



Für Fachpersonen Psychotherapie

Qualitätsstandards Onlineinterventionen



Die folgenden Qualitätsstandards sollten von Psychologen und Psychologinnen, Psychiatern und Psychiaterinnen, die Onlineinterventionen anbieten und durchführen, eingehalten werden.

PRÄAMBEL

Dieses Dokument wurde von der FSP Arbeitsgruppe Onlineinterventionen, zusammen mit Expertinnen und Experten aus Wissenschaft, psychotherapeutischer Praxis und Beratung, erstellt. Die Arbeit der Gruppe knüpft an die Vorarbeiten der Jahre 2003 und 2006 an, als erste Qualitätskriterien erarbeitet wurden.

Ziel dieses Dokuments ist es, Qualitätsstandards für psychologische und psychiatrische Onlineinterventionen festzulegen.

Diese Qualitätsstandards sollen:

- ▶ Den Fachpersonen klare und konkrete Orientierungspunkte geben, sowohl auf der therapeutischen Ebene als auch auf der technischen sowie rechtlichen Ebene.

- ▶ Dem breiten Publikum, insbesondere Patientinnen und Patienten, fachlich ausgewiesene Angebote erkennbar machen.

Nach der Darstellung der Qualitätsstandards folgen Informationen zu folgenden Themen: Definition und Formen von Onlineinterventionen, Anwendungsbereiche, Wirkung, Chancen und Risiken, sowie spezifische Kompetenzen, die für Anbieter von Onlineinterventionen hilfreich sind.



PSY & ASY FMPP

Diese Qualitätsstandards wurden von der FSP in Zusammenarbeit mit der FMPP erarbeitet.

QUALITÄTSSTANDARDS

Die folgenden Qualitätsstandards sollten von Psychologen und Psychologinnen, Psychiatern und Psychiaterinnen, die Onlineinterventionen anbieten und durchführen, eingehalten werden.

Als Qualitätsstandards gelten alle Punkte, die unter

den Titeln «Transparenz», «Grenzen, Indikation und Kontraindikation von Online-Therapie», «Vertraulichkeit und Datenschutz» und «Berufsethik» genannt sind. Die Punkte in den Textkassen sind als zusätzliche Hinweise zu verstehen.

1. Transparenz

Identifikation des Anbieters

- ▶ Name, Adresse, Telefonnummer, E-Mail-Adresse des Anbieters oder der Anbieterin sind bekannt.
- ▶ Es wird offengelegt, über welche Qualifikation, Ausbildung, Kompetenzen und Titel der Anbieter oder die Anbieterin verfügt.
- ▶ Die Berufsorganisationen, welchen der Anbieter oder die Anbieterin angehört, werden genannt.

Transparenz des Angebotes

- ▶ Das Angebot ist verständlich beschrieben.
- ▶ Es werden realistische Ziele genannt, die mit Hilfe des Angebots erreicht werden können.
- ▶ Die Schwerpunktthemen, auf die der Anbieter oder die Anbieterin spezialisiert ist, werden genannt.

Transparenz der Kosten

- ▶ Die Kosten des Angebots und die möglichen Zahlungsarten werden offengelegt.

- ▶ Die Tarife sollten gleich hoch sein wie im Sprechzimmer, da es sich um die gleichen Leistungen handelt.
- ▶ Die Entscheidung für Zahlungsmöglichkeiten bleibt den Fachpersonen überlassen. Einige verlangen gerade bei Onlineinterventionen Vorauszahlung.

Zeitliche Struktur

- ▶ Klarheit in Bezug auf die zeitliche Struktur (wann finden allfällige Gespräche/Austausche statt?) und bezüglich Beantwortung von Anfragen (im Falle einer asynchronen Kommunikation): Der Patient oder die Patientin soll wissen, innert welcher Frist eine Antwort zu erwarten ist.

Allgemeine Geschäftsbedingungen

- ▶ Die für das Angebot gültigen allgemeinen Geschäftsbedingungen (AGB) werden in geeigneter Form offengelegt.
- ▶ Selbstverständlich ist es möglich, statt allgemeine Geschäftsbedingungen einen individuellen Vertrag zu erstellen.

Allgemeine Geschäftsbedingungen sind Vertragsbedingungen, welche von einer Vertragspartei zum Zweck des Abschlusses einer Vielzahl von Verträgen vorformuliert werden. Diese werden somit nicht für spezifische Vertragsverhältnisse einzeln ausgehandelt, sondern in ihrer Gesamtheit übernommen. Gemäss Bundesgericht gelten nur die Klauseln, mit denen gerechnet werden musste. Ungewöhnliche Klauseln, d.h. solche, mit denen nicht gerechnet werden musste, haben keine Gültigkeit, sofern der Kunde nicht ausdrücklich auf sie aufmerksam gemacht wurde (sogenannte Ungewöhnlichkeitsregel).

2. Grenzen, Indikation und Kontraindikation

Angaben zur hilfeschenden Person

- ▶ Bei Online-Therapien kann der Patient oder die Patientin im Prinzip auch anonym bleiben, aber gewisse Angaben sind je nach Fall unabdingbar.

Es ist empfehlenswert, gewisse Grundangaben, die der Anbieter oder die Anbieterin in jedem Fall benötigt, mittels eines Formulars zu erheben.

Suizidalität

- ▶ Bei Verdacht auf Suizidalität hat die Fachperson sich auf jeden Fall um einen persönlichen Kontakt zur Abklärung zu bemühen.

