

# Das Beste aus zwei Welten: Eine systematische Übersicht zu Faktoren der Implementierung einer “Blended Therapy” (Gemischte Therapie) in der Psychotherapeutischen Routineversorgung

Mayra Dech<sup>a</sup> Julia Klawohn<sup>a</sup> Nina Romanczuk-Seiferth<sup>b</sup>

<sup>a</sup>Humboldt-Universität zu Berlin, Institut für Psychologie, Berlin, Deutschland; <sup>b</sup>Charité – Universitätsmedizin Berlin, Berlin, Deutschland

## Schlüsselwörter

Blended therapy · Implementierung · Psychotherapie · Routineversorgung · Internetbasierte Interventionen

## Zusammenfassung

**Ziel:** Diese Arbeit gibt einen Überblick über bisherige wissenschaftliche Empfehlungen zur Implementierung der blended therapy, d.h. der Kombination von Therapien in Präsenz und via digitaler Medien. Die Empfehlungen umfassen die Themen: (1) wahrgenommene Barrieren von Psychotherapeut\*innen, (2) Format der blended therapy und (3) Indikationen für Patient\*innen. In diesem Rahmen werden Faktoren aufgezeigt, die Akteur\*innen im Gesundheitssystem als Orientierung dienen können, welche Determinanten bei der Implementierung in die Routineversorgung zu berücksichtigen sind. **Methodik:** Die systematische Suche erfolgte in den Datenbanken PsycArticles, PsycInfo, PSYINDEX und PubMed. **Ergebnisse:** Die Publikationen umfassen vier quantitative, neun qualitative sowie drei Mixed-Methods-Studien. Die bisherigen Arbeiten kommen zu dem Ergebnis, dass Psychotherapeut\*innen frühzeitig in den Implementierungsprozess einbezogen und langfristige supportive Maßnahmen für die Umstrukturierung der bisherigen Arbeitsroutine geschaffen werden sollten. Das Format der blended therapy sollte nicht standardisiert angewandt, sondern vielmehr individuell an die Patient\*innen angepasst werden. Hinsichtlich möglicher Indikationen werden verschiedene Einflussfaktoren der Patient\*innen diskutiert, die bisher jedoch nur unzureichend untersucht wurden. **Diskussion:** Bisherige Studien weisen größtenteils homogene

Charakteristika und Ergebnisse auf. Forschungslücken bestehen hinsichtlich der Frage, inwieweit sich die Ergebnisse auf andere Therapieschulen, Berufsgruppen und Störungsbilder übertragen lassen. **Schlussfolgerung:** Das Review veranschaulicht, dass es wichtiger Vorarbeit hinsichtlich der Anwendungsunterstützung für Psychotherapeut\*innen sowie weiterer Forschungsaktivität bedarf, um die Implementierung von blended therapy im Sinne einer möglichen Verbesserung der psychotherapeutischen Versorgung voranzutreiben.

© 2022 S. Karger AG, Basel

## The Best of Both Worlds: A Systematic Review of Factors in the Implementation of Blended Therapy in Routine Psychotherapy

### Keywords

Blended therapy · Implementation · Psychotherapy · Routine care · Internet-based interventions

### Abstract

**Objective:** This article gives an overview on previous scientific recommendations for implementing blended therapy, i.e., the combination of face-to-face therapy and therapy via digital tools. The recommendations cover the following topics: (1) perceived barriers of psychotherapists, (2) format of blended therapy, and (3) indications for specific patient groups. Moreover, factors are identified that can serve as a guide for actors in the health care system

concerning the determinants that need to be taken into account when implementing the system in routine care.

**Methods:** The systematic search was performed in the databases PsycArticles, PsycInfo, PSYINDEX, and PubMed.

**Results:** The selected publications include four quantitative, nine qualitative, and three mixed-methods studies. Psychotherapists should be included into the implementation process at an early stage and long-term supportive measures for the restructuring of the previous work routine should be created. The format of blended therapy should not be considered a standardized procedure, but rather individually adapted to the patient. Regarding possible indications, various influential factors of the patients are discussed. To date, these influencing factors have been insufficiently investigated. **Discussion:** Previous studies have mainly shown homogeneous characteristics and results. Further questions remain as to what extent the results can be transferred to other therapeutic schools, professional groups, and disorders. **Conclusion:** This paper highlights the importance of support for psychotherapists in the application of blended therapy. In addition, it highlights the need for further research to advance the implementation process of blended therapy in order to successfully improve mental health care.

© 2022 S. Karger AG, Basel

## Einleitung

### Hintergrund

„Die Psyche leidet und das wird immer sichtbarer.“ [Bundespsychotherapeutenkammer, 2018]. Laut epidemiologischen Daten erkrankt in Deutschland mehr als jeder vierte Erwachsene im Laufe eines Jahres an einer psychischen Störung [Jacobi et al., 2014]. Psychische Störungen sind die zweithäufigste Diagnosegruppe bei Krankschreibungen beziehungsweise Arbeitsunfähigkeit [Knieps und Pfaff, 2020] und zählen zu den sogenannten deutschen Volkskrankheiten [Jacobi, 2012]. Die wirksame und kosteneffektive Behandlung psychischer Erkrankungen ist folglich von gesamtgesellschaftlicher Bedeutung [Kazdin und Blase, 2011]. Wengleich eine Vielzahl an Therapien für verschiedene Störungsbilder verfügbar ist, erhalten zwischen 35 und 50 Prozent der Betroffenen keine professionelle Hilfe [Jacobi et al., 2014]. Aufgrund fehlender Therapieplätze müssen Therapiesuchende in Deutschland durchschnittlich fünf Monate auf einen Termin in einer psychotherapeutischen Einrichtung oder Praxis warten [Bundespsychotherapeutenkammer, 2018]. Die Corona-Pandemie hat die Situation weiterhin verschärft, sodass Patient\*innen nun zum Teil mit Wartezeiten bis zu neun Monaten rechnen müssen [Bundespsychotherapeutenkammer, 2021]. Das Forschungsinteresse an einer Erweiterung der Therapiemöglichkeiten ist

daher in den letzten 20 Jahren stark angestiegen [Anderson, 2018]. Internetbasierte Interventionen werden als eine vielversprechende Möglichkeit angesehen, um die psychotherapeutische Versorgung weiterzuentwickeln und die Versorgungslücke zu schließen [Mathiasen et al., 2016; Schuster et al., 2020]. Aufgrund der orts- sowie zeitunabhängigen Behandlung ermöglichen sie den Einbezug von Patient\*innengruppen, die zum Beispiel durch geografische Distanz oder Stigmatisierungsängste schwer zu erreichen sind [Klein und Berger, 2013]. Der Einsatz von onlinebasierten Technologien in der Psychotherapie wird nicht nur der zunehmenden Digitalisierung im Alltag der Patient\*innen gerecht, sondern stützt sich außerdem auf eine Vielzahl von Wirksamkeitsstudien [Etzelmüller et al., 2020; Karyotaki et al., 2021; Pauley et al., 2021]. Unter anderem konnte eine Wirksamkeit zwischen Hedges'  $g = 0,42$  und  $1,88$  für Depressionen sowie  $g = 0,94$  für Angststörungen in der Routineversorgung nachgewiesen werden [Etzelmüller et al., 2020]. Eine entscheidende Rolle spielt hierbei die Begleitung durch Expert\*innen, in Form von beispielsweise Textnachrichten oder Videobotschaften. Im Vergleich zu internetbasierten Selbsthilfeformaten weisen angeleitete Therapien eine stärkere Symptomreduktion und teilweise eine höhere Adhärenz auf [Büscher et al., 2020; Karyotaki et al., 2021]. Neben der Vielzahl an Vorteilen lassen sich jedoch auch Nachteile onlinebasierter Therapien finden [Urech et al., 2019]. Unter anderem erschwert der Wegfall nonverbaler Informationen die adäquate Einschätzung suizidaler Krisensituationen [Berger und Andersson, 2009]. Weiterhin berichten Patient\*innen von Frustration aufgrund von Zeitdruck oder Misslingen von Aufgaben [Rozental et al., 2015]. Damit einher geht die Kritik des „one size fits all“-Ansatzes, bei dem der standardisierte Aufbau internetbasierter Interventionen in Hinblick auf den Individualisierungsgrad der Therapie kritisch betrachtet wird [Titzler et al., 2018].

