

<b>Konsortialführung:</b>	Techniker Krankenkasse
<b>Förderkennzeichen:</b>	01NVF17037
<b>Akronym:</b>	PREMA
<b>Projekttitel:</b>	eHealth gestütztes Case-Management für psychisch Erkrankte in der hausärztlichen Primärversorgung
<b>Autoren:</b>	Maria Hanf (GUF), Marjan van den Akker (GUF), Karoline Lukaschek (LMU), Jochen Gensichen (LMU), Dirk Heider (UKE, IGV), Hans-Helmut König (UKE, IGV), Susanne Lezius (UKE, IMBE), Antonia Zapf (UKE, IMBE)
<b>Förderzeitraum:</b>	1. September 2018 – 31. August 2022

## Inhaltsverzeichnis

I.	Abkürzungsverzeichnis.....	4
II.	Abbildungsverzeichnis .....	5
III.	Tabellenverzeichnis.....	6
1.	Ziele der Evaluation.....	10
2.	Darstellung des Evaluationsdesigns.....	11
2.1	Studiendesign .....	11
2.1.1	Zielgruppen und Einschlusskriterien .....	12
2.1.1.1	Einschluss- und Ausschlusskriterien für Ärzte der Primärversorgung .....	12
2.1.1.2	Einschluss- und Ausschlusskriterien für Patienten .....	12
2.1.2	Rekrutierung und Einschluss .....	13
2.1.2.1	Rekrutierung von Primärversorgungspraxen .....	13
2.1.2.2	Screening und Rekrutierung von Patienten .....	13
2.1.3	Randomisierung .....	13
2.1.4	Schulungen .....	14
2.1.4.1	Basisschulung .....	14
2.1.4.2	Schulung für Praxen der Interventionsgruppe.....	14
2.1.4.3	Patienten der Interventionsgruppe .....	14
2.1.5	Studienendpunkte (siehe Tabelle 2-1) .....	15
2.1.6	Fallzahl.....	16
2.2	Teilprojekt 1: Evaluation des Primäroutcomes und Sekundäroutcomes.....	17
2.3	Teilprojekt 2: Gesundheitsökonomische Evaluation.....	17
2.4	Teilprojekt 3: Prozessevaluation .....	18
2.4.1	Studiendesign Prozessevaluation.....	18
2.4.2	Studienpopulation Prozessevaluation .....	19
2.4.3	Rekrutierung Prozessevaluation .....	19

2.4.3.1	Quantitative Teilstudie (Fragebogenerhebung)	19
2.4.3.2	Qualitative Teilstudie (Interviews)	19
2.4.4	Fallzahlberechnung Prozessevaluation	20
2.4.4.1	Quantitative Teilstudie (Fragebogenerhebung)	20
2.4.4.2	Qualitative Teilstudie (Interviews)	20
2.4.5	Fragestellungen Prozessevaluation	21
2.4.6	Datenerhebung Prozessevaluation	22
2.4.6.1	Erhebungszeitpunkte	22
2.4.6.2	Entwicklung Messinstrumente und Datenerhebung	26
2.4.7	Datenanalyse Prozessevaluation	28
3.	Ergebnisse der Evaluation	30
3.1	Deskription der Stichprobe	30
3.1.1	Hausärzte (HA)	30
3.1.2	Medizinische Fachangestellte (MFA)	33
3.1.3	Patienten (PAT)	33
3.2	Ergebnisse aus Teilprojekt 1	35
3.2.1	Primäroutcome	35
3.2.2	Sekundäroutcomes	36
3.3	Ergebnisse aus Teilprojekt 2	40
3.3.1	Deskription gesundheitsökonomische Stichprobe	40
3.3.2	Leistungsinanspruchnahme - Deskription	41
3.3.2.1	Ambulante Kontakte	41
3.3.2.2	Stationäre Leistungsinanspruchnahme und Rehabilitation	42
3.3.3	Kosten - Deskription	43
3.3.3.1	Ambulante Kosten	43
3.3.3.2	Stationäre Kosten	44
3.3.3.3	Summe der Kosten	44
3.3.4	Medikamente	45
3.3.5	Effektvariablen (EQ5D)	46
3.3.6	Regressionsmodelle - Diff-in-Diff-Schätzer	46
3.3.6.1	Regression ambulante Leistungsinanspruchnahme (Anzahl Kontakte in 6 Monaten)	47
3.3.6.2	Regression stationäre Leistungsinanspruchnahme u. Rehabilitation (jeweils in 6 Monaten)	50
3.3.6.3	Regression ambulante Kosten (in Euro für 6 Monate)	53
3.3.6.4	Regression stationäre Kosten u. Rehabilitation (in Euro für 6 Monate)	56
3.3.6.5	Regression Kosten aggregiert (in Euro für 6 Monate)	58

3.3.6.6 Regression Effektmaße.....	59
3.4 Ergebnisse Fragebogenerhebung (Prozessevaluation) .....	60
3.4.1 Soziodemographische Daten.....	60
3.4.2 Ergebnisse T0 und T2-Befragung.....	62
3.4.3 Ergebnisse T1-Befragung.....	85
3.4.4 Drop-Out Befragung HA .....	87
3.4.5 Befragung interessierte HA der Informationsveranstaltungen .....	94
3.5 Ergebnisse Interviews (Prozessevaluation).....	98
3.5.1 Deskription .....	98
3.5.2 Ergebnisse Leistungserbringer Interventionsgruppe .....	98
3.5.3 Ergebnisse Patientin Interventionsgruppe.....	130
3.5.4 Ergebnisse Leistungserbringer Kontrollgruppe.....	133
3.5.5 Ergebnisse PAT Kontrollgruppe.....	141
3.5.6 Ergebnisse HA Drop-Out .....	142
4. Schlussfolgerungen und Empfehlungen der Evaluatoren.....	148
5. Literaturverzeichnis .....	150
6. Anhang .....	155
7. Anlagen .....	155

## I. Abkürzungsverzeichnis

95% CI	95%-Konfidenzintervall
BAG	Berufsausübungsgemeinschaft
cRCT	cluster-randomisierte, kontrollierte Studie
EW	Einwohner / Einwohnerin
FIMA	Fragebogen zur Inanspruchnahme medizinischer und nicht-medizinischer Versorgungsleistungen im <b>A</b> lter
GUF	Goethe-Universität Frankfurt am Main
HA	Hausarzt
ICC	Intra-Class-Correlation-Koeffizient
ICD	International Classification of Diseases and Related Health Problems
IG	Interventionsgruppe
IGV	Institut für Gesundheitsökonomie und Versorgungsforschung
IMBE	Institut für Medizinische Biometrie und Epidemiologie
KG	Kontrollgruppe
KVH	Kassenärztliche Vereinigung Hessen
LMU	Ludwig-Maximilians-Universität München
MAXQDA	Software zur computergestützten qualitativen Daten- und Textanalyse
MFA	Medizinische Fachangestellte
MHI-5	Mental Health Index-5
MIA	Mobility Inventory for Agoraphobia
MRC	Medical Research Council
MW	Mittelwert
NäPA	Nichtärztliche Praxisassistenz

Akronym: PREMA

Förderkennzeichen: 01NVF17037

OnB	Online-Behandlung
OnP	Online-Plattform
OASIS	Anxiety Severity and Impairment Scale
PACIC	Patient Assessment of Chronic Illness Care
PARADIES	<b>P</b> atient <b>A</b> ctivation fo <b>R</b> <b>A</b> nxiety <b>D</b> isord <b>E</b> r <b>S</b>
PAS	Panik und Agoraphobie-Skala
PAT	Patient
PD/AG	Panikstörung mit/ohne Agoraphobie
PHQ-9	Patient Health Questionnaire
PREMA	<b>E</b> -Health gestütztes Case- <b>M</b> anagement für psychisch Erkrankte in der hausärztlichen <b>P</b> rimärversorgung
PROMPT	<b>P</b> Rimary care <b>M</b> onitoring for depressive <b>P</b> atients
QALYs	qualitätsgewichtete Lebensjahre
SD	Standardabweichung
SF 36	Short Form (36) Health Survey
SGB V	Sozialgesetzbuch Fünftes Buch
SPSS	Statistik- und Analyse-Software
TAU	Treatment As Usual
VERAH	Versorgungsassistent in der Hausarztpraxis

## II. Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Methode und Erhebungszeitpunkte Prozessevaluation (rot hinterlegte Felder) 25

Abbildung 2: Flow Chart ..... 32

Abbildung 3: Grundsätzliche Einstellung zu einer Online-Intervention, HA Drop-Out (n = 41) 93

Abbildung 4: Grundsätzliche Einstellung studieninteressierter HA zu einer Online-Interventionen (n = 47)..... 97

### III. Tabellenverzeichnis

<i>Tabelle 2-1: Outcomeparameter und Operationalisierung</i> .....	15
<i>Tabelle 2-2: Geplante Ausgangsstichprobe</i> .....	21
<i>Tabelle 2-3: Stichprobe neu geplant</i> .....	21
<i>Tabelle 2-4: Erhebungszeitpunkte quantitative Datenerhebung</i> .....	23
<i>Tabelle 2-5: Erhebungszeitpunkte qualitative Datenerhebung</i> .....	24
<i>Tabelle 3-1 HA Charakteristika</i> .....	30
<i>Tabelle 3-2 MFA Charakteristika</i> .....	33
<i>Tabelle 3-3 Patienten Charakteristika</i> .....	34
<i>Tabelle 3-4 Primäre Zielgröße MHI-5: Deskriptive Beschreibung zu Baseline, T1 und T2</i> .....	36
<i>Tabelle 3-5 Primäre Zielgröße MHI-5: Ergebnisse der Modellierung, Differenz zur Baseline ..</i>	36
<i>Tabelle 3-6 Sekundäre Outcomes: Deskriptive Beschreibung zu Baseline, T1 und T2</i> .....	38
<i>Tabelle 3-7 Sekundäre Outcomes: Ergebnisse der Modellierung (Differenz zur Baseline, baseline-adjustiert)</i> .....	39
<i>Tabelle 3-8 Subgruppenbetrachtung PHQ-9 und OASIS, Deskriptive Beschreibung zu Baseline, T1 und T2</i> .....	40
<i>Tabelle 3-9 Subgruppenbetrachtung PHQ-9 und OASIS: Ergebnisse der Modellierung (Differenz zur Baseline, baseline-adjustiert)</i> .....	40
<i>Tabelle 3-10 Alter und Geschlecht in den Studiengruppen zu T0, Gesamtstichprobe N=59</i> ....	41
<i>Tabelle 3-11 Alter und Geschlecht in den Studiengruppen zu T0, gesundheitsökonomische Daten N=34</i> .....	41
<i>Tabelle 3-12 Pattern der Beantwortung des gesundheitsökonomischen Fragebogens (FIMA)</i> .....	41
<i>Tabelle 3-13 Pattern der Beantwortung des EQ5D-5L</i> .....	41
<i>Tabelle 3-14 Ambulante Leistungsanspruchnahme (Anzahl Kontakte in 6 Monaten)*</i> .....	42
<i>Tabelle 3-15 Stationäre Leistungsanspruchnahme u. Rehabilitation (jeweils in 6 Monaten)*</i> .....	43
<i>Tabelle 3-16 Ambulante Kosten (in Euro für 6 Monate)*</i> .....	44
<i>Tabelle 3-17 Stationäre Kosten u. Rehabilitation (in Euro für 6 Monate)</i> .....	45
<i>Tabelle 3-18 Kosten aggregiert (in Euro für 6 Monate)</i> .....	45
<i>Tabelle 3-19 Anteil der Personen mit mindestens 1 eingenommenen Medikament in letzter Woche*</i> .....	45

<i>Tabelle 3-20 Durchschnittliche Anzahl der eingenommenen Medikamente*</i> .....	46
<i>Tabelle 3-21 Effektmaße*</i> .....	46
<i>Tabelle 3-22 Regressionsmodell Allgemeinmediziner</i> .....	47
<i>Tabelle 3-23 Regressionsmodell Psychologe</i> .....	48
<i>Tabelle 3-24 Regressionsmodell Psychiater</i> .....	48
<i>Tabelle 3-25 Regressionsmodell Sonstige ambulante Ärzte</i> .....	49
<i>Tabelle 3-26 Regressionsmodell Kassenärztlicher Notdienst</i> .....	49
<i>Tabelle 3-27 Regressionsmodell Notarzt</i> .....	50
<i>Tabelle 3-28 Regressionsmodell Häufigkeit Allgemeinkrankenhaus</i> .....	50
<i>Tabelle 3-29 Regressionsmodell Stationäre Tage Allgemeinkrankenhaus</i> .....	51
<i>Tabelle 3-30 Regressionsmodell Häufigkeit psychiatrische Einrichtung</i> .....	51
<i>Tabelle 3-31 Regressionsmodell Stationäre Tage psychiatrische Klinik</i> .....	52
<i>Tabelle 3-32 Regressionsmodell Häufigkeit Rehaklinik</i> .....	52
<i>Tabelle 3-33 Regressionsmodell Stationäre Tage Rehaklinik</i> .....	53
<i>Tabelle 3-34 Regressionsmodell Allgemeinmediziner</i> .....	53
<i>Tabelle 3-35 Regressionsmodell Psychologe</i> .....	54
<i>Tabelle 3-36 Regressionsmodell Psychiater</i> .....	54
<i>Tabelle 3-37 Regressionsmodell Sonstige ambulante Ärzte</i> .....	55
<i>Tabelle 3-38 Regressionsmodell Kassenärztlicher Notdienst</i> .....	55
<i>Tabelle 3-39 Regressionsmodell Notarzt</i> .....	56
<i>Tabelle 3-40 Regressionsmodell Allgemeinkrankenhaus</i> .....	56
<i>Tabelle 3-41 Regressionsmodell Psychiatrische Klinik</i> .....	57
<i>Tabelle 3-42 Regressionsmodell Stationäre Tage Rehaklinik</i> .....	57
<i>Tabelle 3-43 Regressionsmodell Ambulante Kosten</i> .....	58
<i>Tabelle 3-44 Regressionsmodell Stationäre Kosten</i> .....	58
<i>Tabelle 3-45 Regressionsmodell Kosten Gesamt</i> .....	59
<i>Tabelle 3-46 Regressionsmodell EQ-5D-5L Index Deutschland</i> .....	59
<i>Tabelle 3-47 Regressionsmodell EQ-VAS</i> .....	60
<i>Tabelle 3-48: Soziodemographische Daten Patienten (T0-Erhebung)</i> .....	60

<i>Tabelle 3-49: Zufriedenheit (Angemessenheit) aktuelle Behandlung, Einstellung gegenüber neuen Behandlungsmethoden, HA T0.....</i>	<i>64</i>
<i>Tabelle 3-50: Erwartung / Einstellung gegenüber neuen Behandlungsmethoden, MFA T0....</i>	<i>66</i>
<i>Tabelle 3-51: Einstellung gegenüber der Nutzung einer Online-Behandlung (Online-Plattform), HA T0 .....</i>	<i>68</i>
<i>Tabelle 3-52: Einstellung gegenüber der Nutzung einer Online-Behandlung, MFA T0</i>	
<i>3-53: Erwartungen HA und MFA hinsichtlich Nutzung einer Online-Behandlung, T0.....</i>	<i>70</i>
<i>Tabelle 3-54: Einschätzung Anteil an der Patientenversorgung, MFA T0.....</i>	<i>73</i>
<i>Tabelle 3-55: Zufriedenheit verschiedener Aspekte des Arbeitsplatzes, MFA T0.....</i>	<i>73</i>
<i>Tabelle 3-56: Zufriedenheit (Angemessenheit) aktuelle Behandlung, Einstellung zu neuen Behandlungsmethoden, PAT .....</i>	<i>75</i>
<i>Tabelle 3-57: Einstellung gegenüber einer Online-Behandlung bzw. Nutzung Embloom-Plattform, Patienten.....</i>	<i>78</i>
<i>Tabelle 3-58: Erwartungen an eine Online-Behandlung vs. Bewertung PREMA-Behandlung, Patienten .....</i>	<i>79</i>
<i>Tabelle 3-59: Erwartung und Zufriedenheit Studienteilnahme / Behandlung, PAT.....</i>	<i>81</i>
<i>Tabelle 3-60: Bewertung Intervention bzw. Behandlung (Zufriedenheit, Machbarkeit, Umsetzbarkeit), PAT.....</i>	<i>82</i>
<i>Tabelle 3-61: Vorteile Nutzung Embloom-Plattform (Mehrfachantworten möglich), PAT (n = 251) T2.....</i>	<i>83</i>
<i>Tabelle 3-62: Nachteile Nutzung Embloom-Plattform (mehrfachantworten), PAT (n = 251) T2 .....</i>	<i>84</i>
<i>Tabelle 3-63: Evaluierung Schulung (1. Skala), Leistungserbringer .....</i>	<i>85</i>
<i>Tabelle 3-64: Evaluierung Schulung (2. Skala), Leistungserbringer .....</i>	<i>86</i>
<i>Tabelle 3-65: Evaluierung Schulung (1. Skala), PAT .....</i>	<i>86</i>
<i>Tabelle 3-66: Evaluierung Schulung (2. Skala), PAT .....</i>	<i>87</i>
<i>Tabelle 3-67: Soziodemographische Daten, Struktur- / Praxismerkmale, Drop-Out Befragung .....</i>	<i>88</i>
<i>Tabelle 3-68: Häufigkeiten Gründe Nicht-Teilnahme / Inaktivität, Mehrfachantworten .....</i>	<i>89</i>
<i>Tabelle 3-69: Soziodemographische Daten, Struktur- / Praxismerkmale Befragung interessierte HA (Informationsveranstaltung) .....</i>	<i>94</i>
<i>Tabelle 3-70: Interesse HA an Studienteilnahme .....</i>	<i>95</i>
<i>Tabelle 3-71: Stichprobengröße Interviews mit Leistungserbringern .....</i>	<i>98</i>



Akronym: PREMA

Förderkennzeichen: 01NVF17037

<i>Tabelle 3-72: Übersicht Codesystem, HA IG .....</i>	<i>99</i>
<i>Tabelle 3-73: Übersicht Codesystem, MFA IG .....</i>	<i>116</i>
<i>Tabelle 3-74: Übersicht Codesystem, PAT IG.....</i>	<i>130</i>
<i>Tabelle 3-75: Übersicht Codesystem, HA KG .....</i>	<i>133</i>
<i>Tabelle 3-76: Übersicht Codesystem, MFA KG .....</i>	<i>137</i>
<i>Tabelle 3-77: Übersicht Codesystem, PAT KG .....</i>	<i>141</i>
<i>Tabelle 3-78: Übersicht Codesystem, HA Drop-Out .....</i>	<i>142</i>

## 1. Ziele der Evaluation

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 Patienten mit Angststörungen wird auch eine Depression diagnostiziert. Trotz des Hilfe suchenden Patientenverhaltens kann die richtige Diagnose dieser psychischen Erkrankungen aufgrund der oft unspezifischen Symptome und der im hausärztlichen Setting typischen Multimorbiditäten 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 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 [1,2]. Für den Hausarzt bedeutet die Versorgung von Patienten mit psychischen Erkrankungen eine ressourcenraubende 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 Patienten nicht in Kontakt mit den sekundären Versorgungsstrukturen, 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 unipolarer Depression [3] und von Angststörung [4] zählen die Anwendung verhaltenstherapeutischer Behandlungselemente auch zu den im Rahmen der hausärztlichen Versorgung primär zu ergreifenden Maßnahmen. Zielsetzung des beantragten Projekts und Beitrag zur Weiterentwicklung der Versorgung:

Wie bereits gezeigt werden konnte, ist in der hausärztlichen Routineversorgung ein strukturiertes Versorgungsprogramm unter Einsatz von klinisch gering qualifizierten Medizinischen Fachangestellten (MFA) als Case-Manager bei Depression und Angststörung effektiv [5,6]. Ein Hauptziel des Projektes ist 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).

Das Projekt stellt eine Weiterentwicklung der Studien PROMPT (PRimary care Monitoring for depressive Patients [ISRCTN66386086]) [5] und PARADIES (Patient Activation for Anxiety Disorders [ISRCTN64669297]) [6] dar. Die PROMPT-Studie zeigte, dass depressive Patienten durch ein hausarztzentriertes, niedrigschwelliges Case-Management besser ambulant behandelt werden können [7]. Die Jena-PARADIES-Studie evaluierte die Wirksamkeit eines praxisteam-unterstützten, selbstgesteuerten Expositionstrainings für Patienten mit Panikstörung und Agoraphobie in der Primärversorgung [6].

In *PREMA* sollte im Rahmen des Blended-Care-Ansatzes die Diagnostik und Behandlung durch ein online-basiertes Tool unterstützt werden: Dem Hausarzt steht somit ein einfaches und zeitsparendes Werkzeug zur Verfügung, um Patienten mit zwei der häufigsten psychischen Erkrankungen, Depression und Panikstörung, in der Hausarztpraxis systematisch zu erkennen. Somit kann er kompetent entscheiden, ob der Patient in der Hausarztpraxis adäquat und diagnoseübergreifend behandelt werden kann, oder ob – bei schwerer Depression/Angststörung – die Überweisung zu einem Facharzt indiziert ist. Die vorgestellte neue Versorgungsform ist daher geeignet, auch die Zusammenarbeit innerhalb und zwischen verschiedenen Versorgungsbereichen, Versorgungseinrichtungen und Berufsgruppen zu optimieren (z.B. zwischen Hausarzt und Spezialist; zwischen Arzt und MFA).

Die Studie hat 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:

- Vergleich eines praxisteam- und eHealth-unterstützten Übungsprogrammes mit „Treatment as Usual“ plus empfohlenem Standard in der ambulanten Primärversorgung von Patienten mit Panikstörung oder Depression hinsichtlich des patientenbezogenen Behandlungsergebnisses (Veränderungen der selbstberichteten psychischen Gesundheit)

- Vergleich der beiden Therapiearme hinsichtlich klinischer Parameter wie Depressivität, Angst, gesundheitsbezogener Lebensqualität, Versorgungsqualität, sowie hinsichtlich gesundheitsökonomischer Parameter Als messbare Indikatoren für die Symptomentwicklung („monitoring“) innerhalb der Intervention gelten der Schweregrad der Depression (gemessen mittels patient health questionnaire PHQ-9 [52] im DEMoL integriert) bzw. der Panikstörung (gemessen mittels Overall Anxiety and Impairment Scale OASIS [9], im JAMoL

integriert) der Patienten. Die bereits etablierten Instrumente JAMoL [51] und DEMoL [10] zeigen mittels eines Ampelschemas an, ob es dem Patienten besser (Wert kleiner) oder schlechter (Wert größer) geht als zur Basismessung.

- Studienassessments (T0, T1, T2) mittels validierter Fragebögen für psychische Gesundheit (MHI-5 [11], indikationsspezifische Symptome (PHQ-9 und OASIS), gesundheitsbezogene Lebensqualität (EQ-5D [12]), Anzahl und subjektiver Schweregrad der Panikattacken (PAS [13]), angstbezogenes Vermeidungsverhalten (MIA [14]), patientenberichtete Versorgungsqualität bei chronischer Erkrankung (PACIC [15,16]), Patientenadhärenz für die Medikamenteneinnahme (Morisky-Score [17]), Depressions-Freie-Tage (DFD [18]), Angst-Freie-Tage (AFD [19]), sowie direkte und indirekte gesundheitsökonomische Kosten (s. Kapitel 5.4. Begründung und Operationalisierung der zu untersuchenden Outcomes: Sekundäroutcomes).

## 2. Darstellung des Evaluationsdesigns

### 2.1 Studiendesign

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

Die Randomisierung wurde auf Clusterebene, stratifiziert nach Urbanitätsgrad (städtisch vs. ländlich, vgl. 2.1.3 Randomisierung) durchgeführt (Cluster = Hausarztpraxis).

Die teilnehmenden Hausarztpraxen sollten die Patienten innerhalb einer 3-monatigen Screeningphase rekrutieren. Danach wurden die Primärversorgungspraxen (und damit alle rekrutierten Patienten) entweder dem Interventionsarm der Studie (*PREMA*-Übungen) oder dem Kontrollarm (treatment as usual, TAU) zugewiesen, wofür eine Randomisierungsliste vom UKE erstellt wurde (siehe unten).

In der Interventionsgruppe (IG) erhielten die Patienten über einen Zeitraum von 12 Monaten Case-Management und Schulungen, unterstützt durch das Praxisteam und die online Plattform Embloom. In der Kontrollgruppe (KG) erhielten die Patienten 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) 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 wurde 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

## **2.1.1 Zielgruppen und Einschlusskriterien**

### **2.1.1.1 Einschluss- und Ausschlusskriterien für Ärzte der Primärversorgung**

Die Einschlusskriterien für teilnehmende Hausärzte waren:

- 1) Der Arzt muss im deutschen Gesundheitssystem als Hausarzt zugelassen sein ("Kassenzulassung")
- 2) Der Arzt muss über die Qualifikation „psychosomatischen Grundversorgung“ verfügen
- 3) Primärversorgungspraxis in Hessen
- 4) Zum Praxisteam gehört mindestens eine MFA mit  $\geq 3$  Jahren Berufserfahrung

Ausschlusskriterium für teilnehmende Hausärzte war:

- 1) Die Praxis bietet ausschließlich privatärztliche Leistungen an

### **2.1.1.2 Einschluss- und Ausschlusskriterien für Patienten**

Die Patienten wurden in die Studie eingeschlossen, wenn die folgenden Einschlusskriterien zutrafen:

- 1) Primärdiagnose einer Panikstörung  $\pm$  Agoraphobie (ICD-10 F41.0, F40.01) und/oder eine Depression (ICD-10 F32-34) und Behandlung in einer hausärztlichen Praxis in Hessen (Cut Offs PHQ-9  $\geq 9$  und  $\leq 22$ ; OASIS  $\geq 8$ )
- 2) Sie in der Lage waren, eine schriftliche Einverständniserklärung geben zu können
- 3) Mitglied einer der teilnehmenden Krankenkasse waren
- 4) Alter  $\geq 18$  Jahre
- 5) Über ausreichend deutsche Sprachkenntnisse verfügten, um den Anleitungen folgen zu können
- 6) Internet- und Telefonanschluss zu Hause

Patienten wurden von der Teilnahme ausgeschlossen, wenn eines der folgenden Ausschlusskriterien zutraf:

- 1) bekannte Psychose

- 2) akute Suizidalität
- 3) Panik- oder depressionsspezifische Psychotherapie zu Studienbeginn
- 4) Patient ungeeignet für Intervention (nach Einschätzung des HA)

## 2.1.2 Rekrutierung und Einschluss

### 2.1.2.1 Rekrutierung von Primärversorgungspraxen

Die Rekrutierung der Hausarztpraxen wurde organisiert durch die Kassenärztliche Vereinigung Hessen (KVH). Die KVH prüfte auch, ob die Teilnahmevoraussetzungen auf der Grundlage des Vertrages §140a SGB V erfüllt sind.

### 2.1.2.2 Screening und Rekrutierung von Patienten

In der Screening-Phase, die bis zu 3 Monate dauerte, erstellten MFAs aus dem Patientenstamm eine Liste von Patienten, die für die PREMA-Studie in Frage kamen. Stellte sich ein solcher Patient in der Praxis vor, wurde er auf Einschlusskriterien geprüft und über die PREMA-Studie informiert. Zusätzlich konnten Patienten, die während des laufenden Praxisbetriebs als geeignet identifiziert werden, rekrutiert werden. Nach Einschluss von 12-13 Patienten, spätestens aber nach 3 Monaten, wurden die Praxen entweder dem Interventionsarm oder dem Kontrollarm zugeteilt (Randomisierung, s.u.). Die Patienten wurden auf Depressionen oder Panikstörung mit Hilfe des Patient Health Questionnaire (PHQ)-9 und der Overall Anxiety Severity and Impairment Scale (OASIS) [9,20] gescreent (Grenzwerte PHQ-9:  $\geq 9$  und  $\leq 22$ ; OASIS  $\geq 8$ ). Wird ein Patient positiv auf PD/AG oder Depression gescreent, bestätigte der Hausarzt die Diagnose durch das Diagnosegespräch. Danach wurde der Patient über die Einzelheiten der Studie informiert. Die schriftliche Einverständniserklärung aller Teilnehmer wurde eingeholt.

### 2.1.3 Randomisierung

Die Randomisierung erfolgte auf Clusterebene (Cluster = Hausarztpraxis), nachdem eine Praxis 12 bis 13 Patienten erfolgreich eingeschlossen hat, oder spätestens nach dem 3-monatigen Screening-Prozess.

Die Randomisierungsliste mit zufällig variierenden Blocklängen wurden von einer unabhängigen Person des Instituts für Medizinische Biometrie und Epidemiologie, UKE, Hamburg-Eppendorf, auf der Basis von computergenerierten Sequenzen erstellt und nach Urbanitätsgrad (Praxistyp städtisch vs. ländlich) stratifiziert. Die Randomisierungsliste wurde bei unserem eHealth-Partner Embloom hinterlegt, der die von der KVH bereitgestellte Praxisliste mit der vom UKE bereitgestellten Randomisierungsliste zusammengeführte und über dessen Plattform die Randomisierungsergebnisse den Praxen bekanntgegeben wurde. Dafür wurde der Urbanitätsgrad wie folgt anhand der von den Praxen angegebenen Postleitzahl ermittelt:

- Suche nach der PLZ in der Gemeindegliederung 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/km<sup>2</sup> liegt, sonst städtisch

## 2.1.4 Schulungen

### 2.1.4.1 Basisschulung

Alle teilnehmenden Hausarztpraxen erhielten allgemeine Informationen und Online-Materialien zu Diagnose, Therapie und Behandlung von PD / AG und Depression. Das bereitgestellte Material basiert auf den nationalen Leitlinien für Depression [3] und für Angststörungen [4]. Außerdem wurden die Hausärzte in den Studienabläufen und in der Nutzung der Embloom-Plattform geschult.

Alle teilnehmenden MFA wurden in der Nutzung der Online-Plattform, den Studienabläufen, dem Screening-Prozess und der Rekrutierung von Patienten geschult und erhielten online allgemeine Informationen über Panikstörungen und Depressionen. Das gesamte Online-Material wurde auf der Embloom-Plattform bereitgestellt.

### 2.1.4.2 Schulung für Praxen der Interventionsgruppe

Praxen, die der IG zugewiesen wurden, wurden zusätzlich in einem praxisteam-gestützten Expositionsprogramm mit Selbstmanagement geschult. Diese Online-Schulung umfasste die folgenden Inhalte: (1) Rationale der Expositionstechniken in Bezug auf PD / AG und Depression; (2) Behandlungsplan; (3) Aufbau der Studienmaterialien; (4) Case-Management; (5) Informationen für die Ärzte zum Therapieablauf; (6) Informationen für die MFA - Durchführung von Telefonkontakten mit Patienten mit Hilfe einer Monitoring-Checkliste.

Sowohl die Ärzte als auch die MFAs erhielten detaillierte Materialien, die auf der Online-Plattform bereitgestellt werden.

### 2.1.4.3 Patienten der Interventionsgruppe

Patienten der IG erhielten ebenfalls Online-Informationen über ihre Erkrankung und den Ablauf der Studie. Die Behandlung in der IG besteht aus vier Terminen beim Hausarzt von je 30 Minuten Dauer sowie Case-Management durch die MFA. Die vier Sitzungen umfassen Folgendes:

- **Sitzung 1** (Woche 3 nach Beginn der Behandlung): Psychoedukation über Depression oder Panikstörung. Die Patienten erfahren etwas über die Symptome und den theoretischen Hintergrund ihrer Erkrankung sowie über das Behandlungsverfahren.
- **Sitzung 2** (6. Woche): Interozeptive Expositionsübungen.

Der Hausarzt stellte Übungen vor, die die typischen körperlichen Reaktionen des Patienten hervorrufen. Die Patienten lernten ihre anfänglichen Ängste zu überwinden und erfolgversprechende Lösungen zu finden (Aktivierung und Motivation der Patienten).

- **Sitzung 3** (Woche 12): Situative Expositionsübungen. Die Patienten wurden mit Situationen konfrontiert, die ihre Angst auslösen oder vor denen sie sich zurückziehen.  
Patienten mit Depressionen sollten versuchen, wieder Freude an alltäglichen Aktivitäten zu finden.
- **Sitzung 4** (Woche 20): Erfolgskontrolle und Rückfall-Prophylaxe

Das Case-Management durch die MFA bestand aus 17 Telefonaten (jeweils ca. 10 Minuten), in denen die MFA die Monitoring Checklisten (JAMoL [51] für Patienten mit PD/AG, bzw. DeMoL [10] für Patienten mit Depressionen) abfragte und die

Patienten gegebenenfalls motivierte. Die Antworten auf den Fragebögen wurden online auf der eHealth Plattform notiert.

#### 2.1.4.4 Patienten der Kontrollgruppe

Patienten, die der Kontrollgruppe zugewiesen wurden, erhielten eine standardisierte TAU: Die Behandlung basiert auf den aktuellen deutschen Empfehlungen für die Diagnose und Behandlung von Depressionen [9] und Angststörungen [11].

#### 2.1.5 Studienendpunkte (siehe Tabelle 2-1)

Primärer Endpunkt war der Mental Health Index-5 (MHI-5), um die psychische Gesundheit (Depression und Panikstörung) der Studienteilnehmer zu bewerten [21]. Der MHI-5 ist eine fünf Items umfassende Subskala des Short Form (36) Health Survey (SF 36) [22]. 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  $\alpha$ ) reicht von 0,67 bis 0,95 [11]. Der MHI-5 wurde in einer Primärversorgung validiert [11]; 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 wurde online zu Beginn (T0) sowie 6 (T1) und 12 (T2) Monate nach Studienbeginn erhoben.

Zu den sekundären Zielgrößen gehören:

Depression, gemessen mit dem Patient Health Questionnaire (PHQ-9) (Wertebereich: 0–27. Höhere Werte weisen auf stärkere depressive Symptome hin) [8];

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) [9];

Anzahl und Schweregrad von Panikattacken, gemessen anhand von zwei Items (A1, A2) der Panik und Agoraphobie-Skala (PAS) [13] (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 for Agoraphobia (MIA) [14] (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) [15];

Medikamentenadhärenz gemessen mit dem Morisky-Score [17].

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.

Tabelle 2-1: Outcomeparameter und Operationalisierung

Erfolgsindikator	Instrument / Operationalisierung	Datenquelle
Primäroucome:		

Erfolgsindikator	Instrument / Operationalisierung	Datenquelle
Psychische Gesundheit (Depression und Panikstörungen)	Mental Health Index-5 (MHI-5)	Primärdaten (Patientenassessment mittels Fragebogen)
<i>Sekundärouitcomes:</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	Morisky-Score (adaptiert)	Primärdaten (Patientenassessment mittels Fragebogen)

### 2.1.6 Fallzahl

Die angestrebte Stichprobengröße basierte 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) [11]. 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 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 ergab sich ein Design Effekt von 1,45 [23]. Hierdurch erhöhte 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, wurde die Rekrutierung von 1844 Patienten in 148 Hausarztpraxen mit durchschnittlich 12,5 Patienten 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 Patienten pro Praxis unter sonst gleichen Annahmen die Rekrutierung von insgesamt mindestens 1280 Patienten aus 128 Praxen angestrebt wurde.

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



## 2.2 Teilprojekt 1: Evaluation des Primäroutcomes und Sekundäroutcomes

Charakteristika der Arztpraxen und Patienten 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 wird 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 von Patienten aus städtischen Praxen befinden.

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

Entgegen der 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.

## 2.3 Teilprojekt 2: Gesundheitsökonomische Evaluation

Nachdem sich die ursprünglich geplante Verwendung von Routinedaten aufgrund der Öffnung des Projekts für Versicherte aller 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) [24]. Als Effektmaß wurden qualitätsgewichtete Lebensjahre (QALYs, basierend auf dem EQ-5D-5L-Index [12,25–27]), 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) [4]. Durch die einheitlich kalkulierten Bewertungssätze wird eine hohe Vergleichbarkeit für die gesundheitsökonomische Evaluation der Gesundheitsleistungen sichergestellt [24,28].

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 erlaubten. Anders als ursprünglich im Projektantrag vorgesehen, wurde dabei - bedingt durch die sehr geringen Fallzahlen - 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.

## 2.4 Teilprojekt 3: 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 Patienten (PAT), Hausärzten (HA) und Medizinischen Fachangestellten (MFA). 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 zusammengefasst.

### 2.4.1 Studiendesign Prozessevaluation

Die Implementierung des hausärztlichen Case-Managements wurde durch die *formative Prozessevaluation* [29] mit einem qualitativ-quantitativen Ansatz (*Mixed-Methods-Ansatz*) [30] begleitet und erstreckte sich über den gesamten Studienverlauf [31].

*Formative Evaluation* verfolgt das Ziel einer Optimierung von durchgeführten Maßnahmen [29,31]. Im Rahmen der PREMA-Studie ist unter dem Begriff „Maßnahme“ konkret die Intervention bzw. die verschiedenen Bestandteile / Bausteine des PREMA-Behandlungsprogramms zu verstehen. Mittels des Methoden-Mix aus quantitativer und qualitativer Datenerhebung sollten Vor- und Nachteile bzw. fördernde und hemmende Faktoren der Implementierung abgeleitet und daraus resultierende Änderungswünsche der Studienteilnehmenden formuliert werden. Weitere Ziele der Prozessevaluation waren zum einen die Überprüfung der protokollkonformen Umsetzung der Intervention im Praxisalltag, die Überprüfung der Akzeptanz der Intervention und die Untersuchung von hemmenden zeitlichen und/oder strukturellen Faktoren.

Durch das Mixed-Methods-Design werden sowohl quantitative Daten durch Fragebogenerhebungen als auch qualitative Daten durch Einzelinterviews erfasst und deskriptiv dargestellt. Die Kombination der qualitativen und der quantitativen Methoden, auch als Triangulation bezeichnet [30,32], ermöglicht die explorative Untersuchung der Fragestellungen in Bezug auf die neue Versorgungsform aus mehreren Perspektiven, von verschiedenen Akteuren der Studie und zu verschiedenen Zeitpunkten [33]. Die qualitativen Ergebnisse der Interviews ermöglichen es, die subjektiven Erfahrungen und Sichtweisen einer Person, in Bezug auf das PREMA-Behandlungsprogramms, zu erforschen.

## 2.4.2 Studienpopulation Prozessevaluation

Alle Patienten (PAT) und Leistungserbringer, bestehend aus Hausarzt (HA) und Medizinische Fachangestellte (MFA), aus den teilnehmenden Hausarztpraxen konnten an der Prozessevaluation teilnehmen (siehe Abbildung 1).

## 2.4.3 Rekrutierung Prozessevaluation

Die Rekrutierung der Studienteilnehmer unterschied sich hinsichtlich der Methode der Datenerhebung (Fragebogenerhebung, Interviewbefragung) und der verschiedenen Stakeholder (Leistungserbringer, Patienten). An den quantitativen und qualitativen Befragungen konnten alle Leistungserbringer und PAT teilnehmen, die in die Studienteilnahme eingewilligt haben. Für die Teilnehmenden der Interviewbefragung wurde eine gesonderte Studieninformation und Einwilligungserklärung inklusive Erläuterungen zum Datenschutz erstellt.

### 2.4.3.1 Quantitative Teilstudie (Fragebogenerhebung)

Teilnehmende Hausärzte, Medizinische Fachangestellte und Patienten der Interventions- und Kontrollgruppen wurden gebeten, an der online Befragung zu insgesamt vier Zeitpunkten teilzunehmen. Die Fragebogenerhebung mit Leistungserbringern und Patienten 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 Patienten (siehe Tabelle 2-4 & Abbildung 1).

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.

#### Drop-Out Befragung

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. Letztere wurden anschließend darauf hingewiesen bei Desinteresse der Studienteilnahme die Kündigung des Behandlungsvertrags nachzuholen.

#### Informationsveranstaltung Befragung

Zur Rekrutierung der Hausarztpraxen wurden im Mai 2019 ca. 3000 Hausärzte von der KV Hessen angeschrieben und zu einer von insgesamt acht Informationsveranstaltung (zwischen Juni 2019 und Februar 2020) eingeladen. Die Informationsveranstaltungen (Aufaktveranstaltungen) war ein Weg zur Bewerbung der PREMA-Studie zur Rekrutierung von Hausarztpraxen in Hessen. Während dieser Veranstaltungen wurden im Rahmen der Prozessevaluation papierbasierte Fragebögen, inklusive frankierter Rückumschlag, an alle interessierten Hausärzte verteilt.

