

Internetbasierte Psychotherapien: Besonderheiten und empirische Evidenz

Internet-Based Psychotherapies: Characteristics and Empirical Evidence



Thomas Berger, Gerhard Andersson

Lernziele

Leser unseres Beitrages sollen verschiedene Anwendungen und Formen internetbasierter Interventionsansätze unterscheiden, Vorteile, Risiken und Herausforderungen benennen und die aktuelle empirische Evidenz für internetbasierte Psychotherapien insbesondere bei Angststörungen und Depressionen einschätzen können. Nach Durcharbeiten des Artikels ist das Konzept von „minimal contact“- bzw. „guided self-help“-Therapien, auf die schwerpunktmäßig eingegangen wird, bekannt. Welche Bedeutung dem therapeutischen Kontakt und der therapeutischen Beziehung in internetbasierten Therapien zukommt, soll fundiert diskutiert werden können.

1 Formen internetbasierter Interventionsansätze

Das Internet hat sich längst als Alltagsmedium etabliert. Stärker als andere Medien eröffnet es die Möglichkeit, auf persönliche Interessen und Probleme zugeschnittene Informationen zu finden und sich mit Menschen und Gruppen auszutauschen, die hilfreich zur Seite stehen. Es erstaunt deshalb nicht, dass sich ein substantieller Anteil aller Internetaktivitäten auf gesundheitsbezogene Anwendungsbereiche, insbesondere die Beschäftigung mit psychologischen Themen und psychischen Problemen, bezieht [1]. Von professioneller Seite wird heute ein breites Spektrum an internetbasierten Ansätzen bei psychischen Problemen und Erkrankungen angeboten, die im Folgenden bezüglich verschiedener Kriterien unterschieden werden.

1.1 Unterscheidung bezüglich Bedeutung und Ausmaß therapeutischer Kontakte

Das Internet kann grundsätzlich zu Kommunikationszwecken (E-Mail, Chat) und zur Präsentation von Inhalten bzw. zur Informationsvermittlung (Webseiten) verwendet werden. Je nach Nutzung dieser beiden Aspekte kommt dem the-

rapeutischen Kontakt in internetbasierten Therapien eine unterschiedliche Bedeutung zu. Heute existieren reine Kommunikationsanwendungen, die weitgehend mit traditionellen Beratungen und Therapien vergleichbar sind, in denen aber der Kontakt zwischen Hilfesuchenden und Professionellen nicht von Angesicht zu Angesicht, sondern über die Kommunikationsdienste des Internets erfolgt. Zu diesen Diensten gehören sowohl asynchrone Kommunikationsmittel wie E-Mail, in denen der Austausch von Nachrichten zeitversetzt erfolgt, als auch synchrone bzw. zeitgleiche Möglichkeiten der computervermittelten Kommunikation wie Text-, Audio- oder Videochats.

Ausschließlich als Informationsvermittlungs- und Lernmedium wird das Internet in webbasierten Selbsthilfeprogrammen genutzt, die ohne Kontakt der Nutzer zu Klinikern auskommen. Entsprechende Anwendungen können multimedial aufbereitet sein, d. h. Texte, Audio- und / oder Videodateien beinhalten und mehr oder weniger interaktiv sein, d. h. sich im Programmablauf durch Anwendereingriffe mehr oder weniger beeinflussen lassen. In vielen, insbesondere in den meisten empirisch untersuchten internetbasierten Therapieangeboten, werden die Möglichkeiten des Internets als Kommunikations- und Informationsvermittlungsmedium kombiniert. Dabei handelt es sich um sog. „minimal-contact“- [2] oder „guided self-help“-Therapien [3], in welchen die Bearbeitung webbasierter Selbsthilfeprogramme durch regelmäßige Kontakte mit Therapeuten (z. B. via E-Mail) unterstützt wird. Zu den Aufgaben der Therapeuten gehört hier in der Regel das Schreiben regelmäßiger wöchentlicher Feedbacks und motivierender Nachrichten bezüglich des von den Klienten bearbeiteten Selbsthilfematerials, das Beantworten von Fragen sowie strukturgebende Interventionen (z. B. das Freischalten bestimmter Selbsthilfemodule nach Ablauf einer gewissen Zeit). In „minimal-contact“-Ansätzen kann der Zeitaufwand der Therapeuten je nach Angebot im Vergleich zu Face-to-Face-Therapien um das 4–5-Fache [4] bis fast gar

Bibliografie

DOI 10.1055/s-0028-1090162
Psychother Psych Med 2009;
59: 159–170 © Georg Thieme
Verlag KG Stuttgart · New York ·
ISSN 0302-4350

Korrespondenzadresse

Dr. phil. Thomas Berger
Universität Bern, Abteilung
Klinische Psychologie und
Psychotherapie
Gesellschaftsstraße 49
3012 Bern, Schweiz
thomas.berger@ptp.unibe.ch

Internet als	Beratungs- und Therapieangebote	Ausmaß therapeutischer Kontakte
Kommunikationsmedium	Therapien via E-Mail, Text-, Audio- oder Videochat	vergleichbar mit Face-to-Face-Ansätzen
Informationsvermittlungsmedium	Internetbasierte Selbsthilfeprogramme	kein persönlicher Kontakt
Kommunikations- und Informationsvermittlungsmedium	Therapeutenunterstützte Selbsthilfe („Guided Self-Help“; „Minimal Contact“)	im Vergleich zu Face-to-Face-Ansätzen reduzierter Kontakt

Tab. 1 Nutzungsmöglichkeiten des Internets, damit verbundene Beratungs- und Therapieangebote und Ausmaß des therapeutischen Kontaktes.

nicht reduziert werden [5]. „Minimal contact“ bedeutet nicht, dass auch Klienten weniger Zeit investieren als in vergleichbaren Face-to-Face-Ansätzen. Das Bearbeiten des Selbsthilfematerials, die Durchführung und Wiederholung von Übungen und das Lesen und Schreiben von E-Mails kann sehr intensiv sein und viel Zeit in Anspruch nehmen (► **Tab. 1**).

Hinweis: Eine Demonstration eines „minimal-contact“-Therapieprogramms findet sich online unter <http://www.thieme-connect.de/ejournals/html/ppmp/doi/10.1055/s-0028-1090162>).