### Blended therapy

Gemäß dem Leitspruch „das Beste aus zwei Welten“ werden bei der blended therapy (gemischte Therapie) die positiven Aspekte beider Therapieformen miteinander kombiniert und potentielle Nachteile gemildert [van der Vaart et al., 2014; Erbe et al., 2017]. Das innovative Konzept der blended therapy integriert Elemente beider Behandlungsformen und bietet somit eine möglichst patient\*innenorientierte Therapie [Erbe et al., 2017]. Der Umfang an persönlichen Terminen (Face-to-Face, f2f) beziehungsweise Online-Sitzungen kann dem individuellen Unterstützungsbedarf der Patient\*innen angepasst werden [van der Vaart et al., 2014]. Grundsätzlich werden zwei Operationalisierungen unterschieden: Entweder kann eine internetbasierte Intervention durch persönliche Sitzungen mit Psychotherapeut\*innen ergänzt wer-

den oder Online-Module fungieren als Adjunkt zur f2f-Therapie [Erbe et al., 2017]. In letzterem Fall können prozessorientierte Methoden (z. B. kritische Reflektionen) während der f2f-Sitzungen fokussiert und praktische Behandlungskomponenten (z. B. Übungen) online angeboten werden [Kleiboer et al., 2016]. In Hinblick auf die verschiedenen Psychotherapieverfahren existieren derzeit allerdings nur verhaltenstherapeutisch orientierte Formen der blended therapy [Kemmeren et al., 2019]. Vorteile bietet die blended therapy unter anderem dadurch, dass Patient\*innen die therapeutischen Inhalte selbstständig im privaten Kontext bearbeiten können. Das ermöglicht zum einen den erfolgversprechenden Transfer der Inhalte in den Alltag der Patient\*innen [Erbe et al., 2017]. Zum anderen wird durch die aktive Mitarbeit am therapeutischen Prozess die wahrgenommene Autonomie sowie Verantwortung für die eigene mentale Gesundheit gefördert [Månsson et al., 2013]. Durch das selbstständige Vor- und Nachbereiten der Therapiesitzungen können die Inhalte von den Patient\*innen jederzeit wiederholt, reflektiert und somit auch Verhaltensänderungen zwischen den f2f-Sitzungen gezielt gestärkt werden [Titzler et al., 2018]. Die blended therapy kann somit die Therapie intensiveren [Urech et al., 2019] und im gleichen Zuge zeitsparend wirken [Erbe et al., 2017]. Aus ökonomischer Perspektive bietet sie daher eine vielversprechende Behandlungsmethode [Mathiasen et al., 2016]. Vor dem Hintergrund der aktuellen Versorgungssituation lassen sich unter gleichbleibenden Therapie-Outcomes die Ressourcen der Psychotherapeut\*innen schonen und damit mehr Kapazitäten für neue Patient\*innen schaffen [Mathiasen et al., 2016; Erbe et al., 2017; Titzler et al., 2018]. Erste Wirksamkeitsstudien belegen weiterhin nicht nur die Wirksamkeit der blended therapy (Cohens  $d = 0,51$  für Depressionen [Berger et al., 2018];  $d = 0,27$  für verschiedene Störungsbilder [Lindhiem et al., 2015];  $d = 0,44$  für Depressionen [Zwerenz et al., 2017]), sondern verweisen außerdem auf ihre Nicht-unterlegenheit im Vergleich zur f2f-Therapie [Thase et al., 2018; Kooistra et al., 2019]. Schlussfolgernd kann die blended therapy somit sowohl die Qualität der Versorgung als auch die Kosteneffektivität verbessern [Mol et al., 2020].

Wenngleich internetbasierte Therapien und die blended therapy zunehmende Evidenzen verzeichnen, schreitet deren Implementierung in die psychotherapeutische Routineversorgung nur langsam voran [Schuster et al., 2020]. In Bezug auf die blended therapy ist das unter anderem darauf zurückzuführen, dass das Therapiekonzept noch relativ jung und erst in den letzten Jahren zunehmend in den Fokus der Psychotherapieforschung gerückt ist [Fairburn und Patel, 2017]. Im Vergleich zu den Niederlanden, in denen die blended therapy bereits in die Routineversorgung integriert ist, wurden in Deutschland

bisher nur einzelne Forschungs- und Modellprojekte umgesetzt [Titzler et al., 2018]. Die Projekte liefern vielversprechende Ergebnisse und geben darüber hinaus Empfehlungen für eine erfolgreiche Umsetzung der blended therapy [Kooistra et al., 2019].

### *Ziel*

Die fachliche Diskussion einer erfolgreichen Umsetzung der blended therapy findet sich unter anderem in der Frage wieder, ob das Bereitstellen der blended therapy automatisch dazu führen wird, dass die Ressourcen effizienter genutzt und positive Therapie-Outcomes erzielt werden [Kenter et al., 2015]. Weiterhin drängt sich die Frage auf, wie die Therapie am besten angeboten werden sollte, um sowohl Effektivität als auch Kostenvorteile zu gewährleisten [Erbe et al., 2017; Kemmeren et al., 2019]. Des Weiteren ist die Frage interessant, für welche Patient\*innengruppen eine blended therapy indiziert sein dürfte oder welche Patient\*innen eher von einer f2f-Therapie profitieren [Friedl et al., 2020]. Vor diesem Hintergrund wird der Bedarf an entsprechenden Richtlinien und Behandlungsprotokollen für die blended therapy deutlich [Kenter et al., 2015]. Für eine erfolgreiche Implementierung ist es außerdem bedeutsam, die antizipierten Barrieren der Interessengruppen zu adressieren. Eine entscheidende Rolle spielen hierbei die Einstellungen und die Akzeptanz der Psychotherapeut\*innen, welche häufig als sogenannte „gatekeepers“ (Torhüter) im Implementierungsprozess bezeichnet werden [Titzler et al., 2018]. Aktuelle Studien geben Antworten auf diese Fragen, betrachten die Forschungsfragen jedoch isoliert voneinander. Nach dem derzeitigen Kenntnisstand erfolgte bislang keine umfassende Betrachtung dieser Themen. Das Anliegen dieses systematischen Reviews ist es folglich, die Ergebnisse der vorliegenden Studien aufzuzeigen und einen Überblick über bisherige Empfehlungen zur Implementierung einer blended therapy zu bieten. In diesem Rahmen werden die folgenden Fragen diskutiert: (1) Welche Barrieren nehmen Psychotherapeut\*innen bei der Implementierung einer blended therapy wahr und wie sollten diese adressiert werden? (2) In welchem Format sollte die blended therapy angeboten werden? (3) Für welche Patient\*innengruppe sollte die Implementierung erfolgen?

### **Methoden**

#### *Registrierung*

Das Review wurde in „PROSPERO“ unter der Registrierungsnummer CRD42021227431 aufgenommen.

#### *Suchstrategie*

Bei der Literaturrecherche wurde in den Datenbanken PsycArticles, PsycInfo, PSYINDEX und PubMed im Zeitraum vom 20. September bis 25. November 2020 nach Primärstudien gesucht.

Die Suche erfolgte anhand von Schlüsselwörtern, die die Begriffe blended therapy („blended therapy“, „blended care“, „blended treatment“, „blended psychotherapy“, „combined modality therapy“, „gemischte Therapie“, „verzahnte Therapie“) und Implementierung („implementation“, „uptake“, „dissemination“, „aftercare“, „inpatient“, „routine mental healthcare“, „Implementierung“) sowie Psychotherapie („mental health“, „mental health care“, „psychotherapy“, „Psychotherapie“) miteinander kombinieren. Diese Schlüsselwörter sollten im Titel oder der Zusammenfassung der Artikel enthalten sein. Im Anschluss erfolgte eine ergänzende Handrecherche über die Referenzlisten der eingeschlossenen Publikationen und die Suchmaschine Google Scholar.

#### *Auswahl der Studien*

Es wurden sowohl deutsch- als auch englischsprachige Primärstudien in die Analyse eingeschlossen. Die einbezogenen Studien mussten sich auf den Kontext einer psychotherapeutischen Behandlung und der Implementierung einer blended therapy beziehen. Publikationen, die ausschließlich die Effektivität der blended therapy thematisieren, wurden folglich nicht eingeschlossen. Ausgeschlossen wurden Studien, die sich nicht mit einer blended therapy im Rahmen der Kombination aus internetbasierten Interventionen und f2f-Sitzungen beschäftigen. Zudem wurden Veröffentlichungen von Studienprotokollen ausgeschlossen. Nach der anfänglichen Datenbankrecherche und dem Entfernen von Duplikaten mittels der Software Rayyan [Ouzzani et al., 2016] erfolgte ein Screening der Zusammenfassungen, um deren potentielle Relevanz für die vorliegende Arbeit zu überprüfen. Die Relevanz wurde anhand der Ein- und Ausschlusskriterien bewertet. In einem nächsten Schritt wurden diese ebenso in der folgenden Volltextanalyse angewandt.