### 2.4.3.2 Qualitative Teilstudie (Interviews)

Die Rekrutierung der Leistungserbringer und Patienten startete im August 2021 und erfolgte durch ein digitales Einladungsschreiben über die Embloom-Plattform (siehe Anhang 1). Da die Studienteilnehmenden nicht direkt für diese Befragung kontaktiert werden durften, hatte Embloom diesen Aufruf zur Beteiligung in die T2-Fragebögen integriert, die über

die Embloom-Plattform erhoben wurden. Alle interessierten Studienteilnehmenden bekamen die Daten zur Kontaktaufnahme und die Bedingungen für die Teilnahme angezeigt. Um möglichst alle Teilnehmenden zu stimulieren, diesem Aufruf zu folgen, wurden sämtliche Personen, die den T2-Fragebogen noch nicht beantwortet hatten, per E-Mail daran erinnert, diesen zu bearbeiten.

Ebenfalls hinterlegt waren die Studieninformation zum Ablauf, Ziel und der Dauer des Interviews sowie Informationen zum Datenschutz und Aufwandsentschädigung. 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 Patienten der Hausarztpraxis. Aus datenschutzrechtlichen Gründen konnten Studienpatienten nicht direkt durch das Frankfurter Projektteam kontaktiert werden. Daher erfolgte die Patientenrekrutierung neben der initialen digitalen Einladung ergänzend über die Hausarztpraxen selbst. HA und MFA wurden darum gebeten ihre Studienpatienten 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.

#### **2.4.4 Fallzahlberechnung Prozessevaluation**

Die geplanten Fallzahlen für die Prozessevaluation wurden an den Fallzahlen der Ergebnisevaluation ausgerichtet. Im Studienverlauf wurde die Rekrutierung von Studienteilnehmern (HA, MFA, PAT) auf Grund von externen Faktoren, wie bspw. der Einfluss der Corona Pandemie, erschwert. Daher konnte nur eine geringe Anzahl von HA, MFA und Patienten rekrutiert werden, sodass auch die Stichprobengröße der Prozessevaluation reduziert werden musste.

##### **2.4.4.1 Quantitative Teilstudie (Fragebogenerhebung)**

Der Versand der Einladungen für die ersten Fragebögen (T0) der Prozessevaluation begann im Oktober 2019 an alle Studienteilnehmer (HA, MFA, PAT). Die Fragebögen konnten anschließend über die Embloom-Plattform beantwortet werden. Die Fallzahl der Fragebogenerhebungen ist also abhängig von der Gesamtzahl der rekrutierten Studienteilnehmer. Um die Rücklaufquote der Studienteilnehmer zu erhöhen, wurden diese zwei Mal zur Teilnahme an der Befragung erinnert.

##### **2.4.4.2 Qualitative Teilstudie (Interviews)**

Die ursprünglich geplante Ausgangsstichprobe lag bei 20-30 Patienteninterviews und je 10-15 Interviews mit HA und MFA der Interventionsgruppe. Zudem sollten ergänzend in etwa drei bis vier Fokusgruppendifkussionen mit je 16 HA und MFA im Rahmen von mono- und interprofessionellen Settings stattfinden (siehe Tabelle 2-2). Die geplanten Fallzahlen der qualitativen Prozessevaluation wurden an der Gesamtzahl der rekrutierten Studienteilnehmer im Rahmen der PREMA-Studie ausgerichtet. In Folge der geringen Populationsgröße der Studie wurden Anpassung der ursprünglich geplanten Fallzahlen der Interviews und Fokusgruppendifkussionen vorgenommen (siehe Tabelle 2-3). Die Einzelinterviews in der Interventionsgruppe wurden auf ca. 3 - 5 je HA und MFA reduziert. Anstatt

der geplanten Fokusgruppendifkussionen wurden ergänzend Einzelinterviews mit Leistungserbringern und PAT der KG geplant (siehe Tabelle 2-3). Ziel der ergänzenden Interviews war es, die Drop-Out-Rate so gering wie möglich zu halten und um die Gelegenheit zu nutzen, HA nach den Gründen zu fragen, warum die Studie nicht wie geplant umgesetzt wurde bzw. werden konnte. Zudem wurden zusätzlich PAT der KG für ein Interview rekrutiert. Diese Interviewgruppe wurde zu der Machbarkeit / Umsetzung der PREMA-Studie im Patientenalltag und der hausärztlichen Versorgungssituation befragt. Die Bestimmung der Stichprobengröße für PAT durch das Evaluatorenteam war jedoch nicht möglich, da die Rekrutierung der PAT aus datenschutzrechtlichen Gründen ausschließlich durch die Embloom-Plattform oder die Hausarztpraxis erfolgte. Dem Evaluatorenteam lagen keine Kontaktadressen vor. Interessierte PAT sollten sich selbstständig bei dem Evaluatorenteam melden. Die Studieninformationen zur Teilnahme an einem Interview, inklusive Datenschutzerläuterungen und Kontaktdaten der Evaluatoren, erhielten die PAT digital via E-Mail (durch Embloom) oder durch die Hausarztpraxis. Die Stichprobengröße war folglich abhängig von der Teilnahmebereitschaft der PAT, der digitalen und persönlichen Teilnehmerinnerung durch Embloom und das Praxisteam sowie der Fallzahl der PAT der gesamten Studie. Die Evaluatoren vermuteten daher auch in der Interviewgruppe der PAT eine reduzierte Stichprobengröße.

Tabelle 2-2: Geplante Ausgangsstichprobe

Methode	Stakeholder	Studiengruppe	Geplante Ausgangsstichprobe
Einzelinterviews	HA	IG	10 - 15
	MFA		10 - 15
	PAT		20 - 30
Fokusgruppen	HA	IG	16
	MFA		16

Tabelle 2-3: Stichprobe neu geplant

Methode	Stakeholder	Studiengruppe	Stichprobe neu geplant
Einzelinterviews	HA	IG, KG, Drop-Out	Je 3 - 5
	MFA	IG, KG	Je 3 - 5
	PAT	IG, KG	10

#### 2.4.5 Fragestellungen 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 Patienten und Leistungserbringern akzeptiert und genutzt?
  - a. Was sind die Gründe und Erwartungen einer Studienteilnahme aus Sicht der Patienten und Leistungserbringer?
  - b. Wie zufrieden sind Patienten und Leistungserbringer mit der Intervention?
  - c. Welche Einstellungen und Erwartungen haben Patienten und Leistungserbringer gegenüber der Nutzung von Online-Interventionen?

2. Inwieweit ist die Intervention aus Sicht von Patienten und Leistungserbringern 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, die Studiendurchführung, Studieninhalte und der Kommunikation / Kollaboration zwischen HA, MFA und PAT 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?

## 2.4.6 Datenerhebung Prozessevaluation

### 2.4.6.1 Erhebungszeitpunkte

#### Quantitative Teilstudie (Fragebogenerhebung)

Die Fragebogenerhebung mit Patienten und Leistungserbringern erfolgte zu fünf Erhebungszeitpunkten: T0 (Baseline Befragung / individueller Studienbeginn), T1 (sechs Monate nach Studienbeginn), T2 (12 Monate nach Studienbeginn) und ein vierter Zeitpunkt der sich von Beginn an der Studie bis zum Zeitpunkt des Rekrutierungsendes der PAT erstreckte. Hierdurch erfolgte die papierbasierte Drop-Out Befragungen. Ein weiterer Erhebungszeitpunkt fand während der Informationsveranstaltungen statt (Befragung interessierte Hausärzte) (siehe Tabelle 2-4 & Abbildung 1).

Zum Erhebungszeitpunkt **T0** wurden mittels der Online-Plattform Embloom sowohl von Leistungserbringern, als auch von Patienten der Interventions- und Kontrollgruppe die soziodemographischen Daten und die grundsätzliche Einstellung und Erwartung zu neuartigen Behandlungsmethoden sowie auch im speziellen von Online-Behandlungen, erfasst. HA wurden zudem zu ihren aktuellen Behandlungsmöglichkeiten von Patienten mit Depression und / oder Panik- / Angststörung befragt. MFA dagegen wurden ergänzend zu ihrer Arbeitszufriedenheit befragt. Patienten wurden neben ihren grundsätzlichen Einstellungen und Erwartungen zu neuartigen Behandlungsmethoden und Online-Behandlungen, zu ihren persönlichen Behandlungszielen befragt.

Zum Erhebungszeitpunkt **T1** bewerteten lediglich die Leistungserbringer und Patienten der Interventionsgruppe die Webinar-Schulung auf der Embloom-Plattform, inklusive der hinterlegten Informationsmaterialien und Erklärvideos. Die Fragebogenerhebung erfolgte online via Embloom.

Als Basis der **T2** Befragung diente der online Fragebogen zum Messzeitpunkt T0. Ergänzend erfasst wurden die Erfahrungen und Tätigkeiten durch die Teilnahme an der PREMA-Studie und die Bewertung der Behandlung der letzten 12 Monate. Befragt wurden ebenfalls Leistungserbringer und Patienten der Interventions- und Kontrollgruppe. Die Interventionsgruppe wurde gezielt nach der Zufriedenheit mit der Online-Behandlung und nach den Vor- und Nachteile durch die Nutzung der Embloom-Plattform befragt. Leistungserbringer der Interventionsgruppe bewerteten außerdem die Behandlungsauswirkungen der PREMA-Studie auf die Patienten. Die Fragebogenerhebung erfolgte ebenfalls online.

**Von Studienbeginn** (individuell) **bis zum Ende der Patientenrekrutierung** wurde zudem die grundsätzliche Einstellung und Erwartung zu Online-Behandlungen sowie die Gründe der Nicht-Teilnahme der Hausärzte durch eine papierbasierte **Drop-Out Befragung** erfasst.

Diese Befragung richtete sich zum einen an Hausärzte, die den Versorgungs- / Behandlungsvertrag anfänglich unterzeichnet und somit in die Studienteilnahme eingewilligt haben, diesen jedoch wieder gekündigt bzw. widerrufen haben und folglich nicht mehr an einer Studienteilnahme interessiert waren. Diese Gruppe hatte zu keinem Zeitpunkt aktiv Patienten in die Studie eingeschlossen. Zum anderen richtete sich die Befragung an Hausärzte, die ebenfalls in die Studie eingeschrieben waren, jedoch nach Beendigung der Phase der Patientenrekrutierung ebenfalls keine Patienten eingeschlossen hatten. Diese Gruppe bezeichnen wir insgesamt als Drop-Out Hausärzte bzw. Drop-Out Hausarztpraxen.

**Vor Beginn der Rekrutierung der Hausarztpraxen** fanden **Informationsveranstaltungen** mit interessierten Hausärzten statt. Im Rahmen der Prozessevaluation wurden bei insgesamt acht Auftaktveranstaltungen papierbasierte Fragebögen an alle teilnehmenden Hausärzte ausgegeben mit der Bitte, diese mit dem beiliegend rückfrankierten Umschlag an das Institut für Allgemeinmedizin ausgefüllt zurück zu senden. Die Fragebögen wurden nach Beendigung der jeweiligen Informationsveranstaltung an alle HA ausgeteilt.

Tabelle 2-4: Erhebungszeitpunkte quantitative Datenerhebung

Methode	Studien- gruppe	Stake- holder	Erhebungszeitpunkt				Vor Rekru- tie- rung
			T0	T1	T2	Drop- Out	
Online Fragebogenerhebung	IG	HA	x	x	x	x	
		MFA	x	x	x		
		PAT	x	x	x		
	KG	HA	x		x	x	
		MFA	x		x		
		PAT	x		x		
Papierbasierte Frage- bogenerhebung	Drop-Out				x		
	Informations- veranstaltung	HA					x

### Qualitative Teilstudie (Interviews)

Die leitfadengestützten Einzelinterviews erfolgten zum (individuellen) Erhebungszeitpunkt **T2** (12 Monate nach Studienbeginn) und wurden mit Leistungserbringern und Patienten der Interventions- und Kontrollgruppe geführt (siehe Tabelle 2-5 & Abbildung 1). Zudem wurden Interviews mit HA der Drop-Out Gruppe geführt, um die Gründe für die Nicht-Teilnahme bzw. Inaktivität an der Studie zu erfassen. Hierbei kam es zu keiner Doppelerhebung von Daten, die Interviews dienten als Ergänzung.

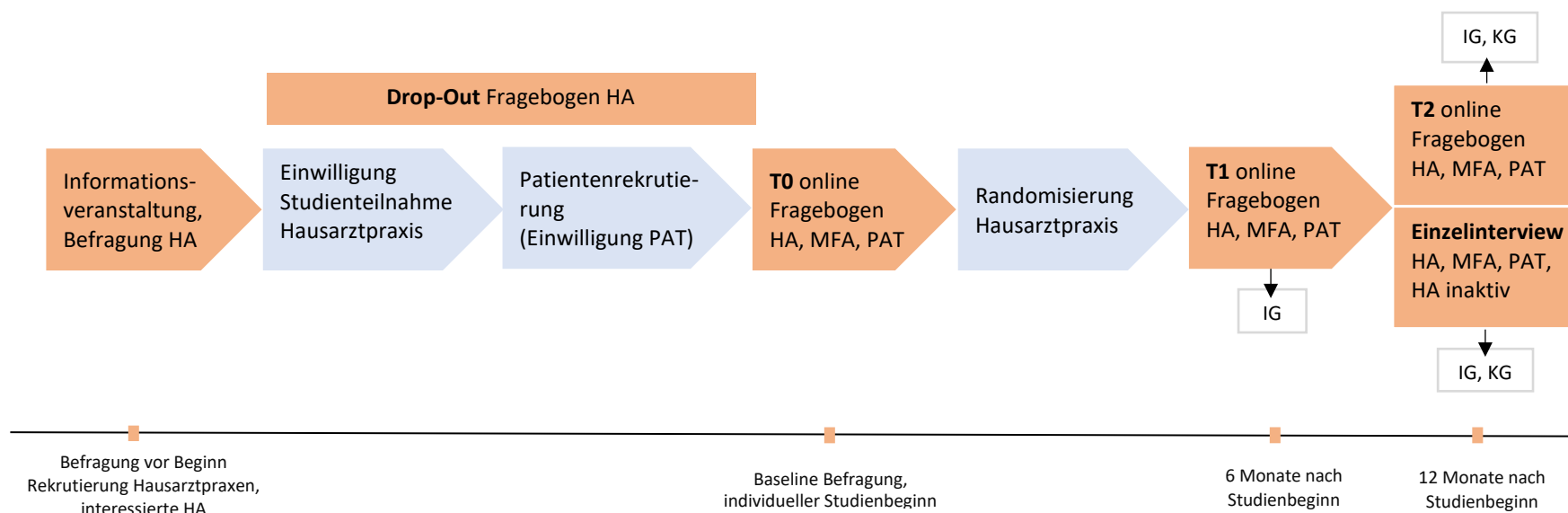
Akronym: PREMA

Förderkennzeichen: 01NVF17037

*Tabelle 2-5: Erhebungszeitpunkte qualitative Datenerhebung*

Methode	Studien- gruppe	Stake- holder	Erhebungszeitpunkt		
			T0	T1	T2
Einzelinterviews	IG	HA			x
		MFA			x
		PAT			x
	KG	HA			x
		MFA			x
		PAT			x
	Drop-Out	HA			x





Quelle: Eigene Darstellung

Abbildung 1: Methode und Erhebungszeitpunkte Prozessevaluation (rot hinterlegte Felder)

### 2.4.6.2 Entwicklung Messinstrumente und Datenerhebung

Um die Fragestellungen der Prozessevaluation zu beantworten, wurden sowohl Leitfäden für Interviews, als auch Fragebögen, basierend auf Expertenwissen des Studienteams und Literaturrecherche, entwickelt. Es kann daher von gegebener Inhaltsvalidität ausgegangen werden [34]. Nachfolgend beschrieben wird die Fragebogen- und Leitfadententwicklung sowie das Vorgehen der Datenerhebung.

#### Quantitative Teilstudie

Im Rahmen der quantitativen Teilstudie der Prozessevaluation wurden insgesamt 12 projektspezifische Fragebögen entwickelt, jeweils separate je Studiengruppe (IG, KG) und je Stakeholdergruppe (HA, MFA, PAT). Außerdem erfolgte eine Unterscheidung der Fragebögen hinsichtlich der vier verschiedenen Erhebungszeitpunkte (T0, T1, T2, Drop-Out Befragung, Befragung Informationsveranstaltung). Wobei die T1 Befragung nur in der Interventionsgruppe stattfand. Die Formulierung der jeweiligen Items zur Operationalisierung der Bewertung der Webinar-Schulung, Informationsmaterialien und Schulungsvideos unterschied sich zwischen den verschiedenen Stakeholdern (Leistungserbringer, Patienten) geringfügig. Jeder Fragebogen besteht aus verschiedene Skalen mit variierenden Antwortkategorien. Die verschiedenen Messzeitpunkte wurden zuvor unter Kapitel 2.4.6.1 *Erhebungszeitpunkte* und Tabelle 2-4 ausführlich erläutert.

Die Fragebögen im Rahmen der Prozessevaluation wurden basierend auf bereits bestehenden oder validierten Fragebögen und auf einer Auswahl von eigenen, studienspezifischen Neuformulierungen von den Evaluatoren entwickelt. Diese wurden der jeweiligen Stakeholder-Gruppe entsprechend angepasst.

Im ersten Schritt erfolgte eine thematische Literaturrecherche im Bereich der Implementierungsforschung. Anschließend die Entwicklung der Erhebungsinstrumente. Die Items bzw. Skalen der Fragebögen entstanden basierend auf den folgenden Messinstrumenten:

- *Fragebogen zur Messung der Patientenzufriedenheit (ZUF-8)* [35]
- *WORKSHOP EVALUATION FORM (TCU WEVAL)* [36]
- *Helping Alliance Questionnaire (HAQ)* [37], übersetzt ins Deutsche von [38]
- *Fremdbeurteilung Helping Alliance Questionnaire (HAQ-F)* [37]
- *Attitudes towards Psychological Online Interventions Questionnaire (APOI)* (2015) [39]
- *Evidence-Based Practice Attitude Scale (EBPAS)* [40]
- *The Patients Assessment Chronic Illness Care (PACIC) questionnaire* [41]
- *Credibility / expectancy questionnaire (CEQ)* [42]

Während der Entwicklungsphase stimmten die Evaluatoren alle Fragebögen mit dem gesamten Studienteam ab, konsentierten diese gemeinsam und wurden anschließend pilotiert. Die jeweiligen Pre-Tests wurden mittels der Think-Aloud-Methode durchgeführt. Nach der Pilotierung der Fragebögen wurden die T0-, T1- und T2-Messinstrumente an

Embloom zur Digitalisierung weitergeleitet. Speziell für die Aufgabe geschulte Mitarbeitende haben diese in eine für die Plattform lesbare Form gebracht und getestet. Es erfolgte eine Qualitätsprüfung bevor diese zur Verwendung als digitales Erhebungsinstrument eingesetzt wurden.

Der Fragebogen zur Drop-Out Befragung (siehe Anlage 1) dagegen wurde postalisch versendet. Die ausgefüllten Fragebögen wurden von den HA direkt an das Evaluatorenteam zurückgesendet.

Allen Fragebögen vorangestellt wurde ein kurzer Informationstext. Dieser klärte über die Studienziele, die geschätzte Ausfülldauer und die Einwilligung in die Datenverarbeitung auf. Die Messinstrumente zum Zeitpunkt T0, Drop-Out Befragung und der Befragung nach der Informationsveranstaltungen (siehe Anlage 2) enthielten zudem Items zur Erfassung der Soziodemographie der Leistungserbringer (siehe Anlage 3 & Anlage 4) und Patienten (siehe Anlage 5).

Die Fragebögen für HA (siehe Anlage 6 - Anlage 9) umfassten weitere folgende Themen:

- Akzeptanz, Einstellung und Erwartungen an die Intervention
- Einstellung zu Online-Interventionen
- Umsetzung (Absicht), Zufriedenheit (Angemessenheit) der Intervention / Behandlung
  - Absicht die Intervention in der Praxis einzusetzen bzw. anzuwenden
  - Nutzung / Umsetzbarkeit / Machbarkeit der Intervention
- Bewertung der digitalen Schulung (nur Interventionsgruppe)

Die Fragebögen für MFA (siehe Anlage 10 - Anlage 12) umfassten folgende Themen:

- Einstellung zu Online-Interventionen
- Nutzung / Umsetzbarkeit / Machbarkeit der Intervention
- Kommunikation und Kollaboration zwischen MFA und HA
- Arbeitszufriedenheit
- Bewertung der digitalen Schulung (nur Interventionsgruppe)

Der Fragebogen für PAT (siehe Anlage 13 - Anlage 16) erfassten folgende Themen:

- Akzeptanz, Einstellung und Erwartungen an die Intervention
- Umsetzung
  - Absicht die Intervention in den Alltag einzusetzen bzw. anzuwenden
  - Nutzung / Umsetzbarkeit der Intervention
- Bewertung der digitalen Schulung (nur Interventionsgruppe)

### Qualitative Teilstudie

Die explorativen Interviews wurden mittels selbst entwickelten, halbstrukturierten Interviewleitfäden erhoben. Es wurden zunächst drei Leitfäden separat für die verschiedenen Stakeholder (HA, MFA, PAT) der Interventionsgruppe entwickelt (siehe Anlage 17 - Anlage 19). Die Fragen der Leitfäden orientierten sich an den vorab definierten Fragestellungen der Prozessevaluation. Alle Leitfäden folgen daher einer gemeinsamen Struktur und gleichartigen Themenkomplexen. Jedoch werden die verschiedenen Stakeholdergruppen in ihrer individuellen Rolle, bzgl. ihrer Erfahrungen und Perspektiven in Bezug auf die Intervention bzw. Studienteilnahme anhand spezifischer Unterkategorien (Unterfragen) reflektiert.

Im Vorfeld der Durchführung der Interviews wurden die Leitfäden sowohl innerhalb des Studienteams als auch im Rahmen einer interprofessionellen Forschungswerkstatt diskutiert, konsentiert und im Anschluss auf Vollständigkeit, Verständlichkeit und Praktikabilität pilotiert [29]. Nachfolgend wurden die Leitfäden entsprechend angepasst.

Die Leitfäden der Interventionsgruppe erfassten folgende Themenkomplexe (Hauptkategorien):

- Motivation (Grund) und Erwartungen der Studienteilnahme
- Ablauf, Umsetzbarkeit und Machbarkeit
- Bewertung des Arzttermins, Telefon-Monitoring, Schulung und Embloom-Plattform
- Fördernde und hemmende Faktoren
- Akzeptanz und Bewertung der Intervention

Im Studienverlauf erfolgten Modifizierungen der Interviewleitfäden der Interventionsgruppe. Die Themenkomplexe der Leitfäden wurden für die Kontrollgruppe und Drop-Out HA angepasst. Dies erfolgte angesichts der unerwarteten niedrigen Anzahl rekrutierter Studienteilnehmer. Um die Fallzahl zu erhöhen und um die Gründe der Inaktivität bzw. Nicht-Umsetzung der Studie zu beleuchten, wurden insgesamt drei weitere Leitfäden für HA, MFA und PAT der Kontrollgruppe und ein weiterer Leitfaden für die Gruppe der Drop-Out HA entwickelt. Hierbei blieben die Themenkomplexe (Hauptkategorien) der Leitfäden der Kontrollgruppe (siehe Anlage 20 - Anlage 22) gleich und lediglich die jeweiligen Unterfragen wurden neu formuliert.

Der Leitfaden der Drop-Out Hausärzte (siehe Anlage 23) adressierte die folgenden Themenkomplexe (Hauptkategorien):

- Motivation (Grund) und Erwartungen der Studienteilnahme
- Ablauf, Umsetzbarkeit und Machbarkeit der Studie
- Einfluss durch SARS-CoV-2-Pandemie
- Fördernde und hemmende Faktoren

Aufgrund der SARS-CoV-2-Pandemie erfolgten alle Interviews telefonisch über das online Portal *DFNconf* [43]. Zwei erfahrene Studienmitarbeiterinnen führten sowohl die Interviews als auch deren Analyse durch. Die Teilnahme an den Interviews war freiwillig. Von allen Teilnehmenden der Interviews liegt eine schriftliche Einverständniserklärung vor. Vor Beginn der Interviews erfolgte jeweils eine schriftliche und mündliche Aufklärung über den Inhalt und Ablauf der Studie bzw. des Interviews sowie Erläuterungen zum Datenschutz und dem Umgang mit den erhobenen Daten.

Nach informierter Einwilligung der Teilnehmer wurden die Interviews digital aufgezeichnet und anschließend durch eine geschulte wissenschaftliche Hilfskraft transkribiert. Vorab festgelegte Transkriptionsregeln wurden innerhalb des Studienteams gemeinsam erarbeitet und orientierten sich an einschlägiger Literatur [44–46]. Die Transkription erfolgte wortwörtlich, ohne Dialekt und anonymisiert. Im Nachgang zu jedem Interview wurden durch die Interviewerin Feldnotizen zu dem Gesprächsklima und / oder zu Besonderheiten im Zusammenhang mit dem Interview angefertigt.

## **2.4.7 Datenanalyse Prozessevaluation**

### Quantitative Teilstudie

Die Datenanalyse der Fragebogenerhebungen erfolgte deskriptiv mittels der statistischen Software SPSS, Version 28.0 [47]. Vor Beginn der Auswertung wurde eine umfangreiche Plausibilitätsprüfung durchgeführt. Nach der Datenaufbereitung erfolgte die deskriptive

Analyse je Studiengruppe (IG, KG) für die jeweiligen drei Stakeholder-Gruppen (HA, MFA, PAT) zu den Messzeitpunkten T0, T1, T2 und Drop-Out Befragung.

### Qualitative Teilstudie

Die Analyse der Interviews führten zwei erfahrene Studienmitarbeiterinnen durch. Die Transkripte der Interviews wurden mithilfe der computergestützten Daten- und Textanalyse Software MAXQDA Version 18.2.5 [48] qualitativ ausgewertet. Die Analyse der qualitativen Interviews erfolgte in Anlehnung an die strukturierte Inhaltsanalyse nach [49] und [46], was die Systematik des Codierprozesses gewährleisten soll. Ziel war es, ein Kategoriensystem zu erschaffen, welches die Äußerungen der Teilnehmenden widerspiegelt, wobei aber die Nachvollziehbarkeit des Inhalts der jeweiligen Kategorien dennoch im Mittelpunkt steht. Der Codierprozess war eine Kombination aus deduktiver und induktiver Kategorienbildung. Zunächst gaben die Leitfadenfragen der Interviews die deduktiven Kategorien vor, die während des Codierprozesses durch induktive Kategorien erweitert wurden. Das heißt also, dass zuerst ein Codesystem separat für jede Stakeholdergruppe (HA, MFA, PAT) je Studiengruppe (IG, KG, Drop-Out) angelegt wurde. Die Kategorien unterteilen sich in Hauptkategorien und in Unterkategorien, wenn Themen näher spezifiziert werden sollten.

Im Rahmen der induktiven Kategorienbildung wurden die vorliegenden Interviews sequenziell bearbeitet, sodass aus den Aussagen der interviewten Personen neue Kategorien gebildet oder Textstellen den bereits existierenden Kategorien zugeordnet wurden [45,46,49]. In Anlehnung an Rädiker & Kuckartz (2019) [46] orientierte sich das Codieren aller Interviews an zwei Schritte. Das Ziel war es, gemeinsam inhaltlich passende Codes zu erstellen. Der Begriff *Code* bezieht sich hier auf „Informationen“, die sich anhand der Interviews ergeben. Im *ersten Schritt* erfolgte ein „Gleichzeitiges gemeinsames Codieren“ der ersten beiden Interviews der jeweiligen Studiengruppe (IG, KG, Drop-Out), beginnend mit dem Datenmaterial der Stakeholdergruppe HA. Die Daten wurden gemeinsam diskutiert und bei Eignung bereits bestehenden Kategorien (deduktiv) zugewiesen oder neue Kategorien wurden erstellt (induktiv). Dadurch war eine Annäherung an das Datenmaterial und die Erprobung des Codesystems möglich. Bereits in diesem ersten Schritt erfolgten geringe Anpassungen des Codesystems, Subkategorien wurden weiter ausdifferenziert und Codedefinitionen wurden eindeutiger formuliert. Infolge des ersten Schritts gingen die Evaluatoreninnen in den *zweiten Schritt* „Gleichzeitiges unabhängiges Codieren“ über, bei dem die übrigen Interviews von Beginn an unabhängig voneinander codiert wurden und im Anschluss die Ergebnisse gemeinsam mit dem Ziel der Konsensfindung verglichen wurden. Zudem wurde zur besseren Beurteilung der (Nicht-) Übereinstimmungen die Intercoder-Übereinstimmung identifiziert. Die (Nicht-) Übereinstimmungen wurden diskutiert und infolgedessen die weiteren Interviews codiert. Durch dieses schrittweise Vorgehen und die Bestimmung der Intercoder-Übereinstimmung war es möglich, innerhalb des Prozesses das Codesystem stetig anzupassen, bspw. durch das Bilden von neuen Subkategorien oder das genauere Definieren der Hauptkategorien.

Im Rahmen der kategoriebasierten Interviewauswertung wurde als Gütekriterium die Prüfung der „**Intercoder-Übereinstimmung**“ in MAXQDA einbezogen [46,49]. Die Bestimmung der „Intercoder-Übereinstimmung“ oder nach Schreier [50] des „Übereinstimmungskoeffizienten“ (coefficient of agreement) während der Auswertungsphase von Interviews mit zwei oder mehr Forschenden, gilt als Qualitätsmerkmal und gibt das Ausmaß der Übereinstimmung bzw. eine Kontrolle der Nicht-Übereinstimmung der zugeordneten Interviewpassagen zu Kategorien an [46,50]. Die Intercoder-Übereinstimmung wird als prozentualer Wert angegeben. Für die Berechnung des Prozentsatzes gilt, je näher der Wert an 100 % liegt, desto höher ist die Zuverlässigkeit (Konsistenz) der Codierung. Um die Codierqualität der Interviews im Rahmen der PREMA-Studie zu erhöhen, erfolgte die

Übereinstimmungsanalyse durch die in MAXQDA integrierte Funktion „Intercoder-Übereinstimmung“. Die Übereinstimmungsprüfung der Codierungen von zwei Forschenden erfolgte auf Segment-Ebene. Die Codierungen aller Unterkategorien der Hauptkategorien wurden im Einzelnen verglichen und auf Übereinstimmung geprüft. Hierfür wurde die minimale prozentuale Überlappung der Codes auf 95 % gesetzt. Diese Empfehlung von Rädiker & Kuckartz [46] entspricht einem angemessenen Toleranzbereich, um unbedeutende Codierunterschiede an den Segmentgrenzen, z.B. ein Codierer hat ein Wort oder Satzzeichen mehr codiert, außer Acht zu lassen.

Zur Wahrung der Anonymität wurden für die Darstellung der Interviewergebnisse Pseudonyme gebildet. Das heißt, „HA“ steht für „Hausarzt“, „MFA“ für Medizinische Fachangestellte und „PAT“ für Patient. Dem nachstehend wurde ein Zahlencode, entsprechend für die jeweils interviewte Person vergeben. Außerdem wurde durch die Abkürzung „IG“ oder „KG“ auf die zugehörige Studiengruppe verwiesen.

### 3. Ergebnisse der Evaluation

#### 3.1 Deskription der Stichprobe

Ein Flow Chart für die Rekrutierung und endgültigen Anzahlen von teilnehmenden Hausärzten, Medizinischen Fachangestellten und Patienten ist in Abbildung 2 dargestellt. Im Folgenden werden die einzelnen Gruppen näher charakterisiert.

##### 3.1.1 Hausärzte (HA)

In der Studie sind Angaben zu insgesamt 18 aktiven Hausärzten 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 (67%) 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 Tabelle 3-1).

Tabelle 3-1 HA Charakteristika

Variable	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%)

Akronym: PREMA

Förderkennzeichen: 01NVF17037

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%)

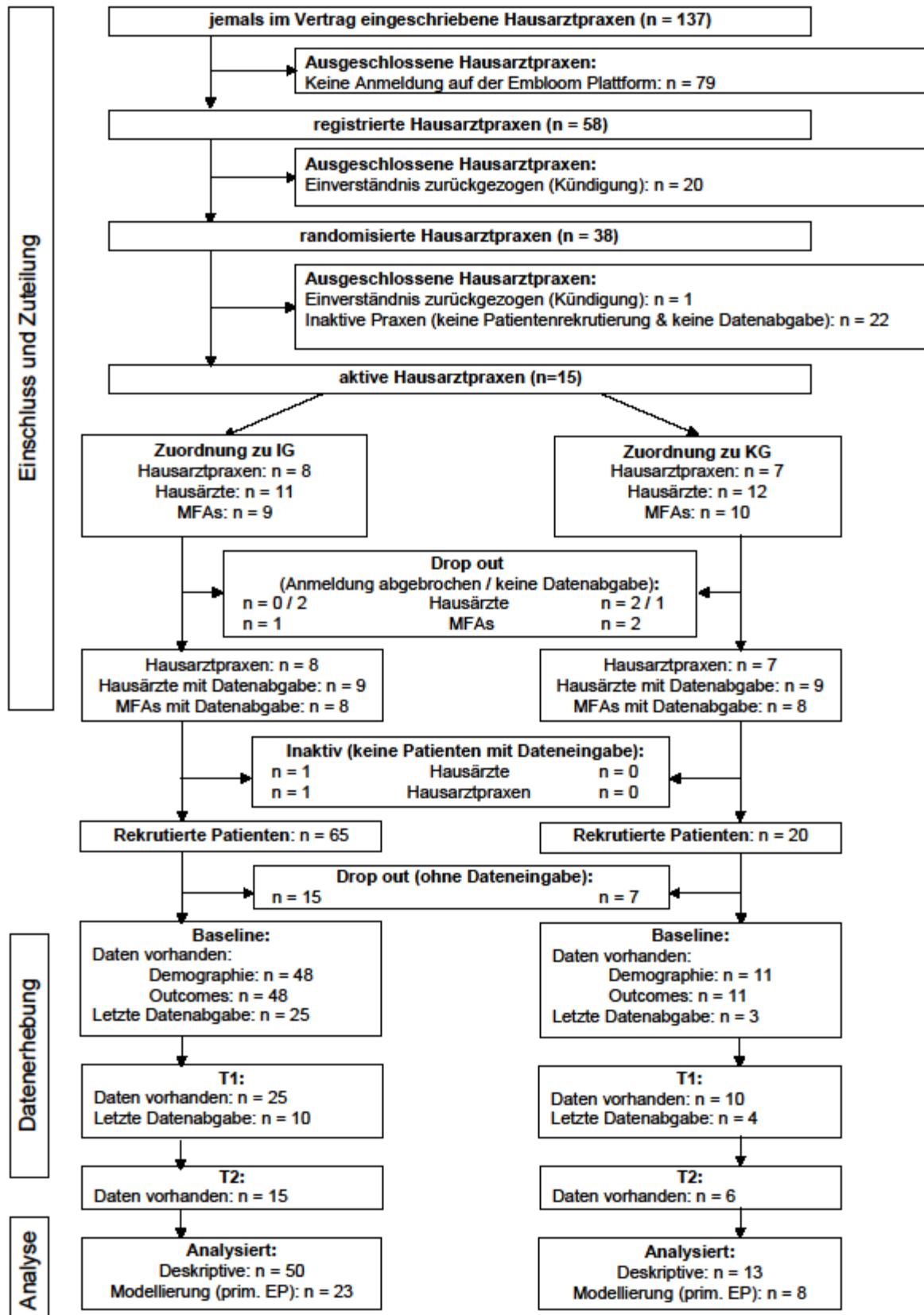


Abbildung 2: Flow Chart



### 3.1.2 Medizinische Fachangestellte (MFA)

Die insgesamt 16 MFAs (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 MFA haben eine Weiterbildung zur NäPA (2 (13%)), Schulungen zur VERAHPlus (1(6%)) oder andere Weiterbildungen (3 (19%)) absolviert. (siehe Tabelle 3-2)

Tabelle 3-2 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 Mitarbeiter	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%)

### 3.1.3 Patienten (PAT)

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 Gesamtteilnehmerzahl 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 Jahre und in der IG 54,3 Jahre (Tabelle 3-10).

Von 4 weiteren Personen gibt es im Verlauf Angaben zu Outcomeparametern ohne dass demographische Daten existieren. Für die weiteren 22 eingeschlossenen Patienten liegen weder demographische Daten noch Angaben zu den Studienoutcomes vor. (siehe Abbildung 2: Flow Chart)

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

Tabelle 3-3 Patienten Charakteristika

		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%)	
	Fehlende Angabe	0/13 (0,0%)	3/50 (6,0%)	3/63 (4,8%)	
Familienstand	Verwitwet	0/11 (0,0%)	1/48 (2,1%)	1/59 (1,7%)	0,886
	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%)	
	Fehlende Angabe	2/13 (15,4%)	2/50 (4,0%)	4/63 (6,3%)	
Wohnort	Ich kann dazu keine genauen Angaben machen	0/11 (0,0%)	4/48 (8,3%)	4/59 (6,8%)	0,350
	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%)	16/59 (27,1%)	
	Großstadt (mehr als 100,000 Einwohner)	2/11 (18,2%)	10/48 (20,8%)	12/59 (20,3%)	
	Fehlende Angabe	2/13 (15,4%)	2/50 (4,0%)	4/63 (6,3%)	
Lebenssituation	Mit Sonstigen (im Privathaushalt)	0/11 (0,0%)	2/48 (4,2%)	2/59 (3,4%)	0,454
	Mit Angehörigen (im Privathaushalt)	2/11 (18,2%)	12/48 (25,0%)	14/59 (23,7%)	

		KG (N=13)	IG (N=50)	Total (N=63)	p*
	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%)	
	Fehlende Angabe	2/13 (15,4%)	2/50 (4,0%)	4/63 (6,3%)	
Schulabschluss	Von der Schule abgegangen ohne Abschluss	1/11 (9,1%)	0/48 (0,0%)	1/59 (1,7%)	0,583
	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%)	
	Fehlende Angabe	2/13 (15,4%)	2/50 (4,0%)	4/63 (6,3%)	
Berufsabschluss	Keinen beruflichen Abschluss	1/11 (9,1%)	4/48 (8,3%)	5/59 (8,5%)	0,464
	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%)	
	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.

## 3.2 Ergebnisse aus Teilprojekt 1

### 3.2.1 Primäroutcome

Die primäre Zielgröße, der 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 betrugen 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 3-4)

Aus der statistischen Modellierung ergibt sich ein Unterschied in der Entwicklung des MHI-5 Index 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 3-5)

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 Index selbst steigen aber in den folgenden 6 Monaten noch weiter an.

Tabelle 3-4 Primäre Zielgröße MHI-5: Deskriptive Beschreibung zu Baseline, T1 und T2

Variable	Behandlungsgruppe	T0 (Baseline)		T1 (6 Monate)		T2 (12 Monate)	
MHI-5 Index	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 3-5 Primäre Zielgröße MHI-5: Ergebnisse der Modellierung, Differenz zur Baseline

Variable	Zeitpunkt	IG	KG	IG vs. KG		Interaktion p
		geschätzter Mittelwert [95% CI]	geschätzter Mittelwert [95% CI]	Mittlerer Unterschied [95% CI]	p	
MHI-5 Index	T1	13,26 [ 6,00 ; 20,52]	6,07 [-6,26 ; 18,40]	7,19 [-7,25 ; 21,64]	0,329	0,745
	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	

### 3.2.2 Sekundäroucomes

#### PAS

Der PAS [8,13] wurde 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 PAS Summenscore betragen zu T0: 2,5  $\pm$  2,2 (IG) bzw. 2,3  $\pm$  2,4 (KG); zu T1: 0,8  $\pm$  1,5 (IG) bzw. 1,4  $\pm$  2,5 (KG); zu T2: 0,6  $\pm$  1,3 (IG) bzw. 1,8  $\pm$  2,7 (KG). Ergebnisse der Einzelitems A1 und A2 sind in Tabelle 3-6 zu finden (PAS Item 1, PAS Item 2).

In der Modellierung 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.

### MIA

Der MIA [14] 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).

In der Modellierung 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 [15] 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, liegt 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, liegt in der Kontrollgruppe kaum Veränderung vor ( $-2,45$ , 95% CI  $[-16,63; 11,73]$ ) – was einen Gruppenunterschied von  $14,85$  (95% CI  $[-4,45; 34,14]$ ,  $p=0,132$ ) zur Folge hat.

### Morisky-Score (Medikamenten Adhärenz)

Werte zum Morisky-Score [17] liegen zu T0 von 24 Personen in der IG und von 10 Personen in der KG vor, 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 [8] 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 [20] 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:  $p=0,145$ ).

