

Psychiatrische Leistungserbringung durch moderne Kommunikationsmittel

Positionspapier im Auftrag des Vorstandes FMPP

Verfasser: Prof. Dr. Thomas Berger, Universität Bern

Verabschiedet vom FMPP-Vorstand auf dem Zirkulationsweg per 17. Juli 2017

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung.....	2
2. Formen internetbasierter Interventionen	3
2.1. Definitionen und Bezeichnungen.....	3
2.1.1. Das Internet als Kommunikations- und/oder Informationsmedium	4
2.1.2 Therapeutische Ansätze	5
2.1.3 Kombination mit konventionellen Psychotherapien	5
3. Empirische Evidenz	6
3.1. Empirische Evidenz zu angeleiteten Selbsthilfeprogrammen	6
3.2. Empirische Evidenz zu ungeleiteten Selbsthilfeprogrammen.....	8
3.3 Merkmale wirksamer internetbasierter Interventionen	9
4. Vor- und Nachteile internetbasierter Interventionen.....	10
4.1. Besondere Risiken und Qualitätsmerkmale internetbasierter Interventionen.....	12
4.1.1. Datenschutz.....	12
4.1.2. Umgang mit Patienten, die sich in akuten Krisensituationen befinden.....	15
4.1.3. Identität und Qualifikation der Anbieter	16
5. Rechtliche Fragen	17
5.1. Berufsrecht	18
5.2. Haftungsrecht	19
5.3. Weitere rechtliche Fragen	21
6. Stand der Implementierung und Einsatzbereiche	21
7. Zusammenfassung und Ausblick	24
8. Referenzen.....	27

1. Einleitung

Etwa ein Drittel der Schweizer Bevölkerung leidet innerhalb eines Jahres an einer diagnostizierbaren psychischen Krankheit (Schuler, Tuch, Buscher, & Camenzind, 2016). Knapp die Hälfte der erkrankten Personen nimmt professionelle Hilfe in Anspruch (Stocker et al., 2016). Trotz der im internationalen Vergleich hohen Psychiaterdichte und guten psychiatrischen Versorgung besteht also auch in der Schweiz eine Diskrepanz zwischen der Prävalenz psychischer Erkrankungen und der Inanspruchnahme professioneller Behandlungen (BAG, 2016). Diese Diskrepanz ist einerseits auf die Angebotssituation zurückzuführen. So besteht beispielsweise im Bereich Kinder und Jugendliche und bei Erwachsenen auf dem Land ein Mangel an Behandlungsangeboten. Andererseits verhindern Zugangshürden wie Scham und Stigmatisierung, fehlendes Wissen über Behandlungsmöglichkeiten, mangelnde Krankheitseinsicht und Finanzierungsmodalitäten die Inanspruchnahme psychiatrisch-psychotherapeutischer Leistungen (Stocker et al., 2016).

Der Einsatz moderner Kommunikationsmittel kann helfen, Versorgungslücken zu verkleinern. So ermöglicht die Präsenz des Internets in der heutigen Gesellschaft, Hilfe niedrigschwellig, zeitlich flexibel und auf Distanz anzubieten und damit Betroffene zu erreichen, die aufgrund von Hemmungen, zeitlichen Einschränkungen, geografischen Gegebenheiten oder beschränkter Mobilität keine psychiatrisch-psychotherapeutische Unterstützung finden oder aufsuchen. Die neuen Möglichkeiten haben in den letzten Jahren denn auch zu einer regen Forschungstätigkeit in diesem Bereich geführt. Zahlreiche Studien belegen inzwischen die Wirksamkeit vieler internetbasierter psychosozialer Interventionen bei einem breiten Spektrum psychischer Erkrankungen und in verschiedenen psychosozialen Versorgungsphasen wie Prävention, Therapie, Nachsorge und Rückfallprävention (Berger, 2015). Im Gegensatz zur schnell wachsenden Forschung ist die Verbreitung entsprechender Interventionen in der psychotherapeutisch-psychiatrischen Praxis in deutschsprachigen Ländern aber noch sehr eingeschränkt. Dies kann u.a. auf eine fehlende Kostenerstattung zurückgeführt werden (Klein, Gerlinger, et al., 2016). In Ländern wie Schweden, den Niederlanden, Grossbritannien und Australien, in welchen die Kosten internetbasierte Interventionen von Krankenkassen oder staatlichen Institutionen übernommen werden, ist der Einsatz moderner Kommunikationsmittel durch fachlich qualifizierte Personen und Institutionen schon sehr viel verbreiteter. In deutschsprachigen Ländern (und auch den USA)

zeigt sich eher eine Entwicklung hin zu internetbasierten Programmen und mobilen Gesundheits-Apps, die von privaten Unternehmungen, Pharmafirmen, Krankenkassen oder Patienten entwickelt und/oder vertrieben werden. Entsprechend schwierig ist für potentielle Nutzer auch die Orientierung auf dem Markt. Der Vorteil der niedrigschwelligen und leichten Verfügbarkeit internetbasierter Interventionen ist also auch mit Risiken verbunden. So können auch unseriöse Angebote mit zweifelhafter Professionalität leicht verbreitet werden. Zudem zeigt sich, dass wenn die neuen Möglichkeiten nicht durch psychiatrisch-psychotherapeutische Fachpersonen genutzt werden, der Bereich durch andere Marktteilnehmer besetzt wird.

Das vorliegende Positionspapier soll einen Überblick über verschiedene internetbasierte Interventionen, die empirische Evidenz, Vor-, Nachteile, Qualitätsmerkmale und rechtliche Aspekte, sowie den Stand der Implementierung geben, um eine fundierte Diskussion über Einsatzbereiche und die Etablierung moderner Kommunikationsmittel in der Psychiatrie und Psychotherapie zu ermöglichen.

2. Formen internetbasierter Interventionen

2.1. Definitionen und Bezeichnungen

Ein Problem mit der bestehenden Literatur zum Einsatz elektronischer Medien in der psychosozialen Versorgung ist, dass teils unterschiedliche Begriffe für ähnliche Interventionen verwendet werden, und umgekehrt dieselben Bezeichnungen für unterschiedliche Interventionen im Gebrauch sind (Barak, Klein, & Proudfoot, 2009). Hinter Begriffen wie *Online Psychotherapie*, *iCBT*, *geleitete Selbsthilfe*, *Email- oder Chat-Therapie* verbergen sich unterschiedliche Angebote, die in der Diskussion um internetbasierte Interventionen häufig in einen Topf geworfen werden. Dabei unterscheiden sich die verschiedenen Formen bezüglich ihrer Evidenzbasierung, den Vor- und Nachteilen und auch den Anforderungen, die sie an die Behandler und deren Aus- und Weiterbildung stellen. In den letzten Jahren hat sich der Oberbegriff *Internet Interventionen oder internetbasierte Interventionen* für alle therapeutischen Angebote durchgesetzt, die unter Nutzung des Mediums Internet das Ziel verfolgen, Betroffene bei der Bewältigung einer psychischen oder psychosomatischen Symptomatik zu unterstützen und/oder ihr präventiv entgegenzuwirken. Ausgehend von diesem

Oberbegriff sollen im Folgenden zunächst verschiedene Unterformen internetbasierter Interventionen unterschieden werden.

2.1.1. Das Internet als Kommunikations- und/oder Informationsmedium

Das Internet kann zu Kommunikationszwecken zwischen Hilfesuchenden und Professionellen und zur interaktiven Vermittlung von Wissen verwendet werden.

Entsprechend bewegt sich das Spektrum internetbasierter Interventionen zwischen

- *Kommunikationsanwendungen*, die das Internet ausschließlich oder vornehmlich als Kommunikationsmedium zwischen Fachpersonen und Hilfesuchenden verwenden, letztlich Psychotherapie auf Distanz bedeuten und oft mit Bezeichnungen umschrieben werden, die Therapie oder Psychotherapie enthalten (z.B. Online Psychotherapie, E-Mail-, Chat- oder Videotherapie) und
- *webbasierten Selbsthilfeprogrammen und Apps*, die das Internet nur als mehr oder weniger interaktives Informationsmedium verwenden und in denen Betroffene selbstständig an ihren Problemen arbeiten und sich psychoedukatives Wissen und therapeutische Übungen alleine mit einem Selbsthilfeprogramm oder einer App aneignen.

Während bei Selbsthilfeprogrammen Kliniker höchstens in einer Verschreibungs- und diagnostischen Phase involviert sind, ist das Ausmaß des Kontaktes und der zeitliche Aufwand der Therapeuten bei E-Mail-, Chat- oder Video-Therapien etwa gleich groß wie in Face-to-Face-Therapien (Kessler et al., 2009; Vernmark et al., 2010).

Eine Zwischenstellung zwischen Online Psychotherapien und webbasierten Selbsthilfeprogrammen nimmt der sog. *therapeutenunterstützte* oder *angeleitete Selbsthilfensatz* (engl. *guided self-help*) ein, der die Möglichkeiten des Internets als Kommunikations- und Informationsmedium verbindet und sich in den letzten Jahren besonders etabliert hat. In diesem Ansatz werden Betroffene während der Arbeit mit einem Selbsthilfeprogramm durch kurze wöchentliche Kontakte mit Therapeuten oder Coaches meist via E-Mail unterstützt. Da bei geleiteten Selbsthilfensätzen ein Teil der Intervention an ein Selbsthilfeprogramm delegiert wird, ist das Ausmaß des therapeutischen Kontaktes im Vergleich zu Face-to-Face-Therapien reduziert. Schon an dieser Stelle sei darauf verwiesen, dass sich die vielen positiven Wirksamkeitsbelege internetbasierter Interventionen vor allem auf therapeutengeleitete Selbsthilfensätze

beziehen. Bezüglich dieser Interventionsform liegen besonders viele Evaluationsstudien vor. E-Mail, Chat- oder Videotherapien sind bisher insgesamt wenig erforscht.