Kontraindikation

- ▶ Bei akuten, vor allem bei suizidalen Krisen, bei Dissoziation und akut-psychotischen Zuständen sind Online-Therapien eher kontraindiziert.
- ▶ Die Therapeutin oder der Therapeut trägt die Verantwortung, wann und bei welchen Störungsbildern eine Online-Therapie durchgeführt werden kann oder nicht.

Diagnostik und Einschätzung

- ▶ Von „Ferndiagnosen“ wird abgesehen. Die haftungsrechtliche Gefahr ist besonders hoch, wenn der Therapeut oder die Therapeutin aufgrund eines

fehlenden unmittelbaren Kontaktes in der Diagnostik objektive Befunde übersieht und die Therapie zum Nachteil des Patienten oder der Patientin bereits zu Beginn in die falsche Richtung führt.

- ▶ Falls kein persönlicher Kontakt im Face-to-Face Setting stattfinden kann, werden Patientinnen und Patienten darüber informiert, dass auf Distanz keine Diagnose gestellt werden kann. Erste Interventionen zur Kontaktaufnahme und Unterstützung können auch ohne Diagnose durchgeführt werden, jedoch ist die Aufnahme eines therapeutischen Prozesses ohne eine diagnostische Abklärung nicht möglich.

Notfallplan

- ▶ Der Therapeut oder die Therapeutin erarbeitet einen diagnoseangepassten Notfallplan und informiert den Patienten oder die Patientin darüber inkl. Angabe von Notfallnummern und -adressen.

Ausnahmen von diesen Regeln werden nur dann gemacht, wenn aufgrund der Einschätzung der Fachperson der erwartete Gewinn einer Online-Therapie für die hilfeschende Person höher ist als die eventuellen Risiken. Der/die Therapeutin hält die Gründe, die den erwarteten Gewinn höher erscheinen lassen als die Risiken in seinen/ihren Unterlagen fest.

3. Vertraulichkeit und Datenschutz

Aufklärung und Verschlüsselung

- ▶ Patientinnen und Patienten werden darüber aufgeklärt, dass das Internet Risiken bezüglich der Vertraulichkeit der Datenübermittlung und -speicherung birgt. Alle relevanten Informationen über die Datensicherheit und allfällige Sicherheitsrisiken, über Art, Umfang und Dauer der Datenspeicherung sowie über die Rechte der Patientinnen und Patienten werden in geeigneter Form zugänglich gemacht. Die Fachperson kann eine schriftliche Einwilligung in das Risiko einfordern.
- ▶ Der Therapeut oder die Therapeutin hält höchste Standards der Verschlüsselung ein: verschlüsselte Datenübertragung mit Secure-Sockets-Layer-(SSL)-Verschlüsselung bei Webseiten oder zum Beispiel Pretty Good Privacy (PGP) bei E-Mails; verschlüsselte Datenspeicherung; passwortgeschützter Zugang zum Angebot mit starkem und regelmässig gewechseltem Passwort; Virenschutz, Firewall, regelmässige Sicherheitsupdates, Sicherheitskopien.

Verantwortung der hilfesuchenden Personen

- ▶ Hilfesuchende Personen werden darauf aufmerksam gemacht, dass die Fachperson keine Verantwortung übernimmt für die Sicherheit von Daten, die hilfesuchende Personen auf ihrem eigenen Computer speichern oder mit unverschlüsselten E-Mails senden.

Datenaufbewahrung

- ▶ Die E-Mails, Chats, Videos werden direkt nach Ende der Therapie vom während der Therapie gebrauchten Server gelöscht. Wie im Face-to-face müssen die Therapiegespräche dokumentiert werden, und die Dokumentation muss zehn Jahre aufbewahrt werden. Für die Sicherheit der Daten, die hilfesuchende Personen auf ihrem eigenen Computer speichern oder mit unverschlüsselten Emails senden, übernimmt der Therapeut oder die Therapeutin keine Verantwortung.

Verantwortung von Drittpersonen

- ▶ Auch Drittpersonen mit Zugriff auf die Daten (z.B. Sekretariat, IT-Verantwortliche...) unterliegen der Schweigepflicht und sollten eine entsprechende Vereinbarung mit dem Psychologen oder der Psychiaterin unterschreiben, sofern nicht technische Lösungen eine Dateneinsicht verunmöglichen.

Auch Sprechzimmertherapien bedürfen oftmals der Koordination oder Organisation über digitale Kommunikationswege. Sie hinterlassen deshalb auch eine digitale Spur, für die die spezifischen Anforderungen an den Datenschutz ebenfalls beachtet und eingehalten werden müssen.

4. Berufsethik

Berufsethische Standards gelten auch online

- ▶ FSP-Mitglieder halten sich an die berufsethischen Standards, die in der FSP-Berufsordnung festgehalten sind.
- ▶ Beschwerden gehen an die FSP-Berufsethikkommission oder die Beschwerdestellen der kantonalen Ärztesellschaften.
- ▶ Psychiaterinnen und Psychiater orientieren sich an den entsprechenden standespolitischen Vorgaben (SAMW, FMH, FMPP).

Werbebeschränkung

- ▶ Beschreibungen von Online-Angeboten enthalten keine Drittwerbung.

Hinweis auf die vorliegenden Qualitätsstandards

- ▶ Es wird in geeigneter Weise darauf hingewiesen, dass das Angebot sich an die vorliegenden Qualitätsstandards der FSP und der FMPP hält.

