

**Erschienen auf:
www.e-health-com.de; Februar 2007**

eMAIL VON FREUD

Moderne Medien verändern die Medizin. Computer und Co finden ihren Weg in die psychosoziale Versorgung. Die Therapie via Internet ist nicht nur denkbar, sondern Realität. Ist das Ende der Couch in Sicht? Oder schließt die virtuelle Psychotherapie gar bestehende Lücken in der Versorgung? Entwicklungen einer „jungen“ Disziplin.

TEXT: NINA SCHELLHASE

Wenn sich Dr. Peter Dogs mit seiner Therapiegruppe trifft, muss er sein Büro nicht verlassen, ja nicht einmal aufstehen, um seinen Patienten die Tür zu öffnen. Um mit ihnen – Menschen, die aufgrund von posttraumatischen Belastungsstörungen oder Depressionen in therapeutischer Behandlung sind – zu kommunizieren, muss er lediglich seinen Computer anschalten. In einem Chatroom setzt sich der ärztliche Direktor der Panorama Fachkliniken Scheidegg mit Patienten aus ganz Deutschland in Verbindung.

Dank der sogenannten Internetbrücke müssen sie auf ihre psychotherapeutische Versorgung nicht verzichten. Moderne Kommunikationstechnologien erweitern nicht nur das medizinische Versorgungsspektrum. Auch im psychotherapeutischen Rahmen sorgen sie für neue Konsultations- und Kommunikationsformen. Dies bedeutet weit mehr, als dass für Interessierte alle möglichen Informationen im Internet bereitstehen. Verstärkt werden moderierte Chat-Foren, Online-Beratungen oder Videokonferenzen – Formen, bei denen Therapeut und Klient interagieren – auch im Rahmen der psychotherapeutischen Versorgung genutzt. So vielfältig die Möglichkeiten all dieser „Teletherapien“ sind, so oft stoßen sie hierzulande in der Praxis noch an Grenzen: an finanzielle, rechtliche und inhaltlich moralische. Denn nicht wenige tun sich schwer mit der Vorstellung, dass der Computer die Couch ersetzen könnte.

DIE „INTERNETBRÜCKE“ wurde von Dr. Hans Kordy, Leiter der Psychotherapeutischen Forschungsstelle Heidelberg, entwickelt und startete bereits 2002 in Zusammenarbeit mit den Panorama Fachkliniken in Scheidegg. Sie ist der Versuch, die Versorgungslücke zwischen Klinik und Alltag zu schließen. Diese entsteht nicht selten, wenn ein Patient aus der stationären Betreuung entlassen wird und auf einen ambulanten Therapieplatz warten muss – im Schnitt dauert das drei Monate. „Diese Lücke ist ein echtes Problem“, sagt Kordy. Denn Patienten mit Depression oder Bulimie haben in den ersten drei Monaten nach ihrem stationären Aufenthalt eine Rückfallquote zwischen 40 und 50 Prozent.

Mit der Internetbrücke bleiben Patienten nach ihrem Aufenthalt in der Klinik noch 12 bis 15 Wochen in Kontakt zu einem Therapeuten. Einmal pro Woche berichten acht bis zehn Patienten im Rahmen einer 90-minütigen Chat-Sitzung über ihren aktuellen Zustand. Bevor ein Patient die Brücke zum ersten Mal betritt, wird er in den Ablauf und die Bedingungen des Chats eingewiesen. Der Chatroom selbst ist über den Benutzernamen und das persönliche Passwort geschützt. Zudem werden die Daten per SSL Verbindung versendet. Dieses technische Profil ist vom Amt für Datenschutz in Baden-Württemberg als sicher eingestuft worden. Dennoch sind die technischen Zugangsvoraussetzungen niedrig. Nötig sind lediglich Computer und Internetanschluss. Theoretisch kann der Patient also selbst im Urlaub vom Internetcafé aus an den Gruppensitzungen teilnehmen.

Die Wirksamkeitsstudie dokumentiert den Erfolg des Projekts. Knapp 80 Prozent der Chatteilnehmer waren auch zwölf Monate nach dem Klinikaufenthalt noch physisch und psychisch stabil. Der Erfolg hat Kordy und sein Team zu weiteren Projekten motiviert. Mittlerweile ist auch die ärztlich moderierte Einzeltherapie über das Internet möglich.

