

Bewerbung im Rahmen des Marianne-Ringler-Forschungsförderungspreis

Evaluationsstudie zur nachhaltigen Wirksamkeit eines online-gestützten Präventionsprogrammes für leicht depressive Patienten unter besonderer Berücksichtigung der Bedeutung der therapeutischen Beziehung

Zusammenfassung:

Im Rahmen des Programmes „*HausMed PraxisCoach Depression*“ soll die nachhaltige Wirkung eines online-basierten und vom Hausarzt unterstützten Präventionsangebotes zur Verhütung einer Chronifizierung leicht depressiver Symptomatik evaluiert werden. Darüber hinaus wird insbesondere der Frage der Bedeutsamkeit der Beziehung zwischen Patient und begleitendem Hausarzt nachgegangen. Insgesamt stellt ein multimethodales Forschungsdesign bestehend aus quantitativen und qualitativen Erhebungen den leitenden Evaluationsansatz dar. Die Datenerhebung erfolgt aufbauend auf bereits vollzogene Erhebungszeitpunkte unmittelbar vor und nach der 12-Wochen andauernden Intervention sechs Monate nach Beendigung des Programmes und fungiert somit als Katamnese der dreistufigen Evaluation. Das übergeordnete Ziel des Forschungsvorhabens besteht in der Implementierung des leicht zugänglichen digitalen Unterstützungsangebotes in das österreichische Gesundheitswesen und versteht sich als Beitrag zur Schließung bestehender Versorgungslücken im Rahmen der psychosomatischen Angebote.

Abstract:

The long term effectiveness of online prevention measures offered within the "HausMed PraxisCoach Depression Program" used by general practitioners to prevent a chronification of mild depression symptoms shall be thoroughly evaluated. Moreover, the significance of the relationship between the patient and their primary care physician must be clearly explored. A multi-method research design consisting of quantitative and qualitative methodologies has been determined to be the most appropriate evaluation approach to explore these research questions. Data collection will be carried out based on pre-existing data collection intervals immediately prior and post a twelve week intervention; this data will be collected six months after the program had ended and will serve therefore as catamnesis of the three-phase evaluation. The superordinate goal of this research project is to promote the implementation of this easily accessible digital support service within the Austrian health care system as it contributes significantly to filling a gap in the existing psychosomatic service offerings framework.

1. Adresse

Antragssteller:

Univ.-Prof. Dr. Christiane Eichenberg

Department Psychologie

Sigmund-Freud-PrivatUniversität

Schnirchgasse 9a

A-1030Wien

Telefon: +43 (0)1 798 40 98, **Fax:** +43 (0)1 798 40 98 / 22

E-Mail: christiane@rz-online.de

2. Zusammenfassende Darstellung des geplanten Vorhabens

2.1 Titel des Vorhabens

Evaluationsstudie zur nachhaltigen Wirksamkeit eines online-gestützten Präventionsprogrammes für leicht depressive Patienten unter besonderer Berücksichtigung der Bedeutung therapeutischen Beziehung.

2.2 Hintergrund

Depression als Volkskrankheit mit hohem volkswirtschaftlichem Schaden. Depressionen zählen zu den häufigsten Krankheiten in der Bevölkerung und in der hausärztlichen Versorgung. Weltweit leiden laut der Weltgesundheitsorganisation (WHO) 120 Millionen Menschen an einer Depression, während in Österreich 6,7% der Männer und 10,9% der Frauen betroffen sind (Bundesministerium für Gesundheit, 2009), mit steigender Tendenz. Damit lässt sich Depression als Volkskrankheit betrachten. Dies spiegelt sich nicht nur im starken persönlichen Leiden der Betroffenen, sondern auch in den durch die Krankheit verursachten volkswirtschaftlichen Kosten wider. Dies verdeutlicht die Unerlässlichkeit einer verstärkten selektiven und indizierten Depressionsprävention. Das Internet eignet sich hier als optimale Umgebung für die Umsetzung entsprechender Präventionsmaßnahmen.

Internet als Alltags- und Gesundheitsmedium. Moderne Informations- und Kommunikationstechnologien sind heutzutage fester Bestandteil des Lebensalltags von breiten Teilen der Bevölkerung. So verfügten z.B. im Jahre 2012 77,4% der

österreichischen Haushalte über einen Internetzugang (Statistik Austria 2012). Der prozentuale Anteil der Ärzte, die das Internet nutzen, liegt dabei höher (manche Studien berichten von 90%, vgl. Masters, 2008), was vermuten lässt, dass sie dem Medium recht offen gegenüberstehen. Durch die breite Nutzung von Internet- und Mobilkommunikation haben sich nicht nur z.B. Wirtschaft, Bildung und soziale Beziehungen verändert, sondern es werden auch Einflüsse auf das Gesundheitswesen erkennbar mit z.T. genuin neuen Optionen in der Versorgung. Laut einer bevölkerungsrepräsentativen Studie mit $N = 2.411$ Befragten (Eichenberg & Brähler, 2013) greifen 63,5% der deutschen Internetnutzer bei Gesundheitsfragen auf das Internet zurück. Bei psychischen Problemen würde das Internet im Bedarfsfall für die Hälfte aller deutschen Internetnutzer eine Anlaufstelle darstellen. Im Vordergrund stünde dabei für 90,3% die Nutzung von krankheitsspezifischen Informationen aus dem Internet. Die Suche nach einem niedergelassenen Psychotherapeuten (30,6%) ist dem eindeutig nachgeordnet.

E-Mental-Health. Die gesundheitsbezogene Internetnutzung ist inzwischen mit festen Begriffen belegt: Während der Begriff *E-Health* als Sammelbegriff für unterschiedlichste Aspekte der Schnittstelle von Internet und Medizin verwendet wird, fokussiert *E-Mental-Health* speziell auf die Zusammenhänge von digitalen Medien und psychischer Gesundheit. Somit finden viele Prozesse der psychosozialen Versorgung vermehrt auch unter Nutzung moderner Informations- und Kommunikationstechnologien statt: von der Nutzung des Internet als Raum für Selbsthilfegruppen, über Online-Beratungsangebote bis hin zu WWW-basierten Präventions- und Behandlungsprogrammen zu verschiedenen Störungs- und Problembereichen mit und ohne (unterstützenden) Online-Kontakt zu einer Fachperson. Dabei ist von fachunterstützten Online-Programmen ein stärkerer Effekt zu erwarten (z.B. Gensichen et al., 2005).

Angebot, Nachfrage und Effektivität. Dass internetbasierte Angebote im Rahmen psychischer Gesundheit insgesamt auf hohe Nachfrage stoßen, ist inzwischen belegt (für die Online-Beratung s. Wenzel, 2008; für internetbasierte Präventions- und Behandlungsprogramme s. z.B. Christensen et al., 2004; für internetgestützte Nachsorgeangebote nach psychosomatischen Klinikaufenthalten s. z.B. Golkaramnay et al., 2007).

