

## **Chancen und Risiken der Internettherapie für die Regelversorgung in Deutschland. Ein Beitrag zur Psychotherapie im Zeitalter von Web 2.0**

Jennifer Apolinário-Hagen und Siegfried Tasseit

### **Zusammenfassung**

Angesichts der strukturell bedingten Lücken in der psychotherapeutischen Versorgung finden E-Mental-Health-Interventionen wie die internetbasierte Psychotherapie zunehmenden Zuspruch im Gesundheitswesen. Gegenwärtig liegt eine überschaubare, wenn auch wachsende Anzahl an Studien vor - vor allem zur Behandlung von Depressionen und Angststörungen. Diese Studien haben überwiegend positive Befunde zur Wirksamkeit und Akzeptanz solcher Interventionen für bestimmte Indikationen erbracht. Zudem wurden Internettherapien bereits in die Regelversorgung in einigen europäischen Gesundheitssystemen implementiert. Allerdings erscheint die externe Validität aufgrund der limitierten Zahl von untersuchten psychischen Störungen und vor allem der nicht-repräsentativen Stichproben derzeit noch unzureichend. Insbesondere könnten für bestimmte soziodemographische Gruppen Barrieren bestehen bleiben. Zudem besteht das Risiko, dass Internettherapien nicht nur ergänzend eingesetzt werden und somit der Mangel an Therapieplätzen in konventionellen Settings weiter bestehen bleiben würde. Insofern bleibt auf der Basis der aktuellen Studienlage die Frage offen, ob E-Mental-Health-Programme das ihnen zugesprochene Potenzial (z.B. Empowerment) auch verwirklichen, um die psychotherapeutische Versorgung zu verbessern.

### **Schlüsselwörter**

E-Mental-Health, Psychotherapie, Internettherapie, Empowerment, Selbsthilfe, Web 2.0, Versorgungslücken, psychische Störungen, externe Validität

### **Abstract**

In view of structurally related treatment gaps in psychotherapeutic care, e-mental health interventions, such as Internet-based psychotherapy, meet increasing popularity in health care. Currently, there is a straightforward, albeit growing number of studies available, primarily for the treatment of depression and anxiety disorders. These studies have yielded mostly positive findings on the effectiveness and acceptance of such interventions for specific indications. In addition, internet therapies have already been implemented in standard care in some European care systems. However, due to the limited, investigated mental disorders and non-representative samples, the external validity still appears insufficient. In particular, barriers may persist for certain socio-demographic groups. As another risk, Internet therapies could not merely be used as supplement treatments and thus the lack of treatment places could remain in conventional settings. In respect of the current study situation, it still should be clarified whether e-mental health programs can realize their awarded potential (e.g. empowerment) to enhance the psychotherapeutic care.

### **Keywords**

e-mental health, psychotherapy, Internet therapy, empowerment, self-help, web 2.0, treatment gaps, mental disorders, external validity

## **AutorIn**

- **Dr. rer. medic. Dipl.-Psych. Jennifer Anette Apolinário-Hagen**
- Lehrbeauftragte in den Fachbereichen „Wirtschaft und Psychologie“ und „Gesundheit & Soziales“ (u.a. für die Module: Gesundheitspsychologie & Prävention, Grundlagen des Public Health, Allgemeine Psychologie & Biopsychologie, Entwicklungspsychologie, Differentielle Psychologie, Empirisches Projekt)
- **Kontakt:** FOM Hochschule  
Leimkugelstraße 6  
45141 Essen  
E-Mail: [d1393314@bcw-gruppe-net.de](mailto:d1393314@bcw-gruppe-net.de) / [jemac100@hhu.de](mailto:jemac100@hhu.de)
  
- **Dr. disc. pol. Dipl.-Soz. Siegfried Tasseit**
- Psychologischer Psychotherapeut in eigener Privatpraxis.
- Verhaltenstherapie, Gesprächspsychotherapie, Hypnotherapie, Palliativpsychotherapie, Suchttherapie
- **Kontakt:** Kurmittelhaus „Vitalpark“  
Hildesheimer Str. 7a  
37581 Bad Gandersheim  
E-Mail: [siegfried-tasseit@web.de](mailto:siegfried-tasseit@web.de)

## **1. Zur Ausgangssituation der Internettherapie**

Analog zu den neuen Möglichkeiten des Web 2.0 [1] verbinden Belliger und Krieger (2014) mit dem Begriff „Health 2.0“ ein besser vernetztes Gesundheitssystem nunmehr mit Chancen für die aktive Beteiligung von Patientinnen und Patienten im Sinne von Empowerment bzw. Selbstermächtigung. Anvisiert wird mit „Patient 2.0 Empowerment“ die aktive Partizipation der Gesellschaftsmitglieder, was ihre Gesundheit und die von ihnen genutzten Versorgungswege anbelangt, durch die interaktive Nutzung von Informationen und Kommunikationstechnologien (Bos, Marsh, Carroll, Gupta & Rees, 2008). Als eine Begleiterscheinung der „digitalen Revolution“ könnten in der nächsten Dekade persönliche Kontakte zwischen Therapeuten und Patienten seltener werden – zugunsten eines durch elektronische Geräte im Rahmen des Web 2.0 vermittelten Austauschs (Weiner, 2012).

Diese Entwicklung bezieht sich nicht nur auf die klassischen ärztlichen Tätigkeiten, sondern auch auf die „sprechende Medizin“ und somit auch auf die Psychotherapie. In diesem Kontext hat sich der Begriff „E-Mental-Health“ etabliert, der eine Vielzahl von Angeboten von der bloßen Bereitstellung von Informationen, über Screenings, psychosoziale Beratung und Selbsthilfe bis hin zur psychotherapeutischen Behandlung und Nachsorge umfasst. In der Fachliteratur wird mit der rasanten Verbreitung von „E-Mental-Health“ vor allem das Potenzial verbunden, den Zugang zur Versorgung erweitern zu können. Damit gemeint ist das Schließen der Lücke zwischen dem erkannten Bedarf und den limitierten Kapazitäten bzw. Ressourcen bei der Versorgung mit konventionellen Therapien (Lal & Adair, 2014).

Noch steht in Deutschland einer vollumfänglichen Internettherapie das sog. Fernbehandlungsverbot entgegen, das allein für eine ausschließliche Fernbehandlung gilt (Bauer & Kordy, 2008). Lediglich zu Forschungszwecken im

Rahmen wissenschaftlicher Modellprojekte, welche die Internettherapie zum Gegenstand haben, ist das Fernbehandlungsverbot aufgehoben. Daher liegen für den deutschsprachigen Raum nur Feldstudien zu öffentlich zugänglichen Online-Beratungsangeboten vor (Eichenberg & Ott, 2011). In den Niederlanden, Großbritannien, in den skandinavischen Ländern, Australien und Neuseeland wurden sowohl die begleitete als auch die unbegleitete Selbsthilfe im Rahmen von E-Mental-Health-Angeboten mittlerweile ins Gesundheitswesen integriert; auch in Deutschland und Frankreich wird die Implementierung von E-Mental-Health-Angeboten im Gesundheitswesen diskutiert (Moock, 2014).

Schließlich übersteigt der Bedarf an psychotherapeutischen Behandlungen längst die Kapazitäten in der Regelversorgung. Allein im Jahr 2012 waren Krankenkassendaten zufolge 19,6% der Erwerbstätigen von psychischen Störungen betroffen (BARMER GEK Gesundheitsreport, 2014). Hilfesuchende müssen jedoch in der Regel wochen-, wenn nicht monatelang auf ein Erstgespräch bei einem niedergelassenen psychologischen Psychotherapeuten warten – zudem verlängert sich die Wartezeit zusätzlich bei einem Wohnsitz in ländlichen Regionen (ebd.). Die Suche nach einem Behandlungsplatz fordert den bereits psychisch beeinträchtigten Personen zusätzlich ein hohes Maß an Anstrengungen ab.

