

Blended Psychotherapy – verzahnte Psychotherapie: Behandlungskonzept und Fallbericht zur Integration von Internet- und Mobil-basierten Interventionen in die Kurzzeittherapie von depressiven Störungen

Ingrid Titzler^a Viktoria Egle^a Matthias Berking^a Corinna Gumbmann^b
David Daniel Ebert^{a, c}

^aLehrstuhl für Klinische Psychologie und Psychotherapie, Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg, Erlangen, Deutschland; ^bCIP-Ambulanz Erlangen, Centrum für Integrative Psychotherapie, Erlangen, Deutschland; ^cSection of Clinical Psychology, Faculty of Behavioral and Movement Sciences, VU Amsterdam, Amsterdam, Niederlande

Schlüsselwörter

Blended Psychotherapy · Verzahnte Psychotherapie · Internet-/mobilgestützte Kurzzeittherapie · Depression · Fallbericht

Zusammenfassung

Hintergrund: Blended Psychotherapy (bPT) ist ein Behandlungskonzept zur Integration von Internet-/Mobil-basierten Interventionen in die ambulante/stationäre Psychotherapie. Es kann den Therapieprozess bereichern, indem Online-basierte Behandlungselemente als verlängerter therapeutischer Arm genutzt und zwischen den Therapiesitzungen von PatientInnen zeit- und ortsunabhängig bearbeitet werden. Dadurch könnten die Effektivität von Psychotherapie potenziell verbessert oder mehr Therapieplätze durch die eingesparte Therapeutenzeit angeboten werden. Der Fallbericht soll ein Verständnis der Verzahnung der Behandlungselemente ermöglichen. **Fallbericht:** Die viermonatige Kurzzeit-Depressionsbehandlung einer 48-jährigen Patientin mit sechs Face-to-Face-Therapiesitzungen, sechs Online-Lektionen und App-Ratings wird nach den CARE-Richtlinien und auf Basis quantitativer und qualitativer Daten (Behandlungsdokumentation) dargestellt. Die depressive Symptomatik reduzierte sich im Behandlungsverlauf klinisch signifikant (Patient Health Questionnaire [PHQ-9], 0–27: T0 = 17; T1 = 7) von einer mittel-schwergradigen zu einer subklinisch-

milden Ausprägung und erfüllte im 12-Monats-Diagnostikinterview keine klinischen Diagnosekriterien. Die Patientin zeigte eine maximale Behandlungszufriedenheit (Fragebogen zur Patientenzufriedenheit [ZUF-8], 8–32: T1 = 32) sowie Adhärenz und bewertete die therapeutische Beziehung sehr positiv (Working Alliance Inventory [WAI], 12–60: T1 = 57). **Schlussfolgerung:** bPT war bei dieser Patientin geeignet, um depressive Symptome zu reduzieren. Stärken der Behandlung waren die gute Integrierbarkeit der Online-Behandlung in die Berufstätigkeit der Patientin und die Individualisierung in den Therapiegesprächen durch die Therapeutin. Die Vorgabe von sechs Therapiesitzungen schränkte den Behandlungserfolg insofern ein, dass nicht alle Behandlungsthemen therapeutisch bearbeitet und keine Rezidivprophylaxe durchgeführt werden konnten.

© 2019 S. Karger AG, Basel

Blended Psychotherapy: Treatment Concept and Case Report for the Integration of Internet- and Mobile-Based Interventions into Brief Psychotherapy of Depressive Disorders

Keywords

Blended therapy · Internet-/mobile-assisted brief psychotherapy · Depressive disorder · Case report

Abstract

Background: Blended psychotherapy (bPT) is a treatment that integrates internet- and mobile-based interventions into out-/inpatient psychotherapy. It can enrich the therapy by using online-based treatment modules as therapeutic extension that patients use time- and location-independently between face-to-face sessions. It could potentially improve the efficacy of psychotherapy and increase the number of treated persons through saved therapist time. The case report aims to facilitate the understanding of the blended treatment components. **Case Report:** A 4-month short-time depression treatment with six face-to-face therapy sessions, six online lessons, and app ratings of a 48-year-old female patient is presented based on the CARE guidelines and quantitative and qualitative measures (treatment documentation). Depressive symptoms were clinically significantly reduced (PHQ-9, 0–27: T0 = 17; T1 = 7) from a moderately-severe to a sub-clinical-mild degree, and no diagnostic criteria were met in the 12-month follow-up diagnostic interview. The patient showed a maximum treatment satisfaction (ZUF-8, 8–32: T1 = 32) and adherence and rated the therapeutic working alliance (WAI, 12–60: T1 = 57) highly positive. **Conclusion:** bPT reduced depressive symptoms for this patient. Strengths of the treatment were the facilitated use of the internet-based elements with a full-time job and the individualization within the face-to-face sessions through the therapist. Treatment success was limited by the predetermined six sessions, which hindered addressing all topics and conducting relapse prevention.

© 2019 S. Karger AG, Basel

Hintergrund

Depressive Störungen sind hoch prävalent, haben eine hohe Komorbiditätsrate [Jacobi et al., 2014] und werden als Volkskrankheit mit einer der höchsten Burden of Disease geschätzt [World Health Organization, 2008]. Gleichzeitig besteht ein beträchtliches Versorgungsdefizit, da lediglich 34,6% der Betroffenen (12-Monats-Prävalenz) ambulante bzw. stationäre Behandlungsangebote von Ärzten/Psychotherapeuten in Anspruch nehmen [Mack et al., 2014] und 64,1% nur hausärztlich sowie 25% fachärztlich versorgt werden [Gerste und Roick, 2014]. Die Wartezeiten für Psychotherapie liegen im Schnitt bei 19,9 Wochen, was das Risiko für eine Verschlimmerung und Chronifizierung erhöht [Bundespsychotherapeutenkammer, 2018].

Ein Lösungsansatz könnte der Einsatz von neuen Medien in der Psychotherapie als neue Versorgungssäule sein, welche die psychotherapeutischen Interventionen über andere Kommunikationskanäle transportiert und dem Einzug der Digitalisierung in den Alltag der Patien-

Innen gerecht wird. Dabei wird die im persönlichen Kontakt ablaufende Therapie auf den virtuellen Raum übertragen, indem therapeutische Techniken und Inhalte über Internet-/Mobil-basierte Programme (Web, App) zur Verfügung gestellt werden [Ebert et al., 2018].

Die bisherige Forschung bestätigt, dass Internet- und Mobil-basierte Interventionen (IMIs) effektiv zur Depressionsbehandlung angeboten werden können. So zeigen Meta-Analysen mit Studien zur Depression, dass IMIs hohe Effektstärken von Hedges' $g = 0,90$ im Vergleich zu Wartekontrollgruppen (Studienanzahl $k = 19$, eingeschlossene Studienteilnehmer $N = 1'650$) erzielen [Königbauer et al., 2017] und begleitete IMIs signifikant höhere Responseraten (Odds-Ratio [OR] = 2,49) und Remissionsraten (OR = 2,41) im Vergleich zu Kontrollgruppen ($k = 24$, $N = 4'889$) zeigen [Karyotaki et al., 2018]. Dabei zeigt sich, dass Guidance (z.B. Unterstützung durch einen e-Coach) mit stärkerer Symptomreduktion, gesteigerter Adhärenz und weniger Dropouts der Teilnehmer assoziiert ist [Baumeister et al., 2014]. Weiterhin können IMIs mit therapeutischer Begleitung ähnliche Wirksamkeitseffekte wie eine kognitive Verhaltenstherapie (KVT) erreichen (Meta-Analyse mit $k = 20$, $N = 1'418$, davon $k = 4$ zu depressiven Symptomen) [Carlbring et al., 2018]. Für demgegenüber offene PatientInnen, die jedoch den persönlichen Kontakt präferieren, könnte eine integrierte und verzahnte Kombinationsbehandlung in Frage kommen.

Die Einsatzmöglichkeiten von verzahnter Psychotherapie sind sequenziell (z.B. IMIs zur Wartezeitüberbrückung zeitlich vor oder zur Nachsorge nach Face-to-Face-Therapie) oder integrierend (z.B. IMIs zur Unterstützung, Intensivierung oder verbesserten Ressourcenallokation von Face-to-Face-Therapie oder als Bestandteil integrierter Versorgung) [Erbe et al., 2017; Baumeister et al., 2018]. Blended Psychotherapy (bPT) als verzahnte Psychotherapie kombiniert IMIs mit klassischer Face-to-Face-Psychotherapie und könnte dadurch beide Welten gewinnbringend vereinen, u.a. durch (a) persönlichen Kontakt zum Psychotherapeuten, (b) Raum für Individualisierung in den Therapiesitzungen, (c) Möglichkeit zur zeit- und ortsunabhängigen Nutzung der IMIs für berufstätige oder in unterversorgten Gebieten lebende PatientInnen, (d) Auslagerung von Behandlungselementen an IMIs und Investition der eingesparten Therapeutenzeit zur Behandlung von mehr PatientInnen, (e) Förderung der Strukturiertheit, (f) wiederholte, alltagsnahe Erfassung von Emotionen und Verhaltensweisen mittels Ecological Momentary Assessment per Smartphone oder Wearable, oder (g) potenzielle Steigerung der Effektivität durch Intensivierung der Therapie. Allerdings gibt es auch Herausforderungen für PatientInnen und TherapeutInnen, u.a. (a) technisches Know-how, (b) Gewährleistung von Datenschutz, (c) Anschaffungs-/

Entwicklungs-/Lizenzkosten (derzeit keine Regelleistung), (d) Internet-/Computer-/Smartphone-Zugang, oder (e) organisatorische Anforderungen.

Erste Forschungsergebnisse zeigen vielversprechende Ergebnisse zur klinischen Wirksamkeit von bPT. Bei Erhöhung der Behandlungsintensität durch adjuvante Internet- oder Mobil-basierte Interventionen ist bei gleichbleibender Face-to-Face-Therapiezeit eine Erhöhung der Wirksamkeit möglich: So erzielte die ergänzende Online-Komponente moderate Effektstärken von Cohens $d = 0,51$ im Vergleich zu ambulanter Psychotherapie (85% KVT) [Berger et al., 2018] und $d = 0,44$ im Vergleich zu stationärer Psychodynamischer Psychotherapie [Zwenz et al., 2017]. Auch eine zusätzliche mobile Technologie (Apps, Short-Message-Service) bei psychologischen Interventionen für psychiatrische oder somatische Störungen zeigte laut einer Meta-Analyse ($k = 10$, $N = 1'499$), dass größere Behandlungserfolge im Vergleich zur alleinigen Intervention möglich sind (Effektstärke = $0,27$, $p < 0,05$) [Lindhiem et al., 2015]. Bei Reduktion der Face-to-Face-Therapeutenzeit (Einsparpotenzial von 50–86%) und gleichzeitig ersetzenden IMIs sind gleichbleibende Effekte möglich [Erbe et al., 2017]. So zeigte sich eine KVT-basierte bPT mit jeweils 50% Face-to-Face- und Online-Sitzungen nicht unterlegen gegenüber der klassischen KVT-Psychotherapie, während sie eine sehr hohe Effektstärke von $d = 0,87$ im Vergleich zur reinen KVT-Online-Behandlung erzielte [Sethi et al., 2010]. Auch die Smartphone-Unterstützung einer Kurzzeit-KVT (vier Face-to-Face-Sitzungen, Einsparpotenzial von 47% der Therapeutenzeit) erzielte äquivalente Ergebnisse zur Reduktion depressiver Symptome wie eine klassische Verhaltenstherapie-Kurzzeittherapie (zehn Sitzungen) [Ly et al., 2015]. Somit deutet sich auch das Potenzial für eine kosteneffektive und wirksame Alternative zur traditionellen Psychotherapie an. Von hoher Relevanz sind darüber hinaus die positiven Ergebnisse zur Akzeptanz von bPT bei TherapeutInnen [Kooistra et al., 2016; Titzler et al., 2018] und PatientInnen [van der Vaart et al., 2014; Etzelmueller et al., 2018], insbesondere von Computer-basierter KVT im unterversorgten ländlichen Raum [Valury et al., 2015].

bPT als verzahnte Psychotherapie ist ein integriertes Behandlungskonzept, das die technologischen Möglichkeiten der neuen Medien in Verbindung mit klassischen therapeutischen Methoden optimal nutzt. Dadurch kann Psychotherapie über das Internet unabhängig von Zeit und Ort in Kombination mit persönlichem Kontakt angeboten werden. bPT wird in den Niederlanden bereits in die Gesundheitsversorgung implementiert (www.mindway.nl), als Routineangebot in Implementierungsstudien untersucht [Vis et al., 2015] und in Deutschland in einzelnen Forschungs-/Modellprojekten umgesetzt [Etzelmueller et al., 2018; Titzler et al., 2018; Baumeister et al.,

2019; Kemmeren et al., 2019]. Aufgrund des wenig bekannten Verlaufs einer solchen Behandlungsform erfolgt nun eine Beschreibung sowie Konkretisierung anhand eines Fallberichts.

