

Konsortialführung:	Techniker Krankenkasse
Förderkennzeichen:	01NVF17037
Akronym:	PREMA
Projekttitel:	eHealth gestütztes Case-Management für psychisch Erkrankte in der hausärztlichen Primärversorgung
Autoren:	Kathrein Munski, Lena Zwanzleitner, Marjan van den Akker, Michelle Emig, Jochen Gensichen, Maria Hanf, Dirk Heider, Alexander Held, Susanne Lezius, Karoline Lukaschek, Ina Schloss, Antonia Zapf
Förderzeitraum:	1. September 2018 – 31. August 2022

Inhaltsverzeichnis

I.	Abkürzungsverzeichnis	4
II.	Abbildungsverzeichnis	5
III.	Tabellenverzeichnis	5
1.	Zusammenfassung.....	6
1.1	Hintergrund	6
1.2	Methodik	6
1.3	Ergebnisse	6
1.4	Diskussion.....	7
2.	Beteiligte Projektpartner.....	8
3.	Projektziele	8
3.1	Hintergrund	8
3.2	Ziele, Fragestellungen und Hypothesen.....	9
4.	Projektdurchführung	11
4.1	Beschreibung der neuen Versorgungsform	11
4.1.1	Elemente der neuen Versorgungsform	11
4.1.2	Leistungserbringer:innen der neuen Versorgungsform/Zugangsvoraussetzungen.....	12
4.1.3	Beschreibung der PREMA-Manuale	12
4.1.4	Schulung der Praxisteams	13
4.1.5	Zielgruppe der neuen Versorgungsform	14
4.2	Implementierung der neuen Versorgungsform	14
4.2.1	Rechtsgrundlage.....	14
4.2.2	Rekrutierung Hausärzt:innen und vorbereitende Praxisorganisation	14
4.2.3	Patienteneinschluss.....	15

4.2.4	Geplante Unterstützung der Praxen	16
4.3	Verlauf der Projektdurchführung	16
4.3.1	Start der Praxisrekrutierung	16
4.3.2	Projektöffnung.....	17
4.3.3	Auswirkungen der Corona-Pandemie	17
4.3.4	Besondere Herausforderungen in der Projektdurchführung.....	18
4.4	Interoperabilität und offene Schnittstellen.....	19
5.	Methodik	19
5.1	Teilprojekt 1 und 2	20
5.1.1	Studiendesign	20
5.1.2	Endpunkte Teilprojekt 1	21
5.1.3	Analysepopulation.....	22
5.1.4	Zusammenfassung Methodik Teilprojekt 1: Evaluation des Primäroutcomes und Sekundäroutcomes.....	22
5.1.5	Zusammenfassung Methodik Teilprojekt 2: Gesundheitsökonomischer Endpunkt	23
5.2	Teilprojekt 3: Prozessevaluation	23
5.2.1	Studiendesign Prozessevaluation.....	23
5.2.2	Studienpopulation Prozessevaluation.....	23
5.2.3	Rekrutierung Prozessevaluation.....	24
5.2.4	Fallzahlberechnung Prozessevaluation	24
5.2.5	Entwicklung Messinstrumente und Datenerhebung Prozessevaluation	25
5.2.6	Datenanalyse Prozessevaluation.....	25
6.	Projektergebnisse.....	25
6.1	Deskription der Stichprobe	25
6.1.1	Hausärzt:innen (HA)	27
6.1.2	Medizinische Fachangestellte (MFA).....	28
6.1.3	Patient:innen	28
6.2	Ergebnisse aus Teilprojekt 1: Evaluation des Primäroutcomes und Sekundäroutcomes	28
6.2.1	Primäroutcome.....	28
6.2.2	Sekundäroutcome	29
6.3	Ergebnisse aus Teilprojekt 2: Die gesundheitsökonomische Evaluation	30
6.3.1	Deskription gesundheitsökonomische Stichprobe.....	30
6.3.2	Leistungsinanspruchnahme – Deskription	30
6.3.3	Kosten - Deskription	31
6.4	Ergebnisse aus Teilprojekt 3: Die Prozessevaluation	31

Akronym: PREMA

Förderkennzeichen: 01NVF17037

6.4.1	Ergebnisse Fragebogenerhebung T0, T1, T2	31
6.4.2	Drop-Out Befragung Hausärzt:innen.....	33
6.4.3	Befragung interessierter Hausärzt:innen der Informationsveranstaltungen.....	33
6.4.4	Ergebnisse der Interviews	34
7.	Diskussion der Projektergebnisse	35
7.1	Diskussion des Teilprojekts 1: Evaluation des Primäroutcomes und Sekundäroutcomes....	35
7.2	Diskussion des Teilprojekts 2: Die gesundheitsökonomische Evaluation	35
7.3	Diskussion des Teilprojekts 3: Die Prozessevaluation	36
7.4	Diskussion der Gesamtergebnisse	36
8.	Verwendung der Ergebnisse nach Ende der Förderung.....	37
9.	Erfolgte bzw. geplante Veröffentlichungen	38
10.	Literaturverzeichnis	39
11.	Anhang	40
12.	Anlagen.....	41

I. Abkürzungsverzeichnis

Abkürzung	Bedeutung
95% CI	95%-Konfidenzintervall
AP	Arbeitspaket
cRCT	cluster-randomisierte, kontrollierte Studie
FAS	Full Analysis Set
FIMA	Fragebogen zur Inanspruchnahme medizinischer und nicht-medizinischer Versorgungsleistungen im Alter
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
GUF	Goethe-Universität Frankfurt
HA	Hausarzt:in / Hausarzt:innen
ICC	Intra-Class-Correlation Koeffizient
ICD	International Classification of Diseases and Related Health Problems
IG	Interventionsgruppe
ITT	Intention-To-Treat
KBV	Kassenärztliche Bundesvereinigung
KG	Kontrollgruppe
KUM	Klinikum der Universität München
KVH	Kassenärztliche Vereinigung Hessen
MBO	Musterberufsordnung
MFA	Medizinische Fachangestellte bzw. Medizinischer Fachangestellter
MHI-5	Mental Health Index-5
MIA	Mobility Inventory for Agoraphobia
MRC	Medical Research Council
MS	Meilenstein
MW	Mittelwert
NäPA	Nichtärztliche Praxisassistenz
OASIS	Overall Anxiety Severity and Impairment Scale
OnB	Online-Behandlung
PACIC	Patient Assessment of Chronic Illness Care
PARADIES	Patient Activation for Anxiety Disorders
PAS	Panik und Agoraphobie-Skala
PD	panic disorder/Panikstörung
PHQ-9	Patient Health Questionnaire
PREMA	E-Health gestütztes Case-Management für psychisch Erkrankte in der hausärztlichen Primärversorgung
PROMPT	PRimary care Monitoring for depressive Patients Trial
PVS	Praxisverwaltungssysteme

QALYs	qualitätsgewichtete Lebensjahre
SD	Standardabweichung
SF 36	Short Form (36) Health Survey
SGB V	Sozialgesetzbuch Fünftes Buch
TAU	Treatmeant as usual
TK	Techniker Krankenkasse
TKgG	TKgesundheit GmbH
UKE	Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf
VERAH	Versorgungsassistent:in in der Hausarztpraxis

II. Abbildungsverzeichnis

Keine Abbildungen vorhanden, Abbildungen sind im Anhang oder als Anlage zu finden.

III. Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Outcomeparameter und Operationalisierung.....	10
Tabelle 2: Stichprobengröße Teilprojekt 3.....	25
Tabelle 3: Stichprobengröße der Interviews.....	34

1. Zusammenfassung

1.1 Hintergrund

Panikstörungen (PD), die oft mit Agoraphobie (AG) einhergehen, und Depressionen sind häufige psychische Krankheitsbilder in der Hausarztpraxis. Sie sind mit erheblichen individuellen und gesellschaftlichen Kosten verbunden, daher ist ein frühzeitiges Erkennen und eine wirksame Behandlung von großer Bedeutung. Kognitive verhaltenstherapeutische Expositionsübungen haben sich in der Vergangenheit bei der Verringerung von Angst und depressiven Symptomen als wirksam erwiesen. Weiterhin zeigt die Literatur, dass Case-management, mit medizinischen Fachangestellten (MFA) als Case-manager, die klinischen Ergebnisse für Patient:innen mit Angststörung oder Depression in der Primärversorgung verbessern kann.

PREMA hatte sich zum Ziel gesetzt, die Auswirkungen und die Kosteneffektivität einer teambasierten Intervention in der Primärversorgung, die verhaltenstherapeutische Elemente und Case-Management mit Unterstützung von eHealth-Komponenten bei Patient:innen mit PD mit oder ohne AG oder bei Patient:innen mit Depression umfasst, im Vergleich zu einer Standardbehandlung zu evaluieren.

1.2 Methodik

PREMA ist eine zweiarmige, cluster-randomisierte, kontrollierte Studie (cRCT), welche in hausärztlichen Praxen in Hessen, Deutschland, durchgeführt wurde. In den Interventionspraxen erhielten die Patient:innen ein hausarztpraxisbasiertes Case-Management unter Einbindung eines praxisteam- und eHealth-unterstützten Übungsprogramms über einen Zeitraum von 12 Monaten. In den Kontrollpraxen erhielten die Patient:innen eine Routineversorgung (standardized Treatment as usual (TAU)).

Die folgenden Hypothesen wurden dabei untersucht: PREMA führt zu einer: Erhöhung der selbstberichteten psychischen Gesundheit (primäre Fragestellung); Reduktion der Symptomatik (Panik/Depression); Erhöhung der Lebensqualität; Reduktion der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen; Reduktion der Kosten; günstigen Kosteneffektivität. Im Rahmen der Prozessevaluation wurde untersucht, inwieweit durch PREMA: die Interventionsmaßnahmen akzeptiert und genutzt werden; sich die Kommunikation und Kollaboration zwischen den Beteiligten (Hausarzt:in, MFA, Patient:in) erhöht; die Intervention protokollkonform machbar und umsetzbar ist bzw. welche förderlichen oder hemmenden Faktoren vorliegen. Die Primärdaten der eingeschlossenen Patient:innen wurden nach erfolgter Diagnosestellung durch die/den Hausarzt:in (=Zeitpunkt des Studieneinschlusses, Baseline T0), sowie nach 6 (T1) und 12 Monaten (T2) auf einer Onlineplattform erfasst. Die Implementierung des hausärztlichen Case-Managements wurde durch die formative Prozessevaluation mit einem qualitativ-quantitativen Ansatz (Mixed-Methods-Ansatz) begleitet und erstreckte sich über den gesamten Studienverlauf. Durch das Mixed-Methods-Design werden sowohl quantitative Daten durch Fragebogenerhebungen als auch qualitative Daten durch Einzelinterviews erfasst und deskriptiv dargestellt.

1.3 Ergebnisse

Es konnten trotz großem Interesse bei den Praxen die angestrebte Fallzahl nicht erreicht werden. Die Datenlage und damit verbunden die Power hinter den durchgeführten Analysen ist damit nicht ausreichend, um den Nutzen der untersuchten neuen Versorgungsform abschließend zu beurteilen. Die Ergebnisse der Studie haben deshalb einen beschreibenden Charakter, bei dem die Effektschätzer im Vordergrund stehen. Anhand der Effektschätzer lassen sich explorative Hinweise auf einen positiven Effekt der Intervention im Vergleich zu standardized TAU finden. Der Interventionseffekt liegt im erwarteten Bereich, kann jedoch größtenteils nicht statistisch belegt werden.

Die vorliegenden Daten der primären und sekundären Zielgrößen deuten an, dass Patienten der Interventionsgruppe bezüglich Panikstörung und Depression über alle Messpunkte Werte hatten, die auf eine bessere psychische Gesundheit hindeuten. Gerade in Hinblick auf die außerordentlichen Belastungen während der Pandemie ist dies bemerkenswert. Allerdings zeigten auch Patienten der Kontrollgruppe eine Verbesserung, außer beim agoraphobischen Vermeidungsverhalten (MIA), das in der KG zunahm. Daneben ist von Selektionseffekten für die schließlich teilnehmenden Praxen und Patient:innen auszugehen.

In Anbetracht der großen Unsicherheiten sind inferenzstatistische Aussagen zu Unterschieden in relevanten Variablen aus gesundheitsökonomischer Perspektive daher nicht möglich.

Der gesundheitsökonomische Fragebogen und der EQ5D-5L wurden von 34 Personen beantwortet. Die ambulanten Kosten betragen zur Baseline durchschnittlich 694 € (KG=738 €; IG 675 €) und zu T2 712 € (KG=901 €; IG=586 €). Die durchschnittlichen stationären Kosten betragen zur Baseline 2767 € (KG=656 €; IG=3646 €) und zu T2 0 €. Die durchschnittlichen Gesamtkosten betragen zur Baseline 3461 € (KG=1395 €; IG=4321 €) und zu T2 506 € (KG=901 €; IG=586 €). Die Werte für den EQ5D-5L Index-Score betragen 0,74 (KG=0,75; IG=0,74) zur Baseline, 0,75 (KG=0,65; IG=0,78) zu T1 und 0,80 (KG=0,75; IG=0,83) zum Zeitpunkt T2.

Die Ergebnisse zum Messzeitpunkt T0 der befragten Leistungserbringer:innen im Rahmen der Prozessevaluation ließen vermuten, dass HA und MFAs in beiden Studiengruppen bereit und aufgeschlossen waren, neue Behandlungsmöglichkeiten zu testen und zu nutzen. Weiterhin waren HA aufgeschlossen gegenüber der Nutzung einer Online-Behandlung (OnB) und Online-Plattform. Sie bewerteten das Behandlungsprinzip grundsätzlich als sinnvoll. Jedoch bestand auch ein gewisses Ausmaß an Skepsis hinsichtlich bestimmter Themenbereiche, wie z.B. hinsichtlich der Aussage, dass OnB Isolation und Einsamkeit verstärken kann. Die Ergebnisse der befragten Patient:innen zeigten eine positive Einstellung gegenüber einer Online-Behandlung, jedoch bestand auch eine gewisse Skepsis. Zum Messzeitpunkt T0 & T2 bewerteten die Mehrheit das Behandlungsprinzip einer Online-Behandlung grundsätzlich als sinnvoll. Die Antwortkategorie Geringe bis keine Zustimmung wurde jedoch bei der Mehrheit hinsichtlich der Aussage gewählt, dass eine OnB weniger zuverlässig sei als eine Gesprächstherapie. Die Ergebnisse der Patient:innen darauf hin, dass diese zu beiden Messzeitpunkten und in beiden Studiengruppen aufgeschlossen gegenüber neuen Behandlungsmethoden waren. Zudem war anzunehmen, dass sie mit der aktuellen Behandlung ihrer Erkrankung durch die Hausärzt:innen relativ zufrieden waren.

1.4 Diskussion

Explorativ, bei sehr kleiner Fallzahl, lassen sich erste Hinweise in eine mögliche Richtung erkennen: Patient:innen der IG zeigten nicht nur bessere Werte in den einzelnen Fragebögen zur psychischen Gesundheit, Depression, Angst- und Panikstörung, Vermeidungsverhalten und Therapieadhärenz, sondern beurteilten auch die ihnen zuteilgewordene hausärztliche Versorgung besser.

Die nachträgliche Umstellung von Sekundärdaten auf Primärdaten bei der Erhebung der gesundheitsökonomischen Daten hat jedoch zusätzlich zu logistischen Problemen bei der Bereitstellung der digitalen Fragebögen und Erfassung der Daten geführt. Nichtsdestotrotz hat sich die digitale Adaptierung des FIMA als grundsätzlich praktikable Option für zukünftige Studien erwiesen.

Die sich durch alle Gruppen (HÄs/Patient:innen/MFAs) durchziehende große Aufgeschlossenheit für Onlinebehandlungen und technisch unterstützte Behandlungen bilden eine gute Basis für den zukünftigen Einsatz digitaler Bausteine im Rahmen von neuen Versorgungsformen. Auch die Entwicklungen während der Coronapandemie haben hier vermutlich eine dynamisierende Wirkung auf die Einstellung zu derartigen Lösungen gehabt. Die dargestellten Ergebnisse bieten eine gute Ausgangslage für künftige Projekte, da viele Ansatzpunkte identifiziert wurden, die für eine erfolgreiche Implementierung digitaler und digital-hybrider Angebote gegeben sein müssen.

In der Prozessevaluation ist deutlich geworden, dass Ärzt:innen sich für Ihre Patient:innen verantwortlich fühlen und dass sie sich grundsätzlich in der Lage sehen, Patient:innen mit Depression und/oder Panikstörungen zu erkennen und zu behandeln. Der Bedarf in den hausärztlichen Praxen Patient:innen mit psychischen Erkrankungen zu versorgen ist weiterhin hoch. Es besteht also der Wunsch Patient:innen an geeignete Behandlungsoptionen überzuleiten, ohne dabei wegzuvermitteln.

Kapazitätsgrenzen stellen die größte Hürde für die Umsetzung dar. Um diesen zu begegnen, werden schlankere, technisch intuitivere, niedrigschwelligere Lösungen benötigt, im besten Fall mit Anbindung an die Praxisverwaltungssysteme, sodass eine einfache Integration in den Praxisalltag möglich ist. Die im Projektverlauf aufgetretenen externen Faktoren, welche zu einer Überlastung geführt haben, können auch in Zukunft erneut auftreten. Es ist wahrscheinlich, dass sinnvolle und prinzipiell gewollte Angebote an Kapazitätsengpässen scheitern. PREMA konnte einen relevanten Beitrag leisten, die Kapazitätsengpässe in der hausärztlichen Versorgung zu spezifizieren und damit sensible Ansatzpunkte zu identifizieren. Diese müssen bei künftigen Konzeptionierungen in der hausärztlichen Versorgung, ungeachtet des Indikationsbereichs, adressiert werden.

2. Beteiligte Projektpartner

<i>Name Institution</i>	Name Projektleitung und fachlicher Ansprechpartner nach Projektende	Funktion
<i>Techniker Krankenkasse (TK)</i>	Klaus Rupp Kathrein Munski Lena Zwanzleitner	Konsortialführung / Vertragspartner Selektivvertrag Fachliche Ansprechpartnerinnen
<i>Embloom Deutschland GmbH</i>	Marco Essed Ina Schloss	Konsortialpartner Fachliche Ansprechpartnerin
<i>Kassenärztliche Vereinigung Hessen (KVH)</i>	Dr. Eckhard Starke	Konsortialpartner / Vertragspartner Selektivvertrag
<i>Klinikum der Universität München, Institut für Allgemeinmedizin (KUM)</i>	Projektleitung: Prof. Dr. med. Dipl.-Päd. Jochen Gensichen PD Dr. Karoline Lukaschek	Konsortialpartner Fachliche Ansprechpartnerin
<i>Goethe-Universität Frankfurt am Main (GUF), Institut für Allgemeinmedizin</i>	Projektleitung: Prof. Dr. Marjan van den Akker, PhD Maria Hanf, M.Sc.	Konsortialpartner Fachliche Ansprechpartnerin
<i>Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (UKE), Institut für Gesundheitsökonomie und Versorgungsforschung (IGV), Institut für Medizinische Biometrie und Epidemiologie (IBE)</i>	Prof. Dr. Hans-Helmut König Dirk Heider Prof. Dr. Antonia Zapf Susanne Lezius	Konsortialpartner Fachlicher Ansprechpartner (IGV) Projektleitung (IBE) Fachliche Ansprechpartnerin (IBE)

3. Projektziele

3.1 Hintergrund

Mit einer Prävalenz von 5 % bzw. 10 % gehören Panikstörungen und Depression zu den häufigen Beratungsanlässen und Erkrankungen in der hausärztlichen Praxis. Außerdem ist Depression eine relevante Komorbidität: bei 45 % der Patient:innen mit Angststörungen wird auch eine Depression diagnostiziert. Trotz des Hilfe suchenden Patientenverhaltens kann die richtige Diagnose dieser psychischen Erkrankung

kungen aufgrund der oft unspezifischen Symptome und der im hausärztlichen Setting typischen Multimorbiditäten schwierig und langwierig sein. Nur ein Teil der Betroffenen erhält eine angemessene, evidenzbasierte Behandlung; insgesamt kann die bundesdeutsche Versorgungssituation als verbesserungswürdig angesehen werden.

Bei Patient:innen führen die genannten Störungsbilder zu schwerwiegenden Einschränkungen in beruflichen und privaten Lebensbereichen sowie zu einer verminderten Lebensqualität. Auf der gesellschaftlichen Makroebene entstehen durch eine vermehrte Anzahl von Arbeitsausfalltagen oder durch verfrühtes Ausscheiden aus dem Arbeitsprozess hohe gesundheitsökonomische Kosten (Konnopka et al., 2009; Grochtdreis et al., 2015). Für die Hausärzt:innen bedeutet die Versorgung von Patient:innen mit psychischen Erkrankungen eine ressourcenbindende Herausforderung, da im weiteren Verlauf der Erkrankung eine kontinuierliche, unterstützende Begleitung unter Nutzung medikamentöser und psychotherapeutische Therapieverfahren erforderlich ist, ggf. in Zusammenarbeit mit Fachspezialisten. Allerdings kommen viele der betroffenen Patient:innen nicht in Kontakt mit den sekundären Versorgungsstrukturen, da eine Überweisung zu Spezialist:innen aufgrund langer Wartezeiten schwierig ist oder von Patient:innen abgelehnt werden. Oft sind die Hausärzt:innen erste und dauerhafte Anlaufstelle der Patient:innen. Die deutschen S3-Leitlinien zur Behandlung von unipolarer Depression (Bundesärztekammer, 2022) und Angststörung (Bandelow et al., 2021) zählen die Anwendung verhaltenstherapeutischer Behandlungselemente auch zu den im Rahmen der hausärztlichen Versorgung primär zu ergreifenden Maßnahmen.

3.2 Ziele, Fragestellungen und Hypothesen

Ein Hauptziel des Projektes war die Stärkung der hausärztlichen Rolle bei der Versorgung von psychisch Erkrankten durch eine Kombination von Case-Management, ärztlich angeleiteten Übungen und eMental-Health-Lösungen (Blended Care). Den Hausärzt:innen sollte damit ein einfaches und zeitsparendes Werkzeug zur Verfügung gestellt werden, um Patient:innen mit zwei der häufigsten psychischen Erkrankungen, Depression und Panikstörung, in der Hausarztpraxis systematisch zu erkennen. Darüber hinaus sollen Hausärzt:innen dabei unterstützt werden, zu entscheiden, ob die Patient:innen in der hausärztlichen Praxis adäquat und diagnoseübergreifend behandelt werden können, oder ob – bei schwerer Depression/Panikstörung – eine zeitnahe Überweisung zu Spezialist:innen indiziert ist. Die neue Versorgungsform hatte daher auch zum Ziel, die Zusammenarbeit innerhalb und zwischen verschiedenen Versorgungsbereichen, Versorgungseinrichtungen und Berufsgruppen zu optimieren (z. B. zwischen HA und Spezialist:in; zwischen HA und MFA).

Darüber hinaus hatte PREMA eine empirische Überprüfung der klinischen und gesundheitsökonomischen Effekte zum Ziel. Die wissenschaftliche Überprüfung einer neuen Versorgungsform ist die Voraussetzung für deren Breitenimplementierung in der primärmedizinischen Versorgung.

Definition spezifischer und messbarer Indikatoren zur Zielerreichung:

- 1) Vergleich eines praxisteam- und eHealth-unterstützten Übungsprogrammes mit standardized „Treatment as Usual“ (standardized TAU) in der ambulanten Primärversorgung von Patient:innen mit Depression oder Panikstörung hinsichtlich des patientenbezogenen Behandlungsergebnisses (Veränderungen der selbstberichteten psychischen Gesundheit)
- 2) Vergleich der beiden Therapiearme hinsichtlich klinischer Parameter wie Depressivität, Panik/Angst, gesundheitsbezogener Lebensqualität, Versorgungsqualität, sowie hinsichtlich gesundheitsökonomischer Parameter

Der gezielte Einsatz von eMental Health Tools verknüpft mit innovativen hausärztlichen Interventionen (Case-Management, Monitoring und Übungen) stellt eine neue Versorgungsform dar, die es in der bisherigen Regelversorgung nicht gibt. Diese verbessert die hausärztliche Versorgung psychisch Kranker, indem sie

- grundsätzlich für das Wesen psychischer Erkrankungen sensibilisiert und somit das frühzeitige in Erwägung ziehen, Erkennen, Benennen und adäquate therapeutische Handeln fördert;
- die Diagnostik online-gestützt erleichtert und präzisiert;
- die Entscheidung der/des HA hinsichtlich der weiteren Versorgung erleichtert und eine raschere Vernetzung mit anderen Versorgungseinrichtungen ermöglicht;
- die Rolle der MFA für die Betreuung der Patient:innen sinnvoll erweitert;

Akronym: PREMA

Förderkennzeichen: 01NVF17037

- eHealth gezielt einsetzt, um MFA und Ärzt:in zu entlasten und die Kompetenz und Eigenständigkeit der Patient:innen zu fördern;
- Zeit schafft für die hausärztliche Kernaufgabe: Das persönliche Gespräch mit den Patient:innen

Daraus ergeben sich folgende Fragestellungen bzw. Hypothesen:

PREMA führt zu einer:

- 1) Verbesserung der selbstberichteten psychischen Gesundheit (primäre Fragestellung)
- 2) Reduktion der Symptomatik (Panik/Depression)
- 3) Erhöhung der Lebensqualität
- 4) Reduktion der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen
- 5) Reduktion der Kosten
- 6) günstigen Kosteneffektivität

Die dafür untersuchten Endpunkte sind in Tabelle 1 dargestellt.

Tabelle 1: Outcomeparameter und Operationalisierung

Erfolgsindikator	Instrument / Operationalisierung	Datenquelle	Teilprojekt
Primäroutcome:			
Psychische Gesundheit (Depression und Panikstörungen)	Mental Health Index-5 (MHI-5)	Primärdaten (Patientenassessment mittels Fragebogen)	1
Sekundäroutcome:			
Depressionslevel	PHQ-9	Primärdaten (Patientenassessment mittels Fragebogen)	1
Angstlevel	OASIS	Primärdaten (Patientenassessment mittels Fragebogen)	1
Schweregrad der Panikattacken	Panik- und Agoraphobie-Skala (PAS)	Primärdaten (Patientenassessment mittels Fragebogen)	1
Vermeidungsverhalten (angstbezogen)	Mobility Inventory for Agoraphobia (MIA) nach Chambless	Primärdaten (Patientenassessment mittels Fragebogen)	1
Versorgungsqualität	Patient Assessment of Chronic Illness Care (PACIC)	Primärdaten (Patientenassessment mittels Fragebogen)	1
Adhärenz bzgl. Medikation	Morisky-Score (adaptiert)	Primärdaten (Patientenassessment mittels Fragebogen)	1
Symptomfreie Tage	Depressionsfreie Tage (Symptom Checklist-90) / Angstfreie Tage (Anxiety Sensitivity Index)	Primärdaten (Patientenassessment mittels Fragebogen)	1
Lebensqualität	EQ-5D-5L-Index	Primärdaten (Patientenassessment mittels Fragebogen)	2
Komorbidität	Chronic Disease Score (basierend auf Arzneimitteleinnahmen)	Primärdaten (Patientenassessment mittels FIMA)	2
Inanspruchnahme von Versorgungsleistungen	Stationäre Krankenhausfälle, stationäre Krankenhaustage, ambulante Arztkontakte, Arzneimittel	Primärdaten (Patientenassessment mittels FIMA)	2
Arbeitsausfall	Krankheitsbedingte Fehlzeiten am Arbeitsplatz	Primärdaten (Patientenassessment mittels FIMA)	2
Kosten	Krankenhauskosten, ambulante Kosten, Arzneimittelkosten, indirekte Kosten, Gesamtkosten	Primärdaten (Patientenassessment mittels FIMA)	2
Kosteneffektivität	Kosten, QALYs (basierend auf dem EQ-5D-5L)	Primärdaten	2
Akzeptanz, Machbarkeit und Umsetzung der Intervention	Ad-hoc Items	Primärdaten (Patienten, HÄ, MFA/CM mittels Fragebogen, Fokusgruppen, Experten-interviews)	3

Ziele der Prozessevaluation

Das Ziel der formativen / begleitenden Prozessevaluation war die Exploration der Einstellung, Akzeptanz, Machbarkeit und die Umsetzung des e-Health-gestützten hausärztlichen Case-Managements bei Patient:innen, HA und MFAs. Das Projekt wurde durch eine umfassende qualitativ-quantitative Prozessevaluation durch Interviewbefragung und Fragebogenerhebungen untersucht. Die teilnehmenden HA und MFA werden im Folgenden als Gruppe der Leistungserbringer:innen zusammengefasst.

Fragestellungen der Prozessevaluation

Die im Antrag beschriebenen Fragestellungen im Rahmen der Prozessevaluation wurden in der Konzeptionsphase der Studie differenziert, konkretisiert und operationalisiert.

1. Wie wird die Interventionsmaßnahme aus Sicht von Patient:innen und Leistungserbringer:innen akzeptiert und genutzt?
 - a. Was sind die Gründe und Erwartungen einer Studienteilnahme aus Sicht der Patient:innen und Leistungserbringer:innen?
 - b. Wie zufrieden sind Patient:innen und Leistungserbringer:innen mit der Intervention?
 - c. Welche Einstellungen und Erwartungen haben Patient:innen und Leistungserbringer:innen gegenüber der Nutzung von Online-Interventionen?
2. Inwieweit ist die Intervention aus Sicht von Leistungserbringer:innen und Patient:innen protokollkonform machbar und umsetzbar?
 - a. Inwieweit ist die Studienteilnahme und -durchführung machbar und umsetzbar?
3. Welche förderlichen und / oder hemmenden Faktoren in Bezug auf den Praxisalltag, Studien-durchführung, Studieninhalte und der Kommunikation / Kollaboration zwischen HA, MFA und Patient:innen liegen vor?
 - a. Waren die Studieninformationen ausreichend, um die Intervention bzw. die Studie umzusetzen?
 - b. Welche Auswirkungen hat die COVID-19 Pandemie auf die Studienteilnahme?

4. Projektdurchführung

4.1 Beschreibung der neuen Versorgungsform

4.1.1 Elemente der neuen Versorgungsform

Zentrales Element der neuen Versorgungsform war das „Dreierbündnis“ Ärzt:in, MFA und Patient:in, das durch den systematischen Einsatz von eMental-Health unterstützt, gestärkt und entlastet wird. Case-Management gibt der hausärztlichen Praxis ein einfaches und schnelles Instrument zur sicheren Behandlung von chronisch kranken Patient:innen und – sofern notwendig – deren Überweisung an die Hand.

Das „Dreierbündnis“ funktioniert nach vereinbarten Regeln: Die/Der Ärzt:in stellt der/dem Patient:in das Zusatzangebot vor und bindet sogleich die/den MFA in das Gespräch ein, denn sie/er übernimmt die verantwortungsvolle Aufgabe der unterstützenden Anrufe. Die/Der MFA wird von nun an die/den Patient:in regelmäßig kontaktieren und ihre/seine Symptome unter Nutzung der Monitoringtools (mod. DEMoL, JAMoL) immer wieder abfragen. Die Ergebnisse stehen der/dem Ärzt:in über die gemeinsam genutzte Online-Plattform ebenfalls zur Verfügung, sodass er stets informiert ist.

Embloom stellte die Online-Plattform zum Erfassen, Verfolgen und Behandeln von psychischen und somatischen Beschwerden zu Verfügung. Zentral ist dabei das Prinzip von Blended Care, einer Kombination aus klassischer Sprechzimmerbehandlung und digitaler Intervention. Ärzt:in, MFA und Patient:in haben über Embloom einen sicheren Zugang zu digitalisierten Testverfahren, psychoedukativen Videos und Texten, Selbsthilfeübungen oder Tagebuchfunktion. Außerhalb der ärztlichen Sprech-

Akronym: PREMA

Förderkennzeichen: 01NVF17037

stunde kann die/der Patient:in durch digitalisierte Übungen therapeutische Erfahrungen vertiefen oder wiederholen. Sie/Er erlernt Eigenverantwortung und Unabhängigkeit. Teilschritte der Behandlung können auf diese Weise vor oder nach dem Praxisbesuch stattfinden.

Die Behandlung in der IG besteht aus vier Terminen bei der/dem HA von je 30 Minuten Dauer sowie Casemanagement durch den/die MFA. Die vier Sitzungen umfassen Folgendes:

- Sitzung 1 (Woche 3 nach Beginn der Behandlung): Psychoedukation über Depression oder Panikstörung. Die Patient:innen erfahren etwas über die Symptome und den theoretischen Hintergrund ihrer Erkrankung sowie über das Behandlungsverfahren.
- Sitzung 2 (6. Woche): Interozeptive Expositionsübungen. Die Hausärzt:innen stellen Übungen vor, die die typischen körperlichen Reaktionen der Patient:innen hervorrufen. Die Patient:innen lernen ihre anfänglichen Ängste zu überwinden und erfolgversprechende Lösungen zu finden (Aktivierung und Motivation der Patient:innen).
- Sitzung 3 (Woche 12): Situative Expositionsübungen. Die Patient:innen werden mit Situationen konfrontiert, die ihre Angst auslösen oder vor denen sie sich zurückziehen. Patient:innen mit Depressionen streben danach, wieder Freude an den Aktivitäten des täglichen Lebens zu finden.
- Sitzung 4 (Woche 20): Erfolgskontrolle und Rückfall-Prophylaxe

Das Case-Management durch die/den MFA besteht aus 17 Telefonaten (jeweils ca. 10 Minuten), in denen die/der MFA die Monitoring Checklisten (JAMoL (Hiller et al., 2018) für Patient:innen mit PD/AG, bzw. DeMoL (Gensichen et al., 2006) für Patient:innen mit Depressionen abfragt und die Patient:innen gegebenenfalls motiviert. Die Antworten auf den Fragebogen werden online auf der eHealth Plattform notiert.

4.1.2 Leistungserbringer:innen der neuen Versorgungsform/Zugangsvoraussetzungen

Alle Leistungen wurden von HA erbracht, die im Bereich der KVH zugelassen waren und die über die Genehmigung zur Psychosomatischen Grundversorgung verfügten. Darüber hinaus musste zum Praxisteam mindestens ein Medizinischer Fachangestellter (MFA) gehören, mit drei oder mehr Jahren Berufserfahrung. Zusätzlich zu den ärztlichen Leistungen wurden Leistungen durch MFAs in Praxen erbracht. Das Screening erfolgte durch die MFAs, die Basisschulung MFA, Interventionsschulung MFA und die protokollbasierten Telefonate mit den Patient:innen wurden durch die MFAs erbracht. Die/Der Ärzt:in hatte jederzeit die Therapiehoheit und war für die hausärztliche Behandlung verantwortlich. Praxen bzw. Ärzt:innen, die diese Voraussetzungen erfüllten, waren zugelassen, dem Vertrag nach §140a SGB V beizutreten.

4.1.3 Beschreibung der PREMA-Manuale

In PREMA wurden vier Manuale¹ entwickelt, die im Folgenden beschrieben werden: Das Diagnostik-Manual (für Ärzte), das ärztliche Behandlungsmanual („Arztmanual“), das MFA-Manual und das Patientenmanual. Da es sich bei den Manualen um ungeprüftes Material aus einem Negativ-Trial handelt, der die Wirkung der Intervention nicht belegen kann, werden die Manuale im Sinne der Patientensicherheit nicht veröffentlicht. Auf Anfrage können diese im Sinne einer wissenschaftlichen Kooperation zur Verfügung gestellt werden. Im Folgenden werden die Manuale inhaltlich zusammengefasst.

Das **Diagnostik-Manual** des Forschungsprojekts „PREMA“ erlaubt teilnehmenden Ärzten einen sicheren Patienteneinschluss. Es dient zur Orientierung während des ersten ärztlichen Diagnosegesprächs, das einen Bestandteil des studienbezogenen Screening- und Diagnoseprozesses darstellt, und unterstützt Ärzte z.B. durch eine detaillierte Beschreibung der Ein- und Ausschlusskriterien für Patienten und durch Checklisten der diagnostischen Kriterien bei Panikstörung (nach ICD-10: F41.0), Agoraphobie (nach ICD-10: F40.01) und Depression (nach ICD-10: F32-34).

Das **ärztliche Behandlungsmanual** von PREMA unterteilt sich in vier große Kapitel: 1. Panikstörung und Agoraphobie, 2. Depression, 3. Das PREMA-Übungsprogramm, 4. Ärztlicher Behandlungsleitfaden.

¹ Anlage 13: Manuale

Akronym: PREMA

Förderkennzeichen: 01NVF17037

Darüber hinaus gibt es ein ausführliches Literaturverzeichnis sowie einen Anhang mit der Beschreibung der im Programm eingesetzten Übungen.

Kapitel 1 enthält Informationen zu den Themen Angst als physiologische Schutzreaktion, Symptomatik bei Panikstörung und Agoraphobie (Klassifizierung nach ICD-10) Ursachen und Aufrechterhaltung von Panikstörung und Agoraphobie, sowie Behandlungsprinzip bei Panikstörung und Agoraphobie.

Kapitel 2 enthält Informationen zur Symptomatik bei Depression (Klassifizierung nach ICD-10, sowie Verläufe, Signale und Therapiestrategien bei Depression), sowie Behandlungsprinzipien bei Depression. Ein eigener Abschnitt beschäftigt sich mit Suizidalität.

Kapitel 3 bietet ausführliche Hintergrundinformationen zu Konzept (aktive Patientenbegleitung, Case-Management, Dreierbündnis Arzt-MFA-Patient) und Therapiematerialien von PREMA sowie den verwendeten Monitoring Listen JAMoL und DeMoL. Ebenso werden Hinweise zu Pharmakotherapie und fachspezialisierter Mitbehandlung gegeben, z.B. bezüglich einer Kombination aus Psychopharmaka und Übungsprogramm, Psychiatrische oder psychologische Mitbehandlung, Versorgungspfad bei anhaltend schlechtem Verlauf.

Kapitel 4 erläutert den Aufbau des PREMA-Übungsprogramms, den richtigen Umgang mit den entwickelten Therapiewerkzeugen sowie die Durchführung der vorgesehenen vier ärztlichen Konsultationen, separiert für Patienten mit Panikstörung bzw. für Patienten mit Depression.

Das **MFA-Manual** der PREMA-Studie wendet sich an medizinische Fachangestellte, Krankenschwestern und Arzthelferinnen (MFA), die Mitarbeiter:innen einer hausärztlichen Praxis sind und zusammen mit dem Arzt/der Ärztin an der PREMA-Studie teilnehmen.

In der Rolle als aktive Patientenbegleitung kommt den MFAs eine Reihe besonderer Aufgaben zu. Mithilfe des MFA-Manuals sollen sie darauf vorbereitet werden. In Kapitel 1 erfahren sie, worum es bei aktiver Patientenbegleitung durch das hausärztliche Praxisteam – hier v.a. die MFA – geht. Kapitel 2 erläutert detailliert die Behandlungsschritte des PREMA-Programmes und wie die MFA Patient:innen motivieren kann. Da die MFA an der Behandlung der Patient:innen aktiv beteiligt ist, sollte sie verstehen, wie und warum psychische Erkrankungen wie Depression und Angst durch ein Übungsprogramm wirksam behandelt werden können (Kapitel 3 und 4).

Das Kapitel 5 stellt die wichtigsten Arbeitsinstrumente vor: die Telefonfragebögen JAMoL und DeMoL zum Monitoring. Kapitel 6 und 7 sind die „Praxiskapitel“. Hier wird zuerst der Ablauf des MFA-Erstgesprächs erläutert, welches beim Start des Übungsprogramms mit den Patienten geführt wird. Außerdem erhalten die MFA Hinweise zum Ablauf der regelmäßig stattfindenden Telefonkontakte, mit deren Hilfe sie den Symptom- und Behandlungsverlauf eines Patienten beobachten sollen. In Kapitel 8 finden sie viele nützliche und interessante Hintergrundinformationen, z.B. zu Case-Management oder Suizidalität. Ebenso wie im Arztmanual sind im Anhang die Körperübungen für Patienten beschrieben.

Das **Patientenmanual der PREMA-Studie** unterteilt sich in die beiden großen Blöcke Panikstörung und Depression. Innerhalb jedes Blockes gibt es die Kapitel „Die Krankheit verstehen lernen“, „Zum Umgang mit der Krankheit“, sowie die Praxiskapitel „Körperübungen“ und „Situationsübungen“ mit ausführlichen Informationen zu den speziellen Übungen bei Depression oder Panikstörung. Diese Kapitel sind angepasst an den Behandlungsverlauf von PREMA und die Inhalte der vier Termine bei den Hausärzt:innen, sodass sich die Patient:innen optimal vorbereiten bzw. die Inhalte nachlesen können. Anschauliche Graphiken erklären z.B. das Teufelskreismodell der Angst oder die Abwärtsspirale bei Depression. Den Patienten werden auch die Telefon-Fragebögen JAMoL und DeMoL erklärt, mit denen die MFA den Verlauf der Erkrankung monitort. Ebenso erhalten die Patienten einen kurzen Überblick über die Rolle der MFA in PREMA.

4.1.4 Schulung der Praxisteams

Alle teilnehmenden Hausarztpraxen erhielten allgemeine Informationen und Online-Materialien zu Diagnose, Therapie und Behandlung von PD/AG und Depression („Basisschulung“). Das bereitgestellte Material basiert auf den nationalen Leitlinien für Depression (Bundesärztekammer, 2022) und für Angststörungen (Bandelow et al., 2021). Außerdem wurden die Hausärzt:innen in den Studienabläufen und in der Nutzung der Embloom-Plattform geschult. Alle teilnehmenden MFAs wurden in der Nutzung der Online-Plattform, den Studienabläufen, dem Screening-Prozess und der Rekrutierung von Patient:innen geschult und erhielten online allgemeine Informationen über Panikstörungen und Depressionen. Das gesamte Online-Material wurde auf der Embloom Plattform bereitgestellt.

Akronym: PREMA

Förderkennzeichen: 01NVF17037

Praxen, die der IG zugewiesen wurden, wurden zusätzlich in dem Interventionsprogramm geschult. Diese Online-Schulung umfasst die folgenden Inhalte:

(1) Rationale der Expositionstechniken in Bezug auf PD/AG und Depression; (2) Behandlungsplan; (3) Aufbau der Selbsthilfematerialien; (4) Case-Management; (5) Informationen für die Ärzte zum Therapieablauf; (6) Informationen für die MFA zur Durchführung von Telefonkontakten mit Patient:innen mit Hilfe einer Monitoring-Checkliste.

Sowohl die Ärzt:innen als auch die MFAs erhielten detaillierte Materialien, die auf der Online-Plattform bereitgestellt wurden.

Praxen, die der Kontrollgruppe zugewiesen werden, erhielten keine weitere Schulung: Patient:innen erhielten standardisierte TAU, basierend auf den aktuellen deutschen Empfehlungen für die Diagnose und Behandlung von Depressionen und von Angststörungen. Teilnehmende Hausärzt:innen erhielten in einer Basisschulung Online-Schulungsmaterial und medizinische Informationen über Depression und Panikstörung, basierend auf der aktuellen nationalen Leitlinie für Depressionen und für Angststörungen.

4.1.5 Zielgruppe der neuen Versorgungsform

Die Zielgruppe bestand aus Patient:innen mit Angststörung (ICD-10: F41.0, F40.01) oder Depression (ICD-10: F.32-34), die sich in Hessen in Hausarztpraxen in Behandlung befanden (Cut offs: PHQ >9 bis < 22; OASIS \geq 8). Die exakten Ein- und Ausschlusskriterien sind in Kapitel 5.1.1.2 dargestellt. Da die Interventionsinhalte nur auf Deutsch verfügbar waren, waren ausreichende Deutschkenntnisse ebenso Voraussetzung wie entsprechende technische Anbindung (Internet/Telefon) in der Häuslichkeit sowie selbstverständlich die Einwilligungsfähigkeit. Inhaltlich richtet sich das Angebot an Patient:innen, die mit ihrer Symptomatik in der hausärztlichen Versorgung angebanden sein möchten, oder aufgrund von langen Wartezeiten auf einen Therapieplatz beim Spezialisten nicht warten möchten oder auch eine Behandlung dort keine Option für die/den Patient:in darstellt.

4.2 Implementierung der neuen Versorgungsform

4.2.1 Rechtsgrundlage

Die neue Versorgungsform wurde auf Basis eines Vertrags nach § 140a SGB V in Hessen durchgeführt. Vertragspartner waren die TK und die KVH. Im Rahmen des Vertrags wurden – wie im Selektivvertragsbereich üblich – die Leistungsinhalte und die Vergütung der gesundheitlichen Versorgungsleistungen festgehalten. Die Abrechnung der Leistungen erfolgte im Rahmen der Quartalsabrechnung bei der KVH über Gebührenpositionen, die die PREMA Leistungen abbildeten.

Darüber hinaus wurde die neue Versorgungsform im Projektverlauf unter Zuhilfenahme des Behandlungsvertrages nach §630a BGB für alle gesetzlich versicherten Patient:innen zugänglich gemacht (siehe Kap. 4.3.2). Damit einher ging die Umstellung der gesundheitsökonomischen Evaluation auf eine Erhebung von Primärdaten anhand des FIMA-Fragebogens, da für Versicherte, die nach §630a BGB teilnahmen, keine Routinedaten von Krankenkassen verfügbar sind.

4.2.2 Rekrutierung Hausärzt:innen und vorbereitende Praxisorganisation

Die HA wurden über die KVH rekrutiert. Die Einschreibephase begann im Mai 2019 und endete am 31. März 2021.

Um möglichst viele HA in Hessen für die Teilnahme an PREMA zu gewinnen, wurden mehrere Wege der Information und Bewerbung gewählt:

- Auftaktinformationsveranstaltungen (Präsenz)
- Informationen über die Homepage der KVH, u.a. die Vertragsunterlagen
- Erstellung und Veröffentlichung eines Videos (https://www.kvhessen.de/fileadmin/user_upload/kvhessen/Mitglieder/Publikationen/RUNDSCHREIBEN_PREMA-Video.mp4), indem wichtige und häufige Fragen anschaulich beantwortet wurden (u.a. „Wie starte ich mit PREMA?“ „Wie nehme ich teil?“ „Was ist das Startpaket“ „Wo bekomme ich Infos zum Programm?“).
- Informationen über Printmedien im Mitglieder magazin „auf den Punkt“ der KVH

Akronym: PREMA

Förderkennzeichen: 01NVF17037

- Mehrere postalische Informationsschreiben und Einladungen zu den Auftaktinformationsveranstaltungen an Hausärzt:innen, die der Qualifikationen entsprachen
- Telefonische und schriftliche Akquise, Beratung und Betreuung der Hausärzt:innen und medizinische Fachangestellte (MFA)
- Ärztenewsletter (E-Mail) an die Mitglieder der KVH
- Postkartenaktion an Praxen die noch nicht auf Embloom registriert waren

Nachdem die Praxis sich bei der KVH in den Versorgungsvertrag eingeschrieben hatte, erhielt sie durch die TK ein Startpaket. In diesem waren sämtliche Informationen zur Vorbereitung und Durchführung des Programms inkl. der Studie enthalten:

- Allgemeine Informationen zum Programm und der Studie²
- Checkliste „Ein- und Ausschlusskriterien“³
- Checkliste „Vorgehen der Hausarztpraxis für den Patienteneinschluss“⁴
- Checkliste „Einschreibung Studie“⁵
- Screeningfragebogen⁶
- Studien-Teilnehmerinformation und Einverständniserklärung zur Studie⁷
- Dokumentationsbogen „Nichtteilnahme und Ausschlussgründe Patienten“⁸
- Dokumentationsbogen „Studienabbruch Patient“⁹
- Studienprotokoll¹⁰

Im nächsten Schritt meldeten sich die Praxen bei Embloom an und führten die Schulungen „Basisschulung Arzt“ bzw. „Basisschulung MFA“ auf der Support-Plattform von Embloom durch. Für diese Schritte wurden Aufwandsentschädigungen, sowohl für Ärzt:innen als auch MFAs eingeplant. Danach erstellten die MFAs eine Screeningliste mit Patient:innen, welche den Einschlusskriterien entsprachen. Wenn sich diese Patient:innen das nächste Mal in der Praxis vorstellten, wurden Sie über PREMA informiert.

Danach waren die organisatorischen Vorbereitungen in der Praxis abgeschlossen. Für alle genannten Arbeitsschritte wurde eine pauschale Abrechnungsposition im Versorgungsvertrag vereinbart.

4.2.3 Patienteneinschluss

Gemäß Studienprotokoll wurden Patient:innen für die Studie entweder über die erstellte Screeningliste der Praxis identifiziert und bei ihrem nächsten Praxisbesuch angesprochen oder es stellte sich in einem laufenden Ärzt:in-Patient:in-Gespräch der Verdacht auf eine Depression oder Panikstörung heraus. In beiden Fällen wurden von ärztlicher Seite die Ein- und Ausschlusskriterien überprüft. Anschließend wurden die Patient:innen über die Studieninhalte und das Screening informiert. Damit das Screening bereits über den Versorgungs- bzw. Behandlungsvertrag abgerechnet werden konnte, wurde die Teilnahmeerklärung zum Versorgungsvertrag bzw. der Behandlungsvertrag unterzeichnet.

Das Screening wurde entweder im Wartezimmer von den Patient:innen selbst durchgeführt oder im Behandlungsraum gemeinsam mit der/dem Ärzt:in. Die Patient:innen konnten, sofern vorhanden, ihr eigenes Smartphone benutzen, wofür von der/dem MFA ein Log-in-Code erstellt wurde. Andernfalls konnte der Screening-Fragebogen auch in Papierform ausgefüllt werden und später von den MFAs in die Embloom-Plattform übertragen werden. Wenn eine Patientin bzw. ein Patient die Teilnahme am Screening ablehnte, wurde dies mit dem Dokumentationsbogen „Nichtteilnahme und Ausschlussgründe Patienten“ für die Evaluation festgehalten.

² Anlage 1 Allgemeine Informationen zum Programm und der Studie

³ Anlage 2 Checkliste „Ein- und Ausschlusskriterien“

⁴ Anlage 3 Checkliste „Vorgehen der Hausarztpraxis für den Patienteneinschluss“

⁵ Anlage 4 Checkliste „Einschreibung Studie“

⁶ Anlage 5 Screeningfragebogen

⁷ Anlage 6 Studien-Teilnehmerinformation und Einverständniserklärung zur Studie

⁸ Anlage 7 Dokumentationsbogen „Nichtteilnahme und Ausschlussgründe Patienten“

⁹ Anlage 8 Dokumentationsbogen „Studienabbruch Patient“

¹⁰ Anlage 9 Studienprotokoll

Akronym: PREMA

Förderkennzeichen: 01NVF17037

Nach erfolgtem Ausfüllen des Screening-Fragebogens überprüfte die/der Ärzt:in über die Embloom-Plattform das Ergebnis. Lag der Punktwert des OASIS-Fragebogens ≥ 8 und/oder der PHQ-9 Punktwert zwischen ≥ 9 und ≤ 22 wurde das Ergebnis durch eine klinische Diagnosestellung bestätigt. Gemeinsam mit den Patient:innen wurde das Ergebnis besprochen. Wenn die Patient:innen nicht für die Studienteilnahme in Frage kamen oder zu diesem Zeitpunkt nicht mehr an der Studie teilnehmen wollten, wurde das ebenso im Dokumentationsbogen „Nichtteilnahme und Ausschlussgründe Patienten“ festgehalten.

Kamen Patient:innen für die Studie in Frage, führten die Ärzt:innen das Aufklärungsgespräch zur PREMA-Studie durch. Anschließend wurde die Einverständniserklärung zur Studienteilnahme unterzeichnet. Eine Ausfertigung der Unterlagen wurde anschließend an die Study Nurse der Goethe-Universität versendet und die/der Patient:in in der praxisinternen Pseudonymisierungsliste ergänzt. Für die Durchführung des Screenings durch die Ärzt:innen und die MFAs wurden Abrechnungspositionen im Versorgungsvertrag vereinbart.

Aufgrund des Studiendesigns konnte die Praxis mit der Behandlung erst nach der erfolgten Randomisierung und Zuteilung zur Interventionsgruppe starten. Praxen wurden randomisiert, wenn mindestens 12 bis 13 Patient:innen von der Praxis eingeschrieben wurden oder nach Ablauf des 3-monatigen Screeningzeitraums. Die Patient:innen wurden von der Praxis darüber informiert. Nach der Mitteilung des Randomisierungsergebnisses durch Embloom an die Praxen, nahmen diese Kontakt mit ihren Patient:innen auf und stimmten die Termine zur Behandlung ab. Sowohl Ärzt:innen als auch MFAs absolvierten vor dem Behandlungsstart die „Interventionsschulung Arzt“ bzw. „Interventionsschulung MFA“ in der Support-Plattform von Embloom. Für diese beiden Schulungen wurde jeweils eine Abrechnungsposition im Versorgungsvertrag vereinbart. Wurde die Praxis der Kontrollgruppe zugeteilt, folgte ein weiterer persönlicher Termin in der Praxis, bei dem die weiteren Behandlungsschritte im Rahmen der Regelversorgung besprochen wurden. Auch für diesen Termin wurde eine Abrechnungsposition im Versorgungsvertrag vereinbart.

4.2.4 Geplante Unterstützung der Praxen

Bereits bei der Konzeption des Projekts wurde eingeplant, die Praxen bei der Umsetzung der Neuen Versorgungsform und der Studie zu unterstützen. Angelehnt an die reguläre Umsetzung von Versorgungsverträgen plante die KVH ein, den Praxen telefonisch für Rückfragen zur Verfügung zu stehen. Für die Handhabung der Embloom-Plattform wurden Webinare geplant, an denen alle Praxen teilnehmen sollten.

Beim KUM wurde eine Study Nurse eingeplant, die den MFAs der Interventionsgruppe als spezielle Ansprechpartner:in zur Verfügung stand und optional vor Ort Besuche durchführten sollte. Außerdem sollten die MFAs der Interventionsgruppe optional ein begleitendes Coaching erhalten, welches aus Telefonaten und einer eintägigen Präsenzveranstaltung bestand. Das Coaching wurde mit dem Ziel geplant, die MFAs in der Kommunikation und Interaktion mit psychisch erkrankten Patient:innen, speziell Depression und Panikstörung, zu stärken. Sobald eine Praxis zur Interventionspraxis randomisiert wurde, erhielt Sie eine Einladung zur Präsenzveranstaltung. Die Präsenzveranstaltungen für die MFAs wurden von der KVH organisiert und betreut. Da die MFAs für diesen Tag nicht im Praxisbetrieb verfügbar war und Reisekosten anfielen, wurde eine pauschale Aufwandsentschädigung im Rahmen des Versorgungsvertrags vereinbart.

4.3 Verlauf der Projektdurchführung

4.3.1 Start der Praxisrekrutierung

Im Mai 2019 startete die Rekrutierung der Praxen mit dem Versand von Informationsschreiben an ca. 3000 Hausarztpraxen in Hessen. Dem Rekrutierungsschreiben folgten innerhalb der ersten beiden Monate bereits 73 Hausarztpraxen mit 94 Ärzt:innen. Im Juni und August 2019 wurden insgesamt 3 Informationsveranstaltungen durchgeführt. Die Veranstaltungen wurden sehr gut angenommen und führten zu weiteren Teilnahmen am Versorgungsvertrag.

Es zeichnete sich bald ab, dass die Praxen die vorbereitende Praxisorganisation nicht innerhalb des ursprünglich geplanten Monats umsetzen konnten. Die KVH kontaktierte die Praxen daher proaktiv und erfuhr in diesen unterstützenden Telefonaten, dass der Aufwand für das Projekt unterschätzt

wurde. Das Konsortium bemühte sich, schnell nachzubessern. Da die Unterstützungsbedarfe der Praxen die eingeplanten Kapazitäten der KVH überstiegen wurde nachträglich eine Study Nurse hinzugezogen. Ab September 2019 unterstützte die Study Nurse der Goethe-Universität kleinschrittig die Praxen in der vorbereitenden Organisation und stand später auch den Kontrollpraxen für Rückfragen zur Verfügung. Auch die angedachten Webinare wurden konzeptionell angepasst. Nicht nur, dass diese nun als Online-Videoschulung in der Support-Plattform von Embloom zu jeder Zeit abgerufen werden konnten. Sondern auch, dass die Inhalte in den Telefonaten von der Study Nurse der GUF vermittelt wurden. Bei Bedarf leitete sie Schritt für Schritt durch die Embloom-Plattform.

Außerdem wurden im Dezember 2019 und Januar 2020 noch einmal fünf weitere Informationsveranstaltungen durchgeführt. Auch diese wurden von den Praxisteams sehr gut angenommen und führten zu weiteren Teilnahmen am Versorgungsvertrag.

Es zeigte sich aber auch, dass die bisher eingeleiteten Maßnahmen noch nicht ausreichten, um die geplante Fallzahl zu erreichen. Aus diesem Grund wurden im Dezember 2019 die Planungen für die Projektöffnung aufgenommen.

4.3.2 Projektöffnung

Das Konsortium bemühte sich kontinuierlich andere Gesetzliche Krankenversicherungen für einen Beitritt zum Projekt bzw. dem Versorgungsvertrag zu gewinnen, um die Fallzahlerreichung zu ermöglichen. Bisher war es den Praxen nur möglich, dass Versicherte der TK eingeschrieben werden konnten. Da keine weiteren Kassen gewonnen werden konnten und die Rekrutierung der Patient:innen nur zögerlich anlief, setzte das Konsortium eine Projektöffnung unter Zuhilfenahme des §630a BGB um. Die Arbeiten wurden durch den Ausbruch des Corona-Virus etwas verzögert. Ab Juli 2020 war es dann allen Praxen möglich Patient:innen aller GKVen für das Programm zu gewinnen.

Die eingeschriebenen Praxen wurden durch die KVH postalisch informiert. Außerdem erhielten die Praxen aktualisierte Unterlagen für den Studienordner. Im Zusammenhang der Prozessumstellung kam der Study Nurse der Goethe-Universität die Aufgabe der Teilnehmerverwaltung zu. Sie wurde zu einer noch wichtigeren Ansprechpartnerin der Praxen und nahm eine wichtige koordinierende Rolle innerhalb des Konsortiums ein. Die Study Nurse der GUF unterstützte die kommunikativen Maßnahmen, indem sie mit jeder Praxis persönlich Kontakt aufnahm und Rückfragen klärte. Die Information zur Projektöffnung wurde von den Praxisteams sehr wohlwollend aufgenommen, da das Projekt nun stark an Relevanz für den Praxisalltag zugenommen hat.

Die Umsetzung dieser äußerst wichtigen Maßnahme traf leider mit dem Ausbruch der Corona-Pandemie zusammen, sodass nicht die gewünschte Steigerung der Fallzahlrate erreicht werden konnte.

4.3.3 Auswirkungen der Corona-Pandemie

Im März 2020 brach das Corona-Virus auch in Deutschland aus, wodurch eine unvorhersehbare Sondersituation eintrat. Der Ausbruch traf das Projekt mitten in der Umsetzungsvorbereitung der Projektöffnung. Die Vorbereitungen mussten zurückgestellt werden und zunächst die generellen Auswirkungen analysiert werden. Hausarztpraxen waren in der gesamten Zeit Hauptansprechpartner für Patient:innen. Sie standen in dieser Situation massiv unter Druck, die Anfragen, Testungen und Behandlungen ihrer Patient:innen in einem sich schnell veränderndem Erkenntnis- und Rechtsrahmen durchzuführen und auch das normale Tagesgeschäft weiterhin abzudecken. Wenngleich der Bedarf für Unterstützungsangebote für Patient:innen mit psychischen Erkrankungen in allen teilnehmenden Praxen vorhanden war, so konnten nur die wenigsten Praxen Kapazitäten schaffen, PREMA umzusetzen. Es wurden umfangreiche Maßnahmen ergriffen, die es den Praxen trotz erschwelter äußerer Bedingungen ermöglichen sollten, Patient:innen für die Studie zu rekrutieren.

Im Zuge des Shutdowns zur Kontaktvermeidung in der Corona Pandemie wurden die Praxen sowie die Patient:innen aufgefordert, nicht notwendige Behandlungen auszusetzen oder anderweitig durchzuführen. Daher wurde vereinbart, den Vertrag gem. § 140a SGB V, um die Möglichkeit der Videosprechstunde zu ergänzen. Die im Praxismanual festgelegten vier persönlichen Arztgespräche konnten befristet bis zum 30. Juni 2020 durch eine von der KBV zertifizierte Software zur Online-Videosprechstunde durchgeführt werden. Die Befristung orientierte sich an Vorgaben der KBV für vergleichbare Leistungen, die zum damaligen Zeitpunkt der pandemischen Handlungsanweisungen entsprach. Mit der Umsetzung der Projektöffnung wurde diese Möglichkeit beendet, da die Videosprechstunde keine Position des Versorgungsvertrags war und über die Regelversorgung Zuschläge von nicht-teilnehmenden

Akronym: PREMA

Förderkennzeichen: 01NVF17037

GKVen erforderlich gemacht hätte. Dazu setzten nur wenige Praxen in der Zeit die Online-Videosprechstunde tatsächlich ein, weshalb von einer dauerhaften Aufnahme in die Gesundheitlichen Versorgungsleistungen abgesehen wurde.

Im Juli 2020 wurde die Projektöffnung umgesetzt. Wenngleich die Maßnahme sehr wohlwollend aufgenommen wurde und die begleitenden kommunikativen Maßnahmen dazu führten, dass sich weitere Ärzt:innen in den Versorgungsvertrag einschrieben, konnte nicht die angestrebte Steigerung der Fallzahl erreicht werden. Die Pandemie führte in den Praxen dazu, dass der bereits bestehende Fachkräftemangel, insb. bei den MFAs deutlich verstärkt wurde. Dazu kam die hohe Anzahl an Anfragen, Testungen und Behandlung von Patient:innen mit bzw. mit Verdacht auf das Corona-Virus. Die Praxen haben dadurch sehr schnell ihr Limit erreicht. Vor dem Hintergrund, dass die zweite Corona-Welle im Herbst 2020 deutlich stärker ausfiel, war es nachvollziehbar, dass nur wenige Praxen zusätzliche Angebote wie PREMA umsetzen konnten.

Das Konsortium ließ sich dennoch nicht entmutigen, da der Bedarf für Behandlungsangebote für Patient:innen mit Depression und/oder Panikstörungen weiterhin hoch war. Die Study Nurse der GUF hat sehr aufwändig und engmaschig die Praxen bei allen vorbereitenden Schritten unterstützt und fortlaufend an die noch offenen Vorbereitungen erinnert. Ende des Jahres musste die Unterstützung der Praxen aus Kapazitätsgründen von der GUF zu TkGg abgegeben werden.

Da aufgrund der Pandemie Veranstaltungen in Präsenz nicht mehr durchgeführt werden konnten, musste das Coachingkonzept für die MFA überarbeitet werden. Die Study Nurse der KUM, welche auch über eine Coaching-Ausbildung verfügte, übernahm daher im Rahmen ihrer regelmäßigen Telefonate mit den Interventionspraxen das Coaching.

Der Rekrutierungszeitraum konnte durch die umgestellte gesundheitsökonomische Evaluation verlängert werden und wurde bis zum 31. August 2021 fortgeführt. Auch wenn es nicht allen Praxen aufgrund mangelnder Kapazitäten gelungen ist, konnten in den letzten Monaten noch einige motiviert werden die Vorbereitungen durchzuführen und mit der Rekrutierung zu starten. Alle eingeschriebenen Patient:innen erhielten planmäßig das 12-monatige PREMA-Programm bzw. die Benachrichtigungen für die bereitgestellten Befragungen in der Kontrollgruppe. Die Praxen der Kontrollgruppe hatten außerdem nach dem Durchlauf aller Patient:innen für 3 Monate Zugriff auf die Inhalte des PREMA-Programms.

4.3.4 Besondere Herausforderungen in der Projektdurchführung

Wie bereits im vorangegangenen Abschnitt erläutert, sah sich das Projekt in der Umsetzung mit unterschiedlichen Herausforderungen, die aus der Corona-Pandemie resultierten, konfrontiert. Darüber hinaus gab es grundlegende Sachzusammenhänge, die eine Umsetzung von PREMA in den Hausarztpraxen erschwerte. Das Angebot einer selektivvertraglichen Leistung stellt für Praxen in vielen Fällen eine zusätzliche verwaltungstechnische Hürde da. Angebotspezifische Arbeitsabläufe müssen etabliert werden, damit die Leistung erbracht werden kann, aber es bedarf auch einiger verwaltungstechnischer Anpassungen der Abläufe, sodass die Leistung rechts- und abrechnungssicher erbracht werden kann. Viele Praxen kennen diese Mehraufwände und setzen entsprechende Angebote um. PREMA stellte aufgrund der Gesamtkomplexität eine besondere Aufgabe dar.

In der initialen Projektplanung wie im Antrag vorgesehen, sollte eine Study Nurse bei der Umsetzung in den Interventionspraxen unterstützen. Bereits zu Beginn des Projekt war jedoch absehbar, dass die Umsetzung in allen Praxen intensiv begleitet werden musste, sodass im August 2019 eine weitere Study Nurse bewilligt wurde. Beide Study Nurses unterstützen die Praxen in der Etablierung neuer praxisinterner Prozesse und der Umsetzung von PREMA. Viele Praxen bemühten sich das Programm zu verstehen und die Abläufe entsprechend umzusetzen. Nicht in allen Praxen standen dafür jedoch ausreichenden Kapazitäten zur Verfügung. Insbesondere die Startphase in die Versorgung bereitete den Praxen Schwierigkeiten, da hier ein bedeutender Anteil der Kapazitäten erforderlich war. Einige Praxen entschieden sich im Verlauf des Projekts dafür, die ohnehin schon knappen Kapazitäten von MFA und HA auf andere Bereiche der Versorgung zu konzentrieren, sodass sie ihre Teilnahme an PREMA beendeten. Auch die intensive Unterstützung der Study Nurses und ein entsprechender finanzieller Anreiz hatte wenig Effekt auf die Teilnahmebereitschaft oder Bereitschaft zur Umsetzung der Leistung in den Hausarztpraxen. Bevor das Projekt weitere Maßnahmen zur Unterstützung nach Etablierung der Study

Akronym: PREMA

Förderkennzeichen: 01NVF17037

Nurses umsetzen konnte, neben den bereits beschriebenen und der Projektöffnung, machte die Corona-Pandemie weitere Anpassungen unmöglich.

4.4 Interoperabilität und offene Schnittstellen

Im Rahmen des Projekts stellt Embloom eine Online-Plattform zum Erfassen, Verfolgen und Behandeln von psychischen und somatischen Beschwerden. Die Plattform verfügt über maßgefertigte Schnittstellen, die die Interoperabilität zur Praxissoftware der Ergosoft GmbH sowie zu einer unternehmensinternen Software sicherstellt. Diese Schnittstellen wurden im Rahmen des Projekts jedoch nicht genutzt, da Praxen unterschiedliche Systeme nutzen und dies entweder die Auswahl der Praxen eingeschränkt hätte oder für jede Praxis eine separate Schnittstelle programmiert werden müsste (was den Projektrahmen überschritten hätte).

5. Methodik

PREMA ist eine zweiarmige, cluster-randomisierte, kontrollierte Studie (cRCT). Die Studie wurde in hausärztlichen Praxen in Hessen, Deutschland, durchgeführt.

Die Randomisierung wurde auf Clusterebene, stratifiziert nach Urbanitätsgrad (städtisch vs. ländlich) durchgeführt (Cluster = Hausarztpraxis).

Dafür wurde der Urbanitätsgrad wie folgt anhand der von den Praxen angegebenen Postleitzahl ermittelt:

- Suche nach der PLZ in der Gemeindefliste des BBSR mit der Einteilung nach Raumordnungstyp
- Falls die PLZ nicht in der Liste auftaucht: Google-Suche der PLZ und Abgleich des gefundenen Namens der Gemeinde mit der Liste des BBSR mit Einteilung nach Raumordnungstyp
- Falls dies nicht erfolgreich ist: Nachschlagen der PLZ bei <https://www.suche-postleitzahl.org> und Einteilung in ländlich, falls die Bevölkerungsdichte unter 150 Einwohner/km² liegt, sonst städtisch

Die teilnehmenden Hausarztpraxen sollten die Patient:innen innerhalb einer 3-monatigen Screeningphase rekrutieren. Danach wurden die Praxen, einschließlich aller rekrutierten Patient:innen, entweder dem Interventionsarm der Studie (PREMA-Programm) oder dem Kontrollarm (TAU) zugewiesen, wofür eine Randomisierungsliste vom UKE erstellt wurde (siehe Kap. 5.1.1.3).

In der Interventionsgruppe (IG) erhielten die Patient:innen über einen Zeitraum von 12 Monaten ein Case-Management und Schulungen, unterstützt durch das Praxisteam und die Onlineplattform Embloom. In der Kontrollgruppe (KG) erhalten die Patient:innen standardisiertes TAU. PREMA folgt den Empfehlungen des Medical Research Council (MRC) für die Entwicklung und Evaluierung komplexer Interventionen so weit wie möglich.

Aus den oben beschriebenen Zielsetzungen ergaben sich die folgenden Fragestellungen bzw. Hypothesen:

PREMA führt zu einer:

- 1) Verbesserung der selbstberichteten psychischen Gesundheit (primäre Fragestellung)
- 2) Reduktion der Symptomatik (Panik/Depression)
- 3) Erhöhung der Lebensqualität
- 4) Reduktion der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen
- 5) Reduktion der Kosten
- 6) günstigen Kosteneffektivität

Im Rahmen der Prozessevaluation wurde untersucht, inwieweit durch PREMA:

- 1) die Interventionsmaßnahmen akzeptiert und genutzt werden
- 2) sich die Kommunikation und Kollaboration zwischen den Beteiligten (Hausärzt:in, MFA, Patient:in) erhöht
- 3) die Intervention protokollkonform machbar und umsetzbar ist bzw. welche förderlichen oder hemmenden Faktoren vorliegen

Diese Fragestellungen wurden im Rahmen der Evaluation wie nachfolgend erläutert mit den entsprechenden Methoden erforscht. Dabei wurde in drei Teilprojekten den Fragestellungen nachgegangen. In Teilprojekt 1 wurden die Primär und Sekundäroucomes untersucht. In Teilprojekt 2 wurden die gesundheitsökonomischen Parameter evaluiert und in Teilprojekt 3 wurde eine begleitende Prozessevaluation durchgeführt. Für Teilprojekt 1 und 2 wurde die Methodik gemeinsam beschrieben, Teilprojekt 3 wird in einem eigenständigen Methodenteil erläutert. Details zur Methodik sind dem Evaluationsbericht zu entnehmen. An dieser Stelle erfolgt eine verkürzte Darstellung.

5.1 Teilprojekt 1 und 2

5.1.1 Studiendesign

Zur Messung des Studienerfolgs wurde ein cluster-randomisiertes kontrolliertes Studiendesign (cRCT) implementiert. Nach erfolgter Rekrutierung der Hausarztpraxen wurden in diesen während einer maximal dreimonatigen Screeningphase Patient:innen rekrutiert. Anschließend wurden diese mittels einer vom UKE erstellten pseudonymisierten Liste zufällig der Interventions- (IG) oder Kontrollgruppe (KG) zugeordnet. Die PREMA Studie war unverblindet. Aufgrund der Art der Intervention, die die aktive Nutzung der Embloom Plattform, Gespräche und Telefonate umfasst, war eine Verblindung weder für Patient:innen noch Ärzt:innen oder MFAs möglich.

In den Interventionspraxen erhielten die Patient:innen ein hausarztpraxisbasiertes Case-Management unter Einbindung eines praxisteam- und eHealth-unterstützten Übungsprogramms über einen Zeitraum von 12 Monaten. In den Kontrollpraxen erhielten die Patient:innen eine Routineversorgung (standardized TAU). Eine individuelle Erhebung der zur Messung des Studienerfolgs benötigten Outcomes erfolgt anhand von Primär- und Sekundärdaten der in den jeweiligen Hausarztpraxen identifizierten Patient:innen mit depressiver Symptomatik oder Panikstörung.

Die Primärdaten der eingeschlossenen Patient:innen wurden nach erfolgter Diagnosestellung durch die/den HA (=Zeitpunkt des Studieneinschlusses, Baseline T0), sowie nach 6 (T1) und 12 Monaten (T2) auf einer Onlineplattform erfasst. Zur Einhaltung ethischer und wissenschaftlicher Standards folgt die Studie den Empfehlungen der ICH Guideline for Good Clinical Practice (dt.: Leitlinie für „Gute klinische Praxis“, GCP, 06/1996), der Deklaration von Helsinki und des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG).

5.1.1.1 Ein- und Ausschlusskriterien für die Studienteilnahme: Hausarztpraxen

Einschlusskriterien: Kassenzulassung; hausärztliche Tätigkeit mit psychosomatischer Grundversorgung in Hessen; mindestens eine verfügbare MFA bzw. ein MFA mit mehr als drei 3 Jahren Berufserfahrung.

Ausschlusskriterien: ausschließlich privatärztlich tätige Praxen.

5.1.1.2 Ein- und Ausschlusskriterien für die Studienteilnahme: Patient:innen

Einschlusskriterien: Patient:innen mit Panikstörung ± Agoraphobie (ICD-10: F41.0, F40.01) oder Depression (ICD-10: F32-34), die sich in Hessen in Hausarztpraxen in Behandlung befinden (Cut offs: PHQ-

Akronym: PREMA

Förderkennzeichen: 01NVF17037

9: ≥ 9 und ≤ 22 ; OASIS: ≥ 8); Fähigkeit zur freiwilligen und informierten Entscheidung zur Studienteilnahme; Versicherte bei einer gesetzlichen Krankenkasse; Alter ≥ 18 Jahre; ausreichende deutsche Sprachkenntnisse; privater Internetzugang; privater Telefonanschluss.

Ausschlusskriterien: vorbekannte Abhängigkeit von Alkohol- oder anderen psychotropen Substanzen vorbekannte Psychose; akute Suizidalität; laufende, genehmigungspflichtige Psychotherapie zu den Studiendiagnosen zum Zeitpunkt des Studieneinschlusses (Baseline); Expositionstraining nach hausärztlichem Urteil nicht empfohlen.

5.1.1.3 Randomisierung

Die Randomisierung fand auf Clusterebene (den einzelnen Praxen) und erst nach der erfolgreichen Rekrutierung von zwölf bis 13 Patient:innen, spätestens aber nach Ablauf der dreimonatigen Screeningphase statt. Patient:innen sollten somit rekrutiert werden, bevor der entsprechenden Praxis die Gruppenzugehörigkeit bekannt ist, was den Selektionsbias minimieren sollte.

Aufgrund von Rekrutierungsschwierigkeiten wurde diese Patientenzahl oft nicht erreicht, so dass es zu Nachrekrutierungen nach Bekanntgabe des Randomisierungsergebnisses kam. Außerdem wurde im Laufe der Studie eine Fallzahlneuberechnung durchgeführt, bei der dann die angestrebte Patientenzahl pro Praxis auf 10 reduziert wurde. Die Randomisierung wurde von unabhängiger Stelle im Projekt durchgeführt, das Ergebnis wurde über die Onlineplattform an die Praxen kommuniziert.

5.1.1.4 Fallzahlberechnung

Die angestrebte Stichprobengröße basiert auf einer Powerkalkulation zur statistisch abgesicherten Unterschiedstestung der Intervention (PREMA) versus Regelversorgung (TAU). Als Grundlage zur Berechnung der angestrebten Fallzahl diente eine im hausärztlichen Setting als klinisch relevant erachtete Effektstärke auf das Primäroutcome von 0,2 Standardabweichungen (SD). Bei einer anzustrebenden Power von 0,9, einem Type I Fehler von 0,05 (zweiseitig) und einer angenommenen Korrelation der Baselinewerte mit dem primären Outcome von 0,5 ergab sich eine erforderliche Stichprobengröße von 395 Patient:innen pro Studienarm. Unter Berücksichtigung der durch die Cluster-Randomisierung definierten hierarchischen Datenstruktur, einer angenommenen Größe der Cluster von durchschnittlich zehn Patient:innen pro Hausarztpraxis und einem Intra-Class-Correlation-Koeffizienten (ICC) von 0,05 ergab sich ein Design Effekt von 1,45 (Flick, 2011). Hierdurch erhöhte sich die erforderliche Stichprobengröße pro Studienarm auf 590 Patient:innen in jeweils 59 Praxen (insgesamt 1180 Patient:innen, 118 Praxen). Unter Annahme einer Drop-Out-Rate von ca. 20% für die Praxen und ca. 20% für die Patient:innen, wurde die Rekrutierung von 1844 Patient:innen in 148 Hausarztpraxen mit durchschnittlich 12,5 Patient:innen pro Praxis angestrebt.

Aufgrund einer erschwerten und verzögerten Patientenrekrutierung wurde eine Neukalkulation vorgenommen, so dass nun für die geringere, aber akzeptable Power von 0,8 und nur durchschnittlich zehn Patient:innen pro Praxis unter sonst gleichen Annahmen die Rekrutierung von insgesamt mindestens 1280 Patient:innen aus 128 Praxen angestrebt wurde.

Die Studie sah sich mit erheblichen Rekrutierungsschwierigkeiten konfrontiert, so dass die angestrebte Fallzahl deutlich verfehlt wurde.

5.1.2 Endpunkte Teilprojekt 1

Primärer Endpunkt war der Mental Health Index-5 (MHI-5), um die psychische Gesundheit (Depression und Panikstörung) der Studienteilnehmer zu bewerten (Berwick et al., 2005). Der MHI-5 ist eine fünf Items umfassende Subskala des Short Form (36) Health Survey (SF 36) (Wensing et al., 2008). Jede Frage wird auf einer fünfstufigen Likert-Skala beantwortet (von 1 überhaupt nicht bis 5 mehr als fünfmal pro Woche/stark; Gesamtspanne 5-25). Eine höhere Punktzahl bedeutet eine bessere psychische Gesundheit. Unter Verwendung einer linearen Standardtransformation wird der Wert in einen Bereich von 0-100 transformiert. Die interne Konsistenz (Cronbachs α) reicht von 0,67 bis 0,95 (Devilley & Borokovec, 2000). Der MHI-5 wurde in einer Primärversorgung validiert (ebd., 2000); ROC-Analysen zeigten, dass ein Cut-off-Wert von 23 auf dem MHI-5 eine Sensitivität von 91 % und eine Spezifität von 58 % für die Vorhersage der vorläufigen Diagnose einer Major Depression oder Panikstörung ergab. Der MHI-5 wird online zu Beginn (T0) sowie 6 (T1) und 12 (T2) Monate nach Studienbeginn erhoben.

Die sekundären Zielgrößen sind Depression, gemessen mit dem Patient Health Questionnaire (PHQ-9) Wertebereich: 0–27. Höhere Werte weisen auf stärkere depressive Symptome hin) (DFN-Verein, 2022); Angstzustände gemessen anhand der Overall Anxiety Severity and Impairment Scale (OASIS) (Wertebereich: 0–25. Höhere Werte weisen auf höhere Angststärke und stärkere klinische Beeinträchtigung hin) (Luborsky, 1984); Anzahl und Schweregrad von Panikattacken, gemessen anhand von zwei Items (A1, A2) der Panik und Agoraphobie-Skala (PAS) (Fuß & Karbach, 2014) (PAS 1: Wertebereich: 1-5. Höhere Werte bei häufigeren Panikattacken. PAS 2: Wertebereich: 1-5. Höhere Werte bei stärkerer Intensität der Panikattacken); agoraphobisches Vermeidungsverhalten, gemessen mit dem Mobility Inventory (MI) [45], Unterskala "Allein" (Wertebereich: 1–5. Höhere Werte weisen auf stärkeres agoraphobisches Vermeidungsverhalten hin.). Bewertung der medizinischen Versorgung gemessen mit dem Patient Assessment of Chronic Illness Care (PACIC) (Höhere Werte weisen auf eine bessere ambulante Versorgung chronischer Erkrankungen hin) (Rosemann et al., 2007); Medikamentenadhärenz gemessen mit dem Morisky-Score (Morisky et al., 1986). PHQ-9 und OASIS wurden beim Screening und nach 6 Monaten (T1) und 12 Monaten (T2) erhoben. Alle anderen Outcomes wurden zu Beginn der Studie (Baseline, T0), beim 6-Monats-Follow-up (T1) und beim 12-Monats-Follow-up (T2) erhoben.

5.1.3 Analysepopulation

Die Auswertungen erfolgten im Full Analysis Set (FAS), also für jede Variable das Datenset, das so vollständig wie möglich ist und außerdem nächstmöglich am angestrebten Intention-To-Treat (ITT)-Prinzip, bei dem alle randomisierten Patient:innen so analysiert werden, wie sie randomisiert wurden, unabhängig vom tatsächlichen Treatment oder etwaigen Protokollverletzungen.

Aufgrund der geringen Fallzahl wurde auf eine Imputation fehlender Daten verzichtet. Die Nutzung gemischter Modelle einer Modellklasse, welche vergleichsweise robust gegen fehlende Werte ist, erlaubte eine Analyse aller vorliegenden Daten, auch wenn einzelne Messzeitpunkte fehlen. Die Adjustierung für den jeweiligen Baselinewert und die Analyse der Variablen als Differenzen zur Baseline bedeutet, dass jeweils die Daten von allen Patient:innen ausgewertet wurden, die einen Baselinewert und mindestens einen Follow-up Wert der entsprechenden Variable besitzen.

5.1.4 Zusammenfassung Methodik Teilprojekt 1: Evaluation des Primäroutcomes und Sekundäroutcomes

Charakteristika der Arztpraxen und Patient:innen zur Baseline (T0) wurden mit geeigneten Maßzahlen (absolute und relative Häufigkeiten, sowie Mittelwert \pm Standardabweichung (MW \pm SD)) deskriptiv analysiert, um den Erfolg der Cluster-Randomisierung einzuschätzen. Da nicht auf Patientenebene randomisiert wurde, wurden die Patientencharakteristika auch zusätzlich mittels statistischem Test verglichen, dabei wurden kategoriale Variablen mittels exaktem Test nach Fisher und metrische Variablen mittels t-Test zweiseitig analysiert. Auf Praxisebene wurde kein statistischer Test zum Vergleich durchgeführt.

Der Hauptzielparameter ist der Mental Health Index-5 (MHI-5) Score zum Zeitpunkt T1 bzw. T2. Dabei wurde die Veränderung zum Ausgangswert (Baseline: T0) analysiert. Alle vorhandenen Daten wurden nach Zeitpunkt (T0, T1 und T2) und Behandlungsgruppe getrennt mittels Mittelwert und Standardabweichung beschrieben.

Die Scores wurden als Differenzen zur Baseline mittels eines gemischten linearen Modells unter Berücksichtigung des Clusters als zufälligem Faktor und der Behandlung, des Zeitpunktes sowie der jeweiligen Baseline-Werte als festen Faktoren analysiert. Schätzer für den Gruppenunterschied, sowie geschätzte Mittelwerte der einzelnen Gruppen mit den jeweiligen 95%-Konfidenzintervallen (95% CI), sowie ein p-Wert für den Gruppenvergleich wurden berechnet. Zusätzlich wurde das Modell auch mit einer Interaktion zwischen Zeitpunkt und Behandlungsgruppe berechnet, um evtl. unterschiedliche Verläufe aufzudecken. Daraus resultierend wurden Schätzer für den Gruppenunterschied, sowie geschätzte Mittelwerte der einzelnen Gruppen mit den jeweiligen 95%-Konfidenzintervallen und der p-Wert für den Gruppenvergleich für die beiden Zeitpunkte getrennt sowie ein p-Wert für die Interaktion berechnet. Diese sind als explorativ anzusehen.

Im Gegensatz zur ursprünglich geplanten Auswertung wurde die Stratifizierungsvariable der Randomisierung „Praxistyp (ländlich vs. städtisch)“ nicht als zusätzlicher fester Faktor in den Modellen berücksichtigt, da sich in den auswertbaren Patientendaten nur noch Daten aus Patient:innen von städtischen Praxen befinden.

Zusätzlich wurden PHQ-9 und OASIS jeweils in den Untergruppen analysiert, die jeweils bezüglich dieser Parameter positiv gescreent wurden (PHQ-9 für Depressionspatienten mit $\text{PHQ-9} \geq 9$ und ≤ 22 , OASIS für PD/AG-Patient:innen mit $\text{OASIS} \geq 8$).

Entgegen den ursprünglichen Planungen lassen die geringen Fallzahlen weder einen Ansatz zur Balancierung noch intensivere Subgruppen- oder Sensitivitätsanalysen zu. Trotz allem wurde der ursprünglich angestrebte Analyseansatz beibehalten. Alle statistischen Analysen wurden zweiseitig mit alpha von 0,05 durchgeführt – im Fokus der Interpretation stehen aber nun weniger die p-Werte als vielmehr die Effektschätzer, die Aufschluss über die Größenordnung des möglichen Interventionseffektes geben. Wegen der geringen erreichten Fallzahlen ist die Power für eine konfirmatorische Hypothesenprüfung nicht ausreichend. Daher werden für die Interpretation die Effektschätzer betrachtet und eingeschätzt, ob die Intervention Effekte in die richtige Richtung zeigt, bzw. wie stark diese sind.

Im Rahmen des Projekts wurden auch Monitoring-Daten mit Hilfe der mod. Fragebögen DEMoL und JAMoL gesammelt. Diese beiden Fragebögen sind keine klinischen Outcomes der Studie, sondern Instrumente der Intervention (Monitoring der Patienten durch MFA) und wurden nicht ausgewertet.

5.1.5 Zusammenfassung Methodik Teilprojekt 2: Gesundheitsökonomischer Endpunkt

Nachdem sich die ursprünglich geplante Verwendung von Routinedaten aufgrund der Öffnung des Projekts für Versicherte alle Krankenkassen als nicht mehr zielführend erwies, erfolgte die gesundheitsökonomische Evaluation auf Grundlage von Primärdaten anhand des Fragebogens zur Inanspruchnahme medizinischer und nicht-medizinischer Versorgungsleistungen im Alter (FIMA) (Konnopka et al., 2009). Als Effektmaß wurden qualitätsgewichtete Lebensjahre (QALYs, basierend auf dem EQ-5D-5L-Index (Grochtdreis et al., 2015; Nationale Versorgungsleitlinie, 2022), verwendet. Hierzu war es nötig, den FIMA (wie auch den EQ-5D-Fragebogen) in einer Online-Version abzufragen. Die dafür nötige Adaptierung erfolgte in enger Abstimmung mit der Firma EMBLOOM, die die digitale Plattform zur Datenerhebung im gesamten Projekt zur Verfügung stellte und betreute. Die Fragebögen sollten den Studienteilnehmern zu den Zeitpunkten T0, T1 und T2 zur Verfügung gestellt werden, wobei die Leistungsanspruchnahme mittels FIMA jeweils für einen Zeitraum von sechs Monaten retrospektiv erfasst wurde. Der Einsatz von Primärdaten erforderte zusätzlich eine monetäre Bewertung der mittels FIMA erhobenen Leistungsanspruchnahmedaten durch die Anwendung von Standardkostensätzen (unit costs) (Bandelow et al., 2014). Durch die einheitlich kalkulierten Bewertungssätze wird eine hohe Vergleichbarkeit für die gesundheitsökonomische Evaluation der Gesundheitsleistungen sichergestellt (Konnopka et al., 2009; Bandelow et al., 2014).

Gesundheitsökonomische Auswertungsmethoden

Die so ermittelten Leistungsanspruchnahme- und Kostendaten wurden zunächst deskriptiv dargestellt. Zur Überprüfung von Mittelwertunterschieden kamen gemischte Regressionsmodelle zum Einsatz, welche die Berücksichtigung mehrerer Messzeitpunkte pro Studienteilnehmer:in erlaubten. Bedingt durch die sehr geringen Fallzahlen wurde auf die Berücksichtigung der Clusterstruktur sowie der schiefen Verteilung der Kostendaten durch parametrisches Bootstrapping verzichtet. Die geplante Analyse der inkrementellen Kosteneffektivitätsrelation erwies sich ebenfalls wegen der sehr geringen Fallzahl sowie der zum Zeitpunkt T1 fehlenden Kostendaten als nicht durchführbar.

5.2 Teilprojekt 3: Prozessevaluation

5.2.1 Studiendesign Prozessevaluation

Die Implementierung des hausärztlichen Case-Managements wurde durch die *formative Prozessevaluation* (Döring & Bortz, 2016) mit einem qualitativ-quantitativen Ansatz (*Mixed-Methods-Ansatz*) (Kuckartz, 2014) begleitet und erstreckte sich über den gesamten Studienverlauf (Loss et al., 2010). Durch das Mixed-Methods-Design werden sowohl quantitative Daten durch Fragebogenerhebungen als auch qualitative Daten durch Einzelinterviews erfasst und deskriptiv dargestellt.

5.2.2 Studienpopulation Prozessevaluation

An den quantitativen und qualitativen Befragungen konnten alle Leistungserbringer:innen (HA, MFA) und Patient:innen teilnehmen, die in die Studienteilnahme eingewilligt haben. Für die Teilnehmenden der Interviewbefragung wurde eine gesonderte Studieninformation und Einwilligungserklärung inklusive Erläuterungen zum Datenschutz erstellt.

5.2.3 Rekrutierung Prozessevaluation

Quantitative Teilstudie (Fragebogenerhebung)

Teilnehmende HA, MFAs und Patient:innen der Interventions- (IG) und Kontrollgruppen (KG) wurden gebeten, an der online Befragung zu insgesamt vier Zeitpunkten teilzunehmen. Die Fragebogenerhebung mit Leistungserbringer:innen und Patient:innen erfolgte individuell basierend auf dem Zeitpunkt des Studienbeginns. Die erste Befragung (T0) erfolgte zu Beginn der Studie (Baseline Befragung / individueller Studienbeginn), die zweite Befragung (T1) erfolgte sechs Monate nach Studienbeginn und die dritte und abschließende Befragung (T2) erfolgte 12 Monate nach Studienbeginn. Außerdem erstreckte sich ein vierter Erhebungszeitpunkt, die papierbasierte Drop-Out Befragung, von Beginn der Studie bis zum Zeitpunkt des Rekrutierungsendes der Patient:innen.

Alle Studienteilnehmenden erhielten vor der Eingabe erster Daten in die Embloom-Plattform umfangreiche Informationen über die Studie, deren Umfang und Hintergrund. Zur Datenerhebung wurden Ihnen Fragebögen auf der Embloom-Plattform bereitgestellt, zu deren Beantwortung sie per E-Mail eingeladen wurden. Die papierbasierten Fragebögen zur Drop-Out Befragung wurden postalisch versendet, wenn Praxen den Behandlungsvertrag kündigten oder Praxen bei telefonischer Kontaktaufnahme durch das Studienteam im Zuge der „Praxisbetreuung“ mitteilten, nicht aktiv an der PREMA-Studie teilzunehmen.

Qualitative Teilstudie (Interviews)

Die Rekrutierung der Leistungserbringer:innen und Patient:innen startete im August 2021 und erfolgte durch ein digitales Einladungsschreiben über die Embloom-Plattform. Jede Studienteilnehmerin bzw. jeder Studienteilnehmer erhielt einen Link. Ebenfalls hinterlegt waren die Studieninformation zum Ablauf, Ziel und der Dauer des Interviews sowie Informationen zum Datenschutz und Aufwandsentschädigung¹¹. Bei Interesse an einer Interviewteilnahme wurde darum gebeten, Kontakt mit dem Studienteam aufzunehmen, um ein Termin für ein Aufklärungsgespräch zu vereinbaren. Zwei Wochen nach dem Versand des digitalen Einladungsschreibens wurden alle teilnehmenden Hausarztpraxen erneut durch ein postalisches Anschreiben an die Interviewteilnahme erinnert. Dem Anschreiben beiliegend waren Studieninformation und Einwilligungserklärung, inklusive Erläuterungen zum Datenschutz für die teilnehmenden Patient:innen der Hausarztpraxis. Aus datenschutzrechtlichen Gründen konnten Studienpatient:innen nicht direkt durch das Frankfurter Projektteam kontaktiert werden. Daher erfolgte die Patientenrekrutierung neben der initialen digitalen Einladung ergänzend über die Hausarztpraxen selbst. HA und MFAs wurden darum gebeten, ihre Studienpatient:innen auf die Möglichkeit einer Interviewteilnahme aktiv anzusprechen. Zwischen Oktober 2021 und Februar 2022 folgten telefonische Kontaktaufnahmen mit teilnehmenden Hausarztpraxen, mit denen noch kein Interviewtermin vereinbart werden konnte. Nach dieser wiederholten Kontaktaufnahme zur Rekrutierung einer Interviewteilnahme wurde die Rekrutierung aller Leistungserbringer:innen und Patient:innen beendet. Die leitfadengestützten Einzelinterviews erfolgten zum (individuellen) Erhebungszeitpunkt T2 (12 Monate nach Studienbeginn) mit Leistungserbringer:innen und Patient:innen der Interventions- und Kontrollgruppe. Zudem wurden Interviews mit HA der Drop-Out Gruppe geführt, um die Gründe für die Nicht-Teilnahme bzw. Inaktivität an der Studie zu erfassen.

5.2.4 Fallzahlberechnung Prozessevaluation

Die geplanten Fallzahlen für die Prozessevaluation wurden an den Fallzahlen der Ergebnisevaluation (Teilprojekt 1 und 2) ausgerichtet. Im Studienverlauf wurde die Rekrutierung von Studienteilnehmenden (HA, MFAs, Patient:innen) auf Grund von externen Faktoren, erschwert. Daher konnte nur eine geringe Anzahl von HA, MFAs und Patient:innen rekrutiert werden, sodass auch die Stichprobengröße der Prozessevaluation reduziert werden musste (Tabelle 2)

¹¹ Anlage 10 Informationsschreiben für die Prozessevaluation

Tabelle 2: Stichprobengröße Teilprojekt 3

Geplante Ausgangsstichprobe			
Methode	Stakeholder	Studiengruppe	Anzahl
Einzelinterviews	HA	IG	10-15
	MFA		10-15
	PAT		20-30
Fokusgruppen	HA	IG	16
	MFA		16
Stichprobe neu geplant			
Einzelinterviews	HA	Je IG, KG, Drop-Out	6-10
	MFA	Je IG, KG	6-10
	PAT	Je IG, KG	10
Fokusgruppen	/	/	/

5.2.5 Entwicklung Messinstrumente und Datenerhebung Prozessevaluation

Um die Fragestellungen der Prozessevaluation zu beantworten, wurden sowohl halbstrukturierte, selbstentwickelte Leitfäden für Interviews, als auch Fragebögen, basierend auf Expertenwissen des Studienteams und Literaturrecherche, entwickelt. Es kann daher von gegebener Inhaltsvalidität ausgegangen werden (Lienert & Raatz, 1998). Sowohl Fragebögen als auch Interviewleitfäden wurden mit dem Studienteam konsentiert und im Anschluss adaptiert. Im Anschluss folgte die Pilotierung der Messinstrumente. Aufgrund der SARS-CoV-2-Pandemie erfolgten alle Interviews telefonisch über das online Portal DFNconf (DFN-Verein, 2022). Zwei erfahrene Studienmitarbeiterinnen führten sowohl die Interviews als auch deren Analyse durch. Nach informierter Einwilligung der Teilnehmenden wurden die Interviews digital aufgezeichnet und anschließend durch eine geschulte wissenschaftliche Hilfskraft transkribiert.

5.2.6 Datenanalyse Prozessevaluation

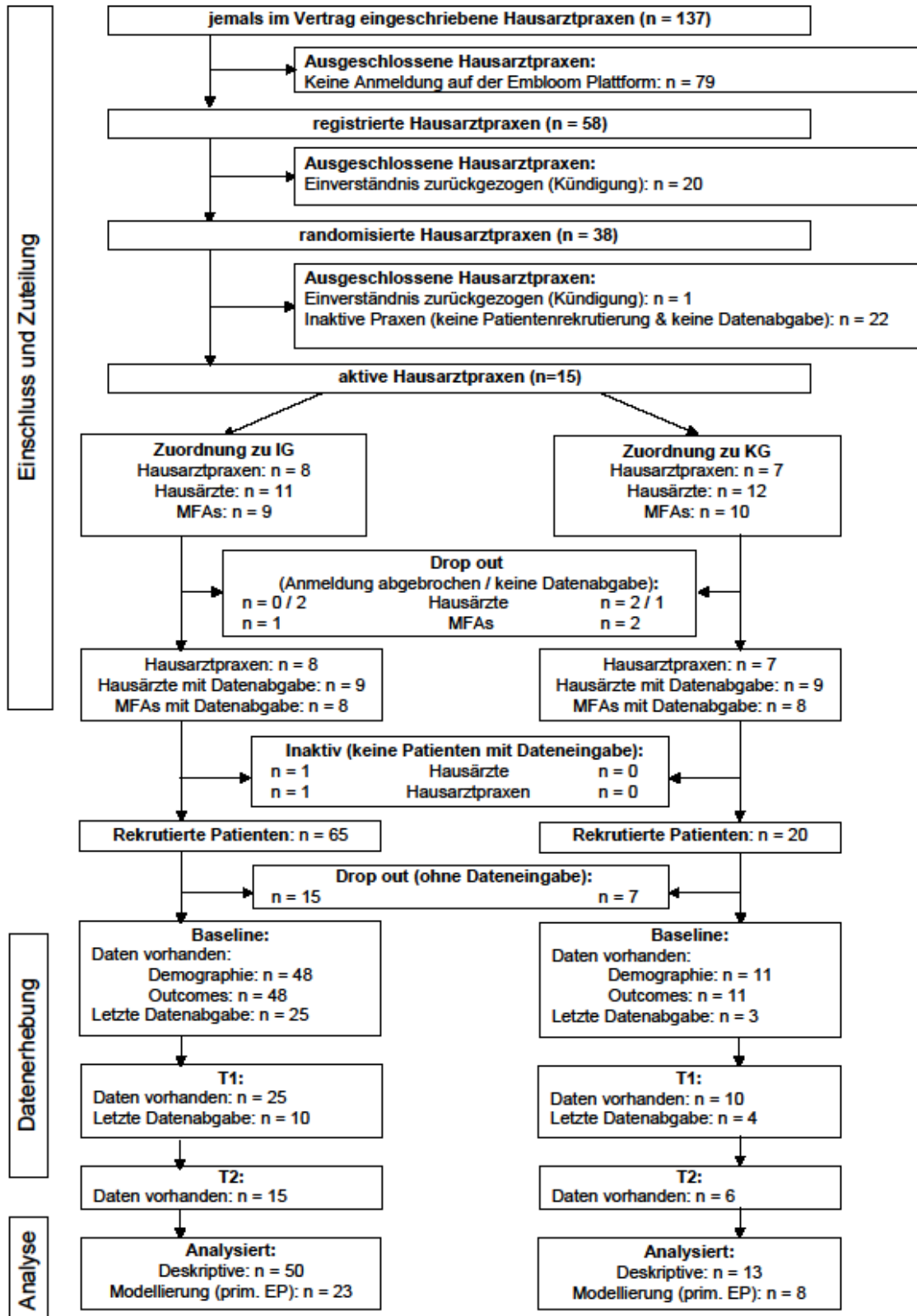
Die Datenanalyse der Fragebogenerhebungen erfolgte deskriptiv mittels der statistischen Software SPSS, Version 28.0 (IBM Corp, Released 2017).

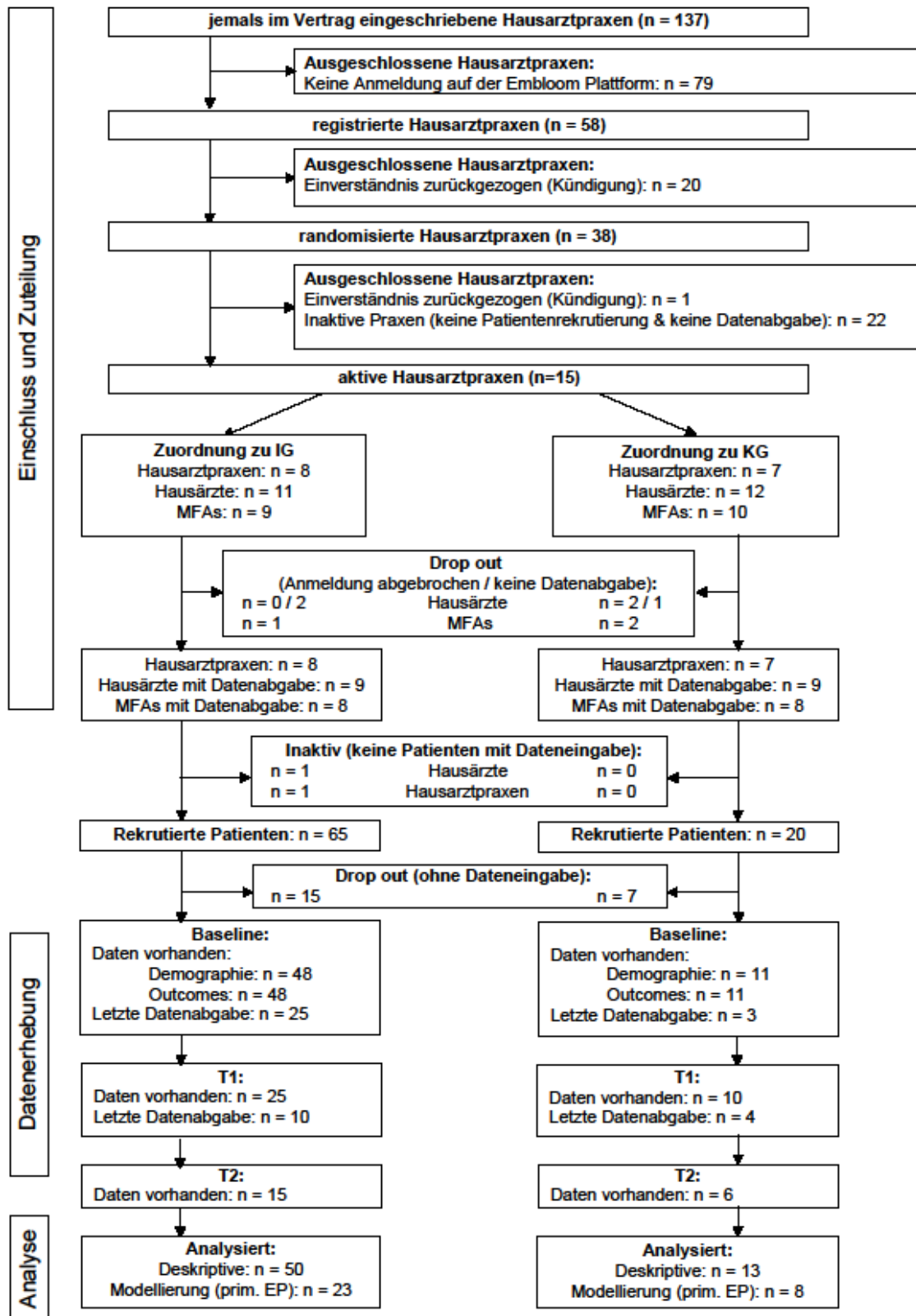
Die Transkripte der Interviews wurden mithilfe der computergestützten Daten- und Textanalyse Software MAXQDA Version 18.2.5 (MAXQDA, 2022) qualitativ ausgewertet. Die Analyse der qualitativen Interviews erfolgte in Anlehnung an die strukturierte Inhaltsanalyse nach (Mayring, 2015) und (Rädiker & Kuckartz, 2019). Der Codierprozess war eine Kombination aus deduktiver und induktiver Kategorienbildung. Im Rahmen der kategoriebasierten Interviewauswertung wurde als Gütekriterium zudem die Prüfung der „Intercoder-Übereinstimmung“ in MAXQDA einbezogen (Mayring, 2015; Rädiker & Kuckartz, 2019).

6. Projektergebnisse

6.1 Deskription der Stichprobe

Das Flow Chart für die Rekrutierung und endgültigen Anzahlen von teilnehmenden HA, MFAs und Patient:innen ist nachfolgend dargestellt. In den folgenden Abschnitten werden die einzelnen Gruppen näher charakterisiert.





6.1.1 Hausärzt:innen (HA)

In der Studie sind Angaben zu insgesamt 18 aktiven HA vorhanden. Insgesamt sind 5 Personen (28%) männlich (2 in der IG (22%), 3 in der KG (33%)) und 13 Personen (72%) weiblich (7 in der IG (78%) und 6 in der KG (67%)). Im Mittel sind die HA 50,9 Jahre alt (52,2 Jahre in der IG und 49,6 Jahre in der KG). Sie sind durchschnittlich 21 Jahre ärztlich tätig und im Mittel seit 9 Jahren niedergelassen. Die Fachgebiete der teilnehmenden HA sind innere Medizin (33%) und Allgemeinmedizin (66%) und es haben HA

sowohl aus Gemeinschaftspraxen (39%) als auch Einzelpraxen (61%) teilgenommen. Nur ein geringer Anteil der teilnehmenden HA ist angestellt (17%). Elf der teilnehmenden HA (61%) haben bereits an anderen wissenschaftlichen Studien teilgenommen. (siehe Anhang 1: HA Charakteristika

6.1.2 Medizinische Fachangestellte (MFA)

Die insgesamt 16 MFA (jeweils 8 in IG und KG) dieser Studie sind alle weiblich und im Mittel 36 Jahre alt und durchschnittlich bereits 16 Jahre als MFA oder Arzthelferin tätig. In der aktuellen Praxis arbeiten sie im Schnitt bereits 5 Jahre. Nur wenige der teilnehmenden MFAs haben eine Weiterbildung zur NäPA (2 (13%)), Schulungen zur VERAHPlus (1 (6%)) oder andere Weiterbildungen (3 (19%)) absolviert. (siehe Anhang 2: MFA-Charakteristika

6.1.3 Patient:innen

Von den 85 eingeschlossenen Personen lagen zu T0 Angaben von 58 Personen zum Alter und Geschlecht vor. 39 Personen waren weiblich und 19 männlich. Von einer weiblichen Person wurden diese demographischen Daten zu einem späteren Zeitpunkt erhoben, was die Gesamteilnehmerzahl mit vollständigen demographischen Angaben auf 59 erhöht. Das durchschnittliche Alter lag bei 54 Jahren. Frauen waren im Durchschnitt 53,6 Jahre alt und Männer 54,9 Jahre. Das Durchschnittsalter in der KG betrug 52,7 und in der IG 54,3 Jahre.

Von vier weiteren Personen gibt es im Verlauf Angaben zu Outcomeparametern, ohne dass demographische Daten existieren. Für die weiteren 22 eingeschlossenen Patient:innen liegen weder demographische Daten noch Angaben zu den Studienoutcomes vor.

Die Studiengruppen sind bezüglich der demographischen Faktoren hinreichend balanciert. Auffällig ist der größere Anteil an Rentner:innen in der Interventionsgruppe (33% in der IG, 0% in der KG). Die Mehrheit der Teilnehmenden ist verheiratet und lebt mit einer Ehepartnerin bzw. einem Ehepartner zusammen (56%). Hinsichtlich der Diagnose, die im Screening erfasst wurde, liegen jedoch auffällige Unterschiede vor. So wurden in der Kontrollgruppe Patient:innen eingeschlossen, die keine der relevanten Diagnosen aufwiesen (2 von 13 Personen, 15%). Außerdem ist der Anteil von Patient:innen, die nur an PD/AG leiden, geringer (8% in der KG vs. 23% in der IG) (siehe Anhang 3).

6.2 Ergebnisse aus Teilprojekt 1: Evaluation des Primäroutcomes und Sekundäroutcomes

In Anlage 11¹² sind die ausführlichen Ergebnisse zu lesen. Nachfolgend eine gekürzte Variante.

6.2.1 Primäroutcome

Zur primären Zielgröße, dem MHI-5 Index wurde zu T0 von 48 Personen in der IG und von 11 Personen in der KG beantwortet, zu T1 von 25 (IG) bzw. 10 (KG), und zu T2 von 15 (IG) bzw. 6 (KG). Über die drei Messzeitpunkte T0, T1 und T2 stiegen in der Kontrollgruppe die Mittelwerte leicht, in der Interventionsgruppe deutlich an.

Aus der statistischen Modellierung ergibt sich ein Unterschied in der Entwicklung des MHI-5 im Follow-up im Vergleich zur Baseline zwischen den Behandlungsgruppen zu Gunsten der Interventionsgruppe.

Insgesamt ist ein positiver Interventionseffekt im Rahmen der Erwartung zu beobachten, der aufgrund der zu geringen Fallzahl nicht statistisch nachweisbar ist. Dieser Effekt ist schon nach 6 Monaten zu beobachten, die Durchschnittswerte des MHI-5 selbst steigen aber in den folgenden 6 Monaten noch weiter an.

¹² Anlage 11 Ergebnisse Teilprojekt 1

6.2.2 Sekundäroutcome

PAS

Für den PAS zeigt sich, dass sowohl bei den einzelnen Items als auch im Summenscore für beide Gruppen eine Verbesserung in Form von sinkenden Werten zu beobachten ist. Dabei ist auch hier ein Effekt zu Gunsten der Interventionsgruppe zu beobachten.

MI-A

Der MI-A wurde zu T0 von 24 Personen in der IG und von 10 Personen in der KG beantwortet, zu T1 von 25 (IG) bzw. 10 (KG), und zu T2 von 15 (IG) bzw. 6 (KG). Für den MI-A Summenscore zeigt sich nur eine geringfügige Änderung über die Zeit, die nahezu keinen Gruppenunterschied aufweist.

PACIC

Der PACIC wurde zu T0 von 24 Personen in der IG und von 10 Personen in der KG beantwortet, zu T1 von 25 (IG) bzw. 10 (KG), und zu T2 von 15 (IG) bzw. 6 (KG).

Beim Item, das die allgemeine Zufriedenheit erfragt, ist der mittlere Baselinewert in der Interventionsgruppe über dem der Kontrollgruppe. Dies setzt sich zu den späteren Zeitpunkten fort.

Der PACIC ist das einzige Messinstrument, bei dem sich IG und KG statistisch hinsichtlich der Veränderungen über die einzelnen Messpunkte unterschieden, mit einer erheblichen Verbesserung in der IG.

Morisky-Score (Medikamenten Adherence)

Werte zum Morisky-Score liegen zu T0 von 24 Personen in der IG und von 10 Personen in der KG beantwortet, zu T1 von 25 (IG) bzw. 9 (KG), und zu T2 von 15 (IG) bzw. 6 (KG).

In der Modellierung lässt sich am Schätzer ein geringer Effekt zugunsten der Interventionsgruppe erkennen. Dabei stellt sich die Veränderung jedoch so dar, dass in der Interventionsgruppe der Score zunächst steigt, um bei T1 auf dem Ausgangsniveau zu liegen, während in der Kontrollgruppe der Anstieg zunächst geringer ausfällt und der Score zu T2 sogar unter dem Ausgangswert liegt. Diese Unterschiede sind jedoch minimal und statistisch nicht abzubilden.

PHQ-9 und OASIS

Die Werte (Mittelwert \pm Standardabweichung) für den PHQ-9 lagen beim Screening in der IG zu allen Messzeitpunkten deutlich unter denen der KG.

Die mittleren OASIS Werte beim Screening waren in beiden Behandlungsgruppen gleich. Im weiteren Verlauf liegen die OASIS Werte zu T1 von 25 Personen in der IG und von 10 Personen in der KG vor, zu T2 von 15 (IG) bzw. 6 (KG).

In der Modellierung ergeben sich schon für die heterogene Gesamtgruppe deutliche Interventionseffekte. Für den PHQ-9 Score ist in beiden Gruppen im Mittel eine Verbesserung (Senkung) zu beobachten, die jedoch in der Interventionsgruppe relevant stärker ausfällt als in der Kontrollgruppe, dies verstärkt sich noch etwas zu T2.

Für den OASIS Summenscore dagegen sind gegenläufige Effekte zwischen den Interventionsgruppen zu beobachten. Während zu T1 in beiden Gruppen im Mittel eine Senkung vorliegt, die in der Interventionsgruppe deutlich stärker ausfällt als in der Kontrollgruppe, hat diese zu T2 nur in der Interventionsgruppe Bestand. In der Kontrollgruppe steigen die Werte im Mittel sogar wieder an, wodurch sich im Mittel ein größerer Unterschied zugunsten der Interventionsgruppe ergibt

Insgesamt ist, außer beim MI-A Summenscore, durchweg zu sehen, dass die Intervention tendenziell positive Effekte ausweist. Aufgrund der deutlich verfehlten angestrebten Fallzahl war nicht zu erwarten, dass Effekte statistisch darstellbar sind, was im Falle des PACIC Scores, den PHQ-9 Score sowie den OASIS Summenscore trotzdem möglich war.

Es ist zu beachten, dass sicherlich auch Selektionseffekte sowohl auf Praxis- als auch Patientenebene gewirkt haben, deren Untersuchung mit den vorliegenden Daten allerdings nicht möglich ist. Im Sinne einer Proof-of-Concept Studie ist allerdings positiv festzuhalten, dass- wenn die Intervention umgesetzt wird und eine Datenerfassung erfolgt -Hinweise auf positive Effekte gefunden werden konnten. Diese dürfen nicht überinterpretiert werden, können aber Anhalt für neue Planungen sein.

6.3 Ergebnisse aus Teilprojekt 2: Die gesundheitsökonomische Evaluation

6.3.1 Deskription gesundheitsökonomische Stichprobe

Die gesundheitsökonomische Stichprobe bestand aus insgesamt 38 Personen, von denen zu mindestens einem Studienzeitpunkt der gesundheitsökonomische Fragebogen (FIMA) ausgefüllt wurde. 34 dieser Personen füllten den gesundheitsökonomischen Fragebogen zu T0 aus. Die gesundheitsökonomische Stichprobe besteht zu T0 aus 26 Frauen und 8 Männern. Das Durchschnittsalter betrug 53,9 Jahre (Frauen 52,5; Männer 58,5). In der KG betrug das Durchschnittsalter 53,4 und in der IG 54,2 Jahre. 11 Personen beantworteten den gesundheitsökonomischen Fragebogen zu T0 u. T2. 7 Personen machten nur Angaben zu T0. Von 4 Personen liegen Angaben nur zu T2 vor, nicht aber zu T0. Für den Zeitpunkt T1 liegen von keinen Personen gesundheitsökonomische Daten vor. Die gesundheitsökonomischen Daten liegen für T2 für 15 Personen vor (IG=9, KG=6). In der KG handelt es sich dabei um 4 Frauen und 2 Männer, in der IG um 6 Frauen und 3 Männer. Von 3 Personen ist das Geschlecht zu T2 nicht bekannt, da von diesen Personen keine Baselinedaten vorliegen.

Für den EQ5D liegen für dieselben 34 Personen wie für den gesundheitsökonomischen Fragebogen Daten zu T0 vor. Allerdings wurden die Fragen zum EQ5D zu T1 von 34 u. zu T2 von 21 Personen beantwortet. Davon haben 11 Personen den EQ5D zu allen 3 Studienzeitpunkten beantwortet. 6 Personen machten Angaben zu T0 u. T1, 11 Personen zu T1 u. T2, 18 Personen nur zu T0 und 7 Personen nur zu T1. Der EQ5D wurde damit insgesamt von 52 Personen zu mindestens einem Studienzeitpunkt beantwortet. Missings bei der Beantwortung einzelner Fragen des EQ5D traten nicht auf.

6.3.2 Leistungsanspruchnahme – Deskription

6.3.2.1 Ambulante Kontakte

Die Daten zu den ambulanten Kontakten lagen zur Baseline von 34 und zu T2 von 15 Personen vor. Zur Baseline hatten die Befragten im Zeitraum von 6 Monaten durchschnittlich 8 Kontakte mit einem Allgemeinmediziner. In der KG lag die Inanspruchnahme mit 9,4 Kontakten höher als in der IG mit 7,4 Kontakten pro Studienteilnehmer. Zum Studienzeitpunkt T2 lag die durchschnittliche Inanspruchnahme mit 9,1 höher als zur Baseline. Auch hier lag die Zahl der Kontakte mit 10,7 in der KG über der IG mit 8,1. Die Kontakte zu einem Psychologen waren zur Baseline mit durchschnittlich 2,4 Kontakten in beiden Gruppen nahezu identisch. Zum Zeitpunkt T2 stieg die Zahl der Kontakte mit Psychologen in der KG auf 6,2 und in der IG auf 3,8. Verglichen damit war die Zahl der Kontakte zu einem Psychiater zur Baseline mit durchschnittlich 0,3 relativ niedrig. In der KG betrug dieser Wert 0,5 und in der IG 0,2. Zum Zeitpunkt T2 wurden in beiden Studiengruppen keine Kontakte mit einem Psychiater:in dokumentiert. Sonstige ambulante Ärzt:innen wurden zur Baseline im Schnitt 4,9mal aufgesucht. In der KG lag die Zahl der Kontakte bei 8,5 und in der IG bei 3,4. Zum Zeitpunkt T2 sanken die Zahlen der Kontakte zu sonstigen ambulanten Ärzt:innen auf 5,0 in der KG und 3,0 in der IG. Der Kassenärztliche Notdienst wurde zur Baseline im Schnitt 0,4mal in Anspruch genommen (KG=0,1; IG=0,5). Es gibt keine erfassten Kontakte zum Zeitpunkt T2. Die Inanspruchnahme eines Notarztes erfolgte zur Baseline im Schnitt 0,2mal (KG=0,1; IG=0,3). Zu T2 wurden keine Fälle erfasst.

6.3.2.2 Stationäre Leistungsanspruchnahme und Rehabilitation

Die Daten zur stationären Leistungsanspruchnahme lagen zur Baseline von 34 und zu T2 von 15 Personen vor. Zur Baseline (6 Monate) sind pro Befragtem durchschnittliche 0,3 Einweisungen in einem Allgemeinkrankenhaus zu beobachten. In der IG lag dieser Wert mit durchschnittlich 0,4 Krankenhauseinweisungen über dem in der KG mit 0,1. Für den Zeitpunkt T2 gab es für den beobachteten Zeitraum von 6 Monaten keine dokumentierten Einweisungen. Die im Allgemeinkrankenhaus verbrachten stationären Tage betrug durchschnittlich 3,6 während der Baseline und waren in der IG mit 5 Tagen wesentlich höher als in der KG mit 0,5 Tagen. Eine stationäre psychiatrische Einrichtung wurde zur Baseline im Schnitt 0,4mal aufgesucht (KG=0,0; IG=0,6). Dabei verbrachten die Befragten im Schnitt 0,4 Tage in den stationären psychiatrischen Einrichtungen (KG=0,0; IG=0,6). Eine stationäre Rehaklinik wurde zur Baseline durchschnittlich 0,9mal frequentiert (KG=0,0; IG=1,1). Dies resultierte in durchschnittlich 4 stationären Rehatagen (KG=6,3; IG=3,0).

6.3.3 Kosten - Deskription

Summe der Kosten

Basierend auf den Kosten für die einzelnen ambulanten Kontakte betragen die aggregierten durchschnittlichen ambulanten Kosten Baseline durchschnittlich 694 € (KG=738 €; IG 675 €) und zu T2 712 € (KG=901 €; IG=586 €). Die aggregierten durchschnittlichen stationären Kosten betragen zu Baseline 2767 € (KG=656 €; IG=3646 €) und zu T2 0 €. Die durchschnittlichen Gesamtkosten betragen zur Baseline 3461 € (KG=1395 €; IG=4321 €) und zu T2 506 € (KG=901 €; IG=586 €).

Medikamente

Zur Baseline lagen Angaben von 34 Personen (KG=10, IG=24) und zu T2 von 14 Teilnehmern (KG=5, IG=9) zur Einnahme von Medikamenten vor. 82% der Interviewten gaben zur Baseline an, im Laufe der letzten Woche mindestens 1 Medikament eingenommen zu haben (KG=90%; IG=80 %). Zum Zeitpunkt T2 betrug der entsprechende Anteil 86 % (KG=100%; IG 79%). Die durchschnittliche Anzahl der pro Woche eingenommenen Medikamente betrug 3,1 (KG=2,7; IG=3,3) zur Baseline und 3,7 zu T2 (KG=3,2; IG=1,9).

Effektvariablen (EQ5D)

Der EQ5D wurde zu T0 und T1 von 34 Personen und zu T2 von 21 Personen beantwortet. Die Werte für den EQ5D-5L Index-Score betragen 0,74 (KG=0,75; IG=0,74) zur Baseline, 0,75 (KG=0,65; IG=0,78) zu T1 und 0,80 (KG=0,75; IG=0,83) zum Zeitpunkt T2. Die Werte für die visuelle Analogskala (EQ VAS des EQ5D) betragen 58,0 (KG=56,2; IG=58,7) zur Baseline, 54,8 (KG=33,0; IG=62,6) zu T1 und 52,4 (KG=55,0; IG=51,0) zum Zeitpunkt T2.

Regressionsmodelle - Diff-in-Diff-Schätzer

Die Betrachtung des Diff-in-Diff-Schätzers für die Anzahl der Kontakte zu einem Allgemeinmediziner:in zeigt von T0 zu T2 einen relativen Rückgang in der IG um 0,57 Kontakte. Wegen der sehr niedrigen Fallzahl von 38 ist der ermittelte Diff-in-Diff statistisch nicht zuverlässig interpretierbar. Dies gilt auch für alle weiteren dargestellten statistischen Modelle, was auch für diese eine inhaltliche Interpretation der ermittelten Parameter nicht sinnvoll erscheinen lässt. Nichtsdestotrotz sollen an dieser Stelle exemplarisch die Diff-in-Diffs die aggregierten ambulanten, stationären und Gesamtkosten sowie für den EQ5D-Index ausgeführt werden.

Der Diff-in-Diff für die ambulanten Kosten beträgt 216 €. Relativ zu den Kosten in der KG sind die ambulanten Kosten in der IG zum Zeitpunkt T2 demnach um 216€ gegenüber der Baseline angestiegen.

Für die stationären Kosten beträgt der Diff-in-Diff 648 €. Relativ zu den Kosten in der KG sind die stationären Kosten in der IG zum Zeitpunkt T2 demnach um 648 € gegenüber der Baseline angestiegen.

Für die Gesamtkosten beträgt der Diff-in-Diff zu T2 1063 €. Relativ zu den Kosten in der KG sind die Gesamtkosten in der IG zum Zeitpunkt T2 demnach um 1063 € gegenüber der Baseline angestiegen.

Der Diff-in-Diff zu T1 und T2 für den EQ-5D-5L Index Score beträgt 0,09 und für 0,03. Zu beiden Zeitpunkten ist also eine kleine relative Verbesserung der Lebensqualität in der IG gegenüber der KG zu beobachten.

6.4 Ergebnisse aus Teilprojekt 3: Die Prozessevaluation

In Anlage 12¹³ sind die ausführlichen Ergebnisse zu lesen. Nachfolgend eine gekürzte Variante.

6.4.1 Ergebnisse Fragebogenerhebung T0, T1, T2

6.4.1.1 Ergebnisse zu T0-T2

Die Auswertung der Fragebogenerhebung zu den Messzeitpunkten T0 und T2 erfolgte einzeln je nach Skala. Zunächst werden die Ergebnisse der Befragung mit Leistungserbringer:innen und anschließend die der Patient:innen präsentiert.

¹³ Anlage 12 Ergebnisse Teilprojekt 3

Leistungserbringer

Zum Erhebungszeitpunkt T0 (Baseline) nahmen insgesamt mehr HA (n = 18, 9 IG & 9 KG) als MFAs (n = 16, 8 IG & 8 KG) an der online Befragung teil. Zum Zeitpunkt T2 (12 Monate nach Baseline) nahmen insgesamt 4 HA (2 IG & 2 KG) sowie 3 MFAs (2 IG & 1 KG) an der erneuten Befragung teil. Auf Grund der kleinen Stichprobengröße zum Erhebungszeitpunkt T2 und der Unvollständigkeit der Fragebögen (fehlende Werte) wurde auf die Berechnung der Ergebnisse zu T2 verzichtet. Eine kleine Stichprobe beeinträchtigt die Repräsentativität der Ergebnisse, um die gesamten Studienteilnehmenden der Leistungserbringer:innen zuverlässig abzubilden. Zudem kann nicht ausgeschlossen werden, dass die Ergebnisse bspw. auf Grund von Zufälligkeit von der tatsächlichen Verteilung abweichen.

Die Ergebnisse zum Messzeitpunkt T0 ließen vermuten, dass HA und MFAs in beiden Studiengruppen bereit und aufgeschlossen waren, neue Behandlungsmöglichkeiten zu testen und zu nutzen. Weiterhin waren HA aufgeschlossen gegenüber der Nutzung einer Online-Behandlung (OnB) und Online-Plattform. Sie bewerteten das Behandlungsprinzip grundsätzlich als sinnvoll. Jedoch bestand auch ein gewisses Ausmaß an Skepsis hinsichtlich bestimmter Themenbereiche, wie z.B. hinsichtlich der Aussage, dass OnB Isolation und Einsamkeit verstärken kann.

Außerdem deuteten die Ergebnisse darauf hin, dass HA die derzeitigen Behandlungsmöglichkeiten zur Versorgung von Patient:innen mit Depression und / oder Angst- / Panikzuständen als unzureichend einschätzten.

Durch das Antwortverhalten MFA war anzunehmen, dass diese eine motivierte und positive Einstellung gegenüber neuen Aufgaben und Verantwortung im Rahmen des Arbeitsalltags und der Arbeitsprozesse aufwiesen. Insgesamt betrachtet, sind MFA relativ zufrieden mit ihrem Arbeitsplatz. Jedoch konnte auf Grund der Ergebnisse angenommen werden, dass MFAs beispielsweise hinsichtlich des Einkommens ein gewisses Ausmaß an Unzufriedenheit bestand. Bezüglich des Anteils an der Patientenversorgung beurteilten die MFA diesen als sehr hoch bis hoch.

Patient:innen

Zum Erhebungszeitpunkt T0 (Baseline-Befragung) nahmen insgesamt 52 PAT der IG und 11 Patient:innen der KG an einer online Befragung teil. Zum Zeitpunkt T2 (12 Monate nach Baseline) nahmen insgesamt 25 der IG und 3 Patient:innen der KG an der erneuten Befragung teil. Wie bereits zuvor zu den Leistungserbringer:innen beschrieben, wurde auf Grund der kleinen Stichprobengröße und / oder einer breiten Streuung der Werte, teilweise auf eine tiefgreifendere Interpretation der Werte verzichtet.

Die Ergebnisse der befragten Patient:innen zeigten eine positive Einstellung gegenüber einer Online-Behandlung, jedoch bestand auch eine gewisse Skepsis. Zum Messzeitpunkt T0 & T2 bewerteten die Mehrheit das Behandlungsprinzip einer Online-Behandlung grundsätzlich als sinnvoll. Die Antwortkategorie Geringe bis keine Zustimmung wurde jedoch bei der Mehrheit hinsichtlich der Aussage gewählt, dass eine OnB weniger zuverlässig sei als eine Gesprächstherapie.

Wie bereits HA und MFA deuteten die Ergebnisse der Patient:innen darauf hin, dass diese zu beiden Messzeitpunkten und in beiden Studiengruppen aufgeschlossen gegenüber neuen Behandlungsmethoden waren. Zudem war anzunehmen, dass sie mit der aktuellen Behandlung ihrer Erkrankung durch den HA relativ zufrieden waren.

Hinsichtlich der Befragung zu Erwartungen und Zufriedenheit der Studienteilnahme bzw. Behandlung der letzten 12 Monate, kann anhand der Zustimmungswerte abgeleitet werden, dass Patient:innen IG zu T0 Erwartungen an den Behandlungserfolg hatten, wogegen ihre Erwartungen hinsichtlich bspw. der eigenen Behandlungskosten oder dem Zeitaufwand durch die tägliche Behandlung geringer ausfielen. Die T2 Ergebnisse Patient:innen IG lassen darauf schließen, dass die Behandlung, um z.B. besser schlafen zu können oder weniger niedergeschlagen zu sein nur gering bis nicht geholfen hatte.

Insgesamt bewerteten die Patient:innen der IG zum Zeitpunkt T2 die Nutzung der Embloom-Plattform als vorteilhaft, vor allem aufgrund z.B. der zeitlichen Flexibilität. Auch die Bequemlichkeit und die Vermeidung von Wartezeit wurden als vorteilhaft bewertet. Es gab jedoch Bedenken bspw. bezüglich dem Fehlen von nonverbaler Kommunikation durch die Nutzung der Plattform. Am seltensten genannt wurde, dass die fehlende zeitliche Struktur durch die Nutzung der Plattform die aktive Patientenbeteiligung reduzieren könnte.

Zusätzliche Ergebnisse befinden sich in Anlage 12 Ergebnisse Teilprojekt 3.

6.4.1.2 Ergebnisse zu T1

Insgesamt nahmen vier HA, zwei MFAs und 26 Patient:innen der IG an der Befragung zur Bewertung der Webinar-Schulung auf der Embloom-Plattform, inklusive der hinterlegten Informationsmaterialien und Erklärvideos zur Nutzung der Embloom-Plattform. Insgesamt zeigten die Ergebnisse, dass die Befragten Leistungserbringer:innen und Patient:innen zufrieden waren mit dem Inhalt der Informationsmaterialien und der Nutzung der Embloom-Plattform. Dies beinhaltete zudem sowohl die Verständlichkeit und Relevanz der Informationsmaterialien als auch bezogen auf die Schulungsvideos. Der Zeitrahmen und die Stoffmenge der Webinar-Schulungen wurden mehrheitlich als *genau richtig* bewertet.

6.4.2 Drop-Out Befragung Hausärzt:innen

Das Ziel des Kurzfragebogens der Drop-Out Befragung war die Erfassung der soziodemographischen Daten der HA, Struktur- und Praxismerkmale der Hausarztpraxen (siehe Anhang 3: Alters- und Geschlechtsverteilung Patienten, Anhang 3: Alters- und Geschlechtsverteilung Patienten, Anhang 4: Soziodemographische Daten Struktur- und Praxismerkmale Drop-Out Befragung), Gründe der Nicht-Teilnahme bzw. der Inaktivität sowie die Erfassung der grundsätzlichen Einstellung zu Online-Interventionen bei der Versorgung von Patient:innen mit Depression und / oder Angst- / Panikstörung. Die zwei häufigsten Gründe der Nicht-Teilnahme waren „fehlende zeitliche Ressourcen“ und „fehlende personelle Ressourcen“. Insgesamt folgt die Zustimmung keinem gleichförmigem Muster und somit variieren die Antworten hinsichtlich der Kategorien „Zustimmung“, „Teils / Teils“ und „Keiner Zustimmung“ stark. Der höchste Anteil an Zustimmung zeigte sich bei der Aussage, das Behandlungsprinzip einer Online-Intervention als sinnvoll zu erachten. Dagegen wurde die Antwortkategorie „Keine Zustimmung“ bei der Mehrheit der Befragten hinsichtlich der Aussage, dass eine Online-Intervention vertraulicher und diskreter ist als ein Arztgespräch, gewählt. Zusammengefasst zeigen die Ergebnisse eine positive bzw. aufgeschlossene Einstellung der HA gegenüber einer Online-Intervention bei Patient:innen mit psychischen Erkrankungen. Jedoch wird das persönliche Gespräch mit einem Arzt und / oder Therapeut bevorzugt.

Zusätzliche Ergebnisse befinden sich in Anlage 12 Ergebnisse Teilprojekt 3.

6.4.3 Befragung interessierter Hausärzt:innen der Informationsveranstaltungen

Die papierbasierte Befragung in Form eines Kurzfragebogens fand während der insgesamt acht Informationsveranstaltungen zwischen Juni 2019 und Februar 2020 statt. Die Auswertung der Ergebnisse vermittelte dem Studienteam einen ersten Eindruck über das Interesse an einer Studienteilnahme nach den Auftaktveranstaltungen. Zudem wurden soziodemographische Daten der HA (n = 47), Struktur- und Praxismerkmale der Hausarztpraxen sowie die grundsätzliche Einstellung zu Online-Interventionen bei der Versorgung von Patient:innen mit Depression und / oder Angst- / Panikstörung erfasst. Zur Erfassung der grundsätzlichen Einstellung wurden die gleichen Items wie in der Drop-Out Befragung verwendet. Insgesamt nahmen anteilig mehr *Männer* an der Befragung teil. Die Mehrheit der HA waren zum Zeitpunkt der Befragung *zwischen 51 und 60 Jahre* alt. Zudem waren die Befragten mehrheitlich beruflich in einer *Einzelpraxis* tätig. Die Mehrheit der Befragten gab an, *zwischen 1.000 und 1.499 gesetzlich Versicherte im letzten Quartal* versorgt zu haben. Zudem war die Mehrheit der Hausarztpraxen in *ländlichen Kleinstädten* angesiedelt. Der Großteil der Befragten gab an, an der PREMA-Studie teilnehmen zu wollen. Ein geringer Anteil hatten zum Zeitpunkt der Befragung kein Interesse an einer Studienteilnahme. Der übrige Anteil der Befragten waren hinsichtlich einer Studienteilnahme unsicher. Wie bereits in der Drop-Out Befragung variierte das Antwortverhalten hinsichtlich der grundsätzlichen Einstellung gegenüber der Nutzung einer Online-Intervention. Die *Zustimmung* der interessierten HA folgt keinem gleichförmigen Muster. Der höchste Anteil an *Zustimmung* zeigte sich bei der Aussage, dass Befragte in Krisensituationen ihren Patient:innen besser helfen können als eine Online-Intervention. Wie sich bereits in der Drop-Out Befragung zeigte, wurde die Antwortkategorie *Keine Zustimmung* bei der Mehrheit der Befragten hinsichtlich der Aussage, dass eine Online-Intervention vertraulicher und diskreter ist als ein Arztgespräch, gewählt.

Zusätzliche Ergebnisse befinden sich in Anlage 12 Ergebnisse Teilprojekt 3.

6.4.4 Ergebnisse der Interviews

Insgesamt 25 Interviews wurden zwischen Juli 2021 und März 2022 durchgeführt. Davon nahmen 23 Leistungserbringer und zwei Patient:innen an einem Interview teil (siehe Tabelle 3: Stichprobengröße der Interviews). Die Teilnehmenden der Leistungserbringer:innen waren 85,0 % weiblich. Die Teilnehmenden der Patient:innen waren beide weiblich. Die Ergebnisse der qualitativen Interviews werden in Form von Auswertungstabellen aus der Analyse, separat je Studiengruppe (IG, KG, Drop-Out) und je Stakeholdergruppe (HA, MFAs, Patient:innen), präsentiert. Die Ergebnisse lassen sich in Hauptkategorien unterteilen.

Tabelle 3: Stichprobengröße der Interviews

Studiengruppe	Stakeholder	Stichprobengröße je Interview	Gesamt je Gruppe
IG	HA	5	12
	MFA	6	
	PAT	1	
KG	HA	3	6
	MFA	2	
	PAT	1	
Drop-Out	HA	7	7
	Gesamt	25	

6.4.4.1 Ergebnisse Interventionsgruppe

Die Auswertung der Interviews mit **HA IG** ergaben insgesamt folgende neun Hauptkategorien: (1) Motivation (Grund), Erwartungen Studienteilnahme, (2) Bewertung papierbasierte Studienmaterialien (Studienordner), (3) Bewertung digitale Studienmaterialien (Embloom-Plattform), (4) Bewertung Inhalte Intervention, (5) Bewertung Durchführung Intervention, (6) Praxisalltag / -organisation, (7) Verbesserungsvorschläge und (8) Auswirkungen COVID-19 Pandemie auf die Studiendurchführung.

Die Analyse der Interviews **MFA IG** ergab insgesamt sieben Hauptkategorien. Diese lassen sich wie folgt unterteilen: (1) Bewertung papierbasierte Studienmaterialien, (2) Bewertung digitale Studienmaterialien, (3) Bewertung Inhalte Intervention, (4) Bewertung Durchführung Intervention, (5) Praxisalltag / -organisation, (6) Verbesserungsvorschläge und (7) Auswirkungen COVID-19 Pandemie auf die Studiendurchführung.

Die Analyse des Interviews mit einer **PAT IG** ergab insgesamt vier Hauptkategorien. Diese lassen sich wie folgt unterteilen: (1) Motivation (Grund), Erwartungen Studienteilnahme, (2) Bewertung Studienmaterialien, (3) Bewertung Durchführung und Inhalt Intervention und (4) Verbesserungsvorschläge und Erfahrungen.

Zusätzliche Ergebnisse befinden sich in Anlage 12 Ergebnisse Teilprojekt 3.

6.4.4.2 Ergebnisse Kontrollgruppe

Die Ergebnisse der Interviewanalyse **HA KG** lassen sich in folgende sechs Hauptkategorien gliedern: (1) Motivation (Grund), Erwartungen Studienteilnahme, (2) Bewertung Studienmaterialien, (3) Bewertung Durchführung und Inhalt, (4) Praxisalltag / -organisation, (5) Verbesserungsvorschläge und (6) Auswirkungen COVID-19 Pandemie auf Studiendurchführung.

Die Analyse der Interviews mit **MFA KG** ergaben insgesamt fünf Hauptkategorien. Diese lassen sich wie folgt unterteilen: (1) Motivation (Grund), Erwartungen und Erfahrungen Studienteilnahme und (2) Bewertung Studienmaterialien, (3) Bewertung Durchführung und Inhalt, (4) Praxisalltag / -organisation und (5) Empfehlungen.

Die Auswertung des Interviews mit einer **PAT KG** ergab insgesamt folgende zwei Hauptkategorien: (1) Motivation (Grund), Erwartungen Studienteilnahme und (2) Bewertung Durchführung und Betreuung durch HA.

Zusätzliche Ergebnisse befinden sich in Anlage 12 Ergebnisse Teilprojekt 3.

6.4.4.3 Ergebnisse Drop-Out

Die Analyse des Interviews mit **HA Drop-Out** insgesamt vier Hauptkategorien: (1) Motivation (Grund), Erwartungen Studienteilnahme, (2) Einstellung zu Online-Interventionen, (3) Grund Inaktivität, (4) Bewertung Studienmaterialien und (5) Verbesserungsvorschläge.

7. Diskussion der Projektergebnisse

7.1 Diskussion des Teilprojekts 1: Evaluation des Primäroutcomes und Sekundäroutcomes

Die Hypothese, dass eine praxisteam-gestützte Intervention mit Case-Management und Elementen der kognitiven Verhaltenstherapie (Psychoedukation, Expositionsübungen) bessere Ergebnisse bei Patient:innen mit Depression und Panikstörung erzielt als TAU konnte aufgrund der kleinen Studienpopulation (N=85) nicht abschließend geprüft werden.

Explorativ, bei sehr kleiner Fallzahl, lassen sich erste Hinweise in eine mögliche Richtung erkennen: Patient:innen der IG zeigten nicht nur stärkere Verbesserungen in den einzelnen per Fragebögen erfassten Scores zur psychischen Gesundheit, Depression, Angst- und Panikstörung, Vermeidungsverhalten und Therapieadhärenz, sondern beurteilten auch die ihnen zuteilgewordene hausärztliche Versorgung besser.

Trotz aller Bemühungen konnte in der Studie nur eine sehr kleine Anzahl an Patient:innen eingeschlossen werden. Außerdem kann auch ausgeschlossen werden, dass nur besonders motivierte Praxen bzw. Ärzt:innen, die besonders an Therapieoptionen bei psychischen Erkrankungen interessiert sind, mitgemacht haben. Zwar wurde versucht, durch gezielte Anrufe in allen eingeschriebenen Praxen die Motivation zu erhöhen oder Probleme zu beheben, aber trotz dieser Bemühungen konnte die Patient:innenzahl nicht erhöht werden.

Die vorliegenden Daten der primären und sekundären Zielgrößen deuten an, dass Patient:innen der Interventionsgruppe bezüglich Panikstörung und Depression über alle Messpunkte Werte Verbesserungen ihrer psychischen Gesundheit erreichten. Gerade im Hinblick auf die außerordentlichen Belastungen während der Pandemie ist dies bemerkenswert. Aber auch Patient:innen der Kontrollgruppe zeigten unter TAU eine Verbesserung, außer beim agoraphobischen Vermeidungsverhalten (MIA), das in der KG zunahm. Trotzdem konnten explorativ für den PACIC Score, den PHQ-9 Score sowie den OASIS Summenscore Hinweise auf eine Wirksamkeit gefunden werden. Hier zeigen sich also erste Hinweise auf gute Effekte, die künftig noch weiter validiert werden sollten.

7.2 Diskussion des Teilprojekts 2: Die gesundheitsökonomische Evaluation

Wegen der geringen Fallzahl und anderer, oben beschriebener Probleme, erscheint lediglich eine Beschreibung der gesundheitsökonomischen Resultate sinnvoll. In Anbetracht der daraus resultierenden großen Unsicherheiten sind inferenzstatistische Aussagen zu Unterschieden in relevanten Variablen aus unserer Sicht nicht möglich.

Die Grundvoraussetzungen zur adäquaten Durchführung einer gesundheitsökonomischen Analyse waren durch das Verfehlen der angestrebten Stichprobengröße nicht erfüllt. Die geringen Fallzahlen sind in erster Linie auf Probleme bei der Rekrutierung zurückzuführen. Die nachträgliche Umstellung von Sekundärdaten auf Primärdaten bei der Erhebung der gesundheitsökonomischen Daten hat jedoch zusätzlich zu logistischen Problemen bei der Bereitstellung der digitalen Fragebögen und Erfassung der Daten geführt. Nichtsdestotrotz hat sich die digitale Adaptierung des FIMA als grundsätzlich praktikable Option für zukünftige Studien erwiesen. Unter der Voraussetzung einer verbesserten Rekrutierungsstrategie und Logistik bei der Bereitstellung der gesundheitsökonomischen Fragen, wäre eine Wiederholung der Studie aus gesundheitsökonomischer Sicht damit eine praktikable Option.

7.3 Diskussion des Teilprojekts 3: Die Prozessevaluation

Hinsichtlich der Patient:innen ist zu sagen, dass grundsätzlich eine große Aufgeschlossenheit gegenüber Onlinebehandlungen festzustellen war. Jedoch schien die Behandlung subjektiv nicht immer zu einer Verbesserung von Symptomatiken geführt zu haben. Eine Erklärung dafür lag nicht vor. Unter Umständen kommt hier zum Ausdruck, dass Erwartungen und Möglichkeiten einer Onlinebehandlung noch nicht ausreichend genau aufeinander abgestimmt sind.

Die sich durch alle Gruppen (HÄs/Patient:innen/MFAs) durchziehende große Aufgeschlossenheit für Onlinebehandlungen und technisch unterstützte Behandlungen bilden eine gute Basis für den zukünftigen Einsatz digitaler Bausteine im Rahmen von neuen Versorgungsformen. Auch die Entwicklungen während der Coronapandemie haben hier vermutlich eine dynamisierende Wirkung auf die Einstellung zu derartigen Lösungen gehabt.

Ebenfalls konsistent in allen befragten Gruppen, war die Ableitung von Verbesserungspotenzialen. Im Hinblick auf Ärzt:innen und Praxen standen hier vorrangig Kapazitätsthemen und die technische Zugangshürde im Vordergrund. Im Bereich der Patient:innen muss künftig mehr Wert auf den Abgleich „Erwartung an die Behandlung“ und „was ist möglich“ im Rahmen der Behandlung gelegt werden. Auch bedarf es einer noch intensiveren Information der/des Patient:innen vorab. Damit können Befürchtungen, wie bspw. zu wenig nonverbale Kommunikation ist nachteilig, gar nicht erst wachsen, sondern werden vor Beginn einer Teilnahme reduziert.

Die dargestellten Ergebnisse bieten eine gute Ausgangslage für künftige Projekte, da viele Ansatzpunkte identifiziert wurden, die für eine erfolgreiche Implementierung digitaler und digital-hybrider Angebote gegeben sein müssen. Exemplarisch ist hier die technische Eintrittshürde zu nennen. Bei einer künftigen Adaption sollte viel Wert auf eine frühe Verfestigung von Softwareanwendungen, digitalen Tools und Angeboten gelegt werden. Ziel sollte sein Nutzende in die Adaption des Angebots einzubinden und so zu verhindern, dass technische Hürden zu einer Mindernutzung führen.

7.4 Diskussion der Gesamtprojektergebnisse

Bei Betrachtung der Ergebnisse im Gesamtzusammenhang, ergibt sich ein differenzierteres Bild der Projektumsetzung und der erreichten Ergebnisse. Das Projekt ist in den Kontext seiner bedingenden internen sowie externen Faktoren einzuordnen. Wie bereits erwähnt, gab es Umfeldfaktoren, die sich direkt und indirekt hinderlich auf die Projektumsetzung ausgewirkt haben. Zu einigen dieser ausgewählten Faktoren wird im Folgenden eine Einordnung gegeben, um die Auswirkungen auf das Projekt und die erreichten Ergebnisse besser einschätzen zu können.

Zu der Zeit, als die neue Versorgungsform entwickelt wurde, war die **Integration digitaler Komponenten** im (haus-) ärztlichen Praxiskontext eher die **Ausnahme** als die Regel. Videosprechstunden und digitale Anwendungen hatten keine umfängliche Verbreitung im Versorgungskontext. Diese bieten aber im Kontext von Blended Care die Chance, eine zentrale und ressourcenschonende Ergänzung im Arbeitsalltag von Hausärzt:innen zu sein. Mit dieser Ausgangslage entstand die Versorgungsidee zu PREMA, als komplett neue Leistungsform des digital begleiteten Case-Managements.

Die befragten Hausärzt:innen und MFAs zeigten schon zu Beginn des Projekts eine hohe **Aufgeschlossenheit**, sowohl gegenüber **Onlinebehandlungen** als auch gegenüber dem Einsatz technischer Tools. Dieses Ergebnis der Prozessevaluation ist umso relevanter, da zu diesem Zeitpunkt digitale Anwendungen einen geringen Anteil des Praxisalltags ausmachten.

Die Corona-Pandemie hat dazu geführt, dass digitale Anwendungen auch im Gesundheitswesen deutlichen Rückenwind erfuhren. War es bei der Antragstellung noch undenkbar, Teile der neuen Versorgungsform über die Online-Videosprechstunde abzubilden, so ist die Videosprechstunde inzwischen für Ärzt:innen flexibel in allen Fällen nutzbar, in denen sie es für therapeutisch sinnvoll halten. Der einsetzende Rückenwind wurde auch im Rahmen des Projekts bestmöglich genutzt, jedoch erwies sich die Projektstruktur bereits als zu starr, um mit den teilweise tagesaktuellen Optionen des nun möglichen **Einsatzes digitaler Tools Schritt zu halten**.

In der Prozessevaluation ist deutlich geworden, dass Ärzt:innen sich für Ihre Patient:innen verantwortlich fühlen und dass sie sich grundsätzlich in der Lage sehen, Patient:innen mit Depression und/oder Panikstörungen zu erkennen und zu behandeln. Der Bedarf in den hausärztlichen Praxen Patient:innen mit psychischen Erkrankungen zu versorgen ist weiterhin hoch. Es besteht also der Wunsch Patient:innen an geeignete Behandlungsoptionen überzuleiten, ohne dabei wegzuvermitteln.

Auch aus Kassensicht ist die Bedarfslage weiterhin hoch. Bedarf sollte dabei differenziert werden, nach Behandlung durch die Praxis selbst oder der Überleitung in Behandlungs- und Beratungsoptionen. In dem häufig formulierten **Bedarf an mehr psychotherapeutischer Versorgung** drückt sich auch der Bedarf aus, Patient:innen an insgesamt geeignete Stellen überzuleiten. So kristallisiert sich zwar in der Hausarztpraxis ein Bedarf an psychotherapeutischer Versorgung heraus, nicht immer ist damit die eigentliche Versorgung bei Psychotherapeut:innen gemeint. Möglicherweise kommen auch andere Behandlungs- und Beratungsangebote der psychischen Versorgung der GKVen in Frage. Die Hausärzt:innen können an diese Angebote jedoch nur verweisen, wenn sie ihnen bekannt sind. Die Optionen sind allerdings vielfältig und regional sehr unterschiedlich. Es wird also klar, dass eine Praxis hier unmöglich einen vollständigen Überblick potenzieller Behandlungs- und Beratungsoptionen haben kann.

Eine Überleitung der Patient:innen ist daher nicht immer eine Option. Patient:innen kommen aus verschiedenen Gründen nicht in weiteren geeigneten Behandlungsangeboten an und müssen über die hausärztliche Praxis versorgt werden. Unterstützende digitale Tools können hier eine sehr gute Ergänzung bieten, indem bspw. Patient:innen psychoedukative Inhalte zur Verfügung gestellt bekommen oder Praxen im Case-Management unterstützt werden. Insbesondere wenn diese technisch mit niedrigen Einstiegshürden verbunden sind. Auch das Bestreben von Hausärzt:innen weiterhin **psychosomatische Grundversorgung** anbieten zu wollen kann hier mit einer Schnittstelle integriert werden. Dem großen **Interesse an Onlinebehandlungen** und dem Bemühen von Hausärzt:innen Themen mentaler Gesundheit auch im Praxisalltag umzusetzen, stehen jedoch oftmals **knappe zeitliche Ressourcen** bei allen Beteiligten in der Praxis gegenüber. PREMA konnte diese Ressourcenknappheit nicht auflösen, wenngleich die Sinnhaftigkeit des Programms für die Praxen erkennbar war.

Grundsätzlich ist es aus den Erfahrungen des Projekts fraglich, ob die Versorgungsleistung von PREMA in ihrem Umfang für den hausärztlichen Praxisalltag geeignet ist. Die im Projektverlauf aufgetretenen externen Faktoren, welche zu einer Überlastung geführt haben, können auch in Zukunft erneut auftreten. Es ist also wahrscheinlich, dass sinnvolle und prinzipiell gewollte Angebote an Kapazitätsengpässen scheitern. In zukünftigen Formen der Versorgung könnte demnach eine neue Leistung mit einer **digital-hybriden Form der Koordination und Leistungserbringung** ihren Platz finden. Würde beispielsweise die Koordination und Administration in eine **dritte Stelle außerhalb des Dreierbündnis** Patient:innen, Hausärzt:innen und MFAs gelegt, so könnten **Belastungssituationen in Praxen vermindert werden**. Eine Einbindung der Praxisteams oder der Ärzt:innen, mit bestimmten Leistungen, kann in dieser Form der **digital-hybriden Leistungserbringung** weiterhin erfolgen. Denn es ist deutlich, dass Hausärzt:innen ihre Patient:innen bestmöglich versorgen wollen, jedoch sind die Kapazitäten die größte Hürde für die Umsetzung. Dafür werden schlankere, technisch intuitivere, niedrigschwelligere Lösungen benötigt, im besten Fall mit Anbindung an die PVS, sodass eine einfache Integration in den Praxisalltag möglich ist. PREMA konnte einen relevanten Beitrag leisten, die Kapazitätenengpässe in der hausärztlichen Versorgung zu spezifizieren und damit sensible Ansatzpunkte zu identifizieren. Diese müssen bei künftigen Konzeptionierungen in der hausärztlichen Versorgung, ungeachtet des Indikationsbereichs, adressiert werden.

8. Verwendung der Ergebnisse nach Ende der Förderung

Die Verknüpfung einer innovativen hausärztlichen Intervention mit der gezielten Unterstützung von eMental Health Tools, stellt eine neue Versorgungsform dar. Diese gibt es in der bisherigen Regelversorgung nicht. Zu ihren Vorteilen zählen: das frühzeitige Erkennen von psychischen Erkrankungen, die Förderung von schnellem adäquatem therapeutischem Handeln, eine erleichterte online-gestützte Diagnostik, eine Entscheidungshilfe und raschere Vernetzung mit anderen Versorgungseinrichtungen, eine sinnvolle Erweiterung der Rolle der MFAs in der Betreuung der Patient:innen, die Entlastung von Ärzt:innen und MFAs und die Förderung der Selbstverantwortung der Patient:innen. Damit eine **neue Versorgungsform** in der Breite der hausärztlichen Versorgung implementiert und gelebt wird, muss sie vor allem einen **spürbaren Nutzen** für die Praxen bieten und leicht in den laufenden **Praxisalltag** integrierbar sein.