Somit könnte zukünftig die Internettherapie bzw. die internetbasierte Psychotherapie sogar zur Kassenleistung werden. Denn angesichts der Knappheit finanzieller Mittel im öffentlichen Gesundheitswesen soll die Erprobung solcher innovativer Ansätze in der Behandlung psychischer Störungen zur Schließung von Versorgungslücken beitragen (Moock, 2014).

## **2. Das Phänomen „E-Mental-Health“**

Die erschwerte Erreichbarkeit von Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten scheint somit zumindest die Bereitschaft der Ratsuchenden zu erhöhen, sich im Web 2.0 über ihr Anliegen und alternative Behandlungsoptionen zu informieren. Dementsprechend ergab eine repräsentative Umfrage von Eichenberg, Wolters und Brähler (2013), dass unter den befragten Deutschen (N=2.411) mehr als ein Viertel erwog, bei psychischen Belastungen auch online nach Hilfe zu suchen. Unter dem Sammelbegriff „E-Mental-Health“ finden die Hilfesuchenden im Web 2.0 nunmehr nicht nur digitale Gesundheitsinformationen zu psychischen Störungen und ihre Behandlung, sondern zusätzlich immer mehr Angebote zur psychosozialen Online-Beratung und Internettherapie (Lal & Adair, 2014).

### **2.1 Potenziale des E-Mental-Health**

Als Stärken von E-Mental-Health-Initiativen, insbesondere der Internettherapie, werden in der Fachliteratur vor allem eine verbesserte Erreichbarkeit, geringere Kosten, der flexiblere Einsatz durch die Möglichkeit der Anpassung von standardisierten und personalisierbaren Softwarelösungen für unterschiedliche Themen, Interaktivität bzw. Multimedialität sowie Engagement der „Konsumenten“ aufgeführt (Lal & Adair, 2014).

Insofern könnte E-Mental-Health durchaus zum Abbau von Barrieren beitragen in den Fällen, wo der Zugang zur Psychotherapie durch die psychische Erkrankung selbst - wie etwa bei Agoraphobie oder sozialen Phobien, durch körperliche, berufliche und soziale Einschränkungen oder durch die Lage des Wohnorts in einer ländlichen Region erschwert wird (Bee et al., 2008).

Der Wegfall des persönlichen Kontakts könnte überdies die Bereitschaft erhöhen, sich bei psychischen Problemen über das Internet Hilfe zu suchen (Clarke & Yarborough, 2013) – so sollen gerade Patientinnen und Patienten mit sozialen Phobien von E-Health profitieren (Löhr, Rosenvinge & Wynn, 2011). Auch Patienten auf Wartelisten, die ohne professionelle Hilfe von sich aus keine konstruktiven Aktivitäten initiieren würden, könnten von Internettherapien profitieren (Cuijpers, van Straten & Andersson, 2008). Außerdem könnte der Einsatz der internetbasierten Interventionen in der klinischen Praxis auf Seiten der Psychotherapeuten die Bereitschaft erhöhen, die genaue Befolgung der Schritte in den Therapiemanualen einzuhalten (Andersson, 2010).

Darüber hinaus soll das Web 2.0 neben der besseren Zugänglichkeit unter dem sozialpolitischen und sozialpädagogischen Stichwort „Empowerment“ neue Beteiligungsmöglichkeiten für Patienten bieten: „Die ePatienten sind zu einer neuen Einflussgröße auf dem Gesundheitsmarkt geworden und fordern vom Gesundheitssystem Kommunikation, Partizipation und Transparenz“ (Belliger & Krieger, 2014, S. 133). Wird der Patient nun zum ePatienten?

Wenn Belliger und Krieger (2014) von ePatienten sprechen, ist dies durchaus als eine gesundheits- und sozialpolitisch positiv gemeinte Selbstzuschreibung aufzufassen – so stehe „das ‚e‘ im Wort ePatient nicht so sehr für ‚elektronisch‘ als vielmehr für ‚empowered‘ “. Es geht demnach um den „Anspruch befähigt, aktiv und kompetent zu sein und so wahrgenommen zu werden“ (ebd., S. 13 f.). Außerdem ermöglichen es technische Innovationen mittlerweile, ohne Programmierkenntnisse aktiv an der Gestaltung von Websites zu partizipieren, um sich über Gesundheitsfragen auszutauschen. Durch das Web 2.0 sollen sich die Ratsuchenden „vom reinen Konsumenten zum aktiven Mitgestalter“ (Bauer & Kordy, 2008, S. 5), demnach zum sog. „Prosumenten“ (Belliger & Krieger, 2014, S. 11), entwickeln. Diverse E-Health-Angebote mit dem Fokus auf „Empowerment“ könnten zusätzlich und über die Internettherapie hinaus das Selbstmanagement von Patientinnen und Patienten gezielt verbessern helfen – so z.B. bei der Begleitbehandlung von chronischen Erkrankungen wie Diabetes (vgl. Anderson & Funnell, 2010).

## **2.2 Risiken des E-Mental-Health**

In der Fachliteratur werden laut einem Review von Lal und Adair (2014) vor allem die folgenden Nachteile bzw. Risiken und Barrieren im Zusammenhang mit „E-Mental-Health“ thematisiert: Wichtige und dringend benötigte, konventionelle Behandlungsangebote könnten durch E-Mental-Health ersetzt werden oder Bemühungen zur Verbesserung der Qualität oder der Finanzierung von konventionellen Angeboten zurückgestellt werden. Als weiterhin problematisch angesehen werden finanzielle Interessen von Entwicklern und Forschern (Publikations-Bias), die limitierte Evidenzbasis, der fragliche Aufbau einer

therapeutischen Beziehung, eine Unvertrautheit mit dem Medium (auch auf Seiten der Therapeutinnen und Therapeuten) sowie die Benachteiligung von Personen mit körperlichen, finanziellen oder kognitiven Beeinträchtigungen. Zudem könnten sich das verzögerte Aufsuchen konventioneller Therapien oder die Inanspruchnahme ungeeigneter oder gar schädlicher Angebote, Probleme beim Datenschutz und eine mangelnde Adhärenz bei Patientinnen und Patienten als weitere Nachteile erweisen (ebd.). Auch die Auslagerung der Praxis-Interaktion in den Wohnraum des Hilfesuchenden kann für die Therapie weitere hinderliche Nebenwirkungen entfalten. Denn die eigene Wohnung ist kein gleichwertig vor Störungen geschützter Raum wie die Praxis in einer face-to-face-Therapie.

