



Dies ist eine Leseprobe von Klett-Cotta. Dieses Buch und unser
gesamtes Programm finden Sie unter www.klett-cotta.de

TRAUMAFOLGESTÖRUNGEN – VORBEUGEN, BEHADELN UND REHABILITIEREN

Herausgegeben von Robert Bering und Christiane Eichenberg

Krieg, Erdbeben, Hochwasser, Corona, häusliche Gewalt, Amokläufe, Gewalt im Internet – psychische Beeinträchtigungen als Folge von Gewalt, Unfällen oder Naturkatastrophen finden in der Öffentlichkeit und in Fachkreisen zunehmend Aufmerksamkeit und stellen Psychotherapeutinnen und sozialpädagogische Helfer vor besondere Herausforderungen. Die psychosoziale Versorgung nach potenziell traumatisierenden Erfahrungen reicht von der Psychosozialen Akuthilfe über eine Psychotherapie bis zur Rehabilitation am Ende einer Versorgungskette.

Die einzelnen Bände der Reihe informieren über die Methoden der psychosozialen Versorgung für einzelne Risikogruppen, die Möglichkeiten der Prävention von Belastungsstörungen und innovative Wege der Beratung und Behandlung bei unterschiedlichen Traumata und Verlaufstypen.

Die Herausgeber:innen:

Robert Bering, Prof. Dr., war Mitgründer und zuletzt Chefarzt des Zentrums für Psychotraumatologie/Klinik für psychosomatische Medizin der Alexianer Krefeld GmbH. Heute lehrt er an der Universität zu Köln und ist Chefarzt in der Regionspsychiatrie Gødstrup in Dänemark.

Christiane Eichenberg, Prof. Dr., ist Leiterin des Instituts für Psychosomatik der Sigmund Freud PrivatUniversität Wien, Fakultät für Medizin.

Die Einzelbände behandeln folgende Themen:

1. Band: Trauma und moralische Konflikte
2. Band: Kompendium Traumafolgen – Verlauf, Behandlung und Rehabilitation der komplexen PTBS
3. Band: Trauma und digitale Medien – Therapiemöglichkeiten und Risiken
4. Band: Trauma und Gegenübertragung (Herbst 2023)
5. Band: Krisenintervention und Akuttherapie (Frühjahr 2024)

Weitere Bände in Vorbereitung

Christiane Eichenberg und Jessica Huss

Trauma und digitale Medien

Therapiemöglichkeiten und Risiken

Klett-Cotta

Klett-Cotta

www.klett-cotta.de

© 2023 by J. G. Cotta'sche Buchhandlung Nachfolger GmbH, gegr. 1659, Stuttgart

Alle Rechte vorbehalten

Cover: Bettina Herrmann, Stuttgart

unter Verwendung einer Abbildung von Urupong/iStock by Getty Images

Gesetzt von Eberl & Koesel Studio, Kempten

Gedruckt und gebunden von GGP Media GmbH, Pößneck

Lektorat: Dipl.-Psych. Mihrican Özdem, Landau

ISBN 978-3-608-98427-9

E-Book ISBN 978-3-608-12165-0

PDF-E-Book ISBN 978-3-608-20626-5

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

Inhalt

Dank	9
1 Einführung – Bedeutung digitaler Medien für die Psychotraumatologie	11
1.1 Schnittstellen zwischen der Psychotraumatologie und digitalen Medien – zentrale Begriffe und Konzepte	12
1.1.1 Zentrale Begriffe im Bereich E-Mental-Health	12
1.1.2 Zentrale Konzepte in der Psychotraumatologie	37
1.2 Inanspruchnahme digitaler Medien bei psychischen Erkrankungen	48
1.2.1 Inanspruchnahme durch Patienten	48
1.2.2 Inanspruchnahme durch Behandler	49
2 Digitale Medien in Prävention und Behandlung psychotraumatischer Störungen	52
2.1 Gesundheitsbezogene Websites	52
2.1.1 Inhaltsqualität von Websites	54
2.1.2 Klinisch relevante Effekte auf den Nutzer	56
2.2 Online-Selbstdiagnostik	63
2.2.1 Symptomchecker	63
2.2.2 Psychologische Selbsttests	65
2.2.3 Klinisch relevante Effekte auf den Nutzer	68
2.3 Online-Selbsthilfe: Online-Tagebücher und Communities	71
2.3.1 Online-Tagebücher: Blogs und Channels	71
2.3.2 Soziale Bewegungen im Internet	79
2.3.3 Online-Selbsthilfegruppen	87
2.4 Online-Beratung	98
2.4.1 Methoden und Formate der Online-Beratung	101
2.4.2 Varianten der Online-Beratung	104
2.4.3 Effektivität und Wirkmechanismen	114

2.4.4	Inanspruchnahme, Herausforderungen und Empfehlungen.....	116
2.5	Online-Therapie	118
2.5.1	Kognitiv-behaviorale und psychodynamische Interventionsprogramme	121
2.5.2	Online-Interventionsansätze bei PTBS	125
2.5.3	Effektivität von Online-Interventionsansätzen	131
2.5.4	Herausforderungen und Empfehlungen	135
2.5.5	Remote-Therapie mittels Videotelefonie	138
2.6	Apps	143
2.6.1	Systematisierung von Apps zu psychischen Problemen und Störungen	144
2.6.2	Apps zu verschiedenen Traumafolgestörungen	149
2.6.3	Apps zu verschiedenen Typen von traumatischen Situationen und Zielgruppen	158
2.6.4	Herausforderungen und Empfehlungen	167
2.7	Computer- und Videospiele	170
2.7.1	Anwendung für die psychische und physische Gesundheit	172
2.7.2	Einsatz in der Psychotraumatologie	177
2.7.3	Effektivität von Computer- und Onlinespielen	182
2.7.4	Inanspruchnahme, Herausforderungen und Empfehlungen.....	184
2.8	Virtual-Reality-Anwendungen	188
2.8.1	Einsatz in der Psychotherapie	189
2.8.2	Einsatz in der Behandlung der PTBS	194
2.8.3	Effektivität von Virtual-Reality-Anwendungen	200
2.8.4	Inanspruchnahme, Herausforderungen und Empfehlungen.....	203
2.9	Zukünftige Trends bei digitalen Unterstützungsangeboten.....	206
2.9.1	Robotik.....	206
2.9.2	Digitale Phänotypisierung und Smart Sensing.....	208
2.10	Therapeutischer Umgang mit Online-Interventionsangeboten	212
2.10.1	Medienanamnese.....	213

