

Probleme bei (der Erforschung von) digitalen Therapieanwendungen

Prof. Dr. Tim Klucken
Abteilung für Klinische Psychologie & Psychotherapie
10.09.2022



Hintergrund: Digitale Anwendungen in der Psychotherapie



Hohes Interesse an Digitalen Anwendungen in der Psychotherapie vs. hohe Skepsis



Seit 2019 sind digitale Anwendungen „auf Rezept“ möglich: 09/2022: 33 Anwendungen



Forschung: Digitale Anwendungen grundsätzlich **effektiv**

- Angststörungen (Carlbring et al., 2018)
- Depressive Störungen (Weisel, 2019)
- **Aber: Zeitpunkt, Inhalt, Präsentationsart & wissenschaftliche Evidenz heterogen**

Zeitpunkt:

Wann werden Digitale Therapieanwendungen eingesetzt?

1. Als **Ersatz** oder **Überbrückung** von Psychotherapie
 - D.H. Digitale Anwendungen werden ausschließlich genutzt
 - Keine begleitende Psychotherapie
2. Als **Vorbereitung** oder **Rückfallmodul** von Psychotherapie
 - D.H. Digitale Anwendungen werden ohne Integration durchgeführt
 - Keine (größere) psychotherapeutische Begleitung während dem Einsatz, jedoch davor oder danach
3. Als **Bestandteil** von Psychotherapie
 - D.H. Digitale Anwendung ist begleitend zur Psychotherapie
 - Größere Anteil an psychotherapeutischer Begleitung

Inhalt und Präsentationsart:

Was & Wie werden Psychotherapieinhalte in **DiGAs** präsentiert?

Inhalt:

- Psychoedukation
- Exposition
- Kognitive Umstrukturierung
- Achtsamkeit, Akzeptanz, Genusstraining

Präsentationsart:

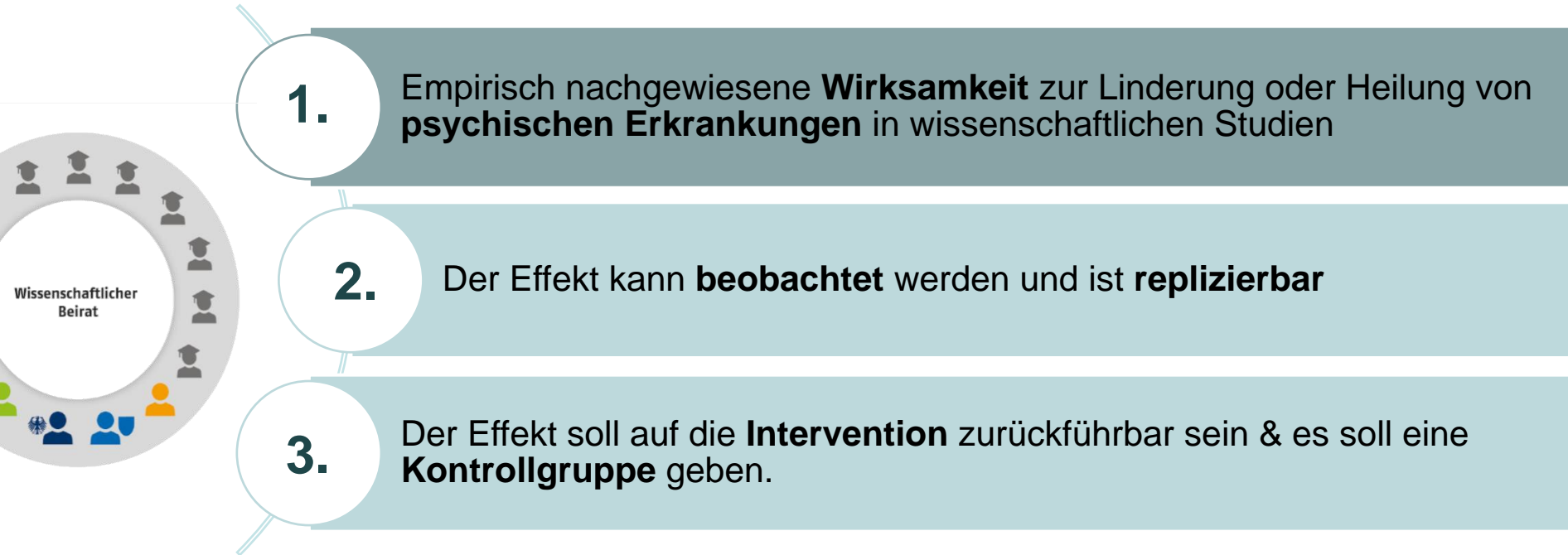
- App
- App + VR
- Computer/Browserbasiert

