



JAdigital.

Digitalisierung in der Kinder- und
Jugendhilfe konzeptionell gestalten

Michael Kölch, Lena Lincke

Expertise zur Digitalisierung im Rahmen der Psychotherapie

Expertise zur Digitalisierung im Rahmen der Psychotherapie

Institut für Sozialpädagogische Forschung Mainz gGmbH (ism)
Flachsmarktstraße 9, 55116 Mainz
www.ism-mz.de

Impressum

Michael Kölch, Lena Lincke

Expertise zur Digitalisierung im Rahmen der Psychotherapie

Mainz 2023

Erstellt im Rahmen des Projekts „Adigital. Digitalisierung in der Kinder- und Jugendhilfe konzeptionell gestalten“, gefördert vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ).

Institut für Sozialpädagogische Forschung Mainz gGmbH (ism)

Flachsmarktstraße 9

55116 Mainz

06131 24041 0

www.ism-mz.de

Inhalt

Hintergrund	6
1. Einleitung	7
2. Psychotherapie – Richtlinienpsychotherapie und andere psychotherapeutische Interventionen und Kontexte	10
2.1 Kontexte Psychotherapie	10
2.2 Psychotherapieverfahren	10
2.3 Wirksamkeit	11
3. Besonderheiten psychotherapeutischer Versorgung bei bestimmten Gruppen	12
3.1 Minderjährige	12
3.2 Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung	13
3.3 Menschen mit Migrationshintergrund	13
4. Begriffsklärung und Definition von Digitalisierung und e-mental health Angeboten im Bereich der Psychotherapie	14
4.1 Charakterisierung von e-mental health Angeboten	14
4.1.1 Theoretischer Hintergrund	15
4.1.2 Technische Gestaltung	15
4.1.3 Menschliche Unterstützung	17
4.1.4 Einsatzmöglichkeiten	17
4.2 Wirksamkeit von e-mental health	18
5. Rechtlicher Rahmen zum Einsatz von e-mental health Interventionen in der Psychotherapie	20
5.1 Leistungsrecht nach SGB V	20
5.2 DiGAs und Medizinproduktegesetz	21
5.3 (Psychische) Gesundheit als freier Markt	22
5.4 Datenschutz	23
5.5 Allgemeine rechtliche Grundlagen im Rahmen von Behandlung: Einwilligung, Schweigepflicht etc.	23
6. Derzeitige Digitalisierungsentwicklungen im Bereich der Psychotherapie und Desiderate für die Versorgung	24
7. Vorteile und Herausforderungen der Digitalisierung/Innovationen im Bereich der digitalen Psychotherapie	25
7.1 Bessere Verfügbarkeit von Psychotherapie	25

7.2 Intensivere Interventionen	26
7.3 Niedrigschwelligere Erkennung von Problemen und niedrigschwelligere Information zur Behandlung	27
8. Wie verändert sich das Feld der Psychotherapie durch Digitalisierung?	28
9. Akzeptanz und Therapeutische Beziehung	31
9.1 Welche Einstellungen bestehen in der Bevölkerung und bei Patienten gegenüber e-Health Angeboten?	31
9.2 Welche Auswirkungen hat der Einsatz digitaler Technologien in der Psychotherapie auf die Beziehung und die Beziehungsarbeit zwischen Therapeut*in und Adressat*in?	34
10. Zusammenfassung und Desiderate für die Entwicklung	36
Literatur	40
Abbildungsverzeichnis	51
Tabellenverzeichnis	52

Hintergrund

Die vorliegende Expertise wurde vom Institut für Sozialpädagogische Forschung Mainz (ism gGmbH) an die Autor:innen vergeben und soll folgende Fragenkomplexe bearbeiten:

- 1) Welche Digitalisierungsentwicklungen gibt es im Bereich der Psychotherapie, welche wären wünschenswert?
- 2) Welche Innovationen gibt es im Bereich der digitalen Psychotherapie?
- 3) Wie verändert sich das Feld der Psychotherapie durch Digitalisierung?
- 4) Welche Auswirkungen hat der Einsatz digitaler Technologien in der Psychotherapie auf die Beziehung und die Beziehungsarbeit zwischen Therapeut:in und Adressat:in?
- 5) Welche Chancen und Risiken birgt Digitalisierung in der Psychotherapie im Hinblick auf Inklusion und Partizipation?

Die Expertise stützt sich auf entsprechende Literaturrecherchen und die Expertise der Autor:innen. Ein besonderes Augenmerk der Expertise liegt auf Entwicklungen im Kindes- und Jugendalter, da hier sowohl hoher Bedarf besteht als auch besonders komplexe Rahmenbedingungen vorliegen. Beispielsweise sind bei Minderjährigen besondere rechtliche Rahmenbedingungen zu beachten, die so im Erwachsenenalter keine Rolle spielen.

Die COVID-19 Pandemie hat auf verschiedenen Ebenen in Deutschland einen Schub im Rahmen digitaler Techniken ausgelöst, auch im Bereich der Krankenbehandlung und psychotherapeutischen Angebote. Im Rahmen der COVID-19 Pandemie mussten aufgrund von Kontaktbeschränkungen und verringerten stationären Behandlungskapazitäten zwangsläufig neue Strukturen für die Versorgung von Patient:innen mit psychischen Erkrankungen etabliert werden (Adorjan et al. 2021). Im internationalen Kontext wurde die Pandemie daher auch als ein „black swan moment“ für die psychiatrische und psychotherapeutische Gesundheitsversorgung beschrieben, ein Wendepunkt, welcher einen Katalysator für die bis dahin eher langsam fortschreitende Digitalisierung des Gesundheitssystems darstellt (Wind et al. 2020). Tatsächlich war in der psychotherapeutischen Versorgung in Deutschland im ersten Pandemiejahr gegenüber dem restlichen medizinischen Bereich ein deutlich stärkerer Anstieg der Nutzung von Videosprechstunden ersichtlich (Anstieg des Anteils von Videosprechstunden um 71%, durchschnittliche Veränderung aller ärztlicher Praxen +15%) (Albrecht et al. 2020). Zuvor wurde die Videosprechstunde in Psychotherapiepraxen deutlich weniger genutzt (3%

Nutzungsanteil vor März 2020), als in vertragsärztlichen Praxen (10%) (Albrecht et al. 2020). Unter anderem auch aufgrund einer geringer ausgeprägten Versorgungssituation oder aufgrund besonderer geografischer Gegebenheiten, wie etwa extrem dünn besiedelten Gegenden, haben andere Staaten digitalisierte Angebote im Gesundheitswesen deutlich früher implementiert. In Deutschland entwickeln sich diese Angebote erst noch. Es ist absehbar, dass es in den nächsten Jahren hier zu deutlichen Veränderungen im Bereich digitaler Angebote kommen wird.

Im Rahmen dieser Expertise werden Möglichkeiten und Grenzen des Einsatzes, aber auch Entwicklungen für die Zukunft im Bereich der Digitalisierung von psychotherapeutischen Interventionen dargestellt. Um die Einsatzmöglichkeiten, mögliche Limitationen von und Anforderungen an digitalisierte Psychotherapie verstehen zu können, werden grundsätzliche Aspekte zu Psychotherapie, wie Formen, Settings und Wirksamkeit, vorab kurz dargestellt. Anschließend werden die spezifischen Aspekte digitalisierter Psychotherapie diskutiert.

1. Einleitung

Psychische Störungen zählen über die gesamte Lebensspanne hinweg zu den häufigsten Erkrankungen in industrialisierten Ländern (DGPPN 2023). Ihre Auswirkungen auf das Individuum sind enorm, da sie zu deutlichen Einschränkungen im Leben führen und die Teilhabe extrem beeinträchtigen können. Darüber hinaus können durch psychische Erkrankungen sekundäre Folgen entstehen, wie Krankschreibungen, Frühberentung, Arbeitslosigkeit etc., welche immense volkswirtschaftliche Kosten verursachen.

Im Kindes- und Jugendalter haben psychische Störungen insbesondere Auswirkungen auf die Entwicklung, da sie oftmals altersentsprechende Entwicklungsschritte behindern oder unmöglich machen (BPtK 2020). Psychische Störungen können in dieser Altersspanne dazu führen, dass sich Folgen noch weit bis in das spätere Leben hinein manifestieren, beispielsweise aufgrund eines fehlenden Schulabschlusses o.ä. (Kölch et al. 2019; Kölch et al. 2020c; Witt et al. 2020).

Im Kindes- und Jugendalter lag vor der COVID-19 Pandemie entsprechend der repräsentativen Untersuchung des Robert-Koch-Instituts, dem KiGGS, die Zahl der Kinder und Jugendlichen mit psychischen Auffälligkeiten im Untersuchungszeitraum 2014 - 2017 bei ca. 17% (Klipker et al. 2018). Mit Beginn der Pandemie im Frühjahr 2020 stieg diese Zahl auf ca. 30% an und blieb bis Herbst 2021 relativ konstant auf diesem Niveau (Ravens-Sieberer et al. 2022; Schlack et al. 2020).

Wichtig ist, dass generell zwischen psychischen Belastungen (die oft als „Auffälligkeit“ in Studien definiert werden) und psychischen Störungen (die die entsprechenden Diagnosekriterien der Klassifikationssysteme, wie dem ICD-10 oder dem DSM-5, erfüllen) zu unterscheiden ist. In epidemiologischen Studien, wie auch in der Gesundheitsberichterstattung in Deutschland in der GEDA-Studie (Erwachsene) oder in der KiGGS-Studie (Kinder und Jugendliche) wird mittels Screeninginstrumenten meistens die psychische Belastung erfasst, die nicht in jedem Fall einer behandlungsbedürftigen psychischen Störung entspricht (Heidemann et al. 2021; Hölling et al. 2014). So lag die Zahl der in den gesetzlichen Krankenkassen versicherten Kinder und Jugendlichen, welche psychotherapeutische Leistungen erhielten, im Jahr 2018 bei 7,3% (Jaite et al. 2022). Ob diese Zahl im Rahmen der COVID-19 Pandemie angestiegen ist, muss zum aktuellen Zeitpunkt noch untersucht werden. Zumindest im ersten Pandemiejahr 2020 blieb der Anteil der Patient:innen in psychotherapeutischer Versorgung weitgehend stabil gegenüber den Vorjahreszeiträumen (Berg 2022). Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut:innen berichteten 2021 jedoch über eine signifikant erhöhte Zahl von Erstgesprächen in ihren Praxen sowie ein insgesamt deutlich gestiegenes Anfrageaufkommen bei nahezu verdoppelten Wartezeiten auf einen Therapieplatz (Plötner et al. 2022).

Psychische Störungen werden nach entsprechender sorgfältiger Diagnostik, die im Kindes- und Jugendalter immer auch eine Diagnostik des Lebensumfelds wie der Familie, der Schule etc. einschließt, in der Regel multimodal behandelt (Kölch et al. 2020a). Damit ist gemeint, dass z.B. psychoedukative Elemente, Elternberatung, psychotherapeutische Maßnahmen, aber auch pharmakotherapeutische Maßnahmen Bestandteil der Therapie psychischer Störungen sein können. Entsprechend den von der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) veröffentlichten Leitlinien findet sich für verschiedene Interventionen bei den verschiedenen psychischen Störungen unterschiedliche Evidenz für die Wirksamkeit der Maßnahmen (vgl. Leitlinien-Register der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) e. V.). Psychotherapeutische Maßnahmen zählen zu den grundlegenden Behandlungsmaßnahmen bei psychischen Störungen. Der Begriff der Psychotherapie ist jedoch recht unscharf definiert (vgl. Kasten Definition Psychotherapie).

Definition Psychotherapie

Laut Strotzka ist unter Psychotherapie „eine Interaktion zwischen einem oder mehreren Patienten und einem oder mehreren Therapeuten (auf Grund einer standardisierten Ausbildung)“ zu verstehen, welche dem „Zwecke der Behandlung von Verhaltensstörungen oder Leidenszuständen [...]“ dient und „mit psychologischen Mitteln (oder vielleicht besser durch Kommunikation, vorwiegend verbal oder auch a verbal), mit einer lehrbaren Technik, einem definierten Ziel und auf der Basis einer Theorie des normalen und abnormen Verhaltens“ durchgeführt wird (Strotzka 1984, S. 1). Inhaltlich ähnlich definiert die aktuell gültige Psychotherapie Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses Psychotherapie als eine Anwendung „methodisch definierte[r] Interventionen“, welche „auf als Krankheit diagnostizierte seelische Störungen einen systematisch verändernden Einfluss nehmen und Bewältigungsfähigkeiten des Individuums aufbauen“ (§ 4 Abs. 1 G-BA Psychotherapie Richtlinie). Zu den von den gesetzlichen Krankenkassen anerkannten methodisch definierten Interventionen zählen im Erwachsenenalter (ab 18 Jahren) aktuell folgende Richtlinienverfahren:

- psychoanalytisch begründete Verfahren (tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie / analytische Psychotherapie)
- Verhaltenstherapie
- Systemische Therapie

Im Kindes- und Jugendalter können folgende Richtlinienverfahren zur Anwendung kommen:

- psychoanalytisch begründete Verfahren (tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie / analytische Psychotherapie)
- Verhaltenstherapie

Darüber hinaus wird seit Sommer 2021 auch für diesen Altersbereich die Anerkennung der Systemischen Therapie als Leistung der gesetzlichen Krankenkassen durch den Gemeinsamen Bundesausschuss geprüft (Bundespsychotherapeutenkammer 2021).

2. Psychotherapie – Richtlinienpsychotherapie und andere psychotherapeutische Interventionen und Kontexte

Oftmals ist in Deutschland bei der Verwendung des Begriffs Psychotherapie implizit die Richtlinien-Psychotherapie gemeint. Diese ist als Leistung des SGB V im Rahmen der Krankenbehandlung durch niedergelassene approbierte psychologische Psychotherapeut:innen, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut:innen oder entsprechende Fachärzt:innen möglich.

Der Kontext des Begriffs Psychotherapie ist aber viel weiter zu fassen und beinhaltet auch Maßnahmen, die etwa im Rahmen der (teil-)stationären kinder- und jugendpsychiatrischen Behandlung, im Rahmen von niedrigschwelligen präventiven Angeboten, aber auch im Rahmen der Kinder- und Jugendhilfe angeboten werden. Das SGB VIII definiert z.B. in §27 (3), dass Hilfen zur Erziehung neben pädagogischen, auch damit verbundene therapeutische Leistungen umfassen sollen. Im Erwachsenenalter ist die Grenze zwischen Coaching und allgemeiner Beratung (etwa im Rahmen von Krisen- und Beratungsstellen etc.) zu psychotherapeutischen Interventionen oftmals fließend bzw. diese Maßnahmen können psychotherapeutische Elemente beinhalten.

2.1 Kontexte Psychotherapie

Psychotherapeutische Interventionen können in verschiedenen Settings stattfinden: als Einzeltherapie, als Gruppentherapie, im Lebensumfeld, in Praxen und in Kliniken, in Rehaeinrichtungen oder in spezifischen Einrichtungen, wie z.B. Einrichtungen der Kinder- und Jugendhilfe etc.

2.2 Psychotherapieverfahren

Historisch haben sich verschiedene Verfahren oder „Schulen“ bei der Psychotherapie entwickelt, von tiefenpsychologischen oder analytischen Verfahren über verhaltenstherapeutische Verfahren und systemische Verfahren bis hin zu vielen weiteren. Oftmals haben sich die einzelnen Therapierichtungen weiter ausdifferenziert und auch spezifi-

sche Methoden bezogen auf bestimmte Störungsbilder entwickelt. Eine weitere Entwicklung ist, dass es inzwischen oftmals - gerade im Bereich der Verhaltenstherapie - Manuale für verschiedene Störungen, Altersgruppen, etc. gibt. Die historische Trennung der „Schulen“ wird mittlerweile immer weiter verlassen und integrative Methoden spielen in der Psychotherapie eine immer größere Rolle (z.B. „dritte Welle“ in der Verhaltenstherapie). Die neuere Therapieforschung hat zudem gezeigt, dass oftmals nicht allein das Verfahren an sich, sondern auch Variablen, wie die Passung von Therapeut:in und Patient:in, entscheidenden Anteil an einem möglichen Erfolg, aber auch Misserfolg einer Psychotherapie haben (Lammers und Schneider 2009; Strauß 2021; Grawe 2004).

