



UNIVERSITÄTS
KLINIKUM
HEIDELBERG

Internetbasierte Interventionen

PD Dr. Stephanie Bauer

**Forschungsstelle für Psychotherapie
Zentrum für Psychosoziale Medizin
Universitätsklinikum Heidelberg**

Zürich, 19.09.2019



Überblick

- I. Begriffsklärung und Formate
- II. Beispiele und Evidenz
- III. Qualitätskriterien
- IV. Fazit

I. Begriffsklärung und Formate

Beschreibung von E-Mental Health Interventionen

Kriterien:

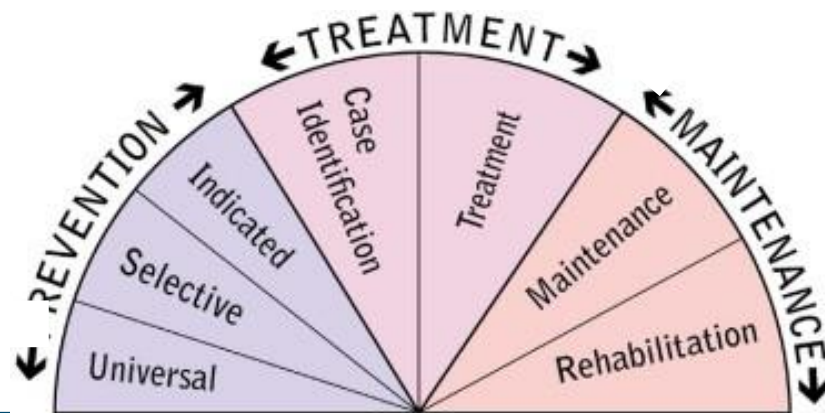
1. Sektor und Zielpopulation
2. Bezug zur konventionellen Versorgung
3. Art und Intensität des professionellen Kontaktes
4. Hintergrund / Orientierung / Ansatz
5. Struktur / Module
6. Medium / Technische Charakteristika

Beschreibung von E-Mental Health Interventionen

Kriterien:

1. Sektor und Zielpopulation

- Beratung
- Gesundheitsförderung (z.B. Ernährung, Bewegung, Umgang mit Stress)
- Universelle, selektive oder indizierte Prävention
- Frühintervention, Behandlungsvorbereitung
- Selbsthilfe
- Therapie
- Erhaltungstherapie
Rückfallprävention



[IOM, 2009]

Beschreibung von E-Mental Health Interventionen

Kriterien:

2. Bezug zur konventionellen Versorgung

- Stand-alone
- Verbindung von online und offline Angeboten (z.B. gestufte Ansätze, Therapievorbereitung, Nachsorge)
- Kombination/ Integration von online und offline Angeboten („Blended Treatment“; z.B. Face-to-face Kontakt in größeren Abständen, dazwischen online-Kontakte oder Übungen per App)

Beschreibung von E-Mental Health Interventionen

Kriterien:

3. Art und Intensität des professionellen Kontaktes

- vollautomatisierte Programme (kein Kontakt; reine Selbsthilfe)
- Minimale Betreuung (z.B. Erinnerung an Aufgaben, Feedback)
- Unterstützung von Peers, Coach, Berater, Therapeut
- Geleitet/durchgeführt von Berater oder Therapeut

Beschreibung von E-Mental Health Interventionen

Kriterien:

4. Methode / Orientierung / Ansatz

- Kognitive Verhaltenstherapie
- Psychodynamischer Ansatz
- Systemischer Ansatz
- Interpersonelle Interventionen
- Motivationaler Ansatz
- Supportive Interventionen
- Etc.

Beschreibung von E-Mental Health Interventionen

Kriterien:

5. Struktur / Module

- Manualisiert, standardisiert, festgelegte „Dosis“
- Flexibel, individualisiert
- Psychoedukation
- Monitoring
- Übungen (z.B. Entspannung, Imagination)
- Aufgaben, Quizzes
- Austausch mit anderen Teilnehmern (z.B. über Foren)
- Beratung in Echtzeit (z.B. Chat) oder zeitverzögert (z.B. Email)

Beschreibung von E-Mental Health Interventionen

Kriterien:

6. Medium / Technische Charakteristika

- (Interaktive) Websites mit Text-, Audio- und Videoinhalten
- Email, SMS, Chat, Messenger, Videokonferenz
- Online-Foren
- Apps
- Virtuelle Realitäten
- Therapeutische Spiele / Serious games

Sektor/ Zielpopulation

- Beratung
- Gesundheitsförderung
- Prävention
- Frühintervention
- Therapievorbereitung
- Selbsthilfe
- Therapie
- Erhaltungstherapie / Rückfallprävention

Medium/ techn. Charakteristika

- (Interaktive) Websites
- Email, SMS, Chat, Videokonferenz
- online-Foren
- Apps
- Virtuelle Realitäten
- Therapeutische Spiele

Art und Intensität des profess. Kontakts

- Automatisierte Angebote
- Minimalunterstützung (z.B. Erinnerung, Feedback)
- Unterstützung von Berater, Coach, Therapeut
- Geleitet/durchgeführt von Berater/Therapeut

Beschreibung von e-Interventionen

Bezug zu konventioneller Versorgung

- Stand-alone
- Verbindung von online und offline Angeboten
- Kombination/Integration von online und offline Angeboten

Methode/Orientierung/Ansatz

- kog. Verhaltenstherapie
- Psychodynamisch
- Interpersoneller Ansatz
- Motivationaler Ansatz
- Supportiver Ansatz

Struktur/ Module

- Manualisiert
- Flexibel, individualisiert
- Psychoedukation
- Monitoring
- Übungen
- Beratung in Echtzeit (z.B. Chat) oder zeitverzögert (z.B. Email)

Sektor/ Zielpopulation

- Beratung
- Gesundheitsförderung
- Prävention
- Frühintervention
- Therapievorbereitung
- Selbsthilfe
- Therapie
- Erhaltungstherapie
- Rückfallprävention

Medium/ techn. Charakteristika

- (Interaktive) Websites
- Email, SMS, Chat, Videokonferenz
- online Foren

Art und Intensität des profess. Kontakts

- Automatisierte Angebote
- Minimalunterstützung (z.B. Erinnerung, Feedback)
- Unterstützung von Berater, Coach, Therapeut
- Geleitet/durchgeführt von Berater/Therapeut

Häufigste Variante: internetbasierte Selbsthilfe basierend auf Prinzipien der kognitiven Verhaltenstherapie: „geleitete/ungeleitete Selbsthilfe“ oder „iCBT“

Bezug zu konv. Versorgung

- Stand-alone
- Verbindung von online und offline Angeboten
- Kombination/Integration von online und offline Angeboten

Methode/Orientierung/ Ansatz

- kog. Verhaltenstherapie
- Psychodynamisch
- Interpersoneller Ansatz
- Motivationaler Ansatz
- Supportiver Ansatz

Struktur/ Module

- Manualisiert
- Flexibel, individualisiert
- Psychoedukation
- Monitoring
- Übungen
- Beratung in Echtzeit (z.B. Chat) oder zeitverzögert (z.B. Email)

Chancen und Risiken

Chancen / Vorteile

- Reichweite
 - Verfügbarkeit
 - Erreichbarkeit
 - Aktualität
 - Flexibilität
 - Planbarkeit, Eigenkontrolle
 - Anonymität
 - Kosten
-
- Abbau von Barrieren (z.B. Scham, Unwissenheit)
 - Erreichen unterversorgter Gruppen
 - Ergänzung/Verbesserung konventioneller Angebote

Herausforderungen, Grenzen & Risiken I

- Unverbindlichkeit des Kontakts
- Hohe Dropout-Raten
- Fehlende nonverbale Informationen
- Gefahr von Missverständnissen
- Krisenmanagement (z. B. Umgang mit Notfällen, Suizidalität, Kontaktabbruch)

Herausforderungen, Grenzen & Risiken II

- Unübersichtlichkeit und fragliche Qualität von im Internet frei verfügbaren Programmen
- Fehlende Transparenz
- Datenschutz / Datensicherheit
- Oft fehlende oder mangelhafte Evaluation
- „theoretische“ Reichweite versus „tatsächliche“ Reichweite
- Kosten-Nutzen-Relation
- Integration von online- Angeboten und regulärer Versorgung

→ Zentrale Frage:

Wie kann man technikgestützte und konventionelle Versorgung praktikabel, wirksam und effizient verbinden?