Aufgrund der geringen Teilnehmendenzahl insgesamt, hat PREMA lediglich Pilotcharakter. Das Projekt sollte daher als proof-of-concept-Studie betrachtet werden. Die erstellten und verwendeten Manuale können nicht freigegeben werden, da sie nicht durch die Studie geprüft werden konnten. Als explorative Analyse kann die Studie vorsichtig als Erfolg betrachtet werden. Jedoch erlauben es die Studienergeb-

nisse nicht, eine Beurteilung zur Überführbarkeit dieser neuen Versorgungsform in die Regelversorgung, wie sie im Rahmen der PREMA-Studie implementiert wurde, abzugeben. Allerdings hat PREMA viele Ansatzpunkte geliefert, die im vorherigen Kapitel eingeordnet wurden und bei der Entwicklung weiterer neuer Versorgungsformen berücksichtigt werden müssen.

Die Erfahrungen aus dem Projekt haben zusammenfassend gezeigt, dass Hausärzt:innen weiterhin eine **hohe Bedeutung** als Lotse im **Versorgungsprozess** haben und dieser auch nachkommen möchten. Auch Patient:innen sind an einer Begleitung durch ihre Hausärztin oder ihren Hausarzt auch in Fragen der mentalen Gesundheit sehr interessiert. Herausforderungen entstehen jedoch im Praxisalltag an mannigfaltigen Stellen. Bei der Konzeption von neuen Versorgungsformen für Hausärzt:innen ist wichtig, die entstehenden Aufwände dezidiert zu betrachten und deren Notwendigkeit vorab immer wieder zu prüfen, sodass die Umsetzung der Intervention leicht im Praxisalltag gelingt.

Das Gesamtkonstrukt aus Neuer Versorgungsform und Evaluationsdesign wurde durch die strukturellen Vorgaben des Innovationsfonds vielschichtig. Die eigentliche Versorgungsleistung ist im Studiendesign nur noch verkapselt erkennbar gewesen. Viele Praxen haben dadurch keine Chance gehabt, die eigentliche innovative hausärztliche Innovation kennenzulernen, sondern sahen aufgrund der studienbedingten administrativen Vorbereitungen von einer Teilnahme ab. Der Anspruch an hochwertige Studien steht im Widerspruch zu den Kapazitäten der Praxen. Es ist ein sensibles Austarieren von Erhebungsformen, der technischen Umsetzung und der Machbarkeit in der Praxis notwendig. Im Moment wird diese Balance jedoch sehr einseitig zu Gunsten eines sehr hohen wissenschaftlichen Standards vorgegeben. Zukünftig muss genauer abgewogen werden welche Maßnahmen für die Aussagekraft einer Studie notwendig sind, damit sie die Kapazitäten in der Versorgungspraxis nicht übersteigen. Die Umsetzbarkeit der Intervention kann daher nicht von den Aufwänden durch die begleitende Evaluation getrennt werden. Die Erwartungshaltung, dass diese Fülle an zusätzlichen Aufgaben in einer ohnehin schon herausfordernden Tätigkeit der HA-Praxis integriert werden kann, gilt es künftig auf den Prüfstand zu stellen.

Geeignete technische Plattformen können dabei unterstützen komplexe Versorgungsformen effizient in den Praxisalltag zu integrieren. Wichtig ist dabei, dass die Technik so simpel wie möglich sein. Das heißt eine intuitive Bedienung ist unumgänglich, sowie der niedrigrschwellige Zugang für alle Beteiligten. Idealerweise bieten solche technischen Lösungen eine Anbindung an das PVS, sodass die Anwendung für Praxen einfach ist und die Motivation zu Teilnahme zusätzlich gesteigert werden kann.

Im vorherigen Kapitel wurde bereits ein Bezug zum Bedarf der Ärzt:innen ausgeführt, Patient:innen überleiten zu können, ohne, dass damit gemeint ist, dass Hausärzt:innen ihrer Rolle der hausärztlicher Primärversorgung nicht nachkommen wollen. Es bedarf jedoch der passenden Ressourcen innerhalb der Praxen und auch ein Wissen über Kompetenzen und Beratungs- sowie Behandlungsoptionen auch außerhalb der Praxis. An dieser Stelle könnte künftig in der Weiterentwicklung von Versorgungskonzepten wie PREMA eine neue Versorgungsform mit **digital-hybrider Leistungserbringung** entstehen. Denkbar ist eine Übertragung der Leistungen mit **koordinativem Charakter in eine zentrale Einheit**, welche die Praxen in der Versorgung ihrer Patient:innen unterstützt, dann jedoch die koordinierenden Aufgaben an regional verfügbare Angebote aus dem passenden Behandlungs- und Beratungsspektrum übernimmt. Eine Einbindung der Hausärzt:innen ist jedoch weiterhin ein zentrales Merkmal bei der Adaption entsprechender Inhalte.

9. Erfolgte bzw. geplante Veröffentlichungen

Kongressbeiträge:

- Hanf, Maria; Mergenthal, Karola (2019). Fragebogenentwicklung zur Messung von Einstellung und Erwartung gegenüber Online-Interventionen von Hausärzt:innen, Medizinischen Fachangestellten und Patient:innen mit psychischen Erkrankungen. 53. Kongress für Allgemeinmedizin und Familienmedizin, Erlangen. doi:10.3205/19degam149
- Lukaschek K, Mergenthal K, Heider D, Hanke A, Munski K, Moschner A, Dörsam M, van den Akker M, Lezius S, Wegscheider K, König HH, Gensichen J, 'PREMA'-Studiengruppe. Digital-ge-

Akronym: PREMA

Förderkennzeichen: 01NVF17037

stütztes Übungsprogramm für Patienten mit Depression und Panikstörung in der Hausarztpraxis: Protokoll für einen RCT. 53. Kongress für Allgemeinmedizin und Familienmedizin, Erlangen. doi: [10.3205/19degam083](https://doi.org/10.3205/19degam083)

Veröffentlichungen:

- Lukaschek, K., Mergenthal, K., Heider, D., Hanke, A., Munski, K., Moschner, A., ... & Gensichen, J. (2019). eHealth-supported case management for patients with panic disorder or depression in primary care: Study protocol for a cRCT (PREMA). *Trials*, 20(1), 1-11.
- Lukaschek, K., Lezius, S., van den Akker, M., Hanf, M., Zapf, A., Heider, D., Koenig, HH., Gensichen, J. & PREMA-study group. (2023). CBT-Based and eHealth-Supported Case Management for Patients with Panic Disorder or Depression in Primary Care: Results of a Proof of Concept. *International Journal of Cognitive Therapy*, 1-19.

Geplant:

- Maria Hanf, Michael Paulitsch, Marjan van den Akker, on behalf of the PREMA-study group. Healthcare professionals attitudes on online interventions in primary care for treating patients with mental disorders: development and validation of a questionnaire. (Titel vorläufig, Manuskript in Bearbeitung)
- Maria Hanf, Michael Paulitsch, Marjan van den Akker, on behalf of the PREMA-study group. Healthcare professionals attitudes on online interventions in primary care for treating patients with mental disorders: results of a quantitative process evaluation of the PREMA trial. (Titel vorläufig)
- Maria Hanf, Caroline Körner, Marjan van den Akker, on behalf of the PREMA-study group. Experiences of healthcare professionals with an e-health intervention for patients with depression, anxiety or panic disorders in primary care: results of a qualitative process evaluation of the PREMA trial. (Titel vorläufig)

10. Literaturverzeichnis

- Aarons, G. A. (2004). Mental health provider attitudes toward adoption of evidence-based practice: The Evidence-Based Practice Attitude Scale. *Mental Health Services Research*, 6(2), 61-74.
- Bandelow B., Wiltink J., Alpers GW, Benecke C., Deckert J., Eckhardt-Henn A., Ehrig C., Engel E., Falkai P., Geiser F., Gerlach AL., Harfst T., Hau S., Joraschky P., Kellner M., Köllner V., Kopp I., Langs G., Lichte T., Liebeck H., Matzat J., Reitt M., Rüddel HP., Rudolf S., Schick G., Schweiger U., Simon R., Springer A., Staats H., Ströhle A., Ströhm W., Waldherr B., Watzke B., Wedekind D., Zottl C., Zwanzger P., Beutel ME. Deutsche S3-Leitlinie Behandlung von Angststörungen. Version 2, 2021. www.awmf.org/leitlinien.html
- Bassler, M., Potratz, B. & Krauthauser, H. (1995). Der „Helping Alliance Questionnaire“ (HAQ) von Luborsky. *Psychotherapeut*, 1995(40), 23–32.
- Bundesärztekammer (BÄK), Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF). (2022). Nationale Versorgungs-Leitlinie Unipolare Depression – Langfassung, Version 3.0. 2022 . DOI: 10.6101/AZQ/000493. www.leitlinien.de/depression.
- Creswell, J. W. (Hrsg.). (2014). *Research Design: Qualitative, Quantitative, and Mixed Methods Approaches* (4th Edition). SAGE Publications. https://fe.unj.ac.id/wp-content/uploads/2019/08/Research-Design_Qualitative-Quantitative-and-Mixed-Methods-Approaches.pdf
- Deville, G. J. & Borkovec, T. D. (2000). Psychometric properties of the credibility/expectancy questionnaire. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 31(2), 73–86. [https://doi.org/10.1016/S0005-7916\(00\)00012-4](https://doi.org/10.1016/S0005-7916(00)00012-4)

Akronym: PREMA

Förderkennzeichen: 01NVF17037

- DFN-Verein. (2022, 4. Oktober). *DFNconf: Home*. Verein zur Förderung eines Deutschen Forschungsnetzes e.V. <https://www.conf.dfn.de/>
- Döring, N. & Bortz, J. (2016). *Forschungsmethoden und Evaluation in den Sozial- und Humanwissenschaften* (5. Aufl.). *SpringerLink Bücher*. Springer. <https://doi.org/10.1007/978-3-642-41089-5>
- Fuß, S. & Karbach, U. (2014). *Grundlagen der Transkription: Eine praktische Einführung*. *utb-studi-e-book: Bd. 4185*. Budrich; UTB.
- IBM Corp. (Released 2017). *IBM SPSS Statistics for Windows, Version 25.0*. Armonk, NY: IBM Corp. <https://www.ibm.com/support/pages/how-cite-ibm-spss-statistics-or-earlier-versions-spss>
- Institute of Behavioral Research. (2002). *TCU Workshop Evaluation Form (TCU WEVAL)*. Texas Christian University, Institute of Behavioral Research. <https://ibr.tcu.edu/forms/community-treatment-forms/staff-training-and-workshop-evaluations/>
- Kuckartz, U. (2014). *Mixed Methods: Methodologie, Forschungsdesigns und Analyseverfahren*. Springer Fachmedien Wiesbaden. <https://doi.org/10.1007/978-3-531-93267-5>
- Kuckartz, U. (2016). *Qualitative Inhaltsanalyse: Methoden, Praxis, Computerunterstützung*. Marburger Arbeitsgruppe für Methoden & Evaluation.
- Lienert, G. A. & Raatz, U. (1998). *Testaufbau und Testanalyse* (6. Aufl.). Beltz.
- Loss, J., Seibold, C., Eichhorn, C. & Nagel, E. (Hrsg.). (2010). *Schriftenreihe Materialien zur Gesundheitsförderung: Bd. 3. Evaluation in der Gesundheitsförderung: Eine Schritt-für-Schritt-Anleitung für Gesundheitsförderer*. Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit.
- Luborsky, Bassler, Potratz, Krauthauer. (1984, 1995). *Fremdbeurteilung Helping Alliance Questionnaire HAQ-F*. http://www.sabineschaefer.com/fileadmin/user_upload/Lizenzfreie_Testverfahren/HAQ_Fremd_2010-09-20.pdf
- MAXQDA. (2022, 12. April). *MAXQDA | All-In-One Qualitative & Mixed Methods Data Analysis Tool*. <https://www.maxqda.com/>
- Mayring, P. (2015). *Qualitative Inhaltsanalyse: Grundlagen und Techniken* (12. Aufl.). *Beltz Pädagogik*. Beltz. <http://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:bsz:31-epflicht-1136370>
- Rädiker, S. & Kuckartz, U. (2019). *Analyse qualitativer Daten mit MAXQDA*. Springer Fachmedien Wiesbaden.
- Schmidt, J., Lamprecht, F. & Wittmann, W. W. (1989). Zufriedenheit mit der stationären Versorgung. Entwicklung eines Fragebogens und erste Validitätsuntersuchungen. *Psychother med Psycho*(39), 248–255. <https://www.gfqg.de/assessment/zuf-8.html>
- Schreier, M. (2012). *Qualitative Content Analysis in Practice*. Thousand Oaks: SAGE.
- Schröder, J., Sautier, L., Kriston, L., Berger, T., Meyer, B., Späth, C., Köther, U., Nestoriuc, Y., Klein, J. P. & Moritz, S. (2015). Development of a questionnaire measuring Attitudes towards Psychological Online Interventions-the APOI. *Journal of affective disorders*, 187, 136–141. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2015.08.044>
- Wensing, M., van Lieshout, J., Jung, H. P., Hermsen, J. & Rosemann, T. (2008). The Patients Assessment Chronic Illness Care (PACIC) questionnaire in The Netherlands: a validation study in rural general practice. *BMC health services research*, 8, 182. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-8-182>

11. Anhang

Anhang 1: HA Charakteristika

Anhang 2: MFA-Charakteristika

Anhang 3: Alters- und Geschlechtsverteilung Patienten

Anhang 4: Soziodemographische Daten Struktur- und Praxismerkmale Drop-Out Befragung

Akronym: PREMA

Förderkennzeichen: 01NVF17037

12. Anlagen

Anlage 1: Allgemeine Informationen zum Programm und der Studie

Anlage 2: Checkliste „Ein- und Ausschlusskriterien“

Anlage 3: Checkliste „Vorgehen der Hausarztpraxis für den Patienteneinschluss“

Anlage 4: Checkliste „Einschreibung Studie“

Anlage 5: Screeningfragebogen

Anlage 6: Studien-Teilnehmerinformation und Einverständniserklärung zur Studie

Anlage 7: Dokumentationsbogen „Nichtteilnahme und Ausschlussgründe Patienten“

Anlage 8: Dokumentationsbogen „Studienabbruch Patient“

Anlage 9: Studienprotokoll

Anlage 10: Informationsschreiben für die Prozessevaluation

Anlage 11: Ergebnisse Teilprojekt 1

Anlage 12: Ergebnisse Teilprojekt 3

Anlage 12a: Teilprojekt 3_HA Drop-Out Fragebogen

Anlage 13: Manuale

Anhang 1: HA Charakteristika

	IG	KG	Total
	N=9	N=9	N=18
Geschlecht			
männlich	2 (22,2%)	3 (33,3%)	5 (27,8%)
weiblich	7 (77,8%)	6 (66,7%)	13 (72,2%)
Alter [Jahre]	52,2 (7,2)	49,6 (8,2)	50,9 (7,6)
Länge der ärztl. Tätigkeit [Jahre]	21,7 (8,5)	19,6 (8,2)	20,6 (8,2)
Zeit seit der Niederlassung [Jahre]	10,1 (9,5)	7,4 (5,3)	8,8 (7,6)
Fachgebiet			
Facharzt für Innere Medizin	4 (44,4%)	2 (22,2%)	6 (33,3%)
Facharzt für Allgemeinmedizin	5 (55,6%)	7 (77,8%)	12 (66,7%)
Art der Praxis			
Berufsausübungsgemeinschaft (BAG) (auch Gemeinschaftspraxis)	3 (33,3%)	4 (44,4%)	7 (38,9%)
Einzelpraxis	6 (66,7%)	5 (55,6%)	11 (61,1%)
Anzahl Ärzte	1,7 (0,9)	3,8 (2,7)	2,7 (2,2)
Angestellter?			
nein	9 (100,0%)	6 (66,7%)	15 (83,3%)
ja	0 (0,0%)	3 (33,3%)	3 (16,7%)
wöchentliche Arbeitszeit [h]	40,0 (18,7)	38,9 (10,5)	39,4 (14,5)
Anzahl gesetzlich Versicherte (letztes Quartal)			
2.000 und mehr	0 (0,0%)	5 (55,6%)	5 (27,8%)
1.500 bis 1.999	3 (33,3%)	1 (11,1%)	4 (22,2%)
1.000 bis 1.499	4 (44,4%)	3 (33,3%)	7 (38,9%)
500 bis 999	2 (22,2%)	0 (0,0%)	2 (11,1%)
Vorherige Studienteilnahme (letzte 5 Jahre)?			
nein	3 (33,3%)	4 (44,4%)	7 (38,9%)
ja	6 (66,7%)	5 (55,6%)	11 (61,1%)

Anhang 2: MFA-Charakteristika

	IG	KG	Total
	N=8	N=8	N=16
Geschlecht			
weiblich	8 (100,0%)	8 (100,0%)	16 (100,0%)
Alter	39,8 (9,1)	32,3 (9,3)	36,0 (9,7)
Höchster allgemeiner Schulabschluss			
Sonstiges: Höhere Handelsschule	0 (0,0%)	1 (12,5%)	1 (6,3%)
Realschulabschluss (Mittlere Reife)	5 (62,5%)	6 (75,0%)	11 (68,8%)
Hauptschulabschluss (Volksschulabschluss)	3 (37,5%)	1 (12,5%)	4 (25,0%)
Höchster Berufsabschluss			
Keinen Berufsabschluss	0 (0,0%)	1 (12,5%)	1 (6,3%)
Arzthelfer/in	3 (37,5%)	1 (12,5%)	4 (25,0%)
Berufsabschluss_MFA Medizinische/r Fachangestellte/r	5 (62,5%)	6 (75,0%)	11 (68,8%)
Dauer der Tätigkeit als MFA/Arzthelferin insgesamt	20,0 (10,7)	12,9 (8,5)	16,4 (10,0)
Beschäftigungsart			
Vollzeit oder Teilzeit	8 (100,0%)	8 (100,0%)	16 (100,0%)
Beschäftigungsumfang	25,3 (5,2)	33,8 (6,6)	29,5 (7,2)
Anzahl der in der Praxis beschäftigten nicht-ärztlichen Mi	3,1 (1,6)	6,6 (3,5)	4,9 (3,2)
Weiterbildung zur NäPA			
nein	7 (87,5%)	7 (87,5%)	14 (87,5%)
ja	1 (12,5%)	1 (12,5%)	2 (12,5%)
Teilnahme an Schulungen zur VERAHPlus			
nein	8 (100,0%)	7 (87,5%)	15 (93,8%)
ja	0 (0,0%)	1 (12,5%)	1 (6,3%)
Andere Weiterbildungen			
nein	6 (75,0%)	7 (87,5%)	13 (81,3%)
ja	2 (25,0%)	1 (12,5%)	3 (18,8%)

Anhang 3: Alter- und Geschlechtsverteilung Patienten

		KG (N=13)	IG (N=50)	Total (N=63)	p*
Geschlecht	Männlich	3/11 (27,3%)	16/48 (33,3%)	19/59 (32,2%)	1,000
	Weiblich	8/11 (72,7%)	32/48 (66,7%)	40/59 (67,8%)	
	Fehlende Angabe	2/13 (15,4%)	2/50 (4,0%)	4/63 (6,3%)	
Alter	Mean ± SD	52,7 ± 7,0	54,3 ± 13,8	54,0 ± 12,8	0,741
	Fehlende Angabe	2/13 (15,4%)	3/50 (6,0%)	4/63 (6,3%)	
Diagnose beim Screening	weder noch	2/13 (15,4%)	0/47 (0,0%)	2/60 (3,3%)	0,076
	nur Depression	3/13 (23,1%)	10/47 (21,3%)	13/60 (21,7%)	
	nur PD/AG	1/13 (7,7%)	11/47 (23,4%)	12/60 (20,0%)	
	Depression und PD/AG	7/13 (53,8%)	26/47 (55,3%)	33/60 (55,0%)	
Familienstand	Fehlende Angabe	0/13 (0,0%)	3/50 (6,0%)	3/63 (4,8%)	0,886
	Verwitwet	0/11 (0,0%)	1/48 (2,1%)	1/59 (1,7%)	
	Geschieden	3/11 (27,3%)	10/48 (20,8%)	13/59 (22,0%)	
	Ledig	1/11 (9,1%)	6/48 (12,5%)	7/59 (11,9%)	
	Verheiratet und vom Ehepartner(in) getrennt lebend	0/11 (0,0%)	5/48 (10,4%)	5/59 (8,5%)	
	Verheiratet und mit Ehepartner(in) zusammenlebend	7/11 (63,6%)	26/48 (54,2%)	33/59 (55,9%)	
Wohnort	Fehlende Angabe	2/13 (15,4%)	2/50 (4,0%)	4/63 (6,3%)	0,350
	Ich kann dazu keine genauen Angaben machen	0/11 (0,0%)	4/48 (8,3%)	4/59 (6,8%)	
	Dörflichen Siedlung (weniger als 5,000 Einwohner)	3/11 (27,3%)	8/48 (16,7%)	11/59 (18,6%)	
	Ländlichen Kleinstadt (5,000 bis unter 20,000 Einwohner)	5/11 (45,5%)	11/48 (22,9%)	16/59 (27,1%)	
	Größeren Kleinstadt (20,000 bis 100,000 Einwohner)	1/11 (9,1%)	15/48 (31,3%)	17/59 (27,1%)	
	Großstadt (mehr als 100,000 Einwohner)	2/11 (18,2%)	10/48 (20,8%)	12/59 (20,3%)	
Lebenssituation	Fehlende Angabe	2/13 (15,4%)	2/50 (4,0%)	4/63 (6,3%)	0,454
	Mit Sonstigen (im Privathaushalt)	0/11 (0,0%)	2/48 (4,2%)	2/59 (3,4%)	
	Mit Angehörigen (im Privathaushalt)	2/11 (18,2%)	12/48 (25,0%)	14/59 (23,7%)	
	Mit Partner / Ehepartner (im Privathaushalt)	5/11 (45,5%)	27/48 (56,3%)	32/59 (54,2%)	
	Allein (im Privathaushalt)	4/11 (36,4%)	7/48 (14,6%)	11/59 (18,6%)	
Schulabschluss	Fehlende Angabe	2/13 (15,4%)	2/50 (4,0%)	4/63 (6,3%)	0,583
	Von der Schule abgegangen ohne Abschluss	1/11 (9,1%)	0/48 (0,0%)	1/59 (1,7%)	
	Allgemeine oder fachgebundene Hochschulreife / Abitur (Gymnasium bzw. EOS Erweiterte Oberschule)	4/11 (36,4%)	17/48 (35,4%)	21/59 (35,6%)	
	Fachhochschulreife	1/11 (9,1%)	7/48 (14,6%)	8/59 (13,6%)	
	Abschluss der Polytechnischen Oberschule 10. Klasse	0/11 (0,0%)	1/48 (2,1%)	1/59 (1,7%)	
	Realschulabschluss (Mittlere Reife)	2/11 (18,2%)	11/48 (22,9%)	13/59 (22,0%)	
	Hauptschulabschluss (Volksschulabschluss)	3/11 (27,3%)	12/48 (25,0%)	15/59 (25,4%)	
Berufsabschluss	Fehlende Angabe	2/13 (15,4%)	2/50 (4,0%)	4/63 (6,3%)	0,464
	Keinen beruflichen Abschluss	1/11 (9,1%)	4/48 (8,3%)	5/59 (8,5%)	
	Hochschulabschluss	3/11 (27,3%)	5/48 (10,4%)	8/59 (13,6%)	
	Fachhochschule	1/11 (9,1%)	3/48 (6,3%)	4/59 (6,8%)	
	Ausbildung an einer Fachschule, Meister-, Technikerschule, Berufsschule- oder Fachakademie	0/11 (0,0%)	6/48 (12,5%)	6/59 (10,2%)	

		KG (N=13)	IG (N=50)	Total (N=63)	p*
	beruflich-schulische Ausbildung (Berufsfachschule, Handelsschule)	0/11 (0,0%)	7/48 (14,6%)	7/59 (11,9%)	
	beruflich-betriebliche Ausbildung (Lehre)	6/11 (54,5%)	20/48 (41,7%)	26/59 (44,1%)	
	Einen anderen beruflichen Abschluss, nämlich:	0/11 (0,0%)	3/48 (6,3%)	3/59 (5,1%)	
	Bachelor Abschluss	0	2	2	
	Offizierspatent	0	1	1	
	Fehlende Angabe	2/13 (15,4%)	2/50 (4,0%)	4/63 (6,3%)	
Tätigkeit	Sonstiges	2/11 (18,2%)	1/48 (2,1%)	3/59 (5,1%)	0,006
	Ohne Beschäftigung (z.B. Arbeitssuchend, Arbeitslos)	3/11 (27,3%)	1/48 (2,1%)	4/59 (6,8%)	
	Rentner	0/11 (0,0%)	16/48 (33,3%)	16/59 (27,1%)	
	Schüler/Auszubildender/Student	0/11 (0,0%)	2/48 (4,2%)	2/59 (3,4%)	
	Selbstständig	0/11 (0,0%)	1/48 (2,1%)	1/59 (1,7%)	
	Beschäftigung in Teilzeitstelle	3/11 (27,3%)	10/48 (20,8%)	13/59 (22,0%)	
	Beschäftigung in Vollzeitstelle	3/11 (27,3%)	17/48 (35,4%)	20/59 (33,9%)	
	Fehlende Angabe	2/13 (15,4%)	2/50 (4,0%)	4/63 (6,3%)	

* p Werte aus t-Test für metrische Variablen und Exaktem Test nach Fisher für kategoriale Variablen.

Anhang 4: Soziodemographische Daten, Struktur- und Praxismerkmale Drop-Out Befragung

Hausärzte (n = 41)

Soziodemographische Variablen		
Geschlecht	Weiblich	15 (36,6 %)
	Männlich	22 (53,7 %)
Altersgruppen	Bis 50 Jahre	13 (31,7 %)
	Bis 70 Jahre	22 (53,7 %)
	71 Jahre und älter	6 (14,6 %)
Berufserfahrung in Jahren	Mittelwert (Standardabweichung)	25,2(± 9,4)
	Spannweite	10 - 48
Variablen Struktur- und Praxismerkmale		
Form der Praxis	Einzelpraxis	23 (56,1 %)
	Praxisgemeinschaft, Gemeinschaftspraxis	12 (29,3 %)
	Medizinisches Versorgungszentrum u. Sonstiges	2 (4,8 %)
Größe der Praxis <i>(Anzahl gesetzlich Versicherten im letzten Quartal, inkl. KV- und Selektivverträge)</i>	Bis 999	7 (17,1 %)
	Bis 1.999	21 (51,3 %)
Lage der Praxis	2.000 und mehr	9 (22,0 %)
	Großstadt u. Größere Kleinstadt (bis 100.000 Einwohner)	18 (43,9 %)
	Ländliche Kleinstadt u. Dörfliche Siedlung (< 5.000 Einwohner)	19 (46,3 %)



ALLGEMEINE INFORMATIONEN ZUM PROGRAMM UND DER STUDIE

eHealth gestütztes Case Management für psychisch Erkrankte in der hausärztlichen Primärversorgung

Hintergrund

Depressionen und Angststörungen gehören zu den häufigsten Erkrankungen in der hausärztlichen Praxis. Unspezifisch auftretende Symptome und häufige Multimorbidität der Patientinnen und Patienten gestalten die Diagnostik und Behandlung teilweise schwierig.

Ziel dieses Projekts ist es, Hausärztinnen und Hausärzte darin zu unterstützen, Depressionen und Panikstörungen deutlich früher und zuverlässiger zu erkennen und zu behandeln.

Studiendesign und Rekrutierung

Das Studiendesign ist als cluster-randomisierte kontrollierte Studie (cRCT) angelegt, d.h. die Praxen werden zufällig der Kontrollgruppe (KG) oder der Interventionsgruppe (IG) zugeordnet. Diese Zuordnung erfolgt nach einer dreimonatigen Screeningphase, in der die Patientinnen und Patienten für die Studie rekrutiert werden.

In den Interventionspraxen erhalten Patientinnen und Patienten das neue Versorgungsangebot PREMA. Über einen Zeitraum von 12 Monaten sind darin vier feste Arzttermine, 17 standardisierte Kurztelefonate durch die MFA und der Zugang zur Online-Plattform Embloom (früher TelePsy) vorgesehen. Die Ärztin/der Arzt, die/der MFA und die Patientin/der Patient haben einen gemeinsamen, sicheren Zugang zur Plattform. Dort liegen bspw. die Ergebnisse der Telefonanrufe und bereitgestellte Materialien und Übungen, die zur Psychoedukation genutzt werden können.

In den Kontrollpraxen erhalten die Patientinnen und Patienten eine intensivierete Standardbehandlung (standardized TAU). Nach Ablauf der Studie steht das Material der Interventionsgruppe auch den Praxen im Kontrollarm für einen bestimmten Zeitraum zur Verfügung.

Laufzeit und Förderung

Die Gesamtprojektlaufzeit beträgt vier Jahre, vom 1. September 2018 bis zum 31. August 2022. Die Durchführung in den Hausarztpraxen der Modellregion Hessen startet am 1. April 2019 und läuft bis zum 31. Dezember 2021. Das Projekt wird mit Mitteln des Innovationsausschusses beim Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) gefördert.

Bei Rückfragen zu Ihrer Teilnahme am Vertrag PREMA wenden Sie sich an:

Mitgliederservice Sonderverträge

Kassenärztliche Vereinigung Hessen

Europa-Allee 90

60486 Frankfurt

Tel. 069 - 24741 - 7580

Fax 069 - 24741 - 68805

E-Mail: Mitgliederservice.sondervertraege@kvhessen.de

Bei allgemeinen Rückfragen, Anregungen oder Problemen zum Versorgungsangebot PREMA wenden Sie sich an:

Kathrein Munki

Techniker Krankenkasse

Bramfelder Straße 140

22305 Hamburg

E-Mail: kathrein.munki@tk.de



CHECKLISTE

Ein- und Ausschlusskriterien

Stand 1. Juli 2020

Einschlusskriterien	Ja	Nein
Der Patient hat eine der folgenden ICD-10 Diagnosen: F41.0, F40.01, F32-F34	<input type="checkbox"/>	
Der Patient ist ≥ 18 Jahre alt.	<input type="checkbox"/>	
Der Patient ist bei einer gesetzlichen Krankenversicherung versichert.	<input type="checkbox"/>	
Der Patient kann eine freiwillige Entscheidung zur Studienteilnahme abgeben.	<input type="checkbox"/>	
Der Patient besitzt ausreichende deutsche Sprachkenntnisse für eine Studienteilnahme.	<input type="checkbox"/>	
Der Patient verfügt über einen Telefonanschluss und einen Internetzugang.	<input type="checkbox"/>	

Ausschlusskriterien	Ja	Nein
Der Patient hat eine vorbekannte Psychose.		<input type="checkbox"/>
Bei dem Patienten besteht akute Suizidalität.		<input type="checkbox"/>
Der Patient befindet sich in einer laufenden genehmigungspflichtigen Psychotherapie.		<input type="checkbox"/>
Es bestehen wichtige Gründe, die gegen die Anwendung eines Expositionstrainings sprechen.		<input type="checkbox"/>

CHECKLISTE

Vorgehen der Hausarztpraxis für den Patienteneinschluss

Stand 1. Juli 2020

Schritt	Aufgaben MFA	Aufgaben Hausarzt
1	<p>MFA (oder Hausarzt) erstellt eine Patienten-Screeningliste aus der Praxissoftware mit folgenden Kriterien:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ICD-10 Diagnosen F41.0 oder F40.01 oder F32-F34 • ≥18 Jahre • Praxiskontakt in den letzten vier Quartalen • bei einer gesetzlichen Krankenversicherung versichert <p>Liste bitte im Bereich der Anmeldung platzieren.</p>	
2	<p>Ein Patient erscheint in der Praxis.</p> <ul style="list-style-type: none"> • MFA überprüft, ob der Name des Patienten auf der Liste steht. 	
2a	<p>Falls ja, übermittelt sie diese Information an den Hausarzt (z.B. innerhalb des Praxisdokumentationssystems).</p>	
2b		<p>Falls nein, besteht die Möglichkeit, dass der Hausarzt während der Konsultation feststellt, dass eine Depression und/oder Angst-/Panikstörung bei dem Patienten vorliegen könnte.</p>
3	<p>Hausarzt überprüft (erneut), ob folgende Einschlusskriterien zutreffen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Der Patient hat eine der folgenden ICD-10 Diagnosen: F41.0, F40.01, F32-F34 • Der Patient ist ≥18 Jahre alt. • Der Patient ist bei einer gesetzlichen Krankenversicherung versichert. • Der Patient kann eine freiwillige Entscheidung zur Studienteilnahme abgeben. • Der Patient besitzt ausreichende deutsche Sprachkenntnisse für eine Studienteilnahme. • Der Patient verfügt über einen Telefonanschluss und einen Internetzugang. <p>Hausarzt und/oder MFA überprüfen, ob eines der folgenden Ausschlusskriterien vorliegt:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Der Patient hat eine vorbekannte Psychose. • Bei dem Patienten besteht akute Suizidalität. • Der Patient befindet sich in einer laufenden genehmigungspflichtigen Psychotherapie. • Ein Expositionstraining ist aus hausärztlicher Sicht nicht zu empfehlen. 	
4	<p>Treffen alle Einschlusskriterien zu und keines der Ausschlusskriterien, bitte den Patienten über die Studieninhalte und das Screening informieren.</p>	

Schritt	Aufgaben MFA (Fortsetzung)	Aufgaben Hausarzt (Fortsetzung)
5a	<p>Es erfolgte eine Zustimmung des Patienten zum Screening:</p>	
		<p>Patient und anschließend Hausarzt unterzeichnen bei TK-Versicherten die Teilnahmeerklärung der TK, bei Nicht-TK-Versicherten den Behandlungsvertrag (jeweils 3-fach):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Je eine Ausfertigung erhalten Patient und Praxis. • Eine Ausfertigung wird am Ende des Einschreibeprozesses an das Institut für Allgemeinmedizin der Goethe-Universität Frankfurt geschickt (→ siehe auch Schritt 7b und Schritt 9, Freiumschlag liegt in der Praxis vor). <p>Bitte beachten: Hausarzt und Patient müssen jeweils selbst den Ort und das Datum auf die Unterlagen schreiben! Das Datum muss vom gleichen Tag sein!</p>
5a.a	<p>Patient nutzt ein eigenes Smartphone für das Screening:</p> <ul style="list-style-type: none"> • MFA erstellt für das Online-Screening auf der Embloom-Plattform (früher TelePsy) ein anonymes Patientenkonto (inklusive Aktennummer). • Auf der Embloom-Plattform wird ein Log-in-Code für den Patienten erstellt, den die MFA ausdruckt. • MFA notiert die Aktennummer auf dem Ausdruck mit dem Log-in und übergibt ihn dem Patienten (für die spätere Zuordnung). <p>→ wichtiges Dokument für die weitere Studie</p>	
5a.b	<p>Patient nutzt kein eigenes Smartphone für das Screening:</p> <ul style="list-style-type: none"> • MFA händigt dem Patienten einen Screening-Papierfragebogen aus (inklusive Kugelschreiber) und bittet den Patienten, den Fragebogen auszufüllen. • MFA erstellt – wie unter 5a.a beschrieben – einen Zugang für den Patienten in der Embloom-Plattform und überträgt die Ergebnisse des Screening-Papierfragebogens in die Embloom-Datenbank. 	
5b	<p>Es erfolgte keine Zustimmung des Patienten zum Screening:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bitte zusammen mit dem Patienten das Papierformular „Nichtteilnahme und Ausschlussgründe Patienten“ ausfüllen. • Papierversion im Studienordner ablegen und aufbewahren. 	

Schritt	Aufgaben MFA (Fortsetzung)	Aufgaben Hausarzt (Fortsetzung)
6		<p>Der Hausarzt erhält vom Patienten die Aktennummer (für die Embloom-Plattform) und prüft das Ergebnis.</p> <p>Die Auswertung des Screening-Fragebogens erfolgt über die Embloom-Plattform.</p>
7a		<p>Patient ist für die Studienteilnahme geeignet, wenn</p> <ul style="list-style-type: none"> • im OASIS-Fragebogen ein Punktwert von ≥ 8 erreicht wird und/oder • der PHQ-9 einen Punktwert zwischen ≥ 9 und ≤ 22 ausweist • und der Hausarzt die Diagnose durch eine klinische Diagnosestellung bestätigt.
7b	<ul style="list-style-type: none"> • Bitte zusammen mit dem Patienten das Papierformular „Nichtteilnahme und Ausschlussgründe Patienten“ ausfüllen. • Papierversion im Studienordner ablegen und aufbewahren. • Eine Ausfertigung des Versorgungsvertrages oder des Behandlungsvertrages an das Institut für Allgemeinmedizin der Goethe-Universität Frankfurt schicken (Freiumschläge liegen in der Praxis vor). 	<p>Wenn der Patient nicht für die Studienteilnahme geeignet ist (z. B. PHQ-9 und OASIS-Punktwerte liegen außerhalb des Cut-off-Bereichs) oder zum jetzigen Zeitpunkt nicht mehr an der Studie teilnehmen möchte:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bitte zusammen mit dem Patienten das Papierformular „Nichtteilnahme und Ausschlussgründe Patienten“ ausfüllen.
8	<ul style="list-style-type: none"> • Eine Ausfertigung der Einverständniserklärung zur Studienteilnahme (Patientenversion) und zwei Ausfertigungen der Arztversion für die Unterzeichnung vorbereiten. • Dafür bitte jeweils auf der Seite 5 die kompletten Daten des Patienten eintragen. 	<p>Patient ist für die Studienteilnahme geeignet: Nach positivem Screening-Ergebnis führt der Hausarzt das Aufklärungsgespräch zur PREMA-Studie durch (ggf. wird der Patient über die „neue“ Diagnose aufgeklärt).</p> <p>Patient und anschließend Hausarzt unterzeichnen die Einverständniserklärung zur Studienteilnahme (die letzten beiden Seiten der Studienteilnehmerinformation, 1 x Patientenversion und 2 x Arztversion):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Eine Ausfertigung (Patientenversion) erhält der Patient. • Eine Ausfertigung der Arztversion bleibt in der Praxis. • Eine Ausfertigung der Arztversion wird an das Institut für Allgemeinmedizin der Goethe-Universität Frankfurt versendet (Freiumschläge liegen in der Praxis vor). <p>Bitte beachten: Hausarzt und Patient müssen jeweils selbst den Ort und das Datum auf die Einverständniserklärung schreiben! Das Datum muss vom gleichen Tag sein!</p>

SCHRITT	Aufgaben MFA (Fortsetzung)	Aufgaben Hausarzt (Fortsetzung)
9	<p>MFA versendet innerhalb von 2 Tagen folgende Unterlagen an das Institut für Allgemeinmedizin der Goethe-Universität Frankfurt:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Eine Ausfertigung der Teilnahmeerklärung zum Versorgungsvertrag. • Eine Ausfertigung der Einverständniserklärung (Arztversion). <p>Freiumschläge liegen in der Praxis vor.</p>	
10	<p>MFA notiert den Namen des Patienten auf der Pseudonymisierungsliste (im Studienordner) einschließlich der Krankenversicherungsnummer und der Aktennummer aus der Embloom-Plattform.</p>	
11	<p>MFA heftet folgende Unterlagen des Patienten im Studienordner ab:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Eine Ausfertigung der Teilnahmeerklärung zum Versorgungsvertrag bzw. des Behandlungsvertrags. • Eine Ausfertigung der Einverständniserklärung zur Studie (Arztversion). 	
12	<ul style="list-style-type: none"> • MFA informiert den Patienten darüber, dass er innerhalb der nächsten Wochen einen Online-Fragebogen (T0) ausfüllen muss, für den er per E-Mail eine Einladung/einen Link erhält. • MFA informiert den Patienten (nochmals), dass der eigentliche Studienstart in etwa 1-3 Monaten erfolgt. • Der Patienten-Online-Fragebogen (T0) ist zwingend vor dem Start der Studie auszufüllen. 	<ul style="list-style-type: none"> • Arzt informiert den Patienten darüber, dass der eigentliche Studienstart in 1-3 Monaten erfolgt.

CHECKLISTE

Einschreibung Studie

Stand 1. Juli 2020

Checkliste	Ja	Nein
Der Patient und der Arzt haben die Teilnahmeerklärung zum Versorgungsvertrag (bei TK-Versicherten) bzw. den Behandlungsvertrag (bei nicht TK-Versicherten) in 3-facher Ausfertigung unterschrieben.	<input type="checkbox"/>	
Alle Einschlusskriterien des Patienten sind erfüllt.	<input type="checkbox"/>	
Es liegt kein Ausschlusskriterium vor.	<input type="checkbox"/>	
Die Einverständniserklärung zur Studienteilnahme ist vom Patienten und Arzt in 3-facher Ausfertigung unterschrieben (1 x Patientenversion 6-seitig, 2 x Arztversion 2-seitig)	<input type="checkbox"/>	
Das Datum der Unterschrift des Patienten und des Arztes stimmen überein.	<input type="checkbox"/>	
Es wurde <ul style="list-style-type: none"> • dem TK-Versicherten je ein Exemplar der Teilnahmeerklärung zum Versorgungsvertrag und der Vertragsinformation ausgehändigt. • dem Nicht-TK-Versicherten ein Exemplar des Behandlungsvertrags ausgehändigt. • jedem Patienten je ein Exemplar der Teilnehmerinformation und Einverständniserklärung zur Studienteilnahme (Patientenversion 6-seitig) ausgehändigt. 	<input type="checkbox"/>	
Jeweils ein Exemplar der unterzeichneten Teilnahmeunterlagen wurde an das Institut für Allgemeinmedizin der Goethe-Universität Frankfurt geschickt.	<input type="checkbox"/>	

SCREENING-FRAGEBOGEN

Gesundheitsfragebogen für Patienten (PHQ-9)

Wie oft fühlten Sie sich im Verlauf der letzten 2 Wochen 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="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
b. Niedergeschlagenheit, Schwermut oder Hoffnungslosigkeit	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
c. Schwierigkeiten ein- oder durchzuschlafen oder vermehrter Schlaf	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
d. Müdigkeit oder Gefühl, keine Energie zu haben	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
e. Verminderter Appetit oder übermäßiges Bedürfnis zu essen	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
f. Schlechte Meinung von sich selbst; Gefühl, ein Versager zu sein oder die Familie enttäuscht zu haben	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
g. Schwierigkeiten, sich auf etwas zu konzentrieren, z.B. beim Zeitunglesen oder Fernsehen	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 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="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
i. Gedanken, dass Sie lieber tot wären oder sich Leid zufügen möchten	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3

Vermerke des Praxisteams:

Gesamtwert (= Summe aller Werte) im PHQ-9: _____

SCREENING-FRAGEBOGEN

Fragebogen „OASIS“

Die folgenden Fragen beziehen sich auf Angst und Furcht. Bitte kreuzen Sie bei jeder Frage diejenige Antwort an, die am besten beschreibt, wie es Ihnen **in der vergangenen Woche** ergangen ist.

1. Wie oft hatten Sie Angst?

- 0 Nie
- 1 Selten
- 2 Gelegentlich
- 3 Oft
- 4 Immer

2. Wenn Sie Angst hatten, wie stark bzw. intensiv war diese Angst?

- 0 Gar nicht
- 1 Kaum
- 2 Mittelmäßig
- 3 Ziemlich
- 4 Extrem

3. Wie oft vermieden Sie Situationen, Orte, Dinge oder Aktivitäten aufgrund von Angst oder Furcht?

- 0 Nie
- 1 Selten
- 2 Gelegentlich
- 3 Oft
- 4 Immer

4. Wie sehr beeinträchtigten Angst oder Furcht Ihre Fähigkeit, notwendige Aufgaben bei der Arbeit, in der Schule oder zu Hause zu erledigen?

- 0 Gar nicht
- 1 Kaum
- 2 Mittelmäßig
- 3 Ziemlich
- 4 Extrem

5. Wie sehr beeinträchtigten Angst oder Furcht Ihre sozialen Aktivitäten und Beziehungen?

- 0 Gar nicht
- 1 Kaum
- 2 Mittelmäßig
- 3 Ziemlich
- 4 Extrem

Vermerke des Praxisteam:

Gesamtzahl der Punkte im OASIS: _____



STUDIEN-TEILNEHMERINFORMATIONEN ZUM ANGEBOT PREMA

eHealth gestütztes Case-Management für psychisch Erkrankte
in der hausärztlichen Primärversorgung

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Ihre behandelnde Hausärztin oder Ihr behandelnder Hausarzt hat Sie gefragt, ob Sie am Behandlungsprogramm PREMA teilnehmen möchten. PREMA beinhaltet eine hausarztbasierte, eHealth-unterstützte Behandlung von Patientinnen und Patienten mit Depressionen und Panik-/Angststörungen. Das Programm wird in Hausarztpraxen in Hessen durchgeführt. Es wird durch das Institut für Allgemeinmedizin der Ludwig-Maximilians-Universität (LMU) München, das Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf und das Institut für Allgemeinmedizin der Goethe-Universität Frankfurt am Main im Rahmen einer wissenschaftlichen Studie begleitet, die durch Mittel aus dem Innovationsfonds finanziert wird. Der Innovationsfonds des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) ist ein bundesweites Programm zur Förderung von innovativen Behandlungsmethoden im deutschen Gesundheitswesen.

Bevor Sie sich für oder gegen eine Teilnahme entscheiden, ist es gut zu wissen, warum das Programm und die Studie durchgeführt werden und was sie mit sich bringen.

Sie erhalten im Folgenden Informationen zum Ablauf und haben außerdem die Möglichkeit, alle Fragen im persönlichen Gespräch mit Ihrer Ärztin oder Ihrem Arzt zu klären.

Wie kann die PREMA-Studie Ihnen und anderen Patienten helfen?

Im Rahmen der PREMA-Studie werden Hausärztinnen und Hausärzte besonders im Umgang mit Patientinnen und Patienten mit Depressionen und Panik-/Angststörungen geschult.

Nachdem Sie sich für die Teilnahme an PREMA entschieden haben, wird Ihre Hausärztin oder Ihr Hausarzt eine gezielte Diagnostik mit Ihnen durchführen. In der PREMA-Studie gibt

es zwei Behandlungsgruppen. Die eine Gruppe („Interventionsgruppe“) erhält die für PREMA entwickelte neue Behandlung. Die andere Gruppe der Patienten („Vergleichsgruppe“) erhält eine intensiviertere Standardbehandlung, die sich an der aktuellen Leitlinie für die Behandlung von Depressionen und Panik-/Angststörungen orientiert. In der Gruppe, die die neue Behandlungsform erhält, wird Ihre Ärztin oder Ihr Arzt innerhalb eines Zeitraumes von 12 Monaten an vier Terminen eine Ihren Beschwerden angepasste Behandlung anwenden. Diese wird durch speziell für die Hausarztpraxis entwickelte Elemente der Verhaltenstherapie sowie 17 Telefonkontakte mit der Medizinischen Fachangestellten ergänzt. Der Erfolg der Behandlung wird zu verschiedenen Zeitpunkten untersucht. Dabei werden Sie zu Ihrer Behandlung und Ihrem persönlichen Befinden mit verschiedenen Fragebögen befragt. Diese Befragungen finden gleich nach Studienstart, nach ca. 6 und ca. 12 Monaten, statt. Jede Befragung dauert ca. 30 bis 45 Minuten. Dies trägt dazu bei, dieses Behandlungsangebot weiterzuentwickeln und auch anderen betroffenen Patientinnen und Patienten zugänglich zu machen.

Welche Rolle spielt eHealth in der Studie?

Um die Dokumentation der Behandlung zu erleichtern, verwendet Ihre Ärztin oder Ihr Arzt ein sogenanntes eHealth-Tool, das auch Sie aktiv nutzen werden, indem Sie z. B. selbst Daten zu Ihrem Befinden eingeben. Ihre Ärztin oder Ihr Arzt bzw. eine Praxismitarbeiterin wird Ihnen die genaue Nutzung erläutern und Ihnen bei Bedarf dabei helfen.

Die technische Umsetzung erfolgt durch die Firma TelePsy GmbH, die eine speziell für PREMA programmierte Online-Plattform bereitstellt. Im Rahmen der Studie wird untersucht, inwiefern die Verwendung einer solchen



Online-Plattform den Behandlungsprozess verbessern und vereinfachen kann. TelePsy unterliegt denselben strengen Vorschriften hinsichtlich Datenschutz und Datensicherheit wie alle übrigen an der Studie beteiligten Institutionen. Weiter unten in diesem Informationsschreiben (Seite 3) erfahren Sie, welche Daten für die wissenschaftliche Begleitung übermittelt und verarbeitet werden.

Die PREMA-Studie

Eine wissenschaftliche Studie vergleicht eine neue Therapie in der Regel mit einer bereits länger eingesetzten Standardtherapie. In der PREMA-Studie gibt es zwei Behandlungsgruppen. Die Zuteilung zu den Gruppen erfolgt auf Praxisebene. Das heißt, jede teilnehmende Hausarztpraxis wird zufällig der Interventionsgruppe oder der Vergleichsgruppe zugeteilt. Je nachdem, welcher Gruppe eine Praxis zugeteilt wurde, erhalten die Patientinnen und Patienten entweder die neue Behandlungsform oder die intensiviertere Standardbehandlung, die sich an der aktuellen Leitlinie für die Behandlung von Depressionen und Panik-/Angststörungen orientiert. Natürlich ist das Vorgehen nicht „verblindet“, d.h. alle Patientinnen und Patienten und ihre Hausärztinnen oder Hausärzte wissen, ob sie in der Gruppe mit dem speziellen, für PREMA entwickelten Programm sind oder in der Gruppe, die die leitliniengerechte Standardbehandlung bekommt. Wenn Sie also der Vergleichsgruppe zugeordnet werden, entstehen Ihnen keine Nachteile. Auch Sie tragen maßgeblich zur Verbesserung der Behandlung bei, weil Neues stets mit Bekanntem verglichen werden muss. Nur so kann sicher gesagt werden, ob das Neue besser ist als das Bekannte. So tragen auch die Teilnehmenden der Vergleichsgruppe dazu bei, dass künftig Patienten eine optimale Behandlung erhalten.

Freiwilligkeit Ihrer Studienteilnahme

Ihre Teilnahme ist freiwillig. Sie können jederzeit, auch ohne Angaben von Gründen, Ihre Teilnahmebereitschaft widerrufen, ohne dass Ihnen dadurch irgendwelche Nachteile für Ihre weitere ärztliche Versorgung entstehen.

Allgemeine Hintergrundinformation

Klinische Studien sind wichtig und notwendig, um die Behandlung von Krankheiten stetig zu verbessern. Studien werden durchgeführt, um zu prüfen, wie wirksam, verträglich und sicher eine neue Behandlung ist. Unverzichtbar für jede Studie ist die zustimmende Bewertung der Ethikkommission im Vorfeld. Ihr gehören Mediziner, Ethiker, Juristen, Theologen, Biometriker und oft auch Patientenvertreter an. Diese unabhängigen Einrichtungen prüfen genau, ob die strengen gesetzlichen Vorgaben zum Schutz der Teilnehmenden eingehalten werden. Jede gut durchgeführte Studie trägt dazu bei, die Versorgung von Patienten zu verbessern.

Mögliche Risiken durch die Studienteilnahme

Im Rahmen der PREMA-Übungen werden Sie lernen, mit Ihrer Depression und Panik-/Angststörung besser umzugehen. Dabei werden Sie kontrolliert Situationen ausgesetzt, die genau solche Gefühle auslösen. Davor müssen Sie keine Angst haben: Im PREMA-Übungsprogramm werden Sie Schritt für Schritt dazu angeleitet, denjenigen Reizen gezielt zu begegnen, die bei Ihnen immer wieder Beschwerden auslösen.

Datenschutz

Bei dieser Studie werden die Vorschriften über die ärztliche Schweigepflicht und den Datenschutz eingehalten. Es werden persönliche Daten und Befunde über Sie erhoben, gespeichert und verschlüsselt (pseudonymisiert) weitergegeben, d.h. weder Ihr Name, noch Ihre Initialen oder das exakte Geburtsdatum erscheinen im Verschlüsselungscode. Des Weiteren möchten wir Sie darauf hinweisen, dass die Möglichkeit der Inanspruchnahme eines Beschwerderechts beim Hessischen Beauftragten für Datenschutz und Informationsfreiheit (<https://datenschutz.hessen.de/>), Postfach 3163, 65021 Wiesbaden, Telefon: +49 611 1408-0, besteht.

Welche Abrechnungsdaten werden erhoben und übermittelt?

Ihre Ärztin oder Ihr Arzt ist verpflichtet, bestimmte Daten Ihrer Behandlung zur Abrechnung und/oder zur Dokumentation an die Kassenärztliche Vereinigung Hessen weiterzugeben, die dann an Ihre Krankenkasse übermittelt werden.

Hierbei handelt es sich um folgende Daten:

- Versichertenstammdaten (z.B. Name, Versichertennummer)
- Abrechnungsnummern

Welche Daten werden für die wissenschaftliche Begleitung übermittelt?

In diesem Projekt werden zwei Arten von Daten erhoben und für die wissenschaftliche Evaluation genutzt. Bei TelePsy werden die sogenannten Primärdaten erhoben, d.h. die Daten, die von der Ärztin bzw. dem Arzt oder der Patientin oder dem Patienten über die Online-Plattform eingegeben werden. Da auf der Plattform auch personenbezogene und weitere hochsensible Daten wie beispielsweise Ergebnisse von psychometrischen Testverfahren verarbeitet werden, gewährleistet TelePsy den bestmöglichen Sicherheitsstandard. TelePsy verfügt über eine CE-Markierung und ISO-27001-Zertifizierung, was dem Industriestandard entspricht. Darüber hinaus lässt TelePsy weitere Sicherungsmaßnahmen, wie z.B. regelmäßige Penetrationstests, durchführen, um den Schutz der Daten zu gewährleisten. Alle Eingaben werden auf deutschen Servern gespeichert.

Die beteiligte Krankenkasse erhebt hingegen sogenannte Sekundärdaten. Dies sind Daten, die standardmäßig bei der Abrechnung von Leistungen entstehen und verarbeitet werden. Es wird auch von Routinedaten gesprochen.

Bevor die Daten von TelePsy und der Krankenkasse an die evaluierenden wissenschaftlichen Institute übermittelt werden, werden die Daten bei einer Vertrauensstelle gesammelt. Die Übermittlung der Daten von TelePsy und der Krankenkassen an die Vertrauensstelle erfolgt verschlüsselt und pseudonymisiert.

Bei der Vertrauensstelle werden die pseudonymisierten Primärdaten von TelePsy und die pseudonymisierten Sekundärdaten der Krankenkasse mit Hilfe der Studien-ID, die von

TelePsy erzeugt wird und mit Ihrer Einwilligungserklärung zur Studie an die Krankenkasse weitergeleitet wird, zusammengeführt. Danach werden, um mit noch mehr Sicherheit die Identifikation der Versicherten oder des Versicherten auszuschließen, die zusammengeführten Daten mit einem neu erstellten Pseudonym versehen und verschlüsselt an die evaluierenden Institute weitergeleitet. Dazu wird für jeden Teilnehmenden per Zufallsgenerator willkürlich ein Nummerncode vergeben. Dieser Nummerncode wird bei allen Datenübermittlungen anstelle Ihres Namens und anderer Identifikationsmerkmale verwendet, damit nicht auf Ihre Person rückgeschlossen werden kann.

Das Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (Institut für Gesundheitsökonomie und Versorgungsforschung), die Goethe-Universität Frankfurt am Main (Institut für Allgemeinmedizin) und das Klinikum der Universität München (Institut für Allgemeinmedizin) erhalten die Daten von der Vertrauensstelle und führen die wissenschaftliche Begleitung von PREMA durch. Sie können über das Pseudonym die Versicherten nicht identifizieren.

Wann werden meine Daten gelöscht?

Ihre Teilnahmeerklärung, Ihre Teilnehmerdaten inklusive der Verschlüsselungslisten und die Daten aus der gemeinsamen elektronischen Dokumentation werden entsprechend den gesetzlichen Vorschriften zu den Aufbewahrungs- und Löschpflichten, bei Widerruf oder Kündigung gelöscht.

Zusammenarbeit mit anderen Forschungsgruppen und Publikation der Ergebnisse

Um die Entstehung und die Entwicklung neuer Behandlungsmöglichkeiten voranzutreiben, ist eine enge Zusammenarbeit mit anderen wissenschaftlichen Arbeitsgruppen an der Ludwig-Maximilian-Universität München, dem Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, der Goethe-Universität Frankfurt am Main und anderen nationalen und internationalen Forschungsgruppen von wesentlicher Bedeutung. Der Zugang zu diesen Datenbanken ist reglementiert, d.h. die Daten werden nur ausgewählten Wissenschaftlerinnen oder Wissenschaftlern auf Antrag zeitlich begrenzt zur Verfügung gestellt. Die Datenweitergabe wird durch spezielle Gremien streng kontrolliert und erfolgt in pseudonymisierter Form.

Im Regelfall werden wesentliche Ergebnisse in wissenschaftlichen Zeitschriften veröffentlicht. Wir behalten es uns dabei vor, Ergebnisse durch Patentierung (entsprechend den Richtlinien der Europäischen Union) zu schützen. Der Datenschutz ist auf jeden Fall gewährleistet.

Übertragung von Nutzungsrechten

Für den ordnungsgemäßen Ablauf der Studie ist es notwendig, dass Sie uns die Nutzungsrechte Ihrer Daten übertragen. Dies geschieht, indem Sie die Einverständniserklärung unterschreiben. Das bedeutet, dass wir Ihre Daten im Rahmen der hier beschriebenen Untersuchungsziele nutzen und in pseudonymisierter Form an Dritte (Kooperationspartner) weitergeben können.

Widerruf der Einwilligung

Sie haben das Recht, Ihre Zustimmung zur Teilnahme – und damit zur Verarbeitung Ihrer Daten – jederzeit und ohne Angabe von Gründen zu widerrufen. Im Falle eines Widerrufs können Sie entweder alle Daten vernichten lassen - oder nur verlangen, dass diese anonymisiert werden. In letzterem Fall wird nur die Verknüpfung der Daten mit Ihrer Person gelöscht. Vor dem Widerruf erhobene Daten, die schon Eingang in wissenschaftliche Analysen oder Veröffentlichungen gefunden haben, dürfen aber in jedem Fall weiter zu Forschungszwecken verwendet werden, allerdings ebenfalls in anonymisierter Form. Unter gewissen Umständen ist es auch möglich, dass Ihre Ärztin oder Ihr Arzt entscheidet, Ihre Teilnahme an der Studie aus medizinischen Gründen vorzeitig zu beenden. Die Gründe hierfür werden Ihnen dann von Ihrer Hausärztin oder Ihrem Hausarzt bekannt gegeben.

Versicherungsschutz, Aufwandserstattung

Für Ihre Teilnahme an der PREMA-Studie ist keine spezielle Versicherung notwendig, da es sich nicht um eine medikamentöse Studie handelt und die Behandlung im Rahmen der hausärztlichen Versorgung stattfindet.

Mit der Übertragung der Nutzungsrechte sind jegliche finanziellen Ansprüche ausgeschlossen.

Ansprechpartner/innen

Bei Unklarheiten, Notfällen, unerwarteten oder unerwünschten Ereignissen, die während der Studie oder nach deren Abschluss auftreten, können Sie sich jederzeit an die untenstehende Kontaktperson wenden:

Ansprechpartnerin für Studienangelegenheiten (bei Unklarheiten, unerwarteten oder unerwünschten Ereignissen, die während der Studie oder nach deren Abschluss auftreten):

Kathrein Munki

Techniker Krankenkasse
Bramfelder Straße 140
22305 Hamburg
Tel.: 040-69 09-13 12
E-Mail: kathrein.munki@tk.de

Ansprechpartner in **medizinischen Notfällen:**

Zentrum, Stempel Hausarzt

Telefonnummer:

Bitte umgehend per Post an:

Techniker Krankenkasse Stichwort "Besondere Versorgung" 85820 München	Bitte nach Patienteneinschluss eintragen TelePsy-Aktennummer: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Praxis-ID <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> und Praxisstempel
	Krankenversicherungsnummer: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	

PREMA - eHealth gestütztes Case Management für psychisch Erkrankte in der hausärztlichen Primärversorgung

Einverständniserklärung zur Studienteilnahme

Name, Vorname	<input type="text"/>
Straße, Hausnummer	<input type="text"/>
PLZ, Ort	<input type="text"/>
Geburtsdatum	<input type="text"/>
Telefon-Nummer	<input type="text"/>

1. Ich habe den Text der Patienteninformation und dieser Einwilligungserklärung gelesen und verstanden. Diesbezügliche Fragen wurden mir von meiner Hausärztin oder meinem Hausarzt verständlich und ausreichend beantwortet. Ich hatte ausreichend Zeit, Fragen zu stellen und mich zu entscheiden.
2. Ich werde den ärztlichen Anforderungen, die für die Durchführung der klinischen Studie erforderlich sind, Folge leisten, behalte mir jedoch das Recht vor, meine freiwillige Mitwirkung jederzeit zu beenden, ohne dass mir daraus Nachteile entstehen.
3. Mir ist bekannt, dass bei dieser Studie Daten über mich erhoben, gespeichert und ausgewertet werden. Ich weiß, dass die über mich erhobenen Daten (Stammdaten und medizinische Daten) an die Vertrauensstelle der Studie weitergegeben werden, bevor sie an die evaluierenden, wissenschaftlichen Institute übermittelt werden. Die Übermittlung der Daten an die Vertrauensstelle erfolgt verschlüsselt und pseudonymisiert.

4. Mir ist bekannt, dass eine Weitergabe pseudonymisierter Daten zur Auswertung an kooperierende Forschungsinstitute, wie z.B. Universitätsklinikum Eppendorf (Institut für Gesundheitsökonomie und Versorgungsforschung), Goethe-Universität Frankfurt am Main (Institut für Allgemeinmedizin), Klinikum der Universität München (Institut für Allgemeinmedizin) stattfinden kann. Ich bin mit der oben beschriebenen Erhebung, Verarbeitung, Speicherung und Weitergabe meiner Daten einverstanden.
5. Ich bin auch damit einverstanden, dass autorisierte Mitarbeiter für weitere Forschungserhebungen und bei eventuell auftretenden Rückfragen zu den erhobenen medizinischen Daten mit mir Kontakt aufnehmen können, und dass meine Daten nach Beendigung der Studie zehn Jahre lang aufbewahrt werden.

Ich hatte ausreichend Zeit für die Entscheidung über eine Studienteilnahme. Mit meiner Unterschrift erkläre ich meine freiwillige Teilnahme an der Studie "PREMA". Ich weiß, dass ich meine Teilnahme jederzeit und ohne Angabe von Gründen beenden kann, ohne dass mir daraus Nachteile entstehen.

6. Ich habe die Studieninformation sowie eine unterschriebene Version dieser Einverständniserklärung zur Studienteilnahme erhalten.

_____ Datum Patient	_____ Unterschrift Patient	
_____ Datum Arzt	_____ Unterschrift Arzt	_____ Name des Arztes in Druckbuchstaben



DOKUMENTATION

Nichtteilnahme und Ausschlussgründe Patienten

Datum

--	--	--	--

 20

--	--

 Praxis-ID

--	--	--

T T M M J J

1. Geschlecht des Patienten:

weiblich männlich divers

2. Geburtsjahr des Patienten:

--	--	--	--

J J J J

3. Teilnahmeerklärung zum Versorgungsvertrag wurde unterschrieben?

nein ja

4. Nichtteilnahme und Gründe für die Nichtteilnahme

Dem Patienten wurde eine Studienteilnahme angeboten, er möchte jedoch nicht an der Studie teilnehmen.

Bitte Grund für die Nichtteilnahme eintragen (Mehrfachnennungen möglich):

<input type="checkbox"/>	Patient gibt an, dass er keine ausreichenden Internetkompetenzen für eine Teilnahme hat.
<input type="checkbox"/>	Patient gibt an, dass er sich zu krank fühlt für eine Teilnahme.
<input type="checkbox"/>	Patient gibt an, dass er sich zu alt fühlt für eine Teilnahme.
<input type="checkbox"/>	Patient hat kein Interesse.
<input type="checkbox"/>	Patient gibt an, dass er keine Zeit hat.
<input type="checkbox"/>	Patient hat das Gefühl, dass er keine ausreichenden Sprachkenntnisse hat.
<input type="checkbox"/>	Patient gibt anderen Grund an: _____

5. Studienausschluss und Studienausschlussgründe

Bei dem Patienten liegt mindestens ein Studienausschlussgrund vor.

Bitte Studienausschlussgrund eintragen (Mehrfachnennungen möglich):

<input type="checkbox"/>	Beim Screening konnte eine Depression bzw. Panik-/Angststörung (Cut-offs: PHQ-9 ≥ 9 und ≤ 22 ; OASIS ≥ 8) nicht festgestellt werden.
<input type="checkbox"/>	Alter < 18 Jahre
<input type="checkbox"/>	Kein privater Telefonanschluss vorhanden.
<input type="checkbox"/>	Kein privater Internetzugang vorhanden.
<input type="checkbox"/>	Fehlende Fähigkeit zur freiwilligen und informierten Entscheidung zur Studienteilnahme.
<input type="checkbox"/>	Nicht (mehr) bei der teilnehmenden Krankenkasse versichert.
<input type="checkbox"/>	Gesicherte Demenzdiagnose vorhanden.
<input type="checkbox"/>	Gesicherte Diagnose einer Psychose vorhanden.
<input type="checkbox"/>	Akute Suizidalität.
<input type="checkbox"/>	Psychotherapie zu den Studiendiagnosen zum Zeitpunkt des Studieneinschlusses.
<input type="checkbox"/>	Expositionstraining nach hausärztlichem Urteil nicht empfohlen.
<input type="checkbox"/>	Schwere Seh- oder Hörstörung.
<input type="checkbox"/>	Finales Krankheitsstadium (geschätzte Lebenserwartung < 6 Monate).
<input type="checkbox"/>	Mangelnde deutsche Sprachkenntnisse.
<input type="checkbox"/>	Sonstiges Ausschlusskriterium, und zwar: _____



DOKUMENTATION

Studienabbruch Patient

Datum 20
 T T M M J J

TelePsy-Aktennummer

Praxis-ID

Widerruf durch den Patienten
Der Patient hat die Studienteilnahme endgültig widerrufen.
 Bitte genaues Datum des Widerrufs eintragen:

Datum 20
 T T M M J J

Therapieabbruch durch den Patienten
Der Patient hat die Intervention abgebrochen, erklärt sich jedoch bereit, die weiteren Befragungen durchzuführen.
 Bitte genaues Datum des Therapieabbruchs eintragen:

Datum 20
 T T M M J J

Der Patient ist verstorben
 Der Patient ist an folgendem Tag verstorben:

Datum 20
 T T M M J J

Ausschluss durch den Behandler
 Bitte genaues Datum des Ausschlusses eintragen:

Datum 20
 T T M M J J

Ausschlussgrund	
<input type="checkbox"/>	Die Kontaktdaten des Patienten sind nicht mehr gültig und der Patient konnte nicht erreicht werden.
<input type="checkbox"/>	Der Gesundheitszustand des Patienten hat sich so verschlechtert, dass er nicht mehr befragt werden kann.
<input type="checkbox"/>	Der Patient ist verzogen und kann den bisherigen Hausarzt nicht mehr aufsuchen.
<input type="checkbox"/>	Andere Gründe: (bitte anführen): _____ _____

Studienprotokoll - Version 3.1

Stand 01.07.2020

PREMA

eHealth gestütztes Case-Management für psychisch Erkrankte in der hausärztlichen Primärversorgung

Studienleiter:

Prof. Dr. med. Ferdinand M. Gerlach, MPH
Institut für Allgemeinmedizin
Goethe-Universität Frankfurt am Main

Gefördert durch den
Innovationsfonds

- Innovationsausschuss beim Gemeinsamen Bundesausschuss -

Förderkennzeichen:

01NVF17037

Konsortialführung

Techniker Krankenkasse (TK), Hamburg.

Klaus Rupp

Projektsteuerung und Unterstützung der Konsortialpartner, Abschließen des
Versorgungsvertrages, Lieferung von Routinedaten

Konsortialpartner

Kassenärztliche Vereinigung Hessen (KVH), Frankfurt am Main.

Michael Fellinghauer

Abschließen des Versorgungsvertrags, Akquise und Schulung der teilnehmenden Hausärzte,
Abrechnung der Versorgungsleistung

Embloom GmbH, Bonn.

Alexander Hanke

Digitalisierung der Schulungs- und Behandlungsunterlagen, Digitalisierung der
Erhebungsinstrumente, Bereitstellung und Anpassung eMental-Health-Tools, Bereitstellung
von Online-Schulungen

Evaluierende Einrichtungen

Klinikum der Universität München, Institut für Allgemeinmedizin (KUM).

Prof. Dr. med. Dipl.-Päd. Jochen Gensichen

Konzeptionell-inhaltliche Unterstützung der Konsortialpartner, medizinisch-inhaltliche
Evaluation, Festlegung der Forschungsmethoden in Absprache mit UKE und GUF,
Datenmanagement/-aufbereitung

*Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (UKE), Institut für Gesundheitsökonomie und
Versorgungsforschung (IGV) / Institut für Medizinische Biometrie und Epidemiologie (IBE).*

Prof. Dr. Hans-Helmut König / Prof. Dr. Antonia Zapf

Gesundheitsökonomische Evaluation, Festlegung der Forschungsmethoden in Absprache mit
KUM und GUF, Biometrische Studienplanung, Review des Case Report Form (CRF),
Entwicklung des statistischen Analyseplans, Durchführen der statistischen Endauswertung,
Anfertigen eines biometrischen Abschlussberichts

Goethe-Universität Frankfurt am Main (GUF), Institut für Allgemeinmedizin.

Prof. Dr. Marjan van den Akker

Formative Prozess-Evaluation, Festlegung der Forschungsmethoden in Absprache mit UKE
und KUM, Datenmanagement/-aufbereitung

Inhaltsverzeichnis

Abbildungsverzeichnis.....	6
Tabellenverzeichnis.....	6
1 Hintergrund.....	7
2 Studienziele.....	9
2.1 Primäre Zielsetzung.....	9
2.2 Fragestellungen und Hypothesen	10
3 Studienbeschreibung.....	10
3.1 Studiendesign.....	10
3.2 Studienpopulation	13
3.2.1 Ein- und Ausschlusskriterien für die Studienteilnahme: Hausarztpraxen.....	13
3.2.2 Ein- und Ausschlusskriterien für die Studienteilnahme: Patienten.....	13
3.3 Rekrutierung der Praxen	13
3.4 Basisschulung Hausärzte in Interventions- und Kontrollgruppe.....	14
3.5 Basisschulung MFA in Interventions- und Kontrollgruppe	14
3.6 Screening und Rekrutierung der Patienten in den Hausarztpraxen (Arzttermin "Screening")	14
3.6.1 Nicht einschussfähige Patienten	18
3.7 Randomisierung.....	18
3.8 Interventionsschulung Hausärzte in der Interventionsgruppe	19
3.9 Interventionsschulung MFA in der Interventionsgruppe.....	19
3.10 Intervention: Das PREMA-Übungsprogramm.....	19
3.10.1 Hausarzt- und MFA-Termin "Begrüßung": Einführung und Behandlungsstart (30 min), Woche 1	20
3.10.2 Hausarzttermin 1: Aufklärung des Patienten über die Erkrankung und deren Behandlung: Psychoedukation, Problemdefinition, Zielsetzungen (30 min), Woche 3...21	
3.10.3 Hausarzttermin 2: Einführung „Körperübungen“, Begründung und Erklärung der Übungen (30 min), Woche 6	21
3.10.4 Hausarzttermin 3: Einführung „Situationsübungen“ und Erklärung der Übungen (30 min), Woche 12	22
3.10.5 Hausarzttermin 4: Erfolgskontrolle und Rückfallprophylaxe; Evaluation des Programms (30 min), Woche 20	22
3.10.6 Protokollbasierte Telefon-Monitorings.....	23
3.11 Kontrollgruppe (standardized TAU).....	23
3.12 Studienabbruch.....	24
3.12.1 Abbruch der Studie bzw. der Therapie durch den Patienten	24

3.12.2	Abbruch der Therapie für einzelne Patienten durch den Hausarzt	25
3.12.3	Abbruch der Studie in einer teilnehmenden Praxis	25
3.13	Risikoabschätzung und Patientensicherheit	25
3.13.1	Unerwünschte Ereignisse (AEs, SAEs) in PREMA	26
3.13.2	Unerwünschte Ereignisse im Rahmen der PREMA-Studie	27
3.14	Outcomeparameter	28
3.14.1	Primäres Outcome	28
3.14.2	Sekundäroucomes aus der Primärdatenerhebung	29
3.15	Stichprobengröße/Powerkalkulation	31
4	Datenauswertung	33
4.1	Balancierung der Studiendaten	33
4.2	Evaluation des Primäroucomes und sekundärer Outcomes (Teilprojekt 1)	33
4.3	Gesundheitsökonomische Evaluation (Teilprojekt 2)	34
4.4	Formative Prozessevaluation (Teilprojekt 3)	35
4.5	Non-Responder-Analyse	35
5	Datenmanagement	37
5.1	Datenströme in der PREMA-Studie und Datenmonitoring	37
5.2	Datentransfer	37
5.2.1	Vertrauensstelle	37
5.2.2	Datenflüsse zwischen den Projektpartnern	39
5.3	Qualitätssicherung	43
5.4	Studienmonitoring - Data and safety monitoring board (DSMB)	43
5.5	Datenschutzrechtliche Beschreibung der Applikation von Embloom/TelePsy	44
5.5.1	Vorstellung der Applikation von Embloom/TelePsy und ihrer Funktionen	44
5.5.2	Technische Details	44
5.5.3	Datenerhebung für die PREMA-Studie in der Embloom/TelePsy-Plattform	49
6	Administrative Regelungen	49
6.1	Meilensteinplan	49
6.2	Publikation der Daten und Registrierung	50
6.3	Finanzierung	51
7	Literatur	53
8	Anhang	56
8.1	Anhang A: Screening-Fragebögen	56
8.1.1	Gesundheitsfragebogen für Patienten (PHQ-9)	56
8.1.2	Screening-Fragebogen „OASIS“	57
8.2	Anhang B: Nichtteilnahme und Ausschlussgründe Patienten	58
8.3	Anhang C: Prozessevaluation – Themen und Befragungszeitpunkte	60

8.4	Anhang D: Demographische Daten Patient.....	61
8.5	Anhang E: Allgemeine technische und organisatorische Datenschutzmaßnahmen der Embloom/TelePsy-Plattform	63
8.6	Anhang F: Fragebögen zur Erhebung T0, T1, T2.....	67
8.6.1	Mental Health Index-5 (MHI-5).....	67
8.6.2	Panik- und Agoraphobie-Skala (PAS).....	68
8.6.3	Mobility Inventory for Agoraphobia nach Chambless (MI-A).....	69
8.6.4	Patient Assessment of Chronic Illness Care (PACIC)	70
8.6.5	Patientenadhärenz für die Medikamenteneinnahme (Adherence Score).....	72
8.6.6	Gesundheitsbezogene Lebensqualität (EQ-5D-5L).....	73
8.6.7	Patientenfragebogen zur Prozessevaluation T0.....	76
8.6.8	Patientenfragebogen zur Prozessevaluation T1.....	80
8.6.9	Patientenfragebogen zur Prozessevaluation T2 Interventionsgruppe	83
8.6.10	Patientenfragebogen zur Prozessevaluation T2 Kontrollgruppe.....	91
8.7	Anhang G: Themenkomplexe für die Patienteninterviews	97
8.8	Anhang H: Dokumentation des Studienabbruchs	98

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Vereinfachte Darstellung des Studienablaufs.....	12
Abbildung 2: Prozessdiagramm Screening und Einwilligung (Fortsetzung nächste Seite)	16
Abbildung 3: Prozessdiagramm Screening und Einwilligung (Fortsetzung vorherige Seite)..	17
Abbildung 4: Flow Chart Praxis- und Patientensample (geplant)	32
Abbildung 5: Übersicht Datenfluss.....	Fehler! Textmarke nicht definiert.

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Körperübungen für Hausarzttermin 2	22
Tabelle 2: Outcomeparameter und Operationalisierung.....	29
Tabelle 3: Beteiligte Projektpartner und die von Ihnen verarbeiteten Daten.....	38
Tabelle 4: Meilensteinplanung	49

1 Hintergrund

Psychische Erkrankungen gehen für die Betroffenen und ihre Angehörigen mit schwerwiegenden Einschränkungen in nahezu allen Lebensbereichen einher. Mit einer Prävalenz von vier bzw. zehn Prozent gehören Panikstörungen und Depression zu den häufigen Beratungsanlässen und Erkrankungen in der hausärztlichen Praxis. Die Komorbidität von Panikstörung mit Depressionen ist hoch: Personen mit Panikstörung haben ein fast 30-fach erhöhtes Risiko für Depression [1]. Eine besondere Herausforderung im hausärztlichen Bereich ergibt sich, weil Patienten anders als etwa beim Psychiater ihre psychischen Probleme zunächst selten als solche formulieren. Trotz des Hilfesuchenden Patientenverhaltens kann die richtige Diagnose dieser psychischen Erkrankungen aufgrund der oft unspezifischen Symptome und der im hausärztlichen Setting typischen Multimorbidität schwierig und langwierig sein. Nur ein geringer Anteil von Betroffenen erhält eine angemessene, evidenzbasierte Behandlung; insgesamt kann die bundesdeutsche Versorgungssituation als verbesserungswürdig angesehen werden. Beim Patienten führen die genannten Erkrankungen zu schwerwiegenden Einschränkungen in beruflichen und privaten Lebensbereichen sowie zu einer verminderten Lebensqualität. Auf der gesellschaftlichen Makroebene entstehen durch eine vermehrte Anzahl von Arbeitsausfalltagen oder durch verfrühtes Ausscheiden aus dem Arbeitsprozess hohe gesundheitsökonomische Kosten [2,3]. Für den Hausarzt bedeutet die Versorgung von Patienten mit psychischen Erkrankungen eine beanspruchende Herausforderung, da im weiteren Verlauf der Erkrankung eine kontinuierliche, unterstützende Begleitung unter Nutzung medikamentöser und psychotherapeutischer Therapieverfahren erforderlich ist, was ggf. in Zusammenarbeit mit Fachspezialisten erfolgt. Allerdings kommen viele der betroffenen Patienten mit den sekundären Versorgungsstrukturen nicht in Kontakt, da eine Überweisung zum Spezialisten aufgrund langer Wartezeiten schwierig ist oder vom Patienten abgelehnt wird. Oft ist der Hausarzt der erste und dauerhafte Ansprechpartner der Patienten. Die deutschen S3-Leitlinien zur Behandlung von Angststörungen [4] und von unipolarer Depression [5] zählen die Anwendung verhaltenstherapeutischer Behandlungselemente auch zu den im Rahmen der hausärztlichen Versorgung primär zu ergreifenden Maßnahmen. Bedenkt man, dass laut aktuellen Analysen etwa 59 % der – zumeist unspezifischen – Depressionsdiagnosen ausschließlich vom Hausarzt gestellt werden (www.bertelsmann-stiftung.de) [6], lässt sich konstatieren, dass nirgendwo im Versorgungssystem die Chance so groß ist, die Erkrankung frühzeitig zu erkennen und die richtige Therapie zur rechten Zeit einleiten zu können. Gelingt es, den Hausarzt bei der Versorgung von psychisch erkrankten Personen so zu befähigen, zu stärken und an den entscheidenden Stellen zu entlasten, dass er als kompetenter Lotse fungieren kann und darüber hinaus seine eigenen therapeutischen Handlungsmöglichkeiten

erweitert werden, so kann die Primärversorgung einen entscheidenden Beitrag zu einer verbesserten und bedarfsgerechteren Versorgung von psychisch erkrankten Personen leisten. Im hausärztlichen Alltag sind eHealth Tools bisher wenig verbreitet. Das Projekt soll die Chancen von eHealth in das hausärztliche Behandlungssetting tragen und erproben. Mit der Embloom/TelePsy-Plattform liegt ein in der niederländischen Primärversorgung bereits etabliertes hochinnovatives Produkt vor, das die Diagnostik und Behandlung in dem für Hausärzte besonders schwierigen Indikationsbereich der psychischen Erkrankungen digital unterstützt. In Kombination mit Case Management-basierten Interventionsansätzen für den hausärztlichen Bereich [7,8] ergibt sich hieraus eine innovative Versorgungsform für Menschen mit psychischen Erkrankungen. Deren zentrales Element ist das „Dreierbündnis“ Hausarzt, Medizinische Fachangestellte (MFA) und Patient, das durch den systematischen Einsatz von eHealth Tools über die Embloom/TelePsy-Plattform unterstützt, gestärkt und entlastet wird [7,9]. Case Management gibt der hausärztlichen Praxis ein einfaches und schnelles Instrument zur sicheren Begleitung von chronisch kranken Patienten und – sofern notwendig – deren Überweisung an die Hand. Das „Dreierbündnis“ funktioniert nach vereinbarten Regeln: Der Hausarzt stellt dem Patienten das Zusatzangebot vor und bindet sogleich die MFA in das Gespräch ein, denn sie übernimmt die verantwortungsvollen Aufgaben der unterstützenden Anrufe. Die MFA wird von nun an den Patienten regelmäßig kontaktieren und seine Symptome unter Nutzung der strengen Monitoringtools [10,11] immer wieder abfragen. Die Ergebnisse stehen dem Hausarzt über die gemeinsam genutzte Embloom/TelePsy-Plattform ebenfalls zur Verfügung, sodass er stets informiert ist. Ein „Aussteigen“ des Patienten aus der Behandlung bleibt nicht mehr unerkannt, es wächst seine Motivation, Selbstverantwortung zu übernehmen. Die gemeinsam genutzte Embloom/TelePsy-Plattform stellt neben den Instrumenten für das Monitoring eHealth Tools zum Erfassen und Behandeln speziell für psychische und somatische Beschwerden zur Verfügung. Zentral ist dabei das Prinzip von „Blended Care“, einer Kombination aus klassischer Sprechzimmerbehandlung und digitaler Intervention. Hausarzt, MFA und Patient haben über die Embloom/TelePsy-Plattform einen sicheren Zugang zu digitalisierten Testverfahren, psychoedukativen Videos und Texten, Selbsthilfeübungen oder der Tagebuchfunktion. Es können traditionelle Testverfahren in digitalisierter Form am Computer bereitgestellt und über das System direkt nach dem Ausfüllen ausgewertet werden. Außerhalb der hausärztlichen Sprechstunde kann der Patient durch digitalisierte Übungen therapeutische Erfahrungen vertiefen oder wiederholen. Er erlernt Eigenverantwortung und Unabhängigkeit. Teilschritte der Behandlung können auf diese Weise vor oder nach dem Praxisbesuch stattfinden. Der gezielte Einsatz von eHealth Tools verknüpft mit innovativen hausärztlichen Interventionen (Case Management, Monitoring und Übungen) soll so zu einer Verbesserung der hausärztlichen Versorgung psychisch Erkrankter beitragen, indem sie:

- grundsätzlich für das Wesen psychischer Erkrankungen sensibilisiert und somit das frühzeitige in Erwägung ziehen, Erkennen, Benennen und das adäquate therapeutische Handeln fördert
- die Diagnostik online-gestützt erleichtert und präzisiert
- die Entscheidung des Hausarztes hinsichtlich der weiteren Versorgung erleichtert und eine raschere Vernetzung mit anderen Versorgungseinrichtungen ermöglicht
- die Rolle der MFA für die Betreuung der Patienten sinnvoll erweitert
- eHealth Tools gezielt einsetzt, um MFA und Hausarzt zu entlasten und die Kompetenz und Eigenverantwortung des Patienten zu fördern
- und Zeit schafft für die hausärztliche Kernaufgabe: Das persönliche Gespräch mit dem Patienten.

2 Studienziele

2.1 Primäre Zielsetzung

Ein Hauptziel der Studie ist die Stärkung der hausärztlichen Rolle bei der Versorgung von psychisch Erkrankten durch eine Kombination von Case Management, hausärztlich angeleiteten Übungen und eHealth Tools (Blended Care). Wie bereits gezeigt werden konnte, ist in der hausärztlichen Routineversorgung ein strukturiertes Versorgungsprogramm unter Einsatz von klinisch gering qualifizierten MFA als Case Manager bei Depression und Angststörung effektiv [7,8]. Im Projekt soll außerdem im Rahmen des Blended Care-Ansatzes die Diagnostik und Behandlung durch ein online-basiertes Tool verbessert werden: Dem Hausarzt soll damit ein einfaches und zeitsparendes Werkzeug zur Verfügung gestellt werden, um Patienten mit zwei der häufigsten psychischen Erkrankungen, Depression und Panikstörung, in der Hausarztpraxis systematisch zu erkennen. Darüber hinaus wird der Hausarzt dabei unterstützt zu entscheiden, ob der Patient in der Hausarztpraxis adäquat und diagnoseübergreifend behandelt werden kann, oder ob – bei schwerer Depression/Panikstörung – eine zeitnahe Überweisung zu einem Spezialisten indiziert ist. Die neue Versorgungsform hat daher auch zum Ziel, die Zusammenarbeit innerhalb und zwischen verschiedenen Versorgungsbereichen, Versorgungseinrichtungen und Berufsgruppen zu optimieren (z. B. zwischen Hausarzt und Spezialist; zwischen Hausarzt und MFA).

Die empirische Überprüfung der Interventionsmaßnahme basiert somit auf einem:

- 1) Vergleich eines praxisteam- und eHealth-unterstützten Übungsprogrammes mit standardized „Treatment as Usual“ (standardized TAU) in der ambulanten Primärversorgung von Patienten mit Depression oder Panikstörung hinsichtlich des

patientenbezogenen Behandlungsergebnisses (Veränderungen der selbstberichteten psychischen Gesundheit)

- 2) Vergleich der beiden Therapiearme hinsichtlich klinischer Parameter wie Depressivität, Panik/Angst, gesundheitsbezogener Lebensqualität, Versorgungsqualität, sowie hinsichtlich gesundheitsökonomischer Parameter

2.2 Fragestellungen und Hypothesen

Daraus ergeben sich folgende Fragestellungen bzw. Hypothesen:

PREMA führt zu einer:

- 1) Erhöhung der selbstberichteten psychischen Gesundheit (primäre Fragestellung)
- 2) Reduktion der Symptomatik (Panik/Depression)
- 3) Erhöhung der Lebensqualität
- 4) Reduktion der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen
- 5) Reduktion der Kosten
- 6) günstigen Kosteneffektivität

Im Rahmen der Prozessevaluation wird untersucht, inwieweit durch PREMA:

- 1) die Interventionsmaßnahmen akzeptiert und genutzt werden
- 2) sich die Kommunikation und Kollaboration zwischen den Beteiligten (Hausarzt, MFA, Patient) erhöht
- 3) die Intervention protokollkonform machbar und umsetzbar ist bzw. welche förderlichen oder hemmenden Faktoren vorliegen

3 Studienbeschreibung

3.1 Studiendesign

Zur Messung des Studienerfolgs wird ein cluster-randomisiertes kontrolliertes Studiendesign (cRCT) implementiert. Nach erfolgter Rekrutierung der Hausarztpraxen werden in diesen während einer maximal dreimonatigen Screeningphase Patienten rekrutiert. Anschließend werden diese mittels einer vom UKE erstellten pseudonymisierten Liste zufällig der Interventions- (IG) oder Kontrollgruppe (KG) zugeordnet (Abbildung 1).

In den Interventionspraxen erhalten die Patienten ein hausarztpraxisbasiertes Case Management unter Einbindung eines praxisteam- und eHealth-unterstützten Übungsprogramms über einen Zeitraum von 12 Monaten. In den Kontrollpraxen erhalten die Patienten eine Routineversorgung (standardized TAU). Eine individuelle Erhebung der zur

Messung des Studienerfolges benötigten Outcomes erfolgt anhand von Primärdaten der in den jeweiligen Hausarztpraxen identifizierten Patienten mit depressiver Symptomatik oder Panikstörung.

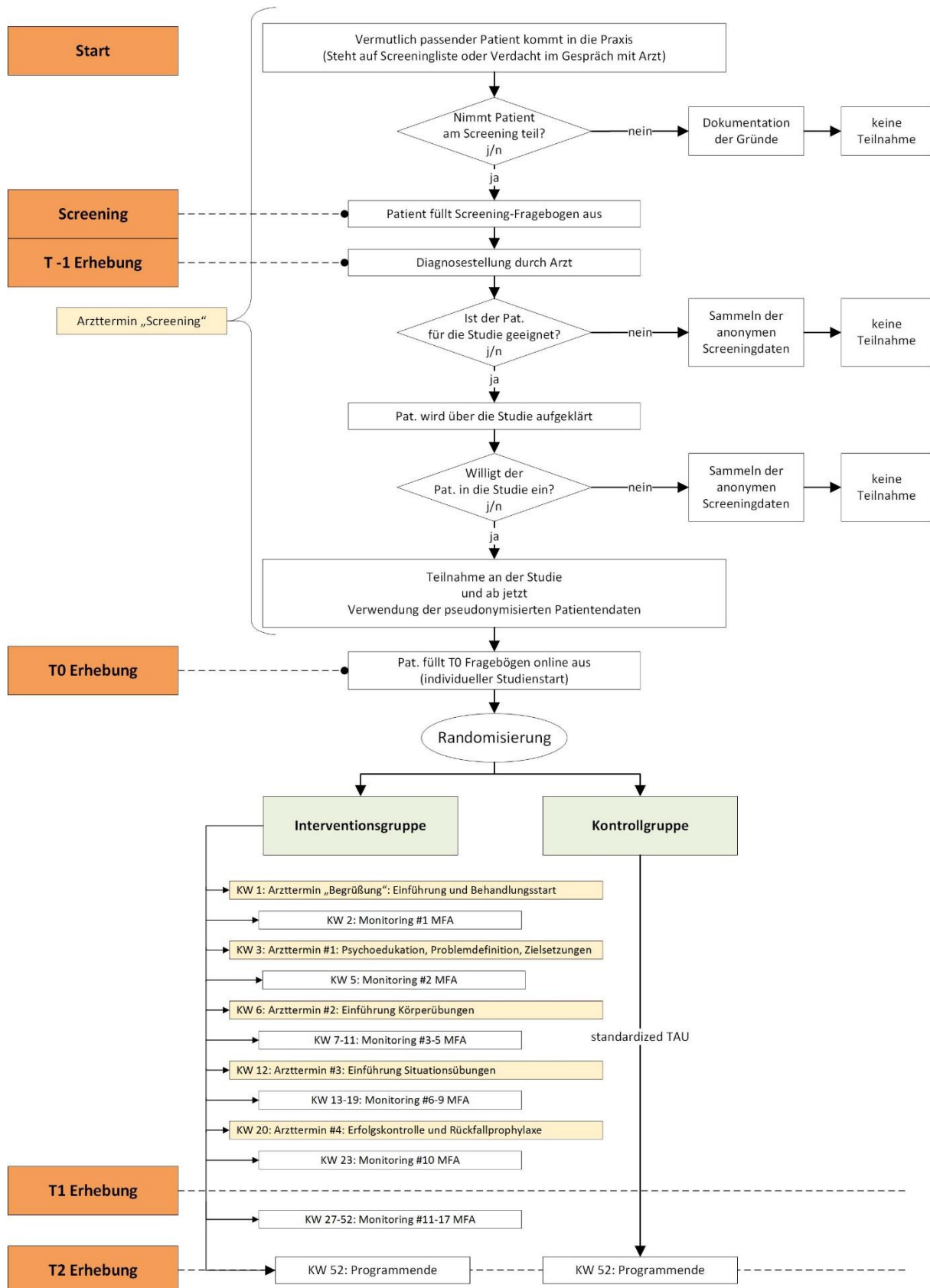


Abbildung 1: Vereinfachte Darstellung des Studienablaufs

3.2 Studienpopulation

3.2.1 Ein- und Ausschlusskriterien für die Studienteilnahme: Hausarztpraxen

Einschlusskriterien: Kassenzulassung; hausärztliche Tätigkeit mit psychosomatischer Grundversorgung in Hessen; mindestens eine verfügbare MFA mit ≥ 3 Jahren Berufserfahrung. *Ausschlusskriterien:* ausschließlich privatärztlich tätige Praxen.

3.2.2 Ein- und Ausschlusskriterien für die Studienteilnahme: Patienten

Einschlusskriterien: Patienten mit Panikstörung \pm Agoraphobie (ICD-10: F41.0, F40.01) oder Depression (ICD-10: F32-34), die sich in Hessen in Hausarztpraxen in Behandlung befinden (Cut offs: PHQ-9: ≥ 9 und ≤ 22 ; OASIS: ≥ 8); Fähigkeit zur freiwilligen und informierten Entscheidung zur Studienteilnahme; Versicherte bei einer gesetzlichen Krankenkasse; Alter ≥ 18 Jahre; ausreichende deutsche Sprachkenntnisse; privater Internetzugang; privater Telefonanschluss. *Ausschlusskriterien:* vorbekannte Psychose; akute Suizidalität; laufende, genehmigungspflichtige Psychotherapie zu den Studiendiagnosen zum Zeitpunkt des Studieneinschlusses (Baseline); Expositionstraining nach hausärztlichem Urteil nicht empfohlen.

3.3 Rekrutierung der Praxen

Die Rekrutierung der Praxen erfolgt durch die Kassenärztliche Vereinigung Hessen (KVH). Weiterhin prüft die KV Hessen auf Grundlage des Vertrages nach § 140a SGB V die Teilnahmevoraussetzungen der Hausärzte.

Mit Hilfe von Anschreibeaktionen (Informationsbrief) wird für die Teilnahme geworben. Verfügt die Praxis über die erforderliche Qualifizierung, kann sie die besondere Versorgungsform anbieten und im Rahmen des zu schließenden Vertrages nach § 140a SGB V über die KV Hessen abrechnen.

Der Informationsbrief informiert die Hausärzte über den Innovationsfonds, Struktur und Ziele des PREMA-Projekts, Teilnahmevoraussetzungen- und Teilnahmebedingungen für Praxen und Patienten sowie über anstehende Informationsveranstaltungen.

Dem Anschreiben liegen Teilnahmeerklärungen für die Praxis sowie exemplarisch Flyer und Teilnahmeerklärungen für die Patienten bei. Bei Bedarf können die Praxen weitere Flyer und Teilnahmeerklärungen bei den Institutionen genannt im Vertrag nach §140a SGB V bestellen. Zusätzlich sollen über die Öffentlichkeitsarbeit durch die KV Hessen Hausärzte rekrutiert werden. Außerdem finden zur Rekrutierung Informationsveranstaltungen statt. Diese werden

durch die KV Hessen sowohl organisiert als auch inhaltlich gestaltet. Ebenfalls versendet die KV Hessen die Einladungen für die Informationsveranstaltung an alle Hausärzte mit psychosomatischer Grundversorgung für das Bundesland Hessen. Geplant sind circa zehn Informationsveranstaltungen, die in den unterschiedlichen Versorgungsregionen der KV Hessen stattfinden. Inhalt der Informationsveranstaltung:

- Zielgruppe: Hausärzte und MFA (Praxen mit psychosomatischer Grundversorgung in Hessen).
- Ort: In den fünf Versorgungsregionen Hessens verteilt.
- Bei Teilnahme an der Informationsveranstaltung soll es, wenn möglich, Fortbildungspunkte geben.
- Allgemeine Vorstellung des PREMA-Projekts.

3.4 Basisschulung Hausärzte in Interventions- und Kontrollgruppe

Alle Hausärzte werden in einem interaktiven Webinar zu Diagnostik, Therapie und Versorgungsstrukturen entsprechend der deutschen S3-Leitlinie und Nationale Versorgungsleitlinie (NVL) Unipolare Depression [5] und der S3-Leitlinie zur Behandlung von Angststörung [4] geschult. Des Weiteren werden die Hausärzte in der Nutzung der Embloom/TelePsy-Plattform geschult. Über die Embloom/TelePsy-Plattform werden weitere vertiefende Hintergrundinformationen für die Hausärzte zur Verfügung gestellt.

3.5 Basisschulung MFA in Interventions- und Kontrollgruppe

Alle MFA werden ebenfalls in einem interaktiven Webinar geschult. Inhalte sind die Nutzung der Embloom/TelePsy-Plattform, die Prozesse zum Screening und zur Patientenrekrutierung sowie zu Prozessen und Formularen des Patienteneinschlusses. Weiterhin beinhaltet das Webinar Informationen zu Diagnostik, Therapie und Versorgungsstrukturen einer Depression bzw. Panikstörungen (jeweils angepasst an das Niveau der Berufsgruppe). Über die Embloom/TelePsy-Plattform werden ebenfalls weitere vertiefende Hintergrundinformationen für die MFA zur Verfügung gestellt.

3.6 Screening und Rekrutierung der Patienten in den Hausarztpraxen (Arzttermin "Screening")

Zu Beginn der Screeningphase, welche bis zu drei Monate andauern kann, erstellt das Praxispersonal eine sogenannte Screeningliste mit Namen von Patienten, welche die Einschlusskriterien erfüllen. Patienten der Screeningliste werden bei Vorstellung in der

Hausarztpraxis auf alle Ein- und Ausschlusskriterien geprüft und über das PREMA-Projekt informiert. Darüber hinaus können grundsätzlich auch weitere, nicht auf der Screeningliste stehende Patienten gescreent und anschließend rekrutiert werden, z.B. solche, die während der hausärztlichen Sprechstunde einen Verdacht auf eine relevante Diagnose (ICD-10: F41.0, F40.01, F32-34) zeigen (Abbildung 2). Nach Einschluss von 12 bis 13 Patienten je Praxis, spätestens aber nach drei Monaten wird die Praxis randomisiert und erfährt von Embloom/TelePsy, ob sie zur Interventions- oder Kontrollgruppe gehört. Bei Schwierigkeiten der zeitgerechten Rekrutierung innerhalb der Screeningphase können Patienten auch nach deren Ende rekrutiert werden (bis die erforderliche Anzahl rekrutierter Patienten erreicht ist). Das Screening erfolgt mit dem Patient Health Questionnaire (PHQ)-9 [12,13] (und der Overall Anxiety Severity and Impairment Scale (OASIS) [14,15] (Anhang A: Screening-Fragebögen). Diese werden von den Hausarztpatienten im Wartezimmer entweder online auf der Embloom/TelePsy-Plattform ausgefüllt, bspw. mit dem eigenen Smartphone, oder im Stift-und-Papier Format. Zusätzlich zu den beiden Fragebögen wird das Geschlecht und Patientenalter erfasst.

Für die online Version des Screenings über patienteneigene Smartphones erstellt das Praxispersonal vorher auf der Embloom/TelePsy-Plattform anonyme Patientenkonten mit fortlaufender Nummerierung (Akttenummer). Dann wird aus der Embloom/TelePsy-Plattform heraus ein Log-in-Code erstellt, ausgedruckt und an den Patienten übergeben. Bei der Ausgabe des Log-in-Codes ist die Akttenummer auf dem Blatt mit dem Log-in-Code zu notieren (zwecks späterer Zuordnung). Die Auswertung des „Screening-Fragebogens“ erfolgt nach festgelegten Auswertungsregeln (Cut offs: PHQ-9 ≥ 9 und ≤ 22 ; OASIS ≥ 8) [14–16] „händisch“ durch das Praxispersonal oder automatisch durch die Embloom/TelePsy-Plattform. Falls der Patient gleichhohe Werte bei Depression und Panikstörung erzielt, wird er als Patient mit Panikstörung behandelt. Bei der online-Abnahme erhält der Hausarzt des Patienten - unter dessen Akttenummer - Einsicht in die Ergebnisse auf der Embloom/TelePsy-Plattform. Bei Patienten mit positivem Screening-Ergebnis wird vom Hausarzt im Gespräch die klinische Diagnose gestellt, basierend auf den ICD-10 Checklisten, und bei bestätigter Diagnose über die Studie aufgeklärt. Der Patient bestätigt seine Einwilligung (informed consent). Eine Kopie der unterzeichneten „Patienten-Einwilligungserklärung“ ist dem Patienten auszuhändigen. Das Original der „Patienten-Einwilligungserklärung“ wird vom Praxispersonal im patientenbezogenen Teil des Studien-Ordners (in der Hausarztpraxis) abgelegt. Eine Kopie wird an das Institut für Allgemeinmedizin der Goethe-Universität übermittelt.

Legende

lila – Patient
blau – Arzt
gelb – MFA
orange – Evaluation
hell grün – Daten (Telepsy)
dunkel grün – Teilnahmeerklärungen

Patientenpfad:

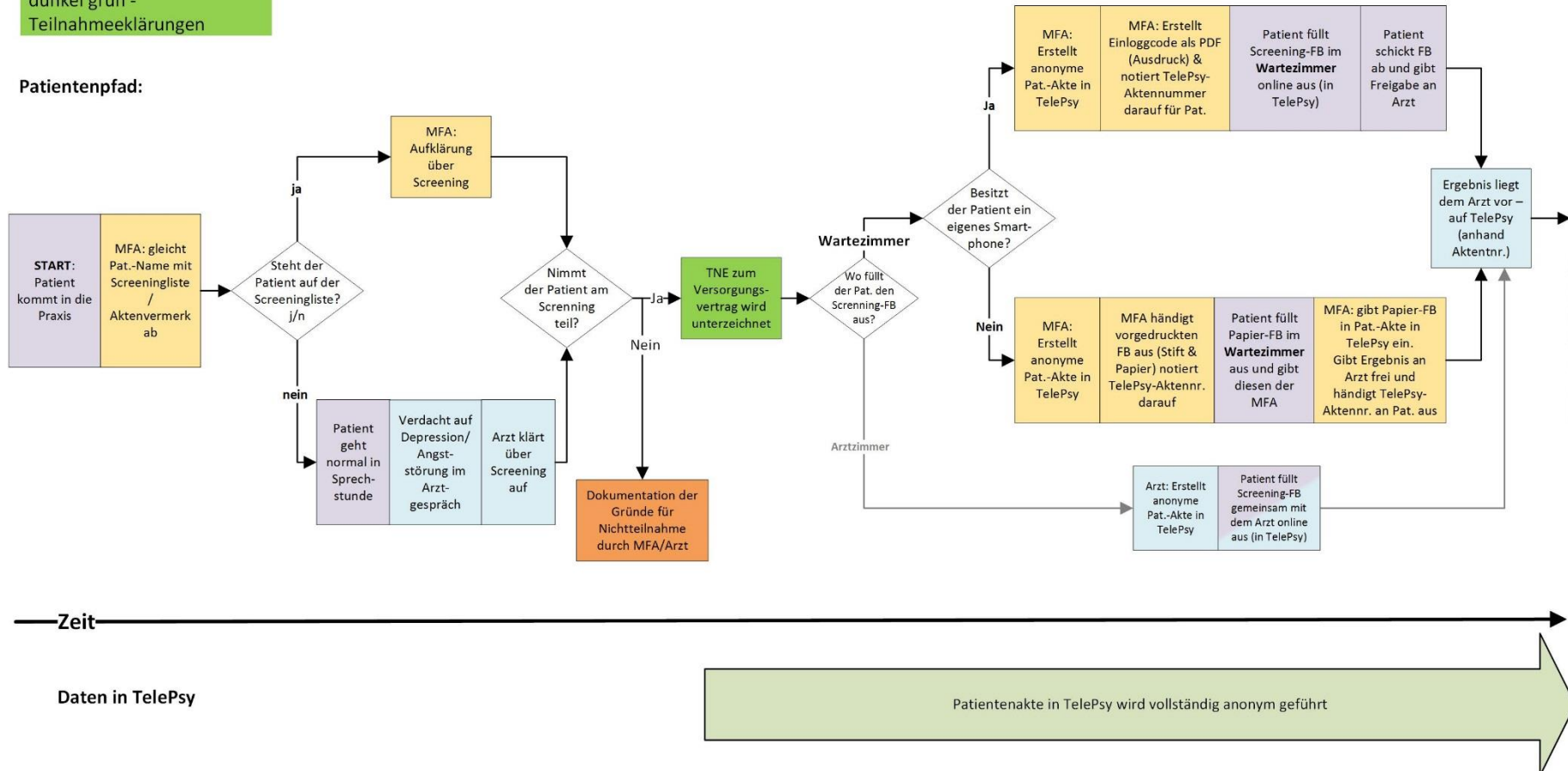


Abbildung 2: Prozessdiagramm Screening und Einwilligung (Fortsetzung nächste Seite)

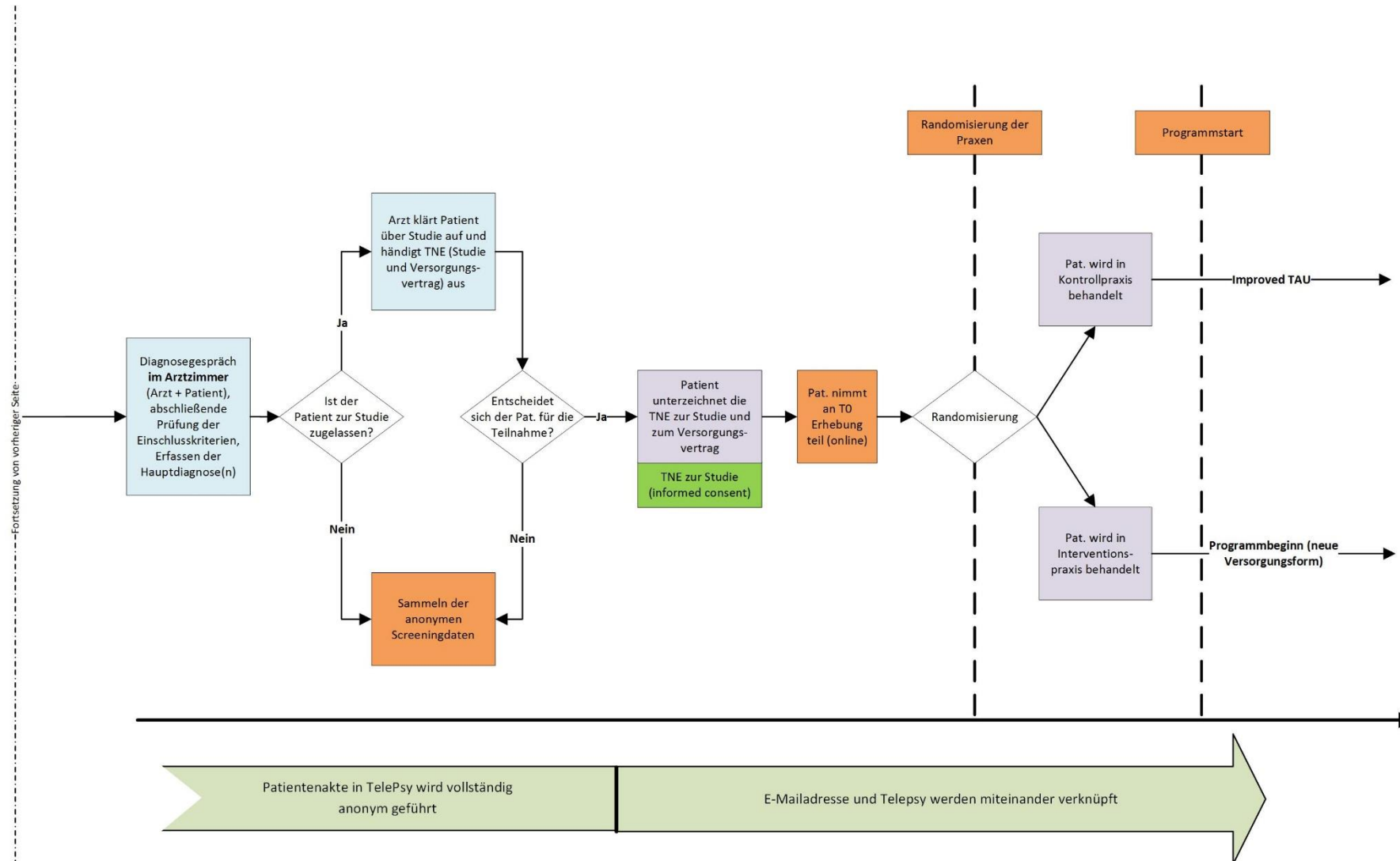


Abbildung 3: Prozessdiagramm Screening und Einwilligung (Fortsetzung vorherige Seite)

3.6.1 Nicht einschussfähige Patienten

Nicht einschussfähig sind Patienten, die (a) nach interviewgestütztem Urteil des Hausarztes (gemäß ärztlichem Diagnose-Gespräch) die Ein- und Ausschlusskriterien nicht erfüllen oder die (b) keine informierte Einwilligung zur Studienteilnahme geben.

Bei (a) sind die Gründe für den Nicht-Einschluss im „Diagnose-Manual“ zu notieren. Der Hausarzt bietet die Möglichkeit für Rückfragen.

Bei (b) ist dies im Dokument „Nichtteilnahme und Ausschlussgründe Patienten“ zu dokumentieren (Anhang B).

In beiden Fällen bietet der Hausarzt die Weiterversorgung entsprechend der Leitlinie (entweder weiter in der Praxis oder durch ein regionales, fachspezifisches Angebot) an.

Patienten, die nicht in die PREMA-Studie eingeschlossen werden, werden darüber informiert, dass sie weiter in der Routineversorgung ohne Einschränkung und ohne Nachteile, hausärztlich behandelt werden, sofern dies dem Wunsch des Patienten entspricht.

3.7 Randomisierung

Die Randomisierung findet auf Clusterebene (den einzelnen Praxen) und erst nach dem erfolgreichen Rekrutieren von zwölf bis 13 Patienten, spätestens aber nach Ablauf der dreimonatigen Screeningphase statt. Patienten werden somit rekrutiert, bevor der entsprechenden Praxis die Gruppenzugehörigkeit bekannt ist, was den Selektionsbias minimiert. Ausnahmen hiervon können entstehen, wenn durch Schwierigkeiten mit der zeitgerechten Rekrutierung Patienten erst nach der Screeningphase rekrutiert werden. Die Randomisierungsliste mit zufällig variierenden Blocklängen wird von einem Mitarbeiter des Instituts für Medizinische Biometrie und Epidemiologie, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, der nicht in die Rekrutierung involviert ist, basierend auf computer-generierten Zufallszahlen stratifiziert nach Praxistyp (städtischer vs. ländlicher Raum) erstellt. Diese Randomisierungsliste wird in der Embloom/TelePsy-Plattform hinterlegt. Embloom/TelePsy führt die Praxisliste der KV und die Randomisierungssequenz des UKE zusammen und generiert daraus das Randomisierungsergebnis.

3.8 Interventionsschulung Hausärzte in der Interventionsgruppe

Alle Hausärzte werden in einem interaktiven Webinar zu Diagnostik, Therapie und Versorgungsstrukturen entsprechend der deutschen S3-Leitlinie und Nationale Versorgungsleitlinie (NVL) Unipolare Depression [5] und die S3-Leitlinie zur Behandlung von Angststörung [4] geschult. Das Webinar beinhaltet interaktive Elemente, Kasuistik und Fragen zur Erfolgskontrolle. Die Embloom/TelePsy-Plattform stellt weitere vertiefende Hintergrundinformationen für die Hausärzte zur Verfügung.

3.9 Interventionsschulung MFA in der Interventionsgruppe

Alle MFA der Interventionsgruppe werden in einem weiteren interaktiven Webinar geschult. Die Inhalte dieser Schulung sind: die Anwendung der protokollbasierten Telefon-Monitorings, die Inhalte der Übungen für die Patienten, die Prozesse innerhalb der Intervention einschließlich der zeitlichen Abfolge. Weiterhin beinhaltet das Webinar vertiefende Informationen zu Diagnostik, Therapie und Versorgungsstrukturen einer Depression bzw. Panik-/Angststörungen (jeweils angepasst an das Niveau der Berufsgruppe). Zusätzlich erhält jede MFA der Interventionsgruppe einen obligatorischen Unterstützungsanruf und hat die Möglichkeit an einer Präsenzveranstaltung zur Reflektion der eigenen Tätigkeiten im Projekt teilzunehmen.

3.10 Intervention: Das PREMA-Übungsprogramm

Das PREMA-Übungsprogramm besteht aus den folgenden drei Elementen: a) hausärztliche Vermittlung von Übungen b) Aktive Patientenbegleitung und c) Patientenselbstsorge. Als Therapiestrategien enthält das PREMA-Übungsprogramm verhaltenstherapeutisch orientierte Elemente [17] (Psychoedukation, Expositionsübungen und Selbsthilfemanuale) sowie Übungen zur Problemlösung [18] (Beschreiben der Problemsituation, Lösungsstrategien, Umsetzung, kognitive Neustrukturierung). Die Übungen sind so adaptiert, dass sie grundsätzlich beide Diagnosen (Panikstörung mit/ohne Agoraphobie (ICD-10: F41.0, F40.01) bzw. Depression (ICD-10: F32-34)) adressieren können.

- a) **Ärztliche Vermittlung von Übungen:** Das PREMA-Übungsprogramm beinhaltet interozeptive Expositionsübungen („Körperübungen“) und situative Expositionsübungen („Situationsübungen“). Sowohl bei Patienten mit Depression als auch Patienten mit Panikstörung stehen die Vermeidung von Rückzug und die Aktivierung des Patienten im Vordergrund.

- b) **Aktive Patientenbegleitung:** Die Aktive Patientenbegleitung (engl. „Case Management“, CM) ist ein geplantes, strukturiertes Betreuungsangebot an den Patienten mit kontinuierlicher und strukturierter Beobachtung des Behandlungsverlaufes („monitoring“) zum rechtzeitigen Veranlassen von Maßnahmen im Falle einer klinischen Verschlechterung oder sonstiger Probleme in der Behandlung [8,19]. Dazu schließen sich Hausarzt, MFA und Patient zu einem Dreierbündnis zusammen, das nach fest vereinbarten Regeln funktioniert. Der Hausarzt führt die MFA in das Gespräch mit der Rolle als Case Managerin ein. Sie wird den Patienten regelmäßig und unabhängig von dessen Befinden, kontaktieren und immer wieder seine Symptome abfragen. Die Ergebnisse leitet sie dem Hausarzt unverzüglich weiter, der auf diese Weise stets informiert ist. So bleibt ein „Aussteigen“ des Patienten aus der Behandlung nicht mehr unerkannt. Die Motivation des Patienten, Selbstverantwortung zu übernehmen, wächst. Durch aktive Beteiligung soll der Patient aktiviert und gestärkt werden („Patientenbeteiligung“).
- c) **Patientenselbstsorge:** Die Patienten erfahren durch die aktiven Übungen neue Körpererlebnisse. Durch die Übungen wird der Patient realisieren, dass Gefühle – wie z. B. starke Angst oder Traurigkeit – auch ohne den Einsatz von Rückzugs- oder Vermeidungsverhalten gut zu bewältigen sind.

Das Programm bietet für den einzelnen Patienten vier manualisierte, persönliche Termine zwischen Patient und Hausarzt, 17 protokollbasierte Telefon-Monitorings durch die MFA und eine regelmäßige, strukturierte Kommunikation innerhalb des Praxisteam über die individuellen Symptom- und Behandlungsverläufe. Für jeden persönlichen Termin sollten Patient und Hausarzt 30 Minuten Zeit einplanen. Zu jedem Hausarzttermin benötigt der Hausarzt Zugang auf die Behandlungsmappe des Patienten (auf der Embloom/TelePsy-Plattform). Der Patient sollte vor jedem Hausarzttermin die entsprechenden Informationen der Patientenanleitung auf der Embloom/TelePsy-Plattform lesen. Die Patientenanleitung enthält auch Arbeitsmaterialien für den Patienten, die zum Teil während der Hausarzttermine ausgefüllt oder besprochen werden können. Für jeden Telefontermin sollten der Patient und die MFA zehn Minuten Zeit einplanen.

3.10.1 Hausarzt- und MFA-Termin "Begrüßung": Einführung und Behandlungsstart (30 min), Woche 1

Beim Behandlungsstart wird die zuständige MFA zum Gespräch hinzugezogen und dem Patienten als dessen aktive Begleiterin im Rahmen der Behandlung offiziell vorgestellt.

Direkt danach führt die MFA das "MFA-Erstgespräch" mit dem Patienten. Wesentliche Ziele dieses Erstgespräches sind die Terminvergabe, die Erläuterung des zeitlichen Behandlungsablaufes, die Durchführung einer Depressions- oder Panikstörung-Basismessung und die Ausgabe bzw. Erklärung der Studienmaterialien inkl. der Embloom/TelePsy- Plattform.

3.10.2 Hausarzttermin 1: Aufklärung des Patienten über die Erkrankung und deren Behandlung: Psychoedukation, Problemdefinition, Zielsetzungen (30 min), Woche 3

Die Psychoedukation bereitet die Einführung der Übungen vor, gibt dem Patienten die nötige Sicherheit und motiviert ihn für die selbstständige Durchführung der Übungen. Die Wissensvermittlung an den Patienten erfolgt einerseits in den geplanten Hausarztterminen, andererseits soll sich der Patient durch das Lesen der online-Anleitung selbst informieren. Der Patient soll gestärkt werden, um besser mit seiner Erkrankung umgehen zu können.

Elemente sind:

- Identifikation des Problemverhaltens
- Definition eines Behandlungsziels
- Exploration des Grundes/aufrechterhaltenden Faktors für das Problem
- Benennung der Problememotion
- Übertriebene Befürchtungen des Patienten hinsichtlich seiner Krankheit entkräften

3.10.3 Hausarzttermin 2: Einführung „Körperübungen“, Begründung und Erklärung der Übungen (30 min), Woche 6

Die „Körperübungen“ dienen der Aktivierung des Patienten. Dadurch soll dieser motiviert werden, sich auf neue, aussichtsreiche Lösungen einzulassen und seine initiale Schwellenangst zu überwinden. „Körperübungen“ erzeugen die vom Patienten gefürchteten körperlichen Reaktionen bzw. Gefühle. Die Übungen werden zunächst in der Hausarztpraxis demonstriert. Es sollen mindestens drei Körperübungen in der Praxis durchgeführt werden (Tabelle 1). Der Hausarzt vereinbart mit dem Patienten, dass er die ausgewählten Übungen regelmäßig zuhause durchführt und seine Übungen in der Embloom/TelePsy-Plattform dokumentiert. Geübt werden sollte mindestens zweimal pro Woche.

Tabelle 1: Körperübungen für Hausarzttermin 2

Mögliche Körperübung	Zielsymptome	Störungsbild
Auf der Stelle rennen (60 sec)	Palpitation, beschleunigter Puls, Missempfindung in der Brust	Panikstörung, Depression
Hyperventilation (60 sec)	Palpitation, beschleunigter Puls, Schweißausbrüche, Hitzewallungen, Kälteschauer, Atembeschwerden, Erstickungsgefühl, Missempfindung in der Brust, Schwindel, Unsicherheits-, Schwäche- oder Benommenheitsgefühl	Panikstörung
Durch Strohalm atmen (120 sec)	Atembeschwerden, Erstickungsgefühl, Beklemmungsgefühl	
Luft anhalten (30 sec)	Atembeschwerden, Erstickungsgefühl, Missempfindung in der Brust	
Stehend um die eigene Achse drehen (60 sec)	Schwindel, Unsicherheits-, Schwäche- oder Benommenheitsgefühl	
Schnelles Kopfschütteln (30 sec)	Schwindel, Unsicherheits-, Schwäche- oder Benommenheitsgefühl	
Dehnübungen (120sec)	Körperwahrnehmung	Depression
Übung zur Körperhaltung (30sec)	Einfluss der Körperhaltung auf das Wohlbefinden	

3.10.4 Hausarzttermin 3: Einführung „Situationsübungen“ und Erklärung der Übungen (30 min), Woche 12

Mittels der „Situationsübungen“ konfrontiert sich der Patient gezielt mit den angstauslösenden Situationen, die er bislang meidet, bzw. seinem Rückzugverhalten. Depressive Patienten sollen sich „Genuss“-Ziele setzen. Die Hauptaufgabe des Hausarztes besteht darin, geeignete Situationen und Ziele mit dem Patienten auszuwählen. Das Ziel sollte dabei stets realistisch sein. Der Patient soll zuhause selbstständig und regelmäßig die vereinbarten Übungen durchführen und in der Embloom/TelePsy-Plattform dokumentieren.

3.10.5 Hausarzttermin 4: Erfolgskontrolle und Rückfallprophylaxe; Evaluation des Programms (30 min), Woche 20

Erfolgskontrolle und Rückfallprophylaxe. Die Übungs- und Lernerfahrungen des Patienten sollen dabei vertieft werden. Im Sinne einer Rückfallprophylaxe werden etwaige

Restsymptome erhoben und erfolgreiche Strategien für den zukünftigen Umgang mit Depression und/oder Panik besprochen.

Der Patient dokumentiert in der Embloom/TelePsy-Plattform seine Erfahrungen zum PREMA-Übungsprogramm im Sinne einer Problemlösestrategie und berichtet dem Hausarzt darüber:

- Beschreibung der Problemsituation
- Ausgewählte Lösungsstrategien
- Umsetzen der Strategien
- Erworbene Erkenntnisse nach der Umsetzung der Expositionsübungen
- Festhalten von zukünftigen Zielen

3.10.6 Protokollbasierte Telefon-Monitorings

Eine Woche nach Start des PREMA-Übungsprogramms führt die MFA den ersten Telefonkontakt mit dem Patienten durch und geht die entsprechende Monitoring-Liste mit ihm durch. Die insgesamt 17 Telefonkontakte erfolgen zu bestimmten Zeitpunkten (± 3 Tage) während der Behandlung. Die Dauer der Telefonkontakte liegt im Durchschnitt bei 10 Minuten. Die Dokumentation der Telefontermine durch die MFA erfolgt in der Embloom/TelePsy-Plattform. Wenn die festgelegten Termine vom Patienten nicht wahrgenommen werden, sollte die MFA mehrfach versuchen, ihn zu erreichen. Auch der Hausarzt soll darüber informiert werden, wenn Termine nicht eingehalten werden, damit er den Patienten gegebenenfalls auf die Bedeutung der Termine ansprechen kann.

3.11 Kontrollgruppe (standardized TAU)

Für die Behandlung der Erkrankungen sollten die Empfehlungen der entsprechenden S3-Leitlinie/NVL [4,5] herangezogen werden, die allen teilnehmenden Hausärzten (d.h. Hausärzte im Interventions- und Kontrollarm) im Rahmen der PREMA-Basisschulung vermittelt werden. Die Therapiehoheit liegt beim Hausarzt. Er ist für die hausärztliche Behandlung des Patienten verantwortlich. Jegliche medikamentösen Interventionen können nach dem Ermessen des Hausarztes erfolgen. Der Hausarzt erhält Zugang zu Broschüren und Informationsmaterial auf der Embloom/TelePsy-Plattform, z.B. mit allgemeinen Hinweisen zur Diagnostik und Therapie von Depression und Panikstörung oder zum neuesten Stand der Forschung (S3-Leitlinie und Nationale Versorgungsleitlinie (NVL) Unipolare Depression und die S3-Leitlinie) bezüglich dieser Krankheitsbilder. Das online bereitgestellte Material geht nicht über die Regelversorgung hinaus. Praxisteams im Kontrollarm erhalten ebenfalls eine Basisschulung zu diesen Inhalten (vgl. Kapitel 3.6 und 3.7). Nach Abschluss der PREMA-Studie können auch

den Praxisteams im Kontrollarm die Inhalte der Embloom/TelePsy-Plattform (Bereich der Interventionspraxen) zur Verfügung gestellt werden. Patienten im Kontrollarm können über den Hausarzt allgemeine Hintergrundinformationen erhalten. Die tatsächlich angebotene Behandlung wird abgefragt.

3.12 Studienabbruch

Die gesamte Studiendurchführung kann durch den Studienleiter abgebrochen werden, wenn die Rekrutierungsrate für das Erreichen der Studienziele nicht ausreichend erscheint oder wenn im Studienverlauf eine Häufung schwerwiegender unerwünschter Ereignisse (SAE) auftritt.

3.12.1 Abbruch der Studie bzw. der Therapie durch den Patienten

Ein Patient hat das Recht, jederzeit und ohne Angabe von Gründen seine Einwilligung zur Studienteilnahme zurückzuziehen und die Studie somit abbrechen. Durch einen Studienabbruch dürfen dem Patienten keine Nachteile für die weitere hausärztliche Behandlung entstehen.–Der Studienabbruch durch den Patienten muss durch den Hausarzt final festgestellt werden. Der Zeitpunkt des Studienabbruchs und die Abbruchgründe des Patienten müssen durch den Hausarzt dokumentiert werden (Anhang H). Die bis dahin erhobene Dokumentation bleibt erhalten („Intention-to-Treat“-Prinzip), was auch aus Gründen der Patientensicherheit erforderlich ist.

Studienabbrüche sind nach Kräften zu vermeiden, da sie die Validität der Studie gefährden. In vielen Fällen will der Patient gar nicht die Studie abbrechen, sondern nur bei einer der Studientherapien nicht mehr mitmachen. In diesem Fall verbleibt der Patient in der Studie und wird ohne studienspezifische Therapie weiter evaluiert. Diese Therapieabbrüche gefährden die Validität der Studie nicht, wenn sie vollständig dokumentiert sind.

Kann zu den geplanten Zeitpunkten kein Patientenkontakt erreicht werden, so ist nicht automatisch von einem Studienabbruch auszugehen. Vielmehr hat der Hausarzt die Gründe und Umstände der Unerreichbarkeit des Patienten möglichst genau festzustellen. Insbesondere ist festzustellen, ob der Patient noch lebt (falls verstorben: SAE-Dokumentation), oder ob sein Nichterscheinen aus dem Wunsch nach einem Therapie- oder Studienabbruch resultiert (dies soll erfragt, aber nicht suggeriert werden).

3.12.2 Abbruch der Therapie für einzelne Patienten durch den Hausarzt

Der Hausarzt kann einen Therapieabbruch für einen Patienten veranlassen, wenn nach seinem Ermessen die weitere Verfolgung des Protokolls für den Patienten eine unzumutbare Belastung darstellen würde. Bei einem so veranlassten Therapieabbruch müssen die Gründe und Umstände durch den Hausarzt dokumentiert werden. Im Fall eines durch den Hausarzt veranlassten Abbruchs der Therapie für einzelne Patienten bleibt die bis dahin erhobene Dokumentation erhalten („Intention-to-Treat“-Prinzip), was auch aus Gründen der Patientensicherheit erforderlich ist. Studienabbrüchen sind nach Kräften zu vermeiden, da sie die Validität der Studie gefährden. In vielen Fällen will der Patient gar nicht die Studie abrechnen, sondern nur bei einer der Studientherapien nicht mehr mitmachen. In diesem Fall verbleibt der Patient in der Studie und wird ohne studienspezifische Therapie weiter evaluiert. Diese Therapieabbrüche gefährden die Validität der Studie nicht, wenn sie vollständig dokumentiert sind

3.12.3 Abbruch der Studie in einer teilnehmenden Praxis

Teilnehmende Praxen haben grundsätzlich die Möglichkeit, ihre Einwilligung zur Studienteilnahme zurückzuziehen, was aber unbedingt vermieden werden sollte. Ferner kann eine Praxis von der Studie ausgeschlossen werden, wenn sich im Verlauf der Studie herausstellt, dass die jeweilige Praxis nicht (mehr) den technischen Ansprüchen des Protokolls genügt bzw. den Ein- und Ausschlusskriterien für teilnehmende Praxen entspricht.

3.13 Risikoabschätzung und Patientensicherheit

Das patientenbezogene Risiko einer Studienteilnahme ist als gering einzuschätzen, da sich der Patient kontinuierlich in hausärztlicher Behandlung befindet. Der Hausarzt ist über den Zeitraum der gesamten Studie hinweg verantwortlich für die medizinische Behandlung des Patienten. Ihm obliegt die hausärztliche Betreuung im Sinne der regulären hausärztlichen Patientenversorgung. Im Zuge der studienbezogenen Interventionen werden darüber hinaus Verbesserungen des Gesundheitszustandes und des psychosozialen Funktionsniveaus des Patienten erwartet.

Zur Patientensicherheit tragen verschiedene Maßnahmen bei:

- Eine Reihe der durch den Hausarzt klinisch zu beurteilenden, patientenbezogenen Ausschlusskriterien dienen in effektiver Weise dem Patientenschutz (siehe Kapitel „Ausschlusskriterien für Patienten“)

- Alle Praxisteams sowie die Patienten der Interventionsgruppe (durch die Ärzte) werden ausführlich über die klinischen Grundlagen der Erkrankung und deren Behandlung in psychoedukativer Weise informiert, was dazu beiträgt, dass eine etwaige Symptomverschlechterung zügig identifiziert werden kann.
- Alle Ärzte werden im Rahmen studienbezogener Fortbildungen ausführlich in der Diagnostik und Differenzialdiagnostik von Depression und Panikstörungen sowie in den entsprechenden, leitliniengerechten Therapieansätzen geschult.
- Im Zuge des PREMA-Übungsprogramms (Interventionsgruppe) wird der Symptom- und Behandlungsverlauf jedes einzelnen Patienten durch ein vom jeweiligen Praxisteam durchgeführtes Telefon-Monitoring kontinuierlich überwacht. Auf die Ergebnisse des Telefon-Monitorings kann der Hausarzt rasch und sicher auf etwaige Verschlechterungen des Patienten reagieren, indem er dann zu klinischen Zusatz-Konsultationen aufgefordert wird. Jegliche Entscheidungen hinsichtlich der Überweisung eines Patienten in eine fachärztliche oder psychotherapeutische Mitbehandlung sowie hinsichtlich stationärer Einweisungen liegen vollständig in der Verantwortung des Hausarztes.
- Hinsichtlich des Überweisungsmanagements (Interventions- und Kontrollgruppe) soll der Hausarzt auf die, in seiner hausärztlichen Praxis etablierten Kooperationen zurückgreifen. Auch im Fall eines psychiatrischen Notfalls soll der Hausarzt in erster Linie mit der Einschaltung regionaler Versorgungsstrukturen reagieren. Die Verfügbarkeit solcher regionalen Versorgungsstrukturen wird im Rahmen der PREMA-Studie dadurch sichergestellt, dass jeder Hausarzt (spätestens bis zum Beginn einer studienbezogenen Intervention; Messzeitpunkt T0) einen kooperierenden ambulanten Fachspezialisten namentlich benennen sollte.
- In Anlehnung an die Empfehlungen der ICH Guideline for Good Clinical Practice E6 (dt.: Leitlinie für „Gute klinische Praxis“, GCP) vom Juni 1996, wird im Rahmen dieser Studie eine Erfassung unerwünschter Ereignisse vorgenommen (vgl. Kap. 3.13.1).

3.13.1 Unerwünschte Ereignisse (AEs, SAEs) in PREMA

3.13.1.1 Adverse events (AE)

Unerwünschte Ereignisse (engl.: „adverse events“; AE) sind im Sinne dieser Studie alle unerwarteten Beschwerden, Symptome oder medizinischen Konditionen, die nach dem ärztlichen Diagnose-Gespräch (T-1) festgestellt werden und bei denen der Hausarzt einen ursächlichen Zusammenhang mit den studienbezogenen Maßnahmen vermutet.

Alle Informationen zu einem unerwünschten Ereignis, das vom Patienten oder vom Hausarzt registriert wird, sind durch den Hausarzt in der Embloom/TelePsy-Plattform zu dokumentieren, wenn dieser einen kausalen Zusammenhang mit den studienbezogenen Maßnahmen vermutet (AE-Dokumentation). Die AE-Dokumentation erfolgt insgesamt drei Mal, und zwar jeweils zu den drei Messzeitpunkten T0, T1 und T2. Dabei ist das Formular „AE-Bogen“ zu verwenden. Im Sinne der AE-Dokumentation sind unerwünschte Ereignisse, soweit möglich, als medizinische Diagnose und mit Angabe der Dauer des unerwünschten Ereignisses (Start- und Enddatum) sowie der erfolgten Maßnahmen zur Verbesserung des unerwünschten Ereignisses zu dokumentieren.

3.13.1.2 Serious adverse events (SAE) und deren Dokumentation

Schwerwiegende unerwünschte Ereignisse (engl.: „serious adverse events“; SAE) sind im Sinne dieser Studie alle unerwünschten medizinischen Ereignisse, die:

- zum Tod geführt haben
- lebensbedrohlich sind
- zu bleibenden oder schwerwiegenden Behinderungen oder Invalidität führen
- eine kongenitale Anomalie oder einen Geburtsfehler zur Folge haben
- zu ungeplanten, psychiatrisch stationären Krankenhausaufenthalten führen

Geplante, selektive Krankenhausaufenthalte und Konsultationen, die nicht zur stationären Aufnahme führen, sollen nicht den SAE zugeordnet werden. Der Hausarzt und die Studienzentrale sind zur Dokumentation von SAE verpflichtet. Auch im Falle des Widerrufs der Patienteneinwilligung sind alle zeitlich vor dem Widerruf liegenden bekannt gewordenen SAE zu dokumentieren. Schwerwiegende unerwünschte Ereignisse sind durch den Hausarzt unverzüglich nach Bekanntwerden der Studienzentrale telefonisch zu melden und zu dokumentieren. Die Studienleitung entscheidet dann über die weitere Studienteilnahme des vom SAE betroffenen Patienten und wird den Hausarzt darüber informieren. Die Studienleitung ist ferner dafür verantwortlich, den Vorgang an den wissenschaftlichen Beirat der Studie zu berichten.

3.13.2 Unerwünschte Ereignisse im Rahmen der PREMA-Studie

Aufgrund der Natur der im Rahmen dieser Studie durchgeführten Maßnahmen sind AE und SAE, im Sinne von sicherheitsrelevanten Vorkommnissen, kaum zu erwarten. Die Wahrscheinlichkeit für das Auftreten von schwerwiegenden unerwünschten Ereignissen (SAE)

im Rahmen der PREMA-Studie wird, als gering eingestuft. Zahlreiche Maßnahmen tragen zudem wesentlich zur Patientensicherheit bei (vgl. Kap. 3.13).

Alle Patienten befinden sich in kontinuierlicher hausärztlicher Behandlung. Bei Bekanntwerden eines psychiatrischen Notfalls soll der Hausarzt regionale Versorgungsstrukturen einschalten. AE sind im Rahmen der PREMA-Studie eher als beschreibende Elemente des Krankheitsverlaufs zu betrachten, die im Sinne einer guten klinischen Praxis durch den Hausarzt summarisch zu dokumentieren sind.

3.14 Outcomeparameter

An den Messzeitpunkten T0 (beim Einschluss des Patienten), T1 (6 Monate nach Start der Intervention/TAU) und T2 (zwölf Monate nach Start der Intervention/TAU) werden bei allen Studienpatienten die Outcomeparameter erhoben.

Die Primärdaten der eingeschlossenen Patienten werden nach erfolgter Diagnosestellung durch den Hausarzt (= Zeitpunkt des Studieneinschlusses, T0), sowie sechs und zwölf Monate nach Start der Intervention/TAU online über die Embloom/TelePsy-Plattform erfasst. Die Erfassung der Leistungsanspruchnahme und Kosten basiert auf einer angepassten Version des Fragebogens zur Erhebung von Gesundheitsleistungen im Alter (FIMA).

Für die Prozessevaluation wird eine Primärdatenerhebung durchgeführt. Mittels eines umfassenden qualitativen und quantitativen Ansatzes wird eine mehrperspektivische Sichtweise angestrebt. Quantitative Daten werden aus Fragebogenerhebungen bei Hausärzten (HA) und MFA der Interventionsgruppe (nach Praxisrandomisierung sowie zwölf Monate später), sowie bei Patienten der Interventions- und Kontrollgruppe (angebunden an die T0- und T2-Befragungen) erhoben. Ferner werden Experteninterviews ebenfalls mit HA, MFA und Patienten (Anhang G) sowie Fokusgruppendifkussionen mit Hausärzten und MFA der Interventionsgruppe durchgeführt (Anhang C).

3.14.1 Primäres Outcome

Mental Health Index-5 (MHI-5) Score [20] zur krankheitsübergreifenden Messung von psychischer Gesundheit (Depression und Panikstörungen) (siehe Anhang F). Der MHI-5 ist eine fünf Fragen umfassende Subskala des Short Form (36) Health Survey (SF 36) [21]. Der MHI-5 beinhaltet sowohl positive als auch negative Aspekte psychischer Gesundheit, und die Fragen beziehen sich sowohl auf Depression als auch auf Panik-/Angststörung. Die Fragen können jeweils auf einer fünfstufigen (Punktwert 1-5) Antwortskala beantwortet werden, deren Punktwerte addiert werden (total range: 5-25 Punkte). Der Test ist so ausgelegt, dass eine

höhere Punktzahl einen besseren psychischen Gesundheitszustand andeutet. Die Punkte werden anschließend mittels standard linearer Transformation transformiert, so dass der Wertebereich 0-100 beträgt [22]. Die interne Konsistenz (Cronbachs α) reicht von 0.67 bis 0.95 [20].

3.14.2 Sekundäroutcomes aus der Primärdatenerhebung

Sekundäroutcomes aus der Primärdatenerhebung: Depressionslevel (PHQ-9 [8]), Angstlevel (OASIS [9]), Anzahl und subjektiver Schweregrad der Panikattacken (PAS [13]), angstbezogenes Vermeidungsverhalten (MIA [14]), patientenberichtete Versorgungsqualität bei chronischer Erkrankung (PACIC [15, 16]), Patientenadhärenz für die Medikamenteneinnahme (Adherence-Score [17]), Depressionsfreie Tage (DFD [18]), Angstfreie Tage (AFD [19]), gesundheitsbezogene Lebensqualität (EQ-5D [12]).

Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen (Krankenhausfälle, Krankenhaustage, ambulante Arztkontakte, Arzneimittel), krankheitsbedingte Fehlzeiten am Arbeitsplatz, Kosten von Gesundheitsleistungen (Krankenhauskosten, ambulante Kosten, Medikamentenkosten, Gesamtkosten), indirekte Kosten (Produktionsausfallkosten), Kosteneffektivität (zuzüglich EQ-5D [12]), Komorbidität (Chronic Disease Score [2]).

Formative Prozessevaluation: Akzeptanz, Machbarkeit und Umsetzung der Intervention bei Hausärzten, MFA und Patienten. Einen Überblick über die eingesetzten Instrumente gibt Tabelle 2, darüber hinaus sind die erhobenen Daten und zugehörigen Messzeitpunkte in Abbildung 1 aufgeführt. Bei Studienabbruch werden mit dem Einverständnis des Patienten, die bisher erhobenen Daten für Analysezwecke beibehalten und archiviert.

Tabelle 2: Outcomeparameter und Operationalisierung

Erfolgsindikator	Instrument Operationalisierung	Datenquelle
<i>Primäroutcome:</i>		
Psychische Gesundheit (Depression und Panikstörungen)	Mental Health Index-5 (MHI-5)	Primärdaten (Patientenassessment mittels Fragebogen)
<i>Sekundäroutcome:</i>		
Depressionslevel	PHQ-9	Primärdaten (Patientenassessment mittels Fragebogen)

Angstlevel	OASIS	Primärdaten (Patientenassessment mittels Fragebogen)
Schweregrad der Panikattacken	Panik- und Agoraphobie- Skala (PAS)	Primärdaten (Patientenassessment mittels Fragebogen)
Vermeidungsverhalten (angstbezogen)	Mobility Inventory for Agoraphobia (MIA) nach Chambless	Primärdaten (Patientenassessment mittels Fragebogen)
Versorgungsqualität	Patient Assessment of Chronic Illness Care (PACIC)	Primärdaten (Patientenassessment mittels Fragebogen)
Adhärenz bzgl. Medikation	Adherence-Score (adaptiert)	Primärdaten (Patientenassessment mittels Fragebogen)
Symptomfreie Tage	Depressionsfreie Tage (Symptom Checklist-90) / Angstfreie Tage (Anxiety Sensitivity Index)	Primärdaten (Patientenassessment mittels Fragebogen)
Lebensqualität	EQ-5D-5L-Index	Primärdaten (Patientenassessment mittels Fragebogen)
Komorbidität	Chronic Disease Score (basierend auf Arzneimittleinnahmen)	Primärdaten (Patientenassessment mittels FIMA)
Inanspruchnahme von Versorgungsleistungen	Stationäre Krankenhaufälle, stationäre Krankenhaustage, ambulante Arztkontakte, Arzneimittel	Primärdaten (Patientenassessment mittels FIMA)
Arbeitsausfall	Krankheitsbedingte Fehlzeiten am Arbeitsplatz	Primärdaten (Patientenassessment mittels FIMA)
Kosten	Krankenhauskosten, ambulante Kosten, Arzneimittelkosten, indirekte Kosten, Gesamtkosten	Primärdaten (Patientenassessment mittels FIMA)

Kosteneffektivität	Kosten, QALYs (basierend auf dem EQ-5D-5L)	Primärdaten
Akzeptanz, Machbarkeit und Umsetzung der Intervention	Ad-hoc Items	Primärdaten (Patienten, HÄ, MFA/CM mittels Fragebogen, Fokusgruppen, Experteninterviews)

3.15 Stichprobengröße/Powerkalkulation

Die Stichprobengröße basiert auf einer Powerkalkulation zur statistisch abgesicherten Unterschiedstestung der Intervention (PREMA) versus Regelversorgung (standardized TAU). Als Grundlage zur Berechnung der angestrebten Fallzahl dient eine im hausärztlichen Setting als klinisch relevant erachtete Effektstärke auf das Primäroutcome von 0,2 Standardabweichungen (SD) [20]. Bei einer anzustrebenden Power von 0,9, einem Type I Fehler von 0,05 (zweiseitig) und einer angenommenen Korrelation der Baselinewerte mit dem primären Outcome von 0,5 ergibt sich eine erforderliche Stichprobengröße von 395 Patienten pro Studienarm. Unter Berücksichtigung der durch die Cluster-Randomisierung definierten hierarchischen Datenstruktur, einer angenommenen Größe der Cluster von durchschnittlich zehn Patienten pro Hausarztpraxis und einem Intra-Class-Correlation-Koeffizienten (ICC) von 0,05 ergibt sich ein Design Effekt von 1,45 [33]. Hierdurch erhöht sich die erforderliche Stichprobengröße pro Studienarm auf 590 Patienten in jeweils 59 Praxen (insgesamt 1180 Patienten, 118 Praxen). Unter Annahme einer Drop-Out-Rate von ca. 20% für die Praxen und ca. 20% für die Patienten, wird die Rekrutierung von 1844 Patienten in 148 Hausarztpraxen mit durchschnittlich 12,5 Patienten pro Praxis angestrebt (Abbildung 4).

Aufgrund einer erschwerten und verzögerten Patientenrekrutierung wurde eine Neukalkulation vorgenommen, so dass nun für die geringere aber akzeptable Power von 0,8 und nur durchschnittlich zehn Patienten pro Praxis unter sonst gleichen Annahmen die Rekrutierung von insgesamt mindestens 1280 Patienten aus 128 Praxen angestrebt wird.

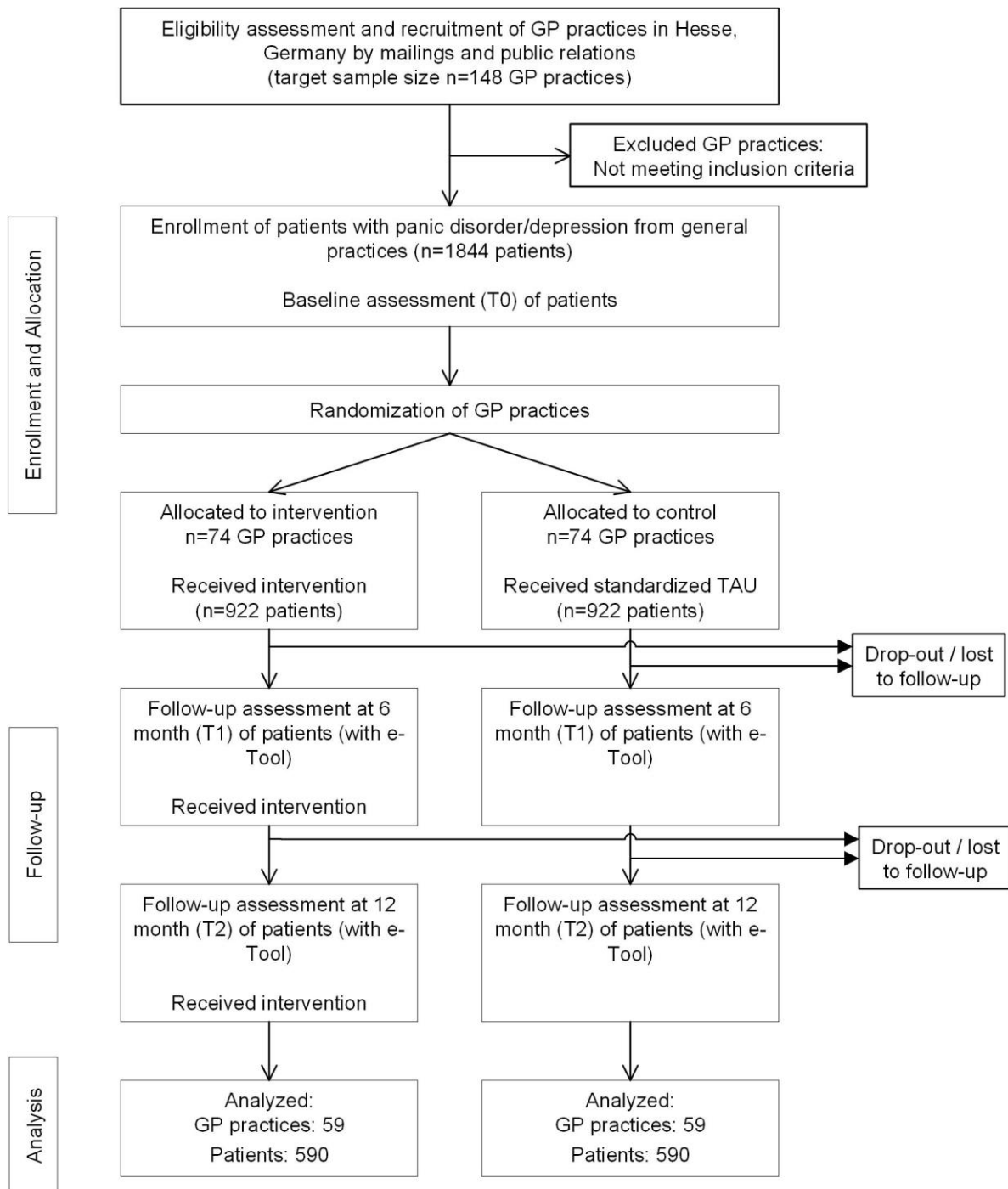


Abbildung 4: Flow Chart Praxis- und Patientensample (geplant)

4 Datenauswertung

4.1 Balancierung der Studiendaten

Die Teilnahme an der Intervention obliegt der individuellen Motivation und Entscheidung der Patienten/Versicherten. Hierdurch und durch die Tatsache, dass die Einheit der Randomisierung die hausärztliche Praxis und nicht der einzelne Studienteilnehmer darstellt, ist die Möglichkeit gegeben, dass sich Teilnehmer unter Umständen systematisch von Nichtteilnehmern unterscheiden. Um diesen Selektionsbias, der das Outcome verzerren könnte, zu minimieren, soll ein zweistufiger Balancierungsprozess eingesetzt werden. Im ersten Schritt werden anhand der Daten des Screenings (T-1) und des Baselineassessments (T0) verschiedene Patientencharakteristika zur Balancierung herangezogen. Zu den hierfür verwendeten Balancierungsvariablen zählen soziodemographische Variablen (z. B. Alter, Geschlecht), Morbidität (MHI-5, PHQ-9, OASIS), Komorbidität (Chronic Disease Score), Lebensqualität (EQ-5D-5L) und sämtliche Daten zur Leistungsanspruchnahme und Kosten von Gesundheitsleistungen. Zur Balancierung der Baselinedaten wird auf das Verfahren des Entropy Balancing (EB) zurückgegriffen. Durch EB werden die ersten drei Momente (Mittelwert, Varianz, Schiefe) beider Studiengruppen balanciert. Ein anhand der Baselinedaten hierfür im Zuge des EB ermittelter Gewichtungsvektor wird zur Analyse der Primär- und Sekundäroutcomes in Teilprojekt 1 und Teilprojekt 2 im Rahmen von gemischten Modellen gleichsam auf Baseline- und Follow-up Daten angewendet. Die Abbildung des Gruppenunterschieds in diesen gemischten Modellen wird durch Dummycodierung (KG=0; IG=1) der Variablen für die Studiengruppe und den Messzeitpunkt (Baseline=0; T1=1; T2=2) und Bildung eines Interaktionseffekts zwischen beiden Variablen realisiert. Um die gemessenen Unterschiede zwischen KG und IG im Zeitverlauf zu analysieren wird ein Difference-in-Difference Ansatz gewählt.

4.2 Evaluation des Primäroutcomes und sekundärer Outcomes (Teilprojekt 1)

Charakteristika der Hausarztpraxen und Patienten zur Baseline werden mit deskriptiver Statistik analysiert, um den Erfolg der Cluster-Randomisierung einzuschätzen. Zur Kontrolle der Protokolleinhaltung wird eine Analyse der Mindestumsätze/Praxis (Diagnostik; Psychotherapie; Case Management) vorgenommen.

Die primäre Analyse folgt dem „Intent-to-Treat“-Prinzip und beruht auf den verfügbaren Daten aller eingeschlossenen Patienten in den randomisierten Hausarztpraxen. Der Hauptzielparameter ist der Mental Health Index-5 (MHI-5) Score zu den Messzeitpunkten T0,

T1, T2. Die Scores werden mittels eines Gemischten Linearen Modells (MMRM, mixed model repeated measurement) unter Berücksichtigung der Cluster als zufälligem Faktor und der Behandlung des Baseline-Wertes und des Praxistyps (städtischer vs. ländlicher Raum) als feste Faktoren analysiert. Aus diesem Modell wird der Behandlungseffekt mit 95%-Konfidenzintervall geschätzt. Die gewählte Modellklasse ist vergleichsweise robust gegen das Vorliegen fehlender Werte. Zusätzlich wird gegebenenfalls eine Analyse mit multiplen Imputationen als Sensitivitätsanalyse durchgeführt.

Die sekundären Outcomes werden mit angemessenen deskriptiven Methoden dargestellt. Stetige Endpunkte werden analog zum Hauptendpunkt mittels Gemischter Linearer Modelle analysiert. Für dichotome Endpunkte werden Gemischte Logistische Regressionen verwendet.

Die statistischen Analysen werden in SAS, R oder Stata programmiert. Alle Tests werden zweiseitig mit $\alpha = 0,05$ durchgeführt. Weitere Details und Spezifikationen wird der Statistische Analyseplan enthalten, der vor Beginn der Analysen erstellt wird und Tabellen- und Grafikformate präsentiert. Das Reporting wird sich an den entsprechenden CONSORT-Guidelines für cluster-randomisierte Studien orientieren.

4.3 Gesundheitsökonomische Evaluation (Teilprojekt 2)

Die gesundheitsökonomische Evaluation erfolgt auf Grundlage von Primärdaten (Erhebung mittels Fragebogen) und qualitätsgewichteter Lebensjahre (QALYs, basierend auf dem EQ-5D-5L-Index).

Zur Überprüfung von Mittelwertunterschieden kommen gemischte Regressionsmodelle zum Einsatz, welche sowohl die Berücksichtigung mehrerer Messzeitpunkte pro Studienteilnehmer als auch der Clusterstruktur erlauben. Wegen der schiefen Verteilung der Kostendaten wird zur Berechnung der Standardfehler der Regressoren zusätzlich auf das Verfahren des nicht-parametrischen Bootstrappings zurückgegriffen.

Zur Analyse der Kosteneffektivität nach zwölf Monaten werden die Unterschiede in den Kosten und QALYs zwischen KG und IG bestimmt und in Form der inkrementellen Kosten-Effektivitäts-Relation (IKER) in Beziehung gesetzt. Zur Unsicherheitsanalyse der IKER wird ebenfalls das nicht-parametrische Bootstrap-Verfahren eingesetzt. Dieses Verfahren berücksichtigt sowohl die schiefe Verteilung der Kostendaten als auch die Kovarianz von Kosten und QALYs. Zur weiteren Analyse der Kosteneffektivität wird das Verfahren der Net-Benefit-Regression eingesetzt. Zur Visualisierung der statistischen Unsicherheit der IKER werden Kosten-Effektivitäts-Akzeptanz-Kurven konstruiert.