Auch hinsichtlich eines falsch oder verkürzt verstandenen Empowerments im Sinne des Mitgestaltens als „Prosument“ lassen sich Barrieren womöglich nicht abbauen. Das Wort „Prosument“, eine Kombination der Wörter „Produzent“ und „Konsument“, stammt von Alvin Toffler. Mit dem Begriff „Prosument“ wollte er damals auf die verstärkte Mitarbeit der Kundinnen und Kunden bei der Fertigstellung von Dienst- und Sachleistungen aufmerksam machen: Sie bedienen sich selbst oder bauen ihre Möbel selbst zusammen. Mit Blick auf die Sozialgeschichte des Gesundheitswesens lässt sich für die letzten 25 Jahre, was die soziale Rolle von therapeutische Hilfe Suchenden anbelangt, eine Entwicklung vom Patienten über den Konsumenten zum Prosumenten nachverfolgen. Denn der „Konsument“ als Sozialfigur, der Konsument als Kunde des Gesundheitswesens, taucht spätestens zu Ende der 1980er Jahre auf im Zusammenhang mit der zunehmenden Ökonomisierung aller gesellschaftlichen Bereiche, so auch des Gesundheitswesens. Diese Ökonomisierung brachte zugleich eine Veränderung der Semantik mit sich: Der „klassische“ Patient – andernorts Klient genannt – wurde zum Konsumenten, zum Kunden von „personennahen Dienstleistungen“. Und mittlerweile wird vom Kunden erwartet, dass er mehr und mehr zum Prosumenten mutiert, zu einem selbsttätig aktiven, dabei zureichend informierten und aufgeklärten sowie bestens vernetzten Konsumenten – und dies gar in einer neuen Form von Heimarbeit. So stellen bei den webbasierten Ansätzen die Teilnehmerinnen und Teilnehmer einen Großteil der Fazilitäten als „Produktionsmittel“, die sie an ihrem Heimarbeitsplatz vorhalten: etwa mit ihrem PC; darüber hinaus zahlen sie selbst den Strom. Das Bereitstellen dieser Ressourcen kann jedoch – je nach persönlicher und finanzieller Situation und Art der Erkrankung – nicht bei jedem Ratsuchenden gleichermaßen vorausgesetzt werden.

### **3. Empirische Evidenzbasis der Internettherapie**

Die derzeitige empirische Datenlage zu Empowerment durch E-Health ist bislang sehr dürftig (Alpay, van der Boog & Dumaj, 2011). In europäischen Staaten wird das Internet vor allem zur Informierung und als Entscheidungshilfe bei gesundheitlichen Fragen genutzt (Santana et al., 2011). Dies könnte sich jedoch in absehbarer Zeit ändern, wenn die Internettherapie in der EU insgesamt und damit in Deutschland, wie bereits in den Niederlanden, als Kassenleistung zur Behandlung von psychischen Störungen zugelassen wird und sich dadurch die Reichweite und Bekanntheit des E-Mental-Health erhöht.

### **3.1 Wirksamkeit von Internettherapien in Studien**

Der überwiegende Teil der Studien zur Internettherapie (76%) stammt aus den USA, Australien und den Niederlanden (Lal & Adair, 2014). Als weitere Forschungsstandorte mit einer stetig wachsenden Anzahl an empirischen Studien zum „E-Mental-Health“ sind vor allem die Schweiz und Schweden hervorzuheben (für eine Übersicht siehe Berger, 2015). Beurteilt werden die Indikatoren für den Therapieerfolg in der Regel über Selbstbeurteilungsinstrumente (Lal & Adair, 2014). Die gegenwärtigen Internettherapien basieren vor allem auf den Prinzipien der Kognitiven Verhaltenstherapie, wobei mittlerweile auch psychodynamische und schulenübergreifende Ansätze für internetbasierte Behandlungen von psychischen Störungen entwickelt wurden.

Da die meisten evaluierten internetbasierten Interventionsprogramme für spezifische psychische Störungen aus dem angloamerikanischen und skandinavischen Raum stammen, ist eine Übertragbarkeit der Befunde auf die Regelversorgung in Deutschland derzeit mit Limitierungen verbunden (Eichenberg & Ott, 2011).

#### **3.1.1 Kognitive Verhaltenstherapie in Internettherapien**

Bislang wird die in ihrer traditionellen Form am besten untersuchte Psychotherapiemethode, die kognitive Verhaltenstherapie (CBT), als E-Health-Variante zumindest für den additiven bzw. komplementären Einsatz empfohlen (Cuijpers et al., 2008). Was die Störungsbilder angeht, zielen gegenwärtig E-Mental-Health-Interventionen am häufigsten auf Erwachsene mit Depressionen und Angststörungen (Lal & Adair, 2014). Für diese Indikationen wurden in Studien mit einer internetbasierten CBT (ICBT) gute Therapieeffekte erzielt (zu Metaanalysen siehe Barak, Hen, Boniel-Nissim & Shapira, 2008; Bee et al., 2008). So konnten mithilfe der ICBT die Symptome von Patientinnen und Patienten mit Angststörungen, Depressionen (Andersson et al., 2012a) und mit posttraumatischer Belastungsstörung (PTBS; Lange et al., 2001; Knaevelsrud & Maercker, 2007; Knaevelsrud et al., 2014) signifikant reduziert werden.

Zudem soll die ICBT eine gleichwertige Alternative zur traditionellen CBT darstellen: In einer Studie zur Behandlung von Agoraphobie und Panikstörung verglichen Kiropoulos et al. (2008) die Effekte einer ICBT (N=68) mit denen einer konventionellen Psychotherapie (N=40). In beiden Behandlungsgruppen konnte eine signifikante Symptomlinderung erzielt werden. Ebenso zeigte sich in einer Studie von Jasper et al. (2014) bei Patientinnen und Patienten mit Tinnitus, die entweder mit ICBT (N=38) oder mit einer traditionellen Gruppen-CBT (GCBT; N=26) behandelt wurden, kein Unterschied hinsichtlich der Wirksamkeit der Interventionen. Bei beiden Interventionsgruppen konnten gleichermaßen gute Therapieeffekte ermittelt werden.

Somit liegt bislang insbesondere für die ICBT eine stetig wachsende Anzahl an Studien vor. Die von Kiropoulos et al. (2008) ermittelte Vergleichbarkeit der Therapieeffekte von internetbasierten und traditionellen Psychotherapien steht im Einklang mit den Ergebnissen einer Metaanalyse von Barak et al. (2008). Die

größten Effektstärken bei Online-Therapien konnten im Rahmen von Studien bei der Behandlung der PTBS sowie von Panik- und Angststörungen erzielt werden. Am effektivsten wurden Erwachsene in der Altersgruppe 25 bis 39 Jahre in den Studien behandelt (ebd.).

Aber auch die internetbasierte, psychodynamisch fundierte Selbsthilfe könnte in der Behandlung von mild bis moderat ausgeprägten depressiven Episoden bald zum Einsatz kommen (Johansson et al., 2012; Johansson et al., 2013).

### **3.1.2 Psychodynamische Ansätze in Internettherapien**

Wie die CBT stellt die psychodynamische Psychotherapie (PDT) eine wirksame Behandlungsmethode für Depressionen dar, die jedoch nur einer begrenzten Anzahl an Ratsuchenden zur Verfügung steht. Internetbasierte Ansätze der PDT (IPDT) wurden bereits entwickelt, aber die Anzahl der Pilotstudien ist noch äußerst gering. Nichtsdestotrotz erscheint es sinnvoll, Alternativen zur ICBT zur Verfügung zu stellen, denn eine bestehende Präferenz für eine bestimmte Therapierichtung kann den Therapieverlauf maßgeblich mitbestimmen (Johansson et al., 2013).