Tabelle 3-6 Sekundäre Outcomes: Deskriptive Beschreibung zu Baseline, T1 und T2

Variable	Behandlungsgruppe	T0 (Baseline)		T1 (6 Monate)		T2 (12 Monate)	
		Mittelwert (SD)	N	Mittelwert (SD)	N	Mittelwert (SD)	N
PAS Summenscore	IG	2,5 (2,2)	N=24	0,8 (1,5)	N=25	0,6 (1,3)	N=15
	KG	2,3 (2,4)	N=10	1,4 (2,5)	N=9	1,8 (2,7)	N=6
PAS Item 1	IG	1,3 (1,2)	N=24	0,4 (0,8)	N=25	0,3 (0,6)	N=15
	KG	1,3 (1,4)	N=10	0,8 (1,4)	N=9	1,0 (1,5)	N=6
PAS Item 2	IG	1,3 (1,1)	N=24	0,4 (0,8)	N=25	0,3 (0,8)	N=15
	KG	1,0 (1,1)	N=10	0,7 (1,1)	N=9	0,8 (1,2)	N=6
MIA	IG	2,1 (0,7)	N=24	2,0 (0,9)	N=25	1,7 (0,7)	N=15
	KG	2,4 (0,7)	N=10	2,5 (0,9)	N=10	2,7 (0,9)	N=6
PACIC Summenscore	IG	28,7 (19,6)	N=24	56,7 (28,3)	N=25	55,6 (29,8)	N=15
	KG	31,5 (17,9)	N=10	27,3 (21,9)	N=10	39,2 (20,7)	N=6
PACIC Item 12	IG	41,3 (30,4)	N=24	69,6 (32,5)	N=25	68,7 (27,0)	N=15
	KG	28,0 (23,5)	N=10	30,0 (33,9)	N=9	46,7 (33,3)	N=6
Morisky-Score	IG	2,8 (1,3)	N=24	3,3 (1,1)	N=25	3,1 (1,1)	N=15
	KG	2,6 (1,3)	N=10	2,9 (1,5)	N=9	1,5 (1,6)	N=6
PHQ-9	IG	11,8 (5,0)	N=47	5,6 (3,4)	N=25	4,5 (2,7)	N=15
	KG	12,6 (4,4)	N=13	8,7 (3,7)	N=10	9,7 (4,0)	N=6
OASIS	IG	9,3 (3,5)	N=47	5,2 (4,2)	N=25	4,5 (3,2)	N=15
	KG	9,3 (3,8)	N=13	8,4 (4,5)	N=10	9,8 (4,9)	N=6

Tabelle 3-7 Sekundäre Outcomes: Ergebnisse der Modellierung (Differenz zur Baseline, baseline-adjustiert)

Variable	Zeitpunkt	IG	KG	IG vs. KG		Interaktion
		geschätzter Mittelwert [95% CI]	geschätzter Mittelwert [95% CI]	geschätzter Mittelwert [95% CI]	p	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	
MIA 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 Summen-score	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 [ 1,11 ; 37,98]	-2,55 [-21,18 ; 16,09]	22,10 [-4,12 ; 48,31]	0,099	
	total	12,40 [-0,50 ; 25,29]	-2,45 [-16,63 ; 11,73]	14,85 [-4,45 ; 34,14]	0,132	
Morisky-Score	T1	0,39 [-0,12 ; 0,89]	0,13 [-0,43 ; 0,70]	0,25 [-0,50 ; 1,01]	0,511	0,543
	T2	-0,00 [-0,57 ; 0,57]	-0,44 [-1,04 ; 0,17]	0,44 [-0,40 ; 1,27]	0,306	
	total	0,23 [-0,26 ; 0,72]	-0,08 [-0,63 ; 0,46]	0,31 [-0,42 ; 1,05]	0,404	
PHQ-9 Score	T1	-7,91 [-9,21 ; -6,62]	-4,87 [-6,87 ; -2,86]	-3,05 [-5,43 ; -0,66]	0,012	0,325
	T2	-8,76 [-10,28 ; -7,24]	-4,52 [-6,85 ; -2,19]	-4,24 [-7,02 ; -1,46]	0,003	
	total	-8,20 [-9,45 ; -6,96]	-4,78 [-6,69 ; -2,86]	-3,43 [-5,71 ; -1,14]	0,003	
OASIS Summen-score	T1	-3,05 [-4,46 ; -1,63]	-0,77 [-2,97 ; 1,43]	-2,27 [-4,91 ; 0,36]	0,091	0,145
	T2	-3,02 [-4,68 ; -1,37]	1,16 [-1,39 ; 3,71]	-4,18 [-7,23 ; -1,13]	0,007	
	total	-3,02 [-4,37 ; -1,66]	-0,13 [-2,23 ; 1,98]	-2,89 [-5,41 ; -0,37]	0,025	

Insbesondere bezüglich der PHQ-9- und OASIS-Ausgangsscores ist das Gesamtkollektiv sehr heterogen, da es sich aus Patienten mit Depressionssymptomatik und denjenigen mit PD/AG zusammensetzt. Für die Personen ohne die jeweilige Auffälligkeit ist kein so großer Effekt zu erwarten, wie für diejenigen, die positiv gescreent wurden. Daher ist es sinnvoll die entsprechenden Subgruppen zu betrachten, die bezüglich des jeweiligen Parameters positiv gescreent wurden.

Wie zu erwarten sind die jeweiligen beobachteten Mittelwerte in den Subgruppen meist höher als im Gesamtkollektiv (Tabelle 3-8).

Für die Modellierung lassen sich trotz noch kleinerer Stichprobengröße relevante Effekte zeigen (siehe Tabelle 3-9).

Für den PHQ-9 Score ist auch hier in beiden Gruppen im Mittel eine Verbesserung (Senkung) zu beobachten, die in der Interventionsgruppe vergleichbar zur Gesamtgruppe relevant stärker ausfällt als in der Kontrollgruppe (-3,45, 95% CI [-6,31; -0,60],  $p=0,018$ ). Dieser Effekt besteht schon zu T1 (-2,99 [-5,96; -0,02],  $p=0,048$ ), verstärkt sich noch etwas zu T2 (-4,33 [-7,63; -1,03],  $p=0,010$ , T1 vs. T2:  $p=0,322$ ).

Für den OASIS Summenscore bleiben die Veränderungen gegenläufig sind aber noch stärker ausgeprägt. Hier fällt die Änderung gegenüber der Gesamtgruppe stärker aus, da der deutlich kleinere Anteil der eingeschlossenen Patienten mit PD/AG diagnostiziert wurde. Während zu T1 in beiden Gruppen im Mittel eine Senkung vorliegt, die in der Interventionsgruppe deutlich stärker ausfällt als in der Kontrollgruppe (-3,49 [-7,87; 0,90],  $p=0,119$ ), hat diese zu T2 nur in der Interventionsgruppe Bestand. In der Kontrollgruppe steigen die Werte im Mittel sogar deutlich wieder an, wodurch sich im Mittel ein größerer Unterschied zugunsten der Interventionsgruppe ergibt (-6,13 [-11,11; -1,15],  $p=0,016$ ), T1 vs. T2:  $p=0,130$ ).

Tabelle 3-8 Subgruppenbetrachtung PHQ-9 und OASIS, Deskriptive Beschreibung zu Baseline, T1 und T2

Variable	Behandlungsgruppe	T0 (Baseline)		T1 (6 Monate)		T2 (12 Monate)	
		Mittelwert (SD)	N	Mittelwert (SD)	N	Mittelwert (SD)	N
PHQ-9 Score bei Depressionspatienten	IG	13,9 (3,4)	N=36	5,8 (3,5)	N=22	4,6 (2,8)	N=13
	KG	14,0 (4,0)	N=10	9,0 (3,7)	N=7	9,6 (4,4)	N=5
OASIS Summenscore bei PD/AG Patienten	IG	10,7 (2,0)	N=37	6,2 (4,6)	N=17	5,0 (3,7)	N=10
	KG	12,0 (1,5)	N=8	10,1 (4,2)	N=7	12,8 (2,2)	N=4

Tabelle 3-9 Subgruppenbetrachtung PHQ-9 und OASIS: Ergebnisse der Modellierung (Differenz zur Baseline, baseline-adjustiert)

Variable	Zeitpunkt	IG	KG	IG vs. KG		Interaktion
		geschätzter Mittelwert [95% CI]	geschätzter Mittelwert [95% CI]	geschätzter Mittelwert [95% CI]	p	p
PHQ-9 Score bei Depressionspatienten	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 Summenscore 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	

### 3.3 Ergebnisse aus Teilprojekt 2

#### 3.3.1 Deskription gesundheitsökonomische Stichprobe

Die gesundheitsökonomische Stichprobe besteht 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. Bei diesen 34 Personen handelt es sich um eine Teilstichprobe der 59 Personen mit vollständigen Angaben zu Alter u. Geschlecht (Tabelle 3-10). Die gesundheitsökonomi-



sche 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 (Tabelle 3-11). 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 (Tabelle 3-12). 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 (Tabelle 3-13). Missings bei der Beantwortung einzelner Fragen des EQ5D traten nicht auf.

Tabelle 3-10 Alter und Geschlecht in den Studiengruppen zu T0, Gesamtstichprobe N=59

	Kontrollgruppe Alter: MW (SD) N			Interventionsgruppe Alter: MW (SD) N			Total Alter: MW (SD) N		
Männlich	55,00	(6,24)	3	54,88	(15,72)	16	54,89	(14,50)	19
Weiblich	51,88	(7,53)	8	54,03	(13,01)	32	53,60	(12,06)	40
Total	52,73	(7,04)	11	54,31	(13,81)	48	54,02	(12,78)	59

Tabelle 3-11 Alter und Geschlecht in den Studiengruppen zu T0, gesundheitsökonomische Daten N=34

	Kontrollgruppe Alter: MW (SD) N			Interventionsgruppe Alter: MW (SD) N			Total % (SD) N		
Männlich	55,00	(6,24)	3	60,60	(11,93)	5	58,50	(10,04)	8
Weiblich	52,71	(7,72)	7	52,42	(13,72)	19	52,50	(12,24)	26
Total	53,40	(7,04)	10	54,13	(13,55)	24	53,91	(11,90)	34

Tabelle 3-12 Pattern der Beantwortung des gesundheitsökonomischen Fragebogens (FIMA)

Pattern	Häufigkeit	(%)
101	11	(28,95)
100	23	(60,53)
001	4	(10,53)
Total	38	100,00

Tabelle 3-13 Pattern der Beantwortung des EQ5D-5L

Pattern	Häufigkeit	(%)
111	10	(19,23)
110	6	(11,54)
100	18	(34,62)
011	11	(21,15)
010	7	(13,46)
Total	52	(100,00)

### 3.3.2 Leistungsanspruchnahme - Deskription

#### 3.3.2.1 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 (Tabelle 3-14). 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 dokumentiert. Sonstige ambulante Ärzte 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 Ärzten 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.

Tabelle 3-14 Ambulante Leistungsanspruchnahme (Anzahl Kontakte in 6 Monaten)\*

	Zeitpunkt	Kontrollgruppe MW (SD)	Interventionsgruppe MW (SD)	Total
Allgemeinmediziner	T0	9,40	7,41	8,00
		(5,27)	(4,37)	(4,66)
	T2	10,67	8,11	9,13
		(3,56)	(7,29)	(6,05)
Psychologe	T0	2,40	2,42	2,41
		(4,92)	(10,17)	(8,87)
	T2	6,17	3,78	4,73
		(4,93)	(10,17)	(8,87)
Psychiater	T0	0,50	0,17	0,26
		(0,85)	(0,48)	(0,62)
	T2	0,00	0,00	0,00
		(0,00)	(0,00)	(0,00)
Sonstige ambulante Ärzte	T0	8,50	3,41	4,91
		(11,44)	(2,73)	(6,81)
	T2	5,00	3,00	3,8
		(3,69)	(2,78)	(3,21)
Kassenärztlicher Notdienst	T0	0,10	0,46	0,35
		(0,32)	(1,32)	(0,12)
	T2	0,00	0,00	0,00
		(0,00)	(0,00)	(0,00)
Notarzt	T0	0,10	0,25	0,21
		(0,32)	(1,03)	(0,88)
	T2	0,00	0,00	0,00
		(0,00)	(0,00)	(0,00)

\*Stichprobengröße: T0: KG=10, IG=24; T1: KG=6, IG=9

### 3.3.2.2 Stationäre Leistungsanspruchnahme und Rehabilitation

Die Daten zur stationären Leistungsanspruchnahme lagen zur Baseline von 34 und zu T2 von 15 Personen vor (Tabelle 3-15). 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. Dies trifft auch für alle weiteren in Tabelle 3-15 aufgelisteten Variablen zu. Diese Werte sind nicht durch Missings in Folge von Antwortverweigerun-

gen verursacht. Es lagen gültige Angaben der Befragten vor, welche die Nicht-Inanspruchnahme dokumentieren. Die im Allgemeinkrankenhaus verbrachten stationären Tage betragen 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).

Tabelle 3-15 Stationäre Leistungsanspruchnahme u. Rehabilitation (jeweils in 6 Monaten)\*

	Zeitpunkt	Kontrollgruppe MW (SD)	Interventionsgruppe MW (SD)	Total
Anzahl Aufnahmen Allgemeinkrankenhaus	T0	0,10	0,42	0,32
		(0,32)	(0,97)	(0,84)
	T2	0,00	0,00	0,00
		(0,00)	(0,00)	(0,00)
Stationäre Tage Allgemeinkrankenhaus	T0	0,50	4,96	3,65
		(1,58)	(17,11)	(14,46)
	T2	0,00	0,00	0,00
		(0,00)	(0,00)	(0,00)
Anzahl Aufnahmen psychiatrische Einrichtung	T0	0,00	0,58	0,41
		(0,00)	(2,86)	(2,40)
	T2	0,00	0,00	0,00
		(0,00)	(0,00)	(0,00)
Stationäre Tage psychiatrische Klinik	T0	0,00	0,58	0,41
		(0,00)	(2,86)	(2,40)
	T2	0,00	0,00	0,00
		(0,00)	(0,00)	(0,00)
Anzahl Aufnahmen Rehaklinik	T0	0,02	1,13	0,85
		(0,42)	(4,32)	(3,64)
	T2	0,00	0,00	0,00
		(0,00)	(0,00)	(0,00)
Stationäre Tage Rehaklinik	T0	6,30	3,04	4,00
		(14,17)	(9,41)	(10,90)
	T2	0,00	0,00	0,00
		(0,00)	(0,00)	(0,00)

\*Stichprobengröße: T0: KG=9, IG=8; T2: KG=6, IG=9

### 3.3.3 Kosten - Deskription

#### 3.3.3.1 Ambulante Kosten

Basierend auf den Daten der ambulanten Kontakte konnten die Kosten für die ambulanten Kontakte zur Baseline für 34 und zu T2 für 15 Personen berechnet werden (Tabelle 3-16). Zur Baseline betragen die durch Besuche beim Allgemeinmediziner verursachten Kosten der Befragten im Zeitraum von 6 Monaten durchschnittlich 178 €. In der KG lagen die Kosten mit 210 € höher als in der IG mit 165 € pro Studienteilnehmer. Zum Studienzeitpunkt T2 lagen die durchschnittliche Kosten pro Teilnehmer mit 203 € höher als zur Baseline. Auch hier waren die Kosten mit 238 € in der KG höher als in der IG mit 181 €. Die Kosten für einen Psychologen waren zur Baseline mit durchschnittlich 209 € in beiden Gruppen nahezu identisch. Zum Zeitpunkt T2 stiegen diese Kosten in der KG auf 535 € und in der IG auf 328 €. Verglichen damit waren die durchschnittlichen Kosten für Besuche beim Psychiater zur Baseline mit durchschnittlich 13 € niedrig. In der KG betragen die Kosten 25 € und in der IG 8 €. Zum Zeitpunkt T2 betragen die Kosten für einen Psychiater in beiden Studiengruppen 0 €. Besuche bei sonstigen ambulanten Ärzten verursachten zur Baseline im

Schnitt 126 €. In der KG betragen die Kosten 218 € und in der IG 88 €. Zum Zeitpunkt T2 sanken die Kosten für sonstige ambulante Ärzten auf 128 € in der KG und 77 € in der IG. Die durchschnittlichen Kosten für den Kassenärztlichen Notdienst betragen zur Baseline im Schnitt 17 € (KG=5 €; IG=22 €). Die Kosten zum Zeitpunkt T2 betragen 0 €. Die durchschnittlichen Kosten für einen Notarzt betragen zur Baseline 150 € (KG=73 €; IG=182 €) und zu T2 0 €.

### 3.3.3.2 Stationäre Kosten

Basierend auf den Daten zur stationären Leistungsanspruchnahme konnten die stationären Kosten zur Baseline für 34 und zu T2 für 15 Personen berechnet werden (Tabelle 3-17). Die im Rahmen des Allgemeinkrankenhauses entstandenen stationären Kosten betragen während der Baseline durchschnittlich 2404 € und waren in der IG mit durchschnittlich 3268 € wesentlich höher als in der KG mit 330 €. Zum Zeitpunkt T2 betragen die Kosten für das Allgemeinkrankenhaus 0 €. Die Kosten für stationäre psychiatrische Kliniken betragen zur Baseline im Schnitt 155 € (KG=0 €; IG=220 €) und zu T2 0 €. Die Kosten für stationäre Rehakliniken betragen zur Baseline durchschnittlich 208 € (KG=327 €; IG=158 €) und 0 € zu T2.

### 3.3.3.3 Summe der Kosten

Basierend auf den Kosten für die einzelnen ambulanten Kontakte aus Tabelle 3-16 betragen die aggregierten durchschnittlichen ambulanten Kosten laut Tabelle 3-18 zur Baseline durchschnittlich 694 € (KG=738 €; IG 675 €) und zu T2 712 € (KG=901 €; IG=586 €). Basierend auf den Kosten für die einzelnen stationäre Kontakte aus Tabelle 3-17 betragen die aggregierten durchschnittlichen stationären Kosten 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 €).

Tabelle 3-16 Ambulante Kosten (in Euro für 6 Monate)\*

	Zeitpunkt	Kontrollgruppe MW (SD)	Interventionsgruppe MW (SD)	Total
Allgemeinmediziner	T0	209,56	165,34	178,35
		(117,59)	(97,49)	(103,99)
	T2	237,80	180,83	203,61
		(79,34)	(162,47)	(134,78)
Psychologe	T0	208,26	209,70	209,28
		(427,46)	(882,30)	(769,67)
	T2	535,11	327,81	410,73
		(397,33)	(591,36)	(516,98)
Psychiater	T0	24,85	8,28	13,16
		(42,24)	(23,93)	(30,73)
	T2	0,00	0,00	0,00
		(0,00)	(0,00)	(0,00)
Sonstige ambulante Ärzte	T0	218,02	87,64	125,99
		(293,51)	(70,11)	(174,81)
	T2	128,25	76,95	97,46
		(94,59)	(71,41)	(82,38)
Kassenärztlicher Notdienst	T0	4,84	22,17	17,07
		(15,30)	(63,76)	(54,42)
	T2	0,00	0,00	0,00
		(0,00)	(0,00)	(0,00)
Notarzt	T0	72,91	182,28	150,12
		(230,57)	(752,54)	(641,68)
	T2	0,00	0,00	0,00
		(0,00)	(0,00)	(0,00)

\*Stichprobengröße: T0: KG=10, IG=24; T2: KG=6, IG=9

Tabelle 3-17 Stationäre Kosten u. Rehabilitation (in Euro für 6 Monate)

	Zeitpunkt	Kontrollgruppe MW (SD)	Interventionsgruppe MW (SD)	Total
Allgemeinkrankenhaus	T0	329,54	3267,90	2403,67
		(1042,08)	(11278,11)	(9528,62)
	T2	0,00	0,00	0,00
		(0,00)	(0,00)	(0,00)
Psychiatrische Klinik	T0	0,00	220,23	155,46
		(0,00)	(1078,90)	(906,45)
	T2	0,00	0,00	0,00
		(0,00)	(0,00)	(0,00)
Stationäre Tage Rehaklinik	T0	326,83	157,79	207,51
		(735,31)	(487,97)	(565,27)
	T2	0,00	0,00	0,00
		(0,00)	(0,00)	(0,00)

\*Stichprobengröße: T0: KG=9, IG=8; T2: KG=6, IG=9

Tabelle 3-18 Kosten aggregiert (in Euro für 6 Monate)

		Kontrollgruppe MW (SD)	Interventionsgruppe MW (SD)	Total
Ambulante Kosten	T0	738,44	675,42	693,96
		(968,97)	(1707,82)	(1513,18)
	T2	901,15	585,59	711,81
		(400,00)	(686,68)	(593,46)
Stationäre Kosten	T0	656,36	3645,92	2766,63
		(1478,20)	(11452,65)	(9691,46)
	T2	0,00	0,00	0,00
		(0,00)	(0,00)	(0,00)
Kosten Gesamt	T0	1394,81	4321,34	3460,59
		(1638,96)	(11856,60)	(10027,15)
	T2	901,15	585,59	711,81
		(400,00)	(686,68)	(593,46)

\*Stichprobengröße: T0: KG=10, IG=24; T2: KG=6, IG=9

### 3.3.4 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 %) (Tabelle 3-19). 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) (Tabelle 3-20). Die Fragen zur Anzahl der eingenommenen Medikamente wurde zur Baseline von 28 Personen (KG=9, IG=19) und zu T2 von 12 Personen beantwortet (KG=5, IG=7).

Tabelle 3-19 Anteil der Personen mit mindestens 1 eingenommenen Medikament in letzter Woche\*

	Kontrollgruppe	Interventionsgruppe	Total
T0	90,00 %	79,17 %	82,35 %
T2	100,00 %	77,78 %	85,71 %

\*Stichprobengröße: T0: KG=10, IG=24; T2: KG=5, IG=9

Tabelle 3-20 Durchschnittliche Anzahl der eingenommenen Medikamente\*

	Kontrollgruppe MW (SD)	Interventionsgruppe MW (SD)	Total
T0	2,67	3,32	3,11
	(1,50)	(2,50)	(2,22)
T2	3,20	1,92	3,67
	(1,92)	(1,63)	(1,72)

\*Stichprobengröße: T0: KG=9, IG=19; T2: KG=5, IG=7

### 3.3.5 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 (Tabelle 3-21).

Tabelle 3-21 Effektmaße\*

	Zeitpunkt	Kontrollgruppe MW (SD)	Interventionsgruppe MW (SD)	Total
EQ-5D-5L Index Deutschland	T0	0,75	0,74	0,74
		(0,16)	(0,21)	(0,20)
	T1	0,65	0,78	0,75
		(0,28)	(0,19)	(0,22)
	T2	0,75	0,83	0,80
		(0,27)	(0,13)	(0,18)
EQ-VAS	T0	56,2	58,71	57,97
		(11,19)	(20,97)	(18,49)
	T1	33,00	62,64	54,79
		(26,26)	(28,33)	(30,44)
	T2	55,00	51,33	52,38
		(21,67)	(31,75)	(28,74)

\*Stichprobengröße: T0: KG=10, IG=24; T1: KG=9, IG=25; T2: KG=6, IG=15

### 3.3.6 Regressionsmodelle - Diff-in-Diff-Schätzer

Alle berechneten Regressionsmodelle enthalten 4 Parameter. Die Konstante (`_cons`) kennzeichnet den Mittelwert der jeweiligen abhängigen Variablen zum Zeitpunkt T0 in der KG. Der Effekt „gruppe“ gibt die Differenz zwischen IG u. KG zu T0 an. Der Effekt „2.year“ kennzeichnet die Veränderung innerhalb der KG von T0 zu T2. Der Schätzer „year#gruppe“ gibt den eigentlich interessierenden Diff-in-Diff-Schätzer an. Dieser bezeichnet die um die Differenz zu T0 bereinigte Differenz zwischen beiden Gruppen zum Zeitpunkt T2.

Die Betrachtung des Diff-in-Diff-Schätzers für die Anzahl der Kontakte zu einem Allgemeinmediziner zeigt von T0 zu T2 einen relativen Rückgang in der IG um 0,57 Kontakte (Tabelle 3-22). Wegen der sehr niedrigen Fallzahl von 38 (number of groups=38) ist der ermittelte Diff-in-Diff statistisch nicht zuverlässig interpretierbar. Dies gilt auch für alle weiteren dargestellten statistischen Modelle (Tabelle 3-23 bis Tabelle 3-42), was auch für diese eine inhaltliche Interpretation der ermittelten Parameter als nicht sinnvoll erscheinen lässt. Nichtsdestotrotz sollen an dieser Stelle exemplarisch die Diff-in-Diffs für die aggregierten

ambulanten, stationären und Gesamtkosten sowie für den EQ5D-Index beschrieben 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 (Tabelle 3-43).

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 (Tabelle 3-44).

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 (Tabelle 3-45).

Der Diff-in-Diff zu T1 und T2 für den EQ5D 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 (Tabelle 3-46). Die korrespondierenden Werte in Tabelle 3-47 für die EQ5D-VAS lauten 27,92 (T1) und -2,54 (T2). Trotz der Signifikanz ist hier beim T1-Wert wegen der großen Diskrepanz zum EQ5D höchstwahrscheinlich von einem Zufallsbefund auszugehen.

### 3.3.6.1 Regression ambulante Leistungsanspruchnahme (Anzahl Kontakte in 6 Monaten)

Tabelle 3-22 Regressionsmodell Allgemeinmediziner

Random-effects GLS regression	Number of obs	=	49
Group variable: AktenID_Ps~o	Number of groups	=	38
R-sq:	Obs per group:		
within = 0.0922	min =		1
between = 0.0463	avg =		1.3
overall = 0.0520	max =		2
corr(u_i, X) = 0 (assumed)	Wald chi2(3)	=	2.47
	Prob > chi2	=	0.4810

varname292	Coef.	Std. Err.	z	P> z	[95% Conf. Interval]
2.year	1.266667	2.64262	0.48	0.632	-3.912773 6.446107
gruppe					
IG	-1.983333	1.926124	-1.03	0.303	-5.758467 1.7918
year#gruppe					
2#IG	-.5722222	3.314268	-0.17	0.863	-7.068067 5.923623
_cons	9.4	1.618268	5.81	0.000	6.228254 12.57175
-----					
sigma_u	0				
sigma_e	5.4298557				
rho	0	(fraction of variance due to u_i)			
-----					

Tabelle 3-23 Regressionsmodell Psychologe

Random-effects GLS regression	Number of obs	=	49
Group variable: AktenID_Ps~o	Number of groups	=	38
R-sq:	Obs per group:		
within = 0.1771	min =		1
between = 0.0041	avg =		1.3
overall = 0.0194	max =		2
	Wald chi2(3)	=	2.16
corr(u_i, X) = 0 (assumed)	Prob > chi2	=	0.5401

varname291	Coef.	Std. Err.	z	P> z	[95% Conf. Interval]
2.year	2.749665	2.634588	1.04	0.297	-2.414031 7.913362
gruppe					
IG	-.137497	3.256179	-0.04	0.966	-6.51949 6.244496
year#gruppe					
2#IG	-.2085246	3.616003	-0.06	0.954	-7.295761 6.878711
_cons	2.4	2.758817	0.87	0.384	-3.007182 7.807182
sigma_u	7.5364985				
sigma_e	4.8220174				
rho	.7095358	(fraction of variance due to u_i)			

Tabelle 3-24 Regressionsmodell Psychiater

Random-effects GLS regression	Number of obs	=	49
Group variable: AktenID_Ps~o	Number of groups	=	38
R-sq:	Obs per group:		
within = 0.2836	min =		1
between = 0.0664	avg =		1.3
overall = 0.1129	max =		2
	Wald chi2(3)	=	6.56
corr(u_i, X) = 0 (assumed)	Prob > chi2	=	0.0873

varname290	Coef.	Std. Err.	z	P> z	[95% Conf. Interval]
2.year	-.5	.2283457	-2.19	0.029	-.9475493 -.0524507
gruppe					
IG	-.3352028	.1964622	-1.71	0.088	-.7202616 .049856
year#gruppe					
2#IG	.3681095	.2960753	1.24	0.214	-.2121874 .9484064
_cons	.5	.1653342	3.02	0.002	.1759509 .8240491
sigma_u	.3171032				
sigma_e	.44095855				
rho	.3408638	(fraction of variance due to u_i)			



Tabelle 3-25 Regressionsmodell Sonstige ambulante Ärzte

```

Random-effects GLS regression              Number of obs   =          49
Group variable: AktenID_Ps~o             Number of groups =          38

R-sq:                                     Obs per group:
  within = 0.0768                          min =          1
  between = 0.1733                          avg =         1.3
  overall = 0.1241                          max =          2

corr(u_i, X) = 0 (assumed)                 Wald chi2(3)    =          6.37
                                           Prob > chi2     =         0.0948

```

varname293	Coef.	Std. Err.	z	P> z	[95% Conf. Interval]	
2.year	-3.5	2.961815	-1.18	0.237	-9.30505	2.30505
gruppe						
IG	-5.083333	2.158775	-2.35	0.019	-9.314454	-.8522125
year#gruppe						
2#IG	3.083333	3.714589	0.83	0.407	-4.197127	10.36379
_cons	8.5	1.813734	4.69	0.000	4.945147	12.05485
sigma_u	0					
sigma_e	8.2883229					
rho	0	(fraction of variance due to u_i)				

Tabelle 3-26 Regressionsmodell Kassenärztlicher Notdienst

```

Random-effects GLS regression              Number of obs   =          49
Group variable: AktenID_Ps~o             Number of groups =          38

R-sq:                                     Obs per group:
  within = 0.1593                          min =          1
  between = 0.0243                          avg =         1.3
  overall = 0.0233                          max =          2

corr(u_i, X) = 0 (assumed)                 Wald chi2(3)    =          2.63
                                           Prob > chi2     =         0.4521

```

varname294	Coef.	Std. Err.	z	P> z	[95% Conf. Interval]	
2.year	-.1640013	.1227589	-1.34	0.182	-.4046043	.0766016
gruppe						
IG	.3004502	.3943219	0.76	0.446	-.4724065	1.073307
year#gruppe						
2#IG	.1253129	.1796337	0.70	0.485	-.2267626	.4773885
_cons	.1	.3376264	0.30	0.767	-.5617356	.7617356
sigma_u	1.0543697					
sigma_e	.21516574					
rho	.96002019	(fraction of variance due to u_i)				

Tabelle 3-27 Regressionsmodell Notarzt

```

Random-effects GLS regression              Number of obs   =          49
Group variable: AktenID_Ps~o             Number of groups =          38

R-sq:                                     Obs per group:
  within = 0.1612                          min =          1
  between = 0.0095                          avg =         1.3
  overall = 0.0102                          max =          2

corr(u_i, X) = 0 (assumed)                 Wald chi2(3)    =          2.14
                                           Prob > chi2     =          0.5437

```

varname295	Coef.	Std. Err.	z	P> z	[95% Conf. Interval]	
2.year	-.1624064	.1212852	-1.34	0.181	-.4001209	.0753081
gruppe						
IG	.1206741	.3093195	0.39	0.696	-.4855809	.7269291
year#gruppe						
2#IG	.1296996	.1761408	0.74	0.462	-.2155302	.4749293
_cons	.1	.2644829	0.38	0.705	-.4183769	.6183769
sigma_u	.82351095					
sigma_e	.21516574					
rho	.93609602	(fraction of variance due to u_i)				

### 3.3.6.2 Regression stationäre Leistungsanspruchnahme u. Rehabilitation (jeweils in 6 Monaten)

Tabelle 3-28 Regressionsmodell Häufigkeit Allgemeinkrankenhaus

```

Random-effects GLS regression              Number of obs   =          49
Group variable: AktenID_Ps~o             Number of groups =          38

R-sq:                                     Obs per group:
  within = 0.1485                          min =          1
  between = 0.0401                          avg =         1.3
  overall = 0.0375                          max =          2

corr(u_i, X) = 0 (assumed)                 Wald chi2(3)    =          3.06
                                           Prob > chi2     =          0.3822

```

varname284	Coef.	Std. Err.	z	P> z	[95% Conf. Interval]	
2.year	-.1617686	.1231061	-1.31	0.189	-.403052	.0795149
gruppe						
IG	.2692144	.2932448	0.92	0.359	-.3055349	.8439636
year#gruppe						
2#IG	.0998453	.1782644	0.56	0.575	-.2495464	.449237
_cons	.1	.2506078	0.40	0.690	-.3911823	.5911823
sigma_u	.76408639					
sigma_e	.21516574					
rho	.92652831	(fraction of variance due to u_i)				

Tabelle 3-29 Regressionsmodell Stationäre Tage Allgemeinkrankenhaus

```

Random-effects GLS regression              Number of obs   =          49
Group variable: AktenID_Ps~o             Number of groups =          38

R-sq:                                     Obs per group:
  within = 0.1658                          min =          1
  between = 0.0173                          avg =         1.3
  overall = 0.0172                          max =          2

corr(u_i, X) = 0 (assumed)                 Wald chi2(3)    =          2.46
                                           Prob > chi2     =         0.4823

```

varname285	Coef.	Std. Err.	z	P> z	[95% Conf. Interval]	
2.year	-.8313537	.6139523	-1.35	0.176	-2.034678	.3719706
gruppe						
IG	3.762859	5.088473	0.74	0.460	-6.210364	13.73608
year#gruppe						
2#IG	.7662677	.9087408	0.84	0.399	-1.014832	2.547367
_cons	.5	4.366182	0.11	0.909	-8.057559	9.057559
sigma_u	13.918684					
sigma_e	1.0758287					
rho	.99406114	(fraction of variance due to u_i)				

Tabelle 3-30 Regressionsmodell Häufigkeit psychiatrische Einrichtung

```

Random-effects GLS regression              Number of obs   =          49
Group variable: AktenID_Ps~o             Number of groups =          38

R-sq:                                     Obs per group:
  within = 0.0000                          min =          1
  between = 0.0000                          avg =         1.3
  overall = 0.0000                          max =          2

corr(u_i, X) = 0 (assumed)                 Wald chi2(0)    =          .
                                           Prob > chi2     =          .

```

varname286	Coef.	Std. Err.	z	P> z	[95% Conf. Interval]	
2.year	0	(omitted)				
gruppe						
IG	0	(omitted)				
year#gruppe						
2#IG	0	(omitted)				
_cons	0	(omitted)				
sigma_u	2.340039					
sigma_e	0					
rho	1	(fraction of variance due to u_i)				

Tabelle 3-31 Regressionsmodell Stationäre Tage psychiatrische Klinik

```

Random-effects GLS regression              Number of obs   =       49
Group variable: AktenID_Ps~o             Number of groups =       38

R-sq:                                     Obs per group:
  within = 0.0000                          min =           1
  between = 0.0000                         avg =          1.3
  overall = 0.0000                          max =           2

corr(u_i, X) = 0 (assumed)                 Wald chi2(0)    =         .
                                           Prob > chi2     =         .