4.4 Formative Prozessevaluation (Teilprojekt 3)

Die Prozesse rund um die Implementierung des hausärztlichen Case Managements werden durch eine umfassende qualitativ-quantitative Prozessevaluation abgebildet. Zur Exploration der Akzeptanz, Einstellung, Erwartung, Schulung/Bewertung der Embloom/TelePsy-Plattform, Kommunikation/Kollaboration der Beteiligten, Arbeitszufriedenheit, Machbarkeit und Umsetzung des eHealth gestützten hausärztlichen Case Managements bei Hausärzten, MFA und Patienten kommt ein Mixed-Methods-Design zum Einsatz (Anhang C). Hierzu werden für die qualitative Exploration leitfadengestützte Experteninterviews mit einer Auswahl von ca. 20-30 Patienten, ca. je 10-15 HA und MFA der Interventionsgruppe durchgeführt. Zusätzlich finden drei bis vier Fokusgruppendifkussionen statt (mono- und interprofessionelle Settings). Interviewleitfäden werden pilotiert und adaptiert. Ergänzend erfolgt eine schriftliche Befragung von HA, MFA der Interventionsgruppe und allen Patienten zu zwei Erhebungszeitpunkten bzgl. der Inanspruchnahme bestimmter Interventionsmaßnahmen (z. B. Anteil der Patienten, die welche Maßnahmen wie häufig erhalten haben) sowie der Nutzung der eingesetzten eHealth Tools (z. B. wie häufig wurden die web-basierten Angebote genutzt).

Die qualitativ erhobenen Primärdaten werden nach vorher festgelegten Kriterien transkribiert und inhaltsanalytisch mit Unterstützung gängiger Software-Programme (z. B. MAXQDA) analysiert. Die quantitativen Daten werden mittels gängiger Statistikprogramme (z. B. SPSS) deskriptiv ausgewertet. Um eine mehrperspektivische Sichtweise auf den Forschungsgegenstand sicherzustellen, findet die Auswertung in einer heterogen zusammengestellten Forschungsgruppe statt (z. B. Gesundheitswissenschaftler, MFA, Hausärzte, Medizinstudierende). Es wird eine Triangulation der qualitativ und quantitativ erhobenen Daten angestrebt. Die qualitative Analyse steht im Vordergrund. Eine Übersicht über die Themen und Befragungszeitpunkte im Rahmen der Prozessevaluation findet sich in Anhang C.

4.5 Non-Responder-Analyse

Um eine genaue Aussage über die Hintergründe einer Nichtteilnahme und die Ausschlussgründe der Patienten an der Studie treffen zu können, werden diese Gründe an zwei Zeitpunkten abgefragt. Dafür wird der anonymisierte Fragebogen „Nichtteilnahme und Ausschlussgründe Patienten“ (Anhang B) genutzt. Dieser besteht aus einer Multiple Choice Fragen mit sechs Antwortkategorien und einem offenen Textfeld, so dass die Gründe einer Nichtteilnahme protokolliert werden können. Zusätzlich können in diesem Fragebogen mögliche Ausschlussgründe erfasst werden. Hierzu sind 14 vorformulierte Ausschlusskriterien in Form von einer Multiple Choice Frage und einem offenen Textfeld hinterlegt. Zudem

beinhaltet der Fragebogen die Angaben zu Geschlecht und Geburtsjahr des Patienten. Abgefragt wird ebenfalls, ob der Patient die Teilnahmeerklärung zum Screening gegeben hat.

I. Vor dem Screening

- I.1. Der Name des Patienten steht auf der Screeningliste, die der MFA in der Praxis vorliegt. Bevor die MFA den Patienten über das Screening aufklärt, prüft sie die aus ihrer Perspektive einsehbaren Ein- und Ausschlusskriterien. Liegt ein Ausschlusskriterium vor, füllt sie den Fragebogen „Nichtteilnahme und Ausschlussgründe Patient“ per Hand aus und gibt den Fragebogen an den Hausarzt weiter, der seinerseits eine Überprüfung vornimmt und ggf. weitere Ausschlussgründe ergänzt.
- I.2. Der Hausarzt stellt beim Patientenkontakt den Verdacht auf eine Depression oder Panik-/Angststörung und prüft seinerseits die Ein- und Ausschlusskriterien. Liegt ein Ausschlusskriterium vor, füllt der Hausarzt den Fragebogen „Nichtteilnahme und Ausschlussgründe Patient“ per Hand aus.
- I.3. Weiterhin besteht die Möglichkeit, dass der Patient nach erfolgter erster Teilprüfung der Ein- und Ausschlusskriterien, bei der das Ergebnis eine positive Teilnahmefähigkeit des Patienten an der Studie darlegt, dennoch nicht an der Studie teilnehmen möchte. In diesem Falle füllt der Hausarzt oder die MFA ebenfalls den o.g. Fragebogen aus, welcher die Gründe der Nichtteilnahme erfasst.

II. Nach dem Screening

- II.1. Es kann der Fall eintreten, dass bei dem Patienten keine Panik-/Angststörung oder Depression (Cut offs: PHQ-9 ≥ 9 und ≤ 22 ; OASIS ≥ 8); festgestellt werden konnte.
- II.2. Zum anderen kann der Fall eintreten, dass der Patient, nachdem er das Screening bereits durchlaufen hat, die Teilnahme an der Studie ablehnt (Non-Responder).

In beiden Fällen füllt der Hausarzt auf Papier oder auf der Embloom/TelePsy-Plattform den o. g. Fragebogen aus und hinterlegt den jeweiligen Grund für die Nichtteilnahme. Die Erfassung erfolgt anonymisiert.

Die Auswertung dieses Fragebogens ermöglicht eine genaue Aussage hinsichtlich der Alters- und Geschlechterverteilung nicht-eligibler und Non-Responder-Patienten sowie eine Darlegung von Hinderungsgründen für eine Studienteilnahme.

5 Datenmanagement

5.1 Datenströme in der PREMA-Studie und Datenmonitoring

Die Organisationsdaten (i.e., Teilnahmeerklärungen (TNE)) werden an zwei verschiedenen Stellen gesammelt: Die KV Hessen sammelt die TNE der Praxen; die Goethe-Universität erhält eine Kopie der Studien-Einverständniserklärung (informed consent) und sammelt die TNE zum Versorgungsvertrag nach §140a SGB V der TK-Patienten bzw. die Behandlungsverträge der Nicht-TK-Patienten. Die zu den Messzeitpunkten (T-1, T0, T1, T2) online erhobenen Daten bzw. ausgefüllten patientenspezifischen Prüfbögen werden auf der Embloom/TelePsy-Plattform als Patientenakte gespeichert und die medizinischen Daten über die Patienten werden auf der Embloom/TelePsy-Plattform in eine sog. „Studien-Datenbank“ (**Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.**) überführt. Die Daten sind pseudonymisiert in die Studien-Datenbank einzugeben. Über die Embloom/TelePsy-Plattform wird systematisch überprüft, ob die Daten vollständig sind. Offensichtliche Fehler kann das Datenmanagement unter Verwendung eines entsprechenden Formulars korrigieren; andere Unklarheiten bezüglich der Daten aus sind durch Datenrückfragen (sog.: „Queries“) in den Praxen oder bei den Patienten zu klären. Nach Klärung aller Datenrückfragen muss die Vollständigkeit der Studiendatenbank durch den Datenmanager festgestellt werden, und die Studiendatenbank ist durch ihn zu sichern. Eine Weiterleitung pseudonymisierter Daten an die kooperierenden Forschungsinstitute zur Datenverarbeitung ist vorgesehen.

5.2 Datentransfer

5.2.1 Vertrauensstelle

Um sicherzustellen, dass die Auswertung der Daten pseudonym durchgeführt wird, müssen die Daten aus der Embloom-Plattform an eine Vertrauensstelle geliefert werden. Dort werden die Daten erneut pseudonymisiert, bevor sie an die evaluierenden Institute weitergegeben werden. Auf diese Weise ist sichergestellt, dass keine Rückschlüsse anhand der Teilnehmerdaten möglich sind, welche bei der Goethe-Universität gespeichert werden. Die unabhängige Treuhandstelle wird durch das Institut für Versorgungsforschung in der Dermatologie und bei Pflegeberufen (IVDP), vertreten durch Prof. Dr. Augustin (Institutsdirektor) gestellt. Die Treuhandstelle ist räumlich, personell und inhaltlich von allen Beteiligten der PREMA-Studie getrennt. Das IVDP verfügt über ein sogenanntes „Trust-Center“, welches innerhalb des IVDP räumlich personell vom Rest des Institutes getrennt ist

und speziell für die Zwecke treuhänderischer Datenverarbeitung betrieben wird. In diesem wird die Zusammenführung der Daten der PREMA-Studie durchgeführt.

Folgende Daten, welche im Projektverlauf über die Teilnehmenden erfasst werden, werden bei den Projektpartnern erhoben und verarbeitet (

Tabelle 3):

Tabelle 3: Beteiligte Projektpartner und die von Ihnen verarbeiteten Daten

Projektpartner	Aufgabe
Krankenkasse	<ul style="list-style-type: none"> • Verwaltung der Teilnahmeerklärungen zum Versorgungsvertrag und der Einverständniserklärungen zur Studienteilnahme der TK-Versicherten TeilnehmerInnen • Pflege einer Liste aller Praxen mit der Anzahl der TeilnehmerInnen (anonym) für das Reporting ggü. dem Förderer
Kassenärztliche Vereinigung Hessen	<ul style="list-style-type: none"> • Entgegennahme Teilnahmeerklärung der Hausärzte, Prüfung auf das Vorliegen der Voraussetzungen gemäß Vertrag nach § 140a SGB V und Erteilung einer schriftlichen Teilnahme- und Abrechnungsgenehmigung für den Hausarzt. Sowie eine digitale Archivierung der Teilnahmeerklärung der Hausärzte. • Erstellung einer Liste der teilnehmenden Hausärzte für die Randomisierung und Übermittlung dieser Liste an Embloom/TelePsy. • Erstellung einer Liste der teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte für die Administration bei der TK • Verarbeitung der Abrechnungsdateien (GOP, ICD, Name, Adresse, Geburtsdatum) • Abwicklung des operativen Geschäfts im Sinne der Entgegennahme von Leistungsanforderungen der Hausärzte, Prüfen dieser auf sachlich, rechnerische Richtigkeit, Erstellen eines Abrechnungsnachweises, Auszahlung der Vergütung an die anfordernden Leistungserbringer. • Übermittlung einer sogenannten Leerrechnung ohne monetären Wert an die Krankenkasse mit Patientendaten und abgerechneter GOPs.
Embloom/TelePsy	<ul style="list-style-type: none"> • Erhebung, Verarbeitung und Weitergabe pseudonymisierter Primärdaten • Ggf. E-Mail-Adressen der Teilnehmenden Patientinnen und Patienten und der Praxen
Universitätsklinikum Eppendorf	<ul style="list-style-type: none"> • Weitergabe randomisierter Pseudonyme (IBE) • Verarbeitung/Auswertung pseudonymisierter Primärdaten • Zusammenführen pseudonymisierter Primärdaten
Goethe-Universität Frankfurt am Main	<ul style="list-style-type: none"> • Erhebung, Verarbeitung/Auswertung pseudonymisierter Primärdaten

Klinikum der Universität München	<ul style="list-style-type: none"> • Verarbeitung/Auswertung pseudonymisierter Primärdaten
-------------------------------------	---

5.2.2 Datenflüsse zwischen den Projektpartnern

Analysiert werden die Daten von Patienten, bei denen, in einer teilnehmenden Hausarztpraxis in Hessen, eine Depression oder Panik-/Angststörung vermutet wird und welche die Einschlusskriterien erfüllen. Im Folgenden werden die Datenflüsse beschrieben, welche anhand der Nummern im untenstehenden Datenflussdiagramm (**Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.**) nachvollzogen werden können.

Teilnahme von Hausarztpraxen

Eine Hausarztpraxis, die am Projekt teilnehmen möchte gibt Ihre Teilnahmeerklärung an die KVH ab (1). Die KVH prüft die Teilnahmevoraussetzung und erteilt der Praxis die Genehmigung zur Abrechnung (2). Die KVH erstellt anschließend das Leistungserbringerverzeichnis (LEV) und sendet es der TK (3).

Die TK verarbeitet das LEV in ihrer internen Verwaltungssoftware. Die TK gibt eine Praxisliste an die Study Nurse der Goethe Universität Frankfurt (GUF) weiter, sodass die später eintreffenden Patienteneinwilligungen zugeordnet werden können (4).

Außerdem erhält auch die TKgesundheit GmbH (TKGG) die Praxisliste (4), zur späteren Prüfung der Teilnehmerunterlagen der TK Versicherten und für den Versand der Studienordner an die Praxen (5).

Teilnahme von Patienten

In der Hausarztpraxis geben TK-Versicherte Patienten Ihre Teilnahmeerklärung und Erklärung zur Datenverarbeitung im Rahmen des Selektivvertrags nach §140a SGB V ab (6). Alle Nicht-TK-Versicherten Patienten geben ihre Einwilligung zur Datenverarbeitung durch die GUF ab (7). Alle Patienten geben unabhängig von ihrer Zugehörigkeit zu einer gesetzlichen Krankenversicherung die Einverständniserklärung zur Studienteilnahme ab (8).

Die Hausarztpraxis schickt alle Dokumente per Post an die Study Nurse der Goethe Universität Frankfurt (9). Diese nimmt eine erste Sichtung der Unterlagen vor und trennt die Teilnehmerunterlagen nach "TK-Versichert" und "Nicht-TK-Versichert". Die Unterlagen der TK-Versicherten werden im Original an die TK weitergeleitet (10), wo diese durch die TKGG verarbeitet werden (11).

Die TKGG prüft die Unterlagen und nimmt bei Bedarf Kontakt mit den Praxen auf, um die Berichtigung der Dokumente zu klären (12). Die TK stellt der GUF eine anonyme

Teilnehmerliste zur Verfügung, aus der hervorgeht, wie viele TK-Versicherte pro Praxen im Versorgungsvertrag und in der Studie eingeschrieben sind (13). Die Unterlagen der Nicht-TK-Versicherten werden bei der GUF überprüft die Dokumente auf die Vollständigkeit und Richtigkeit. Bei Bedarf wird Kontakt mit der Praxis aufgenommen und um die Berichtigung der Dokumente gebeten (14).

Abrechnung

Die Hausarztpraxis sendet die Abrechnung an die KVH (15). Die KVH überprüft die Berechtigung der Praxis zur Abrechnung.

Die TK-Fälle werden mit der TK anhand des Datenaustauschs im Rahmen des §295 SGB V abgerechnet (16). Im Falle von Auffälligkeiten meldet die TK diese an die KVH ebenfalls im Rahmen des Datenaustauschs zurück.

Die Rechnungsprüfung für Nicht-TK-Versicherte wird anhand der Teilnehmerliste der Nicht-TK-Fälle stichpunktartig durchgeführt. Diese Liste stellt die GUF der KVH bis zum 20. Tag des nachfolgenden Quartals zur Verfügung (17).

Nach erfolgter Abrechnungsprüfung zahlt die KVH die Beträge an die Hausarztpraxen (18). Alle durch die Arztpraxen abgerechneten Mittel werden nach erfolgter Prüfung durch die KVH dem Förderer in Rechnung gestellt (19). Der Förderer zahlt der KVH wiederum die Mittel aus (20).

Reporting ggü. dem Förderer

Die TK berichtet als Konsortialführung regelmäßig dem Konsortium und dem Förderer über den aktuellen Stand der Rekrutierung. Dafür erhält sie von der GUF eine anonyme Teilnehmerliste mit den Nicht-TK-Versicherten, welche die Information enthält wie viele Teilnehmer pro Praxis gescreent wurden und danach in die Studie eingeschlossen wurden (21). Die TK erstellt aus diesen Informationen einen anonymen Teilnehmer-Report, der den Konsortialpartnern (22) und dem Förderer (23) zur Verfügung gestellt wird.

Erhebung und Verarbeitung von Studiendaten

Im Rahmen der Behandlung und der begleitenden Studie werden personenbezogene Daten über die Online-Plattform Embloom erhoben. Diese Daten werden nach der Einwilligung der Patienten zur Studienteilnahme von den Patienten (24) und den Hausarztpraxen (25) eingegeben. Für die Evaluation des Programms werden die Daten pseudonymisiert aus der Plattform an ein Trust Center weitergeleitet (26). Dort werden die Daten erneut pseudonymisiert, bevor sie an die Evaluatoren (KUM, GUF, UKE) weitergegeben werden (27).

Erläuterung der Farben der Verbindungspfeile in Abbildung 5:

- Schwarz: betrifft die Verwaltung der teilnehmenden Praxen
- Blau: betrifft die Verwaltung der Teilnehmerdaten TK-Versicherter
- Grün: betrifft die Verwaltung der Teilnehmerdaten Nicht-TK-Versicherter
- Rot: bezieht sich auf die Verarbeitung der Daten aller Patienten
- Orange: bezieht sich auf die Datenflüsse zur Abrechnung
- Grau: Datenfluss zur Erhebung und Auswertung der Behandlungs- und Studiendaten

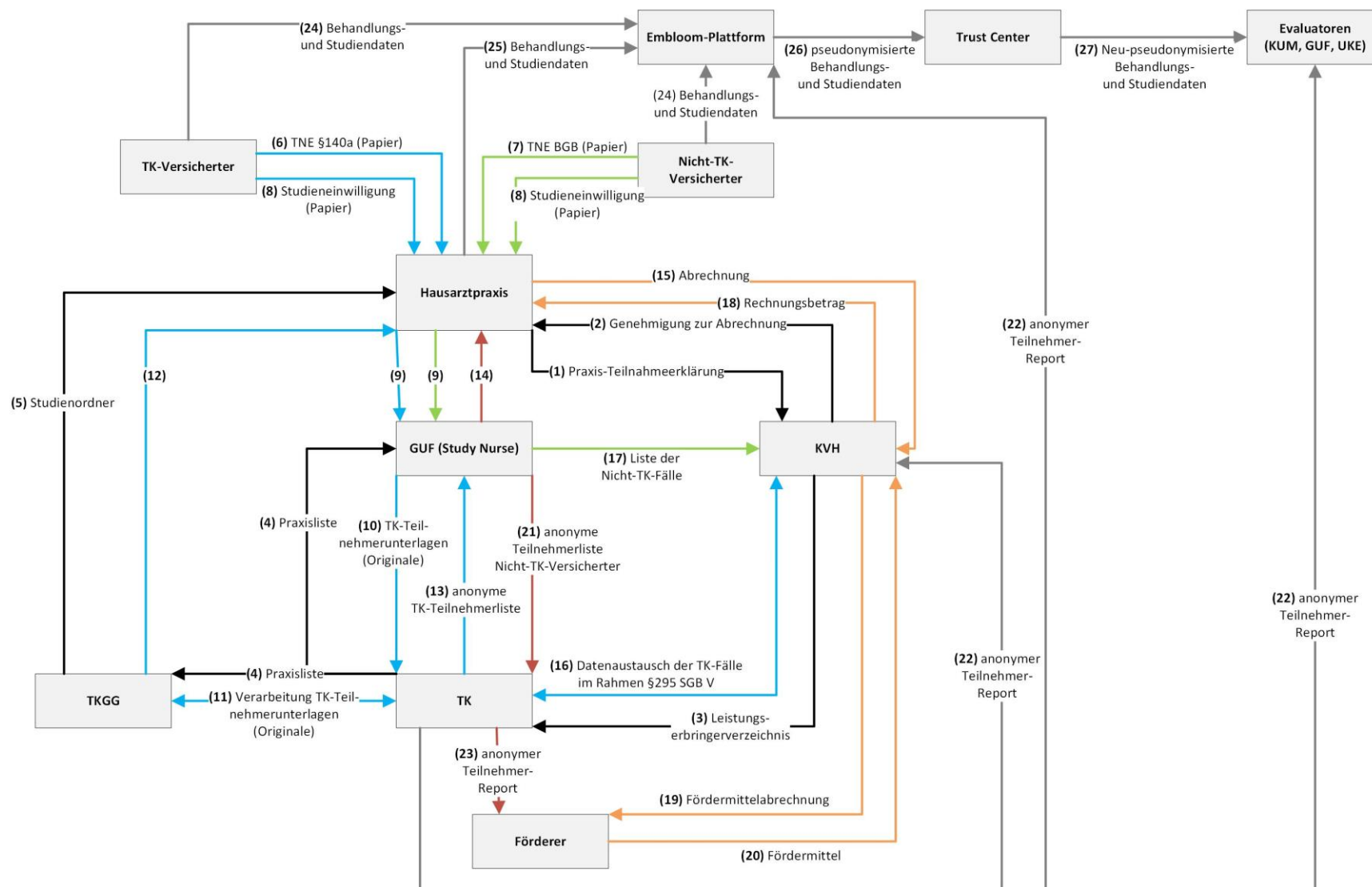


Abbildung 5 Datenfluss

5.3 Qualitätssicherung

Zur Einhaltung ethischer und wissenschaftlicher Standards folgt die Studie den Vorgaben der ICH Guideline for Good Clinical Practice E6 (dt.: Leitlinie für „Gute klinische Praxis“, GCP, 06/1996), der Deklaration von Helsinki und des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG). Darüber hinaus wird durch die Einhaltung des Leitfadens des Medical Research Council (MRC) die Beachtung praktischer und methodischer Problematiken gewährleistet, die speziell bei der Evaluation komplexer Interventionen mit mehreren interagierenden Komponenten auftreten.

Die Evaluatoren sind personell und organisatorisch völlig unabhängig von den übrigen Projektbeteiligten. Die evaluierenden Forschungsabteilungen sind inhaltlich, personell und räumlich getrennt vom Assessment in den ausführenden Hausarztpraxen sowie der koordinierenden Stelle bei der KV Hessen. Dadurch, dass die Intervention nach den initialen Schulungen vollständig durch die Hausarztpraxen selber umgesetzt wird, ist die inhaltliche und räumliche Trennung von Intervention und Evaluation ohnehin gegeben. Ansprechpartner bei etwaigen Problemen der Praxen bei der Durchführung der Intervention ist die KV Hessen, so dass auch an dieser Stelle eine Einflussnahme auf die evaluierenden Institutionen ausgeschlossen ist. Generell wird innerhalb des Konsortialvertrags eine Einflussnahme seitens der Konsortialpartner auf das methodische Vorgehen zur Ergebnisaufbereitung, -darstellung und Veröffentlichung ausgeschlossen.

Die Prozesse rund um die Implementierung des hausärztlichen Case Managements werden durch eine umfassende qualitativ-quantitative Prozessevaluation abgebildet (siehe Teilprojekt 3). Die formative Prozessevaluation findet kontinuierlich während der Durchführung der gesamten Intervention statt. Die dadurch gewonnenen Informationen dienen u.a. der Qualitätssicherung und werden für eine ggf. notwendige Optimierung im Hinblick auf die spätere Übertragung in die Regelversorgung genutzt.

5.4 Studienmonitoring - Data and safety monitoring board (DSMB)

Das Studienmonitoring wird durch das Data and Safety Monitoring Board (DSMB) sichergestellt. Die DSMB-Mitglieder sind unabhängige, in der Studiendurchführung erfahrene Wissenschaftler, die nicht in diese Studiendurchführung involviert sind. Das DSMB besteht aus fünf Mitgliedern. Das initiale Treffen erfolgt als Präsenztreffen vor Studienstart. Die folgenden Treffen finden halbjährlich als Telefonkonferenzen statt. Im offenen Teil dieser Treffen wird der Stand der Studie, insbesondere der Stand der Rekrutierung, Protokollabweichungen, der Anteil der Patienten, die bisher aus der Studie ausschieden, die

Zahl und die Art der schweren unerwünschten Ereignisse und alle sonstigen Schwierigkeiten, die während einer Studie auftreten können, besprochen. Im geschlossenen Teil diskutiert das DSMB, ob die Studie unverändert fortgeführt werden kann oder ob es eine Empfehlung zur Änderung des Studiendesigns oder zum Stopp der Studie gibt. So stellt das DSMB sicher, dass alle regulatorischen Anforderungen eingehalten werden.

5.5 Datenschutzrechtliche Beschreibung der Applikation von Embloom/TelePsy

5.5.1 Vorstellung der Applikation von Embloom/TelePsy und ihrer Funktionen

Embloom/TelePsy ist eine Internetplattform für eHealth in der psychischen Gesundheitsfürsorge. Auf dieser Plattform können u.a. psychologische Testverfahren, therapeutische Übungen, Online-Tagebücher, Online-Behandlungsmodule, etc. bereitgestellt, bearbeitet und ggf. automatisch ausgewertet werden. Des Weiteren verfügt die Plattform über ein umfassendes Aktensystem, Chats und Videosprechstunden. Da auf der Plattform auch personenbezogene und weitere hochsensible Daten wie beispielsweise Ergebnisse von psychometrischen Testverfahren verarbeitet werden, gewährleistet Embloom/TelePsy den bestmöglichen Sicherheitsstandard. Embloom/TelePsy verfügt über eine CE-Markierung und ISO 27001 Zertifizierung, was dem Industriestandard entspricht. Darüber hinaus lässt Embloom/TelePsy weitere Sicherungsmaßnahmen, wie z. B. regelmäßige Penetrationstests, durchführen um den Schutz der Daten zu gewährleisten. Die gesamte Kommunikation mit der Embloom/TelePsy-Plattform ist mittels Transport Layer Security (TLS) mit einem Comodo SHA-256 Zertifikat verschlüsselt.

5.5.2 Technische Details

5.5.2.1 Zutrittskontrolle

Maßnahmen, die geeignet sind, Unbefugten den Zutritt zu Datenverarbeitungsanlagen, mit denen personenbezogene Daten verarbeitet oder genutzt werden, zu verwehren.

- Alarmanlage
- Automatisches Zugangskontrollsystem
- Biometrische Zugangssperren (in relevanten Bereichen)
- Bewegungsmelder

- Türsicherung
- Schlüsselregelung (Schlüsselausgabe etc.)
- Protokollierung der Besucher
- Sorgfältige Auswahl von Wachpersonal
- Chipkarten-/Transponder-Schließsystem
- Manuelles Schließsystem
- Videoüberwachung der Zugänge
- Sicherheitsschlösser
- Personenkontrolle beim Pförtner/Empfang
- Sorgfältige Auswahl von Reinigungspersonal
- Tragepflicht von Berechtigungsausweisen

5.5.2.2 Zugangskontrolle

Maßnahmen, die geeignet sind zu verhindern, dass Datenverarbeitungssysteme von Unbefugten genutzt werden können.

- Zuordnung von Benutzerrechten
- Passwortvergabe
- Authentifikation mit Benutzername/Passwort
- Gehäuseverriegelungen
- Sperren von externen Schnittstellen (USB etc.) bei allen sicherheitsrelevanten Systemen
- Schlüsselregelung (Schlüsselausgabe etc.)
- Protokollierung der Besucher
- Sorgfältige Auswahl von Wachpersonal
- Einsatz von Intrusion-Detection-Systemen
- Verschlüsselung von Smartphone-Inhalten
- Einsatz von Anti-Viren-Software
- Erstellen von Benutzerprofilen
- Authentifikation mit biometrischen Verfahren
- Zuordnung von Benutzerprofilen zu IT-Systemen
- Einsatz von VPN-Technologie
- Einsatz einer Firewall
- Sicherheitsschlösser
- Personenkontrolle beim Pförtner/Empfang

- Sorgfältige Auswahl von Reinigungspersonal
- Tragepflicht von Berechtigungsausweisen
- Interne Regelung, dass keine sicherheitsrelevanten/personenbezogenen Daten auf mobilen Datenträgern oder in Notebooks gespeichert werden.

5.5.2.3 Zugriffskontrolle

Maßnahmen, die gewährleisten, dass die zur Benutzung eines Datenverarbeitungssystems Berechtigten ausschließlich auf die ihrer Zugriffsberechtigung unterliegenden Daten zugreifen können, und dass personenbezogene Daten bei der Verarbeitung, Nutzung und nach der Speicherung nicht unbefugt gelesen, kopiert, verändert oder entfernt werden können.

- Erstellen eines Berechtigungskonzepts mit differenzierten Berechtigungen
- Anzahl der Administratoren auf das „Notwendigste“ reduziert
- Verwaltung der Rechte durch Systemadministrator
- Protokollierung von Zugriffen auf Anwendungen, insbesondere bei der Eingabe, Änderung und Löschung von Daten
- Physische Löschung von Datenträgern vor Wiederverwendung
- Einsatz von Aktenvernichtern
- Verschlüsselung von Datenträgern
- Passwortrichtlinie inkl. Passwortlänge, Passwortwechsel
- Sichere Aufbewahrung von Datenträgern
- Ordnungsgemäße Vernichtung von Datenträgern (DIN 32757)
- Protokollierung der Vernichtung
- Interne Regelung, dass keine sicherheitsrelevanten/personenbezogenen Daten auf mobilen Datenträgern oder in Notebooks gespeichert werden.

5.5.2.4 Weitergabekontrolle

Maßnahmen, die gewährleisten, dass personenbezogene Daten bei der elektronischen Übertragung oder während ihres Transports oder ihrer Speicherung auf Datenträger nicht unbefugt gelesen, kopiert, verändert oder entfernt werden können, und dass überprüft und festgestellt werden kann, an welche Stellen eine Übermittlung personenbezogener Daten durch Einrichtungen zur Datenübertragung vorgesehen ist.

- Verschlüsselung/VPN-Tunnel
- Weitergabe von Daten in anonymisierter oder pseudonymisierter Form

- E-Mail-Verschlüsselung
- Erstellen einer Übersicht von regelmäßigen Abruf- und Übermittlungsvorgängen
- Dokumentation der Empfänger von Daten und der Zeitspannen der geplanten Überlassung bzw. vereinbarter Löschfristen
- Sicherheitsrelevante/personenbezogene Daten werden nicht physisch transportiert

5.5.2.5 Eingabekontrolle

Maßnahmen, die gewährleisten, dass nachträglich überprüft und festgestellt werden kann, ob und von wem personenbezogene Daten in Datenverarbeitungssysteme eingegeben, verändert oder entfernt worden sind.

- Protokollierung der Eingabe, Änderung und Löschung von Daten
- Nachvollziehbarkeit von Eingabe, Änderung und Löschung von Daten durch individuelle Benutzernamen (nicht Benutzergruppen)
- Vergabe von Rechten zur Eingabe, Änderung und Löschung von Daten auf Basis eines Berechtigungskonzepts
- Erstellen einer Übersicht, aus der sich ergibt, mit welchen Applikationen welche Daten eingegeben, geändert und gelöscht werden können.
- Aufbewahrung von Formularen, von denen Daten in automatisierte Verarbeitungen übernommen worden sind

5.5.2.6 Auftragskontrolle

Maßnahmen, die gewährleisten, dass personenbezogene Daten, die im Auftrag verarbeitet werden, nur entsprechend den Weisungen des Auftraggebers verarbeitet werden können.

- Auswahl des Auftragnehmers unter Sorgfaltsgesichtspunkten (insbesondere hinsichtlich Datensicherheit)
- Schriftliche Weisungen an den Auftragnehmer (z. B. durch Auftragsdatenverarbeitungsvertrag)
- Auftragnehmer hat Datenschutzbeauftragten bestellt
- Wirksame Kontrollrechte gegenüber dem Auftragnehmer vereinbart
- Vertragsstrafen bei Verstößen
- Vorherige Prüfung der und Dokumentation der beim Auftragnehmer getroffenen Sicherheitsmaßnahmen
- Verpflichtung der Mitarbeiter des Auftragnehmers auf das Datengeheimnis

- Sicherstellung der Vernichtung von Daten nach Beendigung des Auftrags
- Laufende Überprüfung des Auftragnehmers und seiner Tätigkeiten
- Aufträge sind elektronisch (E-Mail) nur von verifizierten Kontaktadressen möglich

5.5.2.7 Verfügbarkeitskontrolle

Maßnahmen, die gewährleisten, dass personenbezogene Daten gegen zufällige Zerstörung oder Verlust geschützt sind.

- Unterbrechungsfreie Stromversorgung (USV)
- Geräte zur Überwachung von Temperatur und Feuchtigkeit in Serverräumen
- Feuer- und Rauchmeldeanlagen
- Alarmmeldung bei unberechtigten Zutritten zu Serverräumen
- Testen von Datenwiederherstellung
- Aufbewahrung von Datensicherung an einem sicheren, ausgelagerten Ort
- Klimaanlage in Serverräumen
- Schutzsteckdosenleisten in Serverräumen
- Feuerlöschgeräte in Serverräumen
- Erstellen eines Backup- und Recoverykonzepts
- Erstellen eines Notfallplans
- Serverräume nicht unter sanitären Anlagen

5.5.2.8 Trennungsgebot

Maßnahmen, die gewährleisten, dass zu unterschiedlichen Zwecken erhobene Daten getrennt verarbeitet werden können.

- Erstellung eines Berechtigungskonzepts
- Versehen der Datensätze mit Zweckattributen/Datenfeldern
- Festlegung von Datenbankrechten
- Logische Mandantentrennung (softwareseitig)
- Verschlüsselung von Datensätzen, die zu demselben Zweck verarbeitet werden
- Bei pseudonymisierten Daten: Trennung der Zuordnungsdatei und der Aufbewahrung auf einem getrennten, abgesicherten IT-System
- Kunden haben gegenseitig keinen Zugriff auf Systeme von anderen Kunden
- Trennung von Produktiv- und Testsystem

5.5.3 Datenerhebung für die PREMA-Studie in der Embloom/TelePsy-Plattform

In der PREMA-Studie tritt Embloom/TelePsy als Auftragsdatenverarbeiter auf. Dazu wird eine schriftliche Einwilligung (Einverständniserklärung) bei jedem Patienten eingeholt. Zu jedem Patienten wird eine Akte auf der Embloom/TelePsy-Plattform erstellt, die mit einer vorlaufenden Nummerierung (Aktenummer) versehen wird. Der Klarname des Patienten und weitere personenbezogene Daten, wie das Geburtsdatum, tauchen nicht auf der Embloom/TelePsy-Plattform auf. Patienten können selbst auswählen ob sie per E-Mail (mit ausdrücklichem Einverständnis) eingeladen werden möchten oder mittels einem vom Praxispersonal ausdrückbaren Log-in-Code Zugang zur Embloom/TelePsy-Plattform bekommen, um die Studieninhalte zu bearbeiten.

Patienten und Praxispersonal geben die Daten selbstständig ein, das Personal von Embloom/TelePsy hat keinen Zugriff auf diese Daten. Alle Eingaben werden auf deutschen Servern gespeichert, deren technische und organisatorische Sicherungsmaßnahmen im Anhang F detailliert aufgeführt sind. In der Evaluationsphase werden den Evaluatoren die studienrelevanten Daten, d.h. hier vor allem Testergebnisse, in pseudonymisierter Form übertragen. Daraufhin werden alle mit der Studie zusammenhängenden Daten von den Embloom/TelePsy-Servern gelöscht.

6 Administrative Regelungen

6.1 Meilensteinplan

In der folgenden Tabelle 4 werden wichtige Meilensteine des Projektes dargestellt. Diese sehen die fristgerechte Umsetzung aller Implementierungs-, Untersuchungs- und Auswertungsschritte vor.

Tabelle 4: Meilensteinplanung (Stand 9. April 2020)

Nr.	Meilenstein	Verantwortlich	Datum (Soll)
1	Weiterleitungsvertrag mit den Konsortialpartnern geschlossen	TK	30.09.18
2	Schulungskonzept für die Multiplikatorenschulung liegt vor	KUM	30.11.18
3	Digitalisierung der Schulungs- und Behandlungsunterlagen abgeschlossen	Embloom, KUM	28.02.19
4	Digitalisierung der Erhebungsinstrumente abgeschlossen	Embloom, KUM, UKE, GUF	28.02.19
5	Konzeptionierung und Programmierung der Webinare für die Praxen ist abgeschlossen	Embloom, KUM	28.02.19

6	Multiplikatorenschulungen durchgeführt	KUM, KVH	28.02.19
7	Vertrag gemäß §140a SGB V geschlossen	TK, KVH	31.03.19
8	Datenschutzkonzept für die Plattform Embloom liegt vor	Embloom	31.03.19
9	Evaluationskonzept liegt vor	UKE, GUF, KUM, TK	31.03.19
10	Datenschutzkonzept inkl. Datenflussdiagramm für die Evaluation liegt vor	UKE, GUF, KUM	31.03.19
11	Positives Ethikvotum liegt vor	UKE, GUF, KUM	31.03.19
12	Vorbereitungsphase abgeschlossen	alle	06.05.19
13	Erster Patient in die Studie eingeschlossen	TK, KVH, KUM	31.08.19
14	Beginn der Erhebung Primärdaten	KUM, GUF, UKE	31.10.19
15	Erste Präsenzveranstaltung für die MFAs durchgeführt	KVH	29.02.20
16	50% der Gesamtfallzahl sind rekrutiert	TK, KVH, KUM	30.09.20
17	Rekrutierung der teilnehmenden Hausarztpraxen abgeschlossen	KVH	30.09.20
18	Auftaktinformationsveranstaltung für interessierte Hausarztpraxen abgeschlossen	KVH	30.09.20
19	Einrichtung der Embloom Konten für die rekrutierten Praxen abgeschlossen	Embloom	30.09.20
20	Rekrutierung der Patienten abgeschlossen	TK, KVH, KUM	31.12.20
21	Durchführung der Präsenzveranstaltungen für die MFAs abgeschlossen	KVH	30.04.21
22	Durchführung der Coaching Telefonate MFAs abgeschlossen	KVH	30.08.21
23	Abstimmung der Struktur des Evaluationsberichts abgeschlossen	UKE, GUF, KUM	28.02.21
24	Durchführung der Webinare abgeschlossen	Embloom	31.03.21
25	Ende der Intervention / letzte Versorgungsleistung erbracht	TK, KVH, KUM	31.12.21
26	Ende der Erhebung der Primärdaten	KUM, GUF, UKE	31.12.21
30	Datenaufbereitung abgeschlossen	KUM, GUF, UKE, Vertrauensstelle	31.03.22
31	Evaluationsbericht liegt vor	KUM, GUF, UKE	31.08.22
32	Auswertung der Daten ist abgeschlossen	KUM, GUF, UKE	31.08.22
33	Erster Patient in der Interventionsgruppe	TK, KVH	30.11.19

6.2 Publikation der Daten und Registrierung

Die Ergebnisse der Studie zum PREMA-Projekt werden international und national in wissenschaftlichen Zeitschriften mit einem Peer-Review-Verfahren publiziert. Um eine hohe

Qualität der Studiendurchführung zu gewährleisten, soll ein Studienprotokoll erstellt werden. Das Studienprotokoll wird ebenfalls in einem internationalen Journal mit Peer-Review veröffentlicht. Zudem wird die Studie in einer Studienregisterdatenbank (z. B. Deutsches Register Klinischer Studien, <https://www.germanctr.de/>) registriert.

Eine Publikationsvereinbarung für die beteiligten Institutionen wird innerhalb des Konsortialvertrags erstellt.

6.3 Finanzierung

Die PREMA-Studie wird vom 01. September 2018 bis 31. August 2022 durch den Innovationsausschuss beim Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) gefördert. Der G-BA ist das oberste Beschlussgremium der gemeinsamen Selbstverwaltung der Ärzte, Zahnärzte, Psychotherapeuten, Krankenhäuser und Krankenkassen. Der Innovationsausschuss soll Projekte fördern, welche die Versorgung optimieren. Ziel ist eine qualitative Weiterentwicklung der Versorgung in Deutschland. Zur Förderung neuer Versorgungsformen und geeigneter Forschungsprojekte, wurde beim G-BA ein Innovationsausschuss mit einer Fördersumme von jährlich 300 Millionen Euro eingerichtet. Die PREMA-Studie wird im Bereich neue Versorgungsformen gefördert.

Unterschriften

Frankfurt, den

Prof. Dr. med. Ferdinand M. Gerlach, MPH
Institut für Allgemeinmedizin
Goethe-Universität Frankfurt am Main

....., den

Prof. Dr. Karl Wegscheider
Institut für medizinische Biometrie und Epidemiologie
Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf

7 Literatur

1. Alonso J, Angermeyer MC, Bernert S, Bruffaerts R, Brugha TS, Bryson H, de Girolamo G, Graaf R, Demyttenaere K, Gasquet I, Haro JM, Katz SJ, Kessler RC, Kovess V, Lepine JP, Ormel J, Polidori G, Russo LJ, Vilagut G, Almansa J, Arbabzadeh-Bouchez S, Autonell J, Bernal M, Buist-Bouwman MA, Codony M, Domingo-Salvany A, Ferrer M, Joo SS, Martinez-Alonso M, Matschinger H, Mazzi F, Morgan Z, Morosini P, Palacin C, Romera B, Taub N, Vollebergh WA. 12-Month comorbidity patterns and associated factors in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatr Scand Suppl.* 2004;(420):28–37.
2. Konnopka A, Leichsenring F, Leibing E, K'nig HH. Cost-of-illness studies and cost-effectiveness analyses in anxiety disorders: A systematic review. *J Affect Disord.* April 2009;114(1–3):14–31.
3. Grochtdreis T, Brettschneider C, Wegener A, Watzke B, Riedel-Heller S, Härter M, König H-H. Cost-effectiveness of collaborative care for the treatment of depressive disorders in primary care: a systematic review. *PLoS ONE.* 2015;10(5):e0123078.
4. Bandelow B, Lichte T, Rudolf S, Wiltink J, Beutel ME. The German guidelines for the treatment of anxiety disorders. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci.* August 2015;265(5):363–73.
5. DGPPN, KBV, AWMF, AkdÄ, BPTK, DAGSHG, DEGAM, DGPM, DGPs, DGRW. S3-Leitlinie/Nationale VersorgungsLeitlinie Unipolare Depression – Kurzfassung, 2. Auflage. Version 1. 2017;77.
6. Faktencheck Depression [Internet]. [zitiert 11. Oktober 2018]. Verfügbar unter: <https://www.bertelsmann-stiftung.de/de/publikationen/publikation/did/faktencheck-depression/>
7. Gensichen J, Torge M, Peitz M, Wendt-Hermainski H, Beyer M, Rosemann T, Krauth C, Raspe H, Aldenhoff JB, Gerlach FM. 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) [ISRCTN66386086]--study protocol. *BMC Public Health.* 5. Oktober 2005;5:101.
8. Gensichen J, von Korff M, Peitz M, Muth C, Beyer M, Güthlin C, Torge M, Petersen JJ, Rosemann T, König J, Gerlach FM, PRoMPT (PRimary care Monitoring for depressive Patients Trial). Case management for depression by health care assistants in small primary care practices: a cluster randomized trial. *Ann Intern Med.* 15. September 2009;151(6):369–78.
9. Gensichen J, Hiller TS, Breitbart J, Teismann T, Brettschneider C, Schumacher U, Piwtorak A, König H-H, Hoyer H, Schneider N, Schelle M, Blank W, Thiel P, Wensing M, Margraf J. Evaluation of a practice team-supported exposure training for patients with panic disorder with or without agoraphobia in primary care - study protocol of a cluster randomised controlled superiority trial. *Trials.* 6. April 2014;15:112.
10. Gensichen J, Peitz M, Torge M, Mosig-Frey J, Wendt-Hermainski H, Rosemann T, Gerlach FM, Löwe B. [The „Depression Monitoring list“ (DeMoL) with integrated PHQ-D-Rationale and design of a tool for the case management for depression in primary care]. *Z Arztl Fortbild Qualitatssich.* 2006;100(5):375–82.

11. Hiller TS, Freytag A, Breitbart J, Teismann T, Schöne E, Blank W, Schelle M, Vollmar HC, Margraf J, Gensichen J. The Jena Anxiety Monitoring List (JAMoL) – a tool for the evidence-based treatment of panic disorder with or without agoraphobia in primary care. *ZEFQ*. 1. April 2018;131:28–37.
12. Kroenke K, Spitzer RL, Williams JB. The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure. *J Gen Intern Med*. September 2001;16(9):606–13.
13. Löwe B, Kroenke K, Herzog W, Gräfe K. Measuring depression outcome with a brief self-report instrument: sensitivity to change of the Patient Health Questionnaire (PHQ-9). *J Affect Disord*. Juli 2004;81(1):61–6.
14. Campbell-Sills L, Norman SB, Craske MG, Sullivan G, Lang AJ, Chavira DA, Bystritsky A, Sherbourne C, Roy-Byrne P, Stein MB. Validation of a brief measure of anxiety-related severity and impairment: the Overall Anxiety Severity and Impairment Scale (OASIS). *J Affect Disord*. Januar 2009;112(1–3):92–101.
15. Norman SB, Campbell-Sills L, Hitchcock CA, Sullivan S, Rochlin A, Wilkins KC, Stein MB. Psychometrics of a Brief Measure of Anxiety to Detect Severity and Impairment: The Overall Anxiety Severity and Impairment Scale (OASIS). *J Psychiatr Res*. Februar 2011;45(2):262–8.
16. Norman SB, Cissell SH, Means-Christensen AJ, Stein MB. Development and validation of an Overall Anxiety Severity And Impairment Scale (OASIS). *Depress Anxiety*. 2006;23(4):245–9.
17. Barlow DH. *Anxiety and Its Disorders: Second Edition: The Nature and Treatment of Anxiety and Panic* [Internet]. Guilford Press. [zitiert 4. Oktober 2018]. Verfügbar unter: <https://www.guilford.com/books/Anxiety-and-Its-Disorders/David-Barlow/9781593850289>
18. Mynors-Wallis LM, Gath DH, Day A, Baker F. Randomised controlled trial of problem solving treatment, antidepressant medication, and combined treatment for major depression in primary care. *BMJ*. 1. Januar 2000;320(7226):26–30.
19. Wagner EH, Austin BT, Davis C, Hindmarsh M, Schaefer J, Bonomi A. Improving chronic illness care: translating evidence into action. *Health Aff (Millwood)*. Dezember 2001;20(6):64–78.
20. Means-Christensen AJ, Arnau RC, Tonidandel AM, Bramson R, Meagher MW. An efficient method of identifying major depression and panic disorder in primary care. *J Behav Med*. Dezember 2005;28(6):565–72.
21. Ware JE, Snow KK, Kosinski M, Gandek B, Institute NEMCHH. *SF-36 health survey : manual and interpretation guide* [Internet]. Boston : The Health Institute, New England Medical Center; 1993 [zitiert 4. Oktober 2018]. Verfügbar unter: <https://trove.nla.gov.au/work/10434831>
22. Ware JE, Kosinski M, Dewey JE. *How to score Version 2 of the SF-36 Health Survey (Standard and Acute forms)* [Internet]. 3rd ed. Lincoln, RI : QualityMetric; 2001 [zitiert 4. Oktober 2018]. Verfügbar unter: <https://trove.nla.gov.au/version/40298356>
23. Löwe B, Gräfe K, Zipfel S, Spitzer RL, Herrmann-Lingen C, Witte S, Herzog W. Detecting panic disorder in medical and psychosomatic outpatients: comparative validation of the

- Hospital Anxiety and Depression Scale, the Patient Health Questionnaire, a screening question, and physicians' diagnosis. *J Psychosom Res.* Dezember 2003;55(6):515–9.
24. Bandelow B. Panik- und Agoraphobie-Skala (PAS) [Internet]. Göttingen: Hogrefe; 1997 [zitiert 4. Oktober 2018]. Verfügbar unter: <https://www.testzentrale.de/shop/panik-und-agoraphobie-skala.html>
 25. Chambless DL, Caputo GC, Jasin SE, Gracely EJ, Williams C. The Mobility Inventory for Agoraphobia. *BehavResTher.* 1985;23(1):35–44.
 26. Rosemann T, Laux G, Droesemeyer S, Gensichen J, Szecsenyi J. Evaluation of a culturally adapted German version of the Patient Assessment of Chronic Illness Care (PACIC 5A) questionnaire in a sample of osteoarthritis patients. *J Eval Clin Pract.* Oktober 2007;13(5):806–13.
 27. Gensichen J, Serras A, Paulitsch MA, Rosemann T, König J, Gerlach FM, Petersen JJ. The Patient Assessment of Chronic Illness Care questionnaire: evaluation in patients with mental disorders in primary care. *Community Ment Health J.* August 2011;47(4):447–53.
 28. Morisky DE, Green LW, Levine DM. Concurrent and predictive validity of a self-reported measure of medication adherence. *Med Care.* Januar 1986;24(1):67–74.
 29. Liu C-F, Hedrick SC, Chaney EF, Heagerty P, Felker B, Hasenberg N, Fihn S, Katon W. Cost-effectiveness of collaborative care for depression in a primary care veteran population. *Psychiatr Serv.* Mai 2003;54(5):698–704.
 30. Katon W, Russo J, Sherbourne C, Stein MB, Craske M, Fan MY, Roy-Byrne P. Incremental cost-effectiveness of a collaborative care intervention for panic disorder. *Psychol Med.* März 2006;36(3):353–63.
 31. Dolan P. Modeling valuations for EuroQol health states. *MedCare.* November 1997;35(11):1095–108.
 32. van Walraven C, Austin PC, Jennings A, Quan H, Forster AJ. A modification of the Elixhauser comorbidity measures into a point system for hospital death using administrative data. *Med Care.* Juni 2009;47(6):626–33.
 33. Rutterford C, Copas A, Eldridge S. Methods for sample size determination in cluster randomized trials. *Int J Epidemiol.* Juni 2015;44(3):1051–67.

8 Anhang

8.1 Anhang A: Screening-Fragebögen

8.1.1 Gesundheitsfragebogen für Patienten (PHQ-9)

Wie oft fühlten Sie sich im Verlauf der <u>letzten 2 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="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
b. Niedergeschlagenheit, Schwermut oder Hoffnungslosigkeit.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
c. Schwierigkeiten ein- oder durchzuschlafen oder vermehrter Schlaf	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
d. Müdigkeit oder Gefühl, keine Energie zu haben	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
e. Verminderter Appetit oder übermäßiges Bedürfnis zu essen	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
f. Schlechte Meinung von sich selbst; Gefühl, ein Versager zu sein oder die Familie enttäuscht zu haben	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
g. Schwierigkeiten, sich auf etwas zu konzentrieren, z.B. beim Zeitunglesen oder Fernsehen	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 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="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
i. Gedanken, dass Sie lieber tot wären oder sich Leid zufügen möchten	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3

Vermerke des Praxisteams:

Gesamtwert (= Summe aller Werte) im PHQ-9: _____

8.1.2 Screening-Fragebogen „OASIS“

Die folgenden Fragen beziehen sich auf Angst und Furcht. Bitte kreuzen Sie bei jeder Frage diejenige Antwort an, die am besten beschreibt, wie es Ihnen **in der vergangenen Woche** ergangen ist.

1) Wie oft hatten Sie Angst?

- 0 Nie
- 1 Selten
- 2 Gelegentlich
- 3 Oft
- 4 Immer

2) Wenn Sie Angst hatten, wie stark bzw. intensiv war diese Angst?

- 0 Gar nicht
- 1 Kaum
- 2 Mittelmäßig
- 3 Ziemlich
- 4 Extrem

3) Wie oft vermieden Sie Situationen, Orte, Dinge oder Aktivitäten aufgrund von Angst oder Furcht?

- 0 Nie
- 1 Selten
- 2 Gelegentlich
- 3 Oft
- 4 Immer

4) Wie sehr beeinträchtigten Angst oder Furcht Ihre Fähigkeit, notwendige Aufgaben bei der Arbeit, in der Schule oder zu Hause zu erledigen?

- 0 Gar nicht
- 1 Kaum
- 2 Mittelmäßig
- 3 Ziemlich
- 4 Extrem

5) Wie sehr beeinträchtigten Angst oder Furcht Ihre sozialen Aktivitäten und Beziehungen?

- 0 Gar nicht
- 1 Kaum
- 2 Mittelmäßig
- 3 Ziemlich
- 4 Extrem

Vermerke des Praxisteam:

Gesamtzahl der Punkte im OASIS: _____

8.2 Anhang B: Nichtteilnahme und Ausschlussgründe Patienten

1. Geschlecht des Patienten:

Weiblich Männlich Divers

2. Geburtsjahr des Patienten:

--	--	--	--

J J J J

3. Teilnahmeerklärung zum Screening wurde unterschrieben?

nein ja

4. Nichtteilnahme und Gründe für die Nichtteilnahme

Dem Patienten wurde eine Studienteilnahme angeboten, er möchte jedoch nicht an der Studie teilnehmen

Bitte Grund für die Nichtteilnahme eintragen: (Mehrfachnennungen möglich)	
<input type="checkbox"/>	Patient gibt an, dass er keine ausreichenden Internetkompetenzen für eine Teilnahme hat
<input type="checkbox"/>	Patient gibt an, dass er sich zu krank fühlt für eine Teilnahme
<input type="checkbox"/>	Patient gibt an, dass er sich zu alt fühlt für eine Teilnahme
<input type="checkbox"/>	Patient hat kein Interesse
<input type="checkbox"/>	Patient gibt an, dass er keine Zeit hat
<input type="checkbox"/>	Patient hat das Gefühl, dass er keine ausreichenden Sprachkenntnisse hat
<input type="checkbox"/>	Patient gibt anderen Grund an: _____

5. Studienausschluss und Studienausschlussgründe

Bei dem Patienten liegt mindestens ein Studienausschlussgrund vor

Bitte Studienausschlussgrund eintragen: (Mehrfachnennungen möglich)	
<input type="checkbox"/>	Beim Screening konnte eine Depression bzw. Panik-/Angststörung (Cut offs: PHQ-9 ≥ 9 und ≤ 22 ; OASIS ≥ 8) nicht festgestellt werden
<input type="checkbox"/>	Alter ≥ 18 Jahre
<input type="checkbox"/>	Kein privater Telefonanschluss vorhanden
<input type="checkbox"/>	Kein privater Internetzugang vorhanden
<input type="checkbox"/>	Fehlende Fähigkeit zur freiwilligen und informierten Entscheidung zur Studienteilnahme
<input type="checkbox"/>	Nicht (mehr) bei der teilnehmenden Krankenkasse versichert
<input type="checkbox"/>	Gesicherte Demenzdiagnose vorhanden
<input type="checkbox"/>	Gesicherte Diagnose einer Psychose vorhanden
<input type="checkbox"/>	Akute Suizidalität
<input type="checkbox"/>	Psychotherapie zu den Studiendiagnosen zum Zeitpunkt des Studien-einschlusses
<input type="checkbox"/>	Expositionstraining nach hausärztlichem Urteil nicht empfohlen
<input type="checkbox"/>	Schwere Seh- oder Hörstörung
<input type="checkbox"/>	Finales Krankheitsstadium (geschätzte Lebenserwartung < 6 Monate)
<input type="checkbox"/>	Mangelnde deutsche Sprachkenntnisse
<input type="checkbox"/>	Sonstiges Ausschlusskriterium, und zwar: _____

8.3 Anhang C: Prozessevaluation – Themen und Befragungszeitpunkte

Methode	Quantitativ = Fragebögen über Embloom/TelePsy-Plattform						Qualitativ				
	Fragebogen Hausarzt n=alle		Fragebogen MFA n=alle		Fragebogen Patient n=alle		Interviews			Fokusgruppen	
	1*	2*	1*	2*	T0	T2	HA (n=10-15)	MFA (n=10-15)	PAT (n=20-30)	HA (n=16)	MFA (n=16)
Zeitpunkt der Befragung	1*	2*	1*	2*	T0	T2	2*	2*	3*	2*	2*
Akzeptanz + Einstellung + Erwartung	X ^I	X ^I	X ^I	X ^I	X ^{I,K}	X ^{I,K}					
Umsetzung (Absicht) = Absicht oder Entscheidung, eine Intervention in der Praxis einzusetzen. = Absicht oder Entscheidung, eine Intervention anzuwenden.	X ^I				X ^{I,K}						
Umsetzung (Nutzung)	X ^I	X ^I	X ^I	X ^I	X ^I	X ^I	X ^I	X ^I	X ^I	X ^I	X ^I
Machbarkeit = Protokollkonform in HA-Praxen implementierbar = für den Patienten im Praxisalltag		X ^I		X ^I			X ^I	X ^I	X ^I	X ^I	X ^I
Umsetzung - Intervention protokollkonform umgesetzt		X ^I		X ^I			X ^I	X ^I		X ^I	X ^I
Umsetzung (Durchdringung) = Ausmaß, in dem die Intervention umgesetzt wurde		X ^I		X ^I		X ^I	X ^I			X ^I	
Einstellung (zu Online-Tools/Plattform/ Intervention)	X ^{Alle}	X ^I	X ^I	X ^I	X ^{I,K}	X ^{I,K}					
Kommunikation – Kollaboration				X ^I			X ^I	X ^I	X ^I	X ^I	X ^I
Fördernde und hemmende Faktoren							X ^I	X ^I	X ^I	X ^I	X ^I
Schulung/Embloom/TelePsy-Plattform – Bewertung (HA/MFA/PAT, Webinar, Durchführung, Ablauf, Organisation, Unterstützung, ...)	X ^{*I}		X ^{*I}		X ^{*I}		X ^I	X ^I	X ^I	X ^I	X ^I
Arbeitszufriedenheit			X ^I	X ^I							

Erläuterung: 1*= Durchführung der Befragung bei Einschluss der Praxis in die Studie; 2*= Durchführung der Befragung 12 Monate nach Einschluss der Praxis in die Studie; 3*= Durchführung der Befragung nach Ende der Intervention; X^{*}= 6 Monate nach Schulung/Webinar; X^I= Interventionsgruppe; X^K= Kontrollgruppe; X^{Alle}=Interventions-, Kontrollgruppe und Nichtteilnehmende

8.4 Anhang D: Demographische Daten Patient

Angaben zu Ihrer Person:

1. Bitte geben Sie ihr Geburtsjahr an:

--	--	--	--

J J J J

2. Bitte geben Sie ihr Geschlecht an:

Weiblich Männlich Divers

3. Welchen Familienstand haben Sie?

- Verheiratet und mit Ehepartner(in) zusammenlebend
 Verheiratet und vom Ehepartner(in) getrennt lebend
 Ledig
 Geschieden
 Verwitwet

4. Wohnort: Leben Sie in einer...?

- Großstadt (mehr als 100.000 Einwohner)
 Größeren Kleinstadt (20.000 bis 100.000 Einwohner)
 Ländlichen Kleinstadt (5.000 bis unter 20.000 Einwohner)
 Dörflichen Siedlung (weniger als 5.000 Einwohner)
 Ich kann dazu keine genauen Angaben machen

5. Leben Sie alleine oder mit anderen Personen in häuslicher Gemeinschaft?

- Allein (im Privathaushalt)
 Mit Partner/Ehepartner (im Privathaushalt)
 Mit Angehörigen (im Privathaushalt)
 Mit Sonstigen (im Privathaushalt)
 Betreutes Wohnen
 Alten- oder Pflegeheim
 Sonstiges: _____

6. Welchen höchsten allgemeinbildenden Schulabschluss haben Sie?

- Ich gehe noch zur Schule

- Hauptschulabschluss (Volksschulabschluss)
 - Realschulabschluss (Mittlere Reife)
 - Abschluss der Polytechnischen Oberschule 10. Klasse
 - Fachhochschulreife
 - Allgemeine oder fachgebundene Hochschulreife/Abitur (Gymnasium bzw. EOS Erweiterte Oberschule)
 - Von der Schule abgegangen ohne Abschluss
 - Einen anderen Schulabschluss, und zwar:
-

7. Welchen höchsten beruflichen Ausbildungsabschluss haben Sie?

- beruflich-betriebliche Ausbildung (Lehre)
 - beruflich-schulische Ausbildung (Berufsfachschule, Handelsschule)
 - Ausbildung an einer Fachschule, Meister-, Technikerschule, Berufsschule- oder Fachakademie
 - Fachhochschule
 - Hochschulabschluss
 - Keinen beruflichen Abschluss
 - Einen anderen beruflichen Abschluss, und zwar:
-

8. Wie ist Ihre aktuelle berufliche Tätigkeit?

- Beschäftigung in Vollzeitstelle
- Beschäftigung in Teilzeitstelle
- Selbstständig
- Schüler/Auszubildender/Student
- Rentner
- Ohne Beschäftigung (z. B. Arbeitssuchend, Arbeitslos)
- Sonstiges, und zwar: _____

8.5 Anhang E: Allgemeine technische und organisatorische Datenschutzmaßnahmen der Embloom/TelePsy-Plattform

1. Zugriffskontrolle

Ein unbefugter Zutritt ist zu verhindern, wobei der Begriff räumlich zu verstehen ist.

Technische bzw. organisatorische Maßnahmen zur Zutrittskontrolle, insbesondere auch zur Legitimation der Berechtigten:

- ⇒ Türsicherung (elektrische Türöffner mit Zugriffsprotokollierung sowie protokollierte Schlüsselvergabe)
- ⇒ Zugangskontrollsysteme
- ⇒ Videoüberwachung mit Sabotageerkennung und Aufzeichnung
- ⇒ Einbruchsmeldeanlage mit Aufschaltung des Sicherheitsdienstes
- ⇒ Chipkarten-/Transponder-Schließsystem
- ⇒ Sicherheitsschlösser
- ⇒ Sorgfältige Auswahl von Wach- und Reinigungspersonal
- ⇒ Tragepflicht von Berechtigungsausweisen

2. Zugangskontrolle

Das Eindringen Unbefugter in die DV-Systeme ist zu verhindern.

Technische (Kennwort- / Passwortschutz) und organisatorische (Benutzerstammsatz) Maßnahmen hinsichtlich der Benutzeridentifikation und Authentifizierung:

- ⇒ Passwortvergabe und Kennwortverfahren (u.a. Sonderzeichen, Mindestlänge, regelmäßiger Wechsel des Kennworts)
- ⇒ Authentifikation mit Benutzername/Passwort
- ⇒ Gehäuseverriegelungen
- ⇒ Automatische Sperrung (z.B. Kennwort oder Pausenschaltung)
- ⇒ Sperren von externen Schnittstellen (USB etc. bei allen sicherheitsrelevanten Systemen)
- ⇒ die PCs sind durch lokale Passwörter der Mitarbeiter geschützt
- ⇒ im Intranet werden Passwortrichtlinien durch MS-AD umgesetzt (u.a. Sonderzeichen, Mindestlänge, regelmäßiger Wechsel des Kennworts)
- ⇒ die lokalen Systeme der Mitarbeiter werden regelmäßig bei Erscheinen von Updates aktualisiert
- ⇒ Einsatz von Anti-Viren-Software
- ⇒ Einsatz von VPN-Technologie
- ⇒ Es werden keine sicherheitsrelevanten/personenbezogenen Daten auf mobilen Datenträgern oder in Notebooks gespeichert

3. Zugriffskontrolle

Unerlaubte Tätigkeiten in DV-Systemen außerhalb eingeräumter Berechtigungen sind zu verhindern.

Bedarfsorientierte Ausgestaltung des Berechtigungskonzepts und der Zugriffsrechte sowie deren Überwachung und Protokollierung:

- ⇒ Erstellung eines Berechtigungskonzepts mit differenzierten Berechtigungen (Profile, Rollen, Transaktionen und Objekte)
- ⇒ Anzahl der Administratoren auf das „Notwendigste“ reduziert
- ⇒ Protokollierung von Zugriffen auf Anwendungen, insbesondere bei der Eingabe, Änderung und Löschung von Daten
- ⇒ Physische Löschung von Datenträgern vor Wiederverwendung
- ⇒ Einsatz von Aktenvernichtern
- ⇒ Protokollierung der Vernichtung
- ⇒ Verschlüsselung von Datenträgern
- ⇒ Verwaltung der Rechte durch Systemadministratoren
- ⇒ die Passwortvergabe erfolgt ausschließlich durch berechtigtes Personal an vom Auftraggeber benannte Personen
- ⇒ Passworrichtlinie inkl. Passwortlänge, Passwortwechsel
- ⇒ Sichere Aufbewahrung von Datenträgern

4. Weitergabekontrolle

Aspekte der Weitergabe personenbezogener Daten sind zu regeln: Elektronische Übertragung, Datentransport, Übermittlungskontrolle ...

Maßnahmen bei Transport, Übertragung und Übermittlung oder Speicherung auf Datenträger (manuell oder elektronisch) sowie bei der nachträglichen Überprüfung:

- ⇒ Verschlüsselung / Tunnelverbindung (VPN = Virtual Private Network)
- ⇒ E-Mail-Verschlüsselung
- ⇒ Dokumentation der Empfänger von Daten und der Zeitspannen der geplanten Überlastung bzw. vereinbarter Löschfristen
- ⇒ Weitergabe von Daten in anonymisierter oder pseudonymisierter Form
- ⇒ Erstellen einer Übersicht von regelmäßigen Abruf- und Übermittlungsvorgängen
- ⇒ Sicherheitsrelevante/personenbezogene Daten werden nicht physisch transportiert

5. Eingabekontrolle

Die Nachvollziehbarkeit bzw. Dokumentation der Datenverwaltung und -pflege ist zu gewährleisten.

Maßnahmen zur nachträglichen Überprüfung, ob und von wem Daten eingegeben, verändert oder entfernt (gelöscht) worden sind:

- ⇒ Protokollierung der Eingabe, Änderung und Löschung von Daten
- ⇒ Nachvollziehbarkeit von Eingabe, Änderung und Löschung von Daten durch individuelle Benutzernamen (nicht Benutzergruppen)
- ⇒ Vergabe von Rechten zur Eingabe, Änderung und Löschung von Daten auf Basis eines Berechtigungskonzeptes
- ⇒ Erstellen einer Übersicht, aus der sich ergibt, mit welchen Applikationen welche Daten eingegeben, geändert und gelöscht werden können
- ⇒ Aufbewahrung von Formularen, von denen Daten in automatisierte Verarbeitungen übernommen worden sind

6. Auftragskontrolle

Die weisungsgemäße Auftragsdatenverarbeitung ist zu gewährleisten.

Maßnahmen (technisch / organisatorisch) zur Abgrenzung der Kompetenzen zwischen Auftraggeber und Auftragnehmer:

- ⇒ Auswahl des Auftragnehmers unter Sorgfaltsgesichtspunkten (insbesondere hinsichtlich Datensicherheit)
- ⇒ Schriftliche Weisungen an den Auftragnehmer (z.B. durch Auftragsdatenverarbeitungsvertrag) i.S.d. § 11 Abs. 2 BDSG
- ⇒ Auftragnehmer hat Datenschutzbeauftragten bestellt
- ⇒ Wirksame Kontrollrechte gegenüber dem Auftragnehmer vereinbart
- ⇒ Vertragsstrafen bei Verstößen
- ⇒ Vorherige Prüfung der und Dokumentation der beim Auftragnehmer getroffenen Sicherheitsmaßnahmen
- ⇒ Verpflichtung der Mitarbeiter des Auftragnehmers auf das Datengeheimnis (§ 5 BDSG)
- ⇒ Sicherstellung der Vernichtung von Daten nach Beendigung des Auftrags
- ⇒ Laufende Überprüfung des Auftragnehmers und seiner Tätigkeiten
- ⇒ Aufträge sind elektronisch nur von verifizierten Kontaktadressen möglich (Email und Fax)
- ⇒ Aufträge sind ebenfalls per Post in Schriftform nur durch verifizierte Adressen möglich

7. Verfügbarkeitskontrolle

Die Daten sind gegen zufällige Zerstörung oder Verlust zu schützen.

Maßnahmen zur Datensicherung (physikalisch / logisch):

- ⇒ Unterbrechungsfreie Stromversorgung (USV)
- ⇒ Geräte zur Überwachung von Temperatur und Feuchtigkeit in Serverräumen
- ⇒ Feuer- und Rauchmeldeanlagen
- ⇒ Alarmmeldung bei unberechtigten Zutritten zu Serverräumen
- ⇒ Testen von Datenwiederherstellung
- ⇒ Aufbewahrung von Datensicherung an einem sicheren, ausgelagerten Ort

- ⇒ Klimaanlage in Serverräumen
- ⇒ Schutzsteckdosenleisten in Serverräumen
- ⇒ Feuerlöschgeräte in Serverräumen
- ⇒ Erstellen eines Backup- & Recoverykonzepts
- ⇒ Erstellen eines Notfallplans
- ⇒ Serverräume nicht unter sanitären Anlagen
- ⇒ Spiegeln von Festplatten nach dem RAID-Verfahren (redundante Datenschiebung auf Festplatten)

8. Trennungskontrolle

Daten, die zu unterschiedlichen Zwecken erhoben wurden, sind auch getrennt zu verarbeiten.

Maßnahmen zur getrennten Verarbeitung (Speicherung, Veränderung, Löschung, Übermittlung) von Daten mit unterschiedlichen Zwecken:

- ⇒ Erstellung eines Berechtigungskonzepts
- ⇒ Versehen der Datensätze mit Zweckattributen/Datenfeldern
- ⇒ Festlegung von Datenbankrechten
- ⇒ Kunden haben gegenseitig keinen Zugriff auf andere Kundensysteme
- ⇒ Verschlüsselung von Datensätzen, die zu demselben Zweck verarbeitet werden
- ⇒ Bei pseudonymisierten Daten: Trennung der Zuordnungsdatei und der Aufbewahrung auf einem getrennten, abgesicherten IT-System
- ⇒ Trennung von Produktiv- und Testsystem

8.6 Anhang F: Fragebögen zur Erhebung T0, T1, T2

8.6.1 Mental Health Index-5 (MHI-5)

Anleitung:

Bitte geben Sie anhand der Skala an, wie häufig Sie im letzten Monat die folgenden Stimmungen hatten

Fragen:

1. Wie häufig im letzten Monat waren Sie sehr nervös?
2. Wie häufig im letzten Monat haben Sie sich ruhig und gelassen gefühlt?
3. Wie häufig im letzten Monat haben Sie sich niedergeschlagen und traurig gefühlt?
4. Wie häufig im letzten Monat waren Sie sehr glücklich?
5. Wie häufig im letzten Monat haben Sie sich so niedergeschlagen gefühlt, dass Sie nichts aufheitern konnte?

Antwortmöglichkeiten:

Nie – 0, Selten – 1, Manchmal – 2, Meistens – 3, Immer – 4

8.6.2 Panik- und Agoraphobie-Skala (PAS)

PAS (A1, A2)		
<p>In diesem Fragebogen geht es um die Häufigkeit und Stärke von Panikattacken, die bei Ihnen möglicherweise <i>in der letzten Woche</i> aufgetreten sind.</p> <p>Unter Panikattacken (Angstanfällen) versteht man das plötzliche Auftreten von Angst, verbunden mit einigen der folgenden Symptomen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Herzklopfen, Herzrasen oder unregelmäßiger Herzschlag • Schwitzen • Zittern oder Beben • Mundtrockenheit • Atemnot • Erstickungsgefühl, Enge im Hals • Schmerzen, Druck oder Enge in der Brust • Übelkeit oder Bauchbeschwerden • Schwindel-, Unsicherheits-, Ohnmachts-, oder Benommenheitsgefühle • Gefühl, dass Dinge unwirklich sind (wie im Traum) oder dass man selbst „nicht richtig“ da ist • Angst, die Kontrolle zu verlieren, „wahnsinnig zu werden“ oder ohnmächtig zu werden • Angst zu sterben • Hitzewallungen oder Kälteschauer • Taubheit oder Kribbelgefühle <p>Diese Panikattacken treten plötzlich auf und nehmen während ca. 10 Minuten an Stärke zu.</p>		
PAS A1	Wie häufig hatten Sie solche Panikattacken (Angstanfälle)?	<input type="checkbox"/> ⁰ keine Panikattacken in der letzten Woche <input type="checkbox"/> ¹ 1 Panikattacke in der letzten Woche <input type="checkbox"/> ² 2 oder 3 Panikattacken in der letzten Woche <input type="checkbox"/> ³ 4 bis 6 Panikattacken in der letzten Woche <input type="checkbox"/> ⁴ mehr als 6 Panikattacken in der letzten Woche
PAS A2	Wie schwer waren die Panikattacken in der letzten Woche?	<input type="checkbox"/> ⁰ keine Panikattacken <input type="checkbox"/> ¹ die Panikattacken waren meist leicht <input type="checkbox"/> ² die Panikattacken waren meist mittelschwer <input type="checkbox"/> ³ die Panikattacken waren meist schwer <input type="checkbox"/> ⁴ die Panikattacken waren meist extrem schwer

8.6.3 Mobility Inventory for Agoraphobia nach Chambless (MI-A)

Bitte geben Sie an, in welchem Ausmaß Sie aus Angst oder Unbehagen die folgenden Situationen und Plätze vermeiden. Geben Sie das Ausmaß Ihrer Vermeidung an, wenn Sie *allein* sind.

Benutzen Sie dabei die folgenden Zahlen:

1 = Vermeide niemals.

2 = Vermeide selten.

3 = Vermeide ungefähr die Hälfte der Zeit.

4 = Vermeide meistens.

5 = Vermeide immer.

Plätze:

1. Kinos oder Theater
2. Supermärkte
3. Schul- oder Ausbildungsräume
4. Kaufhäuser
5. Gaststätten
6. Museen
7. Fahrstühle
8. Säle oder Stadien
9. Parkhäuser oder –garagen
10. Hohe Plätze – wie hoch?
11. Geschlossene Räume (z.B. Tunnel)
12. Offene Plätze – außen (z.B. Straßen, Höfe)
13. Offene Plätze – innen (z.B. große Räume, Hallen)

Fahren mit:

14. Bussen
15. Zügen
16. U-Bahnen
17. Flugzeugen
18. Schiffen
19. Autos – überall
20. Autos – auf Autobahnen / Landstraßen

Situationen:

21. Schlange stehen
22. Brücken überqueren
23. Parties, Feste oder Zusammenkünfte
24. Auf der Straße gehen
25. Zu Hause allein sein
26. Weit weg von zu Hause sein
27. Menschenmengen
28. Andere, welche? _____

8.6.4 Patient Assessment of Chronic Illness Care (PACIC)


Fragebogen zur Patientenzufriedenheit mit der medizinischen Betreuung (PACIC-S11)											
© 2011 Jost Steinhäuser, Katja Götz, Jochen Gensichen, Tobias Freund											
Bitte denken Sie beim Ausfüllen dieses Fragebogens an die letzten sechs Monate zurück: Wie haben Sie die Behandlung Ihrer chronischen Erkrankungen erlebt? Unter einer chronischen Erkrankung verstehen wir eine Erkrankung, die seit mindestens drei Monaten besteht und Sie körperlich, seelisch oder sozial beeinträchtigt.											
In wie viel Prozent der Fälle...	Niemals 0%	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	Immer 100%
... wurden mir unterschiedliche Behandlungsmöglichkeiten zur Auswahl vorgestellt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... war ich zufrieden mit der Organisation meiner medizinischen Versorgung.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... wurde ich dabei unterstützt, konkrete Ziele für eine gesündere Lebensweise festzulegen (z.B. gesunde Ernährung, körperliche Bewegung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... wurde mir ein schriftlicher Behandlungsplan (z.B. Medikamentenplan) ausgehändigt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... wurde ich ermutigt, eine Selbsthilfegruppe/Patientenschulung aufzusuchen, damit ich mit meinen chronischen Erkrankungen besser umgehen kann.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... wurde ich nach meinem Gesundheitsverhalten gefragt (z.B. ob ich rauche).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... wurde ich dabei unterstützt, einen Behandlungsplan zu erstellen, den ich in meinem Alltag anwenden kann.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... wurde ich dabei unterstützt, einen Plan auch für schwierige Situationen zu haben, um mit meinen chronischen Erkrankungen umgehen zu können.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... wurde ich gefragt, wie meine chronischen Erkrankungen mein Leben beeinflussen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... hat sich nach einem Arztbesuch jemand aus der Praxis bei mir erkundigt, wie es mir geht.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

... wurde mir erklärt, inwiefern der Besuch eines anderen Arztes (z.B. eine Überweisung zum Augenarzt) für meine Behandlung hilfreich ist.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

	überhaupt nicht zufrieden 0%	10 %	20 %	30 %	40 %	50 %	60%	70%	80 %	90 %	völlig zufrieden 100%
Ingesamt betrachtet, wie zufrieden sind Sie mit der medizinischen Versorgung Ihrer chronischen Erkrankungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

VERTRAULICH

8.6.5 Patientenadhärenz für die Medikamenteneinnahme (Adherence Score)

	Hausarztpraxisbasiertes Case Management zur Behandlung von Patienten mit Major Depression
Medikamenteneinnahme Adherence	1. Befragung T0

Patienten-ID: <input style="width: 40px;" type="text"/> <input style="width: 40px;" type="text"/> <input style="width: 40px;" type="text"/> <input style="width: 40px;" type="text"/>	Datum der Befragung: <input style="width: 40px;" type="text"/> <input style="width: 40px;" type="text"/> <input style="width: 40px;" type="text"/> <input style="width: 40px;" type="text"/> 20 <input style="width: 40px;" type="text"/> <input style="width: 40px;" type="text"/>
	T T M M J J
Patienten-Kürzel: <input style="width: 40px;" type="text"/> <input style="width: 40px;" type="text"/> <input style="width: 40px;" type="text"/>	

1

Haben Sie in den letzten 2 Wochen einmal oder mehrmals vergessen, Ihre Medikamente zu nehmen? Ja <input type="checkbox"/> Nein, nie <input type="checkbox"/>
--

2

Wenn Sie sich in den letzten zwei Wochen besser fühlten, haben Sie dann aufgehört Ihre Medikation weiter zu nehmen? Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>

3

Wenn Sie sich in den letzten zwei Wochen durch die Medikamenteneinnahme schlechter fühlten, haben Sie dann aufgehört Ihre Medikation weiter zu nehmen? Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
--

4

Wann haben Sie in den letzten 2 Wochen Ihre Medikamenteneinnahme vergessen, bzw. aus anderen Gründen die Medikamente nicht genommen?

Markieren Sie in der dritten Zeile den heutigen Wochentag und kreuzen Sie dann für die vorangehenden 14 Tage alle Wochentage an, an denen Sie ihre Medikamente nicht genommen/vergessen haben.

X = Nicht genommen

Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So

8.6.6 Gesundheitsbezogene Lebensqualität (EQ-5D-5L)



Gesundheitsfragebogen

Deutsche Version für Deutschland

(German version for Germany)

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

BEWEGLICHKEIT / MOBILITÄT

- Ich habe keine Probleme herumzugehen
- Ich habe leichte Probleme herumzugehen
- Ich habe mäßige Probleme herumzugehen
- Ich habe große Probleme herumzugehen
- Ich bin nicht in der Lage herumzugehen

FÜR SICH SELBST SORGEN

- Ich habe keine Probleme, mich selbst zu waschen oder anzuziehen
- Ich habe leichte Probleme, mich selbst zu waschen oder anzuziehen
- Ich habe mäßige Probleme, mich selbst zu waschen oder anzuziehen
- Ich habe große Probleme, mich selbst zu waschen oder anzuziehen
- Ich bin nicht in der Lage, mich selbst zu waschen oder anzuziehen

ALLTÄGLICHE TÄTIGKEITEN (z.B. Arbeit, Studium, Hausarbeit, Familien- oder Freizeitaktivitäten)

- Ich habe keine Probleme, meinen alltäglichen Tätigkeiten nachzugehen
- Ich habe leichte Probleme, meinen alltäglichen Tätigkeiten nachzugehen
- Ich habe mäßige Probleme, meinen alltäglichen Tätigkeiten nachzugehen
- Ich habe große Probleme, meinen alltäglichen Tätigkeiten nachzugehen
- Ich bin nicht in der Lage, meinen alltäglichen Tätigkeiten nachzugehen

SCHMERZEN / KÖRPERLICHE BESCHWERDEN

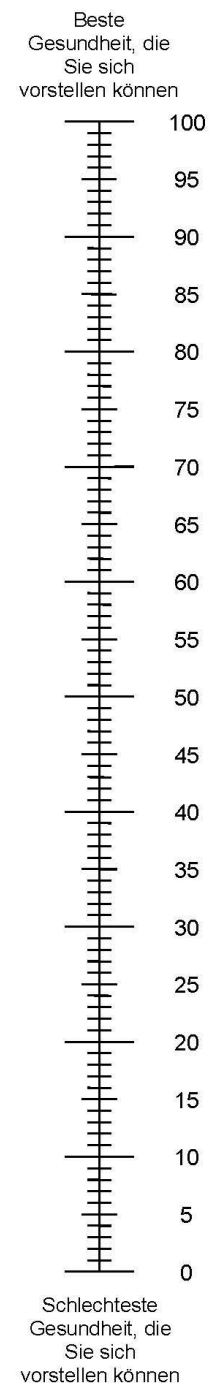
- Ich habe keine Schmerzen oder Beschwerden
- Ich habe leichte Schmerzen oder Beschwerden
- Ich habe mäßige Schmerzen oder Beschwerden
- Ich habe starke Schmerzen oder Beschwerden
- Ich habe extreme Schmerzen oder Beschwerden

ANGST / NIEDERGESCHLAGENHEIT

- Ich bin nicht ängstlich oder deprimiert
- Ich bin ein wenig ängstlich oder deprimiert
- Ich bin mäßig ängstlich oder deprimiert
- Ich bin sehr ängstlich oder deprimiert
- Ich bin extrem ängstlich oder deprimiert

- 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 =



8.6.7 Patientenfragebogen zur Prozessevaluation T0

Praxis ID: □□□

Patienten-ID: □□□□

Fragebogen Patient (T0_PAT)

Sehr geehrte Studienteilnehmerin, sehr geehrter Studienteilnehmer, vielen Dank, dass Sie an der PREMA-Studie (eHealth gestütztes Case-Management für psychisch Erkrankte in der hausärztlichen Primärversorgung) teilnehmen. In dieser Studie soll der Gesundheitszustand von Menschen mit Depression und/oder Angststörungen verbessert werden.

Dabei kommt eine Online-Plattform zum Einsatz, auf die sowohl sie als Patientin/Patient, die Medizinischen Fachangestellten und auch die Hausärztin/der Hausarzt Zugriff haben.

Der folgende Fragebogen dient der Erfassung von Angaben zu Erwartungen und Einstellungen der teilnehmenden Patientinnen und Patienten. Das Ausfüllen dauert etwa 10 Minuten.

Bitte beachten Sie beim Ausfüllen folgende Hinweise:

- Entscheiden Sie sich bitte in jedem Fall für eine Antwort. Im Zweifelsfall können Sie das ankreuzen, was vergleichsweise "eher" für Sie zutrifft.
- Ihre Angaben werden selbstverständlich streng vertraulich behandelt, anonym ausgewertet und nicht an Dritte weitergegeben.

1. Fragen zu Ihrer <u>aktuellen</u> Behandlung.						
Bitte in den folgenden Zeilen nur eine Antwort ankreuzen.	sehr zutreffend	zutreffend	teils/teils	unzutreffend	sehr unzutreffend	
1 Ich glaube, dass mir die aktuelle Behandlung bezüglich meiner psychischen Erkrankung hilft.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2 Ich glaube, dass mein Hausarzt mir hilft.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3 Ich glaube, dass der Hausarzt meine Probleme ähnlich sieht und beurteilt wie ich.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4 Ich habe das Gefühl, dass der Hausarzt und ich gemeinsam auf das gleiche Behandlungsziel hinarbeiten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2. In der PREMA-Studie, an der Sie teilnehmen, ist für Patienten der Studiengruppe eine zusätzliche Online-Behandlung geplant. Mit den folgenden Fragen möchten wir Ihre <u>grundsätzliche Einstellung</u> hinsichtlich der Nutzung einer Online-Behandlung erfassen. Bei dem Begriff der Gesprächstherapie ist <u>jede Form der therapeutischen Behandlung</u> gemeint, die durch den Hausarzt oder einen Psychotherapeuten durchgeführt wird.						
Bitte in den folgenden Zeilen nur eine Antwort ankreuzen.	stimme voll zu	stimme eher zu	teils/teils	stimme eher nicht zu	stimme gar nicht zu	weiß ich nicht

1 Das Behandlungsprinzip einer Online-Behandlung erachte ich grundsätzlich als sinnvoll.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 Eine Online-Behandlung kann genauso wirksam sein wie eine Gesprächstherapie.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 Eine Online-Behandlung ist vertraulicher und diskreter als eine Gesprächstherapie.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 Bei einer Online-Behandlung werde ich keine professionelle Unterstützung erhalten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 Eine Online-Behandlung verstärkt aus meiner Sicht Isolation und Einsamkeit.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 Durch eine Online-Behandlung erwarte ich keine längerfristigen Effekte.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7 Ich habe das Gefühl, dass eine Online-Behandlung mir helfen könnte.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8 Bei einer Online-Behandlung könnte es mir leichter fallen meine Gefühle zu offenbaren, als bei einer Gesprächstherapie.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9 Es wird mir schwer fallen, die Anregungen einer Online-Behandlung tatsächlich im Alltag umzusetzen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10 Fertigkeiten die mir helfen, meinen Alltag besser zu bewältigen, werde ich eher von einer Online-Behandlung lernen, als in einer Gesprächstherapie.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11 Eine Online-Behandlung kann mir dabei helfen zu erkennen, welche Probleme ich angehen und lösen muss.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12 Bei einer Online-Behandlung werde ich die Behandlungskonzepte nicht so gut erfassen wie in einer Gesprächstherapie.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13 Eine Online-Behandlung wird mir wichtige Anregungen geben, besser mit meinen Problemen umzugehen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14 Von der Nutzung einer Online-Behandlung würde ich meiner Familie/meinen Freunden/Bekanntem eher erzählen als von einer Gesprächstherapie.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15 Bei einer Online-Behandlung werde ich zuverlässiger die Behandlung durchführen, als bei einer Gesprächstherapie.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

16 In Krisensituationen wird mir eine Online-Behandlung besser helfen als eine Gesprächstherapie.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17 Bei einer Online-Behandlung brauche ich keine Angst zu haben, dass jemand von meinen psychischen Problemen erfährt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18 Ich fühle mich nicht wohl dabei, meine persönlichen Gedanken auf einer Internet-Plattform preiszugeben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19 Die Nutzung einer Online-Behandlung lässt sich flexibler in meinen Alltag einbauen als eine Gesprächstherapie.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20 Nach der Teilnahme an einer Online-Behandlung fällt es mir bestimmt leichter, zu einem Psychotherapeuten zu gehen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. Es folgen ein paar Fragen zu Ihrer Sichtweise bezüglich einer onlinebasierten Behandlung Ihrer jetzigen psychischen Beschwerden.

Bitte in den folgenden Zeilen nur eine Antwort ankreuzen.	überhaupt nicht							vollkommen			
	0%	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%
1 <u>Was glauben Sie:</u> Wie hilfreich kann eine Online-Behandlung für Sie sein?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 <u>Was glauben Sie:</u> Wie erfolgreich kann eine Online-Behandlung zur Verringerung Ihrer Symptome sein?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 Wie sehr sehen Sie in der heutigen Zeit eine Online-Behandlung als eine angemessene Form Patienten mit Depression und/oder Panik-/Angzuständen zu behandeln?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. Es folgen zwei Fragen zu Ihrer grundsätzlichen Einstellung in Bezug auf neue Behandlungsmethoden.

Bitte in den folgenden Zeilen nur eine Antwort ankreuzen.	sehr zutreffend	zu- treffend	teils/ teils	un- zutreffend	sehr un- zutreffend
1 Ich bin bereit eine neuartige Behandlungsmethode, die von Wissenschaftlern entwickelt wurde, zu nutzen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 Ich würde eine neuartige Behandlungsmethode ausprobieren, auch wenn diese ganz anders wäre als das, was mein Hausarzt normalerweise tut.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. Bitte in den folgenden Zeilen nur eine Antwort ankreuzen.						
Wie <u>wichtig</u> ist für Sie, durch die Behandlung...	gar nicht	etwas	mäßig	ziemlich	sehr	betrifft mich nicht
1 ... mehr Interesse und Freude zu erlangen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 ... mehr Energie zu haben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 ... normalen Appetit zu haben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 ... mich wieder besser konzentrieren zu können.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 ... mehr Selbstwertgefühl zu haben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 ... besser schlafen zu können.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7 ... weniger niedergeschlagen zu sein.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8 ... an Lebensfreude zu gewinnen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9 ... keine Furcht vor einer Verschlechterung der Krankheit zu haben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10 ... ein normales Alltagsleben zu führen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11 ... im Alltag leistungsfähiger zu sein.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12 ... meine Angehörigen und Freunde weniger zu belasten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13 ... normalen Freizeitaktivitäten nachgehen zu können.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14 ... ein normales Berufsleben führen zu können.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15 ... mehr Kontakte mit anderen Menschen haben zu können.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16 ... mich mehr in der Öffentlichkeit zu zeigen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17 ... in der Partnerschaft weniger belastet zu sein.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18 ... ein normales Sexualleben führen zu können.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19 ... weniger auf Arzt- und Klinikbesuche angewiesen zu sein.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20 ... weniger Zeitaufwand mit der täglichen Behandlung zu haben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21 ... weniger eigene Behandlungskosten zu haben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22 ... weniger Nebenwirkungen zu haben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23 ... eine klare Diagnose und Therapie zu finden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24 ... Vertrauen in die Therapie zu haben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

8.6.8 Patientenfragebogen zur Prozessevaluation T1

Praxis ID: □□□

Patienten-ID: □□□□

Fragebogen Patient (T1_PAT_Kontroll- und Interventionsgruppe)

Sehr geehrte Studienteilnehmerin, sehr geehrter Studienteilnehmer, vielen Dank, dass Sie an der PREMA-Studie (eHealth gestütztes Case-Management für psychisch Erkrankte in der hausärztlichen Primärversorgung) teilnehmen. In dieser Studie soll der Gesundheitszustand von Menschen mit Depression und/oder Angststörungen verbessert werden.

Dabei kommt eine Online-Plattform zum Einsatz, auf die sowohl sie als Patientin/Patient, die Medizinischen Fachangestellten und auch die Hausärztin/der Hausarzt Zugriff haben.

Der folgende Fragebogen dient der Erfassung von Angaben zu Erwartungen und Einstellungen der teilnehmenden Patientinnen und Patienten. Das Ausfüllen dauert etwa 10 Minuten.

Bitte beachten Sie beim Ausfüllen folgende Hinweise:

- Entscheiden Sie sich bitte in jedem Fall für eine Antwort. Im Zweifelsfall können Sie das ankreuzen, was vergleichsweise "eher" für Sie zutrifft.
- Ihre Angaben werden selbstverständlich streng vertraulich behandelt, anonym ausgewertet und nicht an Dritte weitergegeben.

1. In den folgenden Fragen geht es um die Nutzung der Embloom/TelePsy Plattform.					
Bitte in den folgenden Zeilen nur eine Antwort ankreuzen.	stimme voll zu	stimme eher zu	teils/ teils	stimme eher nicht zu	stimme gar nicht zu
1 Das Login auf der Embloom/TelePsy Plattform hat problemlos funktioniert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 Die Nutzung der Embloom/TelePsy Plattform war ohne zusätzliche Hilfe möglich.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 Eine Aufbauschulung würde die Nutzung der Embloom/TelePsy Plattform erleichtern.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 Die hinterlegten Informationsmaterialien auf der Embloom/TelePsy Plattform waren <u>verständlich</u> .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 Die hinterlegten Informationsmaterialien auf der Embloom/TelePsy Plattform waren <u>relevant</u> .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 Die hinterlegten Informationsmaterialien auf der Embloom/TelePsy Plattform waren <u>hilfreich</u> .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7 Die hinterlegten Informationsmaterialien wären in Form eines Papiermanuals hilfreicher gewesen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

8 Die Erinnerungsmails für das Ausfüllen von neuen Fragebögen war hilfreich.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

2. In den folgenden zwei Fragen möchten wir etwas über den Zeitrahmen und Umfang der gesamten Schulungen erfragen.			
Bitte in den folgenden Zeilen nur eine Antwort ankreuzen.	zu kurz	genau richtig	zu lang
1 Der Zeitrahmen der <u>gesamten Schulung</u> war:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	zu wenig	genau richtig	zu viel
2 Die Stoffmenge der <u>gesamten Schulung</u> war:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. Mit den folgenden Fragen möchten wir von Ihnen erfahren, wie Sie die Schulungsvideos und -materialien auf der Embloom/TelePsy Plattform hinsichtlich der PREMA-Studie bewerten.					
Bitte in den folgenden Zeilen nur eine Antwort ankreuzen.	stimme voll zu	stimme eher zu	teils/ teils	stimme eher nicht zu	stimme gar nicht zu
1 Das Login auf die Lernplattform hat problemlos funktioniert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 Die verwendeten <i>Schulungsvideos</i> zur Anwendung der Übungen waren <u>verständlich</u> .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 Die verwendeten <i>Schulungsvideos</i> zur Anwendung der Übungen waren <u>relevant</u> .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 Die hinterlegten <i>Informationsmaterialien</i> waren <u>verständlich</u> .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 Die hinterlegten <i>Informationsmaterialien</i> waren <u>relevant</u> .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 Die <u>Erläuterungen des Hausarztes</u> zu den Übungen haben mich ausreichend vorbereitet, so dass ich diese ohne zusätzliche Hilfe umsetzen konnte.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7 Die <u>Erklärungen auf der Embloom/TelePsy Plattform</u> zu den Übungen haben mich ausreichend vorbereitet, so dass ich diese ohne zusätzliche Hilfe umsetzen konnte.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

8 Eine Aufbauschulung würde die Durchführung der Übungen erleichtern.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
---	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

8.6.9 Patientenfragebogen zur Prozessevaluation T2 Interventionsgruppe

Praxis ID: □□□

Patienten-ID: □□□□

Fragebogen Patient (T2_PAT_Interventionsgruppe)

Sehr geehrte Studienteilnehmerin, sehr geehrter Studienteilnehmer,

vielen Dank, dass Sie an der PREMA-Studie (eHealth gestütztes Case-Management für psychisch Erkrankte in der hausärztlichen Primärversorgung) teilnehmen. In dieser Studie soll der Gesundheitszustand von Menschen mit Depression und/oder Angststörungen verbessert werden.

Dabei kommt eine Online-Plattform zum Einsatz, auf die sowohl sie als Patientin/Patient, die Medizinischen Fachangestellten und auch die Hausärztin/der Hausarzt Zugriff haben.

Der folgende Fragebogen dient der Erfassung von Angaben zu Erwartungen und Einstellungen der teilnehmenden Patientinnen und Patienten. Das Ausfüllen dauert etwa 10 Minuten.

Bitte beachten Sie beim Ausfüllen folgende Hinweise:

- Entscheiden Sie sich bitte in jedem Fall für eine Antwort. Im Zweifelsfall können Sie das ankreuzen, was vergleichsweise "eher" für Sie zutrifft.
- Ihre Angaben werden selbstverständlich streng vertraulich behandelt, anonym ausgewertet und nicht an Dritte weitergegeben.

1. Es folgen Fragen zu Ihrer <u>aktuellen Behandlung</u> .					
Bitte in den folgenden Zeilen nur eine Antwort ankreuzen.	sehr zutreffend	zutreffend	teils/teils	unzutreffend	sehr unzutreffend
1 Ich glaube, dass mir die aktuelle Behandlung bezüglich meiner psychischen Erkrankung hilft.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 Ich glaube, dass mein Hausarzt mir hilft.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 Ich glaube, dass der Hausarzt meine Probleme ähnlich sieht und beurteilt wie ich.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 Ich habe das Gefühl, dass der Hausarzt und ich gemeinsam auf das gleiche Behandlungsziel hinarbeiten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. Es folgen drei Fragen zu Ihrer grundsätzlichen Einstellung in Bezug auf neuartige Behandlungsmethoden.

Bitte in den folgenden Zeilen nur eine Antwort ankreuzen.

	sehr zutreffend	zu- treffend	teils/ teils	un- zutreffend	sehr unzutreffen d
1 Ich bin bereit eine neuartige Behandlungsmethode, die von Wissenschaftlern entwickelt wurde, zu nutzen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 Ich würde eine neuartige Behandlungsmethode ausprobieren, auch wenn diese ganz anders wäre als das, was mein Hausarzt normalerweise tut.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 Ich glaube, dass ich die Übungen, die ich in der PREMA-Studie gelernt habe, auch in Zukunft anwenden werde.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. Es folgen ein paar Fragen, wie Sie die neue Möglichkeit der PREMA-Studie zum jetzigen Zeitpunkt bewerten und wie zufrieden Sie sind.

Unter der Bezeichnung PREMA-Studie ist die gesamte Behandlung der letzten 12 Monate zu verstehen, welche aus den Hausarztterminen, den Telefonkontakte mit den Medizinischen Fachangestellten und der Nutzung der Embloom/TelePsy Plattform bestand.

Bitte in den folgenden Zeilen nur eine Antwort ankreuzen.	überhaupt nicht					vollkommen					
	0%	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%
1 Wie sehr sehen Sie in der heutigen Zeit eine Online-Behandlung als eine angemessene Form Patienten mit Depression und/oder Panik-/Angstzuständen zu behandeln?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 Was glauben Sie: Wie hilfreich war die Behandlung in der PREMA-Studie für Sie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 Was glauben Sie: Wie hilfreich war die Behandlung in der PREMA-Studie zur Verringerung Ihrer Symptome?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 Wie logisch erscheint Ihnen die angebotene Behandlung in der PREMA-Studie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 In welchem Maße hat die Behandlung in der PREMA-Studie Ihren Bedürfnissen entsprochen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 Wie zufrieden sind Sie mit dem Ausmaß an Hilfe, welche Sie durch die Behandlung in der PREMA-Studie erhalten haben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7 Hat die Behandlung in der PREMA-Studie Ihnen dabei geholfen angemessener mit Ihren Problemen umzugehen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8 Würden Sie Ihrer Familie/Freunden die Behandlung der PREMA-Studie empfehlen, wenn diese ähnliche Hilfe benötigen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9 Haben Sie die Art von Behandlung erhalten, die Sie wollten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10 Wie zufrieden sind Sie mit der Behandlung in der PREMA-Studie im Großen und Ganzen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<p>4. Mit den folgenden Fragen möchten wir Ihre <u>grundsätzliche Einstellung</u> hinsichtlich der Nutzung der Embloom/TelePsy Plattform erfassen. Bei dem Begriff der Gesprächstherapie ist <u>jede Form der therapeutischen Behandlung</u> gemeint, die durch den Hausarzt oder einen Psychotherapeuten durchgeführt wird.</p>						
Bitte in den folgenden Zeilen nur eine Antwort ankreuzen.	stimme voll zu	stimme eher zu	teils/ teils	stimme eher nicht zu	stimme gar nicht zu	weiß ich nicht
1 Das Behandlungsprinzip der Embloom/TelePsy Plattform erachte ich grundsätzlich als sinnvoll.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 Die Nutzung der Embloom/TelePsy Plattform kann genauso wirksam sein wie eine Gesprächstherapie.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 Die Nutzung der Embloom/TelePsy Plattform ist vertraulicher und diskreter als eine Gesprächstherapie.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 Durch die Nutzung der Embloom/TelePsy Plattform habe ich keine professionelle Unterstützung erhalten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 Die Nutzung der Embloom/TelePsy Plattform hat aus meiner Sicht Isolation und Einsamkeit verstärkt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 Durch die Nutzung der Embloom/TelePsy Plattform erwarte ich keine längerfristigen Effekte.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7 Ich habe das Gefühl, dass die Nutzung der Embloom/TelePsy Plattform mir helfen konnte.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8 Durch die Nutzung der Embloom/TelePsy Plattform fällt es mir leichter meine Gefühle zu offenbaren, als bei einer Gesprächstherapie.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

9 Es fiel mir schwer, die Anregungen der Embloom/TelePsy Plattform tatsächlich im Alltag umzusetzen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10 Fertigkeiten die mir helfen, meinen Alltag besser zu bewältigen, lernte ich eher über die Embloom/TelePsy Plattform, als in einer Gesprächstherapie.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11 Die Nutzung der Embloom/TelePsy Plattform hat mir geholfen zu erkennen, welche Probleme ich angehen und lösen muss.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12 Durch die Embloom/TelePsy Plattform konnte ich die Behandlungskonzepte nicht so gut erfassen wie in einer Gesprächstherapie.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13 Durch die Nutzung der Embloom/TelePsy Plattform wurden mir wichtige Anregungen gegeben, besser mit meinen Problemen umzugehen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14 Von der Embloom/TelePsy Plattform erzähle ich meiner Familie/meinen Freunden/Bekannten eher als von einer Gesprächstherapie.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15 Bei der Embloom/TelePsy Plattform habe ich die Behandlung zuverlässiger durchgeführt, als bei einer Gesprächstherapie.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16 In Krisensituationen konnte mir die Embloom/TelePsy Plattform besser helfen als eine Gesprächstherapie.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17 Bei der Nutzung der Embloom/TelePsy Plattform brauchte ich keine Angst zu haben, dass jemand von meinen psychischen Problemen erfährt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18 Ich fühlte mich nicht wohl dabei, meine persönlichen Gedanken auf der Embloom/TelePsy Plattform preiszugeben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19 Die Nutzung der Embloom/TelePsy Plattform ließ sich flexibler in meinen Alltag einbauen, als eine Gesprächstherapie.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20 Nach der Nutzung der Embloom/TelePsy Plattform fällt es mir leichter zu einem Psychotherapeuten zu gehen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. Es folgen ein paar Fragen, wie Sie die neue Möglichkeit der PREMA-Studie zum jetzigen Zeitpunkt bewerten und wie zufrieden Sie sind.

Unter der Bezeichnung PREMA-Studie ist die gesamte Behandlung der letzten 12 Monate zu verstehen, welche aus den Hausarztterminen, den Telefonkontakte mit den Medizinischen Fachangestellten und der Nutzung der Embloom/TelePsy Plattform bestand.

	überhaupt nicht							vollkommen			
Bitte in den folgenden Zeilen nur eine Antwort ankreuzen.	0%	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%
1 Die Telefonkontakte mit der Medizinischen Fachangestellten waren für mich hilfreich.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 Die Erklärungen der Medizinischen Fachangestellten im Rahmen der PREMA-Studie waren für mich verständlich.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 Die Termine mit dem Hausarzt im Rahmen der PREMA-Studie waren für mich hilfreich.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 Die Körperübungen waren für mich hilfreich.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 Die Entspannungsübungen waren für mich hilfreich.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 Die Situationsübungen waren für mich hilfreich.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7 Ich konnte die Körperübungen gut in meinen Alltag integrieren.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8 Ich konnte die Entspannungsübungen gut in meinen Alltag integrieren.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9 Ich konnte die Situationsübungen gut in meinen Alltag integrieren.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10 Die Erklärungen des Hausarztes zu den Übungen haben mich ausreichend vorbereitet, so dass ich die Übungen ohne zusätzliche Hilfe umsetzen konnte.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11 Die Erklärungen auf der Embloom/TelePsy Plattform zu den Übungen haben mich ausreichend vorbereitet, so dass ich die Übungen ohne zusätzliche Hilfe umsetzen konnte.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6. Bitte in den folgenden Zeilen nur eine Antwort ankreuzen.

Die Behandlung in der PREMA-Studie hat mir geholfen ...	gar nicht	etwas	mäßig	ziemlich	sehr	betrifft mich nicht
1 ... mehr Interesse und Freude zu erlangen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 ... mehr Energie zu haben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 ... normalen Appetit zu haben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 ... mich wieder besser konzentrieren zu können.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 ... mehr Selbstwertgefühl zu haben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 ... besser schlafen zu können.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7 ... weniger niedergeschlagen zu sein.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8 ... an Lebensfreude zu gewinnen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9 ... keine Furcht vor einer Verschlechterung der Krankheit zu haben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10 ... ein normales Alltagsleben zu führen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11 ... im Alltag leistungsfähiger zu sein.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12 ... meine Angehörigen und Freunde weniger zu belasten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13 ... normalen Freizeitaktivitäten nachgehen zu können.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14 ... ein normales Berufsleben führen zu können.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15 ... mehr Kontakte mit anderen Menschen haben zu können.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16 ... mich mehr in der Öffentlichkeit zu zeigen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17 ... in der Partnerschaft weniger belastet zu sein.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18 ... ein normales Sexualleben führen zu können.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19 ... weniger auf Arzt- und Klinikbesuche angewiesen zu sein.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20 ... weniger Zeitaufwand mit der täglichen Behandlung zu haben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

21	... weniger eigene Behandlungskosten zu haben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22	... weniger Nebenwirkungen zu haben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23	... eine klare Diagnose und Therapie zu finden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24	... Vertrauen in die Therapie zu haben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7. Welche <u>Vorteile</u> bietet aus Ihrer Perspektive die Nutzung der Embloom/TelePsy Plattform? <u>Mehrfachantworten</u> sind möglich!	
1 Behandlung auf Distanz	<input type="checkbox"/>
2 Bequem, da die Anreise weg fällt (außer für die Hausarzttermine) – sonst ortsunabhängig	<input type="checkbox"/>
3 Angst vor Stigmatisierung ist reduziert	<input type="checkbox"/>
4 Anonymität	<input type="checkbox"/>
5 Zeit zum Nachdenken; kein Druck sofort reagieren zu müssen	<input type="checkbox"/>
6 Nutzung auch außerhalb von üblichen Sprechstundenzeiten möglich - zeitunabhängig	<input type="checkbox"/>
7 Informationsmaterial kann zu einem günstigen Lernzeitpunkt bearbeitet werden	<input type="checkbox"/>
8 Informationsmaterial kann mit flexiblem Tempo bearbeitet werden	<input type="checkbox"/>
9 Soziale Barrieren (z. B. aufgrund äußerlicher Merkmale) fallen weg	<input type="checkbox"/>
10 Hemmschwelle Hilfe aufzusuchen ist niedriger als in einer Gesprächstherapie	<input type="checkbox"/>
11 Größere Offenheit und Aufrichtigkeit möglich	<input type="checkbox"/>
12 Keine Wartezeiten	<input type="checkbox"/>
13 Geringe Kosten	<input type="checkbox"/>
14 Hausarzt und Medizinische Fachangestellte sind zusätzliche Ansprechpartner	<input type="checkbox"/>
15 Sonstiges:	

--

8. Welche <u>Nachteile</u> bietet aus Ihrer Perspektive die Nutzung der Embloom/TelePsy Plattform? <u>Mehrfachantworten</u> sind möglich!	
1 Fehlende zeitliche Struktur kann aktive Patientenmitarbeit reduzieren	<input type="checkbox"/>
2 Möglichkeiten des unmittelbaren Austauschs eingeschränkt	<input type="checkbox"/>
3 Fehlen von Reflexion durch Mimik und Gestik in einem persönlichen Gespräch	<input type="checkbox"/>
4 Verheimlichen bzw. Vermeiden schwieriger Themen leichter möglich	<input type="checkbox"/>
5 Mehr Missverständnis in der Kommunikation möglich	<input type="checkbox"/>
6 Angemessene Reaktion in Krisensituationen nur eingeschränkt möglich	<input type="checkbox"/>
7 Internetnutzung als Voraussetzung	<input type="checkbox"/>
8 Abhängigkeit von Technik	<input type="checkbox"/>
9 Vertraulichkeit der Daten durch Übertragung und Speicherung der Information gefährdet	<input type="checkbox"/>
10 Fehlende Chatfunktion mit Hausarzt, Medizinischen Fachangestellten, anderen Patienten	<input type="checkbox"/>
11 Fehlende Patientenhotline (24h)	<input type="checkbox"/>
12 Anonymität/geringe persönliche Kommunikation	<input type="checkbox"/>
13 Hausarzt und Medizinische Fachangestellte sind die einzigen Ansprechpartner	<input type="checkbox"/>
14 Sonstiges:	

8.6.10 Patientenfragebogen zur Prozessevaluation T2 Kontrollgruppe

Praxis ID: □□□

Patienten-ID: □□□□

Fragebogen Patient (T2_PAT_Kontrollgruppe)

Sehr geehrte Studienteilnehmerin, sehr geehrter Studienteilnehmer,

vielen Dank, dass Sie an der PREMA-Studie (eHealth gestütztes Case-Management für psychisch Erkrankte in der hausärztlichen Primärversorgung) teilnehmen. In dieser Studie soll der Gesundheitszustand von Menschen mit Depression und/oder Angststörungen verbessert werden.

Dabei kommt eine Online-Plattform zum Einsatz, auf die sowohl sie als Patientin/Patient, die Medizinischen Fachangestellten und auch die Hausärztin/der Hausarzt Zugriff haben.

Der folgende Fragebogen dient der Erfassung von Angaben zu Erwartungen und Einstellungen der teilnehmenden Patientinnen und Patienten. Das Ausfüllen dauert etwa 10 Minuten.

Bitte beachten Sie beim Ausfüllen folgende Hinweise:

- Entscheiden Sie sich bitte in jedem Fall für eine Antwort. Im Zweifelsfall können Sie das ankreuzen, was vergleichsweise "eher" für Sie zutrifft.
- Ihre Angaben werden selbstverständlich streng vertraulich behandelt, anonym ausgewertet und nicht an Dritte weitergegeben.

1. Es folgen Fragen zu Ihrer aktuellen Behandlung.

Bitte in den folgenden Zeilen nur eine Antwort ankreuzen.

	sehr zutreffend	zu- treffend	teils/ teils	un- zutreffend	sehr un- zutreffend
1 Ich glaube, dass mir die aktuelle Behandlung bezüglich meiner psychischen Erkrankung hilft.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 Ich glaube, dass mein Hausarzt mir hilft.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 Ich glaube, dass der Hausarzt meine Probleme ähnlich sieht und beurteilt wie ich.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. Es folgen zwei Fragen zu Ihrer grundsätzlichen Einstellung in Bezug auf neuartige Behandlungsmethoden.

Bitte in den folgenden Zeilen nur eine Antwort ankreuzen.

	sehr zutreffend	zu- treffend	teils/ teils	un- zutreffend	sehr unzutreffend
1 Ich bin bereit eine neuartige Behandlungsmethode, die von Wissenschaftlern entwickelt wurde, zu nutzen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 Ich würde eine neuartige Behandlungsmethode ausprobieren, auch wenn diese ganz anders wäre als das, was mein Hausarzt normalerweise tut.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. Es folgen ein paar Fragen, wie Sie die Behandlung <u>in den letzten 12 Monaten</u> bewerten und wie zufrieden Sie sind.	überhaupt nicht							vollkommen			
	0%	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%
Bitte in den folgenden Zeilen nur eine Antwort ankreuzen.											
1 Wie sehr sehen Sie in der heutigen Zeit eine Online-Behandlung als eine angemessene Form Patienten mit Depression und/oder Panik-/Angstzuständen zu behandeln?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 Was glauben Sie: Wie hilfreich war die Behandlung in den letzten 12 Monaten für Sie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 Was glauben Sie: Wie hilfreich war die Behandlung in den letzten 12 Monaten zur Verringerung Ihrer Symptome?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 Wie logisch erscheint Ihnen die angebotene Behandlung in den letzten 12 Monaten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 In welchem Maße hat die Behandlung in den letzten 12 Monaten Ihren Bedürfnissen entsprochen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 Wie zufrieden sind Sie mit dem Ausmaß an Hilfe, welche Sie durch die Behandlung in den letzten 12 Monaten erhalten haben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7 Hat die Behandlung in den letzten 12 Monaten Ihnen dabei geholfen angemessener mit Ihren Problemen umzugehen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8 Würden Sie Ihrer Familie/Freunden die Behandlung der letzten 12 Monaten empfehlen, wenn diese ähnliche Hilfe benötigen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9 Haben Sie die Art von Behandlung erhalten, die Sie wollten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10 Wie zufrieden sind Sie mit der Behandlung in den letzten 12 Monaten im Großen und Ganzen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. Bitte in den folgenden Zeilen nur eine Antwort ankreuzen.

Die Behandlung <u>in den letzten 12 Monaten</u> hat mir geholfen ...	gar nicht	etwas	mäßig	ziemlich	sehr	betrifft mich nicht
1 ... mehr Interesse und Freude zu erlangen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 ... mehr Energie zu haben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 ... normalen Appetit zu haben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 ... mich wieder besser konzentrieren zu können.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 ... mehr Selbstwertgefühl zu haben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 ... besser schlafen zu können.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7 ... weniger niedergeschlagen zu sein.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8 ... an Lebensfreude zu gewinnen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9 ... keine Furcht vor einer Verschlechterung der Krankheit zu haben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10 ... ein normales Alltagsleben zu führen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11 ... im Alltag leistungsfähiger zu sein.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12 ... meine Angehörigen und Freunde weniger zu belasten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13 ... normalen Freizeitaktivitäten nachgehen zu können.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14 ... ein normales Berufsleben führen zu können.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15 ... mehr Kontakte mit anderen Menschen haben zu können.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16 ... mich mehr in der Öffentlichkeit zu zeigen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17 ... in der Partnerschaft weniger belastet zu sein.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18 ... ein normales Sexualleben führen zu können.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19 ... weniger auf Arzt- und Klinikbesuche angewiesen zu sein.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

20	... weniger Zeitaufwand mit der täglichen Behandlung zu haben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21	... weniger eigene Behandlungskosten zu haben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22	... weniger Nebenwirkungen zu haben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23	... eine klare Diagnose und Therapie zu finden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24	... Vertrauen in die Therapie zu haben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. Mit den folgenden Fragen möchten wir Ihre grundsätzliche Einstellung hinsichtlich der Nutzung einer Online-Behandlung erfassen.

Bei dem Begriff der Gesprächstherapie ist jede Form der therapeutischen Behandlung gemeint, die durch den Hausarzt oder einen Psychotherapeuten durchgeführt wird.

Bitte in den folgenden Zeilen nur eine Antwort ankreuzen.	stimme voll zu	stimme eher zu	teils/ teils	stimme eher nicht zu	stimme gar nicht zu	weiß ich nicht
1 Das Behandlungsprinzip einer Online-Behandlung erachte ich grundsätzlich als sinnvoll.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 Eine Online-Behandlung kann genauso wirksam sein wie eine Gesprächstherapie.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 Eine Online-Behandlung ist vertraulicher und diskreter als eine Gesprächstherapie.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 Bei einer Online-Behandlung werde ich keine professionelle Unterstützung erhalten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 Eine Online-Behandlung verstärkt aus meiner Sicht Isolation und Einsamkeit.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 Durch eine Online-Behandlung erwarte ich keine längerfristigen Effekte.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7 Ich habe das Gefühl, dass eine Online-Behandlung mir helfen könnte.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8 Bei einer Online-Behandlung könnte es mir leichter fallen meine Gefühle zu offenbaren, als bei einer Gesprächstherapie.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9 Es wird mir schwer fallen, die Anregungen einer Online-Behandlung tatsächlich im Alltag umzusetzen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

10 Fertigkeiten die mir helfen, meinen Alltag besser zu bewältigen, werde ich eher von einer Online-Behandlung lernen, als in einer Gesprächstherapie.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11 Eine Online-Behandlung kann mir dabei helfen zu erkennen, welche Probleme ich angehen und lösen muss.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12 Bei einer Online-Behandlung werde ich die Behandlungskonzepte nicht so gut erfassen wie in einer Gesprächstherapie.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13 Eine Online-Behandlung wird mir wichtige Anregungen geben, besser mit meinen Problemen umzugehen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6. Fortsetzung von vorheriger Seite.						
Bitte in den folgenden Zeilen nur eine Antwort ankreuzen.	sehr zutreffend	zutreffend	teils/teils	unzutreffend	sehr unzutreffend	weiß ich nicht
14 Von der Nutzung einer Online-Behandlung würde ich meiner Familie/meinen Freunden/Bekanntem eher erzählen als von einer Gesprächstherapie.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15 Bei einer Online-Behandlung werde ich die Behandlung zuverlässiger durchführen, als bei einer Gesprächstherapie.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16 In Krisensituationen wird mir eine Online-Behandlung besser helfen als eine Gesprächstherapie.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17 Bei einer Online-Behandlung brauche ich keine Angst zu haben, dass jemand von meinen psychischen Problemen erfährt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18 Ich fühle mich nicht wohl dabei, meine persönlichen Gedanken auf einer Internet-Plattform preiszugeben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19 Die Nutzung einer Online-Behandlung lässt sich flexibler in meinen Alltag einbauen als eine Gesprächstherapie.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20 Nach der Teilnahme an einer Online-Behandlung fällt es mir bestimmt leichter, zu einem Psychotherapeuten zu gehen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

8.7 Anhang G: Themenkomplexe für die Patienteninterviews

Themenkomplexe für die Patienteninterviews

Themen	Beispielfragen
Motivation und Erwartungen	<ul style="list-style-type: none"> 1. Was hat Sie motiviert an der Studie teilzunehmen?
Ablauf der Studie	<ul style="list-style-type: none"> 2. Erzählen Sie doch bitte einmal kurz, wie die Behandlung während der Studie für Sie abgelaufen ist?
Bewertung Programm	<ul style="list-style-type: none"> 3. Wie bewerten Sie das Behandlungsprogramm?
Auswirkungen der Behandlung	<ul style="list-style-type: none"> 4. Welche Auswirkungen hat die Studienteilnahme auf Ihr gesundheitliches Befinden?
Bedeutung des Hausarztes	<ul style="list-style-type: none"> 5. Welche Bedeutung hat die (Hausarztpraxis) hinsichtlich Ihrer psychischen Erkrankung für Sie?
Kommunikation / Kollaboration	<ul style="list-style-type: none"> 6. Die Idee in der Studie ist, dass Sie als Patientin/Patient mit dem Hausarzt und der Medizinischen Fachangestellten einen gemeinsamen Behandlungsplan erstellen und durchführen und dadurch die Kommunikation und Zusammenarbeit verbessert wird. Wie haben Sie das erlebt?
Bewertung der TelePsy-Plattform	<ul style="list-style-type: none"> 7. Was können Sie uns über die Nutzung der Online-Plattform TelePsy sagen?
Wünsche/Verbesserungsvorschläge	<ul style="list-style-type: none"> 8. Für eine gute/optimale Betreuung, speziell hinsichtlich Ihrer psychischen Erkrankung, was würden Sie sich dafür anderes wünschen?
Akzeptanz/Bewertung der Intervention	<ul style="list-style-type: none"> 9. Wie schätzen Sie die bisher durchgeführte Behandlung als neuen Versorgungsansatz (in der hausärztlichen Versorgung) für Patienten mit Depression und/oder Angststörung ein?

8.8 Anhang H: Dokumentation des Studienabbruchs

Dokumentation Studienabbruch Patient

Datum: 20 Patienten-ID: Praxis-ID:

<input type="checkbox"/>	Widerruf durch den Patienten
	<p>Der Patient hat die Studienteilnahme <u>endgültig</u> widerrufen.</p> <p>Bitte genaues Datum des Widerrufs eintragen: <input type="text"/><input type="text"/> <input type="text"/><input type="text"/> 20 <input type="text"/><input type="text"/></p> <p style="text-align: center;">T T M M J J</p>
<input type="checkbox"/>	Therapieabbruch durch den Patienten
	<p>Der Patient hat die Intervention abgebrochen, erklärt sich jedoch bereit die weiteren Befragungen durchzuführen.</p> <p>Bitte genaues Datum des Therapieabbruches eintragen: <input type="text"/><input type="text"/> <input type="text"/><input type="text"/> 20 <input type="text"/><input type="text"/></p> <p style="text-align: center;">T T M M J J</p>
<input type="checkbox"/>	Der Patient ist verstorben
	<p>Der Patient ist an folgendem Tag <input type="text"/><input type="text"/> <input type="text"/><input type="text"/> 20 <input type="text"/><input type="text"/></p> <p style="text-align: center;">T T M M J J</p>

Bitte wenden

<input type="checkbox"/>	Ausschluss durch den Behandler															
	Bitte genaues Datum des	<table style="display: inline-table; border: none;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">T</td> <td style="text-align: center;">T</td> <td style="text-align: center;">M</td> <td style="text-align: center;">M</td> <td style="text-align: center;">20</td> <td style="text-align: center;">J</td> <td style="text-align: center;">J</td> </tr> </table>								T	T	M	M	20	J	J
T	T	M	M	20	J	J										
	Ausschlussgrund:															
<input type="checkbox"/>	Die Kontaktdaten des Patienten sind nicht mehr gültig und der Patient konnte nicht erreicht werden															
<input type="checkbox"/>	Der Gesundheitszustand des Patienten hat sich so verschlechtert, dass er nicht mehr befragt werden kann															
<input type="checkbox"/>	Der Patient ist verzogen und kann den bisherigen Hausarzt nicht mehr aufsuchen															
<input type="checkbox"/>	Andere Gründe: (bitte anführen)															

Studieninformation HA Interventionsgruppe

STUDIENINFORMATIONEN FÜR HAUSÄRTZ*INNEN

Sehr geehrte Hausärztin, sehr geehrter Hausarzt,

mit diesem Schreiben laden wir Sie heute zur Teilnahme an einem Interview im Rahmen der PREMA-Studie ein. Wir vom Institut für Allgemeinmedizin der Goethe-Universität Frankfurt am Main wurden mit der Evaluation der PREMA-Studie beauftragt. Dies beinhaltet unter anderem die Durchführung von Einzelinterviews mit Hausärzt*innen in ganz Hessen. Sie erhalten im Folgenden Informationen zum Hintergrund und Ablauf der Interviews.

Hintergrund des Interviews

Das Interview wird im Rahmen des PREMA-Projektes (**E**-Health gestütztes **C**ase-**M**anagement für psychisch Erkrankte in der hausärztlichen **P**rimärversorgung) durchgeführt und trägt zur Weiterentwicklung des Behandlungsangebotes bei. Um den Erfolg des PREMA-Behandlungsprogramms zu verschiedenen Messzeitpunkten zu untersuchen, beinhaltet ein Teil der Evaluation der Studie die Durchführung von Einzelinterviews mit Hausärzt*innen der Interventionsgruppe.

Ziel des Interviews

Im Mittelpunkt des Interviews stehen Ihre Erfahrungen, die Sie während der Teilnahme an der PREMA-Studie gesammelt haben. Aus der Perspektive Ihrer Profession werden Schwierigkeiten oder Verbesserungsvorschläge in Hinblick auf die Umsetzung und Anwendung des PREMA-Behandlungsprogrammes erfragt.

Ablauf des Interviews

Ihre Teilnahme ist freiwillig und Sie haben jederzeit die Möglichkeit ohne Angabe von Gründen Ihre Einwilligung widerrufen.

Nachdem Sie schriftlich Ihre Einwilligung erklärt haben, findet das Interview zu einem vorab vereinbarten Termin telefonisch statt. Bitte planen Sie hierfür ca. 30-40 min. Zeit ein.

Datenschutz und Datenverarbeitung

Das Interview wird auf Tonträger aufgezeichnet. Nach Abschluss der Auswertungen wird diese Aufnahme gelöscht. Die Transkription der Interviewaufzeichnung erfolgt durch ein Transkriptionsbüro. Alle von Ihnen erhobenen Daten werden ausschließlich mit einer Nummer verschlüsselt und somit pseudonymisiert, sodass ein Rückschluss auf Ihre Person nicht möglich ist. Das heißt weder Ihr Name, noch Ihre Initialen, Ihr Alter oder Ihre Funktion erscheinen im Verschlüsselungscode. Ihre Kontaktdaten werden ausschließlich zur Kontaktaufnahme mit Ihnen genutzt. Alle Mitarbeiter*innen des PREMA-Projektes sind zur Verschwiegenheit verpflichtet. Für die Auswertung der Interviewdaten als auch die Präsentation der Ergebnisse in wissenschaftliche Veröffentlichungen, werden Ihre Daten anonymisiert und sind somit nicht auf Sie zurückzuführen.

Interviewteilnahme

Wenn Sie Interesse an der Teilnahme eines Interviews haben oder auch bei generellen Fragen, stehe ich Ihnen jederzeit für Rückfragen zur Verfügung.

Ansprechpartnerin

Maria Hanf

-Wissenschaftliche Mitarbeiterin-
Goethe-Universität Frankfurt am Main / Institut für Allgemeinmedizin
069-6301-84124
hanf@allgemeinmedizin.uni-frankfurt.de

Konsortialpartner

- Kassenärztliche Vereinigung Hessen
- Embloom Deutschland GmbH
- Klinikum der Universität München / Institut für Allgemeinmedizin
- Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf / Institut für Gesundheitsökonomie und Versorgungsforschung
- Goethe-Universität Frankfurt am Main / Institut für Allgemeinmedizin

Förderung

Das Projekt wird mit aus Mitteln des Innovationsausschusses beim Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) gefördert.

Weiter

Studieninformation HA Kontrollgruppe

STUDIENINFORMATIONEN FÜR HAUSÄRTZ*INNEN

Sehr geehrte Hausärztin, sehr geehrter Hausarzt,

mit diesem Schreiben laden wir Sie heute zur Teilnahme an einem Interview im Rahmen der PREMA-Studie ein. Wir vom Institut für Allgemeinmedizin der Goethe-Universität Frankfurt am Main wurden mit der Evaluation der PREMA-Studie beauftragt. Dies beinhaltet unter anderem die Durchführung von Einzelinterviews mit Hausärzt*innen in ganz Hessen. Sie erhalten im Folgenden Informationen zum Hintergrund und Ablauf der Interviews.

Hintergrund des Interviews

Das Interview wird im Rahmen des PREMA-Projektes (E-Health gestütztes Case-Management für psychisch Erkrankte in der hausärztlichen Primärversorgung) durchgeführt und trägt zur Weiterentwicklung des Behandlungsangebotes bei. Um den Erfolg des PREMA-Behandlungsprogramms zu verschiedenen Messzeitpunkten zu untersuchen, beinhaltet ein Teil der Evaluation der Studie die Durchführung von Einzelinterviews mit Hausärzt*innen der Interventionsgruppe.

Ziel des Interviews

Im Mittelpunkt des Interviews stehen Ihre Erfahrungen, die Sie während der Teilnahme an der PREMA-Studie gesammelt haben. Aus der Perspektive Ihrer Profession werden Schwierigkeiten oder Verbesserungsvorschläge in Hinblick auf die Umsetzung und Anwendung des PREMA-Behandlungsprogrammes erfragt.

Ablauf des Interviews

Ihre Teilnahme ist freiwillig und Sie haben jederzeit die Möglichkeit ohne Angabe von Gründen Ihre Einwilligung widerrufen.

Nachdem Sie schriftlich Ihre Einwilligung erklärt haben, findet das Interview zu einem vorab vereinbarten Termin telefonisch statt. Bitte planen Sie hierfür ca. 15 min. Zeit ein.

Datenschutz und Datenverarbeitung

Das Interview wird auf Tonträger aufgezeichnet. Nach Abschluss der Auswertungen wird diese Aufnahme gelöscht. Die Transkription der Interviewaufzeichnung erfolgt durch ein Transkriptionsbüro. Alle von Ihnen erhobenen Daten werden ausschließlich mit einer Nummer verschlüsselt und somit pseudonymisiert, sodass ein Rückschluss auf Ihre Person nicht möglich ist. Das heißt weder Ihr Name, noch Ihre Initialen, Ihr Alter oder Ihre Funktion erscheinen im Verschlüsselungscode. Ihre Kontaktdaten werden ausschließlich zur Kontaktaufnahme mit Ihnen genutzt. Alle Mitarbeiter*innen des PREMA-Projektes sind zur Verschwiegenheit verpflichtet. Für die Auswertung der Interviewdaten als auch die Präsentation der Ergebnisse in wissenschaftliche Veröffentlichungen, werden Ihre Daten anonymisiert und sind somit nicht auf Sie zurückzuführen.

Aufwandsentschädigung

Für Ihre Teilnahme erhalten Sie eine Aufwands-entschädigung von 30 Euro.



Interviewteilnahme

Wenn Sie Interesse an der Teilnahme eines Interviews haben oder auch bei generellen Fragen, stehe ich Ihnen jederzeit für Rückfragen zur Verfügung.

Ansprechpartnerin

Maria Hanf

-Wissenschaftliche Mitarbeiterin-
Goethe-Universität Frankfurt am Main / Institut für Allgemeinmedizin
069-6301-84124
hanf@allgemeinmedizin.uni-frankfurt.de

Konsortialpartner

- Kassenärztliche Vereinigung Hessen
- Embloom Deutschland GmbH
- Klinikum der Universität München / Institut für Allgemeinmedizin
- Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf / Institut für Gesundheitsökonomie und Versorgungsforschung
- Goethe-Universität Frankfurt am Main / Institut für Allgemeinmedizin

Förderung

Das Projekt wird mit aus Mitteln des Innovationsausschusses beim Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) gefördert.

Weiter

Studieninformation MFA Interventionsgruppe

STUDIENINFORMATIONEN FÜR MEDIZINISCHE FACHANGESTELLTE

Sehr geehrte Studienteilnehmerin, sehr geehrter Studienteilnehmer,

mit diesem Schreiben laden wir Sie heute zur Teilnahme an einem Interview im Rahmen der PREMA-Studie ein.

Wir vom Institut für Allgemeinmedizin der Goethe-Universität Frankfurt am Main wurden mit der Evaluation der PREMA-Studie beauftragt. Dies beinhaltet unter anderem die Durchführung von Einzelinterviews mit Medizinischen Fachangestellten in ganz Hessen. Sie erhalten im Folgenden Informationen zum Hintergrund und Ablauf der Interviews.

Hintergrund des Interviews

Das Interview wird im Rahmen des PREMA-Projektes (**E**-Health gestütztes **C**ase-**M**anagement für psychisch Erkrankte in der hausärztlichen **P**rimärversorgung) durchgeführt und trägt zur Weiterentwicklung des Behandlungsangebotes bei.

Um den Erfolg des PREMA-Behandlungsprogramms zu verschiedenen Messzeitpunkten zu untersuchen, beinhaltet ein Teil der Evaluation der Studie die Durchführung von Einzelinterviews mit Medizinischen Fachangestellten der Interventionsgruppe.

Ziel des Interviews

Im Mittelpunkt des Interviews stehen Ihre Erfahrungen, die Sie während der Teilnahme an der PREMA-Studie gesammelt haben. Aus der Perspektive Ihrer Profession werden Schwierigkeiten oder Verbesserungsvorschläge in Hinblick auf die Umsetzung und Anwendung des PREMA-Behandlungsprogrammes erfragt.

Ablauf des Interviews

Ihre Teilnahme ist freiwillig und Sie haben jederzeit die Möglichkeit ohne Angabe von Gründen Ihre Einwilligung widerrufen.

Nachdem Sie schriftlich Ihre Einwilligung erklärt haben, findet das Interview zu einem vorab vereinbarten Termin telefonisch statt. Bitte planen Sie hierfür ca. 30-40 min. Zeit ein.

Datenschutz und Datenverarbeitung

Das Interview wird auf Tonträger aufgezeichnet. Nach Abschluss der Auswertungen wird diese Aufnahme gelöscht. Die Transkription der Interviewaufzeichnung erfolgt durch ein Transkriptionsbüro. Alle von Ihnen erhobenen Daten werden ausschließlich mit einer Nummer verschlüsselt und somit pseudonymisiert, sodass ein Rückschluss auf Ihre Person nicht möglich ist. Das heißt weder Ihr Name, noch Ihre Initialen, Ihr Alter oder Ihre Funktion erscheinen im Verschlüsselungscode. Ihre Kontaktdaten werden ausschließlich zur Kontaktaufnahme mit Ihnen genutzt. Alle Mitarbeiter*innen des PREMA-Projektes sind zur Verschwiegenheit verpflichtet. Für die Auswertung der Interviewdaten als auch die Präsentation der Ergebnisse in wissenschaftliche Veröffentlichungen, werden Ihre Daten anonymisiert und sind somit nicht auf Sie zurückzuführen.

Aufwandsentschädigung

Für Ihre Teilnahme erhalten Sie eine Aufwandsentschädigung von 50 Euro.



Interviewteilnahme

Wenn Sie Interesse an der Teilnahme eines Interviews haben oder auch bei generellen Fragen, stehe ich Ihnen jederzeit für Rückfragen zur Verfügung.

Ansprechpartnerin

Maria Hanf

-Wissenschaftliche Mitarbeiterin-
Goethe-Universität Frankfurt am Main / Institut für Allgemeinmedizin
069-6301-84124
hanf@allgemeinmedizin.uni-frankfurt.de

Konsortialpartner

- Kassenärztliche Vereinigung Hessen
- Embloom Deutschland GmbH
- Klinikum der Universität München / Institut für Allgemeinmedizin
- Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf / Institut für Gesundheitsökonomie und Versorgungsforschung
- Goethe-Universität Frankfurt am Main / Institut für Allgemeinmedizin

Förderung

Das Projekt wird mit aus Mitteln des Innovationsausschusses beim Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) gefördert.

Weiter

Studieninformation MFA Kontrollgruppe

STUDIENINFORMATIONEN FÜR MEDIZINISCHE FACHANGESTELLTE

Sehr geehrte Studienteilnehmerin, sehr geehrter Studienteilnehmer,

mit diesem Schreiben laden wir Sie heute zur Teilnahme an einem Interview im Rahmen der PREMA-Studie ein.

Wir vom Institut für Allgemeinmedizin der Goethe-Universität Frankfurt am Main wurden mit der Evaluation der PREMA-Studie beauftragt. Dies beinhaltet unter anderem die Durchführung von Einzelinterviews mit Medizinischen Fachangestellten in ganz Hessen. Sie erhalten im Folgenden Informationen zum Hintergrund und Ablauf der Interviews.

Hintergrund des Interviews

Das Interview wird im Rahmen des PREMA-Projektes (**E**-Health gestütztes Case-**M**anagement für psychisch Erkrankte in der hausärztlichen **P**rimärversorgung) durchgeführt und trägt zur Weiterentwicklung des Behandlungsangebotes bei.

Um den Erfolg des PREMA-Behandlungsprogramms zu verschiedenen Messzeitpunkten zu untersuchen, beinhaltet ein Teil der Evaluation der Studie die Durchführung von Einzelinterviews mit Medizinischen Fachangestellten der Interventionsgruppe.

Ziel des Interviews

Im Mittelpunkt des Interviews stehen Ihre Erfahrungen, die Sie während der Teilnahme an der PREMA-Studie gesammelt haben. Aus der Perspektive Ihrer Profession werden Schwierigkeiten oder Verbesserungsvorschläge in Hinblick auf die Umsetzung und Anwendung des PREMA-Behandlungsprogrammes erfragt.

Ablauf des Interviews

Ihre Teilnahme ist freiwillig und Sie haben jederzeit die Möglichkeit ohne Angabe von Gründen Ihre Einwilligung widerrufen.

Nachdem Sie schriftlich Ihre Einwilligung erklärt haben, findet das Interview zu einem vorab vereinbarten Termin telefonisch statt. Bitte planen Sie hierfür ca. 15 min. Zeit ein.

Datenschutz und Datenverarbeitung

Das Interview wird auf Tonträger aufgezeichnet. Nach Abschluss der Auswertungen wird diese Aufnahme gelöscht. Die Transkription der Interviewaufzeichnung erfolgt durch ein Transkriptionsbüro. Alle von Ihnen erhobenen Daten werden ausschließlich mit einer Nummer verschlüsselt und somit pseudonymisiert, sodass ein Rückschluss auf Ihre Person nicht möglich ist. Das heißt weder Ihr Name, noch Ihre Initialen, Ihr Alter oder Ihre Funktion erscheinen im Verschlüsselungscode. Ihre Kontaktdaten werden ausschließlich zur Kontaktaufnahme mit Ihnen genutzt. Alle Mitarbeiter*innen des PREMA-Projektes sind zur Verschwiegenheit verpflichtet. Für die Auswertung der Interviewdaten als auch die Präsentation der Ergebnisse in wissenschaftliche Veröffentlichungen, werden Ihre Daten anonymisiert und sind somit nicht auf Sie zurückzuführen.

Aufwandsentschädigung

Für Ihre Teilnahme erhalten Sie eine Aufwandsentschädigung von 30 Euro.



Interviewteilnahme

Wenn Sie Interesse an der Teilnahme eines Interviews haben oder auch bei generellen Fragen, stehe ich Ihnen jederzeit für Rückfragen zur Verfügung.

Ansprechpartnerin

Maria Hanf

-Wissenschaftliche Mitarbeiterin-
Goethe-Universität Frankfurt am Main / Institut für Allgemeinmedizin
069-6301-84124
hanf@allgemeinmedizin.uni-frankfurt.de

Konsortialpartner

- Kassenärztliche Vereinigung Hessen
- Embloom Deutschland GmbH
- Klinikum der Universität München / Institut für Allgemeinmedizin
- Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf / Institut für Gesundheitsökonomie und Versorgungsforschung
- Goethe-Universität Frankfurt am Main / Institut für Allgemeinmedizin

Förderung

Das Projekt wird mit aus Mitteln des Innovationsausschusses beim Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) gefördert.

Weiter

6 Projektergebnisse

6.2.1 Primäroutcome

Zur primären Zielgröße, dem MHI-5 Index wurde zu T0 von 48 Personen in der IG und von 11 Personen in der KG beantwortet, zu T1 von 25 (IG) bzw. 10 (KG), und zu T2 von 15 (IG) bzw. 6 (KG). Die Werte (Mittelwert \pm Standardabweichung) für den MHI-5 Index Score betragen zu T0: 42,5 \pm 13,6 (IG) bzw. 40,5 \pm 15,9 (KG); zu T1: 57,4 \pm 21,0 (IG) bzw. 43,0 \pm 20,6 (KG); zu T2: 64,3 \pm 18,7 (IG) bzw. 46,7 \pm 15,1 (KG). Während also in der Kontrollgruppe die Mittelwerte leicht ansteigen, ist in der Interventionsgruppe ein deutlicher Anstieg zu beobachten. (siehe Tabelle 1: Primäre Zielgröße MHI-5: Deskriptive Beschreibung zu Baseline, T1 und T2)

Aus der statistischen Modellierung ergibt sich ein Unterschied in der Entwicklung des MHI-5 im Follow up im Vergleich zur Baseline zwischen den Behandlungsgruppen von 6,66 (95% CI [-7,38; 20,70], $p=0,352$) Score Punkten zu Gunsten der Interventionsgruppe. Dabei ist aber in beiden Behandlungsgruppen ein Anstieg (14,78 [7,69; 21,87] in der IG und 8,12 [-3,83; 20,08] in der KG), also eine Verbesserung zu beobachten.

Es lässt sich kein relevanter Unterschied des Interventionseffektes zwischen den Zeitpunkten ablesen (7,19 [-7,25; 21,64] zu T1 vs. 5,67 [-9,6; 20,94] zu T2) (siehe Tabelle 2: Primäre Zielgröße MHI-5: Ergebnisse der Modellierung)

Insgesamt ist also ein positiver Interventionseffekt im Rahmen der Erwartung zu beobachten, der aufgrund der zu geringen Fallzahl nicht statistisch nachweisbar ist. Dieser Effekt ist schon nach 6 Monaten zu beobachten, die Durchschnittswerte des MHI-5 selbst steigen aber in den folgenden 6 Monaten noch weiter an.

Tabelle 1: Primäre Zielgröße MHI-5: Deskriptive Beschreibung zu Baseline, T1 und T2

Variable	Behandlungsgruppe	T0 (Baseline)		T1 (6 Monate)		T2 (12 Monate)	
MHI-5 Summary Score	IG	42,5 (13,6)	N=48	57,4 (21,0)	N=25	64,3 (18,7)	N=15
	KG	40,5 (15,9)	N=11	43,0 (20,6)	N=10	46,7 (15,1)	N=6

Tabelle 2: Primäre Zielgröße MHI-5: Ergebnisse der Modellierung

Variable		IG geschätzter Mittelwert [95% CI]	KG geschätzter Mittelwert [95% CI]	IG vs. KG geschätzter Mittelwert [95% CI]	p	Interaktion p
		MHI-5 Summary Score	T1	13,26 [6,00 ; 20,52]	6,07 [-6,26 ; 18,40]	7,19 [-7,25 ; 21,64]
	T2	17,14 [9,18 ; 25,11]	11,47 [-1,41 ; 24,35]	5,67 [-9,60 ; 20,94]	0,467	
	total	14,78 [7,69 ; 21,87]	8,12 [-3,83 ; 20,08]	6,66 [-7,38 ; 20,70]	0,352	

6.2.2 Sekundäroutcomes

PAS

Für den PAS zeigt sich, dass sowohl bei den einzelnen Items als auch im Summenscore für beide Gruppen eine Verbesserung in Form von sinkenden Werten zu beobachten ist. Dabei ist auch hier ein Effekt zu Gunsten (größere Senkung, PAS Summenscore: -0,85 [-2,58; 0,89], $p=0,339$) der Interventionsgruppe zu beobachten. Für das zweite Item (Intensität) ist der Interventionseffekt zu T2 etwas größer als zu T1, wobei diese Unterschiede nicht statistisch darstellbar sind. Für alle 3 Werte ist in beiden Gruppen zu beiden Zeitpunkten eine Verbesserung zu erkennen.

MI-A

Der MI-A wurde zu T0 von 24 Personen in der IG und von 10 Personen in der KG beantwortet, zu T1 von 25 (IG) bzw. 10 (KG), und zu T2 von 15 (IG) bzw. 6 (KG). Die Werte (Mittelwert \pm

Standardabweichung) für den MIA Summenscore betragen zu T0: $2,1 \pm 0,7$ (IG) bzw. $2,4 \pm 0,7$ (KG); zu T1: $2,0 \pm 0,9$ (IG) bzw. $2,5 \pm 0,9$ (KG); zu T2: $1,7 \pm 0,7$ (IG) bzw. $2,7 \pm 0,9$ (KG).

Für den MI-A Summenscore zeigt sich nur eine geringfügige Änderung über die Zeit, die nahezu keinen Gruppenunterschied aufweist (IG vs. KG: $0,01 [-0,36 ; 0,38]$).

PACIC

Der PACIC wurde zu T0 von 24 Personen in der IG und von 10 Personen in der KG beantwortet, zu T1 von 25 (IG) bzw. 10 (KG), und zu T2 von 15 (IG) bzw. 6 (KG). Die Werte (Mittelwert \pm Standardabweichung) für den PACIC Summenscore betragen zu T0: $29,8 \pm 20,0$ (IG) bzw. $31,2 \pm 18,1$ (KG); zu T1: $57,8 \pm 28,4$ (IG) bzw. $27,6 \pm 22,5$ (KG); zu T2: $56,7 \pm 29,3$ (IG) bzw. $39,9 \pm 21,5$ (KG).

Bei Item 12, das die allgemeine Zufriedenheit erfragt, ist der mittlere Baselinewert in der Interventionsgruppe über dem der Kontrollgruppe ($41,3 \pm 30,4$ IG vs. $20,8 \pm 23,5$ KG). Dies setzt sich in den späteren Zeitpunkten fort (T1: $69,6 \pm 32,5$ IG vs. $30,0 \pm 33,9$ KG, T2 $68,7 \pm 27,0$ IG vs. $46,7 \pm 33,3$ KG).

Der PACIC (Qualität der ambulanten Versorgung) ist das einzige Messinstrument, bei dem sich IG und KG statistisch hinsichtlich der Veränderungen über die einzelnen Messpunkte unterschieden. Während in der Interventionsgruppe eine Verbesserung um 11,58 (95% CI [4,00; 19,16]) Score Punkte vorliegt, ist der Score in der Kontrollgruppe im Mittel sogar um 4,21 ([95% CI: [-4,01; 12,43]) Score Punkte gefallen. Das entspricht einem mittleren Interventionseffekt von 15,79 (95% CI [4,52; 27,05], $p=0,006$) mehr Verbesserung. Dieser Unterschied lag schon zu T1 vor, hat aber zu T2 noch weiter zugenommen (zu T1: $13,49 [-0,33; 27,31]$; zu T2: $19,66 [2,00; 37,31]$, Interaktions p-Wert $p=0,578$).

Für das Zusammenfassungsitem 12 lässt sich ein gleicher Trend feststellen. Während sich für die Interventionsgruppe im Mittel eine Verbesserung um 12,4 (95% CI [-0,50; 25,29]) Punkte zeigt, ist in der Kontrollgruppe kaum Veränderung messbar ($-2,45$, 95% CI [-16,63; 11,73]) – was einen Gruppenunterschied von 14,85 (95% CI [-4,45; 34,14], $p=0,132$) zur Folge hat. (siehe Tabelle 3: Sekundäre Outcomes: Modellergebnisse (Differenz zur Baseline, baseline-adjustiert))

Tabelle 3: Sekundäre Outcomes: Modellergebnisse (Differenz zur Baseline, baseline-adjustiert)

Variable		IG geschätzter Mittelwert [95% CI]	KG geschätzter Mittelwert [95% CI]	IG vs. KG		Interaktion p
				geschätzter Mittelwert [95% CI]	p	
PAS Summenscore	T1	-2,01 [-3,21 ; -0,81]	-1,05 [-2,42 ; 0,31]	-0,96 [-2,78 ; 0,86]	0,300	0,652
	T2	-1,28 [-2,69 ; 0,12]	-0,69 [-2,17 ; 0,80]	-0,60 [-2,64 ; 1,45]	0,568	
	total	-1,75 [-2,90 ; -0,60]	-0,90 [-2,20 ; 0,39]	-0,85 [-2,58 ; 0,89]	0,339	
PAS 1	T1	-1,01 [-1,63 ; -0,38]	-0,52 [-1,23 ; 0,18]	-0,49 [-1,43 ; 0,46]	0,313	0,901
	T2	-0,81 [-1,47 ; -0,15]	-0,30 [-1,03 ; 0,44]	-0,52 [-1,50 ; 0,47]	0,305	
	total	-0,93 [-1,55 ; -0,31]	-0,44 [-1,13 ; 0,26]	-0,50 [-1,43 ; 0,44]	0,297	
PAS 2	T1	-1,03 [-1,62 ; -0,43]	-0,48 [-1,16 ; 0,21]	-0,55 [-1,46 ; 0,37]	0,242	0,602
	T2	-0,57 [-1,34 ; 0,20]	-0,32 [-1,11 ; 0,46]	-0,25 [-1,36 ; 0,86]	0,662	
	total	-0,86 [-1,41 ; -0,32]	-0,41 [-1,02 ; 0,19]	-0,45 [-1,28 ; 0,37]	0,281	
MI-A Summenscore	T1	-0,07 [-0,32 ; 0,18]	-0,02 [-0,30 ; 0,25]	-0,05 [-0,43 ; 0,34]	0,813	0,255
	T2	0,00 [-0,27 ; 0,28]	-0,11 [-0,41 ; 0,18]	0,12 [-0,30 ; 0,54]	0,585	
	total	-0,05 [-0,29 ; 0,19]	-0,06 [-0,32 ; 0,21]	0,01 [-0,36 ; 0,38]	0,973	
PACIC Summenscore	T1	9,02 [-0,15 ; 18,19]	-4,29 [-14,68 ; 6,10]	13,31 [-0,55 ; 27,17]	0,060	0,527
	T2	16,63 [4,28 ; 28,98]	-3,68 [-16,12 ; 8,76]	20,31 [2,63 ; 37,99]	0,024	
	total	11,80 [4,15 ; 19,44]	-4,12 [-12,41 ; 4,17]	15,92 [4,58 ; 27,26]	0,006	
PACIC Item 12	T1	8,39 [-5,94 ; 22,72]	-2,12 [-18,36 ; 14,13]	10,51 [-11,42 ; 32,43]	0,348	0,434
	T2	19,55	-2,55	22,10	0,099	

Variable		IG	KG	IG vs. KG		Interaktion
		geschätzter Mittelwert [95% CI]	geschätzter Mittelwert [95% CI]	geschätzter Mittelwert [95% CI]	p	p
Morisky-Score	total	[1,11 ; 37,98] 12,40	[-21,18 ; 16,09] -2,45	[-4,12 ; 48,31] 14,85	0,132	0,543
	T1	[-0,50 ; 25,29] 0,39	[-16,63 ; 11,73] 0,13	[-4,45 ; 34,14] 0,25		
	T2	[-0,12 ; 0,89] -0,00	[-0,43 ; 0,70] -0,44	[-0,50 ; 1,01] 0,44		
PHQ-9 Score	total	[0,23 ; 0,72] 0,23	[-0,63 ; 0,46] -0,08	[-0,42 ; 1,05] 0,31	0,404	0,325
	T1	[-0,26 ; 0,72] -7,91	[-0,63 ; 0,46] -4,87	[-0,42 ; 1,05] -3,05	0,012	
	T2	[-9,21 ; -6,62] -8,76	[-6,87 ; -2,86] -4,52	[-5,43 ; -0,66] -4,24	0,003	
OASIS Summenscore	total	[-10,28 ; -7,24] -8,20	[-6,85 ; -2,19] -4,78	[-7,02 ; -1,46] -3,43	0,003	0,145
	T1	[-9,45 ; -6,96] -3,05	[-6,69 ; -2,86] -0,77	[-5,71 ; -1,14] -2,27	0,091	
	T2	[-4,46 ; -1,63] -3,02	[-2,97 ; 1,43] 1,16	[-4,91 ; 0,36] -4,18	0,007	
	total	[-4,68 ; -1,37] -3,02	[-1,39 ; 3,71] -0,13	[-7,23 ; -1,13] -2,89	0,025	
		[-4,37 ; -1,66]	[-2,23 ; 1,98]	[-5,41 ; -0,37]		

Morisky-Score (Medikamenten Adherence)

Werte zum Morisky-Score liegen zu T0 von 24 Personen in der IG und von 10 Personen in der KG beantwortet, zu T1 von 25 (IG) bzw. 9 (KG), und zu T2 von 15 (IG) bzw. 6 (KG). Die Werte (Mittelwert \pm Standardabweichung) für den Adherence Score betragen zu T0: $2,8 \pm 1,3$ (IG) bzw. $2,6 \pm 1,3$ (KG); zu T1: $3,3 \pm 1,1$ (IG) bzw. $2,9 \pm 1,5$ (KG); zu T2: $3,1 \pm 1,1$ (IG) bzw. $1,5 \pm 1,6$ (KG).

In der Modellierung lässt sich am Schätzer ein geringer Effekt zugunsten der Interventionsgruppe erkennen ($0,31$ [-0,42; 1,05], $p=0,404$). Dabei stellt sich die Veränderung jedoch so dar, dass in der Interventionsgruppe der Score zunächst steigt um bei T1 auf dem Ausgangsniveau zu liegen, während in der Kontrollgruppe der Anstieg zunächst geringer ausfällt und der Score zu T2 sogar unter dem Ausgangswert liegt ($-0,44$ [-1,04; 0,17]). Diese Unterschiede sind jedoch minimal und statistisch nicht abzubilden (Interaktion: $p=0,543$).

PHQ-9 und OASIS

Die Werte (Mittelwert \pm Standardabweichung) für den PHQ-9 betragen beim Screening $11,8 \pm 5,0$ (IG) bzw. $12,6 \pm 4,4$ (KG); zu T1: $5,2 \pm 4,2$ (IG) bzw. $8,4 \pm 4,5$ (KG); zu T2: $4,5 \pm 3,2$ (IG) bzw. $9,8 \pm 4,9$ (KG).

Die mittleren OASIS Werte beim Screening waren in beiden Behandlungsgruppen gleich ($9,3 \pm 3,5$ IG, $N=47$ vs. $9,3 \pm 3,8$ KG, $N=13$). Im weiteren Verlauf liegen die OASIS Werte zu T1 von 25 Personen in der IG und von 10 Personen in der KG vor, zu T2 von 15 (IG) bzw. 6 (KG).

In der Modellierung ergeben sich schon für die heterogene Gesamtgruppe deutliche Interventionseffekte. Für den PHQ-9 Score ist in beiden Gruppen im Mittel eine Verbesserung (Senkung) zu beobachten, die jedoch in der Interventionsgruppe relevant stärker ausfällt als in der Kontrollgruppe ($-3,43$, 95% CI [- 5,71; -1,14], $p=0,003$). Dieser Effekt besteht schon zu T1 ($-3,05$ [-5,43 ; -0,66], $p=0,012$), verstärkt sich noch etwas zu T2 ($-4,24$ [-7,02 ; -1,46], $p=0,003$, T1 vs. T2: $p=0,325$).