#### *Prozess der Datengewinnung*

Im Pool der zu evaluierenden Publikationen wurden Daten zu Autoren, Land, Studiendesign und Stichprobe extrahiert. Ferner wurden Charakteristika der jeweiligen Intervention sowie qualitative und quantitative Studienergebnisse entnommen. Im nächsten Schritt erfolgte eine thematische Gliederung der Forschungsergebnisse anhand der drei formulierten Fragestellungen.

#### *Risiko der Verzerrung*

Zur Qualitätssicherung wurden die inkludierten Publikationen anhand verschiedener Richtlinien hinsichtlich des Risikos einer Verzerrung beurteilt. Die Auswahl der Checklisten erfolgte in Anlehnung an die Empfehlungen des EQUATOR-Netzwerkes für das wissenschaftliche Berichten von Publikationen [Equator-Network, n.d.]. Qualitative Studien wurden anhand der COREQ-Checkliste [Tong et al., 2007], quantitative Publikationen mittels der Q-SSP-Checkliste [Protogerou und Hagger, 2020] und Mixed-Methods-Artikel anhand der MMARS-Richtlinien [Levitt et al., 2018] hinsichtlich ihrer Güte bewertet. Das Vorgehen dieses Reviews orientiert sich an den PRISMA-Leitlinien [Moher et al., 2009].

## **Ergebnisse**

#### *Auswahl der Studien*

Abbildung 1 stellt den Auswahlprozess der Studien in einem PRISMA-Flussdiagramm grafisch dar. Die systematische Datenbankrecherche erzielte insgesamt 68 Treffer, von denen 58 nach der Deduplikation verblieben. Es konn-

ten 16 Publikationen identifiziert werden, die den oben genannten Einschlusskriterien entsprachen. Inkludiert wurden vier quantitative und neun qualitative Studien sowie drei Mixed-Methods-Artikel. Der Großteil dieser Studien wurde in Deutschland oder den Niederlanden zwischen 2018 und 2020 publiziert. Die Merkmale der eingeschlossenen Studien sind der Tabelle 1 zu entnehmen. Im Folgenden werden die Ergebnisse aus den selektierten Studien thematisch gruppiert dargestellt, mögliche Implikationen daraus im Diskussionsteil zusammengetragen.

#### *Wahrgenommene Barrieren und mögliche Maßnahmen*

Es konnten drei quantitative Studien [Schuster et al., 2018a; Baumeister et al., 2020; Schuster et al., 2020] sowie drei qualitative Studien [Titzler et al., 2018; Paul et al., 2019; Mol et al., 2020] identifiziert werden, in denen von Psychotherapeut\*innen wahrgenommene Barrieren beschrieben wurden. Die Forschungsarbeiten gelangen zu dem übereinstimmenden Resultat, dass die Akzeptanz der Psychotherapeut\*innen sowie deren wahrgenommene Barrieren in der Anwendung der blended therapy grundlegende Voraussetzungen für die Implementierung dieser Therapie darstellen [Titzler et al., 2018; Paul et al., 2019; Baumeister et al., 2020; Mol et al., 2020; Schuster et al., 2020].

#### *Nein zu internetbasierten Interventionen, Ja zur Kombination*

Die Akzeptanz von Psychotherapeut\*innen gegenüber der Mediennutzung in der psychotherapeutischen Routineversorgung ist im Allgemeinen von einer ambivalenten Wahrnehmung geprägt [Paul et al., 2019]. Der Einsatz internetbasierter Interventionen wird aus Sicht der Therapeut\*innen nur in Kombination mit f2f-Sitzungen, in Form einer blended therapy, als realistisch angesehen [Mol et al., 2020]. Damit übereinstimmend zeigten Schuster et al. [2020] in einer Umfrage mit Psychotherapeut\*innen aus Deutschland und Schweden, dass die Mehrheit der Befragten zwar eine Petition gegen die allein stehende Anwendung internetbasierter Interventionen unterschreiben, sich jedoch 64 Prozent ( $n = 181$ ) positiv gegenüber der Implementierung der blended therapy aussprechen würden.

#### *Barrieren auf vier Ebenen*

Aufgrund des Fehlens konkreter Konzepte zur Implementierung einer blended therapy liegt die Entscheidung bei den Psychotherapeut\*innen, ob und wie sie diese anwenden [Paul et al., 2019]. Entscheidend für eine erfolgreiche Implementierung ist es demnach, nicht nur die Akzeptanz der Therapeut\*innen zu steigern, sondern ebenso mögliche Barrieren konkret zu erfassen [Paul et al., 2019; Baumeister et al., 2020; Mol et al., 2020]. Die Ergebnisse zusammentragend lassen sich vier Ebenen identifizieren, die die wahrgenommenen Barrieren aus

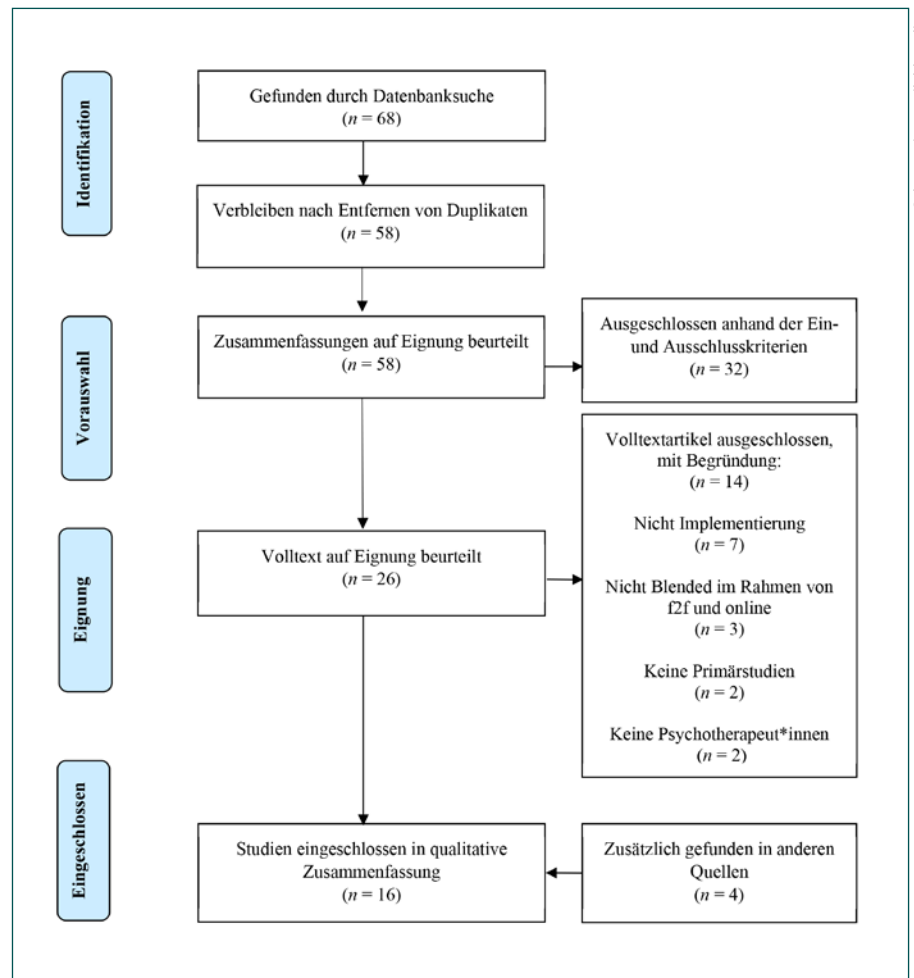


Abb. 1. Prisma-Flussdiagramm.

Sicht von Psychotherapeut\*innen beschreiben. Die Barrieren beziehen sich auf Bedenken hinsichtlich der Informationsvermittlung, technische Aspekte, Arbeitsaufwand und Zweifel hinsichtlich therapeutisch wirksamer Faktoren [Titzler et al., 2018].