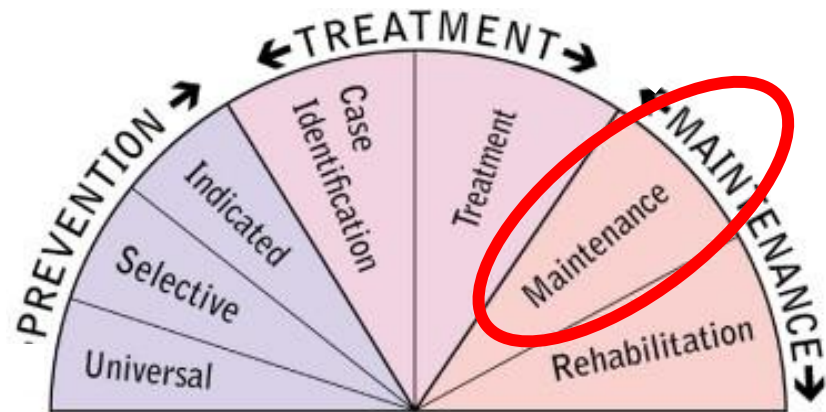
II. Beispiele und Evidenz

Nachsorge

Nachsorge

Relevanz:

- hohe Rückfallraten, Risiko der Chronifizierung
- Rückfallrisiko besonders erhöht in den ersten Monaten nach Therapieende
- Herausforderungen nach Therapieende
(z.B. Rückkehr in das private und schulische/berufliche Umfeld, Transfer von neuen gesundheitsbezogenen Verhaltensweisen in den Alltag)



[IOM, 2009]

E-Mental Health Nachsorge

Vorteile:

- Verfügbarkeit
- Unmittelbare Unterstützung nach Therapieende möglich
- Keine Wartezeiten
- Keine Wegezeiten, geringer organisatorischer Aufwand
- Behandlungskontinuität / Nachsorge durch dieselbe Institution
- Übergang zu konventioneller Nachsorge kann überbrückt werden

Review: Internetbasierte und mobile Nachsorge / Rückfallprävention

- 16 randomisiert-kontrollierte Studien (Depression: n = 5; Essstörungen: n = 4; transdiagnostisch: n = 7)
- Initiale Evidenz für die Wirksamkeit internetbasierter Nachsorge vorhanden; mehr/bessere Studien benötigt

Internet- and mobile-based aftercare and relapse prevention in mental disorders: A systematic review and recommendations for future research



Severin Hennemann^{a,*}, Sylvia Farnsteiner^a, Lasse Sander^b

^a University of Mainz, Institute of Psychology, Department of Clinical Psychology, Psychotherapy and Experimental Psychopathology, Wallstraße 3, 55122 Mainz, Germany

^b University of Freiburg, Institute of Psychology, Department of Rehabilitation Psychology and Psychotherapy, Engelbergerstraße 41, 79085 Freiburg, Germany

ARTICLE INFO

Keywords:

Systematic review
Aftercare
Relapse prevention
Mental health

ABSTRACT

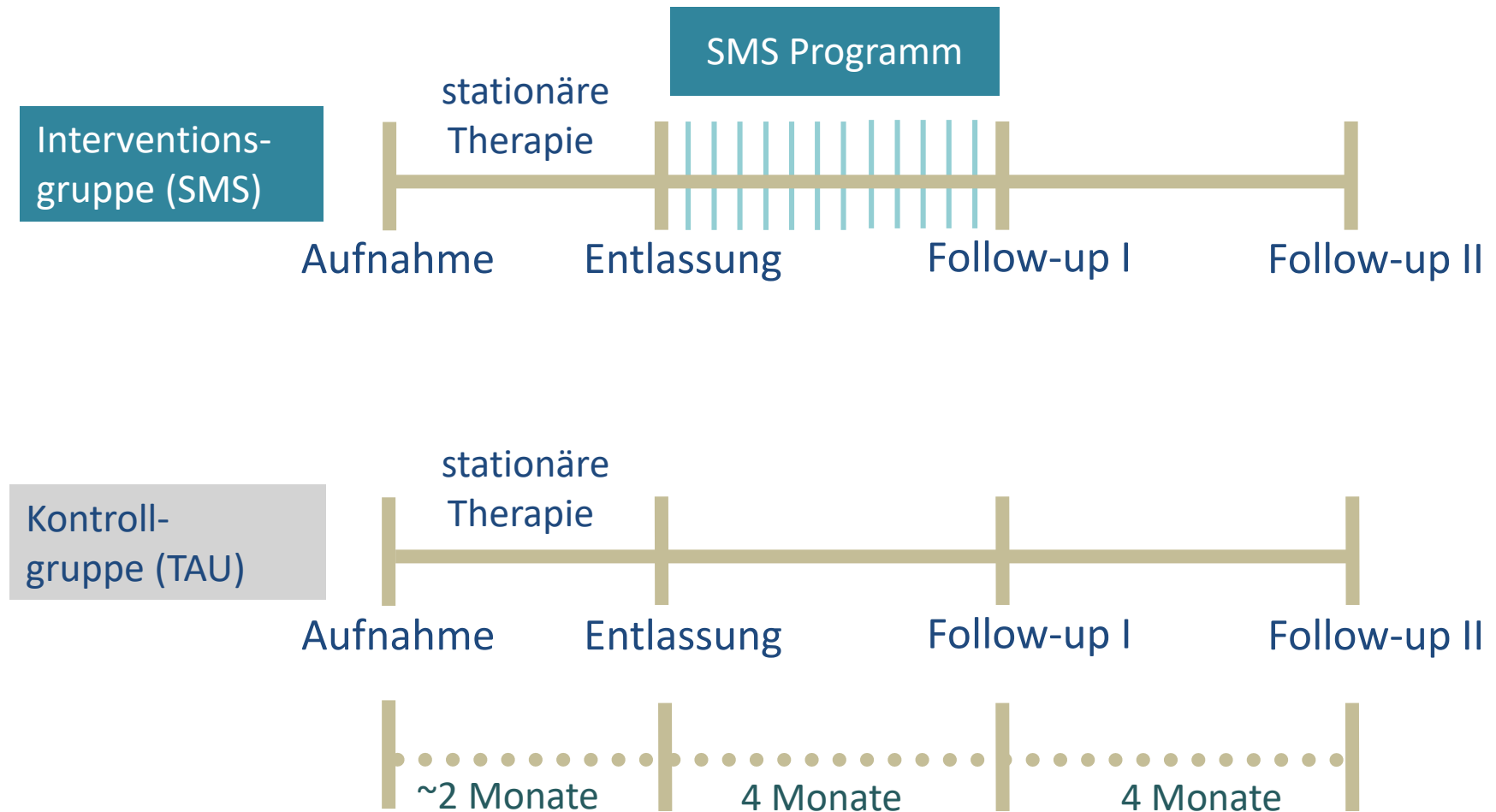
Background: Mental disorders are characterized by a high likelihood of recurrence. Thus, aftercare and follow-up interventions aim to maintain treatment gains and to prevent relapse. Internet- and mobile-based interventions (IMIs) may represent promising instruments in tertiary prevention. This systematic review summarizes and evaluates the research on the efficacy of IMIs as aftercare or follow-up interventions for adults with mental health issues.

(Hennemann et al., 2018)

Beispiel: Mobile Nachsorge / Rückfallprävention bei Bulimia nervosa („SMS-Brücke“)

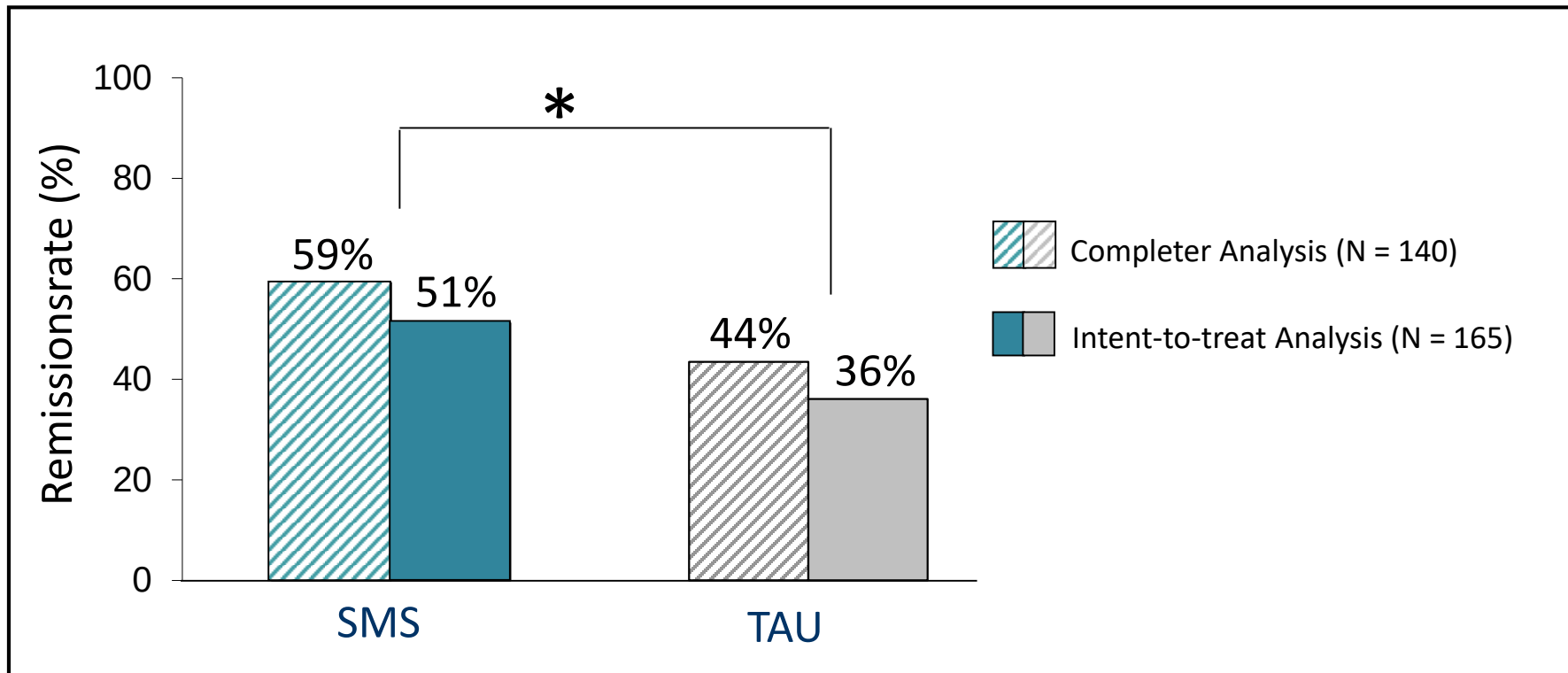
- nachstationäres Unterstützungsangebot für Patientinnen mit Bulimia nervosa
- wöchentliche Interaktion über SMS
- Internet-basiertes, teilautomatisiertes Programm
- Datenbank enthält ca. 1000 Feedback-Nachrichten
- Ziele:
 - . Monitoring der Symptomatik
 - . Feedback signalisiert soziale Unterstützung, positive Verstärkung, Erinnerung an in der Klinik gelernte Strategien