Für den OASIS Summenscore dagegen sind gegenläufige Effekte zwischen den Interventionsgruppen zu beobachten. Während zu T1 in beiden Gruppen im Mittel eine Senkung vorliegt, die in der Interventionsgruppe deutlich stärker ausfällt als in der Kontrollgruppe ($-2,27$ [-4,91; 0,36], $p=0,091$), hat diese zu T2 nur in der Interventionsgruppe Bestand. In der Kontrollgruppe steigen die Werte im Mittel sogar wieder an, wodurch sich im Mittel ein größerer Unterschied zugunsten der Interventionsgruppe ergibt ($-4,18$ [-7,23; -1,13], $p=0,007$), T1 vs. T2: $p=0,145$). (siehe Tabelle 4: Subgruppenbetrachtung PHQ-9 und OASIS)

Tabelle 4: Subgruppenbetrachtung PHQ-9 und OASIS

Variable	Zeitpunkt	IG	KG	IG vs. KG	p	Interaktion p
		geschätzter Mittelwert [95% CI]	geschätzter Mittelwert [95% CI]	geschätzter Mittelwert [95% CI]		
PHQ-9 Score bei Depressions- patienten	T1	-8,88 [-10,40 ; - 7,36]	-5,89 [-8,42 ; -3,35]	-2,99 [-5,96 ; -0,02]	0,048	0,322
	T2	-9,77 [-11,50 ; - 8,04]	-5,44 [-8,23 ; -2,64]	-4,33 [-7,63 ; -1,03]	0,010	
	total	-9,19 [-10,67 ; - 7,71]	-5,74 [-8,16 ; -3,31]	-3,45 [-6,31 ; -0,60]	0,018	
OASIS Summen- score bei PD/AG- Patienten	T1	-4,50 [-6,81 ; -2,18]	-1,01 [-4,46 ; 2,44]	-3,49 [-7,87 ; 0,90]	0,119	0,130
	T2	-4,37 [-6,92 ; -1,82]	1,76 [-2,25 ; 5,77]	-6,13 [-11,11 ; - 1,15]	0,016	
	total	-4,47 [-6,80 ; -2,13]	-0,22 [-3,72 ; 3,27]	-4,24 [-8,69 ; 0,20]	0,061	

Insgesamt ist, außer beim MI-A Summenscore, durchweg zu sehen, dass die Intervention tendenziell positive Effekte ausweist. Aufgrund der deutlich verfehlten angestrebten Fallzahl war nicht zu erwarten, dass Effekte statistisch darstellbar sind, was im Falle des PACIC Scores, den PHQ-9 Score sowie den OASIS Summenscore trotzdem möglich war.

Es ist zu beachten, dass sicherlich auch starke Selektionseffekte sowohl auf Praxis- als auch Patientenebene gewirkt haben, deren Untersuchung mit den vorliegenden Daten allerdings nicht möglich ist. Im Sinne einer Proof-of-Concept Studie ist allerdings positiv festzuhalten, dass- wenn die Intervention umgesetzt wird und eine Datenerfassung erfolgt -Hinweise auf positive Effekte gefunden werden konnten. Diese dürfen nicht überinterpretiert werden, können aber Anhalt für neue Planungen sein.

Anlage 12: Detailergebnisse zu Teilprojekt 3

6.4 Ergebnisse aus Teilprojekt 3: Die Prozessevaluation

6.4.1 Ergebnisse Fragebogenerhebung T0, T1, T2

6.4.1.1 Detailergebnisse zu „Ergebnisse zu T0-T2“

Die Auswertung der Fragebogenerhebung zu den Messzeitpunkten T0 und T2 erfolgte einzeln je nach Skala. Zunächst werden die Ergebnisse der Befragung mit Leistungserbringenden und anschließend die der Patient:innen präsentiert.

Leistungserbringer

Zum Erhebungszeitpunkt T0 (Baseline) nahmen insgesamt mehr HA (n = 18, 9 IG & 9 KG) als MFAs (n = 16, 8 IG & 8 KG) an der online Befragung teil. Zum Zeitpunkt T2 (12 Monate nach Baseline) nahmen insgesamt 4 HA (2 IG & 2 KG) sowie 3 MFAs (2 IG & 1 KG) an der erneuten Befragung teil. Auf Grund der kleinen Stichprobengröße zum Erhebungszeitpunkt T2 und der Unvollständigkeit der Fragebögen (fehlende Werte) wurde auf die Berechnung der Ergebnisse zu T2 verzichtet. Eine kleine Stichprobe beeinträchtigt die Repräsentativität der Ergebnisse, um die gesamten Studienteilnehmenden der Leistungserbringenden zuverlässig abzubilden. Zudem kann nicht ausgeschlossen werden, dass die Ergebnisse bspw. auf Grund von Zufälligkeit von der tatsächlichen Verteilung abweichen.

Die Ergebnisse zum Messzeitpunkt T0 ließen vermuten, dass HA und MFAs in beiden Studiengruppen bereit und aufgeschlossen waren, neue Behandlungsmöglichkeiten zu testen und zu nutzen. Weiterhin waren HA aufgeschlossen gegenüber der Nutzung einer Online-Behandlung (OnB) und Online-Plattform. Sie bewerteten das Behandlungsprinzip grundsätzlich als sinnvoll. Jedoch bestand auch ein gewisses Ausmaß an Skepsis hinsichtlich bestimmter Themenbereiche, wie z.B. hinsichtlich der Aussage, dass OnB Isolation und Einsamkeit verstärken kann.

Außerdem deuteten die Ergebnisse darauf hin, dass HA die derzeitigen Behandlungsmöglichkeiten zur Versorgung von Patient:innen mit Depression und / oder Angst- / Panikzuständen als unzureichend einschätzten.

Durch das Antwortverhalten MFA war anzunehmen, dass diese eine motivierte und positive Einstellung gegenüber neuen Aufgaben und Verantwortung im Rahmen des Arbeitsalltags und der Arbeitsprozesse aufwiesen. Insgesamt betrachtet, sind MFA relativ zufrieden mit ihrem Arbeitsplatz. Jedoch konnte auf Grund der Ergebnisse angenommen werden, dass MFAs beispielsweise hinsichtlich des Einkommens ein gewisses Ausmaß an Unzufriedenheit bestand. Bezüglich des Anteils an der Patientenversorgung beurteilten die MFA diesen als sehr hoch bis hoch.

Patient:innen

Zum Erhebungszeitpunkt T0 (Baseline-Befragung) nahmen insgesamt 52 PAT der IG und 11 Patient:innen der KG an einer online Befragung teil. Zum Zeitpunkt T2 (12 Monate nach Baseline) nahmen insgesamt 25 der IG und 3 Patient:innen der KG an der erneuten Befragung teil. Wie bereits zuvor zu den Leistungserbringern beschrieben, wurde auf Grund der kleinen Stichprobengröße und / oder einer breiten Streuung der Werte, teilweise auf eine tiefgreifendere Interpretation der Werte verzichtet.

Die Ergebnisse der befragten Patient:innen zeigten eine positive Einstellung gegenüber einer Online-Behandlung, jedoch bestand auch eine gewisse Skepsis. Zum Messzeitpunkt T0 & T2 bewerteten die Mehrheit das Behandlungsprinzip einer Online-Behandlung grundsätzlich als sinnvoll. Die Antwortkategorie Geringe bis keine Zustimmung wurde jedoch bei der Mehrheit hinsichtlich der Aussage gewählt, dass eine OnB weniger zuverlässig sei als eine Gesprächstherapie.

Wie bereits HA und MFA deuteten die Ergebnisse der Patient:innen darauf hin, dass diese zu beiden Messzeitpunkten und in beiden Studiengruppen aufgeschlossen gegenüber neuen Behandlungsmethoden waren. Zudem war anzunehmen, dass sie mit der aktuellen Behandlung ihrer Erkrankung durch den HA relativ zufrieden waren.

Hinsichtlich der Befragung zu Erwartungen und Zufriedenheit der Studienteilnahme bzw. Behandlung der letzten 12 Monate, kann anhand der Zustimmungswerte abgeleitet werden, dass Patient:innen IG zu T0 Erwartungen an den Behandlungserfolg hatten wogegen ihre Erwartungen hinsichtlich bspw. der eigenen Behandlungskosten oder dem Zeitaufwand durch die tägliche Behandlung geringer ausfielen. Die T2 Ergebnisse Patient:innen IG lassen darauf schließen, dass die Behandlung um z.B. besser schlafen zu können oder weniger niedergeschlagen zu sein nur gering bis nicht geholfen hatte.

Insgesamt bewerteten die Patient:innen der IG zum Zeitpunkt T2 die Nutzung der Embloom-Plattform als vorteilhaft, vor allem aufgrund z.B. der zeitlichen Flexibilität. Auch die Bequemlichkeit (n = 15) und die Vermeidung von Wartezeit (n = 13) wurden als vorteilhaft bewertet. Es gab jedoch Bedenken bspw. bezüglich dem Fehlen von nonverbaler Kommunikation durch die Nutzung der Plattform. Am seltensten (2,75%) genannt wurde, dass die fehlende zeitliche Struktur durch die Nutzung der Plattform die aktive Patientenbeteiligung reduzieren könnte.

6.4.2 Detailergebnisse zu „Drop-Out Befragung Hautärzt:innen“

Das Ziel des Kurzfragebogens der Drop-Out Befragung war die Erfassung der soziodemographischen Daten der HA, Struktur- und Praxismerkmale der Hausarztpraxen (siehe Tabelle 1), Gründe der Nicht-Teilnahme bzw. der Inaktivität sowie die Erfassung der grundsätzlichen Einstellung zu Online-Interventionen bei der Versorgung von Patient:innen mit Depression und / oder Angst- / Panikstörung. Die zwei häufigsten Gründe der Nicht-Teilnahme waren „fehlende zeitliche Ressourcen“ (n = 33) und „fehlende personelle Ressourcen“ (n = 20). Die jeweiligen Antworten der HA zu insgesamt 13 Attitude-Items werden in Anlage XY ausführlich dargestellt. Insgesamt folgt die Zustimmung keinem gleichförmigem Muster und somit variieren die Antworten hinsichtlich der Kategorien „Zustimmung“, „Teils / Teils“ und „Keiner Zustimmung“ stark. Der höchste Anteil an Zustimmung (56,1%, n = 23) zeigte sich bei der Aussage, das Behandlungsprinzip einer Online-Intervention als sinnvoll zu erachten. Dagegen wurde die Antwortkategorie „Keine Zustimmung“ bei der Mehrheit (70,7%, n = 29) der Befragten hinsichtlich der Aussage, dass eine Online-Intervention vertraulicher und diskreter ist als ein Arztgespräch, gewählt. Zusammengefasst zeigen die Ergebnisse eine positive bzw. aufgeschlossene Einstellung der HA gegenüber einer Online-Intervention bei Patient:innen mit psychischen Erkrankungen. Jedoch wird das persönliche Gespräch mit einem Arzt und / oder Therapeut bevorzugt.

Tabelle 1 Soziodemografische Daten, Struktur- und Praxismerkmale Drop-Out Befragung

		Hausärzte (n = 41)
Soziodemographische Variablen		
Geschlecht	Weiblich	15 (36,6 %)
	Männlich	22 (53,7 %)
Altersgruppen	Bis 50 Jahre	13 (31,7 %)
	Bis 70 Jahre	22 (53,7 %)
	71 Jahre und älter	6 (14,6 %)
Berufserfahrung in Jahren	Mittelwert (Standardabweichung)	25,2(± 9,4)
	Spannweite	10 - 48
Variablen Struktur- und Praxismerkmale		
Form der Praxis	Einzelpraxis	23 (56,1 %)
	Praxisgemeinschaft, Gemeinschaftspraxis	12 (29,3 %)
	Medizinisches Versorgungszentrum u. Sonstiges	2 (4,8 %)
	Bis 999	7 (17,1 %)

Größe der Praxis <i>(Anzahl gesetzlich Versicherten im letzten Quartal, inkl. KV- und Selektivverträge)</i>	Bis 1.999	21 (51,3 %)
	2.000 und mehr	9 (22,0 %)
Lage der Praxis	Großstadt u. Größere Kleinstadt (bis 100.000 Einwohner)	18 (43,9 %)
	Ländliche Kleinstadt u. Dörfliche Siedlung (< 5.000 Einwohner)	19 (46,3 %)

6.4.3 Detailergebnisse zu „Befragung interessierter Hausärzt:innen der Informationsveranstaltungen“

Die papierbasierte Befragung in Form eines Kurzfragebogens fand während der insgesamt acht Informationsveranstaltungen zwischen Juni 2019 und Februar 2020 statt. Die Auswertung der Ergebnisse vermittelte dem Studienteam einen ersten Eindruck über das Interesse an einer Studienteilnahme nach den Auftaktveranstaltungen. Zudem wurden soziodemographische Daten der HA (n = 47), Struktur- und Praxismerkmale der Hausarztpraxen sowie die grundsätzliche Einstellung zu Online-Interventionen bei der Versorgung von Patient:innen mit Depression und / oder Angst- / Panikstörung erfasst. Zur Erfassung der grundsätzlichen Einstellung wurden die gleichen Items wie in der Drop-Out Befragung verwendet. Insgesamt nahmen anteilig mehr Männer (n = 30, 63,8 %) an der Befragung teil. Die Mehrheit der HA waren zum Zeitpunkt der Befragung zwischen 51 und 60 Jahre alt (n = 20, 42,6 %). Zudem waren die Befragten mehrheitlich (55,3 %, n = 26) beruflich in einer Einzelpraxis tätig. Die Mehrheit der Befragten (31,9 %, n = 15) gab an, zwischen 1.000 und 1.499 gesetzlich Versicherte im letzten Quartal versorgt zu haben. Zudem waren die Mehrheit der Hausarztpraxen in ländlichen Kleinstädten (44,7 %, n = 21) angesiedelt. Der Großteil der Befragten (n = 31, 66,0%) gab an, an der PREMA-Studie teilnehmen zu wollen. Ein geringer Anteil (n = 3) hatten zum Zeitpunkt der Befragung kein Interesse an einer Studienteilnahme. Der übrige Anteil der Befragten (n = 13, 27,7%) waren hinsichtlich einer Studienteilnahme unsicher. Wie bereits in der Drop-Out Befragung variierte das Antwortverhalten hinsichtlich der grundsätzlichen Einstellung gegenüber der Nutzung einer Online-Intervention. Die Zustimmung der interessierten HA folgt keinem gleichförmigen Muster. Der höchste Anteil an Zustimmung (72,3 %, n = 34) zeigte sich bei der Aussage, dass Befragte in Krisensituationen ihren Patient:innen besser helfen können als eine Online-Intervention. Wie sich bereits in der Drop-Out Befragung zeigte, wurde die Antwortkategorie Keine Zustimmung bei der Mehrheit (57,4 %, n = 27) der Befragten hinsichtlich der Aussage, dass eine Online-Intervention vertraulicher und diskreter ist als ein Arztgespräch, gewählt.

6.4.4.1 Detailergebnisse zu „Ergebnisse Interventionsgruppe“

Die Auswertung der Interviews mit HA IG ergaben insgesamt folgende neun Hauptkategorien: (1) Motivation (Grund), Erwartungen Studienteilnahme, (2) Bewertung papierbasierte Studienmaterialien (Studienordner), (3) Bewertung digitale Studienmaterialien (Erbloom-Plattform), (4) Bewertung Inhalte Intervention, (5) Bewertung Durchführung Intervention, (6) Praxisalltag / -organisation, (7) Verbesserungsvorschläge und (8) Auswirkungen COVID-19 Pandemie auf die Studiendurchführung (Tabelle 2).

Die Analyse der Interviews MFA IG ergab insgesamt sieben Hauptkategorien. Diese lassen sich wie folgt unterteilen: (1) Bewertung papierbasierte Studienmaterialien, (2) Bewertung digitale Studien-materialien, (3) Bewertung Inhalte Intervention, (4) Bewertung Durchführung Intervention, (5) Praxisalltag / -organisation, (6) Verbesserungsvorschläge und (7) Auswirkungen COVID-19 Pandemie auf die Studiendurchführung (Tabelle 3).

Die Analyse des Interviews mit einer PAT IG ergab insgesamt vier Hauptkategorien. Diese lassen sich wie folgt unterteilen: (1) Motivation (Grund), Erwartungen Studienteilnahme, (2)

Bewertung Studienmaterialien, (3) Bewertung Durchführung und Inhalt Intervention und (4) Verbesserungsvorschläge und Erfahrungen (Tabelle 4).

Tabelle 2: Interviewergebnisse HA IG

Themenkomplex / Hauptkategorie	Definition	Themen
<p>1 Motivation (Grund), Erwartungen Studienteilnahme</p> <p>(deduktiv)</p>	<p>Die Hauptkategorie „Motivation“ bzw. „Gründe“ der Hausärzte an der PREMA-Studie teilzunehmen fasst die Aussagen der HA zusammen, warum diese sich für eine Studienteilnahme entschieden und welche „Erwartungen“ sie durch die Teilnahme an der Studie sowohl in Bezug auf die Veränderungen ihres eigenen Praxisalltags als auch auf die Veränderungen für die MFA und PAT hatten.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • PREMA-Behandlungsprogramm bietet ein wissenschaftlich fundiertes, niedrigschwelliges, konzeptbasiertes Versorgungsangebot • Mithalten mit dem technischen Fortschritt der Medizin • Persönlicher Erkenntnisgewinn • Verbesserung der Patientenversorgung / derzeitige hausärztliche Versorgungssituation bei psychischen Erkrankungen <ul style="list-style-type: none"> ○ Überbrückung von psychotherapeutischer Wartezeit ○ Anpassung der hausärztlichen Versorgungssituation bei steigender Prävalenz psychisch Erkrankter PAT ○ Schaffung von Regelmäßigkeit in der Beziehung zwischen HA, Praxisteam und PAT
<p>2 Bewertung papierbasierte Studienmaterialien (Studienordner)</p> <p>(deduktiv)</p>	<p>Unter dieser Hauptkategorie sind die unterschiedlichen Bewertungen / Erfahrungen der Hausärzte in Bezug auf die durch das Studienteam aufgearbeiteten Studienmaterialien / -informationen zusammengefasst. Grundsätzlich sind die Befragten zufrieden mit den Studienmaterialien, die in dem Studienordner enthalten sind. Jedoch wurden die Informationen zur Einarbeitung in die PREMA-Studie als komplex und zeitaufwendig bewertet.</p>	<p>Positive Bewertungen / Erfahrungen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Zufriedenheit mit der Aufbereitung des Studienordners: Informationen ausreichend, gut und leicht verständlich für HA und MF <p>Negative Bewertungen / Erfahrungen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Unzufriedenheit mit Studienordner: zu komplex für selbstständige Einarbeitung in die Studie und für bisher fehlende Studienerfahrung
<p>3 Bewertung digitale Studienmaterialien (Embloom-Plattform)</p> <p>(deduktiv)</p>	<p>Diese Hauptkategorie fasst die unterschiedlichen Bewertungen / Erfahrungen der Hausärzte in Bezug auf die digitalen Studienmaterialien / -informationen auf der Embloom-Plattform zusammen. Die Studienmaterialien wurden den Hausärzten in Form von Schulungsvideos bzw. Erklärvideos zur Verfügung gestellt. Diese wurden sowohl positiv als auch negativ bewertet. Zudem bewerten die Hausärzte ihre Erfahrungen bei technischen Schwierigkeiten.</p>	<p>Positive Bewertungen / Erfahrungen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Generelle Zufriedenheit mit der Aufbereitung der Studienmaterialien • Zufriedenheit mit der Unterstützung des Embloom-Support-Team bei technischen Schwierigkeiten (besonders positiv, da zwischenmenschlicher Support) <p>Negative Bewertungen / Erfahrungen:</p>

		<ul style="list-style-type: none"> • Studienmaterialien (Inhalte) sind zu textlastig • Einarbeitung / Schulung: zu zeitaufwendig, zu komplex, bietet keinen kollegialen Austausch, fehlender zwischenmenschlicher Austausch • Anfänglich Zugangs- / Log-In-Schwierigkeiten von Seiten PAT, HA und MFA, folglich: <ul style="list-style-type: none"> ○ zusätzlicher Aufwand für MFA, da Unterstützung PAT und HA ○ Embloom-Support-Team musste mehrfach in Anspruch genommen werden ○ Z.T. Unzufriedenheit mit technischem Support durch z.B. verzögerte Rückmeldungen ○ Z.T. HA nutzt MFA Account • Umbenennung Embloom-Plattform hat zu Verwirrung geführt
<p>4 Bewertung Inhalte Intervention (deduktiv)</p> <p>4.1 Fördernde Faktoren</p> <p>4.2 Hemmende Faktoren</p>	<p>Diese Kategorie teilt sich in die beiden Subkategorien „Fördernde Faktoren“ und „Hemmende Faktoren“ und fassen die Aussagen der HA zusammen, welche Inhalte der Intervention den PAT am meisten bzw. überhaupt nicht geholfen haben. Außerdem werden sowohl positive bzw. fördernde Faktoren als auch negative bzw. hemmenden Faktoren in Bezug auf die Versorgung der PAT dargestellt. Außerdem sind in dieser Kategorie die Zufriedenheit der HA in Bezug auf die Inhalte des PREMA-Behandlungsprogramms im Großen und Ganzen dargestellt.</p>	<p>4.1 Fördernde Faktoren</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kombination aus persönlichen Gesprächen und Nutzung Embloom-Plattform, besonders hinterlegte Informationsmaterial über eigene Erkrankung, Tagebuchfunktion, Körperübungen • Regelmäßigkeit (wiederkehrende Beschäftigung) durch Arzttermine und Telefon-Monitoring • Vorgabe eines strukturierten Behandlungsprogramms • Niedrigschwelliges Angebot für PAT • PREMA-Behandlungsprogramm als Entlastung von Psychotherapeuten denkbar <p>4.2 Hemmende Faktoren</p> <ul style="list-style-type: none"> • Zunehmend größere Abstände zwischen den Terminen führen bei PAT zu Enttäuschung • Unzufriedenheit mit Aufarbeitung Behandlungspfad Angst- / Panikstörung
<p>5 Bewertung Durchführung Intervention</p>	<p>Diese Kategorie teilt sich in vier Subkategorien. Die Hausärzte machten Aussagen darüber, für welche</p>	<p>5.1 Patientengruppe (hilfreich)</p>

<p>(deduktiv)</p> <p>5.1 Patientengruppe (hilfreich)</p> <p>5.2 Patientengruppe (ungeeignet)</p> <p>5.3 Fördernde Faktoren</p> <p>5.4 Hemmende Faktoren</p>	<p>Patienten mit psychischen Erkrankungen das PREMA-Behandlungsprogramm hilfreich ist und für welche ungeeignet. Die Einschätzung der Hausärzte bezogen sich hierbei zum einen auf persönliche Merkmale bzw. Eigenschaften der Patienten und zum anderen auf krankheitsspezifische Aspekte.</p>	<p>Persönliche Merkmale / Eigenschaften:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Technisch versiert, gewissenhaft, gewisse Extrovertiertheit • z.T. Begrenzung auf junge Patienten, z.T. keine Altersbegrenzung • PAT, die sich aus eigener Kraft heraus stabilisieren können <p>Krankheitsspezifisch:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Schwach / leicht ausgeprägte Depression, wenn Psychotherapeuten-Termin nicht zwingend oder unmittelbar notwendig) ist • Übergangsphase, bis PAT einen Arzt- / Therapeutentermin oder Psychotherapieplatz haben • Erstkontakt für PAT • Bei neu aufgetretenen Lebensirritationen • Mit oder ohne Vorwissen über Erkrankung <p>5.2 Patientengruppe (ungeeignet)</p> <p>Persönliche Merkmale / Eigenschaften:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Negative Einstellung zu technischen Hilfsmitteln • Ältere Patienten / Rentner • Bei grundsätzlich ablehnender Haltung gegenüber Psychiatern oder Psychotherapeuten <p>Krankheitsspezifisch:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Komplexe Krankheitsbilder • Angstpatienten, die ihre Erkrankung nicht als solches wahrnehmen • PAT, die keine eigenen Strategien entwickeln können bzw. aus ihrem „Loch nicht rauskommen“ <p>5.3 Fördernde Faktoren</p> <p>Fördernde Faktoren durch eine Online-Anwendung:</p>
---	---	--

		<ul style="list-style-type: none"> • Hemmschwelle persönlicher Kontakt mit Therapeuten entfällt, ermöglicht leichten Einstieg in die Therapie • PAT erhalten das Gefühl, dass sich „jemand um sie kümmert“ • Anfahrt / Fahrtstecke zu Therapeut entfällt (besonders in ländliche Regionen) • Kostenlose Nutzung der Embloom-Plattform <p>Sichtbare Erfolge seit der Teilnahme am PREMA-Behandlungsprogramm:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sicherung berufliche Teilhabe, animiert PAT dazu selbst aktiv zu werden, disziplinierender Effekt auf die PAT <p>5.4 Hemmende Faktoren</p> <p>Hemmende Faktoren bei Nutzung einer Online-Anwendung:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ausschließlich Online-Anwendungen hilft den PAT nicht • Bestehende Vorurteile von PAT: zu anonym, Technik ist nicht in der Lage seelische Leiden zu verbessern • Technikaversion, nicht alle PAT können sich gut darauf einlassen • Persönliche Gespräche werden von PAT bevorzugt
<p>6 Praxisalltag / -organisation</p> <p>(deduktiv-induktiv)</p> <p>6.1 MFA-Monitoring</p> <p>6.2 Arzttermin</p> <p>6.3 Zeitliche Ressourcen</p>	<p>Diese Kategorie teilt sich in vier Subkategorien und beleuchtet zwei wichtige Bausteine des PREMA-Behandlungsprogramms. Zum einen das „MFA-Monitoring“ und zum anderen die Arzttermine. Die Hausärzte schildern ihre Erfahrungen in Bezug auf die Durchführung und Planung / Organisation des MFA-Monitorings und der Arzttermine. Des Weiteren werden die Erfahrungen zum Aufwand durch die Studienteilnahme, konkret in Bezug auf die zeitlichen Ressourcen der Praxen, genannt. Die vierte Subkategorie vermittelt die Ergebnisse zum Themenkomplex „Kommunikation / Kollaboration zwischen HA, MFA, PAT“.</p>	<p>6.1 MFA-Monitoring</p> <p>Organisation / Planung und Durchführung:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Entlastung für HA, da MFA regelmäßige Gespräche mit den PAT übernahm (Kontinuitätsfaktor durch MFA) • Z.T. Abweichung des vorgegebenen Zeitplans des PREMA-Schemas • Verschiedene Gründe für Abweichungen <p>6.2 Arzttermin</p> <p>Organisation / Planung:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Positiv bewertet: vorgegebenes Konzept / Struktur, Inhalt der Arzttermine mussten nicht selbst erarbeiten werden <p>Durchführung:</p>

<p>6.4 Kommunikation / Kollaboration zwischen HA, MFA, PAT</p>		<ul style="list-style-type: none"> • Z.T. Abweichung des vorgegebenen Zeitplans des PREMA-Schemas, dies hatte verschiedene Folgen für die Umsetzung: z.B. Kombination Arzttermin und Telefon-Monitoring durch HA (JaMoL und DeMoL während Arzttermin) <p>6.3 Zeitliche Ressourcen</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hoher zeitlicher Aufwand für MFA und HA durch Studienteilnahme • MFA übernahm viele (neue) Aufgaben, zusätzlich zu regulären Praxisalltag <p>6.4 Kommunikation / Kollaboration zwischen HA, MFA, PAT</p> <ul style="list-style-type: none"> • Z.T. fanden Rücksprachen zwischen HA und MFA zum Inhalt der Telefontermine oder Arzttermin statt
<p>7 Verbesserungsvorschläge (deduktiv)</p>	<p>In den Interviews wurden die HA nach Verbesserungsvorschlägen befragt und ob sie das PREMA-Behandlungsprogramm auch nach Studienende weiterführen werden. Die Ergebnisse wurden unter dieser Kategorie zusammengefasst.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Geschildert wurden verschiedene und konkrete Ideen sowie Vorschläge • Unter bestimmten Bedingungen und / oder in einem verschlankten Umfang würde und wird die Mehrheit der Befragten das PREMA-Behandlungsprogramm weiterführen
<p>8 Auswirkungen COVID-19 Pandemie auf Studiendurchführung (deduktiv)</p>	<p>Unter dieser Kategorie sind die Aussagen der Hausärzte zusammengefasst, die sich auf die Auswirkungen durch die COVID-19 Pandemie auf die Studiendurchführung beziehen.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Unterschiedliche Aussagen der HA, laut Aussage eines HA bestand kein Einfluss auf die Studiendurchführung • Es bestehen inhaltliche Überschneidungen zwischen dieser Kategorie und anderen Kategorien, bspw. stehen fehlenden zeitlichen Ressourcen zum Teil im Zusammenhang mit dem entstandenen Mehraufwand während der COVID-19 Pandemie

Tabelle 3: Interviewergebnisse MFA IG

Themenkomplex / Hauptkategorie	Definition	Themen
<p>1 Bewertung papierbasierte Studienmaterialien (Studienordner)</p> <p>(deduktiv)</p>	<p>Unter dieser Hauptkategorie sind die unterschiedlichen Bewertungen / Erfahrungen der MFA in Bezug auf die durch das Studienteam aufgearbeiteten Studienmaterialien / -informationen zusammengefasst. Die Bewertungen sind unterschiedlich. Grundsätzlich sind MFA zufrieden, jedoch wird die Einarbeitung als komplex und zeitaufwendig bewertet.</p>	<p>Positive Bewertungen / Erfahrungen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Zufriedenheit mit Aufbereitung Studienordner: Informationen verständlich und wurden im Studienverlauf hauptsächlich zum Nachlesen / Wiederholung von Themen verwendet <p>Negative Bewertungen / Erfahrungen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Eingeschränkte zeitliche Ressourcen durch Praxisalltag, Ablenkung / keine Konzentration den Studienordner durchzuarbeiten, teilweise mit nach Hause genommen, um sich dort einzulesen
<p>2 Bewertung digitale Studienmaterialien (Embloom-Plattform)</p> <p>(deduktiv)</p>	<p>Diese Hauptkategorie fasst die unterschiedlichen Bewertungen / Erfahrungen der MFA in Bezug auf die digitalen Studienmaterialien / -informationen auf der Embloom-Plattform zusammen. Die Studienmaterialien wurden den MFA in Form von Schulungsvideos bzw. Erklärvideos zur Verfügung gestellt. Diese wurden wie von den HA sowohl positiv als auch negativ bewertet. Zudem berichteten sie von technischen Schwierigkeiten von Seiten der Praxis und PAT.</p>	<p>Positive Bewertungen / Erfahrungen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Zum Teil generelle Zufriedenheit mit der Aufbereitung der Studienmaterialien <p>Negative Bewertungen / Erfahrungen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Einarbeitung / Schulung: sehr zeitaufwendig und komplex • Anfänglich Zugangs- / Log-In-Schwierigkeiten von Seiten PAT, HA und MFA, folglich: <ul style="list-style-type: none"> ○ zusätzlicher Aufwand für MFA, da Unterstützung PAT und HA ○ Embloom-Support-Team musste mehrfach in Anspruch genommen werden • Nicht alle haben eine Präsenz-Schulung erhalten, Wunsch nach intensiver Schulung zur Handhabung von Embloom
<p>3 Bewertung Inhalte Intervention</p> <p>(deduktiv)</p> <p>3.1 Fördernde Faktoren</p>	<p>Diese Kategorie teilt sich in die beiden Subkategorien „Fördernde Faktoren“ und „Hemmende Faktoren“ und fassen die Aussagen der MFA zusammen, welche Inhalte der Intervention den PAT am meisten bzw. überhaupt nicht geholfen haben. Außerdem sind in dieser Kategorie die Zufriedenheit der HA in Bezug auf die Inhalte des</p>	<p>3.1 Fördernde Faktoren</p> <ul style="list-style-type: none"> • Regelmäßigkeit (wiederkehrende Beschäftigung) durch Arzttermine und Telefon-Monitoring • Vorgabe eines strukturierten Behandlungsprogramms, bietet Handlungsorientierung

<p>3.2 Hemmende Faktoren</p>	<p>PREMA-Behandlungsprogramms im Großen und Ganzen dargestellt.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Niedrigschwelliges Angebot für PAT • PREMA-Behandlungsprogramm als Entlastung von Psychotherapeuten denkbar <p>3.2 Hemmende Faktoren</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bei Durchführung der Übungen zu Hause haben sich PAT (plötzlich) allein gelassen gefühlt • PAT fielen nach Screening in Behandlungspfad Angst- / Panikstörung, obwohl dies nicht zutraf und der depressive Behandlungspfad besser gepasst hätte
<p>4 Bewertung Durchführung Intervention (deduktiv-induktiv)</p> <p>4.1 Patientengruppe (hilfreich)</p> <p>4.2 Patientengruppe (ungeeignet)</p> <p>4.3 Fördernde Faktoren</p> <p>4.4 Hemmende Faktoren</p>	<p>Die Hauptkategorie „Bewertung Durchführung Intervention“ untergliedert sich in insgesamt vier Unterkategorien. Diese werden im Folgenden ausführlich dargestellt. Unter dieser Kategorie werden Erfahrungen und Bewertungen der MFA beschrieben, die für eine (protokollkonforme) Durchführung der Intervention fördernd bzw. hilfreich waren, jedoch auch solche Erfahrungen, die eine Durchführung erschwerten bzw. hemmten. Zudem wird dargelegt, für welche PAT mit psychischen Erkrankungen die MFA das PREMA-Behandlungsprogramm als hilfreich bzw. als ungeeignet bewerten.</p>	<p>4.1 Patientengruppe (hilfreich)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Z.T Begrenzung auf jüngere PAT, da diese weniger Schwierigkeiten im Umgang mit dem Internet haben; z.T. auch für PAT ab 50 Jahren gut geeignet • Sehr individuell zu bewerten, für wen das Programm hilfreich ist • Eigeninitiative von Seiten der PAT erforderlich für Gelingen des Programms <p>4.2 Patientengruppe (ungeeignet)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tendenziell eher für ältere Patienten, da vermehrt Schwierigkeiten bzw. fehlende Routine im Umgang mit PC, Internet • PAT die MFA gegenüber verschlossen sind • Unzuverlässige PAT, die Termine nicht einhalten <p>4.3 Fördernde Faktoren</p> <p>Fördernde Faktoren durch eine Online-Anwendung:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fördert selbstständiges Arbeiten der PAT (setzen Übungen zu Hause um) • Inhalte dienen der Besserung des Wohlbefindens der PAT <p>Fördernde Faktoren durch MFA-Monitoring:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Regelmäßigkeit im Austausch zwischen MFA und PAT

		<ul style="list-style-type: none"> • PAT freuen sich auf Telefonate <p>Fördernde Faktoren durch Eigenschaften / Kompetenz der MFA:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vorkenntnisse / Studienvorerfahrungen oder Weiterbildungen erleichtern die Durchführung • Motivation der PAT zur Studienteilnahme bzw. Vermeidung vorzeitigen Studienabbruch • MFA leistet Mehrarbeit durch zusätzliche studienspezifische Aufgaben <p>Sichtbare Erfolge seit der Teilnahme am PREMA-Behandlungsprogramm:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Einfluss auf Sicherung der beruflichen Teilhabe von PAT • PAT öffnen sich MFA gegenüber zunehmend, Stärkung Vertrauensverhältnis, Gespräche werden tiefgründiger und privater • Steigerung Motivation der PAT zu sportlicher Aktivität, wozu PAT vorher unmotiviert war bzw. antriebslos • PAT fühlen sich ernst genommen hinsichtlich ihrer Erkrankung • Weiterentwicklung fachlicher Kompetenz der MFA im Umgang mit PAT mit Depression und / oder Angst- / Panikstörung <p>4.4 Hemmende Faktoren</p> <p>Hemmende Faktoren bei Nutzung einer Online-Anwendung:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Schwierigkeiten mit Online-Anwendung bei MFA und PAT, führte zu Unzufriedenheit bei PAT und Praxis und bremste Durchführung der Studie vereinzelt aus <p>Hemmende Faktoren durch Praxisorganisation:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Teilweise fehlende räumliche Kapazitäten und technischen Voraussetzungen, Telefonate konnten nicht immer angemessen durchgeführt werden • Eigenständige Einarbeitung in die Studie (ohne Schulung) sehr komplex, bspw. in Fällen von Krankheit oder Schwangerschaftsvertretung
5 Praxisalltag / -organisation	Diese Kategorie teilt sich in vier Subkategorien und beleuchtet die Erfahrungen der MFA in Bezug auf ihre	5.1 Screening

<p>(deduktiv-induktiv)</p> <p>5.1 Screening</p> <p>5.2 MFA-Monitoring</p> <p>5.3 Zeitliche Ressourcen</p> <p>5.4 Kommunikation zwischen Dreierbündnis (HA, MFA, PAT)</p>	<p>Aufgaben im Rahmen der PREMA-Studie. Dazu zählt zum einen das „Screening“ der PAT und das „MFA-Monitoring“. Des Weiteren werden die Erfahrungen zum Aufwand durch die Studienteilnahme, konkret in Bezug auf die zeitlichen Ressourcen der Praxen, genannt. Die vierte Subkategorie vermittelt die Ergebnisse zum Themenkomplex „Kommunikation / Kollaboration zwischen HA, MFA, PAT“.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Screening zeitintensiv, z.T. als am zeitintensivsten im Rahmen der Studie <p>5.2 MFA-Monitoring</p> <p>Organisation / Planung:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Telefonmonitoring aus Sicht der MFA einfach zu führen und in den Praxisalltag zu integrieren • Durch Zeitmangel / organisatorische Schwierigkeiten: keine Möglichkeit Telefonmonitoring planmäßig durchzuführen <p>Durchführung:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Z.T. Abweichung des vorgegebenen Zeitplans des PREMA-Schemas, dies hatte verschiedene Folgen für die Umsetzung: z.B. Kombination Arzttermin und Telefon-Monitoring durch HA (JaMoL und DeMoL während Arzttermin) • Ca. 15 bis 30 Minuten <p>5.3 Zeitliche Ressourcen</p> <p>Organisation / Planung:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hoher zeitlicher Aufwand für MFA, besonders bei Studienbeginn • Schwierigkeiten die alltäglichen Tätigkeiten und Studienspezifischen Tätigkeiten im Rahmen der Intervention gleichzeitig zu übernehmen <p>Durchführung:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Steigert Vertrauensverhältnis zwischen MFA und PAT • Wohlbefinden PAT für MFA präsent • Übersetzung der Fragebögen JaMoL und DeMoL ins Englische erforderlich (Besonderheit bei einer Praxis) • Studiendurchführung bei ausreichend zeitlicher und personeller Ressourcen machbar <p>5.4 Kommunikation / Kollaboration zwischen HA, MFA, PAT</p> <ul style="list-style-type: none"> • Laut MFA liegt die Behandlung der PAT bei HA, HA entscheidende Instanz
--	---	--

		<ul style="list-style-type: none"> • MFA sieht sich als Zwischenkontakt zwischen HA und PAT, dies wird ihnen von den PAT ebenfalls geschildert • MFA als vertrauensvolle Ansprechpartnerin, PAT führen vertrauensvolle Gespräche mit MFA • Rücksprachen zwischen HA und MFA zum Inhalt der Monitoring-Telefonate und Arzttermine (findet jedoch nicht in allen Praxen statt)
6 Verbesserungsvorschläge (deduktiv)	In den Interviews wurden die MFA nach Verbesserungsvorschlägen befragt und ob sie das PREMA-Behandlungsprogramm auch nach Studienende weiterführen werden. Die Ergebnisse wurden unter dieser Kategorie zusammengefasst.	<ul style="list-style-type: none"> • Geschildert wurden verschiedene und konkrete Ideen sowie Vorschläge • Zum Teil überschneiden sich die Aussagen der MFA, mit denen der HA der Interventionsgruppe, z.B. besteht der Wunsch nach mehr Unterstützung während der Studiendurchführung
7 Auswirkungen COVID-19 Pandemie auf Studiendurchführung (deduktiv)	Unter dieser Kategorie sind die Aussagen der MFA zusammengefasst, die sich auf die Auswirkungen durch die COVID-19 Pandemie auf die Studiendurchführung beziehen.	<ul style="list-style-type: none"> • Zum Teil überschneiden sich die Aussagen der MFA, mit denen der HA der Interventionsgruppe, z.B. kam es zu Verzögerung des Zeitplans des PREMA-Behandlungsprogramms • Es bestehen inhaltliche Überschneidungen zwischen dieser Kategorie und anderen Kategorien, bspw. stehen fehlenden zeitlichen Ressourcen zum Teil im Zusammenhang mit dem entstandenen Mehraufwand während der COVID-19 Pandemie

Tabelle 4: Interviewergebnisse PAT IG

Themenkomplex / Hauptkategorie	Definition	Themen
1 Motivation (Grund), Erwartungen Studienteilnahme (deduktiv)	Die Hauptkategorie „Motivation“ bzw. „Grün-de“ der PAT an der PREMA-Studie teilzunehmen fasst die Aussagen zusammen, warum sie sich für eine Studienteilnahme entschieden und welche „Erwartungen“ sie durch die Teilnahme an der Studie hatte.	Grund: <ul style="list-style-type: none"> • Empfehlung von HA, auf Grund von Depression Erwartungen: <ul style="list-style-type: none"> • Offenheit und Neugierde • Unterbrechung des „Allein-Seins mit der depressiven Verstimmung“ durch Telefon-Monitoring
2 Bewertung digitale Studienmaterialien (Embloom- Plattform) (deduktiv)	Diese Hauptkategorie fasst die Bewertungen der PAT in Bezug auf die digitalen Studienmaterialien / -informationen auf der Embloom-Plattform zusammen. Die Studienmaterialien wurden in Form von Schulungsvideos bzw. Erklärvideos zur Verfügung gestellt.	<ul style="list-style-type: none"> • Generelle Zufriedenheit mit der Aufbereitung der Studienmaterialien: verständlich, klar präzise und einfach formuliert • Kombination aus Text und Video individuell ansprechend je nach Präferenz • PAT erfährt Zuwendung dadurch und bewertet dies positiv • Kein Einfluss auf Verbesserung der Symptomatik
3 Bewertung Durchführung und Inhalte Intervention (deduktiv) 3.1 Arzttermin 3.2 MFA-Monitoring 3.3 Fördernde Faktoren	Diese Kategorie teilt sich in die vier Subkategorien „Arzttermin“, „MFA-Monitoring“, „Fördernde Faktoren“ und „Hemmende Faktoren“. Es werden Erfahrungen und Bewertungen der PAT beschrieben, die für eine (protokollkonforme) Durchführung der Intervention fördernd bzw. hilfreich waren, jedoch auch solche Erfahrungen, die eine Durchführung erschwerten bzw. hemmten. Die PAT berichtete zudem darüber, was ihr gut bzw. nicht so gut an der Intervention gefallen bzw. geholfen hat und wie sie die Arzttermine und das Telefon-Monitorings empfunden hat (Inhalt).	3.1 Arzttermin <ul style="list-style-type: none"> • Abweichung von Zeitplan, da Auslandsaufenthalt • Es fanden weniger Arzttermine statt • Unzufriedenheit mit Inhalt, hinterfragt Kompetenz HA 3.2 MFA-Monitoring <ul style="list-style-type: none"> • Wunsch nach mehr Ausdifferenzierung der Frage nach Häufigkeit der Symptome • Keine besonderen Auswirkungen auf das Befinden • Erkenntnisgewinn in Bezug auf ihre Erkrankung durch die Fragen während der Telefonate 3.3 Fördernde Faktoren

<p>3.4 Hemmende Faktoren</p>		<ul style="list-style-type: none"> • Telefon-Monitoring und Online-Anwendungen sind ortonabhängig, alleine durchführbar und ermöglichen Flexibilität <p>Fördernde Faktoren durch eine Online-Anwendung:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Inhalte nachlesbar • In Akut-Phase kann Plattform spontan, ohne Termin genutzt werden <p>3.4 Hemmende Faktoren</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kein gutes HA-PAT-Verhältnis, unterschiedliche Meinungen in Bezug auf die Zielsetzung wird sich negativ auf Studienablauf aus
<p>4 Verbesserungsvorschläge und Erfahrungen</p> <p>(induktiv)</p>	<p>Diese Kategorie fasst die beiden Ergebnisse zu den Verbesserungsvorschlag und Erfahrung zusammen.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Die PAT empfiehlt die Intervention hauptsächlich für Menschen mit leichten depressiven Symptomen • Auf Embloom-Plattform Wunsch nach mehr Möglichkeit etwas einzutragen

6.4.4.2 Detailergebnisse zu „Ergebnisse Kontrollgruppe“

Die Ergebnisse der Interviewanalyse HA KG lassen sich in folgende sechs Hauptkategorien gliedern: (1) Motivation (Grund), Erwartungen Studienteilnahme, (2) Bewertung Studienmaterialien, (3) Bewertung Durchführung und Inhalt, (4) Praxisalltag / -organisation, (5) Verbesserungsvorschläge und (6) Auswirkungen COVID-19 Pandemie auf Studiendurchführung (Tabelle 5).

Die Analyse der Interviews mit MFA KG ergaben insgesamt fünf Hauptkategorien. Diese lassen sich wie folgt unterteilen: (1) Motivation (Grund), Erwartungen und Erfahrungen Studienteilnahme und (2) Bewertung Studienmaterialien, (3) Bewertung Durchführung und Inhalt, (4) Praxisalltag / -organisation und (5) Empfehlungen (Tabelle 6).

Die Auswertung des Interviews mit einer PAT KG ergab insgesamt folgende zwei Hauptkategorien: (1) Motivation (Grund), Erwartungen Studienteilnahme und (2) Bewertung Durchführung und Betreuung durch HA (Tabelle 7).

Tabelle 5: Interviewergebnisse HA KG

Themenkomplex / Hauptkategorie	Definition	Themen
1 Motivation (Grund), Erwartungen Studienteilnahme (deduktiv)	Die Hauptkategorie „Motivation“ bzw. „Gründe“ der Hausärzte an der PREMA-Studie teilzunehmen fasst die Aussagen der HA zusammen, warum diese sich für eine Studienteilnahme entschieden und welche „Erwartungen“ sie durch die Teilnahme an der Studie sowohl in Bezug auf die Veränderungen ihres eigenen Praxisalltags als auch auf die Veränderungen für die MFA und PAT hatten.	<ul style="list-style-type: none"> • Mithalten mit dem technischen Fortschritt der Medizin • Persönlicher Erkenntnisgewinn • Verbesserung der Patientenversorgung / derzeitige hausärztliche Versorgungssituation bei psychischen Erkrankungen <ul style="list-style-type: none"> ○ Anpassung der hausärztlichen Versorgungssituation bei steigender Prävalenz psychisch Erkrankter PAT
2 Bewertung Studienmaterialien (deduktiv)	Unter dieser Hauptkategorie sind die unterschiedlichen Bewertungen / Erfahrungen der Hausärzte in Bezug auf die durch das Studienteam aufgearbeiteten Studienmaterialien / -informationen zusammengefasst. Grundsätzlich sind die Befragten zufrieden mit den Studienmaterialien, die in dem Studienordner enthalten sind. Jedoch wurden die Informationen zur Einarbeitung in die PREMA-Studie als komplex und zeitaufwendig bewertet.	Positive Bewertungen / Erfahrungen: <ul style="list-style-type: none"> • Zufriedenheit mit Aufbereitung Studienordner: Informationen ausreichend, nachvollziehbar, klar Handlungsanweisung Negative Bewertungen / Erfahrungen: <ul style="list-style-type: none"> • Unzufriedenheit mit Studienordner: Einarbeitung zeitintensiv, fehlende Unterlagen • Umbenennung Online-Plattform • Schwierigkeiten Nutzung Plattform
3 Bewertung Durchführung und Inhalt (deduktiv)	Unter dieser Kategorie sind die hemmenden Faktoren in Bezug auf die Studiendurchführung aus Sicht der Hausärzte zusammengefasst.	Hemmende Faktoren: <ul style="list-style-type: none"> • Keinen Mehrwert für Krankheitsverlauf der PAT • Randomisierung in KG: Andere praxisinterne Problematiken wichtiger, Enttäuschung über Randomisierungsergebnis
4 Praxisalltag / -organisation (deduktiv-induktiv) 4.1 Screening / Rekrutierung	Diese Kategorie teilt sich in zwei Subkategorien und beleuchtet die Erfahrungen in Bezug auf zwei wichtige Bausteine des PREMA-Behandlungsprogramms. Zum einen das „Screening / Rekrutierung“ und zum anderen die „Arzttermine“.	4.1 Screening / Rekrutierung <ul style="list-style-type: none"> • Hoher zeitlicher Aufwand • Rekrutierungsphase als langwierig empfunden 4.2 Arzttermin

<p>4.2 Arzttermin</p>		<ul style="list-style-type: none"> • Ein HA plante regelmäßige und längere Termine • Unterstützung / Entlastung durch MFA auf Grund von Gesprächen mit PAT
<p>5 Verbesserungsvorschläge (deduktiv)</p>	<p>In den Interviews wurden HA nach Verbesserungsvorschlägen befragt. Die Ergebnisse wurden unter dieser Kategorie zusammengefasst.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Insgesamt bestand der Wunsch nach Verbesserung der Gesundheitsversorgung für PAT mit psychischen Erkrankungen • Idee: Terminvergabe-hotline bzw. eine Terminkoordinationsstelle in der Hausarztpraxis oder zentral zur sinnvollen Verteilung von Ressourcen
<p>6 Auswirkungen COVID-19 Pandemie auf Studiendurchführung (deduktiv)</p>	<p>Unter dieser Kategorie sind die Aussagen der HA zusammengefasst, die sich auf die Frage nach den Auswirkungen durch die COVID-19 Pandemie auf die Studiendurchführung beziehen.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Auf Grund der Zuteilung in die Kontrollgruppe und geringe Anzahl an PAT keine Auswirkungen der COVID-19 Pandemie auf die Studiendurchführung • Jedoch Auswirkungen auf die Prävalenz psychischer Erkrankungen, Bedarf an ähnlichen Interventionen wächst

Tabelle 6: Interviewergebnisse MFA KG

Themenkomplex / Hauptkategorie	Definition	Themen
<p>1 Motivation (Grund), Erwartungen und Erfahrungen Studienteilnahme</p> <p>(deduktiv)</p>	<p>Die Motivation bzw. Gründe und die Erwartungen der beiden MFA an der PREMA-Studie teilzunehmen beziehen sich sowohl auf die Veränderungen ihres Praxisalltags, verbunden mit dem persönlichen Erkenntnisgewinn hinsichtlich der Erkrankungen und einer Online-Anwendung, als auch auf die Veränderungen für PAT.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Verbesserung der Patientenversorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen im hausärztlichen Setting • Steigende Prävalenz und Bedarf an Versorgung von Menschen mit Depressionen, u.a. durch Covid-19-Pandemie • Persönlicher Erkenntnisgewinn hinsichtlich psychischer Erkrankungen und Online-Anwendung • Neugierde und Interesse Teilnahme an einer Studie generell
<p>2 Bewertung Studienmaterialien</p> <p>(deduktiv)</p>	<p>Unter dieser Kategorie werden papierbasierte und digitale Studienmaterial gemeinsam betrachtet. Die Meinungen der MFA sind unterschiedlich. Grundsätzlich waren sie zufrieden und bewerteten die Studienmaterialien als hilfreich, wobei die Informationen als umfangreich beurteilt wurden und die Einarbeitung als zeitintensiv.</p>	<p>Positive Bewertungen / Erfahrungen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Zufriedenheit mit Aufbereitung Studienordner: Informationen ausreichend und nachvollziehbar <p>Negative Bewertungen / Erfahrungen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Einarbeitung sehr zeitintensiv • Log-In Schwierigkeiten und Probleme mit der Embloom-Plattform bei MFA und PAT
<p>3 Bewertung Durchführung und Inhalt</p> <p>(deduktiv-induktiv)</p> <p>3.1 Fördernde Faktoren</p> <p>3.2 Hemmende Faktoren</p>	<p>Diese Kategorie teilt sich in die zwei Subkategorien „Fördernde Faktoren“ und „Hemmende Faktoren“ und fassen die Aussagen der MFA zusammen, welche Inhalte der Intervention den PAT am meisten bzw. überhaupt nicht geholfen haben. Außerdem sind in dieser Kategorie die Zufriedenheit der MFA und PAT in Bezug auf Studieninhalte und -teilnahme im Großen und Ganzen dargestellt.</p>	<p>3.1 Fördernde Faktoren</p> <ul style="list-style-type: none"> • PAT setzen sich mit ihrer psychischen Erkrankung auseinander • Positive Rückmeldungen von PAT, bereits Bearbeitung Fragebögen hatten einen Effekt <p>3.2 Hemmende Faktoren</p> <ul style="list-style-type: none"> • Randomisierung in die Kontrollgruppe führte zu weniger Motivation / Resignation bei PAT und MFA • MFA erinnerte PAT mehrmals an das Ausfüllen der Fragebögen auf der Embloom-Plattform
<p>4 Praxisalltag / -organisation</p>	<p>Diese Kategorie teilt sich in drei Subkategorien und beleuchtet die Erfahrungen der MFA in Bezug auf ihre Aufgaben im Rahmen der PREMA-Studie. Des Weiteren</p>	<p>4.1 Screening / Rekrutierung</p> <ul style="list-style-type: none"> • Screening zeitintensiv

<p>(deduktiv-induktiv)</p> <p>4.1 Screening / Rekrutierung</p> <p>4.2 Arzttermin</p> <p>4.3 Zeitliche Ressourcen</p>	<p>werden die Erfahrungen zum Aufwand durch die Studienteilnahme, konkret in Bezug auf die zeitlichen Ressourcen der Praxen, genannt.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • PAT lehnen Studienteilnahme trotz passender Einschlusskriterien ab, da sie von sich aus sagen, keine Depression zu haben oder kein Interesse an einer Online-Anwendung hatten <p>4.2 Arzttermin</p> <ul style="list-style-type: none"> • Regelmäßige, z.T. längere Arzttermine • Z.T. nur für Krankschreibungen • Persönliche Gespräch mit HA von PAT mit Multimedikation bevorzugt, anstatt Neurologe oder Psychiater <p>4.3 Zeitliche Ressourcen</p> <ul style="list-style-type: none"> • Unzureichende zeitliche Ressourcen, die einen Einfluss auf den Ablauf der Betreuung hatten • Praxis hätte wegen des erhöhten zeitlichen Aufwands die Studie nicht durchführen können, wenn sie IG gewesen wäre
<p>5 Empfehlungen</p> <p>(deduktiv)</p>	<p>In den Interviews wurden die MFA nach Verbesserungsvorschlägen befragt. Sie stellten Annahmen oder Vermutungen an, wie sie die Intervention einschätzen und welche Wünsche sie an die Intervention hätten. Die Ergebnisse wurden unter dieser Kategorie zusammengefasst.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Mehr Termine vor Ort in der Praxis sind notwendig, damit das Praxisteam das Wohlbefinden der PAT monitoren kann • Empfehlung eher für jüngere PAT (unter 50 Jahren) • Geeignet für PAT mit leichten psychischen Erkrankungen, da MFA geeignete Schulung fehlt

Tabelle 7: Interviewergebnisse PAT KG

Themenkomplex / Hauptkategorie	Definition	Themen
-----------------------------------	------------	--------

<p>1 Motivation (Grund), Erwartungen und Erfahrungen Studienteilnahme (deduktiv)</p>	<p>Die Hauptkategorie „Motivation“ bzw. „Gründe“ der Patientin an der PREMA-Studie teilzunehmen fasst die Aussagen zusammen, warum sie sich für eine Studienteilnahme entschieden und welche „Erwartungen“ sie durch die Teilnahme an der Studie hatte.</p>	<p>Gründe:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Empfehlung von HA, auf Grund von Depression bzw. depressiver Verstimmung <p>Erwartungen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Attraktive Unterstützung im Alltag durch Online-Anwendung • Wunsch nach einer spezifischen Online-Anwendung, bisherige Erfahrung mit kostenfreier App war zu unspezifisch <ul style="list-style-type: none"> ○ „Bandbreite von Übungen, z.B. bei akuten Stresssituationen, um kontrollierter atmen zu können.“ ○ „Einfachere Basic-Dinge [Übungen], die dann multipler anwendbar sind.“ • Integration der Intervention in Arbeitsalltag • Geringeren zeitlichen „Aufwand und Stress“ durch flexible Nutzung einer Online-Anwendung im Vergleich zu Arztterminen in Präsenz <p>Erfahrungen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Resignation, weil Zuteilung in KG und dadurch kein vollständigen Zugang zur Online-Anwendung • Studienbeginn nach Einschreibung hat zu lange gedauert (mehrere Monate)
<p>2 Bewertung Durchführung und Betreuung durch die HA-Praxis (deduktiv)</p>	<p>Unter dieser Kategorie sind die Erfahrungen der Patientin in Bezug auf den Inhalt und Ablauf der Arzttermine sowie ihrer Zufriedenheit mit dem PREMA-Behandlungsprogramm im Großen und Ganzen zusammengefasst.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Generelle Zufriedenheit mit Betreuung durch HA, Studienteilnahme hat geholfen • Große Bemühungen von Seiten HA den Bedürfnissen der PAT gerecht zu werden <ul style="list-style-type: none"> ○ Längere Arzttermine, mehr Zeit für Gespräche, zielorientierte Gespräche

6.4.4.3 Detailergebnisse zu „Ergebnisse Drop-Out“

Die Analyse des Interviews mit HA Drop-Out insgesamt vier Hauptkategorien: (1) Motivation (Grund), Erwartungen Studienteilnahme, (2) Einstellung zu Online-Interventionen, (3) Grund Inaktivität, (4) Bewertung Studienmaterialien und (5) Verbesserungsvorschläge (Tabelle 8).

Tabelle 8: Interviewergebnisse HA Drop-Out

Themenkomplex / Hauptkategorie	Definition	Themen
1 Motivation (Grund), Erwartungen Studienteilnahme (deduktiv)	Die Hauptkategorie „Motivation“ bzw. „Gründe“ der Hausärzte der Drop-Out Gruppe an der PREMA-Studie teilzunehmen fasst die verschiedenen Aussagen zusammen, warum diese sich für eine Studienteilnahme entschieden und welche „Erwartungen“ sie durch die Teilnahme an der Studie sowohl in Bezug auf die Veränderungen ihres eigenen Praxisalltags als auch auf die Veränderungen für die MFA und PAT hatten.	<ul style="list-style-type: none"> • Verbesserung Patientenversorgung im hausärztlichen Setting, Prävention schwerer psychischer Erkrankungen <ul style="list-style-type: none"> ○ Anpassung der hausärztlichen Versorgungssituation bei steigender Prävalenz psychisch Erkrankter PAT ○ Überbrückung psychotherapeutischer Wartezeiten ○ Kontinuierlicher (Telefon)kontakt durch MFA (Ansprechpartner für PAT) • Zugewinn krankheitsspezifische Fachkenntnisse (HA, MFA, PAT) • Entlastung HA durch Telefonate der MFA • Anpassung Honorare für HA
2 Einstellungen zu Online-Intervention 2.1 Potentieller Nutzen 2.2 Vorbehalte / Bedenken (induktiv)	Diese Hauptkategorie teilt sich in zwei Subkategorien und fasst die Aussagen der HA in Bezug auf die allgemeine Einstellung gegenüber Online-Interventionen zusammen. Diese Gruppe hatte zu keinem Zeitpunkt im Rahmen der Studie PAT rekrutiert oder sich aktiv beteiligt.	2.1 Potentieller Nutzen <ul style="list-style-type: none"> • Flexibel nutzbar für PAT (ort- / zeitunabhängig) • Entlastung HA durch selbstständige Nutzung von digitalen Gesundheitsanwendungen der PAT • Überbrückung von Wartezeiten (Facharzt oder Therapeut) 2.2 Vorbehalte / Bedenken <ul style="list-style-type: none"> • Digitales Grundverständnis von PAT muss Voraussetzung sein • Technische Hürde besonders bei älteren PAT • Kein Ersatz des persönlichen Kontakts mit HA oder MFA (besonders bei älteren Menschen) • Bedenken bei Anwendung von reinen Online-Interventionen
3 Gründe Drop-Out	Unter dieser Kategorie sind die Gründe der Nicht-Teilnahme bzw. Inaktivität der HA der Drop-Out Gruppe	<ul style="list-style-type: none"> • Fehlende personelle und zeitliche Ressourcen

(deduktiv-induktiv)	zusammengefasst. Die Nicht-Teilnahme hatten verschiedene Hintergründe und es ließen sich insgesamt sechs identifizieren.	<ul style="list-style-type: none"> • Technische Voraussetzung • Organisationsstruktur der Praxis • Patientencharakteristika • Mangelnde Unterstützung durch Studienteam • Einfluss COVID-19 Pandemie
4 Bewertung Studienmaterialien (induktiv)	Unter dieser Hauptkategorie sind die unterschiedlichen Bewertungen / Erfahrungen der Hausärzte in Bezug auf die durch das Studienteam aufgearbeiteten Studienmaterialien / -informationen zusammengefasst.	<ul style="list-style-type: none"> • Grundsätzlich zufrieden: verständlich, plausibel, sinnvoll strukturiert • Z.T. Wunsch nach mehr Informationen und Inhalten zu Nutzung Embloom-Plattform
5 Verbesserungsvorschläge (deduktiv)	In den Interviews wurden HA nach Verbesserungsvorschlägen befragt. Die Ergebnisse wurden unter dieser Kategorie zusammengefasst.	<ul style="list-style-type: none"> • Z.T. Intervention papierbasiert, statt digital für HA und PAT • Vereinfachung Studienaufbau / -informationen für die Umsetzbarkeit / Machbarkeit im Praxisalltag • Engmaschigere Betreuung durch Studienteam • Idee: Entlastung Praxisteams durch externe Unterstützung / Beraterin einer Study-Nurse (ähnlich wie bei der Versorgung von Diabetespatienten)

Fragebogen Hausarzt inaktiv (Drop-Out Befragung)

1. Bitte geben Sie für jede der folgenden Aussagen an, inwieweit Sie dieser zustimmen. Bitte in jeder Zeile <u>nur eine Antwort</u> ankreuzen!	stimme voll zu	stimme eher zu	teils/teils	stimme eher nicht zu	stimme gar nicht zu
1.1 Das Behandlungsprinzip einer Online-Intervention erachte ich grundsätzlich als sinnvoll.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.2 Ich habe das Gefühl, dass eine Online-Intervention mich bei meiner Arbeit unterstützen kann.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.3 Eine Online-Intervention kann mir wichtige Anregungen geben, besser mit meinen Patienten mit Depression und/oder Panik- / Angststörungen umzugehen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.4 Die Nutzung einer Online-Intervention für Patienten mit Depression und/oder Angststörungen würde ich meinen Kollegen empfehlen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.5 Eine Online-Intervention kann genauso wirksam sein wie eine Psychotherapie mit einem Therapeuten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.6 Eine Online-Intervention ist vertraulicher und diskreter als ein persönliches Gespräch mit mir.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.7 Eine Online-Intervention unterstützt mich dabei, zu erkennen, welche weiteren Schritte der Behandlung veranlasst / bearbeitet werden müssen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.8 Die Nutzung einer Online-Intervention im Alltag würde mir leicht fallen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.9 Eine Online-Intervention verstärkt aus meiner Sicht Isolation und Einsamkeit.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.10 In Krisensituationen kann ich meinen Patienten besser helfen als eine Online-Intervention.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.11 Durch eine Online-Intervention erwarte ich keine längerfristigen Effekte.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.12 Durch eine Online-Intervention fällt es meinen Patienten leichter als bei einem Therapeuten, ihre Gefühle zu offenbaren.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.13 Fertigkeiten die meinen Patienten helfen, ihren Alltag besser zu bewältigen, lernen diese eher von einem Therapeuten als durch eine Online-Intervention.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. Warum nehmen Sie nicht an der PREMA-Studie teil bzw. führen diese nicht wie geplant um?

<input type="checkbox"/>	Keine hausärztliche Tätigkeit mit psychosomatischer Grundversorgung
<input type="checkbox"/>	Fehlende zeitliche Ressourcen
<input type="checkbox"/>	Fehlende personelle Ressourcen
<input type="checkbox"/>	Zu wenig Patienten, die bei der KV versichert sind (Anzahl Patienten < 13)
<input type="checkbox"/>	Mangelnde deutsche Sprachkenntnisse der Patienten
<input type="checkbox"/>	Kein Interesse an einer Studie, die eine Anwendung einer Online-Plattform beinhaltet
<input type="checkbox"/>	Andere Gründe (bitte auflühren): _____

3. Im Folgenden möchten wir Ihre soziodemographischen Daten erfragen.

3.1 Ihr Geschlecht:

Weiblich Männlich Divers

3.2 Ihr Alter (in Jahren):

--	--

3.3 Dauer der ärztlichen Tätigkeit seit Abschluss des Studiums (in Jahren):

--	--

3.4 Anzahl der in der Praxis beschäftigten Ärzte (inkl. Ihnen selbst und inkl. Ärzte in Weiterbildung):

--	--

3.5 In welcher Praxisform arbeiten Sie?

<input type="checkbox"/>	Einzelpraxis
<input type="checkbox"/>	Praxisgemeinschaft
<input type="checkbox"/>	Berufsausübungsgemeinschaft (BAG) (auch Gemeinschaftspraxis)
<input type="checkbox"/>	Medizinisches Versorgungszentrum (MVZ)
<input type="checkbox"/>	Sonstiges: _____

3.6 Praxisgröße (bezogen auf die Praxis insgesamt) Anzahl der gesetzlich Versicherten (KV und Selektivverträge) im letzten Quartal.

<input type="checkbox"/>	bis 499
<input type="checkbox"/>	500 bis 999
<input type="checkbox"/>	1.000 bis 1.499
<input type="checkbox"/>	1.500 bis 1.999
<input type="checkbox"/>	2.000 und mehr

3.7 Wo liegt die Praxis, in der Sie arbeiten?

<input type="checkbox"/>	Großstadt (mehr als 100.000 Einwohner)
<input type="checkbox"/>	Größere Kleinstadt (20.000 bis 100.000 Einwohner)
<input type="checkbox"/>	Ländliche Kleinstadt (5.000 bis 20.000 Einwohner)
<input type="checkbox"/>	Dörfliche Siedlung (weniger als 5.000 Einwohner)
<input type="checkbox"/>	Ich kann dazu keine genauen Angaben machen



PREMA

Basisschulung für Ärzte



Einführung PREMA

Hintergrund

Depressionen und Angststörungen gehören zu den häufigsten Erkrankungen in der hausärztlichen Praxis. Unspezifisch auftretende Symptome und häufige Multimorbidität der Patienten gestalten Diagnostik und Behandlung teilweise schwierig.

Versorgungsziel

Ziel dieses ausschließlich mit öffentlichen Geldern finanzierten Projekts ist es, Hausärzte darin zu unterstützen, Depressionen und Panikstörungen im hausärztlichen Behandlungssetting gut zu erkennen und zu behandeln. Der Hausarzt soll so zügig und kompetent eine adäquate Behandlungsstrategie entwickeln können, d.h. entscheiden ob der Patient umgehend an einen Fachspezialisten überwiesen werden soll oder ob er ihn selbst weiterbehandeln will.

Studiendesign und Rekrutierung

Das Studiendesign ist das einer cluster-randomisierten kontrollierten Studie (cRCT). Nach erfolgter Rekrutierung der Hausarztpraxen werden in diesen während einer dreimonatigen Screeningphase Patienten rekrutiert. Anschließend werden die Praxen mittels einer pseudonymisierten Liste zufällig der Interventions- (IG) oder Kontrollgruppe (KG) zugeordnet (Abbildung 1).

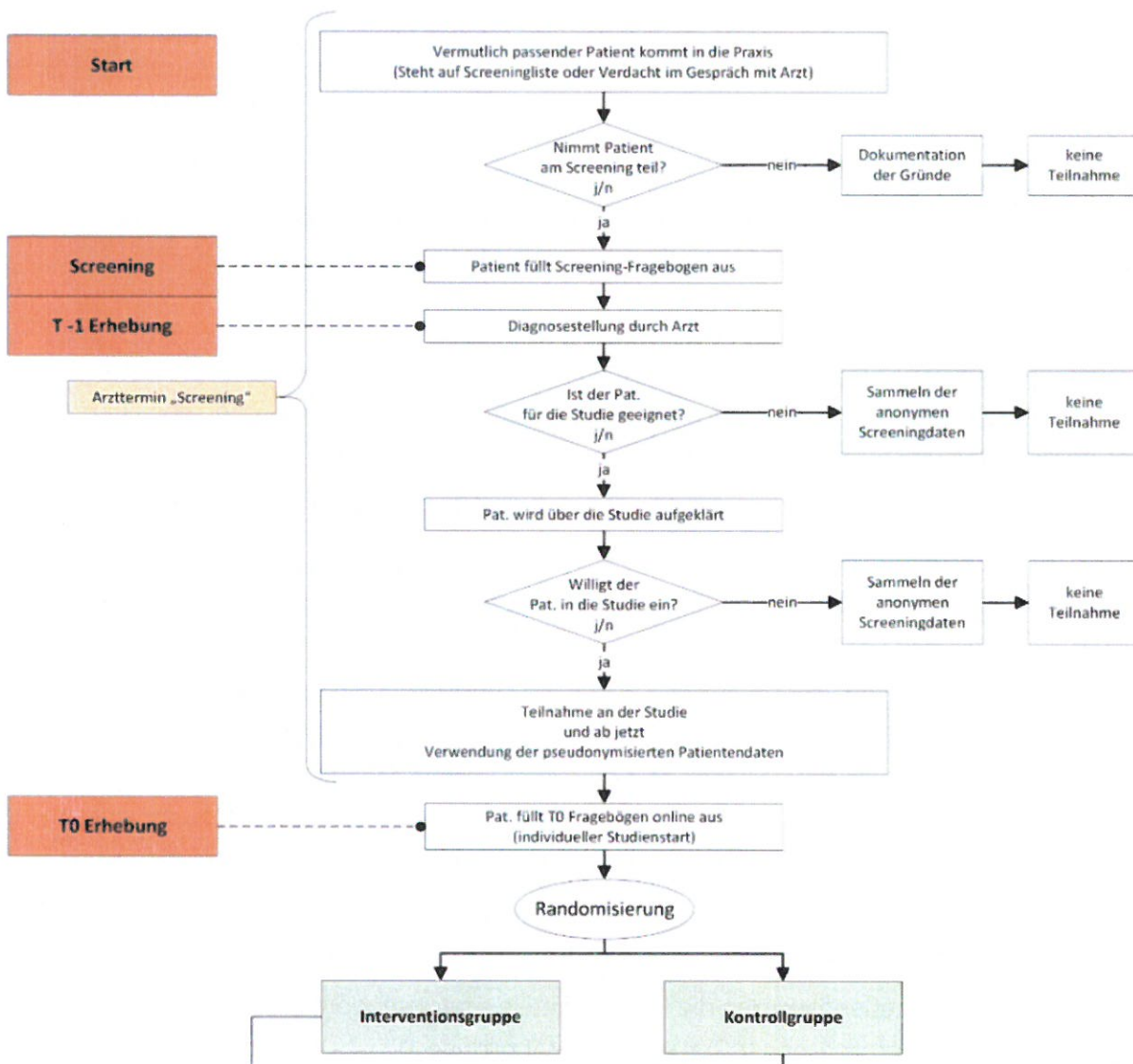


Abbildung 1 | Ablauf der PREMA-Studie: Screening und Randomisierung

In den Interventionspraxen erhalten die Patienten ein hausarztpraxisbasiertes Case Management unter Einbindung eines praxisteam- und eHealth-unterstützten Übungsprogramms über einen Zeitraum von 12 Monaten. In den Kontrollpraxen erhalten die Patienten eine Routineversorgung (standardized TAU). Während des Studienzeitraums werden zu drei Zeitpunkten von allen Patienten studienrelevante Daten erhoben (Abbildung 2).

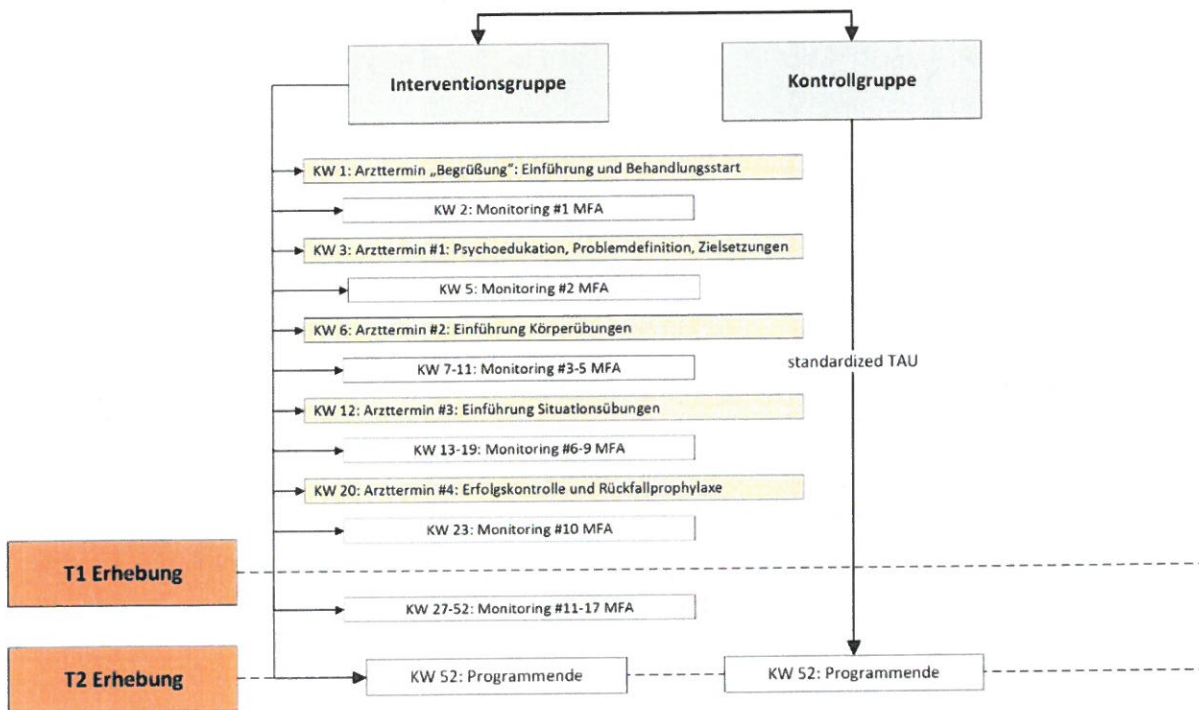


Abbildung 2 | Ablauf der PREMA-Studie: Interventionsarm und Kontrollarm

Inhalt der Intervention

eHealth-Komponenten können die Diagnosestellung unterstützen, und ein strukturiertes Case-Management sichert die Behandlung. Nach Diagnosestellung werden die Patienten entweder in der üblichen Regelversorgung weiterbehandelt, oder sie erhalten in einer der Hausarztpraxen der Modellregion Hessen eine besondere Unterstützung („PREMA-Programm“). Bei dieser werden über 12 Monate regelmäßig standardisierte Kurztelefonate durchgeführt. Diese werden von speziell geschulten medizinischen Fachangestellten der Praxis ausgeführt. Zeigt sich dabei eine Verschlechterung, wird der Patient umgehend einbestellt. Der Hausarzt und der Patient besprechen dann, wie die Behandlung fortgesetzt werden kann. PREMA sieht auch vier feste Arzttermine vor. Die Ergebnisse der Telefonanrufe und Arzttermine können über ein Online-Portal gebündelt werden, zu dem Arzt, MFA und Patient einen sicheren Zugang haben. Darüber hinaus können über das Online-Portal bereitgestellte Materialien und Übungen zur Psychoedukation genutzt werden.

Die Praxen im Interventionsarm erhalten eine spezielle Online-Schulung zum PREMA-Programm. Nach Ablauf der Studie steht dieses Material auch den Praxen im Kontrollarm zur Verfügung.

Evaluation

Die wissenschaftliche Evaluation des Projektes untersucht, ob diese Form der Unterstützung der Praxis und der Patienten der bisher üblichen Regelversorgung überlegen ist. Eine qualitative Studie fragt, wie das Programm im hausärztlichen Behandlungsalltag funktioniert und wie die Praxen und Patienten die Anwendung und Wirkungen einschätzen.

Laufzeit

Die Gesamtprojektlaufzeit beträgt vier Jahre (01.09. 2018 – 31.08.2022). Die Durchführung in den Hausarztpraxen der Modellregion Hessen startet am 1. April 2019.

Stichprobengröße

Geplant ist die Rekrutierung von 1844 Patienten in 148 Hausarztpraxen, d.h. pro Praxis müssen durchschnittlich 12,5 Patienten eingeschlossen werden.

Studiengruppe

- Techniker Krankenkasse
- Kassenärztliche Vereinigung Hessen
- TelePsy Deutschland GmbH
- Klinikum der Universität München / Institut für Allgemeinmedizin
- Goethe-Universität Frankfurt am Main / Institut für Allgemeinmedizin
- Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf / Institut für Gesundheitsökonomie und Versorgungsforschung



Patienteneinschluss der PREMA-Studie

Jede Praxis sucht 12 bis 13 Patienten, die sie in die Studie einschließen. Dafür hat jede Praxis bis zu 3 Monate Zeit. Es ist sehr wichtig für den Studienablauf, dass die 12-13 Patienten innerhalb dieses Zeitfensters in die Studie eingeschlossen werden. Nach drei Monaten erfolgt die zufallsgenerierte Zuordnung der Praxis in die Behandlungsgruppe (auch Interventionsgruppe genannt) oder die Kontrollgruppe. Die Patienten in beiden Gruppen werden nach dem aktuellen Stand der Forschung durch den Hausarzt betreut, die Patienten in der Interventionsgruppe erhalten eine zusätzliche Betreuung. Diese startet in dem Moment, in dem die Praxis per Zufall als Interventionsgruppe ausgelost wird. Ärzte und Medizinische Fachangestellte (MFA) erhalten dann eine zusätzliche Schulung.

Wie kann man jetzt Patienten in die Studie einschließen? Dafür wird zunächst eine „Patienten-Screeningliste“ erstellt. Dazu sollte aus der Praxissoftware eine Liste mit Patienten generiert werden, die folgende Kriterien erfüllen:

- ICD 10-Diagnosen **F41.0 oder F40.01 oder F32-F34**
- **≥18 Jahre**
- **Praxiskontakt in den letzten 4 Quartalen**
- **bei TK versichert**

Diese Liste bitte ausdrucken und in der Anmeldung platzieren.

Erscheint ein Patient in der Praxis, können die MFA überprüfen, ob der Name des Patienten auf der Liste steht. Falls dies der Fall ist, sollte sie dem Hausarzt diese Information übermitteln.

Der Hausarzt überprüft in der Sprechstunde (erneut), ob folgende Einschlusskriterien zutreffen:

- Der Patient hat eine der folgenden ICD-10 Diagnosen: **F41.0; F40.01; F32-F34**
- Der Patient ist **≥18 Jahre** alt
- Der Patient ist bei der **TK versichert**
- Der Patient kann eine **freiwillige Entscheidung** zur Studienteilnahme **abgeben**
- Der Patient besitzt **ausreichende deutsche Sprachkenntnisse** für eine Studienteilnahme
- Der Patient verfügt über einen **Telefonanschluss** und einen **Internetzugang**

Hausarzt und/oder MFA überprüfen, ob eine der folgenden Ausschlusskriterien vorliegt:

- Der Patient hat eine **vorbekannte Psychose**
- Bei dem Patienten besteht **akute Suizidalität**
- Der Patient befindet sich in einer **laufenden genehmigungspflichtigen Psychotherapie**
- Ein **Expositionstraining** ist aus hausärztlicher Sicht nicht zu empfehlen

Treffen alle Einschlusskriterien zu und keine der Ausschlusskriterien, dann bitte den Patienten über die

Studieninhalte und das Screening informieren.

Wenn der Patient seine Zustimmung zum Screening gibt, dann müssen der Patient und der Arzt zunächst den Versorgungsvertrag unterschreiben. Die entsprechenden Formulare finden Sie im Studienordner, der in jeder Praxis bereitgestellt wird.

Dabei ist zu beachten, dass dieser in 3-facher Ausfertigung unterzeichnet wird und der Patient und der Arzt das Datum selbst auf den Vertrag schreiben. Das Datum muss auch vom gleichen Tag sein.

Danach erfolgt eine Testung mit dem sogenannten Screening-Fragebogen entweder über das eigene Smartphone des Patienten oder mit Papier und Stift.

In jedem Fall erstellt die MFA über das Online-Portal von TelePsy ein anonymes Patientenkonto (inkl. einer Aktennummer). Es wird ein Log-In-Code erstellt, den die MFA ausdruckt. Die MFA notiert die Aktennummer auf dem Papier mit dem Log-In-Code. Dieses Dokument ist sehr wichtig und sollte vom Patienten bis zu dessen Entscheidung, ob er an der Studie teilnimmt oder nicht, sorgfältig aufbewahrt werden.

Nutzt der Patient ein eigenes Smartphone, dann kann er über diesen Log-In auf die Screening-Fragebögen (PHQ-9 und OASIS-Fragebogen) zugreifen und direkt am Smartphone ausfüllen. Nutzt der Patient kein eigenes Smartphone, dann übergibt die MFA dem Patienten einen Papierfragebogen, den der Patient ausfüllt und der MFA zurückgibt. Die MFA überträgt die Ergebnisse dann mit der Aktennummer in die TelePsy-Plattform. Die Auswertung des Testfragebogens erfolgt über die TelePsy-Plattform.

Anschließend überprüft der Hausarzt im Gespräch mit dem Patienten das Ergebnis der Screening-Fragebögen. Dafür benötigt er den Log-In-Code des Patienten.

Der Patient ist für eine Studienteilnahme geeignet, wenn er folgende Ergebnisse in den Screening-Fragebögen zeigt:

- im OASIS-Fragebogen ein Punktwert von ≥ 8 erreicht wird und/oder
- der PHQ-9 einen Punktwert zwischen ≥ 9 und ≤ 22 aufweist

Zeigt sich in einem oder beiden Screening-Fragebögen ein entsprechender Wert, muss der Hausarzt nochmals die Diagnose durch eine klinische Diagnosestellung bestätigen.

Nach positivem Screening (der Patient ist für die Studienteilnahme aufgrund der Testergebnisse geeignet und die Diagnose wurde vom Hausarzt bestätigt), folgt ein Aufklärungsgespräch zur Studie durch den Hausarzt.

Sind alle Fragen geklärt und der Patient willigt in die Studienteilnahme ein, dann müssen Patient und Hausarzt die Einverständniserklärung zur Studienteilnahme unterschreiben. Hier soll eine Patientenversion (8-seitig) und zweimal die Arztversion (2-seitig) unterschrieben werden. Die entsprechenden Formulare finden Sie im Studienordner, der in jeder Praxis bereitgestellt wird.

Auch hier ist wieder zu beachten, dass der Patient und der Arzt das Datum selbst auf den Vertrag

schreiben. Das Datum muss auch vom gleichen Tag sein.

Eine Ausfertigung des Versorgungsvertrages und die Patientenversion (8-seitig) der Einverständniserklärung zur Studienteilnahme erhält der Patient. Je ein Exemplar des Versorgungsvertrages und der Einverständniserklärung (Arztversion) bitte im Studienordner abheften und aufbewahren.

Ein Exemplar des Versorgungsvertrages und ein Exemplar der Einverständniserklärung müssen innerhalb von 2 Tagen an die Techniker Krankenkasse verschickt werden (Freiumschläge liegen in der Praxis vor).

Die MFA notiert den Namen des Patienten auf der Pseudonymisierungsliste (im Studienordner) einschließlich der Versicherungs-Nummer und der Aktennummer aus der TelePsy Plattform.

Die MFA informiert den Patienten darüber, dass er in den nächsten Wochen einen Online Fragebogen (T0) ausfüllen muss, für den er per E-Mail eine Einladung erhält und den er über die TelePsy-Plattform aufrufen kann. Außerdem informiert die MFA den Patienten (nochmals) über den Start der Studie in 1-3 Monaten.

Was tun, wenn ein Patient nicht am Screening teilnehmen möchte oder im Screening festgestellt wird, dass er nicht für die Studie in Frage kommt oder nach dem Screening doch keine Studienteilnahme erwünscht ist?

Steht ein Patient auf der Screening-Liste und wird angefragt, ob er an einem Screening teilnehmen möchte, dies jedoch ablehnt, füllen Sie bitte das Formular „Nichtteilnahme und Ausschlussgründe Patient“ aus. Einen Vordruck des Formulars finden Sie im Studienordner. Legen Sie das ausgefüllte Formular anschließend wieder im Studienordner ab und bewahren es auf.

Wird nach dem Screening festgestellt, dass der Patient nicht für eine Studienteilnahme in Frage kommt, füllen Sie bitte auch das Formular „Nichtteilnahme und Ausschlussgründe Patient“ aus. Einen Vordruck des Formulars finden Sie im Studienordner. Legen Sie das ausgefüllte Formular anschließend wieder im Studienordner ab und bewahren es auf.

Auch dann, wenn der Patient nach dem Screening für eine Studienteilnahme in Frage kommt, jetzt jedoch entscheidet, dass er nicht an der Studie teilnehmen möchte, füllen Sie bitte das Formular „Nichtteilnahme und Ausschlussgründe“ aus. Einen Vordruck des Formulars finden Sie im Studienordner. Legen Sie das ausgefüllte Formular anschließend wieder im Studienordner ab und bewahren es auf.



Einleitungsvideo zur Studie

Skript zum Video

Guten Tag,

mein Name ist Jochen Gensichen. Ich bin Leiter des Instituts für Allgemeinmedizin am Klinikum der Ludwig-Maximilians-Universität München. Zusammen mit meinen Kollegen vom UKE Hamburg und der Universität Frankfurt, sowie der TK und der KV Hessen möchte ich mich bei Ihnen bedanken für Ihr Interesse an der PREMA-Studie. Wir freuen uns, dass Sie mit Ihrer Praxis an unserer Studie zur hausarztbasierten, ehealth-unterstützten Behandlung von Panikstörung und Depression teilnehmen.

Etwa 16 bis 20 von 100 Menschen erkranken im Laufe ihres Lebens an einer Depression. Bei der Angststörung sind es 15 von 100 Menschen. Depression und Panikstörung sind die häufigsten psychischen Diagnosen in der Hausarztpraxis. Oftmals sind Patienten mit diesen Diagnosen ausschließlich in hausärztlicher Behandlung.

Beide Krankheiten sind meist gut zu behandeln. Zudem werden Sie für diese neue Behandlungsform besonders im Umgang mit Patienten mit Panikstörung oder Depression geschult. Die Dokumentation und das Erfassen der Patientendaten wird Ihnen durch ein speziell dafür entwickeltes eTool erleichtert. Auch der Patient arbeitet mit diesem eTool und ist aktiv am Behandlungsprogramm beteiligt. Das besondere an der Behandlung ist die aktive Patientenbegleitung (im Englischen „Case Management“). Hierzu bilden Sie und Ihr medizinische Fachangestellte gemeinsam mit dem Patienten ein starkes Dreierbündnis. Ihre medizinische Fachangestellte fungiert als „case Managerin“, die regelmäßig den Patienten kontaktiert und immer wieder nachfragt, wie es ihm geht. Die Ergebnisse werden dann sofort an Sie weitergeleitet.

Die gesamte Behandlung ist so abgestimmt, dass sie mit den knappen Ressourcen einer Hausarztpraxis durchgeführt werden kann.

Mit diesem Video möchten wir Ihnen das Projekt näher vorstellen.

Ich danke Ihnen für Ihre Mitarbeit an der Studie!

Vorstellung der Studie

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

mein Name ist Sabine Schlüssel, und ich bin Ärztin in Weiterbildung am Institut für Allgemeinmedizin der LMU.

In den nächsten 12 Monaten nehmen Sie und Ihr Praxisteam an einer zur hausarztbasierten, ehealth-unterstützten Behandlung von Panikstörung und Depression teil. Was kommt dabei auf Sie zu?

In den folgenden Monaten werden Sie mit Ihrem Patienten an vier Arztterminen u.a. gut erprobten Behandlungselementen aus dem Bereich der Verhaltenstherapie anwenden, die den Beschwerden des Patienten angepasst sind:

Beim ersten Termin informieren Sie den Patienten über alles Wichtige zur Krankheit. Man nennt das auch Psychoedukation. Gemeinsam setzen Sie mit dem Patienten dessen Behandlungsziele. Sie ermuntern den Patienten, aktiv mitzumachen.

Beim zweiten Termin zeigen Sie dem Patienten Übungen, die genau an dessen Beschwerden angepasst sind. Wenn der Patient beispielsweise unter einer Panikstörung leidet, üben Sie mit ihm spezielle Körperübungen, wie z.B. Schnelles Atmen oder Sich-um-die-eigene-Achse-Drehen. Dabei lernt Ihr Patient seine Angstsymptome in einem geschützten Rahmen besser kennen und machen die wohltuende Erfahrung, dass die körperlichen Symptome einer Panikattacke ganz von selbst kommen und gehen, und eben nicht zu bleibenden Schäden führen. Wenn Ihr Patient hingegen an einer Depression leidet, üben Sie mit ihm sogenannte „Aktivierungsübungen“, die ihn von der – für Depressionen so typischen - Antriebslosigkeit befreien und aufbauen werden. Der Patient soll die Übungen dann regelmäßig selbstständig Zuhause wiederholen, bis sich Schritt für Schritt ein positiver Effekt auf die Symptomatik einstellt

Beim dritten Hausarzttermin suchen Sie mit Ihrem Angst-Patienten bestimmte Situationen aus, die besonders schwierig für ihn sind und überlegen gemeinsam, wie er damit künftig besser zurechtkommt. Der Patient führt dann die vereinbarten Situationsübungen selbstständig durch. Depressions-Patienten setzen sich sogenannte „Genussziele“, um wieder vermehrt positive Emotionen zu erleben und ein besseres Gleichgewicht zwischen Pflichten und Angenehmem in ihrem Leben zu schaffen.

Beim vierten Termin wird es Ihrem Patienten schon besser gehen. Überlegen Sie gemeinsam mit dem Patienten, wie Sie diese Verbesserung langfristig aufrechterhalten können.

Das besondere an diesem Programm ist, dass Ihr Patient auch dann, wenn Sie keine Termine mit ihm haben, nicht allein bleibt. Ihre MFA unterstützt ihn: Sie wird den Patienten immer wieder anrufen oder ansprechen und fragen, wie es mit den Übungen geht. Wenn es gerade mal schwerfällt, wird sie den Patienten ermuntern, weiterzumachen. Sie wird Ihnen über den Zustand/Fortschritt des Patienten Rückmeldung geben, sodass Sie stets informiert sind und die richtigen Entscheidungen treffen können.

Alle Informationen zu den Einzelnen Arztterminen und den Übungen werden Ihnen im ausführlichen Begleitmaterial zur Studie online zur Verfügung gestellt. Wenn Sie wollen, können Sie alles auch nochmals am Computer nachlesen, wann immer Sie wollen.

Ich bedanke mich ganz herzlich für Ihr Interesse und Ihre Teilnahme an der Studie!



Checkliste Studienablauf

Schritt	Aufgaben MFA	Aufgaben Hausarzt
1	<p>MFA (oder Hausarzt) erstellt eine Patienten-Screeningliste aus der Praxissoftware mit folgenden Kriterien:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ICD-10 Diagnosen F41.0 oder F40.01 oder F32-F34 • ≥18 Jahre • Praxiskontakt in den letzten 4 Quartalen • bei TK versichert <p>Liste bitte im Bereich der Anmeldung platzieren</p>	
2	<p>Ein Patient erscheint in der Praxis</p> <ul style="list-style-type: none"> • MFA überprüft, ob der Name des Patienten auf der Liste steht 	
2a	<p>Falls ja, übermittelt sie diese Information an den Hausarzt (z.B. innerhalb des Praxisdokumentationssystems)</p>	
2b		<p>Falls nein, besteht die Möglichkeit, dass der Hausarzt während der Konsultation feststellt, dass eine Depression und/oder Angst-/Panikstörung bei dem Patienten vorliegen könnte</p>
3	<p>Hausarzt überprüft (erneut), <u>ob folgende Einschlusskriterien zutreffen:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Der Patient hat eine der folgenden ICD-10 Diagnosen: F41.0; F40.01; F32-F34 • Der Patient ist ≥18 Jahre alt • Der Patient ist bei der TK versichert • Der Patient kann eine freiwillige Entscheidung zur Studienteilnahme abgeben • Der Patient besitzt ausreichende deutsche Sprachkenntnisse für eine Studienteilnahme • Der Patient verfügt über einen Telefonanschluss und einen Internetzugang <p>Hausarzt und/oder MFA überprüfen, <u>ob eine der folgenden Ausschlusskriterien vorliegt:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Der Patient hat eine vorbekannte Psychose • Bei dem Patienten besteht akute Suizidalität • Der Patient befindet sich in einer laufenden genehmigungspflichtigen Psychotherapie 	

	<ul style="list-style-type: none"> Ein Expositionstraining ist aus hausärztlicher Sicht nicht zu empfehlen
4	Treffen alle Einschlusskriterien zu und keine der Ausschlusskriterien, bitte den Patienten über die Studieninhalte und das Screening informieren.
5a	Es erfolgte eine Zustimmung des Patienten zum Screening:
	<p>Patient und anschließend Hausarzt unterzeichnen den Versorgungsvertrag (jeweils 3-fach):</p> <ul style="list-style-type: none"> Eine Ausfertigung erhält der Patient Eine Ausfertigung bleibt in der Praxis Eine Ausfertigung wird am Ende des Einschreibeprozesses an die Techniker Krankenkasse geschickt (siehe auch <input type="checkbox"/>chritt 7b und Schritt 9) <p>(Freiumschlag liegt in der Praxis vor) Bitte beachten: Hausarzt und Patient müssen <u>jeweils selbst den Ort und das Datum auf den Versorgungsvertrag schreiben! Das Datum muss vom gleichen Tag sein!</u></p>
5b	<p>Patient nutzt <u>ein</u> eigenes Smartphone für das Screening</p> <ul style="list-style-type: none"> MFA erstellt für das Online-Screening auf der TelePsy Plattform ein anonymes Patientenkonto (incl. Aktennummer) Auf der TelePsy Plattform wird ein Log-in Code für den Patienten erstellt, den die MFA ausdruckt MFA notiert die Aktennummer auf dem Ausdruck mit dem Log-in und über'ibt es dem Patienten (für die spätere Zuordnung) <p>Dies ist ein wichtiges Dokument für die weitere Studie</p>
5c	<p>Patient nutzt <u>kein</u> eigenes Smartphone für das Screening</p> <ul style="list-style-type: none"> MFA händigt dem Patienten einen Screening-Papierfragebogen aus (inkl. Kugelschreiber) und bittet den Patienten den Fragebogen auszufüllen

	MFA erstellt – wie unter 5b beschrieben – einen Zugang für den Patienten in der TelePsy Plattform und überträgt die Ergebnisse des Screening-Papierfragebogens in die TelePsy-Datenbank.	
5d	Es erfolgte keine Zustimmung des Patienten zum Screening:	
	<ul style="list-style-type: none"> • Bitte zusammen mit dem Patienten das Papier-Formular „Nichtteilnahme und Ausschlussgründe Patienten“ ausfüllen • Papierversion im Studienordner ablegen und aufbewahren 	
6		Der Hausarzt erhält vom Patienten die Aktennummer (für die TelePsy Plattform) und prüft das Ergebnis Die Auswertung des Screening-Fragebogens erfolgt über die TelePsy Plattform
7a		Patient ist für die <u>Studienteilnahme geeignet</u> , wenn: <ul style="list-style-type: none"> • im <u>OASIS-Fragebogen</u> einen Punktwert von ≥ 8 erreicht wird und/oder • der <u>PHQ-9</u> einen Punktwert zwischen ≥ 8 und ≤ 22 ausweist und • der Hausarzt die Diagnose durch eine klinische Diagnosestellung bestätigt
7b	<ul style="list-style-type: none"> • Bitte zusammen mit dem Patienten das Papier-Formular „Nichtteilnahme und Ausschlussgründe Patienten“ ausfüllen • Papierversion im Studienordner ablegen und aufbewahren • Eine Ausfertigung des Versorgungsvertrages an die Techniker Krankenkasse schicken (Freiumschräge liegen in der Praxis vor) 	Wenn der Patient nicht für die Studienteilnahme geeignet ist (z. B. PHQ-9 und OASIS Punktwerte liegen außerhalb des Cut off Bereichs) oder zum jetzigen Zeitpunkt nicht mehr an der Studie teilnehmen möchte : <ul style="list-style-type: none"> • Bitte zusammen mit dem Patienten das Papier-Formular „Nichtteilnahme und Ausschlussgründe Patienten“ ausfüllen
8	<ul style="list-style-type: none"> • Eine Ausfertigung der Einverständniserklärung zur Studienteilnahme (Patientenversion) und zwei Ausfertigungen der Arztversion für die Unterzeichnung vorbereiten • Dafür bitte jeweils auf der Seite 8 die kompletten Daten des Patienten eintragen 	Patient ist für die Studienteilnahme geeignet Nach positiven Screening-Ergebnis führt der Hausarzt das Aufklärungsgespräch zur <u>PREMA-Studie</u> durch (ggf. wird der Patient über die „neue“ Diagnose aufgeklärt).

		<p>Patient und anschließend Hausarzt unterzeichnen die Einverständniserklärung zur Studienteilnahme (letzten beiden Seiten der Studien-Teilnehmerinformation) (1x Patienten-version und 2x Arztversion):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Eine Ausfertigung (Patientenversion) erhält der Patient • Eine Ausfertigung der Arztversion bleibt in der Praxis • Eine Ausfertigung der Arztversion wird an die Techniker Krankenkasse versendet (Freiumschläge liegen in der Praxis vor) <p>Bitte beachten: Hausarzt und Patient müssen <u>jeweils selbst den Ort und das Datum</u> auf die Einverständniserklärung schreiben! Das Datum muss vom <u>gleichen Tag</u> sein!</p>
9	<p>MFA versendet innerhalb von 2 Tagen folgende Unterlagen an die Techniker Krankenkasse:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Eine Ausfertigung des Versorgungsvertrages • Eine Ausfertigung der Einverständniserklärung (Arztversion) <p>Freiumschläge liegen in der Praxis vor</p>	
10	<p>MFA notiert den Namen des Patienten auf der Pseudonymisierungsliste (im Studienordner) einschließlich der Versicherungs-Nummer und der Aktennummer aus der TelePsy Plattform</p>	
11	<p>MFA heftet folgende Unterlagen des Patienten in den Studienordner ab:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Eine Ausfertigung des Versorgungsvertrages • Eine Ausfertigung der Einverständniserklärung (Arztversion) 	
12	<ul style="list-style-type: none"> • MFA informiert den Patienten darüber, dass er innerhalb der nächsten Wochen einen Online Fragebogen (T0) ausfüllen muss, für den er per E-Mail eine Einladung/einen Link erhält 	<ul style="list-style-type: none"> • Arzt informiert den Patienten darüber, dass der eigentliche Studienstart in 1-3 Monaten erfolgt

	<ul style="list-style-type: none">• MFA informiert den Patienten (nochmals), dass der eigentliche Studienstart in etwa 1-3 Monaten erfolgt• Der Patienten-Online-Fragebogen ist zwingend vor dem Start der Studie auszufüllen	
--	--	--



Einführung Angst

1 | Definition

Angst bezeichnet eine „normale“ Reaktion auf bestimmte Gefahren. Sie ist grundsätzlich eine wichtige und lebenserhaltende Emotion, die vorübergehend auftritt und Menschen dazu befähigt, reale Gefahren wahrzunehmen und zu bewältigen und eine erhöhte Vigilanz herzustellen. Ihr Auslöser ist real bedrohlich, ihr Ausmaß ist der Situation angemessen und sistiert mit Beendigung der bedrohlichen Situation. Angst ist eine natürliche Anpassungsleistung und für das Überleben und die Vermeidung von Gefahren sinnvoll.

Phobien sind Angstzustände, die durch bestimmte Dinge oder Lebewesen ausgelöst werden (z.B. Akrophobie = Höhenangst; Klaustrophobie = Angst vor geschlossenen Räumen; Agoraphobie = Angst vor öffentlichen Plätzen).

Panikanfälle sind wiederholte, schwere, anfallsartige Angstzustände.

2 | Klassifikation der Angsterkrankungen nach ICD-10

Der Begriff Angststörungen umfasst eine heterogene Gruppe von Störungen.

Hauptkategorie	Unterkategorie
Phobische Störungen (F40.-)	<ul style="list-style-type: none"> ■ Agoraphobie ■ Soziale Phobie ■ Spezifische (isolierte) Phobie ■ Sonstige phobische Störungen
Andere Angststörungen (F41.-)	<ul style="list-style-type: none"> ■ Panikstörung ■ Generalisierte Angststörung ■ Angst und Depression, gemischt ■ Andere gemischte Angststörungen ■ Sonstige spezifische Angststörungen

Tabelle 1 | Klassifikation der Angsterkrankungen nach ICD-10

3 | Symptomatologie der Angst

Angst wird erst zur Krankheit, wenn sie in unangemessener Relation zur auslösenden Situation steht. Oft entsteht Angst in einer objektiv nicht bedrohlichen Situation; ihr Ausmaß ist der Situation unangemessen, sie besteht über die auslösende Situation hinaus und kann zu einer Beeinträchtigung des Lebens führen. Häufig werden körperliche Symptome als „Affektäquivalent“ statt als eine bewusste Angst wahrgenommen. Der Patient wendet sich mit körperlicher Symptomatik meist an den Hausarzt. Die Sorge, dass etwas „Ernstes“ hinter den Symptomen steht, ist sehr oft vorhanden und kann zu wiederholten Untersuchungen, Diagnostik führen. Angst sollte dann behandelt werden, wenn sie als belastend und einschränkend für den Patienten empfunden wird und/oder bereits zu Vermeidungsverhalten oder anderen individuellen Strategien (Zwänge, Rituale) mündet. Sie sollte ebenfalls therapeutisch angegangen werden, wenn Angst als eine Komorbidität vorliegt.

- **Kognitive Symptome:** Ausgeprägtes „Sich-Sorgen“; Entscheidungsunfähigkeit; Gestörte Konzentration; Angst „verrückt“ zu werden, die Kontrolle zu verlieren oder zu sterben
- **Körperliche Symptome:** Unruhe, Tremor, Kribbelparästhesien, Schwindel, Schwäche, vermehrtes Schwitzen, Muskelkrämpfe, Palpitationen, „Kurzatmigkeit“, Würgegefühle, Thoraxschmerzen, abdominelle Missempfindungen, Übelkeit, Erbrechen, Erröten
- **Veränderungen des Verhaltens durch Angsterkrankungen:** Vermeidung von bestimmten Situationen, die Ängste auslösen oder in denen Angst aufgetreten ist; Entwicklung individueller Vermeidungsstrategien, bzw. von Ritualen oder Zwängen (z. B. Händewaschen, wiederholte Kontrollen)

4 | Epidemiologie

In der Bevölkerung treten Angststörungen mit einer Lebenszeitprävalenz von ca. 15 % auf. Die Angstkrankheit tritt bei Frauen ungefähr doppelt so oft auf wie bei Männern. Die Altersgruppe zwischen 18 und 35 Jahren ist am häufigsten betroffen. In der Hausarztpraxis sind Angststörungen häufige psychische Erkrankungen, denn oft ist der Hausarzt erster Ansprechpartner. Durch die unterschiedlichen und sehr variablen Symptome

wird eine Diagnosestellung erschwert. Patienten mit Angststörungen vermuten oft hinter ihren Symptomen eine „organspezifische Ursache“, drängen auf Abklärung und haben viele unterschiedliche Arzt-Patienten-Kontakte. Angststörungen können medikamentös oder psychotherapeutisch behandelt werden.

5 | Panikstörung mit/ohne Agoraphobie

Panikstörungen gehen meist mit plötzlich einsetzenden körperlichen Symptomen wie Herzrasen, Schwitzen, Luftnot, Zittern, Schwindel einher. Patienten leiden unter Todesangst. Die Symptome treten abrupt auf und erreichen ihre maximale Intensität innerhalb weniger Minuten. Die Episoden halten selten einige Minuten an. Panikstörungen werden nicht durch eine zugrundeliegende, organisch-manifeste Krankheit oder durch Drogen bzw. Medikamente bedingt. Zumeist sind die Patienten nicht in der Lage, das Auftreten der Anfälle vorherzusagen. Die Panikstörungen sind für den Patienten sehr belastend.

Etwa die Hälfte aller Patienten mit Panikstörung entwickelt im Störungsverlauf ein starkes, situationsbezogenes Vermeidungsverhalten: Wenn zwei oder mehr unterscheidbare Situationen gefürchtet oder vermieden werden, dann ist mit dem ICD-10 eine sog. Agoraphobie diagnostizierbar. Kennzeichnend ist, dass der Patient mit Agoraphobie nicht befürchtet, dass von der Situation an sich eine bestimmte Gefahr ausginge - vielmehr resultieren die Furcht und das Vermeidungsverhalten aus seiner „Angst vor der Angst“. Typischerweise handelt es sich daher um Situationen, aus denen er (a) nur schwer wieder herauskäme oder (b) keine unmittelbare Hilfe anderer erhielte, falls darin plötzlich Angst oder Panik auftreten würden. Somit können ganze „Klassen“ von Situationen angstauslösenden Charakter besitzen, wie etwa Verkehrsmittel, Reisen, Menschenmengen, enge Räume, geschlossene Räume, um nur einige zu nennen.

6 | Komorbidität

Angststörungen sind im hohen Maße mit Depressionen in ca. 30% assoziiert. Hierbei ist eine wichtige Aufgabe, auf die mögliche Suizidgefahr bei manifester Depression zu achten. Hinsichtlich der Komorbidität von Panikstörung und Depression lässt sich beobachten, dass ca. 60% aller Patienten mit einer Panikstörung innerhalb eines 12-Monats-Zeitraums auch die Diagnose einer Depression aufweisen. Auch bei einer Querschnittsbetrachtung ist von Komorbidität mit einer Depression zwischen jeweils 40 % bei Panikstörungen auszugehen. Das relative Risiko für Patienten, im Quer- oder Längsschnitt an einer depressiven Störung zu erkranken, ist für Angstpatienten damit im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung um ein Vielfaches erhöht. Weitere Komorbiditäten sind Suchtgefahr (Alkohol, Medikamente, Substanzen) und das gleichzeitige Auftreten somatoformer Störungen.

7 | Diagnostisches Vorgehen

Am Beginn des diagnostischen Prozesses steht neben einer ausführlichen Anamnese die körperliche Untersuchung: Die Untersuchung sollte sich auf die Organsysteme fokussieren, in denen der Patient am meisten Symptome schildert (z. B. kardial oder respiratorisch). Signalisieren Sie dem Patienten, dass seine körperlichen Beschwerden ernst genommen, die psychischen Aspekte jedoch genauso gewürdigt werden. Angstpatienten versuchen ihre Gefühle möglichst zu rationalisieren und zu kontrollieren, sodass der Arzt leicht zu einer Fehleinschätzung über die Schwere der Erkrankung kommen kann. Im Zweifelsfall lohnt es sich, die Schwere der Symptomatik noch einmal genau zu erfragen.

Zu den häufigen somatischen Differenzialdiagnosen der Angsterkrankungen gehören unter anderem:

- Lungenerkrankungen (z.B. Asthma bronchiale, chronisch-obstruktive Lungenerkrankung)
- Herz-Kreislaufkrankungen (Angina pectoris, Myokardinfarkt, Synkopen, Arrhythmien)
- Neurologische Erkrankungen (komplex-partielle Anfälle, Migräne, Migraine accompagnée, Multiple Sklerose, Tumoren u.a.)
- Endokrine Störungen (Hypoglykämie, Hyperthyreose, Hyperkaliämie, Hypokalziämie, akute intermittierende Porphyrrie, Insulinom, Karzinoid, Phäochromozytom)
- Weitere Krankheitsbilder (periphere Vestibularisstörung, benigner paroxysmaler Lagerungsschwindel, u.a.)

Zum Ausschluss einer organischen Ursache der Beschwerden sollten wenigstens folgende Untersuchungen durchgeführt werden:

- Ausführliche Anamnese
- Körperliche Untersuchung
- Blutbild, Blutzucker, Elektrolyte (Ca⁺⁺, K⁺), Schilddrüsenstatus (TSH)
- EKG mit Rhythmusstreifen
- Ggf. Lungenfunktion
- Ggf. kraniale Bildgebung (MRT, CT)
- Ggf. EEG

Im Vordergrund stehen die Fragen, ob die Angst eine eigenständige Erkrankung darstellt, oder ob weitere **psychische Komorbiditäten** bestehen (Depression, Somatoforme Störung, Suchterkrankung) und ob der Patient suizidgefährdet ist. Daran sollten sich die Behandlungsangebote orientieren (Medikamente, Psychotherapie, Psychiatrische Mitbehandlung, stationäre, teilstationäre Therapie, Rehabilitationen). Die Erwartung des Patienten, Wünsche und Vorerfahrungen werden in die Therapieplanung einbezogen.

In der Erstanamnese sind neben der Erfragung der Lebensgeschichte auch Informationen über die psychosoziale Situation wichtig. Weiterhin sollte auf die Medikamentenanamnese (Sympathomimetika, Steroide, einige Antihypertensiva und NSAR, aber auch SSRI können Auslöser sein) und die Drogenanamnese (auch auf Nikotin und Alkohol!) geachtet werden. Die Einschätzung der therapeutischen Bedürftigkeit richtet sich nach dem Leidensdruck.

Zum Weiterlesen

- Bandelow B, Lichte T, Rudolf S, Wiltink J, Beutel M. S3Leitlinie Angststörungen. Berlin: Springer; 2015.
https://www.dgppn.de/_Resources/Persistent/0c2fc607fa678377a9efb4f13d5ce7007f2c43d0/S3LL_Lang_Angstst%C3%B6rungen_2014.pdf
- Bandelow B & Gensichen J. Angststörung. In: Dietrich DE, Goesmann C, Gensichen J, Hauth I, Veit I (Hrsg.). Praxisleitfaden Psychische Erkrankungen. Bern: Hogrefe; 2019.
- Bergmann A & Schneider A. Angst. In: Duale Reihe Allgemeinmedizin und Familienmedizin. 5., vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage. Stuttgart: Thieme; 2017.
- Jacobi F, Höfler M, Strehle J, Mack S, et al. Psychische Störungen in der Allgemeinbevölkerung. Nervenarzt 2014;85:77–87.

Therapieoptionen Angst

Die Behandlung mit Psychotherapie und/oder mit Psychopharmaka gilt bei allen Angststörungen als evidenzbasiert wirksam. Eine Kombination beider Behandlungsansätze ist möglich und teilweise ratsam (sollte jedoch koordiniert erfolgen).

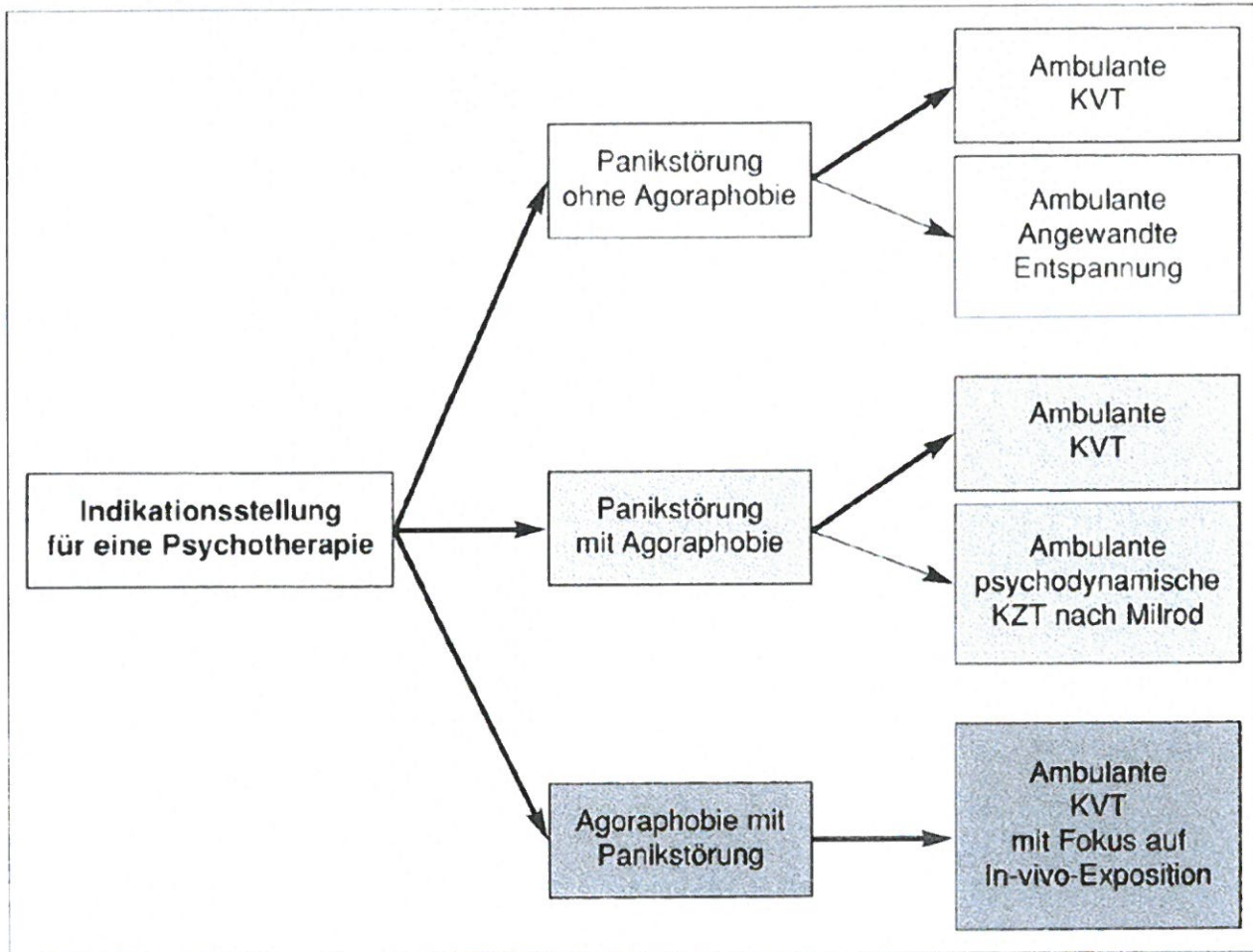


Abbildung 3 | Psychotherapie bei Panikstörung mit/ohne Agoraphobie

Anmerkungen | Die Dicke der Linien bildet den Evidenzgrad der Behandlungsempfehlung ab. KVT = Kognitive Verhaltenstherapie, KZT = Kurzzeit-Therapie. Quelle: Heinrichs et al. 2009

Elemente einer kognitiven Verhaltenstherapie bei Angststörungen:

- Motivieren & Ressourcen aktivieren (Beziehung zum Therapeuten, Eigenverantwortung)
- Verhaltensanalysen & Selbstbeobachtung (Panikattacken und Vermeidung)
- Informationsvermittlung (Störungswissen & Behandlungswissen)
- Angst-Konfrontationsübungen (alleine oder mit Therapeutenbegleitung)

Die kognitive Verhaltenstherapie (KVT) kann auch Depressionen, die nicht allein auf eine medikamentöse Therapie ansprechen, langfristig lindern.

Angst-Konfrontation (Synonym: Reiz-Exposition):

- Ansprechrate 70 bis über 90% bei Panikstörung mit/ohne Agoraphobie
- Wirkprinzipien:
 - Habituation (Reizgewöhnung)
 - Korrektur der angstbezogenen Fehlüberzeugungen durch die Erfahrung: „Angst / Panik ist gar nicht gefährlich, kann mir gar nicht schaden!“

Mögliche Probleme bei psychotherapeutischer Behandlung:

- wenig zeitnahe Verfügbarkeit von Psychotherapeuten
- geringe Motivation und/oder Reflexionsfähigkeit des Patienten
- Furcht des Patienten vor Stigmatisierung

Überblick: Medikamentöse Angstbehandlung (siehe Tabelle 2)

- In erster Linie:
 - Selektive Serotonin-Wiederaufnahmehemmer (SSRI)
 - Selektive Serotonin-Noradrenalin-Wiederaufnahmehemmer (SNRI)
- In zweiter Linie u.a.:
 - Trizyklische Antidepressiva (TZA)
 - Monoaminoxidase-Hemmer
 - Benzodiazepine
 - Antikonvulsiva
 - Atypische Neuroleptika

Medikamente bei Panikstörung mit/ohne Agoraphobie

- In erster Linie:
 - SSRI (u.a. Paroxetin, Fluvoxamin, Sertralin, Citalopram, Escitalopram)
 - SNRI (u.a. Venlafaxin)
- Ferner u.a.:
 - Trizyklika (geringere Verträglichkeit; u.a. Imipramin, Clomipramin)
 - Benzodiazepine (nur zur Akutbehandlung wegen hohem Abhängigkeitspotential; u.a. Alprazolam, Lorazepam)

Substanzgruppe	Medikament	PDA	GAD	SP	Tagesdosis
SSRI	Citalopram	x			20-40 mg
	Escitalopram	x	x	x	10-20 mg
	Paroxetin	x	x	x	20-50 mg
	Sertralin	x		x	50-150 mg
SNRI	Venlafaxin	x	x	x	75-255 mg
	Duloxetin		x		60-120 mg
TZA	Clomipramin	x			75-250 mg
Trizyklisches Anxiolytikum	Opipramol		x		50-300 mg

Tabelle 2 | Nach Bandelow & Gensichen, 2019; S3-Leitlinie Angststörung. PDA=Panikstörung/Agoraphobie, GAD=generalisierte Angststörung, SP=soziale Phobie

Mögliche Probleme bei medikamentöser Behandlung

- lange Wirklatenz (bis zu 12 Wochen)
- geringere Ansprechrate SSRI bei Angst als bei Depression
- unerwünschte Wirkungen --> ↓ Akzeptanz (v.a. TZA, MAO-Hemmer)
- paradoxe Effekte (langsam Eindosieren!)
- Absetzsyndrom (langsam Ausschleichen!)
- Abhängigkeitspotenzial bei vielen Tranquilizern (v.a. Benzodiazepine)
- Rückfallgefahr nach Absetzen

Kombination von Psychotherapie und Pharmakotherapie

Bei der Panikstörung sprechen sowohl direkte Vergleiche als auch Metaanalysen für eine Kombinationstherapie. Die Entscheidung, ob die Kombination von KVT und Psychopharmakotherapie angeboten wird, wird auch in Abhängigkeit von der Schwere der Symptomatik, der Funktionsbeeinträchtigung und der Präferenz des informierten Patienten getroffen. Neben Wirksamkeitserwägungen sind auch weitere

Gesichtspunkte für die Wahl einer Behandlungsmodalität entscheidend, wie z.B. Wirkeintritt der Behandlung, unerwünschte Wirkungen der Medikamente, Komorbidität, Verfügbarkeit der Psychotherapie sowie ökonomische Überlegungen.

Medikamentengabe bei gleichzeitiger Psychotherapie

Sinnvoll, wenn...

- Berufsfähigkeit dadurch erhalten bleibt
- depressive Begleiterkrankung besteht
- Psychotherapie dadurch erst ermöglicht wird (Erregungsniveau sonst zu hoch ist)

Schwierig, wenn...

- der Patient Erfolge nur auf Medikamente zurückführt („Ohne Tabletten ist alles nix!“)
- starke Sedierung erzielt wird (BZD-Gabe)

Therapie komorbid erkrankter Patienten

Bei komorbid erkrankten Patienten muss das therapeutische Gesamtkonzept stets sowohl die Angsterkrankung als auch die Depression berücksichtigen. Die psychopharmakologische Therapie sollte zunächst mit einem serotonergen Antidepressivum erfolgen, da dieses bei beiden Erkrankungen gleichermaßen wirksam ist. Die Aufdosierung eines solchen Antidepressivums sollte jedoch bei Angsterkrankungen und somit auch bei Komorbidität von Angst und Depression deutlich langsamer erfolgen: Es muss auf die wirksame Dosis »auftitriert« werden, da sonst beispielsweise bei an einer Panikstörung erkrankten Patienten Frequenz und Intensität der Panikattacken zunächst zunehmen können, was zu einer geringeren Compliance und letztlich nicht selten zum Abbruch der Therapie führt. Ebenso wie der pharmakologische ist auch der psychotherapeutische Teil des Behandlungskonzepts auf beide Erkrankungen abzustimmen: Wenn die Psychotherapie nur auf die Depression fokussiert, ohne auf eine zusätzlich bestehende Angsterkrankung (z. B. eine Panikstörung) einzugehen, kann sie dem komplexen Erkrankungsbild des Betroffenen kaum gerecht werden. Daneben kann eine depressive Symptomatik die Wirksamkeit einer kognitiven Verhaltenstherapie auf eine Angsterkrankung vermindern.

Zum Weiterlesen:

- Bandelow B, Lichte T, Rudolf S, Wiltink J, Beutel M. S3Leitlinie Angststörungen. Berlin: Springer; 2015.
https://www.dgppn.de/_Resources/Persistent/0c2fc607fa678377a9efb4f13d5ce7007f2c43d0/S3LL_Lang_Angstst%C3%B6rungen_2014.pdf
- Bandelow B & Gensichen J. Angststörung. In: Dietrich DE, Goesmann C, Gensichen J, Hauth I, Veit I (Hrsg.). Praxisleitfaden Psychische Erkrankungen. Bern: Hogrefe; 2019.
- Bandelow B, SeidlerBrandler U, Becker A, Wedekind D, Rüther E. Meta-analysis of randomized controlled comparisons of psychopharmacological and psychological treatments for anxiety disorders. World J Biol Psychiatry 2007a;8(3):175-87
- Heinrichs N, Stangier U, Gerlach AL, Willutzki U, Fydrich Th. Evidenzbasierte Leitlinie zur Psychotherapie der Sozialen Angststörung. Hogrefe; 2010.
- Lang Th, HelbigLang S, Westphal D, Gloster AT, Wittchen HU. Expositionsbasierte Therapie der Panikstörung mit Agoraphobie: Ein Behandlungsmanual (Therapeutische Praxis). Hogrefe; 2011.
- Morschitzky, H. Angststörungen. Diagnostik, Konzepte, Therapie, Selbsthilfe. 4. Auflage. Wien: Springer; 2009. Kapitel 10, Medikamentöse Behandlung bei Angststörungen.
- Ravindran LN, Stein MB (2010). The pharmacologic treatment of anxiety disorders: a review of progress. J Clin Psychiatry 71(7):83954.

Internationale Leitlinien:

- National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). Clinical Guidelines for the Management of Anxiety: Management of anxiety (panic disorder, with and without agoraphobia, and generalised anxiety disorder) in adults in primary, secondary and community care (2011).
- American Psychiatric Association (APA). Practice guideline for the treatment of Patients With Panic Disorder2(2009)
https://psychiatryonline.org/pb/assets/raw/sitewide/practice_guidelines/guidelines/panicdisorder.pdf



Einführung Depression

1 | Allgemein

Depressive Störungen können sich in vielfältigen Symptomen äußern. Sie gehören zu den häufigen Beratungsanlässen und Erkrankungen in der hausärztlichen Praxis. Ihre Aufgabe als Hausarzt besteht zunächst in der Erkennung der Erkrankung anhand gezielter Fragen und einem strukturierten Vorgehen. Im Verlauf der Erkrankung ist eine kontinuierliche, unterstützende Begleitung, ggf. in Zusammenarbeit mit Fachspezialisten, unter Nutzung nicht medikamentöser und medikamentöser Therapieverfahren erforderlich. Mögliche Suizidalität und Begleiterkrankungen sollten dabei besondere Aufmerksamkeit erhalten. Die Behandlung von Patienten mit Depressionen erfordert eine geduldige und empathische Haltung zum Patienten.

2 | Definition

Depressionen sind psychische Störungen, die durch einen Zustand deutlich gedrückter Stimmung, Interesselosigkeit und Antriebsminderung über einen längeren Zeitraum gekennzeichnet sind. Damit verbunden treten häufig verschiedenste körperliche Beschwerden auf. Depressive Menschen sind durch ihre Erkrankung meist in ihrer gesamten Lebensführung beeinträchtigt. Es gelingt ihnen nicht oder nur schwer, alltägliche Aufgaben zu bewältigen, sie leiden unter starken Selbstzweifeln, Konzentrationsstörungen und Grübelneigung. Depressionen gehen wie kaum eine andere Erkrankung mit hohem Leidensdruck einher, da diese Erkrankung in zentraler Weise das Wohlbefinden und das Selbstwertgefühl von Patienten beeinträchtigt.

3 | Klassifikation

Im internationalen Klassifizierungssystem der ICD-10 werden **depressive Störungen** als psychopathologische Syndrome von mindestens zwei Wochen Dauer innerhalb der diagnostischen Kategorie der „**Affektiven Störungen**“ definiert (siehe Tabelle 3).

F30	Manische Episode
F31	Biopolare affektive Störung
F32	Depressive Episode
F33	Rezidivierende depressive Störungen
F34	Anhaltende affektive Störungen
F38	Sonstige affektive Störungen
F39	Nicht näher bezeichnete affektive Störungen

Tabelle 3 | Hauptkategorien affektiver Störungen nach ICD-10

Die folgenden Informationen beziehen sich entsprechend dem Geltungsbereich der S3-Leitlinie auf die **unipolare depressive Störung**, d. h. depressive Episoden, rezidivierende depressive Störungen, anhaltende affektive Störungen. Die systematische Diagnostik bei unipolaren depressiven Störungen (F32-34) beruht auf Haupt- und Zusatzsymptomen. Je nach Anzahl der vorliegenden Haupt- und Zusatzsymptome erfolgt eine Einteilung in *leichte* (F32.0), *mittelgradige* (F32.1) und *schwere* (F32.2) *depressive Episoden*.

Für eine mittelgradige Episode sind mindestens zwei Hauptsymptome und drei bis vier Zusatzsymptome erforderlich und bei einer schweren Episode müssen mindestens drei Hauptsymptome und mehr als drei Zusatzsymptome vorliegen. Die Symptome müssen jeweils mindestens zwei Wochen anhalten.

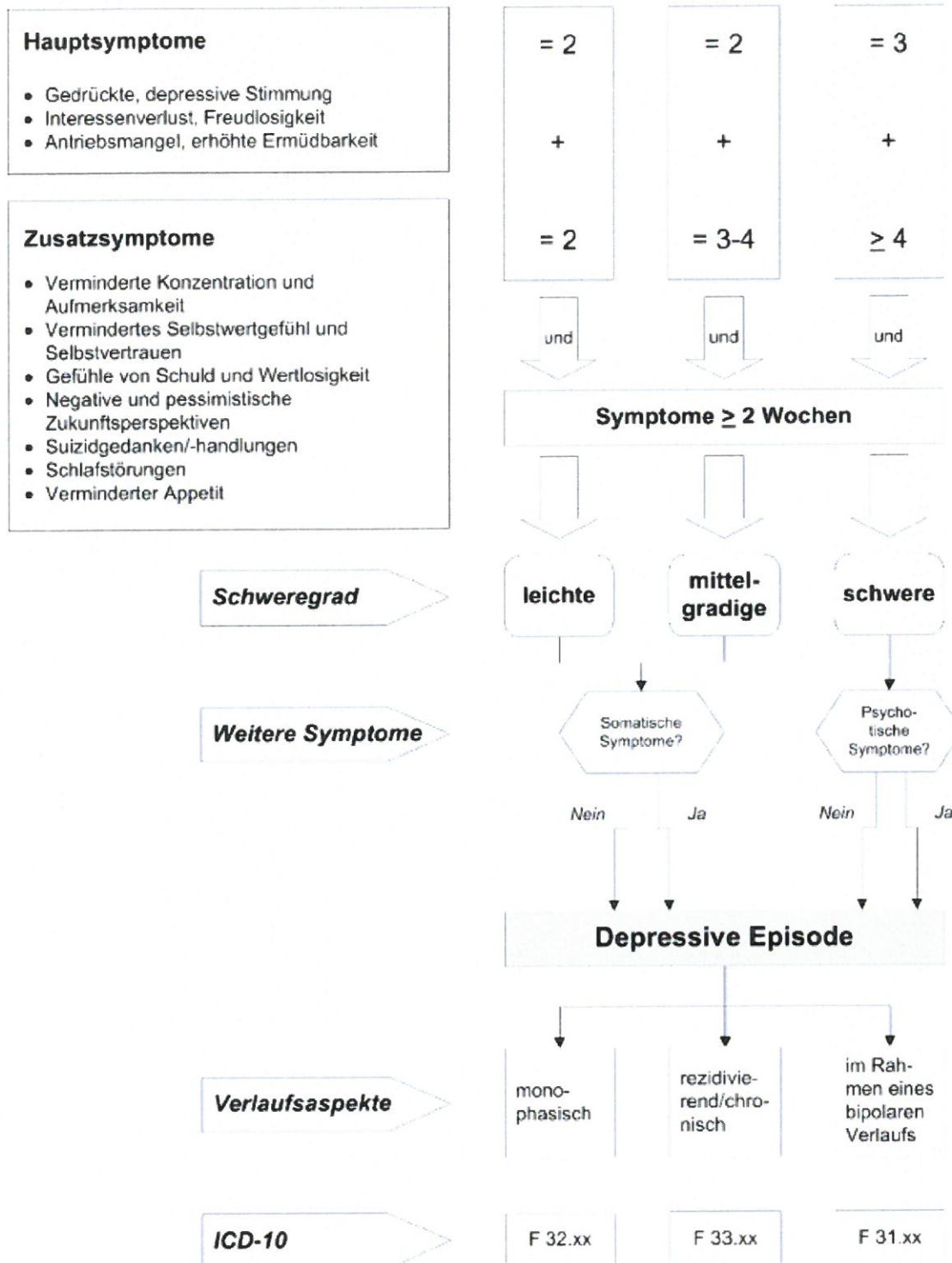


Abbildung 4 | Diagnose depressiver Episoden nach ICD-10 Kriterien (Quelle: NVL Depression 2015)

Legende | Die Zahlen („= 2“ oder „= 3-4“) beziehen sich auf das Vorhandensein von mind. zwei Hauptsymptomen und mind. drei bis vier Zusatzsymptomen

4 | Verläufe

Depressionen zeichnen sich typischerweise durch einen **episodischen Verlauf** aus. Die **mittlere Episodendauer behandelter unipolarer depressiver Störungen wird auf 16 Wochen** geschätzt, wobei bei ungefähr 90 % der Patienten die depressive Episode als mittel- bis schwergradig eingeschätzt wird.

Die Verläufe depressiver Störungen weisen eine **große interindividuelle Variabilität** auf (siehe Abbildung 4). Eine *depressive Episode* kann vollständig remittieren, so dass der Patient in der Folgezeit völlig symptomfrei ist (Beispiel a). Bei unvollständiger Remission bleibt eine Residualsymptomatik bestehen (Beispiel b), die u. a. das Risiko für eine erneute depressive Episode erhöht (Beispiel c). Eine *Dysthymie* ist von einer mindestens seit zwei Jahren bestehenden subsyndromalen depressiven Symptomatik gekennzeichnet (Beispiel d). Im letzteren Fall spricht man von der so genannten *doppelten Depression* (Englisch: *double depression*). Hält eine depressive Episode länger als zwei Jahre ohne Besserung bzw. Remission im Intervall an, spricht man von einer chronischen depressiven Episode („chronische majore Depression“; Beispiel f).

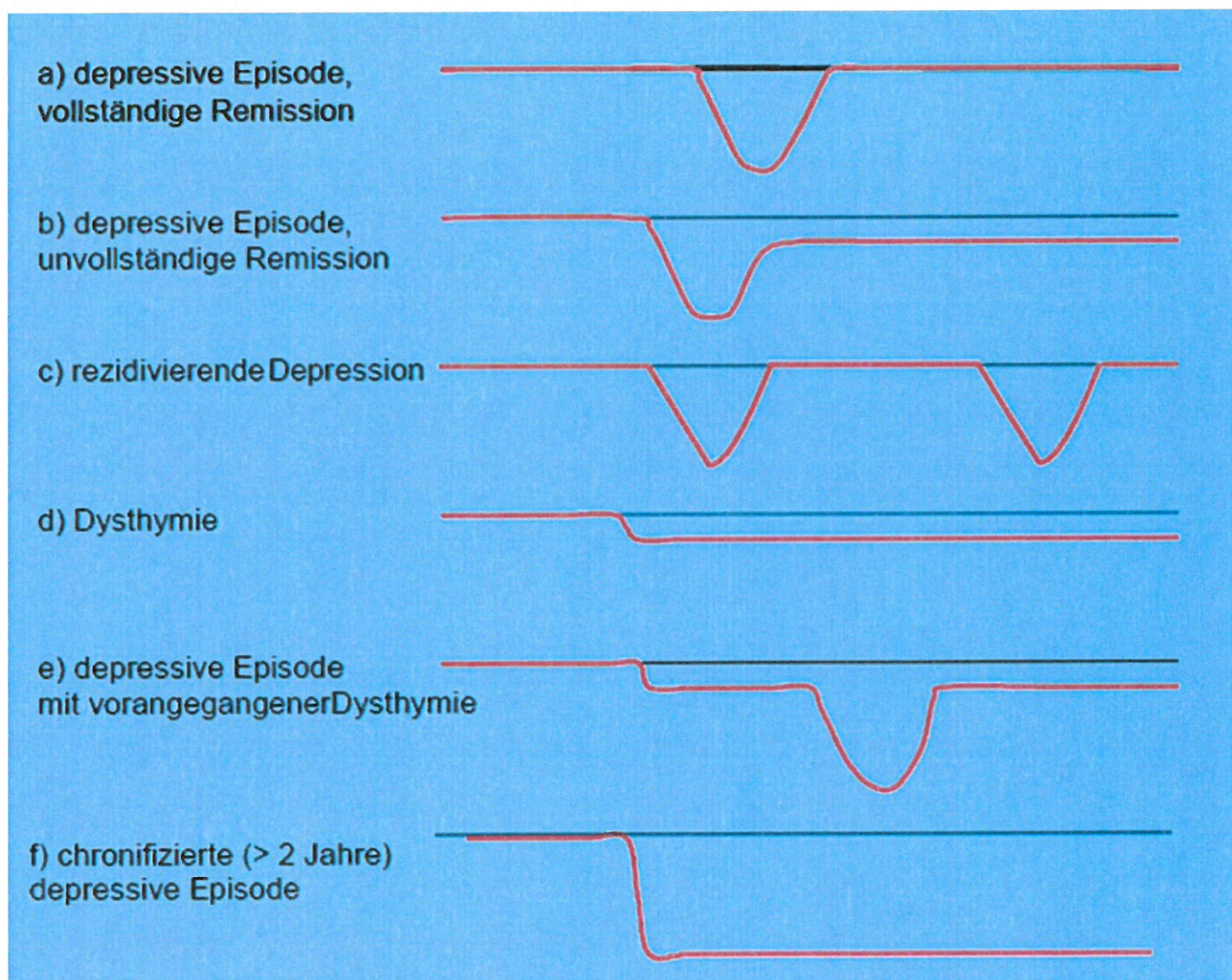


Abbildung 5 | Verläufe unipolarer depressiver Störungen (Quelle: NVL Depression 2015)

5 | Epidemiologie

Depressionen zählen zu den häufigsten und zugleich meistunterschätzten Erkrankungen. Depressionen können in jedem Lebensalter auftreten. Der Bundesgesundheitsurvey liefert Hinweise, dass in Deutschland 50 % aller Patienten bereits vor ihrem 31. Lebensjahr erstmalig an einer Depression erkranken.

Die Anzahl neuer Erkrankungsfälle innerhalb eines Jahres, die so genannte **Jahresinzidenz**, liegt bei ein bis zwei Erkrankungen auf 100 Personen. Die **Lebenszeitprävalenz** (=Anzahl der Personen, die im Laufe ihres Lebens an einer unipolaren Depression erkranken) für eine *diagnostizierte Depression* liegt laut Selbstauskunft in der ersten Erhebungswelle der aktuellen *Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1)* bei 11,6 %. Laut dieser Studie leiden nach Selbstauskunft aktuell ca. 8,1 % der Bevölkerung im Alter von 18 bis 79 Jahren unter einer *depressiven Symptomatik*. Die Häufigkeit einer *unipolaren Depression* in der Allgemeinbevölkerung wird in einem Zeitfenster von 12 Monaten (**12-Monatsprävalenz**) auf 7,7 % geschätzt. Damit liegt die Anzahl der Betroffenen in Deutschland, die in einem Zeitraum von 12 Monaten an einer unipolaren Depression erkrankt sind, bei ca. 6,2 Mio. Die Punktprävalenz (= Anzahl der als krank angetroffenen Personen bezogen auf die letzten vier Wochen) liegt bei ca. 5,6 % der Bevölkerung im Alter von 18- bis 65 Jahren.

Bei Frauen ist das Erkrankungsrisiko für eine unipolare Depression etwa doppelt so hoch wie bei Männern. Frauen weisen zudem einen signifikant früheren Beginn einer unipolar depressiven Ersterkrankung, eine längere Episodendauer und eine höhere Rückfallgefahr für weitere depressive Phasen auf.

6 | Risikofaktoren

- Frühere depressive Episoden
- Bipolare oder depressive Störungen in der Familienanamnese
- Suizidversuche in der eigenen Vor- oder der Familiengeschichte
- Komorbide somatische Erkrankungen
- Komorbider Substanzmissbrauch bzw. komorbide Substanzabhängigkeit
- Aktuelle belastende Lebensereignisse
- Mangel an sozialer Unterstützung

7.1 | Diagnostik

Depressive Störungen gehören zu den häufigsten psychischen Störungen und sind mit erheblichen individuellen und gesellschaftlichen Kosten verbunden. Vor diesem Hintergrund ist eine frühe Erkennung und effektive Behandlung von großer Bedeutung. Für die Diagnostik und optimale Behandlung depressiver Störungen existieren bereits qualitätsgesicherte Standards (S3/NVL-Leitlinie Unipolare Depression). Trotzdem wird noch immer ein erheblicher Teil der Patienten mit depressiven Störungen nicht adäquat behandelt, wobei das korrekte Erkennen der Störung einer der wichtigsten Prädiktoren für eine leitlinienorientierte Behandlung ist. Bei der Versorgung von depressiven Störungen kommt dem primärärztlichen Sektor eine Schlüsselrolle zu: Hausärzte sind in der Regel der erste Kontakt im Versorgungssystem und können Patienten mit depressiven Störungen frühzeitig erkennen, selbst behandeln oder in die spezialisierte Versorgung überweisen; damit sind sie Weichensteller für eine leitliniengerechte Versorgung. Etwa ein Drittel bis die Hälfte aller depressiven Erwachsenen und sogar zwei Drittel der depressiv älteren Patienten werden hausärztlich behandelt.

7.2 | Basisdiagnostik

Patienten stellen sich meistens mit unspezifischen Symptomen vor. Häufige Beschwerden, die auf eine mögliche Depression hinweisen können, sind:

- Magendruck
- Druckgefühl in Brust und Hals, Globusgefühl
- Schwindelgefühle
- Erschöpfung

- Spannungsbedingte Muskelschmerzen
- Verdauungsbeschwerden
- Subjektive Gedächtnisstörungen
- Libidoverlust

Zur weiteren Abklärung bei Verdacht auf eine depressive Erkrankung sollten zunächst folgende zwei Fragen gestellt werden:

1. Fühlten Sie sich im letzten Monat häufig niedergeschlagen, traurig, bedrückt oder hoffnungslos?
2. Hatten Sie im letzten Monat deutlich weniger Lust und Freude an Dingen, die Sie sonst gerne tun?

Werden eine oder zwei Fragen positiv beantwortet, sollten gezielt Haupt- und Zusatzsymptome mit symptombezogenen Fragen abgeklärt werden (z. B. „Haben Sie in letzter Zeit Schwierigkeiten, sich zu konzentrieren?“). Die Dauer der Symptome ist ebenfalls zu erfragen. Die weitere Abklärung kann mit validierten Fragebögen (z.B. PHQ-9) erfolgen.

Neben den „klassischen“ Haupt- und Nebendiagnosekriterien nach ICD-10 (Abb. 1) einer Depression gibt es eine Reihe weiterer Signalsituationen (engl. „red flags“) in der hausärztlichen Praxis, in welchen der Hausarzt eine strukturierte Depressionsdiagnostik durchführen sollte, so z.B. bei häufigem Sprechstundenbesuch mit wechselnden Beschwerden, bei Beschwerden ohne körperliche Ursache, bei chronischen Schmerzen, bei Nervosität oder Schlaflosigkeit, bei neu aufgetretenem Verschreibungswunsch von Schlaf- und Beruhigungsmitteln etc.

7.3 | Verlaufsdiagnostik

Ein weiterer wichtiger Einsatz von validierten Fragebogeninstrumenten ist die Verlaufsdiagnostik. Mit dem PHQ-9 ist eine dimensionale Messung (0–27 Punkte) der Depression möglich. Um Besserung oder Verschlechterung der Symptome sicher zeitnah und im Verlauf vergleichbar zu beobachten, ist ein regelmäßiges Erfassen der Symptome erforderlich. So sollte in der Akutbehandlung spätestens zwei Wochen nach Behandlungsbeginn sowie in allen Folgekontakten die Verlaufsdiagnostik durchgeführt werden. Die Festlegung der Rhythmen für die Folgekontakte muss individuell entsprechend der klinischen Situation angepasst sein. Nach Start einer Pharmakotherapie sind in den ersten vier Behandlungswochen wöchentliche Monitorings, danach in Intervallen von 2–4 Wochen und nach drei Monaten angemessene längere Intervalle empfohlen (NVL Depression 2015). Monatliche Kontakte bis zur Remission sollten sichergestellt sein.

Für die Behandlung depressiv Erkrankter im primärärztlichen Bereich sprechen v.a. die Möglichkeit des frühzeitigen Therapiebeginns und das bereits bestehende Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient. Eine Überweisung zum Spezialisten sollte erfolgen bei:

- Unklarer Diagnose
- Therapieresistenz trotz antidepressiver Medikation
- Suizidalem oder fremdaggressivem Verhalten
- Komorbiditäten (z.B. Essstörung, Drogenabusus)
- Kindern mit Symptomen einer schweren Depression

8 | Suizidalität

Suizidalität sind alle Erlebens- und Verhaltensweisen von Menschen, die in Gedanken, durch aktives Handeln oder passives Unterlassen den Tod anstreben bzw. als mögliches Ergebnis in Kauf nehmen. Suizidalität ist eine schwere Komplikation im Rahmen eines depressiven Syndroms. 40–80 % depressiv erkrankter Patienten haben im Verlauf ihrer Erkrankung Suizidgedanken. 10–15 % der Patienten mit rezidivierender depressiver Erkrankung versterben an Suizid. Der Arzt muss davon ausgehen, dass jeder depressive Patient suizidgefährdet sein kann.

- **Suizidalität sollte bei depressiven Patienten immer direkt thematisiert und detailliert erfragt werden und vor dem Hintergrund vorhandener Ressourcen beurteilt werden.**
- **Das Ansprechen von Suizidalität löst diese nicht aus bzw. verstärkt sie nicht.**

Bei der Abklärung sind frühere oder momentane suizidale Gedanken, konkrete Vorstellungen zur Ausführung, bereits getroffene Vorbereitungen und der bestehende Handlungsdruck konkret zu erfragen, um die graduelle Ausprägung von Suizidalität abzuschätzen. Auch sind Gründe zu erfragen, warum er bisher keinen Suizidversuch unternommen hat. Allgemeine (epidemiologische) Risikofaktoren: für Suizid, die ebenfalls abzuklären sind:

- männliches Geschlecht
- Lebenssituation: alleinlebend, arbeitslos, chronische körperliche Erkrankung, fehlende religiöse oder soziale Bindung
- belastende Lebensereignisse: Arbeitsplatzverlust, Scheidung, Todesfall
- vorherige Suizidversuche
- positive Familienanamnese für Suizide

Für die Beurteilung der Suizidalität ist die aktuelle klinische Symptomatik, z. B. große Hoffnungslosigkeit, psychotische Symptome, ebenfalls zu berücksichtigen. Unter Berücksichtigung der Ausprägung der Suizidalität, der Umgebungsfaktoren, der Bündnisfähigkeit des Patienten und der vorhandenen eigenen Ressourcen ist das weitere Betreuungsangebot festzulegen. Bei einer ambulanten Betreuung sollten regelmäßige zusätzliche Kontakte (telefonisch oder direkt) vereinbart werden. Eine medikamentöse Behandlung mit Benzodiazepinen sollte 14 Tage nicht überschreiten.

Die Indikation für eine stationäre Therapie ist im Notfall bei akuter Suizidgefährdung (Patient hat konkrete Suizidpläne, einen hohen Handlungsdruck, kann sich nicht von der Suizidalität distanzieren), Fremdgefährdung und bei Vorliegen psychotischer Symptomatik mit fehlender Absprachefähigkeit gegeben.

9.1 | Depression und Komorbidität

Depressive Erkrankungen treten häufig gemeinsam mit weiteren psychischen und somatischen Erkrankungen auf. Diese Komorbidität mit anderen Erkrankungen kann die Diagnostik erschweren, den Verlauf komplizieren und die therapeutischen Möglichkeiten einschränken.

9.2 | Depression und psychische Komorbidität

Komorbidität mit psychischen Erkrankungen tritt gehäuft mit Suchterkrankungen, Essstörungen, somatoformen Störungen und Persönlichkeitsstörungen auf. Besonders häufig besteht eine Komorbidität zwischen Depression und Angst- und Panikerkrankungen, wobei nicht selten nur schwer zu entscheiden ist, welche Erkrankung primär bestand. Häufiger gehen Angststörungen einer Depression voraus als umgekehrt. Depressive Erkrankungen, die komorbid mit Angst- und Panikerkrankungen auftreten, zeichnen sich durch einen insgesamt schlechteren Verlauf, einen deutlich höheren Grad an Therapieresistenz und größere Chronizität aus. Auch werden Patienten mit »sekundärer« Depression, der eine »primäre« Angsterkrankung vorangegangen ist, häufiger aufgrund ihrer

depressiven Erkrankung hospitalisiert als Patienten mit einer primären Depression und berichten über eine größere Beeinträchtigung ihrer Aktivitäten durch die Depression. Zusätzlich scheint die Compliance der komorbid an einer Angsterkrankung Leidenden schlechter zu sein als die der »rein« Depressiven und sie brechen die Therapie häufiger vorzeitig ab. Dies könnte u. a. damit zusammenhängen, dass bei ihnen der therapeutische Effekt häufig später als bei den nicht komorbid Erkrankten eintritt.

Die psychopathologische Symptomatik der depressiven Erkrankung ist insgesamt deutlich schwerer ausgeprägt, wenn die Depression komorbid mit einer Angsterkrankung auftritt. Auch sind komorbid Erkrankte öfter arbeitsunfähig und nehmen häufiger medizinische Einrichtungen in Anspruch.

9.3 | Depression und somatische Erkrankungen

Die Lebenszeitprävalenz für eine depressive oder eine Angststörung bei somatisch Kranken liegt bei ca. 40 %. Das gleichzeitige Vorhandensein einer depressiven Störung kann zu einer Verstärkung der körperlichen Symptome, einer schlechteren Anpassung an die Erkrankung, einer reduzierten Behandlungsadhärenz sowie zu vermehrten psychosozialen Funktionseinschränkungen führen. Bei einigen Patienten erfüllen die vorhandenen Symptome nicht die ICD-10-Kriterien für die Depression, trotzdem ist die Prognose der somatischen Erkrankung verschlechtert. Auch diese Patienten können von einer antidepressiven Therapie profitieren. Häufige somatische Erkrankungen die vermehrt mit depressiver Erkrankung einhergehen sind:

- Kardiovaskuläre Erkrankungen
- Schlaganfall
- Tumorerkrankungen
- Diabetes mellitus
- Chronisches Schmerzsyndrom
- Demenz bzw. Morbus Parkinson

Zum Weiterlesen:

- S3-Leitlinie/Nationale VersorgungsLeitlinie „Unipolare Depression“, 2. Auflage, 2015.
https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/nvl-005I_S3_Unipolare_Depression_2017-05.pdf
- Busch MA, Maske UE, Ryl L, Schlack R, Hapke U. [Prevalence of depressive symptoms and diagnosed depression among adults in Germany: results of the German Health Interview and Examination Survey for Adults (DEGS1)]. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz*. 2013;56(5-6):733-739.
- Gensichen J & Dietrich DE. Unipolare Depression. In: Dietrich DE, Goesmann C, Gensichen J, Hauth I, Veit I (Hrsg.). *Praxisleitfaden Psychische Erkrankungen*. Bern: Hogrefe; 2019.
- Jacobi F, Hofler M, Strehle J, et al. [Mental disorders in the general population : Study on the health of adults in Germany and the additional module mental health (DEGS1-MH)]. *Nervenarzt*. 2014;85(1):77-87.
- Jacobi F, Hofler M, Siegert J, et al. Twelve-month prevalence, comorbidity and correlates of mental disorders in Germany: the Mental Health Module of the German Health Interview and Examination Survey for Adults (DEGS1-MH). *Int J Methods Psychiatr Res*. 2014;23(3):304-319.
- Kuehner C. Gender differences in unipolar depression: an update of epidemiological findings and possible explanations. *Acta Psychiatr Scand*. 2003;108(3):163-174.
- Melchior HJ, Schulz H, Härter M, Walker J, Ganninge M. *Faktencheck Gesundheit: Regionale Unterschiede in der Diagnostik und Behandlung von Depressionen*. Gütersloh: Bertelsmann Stiftung; 2014.
- Schulz S & Gensichen J, Depression. In: *Duale Reihe Allgemeinmedizin und Familienmedizin*. 5., vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage. Stuttgart: Thieme; 2017.

- Trautman S, Beesdo-Baum K. Behandlung depressiver Störungen in der primärärztlichen Versorgung. *Deutsches Ärzteblatt*. 2017;43:721-728.
- Wittchen HU, Müller N, Schmitz-Kunz B, Winter S, H P. Erscheinungsformen, Häufigkeit und Versorgung von Depressionen. Ergebnisse des bundesweiten Gesundheitssurveys "Psychische Störungen". *Fortschr Med (Sonderheft I)*. 2000;4-9.



Therapieoptionen Depression

Therapie depressiver Patienten

Mit der S3- bzw. Nationalen Versorgungsleitlinie „Unipolare Depression“ existieren evidenzbasierte Empfehlungen für Deutschland, die von allen relevanten Fachgesellschaften konsentiert wurden. Die Empfehlungen dieser Leitlinie sehen bei einer leichten Depression nach Aufklärung und Psychoedukation eine sogenannte „aktiv-abwartende Begleitung“ über 14 Tage vor – ein für den Hausarzt typischerweise vertrautes Vorgehen (engl. „watchful waiting“). Weitere evidenzbasierte Therapiestrategien sind psychotherapeutische Verfahren, Pharmakotherapie sowie die Kombination von Psychotherapie und Pharmakotherapie. Die Auswahl der geeigneten Behandlung richtet sich nach Schweregrad und Verlauf der Erkrankung sowie der Patientenpräferenz. Die Therapieziele (siehe Tabelle 4) sollten im Rahmen einer partizipativen Entscheidung zusammen mit dem Patienten vereinbart werden, was zu realistischeren Erwartungen und höherer Patientenzufriedenheit beiträgt.

Symptome der depressiven Störung vermindern, vollständige Remission erreichen
Mortalität, insbesondere durch Suizid verringern
Berufliche und psychosoziale Leistungsfähigkeit und Teilhabe wiederherstellen
Seelisches Gleichgewicht wiederherstellen
Wahrscheinlichkeit für einen direkten Rückfall oder spätere Wiedererkrankung reduzieren

Tabelle 4 | Allgemeine Therapieziele bei Depression (Quelle: Duale Reihe)

Nicht medikamentöse Therapie

Aktiv-abwartendes Begleiten

Bei geringem Schweregrad der Depression und bei ablehnender Haltung des Patienten gegenüber einer psychotherapeutischen oder medikamentösen Behandlung sollte eine aktiv-abwartende Begleitung erfolgen. Wichtige Bestandteile dieser Strategie können die Psychoedukation, niederschwellige psychosoziale Interventionen und regelmäßige Konsultationen, einschließlich Verlaufsdiagnostik, sein. Eine Entbindung von Verpflichtungen (Krankschreibung) sollte individuell abgewogen werden, da die mit der Arbeit zusammenhängende Strukturgebung des Alltags diesen Patienten Halt geben kann. In Abhängigkeit vom Verlauf sollte bei fehlender Besserung nach zwei Wochen über eine spezifische Therapie entschieden werden (NVL Depression 2015), da zu langes Warten mit einer spezifischen Therapie die Prognose der Depression verschlechtert und eine Chronifizierung der Depression begünstigt.

