

Aus dem Zentrum für Psychosoziale Medizin des Universitätsklinikums Heidelberg
Klinik für Allgemeine Innere Medizin und Psychosomatik
(Ärztlicher Direktor: Prof. Dr. Hans-Christoph Friederich)

Wirksamkeit eines integrierten videogestützten Versorgungs-
modells auf die gesundheitsbezogene Lebensqualität
von Hausarztpatient*innen mit Depressionen
im Vergleich mit der Routineversorgung
—
Eine randomisiert-kontrollierte Interventionsstudie

Inauguraldissertation
zur Erlangung des *Doctor scientiarum humanarum (Dr. sc. hum.)*
an der
Medizinischen Fakultät Heidelberg
der
Ruprecht-Karls-Universität

vorgelegt von
Justus Tönnies, M.Sc.

aus
Hamburg

2023

Dekan: Herr Prof. Dr. rer. nat. Michael Boutros

Doktorvater: Herr Priv.-Doz. Dr. med. M.Sc. Psych. M.B.A Markus Haun

INHALTSVERZEICHNIS

I ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS	1
II ABBILDUNGS- UND TABELLENVERZEICHNIS	2
1. EINLEITUNG	3
2. HINTERGRUND.....	5
2.1 Depressive Störungen	5
2.2 Behandlung depressiver Störungen.....	7
2.2.1 Behandlungsempfehlung nach Leitlinie	7
2.2.2 Zugang zu spezialisierter Versorgung	7
2.2.3 Psychosoziale Versorgung durch die Hausarztpraxis.....	8
2.2.4 Integrierte Versorgungsmodelle.....	9
2.3 Telemedizin	12
2.3.1 Telemedizinische Behandlung per Videokonsultation	12
2.3.2 Rechtlicher Rahmen	12
2.3.3 Telepsychiatrie und Telepsychotherapie	13
2.3.4 Videokonsultationen als Teil integrierter Versorgungsmodelle	13
2.4 Gesundheitsbezogene Lebensqualität.....	15
2.5 PROVIDE – Optimierung der Zusammenarbeit zwischen Hausärzten und Psychotherapeuten: Eine Studie zur Implementierung von Videokonsultationen .	16
2.5.1 Vorimplementierungsstudie und Bedarfsanalyse (PROVIDE-A).....	17
2.5.2 Machbarkeitsstudie zur Interventions- und Studiendurchführung (PROVIDE-B)	19
2.5.3 Hauptstudie zur Wirksamkeit der Intervention (PROVIDE-C).....	21
2.6 Zusammenfassung	21
2.7 Fragestellung	22
3. MATERIAL UND METHODEN	23
3.1 Studiensetting	23
3.2 Studiendesign	24
3.3 Teilnehmer*innen.....	24
3.3.1 Hausarztpraxen	24
3.3.2 Patient*innen	25
3.3.3 Psychotherapeut*innen	26
3.4 Rekrutierung	26
3.4.1 Hausarzt*innen	26
3.4.2 Patient*innen	27

3.4.3 Psychotherapeut*innen.....	28
3.5 Behandlungsbedingungen	29
3.5.1 Behandlungsbedingung A (Kontrollbedingung).....	29
3.5.2 Behandlungsbedingung B (Interventionsbedingung)	29
3.6 Kurzfristige Anpassungen der Interventionsumsetzung	32
3.7 Zielgrößen.....	33
3.7.1 Primäre Zielgröße	33
3.7.2 Sekundäre Zielgrößen	34
3.8 Stichprobengröße	35
3.9 Randomisierung.....	35
3.10 Verblindung.....	36
3.11 Statistische Analysen	36
4. ERGEBNISSE.....	39
4.1 Stichprobe.....	39
4.2 Rücklauf	41
4.3 Analyse	44
4.3.1 Ausreißer	44
4.3.2 Normalverteilung.....	44
4.3.3 Homoskedastizität	46
4.3.4 Hauptanalyse.....	46
4.3.5 Sekundäre Analyse.....	48
4.3.6 Negative Effekte durch die Intervention	50
5. DISKUSSION	52
5.1 Zusammenfassung der Hauptergebnisse	52
5.2 Einbettung in bisherige Forschungsergebnisse	52
5.3 Limitationen und Stärken der Arbeit.....	63
6. SCHLUSSFOLGERUNGEN UND IMPLIKATIONEN	66
7. ZUSAMMENFASSUNG	69
8. LITERATURVERZEICHNIS	71
9. EIGENANTEIL AN DATENERHEBUNG UND -AUSWERTUNG UND EIGENE VERÖFFENTLICHUNGEN	84
ANHANG	87
LEBENS LAUF	114
DANKSAGUNG	115
EIDESSTÄTTLICHE VERSICHERUNG	116

I ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS

BMBF: Bundesministerium für Bildung und Forschung

CATI: Computer Assisted Computer Interviews

CC: Collaborative Care

CONSORT: Consolidated Standards of Reporting Trials

COVID-19: coronavirus disease 2019

DEGAM: Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin

DSM-IV: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders IV

GAD-7: Generalized Anxiety Disorder 7

ICD-10: International Classification of Diseases 10

INEP: Inventar zur Erfassung negativer Effekte von Psychotherapie

IQR: inter quartile range

KG: Körperliche Gesundheit

MFA: Medizinische Fachangestellte

MICE: Multiple Imputation Chained Equation

Mio.: Millionen

Mrd.: Milliarden

PCBH: Primary Care Behavioral Health

PG: Psychische Gesundheit

PHQ-9: Patient Health Questionnaire – 9

PHQ-ADS: Patient Health Questionnaire Anxiety - Depression Scale

PROVIDE: ImPROving cross-sectoral collaboration between primary and psychosocial, care: An implementation study on VIDEo consultations

RCT: Randomized controlled trial

SF-12: Short-Form-Health-Survey 12

SF-36: Short-Form-36 Health Survey

SSD-12: Somatic Symptom Disorder 12

TAU: Treatment as Usual

TIDieR: Template for Intervention Description and Replication

VHA: Veterans Health Administration

WHO: World Health Organization

YLD: Years Lived with Disability

II ABBILDUNGS- UND TABELLENVERZEICHNIS

Abbildung 1: Flussdiagramm 40

Abbildung 2: Normalverteilung der Residuen der Variable „Veränderung der Psychischen Gesundheit“ 45

Abbildung 3: Normalverteilung der Residuen der Variable „Veränderung der depressiven Symptomatik“ 45

Abbildung 4: Grafische Überprüfung auf Homoskedastizität 46

Tabelle 1: Charakteristika der Stichprobe 42

Tabelle 2: Lineare Regression zur Veränderung der Psychischen Gesundheit 47

Tabelle 3: Lineare Regression zur Veränderung der Belastung durch depressive Symptomatik..... 49

Tabelle 4: Angaben zu negativen Effekten durch die Intervention 51

1. EINLEITUNG

1. EINLEITUNG

Nicht erst während der COVID-19-Pandemie und den damit einhergehenden Ausgangssperren und Kontaktbeschränkungen kam dem Einsatz von telemedizinischen Behandlungsmodalitäten, die eine Behandlung von Patient*innen aus der Ferne und ohne direkten persönlichen Kontakt ermöglichen, große Bedeutung zu. Waren sie zu der Zeit der Pandemie oftmals die einzige Möglichkeit, die Versorgung aufrechtzuerhalten und für Patient*innen eine qualitativ angemessene Unterstützung zu gewährleisten, so war schon lange im Vorfeld eine Entwicklung erkennbar, die die Implementierung und den breiteren Einsatz von Telemedizin zum Inhalt hatte.

Im Bereich der Behandlung von psychischen Erkrankungen sollte damit einem steigenden Bedarf und Missständen in der Versorgung begegnet werden, der aus verschiedenen Gründen entstanden ist. Zum einen gibt es ein starkes Gefälle in der Versorgungsdichte zwischen städtischen und ländlichen Regionen, wodurch Menschen mit psychischen Störungen auf dem Land lange Anfahrtswege in Kauf nehmen müssen (Kassenärztliche Bundesvereinigung 2022a). Allgemein bestehen sehr lange Wartezeiten auf eine Richtlinien-therapie, was zu einer verzögerten Behandlung führt, durch die Chronifizierungen entstehen können (Bundespsychotherapeutenkammer 2018). Nicht zuletzt existieren weiterhin Vorbehalte und Angst vor Stigmatisierung bei der Aufnahme einer Psychotherapie (Angermeyer et al. 2017).

Dies führt dazu, dass trotz (hoher) psychischer Belastung häufig keine professionelle Behandlung in Anspruch genommen wird oder werden kann, und die Patient*innen bei ihren Hausarzt*innen verbleiben (Gaebel et al. 2013). Da auch hier nur begrenzte Ressourcen zur Behandlung dieser mitunter komplexen Fälle zur Verfügung stehen, wurden integrierte Behandlungsmodelle zum Einsatz von Videokonsultationen entwickelt. Dabei arbeiten Hausarzt*innen und Psychotherapeut*innen eng zusammen, wodurch eine sektorenübergreifende Versorgung gefördert wird, die den Zugang zu den Patient*innen über die Hausarztpraxis und die spezialisierte Diagnostik und Behandlung der Psychotherapeut*innen miteinander verbindet (Fortney et al. 2015b; Hilty et al. 2018; Ratzliff und Sunderji 2018). Patient*innen erhalten dadurch einen schnelleren und reibungsloseren Übergang zu spezialisierter psychotherapeutischer Behandlung.

Vereinzelt konnten in sehr speziellen Kontexten, wie beispielsweise dem Gesundheitssystem der US-amerikanischen Veteran*innen, Hinweise gefunden werden, dass

1. EINLEITUNG

die Behandlung mit dieser Art der Versorgung zu Symptomverbesserungen führt. Potenzielle Kosteneffizienz und das Wegfallen von langen Anfahrtswegen machen diese Behandlungsmodelle aus einer gesamtgesellschaftlichen ökonomischen und einer individuellen Sicht gleichermaßen attraktiv (Backhaus et al. 2012; Fortney et al. 2007; Fortney et al. 2013; Fortney et al. 2015a).

Der Blick auf eine reine Symptomverbesserung greift allerdings vor dem Hintergrund einer Entwicklung, in der immer mehr auch die funktionellen Einschränkungen durch Krankheit in den Vordergrund rücken, zu kurz. Bei einer umfassenderen Sichtweise und Bewertung von Versorgung geht es darum, dass eine depressive Symptomatik die Betroffenen individuell ganz unterschiedlich bspw. bei der Bewältigung ihres Alltags einschränken kann. Übergreifend hat sich als Zielgröße, womit diese Aspekte gemessen werden können, das Konzept der gesundheitsbezogenen Lebensqualität durchgesetzt (Radoschewski 2000; Schumacher et al. 2003). Der Fokus auf die Veränderung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität durch die Behandlung mit einem videogestützten integrierten Behandlungsmodell bringt demzufolge weitere nützliche Erkenntnisse, die bei der Weiterentwicklung und Implementierung von derartigen innovativen Modellen unabdingbar sind.

Eingebettet ist das vorliegende Dissertationsprojekt in das im Rahmen des Aktionsplans Versorgungsforschung durch das Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) geförderte Projekt PROVIDE – Optimierung der Zusammenarbeit zwischen Hausärzten und Psychotherapeuten: Eine Studie zur Implementierung von Videokonsultationen (ImPROving cross-sectoral collaboration between primary and psychosocial, care: An implementation study on VIDEo consultations – PROVIDE). Ziel des PROVIDE-Projekts war die Verbesserung der psychosozialen Versorgung von Patient*innen mit depressiven und/oder Angststörungen mithilfe von Videokonsultationen durch Psychotherapeut*innen in der Hausarztpraxis. Die Intervention beinhaltet Diagnostik, Behandlungsplanung, Krisenmanagement und Kurzzeitinterventionen im Rahmen von fünf Videokonsultationen.

Im Folgenden werden zunächst der wissenschaftliche Hintergrund und der aktuelle Forschungsstand thematisiert. Neben der Prävalenz und den Folgen von depressiven Störungen werden auch Lücken und Bedarfe in der Versorgung aufgezeigt, wodurch auf die Forschungsfrage dieses Dissertationsprojekts hingeleitet wird. Im Kapitel Material und Methoden wird sowohl auf das Studiendesign und den -ablauf eingegangen

2. HINTERGRUND

als auch die eingesetzten statistischen Methoden erläutert. Darauf folgt die Darstellung der Ergebnisse, die eine Stichprobenbeschreibung und die statistischen Analysen enthalten. In der Diskussion werden die Ergebnisse in den Forschungsstand eingeordnet und die methodische Vorgehensweise kritisch reflektiert. Abschließend werden Implikationen für die Forschung, die klinische Praxis und Akteur*innen der Gesundheitspolitik abgeleitet.

2. HINTERGRUND

2.1 Depressive Störungen

Psychische Erkrankungen sind ein globales Gesundheitsproblem, das jedes Jahr Millionen Menschen betrifft und sowohl für immenses persönliches Leid sorgt als auch Gesellschaften und Gesundheitssysteme auf der ganzen Welt vor große Herausforderungen stellt. Unter den verschiedenen psychischen Erkrankungen stechen depressive und Angststörungen mit ihren hohen Prävalenzen hervor. Angaben der Weltgesundheitsorganisation (WHO) zufolge wird geschätzt, dass 4,4 % der Weltbevölkerung unter depressiven Störungen leiden. Das entspricht über 320 Millionen Menschen. Die weltweite Prävalenz von Angststörungen beträgt 3,6 %, was wiederum ca. 265 Millionen Menschen entspricht (World Health Organization 2017). Ein-Jahres-Prävalenzen werden mit bis zu 6,7 % angegeben (Steel et al. 2014). Zusätzlich gibt die WHO an, dass depressive Störungen den größten Anteil weltweit an gelebten Jahren mit Behinderung (Years Lived with Disability, YLD) ausmachen. Angststörungen rangieren in dieser Statistik auf Platz 6.

In Deutschland wurde in einer umfangreichen Übersichtsarbeit mit Krankenkassendaten als Grundlage eine Prävalenz für depressive Störungen von 15,7 % im Jahr 2017 gefunden. Außerdem wurde ein Anstieg der Prävalenz zwischen 2009 und 2017 um 26 % berichtet. Relativ gesehen stiegen die Prävalenzen in der Gruppe junger Männer (15-19 und 20-25 Jahre) am stärksten an. Einen ebenfalls starken Anstieg verzeichneten wenig dicht besiedelte Regionen, insbesondere im Vergleich zu bevölkerungsreichen Metropolregionen (Steffen et al. 2020).

Hauptsymptome einer depressiven Störung sind nach ICD-10 (International Classification of Diseases) 1) depressive, gedrückte Stimmung, 2) Interessenverlust und Freudlosigkeit und 3) Verminderung des Antriebs mit erhöhter Ermüdbarkeit (oft selbst nach kleinen Anstrengungen) und Aktivitätseinschränkung (World Health

2. HINTERGRUND

Organization (WHO) 1993). Weitere zusätzliche Symptome sind verminderte Konzentration und Aufmerksamkeit, vermindertes Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen, Schuldgefühle und Gefühle von Wertlosigkeit, negative und pessimistische Zukunftsperspektiven, Suizidgedanken, erfolgte Selbstverletzung oder Suizidhandlungen, Schlafstörungen und verminderter Appetit. Diese Symptome führen zu starken Einschränkungen im alltäglichen Leben der Betroffenen. Die psychosozialen Folgen sind dabei erheblich und schränken zwischenmenschliche Beziehungen stark ein, da sie als wenig unterstützend und mitunter als negativ bewertet werden (Santini et al. 2015). Gleichzeitig werden dadurch potenzielle protektive Effekte, die enge soziale Beziehungen und Umfeldler aufweisen, in ihrer Wirkung reduziert (Kawachi und Berkman 2001). Nach Angaben der WHO und den Erkenntnissen aus der Global Burden of Disease Study sind depressive Störungen eine der Hauptursachen für YLDs mit einem erheblichen Zuwachs in den letzten zwei Dekaden (Murray et al. 2012; Vos et al. 2015). Darüber hinaus fällt die Lebenserwartung von Betroffenen geringer aus als in der Allgemeinbevölkerung. Dies ist unter anderem auf Suizide zurückzuführen. Die meisten Suizide (schätzungsweise bis zu 90 %) werden durch eine depressive Störung mitverursacht und bis zu 4 % der an einer depressiven Störung Erkrankten sterben durch Suizid (Robert Koch-Institut (Hrsg) 2021; Wolfersdorf 2008).

Gesamtgesellschaftlich betrachtet verursachen depressive Störungen einen gewaltigen ökonomischen Schaden. Dieser setzt sich zusammen aus den direkten Kosten (z. B. Behandlungskosten) und den indirekten Kosten (z. B. Folgekosten durch Arbeitsfehltag). Das Statistische Bundesamt berichtet, dass 2015 psychische Erkrankungen mit über 44 Mrd. Euro direkten Kosten auf Platz zwei der kostenintensivsten Erkrankungen lagen und 20 % (8,7 Mrd. Euro) davon auf depressive Störungen zurückzuführen sind (Robert Koch-Institut (Hrsg) 2021). Indirekte Kosten entstehen hauptsächlich durch eine verminderte Teilhabe der Erkrankten am Arbeitsleben. Depressive Störungen sind eine der drei Einzeldiagnosen mit den meisten Arbeitsunfähigkeitstagen, wobei hier nicht so sehr die Anzahl der krankgeschriebenen Personen ins Gewicht fällt, sondern maßgeblich die Länge des Arbeitsausfalls den Großteil ausmacht (im Mittel 64 Tage). Auch stellen depressive Störungen eine der Hauptursachen für verlorene Erwerbstätigkeitsjahre dar und erzeugen demnach einen Anteil von 5 % an den gesamten indirekten Krankheitskosten (Robert Koch-Institut (Hrsg) 2021).

2. HINTERGRUND

2.2 Behandlung depressiver Störungen

2.2.1 Behandlungsempfehlung nach Leitlinie

Die Behandlung von depressiven Störungen erfolgt in Deutschland vor dem Hintergrund der S3-Leitlinie der Leitliniengruppe Unipolare Depression (DGPPN, BÄK, KBV, AWMF (Hrsg.) 2017). Ziele der Behandlung sind, die Symptome der depressiven Störung zu vermindern und letztlich eine vollständige Remission zu erreichen, die Mortalität, insbesondere durch Suizid zu verringern und die Wahrscheinlichkeit für einen direkten Rückfall oder eine spätere Wiedererkrankung zu reduzieren. Die Wahl der Behandlungsmethode richtet sich dabei sowohl nach klinischen Faktoren, wie der Symptomschwere und dem Erkrankungsverlauf, als auch nach den Präferenzen der Patient*innen. Beispielsweise kann bei einer leichten depressiven Belastung mit dem Beginn der Therapie gewartet werden. Dafür sollten die Therapeut*innen eine aktiv-abwartende Haltung einnehmen und die Patient*innen begleiten. Die Überprüfung der Symptomentwicklung sollte in regelmäßigen Abständen erfolgen (National Collaborating Centre for Mental Health 2004).

2.2.2 Zugang zu spezialisierter Versorgung

Der Zugang zu spezialisierter Behandlung und die Aufnahme einer Psychotherapie stellt für viele Betroffene eine große Hürde da. Die Gründe dafür liegen auf verschiedenen Ebenen. Systembedingte Barrieren finden sich in den langen Wartezeiten für offene Therapieplätze. Mithilfe der Reform der Psychotherapierichtlinie und der Einführung der Psychotherapeutischen Sprechstunde, die jede*r niedergelassene*r Psychotherapeut*in anbieten muss, sollten die Wartezeiten zwischen einer ersten Anfrage von Betroffenen und dem Beginn einer Richtlinienpsychotherapie gesenkt werden und der Zugang damit erleichtert werden (Bundesministerium für Gesundheit 2022). Im Bericht zu Wartezeiten der Psychotherapeutenkammer von 2018 wird deutlich, dass trotz der Reform im Jahr 2017 die Wartezeiten weiterhin alarmierend hoch sind (Bundespsychotherapeutenkammer 2018). Zwar konnte die Wartezeit auf ein Erstgespräch bzw. einen ersten Sprechstundentermin von 12,5 Wochen im Jahr 2011 auf 5,7 Wochen im Jahr 2017 reduziert werden. Allerdings zeigen sich bei den Wartezeiten auf eine Richtlinienpsychotherapie weiterhin eklatante Missstände. Trotz einer mittleren Reduzierung von 3,5 Wochen müssen Betroffene im Schnitt fast fünf Monate auf den Beginn einer Therapie warten. Gleichzeitig zeigt sich, dass es große

2. HINTERGRUND

regionale Unterschiede gibt. Diese reichen von städtisch geprägten Bundesländern wie Berlin mit 13,4 Wochen bis hin zu eher ländlich geprägten Bundesländern wie Thüringen mit 23,7 Wochen (Bundespsychotherapeutenkammer 2018).

Ein weiteres Problem in diesem Zusammenhang ist die Erreichbarkeit von psychotherapeutischen Praxen. Auch hier zeigen sich die größten Probleme in ländlichen Regionen, wo die häufig mangelhafte Anbindung und große Entfernungen zwischen Wohnort und dem Ort der Praxis für eine hohe Einschränkung bei der Inanspruchnahme sorgen. Insbesondere vor dem Hintergrund des demographischen Wandels steigt der Anteil der Menschen, die weniger mobil sind und für die längere Anfahrtswege einen entsprechend höheren Aufwand darstellen. Weiterhin bestehen immer noch Vorbehalte gegenüber der Behandlung durch Psychotherapeut*innen. Auch wenn sich die öffentliche Wahrnehmung spezialisierter psychosozialer Hilfe, insbesondere in Deutschland, positiv entwickelt hat (Angermeyer et al. 2023), formulieren Patient*innen weiterhin Stigmatisierungsängste, die sie davon abhalten, derartige Hilfe in Anspruch zu nehmen. Besonders Scham vor sich selbst in Verbindung mit negativen Meinungen über psychisch erkrankte Menschen spielen hierbei eine wichtige Rolle (Angermeyer et al. 2017).

2.2.3 Psychosoziale Versorgung durch die Hausarztpraxis

Aus den oben genannten Gründen spielt die hausärztliche Versorgung bei der Behandlung von psychischen Erkrankungen eine sehr wichtige Rolle. Zum einen sind Hausarztpraxen häufig verhältnismäßig gut zu erreichen für die Patient*innen. Zum anderen besteht oftmals ein besonderes Vertrauensverhältnis aufgrund von langjährigen Beziehungen zwischen Ärzt*innen und Patient*innen. Auch schätzen Patient*innen das Gefühl, vorausgesetzt es steht genügend Zeit während der Termine zur Verfügung, mit ihrem*ihrer Hausarzt*Hausärztin über emotionale Belastungen sprechen zu können (Grol et al. 2000). Daher ist die Hausarztpraxis häufig erster Kontakt- und Einstiegspunkt in das Gesundheitssystem. Auch die Therapie erfolgt in vielen Fällen ausschließlich durch die Hausärzt*innen (Gaebel et al. 2013). Aufgrund dieser besonderen Rolle der Hausärzt*innen vertritt auch die Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM) den Standpunkt, dass psychosomatische Grundversorgung zu den Kernkompetenzen von Hausärzt*innen gehört. Die Hausarztpraxis biete „Patientinnen und Patienten einen sicheren Raum zum Innehalten in Situationen der Belastung oder Verunsicherung durch Krankheiten und besondere

2. HINTERGRUND

Lebensereignisse“ (Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM) 2014). Die psychosomatische Grundversorgung ist ein fester Teil in einem eigenständigen Curriculum der Bundesärztekammer in der Facharztweiterbildung.

In der Praxis existieren allerdings häufig Probleme bei der Diagnostik, insbesondere bei schweren Erkrankungen. In einer umfangreichen Übersichtsarbeit zur Diagnostik von depressiven Störungen in Hausarztpraxen berichten die Autor*innen, dass nur ca. die Hälfte der tatsächlich erkrankten Personen korrekt als solche von ihrem* ihrer Hausarzt*Hausärztin identifiziert werden. Auf der anderen Seite wurden ca. 80 % der Personen, die keine depressive Störung aufwiesen, auch korrekterweise als negativ beurteilt (Mitchell et al. 2009). Wenn sie durch ihre*n Hausarzt*Hausärztin behandelt werden, geschieht dies häufig nicht leitliniengerecht bzw. herrscht eine reine medikamentöse Therapie vor (Trautman und Beesdo-Baum 2017). Während ein Teil der Patient*innen adäquat von ihren Hausarzt*innen behandelt wird und sich dort auch gut aufgehoben fühlt, bleibt bei anderen Betroffenen eine erforderliche intensivere Behandlung aus, da sie entweder nicht korrekt identifiziert werden oder die Barrieren, Psychotherapeut*innen aufzusuchen, zu hoch sind. Aufgrund dieser Probleme bei dem Übergang von hausärztlicher zu spezialisierter Behandlung kommt es häufig zu einem Bruch in der Kontinuität der Versorgung.

2.2.4 Integrierte Versorgungsmodelle

Um den Übergang zu vereinfachen und um die Kooperation zwischen hausärztlicher und spezialisierter Versorgung zu verbessern, wurden integrierte Versorgungsmodelle entwickelt. Dabei handelt es sich um jede Form, psychotherapeutische und/oder psychiatrische Leistungen ganz oder teilweise mit allgemeinen und/oder spezialisierten medizinischen Leistungen zu verbinden (American Psychiatric Association 2023). Die WHO geht konkret auf den Nutzen integrierter Versorgung ein, um dem immer weiter steigenden Bedarf an psychotherapeutischer und/oder psychiatrischer Behandlung Rechnung zu tragen, komorbide Patient*innen mit sowohl psychischen als auch körperlichen Belastungen zu behandeln, die Wohnortnähe von Hausarztpraxen zu den Patient*innen effizient zu nutzen, Stigmata von psychischen Problemen und deren Behandlung abzubauen und eine kosteneffektive und bezahlbare Versorgung zu gewährleisten (World Health Organization (WHO) und World Organization of Family Doctors (Wonca) 2008).

2. HINTERGRUND

In der Praxis kann die Kollaboration zwischen Haus- und Fachärzt*innen unterschiedliche Formen annehmen. Dabei haben sich verschiedene grundsätzliche Modelle von integrierter Versorgung im angloamerikanischen Raum durchgesetzt. Das am weitesten verbreitete ist das Collaborative Care (CC) Modell (Gilbody et al. 2006). In diesem Modell wird das Team in der Hausarztpraxis durch einen sogenannten Case Manager erweitert. Diese Person kann bspw. ein*e fortgebildete*r Medizinische*r Fachangestellte*r (MFA) oder ein*e Sozialarbeiter*in sein. Die Aufgabe dieser Person ist es, psychisch belastete Patient*innen der Praxis im Rahmen der üblichen Hausarztbesuche mithilfe von standardisierten Fragebögen systematisch und wiederholt hinsichtlich ihres psychischen Gesundheitszustands zu beurteilen und die Fälle mit dem Praxisteam und einem*einer Psychotherapeut*in oder Psychiater*in zu besprechen. Überschreiten diese Patient*innen gewisse Schwellen in der gemessenen Belastung oder gibt es Anlass für eine weitergehende Exploration, kann der*die Psychotherapeut*in/Psychiater*in Termine mit dem*der Patient*in vereinbaren und ggf. Medikamente verschreiben (Coventry et al. 2014). Mithilfe dieses Modells werden insbesondere chronische Belastungen der Patient*innen systematisch erfasst und es kann, wenn indiziert, zu einer kurzfristigen Intensivierung der Behandlung durch den*die Psychotherapeut*in/Psychiater*in kommen. Gleichzeitig werden Ressourcen der Psychotherapeut*innen/Psychiater*innen geschont und effizient für die Patient*innen eingesetzt, deren Belastung eine spezialisierte Behandlung erfordern. In einem Cochrane Review wurden signifikante positive Effekte gefunden, verglichen mit der üblichen hausärztlichen psychosozialen Versorgung und anderen Modellen integrierter Versorgung (Archer et al. 2012). Ähnlich positive Effekte wurden für verschiedene Zielgruppen und Regionen gefunden (Acharya et al. 2017; Renn et al. 2022; Williams et al. 2009).

Daneben existieren noch sogenannte Liaison Consultation Modelle (Younès et al. 2008). Hierbei handelt es sich um ein Unterstützungssystem, im Rahmen dessen Hausärzt*innen einen schnellen Zugang zu konsiliarisch tätigen Psychotherapeut*innen oder Psychiater*innen haben und eine Einschätzung zu einzelnen Patient*innen anfordern können. Zum einen fungiert diese Person als Berater*in für den*die Hausarzt*Hausärztin, der*die die Fallführung innehat und hauptsächlich die Behandlung der jeweiligen Patient*innen übernimmt. Zum anderen, insbesondere in eher schwereren Fällen, kann es auch zur Behandlung oder Überweisung durch den*die

2. HINTERGRUND

Psychotherapeut*in/Psychiater*in kommen. Durch diese Art der Versorgung sollen Hausärzt*innen dazu befähigt werden, psychische Erkrankungen zuverlässiger zu erkennen und dadurch früher zu behandeln. Aus Sicht der Patient*innen ergibt sich die Möglichkeit, einen schnelleren Zugang zu spezialisierter Versorgung zu erhalten. Ein Cochrane-Review zur Effektivität zeigt eine Überlegenheit gegenüber üblicher hausärztlicher psychosozialer Behandlung nach drei Monaten. In Analysen zu längeren Beobachtungszeiträumen von sechs bis zwölf Monate ließen sich keine signifikanten Effekte finden (Gillies et al. 2015).

Ein weiteres Modell der integrierten Versorgung bei psychischen Erkrankungen ist das Primary Care Behavioral Health (PCBH) Modell. In diesem Modell ist ein*e Psychotherapeut*in oder Psychiater*in fester Teil des Teams in der Hausarztpraxis (Hunter et al. 2018). Durch schnelle Überweisungen und kurze Wege ist hier eine direkte spezialisierte Behandlung der Patient*innen möglich. Im Vordergrund steht hier der teambasierte Ansatz, wodurch sich in erster Linie das Praxisteam ein besseres Verständnis für die entsprechenden Patient*innen aneignet und weiter befähigt wird, entsprechende Erkrankungen zu erkennen. Dadurch sollen begrenzte Therapieressourcen effizient genutzt werden (Reiter et al. 2018). Umgesetzt wird diese Art von integrierter Versorgung bisher hauptsächlich in den USA in verschiedenen Kontexten, wie beispielsweise im Gesundheitssystem der Veteran*innen (U.S. Veterans Health Administration (Kearney et al. 2014)) oder in Community Health Centres (Freeman 2011; Kanapaux 2004).

Trotz dieser positiven Entwicklungen und umfangreichen Evaluationen, die auf einen Nutzen hinweisen, gibt es häufig Probleme bei der Implementierung und Umsetzung der oben genannten Modelle, da bei allen durch die Anstellung bspw. eines Case Managers oder eines*einer Psychotherapeut*in zusätzlicher personeller Bedarf entsteht. Während in großen Gemeinschaftspraxen mehr Ressourcen vorhanden sind und damit die Anstellung einer weiteren Person keine große Hürde darstellt, haben kleine Praxen, in denen weniger als zwei Hausärzt*innen in Vollzeit arbeiten und von denen es bspw. in Deutschland verhältnismäßig viele gibt (Schoen et al. 2009), Probleme, diese zusätzliche Belastung zu bewältigen (Kringos et al. 2015).

2. HINTERGRUND

2.3 Telemedizin

Ein Ansatz, um diesen Hürden zu begegnen, ist die Nutzung von telemedizinischen Anwendungen. Mithilfe von Telemedizin „können medizinische Dienstleistungen in Überwindung räumlicher Entfernungen durch Zuhilfenahme moderner Informations- und Kommunikationstechnologien erbracht werden. Die Nutzung moderner Informations- und Kommunikationstechnologien vereinfacht die diagnostische und therapeutische Praxis, steigert die Qualität der medizinischen Versorgung und verbessert die Verfügbarkeit umfassenderen medizinischen Wissens auch in der Fläche“ (Deutsche Gesellschaft für Telemedizin (DGTelemed) 2020). In zahlreichen Disziplinen existieren schon lange Methoden der einfachen Datenübermittlung, wie beispielsweise Gesundheitsdaten entweder von Patient*innen zu Ärzt*innen oder von Ärzt*innen zu Ärzt*innen. Eine Weiterentwicklung betrifft die direktere Nutzung von Telekommunikationstechnologie, bspw. im Rahmen einer Konsultation in Form eines Telefongesprächs.

2.3.1 Telemedizinische Behandlung per Videokonsultation

Eine weitaus intensivere und unmittelbarere Behandlung kann durch die Nutzung von Videokommunikationstechnologie im Gegensatz zum Telefongespräch erreicht werden, im Weiteren als Videokonsultationen bezeichnet. Dabei kommunizieren Patient*innen und Therapeut*innen direkt miteinander. Sie hören und sehen sich „live“ und können dementsprechend auf das jeweilige Gegenüber reagieren. Gemeinhin wird diese Art der Telekommunikation als diejenige bewertet, die einer persönlichen Interaktion am nächsten kommt, da hier das Senden und Lesen von nonverbalen Zeichen relativ gut möglich ist.

2.3.2 Rechtlicher Rahmen

Mit der Einführung des Gesetzes für sichere digitale Kommunikation und Anwendungen im Gesundheitswesen (E-Health-Gesetz) und der damit angestrebten Digitalisierung der Gesundheitsversorgung im Jahr 2016 wurde es Ärzt*innen erlaubt, Patient*innen auch per Videokonsultation zu behandeln (Meier et al. 2018). Zum Oktober 2019 wurden entsprechende Anpassungen des einheitlichen Bewertungsmaßstabes für ärztliche Leistungen umgesetzt, wodurch diese Leistungen mit den Krankenkassen abgerechnet werden konnten. Die Bundespsychotherapeutenkammer gibt im Bereich von Psychotherapie allerdings vor, dass Diagnostik, Indikationsstellung und

2. HINTERGRUND

Aufklärung im persönlichen Kontakt erfolgen müssen, bevor psychotherapeutische Gespräche per Video stattfinden können (Bundespsychotherapeutenkammer 2022). Außerdem durften vor der COVID-19-Pandemie höchstens 20 % der jeweiligen Leistung pro Quartal per Videokonsultation erbracht werden (Kassenärztliche Bundesvereinigung 2022b). Während der COVID-19-Pandemie konnten Psychotherapeut*innen und Ärzt*innen unbegrenzt Videosprechstunden anbieten und abrechnen, da die Kassenärztliche Bundesvereinigung und die Krankenkassen entsprechende Beschränkungen aufgehoben hatten. Seit April 2022 sind Fallzahl und Leistungsmenge auf höchstens 30 % festgelegt (Kassenärztliche Bundesvereinigung 2023).

2.3.3 Telepsychiatrie und Telepsychotherapie

Insbesondere in den USA wurden Videokonsultationen im Rahmen von Psychiatrie und Psychotherapie im Rahmen von randomisiert-kontrollierten Interventionsstudien (RCT) evaluiert und zum Teil mit der klassischen persönlichen vor-Ort-Behandlung (same-room-Behandlung) verglichen. Systematische Übersichtsarbeiten zeigen, dass Behandlungen per Videokonsultation same-room-Behandlungen nicht unterlegen sind hinsichtlich der Symptomverbesserung (Backhaus et al. 2012; Berryhill et al. 2018; Berryhill et al. 2019; Giovanetti et al. 2022; Hagi et al. 2023; Hilty et al. 2013; Matsumoto et al. 2021; Scott et al. 2022). Für die Umsetzung von Videokonsultationen wurden von der American Telemedicine Association Leitlinien veröffentlicht, mithilfe deren Einhaltung eine effektive und sichere Behandlung von psychischen Erkrankungen gewährleistet werden soll (Turvey et al. 2013).

