psychopraxis. neuropraxis 2022 · 25:153–158
<https://doi.org/10.1007/s00739-022-00791-y>
 Angenommen: 31. Januar 2022
 Online publiziert: 1. März 2022
 © The Author(s), under exclusive licence to
 Springer-Verlag GmbH Austria, ein Teil von
 Springer Nature 2022

Michael Krenn^{1,2}

¹ Niedergelassene Facharztpraxis, Wien, Österreich

² PsyMeDoc-Informatics und Therapiezentrum Aspern, Wien, Österreich

Telemedizin und digitale Hilfen in der psychiatrischen Praxis

Pilotprojekt und kasuistische Darstellung

Einleitung

Die Begrifflichkeit der Teletherapie hat in den letzten Jahrzehnten einen Wandel durchgemacht. Ursprünglich im Kontext von Strahlentherapie verwendet, hat sich ab der Jahrtausendwende der Begriff immer mehr auf eine supervidierte per Datenfernübertragung und Videotelefonie assistierte Therapieform übertragen.

Wenn wir aktuell über teletherapeutische Interventionen sprechen, so unterscheidet man verschiedene Kategorien. Es gibt diese online und offline, vom Therapeuten begleitet oder unbegleitet, als Apps vom Patienten selbst gesteuert sowie neuerdings auch mittels KI assistierender Chatbots.

Entwicklung und Forschung

Im deutschsprachigen Raum gab es 2000–2002 von Siemens Healthcare erste Schritte und telemedizinische Entwicklungen, woraus auch eine supervidierte Teletherapie entstand. In Österreich nahm 2010 die ehemalige Sozialversicherung VAEB mit dem Telemonitoring-Projekt „Gesundheitsdialog Diabetes mellitus“ eine Vorreiterrolle ein. Obwohl bereits dort zusätzlich zur Diabmemory-App (AIT Austrian Institute of Technology GmbH, Österreich) mit Motivation und Empowerment durch Feedbackmechanismen auch psychosomatische Aspekte berücksichtigt wurden, entwickelten sich webbasierte psychosoziale Programme erst richtig in der letzten Dekade.

Die bisherige Forschung zu webbasierten Behandlungsformen konzentrier-

te sich vorwiegend auf Programme, die vollständig über das Internet durchgeführt wurden. Es gab wenige Untersuchungen über gemischte Behandlungsformen, bei denen Internetinterventionen und regelmäßige Psychotherapiesitzungen (face-to-face, kurz f2f) kombiniert wurden, und schon gar nicht, wo auch diese Sitzungen abwechselnd vor Ort und per Videochat stattfanden.

In 2013 zeigte Kristoffer Mansson [1] in einer schwedischen Machbarkeitsstudie zu „blended“ Formen der Psychotherapie bei gemischt ängstlich depressiver Stichprobe deutlich positive Effekte in Bezug auf Gedächtnis und Lernleistung, insbesondere bessere Einhaltung der Hausaufgaben und Förderung der Autonomie und Selbstverwaltung der Patienten.

An der Universität Ulm untersuchte 2018 ein Team um Matthias Domhardt [2] mobilbasierte Selbsthilfeinterventionen und verschiedene Varianten der Verzahnung dieser Interventionen mit ambulanter Psychotherapie und zeigte deren Wirksamkeit.

» Blended Care: eine Kombination aus Online- und Face-to-Face-Therapie

Die Möglichkeiten digitaler Behandlungsformen haben und werden auch in Zukunft in den unterschiedlichen psychotherapeutischen Schulen ebenso unterschiedliche Gestalt annehmen. Derzeit scheint die Entwicklung im verhaltenstherapeutischen Kontext am weitesten gediehen zu sein. So entstanden hier

verschiedenste Blended-Care-Modelle unter der Bezeichnung *bCBT* (blended cognitive behavioural treatment; nicht zu verwechseln mit *BCBT* [Brief Cognitive-Behavioral Therapy]). Aber auch andere Therapieformen, insbesondere die Akzeptanz- und Commitment-Therapie ACT (Beispiel ACTonPain) [3] sind auf dem Vormarsch. Inzwischen sind auch gut evaluierte psychodynamische Angebote im deutschsprachigen Raum vorhanden. Diese sind typischerweise weniger störungsspezifisch orientiert, wie zum Beispiel KEN-Online, das Prinzipien des Affektphobiomodells beinhaltet.