Psychotherapie

Bei Vorliegen einer leichten depressiven Episode wird neben der abwartenden Begleitung zunächst eine Kurzzeit-Psychotherapie empfohlen. Bei mittelschweren depressiven Episoden geht man davon aus, dass Psychotherapie und medikamentöse Therapie gleich wirksam sind. Für die schwere Depression liegen bezüglich der Psychotherapie derzeit heterogene Studienergebnisse vor. Die Kombination aus Psychotherapie und medikamentöser Therapie ist jedoch bei der schweren Depression wirksamer als eine alleinige medikamentöse Behandlung (NVL Depression 2015). Psychotherapeutische Interventionen erfordern, wenn nicht eine entsprechende Zusatzqualifikation des Hausarztes vorliegt, die Überweisung in fachspezifische

psychotherapeutische Hände. Es ist z. T. von mehrwöchigen Wartezeiten auszugehen. Die zu überbrückende Zeit darf nicht ohne therapeutische Maßnahmen verstreichen, um eine Verschlechterung der Symptome bzw. eine Chronifizierung der Depression zu verhindern. Eine kognitive Verhaltenstherapie (KVT) kann Depressionen, die nicht allein auf eine medikamentöse Therapie ansprechen, langfristig lindern. Die KVT informiert den Patienten zu den Ursachen der Erkrankung und vermittelt ihnen Instrumente, um die Entstehung depressiver Krisen zu vermeiden.

Pharmakotherapie

Für die medikamentöse Therapie depressiver Erkrankungen stehen mehrere Substanzklassen zur Verfügung:

- Trizyklische Antidepressiva
- Selektive Serotonin-Wiederaufnahme-Inhibitoren (SSRI)
- Monoaminoxidase-Inhibitoren (MAOI)
- Selektive Serotonin-Noradrenalin-Wiederaufnahme-Inhibitoren (SSNRI)
- Selektive Noradrenalin-Wiederaufnahme-Inhibitoren (SNRI)
- Alpha-2-Rezeptorantagonisten
- Selektive Noradrenalin-Dopamin-Wiederaufnahme-Inhibitoren (Bupropion)
- Melatonin-Rezeptoragonist und Serotonin-5-HT_{2C}-Rezeptorantagonist (Agomelatin)

Zunächst sollte eine medikamentöse Therapie bei leichter depressiver Episode nur begonnen werden, wenn entsprechend positive Vorerfahrungen bestehen oder der Patient dies wünscht. Bei erforderlicher pharmakologischer Therapie sollte mit einer niedrigen „Anfangsdosis“ begonnen werden und bei fehlender Besserung eine Aufdosierung erfolgen. Zu Beginn einer medikamentösen Therapie ist eine sorgfältige Aufklärung über zu erwartende Effekte und Nebenwirkungen durchzuführen. Für die Wahl des Antidepressivums gibt es keine umfassende und einheitliche Regel. Auswahlkriterien sind u. a. mögliche Erfahrungen des Patienten, Erfahrungen und gute Kenntnisse des behandelnden Arztes mit dem spezifischen Präparat, Begleiterkrankungen und Nebenwirkungsprofile. Es ist wichtig, die Patienten darauf hinzuweisen, dass die oft als unangenehm erlebten Nebenwirkungen vor der erwünschten Wirkung auftreten können und diese „Durststrecke“ zunächst überwunden werden muss. In den ersten vier Behandlungswochen wird ein wöchentliches Monitoring, danach in Intervallen von 2–4 Wochen und nach drei Monaten in längeren Intervallen empfohlen. Bei modernen Antidepressiva (z. B. SSRI, SSNRI) geht man von einer Wirklatenz von 1–2 Wochen aus. Da nach vier Wochen Behandlung die Wahrscheinlichkeit eines Behandlungserfolges auf unter 20 % sinkt, sollte nach vier Wochen fehlenden Ansprechens (bei Älteren nach sechs Wochen) eine Ursachenevaluation erfolgen und ggf. ein Wechsel des Medikamentes erfolgen. Antidepressiva sollen mindestens 4–9 Monate nach Besserung der Symptomatik (Remission) weiter eingenommen werden. Bei rezidivierenden Episoden wird eine Einnahme von mindestens zwei Jahren zur Langzeitprophylaxe empfohlen. Eine antidepressive Therapie sollte nicht abrupt, sondern schrittweise über einen Zeitraum von vier Wochen beendet werden.

Kombination von Antidepressiva und Psychotherapie

Psychotherapie wird in der Praxis im Rahmen der Behandlung depressiver Störungen häufig mit einer Pharmakotherapie kombiniert. Hierbei lassen sich drei Formen unterscheiden:

- Psychotherapie wird nach einer Pharmakotherapie in der Akutbehandlungsphase eingeführt
- Die eine oder andere Behandlungsform wird zusätzlich bei Nicht- bzw. geringer Effektivität einer alleinigen Behandlungsform eingeführt (augmentierend) bzw. wenn Aspekte hinzukommen, die eine spezifische Indikation zur Pharmakotherapie oder zur Psychotherapie ergeben
- Beide Behandlungsformen werden gleichzeitig angewendet

Der S3-Leitlinie/Nationale VersorgungsLeitlinie „Unipolare Depression“ Empfehlung zur Folge sollte bei schweren und rezidivierenden sowie chronischen Depressionen und Double Depression die Indikation zur Kombinationsbehandlung aus Pharmakotherapie und geeigneter Psychotherapie vorrangig vor einer alleinigen Psychotherapie oder Pharmakotherapie geprüft werden. Studienergebnisse liefern Hinweise, dass depressive Patienten bei einer Kombinationstherapie (Antidepressiva und Psychotherapie) eine höhere Medikamentencompliance aufweisen, weniger häufig die Behandlung abbrechen, besser kooperieren, weniger zusätzliche Behandlungsangebote in Anspruch nehmen (Kosteneffizienz), eine höhere soziale Anpassung zeigen und längerfristig die günstigsten Ergebnisse hinsichtlich der Rezidivhäufigkeit aufweisen

Therapie komorbid erkrankter Patienten

Bei komorbid erkrankten Patienten muss das therapeutische Gesamtkonzept stets sowohl die Angsterkrankung als auch die Depression berücksichtigen. Die psychopharmakologische Therapie sollte zunächst mit einem serotonergen Antidepressivum erfolgen, da dieses bei beiden Erkrankungen gleichermaßen wirksam ist. Die Aufdosierung eines solchen Antidepressivums sollte jedoch bei Angsterkrankungen und somit auch bei Komorbidität von Angst und Depression deutlich langsamer erfolgen: Es muss auf die wirksame Dosis »auftitriert« werden, da sonst beispielsweise bei an einer Panikstörung erkrankten Patienten Frequenz und Intensität der Panikattacken zunächst zunehmen können, was zu einer geringeren Compliance und letztlich nicht selten zum Abbruch der Therapie führt. Ebenso wie der pharmakologische ist auch der psychotherapeutische Teil des Behandlungskonzepts auf beide Erkrankungen abzustimmen: Wenn die Psychotherapie nur auf die Depression fokussiert, ohne auf eine zusätzlich bestehende Angsterkrankung (z. B. eine Panikstörung) einzugehen, kann sie dem komplexen Erkrankungsbild des Betroffenen kaum gerecht werden. Daneben kann eine depressive Symptomatik die Wirksamkeit einer kognitiven Verhaltenstherapie auf eine Angsterkrankung vermindern.

Zum Weiterlesen:

- S3-Leitlinie/Nationale VersorgungsLeitlinie „Unipolare Depression“, 2. Auflage, 2015.
https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/nvl-005l_S3_Unipolare_Depression_2017-05.pdf
- Berger M (Hrsg.). Psychische Erkrankungen. Klinik und Therapie. München: Elsevier; 2015.
- Gensichen J & Dietrich DE. Unipolare Depression. In: Dietrich DE, Goesmann C, Gensichen J, Hauth I, Veit I (Hrsg.). Praxisleitfaden Psychische Erkrankungen. Bern: Hogrefe; 2019.
- Hautzinger, Kognitive Verhaltenstherapie bei Depressionen, Weinheim Basel: Beltz Verlag; 2013.
- Hautzinger M, de Jong-Meyer R, Treiber R, et al. Wirksamkeit Kognitiver Verhaltenstherapie, Pharmakotherapie und deren Kombination bei nicht-endogenen, unipolaren Depressionen. Z Klin Psychol Psychother 1996;25(2):130-45.
- Onken M & Ströhle A. Komorbidität von Angst und Depression. In: Bauer M, Berghöfer A, Adli M (Hrsg.). Akute und therapieresistente Depressionen. Heidelberg: Springer; 2005. pp 105-114.
- Schulz S & Gensichen J, Depression. In: Duale Reihe Allgemeinmedizin und Familienmedizin. 5., vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage. Stuttgart: Thieme; 2017.
- International:
- National Institute for Clinical Excellence (NICE). Depression: management of depression in primary and secondary care. Clinical Guideline 23. London: NICE, 2004. www.nice.org.uk/pdf/CG023quickrefguide.pdf
- Murphy GE, Simons AD, Wetzell RD, et al. Cognitive therapy and pharmacotherapy. Singly and together in the treatment of depression. Arch Gen Psychiatry 1984;41(1):33-41.
- Wiles NJ, Thomas L, Turner N, et al. Long-term effectiveness and cost-effectiveness of cognitive behavioural therapy as an adjunct to pharmacotherapy for treatment-resistant depression in primary care: follow-up of the CoBaIT randomised controlled trial. Lancet Psychiatry. 2016 Feb;3(2):137-44



Einleitung Panik, Angst und Depression (Video)

Skript zum Video Einleitung Panik, Angst und Depression

Die Patientinnen und Patienten, die Sie im Rahmen dieses Programmes behandeln werden, sind entweder an einer Angststörung oder einer unipolaren depressiven Störung erkrankt. Angststörungen – dazu zählen auch die Panikstörung mit und ohne Agoraphobie, die Sie mit diesem Programm behandeln werden – sind außerordentlich weit verbreitet: In Deutschland erkranken etwa 15 von 100 Menschen einmal im Leben daran. Depressionen sind sogar noch häufiger: Im Verlauf des Lebens erkrankt etwa jeder Fünfte Deutsche an einer Depression. Jeder zweite Patient mit depressiver Episode erleidet in seinem Leben mindestens eine weitere depressive Episode. Oft ist bereits diese epidemiologische Information für Ihre Patienten entlastend – sie vermittelt ihnen, nicht allein dazustehen und dass psychisches Leiden keine „Charakterschwäche“ darstellt, sondern dass es sich gerade bei Depressionen und Angststörungen um weit verbreitete Erkrankungen handelt.

Zu dieser entlastenden Normalisierung gehört auch, dass Sie ihrem Patienten ebenfalls von Anfang an vermitteln, dass sowohl die Angst, bei Angstpatienten, als auch die depressive Stimmung des Depressionspatienten an sich genommen als Gefühle, Bestandteile eines jeden Lebens sind. Angst ist ein wichtiger Teil des menschlichen „Alarmsystems“ für Gefahren. Und beispielsweise Traurigkeit ein Gefühl, dass ganz natürlich damit einhergeht wenn man sich z.B. bei Verlust einer nahestehenden Person von ihr innerlich verabschiedet, oder wenn man sich von einem Lebensziel ablösen muss. Gefühle sind also wichtige Signale für uns alle; sie informieren uns über Situationen, aber auch über uns selbst; erzeugen Identität, geben uns wichtige Informationen darüber, was wir wollen und was uns fehlt; treiben uns zum Handeln an...und nicht zuletzt geben sie uns ein Gefühl von Sinnhaftigkeit, Bedeutung und Lebendigkeit. Ziel einer Depressions- oder Angstbehandlung kann also nicht sein, keine Angst oder Traurigkeit oder Gereiztheit mehr zu empfinden. Sondern den Umgang mit diesen Gefühlen zu verändern. Ein funktionalerer Umgang führt dann auch automatisch, fast nebenbei, zu einem Rückgang dieser aversiv erlebten Zustände.

Heutzutage können Angsterkrankungen und Depressionen sehr erfolgreich behandelt werden. Im Falle der Panikstörung beispielsweise liegen die Erfolgchancen einer Behandlung bei 90%. Der Goldstandard und somit auch die Empfehlung der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften zur Behandlung von Angsterkrankungen ist die kognitive Verhaltenstherapie. In diesem Programm hier kommen gut erprobte Übungen und Behandlungselemente genau dieser Therapieform zum Einsatz. Auch bei depressiven Störungen hat sich die kognitive Verhaltenstherapie als sehr wirksam erwiesen.

Angsterkrankungen: Panikstörung mit und ohne Agoraphobie

Angst gehört zu jedem Leben dazu. Sie ist ein wichtiges Signal für Bedrohung und hilft uns in Gefahrensituationen schnell zu reagieren, ist aber auch wichtig, wenn es z.B. darum geht Aufmerksamkeit für relevante Aufgaben zu erhöhen.

Was Ihre Patienten zum Teil nicht wissen werden, ist die Tatsache, dass außer dem ihnen wohlbekannten Gefühl der Angst auch körperliche Beschwerden Ausdruck von Angst sein können. Denn auch unser Körper reagiert, wie sie wissen, ganz unmittelbar mit einer - „Alarmreaktion“ auf wahrgenommene Gefahren. Um unser Überleben zu sichern, mobilisiert er alle Kräfte um bei Gefahr - je nach Erfolgsaussichten- anzugreifen oder zu flüchten: zum Beispiel erhöht sich womöglich unser Herzschlag, die Muskeln werden stärker durchblutet und man beginnt zu schwitzen. Bei manchen Menschen ist das „Alarmsystem Angst“ jedoch überempfindlich geworden. Es wird schon bei kleinsten, ungefährlichen Veränderungen in der Umwelt oder im eigenen Körper ausgelöst.

Panikstörung

Die Panikstörung ist eine häufig vorkommende Angsterkrankung. Bei der Panikstörung kommt es immer wieder zu starken Angstanfällen, so genannten „Panikattacken“. Das Besondere an diesen Panikattacken ist, dass sie „wie aus heiterem Himmel“ auftreten können, wenn die Betroffenen am wenigsten damit rechnen. Wenn die Panikattacke einmal begonnen hat, steigert sich die Angst typischerweise innerhalb kurzer Zeit – etwa 10 Minuten - auf einen Höhepunkt. In der Regel dauert eine Panikattacke insgesamt nicht länger als 20-30 Minuten. Und obwohl die Beschwerden sehr unangenehm sein können, sind sie somatisch gesehen vollkommen unschädlich und bilden sich stets wieder vollständig zurück. Welche Beschwerden treten denn nun typischerweise während einer Panikattacke auf? Betroffene erleben u.a. starkes Herzklopfen, Schweißausbrüche, Zittern, Mundtrockenheit, Atembeschwerden, Beklemmungsgefühle, Brustschmerzen, Übelkeit oder Unruhegefühl im Magen, Hitzewallungen oder Kälteschauer, Gefühle von Schwindel, Unsicherheit, Schwäche, Benommenheit und das Gefühl, nicht wirklich hier zu sein. All diese Symptome werden begleitet von einer großen Angst vor Kontrollverlust – z.B. der Angst in Ohnmacht zu fallen oder den Verstand zu verlieren – oder sogar vor Angst zu sterben.

Sie sehen, abgesehen von den starken Angstgefühlen, ist eine Panikattacke v.a. durch körperliche Beschwerden gekennzeichnet. Doch obwohl diese Angstanfälle körperliche Beschwerden hervorrufen, liegen ihnen – anders als viele Betroffene vermuten – keine körperlichen Probleme zugrunde. Stattdessen haben sie rein psychische Ursachen. Vermitteln Sie Ihren Patienten die gute Nachricht, dass Panikattacken ihnen nicht wirklich schaden können und kein Hinweis auf eine körperliche Erkrankung sind! Viele Betroffene wissen das nicht und machen sich große Sorgen über die körperlichen Symptome.

Eine wichtige Rolle bei der Entstehung und Aufrechterhaltung von Panikattacken spielt der sogenannte „Teufelskreis der Angst“. Das „Teufelskreismodell“ finden Sie gut verständlich erläutert in Ihrem Behandlermanual. Da es sich um einen zentralen Bestandteil der Behandlung handelt und es für die Motivation Ihrer Patienten - sich in den folgenden Expositionsübungen ihren Ängsten auszusetzen - unerlässlich ist, sollten Sie mit Ihrem Patienten auf jeden Fall hierüber sprechen!

Teufelskreis der Angst

Besprechen Sie außerdem mit ihren Patienten - am besten an deren eigenen Beispielen - das sogenannte „Teufelskreismodell“ der Angst. Denn erst die „Angst vor der Angst“ führt in der Regel zum wiederholten Auftreten von Panikattacken und der Entwicklung einer Panikstörung. Die Befürchtungen Ihrer Patienten somatisch erkrankt zu sein und katastrophisierende Gedanken wie, „ich könnte verrückt werden“ oder „Ich könnte eine ernsthafte körperliche Erkrankung haben und vielleicht daran sterben“ führen dazu, dass Betroffene eigentlich harmlose körperliche Empfindungen bzw. Angstsymptome für gefährlich halten. Sie sehen hier einen typischen Ablauf einer Panikattacke: Die übersensible Wahrnehmung einer körperlichen Veränderung, wie z.B. der Beschleunigung des Herzschlages und einem leichten Schwindelgefühl, führt zu Beunruhigung und Gedanken wie „Mein Herz rast ja wie verrückt! Ich kann nicht mehr richtig atmen!“. Weil ihr Patient sich bedroht fühlt, bekommt er nun große Angst und denkt womöglich direkt an eine Katastrophe– z.B. „Oh Gott, ich bekomme einen Herzinfarkt! Ich falle gleich in

Ohnmacht!“. Sein oder ihr vegetatives Nervensystem wird daraufhin automatisch eine körperliche Kampf-/Flucht-Reaktion einleiten, die die Angstsymptome wiederum verstärken. Ihr Patient wird die neuen bzw. verstärkten Symptome wieder verstärkt wahrnehmen, weil die gesamte Aufmerksamkeit bereits auf alle Veränderungen des körperlichen Empfindens gerichtet ist. Mit dem Ergebnis, dass man noch mehr Angst bekommt und das Nervensystem seine Kampf-Flucht-Reaktion wiederum weiter verstärkt. Ein echter Teufelskreis!

Der Teufelskreis der Angst kann an verschiedenen Punkten in Gang gesetzt werden. Häufig beginnt er mit der Wahrnehmung von körperlichen Empfindungen, er kann aber auch genauso gut durch bestimmte ängstigende Gedanken angestoßen werden. Die körperlichen und gedanklichen Vorgänge laufen blitzschnell und automatisiert ab; das heißt ohne ihr Zutun. Vielleicht bemerken Ihre Patienten das Ablaufen der Vorgänge auch gar nicht wirklich.

Agoraphobie: Angst in bestimmten Situationen

Die häufigste unter den Angsterkrankungen ist die sogenannte „Agoraphobie“, die oft in Verbindung mit den bereits beschriebenen Panikattacken vorkommt. Betroffene leiden unter der Angst vor Situationen, in denen sie fürchten nur schwer entkommen zu können, wenn Angst oder Panik auftreten würde, oder in denen ihnen vermutlich niemand helfen würde. Das können ganz unterschiedliche Orte und Situationen sein – weite Plätze oder Menschenansammlungen, Einkaufszentren und Warteschlangen, Fahrstühle oder Fernreisen, um nur einige zu nennen. Entscheidend ist im Endeffekt nicht der Ort oder die Situation an sich, sondern die übersteigerte Befürchtung dort schutzlos zu sein und nicht fliehen zu können bzw. keine Hilfe zu erfahren.

Genau wie bei allen anderen Angsterkrankungen auch, spielt bei der Agoraphobie, das Vermeidungs- und Sicherheitsverhalten eine entscheidende Rolle bei der Entstehung und Aufrechterhaltung der Störung. Umso mehr vermieden wird, umso größer die Einschränkungen im Privat- und Berufsleben. In schwerwiegenden Fällen können betroffene Menschen die Wohnung kaum noch verlassen. Eine der wichtigsten Bestandteile der Therapie von Ängsten liegt dementsprechend im Abbau von Vermeidungs- und Sicherheitsverhalten, indem man sich angstauslösenden Situationen und Reizen bewusst aussetzt und die korrigierende Erfahrung macht, dass die schlimmsten Befürchtungen ausbleiben und die Angst von allein wieder nachlässt. Weitere Informationen dazu finden Sie in Ihrem Behandlermanual.

Affektive Störungen: Unipolare Depressionen

Die andere Gruppe an Patientinnen und Patienten, die Sie mit dem vorliegenden Programm behandeln werden, ist die an unipolaren Depressionen erkrankte Kohorte. Lassen Sie uns noch einmal kurz die Kriterien für die Diagnostik einer depressiven Episode wiederholen: Die zwei Leitsymptome einer Depression sind (A) verminderte Freude oder Interesse an Tätigkeiten und (B) Gefühle von Niedergeschlagenheit, Schwermut oder Hoffnungslosigkeit die meiste Zeit des Tages über mindestens zwei Wochen. Hinzu kommt der bekannte Antriebsmangel bzw. -hemmung und die erhöhte Ermüdbarkeit depressiver Patienten. Je nach Schweregrad der Depression leiden Betroffene außerdem an einer verminderten Konzentration und Aufmerksamkeit, einem verminderten Selbstwertgefühl bzw. Selbstvertrauen, an Schuld- und Minderwertigkeitsgefühlen, einer negativen und pessimistischen Zukunftsperspektive, Schlafstörungen, vermindertem oder vermehrtem Appetit und Suizidalität. Auch ein somatisches Syndrom kann zusätzlich vorliegen.

Depressionen stehen in den allermeisten Fällen im Zusammenhang mit Verlusten, Verunsicherungen und anderen schwierigen Lebensumständen und Belastungen. Aber auch Lebensereignisse, die nicht auf den ersten Blick negativ aussehen mögen, wie eine Beförderung, eine Heirat oder der Auszug des eigenen Kindes aus dem Elternhaus, erfordern Anpassungsleistungen, die unter Umständen zu einer depressiven Episode führen können.

Fragen Sie Ihre Patienten nach Veränderungen ihrer Lebensumstände, die in zeitlichem Zusammenhang zur Ausbildung der Depression standen. Dies kann Hinweise darauf geben, welche Fertigkeiten ihr Patient im Besonderen braucht um die veränderten Lebensumstände besser zu bewältigen. Im Verlauf dieses Programmes wird es v.a. um die Aktivierung ihrer depressiven Patienten und die planvolle Steigerung angenehmer Aktivitäten gehen.



PREMA

Basisschulung für MFA



Einführung PREMA

Hintergrund

Depressionen und Angststörungen gehören zu den häufigsten Erkrankungen in der hausärztlichen Praxis. Unspezifisch auftretende Symptome und häufige Multimorbidität der Patienten gestalten Diagnostik und Behandlung teilweise schwierig.

Versorgungsziel

Ziel dieses ausschließlich mit öffentlichen Geldern finanzierten Projekts ist es, Hausärzte darin zu unterstützen, Depressionen und Panikstörungen im hausärztlichen Behandlungssetting gut zu erkennen und zu behandeln. Der Hausarzt soll so zügig und kompetent eine adäquate Behandlungsstrategie entwickeln können, d.h. entscheiden, ob der Patient umgehend an einen Fachspezialisten überwiesen werden soll oder ob er ihn selbst weiterbehandeln will.

Studiendesign und Rekrutierung

Das Studiendesign ist das einer cluster-randomisierten kontrollierten Studie.(cRCT). Nach erfolgter Rekrutierung der Hausarztpraxen werden in diesen während einer dreimonatigen Screeningphase Patienten rekrutiert. Anschließend werden die Praxen mittels einer pseudonymisierten Liste zufällig der Interventions- (IG) oder Kontrollgruppe (KG) zugeordnet (Abbildung 1).

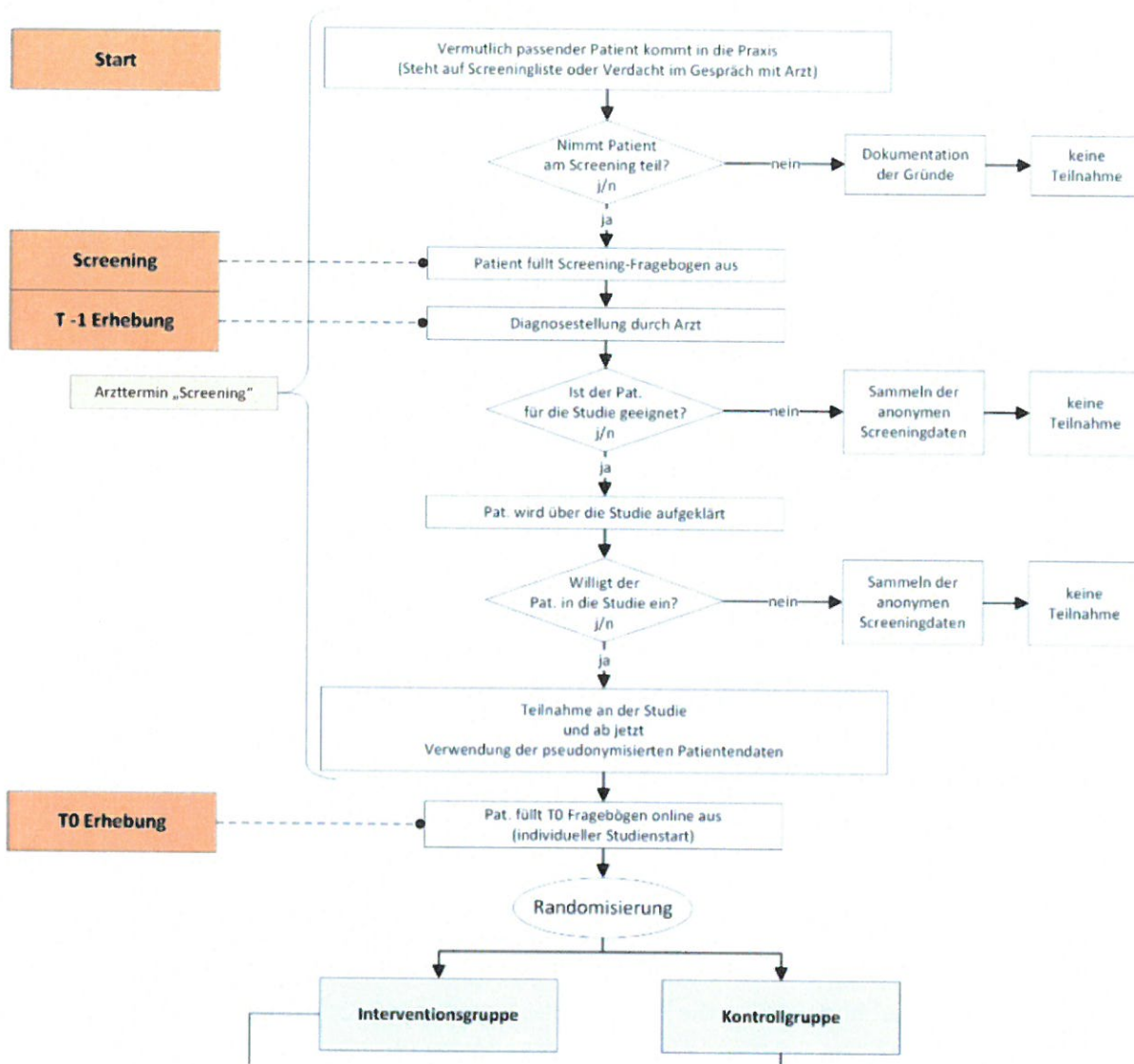


Abbildung 1 | Ablauf der PREMA-Studie: Screening und Randomisierung

In den Interventionspraxen erhalten die Patienten ein hausarztpraxisbasiertes Case Management unter Einbindung eines praxisteam- und eHealth-unterstützten Übungsprogramms über einen Zeitraum von 12 Monaten. In den Kontrollpraxen erhalten die Patienten eine Routineversorgung (standardized TAU). Während des Studienzeitraums werden zu drei Zeitpunkten von allen Patienten studienrelevante Daten erhoben (Abbildung 2).

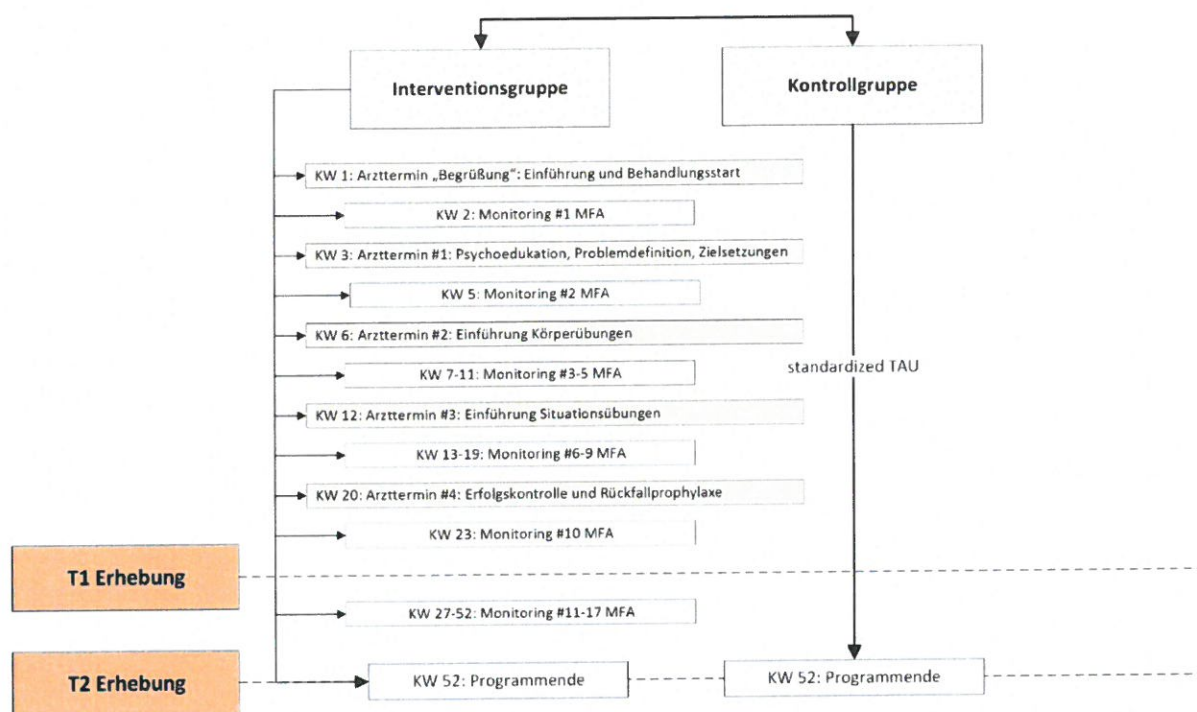


Abbildung 2 | Ablauf der PREMA-Studie: Interventionsarm und Kontrollarm

Inhalt der Intervention

eHealth-Komponenten können die Diagnosestellung unterstützen, und ein strukturiertes Case-Management sichert die Behandlung. Nach Diagnosestellung werden die Patienten entweder in der üblichen Regelversorgung weiterbehandelt, oder sie erhalten in einer der Hausarztpraxen der Modellregion Hessen eine besondere Unterstützung („PREMA-Programm“). Bei dieser werden über 12 Monate regelmäßig standardisierte Kurztelefonate durchgeführt. Diese werden von speziell geschulten medizinischen Fachangestellten der Praxis ausgeführt. Zeigt sich dabei eine Verschlechterung, wird der Patient umgehend einbestellt. Der Hausarzt und der Patient besprechen dann, wie die Behandlung fortgesetzt werden kann. PREMA sieht auch vier feste Arzttermine vor. Die Ergebnisse der Telefonanrufe und Arzttermine können über ein Online-Portal gebündelt werden, zu dem Arzt, MFA und Patient einen sicheren Zugang haben. Darüber hinaus können über das Online-Portal bereitgestellte Materialien und Übungen zur Psychoedukation genutzt werden. Die Praxen im Interventionsarm erhalten eine spezielle Online-Schulung zum PREMA-Programm. Nach Ablauf der Studie steht dieses Material auch den Praxen im Kontrollarm zur Verfügung.

Evaluation

Die wissenschaftliche Evaluation des Projektes untersucht, ob diese Form der Unterstützung der Praxis und der Patienten der bisher üblichen Regelversorgung überlegen ist. Eine qualitative Studie fragt, wie das Programm im hausärztlichen Behandlungsalltag funktioniert und wie die Praxen und Patienten die Anwendung und Wirkungen einschätzen.

Laufzeit

Die Gesamtprojektlaufzeit beträgt vier Jahre (01.09. 2018 – 31.08.2022). Die Durchführung in den Hausarztpraxen der Modellregion Hessen startet am 20. Mai 2019.

Stichprobengröße

Geplant ist die Rekrutierung von 1844 Patienten in 148 Hausarztpraxen, d.h. pro Praxis müssen durchschnittlich 12,5 Patienten eingeschlossen werden.

Studiengruppe

- Techniker Krankenkasse
- Kassenärztliche Vereinigung Hessen
- TelePsy Deutschland GmbH
- Klinikum der Universität München / Institut für Allgemeinmedizin
- Goethe-Universität Frankfurt am Main / Institut für Allgemeinmedizin
- Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf / Institut für Gesundheitsökonomie und Versorgungsforschung



Patienteneinschluss der PREMA-Studie

Jede Praxis sucht 12 bis 13 Patienten, die sie in die Studie einschließen. Dafür hat jede Praxis bis zu 3 Monate Zeit. Es ist sehr wichtig für den Studienablauf, dass die 12-13 Patienten innerhalb dieses Zeitfensters in die Studie eingeschlossen werden. Nach drei Monaten erfolgt die zufallsgenerierte Zuordnung der Praxis in die Behandlungsgruppe (auch Interventionsgruppe genannt) oder die Kontrollgruppe. Die Patienten in beiden Gruppen werden nach dem aktuellen Stand der Forschung durch den Hausarzt betreut, die Patienten in der Interventionsgruppe erhalten eine zusätzliche Betreuung. Diese startet in dem Moment, in dem die Praxis per Zufall als Interventionsgruppe ausgelost wird. Ärzte und Medizinische Fachangestellte (MFA) erhalten dann eine zusätzliche Schulung.

Wie kann man jetzt Patienten in die Studie einschließen? Dafür wird zunächst eine „Patienten-Screeningliste“ erstellt. Dazu sollte aus der Praxissoftware eine Liste mit Patienten generiert werden, die folgende Kriterien erfüllen:

- ICD 10-Diagnosen **F41.0 oder F40.01 oder F32-F34**
- **≥18 Jahre**
- **Praxiskontakt in den letzten 4 Quartalen**
- **bei TK versichert**

Diese Liste bitte ausdrucken und in der Anmeldung platzieren.

Erscheint ein Patient in der Praxis, können die MFA überprüfen, ob der Name des Patienten auf der Liste steht. Falls dies der Fall ist, sollte sie dem Hausarzt diese Information übermitteln.

Der Hausarzt überprüft in der Sprechstunde (erneut), ob folgende Einschlusskriterien zutreffen:

- Der Patient hat eine der folgenden ICD-10 Diagnosen: **F41.0; F40.01; F32-F34**
- Der Patient ist **≥18 Jahre** alt
- Der Patient ist bei der **TK versichert**
- Der Patient kann eine **freiwillige Entscheidung** zur Studienteilnahme **abgeben**
- Der Patient besitzt **ausreichende deutsche Sprachkenntnisse** für eine Studienteilnahme
- Der Patient verfügt über einen **Telefonanschluss** und einen **Internetzugang**

Hausarzt und/oder MFA überprüfen, ob eine der folgenden Ausschlusskriterien vorliegt:

- Der Patient hat eine vorbekannte Psychose
- Bei dem Patienten besteht akute Suizidalität
- Der Patient befindet sich in einer laufenden genehmigungspflichtigen Psychotherapie
- Ein Expositionstraining ist aus hausärztlicher Sicht nicht zu empfehlen

Treffen alle Einschlusskriterien zu und keine der Ausschlusskriterien, dann bitte den Patienten über die

Studieninhalte und das Screening informieren.

Wenn der Patient seine Zustimmung zum Screening gibt, dann müssen der Patient und der Arzt zunächst den Versorgungsvertrag unterschreiben. Die entsprechenden Formulare finden Sie im Studienordner, der in jeder Praxis bereitgestellt wird.

Dabei ist zu beachten, dass dieser in 3-facher Ausfertigung unterzeichnet wird und der Patient und der Arzt das Datum selbst auf den Vertrag schreiben. Das Datum muss auch vom gleichen Tag sein.

Danach erfolgt eine Testung mit dem sogenannten Screening-Fragebogen entweder über das eigene Smartphone des Patienten oder mit Papier und Stift.

In jedem Fall erstellt die MFA über das Online-Portal von TelePsy ein anonymes Patientenkonto (inkl. einer Aktennummer). Es wird ein Log-In-Code erstellt, den die MFA ausdruckt. Die MFA notiert die Aktennummer auf dem Papier mit dem Log-In-Code. Dieses Dokument ist sehr wichtig und sollte vom Patienten bis zu dessen Entscheidung, ob er an der Studie teilnimmt oder nicht, sorgfältig aufbewahrt werden.

Nutzt der Patient ein eigenes Smartphone, dann kann er über diesen Log-In auf die Screening-Fragebögen (PHQ-9 und OASIS-Fragebogen) zugreifen und direkt am Smartphone ausfüllen. Nutzt der Patient kein eigenes Smartphone, dann übergibt die MFA dem Patienten einen Papierfragebogen, den der Patient ausfüllt und der MFA zurückgibt. Die MFA überträgt die Ergebnisse dann mit der Aktennummer in die TelePsy-Plattform. Die Auswertung des Testfragebogens erfolgt über die TelePsy-Plattform.

Anschließend überprüft der Hausarzt im Gespräch mit dem Patienten das Ergebnis der Screening-Fragebögen. Dafür benötigt er den Log-In-Code des Patienten.

Der Patient ist für eine Studienteilnahme geeignet, wenn er folgende Ergebnisse in den Screening-Fragebögen zeigt:

- im OASIS-Fragebogen ein Punktwert von ≥ 8 erreicht wird und/oder
- der PHQ-9 einen Punktwert zwischen ≥ 9 und ≤ 22 aufweist

Zeigt sich in einem oder beiden Screening-Fragebögen ein entsprechender Wert, muss der Hausarzt nochmals die Diagnose durch eine klinische Diagnosestellung bestätigen.

Nach positivem Screening (der Patient ist für die Studienteilnahme aufgrund der Testergebnisse geeignet und die Diagnose wurde vom Hausarzt bestätigt), folgt ein Aufklärungsgespräch zur Studie durch den Hausarzt.

Sind alle Fragen geklärt und der Patient willigt in die Studienteilnahme ein, dann müssen Patient und Hausarzt die Einverständniserklärung zur Studienteilnahme unterschreiben. Hier soll eine Patientenversion (8-seitig) und zweimal die Arztversion (2-seitig) unterschrieben werden. Die entsprechenden Formulare finden Sie im Studienordner, der in jeder Praxis bereitgestellt wird.

Auch hier ist wieder zu beachten, dass der Patient und der Arzt das Datum selbst auf den Vertrag

schreiben. Das Datum muss auch vom gleichen Tag sein.

Eine Ausfertigung des Versorgungsvertrages und die Patientenversion (8-seitig) der Einverständniserklärung zur Studienteilnahme erhält der Patient. Je ein Exemplar des Versorgungsvertrages und der Einverständniserklärung (Arztversion) bitte im Studienordner abheften und aufbewahren.

Ein Exemplar des Versorgungsvertrages und ein Exemplar der Einverständniserklärung müssen innerhalb von 2 Tagen an die Techniker Krankenkasse verschickt werden (Freiumschläge liegen in der Praxis vor).

Die MFA notiert den Namen des Patienten auf der Pseudonymisierungsliste (im Studienordner) einschließlich der Versicherungs-Nummer und der Aktennummer aus der TelePsy Plattform.

Die MFA informiert den Patienten darüber, dass er in den nächsten Wochen einen Online Fragebogen (T0) ausfüllen muss, für den er per E-Mail eine Einladung erhält und den er über die TelePsy-Plattform aufrufen kann. Außerdem informiert die MFA den Patienten (nochmals) über den Start der Studie in 1-3 Monaten.

Was tun, wenn ein Patient nicht am Screening teilnehmen möchte oder im Screening festgestellt wird, dass er nicht für die Studie in Frage kommt oder nach dem Screening doch keine Studienteilnahme erwünscht ist?

Steht ein Patient auf der Screening-Liste und wird angefragt, ob er an einem Screening teilnehmen möchte, dies jedoch ablehnt, füllen Sie bitte das Formular „Nichtteilnahme und Ausschlussgründe Patient“ aus. Einen Vordruck des Formulars finden Sie im Studienordner. Legen Sie das ausgefüllte Formular anschließend wieder im Studienordner ab und bewahren es auf.

Wird nach dem Screening festgestellt, dass der Patient nicht für eine Studienteilnahme in Frage kommt, füllen Sie bitte auch das Formular „Nichtteilnahme und Ausschlussgründe Patient“ aus. Einen Vordruck des Formulars finden Sie im Studienordner. Legen Sie das ausgefüllte Formular anschließend wieder im Studienordner ab und bewahren es auf.

Auch dann, wenn der Patient nach dem Screening für eine Studienteilnahme in Frage kommt, jetzt jedoch entscheidet, dass er nicht an der Studie teilnehmen möchte, füllen Sie bitte das Formular „Nichtteilnahme und Ausschlussgründe“ aus. Einen Vordruck des Formulars finden Sie im Studienordner. Legen Sie das ausgefüllte Formular anschließend wieder im Studienordner ab und bewahren es auf.



Einleitungsvideo zur Studie

Skript zum Video

Guten Tag und herzlich Willkommen zur Studie über eHealth gestütztes Case Management in der hausärztlichen Primärversorgung. Sie als MFA sind ein wichtiger Bestandteil dieser Studie und der Dreh- und Angelpunkt dieses neuen Versorgungsangebots. Im Folgenden werde ich Ihnen vor allem den Prozess der Rekrutierung und des Screenings, das heißt des Herausfilterns von Patienten, die für die Studie geeignet sind, erläutern. Diese Informationen finden Sie nicht nur in diesem Video, sondern auch in den schriftlichen bzw. online verfügbaren Informationsmaterialien, die Ihre Praxis für die Studienteilnahme erhalten hat. Informationen zur Nutzung der Internetplattform erhalten Sie in einem Webinar, sowie in dem ebenfalls online verfügbaren Video zu diesem Thema.

Patientenrekrutierung

In diesem Teil erkläre ich Ihnen, wie genau Sie Patienten finden, die für die Teilnahme an der Studie in Frage kommen. Das sind Patienten, die bestimmte Einschlusskriterien für die Studie erfüllen. Diese Einschlusskriterien sind die ICD 10 Diagnosen für eine Panikstörung mit oder ohne Agoraphobie, sowie für eine unipolare Depression. Panikstörung mit oder ohne Agoraphobie entspricht den ICD Diagnosen F41.0 und F40.01 und eine unipolare Depression den ICD 10 Codes F32 bis F34. Das bedeutet, dass Patienten, die für die Studienteilnahme geeignet sind, eine dieser ICD 10 Diagnosen aufweisen müssen. Weiterführende Informationen über diese Diagnosen bzw. Krankheiten finden Sie in den online verfügbaren Informationsmaterialien.

Neben der korrekten ICD 10 Diagnose müssen noch weitere Einschlusskriterien beachtet werden: die Fähigkeit zur freiwilligen und informierten Entscheidung zur Studienteilnahme. Das bedeutet, dass der Patient keinen gesetzlichen Betreuer haben darf. Weiterhin muss der Patient ein Versicherter der teilnehmenden Krankenkassen und mindestens 18 Jahre alt sein, er muss über ausreichende deutsche Sprachkenntnisse verfügen. Zur Nutzung der Internetplattform muss er außerdem einen privaten Internetzugang, sowie einen privaten Telefonanschluss haben.

Es gibt auch Ausschlusskriterien, das sind Kriterien, die trotz des Vorliegens der gerade genannten Merkmale dazu führen, dass der Patient doch nicht an der Studie teilnehmen kann. Die Entscheidung, ob eine dieser Ausschlusskriterien vorliegen trifft in der Regel der Arzt. Damit Sie jedoch wissen, was die Ausschlusskriterien sind, möchte ich sie hier einmal nennen. Zu den Ausschlusskriterien gehören eine vorbekannte Psychose, akute Suizidalität, sowie eine laufende, genehmigungspflichtige Psychotherapie zu den Studiendiagnosen zum Zeitpunkt des Studieneinschlusses. Wenn Patienten im Verlauf der Studie eine Psychotherapie beginnen, ist dies kein Problem.

Suchen Sie zu Beginn der Patientenrekrutierung für die Studie in der Praxissoftware Patienten, welche die überprüfbareren Einschlusskriterien erfüllen. Idealerweise erstellen Sie gezielt eine Liste mit Patienten, die die Einschlusskriterien erfüllen aus Ihrer Software und drucken die Liste aus bzw. markieren Sie diese Patienten in Ihrer Software. Diese Liste ist die sogenannte Screeningliste. Es können natürlich auch weitere Patienten rekrutiert

werden, die nicht auf der Liste stehen, beispielsweise Patienten, bei denen während der hausärztlichen Sprechstunde festgestellt wird, dass sie einen Verdacht auf eine der relevanten Diagnosen zeigen. Insgesamt sollten in Ihrer Praxis mindestens 12 Patienten eingeschlossen werden.

Das Screening

Wenn nun ein Patient, der auf der Screeningliste steht, in Ihrer Praxis erscheint, sprechen Sie oder der Arzt ihn oder sie auf die Studie an und klären über das Screening auf.

Hier ein Exkurs was für die Aufklärung des Screenings notwendig ist:

Im Idealfall nehmen Sie sich ein paar Minuten Zeit und gehen mit dem Patienten in einen ungestörten Raum. Dort erklären Sie dem Patienten, dass es eine neue Versorgungsform für Patienten mit Depression und Angst- bzw. Panikstörungen gibt. Diese neue Versorgungsform wurde einzeln, also für Depression und für Angst- bzw. Panikstörungen jeweils in eigenen vorherigen Studien getestet und als wirksam erwiesen. Jetzt soll diese Versorgung bei Patienten in ganz Hessen zum Einsatz kommen. Neu ist dabei, dass neben der ärztlichen Behandlung eine Verlaufskontrolle durch Sie als MFA stattfindet und dass eine Internet-Plattform genutzt wird, auf der alle Informationen zwischen Ihnen, dem Arzt und dem Patienten zusammenlaufen. Wenn der Patient bereit ist, den Screeningfragebogen auszufüllen, kann festgestellt werden, ob er für diese neue Versorgungsform geeignet ist. Erst danach kann er zusammen mit dem Arzt entscheiden, ob er an der Studie teilnehmen möchte.

Entsteht ein Verdacht auf eine der relevanten Diagnosen während der hausärztlichen Sprechstunde, wird Ihr Arzt dies vornehmen und auch den weiteren Screeningprozess durchführen. Entscheidet der Patient sich gegen die Teilnahme am Screening, dokumentieren Sie bitte die Gründe für die Nichtteilnahme im dafür vorgesehenen Dokumentationsbogen, den Sie auf der Internetplattform finden.

Das Screening erfolgt anhand der Screening-Fragebögen, das sind zum einen der Patient Health Questionnaire 9, kurz: PHQ-9 für Depressionen, und zum anderen der Overall Anxiety Severity and Impairment Scale, kurz: OASIS für Angsterkrankungen.

Haben Sie nun einen Patienten gefunden, der sich für die Teilnahme am Screening entschieden hat, fragen Sie diesen, ob er ein Smartphone mit Internetverbindung besitzt. Wenn ja erstellen Sie an Ihrem PC über die Internetplattform eine anonyme Akte. Damit stellen sie den Screeningfragebogen für den Patienten bereit. Erstellen Sie einen Log-in-Code, drucken diesen aus und überreichen ihn dem Patienten, sodass dieser den Fragebogen online über die Internetplattform anonym ausfüllen kann. Ganz wichtig ist dabei Folgendes:

Um den Patienten dennoch später zuordnen zu können, notieren Sie die Aktennummer der Onlineakte auf dem Blatt mit dem Log-in Code, welches Sie dem Patienten überreichen.

Der Screeningfragebogen wird dann automatisch ausgewertet und der Patient kann mit dem Blatt mit der Aktennummer zum Arzt, sodass dieser die Ergebnisse einsehen kann.

Verfügt der Patient nicht über ein Smartphone mit Internetanschluss, erstellen Sie ebenfalls an Ihrem PC eine anonyme Akte in der Internetplattform und überreichen dem Patienten einen Screeningfragebogen in Papierform. Wenn der Patient fertig ist, überreicht er Ihnen den ausgefüllten Papierfragebogen und Sie übertragen die Ergebnisse in die Onlineakte des Patienten. Wie vorher übergeben Sie die Aktennummer an den Patienten sodass die Ergebnisse ebenfalls vom Arzt eingesehen werden können.

Kommt ein Patient für eine Studienteilnahme in Frage, wird der Arzt in der Sprechstunde ein weiterführendes Diagnosegespräch führen. Ist der Patient weiterhin für die Studie geeignet, wird er über diese aufgeklärt und bekommt die Patienten-Einverständniserklärung zur Studie und die Teilnahmeerklärung zum Versorgungsvertrag ausgehändigt.

In die Studie eingeschlossen ist der Patient erst, wenn er beide Formulare unterschrieben hat und vom Arzt die Patienten-Einverständniserklärung gegengezeichnet ist. Dies sind sehr wichtige Prozesse, die garantieren, dass der Patient auch alle Leistungen in der Studie erhalten kann. Eine Abweichung davon kann zu einem späteren Studienausschluss des Patienten führen, was natürlich keiner möchte.

Eine Kopie dieser unterzeichneten Patienten-Einverständniserklärung muss dem Patienten ausgehändigt werden. Das Original der unterschriebenen Patienten-Einverständniserklärung muss an die darauf angegebene Stelle geschickt werden. Dies muss möglichst innerhalb der nächsten zwei Tage geschehen, damit überprüft werden kann, ob alle Kriterien erfüllt sind.

Das klingt jetzt natürlich alles erst einmal sehr aufwendig, doch ist in der Praxis recht einfach, sobald Sie den Screeningprozess einmal durchlaufen haben, läuft der zweite wie von selbst. Alle Informationen in diesem Video sind auch noch einmal ausführlich und schriftlich in den Informationsmaterialien zu finden. Bitte lesen Sie sich diese aufmerksam durch. Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit.



Checkliste Studienablauf

Schritt	Aufgaben MFA	Aufgaben Hausarzt
1	<p>MFA (oder Hausarzt) erstellt eine Patienten-Screeningliste aus der Praxissoftware mit folgenden Kriterien:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ICD-10 Diagnosen F41.0 oder F40.01 oder F32-F34 • ≥18 Jahre • Praxiskontakt in den letzten 4 Quartalen • bei TK versichert <p>Liste bitte im Bereich der Anmeldung platzieren</p>	
2	<p>Ein Patient erscheint in der Praxis</p> <ul style="list-style-type: none"> • MFA überprüft, ob der Name des Patienten auf der Liste steht 	
2a	<p>Falls ja, übermittelt sie diese Information an den Hausarzt (z.B. innerhalb des Praxisdokumentationssystems)</p>	
2b		<p>Falls nein, besteht die Möglichkeit, dass der Hausarzt während der Konsultation feststellt, dass eine Depression und/oder Angst-/Panikstörung bei dem Patienten vorliegen könnte</p>
3	<p>Hausarzt überprüft (erneut), <u>ob folgende Einschlusskriterien zutreffen:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Der Patient hat eine der folgenden ICD-10 Diagnosen: F41.0; F40.01; F32-F34 • Der Patient ist ≥18 Jahre alt • Der Patient ist bei der TK versichert • Der Patient kann eine freiwillige Entscheidung zur Studienteilnahme abgeben • Der Patient besitzt ausreichende deutsche Sprachkenntnisse für eine Studienteilnahme • Der Patient verfügt über einen Telefonanschluss und einen Internetzugang <p>Hausarzt und/oder MFA überprüfen, <u>ob eine der folgenden Ausschlusskriterien vorliegt:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Der Patient hat eine vorbekannte Psychose • Bei dem Patienten besteht akute Suizidalität • Der Patient befindet sich in einer laufenden genehmigungspflichtigen Psychotherapie 	

	<ul style="list-style-type: none"> Ein Expositionstraining ist aus hausärztlicher Sicht nicht zu empfehlen
4	Treffen alle Einschlusskriterien zu und keine der Ausschlusskriterien, bitte den Patienten über die Studieninhalte und das Screening informieren.
5a	Es erfolgte eine Zustimmung des Patienten zum Screening:
	<p>Patient und anschließend Hausarzt unterzeichnen den Versorgungsvertrag (jeweils 3-fach):</p> <ul style="list-style-type: none"> Eine Ausfertigung erhält der Patient Eine Ausfertigung bleibt in der Praxis Eine Ausfertigung wird am Ende des Einschreibeprozesses an die Techniker Krankenkasse geschickt (siehe auch Schritt 7b und Schritt 9) <p>(Freiumschlag liegt in der Praxis vor) Bitte beachten: Hausarzt und Patient müssen <u>jeweils selbst den Ort und das Datum auf den Versorgungsvertrag schreiben! Das Datum muss vom gleichen Tag sein!</u></p>
5b	<p>Patient nutzt ein eigenes Smartphone für das Screening</p> <ul style="list-style-type: none"> MFA erstellt für das Online-Screening auf der TelePsy Plattform ein anonymes Patientenkonto (incl. Aktennummer) Auf der TelePsy Plattform wird ein Log-in Code für den Patienten erstellt, den die MFA ausdruckt MFA notiert die Aktennummer auf dem Ausdruck mit dem Log-in und übergibt es dem Patienten (für die spätere Zuordnung) <p>Dies ist ein wichtiges Dokument für die weitere Studie</p>
5c	<p>Patient nutzt kein eigenes Smartphone für das Screening</p> <ul style="list-style-type: none"> MFA händigt dem Patienten einen Screening-Papierfragebogen aus (inkl. Kugelschreiber) und bittet den Patienten den Fragebogen auszufüllen

	MFA erstellt – wie unter 5b beschrieben – einen Zugang für den Patienten in der TelePsy Plattform und überträgt die Ergebnisse des Screening-Papierfragebogens in die TelePsy-Datenbank.	
5d	Es erfolgte keine Zustimmung des Patienten zum Screening:	
	<ul style="list-style-type: none"> • Bitte zusammen mit dem Patienten das Papier-Formular „Nichtteilnahme und Ausschlussgründe Patienten“ ausfüllen • Papierversion im Studienordner ablegen und aufbewahren 	
6		Der Hausarzt erhält vom Patienten die Aktennummer (für die TelePsy Plattform) und prüft das Ergebnis Die Auswertung des Screening-Fragebogens erfolgt über die TelePsy Plattform
7a		Patient ist für die <u>Studienteilnahme geeignet</u> , wenn: <ul style="list-style-type: none"> • im <u>OASIS-Fragebogen</u> einen Punktwert von ≥ 8 erreicht wird und/oder • der <u>PHQ-9</u> einen Punktwert zwischen ≥ 8 und ≤ 22 ausweist und • der Hausarzt die Diagnose durch eine klinische Diagnosestellung bestätigt
7b	<ul style="list-style-type: none"> • Bitte zusammen mit dem Patienten das Papier-Formular „Nichtteilnahme und Ausschlussgründe Patienten“ ausfüllen • Papierversion im Studienordner ablegen und aufbewahren • Eine Ausfertigung des Versorgungsvertrages an die Techniker Krankenkasse schicken (Freiumschräge liegen in der Praxis vor) 	Wenn der Patient nicht für die Studienteilnahme geeignet ist (z. B. PHQ-9 und OASIS Punktwerte liegen außerhalb des Cut off Bereichs) oder zum jetzigen Zeitpunkt nicht mehr an der Studie teilnehmen möchte : <ul style="list-style-type: none"> • Bitte zusammen mit dem Patienten das Papier-Formular „Nichtteilnahme und Ausschlussgründe Patienten“ ausfüllen
8	<ul style="list-style-type: none"> • Eine Ausfertigung der Einverständniserklärung zur Studienteilnahme (Patientenversion) und zwei Ausfertigungen der Arztversion für die Unterzeichnung vorbereiten • Dafür bitte jeweils auf der Seite 8 die kompletten Daten des Patienten eintragen 	Patient ist für die Studienteilnahme geeignet Nach positiven Screening-Ergebnis führt der Hausarzt das Aufklärungsgespräch zur <u>PREMA-Studie</u> durch (ggf. wird der Patient über die „neue“ Diagnose aufgeklärt).

		<p>Patient und anschließend Hausarzt unterzeichnen die Einverständniserklärung zur Studienteilnahme (letzten beiden Seiten der Studien-Teilnehmerinformation) (1x Patienten-version und 2x Arztversion):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Eine Ausfertigung (Patientenversion) erhält der Patient • Eine Ausfertigung der Arztversion bleibt in der Praxis • Eine Ausfertigung der Arztversion wird an die Techniker Krankenkasse versendet (Freiumschläge liegen in der Praxis vor) <p>Bitte beachten: Hausarzt und Patient müssen <u>jeweils selbst den Ort und das Datum</u> auf die Einverständniserklärung schreiben! Das Datum muss vom gleichen Tag sein!</p>
9	<p>MFA versendet innerhalb von 2 Tagen folgende Unterlagen an die Techniker Krankenkasse:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Eine Ausfertigung des Versorgungsvertrages • Eine Ausfertigung der Einverständniserklärung (Arztversion) <p>Freiumschläge liegen in der Praxis vor</p>	
10	<p>MFA notiert den Namen des Patienten auf der Pseudonymisierungsliste (im Studienordner) einschließlich der Versicherungs-Nummer und der Aktennummer aus der TelePsy Plattform</p>	
11	<p>MFA heftet folgende Unterlagen des Patienten in den Studienordner ab:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Eine Ausfertigung des Versorgungsvertrages • Eine Ausfertigung der Einverständniserklärung (Arztversion) 	
12	<ul style="list-style-type: none"> • MFA informiert den Patienten darüber, dass er innerhalb der nächsten Wochen einen Online Fragebogen (T0) ausfüllen muss, für den er per E-Mail eine Einladung/einen Link erhält 	<ul style="list-style-type: none"> • Arzt informiert den Patienten darüber, dass der eigentliche Studienstart in 1-3 Monaten erfolgt

- MFA informiert den Patienten (nochmals), dass der eigentliche Studienstart in etwa 1-3 Monaten erfolgt
- Der Patienten-Online-Fragebogen ist zwingend vor dem Start der Studie auszufüllen



Einführung Angst

1 | Definition

Angst bezeichnet eine „normale“ Reaktion auf bestimmte Gefahren. Sie ist grundsätzlich eine wichtige und lebenserhaltende Emotion, die vorübergehend auftritt und Menschen dazu befähigt, reale Gefahren wahrzunehmen und zu bewältigen und eine erhöhte Vigilanz herzustellen. Ihr Auslöser ist real bedrohlich, ihr Ausmaß ist der Situation angemessen und sistiert mit Beendigung der bedrohlichen Situation. Angst ist eine natürliche Anpassungsleistung und für das Überleben und die Vermeidung von Gefahren sinnvoll.

Phobien sind Angstzustände, die durch bestimmte Dinge oder Lebewesen ausgelöst werden (z.B. Akrophobie = Höhenangst; Klaustrophobie = Angst vor geschlossenen Räumen; Agoraphobie = Angst vor öffentlichen Plätzen).

Panikanfälle sind wiederholte, schwere, anfallsartige Angstzustände.

2 | Klassifikation der Angsterkrankungen nach ICD-10

Der Begriff Angststörungen umfasst eine heterogene Gruppe von Störungen.

Hauptkategorie	Unterkategorie
Phobische Störungen (F40.-)	<ul style="list-style-type: none"> ■ Agoraphobie ■ Soziale Phobie ■ Spezifische (isolierte) Phobie ■ Sonstige phobische Störungen
Andere Angststörungen (F41.-)	<ul style="list-style-type: none"> ■ Panikstörung ■ Generalisierte Angststörung ■ Angst und Depression, gemischt ■ Andere gemischte Angststörungen ■ Sonstige spezifische Angststörungen

Tabelle 1 | Klassifikation der Angsterkrankungen nach ICD-10

3 | Symptomatologie der Angst

Angst wird erst zur Krankheit, wenn sie in unangemessener Relation zur auslösenden Situation steht. Oft entsteht Angst in einer objektiv nicht bedrohlichen Situation; ihr Ausmaß ist der Situation unangemessen, sie besteht über die auslösende Situation hinaus und kann zu einer Beeinträchtigung des Lebens führen. Häufig werden körperliche Symptome als „Affektäquivalent“ statt als eine bewusste Angst wahrgenommen. Der Patient wendet sich mit körperlicher Symptomatik meist an den Hausarzt. Die Sorge, dass etwas „Ernstes“ hinter den Symptomen steht, ist sehr oft vorhanden und kann zu wiederholten Untersuchungen, Diagnostik führen. Angst sollte dann behandelt werden, wenn sie als belastend und einschränkend für den Patienten empfunden wird und/oder bereits zu Vermeidungsverhalten oder anderen individuellen Strategien (Zwänge, Rituale) mündet. Sie sollte ebenfalls therapeutisch angegangen werden, wenn Angst als eine Komorbidität vorliegt.

- **Kognitive Symptome:** Ausgeprägtes „Sich-Sorgen“; Entscheidungsunfähigkeit; Gestörte Konzentration; Angst „verrückt“ zu werden, die Kontrolle zu verlieren oder zu sterben

- **Körperliche Symptome:** Unruhe, Tremor, Kribbelparästhesien, Schwindel, Schwäche, vermehrtes Schwitzen, Muskelkrämpfe, Palpitationen, „Kurzatmigkeit“, Würgegefühle, Thoraxschmerzen, abdominelle Missempfindungen, Übelkeit, Erbrechen, Erröten
- **Veränderungen des Verhaltens durch Angsterkrankungen:** Vermeidung von bestimmten Situationen, die Ängste auslösen oder in denen Angst aufgetreten ist; Entwicklung individueller Vermeidungsstrategien, bzw. von Ritualen oder Zwängen (z. B. Händewaschen, wiederholte Kontrollen)

4 | Epidemiologie

In der Bevölkerung treten Angststörungen mit einer Lebenszeitprävalenz von ca. 15 % auf. Die Angstkrankheit tritt bei Frauen ungefähr doppelt so oft auf wie bei Männern. Die Altersgruppe zwischen 18 und 35 Jahren ist am häufigsten betroffen. In der Hausarztpraxis sind Angststörungen häufige psychische Erkrankungen, denn oft ist der Hausarzt erster Ansprechpartner. Durch die unterschiedlichen und sehr variablen Symptome wird eine Diagnosestellung erschwert. Patienten mit Angststörungen vermuten oft hinter ihren Symptomen eine „organspezifische Ursache“, drängen auf Abklärung und haben viele unterschiedliche Arzt-Patienten-Kontakte. Angststörungen können medikamentös oder psychotherapeutisch behandelt werden.

5 | Panikstörung mit/ohne Agoraphobie

Panikstörungen gehen meist mit plötzlich einsetzenden körperlichen Symptomen wie Herzrasen, Schwitzen, Luftnot, Zittern, Schwindel einher. Patienten leiden unter Todesangst. Die Symptome treten abrupt auf und erreichen ihre maximale Intensität innerhalb weniger Minuten. Die Episoden halten selten einige Minuten an. Panikstörungen werden nicht durch eine zugrundeliegende, organisch-manifeste Krankheit oder durch Drogen bzw. Medikamente bedingt. Zumeist sind die Patienten nicht in der Lage, das Auftreten der Anfälle vorherzusagen. Die Panikstörungen sind für den Patienten sehr belastend.

Etwa die Hälfte aller Patienten mit Panikstörung entwickelt im Störungsverlauf ein starkes, situationsbezogenes Vermeidungsverhalten: Wenn zwei oder mehr unterscheidbare Situationen gefürchtet oder vermieden werden, dann ist mit dem ICD-10 eine sog. Agoraphobie diagnostizierbar. Kennzeichnend ist, dass der Patient mit Agoraphobie nicht befürchtet, dass von der Situation an sich eine bestimmte Gefahr ausginge - vielmehr resultieren die Furcht und das Vermeidungsverhalten aus seiner „Angst vor der Angst“. Typischerweise handelt es sich daher um Situationen, aus denen er (a) nur schwer wieder herauskäme oder (b) keine unmittelbare Hilfe anderer erhielte, falls darin plötzlich Angst oder Panik auftreten würden. Somit können ganze „Klassen“ von Situationen angstauslösenden Charakter besitzen, wie etwa Verkehrsmittel, Reisen, Menschenmengen, enge Räume, geschlossene Räume, um nur einige zu nennen.

6 | Komorbidität

Angststörungen sind im hohen Maße mit Depressionen in ca. 30% assoziiert. Hierbei ist eine wichtige Aufgabe, auf die mögliche Suizidgefahr bei manifester Depression zu achten. Hinsichtlich der Komorbidität von Panikstörung und Depression lässt sich beobachten, dass ca. 60% aller Patienten mit einer Panikstörung innerhalb eines 12-Monats-Zeitraums auch die Diagnose einer Depression aufweisen. Auch bei einer Querschnittsbetrachtung ist von Komorbidität mit einer Depression zwischen jeweils 40 % bei Panikstörungen auszugehen. Das relative Risiko für Patienten, im Quer- oder Längsschnitt an einer depressiven Störung zu erkranken, ist für Angstpatienten damit im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung um ein Vielfaches erhöht. Weitere Komorbiditäten sind Suchtgefahr (Alkohol, Medikamente, Substanzen) und das gleichzeitige Auftreten somatoformer Störungen.

7 | Diagnostisches Vorgehen

Am Beginn des diagnostischen Prozesses steht neben einer ausführlichen Anamnese die körperliche Untersuchung: Die Untersuchung sollte sich auf die Organsysteme fokussieren, in denen der Patient am meisten Symptome schildert (z. B. kardial oder respiratorisch). Signalisieren Sie dem Patienten, dass seine körperlichen Beschwerden ernst genommen, die psychischen Aspekte jedoch genauso gewürdigt werden. Angstpatienten versuchen ihre Gefühle möglichst zu rationalisieren und zu kontrollieren, sodass der Arzt leicht zu einer Fehleinschätzung über die Schwere der Erkrankung kommen kann. Im Zweifelsfall lohnt es sich, die Schwere der Symptomatik noch einmal genau zu erfragen.

Zu den häufigen somatischen Differenzialdiagnosen der Angsterkrankungen gehören unter anderem:

- Lungenerkrankungen (z.B. Asthma bronchiale, chronisch-obstruktive Lungenerkrankung)
- Herz-Kreislaufkrankungen (Angina pectoris, Myokardinfarkt, Synkopen, Arrhythmien)
- Neurologische Erkrankungen (komplex-partielle Anfälle, Migräne, Migraine accompagnée, Multiple Sklerose, Tumoren u.a.)
- Endokrine Störungen (Hypoglykämie, Hyperthyreose, Hyperkaliämie, Hypokalziämie, akute intermittierende Porphyrrie, Insulinom, Karzinoid, Phäochromozytom)
- Weitere Krankheitsbilder (periphere Vestibularisstörung, benigner paroxysmaler Lagerungsschwindel, u.a.)

Zum Ausschluss einer organischen Ursache der Beschwerden sollten wenigstens folgende Untersuchungen durchgeführt werden:

- Ausführliche Anamnese
- Körperliche Untersuchung
- Blutbild, Blutzucker, Elektrolyte (Ca⁺⁺, K⁺), Schilddrüsenstatus (TSH)
- EKG mit Rhythmusstreifen
- Ggf. Lungenfunktion
- Ggf. kraniale Bildgebung (MRT, CT)
- Ggf. EEG

Im Vordergrund stehen die Fragen, ob die Angst eine eigenständige Erkrankung darstellt, oder ob weitere **psychische Komorbiditäten** bestehen (Depression, Somatoforme Störung, Suchterkrankung) und ob der Patient suizidgefährdet ist. Daran sollten sich die Behandlungsangebote orientieren (Medikamente, Psychotherapie, Psychiatrische Mitbehandlung, stationäre, teilstationäre Therapie, Rehabilitationen). Die Erwartung des Patienten, Wünsche und Vorerfahrungen werden in die Therapieplanung einbezogen.

In der Erstanamnese sind neben der Erfragung der Lebensgeschichte auch Informationen über die psychosoziale Situation wichtig. Weiterhin sollte auf die Medikamentenanamnese (Sympathomimetika, Steroide, einige Antihypertensiva und NSAR, aber auch SSRI können Auslöser sein) und die Drogenanamnese (auch auf Nikotin und Alkohol!) geachtet werden. Die Einschätzung der therapeutischen Bedürftigkeit richtet sich nach dem Leidensdruck.

Zum Weiterlesen

- Bandelow B, Lichte T, Rudolf S, Wiltink J, Beutel M. S3Leitlinie Angststörungen. Berlin: Springer; 2015.
https://www.dgppn.de/_Resources/Persistent/0c2fc607fa678377a9efb4f13d5ce7007f2c43d0/S3LL_Lang_Angstst%C3%B6rungen_2014.pdf
- Bandelow B & Gensichen J. Angststörung. In: Dietrich DE, Goesmann C, Gensichen J, Hauth I, Veit I (Hrsg.). Praxisleitfaden Psychische Erkrankungen. Bern: Hogrefe; 2019.
- Bergmann A & Schneider A. Angst. In: Duale Reihe Allgemeinmedizin und Familienmedizin. 5., vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage. Stuttgart: Thieme; 2017.
- Jacobi F, Höfler M, Strehle J, Mack S, et al. Psychische Störungen in der Allgemeinbevölkerung. Nervenarzt 2014;85:77–87.



Einführung Depression

1 | Allgemein

Depressive Störungen können sich in vielfältigen Symptomen äußern. Sie gehören zu den häufigen Beratungsanlässen und Erkrankungen in der hausärztlichen Praxis. Ihre Aufgabe als Hausarzt besteht zunächst in der Erkennung der Erkrankung anhand gezielter Fragen und einem strukturierten Vorgehen. Im Verlauf der Erkrankung ist eine kontinuierliche, unterstützende Begleitung, ggf. in Zusammenarbeit mit Fachspezialisten, unter Nutzung nicht medikamentöser und medikamentöser Therapieverfahren erforderlich. Mögliche Suizidalität und Begleiterkrankungen sollten dabei besondere Aufmerksamkeit erhalten. Die Behandlung von Patienten mit Depressionen erfordert eine geduldige und empathische Haltung zum Patienten.

2 | Definition

Depressionen sind psychische Störungen, die durch einen Zustand deutlich gedrückter Stimmung, Interesselosigkeit und Antriebsminderung über einen längeren Zeitraum gekennzeichnet sind. Damit verbunden treten häufig verschiedenste körperliche Beschwerden auf. Depressive Menschen sind durch ihre Erkrankung meist in ihrer gesamten Lebensführung beeinträchtigt. Es gelingt ihnen nicht oder nur schwer, alltägliche Aufgaben zu bewältigen, sie leiden unter starken Selbstzweifeln, Konzentrationsstörungen und Grübelneigung. Depressionen gehen wie kaum eine andere Erkrankung mit hohem Leidensdruck einher, da diese Erkrankung in zentraler Weise das Wohlbefinden und das Selbstwertgefühl von Patienten beeinträchtigt.

3 | Klassifikation

Im internationalen Klassifizierungssystem der ICD-10 werden **depressive Störungen** als psychopathologische Syndrome von mindestens zwei Wochen Dauer innerhalb der diagnostischen Kategorie der „**Affektiven Störungen**“ definiert (siehe Tabelle 2).

F30	Manische Episode
F31	Biopolare affektive Störung
F32	Depressive Episode
F33	Rezidivierende depressive Störungen
F34	Anhaltende affektive Störungen
F38	Sonstige affektive Störungen
F39	Nicht näher bezeichnete affektive Störungen

Tabelle 2 | Hauptkategorien affektiver Störungen nach ICD-10

Die folgenden Informationen beziehen sich entsprechend dem Geltungsbereich der S3-Leitlinie auf die **unipolare depressive Störung**, d. h. depressive Episoden, rezidivierende depressive Störungen, anhaltende affektive Störungen. Die systematische Diagnostik bei unipolaren depressiven Störungen (F32-34) beruht auf Haupt- und Zusatzsymptomen. Je nach Anzahl der vorliegenden Haupt- und Zusatzsymptome erfolgt eine Einteilung in *leichte* (F32.0), *mittelgradige* (F32.1) und *schwere* (F32.2) *depressive Episoden*.

Für eine mittelgradige Episode sind mindestens zwei Hauptsymptome und drei bis vier Zusatzsymptome erforderlich und bei einer schweren Episode müssen mindestens drei Hauptsymptome und mehr als drei Zusatzsymptome vorliegen. Die Symptome müssen jeweils mindestens zwei Wochen anhalten.

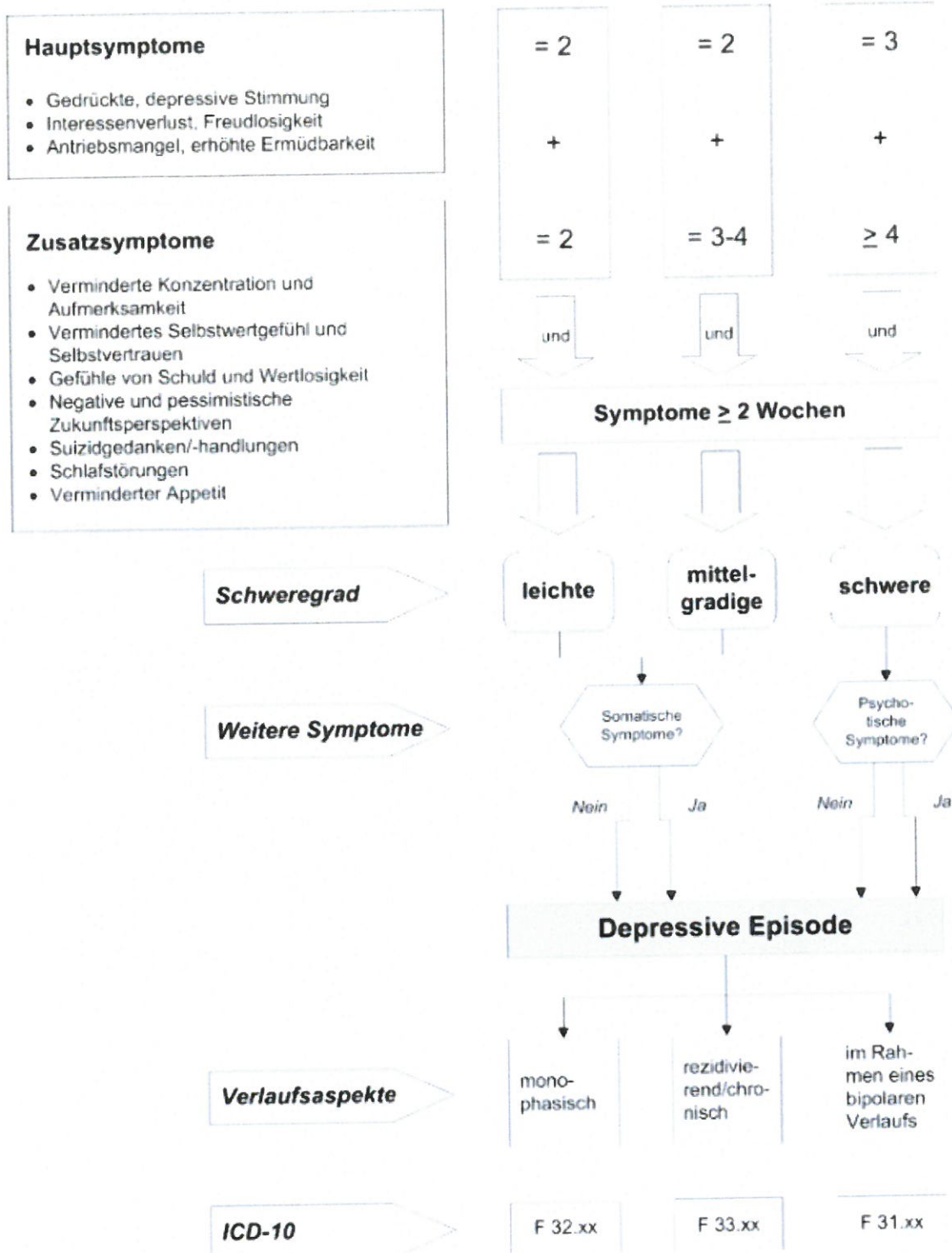


Abbildung 3 | Diagnose depressiver Episoden nach ICD-10 Kriterien (Quelle: NVL Depression 2015)

Legende | Die Zahlen („= 2“ oder „= 3-4“) beziehen sich auf das Vorhandensein von mind. zwei Hauptsymptomen und mind. drei bis vier Zusatzsymptomen.

4 | Verläufe

Depressionen zeichnen sich typischerweise durch einen **episodischen Verlauf** aus. Die **mittlere Episodendauer** behandelter unipolarer depressiver Störungen wird auf **16 Wochen** geschätzt, wobei bei ungefähr 90 % der Patienten die depressive Episode als mittel- bis schwergradig eingeschätzt wird.

Die Verläufe depressiver Störungen weisen eine **große interindividuelle Variabilität** auf (siehe Abbildung 4). Eine *depressive Episode* kann vollständig remittieren, so dass der Patient in der Folgezeit völlig symptomfrei ist (Beispiel a). Bei unvollständiger Remission bleibt eine Residualsymptomatik bestehen (Beispiel b), die u. a. das Risiko für eine erneute depressive Episode erhöht (Beispiel c). Eine *Dysthymie* ist von einer mindestens seit zwei Jahren bestehenden subsyndromalen depressiven Symptomatik gekennzeichnet (Beispiel d). Im letzteren Fall spricht man von der so genannten *doppelten Depression* (Englisch: *double depression*). Hält eine depressive Episode länger als zwei Jahre ohne Besserung bzw. Remission im Intervall an, spricht man von einer chronischen depressiven Episode („chronische majore Depression“; Beispiel f).

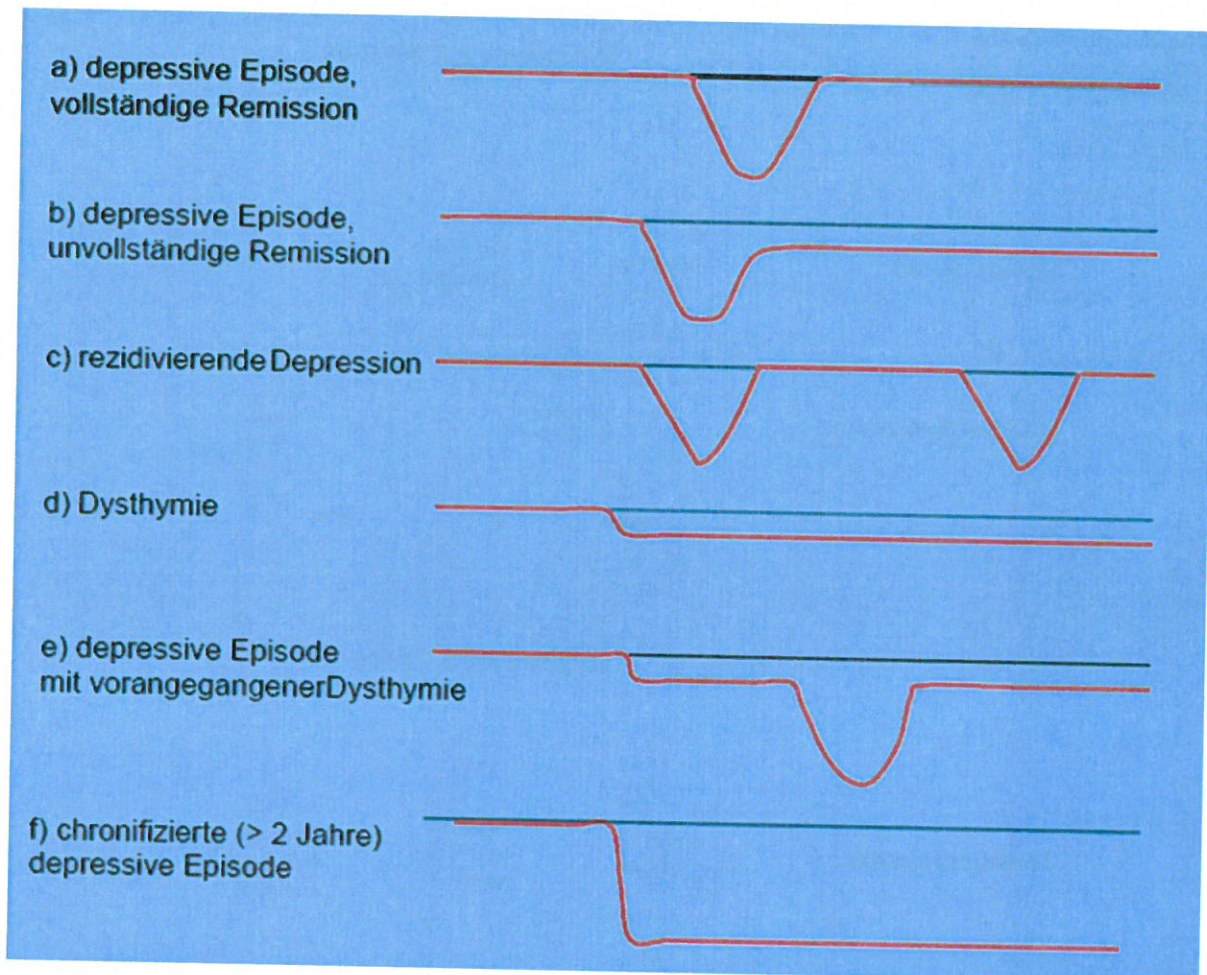


Abbildung 4 | Verläufe unipolarer depressiver Störungen (Quelle: NVL Depression 2015)

5 | Epidemiologie

Depressionen zählen zu den häufigsten und zugleich meistunterschätzten Erkrankungen. Depressionen können in jedem Lebensalter auftreten. Der Bundesgesundheitsurvey liefert Hinweise, dass in Deutschland 50 % aller Patienten bereits vor ihrem 31. Lebensjahr erstmalig an einer Depression erkranken.

Die Anzahl neuer Erkrankungsfälle innerhalb eines Jahres, die so genannte **Jahresinzidenz**, liegt bei ein bis zwei Erkrankungen auf 100 Personen. Die **Lebenszeitprävalenz** (=Anzahl der Personen, die im Laufe ihres Lebens an einer unipolaren Depression erkranken) für eine *diagnostizierte Depression* liegt

laut Selbstauskunft in der ersten Erhebungswelle der aktuellen *Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1)* bei 11,6 %. Laut dieser Studie leiden nach Selbstauskunft aktuell ca. 8,1 % der Bevölkerung im Alter von 18 bis 79 Jahren unter einer *depressiven Symptomatik*. Die Häufigkeit einer *unipolaren Depression* in der Allgemeinbevölkerung wird in einem Zeitfenster von 12 Monaten (**12-Monatsprävalenz**) auf 7,7 % geschätzt. Damit liegt die Anzahl der Betroffenen in Deutschland, die in einem Zeitraum von 12 Monaten an einer unipolaren Depression erkrankt sind, bei ca. 6,2 Mio. Die Punktprävalenz (= Anzahl der als krank angetroffenen Personen bezogen auf die letzten vier Wochen) liegt bei ca. 5,6 % der Bevölkerung im Alter von 18- bis 65 Jahren.

Bei Frauen ist das Erkrankungsrisiko für eine unipolare Depression etwa doppelt so hoch wie bei Männern. Frauen weisen zudem einen signifikant früheren Beginn einer unipolar depressiven Ersterkrankung, eine längere Episodendauer und eine höhere Rückfallgefahr für weitere depressive Phasen auf.

6 | Risikofaktoren

- Frühere depressive Episoden
- Bipolare oder depressive Störungen in der Familienanamnese
- Suizidversuche in der eigenen Vor- oder der Familiengeschichte
- Komorbide somatische Erkrankungen
- Komorbider Substanzmissbrauch bzw. komorbide Substanzabhängigkeit
- Aktuelle belastende Lebensereignisse
- Mangel an sozialer Unterstützung

7.1 | Diagnostik

Depressive Störungen gehören zu den häufigsten psychischen Störungen und sind mit erheblichen individuellen und gesellschaftlichen Kosten verbunden. Vor diesem Hintergrund ist eine frühe Erkennung und effektive Behandlung von großer Bedeutung. Für die Diagnostik und optimale Behandlung depressiver Störungen existieren bereits qualitätsgesicherte Standards (S3/NVL-Leitlinie Unipolare Depression). Trotzdem wird noch immer ein erheblicher Teil der Patienten mit depressiven Störungen nicht adäquat behandelt, wobei das korrekte Erkennen der Störung einer der wichtigsten Prädiktoren für eine leitlinienorientierte Behandlung ist. Bei der Versorgung von depressiven Störungen kommt dem primärärztlichen Sektor eine Schlüsselrolle zu: Hausärzte sind in der Regel der erste Kontakt im Versorgungssystem und können Patienten mit depressiven Störungen frühzeitig erkennen, selbst behandeln oder in die spezialisierte Versorgung überweisen; damit sind sie Weichensteller für eine leitliniengerechte Versorgung. Etwa ein Drittel bis die Hälfte aller depressiven Erwachsenen und sogar zwei Drittel der depressiv älteren Patienten werden hausärztlich behandelt.

7.2 | Basisdiagnostik

Patienten stellen sich meistens mit unspezifischen Symptomen vor. Häufige Beschwerden, die auf eine mögliche Depression hinweisen können, sind:

- Magendruck
- Druckgefühl in Brust und Hals, Globusgefühl

- Schwindelgefühle
- Erschöpfung
- Spannungsbedingte Muskelschmerzen
- Verdauungsbeschwerden
- Subjektive Gedächtnisstörungen
- Libidoverlust

Zur weiteren Abklärung bei Verdacht auf eine depressive Erkrankung sollten zunächst folgende zwei Fragen gestellt werden:

1. Fühlten Sie sich im letzten Monat häufig niedergeschlagen, traurig, bedrückt oder hoffnungslos?
2. Hatten Sie im letzten Monat deutlich weniger Lust und Freude an Dingen, die Sie sonst gerne tun?

Werden eine oder zwei Fragen positiv beantwortet, sollten gezielt Haupt- und Zusatzsymptome mit symptombezogenen Fragen abgeklärt werden (z. B. „Haben Sie in letzter Zeit Schwierigkeiten, sich zu konzentrieren?“). Die Dauer der Symptome ist ebenfalls zu erfragen. Die weitere Abklärung kann mit validierten Fragebögen (z.B. PHQ-9) erfolgen.

Neben den „klassischen“ Haupt- und Nebendiagnosekriterien nach ICD-10 (Abb. 1) einer Depression gibt es eine Reihe weiterer Signalsituationen (engl. „red flags“) in der hausärztlichen Praxis, in welchen der Hausarzt eine strukturierte Depressionsdiagnostik durchführen sollte, so z.B. bei häufigem Sprechstundenbesuch mit wechselnden Beschwerden, bei Beschwerden ohne körperliche Ursache, bei chronischen Schmerzen, bei Nervosität oder Schlaflosigkeit, bei neu aufgetretenem Verschreibungswunsch von Schlaf- und Beruhigungsmitteln etc.

7.3 | Verlaufsdagnostik

Ein weiterer wichtiger Einsatz von validierten Fragebogeninstrumenten ist die Verlaufsdagnostik. Mit dem PHQ-9 ist eine dimensionale Messung (0–27 Punkte) der Depression möglich. Um Besserung oder Verschlechterung der Symptome sicher zeitnah und im Verlauf vergleichbar zu beobachten, ist ein regelmäßiges Erfassen der Symptome erforderlich. So sollte in der Akutbehandlung spätestens zwei Wochen nach Behandlungsbeginn sowie in allen Folgekontakten die Verlaufsdagnostik durchgeführt werden. Die Festlegung der Rhythmen für die Folgekontakte muss individuell entsprechend der klinischen Situation angepasst sein. Nach Start einer Pharmakotherapie sind in den ersten vier Behandlungswochen wöchentliche Monitorings, danach in Intervallen von 2–4 Wochen und nach drei Monaten angemessene längere Intervalle empfohlen (NVL Depression 2015). Monatliche Kontakte bis zur Remission sollten sichergestellt sein.

Für die Behandlung depressiv Erkrankter im primärärztlichen Bereich sprechen v.a. die Möglichkeit des frühzeitigen Therapiebeginns und das bereits bestehende Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient. Eine Überweisung zum Spezialisten sollte erfolgen bei:

- Unklarer Diagnose
- Therapieresistenz trotz antidepressiver Medikation
- Suizidalem oder fremdaggressivem Verhalten

- Kindern mit Symptomen einer schweren Depression

8 | Suizidalität

Suizidalität sind alle Erlebens- und Verhaltensweisen von Menschen, die in Gedanken, durch aktives Handeln oder passives Unterlassen den Tod anstreben bzw. als mögliches Ergebnis in Kauf nehmen. Suizidalität ist eine schwere Komplikation im Rahmen eines depressiven Syndroms. 40–80 % depressiv erkrankter Patienten haben im Verlauf ihrer Erkrankung Suizidgedanken. 10–15 % der Patienten mit rezidivierender depressiver Erkrankung versterben an Suizid. Der Arzt muss davon ausgehen, dass jeder depressive Patient suizidgefährdet sein kann.

- **Suizidalität sollte bei depressiven Patienten immer direkt thematisiert und detailliert erfragt werden und vor dem Hintergrund vorhandener Ressourcen beurteilt werden.**
- **Das Ansprechen von Suizidalität löst diese nicht aus bzw. verstärkt sie nicht.**

Bei der Abklärung sind frühere oder momentane suizidale Gedanken, konkrete Vorstellungen zur Ausführung, bereits getroffene Vorbereitungen und der bestehende Handlungsdruck konkret zu erfragen, um die graduelle Ausprägung von Suizidalität abzuschätzen. Auch sind Gründe zu erfragen, warum er bisher keinen Suizidversuch unternommen hat. Allgemeine (epidemiologische) Risikofaktoren: für Suizid, die ebenfalls abzuklären sind:

- männliches Geschlecht
- Lebenssituation: alleinlebend, arbeitslos, chronische körperliche Erkrankung, fehlende religiöse oder soziale Bindung
- belastende Lebensereignisse: Arbeitsplatzverlust, Scheidung, Todesfall
- vorherige Suizidversuche
- positive Familienanamnese für Suizide

Für die Beurteilung der Suizidalität ist die aktuelle klinische Symptomatik, z. B. große Hoffnungslosigkeit, psychotische Symptome, ebenfalls zu berücksichtigen. Unter Berücksichtigung der Ausprägung der Suizidalität, der Umgebungsfaktoren, der Bündnisfähigkeit des Patienten und der vorhandenen eigenen Ressourcen ist das weitere Betreuungsangebot festzulegen. Bei einer ambulanten Betreuung sollten regelmäßige zusätzliche Kontakte (telefonisch oder direkt) vereinbart werden. Eine medikamentöse Behandlung mit Benzodiazepinen sollte 14 Tage nicht überschreiten.

Die Indikation für eine stationäre Therapie ist im Notfall bei akuter Suizidgefährdung (Patient hat konkrete Suizidpläne, einen hohen Handlungsdruck, kann sich nicht von der Suizidalität distanzieren), Fremdgefährdung und bei Vorliegen psychotischer Symptomatik mit fehlender Absprachefähigkeit gegeben.

9.1 | Depression und Komorbidität

Depressive Erkrankungen treten häufig gemeinsam mit weiteren psychischen und somatischen Erkrankungen auf. Diese Komorbidität mit anderen Erkrankungen kann die Diagnostik erschweren, den Verlauf komplizieren und die therapeutischen Möglichkeiten einschränken.

9.2 | Depression und psychische Komorbidität

Komorbidität mit psychischen Erkrankungen tritt gehäuft mit Suchterkrankungen, Essstörungen, somatoformen Störungen und Persönlichkeitsstörungen auf. Besonders häufig besteht eine Komorbidität zwischen Depression und Angst- und Panikerkrankungen, wobei nicht selten nur schwer zu entscheiden ist, welche Erkrankung primär bestand. Häufiger gehen Angststörungen einer Depression voraus als umgekehrt. Depressive Erkrankungen, die komorbid mit Angst- und Panikerkrankungen auftreten, zeichnen sich durch einen insgesamt schlechteren Verlauf, einen deutlich höheren Grad an Therapieresistenz und größere Chronizität aus. Auch werden Patienten mit »sekundärer« Depression, der eine »primäre« Angsterkrankung vorangegangen ist, häufiger aufgrund ihrer depressiven Erkrankung hospitalisiert als Patienten mit einer primären Depression und berichten über eine größere Beeinträchtigung ihrer Aktivitäten durch die Depression. Zusätzlich scheint die Compliance der komorbid an einer Angsterkrankung Leidenden schlechter zu sein als die der »rein« Depressiven und sie brechen die Therapie häufiger vorzeitig ab. Dies könnte u. a. damit zusammenhängen, dass bei ihnen der therapeutische Effekt häufig später als bei den nicht komorbid Erkrankten eintritt.

Die psychopathologische Symptomatik der depressiven Erkrankung ist insgesamt deutlich schwerer ausgeprägt, wenn die Depression komorbid mit einer Angsterkrankung auftritt. Auch sind komorbid Erkrankte öfter arbeitsunfähig und nehmen häufiger medizinische Einrichtungen in Anspruch.

9.3 | Depression und somatische Erkrankungen

Die Lebenszeitprävalenz für eine depressive oder eine Angststörung bei somatisch Kranken liegt bei ca. 40 %. Das gleichzeitige Vorhandensein einer depressiven Störung kann zu einer Verstärkung der körperlichen Symptome, einer schlechteren Anpassung an die Erkrankung, einer reduzierten Behandlungssadhärenz sowie zu vermehrten psychosozialen Funktionseinschränkungen führen. Bei einigen Patienten erfüllen die vorhandenen Symptome nicht die ICD-10-Kriterien für die Depression, trotzdem ist die Prognose der somatischen Erkrankung verschlechtert. Auch diese Patienten können von einer antidepressiven Therapie profitieren. Häufige somatische Erkrankungen die vermehrt mit depressiver Erkrankung einhergehen sind:

- Kardiovaskuläre Erkrankungen
- Schlaganfall
- Tumorerkrankungen
- Diabetes mellitus
- Chronisches Schmerzsyndrom
- Demenz bzw. Morbus Parkinson

Zum Weiterlesen:

- S3-Leitlinie/Nationale VersorgungsLeitlinie „Unipolare Depression“, 2. Auflage, 2015.
https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/nvl-005l_S3_Unipolare_Depression_2017-05.pdf
- Busch MA, Maske UE, Ryl L, Schlack R, Hapke U. [Prevalence of depressive symptoms and diagnosed depression among adults in Germany: results of the German Health Interview and

- Examination Survey for Adults (DEGS1)]. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz*. 2013;56(5-6):733-739.
- Gensichen J & Dietrich DE. Unipolare Depression. In: Dietrich DE, Goesmann C, Gensichen J, Hauth I, Veit I (Hrsg.). *Praxisleitfaden Psychische Erkrankungen*. Bern: Hogrefe; 2019.
 - Jacobi F, Hofler M, Strehle J, et al. [Mental disorders in the general population : Study on the health of adults in Germany and the additional module mental health (DEGS1-MH)]. *Nervenarzt*. 2014;85(1):77-87.
 - Jacobi F, Hofler M, Siegert J, et al. Twelve-month prevalence, comorbidity and correlates of mental disorders in Germany: the Mental Health Module of the German Health Interview and Examination Survey for Adults (DEGS1-MH). *Int J Methods Psychiatr Res*. 2014;23(3):304-319.
 - Kuehner C. Gender differences in unipolar depression: an update of epidemiological findings and possible explanations. *Acta Psychiatr Scand*. 2003;108(3):163-174.
 - Melchior HJ, Schulz H, Härter M, Walker J, Ganninge M. *Faktencheck Gesundheit: Regionale Unterschiede in der Diagnostik und Behandlung von depressionen*. Gütersloh: Bertelsmann Stiftung; 2014.
 - Schulz S & Gensichen J, Depression. In: *Duale Reihe Allgemeinmedizin und Familienmedizin*. 5., vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage. Stuttgart: Thieme; 2017.
 - Trautman S, Beesdo-Baum K. Behandlung depressiver Störungen in der primärärztlichen Versorgung. *Deutsches Ärzteblatt*. 2017;43:721-728.
 - Wittchen HU, Müller N, Schmidtkunz B, Winter S, H P. Erscheinungsformen, Häufigkeit und Versorgung von Depressionen. Ergebnisse des bundesweiten Gesundheitssurveys "Psychische Störungen". *Fortschr Med (Sonderheft I)*. 2000:4-9.



Einleitung Panik, Angst und Depression (Video)

Skript zum Video Einleitung Panik, Angst und Depression

Die Patientinnen und Patienten, die Sie im Rahmen dieses Programmes behandeln werden, sind entweder an einer Angststörung oder einer unipolaren depressiven Störung erkrankt. Angststörungen – dazu zählen auch die Panikstörung mit und ohne Agoraphobie, die Sie mit diesem Programm behandeln werden – sind außerordentlich weit verbreitet: In Deutschland erkranken etwa 15 von 100 Menschen einmal im Leben daran. Depressionen sind sogar noch häufiger: Im Verlauf des Lebens erkrankt etwa jeder Fünfte Deutsche an einer Depression. Jeder zweite Patient mit depressiver Episode erleidet in seinem Leben mindestens eine weitere depressive Episode. Oft ist bereits diese epidemiologische Information für Ihre Patienten entlastend – sie vermittelt ihnen, nicht allein dazustehen und dass psychisches Leiden keine „Charakterschwäche“ darstellt, sondern dass es sich gerade bei Depressionen und Angststörungen um weit verbreitete Erkrankungen handelt.

Zu dieser entlastenden Normalisierung gehört auch, dass Sie ihrem Patienten ebenfalls von Anfang an vermitteln, dass sowohl die Angst, bei Angstpatienten, als auch die depressive Stimmung des Depressionspatienten an sich genommen als Gefühle, Bestandteile eines jeden Lebens sind. Angst ist ein wichtiger Teil des menschlichen „Alarmsystems“ für Gefahren. Und beispielsweise Traurigkeit ein Gefühl, das ganz natürlich damit einhergeht wenn man sich z.B. bei Verlust einer nahestehenden Person von ihr innerlich verabschiedet, oder wenn man sich von einem Lebensziel ablösen muss. Gefühle sind also wichtige Signale für uns alle; sie informieren uns über Situationen, aber auch über uns selbst; erzeugen Identität, geben uns wichtige Informationen darüber, was wir wollen und was uns fehlt; treiben uns zum Handeln an...und nicht zuletzt geben sie uns ein Gefühl von Sinnhaftigkeit, Bedeutung und Lebendigkeit. Ziel einer Depressions- oder Angstbehandlung kann also nicht sein, keine Angst oder Traurigkeit oder Gereiztheit mehr zu empfinden. Sondern den Umgang mit diesen Gefühlen zu verändern. Ein funktionalerer Umgang führt dann auch automatisch, fast nebenbei, zu einem Rückgang dieser aversiv erlebten Zustände.

Heutzutage können Angsterkrankungen und Depressionen sehr erfolgreich behandelt werden. Im Falle der Panikstörung beispielsweise liegen die Erfolgchancen einer Behandlung bei 90%. Der Goldstandard und somit auch die Empfehlung der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften zur Behandlung von Angsterkrankungen ist die kognitive Verhaltenstherapie. In diesem Programm hier kommen gut erprobte Übungen und Behandlungselemente genau dieser Therapieform zum Einsatz. Auch bei depressiven Störungen hat sich die kognitive Verhaltenstherapie als sehr wirksam erwiesen.

Angsterkrankungen: Panikstörung mit und ohne Agoraphobie

Was Ihre Patienten zum Teil nicht wissen werden, ist die Tatsache, dass außer dem ihnen wohlbekannten Gefühl der Angst auch körperliche Beschwerden Ausdruck von Angst sein können. Denn auch unser Körper reagiert, wie sie wissen, ganz unmittelbar mit einer - „Alarmreaktion“ auf wahrgenommene Gefahren. Um unser Überleben zu sichern, mobilisiert er alle Kräfte um bei Gefahr - je nach Erfolgsaussichten- anzugreifen oder zu flüchten: zum Beispiel erhöht sich womöglich unser Herzschlag, die Muskeln werden stärker durchblutet und man beginnt zu schwitzen. Bei manchen Menschen ist das „Alarmsystem Angst“ jedoch überempfindlich geworden. Es wird schon bei kleinsten, ungefährlichen Veränderungen in der Umwelt oder im eigenen Körper ausgelöst.

Panikstörung

Die Panikstörung ist eine häufig vorkommende Angsterkrankung. Bei der Panikstörung kommt es immer wieder zu starken Angstanfällen, so genannten „Panikattacken“. Das Besondere an diesen Panikattacken ist, dass sie „wie aus heiterem Himmel“ auftreten können, wenn die Betroffenen am wenigsten damit rechnen. Wenn die Panikattacke einmal begonnen hat, steigert sich die Angst typischerweise innerhalb kurzer Zeit - etwa 10 Minuten - auf einen Höhepunkt. In der Regel dauert eine Panikattacke insgesamt nicht länger als 20-30 Minuten. Und obwohl die Beschwerden sehr unangenehm sein können, sind sie somatisch gesehen vollkommen unschädlich und bilden sich stets wieder vollständig zurück. Welche Beschwerden treten denn nun typischerweise während einer Panikattacke auf? Betroffene erleben u.a. starkes Herzklopfen, Schweißausbrüche, Zittern, Mundtrockenheit, Atembeschwerden, Beklemmungsgefühle, Brustschmerzen, Übelkeit oder Unruhegefühl im Magen, Hitzewallungen oder Kälteschauer, Gefühle von Schwindel, Unsicherheit, Schwäche, Benommenheit und das Gefühl, nicht wirklich hier zu sein. All diese Symptome werden begleitet von einer großen Angst vor Kontrollverlust - z.B. der Angst in Ohnmacht zu fallen oder den Verstand zu verlieren - oder sogar vor Angst zu sterben.

Sie sehen, abgesehen von den starken Angstgefühlen, ist eine Panikattacke v.a. durch körperliche Beschwerden gekennzeichnet. Doch obwohl diese Angstanfälle körperliche Beschwerden hervorrufen, liegen ihnen - anders als viele Betroffene vermuten - keine körperlichen Probleme zugrunde. Stattdessen haben sie rein psychische Ursachen. Vermitteln Sie Ihren Patienten die gute Nachricht, dass Panikattacken ihnen nicht wirklich schaden können und kein Hinweis auf eine körperliche Erkrankung sind! Viele Betroffene wissen das nicht und machen sich große Sorgen über die körperlichen Symptome.

Eine wichtige Rolle bei der Entstehung und Aufrechterhaltung von Panikattacken spielt der sogenannte „Teufelskreis der Angst“. Das „Teufelskreismodell“ finden Sie gut verständlich erläutert in Ihrem Behandlermanual. Da es sich um einen zentralen Bestandteil der Behandlung handelt und es für die Motivation Ihrer Patienten - sich in den folgenden Expositionsübungen ihren Ängsten auszusetzen - unerlässlich ist, sollten Sie mit Ihrem Patienten auf jeden Fall hierüber sprechen!

Teufelskreis der Angst

Besprechen Sie außerdem mit ihren Patienten - am besten an deren eigenen Beispielen - das sogenannte „Teufelskreismodell“ der Angst. Denn erst die „Angst vor der Angst“ führt in der Regel zum wiederholten Auftreten von Panikattacken und der Entwicklung einer Panikstörung. Die Befürchtungen Ihrer Patienten somatisch erkrankt zu sein und katastrophisierende Gedanken wie, „ich könnte verrückt werden“ oder „Ich könnte eine ernsthafte körperliche Erkrankung haben und vielleicht daran sterben“ führen dazu, dass Betroffene eigentlich harmlose körperliche Empfindungen bzw. Angstsymptome für gefährlich halten. Sie sehen hier einen typischen Ablauf einer Panikattacke: Die übersensible Wahrnehmung einer körperlichen Veränderung, wie z.B. der Beschleunigung des Herzschlages und einem leichten Schwindelgefühl, führt zu Beunruhigung und Gedanken wie „Mein Herz rast ja wie verrückt! Ich kann nicht mehr richtig atmen!“. Weil ihr Patient sich bedroht fühlt, bekommt er nun große Angst und denkt womöglich direkt an eine Katastrophe- z.B. „Oh Gott, ich bekomme einen Herzinfarkt! Ich falle gleich in Ohnmacht!“. Sein oder ihr vegetatives Nervensystem wird daraufhin automatisch eine körperliche Kampf-/Flucht-Reaktion einleiten, die die Angstsymptome wiederum verstärken. Ihr Patient wird die neuen bzw. verstärkten Symptome wieder verstärkt wahrnehmen, weil die gesamte Aufmerksamkeit bereits auf alle Veränderungen des körperlichen Empfindens gerichtet ist. Mit dem Ergebnis, dass man noch mehr Angst bekommt und das Nervensystem seine Kampf-Flucht-Reaktion wiederum weiter verstärkt. Ein echter Teufelskreis!

Der Teufelskreis der Angst kann an verschiedenen Punkten in Gang gesetzt werden. Häufig beginnt er mit der Wahrnehmung von körperlichen Empfindungen, er kann aber auch genauso gut durch bestimmte ängstigende Gedanken angestoßen werden. Die körperlichen und gedanklichen Vorgänge laufen blitzschnell und automatisiert ab; das heißt ohne ihr Zutun. Vielleicht bemerken Ihre Patienten das Ablaufen der Vorgänge auch gar nicht wirklich.

Agoraphobie: Angst in bestimmten Situationen

Die häufigste unter den Angsterkrankungen ist die sogenannte „Agoraphobie“, die oft in Verbindung mit den bereits beschriebenen Panikattacken vorkommt. Betroffene leiden unter der Angst vor Situationen, in denen sie fürchten nur schwer entkommen zu können, wenn Angst oder Panik auftreten würde, oder in denen ihnen vermutlich niemand helfen würde. Das können ganz unterschiedliche Orte und Situationen sein – weite Plätze oder Menschenansammlungen, Einkaufszentren und Warteschlangen, Fahrstühle oder Fernreisen, um nur einige zu nennen. Entscheidend ist im Endeffekt nicht der Ort oder die Situation an sich, sondern die übersteigerte Befürchtung dort schutzlos zu sein und nicht fliehen zu können bzw. keine Hilfe zu erfahren.

Genau wie bei allen anderen Angsterkrankungen auch, spielt bei der Agoraphobie, das Vermeidungs- und Sicherheitsverhalten eine entscheidende Rolle bei der Entstehung und Aufrechterhaltung der Störung. Umso mehr vermieden wird, umso größer die Einschränkungen im Privat- und Berufsleben. In schwerwiegenden Fällen können betroffene Menschen die Wohnung kaum noch verlassen. Eine der wichtigsten Bestandteile der Therapie von Ängsten liegt dementsprechend im Abbau von Vermeidungs- und Sicherheitsverhalten, indem man sich angstauslösenden Situationen und Reizen bewusst aussetzt und die korrigierende Erfahrung macht, dass die schlimmsten Befürchtungen ausbleiben und die Angst von allein wieder nachlässt. Weitere Informationen dazu finden Sie in Ihrem Handbuchsmanual.

Affektive Störungen: Unipolare Depressionen

Die andere Gruppe an Patientinnen und Patienten, die Sie mit dem vorliegenden Programm behandeln werden, ist die an unipolaren Depressionen erkrankte Kohorte. Lassen Sie uns noch einmal kurz die Kriterien für die Diagnostik einer depressiven Episode wiederholen: Die zwei Leitsymptome einer Depression sind (A) verminderte Freude oder Interesse an Tätigkeiten und (B) Gefühle von Niedergeschlagenheit, Schwermut oder Hoffnungslosigkeit die meiste Zeit des Tages über mindestens zwei Wochen. Hinzu kommt der bekannte Antriebsmangel bzw. -hemmung und die erhöhte Ermüdbarkeit depressiver Patienten. Je nach Schweregrad der Depression leiden Betroffene außerdem an einer verminderten Konzentration und Aufmerksamkeit, einem verminderten Selbstwertgefühl bzw. Selbstvertrauen, an Schuld- und Minderwertigkeitsgefühlen, einer negativen und pessimistischen Zukunftsperspektive, Schlafstörungen, vermindertem oder vermehrtem Appetit und Suizidalität. Auch ein somatisches Syndrom kann zusätzlich vorliegen.

Depressionen stehen in den allermeisten Fällen im Zusammenhang mit Verlusten, Verunsicherungen und anderen schwierigen Lebensumständen und Belastungen. Aber auch Lebensereignisse, die nicht auf den ersten Blick negativ aussehen mögen, wie eine Beförderung, eine Heirat oder der Auszug des eigenen Kindes aus dem Elternhaus, erfordern Anpassungsleistungen, die unter Umständen zu einer depressiven Episode führen können. Fragen Sie Ihre Patienten nach Veränderungen ihrer Lebensumstände, die in zeitlichem Zusammenhang zur Ausbildung der Depression standen. Dies kann Hinweise darauf geben, welche Fertigkeiten ihr Patient im Besonderen braucht um die veränderten Lebensumstände besser zu bewältigen. Im Verlauf dieses Programmes wird es v.a. um die Aktivierung ihrer depressiven Patienten und die planvolle Steigerung angenehmer Aktivitäten gehen.



PREMA

Behandlungsmanual für Ärzte



Begrüßung

Sehr geehrte Frau Kollegin, sehr geehrter Herr Kollege!

Depression und Panikstörung mit oder ohne Agoraphobie sind weit verbreitete Störungsbilder, die für den Einzelnen mit schwerwiegenden Einschränkungen der Lebensqualität verbunden sein können und hohe gesundheitsökonomische Kosten erzeugen.[1-3] Dennoch ist die bundesdeutsche Versorgungssituation verbesserungswürdig, denn nur eine Minderheit der Betroffenen erhält angemessene Behandlungen.[4] Der Hausarzt[a] ist auch bei Depression und Angsterkrankungen der erste und oft auch der einzige Ansprechpartner der Patienten.[5, 6] Nationale wie internationale Versorgungsleitlinien empfehlen einen raschen Therapiestart mit verhaltenstherapeutisch orientierten Methoden im Rahmen der Primärversorgung.[7-9]

Die öffentlich geförderte Studie PREMA zielt auf eine Erleichterung und Optimierung der Behandlung von Patienten mit Panikstörung und Agoraphobie oder Depression im Rahmen der Primärversorgung ab. Im PREMA-Übungsprogramm werden verhaltenstherapeutisch orientierte Behandlungselemente mit dem Konzept der aktiven Patientenbegleitung integriert. Es resultiert ein praktikabler Teamansatz für die Hausarztpraxis, der effektiv und zugleich zeitökonomisch ist, weil er es erlaubt, betreuungsintensive Patienten gezielt und strukturiert zu versorgen.

Das vorliegende, hausärztliche Behandlungsmanual bietet ausführliche Hintergrundinformationen zu Konzept und Aufbau des PREMA-Übungsprogramms. Der richtige Umgang mit den entwickelten Therapiewerkzeugen sowie die Durchführung der vorgesehenen ärztlichen Konsultationen werden detailliert erläutert.

Im Sinne der wissenschaftlichen Studie werden Sie sehr herzlich gebeten, sich bei der Anwendung von PREMA strikt an den vorgegebenen Ablauf und die hier enthaltenen Durchführungshinweise zu halten. Dennoch soll das Übungsprogramm Ihre bestehenden und bewährten Therapiekonzepte nicht ersetzen. Vielmehr ist es als Zusatzangebot in der hausärztlichen Regelversorgung konzipiert, das neben jeglichen anderen medizinischen Maßnahmen zur Anwendung kommen kann. Selbstverständlich sind Sie auch bei der Anwendung des Übungsprogramms für die hausärztliche Behandlung Ihres Patienten voll verantwortlich und insofern frei in Ihren therapeutischen Entscheidungen.

Bei etwaigen Rückfragen, Anregungen oder Problemen stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung. Bitte nutzen Sie hierzu den Kontaktbutton. Wir bedanken uns sehr für Ihr Engagement!

Herzlichst,

Ihr PREMA-Team

[a] Aus Gründen der besseren Lesbarkeit werden stets nur männliche oder nur weibliche Wortformen verwendet. In jedem Fall sind Frauen und Männer gleichermaßen gemeint.



Das Wichtigste im Überblick

- Mit einer Prävalenz von vier bzw. zehn Prozent gehören Panikstörungen und Depression zu den häufigen Beratungsanlässen und Erkrankungen in der hausärztlichen Praxis.
- Durch die wissenschaftliche Studie PREMA wird ein eHealth-gestütztes Programm zur optimierten Behandlung von Patienten mit Panikstörung mit/ohne Agoraphobie oder mit Depression in der hausärztlichen Regelversorgung entwickelt und evaluiert.
- PREMA realisiert ein therapeutisches Dreierbündnis aus dem Hausarzt, einer MFA und dem Patienten - für eine bestmögliche Patientenversorgung.
- PREMA ist aktive, therapeutisch wirksame Patientenbegleitung (Case Management) unter Beteiligung einer MFA aus dem hausärztlichen Praxisteam.
- PREMA realisiert ein verhaltenstherapeutisch orientiertes Übungsprogramm, auf Basis einer intensiven Online-Patientenaufklärung und -anleitung.
- Durch die aktive Online-Beteiligung des Patienten bei PREMA, lernt dieser sich zu aktivieren und selbst Verantwortung zu übernehmen.
- PREMA arbeitet mit einem hoch strukturierten Behandlungsplan: 4 vorgeplante Arzttermine (à 30-45 min) und 17 vorgeplante MFA-Telefonkontakte (à 10-15 min) finden in einem Zeitraum von 12 Monaten statt.
- Der Hausarzt motiviert den Patienten zur Durchführung von therapeutischen Angstübungen, erstellt eine individuelle Übungsplanung und überwacht deren Erfolg.
- Die MFA beobachtet telefonisch den Symptom- und Behandlungsverlauf und berichtet die Ergebnisse dem Hausarzt, der dann zeitnah therapeutisch reagieren kann.
- Zentrales Arbeitswerkzeug ist die Online-Plattform TelePsy, auf der alle Informationen, Videos, Fragebögen und Arbeitsmaterialien zur Verfügung stehen. Die Nutzung der Plattform kann die Kommunikation und die Zusammenarbeit zwischen Arzt, MFA und Patient wesentlich erleichtern.
- PREMA ist als ein Zusatzangebot für Patienten in der hausärztlichen Regelversorgung konzipiert, das volle hausärztliche Behandlungsfreiheit lässt und anderen medizinischen Maßnahmen in keiner Weise entgegensteht.



Einleitung

Dieses Kapitel enthält grundlegende Informationen über die mit dem PREMA-Übungsprogramm behandelbaren Angsterkrankungen: Panikstörung und Agoraphobie. Es werden die Hauptsymptomatik und die für die Aufrechterhaltung der Erkrankungen verantwortlichen Faktoren erläutert. Daraus wird schließlich das den verhaltenstherapeutisch-orientierten Angstübungen zugrunde liegende Behandlungsprinzip abgeleitet.



1.1 | Angst als physiologische Schutzreaktion

Angst gehört zu den menschlichen Basisemotionen. Emotionen sind grundlegende und allgegenwärtige Erfahrungen, die unser Leben abwechslungsreich gestalten und ihm „Farbe“ verleihen. Sie gehen mit körperlichen Aktivierungszuständen einher und rufen bestimmte Handlungstendenzen hervor. Aus einer evolutionären Betrachtungsweise heraus könnte man sagen, dass sich die Entwicklung von Basisemotionen deswegen durchgesetzt hat, weil sie adaptive Reaktionen auf bedeutsame Reize auslösen. Emotionen zeigen sich in mindestens drei Bereichen, die sich wechselseitig beeinflussen: Es gibt eine *physiologische* Komponente (die über das vegetative Nervensystem vermittelten physiologischen Veränderungen), eine *kognitive (gedankliche)* Komponente (das erlebte „Gefühl“ und dessen gedankliche Bewertung) und eine *verhaltensbezogene* Komponente (die mit der Emotion verbundenen Handlungstendenzen).

Auch im Fall der Emotion Angst gibt es Veränderungen in diesen drei Bereichen des menschlichen Funktionierens. Auf der *physiologischen Ebene* kommt es zu vorwiegend sympathisch vermittelten Reaktionen, auf der *kognitiven Ebene* fokussieren sich die Gedanken zumeist auf die Gefahrenquelle und bestimmte Befürchtungen, und auf der *Verhaltensebene* kommt es zu Kampf- oder Fluchtverhalten bzw. zur Vermeidung der gefürchteten Reize (vgl. Abb. 1).

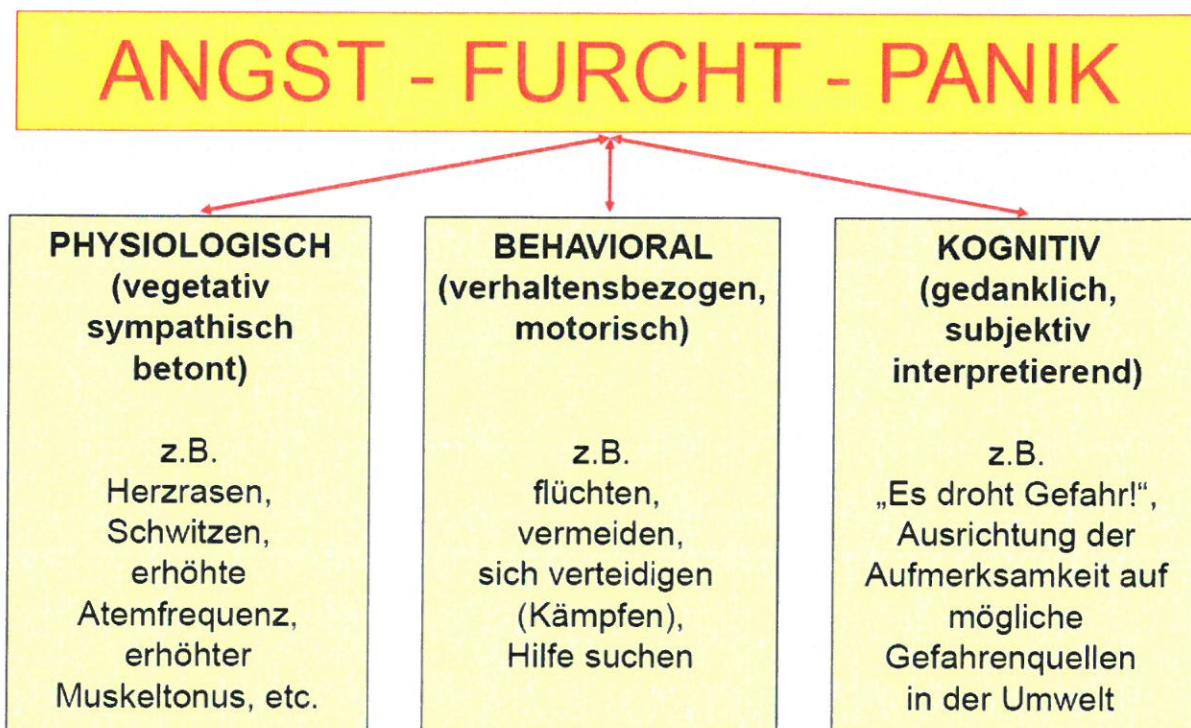


Abbildung 1 | Das 3-Ebenen-Modell der Angst

Angst löst defensive Schutzreaktionen auf vitale Bedrohungen aus. Sie besitzt eine *Warnfunktion* und sorgt für eine *physiologische Aktivierung*, die für den Fall notwendiger Defensivreaktionen genügend Energie bereitstellt. Diese Veränderungen treten in Reaktion auf die Wahrnehmung einer Bedrohung *automatisch* auf. Das heißt, zunächst gibt es keine Möglichkeit, willentlich auf deren Ablauf Einfluss zu nehmen. Vielmehr handelt es sich um eine biologisch vorbereitete Alarmreaktion, die über das vegetative Nervensystem ausgelöst wird. Die physiologischen Komponenten der Angst wurden in der Literatur zunächst als „Kampf-und-Flucht-Syndrom“, später auch als „Stressreaktion“ beschrieben. [10, 11]

Während der Begriff „Angst“ sehr allgemein verwendet werden kann („ängstlich sein“), bezieht sich der Begriff „Furcht“ stets auf bestimmte Objekte, Situationen oder Tätigkeiten. Mit dem Begriff „Panik“ wird Angst bezeichnet, die *sehr stark ausgeprägt ist*.



1.2 | Symptomatik bei Panikstörung und Agoraphobie

Pathologische Angst und Panik sind qualitativ nicht von „normaler“ Angst zu unterscheiden. Vom Vorliegen einer Angststörung (ICD-10: F40-F43) wird allgemein dann gesprochen, wenn Angst übermäßig stark und lang anhaltend ist oder angesichts objektiv ungefährlicher Reize wiederholt auftritt.[12] Der „Störungscharakter“ offenbart sich am emotionalen Leid der Betroffenen und daran, dass diese in ihren beruflichen und privaten Lebensbereichen durch die Angst oft stark behindert werden.

Panikstörung – ICD-10: F41.0

Das Hauptkennzeichen der Panikstörung sind **wiederholte Panikattacken**. Der Begriff *Panikattacke* (auch Angst- oder Panikanfall genannt) bezeichnet eine zeitlich abgrenzbare Episode von intensivem Angsterleben, die mit einer Reihe körperlicher und kognitiver Symptome einhergeht. In der Regel erreicht eine Panikattacke schnell einen Höhepunkt des Angsterlebens (innerhalb von 10 Minuten) und dauert durchschnittlich 30 Minuten. Für die Diagnose müssen zumindest einige der Panikattacken aus Sicht des Patienten unerwartet, quasi „wie aus heiterem Himmel“ aufgetreten sein. Um nach ICD-10 von einer vollständigen Panikattacke sprechen zu können, müssen *mindestens vier der in Tabelle 1 genannten Symptome* bei einer typischen Panikattacke auftreten.¹²

In der Regel macht sich der Patient über das Auftreten weiterer Panikattacken starke Sorgen. Er leidet an einer „**Angst vor der Angst**“. Der Grund dafür ist zumeist die Befürchtung, dass die Panikattacken, oder die einzelnen Angstsymptome, schädlich für den Körper sind. Der Patient glaubt oft, dass diese das Zeichen einer schweren körperlichen Erkrankung sind und rechnet mit den schlimmsten Konsequenzen. Er befürchtet ständig das Eintreten bestimmter „Katastrophen“, wie z.B. einen Herzinfarkt zu erleiden, zu ersticken, ohnmächtig zu werden, verrückt zu werden oder völlig die Kontrolle zu verlieren. Trotz gegenteiliger somatischer Befundlagen halten sich diese **übertriebenen Befürchtungen** des Patienten oft hartnäckig, was angesichts weiter auftretender Panikattacken auch verständlich ist. Es ist von Patient zu Patient verschieden, welche übertriebenen Befürchtungen inhaltlich im Vordergrund stehen (mehr dazu in Kap. 3.1).

Tabelle 1 | Mögliche Angstsymptome bei einer Panikattacke¹²

Vegetative Symptome:	<ul style="list-style-type: none"> • Palpitationen, Herzklopfen oder erhöhte Herzfrequenz • Schweißausbrüche • fein- oder grobschlägiger Tremor • Mundtrockenheit (nicht infolge Medikation oder Exsikkose)
Symptome, die Thorax und Abdomen betreffen:	<ul style="list-style-type: none"> • Atembeschwerden • Beklemmungsgefühl • Thoraxschmerzen und –missempfindungen • Nausea oder abdominelle Missempfindungen (z.B. Unruhegefühl im Magen)
Psychische (kognitive) Symptome:	<ul style="list-style-type: none"> • Gefühl von Schwindel, Unsicherheit, Schwäche oder Benommenheit • Gefühl, die Objekte sind unwirklich (Derealisation) oder man selbst ist weit entfernt oder „nicht wirklich hier“ (Depersonalisation)

	<ul style="list-style-type: none"> • Angst vor Kontrollverlust, „verrückt zu werden“ oder „auszuflippen“ • Angst zu sterben
Allgemeine Symptome:	<ul style="list-style-type: none"> • Hitzewallungen oder Kälteschauer • Gefühllosigkeit oder Kribbelgefühle

In der Regel zeigt der Patient mit Panikstörung eine Reihe von **Verhaltensänderungen**, die inhaltlich mit seinen übertriebenen Befürchtungen in Zusammenhang stehen: Weil er seinen Angstsymptomen katastrophale Bedeutungen zuschreibt, bemüht er sich ständig, Dingen, Tätigkeiten oder Situationen aus dem Weg zu gehen, die das Auftreten von Angst oder Panik begünstigen könnten. Wer beispielsweise einen Herzinfarkt befürchtet, wird eventuell das Treppensteigen vermeiden. Viele Patienten entwickeln ein sehr ausgeprägtes Schon- bzw. Vermeidungsverhalten, dass sich auf weite Bereiche des Lebens ausweiten kann (vgl. auch Tab. 2).

Panikstörung mit Agoraphobie – ICD-10: F40.01

Etwa die Hälfte aller Patienten mit Panikstörung entwickelt im Störungsverlauf ein starkes, situationsbezogenes Vermeidungsverhalten: Wenn **zwei oder mehr unterscheidbare Situationen gefürchtet oder vermieden** werden, dann ist mit dem ICD-10 eine sog. Agoraphobie diagnostizierbar.[12] Kennzeichnend ist, dass der Patient mit Agoraphobie nicht befürchtet, dass von der Situation *an sich* eine bestimmte Gefahr ausginge - vielmehr resultieren die Furcht und das Vermeidungsverhalten aus seiner „Angst vor der Angst“. Typischerweise handelt es sich daher um **Situationen, aus denen er (a) nur schwer wieder herauskäme oder (b) keine unmittelbare Hilfe anderer erhielte, falls darin plötzlich Angst oder Panik auftreten würden**. Somit können ganze „Klassen“ von Situationen angstauslösenden Charakter besitzen, wie etwa Verkehrsmittel, Reisen, Menschenmengen, enge Räume, geschlossene Räume, um nur einige zu nennen (vgl. Tab. 2). Das Vermeidungsverhalten weitet sich im Störungsverlauf typischerweise immer weiter aus, so dass mit zunehmender Störungsdauer mehr Situationen betroffen sind. Das kann für den Patienten zu schwersten Einschränkungen im Berufs- und Privatleben führen.

Tabelle 2 | Mögliches Vermeidungsverhalten bei Panikstörung und Agoraphobie

Vermeidung körperlicher Empfindungen oder körperlicher Aktivitäten, z.B.	
<ul style="list-style-type: none"> • Kaffee trinken • Alkohol trinken • Sport treiben • sich streiten • Sex haben 	<ul style="list-style-type: none"> • tanzen gehen • traurige oder furchterregende Filme sehen • medizinische Dokumentationen sehen • bei Hitze oder Kälte draußen sein • in Hektik oder Aufregung geraten
Vermeidung angstauslösender Situationen, z.B.	
<ul style="list-style-type: none"> • Menschenmengen • öffentliche Plätze • unbekannte Plätze • weite, offene Plätze • Auto fahren • Fahren mit der Bahn, Bus oder Taxi • enge oder geschlossene Räume • Schlange stehen (z.B. an der Kasse) • Fahrstühle 	<ul style="list-style-type: none"> • Kaufhäuser • kleinere Geschäfte • Restaurants • Theater oder Kinos • Hörsäle • alleine Reisen • weit weg von zuhause sein • alleine zuhause sein • lange Spaziergänge

Ablenkung (geistige Vermeidung) in angstauslösenden Situationen, z.B. durch

- laut Musik hören
- etwas lesen
- fernsehen
- sich mit jemandem unterhalten
- sich kneifen
- mit den Fingern schnipsen
- sich an einen anderen Ort träumen
- sich laut oder in Gedanken bestimmte Sätze vorsagen
- laut oder in Gedanken zählen
- sich irgendwie anders beschäftigt halten
- nasse Tücher auf das Gesicht legen

Vermeintliche „Sicherheiten“ mitnehmen, z.B.

- vertraute Personen
- Essen oder Trinken
- Riechsalze
- Gehstöcke
- Religiöse Symbole
- Talismane
- Kameras
- Taschen, Beutel oder Tüten
- Bücher oder Zeitschriften
- beruhigende Medikamente
- Zigaretten
- Kleintiere

In der Regel kann der Patient mit Agoraphobie die entsprechenden Situationen nur unter Angst oder großem Unbehagen ertragen. Nach Möglichkeit vermeidet er diese Situationen vollständig. Wenn das nicht möglich ist, versucht er häufig, sich die angstauslösenden Situationen irgendwie zu erleichtern. So lässt er sich z.B. durch vertraute Personen begleiten oder trägt bestimmte Dinge bei sich, die ihm ein gewisses Sicherheitsgefühl verschaffen. Dabei kann es sich um Tabletten, Talismane, Bücher, Krücken oder andere Dinge handeln (vgl. auch Tab. 2). Selbstverständlich handelt es sich dabei nur um *vermeintliche* „Sicherheiten“, weil es in den agoraphobischen Situationen objektiv nichts zu befürchten gibt. Dennoch kann der Patient das Auftreten von Angst durch das Mitführen dieser „Sicherheiten“ relativ wirkungsvoll vermeiden oder zumindest verringern. Dabei ist er sich in der Regel durchaus darüber im Klaren, dass sein Vermeidungsverhalten übertrieben ist. Er weiß rational, dass von den vermiedenen Situationen keine echte Gefahr ausgeht. Nur die wenigsten Patienten geben an, dass ihnen in den gefürchteten Situationen jemals etwas „Schlimmes“ passiert ist.



1.3 | Ursachen und Aufrechterhaltung von Panikstörung und Agoraphobie

Die Betrachtung der Symptomatik zeigt zwei Faktoren auf, die in besonderem Maße für die Entstehung und Chronifizierung von Panikstörung und Agoraphobie verantwortlich sind: Übertriebene Befürchtungen (Angstgedanken) und Vermeidungsverhalten (angstmotivierte Verhaltensweisen).

Übertriebene Befürchtungen (Angstgedanken)

Der Patient mit Panikstörung fürchtet die Gefährlichkeit oder Schädlichkeit körperlicher (Angst-) Symptome. Insofern eine somatische Verursachung ausgeschlossen werden konnte, handelt es sich dabei um übertriebene Befürchtungen. Vor dem Hintergrund dieser übertriebenen Befürchtungen werden jedoch automatisch sog. „Angstgedanken“ ausgelöst, wenn der Patient in einem konkreten Moment diese Symptome im Körper spürt und wahrnimmt. Diese Angstgedanken (z.B. „Es besteht Gefahr!!!“) bewirken eine sympathikotone Aktivierung und lösen eine rasche Kampf-/Flucht-Reaktion im Körper aus. Diese geht mit physiologischen Veränderungen einher, die der Patient wiederum als Symptome wahrnehmen kann. Da der Patient aber nun gerade auf diese körperlichen Symptome mit Angstgedanken reagiert, werden die Angst und deren physiologische Symptome daraufhin noch stärker. Auf diese Weise kann sich die Angst des Patienten innerhalb kurzer Zeit zu einer Panikattacke steigern.

Dieses **gegenseitige Aufschaukeln von Angstgedanken und körperlichen Angstsymptomen** lässt sich als ein „**Teufelskreis**“ verstehen und beschreiben. Mit Hilfe des psychophysiologischen Teufelskreismodells (Abb. 2) kann die Entstehung einer Panikattacke bei Patienten mit Panikstörung gut erklärt werden.[13] Eine solche Erklärung kann auch auf den Patienten entlastend wirken und wird daher therapeutisch zum Einsatz kommen.

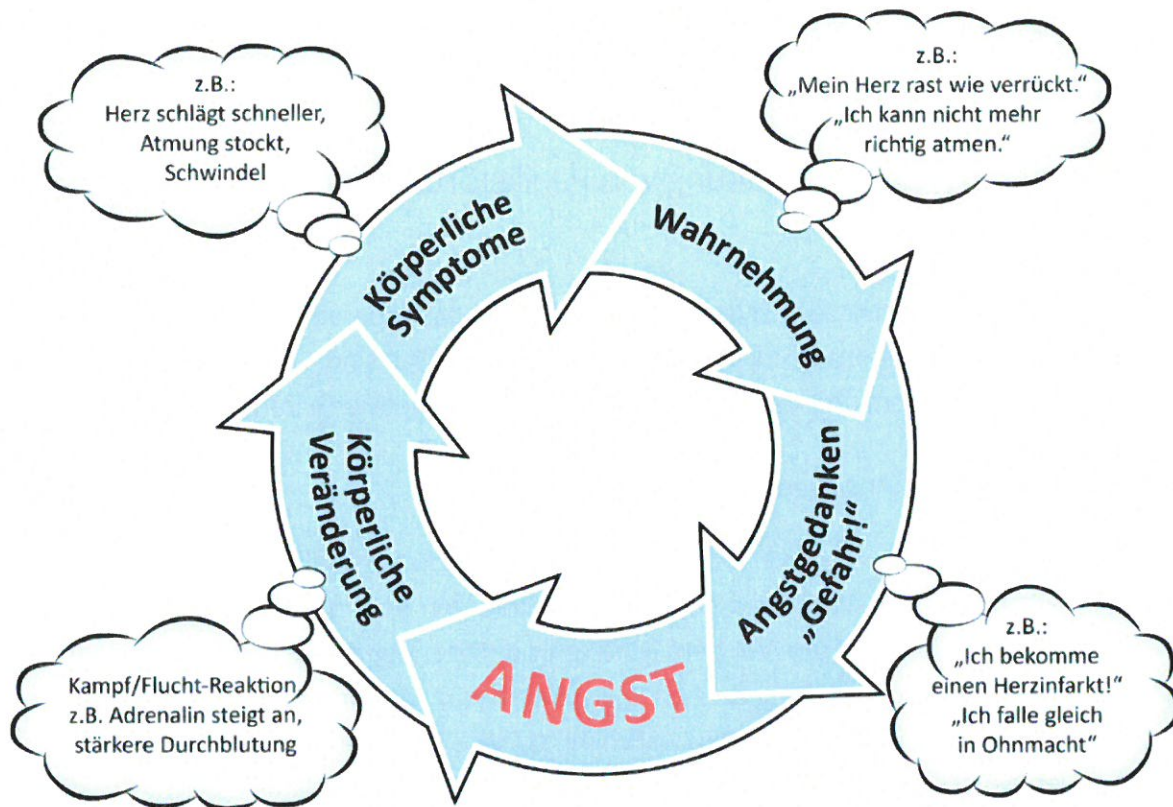


Abbildung 2 | Das Teufelskreismodell zur Entstehung von Panikattacken[13]

Vermeidungsverhalten (angstmotivierte Verhaltensweisen)

Vermeidungsverhalten wird deswegen ausgeführt, weil es kurzfristig eine angstreduzierende und erleichternde Wirkung hat. Es gilt: **Jedes Verhalten, mit dem der Patient seine Angst kurzfristig abschwächen oder verhindern kann, ist ein „Vermeidungsverhalten“**. Welches konkrete Verhalten im Einzelfall zur Vermeidung von Angst genutzt wird, steht in Bezug zu den jeweiligen Angstgedanken bzw. Befürchtungen des Patienten. Daher ist das von Patient zu Patient verschieden. Im Prinzip ist die Liste möglicher Vermeidungsverhaltensweisen unendlich. Tabelle 2 versucht jedoch eine Grobeinteilung derjenigen Vermeidungsverhaltensweisen vorzunehmen, die bei Panikstörung und Agoraphobie häufig vorkommen. Dem Erkennen und Abstellen dieser Verhaltensweisen kommt eine große therapeutische Bedeutung zu.

Da jedes Vermeidungsverhalten mit einer Angstabnahme „belohnt“ wird, ist es selbstverstärkend und tritt mit zunehmender Störungsdauer in der Regel immer häufiger auf. Zudem kann sich das Verhalten automatisieren und dem Patienten vollkommen „in Fleisch und Blut“ übergehen. Daher ist es therapeutisch sehr sinnvoll, dem Patienten in einem ersten Schritt dabei zu helfen, sein Vermeidungsverhalten bewusst zu erkennen.

Da sich der Patient den angstausslösenden Symptomen und Situationen niemals für längere Zeit und ohne Vermeidungsverhalten aussetzt, kann er in zunehmendem Maße nicht mehr richtig einschätzen, wie gefährlich die Symptome und Situationen tatsächlich sind. Auf lange Sicht führt das Vermeidungsverhalten somit zu einer tiefen Verunsicherung des Patienten. **Langfristig führt das**

Vermeidungsverhalten stets zur Aufrechterhaltung der Angststörung, weil es reelle Erfahrungen mit den angstauslösenden Reizen unterbindet. Übertriebene Befürchtungen hinsichtlich der Symptome und Situationen bleiben deswegen bestehen, weil der Patient diesen Reizen niemals ohne sein Vermeidungsverhalten begegnet. Dagegen würden konsequente Begegnungen mit der Angst und den angstauslösenden Reizen dazu führen, dass übertriebene Befürchtungen korrigiert und entkräftet werden.[14]



1.4 | Behandlungsprinzip bei Panikstörung und Agoraphobie

Das PREMA-Übungsprogramm setzt genau an den Faktoren an, die für die Aufrechterhaltung von Panikstörung und Agoraphobie verantwortlich sind. Der Patient wird dazu motiviert und angeleitet, sein angstbedingtes Vermeidungsverhalten schrittweise abzustellen. Das geschieht in Form verhaltenstherapeutisch orientierter „Angstübungen“. Die Angstübungen werden zwischen Arzt und Patient vereinbart, vom Patienten selbstständig durchgeführt und von der zuständigen MFA telefonisch überwacht. Im Zuge der Durchführung von Angstübungen, kann der Patient einen angemessenen, nicht-pathologischen Umgang mit der Angst erlernen. Diese Lernerfahrungen sind insofern heilsam, als dass sie die übertriebenen Befürchtungen des Patienten korrigieren und das Auftreten von Angstgedanken verändern. Es kommt zu einem Rückgang der Angststörung, weil die angstaustösenden Reize für den Patienten allmählich ihre Bedrohlichkeit verlieren.

Angstübungen sind genau geplante Begegnungen mit den angstaustösenden Reizen. Sie sollen beim Patienten Angst auslösen. Im PREMA-Übungsprogramm gibt es zwei Arten von Angstübungen, die nacheinander zur Anwendung kommen. Das sind zum einen die sog. „**Körperübungen**“, mit deren Hilfe der Patient die gefürchteten körperlichen Symptome gezielt bei sich hervorrufen soll. Zum anderen sind es die sog. „**Situationsübungen**“, bei denen der Patient die gefürchteten Situationen gezielt aufsuchen soll. Bei den Angstübungen muss sich der Patient an ganz bestimmte Übungsregeln halten, die ihm einen nicht-pathologischen Umgang mit der Angst quasi „vorschreiben“.

Zusammengefasst gelten für den Patienten in Angstübungen diese Übungsregeln:

- Der Patient übt genau das, was bei ihm Angst auslöst. Die Übungen müssen entsprechend geplant werden.
- Während der Übungsdurchführung wird auf Vermeidungsverhalten verzichtet: Der Patient soll die Angst „einfach kommen lassen“, ohne sie zu beeinflussen oder etwas dagegen zu unternehmen. Seine volle Aufmerksamkeit soll dabei durchgängig auf der realen Situation liegen.
- In einer Situationsübung muss der Patient solange abwarten, bis die Angst wieder deutlich abgenommen hat. Vorher darf er die Situation nicht verlassen.
- Der Patient muss die Angstübungen häufig und regelmäßig wiederholen.

Die therapeutische Wirksamkeit von Angstübungen beruht unter anderem auf dem Prinzip der **Reizgewöhnung (Habituation)**.^[15, 16] Die eben genannten Übungsregeln schaffen die Voraussetzungen für das Eintreten einer Habituation in der Übungssituation. Mit dem Begriff „Habituation“ werden Lernvorgänge auf der Ebene des Zentralnervensystems bezeichnet, die allen Menschen angeboren sind. Diese Lernvorgänge bewirken zuverlässig eine allmähliche Reizgewöhnung: Reaktionen auf wiederholt präsentierte Reize schwächen sich schrittweise ab, wenn sich diese Reize als unbedeutend erweisen. Demnach muss der Patient wiederholt in ein und dieselbe angstaustösende Situation gehen und darin das allmähliche Eintreten einer Angstabnahme abwarten. Im Zuge des

Erlebens der Angstabnahme stellt sich ein **Umlernen** bei dem Patienten ein: Er realisiert, dass auch starke Angst unschädlich und gut zu bewältigen ist - auch ohne den Einsatz von Vermeidungsverhalten. Er macht die Erfahrung, dass weder von den Angstsymptomen, noch von den gefürchteten Situationen irgendeine besondere Gefahr für ihn ausgeht.

Durch diese nichtbedrohlichen Lernerfahrungen werden die übertriebenen Befürchtungen des Patienten schrittweise korrigiert und es erfolgt eine positivere Neueinordnung der vormals als bedrohlich bewerteten Symptome und Situationen. Die Symptomatik geht dann auf allen Ebenen zurück: Angstgedanken treten zunehmend seltener auf bzw. können vom Patienten realistischer bewertet werden. Dadurch reduziert sich die Häufigkeit von Panikattacken. Da der Patient im Zuge der Übungen lernt, die Gefährlichkeit von Angstsymptomen und Situationen angemessener einzuschätzen, kann er sich insgesamt wieder freier bewegen und aktiver werden. Das sollte er auch tun, denn es ist wichtig, dass es auch im Alltag zu einem Rückgang des Vermeidungsverhaltens kommt. Gerade die Aufgabe des im Alltag gezeigten Vermeidungsverhaltens entzieht der Angststörung vollends die Grundlage ihres Bestehens. Die erzielten Behandlungserfolge können sich dann weiter stabilisieren. [17-19]



Einleitung

Depressive Patienten stellen den behandelnden Arzt häufig vor ein Problem, denn sie sind in ihrem Auftreten – und das ist Teil der Erkrankung – „wenig greifbar“. Lange, sich wiederholende Gespräche nehmen viel Sprechstundenzeit in Anspruch und bringen dennoch keine klaren Ergebnisse. Wesentliches, wie die Frage nach Suizidgedanken etwa, bleibt dagegen unausgesprochen. Kein Wunder, wenn sie sich dann vor dem Hintergrund eines streng durchgetakteten Praxisalltags lediglich auf die beschriebenen Beschwerden der chronisch kranken Patienten konzentrieren bzw. nur auf den aktuellen Behandlungsanlass reagieren können. Erschwerend kommt hinzu, dass Patienten ihre Depressionen häufig über den Umweg somatischer Beschwerden ausdrücken und ihnen oft selbst nicht klar ist, woran sie eigentlich leiden. Manchmal verstellen auch Scham und Schuldgefühle den Blick auf die Krankheit. Etwa die Hälfte aller gesundheitlichen Beschwerden kommt nicht zur Sprache, was bedeutet: Ärzte erhalten oft zu wenige Informationen über die individuelle Bedeutung der Erkrankung für die Betroffenen. Bei vielen Arzt-Patienten-Kontakten kommt keine Übereinstimmung hinsichtlich des hauptsächlichen Gesundheitsproblems zustande. Störungen der Arzt-Patienten-Kommunikation haben jedoch speziell für depressive Patienten gravierende Folgen, wie z.B. mangelhafte Therapietreue, Vertrauensverlust und als Resultat daraus häufige Arztwechsel. Der Patient kann dem Arzt regelrecht „verloren gehen“, was ihn um die dringend nötige Therapie bringt.



2.1 | Symptomatik bei Depression

Depressive Störungen können sich in vielfältigen Symptomen äußern. Sie gehören zu den häufigen Beratungsanlässen und Erkrankungen in der hausärztlichen Praxis. Die Aufgabe des Hausarztes besteht zunächst in der Erkennung der Erkrankung anhand gezielter Fragen und dem strukturierten Vorgehen. Im Verlauf der Erkrankung ist eine kontinuierliche, unterstützende Begleitung, ggf. in Zusammenarbeit mit Fachspezialisten, unter Nutzung medikamentöser und nichtmedikamentöser Therapieverfahren erforderlich. Mögliche Suizidalität und Komorbiditäten sollten dabei besondere Aufmerksamkeit erhalten. Die Behandlung von Patienten mit Depressionen erfordert eine geduldige und empathische Haltung zum Patienten.

Depression nach ICD-10

Nach ICD-10 werden depressive Störungen als psychopathologische Syndrome mit einer Mindestdauer von 2 Wochen definiert und sind in der Hauptkategorie affektiver Störungen abgebildet:

- F 30 Manische Episode
- F 31 Bipolare affektive Störung
- F 32 Depressive Episode
- F 33 Rezidivierende depressive Episode
- F 34 Anhaltende affektive Störungen
- F 38 Sonstige affektive Störungen
- F 39 Nicht näher bezeichnete affektive Störungen

PREMA beschränkt sich auf die Behandlung von „unipolaren“ depressiven Störungen, d.h. depressiven Episoden, rezidivierenden depressiven Störungen und anhaltenden affektiven Störungen. Die systematische Diagnostik bei unipolaren depressiven Störungen beruht auf Haupt- und Zusatzsymptomen. Je nach Anzahl der vorliegenden Haupt- und Zusatzsymptome erfolgt eine Einteilung in leichte, mittelgradige und schwere Episoden. Bei einer leichten Episode müssen mindestens 2 Hauptsymptome und 2 Zusatzsymptome vorliegen. Für eine mittelgradige Episode sind mindestens 2 Hauptsymptome und 3 bis 4 Zusatzsymptome erforderlich und bei einer schweren Episode müssen mindestens 3 Hauptsymptome und mehr als 3 Zusatzsymptome vorliegen. Die Symptome müssen jeweils mindestens 2 Wochen anhalten (siehe Abb. 3).

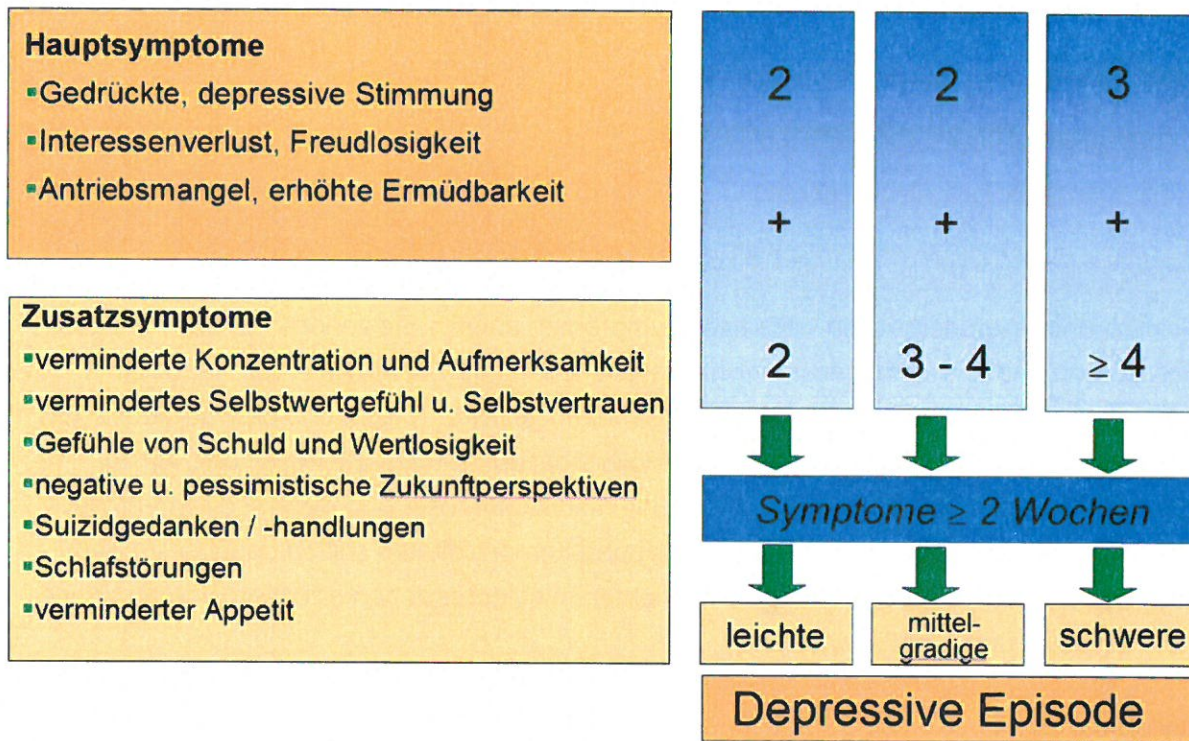


Abbildung 3 | Diagnostikriterien und Schweregradeinteilung depressiver Erkrankungen nach ICD-10

Verläufe einer Depression

Depressionen zeichnen sich typischerweise durch einen episodischen Verlauf aus. Vor Einführung der Psychopharmaka wurde in Studien eine durchschnittliche Episodendauer von 6 bis 9 Monaten für die unipolare Depression gezeigt. Es gibt eine große interindividuelle Variabilität im Verlauf (siehe Abb. 4).

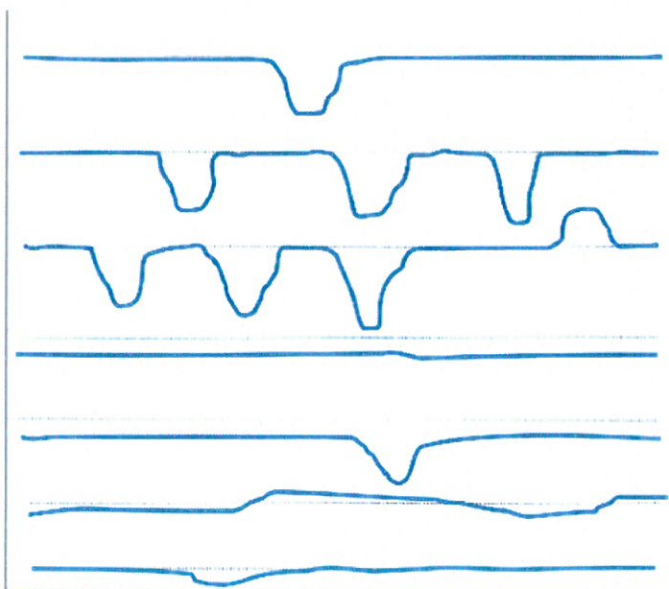


Abbildung 4 | Verläufe von Depressionen

Signale für eine Depression

Signalsituationen für Depression sind Hinweise im Patientenkontakt, bei denen der Arzt auch eine Depression sondieren sollte:

- gedrückte Stimmung, seltener Blickkontakt, träge Sprache oder Motorik, Müdigkeit
- soziale Instabilität, Verlust von Bezugspersonen
- erfolglose Primärbehandlung
- Abhängigkeitserkrankungen
- chronische Schmerzen
- häufige Sprechstundenbesuche mit wechselnden Beschwerden
- häufiger Arztwechsel

Therapiestrategien bei Depression

Die wichtigsten evidenzbasierten Therapiestrategien in der Behandlung depressiv erkrankter Patienten sind die aktiv-abwartende Begleitung, psychotherapeutische Verfahren und Pharmakotherapie. Psychotherapeutische und pharmakotherapeutische Behandlung können auch in Kombination angewandt werden. Im hausärztlichen Bereich werden in der Regel die aktiv- abwartende Begleitung und die Pharmakotherapie angewendet. Weitere Basiselemente der Therapie sind die Psychoedukation und die partizipative Entscheidungsfindung.