Beschreibung der Behandlungselemente der eingesetzten bPT

Therapieformat

Bei dieser bPT handelt es sich um eine ambulante Kurzzeittherapie, welche integrativ Face-to-Face-Therapiesitzungen mit IMIs auf Basis der KVT kombiniert. Im Behandlungszeitraum von ca. 13 Wochen werden sieben Online-Lektionen (davon sind vier therapeutisch geteilt in Modul A und B und sollen wöchentlich aufeinander aufbauend bearbeitet werden) im Verhältnis 2:1 alle zwei Wochen durch sechs persönliche Therapiegespräche und kontinuierliche App-basierte Verlaufsmessungen (verschiedene emotional-kognitiv-verhaltensbezogene Parameter) ergänzt (Abb. 1). Jede Behandlung startet mit einer Face-to-Face-Therapiesitzung vor Ort, wird alternierend mit wöchentlichen Online- und zweiwöchentlichen Face-to-Face-Sitzungen fortgeführt und endet mit einer Online-Lektion zur Rückfallprophylaxe.

Face-to-Face-Therapiesitzungen

Erstes Gespräch und technische Einführung. Die erste Face-to-Face-Sitzung verfolgt spezifische Ziele wie der Beziehungsaufbau, die technische Einführung in die Web-/App-basierten Behandlungselemente (z.B. Installation, Login, Aufgreifen von Hemmungen, PDF-Handbücher) sowie das Erläutern und die Terminierung des Behandlungsablaufs. Die weiteren fünf Face-to-Face-Therapiesitzungen werden im zweiwöchentlichen Rhythmus geplant, wobei flexible Anpassungen bei Krisen oder durch Krankheit oder Urlaub bedingter verzögerter Bearbeitung der Online-Lektionen möglich sind.

Zweite bis fünfte Face-to-Face-Therapiesitzungen. Die Therapeutin (bzw. der Therapeut) strukturiert jede Sitzung anhand folgender Komponenten: (a) Online-Behandlungselemente integrierend aufgreifend, d.h. Rückblick auf Web-basierte Online-Lektionen und Besprechung der App-Verlaufsmessungen, (b) Klärung von Verständnisfragen und technischen Schwierigkeiten, (c) Vertiefung und Nachbesprechung der Web-Inhalte und Übungen, (d) Bearbeitung aktuell belastender bzw. individueller Themen, und (e) Verzahnung und Strukturierung des Behandlungsverlaufs, z.B. Auswahl und Terminierung der nächsten Online-Lektion. In der zweiten Face-to-Face-Sitzung kann die Online-Lektion "Wissenswertes" durch die Erstellung eines individuellen Vulnerabilitäts-Stress-Modells oder einer Situationsanalyse vertieft werden. Die Reihenfolge der weiteren Online-

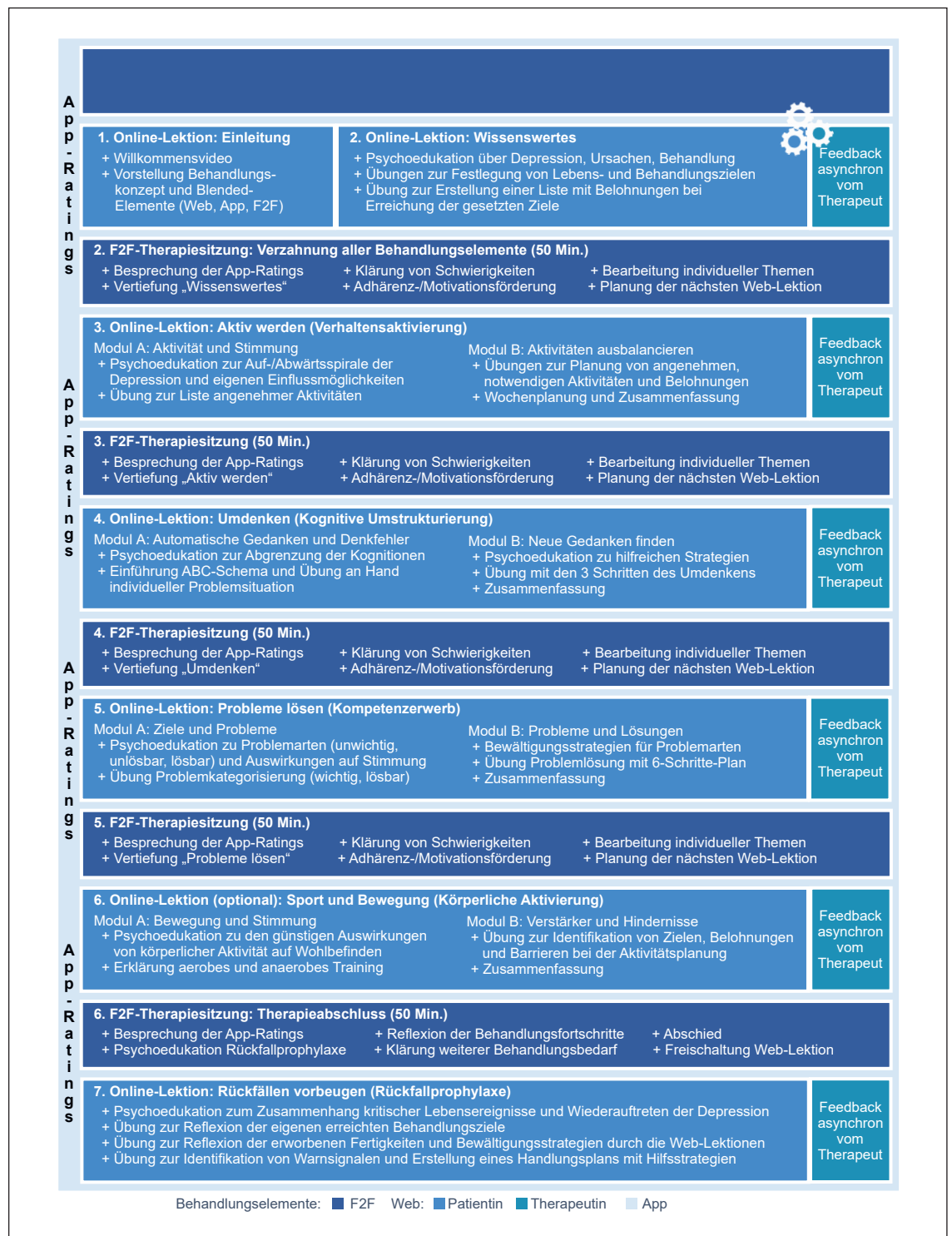


Abb. 1. Verzahnung der Face-to-Face (F2F)-/App-/Web-Behandlungselemente der Blended Psychotherapy.

Lektionen kann frei abgestimmt und gewählt werden. Folgende Interventionen werden zur jeweiligen Vertiefung in der dritten bis fünften Face-to-Face-Sitzung vorgeschlagen: Identifikation von Barrieren und Ressourcenaktivierung zur Unterstützung beim Aktivitätsaufbau (Online-Lektion “Aktiv werden”), Anwendung eines

Schritte-Plans zur kognitiven Umstrukturierung (Online-Lektion “Umdenken”) sowie zur systematischen Problemlösung an eigenen Situationen (Online-Lektion “Probleme lösen”).

Therapieabschluss. Die sechste Face-to-Face-Sitzung dient der Reflexion der Behandlung, der Verstärkung für

Therapiefortschritte, gegebenenfalls der Initiierung einer Weiterbehandlung sowie der Besprechung rückfallprophylaktischer Maßnahmen und der Freischaltung der Online-Lektion "Rückfällen vorbeugen".

Online-Behandlung

Web-Behandlungsprogramm. Die Online-Behandlung findet über die Online-Plattform Moodbuster (Plattform ICT4D, Server Universität INESC Porto, Portugal) statt, deren Zugang passwortverschlüsselt ist und welche keine personenbezogenen Daten erfordert. Die Inhalte können nur von der Patientin (bzw. dem Patienten) und der Therapeutin eingesehen werden. Die Patientin erhält Zugriff auf KVT-basierte Online-Lektionen, entsprechend der evidenzbasierten Therapietechniken der Depressionsbehandlung (z.B. Psychoedukation, Verhaltensaktivierung, kognitive Umstrukturierung, Problemlösetraining, und Rückfallprophylaxe) [Hautzinger, 2013]. Jede Lektion bietet mit Video- und Textmaterial vertiefende Psychoedukation zum Thema und ermöglicht der Patientin durch interaktive Übungen, das Gelernte auf die eigene Situation anzuwenden. Die Reihenfolge der Online-Lektionen ist individuell in Absprache mit der Therapeutin wählbar, wobei "Einleitung" und "Wissenswertes" verpflichtend zu Beginn und "Rückfällen vorbeugen" zum Abschluss der Behandlung bearbeitet werden und "Sport und Bewegung" optional ist. Die Patientin kann die aktuelle Online-Lektion einsehen und zeitlich flexibel bearbeiten, ihre App-basierten Verlaufsprotokolle (z.B. Stimmung, Aktivität) verfolgen, Aktivitäten im Kalender planen bzw. bewerten und mit der Therapeutin kommunizieren.

Erste Online-Lektion "Einleitung". Die einführende Lektion heißt die Patientin willkommen und beschreibt die Komponenten (Face-to-Face, Web, App) der Blended Depressionsbehandlung.

Zweite Online-Lektion "Wissenswertes". Zur Psychoedukation wird die Patientin über das Krankheitsbild Depression, Ursachen und Behandlungsmöglichkeiten informiert. In Übungen wird sie angeleitet, sich Lebens- und Behandlungsziele sowie Belohnungen zur Steigerung ihrer Behandlungsmotivation zu überlegen.

Dritte Online-Lektion "Aktiv werden". Zur Verhaltensaktivierung [Sturmey, 2009; Martell et al., 2010] erfolgt eine Psychoedukation über den Zusammenhang zwischen Verhalten und Stimmung sowie zur Auf- und Abwärtsspirale. Darüber hinaus plant die Patientin erste angenehme Aktivitäten zur Steigerung des Wohlbefindens und untersucht das eigene Aktivitätslevel, indem sie für jede Aktivität angibt, wie angenehm und häufig sie ausgeführt wurde. Zur Tagesstrukturierung wird sie unterstützt, zwischen notwendigen und angenehmen Aktivitäten eine Balance zu finden sowie Barrieren bei der Ausführung zu überwinden. In den Kalender sollen so viele angenehme Aktivitäten wie erwünscht und so viele not-

wendige Aktivitäten wie erforderlich eingetragen werden. Nach einer Woche werden sowohl Funktionalität bzw. damit verbundene Hindernisse als auch bedingte Stimmungsveränderungen eruiert.