Es gibt eine Vielzahl an *internetbasierten Interventionsprogrammen (IBI)* zu mannigfaltigen Problembereichen und Störungsbildern. Diese haben grundsätzlich das Potenzial, niederschwellig breite Bevölkerungsschichten zu erreichen und zu einer aktiveren Rolle im individuellen Gesundheitsmanagement zu animieren. Internetbasierte Interventionsprogramme betreffen dabei verschiedene

Funktionsbereiche, von der Prävention, über die Behandlung bis hin zur Rehabilitation. In einer Reihe von Evaluationsstudien wurde die Wirksamkeit von IBI für verschiedene psychische Probleme und Störungen nachgewiesen. So konnten Eichenberg und Ott (2011) in einem aktuellen internationalen Review zeigen, dass die $N = 89$ zwischen 2003 und 2009 publizierten Evaluationsstudien mit kontrolliertem Design zu 91,0% positive Wirksamkeitsnachweise erbrachten. Unter den eingesetzten Methoden fanden sich fast ausschließlich *kognitiv-behaviorale* (auch bezeichnet als *kognitiv-verhaltenstherapeutische*) *Verfahren*. In knapp drei Viertel aller Studien (71,9%) wurden *IBI* Verfahren zur *Behandlung* eingesetzt. Die restlichen Studien verteilen sich mit 19,1% auf *Prävention* und 9,0% auf *Rehabilitation*. Insgesamt liegen aktuell Evaluationsstudien für IBI v.a. bei Angststörungen, Depressionen, Posttraumatische Belastungsstörungen, Essstörungen inkl. Adipositas, substanzbezogene und verhaltensmedizinische Störungen sowie bei psychischen Problemen im Zusammenhang mit körperlichen Erkrankungen vor. In einer Metaanalyse über die Wirksamkeit von internetbasierter Psychotherapie konnte insgesamt gezeigt werden, dass der mittlere Behandlungseffekt bei 0.53 liegt, gemittelt über alle Störungsbilder und Interventionsformen (Barak et al., 2008), was vergleichbar ist mit den Effektgrößen für eine herkömmlich ambulante Therapie. Generell waren KBT-Programme (KBT – Kognitiv-behaviorale Therapie) den klassisch verhaltenstherapeutischen wie auch den rein psychoedukativen Ansätzen überlegen (ebd.).

Grundsätzlich stehen entsprechende Programme für den potenziellen Transfer in die Versorgung zur Verfügung. Allerdings stammen fast alle evaluierten Programme aus dem anglo-amerikanischen (oder auch skandinavischen und niederländischen) Raum, so dass zum einen die generelle Übertragbarkeit auf Deutschland mit seiner spezifischen Versorgungsstruktur in Frage gestellt werden muss. Zum anderen stehen diese Programme überwiegend nicht der Öffentlichkeit zur Verfügung (vgl. Christensen et al., 2004), sondern wurden lediglich zu Forschungszwecken entwickelt und entsprechend unter experimentellen Bedingungen erprobt. Im Folgenden wird die Situation speziell für die international evaluierten und verfügbaren WWW-Programme für depressive Erkrankungen skizziert.

WWW-basierte Präventions- und Interventionsprogramme bei depressiven Störungen. Die Studien, welche die Wirksamkeit von IBI bei *depressiven Störungen* untersuchten, verwandten allesamt einem kognitiv-behavioralen oder einen klassisch verhaltenstherapeutischen Ansatz, der sich bei der ambulanten Therapie von Depressionen (z.B. Gloaguen et al., 1998), aber auch bei der internetbasierten Therapie (s.o.) generell als wirksam erwiesen hat. Während bei den bis 2003 publizierten Studien noch 2 von 4 Studien (50%) subklinische Stichproben

untersuchten (Ott, 2003), so sind im Untersuchungszeitraum von 2003-2009 vergleichsweise mehr Wirksamkeitsstudien mit klinischen Stichproben publiziert worden (10 von 13 Studien, d.h. 77%). Die Befunde der IBI für Patienten/innen mit dezidiert klinischer Depression waren bezüglich ihrer Wirksamkeit gemischt (vgl. Eichenberg & Ott, 2011; Spek et al., 2007). Dies mag zum einen daran liegen, dass der Elaborationsgrad der in den Studien umgesetzten Interventionsprogrammen sehr unterschiedlich war: Während manche Programme nur eine kognitive Technik in einem eher trivialen Setting (5 bzw. 10minütiges Lesen positiver Selbstaussagen zur Reduktion depressiver Gedanken und zur Steigerung des Selbstwertgefühls über einen Zeitraum von drei Wochen, siehe Bailey, 2004) umsetzten, waren andere Behandlungen sehr komplex und nutzten nicht nur verschiedene Webdienste, sondern banden Internet-Module in verschiedene Behandlungssettings ein (z.B. zur Unterstützung des Case-Managements, vgl. Robertson et al., 2006; Gensichen et al., 2005). Insgesamt waren die Effekte bei Programmen, die zum einen auf subklinische Stichproben fokussierten (z.B. Gerrits et al., 2007) und zum anderen (auch) *direkte therapeutische Kontakte* einschlossen (z.B. das Therapieprogramm Interapy aus den Niederlanden, vgl. Ruwaard, 2010) höher. Letzteren Befund belegt auch die Metaanalyse von Andersson und Cuijpers (2009). Bei Programmen mit reiner Selbstanwendung waren die Effekte nicht nur geringer (z.B. bei dem australischen MoodGYM, vgl. Christensen et al., 2004), sondern die Drop-Out-Quoten auch deutlich höher (bei dem US- Programm ODIN – Overcoming depression in the Internet lag die Abbruchrate z.B. bei 41%, Clarke et al., 2002). Dies entspricht den Befunden der Forschung zur Bibliothherapie, die zeigte, dass Selbsthilfemanuale mit Minimalintervention (z.B. wenige und kurze telefonische Kontakte) nicht nur der reinen Selbstanwendung deutlich überlegen war, sondern der Wirksamkeit mit intensiver therapeutischer Begleitung nicht nachstand (Eichenberg, 2008).

Auf der Basis dieses aktuellen Forschungsstandes ist konsequent, dass das National Institute for Health and Clinical Excellence in seinen Richtlinien im Sinne eines Stepped-Care-Ansatz bei subklinischer Depression KBT-basierte Selbsthilfeprogramme empfiehlt, die entweder in Form schriftlicher Materialien oder auch internetbasiert realisiert werden und um die 12 Wochen umfassen sollen. Dabei sollten kognitiv-behaviorale Prinzipien vermittelt und Übungen zur kognitiven Umstrukturierung angeboten werden, die durch ein Monitoring sowie Unterstützung durch Fachpersonal begleitet werden (siehe www.nice.org.uk/nicemedia/live/12329/45890/45890.pdf). Die Überprüfung der nachhaltigen Wirksamkeit durch Follow-up-Messungen ist hierbei obligatorisch. In anderen europäischen Ländern, wie z.B. in den Niederlanden (www.interapy.nl, s.o.) oder Großbritannien (www.beatingtheblues.co.uk, siehe Proudfoot et al., 2003), werden solche Versorgungsangebote bereits von den Krankenkassen finanziert und

so in die Regelversorgung integriert. In Deutschland wie Österreich sind kaum elaborierte Ansätze bekannt, die in Inhalt und Struktur den aktuellen Stand der Forschung berücksichtigen bzw. so teuer für ein Online-Programm ohne Arzt- oder Therapeut-Anbindung sind, dass sie für die Regelversorgung kaum als effizientes Instrument in Frage kommen dürften (z.B. www.deprexis.de, Myer et al., 2009).