1) Psychoedukation

Die Psychoedukation soll den Patienten stärken, um „besser“ mit seiner Erkrankung umgehen zu können. Sie beinhaltet systematische didaktisch-psychotherapeutische Interventionen, die folgende Ziele haben:

- Vermittlung von Wissen über die Erkrankung und Behandlungsmethoden
- Vermittlung von Selbsthilfemöglichkeiten (planvolle Steigerung angenehmer Aktivitäten, Erarbeitung einer realistischen Sichtweise, Erlernen von Entspannungsmöglichkeiten und Einbauen in den Alltag, Verbesserung von sozialen Fertigkeiten, Erkennen von Krisensituationen etc.).
- emotionale Entlastung durch aktives Zuhören, einführendes Verstehen und geduldige Begleitung
- Vermittlung der therapeutischen Rationale zur Förderung der Adherence

2) Partizipative Entscheidungsfindung

Eine gemeinsame Entscheidungsfindung trägt zu realistischeren Erwartungen und zu höherer Patientenzufriedenheit bei. Die Schritte der partizipativen Entscheidungsfindung bestehen in:

- Aufklärung über Diagnose, Verlauf und Prognose sowie Angebot einer gemeinsamen Entscheidung
- Behandlungsmöglichkeiten und Risiken erläutern und evtl. Gleichwertigkeiten betonen
- Verständnis, Gedanken und Bedenken des Patienten explorieren
- Erwartungen und unterschiedliche Entscheidungspräferenzen erfassen
- Entscheidung besprechen, treffen oder aufschieben
- Folgevereinbarung treffen

Dieses Vorgehen ist von der Bereitschaft und Fähigkeit des Patienten abhängig. Untersuchungen zeigten, dass die Mehrzahl depressiver Patienten über ihre Erkrankung informiert werden möchte und in die Therapieentscheidungen einbezogen werden möchte (Loh 2004).

3) Abwartendes Begleiten

Bei geringem Schweregrad der Depression und bei ablehnender Haltung des Patienten gegenüber einer psychotherapeutischen oder pharmakotherapeutischen Behandlung sollte eine abwartende Begleitung erfolgen. Wichtige Bestandteile dieser Strategie sind die Psychoedukation, regelmäßige Konsultationen und die Verlaufsdagnostik. Eine Entbindung von Verpflichtungen (Krankschreibung) sollte zurückhaltend erfolgen, da die mit der Arbeit zusammenhängende Strukturgebung des Alltags diesen Patienten Halt geben kann. In Abhängigkeit vom Verlauf sollte bei fehlender Besserung innerhalb von zwei Wochen über eine spezifische Therapie entschieden werden (S3-Leitlinie/NVL Unipolare Depression 2015), da zu langes Warten mit einer spezifischen Therapie die Prognose der Depression verschlechtert und eine Chronifizierung der Depression begünstigt.

Im Rahmen des aktiv-abwartenden Begleitens und der Psychoedukation ist die Aktivierung des Patienten durch Formulierung und Erarbeitung erreichbarer Ziele wesentlich für die Prognose. Diese Ziele sollen sich auf die Tagesstrukturierung, die Genussförderung oder die vorsichtige Aufhebung von sozialem Rückzug beziehen und gemeinsam mit dem Patienten bestimmt und dokumentiert werden. Zusätzlich zur ärztlichen Konsultation regelmäßig durchgeführte telefonische Patientenkontakte zur Symptomerfassung und Patientenaktivierung, mittels einer strukturierten Checkliste durch medizinische Fachangestellte der Hausarztpraxis, führen zu einer Symptom- und Adherenceverbesserung bei Patienten mit Depression [20].

Suizidalität

Suizidalität ist eine schwerwiegende Komplikation im Rahmen eines depressiven Syndroms. Suizidalität sollte bei depressiven Patienten immer direkt thematisiert und detailliert erfragt werden und anschließend vor dem Hintergrund vorhandener Ressourcen beurteilt werden. Das Ansprechen von Suizidalität löst diese nicht aus bzw. verstärkt sie nicht. Bei der Abklärung sind frühere oder momentane suizidale Gedanken, konkrete Vorstellungen zur Ausführung, bereits getroffene Vorbereitungen und der bestehende Handlungsdruck konkret zu erfragen, um die graduelle Ausprägung von Suizidalität abzuschätzen. Auch sind Gründe zu erfragen, warum der Patient bisher keinen Suizidversuch unternommen hat. Fragen, wie stark („Todeswunsch“) und wie zwingend die Suizidgedanken („Tunnelblick“) sind oder ob bereits ein konkreter „Suizidplan“ besteht, geben dem Arzt Hinweise auf die Dringlichkeit der Situation. Für die Beurteilung der Suizidalität ist die aktuelle klinische Symptomatik – z.B. große Hoffnungslosigkeit, psychotische Symptome – ebenfalls zu berücksichtigen (S3-Leitlinie/NVL Unipolare Depression 2015). Kann sich der Patient nicht eindeutig und überzeugend von Suizidideen und Suizidimpulsen distanzieren, ist die Situation als akut einzuschätzen. Unter Berücksichtigung der Ausprägung der Suizidalität, der Umgebungsfaktoren, der Bündnisfähigkeit des Patienten und der vorhandenen eigenen Ressourcen ist das weitere Betreuungsangebot festzulegen. Bei einer ambulanten Betreuung sollten regelmäßige zusätzliche Kontakte (telefonisch oder direkt) vereinbart werden. Eine pharmakotherapeutische Behandlung mit Benzodiazepinen sollte 14 Tage nicht überschreiten.



2.2 | Aufrechterhaltung der Depression

Fast jeder fünfte erkrankt im Laufe seines Lebens an einer Depression. Typische depressive Denkmuster sind „Ich bin schuld; ich bin nicht liebenswert; ich bin hilflos...“ Mit diesen negativen Gedanken assoziiert sind meist Rückzugsverhalten und depressive Gefühle. Durch die gegenseitige Verstärkung dieser Komponenten (Gedanken-Gefühle-Verhalten) befinden sich depressive Patienten typischerweise in einer **Abwärtsspirale**, aus der es keinen Ausweg mehr zu geben scheint (Abb 5).

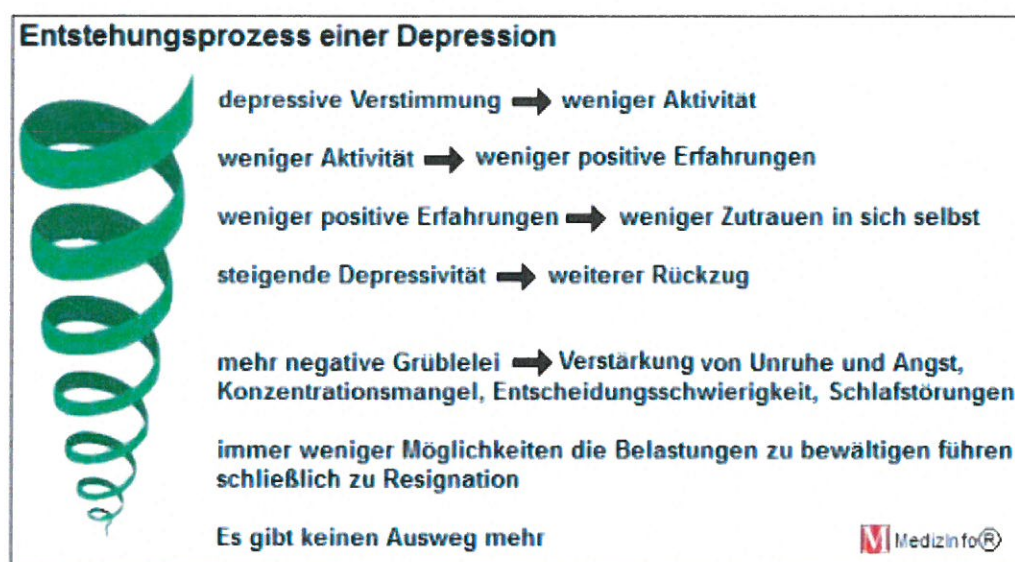


Abbildung 5 | Abwärtsspirale der Depression

Das Erleben wird bestimmt von Freudlosigkeit und/oder Interessenslosigkeit, Niedergeschlagenheit und Antriebslosigkeit sowie von Schuldgefühlen, oft auch Zukunftsängsten. Die Gedanken kreisen ständig um etwas Negatives: Eigene Fehler, die Sinnlosigkeit des Lebens oder die Hoffnungslosigkeit, dass es je wieder besser werden kann. Die Dinge machen keinen Spaß mehr, **alles ist anstrengend**, oft auch der Kontakt zu anderen Menschen. Konzentrations-Schwierigkeiten, Schlaf-Probleme und körperliche Beschwerden können dazu kommen. Durch den Rückzug des Patienten und dessen mangelnde Aktivität, einschließlich Bewegung, verstärkt sich die Depression weiter (siehe „Teufelskreismodell Depression, Abb. 6).

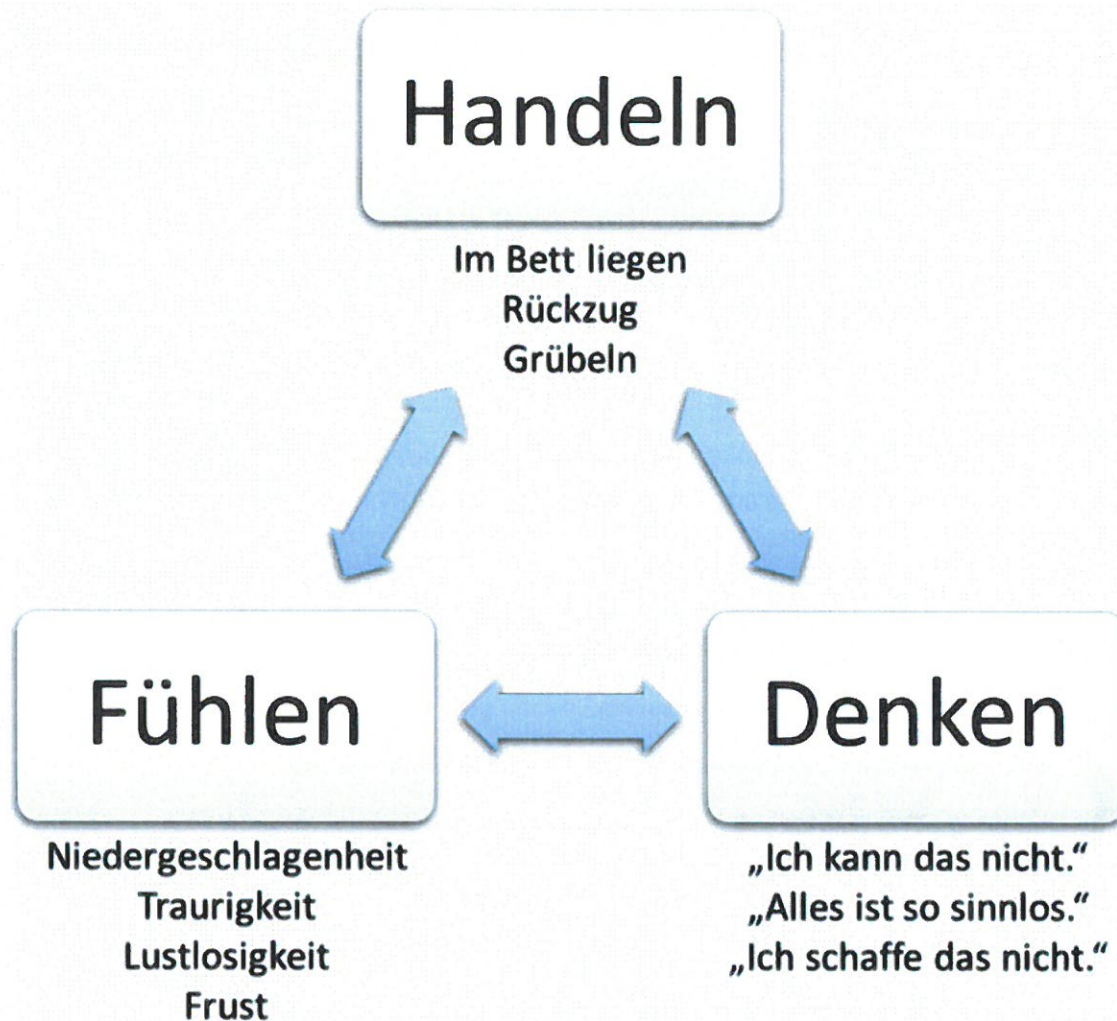


Abbildung 6 | Teufelskreis Depression

Dieser Teufelskreis liefert Ihnen ein Beispiel dafür, wie Denken, Fühlen und Handeln zusammenhängen und einander verstärken. Solch ein Teufelskreis zeigt auch auf, wie einer Depression begegnet werden kann. Es gibt Auswege, die die Spirale durchbrechen und wieder "nach oben" ins Leben führen. Gesteigerte Aktivität z.B. kann das schädliche, negative Grübeln durchbrechen und positive Gefühle fördern. Je häufiger dies geschieht, desto höher ist die Wahrscheinlichkeit für Erfolgserlebnisse. Langfristig kann so das Selbstwirksamkeitserleben gesteigert werden, also die Erfahrung und letztendlich die Überzeugung selbst etwas gegen die Krankheit unternehmen zu können.



2.3 | Behandlungsprinzip bei Depression

Das PREMA-Übungsprogramm setzt am Rückzugsverhalten (Inaktivität) an, welches häufig für die Aufrechterhaltung von Depression mitverantwortlich ist. Der Patient wird dazu motiviert und angeleitet, entgegengesetzt zu handeln, seinen Körper zu aktivieren und selbstständig gegen die depressiven Gefühle vorzugehen. Das geschieht in Form bestimmten Übungen, die zwischen Arzt und Patient vereinbart, vom Patienten selbstständig durchgeführt und von der zuständigen MFA telefonisch überwacht werden. Im Zuge der Durchführung der Übungen kann der Patient lernen, aktiver zu werden und sich klar formulierte, konkrete Ziele zu setzen. Welche kleinen Alltagsziele können vereinbart werden? Erfolgversprechend sind Maßnahmen, die der Betroffene selbst verwirklichen kann. Dazu gehören z.B. kleine alltägliche Genussziele, die Arzt und Patient gemeinsam festlegen und deren Einhaltung die MFA regelmäßig abfragt. Genussziele wie ins Kino gehen, Eis essen, kleine Spaziergänge machen, aber durchaus auch strukturgebende Verabredungen wie ein paarmal in der Woche zu einer bestimmten Uhrzeit verlässlich aufzustehen. All das sind für einen depressiven Patienten keine leichten Übungen. Oberstes Ziel ist es, dem sozialen Rückzug entgegenzuwirken – ein Übel, das die Erkrankung mit sich bringt – und den Alltag zu strukturieren. Der Patient soll Souveränität zurückgewinnen.

Im PREMA-Übungsprogramm gibt es zwei Arten von Übungen, die nacheinander zur Anwendung kommen. Das sind zum einen die sog. „**Körperübungen**“, mit deren Hilfe der Patient sich aktivieren und seinen Körper bewusst wahrnehmen soll. Zum anderen sind es die sog. „**Situationsübungen**“, bei denen der Patient die Situationen gezielt aufsuchen soll, die er lieber meiden würde, die aber zum Erreichen der Genussziele notwendig sind. Dazu gehören z.B. kleine alltägliche Genussziele, die Arzt und Patient gemeinsam festlegen und deren Einhaltung die MFA regelmäßig abfragt.

Zusammengefasst gelten für den Patienten in Angstübungen diese Übungsregeln:

- Der Patient übt entgegengesetztes Handeln. D.h. er soll versuchen genau das zu tun, wonach ihm aufgrund seiner Depression gerade nicht ist (z.B. spazieren gehen, in der früh aufstehen und sich duschen/anziehen).
- Durch die gesteigerte Aktivität soll der Patient erfahren, dass sich seine Stimmung – entgegen der intuitiven Annahme „Schonung hilft“ – bessert. Der Patient muss die Übungen häufig und regelmäßig wiederholen. Ein Effekt ist nicht unmittelbar, sondern erst nach einer gewissen Verzögerungsphase (Latenzzeit) zu erwarten. Daher ist es wichtig, den Patienten um einen „Vertrauensvorschuss“ zu bitten.



Einleitung

Dieses Kapitel stellt vor, wie das PREMA-Übungsprogramm in der Hausarztpraxis anzuwenden ist. Vorgestellt wird das Konzept der aktiven Patientenbegleitung in der Hausarztpraxis, auf dessen Grundlage eine medizinische Fachangestellte (MFA) in die Behandlung des Patienten mit einbezogen wird. Der Ablauf und die Umsetzung des Übungsprogramms durch das Praxisteam (Arzt und MFA) werden erläutert und die zentralen Arbeitsinstrumente des Praxisteams werden vorgestellt.



3.1 | Aktive Patientenbegleitung (Case Management)

Aktive Patientenbegleitung (engl.: „Case Management“) ist ein geplantes, strukturiertes Betreuungsangebot an den Patienten, das der Vermeidung einer Krankheitsverschlechterung dient. Ein individuell geschnürtes Bündel von Maßnahmen dient der Koordination der Versorgung von Patienten mit chronischen Erkrankungen. Das Ziel ist es, akut schlechte Zustände zu vermeiden, Rückfälle oder ausbleibende Fortschritte frühzeitig zu erkennen und adäquate therapeutische Maßnahmen rechtzeitig einleiten zu können. Es gilt, dauerhafte Schäden und Belastungen zu vermeiden und den Patienten zu stärken. Wichtig ist es, den Patienten zu aktivieren, im Sinne einer Selbstsorge in der Behandlung.

Erste konzeptuelle Ansätze in Richtung eines Case Managements wurden bereits um 1850 entwickelt. Die der Sozialarbeit entlehnte Methode wurde als Erweiterung der Einzelfallhilfe weiterentwickelt und fand in Deutschland zunehmend Anwendung in der Jugend-, Sucht- oder Wohnungslosenhilfe sowie im Gesundheitswesen.[21] Seit den 1960er Jahren wird die aktive Patientenbegleitung in der gemeindenahen Versorgung von psychiatrisch erkrankten Patienten praktiziert.[22, 23] Aktuell dient sie zur ambulanten Langzeitversorgung unter anderem von geriatrischen Patienten, sowie zur „integrierten Versorgung“ und koordinierten Krankenhausentlassung.

Die aktive Patientenbegleitung dient der Umsetzung folgender Ziele:

- Aktives Erfassen der Patienten
- Beurteilung der Patientenbedürfnisse und der Ausgangssituation vor der Behandlung
- Entwicklung eines individuellen Behandlungsplanes
- Umsetzung des Behandlungsplanes
- Kontinuierliche und strukturierte Beobachtung des Behandlungsverlaufes
- Rechtzeitige Veranlassung von Maßnahmen im Falle einer klinischen Verschlechterung oder sonstiger Probleme in der Behandlung

Um die aktive Patientenbegleitung einzuführen – und das ist das Besondere daran – bedarf es keiner neu geschaffenen Strukturen, denn es wird direkt an bestehende Strukturen in der Hausarztpraxis angeknüpft.[24]

Warum aktive Patientenbegleitung in der Hausarztpraxis?

Die meisten Patienten suchen bei jeglichen Beschwerden zunächst einmal den Hausarzt auf, weil sie ihm viel Vertrauen entgegenbringen und weil er für sie gut erreichbar ist. Dieses unkomplizierte Vertrauen bildet die Grundlage, auf der eine aktive Patientenbegleitung aufbaut. Das gute Vertrauensverhältnis kann insbesondere bei der Behandlung von Patienten mit psychischen Erkrankungen sehr therapieförderlich sein. Beispielsweise haben Patienten mit einer Angststörung in der Regel ein starkes Sicherheitsbedürfnis und fordern daher viele Bestätigungen und Rückmeldungen vom Behandler ein. Depressions- und Angstpatienten, die ja kognitiv zumeist unbeeinträchtigt sind,

können von einer sachlichen Beratung durch das Praxisteam sehr profitieren und sind dafür zumeist sehr dankbar. Diesen Patienten kommt die niedrighschwellige, wohnortnahe Unterstützung durch die Hausarztpraxis gut entgegen. Wie sich zeigen lässt, befinden sich ca. 8 von 10 Patienten mit Angststörungen in hausärztlicher Behandlung.[25] Die Prävalenz depressiver Erkrankungen in deutschen Hausarztpraxen lag in einer epidemiologischen Studie bei 10,9%; bei etwa einem Drittel aller Fälle wird die Angststörung ausschließlich durch den Hausarzt behandelt.[26] 64% aller ausschließlich ambulant behandelten Patienten mit einer depressiven Erstepisode werden allein von ihrem Hausarzt versorgt [27].

Die Behandlung psychischer Störungen in der Primärversorgung erweist sich auch dann als besonders wertvoll, wenn der Patient große Angst vor einer möglichen Stigmatisierung hat. Eine Angsterkrankung, aber auch eine Depression, verlieren viel von ihrem Schrecken, wenn sie als behandelbare Krankheit erkannt und vom gleichen Hausarzt betreut werden, der beispielsweise auch die Medikamente gegen einen grippalen Infekt verschreibt.

Ein weiterer Vorzug der Hausarztpraxis ist, dass sich die Versorgung von chronisch Kranken hier auf familienmedizinische, lebensweltliche Kenntnisse stützen kann sowie auf das Vorwissen zu den anderen Erkrankungen des Patienten. Die Komorbidität von psychischen Erkrankungen zu somatischen Erkrankungen ist hoch: Bei Patienten mit Depression treten insbesondere kardiovaskuläre Erkrankungen, Tumorerkrankungen, Schlaganfall, Diabetes Mellitus, Demenz bzw. Morbus Parkinson und chronische Schmerzerkrankungen häufiger auf als bei anderen Patienten.[28] Bei Patienten mit Angststörung sind es Allergien, gastrointestinale und pulmonale Erkrankungen sowie chronische Schmerzerkrankungen.[29] Da Angst oder eine depressive Stimmungslage auch als reines Begleitsymptom vieler somatischer Erkrankungen auftreten kann, ist eine profunde Kenntnis der Vorerkrankungen auch von differenzialdiagnostischem Wert.

Natürlich bringt das Konzept der aktiven Patientenbegleitung mit seinem engmaschigen Betreuungsansatz zunächst einen gewissen Zeitaufwand für das Praxisteam mit sich. Tatsache ist jedoch, dass ein Patient mit einer Angststörung oder einer Depression seine Hausarztpraxis wesentlich häufiger aufsucht als andere Patienten - und zwar unabhängig von der Anzahl komorbid vorliegender somatischer Probleme.[1] Wie viel extra Zeit wird in der Hausarztpraxis für eben diese Patienten gebraucht, die oft unangekündigt und mit immer wiederkehrenden, umfassenden und teilweise dramatischen Beschwerden in die Sprechstunde kommen? Dank der aktiven Patientenbegleitung können solche Patientenkontakte terminlich geleitet, in die Praxisabläufe eingeordnet, nach Notwendigkeit gefiltert und sehr gut für das Arztgespräch vorbereitet werden. Der Anspruch ist es, auch für diese behandlungsintensiven Patienten eine optimale Versorgung zu gewährleisten. Je besser die Versorgung chronisch Kranker auf der hausärztlichen Ebene funktioniert, desto zuverlässiger wird auch der Kontakt zwischen Hausarzt- und Facharztpraxen sein, und desto eher können unnötige Überweisungen zum Facharzt oder ins Krankenhaus vermieden werden.

Arzt – Patient – MFA: Ein starkes Dreierbündnis

Der Erfolg des PREMA-Übungsprogramms basiert auf der Grundlage eines starken Dreierbündnisses aus Hausarzt, MFA und Patient (Abb. 7), das nach fest vereinbarten Regeln funktioniert.

Sie als Hausarzt stellen dem Patienten das Zusatzangebot der PREMA-Studie vor. Sie stellen ihm auch die MFA als seine „aktive Begleiterin im Rahmen der Angstbehandlung“ vor. Als Behandler tragen Sie die Verantwortung für die Anwendung des Übungsprogramms im Praxisalltag. Ist das Konzept der aktiven Patientenbegleitung erst einmal erfolgreich installiert, sind Sie dank einer klar definierten Kommunikationsstruktur jederzeit auf dem aktuellen Stand der Dinge. Sie müssen nicht alle Informationen beim Patienten selbst erfragen, denn diese Aufgabe delegieren Sie an die MFA, die den Patienten regelmäßig telefonisch kontaktiert. Auffällige Befunde und Unklarheiten werden Ihnen mittels des Telefonfragebogens sofort mitgeteilt, damit Sie rasch und adäquat therapeutisch handeln können. Sie behalten jederzeit die vollständige Behandlungshoheit.

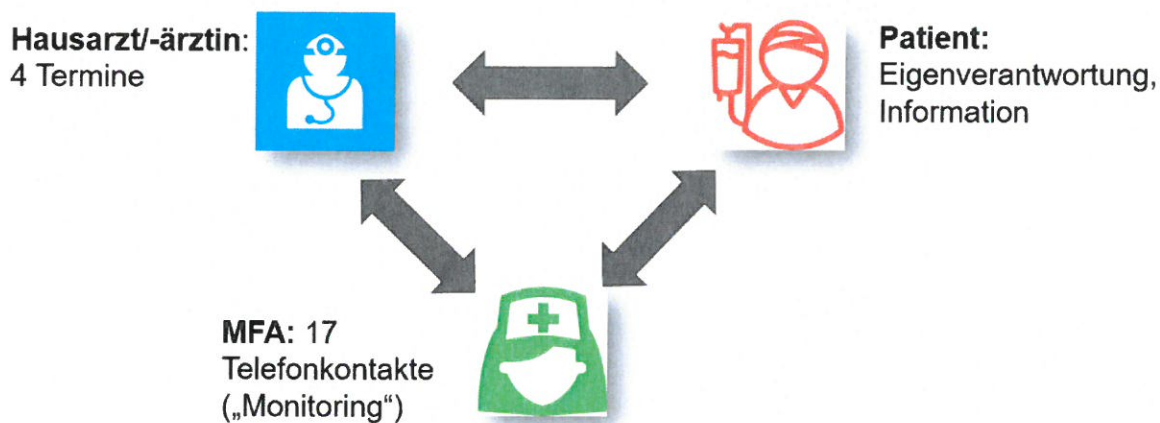


Abbildung 7 | Das starke Dreierbündnis im Rahmen der aktiven Patientenbegleitung

Die MFA arbeitet dabei eng mit Ihnen zusammen. Eine Besonderheit in der aktiven Patientenbegleitung ist, dass Sie der MFA auch therapeutisch relevante Aufgaben übertragen. Mit Hilfe des Telefonfragebogens, einer vorgegebenen Checkliste, fragt die MFA in regelmäßigen Intervallen das Befinden und die Compliance des Patienten ab. Sie überträgt die Antworten des Patienten in ein nach Dringlichkeit gestaffeltes Ampelschema. Etwaige Symptomverschlechterungen oder eine mangelnde Therapiecompliance des Patienten werden dem Praxisteam auf diese Weise schnell bekannt. Adäquate Therapiemaßnahmen wie zusätzliche Patientenkontakte oder Anpassungen des Behandlungsplanes können zeitnah durchgeführt werden. Die MFA bekommt insgesamt sichtbar mehr Verantwortung. Sie wird in ihrer Beziehung zum Patienten gestärkt, der die MFA zumeist als „verlängerten Arm des Arztes“ wahrnimmt.

Der Patient wird seine Hausarztpraxis durch die aktive Patientenbegleitung vielleicht als ungewöhnlich aktiv empfinden. Unterstützt durch die MFA und schriftliches Informationsmaterial, werden seine Arzttermine gut vorbereitet und effektiv sein. In den meisten Fällen ist ihm die MFA als Mitarbeiterin der Hausarztpraxis schon lange vertraut. Nun gewinnt er in ihr eine aktive Begleiterin hinzu, die in Fragen der Angstbehandlung zu seiner ersten Ansprechpartnerin wird. Das entlastet Sie als Hausarzt. Gleichzeitig wächst die Motivation des Patienten, aktiv in der Therapie mitzuwirken und mehr Eigenverantwortung für seine Gesundheit zu übernehmen.



3.2 | Behandlungsschritte und Ablauf des Übungsprogramms

Das PREMA-Übungsprogramm folgt einem klar strukturierten Behandlungsplan (Abb. 8). Mehrere Behandlungsschritte werden durchlaufen, die in ihrer Gesamtheit der Umsetzung des verhaltenstherapeutisch orientierten Behandlungsprinzips dienen, das in Kapitel 1.4 beschrieben wurde.

- **Schritt 1: Aufklärung des Patienten über die Erkrankung und deren Behandlung:**
Voraussetzung für die weiteren Behandlungsschritte und von zentraler Bedeutung für einen Therapieerfolg ist, dass der Patient über seine Erkrankung (Depression oder Angsterkrankung) und das Behandlungsprinzip Bescheid weiß. Die Patientenaufklärung bereitet die Einführung der Übungen vor, gibt dem Patienten die nötige Sicherheit und motiviert ihn für die selbstständige Durchführung der Übungen. Die Wissensvermittlung an den Patienten erfolgt einerseits in den geplanten Arztterminen. Andererseits soll sich der Patient durch das Lesen der online bereitgestellten Informationen selbst informieren. Damit Sie als Arzt nicht alle Rückfragen des Patienten selbst auffangen müssen, wird auch die zuständige MFA entsprechend weitergebildet.
- **Schritt 2: Einführung therapeutischer „Körperübungen“:** Diese Übungen werden von Ihnen ausgewählt. Sie erzeugen beim Angstpatienten die von diesem gefürchteten körperlichen Symptome. Beim Patienten mit Depression steigern Sie sein Körperbewusstsein und helfen ihm, sich zu öffnen und zu aktivieren. Körperübungen können im Prinzip überall durchgeführt werden. Um den Patienten zu unterweisen und zu motivieren, werden die Übungen zunächst in der Hausarztpraxis demonstriert und damit zugleich auf ihre individuelle Eignung hin geprüft. Ärztlich vereinbaren Sie mit dem Patienten, dass er die ausgewählten Körperübungen regelmäßig zuhause durchführt. Geübt werden sollte mindestens zweimal pro Woche (Panikpatienten) oder mindestens 1x täglich (Depressionspatienten).
- **Schritt 3: Einführung therapeutischer „Situationsübungen“:** Mittels dieser Übungen konfrontiert sich der Angstpatient gezielt mit den angstausslösenden Situationen, der Depressionspatient muss sich bewusst „aufraffen“, um das Ziel zu erreichen. Ihre ärztliche Hauptaufgabe ist es, geeignete Situationen mit dem Patienten zusammen auszuwählen und ihn für die selbstständige und regelmäßige Durchführung der Übungen zu motivieren.

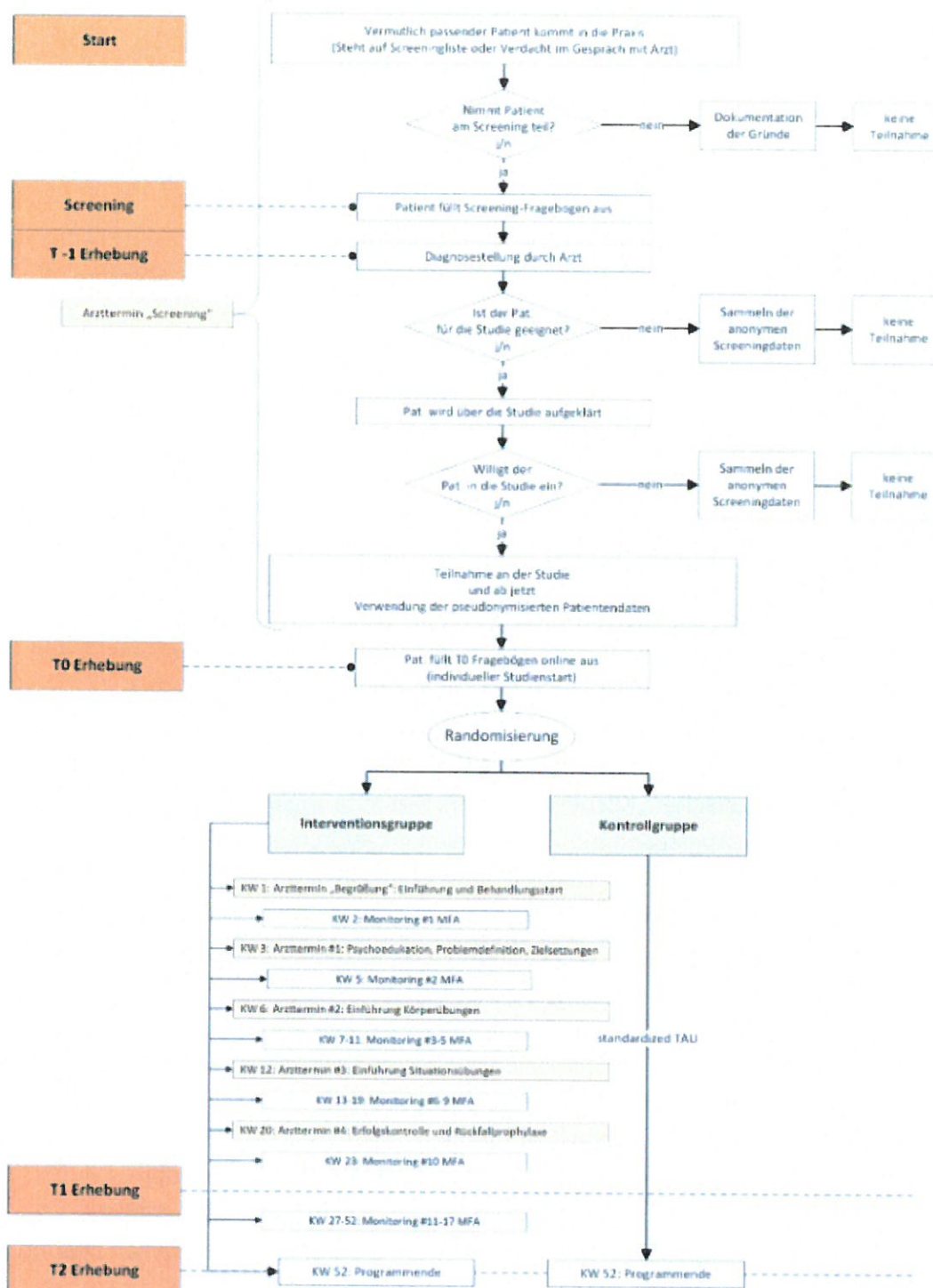


Abbildung 8 | Planmäßiger Ablauf des PREMA-Programms

- **Schritt 4: Erfolgskontrolle und Rückfallprophylaxe:** Zum Abschluss des Übungsprogramms werden Sie die Erfolge des Patienten mit ihm zusammen auswerten. Die therapeutischen Übungs- und Lernerfahrungen des Patienten sollen dabei vertieft werden. Im Sinne einer Rückfallprophylaxe werden etwaige Restsymptome erhoben und erfolgreiche Strategien für den zukünftigen Umgang mit der Erkrankung (Depression oder Angst) besprochen.

Die Umsetzung des Übungsprogramms wird durch einen fest vorgegebenen Ablauf geregelt. Wie in Abbildung 8 zu erkennen ist, umfasst der Ablauf des PREMA-Übungsprogramms im Zeitraum eines Jahres (52 Wochen) vier Arzttermine und 17 MFA-Telefonkontakte. Dabei wird jeder der eben

genannten Behandlungsschritte durch einen der Arzttermine eingeleitet bzw. begleitet. Die Inhalte der im Ablaufschema vorgegebenen Kontakte zum Patienten sind vollständig vorstrukturiert. Sie werden in Kapitel 3 des ärztlichen Behandlungsleitfadens sowie im gesonderten „Leitfaden für nichtärztliches Praxispersonal“ genau beschrieben. Studienbezogen ist unbedingt darauf zu achten, dass die „Fragebögen für Patienten“, T0 bis T2, zu den festgelegten Zeitpunkten vom Patienten ausgefüllt werden.

Der planmäßige Ablauf des PREMA-Übungsprogramms ist als verbindlich zu betrachten und sollte sorgfältig eingehalten werden. Aus zwei Gründen ist es jedoch durchaus möglich, dass Sie Ihren Patienten öfter sehen als es der Ablaufplan vorgibt. Zum einen können im Rahmen des Übungsprogramms ärztliche Zusatzkontakte nötig sein. Das wird vor allem dann der Fall sein, wenn es vom Patienten eingefordert wird, oder wenn sich ein ungünstiger Symptom- oder Behandlungsverlauf abzeichnet. Zum anderen stehen Sie selbstverständlich weiterhin in der vollen Verantwortung für die reguläre hausärztliche Versorgung Ihres Patienten, in deren Rahmen weitere Kontakte zum Patienten stattfinden können. Sicherlich ist es sinnvoll, und daher Aufgabe der zuständigen MFA, das Zusatzangebot PREMA mit der sonstigen hausärztlichen Behandlung des Patienten terminlich zu koordinieren.



3.3 | Hinweise zu Pharmakotherapie und fachspezialistischer Mitbehandlung

Die bundesdeutsche Versorgungsrealität ist von einer Unterversorgung von Patienten mit Angsterkrankungen geprägt, weil der Zugriff auf fachspezialistische, sekundäre Versorgungsstrukturen begrenzt und zum Teil nicht bedarfsgerecht ist.[25, 26] PREMA möchte einen Ansatz für die Versorgung von Patienten mit Panikstörung und Agoraphobie oder mit Depression bieten, der allein im Rahmen der hausärztlichen Patientenversorgung realisiert werden kann.

Es besteht eine unangefochtene Evidenz für die gute Wirksamkeit verhaltenstherapeutischer, übungsbasierter Behandlungsansätze bei Depression oder Panikstörung und Agoraphobie.[30-32] Wissenschaftlich konnte nicht gezeigt werden, dass die Kombination dieser Ansätze mit psychopharmakologischen Maßnahmen bessere Behandlungsergebnisse erzielt als die übungsbasierten Ansätze allein.[33] PREMA ist ein Zusatzangebot im Rahmen der hausärztlichen Regelversorgung, das anderen medizinischen Maßnahmen in keiner Weise entgegensteht. Daher sind fachspezialistische Mitbehandlungen und psychopharmakologische Therapiemaßnahmen, neben der Anwendung des PREMA-Übungsprogramms, prinzipiell möglich.

Kombination aus Psychopharmaka und Übungsprogramm

Jegliche Entscheidungen hinsichtlich der Verordnung von Arzneimitteln liegen vollständig in Ihrem hausärztlichen Ermessen. Für die **Behandlung der Panikstörung und Agoraphobie** wurden neben psychotherapeutischen, übungsbasierten Verfahren auch medikamentöse Behandlungsstrategien als effektiv beschrieben.[7, 34, 35] Aufgrund ihrer relativ guten Verträglichkeit und erwiesenen Wirksamkeit, bieten sich moderne Antidepressiva, wie selektive Serotonin-Wiederaufnahme-Hemmer (SSRI; u.a. Citalopram, Escitalopram, Paroxetin, Sertralin) und Serotonin-Noradrenalin-Wiederaufnahmehemmer (SNRI; u.a. Venlafaxin retard), als erste Wahl an. Als wirksam haben sich ferner trizyklische Antidepressiva (u.a. Imipramin, Clomipramin) sowie zur Akutbehandlung hochpotente Benzodiazepine (u.a. Alprazolam, Lorazepam) erwiesen. Tabelle 3 führt die zur Behandlung der Panikstörung derzeit zugelassenen Antidepressiva und entsprechende Dosierempfehlungen auf.

Tabelle 3 | Dosierempfehlungen für Antidepressiva, die zur Behandlung von Panikstörung mit/ohne Agoraphobie in der Bundesrepublik Deutschland zugelassen sind[36]

Wirkstoff	Initialdosis	Zieldosis
Citalopram	10 mg	20-40 mg
Escitalopram	5 mg	10-20 mg
Paroxetin	10 mg	20-40 mg
Sertralin	25 mg	50-100 mg

Venlafaxin	37,5 mg	75-150 mg
Clomipramin	10-25 mg	30-60 mg

Benzodiazepine haben den Vorteil eines raschen Wirkungseintritts. Langfristig besteht jedoch die Gefahr einer Abhängigkeitsentwicklung. Bei schwerer Panikstörung kann eine überlappende Behandlung mit Antidepressiva und Benzodiazepinen indiziert sein (Beginn mit beiden Substanzklassen, nach zwei bis vier Wochen sollten Absetzversuche in Bezug auf das Benzodiazepin unternommen werden).[36]

Antidepressiva sollten langsam einschleichend aufdosiert werden, da während der ersten zwei bis drei Wochen bei 25-30 % der Patienten *unerwünschte Arzneimittelwirkungen* auftreten, die insbesondere Patienten mit Panikstörung an die von ihnen gefürchteten Symptome erinnern können (u.a. Übelkeit, Kopfschmerzen, Schwindel, Schlafstörungen, Zittern, Herzrasen, Angstgefühle, Unruhe, Nervosität).[32] Antidepressiva wirken frühestens nach ein bis vier Wochen regelmäßiger Einnahme angstlösend und dämpfend bzw. stimmungsaufhellend. Darüber sollte der Patient informiert werden, um die Medikamentencompliance zu erhöhen. Bei ungenügendem Ansprechen oder Therapieresistenz, wird nach vorübergehender Fortführung der Behandlung mit gleichbleibender Dosis, ein Präparatewechsel empfohlen. Dosiserhöhungen über die empfohlene Zieldosis führen in der Regel nicht zum gewünschten Erfolg, weil die unerwünschten Arzneimittelwirkungen dadurch deutlich zunehmen können. Derzeit existieren keine allgemeinen Empfehlungen zur Behandlungsdauer. Antidepressiva können jedoch drei bis zwölf Monate oder länger als Dauermedikation verwendet werden.[35, 36]

Eine **Indikation für die Behandlung von Angststörungen** mit Antidepressiva kann vorliegen, wenn der Patient dadurch z.B. eine depressive Folgesymptomatik rascher überwinden kann, einer psychotherapeutischen Behandlung erst zugänglich wird oder unter starken psychosozialen Belastungen leidet, die auch durch Psychotherapie nicht verändert, sondern nur erträglicher gestaltet werden können.[35] Bei schweren oder chronischen Verläufen empfiehlt die aktuelle S3-Leitlinie zur Behandlung von Angststörungen (2014) eine Kombination aus Verhaltenstherapie und einem Antidepressivum. Die Studienlage zeigt jedoch, dass bei Kombinationsbehandlungen höhere Rückfallraten im Vergleich zur alleinigen Psychotherapie auftreten können.[33, 37] Klinisch werden Rückfälle häufig in Zusammenhang mit dem Absetzen einer antidepressiven Medikation beobachtet. Von der Kombination einer Psychotherapie mit Benzodiazepinen ist wegen der sedierenden Wirkung abzuraten.

Für die **Behandlung der Depression** stehen neben psychotherapeutischen, übungsbasierten Verfahren mehrere Substanzklassen zur Verfügung, z.B. trizyklische Antidepressiva, selektive Serotonin-Wiederaufnahme-Inhibitoren (SSRI), Monoaminoxidase-Inhibitoren (MAOI), selektive Serotonin-Noradrenalin-Wiederaufnahme-Inhibitoren (SSNRI), selektive Noradrenalin-Wiederaufnahme-Inhibitoren (SNRI), Alpha-2-Rezeptorantagonisten, selektive Noradrenalin-Dopamin-Wiederaufnahme-Inhibitoren (Bupropion), Melatonin-Rezeptorantagonist und Serotonin-5-HT_{2C}-Rezeptorantagonist (Agomelatin)[28]. Zunächst sollte eine medikamentöse Therapie bei leichter depressiver Episode nur begonnen werden, wenn entsprechend positive Vorerfahrungen bestehen oder der Patient dies wünscht. Bei mittelschwerer Depression sind Psychotherapie und Pharmakotherapie nach derzeitigem Erkenntnisstand gleich gut wirksam. Bei einer schweren Depression wird in der Regel eine

pharmakologische (Mit-)Behandlung als sinnvoll angesehen (S3-Leitlinie/NVL Unipolare Depression 2015). Bei erforderlicher pharmakologischer Therapie sollte mit einer niedrigen „Anfangsdosis“ begonnen werden und bei fehlender Besserung eine Aufdosierung erfolgen. Zu Beginn einer medikamentösen Therapie ist eine sorgfältige Aufklärung über zu erwartende Effekte und Nebenwirkungen durchzuführen. Für die Wahl des Antidepressivums gibt es keine umfassende und einheitliche Regel. Auswahlkriterien sind unter anderem mögliche Vorerfahrungen des Patienten, gute Kenntnisse und Erfahrungen des Behandlers mit dem spezifischen Präparat, Komorbiditäten und Nebenwirkungsprofile. Für die häufig verordneten SSRI und trizyklischen Antidepressiva (TZA) sind die häufigsten Nebenwirkungen in Tabelle 4 dargestellt. Es ist wichtig, die Patienten darauf hinzuweisen, dass die oft als unangenehm erlebten Nebenwirkungen vor der erwünschten Wirkung auftreten können und diese „Durststrecke“ zunächst überwunden werden muss.

Tabelle 4 | Antidepressive Pharmakotherapie, häufigste Nebenwirkungen

Antidepressivum	Nebenwirkungsprofil
SSRI	<ul style="list-style-type: none"> • Serotoninsyndrom (Delir, Verwirrtheit, Schwitzen, Blutdruckschwankungen, Zittern/Frösteln) • Blutungsneigung in Verbindung mit NSAR • Hyponatriämie • Diarrhöe • Suizidgedanken • Motorische Unruhe
TZA	<ul style="list-style-type: none"> • Anticholinerge Wirkungen (u.a. orthostatische Hypotonie, Herzrhythmusstörungen, Delir, Glaukomanfall, Harnabflussstörung)

Zu Details hinsichtlich Wirkmechanismus und Nebenwirkungen antidepressiver Substanzklassen verweisen wir auf aktuelle Lehrbücher der Pharmakotherapie.

In den ersten 4 Behandlungswochen wird ein wöchentliches Monitoring, danach in Intervallen von 2 bis 4 Wochen und nach 3 Monaten in längeren Intervallen empfohlen (NVL Depression 2009). Mittlerweile geht man von einer Wirklatenz von ein bis zwei Wochen bei den modernen Antidepressiva (z.B. SSRI, SSNRI) aus. Da nach 4 Wochen Behandlung die Wahrscheinlichkeit eines Behandlungserfolges auf unter 20% sinkt, sollte nach 4 Wochen Nonresponse ein Wechsel des Medikamentes erfolgen. Antidepressiva sollte mindestens 4 bis 9 Monate nach Besserung der Symptomatik (Remission) weiter eingenommen werden. Bei rezidivierenden Episoden wird eine Einnahme von mindestens 2 Jahren zur Langzeitprophylaxe empfohlen (S3-Leitlinie/NVL Unipolare Depression 2015). Eine antidepressive Therapie sollte schrittweise über einen Zeitraum von 4 Wochen beendet werden.

In Bezug auf das PREMA-Übungsprogramm gilt:

- Hinsichtlich einer möglichen **Kombination des PREMA-Übungsprogramms mit einer bestehenden antidepressiven Medikation** wird Ihnen empfohlen, diese Medikation *nicht direkt vor Beginn des Übungsprogramms abzusetzen*. Ferner sollte eine solche Medikation im Verlauf des Übungsprogramms *nicht erhöht* werden. Es ist stattdessen denkbar, die Medikation im Verlauf allmählich zu reduzieren.

Psychiatrische oder psychologische Mitbehandlung

Während der Durchführung des PREMA-Übungsprogramms haben Sie jederzeit die volle Behandlungshoheit und insofern natürlich die Möglichkeit, den Patienten in eine psychiatrische oder psychologische Mitbehandlung zu überweisen. Das PREMA-Übungsprogramm kann und soll trotz einer solchen Mitbehandlung wie geplant fortgeführt werden. Im Fall eigener Diagnose- und Behandlungsunsicherheit sollte an einen Fachpsychiater oder Psychotherapeuten überwiesen werden. Besonders bei Patienten mit Depression kann eine Überweisung zum Fachpsychiater oder Psychotherapeuten, bei suizidalem oder fremdaggressivem Verhalten oder bei Kindern mit Symptomen einer schweren Depression, indiziert sein.

Versorgungspfad bei anhaltend schlechtem Verlauf

Jegliche Entscheidungen hinsichtlich der Überweisung in die Mitbehandlung anderer Kollegen oder hinsichtlich stationärer Einweisungen liegen vollständig in Ihrem hausärztlichen Ermessen. Allerdings wurde für das PREMA-Übungsprogramm ein Versorgungspfad entworfen, der Ihnen eine Hilfe sein kann, wenn Sie einen *anhaltend schlechten Symptom- oder Behandlungsverlauf* feststellen sollten (vgl. Abb. 9).

Bitte beachten Sie, dass eine Überweisung zur Mitbehandlung *niemals* automatisch zu einem Behandlungs- oder Studienabbruch führt! Grundsätzlich kann der Patient auch bei einer Überweisung in psychiatrische oder psychologische Mitbehandlung weiter am PREMA-Übungsprogramm teilnehmen. Falls Sie einen Abbruch des Übungsprogramms für einen konkreten Patienten in Erwägung ziehen, so bitten wir Sie zwecks Absprache telefonischen Kontakt aufzunehmen (Kathrein Munski; Techniker Krankenkasse, Bramfelder Straße 140, 22305 Hamburg, Tel.: 040-6909-1312, E-Mail: Kathrein.Munski@tk.de). Die TK wird diesen Fall im Konsortium koordinieren und eine zeitnahe fachliche Rücksprache mit Ihnen veranlassen. Entscheiden Sie sich für einen Abbruch des Übungsprogramms für den betreffenden Patienten, so sind dennoch die studienbezogenen Patientenfragebögen T0-T2, zu den vorgesehenen Zeitpunkten oder zumindest zeitlich vorgezogen, auszufüllen. Die Patientenfragebögen sind nur dann nicht auszufüllen, wenn der Patient aktiv seine Einwilligung zur Datenverarbeitung zurückzieht (vollständiger Studienabbruch). Auch in diesem Fall nehmen Sie bitte Kontakt auf (Kathrein Munski; Techniker Krankenkasse, Tel.: 040-6909-1312, E-Mail: Kathrein.Munski@tk.de).

Kriterien für die Schnittstellen	Kooperationspartner in der Region: (Adresse, Telefonnummer)	Zusatzinformationen: (Erreichbarkeit, Vertretungsregelung, Notfallkontakt, Feedback, Formulare etc.)
A) Überweisung zum Psychiater <ul style="list-style-type: none"> - psychotische Symptome (z.B. bei schizophrenen, schizoaffectiven oder bipolaren Störungen) - Nichtansprechen der Therapie (anhaltende Verschlechterung der Angstsymptomatik oder Therapie-Non-Compliance) - schwere psychosoziale Probleme - suizidale Gefährdung - psychiatrische Komorbidität 	A) Fachspezialist(en):	A) Überweisung zum Fachspezialisten:
B) Einweisung in eine psychiatrische Klinik <ul style="list-style-type: none"> - akute Suizidalität und/oder Fremdgefährdung - behandlungsgefährdende psychosoziale Probleme - Fehlen eines tragfähigen sozialen Netzes/drohende Verwahrlosung - psychotische Symptome - ambulante Therapieresistenz 	B) Psychiatrische Klinik:	B) Stationäre Behandlung:
C) Überweisung zur Psychotherapie <ul style="list-style-type: none"> - Wunsch des Patienten - Nichtansprechen der Therapie (anhaltende Verschlechterung der Angstsymptomatik oder Therapie-Non-Compliance) 	C) Psychotherapeut(en) :	C) Psychotherapie:
D) Organisation der komplementären Versorgung <ul style="list-style-type: none"> - meist durch Klinik oder Facharzt in die Wege geleitet - zur beruflichen und sozialen Reintegration bei anhaltenden psychosozialen Beeinträchtigungen 	D) Einrichtungen:	D) Komplementäre Versorgung:

Abbildung 9 | Versorgungspfad - Nutzung regionaler Versorgungsstrukturen im Fall eines anhaltend schlechten Symptom- oder Behandlungsverlaufs



3.4 | Therapiematerialien des PREMA-Übungsprogramms

Alle Therapiematerialien des PREMA-Programmes sind online vorhanden und zugänglich.

Anleitung für Patientinnen und Patienten

Zum Behandlungsstart erhält der Patient durch die MFA seinen persönlichen Zugang zur Online-Plattform. Dort findet der Patient alle Informationen zum PREMA-Programm, die ihn bei der Durchführung unterstützen. Es finden sich ebenfalls Informationen zum Aufbau und Ablauf des Übungsprogramms, zu den Krankheitsbildern Depression und Panikstörung mit/ohne Agoraphobie und zum verhaltenstherapeutischen Behandlungsprinzip. Die richtige Durchführung der Übungen wird dort mithilfe von Videos ausführlich erläutert. Die Patienteninformationen orientieren sich inhaltlich an den vier Arztterminen des Übungsprogramms. Somit kann der Patient den Behandlungsschritten bzw. dem Aufbau des Übungsprogramms folgen. Die Durchführung der Arzttermine wird durch die Patienteninformationen erleichtert und unterstützt, indem der Patient jeweils dazu aufgefordert wird, sich durch das Lesen inhaltlich darauf vorzubereiten: Bereits im Vorfeld der Arzttermine soll er bestimmte Informationen sammeln und dringende Fragen online notieren.

Ebenfalls online erhält der Patient alle wichtigen Arbeitsblätter. Dazu gehören Formulare, mit deren Hilfe während der Arzttermine individuelle Übungspläne erstellt werden können und sog. Übungsprotokolle, die vom Patienten bei den selbstständigen Übungsdurchführungen online auszufüllen sind. Arzt und MFA haben zum Informationsaustausch ebenfalls Zugang auf (bestimmte Bereiche) der Patienteninhalte.

Online-Akte für das PREMA-Übungsprogramm

Die patientenspezifische Online-Akte enthält unter anderem:

- den individuellen Behandlungspfad (zur Übersicht und Verlaufsdokumentation)
- Arbeitshilfen (Texte, Videos, Tabellen und Grafiken), welche die Durchführung der Arzttermine erleichtern
- sämtliche Telefonfragebögen (JAMoL, DeMoL).

Die Online-Akte dient auch zum individuellen Behandlungspfad, da in ihr alle Kontakte des Praxisteams zum Patienten gespeichert werden:

- Am Behandlungspfad kann der zeitliche Ablauf des Übungsprogramms nachvollzogen werden, weil die Daten der regulären PREMA-Kontakte zum Patienten dort eingetragen werden.
- Die Online-Akte ermöglicht einen raschen Überblick über den Symptomverlauf, denn die MFA trägt die Gesamtwerte dort ein, welche sie während der MFA-Telefonkontakte ermittelt.

- Anhand des Behandlungspfads kann sich die MFA darüber informieren, welche Übungen zwischen Arzt und Patient genau vereinbart worden sind, denn der Arzt trägt diese Informationen dort ein.
- Die Online-Akte unterstützt die Durchführung der geplanten Arzttermine, weil deren Hauptinhalte dort in knapper Form zusammengefasst sind.



3.5 | Die Monitoring-Listen

Im Rahmen des PREMA-Übungsprogramms erfolgt eine kontinuierliche Beobachtung des Symptom- und Behandlungsverlaufes, die Ihnen als Behandler ein zeitnahes therapeutisches Eingreifen bei ungünstigen Verläufen ermöglicht. Diese aktive und wohlwollende Beobachtung (engl.: „Monitoring“) des Patienten geschieht im Zuge der etwa zweiwöchentlich stattfindenden MFA-Telefonkontakte. Während dieser Telefonkontakte arbeitet die MFA mit der sog. „Jena Angst Monitoring Liste“ (JAMoL, Abb. 10) bei Patienten mit Angststörung, oder mit der Depressions Monitoring Liste (DeMoL, Abb 11) bei Patienten mit Depression.

Die Jena Angst Monitoring Liste (JAMoL)

Dieser eigens entwickelte Telefonfragebogen umfasst maximal 13 Punkte und kann von der ausgebildeten MFA in ca. 10-15 Minuten abgearbeitet werden. Alle JAMoL-Telefonfragebögen, die Sie im Laufe des Übungsprogramms abgenommen haben, sind in der Online-Akte abrufbar. Die telefonische Befragung mittels des JAMoL richtet sich jeweils auf **Zustand und Aktivitäten des Patienten *im Zeitraum der vergangenen Woche***. Inhaltlich geht es darum,

- die aktuelle Angstsymptomstärke zu bestimmen (JAMoL: Punkte 1 bis 6)
- die Häufigkeit und den Erfolg der mit dem Patienten individuell vereinbarten Übungen zu bestimmen (JAMoL: Punkte 7 bis 10)
- den Informationsaustausch zwischen dem Patienten, der MFA und Ihnen zu erleichtern (JAMoL: Punkte 11-13)

Hinweis: Da der Behandlungsplan des PREMA-Übungsprogramms erst im zweiten bzw. dritten Behandlungsschritt die Durchführung von Angstübungen vorsieht, sind die Punkte 7-10 in den ersten zwei JAMoL-Fragebögen nicht vorhanden.

Datum des Telefonats:	Beginn:	Uhr
Fragen 1 bis 5: OASIS		
„Die folgenden Fragen beziehen sich auf Angst oder Furcht. Bitte geben Sie an, wie es Ihnen <u>in der vergangenen Woche</u> ergangen ist!		
Achtung: Bitte geben Sie hier <u>nicht</u> diejenige Angst oder Furcht an, die Sie während Ihrer Angst-Übungen erleben!“		Punktzahlen: (bitte eintragen)
1. „Wie oft hatten Sie Angst in der vergangenen Woche?“		
nie 0	selten 1	gelegentlich 2
oft 3	immer 4	[]
2. „Wenn Sie Angst hatten, wie stark bzw. intensiv war diese Angst?“		
gar nicht / keine 0	kaum 1	mittelmäßig 2
ziemlich 3	extrem 4	[]
3. „Wie oft vermieden Sie Situationen, Orte, Dinge oder Aktivitäten aufgrund von Angst oder Furcht?“		
nie 0	selten 1	gelegentlich 2
oft 3	immer 4	[]
4. „Wie sehr beeinträchtigen Angst oder Furcht Ihre Fähigkeit, notwendige Aufgaben bei der Arbeit, in der Schule oder zuhause zu erledigen?“		
gar nicht 0	kaum 1	mittelmäßig 2
ziemlich 3	extrem 4	[]
5. „Wie sehr beeinträchtigen Angst oder Furcht Ihre sozialen Aktivitäten oder Beziehungen?“		
gar nicht 0	kaum 1	mittelmäßig 2
ziemlich 3	extrem 4	[]
Bitte nach dem Gespräch berechnen: OASIS-Gesamtwert (Summe aus 1. bis 5.):		
→ dieser ist gleich oder besser als der OASIS-Gesamtwert im MFA-Erstgespräch		[] [] []
→ dieser ist 1 bis 3 Punkte schlechter als im MFA-Erstgespräch		[]
→ dieser ist 4 oder mehr Punkte schlechter als im MFA-Erstgespräch		[]
Bitte bewerten Sie die Antworten anhand des Ampelschemas:		
Unauffällig	Bericht an Arzt	Bericht an Arzt (noch)
6. „Wie häufig hatten Sie <u>in der letzten Woche</u> eine Panikattacke?“ → [] [] [] Mal		
keine Panikattacke	[]	
1 bis 3 Mal	[]	
4 Mal oder öfter	[]	
7. „Wie oft haben Sie in der letzten Woche mit den Angst-Übungen gearbeitet?“		
2 Mal oder öfter „Sehr gut. Üben Sie regelmäßig weiter.“	[]	
1 mal „Gut. Je häufiger Sie die Übungen machen, desto besser ist es.“	[]	
Gar nicht „Das ist schade – ohne Übungen kann die Behandlung nicht richtig funktionieren.“ (Falls ROT , dann weiter mit Frage 11)	[]	

8. „Mit welchen Übung(en) haben Sie in der letzten Woche gearbeitet?“

Übungen bitte notieren: _____

9. „Wie hoch ist die Angst in der letzten Übung maximal angestiegen (von 0 bis 10)?“

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Keine Angst Extreme Angst

maximale Angst war auf 4 oder größer
„Es ist sehr gut, dass Sie sich Ihrer Angst stellen. Weiter so!“

maximale Angst war auf 3 oder kleiner
„Sehr gut, dass Sie geübt haben. Es wäre toll, wenn noch etwas mehr Angst beim Üben auftritt - nur dann können Sie etwas daraus lernen.“

10. „In einer Situationsübung müssen Sie solange abwarten, bis die Angst von alleine wieder deutlich abgenommen hat (etwa auf 2 fällt) - ist Ihnen das in der letzten Übung gelungen?“

Ja
„Eine sehr wichtige Erfahrung. Die Angst hat also von alleine abgenommen, und Ihnen ist in der Situation gar nichts Schlimmes geschehen!“

Nein
„Bitte versuchen Sie, länger in der Übung zu bleiben. Die Angst wird von ganz alleine wieder weggehen. Es kann Ihnen nichts Schlimmes geschehen.“

11. „Gibt es noch etwas wichtiges, das Sie der Ärztin/dem Arzt mitteilen möchten?“

Ja (Bitte notieren!) _____

Nein

ENDE DES TELEFONATS Gesamtdauer: _____ Minuten

12. Persönliche Einschätzung von MFA: Ist Ihnen während des Gespräches etwas besonderes aufgefallen? (z.B. Widersprüchlichkeit, Konfliktsituation etc.)

Ja (bitte notieren!) _____

Nein

13. Mitteilungen von Ärztin/Arzt an MFA:

Behandlung bleibt unverändert

Zusätzlichen Arzt-Patientenkontakt vereinbaren

Sonstiges (bitte notieren): _____

Zur Kenntnis genommen:

Datum _____ Ärztin/Arzt _____ Datum _____ MFA _____

Abbildung 10 | Telefonfragebogen JAMoL

Hintergrund und Bedeutung der einzelnen JAMoL-Punkte

Stärke der Angststörung in den wichtigsten Symptombereichen:

„Die folgenden Fragen beziehen sich auf Angst oder Furcht. Bitte geben Sie an, wie es Ihnen in der vergangenen Woche ergangen ist!

Achtung: Bitte geben Sie hier nicht diejenige Angst oder Furcht an, die Sie während Ihrer Angst-Übungen erleben!“

Punktzahlen:
(bitte eintragen)

1. „Wie oft hatten Sie Angst in der vergangenen Woche?“					
Nie 0	selten 1	gelegentlich 2	oft 3	immer 4	[]
2. „Wenn Sie Angst hatten, wie stark bzw. intensiv war diese Angst?“					
gar nicht/ keine 0	kaum 1	mittelmäßig 2	ziemlich 3	extrem 4	[]
3. „Wie oft vermieden Sie Situationen, Orte, Dinge oder Aktivitäten aufgrund von Angst oder Furcht?“					
nie 0	selten 1	gelegentlich 2	oft 3	immer 4	[]
4. „Wie sehr beeinträchtigten Angst oder Furcht Ihre Fähigkeit, notwendige Aufgaben bei der Arbeit, in der Schule oder zuhause zu erledigen?“					
gar nicht 0	kaum 1	mittelmäßig 2	ziemlich 3	extrem 4	[]
5. „Wie sehr beeinträchtigten Angst oder Furcht Ihre sozialen Aktivitäten oder Beziehungen?“					
gar nicht 0	kaum 1	mittelmäßig 2	ziemlich 3	extrem 4	[]
Bitte nach dem Gespräch berechnen: OASIS-Gesamtwert (Summe aus 1. bis 5.):					[] [] []
→ dieser ist gleich oder besser als der OASIS-Gesamtwert im MFA-Erstgespräch					<input checked="" type="checkbox"/>
→ dieser ist 1 bis 3 Punkte schlechter als im MFA-Erstgespräch					<input type="checkbox"/>
→ dieser ist 4 oder mehr Punkte schlechter als im MFA-Erstgespräch					<input type="checkbox"/>

In den JAMoL wurde der Angstfragebogen „Overall Anxiety Severity and Impairment Scale“ (OASIS)[38] integriert. Die wichtigsten Symptombereiche bei Angststörungen werden mittels des OASIS abgefragt – Häufigkeit, Intensität, Vermeidungsverhalten, berufliche und private Beeinträchtigung. Insgesamt sind Summenwerte von 0 bis 20 Punkten möglich, wobei höhere Werte eine stärkere Symptombelastung signalisieren. In der Regel ergibt sich für Patienten mit Angststörungen ein Gesamtwert von mindestens 8 Punkten. Veränderungen von 4 oder mehr Punkten können als klinisch bedeutsam angesehen werden.[39]

Häufigkeit von Panikattacken als weiteres Maß für die Symptomstärke:

6. „Wie häufig hatten Sie in der letzten Woche eine Panikattacke?“		→ [] [] [] Mal
keine Panikattacke	<input checked="" type="checkbox"/>	
1 bis 3 Mal	<input type="checkbox"/>	
4 Mal oder öfter	<input type="checkbox"/>	

Nach ICD-10 können Panikstörungen nach der Häufigkeit von Panikattacken in Schweregrade eingeteilt werden. Demnach liegt ab vier Panikattacken pro Monat eine mittelgradige und ab vier Panikattacken pro Woche eine schwergradige Panikstörung vor.[12]

Übungsfrequenz (wird erst ab Woche 6 abgefragt):

7. „Wie oft haben Sie in der letzten Woche mit den Angst-Übungen gearbeitet?“

2 Mal oder öfter „Sehr gut. Üben Sie regelmäßig weiter.“	<input checked="" type="checkbox"/>
1 mal „Gut. Je häufiger Sie die Übungen machen, desto besser ist es.“	<input type="checkbox"/>
Gar nicht „Das ist schade – ohne Übungen kann die Behandlung nicht richtig funktionieren.“	<input type="checkbox"/>

Diese Frage zielt auf die Compliance des Patienten für die Übungsphase. Sie kann daher erst gestellt werden, nachdem Sie Arzttermin 2 (in Woche 6) durchgeführt und somit die ersten Angstübungen mit dem Patienten vereinbart haben. Prinzipiell kann nicht oft genug geübt werden. Um gute Erfolge zu erzielen, sollte der Patient etwa zweimal pro Woche üben (Trainingseffekt!). Sollte der Patient die vereinbarten Übungen nicht durchführen, so sollten Sie mit ihm Kontakt aufnehmen, um den Grund dafür zu erfragen. Möglicherweise ist die gewählte Übung zu schwer (z.B. Situation wird zu stark gefürchtet). In diesem Fall kann es sinnvoll sein, zusammen mit dem Patienten zunächst eine einfachere Übung auszuwählen. Gegebenenfalls ist die generelle Behandlungsbereitschaft zu besprechen und zu stärken.

Art der durchgeführten Übungen (wird erst ab Woche 6 abgefragt):

8. „Mit welchen Übung(en) haben Sie in der letzten Woche gearbeitet?“

Übungen bitte notieren: _____

Bitte beachten Sie, dass es dem Patienten prinzipiell nicht verboten ist, selbständig zusätzliche Übungen in seinen Übungsplan aufzunehmen. Natürlich sollte er vorrangig, und in jedem Fall, den mit Ihnen vereinbarten Übungsplan bearbeiten. Mithilfe dieser Frage lässt sich im Verlauf gut erkennen, ob der Patient den vereinbarten Übungsplan einhält. Zudem ist es, in Bezug auf den weiteren Verlauf des Telefonates, für die MFA wichtig zu wissen, über welche konkrete(n) Übung(en) sie sich mit dem Patienten gerade unterhält.

Maximale Angststärke in der letzten Übung (wird erst ab Woche 6 abgefragt):

9. „Wie hoch ist die Angst in der letzten Übung maximal angestiegen (von 0 bis 10)?“

0 Keine Angst	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10 Extreme Angst
maximale Angst war auf 4 oder größer „Es ist sehr gut, dass Sie sich Ihrer Angst stellen. Weiter so!“										<input checked="" type="checkbox"/>
maximale Angst war auf 3 oder kleiner „Sehr gut, dass Sie geübt haben. Es wäre toll, wenn noch etwas mehr Angst beim Üben auftritt - nur dann können Sie etwas daraus lernen.“										<input type="checkbox"/>

Auch wenn es für den Patienten zunächst unangenehm ist und ihn viel Überwindung kosten mag: Nur wenn in der Übung ausreichend Angst entsteht, kann er einen angemessenen Umgang mit der Angst erlernen. Umso mehr Angst während einer Übung entsteht, desto eindrucksvoller wird für den Patienten die Erfahrung sein, dass er trotzdem keinen Schaden nimmt und desto besser wird die Übung wirken. Daher soll der Patient auch für das Erleben und „Zulassen“ von Angst gelobt werden. Als Richtwert gilt, dass die Angst in der Übung auf einen Wert von mindestens 4 steigen sollte. War die maximale Höhe der Angst kleiner als 4, so kann das verschiedene Gründe haben. Im günstigen Fall entstand deshalb keine Angst in der Übung, weil die Behandlung bereits erfolgreich war. Dann sollte sich der Patient eine „schwierigere“ Übung vornehmen. Im anderen Fall wurde vermutlich falsch geübt: Möglicherweise hat der Patient etwas unternommen, um seine Angst zu unterbinden

oder zu verringern, d.h. er hat bewusst oder unbewusst Vermeidungsverhalten eingesetzt. Dieser Möglichkeit sollten Sie im Gespräch unbedingt nachgehen, um mit Patienten ggf. gemeinsam zu überlegen, wie er das Vermeidungsverhalten bei zukünftigen Übungsdurchgängen unterlassen kann.

Angstverlauf in den Situationsübungen (wird erst ab Woche 12 abgefragt):

10. „In einer Situationsübung müssen Sie solange abwarten, bis die Angst von alleine wieder deutlich abgenommen hat (etwa auf 2 fällt) - ist Ihnen das in der letzten Übung gelungen?“

Ja

„Eine sehr wichtige Erfahrung: Die Angst hat also von alleine abgenommen, und Ihnen ist in der Situation gar nichts Schlimmes geschehen!“

Nein

„Bitte versuchen Sie, länger in der Übung zu bleiben. Die Angst wird von ganz alleine wieder weggehen. Es kann Ihnen nichts Schlimmes geschehen.“

Diese Frage ist sehr bedeutsam, denn sie zielt auf die korrekte Durchführung von Situationsübungen unter Einhaltung der Übungsregeln. Sie wird erst gestellt, wenn Sie mit dem Patienten bereits Situationsübungen vereinbart haben (nach Arzttermin 3 in Woche 12). Mit dieser Frage wird überprüft, ob der Patient die letzte Situationsübung lange genug durchgehalten hat, um eine Reizgewöhnung zu erleben. *Als Richtwert gilt, dass die Angst im Rahmen der Zehnerskala auf etwa 2 fallen sollte.* Ein vorzeitiger Übungsabbruch ist als Flucht- bzw. Vermeidungsverhalten zu werten. Da ein solches Fluchtverhalten aber dem Behandlungsprinzip widerspricht, können die Übungen dann nicht den erwünschten Erfolg zeigen. Es ist daher äußerst wichtig, dass Sie in diesem Fall mit dem Patienten Kontakt aufnehmen, um den Grund für das vorzeitige Verlassen der Übungssituation zu erfragen. Besprechen Sie mit dem Patienten, wie er das Fluchtverhalten bei zukünftigen Übungsdurchgängen unterlassen kann. Es kann zudem sinnvoll sein, zusammen mit dem Patienten zunächst eine einfachere Übung auszuwählen. Gegebenenfalls ist die generelle Behandlungsbereitschaft zu besprechen und zu stärken.

Mitteilungen:

11. „Gibt es noch etwas wichtiges, das Sie der Ärztin/dem Arzt mitteilen möchten?“

Ja (Bitte notieren!) _____

Nein

12. Persönliche Einschätzung von MFA: Ist Ihnen während des Gesprächs etwas besonderes aufgefallen? (z.B. Widersprüchlichkeit, Konfliktsituation etc.)

Ja (bitte notieren!) _____

Nein

13. Mitteilungen von Ärztin/Arzt an MFA:

Behandlung bleibt unverändert

Zusätzlichen Arzt-Patientenkontakt vereinbaren

Sonstiges (bitte notieren): _____

Dieser Raum für Notizen dient einer Erleichterung der Kommunikation im therapeutischen Dreierbündnis zwischen Arzt, MFA und Patient. Als Ihr „verlängerter Arm“ kann die MFA mögliche Fragen des Patienten an Sie weiterleiten - bitte gehen Sie von sich aus darauf ein, wenn Sie das nächste Mal Kontakt zum Patienten haben. Die

MFA kann wichtige eigene Eindrücke notieren, die sie während des Telefongesprächs gewonnen hat und die sozusagen „zwischen den Zeilen“ stehen. Sie selbst haben die Möglichkeit, der MFA schriftlich mitzuteilen, dass sie einen Zusatzkontakt mit dem Patienten in der Praxis vereinbaren soll, falls Sie das für notwendig erachten, oder andere Mitteilungen an sie machen.

Das JAMoL-Ampelschema

Die durch den JAMoL erhobenen Informationen werden von Ihrer MFA mithilfe eines Ampelschemas markiert. Das Ampelschema **bietet der MFA Handlungshinweise** bezüglich der Dringlichkeit der Weiterleitung der erhobenen Informationen. Ihnen als Behandler hilft das Ampelschema bei der Einschätzung des aktuellen Symptom- und Behandlungsverlaufes und **bietet Empfehlungen für das weitere therapeutische Vorgehen** (vgl. Tabelle 5).

ROT MARKIERTE INFORMATIONEN

Rot signalisiert Ihnen unmittelbaren Handlungsbedarf. Der JAMoL hat dann Hinweise auf einen aktuell ungünstigen Symptom- oder Behandlungsverlauf erbracht. Die MFA soll die JAMoL-Ergebnisse zeitnah mit Ihnen besprechen. Es wird Ihnen empfohlen, zum Patienten einen zusätzlichen (telefonischen oder persönlichen) Kontakt herzustellen. Bitte dokumentieren Sie solche Kontakte online. Bitte sprechen Sie den Patienten wohlwollend und direkt auf die rot markierten Punkte an. Erfragen Sie zunächst die genaue Sachlage. Dann entscheiden Sie, ob und wie Sie therapeutisch darauf reagieren wollen:

Rot bei JAMoL 1-5 oder bei 6: Die Angstsymptomatik hat sich gegenüber dem Therapiebeginn deutlich verschlechtert bzw. ist aktuell stark ausgeprägt.

- **Mögliches therapeutisches Vorgehen:** Aktuelle Symptomverschlechterungen können zusätzliche medizinische Maßnahmen indizieren (z.B. antidepressive Medikation oder Überweisung in eine fachspezialistische Mitbehandlung; vgl. Kap. 3.3). Bitte beachten Sie aber, dass moderate und vorübergehende Symptomverstärkungen in den ersten vier bis sechs Wochen nach Beginn der Angstübungen zu erwarten sind. Diese initialen Symptomverstärkungen können als Ausdruck einer vorübergehenden Erhöhung der Grundanspannung im Zuge der Angstbehandlung auftreten und sich bei guter Compliance im weiteren Therapieverlauf automatisch normalisieren.

Rot bei JAMoL 7: Der Patient nimmt derzeit die vereinbarten Übungen überhaupt nicht in Angriff (schlechte Compliance). Die Wirksamkeit des PREMA-Übungsprogramms ist dadurch stark gefährdet.

- **Mögliches therapeutisches Vorgehen:** Sollte der Patient die vereinbarten Übungen nicht durchführen, ist möglicherweise die gewählte Übung „zu schwer“, das heißt sie wird zu stark gefürchtet. In diesem Fall kann es sinnvoll sein, im Sinne eines Zwischenschrittes zunächst eine einfachere Übung zu vereinbaren. Gegebenenfalls ist jedoch die generelle Behandlungsmotivation des Patienten wohlwollend zu besprechen und zu stärken. Hinweise zu einer motivierenden Gesprächsführung finden Sie u.a. in Kapitel 4.4.

Rot bei JAMoL 10: Der Patient zeigt starkes Vermeidungsverhalten bei der Übungsdurchführung (falsches Üben bzw. schlechte Compliance). Die Wirksamkeit des PREMA-Übungsprogramms ist dadurch stark gefährdet. Ein vorzeitiger Übungsabbruch (das heißt: die Angst hat in der Situation nicht deutlich abgenommen) kommt im Prinzip einem Fluchtverhalten gleich. Der Patient missachtet somit die wichtigste Übungsregel und nimmt sich dadurch die Möglichkeit, in der Übungssituation therapeutisch wertvolle Erfahrungen zu machen.

- **Mögliches therapeutisches Vorgehen:** Mit dem Patienten sollte sehr zeitnah der komplette Übungsverlauf besprochen werden. Eine strukturierte Besprechung des Übungsverlaufs gelingt Ihnen leicht, wenn Sie sich zu diesem Zweck das vom Patienten auszufüllende „Übungsprotokoll für Situationsübungen“ mit ihm gemeinsam auswerten. Im Gespräch sollten Sie dem Patienten erläutern, dass Flucht- und

Vermeidungsverhalten langfristig die Aufrechterhaltung der Angststörung bedingen. Dann sollte besprochen werden, wie der Patient das Fluchtverhalten bei zukünftigen Übungsdurchgängen unterlassen kann. War die Übung zu stark angstausslösend, so können Sie den Übungsplan anpassen, indem Sie mit dem Patienten, im Sinne eines Zwischenschrittes, zunächst eine leichtere Übung vereinbaren. Gegebenenfalls ist die generelle Behandlungsbereitschaft zu besprechen und zu stärken.

GELB MARKIERTE INFORMATIONEN

Gelb ist als Hinweis auf einen nur tendenziell ungünstigen Symptom- oder Behandlungsverlauf zu werten. Die MFA soll Sie auf den JAMoL in jedem Fall gesondert aufmerksam machen, damit Sie frühzeitig davon Kenntnis erlangen. Es wird Ihnen empfohlen, die entsprechenden Werte zu beobachten und den Patienten beim nächsten regulären Kontakt darauf anzusprechen. Auch hier erfragen Sie bitte zunächst die genaue Sachlage. Dann entscheiden Sie, ob und wie Sie therapeutisch darauf reagieren wollen (vgl. obige Erläuterungen zu den rot markierten Informationen).

- **Gelb bei JAMoL 9** indiziert ein ähnliches Vorgehen wie unter „Rot bei JAMoL 10“ beschrieben wurde.
- **Gelb bei JAMoL 11** signalisiert Ihnen ein Informationsbedürfnis auf Seiten des Patienten. Bitte gehen Sie darauf bei Ihrem nächsten Patientenkontakt ein.
- **Gelb bei JAMoL 12** signalisiert Ihnen Mitteilungen der MFA über wahrgenommene Auffälligkeiten im Gespräch. Es obliegt Ihrer Entscheidung, ob und wann Sie mit der MFA und dem Patienten darüber Rücksprache halten wollen.

GRÜN MARKIERTE INFORMATIONEN

Grün signalisiert Ihnen einen unauffälligen Symptom- bzw. Behandlungsverlauf. In diesem Fall begutachten Sie den JAMoL bitte spätestens vor dem nächsten PREMA-Arzttermin.

Anhaltend schlechter Symptom- oder Behandlungsverlauf JAMoL

Ein anhaltend schlechter Symptom- oder Behandlungsverlauf liegt dann vor, **wenn in drei aufeinander folgenden MFA-Telefonkontakten ein und derselbe inhaltliche Punkt in den entsprechenden JAMoL-Telefonfragebögen rot markiert worden ist**. Das bedeutet: Trotz der Bemühungen des Praxisteam, der von Ihnen angebotenen Zusatzkontakte und der ggf. durchgeführten Therapieanpassungen scheint das PREMA Übungsprogramm bei dem betreffenden Patienten nicht die gewünschte Wirkung zu entfalten. In diesem Fall sollten Sie sich überlegen, den Patienten besser in eine ambulante fachpsychiatrische oder psychotherapeutische Mitbehandlung zu überweisen.

Tabelle 5 | Der Umgang mit dem Ampelschema des JAMoL-Telefonfragebogens

Farbe	Klinische Interpretation	Handlungsanweisung an die MFA	Empfehlung an den Arzt
Rot	<p>Ungünstige Werte</p> <p>Je nach Frage entweder Hinweis auf:</p> <ul style="list-style-type: none"> • aktuell stark ausgeprägte Angstsymptomatik oder deutliche Angstsymptomverschlechterung (im Vergleich zum Therapiebeginn) 	<p>Rascher Bericht an den Arzt</p> <p>Die MFA soll Ihnen die JAMoL-Ergebnisse <i>noch am gleichen Tag</i> kurz mit Ihnen persönlich besprechen.</p>	<p>Zeitnaher zusätzlicher Patientenkontakt!</p> <p>Motivierende Gespräche, Therapieanpassungen oder zusätzliche therapeutische Maßnahmen sind wahrscheinlich angezeigt.</p>

	<ul style="list-style-type: none"> • ausbleibendes oder fehlerhaftes Üben des Patienten (schlechte Compliance) 		Bitte nehmen Sie daher zu dem Patienten zeitnah telefonischen Kontakt auf oder bestellen Sie ihn für eine Zusatzkonsultation in die Praxis.
Gelb	<p>Tendenziell ungünstige Werte</p> <p>Je nach Frage entweder Hinweis auf:</p> <ul style="list-style-type: none"> • mittelstark ausgeprägte Angstsymptomatik oder leichte Angstsymptomverschlechterung (im Vergleich zum Therapiebeginn) • seltenes oder zurückhaltendes Üben des Patienten (tendenziell schlechte Compliance) • offene Fragen des Patienten oder Auffälligkeiten im Gespräch 	<p>Bericht an den Arzt!</p> <p>Die MFA soll sie auf die JAMoL-Ergebnisse aufmerksam machen.</p>	<p>Werte beobachten und Patienten beim nächsten regulären Arzttermin darauf ansprechen!</p> <p>Motivierende Gespräche, Therapieanpassungen oder zusätzliche therapeutische Maßnahmen sind in Erwägung zu ziehen.</p> <p>Erwägen Sie zudem, den Patienten bereits vor dem nächsten regulären Arzttermin zu kontaktieren oder in die Praxis zu bestellen.</p>
Grün	<p>Unbedenkliche Werte</p> <p>Je nach Frage entweder Hinweis auf:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Verbesserung oder zumindest keine Verschlechterung der Angstsymptomatik im Vergleich zum Therapiebeginn • Richtiges Üben des Patienten (gute Compliance) • keine offene Fragen des Patienten oder Auffälligkeiten im Gespräch 	<p>Kein unmittelbarer Bericht an den Arzt erforderlich</p>	<p>Behandlung wie geplant fortsetzen!</p>

Die Depressions Monitoring Liste (DeMoL)

Mit Hilfe des sogenannten DeMoL-Fragebogens (Abb. 11), der 11 kurze Multiple-Choice-Fragen umfasst, erfragt die MFA in regelmäßigen Abständen den Gesundheitszustand des Patienten. Anhand eines vorgegebenen Bewertungsschemas werden Auffälligkeiten sofort deutlich. Sollten diese auftreten, informiert Sie die Case Managerin sobald wie möglich, und Sie können über das weitere Vorgehen entscheiden. Informationen, die über den Fragebogen hinausgehen, leitet Ihre MFA ebenfalls sofort an Sie weiter.

.....

Datum des Telefonats/Zeitpunkt

Name des Patienten und Nummer

Name der Case Managerin

		Gespräch sofort zum Arzt	Information unverzüglich an Arzt	Bericht an Arzt	Unaufällig
Fragen 1-9 aus: "Gesundheitsfragebogen für Patienten" (PHQ-D)					
Wie oft fühlten Sie sich im Verlauf der letzten 2 Wochen durch die folgenden Beschwerden beeinträchtigt?					
1. Wenig Interesse oder Freude an Ihren Tätigkeiten					
A	Beinahe jeden Tag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B	An mehr als der Hälfte der Tage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C	An einzelnen Tagen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D	Überhaupt nicht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Niedergeschlagenheit, Schwermut oder Hoffnungslosigkeit					
A	Beinahe jeden Tag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B	An mehr als der Hälfte der Tage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C	An einzelnen Tagen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D	Überhaupt nicht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Schwierigkeiten, ein- oder durchzuschlafen, oder vermehrter Schlaf					
A	Beinahe jeden Tag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B	An mehr als der Hälfte der Tage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C	An einzelnen Tagen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D	Überhaupt nicht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Müdigkeit oder Gefühl, keine Energie zu haben					
A	Beinahe jeden Tag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B	An mehr als der Hälfte der Tage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C	An einzelnen Tagen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D	Überhaupt nicht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Verminderter Appetit oder übermäßiges Bedürfnis zu essen					
A	Beinahe jeden Tag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B	An mehr als der Hälfte der Tage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C	An einzelnen Tagen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D	Überhaupt nicht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Schlechte Meinung von sich selbst; Gefühl, ein Versager zu sein oder die Familie enttäuscht zu haben					
A	Beinahe jeden Tag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B	An mehr als der Hälfte der Tage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C	An einzelnen Tagen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D	Überhaupt nicht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Schwierigkeiten, sich auf etwas zu konzentrieren, z.B. beim Zeitunglesen oder Fernsehen					
A	Beinahe jeden Tag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B	An mehr als der Hälfte der Tage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C	An einzelnen Tagen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D	Überhaupt nicht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Name des Patienten _____

Gespräch sofort zum
Arzt
Information
unverzüglich an Arzt
Bericht an Arzt
Unausfüllig

8. 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?

A *Beinahe jeden Tag* **Unausfüllig**
 B *An mehr als der Hälfte der Tage*
 C *An einzelnen Tagen*
 D *Überhaupt nicht*

9. Gedanken, dass Sie lieber tot wären oder sich Leid zufügen möchten?

A *Beinahe jeden Tag*
 B *An mehr als der Hälfte der Tage*
 C *An einzelnen Tagen*
 D *Überhaupt nicht*

Fragen 10-15: Depressions Monitoring Liste (DeMoL)

10. Haben Sie die Medikamente seit unserem letzten Gespräch wie verordnet genommen?

Ja → (Verstärkung z.B. "Das ist gut.")
 Nein → Einnahme mit Unregelmäßigkeiten
 ("Die Medikamente können nur wirken, wenn Sie sie regelmäßig nehmen.")
 Aufgehört, Tabletten zu nehmen
 ("Dann müssen wir noch einmal über die Behandlung reden und überlegen, was am besten für Ihre Situation geeignet ist.")

11. Sie hatten im Gespräch mit Ihrer Ärztin / Ihrem Arzt ein Ziel vereinbart. Hat das geklappt?

Ja → (Verstärkung z.B. "Das ist gut.")
 Nein → ("Das sollten Sie beim nächsten Arzttermin nochmals besprechen.")

12. Gibt es etwas ganz Wichtiges, was Sie dem Arzt mitteilen wollen?

Ja → _____
 Nein → _____

13. Vereinbarung eines Folgetermins
 Datum: _____ **Ende des Telefonats**

14. Persönliche Einschätzung der Case Managerin
 Ist Ihnen an dem Patienten bzw. etwas im Gespräch aufgefallen? (z.B. Widersprüchlichkeit, Konfliktsituation etc.)

Ja → _____
 Nein → _____

15. Informationen des Arztes an die Case Managerin

Behandlung bleibt unverändert
 Behandlungsänderung
 Medikationsänderung
 nächster Arzt-Patientenkontakt
 Sonstiges: _____

Zur Kenntnis genommen:

Datum _____ Arzt _____ Datum _____ Case Managerin _____

Fragen 1-9: Depressionsmodul des PHQ-D © 2002 Pfizer GmbH, Übersetz./Validierung: Löwe, Zipfel, Heitzog.
 Original: Spitzer, Kroenke, Williams 1999
 Fragen 9-15: Ampelschema: DeMoL © 2006 Gensichen, Torge, Peitz, Mosej, Frey, Universität Frankfurt a.M.

Abbildung 12 | DeMoL Monitoring-Liste

Hintergrund und Bedeutung der einzelnen DeMoL-Punkte

Ihre MFA mag vielleicht irgendwann die Frage aufwerfen, wozu die immergleichen Fragen gut seien und ob es dem Patienten nicht auch schon guttue, wenn man ihn ab und zu anruft, um beispielsweise über Fußball zu sprechen. Warum regelmäßig anrufen, wenn es ihm vielleicht sowieso gerade gut geht?

Die Antwort ist, dass es bei den regelmäßigen Anrufen und den immergleichen Fragen darum geht, ein Sicherheitsnetz für den Patienten zu spannen, auf das er sich fest verlassen kann. Die Message ist: „Da ist eine externe Instanz, die Dich stetig und wohlwollend im Blick hat, und das nicht nur, wenn es Dir schlecht geht.“ Für den Patienten ist es ungemein wichtig, dass die Hausarztpraxis aktiv auf ihn zukommt und ihn beobachtet, denn das genau kann er ja nicht mehr selbst tun. Die Anrufe geben ihm das Gefühl, Teil einer festen Seilschaft zu sein, die ihn durch die Krankheit führt, und der Fragebogen ist sein Kompass; er lernt, die Depression einzuschätzen und mit ihr umzugehen.

Nachfolgend finden Sie den kommentierten DeMol-Fragebogen mit integriertem PHQ:

1. Wenig Interesse oder Freude an Ihren Tätigkeiten	
A	Beinahe jeden Tag ■
B	An mehr als der Hälfte der Tage ■
C	An einzelnen Tagen ■
D	Überhaupt nicht ■

Hintergrund der Frage:

Diese Beschwerde ist neben Niedergeschlagenheit, Schwermut oder Hoffnungslosigkeit ein Hauptsymptom der Depression. Deshalb ist davon auszugehen, dass die meisten Patienten sie als Problem berichten. Es ist für sie selbst irritierend, dass sie keine Freude mehr an ihren Hobbys und Freizeitaktivitäten empfinden. Es reizt sie nichts mehr, kaum etwas macht ihnen noch Spaß. Viele Menschen legen auch keinen Wert mehr auf ein gepflegtes Äußeres. Dieses Depressionsmerkmal wird von Außenstehenden oft als Desinteresse oder Ablehnung fehlgedeutet.

Es ist wahrscheinlich, dass die meisten Patienten, insbesondere zu Beginn des Angebots, hier Antwortkategorie „A“ oder „B“ angeben. Grund: Ein deutlicher Ausschlag (gelbes oder oranges Kästchen) bei dieser und der nächsten Frage (dem Stimmungskriterium) ist Voraussetzung für die Diagnose „depressive Episode“.

2. Niedergeschlagenheit, Schwermut oder Hoffnungslosigkeit	
A	Beinahe jeden Tag ■
B	An mehr als der Hälfte der Tage ■
C	An einzelnen Tagen ■
D	Überhaupt nicht ■

Hintergrund der Frage:

Diese Beschwerden sind neben der in Frage 1 geschilderten Beschwerde die Hauptmerkmale einer Depression. Patienten beschreiben den Zustand sehr unterschiedlich: Manche sprechen von Niedergeschlagenheit, Hoffnungslosigkeit oder Verzweiflung, andere von Gefühllosigkeit. Damit ist gemeint, dass sie sich gefühlsmäßig wie tot erleben, das heißt reaktionslos auf äußere Ereignisse und unfähig, auf freudige wie auf bedrückende Ereignisse angemessen zu reagieren. Besonders diese Symptomatik wird als quälend erlebt. Wenn Patienten weinen, auch während des Gesprächs, ist das nicht unbedingt negativ zu bewerten; sie können sich sogar dadurch besser fühlen.

Viele beschreiben zusätzlich Angstgefühle, Irritierbarkeit und die Sorge, überfordert zu werden. Mehr als die Hälfte erleben Tagesschwankungen. Nur ca. 10% berichten diese Stimmungssymptomatik nicht, für sie stehen stattdessen körperliche Symptome im Vordergrund.

3. Schwierigkeiten, ein- oder durchzuschlafen, oder vermehrter Schlaf	
A	Beinahe jeden Tag ■
B	An mehr als der Hälfte der Tage ■
C	An einzelnen Tagen ■
D	Überhaupt nicht ■

Hintergrund der Frage:

Diese Beschwerde gilt ebenfalls als häufiges Symptom einer Depression und steht meistens auch am Beginn der Erkrankung. Die Patienten schlafen unruhig, werden nachts wach und können oft nicht wieder einschlafen. Der

Schlaf wird nicht als erholsam empfunden. Patienten beklagen, dass sie in den frühen Morgenstunden wach liegen und grübeln. Eher selten ist ein vermehrter Schlaf. Diese Frage bezieht sich auf Schlafstörungen, die im Rahmen der Depression auftreten und nicht auf Schlaflosigkeit z.B. wegen Lärm aus der Nachbarwohnung.

Schlafschwierigkeiten werden von den meisten Patienten benannt und sind insgesamt sehr weit verbreitet, auch bei Menschen ohne depressive Erkrankung („Volkskrankheit“). Einige Patienten berichten, dass sie sich nach einer Zeit mit erheblichen Schlafschwierigkeiten (Antwort A) psychisch sehr schlecht fühlen, so dass diese Beschwerde auf jeden Fall ernst zu nehmen ist. Einige Antidepressiva wirken gezielt gegen dieses Problem, da sie eine „schlafanstoßende“ oder „sedierende“ Komponente beinhalten, und die Patienten fühlen sich nach einer Zeitspanne mit regelmäßigem Schlaf psychisch besser.

4. Müdigkeit oder Gefühl, keine Energie zu haben	
A	Beinahe jeden Tag ■
B	An mehr als der Hälfte der Tage ■
C	An einzelnen Tagen ■
D	Überhaupt nicht ■

Hintergrund der Frage:

Patienten erleben sich als kaum belastbar. Alltäglichkeiten, wie z.B. Anziehen, sind erschöpfend, kleinste Anstrengungen werden als kaum überwindbare Hürde empfunden. Die Betroffenen ziehen sich häufig ins Bett zurück, um dem Gefühl der Erschöpfung nachgeben zu können. Sie fühlen sich trotzdem ständig müde und abgeschlagen.

Bei Patienten, die ständig das Gefühl haben, ohne Energie zu sein, können die Alltagsaktivitäten regelrecht zum Erliegen kommen. Sie verbringen die Tage weitgehend im Bett. Im Extremfall ist sogar die Selbstversorgung gefährdet (deshalb Orange bei Antwort A).

5. Verminderter Appetit oder übermäßiges Bedürfnis zu essen	
A	Beinahe jeden Tag ■
B	An mehr als der Hälfte der Tage ■
C	An einzelnen Tagen ■
D	Überhaupt nicht ■

Hintergrund der Frage:

Depressive Menschen haben oft keinen Appetit mehr (das ist bei ca. 70% der Fall), manche „zwingen“ sich regelrecht zu essen. Manche beschreiben das Essen als geschmacksarm. Als auffällig wird ein Gewichtsverlust von 5% des Ausgangsgewichts pro Monat betrachtet. Einige Patienten essen tatsächlich nichts mehr oder nur noch sehr wenig.

Nicht so häufig, aber möglich ist das Gegenteil: ein vermehrter Appetit und Gewichtszunahme. Diese Variante ist dann nicht so einfach von der häufigen Nebenwirkung von Antidepressiva zu unterscheiden.

6. Schlechte Meinung von sich selbst; Gefühl, ein Versager zu sein oder die Familie enttäuscht zu haben	
A	Beinahe jeden Tag ■
B	An mehr als der Hälfte der Tage ■
C	An einzelnen Tagen ■
D	Überhaupt nicht ■

Hintergrund der Frage:

Depressive Menschen beurteilen sich selbst sehr schlecht und betrachten sich als wertlos. Dies betrifft auch Menschen, die ansonsten ein normales Selbstwertgefühl haben: Eigene Fähigkeiten werden unterschätzt, auch im Rückblick auf die Vergangenheit. Dies kann sich dahingehend entwickeln, dass kleine Unkorrektheiten nunmehr als große, ungerechtfertigte Schuld empfunden werden. Bei einem geringen Prozentsatz kann sich das bis zu einer Realitätsverkennung steigern. Einige Betroffene betrachten sich als Belastung für die Familie oder andere Menschen. Solch negative Gedanken und Sichtweisen können den Patienten stark bedrücken und sich besonders bei sozialem Rückzug immer weiter verstärken. Es kann sich eine „Abwärtsspirale“ entwickeln, die Gedanken an den Tod schürt.

Auf diese Frage muss sich auch die Case Managerin seelisch einstellen. Besprechen Sie mit ihr mögliche Gesprächsszenarien und Antworten.

7. Schwierigkeiten, sich auf etwas zu konzentrieren, z.B. beim Zeitunglesen oder Fernsehen	
A	Beinahe jeden Tag ■
B	An mehr als der Hälfte der Tage ■
C	An einzelnen Tagen ■
D	Überhaupt nicht ■

Hintergrund der Frage:

Dieses Problem macht sich bei der Bewältigung selbstverständlicher Alltagsangelegenheiten wie Einkaufen, Fernsehgucken oder Lesen bemerkbar. Die Patienten können sich nicht auf die jeweilige Situation konzentrieren, weil ihre Aufmerksamkeit von ständigen Grübeleien und Zweifeln beansprucht ist. Dies kann auch bedeuten, dass sich eine Entscheidungsunfähigkeit breitmacht. Betroffene im mittleren oder höheren Alter glauben sogar manchmal, an einer Alzheimer-Demenz zu leiden.

8. 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?	
A	Beinahe jeden Tag ■
B	An mehr als der Hälfte der Tage ■
C	An einzelnen Tagen ■
D	Überhaupt nicht ■

Hintergrund der Frage:

Depressive Menschen wirken häufig verlangsamt, sprechen leise und zögerlich, machen lange Pausen, so dass sich Gespräche schwierig gestalten können. Gleichzeitig können sie eine quälende innere Unruhe empfinden. Manche Patienten sind nicht in der Lage, still zu sitzen. Sie sind zappelig und wirken getrieben und ruhelos. Vor allem bei schweren Formen der Depression sind hier erhebliche Beschwerden zu erwarten.

9. Gedanken, dass Sie lieber tot wären oder sich Leid zufügen möchten?	
A	Beinahe jeden Tag ■
B	An mehr als der Hälfte der Tage ■
C	An einzelnen Tagen ■
D	Überhaupt nicht ■

Hintergrund der Frage:

Es handelt sich hierbei nicht um eine abgeklärte Suizidalität, sondern lediglich um den Verdacht. Die Abklärung der Suizidalität geschieht immer durch den Arzt.

Manche Depressive empfinden ihre Situation als so schlimm und hoffnungslos, dass sie glauben, es sei besser, tot zu sein. Dies ist nicht zwingend gleichbedeutend mit Suizidgedanken, sondern entspricht dem Wunsch, dass dieser Zustand aufhören möge.

Es können aber tatsächlich handfeste Suizidgedanken bestehen oder gar ein konkreter Plan, sich einen Strick oder eine Pistole zu besorgen und sich das Leben zu nehmen, bis hin zum bereits durchgeführten Suizidversuch. Wenn solche Gedanken fast jeden Tag auftreten, ist dies eine **Notsituation!** Ihre MFA muss wissen, dass Sie in diesem Fall umgehend benachrichtigt werden müssen.

Die Angst vor dieser Frage sollten Sie ihr nehmen. Depressive bringen sich nicht um, weil sie jemand fragt, ob sie Suizidgedanken hegen. Im Gegenteil: Viele empfinden es als Erleichterung, aktiv darauf angesprochen zu werden und darüber reden zu können.

10.	Patient nimmt Antidepressiva.	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	
Wenn Ja: Haben Sie die Medikamente seit unserem letzten Gespräch wie verordnet genommen?				
Ja	→	(Verstärkung, z.B. "Das ist gut.")		<input checked="" type="checkbox"/>
Nein	→	Einnahme mit Unregelmäßigkeiten		<input type="checkbox"/>
		(<i>"Die Medikamente können nur wirken, wenn Sie sie regelmäßig nehmen."</i>)		
		Aufgehört, Tabletten zu nehmen		<input type="checkbox"/>
		(<i>"Dann müssen wir noch einmal über die Behandlung reden und überlegen, was am besten für Ihre Situation geeignet ist."</i>)		

Hintergrund der Frage:

Oft sind Patienten nicht in der Lage, ihre Medikamente zuverlässig einzunehmen. Bei manchen stellen sich unangenehme Nebenwirkungen ein, die sie nicht hinnehmen möchten (z.B. Mundtrockenheit, Gewichtszunahme). Andere verstehen nicht, dass diese Sorte Medikamente nur dann wirken können, wenn sie über einen gewissen Zeitraum und regelmäßig eingenommen werden – es sind keine Bedarfsmedikamente, wie Schmerz- oder Schlafmittel. Solche Probleme müssen beim nächsten Termin unbedingt aufgegriffen werden, um mit einer Dosisanpassung oder einem Präparatwechsel darauf zu reagieren.

Eine Behandlung kann jedoch nur erfolgreich sein, wenn sie wirklich stattfindet, das heißt, es ist wichtig, die passende Medikation für den jeweiligen Patienten zu einem möglichst frühen Zeitpunkt zu finden. Sollte der Patient mit der Erstverordnung Schwierigkeiten haben, gilt es, den Grund dafür herauszufinden und darauf zu reagieren. Die MFA sollte diejenigen Patienten loben, die ihre Medikamente regelmäßig einnehmen, um ihr Verhalten zu verstärken.

11.	Sie hatten im Gespräch mit Ihrer Ärztin / Ihrem Arzt ein Ziel vereinbart.		
Hat das geklappt?			
Ja	→	(Verstärkung, z.B. "Das ist gut.")	<input checked="" type="checkbox"/>
Nein	→	(<i>"Das sollten Sie beim nächsten Arzttermin nochmals besprechen."</i>)	<input type="checkbox"/>

Warum ein „Ziel“: Ziele sind neben der Aufklärung, Transparenz und Struktur der Behandlung wichtige Wirkkomponenten in der Depressionsbehandlung, Stichwort: Psychoedukation. Dabei geht es immer um Genuss-Ziele, nicht um Leistungsziele. Diese Genuss-Ziele sollen der Erkenntnis dienen: „Ich kann aktiv etwas für mein Wohlbefinden tun.“

Das „Ziel“ als „Mini-Intervention“: Setzen Sie ein erreichbares Ziel, das Sie mit Ihrem Patienten vereinbaren. Formulieren Sie es ganz konkret und halten Sie es am besten schriftlich fest. Dieses Ziel sollten Sie im Auge behalten und es regelmäßig ansprechen. Es geht nicht darum, Druck zu erzeugen, sondern darum, den Patienten positiv zu verstärken. Das gemeinsame Aussuchen von alltäglichen Zielen ist Teil des therapeutischen Handelns.

Beispiele für Ziele:

- Körperübungen in PREMA regelmäßig durchführen
- Körperliche Aktivität, z.B. täglich 30 Minuten spazieren gehen oder im Garten arbeiten
- Soziale Kontakte, z.B. weiterhin zu den wöchentlichen Chorproben oder ins Training gehen
- Kino, Eisessen, Museum, Flohmarkt
- Angehörige und Freunde einbeziehen: z.B. sich einer guten Freundin anvertrauen
- Steigerung positiver Aktivität, „sich was Gutes tun“

12. Gibt es etwas ganz Wichtiges, was Sie dem Arzt mitteilen wollen?	
Ja	→ <input type="text"/>
Nein	→ <input type="text"/>

Hintergrund der Frage:

Mit dieser Abschlussfrage wird der Patient ermutigt, seine Wünsche an die Praxis oder Probleme, die bislang nicht erfasst werden konnten, zu äußern. Die MFA wird sie sehr sorgfältig dokumentieren.

Es kann sein, dass irgendwelche Veränderungen im Leben des Patienten eingetreten sind (z.B. Kündigung, Hund ist gestorben), die für ihn wichtig und bislang noch nicht erfragt worden sind. Wichtig hierbei ist, dass Sie Kenntnis davon bekommen, denn hieran kann der Patient wiederum erkennen, dass die praxisinterne Kommunikation funktioniert. Auch können sich andere gesundheitliche Probleme eingestellt haben, die noch nicht diagnostiziert und behandelt wurden.

14. Persönliche Einschätzung der Case Managerin Ist Ihnen an dem Patienten bzw. im Gespräch etwas aufgefallen? (z.B. Widersprüchlichkeit, Konfliktsituation etc.)	
Ja	→ <input type="text"/>
Nein	→ <input type="text"/>

Hinweis:

An dieser Stelle kommt die persönliche Einschätzung der Case Managerin ins Spiel, die notiert, wenn ihr etwas am Verhalten des Patienten aufgefallen ist, wie etwa eine veränderte Stimme oder Weinen/Euphorie. Sie achtet auf Widersprüche, z.B.: Der Patient hat nur „grüne Antworten“ gegeben, sie jedoch hat das Gefühl, dass es ihm im Gespräch sehr schlecht ging. Ihr Eindruck ist wichtig, denn die Patienten erzählen ihr vieles, womit sie Sie als Arzt nicht „belästigen“ wollen.

Das DeMoL-Ampelschema mit risikostratifizierten Handlungsempfehlungen

Der DeMoL-Fragebogen mit integriertem PHQ besteht aus 11 geschlossenen Fragen, zu denen es maximal vier vorgegebene Antwortmöglichkeiten gibt:

- Beinahe jeden Tag
- An mehr als der Hälfte der Tage
- An einzelnen Tagen
- Überhaupt nicht

Der Patient wählt aus diesen Vorgaben die zutreffende Antwort aus, die Sie entsprechend in das Ampelschema übertragen:

- **Rot** bedeutet Gefahr; also *Gespräch direkt zum Arzt* (links oben, wenn s/w-kopiert)
- **Orange** bedeutet *Informationen unverzüglich an Arzt* weitergeben
- **Gelb** bedeutet *Bericht an den Arzt* im Laufe des Tages
- **Grün** bedeutet *unauffällig* (rechts unten)

Farbe	Antwortkategorie	Bedeutung/Vorgehen
Rot	Gespräch zum Arzt	Wichtig: Sofortige Information an den Arzt ist erforderlich! Sie entscheiden über den weiteren Verlauf. Vereinbaren Sie mit Ihrer MFA, wie Sie unterbrochen werden dürfen.
Orange	Information unverzüglich an Arzt	Die MFA informiert Sie zeitnah , also z.B. wenn Sie das Sprechzimmer das nächste Mal verlassen. Sie entscheiden über das weitere Vorgehen, z.B. vorgezogener Termin, Medikationsänderung etc.
Gelb	Bericht an Arzt	Sie sollten im Laufe des Tages über das Ergebnis des Telefonats Bescheid wissen.
Grün	Unauffällig	Der Befund ist unauffällig.



Einleitung

Dieses Kapitel enthält ausführliche Erläuterungen zur Durchführung der im PREMA-Übungsprogramm vorgesehenen Arzttermine. Für jeden Termin sollten Sie sich 30-45 Minuten Zeit einplanen. Zu jedem Arzttermin benötigen Sie unter anderem Einsicht in die Online-Akte des Patienten.

Alle vier Arzttermine werden inhaltlich durch die Patienten vor- und nachbereitet. Der Patient hat die Aufgabe, vor jedem Arzttermin den entsprechenden Teil online zu lesen. Online findet der Patient wichtige Arbeitsblätter, die zum Teil während der Arzttermine ausgefüllt oder besprochen werden sollen. Falls der Patient die Arzttermine nicht vorbereitet hat, dann kann das ein Zeichen für eine suboptimale Behandlungcompliance sein. Bitte fragen Sie den Patienten dann offen und wohlwollend nach seiner aktuellen Behandlungsbereitschaft.



4.1 | Behandlungsstart (Woche 1)

Um das Übungsprogramm mit einem bestimmten Patienten zu starten, muss er in die Praxis bestellt werden. Aus Gründen der Studiendurchführungsqualität ist es wichtig, dass der Patient den **„Fragebogen für Patienten T0“** (Ausgangsmessung) ausgefüllt hat, *bevor* Sie ihn ins Sprechzimmer bitten und darüber informieren, dass Ihre Praxis der Interventionsgruppe zugeteilt wurde. Im Gespräch sagen Sie dem Patienten bitte, dass nun der Behandlungsstart des PREMA-Übungsprogramms stattfinden wird. Es empfiehlt sich, an dieser Stelle die aktuelle Behandlungsmotivation noch einmal kurz zu überprüfen.

Es hat sich gezeigt, dass es von großer Bedeutung für den Erfolg einer aktiven Patientenbegleitung ist, dass der Arzt das therapeutische Dreierbündnis zwischen sich, der MFA und dem Patienten „offiziell“ schließt. Daher ziehen Sie beim Behandlungsstart bitte die zuständige MFA zum Gespräch hinzu.

Stellen Sie dem Patienten die MFA als dessen „aktive Begleiterin“ im Rahmen der Angstbehandlung vor. Verdeutlichen Sie dem Patienten, dass die MFA

- über das PREMA-Übungsprogramm voll informiert ist
- die Aufgabe hat, den Patienten durch regelmäßige Telefonanrufe zu unterstützen
- im Rahmen des Übungsprogramms erste Ansprechpartnerin des Patienten ist
- alle wichtigen Informationen an Sie weiterleitet

Direkt danach hat die MFA das **MFA-Erstgespräch** mit dem Patienten zu führen. Wesentliche Ziele des MFA-Erstgesprächs sind Terminvergabe, Erläuterung des zeitlichen Behandlungsablaufes, Durchführung einer Depressions- oder Panikstörung-Basismessung (JAMoL, DeMoL) und die Ausgabe bzw. Erklärung der Studienmaterialien inkl. der TelePsy-Plattform. Der MFA sollten für das etwa 30 Minuten dauernde Erstgespräch angemessene räumliche und zeitliche Möglichkeiten zur Verfügung stehen.



4.2 | Arzttermin 1 - Aufklärung des Patienten über die Erkrankung und Behandlung - Psychoedukation, Problemdefinition, Zielsetzungen (30 Min) (Woche 3)

- Ziele:**
- Identifikation des Problemverhaltens
 - Definition eines Behandlungsziels
 - Exploration des Grundes/aufrechterhaltenden Faktors für das Problem
 - Benennung der Problememotion

Die Psychoedukation bereitet die Einführung der Übungen vor, gibt dem Patienten die nötige Sicherheit und motiviert ihn für die selbstständige Durchführung der Übungen. Der Patient soll gestärkt werden, um besser mit seiner Erkrankung umgehen zu können. Im Vorfeld des Termins soll der Patient die online bereitgestellten Informationsmaterialien zu diesem Termin gelesen haben. Dadurch werden ihm die in Arzttermin 1 zu besprechenden Inhalte bereits vertraut sein. Jedoch wird der Patient in der Regel viele Fragen dazu haben, die er sich idealerweise in seiner Online-Akte notiert hat. Bitte geben Sie dem Patienten grundsätzlich die Möglichkeit, Ihnen diese Fragen auch zu stellen. Bis dato sollte ferner der erste MFA-Telefonkontakt stattgefunden haben.

Ablauf bei Patienten mit Panikstörung

Vor dem Gespräch:

- Begutachten Sie bitte JAMoL-Fragebogen 1, um über die aktuelle Symptomstärke informiert zu sein.

Schritt 1: Erlebte Panikattacke als Kampf-/Flucht-Reaktion einordnen

Bitten Sie den Patienten, Ihnen eine typische Panikattacke zu nennen, an die er sich gut erinnern kann (z.B. die erste, die letzte, eine besonders starke). Lassen Sie sich kurz die dabei erlebten Symptome schildern. Bitte notieren Sie sich in der Behandlungsmappe, welche Symptome der Patient nennt - Sie werden diese Informationen später bei der Übungsauswahl benötigen.

Dann bezeichnen Sie die geschilderten Angstsymptome als Anzeichen einer starken, aber völlig ungefährlichen Kampf-/Flucht-Reaktion. Machen Sie deutlich, dass alle Menschen Angst erleben können, weil dies evolutionär sinnvoll war und dem Überleben dienlich ist. Dabei sollten Sie Folgendes erwähnen:

- Auslösung der Kampf-/Flucht-Reaktion durch die Wahrnehmung von Gefahren oder Bedrohungen

- Steuerung der Kampf-/Flucht-Reaktion über Hormone und das vegetative Nervensystem (verhindert „akute Überlastung“ des Körpers)
- Sinnhaftigkeit der Angstsymptome bei der Begegnung mit realen Gefahren. Tabelle 6 liefert Ihnen Anregungen dafür, wie Sie dem Patienten die evolutionäre „Zweckhaftigkeit“ einiger Angstsymptome erläutern können.

Tabelle 6 | Symptome einer Kampf-/Flucht-Reaktion und deren Funktion

Symptome	Was passiert im Körper?	Warum passiert das?
Kribbeln in Händen und Füßen (Zehen)	Verengung der Adern in Bereichen, die für Kampf oder Flucht nicht gebraucht werden, zum Beispiel: Magen, Finger, Zehen, Haut Erweiterung der Adern in Bereichen, auf die es in Gefahrensituationen ankommt, wie zum Beispiel Muskeln der Arme und Beine	Die Erhöhung der Sauerstoff- und Zuckerzufuhr in den Muskeln ermöglicht eine bessere Verteidigung
Blasse Hautfarbe Kalte Haut	Geringere Durchblutung der Haut	Bei geringerer Durchblutung der Haut besteht eine geringere Verletzungsgefahr bei Verletzungen
Schwindel	Erhöhung der Empfindlichkeit des Gleichgewichtsorgans	Bei Kampf und Flucht-Reaktionen benötigt der Körper umfangreiche Informationen über seine Lage im Raum
Herzrasen, Herzpochen Pulsieren der Herzschlagader	Erhöhung der Herzfrequenz und damit eine Vergrößerung der transportierten Blutmenge	Der gesamte Körper wird sehr gut mit frischem Blut versorgt, „verbrauchtes“ Blut wird schnell abtransportiert
Trockener Mund, flaues Gefühl im Magen, Übelkeit, Übereben	Einschränkung der Verdauungstätigkeit (z.B. durch Verringerung des Magensaftes), Entleerung des Magen-Darm-Trakts	Blut wird vom Magen-Darm-Trakt abgezogen, um in die Muskeln fließen zu können; um bei einer möglichen Flucht schnell sein zu können, wird durch die Ausscheidung das Körpergewicht vermindert
Tunnelblick, helle Punkte im	Erweiterung der Pupillen	

Blickfeld		Fokussierung auf die Gefahrenquelle. Der vermehrte Lichteinfall führt zu einer besseren Ausleuchtung des Blickfeldes. So kann man auch Verstecktes und dunkle Ecken besser sehen
Alle Geräusche sind zu laut	Erhöhung der Empfindlichkeit des Hörsystems	Um auch leise Geräusche hören zu können, die auf eine sich nähernde Bedrohung hinweisen können
Sehr schnelle Atmung, auch gefühlt als Atemnot	Erweiterung der Lungenflügel	Es soll so viel Sauerstoff wie möglich eingeatmet und so viel Kohlendioxid wie möglich ausgeatmet werden
Anspannung im Körper Zittern	Erhöhung der Muskelanspannung	Muskeln werden auf sofortigen Kampf oder Flucht vorbereitet
Schwitzen	Vorbereitende Aktivierung des Kühlsystems des Körpers	Durch die Anspannung der Muskulatur wird Wärme in den Muskeln produziert - Schwitzen bietet Schutz vor Überhitzung des Körpers

Schritt 2: Übertriebene Befürchtungen entkräften

Bitte beachten Sie, dass es dem Patienten krankheitsbedingt schwer fallen kann, seine (teilweise sehr unangenehmen) körperlichen Symptome im Kontext einer harmlosen sympathikotonen Kampf-/Flucht-Reaktion zu sehen. Zumeist wird er gegen diese Sichtweise Einwände haben und die Befürchtung äußern, dass seine Symptome doch organisch bedingt sein müssten. Übertriebene Befürchtungen hinsichtlich der Bedeutung/Gefährlichkeit körperlicher Angstsymptome sind typisch für Patienten mit Panikstörung. Wichtig ist, dass Sie sich diesbezüglich nicht auf ein Streitgespräch einlassen, sondern für die von Ihrem Patienten empfundene Lage Verständnis zeigen. Erklären Sie ihm dennoch das Geschehen rational aus Ihrer ärztlichen Sicht. Zu Ihrer Information werden in Tabelle 7 einige besonders häufige Befürchtungen der Patienten genannt. Dort finden Sie auch entsprechende Vorschläge für passende Erläuterungen, mit deren Hilfe Sie versuchen können, die übertriebenen Befürchtungen therapeutisch zu entkräften.

Tabelle 7 | Typische Befürchtungen von Patienten mit Panikstörung

Die Befürchtung, einen „Herzinfarkt“ zu erleiden

Oftmals geschieht es, dass die Symptome einer Panikattacke mit denen eines Herzinfarkts verwechselt werden.

- Die Symptome eines Herzinfarkts sind Atemprobleme und Brustschmerzen sowie gelegentliches Herzasen und Ohnmachtsanfälle. Die Stärke dieser Symptome entspricht dabei oft der Stärke der momentanen Anstrengung – je mehr man sich bewegt, desto stärker werden die Symptome, ruht man sich dagegen aus, verschwinden die Symptome. Das ist bei Panikattacken ganz anders, hier kommen die Symptome oft in Ruhe und lassen sich durch den Grad der momentanen Anstrengung nicht immer beeinflussen.

Die Befürchtung, „in Ohnmacht“ zu fallen

Die Angst vor einer Ohnmacht ist unter Menschen mit einer Panikstörung sehr verbreitet. Wahrscheinlich deswegen, weil es bei Panikattacken häufig zu Schwindel und Benommenheit kommt.

- Diese Symptome bedeuten jedoch keineswegs, dass man gleich in Ohnmacht fällt. In der Tat sind Ohnmachten bei Panikanfällen äußerst selten, da die Aktivität des Sympathikus zu einem körperlichen Aktivierungszustand führt, der eine Ohnmacht praktisch ausschließt. Die biologische Kampf-/Flucht-Reaktion ist sozusagen das Gegenteil von dem, was bei einer Ohnmacht passiert. Ohnmächtig kann man z.B. werden, wenn man an zu niedrigem Blutdruck leidet, aber nicht unter Stress, wo der Blutdruck und die Sauerstoffversorgung steigen.

Die Befürchtung, die „Kontrolle zu verlieren“

Einige Patienten befürchten, bei Panikattacken die „Kontrolle zu verlieren“. Damit meinen sie z.B., dass sie erstarren und sich nicht mehr bewegen können, oder dass sie nicht mehr wissen, was sie tun und wild herumrennen, jemanden verletzen, unkontrolliert herumschreien oder sich sonst irgendwie bloßstellen.

- Obwohl man sich während starker Panikattacken verwirrt fühlen kann, oder sich Unwirklichkeitsgefühle einstellen können, sind die Betroffenen jederzeit in der Lage auf ihre Umwelt zu reagieren. Tatsächlich kann man im Zustand der Angst sogar schneller denken, man ist körperlich stärker und der Geist ist wacher. Es handelt sich ja um eine biologisch sinnvolle Schutzreaktion. Manchmal interpretieren Betroffene ihre überwältigenden Fluchtimpulse als Zeichen eines Kontrollverlustes. Zum Beispiel könnte sich eine Betroffene auf dem Weg zur Arbeit befinden, erleidet auf dem Weg eine Panikattacke und begibt sich dann fluchtartig wieder nach Hause. Hat sie die Kontrolle verloren? Nein, denn sie hat im Gegenteil getan, was ihr notwendig erschien, um in Sicherheit zu gelangen. Hatte sie z.B. die Befürchtung, dass sie an der Panikattacke sterben würde, dann ist es nur konsequent und logisch, dass sie sich rasch nach Hause begibt, um die Panikattacke zu beenden. Ihr Verhalten war somit erklärlich und unterlag vollständig ihrer Kontrolle. Das einzige Problem war ihre falsche Überzeugung, dass sie an der Panikattacke versterben könnte.

Die Befürchtung, „verrückt zu werden“

Viele Patienten glauben, dass sie allmählich „verrückt werden“.

- Davon kann schon deswegen nicht die Rede sein, weil das Entstehen von Panikattacken völlig erklärlich ist, wenn man berücksichtigt, dass die Betroffenen ja die Überzeugung hegen, dass ihre körperlichen Angstsymptome gefährlich oder schädlich sind. Dem wiederholten Auftreten von Panikattacken liegt zumeist eine erhöhte Grundanspannung durch eine ständige, ängstliche Selbstbeobachtung sowie durch ein Schon- und Vermeidungsverhalten zugrunde. Beides sorgt dafür, dass sich die Ängste stabilisieren und Befürchtungen bestehen bleiben, weil keine gegenteiligen Erfahrungen gemacht werden können. An einer Panikstörung ist also nichts Unlogisches bzw. „Verrücktes“. Gegen die Idee, dass man „verrückt wird“ spricht ferner die Tatsache, dass Menschen mit einer Panikstörung vollkommen normal denken können und in der Regel auch wissen, dass ihr Vermeidungsverhalten übertrieben ist – jedenfalls, wenn sie nicht gerade eine Panikattacke erleiden.

Die Befürchtung, einen „Nervenzusammenbruch“ zu erleiden

Viele Patienten denken, dass ihre Nerven durch Panikattacken zu sehr beansprucht werden könnten, und dass sie daher einen „Nervenzusammenbruch“ erleiden können.

- Panik basiert auf der Aktivität des Sympathikus, einem Teil des vegetativen Nervensystems. Dem Sympathikus steht der Parasympathikus funktional gegenüber, ein anderer Teil des vegetativen Nervensystems. Beide Teile arbeiten zusammen, um das Funktionsniveau unserer Organe in einem gesunden Gleichgewicht zu halten. Der Parasympathikus sorgt dafür, dass eine Angstreaktion niemals zu stark werden kann oder so lange andauert, dass ein Schaden entsteht. Zudem sind unsere Nerven nicht wie elektrische Leitungen. Sie können weder „ausleiern“ noch „durchglühen“. Es ist lediglich möglich, dass die Nerven leichter reagieren, also sensibler sind, wenn wir uns in einer angespannten, ängstlichen Erwartungshaltung befinden. Das ist nicht schädlich.

Schritt 3: Das Teufelskreismodell der Angst erklären

Bis hierhin hat der Patient erfahren, dass seine Panikattacken im Prinzip starke, aber ungefährliche Kampf-/Flucht-Reaktionen sind. Jedoch könnte es für ihn noch unklar sein, *wieso* er eigentlich immer wieder diese Panikattacken erleidet - und das, obwohl eben *keine* realen Bedrohungen oder Gefahren vorhanden sind. Die Klärung dieser Frage kann therapeutisch sehr wertvoll sein, denn in der Regel glauben die Patienten ja an eine organische Verursachung ihrer Beschwerden. Das Ziel des psychophysiologischen Teufelskreismodells (Abb. 2) ist es, dem Patienten eine alternative Erklärung hierfür anzubieten. Mithilfe des Modells wird beschrieben, wie es durch die Fehlbewertung von körperlichen Symptomen als „gefährlich“, zu Angst und damit wieder zu körperlichen Symptomen kommt. Angstgedanken und körperliche Angstsymptome verstärken sich also gegenseitig. Mit dieser

Wechselwirkung kann der rasche Anganstieg bei Panikattacken gut erklärt werden. Es gibt verschiedene „Einstiegsmöglichkeiten“ in den Teufelskreis: Sowohl körperliche Reize, als auch Gedanken, können demnach Panikattacken auslösen.

Zur Einführung des Teufelskreismodells können Sie auf die eingangs geschilderte Panikattacke des Patienten zurückkommen. Am besten steigen Sie mit den wahrgenommenen körperlichen Symptomen ein und fragen:

- *„Was waren denn die ersten Anzeichen/Symptome der Panikattacke?“*
- *„Was haben Sie da gedacht/ging Ihnen durch den Kopf als diese Symptome auftraten?“*
- *„Was ist dann mit Ihrer Angst passiert, als Sie das dachten/diese Befürchtung auftrat?“*

Arbeiten Sie im Gespräch heraus, dass sich körperliche Symptome und Gedanken gegenseitig verstärken und zur Panikattacke aufschaukeln können. Die Teufelskreisgrafik (Abb. 2) stellt dabei eine gute Gesprächshilfe dar.

Es ist nicht etwa das Ziel des Aufklärungsgesprächs, dass der Patient das psychophysiologische Teufelskreismodell restlos akzeptiert - vielmehr soll es ihm als alternatives Denkmodell angeboten werden. Im Idealfall beginnt der Patient damit zu arbeiten, indem er sich in Momenten aufkommender Angst selbst beobachtet: „Was habe ich gerade gedacht - war das nicht ein Angstgedanke? Was bedeutet es für mich, wenn ich diese oder jene körperliche Empfindung habe?“ Dadurch beginnt er, den immer wiederkehrenden Automatismus der Angstausslösung distanzierter zu betrachten und zu hinterfragen. Allein das, kann bereits eine therapeutische Wirkung entfalten.

Bitte Sie den Patienten abschließend, bis zum nächsten PREMA Arzttermin (in drei Wochen) das entsprechende Material online als Vorbereitung zu lesen.

ENDE DES ARZTTERMINS 1

Ablauf bei Patienten mit Depression

Vor dem Gespräch:

- Begutachten Sie bitte DeMoL-Fragebogen 1, um über die aktuelle Symptomstärke informiert zu sein.

Schritt 1: Depressives Erleben normalisieren und entpathologisieren

Verdeutlichen Sie dem Patienten, dass Depression eine häufige Krankheit ist - er ist mit seiner Erkrankung also nicht allein: Fast jeder fünfte erkrankt im Laufe seines Lebens an einer Depression. Das Erleben wird bestimmt von Freudlosigkeit, Niedergeschlagenheit, Interessenlosigkeit, Schuldgefühlen, oft auch Zukunftsängsten. Die Gedanken kreisen ständig um Negatives, etwa eigene Fehler, die Sinnlosigkeit des Lebens oder die Hoffnungslosigkeit, dass es je wieder besser werden kann. Die Dinge machen keinen Spaß mehr, **alles ist anstrengend**, oft auch der Kontakt zu anderen Menschen. Konzentrations-Schwierigkeiten, Schlaf-Probleme und körperliche Beschwerden können

dazu kommen.

Geben Sie dem Patienten eine **positive Botschaft**: Einzelne direkte Aussagen zur Erkrankung zeigen eine beruhigende Wirkung auf die Patienten: „Depressive Störungen kommen häufig vor“, „Die Störung ist eine Krankheit und keine persönliche oder Charakterschwäche“, „Der Verlauf ist ziemlich günstig, bei der Hälfte der Patienten bilden sich die Symptome innerhalb von 3 bis 4 Monaten zurück“, „Die Erkrankung ist gut behandelbar“.

Schritt 2: Das Teufelskreismodell der Depression erklären

Dieser Teufelskreis (Abb. 6) liefert Ihnen ein Beispiel dafür, wie Denken, Fühlen und Handeln zusammenhängen und einander verstärken. Der Patient soll mit Ihrer Hilfe entdecken (d.h. selbst zu der Erkenntnis kommen), dass dessen individuelle Denkmuster und Verhaltensweisen zu dessen Depression beitragen. Der Patient sollte verstehen, dass er selbst sein depressives Erleben aufrechterhält (Cave: keine Schuldzuweisungen, sondern gleichzeitig auch Validierung der Situation des Patienten); also kann er auch selbst seine negativen Denkmuster verändern und wieder mehr Zutrauen in die eigenen Fähigkeiten bekommen. Suchen Sie gemeinsam mit dem Patienten nach Möglichkeiten, wie dessen Alltag wieder mehr von freudvollen Aktivitäten bestimmt werden kann. Ziel ist, dass der Patient Schritt für Schritt Lebensfreude, Interessen und Energie zurückerobert. Als Erklärungsmodell bietet sich das Teufelskreismodell (Abb. 6) der Depression an.

Zur Erarbeitung des Teufelskreismodells bietet sich in der Praxis folgende Vorgehensweise an: Nehmen Sie Bezug auf den Beginn der Sitzung, in dem Sie typische depressive Symptome erläutert haben. Ziehen Sie nun das exemplarische Teufelskreismodell heran und erläutern Sie, dass sich solche depressiven Erfahrungen in „Überschriften“ klassifizieren lassen: **Fühlen, Denken, Handeln**. Daraufhin können Sie ihm aufzeigen, dass diese Kategorien sich gegenseitig verstärken/bedingen/aufrechterhalten, im dem Sie fragen: „Und wie fühlen Sie sich, wenn Sie so denken? Wie geht es Ihnen, wenn Sie im Bett liegen bleiben? Was denken Sie, wenn Sie sich schlecht fühlen?“ Als letzten Schritt ist es nun wichtig dem Patienten einen Ausweg auf dem Teufelskreis aufzuzeigen. Erläutern Sie hierzu, dass es als ersten Schritt am sinnvollsten ist am Verhalten – dem Handeln – anzusetzen. Dass „anders Denken oder Fühlen“ eine größere Hürde darstellt, kann man am Beispiel „nicht an einen rosa Elefanten denken“ verdeutlichen. Spielen Sie mit dem Patienten den Handeln-Ansatz einmal kurz theoretisch durch: Aufstehen und Duschen ggf. sogar Rausgehen statt im Bett liegen bleiben --> sich frisch fühlen, vllt sich über kleine Beobachtungen freuen --> auf andere Gedanken kommen, vielleicht stolz wahrnehmen. Stellen Sie auf Basis dieses *positiven* Kreises (Abb. 13) aus Denken-Handeln-Fühlen dem Patienten das Ziel der Behandlung vor: **Aufbau von Aktivität**.

Ansatzpunkt: Handeln



Abbildung 13 | Positiver Kreis aus Handeln, Denken, Fühlen

Bitten Sie den Patienten, sich Gedanken über seinen persönlichen Teufelskreis zu machen. Das Arbeitsblatt zum Ausfüllen findet der Patient online. Bitten Sie den Patienten auch, sich konkrete Therapieziele in Bezug auf den Aktivitätsaufbau zu überlegen: Welche Aktivität(e)n kann sich der Patient vorstellen wieder aufzunehmen oder aufzubauen? Der Patient soll seine Ziele online notieren.

Bitten Sie den Patienten abschließend, bis zum nächsten PREMA Arzttermin (in drei Wochen) das entsprechende Material online als Vorbereitung zu lesen.

ENDE DES ARZTTERMINS 1



4.3 | Arzttermin 2 - Einführung "Körperübungen", Begründung und Erklärung der Übungen (30 Min) (Woche 6)

Ziele:	<ul style="list-style-type: none"> • Patientenaufklärung: Vermeidungsverhalten und Zweck von Körperübungen • 3 Körperübungen durchführen und deren selbständige Durchführung vereinbaren
Materialien:	<ul style="list-style-type: none"> • Arbeitsblatt "Körperübungen" (online) • Materialien für die Durchführung von Körperübungen (Uhr mit Sekundenzeiger oder Stoppuhr + ggfs. dünner Strohhalm)

Vor dem Gespräch:

- Begutachten Sie bitte den DeMoL- bzw. JAMoL-Fragebogen 2, um über die aktuelle Symptomstärke informiert zu sein.

Treffen Sie bitte eine Vorauswahl von 3 Körperübungen für Ihren Depressions-oder Angstpatienten mittels der Tabelle (Tab. 8). Ziehen Sie ggf. Ihre Notizen aus dem vergangenen Arzttermin zu Rate, um sich zu vergegenwärtigen, welche körperlichen Symptome bei Ihrem Angstpatienten für gewöhnlich *am meisten Angst* auslösen. Bitte wählen Sie diejenigen Körperübungen aus, die laut der Tabelle gut in der Lage sind, diese Symptome zu provozieren.

Tabelle 8 | Tabelle zur Auswahl von Körperübungen

Mögliche Körperübung	Zielsymptome	Störungsbild
Auf der Stelle rennen (60 sec)	Palpitation, beschleunigter Puls, Missempfindung in der Brust	Panikstörung, Depression
Hyperventilation (60 sec)	Palpitation, beschleunigter Puls, Schweißausbrüche, Hitzewallungen, Kälteschauer, Atembeschwerden, Erstickungsgefühl, Missempfindung in der Brust, Schwindel, Unsicherheits-, Schwäche- oder Benommenheitsgefühl	Panikstörung
Durch Strohhalm atmen (120 sec)	Atembeschwerden, Erstickungsgefühl, Beklemmungsgefühl	
Luft anhalten	Atembeschwerden, Erstickungsgefühl, Missempfindung in	

(30 sec)	der Brust	Depression
Stehend um die eigene Achse drehen (60 sec)	Schwindel, Unsicherheits-, Schwäche- oder Benommenheitsgefühl	
Schnelles Kopfschütteln (30 sec)	Schwindel, Unsicherheits-, Schwäche- oder Benommenheitsgefühl	
Dehnübungen (120sec)	Körperwahrnehmung	
Übung zur Körperhaltung (30sec)	Einfluss der Körperhaltung auf das Wohlbefinden	

Vorgehen bei Patienten mit Panikstörung

Schritt 1: Patientenaufklärung Vermeidungsverhalten und Körperübungen

Zu Beginn der Sitzung wiederholen Sie bitte die Hauptbotschaft der letzten Sitzung: Angst bzw. deren Symptome sind nicht schädlich. Stellen Sie heraus, dass die Angst vor körperlichen Symptomen, die sog. „Angst vor der Angst“, bei der Panikstörung typischerweise dazu führt, dass die meisten Patienten die Entstehung starker körperlicher Reize versuchen zu vermeiden. **Der Patient sollte verstehen, dass dieses Vermeidungsverhalten vor allem deswegen auftritt, weil es die Angst kurzfristig verhindern oder reduzieren kann.** Mit der Zeit kann das Vermeidungsverhalten immer automatischer und unbewusster ablaufen. Der Patient hat daher in der Patientenanleitung die Aufgabe erhalten, sich über sein ganz persönliches Vermeidungsverhalten Gedanken zu machen. **Bitte fragen Sie den Patienten, welche Vermeidungsverhaltensweisen er bei sich selbst erkennt.**

Das Wichtigste an der Patientenaufklärung in Arzttermin 2 besteht darin, dem Patienten zu verdeutlichen, dass das Vermeidungsverhalten eine Hauptursache für die Aufrechterhaltung der Angststörung ist. So motivieren Sie ihn für die Körperübungen, bei deren Durchführung das Vermeidungsverhalten ja unterlassen werden soll. **Bitte sprechen Sie daher mit dem Patienten darüber, dass die Angststörung durch das Vermeidungsverhalten langfristig nur noch schlimmer wird.**

Motivierende Strategien bei der Einführung von Körperübungen:

Falls der Patient die Übungen ablehnt, dann ermutigen Sie ihn bitte zunächst, Ihnen seine Bedenken mitzuteilen. Zeigen Sie für diese Verständnis, begründen Sie aber ggf. erneut, dass es „*darum geht, Mittel und Wege zu finden, um der Angststörung Herr zu werden*“. Lehnt der Patient einzelne Übungen ab, dann können Sie darlegen, dass es sehr ungünstig wäre, auf diese bestimmte(n) Übung(en) zu verzichten, weil das praktisch einem Vermeidungsverhalten gleichkäme. Lehnt der Patient die Durchführung der Übungen generell ab, dann können Sie seine Eigenverantwortung betonen und mit ihm die Konsequenzen einer Entscheidung für oder gegen Angstübungen besprechen (mehr zu diesem Vorgehen finden Sie in Kap. 3.3).

Schritt 2: Durchführung von drei Körperübungen

Es sollen mindestens drei Körperübungen in der Praxis durchgeführt werden: Das sind die Übung „Schnelles, vertieftes Atmen“ (Hyperventilationsübung) sowie die beiden Übungen, die Sie im Vorfeld für den Patienten ausgewählt haben. Die begleitete Übungsdurchführung im Sprechzimmer verschafft dem Patienten die notwendige Sicherheit und Motivation, zuhause selbstständig weiter zu üben. Die Beschreibungen aller Körperübungen befinden sich im Anhang des vorliegenden Behandlungsmanuals sowie in Teil 3 der Patientenanleitung.

Öffnen Sie in der Online-Akte des Patienten das **Arbeitsblatt „Übungsplan Körperübungen“** (Abb. 14). Mithilfe dieses Arbeitsblattes werden Sie dem Patienten die richtige Protokollierung der Übungsdurchführungen demonstrieren und die Körperübungen schriftlich „verordnen“.

Arbeitsblatt: Übungsplan Körperübungen (Arzttermin 2)

Dieses Arbeitsblatt wird Ihr Hausarzt zusammen mit Ihnen ausfüllen, wenn er Ihnen die Durchführung der Körperübungen zeigt, die für Sie wichtig sind.

Aus diesen Übungen besteht dann Ihr Übungsplan: Bitte führen Sie diese Übungen mindestens 2 Mal pro Woche durch, und führen Sie für jede der Übungen ein separates Übungsprotokoll.

Beurteilungsskala für die Stärke der Symptome und Stärke der Angst:

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Gar nicht				Mittelmäßig						Extrem

1. ÜBUNG: Schnelles, vertieftes Atmen (60 sec)		
Ausgelöste körperliche Symptome	Stärke der Symptome (0 bis 10)	Stärke der Angst (0 bis 10)
2. ÜBUNG: _____ (ärztlich einzutragen)		
Ausgelöste körperliche Symptome	Stärke der Symptome (0 bis 10)	Stärke der Angst (0 bis 10)
3. ÜBUNG: _____ (ärztlich einzutragen)		
Ausgelöste körperliche Symptome	Stärke der Symptome (0 bis 10)	Stärke der Angst (0 bis 10)

Abbildung 14 | Arbeitsblatt „Übungsplan Körperübungen“ (Patientenanleitung, Anhang)

Erste Körperübung durchführen: „Schnelles, vertieftes Atmen“ (60 Sek)

Ist der Patient damit einverstanden, die Körperübungen auszuprobieren, so beginnen Sie mit der Übung „Schnelles, vertieftes Atmen“ (Hyperventilationsübung). Diese Übung ist in der Lage, eine Vielzahl körperlicher Symptome wie z.B. Herzklopfen, Schwitzen, leichten Schwindel oder leichtes Händezittern auszulösen. Sie dient als Standardübung und sollte von jedem Patienten durchgeführt werden, weil sie nachweislich die wirksamste Übung ist.[40] Bitte beachten Sie jedoch, dass die Anwendung dieser Übung zumindest infrage gestellt werden kann, wenn der Patient unter schwerer Epilepsie, schwerem Asthma bronchiale oder schwerer arterieller Hypertonie leidet (relative

Kontraindikationen).

Es hat eine sehr motivierende Wirkung auf den Patienten, wenn Sie die Übung vollständig mitmachen. Bitte machen Sie die Übung zumindest kurz vor. Unterbrechen Sie Ihre eigene Übungsdurchführung jedoch, wenn Sie bemerken, dass der Patient die Übung falsch oder nur zaghaft durchführt. Bitte korrigieren Sie ihn in diesem Fall, indem Sie dazu ermutigen, noch kräftiger zu atmen.

Bitte leiten Sie die Übung wie folgt an (Uhr mit Sekundenzeiger zu Hand nehmen):

- *„Die Übung wird eine Minute lang dauern. Sie hat das Ziel, starke, aber ungefährliche körperliche Symptome hervorzurufen. Versuchen Sie bitte, alle Symptome voll zuzulassen, auch, wenn Ihnen das vielleicht Angst macht. Es kann Ihnen dabei nichts Schlimmes geschehen. Bitte setzen Sie sich aufrecht hin. Sobald ich ‚los‘ sage, atmen wir schnell und gleichzeitig kräftig durch den Mund - etwa einen Atemzug pro Sekunde. Bitte versuchen Sie, die Luft dabei immer kräftig auszuatmen. Ich mache es Ihnen kurz vor. [Übung kurz vormachen] Haben Sie noch Fragen [...] Sind Sie bereit? Dann... LOS!“ [... ..]*
- Nach 60 sec beenden Sie die Übung eindeutig: *„Und ‚Stopp‘! Das haben Sie sehr gut gemacht. Nun können Sie wieder normal atmen. Bitte nehmen Sie jetzt einmal genau wahr, was Sie in Ihrem Körper spüren können!“*

Dann demonstrieren Sie die Protokollierung der Übung mithilfe des Arbeitsblattes „Übungsplan Körperübungen“:

Bitte geben Sie dem Patienten nach der Übung einen Moment Zeit, um in sich hineinzuspüren. Dann machen Sie eine strukturierte Nachbesprechung, indem Sie die folgenden Fragen stellen und die Antworten des Patienten demonstrativ in der entsprechenden Tabelle auf dem Arbeitsblatt „Übungsplan Körperübungen“ notieren:

- *„Welche körperlichen Symptome haben Sie erlebt oder erleben Sie gerade?“*
- Bitte zeigen Sie dann auf die Zehnerskala, die sich auf dem Arbeitsblatt befindet: *„Wenn die 10 hier bedeuten würde, dass die Symptome so stark sind, wie es nur irgend geht, und die 0 würde heißen, dass gar keine Symptome da sind - wie stark waren die Symptome, die Sie während der Übung erlebt haben auf der Skala von 0 bis 10?“*
- *„Hat das bei Ihnen Angst ausgelöst? Falls ja: Wie stark war diese Angst auf der Skala von 0 bis 10?“*

Mit der Protokollierung der Körperübungen führen Sie den Patienten somit gleichzeitig den Gebrauch der visuellen Analogskala für die Angst- bzw. Symptomstärke ein. In der Regel haben die Patienten grundsätzlich keine Schwierigkeiten diese subjektiven Größen mit der Skala zu quantifizieren. Manchmal ist jedoch die Differenzierung zwischen Symptomen (Empfindungen) und Angst (Gefühl) nicht ganz einfach. Wenn das geschieht, dann sollten Sie den Patienten darauf hinweisen, dass das keineswegs dasselbe ist: Jemand anderes hätte möglicherweise keine Angst bekommen, wenn er dasselbe im Körper gespürt hätte, wie der Patient gerade. Sagen Sie, dass sich die Unterscheidung von körperlichen Symptomen und Angstgefühl gerade mithilfe der Körperübungen erlernen lässt.

Zweite und dritte Körperübung durchführen

Bitte führen Sie die von Ihnen im Vorfeld ausgewählten Körperübungen ganz **analog zu der ersten Übung** mit dem Patienten durch, und protokollieren Sie die Übungsdurchführungen entsprechend auf

dem Arbeitsblatt „Übungsplan Körperübungen“. Mit der Durchführung dieser Übungen in Ihrer Praxis überprüfen Sie gleichsam, ob Ihre Vorauswahl passend war. „Passend“ ist eine Körperübung immer dann, wenn sie Symptome provoziert, die denen einer typischen Panikattacke des Patienten möglichst ähnlich sind. Sie erkennen diese Passung daran, dass die provozierten Symptome beim Patienten Angst auslösen. Sollte sich bei der Durchführung herausstellen, dass eine der ausgewählten Übungen keine Angst auslöst, so versuchen Sie bitte sogleich eine andere Übung aus der Tabelle. Selbstverständlich kann es passieren, dass die Ein- bzw. Durchführung der Körperübungen nicht sofort so gelingt wie geplant. Tabelle 9 beschreibt einige Probleme, die dabei auftreten können und skizziert entsprechende Lösungsvorschläge.

Tabelle 9 | Mögliche Probleme bei der Einführung von Körperübungen und entsprechende Lösungsvorschläge

<p>Die Übungen lösen keine Angst aus</p> <ul style="list-style-type: none"> • Falls eine Übung keine Angst auslöst, obwohl sie richtig ausgeführt wird und der Patient demzufolge deutliche Symptome erlebt, dann ist sie als Angstübung ungeeignet. Trotz einer wohlüberlegten Vorauswahl kann das natürlich vorkommen. In diesem Fall wählen Sie bitte zunächst eine andere Übung mithilfe von Arbeitshilfe 2 aus und probieren diese. Falls keine der Übungen Angst auslöst, dann lassen Sie den Patienten bitte das gefürchtete Symptom noch einmal genau beschreiben, um mit ihm gemeinsam zu überlegen, wie sich dieses Symptom hervorrufen ließe: Sie entwickeln also in kreativer Weise eine ganz individuelle Übung für den Patienten, die selbstredend mit keiner realen Gefährdung verbunden sein darf.
<p>Beim Patienten kommt es zu einer Panikattacke oder zu einer Tetanie</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bitte bewahren Sie in jedem Fall die Ruhe. Brechen Sie die Übung ab, indem Sie dem Patienten sagen, dass er <i>„nun wieder normal atmen“</i> kann und bitten Sie ihn <i>„einfach abzuwarten“</i>, zumal <i>„nichts Schlimmes geschehen kann“</i>. Bitte warten Sie dann ab, bis sich die Symptome des Patienten einigermaßen gelegt haben. Weitere Maßnahmen sind nicht erforderlich und sollten im Sinne des Behandlungsprinzips auch nicht zur Anwendung kommen.
<p>Der Patient bricht eine Übung vorzeitig ab</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bitte fragen Sie den Patienten nach dem Grund für das Abbrechen der Übung und signalisieren Sie zunächst Ihr Verständnis dafür. Dann betonen Sie, dass <i>„es genau darum geht, Angst zu erleben, um zu sehen, dass trotzdem nichts Schlimmes passiert“</i>. Dann ermutigen Sie den Patienten bitte, die Übung sofort noch einmal zu versuchen und beginnen erneut. Ist der Patient nicht zu einer Wiederholung bereit, dann müssen Sie ggf. die generelle Behandlungsbereitschaft diskutieren und motivationale Strategien anwenden (vgl. dazu Kap. 3.3).
<p>Der Patient führt eine Übung nur zaghafte durch</p>

- Bitte fordern Sie den Patienten bereits direkt *während* der Übungsdurchführung deutlich dazu auf, beherzter vorzugehen und „*die Symptome so stark wie möglich*“ zu machen. Wenn das nicht den gewünschten Erfolg zeigt, dann sprechen Sie bitte mit dem Patienten über Ihren Eindruck, dass er Vermeidungsverhalten eingesetzt hat und gehen ggf. wie bei einem vorzeitigen Abbruch der Übung vor.

Schritt 3: Körperübungen fest vereinbaren

Abschließend weisen Sie den Patienten bitte verbindlich an, die drei vereinbarten Körperübungen regelmäßig zuhause durchzuführen. Bitte **erwähnen Sie**, dass es wichtig ist, sich beim Üben an **die Übungsregeln für Körperübungen** zu halten, nämlich:

- Mindestens 2 Mal pro Woche sollen alle Übungen gleich 2 Mal hintereinander gemacht werden.
- Der Patient soll die Symptome beim Üben immer „*so stark wie möglich*“ machen.
- Sobald deutliche Symptome aufgetreten sind, soll der Patient die Übung noch eine Zeitlang (ca. 30 sec) durchhalten.
- Der Patient soll beim Üben auf alle Vermeidungsverhaltensweisen verzichten.

Der Patient findet die Übungsregeln auch online, wo die Übungsabläufe und –regeln ausführlich erläutert werden. Bitte **sagen Sie auch, dass Körperübungen stets zu protokollieren sind** - entsprechende Übungsprotokolle befinden sich online. Bitte weisen Sie ihn darauf hin, dass er nun sechs Wochen lang ausgiebig mit den Körperübungen zu arbeiten hat.

Bitten Sie den Patienten abschließend, bis zum nächsten PREMA-Arzttermin, die entsprechende Patienteninformation online zu lesen.

ENDE DES ARZTTERMINS 2

Wichtig: Notieren Sie bitte während oder unmittelbar nach dem Termin in dem Behandlungspfad, **welche Körperübungen Sie mit dem Patienten vereinbart haben und wie viel Angst diese jeweils ausgelöst haben.** So kann auch die MFA über diese Information verfügen, da diese den Patienten in den folgenden MFA-Telefonkontakten auch nach seinen Übungsfortschritten fragen wird.

Vorgehen bei Patienten mit Depression

Schritt 1: Patientenaufklärung Aktivierung und Körperübungen

Zu Beginn der Sitzung wiederholen Sie bitte die Hauptbotschaft der letzten Sitzung: Es ist wichtig, dass der Patient selbst Initiative ergreift, um aus der Depression heraus zu kommen. Hierbei unterstützen Sie ihn. **Der Patient sollte verstehen, dass er selbst etwas tun kann, aber auch, dass Sie und die MFA ihn unterstützen.** Wichtig ist, dass der Patient versteht, dass Rückzugsverhalten eine Hauptursache für die Aufrechterhaltung der Depression sein kann. Vermitteln Sie ihm, dass das auch schon einfach Körperübungen (z.B. Dehnübung) sowie eine aufrechte Haltung (sich öffnen) Selbsthilfemöglichkeiten gegen die Depression sind. So motivieren Sie ihn für die Körperübungen, bei deren Durchführung der Patient sich aktivieren, sich öffnen soll. Bei den Körperübungen Dehnung und Haltung, erfährt der

Patient unmittelbar den Unterschied zwischen offener und geschlossener Körperhaltung. Durch die körperliche Aktivität kann der Patient den Zusammenhang zwischen Handlung und Gefühl unmittelbar erfahren. Viele Depressive denken „Sobald ich mich besser fühle, werde ich mich mehr bewegen“. Weitaus sinnvoller ist jedoch der umgekehrte Ansatz: Bewegen Sie sich und Sie werden spüren, dass Sie sich gerade dadurch schon wohler fühlen. Obwohl Sie bei sportlicher Betätigung Energie verausgaben, werden Sie sich nach jeder Trainingseinheit vitaler erleben, als vor dieser. Zur Veranschaulichung hilft das Bild der Autobatterie: Wenn diese leer ist und durch Starthilfe wieder in Gang gebracht wird, hilft zum Aufladen paradoxer Weise Fahren, also Aktivität und nicht Ruhe und Schonung.

Schritt 2: Durchführung von drei Körperübungen

Die drei Körperübungen bei Depression (Tabelle 8) sollen in der Praxis durchgeführt werden. Die begleitete Übungsdurchführung im Sprechzimmer verschafft dem Patienten Sicherheit und Motivation, zuhause selbstständig weiter zu üben. Die Beschreibungen aller Körperübungen befinden sich im Anhang des vorliegenden Behandlungsmanuals.

Öffnen Sie in der Online-Akte des Patienten das **Arbeitsblatt „Körperübungen“** (Abb. 15). Mithilfe dieses Arbeitsblattes werden Sie dem Patienten die richtige Protokollierung der Übungsdurchführungen demonstrieren und die Körperübungen schriftlich „verordnen“.

Arbeitsblatt: Körperübung für Patienten mit Depression		
Bitte führen Sie die Übungen täglich durch, die Übung „auf der Stelle rennen“ mindestens 2x pro Woche. Bitte notieren Sie jedes Mal, wie Sie Ihren Körper wahrgenommen haben, und welche Gefühle Sie gespürt haben.		
	Ihre Stimmung	
	Vor der Übung	Nach der Übung
Übung 1: Auf der Stelle rennen (60 Sek)		
Übung 2: Dehnübungen (120 Sek)		
Übung 3: Übung zur Körperhaltung (30 Sek)		

Abbildung 15 | Arbeitsblatt: Körperübungen für Patienten mit Depression

Schritt 3: Körperübungen fest vereinbaren

Abschließend weisen Sie den Patienten bitte verbindlich an, die drei Körperübungen regelmäßig zuhause durchzuführen. Das regelmäßige Durchführen der Körperübungen ist sein **Ziel** für die nächsten Wochen. Bitte **erwähnen Sie**, dass es wichtig ist, sich beim Üben an die **Übungsregeln für Körperübungen** zu halten, nämlich:

- Die Dehn- und Haltungsübungen sollen täglich (am besten mehrmals), die „Auf-der-Stelle-Rennen“-Übung mindestens jeden zweiten Tag durchgeführt werden. Das Laufen kann natürlich durch einen Spaziergang oder gar Joggen ersetzt werden (wenn sich der Pat. dies vorstellen kann).

- Der Patient soll die Übungen bewusstmachen, d.h. ganz bewusst den Körper dehnen bzw. absichtlich seine Körperhaltung korrigieren. Dadurch soll er den Unterschied Vorher-nachher bzgl. seiner Stimmung wahrnehmen.

Der Patient findet die Übungsregeln auch online, wo die Übungsabläufe und -regeln ausführlich erläutert werden. Bitte **sagen Sie auch, dass Körperübungen stets zu protokollieren sind** - entsprechende Übungsprotokolle befinden sich online. Der Patient soll notieren, ob er einen Unterscheid zwischen aktivem Modus (aufrechte, offene Körperhaltung) und passivem Modus bemerkt hat. Er soll auch vermerken, wie er sich nach der Laufübung gefühlt hat.

Bitten Sie den Patienten abschließend, bis zum nächsten PREMA-Arzttermin die entsprechende Patienteninformation online zu lesen.

