kamera dann alles, so, dass der andere das versteht.“ (L2a, Z155) **technische Probleme & Hürden**

„Technische Umsetzung bzgl. [1.] Datenschutz -> zusätzlich formales Unterschriften-sammeln, was besonders Risiken/ Umstände bei strittigen Eltern mit sich brachte [2.]Vorhandener Technik der Familie [3.] Nicht jeder hat die nötige Technik“ (L2b, Z26ff) **technische Probleme & Hürden**

"Mache Bevölkerungsschichten werden ausgeschlossen“ (L2b, Z31) **Fähigkeiten der Patientin, technische Probleme & Hürden**

„vorhandener Zeiten für die Nutzung von Technik bei nur einem Gerät, z.B.: KE wollen Medium für Homeoffice nutzen, Geschwister zum Spielen“ (L2b, Z32ff) **technische Probleme & Hürden**

„Unsicherheit, ob wirklich nur besagte Person im Raum ist, oder ob noch jmd zuhört“ (L2b, Z35) **unsicherer therapeutischer Rahmen**

„Limitierung durch Abrechnungskatalog und unverhältnismäßiger Aufwand durch Bürokratie zur Telematik“ (L2b, Z36f) **regulatorische Hürden**

„Ruhe im Raum halten - z.B. bei lärmenden Geschwistern“ (L2b, Z38) **unsicherer therapeutischer Rahmen**

„Bei strittigen Elternkonstellationen: KE sind immer in der Macht, da sie die VS am anderen Ende steuern -> Chancen für Übergriffe im Sinne von anhaltenden Einbringen von Eigenthemen der Bezugspersonen steigen / Kind kann instruiert werden noch etwas zu sagen, was KE wollen / Sichere Rahmen ist gefährdet in welchem Therapeutin im vollen Kontrollrahmen entscheidet, wann z.B. ein ernstes 4-Augengespräch geführt wird -> Hemmung der Therapeutin steigt, so ein solches Gespräch über VS zu führen“ (L2b, Z39ff) **unsicherer therapeutischer Rahmen**

"Und ansonsten spielt natürlich auch Beziehungsgestaltung, positive Erlebnisse in der Behandlung immer eine wichtige Rolle. Also das heißt, wir spielen ja auch viel. Oft kann man sich ja auch über die, über die Arbeit, darüber, dass ich mich mit unangenehmen Sachen beschäftigt habe und mich da herausgefordert habe, durchaus auch Spielzeit verdienen. Und das ist etwas, das, fand ich, war die größte Herausforderung eigentlich, da gute Spielalternativen über den Bildschirm zu finden.“ (L1a, Z212ff) **Limitierung des (therapeutischen) Spiels**

### 3.2 Nutzen der VS

"auch eine Patientin. Die wohnt weiter weg, hat ein Studium begonnen, ist umgezogen. Da ist es natürlich sehr praktisch, dass man die Therapie fortführen kann. Dass kein Therapeutenwechsel stattfinden muss Sondern, dass so eine Fortführung dann geht, auch wenn jemand umzieht oder eben Berufs- oder Studienbedingt den Wohnort wechselt. Da geht's auf jeden Fall.“(L4b, Z140ff)



„Also 10 war für mich wirklich so die unterste Altersgrenze und ich würde mal sagen, das hatte mehr den Effekt oder Zweck den Kontakt aufrecht zu erhalten und eine gewisse Stabilisierungsfunktion für die Patienten.“ (L4a, Z89ff)

„den Nutzen würde ich wirklich darin sehen, die Patienten, die wirklich durch den Lockdown oder auch durch Quarantäne oder Corona-Erkrankungen betroffen waren, denen trotzdem die Möglichkeit zu bieten, den Kontakt zu halten“ (L4a, Z440ff)

„Also ich hatte auch Patienten, die Covid positiv waren und auch viele Patienten, die in Quarantäne sich befunden haben. Und da war es schon sehr sinnvoll“ (L4a, Z446f)

„Den habe ich trotzdem so weitergeführt. Es war auch ein Wunsch der Eltern, weil da zum Beispiel der Autoimmunerkrankungen in der Familie vorliegt. Das heißt, trotz Lockerungen in den Lockdowns war Familie trotzdem isoliert, mehr oder weniger isoliert.“ (L4a, Z269ff)

„dass ich mit bestimmten Patienten tatsächlich viel *leichter Kontakt halten kann*. Beispiel ist auch eine Patientin, die jetzt im Sommer weggezogen ist. Wo noch, weiß ich nicht, fünf Stunden oder so übrig sind, junge Erwachsene, die es nach Hannover gezogen. Also die kann natürlich nicht zum Termin herkommen. Und wo wir jetzt einfach sagen können, das machen wir per Video. Also da hat mir Corona tatsächlich geholfen, in dem Fall, weil ich es sonst wahrscheinlich/ weiß nicht, ob ich es sonst ausprobiert hätte.“ (L3, Z195ff) **Kontakt halten / therapeutische Beziehung**

„dass man nochmal einen ganz anderen Einblick in die Lebensverhältnisse von den Patienten bekommt, dass man auch nochmal einen persönlicheren Eindruck bekommt, auch mal ansprechen kann. Zeig mir doch mal dein Zimmer. Und wie sieht das denn aus? Und auf bestimmte Details, die auch im Zimmer sind, einfach nochmal eingehen kann. Also man hat nochmal einen ganz anderen Blick auf den Patienten, weil es einfach ein anderes Setting ist. [digitaler Hausbesuch]“ (L3, Z210 ff) **digitaler Hausbesuch, tieferer Einblick/ Verständnis der Therapeutin**

„Oder speziell jetzt bei der anderen Patientin, mit der ich das jetzt nur einmal gemacht hab. Essstörung Achtzehnjährige. Wo ich tatsächlich festgestellt habe, dass die künstlerisch eine Begabung hat und auch malt. [Aufdecken von Ressourcen] Das hatte sie mir noch nie erzählt. Und da stand halt was im Raum und ich hab gefragt: Was ist denn das, was ich da so hinten sehe? Und ja, das hab ich gemalt. Und dann konnte sie mir hier die Bilder zeigen. Also das war sehr spannend. Das hätte ich so wahrscheinlich nicht erfahren. Warum auch immer. Ich weiß nicht, warum es mir nicht erzählt hat, aus Scham vielleicht.“ (L3, Z221ff) **digitaler Hausbesuch, tieferer Einblick/ Verständnis der Therapeutin, Ressourcenfindung**

„Ich finde das sehr positiv, gerade auch unter dem Aspekt, man hat nochmal ein anderes Setting. Man lernt dem Patienten vielleicht auch eine andere Art und Weise kennen. Man kriegt ein bisschen was mit von seinem persönlichen Umfeld. Eine Schwester, die mal rein sprintet ins Zimmer oder ein Hund, den man sehen kann“ (L3, Z324ff) **digitaler Hausbesuch, tieferer Einblick/ Verständnis der Therapeutin**

„I.: Sie bewerten das jetzt auch eher positiv, wenn mal so eine unerwartete Störung reinkommen würde, die aber eine neue Information gibt? // Schwester, Hund. [...]  
B.: Ja. // Ja. Also das war eher spannend zu gucken, dass man einfach so Geräusche im Hintergrund hört, wo man so eine Idee bekommt, wie die Familie vielleicht miteinander spricht. Wie so die Kommunikation ist, wie die miteinander umgehen. Das ist ja hier schon sehr ausgewählter Raum, wo man bestimmte Sachen einfach gar nicht mitbekommt. Aber das ja. Also das war schon eher spannend.“ (L3, Z331ff) **digitaler Hausbesuch, tieferer Einblick/ Verständnis der Therapeutin in Lebenswelt der Patientin**

„Aber ansonsten haben auch andere gute Vorschläge gemacht. Also die Kinder sind ja auch kreativ geworden. Wir haben dann so Raum ich sehe was, was du nicht siehst gespielt.“ (L1b, Z9ff) **Kreativitätsförderung & Selbstwirksamkeit** („Not macht erfinderisch“)

„Also der größte Nutzen ist, finde ich, damit in Kontakt bleiben zu können, wirklich im Austausch bleiben zu können. Gewisse Kontinuität über solche / es war schon eine krisenhafte Zeit und jetzt gerade auch so, auch in der zweiten Welle“ (L1b, Z64ff) **Kontakt halten / therapeutische Beziehung**

„Also der größte Nutzen ist, finde ich wirklich: Beieinander sein zu können, auch auf diese Art und Weise im Kontakt zu sein.“ (L1b, Z81ff) **Kontakt halten / therapeutische Beziehung**

„Der zweitgrößte Nutzen ist gewesen, die Eltern zu begleiten, in dieser schwierigen Krisensituation auch mit denen zu reflektieren, was liegt jetzt gerade an? Was ist jetzt das Wichtigste? Was ist jetzt das Naheliegendste? Wie kriegen wir jetzt gut Stabilität rein in den Alltag, um nicht Amok zu - in Führungsstrichen Amok - zulaufen, um dem Lagerkoller ein Stück weit zu verringern oder auszugleichen“ (L1b, Z83ff) **zugängliche Krisenintervention für Eltern**

„sehr stark körperbehinderte Kinder, wo es nicht so einfach - die waren aber nicht elf - aber wo es nicht einfach war, vor Ort zu sein. Also zu mir zu kommen, weil ich keinen Rollstuhl gerechten Zugang habe. Und da haben wir uns dann außerhalb der Praxis getroffen. Das wäre eine gute Alternative.“ (L1b, Z97ff) **eingeschränkter physischer Therapiezugang, Kontakt halten / therapeutische Beziehung**

„für Jugendliche, die auch am Alltag sehr eingeschränkt sind, weil sie irgendwie mit Abi und mit der Schule sehr viel zu tun haben, finde ich es auch gut, um die Wege abzukürzen.“ (L1b, Z101ff) **Zeit und Flexibilität durch reduzierte Wege, Kontakt halten / therapeutische Beziehung**

„z.B. hab ich auch eine Patientin, die hat auch viele Ängste und so. Und wir haben das jetzt genutzt gehabt über eine Zeit, weil das Gewicht sehr reduziert war und sie wirklich auch eine Angst - nicht vielleicht unberechtigte Angst - bestand, wenn sie sich jetzt infizieren würde, dann wäre das vielleicht auch gefährlich.“ (L1b, Z105ff) **Infektionsschutz, Kontakt halten / therapeutische Beziehung**

„für Elterngespräche finde ich, wäre es ein guter Nutzen. Na weil manchmal ist es für die Eltern wirklich ein Hemmnis, im Alltag des Elterngespräch umsetzen zu können, einfach zeitlich aus dem zeitlichen Faktor heraus. Und das ist eigentlich ganz gut. Das finde ich ganz passend. Ich habe jetzt keinen Anbieter, wo ich so Konferenzen machen konnte, aber wenn Eltern getrennt sind, kann ich mir schon auch gut vorstellen, dass das auch eine Möglichkeit bietet. Dann müssen nicht alle so das zeitlich so hinkriegen. Das wären schon guter Nutzen auch für Elterngespräche“ (L1b, Z120ff) **Kontakt halten / therapeutische Beziehung (Zeit und Flexibilität durch reduzierte Wege)**

„Ich habe z.B. auch einen Patienten, der war eine ganze Zeit bei mir und dann haben sich aber Studium und äußere Bedingungen so verändert, dass er dann innerhalb von Deutschland unterwegs sein musste. Und diese Distanz lässt sich auch, da lässt sich auch das weiterführen. Man kommt sicherlich ein bisschen auf die Thematik drauf an, aber da ließ sich das unheimlich gut weiterführen. Dadurch.“ (L1b, Z132ff) **Kontakt halten / therapeutische Beziehung**

„Elterngespräche, wenn irgendwie doch was zeitlich nicht geht. [**Kontakt halten / therapeutische Beziehung (Zeit und Flexibilität durch reduzierte Wege)**] Wenn Körperbehinderungen vielleicht sind, wenn räumliche Distanzen da sind, dann denke ich, oder wenn man irgendwie im Kontakt bleiben muss, weil z.B. ein Patient in Urlaub fährt, und das Gefühl hat Ich möchte aber, weil ich nicht im Urlaub bin, möchte aber

ganz gerne irgendwie eine Stunde haben, weil das ist schwierig da und das würde ich gerne mit Ihnen angucken, das kann ja manchmal sogar ganz hilfreich sein. **[Kontakt halten / therapeutische Beziehung]** (L1b, Z292ff)

„Ach so, vielleicht, das ist noch eine Chance. Also zumindest waren die Ideen schon da. Expositionen zu Hause dann machen zu können. Also solche Dinge wie bei Zwängen oder bei Angstsituationen und den Therapeuten darüber mitnehmen zu können, inwiefern es dann wirklich umsetzbar ist, ist nochmal eine andere Frage. **[Expositionen zu Hause, digitaler Hausbesuch]** Wir haben es nicht gemacht, aber“ (L1b, Z298ff)

z.B. sagte auch eine Patientin: Oh, ich kann jetzt gerade - Die war allerdings nicht elf - Jetzt gerade viel besser über diese eine problematische Sache sprechen, weil ich bin hier zu Hause in meiner Base und in meinem sicheren Ort und das kann auch eine Chance sein. **[contra unsicherer therapeutischer Rahmen, Sicherheit]** (L1b, Z303ff)

"wenn jemand länger erkrankt ist oder aus irgendwelchen anderen Hinderungsgründe nicht zur Therapie erscheinen könnte. Also sprich, gelernt haben wir, wenn Eltern z.B. nicht fahren könnten, das ein Kind trotzdem, wenn die Bedingungen dafür vorhanden sind, dann die über die Videosprechstunde machen könnte“ (L2a, Z29ff) **Kontakt halten / therapeutische Beziehung**

„Aber diese Einblicke zu mindestens mehr aus der Intimsphäre, was eben auch im Vorfeld klar war, dass es für viele - also so habe ich es erlebt - auch für ältere Patienten, dass das ein guter Einstieg ist, dass die also auch was von sich selber Preis geben dürfen.“ (L2a, Z118ff) **digitaler Hausbesuch, tieferer Einblick/ Verständnis der Therapeutin in Lebenswelt der Patientin**

„Neue/Andere Intimität bzw. Beziehungsgestaltung durch Blick in die Wohnung im alltäglichen Kontext“ (L2b, Z48f) **digitaler Hausbesuch, tieferer Einblick/ Verständnis der Therapeutin in Lebenswelt der Patientin**

„Selbstwirksamkeitsförderung für Patientinnen, da diese aktive Akteure der VS werden - > bestimmen was wie gezeigt wird“ (L2b, Z50f) **Kreativitätsförderung & Selbstwirksamkeit** („Not macht erfinderisch“)

### **3.3 Empfehlungen an Kollegen**

„[B.:] Dass man die Stunden gut vorbereiten sollte./.: Im Sinne der von? B.: Ja wirklich einen Fahrplan für die Therapiestunde auf jeden Fall besitzen sollte. Ich weiß, es gibt Kolleginnen und Kollegen, die sagen So: Ach heut kommt der Patient noch, da mach ich mal, hm mal gucken. Das sehe ich bei dem Video Stunde als eher schwierig an. Also man sollte einen Plan haben. Man sollte den Patienten Raum geben. Ich find auch mehr Raum, wie wenn die Patienten in die Praxis kommen. Also, um aktuelle Dinge anzusprechen, aktuelle Probleme, die sie belasten, die es gerade schwierig machen. Also das hat schon mehr Raum eingenommen als sonst in der Therapie - aber eben Lockdown bedingt, ja. (L4b, Z6ff)

„einfach ausprobieren und gucken, wie man wie man das selber nutzt. Ich glaube, das ist ja für einen selber auch erstmal so ein / muss selber gucken, wie man damit klar kommt und wie man damit umgeht“ (L3, Z250ff)

„Wenn das jetzt ein erfahrener Kollege ist und der da, also ich glaube, das Wichtigste wäre erst einmal, dass er Lust drauf hätte.“ (L1b, Z177ff)

"Wär es eigentlich so, dass man es ausprobieren sollte.“ (L1b, Z185ff)

### 3.4 Einteilungsmuster

#### 3.4.1 Arten von Einteilungsmustern

„Also ich sehe wie die VS schon / oder Video Therapie schon eher bei den Älteren als bei den Jüngeren. Also ich denke mal so ab 14, 15 kann das gut funktionieren. Alle die jünger sind, sehe ich eher als schwierig an.“ (L4b, Z181ff)

„Also besonders schlecht: Soziale Angst.“ (L3, Z259) **Störungsbild**

„eher für Patienten geeignet ist, die gut reflektieren können“ (L3, Z271) **Reflexionsfähigkeit**

„jemand der viel Bewegung braucht und im Raum umher springt, den kann man schlecht vorn Video setzen“ (L3, Z268) **Fähigkeit sich ruhig zu konzentrieren / fokussieren**

"Also was unter acht Jahre ist, finde ich wirklich schwierig," (L1b, Z142ff) **Alter**

"Könnte ich jetzt so nicht sagen. Muss ich ganz ehrlich sagen, weil ich glaube, es kommt doch auf den Patienten drauf an. Es kommt auf die Beziehung drauf an. Das kann (...), das Störungsbild, was mit dem einen gut funktioniert, kann bei dem anderen glaub ich schwierig sein. Je nachdem, wo man sich vielleicht befindet innerhalb der Therapie. Und umgekehrt. Und dann hängt es doch auch sehr vom Alter ab, also.“ (L1b, Z209ff) **Alter und Individualpassung**

"Ich habe am Anfang gedacht, so ab 12 oder ab 11 12 hab ich - glaub ich - am Anfang gedacht. Ich weiß gar nicht, wie es auf meiner Webseite steht, aber ich glaube 8 ist eine ganz gute Grenze für: mit dem Patienten. Aber muss man auch echt individuell gucken, glaub ich.“ (L1b, Z219ff) **Alter**

„Nein [...] Immer individuell am Patienten zu klären. Auch mit 5 Jährigen denkbar, wenn kürzere Zeiteinheiten genutzt werden und Eltern gut eingebunden sind“ (L2b, Z61ff) **Individualpassung**

#### 3.4.2 gut behandelbar per VS

„gut, wär jetzt wirklich dieses Enuresisbeispiel, was ich vorher angesprochen habe. Da würde ich sagen ja, das geht gut.“ (L4b, Z56ff)

„Wenn jemand auch schon ein Stück weit in der Therapie ist.“ (L4b, Z57f)

„B.: Also bei den Älteren würde ich sagen: Depressive Störungen, I.: gehen gut oder schlecht?

B.: gehen eher gut.“ (L4b, Z30ff)

"Ich glaub mit einer Depression geht das durchaus auch, aber ich denke, dass es tatsächlich vielleicht auch eher für Patienten geeignet ist, die gut reflektieren können, oder es liegt an mir, dass ich eher so auf diese Weise arbeite.“ (L3, 269)

"Alles das, wo es übers Gespräch gut stattfinden kann. (beide lachen) Na, weil das ist dann genauso schwer oder genauso leicht wie eben auch in der Praxis selbst“ (L1b, Z234ff)

"also alles, was, die sich da gut unterhalten können und die dann schon eher so im Regelspiel unterwegs sind. Und die, die können ja schon gut imaginieren. Also das heißt, die können sich das schon gut vorstellen.“ (L1b, Z242ff)

### 3.4.3 schwer per VS zu behandeln

„Also Störung des Sozialverhaltens ist schwierig. ADHS ist schwierig. Klar, da kann man auch Manualisiert ein bisschen was machen, aber das ist schon sehr eingeschränkt. Da fehlt mir eben wirklich dieses Feedback der Personen im Raum. Weil man nimmt ja doch ganz andere Dinge wahr, wenn jemand mit im Raum sitzt. Also wippt jemand mit den Füßen? Was ist unter dem Tisch los? Es fällt ja wirklich viele Informationen weg.“ (L4b, Z91ff)

"Tja, Schulunlust, Schulverweigerung, Angststörung würde ich auch eher als problematisch sehen.

*I.:* Begründet durch? *B.:* Begründet dadurch, dass z. B. der Patient ja zu Hause bleiben kann. (schmuzelt, lacht) *I.:* Also es geht um die Vermeidung. *B.:* Das es eigentlich aufrechterhaltender Faktor in dem Moment wird. Ich bietet die Möglichkeit zu vermeiden, indem man das Ganze dann per Video macht. Also ich hatte auch Patienten, bei denen ich den Eindruck hatte, dass es da so funktioniert, das es ein aufrechterhaltender Faktor wird und habe dann gesagt: Okay, also mit denen Hygiene Richtlinien in der Praxis und alles / Ich bitte darum, Präsenztermine vorzunehmen.“ (L4b, Z69ff)

„Also eine Therapie, jetzt nur per Video anzufangen, würd ich denken, ist es sehr schwierig. Ähm, Ja, eben wieder die Vertrauensbasis. Es ist doch der Vertrauensaufbau, nur per Video. Das ist, glaub ich, sehr, sehr schwierig. Ich hatte den Fall nicht, aber das ist jetzt so meine Einschätzung.“ (L4b, Z58ff)

„Zwangsstörungen sehr, sehr schwierig. *I.:* Okay. *B.:* Essstörung. Schwierig.“ (L4b, Z34ff)

„Aber bestimmte Störungsbilder das, glaube ich, verhindern. Also gerade was soziale Angst betrifft. Die Patienten haben vorrangig gesagt: Das möchten sie nicht.[...] Also das war sehr auffällig, finde ich. Was ich mir auch ganz gut vorstellen kann, weil man, sie sehen sie ja selber, man kann nicht ausweichen. Also, die ganzen Sicherheitsmaßnahmen, die man vielleicht ja so persönlich noch so treffen kann, auch im Therapie-raum mit wegrehen oder nicht gegenüber setzen, das fällt ja weg“ (L3, Z169ff)

„Also besonders schlecht: Soziale Angst. Eigentlich zum einen, weil die das selbst gar nicht wollen. Und selbst wenn sie das machen. Das hatte ich auch. Es ist relativ schwierig. Das war die Patientin mit der Essstörung. Da hab ich den Eindruck, da waren wir, auch wenn ich etwas Neues erfahren hab über sie, waren wir im persönlichen Kontakt hier in der Praxis deutlich lockerer“ (L3, Z259ff)

„ich könnte mir vorstellen, dass Sozialverhaltensstörung bei einem Sechsjährigen macht sich schlecht über Video. Keine Ahnung was, [...] oder eine Bindungsstörung oder ADHS. Also jemand der viel Bewegung braucht und im Raum umher springt, den kann man schlecht vorn Video setzen  
“ (L3, Z265ff)

"Also was unter acht Jahre ist, finde ich wirklich schwierig, weil, also da lässt sich im Kontakt bleiben, aber dann brauchen die Kinder einfach doch, meiner Meinung nach, das Zusammensein, das Spiel, die Ausdrucksmöglichkeiten über das Spiel.“ (L1b, Z142ff)

„die üblichen Sachen, die eigentlich dann alle nicht gehen. So akut psychotische Sachen, schwer mit Wahn, glaub ich ist es schwer.“ (L1b, Z227ff)

#### 4.1 Grundeinstellung ggü. der VS vor erster Durchführung

„[B.:] Positiv. I.: Positiv? B.: Ja. I.: Heisst? B.: Dass ich mich gefreut habe, dass es genehmigt wurde, dass das geöffnet wurde, dass man die Option hatte, weil eben durch Lockdown und die ganzen Folgegeschichten viele Termine ausgefallen sind. Und dass dann einfach die Möglichkeit geschaffen hat, trotzdem die Termine stattfinden zu lassen.“ (L4b, Z105ff)

„[bzgl. vor Corona] Ich hatte mich davor nicht damit [VS] beschäftigt.“(L4b, Z122) „Das war kein Thema.“ (L4b, Z131)

„Keine größeren Bedenken“ (L3, Z286)

"direkt vor der ersten Videosprechstunde, war ich auf jeden Fall aufgeregt. Bei / klar, ich hab's noch nie gemacht. Ich war gespannt, wie funktioniert das alles? Wie ist die Technik? Hoffentlich funktioniert alles. Das war meine größte Sorge, also dass wir da nicht irgendwie rausfliegen, aber es ist mir tatsächlich nie passiert. Und dann hab ich einfach geguckt, wie es wird.“ (L3, Z291)

„I.: Ich für die Frage mal noch ein bisschen weiter aus. Hätten Sie sich vorstellen können, dass Sie die Videosprechstunde gemacht hätten, wär jetzt nicht Corona dazwischengekommen. [...]