INFORMATIONEN ZU ONLINEINTERVENTIONEN

1. Definition und Anwendungsbereich

Onlineinterventionen ist der Überbegriff.

- ▶ **Selbsthilfeinterventionen**, bei denen es keine Begegnung zwischen der hilfesuchenden Person und der Fachperson gibt
- ▶ **Online-Therapie: Interventionen**, bei denen es eine aktive, helfende Begegnung resp. Beziehung zwischen der hilfesuchenden Person und der Fachperson gibt. Wie bei Face-to-Face-Angeboten wird hier zwischen Beratung und Psychotherapie unterschieden.

Wenn es um die Behandlung von psychischen Störungen geht, spricht man von **Online-Therapie**.

Onlineinterventionen wurden **bei unterschiedlichen Störungen therapeutisch** eingesetzt und erforscht: Am häufigsten bei sozialen Angststörungen, Panikstörung, generalisierten Angststörungen, posttraumatischen Belastungsstörungen und Depressionen sowie Schlafstörungen, Essstörungen und Substanzstörungen (siehe auch Tabelle 1 unten).

Diese Liste ist nicht abschliessend und wird sich der Realität immer wieder anpassen müssen.

Eine Onlineintervention hat zum Ziel, bei hilfesuchenden Personen kognitiv-emotionale Prozesse anzuregen, damit die Selbststeuerungs- und Handlungsfähigkeit wiedererlangt oder verbessert werden kann. Das Ziel ist, dass die positive Entwicklung der hilfesuchenden Person gefördert wird.

Die Intervention kann durch weitere Behandlungen wie bspw. Medikamente ergänzt werden.

Psychologische und psychiatrische Onlineinterventionen kennzeichnen eine professionelle Helferbeziehung. Sie basieren auf wissenschaftlich fundierten Konzepten wirksamer Interventionen und auf praktisch geprüften Konzepten des Behandeln und Beraten und auf ethischen Grundüberlegungen.

Sie müssen sich an medienspezifisch erweiterte berufsethische Standards halten (Schweigepflicht, Datenschutz, Erkennbarkeit der Beratungskompetenz u.a.).

Online-Therapie ist an sich keine neue Therapie-richtung, sondern ein **neuer Zugang über das Medium Internet** mit besonderen Spezifika.

2. Unterscheidungsmerkmale

2.1 Kommunikationskanäle

Die Interventionen erfolgen über unterschiedliche Kommunikationskanäle: E-mail, Chat, Video, Forum. Entsprechend gibt es E-Mail-, Chat-Therapie sowie Therapie via Videokonferenzsysteme, angeleitete und ungeleitete Selbsthilfeprogramme (Apps) oder auch Mischformen („Blended Treatments“).

2.2 Methoden

Onlineinterventionen werden unterschiedlich durchgeführt:

- ▶ z.B. als Therapie, die nur oder fast nur auf Videokonferenzsystemen beruht,
- ▶ als geleitete/ungeleitete Selbsthilfeprogramme,
- ▶ als Mischform: Onlineinterventionen zur Ergänzung von Sprechzimmergesprächen und zur Unterstützung der traditionellen Behandlung („Blended Treatments“),
- ▶ oder auch durch Methoden aus der Schreibtherapie bei E-Mailberatung.

Die hilfeschuchende Person, die sich in einer konventionellen Therapie befindet, kann auch gleichzeitig selbstständig einzelne Module eines ungeleiteten Selbsthilfeprogramms oder Selbsthilfetools nutzen. Diese Tools können allein und/oder in Gruppen mit/ohne psychologische Unterstützung genutzt werden.

Der Online-Therapie wird häufig die „Sprechzimmertherapie“ gegenübergestellt. Dies kann zu Verwirrung führen, denn Videokonferenzsysteme bieten ja auch die Möglichkeit einander „Face-to-Face“ gegenüber zu sitzen. In Studien sowie der einschlägigen Literatur wird eine „Face-to-Face-Therapie“ jedoch immer gleichgesetzt mit der konventionellen Form der Therapie (Botella, Garcia-Palacios, Banos & Quero, 2009).

2.3 Synchron/Asynchron

Die Kommunikation in Onlineinterventionen kann asynchron oder synchron stattfinden:

- ▶ asynchron (zeitverschoben): E-Mail, moderiertes Forum (Beratung und Moderation von offenen und geschlossenen Foren) oder
- ▶ synchron (zeitgleich): Videokonferenzsystem, One-to-one Chat, moderierter Chat, Experten-Chat (eine Gruppe kann live Fragen an eine Expertin oder einen Experten stellen).

2.4 Phasen

Internetbasierte Interventionen kommen in unterschiedlichsten Phasen und bei unterschiedlichen Zielgruppen zum Einsatz: universelle, selektive und indizierte Prävention, Therapie (Zielgruppe), Vorbereitung einer Psychotherapie während der Wartezeit.

Unterschiedliche Formen

Telefon-Therapie

Die Therapie wird telefonisch durchgeführt

E-Mail-Therapie

Diese Art der Therapie findet über einen E-Mail-Austausch in meist schriftlicher Form zwischen der hilfeschuchenden Person und der Fachperson statt. Dieser Austausch soll in verschlüsselter Form geschehen.

Chat-Therapie

Diese Art der Therapie erfolgt über einen Austausch zwischen der hilfeschuchenden Person und der Fachperson per Chat. Als Chat bezeichnet man die elektronische schriftliche Kommunikation in Echtzeit. Dabei treffen die hilfeschuchende Person und die Fachperson in einem geschützten virtuellen Chat-Room aufeinander. Ein solcher virtueller Treffpunkt, auf dem die hilfeschuchende Person ein Benutzerkonto für die Zeit der Therapie eröffnen kann, wird von der Fachperson bereitgestellt.