So untersuchten Johansson et al. (2012) die Wirksamkeit der IPDT bei Depressionen im Rahmen einer randomisierten kontrollierten Studie (RCT) in Schweden. Insgesamt erhielten 46 Personen mit diagnostizierter Depression für die Dauer von 10 Wochen eine als Selbsthilfe konzipierte IPDT. Weitere 46 Personen wurden einer aktiven Kontrollgruppe zugeteilt, in der sie mit Psychoedukation unterstützt wurden. Die Behandlungsgruppe absolvierte neun, von Online-Therapeutinnen begleitete Module, die auf psychodynamischen Prinzipien (in Anlehnung an ein Buch des Psychoanalytikers Silverberg aus dem Jahr 2005 [2]) basierten. In der Behandlungsgruppe wurden 27 Patienten (58,7%) als stark oder sehr stark gebessert klassifiziert. Die Symptomverbesserung konnte, wie ein Follow-up nach 10 Monaten ergab, längerfristig aufrechterhalten werden. Weiterhin erprobt wurde die IPDT zur Behandlung von Angststörungen. Andersson et al. (2012a) verglichen in einem RCT die Behandlungseffekte bei Patientinnen und Patienten, die unter einer generalisierten Angststörung litten und die entweder eine IPDT (N=27) oder eine ICBT (N=27) erhielten oder einer Wartelistengruppe (N=27) zugeteilt wurden. Dabei konnten sowohl die IPDT als auch die ICBT signifikant, wenn auch mit mäßigen Effektstärken, die Symptomatik lindern.

### **3.2 Zur Adhärenz in Internettherapien**

Zwischen den Studien variieren die Drop-out-Raten als Hinweis auf Adhärenz auf Seiten der Teilnehmenden jedoch stark. Besonders häufig entscheiden sich depressive Patientinnen und Patienten für die vorzeitige Beendigung ihrer Teilnahme an ICBT-Studien (Andersson et al., 2005; Spek et al., 2007a). In aktuelleren Publikationen sind die Abbruchraten dagegen häufig als gering einzustufen, was z.B. an einer Modifikation der Studiendesigns liegen mag. So betrug die Drop-out-Rate in den Interventionsgruppen beispielsweise 14% in einer Studie zur Behandlung von Depressionen, generalisierter Angststörung und sozialer Phobie (Andersson et al., 2012b) oder 16% in einer Studie zur

Behandlung der PTBS (Knaevelsrud & Maercker, 2007). In einer IPDT-Studie (Johansson et al., 2012) schlossen 21,7% die Selbsthilfemodule nicht komplett ab. Ebenso war die Abbruchrate in einer Studie zur Behandlung von Depressionen (Preschl, Maercker & Wagner, 2011) in der ICBT-Gruppe zwar relativ gering (22%), allerdings immer noch signifikant höher als in der face-to-face-Psychotherapie-Gruppe (7%). In einer anderen Studie (Johansson et al., 2013) absolvierten in der IPDT-Gruppe 62% und in der ICBT-Gruppe 73,8% der Patientinnen und Patienten alle vorgesehenen Module. Es zeigte sich hierbei kein signifikanter Unterschied bei den Abbruchraten zwischen den Therapieformen.

### **3.3 Zum Aufbau einer therapeutischen Beziehung in Internettherapien**

Über die therapeutische Arbeitsallianz bei der ICBT ist aufgrund einer geringen Anzahl an Studien noch wenig bekannt (Andersson et al., 2012b). Die nachfolgenden Befunde stammen aus Studien, in denen die therapeutische Beziehung vor allem mit dem „Working Alliance Inventory“ (WAI; Munder, Wilmers, Leonhart, Linster & Barth, 2010) beurteilt wurde. Eine positive und stabile therapeutische Arbeitsallianz konnte in unterschiedlichen ICBT-Studien zur Behandlung der PTBS ermittelt werden (Knaevelsrud & Maercker, 2007; Knaevelsrud et al., 2014; Wagner, Brand, Schulz & Knaevelsrud, 2012). Zudem zeigte sich in einer Studie zur Behandlung von Depression kein signifikanter Unterschied in der Bewertung der therapeutischen Arbeitsallianz zwischen Patienten, die entweder eine traditionelle Psychotherapie oder eine ICBT erhielten (Preschl et al., 2011). Dennoch fanden Andersson et al. (2012b) in einer Studie, in der Personen mit Depressionen und Personen mit Angststörungen mit einer ICBT behandelt wurden, keine signifikanten Korrelationen zwischen der Ausprägung der therapeutischen Arbeitsallianz und den Behandlungsergebnissen, was zunächst ungewöhnlich erscheint. Daraus und aus vorangegangenen Studienbefunden schlossen Andersson et al. (2012b), dass das Entstehen einer therapeutischen Arbeitsallianz bei Internettherapien - im Gegensatz zur traditionellen Psychotherapien - keine allzu große Rolle für den Behandlungserfolg spielen könnte.

In einer anderen Studie zur Behandlung von Tinnitus ermittelten Jasper et al. (2014) sowohl bei Patientinnen und Patienten in der ICBT-Gruppe (N=38) als auch in der GCBT-Gruppe (N=26) mit der Kurzversion des WAI hohe Werte bei der therapeutischen Arbeitsallianz. Jedoch wurde die Arbeitsallianz im Rahmen der traditionellen GCBT generell höher empfunden. Außerdem brauchten die Patientinnen und Patienten in der ICBT-Gruppe wesentlich mehr Zeit für den Aufbau einer starken therapeutischen Beziehung: So ergab sich in der ersten Therapiehälfte (2. bis 5. Woche) zunächst eine nur gering ausgeprägte Arbeitsallianz, gefolgt von sehr hohen Anstiegen in der zweiten Hälfte der Therapie (5. bis 9. Woche), die jedoch nicht das Niveau der Beziehungsqualität in der GCBT-Gruppe erreichten. Im Einklang damit lieferte eine Metaanalyse mit 12 RCT (Spek et al., 2007b) Hinweise auf die Relevanz der therapeutischen Unterstützung gerade bei der Online-Behandlung von Depressionen und Angststörungen; eine therapeutische Begleitung ging mit hohen Effektstärken einher, während Internettherapien ohne Begleitung zwar noch signifikant die Symptome einer Depression lindern konnten, allerdings nur noch mit geringer Effektstärke.

### **3.4 Externe Validität der Studien zur Internettherapie**

Sucala et al. (2012) weisen auf das Problem hin, dass ein Großteil der Studien durch den Selektions-Bias beeinflusst wurde. Dies könnte den bisherigen Enthusiasmus angesichts der Befunde mindern. So werden Probandinnen und Probanden häufig über Webseiten und E-Mails rekrutiert, was auf eine gewisse Vertrautheit mit der Nutzung des Internets schließen lässt. Dies könnte dazu führen, dass therapeutische Beziehungen bzw. Kontakte im Rahmen einer Internettherapie positiver beurteilt werden (Knaevelsrud & Maercker, 2006; Sucala et al., 2012).