B.: Schwierige Frage. Ich vermute, ich hätte es nicht gemacht. Also vielleicht, aber. Nicht, weil ich damit grundsätzlich ein Problem habe, sondern ich habe natürlich schon gewusst, dass es das gibt, aber es war nie ein größeres Thema. Also ich kenne auch, von meinen Kollegen niemanden, der das vorher großartig genutzt hat. Also zumindest mit denen ich jetzt persönlichen Kontakt habe, im Qualitätszirkel usw.. „ (L3, Z302ff)

„Ich glaube, für mich war das einfach auch spannend, das herauszufinden und dann zu machen. Ich fand das einfach auch irre interessant.“ (L1b, Z180ff)

„B.: Ja, meine Einstellung: positiv, also ich. Einstellung? Eher positiv. Also ich hatte da Lust drauf. Also das ist ja eher ein Gefühl. Meine Einstellung war positiv. Ich hatte immer Lust drauf. Ich war motiviert. Ich hatte da irgendwie das Gefühl, ich möchte mit meinen Patienten im Kontakt sein und denen das anbieten und die schützen und mich schützen. Und also eher ne große Chance.“ (L1b, Z267ff) „I.: Ja, ja, das ist jetzt wieder sehr Corona orientiert. Da hatten sie sich vorher schon mal Gedanken dazugemacht.“(L1b, Z273f) „B.: Ganz entschieden hätte ich das abgelehnt und hätte gesagt, das ist eigentlich Murks. Das macht man eigentlich nicht. Oder das ist Quatsch, oder das ist nicht gut. Ja, auf jeden Fall.“ (L1b, Z284ff)

„Neugierig skeptisch - schon vorher mit dem Gedanken geliebäugelt, die VS an der ein  
oder  
anderen Stelle einzusetzen“ (L2b, Z68f)

#### 4.2 Grundeinstellung ggü. der VS heute

"Nochmal wiederholen. Die die Grundeinstellungen zu der Nutzung war für mich zu Beginn sehr positiv, hat sich dann etwas abgeschwächt. Wobei ich sehr skeptisch bin, was z.B. Social Media Nutzung innerhalb der Therapie angeht. Also ich nutze auch kein WhatsApp oder sonstige Geschichten um in Kontakt zu Patienten zu bleiben. I.: Ja okay. Aber prinzipiell. Die Technik war ihnen erstmal positiv gesonnen? B.: Ja. Ja, auf jeden Fall.“ (L4d, Z2ff)

„Nicht mehr ganz so positiv (lacht) wie zu Beginn, würde ich sagen. Aber es hat schon definitiv einen Nutzen. Also ich würde es wieder so machen. Ich führs ja auch immer

noch weiter. Die Videosprechstunde laufen immer noch. Zwar sehr eingeschränkt. Ich glaub ich hab jetzt so einen Termin in der Woche zurzeit per Video. Maximal 2. Ja, ich habe mir eben z.B. auch eine Patientin. Die wohnt weiter weg, hat ein Studium begonnen, ist umgezogen. Da ist es natürlich sehr praktisch, dass man die Therapie fortführen kann. Dass kein Therapeutenwechsel stattfinden muss Sondern, dass so eine Fortführung dann geht, auch wenn jemand umzieht oder eben Berufs- oder Studienbedingt den Wohnort wechselt. Da geht's auf jeden Fall.“ (L4b, Z136ff)

! „[B.:] Würden Sie die Videosprechstunde empfehlen?

B.: Die ist gemein die Frage (lacht). Also nicht als einzige Variante der Therapie. Ich denke das eine Videosprechstunde oder eine Therapie nur im Video nicht wirklich gut funktionieren kann. Eingeschränkt würde ich sagen: Ja.

I.: Okay, also die Empfehlung. Nach einer individuellen Passung der Patienten und Umstände.

B.: Genau. Also ich denke, ich werde es auch weiter nutzen. In Einzelfällen, aber wirklich in Einzelfällen.“ (L4b, Z148ff)

„Also größere Stolpersteine hatte ich jetzt nicht.“ (L3, Z190)

„also eher positiv. Ich nutze das gerne. Ich würde es tatsächlich sogar noch öfter nutzen, hab aber so den Eindruck, dass eben wie gesagt bei manchen Patienten es dann auch so ist, dass die sagen: Ach nee, das will ich dann lieber nicht. Und dann mache ich lieber einen anderen Termin, wo ich persönlich kommen kann. Also ich nutze es gerne. Ich finde das sehr positiv, gerade auch unter dem Aspekt, man hat nochmal ein anderes Setting. Man lernt dem Patienten vielleicht auch eine andere Art und Weise kennen. Man kriegt ein bisschen was mit von seinem persönlichen Umfeld. Eine Schwester, die mal rein sprintet ins Zimmer oder ein Hund, den man sehen kann, oder. Ja, also eher positiv. Ich nutze das gerne weiterhin.“ (L3, Z320ff)

„Aber ich würde sagen so wenn jetzt keine Körperbehinderung vorliegt, würde ich den persönlichen Kontakt in der Praxis immer bevorzugen, weil es doch eine andere Dynamik hat.“ (L1b, Z103ff)

„Ja, differenzierter auf jeden Fall. Ich würde heute sagen, dass das eine Chance ist für die Dinge, die wir vorhin angesprochen haben.“ (L1b, Z291ff)

„Jetzt unabhängig von Corona. Aber ich habe das Gefühl, es ist nur durch Corona dazu gekommen, dass ich da ne Einstellungsänderung habe.“ (L1b, Z312f)

„Gern weiter nutzen, wenn die regulatorischen Rahmenbedingungen nicht so umständlich wären“ (L2b, Z73)

## **5.1 Offenes**

## **5.2 Ausblick bzw. Wunsch an VS**

„Ich denke, eine Fortführung von Videotherapie wäre gut. Ich selber werd es weiter nutzen, aber in eingeschränkter Weise. Da wo es notwendig ist, werde ich es einsetzen. Aber das ist wirklich immer eine individuelle Entscheidung zu der Patientin oder dem Patienten“ (L4b, Z172ff)

„Weiterbildung, Fortbildung auf jeden Fall. Ja, das wär eigentlich der Hauptpunkt. Also das würde ich mir wünschen. Wirklich. Wie kann ich das noch attraktiver gestalten? Wie kann ich das besser gestalten? Das wär für mich ein ganz wichtiger Punkt“ (L4b, Z188ff)

"Vielleicht, also da wünsche ich mir wahrscheinlich eher von mir vielleicht den Mut, bestimmte Sachen auch auszuprobieren und zu gucken, wie das mit mit jüngeren Kindern ist. Also ich denke, das Setting hat seine Grenzen, aber vielleicht auch Vorteile. Also vielleicht auch die Familie einzubeziehen, durchaus. Also das könnte ich mir gut vorstellen.“ (L3, Z353)

„weil eben doch Spielen und diese Zeit mit dem Therapeuten und diese Spielsache eine wichtige Rolle spielt, wenn da Dinge integriert sein könnten in so diese Videoplattformen, in diese Anbieter, dass man - ich weiß nicht - ein vier Gewinnspiel hat, wo man dann irgendwie klickt und wo man miteinander spielt“ (L1b, Z322ff)

„wo man vielleicht auch im Team miteinander dann irgendwie spielt. Es muss halt Datenschutz technisch irgendwie gut passen und so.“(L1b, Z334ff)

„Regulatorischen (Abrechnungs-) Rahmen vereinfachen und praktikabel gestalten“ (L2b, Z81)



## Anlage 6.2: Codierung Wirkfaktoren

Bei längeren Zitaten wurden die zuordnenden Passagen kursiv markiert, sofern der Text aufgrund des nötigen Kontextes nicht gekürzt werden konnte. Die Schlagworte wurden zusätzlich am Ende eines Zitats zugeordnet. Manche Zitate wurden zwei (\*\*) oder drei (\*\*\*) verschiedenen Kategorien zugeordnet. Dies wird durch Sternchen am Anfang des Zitats angezeigt.

### Uk 2.2.1 Beziehungs- und Motivationsaufbau

Schlagworte: Therapiebeziehung, Abschwächung sozialer Entfremdung, Besserungserwartung, Veränderungsbereitschaft, Ressourcenaktivierung

\*\* „Viel geredet, viel aktuelle Probleme aufgegriffen, die der Patient dann z.B. auch selber angesprochen hat. Ich würde mal sagen, es war nicht alles zielgerichtet auf das Therapieziel, sondern es war wirklich viel Motivation. Einfach Motivation zu schaffen, dranzubleiben, weiterzumachen, auch die Schule dran zu bleiben, das hat sich eigentlich so bei allen durchgezogen. Also man ist eigentlich von den eigentlichen Störungen abgegangen und hat eher so in Richtung / was ist jetzt aktuell? Wo kann ich hier eine Krisenintervention sozusagen einschieben?“ (L4a, Z252ff) **Veränderungsbereitschaft**

„ein Patient zum Beispiel, der ist elf, leidet an einer Enuresis. Und wir haben uns dann eben ausgetauscht. Sonne-Wolken-Kalender, haben wir dann auch hin und geschickt per Mail und ich hab dann auch mal Arbeitsmaterialien zugeschickt, die dann ausgedruckt wurden. Ansonsten war das wirklich ein Aufrechterhalten der Motivation, z.B. bei diesem Jungen“ (L4a, Z103ff)

„Den Kalender zu machen. Die apparative Verhaltenstherapie weiter durchzuführen. Also schön sein klingel Gerät am Arm zu tragen und da positiv einzuwirken.“(L4a, Z112ff) **Veränderungsbereitschaft**

„Digitaler Hausbesuch habe ich sozusagen durchgeführt, in dem ich dann zu den Kindern gesagt hab: Zeig mir mal dein Zimmer. Oder die Kinder haben dann z.B. erzählt ich hab mir jetzt mein neues Star Wars Raumschiff gebaut, dann hab ich gesagt, na dann hol das doch mal / zeig mir das mal. Solche Dinge. Also so kleine Einblicke in den Haushalt waren dadurch auch möglich. I.: Und sonst Hausbesuche führen / haben sie durchgeführt, führen sie durch? B.: Nein, führ ich nicht durch.“ (L4c, Z5ff) **Therapiebeziehung**

„B.: Spielen, also der Patient speziell mit dem hab ich immer Schach gespielt. Wir haben also immer dieselbe Partie natürlich weitergespielt und haben dann auch um den Kontakt zu halten, das ganze per E-Mail noch weitergeführt.

I.: Okay, das heißt, wie haben Sie das gemacht? Hatte jeder ein Brett bei sich stehen, oder?

B.: Genau. Ich hab's dann in einem Programm auf dem Computer abgespeichert. Das Spiel. (lacht und zeigt auf seinen Schreibtisch bezüglich des Platzes) Ja. Und er hatte aber ein Schachbrett dastehen und hat dann immer gezogen. Und das war dann immer der Stundenabschluss sozusagen.“(L4a, Z155ff) **Therapiebeziehung**

„dass ich mit bestimmten Patienten tatsächlich viel *leichter Kontakt halten kann*. Beispiel ist auch eine Patientin, die jetzt im Sommer weggezogen ist. Wo noch, weiß ich nicht, fünf Stunden oder so übrig sind, junge Erwachsene, die es nach Hannover gezogen. Also die kann natürlich nicht zum Termin herkommen. Und wo wir jetzt einfach sagen können, das machen wir per Video. Also da hat mir Corona tatsächlich geholfen, in dem Fall, weil ich es sonst wahrscheinlich/ weiß nicht, ob ich es sonst ausprobiert hätte.“ (L3, Z195ff) **Therapiebeziehung**

„sodass das Kind also mir von all seinen Lieblings Dingen oder mal das Haustier vorstellte oder wer auch immer. Und dort also eine lockere Atmosphäre dann auch stattgefunden hat“ (L2a, Z96f) **Therapiebeziehung, Ressourcenaktivierung**

„dass das Kind die Gelegenheit auch nutzt, anhand der Technik mir die wichtigen Dinge zu zeigen, die ihm wichtig waren. Das war auch schon im Vorfeld mit den Eltern besprochen. Dass also jetzt hier nicht ich irgendwo hin schaue. (lacht) Was nicht gewollt. Sondern vielmehr, dass das Kind auch die Gelegenheit nahm, wie wir eben sonst, dass das Kind meine Zimmer kennt und auch weiß, womit wir dort arbeiten können und ein Kind, also einen tieferen Einblick in die Intimsphäre dort zugelassen hat. Bei sich zu Hause, im Zimmer.“ (L2a, Z87ff) **Therapiebeziehung**

\*\*\* „Und dann hatte ich 11jährige. Ein elfjähriges Mädchen zum Beispiel. Also die hat das super genutzt für sich im Kontakt zu bleiben und über die Woche zu reflektieren und irgendwie sich da auszukotzen.“ (L1b, Z78ff) **Therapiebeziehung**

„Und dann gab's auch schöne Ideen, z.B. von von einem Jungen. Der hat dann, also wir haben dann so eine Art Tablett gehabt und dann kleine Figuren drauf gestellt in einer bestimmten Reihenfolge. Und dann hat sich, musste der andere die Augen zumachen, dann hat sich irgendwas verändert und dann musste man herausfinden, was das war.“ (L1b, Z18ff) - **Selbstwirksamkeit, Therapiebeziehung, Ressourcenaktivierung**

"Also die Kinder sind ja auch kreativ geworden. Wir haben dann so Raum ich sehe was, was du nicht siehst gespielt. Also z.B. ich sehe was, was du nicht siehst und das ist weiß und muss müssen sie in ihrem Raum sozusagen jetzt finden, was ich meine.“ (L1b, Z10ff) **Therapiebeziehung, Ressourcenaktivierung**

„was wirklich sehr gut ankam, war: Wir haben die Siedler von Catan / Da gibt's so eine Würfelspielvariante. Es ist so ein bisschen wie Kniffel, nur eben ein bisschen ansprechender gestaltet. Da braucht man eigentlich spezielle Würfel und wir haben das auf Zahlen adaptiert. Und die Kinder brauchten dann einfach nur sechs Würfel mitzubringen.“ (L1a, Z222ff)

„Und ich hatte denen so eine Spielunterlage per Email zugeschickt und die haben sie sich dann ausgedruckt und dann haben wir eben so parallel gewürfelt. Es ist also nicht etwas, wo man so interagieren muss, sondern man tritt gegeneinander an. Das lies sich sehr schön machen. Und hat eigentlich den meisten viel Freude bereitet.“ (L1b, Z3ff, Anschluss an vorheriges Zitat) **Therapiebeziehung**

\*\*\* „Dann ist es so, dass *ich eigentlich mit meinen Patienten einen Ablauf habe*, wie die Stunde abläuft. D. h. also in aller Regel ist es so, dass wir uns am Anfang eine Zeit lang besprechen und die Woche reflektieren. [...] Und das ist etwas, was wir schon in aller Regel, *also was die Kinder kennen*, was wir schon aufgebaut haben und was ich natürlich übers Video im Gespräch am besten fortsetzen ließ.“ (L1a, Z99ff) **Wochenreflexion und Aufbau positiver Kognitionen / Therapiebeziehung**

„mit den Sachen weiterarbeiten, die wir auch so als Thema hatten“ (L1a, Z115f) **Therapiebeziehung**

\*\*\* „Und ansonsten spielt natürlich auch Beziehungsgestaltung, positive Erlebnisse in der Behandlung immer eine wichtige Rolle. Also das heißt, wir spielen ja auch viel. Oft kann man sich ja auch über die, über die Arbeit, darüber, dass ich mich mit unangenehmen Sachen beschäftigt habe und mich da herausgefordert habe, durchaus auch Spielzeit verdienen. Und das ist etwas, das, fand ich, war die größte Herausforderung eigentlich, da gute Spielalternativen über den Bildschirm zu finden.“ (L1a, Z212ff) **Spiel als Belohnung und Beziehungsangebot, Therapiebeziehung, Abschwächung sozialer Entfremdung, Veränderungsbereitschaft, Ressourcenaktivierung**

## **Uk 2.2b) Emotionale Verarbeitung**

Schlagworte: Affektives Erleben, Katharsis (Freisetzung unterdrückter Emotionen), Problemaktualisierung, Korrektive Erfahrung, Achtsamkeit, Emotionsregulation

\*\* „Also da [bei dem Enuresispatienten] war es eben so, dass ich immer erst Mutter und Patient hatte. **Dann hat mir die Mutter berichtet, dann konnte er berichten, mit der Mutter gemeinsam.** Da gab's auch noch eine Problematik, was aggressives Verhalten angeht bei den Jungen hatten vorwiegend zu Hause. (...) Und Wutanfälle hat es die Mutter immer genannt. Wutausbrüche. Ja da/ Also so/ und das Ganze natürlich auch Coronabedingt dann etwas verschärft.“ (L4a, Z126ff) Karthagos, Achtsamkeit, Problemaktualisierung

\*\*\* „Ja, ich hab dann eben z.B. auch Inhalte aus Manualen benutzt. Also was jetzt z.B./ Ob das aus THOP ist oder TAFF. Also so die ganzen Geschichten die es da so gibt Therapy Tools. Und hab versucht das eben dann gemeinsamen/ ich hab das vorher hingeschickt. Es wurde dann ausgedruckt. Ich hatte das selber. Wir haben das gemeinsam erarbeitet. Sind es durchgegangen. Also ja, situationen durchgespielt. Haben auch Rollenspiele sozusagen per Video gemacht. [...] Das ging eigentlich ganz gut. Also mit dem Patienten, das hat gut funktioniert.“ (L4a, Z141ff)

\*\* „und man dann natürlich auch Inhalte aus der Therapie in der Hinsicht dann also auch einsteigen konnte, in Bezug auf, wie geht's der Familie? Wie gestaltest du jetzt gegenwärtig in deinem schönen Zimmer mit deinem Haustier, wie auch immer, denn jetzt die Corona Zeit. Also es ging dann eigentlich eher darum, den Tagesablauf nochmal sich anzuhören, um eine Struktur reinzubringen. Und, wie es denn auch aufgrund des man alle Familienmitglieder ja zu Hause hat. Wie störungsfrei das erlebt wird. Was stresst.“ (L2a, Z98ff) **Katharsis, Achtsamkeit, Affektives Erleben**

\*\*\* „[Imaginieren] Stell dir vor, du bist jetzt in der Klasse und du kommst rein und alle lachen. Alle lachen dich aus. So, also das kann man sich gut vorstellen, wenn man das anleitet und sagt. Ich kann auch gut sie auslachen grade, ne. Also dann spüren sie auch Scham. Also das geht auch wunderbar. Das würde ich auch in der Praxis so machen. Klar, die Bewegung und das raus, also Sie können ja auch aufstehen und rausgehen und können weggehen. Also das geht auch eigentlich ganz gut“ (L1b, Z245ff), **Emotionsregulation**

\*\*\* „Und dann hatte ich 11jährige. Ein elfjähriges Mädchen zum Beispiel. Also die hat das super genutzt für sich im Kontakt zu bleiben und über die Woche zu reflektieren und irgendwie sich da auszukotzen.“ (L1b, Z78ff) **Affektives Erleben, Problemaktualisierung, Katharsis**

\*\* „I.: Ja, okay. Das bedeutet, Sie sind ins wirklich klassische Reflexionsgespräch mit ihr gegangen.  
B.: Genau.“ (L3, Z109ff) **Problemaktualisierung, Achtsamkeit, Emotionsregulation**

\*\*\* „Und meistens ist dann so die Frage: Was gab es Wichtiges, was schön war, was gut war, um die Wahrnehmung daraufhin zu schärfen, um positive Kognition aufzubauen. Da arbeite ich ganz gerne so nach dem Manual auch von Döpfner und Petermann und Petermann: Lars und Lisa Depressions Manuale, wo es auch darum geht, positive Kognitionen zu schärfen und aufzubauen.“ (L1a, Z101ff) **Aufbau positiver Kognitionen/ Achtsamkeit, Emotionsregulation**

\*\* „Das ist ganz klar, sodass wir auch darüber sprechen konnten, welche Sachen gibt es jetzt bezüglich an Ängsten und Fragen mit Corona, mit Infektionen und Ansteckungen? Das wir da einfach so das aktuelle uns anschauen. Ach und auch, wie wird das mit Mama und Papa sein. Wenn die ihren Job jetzt verlieren? Und werden wir arm

werden? Also lauter solche Sorgen. Um das aussprechen zu können. Diese Struktur beizubehalten“ (L1a, Z109ff) Krisenreflexion / **Emotionsregulation**

\*\*\* „so nutze ich das dann auch, um die *Konflikte aufzuarbeiten*, um dann da soziale Kompetenzen mit den Kindern zu trainieren. Nee. Und das geschieht ja auch in der Praxis mehr oder weniger immer wieder auch mit dem Element der Imagination. Also d.h., wir müssen uns ja immer vorstellen, wir wären jetzt in dieser Situation und der eine würde das oder das sagen. Und in den Fällen, wo wir das gemacht haben, kennen das die Kinder oder kannten das die Kinder schon. Und das ließ sich eigentlich recht schön so [per VS] nutzen“ (L1a, Z138ff) Problemaktualisierung, **Achtsamkeit, Emotionsregulation**

\*\*\* „ein Beispiel. Das Kind ist mit seiner Schwester draußen und die bauen eine Bude und die Schwester hat zuerst bestimmt, was sie machen. Und dann, als der Junge an der Reihe ist und bestimmen will, macht die Schwester nicht mit. So und dann kommt die Wut. Und dann kommen Gedanken: die muss doch jetzt aber mir gehorchen und die muss das doch jetzt machen, wie ich das machen will und die macht das nicht. Und dann schreie ich die ganz laut an. Und sag: Du blöde Kuh oder irgendein Schimpfwort. Und wir haben dann, also ganz konkret, dann diese Situation uns angeschaut und haben dann geguckt, was ist da in dem Moment passiert. **Eine Verhaltensanalyse könnte man sagen, so kindgemäß durchgeführt und dann eben überlegt, was könnten alternative Strategien sein**, wie ich mit der Wut in dem Moment umgehen kann, um die vielleicht erst abzuschwächen, ne, dass die nicht ganz so stark ist, damit ich dann nicht in dem Moment irgendwie was sagen muss, wofür ich ja dann wieder Ärger bekomme, um mich da zu regulieren, ne. Also zum Beispiel die Wut sagt mir: Sag jetzt in dem Moment eben: Du blöde Kuh! Und die Frage: Hilft mir das? Jetzt nicht nur kurzfristig, um die Wut kleiner zu machen, sondern eben auch dann später, wenn Mama und Papa das erfahren? Nein, das hilft mir nicht. Also versuche ich vielleicht ein Lächeln aufzusetzen, um die Wut kleiner zu machen. Oder ich mache genau das Gegenteil von dem, was die Wut mir rät. Also wäre ja dann zum Beispiel ein Lächeln.“ (L1a, Z172ff) - Konfliktreflexion (+Verhaltensanalyse) & Bearbeitung, **Emotionsregulation**

\*\*\*“Zum Beispiel gibt's auch, wo wir an Zwängen gearbeitet haben. Das ist ja auch etwas, was dann in dieser Zeit schön aufblüht oder aufgeblüht ist, gerade so mit der Coronasache. Na und - ich glaube Görlitz, aus dem Buch von Görlitz Kinder- und Jugendpsychotherapie: die empfiehlt, um eine Distanz zu dem Zwang herzustellen, - jetzt fällt mir das Wort kurz nicht ein - um den besser zu externalisieren, dem einen Namen zu geben. Die empfiehlt den Namen Puck und dann sozusagen Puck, mein Zwang, der sagt, dass ich das oder das tun soll. Und da geht es schon auch darum, - das kann man **gut nur verbal auch machen. Auch mit einem Achtjährigen war das zu der Zeit**. - Zu schauen was waren jetzt in der Woche für Sachen da, die mir Puck befohlen hat? Wie muss ich mich duschen? Wie oft muss ich mir die Hände waschen? Das ist natürlich diffizil, weil ich dann zu der Zeit ja die Hygienemaßnahmen ganz besonders gepusht waren. Aber solche Sachen ließen sich dann schon auch ganz gut erheben, auch im Verbalen. Und da findet ja doch auch einiges in der Imagination statt. Zumindest waren wir zu dem Zeitpunkt noch nicht so weit, dass wir Expositionen gemacht hätten. Aber Imagination, eine innere Distanz herstellen dazu, sich innerlich straffen und zu versuchen, sich zu Challengen und dem Puck da zu widerstehen. Das sind so Dinge, die man ja schon auch besprechen und aufbauen kann, so für die konkrete Arbeit am Problem.“ (L1a, Z194ff) Konfliktreflexion und Bearbeitung, **Achtsamkeit**

### **Uk 2.2c) kognitive Verarbeitung**

Schlagworte: Klärung, Assimilation problematischer Erfahrungen, kognitive Umstrukturierung, Mentalisierung, neue Selbstnarration