Vierte Online-Lektion "Umdenken". Ziel ist die Korrektur dysfunktionaler Kognitionen zur Verbesserung der Stimmung [Hawley et al., 2017]. Es werden negative automatische Gedanken und Denkfehler erläutert, die zu einer verzerrten Realitätswahrnehmung führen. Zum Umgang damit lernt die Patientin sieben Schritte kennen: (1) Ausgangslage beschreiben, (2) automatische Gedanken enttarnen und Glaubwürdigkeit einschätzen, (3) Gefühlsstärke wahrnehmen, (4) Denkfehler erkennen, (5) Gedanken hinterfragen und auf Wahrheitsgehalt testen, (6) einen hilfreichen Gedanken finden und (7) Glaubwürdigkeit des neuen Gedankens bestimmen. Zuerst werden mit Hilfe des ABC-Schemas [Ellis, 1991] automatische Gedanken, Gefühle und Denkfehler in bestimmten Situationen analysiert sowie die Glaubwürdigkeit des automatischen Gedankens und die Stärke der evozierten Gefühle eingeschätzt. Anschließend werden die Gedanken hinterfragt und alternative, hilfreichere Gedanken formuliert.

Fünfte Online-Lektion "Probleme lösen". Zur Kompetenzerweiterung für einen selbstständigen und effizienten Umgang mit Problemen [Cuijpers et al., 2018] wird sie angeleitet, eigene Probleme aufzulisten und verschiedenen Kategorien (unwichtig, unlösbar wichtig, lösbar wichtig) zuzuordnen. Dann werden Umgangsmöglichkeiten mit lösbaren Problemen mittels eines Sechsschritts-Plans systematisch und lösungsorientiert aufgezeigt.

Sechste Online-Lektion "Sport und Bewegung" (optional). Körperliche Aktivitäten können gesundheitlich und psychisch günstige Effekte haben [Ledochowski et al., 2017]. Es werden Einflussmöglichkeiten durch Bewegung auf Stimmung aufgezeigt, aerobes und anaerobes Training erklärt und die Patientin angeleitet, eigene sportliche Aktivitäten einzuplanen. Anschließend wird die Patientin durch Eruiierung von Zielen, Belohnungen und möglichen Hindernissen zur Umsetzung im Alltag verstärkt.

Siebte Online-Lektion "Rückfällen vorbeugen". Zur Reflexion der Behandlung soll die Patientin ihre Zufriedenheit mit den Behandlungszielen angeben und zu jeder Lektion ihre erworbenen Bewältigungskompetenzen berichten. Zur Rückfallprophylaxe werden Warnsignale und Reaktionsmöglichkeiten thematisiert. Abschließend wird die Patientin für den erfolgreichen Abschluss der Behandlung gelobt.

App-basierte Verlaufsmessungen. Auf der Smartphone-App wird die Patientin regelmäßig aufgefordert, verschiedene Parameter wie Stimmung, Schlaf, Aktivitäten, soziale Kontakte, Selbstwert und Grübeln nach einem Algorithmus (Stimmung: täglich 1× zufallsbasiert

Liebe Frau Sommer,

schön, dass Sie nun die Online-Lektion „Probleme lösen“ begonnen haben. Ich möchte Sie gerne ermutigen, die Auseinandersetzung mit Ihren Problemen als einen Pfad mit mehreren Etappen zu betrachten. Die bewältigungsorientierte schrittweise Arbeit mit Problemen kann die durch sie hervorgerufenen Sorgen oder die depressiven und angespannten Gefühle mildern. Einer der ersten wichtigen Schritte ist es hierbei, dem Problemlöseprozess Raum und Zeit zu geben.

Wie Sie heute erfahren durften, gibt es unterschiedliche Arten von Problemen: unwichtige, wichtige unlösbare und wichtige lösbare Probleme. Ich freue mich, dass Sie bereits eigenständig viele Ihrer Probleme danach kategorisieren konnten. Allein diese Strukturierung kann Ihnen schon Erleichterung bringen und Anspannung nehmen. Haben Sie das vielleicht bereits bei der Bearbeitung online erlebt? Im nächsten Online-Modul werden Sie dabei angeleitet werden, einen Schritte-Plan zur Bewältigung der unterschiedlichen Problemarten anzuwenden. Wir können das gerne persönlich nachbesprechen.

Sie hatten auch Gelegenheit noch einmal einen Blick auf Ihre Lebensziele zu werfen, welche Sie zu Behandlungsbeginn formuliert hatten. Seien Sie gerne offen dafür, Ihre Ziele anzupassen, wenn Sie glauben, dass eine Änderung notwendig ist. Manchmal verändern sich Bedürfnisse oder Ziele – es ist nur wichtig, dass Sie diese wichtig nehmen und an deren Erfüllung arbeiten.

Falls Sie noch Fragen haben, können Sie sich jederzeit an mich wenden. Herzliche Grüße und ein schönes Wochenende!

Ihre Frau Blume

Abb. 2. Beispiel für eine Feedback-Nachricht der Therapeutin an die Patientin.

10–22 Uhr; andere Parameter: 1×/Tag in der ersten/letzten Behandlungswoche, sonst 1×/Woche) zu protokollieren (Skala von 0 = sehr schlecht bis 10 = sehr gut). Die Angaben werden mit der Online-Plattform synchronisiert und therapeutisch genutzt (z.B. zur verlaufsabhängigen Steuerung des Behandlungsprozesses, Verstärkung für Verhaltensänderungen, Wahrnehmung von Einflussmöglichkeiten durch Selbstbeobachtung).

Therapeutische Begleitung. Die Therapeutin unterstützt die Patientin online (Nachrichtenportal) bei Schwierigkeiten und beobachtet den Behandlungsfortschritt und die App-basierten Verlaufsprotokolle im Therapeuten-Portal. Sie schreibt wöchentlich individualisiertes Feedback zu den bearbeiteten Übungen oder motivierende Erinnerungsmails bei Nichtbearbeitung der terminierten Online-Lektion. Die Vorlagen für wöchentliches Feedback können individuell auf die Antworten und die Situation der Patientin angepasst werden (Abb. 2). Ziele der therapeutischen Begleitung der Online-Behandlung im Zeitumfang von ca. 25 Minuten wöchentlich sind Motivations- und Adhärenz-Förderung (komplette Bearbeitung der Online-Lektionen), Verstärkung, Reflexion und Zusammenfassung des Behandlungsfortschritts.

Methode

Design

Die bPT bei Depression wurde im Rahmen eines europaweiten Forschungsprojektes (www.e-compared.eu) zwischen 2014 und 2017 hinsichtlich der Wirksamkeit und Kosteneffizienz im Vergleich zur hausärztlichen Routinebehandlung evaluiert [Kleiboer et al., 2016; Kemmeren et al., 2019]. Von den in Hausarztpraxen rekrutierten 173 PatientInnen, welche die Ein-/Ausschlusskriterien erfüllten (mindestens 18 Jahre alt, Patient

Health Questionnaire [PHQ-9] ≥ 5 im Screening, Major Depression im klinisch-strukturierten Interview, keine schwere komorbide psychiatrische Erkrankung, keine laufende Psychotherapie, Internetzugang), wurden 86 zufallsbasiert der Kurzzeit-bPT zugeordnet. Die behandelnden Psychologinnen befanden sich in der Weiterbildung in Psychologischer Psychotherapie (Verhaltenstherapie) und erhielten eine Schulung (Behandlungsmanual), kontinuierliche Anleitung sowie monatliche Supervision.

Vertiefte Einblicke in das Behandlungskonzept ermöglichen Einzelfallanalysen, die wissenschaftliche Erkenntnisse über neue Interventionen [Cohen, 2006; Virués-Ortega und Rodríguez, 2008] ermöglichen. Der vorliegende Fallbericht wurde an den CARE-Richtlinien [Gagnier et al., 2013] orientiert und sinnvoll anhand weiterer Case-Report-Richtlinien [Cohen, 2006; Virués-Ortega und Rodríguez, 2008] für diese Behandlungsform adaptiert (siehe Checkliste, Online-Supplementmaterial; siehe www.karger.com/doi/10.1159/000502390 für das gesamte Online-Supplementmaterial).

TeilnehmerInnen und Fallauswahl

Die PatientInnen der bPT waren durchschnittlich 43,2 Jahre alt (SD = 13,1, Range = 19–70), überwiegend weiblich (60,5%), hochgebildet (55,8% mindestens Abitur), berufstätig (74,4%), verheiratet (39,5%) und aus der Großstadt (60,5%).

Die Auswahl des Behandlungsfalls erfolgte unter Berücksichtigung von Kriterien wie überdurchschnittlicher Behandlungsadhärenz und Behandlungserfolg (Reliable Change Index) sowie Repräsentativität für Patientencharakteristika (weiblich, mittleres Alter). Weitere Merkmale waren Berufstätigkeit, ländlicher Wohnort (hoher Versorgungsbedarf) sowie niedrige Bildung (eher untypisch).

Erhebungsinstrumente

Zur Darstellung von Behandlungsverlauf und -ergebnissen erfolgte die Auswertung von Selbstbeurteilungsinstrumenten, klinisch-strukturierten Interviews, Fragebögen und klinischen Befunden (Therapeutin, Hausarzt). Diese wurden über 12 Monate Online- oder Papier-basiert an bis zu vier Messzeitpunkten bei allen Behandlungsbeteiligten erhoben.

Für die qualitativen Beschreibungen wurden Audioaufzeichnungen und die Behandlungsdokumentation der Face-to-Face-Sitzungen sowie Exporte der bearbeiteten Online-Interventionsmaterialien ausgewertet.

Für die quantitativen Auswertungen wurden folgende Daten verwendet: der PHQ-9 [Erbe et al., 2016] und der Quick Inventory of Depressive Symptomatology – Self-Report (QIDS-SR) [Rush et al., 2003] erfassten die depressive Symptomatik, und das klinische Mini-International Neuropsychiatric Interview [Sheehan et al., 1998] wurde zur Diagnostik eingesetzt. Der Lebensqualitätsfragebogen (EQ-5D-5L) [Herdman et al., 2011] erfasste gesundheitsbezogene Einschränkungen und der Insomnia Severity Index (ISI) [Thorndike et al., 2011] Schlafstörungen. Die Behandlungserwartungen wurden mit dem Credibility and Expectancy Questionnaire (CEQ) [Deville und Borkovec, 2000] und Facetten der Behandlungszufriedenheit mit dem Fragebogen zur Patientenzufriedenheit (ZUF-8) [Schmidt et al., 1989] und der System Usability Scale (SUS) [Brooke, 1996] erfasst. Die Erfassung der Arbeitsbeziehung mit der Therapeutin erfolgte auf Sitzungsebene mit dem Berner Patientenstundenbogen (PSTB) [Flückiger et al., 2010] und nach Behandlungsende mit dem Working Alliance Inventory (WAI-SF) [Munder et al., 2010]. Das adaptierte Technology Alliance Inventory – Online Therapy (TAI) erfasste das Arbeitsbündnis mit dem Online-Behandlungsprogramm. Mögliche negative Auswirkungen der Intervention erfasste der Inventar zur Erfassung negativer Effekte von Psychotherapie