2.3 Vorhabensziele

Mit dem aktuellen Vorhaben wird darauf abgezielt, ein entwickeltes evidenzbasiertes Präventionsprogramm im Internet für Menschen mit leichtgradigen depressiven Störungen hinsichtlich nachhaltiger Effekte zu evaluieren und möglichst als Angebot im Rahmen der Regelversorgung vorzubereiten. Dabei bezieht sich der gegenwärtige Förderungsantrag auf die Evaluierung nachhaltiger Effekte eines bereits bestehenden Programms (*Hausmed PraxisCoach Depression*) zu einem dritten Erhebungszeitpunkt und knüpft an bereits bestehenden Daten zu zwei Messzeitpunkten (T0 und T1) an. Beim Untersuchungsgegenstand handelt es sich um das deutschsprachige von Hausärzten begleitete Online-Selbsthilfe-Programm zur Depressionsbewältigung *HausMed PraxisCoach Depression* auf der Basis des aktuellen Stands der Forschung zur Behandlung von Depression einerseits sowie als wirksamste Konzeption für internetbasierte Interventionsprogramme andererseits (s. Abschnitt 2.2), das von der Firma HausMed (Kurzinformatik zu HausMed s. Anlage 1) entwickelt wurde. Das Demo-Programm kann unter www.hausmed.de als *depresstest1* (Nutzername) und *depression* (Passwort) angesehen werden. Neben einem nachhaltigen Wirksamkeitsnachweis wird dem Erleben der Beziehung zum unterstützenden Hausarzt zur Komplettierung des Forschungsfeldes eingehend Rechnung getragen.

Ziel des Vorhabens im Rahmen der Förderung ist somit zum einen, *HausMed PraxisCoach Depression* multimethodal im Rahmen einer Katamnesestudie zu evaluieren und bei positiven Wirksamkeitsnachweisen möglichst breitflächig für das Angebot im Rahmen der Regelversorgung vorzubereiten. Demnach ist primäres Ziel, den betroffenen Patienten/innen im deutschsprachigen Raum ein nachhaltig wirksames Instrument zum Selbstmanagement ihrer leichten depressiven Symptomatik anzubieten, um v.a. kompliziertere und chronische Entwicklungen manifester klinischer Depression zu vermeiden. Sekundäreffekte sind, dass zum einen im deutschsprachigen Raum der wissenschaftliche Stand in Bezug auf die Wirksamkeit und Anwendbarkeit internetbasierter Präventionsprogramme erweitert und insgesamt international fundiert würde. Zum anderen können Handlungsempfehlungen für die optimale Gestaltung und Implementierung auch für E-Mental-Health-Programme für andere Problembereiche abgeleitet werden.

Insgesamt werden aus zwei Gründen positive Effekte des Präventionsprogramms *HausMed PraxisCoach Depression* erwartet:

(1) *HausMed PraxisCoach Depression* wurde auf der Basis evidenzbasierter Methoden und Techniken der kognitiven Verhaltenstherapie bei Depressionen (u.a. Psychoedukation, soziale Unterstützung, individueller Zugang, konkrete Zielsetzung, Ressourcenorientierung, praktische Übungen und direkte Begleitung v.a. mit dem Ziel der kognitiven Umstrukturierung dysfunktionaler Gedanken, dem Aufbau von Aktivitäten, Erhöhung sozialer Kontakte und der Rückfallprävention) konzipiert (Hautzinger, 2003, 2009), die sich insgesamt bei internetbasierten Interventionsansätzen als wirksam erwiesen haben (s. Abschnitt 2.2).

(2) *HausMed PraxisCoach Depression* wird von Hausärzten initiiert und durch Minimalinterventionen begleitet. Die bisherige Forschung zeigte konsistent, dass stärkere Effekte und höhere Compliance-Quoten erreicht werden, wenn ein rein online-gestütztes Programm von einer auf den Umgang mit Patienten/innen mit psychischen Beschwerden geschulten Person zusätzlich begleitet wird (Gensichen et al., 2005). Dies trifft auf affektive Probleme und Störungen in besonderer Weise zu (s. Abschnitt 2.2).

Konzept und strukturelle Prinzipien des *HausMed PraxisCoach Depression* sind in Anlage 2 ausführlich erläutert.

Außerdem liegt ein weiterer Untersuchungsfokus auf dem Erleben der Patient-Behandler-Beziehung, welche in Anbetracht der niederschweligen Konsultationsfrequenz im Rahmen dieses Settings, in besonderer Weise Rechnung getragen wird. Um diesen thematischen Komplex eingehend zu eruieren, wird auf halb-strukturierte Interviews mit teilnehmenden Patienten rekurriert. Dabei stellen Fragen zur Perzeption der unterstützenden Hausarzt-Beziehung ein dominantes Moment dieser Erhebung dar, das in der anschließenden Auswertung besonders fokussiert und im Sinne beziehungsfördernder Modifikationen für die Praxis genutzt wird.

2.4 Zielgruppe

Zielgruppe sind all jene Patienten/innen zwischen 18 und 75 Jahren, die vom/von der Hausarzt/Hausärztin nach einem Screening als leicht depressiv oder als diesbezüglicher Risikopatient/in diagnostiziert werden und sich zu diesem Zeitpunkt weder in psychotherapeutischer Behandlung befinden noch Psychopharmaka einnehmen. Neben dem klinischen Indikationsbereich gehört zum Einschlusskriterium, dass die Personen Zugang zum Internet haben und ein Handy

regelmäßig nutzen, da die Intervention diese beiden modernen Medien als Basis des E-Mental-Health-Programms nutzt.

Indikationen. Das *HausMed PraxisCoach Depression* bietet eine individualisierte Betreuung für Patienten/innen mit leichtgradigen depressiven Erkrankungen mit dem Ziel der sekundärpräventiven Beeinflussung zur Verhinderung einer Verschlimmerung und/oder Chronifizierung.

Leichte depressive Erkrankungen betreffen dabei v.a. folgende ICD-10-Diagnosen:

- leichte depressive Episode (F32.0) oder Dysthymia (F34.1)
- saisonalen (F.33.0) oder leichte altersbezogenen depressive Störung (F32.9)
- milde Formen postnataler Depression (F53.0).

Das Programm ist auch für Patienten/innen geeignet, bei denen die Kriterien von ICD-10 (oder DSM IV) nicht komplett erfüllt werden. Das Programm ist ebenso geeignet, falls der Patient/in eine Psychotherapie avisiert, jedoch auf einen entsprechenden Therapieplatz warten muss. Auch bei einer leichten Depression kann Psychotherapie nach der sog. „aktiv abwartenden Begleitung“ die Therapie der Wahl sein (S3-Leitlinie Unipolare Depression (2009)). So kann z.B. bei erwarteter Verschlimmerung aufgrund ungünstiger und belastender Lebensumstände fachpsychotherapeutische Unterstützung indiziert sein.