1.2 Unterscheidung nach Phasen der psychosozialen Versorgung

Auch wenn sich unser Beitrag auf internetbasierte Therapieansätze konzentriert, soll darauf verwiesen werden, dass das Internet auch neue Möglichkeiten im Bereich der Prävention, Nachsorge und Rückfallprävention psychischer Erkrankungen eröffnet. Die große Reichweite und Verbreitung des Internets erlaubt das Ansprechen großer Populationen für Präventions- und Gesundheitsförderungsprogramme und erleichtert die Nachbetreuung von Patienten beispielsweise im Übergang von stationärer Therapie zum poststationären Alltag bzw. zu einer ambulanten Anschlussbehandlung [6–8]. Entsprechende Präventions- und Nachsorgeprogramme wurden im deutschen Sprachraum v.a. von der Arbeitsgruppe Kordy (Forschungsstelle für Psychotherapie, Heidelberg) realisiert und evaluiert. Sowohl im Projekt „Es[s]prit“, einem internetbasierten Präventions- und frühen Interventionsprogramm bei Essstörungen, als auch in den Projekten „Chat-“ und „E-Mail-Brücke“, 2 Online-Nachsorgeprogrammen für Patienten, die nach der Entlassung aus einer stationären Therapie eine Online-Nachbetreuung wünschen, wird deutlich, dass neben der unterstützenden und stabilisierenden Funktion entsprechender Angebote (via E-Mail, Einzelchat, Chatgruppen), dem Onlinescreening und -monitoring eine wichtige Bedeutung zukommt (für einen Überblick s. [8]). So können im Präventionsprojekt „Es[s]prit“ viele essstörungsgefährdete Studierende dank internetbasierten Screening- und Monitoringfunktionen über längere Zeit überwacht und wenn nötig frühzeitig und individualisiert intensiveren Betreuungsangeboten zugewiesen werden. Auch die internetbasierten Angebote im Anschluss an eine stationäre Therapie erlauben eine kontinuierliche Überwachung des Gesundheitszustandes bzw. -verlaufs der Patienten und gegebenenfalls das rechtzeitige Ergreifen geeigneter therapeutischer Maßnahmen.

1.3 Unterscheidung nach der Art der Verbindung mit Face-to-Face-Ansätzen

Wo und wann internetbasierte Ansätze im Prozess der psychosozialen Versorgung realisiert werden, bestimmt mit, wie entsprechende Angebote mit traditionellen Face-to-Face-Ansätzen verknüpft werden. Nachsorgeprogramme folgen vorherigen Face-to-Face-Interventionen, während Online-Präventionsprogramme in Face-to-Face-Therapien übergehen können. Bei internetbasierten Therapieansätzen bestehen unterschiedliche Möglichkeiten und Vorstellungen, welche Rolle sie in Bezug auf existierende Angebote spielen können. Möglich ist eine Integration internetbasierter Teile in Face-to-Face-Interventionen, beispielsweise wenn Patienten während eines stationären Aufenthaltes oder einer ambulanten Therapie internetbasierte Selbsthilfemodule bearbeiten oder wenn therapeutische Kontakte zum Teil via E-Mail stattfinden. Umgekehrt kann eine hauptsächlich internetbasierte Behandlung mit wenigen Face-to-Face-Interventionen ergänzt werden, realisiert zum Beispiel in einem schwedischen „minimal-contact“-Programm zur Behandlung sozialer Angststörungen, welches mit 2 Gruppenexpositionssitzungen ergänzt wurde [9]. Schließlich können internetbasierte Ansätze vollständig anstelle von traditionellen Therapien durchgeführt werden. Hier besteht in der Literatur weitgehend Einigkeit darüber, dass Online-Therapien traditionelle Face-to-Face-Ansätze nicht ersetzen, sondern Patienten ansprechen, die aus verschiedenen Gründen therapeutisch unterversorgt sind (z.B. aufgrund des Wohnortes; einer geringen Zahl von Therapieplätzen; bei seltenen Störungen, für die wenig angemessene Angebote existieren), deren Mobilität eingeschränkt ist, oder bei denen die Hemmschwelle zu groß ist, Therapeuten in der Realität

Mögliche Ergänzungsverhältnisse zwischen internetbasierten und Face-to-Face-Interventionen:

- Integration internetbasierter Teile (Selbsthilfemodule; E-Mail-Kontakte) in hauptsächlich Face-to-Face durchgeführte Therapien.
- Integration von Face-to-Face-Elementen (z. B. In-vivo-Expositionen) in hauptsächlich internetbasierte Behandlungen.
- Internetbasierte Interventionen als erste Stufe in Stepped Care Ansätzen.
- Ausschließlich via Internet durchgeführte Therapien für Patienten, die aus verschiedenen Gründen therapeutisch unterversorgt sind oder keine Face-to-Face-Therapie aufsuchen wollen oder können.



Besonderheiten internetbasierter Therapien	mögliche Vorteile	mögliche Nachteile
große Reichweite, Verbreitung und flexible Verfügbarkeit des Internets; Behandlung aus Distanz	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Erreichen von Patienten, die aus verschiedenen Gründen unterversorgt sind (z. B. aufgrund örtlicher Gegebenheiten, mangelnder Therapieplätze, wenig Angeboten für seltene Störungen) ▶ Erreichen von Menschen, die in ihrer Mobilität eingeschränkt sind ▶ Nutzung unabhängig von Zeit und Ort (Klienten können Material zu einem für sie günstigen Lernzeitpunkt und Lerntempo bearbeiten) ▶ konstante Qualität von Selbsthilfeprogrammen, die leicht kopiert bzw. verbreitet werden können 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Internetzugang und Computerfertigkeiten als Voraussetzung ▶ einfache Verarbeitbarkeit führt zu vielen unkontrollierten Angeboten mit teils zweifelhafter Professionalität ▶ angemessene Reaktionen in Krisensituationen (z. B. Suizidalität) nur eingeschränkt möglich ▶ Vertraulichkeit der Informationsübermittlung bzw. Datensicherheit und Datenschutz können gefährdet sein
Anonymität der Teilnehmer; Abwesenheit des physischen Kontaktes	<ul style="list-style-type: none"> ▶ senkt Hemmschwelle Hilfe aufzusuchen (ermöglicht frühzeitige Interventionen) ▶ Anonymität führt zu größerer Offenheit und Aufrichtigkeit (Enthemmungseffekt: Klienten kommen schnell auf den Punkt [13]) ▶ soziale Barrieren (aufgrund persönlicher, äußerlicher Merkmale) entfallen weitgehend 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Missbrauch, z. B. Annahme einer falschen Identität ▶ sinnreduzierter Austausch (Fehlen nonverbaler Signale) schränkt die Möglichkeiten neuer zwischenmenschlicher Erfahrungen ein und erhöht die Wahrscheinlichkeit von Missverständnissen, die schwierig zu erkennen und zu korrigieren sind ▶ leichter möglich, wichtige Aspekte (z. B. Alkoholmissbrauch) zu verheimlichen
„Schreiben statt Reden“, in oft zeitverzögerter, asynchroner Kommunikation (z. B. E-Mail)	<ul style="list-style-type: none"> ▶ kein Druck sofort auf Fragen reagieren zu müssen; Möglichkeit über Geschriebenes zu reflektieren ▶ aktive Teilnahme der Patienten am therapeutischen Prozess notwendig (z. B. Emotionen müssen in Worte gefasst werden) ▶ Patienten bestimmen selbst, über was, wann gesprochen wird (erhöhte Selbstbestimmung bezüglich Tempo und Inhalt) ▶ Materialien können wiederholt gesichtet und zu verschiedenen Zeitpunkten erneut gelesen und bearbeitet werden 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ unmittelbare Reaktion bzw. unmittelbarer gegenseitiger Austausch nicht möglich ▶ Mehrdeutigkeit der geschriebenen Sprache ▶ Schreiben ist aufwendiger, dauert länger als reden ▶ Patienten können leichter schwierige Themen vermeiden

aufzusuchen [10]. Ein weiteres, häufig zitiertes Modell ist die mögliche Integration internetbasierter Ansätze im Rahmen von Stepped-Care-Ansätzen. In Stepped-Care-Modellen werden in einem ersten Schritt relativ billige, wenig ressourcenintensive Interventionen wie internetbasierte Ansätze realisiert, auf die eine intensivere und teurere Betreuung folgt, wenn die anfängliche Intervention nicht ausreicht [11].