2.3.4 Videokonsultationen als Teil integrierter Versorgungsmodelle

Insbesondere die Nutzung von Videokonsultationen zur Überwindung der oben beschriebenen Hürden bei der Umsetzung und Implementierung von integrierten Versorgungsmodellen wird von vielen Autor*innen vorgeschlagen (Fortney et al. 2015b; Hilty et al. 2018; Ratzliff und Sunderji 2018; Scott et al. 2022; Waugh et al. 2018). Um die Evidenz zur Wirksamkeit dieser integrierten videogestützten Versorgungsmodelle besser einschätzen zu können, wurde eine systematische Literatursuche durchgeführt mit der folgenden Suchsyntax: (("mental disorders"[MeSH Major Topic] OR "psychiatry and psychology category"[MeSH Major Topic] OR "psychotherapy"[MeSH Major Topic]) AND ("telemedicine"[MeSH Major Topic] OR virtual care[Title/Abstract] OR "video consultation"[Title/Abstract] OR "video consultations"[Title/Abstract] OR video-

2. HINTERGRUND

consult*[Title/Abstract] OR videoc*[Title/Abstract] OR video-c*[Title/Abstract])) OR Telepsy*[Title/Abstract] OR telemental[Title/Abstract] OR E-mental[Title/Abstract]. Die Suche ergab, dass bisher keine Systematischen Übersichtsarbeiten zu diesem Thema publiziert wurden. Es wurden vier RCTs zur Effektivität integrierter videogestützter Versorgungsmodelle gefunden, über die hier ein kurzer Überblick gegeben wird. In einem RCT aus dem Jahr 2007 kam zur Behandlung von Hausarztpatient*innen mit depressiven Störungen ein CC-Modell zum Einsatz, in dem der*die beteiligte Psychiater*in per interaktivem Videogespräch mit den Teilnehmer*innen kommunizierte (Fortney et al. 2007). Zur Kommunikation zwischen den verschiedenen Leistungserbringer*innen (Allgemeinmediziner*in, MFA, Psychiater*in) kamen auch weitere telemedizinische Mittel zum Einsatz wie bspw. Telefon und elektronische geteilte Patient*innenakten (Fortney et al. 2006). Verglichen mit einem gänzlich in der Praxis verorteten CC-Modell verzeichneten die Patient*innen in der Interventionsgruppe eine signifikant bessere Medikamentenadhärenz. Auch hinsichtlich der klinischen Effekte verbesserten sich diese stärker als die Patient*innen der Kontrollgruppe. Von derselben Arbeitsgruppe stammt eine ähnliche Studie aus dem Jahr 2013. Auch hier wurden zwei CC-Modelle zur Behandlung von depressiven Störungen verglichen: in einem Modell erhielten die Patient*innen CC-Versorgung durch ein praxiszentriertes Team bestehend aus Allgemeinmediziner*in und Case Manager, in dem anderen Modell bestanden die CC-Teams aus in der Praxis anwesenden Allgemeinmediziner*innen und zusätzlich Case Manager, Pharmazeut*innen, Psycholog*innen und Psychiater*innen, die sich allesamt an einem anderen Ort aufhielten und regelmäßige Besprechungen per Telefon abhielten und bei Bedarf Termine mit den Patient*innen per Videokonsultation durchführten. Die Ergebnisse zeigen ebenfalls, dass hinsichtlich der klinischen Outcomes das telemedizinische Modell dem praxiszentrierten überlegen ist. Die Autor*innen haben gleichzeitig eine höhere Interventionstreue, also das Einhalten der Durchführungsbestimmungen durch die Case Manager, in der Interventionsgruppe festgestellt. Dieser Umstand mag einen Einfluss auf die positiven Ergebnisse gehabt haben (Fortney et al. 2013). Diese Art von CC eignet sich nicht nur zur Behandlung von depressiven Störungen, sondern kann auch bei der Behandlung von Posttraumatischer Belastungsstörung (PTBS) effektiv sein, wie dieselbe Gruppe in einem weiteren RCT zeigen konnte (Fortney et al. 2015a). Eine Studie aus dem Jahr 2012, die 2016 publiziert wurde, untersuchte die Wirksamkeit eines telemedizinischen CC-Modells bei chinesischen Immigrant*innen in den USA, die unter depressiven

2. HINTERGRUND

Störungen litten (Yeung et al. 2016). Teilnehmende in der der Interventionsgruppe erhielten eine über sechs Monate kontinuierliche telefonische Begleitung, um Symptomveränderungen, Medikamentenadhärenz und das Auftreten von unerwünschten Ereignissen zu erfassen und die Behandlung kurzfristig anpassen zu können. Verglichen mit der Kontrollgruppe, die die hausarztzentrierte Routineversorgung erhielt, konnten in der Interventionsgruppe statistisch signifikante Verbesserungen nach sechs Monaten hinsichtlich der Rate der remittierenden Patient*innen gefunden werden.

2.4 Gesundheitsbezogene Lebensqualität

In diesen Studien wurden neben den Ergebnissen zur Symptomreduktion mithilfe der entsprechenden Messinstrumente auch zum Teil erhebliche Verbesserungen bzgl. des „health status“ der Patient*innen berichtet, allerdings nur geringfügig diskutiert bzw. eingeordnet. Für ein besseres Verständnis wird das Konstrukt im Folgenden näher erklärt.

Beim „health status“ handelt es sich um den allgemeinen Gesundheitsstatus, wie er subjektiv und individuell wahrgenommen wird. Im Deutschen Sprachgebrauch hat sich der Term „gesundheitsbezogene Lebensqualität“ durchgesetzt und beschreibt, wie Menschen ihren Gesundheitszustand subjektiv erleben, wie sie in ihrem Alltag zurechtkommen und ihre sozialen Beziehungen gestalten (Schumacher et al. 2003). Das Hinzuziehen derartiger Bewertungsmaßstäbe lässt sich mit dem hohen Entwicklungsstand der medizinischen Versorgung erklären, wodurch ein langes Überleben trotz Vorliegen von bspw. chronischen somatischen Erkrankungen oder Behinderungen möglich ist. Dadurch kommen quantitative Qualitätsindikatoren an ihre Grenzen und es muss die Frage gestellt werden, ob bei gleichzeitiger Lebenszeitverlängerung auch eine hohe „Lebensqualität“ gewährleistet werden kann (Radoschewski 2000). Bei der Bewertung von medizinischen Therapie- und Behandlungsformen werden daher neben den eher „objektiven“ Indikatoren wie Verlängerung der Lebenszeit oder Veränderung der Symptomschwere und -häufigkeit auch die Veränderung der funktionalen Einschränkung der Patient*innen durch die jeweilige Erkrankung berücksichtigt. Das hat zur Folge, dass diese beiden Perspektiven nicht zwangsläufig zu identischen Ergebnissen kommen.

2. HINTERGRUND

In erster Linie zeigen aber die oben genannten Studien, dass telemedizinische Elemente und insbesondere Videokonsultationen ein wichtiger Aspekt im Rahmen von CC sein können, um nicht nur Zugangsbeschränkungen für Patient*innen zu überwinden, sondern auch effektiv die Symptomatik und gleichzeitig die gesundheitsbezogene Lebensqualität von Patient*innen verbessern können. Allerdings ist wichtig zu erwähnen, dass alle diese Studien aus den USA stammen, drei von ihnen von derselben Forschungsgruppe durchgeführt wurden und zwei von ihnen im Setting der Veterans Health Administration (VHA) angesiedelt waren. Die VHA ist ein eigenes umfangreiches landesweites Gesundheitssystem für (ehemalige) Mitglieder der US-Streitkräfte. Die VHA verfügt über ein weit gespanntes Netz von sowohl allgemeinmedizinischen als auch spezialisierten medizinischen Zentren und eine verhältnismäßig gute Infrastruktur (U.S. Department of Veterans Affairs 2023). Allerdings herrschen auch hier insbesondere im ländlichen Raum Probleme bei der spezialisierten Versorgung von psychisch erkrankten Patient*innen vor (Fortney et al. 2011). Aufgrund der speziellen strukturellen Rahmenbedingungen in der VHA wird von Autor*innen wiederholt die limitierte Generalisierbarkeit derartiger Studien angemerkt. Ein Transfer der bisherigen Ergebnisse aus den genannten RCTs in Europäische Gesundheitssysteme gestaltet sich daher schwierig, da in Europa bspw. allgemein öffentliche oder steuerfinanzierte Versicherungssysteme vorherrschen.

2.5 PROVIDE – Optimierung der Zusammenarbeit zwischen Hausärzten und Psychotherapeuten: Eine Studie zur Implementierung von Videokonsultationen

Eine der ersten umfangreichen Forschungsvorhaben in Deutschland zur Implementierung, Umsetzung und Evaluation von integrierter Versorgung mithilfe von Videokonsultationen im Bereich der psychosozialen Versorgung ist die vom Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) geförderte Nachwuchsgruppe PROVIDE – Optimierung der Zusammenarbeit zwischen Hausärzten und Psychotherapeuten: Eine Studie zur Implementierung von Videokonsultationen (ImPROving cross-sectoral collaboration between primary and psychosocial, care: An implementation study on VIDEo consultations – PROVIDE). Die Nachwuchsgruppe war in der Klinik für Allgemeine Innere Medizin und Psychosomatik am Universitätsklinikum Heidelberg verortet und wurde von 2016 bis Ende 2022 im Rahmen des Aktionsplans Versorgungsforschung als Strukturmaßnahme vom BMBF gefördert (Förderkennzeichen 01GY1612). Ziel des Projekts war die Verbesserung der Versorgungssituation von

2. HINTERGRUND

Hausarztpatient*innen mit depressiven und Angststörungen. Da dieses Projekt den Rahmen bildet, in dem die Dissertationsschrift entstanden ist, sollen im Folgenden die verschiedenen Projektphasen detaillierter beschrieben werden.

2.5.1 Vorimplementierungsstudie und Bedarfsanalyse (PROVIDE-A)

Die erste Phase von PROVIDE umfasste eine umfangreiche Bedarfsanalyse. Die Datengrundlage waren qualitative Interviews und Fokusgruppen mit den verschiedenen Akteuren, die bei einer Umsetzung des entwickelten Konzepts beteiligt wären. Dafür wurden Daten von Patient*innen, Psychotherapeut*innen, Hausärzt*innen und gesundheitspolitischen Entscheidungsträger*innen erhoben.

In diesen Studien wurden die Teilnehmenden als erstes nach ihrer Einschätzung der derzeitigen Versorgungslage gefragt und wie sie die Situation am Übergang zwischen hausärztlicher und spezialisierter psychosozialer Versorgung einschätzten. Daraufhin wurde ihnen das vorher entwickelte Versorgungsmodell vorgestellt und sie wurden gebeten, mögliche Vor- und Nachteile des Modells und Barrieren bzw. Voraussetzungen bei der Implementierung zu antizipieren. Bei der Bewertung der gegenwärtigen Versorgungssituation waren schlechter Zugang zu spezialisierter Versorgung aufgrund von langen Wartezeiten und/oder geringer Therapeut*innendichte das wiederkehrende Thema über alle Studien hinweg.

In der Studie zur Patient*innenperspektive wurden 13 Hausarztpatient*innen in telefonischen Einzelinterviews befragt (Bleyel et al. 2020). Den Nutzen des Versorgungsmodells bezogen die Befragten hierbei auf einen schnelleren Zugang zu Psychotherapeut*innen und das Überwinden von strukturellen Problemen durch die Verringerung von Anfahrtswegen. Außerdem wurde die Vertrautheit mit der Hausarztpraxis als Ort der Behandlung und dem Personal als positiv wahrgenommen. Bezogen auf mögliche Barrieren und Herausforderungen bei der Umsetzung des Modells äußerten die Befragten Bedenken wegen des fehlenden direkten Kontakts verglichen mit same-room-Behandlungen und das dadurch erschwerte Lesen nonverbaler Kommunikation. Außerdem wurden der organisatorische Mehraufwand für die Teams der Hausarztpraxis, die technischen Voraussetzungen in der Praxis und Probleme im Umgang mit derartiger Technik auf Seiten der Patient*innen als potenzielle Barrieren genannt (Bleyel et al. 2020).

2. HINTERGRUND

Für die Perspektive der Leistungserbringenden wurden drei Fokusgruppen mit insgesamt elf Psychotherapeut*innen durchgeführt (Hoffmann et al. 2020). Diese formulierten zusätzlich zu den Problemen für Patient*innen beim Zugang zu adäquater Behandlung einen Mangel an fachübergreifender Kollaboration mit Hausärzt*innen. Durch die Integration der beiden Fachdisziplinen im Versorgungsmodell antizipierten sie eine engere Zusammenarbeit, die bspw. aus regelmäßigem Austausch über Patient*innen und die Einbindung der Hausärzt*innen in den jeweiligen Fallverlauf bestehen könnte. Hinsichtlich der Akzeptanz des Versorgungsmodells verwiesen die Befragten auf mögliche Schwierigkeiten beim Aufbau einer therapeutischen Beziehung zu den Patient*innen aufgrund der fehlenden Unmittelbarkeit des Kontakts während der Videokonsultationen. Außerdem sollte das Modell für Psychotherapeut*innen attraktiv gestaltet sein, da es ihrer Meinung nach mehr Aufwand bedeute als klassische Behandlungen im selben Raum (Hoffmann et al. 2020).

In einer dritten Studie wurden Hausärzt*innen zu ihrer Perspektive auf das beschriebene Versorgungsmodell befragt (Hoffmann et al. 2019). Insgesamt nahmen 19 Hausärzt*innen an der Studie teil, 16 von ihnen im Rahmen von vier Fokusgruppen und drei in telefonischen Einzelinterviews. Auch hier wurden bestehende Probleme bei der gegenwärtigen interdisziplinären Zusammenarbeit mit Psychotherapeut*innen bemängelt. Das Versorgungsmodell wurde größtenteils positiv wahrgenommen, da es aus Sicht der Hausärzt*innen nach erfolgreicher Implementierung auf lange Sicht Ressourcen der Hausarztpraxis schonen könnte und einen flüssigeren Ablauf bei der Versorgung der entsprechenden Patient*innengruppe ermöglichen könnte. Als potenzielles Problem des Modells wurden auch hier die Schwierigkeiten beim gegenseitigen Lesen von nonverbalen Signalen angesprochen, was den Aufbau einer wirksamen Beziehung erschweren könnte. Wichtige Voraussetzung für die Umsetzung der Videokonsultationen in der Hausarztpraxis seien die Übernahme der Kosten für die Bereitstellung der Räumlichkeiten und des Personals für die Vorbereitung der jeweiligen Videokonsultation (Hoffmann et al. 2019).

Der vierte und letzte Bestandteil der Bedarfsermittlung und der Vorbereitung der Umsetzung der Intervention beinhaltete die Befragung von gesundheitspolitischen Entscheidungsträger*innen (Tönnies et al. 2021b). In semistrukturierten Interviews wurden 15 Personen aus verschiedenen Institutionen im deutschen Gesundheitssystem befragt, darunter Vertreter*innen des Bundesministeriums für Gesundheit und

2. HINTERGRUND

verschiedener Krankenkassen, Vorsitzende von Fachgesellschaften der Psychotherapeut*innen und der Landesärztekammer Baden-Württemberg und Patient*innenverbände. Die Befragten beschrieben die gegenwärtige Versorgungssituation als schwierig aufgrund der langen Wartezeiten für Patient*innen mit Behandlungsbedarf und die fehlende bzw. sehr reduzierte Zusammenarbeit zwischen Hausärzt*innen und Psychotherapeut*innen. Vorteile durch die Umsetzung des entwickelten Versorgungsmodells wurden neben einer engeren Zusammenarbeit zwischen den verschiedenen Leistungserbringenden hauptsächlich auf Seiten der Hausärzt*innen antizipiert. Diese könnten akut belastete Patient*innen niederschwelliger an Spezialist*innen überweisen, wodurch Ressourcen geschaffen würden und gleichzeitig diese Patient*innen früher eine adäquate Behandlung erhielten. Außerdem hoben die Befragten hervor, dass den Patient*innen durch die Durchführung der Videokonsultationen in der Hausarztpraxis Stigmatisierungsängste genommen werden könnten. Für die Psychotherapeut*innen wurde dagegen von Vertreter*innen aus allen Institutionen außer den Patient*innenverbänden als einziger nennenswerter Vorteil die potenzielle Flexibilisierung des Arbeitsalltags durch den Wegfall von Anfahrtswegen angeführt. Auf der anderen Seite antizipierten die Befragten eine eher zurückhaltende Haltung der Psychotherapeut*innen gegenüber der Videokonsultationen, da durch den fehlenden direkten Kontakt zu den Patient*innen es schwerer falle, eine nachhaltige therapeutische Beziehung zu den Patient*innen aufzubauen. Zusätzlich wurden rechtliche Rahmenbedingungen diskutiert; wobei ein Fokus auf den datenschutzrechtlichen Regularien lag. Über diese sollten die Patient*innen im Vorfeld ausführlich und transparent aufgeklärt werden. Bezüglich der Vergütung für die Durchführung von Behandlungen im vorgeschlagenen Versorgungsmodell sollten die Hausärzt*innen für den Aufwand der Bereitstellung von Räumen und Personal entschädigt werden und die Psychotherapeut*innen sollten einen höheren Tarif als für same-room-Behandlungen erhalten, um die Umsetzung attraktiver zu gestalten.

2.5.2 Machbarkeitsstudie zur Interventions- und Studiendurchführung (PROVIDE-B)

Aufbauend auf den Erkenntnissen aus PROVIDE-A wurde die PROVIDE-Intervention weiterentwickelt und in einer randomisiert-kontrollierten Machbarkeitsstudie PROVIDE-B getestet. In dieser Studie wurde die Intervention in fünf Hausarztpraxen in Baden-Württemberg für mehrere Monate eingesetzt. Während dieses Zeitraums wurden insgesamt 50 Hausarztpatient*innen rekrutiert, von denen 23 zufällig der

2. HINTERGRUND

Interventionsgruppe zugeteilt wurden und bis zu fünf Videokonsultationen mit Psychotherapeut*innen erhielten, während derer sich die Patient*innen in der Hausarztpraxis und die Therapeut*innen an einem anderen Ort befanden (Tönnies et al. 2019). Als Maß der Angemessenheit der Ein- und Ausschlusskriterien wurde die Anzahl der Randomisierten pro Anzahl der Gescreenten von 69 % (50/73) erfasst. Die Akzeptanz der Studienbedingungen nach Aufklärung, inklusive der Randomisierung und der Datenerhebungen, stellt sich durch die Anzahl der Randomisierten pro Anzahl der Einschließbaren von 86 % (50/58) dar. Die Intervention wurde von 87 % (20/23) der Proband*innen in der Interventionsgruppe vollständig abgeschlossen. Es wurden 102 Videokonsultationen erfolgreich durchgeführt, sechs vereinbarte Termine konnten aufgrund von technischen Problemen nicht stattfinden (94 %, 102/108). Die Posterhebung konnte insgesamt mit 90 % der Proband*innen durchgeführt werden. In der Interventionsgruppe lag die Quote mit 96 % höher als in der Kontrollgruppe mit 85 % (Tönnies et al. 2021a). Diese Ergebnisse deuteten auf eine hohe Akzeptanz der PROVIDE-Intervention und der Studienbedingungen hin.

Gestützt wurden diese Ergebnisse durch die Erkenntnisse der zusätzlich durchgeführten Prozessevaluation, in deren Rahmen qualitative Daten mithilfe von Einzelinterviews mit teilnehmenden Proband*innen, Hausärzt*innen, MFAs und Psychotherapeut*innen gesammelt wurden. Von den 23 Proband*innen in der Interventionsgruppe wurden 20 in telefonischen semistrukturierten Interviews zu ihren Erfahrungen mit der PROVIDE-Intervention befragt. Mehrheitlich wurde die Umsetzung der Intervention sehr positiv bewertet. Allerdings kam es immer wieder zu Störungen in der Internetverbindung, was zu verzögerter Bild- und/oder Tonübertragung führte und dadurch den Gesprächsfluss unterbrach. Während einige Proband*innen das erschwerte Lesen der Körpersprache des Gegenübers ansprachen, beschrieben andere die Erfahrung als nicht abweichend von einer same-room-Behandlung. Insbesondere nachdem erste Vorbehalte abgelegt und das Setting vertrauter wurde, konnten die Proband*innen die Konsultationen sehr gut nutzen, um gezielt nach Unterstützung zu fragen und eine therapeutische Beziehung zum*zur Studientherapeut*in aufzubauen. Als Vorteile des Modells wurde die gute Erreichbarkeit der Hausarztpraxis als Ort der Interventionsdurchführung und die Vertrautheit mit Praxis und Personal hervorgehoben (Haun et al. 2023).

2. HINTERGRUND

Auf der Seite der Leistungserbringenden wurden insgesamt 13 Interviews geführt. Aus deren Sicht ließ sich das Versorgungsmodell sehr gut in den Praxis- bzw. Arbeitsalltag integrieren. Aus Sicht der Hausärzt*innen war die schnelle Hilfe, die sie den Patient*innen durch die Videokonsultationen anbieten konnten, sehr hilfreich. Sie bemerkten auch bei teilnehmenden Patient*innen einen Rückgang der Belastung und eine Erleichterung, zunächst nicht weiter nach Behandlungsmöglichkeiten suchen zu müssen, da sie diese häufig als stigmatisierend erfahren würden. Das Terminmanagement, das im Rahmen der Machbarkeitsstudie durch die Studenttherapeut*innen bzw. das Studienteam erfolgte, wurde ebenfalls als sehr flüssig und gut organisiert wahrgenommen. Einzig die Zusammenarbeit zwischen Psychotherapeut*innen und Hausarztpraxen hätte nach Ansicht der Befragten noch intensiviert werden können. Hier fungierte die einseitige Behandlungszusammenfassung der Therapeut*innen als wichtigstes Kommunikationselement. Aufgrund von geringen zeitlichen Ressourcen auf beiden Seiten war ein regelmäßigerer direkter Austausch nur selten möglich. Vorgeschlagen wurde hier ein weiterer kurzer Bericht der Therapeut*innen an die Hausarztpraxis zur diagnostischen Einschätzung relativ früh im Verlauf der Behandlung (Haun et al. 2021a).

2.5.3 Hauptstudie zur Wirksamkeit der Intervention (PROVIDE-C)

Auf Grundlage der Erkenntnisse aus den vorangegangenen Projektphasen wurde Anfang 2020 die Hauptstudie PROVIDE-C entwickelt. In einer randomisiert-kontrollierten Studie sollte die Effektivität der PROVIDE-Intervention auf die Symptomatik einer depressiven bzw. einer Angststörung gemessen werden (Haun et al. 2021b). Aus dieser Studie stammen die Daten, die im Rahmen dieses Dissertationsprojekts erhoben und ausgewertet wurden.

2.6 Zusammenfassung

Psychische Erkrankungen und unter diesen besonders depressive Störungen stellen ein großes Gesundheitsproblem dar, sowohl auf gesellschaftlicher als auch auf individueller Ebene. Betroffene wenden sich in der Regel zuerst an ihre Hausarztpraxis, wo ein erheblicher Teil der Patient*innen versorgt werden kann. Besteht allerdings der Bedarf nach intensiverer Behandlung, entsteht häufig eine Lücke in der Versorgungskontinuität bei der Vermittlung zu Psychotherapeut*innen aufgrund von mangelnden

2. HINTERGRUND

Behandlungsressourcen und der schwierigen Erreichbarkeit der entsprechenden Praxisstandorte.

Die Integration von hausärztlicher und spezialisierter psychosozialer Versorgung ist vielversprechend und könnte durch den Einsatz von Videokonsultationen und der dadurch virtuellen Zusammenlegung von Expertisen erfolgen. Dadurch könnten bisherige Defizite bei der Umsetzung überwunden werden.

Im angloamerikanischen Raum durchgeführte Studien untermauern diese Hypothese, sind allerdings vor dem Hintergrund struktureller Besonderheiten nur von limitierter Generalisierbarkeit für das deutsche Gesundheitssystem. Während der rechtliche Rahmen in den letzten Jahren, insbesondere im Zuge der COVID-19-Pandemie, weiter angepasst wurde, sodass Videokonsultationen niederschwelliger eingesetzt werden könnten, existieren bisher keine RCTs zur Effektivität eines solchen Modells in Deutschland.

Vor diesem Hintergrund begann die BMBF-Nachwuchsgruppe PROVIDE 2016 mithilfe einer umfangreichen Bedarfsanalyse und einer Machbarkeitsstudie damit, eine Intervention zu entwickeln, die Hausarztpatient*innen mit depressiven und/oder Angststörungen zeitnah und niederschwellig in kurzzeitige spezialisierte Behandlung bringt. Die durchgeführten Studien zeigten, dass die Intervention machbar ist und von allen Beteiligten akzeptiert wird. Daraufhin entstand die Effektivitätsstudie PROVIDE-C.

2.7 Fragestellung

In PROVIDE-C wurde die Intervention hinsichtlich der Veränderung der Symptombelastung bei Patient*innen mit depressiven und Angststörungen untersucht. Der Fokus dieses Dissertationsprojekts liegt auf der Frage, inwieweit eine Veränderung der funktionellen Einschränkungen, die Patient*innen mit depressiven Störungen im Alltag erleben, auf die Behandlung mithilfe der Intervention zurückzuführen ist. Dadurch sollen umfassende Erkenntnisse über den potenziellen Nutzen der PROVIDE-Intervention gewonnen werden. Die Fragestellungen dieses Dissertationsprojekts lauten demnach wie folgt:

Besteht ein Unterschied in der Veränderung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität bei Hausarztpatient*innen mit depressiven Störungen nach der Behandlung

3. MATERIAL UND METHODEN

mithilfe eines videogestützten integrierten Versorgungsmodells verglichen mit der üblichen hausarztzentrierten psychosozialen Behandlung?

Hat die Intervention einen Einfluss auf die Veränderung der Belastung durch depressive Symptomatik im Vergleich zur Regelversorgung?

3. MATERIAL UND METHODEN

Das vorliegende Dissertationsprojekt war eingebettet in das Projekt PROVIDE an der Klinik für Allgemeine Innere Medizin und Psychosomatik des Universitätsklinikums Heidelberg. Die Daten, die im Ergebnisteil beschrieben werden, stammen aus der Hauptprojektphase PROVIDE-C. Die Studie wurde von der Ethikkommission der Medizinischen Fakultät Heidelberg begutachtet und zustimmend bewertet (Genehmigungsnummer des Ethikvotums S-923/2019). Die Struktur der Dissertationsschrift orientiert sich sowohl an den „Richtlinien für die Abfassung der Dissertationsschrift“ (Version 2.3) der Medizinischen Fakultät Heidelberg der Ruprecht - Karls - Universität als auch an der Checkliste CONSORT (Consolidated Standards of Reporting Trials) (Schulz et al. 2010).

3.1 Studiensetting

Das vorgelegte Dissertationsprojekt war in der hausärztlichen Primärversorgung in Deutschland verortet. Die Rekrutierung und die Interventionsdurchführung fand in Hausarztpraxen in den Bundesländern Baden-Württemberg und Rheinland-Pfalz statt, in denen zusammengerechnet ca. 15,2 Millionen Menschen leben (Baden-Württemberg: 11,1 Mio., Rheinland-Pfalz: 4,1 Mio.). Nach den Daten der Kassenärztlichen Vereinigungen Baden-Württemberg und Rheinland-Pfalz praktizierten Stand Januar 2023 in Baden-Württemberg ca. 7.000 Hausärzt*innen und 4.500 Psychotherapeut*innen und in Rheinland-Pfalz ca. 2.650 Hausärzt*innen und 1.500 Psychotherapeut*innen (Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg 2023; Kassenärztliche Vereinigung Rheinland-Pfalz 2023). Hinsichtlich der Dichte von Hausärzt*innen haben beide Bundesländer im bundesdeutschen Vergleich mit die geringste Ärzt*innenanzahl pro 100.000 Einwohner*innen. Bei psychologischen Psychotherapeut*innen zeigt sich ebenfalls, dass diese vergleichsweise ländlich geprägten Bundesländer eine

3. MATERIAL UND METHODEN

geringere Therapeut*innendichte aufweisen als bspw. die Stadtstaaten (Kassenärztliche Bundesvereinigung 2022a).

Im deutschen Gesundheitssystem kommt den Hausärzt*innen keine formale Gatekeeping-Funktion zu. Das bedeutet, dass sie nicht obligatorischer Erstkontakt für Patient*innen sind und demzufolge auch nicht zwangsläufig für Überweisungen zu Fachärzt*innen aufgesucht werden müssen. Gleichwohl kommt Hausärzt*innen eine besondere Funktion zu, was den oftmals engen und langjährigen Beziehungen zu den Patient*innen geschuldet ist und der (wohntort-)nahen Versorgung mit allgemeinmedizinischen Leistungen (The Commonwealth Fund 2020).

3.2 Studiendesign

Die Datengrundlage für das Dissertationsprojekt stammt aus einer multizentrischen, stratifizierten, individuell randomisiert-kontrollierten Überlegenheitsstudie mit Verblindung der Endpunkterheber*innen und 1:1 Randomisierung. Das Studienprotokoll wurde vorab mit open access publiziert (Haun et al. 2021b). Es wurden Patient*innen aus insgesamt 29 Hausarztpraxen rekrutiert. Die Proband*innen wurden zufällig einer von zwei Behandlungsbedingungen zugeteilt. Behandlungsbedingung A beinhaltete die gewöhnliche Versorgung, die primär durch und über die Hausarztpraxis erfolgte, aber auch alle anderen Möglichkeiten zur psychosozialen Versorgung beinhalten konnte aber nicht musste. Behandlungsbedingung B war die zu testende Interventionsbedingung, in der die Proband*innen mithilfe eines integrierten psychosozialen videobasierten Versorgungsmodells behandelt wurden. Im Hinblick auf die Interventionsdurchführung erfolgte nach Veröffentlichung des Protokolls eine Änderung. Proband*innen war es möglich, während des COVID-19-Lockdowns oder wenn ein erhöhtes Risiko für Komplikationen im Zuge einer COVID-19-Infektion bestand, die Videokonsultationen statt aus der Hausarztpraxis auch von zuhause aus durchzuführen.

3.3 Teilnehmer*innen

3.3.1 Hausarztpraxen

An der Studie teilnehmende Hausarztpraxen, in denen die Patient*innenrekrutierung und die Interventionsdurchführung stattfand, mussten folgenden Kriterien erfüllen: (1) hausärztliche Tätigkeit der Praxis (Fachärzt*in für Allgemeinmedizin oder Innere Medizin), (2) Einsatz eines Teams, das Patient*innen in Videokonsultationen einführt und

3. MATERIAL UND METHODEN

(3) die Vorlage einer schriftlich dokumentierten Einwilligung nach Aufklärung. Wenn die Praxen (1) keinen Raum zur geschützten Durchführung der Videokonsultationen zur Verfügung stellen konnten oder (2) keinen Internetzugang oder eine zu geringe Bandbreite (< 384 KBit/s) besaßen, wurden sie nicht eingeschlossen.

3.3.2 Patient*innen

Zielpopulation des Hauptprojekts waren Hausarztpatient*innen mit einer depressiven und/oder einer Angststörung. Im Rahmen des Dissertationsprojekts wurde eine Sekundärdatenanalyse für Patient*innen mit einer depressiven Störung durchgeführt, weswegen die Patient*innen, die keine depressive Störung aufwiesen, nicht berücksichtigt wurden. Für den Einschluss in die Analyse des Dissertationsprojekts mussten teilnehmende Patient*innen (1) eine mindestens moderate depressive Störung aufweisen, was einem Wert von 10 oder mehr im Patient Health Questionnaire – 9 (PHQ-9) entspricht (Werte von 0 bis 27, wobei die Grenzwerte 5, 10, 15 und 20 jeweils für milde, moderate, eher schwere und schwere depressive Symptomlast stehen) (Kroenke et al. 2010), (2) mindestens 18 Jahre alt sein, (3) zum Zeitpunkt des Studieneintritts noch keine oder bis dahin noch unzureichende Therapie (Psychotherapie und/oder Psychopharmakotherapie) bzw. Schwierigkeiten mit der Adhärenz haben, (4) einwilligungsfähig sein und (5) eine schriftlich dokumentierte Einwilligung nach Aufklärung vorlegen. Nicht eingeschlossen wurden Personen bei (1) Substanzmissbrauch/-abhängigkeit, welche/r die Behandlungsadhärenz einzuschränken drohte, (2) aktiven Suizidgedanken oder aktive Gedanken, anderen Gewalt anzutun, (3) unmittelbar erforderlicher anderweitiger oder stationärer Akutbehandlung, (4) akuten psychotischen Zustandsbildern, (5) Demenz und/oder schwerer kognitiver Beeinträchtigung, (6) erheblicher Hör- und/oder Sehschwäche, (7) Schwangerschaft im 2. oder 3. Trimenon, (8) unzureichenden deutschen Sprachkenntnissen oder (9) Erfahrungen mit Videokonsultationen im Zuge einer Teilnahme an der im Vorfeld durchgeführten Machbarkeitsstudie PROVIDE-B. Durch Aufnahme des letzten Ausschlusskriteriums (9) sollte verhindert werden, dass Proband*innen mit Vorerfahrungen in der Durchführung der PROVIDE-Intervention das Ergebnis möglicherweise positiv beeinflussten, da sie sich während der fünf Interventionstermine nicht erst an das Setting, die Durchführung in der Hausarztpraxis und die Nutzung von Videokonsultationen gewöhnen mussten. Es wurde antizipiert, dass für diesen Prozess der Gewöhnung bei

3. MATERIAL UND METHODEN

unerfahrenen Proband*innen eine gewisse Zeit verwendet wurde, bevor intensiver therapeutisch gearbeitet werden konnte.

3.3.3 Psychotherapeut*innen

Als Teilnahmebedingung für die Psychotherapeut*innen, die die Intervention durchführen sollten, mussten diese (1) in einem anerkannten Richtlinienverfahren mindestens die Zwischenprüfung erreicht haben, (2) Erfahrung im Umfang von mindestens 1200 Behandlungsstunden aufweisen und (3) eine schriftlich dokumentierte Einwilligung nach Aufklärung vorlegen.

3.4 Rekrutierung

3.4.1 Hausärzt*innen

Teilnehmende Hausärzt*innen wurden über verschiedene Wege rekrutiert. Zum einen bestand Kontakt zwischen dem Studienteam und mehreren Hausarztpraxen durch die im Vorfeld durchgeführte Machbarkeitsstudie PROVIDE-B. Daran teilnehmende Hausärzt*innen wurden nach deren Beendigung gefragt, ob sie Interesse hätten, auch an der anschließenden größer angelegten Effektivitätsstudie teilzunehmen. Dies hatte zum Vorteil, dass dem Praxisteam das Behandlungsmodell bereits bekannt war und sie somit zeitnah eingeschlossen werden konnten. Zum anderen wurden Hausarztpraxen in Baden-Württemberg und Rheinland-Pfalz systematisch per Fax angeschrieben und bis zu drei Mal erinnert. In einem Schreiben wurden die Studie und ihr potenzieller Nutzen kurz dargestellt; bei Interesse an einer Teilnahme wurde um Kontaktaufnahme gebeten. Die Kontaktdaten der angeschriebenen Hausarztpraxen wurden aus frei zugänglichen Quellen extrahiert.