Therapie via Videokonferenzsystem

Videokonferenzsysteme sind als telefonischer Austausch zwischen der hilfesuchenden Person und der Fachperson mit einem Video-Bildschirm zu verstehen. Somit sitzen sich die Gesprächspartner direkt vor ihren Bildschirmen gegenüber und können Mimik, Gestik und Emotionen über den Bildschirm sehen. Diese Form der Therapie ist sicherlich am ehesten mit der konventionellen Therapie vergleichbar. Wie bei der Kommunikation via E-Mail oder Chat, wird auch hier von der Fachperson ein verschlüsselter Kanal oder eine verschlüsselte Plattform bereitgestellt. Die hilfesuchende Person kann für die Zeit der Therapie ein Benutzerkonto erstellen.

Ungeleitetes Selbsthilfeprogramm

Das ungeleitete Selbsthilfeprogramm ist eine Art der internetbasierten psychologischen oder psychiatrischen Intervention, die ganz ohne persönlichen Kontakt auskommt. Es ist vergleichbar mit einem Selbsthilferatgeber in gedruckter Form. Die hilfesuchende Person klickt sich durch die Informationen und Hilfeseiten und bekommt von dem Programm Aufgaben, die er oder sie selbstständig bearbeitet. Ein solches Programm wirklich bis zum Ende zu verfolgen, verlangt eine hohe Eigenmotivation der hilfesuchenden Person. Üblicherweise ist es für die hilfesuchende Person nötig, zu Beginn ein Benutzerkonto zu erstellen und für bestimmte Angebote müssen die Nutzerinnen und Nutzer bezahlen.

Angeleitetes Selbsthilfeprogramm

Im Gegensatz zu den ungeleiteten zeichnen sich die geleiteten Programme durch einen zusätzlich regelmässigen Austausch zwischen der hilfesuchenden Person und der Fachperson aus. Dieser Austausch beschränkt sich typischerweise auf eine Anfangsdiagnose und kurze regelmässige Feedbacknachrichten der Fachperson zu den erarbeiteten Inhalten. So kann die Motivation der hilfesuchenden Person aufrechterhalten und gestärkt werden und es kann Einfluss auf einen unvorhergesehenen Verlauf genommen werden.

Mischformen («Blended treatments»)

Als Mischformen oder „blended treatments“ bezeichnet man Therapieformen, die Formen der Online-Therapie mit der Face-to-Face-Therapie verbinden. So kann sich eine hilfesuchende Person in einer konventionellen Therapie befinden, und gleichzeitig selbstständig einzelne Module eines ungeleiteten Selbsthilfeprogramms nutzen.

Transdiagnostische und modulare Programme

Psychische Störungen treten oft komorbid auf, das heisst, dass nur selten eine Störung allein vorliegt. Die oben genannten Verfahren einer Online-Therapie sprechen dieses Krankheitsbild aber nur sehr bedingt an. In verschiedenen Studien (Berger, Boettcher & Caspar, 2014; Carlbring et al., 2011) wurde gezeigt, dass massgeschneiderte Online-Interventionen erfolgreich sind. Dabei werden die Inhalte einer Online-Therapie in Bausteine (so genannte Module) zerlegt und diese dann individuell und abgestimmt auf die Symptome der hilfesuchenden Person zusammengestellt. So entsteht die Möglichkeit einer individualisierten Online-Therapie, einschliesslich der Vorteile, wie sie in einer individualisierten Face-to-face-Therapie zum Zug kommen.

3. Wirken Onlineinterventionen?

Zur Wirkung von Onlineinterventionen muss zuerst gesagt werden, dass „häufig der Begriff der „Online-Intervention“ als Oberbegriff verwendet wird, ohne dass genauer differenziert wird, um welche klinisch-psychologische Interventionsmethode es sich exakt handelt. (...) Zwischen Online-Beratung und Online-Psychotherapie wird in der internationalen Fachliteratur nur teilweise oder gar nicht differenziert. (...) Aus diesem Grund werden die Ergebnisse zur Effektivität und den Wirkmechanismen der Online-Beratung im Abschnitt der Online-Psychotherapie mit dargestellt.“ (Eichenberg & Küsel 2016). Auch die Abgrenzung zu Coaching ist schwierig, weil in den vielen Studien zu angeleiteten Selbsthilfeprogrammen oft sog. Coaches zum Einsatz kommen, die vor allem die Funktion haben, die Hilfesuchenden für die selbständige Arbeit mit den Selbsthilfeprogrammen zu motivieren und Ressourcen zu aktivieren.

Obwohl die Forschung zu internetbasierten In-

terventionen noch verhältnismässig jung ist, liegen schon über 200 kontrollierte Wirksamkeitsstudien und mehrere systematische Reviews und Metaanalysen vor (z.B. Andersson, Cuijpers, Carlbring, Riper, & Hedman, 2014; Hedman, Ljotsson, & Lindefors, 2012). Die Studien decken ein breites Spektrum an psychischen und verhaltensmedizinischen Störungen und Problemen ab. Die Wirkung von Online-Therapien ist bei allen Störungen noch nicht vollumfänglich wissenschaftlich belegt, was aber nichts aussagt über eine mögliche Wirkung.