2.3 Wirksamkeit

Bei der Beurteilung der Wirksamkeit psychotherapeutischer Maßnahmen (Evidenz) kommen im Grunde die gleichen Methoden zur Anwendung, wie bei der Beurteilung anderer heilberuflicher Interventionen. Dies sind insbesondere klinische Studien, bei denen im Idealfall ein Vergleich einer Interventionsgruppe mit einer Kontrollgruppe durchgeführt wird (die keine, oder eine andere Intervention erhält). Im Kindes- und Jugendalter ist die Wirksamkeit von Psychotherapie für viele psychische Störungen mittlerweile gut belegt, wobei sich die Effektivität einer psychotherapeutischen Behandlung je nach Störungsbild und angewandtem Therapieverfahren teils deutlich unterscheidet (Weisz et al. 2017). In den Leitlinien zur Behandlung der einzelnen Störungsbilder ist festgehalten, für welche Therapieverfahren Wirksamkeitsnachweise vorliegen und welches Vorgehen dementsprechend empfohlen wird¹. Aufgrund der grundsätzlichen Ausrichtung und Methodik liegen die meisten Wirknachweise für verhaltenstherapeutische Interventionen vor, da diese am besten standardisierbar und damit in Studien vergleichbar sind. Aufgrund der Komplexität von psychischen Störungen und den Lebenslagen von Betroffenen stößt das klassische Evidenzparadigma, wie es in der Medizin, gilt bei der Beurteilung der Wirksamkeit psychotherapeutischer Methoden jedoch an seine Grenzen.

¹ Die Leitlinien sind im Leitlinienregister der AWMF (Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e. V.) zu finden: <https://register.awmf.org/de/leitlinien/aktuelle-leitlinien/fachgesellschaft/028>

Fazit:

- *Digitale Angebote in der Psychotherapie könnten im Rahmen von Richtlinien-psychotherapie, aber auch im Kontext von Psychotherapie außerhalb des SGB V stattfinden.*
- *Sie könnten prinzipiell in den Kontexten, in den Psychotherapie heute bereits klassischerweise stattfindet, ebenfalls etabliert werden.*
- *Therapieprogramme, zu denen evidenzbasierte Manuale vorliegen, könnten als Vorlage für die Entwicklung digitaler Angebote besonders geeignet sein, da sie häufig stark strukturiert und standardisiert aufgebaut sind (Einteilung der Therapie in Module etc.).*
- *Generell sind Variablen der klassischen Psychotherapie, wie Beziehung und Interaktion mit dem/der Therapeut:in, auch bei digitalen Angeboten zu berücksichtigen, bzw. sollten die Auswirkungen der Digitalisierung von Angeboten auf diese Variablen berücksichtigt werden.*

3. Besonderheiten psychotherapeutischer Versorgung bei bestimmten Gruppen

3.1 Minderjährige

Eine Besonderheit von Psychotherapie bei Minderjährigen ist, dass sie oftmals pädagogische Elemente enthält - was sich in Anbetracht der Klientel der Kinder und Jugendlichen auch immanent erschließt. Ein weiteres Kernelement ist der Einbezug des Umfelds, also meist von Eltern, in die Therapie. Dies ist umso wichtiger, je jünger die Kinder sind.

Wenngleich die Versorgung mit psychiatrisch-psychotherapeutischen und psychosozialen Angeboten in Deutschland im internationalen Vergleich extrem gut ist, wird seit vielen Jahren dennoch postuliert, dass die rasche Verfügbarkeit von therapeutischen Angeboten limitiert sei, zu lange Wartezeiten mit einer Gefahr der Chronifizierung bestünden und auch die Frühintervention bei beginnenden Belastungen, also im indiziert-präventiven Bereich, unzureichend ausgebildet sei (Fegert et al. 2022). In spezifischen Kontexten gibt es einen erhöhten Bedarf an Psychotherapie. Beispielsweise weisen Kinder und Jugendliche aus Kontexten der ambulanten, teilstationären oder stationären Hilfen zur Erziehung eine besonders hohe Prävalenz an psychischen Störungen auf

(Dölitzsch et al. 2014). Psychische Störungen bei diesen Kindern und Jugendlichen führen oft auch zum Scheitern von pädagogischen Maßnahmen (Schmid et al. 2014).

3.2 Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung

Kinder, Jugendliche und Erwachsene mit niedriger Intelligenz zeigen auch gehäuft psychische Störungen und Verhaltensauffälligkeiten (Caby et al. 2021), die weitreichende Folgen haben und denen therapeutisch wenig begegnet wird (Dworschak et al. 2016; Reiter et al. 2022). Obwohl ein hoher Bedarf an psychotherapeutischer Versorgung im Bereich von Intelligenzgeminderten Menschen besteht, stellt sich die Versorgung in der Realität - verglichen mit der Allgemeinbevölkerung - deutlich schlechter dar (Fegert et al. 2022; Fegert et al. 2017; Schützwohl und Sappok 2020).

3.3 Menschen mit Migrationshintergrund

Migration kann bei Erwachsenen wie bei Kindern und Jugendlichen per se einen Risikofaktor für die Ausbildung psychischer Probleme darstellen (Delaruelle et al. 2021; Schouler-Ocak et al. 2020). Zugang zu und Versorgung von Menschen mit Migrationskontext ist verglichen mit der Allgemeinbevölkerung schlechter ausgestaltet (Kobel 2022; Kobel et al. 2021; Schouler-Ocak und Aichberger 2015). Gerade auch sprachliche Barrieren können eine Herausforderung für psychotherapeutische Interventionen sein, z.B., weil Dolmetscherleistungen benötigt werden.

Fazit:

- *Für spezielle Gruppen besteht ein Bedarf an psychotherapeutischen Interventionen, der entweder nicht gedeckt ist oder aber einer besseren Verankerung im Lebensumfeld der Patient:innen bedarf. Digitale Angebote könnten hier die Versorgung unterstützen.*
- *Besondere Gruppen, wie Menschen mit niedriger Intelligenz oder aber auch Menschen mit Migrationskontext, haben einen schlechteren Zugang zu psychotherapeutischen Leistungen. Hier könnten digitale Angebote prinzipiell Zugänge verbessern.*

Die Ausführungen zur Psychotherapie im Allgemeinen und zu besonderen Kontexten machen deutlich, dass digitale Angebote komplexen Anforderungen genügen und an Kontexte und besondere Gruppen adaptiert werden müssen. Andererseits könnten digitale Angebote zur Versorgungsverbesserung beitragen. Die Anforderungen, Formen

und unterschiedlichen Möglichkeiten, wie auch die Ergebnisse zur Evidenz und Akzeptanz solcher Angebote, werden in den folgenden Abschnitten dargestellt.

4. Begriffsklärung und Definition von Digitalisierung und e-mental health Angeboten im Bereich der Psychotherapie

Ähnlich unscharf wie der Begriff der Psychotherapie sind auch die Begriffe, die im Zusammenhang mit „Digitalisierung der Psychotherapie“ verwendet werden. Allgemein wird der englische Überbegriff „e-mental health“ genutzt um alle Angebote zu beschreiben, welche zumindest anteilig Medien oder moderne Kommunikationstechnologien nutzen, um psychische Gesundheit zu erhalten, zu verbessern oder psychische Störungen zu behandeln (Riper et al. 2010). Im Folgenden werden auch wir den Begriff „e-mental health“ als Oberbegriff zur Beschreibung der Gesamtheit der unterschiedlichen digitalen Interventionsmöglichkeiten zur psychischen Gesundheit nutzen. Die Spannweite der e-mental health Angebote reicht von Videosprechstunden über automatisierten Apps mit therapeutischen Inhalten und Beratungsangebote auf Websites im Internet mit Selbstdiagnoseelementen bis hin zu sogenannten Blended Therapy Angeboten, bei denen digitale Elemente in der face-to-face Therapie mit einem/einer Therapeut:in eingesetzt werden.

4.1 Charakterisierung von e-mental health Angeboten

Um die Vielzahl der e-mental health Interventionen zu charakterisieren, wurde von Domhardt et al. eine Einteilung nach vier Dimensionen beschrieben: Dabei werden der theoretische Hintergrund, die technische Gestaltung, das Ausmaß menschlicher Unterstützung und die Einsatzmöglichkeiten einer Intervention definiert (Domhardt et al. 2021).²

² Dieses Modell basiert auf einem Modell von Lin et al. 2013 und wurde in ähnlicher Form u.a. auch im narrativen Review von Ebert et al. 2018 beschrieben

4.1.1 Theoretischer Hintergrund

Bei der Entwicklung neuer e-mental health Anwendungen wird sich zumeist an Methoden und Ansätzen orientiert, deren Wirksamkeit und Effektivität bereits im klassischen Setting der Interventionen von Angesicht zu Angesicht (face-to-face, F2F) gezeigt werden konnte (Geirhos et al. 2019). Ein Großteil der therapeutischen Anwendungen im Bereich digitalisierter Psychotherapie basiert auf den Grundlagen der kognitiven Verhaltenstherapie (Ebert et al. 2018) Darüber hinaus existieren jedoch auch andere e-mental health Interventionen, welche beispielsweise auf psychodynamischen oder achtsamkeitsbasierten Ansätzen basieren (Andersson et al. 2012; Johansson et al. 2012; Mak et al. 2015; Bäuerle et al. 2021).

Abgesehen von ihren theoretischen Grundlagen unterscheiden sich e-mental health Interventionen auch hinsichtlich ihrer Störungsspezifität (Geirhos et al. 2019). Neben störungsspezifischen Interventionen existieren transdiagnostische Ansätze, mit denen störungsübergreifend Symptome behandelt werden können, welche zur Aufrechterhaltung psychischer Erkrankungen beitragen. Darüber hinaus ermöglichen es sogenannte „tailored treatments“, dem/der Patient:in oder Therapeut:in, aus einem Pool von verschiedenen Modulen die für die individuelle Behandlung passenden Interventionsbestandteile auszuwählen.

4.1.2 Technische Gestaltung

Die große Bandbreite und stetige Weiterentwicklung von digitalen Anwendungen und Technologien ermöglicht vielfältige technische Einsatzmöglichkeiten im Rahmen von e-mental health Interventionen. Nachfolgend sind verschiedene Umsetzungsmöglichkeiten aufgelistet. Im Abschnitt 7 werden einige Vor- und Nachteile der Technologien im Einsatz in der Psychotherapie diskutiert.

Digitalisierte Therapiesitzungen oder Beratung	Kontakt findet via Chat, E-Mail oder Videokonferenz statt
Digitale Selbsthilfeinterventionen	Digitale Bereitstellung von evidenzbasierten psychotherapeutischen Strategien, z.B. via App, Webseite oder Online-Programm
Kontaktierung von Patient:innen über Apps (Push-Nachrichten), E-Mail oder SMS („Prompts“)	Unterstützung bei der Übertragung von Therapieinhalten oder gelernten Verhalten

	tensweisen in den Alltag durch Erinnerungs-, Feedback- und Verstärkungsautomatismen
Virtual Reality	<p>Patient:in wird in virtuelle Umgebung versetzt (diese wird auf Bildschirmen oder über spezielle Brillen angezeigt)</p> <ul style="list-style-type: none"> • z.B. für Expositionsübungen für Patient:innen mit Angststörungen oder Posttraumatischer Belastungsstörung
„Serious-Games“	Einbindung von psychotherapeutischen Inhalten in Computer- / Handyspielen
„Wearables“	<p>Tragbare Geräte mit physiologischen Sensoren (z.B. Smartwatches oder Fitnessarmbänder)</p> <ul style="list-style-type: none"> • z.B. Erfassung der Herzschlagrate oder der Hautleitfähigkeit • können u.a. zur Erinnerung an Aktivitätssteigerungen oder -pausen eingesetzt werden
Künstliche Intelligenz (KI) und „machine learning“	<p>Komplexe maschinelle Algorithmen</p> <ul style="list-style-type: none"> • z.B. einsetzbar für Diagnostik, Prognostik oder zur Behandlungsplanung
Chatbots	Textbasierter Dialog mit einem technischen System, welcher einem menschlichen Gespräch möglichst nahe kommen soll
Ecological momentary assessment (EMA)	Echtzeiterhebung von relevanten Informationen (beispielsweise Bewertung der Stimmung durch Patient:in) als Alternative zu retrospektivem Selbstbericht, zu meist per Smartphone-App

Tabelle 1: Vor- und Nachteile der Technologien im Einsatz in der Psychotherapie

4.1.3 Menschliche Unterstützung

E-mental health Interventionen unterscheiden sich stark hinsichtlich ihrer Einbindung menschlicher Unterstützung. Während Patientinnen manche Interventionen ausschließlich alleine nutzen, werden sie bei anderen intensiv begleitet. Die Unterstützung kann durch unterschiedliche Akteur:innen erfolgen, z.B. durch eine:n Psychotherapeut:in, geschulte Laien oder Peers oder – vor allem im Kindes- und Jugendalter – auch durch ein Elternteil oder eine andere erwachsene Bezugsperson. Dabei kann die Begleitung unterschiedlichen Zwecken dienen: Sie kann einerseits als technische Unterstützung gedacht sein und eine Möglichkeit zur Klärung von Verständnisfragen bieten, andererseits ist aber auch eine therapeutische Unterstützung und/oder Krisenintervention möglich. Darüber hinaus kann eine Begleitung auch zur Motivationsförderung bei Patient:innen eingesetzt werden und damit der gezielten Förderung der Adhärenz dienen (d.h. dass die Intervention in der vorgesehenen Art und Weise durchgeführt wird und nicht frühzeitig abgebrochen wird). Die Kommunikation kann synchron (z.B. über Live-Chats oder Videotelefonie) oder asynchron (z.B. Feedback durch Therapeut:in per Mail) erfolgen, die zeitliche Dauer kann sich stark unterscheiden. Auch der Umstand, ob die Begleitung einem zuvor festgelegten Rhythmus folgt (z.B. einmal wöchentlicher Austausch) oder ob spontane Kommunikation zwischen Patient:in und Begleitung möglich ist (z.B. Messenger, über den Therapeut:in tagsüber erreichbar ist), unterscheidet sich von Intervention zu Intervention.

4.1.4 Einsatzmöglichkeiten

Hinsichtlich ihrer Einsatzmöglichkeiten unterscheiden sich e-mental health Interventionen einerseits in Bezug auf ihren Einsatzbereich (siehe Abbildung 1):

- Prävention
- Beratung
- Therapie
- Nachsorge oder Rückfallprophylaxe,

andererseits auch bezüglich ihrer Adressat:innen:

- Patient:innen
- Angehörige, bzw. im Kindes- und Jugendalter: Eltern oder Bezugspersonen.

Darüber hinaus kann eine Intervention alleinstehend angewandt werden oder in ein kombiniertes oder gestuftes Behandlungsmodell eingebettet sein. In diesem Fall spricht man von sogenannten „blended therapy“-Ansätzen, die e-mental health Inter-

ventionen mit klassischen F2F-Interventionen kombinieren oder „stepped care“-Ansätzen, bei denen e-mental health Interventionen als niedrighschwelliger erster Schritt in einer mehrstufigen, an den Bedarf von Patient:innen angepassten, Behandlungskette fungieren.