2.10.2 Kriterien zur Einbindung von E-Mental-Health in die Traumatherapie	215
--	-----

3 Psychotraumatische Gefahren der Nutzung

digitaler Medien	226
3.1 Cybermobbing	228
3.1.1 Prävalenz	232
3.1.2 Motive von Mobbern und Bystandern	234
3.1.3 Psychische Folgen	238
3.1.4 Prävention und Intervention	240
3.2 Sexuelle Gewalt im Internet	246
3.2.1 Formen von sexueller Gewalt im Internet	250
3.2.2 Prävention und Intervention	259
3.3 Cyberdating-Missbrauch	264
3.3.1 Ausgewählte Missbrauchseignisse beim Cyberdating	270
3.3.2 Eigene Studie zum Cyberdating-Missbrauch	284
3.4 Traumatische Erfahrungen in Online-Spielen	287
3.4.1 Sexismus in Online-Spielen	289
3.4.2 Auswirkungen des Sexismus in Online-Spielen	293
3.4.3 Eigene Studie zum Sexismus im Online-Gaming	299
3.5 Rezeption von Medienberichten über traumatische Ereignisse	301
3.5.1 Eigene empirische Untersuchungen	304
3.5.2 Empfehlungen für die journalistische Arbeit	308
3.6 Behandlungstechnische Empfehlungen zum Umgang mit traumatischen Erfahrungen im virtuellen Raum	310

4 Ausblick

4.1 Forschungsdesiderate	316
4.2 Zukunftstrends	321
4.2.1 Berücksichtigung traumatischer Erfahrungen in weiteren digitalen Kontexten	321
4.2.2 Just-in-time-Interventionen	323
4.2.3 Auf künstlicher Intelligenz basierende Chatbots	325

4.3	Digitale Medien in der Aus-, Fort- und Weiterbildung	331
	Literatur	346
	Die Autorinnen	404

Dank

Ein Buch kommt nicht ohne hilfreiche und sachkundige Unterstützung zustande, Studien nicht ohne die geduldige Bereitschaft der Probandinnen, an ihnen teilzunehmen. In diesem Sinne danken wir all unseren Befragungsteilnehmenden für ihre intrinsische Motivation, einen Beitrag zum Wissenszuwachs im Bereich Mediennutzung und psychische Traumatisierung zu leisten. Für die wissenschaftliche Zuarbeit danken wir den engagierten Psychologinnen Raphaela Schneider und Lilian Strobl ebenso wie unseren Studierenden, deren Erkenntnisse aus empirischen Masterarbeiten ein zentrales Fundament für die Aufarbeitung des Buchthemas darstellen.

Wir danken der hoch professionellen wie verständnisvollen Begleitung des Verlags, namentlich Herrn Heinz Beyer für die Starthilfe bei der Begründung unserer Reihe »Traumafolgestörungen – vorbeugen, behandeln und rehabilitieren« sowie Frau Katharina Colagrossi und Mihrican Özdem als Lektorinnen dieses Bands. Danke auch an Herrn Robert Lehrenfeld für die akribische Umbruchkorrektur. Nicht zuletzt danken wir all unseren Kollegen aus den Forschungsbereichen der Psychotraumatologie und E-Mental-Health, die mit uns seit vielen Jahren einen befruchtenden Dialog über unsere gemeinsamen Forschungsthemen führen. Ohne diesen Austausch und engagierte internationale Forschung hätten wir keine Basis gehabt, um den breiten Wissensfundus zusammentragen zu können und unserer Leserschaft einen wissenschaftlichen Hintergrund und praktische Hinweise zu geben, welche Chancen, aber auch Risiken mit digitalen Medien im Bereich der Psychotraumatologie verbunden sind.

Im Februar 2023,

Christiane Eichenberg, Wien

Jessica Huss, Berlin

KAPITEL 1

Einführung – Bedeutung digitaler Medien für die Psychotraumatologie

Etwa seit der Jahrtausendwende steigt die Bedeutung der Digitalisierung im Bereich der Gesundheitsdienstleistungen stetig an. Mittlerweile existieren unzählige Gesundheitsportale, Apps, Foren und Communitys, die von einem immer stärker wachsenden Segment der an Gesundheitsthemen interessierten und digital agierenden Gesellschaft genutzt werden. Inzwischen integrieren auch verschiedene Anwendungen künstliche Intelligenz. Was bedeutet diese Entwicklung für die Psychotraumatologie?

Dieser Frage widmen wir uns in dem vorliegenden Band. Um Antworten auf diese Frage zu finden, ist es zunächst nötig, die vielfältigen Schnittstellen zwischen der Psychotraumatologie und den digitalen Medien zu systematisieren. Unsere interessierten Lesenden werden mit dem Titel unseres Buches wahrscheinlich unterschiedliche Assoziationen verknüpfen, die Fragen in ihnen aufwerfen, wie z. B.: Können mittels digitaler Medien Traumafolgestörungen erfolgreich behandelt werden? Welche Konzepte gibt es, wie effektiv sind internetgestützte Behandlungen im Vergleich zu klassisch durchgeführten Traumatherapien? Welche Patienten präferieren welche Behandlungsmodalität? Möchte ich als Therapeutin (auch) im digitalen Setting arbeiten, oder sollte ich es, weil bestimmte Situationen, wie z. B. die aktuelle Covid-19-Pandemie, eine Öffnung des traditionellen Settings notwendig machen? Gleichzeitig begegnen uns in der Praxis Patienten, die von traumatischen Erfahrungen im Zusammenhang mit der Nutzung von digitalen Medien berichten: Cybermobbing oder verschiedene Formen sexueller Gewalt sind Beispiele

hierfür, die inzwischen schon unter dem Begriff des »Cybertraumas« subsumiert werden (Knibbs 2016).

Nach der Darstellung der verschiedenen Schnittstellen führen wir in zentrale Begriffe von E-Mental-Health ein, um unsere Leserschaft mit der Fachsprache digitaler Medien vertraut zu machen. Gleichermaßen stellen wir ausgewählte Konzepte der Psychotraumatologie dar, allerdings beschränken wir uns dabei auf diejenigen, die für das Verständnis des Einflusses von digitalen Medien auf das therapeutische Handeln relevant sind. Wir schließen das Kapitel ab mit dem aktuellen Forschungsstand zur Inanspruchnahme digitaler Medien bei psychischen Erkrankungen sowohl vonseiten der Patienten als auch vonseiten der Therapeutinnen. Studien belegen, dass in der psychotherapeutischen Versorgung heutzutage digitale Therapieoptionen nicht nur auf breites Interesse stoßen, sondern inzwischen einen wesentlichen Anteil darstellen. Damit ist E-Mental-Health auch ein Thema für die Psychotraumatologie, denn es wird davon ausgegangen, dass viele Menschen, die traumatische Ereignisse erleben mussten, auch bei der psychologischen Versorgung auf einen flexiblen Einsatz unterschiedlicher Technologien verstärkt Wert legen.