Exkurs: Sind ausschließlich via Internet durchgeführte Therapien in Deutschland aus rechtlicher Sicht erlaubt?

▼
 Ärztliche und psychologische Psychotherapeuten unterliegen in Deutschland standesrechtlichen Berufsordnungen. In beiden Fällen ist die ausschließliche Fernbehandlung verboten bzw. beide Berufsordnungen unterstreichen die Pflicht zum persönlichen Kontakt. Vollständig via Internet durchgeführte Therapien sind in Deutschland also im Grundsatz verboten. Ausnahmen können Modell- bzw. Forschungsprojekte bilden. Von internetbasierten Behandlungs- bzw. Therapieangeboten abzugrenzen sind internetbasierte *Beratungsangebote*, die keinen spezialgesetzlichen Regelungen unterliegen. Mit rechtlichen Fragen beschäftigt sich vertieft Almer [12].

2 Besonderheiten, Vor- und Nachteile internetbasierter Ansätze

▼
 Internetbasierte Therapien weisen Besonderheiten auf, die sie von Face-to-Face-Ansätzen unterscheiden. Hierzu gehören die große Reichweite, leichte und flexible Verfügbarkeit des Internets, die Tatsache, dass die Behandlung aus Distanz erfolgt, kein physischer bzw. direkter visueller / auditiver Kontakt zwischen Patienten und Therapeuten vorhanden ist, meist geschrieben statt gesprochen wird, der Kontakt anonymer abläuft und der Austausch oft zeitverzögert stattfindet. Diese Besonderheiten können gleichzeitig verschiedene Vor- und Nachteile bedeuten, die in **Tab. 2** dargestellt werden. In **Tab. 2** nicht erwähnt sind Chancen, die sich aus neueren Entwicklungen des Internets ergeben. Unter Internetnutzern besonders beliebt wurden in den letzten Jahren Internetportale, die eine aktive Mitgestaltung der Inhalte und die Vernetzung der Nutzer in virtuellen sozialen Netzwerken ermöglichen (z. B.: Wikipedia, Facebook). Die traditionelle Trennung zwischen Produzenten und Konsumenten von Webinhalten ist in entsprechenden Anwendungen weitgehend aufgehoben. Auch in internetbasierten Therapien werden vermehrt Elemente eingebaut, in denen Patienten untereinander vernetzt werden und teils Inhalte der Informationsseiten und Selbsthilfeprogram-

Tab. 2 Besonderheiten und damit verbundene Vor- und Nachteile internetbasierter Therapien.



me verändern und mitgestalten können [10]. Mögliche positive Effekte dieser partizipativen Elemente sind aus Gruppentherapien bekannt: Die Betroffenen können sich gegenseitig unterstützen, fühlen sich nicht allein und Aussagen von anderen Patienten sind gegebenenfalls glaubwürdiger und motivierender als die Äußerungen von Therapeuten.

3 Wirksamkeit internetbasierter Therapien



Obwohl internetbasierte Therapieangebote erst seit etwa 10 Jahren entwickelt und erforscht werden, existieren schon heute um die 100 Wirksamkeitsstudien zu verschiedensten psychischen und verhaltensmedizinischen Problemen und Störungen, deren Ergebnisse bereits in mehreren systematischen Übersichtsarbeiten und Metaanalysen zusammengefasst sind [14–16]. Evaluieren wurden in der Regel „minimal-contact“-Interventionen, die als Hauptkomponente der Behandlung die Bearbeitung von internetbasierten Selbsthilfemodulen beinhalten (s. 1.1). Praktisch ausnahmslos folgen die getesteten Programme kognitiv-verhaltenstherapeutischen Ansätzen und in der Mehrzahl der Fälle wurde die Wirksamkeit in randomisiert kontrollierten Studien evaluiert, in denen die Patienten zufällig einer Internet- bzw. Kontrollbedingung zugeordnet wurden. Die Kontrollbedingung bestand dabei meist aus einer Wartekontrollgruppe. Direkte Vergleiche internetbasierter Therapien mit anderen Therapiebedingungen (z. B. Face-to-Face-Psychotherapien) liegen erst wenige vor. Erwähnenswert ist, dass die meisten Publikationen nicht etwa wie in anderen Bereichen der klinischen Psychologie, Psychiatrie und Psychotherapieforschung aus den USA, sondern von Forschergruppen aus Schweden, Australien, den Niederlanden, Deutschland, Großbritannien und der Schweiz stammen. Im Folgenden wird speziell auf die Wirksamkeit internetbasierter Behandlungen bei Angststörungen und Depressionen eingegangen, da hierzu besonders viele Forschungsergebnisse vorliegen.

Merkmale der vorliegenden Wirksamkeitsstudien zu internetbasierten Behandlungen

- Evaluieren wurden vor allem „minimal-contact“-Interventionen.
- Die getesteten Programme folgen praktisch ausnahmslos dem kognitiv-verhaltenstherapeutischen Therapieansatz.
- In den randomisiert kontrollierten Studien wurden die internetbasierten Behandlungen in der Regel mit Wartekontrollgruppen und noch nicht mit anderen Therapieformen (Face-to-Face-Psychotherapie, medikamentöse Therapie) verglichen.

3.1 Angststörungen

Am häufigsten wurden internetbasierte Therapien bisher bei verschiedenen Angststörungen eingesetzt und erforscht. Sehr konsistent konnten dabei große Behandlungseffekte gefunden werden, die mit der Wirkung evidenzbasierter Face-to-Face-Therapien vergleichbar sind [14, 15]. Bei den meisten der untersuchten Programme handelt es sich um „minimal-contact“-Therapien, wobei das Ausmaß und die Form der therapeutischen Unterstützung variiert. Entwickelt und evaluiert wurden vor allem Protokolle zur Behandlung der posttraumatischen Belastungsstörung, der Panikstörung und der sozialen Angststörung, auf die im Folgenden eingegangen wird.

Zu den bekanntesten internetbasierten Interventionen gehört das in den Niederlanden entwickelte Projekt „Interapy“ zur Behandlung von posttraumatischen Belastungsstörungen (PTSB; [5]). Die wichtigste Komponente dieser Behandlung ist die Selbstkonfrontation mit und die Umstrukturierung von traumatischen Erlebnissen im Rahmen von Online durchgeführten strukturierten Schreibaufgaben, zu welchen die Patienten von Therapeuten via Internet Anleitung und Rückmeldung erhalten. Die hohen Behandlungseffekte (Cohen's $d > 0,8$), die in randomisierten Studien im Vergleich zu Wartekontrollgruppen in den Niederlanden gefunden wurden [17], konnten auch in einer im deutschen Sprachraum durchgeführten Studie repliziert werden [18]. Evaluationsstudien von 2 weiteren Forschergruppen zu internetbasierten, kognitiv-behavioralen Ansätzen bei der PTSB bestätigen die vielversprechenden Ergebnisse bei dieser Störung [19, 20]. Auch im Bereich internetbasierter „minimal-contact“-Therapien für Panikstörungen konnten verschiedene unabhängige Forschergruppen hohe Behandlungseffekte im Vergleich zu Wartekontrollgruppen finden (Cohen's $d > 0,8$; z. B. [21, 22]). Bei Panikstörungen liegen 2 Studien vor, in denen internetbasierte Therapien direkt mit Face-to-Face-Therapien verglichen wurden. Carlbring et al. [23] fanden keinen Wirksamkeitsunterschied zu einer kognitiv-behavioralen Face-to-Face-Behandlung. Kiroopoulos et al. [24] wiederum legten kürzlich den Vergleich zwischen einer internetbasierten „minimal-contact“-Bedingung und einer kognitiv-behavioralen, „best practice“ Face-to-Face-Therapie explizit auf die Testung der Äquivalenz der beiden Behandlungen an, die dann auch bestätigt wurde. Die Autoren fanden in beiden Gruppen, dass etwa ein Drittel der Patienten am Ende der Behandlung panikfrei waren bzw. das relativ strenge Kriterium voller Funktionsfähigkeit („high end-state functioning“) erfüllten.