„Mit dem hab ich viel versucht am Selbstwert zu arbeiten. Und hab dann eben auch, weil das einfach ne gute Variante war, Manual basierte Arbeitsblätter benutzt. Weil die konnte ich zusenden und dann konnten wir uns das zusammen durchgehen. Ich hab dann teilweise sozusagen die Schreibe übernommen, weil da noch eine LRS eine Rolle spielte bei dem Patienten und hab das dann zugesandt. Na also, was wir erarbeitet haben, um eben auch so ein bisschen die Motivation hochzuhalten und nicht so diesen Schulcharakter zu haben. Weil er da doch z.B. über dieses Lernsachs sehr gestresst war und genervt war.“ (L4a, Z209ff)

\*\*\* „Ja, ich hab dann eben z.B. auch Inhalte aus Manualen benutzt. Also was jetzt z.B./ Ob das aus THOP ist oder TAFF. Also so die ganzen Geschichten die es da so gibt Therapy Tools. Und hab versucht das eben dann gemeinsamen/ ich hab das vorher hingeschickt. Es wurde dann ausgedruckt. Ich hatte das selber. Wir haben das gemeinsam erarbeitet. Sind es durchgegangen. Also ja, Situationen durchgespielt. Haben auch Rollenspiele sozusagen per Video gemacht. [...] Das ging eigentlich ganz gut. Also mit dem Patienten, das hat gut funktioniert.“ (L4a, Z141ff) Assimilation, Klärung, kog. Umstrukturierung

\*\* „Also da [bei dem Enuresispatienten] war es eben so, dass ich immer erst Mutter und Patient hatte. Dann hat mir die Mutter berichtet, dann konnte er berichten, mit der Mutter gemeinsam. Da gab's auch noch eine Problematik, was aggressives Verhalten angeht bei den Jungen hatten vorwiegend zu Hause. (...) Und Wutanfälle hat es die Mutter immer genannt. Wutausbrüche. Ja da/ Also so/ und das Ganze natürlich auch Coronabedingt dann etwas verschärft.“ (L4a, Z126ff) Klärung, Assimilation, Mentalisierung

\*\* „Viel geredet, viel aktuelle Probleme aufgegriffen, die der Patient dann z.B. auch selber angesprochen hat. Ich ich würde mal sagen, es war nicht alles zielgerichtet auf das Therapieziel, sondern es war wirklich viel Motivation. Einfach Motivation zu schaffen, dranzubleiben, weiterzumachen, auch die Schule dran zu bleiben, das hat sich eigentlich so bei allen durchgezogen. Also man ist eigentlich von den eigentlichen Störungen abgegangen und hat eher so in Richtung / was ist jetzt aktuell? Wo kann ich hier eine Krisenintervention sozusagen einschieben?“ (L4a, Z252ff) **Klärung / Assimilation problematischer Erfahrungen**

\*\*\* „sie hat sich ein Blatt Papier genommen und wir haben dann überlegt mit Gedankenblasen. Also was passiert hier erstens. So als Kreislauf? Wo bewegen wir uns? Was kommt immer wieder und wie kann ich das jetzt durchbrechen? Also dass war was wir versucht haben, eben tatsächlich es zu visualisieren. Ich hab ihr dann meins gezeigt. Wie ich gerade darüber denke. Es ist ein bisschen schwierig, das in die Kamera dann alles, so, dass der andere das versteht. Sie hat mir ihr erklärt, was sie jetzt gerade gemacht hat, auch was sie dabei mit gezeichnet hat.“ (L2a, Z151ff) **Klärung**

„eine Hausaufgabe dann gab: Wie kann ich den Tag anders strukturieren und mir selber auch schöne Erlebnisse schaffen?“ (L2a, Z105ff) **kognitive Umstrukturierung** (Fokus schöne Erlebnisse)

\*\* „und man dann natürlich auch Inhalte aus der Therapie in der Hinsicht dann also auch einsteigen konnte, in Bezug auf, wie geht's der Familie? Wie gestaltest du jetzt gegenwärtig in deinem schönen Zimmer mit deinem Haustier, wie auch immer, denn jetzt die Corona Zeit. Also es ging dann eigentlich eher darum, den Tagesablauf nochmal sich anzuhören, um eine Struktur reinzubringen. Und, wie es denn auch aufgrund des man alle Familienmitglieder ja zu Hause hat. Wie störungsfrei das erlebt wird. Was stresst.“ (L2a, Z98ff) **Klärung, Assimilation problematischer Erfahrungen**

\*\*\* „[Imaginieren] Stell dir vor, du bist jetzt in der Klasse und du kommst rein und alle lachen. Alle lachen dich aus. So, also das kann man sich gut vorstellen, wenn man das anleitet und sagt. Ich kann auch gut sie auslachen grade, ne. Also dann spüren sie auch Scham. Also das geht auch wunderbar. Das würde ich auch in der Praxis so ma-

chen. Klar, die Bewegung und das raus, also Sie können ja auch aufstehen und rausgehen und können weggehen. Also das geht auch eigentlich ganz gut“ (L1b, Z245ff), **Assimilation problematischer Erfahrungen**

\*\*„die Eltern zu begleiten, in dieser schwierigen Krisensituation auch mit denen zu reflektieren, was liegt jetzt gerade an? Was ist jetzt das Wichtigste? Was ist jetzt das Naheliegendste? Wie kriegen wir jetzt gut Stabilität rein in den Alltag, um nicht Amok zu - in Führungsstrichen Amok - zulaufen, um dem Lagerkoller ein Stück weit zu verringern oder auszugleichen“ (L1b, Z83ff) **Klärung**

\*\*\*„Und dann hatte ich 11jährige. Ein elfjähriges Mädchen zum Beispiel. Also die hat das super genutzt für sich im Kontakt zu bleiben und über die Woche zu reflektieren und irgendwie sich da auszukotzen.“ (L1b, Z78ff) **Assimilation problematischer Erfahrungen**

„da haben wir ganz viel kognitiv gearbeitet. [...] Das ist, ja, **kognitive Arbeit**.“ (L3, Z102ff)

\*\*„I.: Ja, okay. Das bedeutet, Sie sind ins wirklich klassische Reflexionsgespräch mit ihr gegangen.

B.: Genau.“ (L3, Z109ff) **Klärung**

„so wie ich immer mache. Also na, was hast du für Gedanken? Wie könnten die Gedanken denn oder was? Wie könnten die Gedanken anders sein? Also wie könnte man positiver denken? Oder sind die Gedanken realistisch?“ (L3, Z116 ff) **kognitive Umstrukturierung**

\*\*\*„Dann ist es so, dass ich eigentlich mit meinen Patienten einen Ablauf habe, wie die Stunde abläuft. D. h. also in aller Regel ist es so, dass wir uns am Anfang eine Zeit lang besprechen und die Woche reflektieren. Das heißt also über die Woche sprechen. Und meistens ist dann so die Frage: Was gab es Wichtiges, was schön war, was gut war, um die Wahrnehmung daraufhin zu schärfen, *um positive Kognition aufzubauen*. Da arbeite ich ganz gerne so nach dem Manual auch von Döpfner und Petermann und Petermann: Lars und Lisa Depressionsmanual, wo es auch darum geht, positive Kognitionen zu schärfen und aufzubauen. Und das ist etwas, was wir schon in aller Regel, also was die Kinder kennen, was wir schon aufgebaut haben und was ich natürlich übers Video im Gespräch am besten fortsetzen ließ.“ (L1a, Z99ff) **Wochenreflexion und Aufbau positiver Kognitionen / kognitive Umstrukturierung**

\*\*„Das ist ganz klar, sodass wir auch darüber sprechen konnten, *welche Sachen gibt es jetzt bezüglich an Ängsten und Fragen mit Corona, mit Infektionen und Ansteckungen?* Das wir da einfach so das aktuelle uns anschauen. Ach und auch, wie wird das mit Mama und Papa sein. Wenn die ihren Job jetzt verlieren? Und werden wir arm werden? Also lauter solche Sorgen. Um das aussprechen zu können. Diese Struktur beizubehalten“ (L1a, Z109ff) **Krisenreflexion / Klärung**

\*\*„Also vielleicht ein Beispiel: Da ist ein Kind dabei gewesen, was Schwierigkeiten im sozialen Umgang hatte. Also Störung des Sozialverhaltens. Jetzt muss ich grade mal schauen. Konflikte mit der Schwester oder aber auch in der Schule. Und da ging es schon darum, auch weiterhin über Situationen zu sprechen, die zu reflektieren: Wo gab es Schwierigkeiten? Wie bist du damit umgegangen? Wie bist du zufrieden damit, dass du da so umgegangen bist? Was hättest du lieber gekonnt? Dass wir da sozusagen dann alternative Handlungsstrategien entwickeln konnten und die dann auch tatsächlich so im Gespräch, in einer Übung, in einem Rollenspiel auch geübt haben. Also die Alternativen.“ (L1a, Z116ff) - **Klärung, Assimilation problematischer Erfahrungen**

\*\*\* „so nutze ich das dann auch, um die Konflikte aufzuarbeiten, um dann da soziale Kompetenzen mit den Kindern zu trainieren. Nee. Und das geschieht ja auch in der Praxis mehr oder weniger immer wieder auch mit dem Element der Imagination. Also d.h., wir müssen uns ja immer vorstellen, wir wären jetzt in dieser Situation und der eine würde das oder das sagen. Und in den Fällen, wo wir das gemacht haben, kennen das die Kinder oder kannten das die Kinder schon. Und das ließ sich eigentlich recht schön so [per VS] nutzen“ (L1a, Z138ff)

\*\*\* „Ganz oft ist es ja so, dass man dann wirklich die Situation spielt. [...] Und da ging es eher so hauptsächlich darum, wie es meine Einstellung dazu. Was könnte ich jetzt z.B. sagen? Oder wie könnte ich reagieren? Was könnte ich anderes nutzen? *Was kann ich mir für Gedanken in dem Moment machen?* Und das ließ sich ganz gut im Bildschirm umsetzen.“ (L1a, Z154ff) - **Konfliktreflexion**

\*\*\* „ein Beispiel. Das Kind ist mit seiner Schwester draußen und die bauen eine Bude und die Schwester hat zuerst bestimmt, was sie machen. Und dann, als der Junge an der Reihe ist und bestimmen will, macht die Schwester nicht mit. So und dann kommt die Wut. Und dann kommen Gedanken: die muss doch jetzt aber mir gehorchen und die muss das doch jetzt machen, wie ich das machen will und die macht das nicht. Und dann schreie ich die ganz laut an. Und sag: Du blöde Kuh oder irgendein Schimpfwort. Und wir haben dann, also ganz konkret, dann diese Situation uns angeschaut und haben dann geguckt, was ist da in dem Moment passiert. **Eine Verhaltensanalyse könnte man sagen, so kindgemäß durchgeführt und dann eben überlegt, was könnten alternative Strategien sein**, wie ich mit der Wut in dem Moment umgehen kann, um die vielleicht erst abzuschwächen, ne, dass die nicht ganz so stark ist, damit ich dann nicht in dem Moment irgendwie was sagen muss, wofür ich ja dann wieder Ärger bekomme, um mich da zu regulieren, ne. Also zum Beispiel die Wut sagt mir: Sag jetzt in dem Moment eben: Du blöde Kuh! Und die Frage: Hilft mir das? Jetzt nicht nur kurzfristig, um die Wut kleiner zu machen, sondern eben auch dann später, wenn Mama und Papa das erfahren? Nein, das hilft mir nicht. Also versuche ich vielleicht ein Lächeln aufzusetzen, um die Wut kleiner zu machen. Oder ich mache genau das Gegenteil von dem, was die Wut mir rät. Also wäre ja dann zum Beispiel ein Lächeln.“ (L1a, Z172ff) - **Konfliktreflexion (+Verhaltensanalyse) & Bearbeitung, Klärung, Assimilation problematischer Erfahrungen, kognitive Umstrukturierung, Mentalisierung**

\*\*\*“Zum Beispiel gibt's auch, wo wir an Zwängen gearbeitet haben. Das ist ja auch etwas, was dann in dieser Zeit schön aufblüht oder aufgeblüht ist, gerade so mit der Coronasache. Na und - ich glaube Görlitz, aus dem Buch von Görlitz Kinder- und Jugendpsychotherapie: die empfiehlt, um eine Distanz zu dem Zwang herzustellen, - jetzt fällt mir das Wort kurz nicht ein - um den besser zu externalisieren, dem einen Namen zu geben. Die empfiehlt den Namen Puck und dann sozusagen Puck, mein Zwang, der sagt, dass ich das oder das tun soll. Und da geht es schon auch darum, - das kann man **gut nur verbal auch machen. Auch mit einem Achtjährigen war das zu der Zeit.** - Zu schauen was waren jetzt in der Woche für Sachen da, die mir Puck befohlen hat? Wie muss ich mich duschen? Wie oft muss ich mir die Hände waschen? Das ist natürlich diffizil, weil ich dann zu der Zeit ja die Hygienemaßnahmen ganz besonders gepusht waren. Aber solche Sachen ließen sich dann schon auch ganz gut erheben, auch im Verbalen. Und da findet ja doch auch einiges in der Imagination statt. Zumindest waren wir zu dem Zeitpunkt noch nicht so weit, dass wir Expositionen gemacht hätten. Aber Imagination, eine innere Distanz herstellen dazu, sich innerlich straffen und zu versuchen, sich zu Challengen und dem Puck da zu widerstehen. Das sind so Dinge, die man ja schon auch besprechen und aufbauen kann, so für die konkrete Arbeit am Problem.“ (L1a, Z194ff) **Konfliktreflexion und Bearbeitung, Klärung, kognitive Umstrukturierung, Mentalisierung, neue Selbstnarration**

## Uk 2.2d) Problembewältigung

Schlagworte: Desensibilisierung (inklusive alle Arten von Expositionen), Verhaltensregulation, Bewältigungserfahrung, Selbstwirksamkeitserwartung

\*\*„Ja, ich hab dann eben z.B. auch Inhalte aus Manualen benutzt. Also was jetzt z.B./ Ob das aus THOP ist oder TAFF. Also so die ganzen Geschichten die es da so gibt Therapy Tools. Und hab versucht das eben dann gemeinsamen/ ich hab das vorher hingeschickt. Es wurde dann ausgedruckt. Ich hatte das selber. Wir haben das gemeinsam erarbeitet. Sind es durchgegangen. Also ja, situationen durchgespielt. Haben auch Rollenspiele sozusagen per Video gemacht. [...] Das ging eigentlich ganz gut. Also mit dem Patienten, das hat gut funktioniert.“ (L4a, Z141ff) **Verhaltensregulation**

„ein Patient zum Beispiel, der ist elf, leidet an einer Enuresis. Und wir haben uns dann eben ausgetauscht. Sonne-Wolken-Kalender, haben wir dann auch hin und hergeschickt per Mail und ich hab dann auch mal Arbeitsmaterialien zugeschickt, die dann ausgedruckt wurden. Ansonsten war das wirklich ein Aufrechterhalten der Motivation, z.B. bei diesem Jungen“ (L4a, Z103ff)

„Den Kalender zu machen. Die apparative Verhaltenstherapie weiter durchzuführen. Also schön sein klingel Gerät am Arm zu tragen und da positiv einzuwirken.“(L4a, Z112ff) **Verhaltenregulation, Bewältigungserfahrung**

"sie hat sich ein Blatt Papier genommen und wir haben dann überlegt mit Gedankenblasen. Also was passiert hier erstens. So als Kreislauf? Wo bewegen wir uns? Was kommt immer wieder und wie kann ich das jetzt durchbrechen? Also dass war was wir versucht haben, eben tatsächlich es zu visualisieren. Ich hab ihr dann meins gezeigt. Wie ich gerade darüber denke. Es ist ein bisschen schwierig, das in die Kamera dann alles, so, dass der andere das versteht. Sie hat mir ihr erklärt, was sie jetzt gerade gemacht hat, auch was sie dabei mit gezeichnet hat.“ (L2a, Z151ff) **Verhaltenregulation**

„eine Hausaufgabe dann gab: Wie kann ich den Tag anders strukturieren und mir selber auch schöne Erlebnisse schaffen?“ (L2a, Z105ff) **Verhaltensregulation**

\*\*\*„[Imaginieren] Stell dir vor, du bist jetzt in der Klasse und du kommst rein und alle lachen. Alle lachen dich aus. So, also das kann man sich gut vorstellen, wenn man das anleitet und sagt. Ich kann auch gut sie auslachen grade, ne. Also dann spüren sie auch Scham. Also das geht auch wunderbar. Das würde ich auch in der Praxis so machen. Klar, die Bewegung und das raus, also Sie können ja auch aufstehen und rausgehen und können weggehen. Also das geht auch eigentlich ganz gut“ (L1b, Z245ff), **Desensibilisierung**

„die Eltern zu begleiten, in dieser schwierigen Krisensituation auch mit denen zu reflektieren, was liegt jetzt gerade an? Was ist jetzt das Wichtigste? Was ist jetzt das Nahelegendste? Wie kriegen wir jetzt gut Stabilität rein in den Alltag, um nicht Amok zu - in Anführungsstrichen Amok - zulaufen, um dem Lagerkoller ein Stück weit zu verringern oder auszugleichen“ (L1b, Z83ff) **Verhaltensregulation**

„Exposition, also nur gedankliche Exposition ist klar“ (L3, Z106ff) **Desensibilisierung, Bewältigungserfahrung, Selbstwirksamkeitserwartung**

„Oder wie könntest du dich verhalten, wenn sowas passiert? Was machst du da? Also das war auch ein großes Thema, dieses: was mache ich denn, wenn mir wirklich sowas passiert? Also so dieses Durchspielen von wie kann ich mir in einem Ernstfall Hilfe suchen? Was kann ich da tun? [Erarbeitung adäquater Verhaltenseisen]“ (L3, Z118 ff) **Verhaltensregulation**

\*\*„Also vielleicht ein Beispiel: Da ist ein Kind dabei gewesen, was Schwierigkeiten im sozialen Umgang hatte. Also Störung des Sozialverhaltens. Jetzt muss ich grade mal schauen. Konflikte mit der Schwester oder aber auch in der Schule. Und da ging es



schon darum, auch weiterhin über Situationen zu sprechen, die zu reflektieren: Wo gab es Schwierigkeiten? Wie bist du damit umgegangen? Wie bist du zufrieden damit, dass du da so umgegangen bist? Was hättest du lieber gekonnt? Dass wir da sozusagen dann *alternative Handlungsstrategien entwickeln konnten und die dann auch tatsächlich so im Gespräch, in einer Übung, in einem Rollenspiel auch geübt haben*. Also die Alternativen.“(L1a, Z116ff) **Verhaltensregulation**

\*\*\* „so nutze ich das dann auch, um die Konflikte aufzuarbeiten, *um dann da soziale Kompetenzen mit den Kindern zu trainieren*. Nee. Und das geschieht ja auch in der Praxis mehr oder weniger immer wieder auch mit dem Element der Imagination. Also d.h., wir müssen uns ja immer vorstellen, wir wären jetzt in dieser Situation und der eine würde das oder das sagen. Und in den Fällen, wo wir das gemacht haben, kennen das die Kinder oder kannten das die Kinder schon. Und das ließ sich eigentlich recht schön so [per VS] nutzen“ (L1a, Z138ff) **Verhaltensregulation**

\*\*\* „Ganz oft ist es ja so, dass man dann wirklich die Situation spielt. Also im Sinne von: der kam und hat mir dann das Auto weggenommen z.B., ne? Und wie hab ich dann so reagiert. Das ist ja so ein bisschen mehr noch bei den Kleineren, so bei den 8/9. Na oder sagen wir mal, wo wir das gemacht haben. Die waren ja schon so 10/11. Da ist es ja dann doch eher so: *Der eine sagt was und ich muss darauf reagieren. Also das heißt, es ist sowieso so eine face to face Situation gewesen*, bei den Sachen, die wir da durchgespielt haben, wo das eigentlich ganz passig (i.s.v. passend) war? Also das war sehr organisch. Da stellte sich gar nicht so die Frage, dann in dem Moment: Geht das jetzt oder wie geht das jetzt genau? Sondern es ist so eine spontane, organische, natürliche Situation, die sich dann da so entwickelt. Und da ging es eher so hauptsächlich darum, wie es meine Einstellung dazu. *Was könnte ich jetzt z.B. sagen? Oder wie könnte ich reagieren? Was könnte ich anderes nutzen? Was kann ich mir für Gedanken in dem Moment machen? Und das ließ sich ganz gut im Bildschirm umsetzen.*“ (L1a, Z154ff) - **Konfliktreflexion**

\*\*\* „ein Beispiel. Das Kind ist mit seiner Schwester draußen und die bauen eine Bude und die Schwester hat zuerst bestimmt, was sie machen. Und dann, als der Junge an der Reihe ist und bestimmen will, macht die Schwester nicht mit. So und dann kommt die Wut. Und dann kommen Gedanken: die muss doch jetzt aber mir gehorchen und die muss das doch jetzt machen, wie ich das machen will und die macht das nicht. Und dann schreie ich die ganz laut an. Und sag: Du blöde Kuh oder irgendein Schimpfwort. Und wir haben dann, also ganz konkret, dann diese Situation uns angeschaut und haben dann geguckt, was ist da in dem Moment passiert. **Eine Verhaltensanalyse könnte man sagen, so kindgemäß durchgeführt und dann eben überlegt, was könnten alternative Strategien sein**, wie ich mit der Wut in dem Moment umgehen kann, um die vielleicht erst abzuschwächen, ne, dass die nicht ganz so stark ist, damit ich dann nicht in dem Moment irgendwie was sagen muss, wofür ich ja dann wieder Ärger bekomme, um mich da zu regulieren, ne. Also zum Beispiel die Wut sagt mir: Sag jetzt in dem Moment eben: Du blöde Kuh! Und die Frage: Hilft mir das? Jetzt nicht nur kurzfristig, um die Wut kleiner zu machen, sondern eben auch dann später, wenn Mama und Papa das erfahren? Nein, das hilft mir nicht. Also versuche ich vielleicht ein Lächeln aufzusetzen, um die Wut kleiner zu machen. Oder ich mache genau das Gegenteil von dem, was die Wut mir rät. Also wäre ja dann zum Beispiel ein Lächeln.“ (L1a, Z172ff) - **Konfliktreflexion (+Verhaltensanalyse) & Bearbeitung, Verhaltensregulation, Selbstwirksamkeitserwartung**

\*\*\*“Zum Beispiel gibt's auch, wo wir an Zwängen gearbeitet haben. Das ist ja auch etwas, was dann in dieser Zeit schön aufblüht oder aufgeblüht ist, gerade so mit der Coronasache. Na und - ich glaube Görlitz, aus dem Buch von Görlitz Kinder- und Jugendpsychotherapie: die empfiehlt, um eine Distanz zu dem Zwang herzustellen, - jetzt fällt mir das Wort kurz nicht ein - um den besser zu externalisieren, dem einen Namen zu geben. Die empfiehlt den Namen Puck und dann sozusagen Puck, mein Zwang, der

sagt, dass ich das oder das tun soll. Und da geht es schon auch darum, - das kann man **gut nur verbal auch machen. Auch mit einem Achtjährigen war das zu der Zeit.** - Zu schauen was waren jetzt in der Woche für Sachen da, die mir Puck befohlen hat? Wie muss ich mich duschen? Wie oft muss ich mir die Hände waschen? Das ist natürlich diffizil, weil ich dann zu der Zeit ja die Hygienemaßnahmen ganz besonders gepusht waren. Aber solche Sachen ließen sich dann schon auch ganz gut erheben, auch im Verbalen. Und da findet ja doch auch einiges in der Imagination statt. Zumindest waren wir zu dem Zeitpunkt noch nicht so weit, dass wir Expositionen gemacht hätten. Aber Imagination, eine innere Distanz herstellen dazu, sich innerlich straffen und zu versuchen, sich zu Challengen und dem Puck da zu widerstehen. Das sind so Dinge, die man ja schon auch besprechen und aufbauen kann, so für die konkrete Arbeit am Problem.“ (L1a, Z194ff) **Konfliktreflexion und Bearbeitung, Desensibilisierung, Verhaltensregulation, Selbstwirksamkeitserwartung**

\*\*“Und ansonsten spielt natürlich auch Beziehungsgestaltung, positive Erlebnisse in der Behandlung immer eine wichtige Rolle. Also das heißt, wir spielen ja auch viel. Oft kann man sich ja auch über die, über die Arbeit, darüber, dass ich mich mit unangenehmen Sachen beschäftigt habe und mich da herausgefordert habe, durchaus auch Spielzeit verdienen. Und das ist etwas, das, fand ich, war die größte Herausforderung eigentlich, da gute Spielalternativen über den Bildschirm zu finden.“ (L1a, Z212ff) **Spiel als Belohnung und Beziehungsangebot, Selbstwirksamkeitserwartung**

## Anlage 6.3: Codierung Anwendungsarten

### Uk 2.3.1 Alltags- & Konfliktreflexion & -Bearbeitung: kognitiv-verbal

„Viel geredet, viel aktuelle Probleme aufgegriffen, die der Patient dann z.B. auch selber angesprochen hat. Ich würde mal sagen, es war nicht alles zielgerichtet auf das Therapieziel, sondern es war wirklich viel Motivation. Einfach Motivation zu schaffen, dranzubleiben, weiterzumachen, auch die Schule dran zu bleiben, das hat sich eigentlich so bei allen durchgezogen. Also man ist eigentlich von den eigentlichen Störungen abgegangen und hat eher so in Richtung / was ist jetzt aktuell? Wo kann ich hier eine Krisenintervention sozusagen einschieben?“ (L4a, Z252ff)

„Also da [bei dem Enuresispatienten] war es eben so, dass ich immer erst Mutter und Patient hatte. Dann hat mir die Mutter berichtet, dann konnte er berichten, mit der Mutter gemeinsam.“ (L4a, Z126ff)

„da haben wir ganz viel kognitiv gearbeitet. Muss ich aber sagen, das ist eine Patientin, die ist wirklich außergewöhnlich klug und reflektiert. Also das kann ich mir mit anderen zehn Elfjährigen gar nicht in dem Umfang vorstellen. Aber das hat gut funktioniert über Video. Das ist, ja, kognitive Arbeit.“ (L3, Z102ff) **rein kognitiv**

„Exposition, also nur gedankliche Exposition ist klar“ (L3, Z106ff) **gedankliche Exposition**

„I.: Ja, okay. Das bedeutet, Sie sind ins wirklich klassische Reflexionsgespräch mit ihr gegangen.