Umso wichtiger erscheint es uns, dass auch Traumatherapeuten hier über diesbezügliche Chancen, aber auch Grenzen fundiert informiert sind.

1.1 Schnittstellen zwischen der Psychotraumatologie und digitalen Medien – zentrale Begriffe und Konzepte

1.1.1 Zentrale Begriffe im Bereich E-Mental-Health

Betrachten wir die Schnittstelle zwischen digitalen Medien und psychischen Erkrankungen im Allgemeinen (ausführlich siehe Eichenberg & Kühne 2014), so stellen wir fest, dass zwei Perspektiven wesentlich sind, die sich selbstverständlich auch auf psychotraumatische Störungen im Speziellen anwenden lassen: zum einen die Nutzung digitaler Medien in der Prävention, Selbsthilfe, Beratung,

Behandlung und Rehabilitation psychotraumatischer Störungen, was in das Forschungs- und Praxisfeld des E-Mental-Health fällt, zum anderen die klinisch relevanten Auswirkungen der Nutzung digitaler Medien, d. h. die Entwicklung psychotraumatischer Folgestörungen aufgrund traumatischer Erfahrungen im virtuellen Raum (Cybertrauma).

E-Mental-Health bei psychotraumatischen Störungen. Grundsätzlich muss unterschieden werden zwischen der Informations- und Kommunikationsfunktion digitaler Medien. Das Internet beispielsweise vereint als sogenanntes Hybridmedium beide Funktionen: Als Medium der Information ermöglicht es einen breiten Zugang zu störungsspezifischen Informationen. In seiner Kommunikationsfunktion bietet es Optionen zur Individual-, Gruppen- und Massenkommunikation. Dabei muss unterschieden werden, ob die Kommunikation zwischen Patienten und Therapeuten (z. B. Online-Einzeltherapie oder Online-Gruppentherapie) oder zwischen Betroffenen untereinander erfolgt (z. B. in Online-Selbsthilfegruppen). Bei der Kommunikation von Betroffenen ist wiederum zu unterscheiden, ob die Kommunikation »many to many« erfolgt, wie in den Online-Selbsthilfegruppen, oder »one to many«, was z. B. über YouTube-Channels umgesetzt wird, in denen Betroffene über ihren Krankheits- und Genesungsverlauf berichten. Ebenso ist es möglich, dass Patientinnen ausschließlich mit dem Computer kommunizieren, wie z. B. in Therapieprogrammen, die auf Chatbots basieren, die zum Teil künstliche Intelligenz nutzen. Der Massenkommunikation kommt vor allem bei der Vermittlung von gesundheitsbezogenen Informationen eine zentrale Bedeutung zu, indem beispielsweise Organisationen entsprechende Websites veröffentlichen. Insgesamt umfassen in der Klinischen Psychologie und Psychotherapie digitale Medien inzwischen ein breites Spektrum, zu dem unter anderem Internetanwendungen, mobile Apps, Computerspiele und Virtual Reality zählen.

Gut handhabbar ist demnach die Systematisierung patientenzentrierter E-Mental-Health-Angebote nach folgenden Aspekten:

- Welche digitalen Medien werden eingesetzt?
- Wie viele Empfänger werden adressiert (z.B. Individual- oder Gruppenangebote)?
- Erfolgt die Kommunikation zwischen professionell Helfenden und Betroffenen, zwischen Betroffenen oder zwischen Betroffenen und einer Computeranwendung?
- Auf welche Störungen beziehen sie sich (akute oder chronische Traumafolgestörungen)?
- Zu welchem Zeitpunkt wird die Intervention gesetzt (präventiv, kurativ usw.)?

In den nachfolgenden Kapiteln wird deutlich, dass diese erste Systematisierung noch weiter auszudifferenzieren ist. An dieser Stelle soll sie jedoch nur kurz dargestellt werden, um die vielfältigen Schnittstellen greifbar zu machen.

Cybertrauma. Während digitale Medien also eine Vielzahl an Diensten zur Unterstützung traumatisierter Menschen bieten, bergen sie jedoch ebenso die Gefahr einer Traumatisierung ihrer Nutzer. Die zweite zentrale Schnittstelle betrifft demnach die psychotraumatischen Auswirkungen, die die Nutzung digitaler Medien mit sich bringen können. Dazu zählen z.B. *Cybermobbing/-bullying* und *Cyberstalking*. Wir wissen, dass immer mehr jugendliche Nutzer sozialer Netzwerke oder Chatrooms zu Opfern von Beleidigungen oder Verleumdungen werden, häufig mit Folge massiver psychischer Belastungen. Eine weitere Quelle traumatischer Erfahrungen stellt das Internet als Austragungsort *sexueller Gewalt* mit vielfältigen Formen dar. Ebenso stellt sich die Frage, inwiefern virtuelle Beziehungserfahrungen traumatisierend sein können (z.B. beim Fälschen Profil/Love-Scamming, → Kap. 3.3.1) und ob virtuelle Übergriffe z.B. in Online-Spielen realen Übergriffen in ihren psychischen Folgen gleichkommen. Die Forschung hat sich mit diesen Fragen beschäftigt, sodass bereits neue Begriffe wie »online dating abuse« (Missbrauchserfahrungen bei der Online-Partnersuche) oder »Cybertrauma« als Oberbegriff für psychotraumatische Folgen nach Cyberdelikten geprägt wurden.

Definition: Cybertrauma

Cybertrauma wird nach der britischen Psychotherapeutin Catherine Knibbs (2016–2021) wie folgt definiert:

»Any trauma that is a result of self- or, other-directed interaction with, mediated through, or from any electronic internet/cyberspace ready device or machine learning algorithm, that results in impact now or the future. This event/interaction can be multi-modal, multi-platform and multi-interval, delayed or immediate, legal or not, singular or plural, and may include images, sound, touch and or text and may or may not be vitriolic in nature. Events may include covert and overt typology and may be virtual and corporeal and/or at the same time.«

Um die Folgen eines Cybertraumas adäquat behandeln zu können, ist es wichtig, die Besonderheiten von Cyberdelikten sowohl aufseiten des Täters als auch des Opfers zu kennen.