Auch die Altersverteilung innerhalb der Stichproben ist in vielen Studien, die hohe Effektstärken erbrachten, nicht repräsentativ. In den meisten Studien werden Personen mittleren Alters untersucht. So betrug der Altersdurchschnitt (gerundet) z.B. 28 Jahre (27,7 Jahre, SD=6,9; Wagner et al., 2012) oder 37 Jahre (36,7 Jahre, SD=10,9; Preschl et al., 2011). In einer Studie (Knaevelsrud & Maercker, 2007) wurden zwar Patientinnen und Patienten mit PTBS im Alter von 18 bis 68 Jahren einbezogen, allerdings lag das Durchschnittsalter bei gerade einmal 35 Jahren. Ferner fällt bei den Studien zur Internettherapie ein sehr hoher Frauenanteil auf – so z.B. 67,9% bei Preschl et al. (2011), 78% bei Wagner et al. (2012) oder 90% bei Knaevelsrud und Maercker (2007). Dies steht im Einklang mit den Internetgewohnheiten von jüngeren und gut ausgebildeten Frauen, die mehrheitlich an den besagten Studien teilnahmen. So ergab eine Telefonumfrage (Panday, Hart & Tiwary, 2003) in New Jersey/USA, dass vor allem diejenigen Frauen nach gesundheitsbezogenen Informationen im Internet suchten, die ein höheres Einkommen und einen höheren Bildungsgrad als die Allgemeinbevölkerung aufweisen. In den zuvor erwähnten Studien zur Internettherapie spiegelt sich dieser Anteil an Teilnehmenden mit höherer Bildung sehr deutlich wieder. So betrug der Anteil an Hochschulabsolventen bei Jasper et al. (2014) in der ICBT-Gruppe 47,4% (von N=38) und in der GCBT-Gruppe 53,5% (von N=26). Bei Preschl et al. (2011) hatten 41,5% (N=53) einen Hochschulabschluss. Neben Probanden, die zu 44% einen Universitätsabschluss aufwiesen, hatten in einer Studie von Knaevelsrud und Maercker (2007) weitere 34% das Abitur als höchsten Bildungsabschluss angegeben. In einer Studie (Johansson et al. 2013) hatten in der ICBT-Gruppe 80% (von N=30) eine mindestens dreijährige Hochschulausbildung vorzuweisen.

### **4. Implikationen für die klinische Praxis und die ambulante Versorgung**

Aufgrund der weiter zunehmenden Ausbreitung von E-Health sollten Therapeutinnen und Therapeuten den Einfluss des Internets auf die Arzt-Patient-Beziehung in der Begegnung mit dem Patienten beachten, um besser nachvollziehen zu können, wie Patientinnen und Patienten generell Entscheidungen über ihre eigene Gesundheit und Krankheit treffen (Santana et al., 2011). Es bleibt im Detail noch zu klären, wie E-Health die traditionelle Kommunikation und die Interaktionen vor allem zwischen den Fachkräften aus den klinischen Professionen und dem Gesundheitssystem auf der einen Seite und den „Konsumenten“ und Angehörigen auf der anderen Seite zukünftig mehr und mehr beeinflussen wird (Weiner, 2012).

#### **4.1 Auswirkungen auf die therapeutische Beziehung und professionelles Handeln**

Aufgrund der gegenwärtig gemischten Befunde und einer zu geringen Anzahl an Studien ist laut Jasper et al. (2014) noch nicht abschließend geklärt, ob die therapeutische Allianz in der ICBT genauso relevant ist wie in der regulären face-to-face-Psychotherapie. Wie ein Review von Sucala et al. (2012) ergab, deuten die Befunde zwar auf eine Äquivalenz von traditionellen und internetbasierten Therapien bei der therapeutischen Arbeitsallianz hin, aber dies müsse noch weiter untersucht werden. Denn unter den 840 von ihnen gesichteten Studien haben Sucala et al. (2012) lediglich 11 Studien (1,3%) gefunden, die die therapeutische Beziehung berücksichtigten. Davon hatten sechs Studien die therapeutische Beziehung als primären Untersuchungsgegenstand (ebd.).

Da sich offensichtlich die Verhaltenstherapie - aber auch schon der Ansatz von Carl Rogers (Weizenbaum mit seiner ELIZA-Parodie, 1965) - vergleichsweise einfacher in Mensch-Maschine-Dialoge implementieren lassen als die psychodynamischen Therapien (Bauer & Kordy, 2008) und die Interaktionen zumeist hoch standardisiert sind, stellt sich darüber hinaus die Frage, ob solcherlei IT-Entwicklungen noch in Einklang zu bringen sind mit den gegenwärtig diskutierten Grundlagentheorien der Psychotherapie, z.B. der empirisch fundierten Bindungstheorie. Bowlby (2008/1988) betonte als wichtigste Funktionen eines Psychotherapeuten, dass dieser als sichere Basis fungieren sollte, um den Patienten zu ermuntern zu einer Auseinandersetzung im Hier und Heute mit seinen Bezugspersonen, zu einer Prüfung der therapeutischen Beziehung, zu einem Vergleich der aktuellen Einstellungen mit denen aus Kindheit und Jugend und zu einem Überdenken und Aktualisieren von Stimmigkeit sowie Gültigkeit der inneren Arbeitsmodelle. Die Art der Bindungsrepräsentation könnte diesen Prozess erheblich beeinflussen. Aber auch der Bindungsstil des Therapeuten und dessen Interaktion mit dem Bindungsstil des Patienten bildet einen wichtigen Ausgangspunkt für die Ausbildung einer Arbeitsallianz (Dinger, Strack, Sachsse & Schauenburg, 2009).

Auch wenn diese Grundsätze sich kaum in der strukturierten Selbsthilfe mit ihren geringen Kontaktmöglichkeiten und kurzen Therapiedauern befriedigend abdecken lassen, ist dennoch denkbar, dass eine erfolgreiche Erprobung und Weiterentwicklung der IPDT auch die Einstellungen von Therapeutinnen und Therapeuten gegenüber Internettherapie beeinflussen wird. Noch weisen vor allem Verhaltenstherapeuten eine positivere Einstellung gegenüber Internettherapien auf als Therapeuten mit einer psychoanalytischen Orientierung (Johansson et al., 2012). Ob sich diese Skepsis der psychodynamisch orientierten Psychotherapeuten mit einer Verbreitung der IPDT ändern lässt, bleibt noch zu klären. Auf alle Fälle werden in Zukunft die klinischen Fertigkeiten darunter leiden, wenn Therapeutinnen und Therapeuten nur noch auf die Anwendung von Internettherapie geschult werden und überwiegend das Internet nutzen (Andersson, 2010).

## 4.2 Übertragbarkeit der Studienbefunde auf die Grundversorgung

Blickt man nochmals auf den eingangs vorgestellten Empowerment-Ansatz, so benötigt die Förderung von Partizipation und Eigenverantwortung neben Transparenz ebenso den Zugang generell zu gesundheitsrelevanten Daten und Hilfsmitteln (Bauer & Kordy, 2008). Hierbei dürften allerdings sozioökonomische Unterschiede, die die Einlösung des Postulats mit der Einforderung von Partizipation deutlich erschweren, nicht außer Acht gelassen werden. Schaut man sich die Stichprobenmerkmale in der gegenwärtigen Forschungslandschaft an, wird deutlich, dass diese sehr selten repräsentativ sind. In einem Review zur Beurteilung der therapeutischen Allianz wurde von Sucala et al. (2012) kritisch angemerkt, dass die überwältigende Mehrheit der Teilnehmenden weiblich war und einen hohen Bildungsstatus aufwies. Von den 12 einbezogenen Studien nannten die meisten laut Sucala et al. (2012) kaum relevante demographische Daten, etwa zur ethnischen Zugehörigkeit. Allein in zwei Studien wurde immerhin erwähnt, dass die meisten Probandinnen und Probanden jedenfalls keiner ethnischen Minorität angehörten. Wiederholt ergibt sich ein ähnliches Muster bei den Limitierungen. Exemplarisch dafür nennen z.B. Preschl et al. (2011) die kleine Stichprobe (N=53), den hohen Bildungsstatus (41,5% mit Universitätsabschluss) und den hohen Anteil an Patientinnen und Patienten mit Therapieerfahrung (über die Hälfte) als Einschränkungen für die Übertragbarkeit ihrer Studienbefunde auf die klinische Praxis. Die relativ kleinen Stichproben sind für face-to-face-Interventionen zwar durchaus üblich. Aber gerade bei Online-Interventionen besteht gegenüber traditionellen Therapien der Vorteil, dass die Studien vergleichsweise kostengünstig durchzuführen sind, große Stichproben verwendet können werden und so die Evidenzbasis stetig zunimmt (Lal & Adair, 2014).