```

varname287	Coef.	Std. Err.	z	P> z	[95% Conf. Interval]
2.year	0	(omitted)			
gruppe					
IG	0	(omitted)			
year#gruppe					
2#IG	0	(omitted)			
_cons	0	(omitted)			
sigma_u	2.340039				
sigma_e	0				
rho	1	(fraction of variance due to u_i)			

Tabelle 3-32 Regressionsmodell Häufigkeit Rehaklinik

```

Random-effects GLS regression              Number of obs   =       49
Group variable: AktenID_Ps~o             Number of groups =       38

R-sq:                                     Obs per group:
  within = 0.1662                          min =           1
  between = 0.0115                         avg =          1.3
  overall = 0.0122                         max =           2

corr(u_i, X) = 0 (assumed)                 Wald chi2(3)    =       2.26
                                           Prob > chi2     =       0.5202

```

varname288	Coef.	Std. Err.	z	P> z	[95% Conf. Interval]
2.year	-.1667905	.1225435	-1.36	0.173	-.4069714 .0733904
gruppe					
IG	.7661175	1.283584	0.60	0.551	-1.749661 3.281896
year#gruppe					
2#IG	.1575232	.1815238	0.87	0.386	-.1982569 .5133033
_cons	.2	1.101547	0.18	0.856	-1.958993 2.358993
sigma_u	3.5233469				
sigma_e	.21516574				
rho	.99628449	(fraction of variance due to u_i)			

Tabelle 3-33 Regressionsmodell Stationäre Tage Rehaklinik

Random-effects GLS regression	Number of obs	=	49
Group variable: AktenID_Ps~o	Number of groups	=	38
R-sq:	Obs per group:		
within = 0.1577	min =		1
between = 0.0531	avg =		1.3
overall = 0.0498	max =		2
	Wald chi2(3)	=	3.24
corr(u_i, X) = 0 (assumed)	Prob > chi2	=	0.3567

varname289	Coef.	Std. Err.	z	P> z	[95% Conf. Interval]
2.year	-4.0545	2.524165	-1.61	0.108	-9.001773 .8927733
gruppe					
IG	-3.492444	3.730301	-0.94	0.349	-10.8037 3.818812
year#gruppe					
2#IG	2.998473	3.535257	0.85	0.396	-3.930505 9.92745
_cons	6.3	3.170168	1.99	0.047	.0865854 12.51341
sigma_u	9.0928121				
sigma_e	4.5184806				
rho	.80196432	(fraction of variance due to u_i)			

### 3.3.6.3 Regression ambulante Kosten (in Euro für 6 Monate)

Tabelle 3-34 Regressionsmodell Allgemeinmediziner

Random-effects GLS regression	Number of obs	=	49
Group variable: AktenID_Ps~o	Number of groups	=	38
R-sq:	Obs per group:		
within = 0.0922	min =		1
between = 0.0463	avg =		1.3
overall = 0.0520	max =		2
	Wald chi2(3)	=	2.47
corr(u_i, X) = 0 (assumed)	Prob > chi2	=	0.4810

haus_cost	Coef.	Std. Err.	z	P> z	[95% Conf. Interval]
2.year	28.23852	58.91344	0.48	0.632	-87.2297 143.7067
gruppe					
IG	-44.21559	42.94018	-1.03	0.303	-128.3768 39.94562
year#gruppe					
2#IG	-12.75687	73.88686	-0.17	0.863	-157.5725 132.0587
_cons	209.5596	36.07697	5.81	0.000	138.85 280.2691
sigma_u	0				
sigma_e	121.05088				
rho	0	(fraction of variance due to u_i)			

Tabelle 3-35 Regressionsmodell Psychologe

```

Random-effects GLS regression              Number of obs   =           49
Group variable: AktenID_Ps~o             Number of groups =           38

R-sq:                                     Obs per group:
  within = 0.1771                          min =           1
  between = 0.0041                         avg =           1.3
  overall = 0.0194                         max =           2

corr(u_i, X) = 0 (assumed)                 Wald chi2(3)    =           2.16
                                           Prob > chi2     =           0.5401

```

psyt_cost	Coef.	Std. Err.	z	P> z	[95% Conf. Interval]
2.year	238.5989	228.6131	1.04	0.297	-209.4746 686.6724
gruppe					
IG	-11.93114	282.5509	-0.04	0.966	-565.7208 541.8585
year#gruppe					
2#IG	-18.09448	313.7743	-0.06	0.954	-633.0808 596.8918
_cons	208.2571	239.393	0.87	0.384	-260.9445 677.4587
sigma_u	653.97045				
sigma_e	418.4247				
rho	.70953577	(fraction of variance due to u_i)			

Tabelle 3-36 Regressionsmodell Psychiater

```

Random-effects GLS regression              Number of obs   =           49
Group variable: AktenID_Ps~o             Number of groups =           38

R-sq:                                     Obs per group:
  within = 0.2836                          min =           1
  between = 0.0664                         avg =           1.3
  overall = 0.1129                         max =           2

corr(u_i, X) = 0 (assumed)                 Wald chi2(3)    =           6.56
                                           Prob > chi2     =           0.0873

```

nerv_cost	Coef.	Std. Err.	z	P> z	[95% Conf. Interval]
2.year	-24.84966	11.34863	-2.19	0.029	-47.09256 -2.606767
gruppe					
IG	-16.65935	9.764039	-1.71	0.088	-35.79652 2.477812
year#gruppe					
2#IG	18.2948	14.71474	1.24	0.214	-10.54557 47.13516
_cons	24.84966	8.216999	3.02	0.002	8.744642 40.95469
sigma_u	15.759816				
sigma_e	21.915344				
rho	.3408638	(fraction of variance due to u_i)			

Tabelle 3-37 Regressionsmodell Sonstige ambulante Ärzte

Random-effects GLS regression	Number of obs	=	49
Group variable: AktenID_Ps~o	Number of groups	=	38
R-sq:	Obs per group:		
within = 0.0768	min =		1
between = 0.1733	avg =		1.3
overall = 0.1241	max =		2
	Wald chi2(3)	=	6.37
corr(u_i, X) = 0 (assumed)	Prob > chi2	=	0.0948

sonst_cost	Coef.	Std. Err.	z	P> z	[95% Conf. Interval]
2.year	-89.77442	75.97005	-1.18	0.237	-238.673 59.12414
gruppe					
IG	-130.3866	55.37221	-2.35	0.019	-238.9142 -21.85911
year#gruppe					
2#IG	79.08699	95.27857	0.83	0.407	-107.6556 265.8296
_cons	218.0236	46.52196	4.69	0.000	126.8422 309.2049
sigma_u	0				
sigma_e	212.59409				
rho	0	(fraction of variance due to u_i)			

Tabelle 3-38 Regressionsmodell Kassenärztlicher Notdienst

Random-effects GLS regression	Number of obs	=	49
Group variable: AktenID_Ps~o	Number of groups	=	38
R-sq:	Obs per group:		
within = 0.1593	min =		1
between = 0.0243	avg =		1.3
overall = 0.0233	max =		2
	Wald chi2(3)	=	2.63
corr(u_i, X) = 0 (assumed)	Prob > chi2	=	0.4521

kanot_cost	Coef.	Std. Err.	z	P> z	[95% Conf. Interval]
2.year	-7.933615	5.938498	-1.34	0.182	-19.57286 3.705628
gruppe					
IG	14.53437	19.07544	0.76	0.446	-22.85281 51.92155
year#gruppe					
2#IG	6.062052	8.689834	0.70	0.485	-10.96971 23.09381
_cons	4.837531	16.33278	0.30	0.767	-27.17413 36.84919
sigma_u	51.005457				
sigma_e	10.408708				
rho	.96002019	(fraction of variance due to u_i)			

Tabelle 3-39 Regressionsmodell Notarzt

Random-effects GLS regression	Number of obs	=	49
Group variable: AktenID_Ps~o	Number of groups	=	38
R-sq:	Obs per group:		
within = 0.1612	min =		1
between = 0.0095	avg =		1.3
overall = 0.0102	max =		2
	Wald chi2(3)	=	2.14
corr(u_i, X) = 0 (assumed)	Prob > chi2	=	0.5437

notarzt_cost	Coef.	Std. Err.	z	P> z	[95% Conf. Interval]
2.year	-118.4161	88.43318	-1.34	0.181	-291.7419 54.90975
gruppe					
IG	87.98764	225.5355	0.39	0.696	-354.0538 530.029
year#gruppe					
2#IG	94.56841	128.4304	0.74	0.462	-157.1504 346.2873
_cons	72.91344	192.8436	0.38	0.705	-305.053 450.8799
sigma_u	600.45018				
sigma_e	156.88474				
rho	.93609603	(fraction of variance due to u_i)			

### 3.3.6.4 Regression stationäre Kosten u. Rehabilitation (in Euro für 6 Monate)

Tabelle 3-40 Regressionsmodell Allgemeinkrankenhaus

Random-effects GLS regression	Number of obs	=	49
Group variable: AktenID_Ps~o	Number of groups	=	38
R-sq:	Obs per group:		
within = 0.1658	min =		1
between = 0.0173	avg =		1.3
overall = 0.0172	max =		2
	Wald chi2(3)	=	2.46
corr(u_i, X) = 0 (assumed)	Prob > chi2	=	0.4823

skh_cost	Coef.	Std. Err.	z	P> z	[95% Conf. Interval]
2.year	-547.9218	404.6386	-1.35	0.176	-1340.999 245.1553
gruppe					
IG	2479.994	3353.669	0.74	0.460	-4093.075 9053.064
year#gruppe					
2#IG	505.0254	598.9254	0.84	0.399	-668.8469 1678.898
_cons	329.5359	2877.627	0.11	0.909	-5310.51 5969.582
sigma_u	9173.4122				
sigma_e	709.04834				
rho	.99406114	(fraction of variance due to u_i)			



Tabelle 3-41 Regressionsmodell Psychiatrische Klinik

```

Random-effects GLS regression              Number of obs   =       49
Group variable: AktenID_Ps~o             Number of groups =       38

R-sq:                                     Obs per group:
  within = 0.0000                          min =           1
  between = 0.0000                         avg =          1.3
  overall = 0.0000                          max =           2

Wald chi2(0) = .
Prob > chi2 = .

corr(u_i, X) = 0 (assumed)

```

spsy_cost	Coef.	Std. Err.	z	P> z	[95% Conf. Interval]
2.year	0	(omitted)			
gruppe					
IG	0	(omitted)			
year#gruppe					
2#IG	0	(omitted)			
_cons	0	(omitted)			
sigma_u	883.44635				
sigma_e	0				
rho	1	(fraction of variance due to u_i)			

Tabelle 3-42 Regressionsmodell Stationäre Tage Rehaklinik

```

Random-effects GLS regression              Number of obs   =       49
Group variable: AktenID_Ps~o             Number of groups =       38

R-sq:                                     Obs per group:
  within = 0.1577                          min =           1
  between = 0.0531                         avg =          1.3
  overall = 0.0498                          max =           2

Wald chi2(3) = 3.24
Prob > chi2 = 0.3567

corr(u_i, X) = 0 (assumed)

```

sreh_cost	Coef.	Std. Err.	z	P> z	[95% Conf. Interval]
2.year	-210.3376	130.9475	-1.61	0.108	-466.9901 46.3149
gruppe					
IG	-181.1795	193.5189	-0.94	0.349	-560.4696 198.1107
year#gruppe					
2#IG	155.5535	183.4005	0.85	0.396	-203.905 515.0119
_cons	326.8286	164.4606	1.99	0.047	4.491841 649.1655
sigma_u	471.71294				
sigma_e	234.40776				
rho	.80196432	(fraction of variance due to u_i)			

### 3.3.6.5 Regression Kosten aggregiert (in Euro für 6 Monate)

*Tabelle 3-43 Regressionsmodell Ambulante Kosten*

Random-effects GLS regression	Number of obs	=	49
Group variable: AktenID_Ps~o	Number of groups	=	38
R-sq:	Obs per group:		
within = 0.1007	min =		1
between = 0.0057	avg =		1.3
overall = 0.0000	max =		2
corr(u_i, X) = 0 (assumed)	Wald chi2(3)	=	0.40
	Prob > chi2	=	0.9407

amb_kost	Coef.	Std. Err.	z	P> z	[95% Conf. Interval]
2.year	14.15246	385.7393	0.04	0.971	-741.8827 770.1876
gruppe					
IG	-115.6121	533.7437	-0.22	0.829	-1161.731 930.5064
year#gruppe					
2#IG	215.8565	536.5509	0.40	0.687	-835.7639 1267.477
_cons	738.4408	453.1146	1.63	0.103	-149.6474 1626.529
sigma_u	1283.4321				
sigma_e	697.07338				
rho	.77220515	(fraction of variance due to u_i)			

*Tabelle 3-44 Regressionsmodell Stationäre Kosten*

Random-effects GLS regression	Number of obs	=	49
Group variable: AktenID_Ps~o	Number of groups	=	38
R-sq:	Obs per group:		
within = 0.1649	min =		1
between = 0.0181	avg =		1.3
overall = 0.0185	max =		2
corr(u_i, X) = 0 (assumed)	Wald chi2(3)	=	2.47
	Prob > chi2	=	0.4800

stat_kost	Coef.	Std. Err.	z	P> z	[95% Conf. Interval]
2.year	-730.0379	539.2891	-1.35	0.176	-1787.025 326.9493
gruppe					
IG	2484.859	3411.227	0.73	0.466	-4201.024 9170.741
year#gruppe					
2#IG	648.2385	797.045	0.81	0.416	-913.941 2210.418
_cons	656.3645	2926.192	0.22	0.823	-5078.866 6391.595
sigma_u	9289.0164				
sigma_e	943.45607				
rho	.98978951	(fraction of variance due to u_i)			

Tabelle 3-45 Regressionsmodell Kosten Gesamt

Random-effects GLS regression	Number of obs	=	49
Group variable: AktenID_Ps~o	Number of groups	=	38
R-sq:	Obs per group:		
within = 0.1458	min =		1
between = 0.0114	avg =		1.3
overall = 0.0109	max =		2
	Wald chi2(3)	=	1.95
corr(u_i, X) = 0 (assumed)	Prob > chi2	=	0.5820

kosten_ges	Coef.	Std. Err.	z	P> z	[95% Conf. Interval]
2.year	-756.3978	683.2971	-1.11	0.268	-2095.636 582.84
gruppe					
IG	2336.745	3538.466	0.66	0.509	-4598.522 9272.012
year#gruppe					
2#IG	1062.625	1008.131	1.05	0.292	-913.2756 3038.526
_cons	1394.805	3034.345	0.46	0.646	-4552.401 7342.012
sigma_u	9576.9238				
sigma_e	1192.1589				
rho	.98474058	(fraction of variance due to u_i)			

### 3.3.6.6 Regression Effektmaße

Tabelle 3-46 Regressionsmodell EQ-5D-5L Index Deutschland

Random-effects GLS regression	Number of obs	=	89
Group variable: AktenID_Ps~o	Number of groups	=	52
R-sq:	Obs per group:		
within = 0.0560	min =		1
between = 0.0619	avg =		1.7
overall = 0.0521	max =		3
	Wald chi2(5)	=	4.28
corr(u_i, X) = 0 (assumed)	Prob > chi2	=	0.5097

eq5d_5l_tt~r	Coef.	Std. Err.	z	P> z	[95% Conf. Interval]
year					
1	-.0749477	.0570709	-1.31	0.189	-.1868047 .0369092
2	.0135995	.0646092	0.21	0.833	-.1130322 .1402313
gruppe					
IG	.013887	.0737648	0.19	0.851	-.1306892 .1584633
year#gruppe					
1#IG	.0888164	.0711782	1.25	0.212	-.0506904 .2283232
2#IG	.0322846	.080858	0.40	0.690	-.1261942 .1907634
_cons	.7383333	.0628007	11.76	0.000	.6152461 .8614204
sigma_u	.17687995				
sigma_e	.11462413				
rho	.70425145	(fraction of variance due to u_i)			

Tabelle 3-47 Regressionsmodell EQ-VAS

Random-effects GLS regression	Number of obs	=	89			
Group variable: AktenID_Ps~o	Number of groups	=	52			
R-sq:	Obs per group:					
within = 0.2042	min =		1			
between = 0.0660	avg =		1.7			
overall = 0.1059	max =		3			
	Wald chi2(5)	=	12.30			
corr(u_i, X) = 0 (assumed)	Prob > chi2	=	0.0309			
-----						
EQ_VAS_T	Coef.	Std. Err.	z	P> z	[95% Conf. Interval]	
-----						
year						
1	-21.80279	9.149631	-2.38	0.017	-39.73574	-3.869847
2	-3.735844	10.38723	-0.36	0.719	-24.09443	16.62274
gruppe						
IG	1.270345	9.482352	0.13	0.893	-17.31472	19.85541
year#gruppe						
1#IG	27.92955	11.13426	2.51	0.012	6.106788	49.7523
2#IG	-2.541339	12.71601	-0.20	0.842	-27.46425	22.38158
_cons	55.97578	8.005776	6.99	0.000	40.28475	71.66682
-----						
sigma_u	18.033835					
sigma_e	18.835019					
rho	.47827961	(fraction of variance due to u_i)				
-----						

### 3.4 Ergebnisse Fragebogenerhebung (Prozessevaluation)

Unter diesem Gliederungspunkt werden die quantitativen Ergebnisse der Fragebogenerhebungen mit Leistungserbringern (HA, MFA) und PAT dargestellt. Zunächst wurden die Ergebnisse der soziodemographischen Daten der befragten Studienteilnehmer beschrieben, gefolgt von den Ergebnissen der T0- vs. T2-Befragung sowie der T1-Befragung. Darauf folgend werden die Ergebnisse der Drop-Out Befragung mit HA und die Ergebnisse der Befragung nach der Informationsveranstaltung mit HA erläutert. Diese Gliederung dient dazu, die Unterschiede der Ergebnisse der Fragebogenerhebungen übersichtlich zu präsentieren und die verschiedenen Erhebungszeitpunkte vergleichend darzustellen.

#### 3.4.1 Soziodemographische Daten

##### Leistungserbringer

Die Deskription der Leistungserbringer (HA & MFA) ist dem Abschnitt 3.1 Deskription der Stichprobe zu entnehmen. Insgesamt konnten Angaben von 18 HA (9 IG & 9 KG), sowie 16 Angaben (8 IG & 8 KG) von MFA ausgewertet werden.

##### Patienten

Insgesamt 78 Patienten wurden Fragebögen über die Embloom-Plattform digital zur Verfügung gestellt, davon insgesamt 61 (78,2 %) aus der Interventionsgruppe. Vergleichend sind in der nachstehenden Tabelle 3-48 die soziodemographischen Variablen der PAT je Studiengruppe (IG, KG) zum Messzeitpunkt T0 (Baseline-Befragung) dargestellt. Ebenfalls aus der Tabelle ersichtlich ist die Anzahl der fehlenden Werte (n = 7) je Item. Hierbei handelt es sich jeweils um dieselben PAT. Bei der Variable („Höchster Berufsabschluss“) liegen insgesamt acht fehlende Werte vor, davon drei fehlende Werte in der KG PAT.

Tabelle 3-48: Soziodemographische Daten Patienten (T0-Erhebung)

**Soziodemographische Variablen Patienten**

	Total	IG	KG
Fragebogen bereitgestellt	78 (100%)	61 (78,2%)	17 (21,8%)
Non-Response	13 (16,7%)	9 (11,5%)	4 (5,13%)
<b>Total</b>	<b>65 (100%)</b>	<b>52 (80,0%)</b>	<b>13 (20,0%)</b>
<b>Geschlecht</b>			
Weiblich	39 (60,0%)	31 (47,7%)	8 (12,3%)
Männlich	19 (29,2%)	16 (24,6%)	3 (4,6%)
Total	58 (89,2%)	47 (72,3%)	11 (16,9%)
Fehlende Werte	7 (10,8%)	5 (7,7%)	2 (3,1%)
<b>Alter (in Jahren)</b>			
MW, SD	56±12,8	56,3±13,8	54,6±6,8
Altersbereich	22-81	22-81	47-64
<b>Familienstand</b>			
Ledig	7 (10,8%)	6 (9,2%)	1 (1,5%)
Verheiratet und zusammenlebend	32 (49,2%)	25 (38,5%)	7 (10,8%)
Verheiratet und getrennt lebend	5 (7,7%)	5 (7,7%)	0
Geschieden	13 (20,0%)	10 (15,4%)	3 (4,6%)
Verwitwet	1 (1,5%)	1 (1,5%)	0
Total	58 (89,2%)	47 (72,3%)	11 (16,9%)
Fehlende Werte	7 (10,8%)	5 (7,7%)	2 (3,1%)
<b>Wohnort</b>			
Dörflichen Siedlung (< 5.000 EW <sup>1</sup> )	11 (16,9%)	8 (12,3%)	3 (4,6%)
Ländlichen Kleinstadt (5.000 bis < 20.000 EW)	15 (23,1%)	10 (15,4%)	5 (7,7%)
Größeren Kleinstadt (20.000 - 100.000 EW)	16 (24,6%)	15 (23,1%)	1 (1,5%)
Großstadt (> 100.000 EW)	12 (18,5%)	10 (15,4%)	2 (3,1%)
Ich kann keine genauen Angaben machen	4 (6,2%)	4 (6,2%)	0
Total	58 (89,2%)	47 (72,3%)	11 (16,9%)
Fehlende Werte	7 (10,8%)	5 (7,7%)	2 (3,1%)
<b>Lebenssituation (Privathaushalt)</b>			
Allein lebend	11 (16,9%)	7 (10,8%)	4 (6,2%)
Mit Partner / Ehepartner	31 (47,7%)	26 (40,0%)	5 (7,7%)
Mit Angehörigen	14 (21,5%)	12 (18,5%)	2 (3,1%)
Mit Sonstigen	2 (3,1%)	2 (3,1%)	0
Total	58 (89,2%)	47 (72,3%)	11 (16,9%)
Fehlende Werte	7 (10,8%)	5 (7,7%)	2 (3,1%)
<b>Höchster Schulabschluss</b>			
Allgemeine oder fachgebundene Hochschulreife / Abitur (Gymnasium bzw. EOS Erweiterte Oberschule)	21 (32,3%)	17 (26,2%)	4 (6,2%)
Fachhochschulreife	8 (12,3%)	7 (10,8%)	1 (1,5%)
Abschluss Polytechnischen Oberschule 10. Klasse	1 (1,5%)	1 (1,5%)	0
Realschulabschluss (Mittlere Reife)	12 (18,5%)	10 (15,4%)	2 (3,1%)
Hauptschulabschluss (Volksschulabschluss)	15 (23,1%)	12 (18,5%)	3 (4,6%)
Kein Schulabschluss	1 (1,5%)	0	1 (1,5%)
Total	58 (89,2%)	47 (72,3%)	11 (16,9%)
Fehlende Werte	7 (10,8%)	5 (7,7%)	2 (3,1%)
<b>Höchster Berufsabschluss</b>			
Beruflich-betriebliche Ausbildung (Lehre)	26 (40,0%)	20 (30,8%)	6 (9,2%)
Beruflich-schulische Ausbildung (Berufsfachschule, Handelsschule)	6 (9,2%)	6 (9,2%)	0
Ausbildung an Fachschule, Meister-, Techniker-, Berufsschule- oder Fachakademie	6 (9,2%)	6 (9,2%)	0
Fachhochschule	4 (6,2%)	3 (4,6%)	1 (1,5%)
Hochschulabschluss	8 (12,3%)	5 (7,7%)	3 (4,6%)
Kein beruflichen Abschluss	5 (7,7%)	4 (6,2%)	1 (1,5%)

**Soziodemographische Variablen Patienten**

	Total	IG	KG
Anderer beruflicher Abschluss	3 (4,6%)	3 (4,6%)	0
Total	58 (89,2%)	47 (72,3%)	11 (16,9%)
Fehlende Werte	7 (10,8%)	5 (7,7%)	2 (3,1%)
<b>Aktuelle berufliche Tätigkeit</b>			
Beschäftigung in Vollzeit	3 (4,6%)	2 (3,1%)	1 (1,5%)
Selbstständig	1 (1,5%)	1 (1,5%)	0
Elternzeit	1 (1,5%)	0	1 (1,5%)
Rentner	1 (1,5%)	1 (1,5%)	0
Hausmann	1 (1,5%)	0	1 (1,5%)
Total	7 (10,8%)	4 (6,1%)	3 (4,5%)
Fehlende Werte	58 (89,2%)	48 (73,9%)	10 (15,4%)

<sup>1</sup> Die Abkürzung EW steht für Einwohner.

**3.4.2 Ergebnisse T0 und T2-Befragung**

Die Auswertung der Fragebögen zum Erhebungszeitpunkt T0 und T2 erfolgte einzeln je nach Skala. Zunächst werden die Ergebnisse der Befragung mit Leistungserbringern und anschließend die der PAT präsentiert.

**Leistungserbringer**

Zum Erhebungszeitpunkt T0 (Baseline) nahmen insgesamt 18 HA (9 IG & 9 KG) sowie insgesamt 16 MFA (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 MFA (2 IG & 1 KG) an der erneuten Befragung teil.

Im Folgenden werden die Ergebnisse zu T0 tabellarisch je Skala dargestellt. 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 Studienteilnehmer der Leistungserbringer zuverlässig abzubilden. Zudem kann nicht ausgeschlossen werden, dass die Ergebnisse bspw. auf Grund von Zufälligkeit von der tatsächlichen Verteilung abweichen.

**Zufriedenheit (Angemessenheit) aktuelle Behandlungsmöglichkeiten, Einstellung gegenüber neuen Behandlungsmethoden (HA)**

Die Erfassung der Zufriedenheit der aktuellen Behandlung und die Einstellungen zu neuen Behandlungsmethoden der HA zum Zeitpunkt der T0- und T2-Erhebung erfolgte in einem 5-stufigen Antwortformat (von *stimme gar nicht zu* bis *stimme voll zu*). Die Skala bestand aus acht Items. Die Items wurden einzeln ausgewertet. Der Median aller Items zum Zeitpunkt T0 der IG und der KG nimmt den Wert 3, 4 oder 5 an.

Für eine übersichtliche Darstellung der Häufigkeitsverteilung wurde das 5-stufige Antwortverhalten für diesen Bereich in eine 3-stufige Rating-Skala umcodiert (siehe Tabelle 3-49). Die ursprünglichen Antwortkategorien *stimme voll zu* und *stimme eher zu* wurden der Kategorie *Zustimmung* zugeordnet. Die beiden Antwortkategorien *stimme eher nicht zu* und *stimme gar nicht zu* wurden der Antwortkategorie *Geringe bis keine Zustimmung* zugeordnet. Die Antwortkategorie *Teils / Teils* wurde nicht umcodiert.

Auf Grund der hohen Zustimmungswerte in Bezug auf die Einstellung gegenüber neuen Behandlungsmethoden ist anzunehmen, dass die befragten HA zum Messzeitpunkt abgeschlossen gegenüber neuen Behandlungsmethoden waren und bereit sind, diese zu testen bzw. zu nutzen. Außerdem deuten die Ergebnisse darauf hin, dass HA zum Zeitpunkt T0

Akronym: PREMA

Förderkennzeichen: 01NVF17037

die derzeitigen Behandlungsmöglichkeiten zur Versorgung von PAT mit Depression, Angst- / Panikzuständen als unzureichend einschätzten (siehe Tabelle 3-49).

Tabelle 3-49: Zufriedenheit (Angemessenheit) aktuelle Behandlung, Einstellung gegenüber neuen Behandlungsmethoden, HA T0

	T0 (Baseline)					
	HA IG (n = 9) <sup>2</sup>			HA KG (n = 9) <sup>2</sup>		
	Zustim- mung	Teils / Teils	Geringe bis keine Zustim- mung	Zustim- mung	Teils / Teils	Geringe bis keine Zustim- mung
...Behandlungsmöglichkeiten, die aktuell zur Verfügung stehen sind ausreichend (Depression) <sup>1</sup>	2	2	5	2	3	4
...Behandlungsmöglichkeiten, die aktuell zur Verfügung stehen sind ausreichend (Panik- / Angstzustände)	1	3	5	1	5	3
...zufrieden mit Behandlungsergebnissen (Depression)	3	4	2	4	3	2
...zufrieden mit Behandlungsergebnissen (Panik- / Angstzustände)	2	3	4	4	3	2
...Interesse neuartige Behandlungsmethode, um PAT zu helfen	9	0	0	8	1	0
... nutzen neuartige Behandlungsmethode, die von Wissenschaftlern entwickelt wurde	9	0	0	9	0	0
... ausprobieren neuartige Behandlungsmethode, auch wenn anders als das, was ich normalerweise tue	8	1	0	8	1	0
...nutzen neuartige Behandlungsmethode, wenn Nachweis wirksam	5	3	1	6	2	1

<sup>1</sup> Die jeweils vollständige Formulierung der Items sind dem Anhang zu entnehmen und sind in der Tabelle vereinfacht dargestellt.

<sup>2</sup> Keine fehlenden Werte.



### Erwartung / Einstellung gegenüber neuen Behandlungsmethoden (MFA)

Die Erfassung der Erwartungen bzw. Einstellungen gegenüber neuen Behandlungsmethoden zum Zeitpunkt der T0-Erhebung erfolgte in einem 5-stufigen Antwortformat (von *stimme gar nicht zu* bis *stimme voll zu*). Die Skala bestand aus sechs Items. Je nach Studiengruppe variierte die Anzahl der Items zum Messzeitpunkt T2 zwischen fünf und sechs. Die Items zu T0 wurden einzeln ausgewertet. Der Median aller Items zum Zeitpunkt T0 der IG nimmt den Wert 3, 3.5 oder 4 an und in der KG den Wert 4 oder 5.

Für eine übersichtliche Darstellung der Häufigkeitsverteilung wurde das 5-stufige Antwortverhalten für diesen Bereich in eine 3-stufige Rating-Skala umcodiert (siehe Tabelle 3-50). Das Vorgehen der Umcodierung wurde bereits zuvor ausführlich beschrieben (siehe „*Zufriedenheit (Angemessenheit) aktuelle Behandlungsmöglichkeiten, Einstellung gegenüber neuen Behandlungsmethoden (HA)*“) und wurde hier ebenfalls angewendet.

Auf Grund der hohen Zustimmungswerte in Bezug auf die derzeitigen „*Arbeitsalltag*“ und „*Arbeitsprozesse*“ der MFA, ist zu vermuten, dass MFA der IG und KG grundsätzlich eine positive bzw. motivierte Einstellung gegenüber neuen Aufgaben und Verantwortung besitzt und sich zutraut, diese anzugehen. Weiterhin zeigten die ausgewogenen Zustimmungswerte hinsichtlich der Erwartungen an die notwendigen Ressourcen (Personal & Zeit) zur Umsetzung einer neuartigen Behandlungsmethode keine eindeutige Tendenz in den Antworten.

Akronym: PREMA

Förderkennzeichen: 01NVF17037

Tabelle 3-50: Erwartung / Einstellung gegenüber neuen Behandlungsmethoden, MFA TO

	TO (Baseline)					
	MFA IG (n = 8) <sup>2</sup>			MFA KG (n = 8) <sup>2</sup>		
	Zustim- mung	Teils / Teils	Geringe bis keine Zustim- mung	Zustim- mung	Teils / Teils	Geringe bis keine Zustim- mung
... nutzen neuartige Behandlungsmethode, die von Wissenschaftlern entwickelt wurde <sup>1</sup>	7	1	0	6	2	0
...ich möchte neue Aufgaben in Arbeitsalltag integrieren	6	1	1	6	2	0
...ich möchte intensiver in Hausarztversorgung eingebunden werden	4	3	1	7	1	0
...genug Personal um neuartige Behandlungsmethoden anzuwenden	3	3	2	6	1	1
...ausreichend Zeit zu Verfügung für Einarbeitung in neue Behandlungsmethode	4	1	3	4	2	2

<sup>1</sup> Die jeweils vollständige Formulierung der Items sind dem Anhang zu entnehmen und sind in der Tabelle vereinfacht dargestellt.

<sup>2</sup> Es liegen keine fehlenden Werte vor.

### Einstellung gegenüber der Nutzung einer Online-Behandlung (Online-Plattform) (HA)

Die Erfassung der Einstellung der HA gegenüber der Nutzung einer Online-Behandlung (*OnB*) zum Zeitpunkt der T0-Erhebung erfolgte in einem 6-stufigen Antwortformat (von *stimme gar nicht zu* bis *stimme voll zu* sowie *weiß ich nicht*). Die Skala bestand aus insgesamt 20 Items. Die Items wurden einzeln ausgewertet. Der Median aller Items zum Zeitpunkt T0 der IG nimmt den Wert 3, 4 oder 5 an und in der KG 3, 4, 5 oder 6 an.

Für eine übersichtliche Darstellung der Häufigkeitsverteilung wurde das 6-stufige Antwortverhalten in eine 3-stufige Rating-Skala umcodiert (siehe Tabelle 3-51). Analog zur Umcodierung des fünfstufigen Antwortverhaltens, wurden die ursprünglichen Antwortkategorien *stimme voll zu* und *stimme eher zu* wurden der Kategorie *Zustimmung* zugeordnet. Die beiden Antwortkategorien *stimme eher nicht zu* und *stimme gar nicht zu* wurden der Antwortkategorie *Geringe bis keine Zustimmung* zugeordnet. Die Antwortkategorie *Teils / Teils* wurde nicht umcodiert. Die Antwortkategorie *weiß ich nicht* wurde nicht berücksichtigt.

Bei der Verwendung der soeben benannten Skala, wurden die HA zu zwei Sichtweisen befragt: Zum einen hinsichtlich ihrer eigenen Einstellung und zum anderen wurden sie aufgefordert, sich in die Sichtweise der PAT zu versetzen und deren Einstellung einzuschätzen.

Der höchste Anteil an Zustimmung ( $n = 9$ , je Item) in der IG zeigt sich in den beiden Aussagen, dass zum einen die Befragten das Behandlungsprinzip einer Online-Behandlung grundsätzlich als sinnvoll bewerten und zum anderen, dass die Nutzung einer Online-Plattform sie bei der Arbeit unterstützen könne. Auch in der KG gab es relativ hohe Zustimmungswerte ( $n = 7$ ) hinsichtlich dieser zwei Aussagen.

Der höchste Anteil an *Zustimmung* ( $n = 8$ , je Item) in der KG zeigt sich in den beiden Aussagen, dass die Nutzung einer Online-Plattform den Befragten helfen kann, zu erkennen, welche weiteren Schritte der Behandlung veranlasst werden müssen und dass die Plattform wichtige Anregungen geben kann, besser mit PAT mit Depression und / oder Angststörungen umzugehen.

Die Mehrheit ( $n = 7$ ) der IG wählten die Antwortkategorie *Teils / Teils* hinsichtlich der Aussage, dass die Befragten durch eine Online-Behandlung keine längerfristigen Effekte erwarten. In der KG heben sich die anteilig höchsten Zustimmungswerte der Antwortkategorie *Teils / Teils* den anderen Antwortkategorien sehr ähnlich, sodass von einer tiefergehenden Ergebnisinterpretation abgesehen wird. Dies gilt auch für die Zustimmungswerte der Antwortkategorie *Geringe bis keine Zustimmung*.

Zusammenfassend deuten die Ergebnisse darauf hin, dass die HA der IG und KG zum einen selbst der Nutzung einer Online-Behandlung bzw. Online-Plattform aufgeschlossen gegenüberstanden. Außerdem ist aus den Zustimmungswerten ableitbar, dass die HA dies gleichermaßen aus der Patientenperspektive einschätzten. Auf Grund der Ergebnisse war zu vermuten, dass HA Potential in der Nutzung einer Online-Behandlung für die Versorgung von PAT mit psychischen Erkrankungen sahen. Jedoch bestand auch ein gewisses Ausmaß an Skepsis hinsichtlich bestimmter Themenbereiche (siehe Item „...*OnB verstärkt Isolation und Einsamkeit*“), wodurch sich die aufgeschlossene Haltung nicht alle Items hinweg übertragen lassen.

Tabelle 3-51: Einstellung gegenüber der Nutzung einer Online-Behandlung (Online-Plattform), HA T0

„Erfassung grundsätzliche Einstellung in Bezug auf Ihre Patienten hinsichtlich der Nutzung einer Online-Behandlung (OnB)“	T0 (Baseline)					
	HA IG (n = 9) <sup>4</sup>			HA KG (n = 9) <sup>5</sup>		
	Zustimmung	Teils / Teils	Geringe bis keine Zustimmung	Zustimmung	Teils / Teils	Geringe bis keine Zustimmung
...OnB fällt PAT leichter Gefühle zu offenbaren als Gesprächstherapie <sup>1,2</sup>	6	1	2	6	0	2
...Anregungen OnB für PAT in Alltag schwer umsetzbar	6	3	0	5	3	1
...lernen Alltag besser bewältigen eher von OnB als Gesprächstherapie	5	3	1	5	2	2
...Behandlungskonzepte für PAT in Gesprächstherapie besser erfassbar	5	3	0	3	4	1
...OnB wichtige Anregungen für PAT, besser mit Problemen umzugehen	7	0	0	6	0	1
...durch OnB zuverlässigeres Durchführen der Behandlung von PAT	4	5	0	6	2	1
...ich kann in Krisensituationen besser helfen als OnB	6	0	0	5	0	1
...OnB für PAT flexibler in Alltag integrierbar als Gesprächstherapie	5	0	0	6	0	0
...nach Nutzung OnB für PAT leichter zu Psychotherapeuten zu gehen	7	0	0	6	0	1
...OnB genauso wirksam wie Gesprächstherapie	7	2	0	6	1	2
...OnB vertraulicher und diskreter als Gespräch mit mir	5	2	2	4	2	3
...OnB verstärkt Isolation und Einsamkeit	2	3	4	3	4	1
...OnB erwarte ich keine längerfristigen Effekte	1	7	1	1	4	4
...regelmäßige Telefonkontakte durch MFA für PAT hilfreich	6	0	0	7	0	0
...Prinzip einer OnB grundsätzlich sinnvoll	9	0	0	7	2	0
...Nutzung OnP <sup>3</sup> kann mich bei meiner Arbeit unterstützen	9	0	0	7	2	0
...OnP kann mir wichtige Anregungen geben für Umgang mit PAT	7	2	0	8	1	0
...Nutzung OnP für Betreuung PAT würde ich Kollegen empfehlen	6	2	0	7	1	0
...OnP hilft weitere Schritte der Behandlung zu erkennen	6	2	0	8	0	0
...Nutzung OnP im Alltag würde mir leicht fallen	3	5	0	6	2	1

<sup>1</sup> Die jeweils vollständige Formulierung der Items sind dem Anhang zu entnehmen und sind in der Tabelle vereinfacht dargestellt.

<sup>2</sup> Unter der Bezeichnung *Gesprächstherapie* ist jede Form der therapeutischen Behandlung zu verstehen, die durch HA oder einen Psychotherapeuten durchgeführt wird.

<sup>3</sup> Die Abkürzung *OnP* steht für *Online-Plattform*.

<sup>4</sup> 10 Items zeigten keine fehlenden Werte, bei den übrigen Items variiert die Anzahl zwischen 1 und 4 fehlender Werte; <sup>5</sup> 10 Items zeigten keine fehlenden Werte, bei den übrigen Items variiert die Anzahl fehlender Werte von 1 bis 3.

### Einstellung gegenüber der Nutzung einer Online-Behandlung (MFA)

Zur Erfassung der Einstellung der MFA gegenüber der Nutzung einer Online-Behandlung (*OnB*) zum Zeitpunkt der T0-Erhebung wurde das gleiche Antwortformat und Vorgehen der Umkodierung verwendet, wie bereits zuvor ausführlich bei der HA-Befragung beschrieben. Die Skala bestand aus vier Items (siehe Tabelle 3-52), wovon zwei Items invertiert formuliert sind. Die Items wurden einzeln ausgewertet. Der Median über alle Items hinweg zum Zeitpunkt T0 der IG nimmt den Wert 3,5, 4 oder 5 an und in der KG 4 oder 5.

Die Ergebnisse der IG MFA zeigten zwischen den Antwortmöglichkeiten *Zustimmung* und *Teils / Teils* kein Schwerpunkt im Antwortverhalten. Die Antwortkategorie *Geringe bis keine Zustimmung* hingegen ist nicht vertreten. Die Ausnahme ( $n = 1$ ) bildet lediglich ein Item („...*Prinzip einer OnB grundsätzlich sinnvoll*“). Zum einen wurde das Behandlungsprinzip einer OnB von den MFA als grundsätzlich sinnvoll bewertet ( $n = 3$  *Zustimmungen*). Im Gegenzug wurde jedoch ebenfalls zustimmend ( $n = 3$ ) bewertet, dass eine OnB Isolation und Einsamkeit verstärkt. Die Ergebnisse der KG MFA unterschieden sich unwesentlich von der IG. Auch hier zeigten sich sowohl zustimmende Werte ( $n = 6$ ) hinsichtlich der Aussage, dass das Behandlungsprinzip einer OnB grundsätzlich sinnvoll ist und insgesamt  $n = 5$  zustimmende Werte, dass eine OnB Isolation und Einsamkeit verstärken kann.

### Erwartungen hinsichtlich Nutzung Online-Behandlung (HA & MFA)

Die Erfassung der Erwartungen der HA und MFA hinsichtlich der Nutzung einer Online-Behandlung zum Zeitpunkt T0 wurde, je nach Studiengruppe, anhand von acht (HA) bzw. sieben Items (MFA) mit einem Antwortformat von 0 % (*überhaupt nicht*) bis 100% (*vollkommen*) in Form einer unipolaren visuellen Analogskala operationalisiert. In der nachstehenden Tabelle 3-53 wurden die Ergebnisse der beiden Studiengruppen vergleichend gegenüber gestellt.

Zusammenfassend zeigten die Ergebnisse, dass die Mittelwerte je Studiengruppe und je Stakeholder (HA oder MFA) über die drei Items: *Wie hilfreich eine OnB für die Patientenversorgung, für PAT mit Depression und / oder PAT mit Panik- / Angstzuständen sein kann*, in etwa zwischen 60 % und 70 % liegen. Daraus lässt sich die Vermutung ableiten, dass die Befragten insgesamt eine positive Erwartung hinsichtlich des Nutzen einer OnB für PAT hatten. Jedoch war auf Grund der geringen Stichprobengröße keine tiefgreifendere Interpretation sinnvoll.

Die Erwartungen, dass eine *OnB als angemessene Form zur Behandlung von PAT mit Depressionen und Panik- / Angstzuständen* gesehen wurde, variiert zwischen 48 % und 67 %. Hinsichtlich dieser beiden Einschätzungen in Bezug auf die Angemessenheit zeigte sich zwischen der IG und KG eine breite Streuung in dem Antwortverhalten (0% bis 97%). Diese beiden Items richteten sich ausschließlich an HA. Dies ließ auf eine sowohl positive, als auch negative Haltung gegenüber der Angemessenheit vermuten. Die Erwartungen hinsichtlich einer möglichen Überforderung von PAT durch die Anwendung einer OnB sind zwischen den beiden Studiengruppen ähnlich. Der Mittelwert (66,88 %) ließ ein gewisses Ausmaß an Befürchtung vermuten, dass PAT mit einer Depression überfordert sein könnten. Die Ergebnisse der Frage nach der Befürchtung hinsichtlich der Umstellung der Praxisorganisation durch eine neue Behandlungsmethode lassen vermuten, dass sowohl HA als auch MFA relativ unbesorgt bzgl. einer möglichen Umstellung waren. Der Mittelwert liegt in etwa zwischen 20 % und 50 %.

Akronym: PREMA

Förderkennzeichen: 01NVF17037

Tabelle 3-52: Einstellung gegenüber der Nutzung einer Online-Behandlung, MFA T0

„Erfassung grundsätzliche Einstellung hinsichtlich der Nutzung einer Online-Behandlung (OnB)“	T0 (Baseline)					
	MFA IG (n = 8) <sup>3</sup>			MFA KG (n = 8) <sup>4</sup>		
	Zustimmung	Teils / Teils	Geringe bis keine Zustimmung	Zustimmung	Teils / Teils	Geringe bis keine Zustimmung
...Prinzip einer OnB grundsätzlich sinnvoll <sup>1</sup>	3	4	1	6	1	1
...OnB genauso wirksam wie Gesprächstherapie <sup>2</sup>	5	2	0	5	1	2
...durch OnB erhalten PAT keine professionelle Unterstützung	6	2	0	7	1	0
...OnB verstärkt Isolation und Einsamkeit	3	4	0	5	3	0

<sup>1</sup> Die jeweils vollständige Formulierung der Items sind dem Anhang zu entnehmen und sind in der Tabelle vereinfacht dargestellt.

<sup>2</sup> Unter der Bezeichnung *Gesprächstherapie* ist jede Form der therapeutischen Behandlung zu verstehen, die durch HA oder einen Psychotherapeuten durchgeführt wird.

<sup>3</sup> Zwei Items mit je 2 fehlenden Werten; <sup>4</sup> Es liegen keine fehlenden Werte vor.

Tabelle 3-53: Erwartungen HA und MFA hinsichtlich Nutzung einer Online-Behandlung, T0

„Erfassung der Erwartungen hinsichtlich der Nutzung einer Online-Behandlung (OnB)“ 0% = Überhaupt nicht 100% = Vollkommen	T0 (Baseline)							
	HA				MFA			
	IG (n = 9) <sup>2</sup>		KG (n = 9) <sup>2</sup>		IG (n = 8) <sup>2</sup>		KG (n = 8) <sup>2</sup>	
	Range	Mittelwert, SD	Range	Mittelwert, SD	Range	Mittelwert, SD	Range	Mittelwert, SD
...wie hilfreich kann eine OnB für PAT-versorgung sein? <sup>1</sup>	26-81	60,0±20,69	10-100	64,33±29,12	36-93	65,38±20,48	14-97	66,38±29,79
...wie hilfreich Einsatz OnB für PAT mit Depression?	27-79	59,56±19,01	13-97	61,78±28,58	12-96	63,13±27,12	4-100	66,88±34,03
...wie hilfreich Einsatz OnB für PAT mit Panik- / Angstzuständen?	27-94	62,11±24,51	11-100	67,22±29,33	42-91	66,62±16,82	7-98	69,50±33,27
...wie sehr sehen Sie in der heutigen Zeit OnB als angemessene Form PAT mit Depression zu behandeln?	19-89	48,0±23,64	1-97	60,56±33,06	- <sup>3</sup>	-	-	-
...wie sehr sehen Sie in der heutigen Zeit OnB als angemessene Form PAT mit Panik- bzw. Angstzuständen zu behandeln?	17-92	57,33±24,60	0-95	67,33±33,77	- <sup>3</sup>	-	-	-
...wie sehr befürchten Sie, dass PAT mit Depressionen mit Anwendung OnB überfordert sind?	18-74	48,11±18,94	6-80	37,89±29,12	20-69	48,88±18,81	4-100	66,88±34,03
...wie sehr befürchten Sie, dass PAT mit Panik- bzw. Angstzuständen mit Anwendung OnB überfordert sind?	13-64	32,89±18,74	5-85	28,00±25,88	19-69	49,63±17,91	6-71	30,25±23,69
...wie sehr befürchten Sie, dass Praxisorganisation durch neue Behandlungsmethode umgestellt werden muss?	4-79	36,56±27,23	0-53	23,11±18,16	7-96	48,50±34,78	4-50	21,25±15,45
...wie sehr sehen Sie in der heutigen Zeit OnB als eine angemessene Form PAT mit Depression und / oder Panik- / Angstzuständen zu behandeln?	- <sup>3</sup>	-	-	-	19-69	49,63±17,91	6-71	30,25±23,69

<sup>1</sup> Die jeweils vollständige Formulierung der Items sind dem Anhang zu entnehmen und sind in der Tabelle vereinfacht dargestellt.