2.1.2 Therapeutische Ansätze

Mit Begriffen wie E-Mail-, Online- oder Internet-Therapie ist nicht definiert, welche inhaltlichen therapeutischen Ansätze realisiert werden. Das Internet ist letztlich nur ein Medium, über welches alle möglichen Inhalte vermittelt werden können. Die meisten der bisher erforschten Internet Interventionen basieren auf störungsspezifischen, empirisch-validierten, kognitiv-verhaltenstherapeutischen (KVT)-Manualen. Aus diesem Grund werden Internet Interventionen im Englischen oft mit der Abkürzung *ICBT* bezeichnet. Allgemein wird angenommen, dass sich KVT-Ansätze aufgrund der starken Strukturierung, Standardisierung, Direktivität und den vielen psychoedukativen Elementen und Hausaufgaben besonders gut für die Vermittlung via Internet und im Selbsthilfeformat eignen (Berger & Caspar, 2011). Inzwischen gibt es aber auch Studien zu internetbasierten psychodynamisch orientierten geleiteten Selbsthilfeinterventionen (Andersson et al., 2012), zu internetbasierten Selbsthilfeprogrammen, die auf der Interpersonellen Psychotherapie (IPT) basieren (Donker et al., 2013), und zu Programmen, die einen integrativen Ansatz verfolgen (Meyer et al., 2009). Neben störungsspezifischen Interventionen wurden in jüngerer Zeit auch vermehrt störungsübergreifende wie transdiagnostische Ansätze und individualisierte Interventionen, in welchen die Inhalte der Selbsthilfeprogramme aus einem Pool verschiedener Interventionsmodule für jeden Patienten individuell zusammengestellt werden, evaluiert (Berger, Boettcher, & Caspar, 2013; Carlbring, Maurin, Torngren, & al., 2011; Titov, Andrews, Johnston, Robinson, & Spence, 2010).

2.1.3 Kombination mit konventionellen Psychotherapien

Eine weitere Unterscheidung internetbasierter Interventionen betrifft die Frage, wie diese Interventionen mit konventionellen Psychotherapien kombiniert und in welcher Phase der psychosozialen Versorgung sie eingesetzt werden. Bisher wurden vor allem Interventionen untersucht, die vollständig via Internet vermittelt werden. In jüngerer Zeit werden vermehrt sogenannte *blended treatments* erforscht: Eine Mischung aus konventionellen Psychotherapiesitzungen und Online Selbsthilfeprogrammen und Apps (Kleiboer et al., 2016; Krieger et al., 2014). Die Online Interventionen dienen hier dazu, Inhalte zwischen den Therapiesitzungen vorzubereiten oder zu vertiefen und den

Alltagstransfer neuer Verhaltens- und Denkweisen zu fördern. In einer der noch wenigen Studien zu diesem Ansatz, erwies sich das Kombinationsformat als genauso wirksam wie konventionelle Psychotherapie, wobei die Anzahl der Sprechzimmer-sitzungen durch die zusätzliche Verwendung einer Verhaltensaktivierungs-App deutlich reduziert werden konnte (Ly et al., 2015).

Eine Art Mischbehandlung sind auch Interventionen, die von Patienten auf Wartelisten zur Vorbereitung einer Face-to-Face-Therapie genutzt werden und Ansätze, die der Rückfallprävention und Nachbetreuung dienen, beispielsweise im Übergang einer stationären Therapie zum poststationären Alltag bzw. zu einer ambulanten Anschlussbehandlung (Bauer, Okon, Meermann, & al., 2012; Ebert, Tarnowski, Gollwitzer, Sieland, & Berking, 2013; Holländare et al., 2011). Bei diesen Interventionen spielen insbesondere Online-Screening- und Monitoringfunktionen eine wichtige Rolle. Dank Online-Fragebogen und Feedback-Systemen können Patienten über längere Zeit überwacht und wenn nötig frühzeitig intensiveren Betreuungsangeboten zugewiesen werden.

3. Empirische Evidenz

Obwohl die Forschung zu internetbasierten Interventionen noch verhältnismässig jung ist, liegen schon über 200 kontrollierte Wirksamkeitsstudien und mehrere systematische Reviews und Metaanalysen vor (z.B. Andersson, Cuijpers, Carlbring, Riper, & Hedman, 2014; Hedman, Ljotsson, & Lindfors, 2012). Die Studien decken ein breites Spektrum an psychischen und verhaltensmedizinischen Störungen und Problemen ab. Am häufigsten wurden angeleitete Selbsthilfeprogramme bei Angststörungen und Depression evaluiert (Andersson, 2016). Zu E-Mail-, Chat- und Video-Therapien liegen erst wenige Studien vor, deren Ergebnisse allerdings vielversprechend sind (Kessler et al., 2009; Simpson & Reid, 2014; Vernmark et al., 2010).

3.1. Empirische Evidenz zu angeleiteten Selbsthilfeprogrammen

Wie erwähnt wurden in den meisten Studien zu Internet Interventionen angeleitete Selbsthilfeprogramme untersucht. Tabelle 1 gibt einen Überblick über Störungs- und Problembereiche, für die bereits randomisiert kontrollierte Studien mit Wirksamkeitsbelegen vorliegen. Verschiedene Metaanalysen und systematische Reviews zeigen, dass mit angeleiteten Selbsthilfeprogrammen im Schnitt Behandlungseffekte erreicht

werden, die mit der Wirkung von konventionellen Psychotherapien vergleichbar sind (Andersson, Cuijpers, Carlbring, Riper, & Hedman, 2014; Hedman, Ljotsson, & Lindefors, 2012). Weil der zeitliche Aufwand von Therapeuten im Vergleich zu konventionellen Psychotherapien reduziert ist (der durchschnittliche Aufwand für Therapeuten beträgt 10-20 Minuten pro Woche und Patienten), haben sich angeleitete Selbsthilfensätze auch als kosteneffektiver erwiesen als konventionelle Psychotherapien (z.B. Hedman et al., 2012). Auch die Langzeitwirkung wurde bis zu fünf Jahren nach der Intervention belegt (z.B. Hedman et al., 2011). Im Gegensatz zu den direkten Vergleichsstudien mit konventionellen Psychotherapien (Andersson, Cuijpers, Carlbring, Riper, & Hedman, 2014), liegen noch keine direkten Vergleiche mit medikamentösen Therapien vor.

Tabelle 1. Bereiche, in welchen die Wirksamkeit von angeleiteten internetbasierten Selbsthilfeprogrammen mit randomisiert kontrollierten Studien evaluiert wurde (adaptiert nach Andersson, 2016)

Psychiatrische Störungen	Somatische Störungen/ Gesundheitsprobleme	Andere
Depression (inklusive postpartale Depression)	Kopfschmerzen	Paartherapie
Bipolare Störung	Tinnitus	Elterntraining
Panikstörung mit/ohne Agoraphobie	Diabetes	Stressbewältigungstraining
Soziale Angststörung	Schlafstörungen	Perfektionismus
Spezifische Phobie	Chronische Schmerzen	Selbst-Mitgefühl
Generalisierte Angststörungen	Krebs	Burnout
Hypochondrische Störungen	Reizdarmsyndrom	Prokrastination
Angst und Depression gemischt	Enkopresis	Komplizierte Trauer
Zwangsstörung	Erektionsstörung	Körper-Unzufriedenheit
Posttraumatische Belastungsstörung	Chronisches Erschöpfungssyndrom	Unerfüllter Kinderwunsch
Pathologisches Glücksspiel	Multiple Sklerose	
Verschiedene Essstörungen	Übergewicht	
Körperdysmorphie Störung	Rauchen	
Verschiedene Substanzstörungen		
Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung		

Zu den vorliegenden Studien muss erwähnt werden, dass häufig *selbstselegierte Stichproben* untersucht wurden, d.h. die Studienteilnehmer wurden oft über Zeitungsannoncen und -artikel oder Internetforen rekrutiert und haben sich gezielt und aus eigener Initiative für die Teilnahme an einer entsprechenden Intervention entschieden. Sie waren damit möglicherweise besonders motiviert und geeignet für den

internetbasierten Ansatz. In jüngeren naturalistischen Untersuchungen, in welchen geleitete Selbsthilfeansätze in der herkömmlichen Versorgungspraxis und mit Patienten aus der Routinepraxis untersucht wurden, konnten allerdings vergleichbar vielsprechende Resultate gefunden werden wie in selbstselegierten Stichproben (Andersson & Hedman, 2013). Auch wenn es hierzu noch mehr Forschung braucht, scheinen also die Ergebnisse der stark kontrollierten Studien bisher auf die Routinepraxis generalisierbar.

3.2. Empirische Evidenz zu ungeleiteten Selbsthilfeprogrammen

Auch zu ungeleitete Selbsthilfeprogrammen und Apps, die während der Intervention keinen Kontakt zu Therapeuten oder Coaches enthalten, nimmt die Zahl der Studien in den letzten Jahren stark zu. Gut gesichert ist, dass auch ungeleitete Selbsthilfeprogramme im Vergleich zu passiven Kontrollgruppen (z.B. Wartelisten) bei verschiedenen Störungen wirksam sind (Cuijpers et al., 2011; Karyotaki et al., 2015). Die gefundenen Effekte sind aber im Schnitt kleiner als bei geleiteten Selbsthilfeprogrammen (Baumeister, Reichler, Munzinger, & Lin, 2014; Richards & Richardson, 2012; Spek et al., 2007). Die kleineren Effekten sind dabei wesentlich auf eine geringere Behandlungsadhärenz und höhere Abbruchraten als bei geleiteten Programmen zurückzuführen. Werden in Studien zu ungeleiteten Selbsthilfeprogrammen nur die Ergebnisse derjenigen Teilnehmer analysiert, die ein Programm bis zu Ende bearbeiten, werden in der Regel grosse Effekte gefunden (Meyer et al., 2009). Von ungeleiteten Selbsthilfeprogrammen scheint also ein Teil der Teilnehmer gut profitieren zu können, während ein anderer Teil die Intervention frühzeitig abbricht. Die Abbruchraten sind dann besonders hoch, wenn die Zugangsschwelle zum Selbsthilfeprogramm sehr tief angesetzt ist und ein umfassenderes Abklärungsprozedere fehlt. Ein Beispiel ist das australische Depressionsprogramm *MoodGym*, welches nach der Eingabe eines frei wählbaren Benutzernamens und Passwortes unmittelbar, kostenlos und anonym genutzt werden kann. Die Zahl der Personen, die sich für solche „Open Access“-Angebote registrieren, ist sehr hoch, gleichzeitig brechen aber auch viele die Intervention frühzeitig wieder ab (Christensen, Griffiths, & Jorm, 2004). Im Gegensatz dazu wurden bei ungeleiteten Selbsthilfeangeboten, welche ein umfassenderes Abklärungsprozedere inklusive eines diagnostischen Interviews beinhalten, deutlich geringere Abbruchquoten und höhere Effekte gefunden (Berger et al., 2017; Johansson & Andersson, 2012). Verschiedene Befunde deuten auch darauf hin, dass der therapeutische Kontakt

während der Intervention bei Depression wichtiger ist als bei Angststörungen (Berger et al., 2011b; Berger, Haemmerli, Gubser, Andersson, & Caspar, 2011a). Je nach Störungsbereich könnte der Kontakt zu Therapeuten also mehr oder weniger wichtig sein.