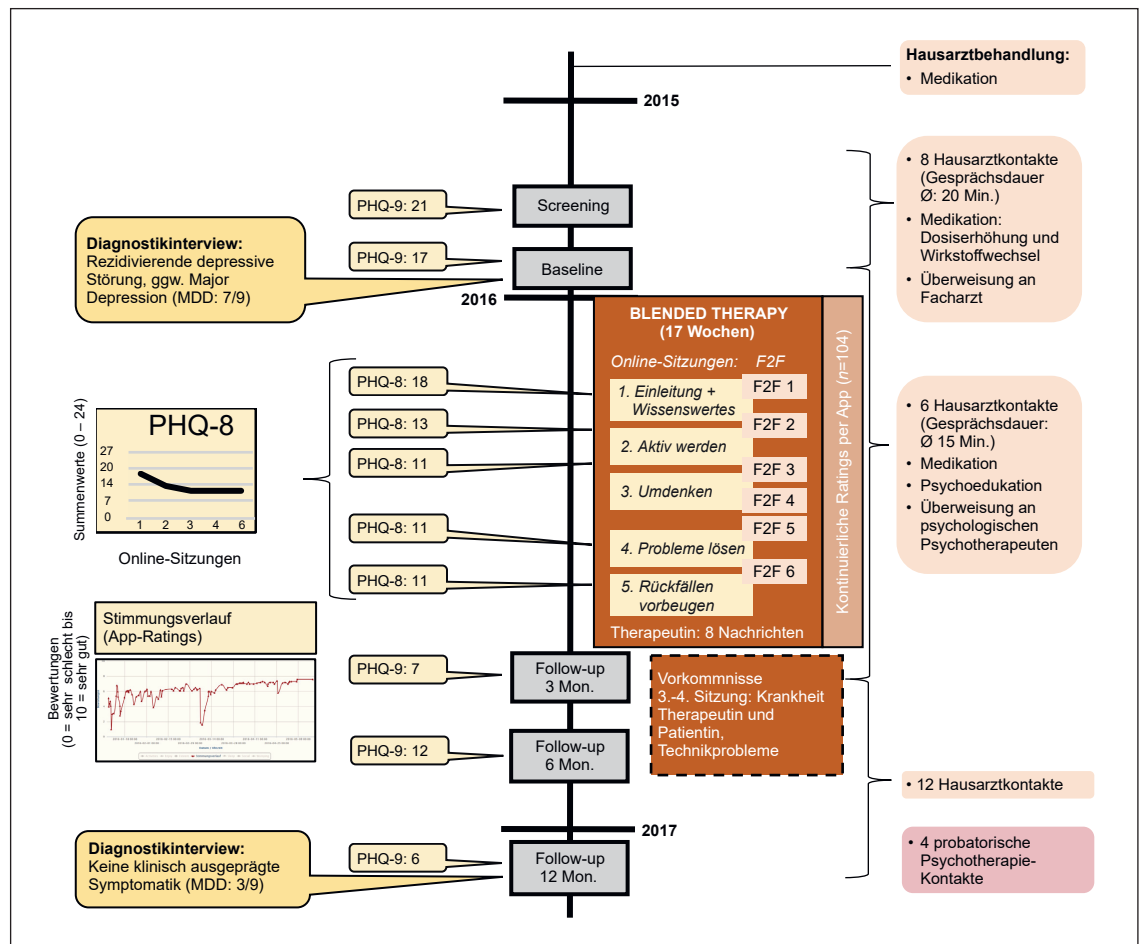


Abb. 3. Zeitachse zum Behandlungs- und Symptomverlauf von Frau Mai. F2F, Face-to-Face; PHQ, Patient Health Questionnaire.

(INEP) [Ladwig et al., 2014]. Weiterhin wurden die Web-Logfiles und die App-Verlaufsmessungen (Ecological Momentary Assessment) ausgewertet und die Adhärenz berechnet.

Fallbericht

Patienteninformation zu Behandlungsbeginn

Demografische Charakteristika. Die 48-jährige Patientin Frau Mai (Hauptschulabschluss, 33 Jahre Berufstätigkeit, keine Kinder; Name geändert) lebt mit ihrem Ehemann auf dem Land.

Symptomatik, Anamnese und körperliche Begleiterkrankungen. Die Patientin berichtete von depressiver Verstimmung, vermindertem Interesse oder Freude an fast allen Aktivitäten, Appetitverlust, Schlafstörungen, verminderter Konzentrationsfähigkeit, psychomotorischer Unruhe sowie Müdigkeit und Energieverlust. Diese Beschwerden seien Mitte 2015 nach jahrelangen Schlafproblemen wegen Arbeitsüberlastung aufgetreten und hätten zuletzt zu einer Krankschreibung geführt. Es habe zwei weitere depressive Episoden gegeben (Erstmanifestation mit Mitte 20). Familiäre psychiatrische Erkrankungen seien nicht bekannt; laut hausärztlichem Konsiliarbericht bestanden körperliche Begleiterkrankungen (Trigeminusneuralgie, Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems).

Bisherige und aktuelle Behandlungen. Frau Mai befand sich seit sechs Monaten aufgrund psychischer Beschwerden in medika-

mentöser Hausarztbehandlung und hatte noch keine Vorerfahrung mit Psychotherapie. Der Hausarzt gab für die vergangenen drei Monate acht Konsultationen und eine bedingte Umsetzung der Depressionsbehandlung wegen problematischer Termin- und Patientencompliance an. Diese bestand aus einer Pharmakotherapie mit Dosiserhöhung und Wirkstoffwechsel wegen mangelndem Ansprechen auf Antidepressiva (Venlafaxin, Opipramol, Citalopram, Mirtazapin), aktivem und beobachtendem Abwarten sowie Überweisung an eine fachärztliche Behandlung.

Behandlungsprognose, -erwartungen und -präferenzen. Prognostisch ungünstige Faktoren waren der rezidivierende Verlauf der Depression, viele Wirkstoffwechsel sowie die geringe Compliance bei Medikation. Frau Mai zeigte eine deutlich höhere Behandlungserwartung für bPT als für die hausärztliche Behandlung (CEQ: $SW_{bPT} = 53$, $SW_{HA} = 41$, Range = 6–54). Als Gründe für ihre Präferenz der bPT gab sie an, keine klassische ambulante Psychotherapie machen und lernen zu wollen, ihre Beschwerden selbstständig zu bewältigen, die zeit- und ortsunabhängige Internetbehandlung besser mit ihrem Alltag in Einklang zu bringen sowie den Einsatz neuer Medien spannend zu finden.

Zeitachse

Abbildung 3 stellt wichtige Zeitverläufe der Patientin in Bezug auf Diagnose, Intervention und Behandlungsergebnisse dar (für weitere Web-/App-basierte Zeitverläufe siehe Online-Supplementmaterial).

Diagnostische Überlegungen und klinische Befunde

In der Selbsteinschätzung berichtete Frau Mai eingeschränkte Lebensqualität (EQ-5D-5L: Index = 0,54, Range = 0–1), schwere klinische Insomnie (ISI: SW = 23, Range = 0–28) sowie eine mittel- bis schwergradige Ausprägung der depressiven Symptomatik (PHQ-9: SW = 17; QIDS-SR: SW = 15; Range je 0–27). In der Fremdeinschätzung diagnostizierten die Studententleiter im klinisch-strukturierten Interview (Mini-International Neuropsychiatric Interview) eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig Major Depression. Die Differentialdiagnostik der Therapeutin ergab übereinstimmend mit dem konsiliarischen Arztbefund eine rezidivierende depressive Störung mit gegenwärtig mittelgradiger Episode (ICD-10 F33.1). Der psychische Befund ergab keine Suizidgedanken/-versuche sowie keinen Anhalt auf inhaltliche Denkstörung, psychotisches Geschehen, Ich-Störung oder Zwangsstörung (keine komorbiden psychischen Störungen). Weiterhin lag kein körperlicher Befund vom Hausarzt vor.

Therapeutische Intervention

Art der Intervention. Eine KVT-basierte Blended Kurzzeit-Psychotherapie unter Einbezug von IMIs (siehe oben).

Behandlungsverlauf. Die bPT fand vom 7.1.2016 bis zum 3.5.2016 statt (17 Wochen Behandlungsdauer). Eine detaillierte chronologische Darstellung des individuellen Behandlungsverlaufs und der Verzahnung der Face-to-Face- und Web-/App-basierten Interventionen zeigt der Appendix. Frau Mai nahm in der Regel im zweiwöchentlichen Abstand an den Face-to-Face-Sitzungen teil und bearbeitete dazwischen sechs interaktive Online-Lektionen (Video-/Textmaterial, Übungen) in der mit der Therapeutin abgesprochenen Reihenfolge (ohne optionale Lektion). Dafür loggte sie sich 17-mal ein und wendete insgesamt fünf Stunden (320 Minuten) und pro Lektion durchschnittlich 46 Minuten auf. Ihre kontinuierlichen App-basierten Verlaufsmessungen (104 insgesamt, 0,79 pro Tag) zeigten eine Verbesserung sowie Stabilisierung ihrer Stimmung und Selbstwert-Wahrnehmung im Zeitverlauf. Stark schwankend waren ihre Angaben zu Schlaf sowie Grübeln. Die Therapeutin griff insbesondere Stimmungs- und Schlafveränderungen in den Face-to-Face-Sitzungen auf und verschickte insgesamt drei motivierende Erinnerungs- und fünf Feedbacknachrichten zu den Übungen.

Änderungen der Intervention und besondere Vorkommnisse. In den sechs Face-to-Face-Sitzungen wurden insbesondere individuelle Themen bearbeitet und aktuelle Belastungen aufgegriffen. Es war nicht ausreichend Zeit, um alle Online-Lektionen mit den vorgesehenen Interventionen (z.B. Situationsanalysen) zu vertiefen. Frau Mai bearbeitete je zwei Module von vier Online-Lektionen in einem Durchgang statt auf zwei Wochen verteilt. Die Bearbeitung der Übungen erfolgte stellenweise oberflächlich und die Therapeutin konnte nur verzögert korrigierend einwirken. Während der Behandlungszeit traten belastende Stressoren auf (z.B. Tod eines Freundes, Wiedereingliederung und Ankündigung von Umstrukturierungsmaßnahmen in der Arbeit). Die Behandlungsdauer verlängerte sich durch Erkrankung der Therapeutin und Patientin sowie technische Schwierigkeiten, sodass zwischen der dritten und vierten Face-to-Face-Sitzung keine Online-Lektion bearbeitet wurde.

Hausarztbehandlung im Interventionszeitraum. Im Hausarztbericht standen sechs Hausarztkonsultationen mit stützenden Gesprächen, SNRI-Medikation (Venlafaxin; geplante Dosisreduktion) sowie Empfehlungen zu sozialen Aktivitäten und Entspannung.

Therapieergebnisse

Adhärenz. Frau Mai nahm an allen sechs Therapiesitzungen teil, bearbeitete sechs Online-Lektionen (inklusive Übungen) vollständig und gab kontinuierlich App-Ratings (100% Adhärenz).

Face-to-Face-Beurteilung. Die Patientin beurteilte die Therapiesitzungen auf den Skalen Therapiebeziehung (PSTB: M = 6, Range = 0–6), Selbstwerterfahrungen (M = 6) und Therapiefortschritte (M = 5) sehr positiv.

Arbeitsbeziehung. Die Therapeutin schätzte die therapeutische Beziehung (WAI-SRT: SW = 44, Range = 10–50) als sehr positiv ein. Dies war im Einklang mit den Angaben von Frau Mai (WAI-SF: SW = 57, Range = 12–60), die ein Höchststrating für die Subskala Bindung angab (WAI-SF: SW = 20, Range = 4–20) und auch das Arbeitsbündnis mit dem Online-Behandlungsprogramm sehr positiv bewertete (TAI-SF: SW = 79, Range = 12–84).

Behandlungszufriedenheit. Im Allgemeinen war Frau Mai mit der Behandlung maximal zufrieden (ZUF-8: SW = 32, Range = 8–32) und mit der Online-Plattform hoch zufrieden (SUS: SW = 75, Range = 0–100). In der Befragung (offenes Antwortformat) gab sie die technische Einführung als guten Einstieg in die Therapie an. Sie gab zu folgenden Aussagen maximale Zustimmung (1 “stimme gar nicht zu” bis 5 “stimme voll zu”): “Die Website und die App haben die Therapie unterstützt” und “Ich würde einem Freund ohne zu zögern ein Online-Training für psychische Belastungen empfehlen”.

Unerwünschte und unerwartete Effekte. Frau Mai berichtete ausschließlich positive auf die Behandlung zurückzuführende Effekte (INEP: –3 bis +3), z.B. eine Verbesserung in der Partnerschaft (+3) sowie im Verhältnis zu Freunden (+2).