<sup>2</sup> Es liegen keine fehlenden Werte vor.

<sup>3</sup> Item wurde in dieser Gruppe bzw. Erhebungszeitpunkt nicht verwendet, da nicht sinnvoll.

### Einschätzung Anteil an der Patientenversorgung, MFA T0

Die Einschätzung der MFA hinsichtlich ihres Anteils an der Patientenversorgung zum Zeitpunkt T0 wurde mit einer Skala von vier Items und einem 5-stufigen Antwortformat (von *sehr hoch*, *hoch*, *mäßig*, *gering* bis *sehr gering*) erfasst (siehe Tabelle 3-54).

Das ursprünglich 5-stufige Antwortverhalten wurde für eine verständlichere Darstellung in eine 3-stufige Rating-Skala umcodiert (*1 = Sehr hoch bis hoch*, *2 = Mäßig*, *3 = Gering bis sehr gering*).

Die Ergebnisse der beiden Studiengruppen der befragten MFA zeigten ein nahezu identisches Antwortverhalten: Drei von insgesamt vier Items je Gruppe wurden mehrheitlich ( $n = 8$ ) mit der Antwortkategorie „*Sehr hoch bis hoch*“ beantwortet. Die Ausnahme ( $n = 1$ ) bildet lediglich ein Item je Studiengruppe (IG: „...dem Heilungsprozess der Patienten.“ & KG: „...der medizinischen Versorgung der Patienten.“). Die Ergebnisse zeigten, dass beinahe alle befragten MFA eine übereinstimmende Einschätzung hinsichtlich des Anteils an der Patientenversorgung vertreten. Dies umfasst den *sehr hohen bis hohen* Anteil sowohl an dem *Wohlbefinden*, der *medizinischen Versorgung* und dem *Heilungsprozess* der PAT, als auch die *Bindung der PAT an die Praxis*.

### Zufriedenheit verschiedener Aspekte des Arbeitsplatzes, MFA T0

Die Erfassung der Zufrieden- bzw. Unzufriedenheit der MFA mit verschiedenen Aspekten des Arbeitsplatzes zum Erhebungszeitpunkt T0 erfolgte anhand von zehn Items mit einem Antwortformat von 1 % (*sehr unzufrieden*) bis 100 % (*sehr zufrieden*) in Form einer unipolaren visuellen Analogskala (siehe Tabelle 3-55).

Erneut ist die geringe Stichprobengröße je Studiengruppe ( $n = 8$ ) zu beachten und dass die Ergebnisse (siehe Tabelle 3-55) daher keine valide Interpretationen der Ergebnisse zulassen.

Insgesamt betrachtet sind sowohl MFA IG und MFA KG relativ zufrieden mit ihrem Arbeitsplatz (IG:  $87,12 \pm 17,37$  & KG:  $89,50 \pm 13,36$ ). Außerdem deuten die vorliegenden Daten darauf hin, dass die befragten MFA zudem relativ zufrieden in Bezug verschiedene Aspekte ihres Arbeitsplatzes waren. Betrachtet man einzelne Aspekte, waren die MFA IG am zufriedensten mit der *Anerkennung, die sie für ihre Arbeit bekommen* ( $85,63 \pm 14,68$ ). Die MFA KG dagegen waren am zufriedensten mit *ihren Kollegen und Mitarbeitern* ( $92,0 \pm 7,11$ ).

Weiterhin konnte anhand der Ergebnisse angenommen werden, dass z.B. hinsichtlich des *Einkommens* ein gewisses Ausmaß an Unzufriedenheit in den beiden Gruppen besteht (IG:  $68,38 \pm 31,37$  & KG:  $72,25 \pm 22,50$ ). Gleichzeitig bestand zudem die geringste Zufriedenheit der IG hinsichtlich des Einkommens. Bei einigen Aspekten gibt es Unterschiede zwischen den beiden Gruppen. Beispielsweise sind die MFA der IG ( $70,88 \pm 19,53$ ) insgesamt zufriedener mit dem *Grad der Abwechslung in den Arbeitsaufgaben* als die MFA der KG ( $79,00 \pm 19,63$ ). Dieses Item zeigte in der KG zudem die geringste Zufriedenheit.



Tabelle 3-54: Einschätzung Anteil an der Patientenversorgung, MFA T0

„Wie hoch schätzen Sie Ihren Anteil an ....“	T0 (Baseline)					
	MFA IG (n = 8) <sup>1</sup>			MFA KG (n = 8) <sup>1</sup>		
	Sehr hoch bis hoch	Mäßig	Gering bis sehr gering	Sehr hoch bis hoch	Mäßig	Gering bis sehr gering
...dem Wohlbefinden der Patienten.	8	0	0	8	0	0
...der medizinischen Versorgung der Patienten.	8	0	0	7	0	1
...dem Heilungsprozess der Patienten.	7	0	1	8	0	0
...der Bindung der Patienten an die Praxis.	8	0	0	8	0	0

<sup>1</sup> Keine fehlenden Werte.

Tabelle 3-55: Zufriedenheit verschiedener Aspekte des Arbeitsplatzes, MFA T0

„Bitte geben Sie an, wie zufrieden oder unzufrieden Sie mit verschiedenen Aspekten Ihres Arbeitsplatzes sind.“ 1 = sehr unzufrieden 100 = sehr zufrieden	T0 (Baseline)			
	MFA IG (n = 8) <sup>1</sup>		MFA KG (n = 8) <sup>1</sup>	
	Range	Mittelwert, SD	Range	Mittelwert, SD
...Physische Arbeitsbelastung.	39-100	72,38±20,91	34-93	71,75±19,50
...Freiheit, eigene Arbeitsmethoden wählen zu können.	43-100	76,63±21,54	41-97	82,63±18,32
...Ihren Kollegen und Mitarbeitern.	45-99	79,50±21,23	82-100	92,0±7,11
...Anerkennung, die Sie für Ihre Arbeit bekommen.	53-100	85,63±14,68	50-100	78,25±17,12
...Menge an Verantwortung, die Sie übertragen bekommen.	44-99	79,63±20,24	50-98	84,13±15,97
...Ihrem Einkommen.	6-95	68,38±31,37	41-97	72,25±22,50
...Möglichkeit, Ihre Fähigkeiten nutzen zu können.	47-99	85,00±17,74	51-100	81,25±16,62
...Ihren Arbeitsstunden.	32-100	75,37±25,83	65-100	87,75±11,27
...Grad der Abwechslung in Ihren Arbeitsaufgaben.	50-100	79,00±19,63	47-99	70,88±19,53
Insgesamt betrachtet: Wie zufrieden sind Sie mit Ihrem Arbeitsplatz?	50-100	87,12±17,37	67-100	89,50±13,36

<sup>1</sup> Keine fehlende Werte.

## Patienten

Zum Erhebungszeitpunkt T0 (Baseline-Befragung) nahmen insgesamt 52 PAT der IG und 11 PAT der KG an einer online Befragung teil. Zum Zeitpunkt T2 (12 Monate nach Baseline) nahmen insgesamt 25 der IG und 3 PAT der KG an der erneuten Befragung teil. Im Folgenden werden die Ergebnisse tabellarisch vergleichend je Skala dargestellt. Die Daten der T2-Befragung sind von den selben PAT wie zum Zeitpunkt T0.

### Zufriedenheit (Angemessenheit) aktuelle Behandlung, Einstellung zu neuen Behandlungsmethoden

Die Erfassung der Zufriedenheit der aktuellen Behandlung und die Einstellungen zu neuen Behandlungsmethoden zum Zeitpunkt der T0- und T2 Erhebung erfolgte in einem 5-stufigen Antwortformat (von *stimme gar nicht zu* bis *stimme voll zu*). Je nach Zuteilung in die jeweilige Studiengruppe (IG & KG) und des Erhebungszeitpunktes (T0 & T2) bestand die Skala aus fünf bis sieben Items. Die Items wurden einzeln ausgewertet. Der Median aller Items der IG zum Zeitpunkt T0 nimmt den Wert 4 an und zum Zeitpunkt T2 den Wert 3 oder 4. Wie in der IG nimmt der Median aller Items der KG zum Erhebungszeitpunkt T0 den Wert 3 oder 4 an. Auf Grund der kleinen Stichprobengröße ( $n = 3$ ) der KG zum Erhebungszeitpunkt T2 wurde auf die Berechnung der Maße der zentralen Tendenz und Streuung verzichtet.

Für eine übersichtliche Darstellung der Häufigkeitsverteilung wurde das 5-stufige Antwortverhalten für diesen Bereich in eine 3-stufige Rating-Skala umcodiert (siehe Tabelle 3-56). Die ursprünglichen Antwortkategorien *stimme voll zu* und *stimme eher zu* wurden der Kategorie *Zustimmung* zugeordnet. Die beiden Antwortkategorien *stimme eher nicht zu* und *stimme gar nicht zu* wurden der Antwortkategorie *Geringe bis keine Zustimmung* zugeordnet. Die Antwortkategorie *Teils / Teils* wurde nicht umcodiert.

Die Anzahl fehlender Werte aller Items dieser Skala reichen von 2 (z.B. „...mein HA hilft mir.“) bis 4 („...nutzen von neuartigen Behandlungsmethoden, die von Wissenschaftlern entwickelt wurden.“) und liegen ausschließlich zum Zeitpunkt T0 der IG vor.

Auf Grund der hohen Zustimmungswerte in beiden Studiengruppen ist anzunehmen, dass die befragten PAT mit der aktuellen Behandlung ihrer Erkrankung durch den HA zum Erhebungszeitpunkt T0 und T2 relativ zufrieden sind. Zudem sind beide Gruppen zum Zeitpunkt T0 und T2 aufgeschlossen gegenüber neuen Behandlungsmethoden. Die Ergebnisse der KG zum Messzeitpunkt T2 werden auf Grund der geringen Stichprobengröße ausschließlich tabellarisch dargestellt (siehe Tabelle 3-56).

Außerdem ergab die Gegenüberstellung der Vergleichswerte einer Teilstichprobe der Gesamtpopulation der Patientenbefragung zu den Messzeitpunkten T0 und T2, dass das Antwortverhalten dieser Teilstichprobe dem der Gesamtpopulation entspricht (siehe

Anlage 24). Daraus lässt sich ableiten, dass sich das Antwortverhalten der Gesamtpopulation entspricht. Bei dieser Teilstichprobe handelt sich um PAT, die sowohl an der T0- als auch an der T2-Erhebung teilgenommen haben.

Tabelle 3-56: Zufriedenheit (Angemessenheit) aktuelle Behandlung, Einstellung zu neuen Behandlungsmethoden, PAT

	T0 (Baseline)						T2 (12 Monate)					
	IG (n = 52) <sup>2</sup>			KG (n = 11) <sup>4</sup>			IG (n = 25) <sup>4</sup>			KG (n = 3) <sup>3</sup>		
	Zustimmung	Teils / Teils	Geringe bis keine Zustimmung	Zustimmung	Teils / Teils	Geringe bis keine Zustimmung	Zustimmung	Teils / Teils	Geringe bis keine Zustimmung	Zustimmung	Teils / Teils	Geringe bis keine Zustimmung
... aktuelle Behandlung hilft bzgl. psychischen Erkrankung <sup>1</sup>	30	20	0	4	6	1	10	13	2	3	0	0
... HA hilft mir	46	4	0	8	3	0	20	4	1	2	1	0
... HA sieht und beurteilt Probleme ähnlich	44	5	1	6	5	0	20	5	0	3	0	0
... HA und ich gleiche Behandlungsziel	48	2	0	7	3	1	22	2	1	-	-	-
... nutzen neuartige Behandlungsmethode, die von Wissenschaftlern entwickelt wurde	38	9	1	11	0	0	19	4	2	3	0	0
... ausprobieren neuartige Behandlungsmethode, auch wenn anders als das, was HA normalerweise tut	30	17	2	10	1	0	14	6	5	3	0	0
... werde PREMA-Übungen zukünftig anwenden	- <sup>5</sup>	-	-	- <sup>5</sup>	-	-	17	7	1	- <sup>5</sup>	-	-

<sup>1</sup> Die jeweils vollständige Formulierung der Items sind dem Anhang zu entnehmen und sind in der Tabelle vereinfacht dargestellt.

<sup>2</sup> Je Item 2 bis 4 fehlende Werte; <sup>3</sup> Zwei Items mit je 2 fehlenden Werten; <sup>4</sup> Keine fehlenden Werte vorhanden.

<sup>5</sup> Item in dieser Gruppe bzw. Zeitpunkt nicht verwendet, da nicht sinnvoll.

### Einstellung gegenüber einer Online-Behandlung

Die Erfassung der Einstellung gegenüber Online-Behandlungen (OnB) zum Zeitpunkt der T0- und T2-Erhebung erfolgte in einem 6-stufigen Antwortformat (von *stimme gar nicht zu* bis *stimme voll zu* sowie *weiß ich nicht*). Die Skala bestand aus insgesamt 20 Items. Die Items wurden einzeln ausgewertet. Der Median aller Items der IG zum Zeitpunkt T0 nimmt den Wert 3, 4 oder 5 an und zum Zeitpunkt T2 3, 3.5, 4 oder 5. Der Median aller Items der KG zum Erhebungszeitpunkt T0 nimmt den Wert 2, 2.5, 3, 4, 4.5 oder 5 an. Auf Grund der kleinen Stichprobengröße der KG zum Erhebungszeitpunkt T2 wurde auf die Berechnung der Maße der zentralen Tendenz und Streuung verzichtet.

Für eine übersichtliche Darstellung der Häufigkeitsverteilung wurde das 6-stufige Antwortverhalten in eine 3-stufige Rating-Skala umcodiert (siehe Tabelle 3-57). Analog zur Umcodierung des fünfstufigen Antwortverhaltens, wurden die ursprünglichen Antwortkategorien *stimme voll zu* und *stimme eher zu* wurden der Kategorie *Zustimmung* zugeordnet. Die beiden Antwortkategorien *stimme eher nicht zu* und *stimme gar nicht zu* wurden der Antwortkategorie *Geringe bis keine Zustimmung* zugeordnet. Die Antwortkategorie *Teils / Teils* wurde nicht umkodiert. Die Antwortkategorie *weiß ich nicht* wurde nicht berücksichtigt.

Der Anteil fehlender Werte der IG über alle Items hinweg reicht zum Zeitpunkt T0 von 8 (z.B. „...OnB fällt mir leichter Gefühle zu offenbaren“) bis 31 („...eine OnB ist vertraulicher und diskreter“) und zum Erhebungszeitpunkt T2 von 1 (z.B. „...die OnB bzw. Embloom-Plattform verstärkte Isolation und Einsamkeit.“) bis 10 („...die OnB bzw. Embloom-Plattform konnte mir helfen.“). Der Anteil fehlender Werte der KG über alle Items hinweg reicht zum Zeitpunkt T0 von 2 (z.B. „...durch eine OnB fällt es mir leichter Gefühle zu offenbaren.“) bis 9 („...bei einer OnB werde ich keine professionelle Unterstützung erhalten.“) und zum Erhebungszeitpunkt T2 von 1 (z.B. „...die Anregungen einer OnB sind schwer umsetzbar in meinen Alltag.“) bis 2 (z.B. „...eine OnB hilft Probleme zu erkennen.“).

Die Zustimmungswerte (siehe Tabelle 3-57) aller Items zeigten deutlich ein variierendes Antwortverhalten der befragten PAT zum Messzeitpunkt T0 der IG. Hinsichtlich der Antwortkategorien *Zustimmung*, *Teils / Teils* und *Geringe bis keine Zustimmung* zeigten die Werte, dass die Zustimmung der PAT keinem gleichförmigem Muster folgt. Der höchste Anteil an *Zustimmung* (n = 24) zeigt sich bei der Aussage, dass Befragte das Behandlungsprinzip einer Online-Behandlung grundsätzlich als sinnvoll bewerten. Die Antwortkategorie *Geringe bis keine Zustimmung* wurde mehrheitlich bei der Aussage „Bei einer Online-Behandlung werde ich zuverlässiger die Behandlung durchführen, als bei einer Gesprächstherapie.“ (n = 30) und bei der Aussage „Von der Nutzung einer Online-Behandlung würde ich meiner Familie / meinen Freunden / Bekannten eher erzählen als von einer Gesprächstherapie.“ (n = 28) gewählt. Die Mehrheit (n = 23) wählten die Antwortkategorie *Teils / Teils* hinsichtlich der Aussage, dass eine Online-Behandlung genauso wirksam sein kann wie eine Gesprächstherapie.

Ebenso variiert das Antwortverhalten zum Messzeitpunkt T2 der IG der befragten PAT mit psychischen Erkrankungen. Der jeweils höchste Anteil (n = 17) an *Zustimmung* über alle Items hinweg zeigte sich in den beiden Aussagen „Das Behandlungsprinzip einer Online-Behandlung erachte ich grundsätzlich als sinnvoll.“ und „Die Nutzung einer Online-Behandlung lässt sich flexibler in meinen Alltag einbauen als eine Gesprächstherapie.“. Die Antwortkategorie *Geringe bis keine Zustimmung* weist hinsichtlich der Aussage „In Krisensituationen wird mir eine Online-Behandlung besser helfen als eine Gesprächstherapie.“ den höchsten Anteil (n = 19) auf. Dicht gefolgt von dem zweithöchstem Zustimmungswert (n = 17) hinsichtlich der Aussage „Bei einer Online-Behandlung werde ich zuverlässiger die Behandlung durchführen, als bei einer Gesprächstherapie.“. Vergleichend zum Zeitpunkt T0 wies diese Aussage den höchsten Anteil (n = 30) an Werten in der gleichen Antwortkategorie auf. Dies lässt vermuten, dass sich die Erwartungen der PAT zum Zeitpunkt T0, nach 12 Monaten Studienteilnahme bestätigten. Zusammenfassend deuten die Ergebnisse darauf hin, dass die befragten PAT mit einer psychi-

Akronym: PREMA

Förderkennzeichen: 01NVF17037

schen Erkrankung zum einen einer Online-Behandlung aufgeschlossen und neugierig gegenüberstanden und somit eine positive Einstellung aufwiesen. Zum anderen lassen die Ergebnisse jedoch vermuten, dass ein gewisses Ausmaß Skepsis vorhanden war. Die Ergebnisse der KG zum Messzeitpunkt T0 und T2 werden auf Grund der jeweils geringen Stichprobengröße ausschließlich tabellarisch dargestellt (siehe Tabelle 3-57) und nicht weiter erörtert.

#### Erwartungen an eine Online-Behandlung vs. Bewertung PREMA-Behandlung

Die Erfassung der Erwartungen von PAT mit psychischen Erkrankungen an eine Online-Behandlung zum Zeitpunkt T0 und die Bewertung der PREMA-Behandlung (IG) bzw. Behandlung der letzten 12 Monate (KG) zum Zeitpunkt T2 als Vergleichswert, wurde anhand von drei Items mit einem Antwortformat von 0 % (*überhaupt nicht*) bis 100% (*vollkommen*) in Form einer unipolaren visuellen Analogskala operationalisiert. Je nach Studiengruppe (IG & KG) wurden die Items entsprechend der Fragestellung / Ziel hinsichtlich der Formulierung angepasst. Der Anteil fehlender Werte über alle Items hinweg sind der Tabelle 3-58 zu entnehmen.

Auf Grund der hohen Varianz in den drei Messitems und der geringen Stichprobengröße der KG zum Messzeitpunkt T2 sind die Daten lediglich in Tabellenform erfasst. Auf eine weitere Erörterung wird daher verzichtet.

Tabelle 3-57: Einstellung gegenüber einer Online-Behandlung bzw. Nutzung Embloom-Plattform, Patienten

	T0 (Baseline)						T2 (12 Monate)					
	„Erfassung grundsätzliche Einstellung hinsichtlich Nutzung einer OnB <sup>1</sup> “						„Erfassung grundsätzliche Einstellung hinsichtlich Nutzung Embloom-Plattform.“			„Erfassung grundsätzliche Einstellung hinsichtlich Nutzung einer OnB.“		
	IG (n = 52) <sup>4</sup>			KG (n = 11) <sup>5</sup>			IG (n = 25) <sup>6</sup>			KG (n = 3) <sup>7</sup>		
	Zustimmung	Teils / Teils	Geringe bis keine Zustimmung	Zustimmung	Teils / Teils	Geringe bis keine Zustimmung	Zustimmung	Teils / Teils	Geringe bis keine Zustimmung	Zustimmung	Teils / Teils	Geringe bis keine Zustimmung
...OnB grundsätzlich sinnvoll <sup>2</sup>	24	7	5	7	1	0	17	6	0	2	1	0
...OnB genauso wirksam wie Gesprächstherapie <sup>3</sup>	10	23	7	3	2	1	4	10	8	2	0	1
...OnB vertraulicher und diskreter als Gesprächstherapie	5	12	4	2	0	1	6	11	4	1	1	1
...OnB keine professionelle Unterstützung	4	9	10	0	0	2	3	8	11	1	1	1
...OnB verstärkt Isolation und Einsamkeit	3	5	16	1	1	1	3	6	15	1	0	2
...OnB keine längerfristigen Effekte	5	12	19	0	0	7	7	7	8	0	0	3
...OnB könnte mir helfen	15	12	9	5	1	0	0	0	15	0	0	1
...OnB fällt mir leichter Gefühle zu offenbaren als Gesprächstherapie	10	17	17	4	2	3	3	9	12	0	0	1
...Anregungen OnB in Alltag schwer umsetzbar	9	15	14	1	2	6	7	8	9	1	0	1
...lernen Alltag besser bewältigen eher von OnB als Gesprächstherapie	4	16	20	2	3	1	2	8	11	3	0	0
...OnB hilft Probleme zu erkennen	17	13	5	4	3	0	7	11	4	0	0	1
...Behandlungskonzepte in Gesprächstherapie besser erfassbar	14	8	14	0	1	5	6	10	8	3	0	0
...OnB gibt wichtige Anregungen, besser mit Problemen umzugehen	21	7	6	5	2	0	10	12	2	1	1	1
...von Nutzung OnB erzähle ich Familie / Freunden eher	4	12	28	2	2	5	5	6	12	0	2	0
...durch OnB zuverlässigeres Durchführen der Behandlung	8	4	30	3	1	3	1	3	17	1	0	2
...OnB hilft in Krisensituationen besser als Gesprächstherapie	3	10	20	3	2	0	1	2	19	1	0	1
...OnB keine Angst, dass jemand von psych. Problemen erfährt	19	9	11	3	2	4	10	1	11	1	1	1
...unwohl, persönliche Gedanken auf Online-Plattform preiszugeben	11	13	17	0	4	7	2	6	15	2	1	0
...OnB flexibler in Alltag integrierbar als Gesprächstherapie	21	8	3	4	1	0	17	4	2	1	0	1
...nach Nutzung OnB leichter zu Psychotherapeuten zu gehen	11	4	12	1	3	2	6	4	12	1	0	1

<sup>1</sup> Die Abkürzung *OnB* steht für *Online-Behandlung*.

<sup>2</sup> Die jeweils vollständige Formulierung der Items sind dem Anhang zu entnehmen und sind in der Tabelle vereinfacht dargestellt.

<sup>3</sup> Unter der Bezeichnung *Gesprächstherapie* ist jede Form der therapeutischen Behandlung zu verstehen, die durch Hausarzt oder einen Psychotherapeuten durchgeführt wird.

<sup>4</sup> Je Item variiert die Anzahl fehlender Werte von 8 bis 31 fehlende Werte; <sup>5</sup> Je Item 2 bis 9 fehlende Werte; <sup>6</sup> Je Item 1 bis 4 fehlende Werte; <sup>7</sup> Sieben Items mit 1 bis 2 fehlende Werte.

Tabelle 3-58: Erwartungen an eine Online-Behandlung vs. Bewertung PREMA-Behandlung, Patienten

	T0 (Baseline)				T2 (12 Monate)			
	Inhalt d. Items bezieht sich allgemein auf eine OnB <sup>1</sup>				Inhalt d. Items bezieht sich auf PREMA-Behandlung		Inhalt d. Items bezieht sich auf letzten 12 Monate	
	IG (n = 52) <sup>3</sup>		KG (n = 11) <sup>4</sup>		IG (n = 25) <sup>5</sup>		KG (n = 3) <sup>4</sup>	
	Range	Mittelwert, SD	Range	Mittelwert, SD	Range	Mittelwert, SD	Range	Mittelwert, SD
...wie hilfreich kann OnB <sup>1</sup> für Sie sein? <sup>2</sup>	0-100	53,65±25,01	48-97	73,82±17,15	17-99	61,91±23,58	50-81	66,33±15,57
...wie erfolgreich kann OnB zur Verringerung Ihrer Symptome sein?	0-100	49,43±24,92	24-100	59,73±24,43	4-99	59,13±26,13	42-91	66,0±24,52
...wie sehr sehen Sie in der heutigen Zeit OnB als angemessene Form PAT mit Depression / Panik- bzw. Angstzuständen zu behandeln?	0-100	54,07±26,29	50-100	75,82±17,26	2-99	54,33±23,49	57-73	63,67±8,33

<sup>1</sup> Die Abkürzung OnB steht für Online-Behandlung.

<sup>2</sup> Die jeweils vollständige Formulierung der Items sind dem Anhang zu entnehmen und sind in der Tabelle vereinfacht dargestellt.

<sup>3</sup> Je Item variiert die Anzahl fehlender Werte von 4 bis 6; <sup>4</sup> Es liegen keine fehlenden Werte vor; <sup>5</sup> Je Item 1 fehlender Wert.

### Erwartung und Zufriedenheit (Angemessenheit) Studienteilnahme / Behandlung

Die Erfassung der Einstellungen, Erwartungen (Absicht) und Zufriedenheit der Intervention / Behandlung wurde anhand einer Skala mit 24 Items und einem 6-stufigen Antwortformat (von *gar nicht* bis *sehr* sowie *betrifft mich nicht*) operationalisiert. Die Items wurden einzeln ausgewertet. Der Median aller Items der IG zum Zeitpunkt T0 nimmt den Wert 2 oder 3 an und zum Zeitpunkt T2 den Wert 3, 3.5 oder 4. Der Median aller Items der KG zum Erhebungszeitpunkt T0 gleicht, wie in der IG, ebenfalls den Wert 2 oder 3. Auf Grund der kleinen Stichprobengröße der KG zum Erhebungszeitpunkt T2 wurde auf die Berechnung der Maße der zentralen Tendenz und Streuung verzichtet. Für eine übersichtliche Darstellung der Häufigkeitsverteilung wurde das 6-stufige Antwortverhalten dichotomisiert (siehe Tabelle 3-59). Die ursprünglichen Antwortkategorien *sehr* und *ziemlich* wurden der Kategorie *Zustimmung* zugeordnet und die Antwortkategorie *mäßig, etwas* und *gar nicht* wurden der Antwortkategorie *Geringe bis keine Zustimmung* zugeordnet. Die Antwortkategorie *betrifft mich nicht* wurde den fehlenden Werten zugeordnet.

Der Anteil fehlender Werte der IG über alle Items hinweg reicht zum Zeitpunkt T0 von 3 („...mehr Energie zu haben.“) bis 23 („...ein normales Berufsleben führen zu können.“) und zum Erhebungszeitpunkt T2 von 1 (z.B. „...mehr Interesse und Freude zu erlangen.“) bis 10 (z.B. „... mich mehr in der Öffentlichkeit zu zeigen.“). Der Anzahl fehlender Werte der KG über alle Items hinweg reicht zum Zeitpunkt T0 von 1 (z.B. „...mehr Interesse und Freude zu erlangen.“) bis 4 („...normalen Appetit zu haben.“) und zum Erhebungszeitpunkt T2 von 1 (z.B. „...normalen Appetit zu haben.“) bis 2 („...weniger eigene Behandlungskosten zu haben.“).

Im Mittel erscheint auf Grund der hohen Zustimmungswerte zum Messzeitpunkt T0 der IG eine Erwartung hinsichtlich eines Behandlungserfolgs als gegeben. Dagegen fallen die Erwartungen hinsichtlich bspw. der „*eigenen Behandlungskosten*“, „*des Zeitaufwands der täglichen Behandlung*“ und „*sich mehr in der Öffentlichkeit zeigen*“ geringer aus.

Die Ergebnisse zum Messzeitpunkt T2 der IG über alle Items hinweg zeigten, dass die Mehrheit der befragten PAT in Bezug auf die Behandlung der letzten 12 Monate angaben, dass die Behandlung nur gering bis nicht geholfen hat, um bspw. besser schlafen zu können, weniger niedergeschlagen zu sein, mehr Lebensfreude zu haben oder um eine klare Diagnose und Therapie zu finden. Das „*Vertrauen in die Therapie während der Studienteilnahme*“ hat von allen Items die anteilig höchste Zustimmung. Die Ergebnisse der KG zum Messzeitpunkt T2 werden auf Grund der geringen Stichprobengröße (n = 3) ausschließlich tabellarisch dargestellt (siehe Tabelle 3-59).

Die Vergleichsbetrachtung der Zustimmungswerte einer Teilstichprobe der Gesamtpopulation der Patientenbefragung zu den Messzeitpunkten T0 und T2 ergab eine mehrheitliche Übereinstimmung des Antwortverhaltens mit der Gesamtpopulation (siehe Anlage 25). Dies lässt ein ähnliches Muster des Antwortverhaltens der Teil- und Gesamtpopulation vermuten. Bei dieser Teilstichprobe handelt sich um PAT, die an beiden Erhebungszeitpunkten (T0 & T2) teilgenommen haben.



Tabelle 3-59: Erwartung und Zufriedenheit Studienteilnahme / Behandlung, PAT

	T0 (Baseline)				T2 (12 Monate)			
	„Wie wichtig ist für Sie, durch Behandlung...zu sein/haben/können.“				„Die Behandlung in den letzten 12 Monaten hat mir geholfen...“			
	IG (n = 52) <sup>2</sup>		KG (n = 11) <sup>3</sup>		IG (n = 25) <sup>4</sup>		KG (n = 3) <sup>5</sup>	
	Zustimmung	Geringe bis keine Zustimmung	Zustimmung	Geringe bis keine Zustimmung	Zustimmung	Geringe bis keine Zustimmung	Zustimmung	Geringe bis keine Zustimmung
...mehr Interesse u. Freude <sup>1</sup>	42	5	9	1	7	17	1	2
...mehr Energie	45	4	10	0	8	16	2	1
...normalen Appetit	21	16	4	3	7	12	1	1
...besser konzentrieren	38	7	10	1	6	16	1	1
...mehr Selbstwertgefühl	36	6	9	0	8	15	2	1
...besser schlafen	41	5	9	0	4	16	1	2
...weniger niedergeschlagen	43	5	9	2	4	18	2	1
...mehr Lebensfreude	40	5	8	2	4	16	1	2
...keine Furcht vor Verschlechterung Krankheit	34	11	9	2	7	12	1	1
...normales Alltagsleben	39	6	9	0	6	16	2	1
...Alltag leistungsfähiger	42	5	9	1	6	15	2	1
...Angehörige u. Freunde weniger belasten	25	13	6	3	9	11	1	2
...Freizeitaktivitäten nachgehen	36	8	8	1	6	14	2	1
...Berufsleben führen	24	5	8	2	6	9	1	2
...mehr Kontakte mit Menschen	30	9	8	2	5	13	2	1
...mehr in Öffentlichkeit zeigen	17	17	4	4	4	11	1	2
...in Partnerschaft weniger belastet	25	10	7	1	4	13	1	1
...Sexualleben	20	10	6	2	4	11	1	2
...weniger Arzt- und Klinikbesuche	25	13	8	3	5	12	1	2
...weniger Zeitaufwand mit tägl. Behandlung	16	20	10	1	8	9	1	1
...weniger eigene Behandlungskosten	18	20	10	1	7	10	1	0
...weniger Nebenwirkungen	26	11	9	2	7	9	1	1
...klare Diagnose u Therapie	44	4	9	1	7	15	2	1
...Vertrauen in Therapie	40	6	10	1	10	12	2	1

<sup>1</sup> Die jeweils vollständige Formulierung der Items sind dem Anhang zu entnehmen und sind in der Tabelle vereinfacht dargestellt.

<sup>2</sup> Je Item variiert die Anzahl fehlender Werte von 3 bis 23; <sup>3</sup> Acht Items zeigten keine fehlende Werte auf, bei den übrigen Items variiert die Anzahl fehlender Werte von 1 bis 4 variiert; <sup>4</sup> Je Item variiert die Anzahl fehlender Werte von 1 bis 10; <sup>5</sup> 17 Items zeigten keine fehlenden Werte, bei den übrigen Items variiert die Anzahl fehlender Werte von 1 bis 2.

**Bewertung Intervention bzw. Behandlung (Zufriedenheit, Machbarkeit, Umsetzbarkeit)**

Die Bewertung der Intervention (IG) bzw. der Behandlung der letzten 12 Monate (KG) sowie der Machbarkeit und Umsetzbarkeit der Studienteilnahme und -durchführung wurde zum Erhebungszeitpunkt T2 durch die IG und KG der PAT gemessen. Dies erfolgte anhand einer unipolaren visuellen Analogskala (0% bis 100%) mit 18 Items in der IG und sieben Items in der KG. Je nach Studiengruppe (IG & KG) wurden die Items entsprechend der Fragestellung im Rahmen der Prozessevaluation hinsichtlich der Formulierung angepasst. Auf Grund der hohen Varianz hinsichtlich der Messitems und der geringen Stichprobengröße der KG zum Messzeitpunkt T2 sind die Daten lediglich in Tabellenform erfasst. Auf eine weitere Erörterung wird daher verzichtet. Der Anteil fehlender Werte über alle Items hinweg sind ebenfalls der Tabelle 3-60 zu entnehmen.

*Tabelle 3-60: Bewertung Intervention bzw. Behandlung (Zufriedenheit, Machbarkeit, Umsetzbarkeit), PAT*

	<b>T2 (12 Monate)</b>			
	<i>Inhalt d. Items bezieht sich auf PREMA-Behandlung</i>		<i>Inhalt d. Items bezieht sich auf letzten 12 Monate</i>	
	<b>IG (n = 25)<sup>3</sup></b>		<b>KG (n = 3)</b>	
	Range	Mittelwert, SD	Range	Mittelwert, SD
...Telefonate mit MFA hilfreich <sup>1</sup>	1-100	61,42±35,54	- <sup>2</sup>	-
...Erklärungen MFA verständlich	3-100	76,29±28,59	-	-
...Termine mit HA hilfreich	6-100	81,96±27,59	-	-
...Körperübungen hilfreich	3-100	65,58±33,06	-	-
...Entspannungsübungen hilfreich	1-100	66,13±33,39	-	-
...Situationsübungen hilfreich	1-100	59,92±34,40	-	-
...Körperübungen in Alltag integrierbar	1-100	62,38±33,06	-	-
...Entspannungsübungen in Alltag integrierbar	1-100	60,96±35,16	-	-
...Situationsübungen in Alltag integrierbar	1-100	58,20±34,53	-	-
...Erklärungen HA zu Übungen ausreichend	1-100	74,42±34,32	-	-
...Erklärungen Embloom zu Übungen ausreichend	1-100	79,96±25,05	-	-
...Behandlung erscheint logisch	1-100	63,50±26,69	47-85	63,33±19,55
...Behandlung hat Bedürfnissen entsprochen	9-98	58,29±28,09	50-92	66,00±22,72
...zufrieden mit Ausmaß an Hilfe d. Behandlung	8-99	60,88±23,92	32-99	65,00±33,51
...geholfen angemessen mit Problem umzugehen	3-98	59,88±26,86	50-83	67,33±16,56
...Empfehlung Behandlung an Familie/Freunde	2-100	64,09±28,81	62-90	74,00±14,42
...Behandlung erhalten, die Sie wollten?	2-98	60,63±28,32	23-66	40,33±22,78
...zufrieden Behandlung im Großen und Ganzen	15-99	68,26±26,57	50-83	68,33±18,80

<sup>1</sup> Die jeweils vollständige Formulierung der Items sind dem Anhang zu entnehmen und sind in der Tabelle vereinfacht dargestellt.

<sup>2</sup> Item in dieser Gruppe bzw. Zeitpunkt nicht verwendet, da nicht sinnvoll.

<sup>3</sup> Je Item 1 fehlender Wert.

## Vorteile und Nachteile der Nutzung der Embloom-Plattform, IG T2

Zur Erfassung der Vorteile der Nutzung der Embloom-Plattform wurden 14 Items mit einem dichotomen Antwortformat konzipiert (siehe Tabelle 3-61). Zur Erfassung der Nachteile wurden insgesamt 13 Items entwickelt (siehe Tabelle 3-62). Zudem bestand die Möglichkeit, dass die Befragten eigene Gedanken zu Vor- und Nachteilen in dem dafür vorgesehenen Freitextfeld angeben konnten. Dieses Freitextfeld wurde jedoch sowohl bei den Vor- als auch Nachteilen nicht genutzt. Im Folgenden wurden zunächst die Befragungsergebnisse zu den Vorteilen beschrieben. Von den PAT der IG (n = 25) lagen insgesamt Antworten von lediglich 23 PAT vor.

Der am häufigsten genannte Vorteil (n = 17, 13,28 %) durch die Nutzung der Embloom-Plattform ist die *Zeit zum Nachdenken und nicht sofort reagieren zu müssen*. Der am zweithäufigsten genannte Vorteil (n = 15, 11,72 %) der befragten PAT war, dass die Nutzung der Embloom-Plattform *bequem sei, da die Anreise (außer für Hausarzttermine) weg fällt*. Außerdem wurde die Vermeidung von Wartezeiten (n=13) als vorteilhaft bewertet.

Über die Hälfte (52,17 %) der Befragten sah sowohl den Vorteil, dass *Informationsmaterial zu einem günstigen Lernzeitpunkt* und ebenfalls *mit flexiblen Tempo bearbeitet* werden kann (je Item n = 12, 9,38 %). Am seltensten wurden die Vorteile *Soziale Barrieren fallen weg* (n = 4, 3,13 %), *Größere Offenheit und Aufrichtigkeit ist möglich* (n = 4, 3,13 %) sowie die *Hemmschwelle Hilfe aufzusuchen ist niedriger als in einer Gesprächstherapie* (n= 5, 3,91 %) genannt. Der Vorteil, der die geringste Häufigkeit (n = 3, 2,34 %) aufwies, war die *Reduzierung der Angst vor Stigmatisierung*.

Insgesamt lassen die Ergebnisse vermuten, dass die PAT die Plattform vorteilhaft bewerteten, vor allem auf Grund der zeitlichen Flexibilität, wie z.B. *Zeit zum Nachdenken* (n = 17) oder der individuellen Zeiteinteilung hinsichtlich der Bearbeitung von Informationsmaterialien (n = 12). Am wenigsten vorteilhaft scheint die Nutzung der Plattform hinsichtlich der „Verbesserung des psychischen Wohlbefindens“, wie z.B. *Reduzierung Angst vor Stigmatisierung* (n = 3) oder *Größere Offenheit und Aufrichtigkeit ist möglich* (n = 4).