Zu den gut evaluierten internetbasierten Behandlungsansätzen gehören auch Programme im Bereich sozialer Angststörungen. Hier existieren mindestens 8 randomisiert kontrollierte Studien



von 3 unabhängigen Forschergruppen aus Schweden, Australien und der Schweiz, in denen eine internetbasierte „minimal-contact“-Bedingung mit einer Wartekontrollgruppe verglichen wurde (z.B. [25–27]). In allen Studien konnte eine signifikante Überlegenheit der Onlinebedingung im Vergleich zur Kontrollgruppe gezeigt werden. Sowohl die hohen Effekte der Onlineintervention, als auch der Anteil derjenigen Patienten, die nach der Behandlung „geheilt“ („recovered“) waren, d.h. sich signifikant verändert haben und nach der Intervention bezüglich Angstsymptomen im Bereich der Normalbevölkerung liegen [28], sind vergleichbar mit berichteten Veränderungen in evidenzbasierten Face-to-Face-Therapien. Dieses Ergebnis kann erstaunen, da internetbasierte Ansätze bei sozialen Angststörungen das Vermeiden sozialer Kontakte noch verstärken könnten. Wichtig ist in diesem Zusammenhang, dass alle evaluierten Protokolle nach einer Lernphase vor dem Computer (z.B. Verstehen des Therapierationales und Störungsmodells) auch das Planen und Durchführen von In-vivo-Expositionen beinhalten. In den schwedischen Studien machte es dabei bezüglich der Wirksamkeit keinen Unterschied, ob die Expositionen vollständig via Internet geplant und selbstständig durchgeführt wurden, oder ob die internetbasierte Behandlung mit 2 Face-to-Face-Gruppenexpositionssitzungen ergänzt wurde [9]. Insgesamt erfüllen internetbasierte Therapien bei den 3 erwähnten Angststörungen schon heute die von Chambless und Hollon [29] formulierten Kriterien evidenzbasierter Therapien, nämlich den Wirksamkeitsnachweis in mindestens 2 randomisiert kontrollierten Studien von unabhängigen Forschergruppen. Verschiedene Resultate von Follow-up-Erhebungen bestätigen im weiteren die Aufrechterhaltung des Therapieerfolgs. Zu berücksichtigen ist, dass in den meisten der erwähnten Untersuchungen die Teilnehmer über Annoncen, Zeitungsberichte oder Internetseiten rekrutiert wurden. Diese Selbstselektion der Patienten kann dazu führen, dass Teilnehmer in die Studien eingeschlossen wurden, die für Internettherapien besonders geeignet und motiviert sind, was die Generalisierbarkeit der Ergebnisse einschränkt. Damit verbunden ist auch die

Bei verschiedenen Angststörungen fanden unabhängige Forschergruppen konsistent hohe Behandlungseffekte. Bisher liegen keine Hinweise vor, dass internetbasierte Therapien bei Angststörungen anderen Therapieformen unterlegen sind. An den vorliegenden Studien wird v. a. die Selbstselektion der Patienten kritisiert, was die Generalisierbarkeit der Ergebnisse infrage stellt. Ob internetbasierte Therapien nicht nur unter experimentellen Bedingungen, sondern auch in der routinemäßigen Anwendung funktionieren, lässt sich noch nicht beurteilen.

Frage, ob internetbasierte Ansätze nicht nur unter experimentellen Bedingungen, sondern auch in der Praxis, d.h. in der routinemäßigen Anwendung funktionieren. Obwohl die Ergebnisse der Panikstudien kürzlich auch im psychiatrischen Setting repliziert werden konnten [30], lässt sich die Wirkung internetbasierter Therapien in der Regelversorgung noch nicht beurteilen.

3.2 Depressionen

Gemischtere Ergebnisse als bei Angststörungen liegen zu internetbasierten Ansätzen bei Depressionen vor. Während Andersson et al. [31] hohe Behandlungseffekte finden konnten (Cohen's $d > 0,8$), die inzwischen in 2 noch unveröffentlichten Studien bestätigt wurden, fanden andere Gruppen moderate oder kleine Behandlungseffekte (z.B. [32,33]). Einiges deutet darauf hin, dass die gefundenen Wirksamkeitsunterschiede auf unterschiedliche Herangehensweisen und Interventionen zurückzuführen sind. So handelt es sich bei den sehr wirksamen Interventionen der schwedischen Gruppe um „minimal-contact“-Therapien, die mit den oben berichteten Ansätzen bei Angststörungen vergleichbar sind. Geringere Effekte und insbesondere höhere Abbrecherquoten wurden bei denjenigen Programmen gefunden, die weniger oder gar keinen Kontakt zu Therapeuten integrierten. Entsprechend kommen Spek et al. [15] in ihrer Metaanalyse zum Schluss, dass die im Vergleich zu Angststörungen insgesamt geringeren Effekte weniger mit der Störung als vielmehr mit dem Ausmaß der therapeutischen Unterstützung zusammenhängen. Wichtig ist auch, dass bei der Evaluation internetbasierter Depressionsbehandlungen die Patienten oft nicht strukturiert diagnostiziert wurden und teils nicht die vollen Kriterien einer Depression erfüllten.

Die Ergebnisse der Wirksamkeitsstudien zu internetbasierten Depressionstherapien sind heterogen. Die insgesamt geringeren Effekte bei Depressionen im Vergleich zu Angststörungen lassen sich möglicherweise weniger auf die Störung, als vielmehr auf Unterschiede in den Interventionen und den untersuchten Patienten zurückführen.