Fachkunde:

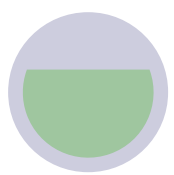
- eher verhaltenstherapeutisch orientiert
- Kombination auf verschiedenen Verfahren/Therapierichtungen

Evidenzbasierung in der Psychotherapie / bei DiGAs

Wissenschaftlicher Beirat Psychotherapie (2020)

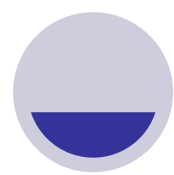


Unterschiedliche Kontrollgruppen in der Psychotherapieforschung:

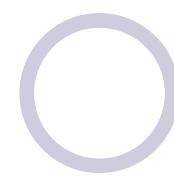


Placebo =
Scheinbehandlung

„Digitaler Placebo Effekt“



Warteliste =
Zunächst keine
Behandlung



Keine KG =
Vorher vs.
Nachher

Evidenzbasierung bei DiGAs: Leitfaden

1. Kontrollgruppen

- **Wirksamkeitsnachweise ohne Kontrollgruppe möglich**

Plausibel (aus: DiGa-Leitfaden: Version 3.1 vom 18.03.2022)

Als pVE wird die Verbesserung der Symptomatik bei einer DiGA für Agoraphobie postuliert. Im Rahmen der systematischen Datenauswertung wurden 35 Patientinnen und Patienten eingeschlossen. Die relevanten Daten wurden zu zwei Zeitpunkten (vor- und nach Anwendung der DiGA, keine Kontrollgruppe) erhoben. Es zeigten sich starke und robuste Effekte der Anwendung.



Evidenzbasierung bei DiGAs: Leitfaden

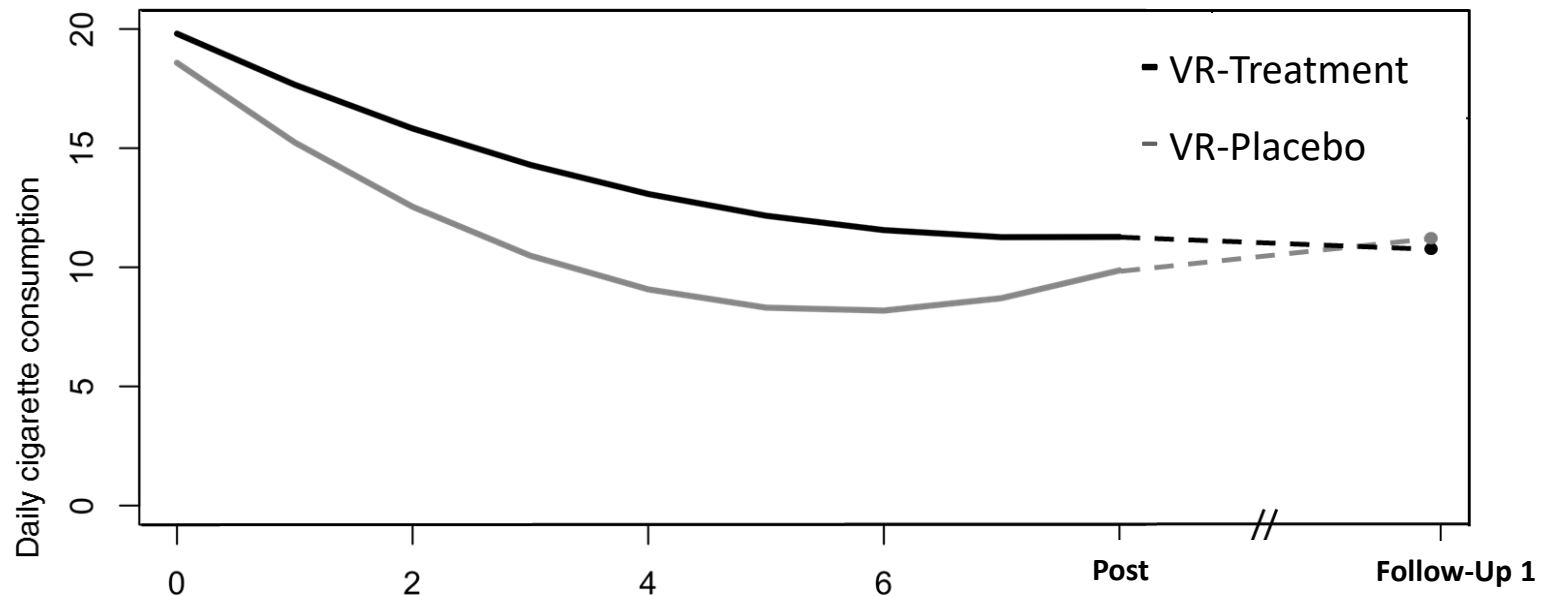
2. Irrtumswahrscheinlichkeit/Effektstärke