Am häufigsten wurden angeleitete Selbsthilfeprogramme bei Angststörungen und Depression evaluiert (Andersson, 2016), wobei angeleitete Selbsthilfeprogramme inzwischen in sehr vielen Störungs- und Problembereichen evaluiert wurden. Tabelle 1 gibt einen Überblick über die Störungs- und Problembereiche, für die bereits randomisiert kontrollierte Studien mit Wirksamkeitsbelegen vorliegen.

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

Psychiatrische Störungen	Somatische Störungen / Gesundheitsprobleme	Andere
<ul style="list-style-type: none"> ▶ Depression (inklusive postpartale Depression) ▶ Bipolare Störung ▶ Panikstörung mit/ohne Agoraphobie ▶ Soziale Angststörung ▶ Spezifische Phobie ▶ Generalisierte Angststörungen ▶ Hypochondrische Störungen ▶ Angst und Depression gemischt ▶ Zwangsstörung ▶ Posttraumatische Belastungsstörung ▶ Pathologisches Glücksspiel ▶ Verschiedene Essstörungen ▶ Körperdysmorphie Störung ▶ Verschiedene Substanststörungen ▶ Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Kopfschmerzen ▶ Tinnitus ▶ Diabetes ▶ Schlafstörungen ▶ Chronische Schmerzen ▶ Krebs ▶ Reizdarmsyndrom ▶ Enkopresis ▶ Erektionsstörung ▶ Chronisches Erschöpfungssyndrom ▶ Multiple Sklerose ▶ Übergewicht ▶ Rauchen 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Paartherapie ▶ Elternteraining ▶ Stressbewältigungstraining ▶ Perfektionismus ▶ Selbst-Mitgefühl ▶ Burnout ▶ Prokrastination ▶ Komplizierte Trauer ▶ Körper-Unzufriedenheit ▶ Unerfüllter Kinderwunsch

Verschiedene Metaanalysen und systematische Reviews zeigen, dass mit angeleiteten Selbsthilfeprogrammen im Schnitt Behandlungseffekte erreicht werden, die mit der Wirkung von konventionellen Psychotherapien vergleichbar sind (Andersson, Cuijpers, Carlbring, Riper, & Hedman, 2014; Hedman, Ljotsson, & Lindefors, 2012). Weil der zeitliche Aufwand von Therapeutinnen und Therapeuten im Vergleich zu konventionellen Psychotherapien reduziert ist (der durchschnittliche Aufwand für Therapeuten beträgt 10-20 Minuten pro Woche und Patienten), haben sich angeleitete Selbsthilfeansätze auch als kosteneffektiver erwiesen als konventionelle Psychotherapien (z.B. Hedman et al., 2012b). Auch die Langzeitwirkung wurde für bis zu fünf Jahre nach der Intervention belegt (z.B. Hedman et al., 2011). Im Weiteren konnten in Ländern wie Schweden oder Australien, in welchen angeleitete Selbsthilfeinterventionen inzwischen in der Routinepraxis angeboten werden, die Ergebnisse der kontrollierten Studien auch in der herkömmlichen Versorgungspraxis und mit Patientinnen oder Patienten aus der Routinepraxis repliziert werden (Andersson & Hedman, 2013).

Während zu angeleiteten Selbsthilfeprogrammen also schon sehr viele Studien vorliegen, existieren zu E-Mail-, Chat- und Video-Therapien erst wenige Studien, wobei die Ergebnisse vielversprechend sind (Kessler et al., 2009; Simpson & Reid, 2014; Vernmark et al., 2010). Noch weniger Studien gibt es zu blended treatments, also der Kombination von Face-to-Face mit Online Interventionen. Hier ist dringender Forschungsbedarf gegeben.

Im Gegensatz dazu ist gut gesichert, dass auch ungeleitete Selbsthilfeprogramme im Vergleich zu pas-

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

4. Chancen und Risiken

Online Interventionen bergen Chancen und Risiken. Berger (2015) weist darauf hin, dass Online Interventionen spezifische Charakteristiken aufweisen, die jeweils sowohl Vor- als auch Nachteile haben können. So hat beispielsweise die Kommunikation auf Distanz den Vorteil, dass die Anreise entfällt und auch Patientinnen und Patienten erreicht werden können, die aufgrund geografischer Gegebenheiten oder eingeschränkter Mobilität keine Hilfe finden. Als vorteilhaft erweist sich auch, dass sie in den von Jugendlichen bevorzugten Kommunikationskanälen stattfindet. Sie hat aber gleichzeitig den Nachteil, dass die Vertraulichkeit der Daten durch die Übertragung gefährdet sein kann (sofern keine Verschlüsselungstechniken verwendet wer-

den), die Identität der Anbieter und Patienten nicht gesichert ist und eine angemessene Reaktion in akuten Krisensituationen nur eingeschränkt möglich ist. Tabelle 2 gibt einen Überblick zu den Vor- und Nachteilen internetbasierter Interventionen, wobei anzumerken ist, dass die aufgeführten Vor- und Nachteile für die verschiedenen Formen internetbasierter Interventionen nicht gleichermassen zutreffen. So gelten beispielsweise Vorteile, wie die sofortige Verfüg- und unbegrenzte Vervielfältigbarkeit, die geringen Kosten der Intervention oder die immer gleiche Qualität besonders für webbasierte Selbsthilfeprogramme, nicht für E-Mail-Therapien.