4 Wie wichtig ist der therapeutische Kontakt in internetbasierten Interventionen?

Nicht nur bei Depressionen existieren Hinweise, dass eine Minimierung des therapeutischen Kontaktes bei internetbasierten Interventionen auf Kosten der Wirksamkeit gehen kann. Palmqvist et al. [34] fanden in einer Reanalyse von 15 Studien bei verschiedenen psychischen Störungen einen hohen Zusammenhang zwischen der Zeit,



die Therapeuten pro Patient in den persönlichen Kontakt investierten (z.B. zum Schreiben von E-Mails) und Behandlungseffekten. In der bereits erwähnten Metaanalyse zu internetbasierten Therapien und Selbsthilfeprogrammen wurden im weiteren deutliche Wirksamkeitsvorteile und geringere Abbrecherquoten für Angebote gefunden, die den unterstützenden therapeutischen Kontakt (z.B. via E-Mail) einschließen [15]. Und schließlich konnte in einem ersten direkten Vergleich zwischen 2 identischen internetbasierten Selbsthilfeprogrammen, die jeweils mit oder ohne unterstützende therapeutische Kontakte (via Email) realisiert wurden, eine Überlegenheit der „minimal-contact“-Bedingung bezüglich Wirksamkeit und Abbrecherquoten demonstriert werden [35]. Insgesamt scheint ein zu geringes Maß an therapeutischen Kontakten auf Kosten der Wirksamkeit und Compliance zu gehen. Aus einer Public-Health-Perspektive kann aber der Einsatz reiner Selbsthilfeprogramme, die ohne Therapeuten auskommen, trotz der reduzierten Wirksamkeit und den höheren Abbrecherquoten sinnvoll sein, da damit kostengünstig breite Bevölkerungsgruppen erreicht werden können.

5 Was ist mit der therapeutischen Beziehung in internetbasierten Therapien?

Eine häufige Frage ist, ob in internetbasierten Ansätzen auch eine gute Therapiebeziehung aufgebaut werden kann, und ob dieser eine ähnliche Bedeutung zukommt wie in Face-to-Face-Therapien. In den wenigen Untersuchungen, die dieser Frage nachgegangen sind, wurde gefunden, dass auch über das Internet gemäß Patienteneinschätzung eine mit Face-to-Face-Ansätzen vergleichbar gute therapeutische Beziehung zustande kommen kann [18,22,36]. Knaevelsrud und Maercker [18] konnten feststellen, dass zumindest die später im Therapieprozess erfasste Therapiebeziehung signifikant und substanzial mit dem Behandlungserfolg korreliert. Für ein besseres Verständnis der Bedeutung und der Besonderheiten der Therapiebeziehung in Onlineansätzen ist weitere Forschung nötig, wobei die vielfach geäußerte Sorge, dass der Aufbau einer guten Therapiebeziehung über das Internet nicht möglich sei, wohl schon heute als unberechtigt gelten kann.

Fällt das Ausmaß des therapeutischen Kontaktes in internetbasierten Angeboten unter ein gewisses Minimum scheint dies mit einer geringeren Wirksamkeit und mit höheren Abbrecherquoten einherzugehen. Auch über das Internet kann eine gute Therapiebeziehung aufgebaut werden.

6 Sind internetbasierte Therapien für alle Patienten geeignet?

Eine offensichtliche Voraussetzung, um von online durchgeführten Therapien profitieren zu können, sind gute Lese- und Schreibfähigkeiten sowie praktische Fertigkeiten im Umgang mit Computern bzw. dem Internet. Da in internetbasierten Ansätzen die Inhalte vermehrt multimedial präsentiert werden (z.B. mit Videos und Audiodateien) und immer mehr Menschen Zugang zum Internet haben, erfüllen immer mehr Personen diese Erfordernisse. Auch bezüglich anderen möglichen Prädiktoren des Therapieerfolgs wäre jede Schlussfolgerung verfrüht. In den wenigen Studien zur differenziellen Wirksamkeit internetbasierter Therapien konnten bisher kaum konsistente Prädiktorvariablen identifiziert werden. Die Frage, für welche Patienten internetbasierte Behandlungen erfolgversprechend sind und für welche nicht, kann also noch nicht beantwortet werden. Für eine Voraussage des Therapieerfolgs könnten frühe Prozessprädiktoren (Merkmale aus der begonnenen Therapie) ergiebiger sein als Patientenmerkmale wie Alter, Geschlecht oder Persönlichkeit, die noch vor Beginn einer Behandlung gemessen werden. So konnten in einer internetbasierten Behandlung für soziale Angststörungen erstaunlich hohe Korrelationen zwischen der Aktivität der Probanden in den Selbsthilfemodulen während der ersten Woche der Behandlung (gemessen über die Anzahl Mausklicks) und dem Therapieerfolg gefunden werden [37]. Praktisch bedeutsam sind solche Befunde, weil Nonresponder dank ihrer frühzeitigen Identifikation vor wenig versprechenden Maßnahmen und einer möglichen Demoralisierung bewahrt und im Rahmen von Stepped-Care-Ansätzen frühzeitig intensiveren Interventionen zugewiesen werden könnten.

Schlussfolgerungen

Die Zahl der empirischen Hinweise, dass Therapien via Internet wirken, ist den letzten Jahren rasant gewachsen. Vielversprechend scheinen vor allem Ansätze, in denen das Internet sowohl zu Informationsvermittlungszwecken als auch als Kommunikationsmedium zwischen Patienten und Therapeuten verwendet wird. Für die Behandlung von Angststörungen haben sich „minimal-contact“-Ansätze konsistent als sehr wirksam erwiesen. Auch bei vielen anderen psychischen und verhaltensmedizinischen Problemen liegen positive Ergebnisse vor, wobei sich noch zeigen muss, ob sich diese auf einer größeren empirischen Basis bestätigen lassen. Wünschenswert sind weitere Studien, in denen internetbasierte Ansätze direkt mit Face-to-Face-Therapien verglichen werden.



Zu den vielen noch existierenden Herausforderungen gehört die Frage, wo die Grenzen internetbasierter Therapienansätze liegen. Gesicherte Erkenntnisse, bei wem Online-Therapien wirken und bei wem nicht, existieren noch nicht. Die zu Anfangszeiten oft zitierte Aussage, dass internetbasierte Therapien nur bei subklinischen Stichproben oder bei leicht belasteten Menschen wirksam seien, kann heute in dieser Einfachheit als falsch angesehen werden. In vielen der oben zitierten Studien sind die untersuchten Populationen bezüglich Schweregrad und Komorbidität mit traditionellen Studien vergleichbar. Grenzen müssen heute aus den möglichen Risiken internetbasierter Behandlungen abgeleitet werden. Hierzu gehört die Tatsache, dass angemessene Reaktionen in Krisensituationen (z.B. Suizidalität) aus Distanz nur eingeschränkt möglich sind. Offen bleibt im Moment auch die Frage, ob internetbasierte Therapien die gute Wirksamkeit in der routinemäßigen Anwendung bestätigen können. Die meisten Programme wurden bisher von universitären Einrichtungen entwickelt und unter experimentellen Bedingungen getestet. Modelle zur Anwendung und Finanzierung internetbasierter Therapieansätze in der Regelversorgung existieren erst wenige. Die Gefahr besteht, dass die universitären Programme, nachdem sie ihre Wirksamkeit unter Beweis gestellt haben, mittel- und längerfristig nicht weiterverfolgt und eingesetzt werden.

Eine Herausforderung ist auch die möglichst effektive und effiziente Kombination von internetbasierten und Face-to-Face-Interventionen. Empirische Befunde zu Stepped-Care-Ansätzen, in denen internetbasierte Interventionen wenn nötig von einer intensiveren Therapie gefolgt werden, liegen unseres Wissens noch keine vor. Können beispielsweise die sehr erfolgreichen Programme bei Angststörungen überhaupt noch als wenig intensive Behandlungsstufe betrachtet werden, und welche intensiveren therapeutischen Maßnahmen sind nach einem Misserfolg indiziert und erfolversprechend? Sind Patienten nach einer nicht oder nur mäßig erfolgreichen Internettherapie besser oder schlechter für eine Face-to-Face-Therapie motivierbar bzw. wovon hängt das ab?