Für Bulimie-Patienten hat Kordy eine Nachbetreuung via SMS initiiert. Auch diese Therapie hat sich als erfolgreich erwiesen. Mittel- bis langfristig sieht der Wissenschaftler zahlreiche Chancen für technikgestützte Therapien: „Die Anwendungsmöglichkeiten sind immens.“ Doch er schränkt ein: „Aber was hilft die beste Pille, wenn ich sie nicht nehmen kann?“ Die Finanzierung solcher Projekte ist noch immer schwierig. So wird die Internetbrücke zwar von einigen Krankenversicherern wie der Techniker Krankenkasse oder der Debeka getragen. Die Mehrheit der Versicherer befürchtet mit solchen Projekten hingegen, neue Angebote zu schaffen und damit Mehrkosten zu produzieren. Noch vertrauen sie nicht darauf, dass durch die Nachbetreuung via Internet Rückfälle vermieden werden und sie dadurch Geld einsparen können.

EINE FEHLENDE FINANZIERUNG hat gerade ein weiteres ambitioniertes Projekt gezwungen, sein Angebot vorerst einzustellen. Das ärztlich moderierte Forschungsprojekt zur onlineunterstützten Versorgung von Menschen mit Persönlichkeitsstörungen war in Zusammenarbeit von der Uniklinik für Psychiatrie und Psychotherapie in Rostock und der Arbeitsgruppe eHealth und Health Communication der Universität Bayreuth entwickelt worden und richtete sich insbesondere an Nutzer aus strukturschwachen Regionen. Ein offenes Internet-Forum diente beispielsweise Borderline-Patienten, deren Störung häufig mit Selbstverletzungen, Drogenmissbrauch oder Essstörungen einhergeht, als Plattform, auf der sie sich untereinander austauschen konnten. Aber nicht nur das: Der zentrale Bestandteil war die ärztliche Moderation des Forums. Die Besucher konnten jederzeit schreiben und wussten, dass binnen 24 Stunden ein psychotherapeutisch erfahrener Mitarbeiter der Klinik antworten würde. „Die ärztlich-therapeutische Moderation ist das, was zieht“, sagt Viola Habermeyer, eine der Leiterinnen des Projekts. Die Resonanz auf das Angebot war groß, so die Psychiaterin. Etwa 7000 Benutzer haben das Forum im Monat besucht, 200 davon regelmäßig. „Die meisten haben erstmal eine Weile nur mitgelesen“, berichtet Habermeyer. Eine vertrauensvolle Beziehung habe sich dann meist im Laufe der Zeit aufgebaut. Das Projekt ist ein Beispiel dafür, wie Menschen, die aus Angst vor Stigmatisierung oder Schamgefühl keinen Psychologen oder Psychiater aufgesucht hätten, über ein niedrigschwelliges Angebot Zugang zur Therapie bekommen. Die Anonymität des Forums erleichterte ihnen den Einstieg. Im Herbst des vergangenen Jahres ist die Finanzierung des Forums durch das SALUS Institut aus Magdeburg ausgelaufen. Momentan wird eine mögliche Anschlussfinanzierung erörtert.

Dabei sprechen gute Gründe für die Fortsetzung des Projekts: Grundsätzlich hat sich die gesundheitliche Situation bei der Mehrheit der Nutzer verbessert. „Symptomatik und Anspannung bei den Patienten haben sich durch den Kontakt verringert“, sagt Habermeyer. Im Idealfall setzte sich der Nutzer an den Computer und schrieb seine Gedanken auf, statt sich selbst zu verletzen. Obgleich die ärztliche Moderation im Rostocker Konzept nur allgemeingültige Informationen beinhaltete und nicht als Ersatz für eine persönliche Arzt-Patienten-Beziehung angelegt war, hat sich innerhalb des Forums im Lauf der Zeit zunehmend eine therapeutische Interaktion entwickelt. Rechtlich wirft diese Entwicklung Fragen auf, denn im Vergleich etwa zur Internetbrücke, bei der sich Therapeut und Patient bereits durch den Klinikaufenthalt kennen, treffen sich Therapeut und Nutzer hier nur über das Internet. Als studierte Mediziner unterliegen Psychiater aber dem Fernbehandlungsverbot, das ihnen eine Behandlung ausschließlich über Medien der Telekommunikation verbietet. Therapeut und Patient müssen im Rahmen der Behandlung auch in persönlichem Kontakt zueinander stehen.