Tabelle 3-61: Vorteile Nutzung Embloom-Plattform (Mehrfachantworten möglich), PAT (n = 251) T2

„Welche Vorteile bietet aus Ihrer Perspektive die Nutzung der Embloom-Plattform?“	T2 (12 Monate)		
	N	%	% der Fälle (n = 23)
Behandlung auf Distanz	8	6,25	34,78
Bequem, da die Anreise weg fällt (außer für die Hausarzttermine) – sonst ortsunabhängig	15	11,72	65,22
Angst vor Stigmatisierung ist reduziert	3	2,34	13,04
Anonymität	9	7,03	39,13
Zeit zum Nachdenken; kein Druck sofort reagieren zu müssen	17	13,28	73,91
Nutzung auch außerhalb von üblichen Sprechstundenzeiten möglich - zeitunabhängig	11	8,59	47,83
Informationsmaterial kann zu einem günstigen Lernzeitpunkt bearbeitet werden	12	9,38	52,17
Informationsmaterial kann mit flexiblem Tempo bearbeitet werden	12	9,38	52,17
Soziale Barrieren (z. B. aufgrund äußerlicher Merkmale) fallen weg	4	3,13	17,39
Hemmschwelle Hilfe aufzusuchen ist niedriger als in einer Gesprächstherapie	5	3,91	21,74
Größere Offenheit und Aufrichtigkeit möglich	4	3,13	17,39
keine Wartezeiten	13	10,16	56,52
Geringe Kosten	7	5,47	30,43
Hausarzt und Medizinische Fachangestellte sind zusätzliche Ansprechpartner	8	6,25	34,78
Sonstiges (Freitextfeld):	2	-	-
Gesamt	128	100 %	556,50

<sup>1</sup> Insgesamt machten zwei der Befragten keine Angaben.

<sup>2</sup> Die Befragten machten keine Angaben unter „Sonstiges“.

Hinsichtlich der Nutzung der Embloom-Plattform empfand die Mehrheit (60,67 %) der PAT das Fehlen von Reflexion durch Mimik und Gestik in einem persönlichen Gespräch (n=14) als Nachteil. Der am zweithäufigsten (n = 13) genannte Nachteil war die Möglichkeiten des unmittelbaren Austauschs eingeschränkt. Etwa die Hälfte der PAT (52,17 %) wählten die drei folgenden Nachteile aus: Das Verheimlichen bzw. Vermeiden schwieriger Themen sei leichter möglich, die Internetnutzung als Voraussetzung und die Abhängigkeit von Technik. Insgesamt je 12 PAT (11,01 %) entschieden sich für diese Antwortauswahl. Am seltensten (n = 3, 2,75 %) genannt wurde, dass die fehlende zeitliche Struktur, die aktive Patientenmitarbeit reduzieren könne. Diese geringe Anzahl der Nennung könnte darauf hindeuten, dass die meisten befragten PAT keine Probleme hinsichtlich der zeitlichen Struktur bzw. ihrer aktiven Mitarbeit sahen.

Weiterhin lassen die Ergebnisse zu den Nachteilen vermuten, dass ein Teil der PAT Bedenken hinsichtlich begrenzter Möglichkeiten von unmittelbarer Kommunikation (n = 13) und / oder des Fehlens von nonverbaler Kommunikation (n = 14) und / oder dem Fehlen von (privaten) technischen Voraussetzungen (n = 12) haben, wogegen ein geringerer Anteil der PAT Bedenken hinsichtlich fehlender Chatfunktionen (n = 4) oder Vertraulichkeit der Daten (n = 4) sahen.

Tabelle 3-62: Nachteile Nutzung Embloom-Plattform (mehrfachantworten), PAT (n = 251) T2

„Welche Nachteile bietet aus Ihrer Perspektive die Nutzung der Embloom-Plattform?“	T2 (12 Monate)		
	N	%	% der Fälle (n = 23)
Fehlende zeitliche Struktur kann aktive Patientenmitarbeit reduzieren	3	2,75	13,04
Möglichkeiten des unmittelbaren Austauschs eingeschränkt	13	11,93	56,52
Fehlen von Reflexion durch Mimik und Gestik in einem persönlichen Gespräch	14	12,84	60,87
Verheimlichen bzw. Vermeiden schwieriger Themen leichter möglich	12	11,01	52,17
Mehr Missverständnis in der Kommunikation möglich	5	4,59	21,74
Angemessene Reaktion in Krisensituationen nur eingeschränkt möglich	11	10,09	47,83
Internetnutzung als Voraussetzung	12	11,01	52,17
Abhängigkeit von Technik	12	11,01	52,17
Vertraulichkeit der Daten durch Übertragung und Speicherung der Information gefährdet	4	3,67	17,39
Fehlende Chatfunktion mit Hausarzt, Medizinischen Fachangestellten, anderen Patienten	4	3,67	17,39
Fehlende Patientenhotline (24h)	5	4,59	21,74
Anonymität / geringe persönliche Kommunikation	8	7,34	34,78
Hausarzt und Medizinische Fachangestellte sind die einzigen Ansprechpartner	6	5,50	26,09
Sonstiges (Freitextfeld):	. <sup>2</sup>	-	-
Gesamt	109	100 %	473,90

<sup>1</sup> Insgesamt machten zwei der Befragten keine Angaben.

<sup>2</sup> Die Befragten machten keine Angaben unter „Sonstiges“.

### 3.4.3 Ergebnisse T1-Befragung

Zum Erhebungszeitpunkt T1 (6 Monate nach Baseline) erfolgte die Bewertung der Webinar-Schulung auf der Embloom-Plattform, inklusive der hinterlegten Informationsmaterialien und Erklärvideos zur Nutzung der Embloom-Plattform durch Leistungserbringer und Patienten der Interventionsgruppe. Die Fragebogenerhebung erfolgte, wie bereits zum Messzeitpunkt T0 und T2, online via Embloom.

Die Erfassung der Evaluierung der Schulung durch die Leistungserbringer und Patienten wurde mit jeweils zwei Skalen operationalisiert. Die erste Skala enthielt insgesamt 12 Items bei PAT und 18 mit einem 5-stufigen Antwortformat (von *stimme gar nicht zu* bis *stimme voll zu*). Die zweite Skala enthielt zwei Items zur Erfassung des Zeitrahmens und der Stoffmenge und bestand aus einem 3-stufigem Antwortformat (von *zu kurz* bis *zu lang*). Die Formulierung der Items unterschied sich zwischen den Stakeholdergruppen (Leistungserbringer, PAT) geringfügig.

#### Leistungserbringer

Insgesamt nahmen  $n = 4$  HA und  $n = 2$  MFA der IG, die alle weiblich waren, an der T1-Befragung teil. Auf Grund der geringen Stichprobengröße wurde auf eine weitere Erörterung verzichtet, sodass die Ergebnisse folgend ausschließlich tabellarisch dargestellt (siehe Tabelle 3-63) sind. Zum anderen wurde auf die Berechnung der Maße der zentralen Tendenz und Streuung verzichtet. Für eine übersichtliche Darstellung der Häufigkeitsverteilung wurde das 5-stufige Antwortverhalten der 1. Skala in eine 3-stufige Rating-Skala umcodiert. Die ursprünglichen Antwortkategorien *stimme voll zu* und *stimme eher zu* wurden der Kategorie *Zustimmung* zugeordnet. Die beiden Antwortkategorien *stimme eher nicht zu* und *stimme gar nicht zu* wurden der Antwortkategorie *Geringe bis keine Zustimmung* zugeordnet. Die Antwortkategorie *Teils / Teils* wurde nicht umcodiert.

Tabelle 3-63: Evaluierung Schulung (1. Skala), Leistungserbringer

	T1 (6 Monate)					
	HA (n = 4)			MFA (n = 2)		
	Zustimmung	Teils / Teils	Geringe bis keine Zustimmung	Zustimmung	Teils / Teils	Geringe bis keine Zustimmung
...Login Embloom problemlos <sup>1</sup>	0	0	4	0	0	2
...Schulungstermin in Praxisalltag integrierbar	0	1	3	0	1	1
...Erklärungen zu Nutzung Embloom verständlich	0	0	4	0	1	1
...Erklärungen zu Nutzung Embloom relevant	0	0	4	0	1	1
...meine Fragen wurden geklärt	0	0	4	0	1	1
...Schulung zu Nutzung ausreichend vorbereitet	0	0	4	0	1	1
...Informationsmaterialien verständlich	0	0	4	0	0	2
...Informationsmaterialien relevant	0	0	4	0	0	2
...Option Nachschlagen Informationen hilfreich	0	0	4	0	0	2
...Informationsmaterialien hilfreicher in Papierform	0	4	0	0	0	2
...Erinnerungsmails hilfreich	0	0	4	0	0	2
...Aufbauschulung würde Nutzung erleichtern	0	1	3	0	0	2

<sup>1</sup>Die jeweils vollständige Formulierung der Items sind dem Anhang zu entnehmen und sind in der Tabelle vereinfacht dargestellt.

Die nachstehende Tabelle 3-64 stellt die Bewertung der Leistungserbringer hinsichtlich des Zeitrahmens und die Stoffmenge der gesamten Webinar-Schulung dar.

Tabelle 3-64: Evaluierung Schulung (2. Skala), Leistungserbringer

	T1 (6 Monate)					
	HA (n = 4)			MFA (n = 2)		
	Zu lang	Genau richtig	Zu kurz	Zu lang	Genau richtig	Zu kurz
Zeitraumen <sup>1</sup>	1	2	1	0	1	1
Stoffmenge	1	3	0	0	1	1

<sup>1</sup>Die jeweils vollständige Formulierung der Items sind dem Anhang zu entnehmen und sind in der Tabelle vereinfacht dargestellt.

## Patienten

Insgesamt 26 PAT der IG nahmen an der T1-Befragung teil, wovon 69,2 % (n = 18) weiblich, 19,2% (n = 5) männlich waren und 11,4% (n = 3) keine Angabe hinsichtlich ihres Geschlechts machten.

Alle Items wurden einzeln ausgewertet. Der Median aller Items der 1. Skala nimmt den Wert 2.5, 3, 4 oder 5 an. Der Median aller Items der 2. Skala nimmt den Wert 2 an.

Für eine übersichtliche Darstellung der Häufigkeitsverteilung wurde das 5-stufige Antwortverhalten der 1. Skala in eine 3-stufige Rating-Skala umcodiert (siehe Tabelle 3-65). Die ursprünglichen Antwortkategorien *stimme voll zu* und *stimme eher zu* wurden der Kategorie *Zustimmung* zugeordnet. Die beiden Antwortkategorien *stimme eher nicht zu* und *stimme gar nicht zu* wurden der Antwortkategorie *Geringe bis keine Zustimmung* zugeordnet. Die Antwortkategorie *Teils / Teils* wurde nicht umcodiert.

Insgesamt zeigt die Auswertung der Schulungsevaluation der 1. Skala (siehe Tabelle 3-65), dass die PAT sowohl mit dem Inhalt der Informationsmaterialien als auch mit der Nutzung der Embloom-Plattform zufrieden waren. Die Informationsmaterialien wurden zudem als verständlich, relevant und hilfreich bewertet. Zudem scheint es keine Probleme bei dem Login-Vorgang auf der Embloom-Plattform gegeben zu haben, lediglich drei der PAT hatten Probleme sich in die Embloom-Plattform einzuloggen. Die Ergebnisse zeigten, dass die Mehrheit (n = 11) digitale Informationsmaterialien bevorzugen, im Vergleich zu Papiermaterialien (n = 9). Jedoch hat dieses Item insgesamt betrachtet den insgesamt geringsten Zustimmungswert über alle Items hinweg. Weitere fünf der Befragten stimmten dieser Aussage teilweise zu.

Tabelle 3-65: Evaluierung Schulung (1. Skala), PAT

	T1 (6 Monate), n = 26		
	Zustimmung	Teils / Teils	Geringe bis keine Zustimmung
...Login problemlos <sup>1</sup>	23	2	1
...ohne zusätzliche Hilfe möglich	22	3	1
...Aufbauschulung würde Nutzung erleichtern	10	3	13
...Informationsmaterialien verständlich	24	2	0
...Informationsmaterialien relevant	22	3	1
...Informationsmaterialien hilfreich	20	5	1
...Informationsmaterialien hilfreicher in Papierform	9	5	11
...Erinnerungsmails hilfreich	24	0	1
...Schulungsvideos verständlich	24	0	1
...Schulungsvideos relevant	22	0	3
...Erläuterungen HA zu Übungen ausreichend	20	0	5
...Erklärungen zu Übungen ausreichend	18	1	6

<sup>1</sup>Die jeweils vollständige Formulierung der Items sind dem Anhang zu entnehmen und sind in der Tabelle vereinfacht dargestellt.

Insgesamt wurde der Zeitrahmen und die Stoffmenge der gesamten Webinar-Schulung als *genau richtig bewertet* (siehe Tabelle 3-66). Lediglich ein jeweils geringer Anteil an PAT beurteilte den Zeitrahmen ( $n = 2$ ) und die Stoffmenge ( $n = 1$ ) der Schulung als *zu lang*. Ebenfalls bewertete ein geringer Anteil der PAT den Zeitrahmen ( $n = 3$ ) und die Stoffmenge ( $n = 5$ ) der gesamten Schulung als *zu kurz*.

Tabelle 3-66: Evaluierung Schulung (2. Skala), PAT

	T1 (6 Monate), n = 26		
	Zu lang	Genau richtig	Zu kurz
Zeitrahmen <sup>1</sup>	2	20	3
Stoffmenge	1	19	5

<sup>1</sup>Die jeweils vollständige Formulierung der Items sind dem Anhang zu entnehmen und sind in der Tabelle vereinfacht dargestellt.

### 3.4.4 Drop-Out Befragung HA

#### Soziodemographische Daten, Struktur- und Praxismerkmale

Für die papierbasierte Drop-Out Befragung in Form eines Kurzfragebogens wurden insgesamt 109 Hausärzte angeschrieben, wovon 37,6 % (41) Hausärzte teilnahmen. Die Datenerhebung fand zwischen März 2019 und Oktober 2021 statt. Der Versand der Fragebögen erfolgte postalisch durch das Institut für Allgemeinmedizin im Rahmen der Prozessevaluation. Die Tabelle 3-67 führt die soziodemographischen Daten der Hausärzte sowie die Struktur- und Praxismerkmale der Hausarztpraxen auf, in der die befragten Hausärzte zum Zeitpunkt der Fragebogenerhebung beruflich tätig waren. Insgesamt nahmen  $n = 15$  (36,6 %) Frauen und  $n = 22$  (53,7 %) Männer an der Befragung teil. Vier weitere Fragebögen (9,8 %) konnten hinsichtlich des Geschlechts nicht ausgewertet werden. Die Mehrheit der Hausärzte waren zum Zeitpunkt der Befragung zwischen 51 und 60 Jahre alt ( $n = 13$ , 31,7 %). Insgesamt  $n = 11$  (26,8 %) der Befragten waren zwischen 41 und 50 Jahre alt und  $n = 9$  (22,0 %) zwischen 61 und 70 Jahre alt. In der viertgrößten Altersgruppe mit 14,6 % ( $n = 6$ ) der Hausärzte waren diese zwischen 71 Jahre und älter. Zwei (4,9 %) der Befragten waren dagegen zwischen 30 und 40 Jahre alt.

Mehrheitlich (56,1 %,  $n = 23$ ) waren die Befragten beruflich in einer Einzelpraxis tätig. Ein Anteil von 19,5 % ( $n = 8$ ) gaben an, in einer Gemeinschaftspraxis und 9,8 % ( $n = 4$ ) in einer Praxisgemeinschaft tätig zu sein. Nur ein Befragter (2,4 %) der Hausärzte waren beruflich in einem Medizinisches Versorgungszentrum tätig. Ein Hausarzt (2,4 %) hat die Kategorie „Sonstiges“ angegeben. Insgesamt vier (9,8 %) der Befragten machten keine Angaben zur Praxisform.

Des Weiteren wurden Daten zur Größe der jeweiligen Hausarztpraxen erhoben. Die Größe der Praxis ergibt sich hierbei aus der Anzahl der gesetzlich Versicherten Patienten im letzten Quartal (inkl. KV- und Selektivverträge) zum Zeitpunkt der Datenerhebung. Die Fragebogenerhebung fand zwischen dem 1. Quartal 2019 und dem 4. Quartal 2021 statt. Die Mehrheit der Befragten (29,3 %,  $n = 12$ ) gab an, *zwischen 1.500 und 1.999* gesetzlich Versicherte versorgt zu haben. Die zwei zweitgrößten Gruppen mit jeweils 22,0 % ( $n = 9$ ) der Befragten versorgten *zwischen 1.000 bis 1.499 und 2.000* und mehr gesetzlich Versicherte. Die kleinste Gruppe mit 17,1 % ( $n = 7$ ) bildeten Hausarztpraxen, die *zwischen 500 und 999* gesetzlich Versicherte versorgt haben. Keine ( $n = 0$ ) der Hausärzte versorgen *weniger als 499* gesetzlich versicherte Patienten. Vier (9,8 %) weitere Fragebögen enthielten fehlende Werte.

Die Mehrheit der Hausarztpraxen waren in ländlichen Kleinstädten (31,7 %, n = 13) oder größeren Kleinstädten (29,3 %, n = 12) angesiedelt. Jeweils weitere 14,6 % (n = 6) der Praxen befinden sich in dörflichen Siedlungen oder einer Großstadt. Insgesamt vier (9,8 %) weitere machten keine Angabe zur Lage der Praxis.

Tabelle 3-67: Soziodemographische Daten, Struktur- / Praxismerkmale, Drop-Out Befragung

		Hausärzte (n = 41)
<b>Soziodemographische Variablen</b>		
Geschlecht	Weiblich	15 (36,6 %)
	Männlich	22 (53,7 %)
	<i>Fehlend</i>	4 (9,8 %)
Altersgruppen	30 - 40 Jahre	2 (4,9 %)
	41 - 50 Jahre	11 (26,8 %)
	51 - 60 Jahre	13 (31,7 %)
	61 - 70 Jahre	9 (22,0 %)
	≥ 71 Jahre	6 (14,6 %)
	<i>Fehlend</i>	0
Berufserfahrung in Jahren	Mittelwert (Standardabweichung)	25,2 (± 9,4)
	Minimum	10
	Maximum	48
	<i>Fehlend</i>	5 (12,2 %)
<b>Variablen Struktur- und Praxismerkmale</b>		
Form der Praxis	Einzelpraxis	23 (56,1 %)
	Praxisgemeinschaft ( <i>Praxisorganisationsgemeinschaft</i> )	4 (9,8 %)
	Gemeinschaftspraxis ( <i>Berufsausübungsgemeinschaft</i> )	8 (19,5 %)
	Medizinisches Versorgungszentrum ( <i>MVZ</i> )	1 (2,4 %)
	Sonstiges	1 (2,4 %)
	<i>Fehlend</i>	4 (9,8 %)
Größe der Praxis (Anzahl gesetzlich Versicherten im letzten Quartal, inkl. KV- und Selektivverträge)	bis 499	0
	500 - 999	7 (17,1 %)
	1.000 - 1.499	9 (22,0 %)
	1.500 - 1.999	12 (29,3 %)
	2.000 und mehr	9 (22,0 %)
	<i>Fehlend</i>	4 (9,8 %)
Lage der Praxis	Großstadt (>100.000 EW <sup>1</sup> )	6 (14,6 %)
	Größere Kleinstadt (20.000 - 100.000 EW)	12 (29,3 %)
	Ländliche Kleinstadt (5.000 - 20.000 EW)	13 (31,7 %)
	Dörfliche Siedlung (<5.000 EW)	6 (14,6 %)
	<i>Fehlend</i>	4 (9,8 %)

<sup>1</sup> Die Abkürzung EW steht für Einwohner.

### Gründe der Nicht-Teilnahme / Inaktivität

Ein Ziel des Kurzfragebogens der Drop-Out Befragung war die Erfassung von Gründen der Nicht-Teilnahme bzw. der Inaktivität der Hausärzte an der PREMA-Studie. Die Befragten konnten bereits aufgelistete Gründe ankreuzen und ihre eigenen Gründe für die Nicht-Teilnahme in einem Freitextfeld ergänzen. Mehrfachantworten waren erlaubt. Eine Anzahl von n = 33 (80,5 %) der Befragten gaben einen Grund und n = 26 (63,4 %) der Befragten einen weiteren Grund an. Zwei Hausärzte (4,9 %) gaben jedoch keinen Grund an. Insgesamt n = 14 Hausärzte (34,1 %) wählten das Item „Andere Gründe“ an, wovon 13 HA zudem einen eigenen Grund im Freitextfeld ergänzten. Die folgende Tabelle 3-68 zeigt die Häufigkeiten der einzelnen Attitude-Items zu Erfassung der Gründe der Nicht-Teilnahme. Die zwei häufigsten Gründe waren „*fehlende zeitliche Ressourcen*“ (n = 33) und „*fehlende*



personelle Ressourcen“ (n = 20). Nur drei Mal wurde die Antwort „kein Interesse an einer Studie, die die Anwendung einer Online-Plattform beinhaltet“ angegeben.

Tabelle 3-68: Häufigkeiten Gründe Nicht-Teilnahme / Inaktivität, Mehrfachantworten

Gründe Nicht-Teilnahme / Inaktivität (Attitude-Items)	Häufigkeiten
Fehlende zeitliche Ressourcen	33
Fehlende personelle Ressourcen	20
Kein Interesse an einer Studie, die die Anwendung einer Online-Plattform beinhaltet	3
Zu wenig KV versicherte Patienten (< 13)	2
Mangelnde deutsche Sprachkenntnisse der Patienten	1
Andere Gründe	14

**Weitere Gründe** (n = 13, 31,7 %) die im Freitextfeld von Drop-Out HA unter „Andere Gründe“ ergänzt wurden waren:

- "Ein vorgefertigtes digitalisiertes Patientengespräch halte ich für Patienten mit psychischem Krankheitsbild für völlig ungeeignet. Außerdem ist das Studienkonzept zu aufwendig, um es reell zu testen. Es ist nicht umsetzbar bei laufendem Praxisbetrieb."
- „Die Nachbarpraxis hat ohne einen Nachfolger geschlossen, dadurch haben wir 400 zusätzliche Patienten. Die Corona-Pandemie führt zu sehr viel mehr Bürokratie.“
- „Für mich als Hausarzt zu aufwendig und dann nur auf eine Krankenkasse beschränkt.“
- „Effiziente eigene Verfahren zum Thema decken das Forschungsgebiet auch so schon sehr gut ab.“
- „Fehlende Akzeptanz durch Patienten.“
- „Viele Patienten sind nicht zugänglich für Online-Plattform.“
- „Nicht alltagstauglich“
- „Ich wollte PREMA anwenden, leider war aber die Anmeldung völlig unübersichtlich, geschweige denn die Durchführung. Maximal schlechter Support!“
- „Völlige Überlastung in der Praxis. Fehlende zeitliche Ressourcen!!! Leider.“
- „Viel zu kompliziert!!!“
- „Viel zu viel Aufwand, zu viele Gespräche, zu wenig Honorar.“
- „Zeitaufwand ist immens, ist nicht zu stemmen!“
- „Coronazeit.“

### Grundsätzliche Einstellung der Gruppe der Drop-Out HA hinsichtlich der Nutzung einer Online-Intervention

Die jeweiligen Antworten der HA pro Item (Attitude-Item 1-13) werden folgend in absoluten Zahlen und prozentual beschrieben. In Abbildung 3 sind die Ergebnisse grafisch dargestellt.

Für die Beschreibung der Ergebnisse werden die Antwortmöglichkeiten *stimme voll zu* und *stimme eher zu* übergeordnet in *Zustimmung* kategorisiert. Die Antwortmöglichkeiten

*stimme eher nicht zu* und *stimme gar nicht zu* werden in die übergeordnete Kategorie *Keine Zustimmung* eingeteilt. Darüber hinaus bildet die Antwortmöglichkeit *Teils / Teils* eine eigene Kategorie.

**Attitude-Item 1:** Das Behandlungsprinzip einer Online-Intervention erachte ich grundsätzlich als sinnvoll.

Die Mehrheit der Befragten mit 56,1 % (n = 23) wählten die Kategorie *Zustimmung*, dass sie das Behandlungsprinzip einer Online-Intervention grundsätzlich als sinnvoll erachten. Insgesamt 24,4 % (n = 10) antworteten mit einer *Teils / Teils* Zustimmung. Demgegenüber haben 9,8 % (n = 4) die Kategorie *Keine Zustimmung* gewählt. Vier befragte HA (9,8 %) machten keine Angabe zu diesem Item.

**Attitude-Item 2:** Ich habe das Gefühl, dass eine Online-Intervention mich bei meiner Arbeit unterstützen kann.

Mehrheitlich haben 39,1 % (n = 16) der Hausärzte mit einer *Zustimmung* geantwortet, dass sie das Gefühl haben, eine Online-Intervention kann sie bei ihrer Arbeit unterstützen. Ein Anteil von 29,3 % (n = 12) der befragten Hausärzte antwortete mit der Kategorie *Keine Zustimmung*. Weitere 22,0 % (n = 9) der Hausärzte stimmten der Aussage *Teils / Teils* zu. Vier (9,8 %) weitere Hausärzte gaben keine Antwort zu der Aussage an.

**Attitude-Item 3:** Eine Online-Intervention kann mir wichtige Anregungen geben, besser mit meinen Patienten mit Depression und / oder Panik- / Angststörungen umzugehen.

Bezogen auf die Aussage, dass eine Online-Intervention den Befragten wichtige Anregungen geben kann, besser mit ihren Patienten mit Depression und / oder Panik- / Angststörungen umzugehen, antwortete die anteilig größte Gruppe (36,6 %, n = 15) mit der Kategorie *Zustimmung*. Die Kategorie *Keine Zustimmung* wählten insgesamt 34,2 % (n = 14). Ein Anteil von 19,5 % (n = 8) der Befragten bewerteten die Aussage mit *Teils / Teils*. Insgesamt 9,8 % (n = 4) der Hausärzte machten keine Angabe.

**Attitude-Item 4:** Die Nutzung einer Online-Intervention für Patienten mit Depression und / oder Panik- / Angststörungen würde ich meinen Kollegen empfehlen.

Mit einem Anteil von jeweils 34,2 % (n = 14) würden die Befragten ihren Kollegen die Nutzung einer Online-Intervention für Patienten mit Depression und / oder Panik- / Angststörungen sowohl empfehlen als auch nicht empfehlen und wählten die Kategorie *Zustimmung* und *Keine Zustimmung* gleichverteilt. Insgesamt 19,5 % (n = 8) der befragten Hausärzte antworteten auf die Aussage mit *Teils / Teils*. Fünf HA (12,2 %) machten keine Angabe zu diesem Item.

**Attitude-Item 5:** Eine Online-Intervention kann genauso wirksam sein wie eine Psychotherapie mit einem Therapeuten.

Ein Anteil von 48,8 % (n = 20) der befragten Hausärzte antworteten mit *Keine Zustimmung* auf die Aussage, dass eine Online-Intervention genauso wirksam sein kann, wie eine Psychotherapie mit einem Therapeuten. Weitere 12,2 % (n = 5) lassen sich der Kategorie *Zustimmung* eingruppiieren. Ein Anteil von 26,8 % (n = 11) der HA wählten die Kategorie *Teils / Teils*. Fünf (12,2 %) weitere HA gaben keine Antwort zu der Aussage an.

**Attitude-Item 6:** Eine Online-Intervention ist vertraulicher und diskreter als ein persönliches Gespräch mit mir.

Auf die Aussage, dass eine Online-Intervention vertraulicher und diskreter ist, als ein persönliches Gespräch mit mir, antworteten 70,7 % (n = 29) mit der Kategorie *Keine Zustimmung*. Ein geringer Anteil der Befragten von 7,3 % (n = 3) wählten die Antwort *Zustimmung*. Weitere 9,8 % (n = 4) können der Kategorie *Teils / Teils* zugeordnet werden. Insgesamt 12,2 % (n = 5) der befragten Hausärzte wählten keine Kategorie aus.

**Attitude-Item 7:** Eine Online-Intervention unterstützt mich dabei, zu erkennen, welche weiteren Schritte der Behandlung veranlasst bzw. bearbeitet werden müssen.

Die größte Gruppe (36,6 %, n = 15) der befragten Hausärzte antwortete mit der Kategorie *Keine Zustimmung* auf die Aussage, dass eine Online-Intervention sie dabei unterstützen kann, zu erkennen, welche weiteren Schritte der Behandlung veranlasst bzw. bearbeitet werden müssen. Die zweitgrößte Gruppe, mit einem Anteil von 31,7 % (n = 13), lässt sich der Kategorie *Zustimmung* zuordnen. Die drittgrößte Gruppe (22,0 %, n = 9) antwortete mit *Teils / Teils*. Vier befragte Hausärzte (9,8 %) machten keine Angabe zu diesem Item.

**Attitude-Item 8:** Die Nutzung einer Online-Intervention im Alltag würde mir leicht fallen.

Bezogen auf die Aussage, dass die Nutzung einer Online-Intervention mir im Alltag leicht fallen würde, antwortete die anteilig größte Gruppe (36,6 %, n = 15) mit der Kategorie *Keine Zustimmung*. Die zweitgrößte Gruppe, mit einem Anteil von 31,7 % (n = 13), entschied sich für die Kategorie *Teils / Teils*. Insgesamt wählten 19,5 % (n = 8) die Antwortmöglichkeit *Zustimmung*. Fünf (12,2 %) weitere Hausärzte gaben keine Antwort zu der Aussage an.

**Attitude-Item 9:** Durch eine Online-Intervention fällt es meinen Patienten leichter, als bei einem Therapeuten, ihre Gefühle zu offenbaren.

Auf die Aussage, dass es meinen Patienten durch eine Online-Intervention leichter fällt ihre Gefühle zu offenbaren als bei einem Therapeuten, entschieden sich 41,5 % (n = 17) für die Antwortmöglichkeit *Keine Zustimmung*. Ein Anteil von 39,0 % (n = 16) antwortete mit *Teils / Teils*. Die kleinste Gruppe mit einem Anteil von 7,3 % (n = 3) lässt sich in die Kategorie *Zustimmung* einordnen. Zudem gaben insgesamt 12,2 % (n = 5) der befragten Hausärzte keine Antwort zu diesem Item an.

**Attitude-Item 10:** Eine Online-Intervention verstärkt aus meiner Sicht Isolation und Einsamkeit.

Ein Anteil von 41,5 % (n = 17) der befragten Hausärzte entschieden sich für die Antwortmöglichkeit *Zustimmung* hinsichtlich der Aussage, dass eine Online-Intervention Isolation und Einsamkeit verstärkt. Weitere 31,7 % (n = 13) der befragten Hausärzte antworteten auf die Aussage mit *Teils / Teils*. Dagegen wählten 17,1 % (n = 7) die Kategorie *Keine Zustimmung*. Insgesamt 9,8 % (n = 4) der befragten Hausärzte wählten keine Kategorie aus.

**Attitude-Item 11:** In Krisensituationen kann ich meinen Patienten besser helfen als eine Online-Intervention.

Die Mehrheit der befragten Hausärzte mit einem Anteil von 63,4 % (n = 26) wählten die Kategorie *Zustimmung* hinsichtlich der Aussage, dass diese in Krisensituationen ihren Patienten besser helfen können als eine Online-Intervention. Insgesamt entschieden sich 17,1 % (n = 7) für die Kategorie *Teils / Teils* und ein Befragter (2,4 %) für die Kategorie *Keine Zustimmung*. Zudem gaben insgesamt sieben (17,1 %) der befragten Hausärzte keine Antwort zu diesem Item an.

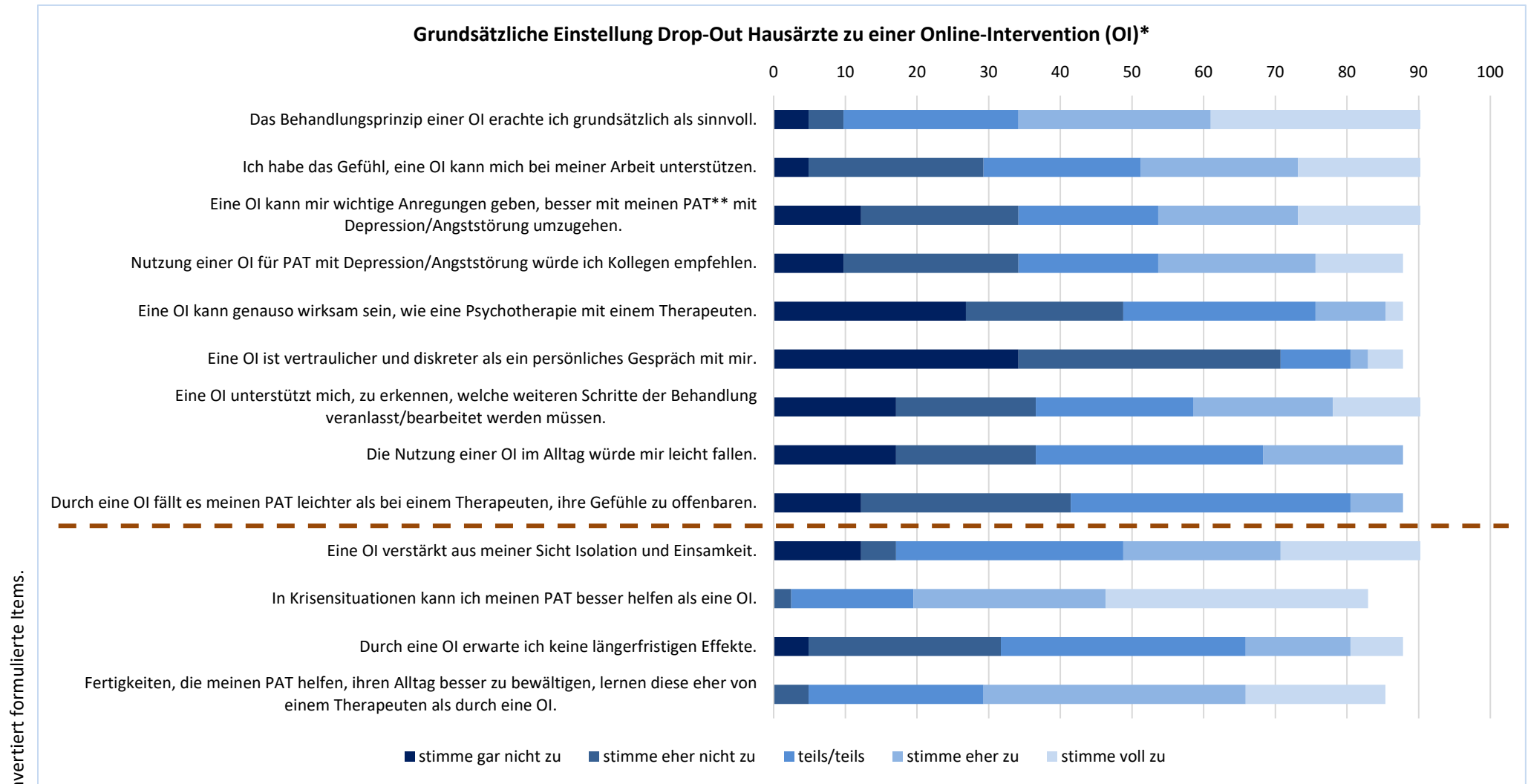
**Attitude-Item 12:** Durch eine Online-Intervention erwarte ich keine längerfristigen Effekte.

Die größte Gruppe (34,1 %, n = 14) der befragten Hausärzte lassen sich in die Antwortmöglichkeit *Teils / Teils* eingruppierten hinsichtlich der Aussage, dass sie bei einer Online-Intervention keine längerfristigen Effekte erwarten. Die zweitgrößte Gruppe mit einem Anteil von 31,7 % (n = 13) der Befragten entschied sich für die Kategorie *Keine Zustimmung*. Zu der Antwortmöglichkeit *Zustimmung* lassen sich 21,9 % (n = 9) zuordnen. Insgesamt 12,2 % (n = 5) enthielten sich.

**Attitude-Item 13:** Fertigkeiten, die meinen Patienten helfen, ihren Alltag besser zu bewältigen, lernen diese eher von einem Therapeuten als durch eine Online-Intervention.

Die anteilig größte Gruppe mit 56,1 % (n = 23) entschied sich für die Kategorie *Zustimmung* bei der Aussage, dass Fertigkeiten, die meinen Patienten helfen, ihren Alltag besser zu bewältigen, diese eher von einem Therapeuten als durch eine Online-Intervention lernen. Insgesamt 24,4 % (n = 10) der Befragten entschied sich für die Antwortmöglichkeit *Teils / Teils*. Die kleinste Gruppe mit einem Anteil von 4,9 % (n = 2) können der Antwortmöglichkeit *Keine Zustimmung* eingruppiert werden. Weitere 14,6 % (n = 6) Hausärzte wählten keine Kategorie aus.

**Insgesamt** folgt die Zustimmung keinem gleichförmigem Muster. 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 zeigten die Ergebnisse eine positive bzw. aufgeschlossene Einstellung der HA gegenüber einer Online-Intervention bei PAT mit psychischen Erkrankungen. Jedoch wird das persönliche Gespräch mit einem Arzt und / oder Therapeut bevorzugt.



Anmerkungen: Alle Items enthalten fehlende Werte. \*Abkürzung OI steht für Online-Intervention, \*\* Abkürzung PAT steht für Patient

Abbildung 3: Grundsätzliche Einstellung zu einer Online-Intervention, HA Drop-Out (n = 41)

### 3.4.5 Befragung interessierte HA der Informationsveranstaltungen

#### Soziodemographische Daten, Struktur- und Praxismerkmale

An der papierbasierten Befragung in Form eines Kurzfragebogens während der Informationsveranstaltungen nahmen insgesamt 47 Hausärzte teil. Die Datenerhebung fand zwischen Juni 2019 und Februar 2020 statt. Die Ergebnisse der Befragung vermittelt einen Eindruck zu den Auftaktveranstaltungen. Tabelle 3-69 führt die soziodemographischen Daten der HA sowie die Struktur- und Praxismerkmale der Hausarztpraxen auf, in der die befragten HA zum Zeitpunkt der Fragebogenerhebung beruflich tätig waren. Insgesamt nahmen 17 (36,2 %) Frauen und 30 (63,8 %) Männer an der Befragung teil. Die Mehrheit der Hausärzte waren zum Zeitpunkt der Befragung *zwischen 51 und 60 Jahre* alt (n = 20, 42,6 %).

Die Befragten gaben an, dass sie zwischen unter einem Jahr und 47 Jahre in ihrem ärztlichen Beruf tätig sind; durchschnittlich waren sie seit 25,1 Jahren als Arzt tätig. 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. Die zweitgrößte Gruppe mit 23,4 % (n = 11) der Befragten versorgten *zwischen 1.500 bis 1.999* gesetzlich Versicherte. Gefolgt von n = 10 (21,3 %) der Befragten, die *2.000 und mehr* gesetzlich versicherte Patienten versorgten. Acht (17,0 %) der Befragten versorgten *zwischen 500 und 999* Patienten. Die kleinste Gruppe mit 4,3 % (n = 2) bilden Hausarztpraxen, die *weniger als 499* gesetzlich versicherte Patienten versorgten.

Die Mehrheit der Hausarztpraxen waren in *ländlichen Kleinstädten* (44,7 %, n = 21) angesiedelt. Dagegen waren in *größeren Kleinstädten* insgesamt 25,5 % (n = 12) und n = 10 (21,3 %) in einer *Großstadt* angesiedelt. Weitere 6,4 % (n = 3) der Praxen befanden sich zum Zeitpunkt der Befragung in *dörflichen Siedlungen*.

Tabelle 3-69: Soziodemographische Daten, Struktur- / Praxismerkmale Befragung interessierte HA (Informationsveranstaltung)

Soziodemographische Variablen		Hausärzte (n = 47)
Geschlecht	Weiblich	17 (36,2 %)
	Männlich	30 (63,8 %)
Altersgruppen	< 30 Jahre	3 (6,4 %)
	30 - 40 Jahre	1 (2,1 %)
	41 - 50 Jahre	14 (29,8 %)
	51 - 60 Jahre	20 (42,6 %)
	61 - 70 Jahre	7 (14,9 %)
	≥ 71 Jahre	2 (4,3 %)
Berufserfahrung in Jahren	Mittelwert (Standardabweichung)	25,07 (± 10,32)
	Minimum	0
	Maximum	47
	Fehlend	5 (10,6 %)
Variablen Struktur- und Praxismerkmale		
Form der Praxis	Einzelpraxis	26 (55,3 %)
	Praxisgemeinschaft ( <i>Praxisorganisationsgemeinschaft</i> )	5 (10,6 %)
	Gemeinschaftspraxis ( <i>Berufsausübungsgemeinschaft</i> )	11 (23,4 %)
	Medizinisches Versorgungszentrum (MVZ)	5 (10,6 %)
	Sonstige	0
Größe der Praxis	bis 499	2 (4,3 %)
	500 - 999	8 (17,0 %)

(Anzahl gesetzlich Versicherten im letzten Quartal, inkl. KV- und Selektivverträge)	1.000 - 1.499	15 (31,9 %)
	1.500 - 1.999	11 (23,4 %)
	2.000 und mehr	10 (21,3 %)
	Fehlend	1 (2,1 %)
Lage der Praxis	Großstadt (> 100.000 EW <sup>1</sup> )	10 (21,3 %)
	Größere Kleinstadt (20.000 - 100.000 EW)	12 (25,5 %)
	Ländliche Kleinstadt (5.000 - 20.000 EW)	21 (44,7 %)
	Dörfliche Siedlung (< 5.000 EW)	3 (6,4 %)
	Fehlend	1 (2,1 %)

<sup>1</sup> Die Abkürzung EW steht für Einwohner.