#### Unzureichende Informationsvermittlung

Die Bedenken bezüglich der Informationsvermittlung beziehen sich vor allem darauf, dass in der psychotherapeutischen Praxis bislang wenig über die Anwendung der blended therapy bekannt ist und Psychotherapeut\*innen darüber hinaus oftmals wenig Erfahrung beim Einsatz webbasierter Module haben [Titzler et al., 2018; Paul et al., 2019]. Ohne konkrete Vorgaben hinsichtlich der empfohlenen Anwendung sowie bezüglich finanzieller und rechtlicher Aspekte fehlt Therapeut\*innen eine klare Vorstellung von der Anwendung der Therapie [Titzler et al., 2018]. Diese Informationen können laut Baumeister et al. [2020] über Informationsvideos vermittelt werden. In ihrer Studie zeigten Psychotherapeut\*innen, welche zuvor ein kurzes Video über eine exemplarische Therapiesitzung sowie Expert\*inneninformationen über die blended therapy sahen, signifikant höhere Akzeptanz-

werte als die Kontrollgruppe ( $d = 0,27$ ) [Baumeister et al., 2020]. Vor dem Hintergrund der bisherigen Forschung [Schuster et al., 2018b; Schuster et al., 2020], die bislang keinen signifikanten Effekt solcher Informationsvideos hervorbrachte, liefern Baumeister et al. [2020] damit richtungweisende Impulse. Die höheren Akzeptanzwerte könnten darauf zurückzuführen sein, dass die Therapeut\*innen in den Studien von Schuster et al. aus dem Jahr 2018 und 2020 entweder nur Präsentationsfolien mit Audiokommentaren oder Fernsehdokumentationen über internetbasierte Interventionen präsentiert sahen. Daraus lässt sich schlussfolgern, dass zielgruppenspezifische Informationen und Therapieausschnitte eine tragende Rolle in der Akzeptanzsteigerung einnehmen könnten.

#### Technische Probleme

Im Umgang mit der blended therapy gelten technische Probleme als eine weitere Barriere. Bei der Nutzung der Online-Module ergaben sich in den Studien Schwierigkeiten aufgrund langsamer Internetverbindungen oder defekter Schnittstellen, weiterhin erschwerten komplizierte Nutzeroberflächen die Arbeit der Therapeut\*innen

**Tabelle 1.** Merkmale der eingeschlossenen Studien

Autor*innen, Jahr	Land	Intervention	Datenerhebungsmethode	Stichprobe	Störungsbild	Outcome
Baumeister et al., 2020	Deutschland	Blended therapy, keine spezifischen Angaben	Quantitative Studie, Online-Umfrage	Psychotherapeut*innen (n = 284)	N/A	Effekt einer akzeptanzfördernden Maßnahme
Etzelmueller et al., 2018	Deutschland	Blended therapy, „Depression Online“	Qualitative Studie, semistrukturierte Interviews	Patient*innen (n = 15)	Depression	Nutzer*innenerfahrung
Kemmeren et al., 2019	Deutschland, Niederlande, Portugal, Frankreich, Polen, Dänemark	Blended therapy, „Moodbuster“	Quantitative Studie, diagnostische Fragebögen und Interviews, Nutzungsverhalten	Patient*innen (n = 200)	Depression	Länderspezifische Differenzen im Nutzungsverhalten
Kip et al., 2020	Niederlande	Blended therapy, störungsübergreifend	Qualitative Studie, semistrukturierte Interviews, Fokusgruppen	Patient*innen (n = 8); Psychotherapeut*innen (n = 4)	Forensische Psychiatrie	Adaption „Fit for Blended Care Instrument“
Mol et al., 2018	Niederlande	Blended therapy, 10 online- und 5 f2f-Sitzungen	Mixed-Methods-Studie, diagnostische Fragebögen, Nutzungsverhalten	Patient*innen (n = 45); Psychotherapeut*innen (n = 19)	Depression	Online-Feedback und Einfluss auf Therapie-Outcome
Mol et al., 2020	Niederlande	Blended therapy, 10 online- und 5 f2f-Sitzungen	Qualitative Studie, semistrukturierte Interviews, Fokusgruppen	Psychotherapeut*innen (n = 36)	Depression	Barrieren und begünstigende Faktoren, Benutzer*innenfreundlichkeit
Paul et al., 2019	Deutschland	Blended therapy, keine spezifischen Angaben	Qualitative Studie, problemzentrierte Interviews	Psychotherapeut*innen (n = 12)	N/A	Einsatzmöglichkeiten, Therapeut*innen- und Patient*innenmerkmale, Implementierung
Schuster et al., 2018	Österreich	Blended therapy, keine spezifischen Angaben	Quantitative Studie, Online-Umfrage	Psychotherapeut*innen (n = 95)	N/A	Effekt eines Informationsvideos, Einstellungen im Vergleich zu internetbasierten Interventionen
Schuster et al., 2020	Deutschland, Schweden	Blended therapy, keine spezifischen Angaben	Quantitative Studie, Online-Umfrage	Psychotherapeut*innen (n = 300)	N/A	Replikation Schuster et al. (2018), länderspezifische Unterschiede in Implementierung
Titzler et al., 2018	Deutschland	Blended therapy, 10 online- und 6 f2f-Sitzungen	Qualitative Pilotstudie, semistrukturierte Interviews	Patient*innen (n = 71); Psychotherapeut*innen (n = 5)	Depression (MDD)	Barrieren und begünstigende Faktoren
Titzler et al., 2019	Deutschland	Blended therapy, 6 online- und 6 f2f-Sitzungen	Mixed-Methods-Studie, Behandlungsdokumentation, diagnostische Fragebögen	Patient*innen (n = 1)	Depression (MDD)	Nutzer*innenerfahrung
Urech et al., 2019	Deutschland	Blended therapy, „deprexis“	Qualitative Studie, semistrukturierte Interviews	Patient*innen (n = 15)	Depression	Wahrgenommene Vor- und Nachteile
Valentine et al., 2020	Australien	Blended therapy, 2 Jahre f2f-Sitzungen und Anschlussbehandlung online, „Horyzons“	Qualitative Studie, semistrukturierte Interviews	Patient*innen (n = 10)	Erste psychotische Episode	Nutzer*innenerfahrung
van der Vaart et al., 2014	Niederlande	Blended therapy, keine spezifischen Angaben	Mixed-Methods-Studie, Interviews, Online-Umfrage	Patient*innen (n = 8); Psychotherapeut*innen (n = 12)	N/A	Optimaler Einsatz (Inhalt, Verhältnis und Voraussetzungen)
Wentzel et al., 2016	Niederlande	Blended therapy, keine spezifischen Angaben	Qualitative Studie, Interviews, Fokusgruppen	Patient*innen (n = 2); Psychotherapeut*innen (n = 21)	N/A	„Fit for Blended Care Instrument“
Wilhelmsen et al., 2013	Norwegen	Blended therapy, „MoodGYM“	Qualitative Studie, semistrukturierte Interviews	Patient*innen (n = 14)	Depression	Steigerung Adhärenz

[Titzler et al., 2018; Mol et al., 2020]. Grundsätzlich gehen mit der Implementierung der blended therapy entsprechende technische Voraussetzungen einher, die sich auf materielle (z. B. Vorhandensein technischer Geräte) sowie immaterielle Aspekte (z. B. technisches Verständnis der Anwender\*innen) beziehen [Titzler et al., 2018].

#### *Zusätzlicher Arbeitsaufwand*

Mit der Erfüllung dieser Voraussetzungen sowie mit dem regelmäßigen Formulieren von Feedback und Erinnerungsmails wird ein zusätzlicher zeitlicher wie auch organisatorischer Aufwand als Barriere wahrgenommen. Anfängliche Schwierigkeiten, die blended therapy in den routinierten Arbeitsalltag einfließen zu lassen, könnten dazu führen, dass sich die Reduzierung der f2f-Sitzungen erst im Laufe der Zeit positiv auf die zeitlichen Ressourcen auswirken wird [Titzler et al., 2018; Mol et al., 2020]. Es liegt daher der Schluss nahe, dass eine Vorerfahrung mit der blended therapy zu einer verbesserten Benutzerfreundlichkeit sowie einer erhöhten Wahrscheinlichkeit der zukünftigen Anwendung beitragen würde [Paul et al., 2019; Mol et al., 2020]. Mol et al. [2020] stützen diese These, indem sie zeigten, dass 97 Prozent ( $n = 35$ ) der befragten Psychotherapeut\*innen die Therapie auch über die Studiennutzung hinaus ihren Patient\*innen in Zukunft anbieten wollten. Bei der Umsetzung der Therapie ist allerdings eine langfristige Unterstützung aufseiten der psychotherapeutischen Einrichtung notwendig. Einerseits müssten Schulungen im Umgang mit der Technologie sowie technische Beratungsmöglichkeiten geschaffen werden [Titzler et al., 2018]. Andererseits sollten über technische Aspekte hinaus entsprechende Anleitungen und Tools hinsichtlich der Formulierung von Online-Feedback angeboten werden. Ein anfängliches Training sei allerdings nicht ausreichend, um die Therapie in den bestehenden Arbeitsprozess einzupflegen. Folglich ist das Schaffen von zusätzlichen Strukturen sowie ein längerfristiger Support notwendig [Mol et al., 2020].