Erfolgsmäß zur Symptomveränderung bei Behandlungsende. Frau Mai gab eine milde depressive Symptomatik an (PHQ-9: SW = 7; QIDS-SR: SW = 8; Range je 0–27). Die mittel-schwergradige Depressivität hatte sich im Behandlungsverlauf um zehn Punkte klinisch signifikant verbessert (Reliable Change Index, $RCI_{PHQ-9_{T0-T1}} = 2,42$), was für einen Response der Patientin auf die Behandlung spricht. Sie berichtete eine deutlich gebesserte Lebensqualität (EQ-5D-5L: Index = 0,86), jedoch anhaltend schwere Schlafstörung (ISI: SW = 23).

Therapeuten/Arzt-beurteilte Ergebnisse und Verlaufsberichte. Die Therapeutin beurteilte die depressive Symptomatik im Therapiebericht an den Hausarzt als gebessert und reflektierte u.a. den Abbau der Angst vor Kontrollverlust durch das Einlassen auf das beziehungs-fokussierte therapeutische Handeln und den Abbau der Skepsis gegenüber Psychotherapie als Behandlungserfolg. Sie informierte über die Bereitschaft und Initiierung einer weiterführenden ambulanten Psychotherapie, um die Verbesserungen zu stabilisieren und andere Behandlungsthemen vertiefend zu bearbeiten (z.B. Schlafstörung). Der Hausarzt beurteilte die depressive Symptomatik im Arztbericht nach Abschluss der Intervention als “viel besser”.

Langzeitergebnisse und Katamnese. Im Follow-up drei und neun Monate nach Behandlungsende lag der PHQ-9 bei 12 und 6 und der QIDS-SR bei 9 und 6. Dies weist nach neun Monaten auf einen klinisch signifikanten Response (PHQ-9: $RCI_{T0-T2} = 1,21$, $RCI_{T0-T3} = 2,66$), jedoch weiterhin auf eine milde, nicht klinische ausgeprägte depressive Symptomatik hin. Beim klinisch-strukturierten Interview zum 12-Monats-Follow-up erfüllte Frau Mai nicht mehr die Kriterien einer klinischen Depression (MDD: 3/9) und zeigte eine Remission der Symptomatik. Während sie nach drei Monaten (T2) eine eingeschränkte Lebensqualität (EQ-5D-5L: Index_{T2} = 0,47, Index_{T3} = 0,79) und weiterhin moderat-schwere Insomnie (ISI: SW_{T2} = 22, SW_{T3} = 16) berichtete, besserten sich beide Gesundheitsbeschwerden nach neun Monaten (T3) stark. Sie gab bei der letzten 12-Monats-Befragung für die vergangenen sechs Monate an, keine Antidepressiva mehr eingenommen und vier probatorische Sitzungen gehabt sowie einen Antrag auf Psychotherapie gestellt zu haben.

Schlussfolgerung und Ausblick

Der Fallbericht zeigt, dass bPT als verzahnte Integration von Internet- und Mobil-basierten Behandlungselementen in eine ambulante KVT bereits mit sechs Face-to-Face-Therapiesitzungen zur substanziellen Reduktion von depressiven Beschwerden führen kann. Die Patientin war mit der Kombinationsbehandlung wie auch der therapeutischen und technologischen Arbeitsbeziehung sehr zufrieden.

Die Einzelfallanalyse verdeutlicht eine Vielzahl von Stärken dieser Behandlungsform. Die Patientin hatte gemäß Hausarzt nicht ausreichend auf die Medikation angesprochen und folgte seiner Empfehlung zur bPT, da sie die Orts- und Zeitunabhängigkeit der Online-Behandlung sehr schätzte und die zweiwöchentlichen Therapie-sitzungen gut mit ihrer Berufstätigkeit und dem ländlichen Wohnort vereinbaren konnte. Sie bearbeitete selbstständig und flexibel im eigenen Tempo die Web-basierten KVT-Elemente der Depressionsbehandlung und zeigte – abweichend zur problematischen Medikations-Compliance laut Hausarzt – sehr gute Adhärenz. Übereinstimmend mit anderen Studien zeigt dieser Fall, dass eine therapeutische Begleitung von IMIs zu hoher Adhärenz und einem geringen Risiko für Abbrüche [Johansson und Andersson, 2012; Baumeister et al., 2014; Erbe et al., 2017] führen kann. Weiterhin zeigt er, dass ein Behandlungserfolg auch bei niedrig gebildeten Personen sowie Betroffenen mit schwer ausgeprägter depressiver Symptomatik [Karyotaki et al., 2018] möglich ist. Zur hohen Behandlungszufriedenheit könnte das individuelle Eingehen der Therapeutin auf die Patientin beigetragen haben (z.B. Stabilisierung bei Krisen). Diese Vorteile wurden auch bereits von PatientInnen einer Video-basierten bPT [Eitzelmueller et al., 2018] und Blended-TherapeutInnen [Titzler et al., 2018] benannt. Die Inanspruchnahme der bPT führte zum Abbau ihrer Hemmungen gegenüber Psychotherapie und war eine Brückenfunktion zu einer weiterführenden Psychotherapie. Darin spiegelt sich das Potenzial wider, Patienten-gruppen zu erreichen, welche “traditionelle Angebote nicht in Anspruch nehmen können oder wollen” [Fischer, 2016].

Der Fallbericht zeigt auch einige Schwächen der eingesetzten bPT auf, z.B. wären mehr Face-to-Face-Sitzungen zur Vertiefung der Online-Lektionen und adäquaten Bearbeitung individueller Behandlungsthemen mit verhaltenstherapeutischen Methoden notwendig gewesen. Die standardisierten Online-Lektionen konnten der komorbiden Schlafstörung nicht Rechnung tragen, und der Behandlungszeitraum von 13 Wochen war zu knapp, um bei zeitlichen Verzögerungen auch optionale Online-Lektionen zu bearbeiten oder eine Stabilisierung von Behandlungserfolgen durchzuführen.

Die Erkenntnisse dieser Arbeit unterliegen auch Limitationen. Zum einen ist keine Generalisierbarkeit der Aussagen möglich, der Einzelfall ermöglicht nur hypothesen-generierende explorative Erkenntnisse für eine KVT-basierte bPT und wurde bewusst wegen des erfolgreichen Therapieergebnisses und der hohen Adhärenz ausgewählt. Zum anderen ist jeder Behandlungsverlauf von diversen fallbezogenen und kontextuellen Charakteristika abhängig (z.B. Komorbiditäten, Chronifizierung, Selbstmanagement-Fähigkeit, Behandlungs- und Änderungsmotivation), und selbst bei ähnlichen demografischen und störungsspezifischen Charakteristika könnte er bei anderen Patienten anders ausfallen. Weitere Einschränkungen mit potenziellem Einfluss auf die Interventionswirkung ergeben sich aus dem Studienkontext der Behandlungsdurchführung (z.B. hohe Standardisierung), Merkmalen der Therapeutin (z.B. Erfahrung, Qualifikation und Sympathie) sowie möglicher Konfundierung mit der gleichzeitigen Hausarztbehandlung (z.B. Nebenwirkungen der Antidepressiva-Einnahme/-Absetzung, Konsultationen von 6 × 15 Minuten). Allerdings besteht bei schwerer Depression eine Indikation für eine Kombinationsbehandlung mit Antidepressiva [DGPPN et al., 2015]. Für eine umfassendere Analyse der Stärken und Schwächen zur Optimierung der bPT wurden drei weitere Fallberichte für andere soziodemografische und störungsspezifische Patienten- und Behandlungsmerkmale (z.B. Männer, ältere Patienten, Komorbidität, Non-responder) erstellt [Titzler et al., 2019]. Aufschlussreich wären weiterhin Fallberichte für jüngere Patienten und ethnische Minderheiten, die in einer Meta-Analyse weniger Response und Remission bei begleiteten IMIs zeigten [Karyotaki et al., 2018].

Mögliche Implikationen sind die Implementierung und weitere Erforschung der bPT unter Berücksichtigung folgender Änderungsvorschläge: (a) variable Ausgestaltung der Behandlungsdauer, (b) flexible Anpassungsmöglichkeit der Frequenz und Reihenfolge von Face-to-Face- und Online-Sitzungen, (c) erweitertes Angebot einer Palette an optionalen Online-Lektionen für komorbide Störungsbilder und Beschwerden, die bedarfsspezifisch freigeschaltet werden, und (d) Integration einer Ausschleichphase mit einer zeitlich versetzten Face-to-Face- und Online-Booster-Sitzung zur Stabilisierung des Therapieerfolgs und Vorbeugung eines Rezidivs. Außerdem sollten auch die Grenzen der eingesetzten bPT erforscht und berücksichtigt werden, wie z.B. die Indikation hochfrequenter Face-to-Face-Sitzungen bei Patienten mit Suizidalität oder selbstverletzenden Verhaltensweisen sowie die potenziell eingeschränkte Indikation für Online-Behandlung bei geringen Selbstmanagement-Fähigkeiten, wenig Technik-/PC-Affinität und krankheitsimmanenten Faktoren (z.B. psychotisches Erleben bei schwergradiger Depression, viele Komorbiditäten).

In der Praxis werden Blended-Konzepte bereits durch die Kombination von Einzel- und Gruppentherapie gelebt. Auch greifen bereits die Empfehlungen der S3-Leitlinie [DGPPN et al., 2015] das Potenzial von evidenzbasierten Online-Behandlungsprogrammen bei unipolarer Depression als niederschwelliger Einstieg oder Bindeglied zur regulären Psychotherapie auf. Mit Blick auf die Psychotherapie-Richtlinie [Bundespsychotherapeutenkammer, 2018] sind folgende Anwendungsfelder der bPT vorstellbar: (a) zur Akutbehandlung von PatientInnen in psychischen Krisen, welche bereits von 66% der Psychotherapeuten nach der Sprechstunde als rasches Hilfsangebot angeboten wird, (b) zur Kurzzeit- oder Langzeittherapie, und (c) zur Versorgungsoptimierung im ländlichen Raum, wo die Wartezeit mit fünf Monaten sehr hoch ist und die Bedarfsplanung weniger PsychotherapeutInnen vorsieht. Es ist ländlichen PatientInnen eher möglich, Face-to-Face-Sitzungen in größeren Abständen in der Großstadt wahrzunehmen und dazwischen zeit- und ortsunabhängig Online-Lektionen zu bearbeiten. PsychotherapeutInnen könnten ihre frei gewordenen Ressourcen – durch “Delegation” von Teilen der Behandlung an IMIs und Integration dieser als verlängerter therapeutischer Arm – in die Behandlung von mehr PatientInnen investieren. In der eingesetzten bPT wurden zweiwöchentlich 50 Minuten für Face-to-Face-Sitzungen und wöchentlich 25 Minuten für die therapeutische Begleitung der Online-Lektionen investiert, wodurch die Therapieintensität gesteigert wurde; damit ließe sich im Einklang mit anderen Studien [Erbe et al., 2017] ein Einsparpotenzial der TherapeutInnenzeit von ca. 25–50% erzielen. Die Validität der Aussage ist jedoch eingeschränkt, da die Therapeuten in Interviews und Intervention erfahrungsbasierte Schätzwerte für den Zeitbedarf zur Online-Begleitung äußerten; zukünftig sollte dies systematisch als Logfiles und in der Leistungsdokumentation erfasst werden. Beim Behandlungsprozess kann die Integration von digitalen Technologien zu einem verbesserten Transfer der erlernten Bewältigungsstrategien in den Alltag führen, die Behandlungsintensität erhöhen oder die Umsetzung von Interventionen erleichtern (z.B. interaktive und papierlose Hausaufgaben, wiederholte Situationsanalysen, App-basierte Selbstbeobachtung zur Erfassung von Kognitionen, Emotionen und Verhalten, Zugriff auf Online-Therapietools, Zugang zu evidenzbasierten Interventionen für hoch/niedrig prävalente Störungsbilder). Es bedarf jedoch weiterer Forschung zum Potenzial einer Wirksamkeitssteigerung [Ebert et al., 2018], zur Evidenz und Kosteneffektivität von umfangreichen, qualitativ hochwertigen, multizentrischen klinischen Studien [Baumeister et al., 2018] sowie zur Kombination mit weiteren Therapieschulen. Zeitnah sind Ergebnisse aus einigen europäischen Ländern zu erwarten [Kooistra et al., 2014; Kemmeren et al., 2016; Kleiboer et al., 2016].