Da bezüglich Selbsthilfeprogrammen und Apps häufig argumentiert wird, dass sie den Nutzern auch schaden könnten, wurden in der letzten Zeit auch vermehrt Nebenwirkungen und Verschlechterungsraten untersucht (Rozental, Boettcher, Andersson, Schmidt, & Carlbring, 2015). Während noch kaum negative Nebenwirkungen bekannt sind, ist die Prozentzahl der Patienten, deren Symptomatik sich in ungeleiteten und geleiteten Selbsthilfeprogrammen verschlechtert relativ gering und geringer als bei Kontrollgruppen, die keine Behandlung oder Treatment-as-Usual erhalten. So liegt die Zahl der Probanden, die sich in Programmen gegen depressive Symptome und Depressionen überzufällig stark verschlechtern (reliable deterioration), bei 5.8% (ungeleitete Selbsthilfeprogramme; 14 Studien; N=3806; Karyotaki et al., submitted) und 3.4% (geleitete Selbsthilfeprogramm; 18 Studien; N=2079; Ebert, Donkin, et al., 2016). Die Verschlechterungsrate war in diesen Studien in den Kontrollgruppen etwa doppelt so hoch.

3.3 Merkmale wirksamer internetbasierter Interventionen

Die Frage, für welche Patienten Internet Interventionen besonders erfolgsversprechend sind (und für welche nicht), lässt sich noch nicht fundiert beantworten. Die häufig geäußerte Annahme, dass das neue Behandlungsformat besser bei jüngeren, gut gebildeten oder computeraffinen männlichen Patienten wirkt, konnte in der Forschung nicht bestätigt werden. Auch wenn noch nicht klar ist, bei wem und wie Internet Interventionen wirken, lassen sich zumindest drei Merkmale nennen, die den wirksamsten Interventionen gemeinsam sind (Andersson, Carlbring, Berger, Almlöv, & Cuijpers, 2009):

1. die wirksamsten Internet Interventionen beinhalten einen ausführlichen Abklärungsprozess inklusive einem diagnostischen Interview, welches telefonisch oder von Angesicht zu Angesicht durchgeführt wird
2. in den wirksamsten Internet Interventionen werden Patienten während der selbständigen Bearbeitung von Selbsthilfematerialien von Therapeuten oder

Coaches begleitet, die mindestens eine zeitliche Struktur schaffen (z.B. jede Woche eine Nachricht) und Patienten für die selbständige Arbeit motivieren

3. in wirksamen Interventionen werden in mehreren umfassenden Modulen oder Lektionen Inhalte und Übungen vermittelt, die auf evidenzbasierten Therapieansätzen basieren.

4. Vor- und Nachteile internetbasierter Interventionen

Internetbasierte Interventionen weisen Merkmale auf, die jeweils sowohl Vor- als auch Nachteile haben. So hat beispielsweise die Kommunikation auf Distanz den Vorteil, dass die Anreise entfällt und auch Patienten erreicht werden, die aufgrund geografischer Gegebenheiten oder eingeschränkter Mobilität keine Hilfe finden. Sie hat aber gleichzeitig den Nachteil, dass die Vertraulichkeit der Daten durch die Übertragung und Speicherung gefährdet ist, die Identität der Anbieter und Patienten nicht gesichert und eine angemessene Reaktion in akuten Krisensituationen nur eingeschränkt möglich ist. Die wichtigsten Merkmale internetbasierter Interventionen und die damit verbundenen Vor- und Nachteile sind in Tabelle 2 zusammengefasst.

Tabelle 2. Vor- und Nachteile internetbasierter Therapien (adaptiert nach Berger & Caspar, 2011 und Berger, 2015).

Merkmale internetbasierter Ansätze	Vorteile	Nachteile / Risiken
Behandlung auf Distanz	<ul style="list-style-type: none"> • Bequem, da die Anreise wegfällt • Erreichen von Patienten, die aufgrund geographischer Gegebenheiten oder eingeschränkter Mobilität keine Hilfe finden 	<ul style="list-style-type: none"> • Ungemessene Reaktion in Krisensituationen (z.B. Suizidalität) nur eingeschränkt möglich • Vertraulichkeit der Daten durch Übertragung und Speicherung der Information gefährdet • Identität von Anbietern und Patienten nicht gesichert
Flexible Verfügbarkeit; Nutzung zeitunabhängig	<ul style="list-style-type: none"> • Terminfindung fällt weg • Nutzung auch außerhalb von üblichen Arbeitszeiten möglich • Material kann zu einem günstigen Lernzeitpunkt und mit flexiblem Tempo bearbeitet werden • Viele kurze Trainingseinheiten und Kontakte können 	<ul style="list-style-type: none"> • Fehlende zeitliche Struktur kann Compliance reduzieren • Möglichkeiten des unmittelbaren, prozesshaften Austausches eingeschränkt

	<p>Lernprozesse fördern</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nachrichten der Therapeuten können vor dem Abschicken supervidiert werden 	
<p>Abwesenheit des physischen Kontaktes / Schriftlicher Austausch</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Hemmschwelle Hilfe aufzusuchen ist niedriger als in Face-to-Face- Therapien • Größere Offenheit und Aufrichtigkeit (Enthemmungseffekt: Patienten kommen schnell auf den Punkt) • Soziale Barrieren (z.B. aufgrund äußerlicher Merkmale) fallen weg • Möglichkeit über Geschriebenes wiederholt zu reflektieren • Erhöhte Selbstbestimmung (Patienten bestimmen über was sie schreiben) • Aktive Teilnahme am Therapieprozess unumgänglich 	<ul style="list-style-type: none"> • Fehlen des non- und paraverbalen Austausches • Verheimlichen bzw. vermeiden schwieriger Themen leichter möglich • Mehr Missverständnisse in der Kommunikation • Schreibfertigkeiten als Voraussetzung • Schreiben ist aufwändiger und dauert länger als reden
<p>Leichte Verfüg- und Vervielfältigbarkeit von Selbsthilfe-programmen</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Geringe Kosten • Konstante Qualität 	<ul style="list-style-type: none"> • Auch unseriöse Angebote mit zweifelhafter Professionalität können leicht verbreitet werden

Zu erwähnen ist, dass die in Tabelle 2 genannten Vor- und Nachteile nicht gleichermassen auf die verschiedenen Formen internetbasierter Interventionen zutreffen. So gelten oft zitierte Vorteile wie die sofortige Verfüg- und unbegrenzte Vervielfältigbarkeit, die geringen Kosten oder die immer gleiche Qualität der Intervention besonders für geleitete und ungeleitete Selbsthilfeprogramme, in welchen eine Terminfindung mit Therapeuten entfällt, der Kontakt mit Therapeuten reduziert oder nicht vorhanden ist, und relativ standardisiert die immer gleichen Inhalte vermittelt werden. In Email-, Chat- oder Videotherapien ist der zeitliche Aufwand der Therapeuten hingegen vergleichbar mit dem Aufwand in Face-to-Face-Therapien. Ausserdem ist die Behandlung stärker individualisiert und die Qualität der Behandlung hängt stärker von den einzelnen Therapeuten ab. Der Vorteil, dass kein Termin gefunden werden muss, gilt nur für asynchrone Kommunikationsanwendungen wie Email-Therapie, nicht aber für synchrone Kommunikationsformen wie Chat- oder Videotherapien. Im Weiteren sind Herausforderungen wie der Datenschutz in E-Mail-, Chat- oder Videotherapien besonders relevant, da Patienten sehr persönliche Informationen preisgeben. Der Datenschutz ist selbstverständlich auch bei

Selbsthilfeprogrammen wichtig, allerdings sind die individuellen Eingabemöglichkeiten der Patienten hier oft sehr beschränkt.

4.1. Besondere Risiken und Qualitätsmerkmale internetbasierter Interventionen

Einige der in Tabelle 2 aufgeführten Nachteile sind mit häufig diskutierten besonderen Risiken internetbasierter Interventionen verbunden. Dazu gehören der Datenschutz, der Umgang mit Patienten, die sich in akuten Krisensituationen befinden und die Frage, wie die Identität und Qualifikation von Anbietern gesichert werden kann. Die von verschiedenen Berufsverbänden ausgearbeiteten Qualitätskriterien und -merkmale empfehlenswerter Interventionen beziehen sich ganz wesentlich auf den Umgang mit diesen Risiken. In diesem Unterkapitel soll deshalb vertiefter auf diese spezifischen Risiken und Qualitätsmerkmale eingegangen werden,.

4.1.1. Datenschutz

Fragen zur Datensicherheit im Internet sind brennend aktuell und sollten bei internetbasierten Interventionen oberste Priorität haben. Die Datenübertragung im Internet birgt immer Risiken, auch weil die Vertraulichkeit der Datenübermittlung und -speicherung nicht nur vom Anbieter, sondern auch vom Patientenverhalten abhängt. So können zum Beispiel das Verwenden öffentlicher Computer oder die unsachgemäße Aufbewahrung von Passwörtern Dritten den Zugang zu Informationen ermöglichen, selbst wenn die Anbieter geeignete Maßnahmen zum Datenschutz getroffen haben. Als wichtiger Beitrag zum Datenschutz gilt es deshalb, Patienten über diese Gefahren aufzuklären. Auch wird empfohlen, Patienten zu informieren, dass jede Datenübertragung via Internet gewisse Risiken birgt (Berger et al., 2006).

Von Seiten der Anbieter müssen besondere technische Maßnahmen getroffen werden. Dazu gehören die verschlüsselte Datenübertragung und -speicherung, aber auch der passwortgeschützte Zugang zu einem Angebot. Die Umsetzung solcher Maßnahmen stellt an die Anbieter einige Anforderungen und erfordert Fähigkeiten, die ärztliche und psychologische Psychotherapeuten in der Regel nicht mitbringen. Besonders gefährdet ist der Datenschutz, wenn Psychiater oder Psychotherapeuten einfach damit beginnen, mit ihren Patienten in einen Email-, Chat- oder Videoaustausch zu treten.