Nach der mündlichen Bekräftigung eines Teilnahmeinteresses wurden die Praxen von einem Mitglied des Studienteams aufgesucht und hinsichtlich der Einschlusskriterien (vorhandener Raum und stabile und ausreichende Internetverbindung) beurteilt. Außerdem wurde allen an der Studie beteiligten Teammitgliedern in den Praxen die Studie im Allgemeinen, Kernaspekte der Patient*innenrekrutierung inklusive Instruktionen zur Patient*innenansprache (Informationsmaterial) und die Mitarbeit der Praxis ausführlich vorgestellt. Fragen von Seiten der Praxisteams wurden in Gesprächen ebenfalls beantwortet. Konnten alle Fragen geklärt werden, wurde die schriftliche Einwilligung eingeholt, womit der Studieneinschluss der jeweiligen Praxis dokumentiert wurde. Anschließend wurden die Studienunterlagen, die in der Folge von dem

3. MATERIAL UND METHODEN

Praxisteam an interessierte Patient*innen ausgegeben wurden, in der Praxis hinterlegt und das Tablet für die Durchführung der Videokonsultationen dem Praxisteam ausgehändigt. Im Laufe der Studie wurde das Prozedere insofern angepasst, dass interessierte Hausarztpraxen vor einem Studieneinschluss innerhalb von drei Wochen die Kontaktinformationen von mindestens zehn interessierten Patient*innen an das Studienteam schicken mussten. Grund für diese Anpassung war, dass vermehrt interessierte Praxen eingeschlossen worden waren, die in der Folge allerdings nur sehr schwach rekrutierten und nicht auf die angestrebte Anzahl von Patient*innen pro Praxis kamen. Durch die vorab gemeldeten Patient*innen sollte abgeschätzt werden, ob die jeweilige Praxis die vereinbarte Anzahl an interessierten Patient*innen melden würde. Wenn ausreichend interessierte Patient*innen gemeldet worden waren, wurde die Hausarztpraxis umgehend in die Studie eingeschlossen und die vorab gemeldeten Patient*innen wurden unmittelbar zwecks Studieneinschluss kontaktiert.

3.4.2 Patient*innen

Die Rekrutierung potenzieller Proband*innen erfolgte in einem ersten Schritt durch die Hausärzt*innen. Diese haben Patient*innen im Rahmen der hausärztlichen Sprechstunde angesprochen, wenn auf Grundlage ihres klinischen Eindrucks eine depressive und/oder Angststörung vorlag. Die Hausärzt*innen waren angehalten, den Patient*innen die Studie kurz vorzustellen und Informationsmaterial, bestehend aus u.a. einem Flugblatt, auszuhändigen. Falls die Patient*innen prinzipielles Interesse an einer Teilnahme äußerten, ließ ein Mitglied des Praxisteam der jeweiligen Hausarztpraxis ein standardisiertes Formular durch die Patient*innen ausfüllen, auf dem deren Name, Kontaktinformationen (Festnetz- und/oder Mobilfunknummer) und Zeiträume, in denen sie telefonisch erreichbar waren, eingetragen wurden. Durch ihre Unterschrift auf dem Formular stimmten sie zu, dass dieses per Fax an das Studienteam in Heidelberg geschickt werden durfte. In einem nun folgenden zweiten Schritt nahm ein Mitglied des Studienteams telefonisch Kontakt zu dem*der jeweiligen Patient*in auf. Im Rahmen eines Computer Assisted Computer Interviews (CATI) fand eine Prüfung der Ein- bzw. Ausschlusskriterien statt, bei der der Fragebogen Patient Health Questionnaire Anxiety - Depression Scale (PHQ-ADS) (Kroenke et al. 2019) eingesetzt wurde, um die kombinierte Belastung durch depressive und/oder Angstsymptome der Patient*innen zu messen. Ebenfalls inbegriffen in diesem Gespräch war eine differenzierte Abklärung von Suizidalität, die durchgeführt wurde, wenn das Item „Wie oft

3. MATERIAL UND METHODEN

fühlten Sie sich im Verlauf der letzten zwei Wochen dadurch beeinträchtigt, dass Sie Gedanken hatten, dass Sie lieber tot wären oder sich Leid zufügen möchten?“ mit mindestens „An einigen Tagen“ beantwortet wurde. Dadurch konnte festgestellt werden, ob ein Einschluss trotz gelegentlicher suizidaler Gedanken möglich war. Fälle, in denen Zweifel bestanden, wurden innerhalb des Studienteams und unter Einbezug des Studienleiters und, im Vertretungsfall, der Leitenden Psychologin der Klinik für Allgemeine Innere Medizin und Psychosomatik diskutiert. Ergaben sich keine Hinweise auf suizidales Verhalten und waren die übrigen Einschlusskriterien erfüllt, konnten diese Patient*innen eingeschlossen werden. Bestanden jedoch Bedenken bezüglich einer Gefährdung der Patient*innen, nahm der Studienleiter telefonisch Kontakt zu diesen auf und klärte die Absprachefähigkeit. Konnten die Patient*innen sich nicht glaubhaft von einer Selbstgefährdung distanzieren, erfolgte kein Studieneinschluss und die Patient*innen wurden unmittelbar psychiatrisch bzgl. fürsorglicher Zurückhaltung abgeklärt. Nach Zustimmung der Patient*innen wurde auch der*die jeweilige Hausarzt*Hausärztin informiert.

Waren die Einschlusskriterien erfüllt, wurden die Patient*innen nach ca. zwei Tagen erneut durch eine*n wissenschaftliche*n Mitarbeiter*in angerufen, um ein ausführliches Aufklärungsgespräch über Ziel und Ablauf der Studie zu führen und etwaige Fragen von Seiten der Patient*innen zu beantworten. Im Zuge dessen wurde den Patient*innen erklärt, dass sie den vorher durch das Praxisteam ausgehändigten Fragebogen und die Einwilligungserklärung zur Studienteilnahme ausgefüllt bzw. unterschrieben mit dem beigelegten frankierten Rückumschlag an das Studienteam nach Heidelberg zurückschicken mussten. Erst nach Eingang dieser Unterlagen wurden die Patient*innen in die Studie aufgenommen und im nächsten Schritt einer der beiden Behandlungsbedingungen zufällig zugeteilt (Randomisierung). Über das Ergebnis der Randomisierung wurden die Proband*innen telefonisch informiert. Auch wurde bei einer Zuteilung zur Behandlungsbedingung B (Interventionsbedingung) dem*der für die jeweilige Hausarztpraxis zuständigen Studientherapeut*in die Kontaktinformationen des*der Proband*in übermittelt, damit zeitnah ein Termin für die erste Videokonsultation vereinbart werden konnte.

3.4.3 Psychotherapeut*innen

Die Rekrutierung der teilnehmenden Psychotherapeut*innen erfolgte zum einen am Heidelberger Institut für Psychotherapie, zum anderen wurde eine Ausschreibung

3. MATERIAL UND METHODEN

über verschiedene Foren am Zentralinstitut für Seelische Gesundheit in verbreitet. Alle interessierten Therapeut*innen wurden in Rahmen eines Vorstellungsgesprächs von einem Mitglied des Studienteams kennengelernt und ausführlich über die Studie informiert. Außerdem wurden Fragen von Seiten der Therapeut*innen beantwortet und es wurde getestet, ob die Therapeut*innen Zugang zu einem Computer/Laptop/Tablet-PC und einer Internetverbindung mit einer für die Videokonsultationen ausreichenden Bandbreite hatten (mindestens 384 KBit/s für 640x360 Auflösung mit 30 Bildern/Sekunde, idealerweise 16 MBit/s). Die Studienteilnahme erforderte den Erhalt einer per Unterschrift dokumentierten schriftlichen Einwilligung nach Aufklärung.

3.5 Behandlungsbedingungen

3.5.1 Behandlungsbedingung A (Kontrollbedingung)

Proband*innen, die der Kontrollbedingung zugeteilt wurden, erhielten die Routineversorgung nach Maßgabe ihrer Hausärzt*innen, wobei es keinerlei Beschränkungen bei der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen gab. Im Rahmen der hausärztlichen Versorgung kann häufig keine leitliniengerechte Versorgung gewährleistet werden und die Patient*innen erhalten größtenteils eine alleinige medikamentöse Behandlung mit Psychopharmaka (Marcus und Olfson 2010; Mark et al. 2009; Trautman und Beesdo-Baum 2017). Aus diesem Grund wurde im Vorfeld erwartet, dass nur wenige Proband*innen in der Kontrollgruppe irgendeine Art von psychotherapeutischer Behandlung in Anspruch nahmen.

3.5.2 Behandlungsbedingung B (Interventionsbedingung)

Proband*innen der Interventionsgruppe wurden durch Studientherapeut*innen behandelt. Für eine reibungslose Umsetzung der Intervention wurde ein*e Studientherapeut*in jeweils einer Hausarztpraxis fest zugeordnet. So waren einzelne Studientherapeut*innen mitunter für die Interventionsdurchführung in mehreren Hausarztpraxen zuständig. In jeder Hausarztpraxis war allerdings zu jeder Zeit nur ein*e Studientherapeut*in und nicht mehrere für die Interventionsdurchführung zuständig. Damit sollten unklare Verantwortlichkeiten und Missverständnisse bei der Kommunikation zwischen Therapeut*innen und Praxisteams verhindert werden und gleichzeitig sollte sichergestellt werden, dass die Mitglieder der Praxisteams immer nur eine*n Ansprechpartner*in hatten. Bei der Zuteilung wurden jeweilige Verfügbarkeiten berücksichtigt, um (ein) gemeinsame(s) Zeitfenster zu bestimmen, in denen die Intervention durchgeführt

3. MATERIAL UND METHODEN

werden konnte. Limitierende Faktoren waren hier hauptsächlich die Verfügbarkeit des Raumes und die Anwesenheit mindestens eines Teammitglieds auf Seiten der Hausarztpraxen und zeitliche Verfügbarkeit neben konkurrierenden Verpflichtungen in der eigenen Praxis oder im Ausbildungsinstitut auf Seiten der Studientherapeut*innen. Wenn es möglich war, wurde darauf geachtet, dass die angebotenen Zeitfenster zu für Patient*innen als attraktiv eingeschätzten Tageszeiten lagen, wie beispielsweise am späten Nachmittag bei tagsüber berufstätigen Proband*innen.

Konkret bestand die Intervention aus drei Kernkomponenten, die eine wirksame hausarztzentrierte psychosoziale Versorgung der Proband*innen sicherstellten. Diese drei Komponenten waren (1) eine vertiefte Diagnostik und Überwachung inklusive des Einsatzes von validierten klinischen Diagnoseinstrumenten, (2) der Aufbau und die Etablierung eines wirksamen Arbeitsbündnisses und (3) das Folgen eines gestuften Behandlungskonzepts (Stepped Care) innerhalb der integrierten Versorgung, das die Intensität der Behandlung auf der Grundlage klinischer Ergebnisse anpasst und vorsieht, Patient*innen mit einer der Schwere und des Verlaufs der Belastung entsprechenden Intensität zu behandeln. Falls angezeigt, umfasste die Intervention auch eine kurze Psychotherapie, die sich mit interpersoneller Dynamik befasst und nachweislich einen zusätzlichen Nutzen bringt (Coventry et al. 2014). Die Intervention folgte einem transdiagnostischen Behandlungsansatz für psychische Störungen (depressive und Angststörungen), für den mehrere Metaanalysen die Wirksamkeit im Rahmen von RCTs bei generalisierter Angststörung und depressiver Störung gezeigt haben (Craske 2012; Newby et al. 2015). Darüber hinaus enthielt die Intervention Elemente des Problemlösetrainings, bei dem moderate Effekte bei der Verbesserung von depressiven und Angststörungen in der hausärztlichen Versorgung gefunden wurden (Zhang et al. 2019). Hinzu kamen psychodynamische Elemente, die auf die Beziehung und das zwischenmenschliche Verständnis ausgerichtet sind, um das Arbeitsbündnis zu fördern, das sich als entscheidendes Element hinsichtlich der Akzeptanz von derartigen Interventionen sowohl bei Patient*innen als auch bei Ärzt*innen gezeigt hat (Fonagy 1999). Die Intervention basierte auf einem Manual, welches einem Ansatz der gestuften Entwicklung von Psychotherapiemanualen folgend im Rahmen der Machbarkeitsstudie PROVIDE-B entwickelt worden war (Tönnies et al. 2019). In diesem ersten Stadium eines Interventionsmanuals (Stufe I) liegt der Fokus darauf, die Intervention zu spezifizieren und eine erste Bewertung ihrer Machbarkeit

3. MATERIAL UND METHODEN

vorzunehmen. Sitzungsinhalte werden allgemein umrissen und Zielformulierungen auf Aspekte einer Pilot- oder Machbarkeitsstudie hinsichtlich Umsetzung und Angemessenheit der Interventionsbedingungen bezogen (Carroll und Nuro 2002). Für die PROVIDE-C-Studie wurde dieses Manual aus PROVIDE-B zu einem Interventionsmanual der Stufe II weiterentwickelt. In dieser Version eines Manuals werden nicht nur die inhaltlichen Aspekte auf Grundlage von Prozess- und Ergebnisdaten aus der 1. Phase (Stufe I) vertieft, sondern es werden auch zusätzliche Aspekte fokussiert, die ohne umfangreiche klinische Erfahrung mit der Intervention schwer zu formulieren wären (Carroll und Nuro 2002). Im Falle von PROVIDE bestanden zu diesem Zeitpunkt der Interventionsentwicklung bereits Erfahrungen mit der Interventionsdurchführung, den nötigen Voraussetzungen und häufig auftretenden Hindernissen bei der Umsetzung. Diese Erfahrungen wurden ausgearbeitet und es wurden konkrete Angaben zur Länge der Intervention (fünf Sitzungen pro Proband*in), zur Einführung und Vorbereitung der teilnehmenden Psychotherapeut*innen und überarbeitete Erläuterungen zum Aufbau der Videoausrüstung in das Manual integriert. Die Beschreibung der Intervention folgt dem Template for Intervention Description and Replication (TIDieR) (Hoffmann et al. 2014).

Kurz nachdem die Proband*innen über das Ergebnis der Randomisierung informiert worden waren, vereinbarten die Studientherapeut*innen mit den Proband*innen der Interventionsgruppe den Termin für die erste Videokonsultation. Das Konzept der Intervention sah vor, dass die Proband*innen insgesamt fünf Videokonsultationen von je 50 Minuten Dauer in zweiwöchigen Abständen erhielten. Die Videokonsultationen wurden über die verschlüsselte Internetplattform des von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zertifizierten Videodiensteanbieters arztkonsultation ak GmbH (<https://arztkonsultation.de/>) durchgeführt. Für die Dauer der Studienteilnahme waren die Studientherapeut*innen mit einem monatlich kündbarem Benutzerkonto registriert, dessen Kosten aus dafür vorgesehenen Projektmitteln getragen wurden. Die vereinbarten Termine für die Videokonsultation wurden von den Studientherapeut*innen im Vorfeld an die jeweilige Hausarztpraxis gemeldet, damit das Praxisteam vor Ort informiert war und sichergestellt war, dass die Videokonsultation durchgeführt werden konnte. Zu Beginn jeder Videokonsultation begleitete ein Teammitglied der Hausarztpraxis den*die Patient*in in den für die Videokonsultation vorgesehenen Raum, schaltete das Tablet ein, öffnete die Internetplattform des Videodiensteanbieters, ging auf

3. MATERIAL UND METHODEN

etwaige Fragen ein und verließ anschließend für die Dauer der Videokonsultation den Raum. Nach der zweiten Videokonsultation fertigten die Studientherapeut*innen eine kurze (halbseitige) diagnostische Rückmeldung an und schickten diese sowohl an das Praxisteam als auch an das Studienteam. Diese Rückmeldung enthielt eine kurze Zusammenfassung der bisherigen Konsultationsinhalte und eine diagnostische Einschätzung. Nach der letzten Videokonsultation verfassten die Studientherapeut*innen eine schriftliche Behandlungszusammenfassung (1-2 Seiten), die den Verlauf der Konsultationen wiedergab und Empfehlungen zu weiteren Behandlungsschritten beinhaltete, und schickten diese ebenfalls an die Hausarztpraxis und das Studienteam. Auf dieser Grundlage konnten die Hausärzt*innen und die Studientherapeut*innen bei Bedarf Entscheidungen über das weitere Vorgehen bei der Behandlung der jeweiligen Patient*innen treffen. Im Zeitraum, in dem sie Proband*innen im Rahmen der Studie behandelten, erhielten alle Studientherapeut*innen alle zwei Wochen eine Gruppensupervision unter der Leitung einer Oberärztin bzw. eines Oberarztes der Klinik für Allgemeine Innere Medizin und Psychosomatik der Universität Heidelberg.

3.6 Kurzfristige Anpassungen der Interventionsumsetzung

Die Studie startete im März 2020 während des ersten Lockdowns in Deutschland im Zuge der COVID-19-Pandemie. Während des gesamten Studien- und Interventionszeitraums (bis Anfang 2022) bestanden besonders in Zeiten hoher Infektionszahlen in den Wintermonaten zum Teil sehr strikte Kontaktbeschränkungen zum Schutz vor Ansteckungen. Zu diesen Zeiten wurde das Studienprotokoll angepasst, sodass die Proband*innen, insbesondere die mit einem erhöhtem Risiko für COVID-19-Komplikationen, für die Videokonsultationen nicht notwendigerweise die Hausarztpraxis aufsuchen mussten. Nach vorheriger technischer Prüfung und umfangreicher Einführung durch ein Mitglied des Studienteams konnten die Proband*innen die Videoplattform auch von zuhause aus erreichen und die Videokonsultationen durchführen. Bedingung war hier wie in der Hausarztpraxis, dass ein geschützter Raum vorhanden war, in dem sich die Proband*innen aufhalten konnten. Potenzielle Proband*innen, die diese zusätzlichen Kriterien nicht erfüllten und daher nicht an der Studie teilnehmen konnten, wurden nach Rücksprache mit der entsprechenden Hausarztpraxis zu einem späteren Zeitpunkt erneut kontaktiert, wenn es wieder möglich war, die Videokonsultationen in der Hausarztpraxis durchzuführen. Zu jeder Zeit bestand ein enger Kontakt zu den teilnehmenden Praxisteams, um gemeinsam die sich häufig ändernde

3. MATERIAL UND METHODEN

Situation zu besprechen und unter Ausschluss einer zusätzlichen Gefährdung aller Beteiligten die Interventionsdurchführung nach Studienprotokoll zu gewährleisten.

3.7 Zielgrößen

Alle primären und sekundären Zielgrößen wurden einmal vor der Randomisierung (Baseline) und einmal sechs Monate nach der Randomisierung (Posterhebung) erhoben. Dabei konnten die Proband*innen bei der Baseline und Posterhebung zwischen dem Ausfüllen und Zuschicken des Papierfragebogens oder dem Beantworten des Fragebogens im Rahmen eines CATIs mit einem Mitglied des Studienteams wählen.

3.7.1 Primäre Zielgröße

Die primäre Zielgröße dieses Dissertationsprojekts ist die Veränderung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität zwischen der Baseline-Erhebung und der Posterhebung sechs Monate nach Randomisierung. Diese wurde durch Selbstauskunft der Proband*innen mit dem Fragebogen Short-Form-Health-Survey 12 (SF-12) gemessen, der aus zwölf Items besteht. Der SF-12 wurde auf Basis des viel eingesetzten Short-Form-36 Health Survey (SF-36, 36 Items) entwickelt, um eine kürzere aber qualitativ gleichwertige Alternative zur Verfügung zu stellen. Der SF-12 erfasst mit zwei Skalenwerten die Ausprägung körperlicher und psychischer Aspekte der gesundheitsbezogenen Lebensqualität und wurde in verschiedenen Kulturkreisen bzw. Ländern psychometrisch überprüft (Damásio et al. 2015; Drixler et al. 2020; Jakobsson et al. 2012; Kontodimopoulos et al. 2007; Montazeri et al. 2009; Younsi und Chakroun 2014). In der vorliegenden Stichprobe betrug Cronbach's $\alpha = 0,8$ für die zwölf Items. Damit kann die interne Konsistenz als sehr gut bezeichnet werden (Streiner 2003). Mithilfe der zwölf Items sollen die Proband*innen ihren allgemeinen aktuellen Gesundheitszustand bewerten und angeben, inwieweit sie bei verschiedenen alltäglichen Tätigkeiten eingeschränkt sind. Dabei variieren die Antwortskalen häufig hinsichtlich Ausprägungen und Stufenanzahl und reichen von einem dichotomen Antwortformat („Ja“, „Nein“) bis hin zu einer sechsstufigen Likert-Skala („Immer“ bis „Nie“). Die beiden Skalenwerte des SF-12 sind die *Körperliche Gesundheit* (KG) und die *Psychische Gesundheit* (PG). Die KG bildet die Dimensionen *Allgemeine Gesundheitswahrnehmung*, *Körperliche Funktionsfähigkeit*, *Körperliche Rollenfunktion* und *Schmerzen* ab. Die PG repräsentiert die Dimensionen *Emotionale Rollenfunktion*, *Psychisches Wohlbefinden*, *Negativen Affekt* und *Soziale Funktionsfähigkeit* (Ware et al. 1996).

3. MATERIAL UND METHODEN

Skalenkonstruktion

Für die Konstruktion der beiden Skalen KG und PG wurden zunächst vier inverse Items umcodiert, sodass der höhere angegebene Wert für eine bessere Gesundheit steht. Im nächsten Schritt wurden dem Manual entsprechend Indikatorvariablen erstellt, gewichtet und zusammengefasst und anschließend durch Addition der Werte zu einer Konstanten standardisiert („regression intercept“) (Bullinger und Kirchberger 1998). Die Werte der KG und PG nehmen jeweils Werte zwischen 0 und 100 an, wobei ein höherer Wert für eine bessere Gesundheit steht.

3.7.2 Sekundäre Zielgrößen

Belastung durch depressive Symptomatik

Die Belastung durch depressive Symptome wurde mithilfe des Patient Health Questionnaire-9 gemessen. Dieser Fragebogen besteht aus neun Items, die die Häufigkeit der Belastung durch Symptome einer depressiven Störung (basierend auf den Kriterien des Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders IV, DSM-IV) im Zeitraum der zurückliegenden 14 Tage abfragen. Dabei wird eine 4-stufige Likert-Skala mit den Ausprägungen 0 = „Überhaupt nicht“, 1 = „An einzelnen Tagen“, 2 = „An mehr als der Hälfte der Tage“ und 3 = „Beinahe jeden Tag“ genutzt. Der Fragebogen kann zum einen als Diagnoseinstrument zur Aufdeckung einer Major Depression eingesetzt werden, wobei diese in Erwägung gezogen werden sollte, wenn fünf oder mehr der Items mindestens mit „An mehr als der Hälfte der Tage“ beantwortet werden. Zum anderen wird der Gesamtsummenwert PHQ-9 auch als kontinuierlicher Messwert genutzt, um die Stärke der Belastung durch depressive Symptome abzubilden, wobei die Grenzwerte von 5, 10, 15 und 20 eine leichte, mittlere, schwere und sehr schwere Belastung durch depressive Symptome anzeigen (Kroenke et al. 2010). Der PHQ-9 wird seit der Entwicklung und Validierung in hohem Maße eingesetzt, sowohl im Bereich der Forschung als auch in der Praxis, wo er als schnell ausgefülltes Screeninginstrument mitunter eine vergleichbare Erkennungsrate wie psychotherapeutische Kliniker*innen erzielt (Kroenke et al. 2001; Spitzer et al. 1999; Spitzer et al. 2000). Validität und Reliabilität des Instruments wurden neben den Ergebnissen der Validierungsstudien in zahlreichen Studien in unterschiedlichsten Settings und Kontexten bestätigt (Gilbody et al. 2007; Kroenke et al. 2001; Kroenke et al. 2010; Wittkampf et al. 2007). Werte zur internen Konsistenz werden mit Cronbach's $\alpha = 0,88$ und $\alpha = 0,89$ angegeben (Gräfe et al. 2004; Kroenke et al. 2001).

3. MATERIAL UND METHODEN

Negative Effekte durch die Intervention

Um Informationen darüber zu erhalten, inwieweit die Intervention als sicher zu bewerten ist und ob es unerwünschte Effekte durch diese gab, erhielten die Proband*innen der Interventionsgruppe im Rahmen der Posterhebung nach sechs Monaten zusätzlich zu den klinischen Fragebögen das Inventar zur Erfassung negativer Effekte von Psychotherapie (INEP) (Ladwig et al. 2014) ausgehändigt. Der INEP erfasst mithilfe von insgesamt 21 Items negative Effekte, die die folgenden Lebensbereiche betreffen: Abhängigkeit, Familie, Freunde, Intrapersonelle Veränderungen, Partnerschaft, Stigmatisierung und finanzielle Sorgen und schwierige therapeutische Beziehung und therapeutisches Fehlverhalten. Die Antwortskalen des Fragebogens sind je nach Fragentyp unterschiedlich aufgebaut. Entweder geben die Proband*innen an, inwieweit die befragten Lebensbereiche verbessert, verschlechtert oder unverändert geblieben sind oder sie geben mithilfe einer unipolaren Antwortskala an, ob und in welcher Intensität sie den beschriebenen Effekt erlebt haben. Bei vielen Fragen können sie zusätzlich angeben, dass eine Veränderung „Auf die Therapie“ oder auf „Andere Lebensumstände“ zurückgeführt wird. Diese Angabe ist wichtig, da als negative Effekte durch eine Intervention nur diejenigen gezählt werden, die „auf die Therapie“ zurückzuführen sind. Im Ergebnisteil werden Häufigkeiten der verschiedenen abgefragten möglichen negativen Effekte angegeben.

3.8 Stichprobengröße

Da das vorliegende Dissertationsprojekt auf der PROVIDE-C Studie beruht und in diesem die primäre Zielgröße eine andere als die der Veränderung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität ist, wurde a priori keine separate Poweranalyse durchgeführt. Die vorliegende Stichprobengröße basiert demzufolge auf der Poweranalyse für eine andere Zielgröße und Effektstärke.

3.9 Randomisierung

Die Proband*innen wurden zufällig einer der beiden Studienbedingungen (integriertes videogestütztes Versorgungsmodell vs. übliche Behandlung durch den*die Hausarzt*Hausärztin mit oder ohne Einbezug einer*r psychosozialen Spezialist*in als sog. Treatment as Usual, TAU) im Verhältnis 1:1 zugeteilt. Die Randomisierung erfolgte nach Einholung der Einwilligung nach Aufklärung durch das Studienzentrum in Heidelberg. Es wurde das webbasierte Programm Randomizer Version 2.0.2 des Instituts

3. MATERIAL UND METHODEN

für Medizinische Informatik, Statistik und Dokumentation der Medizinischen Universität Graz (<https://www.randomizer.at>) verwendet, welches durch zentrale Randomisierung die Geheimhaltung der Behandlungsfolge bis zur Zuteilung gewährleistete. Die Erzeugung der Behandlungsfolge erfolgte über eine computergenerierte Sequenz von Zufallszahlen. Es kam eine nach Hausarztpraxis und Symptomlast (Baseline PHQ-ADS, drei Stufen: mild, moderat, schwer) stratifizierte Randomisierung zur Anwendung.

3.10 Verblindung

Angesichts der Ausgestaltung der komplexen psychosozialen Interventionsbedingung konnten weder die Hausärzt*innen noch die Proband*innen verblindet sein hinsichtlich der Zuteilung der Proband*innen zu einer der beiden Behandlungsbedingungen. Allerdings wurde im Rahmen der verblindeten Endpunkterhebung versucht, dass die Endpunkterheber*innen (Posterhebung) bis zum Ende der Erhebung nicht über die Gruppenzugehörigkeit der Proband*innen informiert waren. Dazu wurde sichergestellt, dass diese Teammitglieder nicht anwesend waren, wenn über einzelne Proband*innen gesprochen wurde, und dass Namen und/oder Gruppenzugehörigkeit nicht genannt wurden, wenn es vermeidbar war. Außerdem wurden die Proband*innen vor der Posterhebung im Rahmen der Terminvereinbarung angewiesen, nicht zu erwähnen, welcher Bedingung – Kontroll- oder Interventionsbedingung – sie zugeteilt worden waren. Im Falle einer unbeabsichtigten Entblindung wurde dokumentiert, wie und zu welchem Zeitpunkt die Entblindung stattgefunden hat.

3.11 Statistische Analysen

Bei kategorialen Variablen werden deskriptive Statistiken mittels absoluter und relativer Häufigkeiten angegeben (N, %). Bei metrischen Variablen werden Streuungsmaße wie Mittelwert, Median und Standardabweichung berichtet. Die Darstellung erfolgt stratifiziert nach Gruppenzugehörigkeit.

Die Analyse der primären Zielgröße wurde nach dem Intention-to-Treat Ansatz durchgeführt, was bedeutet, dass alle Proband*innen der Gruppe (Intervention oder Kontrolle) zugerechnet wurden, der sie durch die Randomisierung zugeteilt worden sind.

Nach einer Analyse der Muster von fehlenden Werten der metrischen Variablen wurden diese mithilfe des Multiple Imputation Chained Equation (MICE) Verfahren imputiert. Das Verfahren imputiert fehlende Daten in einem Datensatz durch eine iterative

3. MATERIAL UND METHODEN

Reihe von Vorhersagemodellen. In jeder Iteration wird jede spezifizierte Variable des Datensatzes mit Hilfe der anderen Variablen des Datensatzes imputiert. Dabei wird ein Algorithmus genutzt, der für das Einsetzen der Werte sowohl Werte in den Variablen als auch Werte in den einzelnen Personen als Grundlage heranzieht (Buuren und Groothuis-Oudshoorn 2011).

Zur Identifikation von Ausreißern innerhalb der metrischen Variablen, die in das Regressionsmodell aufgenommen wurden, wurde das Kriterium des 1,5-fachen Interquartilsabstands (inter quartile range, IQR) genutzt. Das bedeutet, dass die Werte, die mehr als $1,5 \cdot \text{IQR}$ oberhalb des oberen Quartils (Q3) oder unterhalb des unteren Quartils (Q1) liegen, als Ausreißer definiert wurden. Nach einer visuellen Inspektion zur Sicherung der Plausibilität wurden diese Beobachtungen aus dem Datensatz gelöscht.

Im Anschluss wurde mithilfe eines linearen Regressionsmodell der Effekt der Intervention auf den Skalenwert PG geschätzt. Zusätzlich zur Gruppenvariable wurden dabei mehrere Kovariablen in das Modell aufgenommen, wodurch der Effekt der Intervention für diese Variablen kontrolliert wurde. Folgend wird erläutert, welche soziodemographischen Variablen und klinischen Parameter in das Modell mit aufgenommen wurden, da diese als wichtige Einflussfaktoren auf die gesundheitsbezogene Lebensqualität gelten.

Als soziodemographische Variablen wurden Alter als kontinuierliche Variable, Geschlecht mit den Kategorien „weiblich“ und „männlich“ und das Bildungsniveau in das Modell mitaufgenommen. In einer populationsbezogenen Studie hat sich gezeigt, dass höheres Alter bei Patient*innen mit depressiven Störungen mit einer geringeren gesundheitsbezogenen Lebensqualität assoziiert ist (Cho et al. 2019). Das Bildungsniveau hat die Ausprägungen „9 Jahre oder weniger“ und „mehr als 9 Jahre“. Diese dichotome Unterscheidung wurde abgeleitet aus den Angaben der Proband*innen, wobei „mehr als 9 Jahre“ äquivalent zu den Schulabschlüssen „Mittlere Reife“ und „Abitur“ ist. Gaben die Proband*innen an, kein Abitur oder nicht die Mittlere Reife erreicht zu haben, beispielsweise einen Hauptschulabschluss, wurden sie der Kategorie „9 Jahre oder weniger“ zugeordnet.

Als klinische Variablen wurden die Variablen „Psychische Gesundheit“, „Körperliche Gesundheit“ und „Symptomschwere Depression“ zum Zeitpunkt Baseline in das Modell mitaufgenommen. Die PG und KG wurden jeweils aus der Berechnung der

3. MATERIAL UND METHODEN

Skalenwerte aus dem SF-12 gebildet und als kontinuierliche Variable mitaufgenommen. Die Symptomschwere der depressiven Störung wurde mithilfe des Summenwerts aus dem PHQ-9 abgebildet. Durch die Kontrolle der KG aus dem SF-12 sollte der Einfluss von körperlichen Beschwerden, wie bspw. chronischen körperlichen Erkrankungen, auf die PG nach sechs Monaten herausgerechnet werden. Gleiches gilt für die Belastung durch depressive Symptomatik. Da die Proband*innen eine moderate bis sehr schwere Belastung aufwiesen, sollte der Effekt der Intervention unabhängig von dem Einfluss dieser Variable geschätzt werden. Durch die Berücksichtigung der Baseline-Werte der PG sollte verhindert werden, dass eine mögliche ungleiche Verteilung von hohen und niedrigen Werten zwischen den Gruppen dazu führen könnte, dass sich die Werte der Gruppen zum Teil aufgrund ihrer Baseline Charakteristika und nicht aufgrund ihrer Zuteilung zur Interventions- bzw. Kontrollbedingung auf der Skala der PG nach sechs Monaten verändert haben. Diesem Umstand kann eine stratifizierte Randomisierung entgegenwirken, weil dadurch gewährleistet ist, dass die Verteilung der Werte auf der Variable, nach der stratifiziert wird, zwischen den Gruppen gleich verteilt ist. Allerdings wurde in der Studie die Randomisierung nicht nach den Werten der PG stratifiziert, da das Erkenntnisinteresse und die Hauptfragestellung andere waren.

Die Kontrollvariablen wurden ebenso bei der Schätzung des Effekts der Interventionsbedingung auf die sekundäre Zielgröße, die Belastung durch depressive Symptomatik im PHQ-9, mittels multipler linearer Regression in das Regressionsmodell mit aufgenommen. Durch die bereits oben beschriebene Berücksichtigung der PHQ-9 Werte zu Baseline wird auch hier für die Symptomschwere zu Baseline auf dieser Skala kontrolliert. Für alle Analysen wurde ein Signifikanzniveau von $\alpha = 5\%$ (zweiseitig) festgelegt.

Die Daten wurden mithilfe der Statistiksoftware R (Version 4.1.1) und der Benutzeroberfläche R Studio aufbereitet und ausgewertet (R Core Team 2021).

Für die Analyse der Hauptstudie PROVIDE-C wurde der Rohdatensatz nach Durchführung der letzten Datenerhebung an das Institut für Medizinische Biometrie (IMBI) an der Universität Heidelberg übermittelt, wo die Daten aufbereitet und analysiert wurden. Im Rahmen des Dissertationsprojekts hat der Autor dieser Arbeit den Rohdatensatz selbständig bereinigt, Skalenwerte berechnet, Muster fehlender Werte analysiert,

4. ERGEBNISSE

fehlende Werte mithilfe Multipler Imputation ersetzt, Voraussetzungen für die Regression geprüft und die Analysen durchgeführt.