Weitere Schnittstellen. Weitere Schnittstellen zwischen der Psycho-traumatologie und den digitalen Medien betreffen zum einen die Möglichkeiten des *kollegialen Austauschs*, wie z. B. Intervision und Supervision über Videokonferenzen oder Mailinglisten, der aber auch breiter angelegt in sogenannten Online-Traumanetzwerken organisiert wird. Ebenso eröffnet das Internet Optionen zur *Fort- und Weiterbildung* sowie zur *Forschung*, indem z. B. in Online-Befragungen leicht große Stichproben rekrutiert werden können. Schließlich werden auch Fragen der *Medienwirkungen* virulent; so wissen wir z. B., dass mediale Berichte über Gewaltverbrechen die Einstellung gegenüber Täterinnen und Opfern verändern (Eichenberg & Ebert 2008; Huss & Eichenberg 2016), sodass vor allem dem Internet als inzwischen wichtigem massenmedialem Nachrichtenmedium auch hier eine zentrale Funktion zukommt. Dies hat zur Konsequenz, dass wir Internet-Journalistinnen psychotraumatologische Kenntnisse vermitteln müssen, sodass »gute« Berichterstattung möglich wird; d. h. Berichte entstehen, die psychische Störungen entstigmatisieren und mögliche sekundäre Traumatisierungen der Rezipienten vermeiden.

Um die Chancen der digitalen Therapie, aber auch Risiken des digitalen Raums für die Entwicklung und Chronifizierung psychotraumatischer Störungen zu verstehen, müssen zentrale Begriffe aus dem Bereich von E-Mental-Health erläutert und Konzepte aus der Psychotraumatologie herangezogen werden. Um zu analysieren, für welche Patientengruppen und in welcher Phase des traumatischen Verlaufsprozesses der Einsatz dieser Medien indiziert ist, müssen wir verschiedene Arten von Traumata und Traumafolgestörungen unterscheiden, das Verlaufsmodell psychischer Traumatisierung berücksichtigen und Betroffene einteilen nach dem Kriterium des spezifischen Risikos, nach einem traumatischen Ereignis eine Traumafolgestörung zu entwickeln. Allgemeine Krankheitstheorien, kurze Hinweise zum diagnostischen und therapeutischen Vorgehen in der traditionellen Praxis sind zentral, um zu prüfen, inwiefern diese auch für das Behandeln im Online-Setting handlungsleitend sind bzw. an das veränderte Setting adaptiert werden müssen.

Im Folgenden führen wir die zentralen Begriffe im Bereich des E-Mental-Health sowie deren Rahmenbedingungen auf.

E-Health. Trotz der Uneinigkeit über die Definition von E-Health haben alle Definitionen und unterschiedlichen Schreibweisen von E-Health gemeinsam, dass diese den Einsatz von Kommunikations- und Informationstechnologien im Gesundheitswesen umfassen (Christensen et al. 2002; Lux 2018).

Definition: E-Health

Die WHO definiert E-Health als die Nutzung von Informations- und Kommunikationstechnologien im Gesundheitswesen, z. B. für die Behandlung von Patienten, die Ausbildung von Gesundheitspersonal, die Verfolgung von Krankheiten und die Überwachung der öffentlichen Gesundheit (World Health Organization 2016).

In ähnlicher Weise definiert die Europäische Kommission E-Health als Nutzung moderner Informations- und Kommunikationstechnologie zum Zwecke der Bedürfnisbefriedigung von zahlreichen Anwendergruppen, z.B. Leistungserbringer im Gesundheitswesen, Bürger, Patienten und Angehörige (European Commission 2003).

Die Definition von E-Health wurde in den letzten Jahren über den bloßen Nutzen von Kommunikationstechnologie hinaus dahingehend erweitert, dass E-Health durch die Bereitstellung geeigneter Methoden und Konzepte Akteurinnen im Gesundheitswesen vernetzt sowie patientenorientierte Prozesse integriert. Dabei sind unterschiedliche Anwendungsfälle und Vernetzungen von Akteuren denkbar, z. B. Arzt zu Patient, Leistungsträger zu Patient, Patient zu Arzt usw. Je nach Beziehung sind unterschiedliche Anwendungsszenarien sowie Dienste, Plattformen, Portale usw. möglich. Ziel der meisten E-Health-Lösungen, die auch als soziotechnische Systeme zu verstehen sind, ist es, die Menschen bei der Erfüllung von Aufgaben mithilfe von Technik zu unterstützen (Lux 2018). Als Vehikel für die Nutzung von Informations- und Kommunikationstechnologie im Gesundheitswesen fungieren die Telematikinfrastruktur sowie rechtliche Rahmenbedingungen, die einen sicheren Transfer von personenbezogenen Daten garantieren (zum Thema Datenschutz siehe Eickmeier 2018).

Rechtliches. Wie sehen die formalen Regelungen im Umgang mit und durch E-Health-Anwendungen aus? Die Beschlüsse, Richtlinien und Gesetze umfassen das Bundesdatenschutzgesetz, Datenschutzgrundverordnung, Telemediengesetz, Strafgesetzbuch, Musterberufsordnung für Ärzte sowie IT-Sicherheits- und Medizinproduktegesetze. Ohnegleichen bietet die Digitalisierung viele Chancen und innovative Räume im Gesundheitswesen, andererseits entstehen dadurch auch Risiken, besonders wenn es um die Erhebung von personenbezogenen Daten geht (Lux 2018). Diese gelten als besonders schutzbedürftig, denn darunter fallen Informationen, wie z. B. Name, Kontaktdaten und Adresse des Nutzers, aber auch Standortdaten, Login-Daten sowie Gerätekennungen. Gesundheitsdaten zählen ebenso zu den personenbezogenen Daten, die Aufschluss über den Gesundheitszustand eines Individuums geben, enthalten in ärztlichen Behandlungen, Befunden oder Vorsorgemaßnahmen (Bauer 2018). Das Bundesdatenschutzgesetz (BDSG) definiert den Umgang mit personenbezogenen Informationen in Deutschland. Als Grundsatz des Gesetzes gilt, dass die Erhebung, Weiterverarbeitung und

-nutzung von personenbezogenen Daten nur erlaubt ist, wenn Personen ausdrücklich ihre Zustimmung geben (§ 4, § 4a BDSG). Das Gesetz folgt zudem den Prinzipien der Datensparsamkeit und -vermeidung, d. h., Datenverarbeitungssysteme sollen möglichst wenige personenbezogene Informationen sammeln. Weiterhin sollen Daten dadurch geschützt werden, in dem sie anonymisiert oder pseudonymisiert werden. Das Bundesdatenschutzgesetz gilt für öffentliche und private Unternehmen (Eickmeier 2018). Abgesehen von der Tatsache, dass Datensicherheit und -verarbeitung von personenbezogenen Informationen rechtlichen und gesetzlichen Vorlagen unterliegen, ist ein hohes Datenschutzniveau ein wichtiger Pfeiler für die Inanspruchnahme von digitalen (Gesundheits-)Anwendungen sowie für das Vertrauen bei Nutzerinnen (Weichert 2014).