B.: Genau.“ (L3, Z109ff) **Reflexionsgespräch**

„so wie ich immer mache. Also na, was hast du für Gedanken? Wie könnten die Gedanken denn oder was? Wie könnten die Gedanken anders sein? Also wie könnte man positiver denken? Oder sind die Gedanken realistisch?“ (L3, Z116 ff) **kognitive Umstrukturierung**

„Oder wie könntest du dich verhalten, wenn sowas passiert? Was machst du da? Also das war auch ein großes Thema, dieses: was mache ich denn, wenn mir wirklich so was passiert? Also so dieses Durchspielen von wie kann ich mir in einem Ernstfall Hilfe suchen? Was kann ich da tun?“ (L3, Z118 ff) **Konfliktreflexion und Bearbeitung: Erarbeitung adäquater Verhaltensweisen / gedankliches Durchspielen von Verhalten**

„Dann ist es so, dass ich eigentlich mit meinen Patienten einen Ablauf habe, wie die Stunde abläuft. D. h. also in aller Regel ist es so, dass wir uns am Anfang eine Zeit lang besprechen und die Woche reflektieren. **[Wochenreflexion]** Das heißt also über die Woche sprechen. Und meistens ist dann so die Frage: Was gab es Wichtiges, was schön war, was gut war, um die Wahrnehmung daraufhin zu schärfen, um positive Kognition aufzubauen. **[Aufbau/ Achtsamkeit positiver Kognitionen]** Da arbeite ich ganz gerne so nach dem Manual auch von Döpfner und Petermann und Petermann: Lars und Lisa Depressions Manuale, wo es auch darum geht, positive Kognitionen zu schärfen und aufzubauen. Und das ist etwas, was wir schon in aller Regel, also was die Kinder kennen, was wir schon aufgebaut haben und was ich natürlich übers Video im Gespräch am besten fortsetzen ließ.“ (L1a, Z99ff)

„Das ist ganz klar, sodass wir auch darüber sprechen konnten, welche Sachen gibt es jetzt bezüglich an Ängsten und Fragen mit Corona, mit Infektionen und Ansteckungen? Das wir da einfach so das aktuelle uns anschauen. Ach und auch, wie wird das mit Mama und Papa sein. Wenn die ihren Job jetzt verlieren? Und werden wir arm werden? Also lauter solche Sorgen. Um das aussprechen zu können. Diese Struktur beizubehalten“ (L1a, Z109ff) **Konfliktreflexion und Bearbeitung: Aussprechen von Ängsten (Durchsprechen)**

„ein Beispiel. Das Kind ist mit seiner Schwester draußen und die bauen eine Bude und die Schwester hat zuerst bestimmt, was sie machen. Und dann, als der Junge an der Reihe ist und bestimmen will, macht die Schwester nicht mit. So und dann kommt die Wut. Und dann kommen Gedanken: die muss doch jetzt aber mir gehorchen und die muss das doch jetzt machen, wie ich das machen will und die macht das nicht. Und dann schreie ich die ganz laut an. Und sag: Du blöde Kuh oder irgendein Schimpfwort. Und wir haben dann, also ganz konkret, dann diese Situation uns angeschaut und haben dann geguckt, was ist da in dem Moment passiert. Eine **Verhaltensanalyse** könnte man sagen, so **kindgemäß** durchgeführt und **dann eben überlegt, was könnten alternative Strategien sein**, wie ich mit der Wut in dem Moment umgehen kann, um die vielleicht erst abzuschwächen, ne, dass die nicht ganz so stark ist, damit ich dann nicht in dem Moment irgendwie was sagen muss, wofür ich ja dann wieder Ärger bekomme, um mich da zu regulieren, ne. Also zum Beispiel die Wut sagt mir: Sag jetzt in dem Moment eben: Du blöde Kuh! Und die Frage: Hilft mir das? Jetzt nicht nur kurzfristig, um die Wut kleiner zu machen, sondern eben auch dann später, wenn Mama und Papa das erfahren? Nein, das hilft mir nicht. Also versuche ich vielleicht ein Lächeln aufzusetzen, um die Wut kleiner zu machen. Oder ich mache genau das Gegenteil von dem, was die Wut mir rät. Also wäre ja dann zum Beispiel ein Lächeln.“ (L1a, Z172ff) - **Konfliktreflexion (+Verhaltensanalyse) & Bearbeitung: Erarbeitung von adäquaten Verhaltensweisen & Gefühlsregulationsstrategien**

"Zum Beispiel gibt's auch, wo wir an Zwängen gearbeitet haben. Das ist ja auch etwas, was dann in dieser Zeit schön aufblüht oder aufgeblüht ist, gerade so mit der Coronasache. Na und - ich glaube Görlitz, aus dem Buch von Görlitz Kinder- und Jugendpsychotherapie: die empfiehlt, um eine Distanz zu dem Zwang herzustellen, - jetzt fällt mir das Wort kurz nicht ein - um den besser zu externalisieren, dem einen Namen zu geben. Die empfiehlt den Namen Puck und dann sozusagen Puck, mein Zwang, der sagt, dass ich das oder das tun soll. Und da geht es schon auch darum, - das kann man **gut nur verbal auch machen. Auch mit einem Achtjährigen war das zu der Zeit.** - Zu schauen was waren jetzt in der Woche für Sachen da, die mir Puck befohlen hat? Wie muss ich mich duschen? Wie oft muss ich mir die Hände waschen? Das ist natürlich diffizil, weil ich dann zu der Zeit ja die Hygienemaßnahmen ganz besonders gepusht waren. Aber solche Sachen ließen sich dann schon auch ganz gut erheben, auch im Verbalen. Und da findet ja doch auch einiges in der Imagination statt. Zumindest waren wir zu dem Zeitpunkt noch nicht so weit, dass wir Expositionen gemacht hätten. Aber Imagination, eine innere Distanz herstellen dazu, sich innerlich straffen und zu versuchen, sich zu Challengen und dem Puck da zu widerstehen. Das sind so Dinge, die man ja schon auch besprechen und aufbauen kann, so für die konkrete Arbeit am Problem.“ (L1a, Z194ff) **Konfliktreflexion und Bearbeitung: kog. Externalisierung von Zwängen (+Imagination) bzw. Kog. Umstrukturierung**

„Und dann hatte ich 11jährige. Ein elfjähriges Mädchen zum Beispiel. Also die hat das super genutzt für sich im Kontakt zu bleiben und über die Woche zu reflektieren und irgendwie sich da auszukotzen.“ (L1b, Z78ff) **Wochenreflexion und Verbalisation von Gefühlen und Gedanken**

„[Imaginieren] Stell dir vor, du bist jetzt in der Klasse und du kommst rein und alle lachen. Alle lachen dich aus. So, also das kann man sich gut vorstellen, wenn man das anleitet und sagt. Ich kann auch gut sie auslachen grade, ne. Also dann spüren sie auch Scham. Also das geht auch wunderbar. Das würde ich auch in der Praxis so machen. Klar, die Bewegung und das raus, also Sie können ja auch aufstehen und rausgehen und können weggehen. Also das geht auch eigentlich ganz gut“ (L1b, Z245ff), **gedankliche Exposition**

„und man dann natürlich auch Inhalte aus der Therapie in der Hinsicht dann also auch einsteigen konnte, in Bezug auf, wie geht's der Familie? Wie gestaltest du jetzt gegen-

wärtig in deinem schönen Zimmer mit deinem Haustier, wie auch immer, denn jetzt die Corona Zeit. Also es ging dann eigentlich eher darum, den Tagesablauf nochmal sich anzuhören, um eine Struktur reinzubringen. Und, wie es denn auch aufgrund des man alle Familienmitglieder ja zu Hause hat. Wie störungsfrei das erlebt wird. Was stresst." (L2a, Z98ff) **Alltagsreflexion und Alltagsstrukturierung**

\*\* „Alltagsstrukturierung, Corona-Kriseneintervention, Alltagsreflexion, Therapeutischen Hausaufgaben / Aufträge, Aufrechterhaltung der Beziehung, Psychoedukation, Elterngespräche, Virtueller Hausbesuch, Gegenseitiges Gestalten von Plakaten mit Pictogrammen und Zeichen.“ (L2b, Z14ff) **Alltagsstrukturierung**

### **Uk 2.3.2 Alltags- & Konfliktreflexion & -Bearbeitung: handlungsorientiert**

„Mit dem hab ich viel versucht am Selbstwert zu arbeiten. Und hab dann eben auch, weil das einfach ne gute Variante war, Manual basierte Arbeitsblätter benutzt. Weil die konnte ich zusenden und dann konnten wir uns das zusammen durchgehen. Ich hab dann teilweise sozusagen die Schreibarbeit übernommen, weil da noch eine LRS eine Rolle spielte bei dem Patienten und hab das dann zugesandt. Na also, was wir erarbeitet haben, um eben auch so ein bisschen die Motivation hochzuhalten und nicht so diesen Schulcharakter zu haben. Weil er da doch z.B. über dieses Lernsachs sehr gestresst war und genervt war.“ (L4a, Z209ff) **Bearbeiten von Arbeitsblättern**

„Ja, ich hab dann eben z.B. auch Inhalte aus Manualen benutzt. Also was jetzt z.b./ Ob das aus THOP ist oder TAFF. Also so die ganzen Geschichten die es da so gibt Therapy Tools. Und hab versucht das eben dann gemeinsamen/ ich hab das vorher hingeschickt. Es wurde dann ausgedruckt. Ich hatte das selber. Wir haben das gemeinsam erarbeitet. Sind es durchgegangen.“ (L4a, Z141ff) **Bearbeiten von Arbeitsblättern**

„Also ja, situationen durchgespielt. Haben auch **Rollenspiele sozusagen per Video gemacht**. [...] Das ging eigentlich ganz gut. Also mit dem Patienten, das hat gut funktioniert.“ (L4a, Z137ff)

„[I.:] Welche Interventionen, Methoden haben sie verwendet? Und immer der Hintergrund Gedanke auch die Jüngerer, die in der Annahme ja Spiellastiger sind. Wie haben sie versucht, das auszugleichen?[...] B.: Durch schauspielerische Einlagen (lacht) würde ich sagen. Genau, was ich vorher schon gesagt habe, also durch Rollenspiele z.B. das zu versuchen. Das ist eigentlich ja der Hauptpunkt gewesen, weil sehr viel anderes ist nicht möglich gewesen.“ (L4a, Z290ff) **Rollenspiel**

„Also vielleicht ein Beispiel: Da ist ein Kind dabei gewesen, was Schwierigkeiten im sozialen Umgang hatte. Also Störung des Sozialverhaltens. Jetzt muss ich grade mal schauen. Konflikte mit der Schwester oder aber auch in der Schule. Und da ging es schon darum, auch weiterhin über Situationen zu sprechen, die zu reflektieren: Wo gab es Schwierigkeiten? Wie bist du damit umgegangen? Wie bist du zufrieden damit, dass du da so umgegangen bist? Was hättest du lieber gekonnt? Dass wir da sozusagen dann alternative Handlungsstrategien entwickeln konnten und die dann auch tatsächlich so im Gespräch, in einer Übung, in einem Rollenspiel auch geübt haben. Also die Alternativen.“(L1a, Z116ff) - **Konfliktreflexion & Bearbeitung: Erarbeitung alternativer Handlungsstrategien im Rollenspiel**

„so nutze ich das dann auch, um die Konflikte aufzuarbeiten, um dann da soziale Kompetenzen mit den Kindern zu trainieren. Nee. Und das geschieht ja auch in der Praxis

mehr oder weniger immer wieder auch mit dem Element der Imagination. Also d.h., wir müssen uns ja immer vorstellen, wir wären jetzt in dieser Situation und der eine würde das oder das sagen. Und in den Fällen, wo wir das gemacht haben, kennen das die Kinder oder kannten das die Kinder schon. Und das ließ sich eigentlich recht schön so [per VS] nutzen“ (L1a, Z138ff) - **Konfliktreflexion & Bearbeitung: Rollenspiel und Imagination**

„Ganz oft ist es ja so, dass man dann wirklich die Situation spielt. Also im Sinne von: der kam und hat mir dann das Auto weggenommen z.B., ne? Und wie hab ich dann so reagiert. Das ist ja so ein bisschen mehr noch bei den Kleineren, so bei den 8/9. Na oder sagen wir mal, wo wir das gemacht haben. Die waren ja schon so 10/11. Da ist es ja dann doch eher so: Der eine sagt was und ich muss darauf reagieren. Also das heißt, es ist sowieso so eine face to face Situation gewesen, bei den Sachen, die wir da durchgespielt haben, wo das eigentlich ganz passig (i.s.v. passend) war? Also das war sehr organisch. Da stellte sich gar nicht so die Frage, dann in dem Moment: Geht das jetzt oder wie geht das jetzt genau? Sondern es ist so eine spontane, organische, natürliche Situation, die sich dann da so entwickelt. Und da ging es eher so hauptsächlich darum, wie es meine Einstellung dazu. Was könnte ich jetzt z.B. sagen? Oder wie könnte ich reagieren? Was könnte ich anderes nutzen? Was kann ich mir für Gedanken in dem Moment machen? **Und das ließ sich ganz gut im Bildschirm umsetzen.**“ (L1a, Z154ff) - **Konfliktreflexion & Bearbeitung: Rollenspiel und Erarbeitung von adäquaten Verhaltensweisen**

„zusätzlich praktisch zu diesem Hausbesuch war es, dass das Kind, dort die Freiheit hatte, mit mir über die wirklich auftretenden Schwierigkeiten zu reden und gemeinschaftlich dann nach Lösungen gesucht wurde. Das Mädchen auch gemeinsam mit mir auch ein kleines Plakat erstellt hat.“ (L2a, Z144ff) **Konfliktreflexion und Bearbeitung: Plakaterstellung**

"sie hat sich ein Blatt Papier genommen und wir haben dann überlegt mit Gedankenblasen. Also was passiert hier erstens. So als Kreislauf? Wo bewegen wir uns? Was kommt immer wieder und wie kann ich das jetzt durchbrechen? Also dass war was wir versucht haben, eben tatsächlich es zu visualisieren. Ich hab ihr dann meins gezeigt. Wie ich gerade darüber denke. Es ist ein bisschen schwierig, das in die Kamera dann alles, so, dass der andere das versteht. Sie hat mir ihr erklärt, was sie jetzt gerade gemacht hat, auch was sie dabei mit gezeichnet hat.“ (L2a, Z151ff) kog. **Verhaltensanalyse und Plakatgestaltung**

\*\* „Alltagsstrukturierung, Corona-Kriseneintervention, Alltagsreflexion, **Therapeutischen Hausaufgaben / Aufträge**, Aufrechterhaltung der Beziehung, Psychoedukation, Elterngespräche, Virtueller Hausbesuch, **Gegenseitiges Gestalten von Plakaten mit Pictogrammen und Zeichen.**“ (L2b, Z14ff)

### **Uk 2.3.3 (kreatives) Spiel und allgemeines Selbstwirksamkeitserleben**

„Es gab aber z.B. auch diese Home Rally, [...]die wurde viel benutzt, auch von Kolleginnen und Kollegen. Da gab's eine. Ja, das war, glaube ich, im ersten Lockdown die Variante. Und dann gab's noch eine Weihnachtsversion. Also das wurde von der Kollegin entwickelt. Die hat es dann online gestellt und kostenlos zur Verfügung gestellt. Und das weiß ich, dass es auch einige benutzt haben. [...] Das ist ein Spiel. Also man kann sich dann das Spielbrett sozusagen ausdrucken und muss dann bestimmte Dinge machen. Also das geht los mit Schau unglücklich, schau glücklich. Man muss pantomimisch mal was darstellen, der andere muss es erraten. Solche Dinge, also das wäre vielleicht interessant, weil ich weiß, dass es wirklich einige genutzt haben.“ (L4a, Z165ff)

„also ich meine man konnte dann Stadt, Land, Fluss und solche Geschichten natürlich spielen. Na oder, na Hangman.“ (L4a, Z351f)

„B.: Spielen, also der Patient speziell mit dem hab ich immer Schach gespielt. Wir haben also immer dieselbe Partie natürlich weitergespielt und haben dann auch um den Kontakt zu halten, das ganze per E-Mail noch weitergeführt.

I.: Okay, das heißt, wie haben Sie das gemacht? Hatte jeder ein Brett bei sich stehen, oder?

B.: Genau. Ich hab's dann in einem Programm auf dem Computer abgespeichert. Das Spiel. (lacht und zeigt auf seinen Schreibtisch bezüglich des Platzes) Ja. Und er hatte aber ein Schachbrett dastehen und hat dann immer gezogen. Und das war dann immer der Stundenabschluss sozusagen.“(L4a, Z155ff)

"Und ansonsten spielt natürlich auch Beziehungsgestaltung, positive Erlebnisse in der Behandlung immer eine wichtige Rolle. Also das heißt, wir spielen ja auch viel. Oft kann man sich ja auch über die, über die Arbeit, darüber, dass ich mich mit unangenehmen Sachen beschäftigt habe und mich da herausgefordert habe, durchaus auch Spielzeit verdienen. Und das ist etwas, das, fand ich, war die größte Herausforderung eigentlich, da gute Spielalternativen über den Bildschirm zu finden.“ (L1a, Z212ff) Spiel als Belohnung und Beziehungsangebot

„was wirklich sehr gut ankam, war: Wir haben die Siedler von Catan / Da gibt's so eine Würfelspielvariante. Es ist so ein bisschen wie Kniffel, nur eben ein bisschen ansprechender gestaltet. Da braucht man eigentlich spezielle Würfel und wir haben das auf Zahlen adaptiert. Und die Kinder brauchten dann einfach nur sechs Würfel mitzubringen.“ (L1a, Z222ff)

„Und ich hatte denen so eine Spielunterlage per Email zugeschickt und die haben sie sich dann ausgedruckt und dann haben wir eben so parallel gewürfelt. Es ist also nicht etwas, wo man so interagieren muss, sondern man tritt gegeneinander an. Das lies sich sehr schön machen. Und hat eigentlich den meisten viel Freude bereitet.“ (L1b, Z3ff, Anschluss an vorheriges Zitat)

"Also die Kinder sind ja auch kreativ geworden. Wir haben dann so Raum ich sehe was, was du nicht siehst gespielt. Also z.B. ich sehe was, was du nicht siehst und das ist weiß und muss müssen sie in ihrem Raum sozusagen jetzt finden, was ich meine.“ (L1b, Z10ff)

„Und dann gab's auch schöne Ideen, z.B. von von einem Jungen. Der hat dann, also wir haben dann so eine Art Tablett gehabt und dann kleine Figuren drauf gestellt in einer bestimmten Reihenfolge. Und dann hat sich, musste der andere die Augen zumachen, dann hat sich irgendwas verändert und dann musste man herausfinden, was das war.“ (L1b, Z18ff) - Selbstwirksamkeit

„Ja auch Kniffel geht gut.“ (L1b, Z26)

#### **Uk 2.3.4 Erstgespräch, Diagnostik, Elterngespräch**

„Meistens hab ich das so gemacht, dass ich erst mit dann Mutter, Vater und dem Patienten oder Patientin kurz gesprochen habe. Was ist so passiert seit dem letzten Kontakt? Wie ist es gelaufen? Dann teilweise mit den Eltern alleine. Und das auch mal nur für Eltern genutzt. Und dann immer im Anschluss die Patienten auch. Na also die ersten 10 Minuten, würde ich sagen, mit Eltern und Patient und dann Patient alleine. Das ist ja individuell. Also man kann eigentlich kein festes Schema festmachen.“ (L4a, Z119ff)

„die häusliche Situation auch irgendwie zu verbessern. Weil die Eltern doch auch sehr gestresst sind und waren durch Lockdown und Homeschooling“ (L4a, Z262f)

„Wir haben viele Erstgespräche gemacht. Ich habe einige Erstgespräche gemacht, viel ist übertrieben. Mit Patienten, die tatsächlich zum ersten Mal dann Psychotherapie gesucht haben, wo wir das angeboten haben oder wo ich das angeboten habe. Und manche, die waren einmal da und haben uns dann zum zweiten Gespräch auch so (i.s.v. face-to-face) gekommen. Also das lässt sich auch sehr gut über online machen. So Erstgesprächssituation, finde ich geht total prima.“ (L1b, Z52ff)

„die Eltern zu begleiten, in dieser schwierigen Krisensituation auch mit denen zu reflektieren, was liegt jetzt gerade an? Was ist jetzt das Wichtigste? Was ist jetzt das Nahe- liegendste? Wie kriegen wir jetzt gut Stabilität rein in den Alltag, um nicht Amok zu - in Anführungsstrichen Amok - zulaufen, um dem Lagerkoller ein Stück weit zu verringern oder auszugleichen“ (L1b, Z83ff)

„In diesem Gespräch mit dem Neunjährigen war es dann so, dass die Mutter - in die- sem Fall die Pflegemutter - wieder mit dazu genommen wurde, im Gespräch und ver- schiedene Dinge aus dem Alltag gemeinschaftlich dann nochmal besprochen wurde.“ (L2a, Z120ff)

„Dann gibt es ein paar Hinweise für die Störung, die also weiterhin hier zu Hause ent- weder als Wutausbruch oder wie auch immer stattfinden.“ (L2a, Z126ff)

„Alltagsstrukturierung, Corona-Kriseneintervention, Alltagsreflexion, Therapeutischen Hausaufgaben / Aufträge, Aufrechterhaltung der Beziehung, Psychoedukation, Eltern- gespräche, Virtueller Hausbesuch, Gegenseitiges Gestalten von Plakaten mit Picto- grammen und Zeichen.“ (L2b, Z14ff)

### **Uk 2.3.5 technisch, strukturelle Umsetzung**

„Mit dem hab ich viel versucht am Selbstwert zu arbeiten. Und hab dann eben auch, weil das einfach ne gute Variante war, Manual basierte Arbeitsblätter benutzt. Weil die konnte ich zusenden und dann konnten wir uns das zusammen durchgehen. Ich hab dann teilweise sozusagen die Schreiarbeit übernommen, weil da noch eine LRS eine Rolle spielte bei dem Patienten und hab das dann zugesandt. Na also, was wir erarbei- tet haben, um eben auch so ein bisschen die Motivation hochzuhalten und nicht so diesen Schulencharakter zu haben. Weil er da doch z.B. über dieses Lernsachs sehr gestresst war und genervt war.“ (L4a, Z209ff)

„B.: Spielen, also der Patient speziell mit dem hab ich immer Schach gespielt. Wir ha- ben also immer dieselbe Partie natürlich weitergespielt und haben dann auch um den Kontakt zu halten, das ganze per E-Mail noch weitergeführt.

I.: Okay, das heißt, wie haben Sie das gemacht? Hatte jeder ein Brett bei sich stehen, oder?