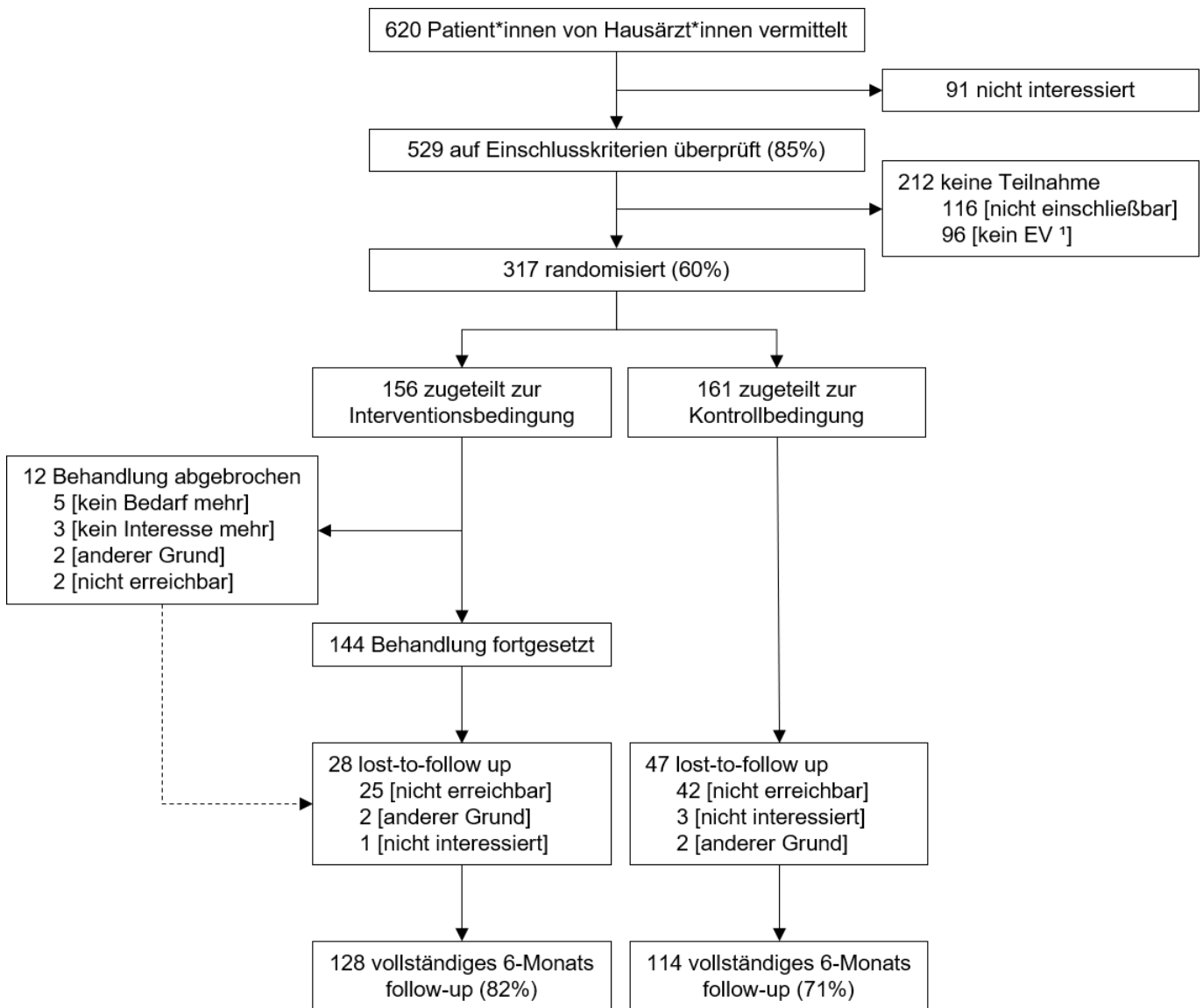
4. ERGEBNISSE

4.1 Stichprobe

Insgesamt haben 29 Hausarztpraxen an der Studie teilgenommen. Sechs von diesen waren bereits im Rahmen der Machbarkeitsstudie beteiligt und konnten nach deren Abschluss für eine weitere Teilnahme gewonnen werden. Dreiundzwanzig weitere Praxen wurden mittels des systematischen Faxanschreibens rekrutiert. Ferner haben 22 Psychotherapeut*innen, die sich in mindestens weit fortgeschrittener Ausbildung befanden oder approbiert waren, als Studientherapeut*innen teilgenommen.

Die Rekrutierung von Patient*innen fand zwischen dem 24. März 2020 und dem 3. November 2021 statt. Im Flussdiagramm (Abbildung 1) kann der Studienablauf nachvollzogen werden. Insgesamt wurden die Kontaktinformationen von 620 interessierten Patient*innen an die Studienzentrale geschickt. Während der ersten Kontaktaufnahme wurden von diesen 529 gescreent und 91 äußerten, dass sie nicht mehr interessiert waren. Einhundertsechzehn gescreente Patient*innen erfüllten nicht die Einschlusskriterien und 96 waren nicht weiter an einer Teilnahme interessiert. In zwei Fällen konnten Patient*innen zunächst nicht eingeschlossen werden, da sie nicht die technischen Voraussetzungen (keine ausreichend stabile Internetverbindung) erfüllten, um die Videokonsultationen zur Zeit des ersten COVID-19-Lockdowns von zuhause aus durchzuführen zu können. Beide Patient*innen konnten aber im weiteren Verlauf, als es wieder möglich war, Videokonsultationen aus der Hausarztpraxis durchzuführen, erneut kontaktiert, hinsichtlich der Einschlusskriterien überprüft und in die Studie eingeschlossen werden. Patient*innen, die die Einschlusskriterien erfüllten, aber nicht an der Studie teilnahmen, unterschieden sich hinsichtlich der Schwere der depressiven Belastung nicht von der Studienpopulation. Sie waren mit höherer Wahrscheinlichkeit alleinstehend statt in einer Beziehung. Letztlich bestand die Stichprobe aus 317 Personen.

4. ERGEBNISSE



¹ EV=Einverständnis

Abbildung 1: Flussdiagramm

4. ERGEBNISSE

4.2 Rücklauf

Der Anteil der Randomisierten pro Anzahl der Gescreenten betrug 60 % (317/529) und der Anteil der Randomisierten pro Anzahl der Einschließbaren betrug 77 % (317/413). Zwölf Proband*innen der Interventionsgruppe (7,7 %) haben die Behandlung vorzeitig abgebrochen. In den meisten Fällen hatten diese andere Möglichkeiten der Behandlung gefunden oder hatten kein Interesse mehr an einer Teilnahme.

Für die Posterhebung nach sechs Monaten konnten die Daten von 242 Proband*innen erhoben werden. Damit lagen diese Daten von 76,3 % der Gesamtstichprobe vor (242/317). In der Interventionsgruppe lag dieser Wert bei 81,1 % und in der Kontrollgruppe bei 70,8 %. Hauptgrund für das Fehlen von Daten aus der Posterhebung war, dass die entsprechenden Proband*innen nicht erreicht werden konnten.

Insgesamt wurden im Rahmen der Intervention 742 Videokonsultationen durchgeführt und 92,3 % (144/156) der Proband*innen der Interventionsgruppe haben alle vorgesehenen fünf Videokonsultationen erhalten. In 7,8 % (58/742) aller Videokonsultationen befand sich der*die Proband*in während der Videokonsultation nicht in der Hausarztpraxis, sondern zuhause aufgrund einer Ansteckungsgefahr mit dem Coronavirus SARS-CoV-2. Im Durchschnitt erhielt jede*r Proband*in in der Interventionsgruppe 4,8 Videokonsultationen.

Im Durchschnitt waren die Proband*innen 45,3 Jahre alt und 64 % waren weiblich. Der durchschnittliche Wert der mit dem SF-12 gemessenen Psychischen Gesundheit (PG) war 28,7. Ungefähr 42 % litten jeweils unter einer moderaten bzw. schweren depressiven Störung, 15,5 % fielen in die Kategorie einer sehr schweren depressiven Störung. Die ausführlichen Probandencharakteristika sind in Tabelle 1 zu finden.

4. ERGEBNISSE

Tabelle 1: Charakteristika der Stichprobe

	Kontrolle (N=161)	Intervention (N=156)	Gesamt (N=317)
Alter in Jahren			
Mean (SD)	46,4 (13,3)	44,2 (14,3)	45,3 (13,8)
Median [Min, Max]	50,0 [18,0, 78,0]	45,0 [18,0, 81,0]	47,0 [18,0, 81,0]
Geschlecht, n (%)			
männlich	55 (34,2%)	59 (37,8%)	114 (36,0%)
weiblich	106 (65,8%)	97 (62,2%)	203 (64,0%)
Beziehungsstatus, n (%)			
in Beziehung	107 (66,5%)	109 (69,9%)	216 (68,1%)
Single	52 (32,3%)	43 (27,6%)	95 (30,0%)
Missing	2 (1,2%)	4 (2,6%)	6 (1,9%)
Schulbildung, n (%)			
9 Jahre oder weniger	41 (25,5%)	41 (26,3%)	82 (25,9%)
mehr als 9 Jahre	115 (71,4%)	115 (73,7%)	230 (72,6%)
Missing	5 (3,1%)	0 (0%)	5 (1,6%)
Berufssituation, n (%)			
Hausarbeit	4 (2,5%)	4 (2,6%)	8 (2,5%)
berufstätig	79 (49,1%)	80 (51,3%)	159 (50,2%)
krankgeschrieben	43 (26,7%)	35 (22,4%)	78 (24,6%)
in Rente	8 (5,0%)	11 (7,1%)	19 (6,0%)
nicht berufstätig	14 (8,7%)	9 (5,8%)	23 (7,3%)
Missing	13 (8,1%)	17 (10,9%)	30 (9,5%)
Zurechtkommen mit verfügbarem Einkommen, n (%)			
überhaupt nicht	5 (3,1%)	7 (4,5%)	12 (3,8%)
immer schwierig	10 (6,2%)	7 (4,5%)	17 (5,4%)
manchmal schwierig	23 (14,3%)	23 (14,7%)	46 (14,5%)
im Großen und Ganzen	51 (31,7%)	44 (28,2%)	95 (30,0%)
ohne Probleme	70 (43,5%)	74 (47,4%)	144 (45,4%)
Missing	2 (1,2%)	1 (0,6%)	3 (0,9%)
Kinder, n (%)			
ja	95 (59,0%)	96 (61,5%)	191 (60,3%)
nein	66 (41,0%)	60 (38,5%)	126 (39,7%)
Erfahrungen mit psychosoz. Behand- lung, n (%)			
nein, bisher keine Erfahrungen	63 (39,1%)	62 (39,7%)	125 (39,4%)
ja, wegen Depression	24 (14,9%)	22 (14,1%)	46 (14,5%)
ja, wegen Depression und Angst	29 (18,0%)	42 (26,9%)	71 (22,4%)

4. ERGEBNISSE

	Kontrolle (N=161)	Intervention (N=156)	Gesamt (N=317)
ja, wegen Angst	16 (9,9%)	6 (3,8%)	22 (6,9%)
Missing	29 (18,0%)	24 (15,4%)	53 (16,7%)
Offenheit ggü. Psychotherapie, n (%)			
ja	126 (78,3%)	124 (79,5%)	250 (78,9%)
eher ja	22 (13,7%)	23 (14,7%)	45 (14,2%)
eher nein	7 (4,3%)	4 (2,6%)	11 (3,5%)
nein	1 (0,6%)	1 (0,6%)	2 (0,6%)
Missing	5 (3,1%)	4 (2,6%)	9 (2,8%)
Offenheit ggü. Psychopharmakotherapie, n (%)			
ja	51 (31,7%)	41 (26,3%)	92 (29,0%)
eher ja	32 (19,9%)	37 (23,7%)	69 (21,8%)
eher nein	46 (28,6%)	50 (32,1%)	96 (30,3%)
nein	19 (11,8%)	18 (11,5%)	37 (11,7%)
Missing	13 (8,1%)	10 (6,4%)	23 (7,3%)
Psychische Gesundheit (SF-12) ¹			
Mean (SD)	29,2 (7,37)	28,3 (7,46)	28,7 (7,42)
Median [Min, Max]	28,6 [14,9, 63,5]	27,6 [12,8, 49,7]	27,8 [12,8, 63,5]
Missing	1 (0,6%)	1 (0,6%)	2 (0,6%)
Körperliche Gesundheit (SF-12) ¹			
Mean (SD)	41,8 (10,7)	42,1 (10,5)	42,0 (10,6)
Median [Min, Max]	40,9 [20,3, 64,7]	41,4 [15,9, 65,8]	41,2 [15,9, 65,8]
Missing	1 (0,6%)	1 (0,6%)	2 (0,6%)
Schweregrad Depression (PHQ-9) ²			
gering	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
mild	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
moderat	72 (44,7%)	61 (39,1%)	133 (42,0%)
schwer	67 (41,6%)	68 (43,6%)	135 (42,6%)
sehr schwer	22 (13,7%)	27 (17,3%)	49 (15,5%)
Schweregrad Angst (GAD-7) ³			
gering	4 (2,5%)	3 (1,9%)	7 (2,2%)
mild	37 (23,0%)	31 (19,9%)	68 (21,5%)
moderat	63 (39,1%)	64 (41,0%)	127 (40,1%)
schwer	57 (35,4%)	58 (37,2%)	115 (36,3%)
Risiko für eine Somatische Belastungsstörung (SSD-12) ⁴			
ja	77 (47,8%)	83 (53,2%)	160 (50,5%)
nein	80 (49,7%)	66 (42,3%)	146 (46,1%)
Missing	4 (2,5%)	7 (4,5%)	11 (3,5%)

4. ERGEBNISSE

	Kontrolle (N=161)	Intervention (N=156)	Gesamt (N=317)
Chronische körperliche Erkrankung, n (%)			
ja	93 (57,8%)	93 (59,6%)	186 (58,7%)
nein	68 (42,2%)	62 (39,7%)	130 (41,0%)
Missing	0 (0%)	1 (0,6%)	1 (0,3%)

¹ SF-12: Short-Form-Health-Survey 12
² PHQ-9: Patient Health Questionnaire 9
³ GAD-7: Generalized Anxiety Disorder 7
⁴ SSD-12: Somatic Symptom Disorder 12

4.3 Analyse

Im Vorfeld der Hauptanalyse wurden die Voraussetzungen für die Durchführung einer linearen Regression überprüft.

4.3.1 Ausreißer

Dem vorher definierten Kriterium für Ausreißer folgend wurden die Daten von 15 Proband*innen aus dem Datensatz entfernt. Dadurch verblieben die Daten von 302 Proband*innen im finalen Analysedatensatz.

4.3.2 Normalverteilung

Mithilfe eines Q-Q-Plots wurde die Normalverteilung der Residuen der Variable „Veränderung der PG“ grafisch überprüft (Abbildung 2). Es fand sich keine gravierende Verletzung der Voraussetzung. Folglich wurde mit der Analyse wie geplant fortgefahren. Für die Analyse der sekundären Zielgröße wurde die Normalverteilung der Residuen der Variable „Veränderung der depressiven Symptomatik“ ebenfalls mithilfe eines Q-Q-Plots grafisch überprüft (Abbildung 3). Auch hier konnten die Residuen als normalverteilt angesehen werden.

4. ERGEBNISSE

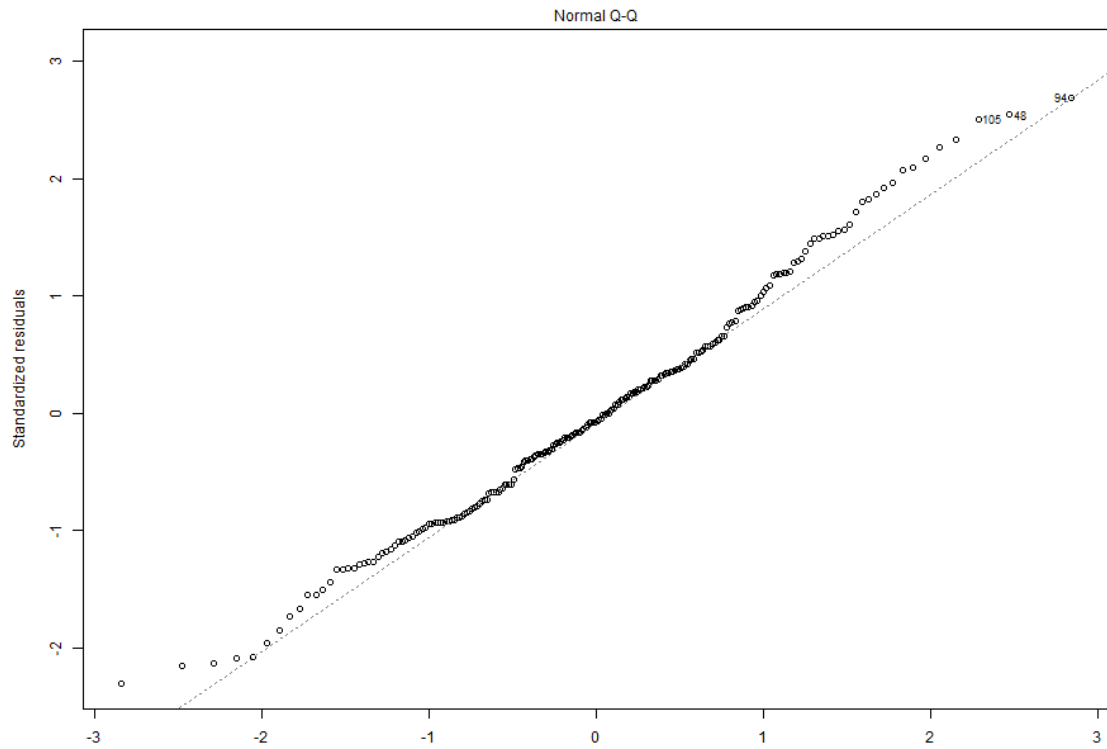


Abbildung 2: Normalverteilung der Residuen der Variable „Veränderung der Psychischen Gesundheit“

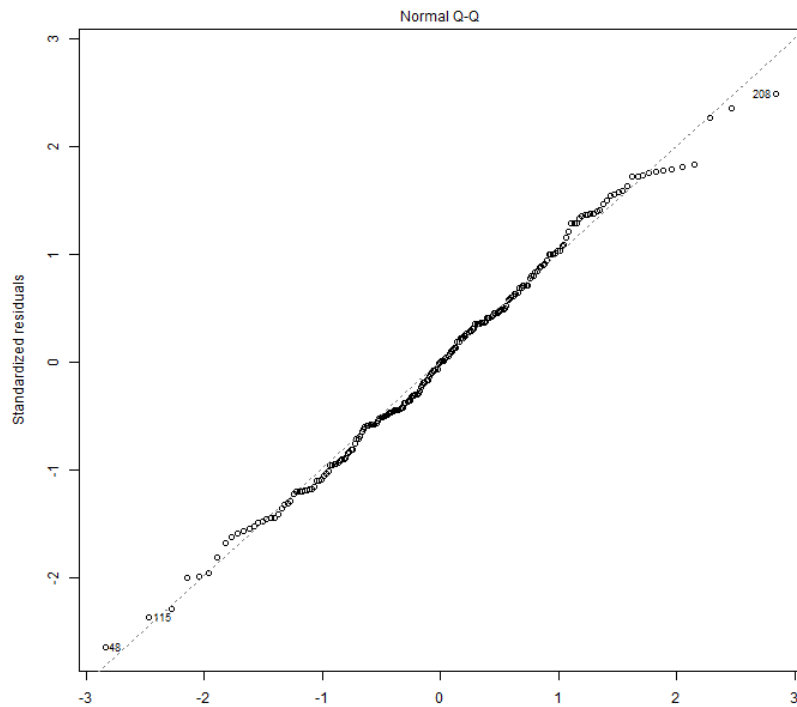


Abbildung 3: Normalverteilung der Residuen der Variable „Veränderung der depressiven Symptomatik“

4. ERGEBNISSE

4.3.3 Homoskedastizität

Die grafische Überprüfung auf Homoskedastizität ergab einen Verdacht auf mögliche Heteroskedastizität (Abbildung 4). Aus diesem Grund wurde zusätzlich ein Breusch-Pagan-Test durchgeführt. Die Nullhypothese des Tests besagt, dass Homoskedastizität vorliegt. Der Test ergab einen p-Wert von $p = 0.58$, weswegen die Nullhypothese nicht abgelehnt und von der Homoskedastizität der Daten ausgegangen werden konnte.

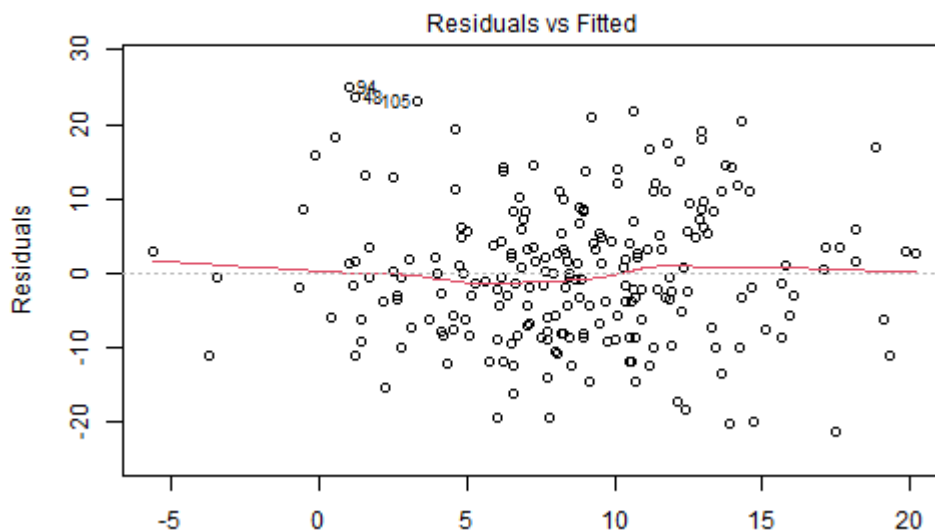


Abbildung 4: Grafische Überprüfung auf Homoskedastizität

4.3.4 Hauptanalyse

Da die Voraussetzungen für eine multiple lineare Regressionen erfüllt waren, wurde das Modell geschätzt. Das Gesamtmodell war statistisch signifikant ($F(7, 216) = 7,41$, $p < 0,001$). Durch das Modell konnten 19,4 % der Gesamtvarianz der PG aufgeklärt werden ($R^2 = 0,194$). Es zeigte sich ein statistisch signifikanter Unterschied hinsichtlich der Veränderung der PG zwischen den beiden Gruppen ($b = 3,01$, $p = 0,020$). Das Ergebnis bedeutet, dass Proband*innen in der Interventionsgruppe sich nach sechs Monaten hinsichtlich ihrer PG im Schnitt ungefähr drei Punkte mehr verbesserten als Proband*innen in der Kontrollgruppe (Tabelle 2).

4. ERGEBNISSE

Tabelle 2: Lineare Regression zur Veränderung der Psychischen Gesundheit

Variable	b (95%-KI)	SE	t	p
Konstante	27,95 (14,06; 41,83)	7,045	3,97	< 0,001
Gruppe				
Kontrolle	Ref.	-	-	-
Intervention	3,01 (0,47; 5,55)	1,289	2,34	0,020
Geschlecht				
männlich	Ref.	-	-	-
weiblich	0,86 (-1,80; 3,51)	1,347	1,27	0,526
Schulbildung				
9 Jahre oder weniger	Ref.	-	-	-
mehr als 9 Jahre	1,08 (-2,08; 4,24)	1,602	0,68	0,500
Alter	0,06 (-0,04; 0,16)	0,049	1,27	0,207
Psychische Gesundheit ¹	-0,59 (-0,80; -0,38)	0,106	-5,55	< 0,001
Körperliche Gesundheit ²	0,06 (-0,08; 0,20)	0,071	0,90	0,369
Symptomschwere Depression ³	-0,73 (-1,10; -0,36)	0,186	-3,91	< 0,001

n Beobachtungen: 224

Standardfehler der Residuen: 9,47 bei 216 Freiheitsgraden

Multiples R²: 0,194

Korrigiertes R²: 0,168

F-Statistik: 7,409 bei 7 und 216 Freiheitsgraden

p-Wert: < 0,001

¹ zum Zeitpunkt Baseline, Subskala *Psychische Gesundheit* des Short-Form-Health-Survey 12

² zum Zeitpunkt Baseline, Subskala *Körperliche Gesundheit* des Short-Form-Health-Survey 12

³ zum Zeitpunkt Baseline, gemessen mit dem Patient Health Questionnaire 9

4. ERGEBNISSE

4.3.5 Sekundäre Analyse

Die Analyse der sekundären Zielgröße, der Belastung durch depressive Symptomatik, wurde ebenfalls mithilfe einer multiplen linearen Regression durchgeführt. Die Auswertung ergab ein statistisch signifikantes Gesamtmodell ($F(7, 212) = 8,27, p < 0,001$) und es konnten 21,5 % der Gesamtvarianz durch das Modell aufgeklärt werden ($R^2 = 0,215$). Allerdings konnte kein statistisch signifikanter Unterschied hinsichtlich einer Verbesserung der Belastung durch depressive Symptomatik zwischen den beiden Gruppen gefunden werden ($b = -1,27, p = 0,062$). Der p-Wert liegt mit 0,062 knapp über dem Signifikanzniveau von $\alpha = 5\%$ (Tabelle 3). Damit kann nicht ausgeschlossen werden, dass der gefundene Unterschied einer größeren Verbesserung in der Interventionsgruppe von im Schnitt ungefähr 1,3 Punkten auf dem PHQ-9 nicht zufällig entstanden ist.

4. ERGEBNISSE

Tabelle 3: Lineare Regression zur Veränderung der Belastung durch depressive Symptomatik

Variable	b (95%-KI)	SE	t	p
Konstante	16,67 (9,37; 23,97)	3,703	4,50	< 0,001
Gruppe				
Kontrolle	Ref.	-	-	-
Intervention	-1,27 (-2,61; 0,07)	0,679	-1,87	0,062
Geschlecht				
männlich	Ref.	-	-	-
weiblich	-0,63 (-2,03; 0,76)	0,707	-0,90	0,372
Schulbildung				
9 Jahre oder weniger	Ref.	-	-	-
mehr als 9 Jahre	-2,27 (-3,93; -0,61)	0,842	-2,71	0,008
Alter	-0,04 (-0,09; 0,02)	0,026	-1,39	0,166
Psychische Gesundheit ¹	-0,11 (-0,22; 0,00)	0,056	-2,00	0,047
Körperliche Gesundheit ²	-0,11 (-0,18; -0,04)	0,037	-2,92	0,004
Symptomschwere Depression ³	-0,61 (-0,81; -0,42)	0,098	-6,23	< 0,001

n Beobachtungen: 220

Standardfehler der Residuen: 4,94 bei 212 Freiheitsgraden

Multiples R²: 0,215

Korrigiertes R²: 0,189

F-Statistik: 8,273 bei 7 und 212 Freiheitsgraden

p-Wert: < 0,001

¹ zum Zeitpunkt Baseline, Subskala *Psychische Gesundheit* des Short-Form-Health-Survey 12

² zum Zeitpunkt Baseline, Subskala *Körperliche Gesundheit* des Short-Form-Health-Survey 12

³ zum Zeitpunkt Baseline, gemessen mit dem Patient Health Questionnaire 9

4. ERGEBNISSE

4.3.6 Negative Effekte durch die Intervention

In Tabelle 4 sind die Ergebnisse aus der Erhebung mit dem INEP bezüglich negativer Effekte durch die Intervention abzulesen. Insgesamt wurden 81 negative Effekte berichtet von 44 verschiedenen Proband*innen aus der Interventionsgruppe mit insgesamt 156 Proband*innen (28,2 %). Die „Angst, [...] Mitschüler/ Kommilitonen/ Kollegen könnten von der Therapie erfahren“ wurde von 14 Proband*innen und damit am häufigsten angegeben (9 %). Dreizehn Proband*innen gaben an, längere Phasen gehabt zu haben, in denen es ihnen schlecht ging (8,3 %). Jeweils zehn Mal wurden Probleme mit Versicherungen bzw. die Angst, dass Probleme entstehen könnten, und Schwierigkeiten, alleine Entscheidungen zu treffen, auf die Intervention zurückgeführt (jeweils 6,4 %). Gefährliche bzw. bedrohliche Ereignisse sind im Rahmen der Interventionsdurchführung nicht aufgetreten.

4. ERGEBNISSE

Tabelle 4: Angaben zu negativen Effekten durch die Intervention

Negativer Effekt durch die Intervention (INEP ¹ item)	Häufigkeit der Nennungen (n=156)
1. Seit Abschluss meiner Therapie fühle ich mich schlechter.	2 (1,3 %)
2. Anderen zu vertrauen fällt mir seit Abschluss meiner Therapie im Vergleich zu der Zeit vor der Therapie schwerer.	1 (0,6 %)
3. Unter den Ereignissen aus meiner Vergangenheit leide ich seit Abschluss meiner Therapie im Vergleich zu der Zeit vor der Therapie mehr.	5 (3,2 %)
4. Seit Abschluss meiner Therapie erlebe ich in meiner Partnerschaft im Vergleich zur Zeit vor der Therapie mehr Konflikte.	3 (1,9 %)
5. Mein Verhältnis zu meiner Familie ist seit Abschluss meiner Therapie im Vergleich zur Zeit vor der Therapie schlechter.	4 (2,61 %)
6. Das Verhältnis zu meinen Freunden ist seit Abschluss meiner Therapie schlechter.	0
Während meiner Therapie und/oder nach deren Abschluss...	
7. ... leide ich unter der Angst, meine Mitschüler/ Kommilitonen/ Kollegen könnten von der Therapie erfahren.	14 (9 %)
8. ... habe ich Probleme mit Versicherungen (z.B. Lebensversicherung) bekommen bzw. Angst, dass Probleme entstehen könnten.	10 (6,4 %)
9. ... mache ich mir, im Vergleich zu vorher, mehr finanzielle Sorgen.	3 (1,9 %)
10. ... fühle ich mich von meinem Therapeuten /meiner Therapeutin abhängig.	7 (4,5 %)
11. ...fällt es mir schwerer wichtige Entscheidungen allein zu treffen.	10 (6,4 %)
12. Mein Partner/meine Partnerin ist/war eifersüchtig auf meine Beziehung zu meinem Therapeuten/ meiner Therapeutin.	2 (1,3 %)
13. ... hatte ich längere Phasen, in denen es mir schlecht ging	13 (8,3 %)
14. ... habe ich mich als Mensch zum Negativen verändert.	0
15. ... hatte ich zum ersten Mal Selbstmordgedanken/ Absichten.	1 (0,6 %)
16. Ich fühlte mich durch die Aus-sagen des/r Therapeuten/in verletzt.	6 (3,8 %)
17. Ich hatte das Gefühl, dass sich mein/e Therapeut/in über mich lustig macht.	0
18. Während der Therapie kam es zu direkten sexuellen Übergriffen durch meinen Therapeuten/ meine Therapeutin.	0
19. Mein/e Therapeut/in hat mich körperlich angegriffen.	0
20. Mein/e Therapeut/in zwang mich Dinge zu tun (Konfrontationen, Rollenspiele, etc.), die ich eigentlich gar nicht wollte	0
21. Mir wurde bekannt, dass mein/e Therapeut/in die Schweigepflicht gebrochen hat.	0
Gesamtanzahl negative Effekte	81
Anzahl der Proband*innen, die negative Effekte berichteten.	44 (28,2 %)

¹ Inventar zur Erfassung negativer Effekte von Psychotherapie

5. DISKUSSION

5.1 Zusammenfassung der Hauptergebnisse

Im vorliegenden Dissertationsprojekt wurde untersucht, ob sich die gesundheitsbezogene Lebensqualität von Hausarztpatient*innen mit einer depressiven Störung in einem anderen Maße verändert, wenn sie mithilfe eines integrierten videogestützten Versorgungsmodells behandelt werden anstatt mithilfe der üblichen psychosozialen Versorgung. Die Analyse ergab, dass sich die Proband*innen der Interventionsgruppe im Vergleich zu den Proband*innen der Kontrollgruppe auf der Skala der PG im SF-12 im Schnitt um drei Punkte mehr verbesserten und die Intervention somit einen kleinen bis mittleren Effekt auf die mentale Komponente der gesundheitsbezogenen Lebensqualität dieser Patient*innengruppe hatte. Generell lassen die sehr geringe Abbruchquote und der relativ hohe Rücklauf in den Befragungen den Schluss zu, dass die Intervention von den Proband*innen akzeptiert wurde und dass die studienbedingten Prozesse angemessen waren. Die Durchführung der Intervention in den Hausarztpraxen erwies sich als umsetzbar und darüber hinaus auch als robust gegenüber kurzfristigen Änderungen, wie sie durch die COVID-19-Pandemie erforderlich waren.

5.2 Einbettung in bisherige Forschungsergebnisse

Generell scheinen die vielversprechenden Ergebnisse des vorliegenden Dissertationsprojekts die Erkenntnisse aus Übersichtsarbeiten zu bestätigen, die zum einen die örtliche Integration von Expert*innen für psychische Gesundheit als Berater*innen, Therapeut*innen oder Betreuer*innen in eine Hausarztpraxis (Woods et al. 2020) und zum anderen die Versorgung durch Psychotherapiepatient*innen per Videokonsultation (Hagi et al. 2023) als Fokus hatten. Im Hinblick auf die Zusammenlegung von hausärztlicher und spezialisierter Versorgung fanden die Autor*innen Hinweise für eine hohe Patient*innenzufriedenheit. Ebenso für die Möglichkeit, Gruppen zu erreichen, die beim Zugang zur Psychotherapie benachteiligt sind (Woods et al. 2020). Für die Evidenz einer höheren klinischen Wirksamkeit im Vergleich zur hausärztlichen Routineversorgung gab es weniger eindeutige Ergebnisse und es bedarf laut der Autor*innen weiterer zusätzlicher Interventionsstudien zu diesem Thema. Die Übersichtsarbeit zur Versorgung durch Psychotherapiepatient*innen per Videokonsultation (Hagi et al. 2023) kam zu dem Schluss, dass keine Unterschiede in der Wirksamkeit zur spezialisierten Versorgung vor Ort bestehen. An diesem Punkt scheint die

5. DISKUSSION

PROVIDE-Intervention die Vorteile beider Bereiche zu vereinen: den vereinfachten Zugang auch für schwer erreichbare Gruppen zu spezialisierter Versorgung über die Hausarztpraxen und die intensive Behandlung durch Psychotherapeut*innen, die per Videokonsultation ortsunabhängig auch schwerer belastete Patient*innen wirkungsvoll versorgen können.

Da bisher keine Übersichtsarbeiten im Bereich der integrierten videogestützten psychosozialen Versorgung vorliegen, werden die vorliegenden Ergebnisse, die im Rahmen der PROVIDE Studie die ersten Studienergebnisse in diesem Bereich außerhalb der USA darstellen, weiter in den Kontext von RCTs eingeordnet, die dem vorliegenden Dissertationsprojekt methodisch und hinsichtlich der Intervention und Auswahl der Messinstrumente relativ ähnlich sind. Mehrere Arbeiten mit vergleichbaren Ergebnissen stammen von einer Arbeitsgruppe, die sich mit integrierter Versorgung in den USA im Kontext des Gesundheitssystems der Veteran*innen beschäftigt. In einer der ersten Studien aus dem Jahr 2007 wurde ein videogestütztes CC-Modell eingesetzt und mit einem Modell, das in der Hausarztpraxis verortet war, verglichen (Fortney et al. 2007). Das videogestützte Modell wurde zusätzlich noch um einen Ansatz der gestuften Behandlung (Stepped Care) ergänzt, was bedeutet, dass Patient*innen bei Nicht-Ansprechen auf eine relativ wenig intensive und/oder aufwendige Behandlung eine „Stufe“ höher steigen, in der sie mit einer höheren Intensität behandelt werden. Die höchste Stufe bedeutete in der Studie die Behandlung per Videokonsultation durch Psychotherapeut*innen. Datenerhebungen fanden nach sechs und zwölf Monaten statt, und es ließen sich auf der Skala der PG im SF-12 jeweils größere Verbesserungen in der Interventionsgruppe als in der Kontrollgruppe finden. Allerdings wurden diese Unterschiede lediglich nach zwölf Monaten als statistisch signifikant nachgewiesen (Fortney et al. 2007). Eine ähnliche Studie beinhaltete ebenfalls den Vergleich zwischen einem videogestützten und einem praxiszentrierten CC-Modell, das nicht den Einsatz von Videokonsultationen vorsah. Neben den Erhebungen nach sechs und zwölf Monaten wurden in dieser Studie auch nach 18 Monaten Daten zu klinischen Endpunkten erhoben. Gruppenunterschiede in der PG auf dem SF-12 waren zu jedem Zeitpunkt statistisch signifikant (Fortney et al. 2013). Dieses Modell scheint also ebenfalls mit längerfristigen positiven Veränderungen assoziiert zu sein. Die Ergebnisse des vorliegenden Dissertationsprojekts stehen mit diesen bisherigen Ergebnissen im Einklang. Der Interventionszeitraum in diesen vergleichbaren Studien

5. DISKUSSION

erstreckte sich allerdings über bis zu 12 Monate und in dem eingesetzten CC-Modell war durchgehend ein Care Manager tätig, der die Patient*innen in regelmäßigen Abständen kontaktiert und begleitet hat (Fortney et al. 2006; Fortney et al. 2013). Im Gegensatz dazu finden in PROVIDE lediglich fünf Behandlungstermine statt und der Interventionszeitraum ist selten länger als drei Monate. Der Aufwand für die Hausarztpraxis und die Psychotherapeut*innen pro Patient*in ist damit geringer und eine Symptomverbesserung auf Seiten der Patient*innen stellt sich nach kurzer Zeit mit wenigen intensiven Kontakten ein.