#### *Therapeutische Faktoren*

Hinsichtlich der Zweifel an therapeutisch wirksamen Faktoren zeigen sich abweichende Ergebnisse. Während alle befragten Psychotherapeut\*innen in der Studie von Titzler et al. [2018] von negativen Auswirkungen technischer Probleme auf die therapeutische Allianz berichteten, zeichnete sich bei Mol et al. [2020] ein geteiltes Gesamtbild ab. Vor Beginn der Therapie formulierten die Psychotherapeut\*innen zwar ebenfalls Zweifel hinsichtlich des Aufbaus einer tragfähigen Beziehung, im Laufe der Therapie revidierten einige der Therapeut\*innen allerdings ihre Meinung. Aufgrund des häufigeren Kontaktes zu den Patient\*innen sowie der Möglichkeit des Online-Monitorings sei die therapeutische Beziehung teilweise sogar stärker gewesen als in der f2f-Therapie [Mol

et al., 2020]. Für den Aufbau dieser Allianz ist jedoch ein gewisses Maß an Autonomie und Flexibilität in der Anwendung der Therapie notwendig, um auf die individuellen Bedürfnisse der Patient\*innen eingehen zu können. Demnach sollte es entgegen eines „one size fits all“-Ansatzes für die Psychotherapeut\*innen möglich sein, Abweichungen vom Protokoll vorzunehmen [Titzler et al., 2018]. Daran anlehnend empfehlen Mol et al. [2020], die Therapeut\*innen aktiv als Mitgestalter\*innen einzubeziehen.

#### *Format der blended therapy*

Im Fokus der Forschung steht weiterhin die Frage, in welchem Format die blended therapy am besten angeboten werden sollte. Entsprechende Empfehlungen geben sieben qualitative [Wilhelmsen et al., 2013; Wentzel et al., 2016; Paul et al., 2019; Titzler et al., 2019; Urech et al., 2019; Kip et al., 2020; Mol et al., 2020; Valentine et al., 2020], zwei Mixed-Methods- [van der Vaart et al., 2014] sowie eine quantitative Studie [Kemmeren et al., 2019]. Die Publikationen geben Aufschluss über Einsatzmöglichkeiten, Inhalte und Struktur der Therapie. Die blended therapy ist in verschiedenen Bereichen der Psychotherapie vielseitig einsetzbar. Diese kann sowohl in der Kurzzeit- wie auch Langzeittherapie angewandt werden und darüber hinaus die Versorgung in ländlichen Regionen sowie bei Therapieplatzüberbrückungen unterstützen [Titzler et al., 2018; Paul et al., 2019; Valentine et al., 2020].

#### *Balance aus online-basiert und f2f*

Ferner beschäftigen sich die Autor\*innen mit der Frage, in welchem Verhältnis f2f- und Online-Sitzungen in die blended therapy einfließen sollten. van der Vaart et al. [2014] postulieren, dass ein gleichverteiltes Verhältnis (50:50) nicht immer angemessen sei. Ein Großteil der Psychotherapeut\*innen strebe im Mittel ein 70:30 Verhältnis mit dem Fokus auf f2f-Sitzungen an. Interessanterweise präferierten die Patient\*innen in der Studie jedoch ein 50:50 Verhältnis [van der Vaart et al., 2014]. Eine multinationale Studie zeigte zudem länderspezifische Unterschiede: Im Vergleich zu niederländischen und französischen Teilnehmer\*innen nutzten deutsche Patient\*innen die Online-Module einer blended therapy signifikant häufiger und länger. Es zeigten sich außerdem länderspezifische Differenzen im Verhältnis beider Behandlungsmodalitäten (f2f- und Online-Sitzungen). Diskutiert wurden in diesem Zusammenhang unterschiedliche Präferenzen für die blended therapy sowie die grundlegenden Unterschiede im Gesundheitssystem der Länder [Kemmeren et al., 2019].

#### *Gestaltungsmöglichkeiten*

Bezugnehmend auf die oben genannten wahrgenommenen Barrieren der Psychotherapeut\*innen sollte auch

die notwendige Flexibilität und Autonomie in der Anwendung der blended therapy betont werden. Die Empfehlungen sprechen dafür, die Behandlungsdauer variabel zu gestalten und die Reihenfolge der Modalitäten flexibel an die Patient\*innen anzupassen [Titzler et al., 2018].

Zur Individualisierung könnten bestimmte Lektionen bedarfsspezifisch (z. B. für komorbide Störungen) freigeschaltet werden. Ebenso denkbar wäre es, eine Ausschleichphase mit zeitlich versetzten f2f-Sitzungen und sogenannten „Online-Booster-Sessions“ bei schwer erkrankten Patient\*innen anzuwenden [Titzler et al., 2019]. Bereits vor Beginn der Therapie könnten diese Möglichkeiten gemeinsam mit den Patient\*innen besprochen werden. Beispielsweise bietet das „Fit for Blended Care Instrument“ [Wentzel et al., 2016] die Möglichkeit, anhand von vorgegebenen Items gemeinsam mit den Patient\*innen zu entscheiden, welche Form der blended therapy am besten geeignet ist. Zudem lassen sich nicht alle Elemente der Therapie gleichermaßen auf das Online-Setting übertragen. Webbasierte Module eignen sich unter anderem für praktische Komponenten der Therapie [van der Vaart et al., 2014]. Indem die Patient\*innen selbstständig an den Therapieinhalten arbeiten, können die Online-Module die Umsetzung der Interventionen im Alltag erleichtern [Titzler et al., 2019], Kontrolle über den Alltag bringen [Wilhelmsen et al., 2013] und einen vorbereitenden Charakter für anschließende f2f-Sitzungen ausüben [Paul et al., 2019], etwa indem die webbasierten Lektionen bis zur nächsten f2f-Sitzung zu erledigen sind, um inhaltlich darauf aufzubauen [Wilhelmsen et al., 2013]. Um Überforderung und Frustration zu vermeiden, empfehlen van der Vaart et al. [2014], kurze Texte und multimodale Elemente zu verwenden. Ebenso können spielerische Aspekte (z. B. Spielpunkte) die Patient\*innen zum Weitermachen motivieren [van der Vaart et al., 2014]. Der persönliche Kontakt wird jedoch als essenziell angesehen, um Patient\*innen den Raum zu geben, Fragen sowie mögliche Schwierigkeiten mit den Online-Modulen zu diskutieren sowie konkrete Gedanken und Gefühle mitzuteilen [Wilhelmsen et al., 2013; van der Vaart et al., 2014; Paul et al., 2019; Urech et al., 2019; Valentine et al., 2020].

#### *Entlastung statt Belastung*

Urech et al. [2019] betonen die Relevanz, beide Behandlungsmodalitäten im Therapieprozess nicht getrennt voneinander zu betrachten. Die Online-Lektionen sollten demnach nicht als eine zur f2f-Therapie zusätzlich verlaufende Behandlung dienen, sondern integrativ in die Inhalte der f2f-Sitzungen einfließen. Exemplarisch führen sie an, zu Beginn der f2f-Sitzungen kurz die Inhalte der Online-Module zu resümieren und mögliche Verständnisfragen zu diskutieren. Ansonsten bestehe die Gefahr, Patient\*innen zu überfordern und eine zusätzliche Belastung statt Entlastung zu schaffen [Urech et al., 2019].

#### *Indikationen für Patient\*innengruppen*

Welches Format am besten für bestimmte Patient\*innengruppen geeignet ist, beziehungsweise welche Patient\*innen grundsätzlich von der blended therapy profitieren können, kann von verschiedenen Faktoren abhängig sein [Wentzel et al., 2016]. Die Frage nach der Indikation ist dementsprechend von relevanter Bedeutung im Implementierungsprozess. Impulse zur Beantwortung dieser Frage geben acht qualitative Publikationen [Wilhelmsen et al., 2013; Wentzel et al., 2016; Eitzelmueller et al., 2018; Titzler et al., 2018; Paul et al., 2019; Urech et al., 2019; Kip et al., 2020; Mol et al., 2020] sowie eine quantitative Studie [Kemmeren et al., 2019]. Es wird davon ausgegangen, dass die blended therapy nicht für alle Patient\*innen gleichermaßen angemessen sei [Paul et al., 2019]. Nach Wentzel et al. [2016] orientieren sich die Fragen, inwiefern eine Indikation vorliegt und welches Format sich am besten eignet, an den Präferenzen und persönlichen Merkmalen, Fähigkeiten und Fertigkeiten sowie der Schwere der Symptomatik der Patient\*innen.