Therapeutenbefragungen zeigen, dass dies in der Praxis oft und immer mehr vorkommt (Eichenberg & Kienzle, 2013). Der herkömmliche E-Mail-Verkehr bietet nur einen sehr geringen Datenschutz. Der Inhalt ist unverschlüsselt, passiert auf dem Weg durch das

Internet verschiedene Rechner in verschiedenen Ländern und wird schließlich nicht nur auf dem eigenen Rechner, sondern auch auf den Servern der E-Mail-Dienstleister gespeichert. Beim E-Mail-Dienstleister und auch auf den Rechnern der Zwischenstationen können E-Mails theoretisch wie Postkarten gelesen werden. Ähnliches gilt für die Chat- und Videokommunikation, wenn auf handelsübliche Lösungen zurückgegriffen wird. Zwar wird in der letzten Zeit die Verschlüsselung von Emails gebräuchlicher (entsprechende Emails sind nicht mehr wie Postkarten lesbar, sondern entsprechen einem verschlossenen Brief, der nur durch den Empfänger geöffnet werden kann), die Verschlüsselung erfolgt hier aber oft nur einseitig, d.h. in der Kommunikation vom Therapeuten zum Patienten, nicht aber vom Patienten zum Therapeuten, da der Patient für eine Verschlüsselung selbst eine entsprechende Email-Dienstleistung kaufen bzw. nutzen muss.

Die aus Datenschutzsicht beste Lösung ist der Einsatz spezieller Web-Plattformen. Entsprechende Web-Plattformen wurden auch in praktisch allen der oben erwähnten Studien eingesetzt. Der Email- oder Chat-Austausch wird nicht auf den privaten Computer heruntergeladen, sondern über einen Webbrowser verwaltet. Nachrichten werden in Antwortformulare geschrieben. Vorteile solcher Plattformen sind, dass die Verschlüsselung der Datenübertragung und Speicherung automatisch eingebaut ist (z.B. SSL-Verschlüsselung), der Zugang zur Plattform passwortgeschützt ist und die Gefahr reduziert wird, Nachrichten an eine falsche Person zu senden (Patienten und Therapeuten müssen nicht die korrekte Email-Adresse des Empfängers eingeben). Der Aufbau gesicherter Web-Plattformen ist allerdings mit einigem Aufwand und Kosten verbunden. Ausserdem muss der regelmässige Support gewährleistet werden. Wie bei anderen ärztlichen E-Health-Lösungen können sichere Plattformen deshalb realistischerweise nur von Institutionen oder Praxisgemeinschaften entwickelt und betrieben werden. Hier stellt sich möglicherweise auch für psychiatrisch-psychotherapeutische Verbände die Frage, ob sie ihren Mitgliedern eine entsprechende Lösung zur Verfügung stellen sollten.

Klar ist, dass der Datenschutz und Angaben zum Datenschutz ein wichtiges Qualitätskriterium für die Beurteilung internetbasierter Interventionen ist und in allen bisher entwickelten Richtlinien einen zentralen Stellenwert einnehmen. In Tabelle 3 sind die konkreten Formulierungen der Guidelines der Task Force for the Development of Telepsychology der APA (APA, 2013), der Qualitätskriterien der Task Force E-Mental Health der DGPPN (Klein et al., 2016) und der Kommission für Online-Beratung KFOB

der Föderation Schweizer Psychologinnen und Psychologen FSP (Berger et al., 2006; diese Kriterien werden momentan überarbeitet) aufgeführt.

Tabelle 3. Konkrete Formulierungen zum Thema Datenschutz in den Guidelines und Qualitätskriterien der APA, DGPPN und FSP.

Task Force Telepsychology APA (APA, 2013)	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Confidentiality of Data and Information:</i> Psychologists who provide telepsychology services make reasonable efforts to protect and maintain the confidentiality of the data and information relating to their clients/patients and inform them of the potentially increased risks of loss of confidentiality inherent in the use of the telecommunication technologies, if any. • <i>Security and Transmission of Data and Information:</i> Psychologists who provide telepsychology services take reasonable steps to ensure that security measures are in place to protect data and information related to their clients/patients from unintended access or disclosure.
Taks Force E-Mental Health DGPPN (Klein et al., 2016)	<p><i>Qualitätsmerkmal "Beschreibung der Datenschutzigenschaften der Intervention und der Anforderungen an den Kliniker". Beispiele:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Kann der Nutzer sich auch anonym bei der Intervention anmelden? • Erfolgt der Austausch der Daten mit dem System über eine verschlüsselte Verbindung? • In welchem Land werden eventuelle Daten gespeichert? Innerhalb welcher Frist werden diese gelöscht? Kann der Nutzer die Löschung der Daten veranlassen? • Welche Anforderungen bestehen an das IT-System des Behandlers, wenn er im Rahmen der Intervention mit seinem Patienten kommuniziert?
Kommission für Online-Beratung der FSP (Berger et al., 2006)	<p>Vertraulichkeit und Schweigepflicht gilt für alle via Internet erfahrenen persönlichen Umstände in der gleichen Absolutheit wie beim Gespräch in der Praxis oder auch bei einem Telefonanruf (s. Berufsordnung der FSP):</p> <ul style="list-style-type: none"> • TherapeutInnen, die mit „sensiblen“ Daten arbeiten, sind verpflichtet, diese zu schützen und korrekt aufzubewahren. • Neben regelmässigen Sicherheitskopien (Backups zum Schutz von Datenverlust bei Systemabsturz) ist es Voraussetzung, dass der Zugang zum Computer passwortgeschützt ist und die Daten auch ausserhalb des Computers vorschriftgemäss aufbewahrt werden. • Patienten sollten darüber informiert werden, dass jede Datenübertragung gewisse Risiken birgt und Mailnachrichten von Dritten eingesehen werden können, falls keine Massnahmen zur Verschlüsselung (z.B. Pretty Good Privacy PGP) getroffen werden. • Zur Erhöhung der Sicherheit können neben verschlüsselten Mails auch verschlüsselte Homepages (Secure Sockets Layer SSL, erkennbar am https:// statt http://) erstellt und mit Antwortformularen versehen werden. Um die damit anstehenden Sicherheitsfragen zu klären und die optimale Lösung für den individuellen Bedarf zu finden, wird der Beizug einer Fachperson empfohlen.

4.1.2. Umgang mit Patienten, die sich in akuten Krisensituationen befinden

Im Zentrum aller Indikationsüberlegungen steht die Patientensicherheit. Es besteht weitgehend Konsens darüber, dass sich internetbasierte Interventionen aufgrund der physischen Distanz und der oft zeitverzögerten Kommunikation nicht eignen, um angemessen auf akute Krisensituationen zu reagieren. In seriösen Angeboten werden die Patienten deshalb schon auf der Homepage der Anbieter über diese Einschränkung informiert und es wird auf Notfallnummern hingewiesen. Nützlich können auch Hinweise auf spezifische und lokale Beratungs- und Notfallstellen sein.

In den Studien zu Internet Interventionen wird die Suizidalität vor Aufnahme der Behandlung meist mittels Fragebogen und im persönlichen Gespräch (telefonisch oder von Angesicht zu Angesicht) abgeklärt. Personen mit Suizidplänen werden unmittelbar an lokale Stellen verwiesen. Üblich ist auch, dass mit allen Patienten vor Beginn der Behandlung ein individueller Notfallplan erarbeitet wird, der die Frage beantwortet, an welche qualifizierten Fachpersonen oder Fachstellen sich die Patienten unter Berücksichtigung örtlicher Gegebenheiten wenden können, wenn sie während der Behandlung in eine akute Krise geraten (Berger & Caspar, 2011). In Tabelle 4 sind die Formulierungen zu Fragen der Patientensicherheit in den verschiedenen Richtlinien aufgeführt.

Tabelle 4. Konkrete Formulierungen zu Fragen der Patientensicherheit in den Guidelines und Qualitätskriterien der APA, DGPPN und FSP.

Task Force Telepsychology APA (APA, 2013)	At the onset of the delivery of telepsychology services, psychologists make reasonable efforts to identify and learn how to access relevant and appropriate emergency resources in the client's/patient's local area, such as emergency response contacts (e.g., emergency telephone numbers, hospital admissions, local referral resources, clinical champion at a partner clinic where services are delivered, a support person in the client's/patient's life when available). Psychologists prepare a plan to address any lack of appropriate resources, particularly those necessary in an emergency, and other relevant factors that may impact the efficacy and safety of paid service. Psychologists make reasonable efforts to discuss with and provide all clients/ patients with clear written instructions as to what to do in an emergency (e.g., where there is a suicide risk).
Taks Force E-Mental Health DGPPN (Klein et al., 2016)	<i>Sicherheitsaspekte:</i> Beschreibung der bekannten Nebenwirkungen und dem Vorgehen bei Gefährdungssituationen. Beispiele: <ul style="list-style-type: none"> • Wie reagiert das System bei Auftreten von Notfällen (z. B. Suizidalität)? Werden dem Nutzer automatisiert Hilfestellungen empfohlen? Wird eine professionelle Bezugsperson, z. B. der behandelnde Psychiater, informiert? • Sind in den Studien unerwünschte Wirkungen systematisch erfasst worden?

Kommission für Online-Beratung der FSP (Berger et al., 2006)	<i>Grenzen und Kontraindikation:</i> Vorsicht ist bei virtuellen Beratungen v.a. bei allen akuten Krisen (Suizidalität, Gewalt etc.) geboten. Für Notfallsituationen, die einer unverzüglichen Hilfe zu jeder Tages- und Nachtzeit bedürfen, sind auf der Homepage Links auf die offiziellen Notfallnummern anzugeben. Nützlich können auch Hinweise auf spezifische oder lokale Angebote von Beratungsstellen sein.
---	--

4.1.3. Identität und Qualifikation der Anbieter

Internetauftritte können heute rasch und ohne besondere Fachkenntnisse erstellt werden. Entsprechend können leicht auch Angebote mit zweifelhafter Professionalität verbreitet werden, wobei für Patienten nicht unmittelbar ersichtlich wird, wie seriös ein bestimmtes Angebot ist. Diesem Problem ist nicht leicht beizukommen. Zwar wurden von international tätigen Organisationen und Berufsverbänden Gütesiegel für Online Gesundheitsangebote entwickelt (Health On the Net Foundation: <http://www.hon.ch>; Berufsverband Deutscher Psychologinnen und Psychologen; BDP: <https://www.bdp-verband.de/html/service/siegel.html>), viele Patienten wissen aber nichts davon und achten nicht darauf. Auch deshalb sollten Webseiten von seriösen Online Beratungs- und Therapieangeboten gewisse Kriterien erfüllen. Dazu gehört, dass auf der Homepage ersichtlich wird, wer die angebotene Dienstleistung erbringt, welche Qualifikation der Anbieter mitbringt, was genau das Angebot und die Kosten des Angebotes sind, und in welcher Zeitspanne Ratsuchende mit einer Antwort rechnen können. In Tabelle 5 sind die diesbezüglichen Formulierungen der Qualitätskriterien der DGPPN und FSP aufgeführt. In den APA Guidelines fehlen entsprechende Kriterien.