In einer anderen Studie wurde auf die Nutzung von Videokonsultationen im Rahmen von CC verzichtet (Martínez et al. 2018). In dieser clusterrandomisierten Interventionsstudie aus Chile stand die Kooperation zwischen hausärztlichen Praxisteams aus einer armen ländlichen Region und psychologisch spezialisierten Kliniker*innen im Vordergrund. Mithilfe von geteilten elektronischen Patient*innenakten konnten sie sich über die jeweiligen Patient*innen austauschen, die im Weiteren regelmäßig per Telefon begleitet wurden. Zielgruppe waren hier Jugendliche und junge Erwachsene mit depressiven Störungen, die in der entsprechenden ländlichen Region Chiles besonders von fehlendem Zugang zu spezialisierter psychosozialer Versorgung betroffen sind. Die Ergebnisse zeigten keine signifikanten Unterschiede hinsichtlich der gesundheitsbezogenen Lebensqualität im Vergleich zur Kontrollgruppe, die eine verbesserte Regelversorgung durch die umfangreich geschulten hausärztlichen Praxisteams erhielt. Die Intervention wurde aber sehr gut angenommen und Patient*innen in der Interventionsgruppe waren in höherem Maß mit der psychosozialen Versorgung zufrieden als Patient*innen in der Kontrollgruppe (Martínez et al. 2018). Daran zeigt sich, dass Patient*innen offen sind für telemedizinische integrierte Versorgungsmodelle. Allerdings ist anzunehmen, dass die Begleitung lediglich per Telefon nicht intensiv genug war, um messbare Verbesserungen zu erzielen. Die Autor*innen einer kürzlich veröffentlichten Übersichtsarbeit empfehlen die Nutzung von Videokonsultationen anstelle von Telefongesprächen im Bereich der Psychotherapie (Chen et al. 2022). Kontakte per Telefon seien zwar häufiger und breiter verfügbar, auch spiele Unsicherheit mit Videotechnik eine wichtige Rolle, warum Patient*innen sich häufig für Telefongespräche statt Videokonsultationen entscheiden, jedoch zeigen sich in einigen Studien durch die Behandlung per Video nachhaltigere Symptomverbesserungen als per Telefon. Für eine genaue Diagnostik sei das Lesen nonverbaler Signale unabdingbar

5. DISKUSSION

und der Aufbau einer stabilen therapeutischen Beziehung zwischen Patient*in und Therapeut*in, der eng mit dem Behandlungserfolg einer Psychotherapie verknüpft ist, gestalte sich bspw. durch einen direkten Blickkontakt per Video intensiver als per Telefon (Chen et al. 2022).

Neben dem Medium, mithilfe dessen die Beteiligten in Kontakt treten und die Behandlung erfolgt, ist auch der Ort, an dem sich die Patient*innen während der Videokonsultation aufhalten, von Bedeutung. In PROVIDE befanden sich die Patient*innen in der Hausarztpraxis. Dieses Protokoll wurde während der Studie aufgrund der COVID-19-Pandemie und damit zusammenhängenden Kontaktbeschränkungen zeitlich angepasst, sodass die Proband*innen die Videokonsultationen auch von zuhause aus durchführen konnten. Dies bedeutete allerdings einen Mehraufwand für das Studienteam, da die technischen Voraussetzungen geprüft und die Proband*innen in die Handhabung der Videoplattform eingeführt werden mussten. Dabei wurde offensichtlich, dass in zwei Fällen diese Voraussetzungen nicht erfüllt waren und somit der Zugang zu dieser Form der Behandlung nicht gegeben war. Vor dem Hintergrund einer regional sehr unterschiedlich ausgebauten Internetabdeckung erscheint es somit als grundlegend, dass dieser Zugang über die Hausarztpraxis möglich sein sollte. Auch ist im eigenen Zuhause nicht immer die benötigte Privatsphäre für die Durchführung von therapeutischen Videokonsultationen gegeben. Untersuchungen zeigen, dass Patient*innen die ihnen vertraute Hausarztpraxis ihrem eigenen Zuhause als Ort für Videokonsultationen vorziehen (Snoswell et al. 2023). In einer anderen Studie wurde hervorgehoben, dass durch die Vertrautheit mit der Hausarztpraxis und der bestehenden Beziehung zum*zur Hausarzt*Hausärztin insbesondere Patient*innen angesprochen und motiviert werden, diese Art der Behandlung aufzunehmen, die Probleme haben, sich auf neue Ärzt*innen und Therapeut*innen einzulassen (Hall et al. 2022). Auch spiele der Weg zur Therapiesitzung eine wichtige Rolle. Patient*innen äußern, dass bspw. die Fahrt zur Arztpraxis oder der Weg vom Auto in die Praxis ein wichtiger Teil des Prozesses ist, sich auf die bevorstehende Sitzung vorzubereiten und ebenso die Zeit nach der Sitzung alleine auf dem Heimweg häufig als Raum zur Reflektion genutzt wird (Crowe et al. 2021). Diese Erfahrungen entfielen häufig in Zeiten der COVID-19-Pandemie und der damit einhergehenden Behandlung von zuhause aus. Möglicherweise sind die positiven Ergebnisse der PROVIDE-Intervention zum Teil darauf zurückzuführen, dass der Studienaufbau den Präferenzen der

5. DISKUSSION

Patient*innen gerecht wurde. Dennoch ist immer abzuwägen, ob das Aufsuchen der Hausarztpraxis für die Patient*innen angemessen ist, wenn bspw. Infektionsrisiken bestehen. An diesem Punkt hat sich die hohe Flexibilität der PROVIDE-Intervention bewährt.

In PROVIDE stand die virtuelle Zusammenlegung von Hausarzt- und Psychotherapiepraxis im Fokus. Es gab also keine klassischen Überweisungen von Hausarzt/Hausärztin zu Psychotherapeut*in, sondern es wurde niederschwellig und unbürokratisch ein schneller Übergang gewährleistet. In einer Studie aus dem Jahr 2021 wurde überprüft, ob ein Unterschied in der Effektivität zwischen einem telemedizinischen CC-Modell und einem telepsychologischen Überweisungsmodell bei Hausarzt-patient*innen mit Bipolarer Störung und/oder PTBS besteht (Fortney et al. 2021). Der Unterschied zwischen den beiden Modellen lag in der Rolle der beteiligten Psychiater*innen/Psychotherapeut*innen. Im CC-Modell hatten diese hauptsächlich eine beratende Rolle, in deren Rahmen sie gemeinsam mit den Hausärzt*innen und Care Manager regelmäßig die einzelnen Fälle begutachteten und über Veränderungen des Behandlungs- und Medikationsplans entschieden. Direkten Kontakt zu den Patient*innen hatten hauptsächlich die Care Manager, die ihnen Psychoedukation und Verhaltensaktivierung anboten und versuchten, die Therapiemotivation zu fördern. Im Gegensatz dazu wurden die Patient*innen in der anderen Gruppe, in der ein telepsychologisches Überweisungsmodell zum Einsatz kam, zu den beteiligten Psychiater*innen/Psychotherapeut*innen überwiesen und erhielten regelmäßige Videokonsultationen zur Behandlung einer PTBS oder einer Bipolaren Störung. Hauptzielgröße war in dieser Studie die PG aus dem SF-12. Es zeigten sich keine signifikanten Unterschiede in der Veränderung der PG zwischen den beiden Gruppen. Patient*innen in beiden Gruppen erfuhren statistisch signifikante und klinisch bedeutsame Verbesserungen hinsichtlich ihrer gesundheitsbezogenen Lebensqualität. Die Autor*innen kommen zu dem Schluss, dass beide Modelle sehr gut geeignet seien, heterogene Patient*innen-gruppen in ländlichen Regionen adäquat zu versorgen. Aus gesellschaftlicher Perspektive sollten entsprechende CC-Modelle priorisiert umgesetzt werden, da dadurch eine höhere Zahl an Patient*innen versorgt werden könnte. Verglichen damit kann die Versorgung im Rahmen von PROVIDE als etwas intensiver angesehen werden, da hier die Behandlung per Videokonsultation hauptsächlich durch Psychotherapeut*innen erfolgt. Der Gesamtaufwand pro Patient*in ist allerdings vergleichsweise gering,

5. DISKUSSION

da ein Maximum von fünf Konsultationen vorgesehen ist. Dabei steht die Behandlungsinitiierung und -koordination im Vordergrund und keine längerfristige Therapie, während gleichzeitig auch lösungsorientierte Kurzzeitinterventionen im Rahmen der fünf Sitzungen bei Bedarf, bspw. in Krisensituationen, möglich sind (Haun et al. 2019). Im Vergleich mit einem Überweisungsmodell wird gleichzeitig auch eine engere Zusammenarbeit zwischen Hausärzt*innen und Psychotherapeut*innen gestärkt, die in vorbereitenden Untersuchungen als zu gering eingeschätzt wurde, um Patient*innen angemessen und erfolgreich behandeln zu können (Hoffmann et al. 2019; Hoffmann et al. 2020; Tönnies et al. 2021b). Damit ist es möglich, dass die spezialisierte Versorgung durch die Psychotherapeut*innen gewährleistet wird und den Hausärzt*innen weitere Ressourcen für bspw. die Koordination einer komplexen Versorgung von Patient*innen mit zusätzlichen (chronischen) körperlichen Erkrankungen zur Verfügung stehen. Gleichzeitig besteht aber auch die Möglichkeit zu einem niederschweligen Austausch zwischen den Arztgruppen.

In einer Studie wurden die Effekte eines telemedizinischen CC-Modells bei chinesischen Immigrant*innen in den USA, die unter depressiven Störungen litten, untersucht (Yeung et al. 2016). Die Besonderheit hier war die „kultursensitiv“ („culturally sensitive“) konzipierte Intervention. Dabei stand die sprachliche Komponente im Vordergrund, sodass sich die Teilnehmenden innerhalb der Studie auf Mandarin bzw. Kantonesisch mit Studienmitarbeitenden verständigen konnten, was in der Regelversorgung häufig nicht möglich ist und eine hohe Hürde bei der Aufnahme psychologischer Behandlung darstelle. Die Interventionsgruppe erhielt gemäß dem Ansatz von CC regelmäßige Telefonanrufe zur Überprüfung der Entwicklung der depressiven Symptomatik, Medikamentenadhärenz und dem Auftreten von unerwünschten Ereignissen („adverse events“). Der Behandlungsverlauf über sechs Monate wurde gemeinsam vom Care Manager, dem*der Hausarzt/Hausärztin und dem*der beratenden Psychiater*in begleitet. Kontakte per Videokonsultation zwischen Teilnehmer*in und Psychiater*in fanden hauptsächlich zu Beginn der Intervention für die Durchführung einer umfangreichen „kultursensitiven“ psychiatrischen Begutachtung und die gemeinsame Festlegung eines Behandlungsplans statt. Dieser wurde im weiteren Verlauf durch die behandelnden Hausärzt*innen umgesetzt. Im Vergleich zur Kontrollgruppe, die kein Care Management und keine spezifisch „kultursensitive“ psychiatrische Begutachtung, sondern lediglich eine hausarztzentrierte Versorgung erhielt, war die Rate der

5. DISKUSSION

remittierenden Patient*innen nach ca. sechs Monaten in der Interventionsgruppe statistisch signifikant höher. Hier zeigt sich, wie wichtig es ist, auf verschiedene Zielgruppen zugeschnittene Interventionen zu entwickeln. Dadurch können Patient*innengruppen erreicht werden, die sonst nur sehr schwer Zugang zu notwendiger Versorgung haben. Die PROVIDE-Intervention war im Gegensatz dazu nicht direkt darauf ausgerichtet, Gruppen zu erreichen, die eingeschränkte Kenntnisse der deutschen Sprache aufweisen und dadurch eine reduzierte Anbindung an gesundheitliche Versorgung haben. Im Rahmen der Hauptstudie PROVIDE-C konnte gezeigt werden, dass ein integriertes videogestütztes Versorgungsmodell generell im deutschen Gesundheitssystem implementiert werden kann. Es konnte auch ein breites Spektrum an Patient*innen in die Studie eingeschlossen und erfolgreich behandelt werden. Diese grundlegenden Erkenntnisse aus PROVIDE bieten die besondere Chance, Zugänge zu benötigter Versorgung für Gruppen zu schaffen, die aus verschiedenen Gründen, wie bspw. nicht ausreichenden Sprachkenntnissen, als schwer erreichbar gelten hinsichtlich psychotherapeutischer Behandlung. Die Intervention ließe sich auf Patient*innen verschiedener Herkunft und mit verschiedenen Sprachkenntnissen zuschneiden, indem auch Psychotherapeut*innen mit zusätzlichen Sprachkenntnissen im Rahmen des Modells praktizieren. Dabei müsste der Zugang für die Patient*innen über ihre jeweilige Hausarztpraxis sichergestellt sein.

Abgesehen von der Behandlung von depressiven Störungen werden videogestützte integrierte Versorgungsmodelle auch zur Versorgung von Patient*innen mit anderen psychischen Erkrankungen eingesetzt und untersucht. Eine Studie untersuchte ein CC-Modell zur Behandlung von US-amerikanischen Veteran*innen mit der Diagnose einer Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) (Fortney et al. 2015a). Die Intervention bestand hier aus einer komplexen Kombination verschiedener Komponenten der integrierten Versorgung, wie bspw. telefonische Begleitung inkl. Symptommonitoring und Patient*innenedukation im zweiwöchigen Rhythmus durch speziell ausgebildete Care Manager, regelmäßige Kontrolle und ggf. Überarbeitung der Medikation durch eine*n vollständig ausgebildete*n Pharmazeut*in, die stete Sichtung der Akte und bei Bedarf Terminierung von telemedizinischen Psychotherapiesitzungen hauptsächlich per Videokonsultation durch Telepsycholog*innen bzw. -psychiater*innen. Teilnehmende in der Interventionsgruppe verbesserten sich nach sechs Monaten hinsichtlich des Schweregrads der PTBS signifikant stärker als Teilnehmende in der

5. DISKUSSION

Kontrollgruppe, die die übliche Versorgung in ambulanten Versorgungszentren der VHA erhielten. Ebenfalls konnte eine stärkere Verbesserung bei der Belastung durch eine begleitende depressive Störung gefunden werden. Im Gegensatz dazu hat sich die Interventionsgruppe nach sechs Monaten bei der gesundheitsbezogenen Lebensqualität lediglich in der KG und nicht in der PG signifikant verbessert. Die Autor*innen heben hervor, dass als Ergebnis einer nachträglich durchgeführten Mediationsanalyse die Teilnahme an mindestens acht Interventionssitzungen eine signifikante Verbesserung der PTBS-Symptomatik erklärt. Die Intervention sorgte also für eine gesteigerte und nachhaltige Teilnahme an der evidenzbasierten Intervention, wodurch Patient*innengruppen mit einem erschwerten Zugang zu adäquater Behandlung angemessen und effektiv behandelt werden können. Auch im vorliegenden Dissertationsprojekt konnten hohe Haltequoten in der Interventionsgruppe beobachtet werden, was sowohl die Teilnahme an vereinbarten Videokonsultationen als auch die Bereitschaft, an studienbedingten Datenerhebungen teilzunehmen, betrifft. Eine positive Folge kann sein, dass die Proband*innen, die die Teilnahme als hilfreich empfanden, im Anschluss an die Studie besser vorbereitet und stärker motiviert sind, bei Bedarf eine längerfristige Psychotherapie aufzunehmen. Diese Wirkung ist insbesondere bei Patient*innengruppen wichtig, die hinsichtlich Psychotherapie als schwer erreichbar gelten aufgrund von bspw. komplexen Bedürfnissen bei schweren Erkrankungen (Pollard Jr. et al. 2014). In PROVIDE ist davon auszugehen, dass der Ansatz, Hausarztpatient*innen in einer eher vertrauten Umgebung, der Hausarztpraxis, auf das niederschwellige Behandlungsangebot per Videokonsultation anzusprechen, zu einem gewissen Grad erfolgreich war.

Neben dem Einsatz im Rahmen von integrierten Modellen werden Videokonsultationen auch zur alleinigen Behandlung durch Psychotherapeut*innen genutzt. Auch hier existieren lediglich begrenzte Erkenntnisse zur Verbesserung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität, da in der Regel die Symptomverbesserung im Vordergrund steht. In einer Studie aus den USA (Moreno et al. 2012) wurde ein zeitlich begrenztes videogestütztes Behandlungsmodell eingesetzt, das lateinamerikanische Patient*innen mit depressiven Störungen, die häufig unter erschwertem Zugang zu spezialisierter Versorgung bei psychischen Erkrankungen leiden, mit Psychiater*innen zusammenbringt. Der Fokus lag hier zum einen auf der Gewährleistung der Behandlung auf Spanisch, was für viele Teilnehmende bereits erleichternd war, und zum anderen auf

5. DISKUSSION

der Nutzung von qualitativ durchschnittlicher Videoausrüstung: einer handelsüblichen Webcam und einer durchschnittlich hohen Bandbreite. Nach dem Interventionszeitraum von sechs Monaten zeigten die Patient*innen in der Interventionsgruppe signifikant größere Verbesserungen sowohl hinsichtlich ihrer depressiven Symptomatik als auch der gesundheitsbezogenen Lebensqualität verglichen mit denen in der Kontrollgruppe, die die übliche hausarztzentrierte Versorgung erhielten (Moreno et al. 2012). Die niederschwellige Umsetzung eines derartigen Behandlungsmodells durch die Nutzung von handelsüblicher Videotechnik und einer leicht zugänglichen und trotzdem sicheren Videoplattform wurde auch in PROVIDE als eine zentrale Voraussetzung dafür angesehen, dass das Modell bei erfolgreicher Umsetzung und demonstrierter Wirksamkeit breiter in der Regelversorgung eingesetzt werden könnte. Dabei ist zu beachten, dass der Stand der Technik sich seit 2012, dem Jahr der Veröffentlichung von Moreno et al., stark verändert hat und vergleichbare oder sogar weiter entwickelte Technik inzwischen günstiger zugänglich ist. Allerdings sind auch heutzutage noch bereits damals bekannte bzw. antizipierte Probleme bei einer großflächigen Netzabdeckung mit einem verlässlichen Internetzugang eine der Hauptbarrieren beim Voranbringen der digitalisierten Gesundheitsversorgung durch Videokonsultationen (Donaghy et al. 2019; Hammersley et al. 2019).

Diese technischen Probleme sind neben der Herausforderung, ausreichende Behandlungskapazitäten von Psychiater*innen und Psychotherapeut*innen zu gewährleisten, der Anlass für eine Studie aus den USA, in der die Wirksamkeit von asynchroner und synchroner Telepsychiatrie im Rahmen eines CC-Modells für Patient*innen mit verschiedenen psychischen Störungen (hauptsächlich Affektive Störungen, Angststörungen, Drogen und Alkoholsucht) verglichen wurde (Yellowlees et al. 2021). Die asynchrone Behandlung erfolgte durch ein per Video aufgezeichnetes Interview mit den Patient*innen, das den teilnehmenden Psychiater*innen im Anschluss zur Verfügung gestellt wurde. Die Psychiater*innen begutachteten mithilfe des Interviews, der Notizen der Interviewer*innen und der Patient*innenakten den Zustand der jeweiligen Patient*innen und verfassten einen Bericht inklusive eines psychiatrischen Behandlungsplans für die jeweils behandelnden Hausärzt*innen. Verglichen wurde dieses Modell mit der synchronen Variante, in der das Patient*inneninterview nicht vor Ort von einer dafür geschulten Person, sondern von den teilnehmenden Psychiater*innen per Videokonsultation durchgeführt wurde. Es waren pro Patient*in bis zu fünf Termine

5. DISKUSSION

vorgesehen über den Zeitraum von zwei Jahren. Die Ergebnisse nach sechs Monaten zeigten keine statistisch signifikanten Unterschiede bei der Veränderung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität zwischen den beiden Gruppen. Auffällig ist die hohe Quote an nicht erreichten Teilnehmenden bei den Datenerhebungen. Von insgesamt 184 randomisierten Personen lagen nur von ca. 59 % Daten zu klinischen Endpunkten nach sechs Monaten vor. Im Vergleich dazu lag die Quote in der vorliegenden Arbeit mit über 76 % deutlich höher. Zurückzuführen könnte dieser Unterschied darauf sein, dass in PROVIDE und auch in anderen CC basierten Studien sehr viel häufiger ein Kontakt entweder zwischen Psychotherapeut*in und Patient*in (in PROVIDE durch die regelmäßigen Videokonsultationen) oder zwischen Care Manager/Hausarztpraxis und Psychiater*in/Psycholog*in (bspw. durch regelmäßige Sichtung und gemeinsame Besprechung des Behandlungsverlaufs) bestand. In der oben beschriebenen Studie (Yellowlees et al. 2021) existierte, insbesondere in den ersten sechs Monaten, abgesehen von dem ersten Interventionstermin und dem anschließenden Bericht keine vorgesehene Kommunikation zwischen den Psychiater*innen und den Patient*innen bzw. dem Team in der Hausarztpraxis, die allerdings in der Folge für die Behandlung der Patient*innen zuständig waren. Allerdings haben Studien gezeigt, dass ein regelmäßiger Kontakt und eine engmaschigere Begleitung, die durch die Hausarztpraxisteams allein häufig schwer umzusetzen ist, zu einer größeren Therapieadhärenz führen kann und somit eine stärkere Therapiekontinuität gegeben ist (Basit et al. 2020; Kreyenbuhl et al. 2016). In PROVIDE wurde dieser Aspekt dahingehend berücksichtigt, dass die Studientherapeut*innen den Hausärzt*innen nach der zweiten Videokonsultation obligatorisch eine schriftliche diagnostische Einschätzung zu den jeweiligen Patient*innen geschickt haben und damit ebenso ein kontinuierlicher Austausch bestand wie zwischen Patient*innen und Studientherapeut*innen.

Um die Sicherheit der Intervention beurteilen zu können, wurden in diesem Dissertationsprojekt die Proband*innen der Interventionsgruppe systematisch nach potenziellen negativen Effekten befragt, die auf die Intervention zurückzuführen waren. In einer Übersichtsarbeit aus dem Jahr 2020 zu internetbasierten Behandlungsmodellen von depressiven und Angststörungen wurden lediglich in 41 % der eingeschlossenen Studien negative Wirkungen erhoben (Etzelmüller et al. 2020). Vor dem Hintergrund schon länger bestehender Forderungen nach dem Einbezug von Erhebungen zu negativen Effekten und Wirkungen in Psychotherapiestudien ist dieser Anteil als eher

5. DISKUSSION

gering einzuschätzen (Barlow 2010; Cuijpers et al. 2018). In dem vorliegenden Dissertationsprojekt gaben rund 28 % der Proband*innen der Interventionsgruppe an, mindestens einen negativen Effekt oder ein negatives Erlebnis im Zusammenhang mit der Intervention erfahren zu haben. In vorherigen Studien wurde von Anteilen von 53 % (Moritz et al. 2019), 70 % (Abeling et al. 2018), 84 % (Grüneberger et al. 2017) und über 98 % (Linden et al. 2015) berichtet. In der Publikation mit den höchsten Werten bezogen sich sehr viele Erlebnisse auf ein Gruppentherapiesetting, das im Rahmen eines Aufenthalts in einer psychosomatischen Rehabilitationsklinik durchgeführt wurde (Linden et al. 2015). In den Studien von Abeling et al. und Grüneberger et al. wurde wie im vorliegenden Dissertationsprojekt jeweils der INEP eingesetzt. In beiden Studien waren die Aussagen zu längeren Phasen in schlechter psychischer Verfassung und Schwierigkeiten, alleine Entscheidungen zu treffen ebenfalls unter den am häufigsten genannten (Abeling et al. 2018; Grüneberger et al. 2017). Die Angst davor, dass Kolleg*innen oder Kommiliton*innen von der Behandlung erfahren könnten, wurde zwar auch in den anderen Studien genannt, allerdings nicht in der Häufigkeit, wie in der vorliegenden Stichprobe. Möglicherweise ist dieser Unterschied darauf zurückzuführen, dass sich in den genannten Studien die Stichproben aus ambulanten und teilstationären Psychotherapiepatient*innen zusammensetzten. Bei dieser Patient*innenpopulation ist anzunehmen, dass – im Gegensatz zu Hausarztpatient*innen, wie sie in PROVIDE vorlagen – Stigmatisierungsängste nicht so stark vorliegen, da sie sich bereits explizit für eine langfristige Psychotherapie entschieden haben. Eine große Stärke von PROVIDE liegt genau darin, Patient*innen, die Vorbehalte gegenüber Psychotherapie und Angst vor Stigmatisierung haben, niederschwellig im Rahmen der Hausarztversorgung zu erreichen und mit Psychotherapeut*innen zusammenzubringen, um ihnen die benötigte Behandlung zukommen zu lassen. Die verhältnismäßig geringen Zahlen an negativen Effekten zeugen davon, dass die PROVIDE-Intervention sicher durchzuführen ist und die meisten Patient*innen davon profitieren. Insbesondere bei videogestützten psychotherapeutischen Interventionen ist es allerdings in der Zukunft wichtig, die Erhebung negativer Effekte vermehrt in den Blick zu nehmen, da durch die Besonderheit der Behandlung per Video spezielle Herausforderungen für die Bildung der Patient*in-Therapeut*in-Beziehung bestehen.

5.3 Limitationen und Stärken der Arbeit

Die Studie weist einige Limitationen auf, die die Aussagekraft möglicherweise einschränken könnten. Erstens ist hier die Teilnahmebereitschaft von Hausärzt*innen und Psychotherapeut*innen zu nennen. Da die Teilnahme selbstverständlich freiwillig war, kann nicht ausgeschlossen werden, dass überwiegend Personen teilgenommen haben, die einem derartigen Versorgungsmodell grundsätzlich offen gegenüber eingestellt waren und sich deshalb engagierter eingebracht haben, als dies eher kritisch eingestellte Personen in einem Setting täten, in dem die Durchführung verpflichtend wäre. Zusätzlich ist zu bedenken, dass es auch eine regionale Häufung von interessierten und somit teilnehmenden Hausärzt*innen gegeben haben kann, wenn bestimmte Regionen besonders günstige Teilnahmevoraussetzungen aufweisen, wie beispielsweise eine gute Internetversorgung. Diese Selbstselektionsprozesse sind häufig nur schwer zu beeinflussen. Ungeachtet dessen wurde mit großem Einsatz versucht, einer möglichst hohen Anzahl an Hausärzt*innen und Psychotherapeut*innen einen Zugang zur Studie zu ermöglichen. Es wurden Hausärzt*innen ohne weitere Vorselektion in großer Breite per Fax kontaktiert und ihr Teilnahmeinteresse erfragt. In regelmäßigem Abstand erfolgten zwei weitere Erinnerungsschreiben. Um eine geografische Varianz zu erreichen, erfolgte die Rekrutierung überregional in Baden-Württemberg und in Rheinland-Pfalz. Um kritischen Hausärzt*innen, die einen hohen organisatorischen Mehraufwand in ihrer Praxis durch die Studienteilnahme befürchteten, entgegenzukommen, wurde von Anfang ein Fokus darauf gelegt, überall, wo es möglich war, studienspezifische Vorgänge wie Terminmanagement, Patientenerinnerungen und Datenerhebungen in die Verantwortung des Studienteams zu legen. Dadurch konnte der Aufwand für das Praxisteam in den meisten Fällen auf das Ansprechen durch die Ärzt*innen und das Empfangen und Verabschieden der Patient*innen bei den Terminen zu den Videokonsultationen beschränkt werden. Unsystematische Rückmeldungen seitens der Praxisteams bestätigten diesen Effekt und trugen dazu bei, dass sehr schnell ein organisatorischer Mehrwert und eine Entlastung durch die Versorgung der entsprechenden Patient*innen durch eine*n Studientherapeut*in wahrgenommen wurde.

Zweitens bestehen möglicherweise Selektionseffekte auch auf der Ebene der teilnehmenden Patient*innen. Hier kann die Unsicherheit und mangelnde Erfahrung im Umgang mit Computern im Allgemeinen und mit Videotelefonie im Konkreten dazu

5. DISKUSSION

geführt haben, dass von einer Teilnahme abgesehen wurde. Eine weitaus verbreitere und damit bedeutendere Hürde zur Teilnahme können Vorbehalte gegenüber und Stigmatisierungsängste aufgrund einer Inanspruchnahme von psychotherapeutischer Behandlung sein, wie sie häufig beschrieben werden (Angermeyer et al. 2017). Um hier ungleichen Voraussetzungen vorzubeugen, wurden für die initiale Vorstellung der Studie gegenüber den Patient*innen, die in der Regel durch die Hausärzt*innen erfolgte, schon beim ersten Besuch der Mitglieder des Studienteams in der Hausarztpraxis erläutert, wie diese die Patient*innen adäquat ansprechen und unter Hinzunahme und Austeilen von Flyern über die Studie informieren könnten. Die Mitglieder der Praxisteams waren auch vertraut mit dem Videodienstanbieter, der unter anderem aufgrund der hohen Nutzerfreundlichkeit ausgewählt wurde, und konnten erste Fragen von dahingehend unsicheren Patient*innen beantworten. Über den gesamten Rekrutierungszeitraum hinweg wurde von Seiten des Studienteams ein regelmäßiger Kontakt zu den Praxisteams gepflegt und deren Mitglieder immer wieder ermutigt, Patient*innen niederschwellig auf die Studie hinzuweisen und sie kurz vorzustellen. Mithilfe dieser Maßnahmen wurde intensiv versucht, allen Patient*innen einen Zugang zur Studie zu gewähren und Selektionseffekten entgegenzuwirken (Jones und Cipriani 2019). Es wurde ein breites Spektrum an Patient*innen eingeschlossen hinsichtlich des Alters, der Belastung durch depressive und Angstsymptomatik, der gesundheitsbezogenen Lebensqualität (körperliche und psychische Gesundheit), chronischer körperlicher Komorbidität und Vorerfahrungen mit Psychotherapie, was auf keine, zumindest in Bezug auf diese Eigenschaften, starken Selektionseffekte hindeutet.

Drittens konnten die Daten der Posterhebung von ungefähr einem Viertel der Proband*innen nicht erhoben werden. Die Quoten der verlorenen Fälle (loss to follow-up) unterscheiden sich zwischen den beiden Behandlungsgruppen relativ stark (Interventionsgruppe: 18%, Kontrollgruppe: 29 %). Dieser Unterschied könnte damit erklärt werden, dass die Proband*innen der Kontrollgruppe keine zusätzliche Behandlung durch die Studienteilnahme erhalten haben. Daher besteht die Möglichkeit, dass sie beispielsweise aus Frustration darüber kein weiteres Interesse an der Teilnahme an einer Datenerhebung hatten. Möglicherweise spielte auch die zeitliche Distanz von sechs Monaten, nach denen die Posterhebung stattfand und in der kein Kontakt zwischen Proband*innen und Studienteam vorgesehen war, eine Rolle. Einige z. B. waren sich zu dem Zeitpunkt gar nicht mehr bewusst, dass sie an einer Studie teilnehmen

5. DISKUSSION

oder waren schwerer erreichbar. Auf der Seite der Interventionsgruppe ist denkbar, dass diejenigen, die nicht von der Intervention profitiert haben, weniger Interesse an einer Rückmeldung hatten oder aufgrund einer hohen Symptombelastung nicht in der Lage waren, an einer weiteren Datenerhebung teilzunehmen. Die Konsequenz wäre, dass die Wirksamkeit der Intervention überschätzt würde, da Verschlechterungen nicht in die Analyse mit einfließen. Daher wurde von Seiten des Studienteams ein hoher Aufwand betrieben, um die Anzahl der verlorenen Fälle möglichst gering zu halten und derartige Verzerrungen zu minimieren. Empfehlungen und Strategien zum Halten von Proband*innen in RCTs zur Psychotherapieforschung folgend, wurden umfangreiche und detaillierte Protokolle entwickelt, nach denen Proband*innen zum Termin der Posterhebung kontaktiert wurden (Liu et al. 2018). Zu nennen sind hier zum einen regelmäßige Erinnerungen per Telefon und SMS für bereits vereinbarte Termine und zum anderen das postalische Verschicken von Fragebögen inklusive Anschreiben und frankiertem Rückumschlag an Proband*innen, die telefonisch nicht erreicht werden konnten.

Während der gesamten Studienlaufzeit beherrschte die COVID-19-Pandemie in stetig veränderndem Maße den Alltag der Menschen. Daher unterlagen auch die studien-spezifischen Abläufe zu verschiedenen Zeitpunkten unterschiedlichen Rahmenbedingungen. Das Bewusstsein und die Offenheit für telemedizinische und videobasierte Versorgungsmodelle haben sich seitdem sehr stark verändert und diese Art der Versorgung ist sehr viel akzeptierter und etablierter. Die positiven Ergebnisse könnten unter anderem auf diese erhöhte Akzeptanz zurückzuführen sein und sind deswegen möglicherweise schwer mit Ergebnissen aus Studien aus der Zeit vor der Pandemie vergleichbar, da früher Behandlungen per Video zumindest in Deutschland noch die Ausnahme darstellten und generell eine niedrigere Akzeptanz dafür herrschte. Es ist aber davon auszugehen, dass die Entwicklungen hin zu einem breiteren Einsatz telemedizinischer Behandlungsmöglichkeiten nachhaltig sind und derartige Modelle in Zukunft auch nach der Pandemie einen festen Bestandteil in der Regelversorgung ausmachen werden (Wilczewski et al. 2022). Daher bilden die Erkenntnisse dieses Dis-sertationsprojekts im Speziellen und der PROVIDE-C-Studie allgemein eine umfangreiche Basis, auf deren Grundlage zukünftige vergleichbare Studien hinsichtlich des Designs und der Durchführung konzipiert werden können.

6. SCHLUSSFOLGERUNGEN UND IMPLIKATIONEN

Eine Stärke dieses umfangreichen RCT besteht hierbei ebenfalls in der Nähe zur realen Versorgung. Es war das Ziel, die Studie in den Praxisalltag in den Hausarztpraxen zu integrieren und die üblichen Abläufe nicht zu stören und gleichzeitig möglichst realistisch eine Situation zu schaffen, wie sie vorherrschen würde, wenn das Versorgungsmodell in der Regelversorgung zum Einsatz käme. Die relativ geringen Abbruchquoten deuten darauf hin, dass die Integration in den Praxisalltag gelungen ist und die Patient*innen erfolgreich behandelt werden konnten. Außerdem zeigt sich, dass trotz der sich durch die Pandemie verändernden äußeren Umstände eine derart niederschwellig konzipierte Intervention flexibel angepasst werden kann und Patient*innen, wenn nötig, auch von zuhause aus behandelt werden können. Dass aber trotz zum Teil strikter Kontaktbeschränkungen weniger als 8 % der Videokonsultationen nicht in der Hausarztpraxis, sondern von zuhause aus durchgeführt wurden, spricht auch für die Machbarkeit der Intervention und ihre Angemessenheit an die Bedürfnisse der Patient*innen.