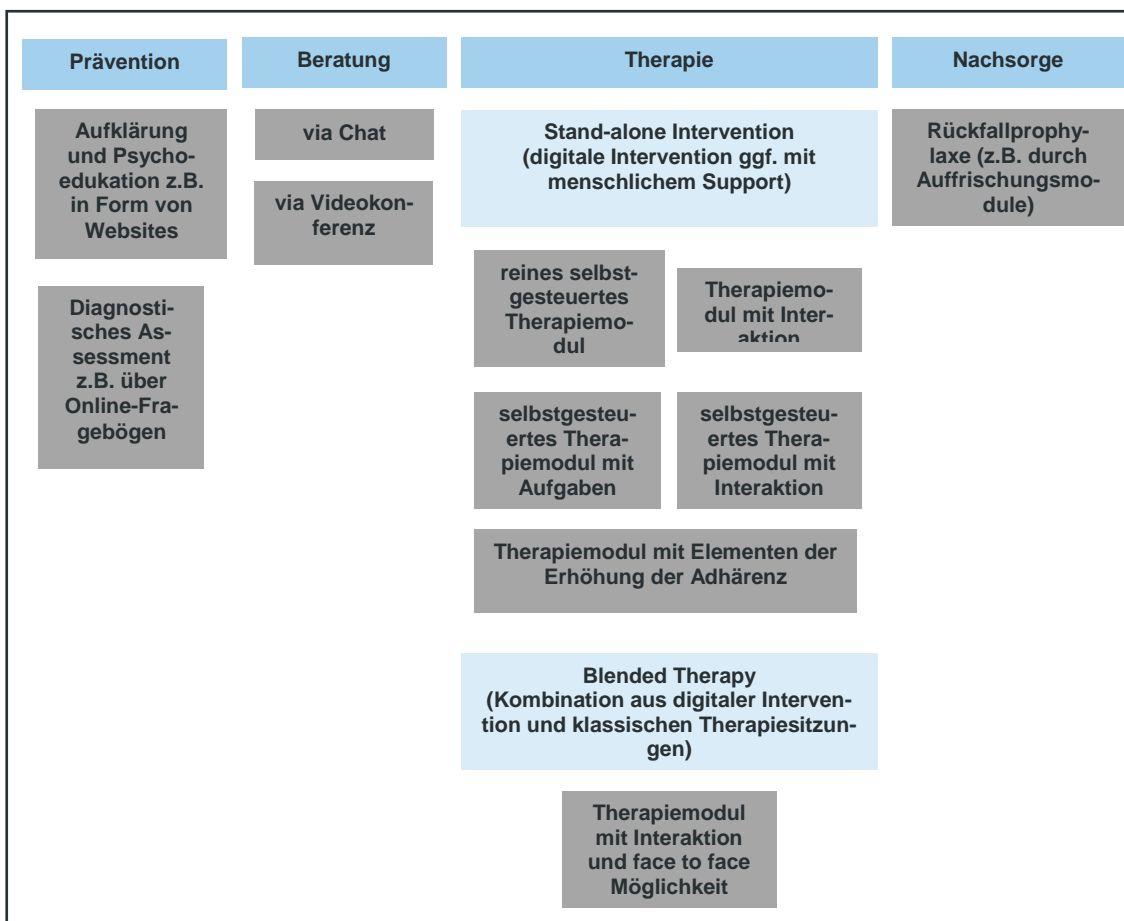


Abbildung 1: Einsatzgebiete für digitale Interventionen

4.2 Wirksamkeit von e-mental health

E-mental health Interventionen können effektiv dazu beitragen, die psychische Gesundheit zu verbessern (Ebert et al. 2018). Im Erwachsenenalter zeigt sich, dass insbesondere Interventionen, bei denen die Patient:innen während der Nutzung Unterstützung erhalten, in ihrer Effektivität vergleichbar mit einer klassischen F2F-Therapie sind (Cuijpers et al. 2010; Barak et al. 2008; Saddichha et al. 2014; Carlbring et al. 2018).

Die meiste Evidenz liegt dabei für die Behandlung von Depression und Angsterkrankungen vor (Saddichha et al. 2014; Cuijpers et al. 2010; Königbauer et al. 2017; Richards und Richardson 2012; Arnberg et al. 2014; Olthuis et al. 2016). Aber auch für andere Störungsbilder, wie beispielsweise Zwangsstörungen (Dèttore et al. 2015), Posttraumatische Belastungsstörungen (Kuester et al. 2016) oder Essstörungen (Melioli et al. 2016) konnte die Wirksamkeit nachgewiesen werden.

Zur Wirksamkeit von e-mental health Interventionen im Kindes- und Jugendalter liegen deutlich weniger Daten aus randomisiert-kontrollierten Studien oder Übersichtsarbeiten vor. Obwohl bisherige Befunde denen im Erwachsenenalter ähneln, muss von einer ungeprüften Übertragung von Studienergebnissen aus dem Erwachsenenalter abgesehen werden (Domhardt et al. 2021). Auch für das Kindes- und Jugendalter konnte die Effektivität von e-mental health Interventionen insbesondere für die Behandlung von Angsterkrankungen und depressiven Symptomen nachgewiesen werden (Vigerland et al. 2016; Domhardt et al. 2020; Firth et al. 2017). In einer Übersichtsarbeit zur meta-analytischen Evidenz berichteten Domhardt et al. von mittleren bis großen Effektstärken bei der Behandlung von Angststörungen sowie mittleren Effektstärken bei der Behandlung von depressiven Erkrankungen in dieser Altersgruppe (Domhardt et al. 2020).

Ein Problem von e-mental health Interventionen ist, dass Patient:innen diese häufig nicht in der vorgesehenen Art und Weise durchführen und/oder die Nutzung frühzeitig abbrechen (Richards und Richardson 2012; Achilles et al. 2020). Unterstützung bei der Nutzung, beispielsweise durch eine:n Psychotherapeut:in oder eine andere geschulte Person, können dem entgegenwirken (Beatty und Binnion 2016; Baumeister et al. 2014). Darüber hinaus zeichnen sich unterstützte Interventionen durch größere Effektstärken, beispielsweise hinsichtlich einer Symptomreduktion, aus (Saddichha et al. 2014; Richards und Richardson 2012; Baumeister et al. 2014; Palmqvist et al. 2007). Auch im Kindes- und Jugendalter sind Interventionen mit persönlicher Unterstützung mit einer höheren Effektivität, einer höheren Adhärenz und einem geringeren frühzeitigen Behandlungsabbruch assoziiert (Lehtimäki et al. 2021), so dass bei der Entwicklung neuer e-mental health Interventionen stets über den Einbezug von beispielsweise Therapeut:in, Elternteil oder Peer nachgedacht werden sollte.

5. Rechtlicher Rahmen zum Einsatz von e-mental health Interventionen in der Psychotherapie

5.1 Leistungsrecht nach SGB V

In Deutschland regelt das SGB V die Leistungen, die Versicherte im Rahmen der Krankenbehandlung zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung im Rahmen der Prävention, der Diagnostik, der Krankenbehandlung und der Rehabilitation erhalten können. Psychotherapie gehört im Rahmen der Krankenbehandlung zum Leistungskatalog. In §28 (3) SGB V ist definiert, wer psychotherapeutische Leistungen erbringen darf. Dazu zählen psychologische Psychotherapeut:innen, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut:innen und Ärzt:innen. Das SGB V verweist auch auf das Psychotherapeutengesetz (u.a. §§26 und 27 Psychotherapeutengesetz), welches die Qualifikation von nicht-ärztlichen Psychotherapeut:innen definiert.

Im SGB V wird im §92 auf den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA), ein Gremium der Selbstverwaltung, verwiesen. Ihm wird die Ausgestaltung von Richtlinien übertragen, nach denen z.B. auch Psychotherapie zulasten der GKV erbracht werden kann. Es werden u.a. formale Aspekte, wie probatorische Sitzungen, aber auch nach §92 (6a) SGB V z.B. der Katalog der mit Psychotherapie zu behandelnden psychischen Störungen sowie die Art der wissenschaftlich anerkannten und damit einzusetzenden Therapieverfahren definiert. Vereinfacht gesagt, definiert das SGB V die generelle Möglichkeit, dass Psychotherapie von Versicherten in Anspruch genommen werden kann und wer diese prinzipiell erbringen kann. Der G-BA wiederum definiert über Richtlinien, welche Verfahren, welcher Umfang und wie das Prozedere bei psychotherapeutischen Interventionen als Kassenleistung gestaltet sein muss. Ein prinzipielles Verständnis dieser Zusammenhänge hilft auch bezüglich digitaler Angebote im Rahmen der Psychotherapie dabei, generell einordnen zu können, welche Leistungen überhaupt im Rahmen von Leistungen der Krankenkasse möglich sind und welche Regelungen hierfür gelten.

In §11 und §33a finden sich im SGB V Regelungen zu den Ansprüchen Versicherter auf digitale Gesundheitsanwendungen und zu den Voraussetzungen solcher digitalen Gesundheitsanwendungen (vgl. Kasten §33a (1) SGB V).

§33a (1) SGB V

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

5.2 DiGAs und Medizinproduktegesetz

Die technischen Innovationen haben gerade im Hinblick auf Apps in den vergangenen Jahren eine Vielzahl von therapeutischen Angeboten auf den Markt gebracht. Andererseits drohten dadurch aber auch generell nach dem SGB V gültige Grundlagen, wie z.B. die Notwendigkeit eines Nachweises von Wirksamkeit, in den Hintergrund zu treten. Deshalb wurde bezüglich digitaler Angebote eine Regulierung dahingehend eingeführt, dass entsprechende Angebote dem Medizinproduktegesetz (MPG) unterliegen. Damit sind bestimmte Anforderungen an digitale Gesundheitsanwendungen zu stellen, damit sie im Rahmen der Krankenbehandlung zulasten der GKV eingesetzt werden können. Relevant war dafür das Digitale-Versorgung-Gesetz (DVG). Mit dessen Inkrafttreten ist es Ärzt:innen und Psychotherapeut:innen in Deutschland seit 2019 (erste Verschreibungen: Herbst 2020) möglich, gesetzlich krankenversicherten Patient:innen sogenannte digitale Gesundheitsanwendungen (DiGAs) auf Rezept zu verschreiben. Um in das vom Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) geführte DiGA-Verzeichnis aufgenommen zu werden und damit verordnungsfähig zu sein, müssen die Anwendungen zunächst ein dreimonatiges Prüfverfahren beim BfArM durchlaufen. Aktuell sind im DiGA-Verzeichnis 45 Anwendungen gelistet (Stand 27.04.2023). Obwohl 23 dieser Anwendungen speziell für den Bereich psychische Gesundheit entwickelt wurden, ist keine davon für das Kindes- und Jugendalter konzipiert. Auch im somatischen Bereich überwiegt deutlich die Anzahl der für das Erwachsenenalter entwickelten Interventionen. 2021 wurden jedoch erstmalig drei für das Jugendalter zugelassene

DiGAs vorläufig in das Verzeichnis aufgenommen (Zimmermann 2022).³ Angesichts dieser Entwicklung sowie zahlreicher Forschungsprojekte, welche sich mit digitalen Interventionen für die Behandlung psychischer Erkrankungen im Kinder- und Jugendalter beschäftigen⁴, ist hier eine Dynamik in der Entwicklung von Angeboten/ DiGAs im psychotherapeutischen Bereich für Kinder und Jugendliche erwartbar.

5.3 (Psychische) Gesundheit als freier Markt

Wie eingangs beschrieben, ist lediglich der Bereich der Richtlinienpsychotherapie durch das SGB V geregelt. Dies gilt auch für digitale Anwendungen psychotherapeutischer Maßnahmen. Für Ärzt:innen und approbierte Psychotherapeut:innen gelten auch die Regelungen der Berufsordnungen, die auf Landesebene festgelegt werden. Jenseits des Rahmens des SGB V und des Einsatzes im Rahmen von Berufsordnungen steht es jedem Menschen frei, Beratung etc. anzubieten, solange diese nicht eine Leistung des SGB V ist oder gegen Verordnungen verstößt. Insofern stellt gerade der Bereich der Prävention und Beratung ein weites Feld dar, das ohne entsprechende Wirknachweise Angebote ermöglicht. Darin kann durchaus eine Gefahr bestehen, da weder Qualität, Qualifikation des Programms oder der Berater:innen noch ggfs. der notwendige Bedarf von weitergehender/n Diagnostik/Leistungen heilberuflich fundiert abgeklärt wird.

³ Dabei handelte es sich um eine DiGA zur Unterstützung der Nachsorge von Schlaganfallpatient:innen, Rehappy (aktuell nicht mehr verfügbar), sowie zwei DiGAs für die Behandlung von Erkrankungen der Knie Scheibe Mawendo (<https://diga.bfarm.de/de/verzeichnis/00993>, zunächst verfügbar bis 08.08.2023) und companion patella (<https://diga.bfarm.de/de/verzeichnis/00998>, zunächst verfügbar bis 03.10.2023).

⁴ Beispielsweise:

Steps: <https://evkb.de/kliniken-zentren/kinder-jugendliche/kinder-und-jugendpsychiatrie/forschung/steps-mein-weg-zum-ziel-eine-therapieunterstuetzende-transdiagnostische-app-fuer-die-psychotherapie-jugendlicher/>

iCAN: <https://innovationsfonds.g-ba.de/projekte/neue-versorgungsformen/ican-intelligente-chatbot-assistierte-ambulante-nachsorge-der-depression-bei-jugendlichen-und-jungen-erwachsenen.418>

MICHI-App: <https://drks.de/search/de/trial/DRKS00022420>

MyMoodCoach-App: <https://www.lmu-klinikum.de/aktuelles/pressemitteilungen/europaweite-studie-testet-selbsthilfe-app-zur-verbesserung-der-psychischen-gesundheit-junger-menschen/7bff64b03a9abbbd>

5.4 Datenschutz

Mit eines der größten Probleme, insbesondere bei interaktiven Angeboten, die personenbezogene Daten beinhalten bzw. erfassen, sind datenschutzrechtliche Fragen. Aufgrund der technischen Komplexität von e-mental health Angeboten, wie z.B. einem oft vorhandenen Standort des Servers außerhalb von Deutschland, ist die Möglichkeit, durch „Hacken“ digitale Daten von Patient:innen zu erhalten, evident. Deshalb sind Maßnahmen zum sicheren Datentransfer und –speicherung etc. zwingend notwendig (vgl. hierzu Domhardt et al. 2021). Auch die vielleicht Laien unproblematisch erscheinende Videosprechstunde ist aus rechtlicher Sicht nicht trivial, da das verwendete Videosystem technischen und datenschutzrechtlichen Anforderungen genügen muss und nicht einfach übliche Konferenzsysteme verwendet werden können (vgl. Abschnitt Datenschutz bei Domhardt et al. 2021). Um Psychotherapie per Videosprechstunde mit den Krankenkassen abrechnen zu können, müssen Ärzt:innen und Psychotherapeut:innen im Regelfall einen gemäß Anlage 31b des Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä) zertifizierten Videodienstleister nutzen.⁵

5.5 Allgemeine rechtliche Grundlagen im Rahmen von Behandlung: Einwilligung, Schweigepflicht etc.

Auch bei der Verwendung digitaler Anwendungen im Rahmen der Krankenbehandlung gelten prinzipiell die Regelungen wie in der allgemeinen Krankenbehandlung: Der/die Patient:in muss nach entsprechender Information der Behandlung zustimmen. Im Falle von Minderjährigen ergeben sich die üblichen Besonderheiten aufgrund des Alters; erst ab dem Alter von 15 Jahren sind Minderjährige berechtigt, selbständig Leistungen der SGB in Anspruch zu nehmen. Zuvor müssen i.d.R. die Sorgeberechtigten ebenfalls zustimmen. Auf die Komplexität bezüglich Einwilligung zur Behandlung und möglichen konfliktären Konstellationen kann an dieser Stelle nicht eingegangen werden, diesbezüglich sei auf Kölch et al. (2020b) verwiesen. Diese Regelungen gelten für digitale Gesundheitsanwendungen im Rahmen der Krankenbehandlung ebenfalls. Entspre-

⁵ Eine Liste der zertifizierten Videodienstleister ist unter folgendem Link zu finden: https://www.kbv.de/media/sp/liste_zertifizierte-Videodienstleister.pdf

chend der DSGVO werden auch in Anwendungen jenseits der Krankenbehandlung zumindest eine Einwilligung zur Speicherung von Daten und Nutzung etc. unabdingbar sein.