Beispiel: Mobile Nachsorge / Rückfallprävention bei Bulimia nervosa („SMS-Brücke“)



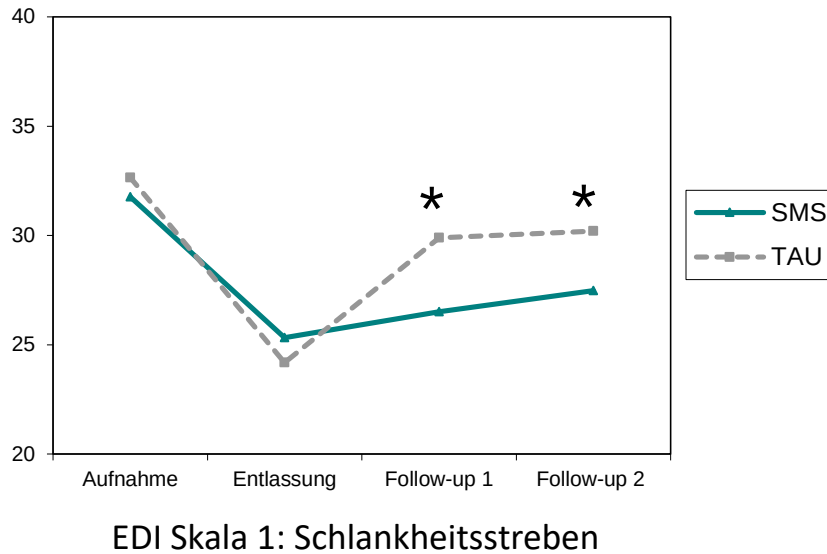
Beispiel: Mobile Nachsorge / Rückfallprävention bei *Bulimia nervosa* („SMS-Brücke“)

Wirksamkeit - Remissionsrate

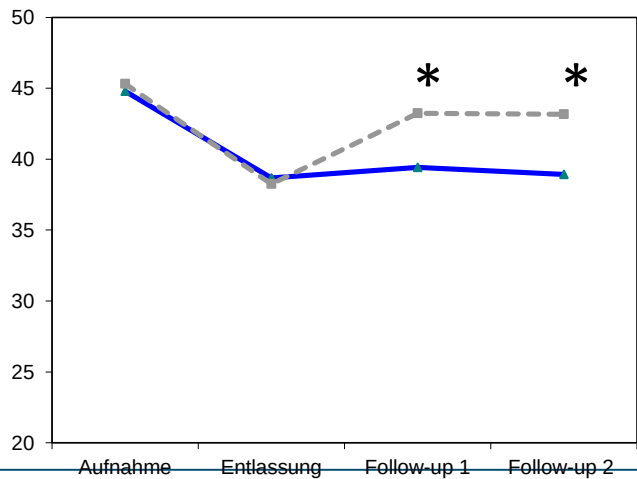
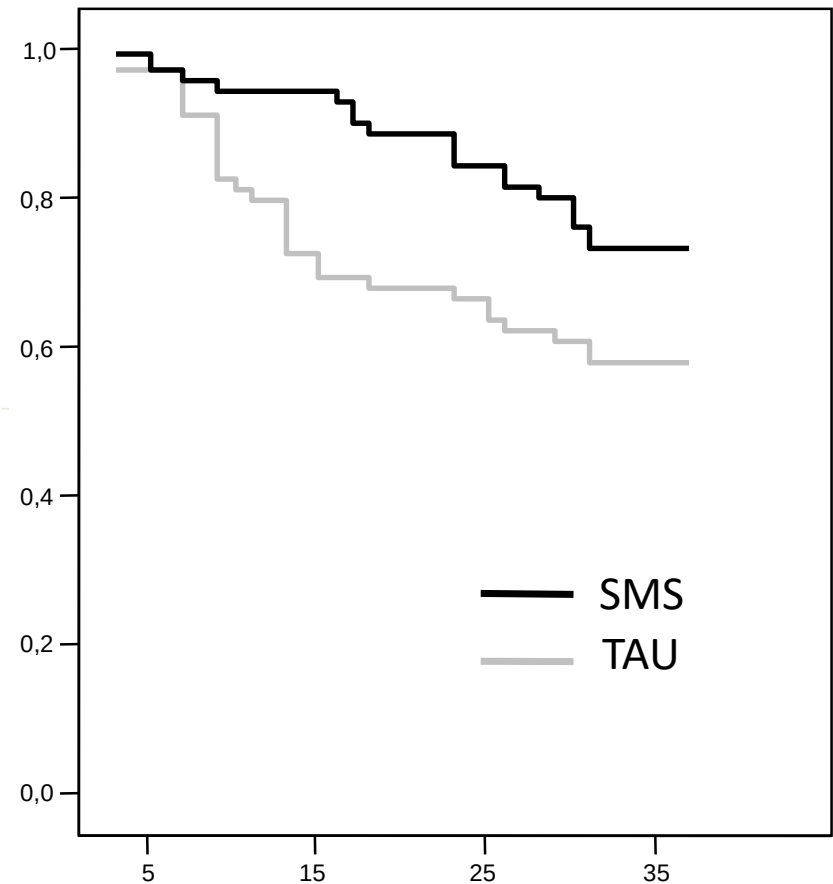


(Bauer et al., 2012)

Beispiel: Mobile Nachsorge / Rückfallprävention bei *Bulimia nervosa* („SMS-Brücke“)



Rückfallrate
SMS: 27%; TAU: 42%

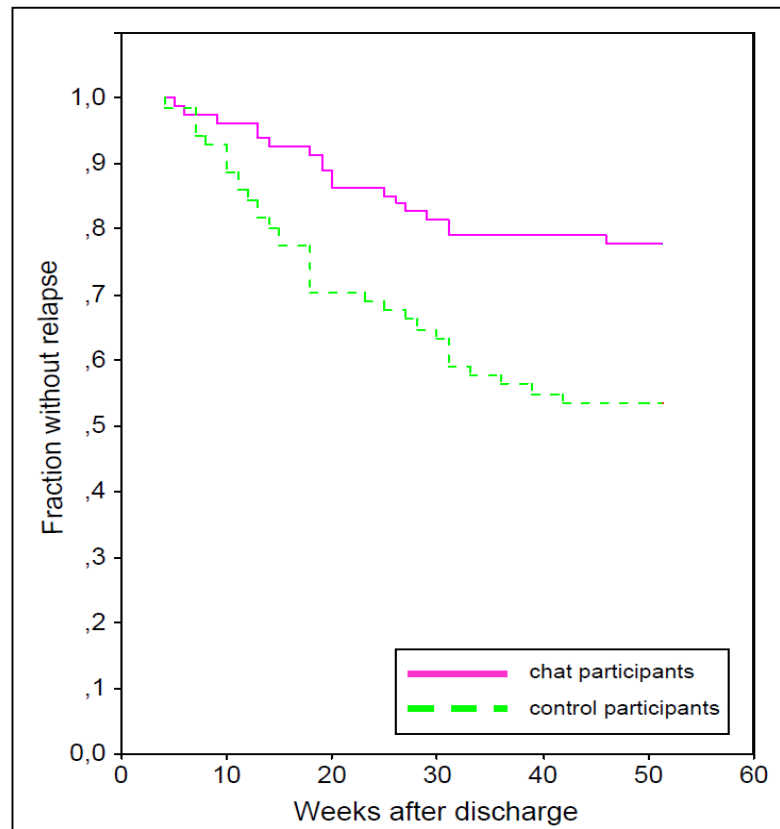


EDI Skala 3: Körperliche Unzufriedenheit

(Bauer et al., 2011b; 2013a)

Beispiel: Chat-basierte Nachsorge

- N = 228 Patienten nach stationärer Psychotherapie (v.a. Depression)
- Konzept: wöchentliche, therapeutisch geleitete Gruppensitzungen,
- 12-15 Wochen nach Entlassung aus der Klinik
- Senkung der Rückfallrate:
21% (Chat) vs. 47% (KG)
- Kosteneffektives Angebot
- Gute Akzeptanz in der Routine



(Bauer et al., 2011; Moessner et al., 2013)

Prävention und Frühintervention

Prävention und Frühintervention

Relevanz:

- Krankheitsvermeidung
- frühe Identifikation psychischer Erkrankungen
- zeitnahe professionelle Hilfe
- Herausforderungen: geringe Inanspruchnahme präventiver Angebote und professioneller Hilfe, Barrieren in der Hilfesuche, lange Wartezeiten

→ Können E-Mental Health Angebote Jugendliche erreichen, psychische Belastung reduzieren und bei Bedarf die Inanspruchnahme professioneller Hilfe verbessern?