6. SCHLUSSFOLGERUNGEN UND IMPLIKATIONEN

Im vorliegenden Dissertationsprojekt konnte gezeigt werden, dass Hausarztpatient*innen, die die Kriterien für eine mindestens moderate depressive Störung aufwiesen, von der Behandlung im Rahmen eines integrierten Behandlungsmodells mithilfe von Videokonsultationen durch Psychotherapeut*innen im Vergleich mit der Regelversorgung profitierten. Die gesundheitsbezogene Lebensqualität der Proband*innen konnte durch das Behandlungsmodell signifikant in höherem Maße verbessert werden als bei Proband*innen, die die routinemäßige psychosoziale Versorgung erhielten. Die Intervention sorgt also nicht nur dafür, dass Defizite und Mängel in der psychosozialen Versorgung kompensiert werden, sondern lässt darüber hinaus stark vermuten, dass die Proband*innen einen größeren Nutzen daraus ziehen als aus der Routineversorgung. Dieser Nutzen wurde mit einem geringeren Behandlungsaufwand und geringerer Behandlungsdauer als vergleichbare Interventionen aus vorhergehenden Studien erzielt. Somit bietet PROVIDE das Potenzial, die Versorgung von Menschen mit depressiven Störungen mit vergleichsweise geringem Aufwand und Kosten zu verbessern.

Die Umsetzung der Studie zu Zeiten der COVID-19-Pandemie hat gezeigt, dass dieses Modell auch in Ausnahmesituationen umsetzbar ist. Nur in wenigen Fällen

6. SCHLUSSFOLGERUNGEN UND IMPLIKATIONEN

konnten Patient*innen nicht wie geplant behandelt werden. Daher ist diese Art der Behandlung in Situationen, in denen ein persönlicher Kontakt zwischen Patient*in und Therapeut*in im selben Raum nicht möglich ist, anzustreben und sollte niederschwellig eingesetzt werden.

In zukünftigen Studien sollte weitergehend überprüft werden, welche Aspekte von videogestützter integrierter Versorgung besonders hilfreich für Patient*innen sind und wie ein noch flüssigerer Übergang von hausärztlicher zu spezialisierter Versorgung erreicht werden kann. Außerdem sollte ein Fokus auf verschiedene Zielgruppen gelegt werden, die weiterhin von einer umfassenderen Versorgung abgeschnitten sind. Zum einen sollten individuelle Eigenschaften der Patient*innen wie eingeschränkte Deutschkenntnisse oder Vorbehalte gegenüber psychotherapeutischer Behandlung berücksichtigt werden, indem bspw. das Modell in verschiedenen Sprachen angeboten wird. Insbesondere sollte untersucht werden, ob Patient*innen, die auch in Abhängigkeit von ihrer Erkrankung mitunter eine schwer erreichbare Gruppe darstellen, von dieser Art der Intervention in besonderer Weise profitieren können. Aus diesem Grund wurde auch bereits das PROVIDE-Modell weiterentwickelt, um mit dessen Hilfe Hausarztpatient*innen, die unter einer Somatischen Belastungsstörung (oder auch Somaformen Störung) leiden, einen Zugang zu spezialisierter Versorgung zu ermöglichen, wodurch ein besseres Krankheitsverständnis und dadurch schließlich eine Symptomverbesserung erreicht werden soll (Haun et al. 2022). Eine diesbezüglich begleitende partizipative qualitative Studie unter Patient*innen, die im Rahmen der Machbarkeitsstudie behandelt worden waren, ergab, dass sie nach anfänglichen Vorbehalten aufgrund des Settings per Video und in der Hausarztpraxis im Verlauf die Intervention akzeptierten und einen hohen Nutzen in dieser Behandlungsweise sahen (Tönnies et al. 2023). Es gilt also, den potenziellen Anwendungsbereich derartiger Modelle weiter zu erforschen, um auch Patient*innen mit komplexeren Erkrankungen eine bessere Versorgung zu ermöglichen.

Die Studie unterfüttert die u.a. durch die COVID-19-Pandemie erhöhte Präsenz von und Aufmerksamkeit für videogestützte Behandlungsmodelle mit belastbaren Daten und sollte auch mit weiteren Untersuchungen bereichert werden, um Ärzt*innen und Therapeut*innen eine realistische Einschätzung von Machbarkeit und Wirksamkeit zu ermöglichen. Kliniker*innen sind angehalten, weiterhin offen die aktuellen, zum Teil rasanten Entwicklungen von neuen und bereits bestehenden Systemen zu

6. SCHLUSSFOLGERUNGEN UND IMPLIKATIONEN

beobachten und sich daran zu beteiligen, denn ihre praktischen Erfahrungen sind unverzichtbar für die Gewährleistung einer hohen Anwenderfreundlichkeit. Der Fokus auf die Anwenderfreundlichkeit hat sich auch bei der Auswahl des Videodienstanbieters in der vorliegenden Studie bewährt und eine hohe Akzeptanz bei allen Nutzer*innen gefördert.

Kliniker*innen, die Videokonsultationen anbieten, sind auf die strukturellen und gesetzlichen Rahmenbedingungen angewiesen, die dies ermöglichen und wirtschaftlich rentabel machen. Vereinfachte Abrechnungsmodalitäten sollten, wie während der COVID-19-Pandemie eingeführt, beibehalten werden. Bei einer möglichen regionalen Einführung der PROVIDE-Intervention oder ähnlichen Behandlungsmodellen sollte beachtet werden, dass Patient*innen in eher ländlicheren Regionen aufgrund einer geringeren Psychotherapeut*innendichte in stärkerem Maße profitieren würden als in Regionen, in denen die psychosoziale Versorgung besser ist. Diese Regionen sollten also zuerst für eine Einführung in Betracht gezogen werden. Eine Voraussetzung für die Umsetzung wäre, dass die gesetzlichen Vorgaben dahingehend angepasst werden, dass für die Indikationsstellung durch Psychotherapeut*innen kein Kontakt von Angesicht zu Angesicht erfolgen muss, wie es derzeit noch Bedingung ist. Es wurde gezeigt, dass die Einschätzung einer angemessenen Methode für die Behandlung durch Psychotherapeut*innen im Rahmen von Videokonsultationen möglich ist und die Versorgung von Patient*innen mit dringendem Bedarf nach spezialisierter psychosozialer Behandlung flexibilisiert. Außerdem sollte die Deckelung der pro Quartal abzurechnenden Patient*innenkonsultationen, die per Video durchgeführt werden, überdacht und angepasst werden. Mithilfe dieser Anpassungen könnte das große Potenzial der PROVIDE-Intervention, hausärztliche und spezialisierte Versorgung überregional zu integrieren, genutzt werden, um Patient*innen eine niederschwellige, zeitgemäße und effektive Versorgung zu gewährleisten.

7. ZUSAMMENFASSUNG

Hintergrund: Bei der Behandlung von psychischen Erkrankungen wie depressiven Störungen verbleibt eine Großzahl an Patient*innen in der hausärztlichen Versorgung. Während viele Patient*innen dort angemessen versorgt werden können, bestehen bei denjenigen, die eine spezialisierte Behandlung benötigen, erhebliche Defizite beim Übergang zu einer psychotherapeutischen Behandlung. Gründe sind ein erschwerter Zugang aufgrund von langen Wartezeiten, eine, insbesondere in ländlichen Regionen, geringe Psychotherapeut*innendichte, Stigmatisierungsängste und Vorbehalte gegenüber psychotherapeutischer Behandlung. Integrierte Versorgungsmodelle haben das Potenzial, die Lücke zwischen hausärztlicher und psychotherapeutischer Versorgung zu verringern, sind aber häufig aufgrund der zusätzlich erforderlichen Ressourcen in kleinen Hausarztpraxen nicht umsetzbar. Durch den Einsatz von Videokonsultationen durch Psychotherapeut*innen können Patient*innen innerhalb ihrer Hausarztpraxis niederschwellig behandelt werden, unabhängig davon, wo sich die*der Psychotherapeut*in befindet. Die Evidenz zur Wirksamkeit ergibt sich hauptsächlich aus Studien aus den USA und speziellen Settings, wodurch die Ergebnisse nur schwer auf andere Gesundheitssysteme wie bspw. in Deutschland bzw. Europa übertragbar sind. Dieses Dissertationsprojekt hat zum Ziel, die Wirksamkeit eines integrierten videogestützten Versorgungsmodells hinsichtlich der gesundheitsbezogenen Lebensqualität von Hausarztpatient*innen mit depressiven Störungen im Vergleich mit der Routineversorgung zu untersuchen.

Material und Methoden: Um an der Studie teilnehmen zu können, mussten Hausarztpraxen Räumlichkeiten, die eine ungestörte Durchführung von Videokonsultationen gewährleisten, und eine ausreichende und stabile Internetverbindung vorweisen. Nach dem klinischen Urteil der Hausarzt*innen befragten diese passend erscheinende volljährige Patient*innen im Rahmen der üblichen Sprechstunde nach ihrem Studieninteresse. Interessierte Patient*innen wurden anschließend per standardisiertem Telefoninterview hinsichtlich der Ein- und Ausschlusskriterien untersucht. Einschlusskriterium war eine mindestens moderate depressive Störung (gemessen mithilfe des Patient Health Questionnaire-9). Ausschlusskriterien waren u.a. Anzeichen dafür, sich selbst oder anderen Gewalt anzutun, psychotische Symptome und der dringende Bedarf nach notfallärztlicher Versorgung. Eingeschlossene Proband*innen wurden in einem 1:1-Verhältnis randomisiert und entweder der Interventions- oder der

7. ZUSAMMENFASSUNG

Kontrollgruppe zugeordnet. Die Intervention bestand aus fünf Videokonsultationen á 50 Minuten innerhalb von ca. drei Monaten mit mindestens in weit fortgeschrittener Ausbildung befindlichen oder approbierten Psychotherapeut*innen. Die Kontrollbedingung war die psychosoziale Routineversorgung durch die Hausarztpraxis und jede weitere Behandlungsmöglichkeit. Zu zwei Messzeitpunkten (direkt vor der Randomisierung und sechs Monate nach der Randomisierung) füllten die Proband*innen Fragebögen entweder schriftlich, online oder per Telefoninterview aus. Primäre Zielgröße war die Skala der Psychischen Gesundheit in dem Messinstrument zu gesundheitsbezogener Lebensqualität Short-Form-Health-Survey 12 (SF-12).

Ergebnisse: Zwischen 24. März 2020 und 23. November 2021 nahmen 317 Hausarztpatient*innen aus 29 Hausarztpraxen mit einer mindestens moderaten depressiven Störung an der Studie teil, von denen 156 (49,2 %) der Interventionsbedingung und 161 (50,8 %) der Kontrollbedingung zugeordnet wurden. Im Mittel waren die Proband*innen 45,3 Jahre alt. Von 126 Proband*innen der Interventionsgruppe (81,1 %) und 114 Proband*innen der Kontrollgruppe (70,8 %) standen nach 6 Monaten Daten zur Verfügung. Der Unterschied der mittleren Veränderung der Psychischen Gesundheit als Komponente der gesundheitsbezogenen Lebensqualität im SF-12 war in der Interventionsgruppe statistisch signifikant höher als in der Kontrollgruppe und betrug ungefähr drei Punkte ($b=3,01$, $p=0,020$). Die Proband*innen berichteten keine ernststen negativen Effekte im Zusammenhang mit der Interventionsdurchführung.

Diskussion: Das untersuchte Versorgungsmodell hat sich als wirksam erwiesen und war im Setting der Hausarztpraxen machbar und angemessen. Damit decken sich die vorliegenden Ergebnisse mit bisherigen Ergebnissen aus den wenigen Studien zu ähnlichen Modellen aus den USA. Diese Studie liefert wichtige Erkenntnisse für die Umsetzung und weitere Erforschung von videogestützten integrierten Versorgungsmodellen zur Überwindung von strukturellen Mängeln in der Versorgung von psychisch belasteten Patient*innen. Vergleichbare Modelle und ihr Anwendungsbereich sollten weiterentwickelt werden, um Patient*innen mit anderen schweren Erkrankungen oder speziellen Versorgungsbedürfnissen, wie bspw. zusätzliche Sprachkenntnisse, versorgen zu können. Außerdem sollte untersucht werden, welche speziellen Komponenten dieser Modelle sich als besonders wirkungsvoll erweisen. Politische Entscheidungsträger*innen sind angehalten, strukturelle Rahmenbedingungen anzupassen, um den Einsatz derartiger Modelle weiter zu fördern und die Versorgung damit flexibler, niederschwelliger, zeitgemäßer und effizienter zu gestalten.

8. LITERATURVERZEICHNIS

8. LITERATURVERZEICHNIS

- Abeling, B., Müller, A., Stephan, M., Pollmann, I. und Zwaan, M. de (2018). **Negative Effekte von Psychotherapie: Häufigkeit und Korrelate in einer klinischen Stichprobe.** *PPmP - Psychother · Psychosom · Med Psychol* 68, 428–436, doi:10.1055/s-0043-117604.
- Acharya, B., Ekstrand, M., Rimal, P., Ali, M. K., Swar, S., Srinivasan, K., Mohan, V., Unützer, J. und Chwastiak, L. A. (2017). **Collaborative Care for Mental Health in Low- and Middle-Income Countries: A WHO Health Systems Framework Assessment of Three Programs.** *Psychiatr Serv Wash DC* 68, 870–872, doi:10.1176/appi.ps.201700232.
- American Psychiatric Association (2023). Integrated Care, URL: <https://www.psychiatry.org/443/psychiatrists/practice/professional-interests/integrated-care> [27.07.2023].
- Angermeyer, M. C., Schindler, S., Matschinger, H., Baumann, E. und Schomerus, G. (2023). **The rise in acceptance of mental health professionals: help-seeking recommendations of the German public 1990–2020.** *Epidemiol Psychiatr Sci* 32, e11, doi:10.1017/S204579602300001X.
- Angermeyer, M. C., van der Auwera, S., Carta, M. G. und Schomerus, G. (2017). **Public attitudes towards psychiatry and psychiatric treatment at the beginning of the 21st century: a systematic review and meta-analysis of population surveys.** *World Psychiatry* 16, 50–61, doi:10.1002/wps.20383.
- Archer, J., Bower, P., Gilbody, S., Lovell, K., Richards, D., Gask, L., Dickens, C. und Coventry, P. (2012). **Collaborative care for depression and anxiety problems.** *Cochrane Database Syst Rev*, doi:10.1002/14651858.CD006525.pub2.
- Backhaus, A., Agha, Z., Maglione, M. L., Repp, A., Ross, B., Zuest, D., Rice-Thorp, N. M., Lohr, J. und Thorp, S. R. (2012). **Videoconferencing psychotherapy: a systematic review.** *Psychol Serv* 9, 111–131, doi:10.1037/a0027924.
- Barlow, D. H. (2010). **Negative effects from psychological treatments: A perspective.** *Am Psychol* 65, 13–20, doi:10.1037/a0015643.
- Basit, S. A., Mathews, N. und Kunik, M. E. (2020). **Telemedicine interventions for medication adherence in mental illness: A systematic review.** *Gen Hosp Psychiatry* 62, 28–36, doi:10.1016/j.genhosppsych.2019.11.004.
- Berryhill, M. B., Culmer, N., Williams, N., Halli-Tierney, A., Betancourt, A., Roberts, H. und King, M. (2018). **Videoconferencing Psychotherapy and Depression: A Systematic Review.** *Telemed E-Health* 25, 435–446, doi:10.1089/tmj.2018.0058.
- Berryhill, M. B., Halli-Tierney, A., Culmer, N., Williams, N., Betancourt, A., King, M. und Ruggles, H. (2019). **Videoconferencing psychological therapy and anxiety: a systematic review.** *Fam Pract* 36, 53–63, doi:10.1093/fampra/cmz072.

8. LITERATURVERZEICHNIS

- Bleyel, C., Hoffmann, M., Wensing, M., Hartmann, M., Friederich, H.-C. und Haun, M. W. (2020). **Patients' Perspective on Mental Health Specialist Video Consultations in Primary Care: Qualitative Preimplementation Study of Anticipated Benefits and Barriers**. *J Med Internet Res* 22, e17330, doi:10.2196/17330.
- Bullinger, M. und Kirchberger, I. (1998). SF-36: Fragebogen zum Gesundheitszustand; Handanweisung, Hogrefe, Verlag für Psychologie.
- Bundesministerium für Gesundheit (2022). Psychotherapeutische Sprechstunde, URL: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/begriffe-von-a-z/p/psychotherapeutische-sprechstunde.html> [27.07.2023].
- Bundespsychotherapeutenkammer (2018). Ein Jahr nach der Reform der Psychotherapie-Richtlinie – Wartezeiten 2018, URL: https://www.bptk.de/wp-content/uploads/2019/01/20180411_bptk_studie_wartezeiten_2018.pdf [27.07.2023].
- Bundespsychotherapeutenkammer (2022). Videobehandlung, URL: https://www.bptk.de/wp-content/uploads/2022/05/bptk_praxisInfo_videobehandlung_22_web.pdf [27.07.2023].
- Buuren, S. van und Groothuis-Oudshoorn, K. (2011). **mice: Multivariate Imputation by Chained Equations in R**. *J Stat Softw* 45, 1–67, doi:10.18637/jss.v045.i03.
- Carroll, K. M. und Nuro, K. F. (2002). **One Size Cannot Fit All: A Stage Model for Psychotherapy Manual Development**. *Clin Psychol Sci Pract* 9, 396–406, doi:10.1093/clipsy.9.4.396.
- Chen, P. V., Helm, A., Caloudas, S. G., Ecker, A., Day, G., Hogan, J. und Lindsay, J. (2022). **Evidence of Phone vs Video-Conferencing for Mental Health Treatments: A Review of the Literature**. *Curr Psychiatry Rep* 24, 529–539, doi:10.1007/s11920-022-01359-8.
- Cho, Y., Lee, J. K., Kim, D.-H., Park, J.-H., Choi, M., Kim, H.-J., Nam, M.-J., Lee, K.-U., Han, K. und Park, Y.-G. (2019). **Factors associated with quality of life in patients with depression: A nationwide population-based study**. *PLOS ONE* 14, e0219455, doi:10.1371/journal.pone.0219455.
- Coventry, P. A., Hudson, J. L., Kontopantelis, E., Archer, J., Richards, D. A., Gilbody, S., Lovell, K., Dickens, C., Gask, L., Waheed, W. und Bower, P. (2014). **Characteristics of Effective Collaborative Care for Treatment of Depression: A Systematic Review and Meta-Regression of 74 Randomised Controlled Trials**. *PLOS ONE* 9, doi:10.1371/journal.pone.0108114.
- Craske, M. G. (2012). **Transdiagnostic treatment for anxiety and depression**. *Depress Anxiety* 29, 749–753, doi:10.1002/da.21992.
- Crowe, M., Inder, M., Farmar, R. und Carlyle, D. (2021). **Delivering psychotherapy by video conference in the time of COVID-19: Some considerations**. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 28, 751–752, doi:10.1111/jpm.12659.

8. LITERATURVERZEICHNIS

- Cuijpers, P., Reijnders, M., Karyotaki, E., de Wit, L. und Ebert, D. D. (2018). **Negative effects of psychotherapies for adult depression: A meta-analysis of deterioration rates.** *J Affect Disord* 239, 138–145, doi:10.1016/j.jad.2018.05.050.
- Damásio, B. F., Andrade, T. F. und Koller, S. H. (2015). **Psychometric Properties of the Brazilian 12-Item Short-Form Health Survey Version 2 (SF-12v2).** *Paid Ribeirão Preto* 25, 29–37, doi:10.1590/1982-43272560201505.
- Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM) (2014). *Psychosomatische Grundversorgung in der Allgemeinmedizin – Ziele, Kompetenzen, Methoden.*, URL: https://www.degam.de/files/Inhalte/Degam-Inhalte/Ueber_uns/Positionspapiere/DEGAM_Positionspapier_Psychosomatische_Grundversorgung_final.pdf.
- Deutsche Gesellschaft für Telemedizin (DGTelemed) (2020). Satzung der Deutschen Gesellschaft für Telemedizin, URL: <https://dgtelemed.de/wp-content/uploads/DGTelemed-Satzung.pdf> [27.07.2023].
- DGPPN, BÄK, KBV, AWMF (Hrsg.) (2017). *S3-Leitlinie/Nationale Versorgungsleitlinie Unipolare Depression – Kurzfassung.*, doi:10.6101/AZQ/000366.
- Donaghy, E., Atherton, H., Hammersley, V., McNeilly, H., Bikker, A., Robbins, L., Campbell, J. und McKinstry, B. (2019). **Acceptability, benefits, and challenges of video consulting: a qualitative study in primary care.** *Br J Gen Pract* 69, e586–e594, doi:10.3399/bjgp19X704141.
- Drixler, K., Morfeld, M., Glaesmer, H., Brähler, E. und Wirtz, M. A. (2020). **Validierung der Messung gesundheitsbezogener Lebensqualität mittels des Short-Form-Health-Survey-12 (SF-12 Version 2.0) in einer deutschen Normstichprobe.** *Z Für Psychosom Med Psychother* 66, 272–286, doi:10.13109/zptm.2020.66.3.272.
- Etzelmüller, A., Vis, C., Karyotaki, E., Baumeister, H., Titov, N., Berking, M., Cuijpers, P., Riper, H. und Ebert, D. D. (2020). **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* 22, e18100, doi:10.2196/18100.
- Fonagy, P. (1999). **Achieving Evidence-Based Psychotherapy Practice: A Psychodynamic Perspective on the General Acceptance of Treatment Manuals.** *Clin Psychol Sci Pract* 6, 442–444, doi:10.1093/clipsy.6.4.442.
- Fortney, J. C., Bauer, A. M., Cerimele, J. M., Pyne, J. M., Pfeiffer, P., Heagerty, P. J., Hawrilenko, M., Zielinski, M. J., Kaysen, D., Bowen, D. J., Moore, D. L., Ferro, L., Metzger, K., Shushan, S., Hafer, E., Nolan, J. P., Dalack, G. W. und Unützer, J. (2021). **Comparison of Teleintegrated Care and Telereferral Care for Treating Complex Psychiatric Disorders in Primary Care: A Pragmatic Randomized Comparative Effectiveness Trial.** *JAMA Psychiatry* 78, 1189–1199, doi:10.1001/jamapsychiatry.2021.2318.

8. LITERATURVERZEICHNIS

- Fortney, J. C., Burgess, J. F., Bosworth, H. B., Booth, B. M. und Kaboli, P. J. (2011). **A Re-conceptualization of Access for 21st Century Healthcare.** *J Gen Intern Med* 26, 639, doi:10.1007/s11606-011-1806-6.
- Fortney, J. C., Pyne, J. M., Edlund, M. J., Robinson, D. E., Mittal, D. und Henderson, K. L. (2006). **Design and implementation of the Telemedicine-Enhanced Antidepressant Management Study.** *Gen Hosp Psychiatry* 28, 18–26, doi:10.1016/j.genhosppsych.2005.07.001.
- Fortney, J. C., Pyne, J. M., Edlund, M. J., Williams, D. K., Robinson, D. E., Mittal, D. und Henderson, K. L. (2007). **A Randomized Trial of Telemedicine-based Collaborative Care for Depression.** *J Gen Intern Med* 22, 1086–1093, doi:10.1007/s11606-007-0201-9.
- Fortney, J. C., Pyne, J. M., Kimbrell, T. A., Hudson, T. J., Robinson, D. E., Schneider, R., Moore, W. M., Custer, P. J., Grubbs, K. M. und Schnurr, P. P. (2015a). **Telemedicine-based collaborative care for posttraumatic stress disorder: a randomized clinical trial.** *JAMA Psychiatry* 72, 58–67, doi:10.1001/jamapsychiatry.2014.1575.
- Fortney, J. C., Pyne, J. M., Mouden, S. B., Mittal, D., Hudson, T. J., Schroeder, G. W., Williams, D. K., Bynum, C. A., Mattox, R. und Rost, K. M. (2013). **Practice-Based Versus Telemedicine-Based Collaborative Care for Depression in Rural Federally Qualified Health Centers: A Pragmatic Randomized Comparative Effectiveness Trial.** *Am J Psychiatry* 170, 414–425, doi:10.1176/appi.ajp.2012.12050696.
- Fortney, J. C., Pyne, J. M., Turner, E. E., Farris, K. M., Normoyle, T. M., Avery, M. D., Hilty, D. M. und Unützer, J. (2015b). **Telepsychiatry integration of mental health services into rural primary care settings.** *Int Rev Psychiatry* 27, 525–539, doi:10.3109/09540261.2015.1085838.
- Freeman, D. (2011). **The behavioral health medical home.** In: **Understanding the behavioral healthcare crisis: The promise of integrated care and diagnostic reform**, Routledge/Taylor & Francis Group, New York, NY, US, S. 227–256.
- Gaebel, W., Kowitz, S., Fritze, J. und Zielasek, J. (2013). **Use of Health Care Services by People With Mental Illness.** *Dtsch Arztebl Int* 110, 799–808, doi:10.3238/arztebl.2013.0799.
- Gilbody, S., Bower, P., Fletcher, J., Richards, D. und Sutton, A. J. (2006). **Collaborative Care for Depression: A Cumulative Meta-analysis and Review of Longer-term Outcomes.** *Arch Intern Med* 166, 2314–2321, doi:10.1001/archinte.166.21.2314.
- Gilbody, S., Richards, D., Brealey, S. und Hewitt, C. (2007). **Screening for Depression in Medical Settings with the Patient Health Questionnaire (PHQ): A Diagnostic Meta-Analysis.** *J Gen Intern Med* 22, 1596–1602, doi:10.1007/s11606-007-0333-y.

8. LITERATURVERZEICHNIS

- Gillies, D., Buykx, P., Parker, A. G. und Hetrick, S. E. (2015). **Consultation liaison in primary care for people with mental disorders**. Cochrane Database Syst Rev 2015, CD007193, doi:10.1002/14651858.CD007193.pub2.
- Giovanetti, A. K., Punt, S. E. W., Nelson, E.-L. und Ilardi, S. S. (2022). **Teletherapy Versus In-Person Psychotherapy for Depression: A Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials**. Telemed E-Health, doi:10.1089/tmj.2021.0294.
- Gräfe, K., Zipfel, S., Herzog, W. und Löwe, B. (2004). **Screening psychischer Störungen mit dem "Gesundheitsfragebogen für Patienten (PHQ-D)"**. Diagnostica 50, 171–181, doi:10.1026/0012-1924.50.4.171.
- Grol, R., Wensing, M., Mainz, J., Jung, H. P., Ferreira, P., Hearnshaw, H., Hjortdahl, P., Olesen, F., Reis, S., Ribacke, M., Szecsenyi, J. und Care (EUROPEP), E. T. F. on P. E. of G. P. (2000). **Patients in Europe evaluate general practice care: an international comparison**. Br J Gen Pract 50, 882–887.
- Grüneberger, A., Einsle, F., Hoyer, J., Strauß, B., Linden, M. und Härtling, S. (2017). **Subjektiv erlebte Nebenwirkungen ambulanter Verhaltenstherapie: Zusammenhänge mit Patientenmerkmalen, Therapeutenmerkmalen und der Therapiebeziehung**. PPM - Psychother · Psychosom · Med Psychol 67, 338–344, doi:10.1055/s-0043-104930.
- Hagi, K., Kurokawa, S., Takamiya, A., Fujikawa, M., Kinoshita, S., Iizuka, M., Furukawa, S., Eguchi, Y. und Kishimoto, T. (2023). **Telepsychiatry versus face-to-face treatment: systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials**. Br J Psychiatry 223, 407–414, doi:10.1192/bjp.2023.86.
- Hall, J. D., Danna, M. N., Hoefft, T. J., Solberg, L. I., Takamine, L. H., Fortney, J. C., Nolan, J. P. und Cohen, D. J. (2022). **Patient and Clinician Perspectives on Two Telemedicine Approaches for Treating Patients with Mental Health Disorders in Underserved Areas**. J Am Board Fam Med 35, 465–474, doi:10.3122/jabfm.2022.03.210377.
- Hammersley, V., Donaghy, E., Parker, R., McNeilly, H., Atherton, H., Bikker, A., Campbell, J. und McKinstry, B. (2019). **Comparing the content and quality of video, telephone, and face-to-face consultations: a non-randomised, quasi-experimental, exploratory study in UK primary care**. Br J Gen Pract 69, e595–e604, doi:10.3399/bjgp19X704573.
- Haun, M. W., Hoffmann, M., Wildenauer, A., Tönnies, J., Wensing, M., Szecsenyi, J., Peters-Klimm, F., Krisam, R., Kronsteiner, D., Hartmann, M. und Friederich, H.-C. (2021a). **Health providers' experiences with mental health specialist video consultations in primary care: a qualitative study nested within a randomised feasibility trial**. BMJ Open 11, e047829, doi:10.1136/bmjopen-2020-047829.
- Haun, M. W., Oeljeklaus, L., Hoffmann, M., Tönnies, J., Wensing, M., Szecsenyi, J., Peters-Klimm, F., Krisam, R., Kronsteiner, D., Hartmann, M. und Friederich,

8. LITERATURVERZEICHNIS

- H.-C. (2023). **Primary care patients' experiences of video consultations for depression and anxiety: a qualitative interview study embedded in a randomized feasibility trial.** BMC Health Serv Res 23, 9, doi:10.1186/s12913-022-09012-z.
- Haun, M. W., Tönnies, J., Graue, L., Hartmann, M., Wensing, M., Szecsenyi, J., Wild, B. und Friederich, H.-C. (2022). **Mental health specialist video consultations for patients with somatic symptom disorder in primary care: protocol for a randomised feasibility trial (the VISION trial).** BMJ Open 12, e058150, doi:10.1136/bmjopen-2021-058150.
- Haun, M. W., Tönnies, J., Krisam, R., Kronsteiner, D., Wensing, M., Szecsenyi, J., Vomhof, M., Icks, A., Wild, B., Hartmann, M. und Friederich, H.-C. (2021b). **Mental health specialist video consultations versus treatment as usual in patients with depression or anxiety disorders in primary care: study protocol for an individually randomised superiority trial (the PROVIDE-C trial).** Trials 22, 327, doi:10.1186/s13063-021-05289-3.
- Haun, M. W., Tönnies, J., Oeljeklaus, L., Hoffmann, M., Wensing, M., Szecsenyi, J., Friederich, H.-C. und Hartmann, M. (2019). **[Psychotherapeutic Video Consultations in Primary Care - Concept of the PROVIDE Intervention and Results on the Intent to Adopt in Psychotherapists].** Psychother Psychosom Med Psychol 69, 471–474, doi:10.1055/a-0948-5494.
- Hilty, D. M., Ferrer, D. C., Parish, M. B., Johnston, B., Callahan, E. J. und Yellowlees, P. M. (2013). **The Effectiveness of Telemental Health: A 2013 Review.** Telemed E-Health 19, 444–454, doi:10.1089/tmj.2013.0075.
- Hilty, D. M., Rabinowitz, T., McCarron, R. M., Katzelnick, D. J., Chang, T., Bauer, A. M. und Fortney, J. (2018). **An Update on Telepsychiatry and How It Can Leverage Collaborative, Stepped, and Integrated Services to Primary Care.** Psychosomatics 59, 227–250, doi:10.1016/j.psych.2017.12.005.
- Hoffmann, M., Hartmann, M., Wensing, M., Friederich, H.-C. und Haun, M. W. (2019). **Potential for Integrating Mental Health Specialist Video Consultations in Office-Based Routine Primary Care: Cross-Sectional Qualitative Study Among Family Physicians.** J Med Internet Res 21, doi:10.2196/13382.
- Hoffmann, M., Wensing, M., Peters-Klimm, F., Szecsenyi, J., Hartmann, M., Friederich, H.-C. und Haun, M. W. (2020). **Perspectives of Psychotherapists and Psychiatrists on Mental Health Care Integration Within Primary Care Via Video Consultations: Qualitative Preimplementation Study.** J Med Internet Res 22, e17569, doi:10.2196/17569.
- Hoffmann, T. C., Glasziou, P. P., Boutron, I., Milne, R., Perera, R., Moher, D., Altman, D. G., Barbour, V., Macdonald, H., Johnston, M., Lamb, S. E., Dixon-Woods, M., McCulloch, P., Wyatt, J. C., Chan, A.-W. und Michie, S. (2014). **Better reporting of interventions: template for intervention description and replication (TIDieR) checklist and guide.** BMJ 348, g1687, doi:10.1136/bmj.g1687.

8. LITERATURVERZEICHNIS

- Hunter, C. L., Funderburk, J. S., Polaha, J., Bauman, D., Goodie, J. L. und Hunter, C. M. (2018). **Primary Care Behavioral Health (PCBH) Model Research: Current State of the Science and a Call to Action**. *J Clin Psychol Med Settings* 25, 127–156, doi:10.1007/s10880-017-9512-0.
- Jakobsson, U., Westergren, A., Lindskov, S. und Hagell, P. (2012). **Construct validity of the SF-12 in three different samples**. *J Eval Clin Pract* 18, 560–566, doi:10.1111/j.1365-2753.2010.01623.x.
- Jones, H. und Cipriani, A. (2019). **Barriers and incentives to recruitment in mental health clinical trials**. *BMJ Ment Health* 22, 49–50, doi:10.1136/ebmental-2019-300090.
- Kanapaux, W. (2004). **The road to integrated care: commitment is the key; Tennessee CMHC demonstrates promise of co-located behavioral and primary care**. *Behav Healthc Tomorrow* 13, 10–15.
- Kassenärztliche Bundesvereinigung (2022a). Regionale Verteilung der Ärzte in der vertragsärztlichen Versorgung, URL: <https://gesundheitsdaten.kbv.de/cms/html/16402.php> [27.07.2023].
- Kassenärztliche Bundesvereinigung (2022b). Videosprechstunde: Übersicht zur Vergütung, URL: https://www.kbv.de/media/sp/Videosprechstunde__uebersicht_Verguetung.pdf [27.07.2023].
- Kassenärztliche Bundesvereinigung (2023). Videosprechstunde, URL: <https://www.kbv.de/html/videosprechstunde.php> [27.07.2023].
- Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg (2023). Ärzte/Therapeuten nach Fachgruppen, URL: <https://www.kvbawue.de/ueber-uns/daten-fakten/aerzthe-therapeuten-nach-fachgruppen> [27.07.2023].
- Kassenärztliche Vereinigung Rheinland-Pfalz (2023). Altersstruktur Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten, URL: https://www.kv-rlp.de/fileadmin/user_upload/Downloads/Institution/Engagement/Versorgungsforschung/KVRLP_Altersstruktur_Rheinland-Pfalz.pdf [27.07.2023].
- Kawachi, I. und Berkman, L. F. (2001). **Social ties and mental health**. *J Urban Health* 78, 458–467, doi:10.1093/jurban/78.3.458.
- Kearney, L. K., Post, E. P., Pomerantz, A. S. und Zeiss, A. M. (2014). **Applying the interprofessional patient aligned care team in the Department of Veterans Affairs: Transforming primary care**. *Am Psychol* 69, 399–408, doi:10.1037/a0035909.
- Kontodimopoulos, N., Pappa, E., Niakas, D. und Tountas, Y. (2007). **Validity of SF-12 summary scores in a Greek general population**. *Health Qual Life Outcomes* 5, 55, doi:10.1186/1477-7525-5-55.
- Kreyenbuhl, J., Record, E. J. und Palmer-Bacon, J. (2016). **A review of behavioral tailoring strategies for improving medication adherence in serious**

8. LITERATURVERZEICHNIS

- mental illness.** *Dialogues Clin Neurosci* 18, 191–201, doi:10.31887/DCNS.2016.18.2/jkreyenbuhl.
- Kringos, D. S., Boerma, W. G., Hutchinson, A., Saltman, R. B. und Organization, W. H. (2015). Building primary care in a changing Europe, World Health Organization. Regional Office for Europe.
- Kroenke, K., Baye, F. und Lourens, S. G. (2019). **Comparative validity and responsiveness of PHQ-ADS and other composite anxiety-depression measures.** *J Affect Disord* 246, 437–443, doi:10.1016/j.jad.2018.12.098.
- Kroenke, K., Spitzer, R. L. und Williams, J. B. W. (2001). **The PHQ-9 – Validity of a Brief Depression Severity Measure.** *J Gen Intern Med* 16, 606–613, doi:10.1046/j.1525-1497.2001.016009606.x.
- Kroenke, K., Spitzer, R. L., Williams, J. B. W. und Löwe, B. (2010). **The Patient Health Questionnaire Somatic, Anxiety, and Depressive Symptom Scales: a systematic review.** *Gen Hosp Psychiatry* 32, 345–359, doi:10.1016/j.genhosppsy.2010.03.006.
- Ladwig, I., Rief, W. und Nestoriuc, Y. (2014). **Welche Risiken und Nebenwirkungen hat Psychotherapie? - Entwicklung des Inventars zur Erfassung Negativer Effekte von Psychotherapie (INEP).** *Verhaltenstherapie* 24, 252–263, doi:10.1159/000367928.
- Linden, M., Walter, M., Fritz, K. und Muschalla, B. (2015). **Unerwünschte Therapiewirkungen bei verhaltenstherapeutischer Gruppentherapie.** *Nervenarzt* 86, 1371–1382, doi:10.1007/s00115-015-4297-6.
- Liu, Y., Pencheon, E., Hunter, R. M., Moncrieff, J. und Freemantle, N. (2018). **Recruitment and retention strategies in mental health trials – A systematic review.** *PLOS ONE* 13, e0203127, doi:10.1371/journal.pone.0203127.
- Marcus, S. C. und Olfson, M. (2010). **National Trends in the Treatment for Depression From 1998 to 2007.** *Arch Gen Psychiatry* 67, 1265–1273, doi:10.1001/archgenpsychiatry.2010.151.
- Mark, T. L., Levit, K. R. und Buck, J. A. (2009). **Datapoints: Psychotropic Drug Prescriptions by Medical Specialty.** *Psychiatr Serv* 60, 1167–1167, doi:10.1176/ps.2009.60.9.1167.
- Martínez, V., Rojas, G., Martínez, P., Zitko, P., Irarrázaval, M., Luttges, C. und Araya, R. (2018). **Remote Collaborative Depression Care Program for Adolescents in Araucanía Region, Chile: Randomized Controlled Trial.** *J Med Internet Res* 20, e8021, doi:10.2196/jmir.8021.
- Matsumoto, K., Hamatani, S. und Shimizu, E. (2021). **Effectiveness of Videoconference-Delivered Cognitive Behavioral Therapy for Adults With Psychiatric Disorders: Systematic and Meta-Analytic Review.** *J Med Internet Res* 23, e31293, doi:10.2196/31293.