6. Derzeitige Digitalisierungsentwicklungen im Bereich der Psychotherapie und Desiderate für die Versorgung

Seit mehreren Jahren haben digitale Techniken auch bei psychotherapeutischen Angeboten Einzug gefunden. Dabei waren andere Länder als Deutschland Vorreiter. Insbesondere in Ländern wie Australien, Neuseeland oder auch in den USA oder Kanada gab es bereits vor mehr als 10 Jahren digitale Angebote im Bereich der Psychotherapie. Dies liegt auch darin begründet, dass hier die räumlichen Gegebenheiten und die Versorgungssituation nicht vergleichbar sind mit Deutschland: Die räumliche Entfernung zu Leistungsanbietern ist oftmals groß, die Dichte von Anbietern deutlich geringer und auch die Kostenerstattung durch Krankenversicherungen nicht immer gegeben.

Obwohl Evidenz für die Wirksamkeit von digitalen Anwendungen für die psychiatrische und psychotherapeutische Gesundheitsversorgung vorliegt, werden diese in Europa nur langsam ins Gesundheitssystem implementiert. Das nordeuropäische eMEN-Projekt (e-Mental Health Innovation and Transnational Implementation Platform) wurde 2016 ins Leben gerufen, um die Dissemination sowie die Qualität von e-mental health Interventionen zu erhöhen (Gaebel et al. 2021). In Statusanalysen (Stand 2019) wurden deutliche Unterschiede hinsichtlich der Implementation von digitalen Angeboten in die Gesundheitssysteme der sechs teilnehmenden Länder (Belgien, Frankreich, Irland, Niederlande, Großbritannien, Deutschland) erkennbar. Während in den Niederlanden und in Großbritannien die Implementierung relativ weit fortgeschritten war, zählte Deutschland (gemeinsam mit Belgien) zu den Nachzüglern (Gaebel et al. 2021). Um ein besseres Verständnis für Hindernisse im Implementierungsprozess zu gewinnen, wurden die Barrieren der Implementierung untersucht. Dabei zeigten sich sowohl universelle, als auch länderspezifische Hindernisse. Zu den universellen Barrieren zählen die Autor:innen die zumeist unzureichende rechtliche Regelung, welche eine strategische Implementierung in den meisten Ländern erschweren würde. Hinzu komme, dass die Kostenerstattung größtenteils ungeklärt sei, zumal zur Langzeiteffektivität und Kosteneffizienz der digitalen Angebote unzureichende Daten vorliegen würden. Als weiteres Hindernis

wird die mangelnde Akzeptanz von e-mental health Interventionen gesehen (siehe dazu Abschnitt 9.1). In Bezug auf digitale Angebote gebe es häufig Bedenken, dass die therapeutische Beziehung bei der Nutzung leide (siehe dazu Abschnitt 9.2) sowie Sorgen hinsichtlich des Datenschutzes und der Privatsphäre. Nicht zuletzt seien Mitarbeiter:innen im Gesundheitswesen im Hinblick auf digitale Interventionen nur unzureichend ausgebildet (Gaebel et al. 2021). Spezifisch für Deutschland wurden insbesondere ein zu geringes Bewusstsein sowie eine geringe Akzeptanz von e-mental health Angeboten - sowohl in der Allgemeinbevölkerung als auch unter Mitarbeiter:innen des Gesundheitssystems - als Implementierungsbarrieren identifiziert. Zur Erhöhung der Akzeptanz wäre die Entwicklung sicherer Datenschutzlösungen und die Klärung von Haftungsfragen notwendig. Insgesamt müsste im Gesundheitssystem eine einheitliche digitale Infrastruktur aufgebaut werden (Gaebel et al. 2021).

7. Vorteile und Herausforderungen der Digitalisierung/Innovationen im Bereich der digitalen Psychotherapie

Die Digitalisierungsentwicklungen in der Psychotherapie bringen in Bezug auf Versorgungsaspekte, aber auch hinsichtlich der inhaltlichen Gestaltung der Therapie, sowohl Vorteile als auch Herausforderungen mit sich.

7.1 Bessere Verfügbarkeit von Psychotherapie

E-mental health Angebote zeichnen sich durch eine hohe zeitliche und örtliche Flexibilität und einen niedrighschwelligigen Zugang aus. Sie bieten daher das Potential, klassische Barrieren in der Nutzung von psychotherapeutischen Angeboten zu umgehen oder zumindest abzuschwächen. Die üblicherweise langen Wartezeiten auf einen Therapieplatz entfallen, ebenso wie lange Anfahrtswege oder Terminkonflikte. Generell könnte man annehmen, dass digitalisierte Angebote ubiquitär zur Verfügung stehen und damit eine breite Versorgung mit evidenzbasierten psychotherapeutischen Interventionen ermöglichen. Da Patient:innen gerade bei der Nutzung von nicht begleiteten e-mental health Angeboten jedoch deutlich weniger Adhärenz zeigen, ist eine effektive psychotherapeutische Versorgung jedoch nicht für jede:n Patient:in zu erreichen. Richtig ist jedoch, dass regionale Aspekte einer Unterversorgung oder auch spezialisierte psychotherapeutische Angebote (die z.B. besondere Expertise in der Behandlung erfordern) mithilfe von e-mental health Angeboten verbessert werden können. Beispielsweise hat

ein Angebot in Baden-Württemberg gezeigt, dass eine Therapie für Kinder mit Zwangsstörung, welche online angeboten wurde, so über das unmittelbare regionale Einzugsgebiet der Klinik hinaus nutzbar wurde (Hollmann et al. 2022). Spezialisierte Therapie- (und Diagnostik-) Angebote können also unabhängig vom Wohnort der/des Patient:in zugänglich sein. Dies könnte auch bisher eher schlecht versorgten Bevölkerungsgruppen, wie Menschen mit Behinderung oder mit Migrationskontext, Chancen auf einen verbesserten Zugang zu Psychotherapie bieten.

Gerade bei Interventionen, die verhaltenstherapeutisch basiert sind, bearbeiten Patient:innen einen hohen Anteil der Inhalte allein. Dies kann bei Therapeut:innen zu einer Erweiterung der Kapazitäten führen, da Zeiten für den persönlichen F2F-Kontakt entfallen. Dazu fehlen aber derzeit belastbare Untersuchungen.

Besteht im Rahmen einer e-mental health Intervention überhaupt kein Kontakt zu einem/einer Therapeut:in oder ist die Kommunikation mit einer die Therapie begleitenden Person asynchron gestaltet, muss das Thema „Krise“ bereits bei der Entwicklung der Intervention mitgedacht werden. Kein oder unregelmäßiger Kontakt erschwert es deutlich, in Krisensituationen schnell und adäquat zu reagieren. Auch wenn ein Angebot dem/der Patient:in ein hohes Maß an Anonymität ermöglicht, kann eine sonst eigentlich indizierte Hilfemaßnahme -wie beispielsweise das Rufen des Rettungsdienstes bei einem Bericht über akute Suizidabsichten - im Krisenfall schwierig bis unmöglich sein. In solchen Fällen muss zumindest sichergestellt sein, dass innerhalb der Anwendung rund um die Uhr Informationen zu erreichbaren Hilfsangeboten zur Verfügung gestellt werden.

7.2 Intensivere Interventionen

Ein Vorteil vieler e-mental health Angebote ist, dass sie deutlich näher in der Lebenswelt der Patient:innen eingesetzt werden können, als es in der üblichen Richtlinienpsychotherapie möglich ist. Gerade verhaltenstherapeutische Interventionen enthalten häufig alltagsbezogene Elemente wie Aktivierung oder Selbstbeobachtung etc. Digitale Interventionen können über bestimmte Funktionen, wie beispielsweise das automatische Versenden von Erinnerungen per Push-Nachricht auf dem Smartphone oder die Möglichkeit, die Stimmung ohne zeitliche Verzögerung in einem digitalen Stimmungstagebuch festzuhalten, therapeutische Elemente in die Lebenswelt von Patient:innen bringen. Dadurch kann die Psychotherapie intensiviert werden, ohne dass es eines direkten Therapeut:innenkontakts bedarf. Andere e-mental health Elemente, wie Virtual Reality Anwendungen oder Digital Phenotyping, bieten hingegen gänzlich neue Möglichkeiten in der Behandlung psychischer Erkrankungen. Beispielsweise ermöglicht es

der Einsatz von Virtual Reality, dass sich Patient:innen im Rahmen von Expositionsübungen in Situationen begeben, welche im Alltag nur schwer aufsuchbar sind (z.B. große Spinne auf die Hand setzen). Gleichzeitig kann die Intensität der Situationen graduell angepasst werden (z.B. schrittweise Vergrößerung der Spinne) und die Situation ohne Schwierigkeiten wiederholt erlebt werden (Freeman et al. 2017). Beim Digital Phenotyping werden fortlaufend Daten von persönlichen digitalen Geräten des/der Patient:in (z.B. Nutzungsdaten von Messengern, Aktivitätsmessungen, Sprachsignale etc.) gesammelt und genutzt, um eine persönliche Phänotypisierung vorzunehmen (van Daele et al. 2021). Dadurch können Patient:innen genauer charakterisiert werden und die Abbildung typischer Verhaltensmuster und von Abweichungen von diesen Verhaltensmustern ist möglich, so dass eine Behandlung individueller gestaltet werden kann (Fagherazzi 2020). Auch wenn zum Teil eine gute Akzeptanz des Digital Phenotyping gefunden wurde (Raugh et al. 2021; Melcher et al. 2020), ist es durchaus möglich, dass ein permanentes Monitoring Stress und Ängste bei Patient:innen auslösen kann (Stanghellini und Leoni 2020). Trotz des großen Potentials, die ein solches Vorgehen für die Verbesserung der Behandlung bietet, sollten daher immer auch potentielle datenschutzrechtliche und ethische Probleme erwogen werden (Montag et al. 2020). Insgesamt benötigen die erwähnten komplexen Technologien noch einige Zeit, bis sie so weit entwickelt sind, dass ihr volles Potential in der Therapie genutzt werden kann (van Daele et al. 2021). Zudem sind die Hindernisse bei der Implementierung deutlich größer als beispielsweise bei der Bereitstellung von digitalen Selbsthilfeangeboten, welche über das Internet oder als App angeboten werden können. Diese sind vergleichsweise schnell implementierbar, da die meisten Patient:innen - insbesondere Jugendliche - in ihrem Alltag regelmäßig das Internet und/ oder ein Smartphone nutzen. Digitale Selbsthilfeangebote orientieren sich inhaltlich häufig an bestehenden manualisierten Therapieprogrammen und können dazu beitragen, die (Kosten-)Effektivität der vorhandenen Versorgungsangebote zu verbessern. Für Patient:innen kann es jedoch unter Umständen schwierig sein, zu erkennen, ob es sich bei entsprechenden Angeboten um seriöse, evidenzbasierte Interventionen handelt (Pretorius et al. 2019).

7.3 Niedrigschwelligere Erkennung von Problemen und niedrigschwelligere Information zur Behandlung

Der technische Fortschritt und die hohe Verbreitung von Smartphones in der Bevölkerung haben dazu beigetragen, dass digitale Anwendungen inzwischen flächendeckend

Menschen und vor allem auch Jugendliche erreichen können. Spätestens seit der Pandemie haben fast 100% der Jugendlichen in Deutschland Zugang zu digitalen Endgeräten und über 90 % geben an, Smartphones täglich zu nutzen (Medienpädagogischer Forschungsverbund Südwest 2021). Durch die breite Verfügbarkeit können Informationen zur psychischen Gesundheit, Symptomen psychischer Störungen und Behandlungsmöglichkeiten über digitale Angebote jederzeit verfügbar gemacht werden. Dennoch muss berücksichtigt werden, dass die allermeisten e-mental health Angebote einen Internetzugang und gewisse Kenntnisse im Umgang mit digitalen Endgeräten voraussetzen. Da nicht alle Patient:innen in Deutschland gleichermaßen Zugang zu digitalen Endgeräten oder einer stabilen Internetversorgung haben, besteht die Gefahr, dass beispielsweise ältere Personen ohne Vorerfahrung im Umgang mit Computern oder Smartphones oder auch Bewohner:innen strukturschwacher Gegenden mit schlecht ausgebauter Netzabdeckung von der Versorgung mit e-mental health Interventionen ausgeschlossen werden. Darüber hinaus setzt die Nutzung solcher Angebote ein gewisses Maß an „Health Literacy“ voraus. Hierunter wird die Fähigkeit „Gesundheitsinformationen zu verstehen und entsprechend aufgeklärt zu handeln“ (Abel et al. 2018) verstanden. Die Health Literacy ist nicht in allen Bevölkerungsgruppen gleich ausgeprägt, daher müssen e-mental health Angebote inklusiv angelegt sein - auch wenn dies wiederum den Aufwand und die Kosten der Entwicklung erhöht. Da dies bisher jedoch nicht im Allgemeinen der Fall ist, können digitale Angebote auch in dieser Hinsicht bestimmte Gruppen ausschließen.

Häufig wird davon ausgegangen, dass e-mental health Angebote durch die leichte Zugänglichkeit und hohe Anonymität vieler Angebote von Patient:innen als weniger stigmatisierend empfunden werden könnten als das Aufsuchen einer Psychotherapie vor Ort (Musiat und Tarrier 2014). Da bekannt ist, dass viele Patient:innen aus Angst vor Stigmatisierung lange damit warten, Hilfsangebote aufzusuchen oder dies sogar gänzlich unterlassen (Wrigley et al. 2005), könnten e-mental health Angebote auch in dieser Hinsicht zu einer Verbesserung der Versorgung beitragen. Bisher liegen zu diesem Thema jedoch noch zu wenige Untersuchungen vor, um eindeutige Aussagen treffen zu können (Musiat und Tarrier 2014).

8. Wie verändert sich das Feld der Psychotherapie durch Digitalisierung?

Die Digitalisierung kann auch psychotherapeutische Angebote verändern. Positive Entwicklungen könnten beispielsweise darin bestehen, dass die Inanspruchnahme von

Psychotherapie entstigmatisiert wird, dass die Psychotherapie intensiver mit der Lebenswelt der/des Patient:in verbunden wird oder dass spezifischer interveniert wird.

Besonderheiten bei der Durchführung von Therapie via Videosprechstunde

Beim Kontakt via Videosprechstunde verändert sich die Kommunikation zwischen Psychotherapeut:in und Patient:in erheblich gegenüber einem F2F-Gespräch. Non-verbale Signale vonseiten des/der Patient:in und des/der Therapeut:in sind per Video nicht mehr oder nur noch eingeschränkt wahrnehmbar. Übertragungsverzögerung können dazu führen, dass man der anderen Person vermehrt ins Wort fällt. Außerdem wird direkter Augenkontakt selten hergestellt, da beim Sprechen zu meist auf das Video auf dem Bildschirm und nicht direkt in die Kamera geschaut wird. Damit dies im Rahmen der Therapie nicht zu allzu großen Irritationen führt, kann es hilfreich sein wenn sich Patient:in und Therapeut:in bereits zuvor die Besonderheiten des Settings bewusstmachen. Die Deutsche Gesellschaft für Psychologie hat einen Leitfaden zur Durchführung von Videokonferenzen im Rahmen von Psychotherapie herausgegeben, in dem diese und viele weitere Punkte beschrieben und konkrete Handlungsempfehlungen für einen möglichst reibungslosen Ablauf gegeben werden (Deutsche Gesellschaft für Psychologie 2020).