ENDE DES ARZTTERMINS 2



4.4 | Arzttermin 3 - Einführung "Situationsübungen" und Erklärung der Übungen (30 Min) (Woche 12)

- | | |
|---------------|---|
| Ziele: | <ul style="list-style-type: none">• Behandlungserfolg der Hyperventilationsübung besprechen• Situationsübungen mit dem Habitationsprinzip begründen• Übungsplan für Situationsübungen erstellen |
|---------------|---|

Ablauf bei Patienten mit Panikstörung

Vor dem Gespräch:

- Begutachten Sie bitte die JAMoL-Fragebögen 3-5, um über den zurückliegenden Symptom- und Behandlungsverlauf informiert zu sein.
- Ferner vergegenwärtigen Sie sich bitte, ob bei Ihrem Patienten eine ausgeprägte Agoraphobie (ICD-10: F40.01) vorliegt oder nicht. Falls ja, dann können Sie dem hier beschriebenen Vorgehen ohne weiteres folgen. Hat Ihre Anamnese dagegen ergeben, dass der *Patient keine speziellen Situationen fürchtet oder vermeidet* („reine“ Panikstörung, ICD-10: F41.0), dann lässt sich kein individueller Übungsplan für Situationsübungen formulieren. Doch auch Patienten mit „reiner“ Panikstörung sollen im Rahmen des PREMA-Übungsprogramms einige „Standard“-Situationsübungen bearbeiten, weil die klinische Erfahrung zeigt, dass so gut wie alle Patienten mit Panikstörung agoraphobische Anteile aufweisen.

Folgende „Standard“-Situationsübungen für Patienten mit „reiner“ Panikstörung sind vorgesehen:

- „Sich mitten in einer gut gefüllten Kaufhalle aufhalten“
- „In ein hohes Gebäude gehen (Turm, 6. Stock eines Hauses o.ä.) und von ganz oben hinunterschauen“
- „Sich in einem einsamen Waldstück/freien Gelände aufhalten, wo keine anderen Menschen sind“

Schritt 1: Körperübung „Schnelles, vertieftes Atmen“ auswerten

Der Patient hatte die Aufgabe, die Durchführung seiner Körperübungen zu protokollieren. Bitten Sie ihn eingangs, Ihnen das bearbeitete Übungsprotokoll für die erste Körperübung „Schnelles, vertieftes Atmen“ zu zeigen, das sich im Anhang der Patientenanleitung befindet. Bitte loben Sie den Patienten ausdrücklich für das Üben.

Dann **begutachten Sie den Verlauf der Werte** mit ihm gemeinsam unter folgenden Kriterien:

- Guter Übungserfolg: Die **Stärke der ausgelösten Symptome** bleibt mit zunehmenden Übungsdurchgängen gleich, die **Stärke der ausgelösten Angst** nimmt dagegen stetig ab. Betonen Sie: Offenbar führt gerade die wiederholte Begegnung mit den Symptomen langfristig zu einer Angstabnahme! Ziehen Sie mit ihm gemeinsam die folgende Schlussfolgerung: Die

eingetretene Gewöhnung kann nur bedeuten, dass die Symptome ungefährlich und unschädlich sind. Ermutigen Sie den Patienten, die Übung weiterhin von Zeit zu Zeit durchzuführen.

- Weniger gute Übungserfolge zeigen sich an einer schwankenden Symptomstärke oder auch an einer gleichbleibend hohen Angststärke. Beides deutet auf den Einsatz von Vermeidungsverhalten während des Übens hin. In diesem Fall sollten Sie den Einsatz von Vermeidungsverhalten während des Übens wohlwollend hinterfragen, z.B.: *„Hat Ihnen während der Übungen irgendetwas geholfen, die Angst besser auszuhalten?“* Erläutern Sie ggf. erneut die angstförderliche Wirkung von Vermeidungsverhalten. Fragen Sie ihn, welche Möglichkeiten er sieht, in zukünftigen Übungsdurchgängen auf das Vermeidungsverhalten zu verzichten. Ermutigen Sie ihn ausdrücklich, mit den Übungen fortzufahren und das Vermeidungsverhalten dabei zu unterlassen.

Selbstverständlich wäre es therapeutisch günstig, ebenfalls die Übungsprotokolle der anderen Körperübungen auf diese Weise zu besprechen. Das könnte jedoch den zeitlichen Rahmen des Gespräches sprengen. Wichtig ist, dass Sie **den Patienten motivieren, weiter mit denjenigen Übungen zu arbeiten, die (noch) Angst auslösen**. Alle Übungen, die aufgrund erfolgreichen Übens derzeit keine Angst mehr auslösen, sollten von Zeit zu Zeit wiederholt werden, um die Erfolge zu stabilisieren. Sollte der Patient aus irgendwelchen Gründen mit Übungen gearbeitet haben, die niemals bei ihm Angst ausgelöst haben, dann teilen Sie ihm bitte mit, dass diese Übungen nicht fortgeführt werden brauchen.

Schritt 2: Situationsübungen mit dem Habituationprinzip begründen

Der Patient wird umso motivierter für die Durchführung von Situationsübungen sein, je besser er das Behandlungsprinzip verstanden hat. Das Behandlungsprinzip wird in der Patientenanleitung, welche der Patient bis zu diesem Arzttermin zu lesen hatte, ausführlich und anschaulich erläutert. Bitte vergewissern Sie sich im Gespräch gründlich, ob der Patient dadurch ein hinreichendes Verständnis dafür erworben hat. Hinsichtlich der Gesprächsüberleitung zu diesem Punkt ist es günstig, wenn Ihr Patient bereits bei der Arbeit mit den Körperübungen einen Angstanfall über die Übungsdurchgänge hinweg erlebt hat - dann können Sie ihn z.B. einfach fragen: *„Was bedeutet denn diese positive Erfahrung Ihrer Meinung nach für Ihre Angst in den Situationen?“* Dem Patienten sollte es dann nicht allzu schwer fallen, die Schlussfolgerung zu ziehen, dass auch seine Angst in Situationen abnehmen wird, wenn er sich diesen Situationen wiederholt aussetzt.

In jedem Fall sollten Sie im Gespräch die **Frage diskutieren, welchen Angstverlauf der Patient in einer angstausslösenden Situation erwartet, wenn er weder fliehen noch vermeiden darf**. Lassen Sie ihn dazu möglichst eine ganz konkrete Situation benennen, die er im Rahmen seiner Agoraphobie tatsächlich fürchtet. Die Diskussion wird in der Regel ergeben, dass der Patient unsicher ist, ob es in der Situation zu einer Angstabnahme kommen würde - schließlich hat er ja diese Situation bislang aufgrund seiner Befürchtungen vermieden. Therapeutisch günstig wäre es aber, wenn der Patient zumindest die Möglichkeit einräumt, dass die Angst in der Situation auch ohne Vermeidungsverhalten wieder abnehmen könnte. In diesem Fall bestärken Sie den Patienten bitte in dieser Annahme. Sagen Sie, dass eine solche Angstabnahme aus medizinischer Sicht sehr wahrscheinlich ist, weil mit der Zeit eine Reizgewöhnung (sog. **„Habituation“**) eintreten würde. **Erläutern Sie dem Patienten,**

- dass „Habituation“ ein automatischer Vorgang der „Reizgewöhnung“ ist,

- der in allen Menschen und höheren Lebewesen biologisch angelegt („angeboren“) ist
- und bewirkt, dass wir uns an alle ungefährlichen Reize und Situationen gewöhnen, wenn wir diesen länger und öfter ausgesetzt sind.

Hinweis: Es ist an dieser Stelle durchaus sinnvoll, den Fachbegriff „Habituation“ zu verwenden, weil es dem Patienten Sicherheit gibt, wenn er weiß, dass das Behandlungsprinzip auf einem universellen biologischen Phänomen basiert.

Beschreiben Sie Habituation als notwendigen und zumeist sehr hilfreichen Lernprozess, der es Menschen ermöglicht, sich an die unterschiedlichsten Lebensräume zu gewöhnen und dort zu leben. Verdeutlichen Sie das Habituationsprinzip ggf. anhand von Beispielen aus der Lebenserfahrung des Patienten, wie etwa Flugzeugglärm oder Druck von Kleidung auf der Haut. Nutzen Sie ggf. die Angstverlaufskurven (Abbildung 16), um Ihre Erläuterungen zu verdeutlichen. Selbstverständlich kann es vorkommen, dass die Besprechung des Behandlungsprinzips Probleme aufwirft. Tabelle 10 beschreibt einige typische Probleme und entsprechende Lösungsvorschläge.

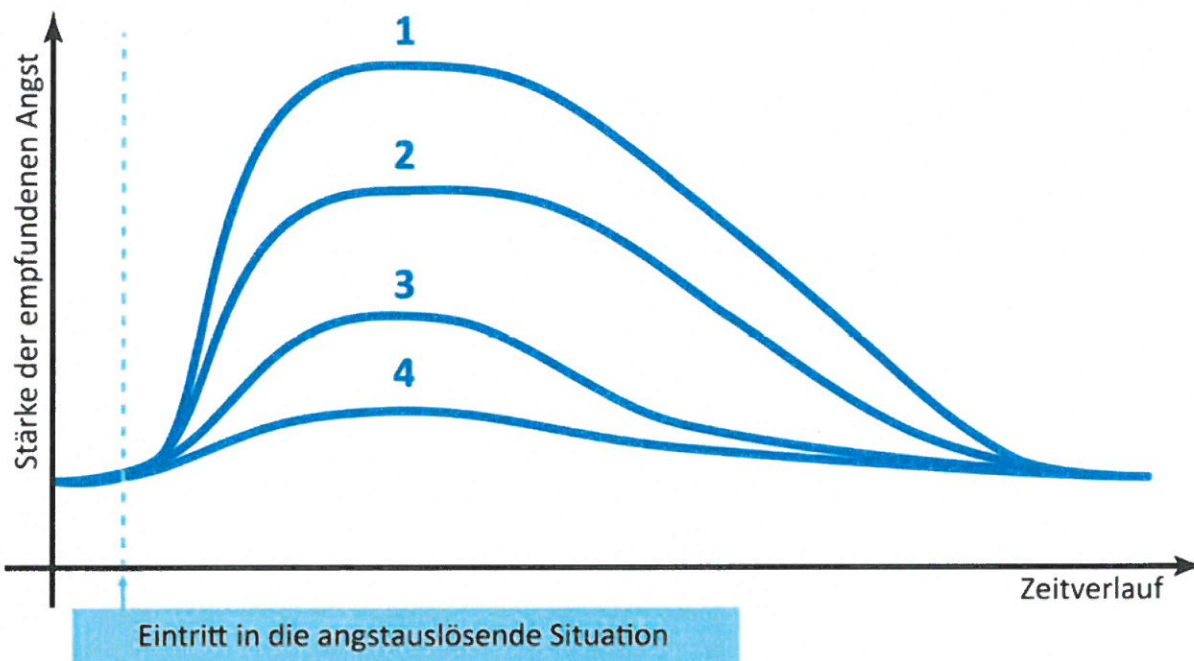


Abbildung 16 | Habituation - Abflachende Angstverläufe bei Wiederholung einer Situationsübung

Tabelle 10 | Mögliche Probleme bei der Besprechung des Behandlungsprinzips und entsprechende Lösungsvorschläge

Der Patient fragt, wie lange es dauern wird, bis die Gewöhnung eintritt

- Hier sollten Sie antworten, dass das individuell verschieden ist und sich im Vorfeld daher nicht genau angeben lässt. Ferner können Sie sagen, dass es erfahrungsgemäß nur selten länger als eine halbe Stunde dauert - jedenfalls dann, wenn ohne Vermeidungsverhalten geübt wird. Erfahrungsgemäß gilt tatsächlich: Je entschiedener sich der Patient seiner Angst stellt, desto schneller kann er sich auch an die Situation gewöhnen.

Für den Patienten ist es generell nur sehr schwer vorstellbar, dass in der Situation ein

Angstabfall eintreten wird

- In diesem Fall würdigen Sie diese Zweifel des Patienten bitte zunächst im Sinne einer Erklärung, warum er die angstauslösende Situation bisher möglichst vermieden hat. Zeigen Sie ihm die graue Kurve in Arbeitshilfe 4, um zu verdeutlichen, dass es eine „häufige Patientenerwartung“ ist, dass die Angst immer weiter steigt, bis irgendwann unweigerlich die gefürchtete „Katastrophe“ eintritt (z.B. ein Herzinfarkt). Dann erläutern Sie die hinter den Gewöhnungsprozessen (Habituation) stehenden biologischen Mechanismen noch ausführlicher.

Der Patient führt an, dass er bereits die gegenteilige Erfahrung gemacht hat - dass also gerade bei ihm in angstauslösenden Situationen kein Angstabfall eingetreten ist.

- Bitte nehmen Sie diese Zweifel ernst, und bitten Sie den Patienten, Ihnen die damalige Situation genau zu schildern. Fragen Sie ihn, was er in der Situation genau getan hat, und arbeiten Sie auf diese Weise heraus, dass damals irgendeine Form von Vermeidungsverhalten zum Einsatz kam - das Behandlungsprinzip wurde also nicht konsequent angewendet.

Schritt 3: Bereitschaft für Situationsübungen erfragen - Motivieren

Fassen Sie dann das Behandlungsprinzip für den Patienten zusammen - er soll:

- gezielt in die angstauslösenden Situationen gehen
- darin auf Flucht- oder Vermeidungsverhalten verzichten und die „Angst in voller Stärke kommen lassen“
- lange genug in den Situationen bleiben, um zu erleben, dass die Angst allmählich von ganz alleine wieder abfällt (ohne dass irgendeine der befürchteten Katastrophen eintritt)

Viele Patienten kostet es extreme Überwindung, mit den Situationsübungen zu beginnen. Sie können es sich oftmals nicht vorstellen, diese Übungen „zu überleben“ und befürchten die schlimmsten Konsequenzen. Daher ist es wichtig, dass Sie die Motivation des Patienten erfragen und ggf. stärken: **Fragen Sie, ob und wie sehr er dazu bereit ist, eine angstauslösende Situation im Sinne einer Übung gezielt aufzusuchen**, also ohne Vermeidungsverhalten darin zu bleiben, bis die Angst wieder deutlich abgefallen ist. Falls Ihnen der Patient glaubhaft signalisiert, dass er zu Situationsübungen grundsätzlich bereit ist, dann gehen Sie bitte direkt dazu über, einen Übungsplan für Situationsübungen auszuarbeiten (siehe unter Schritt 4).

Motivierende Strategien bei der Einführung von Angstübungen

Falls Ihnen der Patient jedoch mitteilt, dass er solche Übungen lieber nicht machen möchte, dann nehmen Sie das bitte ernst. Drängen oder überreden Sie ihn nicht dazu, trotzdem mit den Übungen zu beginnen. Ermutigen Sie ihn stattdessen ausdrücklich, Ihnen seine Bedenken zu schildern. In Tabelle 11 sind einige häufig vorkommende Bedenken aufgeführt, und Sie erfahren dort, wie sich diesen Bedenken therapeutisch begegnen lässt.

Tabelle 11 | Typische Bedenken gegenüber Situationsübungen und motivierende Strategien

<p>Der Patient befürchtet, dass er bei den Übungen <i>etwas falsch machen könnte</i>.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hier genügt es vielleicht, wenn Sie den Patienten darauf hinweisen, dass es sich ja um „Übungen“ handelt, deren richtige Durchführung erst erlernt werden soll, was ihm mit der Zeit sicherlich gelingen wird - Motto: „Es ist noch kein Meister vom Himmel gefallen.“
<p>Der Patient gibt an, dass er eine bestimmte Übung nicht machen möchte, weil er „<i>das ja gar nicht tun muss</i>“: Zum Beispiel mag es dem Patienten wenig sinnvoll erscheinen, mit dem Zug zu fahren, da er ja jederzeit das Auto nehmen kann.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hier weisen Sie den Patienten bitte darauf hin, dass möglicherweise ein Missverständnis des Behandlungsprinzips vorliegt. Klären Sie bitte darüber auf, dass Angstübungen nicht etwa das Ziel verfolgen, den Patienten für jegliche Situationen „alltagstauglich“ zu machen. Vielmehr soll damit ein neuer Umgang mit der Angst erlernt werden: Eine konkrete Situation soll demnach nur deswegen aufgesucht werden, weil sie beim Patienten Angst auslöst und nicht etwa, weil sie im Alltag „benötigt“ wird.
<p>Der Patient befürchtet, dass er durch die Angstübungen doch Schaden nehmen würde: In diesem, eher häufigen Fall hat der Patient einfach zuviel Angst bzw. ist vom Behandlungsprinzip nicht ausreichend überzeugt. Er befürchtet noch immer, dass in Situationsübungen eine oder mehrere der von ihm gefürchteten Katastrophen eintreten werden.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Hier sollten Sie den Patienten zunächst an das „Teufelskreismodell“ erinnern (Behandlungsmappe: Arbeitshilfe 1): Ordnen Sie die übertriebenen Befürchtungen des Patienten respektvoll als „Angstgedanken“ ein, die einen Teil der Angststörung ausmachen, die er ja gerade zu überwinden versucht. Aber Achtung: Bitte versprechen Sie dem Patienten <i>nicht</i>, dass seine Befürchtung niemals eintreten kann, weil das unrealistisch wäre und einer Art Kunstfehler gleichkäme. Betonen Sie vielmehr, dass es <i>keine 100%-ige Sicherheit</i> geben kann - für niemanden. Das bedeutet wiederum, Ihr Patient muss ein gewisses Maß an Unsicherheit in Kauf nehmen, wenn er in die Übungen geht. 2. Helfen Sie ihm dann, diesbezüglich eine Entscheidung zu treffen. Dazu stellen Sie zunächst die Entscheidungsfreiheit und Eigenverantwortlichkeit des Patienten heraus. Dann können Sie ein Vierfelderschema zeichnen wie es in Abbildung 17 zu sehen ist. Fragen Sie den Patienten zuerst nach allen Argumenten, die gegen die Durchführung von Angstübungen sprechen und schreiben Sie diese in das Vierfelderschema. Dann sammeln Sie alle Argumente, die für die Durchführung von Angstübungen sprechen und schreiben Sie diese in das Vierfelderschema.

3. Bitte achten Sie dabei insbesondere auf eine *Unterscheidung kurz- und langfristiger Konsequenzen*. Die Logik dahinter ist: Kurzfristig ist es sicherlich angenehmer, keine Angstübungen zu machen, während dadurch aber langfristig die Angststörung mit all ihren Einschränkungen bestehen bleiben dürfte. Umgekehrt muss der Patient bei der Durchführung von Angstübungen kurzfristig Angst und Unsicherheit in Kauf nehmen, während er dadurch langfristig die Chance hat, seine Angststörung zu überwinden und wieder gesund zu werden. Fragen Sie den Patienten schließlich, was ihm *langfristig* lieber ist. Gegebenenfalls besprechen Sie mit dem Patienten das Vierfelderschema und vertagen die Sitzung um eine Woche, um dem Patienten noch Bedenkzeit zu geben.

	Für die Durchführung von Angstübungen spricht...	Gegen die Durchführung von Angstübungen spricht...
Kurzfristig		
Langfristig		

Abbildung 17 | Vierfelderschema als Entscheidungshilfe für Angstübungen

Schritt 4: Drei geeignete Übungen finden - Übungsplan erstellen

Ist der Patient ausreichend dafür motiviert, mit den Situationsübungen zu beginnen, dann erstellen Sie bitte mit ihm einen individuellen Übungsplan. Das heißt, Sie identifizieren im Gespräch drei angstauslösende Situationen und prüfen jeweils, ob sich diese Situationen für Angstübungen eignen. Um Ihnen das Vorgehen zu erläutern, erhalten Sie zunächst einige wichtige Hintergrundinformationen. Dann wird das praktische Vorgehen skizziert.

Für Angstübungen eignen sich grundsätzlich alle Situationen gut, die:

- genügend Angst auslösen (mindestens etwa 4 auf der Skala von 0 bis 10)
- aus objektiver Sicht zu keiner besonderen Gefährdung des Patienten führen
- unter praktischen Aspekten gut durchführbar sind
- sich möglichst nicht oder nur wenig verändern, wenn sich der Patient für längere Zeit darin aufhält

Der fertige Übungsplan soll aus drei Situationsübungen bestehen, die unterschiedlich „schwierig“ im Sinne von angstauslösend sind. Diese Situationsübungen soll der Patient selbstständig „von unten nach oben“ abarbeiten. **Wichtig ist, dass oben auf dem Plan die „allerschlimmste“ Situation steht**, also diejenige, vor der sich der Patient am meisten fürchtet. Die „allerschlimmste“ Situation ist deswegen wichtig, weil deren Aussparung ein erhöhtes Rezidivrisiko mit sich bringen würde. Ganz unten auf dem

Plan steht eine Anfangssituation, mit welcher der Patient beginnen soll. Die Anfangssituation muss zwar Angst auslösen, darf jedoch nicht so schwierig sein, dass sich der Patient gar nicht erst hineintraut. Dazwischen steht eine Situation mit mittlerer Schwierigkeit.

Beachten Sie bitte, dass dieses abgestufte Vorgehen rein aus motivationalen Gründen erfolgt. Sollte der Patient die Frage nach dem Grund der Abstufung aufwerfen, so geben Sie bitte Acht, dass Sie ihm nicht den Eindruck vermitteln, dass die oberen Übungen irgendwie gefährlicher seien als die unteren. Stattdessen können Sie z.B. antworten: *„Die Abstufung der Übungen machen wir nur, um das Übungsprogramm für Sie etwas angenehmer zu gestalten - keine der Übungen ist besonders gefährlich.“*

Bei der Erstellung des Übungsplans ist es wichtig, dass Sie den Patienten **alle Situationen genau beschreiben lassen**: An welchem Ort? Zu welcher Zeit? Ist jemand dabei? Wie soll es ablaufen? Was wird der Patient genau machen und was nicht? Denn nur wenn der Patient eine sehr klare Vorstellung von der Situation hat, kann er einschätzen, wie viel Angst in der Situation erwartungsgemäß auftreten wird. Das ist notwendig, denn **entsprechend der vom Patienten erwarteten Angststärke werden die Situationsübungen auf dem Übungsplan angeordnet**.

Hinsichtlich der zu erwartenden Angststärke macht es unter anderem einen großen Unterschied, ob der Patient eine Situation alleine oder in Begleitung vertrauter Personen aufsuchen will. **Um seine Agoraphobie zu überwinden, sollte der Patient lernen, jede Situation alleine zu bewältigen** - also ohne Begleitpersonen. Es ist allerdings denkbar, dass er sich, *im Sinne eines Zwischenschrittes*, zeitweise von vertrauten Personen in eine Übung begleiten lässt, die er später jedoch alleine durchführen muss. Es gibt allerdings wichtige **Voraussetzungen für die Mitnahme von Begleitpersonen**: Diese müssen vollständig über das Behandlungsprinzip und die Übungsregeln informiert worden sein, und der Patient muss die konkrete Übung mit ihnen vorher besprochen haben. Die Patientenanleitung informiert über diese Voraussetzungen.

Grundsätzlich ist es aus motivationalen Gründen vorteilhaft, die Situationsübungen vom Patienten selbst vorschlagen zu lassen. Wann immer keine Vorschläge vom Patienten zu erhalten sind, können Sie auf **Tabelle 12** zurückgreifen. Dort finden Sie eine Tabelle mit Vorschlägen für gut geeignete und erprobte Situationsübungen, die grob nach der Symptomatik (linke Spalte) geordnet sind, um Ihnen einen ersten Anhaltspunkt für die individuelle Relevanz zu geben. In der mittleren Spalte sind die Situationsübungen dann so formuliert, dass sie bei den meisten Patienten eher starke bis sehr starke Angst auslösen werden. Die rechte Spalte liefert Ihnen Hinweise dazu, wie sich die gleichen Übungen weniger stark angstausslösend gestalten lassen.

In Tabelle 12 werden bestimmte Situationen *nicht* aufgeführt, die von vielen Patienten als angstausslösend beschrieben werden. Dazu gehören z.B. „Bus fahren“ oder „Fahrstuhl fahren“. Der Grund dafür ist, dass diese Situationen sich rasch verändern können: Türen gehen auf und zu, der Fahrstuhl ändert die Höhe, der Bus die Geschwindigkeit etc. Solche Veränderungen der äußeren Situation bedingen in der Regel Schwankungen in der Angststärke des Patienten. Solche Schwankungen können es dem Patienten erheblich erschweren, eine rasche Angstabnahme in der Situation zu erleben bzw. die Angstabnahme auf eine Reizgewöhnung (Habituation) zurückzuführen.

Das kann den therapeutischen Effekt der Angstübung gefährden. Fazit: Es ist nicht „verboten“, Situationen mit rasch wechselnden Umgebungsbedingungen in den Übungsplan einzubauen, und unter motivationalen Aspekten mag das sogar sinnvoll sein. Bitte beachten Sie aber, dass es sich aus den genannten Gründen dabei um Übungen zweiter Wahl handelt.

Tabelle 12 | Tabelle zur Auswahl von Situationsübungen

Typische angstauslösende Situationen:	Eher stark angstauslösende Übungen:	...die jeweils abschwächbar sind durch folgende Maßnahmen:
Angst, alleine („hilflos“) bzw. in unvertrauter Umgebung zu sein, z.B.: - Verreisen - alleine zuhause sein - alleine unterwegs sein - unbekannte Plätze aufsuchen - fremde Orte besuchen	Allein in der eigenen Wohnung sein, ohne Kontakt zu jemandem	Möglichkeit, Kontakt aufzunehmen (derjenige sollte informiert sein)
	Den Tag an einem weit entfernten Ort verbringen, wo man noch nie war	Weniger weit entfernten, oder schon bekannten Ort wählen
	In einen Wald/auf einen Berg wandern, wo kaum jemand ist	Route wählen wo mehr Menschen anzutreffen sind
	Die Nacht allein in einer fremden Stadt (Hotel) verbringen, ohne Kontakt	Hotel in eigener Stadt wählen, und/oder Kontaktmöglichkeit (Person muss vorher informiert werden!)
Angst, gefangen zu sein bzw. irgendwo nicht herauskommen (fliehen) zu können, z.B.: - Menschenmengen - enge Räume - weite offene Plätze - Supermärkte/Kaufhallen/ Geschäfte - Restaurants/ Cafés - Theater/Kinos/Hörsäle - Warteschlangen - Brücken - öffentliche Verkehrsmittel - hoch gelegene Plätze	Sich mitten in einer gut gefüllten Kaufhalle aufhalten	Sich näher am Ausgang aufhalten (wie viele Meter zum Ausgang?)
	Sich an eine Schlange mit 10 Leuten an der Kasse anstellen	Kürzere Schlange wählen (wie viele Personen?), oder Schlange an offenerem Ort wählen
	Auf eine Wackelbrücke gehen und in der Mitte stehen bleiben	Feste Brücke wählen, und/oder weniger weit auf die Brücke gehen (wie viele Meter weit?)
	In ein Konzert/Theater/Kino gehen, und einen Platz in der Mitte nehmen	Platz näher am Ausgang nehmen (welche Entfernung?)
	200 km weit Zug fahren bei geschlossenen Fenstern und/oder geschl. Abteil	Fenster öffnen, und/oder weniger weit wegfahren (wie weit?)
	6 Stockwerke hoch gehen und bei offenem Fenster hinunterschauen	Tieferes Stockwerk wählen, und/oder bei geschlossenem Fenster hinausschauen
	Sich in einem langen düsteren Gang oder einem Kellergewölbe aufhalten	Sich nahe am Gangende/Kellerausgang aufhalten (wie viele Meter zum Ausgang?)

Praktisches Vorgehen bei der Erstellung des Übungsplans für Situationsübungen

Der Patient wurde durch die Patientenanleitung bereits aufgefordert, sich bis zum Arzttermin 3 geeignete Situationen zu überlegen. Bei der Übungsplanerstellung gehen Sie dann am besten folgendermaßen vor:

1. Finden Sie die „allerschlimmste“ Situation. Fragen Sie den Patienten hierbei: „*Welche Situation macht Ihnen von allen am meisten Angst?*“ Lassen Sie ihn diese Situation beschreiben und

prüfen Sie deren Eignung als Angstübung. Falls die Situation ungeeignet erscheint, dann versuchen Sie bitte im Gespräch eine Situation zu finden, die der „allerschlimmsten“ Situation möglichst nahe kommt. Lassen Sie den Patienten die für diese Situation erwartete Angststärke schätzen, indem Sie fragen: *„Was schätzen Sie: Wie stark würde die Angst maximal werden, wenn Sie sich in diese Situation begeben würden? Ich meine, wenn Sie darin bleiben würden, ohne irgendetwas gegen die Angst zu unternehmen? Bitte sagen Sie es mir auf der Skala von 0 bis 10.“* Bitte notieren Sie sich die Angaben des Patienten zunächst auf einem Notizzettel.

2. **Finden Sie die Anfangssituation.** Fragen Sie hier z.B.: *„Gibt es eine Situation, bei der vielleicht nur mittelstarke Angst auftreten würde? Ich meine eine Situation, mit der Sie Ihre Situationsübungen beginnen könnten?“* Wenn der Patient eine Situation nennt, dann lassen Sie ihn diese wiederum beschreiben, prüfen deren Eignung und lassen den Patienten die erwartete Angststärke einschätzen. Bitte beachten Sie: Die Anfangssituation soll eine **erwartete Angststärke von 3-5** aufweisen. Bitte passen Sie die Situation im Dialog mit dem Patienten ggf. so lange an, bis das der Fall ist. Zum **Anpassen der Situation** fragen Sie den Patienten zunächst, *was genau* an der Situation für ihn beängstigend ist. Dann machen Sie die Situation für ihn schrittweise leichter bzw. schwieriger, indem Sie dieses angstausslösende Moment systematisch verändern. Nach jeder dieser Veränderungen fragen Sie den Patienten erneut, welche Angststärke diese Situation dann hervorrufen würde. Kann Ihnen der Patient dagegen gar keine Anfangssituation nennen, dann schlagen Sie ihm eine Übung von Tabelle 12 vor, die Sie mithilfe der dortigen Angaben (rechte Spalte) bitte so lange anpassen, bis der Patient eine erwartete Angststärke von mindestens 3 angibt. Bitte lassen Sie sich dann bestätigen, dass der Patient sich vorstellen könne, mit der resultierenden Übung zu beginnen.
3. **Finden Sie die mittlere Situation.** Gehen Sie bitte analog vor, um die mittlere Situation festzulegen. Diese sollte eine erwartete Angststärke von 5-8 aufweisen und hinsichtlich dessen zwischen den beiden anderen liegen. Wieder können Sie Vorschläge des Patienten aufgreifen oder selbst eine Situation aus Tabelle 12 vorschlagen und ggf. anpassen.

Bitte **notieren Sie den finalen Übungsplan in der Online-Akte des Patienten** und bitte weisen Sie den Patienten darauf hin, dass er nun mindestens acht Wochen lang ausgiebig mit den Körperübungen zu arbeiten hat.

Arbeitsblatt: Übungsplan Situationsübungen (Arzttermin 3)

Bitte füllen Sie dieses Arbeitsblatt zusammen mit Ihrem Hausarzt aus!
 Im Sinne eines Übungsplans, werden hier diejenigen Situationen eingetragen, die Ihnen im Jena-PARADIES Übungsprogramm als Situationsübungen dienen.

Grundsätzlich sind für Angst-Übungen solche Situationen geeignet, die:

- zwar Angst auslösen, aber im Grunde nicht besonders gefährlich sind,
- praktisch gut durchführbar sind,
- sich wenig oder gar nicht verändern, auch wenn man längere Zeit darin bleibt.

Bitte beschreiben Sie jede Situation möglichst genau! Wo werden Sie sein, was werden Sie tun und was nicht, wer ist vielleicht noch dabei? Wie stark wird Ihre Angst unter diesen Bedingungen vermutlich maximal werden („erwartete Angststärke“).

Beurteilungsskala für die Angststärke:											
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Gar nicht				Mittelmäßig							Extrem

Sortieren Sie die Situationen nach der maximalen Angststärke, die Sie darin erwarten:

- Ganz oben steht die am meisten Angst auslösende Situation - diese Situation bearbeiten Sie als letztes.
- Ganz unten steht eine Situation, für die Sie eine maximale Angststärke von 3 bis 5 erwarten - diese Situation bearbeiten Sie als erstes.
- Dazwischen steht eine Situation mit einer mittleren Angststärke.

Ausgewählte Situationsübungen	Erwartete Angststärke (0 bis 10)
1.	
2.	
3.	

Abbildung 18 | Arbeitsblatt „Übungsplan Situationsübungen“ (in Patientenanleitung, Anhang)

Schritt 5: Situationsübungen verbindlich festlegen

Abschließend weisen Sie den Patienten bitte nochmals auf die Übungsregeln hin und geben Sie ihm folgende Instruktionen:

- In der Übung soll der Patient die „Angst voll kommen lassen“ und kein Vermeidungsverhalten ausführen, wie etwa Flucht, Ablenkung oder Mitnahme von „Sicherheiten“.
- Der Patient soll die Übungssituationen erst dann verlassen, wenn die Angst wieder deutlich abgenommen hat (etwa auf 2 gefallen ist).

- Der Übungsplan soll „von unten nach oben“ abgearbeitet werden: Jede Übung muss so oft wiederholt werden, bis es dem Patienten mehrfach gelungen ist, diese erfolgreich, d.h. entsprechend der Übungsregeln durchzuführen.
- Es ist wichtig, möglichst oft und regelmäßig zu üben: Mindestens 1 Mal, besser 2 Mal pro Woche soll die ausgewählte Übung gleich zweimal hintereinander durchgeführt werden.
- Die **Übungsdurchführungen sollen protokolliert werden** - entsprechende Protokolle finden Sie online.

Mit der Anfangsübung soll er möglichst rasch beginnen. **Bitte lassen Sie sich vom Patienten einen verbindlichen Starttermin binnen einer Woche nennen.**

ENDE DES AZRTERMINS 3

Zu Ihrer Information:

In Abbildung 19 sehen Sie ein Beispiel für ein ausgefülltes Übungsprotokoll. Die Protokollierung von Situationsübungen mithilfe dieser Protokolle wird in der Patientenanleitung ausführlich erläutert. Deshalb ist es in der Regel nicht notwendig, die Übungsprotokolle extra zu erklären. Die

Übungsprotokolle haben mehrere Funktionen:

- Sie erinnern den Patienten an die Einhaltung der Übungsregeln
- Sie verdeutlichen die Übungsfortschritte
- Sie veranlassen den Patienten dazu, die in der Übung gesammelten therapeutischen Lernerfahrungen zu benennen und gedanklich zu vertiefen

Mit dem Ziel, die Lernerfahrungen des Patienten *abschließend* zu besprechen, werden Sie ein solches Übungsprotokoll spätestens in Arzttermin 4 des PREMA-Übungsprogramms zusammen mit ihm auswerten. Bitte beachten Sie, dass es auch *im Verlauf* des Übungsprogramms sinnvoll sein kann, die Übungsprotokolle mit dem Patienten zusammen durchzugehen. Das ist immer dann der Fall, wenn der Patient einen schlechten Behandlungsverlauf erkennen lässt (JAMoL-Ampelschema rot markiert) und Sie ihn daher anrufen oder für einen ärztlichen Zusatzkontakt zu sich in die Praxis bestellen.

Übungsprotokoll für Situationsübungen	
Bitte nehmen Sie dieses Protokoll mit in die Übungssituation und beachten Sie die umseitigen Übungsregeln!	
Vor der Übung - bitte beschreiben Sie, welche Übung Sie durchführen wollen: Vormittags alleine im Wald sein, wo kaum Menschen sind. Kein Handy dabei.	
Datum der Übung:	
Nach der Übung - bitte protokollieren Sie:	
1. Wie stark war die maximale Angst während der Übung?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Keine Angst Mittelmäßig Extrem
2. Wie stark war Ihre Angst (noch), als Sie die Übung beendet haben?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Keine Angst Mittelmäßig Extrem
3. Haben Sie es geschafft, die Angst einfach auszuhalten, ohne etwas dagegen zu unternehmen (kein Vermeidungsverhalten auszuführen)?	<input type="checkbox"/> ja <input checked="" type="checkbox"/> nein Falls ja: Was haben Sie unternommen?
	Einige Male habe ich mich kurz weggedreht, die Augen zugeknippt, vorgestellt ich wäre ganz anders.
4. Was haben Sie durch die Übung gelernt: Wie gefährlich war die Situation wirklich? Wie gefährlich war es, die Angst auszuhalten? Was war sonst noch wichtig?	Mir ist nichts Schlimmes geschehen (keine Ohnmacht, kein Unfall). Die Angst ist einfach weggegangen, ich habe mich an die Situation gewöhnt. Vielleicht geht es nächstes Mal noch besser.
5. Wie hoch ist Ihre Bereitschaft jetzt, dieselbe Situation noch einmal aufzusuchen?	0% - 10% - 20% - 30% - 40% - 50% - 60% - 70% - 80% - 90% - 100%

Während der Übung

Bitte beachten Sie die Übungsregeln:

- Angst ist nicht gefährlich. Lassen Sie die Angst daher einfach kommen!
- Beobachten Sie, was in der Situation wirklich passiert!
- Vermeiden Sie nicht - tun Sie nichts, um Ihre Angst zu unterdrücken!
- Verlassen Sie die Situation erst dann, wenn die Angst von alleine wieder deutlich abgenommen hat (etwa auf 2 gefallen ist)!
- Machen Sie jede Übung mindestens 2 Mal an ein und demselben Übungstag!

Bitte notieren Sie den Angstverlauf:

Uhrzeit	Angst (0 bis 10)	Symptome und Gedanken
9.35	6	Bin aus dem Bus raus, laufe auf den Wald zu, starkes Herzklopfen.
9.50	8	Warte vor dem Wald, bin ganz allein, Herzklopfen, Schwitzen, mir ist ganz heiß!
10.00	9	im Wald: alles ganz schlimm, was wenn ich jetzt umfalle? Dann kann mir keiner helfen? Mir ist ganz schwindelig, ich habe solche Angst.
10.07	8-9	bin noch tiefer reingegangen, Schwindel, Benommenheit leichte Übelkeit, manchmal mache ich die Augen zu, dann geht es besser, bleibe jetzt hier stehen.
10.12	8	stehe im Wald, noch Schwindel & Herzklopfen aber etwas besser.
10.15	7	stehe noch immer, bin nicht umgefallen, Angstsymptome etwas besser.
10.18	6(5)	bin ruhiger, schwachgedeutet zittere ein bisschen, etwas Kopfdruck.
10.21	4-5	Nichts passiert - und die Angst geht weg!
10.25	2-3	Angstsymptome fast weg, etwas erschöpft - bleibe noch einen Moment.
10.30	1	ich hab's geschafft - jetzt gehe ich zurück.

Abbildung 19 | Beispiel eines ausgefüllten „Übungsprotokolls für Situationsübungen“

Ablauf bei Patienten mit Depression

Vor dem Gespräch:

- Begutachten Sie bitte die DeMoL-Fragebögen, um über den zurückliegenden Symptom- und Behandlungsverlauf informiert zu sein.

Schritt 1: Körperübungen besprechen

Der Patient hatte die Aufgabe, die Durchführung seiner Körperübungen zu protokollieren. Bitten Sie ihn eingangs, Ihnen das bearbeitete Übungsprotokoll für die Körperübungen zu zeigen. Besprechen Sie mit dem Patienten, wie er sich dabei gefühlt hat und loben Sie ihn ausdrücklich für das Üben. Stellen Sie ggf. den Stimmungsunterschied (Verbesserung in Richtung positiv nach der Übung) heraus, auch wenn es nur kleine Unterschiede gibt. Therapeutisch günstig wäre es selbstverständlich, die Übungsprotokolle *aller* Körperübungen zu besprechen. Das könnte jedoch den zeitlichen Rahmen des Gespräches sprengen. Wichtig ist, dass Sie **den Patienten motivieren, weiter mit denjenigen Übungen zu arbeiten.**

Schritt 2: Situationsübungen mit Patientenaktivierung begründen

Der Patient wird umso motivierter für die Durchführung von Situationsübungen sein, je besser er das Behandlungsprinzip verstanden hat. Das Behandlungsprinzip wird in der Patientenanleitung, welche der Patient bis zu diesem Arzttermin zu lesen hatte, ausführlich und anschaulich erläutert. Bitte vergewissern Sie sich im Gespräch gründlich, ob der Patient dadurch ein hinreichendes Verständnis dafür erworben hat. Hinsichtlich der Gesprächsüberleitung zu diesem Punkt ist es günstig, wenn Ihr Patient bei der Arbeit mit den Körperübungen gemerkt hat, dass ihn körperliche Aktivität und Öffnung positiv stimulieren und dass er einen Unterschied zwischen passivem (in sich zusammengesunken, zurückgezogen) und aktivem (gerade, offene Körperhaltung) gespürt hat. Sie können ihn z.B. dann fragen: „*Was bedeutet denn diese positive Erfahrung Ihrer Meinung nach für Rückzugsverhalten / Ihre Trägheit /Unlust?*“. So wie der Patient bei den Körperübungen den Unterschied zwischen passivem (geduckte, zusammengesunkene Haltung, Trägheit) und aktivem Modus (aufrechte, offene Haltung, Bewegung) gespürt hat, soll er nun anhand von Situationsübungen und genusszielen Ebenfalls diesen Unterschied spüren, z.B. aktiver Modus (in der Frühe aufstehen, sich anziehen, rausgehen) im Vergleich zu passiver Modus (im Bett bleiben, zu Hause bleiben).

Schritt 3: Bereitschaft für Situationsübungen erfragen - Motivieren

Fassen Sie dann das Behandlungsprinzip für den Patienten zusammen - er soll:

- Sich gezielt aktivieren und aus seinem passiven Modus (Rückzugsverhalten) herauskommen

Motivierende Strategien bei der Einführung der Situationsübungen:

Falls Ihnen der Patient mitteilt, dass er die Übungen lieber nicht machen möchte, dann nehmen Sie das bitte ernst. Drängen oder überreden Sie ihn nicht dazu, trotzdem mit den Übungen zu beginnen. Ermutigen Sie ihn stattdessen ausdrücklich, Ihnen seine Bedenken zu schildern. In Tabelle 13 sind ein paar häufig vorkommende Bedenken aufgeführt und Sie erfahren dort, wie sich diesen Bedenken therapeutisch begegnen lässt.

Tabelle 13 | Typische Bedenken gegenüber Situationsübungen und motivierende Strategien

Der Patient befürchtet, dass er bei den Übungen *etwas falsch machen könnte.*

- Hier genügt es vielleicht, wenn Sie den Patienten darauf hinweisen, dass es sich ja um „Übungen“ handelt, deren richtige Durchführung erst erlernt werden soll, was ihm

mit der Zeit sicherlich gelingen wird - Motto: „Es ist noch kein Meister vom Himmel gefallen.“ **Außerdem gilt:** Es gibt kein Richtig oder Falsch. Ziel ist, dass die Übung gemacht wird, nicht wie oder gar wie genau/perfekt sie durchgeführt wird.

Der Patient gibt an, dass er eine bestimmte Übung nicht machen möchte, weil er „das ja gar nicht tun muss“: Zum Beispiel mag es dem Patienten wenig sinnvoll erscheinen, einzukaufen zu gehen, wenn er auch online alles bestellen kann.

- Hier weisen Sie den Patienten bitte darauf hin, dass möglicherweise ein Missverständnis des Behandlungsprinzips vorliegt. Klären Sie bitte darüber auf, dass die Übungen nicht etwa das Ziel verfolgen, den Patienten für jegliche Situationen „alltagstauglich“ zu machen. Vielmehr der Patient sich aufraffen, etwas zu tun, was er gerne macht oder früher gerne gemacht hat. Damit soll der Patient Schritt für Schritt aktiviert werden, um ihn aus seinem Rückzugsverhalten herauszuholen. Eine konkrete Situation soll demnach nur deswegen aufgesucht werden, weil sie den Patienten aus seinem passiven Modus heraus holt und nicht, weil sie im Alltag „benötigt“ wird.

Der Patient gibt an, dass es ihm zu schlecht geht, dass er zu müde ist, um die Situationsübungen durchzuführen.

- Zeigen Sie Verständnis dafür, dass sich der Patient **momentan** schlecht fühlt und er deswegen glaubt, nicht umsetzen zu können, was der Hausarzt vorschlägt. Fragen Sie ihn, woher er weiß, dass er die Situation nicht schafft („Realität testen“), ob er schon mal die Situation probiert hat, und ob er sich dann tatsächlich – wie befürchtet – schlechter gefühlt hat.

Bitten Sie den Patienten um einen Vertrauensvorschuss: Machen Sie ihm klar, dass er erst einmal investieren muss, auch wenn es ihm im Moment schlecht geht, um langfristig Erfolg zu haben. Sie können dies mit dem Bild einer Autobatterie verdeutlichen: Wenn eine **Autobatterie** leer ist, hilft es gar nichts, das Auto stehen zu lassen – dadurch lädt die Batterie nicht auf! Im Gegenteil, man muss das Auto bewegen, um die Batterie wieder aufzuladen. Übertragen heißt das: Es hilft dem Patienten nichts, sich zurückzuziehen und nichts zu tun, sondern er muss sich bewegen, muss raus aus seiner Antriebslosigkeit, damit es ihm bessergeht. Analog zum Auto bedarf es aber eine gewisse Zeit bis die Batterie wieder aufgeladen ist (mind. eine halbe Stunde fahren). Was das übertragen auf den Menschen bedeutet, kann man sich vorstellen...

Der Pat. hat die Einstellung „Keiner mag mich“ und hat deswegen keinen Kontakt zu Freunden.

- Fragen Sie den Patienten, ob er dafür einen konkreten Beweis hat. Wann hat der Patient zuletzt seine Freund gesehen/gesprochen? Weisen Sie darauf hin, dass es auch an der mangelnden Initiative des Patienten liegen kann. Der Patient soll aktiv die Initiative ergreifen und den Kontakt aufnehmen.

Bitte achten Sie dabei insbesondere auf eine *Unterscheidung kurz- und langfristiger Konsequenzen*. Die Logik dahinter ist: Kurzfristig ist es sicherlich angenehmer, keine Übungen zu machen, während dadurch aber langfristig die Depression mit all ihren Einschränkungen bestehen bleiben dürfte. Umgekehrt muss der Patient bei der Durchführung von Übungen kurzfristig Unwillen, Anstrengung und Unsicherheit in Kauf nehmen, während er dadurch langfristig die Chance hat, seine Stimmungslage zu verbessern und seine Depression zu überwinden. Fragen Sie den Patienten schließlich, was ihm *langfristig* lieber ist. Normalisieren Sie den Impuls kurzfristig zu denken („So funktionieren wir alle, das ist wie beim Schokoladeessen.“) und betonen Sie die Notwendigkeit diese Tendenz zu reflektieren und zu hinterfragen („Bringt mich das langfristig weiter?“). Gegebenenfalls besprechen Sie mit dem Patienten das Vierfelderschema (Abb. 19) aus und vertagen die Sitzung um eine Woche, um dem Patienten noch Bedenkzeit zu geben.

	Für die Durchführung Übungen spricht...	Gegen die Durchführung der Übungen spricht...
Kurzfristig	-	Patienten müssen investieren, müssen trotz Antriebslosigkeit raus, kein Verkriechen mehr
Langfristig	Stimmungsverbesserung, antidepressives Handeln, mehr Lebensfreude, mehr Kraft, negative (kurzfristige) Konsequenzen fallen weg, weil Antriebslosigkeit wegfällt, Selbstwirksamkeitserleben, mehr Kontakte	-

Abbildung 20 | Vierfelderschema als Entscheidungshilfe für Situationsübungen bei Depression

Schritt 4: Drei geeignete Übungen finden - Übungsplan erstellen

Ist der Patient ausreichend dafür motiviert, mit den Situationsübungen zu beginnen, dann erstellen Sie bitte mit ihm einen individuellen Übungsplan. Das heißt, Sie vereinbaren im Gespräch **drei kleinen Alltagsziele** wie z.B. dreimal die Woche zu einem festen Zeitpunkt aufzustehen oder selbständig einzukaufen. Fragen Sie die Patienten nach Genusszielen, die er gerne erreichen möchte, z.B. mit Freunden Eis essen oder ins Kino gehen.

Grundsätzlich ist es aus motivationalen Gründen vorteilhaft, die Situationsübungen vom Patienten selbst vorschlagen zu lassen.

Schritt 5: Situationsübungen verbindlich festlegen

Abschließend weisen Sie den Patienten bitte nochmals auf die Übungsregeln hin und geben Sie ihm

folgende Instruktionen:

- Der Patient soll die Übung komplett durchführen und darf keinen Rückzug machen. So reicht es z.B. nicht, nur zum Supermarkt zu gehen; der Patient muss auch dort einkaufen.
- Es ist wichtig, möglichst oft und regelmäßig zu üben: Mindestens 1 Mal, besser 2 Mal pro Woche soll die ausgewählte Übung durchgeführt werden.
- **Die Übungsdurchführungen sollen protokolliert werden** - entsprechende Protokolle finden sich online.

Der Patient sollte zeitnah mit den Situationsübungen beginnen. **Bitte lassen Sie sich vom Patienten einen verbindlichen Starttermin binnen einer Woche nennen.**

ENDE DES GESPRÄCHS

Zu Ihrer Information:

In Abbildung 19 sehen Sie ein Beispiel für ein ausgefülltes Übungsprotokoll. Die Protokollierung von Situationsübungen mithilfe dieser Arbeitsblätter wird in der Patientenanleitung ausführlich erläutert. Deshalb ist es in der Regel nicht notwendig, die Übungsprotokolle extra zu erklären. Die **Übungsprotokolle haben mehrere Funktionen:**

- Sie erinnern den Patienten an die Einhaltung der Übungsregeln.
- Sie veranlassen den Patienten dazu, sich den Unterschied zwischen „vor-der-Situation“ und „nach-der-Situation“ bewusst zu machen.

Mit dem Ziel, die Lernerfahrungen des Patienten *abschließend* zu besprechen, werden Sie ein solches Übungsprotokoll spätestens in Arzttermin 4 des PREMA-Übungsprogramms zusammen mit ihm auswerten.



4.5 | Arzttermin 4 - Erfolgskontrolle und Rückfallprophylaxe; Evaluation des Programms (30 min) (Woche 20)

Ziele:	<ul style="list-style-type: none"> • Übungsprotokoll einer kurz zurückliegenden Situationsübung auswerten, um die therapeutischen Lernerfahrungen zu vertiefen • Residualsymptome benennen und Patienten zum weiteren Üben motivieren • Patientenaufklärung: „Panikattacke“ versus „Rückfall“; „traurig sein“ versus „Depression“
Materialien:	<ul style="list-style-type: none"> • Übungsprotokoll einer Situationsübung

Vor dem Gespräch:

- Begutachten Sie bitte die DeMoL/JAMoL-Fragebögen, um über den zurückliegenden Symptom- und Behandlungsverlauf informiert zu sein. Bitte verschaffen Sie sich insbesondere einen Überblick darüber, mit welcher Frequenz die Übungen ausgeführt wurden und ob der Patient den vereinbarten Übungsplan für Situationsübungen vollständig abgearbeitet hat.

Schritt 1: Situationsübungen auswerten - Lernerfahrungen vertiefen

Um eventuelle Übungsfehler genau zu identifizieren und besprechen zu können, ist es immer sinnvoll, bisherige Situationsübungen des Patienten anhand von Übungsprotokollen auszuwerten. Zum Sitzungsbeginn loben Sie den Patienten bitte zunächst für das Durchführen von Situationübungen - ganz unabhängig davon, ob und welche Lernerfolge dabei aufgetreten sind. Bitten Sie ihn, Ihnen ein bearbeitetes Übungsprotokoll zu zeigen.

Bitte besprechen Sie das Übungsprotokoll mit dem Patienten unter folgenden Aspekten:

1. Sind die **Übungsregeln** befolgt worden?

Bei Angstpatienten:

2. Falls ja: Hat der Patient **während der Übung eine deutliche Angstabnahme** erlebt?
3. Falls ja: Hat der Patient über verschiedene Übungsdurchgänge hinweg erlebt, dass die **maximale Angst von Mal zu Mal immer geringer** wurde?

VORGEHEN BEI GUTEM ÜBUNGSERFOLG

Bei Angstpatienten:

Ein guter Übungserfolg liegt vor, wenn der Patient die obigen Fragen 1-3 bejaht. Das würde heißen, er hat eine allmähliche, aber **deutliche Angstabnahme in der Übung und über verschiedene**

Übungsdurchgänge hinweg, erlebt.

Um die entscheidenden Lernerfahrungen des Patienten therapeutisch zu vertiefen, fragen Sie bitte den Patienten, wie sich der Angstabfall aus seiner Sicht erklären lässt. Bestätigen Sie bitte gezielt diejenigen Mitteilungen des Patienten, die im Einklang mit dem Behandlungsprinzip stehen bzw. **arbeiten Sie folgende Schlussfolgerungen heraus:**

- In den Situationen hat der Patient zwar Angst erlebt, aber keinen Schaden genommen - das Eintreten befürchteter „Katastrophen“ bleibt aus.
- Weder die Angst, noch die Situationen sind in irgendeiner Weise besonders gefährlich oder schädlich.
- Die allmähliche Angstabnahme ist ein Zeichen für Reizgewöhnung (Habituation) - das bedeutet, der Patient kann lernen, angemessen mit der Angst und den angstauslösenden Situationen umzugehen.

Beglückwünschen Sie dem Patienten bitte zu diesem wichtigen Übungserfolg, der ja nichts anderes bedeutet, als dass die Agoraphobie an Stärke verloren hat.

Bei Depressionspatienten:

Um die entscheidenden Lernerfahrungen des Patienten therapeutisch zu vertiefen, fragen Sie bitte den Patienten, wie sich die Antriebssteigerung aus seiner Sicht erklären lässt. Bestätigen Sie bitte gezielt diejenigen Mitteilungen des Patienten, die im Einklang mit dem Behandlungsprinzip stehen bzw. **arbeiten Sie folgende Schlussfolgerungen heraus:**

- In den Situationen musste der Patient sich zwar überwinden, aber er keinen Schaden genommen
- Durch die Aktivierung fühlt sich der Patient besser – und das hat er selbst in der Hand

Beglückwünschen Sie den Patienten bitte zu diesem wichtigen Erfolg, der ja nichts Anderes bedeutet, als dass er die Depression überwindet.

VORGEHEN BEI WENIGER GUTEM ÜBUNGSERFOLG

Bei Angstpatienten:

Ein weniger guter Übungserfolg liegt vor, wenn in der Übung **keine oder nur eine teilweise Angstabnahme** stattgefunden hat. Möglich sind z.B. schwankende, konstant hohe oder konstant niedrige Angstverläufe. In diesem Fall wird der Patient eine oder mehrere der obigen Fragen 1-3 verneinen. Auch in diesem Fall fragen Sie bitte den Patienten, wie es sich aus seiner Sicht erklären lässt, dass *keine* deutliche Angstabnahme eingetreten ist. Äußert der Patient generelle Zweifel an der Therapiewirkung, dann signalisieren Sie dafür bitte zunächst Verständnis. Machen Sie ihm dann deutlich, dass es nun darauf ankommt, *genau zu verstehen, warum* die Übungen nicht wie erwartet gewirkt haben.

Tabelle 14 informiert über eine Reihe von Problemen, die erfahrungsgemäß zu einem Misslingen von Situationsübungen beitragen können und zeigt mögliche Lösungen auf. Bitte **gehen Sie mit dem Patienten diese Probleme gemeinsam durch**. In einem ersten Schritt erfragen Sie, in welchem Ausmaß jedes dieser Probleme aufgetreten ist. Haben Sie ein Problem identifiziert, dann achten Sie bitte darauf, dass der Patient versteht, *warum* das jeweilige Problem den Übungserfolg bislang

verhindert hat. Im zweiten Schritt ist es erforderlich, mit dem Patienten Lösungen für die festgestellten Probleme zu erarbeiten. Das vorrangige Ziel ist es, den Patienten zu erfolgreichen Übungsdurchführungen zu motivieren und zu befähigen.

Tabelle 14 | Mögliche Probleme, die zu einem Misslingen von Situationsübungen beitragen können und entsprechende Lösungsvorschläge

Merkmale der äußeren Situation:

Eventuell waren die geplanten Übungen zu schwach oder zu stark angstausslösend.

Möglicherweise hat sich die Situation auch zu schnell verändert (z.B. Bus, Fahrstuhl).

- Hier sollten Sie eine besser geeignete Übung finden und in den Übungsplan einbetten: Legen Sie die Durchführungsbedingungen für diese Übung neu und präzise fest, erheben Sie die erwartete Angststärke und lassen Sie sich einen Durchführungstermin nennen.

Flucht oder Vermeidung:

Die Übung wurde aus Angst vorzeitig verlassen oder gar nicht erst aufgesucht.

- Bitte vergewissern Sie sich, dass der Patient das Behandlungsprinzip verstanden hat. Dann bieten Sie ihm ggf. als Zwischenschritt eine leichtere Übung an, die aber noch ausreichend Angst auslöst (ca. 3-4 auf der Zehnerskala). Ist der Patient auch dazu nicht bereit, sollten Sie die generelle Behandlungsbereitschaft thematisieren und ggf. motivationale Strategien anwenden (vgl. Schritt 3 des Arzttermins 3).

Vermeidungsverhalten in der Situation:

Während der Übung hat der Patient irgendetwas unternommen, um die Situation für ihn erträglicher zu gestalten wird (z.B. sich abgelenkt, „Sicherheiten“ mitgenommen, jemanden angerufen, sich nahe am Ausgang aufgehalten).

- Auch hier vergewissern Sie sich bitte, dass der Patient das Behandlungsprinzip verstanden hat und über die langfristig angststeigernde Wirkung von Vermeidungsverhalten Bescheid weiß. Sie sollten so genau wie möglich benennen, welches Vermeidungsverhalten in der Situation genau aufgetreten ist. Dann überlegen Sie bitte mit ihm gemeinsam, wie er das Auftreten von Vermeidungsverhalten zukünftig unterbinden kann. Gegebenenfalls bieten Sie dem Patienten zunächst eine leichtere Übung an (analog wie bei Fluchtverhalten).

Bei Depressionspatienten:

Ein weniger guter Übungserfolg liegt vor, wenn der Patient die Übungen nicht oder nur teilweise gemacht hat. Fragen Sie einfühlsam nach, woran es lag, dass der Patient die Übungen nicht gemacht hat. Explorieren Sie mögliche Hindernisse und versuchen Sie diese zu lösen. Kann der Patient möglicherweise seine Planung und Alltagsstruktur verbessern? Diese Verbesserung kann z.B. erfolgen durch fixe Zeitpunkte, an denen die Übung stattfindet. Es kann dem Patienten auch helfen, sich einen Wecker zur Erinnerung zu stellen. Falls der Patient grundsätzlich seine „Hausaufgabe“ nicht machen

will, erklären Sie ihm, dass wir in der Lage sind, ein Leben lang zu lernen, indem unser Hirn neuronale Netzwerke ausbaut und verbessert. Sie können hierzu zur Veranschaulichung das Bild des deutschen Autobahnnetzes heranziehen: Wenn eine Autobahn verbessert oder ausgebaut wird, gibt es erst einmal eine Baustelle, die Zeit und Arbeitskraft kostet. Um Ihrem Hirn „neue Autobahnen“ (=Verknüpfung von Nervenzellen) zu gönnen, kostet es viel Kraft, Zeit und Übung, aber dann läuft es besser. Ohne diese Investition werden keine neue Autobahnen, also Verknüpfungen, gebaut.

Schritt 2: Rückfallprophylaktische Maßnahmen

Eine Rückfallprophylaxe umfasst zwei Aspekte. Zum einen erheben Sie die aktuellen Restsymptome des Patienten und motivieren ihn zum weiteren Üben. Zum anderen erarbeiten Sie unter Bezugnahme auf das ursprüngliche Störungsmodell (Panikstörung oder Depression) mit dem Patienten den Unterschied zwischen einer normalen Stimmungsschwankung oder Angstreaktion und einem Rückfall in das jeweilige Teufelskreismodell: Eine traurige Stimmung kann durch ein Ereignis ausgelöst werden und muss nicht gleich wieder eine Depression bedeuten. Gedanken machen sollte man sich, wenn die traurige Stimmung zwei Wochen lang die meiste Zeit des Tages anhält. Bei der Angst ist es genauso: Gewisse Angstreaktionen sind normal, gesund und wichtig. Gedanken machen müssen Sie sich, wenn Sie ohne sichtbaren Auslöser und/oder immer in der gleichen Situation auftreten und einen im alltäglichen Leben einschränken. Überlegen Sie gemeinsam mit dem Patienten, was er in PREMA gelernt hat, was ihm davon geholfen hat und wie er es anwenden kann. Bitte verdeutlichen Sie dem Patienten, dass es außerordentlich wichtig ist, das PREMA-Übungsprogramm selbstständig weiterzuführen.

Speziell bei Angstpatienten ist es wichtig, dass Sie dem Patienten klarmachen, dass ein erneutes Auftreten von Angst oder Panik durchaus möglich ist – auch und gerade in Situationen, die bereits in Situationsübungen bearbeitet wurden. Bitte erläutern Sie, dass tagesformabhängige Schwankungen der Angst normal sind, und dass selbst eine erneute Panikattacke keinen Rückfall in die Angststörung darstellt. Bitte erklären Sie, dass ein Rückfall erst dann beginnt, wenn der Patient (wieder) Vermeidungsverhalten an den Tag legt. Empfehlen Sie ihm, von vornherein auf ein mögliches „Einschleichen“ von Vermeidungsverhaltensweisen in seinen Alltag Acht zu geben. Falls der Patient also bemerken sollte, dass er ohne objektiven Grund zögert, bestimmte Situationen aufzusuchen oder Aktivitäten durchzuführen, dann sollte er gerade diese Dinge gezielt angehen und verstärkt in Angriff nehmen, um sich seine (wiedergewonnene) Angstfreiheit und Mobilität zu erhalten.



Referenzen

1. Jacobi F, Klose M, Wittchen HU: **Psychische Störungen in der deutschen Allgemeinbevölkerung: Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen und Ausfalltage.** *Bundesgesundheitsbl - Gesundheitsforsch - Gesundheitsschutz* 2004, **47**(8):736-744.
2. Olatunji BO, Cisler JM, Tolin DF: **Quality of life in the anxiety disorders: a meta-analytic review.** *Clin Psychol Rev* 2007, **27**(5):572-581.
3. Konnopka A, Leichsenring F, Leibing E, König HH: **Cost-of-illness studies and cost-effectiveness analyses in anxiety disorders: a systematic review.** *J Affect Disord* 2009, **114**(1-3):14-31.
4. Andlin-Sobocki P, Wittchen HU: **Cost of anxiety disorders in Europe.** *Eur J Neurol* 2005, **12** Suppl 1:39-44.
5. Seekles W, Cuijpers P, Kok R, Beekman A, van Marwijk H, van Straten A: **Psychological treatment of anxiety in primary care: a meta-analysis.** *Psychol Med* 2012, **43**(2):351-361.
6. Stein MB, Sherbourne CD, Craske MG, Means-Christensen A, Bystritsky A, Katon W, Sullivan G, Roy-Byrne PP: **Quality of care for primary care patients with anxiety disorders.** *Am J Psychiatry* 2004, **161** (12):2230-2237.
7. Dengler W, Selbmann HK: **Praxisleitlinien in Psychiatrie, Psychotherapie, Band 2: Leitlinien zu Diagnostik und Therapie von Angststörungen.** Darmstadt: Steinkopff; 2000.
8. National Institute for Health and Clinical Excellence: **Anxiety: Management of anxiety (Panic Disorder, with or without Agoraphobia, and Generalised Anxiety Disorder) in adults in primary, secondary and community care.**; 2004.
9. **Practice Guideline for the Treatment of Patients With Panic Disorder, Second Edition** [http://psychiatryonline.org/data/Books/prac/PanicDisorder_2e_PracticeGuideline.pdf]
10. Cannon WB: **Bodily Changes in Pain, Hunger, Fear and Rage: An Account of Recent Researches into the Function of Emotional Excitement.** New York: Appleton; 1915.
11. Selye H: **The physiology and pathology of exposure to stress.** Oxford, England: Acta, Inc; 1950.
12. Weltgesundheitsorganisation: **Taschenführer zur ICD-10-Klassifikation psychischer Störungen, 5 edn.** Göttingen: Hogrefe; 2010.

13. Ehlers A, Margraf J: **The psychophysiological model of panic attacks**. In: *Fresh perspectives on anxiety disorders*. edn. Edited by Emmelkamp PM, Everaerd WTAM, Kraaimaat F, van Son MJM. Amsterdam: Swets & Zeitlinger; 1989.
14. Barlow DH: **Anxiety and Its Disorders, Second Edition: The Nature and Treatment of Anxiety and Panic** New York City: Guilford Publications; 2004.
15. Michael T, Tuschen-Caffier B: **Konfrontationsverfahren**. In: *Lehrbuch der Verhaltenstherapie Band 1*. edn. Edited by Margraf J, Schneider S. Heidelberg: Springer; 2009: 5015-5530.
16. Tryon WW: **Possible mechanisms for why desensitization and exposure therapy work**. *Clin Psychol Rev* 2005, **25**(1):67-95.
17. Lang T, Helbig-Lang S, Westphal D, Gloster A, Wittchen H-U: **Expositionsbasierte Therapie der Panikstörung und Agoraphobie**. Göttingen: Hogrefe; 2012.
18. Craske M, Barlow D: **Mastery of Your Anxiety and Panic. Therapist Guide**, vol. 4. New York: Oxford University Press; 2007.
19. Margraf J, Schneider S: **Panikstörung und Agoraphobie**. In: *Lehrbuch für Verhaltenstherapie*. edn. Heidelberg: Springer Verlag; 2009: 1-30.
20. Gensichen J, von Korff M, Peitz M, Muth C, Beyer M, Guthlin C, Torge M, Petersen JJ, Rosemann T, König J *et al*: **Case management for depression by health care assistants in small primary care practices: a cluster randomized trial**. *Ann Intern Med* 2009, **151**(6):369-378.
21. Wendt W: **Case Management im Sozial- und Gesundheitswesen**. Freiburg im Breisgau: Lambertus; 2001.
22. Wagner EH, Austin BT, Davis C, Hindmarsh M, Schaefer J, Bonomi A: **Improving chronic illness care: translating evidence into action**. *Health Aff (Millwood)* 2001, **20**(6):64-78.
23. Gensichen J, Beyer M, Muth C, Gerlach FM, Von Korff M, Ormel J: **Case management to improve major depression in primary health care: a systematic review**. *Psychol Med* 2006, **36**(1):7-14.
24. Bodenheimer T, Lorig K, Holman H, Grumbach K: **Patient self-management of chronic disease in primary care**. *JAMA* 2002, **288**(19):2469-2475.
25. Margraf J, Poldrack A: **Angstsyndrome in Ost- und Westdeutschland: Eine repräsentative Bevölkerungsstudie**. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie* 2000, **29**:157-169.
26. Wittchen HU, Jacobi F: **Size and burden of mental disorders in Europe--a critical review and appraisal of 27 studies**. *Eur Neuropsychopharmacol* 2005, **15**(4):357-376.
27. Klauber J, Günster C, Gerste B, Robra B, Schmacke N: **Versorgungs-Report 2013/2014, Schwerpunktthema: Depression**. In. Stuttgart 2014.

28. Schultz S, Gensichen J: **Depression**. In: *Duale Reihe Allgemeinmedizin und Familienmedizin*. edn. Edited by Kochen M. Stuttgart: Thieme; 2017.
29. El-Gabalawy R, Mackenzie CS, Shooshtari S, Sareen J: **Comorbid physical health conditions and anxiety disorders: a population-based exploration of prevalence and health outcomes among older adults**. *Gen Hosp Psychiatry* 2011, **33**(6):556-564.
30. Heinrichs N, Alpers GW, Gerlach AL: **Evidenzbasierte Leitlinie zur Psychotherapie der Panikstörung mit und ohne Agoraphobie**. Göttingen: Hogrefe; 2009.
31. Lang T, Helbig-Lang S, Petermann F: **Was wirkt in der Kognitiven Verhaltenstherapie der Panikstörung mit Agoraphobie? Eins systematisches Review**. *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie* 2009(57(3)):161-175.
32. Mitte K: **A meta-analysis of the efficacy of psycho- and pharmacotherapy in panic disorder with and without agoraphobia**. *J Affect Disord* 2005, **88**(1):27-45.
33. Furukawa TA, Watanabe N, Churchill R: **Combined psychotherapy plus antidepressants for panic disorder with or without agoraphobia**. *Cochrane Database Syst Rev* 2009(1):CD004364.
34. Batelaan NM, Van Balkom AJ, Stein DJ: **Evidence-based pharmacotherapy of panic disorder: an update**. *Int J Neuropsychopharmacol* 2012:1-13.
35. Morschitzky H: **Medikamentöse Behandlung bei Angststörungen**. In: *Angststörungen Diagnostik, Konzepte, Therapie, Selbsthilfe*. 4 edn. Wien: Springer; 2009: 677-684.
36. Benkert O, Hippus H: **Kompendium der Psychiatrischen Pharmakotherapie**, 9 edn. Berlin: Springer; 2013.
37. Barlow DH, Gorman JM, Shear MK, Woods SW: **Cognitive-behavioral therapy, imipramine, or their combination for panic disorder: A randomized controlled trial**. *JAMA* 2000, **283**(19):2529-2536.
38. Norman SB, Campbell-Sills L, Hitchcock CA, Sullivan S, Rochlin A, Wilkins KC, Stein MB: **Psychometrics of a brief measure of anxiety to detect severity and impairment: the Overall Anxiety Severity and Impairment Scale (OASIS)**. *J Psychiatr Res* 2011, **45**(2):262-268.
39. Jacobson N, Truax P: **Clinical significance. A statistical approach to defining meaningful change in psychotherapy research**. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1991(59(1)):12-19.
40. Antony MM, Ledley DR, Liss A, Swinson RP: **Responses to symptom induction exercises in panic disorder**. *Behav Res Ther* 2006, **44**(1):85-98.



Körperübungen bei Panikstörung

"Auf der Stelle rennen" (60 Sek)

Das sollten Sie tun

Stellen Sie sich hin und laufen Sie schnell auf der Stelle (etwa zwei Schritte pro Sekunde). Heben Sie Ihre Knie dabei so hoch wie Sie können.

Die Übung soll unter anderem diese Symptome hervorrufen:

Beschleunigter Herzschlag, Kurzatmigkeit.

"Schnelles, vertieftes Atmen"/ "Hyperventilation" (60 Sek)

Das sollten Sie tun

Setzen Sie sich aufrecht hin. Atmen Sie schnell und gleichzeitig kräftig durch den Mund ein und aus. Machen Sie etwa einen Atemzug pro Sekunde. Atmen Sie die Luft jeweils kräftig aus, so als wollten Sie einen Ballon aufblasen.

Die Übung soll unter anderem diese Symptome hervorrufen:

Unwirklichkeitsgefühle, Schwindel, Hitze- oder Kälteschauer, Kurzatmigkeit, Kribbelgefühle, Kopfschmerzen.

"Durch einen Strohhalm atmen" (120 Sek)

Das sollten Sie tun

Nehmen Sie einen dünnen Trinkstrohhalm in den Mund. Halten Sie sich die Nase zu und atmen Sie 120 Sekunden lang nur durch den Strohhalm. Um die Übung zu steigern, können Sie dabei umherlaufen.

Die Übung soll unter anderem diese Symptome hervorrufen:

Gefühl, nicht genügend Luft zu bekommen.

"Luft anhalten" (30 Sek)

Das sollten Sie tun

Unterbrechen Sie 30 Sekunden lang ihre

Die Übung soll unter anderem diese Symptome hervorrufen:

Atemnot.

Atmung, indem Sie die Luft anhalten.

"Schnelles Drehen um die eigene Achse" (60 Sek)

Das sollten Sie tun

Drehen Sie sich 60 Sekunden lang im Stehen um die eigene Achse. Machen Sie etwa alle 2 bis 3 Sekunden eine Umdrehung.

Da Schwindel zu vorübergehenden Gleichgewichtsproblemen führen kann, achten Sie darauf, dass sich in Ihrer Nähe eine Couch oder ein Sessel befindet, auf den Sie sich nach der Übung setzen könnten. Vielen gelingt es mit folgendem Trick, trotzdem stehen zu bleiben: Falten Sie nach der Übung Ihre Hände vor der Brust und schauen Sie auf Ihre Daumen. Wenn Sie einen Drehstuhl besitzen, dann können Sie die Schwindelübung auch zuerst im Sitzen versuchen: Drehen Sie sich mit dem Stuhl 60 Sekunden lang unablässig in eine Richtung.

"Schnelles Kopfschütteln" (30 Sek)

Das sollten Sie tun

Setzen Sie sich aufrecht hin und bewegen Sie Ihren Kopf 30 Sekunden lang schnell von einer Seite auf die andere, so, als wollten Sie andauernd „Nein“ sagen.

Die Übung soll unter anderem diese Symptome hervorrufen:

Schwindel, Übelkeit.

Die Übung soll unter anderem diese Symptome hervorrufen:

Schwindel, Übelkeit.



Körperübungen bei Panikstörung

"Auf der Stelle rennen" (60 Sek)

Das sollten Sie tun

Stellen Sie sich hin und laufen Sie schnell auf der Stelle (etwa zwei Schritte pro Sekunde). Heben Sie Ihre Knie dabei so hoch wie Sie können.

Die Übung soll unter anderem diese Symptome hervorrufen:

Beschleunigter Herzschlag, Kurzatmigkeit.

"Schnelles, vertieftes Atmen"/ "Hyperventilation" (60 Sek)

Das sollten Sie tun

Setzen Sie sich aufrecht hin. Atmen Sie schnell und gleichzeitig kräftig durch den Mund ein und aus. Machen Sie etwa einen Atemzug pro Sekunde. Atmen Sie die Luft jeweils kräftig aus, so als wollten Sie einen Ballon aufblasen.

Die Übung soll unter anderem diese Symptome hervorrufen:

Unwirklichkeitsgefühle, Schwindel, Hitze- oder Kälteschauer, Kurzatmigkeit, Kribbelgefühle, Kopfschmerzen.

"Durch einen Strohhalm atmen" (120 Sek)

Das sollten Sie tun

Nehmen Sie einen dünnen Trinkstrohhalm in den Mund. Halten Sie sich die Nase zu und atmen Sie 120 Sekunden lang nur durch den Strohhalm. Um die Übung zu steigern, können Sie dabei umherlaufen.

Die Übung soll unter anderem diese Symptome hervorrufen:

Gefühl, nicht genügend Luft zu bekommen.

"Luft anhalten" (30 Sek)

Das sollten Sie tun

Unterbrechen Sie 30 Sekunden lang ihre

Die Übung soll unter anderem diese Symptome hervorrufen:

Atemnot.

Atmung, indem Sie die Luft anhalten.

"Schnelles Drehen um die eigene Achse" (60 Sek)

Das sollten Sie tun

Drehen Sie sich 60 Sekunden lang im Stehen um die eigene Achse. Machen Sie etwa alle 2 bis 3 Sekunden eine Umdrehung.

Da Schwindel zu vorübergehenden Gleichgewichtsproblemen führen kann, achten Sie darauf, dass sich in Ihrer Nähe eine Couch oder ein Sessel befindet, auf den Sie sich nach der Übung setzen könnten. Vielen gelingt es mit folgendem Trick, trotzdem stehen zu bleiben: Falten Sie nach der Übung Ihre Hände vor der Brust und schauen Sie auf Ihre Daumen. Wenn Sie einen Drehstuhl besitzen, dann können Sie die Schwindelübung auch zuerst im Sitzen versuchen: Drehen Sie sich mit dem Stuhl 60 Sekunden lang unablässig in eine Richtung.

"Schnelles Kopfschütteln" (30 Sek)

Das sollten Sie tun

Setzen Sie sich aufrecht hin und bewegen Sie Ihren Kopf 30 Sekunden lang schnell von einer Seite auf die andere, so, als wollten Sie andauernd „Nein“ sagen.

Die Übung soll unter anderem diese Symptome hervorrufen:

Schwindel, Übelkeit.

Die Übung soll unter anderem diese Symptome hervorrufen:

Schwindel, Übelkeit.



Körperübungen bei Depression

"Auf der Stelle rennen" (60 Sek)

Das sollten Sie tun

Stellen Sie sich hin und laufen Sie schnell auf der Stelle (etwa zwei Schritte pro Sekunde). Heben Sie Ihre Knie dabei so hoch wie Sie können.

Die Übung soll unter anderem diese Symptome hervorrufen:

Beschleunigter Herzschlag, Kurzatmigkeit.

"Dehnübung" (120 Sek)

Das sollten Sie tun

Stellen Sie Ihre Füße hüftbreit voneinander entfernt auf. Die Knie sind dabei leicht gebeugt. Halten Sie den Rücken gerade, während Sie Ihre Hände jetzt hinter dem Po zusammennehmen. Der Kopf bleibt dabei oben und in Verlängerung zur Wirbelsäule. Strecken Sie Ihre Arme nun fast vollständig durch und führen Sie die Hände langsam und zusammenbleibend so weit wie möglich nach oben. Die Arme bewegen sich dabei vom Rücken weg. Neigen Sie nicht mit dem Körper nach vorne! Halten Sie die Position für etwa 15-20 Sekunden.

Darum geht es bei dieser Übung:

Dehnung des Brustmuskels und das Gefühl der Öffnung.

"Körperhaltung" (30 Sek)

Das sollten Sie tun

Richten Sie sich auf, straffen Sie die Schultern, sitzen Sie aufrecht, Kopf nach oben, Blickrichtung nach vorn, mit einem tiefen und kräftigen Atemzug den Brustkorb emporatmen. Spüren Sie, wie ihre Stimmung sich verändert. Womöglich fühlen Sie sich optimistischer und stärker. Konzentrieren Sie

Darum geht es bei dieser Übung:

Depressiv Erkrankte können durch körperliche Bewegung und eine aufrechte Körperhaltung ihre Depressionen lindern.

sich auf das Atmen, nehmen Sie die eigenen Emotionen und den eigenen Körper bewusst wahr.



PREMA

Behandlungsmanual für MFA



Das Wichtigste auf einen Blick

Das PREMA-Übungsprogramm dient der Behandlung von Patienten mit Depression oder Panikstörung und Agoraphobie in hausärztlichen Praxen.

Etwa fünf von 100 hausärztlichen Patienten leiden an wiederholten Angstanfällen „wie aus heiterem Himmel“ (Panikstörung). In etwa der Hälfte der Fälle tritt ein starkes angstbedingtes Vermeidungsverhalten auf (Agoraphobie).

Depressive Störungen gehören zu den häufigsten Beratungsanlässen und Erkrankungen in der allgemeinärztlichen Versorgung. Etwa jeder zehnte Patient, der eine Hausarztpraxis aufsucht, leidet auch unter einer Depression.

Das Erkennen dieser Erkrankungen gelingt mit den Screening-Fragebögen sowie dem ärztlichen Diagnostik-Manual (ärztliches Gespräch).

Im PREMA-Übungsprogramm bilden Arzt, MFA und der Patient ein therapeutisches Dreierbündnis, mit dem Ziel einer intensiven Begleitung des Patienten.

Das PREMA-Übungsprogramm dauert 12 Monate und beinhaltet

- 4 Arzttermine (jeweils ca. 30 min)
- 1 MFA-Erstgespräch (ca. 30 min)
- 17 MFA-Telefonkontakte (jeweils ca. 10 min)

Die Anwendung dieses klar strukturierten Behandlungsplanes kann für das Praxisteam langfristig zu einer Zeitersparnis in der Patientenversorgung führen.

Die Arzttermine dienen der intensiven Patientenaufklärung sowie der Motivation und Anleitung des Patienten zur selbstständigen Ausführung der Übungen.

Mittels der Übungen soll der Patient seiner Krankheit (Panikstörung oder Depression) gezielt und nach bestimmten Regeln begegnen.

Die MFA begleitet den Patienten im PREMA-Übungsprogramm aktiv. Sie ist die erste Ansprechpartnerin des Patienten und der „verlängerte Arm“ des Hausarztes. In regelmäßigen MFA-Telefonkontakten beobachtet sie den Symptom- und Behandlungsverlauf des Patienten mithilfe von Telefonfragebögen. Die Ergebnisse übermittelt sie dem Hausarzt. Den Patienten motiviert sie dazu, seine Übungen wie geplant durchzuführen und durchzuhalten.

Zu Beginn erhält der Patient einen Online-Zugang. Online findet dieser notwendige Informationen und Materialien, die die intensive Patientenaufklärung unterstützen, auf die Arzttermine vorbereiten und die gesamte Durchführung des PREMA-Übungsprogramms begleiten.

Im Zuge der wissenschaftlichen Begleitstudie zum PREMA-Übungsprogramm muss der Patient 3 Mal einen Patientenfragebogen ausfüllen

(T0 vor Beginn, T1 sechs Monate nach Beginn, T2 zwölf Monate nach Beginn).



Einleitung

Dieses Kapitel beschreibt, was es mit der aktiven Patientenbegleitung durch das Praxisteam auf sich hat: Der Erfolg des PREMA-Übungsprogramms wächst auf der Grundlage eines starken Dreierbündnisses aus dem Hausarzt, Ihnen als Praxismitarbeiterin (im Folgenden der Einfachheit halber „MFA“ genannt) und dem Patienten. Die Rollen dieser drei Akteure werden hier beschrieben. Dann wird der zeitliche Ablauf des Übungsprogramms vorgestellt, wie er für jeden einzelnen Patienten geplant ist.



1.1 | Aktive Patientenbegleitung durch das hausärztliche Praxisteam

Das Konzept der aktiven Patientenbegleitung durch das Praxisteam ist ein geplantes, strukturiertes Betreuungsangebot. Das Ziel ist es, akut schlechte Zustände zu vermeiden. Verschlechterungen oder ausbleibende Fortschritte können frühzeitig erkannt werden und die Behandlung kann rechtzeitig angepasst werden. Eine Besonderheit daran ist, dass Sie als MFA Ihren Chef direkt bei der Durchführung der therapeutischen Maßnahmen unterstützen - Sie sind der „verlängerte Arm“ des Hausarztes und bilden mit ihm zusammen das Praxisteam, um den Patienten im richtigen Umgang mit seiner Angst zu unterstützen. Da auch der Patient bestimmte Aufgaben erhält und aktiv werden muss, kann man von einem „Dreierbündnis“ sprechen, das nach vereinbarten Regeln funktioniert (siehe **Abbildung 1**). Die am Dreierbündnis beteiligten Akteure können gemeinsam die bestmögliche Behandlung des Patienten gewährleisten. In Kapitel 6 finden Sie weiterführende Informationen zum Konzept der aktiven Patientenbegleitung.

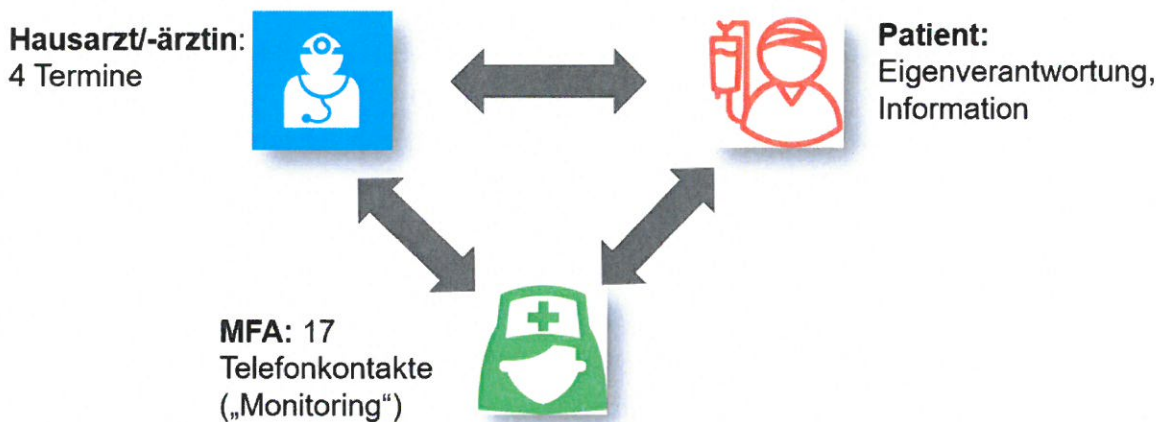


Abbildung 1 | Aktive Patientenbegleitung - Ein starkes Dreierbündnis

Die Rolle des Hausarztes

Der Hausarzt stellt die Diagnosen und bietet dem Patienten die Teilnahme am PREMA-Übungsprogramm an. Zum Behandlungsstart stellt er Sie gegenüber dem Patienten als dessen „aktive Begleiterin“ vor. Er teilt dem Patienten mit, dass Ihnen im Rahmen des Übungsprogramms verschiedene Aufgaben übertragen werden und dass Sie ständig über den Stand der gesamten Behandlung Bescheid wissen. Damit schließt der Hausarzt „offiziell“ das Dreierbündnis. Im Laufe des Übungsprogramms sind dann vier Arzttermine vorgesehen, in denen der Patient über die Erkrankung aufgeklärt wird. Die Durchführung therapeutischer Übungen wird zwischen Arzt und Patient vereinbart und genau geplant. Nicht jeder Patient macht die gleichen Übungen und es ist die Aufgabe des Arztes, die für den einzelnen Patienten passenden Übungen auszuwählen. Ferner muss dem Patienten der Sinn der Übungen genau erläutert werden, damit er für deren selbstständige Durchführung

ausreichend motiviert ist. Das PREMA-Übungsprogramm ist ein Zusatzangebot, das neben der regulären hausärztlichen Versorgung des Patienten stattfindet. Somit behält Ihr Chef stets die volle hausärztliche Verantwortung für den Patienten und wird diesen so oft in die Praxis bestellen, wie er es für richtig hält. Auch für die Durchführung des PREMA-Übungsprogramms kann der Hausarzt zusätzliche Termine mit dem Patienten vereinbaren, wenn es ihm notwendig erscheint.

Die MFA als aktive Patientenbegleiterin

In der Rolle einer aktiven Patientenbegleiterin unterstützen Sie sowohl den Arzt, als auch den Patienten bei der Umsetzung des PREMA-Übungsprogramms. Grundsätzlich haben Sie stets die Vollständigkeit der Studien- und Therapiematerialien im Blick. Der Arzt sollte Sie dem Patienten in Ihren neuen Aufgaben als aktive Patientenbegleiterin gebührend vorstellen, denn es ist für viele Patienten sicherlich neu, dass Sie als MFA so stark in die Behandlung eingebunden sind. Dann sind Sie von Anfang an voll mit dabei! Gleich zum Behandlungsstart führen Sie ein persönliches Gespräch mit dem Patienten in der Praxis. Dabei vereinbaren Sie unter anderem alle vorgesehenen Termine. Im Laufe des Übungsprogramms rufen Sie den Patienten aus rein therapeutischen Gründen insgesamt 17 Mal an. Im Rahmen dieser so genannten „MFA-Telefonkontakte“ erkundigen Sie sich nach dem aktuellen Befinden des Patienten und nach seinen Erfahrungen mit den Übungen. Dabei nutzen Sie für Patienten mit Panikstörung den Telefonfragebogen „JAMol“ als Anruf-Checkliste, für Patienten mit Depression den Telefonfragebogen „DeMOL“. Jedesmal berichten Sie die Ergebnisse Ihres Telefonkontakts mithilfe des JAMoL an den Hausarzt, der diese auch über die Online-Akte des Patienten einsehen kann. Gegebenenfalls tauschen Sie sich mit ihm kurz darüber aus. Vom Arzt erfahren Sie, welche konkreten Übungen mit dem Patienten vereinbart worden sind, damit Sie sich in den Telefonkontakten auch gezielt nach den Übungsfortschritten erkundigen können. Diese Übungen sind auch in der Online-Akte des Patienten vermerkt. Sehr wichtig ist es, den Patienten freundlich aber beharrlich zur Durchführung der vereinbarten Übungen anzuhalten, weil der Erfolg des Übungsprogramms ganz wesentlich davon abhängt, dass der Patient diese Übungen richtig und regelmäßig durchführt. In den allermeisten Fällen macht es viel Sinn, den Patienten ausdrücklich und wiederholt für das Durchführen der Übungen zu loben. Die MFA-Telefonkontakte sollen den Patienten also stärken und motivieren, seine Übungen richtig und regelmäßig durchzuführen. Sie können ihm ein Gefühl der Sicherheit geben. Durch die Anrufe werden Sie aber weder zum Therapeuten, noch zum Freund des Patienten. Vielmehr sind Sie eine Art therapeutisches Bindeglied: Einerseits halten Sie engen Kontakt zum Patienten, andererseits geben Sie stetige Rückmeldung an den Arzt, der somit immer über den aktuellen Zustand des Patienten Bescheid weiß.

Der Patient im PREMA-Übungsprogramm

Der Patient wird das Praxisteam im „Dreierbündnis“ als ungewöhnlich aktiv, mitunter vielleicht sogar als „fordernd“ empfinden. Die intensive aktive Begleitung durch das Praxisteam mag eine neue Erfahrung für ihn sein. Zu Beginn des PREMA-Übungsprogramms erhält der Patient von Ihnen seinen Online-Zugang, damit der Patient Zugang auf die Plattform TelePsy hat, auf der er alle wichtigen Informationen und Arbeitsmaterialien findet. Es ist eine wichtige Aufgabe des Patienten, diese Informationen zu lesen. Allein das kann ihm bereits sehr helfen. Für jeden der vier Arzttermine gibt es eine Einleitung, die der Patient zur Vorbereitung lesen soll. Die Online-Informationen werden den Patienten dabei unterstützen

die mit dem Hausarzt vereinbarten Übungen richtig durchzuführen. Natürlich muss der Patient alle Termine zuverlässig wahrnehmen, die im Rahmen des PREMA-Übungsprogramms mit Ihnen und dem Hausarzt geplant sind. Im Rahmen der wissenschaftlichen Begleitstudie zum PREMA-Übungsprogramm ist es zudem sehr wichtig, dass der Patient die studienbezogenen Patientenfragebögen T0 bis T2 ausfüllt. Der Patient wird automatisch per E-Mail an das Ausfüllen erinnert, das er online über die Plattform erledigen kann. Es gehört zu Ihren Aufgaben zu kontrollieren, ob der Patient die Fragebögen ausgefüllt hat.



Einleitung

Im Folgenden wird erläutert, wie das eben beschriebene Behandlungsprinzip im PREMA-Übungsprogramm umgesetzt wird. Das Programm umfasst mehrere aufeinander aufbauende Phasen:



2.1 | Die 3 Phasen

1.) Intensive Patientenaufklärung

Zuerst ist es wichtig, dass der Patient über seine Erkrankung (Panikstörung, Depression) und das Behandlungsprinzip angemessen und vollständig aufgeklärt wird. Das geschieht in den ärztlichen Gesprächen und mithilfe der Online-Materialien. Das Ziel dieser intensiven Patientenaufklärung ist es vor allem, den Patienten für die selbstständige Durchführung der Übungen zu motivieren. In der Regel wird es ihn eine Menge Überwindung kosten, mit den Übungen, v.a. den Angstübungen, zu beginnen. Der Angstpatient ist dazu nur bereit, wenn er an die Möglichkeit glaubt, dass ihm die Angst nicht schaden wird und dass durch die Angstübungen eine allmähliche Reizgewöhnung eintreten kann.

2.) Körperübungen

Ab Woche 6 des PREMA-Übungsprogramms wird der Patient mit einer ersten Art von Übungen starten: den so genannten „Körperübungen“. Patienten mit Panikstörung lösen mittels der Körperübungen die gefürchteten körperlichen Symptome regelmäßig gezielt aus. Diese Symptome können als unangenehm empfunden werden, sind jedoch nicht gefährlich. Bitte beachten Sie: Die Besonderheit bei Menschen mit einer Panikstörung ist, dass sie diese Angst entwickeln, sobald sie die gefürchteten körperlichen Symptome verspüren – mit Hilfe der Körperübungen verlieren diese Symptome ihren Schrecken und die Patienten lernen, dass die in Wahrheit ungefährlichen körperlichen Symptome nicht so bedrohlich sind, wie sie denken. Körperübungen sind ein wichtiger Behandlungsschritt, der es dem Patienten leichter macht, später auch in die angstausslösenden Situationen zu gehen.

Patienten mit Depression sollen verstehen, dass sie selbst Initiative ergreifen müssen, um aus der Depression heraus zu kommen. Hierbei unterstützen Sie ihn. Wichtig ist, dass der Patient versteht, dass Rückzugsverhalten eine Hauptursache für die Aufrechterhaltung der Depression sein kann. Einfache Körperübungen (z.B. Dehnübung) sowie eine aufrechte Haltung (sich öffnen) können Selbsthilfemöglichkeiten gegen die Depression sein. So motivieren Sie ihn für die Körperübungen, bei deren Durchführung der Patient sich aktivieren, sich öffnen soll. Bei den Körperübungen "Dehnung und Haltung" erfährt der Patient unmittelbar den Unterschied zwischen offener und geschlossener Körperhaltung. **Das Ziel** für die depressiven Patienten ist es, sich zu den Übungen aufzuraffen und diese auch tatsächlich durchzuführen, wie mit dem Arzt vereinbart. Durch die körperliche Aktivität kann der Patient den Zusammenhang zwischen Handlung und Gefühl unmittelbar erfahren. Viele Depressive denken „Sobald ich mich besser fühle, werde ich mich mehr bewegen“. Weitaus sinnvoller ist jedoch der umgekehrte Ansatz: Bewegen Sie sich und Sie werden spüren, dass Sie sich gerade dadurch schon wohler fühlen. Obwohl Sie bei sportlicher Betätigung Energie verausgaben, werden Sie sich nach jeder Trainingseinheit vitaler erleben als vor dieser. Zur Veranschaulichung hilft das Bild der Autobatterie: Wenn diese leer ist und durch Starthilfe wieder in Gang gebracht wird, hilft zum Aufladen paradoxer Weise Fahren, also Aktivität und nicht Ruhe und Schonung.

Es stehen eine Reihe von Körperübungen zur Verfügung, die schon vielen Patienten geholfen haben. Da die übertriebenen Befürchtungen von Patient zu Patient jedoch verschieden sind, entscheidet der Arzt im Einzelfall, welche Körperübungen für welchen Patient gut sind. Wer z.B. einen drohenden Herzinfarkt befürchtet, könnte sich durch Laufen oder Treppensteigen einen schnellen und gut spürbaren Herzschlag erzeugen und erleben, dass ein gespürter Herzschlag kommt und geht – ohne, dass er schädlich war. Wer sich dagegen eher davor fürchtet, bei Schwindel ohnmächtig „umzufallen“, könnte sich durch Drehungen einen Schwindel erzeugen.

In Kapitel 6 finden Sie eine Aufstellung der verschiedenen Körperübungen, wie sie sich auch in der Patientenanleitung befindet. Auch Sie als aktive Patientenbegleiterin sollten diese Übungen selbst einmal ausprobieren. Dann entwickeln Sie ein gutes Gefühl dafür, worüber Sie in den MFA-Telefonkontakten eigentlich genau mit dem Patienten sprechen.

3.) Situationsübungen

Ab Woche 12 des PREMA-Übungsprogramms kommt eine zweite Sorte von Übungen hinzu: die so genannten „Situationsübungen“. Mittels der Situationsübungen wird der Angstpatient die von ihm gefürchteten Situationen gezielt aufsuchen. Diese und ähnliche Situationen hat der Patient möglicherweise schon seit längerer Zeit vermieden oder nur noch in Begleitung aufgesucht. In der Situationsübung wird er dann wahrscheinlich starke Angst entwickeln. Vielleicht kommt es sogar zu einer richtigen Panikattacke. Äußerst wichtig ist es, dass er dann nicht aus der Situation flieht, sondern die Angst aushält und abwartet, wie es die Übungsregeln vorschreiben (siehe oben, in der Beschreibung des Behandlungsprinzips).

Beim Depressionspatienten ist es günstig, wenn er bei der Arbeit mit den Körperübungen gemerkt hat, dass ihn körperliche Aktivität und Öffnung positiv stimulieren: So, wie der Patient bei den Körperübungen den Unterschied zwischen passivem (geduckte, zusammengesunkene Haltung, Trägheit) und aktivem Modus (aufrechte, offene Haltung, Bewegung) gespürt hat, soll er nun anhand von Situationsübungen und Genusszielen ebenfalls diesen Unterschied spüren, z.B. aktiver Modus (in der früh aufstehen, sich anziehen, rausgehen) im Vergleich zu passiver Modus (im Bett bleiben, zu Hause bleiben).

Wieder entscheidet der Arzt, welche Situationen für den einzelnen Patienten die richtigen sind. Wer z.B. befürchtet, in einer Menschenmenge eine Panikattacke zu erleiden und infolge dessen in Ohnmacht zu fallen, der könnte z.B. in einen vollen Supermarkt oder auf ein Konzert gehen. Gut geeignet sind alle Situationen, die Angst auslösen aber objektiv ungefährlich sind. Bei Patienten mit einer schweren Agoraphobie können das sehr viele Situationen sein. Es ist aber vom Prinzip her nicht so wichtig, dass der Patient möglichst viele verschiedene Situationen bearbeitet. Wichtig ist dagegen, dass der Patient im Laufe des Übungsprogramms auch die „allerschlimmste“ Situation bearbeitet, also diejenige, die ihm von allen Situationen am meisten Angst macht. Es macht keinen Sinn, etwas von der Angst „übrig zu behalten“. Auch ist es wichtig, dass der Patient lernt, alle Situationen alleine zu bewältigen obwohl es möglich ist, dass er sich zeitweise, als eine Art Zwischenschritt von vertrauten Personen in die Übungen begleiten lässt. Möchte der Patient zeitweise solche Begleitpersonen mit in die Übungen nehmen, dann

müssen diese zuvor über den Sinn und Zweck von Angstübungen informiert werden. Ganz grundsätzlich ist es wichtig, dass sich der Patient ausreichend Zeit für die Übungen nimmt, denn er muss die Angstabnahme abwarten.

Durch die Übungen macht der Patient sehr eindrucksvolle und vor allem neue Erfahrungen. Angstpatienten lernen allmählich, dass weder von den körperlichen Angstsymptomen, noch von den gefürchteten Situationen, irgendeine Gefahr ausgeht. Patienten mit Depression lernen allmählich, dass Ihnen Aktivität guttut. Dieser Lernprozess sollte vom Praxisteam immer wieder unterstützt werden. Dazu können Sie den Patienten nach seinen positiven Übungserfahrungen fragen, z.B.: „Was haben Sie aus der Übung mitgenommen? Bewerten Sie die Situation jetzt anders als vorher? Waren Ihre körperlichen Angstsymptome letztlich auszuhalten? Wie sehr mussten Sie sich zu der Übung aufraffen?“



2.2 | Das Motivieren der Patienten

Bei der aktiven Begleitung eines Patienten mit Depression oder mit Panikstörung mit oder ohne Agoraphobie ist es von entscheidender Bedeutung, diesen Patienten für die eigenständige Durchführung der Übungen ausreichend zu motivieren.

Bitte bedenken Sie bei Patienten mit Panikstörung, dass der Patient die Begegnung mit den angstauslösenden Reizen und somit das Auftreten von Angst bislang so gut es geht vermieden hat. Angstübungen verlangen von ihm also genau das Gegenteil von dem zu tun, was er sonst tut: Er soll der Angst begegnen und diese auch noch aushalten! Es ist nachvollziehbar, dass es die meisten Patienten erhebliche Überwindung kostet, mit den Übungen zu beginnen. Nicht etwa, weil sie desinteressiert an ihrer Gesundheit wären oder gar „faul“ – sondern, weil sie an der Angststörung leiden. Sie benötigen die wohlwollende Unterstützung des Praxisteam sehr.

Folgende Maßnahmen können den Patienten im PREMA-Übungsprogramm motivieren und stärken:

- Gute Information und Aufklärung über die Erkrankung (Depression, Angst, Panik) und das Behandlungsprinzip (erfolgt durch die Patientenanleitung und die Arzttermine)
- Wohlwollende Beobachtung des Symptom- und Behandlungsverlaufes (erfolgt in den MFA-Telefonkontakten)
- Das **Loben** (Verstärken) jeglicher Bemühungen des Patienten, die Übungen überhaupt durchzuführen (erfolgt in den MFA-Telefonkontakten und in den Arztterminen)
- Das **Loben** (Verstärken) des (depressiven) Patienten für das Überwinden der Antriebslosigkeit und das Sich-Öffnen in den Übungen (erfolgt in den MFA-Telefonkontakten und in den Arztterminen). Das Praxisteam sollte dem Patienten gegenüber immer wieder betonen, dass er sein Rückzugsverhalten und seine Inaktivität aufgeben muss, um die Depression *langfristig* zu überwinden - auch, wenn er dafür *kurzfristig* die unangenehme „Aktivität“ aushalten muss.
- Das **Loben** (Verstärken) des Patienten für das Auftreten und Aushalten von Angst in den Übungen (erfolgt in den MFA-Telefonkontakten und in den Arztterminen). Das Praxisteam sollte dem Patienten gegenüber immer wieder betonen, dass Angst nicht schaden kann. Wenn es Ihnen notwendig erscheint, dann weisen Sie den Patienten ruhig öfter darauf hin, dass er sein Vermeidungsverhalten aufgeben muss, um die Panikstörung *langfristig* zu überwinden - auch, wenn er dafür *kurzfristig* die unangenehme Angst aushalten muss. Zeigen Sie stets gleichzeitig Verständnis dafür, dass genau dieser Schritt für die meisten Patienten schwierig ist und viel Überwindung kostet. Wenn Sie bemerken, dass ein Patient extreme Schwierigkeiten damit hat, die Angst in den Übungen lange genug auszuhalten oder die Übungen überhaupt in Angriff zu nehmen, dann weisen Sie bitte den Hausarzt darauf hin – er kann dann ebenfalls motivierend auf den Patienten einwirken und gegebenenfalls passendere Übungen mit dem Patienten vereinbaren.

Es kostet die meisten Patienten viel Überwindung, die Übungen richtig durchzuführen - bitte motivieren und loben Sie den Patienten daher ausdrücklich

- **dafür, dass er überhaupt geübt hat oder üben will und**
- **für das Auftreten und Aushalten von Angst in den Übungen!**
- **für das „Sich-Aktivieren“ und „Sich-Öffnen“**



2.3 | Der zeitliche Ablauf des PREMA-Übungsprogramms

Das PREMA-Übungsprogramm folgt entsprechend der eben genannten Behandlungsschritte einem klar strukturierten Ablaufplan. Dieser wird in **Abbildung 2** dargestellt. Es ist wichtig, dass der Ablaufplan eingehalten wird. Bitte vereinbaren Sie möglichst schon zu Beginn des PREMA-Übungsprogramms alle Termine mit dem Patienten. Sie sollten dabei beachten, dass die sonstige hausärztliche Behandlung des Patienten neben dem Programm ganz normal weiterlaufen kann. Natürlich wäre es sinnvoll, die sonstigen Termine des Patienten mit denen des Übungsprogramms gut zu koordinieren.

Erläuterungen zum Ablaufplan des PREMA-Übungsprogramms (Abbildung 2)

A) WOCHE 1 BIS WOCHE 5: INFORMATION UND AUFKLÄRUNG DES PATIENTEN ÜBER DAS KRANKHEITSBILD UND DESSEN BEHANDLUNG

Wichtig ist, dass der Patient den studienbezogenen Patientenfragebogen T0 ausgefüllt hat bevor das PREMA-Übungsprogramm beginnt.

- **Woche 1 - Arzttermin „Begrüßung“:** Der Arzt wird Sie dem Patienten zum Behandlungsstart in Woche 1 als seine „aktive Begleiterin“ im Rahmen des Übungsprogramms vorstellen. Das MFA-Erstgespräch findet gleich danach in der Praxis statt (s. auch Kapitel 6). Der Patient soll sofort danach beginnen Teil 1 der Patientenanleitung zu lesen, damit er dies bis zum ersten Arzttermin 1 (Woche 3) absolviert hat.
- **Woche 2 - MFA-Telefonkontakt:** In Ihrem ersten MFA-Telefonkontakt erkundigen Sie sich nach der aktuellen Symptomstärke (Angst bzw. Depression). Bitte weisen Sie den Patienten darauf hin, dass er bis zum Arzttermin 1 (Woche 3) Teil 1 der Patientenanleitung lesen soll.
- **Woche 3 - Arzttermin 1:** Zum Arzttermin 1 (Woche 3) klärt der Arzt den Patienten über die Panikstörung auf. Bis zum Arzttermin 2 (Woche 6) soll der Patient Teil 2 der Patientenanleitung lesen.
- **Woche 5 - MFA-Telefonkontakt:** Im MFA-Telefonkontakt erkundigen Sie sich nach der aktuellen Symptomstärke (Angst bzw. Depression). Bitte weisen Sie den Patienten darauf hin, dass er bis zum Arzttermin 2 (Woche 6) den Teil 2 der Patientenanleitung lesen soll.

B) WOCHE 6 BIS WOCHE 11: DURCHFÜHRUNG VON KÖRPERÜBUNGEN

- **Woche 6 - Arzttermin 2:** Während des Arzttermins 2 wird der Patient in die Durchführung geeigneter „Körperübungen“ praktisch eingewiesen. Nach dem Arzttermin 2 soll der Patient die mit dem Hausarzt vereinbarten Körperübungen selbstständig zuhause durchführen. Er soll Teil 3 der Patientenanleitung lesen, die ausführliche Anleitungen dazu enthält.
- **Woche 7 / Woche 9 / Woche 11 - MFA-Telefonkontakte:** In Ihren MFA-Telefonkontakten erkundigen Sie sich nun nicht nur nach der Symptomstärke (Angst bzw. Depression), sondern auch nach der Anwendung der vereinbarten Körperübungen.

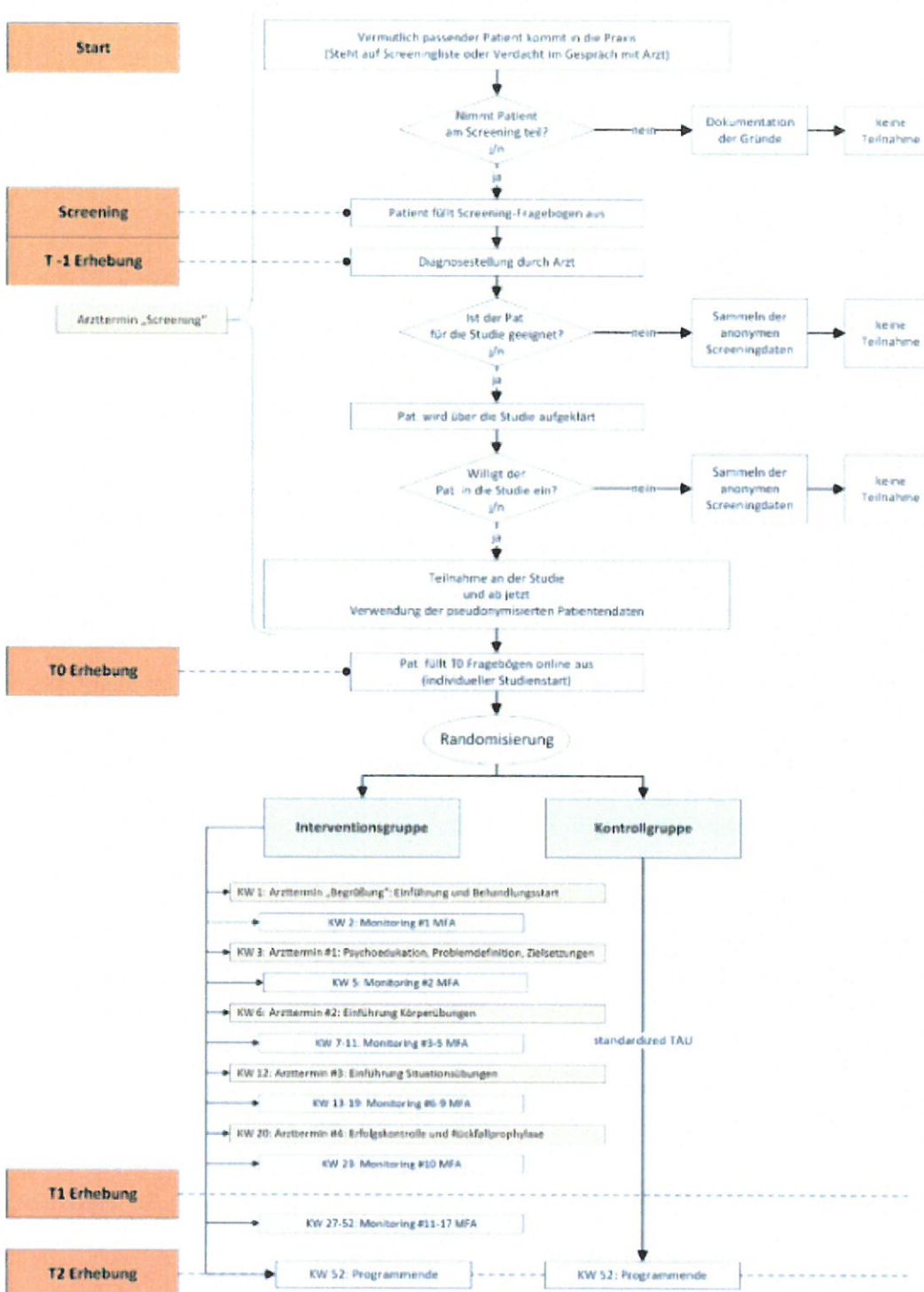


Abbildung 2 | Ablaufplan des PREMA-Übungsprogramms für einen Patienten

C) WOCHE 12 BIS WOCHE 19: DURCHFÜHRUNG VON SITUATIONSÜBUNGEN (UND KÖRPERÜBUNGEN)

- **Woche 12 - Arzttermin 3:** Während des Arzttermins 3 wertet der Arzt zunächst den Erfolg der Körperübungen mit dem Patienten zusammen aus. Dann vereinbart er mit ihm die selbstständige Durchführung geeigneter „Situationsübungen“. Der Patient soll Teil 4 der Patientenanleitung lesen, die ausführliche Anleitungen dazu enthält. Die selbstständige Durchführung der Körperübungen soll prinzipiell weiter laufen.

- **Woche 13 / Woche 15 / Woche 17 / Woche 19 - MFA-Telefonkontakte:** In dieser Phase sind Ihre MFA-Telefonkontakte besonders wichtig, weil der Patient in der Regel Ihre motivierende Unterstützung braucht, um die Situationsübungen richtig und regelmäßig durchzuführen.

D) WOCHE 20 BIS 52: RÜCKFALLPROPHYLAXE

- **Woche 20 - Arzttermin 4:** Im Arzttermin 4 wird der bisherige Erfolg des PREMA-Übungsprogramms besprochen und auch wie es für den Patienten danach weitergehen kann. Der Patient sollte im Alltag aktiv sein. Je aktiver der Patient wieder am Leben teilnimmt, desto besser können sich seine Erfolge stabilisieren und ausbauen. Ferner sollte er in regelmäßigen Abständen sowie bei Bedarf seine Übungen weiter durchführen. Beides schützt vor einem Rückfall in die Angsterkrankung bzw. Depression.
- **Woche 23 / Woche 27 - MFA-Telefonkontakte:** In Ihren MFA-Telefonkontakten erkundigen Sie sich weiterhin nach der Symptomstärke (Angst bzw. Depression) und auch nach der Anwendung der vereinbarten Körperübungen und Situationsübungen. Zusätzlich motivieren Sie den Patienten weiterhin alle Übungen durchzuführen.
- In Woche 26 (gerechnet ab Woche 1 (Arzttermin „Begrüßung“) muss der Patient den studienbezogenen Patientenfragebogen T1 ausfüllen. Dafür erhält der Patient eine E-Mail bzw. einen Link zum Ausfüllen über die TelePsy-Plattform. Bitte weisen Sie den Patienten beim Telefonkontakt in Woche 27 nochmals darauf hin, dass das Ausfüllen dieses Fragebogens sehr wichtig für die Studie ist und dringend benötigt wird, damit das PREMA-Übungsprogramm später allen Patienten zugänglich gemacht werden kann.
- **Woche 31 / Woche 35 / Woche 39 / Woche 43 / Woche 47 / Woche 51 - MFA-Telefonkontakte:** In Ihren MFA-Telefonkontakten erkundigen Sie sich weiterhin nach der Symptomstärke (Angst bzw. Depression) und auch nach der Anwendung der vereinbarten Körperübungen und Situationsübungen. Zusätzlich motivieren Sie den Patienten weiterhin alle Übungen durchzuführen.
- **Woche 52 - Ende des PREMA-Übungsprogramms:** In Woche 52 (gerechnet ab Woche 1 (Arzttermin „Begrüßung“)) muss der Patient den studienbezogenen Patientenfragebogen T2 ausfüllen. Dafür erhält der Patient eine E-Mail bzw. einen Link zum Ausfüllen über die TelePsy-Plattform.

Bitte lassen Sie den Patienten rechtzeitig die Fragebögen T0, T1 & T2 ausfüllen!

Um wissenschaftlich überprüfen zu können, ob das PREMA-Übungsprogramm dem Patienten wirklich hilft, müssen drei studienbezogene Befragungen durchgeführt werden. Dafür erhält der Patient jeweils eine E-Mail bzw. einen Link zum Ausfüllen über die TelePsy-Plattform. Die orangenen Quadrate in **Abbildung 2** bezeichnen die Zeitpunkte (T0, T1, T2) zu denen Sie überprüfen müssen, dass der Patient die studienbezogenen Patientenfragebögen ausfüllt. Aus der Studienperspektive heraus ist es äußerst wichtig, dass diese Fragebögen vollständig ausgefüllt werden. Die genauen Zeitpunkte für T1 und T2 errechnen sich aus dem Start des PREMA-Übungsprogramms, d. h. mit dem Arzttermin „Begrüßung“: T1 wird 26 Wochen danach, T2 wird 52 Wochen danach ausgefüllt. Diese Zeitpunkte sind bitte bis auf ± 2 Wochen genau einzuhalten.

Wenn der Patient die Termine nicht einhält oder nicht erreichbar ist

Wenn die festgelegten Termine vom Patienten nicht wahrgenommen werden, dann sollten Sie es zunächst immer wieder versuchen ihn zu erreichen. Oftmals hat er den Termin nur vergessen oder etwas ist dazwischengekommen. Bitte bleiben Sie auf jeden Fall dran! Informieren Sie bitte auch den Arzt darüber, der den Patienten ebenfalls auf die Bedeutung der Termine ansprechen kann. Eventuell benötigt der betreffende Patient einfach noch etwas Bedenkzeit oder ein freundliches, motivierendes Gespräch.

Bitte beachten Sie: Das einmalige oder wiederholte Fernbleiben des Patienten zieht niemals automatisch einen Abbruch des PREMA-Übungsprogramms nach sich. Ein Abbruch liegt erst dann vor, wenn dies der Arzt nach Absprache mit der Studienzentrale entscheidet. Noch wichtiger ist: Selbst wenn es zu einem Abbruch des PREMA-Übungsprogramms kommt, sollte der Patient die studienbezogenen Fragebögen (T0, T1, T2) zu den festgelegten Zeitpunkten ausfüllen!



Einleitung

Im Folgenden wird Ihnen das Behandlungsprinzip näher erläutert: Wie und warum kann eine Angststörung überhaupt mit Übungen behandelt werden? In aller Kürze werden zunächst die mit dem PREMA-Übungsprogramm behandelbaren Angsterkrankungen beschrieben: Die sog. „Panikstörung“ (extreme und plötzliche Angstanfälle), die häufig mit der sog. „Agoraphobie“ (Vermeidung angstauslösender Situationen) einhergeht. Es ist wichtig, dass Sie diese Erkrankungen in ihren Grundzügen verstehen und wissen, wie therapeutische Angstübungen durchgeführt werden müssen. So können Sie den Patienten wirksam unterstützen. Weiterführende Informationen zu den beiden Angsterkrankungen finden Sie in Kapitel 8 dieses Leitfadens. Hier werden zunächst zwei Fallbeispiele für die Diagnose „Panikstörung mit Agoraphobie“ dargestellt:

Fallbeispiel 1: Frau O. - eine Patientin mit Panikstörung

Frau O. hatte wieder einmal eine anstrengende Woche. Jeden Tag hat sie bis Mitternacht gearbeitet, um den Jahresabschluss der Buchhaltung pünktlich fertig zu bekommen. Heute, am Samstag, möchte sie in aller Ruhe mit ihrem Freund einen Einkaufsbummel unternehmen und sich ein hübsches Kleid kaufen. Sie besucht dafür ein Einkaufszentrum mit netten kleinen Modegeschäften. Sie fährt gerade mit der Rolltreppe in die 2. Etage, als ihr Herz zu rasen beginnt und Schweißperlen auf ihre Stirn treten. Sie hat außerdem das Gefühl, keine Luft mehr zu bekommen, so dass sie immer schneller atmet. Die Haut fühlt sich teils taub und teils kribbelig an, so als ob ihr Körper absterben würde. Die Arme und Beine fangen an zu zittern, ihr wird ganz schwindelig und sie glaubt, gleich in Ohnmacht zu fallen. Ihre Gedanken beginnen zu kreisen, eine plötzliche Todesangst überfällt sie. Hat sie einen Herzinfarkt, einen Gehirnschlag? Muss sie jetzt sterben? Sie fühlt sich, als wäre sie weit weg, als würde sie „neben sich stehen“. Sie möchte gerne davonlaufen und ins Freie, doch sie traut sich nicht, weil sie befürchtet, gleich zusammenzubrechen. Frau O. klammert sich an ihren Begleiter und signalisiert ihm, dass es ihr sehr schlecht geht und sie sofort einen Arzt braucht. Ihr Freund setzt sie auf eine nahe gelegene Sitzbank im Einkaufszentrum und verständigt den Notarzt. Als dieser eintrifft, geht es Frau O. bereits wieder besser. Im Krankenhaus wird Frau O. gründlich untersucht. Es ergab sich jedoch kein auffälliger organischer Befund. Frau O. wird mit der Diagnose Panikattacke entlassen, sie erhält die Empfehlung, ihren Hausarzt aufzusuchen und mit ihm alle weiteren Schritte abzusprechen.

Zwei Wochen später legt sie sich abends aufs Sofa, um in einem Buch zu lesen. Abrupt setzt erneut eine Panikattacke ein, wieder mit extremer Todesangst. Frau O. befürchtet, dass sie doch körperlich krank ist, die gestellte Diagnose nicht

zutrifft. Eine Wohnungsnachbarin bringt sie daher auf ihren Wunsch in die Notambulanz, wo sie erneut untersucht wird. Die Diagnose lautet wiederum Panikattacke.

Danach kreisen die Gedanken von Frau O. um diese Erfahrungen. Sie befürchtet, wieder von einer Panikattacke überfallen zu werden. Frau O. entwickelt „Angst vor der Angst“, die damit ihr ständiger Begleiter wird. Einige Wochen später hat sie eine weitere Panikattacke in einem Einkaufszentrum. Infolgedessen vermeidet sie nun Einkaufszentren generell, weil sie meint, der Aufenthalt dort würde eine Panikattacke auslösen.

(aus: Roszinsky-Köcher G. Wissenswertes über Angststörungen. München,; 2010)

Fallbeispiel 2: Herr P. - ein Patient mit Panikstörung und Agoraphobie

Herr P. ist 31 Jahre alt und Verkaufsmanager. Er leidet unter immer wiederkehrenden Attacken mit Schwindel, unscharfer Sehkraft und Herzrasen. Seine erste Panikattacke erlebte er auf der Arbeit. Es begann mit körperlichen Symptomen wie Schwachheit, Übelkeit und Schwindel. Herr P. bat damals seinen Kollegen, einen Arzt zu holen – denn weil sein Vater vor kurzem an einem Herzinfarkt verstorben war, überkam ihn die Befürchtung, dass er ebenfalls einen Herzinfarkt erleiden könnte. Zusätzlich zu dem Verlust seines Vaters, hatte Herr P. in dieser Zeit sehr viel Stress auf der Arbeit. Einige Monate vor seiner ersten Panikattacke gab es bereits Momente, in denen er sehr nervös war und erlebte, wie seine Handschrift wackelig wurde. Abgesehen davon hatte er noch nie etwas Ähnliches erlebt. Sein Arzt erklärte ihm nach einer sorgfältigen körperlichen Untersuchung, dass er körperlich gesund sei und dass seinem Leiden Stress und Angst zugrunde lägen.

Trotzdem kehrt die Panik immer wieder zurück, vor allem auf der Arbeit und in Situationen, die ihn in die Enge treiben. Manchmal kommt die Panik auch völlig unerwartet, wenn er entspannen will. Oder sie reißt ihn gar aus dem Tiefschlaf. Herr P. fühlt sich die ganze Zeit angespannt und ängstlich, denn er hat Angst vor weiteren Panikattacken.

Etwa seit seiner dritten Panikattacke vermeidet Herr P. möglichst alle Situationen, in denen er alleine ist. Außerdem meidet er Orte und Situationen, in denen er befürchten muss eingeschlossen zu sein oder sich zu blamieren, falls wieder Panik aufkommt. So geht er kaum noch in Läden, Kaufhäuser, Menschenansammlungen, Theater, Busse oder Bahnen. Wo auch immer er hingehet, nimmt Herr P. eine Bibel, Kaugummi und Zigaretten mit. Durch das Lesen der Bibel, das Kauen von Kaugummi oder das Rauchen einer Zigarette fühlt er sich wohler und besser in der Lage, angstbesetzte Situationen zu bewältigen. Außerdem nimmt er stets Medikamente mit, von denen er glaubt, dass sie ihm dabei helfen können, in jeder Situation mit Angst und Panik umgehen zu können.



3.1 | Wiederholte Panikattacken (Panikstörung) und angstbedingtes Vermeidungsverhalten (Agoraphobie)

Die Patienten berichten von extremen und plötzlichen Angstanfällen (so genannten Panikattacken), die „wie aus heiterem Himmel“ kommen können. **Panikattacken** gehen mit körperlichen Beschwerden einher, die stark und sehr unangenehm sein können. Bei diesen Beschwerden handelt es sich um körperliche Anzeichen (Symptome) von Angst, die weder gefährlich noch schädlich sind. Sie gehen allmählich, aber vollständig wieder weg, sobald die Panikattacke vorbei ist. Weil viele Patienten diese Beschwerden aber nicht richtig als Angstsymptome deuten können, befürchten sie irrtümlicherweise, schwer körperlich erkrankt zu sein. So kann z.B. ein Patient, der während seiner Panikattacken immer starkes Herzrasen erlebt, die Befürchtung hegen, bald an einem Herzinfarkt sterben zu müssen. Und das, obwohl ihm der Arzt mehrfach versichert hat, dass er völlig herzgesund ist. Die Befürchtung des Patienten ist somit objektiv gesehen unbegründet. Deswegen ist sie aber nicht weniger quälend – der Patient kann regelrechte Todesangst dabei entwickeln!

Das Fatale an solcherlei unbegründeten Befürchtungen ist, dass die Patienten infolge dessen ein sog. **Vermeidungsverhalten** zeigen. Der vorgenannte Patient wird z.B. versuchen, sein „Herz zu schonen“. Das heißt, er vermeidet viele Aktivitäten, die zu einem beschleunigten Herzschlag führen könnten (z.B. Sport oder Treppensteigen). In etwa der Hälfte aller Fälle von Panikstörung vermeiden es die Patienten in starkem Maße, bestimmte Situationen aufzusuchen, weil sie befürchten, dass es gerade dort wieder zu Angst und Panikattacken kommen wird (z.B. Menschenmengen oder enge Räume). In Extremfällen verlassen die Betroffenen kaum noch das Haus, weil sie befürchten, schon auf der Straße eine Panikattacke zu erleiden, die sie ja irrtümlicherweise für gefährlich halten. Dieses Fürchten und Vermeiden bestimmter Situationen aus **„Angst vor der Angst“** wird „Agoraphobie“ genannt. Eine Agoraphobie kann das Privat- und Berufsleben der Betroffenen schwer einschränken und behindern. Das Vermeidungsverhalten ist von Patient zu Patient so verschieden, wie die übertriebenen Befürchtungen. Es gilt für Angstpatienten:

„Vermeidungsverhalten“ ist jedes Verhalten, durch das die Patienten ihre Angst kurzfristig verhindern oder zumindest verringern können.

Langfristig kommt die Angst aber gerade deswegen immer wieder.

Jegliche Art von Vermeidungsverhalten bewirkt *kurzfristig*, dass weniger Angst auftritt und erleichtert die Patienten zunächst. *Langfristig* führt es jedoch dazu, dass die Angst immer wieder kommt oder sogar häufiger auftritt. Warum ist das so? Weil es verhindert, dass die Patienten realistische Erfahrungen mit den angstausslösenden Symptomen oder Situationen machen. Weil sie immer vermeiden, können sie praktisch nicht erleben, dass in Wahrheit weder von den körperlichen

Symptomen noch von den angstauslösenden Situationen irgendeine besondere Gefahr ausgeht. Diese unbegründeten Befürchtungen werden nicht durch die erlebte Harmlosigkeit widerlegt, und die Angst kommt somit immer wieder!

Es gibt zwei Hauptursachen für das Entstehen und die Aufrechterhaltung von Panikstörung und Agoraphobie. Das sind:

- 1. Übertriebene Befürchtungen hinsichtlich der Gefährlichkeit der körperlichen Symptome in bestimmten Situationen**
- 2. Die Vermeidung der gefürchteten Symptome bzw. Situationen.**



3.2 | Das Behandlungsprinzip – Warum und wie kann man Angst mit Übungen behandeln?

Im Rahmen des PREMA-Übungsprogramms wird der Patient dazu motiviert, die Vermeidung der gefürchteten Symptome bzw. Situationen aufzugeben und sich somit seiner Angst zu stellen. Das geht, weil der Patient dann ganz konkret erlebt, dass diese Symptome und Situationen nicht schaden, wenn er entsprechende Übungen kontrolliert und nach bestimmten Regeln durchführt.

Angstübungen sind genau geplante Begegnungen mit angstauslösenden Reizen, die zwischen Arzt und Patient vereinbart werden und von dem Patienten nach bestimmten Regeln durchgeführt werden sollen.

Das Ziel von Angstübungen ist es, den Patienten erleben zu lassen, dass er in Wahrheit keinen Schaden nimmt, wenn er diesen Reizen begegnet.

Krankheitsbedingt ist ein Patient mit Panikstörung zumeist davon überzeugt, dass seine körperlichen Angstsymptome schädlich oder gefährlich sind. Man kann hier von „übertriebenen Befürchtungen“ sprechen, weil ja medizinisch ausgeschlossen wurde, dass die Symptome mit einer körperlichen Erkrankung zu tun haben und weil Angst nicht schädlich sein kann. Aufgrund seiner „übertriebenen Befürchtungen“ tut der Patient jedoch alles, um das Auftreten von Angst zu vermeiden. Oftmals geht er auch bestimmten Situationen aus dem Weg, in denen er das Auftreten von Angst erwartet, keine rasche Hilfe bekäme oder irgendwie „schwer heraus käme“ (Agoraphobie). Wenn er doch einmal in einer solchen Situation ist, dann flüchtet er zumeist, d.h. er verlässt die Situation so rasch wie möglich. Gerade wegen seines ständigen Flucht- und Vermeidungsverhaltens kann der Patient mit der Zeit gar nicht mehr richtig einschätzen, was denn passieren würde, wenn er sich der Angst für längere Zeit einfach aussetzen würde. Er tut es ja im Grunde nie, sondern er flieht immer aus den angstauslösenden Situationen oder macht zumindest irgendetwas, um die aufgetretene Angst zu verringern (Vermeidungsverhalten).

Die meisten Patienten halten es zunächst für undenkbar, sich der Angst einfach zu stellen. Sie glauben, dass es dann unweigerlich zur Katastrophe kommen müsste, dass also ihre übertriebenen Befürchtungen in jedem Fall eintreffen würden (Herzinfarkt, tot umfallen etc.). Dabei haben sie in der Regel keine genauen Vorstellungen davon, wie es dazu kommen könnte. Die meisten erwarten, dass ihre Angst bis ins „Unendliche“ steigen oder einfach nicht mehr abfallen würde, wenn sie sich in eine angstauslösende Situation begeben und dort länger bleiben würden. Sie befürchten also, dass sie an der Angst „kollabieren“ würden. In **Abbildung 3** wird diese sehr häufige Patientenerwartung durch eine graue Kurve dargestellt.

Tatsächlich ist es aber so, dass die Angst nicht ewig anhalten würde. Angst ist eine biologisch angelegte Schutzreaktion des Körpers. Von daher kann sie uns gar nicht schaden. Wenn der Patient also in eine angstauslösende Situation geht und die Angst aushält, dann würde sie allmählich von ganz alleine wieder abnehmen! Dafür sorgt bereits das vegetative Nervensystem des Körpers, das für die Steuerung von Angstreaktionen verantwortlich ist. Es wirkt zuverlässig, dass die starken körperlichen Symptome niemals so stark werden, als dass sie schaden könnten. Das Abnehmen der Angst ist nichts anderes als ein Gewöhnungsprozess, der in **Abbildung 3** durch die blaue Kurve dargestellt wird. Wie lange es braucht, bis die Angst in einer konkreten Situation wieder abgefallen ist, das ist von Patient zu Patient verschieden. Es dauert jedoch selten länger als 20-30 Minuten. Interessanterweise dauert es umso kürzer, je konsequenter sich der Patient der Angst stellt, d.h. je weniger Vermeidungsverhaltensweisen er in der Situation einsetzt.

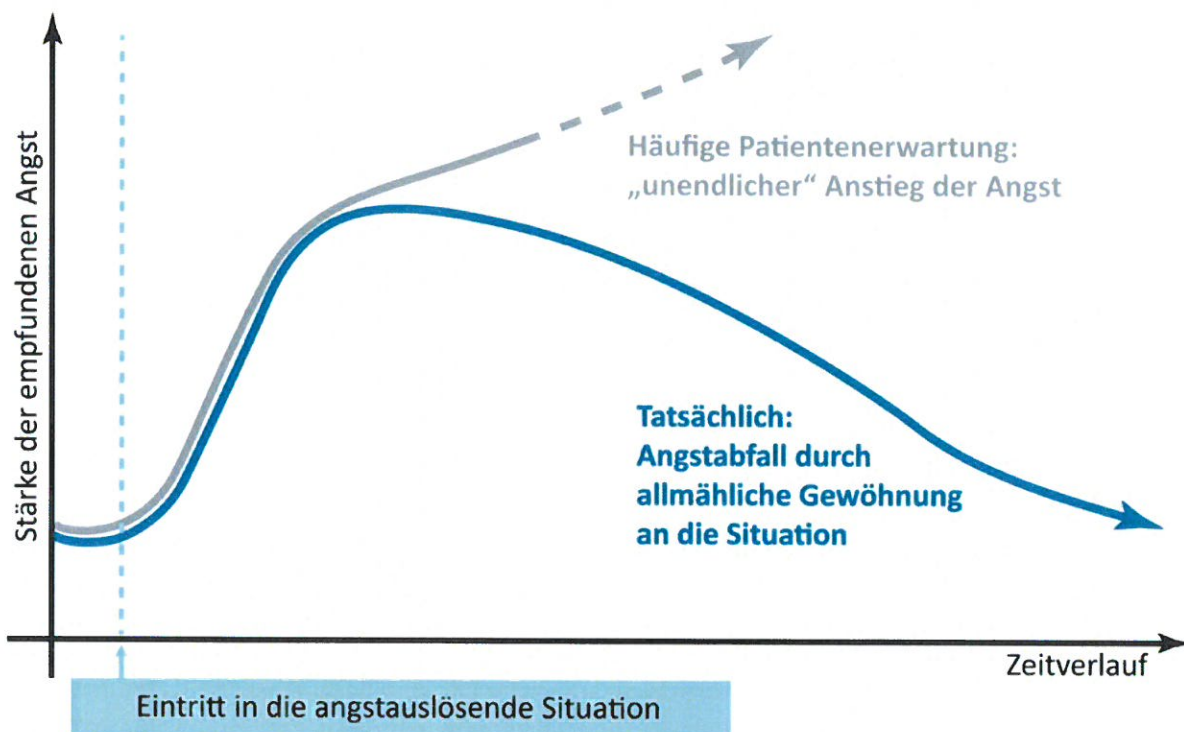


Abbildung 3 | Erwarteter und tatsächlicher Angstverlauf bei längerem Aufenthalt in einer angstauslösenden Situation ohne Vermeidungsverhalten (Situationsübung)

Das Ziel von Angstübungen sind zwei heilsame Erfahrungen des Patienten:

1. **Die mit der Situation oder dem körperlichen Angstsymptom verbundenen Befürchtungen (z.B. „Ich werde in Ohnmacht fallen!“) treten nicht ein.**
2. **Stattdessen tritt allmählich eine Gewöhnung ein: Mit der Zeit nimmt die Angst von ganz alleine wieder ab, auch ohne Vermeidungsverhalten.**

Aus diesen Erfahrungen kann der Patient lernen, dass Angst nicht gefährlich ist, sondern dass seine Angst zu bewältigen ist, wenn er richtig damit umgeht.

Die Angstübungen des PREMA-Übungsprogramms machen sich den biologisch in uns angelegten Mechanismus der **Reizgewöhnung (Habituation)** zunutze. „Habituation“ ist die wissenschaftliche

Bezeichnung für eine allmähliche Gewöhnung an starke aber ungefährliche Reize. Dabei handelt es sich um einen bei Menschen und anderen höheren Lebewesen angeborenen Lernvorgang, der im Gehirn automatisch abläuft. Er bewirkt, dass wir zunehmend schwächer auf einen wiederkehrenden Reiz reagieren, wenn dieser sich als unbedeutend; also ungefährlich erweist. Habituation erleichtert uns das Leben sehr. Dadurch können wir uns z.B. an ständigen Autolärm am Arbeitsplatz gewöhnen, den wir somit irgendwann „einfach nicht mehr hören“.

Die Reizgewöhnung (Habituation) ist ein Lernvorgang, der etwas Zeit und vor allem wiederholte Übung braucht. Da er aber angeboren ist, tritt er zuverlässig bei jedem ein, so dass eine ursprünglich angstauslösende Situation dann keine Angst mehr hervorrufen kann. Das ist das Ziel einer Angstbehandlung! **Abbildung 4** stellt den Vorgang der Reizgewöhnung dar, wie er idealerweise bei einem Patienten abläuft.

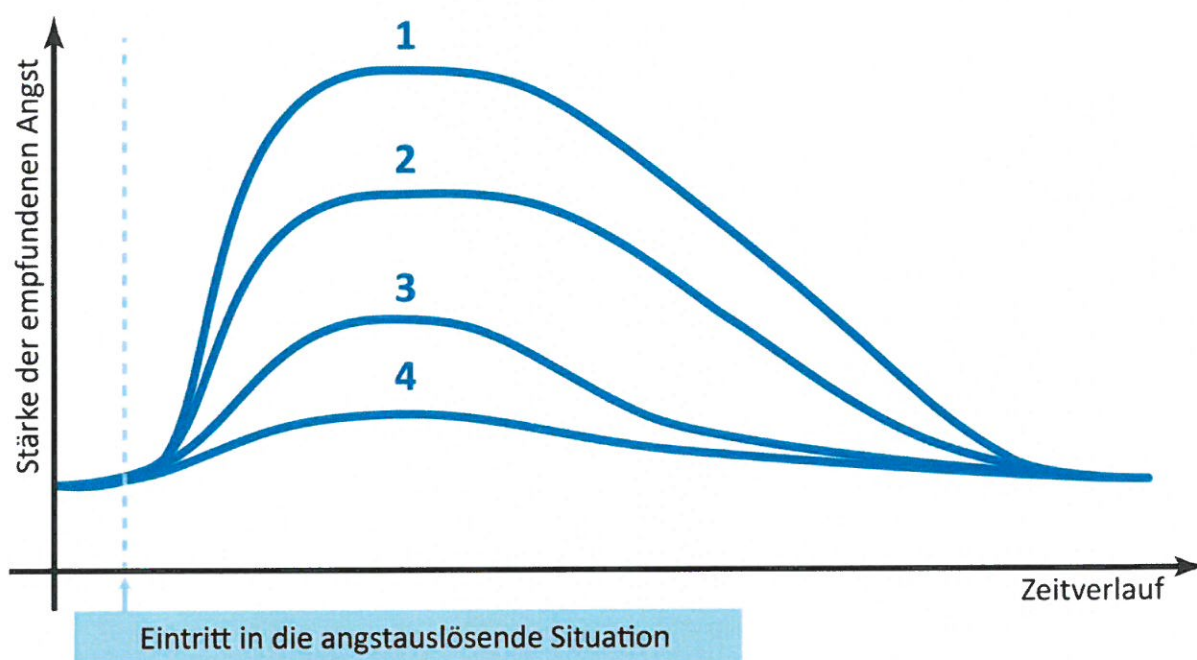


Abbildung 4 | Habituation: Abflachende Angstverläufe bei wiederholter Begegnung mit derselben angstauslösenden Situation (Wiederholung einer Situationsübung)

Je öfter der Patient sich seiner Angst stellt und erlebt, dass diese von ganz alleine wieder abnimmt, desto seltener tritt die Angst in Zukunft überhaupt noch auf.

Es gibt bestimmte Voraussetzungen dafür, dass bei Angstübungen eine Reizgewöhnung (Habituation) eintreten kann. Deswegen müssen die Patienten bei den Angstübungen bestimmte **Übungsregeln** einhalten. Diese Übungsregeln machen den eigentlichen Unterschied aus, der zwischen Angstübungen und den alltäglichen Begegnungen des Patienten mit seiner Angst besteht: Im Alltag kann er fliehen oder die Angst vermeiden - in der Angstübung ist das nicht erlaubt. Nur wenn der Patient die Übungsregeln einhält, kann eine allmähliche Reizgewöhnung eintreten und der Patient wird seine Angst vor den angstauslösenden aber in Wahrheit ungefährlichen Reizen allmählich verlieren.

Daher werden Sie den Patienten in Ihren MFA-Telefonkontakten auch nach der Einhaltung der

Übungsregeln fragen, die in der folgenden Box zusammengefasst sind.

Bei den Angstübungen muss der Patient die folgenden Übungsregeln beachten:

- **Mithilfe der Übungen begegnen die Patienten den gefürchteten Symptomen bzw. Situationen - d.h. Angstübungen müssen Angst auslösen!**
- **In der Übung unternehmen die Patienten nichts gegen die Angst und fliehen auch nicht, d.h. kein Vermeidungsverhalten!**
- **Im Fall von Situationsübungen bleiben die Patienten solange in der Übungssituation, bis die Angst *von alleine* (d.h. ohne Vermeidungsverhalten) *wieder deutlich abgenommen* hat.**
- **Jede einzelne Übung muss mehrfach wiederholt werden. Es muss regelmäßig geübt werden - der Patient sollte wenigstens zweimal pro Woche üben.**

Ein guter Übungserfolg zeigt sich stets daran, dass die körperlichen Symptome bzw. die Situationen mit zunehmender Übungserfahrung immer weniger Angst auslösen (siehe Abbildung 3). Durch positive Erfahrungen mit erfolgreichen Angstübungen wird es dem Patienten auch im Alltag immer besser gelingen auf sein Vermeidungsverhalten zu verzichten. Idealerweise löst er sich nach und nach von den „Fesseln der Angst“ und wird in Berufs- und Privatleben insgesamt aktiver. Gerade dadurch, dass der Patient im Alltag mehr und mehr auf sein Vermeidungsverhalten verzichtet, entzieht er der Angsterkrankung förmlich die Grundlage ihres Bestehens. So kann er wieder gesund werden.

Mithilfe der aktiven Begleitung durch das hausärztliche Praxisteam wird der Patient ermutigt und angeleitet, sich seiner Angst in Form von Übungen wirkungsvoll zu stellen. Mittels der selbstständig durchgeführten Angstübungen lernt der Patient dann richtig mit der Angst umzugehen. Durch diese Erfahrungen kann der Patient seine Angststörung letztlich vollständig und nachhaltig in den Griff bekommen.



Einleitung

Im Folgenden wird Ihnen das Behandlungsprinzip näher erläutert: Wie und warum kann eine Depression überhaupt mit Übungen behandelt werden? In aller Kürze werden zunächst die mit dem PREMA-Übungsprogramm behandelbaren Erkrankung, die Depression, beschrieben. Es ist wichtig, dass Sie diese Erkrankung in ihren Grundzügen verstehen und wissen, wie therapeutische Übungen durchgeführt werden müssen. So können Sie den Patienten wirksam unterstützen. Weiterführende Informationen zur Depression finden Sie in Kapitel 8 dieses Leitfadens. Zunächst wird ein Fallbeispiel für die Diagnose „Depression“ dargestellt:

Frau S. – eine Patientin mit Depression

Frau S., 42 Jahre, ist seit zwei Jahren in Ihrer Praxis in Behandlung und bisher aufgrund vereinzelter Infekte der oberen Luftwege und wiederholt auftretender Nackenbeschwerden bekannt. Sie und ihr Mann haben zwei Kinder. Frau S. arbeitet als Pflegekraft im benachbarten Pflegeheim. Bislang vermittelte sie den Eindruck eines geordneten und stabilen sozialen Umfeldes. Sie erscheint in der Mimik ernst bis traurig, der Händedruck ist eher schlaff, der Gesamteindruck kraftlos. Es gehe ihr schon seit etwa einem Vierteljahr nicht gut. „Ich schaffe es nicht mehr, ich brauche eine Auszeit.“ Außerdem berichtet sie von zunehmender Müdigkeit und Konzentrationsschwierigkeiten. In den letzten zwei Wochen konnte sich Frau S. auch kaum noch „aufraffen“, die Hausarbeit zu erledigen. Bereits das Aufstehen falle ihr schwer. Dies sei ihr jedoch erklärlich, da sie abends schlecht einschlafe und auch immer wieder nachts aufwache. Bei der Arbeit mache sich ihre Kraftlosigkeit auch schon bemerkbar. Gleichzeitig würde die Arbeit immer mehr abverlangen und deshalb komme es zu großen Konflikten mit der Heimleitung. Dadurch habe sie auch zu Hause kaum noch Freude an den Dingen, sie wisse gar nicht, wie es für sie weitergehen solle. Zudem müsse sie in letzter Zeit „einfach so“ weinen.



4.1 | Typisch depressive Denkmuster

Fast jeder fünfte Mensch erkrankt im Laufe seines Lebens an einer Depression. Typische depressive Denkmuster sind „Ich bin schuld; ich bin nicht liebenswert; ich bin hilflos...“ Mit diesen negativen Gedanken assoziiert sind meist Rückzugsverhalten und depressive Gefühle. Durch die gegenseitige Verstärkung dieser Komponenten (Gedanken-Gefühle-Verhalten) befinden sich depressive Patient typischerweise in einer **Abwärtsspirale**, aus der es keinen Ausweg mehr zu geben scheint (**Abbildung 5**).

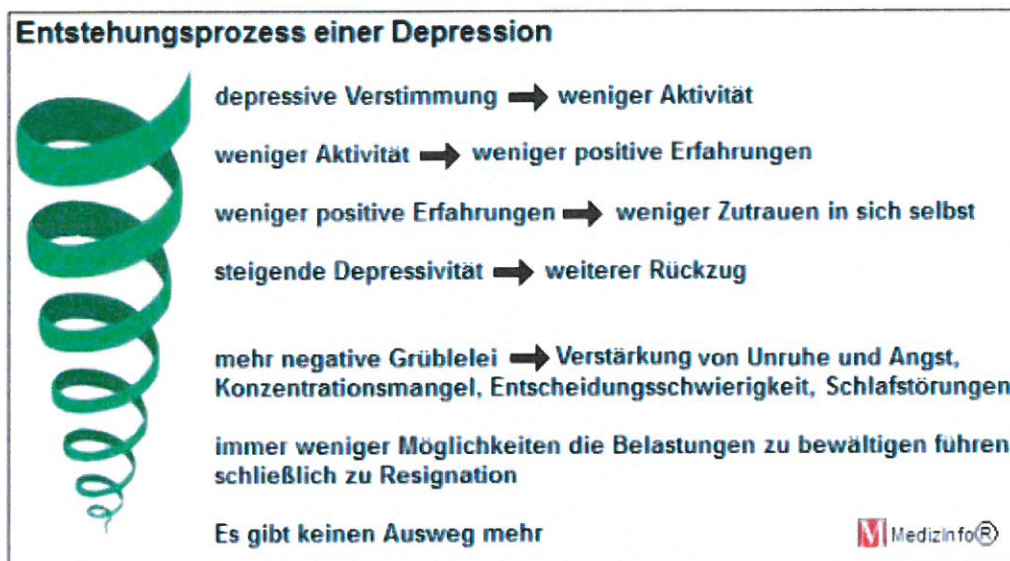


Abbildung 5 | Abwärtsspirale der Depression

Das Erleben wird bestimmt von Freudlosigkeit und/oder Interessenslosigkeit, Niedergeschlagenheit und Antriebslosigkeit sowie von Schuldgefühlen, oft auch Zukunftsängsten. Die Gedanken kreisen ständig um Negatives, etwa eigene Fehler, die Sinnlosigkeit des Lebens oder die Hoffnungslosigkeit, dass es je wieder besser werden kann. Die Dinge machen keinen Spaß mehr, **alles ist anstrengend**, oft auch der Kontakt zu anderen Menschen. Konzentrationsschwierigkeiten, Schlafprobleme und körperliche Beschwerden können dazu kommen. Durch den Rückzug des Patienten und dessen mangelnde Aktivität, einschließlich mangelnder Bewegung, verstärkt sich die Depression weiter (siehe „Teufelskreismodell Depression“, **Abbildung 6**)

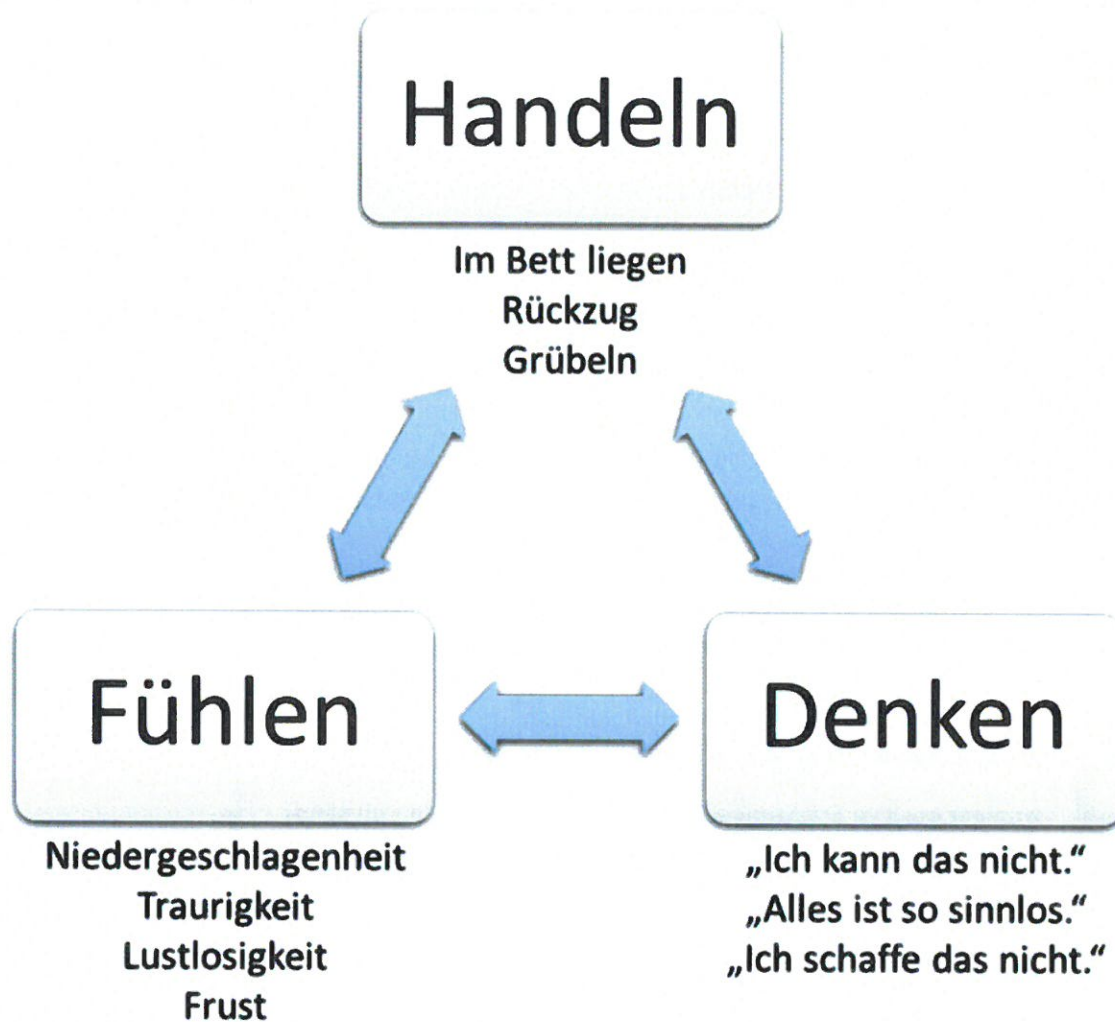


Abbildung 6 | Teufelskreis Depression

Dieser Teufelskreis liefert Ihnen ein Beispiel dafür, wie Denken, Fühlen und Handeln zusammenhängen und einander verstärken. Solch ein Teufelskreis zeigt auch auf, wie einer Depression begegnet werden kann. Es gibt Auswege, die die Spirale durchbrechen und wieder "nach oben" ins Leben führen. Gesteigerte Aktivität z.B. kann das schädliche, negative Grübeln durchbrechen und positive Gefühle fördern. Je häufiger dies geschieht, desto höher ist die Wahrscheinlichkeit für Erfolgserlebnisse. Langfristig kann so das Selbstwirksamkeitserleben gesteigert werden, also die Erfahrung und letztendlich die Überzeugung selbst etwas gegen die Krankheit unternehmen zu können.

Inaktivität und Rückzugsverhalten helfen dem depressiven Patienten nur kurzfristig.

Langfristig geraten depressive Patienten genau durch diese Verhaltensweisen immer weiter in die Abwärtsspirale der Depression.



4.2 | Das Behandlungsprinzip – warum und wie kann man Depression mit Übungen behandeln?

Das PREMA-Übungsprogramm setzt am Rückzugsverhalten (Inaktivität) an, welches häufig für die Aufrechterhaltung von Depression mitverantwortlich ist. Der Patient wird dazu motiviert und angeleitet entgegengesetzt zu handeln, seinen Körper zu aktivieren und selbstständig gegen die depressiven Gefühle vorzugehen. Das geschieht in Form bestimmten Übungen, die zwischen Arzt und Patient vereinbart, vom Patienten selbstständig durchgeführt und von Ihnen, der zuständigen MFA telefonisch überwacht werden. Im Zuge der Durchführung der Übungen kann der Patient lernen, aktiver zu werden und sich klar formulierte, konkrete Ziele zu setzen. Welche kleinen Alltagsziele können vereinbart werden? Erfolgversprechend sind Maßnahmen, die der Betroffene selbst verwirklichen kann. Dazu gehören z.B. kleine alltägliche Genussziele, die Arzt und Patient gemeinsam festlegen und deren Einhaltung Sie regelmäßig abfragen. Genussziele wie ins Kino gehen, Eis essen, kleine Spaziergänge machen, aber durchaus auch strukturgebende Verabredungen wie ein paarmal in der Woche zu einer bestimmten Uhrzeit verlässlich aufzustehen. All das sind für einen depressiven Patienten keine leichten Übungen. Oberstes Ziel ist es, dem sozialen Rückzug entgegenzuwirken – ein Übel, das die Erkrankung mit sich bringt – und den Alltag zu strukturieren. Der Patient soll Souveränität zurückgewinnen.

Im PREMA-Übungsprogramm gibt es zwei Arten von Übungen, die nacheinander zur Anwendung kommen. Das sind zum einen die sog. **„Körperübungen“**, mit deren Hilfe der Patient sich aktivieren und seinen Körper bewusst wahrnehmen soll. Das regelmäßige Durchführen der Übungen selbst ist schon ein Ziel. Zum anderen sind es die sog. **„Situationsübungen“**, bei denen der Patient die Situationen gezielt aufsuchen soll, die er lieber meiden würde, die aber zum Erreichen der Genussziele notwendig sind. Dazu gehören z.B. kleine alltägliche Genussziele, die Arzt und Patient gemeinsam festlegen und deren Einhaltung Sie regelmäßig abfragen.