- Eine Irrtumswahrscheinlichkeit von 10% ($p = .10$) ist ausreichend

-> Hier wäre aus meiner Sicht ein Intervenieren & ein Begleiten der Voraussetzungen seitens der PTK wichtig!



Ergebnisse: VR-Evidenzbasierung



1. **Sign. Reduktion des Zigarettenkonsums in beiden Gruppen $t(666.33) = 7.50; p < .001$**
2. **Keine Unterschiede zwischen bei den Gruppen**
3. **Weitere Ergebnisse zeigen, dass es vor allem Unterschiede zwischen digitalen Interventionen und Live-Kontrollgruppen gibt (spricht eventuell für einen Digitalen Placebo-Effekt)**

Umfrage: Nutzung von Digitalen Gesundheitsanwendungen

Teilnahme an Umfrage zu DiGAs: <https://umfragen.uni-siegen.de/index.php/652726?lang=de>

- Ca. 50% aller Patient:innen brechen die Arbeit mit DiGAs nach der Verschreibung ab oder nehmen sie nicht an Anspruch
- Sonstige Probleme mit DiGAs:
 - Einarbeitung und zeitlicher Aufwand
 - Technische Probleme
 - Zu geringe Verordnungsvergütung
 - Nicht für alle Fachkunden gleichermaßen nützlich
 - Starke Bewerbung ohne ausreichende Transparenz zur Evidenz



1. Die Wirksamkeit zwischen Studien variiert sehr stark
 - Hohe Heterogenität bei Zeitpunkt, Inhalt & Präsentationsart
 - Vor allem der alleinige Einsatz zeigte eine geringe Wirksamkeit
 - Eine entscheidende Einflussgröße ist die Kontrollgruppe
2. Digitale Anwendungen unterstützten (fast) ausschließlich verhaltenstherapeutische Modelle
 - Kaum Psychodynamische oder Systemische Anwendungen
 - Neue Entwicklungen versuchen störungs- & schulenübergreifende Ansätze zu entwickeln
 - Häufig eine „Mischung“ aus verschiedenen Ansätzen



3. Fehlende/Unzureichende Evidenzbasierung

- Ein Begleiten der Zulassungsvoraussetzungen & des -prozesses wäre sinnvoll

4. Nutzen vs. Kosten vs. Risiken

- Sind Digitale Anwendungen „besser“ als traditionelle „Hausaufgaben“?
- Kosten: Unterschätzter Aufwand für Therapeuten, fehlende Evidenz und weitere Risiken (Datenschutz, etc.)

Teilnahme an Umfrage: Ruegheimer@uni-siegen.de oder tim.klucken@uni-siegen.de



Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!

Teilnahme an der Umfrage: <https://umfragen.uni-siegen.de/index.php/652726?lang=de>



Besonderen Dank an:

Dr. Alla Machulska
Dipl.-Inf. Tanja Joan Eiler
M.Sc. Anne Hildebrand
Dr. Kristian Kleinke
M.Sc. Jari Planert
Dr. Kati Roesmann