Für die Verhaltenstherapie entwickelte 2016 eine holländische Gruppe um Lisa Kooistra [4] eine nachweislich wirksame *bCBT* mit depressiven Patienten für eine ambulante, spezialisierte psychische Gesundheitsfürsorge. In einer Studie von 2020 [5] zur Untersuchung der therapeutischen Beziehung und des Arbeitsbündnisses konnten keine Unterschiede in der Bewertung der therapeutischen Allianz zwischen den randomisierten Gruppen mit *bCBT* versus f2f-CBT gefunden werden.

Vorstellung Projekt TrustTable

Insbesondere soll hier nun auch ein telemedizinisches Projekt vorgestellt werden, welches in den letzten Jahren entwickelt wurde und seit Beginn der COVID-19-Pandemie auch praktisch erprobt wird. Wobei hier im weiteren Verlauf vorwiegend auf das psychiatrische und psychotherapeutische Setting eingegangen werden soll.

Abb. 1 ◀ TrustTable-MiniApp zur Dokumentation der Alkoholkonsumation mit Verlaufsansicht: Balken Magenta Alkoholmenge in Gramm, Balken Orange Cravingscore 0-10

Die Software und Netzwerkarchitektur bestehen aus mehreren Ebenen. Die unterste unsichtbare Ebene ist zugleich die komplexeste, da hier auf ganz neue Art und Weise Datenschutzräume erzeugt werden, die selbst vom Provider nicht einsehbar sind, was selbst bei ELGA nicht vorgeschrieben ist [6]. Der Provider ist hier wie ein blinder Treuhänder, welcher nur sicherstellt, dass die Regeln eingehalten werden. Das hat auch ungewöhnliche Konsequenzen. Einerseits für die Entwicklung, da der Programmieraufwand um das Vierfache erhöht ist, ohne selbst aus den Daten einen Nutzen gewinnen zu können. Andererseits auch in der Anwendung, denn dadurch ist es dem Provider unmöglich, Passwörter zurückzusetzen. Es wurden aber Prozeduren geschaffen, sodass bei Verlust des Passwortes nur der persönlich vertraute Therapeut einen für ihn selbst nicht einsehbaren Mechanismus in Gang setzen kann, der am Provider vorbei das verlorene Passwort an den Patienten zurückerstattet.

Auf der untersten Ebene, wo ein Datenschutzraum zwischen den unterschiedlichen Gesundheitsdiensteanbietern (GDA) und Patienten geschaffen wird, kann jeder registrierte und validierte Therapeut die verschiedensten Techniken einsetzen. Ebenso können selbst entwickelte Fragebögen etc. eingepflegt werden. Das Prinzip ist, die Autonomie des Behandlers zu gewährleisten.

TrustTable folgt dabei vorwiegend den Blended-Care-Modellen. Dabei werden verschiedene Kommunikationskanäle (z. B. Video) und systemeigene therapeutisch assistierende MiniApps innerhalb der Plattform zur Verfügung gestellt. Auch systemfremde, von anderen Institutionen entwickelte Tools können über eigene sichere Schnittstellen integriert werden.

» TrustTable: verschiedene Kommunikationskanäle und therapeutisch assistierende MiniApps

Sowohl im Einzelsetting zwischen Therapeuten und Patient wie auch im ambulanten Bereich, aber auch für Studien approbierter Institutionen, liegt die Gestaltung wie Datenhoheit im alleinigen Bereich dieser jeweiligen Einrichtungen.