8. LITERATURVERZEICHNIS

- Meier, R., Holderried, M. und Kraus, T. M. (2018). **Digitalisierung der Arzt-Patienten-Kommunikation**. In: **Entrepreneurship im Gesundheitswesen III: Digitalisierung – Innovationen – Gesundheitsversorgung**, Hrsg. Pfannstiel, M. A., Da-Cruz, P., und Rasche, C. Springer Fachmedien, Wiesbaden, S. 63–75, doi:10.1007/978-3-658-18413-1_4.
- Mitchell, A. J., Vaze, A. und Rao, S. (2009). **Clinical diagnosis of depression in primary care: a meta-analysis**. *The Lancet* 374, 609–619, doi:10.1016/S0140-6736(09)60879-5.
- Montazeri, A., Vahdaninia, M., Mousavi, S. J. und Omidvari, S. (2009). **The Iranian version of 12-item Short Form Health Survey (SF-12): factor structure, internal consistency and construct validity**. *BMC Public Health* 9, 341, doi:10.1186/1471-2458-9-341.
- Moreno, F. A., Chong, J., Dumbauld, J., Humke, M. und Byreddy, S. (2012). **Use of Standard Webcam and Internet Equipment for Telepsychiatry Treatment of Depression Among Underserved Hispanics**. *Psychiatr Serv* 63, 1213–1217, doi:10.1176/appi.ps.201100274.
- Moritz, S., Nestoriuc, Y., Rief, W., Klein, J. P., Jelinek, L. und Peth, J. (2019). **It can't hurt, right? Adverse effects of psychotherapy in patients with depression**. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 269, 577–586, doi:10.1007/s00406-018-0931-1.
- Murray, C. J., Vos, T., Lozano, R., Naghavi, M., Flaxman, A. D., Michaud, C., Ezzati, M., Shibuya, K., Salomon, J. A. und Abdalla, S. (2012). **Disability-adjusted life years (DALYs) for 291 diseases and injuries in 21 regions, 1990–2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010**. *The Lancet* 380, 2197–2223.
- National Collaborating Centre for Mental Health (2004). *Depression. Management of depression in primary and secondary care. Clinical guideline 23.*, London.
- Newby, J. M., McKinnon, A., Kuyken, W., Gilbody, S. und Dalglish, T. (2015). **Systematic review and meta-analysis of transdiagnostic psychological treatments for anxiety and depressive disorders in adulthood**. *Clin Psychol Rev* 40, 91–110, doi:10.1016/j.cpr.2015.06.002.
- Pollard Jr., R. Q., Betts, W. R., Carroll, J. K., Waxmonsky, J. A., Barnett, S., deGruy III, F. V., Pickler, L. L. und Kellar-Guenther, Y. (2014). **Integrating primary care and behavioral health with four special populations: Children with special needs, people with serious mental illness, refugees, and deaf people**. *Am Psychol* 69, 377–387, doi:10.1037/a0036220.
- R Core Team (2021). *R: A Language and Environment for Statistical Computing*, URL: <https://www.R-project.org/>.
- Radoschewski, M. (2000). **Gesundheitsbezogene Lebensqualität – Konzepte und Maße**. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz* 43, 165–189, doi:10.1007/s001030050033.

8. LITERATURVERZEICHNIS

- Ratzliff, A. und Sunderji, N. (2018). **Tele-Behavioral Health, Collaborative Care, and Integrated Care: Learning to Leverage Scarce Psychiatric Resources over Distance, Populations, and Time.** *Acad Psychiatry* 42, 834–840, doi:10.1007/s40596-018-0984-5.
- Reiter, J. T., Dobmeyer, A. C. und Hunter, C. L. (2018). **The Primary Care Behavioral Health (PCBH) Model: An Overview and Operational Definition.** *J Clin Psychol Med Settings* 25, 109–126, doi:10.1007/s10880-017-9531-x.
- Renn, B. N., Johnson, M., Powers, D. M., Vredevoogd, M. und Unützer, J. (2022). **Collaborative care for depression yields similar improvement among older and younger rural adults.** *J Am Geriatr Soc* 70, 110–118.
- Robert Koch-Institut (Hrsg) (2021). **PSYCHISCHE GESUNDHEIT IN DEUTSCHLAND.** Erkennen - Bewerten - Handeln, RKI, Berlin.
- Santini, Z. I., Koyanagi, A., Tyrovolas, S., Mason, C. und Haro, J. M. (2015). **The association between social relationships and depression: A systematic review.** *J Affect Disord* 175, 53–65, doi:10.1016/j.jad.2014.12.049.
- Schoen, C., Osborn, R., Doty, M. M., Squires, D., Peugh, J. und Applebaum, S. (2009). **A Survey Of Primary Care Physicians In Eleven Countries, 2009: Perspectives On Care, Costs, And Experiences.** *Health Aff (Millwood)* 28, w1171–w1183, doi:10.1377/hlthaff.28.6.w1171.
- Schulz, K. F., Altman, D. G. und Moher, D. (2010). **CONSORT 2010 Statement: updated guidelines for reporting parallel group randomised trials.** *BMJ* 340, c332, doi:10.1136/bmj.c332.
- Schumacher, J., Klaiberg, A. und Brähler, E. (2003). **Diagnostik von Lebensqualität und Wohlbefinden – Eine Einführung.** In: **Diagnostische Verfahren zu Lebensqualität und Wohlbefinden**, Hogrefe, Göttingen.
- Scott, A. M., Clark, J., Greenwood, H., Krzyzaniak, N., Cardona, M., Peiris, R., Sims, R. und Glasziou, P. (2022). **Telehealth v. face-to-face provision of care to patients with depression: a systematic review and meta-analysis.** *Psychol Med* 52, 2852–2860, doi:10.1017/S0033291722002331.
- Snoswell, C. L., Smith, A. C., Page, M. und Caffery, L. J. (2023). **Patient preferences for specialist outpatient video consultations: A discrete choice experiment.** *J Telemed Telecare* 29, 707–715, doi:10.1177/1357633X211022898.
- Spitzer, R. L., Kroenke, K., Williams, J. B. W., und and the Patient Health Questionnaire Primary Care Study Group (1999). **Validation and Utility of a Self-report Version of PRIME-MD The PHQ Primary Care Study.** *JAMA* 282, 1737–1744, doi:10.1001/jama.282.18.1737.
- Spitzer, R. L., Williams, J. B. W., Kroenke, K., Hornyak, R. und McMurray, J. (2000). **Validity and utility of the PRIME-MD Patient Health Questionnaire in assessment of 3000 obstetric-gynecologic patients: The PRIME-MD Patient**

8. LITERATURVERZEICHNIS

- Health Questionnaire Obstetrics-Gynecology Study.** Am J Obstet Gynecol 183, 759–769, doi:10.1067/mob.2000.106580.
- Steel, Z., Marnane, C., Iranpour, C., Chey, T., Jackson, J. W., Patel, V. und Silove, D. (2014). **The global prevalence of common mental disorders: a systematic review and meta-analysis 1980–2013.** Int J Epidemiol 43, 476–493, doi:10.1093/ije/dyu038.
- Steffen, A., Thom, J., Jacobi, F., Holstiege, J. und Bätzing, J. (2020). **Trends in prevalence of depression in Germany between 2009 and 2017 based on nationwide ambulatory claims data.** J Affect Disord 271, 239–247, doi:10.1016/j.jad.2020.03.082.
- Streiner, D. L. (2003). **Starting at the Beginning: An Introduction to Coefficient Alpha and Internal Consistency.** J Pers Assess 80, 99–103, doi:10.1207/S15327752JPA8001_18.
- The Commonwealth Fund (2020). International Health Care System Profiles: Germany, URL: <https://www.commonwealthfund.org/international-health-policy-center/countries/germany> [27.07.2023].
- Tönnies, J., Graue, L., Ayoub-Schreifeldt, M., Wensing, M., Szecsenyi, J., Friederich, H.-C. und Haun, M. W. (2023). **Integrierte Behandlung von Patient*innen mit somatischer Belastungsstörung in Hausarztpraxen – Eine qualitative, patient*innenbeteiligende Evaluation einer randomisierten Machbarkeitsstudie.** PPmP - Psychother · Psychosom · Med Psychol, doi:10.1055/a-2105-3402.
- Tönnies, J., Hartmann, M., Wensing, M., Szecsenyi, J., Icks, A., Friederich, H.-C. und Haun, M. W. (2019). **Mental health specialist video consultations for patients with depression or anxiety disorders in primary care: protocol for a randomised controlled feasibility trial.** BMJ Open 9, e030003, doi:10.1136/bmjopen-2019-030003.
- Tönnies, J., Hartmann, M., Wensing, M., Szecsenyi, J., Peters-Klimm, F., Brinster, R., Weber, D., Vomhof, M., Icks, A., Friederich, H.-C. und Haun, M. W. (2021a). **Mental Health Specialist Video Consultations Versus Treatment-as-Usual for Patients With Depression or Anxiety Disorders in Primary Care: Randomized Controlled Feasibility Trial.** JMIR Ment Health 8, e22569, doi:10.2196/22569.
- Tönnies, J., Oeljeklaus, L., Wensing, M., Hartmann, M., Friederich, H.-C. und Haun, M. W. (2021b). **Health policy experts' perspectives on implementing mental health specialist video consultations in routine primary care - a qualitative interview study.** BMC Health Serv Res 21, 713, doi:10.1186/s12913-021-06676-x.
- Trautman, S. und Beesdo-Baum, K. (2017). **The Treatment of Depression in Primary Care.** Dtsch Arztebl Int, doi:10.3238/arztebl.2017.0721.
- Turvey, C., Coleman, M., Dennison, O., Drude, K., Goldenson, M., Hirsch, P., Jueneman, R., Kramer, G. M., Luxton, D. D., Maheu, M. M., Malik, T. S.,

8. LITERATURVERZEICHNIS

- Mishkind, M. C., Rabinowitz, T., Roberts, L. J., Sheeran, T., Shore, J. H., Shore, P., van Heeswyk, F., Wregglesworth, B., Yellowlees, P., Zucker, M. L., Krupinski, E. A. und Bernard, J. (2013). **ATA Practice Guidelines for Video-Based Online Mental Health Services**. *Telemed E-Health* 19, 722–730, doi:10.1089/tmj.2013.9989.
- U.S. Department of Veterans Affairs (2023). Veterans Health Administration, URL: <https://www.va.gov/health/> [27.07.2023].
- Vos, T., Barber, R. M., Bell, B., Bertozzi-Villa, A., Biryukov, S., Bolliger, I., Charlson, F., Davis, A., Degenhardt, L. und Dicker, D. (2015). **Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 301 acute and chronic diseases and injuries in 188 countries, 1990–2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013**. *The Lancet* 386, 743–800.
- Ware, J. E., Kosinski, M. und Keller, S. D. (1996). **A 12-Item Short-Form Health Survey: Construction of Scales and Preliminary Tests of Reliability and Validity**. *Med Care* 34, 220–233.
- Waugh, M., Calderone, J., Brown Levey, S., Lyon, C., Thomas, M., DeGruy, F. und Shore, J. H. (2018). **Using Telepsychiatry to Enrich Existing Integrated Primary Care**. *Telemed E-Health* 25, 762–768, doi:10.1089/tmj.2018.0132.
- Wilczewski, H., Paige, S. R., Ong, T., Soni, H., Barrera, J. F., Welch, B. M. und Bunnell, B. E. (2022). **Providers' Perspectives on Telemental Health Usage After the COVID-19 Pandemic: Retrospective Analysis**. *JMIR Form Res* 6, e39634, doi:10.2196/39634.
- Williams, E. V. L., Unützer, J., Lee, S. und Noël, P. H. (2009). **Collaborative Depression Care for the Old-Old: Findings From the IMPACT Trial**. *Am J Geriatr Psychiatry* 17, 1040–1049, doi:10.1097/JGP.0b013e3181b4bf08.
- Wittkamp, K. A., Naeije, L., Schene, A. H., Huyser, J. und van Weert, H. C. (2007). **Diagnostic accuracy of the mood module of the Patient Health Questionnaire: a systematic review**. *Gen Hosp Psychiatry* 29, 388–395, doi:10.1016/j.genhosppsy.2007.06.004.
- Wolfersdorf, M. (2008). **Depression und Suizid**. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz* 51, 443–450, doi:10.1007/s00103-008-0513-x.
- Woods, J.-B., Greenfield, G., Majeed, A. und Hayhoe, B. (2020). **Clinical effectiveness and cost effectiveness of individual mental health workers colocated within primary care practices: a systematic literature review**. *BMJ Open* 10, e042052, doi:10.1136/bmjopen-2020-042052.
- World Health Organization (2017). *Depression and Other Common Mental Disorders: Global Health Estimates.*, World Health Organization, Genf, URL: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/254610/WHO-MSD-MER-2017.2-eng.pdf?sequence=1>.

8. LITERATURVERZEICHNIS

- World Health Organization (WHO) (1993). The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders.
- World Health Organization (WHO) und World Organization of Family Doctors (Wonca) (2008). Integrating mental health into primary care: a global perspective, World Health Organization, Genf, URL: <https://www.who.int/publications-detail-redirect/9789241563680> [Stand Februar 2023].
- Yellowlees, P. M., Parish, M. B., Gonzalez, A. D., Chan, S. R., Hilty, D. M., Yoo, B.-K., Leigh, J. P., McCarron, R. M., Scher, L. M., Sciolla, A. F., Shore, J., Xiong, G., Soltero, K. M., Fisher, A., Fine, J. R., Bannister, J. und Iosif, A.-M. (2021). **Clinical Outcomes of Asynchronous Versus Synchronous Telepsychiatry in Primary Care: Randomized Controlled Trial.** *J Med Internet Res* 23, e24047, doi:10.2196/24047.
- Yeung, A., Martinson, M. A., Baer, L., Chen, J., Clain, A., Williams, A., Chang, T. E., Trinh, N.-H. T., Alpert, J. E. und Fava, M. (2016). **The Effectiveness of Telepsychiatry-Based Culturally Sensitive Collaborative Treatment for Depressed Chinese American Immigrants: A Randomized Controlled Trial.** *J Clin Psychiatry* 77, 20755, doi:10.4088/JCP.15m09952.
- Younès, N., Passerieux, C., Hardy-Bayle, M.-C., Falissard, B. und Gasquet, I. (2008). **Long term GP opinions and involvement after a consultation-liaison intervention for mental health problems.** *BMC Fam Pract* 9, 41, doi:10.1186/1471-2296-9-41.
- Younsi, M. und Chakroun, M. (2014). **Measuring health-related quality of life: psychometric evaluation of the Tunisian version of the SF-12 health survey.** *Qual Life Res* 23, 2047–2054, doi:10.1007/s11136-014-0641-8.
- Zhang, A., Franklin, C., Jing, S., Bornheimer, L. A., Hai, A. H., Himle, J. A., Kong, D. und Ji, Q. (2019). **The effectiveness of four empirically supported psychotherapies for primary care depression and anxiety: A systematic review and meta-analysis.** *J Affect Disord* 245, 1168–1186, doi:10.1016/j.jad.2018.12.008.

9. EIGENANTEIL AN DATENERHEBUNG UND -AUSWERTUNG UND EIGENE VERÖFFENTLICHUNGEN

Diese Arbeit wurde im Rahmen des PROVIDE-Projektes durchgeführt (PROVIDE – Optimierung der Zusammenarbeit zwischen Hausärzten und Psychotherapeuten: Eine Studie zur Implementierung von Videokonsultationen (ImPROving cross-sectoral collaboration between primary and psychosocial, care: An implementation study on VIDEo consultations)). Von September 2018 bis Dezember 2022 war ich als Wissenschaftlicher Mitarbeiter in der Klinik für Allgemeine Innere Medizin und Psychosomatik für die Planung, Durchführung und Auswertung des Projekts verantwortlich. Im Rahmen der Machbarkeitsstudie PROVIDE-B war ich gemeinsam mit Dr. Markus Haun, Projektleiter des PROVIDE-Projektes, verantwortlich für die Konzeption der Intervention, die Rekrutierung von Hausarzt*innen und Patient*innen und hauptverantwortlich für die Umsetzung der Datenerhebungen und der Datenbereinigung als Vorbereitung der Analyse durch das Institut für Medizinische Biometrie. Bei der Durchführung der Hauptstudie PROVIDE-C war ich verantwortlich für die Entwicklung des Studienprotokolls, der Konzeption der Intervention, der Rekrutierung von Patient*innen, Hausarzt*innen und Psychotherapeut*innen und der operativen Umsetzung komplexer Datenerhebungen bei über 370 Proband*innen inklusive der Koordination eines Teams von bis zu zehn studentischen Mitarbeitenden. Zum Ende des Projekts fielen die Rückabwicklung der Hausarztpraxen und die Datenaufbereitung inklusive der Kontrolle über Vollständigkeit in meine Verantwortung.

Teile der vorliegenden Arbeit wurden in folgenden Aufsätzen vorab publiziert:

1. Tönnies, J., Oeljeklaus, L., Wensing, M., Hartmann, M., Friederich, H.-C. und Haun, M. W. (2021b). **Health policy experts' perspectives on implementing mental health specialist video consultations in routine primary care - a qualitative interview study.** BMC Health Serv Res 21, 713, doi:10.1186/s12913-021-06676-x.
2. Tönnies, J., Hartmann, M., Wensing, M., Szecsenyi, J., Icks, A., Friederich, H.-C., & Haun, M. W. (2019). **Mental health specialist video consultations for patients with depression or anxiety disorders in primary care: protocol for a randomised controlled feasibility trial.** BMJ open, 9(9), e030003. doi:10.1136/bmjopen-2019-030003.
3. Tönnies, J., Hartmann, M., Wensing, M., Szecsenyi, J., Peters-Klimm, F., Brinster, R., Weber, D., Vomhof, M., Icks, A., Friederich, H.-C. und Haun, M. W. (2021a). **Mental Health Specialist Video Consultations Versus Treatment-as-Usual for Patients With Depression or Anxiety Disorders in Primary Care: Randomized Controlled Feasibility Trial.** JMIR Ment Health 8, e22569, doi:10.2196/22569.

9. EIGENANTEIL AN DATENERHEBUNG UND -AUSWERTUNG UND EIGENE VERÖFFENTLICHUNGEN

4. Haun, M. W., Hoffmann, M., Wildenauer, A., Tönnies, J., Wensing, M., Szecsenyi, J., Peters-Klimm, F., Krisam, R., Kronsteiner, D., Hartmann, M., & Friederich, H.-C. (2021). **Health providers' experiences with mental health specialist video consultations in primary care: a qualitative study nested within a randomised feasibility trial.** *BMJ open*, 11(11), e047829. doi:10.1136/bmjopen-2020-047829.
5. Haun, M. W., Oeljeklaus, L., Hoffmann, M., Tönnies, J., Wensing, M., Szecsenyi, J., Peters-Klimm, F., Krisam, R., Kronsteiner, D., Hartmann, M. und Friederich, H.-C. (2023). **Primary care patients' experiences of video consultations for depression and anxiety: a qualitative interview study embedded in a randomized feasibility trial.** *BMC Health Serv Res* 23, 9, doi:10.1186/s12913-022-09012-z.
6. Haun, M. W., Tönnies, J., Krisam, R., Kronsteiner, D., Wensing, M., Szecsenyi, J., Vomhof, M., Icks, A., Wild, B., Hartmann, M., & Friederich, H.-C. (2021). **Mental health specialist video consultations versus treatment as usual in patients with depression or anxiety disorders in primary care: study protocol for an individually randomised superiority trial (the PROVIDE-C trial).** *Trials*, 22(1), 327. doi:10.1186/s13063-021-05289-3.

Publikation 1 basiert auf den Ausführungen zur Bedarfsanalyse und Vorstudie PROVIDE-A in Kapitel 2.5.1 als Teil des wissenschaftlichen Hintergrunds. Mein Eigenanteil an der Publikation erstreckt sich über die Auswertung der Interviews, das Schreiben des Manuskriptentwurfs und der Überarbeitung im Rahmen des Begutachtungsprozesses. Die Publikationen 2 und 3 basieren auf den Ausführungen zur Machbarkeitsstudie PROVIDE-B in Kapitel 2.5.2. als Teil des wissenschaftlichen Hintergrunds. Mein Eigenanteil an diesen Publikationen erstreckt sich über die Konzeption des Studienprotokolls, der quantitativen Datenerhebung, der Datenaufbereitung, das Schreiben und der Überarbeitung beider Manuskriptentwürfe. Die Publikationen 4 und 5 beschreiben die Ergebnisse der qualitativen Prozessevaluation der Machbarkeitsstudie und werden ebenfalls in Kapitel 2.5.2 ausgeführt. Mein Eigenanteil an diesen Publikationen erstreckt sich über die Konzeption der Datenerhebung, der Rekrutierung der Interviewpartner*innen, der kritischen Begutachtung des erarbeiteten Codesystems und der Mitarbeit an der Manuskriptentwicklung. Publikation 6 beschreibt die Methodik der Hauptstudie PROVIDE-C und Teile davon werden in den Kapiteln zur Rekrutierung, Datenerhebung und Intervention (3.3, 3.4 und 3.5) ausgeführt. Mein Eigenanteil an dieser Publikation erstreckt sich über die Entwicklung des Studienprotokolls, der Mitarbeit am Schreiben des Manuskriptentwurfs und der Überarbeitung im Rahmen des Begutachtungsprozesses.

Weitere eigene Veröffentlichungen

7. Tönnies, J., Graue, L., Ayoub-Schreifeldt, M., Wensing, M., Szecsenyi, J., Friederich, H.-C., Haun, M.W. (2023) **Integrierte Behandlung von Patient*innen mit somatischer Belastungsstörung in Hausarztpraxen – Eine qualitative, patient*innenbeteiligende Evaluation einer randomisierten Machbarkeitsstudie.** PPMp - Psychother · Psychosom · Med Psychol, doi:10.1055/a-2105-3402.
8. Haun, M. W., Wildenauer, A., Hartmann, M., Bleyel, C., Becker, N., Jäger, D., Friederich, H.-C., & Tönnies, J. (2022). **Negotiating decisions on aggressive cancer care at end-of-life between patients, family members, and physicians – A qualitative interview study.** Front Oncol, 12. <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fonc.2022.870431>.
9. Schakowski, A., Tönnies, J., Friederich, H.-C., Hartmann, M., & Haun, M. W. (2022). **The Inventory of Complicated Grief—A Systematic Psychometric Review and Conceptual Replication Study of the Structural Validity.** Assessment, 10731911221100980. doi:10.1177/10731911221100980.
10. Haun, M. W., Tönnies, J., Graue, L., Hartmann, M., Wensing, M., Szecsenyi, J., Wild, B., & Friederich, H.-C. (2022). **Mental health specialist video consultations for patients with somatic symptom disorder in primary care: protocol for a randomised feasibility trial (the VISION trial).** BMJ open, 12(4), e058150. doi:10.1136/bmjopen-2021-058150.
11. Tönnies, J., Hartmann, M., Jäger, D., Bleyel, C., Becker, N., Friederich, H.-C., & Haun, M. W. (2021). **Aggressiveness of Care at the End-of-Life in Cancer Patients and Its Association With Psychosocial Functioning in Bereaved Caregivers.** Front Oncol, 11, 673147. doi:10.3389/fonc.2021.673147.
12. Shedden-Mora, M. C., Kuby, A., Tönnies, J., Piontek, K., & Löwe, B. (2020). **Stepped, collaborative, coordinated care for somatic symptom and related disorders (Sofu-Net): A mixed-methods evaluation among health care professionals.** Z Psychol, 228, 119–129. doi:10.1027/2151-2604/a000405.
13. Haun, M. W., Hoffmann, M., Tönnies, J., Dinger, U., Hartmann, M., & Friederich, H.-C. (2020). **Videokonsultationen durch Psychotherapeuten in Zeiten der COVID-19-Pandemie: Wirksamkeit, Gestaltung des Settings und erste Erfahrungen aus einer Machbarkeitsstudie sowie mit dem Routineangebot im Krankenhaus.** Psychotherapeut, 65(4), 291–296. doi:10.1007/s00278-020-00438-6.
14. Haun, M. W., Tönnies, J., Oeljeklaus, L., Hoffmann, M., Wensing, M., Szecsenyi, J., Friederich, H.-C., & Hartmann, M. (2019). **Videokonsultationen durch Psychotherapeuten in der Hausarztpraxis.** PPMp - Psychother · Psychosom · Med Psychol, 69(11), 471–474. doi:10.1055/a-0948-5494.
15. Khan, Z., Muller, S., Ahmed, S., Tönnies, J., Nadir, F. und Samkange-Zeeb, F. (2015). **Quantitative Review of Oral Cancer Research Output from Pakistan.** Asian Pac J Cancer Prev, 16, 4733–4739, doi:10.7314/APJCP.2015.16.11.4733.
16. Khan, Z., Tönnies, J. und Müller, S. (2014). **Smokeless Tobacco and Oral Cancer in South Asia: A Systematic Review with Meta-Analysis.** Journal of Cancer Epidemiology, e394696, doi:10.1155/2014/394696.

ANHANG

Fragebogen der PROVIDE-C Studie (Postbefragung exemplarisch für jeden Zeitpunkt)



Randomisiert-kontrollierte Interventionsstudie
Implementierung von durch Psychotherapeuten durchgeführten
Videokonsultationen
bei in der Hausarztpraxis vorstelligen Patienten
mit depressiven und Angststörungen (PROVIDE-C)

- POST T2 -

ID: _____

Datum: _____

Ihr Studienteam



Gesundheitsfragebogen für Patienten (PHQ-D)

Dieser Fragebogen ist ein wichtiges Hilfsmittel, um Ihnen die bestmögliche Behandlung zukommen zu lassen. Ihre Antworten können Ihrem Arzt helfen, Ihre Beschwerden besser zu verstehen. Bitte beantworten Sie jede Frage so gut Sie können. Überspringen Sie Fragen bitte nur, wenn Sie dazu aufgefordert werden.

1 Wie oft fühlten Sie sich im Verlauf der <u>letzten zwei Wochen</u> durch die folgenden Beschwerden beeinträchtigt?	Überhaupt nicht	An einzelnen Tagen	An mehr als der Hälfte der Tage	Beinahe jeden Tag
a. Wenig Interesse oder Freude an Ihren Tätigkeiten	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3
b. Niedergeschlagenheit, Schwermut oder Hoffnungslosigkeit	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3
c. Schwierigkeiten ein- oder durchzuschlafen oder vermehrter Schlaf	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3
d. Müdigkeit oder Gefühl, keine Energie zu haben	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3
e. Verminderter Appetit oder übermäßiges Bedürfnis zu essen	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3
f. Schlechte Meinung von sich selbst; Gefühl, ein Versager zu sein oder die Familie enttäuscht zu haben	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3
g. Schwierigkeiten, sich auf etwas zu konzentrieren, z.B. beim Zeitunglesen oder Fernsehen	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3
h. Waren Ihre Bewegungen oder Ihre Sprache so verlangsamt, dass es auch anderen auffallen würde? Oder waren Sie im Gegenteil „zappelig“ oder ruhelos und hatten dadurch einen stärkeren Bewegungsdrang als sonst?	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3

	Überhaupt nicht	An einzelnen Tagen	An mehr als der Hälfte der Tage	Beinahe jeden Tag
i. Gedanken, dass Sie lieber tot wären oder sich Leid zufügen möchten	<input type="radio"/> O ₀	<input type="radio"/> O ₁	<input type="radio"/> O ₂	<input type="radio"/> O ₃

2 Wie oft fühlten Sie sich im Verlauf der <u>letzten zwei Wochen</u> durch die folgenden Beschwerden beeinträchtigt?	Überhaupt nicht	An einzelnen Tagen	An mehr als der Hälfte der Tage	Beinahe jeden Tag
a. Nervosität, Ängstlichkeit oder Anspannung	<input type="radio"/> O ₀	<input type="radio"/> O ₁	<input type="radio"/> O ₂	<input type="radio"/> O ₃
b. Nicht in der Lage sein, Sorgen zu stoppen oder zu kontrollieren	<input type="radio"/> O ₀	<input type="radio"/> O ₁	<input type="radio"/> O ₂	<input type="radio"/> O ₃
c. Übermäßige Sorgen bezüglich verschiedener Angelegenheiten	<input type="radio"/> O ₀	<input type="radio"/> O ₁	<input type="radio"/> O ₂	<input type="radio"/> O ₃
d. Schwierigkeiten zu entspannen	<input type="radio"/> O ₀	<input type="radio"/> O ₁	<input type="radio"/> O ₂	<input type="radio"/> O ₃
e. Rastlosigkeit, so dass Stillsitzen schwer fällt	<input type="radio"/> O ₀	<input type="radio"/> O ₁	<input type="radio"/> O ₂	<input type="radio"/> O ₃
f. Schnelle Verärgerung oder Gereiztheit	<input type="radio"/> O ₀	<input type="radio"/> O ₁	<input type="radio"/> O ₂	<input type="radio"/> O ₃
g. Gefühl der Angst, so als würde etwas schlimmes passieren	<input type="radio"/> O ₀	<input type="radio"/> O ₁	<input type="radio"/> O ₂	<input type="radio"/> O ₃

3 Frage zum Thema „Angst“	Nein	Ja
a. Hatten Sie in den <u>letzten 4 Wochen</u> eine Angstattacke (plötzliches Gefühl der Furcht oder Panik)?	<input type="radio"/> O ₀	<input type="radio"/> O ₁

Gesundung und Selbstbestimmung (RAS-G)

Bitte bewerten Sie jede der folgenden Aussagen, indem Sie in jeder Zeile nur ein Kreuz machen.

	Stimmt gar nicht	Stimmt kaum	Teils teils	Stimmt ziemlich	Stimmt völlig
1. Ich habe den Wunsch, erfolgreich zu sein.	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4
2. Ich habe Ziele, die ich in meinem Leben erreichen möchte.	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4
3. Ich glaube, dass ich meine aktuellen persönlichen Ziele erreichen kann.	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4
4. Ich sehe Sinn im Leben.	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4
5. Was auch immer in meinem Leben geschieht, ich kann damit umgehen.	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4
6. Ich blicke zuversichtlich in die Zukunft.	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4
7. Ich finde immer wieder neue Interessen im Leben.	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4
8. Meine Symptome schränken mein Leben immer weniger ein.	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4
9. Jedes Mal, wenn meine Symptome wieder neu auftreten, belasten sie mich kürzer.	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4
10. Ich weiß, wann ich um Hilfe bitten sollte.	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4

ANHANG

	Stimmt gar nicht	Stimmt kaum	Teils teils	Stimmt ziemlich	Stimmt völlig
11 Ich bin bereit, um Hilfe zu bitten.	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4
12 Ich bitte um Hilfe, wenn ich sie benötige.	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4
13 Ich habe in meinem Umfeld Menschen, auf die ich zählen kann.	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4
14 Auch wenn ich mal selbst nicht an mich glaube, andere Menschen glauben an mich.	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4

bitte auf nächster Seite weiter

Körperliche Belastung (SSD-12)

		Nie	Selten	Manchmal	Oft	Sehr oft
1	Ich denke, dass meine körperlichen Beschwerden Anzeichen einer ernsthaften Erkrankung sind.	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4
2	Ich mache mir große Sorgen um meine Gesundheit.	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4
3	Meine gesundheitlichen Sorgen behindern mich im Alltag.	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4
4	Ich bin von der Ernsthaftigkeit meiner körperlichen Beschwerden überzeugt.	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4
5	Meine körperlichen Beschwerden machen mir Angst.	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4
6	Meine körperlichen Beschwerden beschäftigen mich den größten Teil des Tages.	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4
7	Andere sagen mir, dass meine körperlichen Beschwerden nicht schlimm sind.	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4
8	Ich mache mir Sorgen, dass meine körperlichen Beschwerden niemals aufhören werden.	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4
9	Die Sorgen um meine Gesundheit rauben mir Energie.	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4
10	Ich denke, dass die Ärzte meine körperlichen Beschwerden nicht ernst nehmen.	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4
11	Ich mache mir Sorgen auch in Zukunft durch meine körperlichen Beschwerden beeinträchtigt zu bleiben.	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4
12	Durch meine körperlichen Beschwerden kann ich mich schlecht auf andere Dinge konzentrieren.	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4

Fragebogen zum Allgemeinen Gesundheitszustand SF-12

In diesem Fragebogen geht es um Ihre Beurteilung Ihres Gesundheitszustandes. Der Bogen ermöglicht es, im Zeitverlauf nachzuvollziehen, wie Sie sich fühlen und wie Sie im Alltag zurechtkommen.

Bitte beantworten Sie jede Frage, indem Sie bei den Antwortmöglichkeiten die Zahl ankreuzen, die am besten auf Sie zutrifft.