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

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

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

5. Spezifische Kompetenzen

Gute Chancen für die Wirksamkeit sind gegeben, wenn die Patientin oder der Patient zuversichtlich ist und sich gerne online austauscht. Die Therapeutin oder der Therapeut sollte sich bewusst sein, dass im Verlauf des Prozesses entweder von Online- zu Sprechzimmertherapie oder das Medium oder der Kommunikationskanal gewechselt werden kann bzw. muss.

5.1 Eignung

Psychotherapie: ein eidgenössisch anerkannter oder ein durch die Psychologieberufekommission (PsyKo) anerkannter ausländischer Weiterbildungstitel in Psychotherapie

5.2 Kompetenzen

Psychotherapeutische und kommunikative Skills:

- ▶ Indikation und Triage:
 - ▶ Indikation und Kontraindikation für eine Online-Therapie abschätzen können
 - ▶ Kenntnisse anderer Institutionen, Berufskolleginnen und Berufskollegen
- ▶ Zuversicht und Compliance vom Patienten oder der Patientin herstellen können: Gute Chancen für die Wirksamkeit sind gegeben, wenn der Patient oder die Patientin zuversichtlich ist.
- ▶ Symptomverlauf: Gegebenenfalls das Medium/ Setting wechseln
 - ▶ Von einem Medium zu einem anderen wechseln, falls es sich als angebracht erweist
 - ▶ Von online zu Face-to-Face wechseln, falls es sich als angebracht erweist
- ▶ Beziehungsgestaltung: Trotz Anonymität eine Verbindung und Empathie herstellen und das Commitment des Patienten oder der Patientin aufrechterhalten können.
- ▶ Flexibilität in der Agenda- und Zielvereinbarung erleichtert den Erfolg einer Online-Beratung.
- ▶ Wissen um die rechtliche Situation rund um das Thema Melderechte

5.3 Technik

- ▶ Aktuelles Basiswissen über IT-Hard- und Software, Anwenderwissen über das Internet und aktuelle mediale Kommunikationsformen (E-Mail, Chat, Foren, SMS)

- ▶ Geschwindigkeit im Schreiben ist eine wichtige technische Kompetenz in der Online-Therapie (Mail, Chats), besonders bei synchronen Formen

5.4 Datenschutz- und Sicherheitskompetenzen

Datenschutz- und Sicherheitskompetenzen: Kenntnis der Datenschutz- und Sicherheitsrichtlinien.

5.5 Konzepte medienbasierter Therapie

Fachpersonen kennen Theorien und Modelle der computervermittelten Kommunikation (Kanalreduktionstheorie, Theorie der sozialen Informationsverarbeitung, Theorien zu Imaginations- und Simulationsmöglichkeiten, Theorien der Medienwahl) und sind fähig, diese Theorien und Modelle in der Praxis zu berücksichtigen. Diese Konzepte werden im Werk von R. Ott und C. Eichenberg detailliert (Ott, R. (Ed.), (2003), Klinische Psychologie und Internet, Potenziale für klinische Praxis, Intervention, Psychotherapie und Forschung, Hogrefe, Göttingen) und im Buch von Thomas Berger (2015) zusammengefasst.

5.6 Lesen und Schreiben

- ▶ Inhalt der Nachricht verstehen und richtig einordnen, zwischen den Zeilen lesen und/oder Lücken erkennen
- ▶ Stil des Textes: Die Anzahl der Wörter, Textlänge, „Flüssigkeit“ (smoothness) spielen eine Rolle für die subjektiv wahrgenommene Hilfe durch die hilfeschuchende Person. Eine gute schriftliche Ausdrucksfähigkeit auf beiden Seiten ist ein wichtiger Faktor.
- ▶ Mitteilen, was verstanden wurde und was nicht. Auf ironisch gemeinte Äusserungen verzichten
- ▶ Fragen stellen, die die Patientin oder den Patienten ins Arbeiten bringen
- ▶ Rechtschreibung
- ▶ Kenntnisse der wichtigsten und gebräuchlichsten Emoticons und gebräuchlicher Online-Abkürzungen.

5.7 Qualitätsentwicklung

- ▶ Bereitschaft zu Intervention oder Supervision
- ▶ Kontinuierliche Fortbildung im Bereich der Online-Therapie

6. Erstellung einer Website

Bei der Erstellung und Aktualisierung einer Website müssen mehrere Elemente beachtet werden:

- ▶ Strukturierung
- ▶ Übersichtliche, benutzerfreundliche Seite
- ▶ Updates möglich, einfach zu aktualisieren
- ▶ Smartphone/Mobile freundlich
- ▶ Möglichkeit der Kontaktaufnahme und Kommunikation über einen verschlüsselten Bereich innerhalb der Website
- ▶ Behandlungsvertrag, der die unterschiedlichen Aspekte des Auftrags regelt (Therapie, Datenschutz, Einwilligung in das Risiko, Technik, Honorar) und AGB, falls letztere vorhanden sind.
- ▶ Impressum
- ▶ Definition der Verantwortlichkeiten für die Webseite und transparente Kommunikation gegenüber Patientinnen und Patienten