E-Health stieß erst langsam auf das Interesse von politischen Entscheidungsträgern; erst vor wenigen Jahren wurden die ersten E-Health-Gesetze verabschiedet (Bundesministerium für Gesundheit 2016). Eines der ersten E-Health-Gesetze war das »Gesetz für sichere digitale Kommunikation und Anwendungen im Gesundheitswesen«, das im Januar 2016 in Kraft getreten ist (Bundesgesetzblatt I 2015, Nr. 54 v. 28. Dezember 2015; Eickmeier 2018). Mithilfe des E-Health-Gesetzes wird konkret geregelt, wie Patientendaten im Gesundheitswesen sicher genutzt und übertragen werden. Zum Beispiel bekamen Patienten durch dieses Gesetz erstmals die Gelegenheit, ihre eigenen Daten (z. B. von Wearables oder Fitnesstrackern) an Ärztinnen zu übermitteln. Das E-Health-Gesetz stellt somit auch den Einstieg in die viel diskutierte elektronische Patientenakte dar. Im Jahre 2019 wurde das Digitale-Versorgung-Gesetz (DVG) mit dem Ziel ins Leben gerufen, fortschrittliche digitale Infrastruktur, Verschreibung von Gesundheitsanwendungen und weitere Pilotprojekte zu fördern (Beerheide 2019).

Digitale Gesundheitsanwendungen. Durch das Digitale-Versorgung-Gesetz und der spezifischen Änderung des Sozialgesetzbuches V (SGB V) haben gesetzlich versicherte Personen einen Anspruch auf die Kostenübernahme von bestimmten und geprüften digitalen Gesundheitsanwendungen (DiGA), die besonders durch die Covid-

19-Pandemie und deren Folgen einen wichtigen Stellenwert gewonnen haben. Dennoch müssen die DiGA einige Kriterien erfüllen. Beispielsweise muss eine digitale Gesundheitsanwendung ein Medizinprodukt mit geringem Risiko sein, was zur Erkennung, Überwachung, Linderung oder Behandlung von Erkrankungen eingesetzt wird. Die Hauptfunktion der DiGA beruht auf Technologien und der medizinische Zweck wird durch diese Hauptfunktion wesentlich erreicht. Diese werden in ein neu eingerichtetes amtliches Register für DiGA aufgenommen, das vom Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) geführt wird. Nach erfolgreicher Prüfung hinsichtlich Sicherheit, Funktionalität, Qualität des Medizinprodukts, Datenschutz, Datensicherheit sowie positiver Auswirkungen der jeweiligen DiGA auf die Versorgung können DiGA mit Genehmigung der Krankenkasse oder durch Verordnung von behandelnden Ärzten oder Psychotherapeutinnen für Patienten eingesetzt werden (Gerke et al. 2020; Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte 2022). Zitat aus dem BfArM (2022):

»Das Verfahren ist als zügiger ›Fast-Track‹ konzipiert [→ Abb. 1-1]: Die Bewertungszeit durch das BfArM beträgt höchstens drei Monate nach Eingang des vollständigen Antrags. Kern des Verfahrens sind die Prüfung der Herstellerangaben zu den geforderten Produkteigenschaften – vom Datenschutz bis zur Benutzerfreundlichkeit – sowie die Prüfung eines durch den Hersteller beizubringenden Nachweises für die mit der DiGA realisierbaren positiven Versorgungseffekte. Das sind Effekte, durch die sich der gesundheitliche Zustand eines Patienten oder die Möglichkeiten zum Umgang mit seiner Erkrankung durch die Benutzung der DiGA verbessern.«

Falls positive Versorgungseffekte nach Ablauf der Frist nicht hinreichend nachgewiesen werden können, besteht auf Basis der bisher eingereichten Erprobungsergebnisse eine Wahrscheinlichkeit eines späteren Wirksamkeitsnachweises, sodass das BfArM die DiGA vorläufig in das Verzeichnis aufnehmen kann (Verlängerung der Erprobungszeit auf 12 Monate) (GKV Spitzenverband 2022). Jedoch steht

vor allem das Fast-Track-Verfahren in der Kritik, da eine noch nicht vollständig nachgewiesene Evidenz den Qualitätsanspruch von Medizinprodukten untergräbt.

Kolominsky-Rabas et al. (2022) untersuchten sechs DiGA hinsichtlich ihrer methodischen Qualität mit folgendem Ergebnis: Es fehlte eine Verblindung und es gab hohe Drop-out-Raten in der Interventionsgruppe sowie keine Vorabveröffentlichung eines Studienprotokolls, was ein hohes Verzerrungspotenzial birgt.

Informationen zu den DiGA werden den Patienten, Ärztinnen und Psychotherapeuten im Rahmen des DiGA-Verzeichnisses zur Verfügung gestellt, um gut informierte Entscheidungen treffen zu können und eine vertrauensvolle Anwendung zu gewährleisten. Im aktuellen DiGA-Verzeichnis (Stand: 14. Mai 2023; einsehbar unter <https://diga.bfarm.de/de/verzeichnis>), gibt es 51 DiGA mit dem Schwerpunkt auf folgende Erkrankungen: Geschlechtsorgane, Herz- und Kreislauf, Hormone und Stoffwechsel, Krebs, Muskeln, Knochen und Gelenke, Nervensystem, Psyche sowie sonstige Erkrankungen. Von den 51 DiGA sind 18 dauerhaft aufgenommen, die restlichen sind vorläufig aufgenommen. Insgesamt 23 (dauerhaft und vorläufig aufgenommene) DiGA für die Erkennung, Überwachung, Linderung und Behandlung von psychischen Erkrankungen, wie z. B. Depression, Panikstörung, Agoraphobie mit Panikstörung, generalisierte Angststörungen, soziale Phobien, somatoforme Störungen, psychische Verhaltensstörungen durch Tabak/Alkohol sowie nichtorganische Insomnie sind in das Verzeichnis aufgenommen worden.

Auch wenn die DiGA kritisch zu betrachten sind, da diese nur mit minimalem bzw. gar keinem therapeutischen Kontakt und somit als reine Selbsthilfe verschrieben werden (entgegen den zahlreichen Forschungsergebnissen, die zeigen, dass begleitete Online-Interventionen am wirksamsten sind), stellt das DVG und seine Erstattungsstandards für DiGA einen wichtigen Schritt dar, um das deutsche Gesundheitssystem zu modernisieren und die Qualität für Patienten zu verbessern (Gerke et al. 2020).

Eine Umfrage des Handelsblatts (2021), das die 20 größten gesetzlichen Krankenkassen befragte, ergab, dass hochgerechnet 45 000 DiGA verschrieben wurden. Es lässt sich bereits eine steigende Ten-

denz erkennen, da zu erwarten ist, dass es eine Zeit dauert, bis das Konzept in der Versorgung angekommen sein wird. Weitere Erhebungen werden auch Aufschluss darüber geben, welche Patienten oder Personengruppen von den DiGA besonders profitieren, gerade wenn die Unterscheidung zwischen physischer und mentaler Gesundheit (E-Mental-Health) näher betrachtet werden wird.