Kontraindikationen. Patienten/innen, die sich aktuell in Psychotherapie befinden und/oder Psychopharmaka einnehmen, Patienten/innen mit schweren kognitiven Störungen sowie solche mit der Diagnose einer schweren depressiven Störung oder Episode, einer bipolaren oder manischen Episode oder Zylothymia sind von der Nutzung des Coachings ausgeschlossen. Gleiches gilt für Patienten/innen, die neben einer Depression auch Substanzmissbrauch oder -abhängigkeit oder andere schwerwiegende Komorbiditäten aufweisen wie z.B. posttraumatische Belastungsstörung, Essstörung, Persönlichkeitsstörungen oder demenzielle Erkrankungen. Am Programm sollte außerdem nicht (mehr) teilgenommen werden, sobald suizidale Tendenzen feststellbar sind. Diese werden mittels eines engmaschigen Monitorings überwacht mit der Folge, dass der/die Hausarzt/Hausärztin umgehend informiert wird und weitere Maßnahmen einleitet. Die Kontraindikationen werden dem/der behandelnden Hausarzt/Hausärztin transparent kommuniziert, sodass er/sie nach festen Regeln die entsprechenden Patientengruppen ausschließt.

2.5 Methodische Vorgehensweise

Geplant ist eine multimethodale Follow-Up-Studie (Mixed-Method-Design): Durchgeführt werden soll zum einen eine Evaluationsstudie zur Prüfung der nachhaltigen Wirksamkeit des *HausMed PraxisCoach Depression* zum dritten Messzeitpunkt (Studie 1), zum anderen eine qualitative Studie unter ausgewählten Teilnehmenden (halbstrukturierte Interviews mit einer Teilstichprobe ($N= 5$) zufällig ausgewählter Patienten/innen) zur Ermittlung potenziellen Optimierungsbedarfs und Ermittlung von Handlungsempfehlungen für zukünftige Programmentwicklungen und -implementierungen sowie dem Erleben der Beziehung zum betreuenden Hausarzt (Studie 2).

Studie 1: Evaluation zur nachhaltigen Wirksamkeit

Design: Abhängige Messung über drei Zeitpunkte

Zur Evaluation der nachhaltigen Wirksamkeit stellen die zu erhebenden Messwerte zum Zeitpunkt der Katamnese (6 Monate nach Beendigung der Intervention) die Basisdaten und den wesentlichen Gegenstand des Projektes dar. Dieser Erhebung sind bereits zwei Messungen (vor und unmittelbar nach Nutzung des Programmes) vorausgegangen, welche in weiterer Folge als Referenzpunkte der Nachhaltigkeitsevaluation fungieren.

Screening zum Einschluss in die Stichprobe: Da ein systematisches Screening aller Patienten/innen zum ersten Zeitpunkt nach Empfehlung der S-3 Leitlinie Unipolare Depression (2009) mit umfangreicher Diagnostik vermieden werden sollte, wurde der lediglich 9 Items umfassende Fragebogen für Patienten/innen (PHQ-9, Depressionsmodul; Löwe et al., 2004) eingesetzt. Die Skala ist sehr rasch auszuwerten, bei einem Punktwert zwischen 5 und 10 („leichte oder unterschwellige depressive Störung“) wird die Person einer weiteren diagnostischen Untersuchung mittels des BDI II (s.u.) unterzogen, auf dessen Grundlage und in Rücksprache mit dem Hausarzt, der die endgültige Diagnose stellt die letztliche Zuordnung zur Zielgruppe „Personen mit leichtgradigen depressiven Störungen“ erfolgt.

Stichprobenumfang: (berechnet mittels G*Power Version 3.1.5 bei $\alpha= .05$, $1-\beta= .80$). Bei einer optimistischen Effekteinschätzung von $d= .5$ ergibt sich ein optimaler Stichprobenumfang von $N_{opt} = 34$ zu allen drei Zeitpunkten.

Messzeitpunkte: Der Zeitpunkt der Katamnese (T2) wird auf insgesamt 6 Monate nach Abschluss des Programmes festgelegt. Die vorangegangenen

Erhebungszeitpunkte fanden unmittelbar vor (T0) und nach Absolvierung (T1) des Interventionsprogrammes statt.

Abhängige Variable:

Primärer Endpunkt der Studie:

- (1) Veränderung **depressiver Symptome**, gemessen mit der folgenden in der Forschung wie klinischen Praxis etablierten Skala: PHQ-9

Patientenrekrutierung. Die Rekrutierung der an der Studie teilnehmenden Patienten/innen, erfolgte über eine auf hausärztliche Praxen bezogene Cluster-Randomisierung. Diese erfolgt nach dem Screening der rekrutierten Patienten/innen, so dass verhindert wird, dass z.B. besonders motivierte Praxen in den Interventionsarm kommen (Kontrolle des Allocation Bias). Das Screening wurde mittels des PHQ-9 (s.o.) an allen Patienten/innen zwischen 18 und 75 Jahren durchgeführt, die einen häuslichen Zugang zu Internet sowie ein Handy haben. Bei einem positiven Testbefund erfolgte die umfangreichere Diagnostik zur Bestimmung des Schweregrades der depressiven Störung. Vor dem hausärztlichen Konsultationsgespräch bekommt der Hausarzt eine Rückmeldung über das Ergebnis. Patienten/innen mit einem positiven Testergebnis, d.h. dem Vorliegen einer leichtgradigen Depression, werden dann vom Hausarzt über das Projekt informiert und nach Einverständnis an die Mitarbeiterin des Projektes verwiesen. Diese führte sodann mit dem/der Teilnehmer/in zur ergänzenden Fremdbeurteilung der depressiven Störung ein Interview durch und gab alle Informationen zur Studienteilnahme bzw. zum *HausMed PraxisCoach Depression* sowie die weiteren Instrumente zur pre-Messung aus.

Intervention. Nach Aufklärung und Einwilligung zur Teilnahme an der Studie bekamen die Teilnehmer/innen einen Empfehlungsbogen mit dem Zugangscode zur kostenlose Programm-Teilnahme, füllen den Fragebogen für die Zuweisung der individualisierten Module aus und das Programm wird entsprechend dem Teilnehmer/in-Profil generiert. Das generierte *HausMed PraxisCoach Depression* dauert 12 Wochen und umfasst entsprechend 12 Module. Jede Woche wird ein Modul freigeschaltet. Jedes Wochenthema beinhaltet einleitende Videos, Informationen, praktische Aufgaben, interaktives Quiz und Feedback. Die Bearbeitung der in einem Modul vermittelten Informationen beträgt ungefähr einmalig 30 bis 40 Min. Die Erledigung der Wochenaufgaben erfordert hingegen zwischen 15 und 50 Min. täglich. Während des ganzen Programms wird an die Freischaltung neuer Wochenthemen und an die Erledigung der Wochenaufgaben per E-Mail (einmal /Woche) und per SMS (täglich) erinnert, wobei letzteres auf Wunsch

abstellbar ist. Die Module, die für jede/n Teilnehmer/in individuell zusammengestellt werden (siehe Anlage 3), orientieren sich an eine Reihe bewährter und evaluierter Methoden der kognitiven Psychotherapie bei Depression (s. Abschnitt 2.2). Zur Veranschaulichung des *HausMed PraxisCoach Depression* siehe Anlagen 3 und 4.