### Interesse Studienteilnahme

Mittels der Befragungen im Rahmen der Informationsveranstaltungen konnte das Studienteam außerdem einen Eindruck über das Interesse der Hausärzte an einer Studienteilnahme gewinnen. Die Hausärzte wurden befragt, ob sie vorhaben an der PREMA-Studie teilzunehmen. Tabelle 3-70 zeigt die Verteilung des Interesses der HA an einer Studienteilnahme.

Tabelle 3-70: Interesse HA an Studienteilnahme

Haben Sie vor an der PREMA-Studie teilzunehmen?	Hausärzte (n = 47)
Ja.	31 (66,0 %)
Nein.	3 (6,4 %)
Ich weiß es noch nicht.	13 (27,7 %)

Für Nichtteilnahme wurden der folgenden Gründe ergänzt:

- „Der bürokratische Aufwand ist zu hoch.“
- „Viele ausländische Patienten. Es besteht eine Sprachbarriere. Zu kompliziert.“
- „Zu zeitaufwendig. Zeit- und Kontaktvorgaben an die sich Patienten, Ärzte u. MFAs halten müssen erscheinen mir undurchführbar.“

### Grundsätzliche Einstellung der interessierten HA hinsichtlich der Nutzung einer Online-Intervention

In Abbildung 4 sind die Ergebnisse pro Item (Attitude-Item 1-13) grafisch dargestellt. Im Folgenden werden die jeweiligen Antworten der HA zusammenfassend präsentiert.

Für die Beschreibung der Ergebnisse werden die Antwortmöglichkeiten *stimme voll zu* und *stimme eher zu* übergeordnet in *Zustimmung* kategorisiert. Die Antwortmöglichkeiten *stimme eher nicht zu* und *stimme gar nicht zu* werden in die übergeordnete Kategorie *Keine Zustimmung* eingeteilt. Darüber hinaus bildet die Antwortmöglichkeit *Teils / Teils* eine eigene Kategorie.

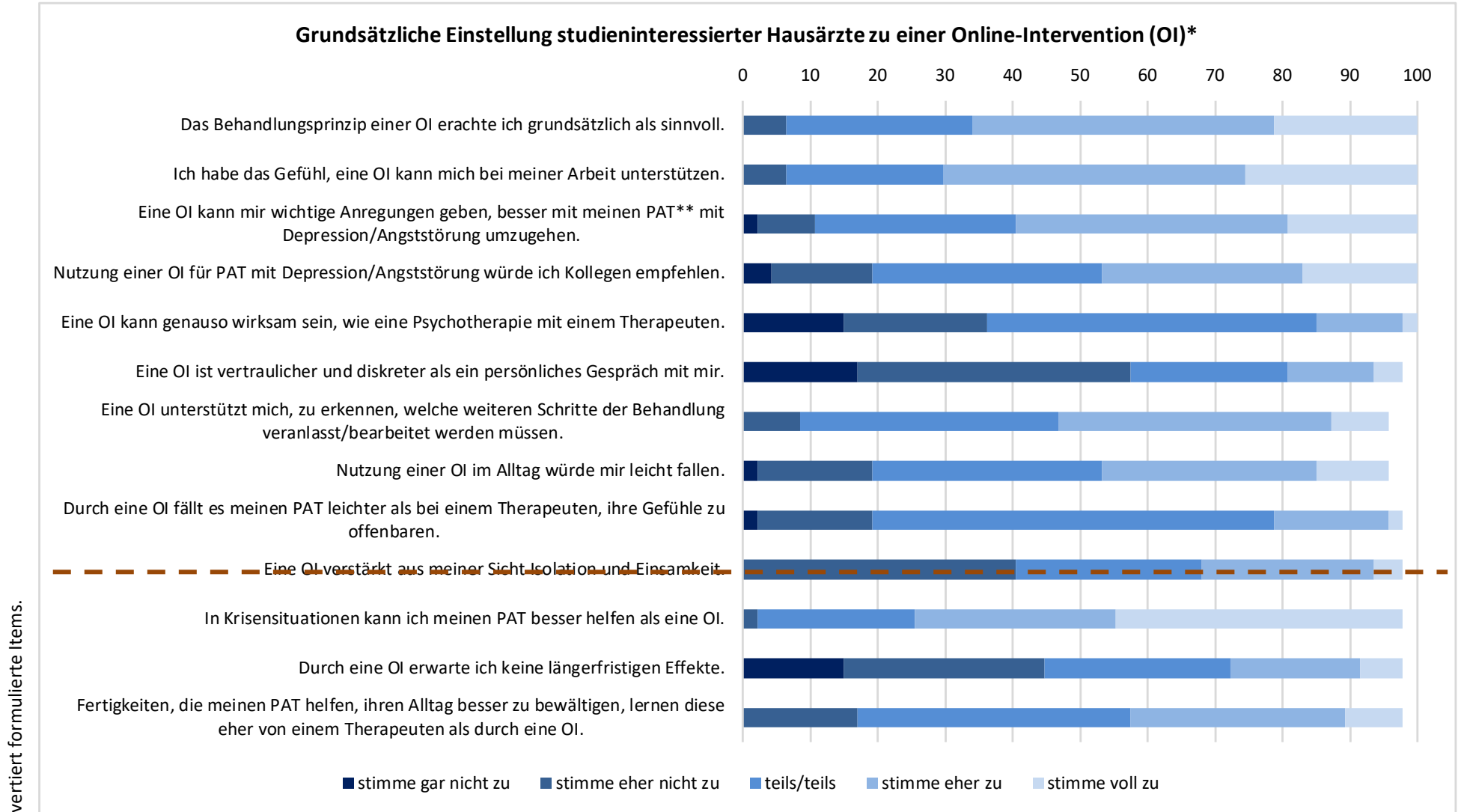
Wie in Abbildung 4 ersichtlichen Antwortverhalten der interessierten HA der Informationsveranstaltung variierten die Antworten hinsichtlich der Kategorien *Zustimmung*, *Teils / Teils* und *Keine Zustimmung* auch wie im Vergleich zu den Drop-Out Befragungen deutlich. Insgesamt folgt die Zustimmung der interessierten HA ebenfalls keinem gleichförmigen Muster. Der höchste Anteil an *Zustimmung* (72,3 %, n = 34) zeigte sich bei der Aussage, dass Befragte in Krisensituationen ihren PAT 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,

Akronym: PREMA

Förderkennzeichen: 01NVF17037

gewählt. Die Mehrheit (59,6 %, n = 28) wählten die Antwortkategorie *Teils / Teils* hinsichtlich der Aussage, dass durch eine Online-Intervention es den PAT leichter fällt ihre Gefühle zu offenbaren, als bei einem Therapeuten. Zusammenfassend zeigten die Ergebnisse, wie bereits bei der Drop-Out Befragung, dass die Befragten HA eine positive bzw. aufgeschlossene Einstellung gegenüber einer Online-Intervention bei PAT mit psychischen Erkrankungen hatten.





Anmerkungen: Vereinzelt enthalten Items fehlende Werte. \*Abkürzung OI steht für Online-Intervention, \*\* Abkürzung PAT steht für Patient

Abbildung 4: Grundsätzliche Einstellung studieninteressierter HA zu einer Online-Interventionen (n = 47)

### 3.5 Ergebnisse Interviews (Prozessevaluation)

#### 3.5.1 Deskription

##### Leistungserbringer

Alle Interviews im Rahmen der PREMA-Studie wurden zwischen Juli 2021 und März 2022 durchgeführt. Insgesamt nahmen  $n = 23$  Leistungserbringer an einem Interview teil. Die Teilnehmer waren 85,0 % weiblich. An einem Interview der Drop-Out Gruppe der Hausärzte nahmen insgesamt sieben teil (Tabelle 3-71). Außerdem nahmen fünf Hausärzte der Interventionsgruppe und drei Hausärzte der Kontrollgruppe an einem Interview teil. Insgesamt nahmen sechs Medizinische Fachangestellte der Interventionsgruppe und zwei aus der Kontrollgruppe teil.

Die Interviews mit HA Drop-Out dauerten zwischen 08:56 Minuten und 22:25 Minuten, im Mittel 15:19 Minuten. Interviews mit Leistungserbringern der Interventionsgruppe dauerten zwischen 27:48 Minuten und 53:27 Minuten (Mittelwert: 35:37 Minuten). Die Interviewdauer mit Leistungserbringern aus der Kontrollgruppe dauerte zwischen 12:52 Minuten und 36:48 Minuten, im Mittel 23:47 Minuten.

Tabelle 3-71: Stichprobengröße Interviews mit Leistungserbringern

Studiengruppe	Leistungserbringer	Stichprobengröße je Interview	Gesamt je Gruppe
Drop-Out	HA	7	7
IG	HA	5	11
	MFA	6	
KG	HA	3	5
	MFA	2	
<b>Gesamt</b>		<b>23</b>	

##### Patienten

An einem Interview nahmen insgesamt zwei Patienten teil. Davon war sowohl ein Patient der Interventionsgruppe als auch ein Patient der Kontrollgruppe zugeteilt. Beide waren weiblich. Die Interviews dauerten 16:20 Minuten und 34:19 Minuten.

#### 3.5.2 Ergebnisse Leistungserbringer Interventionsgruppe

##### Hausärzte (HA)

Die Auswertung der Interviews mit HA der Interventionsgruppe 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. Zu vereinzelt Hauptkategorien lassen sich weitere Subkategorien zuordnen, diese werden im nachfolgenden Text näher beschrieben und in Tabelle 3-72 dargestellt.

Tabelle 3-72: Übersicht Codesystem, HA IG

Haupt- und Subkategorien	
1	Motivation (Grund), Erwartungen Studienteilnahme
2	Bewertung papierbasierte Studienmaterialien (Studienordner)
3	Bewertung digitale Studienmaterialien (Embloom-Plattform)
4	Bewertung Inhalte Intervention
4.1	Fördernde Faktoren
4.2	Hemmende Faktoren
5	Bewertung Durchführung Intervention
5.1	Patientengruppe (hilfreich)
5.2	Patientengruppe (ungeeignet)
5.3	Fördernde Faktoren
5.4	Hemmende Faktoren
6	Praxisalltag / -organisation
6.1	MFA-Monitoring
6.2	Arzttermin
6.3	Zeitliche Ressourcen
6.4	Kommunikation / Kollaboration zwischen HA, MFA, PAT
7	Verbesserungsvorschläge
8	Auswirkungen COVID-19 Pandemie auf die Studiendurchführung

### 1 Motivation (Grund), Erwartungen Studienteilnahme

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.

HA geben als Grund für die Studienteilnahme an, dass das PREMA-Behandlungsprogramm ein wissenschaftlich fundiertes niedrigschwelliges, konzeptbasiertes Versorgungsangebot darstellt. Dabei ist die vorgegebene Struktur durch einen Leitfaden (PREMA-Bausteine) leicht nachvollziehbar und leicht durchführbar und dient als Handlungsorientierung für HA und MFA zur (dauerhaften) Behandlung und Unterstützung von PAT mit leicht depressiven / leicht psychischen Störungen.

*„[...] , dass es sowas gibt wie eine Leitplanke, eine Art Führungsschiene, an der ich mich dann entlang arbeiten kann mit den Patienten gemeinsam und ihnen Hilfestellungen an die Hand geben kann. Und nicht ganz frei aus dem ganzen Wissen, was ich als Arzt nun mal habe, selbst entscheiden muss, welches Wissen ich als erstes an den Patienten bringe, sondern mir eben diese Leitplanke gegeben wird, was zuerst und was als nächstes.“ (HA6 IG, PREMA-Studie)*

\*

*„[...] Psychosomatik ist quasi ein Steckenpferd von mir, (...) dann fand ich das als eine großartige Möglichkeit in meinem Rahmen etwas anzubieten, was niederschwellig und ein gutes Konzept versprochen hat.“ (HA3 IG, PREMA-Studie)*

\*

*„[...] , dass die MFA ein bisschen auch in die Behandlung mit einsteigt und nicht nur helfend zur Seite steht.“ (HA3 IG, PREMA-Studie)*

Außerdem geben HA an, dass das PREMA-Behandlungsprogramm eine Möglichkeit bietet mit dem technischen Fortschritt (Digitalisierung) in der Medizin mithalten zu können.

*„[...] Die Verfahren in der Medizin sind zu rückständig, deswegen sind wir froh, dass wir endlich die Möglichkeit haben Videosprechstunde und solche Dinge anzubieten. Wir leiden sehr stark darunter, dass wir den Patienten nichts Modernes anbieten können und da ist natürlich PREMA ein guter Baustein gewesen, wo wir sofort einverstanden waren das zu machen.“ (HA4 IG, PREMA-Studie)*

\*

*„[...] als die ersten wissenschaftlichen Ergebnisse da waren, dass es tatsächlich so ist, dass man mit einem therapeutischen Effekt online Menschen psychologisch führen oder verbessern kann.“ (HA5 IG, PREMA-Studie)*

Ein weiterer Grund ist der persönliche Erkenntnisgewinn der HA und MFA in Bezug auf die Patientenversorgung durch die Teilnahme an der Studie.

*„[...] die Krankheitsbilder Angst und Depression sind in der hausärztlichen Praxis Alltagsgeschäft und viele Patienten weisen Symptome davon auf. Trotz meines Vorwissens aus Studium und Psychosomatik-Kurs, wusste ich nicht so genau, was als Hausarzt möglich ist, um die Leute ein Stück weit zu begleiten.“ (HA2 IG, PREMA-Studie)*

\*

*„[...] Für die MFA ist ganz viel Wissen neu, weil MFA-Ausbildung heißt: Büroarbeit, Telefonbetreuung. Alltagsmedizin und psychologische Faktoren spielen an Ausbildungsstunden nur wenig eine Rolle. Und mir war klar, sie wird sehr viel lernen über sich, über Patienten, über Zwischenmenschliches.“ (HA3 IG, PREMA-Studie)*

\*

*„[...] es ist vielleicht eine gute Lösung die Patienten zu unterstützen, ihre psychischen Probleme zu bearbeiten.“ (HA1 IG, PREMA-Studie)*

Eine weitere Motivation der HA an der Studie teilzunehmen war die Erwartung an die Verbesserung der Patientenversorgung. Konkret wurde hier die Überbrückung von psychotherapeutischer Wartezeiten, die Anpassung der hausärztlichen Versorgungssituation bei steigender Prävalenz psychisch Erkrankter und die Schaffung einer Regelmäßigkeit in der Beziehung zwischen Hausarzt, Praxisteam und Patient genannt.

*„[...] Zu der Zeit war Corona ein großes Thema und daraufhin hatte ich viele Patienten mit Angststörungen und Depressionen und dann habe ich dadurch die Gelegenheit gesehen, die Patienten ein bisschen zu unterstützen durch dieses Programm psychosomatische Geschichten zu fördern bei meinen Patienten. Ich würde sagen fast die Hälfte der Patienten haben auch immer psychosomatische Komponenten bei ihren Krankheitsbildern.“ (HA5 IG, PREMA-Studie)*

\*

*„[...] grundsätzlich hatte ich mir davon versprochen, dass ich aus dieser Engpass-situation einen Ausweg finde, wo wir das Problem haben, dass wenn wir jemanden in Psychotherapie schicken, dass wir da Wartezeiten von acht, sechs Monaten haben. Das ist natürlich heutzutage nicht mehr zeitgemäß [...].“ (HA4 IG, PREMA-Studie)*

\*

*„[...] Die Struktur von dem Ganzen, die Regelmäßigkeit, sodass das sowohl der Arzt als auch der Patient und das Behandlungsteam einfach dauerhaft im Boot bleibt. Durch so Erinnerungsgeschichten.“ (HA3 IG, PREMA-Studie)*

\*

*„[...] Ich hatte erhofft, dass es ein Baustein ist auf dem Weg, den die Patienten gehen, der zusätzlich oder ersetzend für eine kognitive Verhaltenstherapie oder drauf aufbauend auf eine ist, die schon mal stattgefunden hatte, vor zehn Jahren oder so. So ein Baustein, um sie ein Stück weiter zu begleiten in ihrem Leben.“*  
(HA2 IG, PREMA-Studie)

Die Erwartung eines HA an die Studienteilnahme war, dass ein Mehraufwand auf die Praxis zukommen wird, was jedoch kein Grund war, nicht an der Studie teilzunehmen.

*„[...] Ich hatte gedacht ein bisschen Mehrarbeit kommt auf uns zu, aber das ist die Sache wert.“* (HA4 IG, PREMA-Studie)

Zudem gab ein HA als Grund an, bereits an der Vorgängerstudie teilgenommen zu haben und daher bereits Erfahrungen mit den spezifischen Fragebögen JaMoL und DeMoL zu haben. Zudem sind sie grundsätzlich eine Praxis mit Studienerfahrungen.

## 2 Bewertung papierbasierte Studienmaterialien (Studienordner)

Die Aussagen der HA zur Bewertung des Studienordners waren unterschiedlich. Die HA waren grundsätzlich zufrieden mit den vom Studienteam aufbereiteten Informationen, um die Studie durchführen zu können.

Die Mehrheit der HA bewerteten die im Studienordner enthaltenen papierbasierten Studieninformationen als ausreichend, um die Studie durchführen zu können und sowohl für HA als auch für MFA gut und leicht verständlich.

*„[...] Für die Studie war das ja eigentlich ausreichend.“* (HA5 IG, PREMA-Studie)

\*

*„[...] die Informationen waren super, weil es aufgearbeitet war, dass kann jemand ohne Medizinstudium verstehen [...].“* (HA2 IG, PREMA-Studie)

Ein HA war jedoch unzufrieden in Bezug auf die Aufbereitung der im Studienordner enthaltenen Studieninformationen und gab an, dass der Studienordner zu komplex für eine selbstständige Einarbeitung ist, wenn keine Studienerfahrung existiert.

*„[...] , dass ein Mensch, der das erste Mal eine Studie durchführt mit dem Studienordner gar nichts anfangen kann.“* (HA1 IG, PREMA-Studie)

Zudem hat ein Teil der HA geäußert und sich vom Studienteam gewünscht, dass sie zu Beginn der Studiendurchführung, ergänzend zu den Studienmaterialien, eine Zusammenfassung der relevanten Inhalte, in Form eines persönlichen Kontakts, erhalten hätten.

*„[...] dass sich jemand für mich Zeit nimmt, dass man einem so ein bisschen die Eckpunkte erklärt, das habe ich ein bisschen vermisst, ja.“* (HA5 IG, PREMA-Studie)

## 3 Bewertung digitale Studienmaterialien (Embloom-Plattform)

Die Bewertung der digitalen Studienmaterialien / -informationen (Schulungs- bzw. Erklärungsvideos) auf der Embloom-Plattform zur Einarbeitung und Handhabung der Embloom-Plattform und die Unterstützung durch das Embloom-Support-Team wurden von den interviewten HA sowohl positiv als auch negativ bewertet.

Zwei HA äußerten eine generelle Zufriedenheit und positive Erfahrungen hinsichtlich der Einarbeitung und Handhabung der Embloom-Plattform und des Embloom-Support-Teams bei technischen Schwierigkeiten.

*„[...] die Plattform für mich gepasst hat. Ich arbeite viel im Internet oder eben am PC.“ (HA2 IG, PREMA-Studie)*

\*

*„Ich nenn das immer Anfängerfehler im Umgang mit dem PC [...] das falsche Passwort an der falschen Stelle eingetragen. Es waren ganz einfache Fehler. Das Support-Team von Embloom konnte das dann aber irgendwie sehen. Dann ging es.“ (HA5 IG, PREMA-Studie)*

Besonders positiv bewertet wurde, dass es sich bei dem technischen Support um einen zwischenmenschlichen Support handelte.

*„Also der menschliche Support an der Telefonleitung war entscheidend, sonst wären wir wahrscheinlich früh ausgestiegen.“ (HA2 IG, PREMA-Studie)*

Ebenfalls positiv bewertet wurde die Aufbereitung der Schulungs- bzw. Erklärvideos zu studien- und krankheitsspezifischen Inhalten auf der Embloom-Plattform.

*„[...] Die Videos, die waren wunderbar und auch die Erklärungen der Krankheit, das war alles wunderbar.“ (HA1 IG, PREMA-Studie)*

\*

*„[...] ich fand die Übungen, die Meditationsübungen, die Entspannungsübungen schön [...], ich kann also eigentlich nichts negatives sagen.“ (HA5 IG, PREMA-Studie)*

Dagegen empfand ein Teil der HA die auf der Embloom-Plattform hinterlegten Schulungs- bzw. Erklärvideos zu studien- und krankheitsspezifischen Inhalten zu textlastig.

*„[...] Menschen lernen auch leichter durch Bilder. Es war viel Text. Es wäre vielleicht besser gewesen, wenn es einfacher in Schemen oder bildhafter dargestellt worden wäre.“ (HA5 IG, PREMA-Studie)*

Insgesamt wurde die Einarbeitungsphase von den Befragten als zeitaufwendig und komplex bewertet. Zudem fehlte allen HA der kollegiale Austausch und der zwischenmenschliche Kontakt zur Nachbesprechung der Studieninhalte der Schulungs- bzw. Erklärvideos. Die Erwartungen an das Format der Einarbeitungsphase (Schulung) zur Studie wurden zum Teil nicht erfüllt.

*„[...] Kurse und die Fortbildungen mit Menscheninteraktion sind wichtig [...] bei mir ist der Zeitfaktor immer ein Problem. [...] das wäre für mich leichter gewesen, wenn Sie gezielt die Sachen raussuchen, die ich brauche. So habe ich dann mehr Zeit investiert, alles selbst durchzuarbeiten.“ (HA5 IG, PREMA-Studie)*

\*

*„[...] Da war ich tatsächlich ein bisschen enttäuscht, weil ich durch die Schulung was Anderes verstanden habe. Wir haben uns ein bisschen durchgewurschtelt am Anfang. Bis wir selbst kapiert haben, wie das funktioniert. Das hat ein bisschen Schwierigkeiten bereitet.“ (HA1 IG, PREMA-Studie)*

Insgesamt vier der HA schilderte anfängliche Zugangs- bzw. Log-In-Schwierigkeiten von Seiten der PAT, MFA und bei ihnen selbst. Die HA gaben an, dass dies zu einem zusätzlichen Zeitaufwand für die MFA führte, da MFA sowohl PAT als auch HA bei der Lösung dieser Schwierigkeit unterstützen mussten. Die MFA mussten hierfür bspw. den technischen Embloom-Support mehrfach in Anspruch nehmen und kontaktieren oder ein HA nutzte den Embloom-Account der MFA. Nicht alle der befragten HA waren mit dem Support des Embloom-Teams zufrieden, da neben dem zusätzlichen Zeitaufwand nicht immer alle Fragen geklärt werden konnten.

*„[...] Es gab große Probleme auch immer wieder für die Patienten mit dieser elektronischen Plattform, dass die Patienten sich nicht einwählen können. [...] haben es nicht hingekriegt und dann mussten die MFA helfen und dann wussten sie auch nicht so richtig, wie sie damit umgehen sollen. Das war eigentlich auch letztendlich die größte Hürde, diese ganze Elektronik und zwar sowohl letztendlich für uns als auch für die Patienten.“ (HA1 IG, PREMA-Studie)*

\*

*„[...] Es gab technische Schwierigkeiten anfangs, dann hat meine MFA das abgefangen, indem sie ganz oft mit jemandem von ihnen telefoniert hat.“ (HA2 IG, PREMA-Studie)*

\*

*„[...] , dass ich den Zugang nicht mehr, der war nicht mehr gültig, dann konnte ich nicht mehr rein. [...] Dann sind wir auch nicht weitergekommen [...].“ (HA5 IG, PREMA-Studie)*

Ein HA äußerte, dass besonders bei älteren PAT technische Schwierigkeiten im Umgang mit der Embloom-Plattform bestanden.

*„[...] Oder bei älteren Patienten gab es das Problem, dass sie mit dem Zugang nicht so klarkamen, mit dem Internet, mit dem PC. Also bei den jungen Patienten war das natürlich kein Thema.“ (HA5 IG, PREMA-Studie)*

Zudem ist allen Befragten in Erinnerung geblieben, dass es im Studienverlauf zu einer Umbenennung der Online-Plattform „TelePsy“ zu „Embloom“ erfolgte und zu Verwirrung geführt hat.

*„[...] was mich komplett irritiert hat, war irgendwann kam doch mal so eine Umbenennung? Das war ein bisschen nervig [...] alles war neu.“ (HA4 IG, PREMA-Studie)*

#### 4 Bewertung Inhalte Intervention

Die Kategorie zur Bewertung der Inhalte der Intervention 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. am wenigsten geholfen haben. Außerdem werden sowohl positive bzw. fördernde Faktoren als auch negative bzw. hemmenden Faktoren in Bezug auf die Versorgung der PAT und die Anwendung des PREMA-Behandlungsprogramms erläutert. Außerdem sind in dieser Kategorie die Zufriedenheit der HA in Bezug auf die Inhalte des PREMA-Behandlungsprogramms im Großen und Ganzen dargelegt.

##### 4.1 Fördernde Faktoren

Die Befragten berichten, dass die Kombination aus persönlichen Gesprächen zwischen HA, MFA und PAT und die Nutzung der Embloom-Plattform, wobei besonders die hinterlegten krankheitsspezifischen Informationsmaterialien, die Tagebuchfunktion und / oder die Körperübungen, den PAT am meisten geholfen haben.

*„[...] diese Übungen in der Tat, die meisten Patienten waren davon begeistert und auch die Erklärungen zum Krankheitsmodell, Panikattacken, wie entsteht das und wie soll ich mich verhalten und so weiter. Das ist auch sehr gut angekommen.“ (HA5 IG, PREMA-Studie)*

\*

*„[...] die das Tagebuch geführt haben, haben hinterher festgestellt: "Hey, das tut gut." (HA2 IG, PREMA-Studie)*

Außerdem positiv bewertet wird die Regelmäßigkeit / Kontinuität der Arzttermine und des Telefon-Monitorings durch die Vorgabe eines strukturierten Behandlungsprogramms, welcher sich gut in den Praxisalltag integrieren lässt. Im Großen und Ganzen ist die Mehrheit der HA mit dem PREMA-Behandlungsprogramm (sehr) zufrieden. Sie bewerten es als ein hilfreiches und umsetzbares Instrument für die Versorgung der PAT. Ebenfalls positiv bewertet wird, dass es sich um ein niedrigschwelliges Versorgungsangebot für PAT handelt.

*„[...] dass der Patient eine Kontinuität beibehalten muss. Ich glaube, alleine dieser Effekt von wiederkehrender Beschäftigung und vor allem auch gezielter Beschäftigung [...] alleine das hat schon erhebliche therapeutische Konsequenzen.“ (HA4 IG, PREMA-Studie)*

\*

*„Also PREMA wirklich ein Baustein, den man als Hausärztin einplanen kann, geht für alle, für Anfänger, für Therapienaive und für Therapierfahrene.“ (HA2 IG, PREMA-Studie)*

\*

*„[...] diese Körperübungen, das war unglaublich hilfreich.“ (HA3 IG, PREMA-Studie)*

Durch diese strukturierte Vorgabe und der folglich wiederkehrenden Beschäftigung in Form von regelmäßigen Terminen mit den PAT, ist das Wohlbefinden der PAT für den HA nun konkreter, aktueller und präsenter. Zudem beschrieben die HA, dass dadurch nun sofort auffällt, welche PAT Fortschritte machen bzw. welche keine Fortschritte machen.

*„[...] wir konnten uns dann über das Gelesene austauschen und diese Übungen machen oder das Tagebuch durchsprechen.“ (HA2 IG, PREMA-Studie)*

Weiterhin führten die HA an, dass die regulären Arzttermine gut durch die zusätzlichen Inhalte bzw. Übungen des PREMA-Behandlungsprogramms ergänzt werden konnten. Dies ist für vier der HA auch nach Studienende vorstellbar (siehe auch unter Kategorie 7 „Verbesserungsvorschläge“).

*„[...] das Arztgespräch nicht so anders war als vorher [...] Aber alleine dieser neue Aspekt von Übungen und die Regelmäßigkeit war neu.“ (HA3 IG, PREMA-Studie)*

Durch die Übernahme von Aufgaben der MFA durch das Telefon-Monitorings sind HA weniger aktiv in die Behandlung der PAT involviert. Dies wird positiv bewertet, da die Behandlung auch ohne Arzttermine mit dem PAT stattfindet.

*„[...] ich bin persönlich jetzt gar nicht mehr so stark involviert, aber die Behandlung läuft trotzdem weiter, das empfinde ich eigentlich als ganz angenehm.“ (HA4 IG, PREMA-Studie)*

Ein HA führten an, dass durch das PREMA-Behandlungsprogramm eine Entlastung der Psychotherapeuten oder psychotherapeutisch tätige Hausärzte möglich ist. Zum einen kann es als „Überbrückung“ dienen, bis PAT einen Therapieplatz bekommen. Oder auch für PAT, die bereits einen Therapieplatz haben, aber die Zeit bis zum nächsten Termin überbrücken müssen. So besteht die Möglichkeit auch in der Übergangsphase unterstützt / versorgt zu werden.



*„[...] ich denke auch als psychotherapeutisch tätige Ärztin ist so ein Programm durchaus zusätzlich nützlich, weil da gehen die Leute ja auch nur alle 14 Tage hin und wenn sie 2 Wochen zwischendrin was haben, was sie tun, wäre auch was gewonnen.“ (HA2 IG, PREMA-Studie)*

#### 4.2 Hemmende Faktoren

Als ein hemmender Faktor für die Umsetzung der Studie bzw. von einzelnen PREMA-Bausteinen nannten HA im speziellen die PAT, die sich auf die Arzttermine nicht vorbereitet hatten. Insgesamt war die Vorbereitung auf die Arzttermine von den PAT sehr unterschiedlich. Nicht alle PAT beschäftigten sich mit den Inhalten und Übungen auf der Embloom-Plattform.

*„[...] fragte ich: "Haben Sie sich das Video denn angeguckt?" "Zum Teil." [...] das steht und fällt natürlich damit, wie die Patienten vorbereitet zum Arzttermin kommen.“ (HA1 IG, PREMA-Studie)*

Ein HA sprach an, dass die Patienten durch die Teilnahme an dem PREMA-Behandlungsprogramm profitiert haben, jedoch nach Studienende „wieder instabiler“ wurden.

*„Also prinzipiell muss ich sagen, dass ich der Meinung bin, dass fast alle davon profitiert haben, auch wenn ein Teil von denen jetzt wieder so instabiler sind.“ (HA5 IG, PREMA-Studie)*

Unzufriedenheit äußerten zwei HA über die Aufbereitung des Behandlungspfads zu Angst- / Panikstörungen. Dieser ist aus ihrer Sicht unpassend. Die Übungen beziehen sich zu sehr auf eine singuläre Angst- / Panikstörung. Die meisten PAT, die laut Screening-Ergebnis eine Angst- / Panikstörung hatten, wurden von den HA jedoch dem den depressiven Behandlungspfad zugeteilt. Die HA gaben an, dass es in diesen Fällen Studienabbrüchen, von Seiten der PAT, kam.

Eine HA schilderte, dass PAT enttäuscht darüber waren, dass die Abstände zwischen den einzelnen Terminen (Arzttermin, Telefon-Monitoring) im Studienverlauf größer wurden.

### 5 Bewertung Durchführung Intervention

Die Hauptkategorie „Bewertung Durchführung Intervention“ untergliedert sich in insgesamt vier Unterkategorien. Diese werden im Folgenden ausführlich dargestellt. Unter dieser Kategorie werden Erfahrungen der HA dargestellt, die für eine (protokollkonforme) Durchführung der Intervention fördernd bzw. hilfreich waren, jedoch auch solche Erfahrungen, die eine Durchführung erschwerten bzw. hemmten.

#### 5.1 Patientengruppe (hilfreich)

Folgende Aussagen der HA verdeutlichen, für welche Patienten mit psychischen Erkrankungen sie das PREMA-Behandlungsprogramm als hilfreich bewerteten. Die Kategorie lässt sich unterteilen in *persönliche Merkmale / Eigenschaften der PAT* und *krankheitsspezifische Aussagen*. Zudem wird dargelegt, für welche PAT mit psychischen Erkrankungen die HA das PREMA-Behandlungsprogramm als hilfreich bzw. als ungeeignet bewerten.

##### *Persönliche Merkmale / Eigenschaften:*

Einige HA setzten eine Altersbegrenzung und sind der Meinung, dass die Intervention bei jüngeren PAT hilfreicher ist. Der übrige Teil der HA hatte keine Altersbegrenzung gesetzt.

*„[...] Ich würde 18-jährige reinnehmen und ich würde auch 70-jährige reinnehmen.“ (HA2 IG, PREMA-Studie)*

\*

*„Ja also bei den jungen Patienten war das natürlich kein Thema.“ (HA5 IG, PREMA-Studie)*

Weitere Patientenmerkmale, die von den HA genannt wurden, sind: technische Versiertheit, Gewissenhaftigkeit oder PAT, die es schaffen sich aus eigener Kraft heraus gesundheitlich zu stabilisieren.

*„[...] wenn einer entsprechend technisch versiert ist, das ist eben auch eine Voraussetzung, sind ja auch nicht alle.“ (HA4 IG, PREMA-Studie)*

\*

*„Also ich sage es mal so, Patienten, die sehr gewissenhaft sind, vor allem sehr zwanghafte Persönlichkeiten, die sich tatsächlich akkurat an alle Schritte gehalten haben, weil das gibt ihnen Sicherheit“ (HA5 IG, PREMA-Studie)*

#### Krankheitsspezifisch:

Laut der befragten HA ist das PREMA-Behandlungsprogramm besonders hilfreich für PAT mit einer leichten / schwach ausgeprägten Depression, bei denen nicht zwingend oder unmittelbar ein psychotherapeutischer Termin und / oder psychotherapeutische Behandlung notwendig ist.

*„[...] wenn das aber technisch versierte Personen sind und die Depression ist nicht so schwer und es dreht sich zum Beispiel um brennpunktartige Probleme, zum Beispiel berufliche Konflikte oder Schlafstörungen oder Angstprobleme, dann ist das eben glaube ich ein guter Baustein. „Hier, Du hängst nicht in der Luft, wir haben was für Dich. Du musst jetzt nicht sechs Monate warten, bevor sich jemand damit beschäftigt.“ Das ist ja dann auch schlecht, wenn es zu lange dauert, weil sich ja dann die Probleme möglicherweise verstärken oder festsetzen.“ (HA4 IG, PREMA-Studie)*

Aus Sicht der Befragten bietet sich das Behandlungsprogramm als Übergangsphase für PAT gut an, die auf einen Therapieplatz warten oder für PAT die bereits einen Therapieplatz haben und auf ihren Folgetermin warten. Ein HA merkt an, dass dies zu einer Entlastung der Psychotherapeuten führen kann, wenn PAT anstatt eines Termines das PREMA-Behandlungsprogramm anwenden.

*„[...] Es kommt darauf an um wen es sich handelt. Wie gesagt die Leute die sehr komplexe Krankheitsbilder haben und viele Traumata haben in der Vorgeschichte, da ist es sehr gut gewesen als Übergangsphase bis sie einen Platz in der Psychotherapie hatten. [...] aber auch tatsächlich so leichtere Fälle, die durch Covid oder durch andere Umstände in diese Schiene reingerutscht sind, weil sie sehr schnell in die Studie kamen, da war es für sie tatsächlich vollwertig, dass sie stabiler wurden.“ (HA5 IG, PREMA-Studie)*

\*

*„[...] Nach meiner Ansicht ist es so, dass man mit Bausteinen wie PREMA die Psychotherapeuten natürlich auch entlasten kann, weil man diejenigen, die nicht ständig persönliche Sitzungen brauchen eben gerade hier mit PREMA hervorragend behandeln kann.“ (HA4 IG, PREMA-Studie)*

Geeignet ist das PREMA-Behandlungsprogramm aus Sicht der HA zudem für PAT mit und auch ohne Vorwissen über ihre psychische Erkrankung.

*„[...] ich die Menschen damit abholen kann, welche mit Vorwissen ist schön, weil dann hat das Programm scheinbar größere Wirkung, basierend auf dem Vorwissen.“ (HA2 IG, PREMA-Studie)*

\*

*„[...] Patienten die noch gar nichts wissen über Angst und Depression, für die ist es super, weil die dann erstmal eine Einführung gekriegt haben mit diesen Teufelskreisen, die können das aber erstmal nicht so schnell umsetzen, die brauchen darauf aufbauend nochmal später Therapie.“ (HA3 IG, PREMA-Studie)*

Ebenfalls hilfreich ist das PREMA-Behandlungsprogramm laut der Befragten für PAT mit neu aufgetretenen Lebensirritationen, bspw. bedingt durch die Folgen der COVID-19 Pandemie und auch bei Situation eines Erstkontakts bzw. ersten Gesprächs zwischen HA und PAT.

*„[...] auch tatsächlich so leichtere Fälle, die durch Covid oder durch andere Umstände in diese Schiene reingerutscht sind, sind trotzdem, weil sie sehr schnell in die Studie kamen, da war es für sie tatsächlich vollwertig, dass sie stabiler wurden. Und dass sie auch viel mitgenommen haben.“ (HA5 IG, PREMA-Studie)*

\*

*„Ich habe das genutzt für neu aufgetretene Lebensirritationen, die in eine schwere Phase so reingehen ohne dass man beim Erstbesuch schon sagt: "Oh Gott, jetzt brauchen wir aber mal den Psychiater und den Psychotherapeuten.“ (HA3 IG, PREMA-Studie)*

Ein HA merkte an, dass keine genaue Aussage darüber getroffen werden kann, wie viel und welchen konkreten Einfluss das PREMA-Behandlungsprogramm auf den Behandlungserfolg hat.

*„[...] bei einem Patienten war es richtig gut, haben wir es richtig gut hingekriegt, aber ob da jetzt PREMA alleine daran schuld war oder ob er einfach aus seiner Krise herausgekommen ist, ich meine Depression ist eine Krankheit, die läuft in Wellen. [...] da waren auch noch äußere Umstände, die sich verändert haben.“ (HA1 IG, PREMA-Studie)*

## 5.2 Patientengruppe (ungeeignet)

Folgende Aussagen der HA geben an, für welche Patienten mit psychischen Erkrankungen sie das PREMA-Behandlungsprogramm als ungeeignet bewerten. HA berichten hier von ihren Erfahrungen im Rahmen der Studienteilnahme. Die Kategorie lässt sich in *persönliche Merkmale / Eigenschaften der PAT* und *krankheitsspezifische Aussagen* unterteilen.

### Persönliche Merkmale / Eigenschaften:

Ungeeignet ist das PREMA-Behandlungsprogramm aus Sicht der HA für PAT, die von Anfang an eine negative Einstellung zu technischen Hilfsmitteln haben.

*„Da gibt es ja viele Menschen, die aus weltanschaulichen Gründen das dann ablehnen. Und so eine Einstellung führt dann natürlich dazu, dass man da keinen Erfolg hat, das ist dann eine von Anfang an negative Einstellung gegenüber technischen Hilfsmitteln, das steht dem System natürlich im Weg, dass man da keinen Erfolg hat [...].“ (HA4 IG, PREMA-Studie)*

Außerdem bewerten drei der HA das PREMA-Behandlungsprogramm für ältere PAT bzw. Rentner als ungeeignet, da diese eine fehlende Routine bzw. Schwierigkeiten im Umgang mit PC, Internet haben oder keine E-Mailadresse besitzen.

*„Ältere, die doch nicht so viel Routine im Online-Geschehen haben, dass sie dann mal eben mit Pin und Einwählen und E-Mail und diesem ganzen Schnickschnack, ja für sie war das halt nichts.“ (HA3 IG, PREMA-Studie)*

Als ungeeignet sehen die HA das PREMA-Behandlungsprogramm auch für PAT mit einer grundsätzlich ablehnenden Haltung gegenüber Psychiatern oder Psychotherapeuten.