Andererseits besteht die Möglichkeit, dass sich die sehr intime Dyade (im Fall von Minderjährigen oftmals auch Triade) von Patient:in und Therapeut:in (im Fall von Minderjährigen zusätzlich Eltern/Bezugspersonen) verändert. Nicht nur die unmittelbare Interaktion kann sich durch digitalisierte Angebote verändern (z.B. Mimik) (Hollmann et al. 2022), sondern auch die generelle Beziehung könnte sich aufgrund der geringeren Frequenz direkter persönlicher Kontakte verändern. Diese Möglichkeit ist auch unter dem Aspekt der Bedeutung der therapeutischen Beziehung hinsichtlich des Therapieerfolges (vgl. Abschnitt 9.2) zumindest zu bedenken. Andererseits hat z.B. eine Studie während der COVID-19-Pandemie gezeigt, dass gerade besonders belastete Familien eine videobasierte Therapie als stützend empfanden (Treier et al. 2022). Insofern bedarf es weiterer Studien, wer von einem direkten F2F-Kontakt profitiert, bzw. für wen er unerlässlich ist, und bei wem auch digitale Angebote ausreichend sind, um eine Symptombesserung zu erreichen.

Es gibt ein breites Interesse an Digitalisierung in der Psychotherapie und Digitalisierung in der psychiatrischen Versorgung. Andererseits fehlen derzeit noch weitgehend Daten zur Akzeptanz von Nutzer:innen und von Therapeut:innen. Ebenso mangelt es noch an Daten zum ökonomischen Aufwand für die Entwicklung und Implementierung sowie zur aufgewendeten Zeit von Therapeut:innen während solcher Interventionen.. Es ist nachvollziehbar, dass Kostenträger, ebenso wie Leistungserbringer, Chancen der Digitalisierung von psychotherapeutischen Interventionen erkennen. So könnten dadurch bessere Versorgungsmodelle, auch im Sinne von stepped-care Versorgung, angeboten werden und Patient:innen kontinuierlicher durch Leistungserbringer ambulant wie stationär betreut oder nachbetreut werden. Durch Videosprechstunden könnte nachstationäre Kontinuität in der Patient:innen-Therapeut:innen Beziehung ermöglicht werden, wenn der/die behandelnde Therapeut:in den/die Patient:in auch nach dem Klinikaufenthalt weiter betreut. Allerdings wäre dies bereits jetzt auch im F2F Kontakt möglich, stößt aber an Ressourcengrenzen. Insofern steht der Beweis noch aus, dass eine digitalisierte Psychotherapie hieran etwas ändert.

Seitens der Kostenträger wären sowohl eine Verbesserung der Versorgung als auch etwaige Kosteneinsparungen von Interesse. Dass digitale psychotherapeutische Interventionen tatsächlich zu einer ökonomischen Einsparung führen, ist unseres Wissens nach bisher jedoch nicht wissenschaftlich belegt.

Die Dissemination von präventiven Maßnahmen im Bereich der psychischen Gesundheit könnte durch e-mental health Angebote deutlich verbessert werden. Zumindest für die Wissensvermittlung (Psychoedukation) ergibt sich ein großes Potential für digitalisierte Angebote. Ähnlich wie im E-learning Bereich ist erwartbar, dass digitale Angebote zur Prävention durchaus breiten Zugang finden, bzw. den Zugang zu Informationen verbreitern. Dennoch bedarf es auch im Bereich der Prävention Überlegungen, wie bisher schlecht erreichte Gruppen besser erreicht werden können. Es gilt das bekannte Präventionsdilemma zu überwinden, dass gerade die Gruppen, für die Interventionen besonders notwendig wären, entsprechende Angebote nicht nutzen (Altgeld 2021). Insofern müssen Präventionsangebote für psychische Gesundheit hinsichtlich Barrierefreiheit, Zugänglichkeit und Zielgruppenspezifität geprüft bzw. entsprechend modifiziert werden.

9. Akzeptanz und Therapeutische Beziehung

9.1 Welche Einstellungen bestehen in der Bevölkerung und bei Patienten gegenüber e-Health Angeboten?

Eine effektive Implementierung von e-mental health Angeboten in die Gesundheitsversorgung setzt bei Patient:innen und Mitarbeiter:innen des Gesundheitssystems gleichermaßen Akzeptanz bzw. Offenheit gegenüber dieser Behandlungsform voraus. In bisherigen Untersuchungen zu diesem Thema zeichnete sich jedoch eine gewisse Skepsis gegenüber e-mental health Angeboten ab. International konnten mehrere Studien zeigen, dass in der Allgemeinbevölkerung sowie in Patient:innenstichproben eine klassische F2F-Therapie (eine persönliche Behandlung) einer Online-Therapie vorgezogen wird (Berle et al. 2015; Horgan und Sweeney 2010; Mohr et al. 2010; Wallin et al. 2016). Beispielsweise wurden in einer schwedischen Umfrage Personen ohne Vorerfahrung mit e-mental health Angeboten bezüglich ihrer Einstellung gegenüber klassischer F2F-Therapie sowie Online-Therapie befragt (Wallin et al. 2016). Jeweils über 65% der Befragten in zwei Stichproben gaben an, eine F2F-Behandlung zu präferieren, während nur max. 6,5% einer Behandlung via Internet den Vorzug gaben. Immerhin ein Fünftel der Befragten bewertete beide Behandlungsformate als gleich gut (Wallin et al. 2016). Vorteilhaft bei einer Therapie über das Internet bewerteten die Befragten unter anderem eine höhere zeitliche und örtliche Flexibilität, die leichtere Zugänglichkeit des Angebots sowie eine größere Anonymität, wodurch eine Behandlung als weniger schamhaftet wahrgenommen wurde. Weiterhin wurden manche Aspekte der Kommunikation mit dem oder der Therapeut:in als einfacher empfunden: So mache es die indirektere Kommunikation z.B. einfacher, sich in der Therapie auszudrücken sowie offen und ehrlich zu kommunizieren und Fragen zu stellen (Wallin et al. 2016). Gleichzeitig assoziierten die Befragten jedoch auch viele Nachteile mit einer Therapie über das Internet. Sie befürchteten, dass die Behandlung aufgrund der höheren Anonymität unpersönlicher und weniger empathisch ablaufe und dass diese Art von Therapie zu einer Verstärkung von Isolation sowie einem Anstieg an Falschdiagnosen führen könne. Außerdem äußerten sie teils eine geringe Wirksamkeitserwartung und eine Angst vor Falschinformationen. Weitere Bedenken bezogen sich auf die technische Umsetzung, da eine Therapie über das Internet in jedem Fall einen Zugang zu einem internetfähigen

Endgerät sowie die Fähigkeit, damit umzugehen, voraussetzt. Auch in einer bereits etwas länger zurückliegenden Studie in den USA gaben Patient:innen der Grundversorgung an, in der Behandlung psychischer Probleme eine persönliche (F2F) Behandlung einer Behandlung über das Internet deutlich vorzuziehen. Über die Hälfte der Befragten gab an, definitiv nicht an einer Behandlung über das Internet interessiert zu sein (Mohr et al. 2010).

In der deutschen Allgemeinbevölkerung fanden bisher nur wenige Erhebungen zu Einstellungen gegenüber e-mental health Angeboten statt. Erstmals wurde diesbezüglich im Jahr 2010 eine repräsentative Stichprobe der deutschen Wohnbevölkerung befragt (Eichenberg und Brähler 2013). Fast die Hälfte der Personen, die angaben das Internet täglich zu nutzen, konnten sich vorstellen, das Internet als Unterstützungsquelle bei psychischen Problemen heranzuziehen. Jedoch hatte nur ein äußerst geringer Anteil (2,2%) in der Vergangenheit bereits selbst psychologische Online-Beratung genutzt. Vielen Befragten war zudem die Existenz solcher Unterstützungsangebote nicht bewusst. Weiterhin zeigte sich Skepsis hinsichtlich der Einbindung von Medien, wie Internet, Handys oder virtueller Realität, in die Psychotherapie. Während über die Hälfte der Befragten eine hohe Bereitschaft angab, bei konkreten psychischen Problemen eine persönliche Behandlung bei einem/einer Therapeut:in (F2F) in Anspruch zu nehmen, waren es im Falle eines mediengestützten Therapieangebots unter 10%. Es zeigten sich keine Geschlechtsunterschiede hinsichtlich der Bereitschaft zur Nutzung mediengestützter Therapieangebote, jedoch gaben Personen mit höherem Bildungs- und Einkommensniveau eine höhere Offenheit gegenüber mediengestützter Therapie an. Weiterhin zeigte sich ein Alterseffekt: Mit steigendem Alter nahm die Bereitschaft, mediengestützte Therapie in Anspruch zu nehmen, ab (Eichenberg und Brähler 2013).

Trotz fortschreitender Digitalisierung und zunehmender Nutzung von technischen Geräten im Alltag scheint sich die Einstellung in der deutschen Bevölkerung auch in der jüngsten Zeit nicht deutlich verändert zu haben. Dies zeigte sich in einer erneuten Befragung der deutschen Wohnbevölkerung im Frühjahr 2020 und Winter 2020/2021 (Lincke et al. 2022). Weiterhin wurde eine klassische F2F-Therapie von einem überwiegenden Teil der Befragten präferiert. Weniger als 20% gaben an, eine Online-Therapie oder eine Kombination aus F2F- und Online-Therapie vorzuziehen. Auch in Bezug auf Präferenzen hinsichtlich unterschiedlicher Online-Therapie-Settings zeigte sich eine deutliche Skepsis: Über 60% der Befragten gaben an, überhaupt keine Online-Therapie nutzen zu wollen. Die restlichen Befragten präferierten überwiegend die Nutzung eines Online-Programms im Rahmen einer Therapie mit F2F Kontakten Unterstützung oder einer Psychotherapie via Videokonferenz (Lincke et al. 2022). Auch in vorhergehenden Erhebungen zeigte sich bereits, dass Interventionen mit therapeutischer Unterstützung

Interventionen ohne Unterstützung vorgezogen werden (Casey et al. 2013) und mit einer höheren Adhärenz (Beatty und Binnion 2016) sowie weniger Behandlungsabbrüchen einhergehen (Baumeister et al. 2014). In einer Umfrage unter deutschen Psychotherapeut:innen zeigte sich darüber hinaus, dass auch diese bei einer blended Therapie, welche klassische F2F-Therapiesitzungen bei einem bzw. einer Therapeut:in mit digitalen Therapie-Anwendungen verbindet, weniger Nachteile sehen, als bei einer reinen Intervention über das Internet (Schuster et al. 2020). Blended Therapiekonzepte scheinen daher ein vielversprechender Ansatz für eine breitere Implementierung von digitalen Angeboten zu sein.

Ähnlich wie in der älteren Umfrage von 2010 (Eichenberg und Brähler 2013), zeigten sich auch in der aktuellen Befragung Zusammenhänge zwischen soziodemografischen Merkmalen und der Einstellung gegenüber e-mental health Angeboten. Es wurde erneut ein Alterseffekt gefunden: Jüngere Personen zeichneten sich weiterhin durch eine höhere Offenheit gegenüber Online-Therapieangeboten aus (Lincke et al. 2022). Gerade im kinder- und jugendpsychiatrischen bzw. –psychotherapeutischen Bereich zeigt sich damit ein deutliches Potential der Integration von e-mental health Anwendungen. Im Gegensatz zu der vorherigen Erhebung zeigte sich in der jüngeren Umfrage darüber hinaus auch ein Geschlechtseffekt. Männer gaben eine höhere Offenheit gegenüber einer Therapie im Online-Setting an als Frauen (Lincke et al. 2022). Personen mit einem niedrigeren Bildungsniveau präferierten hingegen signifikant häufiger ein klassisches F2F-Setting. Die unterschiedlichen Einstellungen gegenüber Digitalisierung im Rahmen der Psychotherapie deuten auf die Notwendigkeit hin, Maßnahmen zu ergreifen, um die Akzeptanz von e-mental health in bestimmten Bevölkerungsgruppen zu stärken. Da Wissensvermittlung zum Ablauf von Online-Therapieangeboten die Akzeptanz dieser Angebote nachweislich erhöhen kann (Casey et al. 2013; Apolinário-Hagen et al. 2018), wäre das gezielte Bereitstellen von Informationen zu digitalen Angeboten eine solche Möglichkeit. Teils ergaben sich in den bisherigen Erhebungen widersprüchliche Befunde, beispielsweise zu Geschlechtseffekten. Es sind daher weitere Studien notwendig um genauer verstehen zu können, welche persönlichen Faktoren die Einstellung gegenüber e-mental health beeinflussen. Neben quantitativen Analysen haben dabei insbesondere qualitative Erhebungen großes Potential, die Gründe für eine Akzeptanz oder Ablehnung von e-mental health Interventionen besser zu verstehen und sollten daher vermehrt zum Einsatz kommen.

9.2 Welche Auswirkungen hat der Einsatz digitaler Technologien in der Psychotherapie auf die Beziehung und die Beziehungsarbeit zwischen Therapeut*in und Adressat*in?

In der Psychotherapieforschung wird die therapeutische Allianz als ein wichtiger unspezifischer Wirkfaktor angesehen (Orlinsky et al. 2004), welcher zum Erfolg einer therapeutischen Intervention beiträgt. Dabei wird sie als eine emotionale Bindung zwischen Klient:in und Therapeut:in definiert, welche sich durch Wärme, Vertrauen und Empathie sowie eine Übereinkunft über Therapieziele und zu bewältigende Aufgaben der Therapie auszeichnet (Bordin 1979). Die Stärke der therapeutischen Allianz und der Erfolg einer Therapie stehen in einem positiven Zusammenhang sowohl bei einer Therapie im unmittelbaren F2F-Kontakt (Flückiger et al. 2018; Flückiger et al. 2012; Horvath und Symonds 1991), als auch in einem digitalen Therapiesetting (Kaiser et al. 2021). Für eine möglichst hohe Behandlungseffektivität erscheint es daher settingübergreifend wichtig, eine tragfähige therapeutische Beziehung zu etablieren (Flückiger et al. 2018; Kaiser et al. 2021). Patient:innen, die in der Vergangenheit bereits Erfahrungen mit psychiatrischer bzw. psychotherapeutischer Behandlung gemacht haben, sind digitalen Therapieansätzen gegenüber skeptischer als Personen ohne Vorerfahrung (Lincke et al. 2022; Musiat et al. 2014). Möglicherweise spielt dabei die Befürchtung eine Rolle, dass sich über den digitalen Kontakt zu Ärzt:in oder Therapeut:in keine tragfähige therapeutische Beziehung aufbauen lasse. Tatsächlich bemängelt ein Teil der Patient:innen bei der Nutzung von digitalen Gesundheitsangeboten den fehlenden persönlichen Kontakt zu Ärzt:in oder Therapeut:in (Die Techniker Krankenkasse 2022). Dennoch ist fraglich, ob sich eine therapeutische Allianz in einem digitalen Setting schwerer etablieren lässt als im unmittelbaren persönlichen Kontakt zwischen Therapeut:in und Patient:in. Zumindest bei digitalen e-mental health Interventionen, bei denen die Patient:innen in irgendeiner Weise von einem oder einer Therapeut:in unterstützt werden, scheint dies nicht der Fall zu sein: Patient:innen bewerten die therapeutische Allianz in digitalen Therapieformaten durchschnittlich als genauso gut, wie in einem klassischen F2F-Setting (Berger 2017; Klasen et al. 2013; Pihlaja et al. 2018).