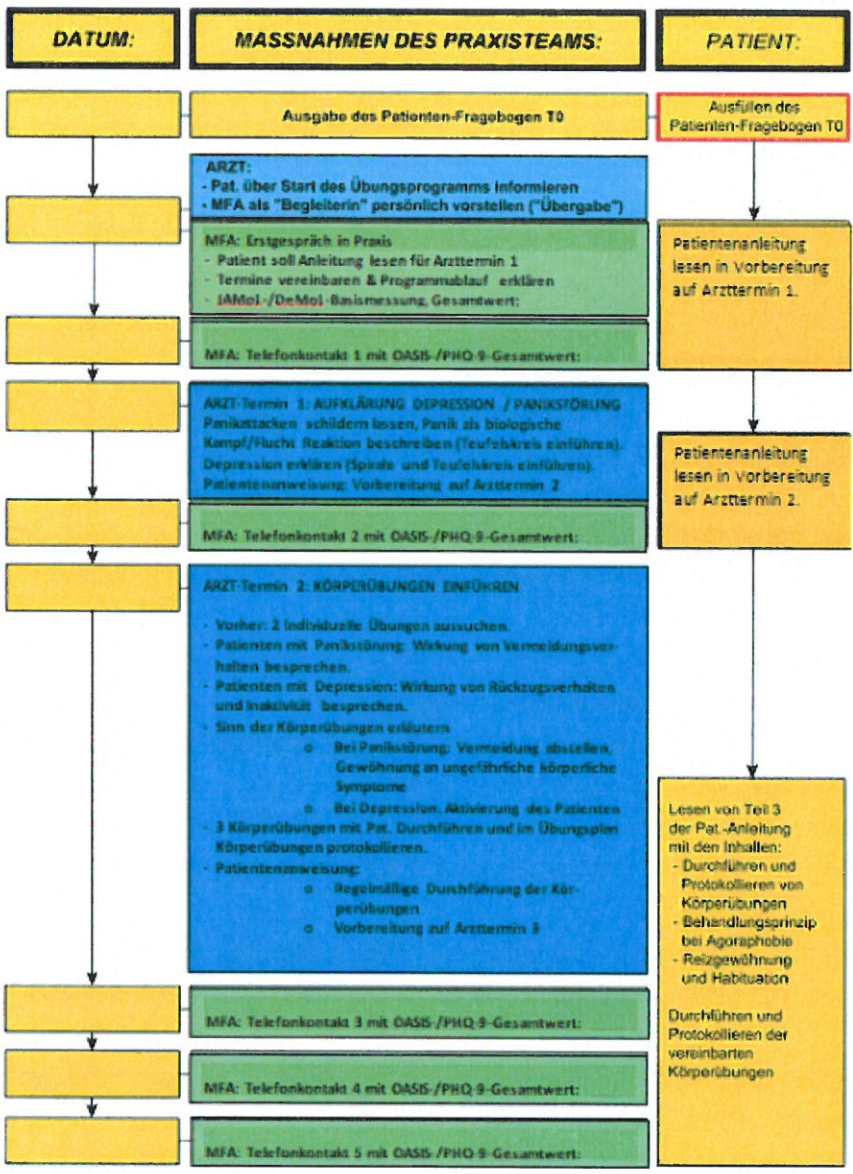


5.1 | Individueller Behandlungspfad

Für jeden einzelnen Patienten wird eine „Online-Akte“ erstellt. In dieser Online-Akte des Patienten werden alle wichtigen Unterlagen abgerufen und gespeichert, wie z.B. der individuelle Behandlungspfad, ärztliche Arbeitshilfen (Tabellen und Grafiken), eine Checkliste für das MFA-Erstgespräch sowie sämtliche Telefonfragebögen für die MFA-Telefonkontakte.

Besonders wichtig ist der **individuelle Behandlungspfad** (Abbildung 7) der während aller Kontakte des Praxisteam zum Patienten vorliegen und gepflegt werden muss, damit er die folgenden Funktionen erfüllen kann:

- Am Behandlungspfad kann der tatsächliche Ablauf des Übungsprogramms nachvollzogen werden, weil dort alle Kontakte zwischen dem Praxisteam und dem Patienten eingetragen werden müssen, die im Rahmen des Übungsprogramms stattfinden.
- Der Behandlungspfad ermöglicht Ihnen einen raschen Überblick über den Symptomverlauf, weil Sie als MFA alle PHQ-9- und OASIS-Gesamtwerte dort eintragen, die sie während Ihrer MFA-Telefonkontakte ermitteln.
- Anhand des individuellen Behandlungspfades können Sie als MFA sich darüber informieren, welche Angstübungen zwischen Arzt und Patient genau vereinbart worden sind, denn der Arzt trägt diese Übungen dort ein.
- Der individuelle Behandlungspfad unterstützt die Durchführung der geplanten Arzttermine, weil deren Hauptinhalte dort in knapper Form zusammengefasst wurden.



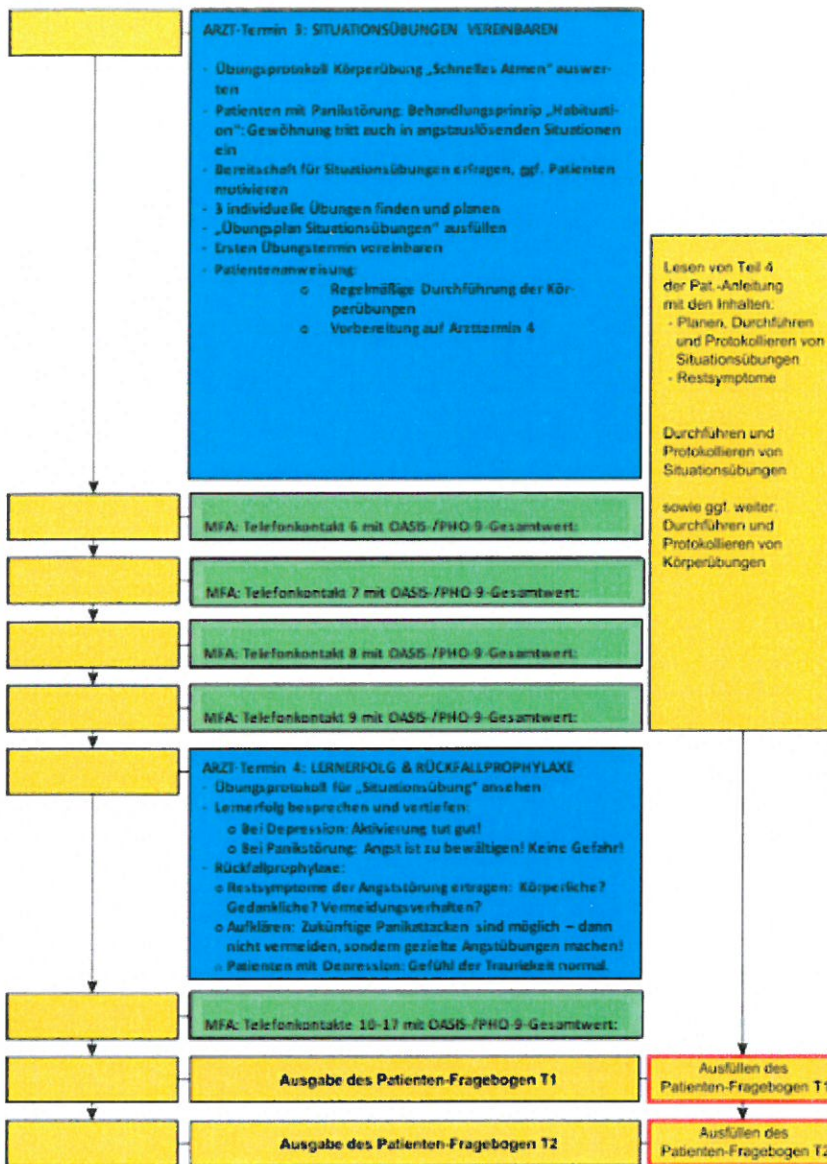


Abbildung 7 | Individueller Behandlungspfad



5.2 | Der Telefonfragebogen JAMoL

Das Herzstück der aktiven Patientenbegleitung ist die aktive, wohlwollende Beobachtung der Patienten. Diese geschieht im PREMA-Übungsprogramm mittels der MFA-Telefonkontakte. Während der Telefonkontakte arbeiten Sie mit einem Telefonfragebogen, der Ihnen und dem Hausarzt als Protokoll dient, der aber auch dem Patienten bekannt ist: Bei Patienten mit Panikstörung ist es der so genannten JAMoL. „JAMoL“ ist eine Abkürzung für „Jena Angst Monitoring Liste“. Der englische Begriff „Monitoring“ bedeutet in etwa soviel wie „gezielte Beobachtung“. Der JAMoL steht im Zentrum der Kommunikation im Dreierbündnis von Arzt, MFA und Patient.

Der JAMoL ist allen Beteiligten im PREMA-Übungsprogramm gleichermaßen bekannt. Daher schafft er Überblick und Sicherheit. Der Arzt profitiert an dieser Stelle von Ihrer Vorarbeit: Protokollierung der eingehenden Patientensignale, Kontrolle des Befundes und des Befundrücklaufs sowie Überwachung der Übungsdurchführung. Er bekommt nicht nur einen guten Überblick über den Zustand des Patienten, sondern auch über Ihre Leistung. Eventuelle Unklarheiten werden hier offensichtlich und können gesprächsweise ausgeräumt werden.

Sie finden den JAMoL in **Abbildung 8**. Die Befragung richtet sich bei jedem MFA-Telefonkontakt auf den Zustand und die Aktivitäten des Patienten *im Zeitraum der vergangenen Woche*. Inhaltlich geht es zum einen darum, mithilfe gezielter Fragen die aktuelle Angstsymptomstärke zu bestimmen (Punkte 1 bis 6). Sobald der Patient dann die Angstübungen durchführt, geht es zum anderen auch darum, die Häufigkeit und den Erfolg dieser Übungen zu erfragen (Punkte 7 bis 10). Die übrigen Punkte des JAMoL sollen den Austausch von Informationen im Dreierbündnis des PREMA-Übungsprogramms erleichtern.

Datum des Telefonats:	Beginn:	Uhr
-----------------------	---------	-----

Fragen 1 bis 5: OASIS
 „Die folgenden Fragen beziehen sich auf Angst oder Furcht. Bitte geben Sie an, wie es Ihnen in der vergangenen Woche ergangen ist!
 Achtung: Bitte geben Sie hier nicht diejenige Angst oder Furcht an, die Sie während Ihrer Angstübungen erleben!“

Punktzahlen:
(bitte eintragen)

1. „Wie oft hatten Sie Angst in der vergangenen Woche?“						
nie 0	selten 1	gelegentlich 2	oft 3	immer 4		[]

2. „Wenn Sie Angst hatten, wie stark bzw. intensiv war diese Angst?“						
gar nicht / keine 0	kaum 1	mittelmäßig 2	ziemlich 3	extrem 4		[]

3. „Wie oft vermieden Sie Situationen, Orte, Dinge oder Aktivitäten aufgrund von Angst oder Furcht?“						
nie 0	selten 1	gelegentlich 2	oft 3	immer 4		[]

4. „Wie sehr beeinträchtigt Angst oder Furcht Ihre Fähigkeit, notwendige Aufgaben bei der Arbeit, in der Schule oder zuhause zu erledigen?“						
gar nicht 0	kaum 1	mittelmäßig 2	ziemlich 3	extrem 4		[]

5. „Wie sehr beeinträchtigt Angst oder Furcht Ihre sozialen Aktivitäten oder Beziehungen?“						
gar nicht 0	kaum 1	mittelmäßig 2	ziemlich 3	extrem 4		[]

Bitte nach dem Gespräch berechnen: **OASIS-Gesamtwert** (Summe aus 1. bis 5.): [] [] []

→ dieser ist gleich oder besser als der OASIS-Gesamtwert im MFA-Erstgespräch

→ dieser ist 1 bis 3 Punkte schlechter als im MFA-Erstgespräch

→ dieser ist 4 oder mehr Punkte schlechter als im MFA-Erstgespräch

Unauffällig

Bericht an Arzt

Bericht an Arzt (rasch)

Bitte bewerten Sie die Antworten anhand des Ampelschemas:

6. „Wie häufig hatten Sie <u>in der letzten Woche</u> eine Panikattacke?“						
keine Panikattacke						→ [] [] [] Mal
1 bis 3 Mal	<input type="checkbox"/>					
4 Mal oder öfter						<input type="checkbox"/>

7. „Wie oft haben Sie in der letzten Woche mit den Angst-Übungen gearbeitet?“						
2 Mal oder öfter						<input type="checkbox"/>
„Sehr gut. Üben Sie regelmäßig weiter.“						
1 mal						<input type="checkbox"/>
„Gut. Je häufiger Sie die Übungen machen, desto besser ist es.“						
Gar nicht						<input type="checkbox"/>
„Das ist schade – ohne Übungen kann die Behandlung nicht richtig funktionieren.“ (Falls ROT , dann weiter mit Frage 11)						

8. „Mit welchen Übung(en) haben Sie in der letzten Woche gearbeitet?“

Übungen bitte notieren: _____

9. „Wie hoch ist die Angst in der letzten Übung maximal angestiegen (von 0 bis 10)?“

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Keine Angst										Extreme Angst

maximale Angst war auf 4 oder größer

„Es ist sehr gut, dass Sie sich Ihrer Angst stellen. Weiter so!“

maximale Angst war auf 3 oder kleiner

„Sehr gut, dass Sie geübt haben. Es wäre toll, wenn noch etwas mehr Angst beim Üben auftritt - nur dann können Sie etwas daraus lernen.“

10. „In einer Situationsübung müssen Sie solange abwarten, bis die Angst von alleine wieder deutlich abgenommen hat (etwa auf 2 fällt) - ist Ihnen das in der letzten Übung gelungen?“

Ja

„Eine sehr wichtige Erfahrung. Die Angst hat also von alleine abgenommen, und Ihnen ist in der Situation gar nichts Schlimmes geschehen!“

Nein

„Bitte versuchen Sie, länger in der Übung zu bleiben. Die Angst wird von ganz alleine wieder weggehen. Es kann Ihnen nichts Schlimmes geschehen.“

11. „Gibt es noch etwas wichtiges, das Sie der Ärztin/dem Arzt mitteilen möchten?“

Ja (Bitte notieren!) _____

Nein

ENDE DES TELEFONATS Gesamtdauer: _____ Minuten

12. Persönliche Einschätzung von MFA: Ist Ihnen während des Gespräches etwas besonderes aufgefallen? (z.B. Widersprüchlichkeit, Konfliktsituation etc.)

Ja (bitte notieren!) _____

Nein

13. Mitteilungen von Ärztin/Arzt an MFA:

Behandlung bleibt unverändert

Zusätzlichen Arzt-Patientenkontakt vereinbaren

Sonstiges (bitte notieren): _____

Zur Kenntnis genommen:

Datum _____	Datum _____
Ärztin/Arzt _____	MFA _____

Abbildung 8 | Telefonfragebogen JAMoL



5.3 | Das Ampelschema des JAMoL

Was Sie direkt nach einem MFA-Telefonkontakt mit dem JAMoL tun sollen ergibt sich daraus, wie Sie die Antworten des Patienten mithilfe des Ampelschemas bewertet haben. Mithilfe des Ampelschemas sortieren Sie die Antworten des Patienten danach, wie dringlich es ist, den Arzt über die Ergebnisse in Kenntnis zu setzen. Für den Arzt ergeben sich aus dem Ampelschema zugleich therapeutische Empfehlungen. Für den Patienten stellen Ihre regelmäßigen Telefonbefragungen somit ein Sicherheitsnetz dar, auf das er sich verlassen kann. Denn wenn der Arzt jederzeit gut informiert ist, kann er auf ungünstige Verläufe rasch therapeutisch reagieren. Damit ist in erster Linie gemeint, dass der Arzt noch einmal Kontakt zum Patienten aufnimmt. Das kann entweder telefonisch geschehen oder dadurch, dass der Patient noch einmal in die Praxis bestellt wird. Der Arzt wird Sie darüber informieren, was jeweils zu tun ist.

Doch was sind denn eigentlich „ungünstige Werte“? Ungünstig wäre es zu einem, wenn sich die Angstsymptome des Patienten deutlich verschlechtern würden. Er also sehr häufig starke Angst oder Panik hat. Dabei müssen Sie jedoch bedenken, dass die Angstübungen genau dafür geschaffen wurden, bei den Patienten Angst auszulösen! Achten Sie bei den JAMoL-Fragen 1-6 daher unbedingt darauf, dass die Patienten hier *nicht* diejenige Angst angeben, die sie *beim Durchführen der Angstübungen* erleben, sondern die Angst, die im Alltag auftritt.

Ungünstig wäre es zum anderen auch, wenn der Patienten die Angstübungen nicht regelmäßig macht oder die Übungen nicht in der richtigen Weise durchführt. „In der richtigen Weise“ heißt: Der Patient muss beim Üben die Übungsregeln beachten, die in Kapitel 2 genannt wurden. In beiden Fällen kann das Übungsprogramm nicht richtig funktionieren und wirken. Gerade bei falschem Üben ist es sehr wichtig, dass der Arzt rasch eingreift, also mit dem Patienten spricht.

Farbe	Antwortkategorie	Bedeutung
Rot	<i>Rascher</i> Bericht an den Arzt	Achtung, ungünstige Werte! Bitte lassen Sie dem Arzt den JAMoL (die Behandlungsmappe) <i>noch am gleichen Tag</i> persönlich zukommen und besprechen Sie die Ergebnisse mit ihm.
Gelb	Bericht an den Arzt	Tendenziell ungünstige Werte. Bitte informieren Sie den Arzt über den JAMoL zukommen.
Grün	Unauffällig	Unbedenkliche Werte.



5.4 | Hintergrund und Bedeutung der einzelnen JAMoL-Punkte

Im Folgenden werden Ihnen die Hintergründe der einzelnen im Telefonfragebogen JAMoL enthaltenen Punkte erläutert:

Stärke der Angststörung in den wichtigsten Symptombereichen

„Die folgenden Fragen beziehen sich auf Angst oder Furcht. Bitte geben Sie an, wie es Ihnen in der vergangenen Woche ergangen ist!
Achtung: Bitte geben Sie hier nicht diejenige Angst oder Furcht an, die Sie während Ihrer Angst-Übungen erleben!“




Punktzahlen:
(bitte eintragen)

1. „Wie oft hatten Sie Angst in der vergangenen Woche?“					
nie 0	selten 1	gelegentlich 2	oft 3	immer 4	[]
2. „Wenn Sie Angst hatten, wie stark bzw. intensiv war diese Angst?“					
gar nicht / keine 0	kaum 1	mittelmäßig 2	ziemlich 3	extrem 4	[]
3. „Wie oft vermieden Sie Situationen, Orte, Dinge oder Aktivitäten aufgrund von Angst oder Furcht?“					
nie 0	selten 1	gelegentlich 2	oft 3	immer 4	[]
4. „Wie sehr beeinträchtigen Angst oder Furcht Ihre Fähigkeit, notwendige Aufgaben bei der Arbeit, in der Schule oder zuhause zu erledigen?“					
gar nicht 0	kaum 1	mittelmäßig 2	ziemlich 3	extrem 4	[]
5. „Wie sehr beeinträchtigen Angst oder Furcht Ihre sozialen Aktivitäten oder Beziehungen?“					
gar nicht 0	kaum 1	mittelmäßig 2	ziemlich 3	extrem 4	[]
Bitte nach dem Gespräch berechnen: OASIS-Gesamtwert (Summe aus 1. bis 5.):					[] [] []
→ dieser ist <i>gleich oder besser</i> als der OASIS-Gesamtwert im MFA-Erstgespräch					■
→ dieser ist <i>1 bis 3 Punkte schlechter</i> als im MFA-Erstgespräch					■
→ dieser ist <i>4 oder mehr Punkte schlechter</i> als im MFA-Erstgespräch					■

In den JAMoL wurde der Angstfragebogen „Overall Anxiety Severity and Impairment Scale“ (OASIS)35 integriert. Die wichtigsten Symptombereiche bei Angststörungen werden mittels des OASIS abgefragt – Häufigkeit, Intensität, Vermeidungsverhalten, berufliche und private Beeinträchtigung. Wichtig ist, dass der Fragebogen nicht diejenige Angst messen soll, die im Rahmen der Angstübungen quasi „künstlich“ erzeugt wird. Vielmehr soll die Belastung des Patienten im Alltag erfasst werden. Mithilfe der ersten fünf Fragen bekommen Sie ein Gefühl, wie es dem Patienten geht. Hierbei gilt: Je höher die Punktzahl, desto schlechter die Angstsymptomatik. Insgesamt sind Summenwerte von 0 bis 20 Punkten möglich. In der Regel ergibt sich für Patienten mit Angststörungen ein Gesamtwert von mindestens 8 Punkten. Veränderungen von 4 oder mehr Punkten können als klinisch bedeutsam angesehen werden. Bitte errechnen Sie nach jeder Durchführung eines MFA-Telefonkontaktes den OASIS-Gesamtwert und




ziehen Sie diesen Wert von demjenigen aus der JAMoL-Basismessung (MFA-Erstgespräch) ab, um im JAMoL mithilfe des Ampelschemas anzugeben, ob der aktuelle Wert besser (kleiner) oder schlechter (größer) ist als derjenige aus der JAMoL-Basismessung.

Häufigkeit von Panikattacken als weiteres Maß für die Symptomstärke

6. „Wie häufig hatten Sie <u>in der letzten Woche</u> eine Panikattacke?“		→ [] Mal
keine Panikattacke		
1 bis 3 Mal		
4 Mal oder öfter		

Panikattacken sind ein guter Messwert für die Stärke der Angstsymptomatik: Bei vier oder mehr Panikattacken pro Woche wird von einer schwergradigen Panikstörung gesprochen. Bitte dokumentieren Sie die genaue Anzahl der Panikattacken, die der Patient in der letzten Woche hatte und bewerten Sie die Anzahl der Panikattacken anhand des Ampelschemas.

Übungsfrequenz (wird erst ab Woche 6 abgefragt)

7. „Wie oft haben Sie in der letzten Woche mit den Angst-Übungen gearbeitet?“		
2 Mal oder öfter „Sehr gut. Üben Sie regelmäßig weiter.“		
1 mal „Gut. Je häufiger Sie die Übungen machen, desto besser ist es.“		
Gar nicht „Das ist schade – ohne Übungen kann die Behandlung nicht richtig funktionieren.“		

Sobald im PREMA-Übungsprogramm die Körperübungen an der Reihe sind (ab Arzttermin 2 in Woche 6; MFA-Telefonkontakt 3) fragen Sie auch danach, wie häufig geübt wurde. Es ist wichtig, dass die Angstübungen im Sinne eines Trainings häufig und regelmäßig durchgeführt wurden. Prinzipiell kann nicht oft genug geübt werden. Als Minimum wird empfohlen, mindestens zwei Übungseinheiten pro Woche durchzuführen. Das heißt, zu mindestens an zwei Terminen pro Woche sollen alle vereinbarten Körperübungen gemacht werden und zwar jeweils zweimal hintereinander. Später soll zu mindestens an zwei Terminen pro Woche eine vereinbarte Situationsübung gemacht werden und auch diese immer gleich zweimal hintereinander. Bitte ermutigen Sie den Patienten dazu, regelmäßig und so oft wie möglich zu üben.

Art der durchgeführten Übungen (wird erst ab Woche 6 abgefragt)

8. „Mit welchen Übung(en) haben Sie in der letzten Woche gearbeitet?“
Übungen bitte notieren : _____

Zwar wurde mit dem Patienten in den Arztterminen vereinbart, welche Übungen er machen soll, dennoch ist deswegen nicht automatisch klar, was er denn nun genau geübt hat. Denn erstens ist im Fall von Situationsübungen eine bestimmte Reihenfolge der Übungen einzuhalten: Der Patient soll mit

weniger angstausslösenden Übungen beginnen und später erst die stark angstausslösenden Übungen machen. Ferner kann es auch sein, dass der Patient vom vereinbarten Übungsplan abweicht. Das kann durchaus gute Gründe haben – bitte Fragen Sie nach dem Grund und notieren Sie diesen in der Online-Akte. Informieren Sie auch den Arzt darüber.

Maximale Angststärke in der letzten Übung (wird erst ab Woche 6 abgefragt)

9. „Wie hoch ist die Angst in der letzten Übung maximal angestiegen (von 0 bis 10)?“										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Keine Angst										Extreme Angst
maximale Angst war auf 4 oder größer									<input checked="" type="checkbox"/>	
„Es ist sehr gut, dass Sie sich Ihrer Angst stellen. Weiter so!“										
maximale Angst war auf 3 oder kleiner										<input type="checkbox"/>
„Sehr gut, dass Sie geübt haben. Es wäre toll, wenn noch etwas mehr Angst beim Üben auftritt - nur dann können Sie etwas daraus lernen.“										

Auch wenn es für den Patienten zunächst unangenehm ist und ihn viel Überwindung kosten mag: Nur wenn in der Übung ausreichend Angst entsteht, kann er einen angemessenen Umgang mit der Angst erlernen. Umso mehr Angst während einer Übung entsteht, desto eindrucksvoller wird für den Patienten die Erfahrung sein, dass er trotzdem keinen Schaden nimmt und desto besser wird die Übung wirken. Daher soll der Patient auch für das Erleben und „Zulassen“ von Angst gelobt werden. *Als Richtwert gilt, dass die Angst in der Übung auf einen Wert von mindestens 4 auf der Zehnerskala steigen sollte.* War die maximale Höhe der Angst kleiner als 4, so kann das verschiedene Gründe haben. Im günstigen Fall entstand deshalb keine Angst in der Übung, weil die Behandlung bereits erfolgreich war. Dann sollte sich der Patient eine „schwierigere“ Übung vornehmen. Im anderen Fall wurde vermutlich falsch geübt: Möglicherweise hat der Patient etwas unternommen, um seine Angst zu unterbinden oder zu verringern, d.h. er hat bewusst oder unbewusst Vermeidungsverhalten eingesetzt (z.B. Mitführen von Handy, Talisman, Öffnen des Fensters, Wasser mit sich führen, sich gedanklich ablenken, Übung nur in Begleitung). Berichtet Ihnen der Patient von solch einem Verhalten, dann machen Sie ihn darauf aufmerksam, dass es wichtig ist das Vermeidungsverhalten zu unterlassen. Üben mit Vermeidungsverhalten ist wenig effektiv. Andererseits kann es natürlich auch sein, dass die maximale Angst einfach deshalb kleiner als 4 war, weil die Übung nicht (oder nicht mehr) angstausslösend ist. In diesem Fall kann sich der Patient eine schwierigere Übung vornehmen (sofern vorhanden). Loben und verstärken Sie den Patienten auf jeden Fall für seine Bemühungen, überhaupt in die Übung gegangen zu sein.

Angstverlauf in den Situationsübungen (wird erst ab Woche 12 abgefragt)

10. „In einer Situationsübung müssen Sie solange abwarten, bis die Angst von alleine wieder deutlich abgenommen hat (etwa auf 2 fällt) - ist Ihnen das in der letzten Übung gelungen?“	
Ja	<input checked="" type="checkbox"/>
„Eine sehr wichtige Erfahrung. Die Angst hat also von alleine abgenommen, und Ihnen ist in der Situation gar nichts Schlimmes geschehen!“	
Nein	<input type="checkbox"/>
„Bitte versuchen Sie, länger in der Übung zu bleiben. Die Angst wird von ganz alleine wieder weggehen. Es kann Ihnen nichts Schlimmes geschehen.“	

Diese Frage wird erst gestellt, wenn der Patient bereits Situationsübungen durchführt hat (ab Arzttermin 3 in Woche 12; MFA-Telefonkontakt 6). Mit dieser Frage wird überprüft, ob der Patient die letzte Situationsübung lange genug durchgehalten hat, um zu erleben, dass die Angst von ganz allein wieder deutlich abnimmt, wenn er sie vollständig kommen lässt und kein Vermeidungsverhalten einsetzt. Dies ist sehr wichtig, weil der Patient nur so lernen kann, dass die Angst nicht gefährlich oder schädlich für ihn ist. *Als Richtwert gilt, dass die Angst im Rahmen der Zehnerskala auf etwa 2 fallen sollte.* Äußerst ungünstig wäre es, wenn der Patient aus der Übung geflohen ist, ohne diese noch einmal zu versuchen. Denn zumeist befürchten die Patienten, dass irgendeine schlimme Katastrophe eintritt, wenn die Angst „zu lange anhält“ (z.B. eine Ohnmacht oder Herzinfarkt). Ein vorzeitiger Übungsabbruch ist als Flucht- bzw. Vermeidungsverhalten zu werten. Da ein solches Fluchtverhalten aber dem Behandlungsprinzip widerspricht, können die Übungen dann nicht den erwünschten Erfolg zeigen. Sollte der Patient die Übung nicht geschafft haben, ist es wichtig, ihn zu motivieren, die Übung noch einmal zu versuchen und so lange abzuwarten, bis die Angst wieder deutlich abgenommen hat. Loben und verstärken Sie den Patienten auf jeden Fall für seine Bemühungen, überhaupt in die Übung gegangen zu sein.

Mitteilungen

11. „Gibt es noch etwas wichtiges, das Sie der Ärztin/dem Arzt mitteilen möchten?“

Ja (Bitte notieren!) _____

Nein

12. Persönliche Einschätzung von MFA: Ist Ihnen während des Gespräches etwas besonderes aufgefallen? (z.B. Widersprüchlichkeit, Konfliktsituation etc.)

Ja (bitte notieren!) _____

Nein

13. Mitteilungen von Ärztin/Arzt an MFA:

Behandlung bleibt unverändert

Zusätzlichen Arzt-Patientenkontakt vereinbaren

Sonstiges (bitte notieren): _____

Abschließend unterstützen Sie den Patienten bitte dabei, Probleme, die bisher nicht erfasst wurden, zu äußern. Aber Achtung: Gemeint sind hier nur Dinge, die mit dem PREMA-Übungsprogramm zu tun haben! Bitte dokumentieren Sie diese Fragen sorgfältig. Es kann sein, dass Veränderungen im Leben des Patienten aufgetreten sind (z.B. Kündigung, Trennung, Umzug etc.), die für ihn wichtig und bislang noch nicht gefragt worden sind. Auch könnten sich andere gesundheitliche Probleme eingestellt haben, die noch nicht diagnostiziert und behandelt sind. Versichern Sie dem Patienten, dass Sie diese Frage an den Arzt weiterleiten. Fragen Sie den Patienten, *ob und wann* Sie ihn zurückrufen können.

Nach Abschluss des Gesprächs dokumentieren Sie bitte eine persönliche Einschätzung des Telefonkontaktes für den Arzt. Gerade, wenn Sie einen Patienten über einen längeren Zeitraum hinweg betreuen, bekommen Sie einen umfassenden Eindruck von ihm. Bitte achten Sie während des Gesprächs auf die Gefühle des Patienten, die sich durch veränderte Stimme oder weniger Gesprächsbereitschaft ausdrücken können. Achten Sie auf Äußerungen des Patienten abseits der Antworten, die auf Schwierigkeiten in der Behandlung hinweisen könnten. Achten Sie auch auf Widersprüche, z.B. der Patient hat nur „grüne Antworten“ gegeben, Sie haben aber den Eindruck, er übt weniger als er angibt. Das kann für den Arzt unter Umständen bedeuten, dass er einen weiteren Arzt-Patienten-Kontakt durchführen möchte, um die Motivation des Patienten zu stärken.

Unter dem letzten Punkt kann Ihnen der Arzt Mitteilungen machen, wie er weiter verfahren möchte. Das heißt für Sie, dass Sie den JAMoL noch einmal anschauen müssen, nachdem dieser vom Arzt abgenommen wurde oder Sie vereinbaren mit Ihrem Chef, wie eine Rückmeldung an Sie effektiv stattfinden kann.



5.5 | Der Telefonfragebogen DeMoL

Das Herzstück der aktiven Patientenbegleitung ist die aktive, wohlwollende Beobachtung der Patienten. Diese geschieht im PREMA-Übungsprogramm mittels der MFA-Telefonkontakte. Während der Telefonkontakte arbeiten Sie mit einem Telefonfragebogen, der Ihnen und dem Hausarzt als Protokoll dient, der aber auch dem Patienten bekannt ist: Bei Patienten mit Depression ist es der so genannten DeMoL. „DeMoL“ ist eine Abkürzung für „Depressions Monitoring Liste“. Der englische Begriff „Monitoring“ bedeutet in etwa „gezielte Beobachtung“. Der DeMoL steht im Zentrum der Kommunikation im Dreierbündnis von Arzt, MFA und Patient.

Mit Hilfe des sogenannten DeMoL-Fragebogens erfragt die MFA in regelmäßigen Abständen den Gesundheitszustand des Patienten. Anhand eines vorgegebenen Bewertungsschemas werden Auffälligkeiten sofort deutlich. Sollten Auffälligkeiten auftreten, übergeben Sie den Fragebogen sobald wie möglich an Ihren Chef, der über das weitere Vorgehen entscheiden kann. Informationen, die über den Fragebogen hinausgehen, leiten Sie als MFA ebenfalls sofort an den Arzt weiter.

Der DeMoL ist allen Beteiligten im PREMA-Übungsprogramm gleichermaßen bekannt. Daher schafft er Überblick und Sicherheit. Der Arzt profitiert an dieser Stelle von Ihrer Vorarbeit: Protokollierung der eingehenden Patientensignale, Kontrolle des Befundes und des Befundrücklaufs sowie Überwachung der Übungsdurchführung. Er bekommt nicht nur einen guten Überblick über den Zustand des Patienten, sondern auch über Ihre Leistung. Eventuelle Unklarheiten werden hier offensichtlich und können gesprächsweise ausgeräumt werden.

Sie finden den DeMoL in **Abbildung 10**. Die Befragung richtet sich bei jedem MFA-Telefonkontakt auf den Zustand und die Aktivitäten des Patienten *im Zeitraum der vergangenen 2 Wochen*.

Datum des Telefonats/Zeitpunkt		Gespräch sofort zum Arzt Information unverzüglich an Arzt Bericht an Arzt Unausfüllig
Name des Patienten und Nummer		
Name der Case Managerin		
Fragen 1-9 aus: "Gesundheitsfragebogen für Patienten" (PHQ-D)		
<i>Wie oft fühlten Sie sich im Verlauf der <u>letzten 2 Wochen</u> durch die folgenden Beschwerden beeinträchtigt?</i>		
1.	Wenig Interesse oder Freude an Ihren Tätigkeiten	
A	Beinahe jeden Tag	<input type="checkbox"/>
B	An mehr als der Hälfte der Tage	<input type="checkbox"/>
C	An einzelnen Tagen	<input type="checkbox"/>
D	Überhaupt nicht	<input type="checkbox"/>
2.	Niedergeschlagenheit, Schwermut oder Hoffnungslosigkeit	
A	Beinahe jeden Tag	<input type="checkbox"/>
B	An mehr als der Hälfte der Tage	<input type="checkbox"/>
C	An einzelnen Tagen	<input type="checkbox"/>
D	Überhaupt nicht	<input type="checkbox"/>
3.	Schwierigkeiten, ein- oder durchzuschlafen, oder vermehrter Schlaf	
A	Beinahe jeden Tag	<input type="checkbox"/>
B	An mehr als der Hälfte der Tage	<input type="checkbox"/>
C	An einzelnen Tagen	<input type="checkbox"/>
D	Überhaupt nicht	<input type="checkbox"/>
4.	Müdigkeit oder Gefühl, keine Energie zu haben	
A	Beinahe jeden Tag	<input type="checkbox"/>
B	An mehr als der Hälfte der Tage	<input type="checkbox"/>
C	An einzelnen Tagen	<input type="checkbox"/>
D	Überhaupt nicht	<input type="checkbox"/>
5.	Verminderter Appetit oder übermäßiges Bedürfnis zu essen	
A	Beinahe jeden Tag	<input type="checkbox"/>
B	An mehr als der Hälfte der Tage	<input type="checkbox"/>
C	An einzelnen Tagen	<input type="checkbox"/>
D	Überhaupt nicht	<input type="checkbox"/>
6.	Schlechte Meinung von sich selbst; Gefühl, ein Versager zu sein oder die Familie enttäuscht zu haben	
A	Beinahe jeden Tag	<input type="checkbox"/>
B	An mehr als der Hälfte der Tage	<input type="checkbox"/>
C	An einzelnen Tagen	<input type="checkbox"/>
D	Überhaupt nicht	<input type="checkbox"/>
7.	Schwierigkeiten, sich auf etwas zu konzentrieren, z.B. beim Zeitunglesen oder Fernsehen	
A	Beinahe jeden Tag	<input type="checkbox"/>
B	An mehr als der Hälfte der Tage	<input type="checkbox"/>
C	An einzelnen Tagen	<input type="checkbox"/>
D	Überhaupt nicht	<input type="checkbox"/>



Name des Patienten:

Gespräch sofort zum
 Arzt
 Informationen
 unverzüglich an Arzt
 Bericht im Arzt
 Unauffällig

8. **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?**

A Beinahe jeden Tag

B An mehr als der Hälfte der Tage

C An einzelnen Tagen

D Überhaupt nicht

9. **Gedanken, dass Sie lieber tot wären oder sich Leid zufügen möchten?**

A Beinahe jeden Tag

B An mehr als der Hälfte der Tage

C An einzelnen Tagen

D Überhaupt nicht

Fragen 10-15: Depressions Monitoring Liste (DeMoL)

10. **Haben Sie die Medikamente seit unserem letzten Gespräch wie verordnet genommen?**

Ja → (Verstärkung z.B. "Das ist gut")

Nein → Einnahme mit Unregelmäßigkeiten
 ("Die Medikamente können nur wirken, wenn Sie sie regelmäßig nehmen.")
 Aufgehört, Tabletten zu nehmen
 ("Dann müssen wir noch einmal über die Behandlung reden und überlegen, was am besten für Ihre Situation geeignet ist.")

11. **Sie hatten im Gespräch mit Ihrer Ärztin / Ihrem Arzt ein Ziel vereinbart. Hat das geklappt?**

Ja → (Verstärkung z.B. "Das ist gut")

Nein → ("Das sollten Sie beim nächsten Arzttermin nochmals besprechen.")

12. **Gibt es etwas ganz Wichtiges, was Sie dem Arzt mitteilen wollen?**

Ja →

Nein →

13. **Vereinbarung eines Folgetermins**
 Datum: **Ende des Telefonats**

14. **Persönliche Einschätzung der Case Managerin**
Ist Ihnen an dem Patienten bzw. etwas im Gespräch aufgefallen?
 (z.B. Widersprüchlichkeit, Konfliktsituation etc.)

Ja →

Nein →

15. **Informationen des Arztes an die Case Managerin**

Behandlung bleibt unverändert

Behandlungsänderung:

Medikationsänderung

nächster Arzt-Patientenkontakt

Sonstiges:

Zur Kenntnis genommen:

Datum: Arzt: Datum: Case Managerin:

Fragen 1-9: Depressionsmodul des PHQ-D © 2002 Pfizer GmbH. Übersetz./Validierung: Löwe, Zipfel, Herzog
 Original: Spitzer, Kroenke, Williams 1999
 Fragen 10-15: Ampelschema: DeMoL © 2006 Gensichen, Torge, Polz, Morig, Frey, Universität Frankfurt a.M.

Abbildung 10 | DeMoL Monitoring-Liste



5.6 | Das Ampelschema des DeMoL

Sie mögen sich fragen: Wozu sind eigentlich all diese immer gleichen Fragen gut? Kann ich mit einem Patienten nicht irgendwann auch mal über etwas anderes reden, als immer nur stur diesen Fragenkatalog abzuarbeiten? Warum regelmäßig anrufen, wenn es ihm sowieso gerade gut geht? Es geht bei Ihren regelmäßigen Anrufen und den immer gleichen Fragen darum, ein Sicherheitsnetz für den Patienten zu spannen, auf das er sich fest verlassen kann. Die Message ist: „Da ist eine externe Instanz, die Dich stetig und wohlwollend im Blick hat und das nicht nur, wenn es Dir schlecht geht.“ Für den Patienten ist es ungemein wichtig, dass die Hausarztpraxis aktiv auf ihn zukommt und ihn beobachtet, denn genau das kann er ja nicht mehr selbst tun. Die Anrufe geben ihm das Gefühl, Teil einer festen Seilschaft zu sein, die ihn durch die Krankheit führt und der Fragebogen ist sein Kompass; er lernt, die Depression einzuschätzen und mit ihr umzugehen. Nachfolgend finden Sie den kommentierten DeMoL-Fragebogen. Die Hintergrundinformationen sollen Ihnen zum Verständnis der Fragen dienen:

Sie stellen dem Patienten 11 geschlossene Fragen, zu denen es maximal vier vorgegebene Antwortmöglichkeiten gibt:

- Beinahe jeden Tag
- An mehr als der Hälfte der Tage
- An einzelnen Tagen
- Überhaupt nicht

Der Patient wählt aus diesen Vorgaben die zutreffende Antwort aus, die Sie entsprechend in das Ampelschema übertragen:

Rot bedeutet Gefahr; also *Gespräch direkt zum Arzt* (links oben, wenn s/w-kopiert)

Orange bedeutet *Informationen unverzüglich an Arzt* weitergeben

Gelb bedeutet *Bericht an den Arzt* im Laufe des Tages

Grün bedeutet *unauffällig* (rechts unten)

Farbe	Antwortkategorie	Bedeutung/Vorgehen
Rot	Gespräch zum Arzt	Wichtig: Sofortige Information an den Arzt ist erforderlich! Dieser entscheidet über den weiteren Verlauf. Vereinbaren Sie mit Ihrem Chef, wie Sie ihn unterbrechen dürfen.
Orange	Information unverzüglich an Arzt	Als Case Managerin informieren Sie Ihren Chef zeitnah , also z.B. wenn er das Sprechzimmer das nächste Mal verlässt. Er entscheidet dann über das weitere Vorgehen, z.B. vorgezogener Arzttermin, Medikationsänderung etc.
Gelb	Bericht an Arzt	Ihr Chef sollte im Laufe des Tages über das Ergebnis des Telefonats informiert werden.
Grün	Unauffällig	Der Befund ist unauffällig..

Bitte beachten Sie: Informieren Sie bei Auffälligkeiten oder unklaren Werten zeitnah Ihren Chef! Klären Sie außerdem vorher mit ihm ab, wie Sie in welchem Falle vorgehen sollen.



5.7 | Hintergrund und Bedeutung der einzelnen DeMoL-Punkte

Hintergrund und Bedeutung der einzelnen DeMoL-Punkte

1. Wenig Interesse oder Freude an Ihren Tätigkeiten	
A	Beinahe jeden Tag ■
B	An mehr als der Hälfte der Tage ■
C	An einzelnen Tagen ■
D	Überhaupt nicht ■

Hintergrund der Frage:

Diese Beschwerde ist neben Niedergeschlagenheit, Schwermut oder Hoffnungslosigkeit ein Hauptsymptom der Depression. Deshalb ist davon auszugehen, dass die meisten Patienten diese Beschwerde als Problem berichten. Für sie selbst ist es irritierend, dass sie keine Freude mehr an ihren Hobbys und Freizeitaktivitäten empfinden. Es reizt sie nichts mehr, kaum etwas macht ihnen noch Spaß. Viele Menschen legen auch keinen Wert mehr auf schöne Kleidung. Dieses Depressionsmerkmal wird von Außenstehenden oft als Desinteresse oder Ablehnung fehlgedeutet.

Es ist wahrscheinlich, dass die meisten Patienten, insbesondere zu Beginn des Angebots, hier Antwortkategorie „A“ oder „B“ angeben. Grund: Ein deutlicher Ausschlag (gelbes oder oranges Kästchen) bei dieser und der nächsten Frage (dem Stimmungskriterium) ist Voraussetzung für die Diagnose „depressive Episode“.

2. Niedergeschlagenheit, Schwermut oder Hoffnungslosigkeit	
A	Beinahe jeden Tag ■
B	An mehr als der Hälfte der Tage ■
C	An einzelnen Tagen ■
D	Überhaupt nicht ■

Hintergrund der Frage:

Diese Beschwerden sind neben der in Frage 1 geschilderten Beschwerde die Hauptmerkmale einer Depression. Patienten beschreiben den Zustand sehr unterschiedlich: Manche sprechen von Niedergeschlagenheit, Hoffnungslosigkeit oder Verzweiflung, andere von Gefühllosigkeit. Damit ist gemeint, dass sie sich gefühlsmäßig wie tot erleben, das heißt reaktionslos auf äußere Ereignisse und unfähig, auf freudige wie auf bedrückende Ereignisse angemessen zu reagieren. Besonders diese Symptomatik wird als quälend erlebt. Wenn Patienten weinen, auch während des Gesprächs, ist das nicht unbedingt negativ zu bewerten; sie können sich sogar dadurch besser fühlen.

Viele beschreiben zusätzlich Angstgefühle, Irritierbarkeit und die Sorge, überfordert zu werden. Mehr als die Hälfte erleben Tagesschwankungen. Nur ca. 10% berichten diese Stimmungssymptomatik nicht. Für sie stehen stattdessen körperliche Symptome im Vordergrund.

3. Schwierigkeiten, ein- oder durchzuschlafen, oder vermehrter Schlaf	
A	Beinahe jeden Tag
B	An mehr als der Hälfte der Tage
C	An einzelnen Tagen
D	Überhaupt nicht

Hintergrund der Frage:

Diese Beschwerde gilt ebenfalls als häufiges Symptom einer Depression und steht meistens auch am Beginn der Erkrankung. Die Patienten schlafen unruhig, werden nachts wach und können oft nicht wieder einschlafen. Der Schlaf wird nicht als erholsam empfunden. Patienten beklagen, dass sie in den frühen Morgenstunden wach liegen und grübeln. Eher selten ist ein vermehrter Schlaf. Diese Frage bezieht sich auf Schlafstörungen, die im Rahmen der Depression auftreten und nicht auf Schlaflosigkeit z.B. wegen Lärm aus der Nachbarwohnung.

Schlafschwierigkeiten werden von den meisten Patienten benannt und sind insgesamt sehr weit verbreitet, auch bei Menschen ohne depressive Erkrankung („Volkskrankheit“). Einige Patienten berichten, dass sie sich nach einer Zeit mit erheblichen Schlafschwierigkeiten (Antwort A) psychisch sehr schlecht fühlen, so dass diese Beschwerde auf jeden Fall ernst zu nehmen ist. Einige Antidepressiva wirken gezielt gegen dieses Problem, da sie eine „schlafanstoßende“ oder „sedierende“ Komponente beinhalten. Die Patienten fühlen sich nach einer Zeitspanne mit regelmäßigem Schlaf psychisch besser.

4. Müdigkeit oder Gefühl, keine Energie zu haben	
A	Beinahe jeden Tag
B	An mehr als der Hälfte der Tage
C	An einzelnen Tagen
D	Überhaupt nicht

Hintergrund der Frage:

Patienten erleben sich als kaum belastbar. Alltagsaktivitäten, wie z.B. Anziehen, sind erschöpfend, kleinste Anstrengungen werden als kaum überwindbare Hürde empfunden. Die Betroffenen ziehen sich häufig ins Bett zurück, um dem Gefühl der Erschöpfung nachgeben zu können. Sie fühlen sich trotzdem ständig müde und abgeschlagen.

Bei Patienten, die ständig das Gefühl haben, ohne Energie zu sein, können die Alltagsaktivitäten zum Erliegen kommen. Die Tage werden im Bett verbracht. Im Extremfall ist sogar die Selbstversorgung gefährdet (deshalb Orange bei Antwort A).

5. Verminderter Appetit oder übermäßiges Bedürfnis zu essen	
A	Beinahe jeden Tag
B	An mehr als der Hälfte der Tage
C	An einzelnen Tagen
D	Überhaupt nicht

Hintergrund der Frage:

Depressive Menschen haben oft keinen Appetit mehr (das ist bei ca. 70% der Fall), manche zwingen sich regelrecht zu essen. Manche beschreiben das Essen als geschmacksarm. Als auffällig wird ein Gewichtsverlust von 5% des Ausgangsgewichts pro Monat betrachtet. Einige Patienten essen tatsächlich nichts mehr oder nur noch sehr wenig.

6. Schlechte Meinung von sich selbst; Gefühl, ein Versager zu sein oder die Familie enttäuscht zu haben	
A	Beinahe jeden Tag ■
B	An mehr als der Hälfte der Tage ■
C	An einzelnen Tagen ■
D	Überhaupt nicht ■

Hintergrund der Frage:

Depressive Menschen beurteilen sich selbst sehr schlecht und betrachten sich als wertlos. Dies betrifft auch Menschen, die ansonsten ein normales Selbstwertgefühl haben: Eigene Fähigkeiten werden unterschätzt, auch im Rückblick auf die Vergangenheit. Dies kann sich dahingehend entwickeln, dass kleine Unkorrektheiten nunmehr als große, ungerechtfertigte Schuld empfunden werden. Bei einem geringen Prozentsatz kann sich das bis zu einer Realitätsverkennung steigern. Einige Betroffene betrachten sich als Belastung für die Familie oder andere Menschen. Solch negative Gedanken und Sichtweisen können den Patienten stark bedrücken und sich besonders bei sozialem Rückzug immer weiter verstärken. Es kann sich eine „Abwärtsspirale“ entwickeln, die Gedanken an den Tod schürt.

7. Schwierigkeiten, sich auf etwas zu konzentrieren, z.B. beim Zeitunglesen oder Fernsehen	
A	Beinahe jeden Tag ■
B	An mehr als der Hälfte der Tage ■
C	An einzelnen Tagen ■
D	Überhaupt nicht ■

Hintergrund der Frage:

Dieses Problem macht sich bei der Bewältigung selbstverständlicher Alltäglichkeiten wie Einkaufen, Fernsehgucken oder Lesen bemerkbar. Die Patienten können sich nicht auf die jeweilige Situation konzentrieren, weil ihre Aufmerksamkeit von ständigen Grübeleien und Zweifeln beansprucht ist. Dies kann auch bedeuten, dass sich eine Entscheidungsunfähigkeit breit macht. Betroffene im mittleren oder höheren Alter glauben sogar manchmal an Alzheimer zu leiden.

8. 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?	
A	Beinahe jeden Tag ■
B	An mehr als der Hälfte der Tage ■
C	An einzelnen Tagen ■
D	Überhaupt nicht ■

Hintergrund der Frage:

Depressive Menschen wirken häufig verlangsamt, sprechen leise und zögerlich, machen lange Pausen, so dass sich Gespräche schwierig gestalten können. Gleichzeitig können sie eine quälende innere Unruhe empfinden. Manche Patienten sind nicht in der Lage, still zu sitzen. Sie sind zappelig und wirken getrieben und ruhelos. Vor allem bei schweren Formen der Depression sind hier erhebliche Beschwerden zu erwarten.

9. Gedanken, dass Sie lieber tot wären oder sich Leid zufügen möchten?	
A	Beinahe jeden Tag ■
B	An mehr als der Hälfte der Tage ■
C	An einzelnen Tagen ■
D	Überhaupt nicht ■

Hintergrund der Frage:

Manche Depressive empfinden ihre Situation als so schlimm und hoffnungslos, dass sie glauben, es sei besser, tot zu sein. Dies ist nicht zwingend gleichbedeutend mit Selbstmordgedanken, sondern entspricht dem Wunsch, dass dieser Zustand aufhören möge.

Es können aber tatsächlich handfeste Selbstmordgedanken bestehen oder gar ein konkreter Plan, sich einen Strick oder eine Pistole zu besorgen und sich das Leben zu nehmen, bis hin zum bereits durchgeführten Selbstmordversuch. Wenn solche Gedanken fast jeden Tag auftreten, ist dies eine **Notsituation**, die die sofortige Kontaktaufnahme zum Arzt erfordert.

Sie brauchen keine Angst vor dieser Frage zu haben. Depressive bringen sich nicht um, weil sie jemand fragt, ob sie Selbstmordgedanken hegen. Im Gegenteil, viele empfinden es als Erleichterung, aktiv darauf angesprochen zu werden und darüber reden zu können.

10. Haben Sie die Medikamente seit unserem letzten Gespräch wie verordnet genommen?	
Ja	→ (Verstärkung, z.B. "Das ist gut.") ■
Nein	→ Einnahme mit Unregelmäßigkeiten ■
	(*Die Medikamente können nur wirken, wenn Sie sie regelmäßig nehmen.*)
	Aufgehört, Tabletten zu nehmen ■
	(*Dann müssen wir noch einmal über die Behandlung reden und überlegen, was am besten für Ihre Situation geeignet ist.*)

Hintergrund der Frage:

Oft sind Patienten nicht in der Lage, ihre Medikamente zuverlässig einzunehmen. Bei manchen stellen sich unangenehme Nebenwirkungen ein, die sie nicht hinnehmen möchten (z.B. Mundtrockenheit, Gewichtszunahme). Andere verstehen nicht, dass diese Sorte Medikamente nur dann wirken können, wenn sie über einen gewissen Zeitraum und regelmäßig eingenommen werden – es sind keine Bedarfsmedikamente, wie Schmerz- oder Schlafmittel. Solche Probleme müssen beim nächsten Arzttermin unbedingt aufgegriffen werden, um mit einer Dosisanpassung oder einem Präparatwechsel darauf zu reagieren.

Eine Behandlung kann nur erfolgreich sein, wenn sie wirklich stattfindet, das heißt, es ist wichtig, die passende Medikation für den jeweiligen Patienten zu einem möglichst frühen Zeitpunkt zu finden. Sollte der Patient mit der Erstverordnung Schwierigkeiten haben, gilt es, den Grund dafür herauszufinden und z.B. in der oben angegebenen Form darauf zu antworten. Loben Sie diejenigen Patienten, die ihre Medikamente regelmäßig einnehmen! Das „verstärkt“ ihr Verhalten und motiviert sie, dies auch weiterhin zu tun.

11. Sie hatten im Gespräch mit Ihrer Ärztin / Ihrem Arzt ein Ziel vereinbart. Hat das geklappt?	
Ja	→ (Verstärkung, z.B. "Das ist gut.") ■
Nein	→ (*Das sollten Sie beim nächsten Arzttermin nochmals besprechen.*) ■

Hintergrund der Frage:

Der Versuch, konkrete, überschaubare Ziele zu erreichen, stellt in der Behandlung von Depressiven eine wichtige Strategie dar. Deshalb werden solche Ziele im Arztgespräch ausdrücklich vereinbart. Im PREMA-Programm sind diese Ziele zum einen das Durchführen der vereinbarten Körperübungen, zum anderen das Durchführen der Situationsübungen („Mini-Ziele“). Ihre Nachfrage im Telefonat dient dazu, Probleme bei der Umsetzung des Zieles möglichst früh zu erkennen. Ggf. muss sonst eines ausgewählt werden, das leichter zu erreichen ist. Wichtig ist, dass damit kein Leistungsdruck ausgeübt wird.

Auch kleine Bemühungen, die in die richtige Richtung gehen, müssen anerkannt werden. Die Verhaltenstherapie spricht von „verstärken“. Hier geht es also, wie im vorherigen Punkt 10, nicht nur darum, einen bestimmten Aspekt „abzufragen“, sondern auch darum, mit der erhaltenen Information „zu arbeiten“, also den Patienten zu motivieren und/oder ein aufgetretenes Problem möglichst genau zu erfassen und eine Lösung vorzuschlagen.

Die meisten Patienten werden damit einverstanden sein, dass Sie als aktiven Patientenbegleitung vom Arzt über das vereinbarte Ziel in Kenntnis gesetzt werden. Wenn jedoch ein Patient im Arztgespräch diesbezüglich Vertraulichkeit erbittet, sollten Sie das respektieren und im Telefonat nicht danach fragen.

12.	Gibt es etwas ganz Wichtiges, was Sie dem Arzt mitteilen wollen?
Ja	→ <input type="text"/> <input type="checkbox"/>
Nein	→ <input type="text"/> <input type="checkbox"/>

Hintergrund der Frage:

Mit dieser Abschlussfrage unterstützen Sie den Patienten, seine Wünsche an die Praxis oder Probleme, die bislang nicht erfasst werden konnten, zu äußern. Dokumentieren Sie diese Frage sorgfältig.

Es kann sein, dass irgendwelche Veränderungen im Leben des Patienten eingetreten sind (z.B. Kündigung, Hund ist gestorben), die für ihn wichtig und bislang noch nicht erfragt worden sind. Wichtig hierbei ist, dass der Arzt Kenntnis davon bekommt, denn hieran kann der Patient wiederum erkennen, dass die praxisinterne Kommunikation funktioniert. Auch können sich andere gesundheitliche Probleme eingestellt haben, die noch nicht diagnostiziert und behandelt sind.

Versichern Sie dem Patienten, dass Sie seine Frage an den Arzt weiterleiten, und fragen Sie ihn, ob und wann Sie ihn in dieser Angelegenheit zurückrufen können.

Dieser Aspekt bezieht sich auf das gesamte Telefonat: Falls Patienten zu Beginn oder auch während des Gesprächs ausführlich über ein Problem berichten wollen, können Sie diese freundlich, aber bestimmt zu den Fragen zurückführen und sie auf diese letzte Frage verweisen.

13.	Vereinbarung eines Folgetermins
Datum:	<input type="text"/> Ende des Telefonats

Hinweis:

Bei unauffälligen Befunden bzw. leichten Verbesserungen: Kurz die aktuellen Ergebnisse für den Patienten zusammenfassen und positiv verstärken.

Bestätigen Sie mit dem Patienten den nächsten Verlaufstermin. Bei auffälligen Befunden den jeweiligen Verlauf oder die jetzt stattfindende Aktion dokumentieren (z.B. Arzttermin, Abbruch des Gesprächs).

- **Beispiel:** „Herr Bestmann, ich spreche mit dem Doktor und rufe Sie gleich oder heute Mittag / heute Abend in der Zeit von ... bis ... zurück!“

Fassen Sie die aktuellen Vereinbarungen (Termine, Rückruf etc.) noch einmal zusammen. Beschließen Sie das Gespräch mit einem freundlichen Dankeschön für die Kooperation und wiederholen Sie bei der Verabschiedung ggf. noch einmal den Folgetermin.

- **Beispiel:** „Herr Bestmann, unser Interview ist schon zu Ende, vielen Dank, dass Sie mitgemacht haben. Ihre Angaben hören sich sehr positiv an. Ich rufe Sie dann wieder am Montag, den ... um ... Uhr an!“

Tip: Ein positives, wertschätzendes Ende des Telefonats motiviert die Patienten für die kommenden Interviews und erleichtert Ihnen die Arbeit.

Im Falle eines unbeendeten Interviews (z.B. aufgrund einer Notfallsituation) kontaktieren Sie den Patienten bitte möglichst bald erneut, um das Monitoring durchzuführen!

14. Persönliche Einschätzung der Case Managerin	
Ist Ihnen an dem Patienten bzw. im Gespräch etwas aufgefallen? (z.B. Widersprüchlichkeit, Konfliktsituation etc.)	
Ja	→ <input type="text"/>
Nein	→ <input type="text"/>

Hinweis:

Dokumentieren Sie die erhobenen Befunde unbedingt während des Telefonats auf dem Fragebogen. Dokumentieren Sie auch, wenn Ihnen etwas an dem Patienten aufgefallen ist. Gerade wenn Sie den Patienten schon längere Zeit betreuen, haben Sie einen umfassenden Eindruck von ihm gewonnen.

Achten Sie bitte auch auf Hinweise, die sich durch eine veränderte Stimme (leise, schluchzend) oder andere Gefühle (Weinen, Euphorie) ausdrücken. Achten Sie auf Widersprüche, z.B.: Der Patient hat nur „grüne Antworten“ gegeben, Sie aber meinen, dass es dem Patienten im Gespräch sehr schlecht ging. Ihr Eindruck ist wichtig!

15. Informationen des Arztes an die Case Managerin <input type="checkbox"/> Behandlung bleibt unverändert <input type="checkbox"/> Behandlungsänderung: <input type="checkbox"/> Medikationsänderung <input type="checkbox"/> nächster Arzt-Patientenkontakt <input type="checkbox"/> Sonstiges:
Zur Kenntnis genommen:
Datum Arzt Datum Case Managerin

Hinweis:

Nach dem Patientenkontakt besprechen Sie baldmöglichst die auffälligen Aussagen mit Ihrem Chef. Er legt das weitere Vorgehen fest. Das genaue Vorgehen innerhalb Ihrer Praxis klären Sie vorher mit ihm ab.

Unter dem letzten Punkt kann Ihnen der Arzt Mitteilungen machen, wie er weiter verfahren möchte. Das heißt für Sie, dass Sie den DeMoL noch einmal anschauen müssen, nachdem dieser vom Arzt abgenommen wurde oder Sie vereinbaren mit Ihrem Chef, wie eine Rückmeldung an Sie effektiv stattfinden kann.

Bitte bereiten Sie das nächste Gespräch mit dem Patienten oder den nächsten Besuch rechtzeitig vor.



6.1 | Das MFA-Erstgespräch

Das MFA-Erstgespräch wird zum Behandlungsstart des PREMA-Übungsprogramms in Woche 1 stattfinden. Nachdem der Arzt den Patienten über den Behandlungsstart informiert hat, wird ein Gespräch zu dritt stattfinden, also zwischen Ihnen, dem Patienten und dem Arzt. Hier wird der Arzt Sie offiziell in das „Dreierbündnis“ einführen und dem Patienten erklären, was Sie machen werden und wie wichtig Sie sind. Daran anschließend werden Sie ein eigenes Gespräch mit dem Patienten führen: das MFA-Erstgespräch. Im MFA-Erstgespräch bestätigen Sie nochmals, sowohl auf der sachlichen als auch auf der zwischenmenschlichen Ebene, ein verlässlicher Pfeiler innerhalb des Dreierbündnisses zu sein. Stellen Sie deshalb sicher, dass dieses Gespräch in einem angemessenen, ungestörten Rahmen stattfinden kann und nicht da, wo sonst Rezepte und Krankschreibungen über den Tresen gehen.

Den Patienten einbestellen

Im Vorfeld müssen Sie zum Patienten Kontakt aufnehmen und ihn in die Praxis einbestellen. Wenn der Patient den studienbezogenen Patientenfragebogen T0 (vor Studienstart) noch nicht ausgefüllt hat, sollten Sie ihn daran erinnern dies auf jeden Fall vor dem Termin in der Praxis zu erledigen. In diesem Fall bitte dem Patienten im Vorfeld nicht mitteilen, dass Ihre Praxis im Rahmen der PREMA-Studie für die Durchführung des Übungsprogramms ausgewählt wurde - sagen Sie ihm bitte lediglich, dass vor dem Start des Programmes das Ausfüllen des Fragebogens notwendig ist. Für das MFA-Erstgespräch sollten Sie etwa 30 Minuten Zeit einplanen.

Vor dem MFA-Erstgespräch

Kommt der Patient dann in die Praxis, so lassen Sie ihn bitte als erstes den studienbezogenen Patientenfragebogen T0 ausfüllen, sofern das noch nicht geschehen ist. Es ist wichtig, dass der Patient den T0-Fragebogen ausgefüllt hat, bevor Sie ihm mitteilen dass Ihre Praxis im Rahmen der PREMA-Studie für die Durchführung des Übungsprogramms ausgewählt wurde. Bitte kontrollieren Sie, ob der Fragebogen auch vollständig vom Patienten ausgefüllt wurde. Danach soll der Patient zum Arzt ins Sprechzimmer, der ihn dann über den Start des PREMA- Übungsprogramms informieren wird. Wie bereits beschrieben, hat es sich als sehr günstig erwiesen, wenn der Arzt Sie zu diesem Gespräch hinzuzieht. Er sollte dem Patienten in Ihrem Beisein (z.B. im Sprechzimmer) mitteilen, dass Sie als MFA für die Dauer des PREMA-Übungsprogramms in die Rolle einer aktiven Patientenbegleiterin schlüpfen. Der Patient sieht dann, dass Ihnen der Arzt wichtige Aufgaben im Rahmen der hausärztlichen Behandlung überträgt: Das Dreierbündnis wird dadurch „offiziell“ geschlossen.

Ablauf des MFA-Erstgespräches

Folgen Sie im Gespräch am besten der Checkliste. Bitte gehen Sie die folgenden Punkte mit dem Patienten durch:

1. **Ablauf des PREMA-Übungsprogramms (Abbildung 2) erklären und Termine vereinbaren.** Bitte erläutern Sie dem Patienten den Ablauf der Studie. Beschreiben Sie kurz die unterschiedlichen Aufgaben von Hausarzt, MFA und Patient. Sagen Sie, dass Sie seine erste Ansprechpartnerin bei Rückfragen oder Schwierigkeiten sind.
2. **Zeigen Sie dem Patienten das Online-Programm und erklären Sie ihm, wo er die Anleitung für Patientinnen und Patienten sowie weitere Materialien findet.**
3. **Alle Termine in eigenem Praxiskalender notieren (bitte einplanen: Arzttermin 30 min., MFA-Telefonkontakt 15 min.).** Bitte gehen Sie den Ablaufplan des Patienten mit ihm durch, und vereinbaren Sie alle Termine. Schreiben Sie sich alle Termine in den von Ihnen genutzten Praxiskalender. **Lassen Sie den Patienten die Termine dabei notieren.** Tipp: Legen Sie die Telefontermine optimalerweise auf Montag, Dienstag oder Mittwoch, damit es zeitlichen Spielraum gibt, sollten dringende Anschlusstermine notwendig werden. Berücksichtigen Sie dabei Feiertage und Urlaubsabwesenheiten. Bitte achten Sie nach Möglichkeit darauf, Ihre MFA-Telefonkontakte auf eine Zeit zu legen, in der auch der Arzt in der Praxis oder zumindest telefonisch gut zu erreichen ist.
4. **MFA-Telefonkontakt erläutern.** Bitte erklären Sie dem Patienten, dass Sie ihn ab sofort telefonisch begleiten, um zu gewährleisten, dass er jederzeit optimal betreut wird. Erwähnen Sie, dass es dabei immer um die in der vergangenen Woche erlebte Angst wie auch um den Behandlungsfortschritt des Patienten geht. Bitte machen Sie auch Ihre Mittlerrolle zwischen Arzt und Patient deutlich, indem Sie erwähnen, dass Sie sich mit dem Arzt über die Ergebnisse des Telefonkontakts austauschen werden.
5. **JAMoL-Exemplar bzw. DeMoL-Exemplar für Patienten zeigen.** Der Patient sollte diesen Musterfragebogen während Ihrer MFA-Telefonkontakte vor sich geöffnet haben, damit er leichter auf Ihre Fragen antworten kann. Wenn der Patient Erläuterungen zur den DeMoL/JAMoL-Fragen haben möchte, dann können Sie ihm die Hintergründe der jeweiligen Fragen erklären. Die dazu notwendigen Informationen finden Sie in Kapitel 5 dieses Leitfadens.
6. **DeMoL/JAMoL – Basismessung durchführen.** Bestimmen Sie bitte die aktuelle Angstsymptomstärke mit dem JAMoL bzw. die aktuelle Depressivität mit dem DeMoL. Das heißt, Sie stellen dem Patienten diese Fragen genau so, wie Sie es in späteren MFA-Telefonkontakten auch tun würden. Geben Sie seine Antworten direkt online ein.
7. **Patienten bitten, Teil 1 der Patientenanleitung zu lesen.** Betonen Sie abschließend, dass es für einen Behandlungserfolg außerordentlich wichtig ist, die Patientenanleitung zu lesen. Bitte erklären Sie dem Patienten, dass die Patientenanleitung aus mehreren Teilen aufgebaut ist, die jeweils vor den entsprechenden Arztterminen gelesen werden müssen: Ab sofort und bis zum Arzttermin 1 (in Woche 3) soll der Patient den Teil 1 der Patientenanleitung lesen. Bis zum Arzttermin 2 soll er dann den Teil 2 lesen, bis zum Arzttermin 3 den Teil 3.

Bitte geben Sie dem Patienten abschließend noch einmal die Gelegenheit, Fragen zu stellen. Falls Sie eine Frage nicht beantworten können oder sich nicht sicher sind, dann geben Sie das dem Patienten gegenüber bitte offen zu. Sagen Sie ihm, dass Sie sich bei dem Arzt informieren werden und ihm die Antwort baldmöglichst (spätestens beim ersten Telefoninterview) nachliefern werden.

Checkliste für das MFA Erstgespräch am: _____ (Datum bitte eintragen)		OK
1	Patient hat Fragebogen T0 ausgefüllt: _____ (Datum bitte eintragen)	
2	Ablauf des PREMA-Übungsprogrammes erklären	
3	Online-Programm erklären und Anleitung für Patienten zeigen	

4	Alle Termine des Patienten im eigenen Praxiskalender notieren (Arzt-Termin: ca. 30 min., MFA-Telefonkontakt: 10-15 min.)	
5	Patient hat alle Termine in seiner Übersicht notiert	
6	MFA-Telefonkontakte erläutern	
7	JAMoL-/DeMoL-Exemplar für Patienten zeigen	
8	JAMoL-/DeMoL Basismessung durchführen	
9	Patienten auffordern, bis zu Arzttermin 1 das entsprechend Online Material zu lesen.	

Checkliste für das MFA-Erstgespräch

Nach dem MFA-Erstgespräch

Nach Abschluss des MFA-Erstgespräches überprüfen Sie bitte die Summe aus den Werten, die Sie bei den Fragen 1 bis 5 der JAMoL-Basismessung erhalten haben. Sie kennen diese Fragen bereits aus dem PREMA Screeningfragebogen: Es handelt sich dabei um den Fragebogen OASIS.

Im Zuge Ihrer MFA-Telefonkontakte werden Sie jeweils beurteilen, wie sich die Angstsymptomstärke bei dem Patienten verändert. Dabei gehen Sie immer vom dem Gesamtwert aus, den Sie mittels der JAMoL-Basismessung im MFA-Erstgespräch ermittelt haben. Auf jedem JAMoL (d. h. bei jedem MFA-Telefonkontakt) werden Sie durch Ankreuzen beurteilen, ob sich die Angstsymptomstärke verbessert oder verschlechtert hat. Für den OASIS gilt: Eine Veränderung von 4 oder mehr Punkten des Gesamtwertes ist als klinisch bedeutsam zu betrachten. Daher müssen Sie auf dem JAMoL ein rotes Kästchen ankreuzen, wenn der aktuelle OASIS-Gesamtwert des Patienten um 4 oder mehr Punkte größer ist als bei der JAMoL-Basismessung.



7.1 | Die MFA-Telefonkontakte

In Woche 2 nach Start des PREMA-Übungsprogramms rufen Sie den Patienten zum ersten Mal für die Durchführung eines MFA-Telefonkontaktes an. Sie haben im MFA-Erstgespräch alle Termine zwischen dem Patienten und dem Praxisteam genau festgelegt. Im Endeffekt sollte jeder MFA-Telefonkontakt im Zeitrahmen von ± 3 Tagen zum errechneten Termin auch wirklich durchgeführt werden. Die Dauer der Telefonkontakte liegt im Durchschnitt bei 10 Minuten und sollte, wenn möglich 15 Minuten nicht überschreiten.

Folgende Unterlagen sollten Sie vor jedem MFA-Telefonkontakt auf dem Bildschirm geöffnet haben:

- die Behandlungsmappe des Patienten mit den JAMoL- oder DeMoL-Telefonfragebögen und der individuelle Behandlungspfad
- diesen Leitfaden (zum Nachschauen, falls Fragen auftauchen)
- Ihren Praxiskalender zur Bestätigung bzw. Abstimmung des nächsten Termins

Während des MFA-Telefonkontakts:

1. Melden Sie sich bitte stets mit Ihrem Namen und dem der Praxis.
2. Fragen Sie den Patienten bitte als erstes, ob er gerade Zeit und Ruhe hat, das Gespräch zu führen - auch bei vereinbarten Terminen. Weisen Sie darauf hin, dass das Gespräch etwa 10-15 Min. dauern wird. Geben Sie dem Patienten Gelegenheit, sich einzuloggen, um auf seine Version des JAMoL bzw. DeMoL zugreifen zu können. Teilen Sie ihm bitte auch mit, dass Sie sich während des Gesprächs Notizen machen werden.
3. Nutzen Sie zu Beginn eine so genannte „Türöffnerfrage“, z.B. „Wie geht es Ihnen?“ „Wie haben Sie die letzte Woche verbracht?“ Achten Sie aber darauf, dass der Patient dann nicht zu lange ausschweift. Gegebenenfalls können Sie anbieten, am Ende des Gesprächs noch einmal auf das Thema zurückzukommen.
4. Lesen Sie dem Patienten bitte der Reihe nach die Fragen der Checkliste (JAMoL oder DeMoL) vor. Drei Dinge sind wichtig. Erstens müssen Sie darauf achten, dass Sie auch den richtigen JAMoL abfragen – in den ersten MFA-Telefonkontakten enthalten diese nämlich weniger Fragen als später (das hängt mit den Übungen zusammen). Zweitens füllen Sie online den JAMoL/DeMoL bitte direkt *während* des Gespräches aus und nicht erst danach. Drittens müssen Sie bitte sorgfältig darauf achten, dass Sie den Patienten *nicht* durch Umformulierungen oder besondere Betonungen in den Antworten beeinflussen. Das kann leicht passieren, wenn man noch relativ ungeübt ist. Falls der Patient eine Frage nicht versteht oder Ihnen nicht direkt darauf antwortet, dann ist es am besten, die Frage einfach wörtlich noch einmal zu wiederholen.

Nach dem MFA-Telefonkontakt:

- Bitte überprüfen Sie die errechnete Summe des JAMoL. Ermitteln Sie die Veränderung der Angstsymptomstärke im Vergleich zur JAMoL-Basismessung aus dem MFA-Erstgespräch: Ziehen Sie den gerade ermittelten OASIS-Gesamtwert von dem OASIS-Gesamtwert aus der JAMoL-Basismessung ab. Abschließend beurteilen Sie anhand des Ampelschemas, ob der aktuelle OASIS-Gesamtwert kleiner oder gleich geblieben ist (grünes Kästchen), 1 bis 3 Punkte größer ist (gelbes Kästchen) oder 4 oder mehr Punkte größer ist (rotes Kästchen).
- Notieren Sie gegebenenfalls besondere Beobachtungen unter dem Punkt „Persönliche Einschätzung der MFA“. Damit sind nur Dinge gemeint, die Sie in irgendeiner Form „stutzig“ machen und von denen Sie glauben, dass der Arzt davon Kenntnis erhalten sollte (z.B. wenn Sie den Eindruck gewonnen haben, dass der Patient gar keine Übungen durchführt, obwohl er Ihnen etwas anderes mitgeteilt hat).
- Verfahren Sie mit dem fertig ausgefüllten JAMoL/DeMoL, wie es im Abschnitt über das Ampelschema erläutert wurde: Wenn Sie eine oder mehrere auffällige Antworten (gelb oder rot) erhalten haben, müssen Sie den Fragebogen an den Arzt weiterleiten. Rot markierte Antworten erfordern eine besonders rasche Weiterleitung und sollten zwischen Ihnen und dem Arzt kurz besprochen werden.



Einleitung

In den Kapiteln 1 bis 5 dieses Leitfadens haben Sie alles Wichtige erfahren, was Sie für die kompetente Durchführung des PREMA-Übungsprogramms benötigen. Die folgenden Abschnitte sind für diejenigen gedacht, die noch „tiefer einsteigen“ wollen. Das Kapitel 6 enthält weiterführende Hintergrundinformationen zum Konzept der aktiven Patientenbegleitung, zu den Erkrankungen Panikstörung und Agoraphobie bzw. Depression und zum therapeutischen Hintergrund der Fragen in den Telefonchecklisten. Ferner finden Sie hier die Beschreibungen aller Körperübungen, wie sie auch in der Patientenanleitung enthalten sind.



8.1 | Das Konzept der aktiven Patientenbegleitung („Case Management“)

Das Konzept der aktiven Patientenbegleitung ist auch unter dem Namen „Case Management“ bekannt geworden. Hierbei handelt es sich um ein strukturiertes Betreuungsangebot an die Patienten zur Vermeidung einer Krankheitsverschlechterung. Ein individuell geschnürtes Bündel von Maßnahmen dient zur Koordination der Versorgung und Nachsorge von Patienten mit chronischen Erkrankungen. Ziel ist es, akut schlechte Zustände zu vermeiden, Rückfälle oder ausbleibende Fortschritte frühzeitig zu erkennen und dann therapeutisch richtige Maßnahmen rechtzeitig einleiten zu können. Es gilt zum einen dauerhafte Schäden und Belastungen zu vermeiden und zum anderen die Patienten zu stärken.

Case Management gewinnt im Gesundheitswesen immer mehr an Bedeutung. Auch in der populären Weiterbildung für Medizinische Fachangestellte „VERAH – Versorgungsassistentin in der Hausarztpraxis“ hat das Case Management ein ganzes Modul bekommen. Case Management stellt die Bedürfnisse des Patienten in den Mittelpunkt. Gemeinsam mit dem Patienten wird ein individueller Hilfeplan erarbeitet, der dann kontrolliert umgesetzt wird. Um Case Management einzuführen – und das ist das Besondere daran – bedarf es keiner neu geschaffenen Strukturen. Es knüpft direkt an die bestehenden Strukturen in den Praxen an.

Der entscheidende Effekt liegt im gemeinsamen Bemühen von Praxisteam und Patient um eine langfristig stabile Therapie. Beide, Patient und Praxisteam, beeinflussen unmittelbar die konkrete Ausgestaltung. Case Management ist sehr stark geprägt vom persönlichen Austausch und der Motivation der Beteiligten. Gemeinsames Ziel ist es, die Selbstsorge des Patienten zu fördern und seinen Sinn für die eigenen Bedürfnisse zu schärfen.

Case Management beinhaltet fünf wesentliche Eigenschaften:

- Erkennen der geeigneten Patienten
- Klärung der Patientenbedürfnisse
- Planung der Behandlung
- Koordination der konkreten Umsetzung
- Beobachten der Ergebnisse

Im Folgenden wird erläutert, wie die fünf klassischen Komponenten des Case Managements im **PREMA-Übungsprogramm** umgesetzt werden.

1. Erkennen der geeigneten Patienten

Mit Hilfe des PREMA-Screeningfragebogens konnten Sie erkennen, welche Patienten sehr wahrscheinlich an einer Panikstörung oder einer Depression leiden. Dann klärt der Arzt im Diagnose- und Aufklärungsgespräch, ob diese Patienten tatsächlich für die Teilnahme am PREMA-Übungsprogramm bzw. der PREMA-Studie geeignet sind.

2. Klärung der Patientenbedürfnisse

Insbesondere bei Angsterkrankungen gilt es, den lebensweltlichen Hintergrund zu berücksichtigen und zu klären. Ein wichtiges Symptom dieser Erkrankungen ist das Vermeidungsverhalten. Das Vermeidungsverhalten kann die Bewegungsfreiheit der Patienten sehr stark einschränken. Daher erwächst daraus oftmals das Bedürfnis nach einer kompetenten Behandlung der Krankheit. Zu klären ist dann: Welche Situationen, Orte oder Tätigkeiten machen dem Patienten Angst? Welche dieser Situationen vermeidet er besonders stark? Welche Strategien und Hilfsmittel benutzt er, um sich in solchen Momenten zu beruhigen? Hat er einen Talisman dabei oder nimmt er eine vertraute Person mit? All dies sind wichtige Informationen, um mit professionellem Abstand zu klären, auf welche Strukturen aufgebaut werden kann und wie die tatsächliche Lage des Patienten aussieht.

3. Planung der Behandlung

Hausarzt und Patient entwickeln gemeinsam und in Absprache mit Ihnen, den Behandlungsplan, der sich in vier aufeinander aufbauende Hauptabschnitte unterteilt (vgl. Kap. 2). Jeder Hauptabschnitt wird durch einen Praxistermin eingeleitet, bei dem Hausarzt und Patient die Behandlungsfortschritte und das weitere Vorgehen bei den Aufgaben und Übungen besprechen. Es ist wichtig, dass Sie als aktive Patientenbegleiterin über die Behandlungsplanung und mögliche Änderungen daran stets informiert sind. Bitte fragen Sie den Arzt, wann immer Ihnen etwas unklar ist.

4. Koordination und Sicherung der Umsetzung

Der Erfolg des Behandlungsprogramms steht und fällt mit der Bereitschaft des Patienten diese Aufgaben und Übungen regelmäßig anzugehen. Deshalb ist es wichtig, dass Sie den Patienten in Ihrer Rolle als aktive Begleiterin immer wieder motivieren, die Behandlung weiter zu führen. Dies ist Ihre Kernaufgabe als MFA. Sie kümmern sich um die Einhaltung der von dem Arzt verordneten Maßnahmen und leiten die dazu nötigen Schritte in die Wege. Sie sind verantwortlich für die Abstimmung der Patiententermine und stellen sicher, dass dem Arzt dazu rechtzeitig alle Unterlagen und Untersuchungsergebnisse vorliegen. Zu Ihren Aufgaben gehört es auch Terminkollisionen wegen eventueller Begleiterkrankungen zu vermeiden.

5. Beobachtung der Ergebnisse

Das Herzstück der aktiven Patientenbegleitung ist die kontinuierliche, wohlwollende Beobachtung des Patienten. Dank Ihrer MFA-Telefonkontakte und mithilfe der Telefonfragebögen ist der Arzt über die Befunde jederzeit im Bilde. Sofern keine akuten Verschlechterungen schnelles Handeln erforderlich machen, bekommt der Arzt zumindest zu jedem Arzttermin einen Status auf den Tisch. Auf diesen Status können die notwendigen therapeutischen Schritte gestützt werden. Insgesamt stellt sich für den Patienten diese sehr aktive Betreuung als ein Sicherheitsnetz dar, auf das er sich verlassen kann. Er erlebt, dass die beständige (Selbst-) Beobachtung Veränderungen aufzeigt und dass sich die gemeinsame Anstrengung lohnt.



8.2 | Was unterscheidet Panikstörung und Agoraphobie von normaler Angst und Furcht?

Normale Angst

Angst zählt zu den Grundgefühlen des Menschen. Sie ist grundsätzlich nicht krankhaft, sondern übernimmt eine wichtige Warnfunktion. Die Fähigkeit Angst zu haben, gehört zu den lebenswichtigen Eigenschaften des Menschen, da Angst uns bei Gefahren aktiviert und eventuell nötige Schutzreaktionen wie etwa Kampf- oder Fluchtverhalten erleichtert. Das Gefühl und die Anzeichen von Angst können uns daher von Natur aus nicht schaden oder gefährlich werden. Angst entsteht also, wenn wir Bedrohungen oder Gefahren wahrnehmen. Angst zeigt sich in mindestens drei Bereichen, wie **Abbildung 11** verdeutlichen soll. Diese Bereiche hängen in der Regel eng miteinander zusammen.

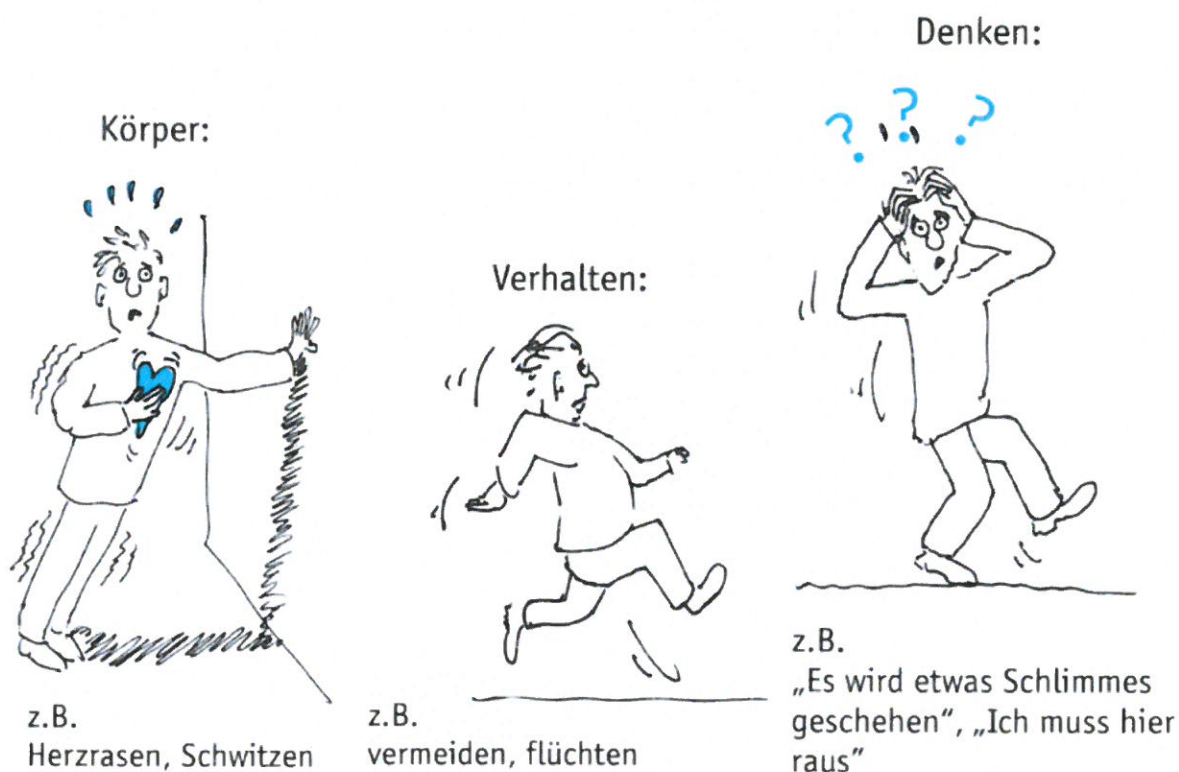


Abbildung 11 | Das 3-Ebenen-Modell der Angst (modifiziert nach Alsleben et al., 2004)

Das Gehirn schlägt durch Angst Alarm und löst mithilfe des vegetativen Nervensystems eine körperliche Stressreaktion aus, die uns optimal darauf vorbereitet, angesichts der Bedrohung zu kämpfen oder zu fliehen. Daher nennt man diese körperlichen Vorgänge auch „Kampf-/Flucht-Reaktion“: Wir wollen flüchten, uns bewegen, etwas tun. Ist ein solches Verhalten nicht unmittelbar möglich, dann werden die Impulse meistens stärker und zeigen sich z.B. an nervösen Bewegungen, ziellosem Umherlaufen oder

aggressiven Handlungen. Im Bereich der Gedanken konzentrieren wir uns bei Angst automatisch auf mögliche Bedrohungen. Unsere Aufmerksamkeit wird von unserer jeweiligen Aufgabe abgezogen und richtet sich auf eventuelle Gefahrenreize.

Stressbezogene körperliche Veränderungen entstehen im normalen Alltag ständig und aus vielen Gründen. Sie sind normal und Zeichen unserer Anpassungsfähigkeit an die alltäglichen Anforderungen. Alltagsstress entsteht z.B. durch Arbeitsdruck, Verabredungen, zwischenmenschliche Beziehungen und vieles mehr. Um den Stress optimal zu bewältigen, benötigen wir ausreichend Energie und um diese zur Verfügung zu stellen, schüttet der Körper Adrenalin und andere Stresshormone aus. Diese Prozesse sind nützlich, denn sie helfen uns besser mit alltäglichen Belastungen umzugehen. Allerdings erzeugen sie wahrnehmbare körperliche Veränderungen.

- **Angst ist eine normale und biologisch sinnvolle Schutzreaktion auf Bedrohungen und Gefahren.**
- **Bei Angst wird der gesamte Organismus aktiviert und regiert mit Stress.**
- **Angst zeigt sich in den Bereichen Körper, Gedanken und Verhalten.**

Was ist eine Angststörung?

Eine Angststörung kann dann vorliegen, wenn heftige Angstreaktionen auftreten, obwohl tatsächliche Gefahren oder Bedrohungen fehlen. Angstreaktionen entstehen hierbei ohne erkennbaren Anlass, sind unangemessen stark oder lang anhaltend. Dieses „aus dem Gleichgewicht“ geraten der Angst führt in den meisten Fällen zu einer erheblichen Beeinträchtigung der Lebensqualität und der Alltagskompetenz (z.B. Familie, Beruf, Partnerschaft) der Patienten. Medizinisch werden verschiedene Angststörungen unterschieden. In der bundesdeutschen Allgemeinbevölkerung erkranken ungefähr 15 von 100 Menschen im Laufe ihres Lebens an einer Angststörung.

Unkontrollierbar starke Angst, die mehrfach auftritt, ohne dass es einen erkennbaren Anlass dafür gibt, ist das Zeichen für eine Angststörung.

In der PREMA-Studie wird eine besonders häufige Angststörung behandelt, die den Namen *Panikstörung* trägt. Sie tritt häufig zusammen mit der so genannten *Agoraphobie* auf. Verschiedene Studien haben Patienten von Hausarztpraxen untersucht und herausgefunden, dass 4 bis 7 Prozent an einer Panikstörung leiden. Die meisten Panikstörungen verlaufen chronisch. Da die Patienten sich wegen körperlichen Symptomen vorstellen, dauert es unter Umständen durchschnittlich bis zu 7 Jahre bis eine Panikstörung erkannt wird. Frauen sind von der Erkrankung etwa zwei- bis dreimal so oft betroffen wie Männer. Etwa ein Drittel aller Patienten werden nur durch den Hausarzt behandelt. In der Regel bestehen lange Wartezeiten auf eine psychologische oder psychiatrische Therapie.

Was ist eine Panikstörung?

Mit Panik bezeichnet man stark ausgeprägte Angst. Das Hauptmerkmal der Panikstörung, einer häufigen Angststörung, sind wiederholte Panikattacken. Panikattacken sind extreme Angstanfälle, die mit einer Reihe von unangenehmen aber völlig ungefährlichen, körperlichen Symptomen einhergehen. Die Angst erreicht dabei sehr schnell ihren Höhepunkt - typischerweise innerhalb von 10 Minuten. Eine Panikattacke dauert selten länger als 30 Minuten.

Bei einer Panikattacke treten typischerweise mehrere der folgenden Angstsymptome auf:

- **starkes Herzklopfen oder erhöhte Herzfrequenz**
- **Schweißausbrüche**
- **Zittern am Körper**
- **Mundtrockenheit**
- **Atembeschwerden**
- **Beklemmungsgefühl**
- **Brustschmerzen und Missempfindungen**
- **Übelkeit oder Unruhegefühl im Magen**
- **Hitzewallungen oder Kälteschauer**
- **Gefühllosigkeit oder Kribbelgefühle**
- **Gefühl von Schwindel, Unsicherheit, Schwäche oder Benommenheit**
- **Gefühl, die Objekte sind unwirklich oder man selbst ist weit entfernt oder „nicht wirklich hier“**
- **Angst vor Kontrollverlust, „verrückt zu werden“ oder „auszuflippen“**
- **Angst zu sterben**

Die Betroffenen berichten, dass sie während der Panikattacken befürchten, schwer krank zu sein, den Verstand zu verlieren oder sterben zu müssen. Oft fühlt es sich an, als ob das Herz aus der Brust springt oder man keine Luft mehr bekommt. Auch kann es zu Benommenheit, Schwächegefühlen, Zittern, Schwitzen oder Kurzatmigkeit kommen. Manchmal scheinen diese Zustände wie „aus heiterem Himmel“ zu kommen, wenn man sie am wenigsten erwartet (vgl. **Abbildung 12**). Natürlich machen sich die Patienten dann große Sorgen darüber, ob und wann die Panik wohl wieder auftreten wird - es kommt sozusagen zu einer „Angst vor der Angst“. Es entstehen dadurch mehr oder weniger große Beeinträchtigungen im Alltag, wenn diese Zustände plötzlich auftreten. Teilweise schränken sich die Betroffenen in ihrer Lebensführung massiv ein und verzichten auf Dinge oder Tätigkeiten, auf die sie nicht verzichten würden, wenn sie keine Panikattacken erleben würden.

Die Hauptkennzeichen der Panikstörung sind

- **das wiederholte Auftreten starker Angstanfälle („Panikattacken“)**
- **die Angst vor erneuten Panikattacken („Angst vor der Angst“)**

Eine Panikattacke ist im Prinzip eine übersteigerte aber normale, d.h. biologisch angelegte Schutzreaktion auf Bedrohungen und Gefahren. Weniger normal ist, dass die Angst bei der

Panikstörung zur falschen Zeit auftritt - nämlich dann, wenn gar keine Bedrohung vorhanden ist. Was aber ist der Grund dafür? Das Problem ist die Angst vor der Angst: Die Patienten erschrecken vor ihren eigenen körperlichen Symptomen. Sie glauben nämlich zumeist, dass diese Symptome mit einer schweren körperlichen Krankheit zu tun haben.



Abbildung 12 | Panikattacken können „wie aus heiterem Himmel“ kommen (aus: Alsleben et al., 2004)

Das Teufelskreismodell

Schauen wir uns doch einmal an, wie das praktisch ablaufen kann. Bitte vergleichen Sie dazu auch **Abbildung 13**. Eine Panikattacke beginnt zumeist mit der Wahrnehmung irgendeines körperlichen Symptoms (z.B. Herzklopfen). Dieses Symptom kann das Zeichen normaler körperlicher Veränderungen sein wie sie ständig im Körper vor sich gehen. Das Symptom ist also völlig harmlos. Der entscheidende Punkt ist, dass jemand mit einer Panikstörung dieses Symptom als „gefährlich“ bewerten“ könnte, weil er übertriebene Befürchtungen hinsichtlich dieses Symptoms hat (z.B.: „Das Herzklopfen bedeutet bestimmt, dass ich bald einen Herzinfarkt bekomme“). Diese Angstgedanken lösen rasch und automatisch Angst aus. Gerade im Zuge dieser Angst kommt es aber wiederum zu körperlichen Angstsymptomen! Es kommt zu einer Art Teufelskreis: körperliche Veränderungen und Angstgedanken verstärken sich gegenseitig. Dadurch wird die Angst immer stärker, und so kann es in Minutenschnelle zu einer handfesten Panikattacke kommen. Eine Patientin berichtete zum Beispiel:

„Ich saß vor dem Fernseher und schaute „Die Notaufnahme“. Dort zeigten sie eine Szene, in der jemand eine Herzattacke erlitt. Ich bemerkte auf einmal, wie mein Herz schneller zu schlagen begann (körperliches Symptom). Sofort kam es mir so vor, als ob etwas falsch sei (Wahrnehmung). Vielleicht würde auch ich bald eine Herzattacke erleiden (Angstgedanke). Da bekam ich große Angst. Zumal mein Herz ein paar Mal stolperte und dazu noch meine Brust anfang zu schmerzen (körperliche Symptome). Jetzt war ich bereits davon überzeugt, dass etwas nicht mit mir in Ordnung war (Wahrnehmung) und dachte „Gleich falle ich um!“ (Angstgedanke). Ich maß meinen Puls und begann herumzulaufen, um mich abzulenken (ängstliches Verhalten). Trotzdem bekam ich schließlich eine richtige Panikattacke.“

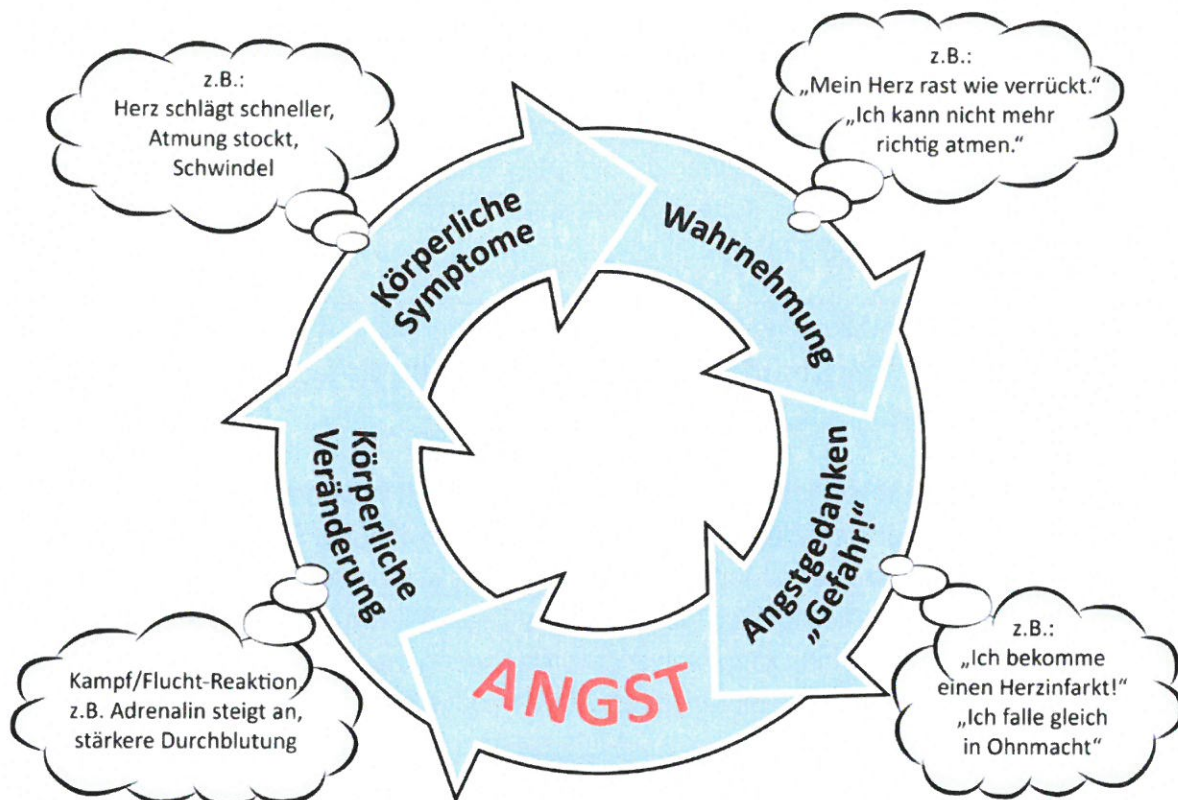


Abbildung 13 | Das Teufelskreismodell zur Entstehung von Panikattacken

Bei der Panikstörung läuft immer wieder ein Teufelskreis aus körperlichen Veränderungen und Angstgedanken ab, die sich gegenseitig aufschaukeln. Dieser Teufelskreis kann die Entstehung von Panikattacken erklären.

Das Teufelskreismodell kann den Patienten helfen, ihre Erkrankung als „seelisch“ zu verstehen. Das entlastet die Patienten, weil sie dann nicht mehr auf die ständige Suche nach einer körperlichen Erklärung sind. Dieses gegenseitige Aufschaukeln von körperlichen Angstsymptomen und Angstgedanken bei Panikattacken geschieht weitgehend automatisch, das heißt, die Betroffenen können kaum etwas dagegen machen. In der Regel geschieht es auch so schnell, dass es die Betroffenen kaum merken. In einer psychotherapeutischen Angstbehandlung lernen die Patienten daher auch zunächst, diese Aufschaukelungsprozesse bei sich selbst zu beobachten. Das ist wichtig, denn jeder Patient fürchtet sich vor anderen körperlichen Symptomen und deswegen sind die einzelnen Angstgedanken von Patient zu Patient unterschiedlich. Angstgedanken, z.B. „Ich bekomme gleich einen Herzinfarkt!“, können blitzschnell kommen und ohne, dass die Patienten groß darüber

nachdenken würden. Diese blitzschnellen Angstgedanken sind der Ausdruck von bestimmten übertriebenen Befürchtungen, die bei Patienten mit Panikstörung eine große Rolle spielen. In der folgenden **Tabelle 1** sind einige dieser übertriebenen Befürchtungen aufgeführt und erläutert, die unter den Patienten häufiger auftreten.

Tabelle 1 | Typische, übertriebene Befürchtungen bei Patienten mit Panikstörung

<p>Die Befürchtung, einen „Herzinfarkt“ zu erleiden: Oftmals geschieht es, dass die Symptome einer Panikattacke mit denen eines Herzinfarkts verwechselt werden.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Die Symptome eines Herzinfarkts sind Atemprobleme und Brustschmerzen sowie gelegentliches Herzasen und Ohnmachtsanfälle. Die Stärke dieser Symptome entspricht dabei oft der Stärke der momentanen Anstrengung – je mehr man sich bewegt, desto stärker werden die Symptome, ruht man sich dagegen aus, verschwinden die Symptome. Das ist bei Panikattacken ganz anders, hier kommen die Symptome oft in Ruhe und lassen sich durch den Grad der momentanen Anstrengung nicht immer beeinflussen.
<p>Die Befürchtung, „in Ohnmacht“ zu fallen: Die Angst vor einer Ohnmacht ist unter Menschen mit einer Panikstörung sehr verbreitet. Wahrscheinlich deswegen, weil es bei Panikattacken zu Schwindel und Benommenheit kommen kann.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Diese Symptome bedeuten jedoch keineswegs, dass man gleich in Ohnmacht fällt. In der Tat sind Ohnmachten bei Panikanfällen äußerst selten, da die Aktivität des Sympathikus zu einem körperlichen Aktivierungszustand führt, der eine Ohnmacht praktisch ausschließt. Die biologische Kampf-/Flucht-Reaktion ist sozusagen das Gegenteil von dem, was bei einer Ohnmacht passiert. Ohnmächtig kann man z.B. werden, wenn man an zu niedrigem Blutdruck leidet, aber nicht unter Stress, wo Blutdruck und Sauerstoffversorgung steigen.
<p>Die Befürchtung, einen „Nervenzusammenbruch“ zu erleiden: Viele denken, dass ihre Nerven durch Panikattacken zu sehr beansprucht werden könnten und dass sie daher einen „Nervenzusammenbruch“ erleiden können.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Panik basiert auf der Aktivität des Sympathikus, einem Teil des vegetativen Nervensystems. Dem Sympathikus steht der Parasympathikus funktional gegenüber, ein anderer Teil des vegetativen Nervensystems. Beide Teile arbeiten zusammen, um das Funktionsniveau unserer Organe in einem gesunden Gleichgewicht zu halten. Der Parasympathikus sorgt dafür, dass eine Angstreaktion niemals zu stark werden kann oder so lange andauert, dass ein Schaden entsteht. Zudem sind unsere Nerven nicht wie elektrische Leitungen. Sie können weder „ausleiern“ noch „durchglühen“. Es ist lediglich möglich, dass die Nerven leichter reagieren also sensibler sind, wenn wir uns in einer angespannten, ängstlichen Erwartungshaltung befinden.
<p>Die Befürchtung, die „Kontrolle zu verlieren“: Einige befürchten, die „Kontrolle zu verlieren“. Damit meinen sie z.B., dass sie erstarren und sich nicht mehr bewegen können oder dass sie nicht mehr wissen, was sie tun und wild herumrennen, jemanden verletzen, unkontrolliert herumschreien oder sich sonst irgendwie bloßstellen.</p>

- Obwohl man sich während starker Panikattacken verwirrt fühlen kann oder sich Unwirklichkeitsgefühle einstellen können, sind die Betroffenen jederzeit in der Lage auf ihre Umwelt zu reagieren. Tatsächlich kann man im Zustand der Angst sogar schneller denken, man ist körperlich stärker und der Geist ist wacher. Es handelt sich ja um eine biologisch sinnvolle Schutzreaktion. Manchmal interpretieren Betroffene ihre überwältigenden Fluchtimpulse als Zeichen eines Kontrollverlustes: Zum Beispiel könnte sich eine Betroffene auf dem Weg zur Arbeit befinden, erleidet aus dem Weg eine Panikattacke und begibt sich dann fluchtartig wieder nach Hause. Hat sie die Kontrolle verloren? Nein, denn sie hat im Gegenteil getan, was ihr notwendig erschien, um in Sicherheit zu gelangen. Hatte sie z.B. die Befürchtung, dass sie an der Panikattacke sterben würde, dann ist es nur konsequent und logisch, dass sie sich rasch nach Hause begibt, um die Panikattacke zu beenden. Ihr Verhalten war somit erklärlich und unterlag vollständig ihrer Kontrolle. Das einzige Problem war ihre falsche Überzeugung, dass sie an der Panikattacke versterben könnte.

Die Befürchtung, „verrückt zu werden“: Viele glauben dass sie allmählich „verrückt werden“.

- Davon kann schon deswegen nicht die Rede sein, weil das Entstehen von Panikattacken völlig erklärlich ist, wenn man berücksichtigt, dass die Betroffenen ja die Überzeugung hegen, dass ihre körperlichen Angstsymptome gefährlich oder schädlich sind. Dem wiederholten Auftreten von Panikattacken liegt zumeist eine erhöhte Grundanspannung durch ständige, ängstliche Selbstbeobachtung sowie ein Schon- und Vermeidungsverhalten zugrunde. Beides sorgt dafür, dass sich die Ängste stabilisieren und dass übertriebene Befürchtungen bestehen bleiben, da keine gegenteiligen Erfahrungen gemacht werden können. An einer Panikstörung ist also nichts Unlogisches bzw. „Verrücktes“. Gegen die Idee, dass man „verrückt wird“ spricht ferner die Tatsache, dass Menschen mit einer Panikstörung vollkommen normal denken können und in der Regel auch wissen, dass ihre Ängste übertrieben sind – jedenfalls, wenn sie nicht gerade eine Panikattacke erleiden.

Vermeidungsverhalten

Viele Panikpatienten zeigen im Erkrankungsverlauf eine Reihe von Verhaltensänderungen, die als „Vermeidungsverhalten“ bezeichnet werden. Aus Furcht vor körperlichen Angstsymptomen vermeiden die Patienten Situationen oder Aktivitäten, die zu Stress, also emotionaler oder körperlicher Belastung führen. Schwer erkrankte Patienten vermeiden im Grunde alles, was zum Auftreten von Angst oder Panik führen könnte. Damit verringern sie natürlich zunächst ihre Angst. Das Vermeidungsverhalten tritt also deswegen auf, weil es kurzfristig dazu führt, dass die Angst weniger wird oder gar nicht erst auftritt. Das konkrete Vermeidungsverhalten ist, genau wie die übertriebenen Befürchtungen, von Patient zu Patient sehr unterschiedlich. Für Angstpatienten gilt: Jegliches Verhalten, mit dem die Patienten das Auftreten von Angst verringern oder ganz vermeiden ist ein so genanntes „Vermeidungsverhalten“. In **Tabelle 2** sind einige konkrete Vermeidungsverhaltensweisen aufgeführt, die bei den Patienten häufiger vorkommen.

Tabelle 2 | Häufige Vermeidungsverhaltensweisen bei Panikstörung und Agoraphobie

Vermeidung körperlicher Empfindungen oder körperlicher Aktivitäten, z.B.

<ul style="list-style-type: none"> • Kaffee trinken • Alkohol trinken • Sport treiben • sich streiten • Sex haben 	<ul style="list-style-type: none"> • tanzen gehen • traurige oder furchterregende Filme sehen • medizinische Dokumentationen sehen • bei Hitze oder Kälte draußen sein • in Hektik oder Aufregung geraten
<p>Vermeidung angstauslösender Situationen, z.B.</p>	
<ul style="list-style-type: none"> • Menschenmengen • öffentliche Plätze • unbekannte Plätze • weite, offene Plätze • Auto fahren • Fahren mit der Bahn, Bus oder Taxi • enge oder geschlossene Räume • Schlange stehen (z.B. an der Kasse) • Fahrstühle 	<ul style="list-style-type: none"> • Kaufhäuser • kleinere Geschäfte • Restaurants • Theater oder Kinos • Hörsäle • alleine Reisen • weit weg von zuhause sein • alleine zuhause sein • lange Spaziergänge
<p>Ablenkung (geistige Vermeidung) , z.B.</p>	
<ul style="list-style-type: none"> • laut Musik hören • etwas lesen • fernsehen • sich mit jemandem unterhalten • sich kneifen • mit den Fingern schnipsen 	<ul style="list-style-type: none"> • sich an einen anderen Ort träumen • sich laut oder in Gedanken bestimmte Sätze vorsagen • laut oder in Gedanken zählen • sich irgendwie anders beschäftigt halten • nasse Tücher auf das Gesicht legen
<p>Vermeintliche „Sicherheiten“ mitnehmen, z.B.</p>	
<ul style="list-style-type: none"> • vertraute Personen • Essen oder Trinken • Riechsalze • Gehstöcke • Religiöse Symbole • Talismane 	<ul style="list-style-type: none"> • Kameras • Taschen, Beutel oder Tüten • Bücher oder Zeitschriften • beruhigende Medikamente • Zigaretten • Kleintiere

Im PREMA- Übungsprogramm ist es sehr wichtig, dass die Patienten lernen, ihr Vermeidungsverhalten bei den Angstübungen wegzulassen. Nach und nach soll sich dann auch das im Alltag, also außerhalb der Übungen gezeigte Vermeidungsverhalten reduzieren. Vermeidungsverhalten ist nämlich eine der Hauptursachen dafür, dass die Angststörung überhaupt bestehen bleibt oder sich sogar noch verschlimmert. Warum? Weil Vermeidungsverhalten *langfristig* dazu führt, dass in der Zukunft noch mehr Angst auftritt. Wie kann das sein? Zum einen „beweist“ sich der Patient mit dem Vermeidungsverhalten immer wieder selbst, dass die Situation gefährlich ist – warum hätte er diese sonst vermieden? Natürlich sagt sein Vermeidungsverhalten noch nichts über die in einer Situation

tatsächlich vorhandenen Gefahr aus, aber so funktioniert unser Gedächtnis nun einmal. Zum anderen verhindert das Vermeidungsverhalten wirkungsvoll, dass die übertriebenen Befürchtungen der Patienten praktisch widerlegt werden: Weil Sie sich den vermiedenen Symptomen und Situationen nie wirklich aussetzen, haben Sie immer weiter davor Angst. Durch das Vermeidungsverhalten nimmt sich der Patient ganz konkret die Möglichkeit zu erfahren, dass Angst nicht gefährlich ist. Denken Sie an einen Brief, den man nicht öffnet, weil sich z.B. eine Rechnung darin befinden könnte – natürlich besteht die Möglichkeit, dass tatsächlich eine Rechnung darin ist. Es gibt aber sehr viele andere mögliche Inhalte und in der Tat wird man nie herausfinden, was denn nun tatsächlich darin ist, wenn man ihn nie öffnet.

Vermeidungsverhalten verhindert realistische Erfahrungen mit angstauslösenden Reizen, die zeigen würden, ob diese Reize wirklich gefährlich sind oder nicht.

Das ist einer der Hauptgründe dafür, dass die Angststörung bestehen bleibt oder noch schlimmer wird.

Was ist Agoraphobie?

Bei vielen Menschen mit Panikstörung wird das Vermeidungsverhalten mit der Zeit immer ausgeprägter. Sie haben soviel „Angst vor der Angst“, dass sie anfangen, bestimmte Situationen extrem zu fürchten und zu vermeiden, in denen sie das Auftreten von Panikattacken erwarten. Gerade weil sie sich in dieser ängstlichen Erwartungshaltung befinden, tritt die Angst in diesen Situationen tatsächlich häufiger oder stärker auf als in anderen. Bei diesen Situationen handelt es sich typischerweise um solche, in denen es schwierig sein könnte, schnell wieder herauszukommen oder Hilfe zu bekommen – zum Beispiel um eine große Kaufhalle mit vielen Menschen, wo es nicht leicht sein könnte, einen Ausgang zu finden oder durch all die Menschen durchzukommen, wenn man wegen einer Panikattacke plötzlich hinaus muss. In **Tabelle 2** sind einige solcher Situationen aufgeführt. Der Patient trifft sich zum Beispiel nicht mehr mit Freunden in Lokalen, vermeidet körperliche Anstrengung von Spaziergängen bis hin zur Sexualität, versucht Versammlungen zum Beispiel auf der Arbeit zu vermeiden und vieles mehr. Dies führt oft zu sozialer Isolation und bringt immer wieder Probleme mit sich hinsichtlich des Alltagslebens, sozialen Beziehungen und in der Arbeitswelt.

Agoraphobie ist das Fürchten oder das Vermeiden von Situationen, aus denen man „nur schwer wieder heraus kommt“ oder einem „keiner hilft“, falls darin Angst oder Panik auftritt.

Aus rein praktischen Gründen können in der Regel nicht alle angstauslösenden Situationen völlig vermieden werden, denn es gibt alltägliche Verpflichtungen. Wenn ein Patient mit Agoraphobie in eine solche Situation geht, dann ist er vor lauter „Angst vor der Angst“ in der Regel total nervös und fühlt sich sehr unwohl. Manchmal kommt es tatsächlich zu einer richtigen Panikattacke. Fast alle Patienten versuchen daher, sich die Situationen irgendwie „erträglicher“ zu machen. Das heißt, sie setzen in der Situation irgendeine Art von Vermeidungsverhalten ein, wodurch die Angst reduziert wird (vgl. **Tabelle 2**). Bei der Agoraphobie werden Situationen teilweise nur in Begleitung durch vertraute Personen aufgesucht. Oftmals werden auch bestimmte Gegenstände mitgenommen, von denen die Patienten

glauben, dass sie ihnen helfen könnten, wenn in der Situation plötzlich Angst auftritt. Man kann hier von „vermeintlichen Sicherheiten“ sprechen, weil sie diese Gegenstände den Patienten ein Gefühl der Sicherheit geben, es aber in Wahrheit gar nichts Schlimmes zu befürchten gibt (vgl. **Tabelle 2**).



8.3 | Bei depressiven Patienten: Exkurs zur Suizidalität

- Suizidalität sind alle Erlebens- und Verhaltensweisen von Menschen, die in Gedanken, durch aktives Handeln oder passives Unterlassen oder durch Handeln den Tod anstreben bzw. als mögliches Ergebnis in Kauf nehmen.
- 40-80% depressiv erkrankter Patienten haben im Verlauf ihrer Erkrankung Suizidgedanken.
- 10-15 % der Patienten mit rezidivierender depressiver Erkrankung versterben an Suizid.
- Ein Arzt muss davon ausgehen, dass jeder depressive Patient suizidgefährdet ist.
- Wenn der Patient während des Telefongesprächs Suizidgedanken äußert, informieren Sie bitte sofort den Arzt!



8.4 | Ein paar Hinweise zur Rolle der MFA

Bei den Telefonkontakten fragen Sie den Patienten auch sehr persönliche Dinge. Dies kann Ihnen viel Geduld und Einfühlungsvermögen abverlangen. Um die professionelle Distanz zu wahren, hilft es, sich auf die eigene Rolle zu besinnen:

- Sie unterstützen die Patienten dabei, ihre eigene Erkrankung besser zu verstehen.
- Sie fördern das Durchhaltevermögen des Patienten.
- Sie unterstützen Ihren Chef aktiv bei der Betreuung der Patienten.
- Sie sammeln die wichtigen Infos für den Arzt; die Patienten nehmen Sie wahr als seinen verlängerten Arm.
- Sie sprechen jetzt mit dem Arzt über die Ergebnisse, Ihre Eindrücke sind gefragt.
- Sie besprechen jegliche Unklarheiten mit Ihrem Chef! Der hat eine Lösung!
- Melden Sie Auffälligkeiten umgehend dem Arzt!
- Sie geben keine Behandlungsempfehlungen!
- Sie ersetzen nicht den Arzt-Patientenkontakt.
- Die Verantwortung liegt in den Händen Ihres Chefs.
- Case Management macht Sie nicht zur persönlichen Freundin des Patienten.



Körperübungen bei Panikstörung

"Auf der Stelle rennen" (60 Sek)

Das sollten Sie tun

Stellen Sie sich hin und laufen Sie schnell auf der Stelle (etwa zwei Schritte pro Sekunde). Heben Sie Ihre Knie dabei so hoch wie Sie können.

Die Übung soll unter anderem diese Symptome hervorrufen:

Beschleunigter Herzschlag, Kurzatmigkeit.

"Schnelles, vertieftes Atmen"/ "Hyperventilation" (60 Sek)

Hinweis: Wenn Sie an starker Epilepsie, schwerem Asthma oder extremem Bluthochdruck leiden, dann sprechen Sie bitte mit Ihrem Arzt darüber, ob Sie diese Übung aus medizinischer Sicht machen können.

Das sollten Sie tun

Setzen Sie sich aufrecht hin. Atmen Sie schnell und gleichzeitig kräftig durch den Mund ein und aus. Machen Sie etwa einen Atemzug pro Sekunde. Atmen Sie die Luft jeweils kräftig aus, so als wollten Sie einen Ballon aufblasen.

Die Übung soll unter anderem diese Symptome hervorrufen:

Unwirklichkeitsgefühle, Schwindel, Hitze- oder Kälteschauer, Kurzatmigkeit, Kribbelgefühle, Kopfschmerzen.

"Durch einen Strohhalm atmen" (120 Sek)

Das sollten Sie tun

Nehmen Sie einen dünnen Trinkstrohhalm in den Mund. Halten Sie sich die Nase zu und atmen Sie 120 Sekunden lang nur durch den Strohhalm. Um die Übung zu steigern, können Sie dabei umherlaufen.

Die Übung soll unter anderem diese Symptome hervorrufen:

Gefühl, nicht genügend Luft zu bekommen.

"Luft anhalten" (30 Sek)

Das sollten Sie tun

Unterbrechen Sie 30 Sekunden lang ihre

Die Übung soll unter anderem diese Symptome hervorrufen:

Atemnot.

Atmung, indem Sie die Luft anhalten.

"Schnelles Drehen um die eigene Achse" (60 Sek)

Das sollten Sie tun

Drehen Sie sich 60 Sekunden lang im Stehen um die eigene Achse. Machen Sie etwa alle 2 bis 3 Sekunden eine Umdrehung.

Da Schwindel zu vorübergehenden Gleichgewichtsproblemen führen kann, achten Sie darauf, dass sich in Ihrer Nähe eine Couch oder ein Sessel befindet, auf den Sie sich nach der Übung setzen könnten. Vielen gelingt es mit folgendem Trick, trotzdem stehen zu bleiben: Falten Sie nach der Übung Ihre Hände vor der Brust und schauen Sie auf Ihre Daumen. Wenn Sie einen Drehstuhl besitzen, dann können Sie die Schwindelübung auch zuerst im Sitzen versuchen: Drehen Sie sich mit dem Stuhl 60 Sekunden lang unablässig in eine Richtung.

"Schnelles Kopfschütteln" (30 Sek)

Das sollten Sie tun

Setzen Sie sich aufrecht hin und bewegen Sie Ihren Kopf 30 Sekunden lang schnell von einer Seite auf die andere, so, als wollten Sie andauernd „Nein“ sagen.

Die Übung soll unter anderem diese Symptome hervorrufen:

Schwindel, Übelkeit.

Die Übung soll unter anderem diese Symptome hervorrufen:

Schwindel, Übelkeit.



Körperübungen bei Depression

"Auf der Stelle rennen" (60 Sek)

Das sollten Sie tun

Stellen Sie sich hin und laufen Sie schnell auf der Stelle (etwa zwei Schritte pro Sekunde). Heben Sie Ihre Knie dabei so hoch wie Sie können.

Die Übung soll unter anderem diese Symptome hervorrufen:

Beschleunigter Herzschlag, Kurzatmigkeit.

"Dehnübung" (120 Sek)

Das sollten Sie tun

Stellen Sie Ihre Füße hüftbreit voneinander entfernt auf. Die Knie sind dabei leicht gebeugt. Halten Sie den Rücken gerade, während Sie Ihre Hände jetzt hinter dem Po zusammennehmen. Der Kopf bleibt dabei oben und in Verlängerung zur Wirbelsäule. Strecken Sie Ihre Arme nun fast vollständig durch und führen Sie die Hände langsam und zusammenbleibend so weit wie möglich nach oben. Die Arme bewegen sich dabei vom Rücken weg. Neigen Sie nicht mit dem Körper nach vorne! Halten Sie die Position für etwa 15-20 Sekunden.

Darum geht es bei dieser Übung:

Dehnung des Brustmuskels und das Gefühl der Öffnung.

"Körperhaltung" (30 Sek)

Das sollten Sie tun

Richten Sie sich auf, straffen Sie die Schultern, sitzen Sie aufrecht, Kopf nach oben, Blickrichtung nach vorn, mit einem tiefen und kräftigen Atemzug den Brustkorb emporatmen. Spüren Sie, wie ihre Stimmung sich verändert. Womöglich fühlen Sie sich optimistischer und stärker. Konzentrieren Sie

Darum geht es bei dieser Übung:

Depressiv Erkrankte können durch körperliche Bewegung und eine aufrechte Körperhaltung ihre Depressionen lindern.

sich auf das Atmen, nehmen Sie die eigenen Emotionen und den eigenen Körper bewusst wahr.



PREMA

Diagnostikmanual für Ärzte



Vor dem diagnostischen Gespräch



Einleitung

Sehr geehrte Frau Kollegin, sehr geehrter Herr Kollege!

Das vorliegende Diagnostik-Manual des Forschungsprojekts „PREMA“ erlaubt Ihnen einen sicheren Patienteneinschluss. Bitte orientieren Sie sich während des ersten ärztlichen Diagnosegesprächs, das einen Bestandteil des studienbezogenen Screening- und Diagnoseprozesses darstellt, an diesem Manual.



Gesprächsvorbereitung

Im Vorfeld des diagnostischen Gesprächs füllt Ihr Patient die PREMA-Screening-Fragebögen aus.

- OASIS: Dieser Fragebogen misst die aktuelle Stärke der wichtigsten Symptome von Angststörungen. Die Skala reicht von 0 bis 20 Punkten. Höhere Punktwerte signalisieren eine stärkere Symptombelastung. Ein Summenscore von 8 oder mehr Punkten signalisiert klinisch relevante Ängste, und eine individuelle Veränderung von 4 oder mehr Punkten kann als substantiell betrachtet werden.
- PHQ-9: Dieser Fragebogen liefert Ihnen Hinweise auf das Vorliegen einer Depression. Die Skala reicht von 0 bis 27. Ein Summenscore von 1 bis 4 signalisiert eine leichte depressive Symptomatik, von 5 bis 9 milde depressive Symptomatik, von 10 bis 14 mittelgradige depressive Symptomatik und von 15 bis 27 schwere depressive Symptomatik.

Um in die PREMA-Studie eingeschlossen werden zu können, muss ein Patient

- *mindestens 8 Punkte im Summenscore des OASIS oder*
- *mindestens 9, maximal 22 Punkte im Summenscore des PHQ-9 aufweisen.*

Die stärkere Symptomatik gilt als die Indexdiagnose.



Ein- und Ausschlusskriterien

Ein positiver Befund aus den „PREMA“ Screening-Fragebögen (PHQ-9 und OASIS) liegt Ihnen zu diesem Zeitpunkt bereits (auf der TelePsy Plattform) vor – der vom Patienten ausgefüllte Fragebogen liefert jedoch nur erste Hinweise auf das Vorliegen einer Angststörung oder Depression. Die Angaben des Patienten im Screening-Fragebogen können eine ärztliche Diagnostik nicht ersetzen.

Im Patientengespräch sollte geklärt werden, ob:

1. Die ICD-10-Kriterien für Panikstörung (F41.0) vorliegen
2. Die ICD-10-Kriterien für Agoraphobie mit Panikstörung (F40.01) vorliegen
3. Die ICD-10-Kriterien für Depression vorliegen (F32-34)
4. Die studienbezogenen Ein- und Ausschlusskriterien erfüllt sind
 - Einschlusskriterien: Patienten mit Panikstörung ± Agoraphobie (ICD-10: F41.0, F40.01) oder Depression (ICD-10: F32-34), die sich in Hessen in Hausarztpraxen in Behandlung befinden (Cut offs: PHQ-9: ≥ 9 und ≤ 22 ; OASIS: ≥ 8); Fähigkeit zur freiwilligen und informierten Entscheidung zur Studienteilnahme; Versicherte der teilnehmenden Krankenkasse; Alter ≥ 18 Jahre; ausreichende deutsche Sprachkenntnisse; privater Internetzugang; privater Telefonanschluss
 - Ausschlusskriterien: Vorbekannte Psychose; akute Suizidalität; laufende, genehmigungspflichtige Psychotherapie zu den Studiendiagnosen zum Zeitpunkt des Studieneinschlusses (Baseline); Expositionstraining nach hausärztlichem Urteil nicht empfohlen

Sollten diese Kriterien erfüllt sein, so werden Sie:

5. Den Patienten schriftlich und mündlich über die Studie informieren und
6. Die schriftliche Einwilligung des Patienten zur Studienteilnahme einholen (falls nicht durch MFA geschehen)

Ganz wichtig: Bitte schließen Sie mindestens **12 Patienten** pro Praxis ein.



Gesprächseröffnung

Informieren Sie den Patienten, dass der Screening-Fragebogen Hinweise auf das Vorliegen einer Angsterkrankung oder Depression erbracht hat. Teilen Sie mit, dass Sie gerne ein strukturiertes Gespräch mit ihm führen würden, das darauf abzielt, diesem Verdacht genauer nachzugehen und gegebenenfalls entsprechende Therapieoptionen anzubieten. Fragen Sie den Patienten, ob er mit diesem Vorgehen einverstanden ist.

Sie beginnen das strukturierte Interview mit dem Abfragen der diagnostischen Kriterien für die Panikstörung (ICD-10: F41.0) oder Depression (ICD-10: F32-34).



Panikstörung (ICD-10: F41.0)



1.1 | Diagnostik

Kriterium A verlangt das Auftreten *wiederholter, spontaner Panikattacken*. Eine „Panikattacke“ ist definiert als eine zeitlich begrenzte Episode intensiver Furcht. Die einzelnen Anfälle beginnen gewöhnlich ganz plötzlich, steigern sich innerhalb von etwa 10 Minuten zu einem Höhepunkt und dauern durchschnittlich etwa 30 Minuten. Sie werden von den Patienten zumeist als sehr unangenehm und bedrohlich erlebt, weil die vegetativen Symptome so intensiv und plötzlich auftreten können. Kennzeichnend für die Panikstörung ist, dass zumindest zwei der Panikattacken spontan, also *unvorhersehbar* auftraten, d.h. für den Patienten „wie aus heiterem Himmel“ kamen.

- Panikattacken sind selbstverständlich von normalen Stressreaktionen abzugrenzen. Zum Zeitpunkt einer Panikattacke besteht also *keine reale Gefahr* für den Patienten. Allerdings sind Panikpatienten häufig davon überzeugt, dass die vegetativen Angst-Symptome gefährlich oder schädlich für sie sind, was ihre „Angst vor der Angst“ erklärt.

Kriterium B verlangt das Auftreten von *mindestens 4 verschiedenen Angstsymptomen während typischer Panikattacken*. Angstsymptome können individuell verschieden ausgeprägt sein. Unterschieden werden *vegetative Symptome* (1-4), *Symptome die Thorax oder Abdomen betreffen* (5-8), *psychische Symptome* (9-12) und *allgemeine Symptome* (13 & 14). Bitte fragen Sie die Symptome 1-14 in der Checkliste einzeln ab und notieren Sie diese. So erhalten Sie ein vollständiges Bild von der Symptomatik und können das Kriterium B abschließend beurteilen.

Kriterium C verlangt **differenzialdiagnostische Überlegungen**, da Panikattacken auch als Begleitsymptome somatischer oder anderer psychischer Erkrankungen auftreten können. Für eine sorgfältige Differenzialdiagnose sind medizinische Anamnese und klinische Untersuchung meistens ausreichend.

- Oftmals erfolgt im Vorfeld bereits eine ambulante oder stationäre Abklärung bezüglich somatischer Ursachen. Unten genannte Erkrankungen können somatisch ursächlich für eine Panik sein.

Angst als Begleitsymptom somatischer Erkrankungen:

- Herz-Kreislauf-Erkrankungen (u.a. Arrhythmien, KHK, Angina pectoris, Hypotonie)
- Atemorgan-Erkrankungen (u.a. Asthma, COPD)
- Endokrinologische Erkrankungen (u.a. Hyper- oder Hypothyreose, Hyperkortisolismus, Hypoglykämie, Phäochromozytom)
- Immunologische Erkrankungen (u.a. Anaphylaxie)
- Neurologische Erkrankungen (u.a. Epilepsie, Multiple Sklerose, vestibuläre Erkrankungen)
- Ferner u.a.: Anämie, Elektrolytstörungen

Angst als Begleitsymptom pharmakologisch-toxischer Fehldosierungen:

U.a. Sympathomimetika, Kortikosteroide, Schilddrüsenhormone, Anticholinergika, L-DOPA, Hypotensiva

Angst als Begleitsymptom von Suchtmittelintoxikation oder -entzug:

U.a. Barbiturate, Benzodiazepine, Amphetamine („Speed“, „Crystal“), MDMA („Ecstasy“), Kokain, Halluzinogene, Opiate, Cannabis, Alkohol, Nikotin, Koffein

Angst als Begleitsymptom anderer psychischer Erkrankungen:

U.a. andere Angststörungen (ICD-10: F40-F43), affektive Störungen (ICD-10: F30-F39), somatoforme Störungen (ICD-10: F44-F48), psychotische Störungen (ICD-10: F20-F29), organische psychische Störungen (ICD-10: F00-F09)



1.2 | Checkliste

A	Wiederholte Panikattacken, die nicht auf eine spezifische Situation oder ein spezifisches Objekt bezogen sind, und die oft spontan auftreten (d.h. die Attacken sind nicht vorhersehbar). Die Panikattacken, dürfen nicht mit besonderer Anstrengung oder mit gefährlichen oder lebensbedrohlichen Situationen verbunden sein.
B	<p>In typischen Panikattacken treten mindestens 4 der folgenden Symptome auf, darunter mindestens 1 Symptom aus (1) bis (4).</p> <ol style="list-style-type: none"> (1) Palpitationen, Herzklopfen oder beschleunigter Puls (2) Schweißausbrüche (3) Fein- oder grobschlägiger Tremor (4) Mundtrockenheit (nicht infolge Medikation oder Exsikkose) (5) Atembeschwerden (6) Beklemmungsgefühl (7) Schmerzen oder Missempfindungen in der Brust (8) Übelkeit oder Missempfindungen im Abdomen (z.B. „Rumoren“ im Magen) (9) Schwindel-, Unsicherheits-, Schwäche- oder Benommenheitsgefühl (10) Gefühle, dass Dinge unwirklich sind (Derealisation) oder dass man „selbst weit entfernt“ oder „nicht richtig da“ ist (Depersonalisation) (11) Furcht, Kontrolle zu verlieren, verrückt zu werden oder „auszuflippen“ (12) Angst, zu sterben (13) Hitzewallungen oder Kälteschauer (14) Gefühllosigkeit oder Kribbelgefühle
C	<p>Ausschlussklausel: Die Panikattacken sind nicht Folge</p> <ul style="list-style-type: none"> • einer körperlichen Störung, • einer organischen psychischen Störung • oder einer anderen psychischen Störung (wie Schizophrenie und verwandte Störungen, affektive oder somatoforme Störung).
	<p>Falls die Kriterien A bis C erfüllt sind, besteht die Diagnose einer Panikstörung (ICD-10: F41.0)</p>



Agoraphobie (ICD-10: F40.01)



2.1 | Diagnostik

Im nächsten Schritt überprüfen Sie bitte, ob zur Panikstörung zusätzlich eine Agoraphobie vorliegt (ICD-10: F40.01, „Agoraphobie mit Panikstörung“):

Unter Agoraphobie wird eine anhaltende Furcht vor Situationen verstanden, denen man nur schwer entkommen kann. Auch hier spielt die „Angst vor der Angst“ eine entscheidende Rolle, denn zumeist befürchtet der Patient, in diesen Situationen Angst oder Panik zu erleiden und dann nicht fliehen zu können oder keine rasche Hilfe zu erhalten. Die betreffenden Situationen werden daher möglichst vermieden, oder sie sind nur unter Angst bzw. starkem Unwohlsein durchzustehen. Häufig können solche Situationen nur in Begleitung vertrauter, vermeintlich Sicherheit spendender Begleitpersonen aufgesucht werden.

Kriterium A verlangt die *Furcht vor* oder die *Vermeidung von mindestens 2 verschiedenen Situationen*. Seit Beginn der Störung müssen in den gefürchteten Situationen mindestens zwei Angstsymptome (gemäß Kriterium B der Panikstörung) mindestens einmal gemeinsam aufgetreten sein.

In der Checkliste sind einige typische Situationen (1-8) aufgelistet. Bitte fragen Sie diese einzeln ab und notieren Sie die Antwort. Da jeder Patient andere Situationen fürchten kann, fragen Sie bitte auch nach individuell relevanten Situationen, die der Patient „vermeidet“, oder in denen er sich „ängstlich oder unwohl fühlt“, und notieren Sie diese gegebenenfalls.

Kriterium C verlangt erstens, dass eine deutliche *emotionale Belastung* durch Angst und Vermeidung besteht (z.B. durch häufige gedankliche Beschäftigung mit der Problematik, psychosoziale Beeinträchtigungen in Berufs-, Privat- oder Familienleben).

Zweitens wird gefordert, dass der Patient die *Einsicht* besitzt, *dass seine Angst und sein Vermeidungsverhalten übertrieben bzw. unvernünftig sind*. Damit ist gemeint, dass der Patient, zumindest weitgehend, die Irrationalität dieser Angstreaktionen erkennt. Das heißt, Agoraphobiker sind sich in der Regel dessen bewusst, dass die gefürchteten Situationen „objektiv“ keine reale Gefahr für sie darstellen. Diese Einsicht verlieren sie allenfalls zeitweise, und zwar dann, wenn sie sich direkt in einer angstbesetzten Situation befinden und gerade Angst erleben.

Kriterium E verlangt wieder die differenzialdiagnostische Abgrenzung von anderen Störungsbildern.



2.2 | Checkliste

A	<p>Deutliche und anhaltende Furcht vor oder Vermeidung von mindestens 2 der folgenden Situationen:</p> <ul style="list-style-type: none"> (1) Menschenmengen (2) Öffentlichen Plätzen (3) Alleine Reisen (4) Reisen weg von zuhause (5) Alleine außer Haus sein (6) In einer Schlange wartend anstehen (7) Auf einer Brücke sein (8) Mit Bus, Zug oder Auto fahren (9) Andere Situation(en) (bitte vermerken!):
C	Deutliche emotionale Belastung durch das Vermeidungsverhalten oder die Angstsymptome, und Einsicht, dass diese übertrieben oder unvernünftig sind.
E	Furcht oder Vermeidung (Kriterium A) entstehen <i>nicht</i> infolge von Wahn, Halluzinationen oder anderen Störungen wie organische psychische Störungen (F00-F09), Schizophrenie oder verwandte Störungen (F20-F29), affektive Störungen (F30-F39) oder Zwangsstörung (F42.-).
	<p>Falls die Kriterien A, C, E und die Kriterien für Panikstörung erfüllt sind, besteht die Diagnose einer Agoraphobie mit Panikstörung (ICD-10: F40.01)</p>



Depression (ICD-10: F32-34)



3.1 | Diagnostik

Grundsätzlich unterscheidet die Psychodiagnostik zwischen "leichten" (F32.0), "mittelgradigen" (F32.1) und "schweren Episoden" (F32.2 und F32.3). Allgemein formuliert leiden betroffene Personen unter einer gedrückten Stimmung. Antrieb und Aktivität sind vermindert. Interesse an Dingen, die Fähigkeit zur Freude sowie die Konzentration sind ebenso verringert. Anstrengungen, selbst geringe Tätigkeiten, führen schnell zu Müdigkeit. Oft ist der Schlaf gestört, ebenso der Appetit (meist vermindert), Ausnahmslos sind Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen deutlich verringert. Schuldgefühle und ein Grübeln über die eigene Wertlosigkeit sind bei allen drei Formen der depressiven Episode, auch bei der leichten, vorhanden. Eine Veränderung der gedrückten Stimmung ist nicht wirklich feststellbar, das heißt, sie verändert sich nicht von Tag zu Tag, auch nicht bei Veränderungen der Alltags- oder Lebensumstände. Diese negative Stimmung kann von sog. "somatischen" Symptomen begleitet werden, darunter Interessenverlust oder Unfähigkeit, sich zu freuen, Früherwachen, Morgentief, deutliche psychomotorische Hemmung, Agitiertheit, Appetit-, Gewichts- und Libidoverlust".



3.2 | Checkliste

Allgemeine diagnostische Kriterien für alle Formen

<p>G1. Die depressive Episode sollte mindestens zwei Wochen dauern</p> <p>G2. Es können keine manischen oder hypomanischen Symptome festgestellt werden, welche eine Diagnose für Manie oder Hypomanie erfüllen (F30)</p> <p>G3. Ausschlussklausel: Die depressive Episode kann nicht auf einen Missbrauch psychotroper Substanzen zurückgeführt werden (F1)</p>

Diagnostische Kriterien bei der "leichten depressiven Episode" - F32.0

A	Die generellen Kriterien (G1 - G3, siehe oben) sind erfüllt
B	Es liegen mindestens zwei der folgenden drei Symptome vor: <ol style="list-style-type: none"> 1. Depressive Stimmung, die meiste Zeit des Tages, deutliches Ausmaß erreichend, fast jeden Tag, im Wesentlichen unbeeinflusst von den Umständen und mindestens zwei Wochen lang 2. Interessenverlust oder Verlust der Freude an Aktivitäten, die normalerweise angenehm waren 3. Verminderter Antrieb oder gesteigerte Ermüdbarkeit
C	Eins oder mehr der folgenden Symptome liegen zusätzlich vor, so dass die Gesamtzahl aus B. und C mindestens vier ergibt: <ol style="list-style-type: none"> 1. Verlust des Selbstvertrauens oder des Selbstwertgefühls 2. Unbegründete Selbstvorwürfe oder ausgeprägte, unangemessene Schuldgefühle 3. Wiederkehrende Gedanken an den Tod oder an Suizid, suizidales Verhalten 4. Klagen über oder Nachweis eines verminderten Denk- oder Konzentrationsvermögens, Unschlüssigkeit oder Unentschlossenheit 5. Psychomotorische Agitiertheit oder Hemmung 6. Schlafstörungen jeder Art

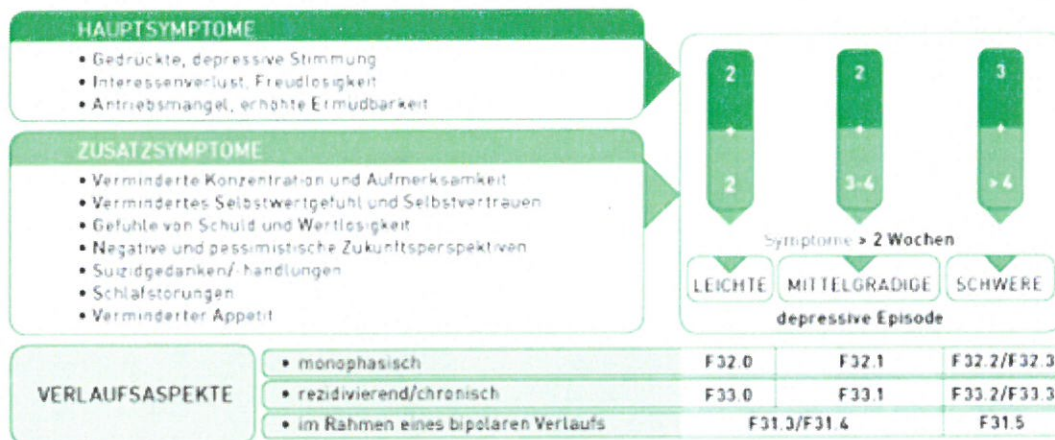
	7. Appetitverlust oder gesteigerter Appetit mit entsprechender Gewichtsveränderung
	Falls die Kriterien A bis C erfüllt sind, besteht die Diagnose einer „leichten depressiven Episode“ - F32.0

Diagnostische Kriterien bei der "mittelgradigen depressiven Episode" - F32.1

A	Die allgemeinen Kriterien für eine depressive Episode sind erfüllt (G1- G3, siehe oben)
B	Mindestens zwei der drei Symptome von der Punkt-B-Liste sind vorhanden (siehe Punkt-B-Liste unter "leichte depressive Episode")
C	Zusätzliche Symptome sind bei Kriterienliste C vorhanden (siehe C-Liste oben "leichte depressive Episode), so dass die Gesamtzahl aus B und C mindestens sechs ergibt
	Falls die Kriterien A bis C erfüllt sind, besteht die Diagnose einer „mittelgradigen depressiven Episode“ - F32.1

Diagnostische Kriterien bei der "schweren depressiven Episode ohne psychotische Symptome" - F32.2

A	Die allgemeinen Kriterien für eine depressive Episode sind erfüllt (G1- G3, siehe oben)
B	Alle drei Symptome sind vorhanden (siehe Punkt B "leichte depressive Episode")
C	Zusätzliche Symptome sind bei Kriterienliste C vorhanden (siehe oben "leichte depressive Episode) , so dass die Gesamtzahl aus B und C mindestens acht ergibt
D	Keine Halluzinationen, Wahn oder depressiver Stupor
	Falls die Kriterien A bis D erfüllt sind, besteht die Diagnose einer "schweren depressiven Episode ohne psychotische Symptome" - F32.2



Zusammenfassendes Schema und Verlaufsaspekte



Hinweise zum diagnostischen Gespräch



Prüfen der Studien-Einschlusskriterien

Bitte überprüfen Sie das Vorliegen der studienbezogenen Einschlusskriterien. Im Folgenden werden einige dieser Kriterien näher erläutert.

- Die Einschlussdiagnose wurde soeben von Ihnen überprüft. Bei Vorliegen der Diagnose Agoraphobie mit Panikstörung (ICD-10: F40.01) kann die Diagnose Panikstörung (ICD-10: F41.0) formal entfallen.
- Eine *derzeitige* (im Moment dieses Gespräches) bestehende Behandlung bei einem Psychotherapeuten gilt dann als Ausschlusskriterium, wenn sie sich auf die Behandlung der Angststörung oder Depression bezieht. Frühere (abgeschlossene) und mögliche zukünftige psychotherapeutische Angstbehandlungen stellen jedoch *kein* Ausschlusskriterium dar.
- Falls der Patient Suizidabsichten äußert oder Sie diese bei ihm vermuten, müssen Sie diese sofort abklären. Fragen Sie dazu insbesondere nach: (a) der Stärke (Unkontrollierbarkeit) möglicher Suizidimpulse, (b) konkreten Suizidplänen, (c) früheren Suizidversuchen, (d) aktuellen Gründen weiter zu leben. Bei akuter Suizidalität sollten Sie sofort die stationäre Einweisung veranlassen. Nehmen Sie dem Patienten das Versprechen ab, sich bis zur Einweisung nicht zu suizidieren und lassen Sie ihn möglichst nicht allein.
- Im Rahmen der vorliegenden Studie kann bei dem Patienten ein Angst-Expositionstraining angewendet werden, dass mit einer objektiv moderaten Kreislaufbelastung einhergehen würde. Alle Patienten, denen Sie von jeglicher körperlicher Belastung aufgrund eines schwerwiegenden medizinischen Status abraten würden (z.B. schwerstes Asthma bronchiale, schwere Epilepsie, schwere kardiovaskuläre Erkrankungen), kommen daher für eine Studienteilnahme nicht infrage.



Information des Patienten über die Studie

Nachdem die Diagnose gesichert und die studienbezogenen Einschlusskriterien überprüft wurden, informieren Sie den Patienten über die Diagnose und über das „PREMA-Forschungsprojekt“ (ärztliches Aufklärungsgespräch).

Bitte gestalten Sie das **ärztliche Aufklärungsgespräch** wie folgt:

1) Teilen Sie dem Patienten mit, dass er an einer Angsterkrankung oder Depression leidet. Falls diese Diagnose durch Sie erstmalig gestellt wurde, dann gehen Sie dabei bitte besonders empathisch vor: Wirken Sie möglichen Ängsten vor einer Stigmatisierung sofort entgegen und betonen Sie, dass sich die Erkrankungen gut behandeln lassen.

2) Überreichen Sie dem Patienten die Formulare „**Studien-Teilnehmerinformation zum Angebot PREMA**“ und „**Einverständniserklärung zur Studie**“, falls dies nicht durch Ihre MFA geschieht.

3) Informieren Sie den Patienten mündlich über die Studie und erwähnen Sie insbesondere Folgendes:

- Grundsätzliche therapeutische Optionen bei Angststörung und Depression (z.B. Gabe von Psychopharmaka, Psychotherapie)
- Freiwilligkeit der Teilnahme
- Einhaltung des Datenschutzes
- PREMA-Studie vergleicht zwei Behandlungsarme
- Studienteilnahme erfolgt *neben* allen weiteren medizinischen Maßnahmen.

4) Geben Sie Raum für offene Fragen.

5) Lassen Sie den Patienten auf der Einwilligungserklärung **unterschreiben**, danach unterschreiben Sie bitte ebenfalls darauf.

6) Das Formular „Patienteninformation“ behält der Patient, die „Einwilligungserklärung“ behalten Sie.

Fordert der Patient mehr Bedenkzeit, bevor er über seine Studienteilnahme entscheiden will, dann gewähren Sie ihm diese. In diesem Fall setzen Sie dieses Gespräch und die Bearbeitung der Checkliste zu einem späteren Zeitpunkt fort. Auch in diesem Fall behält der Patient die Patienteninformation.

Der **Patienteneinschluss** erfolgt nach (a) Erfüllen der Einschlusskriterien und (b) Unterschreiben der Einwilligungserklärung.



Symptomverlauf und Mitbehandlung

Bitte verschaffen Sie sich abschließend einen orientierenden Überblick über den bisherigen **Krankheits- und Behandlungsverlauf** bezüglich der Angststörung oder Depression.

Eine Differenzierung zwischen Dauer der aktuellen Symptomatik und Ersterkrankungsalter erfolgt deswegen, weil (neben chronisch persistierenden Verläufen) auch schwankende Symptomverläufe denkbar sind.

Über eine bestehende **psychiatrische Mitbehandlung** des Patienten müssen Sie informiert sein, damit Sie den entsprechenden Kollegen über die Teilnahme des Patienten am Forschungsprojekt PREMA informieren können. Ferner müssen Sie wissen, an wen Sie sich im Fall psychiatrisch relevanter Behandlungssituationen in erster Linie wenden können.

Bitte vermerken Sie den Symptomverlauf und evtl. bestehende Mitbehandlungen!



Zum Weiterlesen

- Campbell-Sills L, Norman SB, Craske MG, Sullivan G, Lang AJ, Chavira DA, Bystritsky A, Sherbourne C, Roy-Byrne P, Stein MB. Validation of a brief measure of anxiety-related severity and impairment: the Overall Anxiety Severity and Impairment Scale (OASIS). *Journal of Affective Disorders*. 2009;112(1-3):92-101.
- Dengler W, Selbmann HK. Praxisleitlinien in Psychiatrie, Psychotherapie, Band 2: Leitlinien zu Diagnostik und Therapie von Angststörungen. Darmstadt: Steinkopff; 2000.
- Hiller W, Zaudig M, Mombour W. ICD-10 Checklisten. Internationale Diagnosen Checklisten für ICD-10. Bern: Hans-Huber; 1995.
- Jacobson N, Truax P. Clinical significance. A statistical approach to defining meaningful change in psychotherapy research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 1991; 59(1):12-9.
- Kasper S. Angsterkrankungen: Diagnostik und Pharmakotherapie. München: Medizin Verlag; 1998.
- Löwe B, Gräfe K, Zipfel S, Spitzer RL, Herrmann-Lingen C, Witte S, Herzog W. Detecting panic disorder in medical and psychosomatic outpatients: comparative validation of the hospital anxiety and depression scale, the patient health questionnaire, a screening question, and physicians' diagnosis. *Journal of Psychosomatic Research*. 2003; 55(6):515-9.
- Margraf J. Diagnostisches Kurz-Interview bei psychischen Störungen: Mini-DIPS. Berlin: Springer-Verlag; 1994.
- Möller HJ, Laux G, Kapfhammer HP. Psychiatrie und Psychotherapie. Berlin: Springer; 2000.
- Norman SB, Campbell-Sills L, Hitchcock CA, Sullivan S, Rochlin A, Wilkins KC, Stein MB. Psychometrics of a brief measure of anxiety to detect severity and impairment: the Overall Anxiety Severity and Impairment Scale (OASIS). *Journal of Psychiatric Research*. 2011; 45(2):262-8.
- Weltgesundheitsorganisation. Taschenführer zur ICD-10-Klassifikation psychischer Störungen. 5. Auflage. Freyberger HDHJ, Hrsg. Göttingen: Hogrefe; 2010.
- Wittchen H-U, Zaudig M, Fydrich T. Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV. Göttingen: Hogrefe; 1997



Weiteres Verfahren in der Kontrollgruppe

Liebe HausärztInnen,

Liebe medizinische Fachangestellte

per Zufall wurde Ihre Praxis der Kontrollgruppe der „PREMA“-Studie zugewiesen. Bitte behandeln Sie die Depression oder Panikstörung der von Ihnen gemeldeten Patienten daher wie gewohnt. Die aktuellen Leitlinien zur Behandlung von Depression und Angststörung finden Sie über die folgenden Links: [S3 Leitlinie Angststörungen](#) [S3 Leitlinie Depression](#)

Aktuelles, Kurzfassungen der S3 Leitlinien sowie weitere Dokumente zur Behandlung dieser Störungen finden Sie hier: [Dokumente Angststörungen](#) [Dokumente Depression](#)

Bitte informieren Sie alle neu eingeschlossenen Patienten erst nach dem Ausfüllen des ersten Patientenfragebogens T0 über die Zugehörigkeit zur Kontrollgruppe! Wenn die Patienten schon vorher Bescheid wüssten, dass sie in der Kontrollgruppe behandelt werden, könnte das die T0-Erhebung beeinflussen. Eine exakte wissenschaftliche Aussage über die Endergebnisse wäre dann sehr erschwert.

Warum ist es wichtig, dass Sie als Praxis in der Kontrollgruppe bei der PREMA-Studie mitwirken?

Um Patienten, egal an welcher Erkrankung sie leiden, bestmöglich behandeln zu können, müssen alle Behandlungen laufend wissenschaftlich untersucht werden. Das geht nur mit Hilfe von Studien. Jeder Mensch hat bei der Behandlung irgendeiner Erkrankung schon einmal davon profitiert, dass andere Menschen sich an einer Studie dazu beteiligt haben. Bei „PREMA“ haben wir die Chance, neues und hilfreiches Wissen zur Behandlung von Depression und Panikstörungen zu gewinnen und so die Behandlung künftig noch besser zu machen - und zwar, ohne die Patienten unnötig zu belasten und mit der Möglichkeit, alle Patienten trotzdem nach anerkannten Standards zu behandeln.

Bitte lassen Sie die Patienten zeitnah den „Fragebogen für Patienten“ T0 ausfüllen und informieren Sie sie dann über den Kontrollstatus Ihrer Praxis. Bitte denken Sie daran, dass alle Patienten stets ein halbes Jahr später den „Fragebogen für Patienten“ T1 ausfüllen müssen.

Benutzeranleitungen zum Ausfüllen der T0, T1 und T2 Fragebögen finden Sie auf dieser Website. Wenn Sie die entsprechenden Schritte befolgt und die E-Mail-Adressen der Patienten eingetragen haben, werden die Fragebögen automatisch bereitgestellt.

Sicher gibt es Patienten, die nach Ihrer Mitteilung, dass sie in der Kontrollgruppe behandelt werden, ihre Bereitschaft zur Studienteilnahme zurückziehen wollen. Vielleicht, weil sie für sich persönlich dann keinen Sinn mehr an einer Teilnahme sehen. In diesem Fall können folgende Argumente hilfreich sein:

- Die Patienten in der Kontrollgruppe verlieren nichts und haben keinerlei Nachteile. Auch in der Kontrollgruppe findet eine sehr gute und bisher erprobte Behandlung statt. Ob die Behandlung in der Interventionsgruppe wirklich besser ist, soll ja erst in der Studie untersucht werden. Dazu muss diese neue Methode mit einer bisher bewährten Behandlung (nämlich der in der Kontrollgruppe) verglichen werden.
- Die Studienteilnahme führt zu keinerlei gesundheitlichen Risiken oder sonstigen Nachteilen. Auch auf den Schutz der Patientendaten wird sorgfältig geachtet.
- Der Aufwand und die Belastung der Kontrollgruppen-Patienten ist gering. Im Zeitraum eines Jahres müssen lediglich drei Fragebögen ausgefüllt werden.

Wir bedanken uns sehr herzlich für Ihre engagierte Mitarbeit! Sie und Ihre Patienten bringen die Studie maßgeblich voran.

Am Ende der Studie werden Ihnen selbstverständlich alle Materialien und Anleitungen der Interventionsgruppe zugänglich gemacht!

Bei Rückfragen stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung,

Ihr PREMA Team