Verbundprojekt ProHEAD

- Pls: M. Kaess, S. Bauer, C. Rummel-Kluge, R. Thomasius, H. Eschenbeck, K. Becker, H.-J. Salize
- 2017-2021
- www.prohead.de

GEFÖRDERT VOM



Bundesministerium
für Bildung
und Forschung

COMMENTARY Open Access

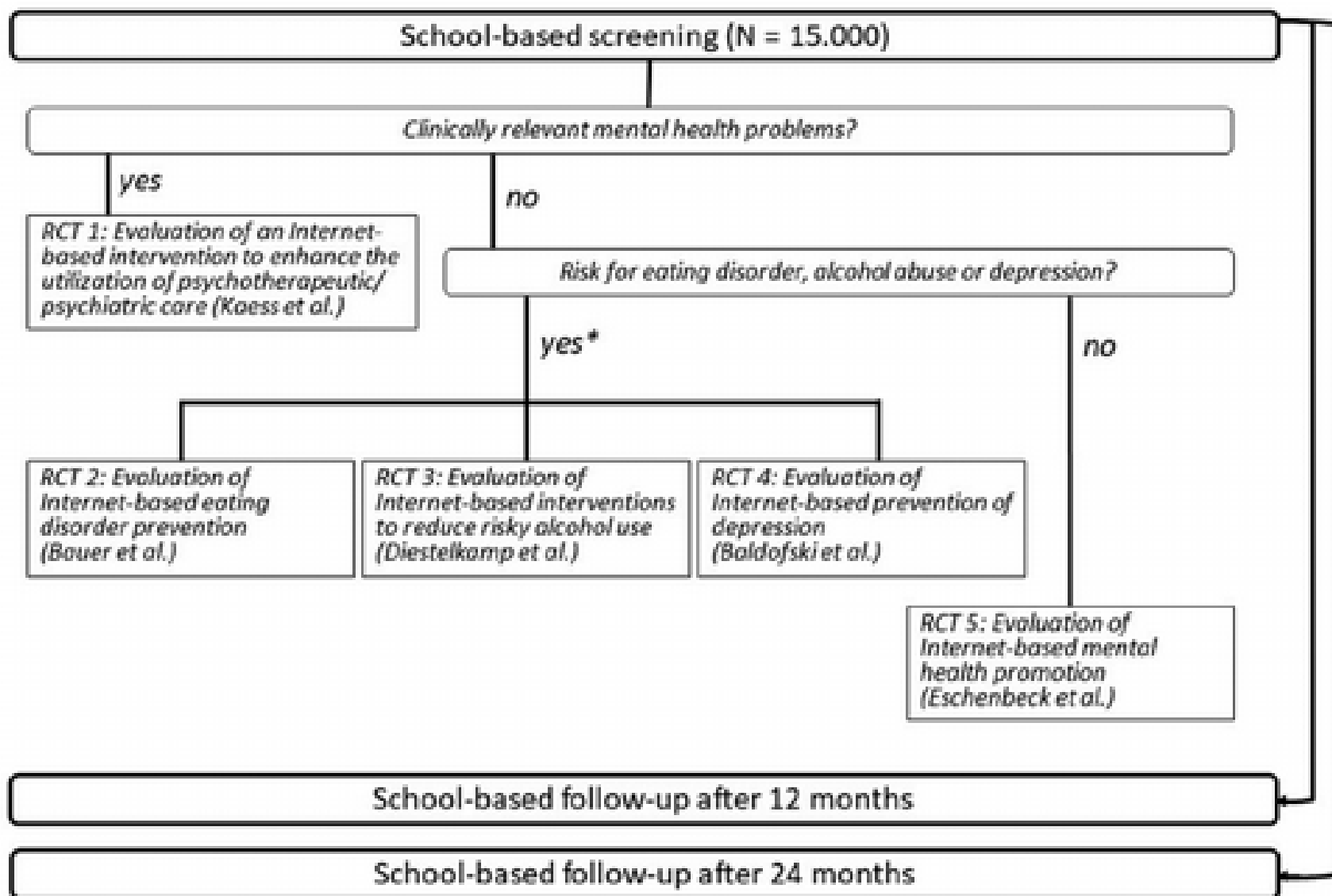


Editorial Promoting Help-seeking using E-Technology for Adolescents: The ProHEAD consortium

Michael Kaess^{1,2*}  and Stephanie Bauer³

Abstract

Mental health problems are highly prevalent in children and adolescents, but professional help-seeking behavior in this age group is extremely low. Therefore, the ProHEAD ("Promoting Help-seeking using E-technology for Adolescents") consortium focuses on three main objectives, i.e.: (1) improving young people's help-seeking behaviors; (2) improving the selective prevention of common disorders in those who are at risk; and (3) strengthening resources to counteract the development of mental illness. Capitalizing on Internet and mobile technology, ProHEAD delivers low threshold and easily accessible interventions to a large sample of young people. Longitudinal school-based assessments of mental health problems will be conducted at baseline and two annual follow-ups in five regions of Germany in a total sample of 15,000 children and adolescents (aged ≥ 12 years). Based on the results of their baseline assessment, participants are invited to register for one out of five sub-projects. The objectives and procedures of these five randomized controlled trials are published in this issue of *Trials*.



Beispiel:

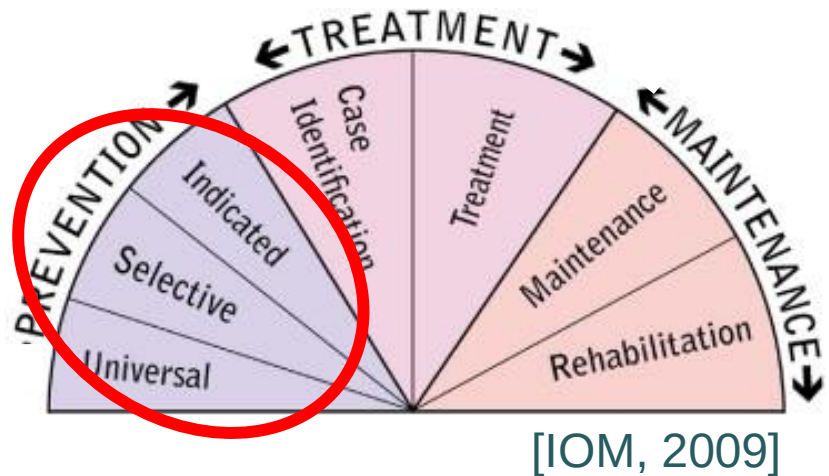
Prävention und Frühintervention bei Essstörungen („ProyYouth“)

Ziele:

- Implementierung und Dissemination eines online-Portals zur Prävention und Frühintervention bei Essstörungen (EU-Projekt ProYouth)

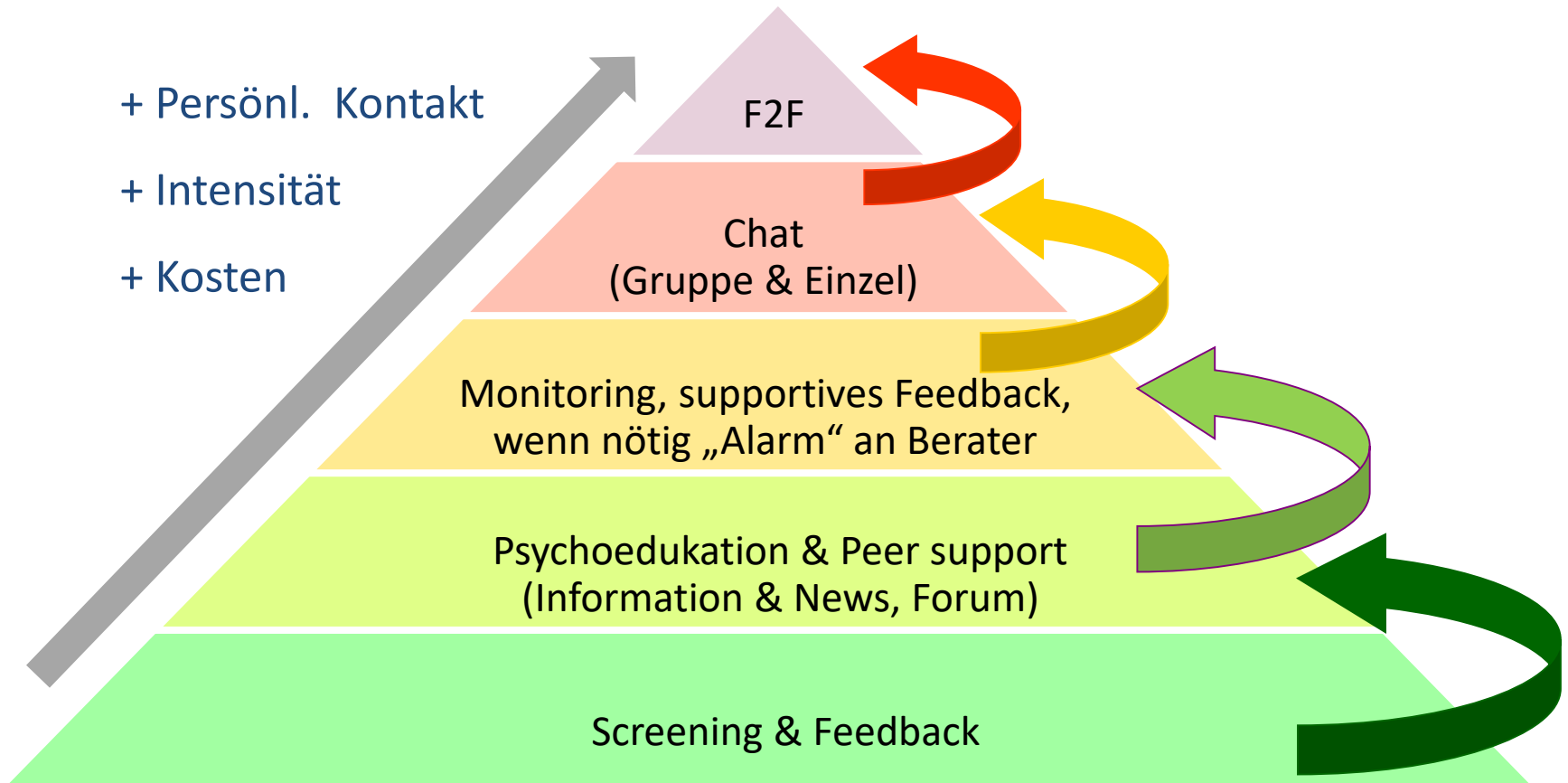
Vorarbeiten:

- Praktikabilität (Bauer et al., 2009)
- Akzeptanz (Lindenberg et al., 2011)
- Wirksamkeit (Lindenberg & Kordy, 2015)



Beispiel:

Prävention und Frühintervention bei Essstörungen („ProyYouth“)



Ziele:

- Kombination von automatisierten und personalisierten Modulen
- Anpassung an individuellen Unterstützungsbedarf
- Verknüpfung von online-Angebot und Regelversorgung (F2F)

Beispiel:

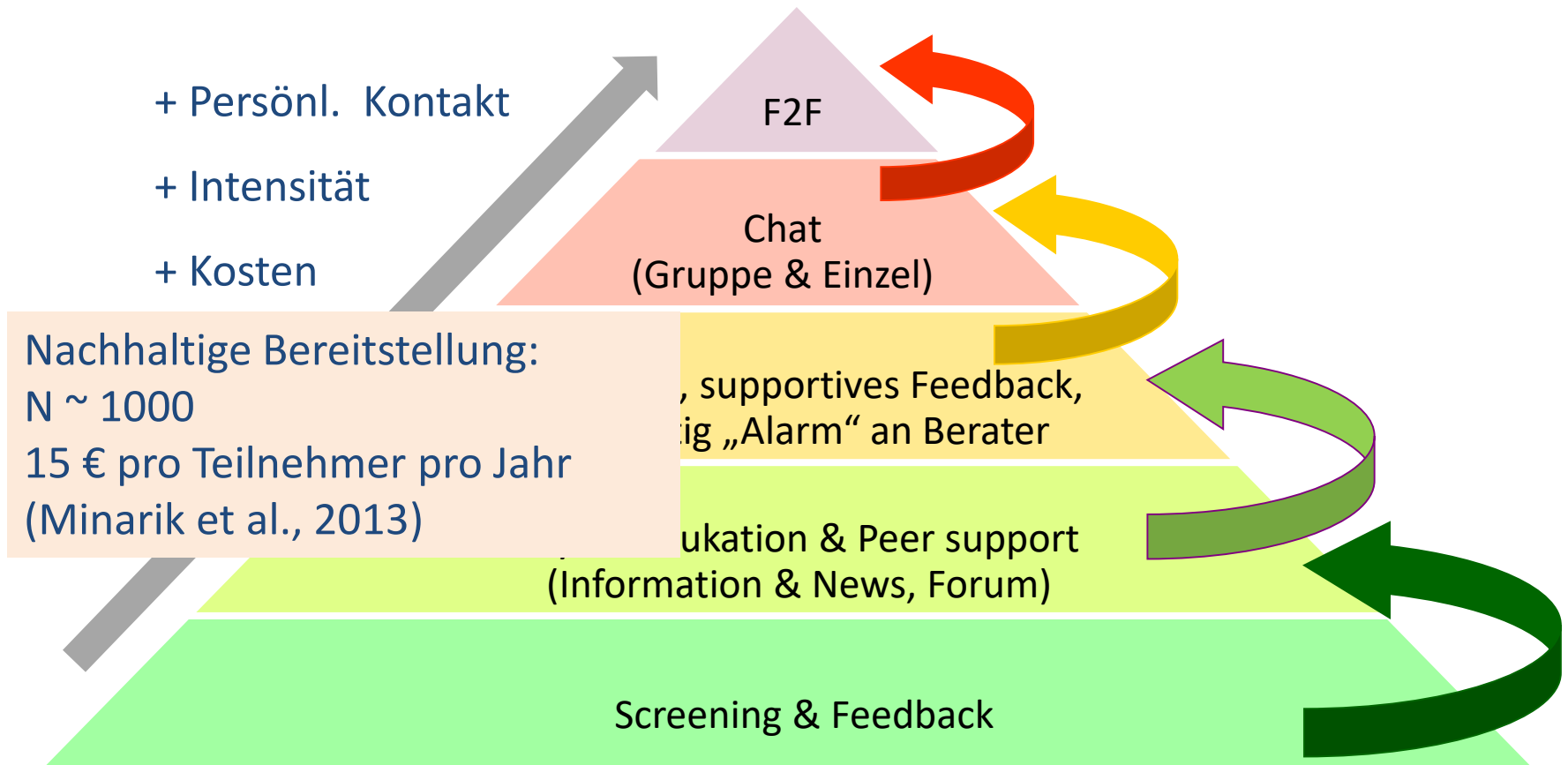
Prävention und Frühintervention bei Essstörungen („ProyYouth“)

Fragestellungen bzgl. Implementierung und Dissemination von ProYouth:

- Aufwand/Kosten der dauerhaften Bereitstellung?
(Minarik et al., 2013)
- Wie erfolgreich sind unterschiedliche Disseminationsstrategien?
(→ Kosten und Reichweite verschiedener Strategien)
(Moessner et al., 2016a)
- Welche Nutzergruppen erreicht man über unterschiedliche Wege
(z.B. Schulen, Internet)?
(Bauer et al., 2019)

Beispiel:

Prävention und Frühintervention bei Essstörungen („ProyYouth“)



Beispiel:

Prävention und Frühintervention bei Essstörungen („ProyYouth“)

Dissemination: Wie erreicht man die Zielgruppe?

Strategien /
Bekanntmachung

Reichweite und Kosten

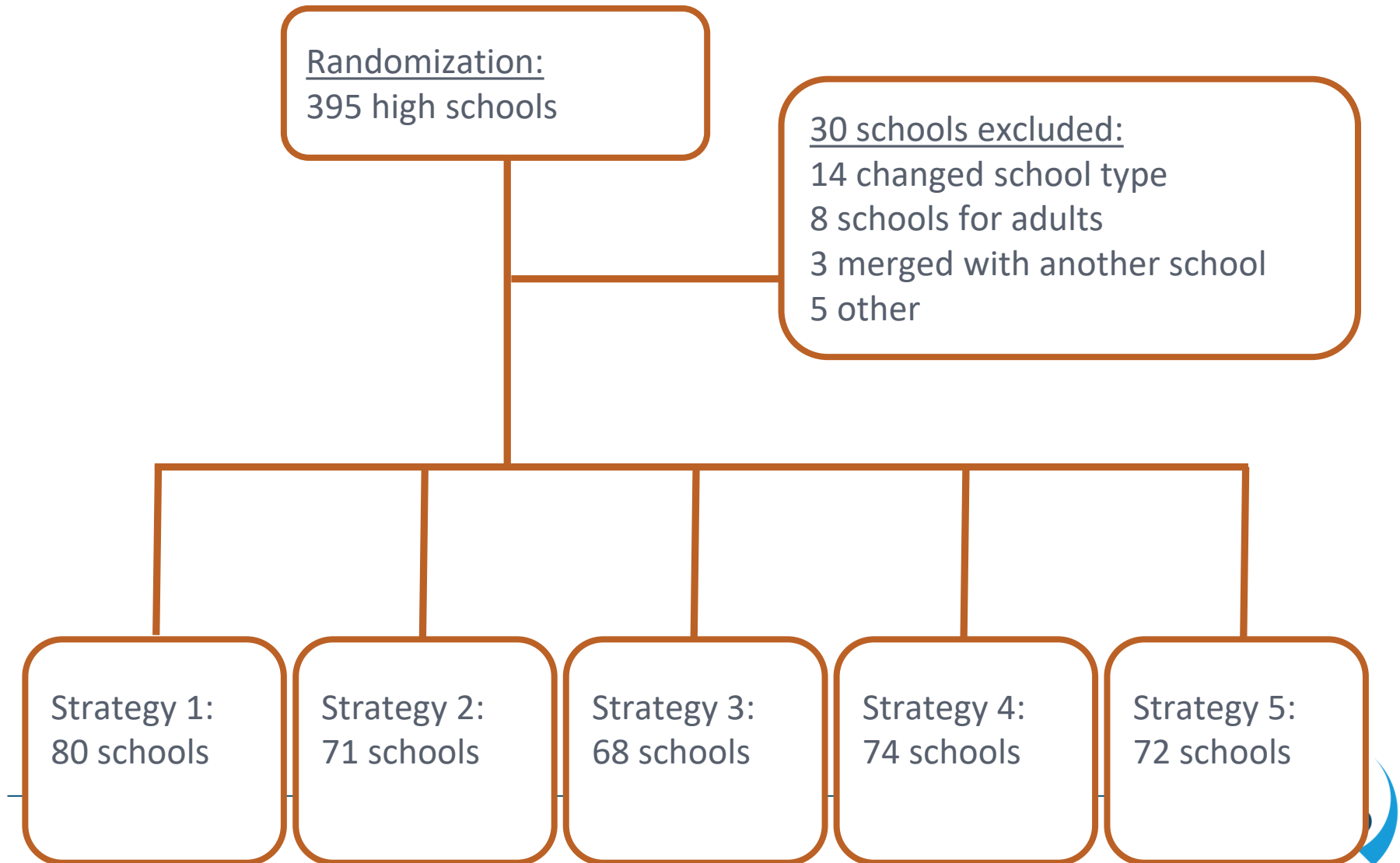
- Schulen
- Universitäten
- Workshops
- Online-Werbung
(e.g. Internetforen)
- Soziale Medien
- Traditionelle Medien