B.: Genau. Ich hab's dann in einem Programm auf dem Computer abgespeichert. Das Spiel. (lacht und zeigt auf seinen Schreibtisch bezüglich des Platzes) Ja. Und er hatte aber ein Schachbrett dastehen und hat dann immer gezogen. Und das war dann immer der Stundenabschluss sozusagen.“(L4a, Z155ff)

„Ja, ich hab dann eben z.B. auch Inhalte aus Manualen benutzt. Also was jetzt z.b./ Ob das aus THOP ist oder TAFF. Also so die ganzen Geschichten die es da so gibt Thera- py Tools. Und hab versucht das eben dann gemeinsamen/ ich hab das vorher hinge- schickt. Es wurde dann ausgedruckt. Ich hatte das selber. Wir haben das gemeinsam erarbeitet. Sind es durchgegangen. Also ja, situationen durchgespielt. Haben auch Rol- lenspiele sozusagen per Video gemacht. [...] Das ging eigentlich ganz gut. Also mit dem Patienten, das hat gut funktioniert.“ (L4a, Z141ff)



„Also da [bei dem Enuresispatienten] war es eben so, dass ich immer erst Mutter und Patient hatte. Dann hat mir die Mutter berichtet, dann konnte er berichten, mit der Mutter gemeinsam.“ (L4a, Z126ff)

„Meistens hab ich das so gemacht, dass ich erst mit dann Mutter, Vater und dem Patienten oder Patientin kurz gesprochen habe. Was ist so passiert seit dem letzten Kontakt? Wie ist es gelaufen? Dann teilweise mit den Eltern alleine. Und das auch mal nur für Eltern genutzt. Und dann immer im Anschluss die Patienten auch. Na also die ersten 10 Minuten, würde ich sagen, mit Eltern und Patient und dann Patient alleine. Das ist ja individuell. Also man kann eigentlich kein festes Schema festmachen.“ (L4a, Z119ff)

„ein Patient zum Beispiel, der ist elf, leidet an einer Enuresis. Und wir haben uns dann eben ausgetauscht. Sonne-Wolken-Kalender, haben wir dann auch hin und hergeschickt per Mail und ich hab dann auch mal Arbeitsmaterialien zugeschickt, die dann ausgedruckt wurden.“ (L4a, Z103ff)

„im Vorfeld gab es Aufträge. Das heißt, es wurde ein Link ja verschickt und gleichzeitig mit den Eltern ja auch nochmal telefonisch“ (L2a, Z69f)

"Also wie gesagt, ich greife hier nur auf zwei einzelne Stunden zurück. Die so konzipiert waren, dass ich erst das Elternteil vor dem Gerät hatte, um auch sicherzustellen, dass alles auch funktioniert. Danach ist ein gemeinsames Gespräch mit Elternteil und Kind, um eine Aufwärmphase zu haben. Und gleichzeitig dann dem Elternteil das Signal zu geben. Ob das Kind jetzt alleine mit mir das weitermachen kann und möchte? Da ja schon Hausaufgaben vergeben waren, war sowieso klar, dass die Eltern das auch alles so tun und das Kind auch alleine dann eben im Zimmer belassen.“ (L2a, Z79ff)

### **Uk 2.3.6 Digitaler Hausbesuch**

„Digitaler Hausbesuch habe ich sozusagen durchgeführt, in dem ich dann zu den Kindern gesagt hab: Zeig mir mal dein Zimmer. Oder die Kinder haben dann z.B. erzählt ich hab mir jetzt mein neues Star Wars Raumschiff gebaut, dann hab ich gesagt, na dann hol das doch mal / zeig mir das mal. Solche Dinge. Also so kleine Einblicke in den Haushalt waren dadurch auch möglich. /.: Und sonst Hausbesuche führen / haben sie durchgeführt, führen sie durch? B.: Nein, führ ich nicht durch.“ (L4c, Z5ff)

„dass das Kind die Gelegenheit auch nutzt, anhand der Technik mir die wichtigen Dinge zu zeigen, die ihm wichtig waren. Das war auch schon im Vorfeld mit den Eltern besprochen. Dass also jetzt hier nicht ich irgendwo hin schaue. (lacht) Was nicht gewollt. Sondern vielmehr, dass das Kind auch die Gelegenheit nahm, wie wir eben sonst, dass das Kind meine Zimmer kennt und auch weiß, womit wir dort arbeiten können und ein Kind, also einen tieferen Einblick in die Intimsphäre dort zugelassen hat. Bei sich zu Hause, im Zimmer.“ (L2a, Z87ff)

„sodass das Kind also mir von all seinen Lieblings Dingen oder mal das Haustier vorstellte oder wer auch immer. Und dort also eine lockere Atmosphäre dann auch stattgefunden hat“ (L2a, Z96f)

„zusätzlich praktisch zu diesem Hausbesuch war es, dass das Kind, dort die Freiheit hatte, mit mir über die wirklich auftretenden Schwierigkeiten zu reden und gemeinschaftlich dann nach Lösungen gesucht wurde. Das Mädchen auch gemeinsam mit mir auch ein kleines Plakat erstellt hat.“ (L2a, Z144ff) Konfliktreflexion und Bearbeitung „Alltagsstrukturierung, Corona-Kriseneintervention, Alltagsreflexion, Therapeutischen Hausaufgaben / Aufträge, Aufrechterhaltung der Beziehung, Psychoedukation, Eltern-

gespräche, Virtueller Hausbesuch, Gegenseitiges Gestalten von Plakaten mit Pictogrammen und Zeichen.“ (L2b, Z14ff)

### **Uk 2.3.7 Hausaufgaben bzw. Aufträge**

„ein Patient zum Beispiel, der ist elf, leidet an einer Enuresis. Und wir haben uns dann eben ausgetauscht. **Sonne-Wolken-Kalender**, haben wir dann auch hin und hergeschickt per Mail und ich hab dann auch mal Arbeitsmaterialien zugeschickt, die dann ausgedruckt wurden. Ansonsten war das wirklich ein Aufrechterhalten der Motivation, z.B. bei diesem Jungen“ (L4a, Z103ff)

„Den Kalender zu machen. Die **apparative Verhaltenstherapie** weiter durchzuführen. Also schön sein klingel Gerät am Arm zu tragen und da positiv einzuwirken.“(L4a, Z112ff)

„eine Hausaufgabe dann gab: Wie kann ich den Tag anders strukturieren und mir selber auch schöne Erlebnisse schaffen?“ (L2a, Z105ff)

„Alltagsstrukturierung, Corona-Kriseneintervention, Alltagsreflexion, Therapeutischen Hausaufgaben / Aufträge, Aufrechterhaltung der Beziehung, Psychoedukation, Elterngespräche, Virtueller Hausbesuch, Gegenseitiges Gestalten von Plakaten mit Pictogrammen und Zeichen.“ (L2b, Z14ff)

## Anlage 6.3: Codierung Anwendungsarten

### Uk 2.3.1 Alltags- & Konfliktreflexion & -Bearbeitung: kognitiv-verbal

„Viel geredet, viel aktuelle Probleme aufgegriffen, die der Patient dann z.B. auch selber angesprochen hat. Ich würde mal sagen, es war nicht alles zielgerichtet auf das Therapieziel, sondern es war wirklich viel Motivation. Einfach Motivation zu schaffen, dranzubleiben, weiterzumachen, auch die Schule dran zu bleiben, das hat sich eigentlich so bei allen durchgezogen. Also man ist eigentlich von den eigentlichen Störungen abgegangen und hat eher so in Richtung / was ist jetzt aktuell? Wo kann ich hier eine Krisenintervention sozusagen einschieben?“ (L4a, Z252ff)

„Also da [bei dem Enuresispatienten] war es eben so, dass ich immer erst Mutter und Patient hatte. Dann hat mir die Mutter berichtet, dann konnte er berichten, mit der Mutter gemeinsam.“ (L4a, Z126ff)

„da haben wir ganz viel kognitiv gearbeitet. Muss ich aber sagen, das ist eine Patientin, die ist wirklich außergewöhnlich klug und reflektiert. Also das kann ich mir mit anderen zehn Elfjährigen gar nicht in dem Umfang vorstellen. Aber das hat gut funktioniert über Video. Das ist, ja, kognitive Arbeit.“ (L3, Z102ff) **rein kognitiv**

„Exposition, also nur gedankliche Exposition ist klar“ (L3, Z106ff) **gedankliche Exposition**

„I.: Ja, okay. Das bedeutet, Sie sind ins wirklich klassische Reflexionsgespräch mit ihr gegangen.

B.: Genau.“ (L3, Z109ff) **Reflexionsgespräch**

„so wie ich immer mache. Also na, was hast du für Gedanken? Wie könnten die Gedanken denn oder was? Wie könnten die Gedanken anders sein? Also wie könnte man positiver denken? Oder sind die Gedanken realistisch?“ (L3, Z116 ff) **kognitive Umstrukturierung**

„Oder wie könntest du dich verhalten, wenn sowas passiert? Was machst du da? Also das war auch ein großes Thema, dieses: was mache ich denn, wenn mir wirklich so was passiert? Also so dieses Durchspielen von wie kann ich mir in einem Ernstfall Hilfe suchen? Was kann ich da tun?“ (L3, Z118 ff) **Konfliktreflexion und Bearbeitung: Erarbeitung adäquater Verhaltensweisen / gedankliches Durchspielen von Verhalten**

„Dann ist es so, dass ich eigentlich mit meinen Patienten einen Ablauf habe, wie die Stunde abläuft. D. h. also in aller Regel ist es so, dass wir uns am Anfang eine Zeit lang besprechen und die Woche reflektieren. **[Wochenreflexion]** Das heißt also über die Woche sprechen. Und meistens ist dann so die Frage: Was gab es Wichtiges, was schön war, was gut war, um die Wahrnehmung daraufhin zu schärfen, um positive Kognition aufzubauen. **[Aufbau/ Achtsamkeit positiver Kognitionen]** Da arbeite ich ganz gerne so nach dem Manual auch von Döpfner und Petermann und Petermann: Lars und Lisa Depressions Manuale, wo es auch darum geht, positive Kognitionen zu schärfen und aufzubauen. Und das ist etwas, was wir schon in aller Regel, also was die Kinder kennen, was wir schon aufgebaut haben und was ich natürlich übers Video im Gespräch am besten fortsetzen ließ.“ (L1a, Z99ff)

„Das ist ganz klar, sodass wir auch darüber sprechen konnten, welche Sachen gibt es jetzt bezüglich an Ängsten und Fragen mit Corona, mit Infektionen und Ansteckungen? Das wir da einfach so das aktuelle uns anschauen. Ach und auch, wie wird das mit Mama und Papa sein. Wenn die ihren Job jetzt verlieren? Und werden wir arm werden? Also lauter solche Sorgen. Um das aussprechen zu können. Diese Struktur beizubehalten“ (L1a, Z109ff) **Konfliktreflexion und Bearbeitung: Aussprechen von Ängsten (Durchsprechen)**

„ein Beispiel. Das Kind ist mit seiner Schwester draußen und die bauen eine Bude und die Schwester hat zuerst bestimmt, was sie machen. Und dann, als der Junge an der Reihe ist und bestimmen will, macht die Schwester nicht mit. So und dann kommt die Wut. Und dann kommen Gedanken: die muss doch jetzt aber mir gehorchen und die muss das doch jetzt machen, wie ich das machen will und die macht das nicht. Und dann schreie ich die ganz laut an. Und sag: Du blöde Kuh oder irgendein Schimpfwort. Und wir haben dann, also ganz konkret, dann diese Situation uns angeschaut und haben dann geguckt, was ist da in dem Moment passiert. Eine **Verhaltensanalyse** könnte man sagen, so **kindgemäß** durchgeführt und **dann eben überlegt, was könnten alternative Strategien sein**, wie ich mit der Wut in dem Moment umgehen kann, um die vielleicht erst abzuschwächen, ne, dass die nicht ganz so stark ist, damit ich dann nicht in dem Moment irgendwie was sagen muss, wofür ich ja dann wieder Ärger bekomme, um mich da zu regulieren, ne. Also zum Beispiel die Wut sagt mir: Sag jetzt in dem Moment eben: Du blöde Kuh! Und die Frage: Hilft mir das? Jetzt nicht nur kurzfristig, um die Wut kleiner zu machen, sondern eben auch dann später, wenn Mama und Papa das erfahren? Nein, das hilft mir nicht. Also versuche ich vielleicht ein Lächeln aufzusetzen, um die Wut kleiner zu machen. Oder ich mache genau das Gegenteil von dem, was die Wut mir rät. Also wäre ja dann zum Beispiel ein Lächeln.“ (L1a, Z172ff) - **Konfliktreflexion (+Verhaltensanalyse) & Bearbeitung: Erarbeitung von adäquaten Verhaltensweisen & Gefühlsregulationsstrategien**

"Zum Beispiel gibt's auch, wo wir an Zwängen gearbeitet haben. Das ist ja auch etwas, was dann in dieser Zeit schön aufblüht oder aufgeblüht ist, gerade so mit der Coronasache. Na und - ich glaube Görlitz, aus dem Buch von Görlitz Kinder- und Jugendpsychotherapie: die empfiehlt, um eine Distanz zu dem Zwang herzustellen, - jetzt fällt mir das Wort kurz nicht ein - um den besser zu externalisieren, dem einen Namen zu geben. Die empfiehlt den Namen Puck und dann sozusagen Puck, mein Zwang, der sagt, dass ich das oder das tun soll. Und da geht es schon auch darum, - das kann man **gut nur verbal auch machen. Auch mit einem Achtjährigen war das zu der Zeit.** - Zu schauen was waren jetzt in der Woche für Sachen da, die mir Puck befohlen hat? Wie muss ich mich duschen? Wie oft muss ich mir die Hände waschen? Das ist natürlich diffizil, weil ich dann zu der Zeit ja die Hygienemaßnahmen ganz besonders gepusht waren. Aber solche Sachen ließen sich dann schon auch ganz gut erheben, auch im Verbalen. Und da findet ja doch auch einiges in der Imagination statt. Zumindest waren wir zu dem Zeitpunkt noch nicht so weit, dass wir Expositionen gemacht hätten. Aber Imagination, eine innere Distanz herstellen dazu, sich innerlich straffen und zu versuchen, sich zu Challengen und dem Puck da zu widerstehen. Das sind so Dinge, die man ja schon auch besprechen und aufbauen kann, so für die konkrete Arbeit am Problem.“ (L1a, Z194ff) **Konfliktreflexion und Bearbeitung: kog. Externalisierung von Zwängen (+Imagination) bzw. Kog. Umstrukturierung**

„Und dann hatte ich 11jährige. Ein elfjähriges Mädchen zum Beispiel. Also die hat das super genutzt für sich im Kontakt zu bleiben und über die Woche zu reflektieren und irgendwie sich da auszukotzen.“ (L1b, Z78ff) **Wochenreflexion und Verbalisation von Gefühlen und Gedanken**

„[Imaginieren] Stell dir vor, du bist jetzt in der Klasse und du kommst rein und alle lachen. Alle lachen dich aus. So, also das kann man sich gut vorstellen, wenn man das anleitet und sagt. Ich kann auch gut sie auslachen grade, ne. Also dann spüren sie auch Scham. Also das geht auch wunderbar. Das würde ich auch in der Praxis so machen. Klar, die Bewegung und das raus, also Sie können ja auch aufstehen und rausgehen und können weggehen. Also das geht auch eigentlich ganz gut“ (L1b, Z245ff), **gedankliche Exposition**

„und man dann natürlich auch Inhalte aus der Therapie in der Hinsicht dann also auch einsteigen konnte, in Bezug auf, wie geht's der Familie? Wie gestaltest du jetzt gegen-

wärtig in deinem schönen Zimmer mit deinem Haustier, wie auch immer, denn jetzt die Corona Zeit. Also es ging dann eigentlich eher darum, den Tagesablauf nochmal sich anzuhören, um eine Struktur reinzubringen. Und, wie es denn auch aufgrund des man alle Familienmitglieder ja zu Hause hat. Wie störungsfrei das erlebt wird. Was stresst.“ (L2a, Z98ff) **Alltagsreflexion und Alltagsstrukturierung**

\*\*„Alltagsstrukturierung, Corona-Kriseneintervention, Alltagsreflexion, Therapeutischen Hausaufgaben / Aufträge, Aufrechterhaltung der Beziehung, Psychoedukation, Elterngespräche, Virtueller Hausbesuch, Gegenseitiges Gestalten von Plakaten mit Pictogrammen und Zeichen.“ (L2b, Z14ff) **Alltagsstrukturierung**

### **Uk 2.3.2 Alltags- & Konfliktreflexion & -Bearbeitung: handlungsorientiert**

„Mit dem hab ich viel versucht am Selbstwert zu arbeiten. Und hab dann eben auch, weil das einfach ne gute Variante war, Manual basierte Arbeitsblätter benutzt. Weil die konnte ich zusenden und dann konnten wir uns das zusammen durchgehen. Ich hab dann teilweise sozusagen die Schreibarbeit übernommen, weil da noch eine LRS eine Rolle spielte bei dem Patienten und hab das dann zugesandt. Na also, was wir erarbeitet haben, um eben auch so ein bisschen die Motivation hochzuhalten und nicht so diesen Schulcharakter zu haben. Weil er da doch z.B. über dieses Lernsachs sehr gestresst war und genervt war.“ (L4a, Z209ff) **Bearbeiten von Arbeitsblättern**

„Ja, ich hab dann eben z.B. auch Inhalte aus Manualen benutzt. Also was jetzt z.B./ Ob das aus THOP ist oder TAFF. Also so die ganzen Geschichten die es da so gibt Therapy Tools. Und hab versucht das eben dann gemeinsamen/ ich hab das vorher hingeschickt. Es wurde dann ausgedruckt. Ich hatte das selber. Wir haben das gemeinsam erarbeitet. Sind es durchgegangen.“ (L4a, Z141ff) **Bearbeiten von Arbeitsblättern**

„Also ja, situationen durchgespielt. Haben auch **Rollenspiele sozusagen per Video gemacht**. [...] Das ging eigentlich ganz gut. Also mit dem Patienten, das hat gut funktioniert.“ (L4a, Z137ff)

„[I.] Welche Interventionen, Methoden haben sie verwendet? Und immer der Hintergrund Gedanke auch die Jüngeren, die in der Annahme ja Spiellastiger sind. Wie haben sie versucht, das auszugleichen?[...] B.: Durch schauspielerische Einlagen (lacht) würde ich sagen. Genau, was ich vorher schon gesagt habe, also durch Rollenspiele z.B. das zu versuchen. Das ist eigentlich ja der Hauptpunkt gewesen, weil sehr viel anderes ist nicht möglich gewesen.“ (L4a, Z290ff) **Rollenspiel**

„Also vielleicht ein Beispiel: Da ist ein Kind dabei gewesen, was Schwierigkeiten im sozialen Umgang hatte. Also Störung des Sozialverhaltens. Jetzt muss ich grade mal schauen. Konflikte mit der Schwester oder aber auch in der Schule. Und da ging es schon darum, auch weiterhin über Situationen zu sprechen, die zu reflektieren: Wo gab es Schwierigkeiten? Wie bist du damit umgegangen? Wie bist du zufrieden damit, dass du da so umgegangen bist? Was hättest du lieber gekonnt? Dass wir da sozusagen dann alternative Handlungsstrategien entwickeln konnten und die dann auch tatsächlich so im Gespräch, in einer Übung, in einem Rollenspiel auch geübt haben. Also die Alternativen.“(L1a, Z116ff) - **Konfliktreflexion & Bearbeitung: Erarbeitung alternativer Handlungsstrategien im Rollenspiel**

„so nutze ich das dann auch, um die Konflikte aufzuarbeiten, um dann da soziale Kompetenzen mit den Kindern zu trainieren. Nee. Und das geschieht ja auch in der Praxis mehr oder weniger immer wieder auch mit dem Element der Imagination. Also d.h., wir müssen uns ja immer vorstellen, wir wären jetzt in dieser Situation und der eine würde das oder das sagen. Und in den Fällen, wo wir das gemacht haben, kennen das die Kinder oder kannten das die Kinder schon. Und das ließ sich eigentlich recht schön so

## [per VS] nutzen“ (L1a, Z138ff) - **Konfliktreflexion & Bearbeitung: Rollenspiel und Imagination**

„Ganz oft ist es ja so, dass man dann wirklich die Situation spielt. Also im Sinne von: der kam und hat mir dann das Auto weggenommen z.B., ne? Und wie hab ich dann so reagiert. Das ist ja so ein bisschen mehr noch bei den Kleineren, so bei den 8/9. Na oder sagen wir mal, wo wir das gemacht haben. Die waren ja schon so 10/11. Da ist es ja dann doch eher so: Der eine sagt was und ich muss darauf reagieren. Also das heißt, es ist sowieso so eine face to face Situation gewesen, bei den Sachen, die wir da durchgespielt haben, wo das eigentlich ganz passig (i.sv. passend) war? Also das war sehr organisch. Da stellte sich gar nicht so die Frage, dann in dem Moment: Geht das jetzt oder wie geht das jetzt genau? Sondern es ist so eine spontane, organische, natürliche Situation, die sich dann da so entwickelt. Und da ging es eher so hauptsächlich darum, wie es meine Einstellung dazu. Was könnte ich jetzt z.B. sagen? Oder wie könnte ich reagieren? Was könnte ich anderes nutzen? Was kann ich mir für Gedanken in dem Moment machen? **Und das ließ sich ganz gut im Bildschirm umsetzen.**“ (L1a, Z154ff) - **Konfliktreflexion & Bearbeitung: Rollenspiel und Erarbeitung von adäquaten Verhaltensweisen**

„zusätzlich praktisch zu diesem Hausbesuch war es, dass das Kind, dort die Freiheit hatte, mit mir über die wirklich auftretenden Schwierigkeiten zu reden und gemeinschaftlich dann nach Lösungen gesucht wurde. Das Mädchen auch gemeinsam mit mir auch ein kleines Plakat erstellt hat.“ (L2a, Z144ff) **Konfliktreflexion und Bearbeitung: Plakaterstellung**

"sie hat sich ein Blatt Papier genommen und wir haben dann überlegt mit Gedankenblasen. Also was passiert hier erstens. So als Kreislauf? Wo bewegen wir uns? Was kommt immer wieder und wie kann ich das jetzt durchbrechen? Also dass war was wir versucht haben, eben tatsächlich es zu visualisieren. Ich hab ihr dann meins gezeigt. Wie ich gerade darüber denke. Es ist ein bisschen schwierig, das in die Kamera dann alles, so, dass der andere das versteht. Sie hat mir ihr erklärt, was sie jetzt gerade gemacht hat, auch was sie dabei mit gezeichnet hat.“ (L2a, Z151ff) kog. **Verhaltensanalyse und Plakatgestaltung**

\*\*„Alltagsstrukturierung, Corona-Kriseneintervention, Alltagsreflexion, **Therapeutischen Hausaufgaben / Aufträge**, Aufrechterhaltung der Beziehung, Psychoedukation, Elterngespräche, Virtueller Hausbesuch, **Gegenseitiges Gestalten von Plakaten mit Pictogrammen und Zeichen.**“ (L2b, Z14ff)

## **Uk 2.3.3 (kreatives) Spiel und allgemeines Selbstwirksamkeitserleben**

„Es gab aber z.B. auch diese Home Rally, [...]die wurde viel benutzt, auch von Kolleginnen und Kollegen. Da gab's eine. Ja, das war, glaube ich, im ersten Lockdown die Variante. Und dann gab's noch eine Weihnachtsversion. Also das wurde von der Kollegin entwickelt. Die hat es dann online gestellt und kostenlos zur Verfügung gestellt. Und das weiß ich, dass es auch einige benutzt haben. [...] Das ist ein Spiel. Also man kann sich dann das Spielbrett sozusagen ausdrucken und muss dann bestimmte Dinge machen. Also das geht los mit Schau unglücklich, schau glücklich. Man muss pantomimisch mal was darstellen, der andere muss es erraten. Solche Dinge, also das wäre vielleicht interessant, weil ich weiß, dass es wirklich einige genutzt haben.“ (L4a, Z165ff)

„also ich meine man konnte dann Stadt, Land, Fluss und solche Geschichten natürlich spielen. Na oder, na Hangman.“ (L4a, Z351f)

„B.: Spielen, also der Patient speziell mit dem hab ich immer Schach gespielt. Wir haben also immer dieselbe Partie natürlich weitergespielt und haben dann auch um den Kontakt zu halten, das ganze per E-Mail noch weitergeführt.

I.: Okay, das heißt, wie haben Sie das gemacht? Hatte jeder ein Brett bei sich stehen, oder?