Anders ist es bei der Berufsgruppe der psychologischen Psychotherapeuten, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten: Deren Musterberufsordnung besagt, dass sie psychotherapeutische Behandlungen in der Regel im persönlichen Kontakt erbringen. In Ausnahmefällen und unter Beachtung der Sorgfaltspflicht ist es Psychotherapeuten allerdings möglich, eine Therapie über elektronische Kommunikationsmedien durchzuführen. „Das bietet viel Spielraum für den Einzelfall“, sagt Dr. Martin Stellpflug, Justiziar bei der Bundespsychotherapeutenkammer in Berlin. Spielraum, der manches möglich macht, aber nichts konkret schützt. Daneben darf bei vorheriger Genehmigung durch die Kammer im Rahmen von Modellprojekten, insbesondere zur Forschung, psychotherapeutische Behandlung ausschließlich über Kommunikationsnetze durchgeführt werden. „Wichtig ist aber unbedingt die Beachtung besonderer Sorgfaltspflichten zum Schutze der Patienten“, so Stellpflug.

IN ANDEREN LÄNDERN ist der Einsatz von Teletherapie weniger problematisch. So ist die therapeutische Interaktion mittels Videokonsultation in den USA mittlerweile weitverbreitet. Etwa 20 Staaten investieren im Rahmen ihrer psychosozialen Versorgung gezielt in Telemedizinprogramme. Einige, etwa Kalifornien, fordern von den Krankenversicherern, eTherapie mit in ihren Leistungskatalog aufzunehmen. Mit wachsendem Erfolg. Vor allem in ländlichen Gebieten spielt Teletherapie eine Rolle. Nicht selten geht es

darum, überhaupt eine Versorgung zu gewährleisten. „Die vorrangige Bedeutung von eTherapie ist, dass sie den Zugang zu einer qualitativ hochwertigen und vergleichsweise kostengünstigen Versorgung ermöglicht“, sagt Dr. Robert Hsiung, Wissenschaftler an der Universität von Chicago und Autor des Buches „eTherapy“.

In der Praxis hat sich manch vermeintlicher Nachteil einer virtuellen Therapie zudem als Vorteil herausgestellt. Die Tatsache, dass Patient und Therapeut sich nicht im selben Raum in einer Face-to-face-Situation befinden, macht die Therapie für eine Reihe von traumatisierten Patienten erst möglich. Verbände wie die American Psychiatric Association unterstützen den Einsatz von Telemedizin offiziell. Um die Qualität der Versorgung zu sichern, hat der Verband ein Regelwerk für Teletherapie herausgegeben. Es ist ein informatives und wichtiges Dokument, rechtlich bindend ist es jedoch nicht. Hsiung: „Wir müssen Qualitätsstandards entwickeln. Aber selbst in der konventionellen Therapie wird über solche noch diskutiert. Es wird also noch eine Weile dauern, bis wir bei eTherapie einen Konsens finden werden.“ Auch im ländlichen Teil in Norwegens Norden ist die „Tele-Psychiatrie“ mittels Videokonferenz ein gängiges Angebot. „Es ist ein integrierter Teil der psychosozialen Versorgung“, sagt Deede Gammon, Managerin des Health-Consumer-Programms am norwegischen Zentrum für Telemedizin in Tromsø. Solange der Patient wisse, worauf er sich einlasse und dem zustimme, habe diese Therapiemöglichkeit viele Vorteile. Aber nicht nur die Konsultation zwischen Patient und Therapeut, sondern auch die zwischen Behandelnden gehört zum Spektrum der Versorgung. So zieht etwa der aktuelle Therapeut einen Kollegen zu Rate, der den Patienten kennt oder er konsultiert einen weiteren Experten. Neben der Videokonferenz ist in Norwegen auch die webbasierte Therapie auf dem Vormarsch. „Viele Fachleute sehen ein, dass auf diesem Weg eine gute und effektive Versorgung gesichert werden kann“, sagt Gammon. In einer Studie, die in Kürze veröffentlicht wird, zeichnen sich positive Ergebnisse der internetbasierten Therapien ab. Es geht voran.

EIN THERAPIEKONZEPT, das sich längst durchgesetzt hat, ist die sogenannte interapy. Entwickelt haben es Professor Dr. Alfred Lange, Prof. Dr. Paul Emmelkamp, sowie Dr. Jean-Pierre van de Ven und Dr. Bart Schrieken an der Universität von Amsterdam. In den Niederlanden gilt interapy für bestimmte Krankheitsbilder durchaus als Ersatz für konventionelle Therapien: „Die Therapie über das Internet wird von einem Großteil der Therapeuten akzeptiert und auch vom niederländischen Gesundheitsministerium anerkannt“, sagt Dr. Bart Schrieken. Die Behandlung wurde zunächst für Patienten mit posttraumatischen Belastungsstörungen entwickelt.