E-Mental-Health. Unter E-Health fällt auch der Teilbereich E-Mental-Health, der ein breites Spektrum an Dienstleistungen und Informationen im Bereich der psychischen Gesundheit durch das Internet und andere verwandte digitale Technologien bereitstellt, wie z. B. internetbasierte Programme, Informations-Websites, Foren und Apps (Moessner & Bauer 2017). Angesichts der Covid-19-Pandemie ist das Interesse und der Bedarf an E-Mental-Health-Lösungen gestiegen, auch wenn die Forschung und die praktische Auseinandersetzung mit digitalen Unterstützungsmethoden in der Therapie schon mehr als zwei Jahrzehnte alt sind. Angefangen mit dem Fokus auf Telepsychologie hat sich das Feld von E-Mental-Health-Anwendungen mit therapeutischen Spielen, virtueller Realität und Robotik erweitert. Auch hinsichtlich der Gerätenutzung gibt es technologische Fortschritte vorzuweisen. Während telepsychologische Anwendungen via klassischer Kommunikationssoftware, z. B. Telefon oder Videokonferenzsysteme, angeboten und genutzt werden, sind viele digitale Angebote für die mentale Gesundheit auch über mobile Geräte verfügbar (Mobile Health [mHealth]) (Ellis et al. 2021). In Abbildung 1-2 sind die gängigsten Typen von E-Mental-Health-Angeboten gelistet, die in den folgenden Kapiteln bezüglich eines Einsatzes in der Traumabehandlung geprüft werden. Dabei reichen die E-Mental-Health-Dienste vom klassischen Wissensaustausch über Internetseiten (siehe nächsten Punkt »Gesundheitsbezogene Online-Informationen«) bis hin zu neuartigen Tools, wie z. B. Serious Games oder Virtual Reality. Alle Angebote können dabei in unterschiedlichen therapeutischen Phasen eingesetzt werden mit jeweils spezifischen Auswirkungen auf die therapeutische Beziehung. Die diesbezüglichen Einflüsse müssen jeweils reflektiert und die individuelle Medienkompetenz der Patientin berücksichtigt werden. Gerade bei

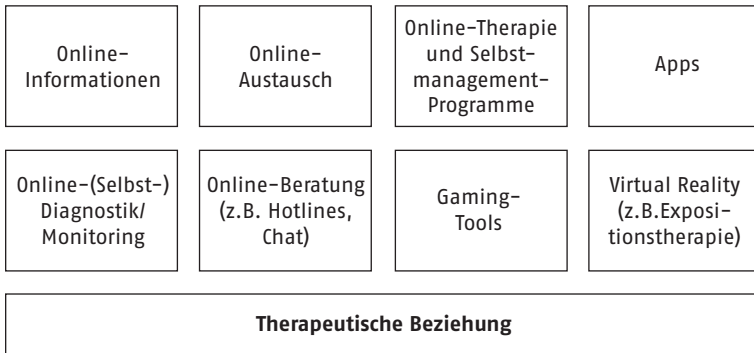


Abb. 1-2 Gliederung der E-Mental-Health-Angebote (adaptiert und modifiziert nach Hegerl et al. 2017; Ellis et al. 2021)

traumatisierten Personen gilt es, die Retraumatisierungsgefahr durch eine unsachgemäße Anwendung von besonders immersiven E-Mental-Health-Tools zu vermeiden.

Gesundheitsbezogene Online-Informationen. Neben den ärztlichen bzw. psychotherapeutischen Fachexperten ist das Internet (z.B. »Goo-geln« von Symptomen) die wichtigste und erste Anlaufstelle für die Auseinandersetzung mit psychischen Problemen und stellt somit den ersten Schritt in einem Online-Hilfesystem dar (→ Kap. 2.1). Vorteilhaft ist, dass man eine Internetrecherche völlig anonym, ohne Angabe von Namen oder E-Mail-Adresse, zu jeder Zeit und zudem noch relativ kostengünstig (abgesehen von den Internet- oder WLAN-Kosten) durchführen kann. Informationen können schnell und zeitnah zu verschiedenen Problemstellungen und Krankheitsbildern recherchiert werden. Dies stärkt auch die Gesundheitskompetenz und Autonomie der Patienten. Gleichzeitig kann sich dies auch nachteilig auswirken, wenn Informationen nicht aktuell, widersprüchlich oder sogar falsch sind, die Patienten verunsichern können oder diese sogar die Meinung bzw. Diagnose von Fachexperten dadurch anzweifeln können (Eichenberg & Kühne 2014). Nach Marstedt (2018) verschweigen manche Patienten ihre Internetrecherche zu ihren Symptomen oder ihrem Krankheitsbild bei ihren Behandlern, was sich problematisch auf den Aufbau einer therapeutischen

Beziehung auswirken und somit auch keine Fachkorrektur erfolgen kann. Zahlreiche Studien analysierten die Qualität von gesundheitsbezogenen Informationen mit dem Ergebnis, dass die Inhaltsqualität von Texten über psychische Erkrankungen variiert. Zum Beispiel war besagte Inhaltsqualität bei Informationen über bipolare Störungen, Schizophrenie oder dysthyme Störungen höher als bei Informationen über Phobie und Panikstörungen gemäß der Studie von Grohol et al. (2014), die über 400 Websites über psychische Probleme untersuchte. Aus diesem Qualitätsanspruch heraus resultierten unterschiedliche Ansätze, um den Standard von gesundheitsrelevanten Online-Informationen zu erhöhen. So hat z. B. die Health On the Net Foundation (HON) die »HON code of conduct« erarbeitet; das sind Kriterien, mit deren Hilfe Websites nach ihrer Glaubwürdigkeit beurteilt werden können (Eichenberg et al. 2019). In einer eigenen Studie (Eichenberg et al. 2013) haben wir die Qualität von PTBS-Seiten im deutschsprachigen Raum untersucht (N = 20 Suchergebnisse bei Google), und zwar die Art des Anbieters, die Qualität und die Nützlichkeit der Informationen, die präferierten Behandlungsansätze sowie die Benutzerfreundlichkeit der Website. Das Ergebnis war, dass verschiedene Arten der Behandlung (Psychotherapie, Pharmakotherapie usw.) in einem ausgewogenen Verhältnis dargestellt wurden, jedoch innerhalb der Psychotherapieschulen kognitiv-behaviorale Ansätze im Vergleich zu psychodynamischen Verfahren deutlich überrepräsentiert waren. Die Informationsqualität war mittelmäßig, bedingt durch die mangelhafte Benutzerfreundlichkeit der Websites. Falsch- und Fehlinformationen waren jedoch eher weniger zu finden.