#### *Persönliche Merkmale*

Im Bereich der persönlichen Merkmale wird vorwiegend das Alter der Patient\*innen als eine Determinante diskutiert. Aus Sicht der Psychotherapeut\*innen wird eine jüngere Altersgruppe als primäre Zielgruppe angesehen [Titzler et al., 2018; Paul et al., 2019; Mol et al., 2020]. Diese Aussagen begründen sich in der Annahme, dass jüngere Patient\*innen einerseits vertrauter im Umgang mit der Technologie seien und andererseits mehr Spaß an der Nutzung der digitalen Medien empfinden würden [Paul et al., 2019]. Demgegenüber zeigten Eitzelmueller et al. [2018], dass auch ältere Patient\*innen von der blended therapy profitieren können. Die Autor\*innen berufen sich hierbei auf Interviews mit Patient\*innen zwischen 53 und 64 Jahren. Nach Abschluss der Therapie gaben 87 Prozent ( $n = 13$ ) der Befragten an, zufrieden mit der Therapie gewesen zu sein. Daran anknüpfend schätzten mehr als die Hälfte der Patient\*innen ( $n = 9$ ) die blended therapy im Vergleich zur f2f-Therapie als gleich wirksam ein und berichteten, keine Nachteile der blended therapy zu verzeichnen.

#### *Fähigkeiten und Fertigkeiten*

Dahingegen empfanden andere Patient\*innen das Arbeiten mit der Online-Plattform teilweise als schwierig, da sie sich selbst nicht als sogenannten „Schreibtyp“ einschätzten [Eitzelmueller et al., 2018]. Als weitere Einflussfaktoren sollten folglich auch Fähigkeiten und Fertigkeiten diskutiert werden, die für das selbstständige Bearbeiten von Therapieinhalten relevant sind (z. B. Sprachfertigkeiten). Das individuelle Reflektieren könnte bei Patient\*innen, die es nicht gewohnt sind ihre Gedanken und Gefühle offen mitzuteilen, unerwartet starke Emotionen auslösen, die nicht



direkt in einem therapeutischen Gespräch aufgefangen werden [Kip et al., 2020]. Im Bereich der Fähigkeiten und Fertigkeiten wird weiterhin das Vorhandensein technischer Fertigkeiten als vorteilhaft angesehen, um Patient\*innen durch die Nutzung digitaler Medien nicht zu überfordern [Paul et al., 2019]. Ferner zeigten Etzelmueller et al. [2018], dass sich technische Probleme zwar nicht direkt auf die therapeutische Allianz auswirken, diese jedoch als relevanter wahrgenommen wurden, wenn die therapeutische Beziehung vorab geschwächt war. Erfolgte parallel zu technischen Schwierigkeiten ein Therapeut\*innenwechsel, entschieden sich folglich 67 Prozent ( $n = 10$ ) der teilnehmenden Patient\*innen für den Abbruch der Therapie [Etzelmueller et al., 2018].

### *Schwere der Symptomatik*

Mögliche Kontraindikation mit Blick auf die Schwere der Symptomatik wurde für Depressionen diskutiert [Mol et al., 2020]. Psychotherapeut\*innen gehen davon aus, dass Patient\*innen mit schwereren Verläufen mehr therapeutische Unterstützung und Aktivierung benötigen. Weiterhin könne es Patient\*innen mit schweren Depressionen an zusätzlicher Energie und Motivation fehlen, regelmäßig an beiden Behandlungsmodalitäten teilzunehmen und Übungen zu vervollständigen [Urech et al., 2019]. In der Studie von Mol et al. [2020] plädierten die befragten Therapeut\*innen folglich dafür, die blended therapy vorrangig bei Patient\*innengruppen mit milder bis moderater Depression einzusetzen. Dementgegen schlussfolgern Urech et al. [2019] in ihrer qualitativen Auswertung, dass auch Patient\*innen mit schweren Depressionen von einer blended therapy profitieren können. Nach einer 18-wöchigen Behandlung erwies sich bei einem Großteil der 15 Patient\*innen eine deutliche Abnahme der depressiven Symptomatik [Urech et al., 2019].

### *Komorbiditäten*

In einer Studie von Kemmeren et al. [2019] zeigte sich, dass komorbide Störungen beim Vorliegen einer depressiven Erkrankung mit dem Engagement der Patient\*innen und dem Abbruch der Therapie assoziiert waren. Die Autor\*innen empfehlen schlussfolgernd, die Therapie transdiagnostisch, mit der Möglichkeit auf zusätzliche störungsspezifische Behandlungskomponenten, auszurichten [Etzelmueller et al., 2018; Kemmeren et al., 2019].

## **Diskussion**

### *Zusammenfassung*

Die blended therapy kombiniert die zwei bisher scheinbar unvereinbaren Bereiche Psychotherapie und Digitalisierung und schafft somit „das Beste aus zwei

Welten“ [Baumeister et al., 2018]. Der Einzug von digitalen Elementen in die psychotherapeutische Routineversorgung bedarf allerdings einer Umstrukturierung der bisherigen Arbeitsweise von Psychotherapeut\*innen [Titzler et al., 2018]. Die Implementierung der blended therapy bedeutet zunächst einen verstärkten Arbeitsaufwand aufseiten der Therapeut\*innen sowie der psychotherapeutischen Einrichtung [Schuster et al., 2018a].

Die Ergebnisse dieses systematischen Reviews lassen sich vor dem Hintergrund der drei Fragestellungen folgendermaßen zusammenfassen: Ein Schwerpunkt im Implementierungsprozess bilden die wahrgenommenen Barrieren (Fragestellung 1), die sich auf die Informationsvermittlung, technische Aspekte, Arbeitsaufwand und therapeutische Faktoren beziehen. Diese Barrieren können unter anderem adressiert werden, indem Therapeut\*innen in den Implementierungsprozess einbezogen werden und ein gewisses Maß an Flexibilität in der Anwendung der Therapie erhalten [Titzler et al., 2018]. Den Empfehlungen zufolge müsse es Psychotherapeut\*innen hinsichtlich des Formates (Fragestellung 2) der blended therapy ebenfalls möglich sein, sich auf die jeweiligen Patient\*innen individuell einstellen zu können und Abweichungen vom Protokoll vorzunehmen [Kemmeren et al., 2019]. Um die Entscheidung zu treffen, welches Format am besten geeignet ist, beziehungsweise ob die blended therapy grundlegend für die jeweiligen Patient\*innen (Fragestellung 3) angemessen ist, fehlt es jedoch bislang an handfesten Indikationen. Die Empfehlungen weisen darauf hin, dass die Präferenzen und persönlichen Merkmale, Fähigkeiten und Fertigkeiten sowie die Symptomschwere der Patient\*innen einen Einfluss darauf haben, inwieweit die blended therapy für diese Patient\*innengruppen geeignet ist [Wentzel et al., 2016]. Während zu den Einflussfaktoren Alter und Symptomschwere widersprüchliche Befunde vorliegen, scheinen bestimmte Fähigkeiten und Fertigkeiten sowie komorbide Erkrankungen mit dem Therapieerfolg in Zusammenhang zu stehen [Etzelmueller et al., 2018; Kemmeren et al., 2019; Paul et al., 2019]. Die multiplen Gestaltungsmöglichkeiten sollten bereits vor Beginn der Therapie gemeinsam mit den Patient\*innen diskutiert werden [Wentzel et al., 2016; Kip et al., 2020].

### *Stärken und Limitationen*

Dieses systematische Review bietet eine Synthese der bisherigen Empfehlungen zur Implementierung der blended therapy und ist somit nach derzeitigem Kenntnisstand einmalig. Im Vergleich zu bisherigen Reviews, welche beispielsweise Impulse zu therapeutischen Barrieren [Davies et al., 2020] sowie Format, Wirksamkeit und Zielen der blended therapy geben [Erbe et al., 2017], verbindet die vorliegende Arbeit die verschiedenen For-

schaftsfragen miteinander und schafft somit einen umfassenden Überblick. Andere aktuelle Arbeiten bieten eine gute anwendungsnahe Darstellung, jedoch keinen systematischen Überblick zum Thema [Bielinski et al., 2021], wohingegen diese systematische Übersicht auf eine umfassende Betrachtung der bisherigen wissenschaftlichen Evidenz zum Thema fokussiert. Die zusammengetragenen Empfehlungen können Akteur\*innen im Gesundheitssystem als Orientierung dienen, welche Determinanten bei der Implementierung der blended therapy zu berücksichtigen sind.