Tabelle 5. Konkrete Formulierungen zu Identität und Qualifikation der Anbieter in den Guidelines und Qualitätskriterien der APA, DGPPN und FSP.

Taks Force E-Mental Health DGPPN (Klein et al., 2016)	<i>Beschreibung der Qualifikation der evtl. im Rahmen der internetbasierten Intervention tätigen Behandler.</i> Beispiele: <ul style="list-style-type: none"> • Welche Ausbildung weisen die Behandler vor (z. B. Berufsbezeichnung und spezifische, regelmäßige Fort- und Weiterbildung im Bereich internetbasierten Interventionen)? • Liegt ein Interventions-Manual vor? Wie wird Manualtreue bzw. Treatmentintegrität sichergestellt? • Wie sehen Supervisions- und Intervisionskonzepte für die Internet-Intervention aus?
Kommission für Online-Beratung der FSP (Berger et al., 2006)	<ul style="list-style-type: none"> • Auf der Homepage wird ersichtlich, wer die angebotenen Dienstleistungen erbringt; d.h. Name, Adresse und Telefonnummer der realen Praxis sind auf der Homepage vorzufinden. Bieten mehrere Personen über die gleiche Homepage ihre Dienstleistung an, so sind alle erwähnt. Neben Informationen zur Erreichbarkeit über E-Mail und Telefon sind auch Links zu den

	<p>Berufsorganisationen aufgeführt, welchen die Anbieter angehören.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Der berufliche Werdegang und die Qualifikation der Psychologinnen und Psychologen sollte klar ersichtlich sein und Spezialkenntnisse besonders hervorgehoben werden. Irreführende Angaben über Aus-, Weiter- und Fortbildungen, Titel oder berufliche Kompetenzen sind zu unterlassen. • Das Angebot muss transparent aufgeführt und für Laien verständlich beschrieben sein. Auf Kontraindikationen ist hinzuweisen. Kontraindiziert sind v.a. Online Angebote in allen akuten Krisen (Suizidalität, Gewalt; auf Notfallnummern sollte wie oben erwähnt hingewiesen werden). • Online-Ratsuchende müssen wissen, in welcher Zeitspanne sie auf eine Antwort zählen können, wie viel das Angebot kostet und wie die Zahlungsmodalitäten sind. • Neben Hinweisen zur Datensicherheit muss auch die garantierte Vertraulichkeit und Schweigepflicht erwähnt sein.
--	--

Eine andere Frage ist, welche persönlichen Angaben von Patienten verlangt werden. Grundsätzlich muss hier je nach Angebot und Zielgruppe zwischen den Vor- und Nachteilen eines mehr oder weniger anonymisierten Angebotes abgewogen werden. Einerseits können fehlende Angaben zur Person der Patienten die seriöse Beratung und Therapie erschweren oder verunmöglichen. Andererseits wird durch das Verlangen von persönlichen Angaben die Nutzungsschwelle erhöht. Typisch ist deshalb, dass in sehr niedrigschwelligen Angeboten, die in vielen Fällen nur einen kurzen und einmaligen Beratungskontakt beinhalten (z.B. Onlineberatung der Telefonseelsorge; Präventionsangebote) keine oder kaum persönliche Angaben verlangt werden. In Online Therapien hingegen, die einen längerfristigen und wiederholten Kontakt mit Fachpersonen vorsehen, werden in einem ersten Schritt oft die Angabe von Name, Wohnadresse, Geschlecht, Alter etc. verlangt. In einem zweiten Schritt folgt in vielen Fällen eine ausführliche Diagnostik mit Online Fragebogen und einem Abklärungsgespräch (telefonisch oder Face-to-Face), in welchem wie in Sprechzimmer-Therapien, die Problematik und Symptomatik vertieft abgeklärt wird. Die Kenntnis der Identität und Wohnadresse der Patienten ist dabei ein wichtiger Beitrag zur Patientensicherheit, da im Notfall geeignete Maßnahmen ergriffen werden können (z.B. Einschalten der Polizei oder des Notarztes).

5. Rechtliche Fragen

Bezüglich Internet Interventionen gibt es eine ganz Reihe rechtlicher Fragen, die bisher nicht geklärt sind. Es ist davon auszugehen, dass erst die Erfahrung und zukünftige

Rechtsprechung helfen kann, klare Standards zu etablieren. Grundsätzlich begegnen Rechtsetzung und Rechtsprechung einer Fernbehandlung bisher mit eher ablehnender Zurückhaltung, insbesondere weil die Behandlung mit modernen Kommunikationsformen auch das Risiko birgt, dass der psychotherapeutisch-psychiatrische Behandlungsstandard nicht eingehalten werden kann und der Patient dadurch einen Schaden erleiden könnte (Almer, 2008). Im Mittelpunkt der rechtlichen Diskussion steht die Zulässigkeit einer psychiatrisch-psychotherapeutischen Fernbehandlung aus berufs- und haftungsrechtlicher Sicht. Die unten aufgeführten Überlegungen aus berufs- und haftungsrechtlicher Perspektive gelten nur für Internet Interventionen, in welchen ein Austausch zwischen Professionellen und Patienten stattfindet. Bei ungeleiteten Selbsthilfeprogrammen und Apps spielen andere Überlegungen eine Rolle. So wird beispielsweise diskutiert, ob diese als "medical device" von Swissmedic zertifiziert werden müssen, bevor sie erforscht und in der Routineversorgung eingesetzt werden dürfen.

5.1. Berufsrecht

In einer im Schweizerischen Ärzteblatt veröffentlichten Artikel zu berufsrechtlichen Aspekten der ärztlichen Beratung via Internet kommt Oswald (2001) zum Schluss, dass auch wenn wohl in der überwiegenden Zahl der Fälle die sorgfältige und gewissenhafte Berufsausübung eine persönliche Kontaktnahme mit dem Patienten erforderlich macht, eine Fernberatung aus berufsrechtlicher Sicht nicht a priori ausgeschlossen ist. Er beruft sich hier auf den in der Präambel der Standesordnung FMH vom 12. Dezember 1996 festgeschriebenen Grundsatz, wonach das gesundheitliche Wohl des Menschen oberstes Ziel ärztlichen Handelns ist und verweist darauf, dass dieses Ziel bei gegebenen Voraussetzungen mit einer gewissenhaften Berufsausübung zu vereinbaren und in Einzelfällen via Internet sogar besser zu erreichen ist (z.B. wenn Patienten die Mühen eines Arztbesuches nur eingeschränkt wahrnehmen können; Oswald, 2001). Er stellt damit die Präambel der Standesordnung über Art. 7, in dem statuiert ist, wie der Arzt den Behandlungsauftrag zu erfüllen hat: "Arzt und Ärztin haben die persönliche Beziehung zum Patienten oder zur Patientin soweit als möglich zu gewährleisten. Sie sorgen für eine persönliche Betreuung ihrer Patienten und Patientinnen in dem Umfang, wie es deren Krankheitszustand erfordert. [...] Die regelmässige Behandlung allein aufgrund schriftlich, telefonisch oder elektronisch übermittelter Auskünfte oder Berichte von Drittpersonen ist mit einer gewissenhaften Berufsausübung unvereinbar."

Trotz der letztgenannten Bestimmung argumentiert Oswald also mit Verweis auf die Präambel für die Zulässigkeit der Fernbehandlung im Einzelfall und argumentiert: "Nach wohl richtiger Auffassung kann und soll es nicht Aufgabe des Standesrechts sein, im einzelnen vorzuschreiben, wann eine telefonische Beratung oder die Beantwortung einer Patientenfrage per Internet zulässig ist und in welchen Fällen nicht. Der gewissenhafte Arzt wird im Einzelfall prüfen, ob die ihm gelieferten Daten ausreichend sind oder ob er weitere Angaben des Patienten benötigt, um einen verlässlichen Tipp abgeben oder eine Ferndiagnose stellen zu können. Er wird entscheiden müssen, ob es unabdingbar ist, den Patienten zu sehen oder nicht. Ferner wird er sich auch darüber Rechenschaft ablegen, ob er für die Beantwortung der Frage überhaupt genügend fachlich qualifiziert ist oder ob er dem Patienten nicht vielmehr empfehlen muss, seine Fragen einem Spezialisten vorzulegen oder bei einem solchen vorstellig zu werden. All dies sind Entscheidungen, die der Arzt unter dem Gesichtspunkt der Behandlungsqualität zu treffen hat. Dieselben Entscheidungen hat der Arzt aber auch bei bereits bestehendem Arzt-Patienten-Verhältnis immer wieder von neuem zu treffen." (Oswald 2001, S. 2230).

Oswald (2001) geht in seinem Artikel insgesamt wenig auf die Unterscheidung zwischen einer ausschliesslichen oder nur zwischenzeitlichen Fernbehandlung ein. Art. 7 der Standesordnung kann so interpretiert werden, dass nur Behandlungen, die "allein aufgrund schriftlich, telefonisch oder elektronisch übermittelter Auskünfte" als problematisch betrachtet werden. Die Zulässigkeit der zwischenzeitlichen Fernbehandlung, wenn also der Arzt den Patienten aus der laufenden Behandlung persönlich kennt und seine Intervention nicht auf eine Ferndiagnose stützt, wird in der Standesordnung nicht hinterfragt. Auch in Deutschland ist es nur die ausschliessliche Fernbehandlung, die aufgrund des sog. Fernbehandlungsverbotes in der Musterberufsordnung für Ärzte verboten ist (Almer, 2008). Insgesamt sollte also vor allem die Zulässigkeit einer ausschliesslichen Fernbehandlung geklärt werden. Eine zwischenzeitliche internetbasierte Behandlung ist aus berufsrechtlicher Sicht zulässig.

5.2. Haftungsrecht

Neben berufsrechtlichen Aspekten stellt sich das Problem der Haftung des Arztes und Psychotherapeuten für eine unsachgemässe Beurteilung, d.h. für allfällig erfolglose oder gar schadenversursachende Behandlungen. Die Behandlung von Patienten unter Einbeziehung moderner Kommunikationsmittel birgt hier besondere Haftungsrisiken.