Gesundheitsbezogener Online-Austausch. In dem Kontext ebenfalls relevant sind die Informierung und der gemeinsame Austausch über störungsspezifische Themen entweder mit gleichgesinnten Betroffenen im Sinne einer Online-Selbsthilfegruppe (→ Kap. 2.3.3) oder mit Fachexpertinnen. Dies wird über Online-Foren ermöglicht, in denen Nutzer, meist anonym mit Pseudonymen oder »Nicknames«, Inhalte ohne Zeitdruck lesen und auch verfassen können. Online-Foren gibt es für unterschiedliche Zielgruppen (z. B. Jugendliche), Erkrankun-

gen (z. B. Depression) und mit variierender wissenschaftlicher Fundiertheit und Betreuung (z. B. durch Moderatoren). Für Traumabetroffene gibt es z. B. folgende Forenangebote:

- Für sexuellen Missbrauch (<https://forum.wildwasser.de>)
- Für Mobbing (<https://www.mobbing.net>)
- Für Traumafolgestörungen, insbesondere PTBS (<https://ptbs-selbsthilfeforum.de/forum/>)

Wesentliche Vorteile von Online-Foren sind die tageszeitunabhängige Erreichbarkeit sowie die Möglichkeit des Austauschs für mobil eingeschränkte und ländlich lebende Personen (Hegerl et al. 2017). Die Einhaltung von Forenregeln (idealerweise durch Moderatoren) ist jedoch zentral, um sichere Diskussionsräume zu schaffen.

Eine andere Form des Online-Austausches stellt das (asynchrone) Vloggen, Bloggen im Videoformat, dar (→ Kap. 2.3.1). Vlogs sind beispielsweise über YouTube oder über Social-Media-Kanäle für alle jederzeit einsehbar. Bei dieser Art des Austausches ist besonders die Entstigmatisierungsbemühung erkennbar, daneben auch die Informierung über Krankheiten und die Isolierung der Betroffenen (Sangeorzan et al. 2019). Über die Kommentarfunktion können Betroffene und Interessierte in den Austausch treten, was sich förderlich für die eigene Selbstwirksamkeit auswirken und Selbststigmatisierung reduzieren kann. Gerade der Online-Austausch über eigene traumatische Erkrankungen über Social Media muss auch hinsichtlich einer Retraumatisierungsgefahr hinterfragt werden. Beispielsweise haben Studien zur Online-Bewegung #MeToo (= Teilen von Erfahrungen mit sexuellem Missbrauch) (Eichenberg et al. 2022) gezeigt, dass es auch Betroffene gibt, die sich über das öffentliche Teilen von sexuellen Missbrauchserfahrungen belastet gefühlt haben (→ Kap. 2.3.2). Es werden auch Vlogs zur Kommunikation über Traumata im Militärbereich genutzt. Militär-Videoblogs werden z. B. von Militär-Veteranen auf YouTube veröffentlicht, die über ihre Einsatzerfahrungen und damit verbundene Traumata berichten.

Selbstdiagnostik und Monitoring. Im Internet gibt es zahlreiche Angebote zur Online-Selbstdiagnostik von vielen Problembereichen und Störungsbildern (→ Kap. 2.2). Ähnlich wie bei der eigenen Internetrecherche zu psychischen Symptomen ist die Selbstdiagnostik vor allem deshalb beliebt, weil weder Arzt noch Psychotherapeutin konsultiert werden müssen und dies völlig anonym erfolgen kann. Die Selbstdiagnostik kann entweder durch psychologische Selbsttests oder sogenannte Diagnosegeneratoren oder Symptomchecker erfolgen. Viele Tests mit seriösen Skalen, aber auch eher unterhaltungsorientierte Tests finden sich auf www.queendom.com mit Angabe zu Art des Tests, Durchführungsdauer, Art des Feedbacks und Informationen zu Qualitätsmerkmalen (z. B. Validität/Reliabilität der verwendeten Skalen). Andere Tests werden von den Entwicklerinnen auch für die eigene klinische Praxis (in diesem Fall ohne kommerziellen Nutzen) angeboten. Die Diagnosegeneratoren funktionieren, indem psychische oder körperliche Symptome eingegeben werden. Die Ergebnisse dieser Diagnosegeneratoren variieren von einfachen Kopfschmerzen bis hin zu Krebserkrankungen. Dies kann schlimmstenfalls dazu beitragen, dass Nutzer ihre Symptome entweder nicht ernst nehmen und somit keine Fachberatung erfolgt oder dass sie sich selbst behandeln. Laut unserer Studie (Eichenberg & Auersperg 2015) betreiben Frauen häufiger Selbstmedikation als Männer, zu der auch der Erwerb von sogenannten Over-the-counter-Präparaten, also rezeptfreien Präparaten gehört. Es existieren auch Angebote für die Online-Diagnostik von psychischer Traumatisierung (→ Kap. 2.2), wie z. B. das »Smart Assessment on your Mobile« (SAM) (van der Meer et al. 2017). SAM ist ein Screening für traumabezogene Symptome durch eine webbasierte Anwendung. Das Ziel ist es, Betroffene zu identifizieren, die weiterer Behandlungen bedürfen. Studienergebnisse zeigten eine wesentliche Übereinstimmung zwischen SAM und der analogen diagnostischen Beurteilung (= diagnostisches Interview) von PTBS und Depression.

Online-Beratung. In der nationalen und internationalen Fachliteratur wird teilweise wenig bis gar nicht zwischen Online-Beratung und Online-Psychotherapie unterschieden. Wir halten jedoch diese

Unterscheidung, wie sie auch in der Klinischen Psychologie für die Beratung und Psychotherapie im traditionellen Setting getroffen wird, für wichtig und haben zu beiden Optionen separate Kapitel geschrieben. Online-Beratung und Online-Therapie können im virtuellen Setting entweder in asynchroner oder synchroner Form erfolgen. Eine weitere Differenzierung ist die Kommerzialisierungsart, z.B. nach Profit bzw. Non-Profit-Angeboten (→Kap.2.4), die jedoch vor allem für die Online-Beratung relevant ist, da – außer im Rahmen von Forschungsprojekten – Online-Therapie in der Regel nicht unentgeltlich angeboten wird. Ergänzend beschreibt Engelhardt (2018) die Online-Beratung als dialogisches Instrument im Gegensatz zur Online-Therapie, das oft einen festen Programmcharakter oder auch Interventionsstufen besitzt. Das wohl wichtigste Abgrenzungskriterium ist aber, dass Online-Beratung nicht bei der Diagnose und Behandlung von psychischen Erkrankungen indiziert ist, sondern höchstens als Begleitmaßnahme.