Beispiel:

Prävention und Frühintervention bei Essstörungen („ProyYouth“)

RCT zur Reichweite von 5 schulbasierten Disseminationsstrategien



Reichweite auf Schulebene

Randomization:
395 high schools

30 schools excluded:
14 changed school type
8 schools for adults
3 merged with another school
5 other

S1:
80 schools
→ **100%**
participation

S2:
71 schools
→ **89%**
participation

S3:
68 schools
→ **50%**
participation

S4:
74 schools
→ **23%**
participation

S5:
72 schools
→ **7%**
participation

Kosten pro Strategie (€)

	S 1 (N=80)	S 2 (N=71)	S 3 (N=68)	S 4 (N=74)	S 5 (N=72)
Time	240	275	299.90	3226.50	2455.00
Travels	-	-	-	870.20	189.80
Materials	622.20	404.35	229.70	30.31	16.40
Total	862.20	679.35	529.60	4127.01	2661.20

Reichweite auf Schülerebene

	S 1 (N=80)	S 2 (N=71)	S 3 (N=68)	S 4 (N=74)	S 5 (N=72)
visit					
screening					
registration					

Reichweite auf Schülerebene

	S 1 (N=80)	S 2 (N=71)	S 3 (N=68)	S 4 (N=74)	S 5 (N=72)
visit	49	37	26	229	941
screening	21	17	7	150	806
registration	2	8	2	55	388

Kosten-Effektivität

	S 1 (N=80)	S 2 (N=71)	S 3 (N=68)	S 4 (N=74)	S 5 (N=72)
€/ visit	862.20/ 49 = 17.60	679.35/ 37 = 18.36	529.60/ 26 = 20.37	4127.20/ 229 = 18.02	2661.20/ 941 = 2.83
€/ screening	862.20/ 21 = 41.06	679.35/ 17 = 39.96	529.60/7 = 75.66	4127.2/ 150 =27.51	2661.20/ 806 = 3.30
€/ registration	862.20/ 2 = 431.10	679.35/ 8 = 84.92	529.60/ 2 = 264.80	4127.20/ 55 = 75.04	2661.20/ 388 = 6.86

Über unterschiedliche Zugangswege/Rekrutierungsstrategien werden unterschiedliche Teilnehmergruppen erreicht

		Total (N=3548)	School (N=2739)	Online link (N=255)	Recommended by friend (N=141)	Flyer/ poster (N=118)	Other (N=295)	Test statistics	p
Age	M (SD)	16.6 (5.39)	14.9 (2.57)	22.3 (7.38)	20.8 (8.18)	23.53 (8.97)	22.43 (7.87)	$F_{(4,3543)}=437.3$	<.001
Gender								$\chi^2_{(4)}=258.3$	<.001
BMI								$F_{(3,3543)}=2.04$	.087
WCS								$F_{(3,3543)}=309.9$	<.001
WCS > 5								$F_{(3,3543)}=743.0$	<.001
Bingeing								$F_{(3,3543)}=447.3$	<.001
Laxatives								$F_{(3,3543)}=215.1$	<.001
Vomiting								$F_{(3,3543)}=619.0$	<.001
Low calo food ¹								$F_{(3,3543)}=504.9$	<.001
Exercise ¹								$F_{(3,3543)}=22.9$	<.001
Bingeing and vomiting ¹	%	9.7	5.4	42.0	27.0	28.8	24.7	$\chi^2_{(4)}=599.3$	<.001
Previous tx	%	8.9	2.7	34.9	29.1	22.0	28.9	$\chi^2_{(4)}=584.5$	<.001

Teilnehmergruppen (rekrutiert über Schulen, Internet, soziale Medien, etc.) unterscheiden sich...
 ... in soziodemographischen Variablen
 ... in ihrem Essstörungsrisiko
 ... in ihrer Symptomschwere
 ... in der Häufigkeit und Intensität mit der sie das Programm nutzen

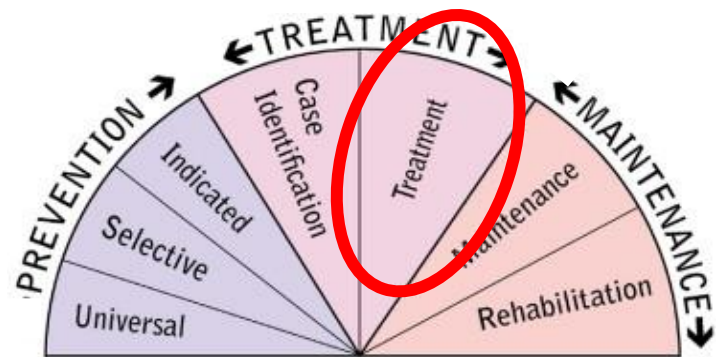
Note. BMI = Body Mass Index; WCS= Weight Concerns Scale; tx= treatment for eating disorders; 1= engaged in this behavior at least once in the past week

Beispiel:

Prävention und Frühintervention bei Essstörungen („ProyYouth“)

- Intensivere Nutzung des Programms von schwerer beeinträchtigten TN und intensivere Nutzung in belasteten Situationen (Kindermann et al., 2017)
 - Vielversprechende erste Ergebnisse bzgl. Vermittlung in konventionelle Behandlung (Kindermann et al., 2016; Moessner et al., 2016b)
 - Aber: Relativ geringe Inanspruchnahme und Nutzung des Programms durch die eigentliche Zielgruppe (TN mit Risiko oder leichten Symptomen einer Essstörung; Bauer et al., 2019)
- Integration von zwei evidenzbasierten Modulen für die selektive Prävention; Evaluation im Rahmen des BMBF-Projektes ProHEAD (www.prohead.de)

Therapiebegleitung / Blended Treatment



[IOM, 2009]

Beispiel: Selbstverletzendes Verhalten

- App („Blueice“) zur Unterstützung parallel zu konventioneller kinder- und jugendpsychiatrischer Versorgung
- Dauer: 12 Wochen
- N = 40; Alter: 12-17 Jahre
- vielversprechende erste Befunde bzgl. Akzeptanz und Symptomreduktion (Stallard et al., 2018)

JMIR Mhealth Uhealth. 2018 Jan 30;6(1):e32. doi: 10.2196/mhealth.8917.

A Smartphone App (Blueice) for Young People Who Self-Harm: Open Phase 1 Pre-Post Trial.

Stallard P^{1,2}, Porter J², Grist R¹.

Beispiel: First-episode psychosis

- App als Ergänzung zu konventioneller kinder- und jugendpsychiatrischer Versorgung
- App enthält verschiedene Module (Psychoedukation, Symptomerkennung, Rückfallpravektion, Problemlösestrategien, Mindfulness, Kontakt)
- Ziele: Verbesserung der Adhärenz bzgl. Standardbehandlung, Rückfallprävention
- Alter: 14-19 Jahre
(Barbeito et al.. 2019)

Front Psychiatry. 2019 Feb 5;10:27. doi: 10.3389/fpsy.2019.00027. eCollection 2019.

Mobile App-Based Intervention for Adolescents With First-Episode Psychosis: Study Protocol for a Pilot Randomized Controlled Trial.

Barbeito S¹, Sánchez-Gutiérrez T¹, Mayoral M², Moreno M^{1,3}, Ríos-Aguilar S⁴, Arango C², Calvo A¹.