7. Literaturverzeichnis

- ▶ Andersson, G. (2016). Internet-Delivered Psychological Treatments. *Annu Rev Clin Psychol*, 12, 157-179.
- ▶ Andersson, G., Hedman, E. Effectiveness of guided internet-delivered cognitive behaviour therapy in regular clinical settings. *Verhaltenstherapie*. 2013;23:140-148.
- ▶ Andersson, G., Cuijpers, P., Carlbring, P., Riper, H., & Hedman, E. (2014). Guided Internet-based vs. face-to-face cognitive behavior therapy for psychiatric and somatic disorders: a systematic review and meta-analysis. *World Psychiatry*, 13(3), 288-295.
- ▶ Andrews, G., Cuijpers P., Craske, MG., McEvoy, P., Titov, N. (2010), Computer Therapy for the Anxiety and Depressive Disorders Is Effective, Acceptable and Practical Health Care: A Meta-Analysis, *PLoS ONE* 5(10): e13196.
- ▶ Baumeister, H., Reichler, L., Munzinger, M., & Lin, J. (2014). The impact of guidance on Internet-based mental health interventions - A systematic review. *Internet Interventions*, 1(4), 205-215.
- ▶ Berger, T., Boettcher, J., & Caspar, F. (2014), Internet-Based Guided Self-Help for Several Anxiety Disorders: A Randomized Controlled Trial Comparing a Tailored With a Standardized Disorder-Specific Approach. *Psychotherapy*, 51(2), 207-219
- ▶ Berger, T. (2015), Internetbasierte Interventionen bei psychischen Störungen, Göttingen: Hogrefe.
- ▶ Berger, T., Urech, A., Krieger, T., Stolz, T., Schulz, A., Vincent, A., . . . Meyer, B. (2017). Effects of a transdiagnostic unguided Internet intervention (velibra) for anxiety disorders in primary care: results of a randomized controlled trial. *Psychol Med*, 47(1), 67-80.
- ▶ Botella C., Garcia-Palacios A., Banos RM., Quero, S., (2009), Cybertherapy: Advantages, Limitations, and Ethical Issues, *PsychNology Journal*, Volume 7, Number 1, 77 - 100.
- ▶ Carlbring, P., Maurin, L., Torngrén, C., Linna, E., Eriksson, T., Sparthán, E. et al. (2011). Individually-tailored, Internet-based treatment for anxiety disorders: A randomized controlled trial. *Behaviour Research and Therapy*, 49(1), 18-24.
- ▶ Carrard, I., Fernandez-Aranda, F., Lam, T., Nevenon, L., Liwowsky, I., Volkart, A. C. & Norring, C. (2011). Evaluation of a guided internet self-treatment programme for bulimia nervosa in several European countries. *European Eating Disorders Review*, 19(2), 138-149.
- ▶ Carrard I, Crépin C, Rouget P, Lam T, Golay A, Van der Linden M. (2011), Randomised controlled trial of a guided self-help treatment on the Internet for binge eating disorder, *Behaviour Research and Therapy*, Volume 49, Issue 8, 482-491.
- ▶ Christensen, H., Griffiths, K. M., & Jorm, A. F. (2004). Delivering interventions for depression by using the Internet: Randomised controlled trial. *British Medical Journal*, 328(7), 265-268.
- ▶ Copeland J. & Martin, G. (2004), Web-based interventions for substance use disorders: a qualitative review, *Journal of Substance Abuse Treatment*, 26 (2), 109-116. DOI:10.1016/S0740-5472(03)00165-X
- ▶ Cuijpers, P., Donker, T., Johannson, R., Mohr, D. C., van Straten, A., & Andersson, G. (2011). Self-guided psychological treatment for depressive symptoms: A meta-analysis. *PLoS One*, 6(6), e21274.
- ▶ Demailly, L. (2007). Que fait l'Internet aux psychanalystes?. *Le Carnet PSY*, (7), 30-34.
- ▶ Eichenberg, C., Kühne, S. (2014), Einführung Onlineberatung und -therapie. *UTB, Psychomed Compact* 7.
- ▶ Eichenberg, C. & Küsel, C. (2016). E-Mental-Health: Erkenntnisse über Wirkmechanismen fehlen noch. *Deutsches Ärzteblatt*, Ausgabe PP, 4, 176-179.
- ▶ Eichenberg, C., & Küsel, C. (2016). Zur Wirksamkeit von Online-Beratung und Online-Psychotherapie. *Resonanzen-E-Journal für biopsychosoziale Dialoge in Psychotherapie, Supervision und Beratung*, 4(2), 93-107.
- ▶ Harald Geißler (Hrsg.): E-Coaching. Schneider Verlag Hohengehren (Baltmannsweiler) 2008.
- ▶ Geissler, Harald/Hasenbein, Melanie/Wegener, Robert (2013). E-Coaching: Prozess- und Ergebnisevaluation des virtuellen Zielerreichungscoachings. In: *Organisationsberatung Coaching Supervision*. 20. Jg. (2). S. 125-145.
- ▶ Geissler, Harald/Wegener, Robert (Hg.) (2015). *Bewertung von Coachingprozessen*. Wiesbaden: Springer VS.
- ▶ Hedman, E., Andersson, G., Ljótsson, B., Andersson, E., Rück, C., Mörtberg, E. & Lindfors, N. (2011a). Internet-based cognitive behavior therapy vs. cognitive behavioral group therapy for social anxiety disorder: A randomized controlled non-inferiority trial. *PLoSOne*, 6 (3), e18001. doi: 10.1371/journal.pone.0018001
- ▶ Hedman, E., Furmark, T., Carlbring, P., Ljótsson, B., Rück, C., Lindfors, N. & Andersson, G. (2011b). Five-year follow-up of internet-based cognitive behaviour therapy for social anxiety disorder. *Journal of Medical Internet Research*, 13 (2), e39. doi: 10.2196/jmir.1776