Bei Interventionen ohne persönliche Unterstützung sind die Bewertungen der therapeutischen Allianz schlechter (Tremain et al. 2020). Dabei ist jedoch unklar, ob bei Interventionen, die von den Patient:innen ohne therapeutische Unterstützung genutzt werden, überhaupt ebenfalls eine direkte Beziehung zwischen therapeutischer Allianz und Effektivität der Intervention besteht. Vorläufige Ergebnisse deuten darauf hin, dass

dies nicht der Fall sein könnte (Tremain et al. 2020). Obwohl sich die klassische Definition der therapeutischen Allianz nur eingeschränkt auf die Beziehung zwischen Patient:in und Intervention übertragen lässt, finden sich bestimmte Komponenten auch in der Interaktion mit einer digitalen Anwendung wieder (Kaveladze und Schueller 2022). So kann es auch zwischen Patient:in und Intervention zu einem Abgleich und schließlich zu einer Übereinstimmung bezüglich der therapeutischen Ziele und Aufgaben kommen (Tremain et al. 2020). Um diese abgewandelte Form der therapeutischen Allianz in einem Individual-Setting zu stärken, sollten Interventionen in einer Art entwickelt und gestaltet werden, die es ermöglicht, dass Patient:innen eine bidirektionale Therapiebeziehung erleben können (Tremain et al. 2020). Dies ist beispielsweise dann der Fall, wenn die Anwendung in der Kommunikation mit dem bzw. der Patient:in empathisch und motivierend agiert. Konkrete Möglichkeiten hierfür sind unter anderem der Einbezug des/der Patient:in bei der Festlegung von Programmschwerpunkten (Vereinbarung von Therapiezielen), das erneute Aufgreifen von Therapieinhalten aus vorherigen Sitzungen (Erinnern an vorherige Konversationen) oder das Versenden von freundlichen Erinnerungen per SMS/Messenger, wenn Sitzungen nicht durchgeführt werden oder länger keine Bearbeitung der Anwendung erfolgt (Motivation; für eine beispielhafte Intervention mit solchen Eigenschaften siehe Holter et al. 2016). Hierfür kann ein „relational agent“ in die Anwendung integriert werden. Dabei handelt es sich um einen computergenerierten Charakter (z.B. eine animierte oder aber auch eine körperlose Figur), welcher in möglichst menschenähnlicher Weise mit den Patient:innen kommuniziert (mimisch, verbal und/oder schriftlich) und so für den/die Patient:in den Eindruck einer realen Bezugsperson erweckt.

Auch Interventionen, welche sich mittels Digital Phenotyping (Nutzung von Daten, welche bei der Interaktion mit digitalen Anwendungen wie beispielsweise der Smartphonennutzung entstehen, zur Vorhersage des individuellen Erlebens und Verhaltens) oder über maschinelle Lernprozesse (eine Form der künstlichen Intelligenz) spezifisch an Nutzer:innen anpassen, können dazu beitragen eine stärkere therapeutische Allianz mit digitalen Interventionen zu erzeugen (Tremain et al. 2020). Werden bei der Entwicklung von digitalen therapeutischen Interventionen keine spezifischen Elemente integriert, um die therapeutische Allianz zu stärken, erscheint es sinnvoll, den Patient:innen bei der Nutzung ein gewisses Maß an menschlicher Unterstützung zur Verfügung zu stellen. Dies kann beispielsweise im Rahmen einer blended Intervention erfolgen, bei der F2F-Kontakte mit digitalen Therapieelementen verknüpft werden.

10. Zusammenfassung und Desiderate für die Entwicklung

Digitalisierung wird in der psychotherapeutischen Versorgung in Deutschland eine zunehmend große Rolle spielen. Das Spektrum möglicher Formen im Rahmen der Digitalisierung ist breit, es reicht von Videosprechstunden bis hin zu komplett autonomen und von einer individuellen Patient:in-Therapeut:in-Beziehung unabhängigen digitalen Therapieangeboten. Die bisherigen Studien zu digitalen Psychotherapieangeboten lassen folgende Ableitungen zu:

Digitale Angebote können konventionelle Angebote durch Intensivierung des Kontakts oder der Interventionen ergänzen („erhöhte Dosis“). Die begleitete digitalisierte Therapie scheint deutlich mehr Effekte zu haben als Angebote, die völlig unabhängig von therapeutischer Begleitung durchgeführt werden. Per se bieten e-mental health Angebote keinen Mehrwert gegenüber F2F Angeboten. Der Mehrwert kann sich jedoch durch eine überregionale Verfügbarkeit, Minimierung des Aufwands für Patient:innen und bessere Integrierbarkeit in den Lebensalltag/die Lebenswelt von Patient:innen ergeben.

Was die Akzeptanz von e-mental health Angeboten angeht, ist zu sagen, dass diese bei weitem nicht von allen Patient:innen bevorzugt werden. Bestimmte Gruppen, wie z.B. jüngere Menschen, könnten stärker von solchen Angeboten erreicht werden, als andere Bevölkerungsgruppen.

Es besteht ein großer Forschungsbedarf hinsichtlich der Effektivität und Qualität von e-mental health Angeboten, aber auch hinsichtlich der Patient:innencharakteristika, die sowohl die Präferenz, als auch die Adhärenz dieser Angebote betreffen.

In der Theorie könnten insbesondere Gruppen, die ansonsten erschwerten Zugang zu psychotherapeutischen Leistungen haben, von digitalen Angeboten profitieren. In der Realität trifft dies aber nur begrenzt zu: Regionale Disparitäten in der Verfügbarkeit von Therapie könnten durchaus ausgeglichen werden, jedoch werden Disparitäten, die sich auf Patient:innenmerkmale beziehen, durch digitale Angebote keineswegs ausgeglichen. Dies betrifft z.B. Angebote für Menschen mit Behinderungen. Denn gerade für Menschen mit Beeinträchtigungen im Bereich der Intelligenz fehlt es noch komplett an entsprechenden Angeboten. Auch spezifische Angebote für Menschen mit Migrationskontext sind bisher kaum verfügbar. Zudem gibt es auch regionale und soziale Disparitäten: Wenn z.B. der Netzzugang schlecht ist, was meist in ländlichen Regionen der Fall ist, so koinzidiert dies mit der Tatsache, dass diese Regionen auch ansonsten mit psy-

chotherapeutischen Angeboten schlechter ausgestattet sind. Wenn Angebote viel Datenleistung benötigen und diese Datenleistung dann selbst finanziert werden muss, kann dies Personen mit geringen finanziellen Ressourcen ausschließen, z.B. auch diejenigen Jugendliche, die auf free WiFi angewiesen sind. Generell wird angenommen, dass digitale Angebote, die anonym sind und zu flexiblen Zeiten genutzt werden können, die Schwelle zur Inanspruchnahme senken könnten. De facto aber liegen dazu keine wissenschaftlichen Befunde vor. So zeigen die bisherigen Daten zur Adhärenz sogar eher, dass anonyme Angebote eben nicht in der Breite ausreichend angenommen werden. Soziale Aspekte, wie Zugang zum Internet, stabiles Netz und Kosten spielen unter Disparitätsaspekten ebenfalls eine Rolle. Insgesamt können e-mental health Angebote nicht per se bisherige Disparität in der psychotherapeutischen Versorgung beseitigen. Die Disparität, dass besser gebildete Menschen mit mehr Ressourcen besseren Zugang zu psychotherapeutischen Angeboten haben, könnte sogar verfestigt werden. Digitale Angebote könnten daher Ungleichheit verstärken, wenn sie nicht gezielt auf benachteiligte Gruppen ausgerichtet sind und auch deren Lebensumstände in der Konzeptualisierung mit einbeziehen.

Im Sinne der niedrighwelligen Zugänglichkeit haben digitale Anwendungen, die vornehmlich psychoedukative oder aufklärende Inhalte haben, gerade im Bereich der Prävention großes Potential. Im Präventionsbereich können so ubiquitär zugängliche Angebote geschaffen werden, insbesondere, wenn sie inklusiv auch an spezifische Gruppen adaptiert werden. Im Bereich der eigentlichen Therapie sind, wie aufgezeigt, die Möglichkeiten deutlich begrenzter und bedürfen intensiver weiterer Forschung und Entwicklung, damit ein Effekt in Bezug auf die verbesserte Versorgung der Bevölkerung mit psychotherapeutischen Interventionen erwartet werden kann. Bezogen auf derzeit bereits benachteiligte Gruppen ist, bis auf einzelne Ausnahmen, derzeit keineswegs eine Entwicklung dahingehend absehbar, dass die Digitalisierung in der Psychotherapie zu einer substantiellen Verbesserung der Versorgung führt.

E-mental health Angebote haben einen nicht unerheblichen Entwicklungsaufwand, der sowohl technisch und datenschutzrechtlich als auch inhaltlich begründet ist. Des Weiteren besteht ein immenser Aufwand bei der Pflege und Weiterentwicklung der Angebote. So sind z.B. ästhetische Aspekte einem schnellen Wandel unterworfen. Weiterhin sind, technische Änderungen und Möglichkeiten zu berücksichtigten und auch sprachlich sind entsprechende Angebote fortlaufend anzupassen. Dies ist besonders für Benutzergruppen wie Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene wichtig. Insofern sind digitale Angebote keineswegs unaufwändig.

Ein weiterer Aspekt, welcher beachtet werden muss, ist der Zugang zu solchen Angeboten. So stellt sich die Frage, wie solche Angebote bekannt werden und wer den Zugang zu ihnen schafft. Da vor einem Beginn von therapeutischen Maßnahmen immer zunächst eine Diagnose stehen sollte, besteht ein essentieller Aspekt darin, dass vor Nutzung einer e-mental health Intervention auch tatsächlich fachgerecht eine Diagnose gestellt wird. Ohne eine entsprechende fachliche Indikationsstellung und auch Verlaufskontrolle sind digitale Angebote sehr kritisch einzuschätzen. Denn dann stellt sich die Frage, wer in einem individuellen Fall überprüft, ob eine Anwendung erfolgreich ist, ob es zu Nebenwirkungen kommt und ob weitere und/oder komplexere Interventionen notwendig sind. Außerdem wäre gerade unter diesen Umständen zu klären, ob und inwiefern eine digitale Anwendung auch für Notfälle geeignet ist. Hier zeigen sich komplexe Fragestellungen, die hinsichtlich digitaler Psychotherapieangebote bisher nicht systematisch in Deutschland gelöst oder adressiert werden. Wenn bisher benachteiligte Gruppen von digitalen Angeboten profitieren sollen, so müssen diese den Gruppen bekannt und zugänglich gemacht werden.

Ein bisher auch in der Literatur zu wenig thematisiertes Thema ist, inwieweit e-mental health Interventionen auch schaden könnten. Gerade bei autonomen Anwendungen ohne Therapeut:innenbegleitung ist zu fragen, ob die Intervention wirklich ausreichend wirkt, um Symptome zu bekämpfen, ob möglicherweise Nebenwirkungen auftreten, oder ob gar eine fehlerhafte Indikation für eine spezifische therapeutische Intervention vorliegt. Beispielsweise ist bekannt, dass nicht nur Psychopharmakotherapie, sondern auch Psychotherapie, zu Beginn bei depressiven Patient:innen zu einem vermehrten Auftreten suizidaler Gedanken führen kann. Bei nicht-begleiteten Programmen ist dieser Aspekt bisher unseres Wissens nach nicht untersucht, bzw. auch noch nicht adressiert.

Derzeit scheint es so zu sein, dass digitalisierte Angebote im Rahmen der Psychotherapie einen Baustein in einem komplexen Versorgungsangebot darstellen können, das sowohl die direkte Krankenbehandlung als auch präventive Angebote und therapeutische Angebote jenseits des SGB V beinhaltet. Digitale Formate der Psychotherapie sind an sich kein neues Verfahren. Letztlich handelt es sich bei e-mental health Angeboten um eine andere technische Methode der Applikation oder Nutzung. Inhaltlich sind e-mental health Interventionen auf die „klassischen“ Verfahren angewiesen. In dieser Expertise nicht behandelt, aber ein wichtiger und vielversprechender Einsatzbereich digitalisierter Angebote stellt die Qualifizierung von Fachkräften dar, etwa in den Bereichen „Kita“, „Schule“ und „Kinder- und Jugendhilfe“. Die dort beschäftigten Fachkräfte können beispielsweise durch E-learning Kurse für psychische Belastungen und Störungen sensibilisiert werden, um diese so möglichst frühzeitig bei Kindern und Jugendlichen

erkennen zu können. Gleichzeitig können sie Unterstützungsmöglichkeiten im Umgang mit psychisch belasteten/erkrankten Klient:innen kennenlernen⁶. Auch die primäre Gesundheitsversorgung, wie Allgemeinärzt:innen, könnte von solchen Qualifizierungsangeboten profitieren, und dadurch psychisch belastete und erkrankte Personen bei der Inanspruchnahme von diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen besser unterstützen. Außerdem können digitale Formate sowohl zum Wissenserwerb als auch zur Vernetzung und Interaktion zwischen Teilnehmer:innen genutzt werden (siehe z.B. <https://www.fruehehilfen.de/plattform-fruehe-hilfen-und-flucht/digitale-sprechstunden/>).

⁶ Entsprechende E-Learning Kurse zum Thema Kinderschutz sind z.B. unter <https://elearning-kinderschutz.de/> zu finden.

Literatur

- Abel, Thomas; Sommerhalder, Kathrin; Bruhin, Eva (2018): Health Literacy / Gesundheitskompetenz.
- Achilles, Melinda R.; Anderson, Melissa; Li, Sophie H.; Subotic-Kerry, Mirjana; Parker, Belinda; O'Dea, Bridianne (2020): Adherence to e-mental health among youth: Considerations for intervention development and research design. In: *Digital health* 6, 2055207620926064. DOI: 10.1177/2055207620926064.
- Adorjan, Kristina; Pogarell, Oliver; Pröbstl, Lisa; Rüb, Mike; Wiegand, Hauke Felix; Tüscher, Oliver et al. (2021): Auswirkungen der COVID-19-Pandemie auf die Versorgungssituation in psychiatrischen Kliniken in Deutschland. In: *Nervenarzt* 92 (6), S. 562–570. DOI: 10.1007/s00115-021-01129-6.
- Albrecht, Martin; Sander, Monika; Temizdemir, Ender; Otten, Marcus (2020): PraxisBarometer Digitalisierung 2020. Online verfügbar unter https://www.researchgate.net/publication/345998306_PraxisBarometer_Digitalisierung_2020.
- Altgeld, T. (2021): Präventionsparadox und Präventionsdilemma: Konsequenzen für die Praxis. In: Schmidt-Semisch, H., Schorb, F. (Hg.): *Public Health. Sozialwissenschaftliche Gesundheitsforschung*. Wiesbaden. Online verfügbar unter https://doi.org/10.1007/978-3-658-30377-8_13.
- Andersson, Gerhard; Paxling, Björn; Roch-Norlund, Pie; Östman, Gunnar; Norgren, Anna; Almlöv, Jonas et al. (2012): Internet-based psychodynamic versus cognitive behavioral guided self-help for generalized anxiety disorder: a randomized controlled trial. In: *Psychotherapy and psychosomatics* 81 (6), S. 344–355. DOI: 10.1159/000339371.
- Apolinário-Hagen, Jennifer; Fritsche, Lara; Bierhals, Cornelia; Salewski, Christel (2018): Improving attitudes toward e-mental health services in the general population via psychoeducational information material: A randomized controlled trial. In: *Internet Interventions* 12, S. 141–149. DOI: 10.1016/j.invent.2017.12.002.
- Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) e. V. (Hg.): *AWMF Leitlinien-Register*. Online verfügbar unter <https://register.awmf.org/de/leitlinien/aktuelle-leitlinien>.
- Arnberg, Filip K.; Linton, Steven J.; Hultcrantz, Monica; Heintz, Emelie; Jonsson, Ulf (2014): Internet-delivered psychological treatments for mood and anxiety disorders: a systematic review of their efficacy, safety, and cost-effectiveness. In: *PLOS ONE* 9 (5), e98118. DOI: 10.1371/journal.pone.0098118.