Ob beispielsweise die interaktive, videobasierte Tele-Psychotherapie im Setting der Grundversorgung jene Barrieren des in der WHO-Studie von 2005 festgestellten „Treatment Gap in Mental Health“ minimieren, wird beispielsweise von Deen, Fortney und Schroeder (2013) infrage gestellt. In ihrer in Arkansas/USA durchgeführten Studie nutzte von den Patientinnen und Patienten (N=179; Altersdurchschnitt: 47 Jahre, SD=12; Frauenanteil: 82%) nur ein sehr geringer Anteil das E-Health-Angebot. Zwar hatten 76% der Studienteilnehmer Interesse an einer Psychotherapie – bei 88% (N=144) wurde übrigens eine Depression bzw. major depression gemäß den Kriterien des DSM-IV diagnostiziert. Dennoch planten lediglich 38% die Teilnahme einer Tele-Psychotherapiesitzung. Letztlich nahmen 17% an einer Sitzung teil und nur 8% absolvierten mindestens acht Sitzungen.

Auch in der Allgemeinbevölkerung ist die Akzeptanz von Internettherapien noch zu evaluieren. In einer Befragungsstudie (Musiat, Goldstone & TARRIER, 2014) zur prinzipiellen Akzeptanz von „E-Mental-Health“ berichteten die insgesamt 490 Teilnehmenden überwiegend negative Ansichten zu solchen Interventionen als eine besondere Form der Selbsthilfe und eine nur geringe Bereitschaft zum zukünftigen Gebrauch. Von diesen Befragten hatten knapp die Hälfte psychische Probleme in der Vergangenheit, 22% litten akut darunter. Musiat et al. (2014) schlagen daher vor, eine Verbesserung des Ansehens von „E-Mental-Health“

anzustreben und Nutzerinnen und Nutzern ausreichende Informationen zur Verfügung zu stellen, auf deren Basis sie informierte Entscheidungen treffen können.

Unter Berücksichtigung der Sachverhalte, dass gravierende Geschlechtsunterschiede generell in der Nutzung des Internets bestehen, und dass andererseits von den Erwerbstätigen im Jahr 2012 Männer zu 12,5% und Frauen zu 27,9% wegen psychischen Störungen in Behandlung waren (BARMER GEK Gesundheitsreport, 2014, S. 107), ist es fraglich, ob in Deutschland die Unterversorgung mit psychotherapeutischen Leistungen durch den Einsatz von E-Health – z.B. gerade bei Patientinnen jenseits des 50. Lebensjahres - behoben werden kann. Denn in der Altersgruppe über 65 Jahren nutzten nur 36% aller befragten Personen überhaupt den PC in den letzten drei Monaten mindestens einmal. Im Vergleich dazu waren es in den Altersgruppen der 10-15-Jährigen wie der 25-44-Jährigen 97% und in der Altersgruppe der 16-24-Jährigen 98%. Schichtet man die hier interessierende Altersgruppe „65 und älter“ nach Geschlecht, waren es gegenüber den Männern mit immerhin 44% lediglich 24% der Frauen, die im Internet aktiv waren. Dagegen gibt es in der Altersgruppe von 10 bis 44 Jahren so gut wie keinen Unterschied im Surfverhalten zwischen den Geschlechtern (Datenreport 2013).

Bis dato bestehen also noch beträchtliche sozio-strukturelle Zugangsbarrieren zum Internet. Das, was allenthalben als die großen Vorzüge des Internets herausgestellt wird: seine Alltäglichkeit und vor allem seine Niedrigschwelligkeit, hält einer genaueren Betrachtung nicht stand, insbesondere, wenn man sich die Prozentzahlen anschaut bei den Alterskohorten und bei den Schulabschlüssen, die ihrerseits die Zugehörigkeit zur Sozialschicht bestimmen. So resümiert mit Blick darauf der Sozialbericht des Statistischen Bundesamtes: „87% der Personen mit einem hohen Bildungsstand nutzten 2012 das Internet innerhalb der letzten drei Monate vor dem Befragungszeitpunkt. Bei Personen mit mittlerem Bildungsstand lag der Anteil bei 77%, bei Personen mit niedrigem Bildungsstand bei 61% (Datenreport 2013, S. 339).

Interessant ist im Zusammenhang mit den sog. Silver Surfern - jene Internetnutzer ab dem 50. Lebensjahr - die Studie von Knaelvesrud et al. (2014) zur „Integrative Testimonial Therapy (IIT)“. Dort war die Abbruchrate mit 13,3% trotz der Altersspanne von 65 bis 85 Jahren gering. Die Therapie erfolgte in der Regel internetbasiert, doch als Alternative wurden auch Fax- und Briefkommunikation zugelassen. Es handelt sich um eine internetbasierte, traumafokussierte Schreibtherapie mit einer Dauer von sechs Wochen, die aus zwei strukturierten Schreibaufträgen pro Woche und schriftlicher Rückmeldung eines Therapeuten besteht. Behandelt wurden insgesamt 30 Menschen im Alter von 65 bis 85 Jahren, die in ihrer Kindheit während des 2. Weltkriegs traumatisiert worden waren. Bei den Patientinnen und Patienten zeigte sich nach der Therapie wie auch nach einem Follow-up nach drei Monaten eine signifikante Verbesserung hinsichtlich der PTBS-Symptomatik. Zudem berichteten sie über eine starke therapeutische Arbeitsallianz. Es sei dennoch als Einschränkung für die Übertragbarkeit auf weitere ältere Populationen angemerkt, dass hierfür ein gewisses Maß an schriftlichem Ausdrucksvermögen vorliegen muss, das mit dem Bildungsniveau, der Berufstätigkeit und der sozialen Herkunft zusammenhängt.

Diese Patientinnen und Patienten hatten jedoch – trotz einer Jugend im Krieg - im Schnitt eine Schulausbildung mit einer Dauer von 11,57 Jahren (SD=1,5).

Generell kann im Hinblick auf E-Health gesagt werden: Jüngere Patientinnen und Patienten und solche mit höheren Bildungsabschlüssen scheinen E-Health gegenüber aufgeschlossener zu sein (Borzekowski et al., 2009). Doch auch bei „Nicht-Usern“ ist ein Interesse an Gesundheitsinformationen im Internet zu beobachten, jedoch hindern sie mangelnde PC-Kenntnissen an der Nutzung (ebd.). Außerdem zu beachten sind Hindernisse für Personen, die weder ein Smartphone besitzen noch über einen Internetzugang verfügen (Clarke & Yarborough, 2013). Die sog. „ePatienten“ (Belliger & Krieger, 2014) dürften den hier skizzierten, im Web 2.0 benachteiligten Gruppen wohl nicht angehören. In einer Abwandlung des Begriffes „Empowerment“ müsste demnach eher von „Ad powerment“, von zusätzlicher Power für bereits sozioökonomisch besser Gestellte, gesprochen werden.

Auch in der Einschränkung auf gut behandelbare Störungen liegt ein Kernproblem bei der Übertragbarkeit der positiven Studienergebnisse zum E-Mental-Health auf die ambulante Versorgung. Laut Moock (2014) seien Internettherapien vorrangig für Personen mit milden bis moderaten psychischen, nicht aber für Personen mit schwerwiegenden psychiatrischen Störungen geeignet. Somit stellt die Internettherapie bislang lediglich eine Art Mimikry von therapeutischen Ansätzen dar, da sie zudem nicht darauf ausgerichtet ist, beispielsweise Komorbiditäten zu behandeln, sondern nur für einzelne Diagnosen entwickelt wird (Lal & Adair, 2014). Dieser Reduktionismus deckt sich kaum mit den realen Gegebenheiten in der psychotherapeutischen Versorgung.