Die psychotherapeutische Versorgungslandschaft unterliegt im digitalen Zeitalter einem Wandel, und dabei können Konzepte wie bPT – als verzahnte Vereinigung der Offline- und Online-Behandlungselemente – zu einer gewinnbringenden Einheit für alle Beteiligten werden.

Acknowledgement

Die AutorInnen bedanken sich bei der Patientin und Therapeutin für ihre Teilnahme an der bPT.

Statement of Ethics

Die Patientin Frau Mai (Name geändert) gab ihre schriftliche informierte Einwilligung in die Studie und zur Erstellung und Veröffentlichung des Fallberichts.

Disclosure Statement

V. Egle und C. Gumbmann erklären, dass keine Interessenskonflikte bestehen. D.D. Ebert und M. Berking sind Anteilseigner und I. Titzler Forschungsangestellte bei GET.ON Institut GmbH, das durch Selektivverträge mit Krankenkassen IMIs in der Routineversorgung anbietet.

Funding Sources

Die Studie wurde durch das FP7-Health-2013-Innovation-1 Programm der Europäischen Kommission (grant agreement number: 603098) im Rahmen des Projekts E-COMPARED gefördert (Genehmigung durch DGPs Ethikkommission, Registrierung am 02.12.2014 DRKS00006866).

Author Contributions

I. Titzler, D.D. Ebert und M. Berking leiteten das Projekt E-COMPARED. I. Titzler entwickelte das Konzept für die Studie/den Fallbericht, betreute die bPT-Durchführung, sammelte, analysierte und interpretierte die Daten und schrieb das Manuskript. V. Egle trug zur Konzeptionalisierung, Datenanalyse und -interpretation des Fallberichts sowie zum Manuskriptentwurf bei. C. Gumbmann trug zur kritischen Interpretation und Darstellung des Fallberichts als unabhängige Psychotherapeutin bei. D.D. Ebert gab kritisches Feedback zum Studien- und bPT-Konzept sowie zum Manuskriptentwurf. Alle Autoren gaben kritische Anmerkungen und finale Freigabe zum Manuskript.

Appendix

Darstellung der Blended Psychotherapy von Frau Mai

F2F-Therapiesitzung 1: Erstgespräch und technische Einführung (Dauer: 50 Minuten)	
Art der Intervention:	<ul style="list-style-type: none"> ○ Technische Einführung (Installation der App auf dem Smartphone und Account-Aktivierung, Aufgreifen von Befürchtungen bezüglich Technik) ○ Erklärungen der Technik ○ Terminvereinbarung für das nächste F2F-Gespräch und die Online-Lektionen sowie Feedback-Nachrichten ○ Organisatorisches ○ Mail mit PDF-Handbüchern zu Moodbuster Web und App
Online-Lektion 1: Einleitung + Wissenswertes (Dauer: 97 Minuten)	
Einleitung	<ul style="list-style-type: none"> ○ Willkommensvideo ○ Vorstellung der Blended Behandlung bei Depression ○ Informationen über die mobile App, Website mit Online-Behandlungsportal ○ Zusammenfassung, Los geht's
Wissenswertes	Psychoedukation über Depression, Lebens- und Behandlungsziele (per Video, Text):
	<ul style="list-style-type: none"> ○ Depressive Beschwerden, Verläufe, begleitende Probleme, Ursachen, Behandlungsmöglichkeiten ○ Was sind Lebens- bzw. Behandlungsziele? Hinweise zur Zielformulierung
	Übung 1: Meine Lebensziele festlegen
	<ul style="list-style-type: none"> ☞ (1) <i>Mein Privatleben im Zusammenspiel mit Partner auf ein akzeptables Level bringen</i> (2) <i>Öfter etwas mit lieben Freunden unternehmen</i>
	Übung 2: Meine Behandlungsziele festlegen
	<ul style="list-style-type: none"> ☞ (1) <i>Lernen, nicht immer nur Rücksicht auf andere zu nehmen und meinen Belangen ebenfalls Beachtung zu schenken und diese auch kommunizieren zu können</i> (2) <i>Lernen, in meinem Beruf öfter „Nein“ zu mehr Aufgaben zu sagen als ich bewältigen kann</i> (3) <i>Lernen, mich öfter zu entspannen</i>
	Übung 3: Belohnungen bei Zielerreichung - Hilfestellung bei der Erstellung einer Belohnungsliste
	☞ <i>Ins Kino gehen, Kaffee oder Tee trinken, Musik hören, Schokolade genießen etc.</i>
	Rückblick und Zusammenfassung der Lektion Wissenswertes
	☞ Feedbackauszug der Therapeutin an Frau Mai: „[...] Am Ball zu bleiben ist manchmal schwer. Nutzen Sie die von Ihnen formulierten Ziele, um sich zu motivieren [...]“
F2F-Therapiesitzung 2 (Dauer: 55 Minuten)	
Art der Intervention:	<ul style="list-style-type: none"> ☞ Besprochene Inhalte/Themen: - App-Stimmungsratings: „Ich mag keine Auf und Abs. Ich falle auch jetzt ab und zu in ein Loch [...]“ - Hemmung gegenüber Psychotherapie: „Habe zwiegespaltenes Gefühl bei Psychologen und bin unsicher, wie weit ich mich öffnen kann“ - Selbstbild: <i>resolut, auf Konfrontation aus, ein Kämpfer, harmoniebedürftig</i> - Krankheitsanamnese, Vulnerabilitäts-/Stressfaktoren: <i>7 Jahre hohe Arbeitsbelastung (ca. 10-12 Stunden pro Tag); Schlafstörungen bereits drei Jahre vor Depression, andauernde Paarkonflikte, Wiedereingliederung auf Arbeit</i> ☞ Hausaufgabe: Online-Lektion 2 „Aktiv werden“ bearbeiten
Online-Lektion 2: Aktiv werden (Dauer: 156 Minuten)	
Modul A: Aktivität und Stimmung	Psychoedukation zu Aktivität und Stimmung (per Video + Text): Zusammenhang von Verhalten und positiver Beeinflussung der Stimmung, Auf-/Abwärtsspirale der Depression, Motivierung
	Übung 1: Hilfestellung zum Erstellen einer Liste angenehmer Aktivitäten
	☞ <i>Musik hören, gemütlichen Abend mit Freunden verbringen, Spazierengehen, Yoga</i>
	Übung 2: Mein Aktivitätslevel: Angabe, wie häufig angenehme Aktivitäten ausgeführt wurden
	☞ <i>Stark angenehme Aktivitäten: Tischtennis (oft), Badminton (oft), Musikhören (oft), gemütlicher Abend mit Freunden (oft), Yoga (manchmal), ein Spiel spielen (manchmal)</i>
	Übung 3: Mein Kalender I: Eintragung der Aktivitäten für die Folgewoche
Modul B: Aktivitäten	Psychoedukation zum Umgang mit der Aktivitätsplanung: Hindernisse bei der Ausführung angenehmer Aktivitäten identifizieren, Ausgleich von Pflicht- und angenehmen Aktivitäten finden
	Aktivitäten planen
	<ul style="list-style-type: none"> ○ Übung 4: Liste notwendiger Aktivitäten erstellen ☞ <i>putzen, Steuer erledigen, Wäsche, einkaufen</i> ○ Übung 5: Liste möglicher Hindernisse zur Umsetzung angenehmer Aktivitäten erstellen ☞ <i>keine Lust, keine Zeit, zu viel andere Arbeit</i>

<ul style="list-style-type: none"> ○ Übung 6: Bestimmung der Anzahl notwendiger und angenehmer Aktivitäten unter Beachtung der Balance und Festsetzung von Belohnungen bei Zielerreichung <ul style="list-style-type: none"> ☞ <i>Belohnung: eine Kleinigkeit für mich kaufen</i> ○ Übung 7: Mein Kalender II: Erstellung eines Aktivitätsprogramms für Folgeweche ○ Übung 8: Mein Aktivitätsprogramm: Überprüfen des Plans hinsichtlich Gelingen der gesetzten Ziele und aufgetretenen Schwierigkeiten sowie Beobachtung der Stimmungsveränderungen <ul style="list-style-type: none"> ☞ Gründe, warum Plan geklappt hat: <i>ich habe zwar nicht alles Geplante komplett umsetzen können, aber zumindest teilweise</i> ☞ Gründe, warum Plan nicht geklappt hat: <i>weil ich mir wohl für den Anfang zu viel auf einmal vorgenommen hatte</i> 	
Rückblick und Zusammenfassung der Lektion Aktiv werden	
☞ Feedbackauszug der Therapeutin an Frau Mai: „[...] <i>Erinnern Sie sich auch immer an Ihre Belohnungen. Denn wenn Sie Ihren Plan umgesetzt haben, dürfen Sie sich auch dafür belohnen.</i> “	
F2F-Therapiesitzung 3 (Dauer: 56 Minuten)	
Art der Intervention: <ul style="list-style-type: none"> ○ Beziehungsaufbau ○ Psychoedukation ○ Zielklärung ○ Verhaltensaktivierung ○ Rückblick zur App ○ Rückblick zur Online-Lektion und Planung der nächsten 	☞ Besprochene Inhalte/Themen: <ul style="list-style-type: none"> - App-Ratings: <i>Verlauf der Schlafbeschwerden, Exploration situativer Reize und Ausnahmen, Schlafhygieneregeln</i> - Zielklärung: <i>keine Lebensziele, Hilfestellung bei Vision (z.B. „ein Heim haben, das ein Heim ist“), Konkretisierung</i> - Arbeitsbezogene Belastungsfaktoren: <i>Erarbeitung von Bewältigungsmöglichkeiten, Ansatzpunkte zur positiven Veränderung der Work-Life-Balance, Sammeln von Stress-Warnzeichen, Stärkung der Wahrnehmung der positiven Bemühungen durch den Chef, Realisierung von mehr angenehmen Aktivitäten im Alltag</i> ☞ Hausaufgabe: Online Lektion „Umdenken“ bearbeiten
Online-Lektion 3: Umdenken (Dauer: 146 Minuten)	
Modul A: Automatische Gedanken und Denkfehler	Psychoedukation (per Video, Text): Erklärungen und Beispiele zu automatischen Gedanken, Denkfehler, Überzeugungen und Einführung des ABC-Schemas
	Übung 1: Mein ABC - Individuelle Erarbeitung an Hand Problemsituation (4-Schritte-Plan) <ul style="list-style-type: none"> ☞ Ausgangslage schildern: <i>Im Job-Meeting werden viele geplanten Umbrüche und Neuausrichtungen für die nächsten vier Jahre berichtet</i> ☞ Bewertung: Identifikation des automatischen Gedankens („<i>Werde ich meine Arbeit behalten?</i>“) und Glaubwürdigkeitseinschätzung (Werte: 1-10) („9“ = <i>sehr glaubwürdig</i>) ☞ Konsequenzen: Benennen der Reaktionen und Intensität der Gefühle (1-10): <i>angespannt (8), aufgeregt (8), ängstlich (10)</i> ☞ Identifikation der Denkfehler: <i>Katastrophisieren, emotionale Beweisführung</i>
Modul B: Neue Gedanken finden	Psychoedukation: Strategien zum Umdenken (z.B. Beweise finden, frühere Erfahrungen einbeziehen), Drei Schritte des Umdenkens (Gedanken hinterfragen, hilfreiche Gedanken, Neubewertung)
	Übung 2: Mein Umdenken – Beispielhafte Anwendung der drei Schritte des Umdenkens <ul style="list-style-type: none"> ☞ Gedanken hinterfragen - Finden von Beweisen: „<i>Bei jeder neuen Umstrukturierung in unserem Betrieb haben viele Kollegen ihren Arbeitsplatz verloren.</i>“ Finden von Gegenbeweisen: „<i>Ich hatte bei einer der vergangenen Umstrukturierungen auch schon beinahe meinen Job verloren, hatte dann aber Fürsprecher, die nicht auf meine gute Arbeit verzichten wollten und mein Bleiben durchgesetzt haben.</i>“ ☞ Hilfreiche Gedanken: „<i>Ich werde nach der Umstrukturierung neue Aufgaben finden und meine Arbeit auch dann gut machen und von mir überzeugen.</i>“ ☞ Neubewertung der Glaubwürdigkeit des hilfreichen Gedankens (1-10): 5
	Rückblick und Zusammenfassung von Umdenken
	☞ Feedbackauszug der Therapeutin an Frau Mai: „ <i>Negative Gedanken durch neue, positivere zu ersetzen ist eine Aufgabe, die ständiger Übung bedarf. Der erste wichtige Schritt ist bereits gemacht.</i> “
F2F-Therapiesitzung 4 (Dauer: 52 Minuten)	
Art der Intervention: <ul style="list-style-type: none"> ○ Beziehungsaufbau ○ Psychoedukation ○ Stabilisierung und Emotionsregulation ○ Rückblick zur App ○ Planung der nächsten Online-Lektion 	☞ Besprochene Inhalte/Themen: <ul style="list-style-type: none"> - App-Ratings: <i>Starke Trauergefühle nach Tod eines Freundes, nachts vermehrtes Grübeln, „Kopfkloß“</i> - Umgang mit Trauer/Emotionsregulation: (a) Anleitung zur differenzierten Wahrnehmung körperlicher Anzeichen ihrer Emotionen (Unzufriedenheit in der Magengegend spürbar, Gefühl eines Fremdkörpers im Bauch, Visualisierung als 50 heiße Backsteine,erspüren von brodelnden Ärger im Magen); (b) Einschätzung der Intensität (0-10): 10; (c) Normalisierung und Validierung: Verständnis für Erleben geschaffen („Gibt es Gründe für die