- Barak, Azy; Hen, Liat; Boniel-Nissim, Meyran; Shapira, Na'ama (2008): A Comprehensive Review and a Meta-Analysis of the Effectiveness of Internet-Based Psychotherapeutic Interventions. In: *Journal of Technology in Human Services* 26 (2-4), S. 109–160. DOI: 10.1080/15228830802094429.
- Bäuerle, Alexander; Jahre, Lisa; Teufel, Martin; Jansen, Christoph; Musche, Venja; Schweda, Adam et al. (2021): Evaluation of the E-Mental Health Mindfulness-Based and Skills-Based “CoPE It” Intervention to Reduce Psychological Distress in Times of COVID-19: Results of a Bicentre Longitudinal Study. In: *Frontiers in Psychiatry* 12, S. 768132. DOI: 10.3389/fpsy.2021.768132.
- Baumeister, H.; Reichler, L.; Munzinger, M.; Lin, J. (2014): The impact of guidance on Internet-based mental health interventions — A systematic review. In: *Internet Interventions* 1 (4), S. 205–215. DOI: 10.1016/j.invent.2014.08.003.
- Beatty, Lisa; Binnion, Claire (2016): A Systematic Review of Predictors of, and Reasons for, Adherence to Online Psychological Interventions. In: *International journal of behavioral medicine* 23 (6), S. 776–794. DOI: 10.1007/s12529-016-9556-9.
- Berg, Gundolf (2022): F-Diagnosen bei 0- bis 20-Jährigen in der ambulanten Behandlung im ersten Jahr der COVID-19-Pandemie. In: *Nervenheilkunde* 41 (05), S. 335–339. DOI: 10.1055/a-1778-0439.
- Berger, Thomas (2017): The therapeutic alliance in internet interventions: A narrative review and suggestions for future research. In: *Psychotherapy research : journal of the Society for Psychotherapy Research* 27 (5), S. 511–524. DOI: 10.1080/10503307.2015.1119908.
- Berle, David; Starcevic, Vladan; Milicevic, Denise; Hannan, Anthony; Dale, Erin; Brakoulias, Vlasios; Viswasam, Kirupamani (2015): Do patients prefer face-to-face or internet-based therapy? In: *Psychotherapy and psychosomatics* 84 (1), S. 61–62. DOI: 10.1159/000367944.
- Bordin, Edward S. (1979): The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. In: *Psychotherapy: Theory, Research & Practice* 16 (3), S. 252–260. DOI: 10.1037/h0085885.
- BPtK (Hg.) (2020): Faktenblatt Psychische Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen. Online verfügbar unter <https://www.bptk.de/wp-content/uploads/2020/10/BPtK-Faktenblatt-Psychische-Erkrankungen-bei-Kinder-und-Jugendlichen.pdf>.
- Bundespsychotherapeutenkammer (2021): Zulassung von Systemischer Therapie bei Kindern und Jugendlichen wird geprüft. Online verfügbar unter <https://www.bptk.de/zulassung-von-systemischer-therapie-bei-kindern-und-jugendlichen-wird-geprueft/>, zuletzt aktualisiert am 20.08.2021, zuletzt geprüft am 26.04.2023.

- Caby, Filip; Hoffmann, Knut; Irblich, Dieter; Mall, Volker; Mendes, Ute; Romanos, Marcel et al. (2021): S2k Praxisleitlinie Intelligenzminderung. Online verfügbar unter <https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/028-042>.
- Carlbring, Per; Andersson, Gerhard; Cuijpers, Pim; Riper, Heleen; Hedman-Lagerlöf, Erik (2018): Internet-based vs. face-to-face cognitive behavior therapy for psychiatric and somatic disorders: an updated systematic review and meta-analysis. In: *Cognitive behaviour therapy* 47 (1), S. 1–18. DOI: 10.1080/16506073.2017.1401115.
- Casey, Leanne M.; Joy, Angela; Clough, Bonnie A. (2013): The impact of information on attitudes toward e-mental health services. In: *Cyberpsychology, behavior and social networking* 16 (8), S. 593–598. DOI: 10.1089/cyber.2012.0515.
- Cuijpers, P.; Donker, T.; van Straten, A.; Li, J.; Andersson, G. (2010): Is guided self-help as effective as face-to-face psychotherapy for depression and anxiety disorders? A systematic review and meta-analysis of comparative outcome studies. In: *Psychological Medicine* 40 (12), S. 1943–1957. DOI: 10.1017/S0033291710000772.
- Delaruelle, Katrijn; Walsh, Sophie D.; Dierckens, Maxim; Deforche, Benedicte; Kern, Matthias Robert; Currie, Candace et al. (2021): Mental Health in Adolescents with a Migration Background in 29 European Countries: The Buffering Role of Social Capital. In: *Journal of youth and adolescence* 50 (5), S. 855–871. DOI: 10.1007/s10964-021-01423-1.
- Dèttore, Davide; Pozza, Andrea; Andersson, Gerhard (2015): Efficacy of technology-delivered cognitive behavioural therapy for OCD versus control conditions, and in comparison with therapist-administered CBT: meta-analysis of randomized controlled trials. In: *Cognitive behaviour therapy* 44 (3), S. 190–211. DOI: 10.1080/16506073.2015.1005660.
- DGPPN (Hg.) (2023): Faktenblatt: Basisdaten Psychische Erkrankungen. Online verfügbar unter https://www.dgppn.de/_Resources/Persistent/93a818859031c45661aa7f6d298d6fecc6de45e9/20230104_Factsheet_Kennzahlen.pdf.
- Die Techniker Krankenkasse (2022): DiGa-Report.
- Dölitzsch, C.; Fegert, J. M.; Künster, A.; Kölch, M.; Schmeck, K.; Schmid, M. (2014): Mehrfachdiagnosen bei Schweizer Heimjugendlichen. In: *Kindheit und Entwicklung* 23 (3), S. 140–150.
- Domhardt, Matthias; Ebert, David Daniel; Baumeister, Harald (2021): Internet- und mobile-basierte Interventionen im Kindes- und Jugendalter. In: *Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters*: Springer, Berlin, Heidelberg, S. 1–12. Online verfügbar unter https://link.springer.com/referenceworkentry/10.1007/978-3-662-49289-5_70-1.

- Domhardt, Matthias; Steubl, Lena; Baumeister, Harald (2020): Internet- and Mobile-Based Interventions for Mental and Somatic Conditions in Children and Adolescents. In: *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie* 48 (1), S. 33–46. DOI: 10.1024/1422-4917/a000625.
- Dworschak, Wolfgang; Ratz, Christoph; Wagner, Michael (2016): Prevalence and putative risk markers of challenging behavior in students with intellectual disabilities. In: *Research in developmental disabilities* 58, S. 94–103. DOI: 10.1016/j.ridd.2016.08.006.
- Ebert, David D.; van Daele, Tom; Nordgreen, Tine; Karekla, Maria; Compare, Angelo; Zarbo, Cristina et al. (2018): Internet- and Mobile-Based Psychological Interventions: Applications, Efficacy, and Potential for Improving Mental Health. In: *European Psychologist* 23 (2), S. 167–187. DOI: 10.1027/1016-9040/a000318.
- Eichenberg, Christiane; Brähler, Elmar (2013): Internet als Ratgeber bei psychischen Problemen. In: *Psychotherapeut* 58 (1), S. 63–72. DOI: 10.1007/s00278-012-0893-0.
- Fagherazzi, Guy (2020): Deep Digital Phenotyping and Digital Twins for Precision Health: Time to Dig Deeper. In: *Journal of medical Internet research* 22 (3), e16770. DOI: 10.2196/16770.
- Fegert, J. M.; Kölch, M.; Holke, J. (2022): Weiterentwicklung der psychiatrisch-psychotherapeutischen Hilfen und der Prävention seelischer Störungen im Kindes und Jugendalter in Deutschland – Entwicklung und Abstimmung von Handlungsempfehlungen. Abschlussbericht. Hg. v. Aktion Psychisch Kranke e.V. Online verfügbar unter http://www.apk-ev.de/fileadmin/downloads/Materialien_KiJu/Abschlussbericht_APK-Projekt_KiJu-WE_.pdf.
- Fegert, J. M.; Kölch, M.; Krüger, U. (2017): Versorgung psychisch kranker Kinder und Jugendlicher in Deutschland – Bestandsaufnahme und Bedarfsanalyse. Hg. v. Aktion Psychisch Kranke e.V. Online verfügbar unter http://www.apk-ev.de/fileadmin/downloads/KiJu_BB-Projektbericht-Final-25.05.19.pdf.
- Firth, Joseph; Torous, John; Nicholas, Jennifer; Carney, Rebekah; Pratap, Abhishek; Rosenbaum, Simon; Sarris, Jerome (2017): The efficacy of smartphone-based mental health interventions for depressive symptoms: a meta-analysis of randomized controlled trials. In: *World psychiatry : official journal of the World Psychiatric Association (WPA)* 16 (3), S. 287–298. DOI: 10.1002/wps.20472.
- Flückiger, Christoph; Del Re, A. C.; Wampold, Bruce E.; Horvath, Adam O. (2018): The alliance in adult psychotherapy: A meta-analytic synthesis. In: *Psychotherapy* 55 (4), S. 316–340. DOI: 10.1037/pst0000172.

- Flückiger, Christoph; Del Re, A. C.; Wampold, Bruce E.; Symonds, Dianne; Horvath, Adam O. (2012): How central is the alliance in psychotherapy? A multilevel longitudinal meta-analysis. In: *Journal of Counseling Psychology* 59 (1), S. 10–17. DOI: 10.1037/a0025749.
- Freeman, D.; Reeve, S.; Robinson, A.; Ehlers, A.; Clark, D.; Spanlang, B.; Slater, M. (2017): Virtual reality in the assessment, understanding, and treatment of mental health disorders. In: *Psychological Medicine* 47 (14), S. 2393–2400. DOI: 10.1017/S003329171700040X.
- Gaebel, Wolfgang; Lukies, R.; Kerst, A.; Stricker, J.; Zielasek, J.; Diekmann, S. et al. (2021): Upscaling e-mental health in Europe: a six-country qualitative analysis and policy recommendations from the eMEN project. In: *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 271 (6), S. 1005–1016. DOI: 10.1007/s00406-020-01133-y.
- G-BA: Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Durchführung der Psychotherapie. Fassung vom 19.02.2009, BAnz. Nr. 58 (S. 1399) vom 17.04.2009, geändert am 20.11.2020 BAnz AT 17.02.2021 B1.
- Geirhos, Agnes; Klein, Jan Philipp; Ebert, David Daniel; Baumeister, Harald (2019): Onlinetherapie verringert bestehende Lücken in der Versorgung. In: *InFo Neurologie* 21 (10), S. 36–45. DOI: 10.1007/s15005-019-0170-7.
- Grawe, Klaus (2004): *Neuropsychotherapie*. Göttingen, Bern: Hogrefe.
- Heidemann, Christin; Scheidt-Nave, Christa; Beyer, Ann-Kristin; Baumert, Jens; Thamm, Roma; Maier, Birga et al. (2021): *Gesundheitliche Lage von Erwachsenen in Deutschland - Ergebnisse zu ausgewählten Indikatoren der Studie GEDA 2019/2020-EHIS*. Mannheim: SSOAR, GESIS – Leibniz-Institut für Sozialwissenschaften e.V.
- Hölling, H.; Schlack, R.; Petermann, F.; Ravens-Sieberer, U.; Mauz, E. (2014): Psychische Auffälligkeiten und psychosoziale Beeinträchtigungen bei Kindern und Jugendlichen im Alter von 3 bis 17 Jahren in Deutschland - Prävalenz und zeitliche Trends zu 2 Erhebungszeitpunkten (2003-2006 und 2009-2012) : Ergebnisse der KiGGS-Studie - Erste Folgebefragung (KiGGS Welle 1). In: *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz* 57 (7), S. 807–819. DOI: 10.1007/s00103-014-1979-3.
- Hollmann, Karsten; Hohnecker, Carolin S.; Haigis, Anna; Alt, Annika K.; Kühnhausen, Jan; Pascher, Anja et al. (2022): Internet-based cognitive behavioral therapy in children and adolescents with obsessive-compulsive disorder: A randomized controlled trial. In: *Frontiers in Psychiatry* 13, S. 989550. DOI: 10.3389/fpsy.2022.989550.
- Holter, Marianne T. S.; Johansen, Ayna; Brendryen, Håvar (2016): How a Fully Automated eHealth Program Simulates Three Therapeutic Processes: A Case Study. In: *Journal of medical Internet research* 18 (6), e176. DOI: 10.2196/jmir.5415.

- Horgan, A.; Sweeney, J. (2010): Young students' use of the Internet for mental health information and support. In: *Journal of psychiatric and mental health nursing* 17 (2), S. 117–123. DOI: 10.1111/j.1365-2850.2009.01497.x.
- Horvath, Adam O.; Symonds, B. Dianne (1991): Relation between working alliance and outcome in psychotherapy: A meta-analysis. In: *Journal of Counseling Psychology* 38 (2), S. 139–149. DOI: 10.1037/0022-0167.38.2.139.
- Jaite, Charlotte; Hoffmann, Falk; Seidel, Anja; Matzejat, Fritz; Bachmann, Christian (2022): Ambulante psychotherapeutische Versorgung von Kindern und Jugendlichen in Deutschland: Status quo und Trends im Zeitraum 2009–2018. In: *Psychiatrische Praxis* 49 (6), S. 304–312. DOI: 10.1055/a-1540-4958.
- Johansson, Robert; Hesser, Hugo; Ljótsson, Brjánn; Frederick, Ronald J.; Andersson, Gerhard (2012): Transdiagnostic, affect-focused, psychodynamic, guided self-help for depression and anxiety through the internet: study protocol for a randomised controlled trial. In: *BMJ open* 2 (6). DOI: 10.1136/bmjopen-2012-002167.
- Kaiser, Julia; Hanschmidt, Franz; Kersting, Anette (2021): The association between therapeutic alliance and outcome in internet-based psychological interventions: A meta-analysis. In: *Computers in Human Behavior* 114, S. 106512. DOI: 10.1016/j.chb.2020.106512.
- Kaveladze, Benjamin; Schueller, Stephen M. (2022): A digital therapeutic alliance in digital mental health. In: *Digital Therapeutics for Mental Health and Addiction. The State of the Science and Vision for the Future*: Elsevier, S. 87–98.
- Klasen, M.; Knaevelsrud, C.; Böttche, M. (2013): Die therapeutische Beziehung in internetbasierten Therapieverfahren: Ein Überblick. In: *Nervenarzt* 84 (7), S. 823–831. DOI: 10.1007/s00115-012-3659-6.
- Klipker, K.; Baumgarten, F.; Göbel, K.; Lampert, T.; Hölling, H. (2018): Psychische Auffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland – Querschnittergebnisse aus KiGGS Welle 2 und Trends. In: *Journal of Health Monitoring* 3 (3), S. 37–45.
- Kobel, Friederike (2022): Wirksamkeit psychosomatischer Behandlung bei Patient*innen mit und ohne Migrationshintergrund. Unter Mitarbeit von Yesim Erim und Eva Morawa. Erlangen: Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg (FAU).
- Kobel, Friederike; Erim, Yesim; Morawa, Eva (2021): Predictors for successful psychotherapy: Does migration status matter? In: *PloS one* 16 (9), e0257387. DOI: 10.1371/journal.pone.0257387.
- Kölch, M.; Döpfner, M.; Freitag, C. M.; Dulz, B.; Rösler, M. (2019): Störung des Sozialverhaltens und Antisoziale Persönlichkeitsstörung - Herausforderungen in der Transition vom Jugend- zum Erwachsenenalter. In: *Fortschritte der Neurologie, Psychiatrie* 87 (11), S. 634–637. DOI: 10.1055/a-0984-5929.