TrustTable selbst ist kein GDA und hat auch kein ambulantes Personal an sofort verfügbaren Ärzten wie das z. B. bei den eedocors sehr gut konzipiert ist, sondern es ermöglicht jedem Therapeuten, ein eigenes Patientenportal zu führen, mit allen digitalen Interaktionshilfen für ein therapeutisches Tracking. In weiterer Folge können sich auch therapeutische Netzwerke um den Indexpatienten herum bilden und eine integrative Versorgung innerhalb medizinisch psycho-

logisch und sozialarbeitender Fachkräfte etablieren.

Erfahrung und kasuistische Szenen

Die Erfahrungen, die unser Team in der täglichen Arbeit mit Patienten in der psychiatrischen Konsultation wie auch bei laufenden Psychotherapien gemacht hat, spiegeln die teilweise kontroversen Standpunkte zwischen Verlust und Gewinn einer Teletherapie auf ergänzende Weise wider.

Einerseits können in einem telemedizinischen Setting subtile Begleitinformationen, welche in einer Situation vor Ort vorhanden sind, verloren gehen. So finden sich im Erfahrungsschatz teletherapeutischer Konsultationen vor über 15 Jahren anstrengende und schwierige teletherapeutische Situationen, wo durch damalige technische Verzögerungen die Asynchronität zwischen Stimme und Mimik das Einfühlen in so manche Situation erschwerte und diese eher analytisch vollzogen wurde denn intuitiv. Andererseits können in einem telepsychiatrischen Setting auch weitere zusätzliche Begleitinformationen gewonnen werden, welche sich sonst bei einem Ordinationsbesuch auch bei noch so guter Anamneseerhebung nicht erschlossen hätten. Diese gelegentlich in den Betreuungskontext eingeflochtenen „virtuellen Hausbesuche“ erinnern

Hier steht eine Anzeige.

auch an die Erfahrungskompetenz eines langjährigen Landarztes, der bei einem Hausbesuch gleich die gesamten sozialen Umfeldbedingungen mit einem Blick miterfasst. Virtuelle Hausbesuche ersetzen natürlich nicht den Besuch vor Ort, aber gerade im niedergelassenen psychiatrischen Bereich wäre eine solche Zugangsmöglichkeit allein schon aus Mangel an Zeitressourcen verschlossen.

Die folgenden Szenen sollen ein paar praktische teletherapeutische Einblicke ermöglichen.

Szene 1

So erschließt sich z. B. in der 4. Therapie-sitzung, diesmal per Video, eine deutliche Mutter-Kind-Interaktionsstörung bei einer jungen Akademikerin, welche ursprünglich wegen starker Kontrollzwänge (in der ersten Anamnese vorwiegend im beruflichen Kontext) in die Ordination kam. Im szenischen Erfassen zeigt sich eine den Blickkontakt schwer haltende Patientin mit einer zweijährigen Tochter am Schoß, welche, selbst ganz ruhig, ständig von ihrer Mutter zurechtgemacht wird. Dahinter ein dreijähriger schüchterner Junge, welcher die Haare seiner Mutter zu kleinen Zöpfchen dreht. Erst aus der Reflexion der Szene berichtet die Patientin, dass ihre Schlafstörungen vorwiegend durch das häufige Stillen der Zweijährigen hervorgerufen seien. Die dysfunktionale Alimentationsrhythmik (alle 3 h in der Nacht) im gemeinsamen Familienbett mit Partner und Kindern war für die Patientin ein wichtiger Teil ihrer Selbstkonzeption als gute Mutter und wurde zusätzlich verstärkt durch die angeblichen Gedeihstörungen der Tochter.

Der Patientin gelang es erstmalig (eine 6-monatige Therapie wurde zuvor abgebrochen) in diesem Setting darüber zu reflektieren und auch den damit im Zusammenhang stehenden Partnerschaftskonflikt in den folgenden Therapiestunden weiter aufzuarbeiten.