Rolle des Hausarztes und Safety Monitoring. Der/Die Hausarzt/Hausärztin entscheidet über die Programmteilnahme, betreut den Patienten/innen im Laufe des ganzen Programms und leistet unterstützende Anrufe an den drei vorgesehenen Zeitpunkten (2. Woche; 7. oder 8. Woche¹; 10. Woche) und zu den Zeiten, in denen eine deutliche Verschlechterung im Zustand des/r Patienten/in festzustellen ist. Zudem mussten sich die Patienten/innen nach 2-4 Wochen erneut zur Verlaufskontrolle in der Praxis vorstellen. In einem strukturierten Dokumentationsbogen wurden unerwünschte Wirkungen sowohl vom Hausarzt als auch von den Patienten/innen dokumentiert.

Auswertung. Die erhobenen Daten zum dritten Messzeitpunkt werden pseudonymisiert und durch einen wissenschaftlichen Mitarbeiter in das Statistik-Programm SPSS eingegeben. Nach der Dateneingabe werden Plausibilität, Konsistenz und Vollständigkeit der Daten geprüft. Danach wird die Datenbank geschlossen und für die statistische Auswertung verwendet. In einer separaten passwortgeschützten Datei werden Codenummer, Name, Vorname und Geburtsdaten der Teilnehmer/innen eingegeben. Die Originaldaten und Untersuchungsergebnisse werden von der Projektleitung für 10 Jahre aufbewahrt.

Insgesamt kommen neben deskriptiven Auswertungsmethoden v.a. das inferenzstatistische Verfahren des T-Tests für abhängige Stichproben zum Einsatz.

Studie 2: Halbstrukturierte Interviews mit teilnehmenden Patienten

Design. Zusätzlich sollen $N=5$ am *HausMed PraxisCoach Depression* teilnehmende Patient/innen ausgewählt und mittels halbstrukturierter Interviews hinsichtlich potenzieller Optimierungsvorschläge sowie des Erlebens der hausärztlichen Unterstützerbeziehung befragt werden.

Ziel der qualitativen Studie ist, Optimierungspotenzial zu eruieren sowie Implementierungsmöglichkeiten in der Regelversorgung abzuleiten. Es wird davon ausgegangen, dass aus den Ergebnissen Handlungsempfehlungen abgeleitet werden können, die auch für die Entwicklung und Implementierung von E-Mental-

¹ Aufgrund der Individualisierung des Programms wird der Anruf entweder in der 7. oder 8. betätigt.

Health-Programmen zu anderen Problembereichen und Störungsbildern genutzt werden können. Zudem werden verwertbare Ergebnisse zur Bedeutung der sublimierenden Beziehung zum begleitenden Hausarzt generiert werden, um die Rolle der personalisierten Begleitung besser beurteilen zu können.

Abschließendes Ziel ist, die Ergebnisse an zentrale Stellen der am österreichischen Gesundheitssystem Beteiligten vorzustellen, um eine Einbindung in die Regelversorgung anzubahnen.

Auswertung: Die halbstandardisierten Interviews werden mittels qualitativer Inhaltsanalyse computerunterstützt ausgewertet. Als Softwaretool zur computergestützten qualitativen Daten- und Textanalyse soll MAXQDA genutzt werden, das methodologisch auf der Qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring (1996) beruht. Ggf. soll auch die neue erweiterte Fassung MAXQDA+ genutzt werden, die es erlaubt für das Mixed-Method-Design qualitative Daten mit quantitativen in der Auswertung zu verbinden.

2.6 Ethische und datenschutzrechtliche Aspekte

Patienten/innen mit mittelschwerer und schwerer Depression oder anderer psychischer Komorbidität, Hinweisen auf Suizidalität sowie Patienten/innen in laufender Psychotherapie oder psychopharmakologischer Behandlung werden aus der Studie ausgeschlossen. Selbiges gilt für Patienten/innen mit schweren kognitiven Störungen oder körperlichen, die Lebenserwartung wesentlich begrenzenden Erkrankungen. Es sollen nur Patienten/innen mit leichter Depression eingeschlossen werden. Teilnehmer der Studie erhalten ein telefonisches Follow-up unmittelbar nach dem Ende des Programms (T1) und nach sechs Monaten nach dem Ende des Programms (T2). Das Follow-up erfolgt telefonisch durch psychologische Mitarbeiter. Dies wird im Rahmen eines Informed Consent mit den Teilnehmern zu Beginn der Studie vereinbart. Patienten/innen, die ausgeschlossen werden, z. B. mit schweren Depressionen, sollen gemäß der nationalen Versorgungsleitlinie Depression behandelt werden und ggf. der spezialistischen Versorgung vorgestellt werden.

Insgesamt besteht über den gesamten Studienzeitraum für die Studienteilnehmer die Möglichkeit sich direkt beim Studienleiter oder in der hausärztlichen Praxis zu melden, um Nebenwirkungen oder unerwünschte Ereignisse in Form eines Dokumentationsbogens inkl. Freitext-Felder ausführlich zu dokumentieren.

Die Identität des/r teilnehmenden Patienten/in ist nur dem Hausarzt bekannt. Die Untersuchung wird in Übereinstimmung mit der ärztlichen Berufsordnung und der Deklaration von Helsinki in der Fassung von 2008 durchgeführt. Die Teilnahme der

Personen an der Studie ist freiwillig; die Zustimmung kann jederzeit, ohne Angabe von Gründen und ohne Nachteile für die weitere medizinische Versorgung, zurückgezogen werden. Die Teilnehmer/innen werden vor Studienbeginn schriftlich und mündlich über Wesen und Tragweite der Studie und des geplanten Programms aufgeklärt und ob ihres Einverständnisses einer Nachbefragung befragt. Bei Rücktritt von der Studie werden die bereits erhobenen Daten vernichtet oder beim/bei der Teilnehmer/in angefragt, ob er/sie mit der Auswertung des Materials einverstanden ist. Der Datenschutz wird aufgrund des internetbasierten Charakters des Programms besonders gewürdigt. Die Namen, Geburts- und Kontaktdaten werden getrennt von den gesundheitsbezogenen Angaben auf unterschiedlichen Servern gelagert und sind aufgrund einer Anonymisierung nicht mehr verknüpfbar. Eine Mitarbeiterin der Firma HausMed eHealth Services GmbH, Frau Myriam Krawczyk, ist offiziell als betriebliche Datenschutzbeauftragte bestellt.