Diese Arbeit unterliegt allerdings auch Limitationen. So erfolgte die Selektion der Publikationen nur durch die Erstautorin, es wurden keine unabhängigen Beurteilungen durch mehrere Prüfer\*innen o.ä. vorgenommen, sodass das Risiko eines Selektionsbias nicht völlig auszuschließen ist. Erwähnung sollte ein möglicher Selektionsbias auch innerhalb der eingeschlossenen Studien finden. Vor allem in Hinblick auf die Akzeptanz sowie die wahrgenommenen Barrieren der Psychotherapeut\*innen sollten die Ergebnisse mit Umsicht interpretiert werden, da die Teilnehmer\*innen der Studien größtenteils online rekrutiert und somit möglicherweise nur Therapeut\*innen erreicht wurden, die gewisse Voraussetzungen bezüglich des Internetumgangs erfüllen und offen gegenüber dem Themenfeld sind. In der Gesamtbetrachtung der eingeschlossenen Publikationen zeigen sich durch diesen Aspekt sowie mit Blick auf soziodemographische Eigenschaften (z. B. Geschlecht und Nationalität) größtenteils homogene Stichproben, die die Generalisierbarkeit der Befunde einschränken. Grundsätzlich weisen die Studien im Mittel moderate bis hohe Werte hinsichtlich der Qualitätsbeurteilung auf (Anhang A, online verfügbar unter [www.karger.com/doi/10.1159/000524332](http://www.karger.com/doi/10.1159/000524332)). Die angewandten Checklisten zur Beurteilung unterliegen jedoch Limitationen, da sie sich nicht gleichermaßen auf alle Studien übertragen lassen und nur einen unscharfen Eindruck von der Qualität der Publikationen liefern. Eine weitere Einschränkung ist der vorwiegende Einschluss qualitativer Studien, die aufgrund niedriger Stichprobengrößen eine begrenzte Repräsentativität der Ergebnisse aufweisen. Auch wenn die qualitative Forschung in diesem Bereich sicherlich richtungsweisende Impulse für zukünftige Forschungsfragen und praktische Implikationen bieten kann [Brüsemeister, 2008].

### *Implikationen für zukünftige Forschung*

Die vorliegenden Empfehlungen liefern bedeutsame Informationen für zukünftige Implementierungsvorhaben. Das systematische Review verdeutlicht jedoch auch, dass bisherige Studien größtenteils homogene Charakteristika aufweisen und somit weitere Forschungsaktivität zur Beantwortung von Implementierungsfragen notwen-

dig ist. Der Forschungsschwerpunkt bisheriger Publikationen beschränkte sich vorwiegend auf Psychotherapeut\*innen mit verhaltenstherapeutischem Hintergrund sowie die Behandlung von Depressionen. Desiderate bestehen folglich hinsichtlich der Frage, inwieweit sich die Ergebnisse auf andere Therapieschulen, Berufsgruppen und Störungsbilder übertragen lassen. In diesem Zuge wäre es denkbar, dass sich hinsichtlich des Formates Differenzen bei psychoanalytisch orientierten Therapieverfahren (z. B. durch höhere Sitzungsfrequenzen) ergeben. Abweichende Empfehlungen bezüglich des Formats können sich zudem durch die jeweilige psychische Erkrankung der Patient\*innen ergeben. Darüber hinaus würde die Betrachtung weiterer Störungsbilder zur Klärung möglicher Indikationen beziehungsweise Kontraindikationen beitragen.

Weitere Implikationen für zukünftige Forschung lassen sich im Bereich der Kosteneffektivität der blended therapy ableiten. Die eingangs formulierte Frage, wie die Therapie am besten angeboten werden sollte, um sowohl Effektivität als auch Kostenvorteile zu gewährleisten, lässt sich anhand der bisherigen Erkenntnisse nicht beantworten. Wengleich verschiedene Empfehlungen hinsichtlich des Formates existieren, werden diese nicht vor dem Hintergrund der Kosteneffektivität betrachtet. Im Rahmen einer quantitativen Studie wäre es zum Beispiel denkbar, das Verhältnis der Behandlungsmodalitäten in verschiedenen Gruppen zu variieren und Auswirkungen auf das Therapie-Outcome sowie Ressourcen der Psychotherapeut\*innen zu erheben.

Abschließend sei anzumerken, dass sich bisherige Publikationen primär auf die Relevanz supportiver Maßnahmen für Psychotherapeut\*innen beziehen und Unterstützungsmöglichkeiten für Patient\*innen während einer blended therapy bislang wenig berücksichtigt werden. Die Bedeutsamkeit solcher Maßnahmen wird jedoch unter anderem darin deutlich, dass Probleme bei der Anwendung der blended therapy zu einer erhöhten Abbruchrate führen können [Etzelmüller et al., 2018]. Dementsprechend wäre es sinnvoll, auch für Patient\*innen Schulungen und Möglichkeiten zum Austausch mit anderen Nutzer\*innen anzubieten. Zukünftige Forschung könnte hier ansetzen und erfassen, inwieweit sich diese supportiven Maßnahmen auf die Zufriedenheit sowie die Abbruchrate auswirken.

### **Ethische Aspekte**

Die vorliegende Arbeit ist eine Übersichtsarbeit. Demzufolge bestand keine Notwendigkeit eines Ethikantrags.

## Interessenkonflikt

Die Autor\*innen erklären, dass kein Interessenkonflikt besteht.

## Finanzielle Unterstützung

Die Übersetzungskosten in Englische werden aus den Forschungsmitteln von Frau Romanczuk-Seiferth finanziert.

## Literatur

Andersson G. Internet interventions: past, present and future. *Internet Interv.* 2018;12:181–8.

Baumeister H, Grässle C, Ebert DD. Blended psychotherapy: verzahnte Psychotherapie – Das Beste aus zwei Welten? *PiD.* 2018;19:33–8.

Baumeister H, Terhorst Y, Grässle C, Freudenstein M, Nübling R, Ebert DD. Impact of an acceptance facilitating intervention on psychotherapists' acceptance of blended therapy. *PLoS One.* 2020;15:e0236995.

Berger T, Andersson G. Internetbasierte Psychotherapien: Besonderheiten und empirische Evidenz. *Psychother Psych Med.* 2009;59(3–4):159–70.

Berger T, Krieger T, Sude K. 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;227:455–62.

Bielinski LL, Trimpop L, Berger T. Die Mischung macht's eben? Blended-Psychotherapie als Ansatz der Digitalisierung in der Psychotherapie. *Psychotherapeut.* 2021;66:447–54.

Brüsemeyer T. Qualitative Forschung: Ein Überblick. In: Abels H, Wielang Jäger FH, Schimank U, editors. *Qualitative Forschung. 2. Aufl.* Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften; 2008. p. 53–228.

Bundespsychotherapeutenkammer. *Ein Jahr nach der Reform der Psychotherapie-Richtlinie: Wartezeiten 2018.* 2018. Im Internet: [https://www.bptk.de/wp-content/uploads/2019/01/20180411\\_bptk\\_studie\\_wartezeiten\\_2018.pdf](https://www.bptk.de/wp-content/uploads/2019/01/20180411_bptk_studie_wartezeiten_2018.pdf).

Bundespsychotherapeutenkammer. *Monatelange Wartezeiten bei Psychotherapeut\*innen: Corona-Pandemie verschärft das Defizit an Behandlungsplätzen;* 2021. Im Internet: [https://www.bptk.de/wp-content/uploads/2021/03/20210329\\_pm\\_bptk\\_monatelange-Wartezeiten.pdf](https://www.bptk.de/wp-content/uploads/2021/03/20210329_pm_bptk_monatelange-Wartezeiten.pdf).

Büscher R, Beisemann M, Doebler P. Effectiveness of internet- and mobile-based cognitive behavioral therapy to reduce suicidal ideation and behaviors: protocol for a systematic review and meta-analysis of individual participant data. *Int J Environ Res Public Health.* 2020;17:5179.

Davies F, Shepherd HL, Beatty L. Implementing web-based therapy in routine mental health care: systematic review of health professionals' perspectives. *JMIR.* 2020;22:e17362.