B.: Genau. Ich hab's dann in einem Programm auf dem Computer abgespeichert. Das Spiel. (lacht und zeigt auf seinen Schreibtisch bezüglich des Platzes) Ja. Und er hatte aber ein Schachbrett dastehen und hat dann immer gezogen. Und das war dann immer der Stundenabschluss sozusagen.“(L4a, Z155ff)

"Und ansonsten spielt natürlich auch Beziehungsgestaltung, positive Erlebnisse in der Behandlung immer eine wichtige Rolle. Also das heißt, wir spielen ja auch viel. Oft kann man sich ja auch über die, über die Arbeit, darüber, dass ich mich mit unangenehmen Sachen beschäftigt habe und mich da herausgefordert habe, durchaus auch Spielzeit verdienen. Und das ist etwas, das, fand ich, war die größte Herausforderung eigentlich, da gute Spielalternativen über den Bildschirm zu finden.“ (L1a, Z212ff) Spiel als Belohnung und Beziehungsangebot

„was wirklich sehr gut ankam, war: Wir haben die Siedler von Catan / Da gibt's so eine Würfelspielvariante. Es ist so ein bisschen wie Kniffel, nur eben ein bisschen ansprechender gestaltet. Da braucht man eigentlich spezielle Würfel und wir haben das auf Zahlen adaptiert. Und die Kinder brauchten dann einfach nur sechs Würfel mitzubringen.“ (L1a, Z222ff)

„Und ich hatte denen so eine Spielunterlage per Email zugeschickt und die haben sie sich dann ausgedruckt und dann haben wir eben so parallel gewürfelt. Es ist also nicht etwas, wo man so interagieren muss, sondern man tritt gegeneinander an. Das lies sich sehr schön machen. Und hat eigentlich den meisten viel Freude bereitet.“ (L1b, Z3ff, Anschluss an vorheriges Zitat)

"Also die Kinder sind ja auch kreativ geworden. Wir haben dann so Raum ich sehe was, was du nicht siehst gespielt. Also z.B. ich sehe was, was du nicht siehst und das ist weiß und muss müssen sie in ihrem Raum sozusagen jetzt finden, was ich meine.“ (L1b, Z10ff)

„Und dann gab's auch schöne Ideen, z.B. von von einem Jungen. Der hat dann, also wir haben dann so eine Art Tablett gehabt und dann kleine Figuren drauf gestellt in einer bestimmten Reihenfolge. Und dann hat sich, musste der andere die Augen zumachen, dann hat sich irgendwas verändert und dann musste man herausfinden, was das war.“ (L1b, Z18ff) - Selbstwirksamkeit

„Ja auch Kniffel geht gut.“ (L1b, Z26)

#### **Uk 2.3.4 Erstgespräch, Diagnostik, Elterngespräch**

„Meistens hab ich das so gemacht, dass ich erst mit dann Mutter, Vater und dem Patienten oder Patientin kurz gesprochen habe. Was ist so passiert seit dem letzten Kontakt? Wie ist es gelaufen? Dann teilweise mit den Eltern alleine. Und das auch mal nur für Eltern genutzt. Und dann immer im Anschluss die Patienten auch. Na also die ersten 10 Minuten, würde ich sagen, mit Eltern und Patient und dann Patient alleine. Das ist ja individuell. Also man kann eigentlich kein festes Schema festmachen.“ (L4a, Z119ff)

„die häusliche Situation auch irgendwie zu verbessern. Weil die Eltern doch auch sehr gestresst sind und waren durch Lockdown und Homeschooling“ (L4a, Z262f)

„Wir haben viele Erstgespräche gemacht. Ich habe einige Erstgespräche gemacht, viel ist übertrieben. Mit Patienten, die tatsächlich zum ersten Mal dann Psychotherapie gesucht haben, wo wir das angeboten haben oder wo ich das angeboten habe. Und manche, die waren einmal da und haben uns dann zum zweiten Gespräch auch so (i.s.v. face-to-face) gekommen. Also das lässt sich auch sehr gut über online machen. So Erstgesprächssituation, finde ich geht total prima.“ (L1b, Z52ff)

„die Eltern zu begleiten, in dieser schwierigen Krisensituation auch mit denen zu reflektieren, was liegt jetzt gerade an? Was ist jetzt das Wichtigste? Was ist jetzt das Nahelegendste? Wie kriegen wir jetzt gut Stabilität rein in den Alltag, um nicht Amok zu - in Anführungsstrichen Amok - zulaufen, um dem Lagerkoller ein Stück weit zu verringern oder auszugleichen“ (L1b, Z83ff)

„In diesem Gespräch mit dem Neunjährigen war es dann so, dass die Mutter - in diesem Fall die Pflegemutter - wieder mit dazu genommen wurde, im Gespräch und verschiedene Dinge aus dem Alltag gemeinschaftlich dann nochmal besprochen wurde.“ (L2a, Z120ff)

„Dann gibt es ein paar Hinweise für die Störung, die also weiterhin hier zu Hause entweder als Wutausbruch oder wie auch immer stattfinden.“ (L2a, Z126ff)

„Alltagsstrukturierung, Corona-Kriseneintervention, Alltagsreflexion, Therapeutischen Hausaufgaben / Aufträge, Aufrechterhaltung der Beziehung, Psychoedukation, Elterngespräche, Virtueller Hausbesuch, Gegenseitiges Gestalten von Plakaten mit Pictogrammen und Zeichen.“ (L2b, Z14ff)

### **Uk 2.3.5 technisch, strukturelle Umsetzung**

„Mit dem hab ich viel versucht am Selbstwert zu arbeiten. Und hab dann eben auch, weil das einfach ne gute Variante war, Manual basierte Arbeitsblätter benutzt. Weil die konnte ich zusenden und dann konnten wir uns das zusammen durchgehen. Ich hab dann teilweise sozusagen die Schreibarbeit übernommen, weil da noch eine LRS eine Rolle spielte bei dem Patienten und hab das dann zugesandt. Na also, was wir erarbeitet haben, um eben auch so ein bisschen die Motivation hochzuhalten und nicht so diesen Schulcharakter zu haben. Weil er da doch z.B. über dieses Lernsachs sehr gestresst war und genervt war.“ (L4a, Z209ff)

„B.: Spielen, also der Patient speziell mit dem hab ich immer Schach gespielt. Wir haben also immer dieselbe Partie natürlich weitergespielt und haben dann auch um den Kontakt zu halten, das ganze per E-Mail noch weitergeführt.

I.: Okay, das heißt, wie haben Sie das gemacht? Hatte jeder ein Brett bei sich stehen, oder?

B.: Genau. Ich hab's dann in einem Programm auf dem Computer abgespeichert. Das Spiel. (lacht und zeigt auf seinen Schreibtisch bezüglich des Platzes) Ja. Und er hatte aber ein Schachbrett dastehen und hat dann immer gezogen. Und das war dann immer der Stundenabschluss sozusagen.“ (L4a, Z155ff)

„Ja, ich hab dann eben z.B. auch Inhalte aus Manualen benutzt. Also was jetzt z.b./ Ob das aus THOP ist oder TAFF. Also so die ganzen Geschichten die es da so gibt Therapy Tools. Und hab versucht das eben dann gemeinsamen/ ich hab das vorher hingeschickt. Es wurde dann ausgedruckt. Ich hatte das selber. Wir haben das gemeinsam erarbeitet. Sind es durchgegangen. Also ja, situationen durchgespielt. Haben auch Rollenspiele sozusagen per Video gemacht. [...] Das ging eigentlich ganz gut. Also mit dem Patienten, das hat gut funktioniert.“ (L4a, Z141ff)



„Also da [bei dem Enuresispatienten] war es eben so, dass ich immer erst Mutter und Patient hatte. Dann hat mir die Mutter berichtet, dann konnte er berichten, mit der Mutter gemeinsam.“ (L4a, Z126ff)

„Meistens hab ich das so gemacht, dass ich erst mit dann Mutter, Vater und dem Patienten oder Patientin kurz gesprochen habe. Was ist so passiert seit dem letzten Kontakt? Wie ist es gelaufen? Dann teilweise mit den Eltern alleine. Und das auch mal nur für Eltern genutzt. Und dann immer im Anschluss die Patienten auch. Na also die ersten 10 Minuten, würde ich sagen, mit Eltern und Patient und dann Patient alleine. Das ist ja individuell. Also man kann eigentlich kein festes Schema festmachen.“ (L4a, Z119ff)

„ein Patient zum Beispiel, der ist elf, leidet an einer Enuresis. Und wir haben uns dann eben ausgetauscht. Sonne-Wolken-Kalender, haben wir dann auch hin und hergeschickt per Mail und ich hab dann auch mal Arbeitsmaterialien zugeschickt, die dann ausgedruckt wurden.“ (L4a, Z103ff)

„im Vorfeld gab es Aufträge. Das heißt, es wurde ein Link ja verschickt und gleichzeitig mit den Eltern ja auch nochmal telefonisch“ (L2a, Z69f)

"Also wie gesagt, ich greife hier nur auf zwei einzelne Stunden zurück. Die so konzipiert waren, dass ich erst das Elternteil vor dem Gerät hatte, um auch sicherzustellen, dass alles auch funktioniert. Danach ist ein gemeinsames Gespräch mit Elternteil und Kind, um eine Aufwärmphase zu haben. Und gleichzeitig dann dem Elternteil das Signal zu geben. Ob das Kind jetzt alleine mit mir das weitermachen kann und möchte? Da ja schon Hausaufgaben vergeben waren, war sowieso klar, dass die Eltern das auch alles so tun und das Kind auch alleine dann eben im Zimmer belassen.“ (L2a, Z79ff)

### **Uk 2.3.6 Digitaler Hausbesuch**

„Digitaler Hausbesuch habe ich sozusagen durchgeführt, in dem ich dann zu den Kindern gesagt hab: Zeig mir mal dein Zimmer. Oder die Kinder haben dann z.B. erzählt ich hab mir jetzt mein neues Star Wars Raumschiff gebaut, dann hab ich gesagt, na dann hol das doch mal / zeig mir das mal. Solche Dinge. Also so kleine Einblicke in den Haushalt waren dadurch auch möglich. /.: Und sonst Hausbesuche führen / haben sie durchgeführt, führen sie durch? B.: Nein, führ ich nicht durch.“ (L4c, Z5ff)

„dass das Kind die Gelegenheit auch nutzt, anhand der Technik mir die wichtigen Dinge zu zeigen, die ihm wichtig waren. Das war auch schon im Vorfeld mit den Eltern besprochen. Dass also jetzt hier nicht ich irgendwo hin schaue. (lacht) Was nicht gewollt. Sondern vielmehr, dass das Kind auch die Gelegenheit nahm, wie wir eben sonst, dass das Kind meine Zimmer kennt und auch weiß, womit wir dort arbeiten können und ein Kind, also einen tieferen Einblick in die Intimsphäre dort zugelassen hat. Bei sich zu Hause, im Zimmer.“ (L2a, Z87ff)

„sodass das Kind also mir von all seinen Lieblings Dingen oder mal das Haustier vorstellte oder wer auch immer. Und dort also eine lockere Atmosphäre dann auch stattgefunden hat“ (L2a, Z96f)

„zusätzlich praktisch zu diesem Hausbesuch war es, dass das Kind, dort die Freiheit hatte, mit mir über die wirklich auftretenden Schwierigkeiten zu reden und gemeinschaftlich dann nach Lösungen gesucht wurde. Das Mädchen auch gemeinsam mit mir auch ein kleines Plakat erstellt hat.“ (L2a, Z144ff) Konfliktreflexion und Bearbeitung

„Alltagsstrukturierung, Corona-Kriseneintervention, Alltagsreflexion, Therapeutischen Hausaufgaben / Aufträge, Aufrechterhaltung der Beziehung, Psychoedukation, Elterngespräche, Virtueller Hausbesuch, Gegenseitiges Gestalten von Plakaten mit Pictogrammen und Zeichen.“ (L2b, Z14ff)

### **Uk 2.3.7 Hausaufgaben bzw. Aufträge**

„ein Patient zum Beispiel, der ist elf, leidet an einer Enuresis. Und wir haben uns dann eben ausgetauscht. **Sonne-Wolken-Kalender**, haben wir dann auch hin und hergeschickt per Mail und ich hab dann auch mal Arbeitsmaterialien zugeschickt, die dann ausgedruckt wurden. Ansonsten war das wirklich ein Aufrechterhalten der Motivation, z.B. bei diesem Jungen“ (L4a, Z103ff)

„Den Kalender zu machen. Die **apparative Verhaltenstherapie** weiter durchzuführen. Also schön sein klingel Gerät am Arm zu tragen und da positiv einzuwirken.“(L4a, Z112ff)

„eine Hausaufgabe dann gab: Wie kann ich den Tag anders strukturieren und mir selber auch schöne Erlebnisse schaffen?“ (L2a, Z105ff)

„Alltagsstrukturierung, Corona-Kriseneintervention, Alltagsreflexion, Therapeutischen Hausaufgaben / Aufträge, Aufrechterhaltung der Beziehung, Psychoedukation, Elterngespräche, Virtueller Hausbesuch, Gegenseitiges Gestalten von Plakaten mit Pictogrammen und Zeichen.“ (L2b, Z14ff)

## Anlage 6.4: Codierung Hemmnisse

### Oberkategorie 2.4 Hemmnisse

#### Unterkategorie 2.4.1 Zurückhaltung & Unsicherheit der Therapeutin durch fehlende Handlungserfahrung (& -möglichkeiten)

"Stolpersteine? Naja, also das Alter ist auf jeden Fall wichtig, denke ich. Mit Jüngeren hab ich das auch gar nicht versucht. Weil ich gesagt hab, das war meine persönliche Einschätzung: Ich denke nicht, dass das funktionieren würde. Und ich hab das schon auch bei Älteren von der Person abhängig gemacht. Ob ich das für gangbar und sinnvoll halte.“ (L4a, Z422ff)

„Also 10 war für mich wirklich so die unterste Altersgrenze und ich würde mal sagen, das hatte mehr den Effekt oder Zweck den Kontakt aufrecht zu erhalten und eine gewisse Stabilisierungsfunktion für die Patienten.“ (L4a, Z89ff)

"fällt Ihnen noch ein Patient ein. Jetzt etwa in der Altersgruppe oder belassen es bei den zweien.

B.: Die waren dann wirklich älter, weil ich eben gemerkt habe, es ist sehr, sehr schwierig mit den Jüngeren.“ (L4a, Z312)

„Also ich hab natürlich komplett von vornherein für mich festgelegt, dass ich jüngere Patienten, Mindestens bis acht, neun Jahre nicht - definitiv nicht - in der Sprechstunde nehme, weil ich mir das einfach nicht vorstellen konnte. Weil ich auch gerade in der Praxis viel Wert darauf lege auf persönlichen Kontakt und dass wir miteinander spielen. Das ist das eine. (L3, Z66ff)

"also da wünsche ich mir wahrscheinlich eher von mir vielleicht den Mut, bestimmte Sachen auch auszuprobieren und zu gucken, wie das mit mit jüngeren Kindern ist“ (L3, Z353f)

"traumatische Situationen im Puppenspiel durchgespielt. Aber das wäre mir für diese Situationen nichts. Nicht wirklich, weil dann ist es mir schon wichtig, dass wir zusammen sind. Dass ich da auch die Möglichkeit habe das Kind wirklich auch zu begleiten. Bei ihm zu sein. Trost zu spenden. Es ist einfach an dem Bildschirm wirklich begrenzt.“ (L1b, Z40ff)

„Also die Jüngeren: Vermeidungsverhalten hatten wir angesprochen. (...) [...] alles wo es um extrem gesteigertes Arousel geht - Erregung Niveau. Wo es wichtig ist vielleicht auch den Patienten irgendwie habhaft zu werden, in der Situation. Wo unklar ist, in welche Richtung vielleicht auch etwas kippen kann. Dass man das dann wieder gut auffangen kann. Das sind alles so Dinge. Da spüre ich dann auch eher eine große Vorsicht oder eine Sorge. Dafür würde ich sagen, fühle ich mich noch nicht, oder würde ich mich nicht sicher genug fühlen. Das ist auch Stolpersteine: meine Sicherheit als Therapeut vielleicht im Umgang damit. Es ist einfach so wenig bekannt oder noch so wenig Erfahrungen.“ (L1b, Z149ff)

"Traumakonfrontation zum Beispiel, finde ich schwierig. Wobei ich habe letztens erst eine Weiterbildung mit EMDR gemacht. Da wird ja nun auch gerade über Video auch diese Augenbewegungen und ins Trauma rein und so, also scheint ja zu gehen. Ja, finde ich irgendwie schwierig, aber.“ (L1b, Z162ff)

„Wenn das jetzt ein erfahrener Kollege ist und der da, also ich glaube, das Wichtigste wäre erst einmal, dass er Lust drauf hätte. Zum Beispiel Mein Kollege - hatten wir ja gesprochen - Er hat es gar nicht gemacht, weil für den ist Technik einfach auch nicht so interessant.“ (L1b, Z177ff)

"Besonders schlecht glaube ich alles das, wo es so kippelig ist mit Wahn, mit (...) Also genau wo, so das / so ein bisschen unklar bleibt. So ein bisschen, vielleicht so, ich hab aber auch mit Borderlinerinnen gearbeitet, also das geht schon auch. Aber (...) Ich könnte mir vorstellen, dass man da vielleicht ein bisschen vorsichtiger ist, als man es normalerweise wäre. Also so ein bisschen zurückhaltender. Das ist aber dann nicht unbedingt etwas, was es ausschließt, sondern das hat vielleicht dann wieder eher mit der Erfahrung zu tun. (...) Also, was ich? Ich könnte mir vorstellen, dass es schwierig ist mit Wahn." (L1b, Z194ff)

#### **Unterkategorie 2.4.2 unsicherer therapeutischer Rahmen**

„[B.:] die Fälle hatte ich auch, wo ich den Eindruck hatte, jetzt wird die Kamera irgendwie so geschoben und es sitzt jemand in der Ecke. Und lauscht sozusagen, was denn da eigentlich passiert. I.: Ahja, wie hat sie das beeinflusst? B.: Wenn ich den Eindruck hatte, dann hab ich das angesprochen. Also dann hab ich das offen gelegt und gesagt "Ist jetzt noch jemand im Raum", wenn ja, würde ich gerne wissen, wer er mit im Raum ist. Das ist vollkommen okay für mich, wenn jemand mit da ist. Ja, aber ich hab's angesprochen. I.: Okay, gut. Und das hat sie aber innerlich dementsprechend - haben sie gerade schon beantwortet - nicht so sehr angehoben, weil sie gesagt haben "Solange ich es weiß, ist es in Ordnung". B.: Genau.“ (L4a, Z402ff)

„Das andere ist, dass ich einfach so die Befürchtung habe, dass vielleicht dann auch teilweise Eltern mit dabei sind, irgendwo im Hintergrund bestimmte Sachen mithören. Was ich ja hier einfach ganz anders gewährleisten kann. Ne, hier haben wir unseren Raum und die Sicherheit.“ (L3, Z70ff)

„I.: Worauf verlassen können? [...] B.: Dass ich mit dem Patienten alleine spreche oder wenn ich das so plane, dass ich tatsächlich auch mit den Eltern spreche. Aber das es nicht so ist, dass irgendwo Eltern vielleicht im Hintergrund irgendwas hören, was nicht für deren Ohren gedacht ist.“(L3, Z161 ff)

„Das ist ja die nächste Schwierigkeit, dass man nicht weiß, sind die Bedingungen tatsächlich, dass man tiefschürfende Sachen machen kann.“ (L2a, Z85f)

„Unsicherheit, ob wirklich nur besagte Person im Raum ist, oder ob noch jmd. zuhört“ (L2b, Z35)

„Ruhe im Raum halten - z.B. bei lärmenden Geschwistern“ (L2b, Z38)

„Bei strittigen Elternkonstellationen: KE sind immer in der Macht, da sie die VS am anderen Ende steuern -> Chancen für Übergriffe im Sinne von anhaltenden Einbringen von Eigenthemen der Bezugspersonen steigen / Kind kann instruiert werden noch etwas zu sagen, was KE wollen / Sichere Rahmen ist gefährdet in welchem Therapeutin im vollen Kontrollrahmen entscheidet, wann z.B. ein ernstes 4-Augengespräch geführt wird -> Hemmung der Therapeutin steigt, so ein solches Gespräch über VS zu führen“ (L2b, Z39ff)

#### **Unterkategorie 2.4.3 technische Probleme & Hürden**

„Teilweise haben wir auch mal nur telefoniert. Wenn dann irgendwelche Verbindungsprobleme da waren. Das ist noch ein großes Manko. Also, ja die technischen Voraussetzungen und wenn es wirklich auch nur an der DSL Leitung lag. Also, wenn das Gegenüber dann kaum zu erkennen war auf dem Bildschirm dann ist es natürlich auch schwierig und dann merkt man auch. Dann steigt auch die Lust eher etwas anderes nebenbei zu machen.“ (L4a, Z234ff)

„Es ist ja z.B. Bewegungen weggefallen. Man kann ja auch viel in Bewegung machen, sich im Raum bewegen, wirklich aktiv sein. Das ist natürlich durch die VS alles weggefallen, denn man ist ja eigentlich dann immer festgemeißelt an seinen Platz - mit dem Handy, vor dem Laptop, vor dem Tablet. Also ich mach sonst in der Praxis wirklich auch Dinge, wo wir uns hier bewegen können in der Praxis und das auch dazugehört. Ein bisschen aktiv sein oder eben auch mal rausgehen. Das ist natürlich alles weggefallen.“ (L4a, Z302)

„Wichtig ist definitiv, dass die technischen Voraussetzungen gegeben sein müssen. Das können wir zwar nicht beeinflussen, na. Aber das ist teilweise wirklich, Entschuldigung, Nervig. Wenn man dann ständig Verbindungsabbrüche hat oder irgendetwas und das nicht funktioniert. Also das sorgt bei einem selbst für Frust in dem Moment, na. Und, aber vor allem auf Patientenseite. Aber das können wir schlecht beeinflussen.“ (L4b, Z167ff)

„Also Störung des Sozialverhaltens ist schwierig. ADHS ist schwierig. Klar, da kann man auch Manualisiert ein bisschen was machen, aber das ist schon sehr eingeschränkt. Da fehlt mir eben wirklich dieses Feedback der Personen im Raum. Weil man nimmt ja doch ganz andere Dinge wahr, wenn jemand mit im Raum sitzt. Also wippt jemand mit den Füßen? Was ist unter dem Tisch los? Es fällt ja wirklich viele Informationen weg.“ (L4b, Z91ff)

„Das doch viel verloren geht per Video. Die Körpersprache fehlt fast gänzlich, sozusagen, man hat er nur Mimik. Viel mehr ist nicht da. Also das geht schon, was verloren. Ich sehe dann auch meistens nur das Gesicht, teilweise dann nur so abgeschnitten (undeutlicher Zwischenkommentar vom I. ohne Einfluss auf die Erzählung von B.) . Wenn ich dann gesagt habe, bitte mal die Kamera nochmal anders ausrichten und so weiter. Das macht es schon ein bisschen schwieriger.“ (L4a, Z430ff)

"Als erstes Technik. Ganz klar. Also ich bin gut ausgestattet, würde ich sagen, wenn ich mich nuweiter nach vorne beugt, sieht man mich auch (lacht - Anmerkung: der Raum des Experten war so arangiert, dass die Sonne als Gegenlicht herrschte, weshalb er eine Lichtquelle am Bildschirm installiert hatte, um dies auszugleichen). Ne aber / da hat man mal wieder gemerkt, dass das mit dem DSL Ausbau doch nicht ganz so rosig ausschaut.“ (L4a, Z325ff)

„Also ich hatte oft Verbindungsabbrüche, extrem schlechtes Bild, dann war der Ton weg. Also wirklich die technischen Probleme.“ (L4a, Z334f)

„Teilweise Probleme bei den Eltern mit der Technik umzugehen. Bei den Jugendlichen nicht. Die haben das im Griff. Ja, solche Geschichten.“ (L4a, Z335ff)

„Ja, ansonsten technische Probleme vielleicht, aber das ist jetzt nicht der Rede wert. Also da gab's keine größeren problematischen Sachen.“ (L3, Z179 f)

„ z.B. die technischen Sachen könnten z.B. interessant sein. Da gibt's so viele Hürden und Stolpersteine, weil es so viele verschiedene Betriebssysteme und Möglichkeiten gibt und sowas.“ (L1b, Z183ff)

„und sie merken es ja gerade auch selber nochmal. Wir haben uns ein bisschen dran gewöhnt. Man weiß ja nie, man merkt ja durch diesen Delay nicht so richtig, wann es der andere jetzt fertig. Und man quatscht sich immer mal dazwischen. Das ist für die Kinder auch echt schwer.“ (L1b, Z338ff)

„[beim gemeinsamen Plakatzeichnen] Es ist ein bisschen schwierig, das in die Kamera dann alles, so, dass der andere das versteht.“ (L2a, Z155)