Ein Arzt begeht eine Pflichtverletzung, wenn er bei der Behandlung den Therapiestandard unterschreitet, er sich also nicht an den Masstab einer guten psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung hält. Eine internetbasierte Behandlung ist also insbesondere dann pflichtwidrig, wenn sie gegenüber einer regulären Behandlung mit persönlichem Kontakt zu einer erhöhten Gefährdung des Patienten führt. Oswald (2001) beschreibt einen Fall aus dem Jahre 1990, in welchem sich das Bundesgericht mit einer telefonischen Auskunft eines Arztes bzw. dessen Arztgehilfin an die Mutter eines Kleinkindes zu befassen hatte: Der am Telefon erteilte Rat stellte sich als falsch heraus und war mitursächlich für die kurz darauf eingetretene Schädigung des Kleinkindes. Im Urteil des Bundesgerichtes wird dazu folgendes ausgeführt: "An eine Telefondiagnose und eine Telefontherapie aber sind grundsätzlich dieselben Anforderungen zu stellen wie an die ärztliche Sorgfaltspflicht bei persönlicher Kontaktnahme [...]. Wird einem Arzt telefonisch ein Krankheitsbild vorgetragen, hat er bei objektiv gegebenem Verdacht auf eine bestimmte Krankheit nach angenommenem Auftrag nötigenfalls die gebotenen Untersuchungen durchzuführen und bei Unvermögen des Patienten, die Praxis aufzusuchen, einen Hausbesuch vorzunehmen oder andere geeignete Massnahmen (Spitaleinweisung usw.) zu veranlassen. [...]. Mindestens aber ist er zu Aufklärung über die möglichen Risiken des ihm vorgetragenen Krankheitsbildes verpflichtet. Dieser Pflicht ist der Beklagte nicht nachgekommen". Diese Ausführung des Bundesgerichts zur Telefondiagnose und -behandlung dürften für die Gerichte auch bezüglich Beratung via Internet zukünftig wegweisend sein (Oswald, 2001). Die psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung darf demnach gegenüber einer regulären Behandlung mit persönlichem Kontakt bei vergleichbaren Erfolgsaussichten keine zusätzlichen Gefahren bringen.

Wie aus berufsrechtlicher Sicht ist damit insbesondere die Frage relevant, ob eine ausschliessliche Fernbehandlung, ganz ohne Kontakt von Angesicht zu Angesicht, zu befürworten ist. Die haftungsrechtliche Gefahr ist besonders hoch, wenn der Arzt bzw. Therapeut aufgrund eines fehlenden unmittelbaren Kontaktes in der Diagnostik objektive Befunde übersieht und die Therapie zum Nachteil des Patienten bereits zu Beginn in die falsche Richtung führt. Einer Internettherapie ohne vorherigen persönlichen Kontakt zwischen Therapeut und Patient ist deshalb aus haftungsrechtlicher Sicht wohl kritisch zu bewerten.

5.3. Weitere rechtliche Fragen

Neben den oben erwähnten, gibt es noch eine ganze Reihe weiterer ethischer und rechtlicher Fragen, die noch weitgehend ungeklärt sind und in Zukunft geklärt werden sollten. Einige davon werden im Folgenden aufgeführt (siehe auch Rochlen, Zack, & Speyer, 2004; Wilhelm & Pfaltz, 2009):

- Wie ist die rechtliche Situation, wenn Online Interventionen über Staatsgrenzen hinweg erfolgen?
- Wie ist damit umzugehen, dass alle Daten, die gesammelt und ausgetauscht wurden gespeichert und damit leicht aufgedeckt werden können? Die nachträgliche Veröffentlichung der Daten zum Beispiel im Rahmen eines Gerichtsverfahrens oder durch die Patienten kann dazu führen, dass alle zu wissen meinen, was zu tun gewesen wäre. Aus dem Kontext gerissene Daten könnten Therapeuten ungerechterweise als unverantwortlich und inkompetent erscheinen lassen.
- Wie ist damit umzugehen, dass auch Patienten die Originaldaten (z.B. den E-Mail-Austausch) speichern, aufbewahren und veröffentlichen können? Was bedeutet das für die Dokumentation der Therapien durch die Ärzte und Psychotherapeuten?
- Was passiert, wenn bei einer Internet Intervention automatisch und regelmässig die Veränderung der Symptomatik erhoben wird, der Therapeut aber eine Symptomverschlechterung nicht wahrnimmt und nicht darauf eingeht?
- Was passiert, wenn durch technische Probleme Patientendaten verloren gehen, der Patient keinen Zugang zur Online Intervention mehr hat oder aufgrund verlorener Daten nicht mehr kontaktiert werden kann und es dadurch zu Komplikationen kommt?

6. Stand der Implementierung und Einsatzbereiche

Wie einleitend erwähnt sind internetbasierte Interventionen in bestimmten anderen Ländern wie Schweden, den Niederlanden, Grossbritannien und Australien bereits Teil der routinemässigen Versorgung psychisch kranker Menschen. Beispiele sind die "Internet Psychiatry Unit" am Karolinska Institut in Schweden, "Interapy" in den Niederlanden oder die "Mindspot Klinik" in Australien. Erleichtert wurde die

Etablierung internetbasierter Interventionen in Grossbritannien und Schweden u.a. dadurch, dass es in diesen Ländern ein zentral gesteuertes Gesundheitssystem gibt. In deutschsprachigen Ländern hingegen sind auch evidenzbasierte Internet Interventionen bislang nicht auf Verschreibung eines Arztes bzw. Psychotherapeuten verfügbar und Krankenkassen vergüten hauptsächlich online durchgeführte Therapien höchstens im Rahmen von Pilot- und Modellprojekten.

Inzwischen machen einzelne Krankenkassen in Deutschland und der Schweiz ihren Versicherten gezielt das Angebot, internetbasierte Selbsthilfeansätze zu nutzen. So bietet beispielsweise die Sanitas im Rahmen ihres Gesundheitsprogramms "Psychische Balance" ihren Kunden webbasierte Programme zur Unterstützung der psychischen Gesundheit bei depressiven Verstimmungen, Ängsten, Stress und Burn-out, sowie Schlafstörungen an. Dabei sind die Programme gegen depressive Verstimmungen (deprexis) und Angststörungen (velibra) auch empirisch validiert (z.B. Berger et al., 2017; Klein, Berger, et al., 2016; Meyer et al., 2009). Ausserhalb solcher Projekte und Studien müssen aber internetbasierte Interventionen im deutschsprachigen Raum privat bezahlt werden, wobei viele der Angebote nicht empirisch validiert sind.

Aufgrund der noch sehr eingeschränkten nachhaltigen Implementierung internetbasierter Interventionen in die Routinepraxis wird in letzter Zeit vermehrt die Frage diskutiert, in welche Settings Online Interventionen in Zukunft implementiert werden sollten. In einem einflussreichen Artikel einer europäischen Expertengruppe werden verschiedene erfolgsversprechende Anwendungsbereiche benannt (Emmelkamp et al., 2014):

Einsatz in der Prävention: Im Bereich der Prävention sind weniger intensive Interventionen wie Selbsthilfeinterventionen üblich. Sie haben den Vorteil, dass sie zu geringen Kosten leicht verbreitet werden können und die Schwelle, entsprechende Angebote in Anspruch zu nehmen tief ist. Webbasierte Selbsthilfeprogramme zur indizierten Prävention haben sich bereits als wirksam zur Verhinderung des Auftretens einer Depression erwiesen (Ebert, Buntrock, & Cuijpers, 2016; Klein, Berger, et al., 2016).

Einsatz in der ärztlichen Grundversorgung: In der ärztlichen Grundversorgung könnten internetbasierte Ansätze eine Alternative oder eine Ergänzung zu medikamentösen Therapien darstellen. In einer kürzlich in der Schweiz und Deutschland durchgeführten randomisiert kontrollierten Studie verschrieben Hausärzte ihren Patienten mit

Angststörungen die Nutzung eines Selbsthilfeprogramms. Patienten, die neben Treatment-as-Usual Zugang zum Selbsthilfeprogramm erhielten, profitierten dabei von der Behandlung substantiell und signifikant besser als Patienten, die keinen Zugang zum Selbsthilfeprogramm erhielten (Berger et al., 2017).

Einsatz in psychotherapeutisch/psychiatrischen Settings: Auch wenn internetbasierte Behandlungen bisher vor allem als Ersatz und im Vergleich zu traditionellen Therapien erforscht wurden, sehen viele die Zukunft in einer Kombination von Online- und Face-to-Face-Ansätzen (*blended treatments*). Mögliche Anwendungen reichen hier von Interventionen, die von Patienten auf Wartelisten zur Vorbereitung einer Face-to-Face-Therapie genutzt werden, über die Verwendung von Online-Modulen während einer psychologischen oder medikamentösen Therapie, bis hin zu Rückfallpräventionsprogrammen, die nach einer ambulanten oder stationären Behandlung eingesetzt werden.

Vermittlung internetbasierter Interventionen durch E-Mental-Health-Kliniken: In Ländern wie Schweden und Australien wurden inzwischen "virtuelle" Kliniken gegründet, die ausschließlich internetbasierte Interventionen (v.a. geleitete Selbsthilfensätze) anbieten (z.B. <http://web.internetpsykiatri.se>; <http://www.mindspot.org.au>). Dank diesen virtuellen Kliniken können Interventionen, die vorher in Studien empirisch validiert wurden, der breiten Bevölkerung nachhaltig verfügbar gemacht werden. Die genannten Kliniken wurden allerdings nicht unabhängig von traditionellen psychiatrisch-psychotherapeutischen Institutionen gegründet, sondern sind Teil eines Angebotes, welches auch traditionelle Behandlungsformen umfasst. Dies hat den Vorteil, dass für Patienten, welche eine traditionelle Therapieform bevorzugen oder bei denen die Internettherapie nicht ausreichend hilft, gute Überweisungs- und Anschlussmöglichkeiten an traditionelle Angebote bestehen.