Klar ist, dass die neuen Möglichkeiten nicht als Ersatz, sondern als Ergänzung zu existierenden Ansätzen betrachtet werden sollten. Via Internet durchgeführte Therapien sprechen u.a. Menschen an, die ansonsten keine angemessene Behandlung finden oder aufsuchen würden. Die erwähnten Präventions- und Nachsorgeprogramme, in denen die Reichweite traditioneller Angebote und professioneller Einrichtungen dank neuen Technologien erweitert wird, sind gute Beispiele für eine gelungene Kombination verschiedener Formate. Auch in der therapeutischen Praxis kontaktieren heute schon viele Kliniker ihre Klienten via E-Mail und verweisen auf infor-

mative Webseiten. Wahrscheinlich sehen wir erst den Anfang einer vermehrten Integration internetbasierter Interventionen in existierende Gesundheitsangebote. Dieser Entwicklung muss zwar verantwortungsbewusst, aber nicht mit Sorge begegnet werden. Heute existieren keine guten Gründe, weshalb die verschiedenen Therapieformate nicht kombiniert werden sollten. Das Internet wird in Zukunft so oder so für den Umgang mit psychischen Störungen genutzt werden. Die Zurückhaltung von professionellen Anbietern könnte unqualifizierten Angeboten Vorschub leisten.

Zusammenfassung



In den letzten Jahren wurde ein breites Spektrum an internetbasierten Interventionen bei psychischen Problemen und Erkrankungen entwickelt. Angebote reichen von internetbasierten Selbsthilfeprogrammen zu E-Mail-Therapien, von Prävention über Beratung und Behandlung zu Nachsorge- und Rückfallpräventionsprogrammen, und von Interventionen, die internetvermittelte Teile in hauptsächlich Face-to-Face durchgeführte Interventionen integrieren bis hin zu vollständig via Internet durchgeführte Therapien. In diesem Beitrag wird schwerpunktmäßig auf internetbasierte „minimal-contact“- bzw. „guided self-help“-Therapien eingegangen, die in letzter Zeit breit eingesetzt und besonders intensiv erforscht wurden.

„Minimal-contact“- bzw. „guided self-help“-Therapien nutzen das Internet sowohl als Kommunikations- als auch als Informationsvermittlungsmedium. Patienten werden während der Bearbeitung internetvermittelter Selbsthilfeprogramme von Therapeuten via Internet (z.B. E-Mail) unterstützt. Entsprechende Programme haben sich bei vielen psychischen und verhaltensmedizinischen Störungen und Problemen als wirksam erwiesen. Bei Angststörungen liegen besonders viele randomisiert kontrollierte Studien vor. Unabhängige Forschergruppen haben hier konsistent große Behandlungseffekte gefunden, die mit der Wirkung von Face-to-Face-Therapien vergleichbar sind. Ob die neue Therapieform ihre unter experimentellen Bedingungen gute Wirksamkeit auch in der routinemäßigen Anwendung bestätigen kann, muss sich noch zeigen. Dem therapeutischen Kontakt kommt auch in internetbasierten Ansätzen eine wichtige Bedeutung zu. Fällt das Ausmaß des Kontaktes unter das in „minimal-contact“-Therapien üblicherweise realisierte Minimum (kurze, aber regelmäßige, meist wöchentliche E-Mail-Kontakte), scheint dies mit einer geringeren Wirksamkeit und mit höheren Abbrecherquoten einherzugehen. Weiterer Forschungsbedarf besteht unter anderem hinsichtlich der Frage, bei wem und unter welchen Bedingungen internetbasierte Therapien wirken und bei wem nicht.