2.7Arbeits- und Zeitplan inkl. Meilensteine

Tabelle 1

Zeitraum	Meilensteine
1. bis 2. Monat	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Rekrutierung der Katamnese-TeilnehmerInnen ➤ Aufarbeitung der bereits vorhandenen Daten von T0 und T1
3. bis 9. Monat	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Sammlung der Daten des dritten Erhebungszeitpunktes (Studie 1)
10. bis 12. Monat	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Statistische Auswertung der Studie 1
13. Monat	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Planung der Interviews

14. Monat	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Durchführung der telefonischen Interviews mit den PatentInnen
15. bis 17. Monat	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Auswertung der Interviews ➤ Systematische Zusammenführung der Ergebnisse ➤ Verfassen des Abschlussberichtes
18. Monat	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Präsentation der Ergebnisse vor Verantwortlichen des österreichischen Gesundheitswesens (zwecks Implementierung in Österreich)

Tabelle 2

Kostenpunkte	
Reisekosten: Hin- und Rückflug Wien-Berlin für zwei Personen (zwecks Absprache mit Verantwortlichen von hausmed.)	450,00€
Reisekosten und Materialkosten für Präsentationen vor Verantwortlichen des österreichischen Gesundheitswesens	
Aufarbeitung, Auswertung und Verschriftlichung der Daten durch einen wissenschaftlichen Mitarbeiter + wissenschaftliche Supervision	2,000,00€
Sachmittel (Telefon- und Portokosten, Diktiergerät für Interviewmitschnitte) kosten	250,00€
Aufarbeitung der Interviews durch eine wissenschaftliche Mitarbeiterin	300,00€
Gesamt:	3,000,00€

8. Literaturverzeichnis

- Allianz (2011). Depression – wie die Krankheit unsere Seele belastet. [Online] www.rwi-essen.de/media/content/pages/others/Allianz-Report-Depression.pdf [19.08.2011]
- Alonso, J. (2011). Including information about co-morbidity in estimates of disease burden: results from the World Health Organization World Mental Health Surveys. *Psychological Medicine*, 41, 873-886.
- Andersson, G. & Cuijpers, P. (2009). Internet-based and other computerized psychological treatments for adult depression: a meta-analysis. *Cognitive Behaviour Therapy*, 38 (4), 196-205.
- Bailey, H.A. (2004). Coue revisited: An internet-based investigation of repetition and positive self-statements on depression, self-esteem, and automatic thoughts. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*, 64(12-B), 6348
- Bundesministerium für Gesundheit (2009). Gesundheit und Krankheit in Österreich. Gesundheitsbericht Österreich 2009.
- Christensen, H., Griffiths, K.M., Korten, A.E; Brittliffe, K. & Groves, C. (2004). A Comparison of Changes in Anxiety and Depression Symptoms of Spontaneous Users and Trial Participants of a Cognitive Behavior Therapy Website. *Journal of Medical Internet Research*, 6(4), e:46.
- Clarke, G., Reid, E., Eubanks, D., O'Connor, E., DeBar, L L., Kelleher, C. et al. (2002). Overcoming depression on the Internet (ODIN): a randomized controlled trial of an Internet depression skills intervention program. *Journal of Medical Internet Research*, 4 (3), 14.
- Eichenberg, C. (2008). Bedeutung der Medien für klinisch-psychologische Interventionen. In B. Batinic & M. Appel (Hrsg.), *Medienpsychologie* (S. 503-530). Berlin: Springer.
- Eichenberg, C. & Ott, R. (2011). Klinisch-psychologische Intervention im Internet: Ein Review zu empirischen Befunden störungsspezifischer Angebote. *Psychotherapeut*. doi: 10.1007/s00278-011-0832-5.
- Eichenberg, C. & Brähler, E. (2013). Das Internet als Ratgeber bei psychischen Problemen: Eine bevölkerungsrepräsentative Befragung in Deutschland. *Psychotherapeut*, 1, 63-72
- Gensichen J. et al. (2005). Case management for the treatment of patients with major depression in general practices – rationale, design and conduct of a cluster randomized controlled trial- PRoMPT (Primary care Monitoring for depressive Patient's Trial). *BMC Public Health*, 5, 101.
- Gerrits, R. S. et al. (2007) your mood online: A preventive chat group intervention for adolescents. *AeJAMH (Australian e-Journal for the Advancement of Mental Health)*. Vol 6(3) Nov 2007, 1-11
- Gloaguen, V., Cottraux, J., Cucherat, M. & Blackburn, I. M. (1998). A meta-analysis of the effects of cognitive therapy in depressed patients. *Journal of Affective Disorders* 49(1), 59-72.
- Golkaramnay, V., Bauer, S., Haug, S., Wolf, M. & Kordy, H. (2007). The exploration of the effectiveness of group therapy through an Internet chat as aftercare: A controlled naturalistic study. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 76(4), 219-225.

Hautzinger, M. (2003). Kognitive Verhaltenstherapie bei Depressionen (Praxismaterial). Weinheim: BELTZ-PVU.

Hautzinger M. (2009). Kognitive Verhaltenstherapie bei affektiven Störungen. Psychiatrie und Psychotherapie.

Löwe, B., Kroenke, K., Herzog, W., & Gräfe, K. (2004). Measuring depression outcome with a brief self-report instrument: sensitivity to change of the Patient Health Questionnaire (PHQ-9). *Journal of affective disorders*, 81(1), 61-66.

Masters, K. (2008). For what purpose and reasons do doctors use the Internet: A systematic review. *International Journal of Medical Informatics*, 77, 4-16.

Mayring, Ph. (1996). Einführung in die qualitativer Sozialforschung. Eine Anleitung zu qualitativem Denken (3. Aufl.). Weinheim: Psychologie Verlags Union.

Myer, B., Berger, T., Caspar, F., Beevers, C., Andersson, G. & Weiss, M. (2009). Effectiveness of a novel integrative online treatment for depression (deprexis): randomized controlled trial. *Journal of Medical Internet Research*, 11(2), 1-18.

Ott, R. (2003). Klinisch-Psychologische Intervention und Psychotherapie via Internet: Ein Review zu empirischen Befunden. In R. Ott & C. Eichenberg (Hrsg.), [Klinische Psychologie und Internet. Potenziale für klinische Praxis, Intervention, Psychotherapie und Forschung](#) (S. 128-147). Göttingen: Hogrefe.

Proudfoot, J., Goldberg, D., Mann, A., Everitt, B., Marks, I. & Gray, J. (2003a). Computerized, interactive, multimedia cognitive behavioural therapy reduces anxiety and depression in general practice: a randomised controlled trial'. *Psychological Medicine*, 33, 217-227.

Ruwaard, J., Schrieken, B., Schrijver, M., Broeksteeg, J., Dekker, J., Vermeulen, H. & Lange, A. (2010). Web-based Therapist-Assisted Cognitive Behavioural Treatment of Mild to Moderate Depression: A Randomised Controlled Trial. [Online] www.interapy.nl/content/pdf/interapy-2009-depression-cbt.pdf [18.08.2011]

S3-Leitlinie/Nationale Versorgungsleitlinie (2009). Unipolare Depression. [Online] www.depression.versorgungsleitlinien.de [18.08.2011]

Statistik Austria (2012). Internetverbindungen der Haushalte 2012.

Spek, V., Cuijpers, P., Nyklicek, I. et al. (2007). Internet-based cognitive behaviour therapy for symptoms of depression and anxiety: a meta-analysis. *Psychological Medicine*, 37, 319-328.

World Health Organization (WHO) (1998). Wellbeing measures in primary health care: the DepCare Project. Copenhagen: WHO.