- Kölch, M.; Rassenhofer, M.; Fegert, J. M. (Hg.) (2020a): *Klinikmanual Kinder- und Jugendpsychiatrie und-psychotherapie*. 3. Aufl. Heidelberg, Neckar: Springer.
- Kölch, Michael; Lippert, Hans-Dieter; Fegert, Jörg M. (2020b): Aufklärung und Einwilligung bei Kindern und Jugendlichen. In: *Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters*: Springer, Berlin, Heidelberg, S. 1–11. Online verfügbar unter https://link.springer.com/referenceworkentry/10.1007/978-3-662-49289-5_91-1.
- Kölch, Michael G.; Romanos, Marcel; Roth-Sackenheim, Christa; Schramm, Elisabeth (2020c): Angst und Depression in der Transition – Desiderate für eine verbesserte Versorgung und Forschung: Ergebnisse der gemeinsamen Task-Force Transition von DGPPN und DGKJP. In: *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie* 48 (6), S. 429–433. DOI: 10.1024/1422-4917/a000739.
- Königbauer, Josephine; Letsch, Josefine; Doebler, Philipp; Ebert, David; Baumeister, Harald (2017): Internet- and mobile-based depression interventions for people with diagnosed depression: A systematic review and meta-analysis. In: *Journal of Affective Disorders* 223, S. 28–40. DOI: 10.1016/j.jad.2017.07.021.
- Kuester, Annika; Niemeyer, Helen; Knaevelsrud, Christine (2016): Internet-based interventions for posttraumatic stress: A meta-analysis of randomized controlled trials. In: *Clinical psychology review* 43, S. 1–16. DOI: 10.1016/j.cpr.2015.11.004.
- Lammers, Claas-Hinrich; Schneider, Wolfgang (2009): Die therapeutische Beziehung. In: *Psychotherapeut* 54 (6), S. 469–485. DOI: 10.1007/s00278-009-0701-7.
- Lehtimäki, Susanna; Martić, Jana; Wahl, Brian; Foster, Katherine T.; Schwalbe, Nina (2021): Evidence on Digital Mental Health Interventions for Adolescents and Young People: Systematic Overview. In: *JMIR mental health* 8 (4), e25847. DOI: 10.2196/25847.
- Lin, J.; Ebert, D. D.; Lehr, D.; Berking, M.; Baumeister, H. (2013): Internetbasierte kognitiv-behaviorale Behandlungsansätze: State of the Art und Einsatzmöglichkeiten in der Rehabilitation. In: *Rehabilitation (Stuttg)* 52 (3), S. 155–163. DOI: 10.1055/s-0033-1343491.
- Lincke, Lena; Ulbrich, Lisa; Reis, Olaf; Wandinger, Elisa; Brähler, Elmar; Dück, Alexander; Kölch, Michael (2022): Attitudes toward innovative mental health treatment approaches in Germany: E-mental health and home treatment. In: *Front. Psychiatry* 13, Artikel 889555. DOI: 10.3389/fpsyt.2022.889555.
- Mak, Winnie W. S.; Chan, Amy T. Y.; Cheung, Eliza Y. L.; Lin, Cherry L. Y.; Ngai, Karin C. S. (2015): Enhancing Web-based mindfulness training for mental health promotion with the health action process approach: randomized controlled trial. In: *Journal of medical Internet research* 17 (1), e8. DOI: 10.2196/jmir.3746.

- Medienpädagogischer Forschungsverbund Südwest (2021): JIM-Studie 2021. Basisuntersuchung zum Medienumgang 12- bis 19-Jähriger. Online verfügbar unter https://www.mpfs.de/fileadmin/files/Studien/JIM/2021/JIM-Studie_2021_barrierefrei.pdf.
- Melcher, Jennifer; Hays, Ryan; Torous, John (2020): Digital phenotyping for mental health of college students: a clinical review. In: *Evidence-based mental health* 23 (4), S. 161–166. DOI: 10.1136/ebmental-2020-300180.
- Melioli, Tiffany; Bauer, Stephanie; Franko, Debra L.; Moessner, Markus; Ozer, Fikret; Chabrol, Henri; Rodgers, Rachel F. (2016): Reducing eating disorder symptoms and risk factors using the internet: A meta-analytic review. In: *International Journal of Eating Disorders* 49 (1), S. 19–31. DOI: 10.1002/eat.22477.
- Mohr, David C.; Siddique, Juned; Ho, Joyce; Duffecy, Jenna; Jin, Ling; Fokuo, J. Konadu (2010): Interest in behavioral and psychological treatments delivered face-to-face, by telephone, and by internet. In: *Ann Behav Med* 40 (1), S. 89–98. DOI: 10.1007/s12160-010-9203-7.
- Montag, Christian; Sindermann, Cornelia; Baumeister, Harald (2020): Digital phenotyping in psychological and medical sciences: a reflection about necessary prerequisites to reduce harm and increase benefits. In: *Current opinion in psychology* 36, S. 19–24. DOI: 10.1016/j.copsyc.2020.03.013.
- Musiat, P.; Tarrrier, N. (2014): Collateral outcomes in e-mental health: a systematic review of the evidence for added benefits of computerized cognitive behavior therapy interventions for mental health. In: *Psychological Medicine* 44 (15), S. 3137–3150. DOI: 10.1017/S0033291714000245.
- Musiat, Peter; Goldstone, Philip; Tarrrier, Nicholas (2014): Understanding the acceptability of e-mental health—attitudes and expectations towards computerised self-help treatments for mental health problems. In: *BMC psychiatry* 14 (1), S. 109. DOI: 10.1186/1471-244X-14-109.
- Olthuis, Janine V.; Watt, Margo C.; Bailey, Kristen; Hayden, Jill A.; Stewart, Sherry H. (2016): Therapist-supported Internet cognitive behavioural therapy for anxiety disorders in adults. In: *The Cochrane database of systematic reviews* 3 (3), CD011565. DOI: 10.1002/14651858.CD011565.pub2.
- Orlinsky, D. E.; Ronnestad, M. H.; Willutzki, U. (2004): Fifty years of psychotherapy process-outcome research: Continuity and change. In: M. J. Lambert (Hg.): *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change*. New York: Wiley, S. 307–389. Online verfügbar unter <https://scholar.google.com/citations?user=bups02eaaaaj&hl=de&oi=sra>.

- Palmqvist, Björn; Carlbring, Per; Andersson, Gerhard (2007): Internet-delivered treatments with or without therapist input: does the therapist factor have implications for efficacy and cost? In: *Expert Review of Pharmacoeconomics & Outcomes Research* 7 (3), S. 291–297. DOI: 10.1586/14737167.7.3.291.
- Pihlaja, Satu; Stenberg, Jan-Henry; Joutsenniemi, Kaisla; Mehik, Heidi; Ritola, Ville; Joffe, Grigori (2018): Therapeutic alliance in guided internet therapy programs for depression and anxiety disorders - A systematic review. In: *Internet Interventions* 11, S. 1–10. DOI: 10.1016/j.invent.2017.11.005.
- Plötner, Maria; Moldt, Katja; In-Albon, Tina; Schmitz, Julian (2022): Einfluss der COVID-19-Pandemie auf die ambulante psychotherapeutische Versorgung von Kindern und Jugendlichen. In: *Psychotherapie* 67 (6), S. 469–477. DOI: 10.1007/s00278-022-00604-y.
- Pretorius, Claudette; Chambers, Derek; Coyle, David (2019): Young People’s Online Help-Seeking and Mental Health Difficulties: Systematic Narrative Review. In: *Journal of medical Internet research* 21 (11), e13873. DOI: 10.2196/13873.
- Raugh, Ian M.; James, Sydney H.; Gonzalez, Cristina M.; Chapman, Hannah C.; Cohen, Alex S.; Kirkpatrick, Brian; Strauss, Gregory P. (2021): Digital phenotyping adherence, feasibility, and tolerability in outpatients with schizophrenia. In: *Journal of psychiatric research* 138, S. 436–443. DOI: 10.1016/j.jpsychires.2021.04.022.
- Ravens-Sieberer, Ulrike; Erhart, Michael; Devine, Janine; Gilbert, Martha; Reiss, Franziska; Barkmann, Claus et al. (2022): Child and Adolescent Mental Health During the COVID-19 Pandemic: Results of the Three-Wave Longitudinal COPSY Study. In: *The Journal of adolescent health : official publication of the Society for Adolescent Medicine* 71 (5), S. 570–578. DOI: 10.1016/j.jadohealth.2022.06.022.
- Reiter, Thomas; Kapfer, Andrea; Dworschak, Wolfgang; Ratz, Christoph (2022): Kinder und Jugendliche mit geistiger Behinderung und herausforderndem Verhalten in stationären Wohneinrichtungen. Charakteristika, pädagogisches Handeln, freiheitsentziehende Maßnahmen. 1. Auflage. Würzburg: edition bentheim (Bentheim:Pädagogik bei geistiger Behinderung, Band 1).
- Richards, Derek; Richardson, Thomas (2012): Computer-based psychological treatments for depression: a systematic review and meta-analysis. In: *Clinical psychology review* 32 (4), S. 329–342. DOI: 10.1016/j.cpr.2012.02.004.
- Riper, Heleen; Andersson, Gerhard; Christensen, Helen; Cuijpers, Pim; Lange, Alfred; Eysenbach, Gunther (2010): Theme issue on e-mental health: a growing field in internet research. In: *Journal of medical Internet research* 12 (5), e74. DOI: 10.2196/jmir.1713.

- Saddichha, Sahoo; Al-Desouki, Majid; Lamia, Alsagob; Linden, Isabelle A.; Krausz, Michael (2014): Online interventions for depression and anxiety - a systematic review. In: *Health psychology and behavioral medicine* 2 (1), S. 841–881. DOI: 10.1080/21642850.2014.945934.
- Schlack, R.; Neuperdt, L.; Hölling, H.; Bock, F. de; Ravens-Sieberer, U. et al (2020): Auswirkungen des COVID-19-Pandemiegeschehens und behördlicher Infektionsschutzmaßnahmen auf die psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen. In: *Journal of Health Monitoring* 5 (4), S. 23–34.
- Schmid, M.; Dölitzsch, C.; Perez, T.; Jenkel, N.; Schmeck, K.; Kölch, M.; Fegert, J. M. (2014): Welche Faktoren beeinflussen Abbrüche in der Heimerziehung – welche Bedeutung haben limitierte prosoziale Fertigkeiten? 161–172. In: *Kindheit und Entwicklung* 23 (3), S. 161–172.
- Schouler-Ocak, Meryam; Aichberger, Marion C. (2015): Versorgung von Migranten. In: *Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie* 65 (12), 476–85; quiz 485. DOI: 10.1055/s-0034-1399972.
- Schouler-Ocak, Meryam; Graef-Calliess, Iris T.; Bajbouj, Malek; Plener, Paul L. (2020): Psychische Störungen bei MigrantInnen. In: *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie* 48 (6), S. 453–457. DOI: 10.1024/1422-4917/a000769.
- Schuster, Raphael; Topooco, Naira; Keller, Antonia; Radvogin, Ella; Laireiter, Anton-Rupert (2020): Advantages and disadvantages of online and blended therapy: Replication and extension of findings on psychotherapists' appraisals. In: *Internet Interventions* 21, S. 100326. DOI: 10.1016/j.invent.2020.100326.
- Schützwohl, Matthias; Sappok, Tanja (2020): Psychische Gesundheit bei Personen mit Intelligenzminderung. In: *Nervenarzt* 91 (3), S. 271–281. DOI: 10.1007/s00115-020-00878-0.
- Stanghellini, Giovanni; Leoni, Federico (2020): Digital Phenotyping: Ethical Issues, Opportunities, and Threats. In: *Frontiers in Psychiatry* 11, S. 473. DOI: 10.3389/fpsy.2020.00473.
- Strauß, Bernhard (2021): Scheitern in der Psychotherapie – der aktuelle Wissensstand. In: *Psychotherapeut* 66 (4), S. 288–298. DOI: 10.1007/s00278-021-00510-9.
- Strotzka, Hans (1984): Allgemeine Psychotherapie. In: *Psychotherapie und Tiefenpsychologie*: Springer, Vienna, S. 1–31. Online verfügbar unter https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-3-7091-3404-7_1.
- Treier, A-K; Holas, V.; Görtz-Dorten, A.; Frenk, F.; Goldbeck, C.; Mücke, K. et al. (2022): Impact of the COVID-19 pandemic on children with and without affective dysregulation and their families. In: *Eur Child Adolesc Psychiatry*, S. 1–11. DOI: 10.1007/s00787-022-02106-3.

- Tremain, Hailey; McEnery, Carla; Fletcher, Kathryn; Murray, Greg (2020): The Therapeutic Alliance in Digital Mental Health Interventions for Serious Mental Illnesses: Narrative Review. In: *JMIR mental health* 7 (8), e17204. DOI: 10.2196/17204.
- van Daele, Tom; Best, Paul; Bernaerts, Sylvie; van Assche, Eva; Witte, Nele A. J. de (2021): Dropping the E: The potential for integrating e-mental health in psychotherapy. In: *Current opinion in psychology* 41, S. 46–50. DOI: 10.1016/j.copsyc.2021.02.007.
- Vigerland, Sarah; Lenhard, Fabian; Bonnert, Marianne; Lalouni, Maria; Hedman, Erik; Ahlen, Johan et al. (2016): Internet-delivered cognitive behavior therapy for children and adolescents: A systematic review and meta-analysis. In: *Clinical psychology review* 50, S. 1–10. DOI: 10.1016/j.cpr.2016.09.005.
- Wallin, Emma Emmett Karolina; Mattsson, Susanne; Olsson, Erik Martin Gustaf (2016): The Preference for Internet-Based Psychological Interventions by Individuals Without Past or Current Use of Mental Health Treatment Delivered Online: A Survey Study With Mixed-Methods Analysis. In: *JMIR mental health* 3 (2), e25. DOI: 10.2196/mental.5324.
- Weisz, John R.; Kuppens, Sofie; Ng, Mei Yi; Eckshtain, Dikla; Ugueto, Ana M.; Vaughn-Coaxum, Rachel et al. (2017): What five decades of research tells us about the effects of youth psychological therapy: A multilevel meta-analysis and implications for science and practice. In: *The American psychologist* 72 (2), S. 79–117. DOI: 10.1037/a0040360.
- Wind, Tim R.; Rijkeboer, Marleen; Andersson, Gerhard; Riper, Heleen (2020): The COVID-19 pandemic: The 'black swan' for mental health care and a turning point for e-health. In: *Internet Interventions* 20, S. 100317. DOI: 10.1016/j.invent.2020.100317.
- Witt, Andreas; Fegert, Jörg M.; Kölch, Michael (2020): Disruptive Stimmungsdysregulationsstörung. In: *Pädiatrie up2date* 15 (1), S. 79–90. Online verfügbar unter DOI: 10.1055/a-0993-7562.
- Wrigley, Sarah; Jackson, Henry; Judd, Fiona; Komiti, Angela (2005): Role of stigma and attitudes toward help-seeking from a general practitioner for mental health problems in a rural town. In: *Aust N Z J Psychiatry* 39 (6), S. 514–521. DOI: 10.1080/j.1440-1614.2005.01612.x.
- Zimmermann, Gerd W. (2022): Erstmals DiGA für Jugendliche einsetzbar. In: *MMW - Fortschritte der Medizin* 164 (10), S. 29. DOI: 10.1007/s15006-022-1169-4.

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Einsatzgebiete für digitale Interventionen

18

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Vor- und Nachteile der Technologien im Einsatz in der Psychotherapie 16



JA digital.

Digitalisierung in der Kinder- und
Jugendhilfe konzeptionell gestalten

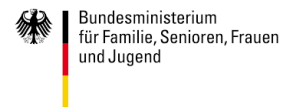
Projekträger



Kooperationspartner



Gefördert vom



ism gGmbH

Flachsmarktstr. 9

55116 Mainz

www.ism-mz.de

ism@ism-mz.de

06131/24041-10