Literatur

- 1 Christensen HM, Griffiths K. The internet and mental health practice. *Evidence-Based Mental Health* 2003; 6: 66–69
- 2 Newman MG, Erickson T, Przeworski A et al. Self-help and minimal-contact therapies for anxiety disorders: Is human contact necessary for therapeutic efficacy? *Journal of Clinical Psychology* 2003; 59: 259–274
- 3 Andersson G, Cuijpers P, Carlbring P et al. Effects of internet-delivered cognitive behaviour therapy for anxiety and mood disorders. *Review Series Psychiatry* 2007; 9: 9–14
- 4 Andersson G, Bergström J, Buhman M et al. Development of a new approach to guided self-help via the Internet. The Swedish experience. *Journal of Technology in Human Services* 2008; 26: 161–181
- 5 Lange A, van de Ven J-P, Schrieken B. Interapy: Treatment of post-traumatic stress through the Internet. *Cognitive Behaviour Therapy* 2003; 32: 110–124
- 6 Kordy H, Golkaramnay V, Wolf M et al. Internetchatgruppen in Psychotherapie und Psychosomatik: Akzeptanz und Wirksamkeit einer Internet-Brücke zwischen Fachklinik und Alltag. *Psychotherapeut* 2006; 51: 144–153
- 7 Golkaramnay V, Bauer S, Haug S et al. The Exploration of the Effectiveness of Group Therapy through an Internet Chat as Aftercare: A Controlled Naturalistic Study. *Psychother Psychosom* 2007; 76: 219–225
- 8 Bauer S, Kordy H, Hrsg. *E-Mental-Health. Neue Medien in der psychosozialen Versorgung*. Heidelberg: Springer, 2008
- 9 Andersson G, Carlbring P, Holmström A et al. Internet-based self-help with therapist feedback and in-vivo group exposure for social phobia: A randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 2006; 74: 677–687
- 10 Berger T, Caspar F. Von anderen Patienten lernen: Konsequenzen neuer Entwicklungen im Internet für webbasierte, psychotherapeutische Angebote. *Psychotherapeut* 2008; 53: 130–137
- 11 Haaga D. Introduction to the special section on stepped care models in psychology. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 2000; 68: 547–548
- 12 Almer S. Das Fernbehandlungsverbot als rechtliche Grenze im Einsatz Neuer Medien in der psychosozialen Versorgung. In: Bauer S, Kordy H, Hrsg. *E-Mental-Health*. Heidelberg: Springer, 2008: 13–17
- 13 Suler J. The online disinhibition effect. *CyberPsychology and Behavior* 2004; 7: 321–326
- 14 Barak A, Hen L, Boniel-Nissim M et al. A comprehensive review and a meta-analysis of the effectiveness of internet-based psychotherapeutic interventions. *Journal of Technology in Human Services* 2008; 26: 109–160
- 15 Spek V, Cuijpers P, Nyklicek I et al. Internet-based cognitive behaviour therapy for symptoms of depression and anxiety: a meta-analysis. *Psychol Med* 2007; 37: 319–328
- 16 Cuijpers P, van Straten A-M, Andersson G. Internet-administered cognitive behavior therapy for health problems: A systematic review. *Journal of Behavioral Medicine* 2008; 31: 169–177
- 17 Lange A, Rietdijk D, Hudcovicova M et al. Interapy: A controlled randomized trial of the standardized treatment of posttraumatic stress through the Internet. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 2003; 71: 901–909
- 18 Knaevelsrud C, Maercker A. Internet-based treatment for PTSD reduces distress and facilitates the development of a strong therapeutic alliance: a randomized controlled clinical trial. *BMC Psychiatry* 2007; 7: 13
- 19 Hirai M, Clum GA. An Internet-based self-change program for traumatic event related fear, distress, and maladaptive coping. *Journal of Traumatic Stress* 2006; 18: 631–636
- 20 Litz BT, Engel CC, Bryant RA et al. A randomized, controlled proof-of-concept trial of an Internet-based, therapist-assisted self-management treatment for post-traumatic stress disorder. *American Journal of Psychiatry* 2007; 164: 1676–1683
- 21 Carlbring P, Bohman S, Brunt S et al. Remote treatment of panic disorder: A randomized trial of Internet-based cognitive behavioral therapy supplemented with telephone calls. *American Journal of Psychiatry* 2006; 163: 21
- 22 Klein B, Richards JC, Austin DW. Efficacy of Internet therapy for panic disorder. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry* 2006; 37: 213–238
- 23 Carlbring P, Nilsson-Ihrfelt E, Waara J et al. Treatment of panic disorder: live therapy vs. self-help via the Internet. *Behaviour Research and Therapy* 2005; 43: 1321–1333
- 24 Kiropoulos LA, Klein B, Austin DW et al. Is internet-based CBT for panic disorder and agoraphobia as effective as face-to-face CBT? *Journal of Anxiety Disorders* 2008; 22: 1273–1284
- 25 Carlbring P, Gunnarsdottir M, Hedensjö L et al. Treatment of social phobia: A randomized trial of internet delivered cognitive behaviour therapy and telephone support. *British Journal of Psychiatry* 2007; 190: 123–128
- 26 Titov N, Andrews G, Schwencke G. Shyness 2: treating social phobia online: replication and extension. *The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 2008; 42: 595–605
- 27 Berger T, Hohl E, Caspar F. Internet-based treatment for social phobia: A randomized controlled trial. Submitted manuscript
- 28 Jacobson NS, Truax P. Clinical significance: A statistical approach to defining meaningful change in psychotherapy research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1991; 59: 12–19
- 29 Chambless D, Hollon S. Defining empirically supported therapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1998; 66: 7–18
- 30 Bergström J, Andersson G, Karlsson A et al. An open study of the effectiveness of Internet treatment for panic disorder delivered in a psychiatric setting. *Nordic Journal of Psychiatry* 2009, im Druck
- 31 Andersson G, Bergström J, Holländare F et al. Internet-based self-help for depression: a randomised controlled trial. *British Journal of Psychiatry* 2005; 187: 456–461
- 32 Christensen H, Griffiths KM, Jorm AF. Delivering interventions for depression by using the Internet: Randomised controlled trial. *British Medical Journal* 2004; 328: 265–268
- 33 Christensen H, Griffiths KM, Mackinnon AJ et al. Online randomized trial of brief and full cognitive behaviour therapy for depression. *Psychological Medicine* 2006; 36: 1737–1746
- 34 Palmqvist B, Carlbring P, Andersson G. Internet-delivered treatments with or without therapist input: Does the therapist factor have implications for efficacy and cost? *Expert Review of Pharmacoeconomics & Outcomes Research* 2007; 7: 291–297
- 35 Titov N, Andrews G, Choi I et al. Shyness 3: An RCT of guided versus unguided internet based CBT for social phobia. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 2008; 42: 1030–1040
- 36 Cook JE, Doyle C. Working alliance in online therapy as compared to face-to-face therapy: preliminary results. *Cyberpsychology & Behavior* 2002; 5: 95–105
- 37 Berger T, Hohl E, Caspar F. A web-based cognitive behavioural approach to social phobia: Differential effects and the potential for stepped care. Vortrag am Kongress der Society for Psychotherapy Research. Barcelona: 2008, Juni



CME-Fragen **Internetbasierte Psychotherapien: Besonderheiten und empirische Evidenz**

- 1 Was ist mit „minimal-contact“- bzw. „guided self-help“-Therapien gemeint?**
- A Selbsthilfemaßnahmen, in denen Patienten weniger Zeit investieren müssen als in vergleichbaren Face-to-Face-Therapien.
 - B Via E-Mail oder Chat durchgeführte Therapien.
 - C Therapieansätze, die das Internet als Informationsvermittlungsmedium verwenden.
 - D Ansätze, in denen Selbsthilfeprogramme durch regelmäßige therapeutische Kontakte ergänzt werden.
 - E Internetbasierte Präventionsprogramme.
- 2 Welche der folgenden Aussagen zu Vor- und Nachteilen internetbasierter Interventionen ist falsch?**
- A Internetbasierte Therapien zeichnen sich durch eine hohe Selbstbestimmung der Klienten aus.
 - B Als Nachteil gilt die geringe Aufrichtigkeit der Klienten in internetbasierten Therapien.
 - C Eine Schwierigkeit sind angemessene therapeutische Reaktionen in Krisensituationen.
 - D Ein Vorteil ist die niedrige Hemmschwelle Hilfe aufzusuchen.
 - E Als Vorteil gilt die leichte Verfügbarkeit und große Reichweite.
- 3 Welches ist kein typisches Merkmal der vorliegenden Wirksamkeitsstudien zu internetbasierten Therapien?**
- A Die evaluierten Therapien folgen praktisch ausnahmslos dem kognitiv-behavioralen Ansatz.
 - B Evaluiert wurden bisher praktisch nur subklinische Stichproben.
 - C Getestet wurden vor allem „minimal-contact“- Interventionen.
 - D Bisher wurden die internetbasierten Interventionen vor allem mit Wartekontrollgruppen verglichen.
 - E In der Regel wurden internetbasierte Therapien in randomisiert kontrollierten Studien evaluiert.
- 4 Welche der folgenden Aussagen zum Verhältnis von internetbasierten und Face-to-Face-Interventionen ist falsch?**
- A Internetbasierte Interventionen können eine erste Behandlungsstufe in Stepped-Care-Ansätzen darstellen.
 - B Internetbasierte Ansätze erreichen Patienten, die keinen Zugang zu existierenden Angeboten haben.
 - C Internetbasierte Interventionen können mit Face-to-Face-Interventionen ergänzt werden.
 - D Internetbasierte Ansätze können Face-to-Face-Interventionen folgen.
 - E Internetbasierte Interventionen sollen Face-to-Face-Ansätze ersetzen.
- 5 Welche der folgenden Aussagen zur Wirksamkeit internetbasierter Therapien bei Angststörungen ist falsch?**
- A Für die Behandlung posttraumatischer Belastungsstörungen, Panikstörungen und sozialer Angststörungen konnten große Behandlungseffekte gefunden werden.
 - B Die gefundenen Behandlungseffekte sind im Allgemeinen mit der Wirksamkeit evidenzbasierter Therapien vergleichbar.
 - C Erste vielversprechende Ergebnisse von randomisiert kontrollierten Studien wurden bisher noch nicht repliziert.
 - D Erste direkte Vergleiche zwischen internetbasierten und Face-to-Face-Therapien deuten nicht darauf hin, dass internetbasierte Therapien bei Angststörungen anderen Therapieformen unterlegen sind.
 - E Studien zur Wirksamkeit in der routinemäßigen Anwendung liegen noch kaum vor.
- 6 Welche der folgenden Aussagen zur Wirksamkeit internetbasierter Therapien bei Depressionen ist richtig?**
- A In den bestehenden Studien konnten relativ konsistent große Behandlungseffekte gefunden werden.
 - B Die insgesamt geringeren Effekte als bei Angststörungen werden mit störungsspezifischen Aspekten der Depression erklärt.
 - C Das Ausmaß des therapeutischen Kontaktes scheint keinen Einfluss auf die Wirksamkeit zu haben.
 - D Es liegen keine Studien vor, in denen große Behandlungseffekte gefunden wurden.
 - E Bei der Bewertung der einzelnen Studienergebnisse muss berücksichtigt werden, dass die Patienten in den Depressionsstudien oft nicht strukturiert diagnostiziert wurden.
- 7 Was ist ein wichtiger Kritikpunkt an den bestehenden Wirksamkeitsstudien zu internetbasierten Ansätzen?**
- A Kritisiert wird die Selbstselektion der Patienten, was die Generalisierbarkeit der Ergebnisse einschränkt.
 - B Kritisiert wird vor allem die mangelnde interne Validität der Studien.
 - C Die Patienten wurden in den meisten Fällen nicht randomisiert.
 - D Kritisiert werden vor allem die kleinen Stichproben.
 - E Kritisiert wird, dass noch keine Follow-up-Erhebungen vorliegen.