Beispiel: Angst und Depression

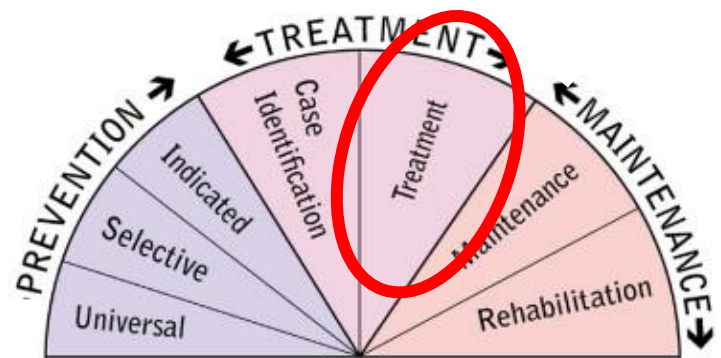
- Mobile Intervention
 - Unterstützung während konventioneller KVT
 - speziell Verbesserung der Adhärenz bzgl. Hausaufgaben
- (Wilanski et al., 2016)

JMIR Res Protoc. 2016 Nov 10;5(4):e209.

Cognitive Behavior Therapy for Anxious and Depressed Youth: Improving Homework Adherence Through Mobile Technology.

Wilansky P¹, Eklund JM², Milner T³, Kreindler D^{4,5}, Cheung A⁴, Kovacs T⁶, Shooshtari S⁷, Astell A^{8,9}, Ohinmaa A¹⁰,
Henderson J¹, Strauss J¹¹, Mills RS⁷.

Selbsthilfe und Therapie



[IOM, 2009]

Beispiel Depression (Erwachsene):

Wirksamkeit von internetbasierter Selbsthilfe (i.d.R. iCBT)

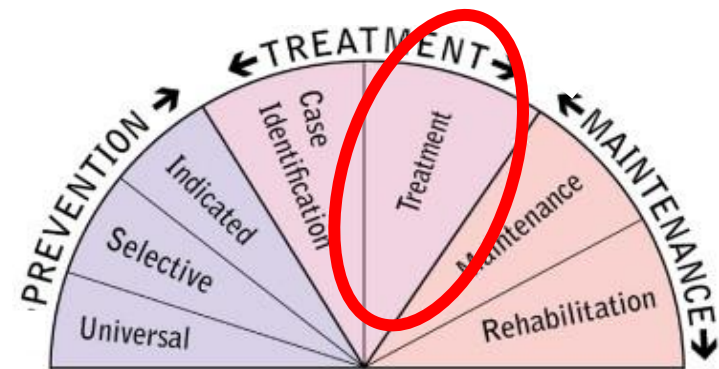
- 2007-2017: min. 19 Metaanalysen (Backenstrass & Wolf, 2018)
- 11 MA die ausschließlich Studien zu depressiver Symptomatik eingeschlossen haben
- kleine bis mittlere Effekte
- Überlegenheit von Interventionen mit persönlicher Unterstützung („guided self-help“) im Vergleich zu reiner Selbsthilfe (Baumeister et al., 2014)
- Rekrutierung i.d.R. über Werbung/Anzeigen, Internetforen; selten in klinischen Settings mit Diagnosestellung durch Experten
- Zumeist Warteliste-Kontrollgruppen

Beispiel Angst & Depression (Jugendliche): Wirksamkeit von internetbasierten Interventionen (i.d.R. iCBT)

- 4 Reviews/Metaanalysen (Ebert et al., 2015; Pennant et al., 2015; Tozzi et al., 2018; Valmäki et al., 2017)
- Kurzfristig kleine bis mittlere Effekte bzgl. der Reduktion von Angst- und Depressionssymptomen
- Zumeist Warteliste-Kontrollgruppen

Beispiel Essstörungen (Erwachsene): Internetbasierte Guided Self-Help versus ambulante Einzeltherapie für Binge Eating Störung

- N = 178 PatientInnen mit Binge Eating Störung (BED)
- Interventionsdauer: 4 Monate
- 20 Sitzungen KVT versus 11 online-Module plus Email-Unterstützung
- Ergebnisse:
 - Überlegenheit der KVT bei Interventionsende und nach 6 Monaten
 - Keine Unterschiede nach 18 Monaten
 - Keine Unterschiede in der Kosten-Effektivität
- Schlussfolgerung:
 - KVT ist eine bessere initiale Behandlungsoption für BED als internetbasierte geleitete Selbsthilfe



[IOM, 2009]

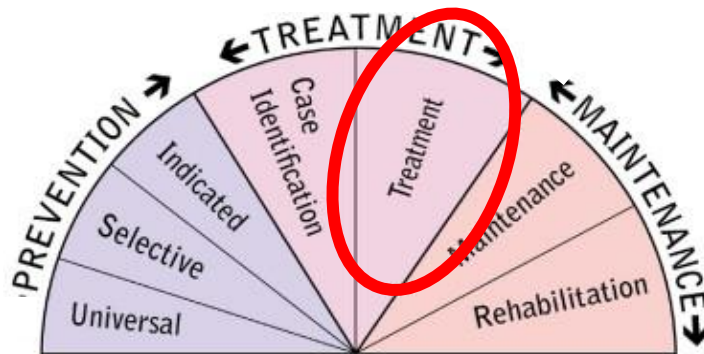
(de Zwaan et al., 2017; König et al., 2018)

Beispiel Essstörungen:

Online versus Face-to-Face Gruppentherapie für Bulimie

- N = 179 PatientInnen mit Bulimia nervosa
- Behandlungsdauer: 20 Wochen
- 16 Sitzungen KVT Face-to-face oder online (Chat)
- Ergebnisse:
 - Überlegenheit der Face-to-face Behandlung zu Therapieende
 - keine Unterschiede nach 12 Monaten
 - Keine Unterschiede in der Kosten-Effektivität
- Schlussfolgerung:
 - Langsamere Verbesserung in der Chat-basierten Intervention; kein zusätzlicher Benefit der Chat-Intervention bzgl. Dropout oder Kosten-Effektivität.

(Watson et al., 2018; Zerwas et al., 2017)

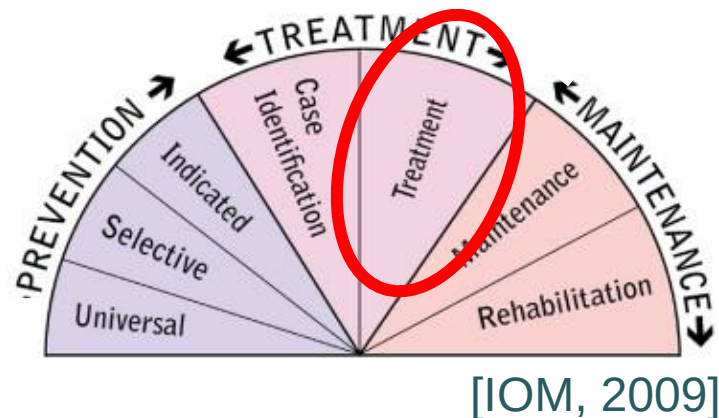


[IOM, 2009]

Beispiel Essstörungen: Internetbasierte Guided Self-help versus Bibliothherapie für BN

- N = 155 PatientInnen mit Bulimia nervosa
- Vergleich: Selbsthilfebuch versus internetbasierte Selbsthilfe
- Dauer der Intervention (KVT-basiert): 7 Monate
- Ergebnisse:
 - Keine Unterschiede zwischen den Gruppen nach 4, 7 und 18 Monaten hinsichtlich Abstinenz- und Remissionsraten

(Wagner et al., 2013)



- Bislang kaum Evidenz bzgl. der Wirksamkeit von Apps für psychische Erkrankungen (Grist et al., 2017)

J Med Internet Res. 2017 May 25;19(5):e176. doi: 10.2196/jmir.7332.

Mental Health Mobile Apps for Preadolescents and Adolescents: A Systematic Review.

Grist R¹, Porter J², Stallard P^{1,2}.

III. Qualitätskriterien

Tab. 3 Kriterien zur Beurteilung des Einsatzes internetbasierter Interventionen im Gesundheitssystem