Szene 2

Eine 54-jährige alkoholabhängige Patientin mit ausgeprägter COPD bricht aus Angst vor einer COVID-Infektion (Ri-

psychopraxis. neuropraxis 2022 · 25:153–158 <https://doi.org/10.1007/s00739-022-00791-y>
© The Author(s), under exclusive licence to Springer-Verlag GmbH Austria, ein Teil von Springer Nature 2022

M. Krenn

Telemedizin und digitale Hilfen in der psychiatrischen Praxis. Pilotprojekt und kasuistische Darstellung

Zusammenfassung

TrustTable (www.trusttable.at) wurde als Pilotprojekt geschaffen, um eine webbasierte Lösung zur integrativen und multiprofessionellen Versorgung von Patienten zu bieten. Dies wird im Kontext psychiatrischer und psychotherapeutischer Praxis dargestellt. Dabei kommt Blended Care, einer Kombination aus Online- und Face-to-Face-Therapie, eine besondere Bedeutung zu. Um die Vorteile beider Behandlungsmodalitäten optimal für eine personalisierte Behandlung gemäß den aktuellen Bedürfnissen und Fähigkeiten des

Patienten zu nutzen, wurde die Autonomie des Therapeuten besonders berücksichtigt. Das Projekt wurde aus ethischen Gründen als telemedizinischer Krisensupport zu Beginn der COVID-19-Krise für Experten wie Patienten geöffnet und wird seither laufend weiterentwickelt.

Schlüsselwörter

Projekt TrustTable · Blended Care · Therapeutisches Tracking · Datenschutz · Krisenmonitoring

Telemedicine and Digital aids in Psychiatric Practice. Pilot Project and Casuistic Presentation

Abstract

TrustTable (www.trusttable.at) was created as a pilot project to provide a web-based solution for integrative and multiprofessional patient care. This is presented in the context of psychiatric and psychotherapeutic practice. Blended care, a combination of online and face-to-face therapy, is of particular importance. In order to optimally use the advantages of both treatment modalities for personalized treatment according to the current needs and abilities of the patient, the

autonomy of the therapist was taken into particular consideration. For ethical reasons, the project was opened as telemedical crisis support at the beginning of the COVID-19 crisis for experts and patients and has been continuously developed since then.

Keywords

Project TrustTable · Blended care · Therapeutical tracking · Data protection · Crisis monitoring

sikopatientin) aus der langjährigen therapeutischen Begleitung aus. Es kommt sukzessive zum Rückfall, welches dem Partner erst viele Monate später auffällt, da diesem die Fortsetzung der Therapie vorgetäuscht wurde. Da durch die Lungenerkrankung weiterhin hohes Risiko bestand, war zunächst nur eine teletherapeutische Kontaktaufnahme möglich, was sich später, durch diverse Schutzimpfungen ermöglicht, mit Vor-Ort-Therapien verschränkte. Nach einer ersten Abstinenzphase kam es wieder zu häufigerem episodischen Trinkverhalten, welches sie ebenfalls vor dem Partner und dem männlichen Therapeuten verbarg. Sie wurde im Kindesalter, als letztes Kind einer großen Geschwisterreihe, von ihrem geliebten, aber aggressiven Vater, als leibliches Kind verleugnet und suchte

ständig Anerkennung. Der Patientin gelang es aber, mithilfe der Alkohol-Apps und dem therapeutischen Tagebuch in TrustTable offen zu reflektieren. Obwohl die Patientin wusste, dass das Tagebuch für den Therapeuten freigeschaltet war, war sie positiv überrascht, dass dieser proaktiv online mit Akzeptanz reagierte. Ab der nächsten Vor-Ort-Therapie konnte sie auf Augenhöhe ihre Onlinedokumentationen und Interaktionen so fortsetzen, dass sie Slips nicht als Rückfall und Versagerin erlebte, sondern selbst als Gestalterin der Therapie diese immer deutlicher reduzieren konnte bis hin zur neuerlichen Abstinenz (■ Abb. 1).