Inzwischen gibt es auch Konzepte für Bulimie und Burnout. Interapy basiert auf der schriftlichen Verarbeitung des Traumas, angeleitet durch einen Therapeuten, und wird ausschließlich über das Internet durchgeführt. Gerade deshalb ist sie nicht für alle Patienten geeignet. Menschen, die depressiv oder selbstmordgefährdet sind, sind von ihr ausgeschlossen. Die Behandlung dauert fünf Wochen. Zweimal pro Woche schreiben die Teilnehmer einen Text. Nach zwei Texten erhalten sie von ihrem individuellen Therapeuten eine Rückmeldung sowie neue Aufgabenstellungen für die folgenden Texte.

DIE ERSTE PHASE dient der „Selbstkonfrontation“. Der Patient beschreibt sein traumatisches Erlebnis ausführlich. Im Mittelpunkt steht die Konfrontation mit Erinnerungen und Gefühlen. In der zweiten Phase erfolgt die „kognitive Umstrukturierung“. Ziel ist die Neubewertung der traumatischen Erfahrung durch eine realistischere Haltung zum Erlebten. So schreibt der Teilnehmer einen Brief an einen Freund,

der Ähnliches erlebt hat und erarbeitet sich so eine neue, selbstbestimmte Perspektive. In der dritten und letzten Phase stehen das „Social Sharing“ und ein ritualisierter Abschied vom Trauma im Vordergrund. Die Wirksamkeit von interapy wurde in mehreren Studien belegt. Mehr noch: Es zeigte sich, dass die Methode wirksamer ist als andere. 80 Prozent der interapy-Klienten sind bezogen auf ihre posttraumatischen Störungen beschwerdefrei. 60 Prozent können vollständig geheilt werden. Gleichzeitig verbraucht interapy weniger Ressourcen und ist damit kostengünstiger als andere Methoden. Nicht zuletzt der finanzielle Anreiz hat die Mehrheit der niederländischen Krankenkassen überzeugt, die Therapie in ihren Leistungskatalog aufzunehmen. „Versicherer in den Niederlanden sind bereit für diese kurze und effektive Behandlung aufzukommen. Denn am Ende sparen sie damit Geld“, sagt Schrieken. Interapy ist inzwischen sogar ein Exportgut geworden. Professor Dr. Andreas Maercker, Leiter des Instituts Psychopathologie und klinische Intervention an der Universität Zürich, hat das Konzept zusammen mit Dr. Christine Knaevelsrud und Dr. Birgit Wagner ins Deutsche übertragen und in mehreren Studien erprobt. Die schriftliche Kommunikation, auf der interapy basiert, könne bei der Verarbeitung eines Traumas durchaus von Vorteil sein: „Die ausgefeilte Sprache in Briefen setzt eine intensivere Auseinandersetzung mit dem Geschehenen voraus“, sagt Maercker. Zunächst hatte der deutsche Wissenschaftler versucht,

das Konzept in Deutschland zu etablieren, mittlerweile bietet er verschiedene aus interapy entwickelte Therapieformen in der Schweiz an, denn selbst bei dem renommiertesten und erfolgreichsten webbasierten Konzept ist der Transfer nach Deutschland weiterhin schwierig: „In der Schweiz sind Kassen bereit, die Therapie ganz oder in Teilen zu bezahlen. In Deutschland ist dies bisher noch nicht möglich, sodass sie von den Patienten vollständig selbst bezahlt werden muss, was kaum jemand macht.“

Ungeachtet der Rechtslage oder finanzieller Schwierigkeiten gibt es innerhalb des Berufsstandes eine rege Diskussion über den Sinn von Teletherapie: „Viele sagen, Psychotherapie, die den Namen verdient, geht nur face to face“, sagt Dr. Martin Stellpflug von der Bundespsychotherapeutenkammer.

EINE DIFFERENZIERTE Diskussion ist gefragt. Denn es geht nicht darum, wie technikgestützte Therapien konventionelle Formen ersetzen können. Die Frage lautet also nicht „Couch oder Computer?“. Interessant ist vielmehr, in welchen Situationen bestimmte Formen der virtuellen Therapie bestehende Behandlungsangebote sinnvoll ergänzen können. Ohnehin zielen die meisten Konzepte darauf ab, bestehende Versorgungslücken zu schließen oder Face-to-face-Therapien durch virtuelle Nachsorge zu ergänzen. Die Herausforderung für die Zukunft liegt darin, verbindliche Qualitätsstandards zu entwickeln. Gelingt das, werden Medien wie das Internet in der Psychotherapie der Zukunft eine bedeutende Rolle spielen.