8 Welche Aussage zum Ausmaß des therapeutischen Kontaktes in internetbasierten Therapien ist falsch?

- A Eine Minimierung des therapeutischen Kontaktes kann auf Kosten der Wirksamkeit gehen.
- B Eine Minimierung des therapeutischen Kontaktes kann die Abbrecherquote erhöhen.
- C Eine Minimierung des therapeutischen Kontaktes wirkt sich besonders bei der Behandlung von Angststörungen negativ auf die Wirksamkeit aus.
- D Gefunden wurde u. a. ein Zusammenhang zwischen der Zeit, die Therapeuten in den persönlichen Kontakt mit Patienten investierten und Behandlungseffekten.
- E Das Ausmaß der therapeutischen Unterstützung variiert bei verschiedenen internetbasierten Therapien erheblich.

9 Welche Aussage zur Bedeutung der therapeutischen Beziehung in internetbasierten Ansätzen ist richtig?

- A Die Vermittlung der Therapie über das Internet wirkt sich negativ auf die Therapiebeziehung aus.
- B Internetbasierte Therapien sind weniger effektiv als Face-to-Face-Therapien, weil keine vergleichbare therapeutische Beziehung aufgebaut werden kann.
- C In ersten Studien ist die Güte der therapeutischen Beziehung in internetbasierten Interventionen vergleichbar mit der gefundenen Ausprägung in Face-to-Face-Therapien.
- D Die Ausprägung der therapeutischen Beziehung hängt in internetbasierten Ansätzen nicht mit dem Therapieerfolg zusammen.
- E Die therapeutische Beziehung wurde bisher in internetbasierten Ansätzen noch nicht untersucht.

10 Was ist kein typischer Vorteil internetbasierter Ansätze in Prävention und Nachsorge

- A Die Möglichkeit zum Online-Screening großer Populationen.
- B Die Möglichkeit große Populationen über längere Zeit zu überwachen.
- C Die Möglichkeit, Menschen wenn nötig frühzeitig unindividualisiert intensiveren Betreuungsangeboten zuzuweisen.
- D Die Möglichkeit, die datenschutztechnisch einwandfreie Verwaltung von Patientendaten zu gewährleisten.
- E Die Möglichkeit, die Reichweite stationärer Einrichtungen zu erweitern.

A Angaben zur Person

Name, Vorname, Titel:

Straße, Hausnr.:

PLZ | Ort:

Anschrift: privat dienstlich

EFN-Nummer:

Ich bin Mitglied der Ärztekammer (bitte Namen der Kammer eintragen):

Jahr meiner Approbation:

Ich befinde mich in der Weiterbildung zum:

Ich habe eine abgeschlossene Weiterbildung in (bitte Fach eintragen):

Ich bin tätig als: Assistenzarzt Oberarzt Chefarzt niedergelassener Arzt Sonstiges:**B Lernerfolgskontrolle**

Bitte nur eine Antwort pro Frage ankreuzen

1	A	B	C	D	E
2	A	B	C	D	E
3	A	B	C	D	E
4	A	B	C	D	E
5	A	B	C	D	E

6	A	B	C	D	E
7	A	B	C	D	E
8	A	B	C	D	E
9	A	B	C	D	E
10	A	B	C	D	E

C Erklärung

Ich versichere, dass ich die Beantwortung der Fragen selbst und ohne Hilfe durchgeführt habe

Ort | Datum:

Unterschrift:

D Feld für CME-WertmarkeBitte in dieses Feld die CME-Wertmarke kleben
oder Ihre **Abonnement-Nummer** eintragen:
(siehe Adressaufkleber)

Zertifizierungsfeld (wird durch den Verlag ausgefüllt)

E Zertifizierungsfeld**Ihr Ergebnis**Sie haben von 10 Fragen richtig beantwortet.

Sie haben

 bestanden und 3 CME-Punkte erworben. nicht bestanden

Stuttgart, den

Datum

Stempel/Unterschrift

> Bitte unbedingt Rückseite ausfüllen!

F Fragen zur Zertifizierung

Eine Antwort pro Frage.
Bitte unbedingt ausfüllen bzw.
ankreuzen, da die Evaluation
sonst unvollständig ist!

Didaktisch-methodische Evaluation**1 Das Fortbildungsthema kommt in meiner ärztlichen Tätigkeit** häufig vor selten vor regelmäßig vor gar nicht vor**2 Zum Fortbildungsthema habe ich** eine feste Gesamtstrategie noch offene Einzelprobleme: keine Strategie**3 Hinsichtlich des Fortbildungsthemas** fühle ich mich nach dem Studium des Beitrags in meiner Strategie bestätigt habe ich meine Strategie verändert: habe ich erstmals eine einheitliche Strategie erarbeitet habe ich keine einheitliche Strategie erarbeiten können**4 Wurden aus der Sicht Ihrer täglichen Praxis heraus wichtige Aspekte des Themas** nicht erwähnt? ja, welche nein zu knapp behandelt? ja, welche nein überbewertet? ja, welche nein**5 Verständlichkeit des Beitrags** Der Beitrag ist nur für Spezialisten verständlich Der Beitrag ist auch für Nicht-Spezialisten verständlich**6 Beantwortung der Fragen** Die Fragen lassen sich aus dem Studium des Beitrages allein beantworten Die Fragen lassen sich nur unter Zuhilfenahme zusätzlicher Literatur beantworten**7 Die Aussagen des Beitrages benötigen eine ausführlichere Darstellung** zusätzlicher Daten von Befunden bildgebender Verfahren die Darstellung ist ausreichend**8 Wie viel Zeit haben Sie für das Lesen des Beitrages und die Bearbeitung des Quiz benötigt?**

Einsendeschluss
15.4.2010

Bitte senden Sie den vollständigen Antwortbogen zusammen mit einem an Sie selbst adressierten und ausreichend frankierten Rückumschlag an den
Georg Thieme Verlag KG, Stichwort „CME“, Postfach 30 11 20, 70451 Stuttgart