„Technische Umsetzung bzgl. [1.] Datenschutz -> zusätzlich formales Unterschriften-sammeln, was besonders Risiken/ Umstände bei strittigen Eltern mit sich brachte [2.]Vorhandener Technik der Familie [3.] Nicht jeder hat die nötige Technik“ (L2b, Z26ff)

„Mache Bevölkerungsschichten werden ausgeschlossen“ (L2b, Z31)

„vorhandener Zeiten für die Nutzung von Technik bei nur einem Gerät, z.B.: KE wollen Medium für Homeoffice nutzen, Geschwister zum Spielen“ (L2b, Z32ff)

#### **Unterkategorie 2.4.4 Skepsis**

„[B.:] dass es Eltern teilweise schwergefallen ist. Zumindest zu Beginn per Video offen zu kommunizieren. I.: Eine Hemmung der Eltern an der Stelle? B.: Ja. I.: Okay. Wie haben Sie das gemerkt? Woran machen Sie das fest? B.: An der Gesprächsbereitschaft (lacht). Also wirklich. Ich hab dann immer versucht, das Ganze aufzulockern. Und habe eben auch gesagt Es ist ja/ Es war vielleicht auch ein bisschen Misstrauen mit da. Was passiert jetzt mit den Daten? Das hab ich ja alles immer ausführlich erklärt. Hab das auch / Ich hab es mir zusammengefasst in eine Anleitung. Eine rechtliche Aufklärung. Und wie das Ganze datenschutzrechtlich funktioniert. Dass es zertifizierte Anbieter sind. Das habe ich auch alles den Eltern zugeschickt. Also dem Patienten. Und hab mir auch mehr Einverständniserklärung dann immer unterschreiben lassen, dass überhaupt einverstanden sind, per Video die Behandlung durchzuführen. Ja und da musste ich doch auch einiges an Zeit investieren, um es dann nochmal zu erklären.“ (L4a, Z361ff)

„Eher, dass Eltern skeptisch waren. Kann man das machen, darf man das machen? [...] Die waren überrascht, dass das geht. Kann man denn sowas per Video machen? Und wie ist das mit der Sicherheit? Und ich hab denen das dann erklärt. Es gibt ja bei Red Medical - das wissen Sie ja auch - diese Einwilligungserklärung. Die hab ich denen dann gezeigt. Und wer das dann wollte, der hat es gemacht. Und ansonsten hab ich gesagt: Gut, dann kommen Sie, können sie gerne in die Praxis kommen. Und ja. Also größere Stolpersteine hatte ich jetzt nicht.“ (L3, Z180 ff)

„Ich würde es tatsächlich sogar noch öfter nutzen, hab aber so den Eindruck, dass eben wie gesagt bei manchen Patienten es dann auch so ist, dass die sagen: Ach nee, das will ich dann lieber nicht. Und dann mache ich lieber einen anderen Termin, wo ich persönlich kommen kann.“ (L3, Z320)

„Ein anderer vielleicht ein Stolperstein war, dass ich tatsächlich mehr gemacht hätte an Videosprechstunden, gerade mit auch jungen Erwachsenen Jugendlichen. Aber bestimmte Störungsbilder das glaube ich verhindern. Also gerade was soziale Angst betrifft. Die Patienten haben vorrangig gesagt: Das möchten sie nicht. [...] Also das war sehr auffällig, finde ich. Was ich mir auch ganz gut vorstellen kann, weil man, sie sehen sie ja selber, man kann nicht ausweichen. Also, die ganzen Sicherheitsmaßnahmen, die man vielleicht ja so persönlich noch so treffen kann, auch im Therapieraum mit wegrehen oder nicht gegenüber setzen, das fällt ja weg. Und also das ist was. Da hab ich, aber das hab ich nicht erzwungen. Das war dann halt so.“ (L3, Z167 ff)

#### **Unterkategorie 2.4.5 Limitierung des (therapeutischen) Spiels**

„Es ist ja z.B. Bewegungen weggefallen. Man kann ja auch viel in Bewegung machen, sich im Raum bewegen, wirklich aktiv sein. Das ist natürlich durch die VS alles weggefallen, denn man ist ja eigentlich dann immer festgemeißelt an seinen Platz - mit dem Handy, vor dem Laptop, vor dem Tablet. Also ich mach sonst in der Praxis wirklich auch Dinge, wo wir uns hier bewegen können in der Praxis und das auch dazugehört. Ein

bisschen aktiv sein oder eben auch mal rausgehen. Das ist natürlich alles weggefallen.“ (L4a, Z302)

„Also das war dann schon häufiger der Fall, dass ich dann auch mal fünf oder zehn Minuten früher sozusagen Schluss gemacht habe, weil ich einfach gemerkt hab: Ne, die Konzentration ist weg, die Aufmerksamkeit ist weg. Jetzt / es steht doch was anderes an. Und ich mache es eben auch häufig so in der Altersgruppe sonst, dass gegen Ende immer noch etwas gespielt wird. Ja, teilweise auch schwierig.“ (L4a, Z343)

„So kleine Spiele. Klar, das geht. Aber das ist doch was anderes, wie gemeinsamen Spiel am Tisch oder auf dem Boden zu spielen in der Praxis.“ (L4a, Z356)

"Und das ist etwas, das, fand ich, war die größte Herausforderung eigentlich, da gute Spielalternativen über den Bildschirm zu finden.“ (L1a, Z216ff)

"Es waren ja nicht nicht wahnsinnig viele Wochen, wo wir da irgendwie was [das Würfelspiel Siedler] machen, es waren vielleicht 6 7 Termine zu dem Zeitpunkt, da nutzt sichs ja noch nicht so schnell ab.“ (L1b, Z7ff)

"Also was unter acht Jahre ist, finde ich wirklich schwierig, weil, also da lässt sich im Kontakt bleiben, aber dann brauchen die Kinder einfach doch, meiner Meinung nach, das Zusammensein, das Spiel, die Ausdrucksmöglichkeiten über das Spiel. Die schöne, angenehme Zeit der Bestimmer sein zu können. Den Therapeuten nicht zu lenken und zu leiten bei dem, was gerade wichtig ist. Diese Ausdrucksmöglichkeiten sind einfach überhaupt nicht gegeben über das Spiel oder super limitiert. Das geht vielleicht mal, das geht vielleicht einmal oder zweimal. Aber das ist etwas, wo ich das Gefühl habe, da muss man schon zusammen sein.“ (L1b, Z142ff)

"Aber eben das Spiel im Puppenhaus oder das Spiel Fußball oder Schwertkampf, was wir dann manchmal in der Praxis machen, das ist, das geht nicht.“ (L1b, Z250ff)

„Wir können gerade jetzt nicht gemeinsam die Dinge bewegen, auch taktiel.“ (L2a, Z125)

"Und ansonsten spielt natürlich auch Beziehungsgestaltung, positive Erlebnisse in der Behandlung immer eine wichtige Rolle. Also das heißt, wir spielen ja auch viel. Oft kann man sich ja auch über die, über die Arbeit, darüber, dass ich mich mit unangenehmen Sachen beschäftigt habe und mich da herausgefordert habe, durchaus auch Spielzeit verdienen. Und das ist etwas, das, fand ich, war die größte Herausforderung eigentlich, da gute Spielalternativen über den Bildschirm zu finden.“ (L1a, Z212ff)

#### **Unterkategorie 2.4.6 Ausschluss von Patientinnengruppen durch deren eingeschränkte Fähigkeiten/ Möglichkeiten**

„es war teilweise für die Patienten auch anstrengend und auch für mich anstrengend. Also es ist schon schwieriger, das Ganze per Video zu versuchen als wirklich in Präsenz in der Praxis“ (L4a, Z308)

„Teilweise Probleme bei den Eltern mit der Technik umzugehen. Bei den Jugendlichen nicht. Die haben das im Griff. Ja, solche Geschichten.“ (L4a, Z335ff)

„bei den Jüngeren, dann auch eine Therapiestunde durchzuhalten“ (L4a, Z338f)

„Also das war dann schon häufiger der Fall, dass ich dann auch mal fünf oder zehn Minuten früher sozusagen Schluss gemacht habe, weil ich einfach gemerkt hab: Ne, die Konzentration ist weg, die Aufmerksamkeit ist weg. Jetzt / es steht doch was anderes an. Und ich mache es eben auch häufig so in der Altersgruppe sonst, dass gegen Ende immer noch etwas gespielt wird. Ja, teilweise auch schwierig.“ (L4a, Z343)

„Also ich hatte schon auch Elfjährige, die waren - dadurch, dass sie kognitiv auch eingeschränkter sind. Mit Lernbehinderung oder sowas in der Art. - Für die ist es trotzdem schwer gewesen.“ (L1b, Z76ff)

„Und, da dieses Kind eben tatsächlich nicht lange jetzt gebunden werden konnte, was aber nichts Untypisches ist, sondern das es einfach auf die Ferne da ist, kein Bezug.“ (L2a, Z124f)

"Mache Bevölkerungsschichten werden ausgeschlossen" (L2b, Z31)

„auch die Motivation, das durchzuhalten, weil es ist für die Kinder schon auch anstrengend. Also so in dem Alter, dann die ganze Zeit zu zuhören“(L1b, Z336ff)

#### **Unterkategorie 2.4.7 Aufrechterhaltung von Vermeidung**

"Tja, Schulunlust, Schulverweigerung, Angststörung würde ich auch eher als problematisch sehen.

*I.:* Begründet durch? *B.:* Begründet dadurch, dass z. B. der Patient ja zu Hause bleiben kann. (schmuzelt, lacht) *I.:* Also es geht um die Vermeidung. *B.:* Das es eigentlich aufrechterhaltender Faktor in dem Moment wird. Ich bietet die Möglichkeit zu vermeiden, indem man das Ganze dann per Video macht. Also ich hatte auch Patienten, bei denen ich den Eindruck hatte, dass es da so funktioniert, das es ein aufrechterhaltender Faktor wird und habe dann gesagt: Okay, also mit denen Hygiene Richtlinien in der Praxis und alles / Ich bitte darum, Präsenztermine vorzunehmen.“ (L4b, Z69ff)

„ [Bsp.: Angstpatientin] *Aber jetzt zu dem Zeitpunkt merken wir, dass wir das jetzt auf jeden Fall umstellen müssen, auch umgestellt haben schon auf Live-Präsenz, weil einfach, das auch eine Form der Vermeidung in sich trägt. Und gerade wenn es um so soziale Ängste geht, bietet es einfach gute Möglichkeiten (lacht), das zu vermeiden.*“ (L1b, Z109ff)

#### **Unterkategorie 2.4.8 Regulatorische Hürden**

„Ich würde mir wünschen, dass das von den Krankenkassen nicht in irgendeiner Form gedeckelt ist, dass man das frei nutzen kann und dann nicht schauen muss, ob da irgendwie jetzt gewisse 20% Kontingente irgendwie überschritten sind oder unterschritten werden, sondern dass man das so nutzen kann, wie man das möchte. Dass das eigentlich so einsetzbar ist und einsetzbar bleibt. Das wäre ein Wunsch.“ (L1b, Z346ff)

„Limitierung durch Abrechnungskatalog und unverhältnismäßiger Aufwand durch Bürokratie zur Telematik“ (L2b, Z36f)



## Anlage 6.5: Codierung Nutzen

### Oberkategorie 2.5 Nutzen

#### Unterkategorie 2.5.1 Aufrechterhaltung des Kontakts / therapeutische Beziehung / Patientenpassung

"auch eine Patientin. Die wohnt weiter weg, hat ein Studium begonnen, ist umgezogen. Da ist es natürlich sehr praktisch, dass man die Therapie fortführen kann. Dass kein Therapeutenwechsel stattfinden muss sondern, dass so eine Fortführung dann geht, auch wenn jemand umzieht oder eben Berufs- oder Studienbedingt den Wohnort wechselt. Da geht's auf jeden Fall." (L4b, Z140ff)

„Also 10 war für mich wirklich so die unterste Altersgrenze und ich würde mal sagen, das hatte mehr den Effekt oder Zweck den Kontakt aufrecht zu erhalten und eine gewisse Stabilisierungsfunktion für die Patienten.“ (L4a, Z89ff)

„den Nutzen würde ich wirklich darin sehen, die Patienten, die wirklich durch den Lock-down oder auch durch Quarantäne oder Corona-Erkrankungen betroffen waren, denen trotzdem die Möglichkeit zu bieten, den Kontakt zu halten“ (L4a, Z440ff)

„Also ich hatte auch Patienten, die Covid positiv waren und auch viele Patienten, die in Quarantäne sich befunden haben. Und da war es schon sehr sinnvoll“ (L4a, Z446f)

„Den habe ich trotzdem so weitergeführt. Es war auch ein Wunsch der Eltern, weil da zum Beispiel der Autoimmunerkrankungen in der Familie vorliegt. Das heißt, trotz Lockerungen in den Lockdowns war Familie trotzdem isoliert, mehr oder weniger isoliert.“ (L4a, Z269ff)

„dass ich mit bestimmten Patienten tatsächlich viel *leichter Kontakt halten kann*. Beispiel ist auch eine Patientin, die jetzt im Sommer weggezogen ist. Wo noch, weiß ich nicht, fünf Stunden oder so übrig sind, junge Erwachsene, die es nach Hannover gezogen. Also die kann natürlich nicht zum Termin herkommen. Und wo wir jetzt einfach sagen können, das machen wir per Video. Also da hat mir Corona tatsächlich geholfen, in dem Fall, weil ich es sonst wahrscheinlich/ weiß nicht, ob ich es sonst ausprobiert hätte.“ (L3, Z195ff)

„Also der größte Nutzen ist, finde ich, damit in Kontakt bleiben zu können, wirklich im Austausch bleiben zu können. Gewisse Kontinuität über solche / es war schon eine krisenhafte Zeit und jetzt gerade auch so, auch in der zweiten Welle“ (L1b, Z64ff)

„Also der größte Nutzen ist, finde ich wirklich: Beieinander sein zu können, auch auf diese Art und Weise im Kontakt zu sein.“ (L1b, Z81ff)

„sehr stark körperbehinderte Kinder, wo es nicht so einfach - die waren aber nicht elf - aber wo es nicht einfach war, vor Ort zu sein. Also zu mir zu kommen, weil ich keinen Rollstuhl gerechten Zugang habe. Und da haben wir uns dann außerhalb der Praxis getroffen. Das wäre eine gute Alternative.“ (L1b, Z97ff)

„für Jugendliche, die auch am Alltag sehr eingeschränkt sind, weil sie irgendwie mit Abi und mit der Schule sehr viel zu tun haben, finde ich es auch gut, um die Wege abzukürzen.“ (L1b, Z101ff)

„z.B. hab ich auch eine Patientin, die hat auch viele Ängste und so. Und wir haben das jetzt genutzt gehabt über eine Zeit, weil das Gewicht sehr reduziert war und sie wirklich auch eine Angst - nicht vielleicht unberechtigte Angst - bestand, wenn sie sich jetzt infizieren würde, dann wäre das vielleicht auch gefährlich.“ (L1b, Z105ff)

„für Elterngespräche finde ich, wäre es ein guter Nutzen. Na weil manchmal ist es für die Eltern wirklich ein Hemmnis, im Alltag des Elterngespräch umsetzen zu können, einfach zeitlich aus dem zeitlichen Faktor heraus. Und das ist eigentlich ganz gut. Das finde ich ganz passend. Ich habe jetzt keinen Anbieter, wo ich so Konferenzen machen konnte, aber wenn Eltern getrennt sind, kann ich mir schon auch gut vorstellen, dass das auch eine Möglichkeit bietet. Dann müssen nicht alle so das zeitlich so hinkriegen. Das wären schon guter Nutzen auch für Elterngespräche“ (L1b, Z120ff)

„Ich habe z.B. auch einen Patienten, der war eine ganze Zeit bei mir und dann haben sich aber Studium und äußere Bedingungen so verändert, dass er dann innerhalb von Deutschland unterwegs sein musste. Und diese Distanz lässt sich auch, da lässt sich auch das weiterführen. Man kommt sicherlich ein bisschen auf die Thematik drauf an, aber da ließ sich das unheimlich gut weiterführen. Dadurch.“ (L1b, Z132ff)

„Elterngespräche, wenn irgendwie doch was zeitlich nicht geht. Wenn Körperbehinderungen vielleicht sind, wenn räumliche Distanzen da sind, dann denke ich, oder wenn man irgendwie im Kontakt bleiben muss, weil z.B. ein Patient in Urlaub fährt, und das Gefühl hat Ich möchte aber, weil ich nicht im Urlaub bin, möchte aber ganz gerne irgendwie eine Stunde haben, weil das ist schwierig da und das würde ich gerne mit Ihnen angucken, das kann ja manchmal sogar ganz hilfreich sein. (L1b, Z292ff)

"wenn jemand länger erkrankt ist oder aus irgendwelchen anderen Hinderungsgründe nicht zur Therapie erscheinen könnte. Also sprich, gelernt haben wir, wenn Eltern z.B. nicht fahren könnten, das ein Kind trotzdem, wenn die Bedingungen dafür vorhanden sind, dann die über die Videosprechstunde machen könnte“ (L2a, Z29ff)

\*\* „Neue/Andere Intimität bzw. Beziehungsgestaltung durch Blick in die Wohnung im alltäglichen Kontext“ (L2b, Z48f)

„Der zweitgrößte Nutzen ist gewesen, die Eltern zu begleiten, in dieser schwierigen Krisensituation auch mit denen zu reflektieren, was liegt jetzt gerade an? Was ist jetzt das Wichtigste? Was ist jetzt das Naheliegenste? Wie kriegen wir jetzt gut Stabilität rein in den Alltag, um nicht Amok zu - in Führungsstrichen Amok - zulaufen, um dem Lagerkoller ein Stück weit zu verringern oder auszugleichen“ (L1b, Z83ff)

„für Jugendliche, die auch am Alltag sehr eingeschränkt sind, weil sie irgendwie mit Abi und mit der Schule sehr viel zu tun haben, finde ich es auch gut, um die Wege abzukürzen.“ (L1b, Z101ff)

### **Unterkategorie 2.5.2 digitaler Hausbesuch, tieferer Einblick/ Verständnis der Therapeutin**

„Digitaler Hausbesuch habe ich sozusagen durchgeführt, in dem ich dann zu den Kindern gesagt hab: Zeig mir mal dein Zimmer. Oder die Kinder haben dann z.B. erzählt ich hab mir jetzt mein neues Star Wars Raumschiff gebaut, dann hab ich gesagt, na dann hol das doch mal / zeig mir das mal. Solche Dinge. Also so kleine Einblicke in den Haushalt waren dadurch auch möglich. *I.*: Und sonst Hausbesuche führen / haben sie durchgeführt, führen sie durch? *B.*: Nein, führ ich nicht durch.“ (L4c, Z5ff)

„dass man nochmal einen ganz anderen Einblick in die Lebensverhältnisse von den Patienten bekommt, dass man auch nochmal einen persönlicheren Eindruck bekommt, auch mal ansprechen kann. Zeig mir doch mal dein Zimmer. Und wie sieht das denn aus? Und auf bestimmte Details, die auch im Zimmer sind, einfach nochmal eingehen kann. Also man hat nochmal einen ganz anderen Blick auf den Patienten, weil es einfach ein anderes Setting ist. [digitaler Hausbesuch]“ (L3, Z210 ff)

„Oder speziell jetzt bei der anderen Patientin, mit der ich das jetzt nur einmal gemacht hab. Essstörung Achtzehnjährige. Wo ich tatsächlich festgestellt habe, dass die künst-

lerisch eine Begabung hat und auch malt. [Aufdecken von Ressourcen] Das hatte sie mir noch nie erzählt. Und da stand halt was im Raum und ich hab gefragt: Was ist denn das, was ich da so hinten sehe? Und ja, das hab ich gemalt. Und dann konnte sie mir hier die Bilder zeigen. Also das war sehr spannend. Das hätte ich so wahrscheinlich nicht erfahren. Warum auch immer. Ich weiß nicht, warum es mir nicht erzählt hat, aus Scham vielleicht.“ (L3, Z221ff)

„Ich finde das sehr positiv, gerade auch unter dem Aspekt, man hat nochmal ein anderes Setting. Man lernt dem Patienten vielleicht auch eine andere Art und Weise kennen. Man kriegt ein bisschen was mit von seinem persönlichen Umfeld. Eine Schwester, die mal rein sprintet ins Zimmer oder ein Hund, den man sehen kann“ (L3, Z324ff)

„I.: Sie bewerten das jetzt auch eher positiv, wenn mal so eine unerwartete Störung reinkommen würde, die aber eine neue Information gibt? // Schwester, Hund. [...]  
B.: Ja. // Ja. Also das war eher spannend zu gucken, dass man einfach so Geräusche im Hintergrund hört, wo man so eine Idee bekommt, wie die Familie vielleicht miteinander spricht. Wie so die Kommunikation ist, wie die miteinander umgehen. Das ist ja hier schon sehr ausgewählter Raum, wo man bestimmte Sachen einfach gar nicht mitbekommt. Aber das ja. Also das war schon eher spannend.“ (L3, Z331ff)

\*\*„Ach so, vielleicht, das ist noch eine Chance. Also zumindest waren die Ideen schon da. Expositionen zu Hause dann machen zu können. Also solche Dinge wie bei Zwängen oder bei Angstsituationen und den Therapeuten darüber mitnehmen zu können, inwiefern es dann wirklich umsetzbar ist, ist nochmal eine andere Frage. Wir haben es nicht gemacht, aber“ (L1b, Z298ff)

„Aber diese Einblicke zu mindestens mehr aus der Intimsphäre, was eben auch im Vorfeld klar war, dass es für viele - also so habe ich es erlebt - auch für ältere Patienten, dass das ein guter Einstieg ist, dass die also auch was von sich selber Preis geben dürfen.“ (L2a, Z118ff)

\*\*„Neue/Andere Intimität bzw. Beziehungsgestaltung durch Blick in die Wohnung im alltäglichen Kontext“ (L2b, Z48f)

### **Unterkategorie 2.5.3 Kreativitäts- und Selbstwirksamkeitsförderung**

„Aber ansonsten haben auch andere gute Vorschläge gemacht. Also die Kinder sind ja auch kreativ geworden. Wir haben dann so Raum ich sehe was, was du nicht siehst gespielt.“ (L1b, Z9ff)

„Selbstwirksamkeitsförderung für Patientinnen, da diese aktive Akteure der VS werden - > bestimmen was wie gezeigt wird“ (L2b, Z50f)

### **Unterkategorie 2.5.4 erweiterte Expositionsmöglichkeiten**

\*\*„Ach so, vielleicht, das ist noch eine Chance. Also zumindest waren die Ideen schon da. Expositionen zu Hause dann machen zu können. Also solche Dinge wie bei Zwängen oder bei Angstsituationen und den Therapeuten darüber mitnehmen zu können, inwiefern es dann wirklich umsetzbar ist, ist nochmal eine andere Frage. Wir haben es nicht gemacht, aber“ (L1b, Z298ff)

### **Unterkategorie 2.5.5 Steigerung Öffnungsbereitschaft der Patientin**

z.B. sagte auch eine Patientin: Oh, ich kann jetzt gerade - Die war allerdings nicht elf - Jetzt gerade viel besser über diese eine problematische Sache sprechen, weil ich bin

hier zu Hause in meiner Base und in meinem sicheren Ort und das kann auch eine Chance sein.“ (L1b, Z303ff)

## Literaturverzeichnis

- Ahrens-Eipper, S., Leplow, B. & Nelius, K. (2010). Mutig werden mit Til Tiger: ein Trainingsprogramm für sozial unsichere Kinder (2.Aufl.). Göttingen: Hogrefe.
- Andersson, G., Waara, J., Jonsson, U., Malmaeus, F., Carlbring, P. & Ost, L. G. (2009). Internet-based self-help versus one-session exposure in the treatment of spider phobia: a randomized controlled trial. *Cognitive behaviour therapy* (38(2)), 114–120. doi:10.1080/16506070902931326.
- Andersson, G., Hesser, H., Veilord, A., Svedling, L., Andersson, F., Sleman, O., Mauritzson, L., Sarkohi, A., Claesson, E., Zetterqvist, V., Lamminen, M., Eriksson, T. & Carlbring, P. (2013, I). Randomised controlled non-inferiority trial with 3-year follow-up of internet-delivered versus face-to-face group cognitive behavioural therapy for depression. *Journal of affective disorders* (151(3)), 986–994. doi:10.1016/j.jad.2013.08.022.
- Andersson, G., Waara, J., Jonsson, U., Malmaeus, F., Carlbring, P. & Ost, L. G. (2013, II). Internet-based exposure treatment versus one-session exposure treatment of snake phobia: a randomized controlled trial. *Cognitive behaviour therapy* (42(4)), 284–291. doi:10.1080/16506073.2013.844202.
- 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. doi:10.1002/wps.20151.
- Andrews, G., Davies, M. & Titov, N. (2011). Effectiveness randomized controlled trial of face to face versus Internet cognitive behaviour therapy for social phobia. *The Australian and New Zealand journal of psychiatry* (45(4)), 337–340. doi:10.3109/00048674.2010.538840.
- Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) (Hrsg.), (2017). *Langfassung der interdisziplinären evidenz- und konsensbasierten (S3) Leitlinie „Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) im Kindes-, Jugend- und Erwachsenenalter“*, AWMF-Registernummer 028-045. Zugriff am 21. Mai 2021 unter <https://www.awmf.org/leitlinien/detail/II/028-045.html>

Aryle, M. & Dean, J. (1965). Eye-contact, distance and affiliation. *Sociometry* (28), 289-304. doi:10.2307/2786027.