	Ausgezeichnet	Sehr gut	Gut	Weniger gut	Schlecht
1 Wie würden Sie Ihren Gesundheitszustand im Allgemeinen beschreiben?	<input type="radio"/> 0 ₁	<input type="radio"/> 0 ₂	<input type="radio"/> 0 ₃	<input type="radio"/> 0 ₄	<input type="radio"/> 0 ₅

Im Folgenden sind einige Tätigkeiten beschrieben, die Sie vielleicht an einem normalen Tag ausüben. *Sind Sie durch Ihren derzeitigen Gesundheitszustand bei diesen Tätigkeiten eingeschränkt? Wenn ja, wie stark?*

	Ja, stark eingeschränkt	Ja, etwas eingeschränkt	Nein, überhaupt nicht eingeschränkt
2 mittelschwere Tätigkeiten, z.B. einen Tisch verschieben, staubsaugen, kegeln, Golf spielen.	<input type="radio"/> 0 ₁	<input type="radio"/> 0 ₂	<input type="radio"/> 0 ₃
3 mehrere Treppenabsätze steigen.	<input type="radio"/> 0 ₁	<input type="radio"/> 0 ₂	<input type="radio"/> 0 ₃

Hatten Sie in den *vergangenen 4 Wochen aufgrund Ihrer körperlichen Gesundheit* irgendwelche Schwierigkeiten bei der Arbeit oder anderen alltäglichen Tätigkeiten im Beruf bzw. zu Hause?

	Ja	Nein
4 Ich habe weniger geschafft als ich wollte.	<input type="radio"/> 0 ₁	<input type="radio"/> 0 ₂
5 Ich konnte nur bestimmte Dinge tun.	<input type="radio"/> 0 ₁	<input type="radio"/> 0 ₂

Hatten Sie in den *vergangenen 4 Wochen aufgrund seelischer Probleme* irgendwelche Schwierigkeiten bei der Arbeit oder anderen alltäglichen Tätigkeiten im Beruf bzw. zu Hause (z.B. weil Sie sich niedergeschlagen oder ängstlich fühlten)?

	Ja	Nein
6 Ich habe weniger geschafft als ich wollte.	<input type="radio"/> O ₁	<input type="radio"/> O ₂
7 Ich konnte nicht so sorgfältig wie üblich arbeiten.	<input type="radio"/> O ₁	<input type="radio"/> O ₂

	Überhaupt nicht	Ein bisschen	Mäßig	Ziemlich	Sehr
8 Inwieweit haben die Schmerzen Sie in den <i>vergangenen 4 Wochen</i> bei der Ausübung Ihrer Alltagstätigkeiten zu Hause und im Beruf behindert?	<input type="radio"/> O ₁	<input type="radio"/> O ₂	<input type="radio"/> O ₃	<input type="radio"/> O ₄	<input type="radio"/> O ₅

ANHANG

In diesen Fragen geht es darum, wie Sie sich fühlen und wie es Ihnen in den *vergangenen 4 Wochen* gegangen ist. (Bitte kreuzen Sie in jeder Zeile die Zahl an, die Ihrem Befinden am besten entspricht).

Wie oft waren Sie in den vergangenen 4 Wochen ...

	Immer	Meistens	Ziemlich oft	Manchmal	Selten	Nie
9 ... ruhig und gelassen?	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5	<input type="radio"/> 6
10 ... voller Energie?	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5	<input type="radio"/> 6
11 ... entmutigt und traurig?	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5	<input type="radio"/> 6

	Immer	Meistens	Manchmal	Selten	Nie
12 Wie häufig haben Ihre körperliche Gesundheit oder seelischen Probleme in den <i>vergangenen 4 Wochen</i> Ihre Kontakte zu anderen Menschen (z.B. Besuche bei Freunden, Verwandten usw.) beeinträchtigt?	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5

Patientenzufriedenheit (PACIC S11)

Es ist wichtig, dass Sie **alle Fragen** beantworten, lassen Sie keine aus. Kreuzen Sie diejenige Antwortmöglichkeit an, die Ihnen spontan in den Sinn kommt.

Bitte denken Sie beim Ausfüllen dieses Fragebogens an die letzten sechs Monate zurück: Wie haben Sie die Behandlung Ihrer chronischen Erkrankung erlebt? Unter einer chronischen Erkrankung verstehen wir eine Erkrankung, die seit **mindestens drei Monate** besteht und Sie körperlich, seelisch oder sozial beeinträchtigt.

In den letzten 6 Monaten...					
1	...wurden mir unterschiedliche Behandlungsmöglichkeiten zur Auswahl gestellt.				
	So gut wie nie <input type="radio"/> 0	Meistens nicht <input type="radio"/> 1	Gelegentlich <input type="radio"/> 2	Meistens <input type="radio"/> 3	Fast immer <input type="radio"/> 4
2	...war ich zufrieden mit der Organisation meiner medizinischen Versorgung.				
	So gut wie nie <input type="radio"/> 0	Meistens nicht <input type="radio"/> 1	Gelegentlich <input type="radio"/> 2	Meistens <input type="radio"/> 3	Fast immer <input type="radio"/> 4
3	...wurde ich dabei unterstützt, konkrete Ziele für eine gesündere Lebensweise festzulegen (z.B. gesunde Ernährung, körperliche Bewegung).				
	So gut wie nie <input type="radio"/> 0	Meistens nicht <input type="radio"/> 1	Gelegentlich <input type="radio"/> 2	Meistens <input type="radio"/> 3	Fast immer <input type="radio"/> 4
4	...wurde mir ein schriftlicher Behandlungsplan (z.B. Medikamentenplan) ausgehändigt.				
	So gut wie nie <input type="radio"/> 0	Meistens nicht <input type="radio"/> 1	Gelegentlich <input type="radio"/> 2	Meistens <input type="radio"/> 3	Fast immer <input type="radio"/> 4
5	...wurde ich ermutigt, eine Selbsthilfegruppe/Patientenschulung aufzusuchen, damit ich besser mit meinen chronischen Erkrankungen umgehen kann.				
	So gut wie nie <input type="radio"/> 0	Meistens nicht <input type="radio"/> 1	Gelegentlich <input type="radio"/> 2	Meistens <input type="radio"/> 3	Fast immer <input type="radio"/> 4
6	...wurde ich nach meinem Gesundheitsverhalten gefragt (z.B. ob ich rauche).				
	So gut wie nie <input type="radio"/> 0	Meistens nicht <input type="radio"/> 1	Gelegentlich <input type="radio"/> 2	Meistens <input type="radio"/> 3	Fast immer <input type="radio"/> 4

7	...wurde ich dabei unterstützt, einen Behandlungsplan zu erstellen, den ich in meinem Alltag anwenden kann.				
	So gut wie nie ○ ₀	Meistens nicht ○ ₁	Gelegentlich ○ ₂	Meistens ○ ₃	Fast immer ○ ₄
8	...wurde ich dabei unterstützt, einen Plan auch für schwierige Situationen zu haben, um mit meinen chronischen Erkrankungen umgehen zu können.				
	So gut wie nie ○ ₀	Meistens nicht ○ ₁	Gelegentlich ○ ₂	Meistens ○ ₃	Fast immer ○ ₄
9	...wurde ich gefragt, wie meine chronischen Erkrankungen mein Leben beeinflussen.				
	So gut wie nie ○ ₀	Meistens nicht ○ ₁	Gelegentlich ○ ₂	Meistens ○ ₃	Fast immer ○ ₄
10	...hat sich nach einem Arztbesuch jemand aus der Praxis bei mir erkundigt, wie es mir geht.				
	So gut wie nie ○ ₀	Meistens nicht ○ ₁	Gelegentlich ○ ₂	Meistens ○ ₃	Fast immer ○ ₄
11	...wurde mir erklärt, inwiefern der Besuch eines anderen Arztes (z.B. eine Überweisung zum Augenarzt) für meine Behandlung hilfreich ist.				
	So gut wie nie ○ ₀	Meistens nicht ○ ₁	Gelegentlich ○ ₂	Meistens ○ ₃	Fast immer ○ ₄
12	Insgesamt betrachtet, wie zufrieden sind Sie mit der medizinischen Versorgung Ihrer chronischen Erkrankung?				
	Sehr unzufrieden ○ ₀	Eher unzufrieden ○ ₁	Weder noch ○ ₂	Eher zufrieden ○ ₃	Sehr zufrieden ○ ₄

bitte auf nächster Seite weiter

Fragen zur Lebensqualität (EQ-5D)
--

Bitte kreuzen Sie unter jeder Überschrift **DAS** Kästchen an, das Ihre Gesundheit **HEUTE** am besten beschreibt.

1 Beweglichkeit/Mobilität	
Ich habe keine Probleme herumzugehen	<input type="radio"/> O ₀
Ich habe leichte Probleme herumzugehen	<input type="radio"/> O ₁
Ich habe mäßige Probleme herumzugehen	<input type="radio"/> O ₂
Ich habe große Probleme herumzugehen	<input type="radio"/> O ₃
Ich bin nicht in der Lage herumzugehen	<input type="radio"/> O ₄
2 Für sich selbst sorgen	
Ich habe keine Probleme, mich selbst zu waschen oder anzuziehen	<input type="radio"/> O ₀
Ich habe leichte Probleme, mich selbst zu waschen oder anzuziehen	<input type="radio"/> O ₁
Ich habe mäßige Probleme, mich selbst zu waschen oder anzuziehen	<input type="radio"/> O ₂
Ich habe große Probleme, mich selbst zu waschen oder anzuziehen	<input type="radio"/> O ₃
Ich bin nicht in der Lage, mich selbst zu waschen oder anzuziehen	<input type="radio"/> O ₄
3 Alltägliche Tätigkeiten (z. B. Arbeit, Studium, Hausarbeit, Familien- oder Freizeitaktivitäten)	
Ich habe keine Probleme, meinen alltäglichen Tätigkeiten nachzugehen	<input type="radio"/> O ₀
Ich habe leichte Probleme, meinen alltäglichen Tätigkeiten nachzugehen	<input type="radio"/> O ₁
Ich habe mäßige Probleme, meinen alltäglichen Tätigkeiten nachzugehen	<input type="radio"/> O ₂
Ich habe große Probleme, meinen alltäglichen Tätigkeiten nachzugehen	<input type="radio"/> O ₃
Ich bin nicht in der Lage, meinen alltäglichen Tätigkeiten nachzugehen	<input type="radio"/> O ₄

4 Schmerzen/körperliche Beschwerden	
Ich habe keine Schmerzen oder Beschwerden	<input type="radio"/> O ₀
Ich habe leichte Schmerzen oder Beschwerden	<input type="radio"/> O ₁
Ich habe mäßige Schmerzen oder Beschwerden	<input type="radio"/> O ₂
Ich habe starke Schmerzen oder Beschwerden	<input type="radio"/> O ₃
Ich habe extreme Schmerzen oder Beschwerden	<input type="radio"/> O ₄
5 Angst/Niedergeschlagenheit	
Ich bin nicht ängstlich oder deprimiert	<input type="radio"/> O ₀
Ich bin ein wenig ängstlich oder deprimiert	<input type="radio"/> O ₁
Ich bin mäßig ängstlich oder deprimiert	<input type="radio"/> O ₂
Ich bin sehr ängstlich oder deprimiert	<input type="radio"/> O ₃
Ich bin extrem ängstlich oder deprimiert	<input type="radio"/> O ₄

bitte auf nächster Seite weiter

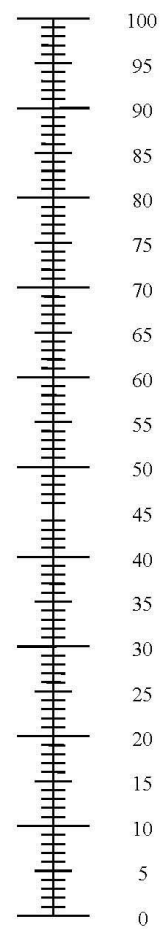
ANHANG

Wir wollen herausfinden, wie gut oder schlecht Ihre Gesundheit HEUTE ist.

- Diese Skala ist mit Zahlen von 0 bis 100 versehen.
- 100 ist die beste Gesundheit, die Sie sich vorstellen können.
- 0 (Null) ist die schlechteste Gesundheit, die Sie sich vorstellen können.
- Bitte kreuzen Sie den Punkt auf der Skala an, der Ihre Gesundheit HEUTE am besten beschreibt.
- Jetzt tragen Sie bitte die Zahl, die Sie auf der Skala angekreuzt haben, in das Kästchen unten ein.

IHRE GESUNDHEIT HEUTE =

Beste Gesundheit, die Sie sich vorstellen können



Schlechteste Gesundheit, die Sie sich vorstellen können

ANHANG

Verglichen mit unserer letzten Befragung vor 6 Monaten, wie haben sich Ihre Stimmungslagen und Gefühle verändert?	
<input type="radio"/> O ₁	Ich fühle mich viel besser.
<input type="radio"/> O ₂	Ich fühle mich etwas besser.
<input type="radio"/> O ₃	Ich fühle mich ungefähr gleich.
<input type="radio"/> O ₄	Ich fühle mich etwas schlechter.
<input type="radio"/> O ₅	Ich fühle mich viel schlechter.

**Fragen zur Inanspruchnahme von Versorgungsleistungen
(FIMPsy©)**

1 Hatten Sie in den letzten 6 Monaten einen stationären Aufenthalt oder ambulanten Aufenthalt (psychiatrische Tagesklinik) im Krankenhaus aufgrund einer psychischen Erkrankung?

Hatten Sie innerhalb der letzten 6 Monate einen oder mehrere Aufenthalte?	Falls ja, um welche Form (beides möglich) handelte es sich?	Falls ja, wie viele Tage haben Sie insgesamt im Krankenhaus verbracht? Bitte zählen Sie bei stationären Aufenthalten den Aufnahmetag und den Entlassungstag als einen Tag.
<input type="radio"/> 0 Nein <input type="radio"/> 1 Ja	<input type="radio"/> 0 psychiatrische Tagesklinik <input type="radio"/> 1 stationär	<input type="text"/> → <input type="text"/> Tage <input type="text"/> → <input type="text"/> Tage

2 Hatten Sie in den letzten 6 Monaten einen stationären oder ambulanten Aufenthalt in einer Rehabilitationseinrichtung aufgrund einer psychischen Erkrankung?

Hatten Sie innerhalb der letzten 6 Monate einen oder mehrere Aufenthalte?	Falls ja, um welche Form (beides möglich) handelte es sich?	Falls ja, wie viele Tage haben Sie insgesamt in einer Rehabilitationseinrichtung verbracht? Bitte zählen Sie bei stationären Aufenthalten den Aufnahmetag und den Entlassungstag als einen Tag.
<input type="radio"/> 0 Nein <input type="radio"/> 1 Ja	<input type="radio"/> 0 ambulant <input type="radio"/> 1 stationär	<input type="text"/> → <input type="text"/> Tage <input type="text"/> → <input type="text"/> Tage

3 Hatten Sie in den letzten 6 Monaten einen oder mehrere Kontakte mit Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIAs)?

- 0 Nein
 1 Ja → Falls Ja, bitte geben Sie an wie oft: mal

4 Hatten Sie in den letzten 6 Monaten einen oder mehrere Kontakte mit einem ärztlichen Notdienst/ Notarzt oder ähnliches wegen eines psychiatrischen Notfalls (ausgenommen sind Kontakte, die zu einem stationären Aufenthalt geführt haben)?

- 0 Nein
 1 Ja → Falls Ja, bitte geben Sie an wie oft: mal

- 5 Geben Sie bitte an, ob Sie in den letzten 6 Monaten bei den folgenden Ärzten waren. Gemeint ist jeder ambulante Besuch in der Arztpraxis, auch wenn der Arzt selbst nicht gesprochen wurde (zum Beispiel Rezepte, Überweisungen oder Krankschreibungen abholen, Blutabnahme). Hausbesuche zählen auch dazu. Bitte geben Sie keine Kontakte an, die in einer Psychiatrischen Institutsambulanz (PIA) stattgefunden haben. Falls Sie bei einem der genannten Ärzte waren, kreuzen Sie bitte das entsprechende Kästchen mit „Ja“ an und geben Sie bitte an, wie oft Sie bei diesem Arzt waren.

Arzt	Hatten Sie einen oder mehrere ambulante Kontakte zum Arzt oder zum Praxispersonal?	Falls Ja, wie oft wurde der Arzt insgesamt aufgesucht?
1 Hausarzt	<input type="radio"/> Ja	_____ mal
2 Internist (Facharzt für Innere Medizin; wenn nicht Ihr Hausarzt)	<input type="radio"/> Ja	_____ mal
3 Kardiologe (Herzspezialist)	<input type="radio"/> Ja	_____ mal
4 Orthopäde (Facharzt für Erkrankungen des Bewegungsapparats)	<input type="radio"/> Ja	_____ mal
5 Dermatologe (Hautarzt)	<input type="radio"/> Ja	_____ mal
6 Neurologe (Facharzt für Erkrankungen des Nervensystems)	<input type="radio"/> Ja	_____ mal
7 Psychotherapeut/Psychologe	<input type="radio"/> Ja	_____ mal
8 Arzt für Psychosomatik (kein Psychotherapeut/Psychologe)	<input type="radio"/> Ja	_____ mal
9 Psychiater (Facharzt für Psychiatrie; kein Psychotherapeut/Psychologe)	<input type="radio"/> Ja	_____ mal
10 Sonstiger Arzt: _____	<input type="radio"/> Ja	_____ mal
11 Sonstiger Arzt: _____	<input type="radio"/> Ja	_____ mal
12 Sonstiger Arzt: _____	<input type="radio"/> Ja	_____ mal

bitte auf nächster Seite weiter

6 Bitte geben Sie an, ob Sie in den letzten 6 Monaten aufgrund einer psychischen Erkrankung folgende Angebote zur **Beratung und Betreuung** in Anspruch genommen haben.



Welche Angebote haben Sie in Anspruch genommen?	Wie oft haben Sie dieses Angebot in den letzten 6 Monaten in Anspruch genommen? <i>Bitte nur eine Option ausfüllen</i>	Wie lange hat eine Beratung bzw. ein Besuch durchschnittlich gedauert?
<input type="radio"/> Beratungsstelle bei psychischen Problemen	<input type="checkbox"/> Kontakte pro Woche oder <input type="checkbox"/> Kontakte pro Monat oder <input type="checkbox"/> Kontakte insgesamt	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Minuten
<input type="radio"/> Sozialpsychiatrischer Dienst/Psychosozialer Krisendienst	<input type="checkbox"/> Kontakte pro Woche oder <input type="checkbox"/> Kontakte pro Monat oder <input type="checkbox"/> Kontakte insgesamt	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Minuten
<input type="radio"/> Tagesstätte/ Kontaktstätte für Menschen mit psychischen Problemen	<input type="checkbox"/> Kontakte pro Woche oder <input type="checkbox"/> Kontakte pro Monat oder <input type="checkbox"/> Kontakte insgesamt	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Minuten
<input type="radio"/> Selbsthilfegruppe aufgrund psychischer Probleme	<input type="checkbox"/> Kontakte pro Woche oder <input type="checkbox"/> Kontakte pro Monat oder <input type="checkbox"/> Kontakte insgesamt	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Minuten
<input type="radio"/> weiteres Angebot aufgrund psychischer Probleme konsultiert (Sorgen-telefon etc.), und zwar _____	<input type="checkbox"/> Kontakte pro Woche oder <input type="checkbox"/> Kontakte pro Monat oder <input type="checkbox"/> Kontakte insgesamt	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Minuten

bitte auf nächster Seite weiter

7 Waren Sie innerhalb der **letzten 6 Monate** berufstätig?

- 0 Nein
- 1 Ja

8 Sind Sie **zurzeit** berufstätig?

<input type="radio"/> 0 Nein
<input type="radio"/> 1 Ja  Falls Ja, wie viele Stunden pro Woche arbeiten Sie normalerweise? _ _ Stunden pro Woche
Falls Sie <u>nicht</u> vollzeitbeschäftigt sind, ist dies auf eine psychische Erkrankung zurückzuführen? Falls Sie <u>vollzeitbeschäftigt</u> sind, fahren Sie bitte mit der nächsten Frage fort.
<input type="radio"/> 0 Nein
<input type="radio"/> 1 Ja
Gab es in den letzten 30 Tagen Tage, an denen Sie so krank waren, dass Sie Ihren üblichen (Arbeits-) Tätigkeiten nicht nachgehen konnten? Bitte denken Sie an alle Tage, an denen Sie wegen einer psychischen Erkrankung nicht zur Arbeit gehen konnten oder Ihren üblichen Tätigkeiten nicht nachgehen konnten (auch ohne ärztliche Krankschreibung, ausgeschlossen kurzfristig genommene Urlaubstage).
<input type="radio"/> 0 Nein
<input type="radio"/> 1 Ja  Falls Ja, bitte geben Sie an wie viele Tage insgesamt (in den letzten 30 Tagen): _ _ Tage
Falls Ihre Krankschreibung seit mehr als 30 Tagen besteht, geben Sie bitte an, seit wie vielen Tagen Sie krankgeschrieben sind. _ _ _ Tage

bitte auf nächster Seite weiter

Diese Seite bitte nur beantworten, wenn Sie innerhalb der letzten 6 Monate berufstätig waren.


9 Haben Sie in den letzten 6 Monaten eines der folgenden Angebote zur beruflichen Integration aufgrund einer psychischen Erkrankung in Anspruch genommen?

Haben Sie dieses Angebot in Anspruch genommen?	Falls ja, wie viele Tage waren Sie hier während der gesamten 6 Monate beschäftigt? Tragen Sie bitte die Zahl der Tage ein <i>Bitte nur eine Option ausfüllen</i>
<input type="radio"/> Geschützte Werkstatt –Arbeitstrainingsbereich <i>(Berufliche Rehabilitation bzw. Eingliederungshilfe, Hintergrund kann eine geistige und/oder körperliche Behinderung bzw. psychische Erkrankung sein.)</i>	<input type="checkbox"/> Tage pro Woche oder <input type="checkbox"/> Tage pro Monat oder <input type="checkbox"/> Tage insgesamt
<input type="radio"/> Geschützte Werkstatt – Arbeitsbereich <i>(Hintergrund kann eine geistige und/oder körperliche Behinderung bzw. psychische Erkrankung sein.)</i>	<input type="checkbox"/> Tage pro Woche oder <input type="checkbox"/> Tage pro Monat oder <input type="checkbox"/> Tage insgesamt
<input type="radio"/> Integrationsarbeitsplatz <i>(Arbeitsagentur gewährt bei Schwerbehinderung besondere Zuschüsse oder Leistungen.)</i>	<input type="checkbox"/> Tage pro Woche oder <input type="checkbox"/> Tage pro Monat oder <input type="checkbox"/> Tage insgesamt
<input type="radio"/> Unterstützte Beschäftigung – Individuelle Betriebliche Qualifizierung <i>(Hier finanziert die Rentenversicherung Qualifizierung im Betrieb.)</i>	<input type="checkbox"/> Tage pro Woche oder <input type="checkbox"/> Tage pro Monat oder <input type="checkbox"/> Tage insgesamt
<input type="radio"/> Unterstützte Beschäftigung - Berufsbegleitung <i>(Individuelle betriebliche Qualifizierung, Einarbeitung und Berufsbegleitung für Menschen mit Behinderungen im Betrieb.)</i>	<input type="checkbox"/> Tage pro Woche oder <input type="checkbox"/> Tage pro Monat oder <input type="checkbox"/> Tage insgesamt
<input type="radio"/> Berufliche Weiterbildung	<input type="checkbox"/> Tage pro Woche oder <input type="checkbox"/> Tage pro Monat oder <input type="checkbox"/> Tage insgesamt
<input type="radio"/> Integrationsfachdienst/ Psychosozialer Fachdienst	
<input type="radio"/> Eignungsabklärung/ Berufsfindung	

ANHANG

10 Haben Sie in den letzten 2 Monaten verschriebene Medikamente zur Behandlung einer psychischen Erkrankung eingenommen?

Nein

Ja 

Falls Ja, bitte tragen Sie alle aufgrund der psychischen Erkrankung eingenommenen Medikamente in diese Tabelle ein.

	Name des Medikaments	Bitte tragen Sie die Ziffer für die Darreichungsform unten ein.		PZN Die Pharmazentralnummer ist eine 8-stellige Nummer. Sie befindet sich auf der Medikamentenverpackung unter dem Strichcode.	Bitte tragen Sie die entsprechende Ziffer zur Einnahme ein.		Falls regelmäßig, Dosierung		
		Tabletten	①		Bei Bedarf	①	Anzahl	Bitte tragen Sie die entsprechende Ziffer ein.	
		Dragees	②					pro Tag	①
		Tropfen	③					pro Woche	②
		Salbe	④		Regelmäßig	②	pro Monat	③	
		Spritzen	⑤						
		Kapseln	⑥						
		Sonstige	⑦						
1	_____	<input type="checkbox"/>		_____	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2	_____	<input type="checkbox"/>		_____	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3	_____	<input type="checkbox"/>		_____	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4	_____	<input type="checkbox"/>		_____	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5	_____	<input type="checkbox"/>		_____	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6	_____	<input type="checkbox"/>		_____	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7	_____	<input type="checkbox"/>		_____	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8	_____	<input type="checkbox"/>		_____	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9	_____	<input type="checkbox"/>		_____	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Bitte die folgenden Seiten nur bearbeiten, wenn Sie im Rahmen der Studie Videogespräche mit einer Psychotherapeutin oder einem Psychotherapeuten geführt haben. Wenn Sie keine Videogespräche geführt haben, sind Sie am Ende angelangt.

Bitte schicken Sie den ausgefüllten Fragebogen mit dem beigelegten Rückumschlag an das Studenteam am Universitätsklinikum Heidelberg.

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit! Ihre gemachten Angaben sind sehr wichtig für uns!

Wir wünschen Ihnen alles Gute!

Unerwartete Vorkommnisse während und nach der Psychotherapie (INEP)

Sehr geehrte Teilnehmerin, sehr geehrter Teilnehmer,

Im folgenden Fragenbogen geht es um Erfahrungen und Veränderungen, die Sie nach Ihrer Psychotherapie an sich und im Umgang mit anderen Menschen erlebt haben. Es werden Ihnen eine Reihe möglicher Erlebnisse und Veränderungen aufgelistet. Wir möchten Sie jeweils bitten anzugeben, ob diese auf Ihre persönlichen Erfahrungen zutreffen.

Zusätzlich werden Sie bei einigen Fragen gebeten, Auskunft darüber zu geben, ob Sie glauben, dass diese Veränderungen durch die Psychotherapie entstanden sind oder andere Umstände in Ihrem Leben diese Veränderungen verursacht haben (z.B. berufliche Situation, Konflikte mit Familie/Freunden/Partnerschaft, Reaktionen/Gegebenheiten der Gesellschaft). Sollten Sie angeben, dass eine genannte Erfahrung nicht auf Sie zutrifft oder unverändert blieb, müssen Sie natürlich keine Ursachen angeben.

Für den Fall, dass Sie bereits mehrere psychotherapeutische Behandlungen hatten, beziehen Sie sich bitte auf Ihre letzte Psychotherapie.

Die Bearbeitung wird ungefähr 10 Minuten in Anspruch nehmen. - Bitte lassen Sie keine Aussage aus.

Trifft völlig zu	Trifft teilweise zu	Trifft ein wenig zu	Trifft gar nicht zu/ unverändert	Trifft ein wenig zu	Trifft teilweise zu	Trifft völlig zu
+3	+2	+1	0	-1	-2	-3

Bitte kreuzen Sie in jeder Zeile das Feld an, das Ihrer Meinung nach am meisten auf Sie zutrifft.									Worauf führen Sie diese Veränderung zurück?			
		+3	+2	+1	0	-1	-2	-3	Auf die Therapie	Andere Lebensumstände		
1	Seit Abschluss meiner Therapie fühle ich mich....	besser.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	schlechter.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2	Anderen zu vertrauen fällt mir seit Abschluss meiner Therapie im Vergleich zu der Zeit vor der Therapie....	leichter.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	schwerer.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	Bitte kreuzen Sie in jeder Zeile das Feld an, das Ihrer Meinung nach am meisten auf Sie zutrifft.								Worauf führen Sie diese Veränderung zurück?			
		+3	+2	+1	0	-1	-2	-3	Auf die Therapie	Andere Lebensumstände		
3	Unter den Ereignissen aus meiner Vergangenheit leide ich seit Abschluss meiner Therapie im Vergleich zu der Zeit vor der Therapie....	weniger.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	mehr.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4	Seit Abschluss meiner Therapie erlebe ich in meiner Partnerschaft im Vergleich zur Zeit vor der Therapie... <i>(auslassen wenn keine Partnerschaft)</i>	weniger Konflikte.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	mehr Konflikte.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5	Mein Verhältnis zu meiner Familie ist seit Abschluss meiner Therapie im Vergleich zur Zeit vor der Therapie...	besser.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	schlechter.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6	Das Verhältnis zu meinen Freunden ist seit Abschluss meiner Therapie...	besser.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	schlechter.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Bitte geben Sie an, ob die folgenden Aussagen auf Sie zutreffen.

Wie sehr trifft dies auf Sie zu?

Worauf führen Sie diese Veränderung zurück?

Während meiner Therapie und/oder nach deren Abschluss...

	0= trifft gar nicht zu	1 = Trifft ein wenig zu	2 = Trifft teilweise zu	3 = Trifft völlig zu	Auf die Therapie	Andere Lebensumstände
7 ... leide ich unter der Angst, meine Mitschüler/ Kommilitonen/Kollegen könnten von der Therapie erfahren.	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8 ...habe ich Probleme mit Versicherungen (z.B. Lebensversicherung) bekommen bzw. Angst, dass Probleme entstehen könnten.	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9 ... mache ich mir, im Vergleich zu vorher, mehr finanzielle Sorgen.	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10 ...fühle ich mich von meinem Therapeuten /meiner Therapeutin abhängig.	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11 ...fällt es mir schwerer wichtige Entscheidungen allein zu treffen.	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

ANHANG

	0= trifft gar nicht zu	1 = Trifft ein wenig zu	2 = Trifft teilweise zu	3 = Trifft völlig zu	Auf die Therapie	Andere Lebensumstände
12 Mein Partner/meine Partnerin ist/war eifersüchtig auf meine Beziehung zu meinem Therapeuten/ meiner Therapeutin. <i>(auslassen wenn keine Partnerschaft)</i>	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13 ...hatte ich längere Phasen, in denen es mir schlecht ging.	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14 ...habe ich mich als Mensch zum Negativen verändert.	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15 ...hatte ich zum ersten Mal Selbstmordgedanken/ Absichten.	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

ANHANG

Therapeuten/innen und Patienten/innen bemühen sich in der Regel um einen respektvollen und professionellen Umgang miteinander. In Ausnahmefällen kann es jedoch bedauerlicherweise zu unangenehmen Erlebnissen oder Übergriffen zwischen Therapeuten/innen und Patienten/innen kommen. Die folgenden Aussagen beschäftigen sich mit diesen Ereignissen.

Auch wenn ein Großteil der folgenden Aussagen nicht auf Sie zutreffen wird, möchten wir Sie dennoch bitten, uns darüber Auskunft zu geben.

Bitte geben Sie an, wie sehr die folgenden Aussagen auf Sie zutreffen.	0= trifft gar nicht zu	1 = Trifft ein wenig zu	2 = Trifft teilweise zu	3 = Trifft völlig zu	Wenn ja, in welcher Art und Weise?
16 Ich fühlte mich durch die Aussagen des/r Therapeuten/in verletzt.	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	_____ _____ _____
17 Ich hatte das Gefühl, dass sich mein/e Therapeut/in über mich lustig macht.	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	_____ _____ _____
18 Während der Therapie kam es zu direkten sexuellen Übergriffen durch meinen Therapeuten/ meine Therapeutin.	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	_____ _____ _____
20 Mein/e Therapeut/in zwang mich Dinge zu tun (Konfrontationen, Rollenspiele, etc.), die ich eigentlich gar nicht wollte.	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	_____ _____ _____
21 Mir wurde bekannt, dass mein/e Therapeut/in die Schweigepflicht gebrochen hat.	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	_____ _____ _____

LEBENS LAUF

LEBENS LAUF

Personalien

Name und Vorname: Tönnies, Justus
Geburtsdatum: 23. Oktober 1990
Geburtsort: Hamburg
Staatsangehörigkeit: deutsch
Familienstand: ledig

Schulischer Werdegang

1997 – 2001 Grundschole Wohltorf
2001 – 2010 Gymnasium Wentorf
16.06.2010 Abitur

Universitärer Werdegang

seit 01/2019 Einschreibung als Promotionsstudent an der Universität Heidelberg
10/2015 – 10/2018 M.Sc Epidemiologie, Universität Bremen
10/2011 – 01/2015 B.A. Public Health und Sportwissenschaften, Universität Bremen

Beruflicher Werdegang

seit 06/2023 Wissenschaftlicher Mitarbeiter, Institut für Public Health und Pflegeforschung, Universität Bremen
09/2018 – 12/2022 Wissenschaftlicher Mitarbeiter, Abteilung für Allgemeine Innere Medizin und Psychosomatik, Universität Heidelberg

DANKSAGUNG

Herrn PD Dr. Markus Haun danke ich für die Überlassung des Themas, die stets verständnisvolle und hilfreiche Betreuung und Unterstützung und die lehrreichen Jahre in einem faszinierenden Forschungsprojekt, das ohne ihn und seinen unermüdlichen Einsatz nicht möglich gewesen wäre.

Ich danke allen Kolleg*innen, die mir ermöglichten, im Rahmen von PROVIDE meine Promotion durchzuführen: Herrn Prof. Dr. Hans-Christoph Friederich für die Unterstützung meiner Promotion; Frau Dipl. Psych. Mechthild Hartmann für die geduldige Beratung zu Fragen zu Datenerhebung und -analyse; Frau Iris Schelletter für die enge Zusammenarbeit in den ersten Jahren meiner Tätigkeit in PROVIDE-B; Frau Leike Graue für tiefgehende Gespräche zu Psychologie und Versorgung; Frau Alina Wildenauer für den intensiven Austausch und gemeinsame Beratungen zur Projektoptimierung; und ich danke allen studentischen Mitarbeiter*innen für ihre Unterstützung im Rahmen von PROVIDE, darunter Alex Schakowski, Lydia Oeljeklaus, Mona Illmann, Viola Schrader, Vincent Schwalbach, Jana Schindler, Iman Hamdy und Lidia Gagelmann

Ich danke meinen Eltern, meinen Geschwistern und deren Partner*innen und meinen Freund*innen für die Unterstützung in den letzten Jahren, darunter Thaddäus Tönnies und Doris Dopf für die Denkanstöße für die Dissertation.

Zuletzt danke ich meiner Freundin Franziska Kaun für ihre uneingeschränkte Unterstützung, ihre Geduld mit mir und ihre liebevolle Verlässlichkeit, die mir immer Halt gibt.

EIDESSTATTLICHE VERSICHERUNG

1. Bei der eingereichten Dissertation zu dem Thema

„Wirksamkeit eines integrierten videogestützten Versorgungsmodells auf die gesundheitsbezogene Lebensqualität von Hausarztpatient*innen mit Depressionen im Vergleich mit der Routineversorgung – Eine randomisiert-kontrollierte Interventionsstudie“

handelt es sich um meine eigenständig erbrachte Leistung.

2. Ich habe nur die angegebenen Quellen und Hilfsmittel benutzt und mich keiner unzulässigen Hilfe Dritter bedient. Insbesondere habe ich wörtlich oder sinngemäß aus anderen Werken übernommene Inhalte als solche kenntlich gemacht.

3. Die Arbeit oder Teile davon habe ich bislang nicht an einer Hochschule des In- oder Auslands als Bestandteil einer Prüfungs- oder Qualifikationsleistung vorgelegt.

4. Die Richtigkeit der vorstehenden Erklärungen bestätige ich.

5. Die Bedeutung der eidesstattlichen Versicherung und die strafrechtlichen Folgen einer unrichtigen oder unvollständigen eidesstattlichen Versicherung sind mir bekannt. Ich versichere an Eides statt, dass ich nach bestem Wissen die reine Wahrheit erklärt und nichts verschwiegen habe.

Ort und Datum

Unterschrift