- ▶ Hedman, E., Ljótsson, B. & Lindefors, N. (2012b). Cognitive behavior therapy via the internet: A systematic review of applications, clinical efficacy and cost-effectiveness. *Expert Review of Pharmacoeconomics & Outcomes Research*, 12, 745 – 764. doi: 10.1586/erp.12.67.
- ▶ Johansson, R., & Andersson, G. (2012). Internet-based psychological treatments for depression. *Expert Review of Neurotherapeutics*, 12, 861-870.
- ▶ Karyotaki, E., Kleiboer, A., Smit, F., Turner, D. T., Pastor, A. M., Andersson, G., . . . Cuijpers, P. (2015). Predictors of treatment dropout in self-guided web-based interventions for depression: an individual patient data meta-analysis. *Psychol Med*, 45(13), 2717-2726.
- ▶ Karyotaki, E., Riper, H., Twisk, J., Hoogendoorn, A., Kleiboer, A., Mira, A., Mackinnon, A., Meyer, B., Botella, C., Littlewood, E., Andersson, G., Christensen, H., Klein, J.P., Schröder, J., Breton-Lopez, J., Scheider, J., Griffiths, K., Farrer, L., Huijbers, M., Philipps, R., Gilbody, S., Moritz, S., Berger, T., Spek, V., Cuijpers, P. (2017). Efficacy of Self-guided Internet-based Cognitive Behavioral Therapy in the Treatment of Depressive Symptoms. A Meta-analysis of Individual Participant Data. *JAMA Psychiatry*, 3.
- ▶ Kessler, D; Lewis, G; Kaur, S; Wiles, N; King, M; Weich, S; Sharp, D (2009), Therapist-delivered Internet psychotherapy for depression: a randomised controlled trial in primary care, *Lancet*. 374, 9690, 628-634
- ▶ Knaevelsrud, C., Wagner, B., Böttche, M., (2016), *Online-Therapie und -Beratung*, Göttingen: Hogrefe.
- ▶ Kühne, S., Hintenberger, G., (Hg.) (2009), *Handbuch Online-Beratung*, Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- ▶ Leroux, Y. (2008). Psychothérapies en ligne – histoire, questions éthiques, processus. *Psychothérapies*, 28(3), 211-221.
- ▶ Leroux, Y. (2012). Psychothérapie et Internet. *Le Journal des psychologues*, (8), 29-33.
- ▶ Meyer, B., Berger, T., Caspar, F., Beevers, C. G., Andersson, G., & Weiss, M. (2009). Effectiveness of a Novel Integrative Online Treatment for Depression (Deprexis): Randomized Controlled Trial. *Journal of Medical Internet Research*, 11(2).
- ▶ Ott, R. (Ed.) . (2003). *Klinische Psychologie und Internet: Potenziale für klinische Praxis, Intervention, Psychotherapie und Forschung*. Hogrefe, Verlag für Psychologie.
- ▶ Richards, D., & Richardson, T. (2012). Computer-based psychological treatments for depression: a systematic review and meta-analysis. *Clin Psychol Rev*, 32(4), 329-342.
- ▶ Simpson, S. G., & Reid, C. L. (2014). Therapeutic alliance in videoconferencing psychotherapy: a review. *Aust J Rural Health*, 22(6), 280-299.
- ▶ Spek, V., Cuijpers, P., Nyklicek, I., Riper, H., Keyzer, J., & Pop, V. (2007). Internet-based cognitive behaviour therapy for symptoms of depression and anxiety: a meta-analysis. *Psychol Med*, 37(3), 319-328.
- ▶ Vernmark, K., Lenndin, J., Bjärehed, J., Carlsson, M., Karlsson, J., Öberg, J., ... & Andersson, G. (2010). Internet administered guided self-help versus individualized e-mail therapy: A randomized trial of two versions of CBT for major depression. *Behaviour research and therapy*, 48(5), 368-376.
- ▶ Waldl R., PERSON 2/2004, PERSON. *Internationale Zeitschrift für Person zentrierte und Experienzelle Psychotherapie und Beratung*.

8. Zusammensetzung der Arbeitsgruppe

Erstellt durch die FSP-Arbeitsgruppe Onlineinterventionen

	Name	Organisation
Wissenschaft	Prof. Dr. Thomas Berger	Universität Bern
	Dr. Eva Heim	Universität Zürich
	Prof. Dr. Andreas Maercker	Universität Zürich
	PD Dr. Michael P. Schaub	Schweizer Institut für Sucht- und Gesundheitsforschung (ISGF)
Praxis	Herbert Kubat, lic.phil.	psy-help-online.ch
	Dr. Josef Lang	onlineberatungen.com
	Reto Mischol, MSc	psyaspect.ch
	Dr. Dania Schiffan	Zimed
	Anne-Christine Volkart, lic. psych.	Psychologin, Psychotherapie SGVT-FSP
	Isabelle Zumwald, MSc	Coach & Laufbahnberaterin, SSCP-SGCP
Psychiatrie	Dr. med. Christian Bernath	FMPP
	Dr. med. Daniel Bielinski	FMPP
FSP	Lic. iur. Snezana Blickenstorfer	FSP-Geschäftsstelle (Recht)
	Lauranne Jan du Chêne, MSc	FSP-Geschäftsstelle (Weiterbildung)
	Jean-Baptiste Mauvais, MA	FSP-Geschäftsstelle (Berufspolitik)
	René Schegg, MA	FSP-Geschäftsstelle (Berufspolitik)
	Dr. André Widmer	FSP-Weiterbildungskommission