Ball, J., Lohaus, A. & Lißmann, I. (2017). Entwicklungspsychologische Grundlagen. In F. Mattejat (Hrsg.), *Lehrbuch der Psychotherapie für die Ausbildung zur/zum Psychologischen Psychotherapeuten und für die ärztliche Weiterbildung:: Verhaltenstherapie mit Kindern, Jugendlichen und ihren Familien* (Bd. 4). S. 59-71. München: CIP-Medien.

Borg-Laufs, M. & Trautner, H. M. (2007). Entwicklungspsychologische Grundlagen der Kinder und Jugendlichenpsychotherapie. In M. Borg-Laufs (Hrsg.), *Lehrbuch der Verhaltenstherapie mit Kindern und Jugendlichen* (2. Aufl., Bd. 1). S. 77-120. Tübingen: dgvt-Verlag.

Beauchamp, T. L. & Childress, J. F. (2009). *Principles of Biomedical Ethics* (6. Aufl.). Oxford/New York: Oxford University Press.

Berger, T. (2015). *Internetbasierte Interventionen bei psychischen Störungen*. Göttingen: Hogrefe.

Bergström, J., Andersson, G., Ljótsson, B., Rück, C., Andréewitch, S., Karlsson, A., Carlbring, P., Andersson, E. & Lindefors, N. (2010). Internet-versus group-administered cognitive behaviour therapy for panic disorder in a psychiatric setting: a randomised trial. *BMC psychiatry* (10), 54. doi:10.1186/1471-244X-10-54.

Berk, L. E. (2011). *Entwicklungspsychologie* (5. Aufl.). Hallbergmos: Pearson.

Blom, K., Tarkian Tillgren, H., Wiklund, T., Danlycke, E., Forssén, M., Söderström, A., Johansson, R., Hesser, H., Jernelöv, S., Lindefors, N., Andersson, G. & Kaldo, V. (2015). Internet-vs. group-delivered cognitive behavior therapy for insomnia: A randomized controlled non-inferiority trial. *Behaviour research and therapy* (70), 47–55. doi:10.1016/j.brat.2015.05.002.

Bogner, A., Littig, B. & Menz, W. (2014). *Interviews mit Experten: Eine praxisorientierte Einführung*. Wiesbaden: Springer Fachmedien.

Bordin, E. S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice* (16(3)), 252–260.

- Botella, C., Gallego, M. J., Garcia-Palacios, A., Guillen, V., Baños, R. M., Quero, S. & Alcañiz, M. (2010). An Internet-based self-help treatment for fear of public speaking: a controlled trial. *Cyberpsychology, behavior and social networking* (13(4)), 407–421. doi:10.1089/cyber.2009.0224.
- Brunner, A. (2009). Theoretische Grundlagen der Online-Beratung. In S. Kühne & G. Hintenberger (Hrsg.), *Handbuch Online-Beratung*. S. 27-46. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Carlbring, P., Nilsson-Ihrfelt, E., Waara, J., Kollenstam, C., Buhrman, M., Kaldö, V., Söderberg, M., Ekselius, L. & Andersson, G. (2005). Treatment of panic disorder: live therapy vs. self-help via the Internet. *Behaviour research and therapy* (43(10)), 1321–1333. doi:10.1016/j.brat.2004.10.002.
- Carlbring, P., Andersson, G., Cuijpers, P., Riper, H. & Hedman-Lagerlöf, E. (2018). Internet-based vs. face-to-face cognitive behavior therapy for psychiatric and somatic disorders: an updated systematic review and meta-analysis. *Cognitive behaviour therapy* (47(1)), 1–18. doi:10.1080/16506073.2017.1401115.
- Caspar, F. & Jacobi, F. (2014). Psychotherapieforschung. In W. Hiller, E. Leibig, F. Leichenring & S.K.D. Sulz (Hrsg.)(2014), *Lehrbuch der Psychotherapie für die Ausbildung zur/zum Psychologischen Psychotherapeuten und für die ärztliche Weiterbildung: Wissenschaftliche Grundlagen der Psychotherapie* (Bd. 1). München: CIP-Medien.
- Clawson, B., Selden, M., Lacks, M., Deaton, A. V., Hall, B. & Bach, R. (2008). Complex pediatric feeding disorders: using teleconferencing technology to improve access to a treatment program. *Pediatric nursing* (34(3)), 213–216.
- Comer, J. S., Furr, J. M., Miguel, E. M., Cooper-Vince, C. E., Carpenter, A. L., Elkins, R. M., Kerns, C. E., Cornacchio, D., Chou, T., Coxé, S., DeSerisy, M., Sanchez, A. L., Golik, A., Martin, J., Myers, K. M. & Chase, R. (2017). Remotely delivering real-time parent training to the home: an initial randomized trial of Internet-delivered parent-child interaction therapy (I-PCIT). *Journal of consulting and clinical psychology* (85(9)), 909–917. doi:10.1037/ccp0000230.

- Crits-Christoph, P., Gibbons, M.B.C. & Mukherjee, D. (2013). Psychotherapy Process-Outcome Research. In M.J. Lambert (Hrsg), *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (6. Aufl.). New York: Wiley.
- Cuijpers, P., Donker, T., Johansson, R., Mohr, D. C., van Straten, A. & Andersson, G. (2011). Self-guided psychological treatment for depressive symptoms: a meta-analysis. *PLoS one* (6(6)): e21274. doi:10.1371/journal.pone.0021274.
- Dennis, A. & Valacich, J. (1999). Rethinking media richness: towards a theory of media synchronicity. In Institute of Electrical and Electronics Engineers (IEEE) (Hrsg.), *Proceedings of the 32nd Annual Hawaii International Conference on System Sciences, 1999 (1)*, S. 1017-1026. Washington, DC: IEEE Computer Society.
- Döpfner, M., Schürmann, S. & Fröhlich, J. (2019). Therapieprogramm für Kinder mit hyperkinetischem und oppositionellem Problemverhalten THOP (6. Aufl.). Weinheim: Beltz.
- Döpfner, M. (2020). Ferntherapie bei Kindern und Jugendlichen: eine Alternative nicht nur in Zeiten der Corona-Pandemie. *ADHS-Report* (62), 6-8.
- Döpfner, M. (2017). Prävention. In F. Mattejat (Hrsg.), *Das große Lehrbuch der Psychotherapie: Verhaltenstherapie mit Kindern, Jugendlichen und ihren Familien* (Bd. 4). S. 691-702. München: CIP-Medien.
- Döring, N. (2003). Sozialpsychologie des Internet. Göttingen: Hogrefe.
- Dresing, T. & Pehl, T. (2018). Praxisbuch Interview, Transkription & Analyse: Anleitungen und Regelsysteme für qualitativ Forschende (8. Aufl.). Marburg: Eigenverlag.
- Favrot, M., Frappaz, D., Saltel, P. & Cochat, P. (1992). Briser l'isolement. La visio-communication au service de la scolarisation de l'enfant malade [To break the isolation. Telecommunication to help the schooling of sick children]. *Bulletin du cancer* (79(9)), 855–863. PMID: 1486221
- Frank, J.D. (1973). Persuasion and healing (2. Aufl.). Baltimore: The John Hopkins University Press.



- Freeman, K. A., Duke, D. C. & Harris, M. A. (2013). Behavioral health care for adolescents with poorly controlled diabetes via Skype: does working alliance remain intact?. *Journal of diabetes science and technology*, (7(3)), 727–735. doi:10.1177/193229681300700318.
- Gemeinsamer Bundesausschuss (GBA) (2021). Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Durchführung der Psychotherapie (Psychotherapie-Richtlinie). Fassung vom 19. Februar 2009, veröffentlicht im Bundesanzeiger Nr. 58 (S. 1 - 399) vom 17. April 2009, in Kraft getreten am 18. April 2009. Zuletzt geändert am 20. November 2020, veröffentlicht im Bundesanzeiger (BAnz AT 17.02.2021 B1) in Kraft getreten am 18. Februar 2021.
- Ghaneirad, E., Groba, S., Bleich, S. & Szycik, G. R. (2021). Nutzung der ambulanten Psychotherapie über die Videosprechstunde: ein Drittel der Patienten wird nicht erreicht [Use of outpatient psychotherapy via video consultation]. *Psychotherapeut*, 1–6. Advance online publication. doi:10.1007/s00278-021-00497-3.
- Gilbody, S., Littlewood, E. & Hewitt, C. (2015). Computerised cognitive behavior therapy (cCBT) as treatment for depression in primary care (REEACT trial): large scale pragmatic randomized controlled trial. *BMJ* 2015;351:h5627. doi:10.1136/bmj.h5627.
- Gollings, E. K. & Paxton, S. J. (2006). Comparison of internet and face-to-face delivery of a group body image and disordered eating intervention for women: a pilot study. *Eating disorders* (14(1)), 1–15. doi:10.1080/10640260500403790.
- Grawe, K. (1998). *Psychologische Therapie*. Göttingen: Hogrefe.
- Groen, G. & Pertermann, F. (2015). *Therapie-Tools Depression im Kindes und Jugendalter*. Weinheim: Beltz.
- Hautzinger, M. & Fuhr, K. (2017). Kann die Online-Therapie die Psychotherapie sinnvoll ergänzen? *Pro. Nervenarzt* (89), 94–95. doi:10.1007/s00115-017-0379-y.
- Havighurst, R.J. (1972). *Developmental tasks and education* (3. Aufl.). New York: McKay.
- Härpfer, K. & Bschor, T. (2017). Internetbasierte Psychotherapieinterventionen: werden sich Patienten in Zukunft selbst therapieren? *Nervenheilkunde* (6), 459–466.

- Hedman, E., Andersson, G., Ljótsson, B., Andersson, E., Rück, C., Mörtberg, E. & Lindefors, N. (2011). Internet-based cognitive behavior therapy vs. cognitive behavioral group therapy for social anxiety disorder: a randomized controlled non-inferiority trial. *PloS one*, (6(3)), e18001. doi:10.1371/journal.pone.0018001.
- Hedman, E., Ljótsson, B. & Lindefors, N. (2012). Cognitive behavior therapy via the Internet: a systematic review of applications, clinical efficacy and cost-effectiveness. *Expert review of pharmacoeconomics & outcomes research*, (12(6)), 745–764. doi:10.1586/erp.12.67.
- Hillienhof, A. (2020). Psychotherapeuten wünschen sich mehr Flexibilität bei der Fernbehandlung. Deutsches Ärzteblatt. Zugriff am 24. Juni 2021 unter <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/114891/Psychotherapeuten-wuenschen-sich-mehr-Flexibilitaet-bei-der-Fernbehandlung>
- Hilty, D.M., Ferrer, D.C., Parish, M.B., Johnston, B. & Callahan, E.J. (2013). The Effectiveness of Telemental Health: a 2013 Review. *Telemedicine Journal and e-Health*, (19(6)), 444–454. doi:10.1089/tmj.2013.0075.
- Jasper, K., Weise, C., Conrad, I., Andersson, G., Hiller, W. & Kleinstäuber, M. (2014). Internet-based guided self-help versus group cognitive behavioral therapy for chronic tinnitus: a randomized controlled trial. *Psychotherapy and psychosomatics*, (83(4)), 234–246. doi:10.1159/000360705.
- Kaldo, V., Levin, S., Widarsson, J., Buhrman, M., Larsen, H. C. & Andersson, G. (2008). Internet versus group cognitive-behavioral treatment of distress associated with tinnitus: a randomized controlled trial. *Behavior therapy*, (39(4)), 348–359. doi: 10.1016/j.beth.2007.10.003.
- Kanfer, F.H. & Saslow, G. (1969). Behavioral diagnosis. In C.M. Franks (Hrsg.), *Behavior therapy: Appraisal and status*. New York: McGraw-Hill.
- Kanfer, F.H. & Saslow, G. (1976). Verhaltenstheoretische Diagnostik. In D. Schulte (Hrsg.), *Diagnostik in der Verhaltenstherapie*. S. 24–59. München: Urban & Schwarzenberg.
- Kiropoulos, L. A., Klein, B., Austin, D. W., Gilson, K., Pier, C., Mitchell, J. & Ciechomski, L. (2008). Is internet-based CBT for panic disorder and agoraphobia as effective

as face-to-face CBT?. *Journal of anxiety disorders* (22(8)), 1273–1284. doi: 10.1016/j.janxdis.2008.01.008.

Klein, J. P., Berger, T., Schroeder, J., Spaeth, C., Meyer, B., Caspar, F., Lutz, W., Arndt, A., Greiner, W., Gräfe, V., Hautzinger, M., Fuhr, K., Rose, M., Nolte, S., Löwe, B., Andersson, G., Vettorazzi, E., Moritz, E. & Hohagen, F. (2016). Effects of a Psychological Internet Intervention in the Treatment of Mild to Moderate Depressive Symptoms: Results of the EVIDENT Study: a Randomized Controlled Trial. *Psychotherapy and Psychosomatics* (85(4)), 218-228. doi:10.1159/000445355.

Krieger, W. (2007). Prüfungs- und Studienordnung (Satzung) des Fachbereichs Wirtschaft für den Master-Studiengang eHealth an der Fachhochschule Flensburg vom 31.08.2007. Zugriff am 24. Februar 2021 unter [https://hs-flensburg.de/satzung/c/spo\\_bwl\\_ma\\_ehealth\\_070831.pdf](https://hs-flensburg.de/satzung/c/spo_bwl_ma_ehealth_070831.pdf)

Kuckartz, U., Dresing, T., Rädiker, S. & Stefer, C. (2008). *Qualitative Evaluation: der Einstieg in die Praxis*. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.

Kuckartz, U. (2010). *Einführung in die computergestützte Analyse qualitativer Daten* (3. Aufl.). Wiesbaden: VS.

Lambert, M. J. (Hrsg.) (2013). *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (6. Aufl.). New York: Wiley.

Lamnek, S. (2005). *Qualitative Sozialforschung: Lehrbuch* (4. Aufl.). Basel: Beltz.

Lancee, J., van Straten, A., Morina, N., Kaldò, V. & Kamphuis, J. H. (2016). Guided Online or Face-to-Face Cognitive Behavioral Treatment for Insomnia: a Randomized Wait-List Controlled Trial. *Sleep* (39(1)), 183–191. doi:10.5665/sleep.5344.

Lappalainen, P., Granlund, A., Siltanen, S., Ahonen, S., Vitikainen, M., Tolvanen, A. & Lappalainen, R. (2014). ACT Internet-based vs face-to-face?: a randomized controlled trial of two ways to deliver Acceptance and Commitment Therapy for depressive symptoms: an 18-month follow-up. *Behaviour research and therapy* (61), 43–54. doi: 10.1016/j.brat.2014.07.006.

Letzel, S., Schmitz-Spanke, S., Lang, J. & Nowak, D. (2020). *Telemedizin: E-Health in der Arbeitsmedizin*. Landsberg am Lech: ecomed Medizin.

- Mayring, P. (2002). Einführung in die qualitative Sozialforschung. München: Beltz.
- Mayring, P. (2010). Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken. Weinheim: Beltz.
- McDuffie, A., Banasik, A., Bullard, L., Nelson, S., Feigles, R. T., Hagerman, R. & Abbeduto, L. (2018). Distance delivery of a spoken language intervention for school-aged and adolescent boys with fragile X syndrome. *Developmental neurorehabilitation* (21(1)), 48–63. doi:10.1080/17518423.2017.1369189.
- Muir, N. (2016). Computer für Senioren für Dummies. Weinheim: Wiley-VCH.
- Myers, K. M., Valentine, J. M. & Melzer, S. M. (2008). Child and adolescent telepsychiatry: utilization and satisfaction. *Telemedicine journal and e-health: the official journal of the American Telemedicine Association* (14(2)), 131–137. doi:10.1089/tmj.2007.0035.
- Noack, R. & Weidner, K. (2017). Kann die Online-Therapie die Psychotherapie sinnvoll ergänzen? Kontra. *Nervenarzt* (89), 96–98. doi:10.1007/s00115-017-0380-5.
- Orlinsky, D.E. & Howard, K.I. (1986). Process and outcome in psychotherapy. In A.E. Bergin & S.L. Garfield (Hrsg.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (3. Aufl.). New York: Wiley.
- Orlinsky, D.E., Ronnestad, M.H. & Willutzki, U. (2004). Fifty years of psychotherapy process-outcome research: continuity and change. In M.J. Lambert (Hrsg.), *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (5. Aufl.). New York: Wiley.
- Paxton, S. J., McLean, S. A., Gollings, E. K., Faulkner, C. & Wertheim, E. H. (2007). Comparison of face-to-face and internet interventions for body image and eating problems in adult women: an RCT. *The International journal of eating disorders*, (40(8)), 692–704. doi:[10.1002/eat.20446](https://doi.org/10.1002/eat.20446).
- Penska, K., Michael, R., Messer, S. C., Smith, R., Black, N. B. & Cozza, S. (2012). Therapeutic alliance building during the child psychiatric intake: does VTC make a difference?. *Military medicine*, (177(5)), 541–545. doi:10.7205/milmed-d-11-00257.

- Pfammatter, M. & Tschacher, W. (2012). Wirkfaktoren der Psychotherapie: eine Übersicht und Standortbestimmung. *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie*, (1), 67-76. doi:10.1024/1661-4747/a000099.
- Pfammatter, M. & Tschacher, W. (2016). Klassen allgemeiner Wirkfaktoren der Psychotherapie und ihr Zusammenhang mit Therapietechniken. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, (45(1)), 1-13. doi:10.1026/1616-3443/a000331.
- Pfammatter, M., Junghan, U.M. & Tschacher, W. (2012). Allgemeine Wirkfaktoren der Psychotherapie: Konzepte, Widersprüche und eine Synthese. *Psychotherapie in Psychiatrie, Psychotherapeutischer Medizin und Klinischer Psychologie*, (17(1)), 17-31.
- Pfammatter, M. (2016). Wirkfaktoren der Psychotherapie [PowerPoint Folien]. Zugriff am 23.06.2021 unter [http://www.exp.unibe.ch/research/seminarthemen/Vorlesung\\_Pfammatter\\_Wirkfaktoren\\_31\\_3\\_14.pdf](http://www.exp.unibe.ch/research/seminarthemen/Vorlesung_Pfammatter_Wirkfaktoren_31_3_14.pdf).
- Pfeiffer, K., Beische, D., Hautzinger, M., Berry, J.W., Wengert, J., Hoffrichter, R., Becker, C., van Schayck, R. & Elliott, T.R. (2014). Telephone-based problem-solving intervention for family caregivers of stroke survivors: a randomized controlled trial. *J Consult Clin Psychol*, (82(4)), 628-43. doi:10.1037/a0036987.
- Reichwald, R., Möslein, K., Sachenbacher, H. & Englberger, H. (1998). Telekooperation, Verteilte Arbeits- und Organisationsformen. Heidelberg: Springer.
- Pleil, I. (2019, 6. November). Dresdner Professor warnt vor Gesetzesänderung für Psychotherapeuten. *Dresdner Neuste Nachrichten*. Zugriff am 23. Juni 2021 unter <https://www.dnn.de/Dresden/Lokales/Dresdner-Professor-warnt-vor-Gesetzesänderung-fuer-Psychotherapeuten-Versorgungsluecken-drohen>
- Schover, L. R., Canada, A. L., Yuan, Y., Sui, D., Neese, L., Jenkins, R. & Rhodes, M. M. (2012). A randomized trial of internet-based versus traditional sexual counseling for couples after localized prostate cancer treatment. *Cancer*, (118(2)), 500–509. doi:10.1002/cncr.26308.
- Schuster, R., Berger, T. & Laireiter, A.-R. (2017). Computer und Psychotherapie: geht das zusammen? *Psychotherapeut*, (63(4)), 271–282. doi:10.1007/s00278-017-0214-8.

- Spek, V., Cuijpers, P., Nyklíček, I., Riper, H., Keyzer, J. & Pop, V. (2007). Internet-based cognitive behaviour therapy for symptoms of depression and anxiety: a meta-analysis. *Psychological medicine*, (37(3)), 319–328. doi:10.1017/S0033291706008944.
- Spek, V., Nyklíček, I., Smits, N., Cuijpers, P., Riper, H., Keyzer, J. & Pop, V. (2007). Internet-based cognitive behavioural therapy for subthreshold depression in people over 50 years old: a randomized controlled clinical trial. *Psychological medicine*, (37(12)), 1797–1806. doi:10.1017/S0033291707000542.
- Stein, J. & Knaevelsrud, C. (2019). Digitale Medien in der Behandlung traumatisierter Geflüchteter. In T. Maier, N. Morina, M. Schick & U. Schnyder (Hrsg.), *Trauma - Flucht - Asyl. Ein interdisziplinäres Handbuch für Beratung, Betreuung und Behandlung*. S. 463-480. Bern: Hogrefe.
- Suler, J. (2004). The online disinhibition effect. *Cyberpsychology & Behavior*, (7(3)), 321-326. doi: 10.1089/1094931041291295.
- Tenzer, F. (2021). Anteil der Smartphone-Nutzer in Deutschland nach Altersgruppe 2020. Zugriff am 10. Juni 21 unter <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/459963/umfrage/anteil-der-smartphone-nutzer-in-deutschland-nach-altersgruppe/#statisticContainer>
- Vallejo, M. A., Ortega, J., Rivera, J., Comeche, M. I. & Vallejo-Slocker, L. (2015). Internet versus face-to-face group cognitive-behavioral therapy for fibromyalgia: a randomized control trial. *Journal of psychiatric research*, (68), 106–113. doi:10.1016/j.jpsychires.2015.06.006.
- Wagner, B., Horn, A. B. & Maercker, A. (2014). Internet-based versus face-to-face cognitive-behavioral intervention for depression: a randomized controlled non-inferiority trial. *Journal of affective disorders* (152-154), 113–121. doi:10.1016/j.jad.2013.06.032.
- Walther, J.B. (1992). Interpersonal effects in computer-mediated interaction: a relational perspective. *Communication Research*, (19(1)), 52-90. doi:10.1177/009365092019001003.

## Rechtsquellenverzeichnis

KBV & GKV-Spitzenverband (Kassenärztliche Bundesvereinigung, Spitzenverband Bund der Krankenkassen) (2021). Anlage 31b zum Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä): Vereinbarung über die Anforderungen an die technischen Verfahren zur Videosprechstunde gemäß § 365 Absatz 1 SGB V vom 21. Oktober 2016 in der Fassung vom 25. Februar 2021.

(Muster-)Berufsordnung für die in Deutschland tätigen Ärztinnen und Ärzte – MBO-Ä 1997 –) in der Fassung der Beschlüsse des 121. Deutschen Ärztetages 2018 in Erfurt geändert durch Beschluss des Vorstandes der Bundesärztekammer am 14.12.2018. Veröffentlicht in Deutsches Ärzteblatt am 1. Februar 2019.  
doi:10.3238/arztebl.2019.mbo\_daet2018b.

Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V) (2021). Gesetzliche Krankenversicherung: Artikel 1 des Gesetzes v. 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477. Zugriff am 11. März 2021 unter [https://www.gesetze-im-internet.de/sgb\\_5/index.html#BJN-R024820988BJNE045103124](https://www.gesetze-im-internet.de/sgb_5/index.html#BJN-R024820988BJNE045103124)

## **Erklärung zur selbständigen Anfertigung**

Hiermit erkläre ich, dass ich die vorliegende Masterarbeit selbstständig und nur unter Verwendung der angegebenen Literatur und Hilfsmittel angefertigt habe.

Stellen, die wörtlich oder sinngemäß aus Quellen entnommen wurden, sind als solche kenntlich gemacht.

Diese Arbeit wurde in gleicher oder ähnlicher Form noch keiner anderen Prüfungsbehörde vorgelegt.

Dresden, den 24. Juni 2021

---

Markus Schumann