## Mitwirkung der Autor\*innen

M.D. und N.R.-S. konzipierten das systematische Review. Das systematische Vorgehen sowie die Verschriftlichung erfolgte, unter regelmäßiger Supervision von N.R.-S., durch M.D. Inhaltliche Ergänzungen und Kürzungen wurden nachfolgend durch N.R.-S. und J.K. vorgenommen. Alle Autor\*innen genehmigten das Manuskript.

## Datenverfügbarkeit

Auf Nachfrage können weitere Daten zur Verfügung gestellt werden.

Equator-Netzwerk. *Reporting guidelines for main study types.* Im Internet: [www.equator-network.org/reporting-guidelines/](http://www.equator-network.org/reporting-guidelines/).

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;19:e306.

Etzelmüller 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;12:165–75.

Etzelmüller A, Vis C, Karyotaki E, Baumeister H, Titov N, Berking M, et al. Effects of internet-based cognitive behavioral therapy in routine care for adults in treatment for depression and anxiety: systematic review and meta-analysis. *J Med Internet Res.* 2020;22:e18100.

Fairburn CG, Patel V. The impact of digital technology on psychological treatments and their dissemination. *Behav Res Ther.* 2017;88:19–25.

Friedl N, Krieger T, Chevreul K, Hazo JB, Holtzmann J, Hoogendoorn M, et al. Using the personalized advantage index for individual treatment allocation to blended treatment or treatment as usual for depression in secondary care. *J Clin Med.* 2020;9:490.

Jacobi F. Warum sind psychische Störungen Volkskrankheiten. *Vorstand des BDP, Hrsg. Die großen Volkskrankheiten.* Berlin: Deutscher Psychologen Verlag; 2012. p. 16–24.

Jacobi F, Höfler M, Strehle J, Mack S, Gerschler A, Scholl L, et al. Psychische Störungen in der Allgemeinbevölkerung. *Nervenarzt.* 2014; 85(1):77–87.

Karyotaki E, Efthimiou O, Miguel C, BERPohl FMG, Furukawa TA, Cuijpers P. Internet-based cognitive behavioral therapy for depression: a systematic review and individual patient data network meta-analysis. *JAMA Psychiatry.* 2021;78(4):361–71.

Kazdin AE, Blase SL. Rebooting psychotherapy research and practice to reduce the burden of mental illness. *Perspect Psychol Sci.* 2011;6: 21–37.

Kemmeren LL, van Schaik A, Smit JH. Unraveling the black box: exploring usage patterns of a blended treatment for depression in a multicenter study. *JMIR Ment Health.* 2019;6: e12707.

Kenter RMF, van de Ven PM, Cuijpers P, Koole G, Niamat S, Gerrits RS, et al. Costs and effects of Internet cognitive behavioral treatment blended with face-to-face treatment: results from a naturalistic study. *Internet Interv.* 2015;2(1):77–83.

Kip H, Wentzel J, Kelders SM. Shaping blended care: adapting an instrument to support therapists in using e-mental health. *JMIR Ment Health.* 2020;7:e24245.

Kleiboer A, Smit J, Bosmans J. 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;17:1–10.

Klein JP, Berger T. Internetbasierte psychologische Behandlung bei Depressionen. *Verhaltenstherapie.* 2013;23(3):149–59.

Knieps F, Pfaff H. *BKK Gesundheitsreport 2019: Psychische Gesundheit und Arbeit – Zahlen, Daten, Fakten.* Berlin: MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft; 2020.

Kooistra LC, Wiersma JE, Ruwaard J. Cost and effectiveness of blended versus standard cognitive behavioral therapy for outpatients with depression in routine specialized mental health care: pilot randomized controlled trial. *JMIR.* 2019;21:e14261.

Levitt HM, Bamberg M, Creswell JW, Frost DM, Josselson R, Suárez-Orozco C. Journal article reporting standards for qualitative primary, qualitative meta-analytic, and mixed methods research in psychology: the APA publications and communications board task force report. *Am Psychol.* 2018;73:26–46.

Lindhiem O, Bennett CB, Rosen D, Silk J. Mobile technology boosts the effectiveness of psychotherapy and behavioral interventions: a meta-analysis. *Behav Modif.* 2015;39:785–804.

Månsson KN, Ruiz ES, Gervind E. Development and initial evaluation of an internet-based support system for face-to-face cognitive behavior therapy: a proof of concept study. *JMIR.* 2013;15:e280.

Mathiasen K, Andersen TE, Riper H, Kleiboer AA, Roessler KK. Blended CBT versus face-to-face CBT: a randomised non-inferiority trial. *Bmc Psychiatry.* 2016;16:432–8.

Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG. Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement. *BMJ.* 2009;339:b2535.

- Mol M, van Genugten C, Dozeman E. Why uptake of blended internet-based interventions for depression is challenging: a qualitative study on therapists' perspectives. *J Clin Med*. 2020;9:91.
- Ouzzani M, Hammady H, Fedorowicz Z, Elmagarmid A. Rayyan-a web and mobile app for systematic reviews. *Syst Rev*. 2016;5:210–10.
- Paul J, Grünzig SD, Baumeister H, Bengel J, Krämer LV. Neue Medien in der Psychotherapie: Blended Therapy aus der Sicht ambulanter Psychotherapeuten. *Psychother Psych Med*. 2019;69(11):437–44.
- Pauley D, Cuijpers P, Papola D, Miguel C, Karyotaki E. Two decades of digital interventions for anxiety disorders: a systematic review and meta-analysis of treatment effectiveness. *Psychol Med*. 2021;1–13.
- Protogerou C, Hagger MS. A checklist to assess the quality of survey studies in psychology. *Psychol Methods*. 2020;3:10031.
- Rozental A, Boettcher J, Andersson G, Schmidt B, Carlbring P. Negative effects of internet interventions: a qualitative content analysis of patients' experiences with treatments delivered online. *Cogn Behav Ther*. 2015;44:223–36.
- Schuster R, Berger T, Laireiter AR. Computer und Psychotherapie: Geht das zusammen? *Psychotherapeut*. 2018a;63(4):271–82.
- Schuster R, Pokorny R, Berger T, Topooco N, Laireiter AR. The advantages and disadvantages of online and blended therapy: survey study amongst licensed psychotherapists in Austria. *J Med Internet Res*. 2018b;20(12):e11007.
- Schuster R, Topooco N, Keller A, Radvogin E, Laireiter AR. Advantages and disadvantages of online and blended therapy: replication and extension of findings on psychotherapists' appraisals. *Internet Interv*. 2020;21:100326.
- Thase ME, Wright JH, Eells TD, Barrett MS, Wisniewski SR, Balasubramani GK, et al. Improving the efficiency of psychotherapy for depression: computer-assisted versus standard CBT. *Am J Psychiatry*. 2018;175:242–50.
- Titzler I, Egle V, Berking M. Blended Psychotherapy: verzahnte Psychotherapie – Behandlungskonzept und Fallbericht zur Integration von Internet- und Mobil-basierten Interventionen in die Kurzzeittherapie von depressiven Störungen. *Verhaltenstherapie*. 2019;29:205–19.
- 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;12:150–64.
- Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research [COREQ]: a 32-item checklist for interviews and focus groups. *Int J Health Care*. 2007;19:349–57.
- Urech A, Krieger T, Möseneder L, Biaggi A, Vincent A, Poppe C, et al. A patient post hoc perspective on advantages and disadvantages of blended cognitive behaviour therapy for depression: a qualitative content analysis. *Psychother Res*. 2019;29:986–98.
- Valentine L, McEnery C, Bell I, O'Sullivan S, Pryor I, Gleeson J, et al. Blended digital and face-to-face care for first-episode psychosis treatment in young people: qualitative study. *JMIR Ment Health*. 2020;7:e18990.
- van der Vaart R, Witting M, Riper H. 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;14:355.
- Wentzel J, van der Vaart R, Bohlmeijer ET. Mixing online and face-to-face therapy: how to benefit from blended care in mental health care. *JMIR Ment Health*. 2016;3:e9.
- Wilhelmsen M, Lillevoll K, Risør MB, Høifødt R, Johansen ML, Waterloo K, et al. Motivation to persist with internet-based cognitive behavioural treatment using blended care: a qualitative study. *BMC psychiatry*. 2013;13:296.
- Zwerenz R, Becker J, Knickenberg RJ. Online self-help as an add-on to inpatient psychotherapy: efficacy of a newblended treatment approach. *Psychother Psychosom*. 2017;86:341–50.