Die Online-Beratung hat jeweils zwei Phasen hinsichtlich der Institutionalisierung durchlaufen. Begonnen hat die erste Generation der Online-Beratung 1995 mit Beratungen über das Telefon und teilweise noch über unverschlüsselte und ungeschützte E-Mail-Programme (Telefon, Mail- und Chatseelsorge), was heute im Anbetracht des Datenschutzes gar nicht mehr denkbar wäre. Einer der sogenannten »early adopters« war »Sextra«, eine anonyme und deutschlandweite Mailberatung zu Themen wie Schwangerschaft, Partnerschaft, Familienplanung, aber auch sexuelle Gewalt, die nach wie vor angeboten und genutzt wird. Zirka ab 2003 kann von einer zweiten Phase von Online-Beratungen gesprochen werden, die durch eine zunehmende Professionalisierung geprägt war. Nicht nur wurde die »Deutsche Gesellschaft für Online-Beratung« 2005 gegründet, sondern es entstanden auch Fachzeitschriften, themenspezifische Kongresse und Tagungen, Lehrgänge sowie Qualitätsstandards. Nicht zuletzt sind weitere zahlreiche Online-Beratungsdienste für diverse Themen und Zielgruppen entstanden. Spannend ist sicherlich die Frage, wie sich Online-Beratungen weiterentwickeln und ob z. B. neuere Beratungsdienste über Messenger sich im Zuge der fortschreitenden Technologisierung durchsetzen werden.

Online-Therapie und Selbst-Management-Interventionen. Die erste Auseinandersetzung mit Therapie über oder mithilfe des Computers geht auf den Chatbot »Eliza« zurück, der von dem deutsch-amerikanischen Informatiker Weizenbaum 1964 entwickelt wurde. Der Chatbot simuliert einen Psychotherapeuten, der den klientenzentrierten Therapieansatz nach Rogers verwendet. Eliza reagiert auf bestimmte Schlüsselbegriffe bzw. Aussagenmuster passend, z. B. sagt der Nutzer: »Ich habe Probleme mit meiner Mutter«, und Eliza antwortet beispielsweise: »Berichten Sie mir mehr über Ihre Familiensituation«. Lustigerweise hatte Weizenbaum gar nicht die Absicht, mit künstlicher Intelligenz eine ernsthafte und neuartige Therapieoption aufzuzeigen. Bis er und auch damalige psychologische Fachkreise feststellen mussten, dass sich die Personen gerne mit Eliza unterhalten haben und nicht vermutet hätten, dass es sich um keinen echten Menschen handelt. Seitdem hat sich das Feld der Online-Therapie stark weiterentwickelt, selbst wenn strenggenommen Chatbots und Nachfolger von Eliza weiterhin noch Entwicklungsbedarf haben (Reiner & Schölzhorn 2009). Aufgrund von Engpässen in den psychotherapeutischen Versorgungssystemen erhalten Online-Psychotherapie- und Selbstmanagement-Interventionen national wie international massiv Zuwachs, nicht zuletzt auch ausgelöst durch die Covid-19-Pandemie. Das Spektrum an Online-Angeboten reicht von der eigenständigen Dokumentation von Symptomen und Krankheitsverläufen in Selbstmanagement-Programmen (reine Selbsthilfe ohne Therapeutenkontakt) bis hin zu Blended-Psychotherapien, also Therapien, in denen die konventionelle Therapie durch Online-Elemente ergänzt werden (Hegerl et al. 2017; → Kap. 2.5). Bei Blended-Therapien sind unterschiedliche Anwendungsmodi in allen Behandlungsphasen denkbar, z. B. gibt es digitale Interventionen als Hausaufgabe, die in der regulären Therapiesitzung mit dem Therapeuten besprochen werden, oder sie werden als Online-Nachsorge eingesetzt für eine bessere Rückfallprophylaxe (Eichenberg 2021). Aber trotz der Möglichkeit der Online-Selbsthilfe bleibt besonders die therapeutische Begleitung entscheidend, was bereits in über mehr als 200 Studien über vor allem internetbasierten kognitiven Verhaltenstherapien inklusive positiver Wirksamkeitsnachweise

nahegelegt werden konnte (Carlbring et al. 2018). Die Effekte sind mit jenen der klassischen Psychotherapie vergleichbar (Berger 2015). Laut Andersson (2018) ist eine »gemischte« Therapie mit minimalem Therapeuten-Kontakt nicht nur wirksamer, sondern wird auch gegenüber reinen Selbsthilfeprogrammen von den Patienten bevorzugt. Die meisten Interventionsprogramme sind kognitiv-behavioral orientiert und beziehen sich vor allem auf Depressionen und Angststörungen, es gibt aber inzwischen auch einige Online-Therapieprogramme für weitere Störungen, und auch solche, die auf psychodynamischen Prinzipien beruhen, z. B. KEN-Online (Zwerenz et al. 2017).

Das Online-Interventionsprogramm »Interapy« wurde ursprünglich für den Anwendungsbereich der PTBS kreiert, ist aber nun auch für viele andere Störungen und Probleme (z. B. Panikstörung, Burn-out oder Trauer) adaptiert worden. Interapy nutzt Theorien der Schreibtherapie, dem sogenannten »Amsterdam Writing Project« (Lange et al. 2002). Studien über strukturierte Schreibaufgaben nach einem traumatischen Event zeigten, dass sich das Wiederholen von schmerzvollen Gedanken günstig auf den Behandlungserfolg von Trauma-Betroffenen auswirkt (Knaevelsrud et al. 2015).

Neben Online-Interventionsprogrammen als reine Selbsthilfe oder in Kombination mit einem Therapeuten (»blended treatment«) können Online-Therapien auch als Remote-Therapie ausschließlich telefonisch oder über Video erfolgen, was besonders in Zeiten von der pandemischen Krise häufiger Anwendung fand (Eichenberg 2021). Eine großangelegte Umfrage der Deutschen Psychotherapeutenvereinigung (2020) während des ersten Covid-Lockdowns im Frühjahr 2020 hat ergeben, dass fast 80 % der befragten Therapeuten Videobehandlung angeboten haben, sogar 95 % erstmalig seit Beginn der Covid-19-Pandemie. Auch wenn einige Therapeuten noch Bedenken äußerten, überwogen der Wunsch und die Not, Patienten weiterversorgen zu können. Remote-Therapie kann auch gerade Traumabetroffenen entgegenkommen, die ein erhöhtes Kontrollbedürfnis in der Kommunikation haben. Mehrere Studien zeigten, dass sich die traumafokussierte kognitive Verhaltenstherapie und auch die EMDR-Therapie im Rahmen von Remote-Therapie als effektiv erwiesen haben, um PTBS zu behandeln (Bongaerts et al. 2022).