	<p>Backsteine?“); (d) Modell für erlaubende Haltung gegenüber Gefühlsausdruck: weinen zulassen, Trost annehmen</p> <p>🌀 Hausaufgabe: Online-Lektion „Probleme lösen“ bearbeiten</p>
F2F-Therapiesitzung 5 (Dauer: 60 Minuten)	
Art der Intervention: <ul style="list-style-type: none"> ○ Beziehungsaufbau ○ Psychoedukation ○ Verhaltensaktivierung ○ Rückfallprävention ○ Rückblick zur App ○ Planung der nächsten Online-Lektion 	<p>🌀 Besprochene Inhalte/Themen:</p> <ul style="list-style-type: none"> - App-Ratings: „Stimmung gut“, vermehrter Einsatz selbstberuhigender Affirmationen bei Schlafproblemen, Visualisierung eines Ruhebilds - Nachbesprechung: Therapiepause (lange Krankheitsphase, technische Probleme), letzte Sitzung (es tat gut „emotionaler Seite“ Raum zu geben) - Psychoedukation: Zusammenhang von Emotionsunterdrückung und Entstehung von Depression - Umgang mit Unzufriedenheit: Dinge, die nicht guttun, achtsam wahrnehmen und nicht darüber schweigen, sondern ansprechen und verändern, dafür verbesserte Konfliktfähigkeit wichtig - Partnerschaftskonflikte: Mögliche Anlaufstellen für externe Unterstützung (z.B. Paarberatung), Verstärkung für Bestreben zu Dialog mit Partner - Medikation: Überlegung Antidepressiva abzusetzen, Psychoedukation (Motivation zur Rücksprache mit Hausarzt, Vorgehen bei Ausschleichen, mögliche Nebenwirkungen) <p>🌀 Hausaufgabe: Online-Lektion 4 „Probleme lösen“ bearbeiten</p>
Online-Lektion 4: Probleme lösen (Dauer: 156 Minuten)	
Modul A: Ziele und Probleme	Psychoedukation zu Problemarten und Auswirkungen auf Stimmung (per Video, Text)
	Übung 1: Meine Lebensziele - Möglichkeit zur Anpassung oder Ergänzung der definierten Ziele 🌀 „Ich will mir weiterhin meiner Stärken bewusst sein, mein Handeln und Denken weiterhin in positive Bahnen lenken sowie Probleme als Herausforderung betrachten.“
	Übung 2: Meine Probleme - Sammlung aktueller Sorgen und Probleme 🌀 Schlafdefizit, Zukunftssorgen, Familienstreitigkeiten, etc.
	Übung 3: Meine Probleme einordnen - Kategorisierung in unwichtig, unlösbar wichtig, lösbar wichtig 🌀 Frau Mai kategorisierte alle Probleme als „lösbar“
Modul B: Probleme und Lösungen	Psychoedukation: Bewältigungsmöglichkeiten mit Problemarten (Wunderfrage, SMART-Ziele etc.)
	Übung 4: Meine Probleme lösen - Erarbeitung eines 6-Schritte-Plans anhand eines eigenen Beispiels (Problem beschreiben, Lösungen überlegen, auswählen, Plan machen, in Aktion treten, Bilanz ziehen) 🌀 <u>Problembeschreibung:</u> Zukunftssorgen in Bezug auf Veränderungen in der Arbeit 🌀 <u>Lösungen überlegen:</u> Es stehen zwar mehr Aufgaben an, aber ich kann etwas bewirken, kann meine Ideen einbringen, ich sehe mehr positive Effekte als negative, ich bringe mich in Gremien ein 🌀 <u>Lösung auswählen:</u> ich bringe mich aktiver in entsprechenden Gremien ein 🌀 <u>Plan machen:</u> Kollegen unterstützen mich, ich mache aktiv mit, bringe konstruktiv Ideen ein
	Übung 5: Mein Trainingsprogramm - Wahl eines Ziels und einer Aktivität, um Ziel zu erreichen 🌀 Ziel: Ich will mein Privatleben mit meinem Partner auf ein akzeptables Level bringen 🌀 Aktivität: mehr Kommunikation, wir verbringen derzeit viel Zeit mit Reden
	Rückblick und Zusammenfassung von Problemen lösen
	🌀 Feedbackauszug der Therapeutin: „Toll, wie Sie sich Ihren Problemen angenommen haben und daran arbeiten. Das war sicher anstrengend, wird sich aber lohnen.“
Online-Lektion 5: Sport und Bewegung (optional: nicht bearbeitet)	
F2F-Therapiesitzung 6 (Dauer: 55 Minuten)	
Art der Intervention: <ul style="list-style-type: none"> ○ Psychoedukation ○ Therapiereflexion ○ Rückfallprävention ○ Planung der letzten Online-Lektion ○ Therapieabschluss 	<p>🌀 Behandlungsthemen/Inhalte:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Rückblick auf Behandlungsprozess und Fortschritte <ol style="list-style-type: none"> 1. Arbeitsplatz: Aufgaben bereiten wieder Spaß, absolut zufrieden über den Stand der angestoßenen Veränderungen 2. Freizeit: Macht wieder mehr Dinge, die sie zu sich selbst bringen 3. Partnerschaft: Sie geht Probleme diplomatischer an, reagiert weniger aufbrausend, kommuniziert mehr mit Ehemann 4. Schlafprobleme: Unverändert, Empfehlung zu Schlafambulanz - Psychoedukation zu Rückfallprophylaxe: Patientin habe positiven Eindruck von Psychotherapie, Informationen über Psychotherapieplatz-Suche, Behandlungsmöglichkeiten, Ansprechpartner in Krisen <p>🌀 Hausaufgabe: Bearbeiten von „Rückfällen vorbeugen“</p>

Online-Lektion 6: Rückfällen vorbeugen (Dauer: 66 Minuten)
Psychoedukation zu Rückfallprophylaxe (Video-/Textmaterial): Auslöser für Rückfälle, Warnsignale, Reaktionsmöglichkeiten, Notfallplan, Erhöhung psychisches Wohlbefinden
Übung 1: Meine Ziele - Einschätzung der Zufriedenheit mit den erreichten Therapiezielen ☞ Ziel 1: Lernen, nicht immer nur Rücksicht auf andere zu nehmen und meinen Belangen ebenfalls Beachtung zu schenken und diese auch kommunizieren zu können (ziemlich zufrieden; Notiz: keine Bedenken mehr bzgl. Auswirkung, wenn ich sage, was mir nicht gefällt) ☞ Ziel 2: Lernen, in meinem Beruf öfter „Nein“ zu sagen und nicht mehr Aufgaben annehmen, als ich in meiner Arbeitszeit bewältigen kann (sehr zufrieden; Notiz: ich sage, wo Grenzen sind) ☞ Ziel 3: Lernen, mich zu entspannen (eher zufrieden; Notiz: Ich stelle mir glücklich machende Dinge vor)
Übung 2: Meine Skills – Rückblick und Reflexion der Fertigkeiten, die Frau Mai erlernt hat ☞ 1. Lektion Wissenswertes: „Ich habe meine Depression [...] erkannt und auch anerkannt [...] fühle mich bestätigt, mich nicht schämen zu müssen, sondern offen damit umzugehen.“ 2. Lektion Aktiv werden: „Ich unternehme wieder viel mehr mit Freunden und Kollegen.“ 3. Lektion Umdenken: „Ich habe gelernt, dass es möglich ist, negative Gedanken und Gefühlen in etwas Positives zu verwandeln.“ 4. Lektion Probleme lösen: „Ich habe die Sichtweise geändert. Ich kann manchmal meine Probleme umbenennen und daraus Herausforderungen machen und Aktionen planen [...]“
Übung 3: Mein Handlungsplan - Identifikation von Warnsignalen und hilfreichen Bewältigungsstrategien ☞ Warnsignale: sich sorgen, Schlafprobleme, negative Gedanken, Erschöpfung etc. ☞ Reaktion: Grübelzeit festlegen, (sportliche) Aktivitäten unternehmen, für regelmäßige Schlaf- und Wachzeiten sorgen, in Teilschritten vorgehen, hilfreiche Gedanken formulieren etc.
Rückblick und Zusammenfassung von Rückfällen vorbeugen
✂ Feedbackauszug der Therapeutin an Frau Mai: „Sie können stolz auf sich sein, denn Sie haben in den letzten Wochen wirklich viel an sich gearbeitet und viel erreicht.“
☞ Dankesmail von Frau Mai: „Sie haben mir sehr viel Kraft und Motivation vermittelt [...] Sie als Therapeutin sowie das Online-Programm haben mir sehr geholfen.“
Legende: ☞ Face-to-Face Beiträge Frau Mai ☞ = Web-Einträge Frau Mai; ✂ = Feedback der Therapeutin