Einsatz in verschiedenen medizinischen Settings: Internetbasierte psychologische Interventionen haben sich auch bei verschiedenen somatisch erkrankten Patientengruppen mit komorbiden psychischen Problemen und Störungen als hilfreich und wirksam erwiesen (Kroenke et al., 2010; van Bastelaar, Cuijpers, Pouwer, Riper, & Snoek, 2011). Weil viele somatisch erkrankte Patienten neben der medizinischen Behandlung oft keine zusätzliche, spezifisch auf ihre Erkrankung zugeschnittene psychologische Betreuung erhalten, könnten internetbasierte Screening- und Behandlungsansätze auch in diesem Bereich mithelfen, die Erkennens- und

Behandlungsrate komorbider psychischer Probleme und Störungen zu erhöhen und die Krankheitsbewältigung zu erleichtern. Nicht zu vergessen sind in diesem Zusammenhang auch neue Möglichkeiten zur Online-Betreuung von Angehörigen von Menschen mit chronischen Erkrankungen (Frischknecht et al., 2014).

7. Zusammenfassung und Ausblick

Im vorliegenden Positionspapier wurde ein Überblick über unterschiedliche Formen internetbasierter Interventionen, die empirische Evidenz, Vor- und Nachteile, Qualitätsmerkmale, rechtliche Aspekte, sowie den Stand der Implementierung gegeben. Zusammenfassend lassen sich folgende Punkte festhalten:

- Bereits existiert ein **breites Spektrum** an internetbasierten psychologischen Interventionen. Am besten untersucht sind Selbsthilfeprogramme, die auf kognitiv-verhaltenstherapeutischen Prinzipien basieren und in welchen Patienten während der Bearbeitung der Selbstmanagement-Interventionen von Therapeuten oder Coaches kurz aber regelmässig via E-Mail unterstützt werden. Diese sog. therapeutenunterstützten Selbsthilfeansätze haben sich in verschiedenen Problem- und Störungsbereichen als ähnlich wirksam erwiesen wie Sprechzimmertherapien. Selbsthilfeprogramme ohne therapeutische Unterstützung sind typischerweise mit höheren Abbrecherquoten und einer reduzierten Wirkung verbunden. Zu E-Mail, Chat- oder videobasierten Therapien liegen erst wenige Studie vor. Auch zu blended treatments, also der Kombination von Face-to-Face und Online Interventionen gibt es noch wenig belastbare empirische Evidenz.
- Internetbasierte Interventionen weisen Merkmale auf, die jeweils sowohl **Vor- als auch Nachteile** haben. Zu den wichtigsten Vorteilen gehört, dass sie leicht und kostengünstig verbreitbar sind und Zugangshürden zu evidenzbasierten psychologischen Interventionen reduziert werden. Damit haben internetbasierter Interventionen das Potential, Versorgungslücken im psychosozialen Bereich zu verkleinern und Inzidenz- und Prävalenzraten in der Bevölkerung zu reduzieren. Zu den wichtigsten Herausforderungen gehört der Datenschutz, der Umgang mit Patienten, die sich in akuten Krisensituationen befinden, sowie die Tatsache, dass die Identität und Qualifikation der Anbieter nicht gesichert ist und somit Angebote mit zweifelhafter Professionalität leicht

verbreitet werden können. Die von verschiedenen Berufsverbänden ausgearbeiteten Qualitätskriterien und -merkmale internetbasierter Interventionen beziehen sich denn auch hauptsächlich auf den Umgang mit diesen Risiken.

- Aus **rechtlicher Perspektive** sind viele Fragen noch ungeklärt. Im Mittelpunkt der rechtlichen Diskussion steht die Zulässigkeit einer psychiatrisch-psychotherapeutischen Fernbehandlung aus berufs- und haftungsrechtlicher Perspektive. Aus beiden Perspektiven muss zwischen einer zwischenzeitlichen und ausschliesslichen Fernbehandlung unterschieden werden. Sowohl aus berufsrechtlicher als auch haftungsrechtlicher Sicht ist eine ausschliessliche Fernbehandlung, also eine Intervention, die sich auf eine "Ferndiagnose" stützt und ganz ohne Kontakt von Angesicht zu Angesicht auskommt, als problematisch zu betrachten. Selbst wenn momentane Berufsordnungen so interpretiert werden können, dass die ausschliessliche Fernbehandlung in Ausnahmefällen zulässig ist, birgt diese Form der Behandlung die haftungsrechtlich relevante Gefahr, dass aufgrund des fehlenden unmittelbaren Kontaktes objektive Befunde übersehen und die Behandlung in eine falsche Richtung gelenkt wird. Eine zwischenzeitliche Fernbehandlung, wenn also der Arzt oder Psychotherapeut den Patienten aus der laufenden Behandlung persönlich kennt und seine Intervention nicht auf eine Ferndiagnose stützt, wird in der Regel als rechtlich zulässig betrachtet.
- Trotz der sehr vielversprechenden Forschungsergebnisse sind internetbasierte Interventionen zumindest im deutschsprachigen Raum bisher **noch nicht in die Regelversorgung implementiert**. Dies kann auch auf eine fehlende Kostenerstattung entsprechender Interventionen zurückgeführt werden. In Ländern wie Schweden, den Niederlanden, Grossbritannien und Australien, in welchen die Kosten dieser neuen Behandlungsform von Krankenkassen oder staatlichen Institutionen übernommen werden, ist der Routineeinsatz schon sehr viel verbreiteter. Zu beachten ist, dass Einsatzbereiche für internetbasierte Interventionen nicht auf psychiatrisch-psychotherapeutische Settings beschränkt sind. Internetbasierte psychologische Interventionen haben sich auch bereits in der Gesundheitsförderung und Prävention, der ärztlichen Grundversorgung, der Nachsorge und Rehabilitation und für somatisch erkrankte Patientengruppen mit

komorbiden psychischen Problemen und Störungen als vielversprechend erwiesen.

Obwohl sich internetbasierte Interventionen schon in sehr vielen Studien als wirksam erwiesen haben, sind im Moment noch sehr viele Fragen offen. Eine wichtige Frage ist, wie Internet Interventionen in Zukunft nachhaltig in die Routineversorgung implementiert werden können und sollen. Hier sprechen die genannten rechtlichen Rahmenbedingungen, Fragen zur Patientensicherheit, aber auch empirische Befunde, dass Internet Interventionen wirksamer sind, wenn sie einen Kontakt mit Therapeuten beinhalten, dafür, dass Mischformen, also die Kombination von online und Sprechzimmertherapien das wahrscheinlichste Szenario für die Zukunft darstellen. Dies entspricht auch der Einschätzung vieler Experten im Bereich internetbasierter Interventionen (Andersson, 2016). Moderne Technologien sollen hier nicht dazu dienen, Therapeuten oder Ärzte zu ersetzen, sie sollen helfen mit weniger mehr für die Patienten zu machen. Werden in Mischformen empirisch validierte Programme und Apps eingesetzt, unterscheidet sich diese Art der Behandlung letztlich auch nicht von bereits etablierten Behandlungen wie zum Beispiel medikamentösen Therapien, bei welchen nach der persönlich durchgeführten Diagnostik und der Verschreibung von Medikamenten zwischenzeitlich auf das Auftreten von Nebenwirkungen oder Verschlechterungen sowie das Eintreten oder Ausbleiben des Therapieerfolgs geachtet wird. Gerade Mischformen sollten deshalb in Zukunft noch besser erforscht werden. Eine andere wichtige Frage ist, für welche Patienten internetbasierte Angebote besonders erfolgversprechend sind und für welche nicht. Die im Mittel vergleichbaren Effekte für Online und Face-to-Face Interventionen sprechen dafür, dass bestimmte Patienten besser von Face-to-Face und andere besser von Online Interventionen profitieren. Zu Prädiktoren und Moderatoren des Therapieerfolgs ist aber bisher noch zu wenig bekannt.

Insgesamt ist festzuhalten, dass evidenzbasierte internetbasierte Interventionen nach bisherigen Erkenntnissen eine sinnvolle Ergänzung zu den bereits bestehenden Therapien darstellen. Sie werden traditionelle Behandlungsansätze nicht ersetzen, sie können aber das psychosoziale Versorgungsangebot in vielfältiger Weise erweitern. Verantwortungsvoll eingesetzt haben internetbasierte Interventionen damit das Potential, die hohen Prävalenz- und Inzidenzraten psychischer Störungen in der Bevölkerung zu reduzieren (Kazdin & Blase, 2011).

8. Referenzen

- Almer, S. (2008). Das Fernbehandlungsverbot als rechtliche Grenze im Einsatz Neuer Medien in der psychosozialen Versorgung. In S. Bauer & H. Kordy (Eds.), *E-Mental-Health* (pp. 13-17). Berlin: Springer.
- Andersson, G. (2016). Internet-Delivered Psychological Treatments. *Annu Rev Clin Psychol*, *12*, 157-179.
- Andersson, G., Carlbring, P., Berger, T., Almlöv, J., & Cuijpers, P. (2009). What makes Internet therapy work? *Cognitive Behaviour Therapy*, *38*, 55-60.
- 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*, *13*(3), 288-295.
- Andersson, G., & Hedman, E. (2013). Effectiveness of Guided Internet-Based Cognitive Behavior Therapy in Regular Clinical Settings. *Verhaltenstherapie*, *23*, 140-148.
- Andersson, G., Paxling, B., Roch-Norlund, P., Ostman, G., Norgren, A., Almlöv, J., & Silverberg, F. (2012). Internet-based psychodynamic versus cognitive behavioral guided self-help for generalized anxiety disorder: a randomized controlled trial. *Psychother Psychosom*, *81*(6), 344-355.
- BAG (2016). *Die Zukunft der Psychiatrie in der Schweiz. Bericht in Erfüllung des Postulats von Philipp Stähelin (10.3255)*. Bern: Bundesamt für Gesundheit.
- Barak, A., Klein, B., & Proudfoot, J. G. (2009). Defining internet-supported therapeutic interventions. *Ann Behav Med*, *38*(1), 4-17.
- Bauer, S., Okon, E., Meermann, R., & Kordy, H. (2012). Technology-enhanced maintenance of treatment gains in eating disorders: efficacy of an intervention delivered via text messaging. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, *80*(4), 700-706.
- Baumeister, H., Reichler, L., Munzinger, M., & Lin, J. (2014). The impact of guidance on Internet-based mental health interventions - A systematic review. *Internet Interventions*, *1*(4), 205-215.
- Berger, T. (2015). *Internetbasierte Interventionen bei psychischen Störungen*. Göttingen: Hogrefe.
- Berger, T., Boettcher, J., & Caspar, F. (2013). Internet-Based Guided Self-Help for Several Anxiety Disorders: A Randomized Controlled Trial Comparing a Tailored With a Standardized Disorder-Specific Approach. *Psychotherapy (Chic)*, 207-219.
- Berger, T., & Caspar, F. (2011). Internetbasierte Psychotherapie. *Psychiatrie und Psychotherapie up2date*, *5*, 29-43.
- Berger, T., Caspar, F., Richardson, R., Kneubühler, B., Sutter, D., & Andersson, G. (2011b). Internet-based treatment of social phobia: A randomized controlled trial comparing unguided with two types of guided self-help. *Behaviour Research Therapy*, *49*, 158-169.
- Berger, T., Egli, C., Eidenbenz, F., Flury-Sorgo, A., Lang, J., & Volkart, A.-C. (2006). Qualitätskriterien für psychologische Angebote im Internet. Kommission für Online Beratung der Föderation Schweizer Psychologinnen und Psychologen.
- Berger, T., Haemmerli, K., Gubser, N., Andersson, G., & Caspar, F. (2011a). Internet-based treatment of depression: A randomized controlled trial comparing guided with unguided self-help. *Cognitive Behaviour Therapy*, *40*, 251-266.