Abb. 2 ◀ Verlauf von Stimmung und Aktivität aus der mobilen TrustTable-MiniApp als Candelstik Chart mit Schwankungsbreite/Tag

der Stimmungslage kam es im Rahmen eines Streits mit der Partnerin neuerlich zum krisenhaften Verlauf, was für den Behandler online über entsprechende Trendfolgeindikatoren sofort sichtbar wurde. Zum damaligen Zeitpunkt gab es im TrustTable noch keine Notifications (Benachrichtigungen, auch wenn der Therapeut nicht vor dem Bildschirm ist), somit war es natürlich hilfreich, dass dieser online war. Nach Alarmierung erfolgte eine Einsicht in die vom Patienten freigegebenen Tagebucheinträge, welche den Verdacht auf konkrete Suizidabsicht erhärteten. Eine Kontaktaufnahme mit dem Patienten erfolgte, dieser konnte im direkten Kontakt von seinen klaren Ausführungsvorstellungen abgebracht und zu einer vorübergehenden neuerlichen stationären Betreuung motiviert werden (Abb. 2).

Diskussion und Ausblick

Diese Fallbeispiele zeigen, dass digitale Erweiterungen das Potenzial für neue Möglichkeiten und Wendungen im therapeutischen Alltag haben.

Es zeigt sich aber auch, z.B. in einer Arbeit von T. Berger zu Deprexis [7], dass eine intensivere isolierte Nutzung dieses Online-Tools über den Rahmen der vom Therapeuten begleitenden Behandlung hinaus auch negativ mit dem Behandlungsergebnis korreliert sein kann.

Unserer Erfahrung nach spricht also sehr viel für Blended Care, anstatt den Therapeuten gänzlich digital zu ersetzen. Ein Vorteil der teletherapeutischen Verfahren – vor allem wenn sie mit einer f2f-Therapie (offline wie online) verzahnt ist – besteht darin, rasch am „point of care“ zu sein.

Das Team im Projekt TrustTable versteht sich dabei als „open“ Reflecting-Team und möchte einerseits multiprofessionellen Diskurs und Beiträge sowie andererseits selbst einen Beitrag zur teletherapeutischen Entwicklung und ethischen Normen leisten.

Fazit für die Praxis

- Digitale Interaktionsmöglichkeiten können den therapeutischen Spielraum erheblich vergrößern

Szene 3

Hier berichten wir über einen 38-jährigen Patienten in der niedergelassenen Facharztpraxis nach stationärer Behandlung einer schweren depressiven Episode mit suizidalen Tendenzen und psychotischen Symptomen. Die Entlassung erfolgte auf eigenen Wunsch und auch auf Druck der Partnerin.

In der Vorgeschichte fanden sich manisch-depressive Episoden bei hereditärer Vorbelastung sowie ein Suizidversuch, welcher zu einem längeren stationären Aufenthalt bei bipolarer Diagnose führte. Die letzte Dekade verlief aber stabil ohne Medikation.

Die aktuelle psychotische Symptomatik bestand aus Beziehungsideen und hypochondrischen Wahnvorstellungen, welche aber schon im Verlauf des stationären Settings unter Aripiprazol größtenteils abgeklungen waren. Auch die depressive Symptomatik konnte sich unter Venlafaxin 150 mg im niedergelassenen Setting weiter bessern. Die im weiteren Verlauf vorherrschende Symptomatik waren ausgeprägte soziale Phobien, welche durch

eine eingangs noch länger bestehende Autodysmorphobie unterstrichen wurden. In der vorwiegend verhaltenstherapeutischen Einzeltherapie erfolgte schrittweise eine Auseinandersetzung mit den sozialen Ängsten über Aufstellung von Angsthierarchien und Reflexion von Vermeidungsverhalten. Dies erfolgte über TrustTable in einem Blended-Care-Verfahren (bCBT), wobei in der Verzahnung mit der f2f-Therapie diese gelegentlich ebenfalls über Videochat stattfand.