Kriterium	Definition	Beispiele
Indikation	Beschreibung der psychischen Beschwerden, zu deren Behandlung die Intervention geeignet ist	Spezifisch (z. B. depressive Symptome, Angstsymptome, ...) oder transdiagnostisch? Schweregrad der Symptome? (z. B. Eignung nur bei leichten bis mittelgradigen oder auch bei schwerer ausgeprägten Beschwerden)
Intervention	Beschreibung der Intervention	Art der Intervention – Selbsthilfeintervention? Angeleitet oder nichtangeleitet? – Behandlung aus der Ferne? E-Mail? Audiovisuell? Sind die Inhalte der Intervention transparent beschrieben? Ist diese Beschreibung frei zugänglich? Wird eine differenzielle Beschreibung der Intervention (für Behandler/für Patienten) angeboten? Dauer der Nutzung: Wie lange hat der Nutzer Zugang zur Intervention? Welche Dauer der Nutzung pro Woche wird empfohlen? Ist diese Empfehlung evidenzbasiert?
Sicherheitsaspekte	Beschreibung der bekannten Nebenwirkungen und dem Vorgehen bei Gefährdungssituationen	Sind in den Studien unerwünschte Wirkungen systematisch erfasst worden? [58] Wie reagiert das System bei Auftreten von Notfällen (z. B. Suizidalität)? Werden dem Nutzer automatisiert Hilfestellungen empfohlen? Wird eine professionelle Bezugsperson, z. B. der behandelnde Psychiater, informiert?
Qualifikation	Beschreibung der Qualifikation der evtl. im Rahmen der internetbasierten Intervention tätigen Behandler	Welche Ausbildung weisen die Behandler vor (z. B. Berufsbezeichnung und spezifische, regelmäßige Fort- und Weiterbildung im Bereich internetbasierten Interventionen)? Liegt ein Interventionsmanual vor? Wie wird Manualtreue bzw. Treatmentintegrität sichergestellt? Wie sehen Supervisions- und Intervisionskonzepte für die Internetintervention aus?
Wirksamkeit	Beschreibung der Studien zur Feststellung der Wirksamkeit der Intervention	Erfüllt die Intervention die Kriterien für eine evidenzbasierte psychologische Intervention, d. h. gibt es mindestens zwei Studien zweier unabhängiger Forschergruppen, welche die Überlegenheit über eine Kontrollgruppe oder die Gleichwertigkeit mit einer etablierten Therapie zeigen? [59]
Nutzerperspektive	Beschreibung des Wissens über die Nutzerperspektive	Ist die Intervention barrierefrei oder -arm (z. B. breit zugänglich bez. Seh- und Hörvermögen der Nutzer)? In welchen Sprachen ist die Intervention verfügbar? Welche Abbruchraten bzw. Completeraten werden in den Studien beschrieben? Wurde die Nutzerzufriedenheit gemessen?

Gesundheits- ökonomie	Beschreibung des Kosten-Nutzen-Verhältnisses	Was kostet die Intervention pro Nutzer?
		Bestehen gesundheitsökonomische Analysen für die Anwendung dieser Intervention im deutschen Gesundheitssystem? Was ist deren Ergebnis?
Integrierbarkeit in die Versorgung	Beschreibung der Schnittstelle zwischen Intervention und Behandler	Gibt es eine Möglichkeit für den Behandler, das Nutzungsverhalten seines Patienten zu beobachten?
		Kann der Behandler in einem verschlüsselten E-Mail-System in der Intervention mit seinem Patienten kommunizieren?
		Wird im Rahmen der Intervention systematisch der Erfolg der Intervention überprüft? Welche Empfehlungen werden bei ausbleibendem Erfolg der Intervention gegeben?
Rechtliche Aspekte	Beschreibung der bei der Nutzung der Intervention zu berücksichtigenden rechtlichen Rahmenbedingungen	Sozialrechtlich: – Sind die für die Nutzung der Intervention anfallenden Kosten erstattungsfähig? – Kann der Kliniker im Rahmen der Intervention erbrachte Leistungen mit der Krankenkasse abrechnen?
		Berufsrechtlich: fallen die im Rahmen der Intervention durch den Kliniker erbrachten Leistungen unter das Fernbehandlungsverbot?
		Haftungsrechtlich: wer haftet bei Fehlern in der internetbasierten Intervention? Der Behandler oder der Entwickler der Intervention?
Datenschutz	Beschreibung der Datenschutzeigenschaften der Intervention und der Anforderungen an den Kliniker	Kann der Nutzer sich auch anonym bei der Intervention anmelden?
		Erfolgt der Austausch der Daten mit dem System über eine verschlüsselte Verbindung?
		In welchem Land werden eventuelle Daten gespeichert? Innerhalb welcher Frist werden diese gelöscht? Kann der Nutzer die Löschung der Daten veranlassen?
		Welche Anforderungen bestehen an das IT-System des Behandlers, wenn er im Rahmen der Intervention mit seinem Patienten kommuniziert?

Klein et al., 2016

BPtK Patienten-Checkliste für Internetprogramme

Angaben zum Programm

- Wer bietet das Programm an?
- Für wen ist das Programm gedacht (zum Beispiel Kinder, Jugendliche, Eltern, Erwachsene)?
- Wozu ist das Programm gedacht? Soll es über psychische Erkrankungen informieren oder bietet es Unterstützung bei der Behandlung psychischer Erkrankungen?
- Basiert das Programm auf einem wissenschaftlich anerkannten psychotherapeutischen Verfahren?¹
- Wurde das Programm wissenschaftlich auf seine Wirksamkeit überprüft? Sind dafür Studien als Belege angegeben?
- Sind Risiken und Nebenwirkungen des Programms beschrieben? Ist insbesondere beschrieben, wer es nicht nutzen sollte?

Wer sind die Ansprechpartner?

- Gibt es einen direkten Ansprechpartner? Sind die direkten Ansprechpartner Psychotherapeuten oder Ärzte?
- Erhält der Nutzer individuelle Ratschläge? Wer gibt diese Ratschläge: ein Computer oder ein Psychotherapeut oder ein Arzt? Bekommt der Nutzer bei-

BPtK Patienten-Checkliste für Internetprogramme

Was passiert in Krisensituationen?

- Erfasst das Programm regelmäßig, wie die Behandlung verläuft?
- Klärt das Programm über mögliche Krisensituationen auf und informiert, wohin sich Patienten im Notfall wenden können?
- Bietet das Programm die Möglichkeit, bei Krisen kurzfristig mit einem Psychotherapeuten oder Arzt zumindest telefonisch sprechen zu können?

Datensicherheit

- Welche Daten werden erhoben?
- Wo werden die Daten gespeichert?
- Wer hat Zugang zu den Daten?
- Werden die Daten ausschließlich für das Programm oder noch für andere Zwecke genutzt?
- Werden die Daten ausreichend gesichert? Werden Antworten verschlüsselt?
- Zeigt das Programm, wer sich (zuletzt) in einen Account eingeloggt hat?
- Wie lange werden die gespeicherten Daten aufbewahrt? Wird dem Nutzer das Recht zugesichert, seine Daten löschen zu lassen?

Kriterienkatalog für die Beschreibung und Bewertung von Gesundheits-Apps

www.appkri.de

 **APPKRI Kriterien für Gesundheits-Apps**

Beschreiben, vergleichen oder bewerten Sie Gesundheits-Apps mit den Kriterien, die Ihnen wichtig sind. Stellen Sie Ihren eigenen Kriterienkatalog zusammen.



Gefördert durch:
 Bundesministerium für Gesundheit
aufgrund eines Beschlusses des Deutschen Bundestages

Willkommen

Herzlich willkommen beim **Meta-Kriterienkatalog für die Beschreibung und Bewertung von Gesundheits-Apps** des Fraunhofer-Instituts für Offene Kommunikationssysteme FOKUS. Wir haben mit finanzieller Förderung des Bundesministeriums für Gesundheit eine Webanwendung entwickelt, die alle diejenigen unterstützen soll, die Gesundheits-Apps vergleichen, bewerten und gute Anwendungen zur Nutzung weiterempfehlen wollen.

Welche Anforderungen Gesundheits-Apps erfüllen sollten, welche Aspekte wichtig sind, das wird je nach Perspektive des Prüfenden, aber auch abhängig von der in den Blick genommenen Nutzergruppe, Indikation, Einsatzsituation, Zielstellung etc unterschiedlich sein. In diesem Browser stellen wir Kriterien zu einem breiten Spektrum von Themen zur Verfügung, von A wie Aktualisierung über D wie Datenschutz und N wie Nutzerfreundlichkeit bis Z wie Zuverlässigkeit. Zu den gesetzlichen Vorgaben, die in Deutschland zu Gesundheits-

Weiter

Fraunhofer-Institut, 2018

Impressum Datenschutz

IV. Fazit

Fazit I

- Vielzahl unterschiedlicher Interventionen; übergreifende Bewertung ist schwierig
- Klar erkennbares Potenzial; Evidenz bzgl. einzelner Interventionen zweifellos vorhanden
- Wenige Vergleichsstudien zwischen internetbasierten Interventionen und konventioneller Psychotherapie
- Kaum Replikationsstudien
- Bislang wenige Wirksamkeitsstudien zu (therapeutischen) Apps
- Wenige Studien zu Kosten, Kosten-Effektivität und Dissemination von E-Mental Health

Fazit II

Internetbasierte Interventionen...

- sollten basierend auf spezifischen Herausforderungen in der Versorgung konzipiert und evaluiert werden
- ermöglichen eine Ergänzung der Regelversorgung
- versprechen Verbesserung der Versorgungskontinuität; Überbrückung von Schnittstellen, Erleichterung des Zugangs zu professioneller Unterstützung
- erlauben durch Monitoring eine frühe Identifikation von Krankheitsepisoden → zeitnahes Reagieren möglich

Fazit III

- Diskrepanz zw. potentieller und tatsächlicher Reichweite (z.T. geringe Akzeptanz)
- Herausforderung: schnelle technische Entwicklung versus (langsame) Evaluationsforschung
- Qualitätskriterien werden benötigt:
 - Unübersichtlichkeit für Betroffene und Behandler/Berater
 - Kriterien um zu entscheiden ob eine Empfehlung für die Anwendung in der Praxis ausgesprochen werden kann (z.B. Charakteristika der Intervention, Art des Kontakts zum Anbieter, Evidenzbasierung, Datenschutz)

Danke für die Aufmerksamkeit!

stephanie.bauer@med.uni-heidelberg.de