- Berger, T., Urech, A., Krieger, T., Stolz, T., Schulz, A., Vincent, A., . . . Meyer, B. (2017). Effects of a transdiagnostic unguided Internet intervention ('velibra') for anxiety disorders in primary care: results of a randomized controlled trial. *Psychol Med*, 47(1), 67-80.
- Carlbring, P., Maurin, L., Torngren, C., & al., e. (2011). Individually-tailored internet-based treatment for anxiety disorders: A randomized controlled trial. *Behaviour Research and Therapy*, 49, 18-24.
- Christensen, H., Griffiths, K. M., & Jorm, A. F. (2004). Delivering interventions for depression by using the Internet: Randomised controlled trial. *British Medical Journal*, 328(7), 265-268.
- Cuijpers, P., Donker, T., Johannson, 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.
- Donker, T., Bennett, K., Bennett, A., Mackinnon, A., van Straten, A., Cuijpers, P., . . . Griffiths, K. M. (2013). Internet-delivered interpersonal psychotherapy versus internet-delivered cognitive behavioral therapy for adults with depressive symptoms: Randomized controlled noninferiority trial. *Journal of Medical Internet Research*, 15(5), 146-161.
- Ebert, D., Tarnowski, T., Gollwitzer, M., Sieland, B., & Berking, M. (2013). A transdiagnostic Internet-based maintenance treatment enhances the stability of outcome after inpatient cognitive behavioral therapy: a randomized controlled trial. *Psychother Psychosom*, 82(4), 246-256.
- Ebert, D. D., Buntrock, C., & Cuijpers, P. (2016). Online Intervention for Prevention of Major Depression--Reply. *JAMA*, 316(8), 881-882.
- Ebert, D. D., Donkin, L., Andersson, G., Andrews, G., Berger, T., Carlbring, P., . . . Cuijpers, P. (2016). Does Internet-based guided-self-help for depression cause harm? An individual participant data meta-analysis on deterioration rates and its moderators in randomized controlled trials. *Psychol Med*, 46(13), 2679-2693.
- Eichenberg, C., & Kienzle, K. (2013). Psychotherapeuten und Internet. Einstellung zu und Nutzung von therapeutischen Onlineangeboten im Behandlungsalltag. *Psychotherapeut*, 58(5), 485-493.
- Emmelkamp, P. M. G., David, D., Beckers, T., Muris, P., Cuijpers, P., Lutz, W., . . . Vervliet, B. (2014). Advancing psychotherapy and evidence-based psychological interventions. *Int. J. Methods Psychiatr. Res.*, 23(Suppl. 1), 58-91.
- Frischknecht, E., Berger, T., Stalder-Luthy, F., Znoj, H., Hofer, H., Id, & Berger, T. O. h. o. o. (2014). OSCAR-An internet-based supportive coaching for informal caregivers of adult individuals with an acquired brain injury: Pilot study. *Zeitschrift für Neuropsychologie*, 25(2).
- Hedman, E., Furmark, T., Carlbring, P., Ljótsson, B., Rück, C., & al., e. (2011). Five-year follow-up of internet-based cognitive behaviour therapy for social anxiety disorder. *Journal of Medical Internet Research*, 13(e39).
- Hedman, E., Ljotsson, B., & Lindefors, N. (2012). Cognitive behavior therapy via the internet: A systematic review of applications, clinical efficacy and cost-effectiveness. *Expert Rev Pharmacoecon Outcomes Res*, 12, 745-764.
- Holländare, F., Johnsson, S., Randestad, M., Tillfors, M., Carlbring, P., Andersson, G., & al., e. (2011). Randomized trial of Internet-based relapse prevention for partially remitted depression. *Acta Psychiatr Scand*, 124(4), 285-294.

- Johansson, R., & Andersson, G. (2012). Internet-based psychological treatments for depression. *Expert Review of Neurotherapeutics*, *12*, 861-870.
- Joint Task Force for the Development of Telepsychology Guidelines for, P. (2013). Guidelines for the practice of telepsychology. *Am Psychol*, *68*(9), 791-800.
- Karyotaki, E., Kleiboer, A., Smit, F., Turner, D. T., Pastor, A. M., Andersson, G., . . . Cuijpers, P. (2015). Predictors of treatment dropout in self-guided web-based interventions for depression: an 'individual patient data' meta-analysis. *Psychol Med*, *45*(13), 2717-2726.
- Kessler, D., Lewis, G., Kaur, S., Wiles, N., King, M., Weich, S., . . . Peters, T. J. (2009). Therapist-delivered Internet psychotherapy for depression in primary care: a randomised controlled trial. *Lancet*, *374*(9690), 628-634.
- Kleiboer, A., Smit, J., Bosmans, J., Ruwaard, J., Andersson, G., Topooco, N., . . . Riper, H. (2016). European COMPARative Effectiveness research on blended Depression treatment versus treatment-as-usual (E-COMPARED): study protocol for a randomized controlled, non-inferiority trial in eight European countries. *Trials*, *17*(1), 387.
- Klein, J. P., Berger, T., Schroder, J., Spath, C., Meyer, B., Caspar, F., . . . 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. *Psychother Psychosom*, *85*(4), 218-228.
- Klein, J. P., Gerlinger, G., Knaevelsrud, C., Bohus, M., Meisenzahl, E., Kersting, A., . . . Hauth, I. (2016). Internetbasierte Interventionen in der Behandlung psychischer Störungen. Überblick, Qualitätskriterien, Perspektiven. *Nervenarzt*, *87*(11), 1185-1193.
- Krieger, T., Meyer, B., Sude, K., Urech, A., Maercker, A., & Berger, T. (2014). Evaluating an e-mental health program ("deprexis") as adjunctive treatment tool in psychotherapy for depression: design of a pragmatic randomized controlled trial. *Bmc Psychiatry*, *14*.
- Kroenke, K., Theobald, D., Wu, J., Norton, K., Morrison, G., Carpenter, J., & Tu, W. (2010). Effect of telecare management on pain and depression in patients with cancer: a randomized trial. *JAMA*, *304*, 163-171.
- Ly, K. H., Topooco, N., Cederlund, H., Wallin, A., Bergstrom, J., Molander, O., . . . Andersson, G. (2015). Smartphone-Supported versus Full Behavioural Activation for Depression: A Randomised Controlled Trial. *PLoS One*, *10*(5), e0126559. doi:10.1371/journal.pone.0126559
- Meyer, B., Berger, T., Caspar, F., Beevers, C. G., Andersson, G., & Weiss, M. (2009). Effectiveness of a Novel Integrative Online Treatment for Depression (Deprexis): Randomized Controlled Trial. *Journal of Medical Internet Research*, *11*(2).
- Oswald, C. (2001). Ärztliche Beratung via Internet. *Schweizerische Ärztezeitung*, *82*(42), 2230-2236.
- Richards, D., & Richardson, T. (2012). Computer-based psychological treatments for depression: a systematic review and meta-analysis. *Clin Psychol Rev*, *32*(4), 329-342.
- Rochlen, A. B., Zack, J. S., & Speyer, C. (2004). Online therapy: review of relevant definitions, debates, and current empirical support. *J Clin Psychol*, *60*(3), 269-283.

- Rozental, A., Boettcher, J., Andersson, G., Schmidt, B., & Carlbring, P. (2015). Negative effects of internet interventions: a qualitative content analysis of patients' experiences with treatments delivered online. *Cogn Behav Ther*, 44(3), 223-236.
- Schuler, D., Tuch, A., Buscher, N., & Camenzind, P. (2016). *Psychische Gesundheit in der Schweiz*. Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (Obsan).
- Simpson, S. G., & Reid, C. L. (2014). Therapeutic alliance in videoconferencing psychotherapy: a review. *Aust J Rural Health*, 22(6), 280-299.
- Spek, V., Cuijpers, P., Nyklicek, I., Riper, H., Keyzer, J., & Pop, V. (2007). Internet-based cognitive behaviour therapy for symptoms of depression and anxiety: a meta-analysis. *Psychol Med*, 37(3), 319-328.
- Stocker, D., Stettler, P., Jäggi, J., Bischof, S., Guggenbühl, T., Abrassart, A., . . . Künzi, K. (2016). *Versorgungssituation psychisch erkrankter Personen in der Schweiz*. Bern: Bundesamt für Gesundheit.
- Titov, N., Andrews, G., Johnston, L., Robinson, E., & Spence, J. (2010). Transdiagnostic Internet treatment for anxiety disorders: A randomized controlled trial. *Behav Res Ther*, 48(9), 890-899.
- van Bastelaar, K., Cuijpers, P., Pouwer, F., Riper, H., & Snoek, F. J. (2011). Development and reach of a web-based cognitive behavioural therapy programme to reduce symptoms of depression and diabetes-specific distress. *Patient Education and Counselling*, 84(1), 49-55.
- Vernmark, K., Lenndin, J., Bjärehed, J., Carlsson, M., Karlsson, J., Oberg, J., . . . Andersson, G. (2010). Internet administered guided self-help versus individualized e-mail therapy: A randomized trial of two versions of CBT for major depression. *Behav Res Ther*, 48(5), 368-376.
- Wilhelm, F., & Pfaltz, M. C. (2009). Neue Technologien in der Psychotherapie. In J. Margraf & S. Schneider (Eds.), *Lehrbuch der Verhaltenstherapie* (pp. 767-798). Heidelberg: Springer.