Literatur

- Baumeister H, Grässle C, Ebert DD, Krämer LV. Blended Psychotherapy – verzahnte Psychotherapie: Das Beste aus zwei Welten? *PiD – Psychotherapie im Dialog*. 2018;19(4):33–8.
- Baumeister H (Konsortialleitung), Pryss R, Reichert M, AOK Baden-Württemberg, Bosch BKK, MEDIVERBUND AG, Universität Erlangen Nürnberg: PSYCHOnlineTHERAPIE – Integration von Online-Interventionen in die ambulante Psychotherapie bei Patienten mit depressiven Störungen und Angststörungen. Innovationsfond: Neue Versorgungsformen. Laufzeit: 42 Monate. 2019. <https://innovationsfonds.g-ba.de/projekte/neue-versorgungsformen/psychonlinetherapie-integration-von-online-interventionen-in-die-ambulante-psychotherapie-bei-patienten-mit-depressiven-stoerungen-und-angststoerungen.288>.
- Baumeister H, Reichler L, Munzinger M, Lin J. The impact of guidance on Internet-based mental health interventions – a systematic review. *Internet Interv*. 2014;1(4):205–15.
- Berger T, Krieger T, Sude K, Meyer B, Maercker A. Evaluating an e-mental health program (“deprexis”) as adjunctive treatment tool in psychotherapy for depression: results of a pragmatic randomized controlled trial. *J Affect Disord*. 2018 Feb;227:455–62.
- Brooke J. SUS – A quick and dirty usability scale. In: Jordan PW, Thomas B, Weerdmeester BA, McClelland IL, editors. *Usability Evaluation in Industry*. London: Taylor & Francis; 1996. p. 189–94.
- Bundespsychotherapeutenkammer. Ein Jahr nach der Reform der Psychotherapie-Richtlinie. Wartezeiten 2018. BPTK-Studie. 2018. https://www.bptk.de/wp-content/uploads/2019/01/20180411_bptk_studie_wartezeiten_2018.pdf.
- Carlbring P, Andersson G, Cuijpers P, Riper H, Hedman-Lagerlöf E. Internet-based vs. face-to-face cognitive behavior therapy for psychiatric and somatic disorders: an updated systematic review and meta-analysis. *Cogn Behav Ther*. 2018 Jan;47(1):1–18.
- Cohen H. How to write a patient case report. *Am J Health Syst Pharm*. 2006 Oct;63(19):1888–92.
- Cuijpers P, de Wit L, Kleiboer A, Karyotaki E, Ebert DD. Problem-solving therapy for adult depression: an updated meta-analysis. *Eur Psychiatry*. 2018 Feb;48:27–37.
- Devilly GJ, Borkovec TD. Psychometric properties of the credibility/expectancy questionnaire. *J Behav Ther Exp Psychiatry*. 2000 Jun;31(2):73–86.
- DGPpN, BÄK, KBV, AWMF, AkdÄ, BPTK, et al., editors. S3-Leitlinie/Nationale Versorgungseitslinie Unipolare Depression – Langfassung, ed 2. 2015.
- Ebert DD, Van Daele T, Nordgreen T, Karekla M, Compare A, Zarbo C, et al. Internet- and Mobile-Based Psychological Interventions: Applications, Efficacy, and Potential for Improving Mental Health. *Eur Psychol*. 2018;23(2):167–87.
- Ellis A. The revised ABC’s of Rational-Emotive Therapy (RET). *J Ration Cogn Ther*. 1991; 9(3):139–72.
- Erbe D, Eichert HC, Rietz C, Ebert D. Interformat reliability of the patient health questionnaire: validation of the computerized version of the PHQ-9. *Internet Interv*. 2016 Jun;5:1–4.
- Erbe D, Eichert HC, Riper H, Ebert DD. Blending Face-to-Face and Internet-Based Interventions for the Treatment of Mental Disorders in Adults: systematic Review. *J Med Internet Res*. 2017 Sep;19(9):e306.
- Etzelmueller A, Radkovsky A, Hannig W, Berking M, Ebert DD. Patient’s experience with blended video- and internet-based cognitive behavioural therapy service in routine care. *Internet Interv*. 2018 Feb;12:165–75.
- Fischer F. *eHealth in Deutschland*. Berlin/Heidelberg: Springer; 2016.

- Flückiger C, Regli D, Zwahlen D, Hostettler S, Caspar F. Der Berner Patienten- und Therapeutenstundenbogen 2000. *Z Klin Psychol Psychother.* 2010;39(2):71–9.
- Gagnier JJ, Kienle G, Altman DG, Moher D, Sox H, Riley D; CARE Group. The CARE Guidelines: Consensus-based Clinical Case Reporting Guideline Development. *Glob Adv Health Med.* 2013 Sep;2(5):38–43.
- Gerste B, Roick C. Prävalenz und Inzidenz sowie Versorgung depressiver Erkrankungen in Deutschland – eine Analyse auf Basis der in Routinedaten dokumentierten Depressionsdiagnosen. In: *Versorgungs-Report 2013/14. Schwerpunkt: Depression.* Stuttgart: Schattauer; 2014. p. 21–54.
- Hautzinger M. *Kognitive Verhaltenstherapie bei Depressionen.* 7th ed. Weinheim, Basel: Beltz Verlag; 2013.
- Hawley LL, Padesky CA, Hollon SD, Mancuso E, Laposa JM, Brozina K, et al. Cognitive-Behavioral Therapy for Depression Using Mind Over Mood: CBT Skill Use and Differential Symptom Alleviation. *Behav Ther.* 2017 Jan; 48(1):29–44.
- Herdman M, Gudex C, Lloyd A, Janssen M, Kind P, Parkin D, et al. Development and preliminary testing of the new five-level version of EQ-5D (EQ-5D-5L). *Qual Life Res.* 2011 Dec; 20(10):1727–36.
- Jacobi F, Höfler M, Siegert J, Mack S, Gerschler A, Scholl L, et al. Twelve-month prevalence, comorbidity and correlates of mental disorders in Germany: the Mental Health Module of the German Health Interview and Examination Survey for Adults (DEGS1-MH). *Int J Methods Psychiatr Res.* 2014 Sep;23(3):304–19.
- Johansson R, Andersson G. Internet-based psychological treatments for depression. *Expert Rev Neurother.* 2012 Jul;12(7):861–9.
- Karyotaki E, Ebert DD, Donkin L, Riper H, Twisk J, Burger S, et al. Do guided internet-based interventions result in clinically relevant changes for patients with depression? An individual participant data meta-analysis. *Clin Psychol Rev.* 2018 Jul;63:80–92.
- Kemmeren LL, van Schaik DJ, Riper H, Kleiboer AM, Bosmans JE, Smit JH. Effectiveness of blended depression treatment for adults in specialised mental healthcare: study protocol for a randomised controlled trial. *BMC Psychiatry.* 2016 Apr;16(1):113.
- Kemmeren LL, van Schaik A, Smit JH, Ruwaard J, Rocha A, Henriques M, et al. Unraveling the black box: exploring usage patterns of a blended treatment for depression in a multicenter study. *JMIR Ment Health.* 2019 Jul; 6(7):e12707.
- Kleiboer A, Smit J, Bosmans J, Ruwaard J, Andersson G, Topooco N, et al. European COMPARative Effectiveness research on blended Depression treatment versus treatment-as-usual (E-COMPARED): study protocol for a randomized controlled, non-inferiority trial in eight European countries. *Trials.* 2016 Aug; 17(1):387.
- Königbauer J, Letsch J, Doeblner P, Ebert DD, Baumeister H. Internet- and mobile-based depression interventions for people with diagnosed depression: a systematic review and meta-analysis. *J Affect Disord.* 2017 Dec;223: 28–40.
- Kooistra LC, Ruwaard J, Wiersma JE, van Oppen P, van der Vaart R, van Gemert-Pijnen JE, et al. Development and initial evaluation of blended cognitive behavioural treatment for major depression in routine specialized mental health care. *Internet Interv.* 2016 Jan;4: 61–71.
- Kooistra LC, Wiersma JE, Ruwaard J, van Oppen P, Smit F, Lokkerbol J, et al. Blended vs. face-to-face cognitive behavioural treatment for major depression in specialized mental health care: study protocol of a randomized controlled cost-effectiveness trial. *BMC Psychiatry.* 2014 Oct;14(1):290.
- Ladwig I, Rief W, Nestoriuc Y. Welche Risiken und Nebenwirkungen hat Psychotherapie? – Entwicklung des Inventars zur Erfassung Negativer Effekte von Psychotherapie (INEP). *Verhaltenstherapie.* 2014;24(4):252–63.
- Ledochowski L, Stark R, Ruedl G, Kopp M. Körperliche Aktivität als therapeutische Intervention bei Depression. *Nervenarzt.* 2017 Jul; 88(7):765–78.
- Lindhiem O, Bennett CB, Rosen D, Silk J. Mobile technology boosts the effectiveness of psychotherapy and behavioral interventions: a meta-analysis. *Behav Modif.* 2015 Nov;39(6):785–804.
- Ly KH, Topooco N, Cederlund H, Wallin A, Bergström J, Molander O, et al. Smartphone-Supported versus Full Behavioural Activation for Depression: A Randomised Controlled Trial. *PLoS One.* 2015 May;10(5):e0126559.
- Mack S, Jacobi F, Gerschler A, Strehle J, Höfler M, Busch MA, et al. Self-reported utilization of mental health services in the adult German population – evidence for unmet needs? Results of the DEGS1-Mental Health Module (DEGS1-MH). *Int J Methods Psychiatr Res.* 2014 Sep;23(3):289–303.
- Martell CR, Dimidjian S, Herman-Dunn R. *Behavioral activation for depression: A clinician's guide.* New York: Guilford Press; 2010.
- Munder T, Wilmers F, Leonhart R, Linster HW, Barth J. Working Alliance Inventory-Short Revised (WAI-SR): psychometric properties in outpatients and inpatients. *Clin Psychol Psychother.* 2010 May–Jun;17(3):231–9.
- Rush AJ, Trivedi MH, Ibrahim HM, Carmody TJ, Arnow B, Klein DN, et al. The 16-Item Quick Inventory of Depressive Symptomatology (QIDS), clinician rating (QIDS-C), and self-report (QIDS-SR): a psychometric evaluation in patients with chronic major depression. *Biol Psychiatry.* 2003 Sep;54(5):573–83.
- Schmidt J, Lamprecht F, Wittmann WW. Satisfaction with inpatient management. Development of a questionnaire and initial validity studies. *Psychother Psychosom Med Psychol.* 1989 Jul;39(7):248–55. German.
- Sethi S, Campbell AJ, Ellis LA. The use of computerized self-help packages to treat adolescent depression and anxiety. *J Technol Hum Serv.* 2010;28(3):144–60.
- Sheehan DV, Lecrubier Y, Sheehan KH, Amorim P, Janavs J, Weiller E, et al. The Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): the development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. *J Clin Psychiatry.* 1998; 59 Suppl 20:22–33.
- Sturmeijer P. Behavioral activation is an evidence-based treatment for depression. *Behav Modif.* 2009 Nov;33(6):818–29.
- Thorndike FP, Ritterband LM, Saylor DK, Magee JC, Gonder-Frederick LA, Morin CM. Validation of the Insomnia Severity Index as a web-based measure. *Behav Sleep Med.* 2011; 9(4):216–23.
- Titzler I, Egle V, Ebert DD. Blending internet- and mobile-based treatment for depression with on-site psychotherapy: case report of a 63-year old patient. Oral poster presentation at the 10th Scientific Meeting of the International Society for Research on Internet Interventions (ISRII). Auckland, 2019.
- Titzler I, Saruhanjan K, Berking M, Riper H, Ebert DD. Barriers and facilitators for the implementation of blended psychotherapy for depression: a qualitative pilot study of therapists' perspective. *Internet Interv.* 2018 Jan; 12:150–64.
- Vallury KD, Jones M, Oosterbroek C. Computerized Cognitive Behavior Therapy for Anxiety and Depression in Rural Areas: A Systematic Review. *J Med Internet Res.* 2015 Jun; 17(6):e139.
- van der Vaart R, Witting M, Riper H, Kooistra L, Bohlmeijer ET, van Gemert-Pijnen LJ. Blending online therapy into regular face-to-face therapy for depression: content, ratio and preconditions according to patients and therapists using a Delphi study. *BMC Psychiatry.* 2014 Dec;14(1):355.
- Virués-Ortega J, Rodríguez R. Guidelines for clinical case reports in behavioral clinical psychology. *Int J Clin Health Psychol.* 2008;8: 765–77.
- Vis C, Kleiboer A, Prior R, Bønes E, Cavallo M, Clark SA, et al. Implementing and up-scaling evidence-based eMental health in Europe: the study protocol for the MasterMind project. *Internet Interv.* 2015;2(4):399–409.
- World Health Organization. The Global Burden of Disease – 2004 update. 2008. https://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/GBD_report_2004update_full.pdf.
- Zwerenz R, Becker J, Knickenberg RJ, Siepmann M, Hagen K, Beutel ME. Online Self-Help as an Add-On to Inpatient Psychotherapy: Efficacy of a New Blended Treatment Approach. *Psychother Psychosom.* 2017;86(6):341–50.