## **5. Fazit und Ausblick**

Obwohl bislang in diversen Studien gute Therapieeffekte erzielt wurden und die Studienlage keine Abhängigkeit des psychotherapeutischen Bündnisses von der spezifisch persönlichen/ortsgebundenen Arzt-Patient-Interaktion nahelegt (z.B. Socala et al., 2012), sollte nicht außer Acht gelassen werden, dass verlässliche Ergebnisse aus Forschungsstudien noch in zu geringem Ausmaße und nur für wenige Subgruppen vorliegen (Bee et al., 2008; Moock, 2014). Aufgrund der Hinweise aus der Literatur, dass vor allem jüngere und gut ausgebildete Menschen vom Internet als Unterstützung bei gesundheitlichen Problemen Gebrauch machen (siehe z.B. Borzekowski et al., 2009), dürfte die Einforderung von Empowerment, wie z.B. von Belliger und Krieger (2014) vertreten, vorerst nur wenige Patienten erreichen. Daher sind auf Basis der vorliegenden Studienlage Zweifel angebracht, ob das Problem der Unterversorgung in der ambulanten Psychotherapie dank E-Mental-Health umfassend gelöst werden kann. Zurzeit scheint die Tendenz eher dahin zu gehen, dass die Schere zwischen unterschiedlichen Patientenpopulationen noch weiter auseinander geht. Auch ist fraglich, ob sich diese Entwicklung im Bereich E-Mental-Health mit dem immer noch bestehenden Bedürfnis nach „sprechender Medizin“ überhaupt in Einklang bringen lässt. Schließlich werden Gespräche im Gesundheitswesen in der Regelversorgung nach wie vor zu gering honoriert, mit der Folge, dass Patientinnen und Patienten im Zuge einer für die Arzt-Patient-Beziehung

kontraproduktiven Ökonomisierung zunehmend nur noch „fragmentiert“ wahrgenommen werden [3].

Um die Eignung von Internettherapien bestimmen und die Art der therapeutischen Beziehung in Online-Interventionen untersuchen zu können, sollten zukünftige Studien wesentlich mehr heterogene Patientenpopulationen einschließen (Barak et al., 2008; Sucala et al., 2012). Erst dann kann eine Aussage darüber getroffen werden, ob die psychotherapeutische Versorgung langfristig durch E-Mental-Health verbessert werden kann. Zudem lässt sich das Überwinden von Versorgungsengpässen ohne einen großflächigen Ausbau der telekommunikativen Infrastruktur gerade in ländlichen Regionen - selbst für die „ePatientinnen“ und „ePatienten“ - kaum realisieren.

## Anmerkungen

[1] Zum Begriff "Web 2.0": Das Web 2.0 stellt eine Weiterentwicklung des Internets vor allem auf Seiten der Nutzer dar. Als Web 2.0 wird die zweite Stufe in der Entwicklung des Internets aufgefasst, die sich insbesondere durch die Veränderung von statischen Webseiten hin zu dynamischen oder vom Nutzer selbst generierten Inhalten und durch die Ausbreitung sozialer Medien auszeichnet (Oxford Online Dictionaries. Zugriff am 12.02.2015. Verfügbar unter <http://www.oxforddictionaries.com/definition/english/Web-2.0>).

[2] Silverberg, F. (2005) Make the leap - a practical guide to breaking the patterns that hold you back. New York: Marlowe & Co (Johansson et al., 2012).

[3] siehe Geisler, L.S. (2004). Das Arzt-Patient-Gespräch als Instrument der Qualitätssicherung. Vortrag vom 26.06.2004 anlässlich des 2. Kongresses "Qualitätssicherung in ärztlicher Hand zum Wohle der Patienten" in Düsseldorf. Zugriff am 22.02.2015 Verfügbar unter [http://www.linus-geisler.de/vortraege/0406arzt-patient-gespraech\\_qualitaetssicherung.html](http://www.linus-geisler.de/vortraege/0406arzt-patient-gespraech_qualitaetssicherung.html).

## Literatur

Alpay, L., van der Boog, P. & Dumaj, A. (2011). An empowerment-based approach to developing innovative e-health tools for self-management. *Health Informatics Journal*, 17(4), 247-255.

Anderson, R.M. & Funnell, M.M. (2010). Patient empowerment - myths and misconceptions. *Patient Education & Counseling*. 79(3), 277-282.

Andersson, G. (2010). The promise and pitfalls of the internet for cognitive behavioral therapy. *BMC Medicine*, 8:82. doi:10.1186/1741-7015-8-82.

Andersson, G., Bergström, J., Holländare, F., Carlbring, P., Kaldö, V. & Ekselius, L. (2005). Internet-based self-help for depression - randomised controlled trial. *British Journal of Psychiatry* 187, 456-461.

Andersson, G., Paxling, B., Roch-Norlund, P., Östman, G., Norgren, A., Almlöv, J., Georén, L., Breitholtz, E., Dahlin, M., Cuijpers, P., Carlbring, P. & Silverberg, F. (2012a). Internet-based psychodynamic versus cognitive behavioral guided self-help for generalized anxiety disorder - a randomized controlled trial. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 81(6), 344-55.

- Andersson, G., Paxling, B., Wiwe, M., Vernmark, K., Felix, C.B., Lundborg. L., Furmark, T., Cuijpers, P. & Carlbring, P. (2012b). Therapeutic alliance in guided internet-delivered cognitive behavioural treatment of depression, generalized anxiety disorder and social anxiety disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 50(9), 544-50.
- Barak, A., Hen, L., Boniel-Nissim, M. & Shapira, N. (2008). A comprehensive review and a meta-analysis of the effectiveness of Internet-based psychotherapeutic interventions. *Journal of Technology in Human Services*, 26(2-4), 109-160.
- BARMER GEK (2014). *Gesundheitsreport 2014 - Nordrhein Westfalen – psychische Erkrankungen im Erwerbsleben*. Wuppertal: Eigenverlag.
- Bauer, S. & Kordy, H. (Hrsg.) (2008). *E-Mental-Health – Neue Medien in der psychosozialen Versorgung*. Heidelberg: Springer Medizin.
- Bee, P., Bower, P., Lovell, K., Gilbody, S., Richards, D., & Gask, L. (2008). Psychotherapy mediated by remote communication technologies - a meta-analytic review. *BMC Psychiatry*, 8:60. doi:10.1186/1471-244X-8-60.
- Belliger, A. & Krieger, D.J. (Hrsg.) (2014). *Gesundheit 2.0 - Das ePatienten-Handbuch*. Bielefeld: transcript.
- Berger, T. (2015). *Internetbasierte Interventionen bei psychischen Störungen. Fortschritte der Psychotherapie* (Bd. 57). Göttingen: Hogrefe.
- Borzekowski, D.L., Leith, J., Medoff, D.R., Potts, W., Dixon L.B., Balis, T., Hackman, A.L. & Himelhoch, S. (2009). Use of the internet and other media for health information among clinic outpatients with serious mental illness. *Psychiatr. Serv.*, 60, 1265-1268.
- Bos, L., Marsh, A., Carroll, D., Gupta, S. & Rees, M. (2008). Patient 2.0 Empowerment. *Proceedings of the 2008 International Conference on Semantic Web & Web Services SWWS08*, Hamid R. Arabnia, Andy Marsh (eds), 164-167.
- Bowlby, J. (2008/1988). *Bindung als sichere Basis: Grundlagen und Anwendung der Bindungstheorie*. München: Ernst Reinhardt. [Bowlby, J. (1988). A secure base: Parent-child attachment and healthy human development. New York: Basic Books.]
- Clarke, G. & Yarborough, B.J. (2013). Evaluating the promise of health IT to enhance/expand the reach of mental health services. *General Hospital Psychiatry*, 35(4), 339-344.
- Cuijpers, P., van Straten, A. & Andersson, G. (2008). Internet-administered cognitive behavior therapy for health problems – a systematic review. *Journal of Behavioral Medicine*, 31(2), 169-177.