Der Patient konnte dieses Setting gut annehmen und es zeigten sich immer deutlicher traumatische Beziehungserfahrungen in der Kindheit (unter anderem sexueller Missbrauch in der Schule), welche so noch nie vorher im therapeutischen Kontext vom Patienten preisgegeben wurden. Der Aufbau einer vertrauensvollen Beziehung war durch die ambivalenten und teils desorganisierten Bindungserfahrungen erschwert. Der Patient nutzte fast täglich die Applikationen und das therapeutische Tagebuch. Im weiteren Verlauf bereits nach scheinbarer Stabilisierung

- Die Working Alliance wird durch teletherapeutische Mittel nicht automatisch eingeschränkt, sondern kann je nach gezieltem Einsatz sogar erhöht werden
- Verschiedene digitale Lösungen wie z. B. TrustTable bringen Therapie in das persönliche Umfeld des Patienten
- Integration häuslicher Übungen und Steigerung der Trainingsfrequenz
- Monitoring bei Risikopatienten

Korrespondenzadresse

© privat

Dr. Michael Krenn
PsyMeDoc-Informatics und
Therapiezentrum Aspern
Löschnigg 10, 1220 Wien,
Österreich
michaelkrenn@psymedoc.at

Einhaltung ethischer Richtlinien

Interessenkonflikt. M. Krenn gibt an, Gesellschafter bei PsyMeDoc Informatics GMBH für Ordinationssoftware zu sein. Diese ist Sponsor des Projektes

TrustTable. In diesem Projekt selbst arbeiten M. Krenn sowie dankenswerter Weise alle Verantwortlichen im Team rein ehrenamtlich. M. Krenn fungiert als ärztliche Projektleitung.

Für diesen Beitrag wurden von den Autoren keine Studien an Menschen oder Tieren durchgeführt. Für die aufgeführten Studien gelten die jeweils dort angegebenen ethischen Richtlinien.

Literatur

1. Månsson KNT, Ruiz ES, Gervind E, Dahlin M, Andersson G (2013) Development and initial evaluation of an internet-based support system for face-to-face cognitive behavior therapy: a proof of concept study. *J Med Internet Res* 15:e280
2. <https://www.uni-ulm.de/in/abt-klinische-psychologie-und-psychotherapie/forschung/forschung/e-mental-health/>. Zugegriffen: 7. Jan. 2022
3. Lin J, Paganini S, Sander L, Lüking M, Ebert DD, Buhrman M, Andersson G, Baumeister H (2017) An Internet-based intervention for chronic pain—a three-arm randomized controlled study of the effectiveness of guided and unguided acceptance and commitment therapy. *Dtsch Arztebl* 114:681–688
4. Kooistra LC, Ruwaard J, Wiersma JE, van Oppen P, van der Vaart R, van Gemert-Pijnen JEW, Riper H (2016) Development and initial evaluation of blended cognitive behavioural treatment for major depression in routine specialized mental health care. *Internet Interv* 4(part 1):61–71
5. Kooistra LC, Ruwaard J, Wiersma JE, van Oppen P (2020) Working alliance in blended versus face-to-face cognitive behavioral treatment for patients with depression in specialized mental health care. *J Clin Med* 9:347. <https://doi.org/10.3390/jcm9020347>
6. <https://www.gesundheit.gv.at/elga/faq/datenschutz>. Zugegriffen: 7. Jan. 2022
7. Vieta E, Sluth LB, Olsen CK (2018) The effects of vortioxetine on cognitive dysfunction in patients with inadequate response to current antidepressants in major depressive disorder: A short-term, randomized, double-blind, exploratory study versus escitalopram. *J Affect Disord* 227:803–809

Hinweis des Verlags. Der Verlag bleibt in Hinblick auf geografische Zuordnungen und Gebietsbezeichnungen in veröffentlichten Karten und Institutsadressen neutral.

Hier steht eine Anzeige.