9. Anlagen

Anlage 1: Kurzcharakteristik der HausMed

Anlage 2: Strukturelle Prinzipien vom *HausMed PraxisCoach Depression*

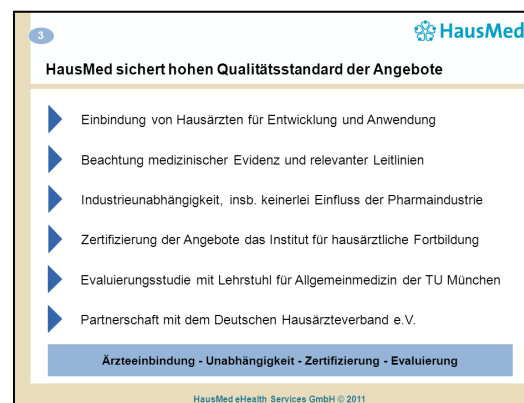
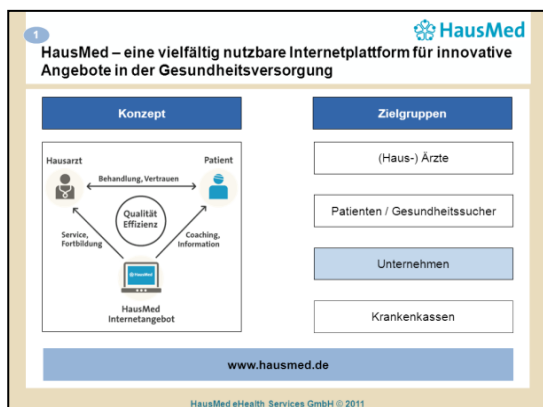
Anlage 3: Themenübersicht im *HausMed PraxisCoach Depression*

Anlage 1: Kurzcharakteristik der HausMed

HausMed hat das Coaching *HausMed PraxisCoach Depression* zusammen mit externen Experten aus Psychotherapie, Medizin und Medienpsychologie entwickelt.

Die HausMed eHealth Services GmbH (HausMed) wurde im Frühjahr 2010 als Initiative des Deutschen Hausärzteverbandes e.V. zusammen mit weiteren privaten Investoren gegründet und beim Amtsgericht Charlottenburg zum Handelsregister mit Aktenzeichen HRB 126231 B eingetragen.

HausMed hat ein innovatives Angebot im E-Health Bereich aufgebaut, um neue Standards für die Prävention und Therapieunterstützung unter Nutzung moderner Kommunikationsmethoden wie Internet, E-Mail und SMS zu etablieren. Unter www.hausmed.de wurde eine Gesundheitsplattform im Internet geschaffen, über die die Gesundheitsangebote bereitgestellt werden. Als Zielgruppen werden dabei Hausärzte und deren Patienten/innen angesprochen.



Von Beginn an hat HausMed allergrößten Wert auf Qualitätssicherung der Angebote gelegt. Hausärzte und Organisationen des Deutschen Hausärztesverbandes werden in die Produktentwicklung, Zertifizierung und Anwendung eingebunden, die Angebote sind strikt leitliniengetreu, industrieneutral und werbefrei. Die Online-Programme für Gewichtsreduktion, Rauchentwöhnung und Stressreduktion werden derzeit einer neutralen Evaluierung durch die TU München unterzogen.

Anlage 2: Strukturelle Prinzipien vom *HausMed PraxisCoach Depression*

Folgende strukturelle Prinzipien sind für den *HausMed PraxisCoach Depression* charakteristisch:

- **Modularer Aufbau.** Der HausMed Coach Depression ist ein zwölfwöchiges Online-Programm. Den Teilnehmer/innen werden jede Woche im Rahmen eines Moduls Informationen, Aufgaben, Arbeitsmaterialien zum Ausdrucken, Video-Ansprache sowie ein interaktives Quiz zur Verfügung gestellt. Jedes Modul beinhaltet daher folgende Teile: Überblick, Wissenswertes, Meine Aufgabe, Quiz und Mein Rückblick. Module sind in sich abgeschlossene Einheiten, die nur bedingt aufeinander aufbauen, sodass individualisierte Reihenfolgen möglich sind.
- **Individualisierte Inhalte.** Aufgrund der ausführlichen Eingangsbefragung werden die Inhalte des Coachings individuell angepasst. Individualisierung findet auf drei Ebenen statt. Zuerst werden zwölf Themen entsprechend dem Patientenprofil aus 16 verfügbaren Themen ausgewählt. Im nächsten Schritt werden Inhalte innerhalb der Module auf die Situation und Ressourcen der Teilnehmerin / des Teilnehmers angepasst. Schließlich werden die Ansprache und die Bilderwelten auf das Alter und Geschlecht des Teilnehmers individualisiert.
- **Dynamischer Ablauf.** Mit täglichen E-Mail- und SMS-Erinnerungen und einer wöchentlichen Feedbackroutine zwischen Teilnehmer/in und HausMed werden die aktive Teilnahme und somit der Programmserfolg unterstützt. Teilnehmer/innen beantworten jede Woche Fragen zum Befinden, Häufigkeit angenehmer Aktivitäten und zur Wochenaufgabe. Eine Rückmeldung auf die Antworten motiviert die Teilnehmer/innen, auch bei Schwierigkeiten dran zu bleiben. Im Rahmen der wöchentlichen Feedbackroutine wird auch die Suizidgefahr eingeschätzt, wobei der/die betreuende Hausarzt/Hausärztin eingebunden wird. Außerdem steht das Gesundheitstagebuch den Teilnehmern/innen zur Verfügung, in dem sie ihr Befinden und die Häufigkeit angenehmer Aktivitäten täglich festhalten und den Verlauf dieser nachverfolgen können.
- **Bindung an eine Bezugsperson.** Die Rolle des Hausarztes im Coaching umfasst drei Funktionen:
 - (1) Der/Die Hausarzt/Hausärztin empfiehlt das Programm, beteiligt sich an der Individualisierung des Programms und verfolgt den Programmverlauf in seinem Profil. Darin sind alle Patienten/innen, die an einem Programm teilnehmen, deren Status und Befindlichkeit abgebildet.