- Datenreport (2013). *Ein Sozialbericht für die Bundesrepublik Deutschland*. Bonn: Bundeszentrale für politische Bildung.
- Deen, T.L., Fortney, J. C. & Schroeder, G. (2013). Patient acceptance of and initiation and engagement in telepsychotherapy in primary care. *Psychiatric Services, 64(4)*, 380-384.
- Dinger, U., Strack, M., Sachsse, T. & Schauenburg, H. (2009). Therapists' attachment, patients' interpersonal problems and alliance development over time in inpatient psychotherapy. *Psychotherapy Theory, Research, Practice, Training, 46(3)*, 277-290.
- Eichenberg, C. & Ott, R. (2011). Klinisch-psychologische Intervention im Internet - Ein Review zu empirischen Befunden störungsspezifischer Angebote. *Psychotherapeut, 1*, 58-69.
- Eichenberg, C., Wolters, C. & Brähler, E. (2013) The Internet as a mental health advisor in Germany - results of a national survey. *PLoS ONE 8(11): e79206*. doi:10.1371/journal.pone.0079206.
- Jasper, K., Weise, C., Conrad, I., Andersson, G., Hiller, W. & Kleinstäuber, M. (2014). Internet-based guided self-help versus group cognitive behavioral therapy for chronic tinnitus - a randomized controlled trial. *Psychotherapy and Psychosomatics, 83(4)*, 234-246.
- Johansson, R., Ekbladh, S., Hebert, A., Lindström, M., Möller, S., Petitt, E., Poysti, S., Larsson, M.H., Rousseau, A., Carlbring, P., Cuijpers, P. & Andersson, G. (2012). Psychodynamic guided self-help for adult depression through the internet - a randomised controlled trial. *PLoS ONE 7(5): e38021*. doi: 10.1371/journal.pone.0038021
- Johansson, R., Nyblom, A., Carlbring, P., Cuijpers, P. & Andersson, G. (2013). Choosing between Internet-based psychodynamic versus cognitive behavioral therapy for depression - a pilot preference study. *BMC Psychiatry, 13: 268*. doi: 10.1186/1471-244X-13-268.
- Kiropoulos, L.A., Klein, B., Austin, D.W., Gilson, K., Pier, C., Mitchell, J. & Ciechomski, L. (2008). Is internet-based CBT for panic disorder and agoraphobia as effective as face-to-face CBT? *Journal of Anxiety Disorders, 22(8)*, 1273-1284.
- Knaevelsrud, C. & Maercker, A. (2006). Does the quality of the working alliance predict treatment outcome in online therapy for trauma patients? *Journal of Medical Internet Research, 8(4): e31*.
- Knaevelsrud, C. & Maercker, A. (2007). Internet-based treatment for PTSD reduces distress and facilitates the development of a strong therapeutic alliance - a randomized controlled clinical trial. *BMC Psychiatry, 7:13*. doi: 10.1186/1471-244X-7-13.

- Knaevelsrud, C., Böttche, M., Pietrzak, R., Freyberger, H.J., Renneberg, B. & Kuwert, P. (2014). Integrative Testimonial Therapy (ITT) - a therapist-assisted internet-based writing therapy for traumatized child survivors of the 2nd World War with posttraumatic stress. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 202(9), 651-658.
- Lal, S. & Adair, C.E. (2014). E-mental health - a rapid review of the literature. *Psychiatric Services*, 65(1), 24-32.
- Lange, A., van de Ven, J.P., Schrieken, B. & Emmelkamp, P.M. (2001). Interapy - treatment of posttraumatic stress through the Internet - a controlled trial. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 32(1), 73-90.
- Löhr, H.D., Rosenvinge, J.H. & Wynn, R. (2011). Integrating psychoeducation in a basic computer skills course for people suffering from social anxiety - participants' experiences. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*, 4, 311-319.
- Moock, J. (2014). Support from the Internet for individuals with mental disorders - advantages and disadvantages of e-mental health service delivery. *Frontiers in Public Health*, 2:65. doi: 10.3389/fpubh.2014.00065.
- Munder, T., Wilmers, F., Leonhart, R., Linster, H.W. & Barth, J. (2010). Working Alliance Inventory-Short Revised (WAI-SR) - psychometric properties in outpatients and inpatients. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 17(3), 231-239.
- Musiat, P., Goldstone, P. & Tarrier, N. (2014). Understanding the acceptability of e-mental health - attitudes and expectations towards computerised self-help treatments for mental health problems. *BMC Psychiatry*, 14:109. doi: 10.1186/1471-244X-14-109.
- Pandey, S.K., Hart, J.J. & Tiwary, S. (2003). Women's health and the Internet - understanding emerging trends and implications. *Social Science and Medicine*, 56(1), 179-191.
- Preschl, B., Maercker, A. & Wagner, B. (2011). The working alliance in a randomized controlled trial comparing online with face-to-face cognitive-behavioral therapy for depression. *BMC Psychiatry*, 11:189. doi: 10.1186/1471-244X-11-189.
- Santana, S., Lausen, B., Bujnowska-Fedak, M. Chronaki, C.E., Prokosch, H.U. & Wynn, R. (2011). Informed citizen and empowered citizen in health - results from an European survey. *BMC Family Practice*, 12:20. doi: 10.1186/1471-2296-12-20.
- Spek, V., Nyklíček, N Smits, N., Cuijpers, P., Riper, H., Keyzer, J. & Pop, V. (2007a). Internet-based cognitive behavioural therapy for subthreshold depression in people over 50 years old - a randomized controlled clinical trial. *Psychological Medicine* 37(12), 1797-1806.

- Spek, V., Cuijpers, P., Nyklicek, I., Riper, H., Keyzer, J. & Pop, V. (2007b). Internet-based cognitive behaviour therapy for symptoms of depression and anxiety - a meta-analysis. *Psychological Medicine*, 37(3), 319-328.
- Sucala, M., Schnur, J.B., Constantino, M.J., Miller, S.J., Brackman, E.H. & Montgomery, G.H. (2012). The therapeutic relationship in e-therapy for mental health - a systematic review. *Journal of Medical Internet Research*, 14(4): e110. doi: 10.2196/jmir.2084.
- Wagner, B., Brand, J., Schulz, W. & Knaevelsrud, C. (2012). Online working alliance predicts treatment outcome for posttraumatic stress symptoms in Arab war-traumatized patients. *Depression and Anxiety*, 29(7), 646-51.
- Weiner, J.P. (2012). Doctor-patient communication in the e-health era - commentary. *Israel Journal of Health Policy Research*, 1:33. doi:10.1186/2045-4015-1-33.
- Weizenbaum, J. (1965). ELIZA - a computer program for the study of natural language communication between man and machine. *Communications of the Association for Computing Machinery*, 9, 36-45.