- (2) Die Teilnehmer/innen werden durch ihre/n Hausarzt/Hausärztin betreut, was sich in Anrufen zu bestimmten Zeitpunkten im Laufe des Coachings widerspiegelt.
- (3) Die hausärztliche Unterstützung äußert sich auch in vorher nicht festgelegten Kontaktaufnahmen mit dem/der Teilnehmer/in, die betätigt werden, wenn eine Verschlechterung des Zustands des Patienten/innen über das Monitoring festgestellt wird. Auch bei kritischen Antworten auf die Frage nach Suizidalität wird mit einer Reaktion seitens des Hausarztes gerechnet.
- **Soziale Unterstützung.** Im Rahmen des integrierten Online-Forums hat jede/r Teilnehmer/in die Möglichkeit zum Austausch mit Menschen, die ebenso unter depressiven Symptomen leiden. Mithilfe der qualifizierten Forumsbetreuung durch eine/n Psychologin/en wird die Qualität des Austauschs sichergestellt und potenzielle negative gruppenspezifische Prozesse abgewendet. Darüber hinaus bekommen Teilnehmer/innen eine Möglichkeit, von einem Freund oder dem sogenannten Buddy, den sie selbst festlegen, unterstützt zu werden. Diese/r wird im Laufe des Coachings dreimal per E-Mail kontaktiert und zur Unterstützung aufgefordert.
 - **Erfolgskontrolle.** Wöchentliche Rückmeldungen von Teilnehmern fließen in eine Grafik ein, worin sowohl das Befinden als auch die Häufigkeit der Aktivitäten abgebildet werden. Nach dem Prinzip der kognitiven Verhaltenstherapie, wird es einem durch solche Protokolle bewusst, wie beide Variablen zusammenhängen. Außerdem hat man im Laufe des Programms die Möglichkeit, eigenes Befinden und das Aktivitätsniveau mithilfe von täglichen Einträgen im Gesundheitstagebuch festzuhalten. Beide Elemente, sowohl die wöchentliche Bilanz als auch das tägliche Gesundheitstagebuch sorgen dafür, dass Teilnehmer/innen Instrumente zur besseren Selbstkontrolle an die Hand bekommen und somit ihr Selbstmanagement verbessern.
 - **Strukturierungshilfe** wird in Form von einer ToDo-Liste realisiert. Darin werden solche Wochenaufgaben aufgeführt, die nicht nur in der vorgesehenen Woche sondern auch in darauffolgenden Wochen weitergeführt werden und in den Alltag integriert werden. Solche Aufgaben wie Tagesprotokolle oder Monatsprotokolle sollten routinemäßig gemacht werden.

Anlage 3: Themenübersicht im *HausMed PraxisCoach Depression*

Folgende Themen liegen den Modulen aus dem *HausMed PraxisCoach Depression* zugrunde.

Modulnamen	Ziele der Module
Der Weg aus der Depression	<ul style="list-style-type: none">› Abbau der Vorurteile gegenüber Depressionen› Bezug zum Zustand des/r Patienten/in herstellen› Vermittlung der Ziele und Methoden des Coachings› Erhöhung der Compliance für die Teilnahme am Coaching› Verständnis über die Relevanz von Ressourcen als Grundlage der Bewältigung <p style="text-align: center;">Selbstwirksamkeitssteigerung</p>
Depression verstehen	<ul style="list-style-type: none">› Auflösung von Mythen über die Entstehung von Depressionen› Vermittlung des Verständnis über Entstehung und Aufrechterhaltung von Depressionen (Risikofaktoren und dysfunktionale Bewältigungsmuster)› Erläuterung der Grundprinzipien bei KVT <p style="text-align: center;">Psychoedukation</p>
Angenehmes im Alltag	<ul style="list-style-type: none">› Vermittlung des Zusammenhangs zwischen Aktivität und depressiven Symptomen› Erkennen angenehmer Aktivitäten› Vermittlung der Bedeutung des „Planens“ <p style="text-align: center;">Aufbau angenehmer Aktivitäten</p>
Lernen Sie sich zu belohnen	<ul style="list-style-type: none">› Verdeutlichung der Selbstverstärkung als eine Umgangsform mit Pflichten› Erklärung von Verstärkungsmechanismen› Erläuterung der Schritte zur Erstellung des

		<p>Verstärkerplans</p> <ul style="list-style-type: none"> › Anregung zur positiven Selbstverstärkung (Belohnung) <p>Selbstverstärkung</p>
Gedankenspiralen durchbrechen		<ul style="list-style-type: none"> › Kenntniserwerb von die Beziehung zwischen Denken und Fühlen › Erkennen dysfunktionaler und verzerrter Denkmuster und Erklärungsstil › Vermittlung von Strategien zum Umgang mit negativen Gedanken <p>Kognitive Umstrukturierung</p>
Gemeinsam Depression	gegen	<ul style="list-style-type: none"> › Stärkung sozialer Kompetenzen: a) Kontaktaufbau › Stärkung sozialer Kompetenzen: b) Gefühlsäußerung vermitteln › Stärkung sozialer Kompetenzen: c) Erhöhung der Frequenz sozialer Aktivitäten <p>Aufbau sozialer Kontakte</p>
Sich selbst erkennen		<ul style="list-style-type: none"> › Perspektivwechsel fördern: Erlebensbereitschaft als Alternative zur Erlebenskontrolle › Verständnis über die Rolle des Selbstwertgefühls bei Depression › Unterstützung des Kontakts zum sicheren und konsistenten Selbstempfinden <p>Perspektivwechsel und Achtsamkeitssteigerung</p>
Entspannung Depression	gegen	<ul style="list-style-type: none"> › Zum Nutzen der Entspannung bei Depression › Akzeptanzsteigerung von Entspannungsübungen und Einbindung

konkreter und individuell gewählter Übungen
in den Alltag

Entspannungstraining

- Konzentration gemacht** **leicht** > Vermittlung der Beziehung zwischen kognitiven Beschwerden und Depression
- > Strategien zum Umgang mit Konzentrations- und Gedächtnisproblemen
- > Vermittlung von Problemlöse- und Entscheidungsstrategien

Konzentrations- und Problemlösestrategien

- Loslassen lernen** > Emotion(smanagements) in der Depression: Erlernen hilfreicher Strategien
- > Verbesserung von Beobachtungs- und Wahrnehmungsfertigkeiten
- > „Im Hier und Jetzt“: Förderung der Fähigkeit den Kontakt zum gegenwärtigen Moment aufzubauen und zu halten
- > Anregungen zu Achtsamkeitsübungen

Achtsamkeitssteigerung

- Das gönne ich mir!** > Förderung der Aufmerksamkeitsfokussierung auf positive Umgebungsreize
- > Einüben der genussvollen Verhaltensweisen unterstützen
- > Vermittlung hedonistischer, genussbejahender Regeln

Genusstaining

- Sonne gegen trübe Gedanken** > Lichttherapie als eine weitere Alternative für Depressionsbewältigung
- > Darstellung der Ziele, Methoden und Wirkung der Lichttherapie
- > Strategien zur Reduktion saisonaler

Verstimmungen

Psychoedukation

Auf den Körper hören

- › Vermittlung des Zusammenhangs zwischen Körper und Stimmung
- › Sensibilisierung für und Erhöhung des Verständnisses bzgl. der eigenen Symptome
- › Aufbau von Strategien zur Linderung der Symptome
- › Verdeutlichung der Bedeutung für die Früherkennung einer depressiven Episode: Erkennen von Ersthinweisen

Selbstbeobachtung

Vor Rückfällen schützen

- › Zur Rolle von Rückfällen
- › Abbau der Angst vor Rückfällen
- › Erkennen von Frühwarnzeichen und Vermittlung von Maßnahmen zur Erstellung eines Notfallplans

Rückfallprävention

Therapeutische Unterstützung

- › Abbau von Vorurteilen gegenüber Psychotherapie
- › Erklärung des Nutzens von Psychotherapie: Indikationen und Kontraindikationen, Chancen und Grenzen
- › Darstellung der verschiedenen Therapiemöglichkeiten

Psychoedukation und Entscheidungshilfen