#### Krankheitsspezifisch:

Als ungeeignet sehen die HA das PREMA-Behandlungsprogramm für PAT mit komplexen Krankheitsbildern. Konkret beschreiben HA hierzu PAT die suizidgefährdet sind, eine komplexe Angststörung oder eine schwere Depression mit schweren chronischen Vorerkrankungen aufweisen oder eine Demenzerkrankung besteht. Außerdem benennt ein HA auch die Patientengruppe als ungeeignet, die mehrere vorausgehende, zum Teil erfolglose, Therapien hatten und wenn zusätzlich eine Suchterkrankung besteht.

*„[...] die ein komplexes Krankheitsbild haben, wo so viele Sachen das ganze verkomplizieren, die eigentlich nur Kandidaten für eine Psychotherapie sind.“ (HA5 IG, PREMA-Studie)*

\*

*„[...] der nicht nur Angststörungen hatte, sondern auch ein Suchproblem. [...] während des Gesprächs hat man so das Gefühl: "Hey, da tut sich was", da geht der Mensch nach Hause und dann haben wir wieder bei null angefangen. [...], er hat einfach die Eigeninitiative nicht so ergriffen.“ (HA1 IG, PREMA-Studie)*

Außerdem zeigten die Erfahrungen der HA, dass das PREMA-Behandlungsprogramm für PAT ungeeignet ist, die sich nicht selbst motivieren können, von zu Hause das Programm anzuwenden, wenn PAT zu introvertiert sind oder keine ausreichende Konzentration aufbringen können, sich die Videos auf der Embloom-Plattform anzuschauen. Hier sind PAT gemeint, die es auf Grund ihrer psychischen Erkrankung nicht schaffen, eigene Strategien zu entwickeln, um aus „ihrem Loch“ herauszukommen.

*„[...] wenn sie zu introvertiert sind und [...] die wiederum haben überhaupt keine Konzentration die Videos anzugucken, das war so meine Erfahrung.“ (HA5 IG, PREMA-Studie)*

\*

*„[...] wenn sie Angst kriegen und was sie machen, wenn sie im Loch sitzen und nicht rauskommen und so. [...] wenige konnten auch wirklich damit was anfangen und konnten auch keine Strategie entwickeln.“ (HA1 IG, PREMA-Studie)*

Zusätzlich zeigte die Erfahrung eines HA bei der Versorgung der PAT durch das PREMA-Behandlungsprogramms eine Herausforderung, wenn PAT ihre Angsterkrankung nicht als solches wahrnehmen bzw. als eine Form von psychischer Erkrankung annehmen.

*„[...] Angst-Patientin, die diese Angstsymptome wahrgenommen hat und verstanden hat, das ist Angst, aber der festen Überzeugung ist, dass diese Angst berechtigt ist in ihrem Leben. Da wurden wir uns nicht einig. Das*

*wurde schwierig, wenn Menschen Angst vor etwas haben, was rein statistisch, risikorechnungstechnisch nicht bedrohlich ist und sie trotzdem Angst hat und es nicht als eigene Krankheit wahrnimmt, diese Angst [...].“ (HA2 IG, PREMA-Studie)*

Die interviewten HA schilderten, dass auf Grund der krankheitsspezifischen Faktoren der PAT eine protokollkonforme Umsetzung des PREMA-Behandlungsprogramms erschwert wird und die HA davon abgewichen sind.

*„[...] Hätte ich mich strikt an die Regeln gehalten von der PREMA-Studie wäre es problematischer gewesen. Da hätten die vielleicht eher abgebrochen, vor allem, als es ihnen schlecht ging. Da habe ich auch Verständnis gezeigt, dass sie weniger Übungen gemacht haben, dass sie auch mal eine Woche gar nichts gemacht haben.“ (HA5 IG, PREMA-Studie)*

### 5.3 Fördernde Faktoren

Unter dieser Subkategorie werden Erfahrungen der HA aufgeführt, die sich zum einen auf *fördernde Faktoren bzw. positive Auswirkungen für die PAT durch die Nutzung der Online-Anwendung* (Embloom-Plattform) beziehen und zum anderen werden die Aussagen der HA genannt, welcher sichtbare Erfolg seit der Teilnahme an dem PREMA-Behandlungsprogramm für die PAT entstanden ist.

#### Fördernde Faktoren durch die Online-Anwendung:

Das PREMA-Behandlungsprogramm wird von den HA als ein niedrighschwelliges und kostenloses Angebot definiert, welches verschiedene Vorteile für die PAT bietet. Durch die Online-Anwendung im Rahmen des PREMA-Behandlungsprogramms fällt den PAT der Einstieg in die Therapie leichter, da die Hemmschwelle eines persönlichen Kontaktes mit einem Therapeuten entfällt.

*„[...] Das ist glaube ich das Geheimnis an der Online-Version, dass [...] die persönliche Begegnung mit Therapeuten manchmal auch eine Hemmschwelle ist. Und die fällt dann auch weg. Also der Einstieg ist leichter und dann hat man eben, da es zeitnah passiert das Gefühl, es ist jemand da.“ (HA4 IG, PREMA-Studie)*

Ein weiterer Vorteil durch die Online-Anwendung ist, dass die Anfahrt bzw. Fahrtstrecke zu einem Therapeuten entfällt.

*„[...] weil hier auf dem Land ist es ja auch so, gerade wenn die jetzt kein Auto haben oder so, die meisten müssen, um zur Psychotherapie zu kommen, 10, 20 Kilometer mindestens zurücklegen, manche sogar mehr. Das ist ein großer Hinderungsgrund, das fällt weg.“ (HA4 IG, PREMA-Studie)*

Laut der Aussage eines HA konnte durch die Online-Anwendung einem Teil der PAT das Gefühl vermittelt werden *“[...] es ist jemand da, kümmert sich, interessiert sich für meine Probleme“ (HA3 IG)*. Dies bezog sich besonders auf den Zeitraum bis zum nächsten Termin in der Hausarztpraxis oder bei einem Therapeuten.

Außerdem konnte durch die Online-Anwendung im Rahmen des PREMA-Behandlungsprogramms die PAT vermehrt dazu animiert werden, selbst aktiv zu werden, sich zu engagieren und Selbstfürsorge zu betreiben.

*„[...] dass das Programm die Leute selber zum aktiv werden animiert hat, fand ich sehr sehr schön. [...] ihr Tagebuch geführt hat und die Übungen auch gemacht und das hat auch was gebracht.“ (HA2 IG, PREMA-Studie)*

\*

*„Und sich zu kümmern, sich zu engagieren, Selbstfürsorge auch zu betreiben und nicht immer zu warten, bis ich das Problem löse. Sondern dann ein Tagebuch zu führen.“ (HA4 IG, PREMA-Studie)*

#### Sichtbare Erfolge seit der Teilnahme am PREMA-Behandlungsprogramm:

Zwei HA gaben an, dass durch die Teilnahme an dem PREMA-Behandlungsprogramm die Teilhabe am beruflichen Arbeitsleben der PAT gesichert werden konnte.

*„[...] ich hatte jetzt wirklich das Gefühl, dass es uns mit der Methode gelungen ist die berufliche Teilhabe zu sichern.“ (HA5 IG, PREMA-Studie)*

Ebenfalls gaben die HA an, dass das PREMA-Behandlungsprogramm durch die regelmäßig festgelegten Termine einen disziplinierenden Effekt auf die PAT hat, da sie ihre Termine wahrnehmen.

*„Und ihre Sitzungen halt durchführt. Und ich glaube das ist ja schon mal der erste wichtige Punkt, der disziplinierende Effekt. Und wenn die Patienten das schaffen, wird das, glaube ich, fast schon zum Selbstläufer.“ (HA4 IG, PREMA-Studie)*

Nicht nur der Baustein der Online-Anwendung im Rahmen des PREMA-Behandlungsprogramms wird von den HA positiv und als niedrigschwelliges Angebot bewertet, sondern das Programm in seiner Gänze. Es bietet den PAT die Möglichkeit kurzfristig und zeitnah hausärztlich versorgt zu werden. Dies bietet besonders den PAT einen zeitlichen Vorteil (siehe auch unter Subkategorie 5.1 „Patientengruppe (hilfreich)“), die nach einer Übergangslösung suchen und dringend eine ärztlichen bzw. therapeutische Betreuung benötigen.

*„[...] diejenigen, die in komplett schweren Krisen sind. Eben sehr schwere Fälle mit dringender persönlicher Betreuung und auch Fälle, die einfach zeitnah ein Programm starten müssen und sich dadurch dann auch stabilisieren.“ (HA4 IG, PREMA-Studie)*

#### 5.4 Hemmende Faktoren

Unter dieser Subkategorie werden die Aussagen der HA zu den hemmenden Faktoren bzw. Hürden in Bezug auf die Nutzung der Online-Anwendung (Embloom-Plattform) dargestellt.

Auch wenn die HA viele positive Aussagen in Bezug auf die Nutzung einer Online-Anwendung machten, verdeutlichten sie, dass alleine die Anwendung einer Online-Plattform, d.h. ohne die persönliche Betreuung durch das Praxisteam (Arzt, MFA), den meisten PAT nicht hilft. Die Mehrheit der HA gab außerdem an, dass fast alle ihrer PAT ein persönliches Gespräch mit ihnen bevorzugen. Zudem können sich nicht alle PAT auf eine digitale Anwendung einlassen und haben Scheu davor oder es fehlt ihnen an Disziplin.

*„[...] Es hätte nicht geholfen, wenn die nur das Online-Programm gehabt hätten. [...] wenn ein Mensch alleine zu Hause sitzt und liest ein bisschen dasselbe Thema nur am PC durch, dann nimmt er ein bisschen Wissen mit, aber das war es dann auch schon. Ich glaube nicht, dass nur rein computeranimiert das ganze funktionieren würden.“ (HA2 IG, PREMA-Studie)*

\*

*„[...] dass vielleicht 3/4 der Patienten schon von der Plattform profitiert haben. Da bleibt aber tatsächlich ein Viertel, wo man gemerkt hat, die kommen gerne wegen der Gespräche mit mir, aber sie haben wenig Interesse am PC noch selbst zu machen.“ (HA3 IG, PREMA-Studie)*

\*

*„Es handelt sich ja um depressive Patienten und depressive Patienten haben eine gewisse Abwehr und haben auch eine gewisse Scheu und auch (ähm) einer Internetplattform gegenüber. Und dann war das manchmal so, dass die sich gar - oder häufig so, dass die sich gar nicht so richtig darauf eingelassen haben.“ (HA1 IG, PREMA-Studie)*

Als weitere hemmende Faktoren in Bezug auf die Nutzung der Online-Anwendung nannten HA zum einen die negative Einstellung der PAT zu „*technischen Hilfsmitteln*“. Zudem äußerten die HA, dass bei einigen PAT Vorurteile bestehen. PAT bewerten Online-Anwendungen als zu anonym und sind der Meinung, dass „*Technik ihre seelischen Leiden nicht heilen können*“.

*„[...] das es auch Menschen gibt, die sagen: "Nee, das ist zu anonym, da glaube ich nicht dran." [...] das ist jetzt im Prinzip so eine kleine Hemmschwelle, wo praktisch vorurteilsbedingt davon ausgegangen wird, dass technische Hilfsmittel nicht in der Lage sind seelische Leiden zu bessern. [...] so eine Einstellung führt dann natürlich dazu, dass man da keinen Erfolg hat, das ist so praktisch dann eine von Anfang an negative Einstellung gegenüber technischen Hilfsmitteln.“ (HA4 IG, PREMA-Studie)*

Wie außerdem bereits unter der Subkategorie 5.2 „*Patientengruppe (ungeeignet)*“ erläutert, stellt eine geringe Technikaversion der PAT oder geringe Erfahrungen im Umgang mit technischen Hilfsmitteln einen hemmenden Faktor für eine erfolgreiche Anwendung der (einer) Online-Anwendung dar.

## 6 Praxisalltag / -organisation

Die Kategorie „Praxisalltag / -organisation“ lässt sich in vier Subkategorien gliedern: (1) MFA-Monitoring, (2) Arzttermin, (3) Zeitliche Ressourcen und (4) Kommunikation / Kollaboration zwischen HA, MFA, PAT. Nachdem in den vorherigen Kategorien bereits vermehrt die Ergebnisse des PREMA-Bausteins „Online-Anwendung“ dargestellt wurden, folgen nun die Ergebnisse zu den beiden übrigen PREMA-Bausteinen. Es handelt sich hierbei um das „MFA-Monitoring“ und die „Arzttermine“. Des Weiteren werden die Erfahrungen zum Aufwand durch die Studienteilnahme, konkret in Bezug auf die zeitlichen Ressourcen der Praxen, beleuchtet. Weiter werden in der vierten Subkategorie die Ergebnisse zum Themenkomplex Kommunikation / Kollaboration vermittelt.

### 6.1 MFA-Monitoring

Die Durchführung des MFA-Monitorings bewerten die HA als Entlastung, da die MFA regelmäßig Gespräche mit den PAT übernimmt, was außerdem zur Folge hat, dass PAT ohne längere Pausen versorgt bzw. betreut werden. Die HA bezeichnen die Durchführung der Telefonate durch die MFA als „Kontinuitätsfaktor“. Außerdem werden HA entlastet, da die MFA als Ansprechpartner für PAT bei Rückfragen bzw. Problemen agiert. Seien dies studienspezifische Rückfragen oder Themen, die sich während des Telefon-Monitorings ergaben.

*„[...] die MFA hat sich ja dadurch bewährt, dass Sie dann die entsprechenden Termine wahrgenommen hat, was zu meiner Entlastung beigetragen hat. [...] hat einen Teil meiner Rolle übernommen und zwar diesen Kontinuitätsfaktor, sich für die Probleme interessieren und Rückfragen [...].“ (HA4 IG, PREMA-Studie)*

\*

*„[...] Ich habe auch immer mal wieder mit der MFA gesprochen [...] Da hatte ich dann schon irgendwie das Gefühl, ich habe das immer im Hinterkopf, was da gerade läuft. Und das war natürlich ganz anders als sonst, dass man das so präsent hat. Wie entwickelt sich jetzt die Problematik bei dem Patienten, normalerweise müsste man ja um das präsent zu haben, den alle acht bis zwölf Wochen spätestens mal sehen. [...] hier war es natürlich ein bisschen konkreter.“ (HA2 IG, PREMA-Studie)*

Alle HA begegnen den MFA mit großer Wertschätzung.

*„[...] ich kann nur immer wieder betonen, wie wichtig unsere Damen für unseren Gesamtberuf sind. In jeder Hinsicht.[...] sie geben sich solche Mühe [...] und haben immer wieder mit den PREMA-Patienten telefoniert. Und ich denke, die Rolle der Damen ist erheblich.“ (HA1 IG, PREMA-Studie)*

In Bezug auf die Organisation / Planung der Telefonate gaben alle HA an, dass es zu Abweichungen des vorgegebenen Zeitplans des PREMA-Schemas kam. Die Gründe hierfür waren unterschiedlich: PAT wurde nicht erreicht, PAT hat Termin versäumt, Praxis / MFA hatte keine Zeit, Termin wurde von Seiten der Praxis versäumt und fehlende zeitliche Ressourcen, da MFA sonst Überstunden machen müsste.

*„[...] ich bin die Chefin, dann kann ich ja schon sagen, ich mache länger, aber ich kann nicht von dem Personal ständig erwarten, dass sie Überstunden diesbezüglich machen.“ (HA5 IG, PREMA-Studie)*

Die Abweichungen des Zeitplans führten dazu, dass die Telefonate zu einem späteren Zeitpunkt durchgeführt wurden, ein Teil der HA die Telefonate selbst durchgeführt hatte, keine festen Telefontermine mit den PAT vereinbart wurden, sodass die Telefonate von der MFA während des laufenden Praxisbetriebs zwischendurch stattfanden.

*„[...] Aber mit den Telefonaten war es so, die Mädels haben da angerufen wo sie Zeit hatten. Zwischendurch.“ (HA5 IG, PREMA-Studie)*

\*

Ein HA äußerte sich über die leichte Handhabung des JaMoL und DeMoL, da MFA bereits Studienvorerfahrung hatte und die Durchführung der Telefonate keine Herausforderung darstellte.

*„[...] den JaMoL und den DeMoL, das kannten ja unsere MFA. Ja, das war ja einfach, das kannten die.“ (HA1 IG, PREMA-Studie)*

## 6.2 Arzttermin

In Bezug auf die Organisation / Planung der Arzttermine bewerten die HA positiv, dass sie die Inhalte und die Struktur der Arzttermine nicht selbst erarbeiten mussten, da dies durch das Behandlungsprogramm bereits vorgegeben war. Die Arzttermine fanden in einigen Fällen außerhalb der regulären Sprechstunde statt, um den Praxisalltag / -ablauf nicht zu stören.

*„[...] da wusste ich dann was ich mit denen jetzt als nächstes rede. [...] musste mir nichts selber erarbeiten, sondern konnte in den Gesprächen das nutzen, was da im Programm empfohlen wurde.“ (HA2 IG, PREMA-Studie)*

\*

*„Das habe ich ja am Ende der Sprechstunde gemacht. Weil ich dachte zwischen Tür und Angel ist es blöd und wenn ein Notfall kommt, dann habe ich ja nicht die Zeit dafür. Dann habe ich mir die Zeit tatsächlich dafür genommen, einmal PREMA-Termine gemacht bei den Patienten, dann kamen so*



*drei / vier am Tag nach der Sprechstunde, wo ich einen kurzen Tag hatte.“*  
(HA5 IG, PREMA-Studie)

In der Durchführung der Arzttermine kam es ebenfalls, wie bei der Durchführung des MFA-Telefonmonitorings, zu Abweichungen des vorgegebenen Zeitplans. Die Gründe hierzu wurden bereits unter der zuvor beschriebenen Subkategorie 6.1 ausführlich erläutert. Da sich die Gründe überschneiden, werden sie an dieser Stelle nicht erneut angeführt.

Die Abweichung des Zeitplans auf die Durchführung der Arzttermine hatte die im Folgenden von HA beschriebenen Auswirkungen. Zum Teil wurden die Arzttermine in Kombination mit dem Telefon-Monitoring durch die HA durchgeführt. Konkret wurden hier JaMoL und DeMoL während des Arzttermins abgefragt. Außerdem kam es vor, dass der Arzttermin und der aktuelle Termin des Telefon-Monitorings in der gleichen Woche geplant war bzw. stattgefunden hat.

Einige HA gaben an, dass ein Arzttermin bis zu 45 Minuten in Anspruch genommen hat und dass diese Zeit notwendig war, da die Mehrheit der Studienpatienten viele Themen ansprechen wollten. Außerdem war es für beide Seiten eine neue Erfahrung, die ihre entsprechende Einarbeitungszeit benötigte. In jedem Fall musste eine Anpassung der Dauer der regulären Arzttermine erfolgen.

*„[...] am liebsten wären sie den Rest des Nachmittags geblieben.“* (HA1 IG, PREMA-Studie)

\*

*„[...] ziemlich zeitaufwändig [...] die ganzen Übungen mit Patienten zu machen, mit ihnen zu sprechen und die ganzen Erfahrungen zu machen [...].“*  
(HA2 IG, PREMA-Studie)

Ein Teil der HA beschreibt es als Herausforderung, PAT zu motivieren, ihre Arzt- und Telefon-Monitoring Termine wahrzunehmen und / oder die Übungen durchzuführen. Dies war je nach Befinden der PAT nicht immer möglich, besonders in den Fällen, *„wenn es ihnen schlecht ging“*. Weiterhin merkt ein HA an, dass die Vorbereitung der PAT auf die Arzttermine nicht immer ausreichend waren.

### 6.3 Zeitliche Ressourcen

Die Teilnahme und Durchführung des PREMA-Behandlungsprogramms bewerten die HA insgesamt als sehr zeitintensiv. Die Teilnahme führt nicht nur bei der MFA, sondern auch bei ihnen selbst zu einem Mehraufwand. Dieser musste zusätzlich, neben dem regulären Praxisalltag bewältigt werden. Sowohl die Organisation, Planung, Durchführung und Betreuung der PAT wurde insgesamt als sehr zeitaufwendig bewertet. Ein Teil der MFA nahmen zudem an einer Schulung im Rahmen der PREMA-Studie teil.

Zu einem Mehraufwand für die MFA kam es unter anderem, da sie sich neben der Durchführung des Telefon-Monitorings, der „technischen Betreuung“ der PAT widmen musste. Dies war laut der Aussage von zwei HA vermehrt bei älteren PAT der Fall.

*„[...] bei älteren Patienten gab es das Problem, dass sie mit dem Zugang nicht so klarkamen [...]. Das war dann für die MFAs tatsächlich noch mehr Arbeit, weil die mussten denen dann nochmal erklären, wie es geht [...].“*  
(HA5 IG, PREMA-Studie)

Neben der reinen Durchführung des Telefon-Monitorings, die bereits viel Zeit in Anspruch nahm, übernahm die MFA die umfangreiche Terminorganisation und z.T. Terminerinnerungen der PAT an die Arzttermine und Telefon-Monitoring Termine.

*„[...] ihre Grenzen waren erschöpft, weil sie das andere alles ja auch noch machen muss, mit Blut abnehmen, impfen, telefonieren, organisieren. Man müsste dann noch zwei, drei MFA anstellen, die das machen und das ist nur in der Studie finanzierbar. Zahlt einem ja keiner. Außerdem gibt es keine MFAs, selbst wenn ich noch eine einstellen wollte, es gibt keine.“ (HA2 IG, PREMA-Studie)*

Zuletzt führen die HA an, dass die zeitlichen und personellen Ressourcen in den Hausarztpraxen nicht ausreichend waren, um weitere bzw. die gewünschte Anzahl an PAT zu rekrutieren. Zum Teil war dies durch den steigenden Mehraufwand im Praxisalltag durch die Covid-19 Pandemie verbunden. Zu dem letzteren folgen weitere Details in der Kategorie 8 „Auswirkungen COVID-19 Pandemie auf Studiendurchführung“.

*„Mit den zeitlichen Herausforderungen, haben wir keinen weiteren mehr eingeschrieben.“ (HA3 IG, PREMA-Studie)*

#### 6.4 Kommunikation / Kollaboration zwischen HA, MFA, PAT

Die Ergebnisse der Befragung zeigten, dass Rücksprachen zwischen HA und MFA zum Inhalt der Telefonate oder der Arzttermin, mit den jeweiligen PAT, nicht immer stattgefunden haben. Nicht alle HA informierten die MFA über die Inhalte / Ergebnisse der Arzttermine. Wie bereits erwähnt, lässt sich dies nicht auf alle Praxen übertragen, denn die zuvor dargestellten Ergebnisse dieser Kategorie „Praxisalltag / -organisation“ zeigten deutlich, dass HA über die *Organisation* und Durchführung des Telefon-Monitorings informiert waren und hierzu sehr umfangreich ihre Erfahrungen schildern konnten.

*„[...] Ich habe auch immer mal wieder mit der MFA gesprochen [...] Da hatte ich dann schon irgendwie das Gefühl, ich habe das immer im Hinterkopf, was da gerade läuft. Und das war natürlich ganz anders als sonst, dass man das so präsent hat.“ (HA4 IG, PREMA-Studie)*

Der persönliche Kontakt und die persönlichen Gespräche der PAT mit HA und MFA gibt ihnen die Möglichkeit, über ihre Probleme und Wohlbefinden sprechen zu können. Die HA schildern, dass sich die PAT „gehört fühlen“. Und die PAT diese Möglichkeit auch nutzen.

#### 7 Verbesserungsvorschläge

In den Interviews wurden die HA nach Verbesserungsvorschlägen befragt und ob sie das PREMA-Behandlungsprogramm auch nach Studienende weiterführen werden. Zum Teil spiegelten sich die Aussagen bereits in einigen vorhergehenden Kategorien wieder, sodass sie hier noch einmal zusammengefasst dargestellt werden. Folgende Aussagen wurden getroffen:

- Das Format der Schulung in Form eines Videos war nicht zufriedenstellend. Es besteht der Wunsch nach face-to-face Veranstaltung.

*„[...] , dass man vielleicht mal auch einen Erfahrungsaustausch tatsächlich mit anderen herstellt [...] und die Leute vielleicht zu einem Qualitätszirkel einlädt [...], dass man sich mal vielleicht gegenseitige Tipps geben kann und so weiter.“ (HA1 IG, PREMA-Studie)*

- Ein weiterer Wunsch der HA bestand darin, dass diese mehr Informationsmaterialien zur Verfügung gehabt hätten, um gezielt Werbung bei den PAT für die PREMA-Studie machen zu können.

- Ein Teil der HA schlägt vor, dass PAT den JaMoL und DeMoL Fragebogen selbstständig ausfüllen und diesen an die Praxis senden (z.B. per E-Mail)

*„[...] , dass er den Fragebogen einfach zu uns schickt und fertig ist das [...] Das wäre für mich einfacher.“ (HA5 IG, PREMA-Studie)*

- Um das PREMA-Behandlungsprogramm nach Beendigung der Studie weiterführen zu können, können sich HA vorstellen, dass der Umfang des Telefon-Monitorings reduziert wird bzw. dies sogar ganz wegzulassen, auf Grund der fehlenden Honorierung des Telefon-Monitorings und der fehlenden Fachkräfte (MFA) auf dem Arbeitsmarkt.

*„[...] Ob ich das ganze Programm weiterführen würde, hängt stark an der Finanzierung, weil es ist sehr zeitintensiv gewesen, gerade für die MFA. Und wenn die MFA-Zeit nicht bezahlt wird, dann würde ich das nicht mehr machen, weil wer soll denn das dann leisten.“ (HA2 IG, PREMA-Studie)*

- Außerdem schlagen die HA vor, die PAT „noch mehr zu führen“ durch Erinnerungsmails zum Ausfüllen des z.B. des Tagebuchs.
- Durch die Teilnahme an der PREMA-Studie ist für die HA denkbar, dass die MFA mehr Verantwortung übernehmen kann, wenn sie vorab eine spezifische Schulung erhält. Denkbar ist hier z.B. die Übernahme praktischer Tätigkeiten, wie Meditationsübungen mit PAT.
- Zwei HA wünschen sich eine Überarbeitung des Behandlungspfads zu Angst- / Panikstörung. Dieser ist aus ihrer Sicht bisher noch unpassend. Die Übungen beziehen sich zu sehr auf eine singuläre Angst- / Panikstörung (isolierte Phobie). Die Bedürfnisse der PAT lassen sich durch depressiven Teil bisher besser abbilden.

## 8 Auswirkungen COVID-19 Pandemie auf Studiendurchführung

Abschließend wurden die HA gefragt, ob die COVID-19 Pandemie Auswirkungen auf die Studiendurchführung hatte. Zum Teil wurden Aussagen bereits in vorherigen Kategorien dargestellt, sodass sie hier zusammengefasst dargestellt werden. Die von den HA genannten Auswirkungen lassen sich wie folgt unterteilen:

- Es kam zu einer Verzögerung des Zeitplans des PREMA-Behandlungsprogramms. Die Priorität der Patientenversorgung lag zunächst auf der Versorgung der „Corona-Patienten“ (HA3 IG).
- Durch die Einschränkung der zeitlichen Ressourcen der Praxen wurden zum Teil keine weiteren Patienten rekrutiert. Zudem suchten auf Grund der Quarantäne-Maßnahmen PAT seltener die Praxis auf.

*„Das war schon eine zeitliche Belastung, die in den letzten anderthalb Jahren da zusätzlich auf unsere Praxis zukam, die war außerordentlich. Davor war alles mit PREMA sehr entspannt, dann wurde das halt alles etwas unruhig. Aber das lag an den äußeren Zusammenhängen.“ (HA3 IG, PREMA-Studie)*

\*

*„Wir hatten ja nicht mehr die Möglichkeit die Leute anzusprechen. Die haben ja versucht nicht in die Praxis zu kommen, möglichst viel telefonisch zu*

*besprechen. Alleine aufgrund der Infektionslage war es auf einmal so, dass die Leute sich zurückgezogen haben.“ (HA4 IG, PREMA-Studie)*

- Einige HA sind der Ansicht, dass durch die COVID-19 Pandemie der Bedarf, auf Grund der steigenden Prävalenz von psychischen Erkrankungen, an ähnlichen Interventionen, wie das PREMA-Behandlungsprogramm gestiegen ist. Hierzu nannten HA die Vorteile einer Online-Anwendung (siehe auch unter Subkategorie 5.3 „Fördernde Faktoren“). Beispielweise sind Online-Anwendungen gut von zu Hause aus nutzbar, ältere PAT verändern ihre Einstellung zu Online-Anwendungen (Technik).

*„Aber wenn man ehrlich ist, ist ja die Corona-Zeit jetzt ein Anlass gerade solche digitalen Sachen voranzutreiben.“ (HA4 IG, PREMA-Studie)*

\*

*„Es kann sein, jetzt die ältere Generation hat ja jetzt ihre Freunde auch über Videokonferenzen getroffen, das ist ja hochspannend zu sehen.“ (HA3 IG, PREMA-Studie)*

- Ein HA gab an, dass die COVID-19 Pandemie keinen Einfluss auf die Studierendurchführung hatte.

### Medizinische Fachangestellte

Insgesamt sieben Hauptkategorien der Interviews mit MFA der Interventionsgruppe konnten identifiziert werden. 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 Studierendurchführung. Zu vereinzelt Hauptkategorien lassen sich weitere Subkategorien zuordnen, diese werden im nachfolgenden Text näher beschrieben und in Tabelle 3-73 aufgelistet.

Tabelle 3-73: Übersicht Codesystem, MFA IG

Haupt- und Subkategorien	
<b>1</b>	Bewertung papierbasierte Studienmaterialien (Studienordner)
<b>2</b>	Bewertung digitale Studienmaterialien (Embloom-Plattform)
<b>3</b>	Bewertung Inhalte Intervention
3.1	Fördernde Faktoren
3.2	Hemmende Faktoren
<b>4</b>	Bewertung Durchführung Intervention
4.1	Patientengruppe (hilfreich)
4.2	Patientengruppe (ungeeignet)
4.3	Fördernde Faktoren
4.4	Hemmende Faktoren
<b>5</b>	Praxisalltag / -organisation
5.1	Screening
5.2	MFA-Monitoring
5.3	Zeitliche Ressourcen
5.4	Kommunikation / Kollaboration zwischen HA, MFA, PAT
<b>6</b>	Verbesserungsvorschläge
<b>7</b>	Auswirkungen COVID-19 Pandemie auf die Studierendurchführung

## 1 Bewertung papierbasierte Studienmaterialien (Studienordner)

Die Aussagen der MFA zur Bewertung der papierbasierten Studienmaterialien sind unterschiedlich. Zwei der Befragten sind mit der Aufbereitung der Studienmaterialien zufrieden, um die Studie durchzuführen.

Häufig wurde der Studienordner zum Nachlesen oder Wiederholung von Themen genutzt.

*„Ja, ich habe auch lieber eher so was wie den Ordner, wo man dann nochmal gucken kann: "Ach, wie war das jetzt nochmal, was muss ich da abrechnen?" oder "Was muss ich da ausfüllen?", das ist ganz gut, ja.“ (MFA6 IG, PREMA-Studie)*

Negativ bewertet wurde, dass Formulare zu Studienbeginn fehlerhaft betitelt wurden und dies zu Verwirrung geführt hat und somit die Zuordnung der Dokumente erschwerte.

*„Ich hatte genannt, dass die Formulare in der Anleitung anders betitelt waren als sie wirklich hießen, das war schwierig die dann zuzuordnen.“ (MFA1 IG, PREMA-Studie)*

Insgesamt wurde die Einarbeitung als komplex und zeitaufwendig bewertet. Aus Sicht der MFA waren viele Unterlagen zu sichten und zu Beginn herrschte wenig Verständnis, welches Formular wofür zu nutzen ist. Zwei MFA hätten sich hierzu eine Schulung bzw. Betreuung durch das Studienteam gewünscht.

*„Wir haben einfach nur diesen Ordner zugesendet bekommen und mussten uns da durchwurschteln.“ (MFA1 IG, PREMA-Studie)*

Auf Grund der geringen Zeit und Ablenkung der MFA durch den Praxisalltag, hatte die Mehrheit keine Konzentration den Studienordner durcharbeiten. Dieser Ordner wurde teilweise mit nach Hause genommen und sich nach der Arbeit eingesehen.

*„Nee, der Ordner, da war ja auch viel. Da habe ich mich dann auch viel eingesehen und den habe ich dann teilweise auch mit nach Hause genommen und habe dann zu Hause... Weil man in der Praxis teilweise ja auch nicht die Zeit und sich da auch zu konzentrieren teilweise.“ (MFA6 IG, PREMA-Studie)*

## 2 Bewertung digitale Studienmaterialien (Embloom-Plattform)

Die Bewertung der digitalen Studienmaterialien / -informationen (Schulungs- bzw. Erklärvideos) auf der Embloom-Plattform zur Einarbeitung und Handhabung der Embloom-Plattform und die Unterstützung durch das Embloom-Support-Team wurden von den MFA sowohl positiv und zufriedenstellend als auch negativ bewertet.

Die MFA schilderten eine Zufriedenheit in Bezug auf die Aufbereitung der krankheits- und studienspezifische Erläuterungen durch die Videos. Hilfreich war zudem die vorgegebene und auf der Plattform hinterlegte Struktur des Behandlungsprogramms. Dies erleichterte die Organisation der Telefontermine. Die Inhalte der Videos und des Studienordners waren teilweise identisch. Vorteilhaft laut MFA waren dadurch, die Wiederholung und Auffrischung der Inhalte. Die Einarbeitungsphase hinsichtlich der Handhabung und Nutzung der Embloom-Plattform wurde von den MFA als komplex und zeitaufwendig bewertet. Danach jedoch als benutzerfreundlich beschrieben. Eine Praxis hatte von Beginn an keine Probleme mit der Handhabung.

*„Aber an sich eine Akte anzulegen, das war gar nicht schwer. Da kann man sich schnell einlernen finde ich. Ja. Gar nicht so schwierig gewesen. Auch mit den Erinnerungs-E-Mails oder wenn man eine Nummer haben wollte für die Patienten, um sich einzuloggen, das hat auch immer gut geklappt.“ (MFA1 IG, PREMA-Studie)*

\*

*„Was ich gut fand, ist das die Daten vorgegeben waren, dass man planen konnte, das fand ich super, dass das vorgegeben war.“ (MFA5 IG, PREMA-Studie)*

\*

*„Ich fand es auch gut, dass die Themen vertont waren, also die Dame war auch sehr angenehm, die das Video dann quasi wiedergegeben hat, von dem was ich dann auch gelesen hatte.“ (MFA3 IG, PREMA-Studie)*

\*

*„Also ich fand das damals eher erschlagend erst.“ (MFA, PREMA-Studie)*

Im Gegensatz dazu gaben zwei der befragten MFA an, dass sie die Umbenennung der Online-Plattform während der Studie als „unglücklich“ bezeichneten.

*„Es hieß ja am Anfang auch TelePsy, das war eigentlich auch ein bisschen unglücklich, dass die Plattform sich geändert hatte mit dem Namen und dann Embloom wurde.“ (MFA1 IG, PREMA-Studie)*

Wie bereits zuvor erwähnt, wurde besonders der Beginn der Studie (Einarbeitungsphase) als unübersichtlich empfunden. Zu Beginn gab es Zugangs- bzw. Log-In-Schwierigkeiten und die Aufbereitung der Plattform war für die MFA zu komplex. Zwei MFA gaben an, dass sie Schwierigkeiten hatten, die Plattform über den Browser zu öffnen. Dies äußerten zudem dem PAT gegenüber der MFA.

*„Da hätte ich mir gewünscht, dass die leichter zu finden gewesen wären für die Patienten.“ (MFA1 IG, PREMA-Studie)*

Die Zugangs- bzw. Log-In-Schwierigkeiten existierten zudem auch bei HA und PAT. Die Lösungen der Probleme und Unterstützung der PAT und HA führten zu einem zusätzlichen Mehraufwand. Eine MFA gab an, dass die Log-In-Schwierigkeiten bei einzelnen PAT bis zum Zeitpunkt des Interviews nicht behoben werden konnten. Zeitintensiv war zudem, dass das Embloom-Support-Team mehrfach in Anspruch genommen werden musste.

*„Von dem Technischen her, also zum Beispiel, wenn in Embloom etwas nicht klappte. Also zum Beispiel eine Patientin jetzt, die sagte zu mir seit diese neue... da gibt es doch jetzt, dass man sich immer per E-Mail einen Code anfordern muss. Seitdem hat zum Beispiel eine Patientin große Probleme sich einzuloggen. Und ich versuche dann die ganze Zeit mit den Technik-Leuten Kontakt aufzubauen und das klappt nicht immer ganz so gut.“ (MFA2 IG, PREMA-Studie)*

Die Doppelung der Studieninhalte in dem Studienordner und auf der Embloom-Plattform haben nicht alle positiv bewertet, da der Inhalt verkürzt werden könnte.

Nicht alle MFA haben eine Präsenzschiulung erhalten. Die MFA vermuteten, dass dies auch einen Einfluss auf die Studiendurchführung hatte. In zwei Praxen haben MFA eine Schiulung erhalten. Sie haben die Betreuung der Studie aus privaten Gründen jedoch an ihre Kollegin abgeben müssen. Diese Kollegin hatte zu Beginn der Studie an keiner Schiulung teilgenommen und hat während des Studienverlaufs auch keine Schiulung erhalten. Die selbstständige Einarbeitung war komplex und zeitaufwendig.

### 3 Bewertung Inhalte Intervention

Die Kategorie zur Bewertung der Inhalte der Intervention teilt sich in die beiden Subkategorien „Fördernde Faktoren“ und „Hemmende Faktoren“. Diese zwei Unterkategorien und fassen die Aussagen der MFA zusammen, welche Inhalte der Intervention den PAT am meisten bzw. am wenigsten geholfen haben. Außerdem werden sowohl positive bzw. fördernde Faktoren als auch negative bzw. hemmenden Faktoren in Bezug auf die Versorgung der PAT und die Anwendung des PREMA-Behandlungsprogramms erläutert. Des Weiteren ist in dieser Kategorie die Zufriedenheit der MFA in Bezug auf die Inhalte des PREMA-Behandlungsprogramms im Wesentlichen beschrieben.

### 3.1 Fördernde Faktoren

Die Befragten berichteten, dass die Regelmäßigkeit (wiederkehrende Beschäftigung) durch die geplanten Arzttermine und MFA-Monitoring den PAT am meisten geholfen hat. Die PAT müssen sich nicht auf eigenem Antrieb heraus Termine organisieren und einfordern oder über das Befinden sprechen. Zudem ist laut der Befragten ein anderer Aufbau des MFA-PAT-Verhältnis möglich. Der Kontakt mit den PAT ist nun intensiver.

*„Es ist ja immer nicht schön was Psychisches zu haben und zu akzeptieren, aber dass es dann ein Programm gab, was ja mehr oder weniger schon vorausgesetzt hat, dass regelmäßig darüber gesprochen wird. Und nicht, dass der Patient erst kommen muss und sagen muss ich will darüber sprechen, sondern dass halt das von vorne herein klar war in vier Wochen oder in sechs Wochen spreche ich wieder mit jemandem.“ (MFA1 IG, PREMA-Studie)*

\*

*„[...] man baut irgendwie schon ein anderes Verhältnis zu denen auf, weil man natürlich mehr mit denen in Kontakt ist und sich intensiver mit denen beschäftigt und dann natürlich auch mehr so die Leute auch verstehen kann.“ (MFA4 IG, PREMA-Studie)*

Die Vorgabe durch das strukturierte PREMA-Behandlungsprogramms bietet der MFA eine Handlungsorientierung hinsichtlich der Betreuung der PAT und einer konkreten Planung der Termine mit den PAT.

*„Also man hatte ja fest seinen Plan, das fand ich gut sowohl für mich als auch für die Patienten, weil man einfach wusste in der Woche musst du telefonieren, wenn da Urlaub ist, dann musst du eben den Termin nach vorne oder nach hinten schieben.“ (MFA3 IG, PREMA-Studie)*

Jedoch bietet das PREMA-Behandlungsprogramm besonders PAT mit einer psychischen Erkrankung eine notwendige Alltagsstruktur bzw. einen Plan für zukünftige Termine in der Hausarztpraxis.

*„Also diese feste Struktur hat sowohl mir geholfen, um mich gut einzufinden als auch den Patienten, die natürlich in der Erkrankung, in der Depression und der Angst gerne auch Struktur dann immer wollen, um halt durch den Tag zu kommen. Also das war super, das war die beste Erfindung, dass man einfach von vorne hinein schon wusste das ist das nächste (Studien)Jahr.“ (MFA4 IG, PREMA-Studie)*

Im Großen und Ganzen sind die MFA mit dem PREMA-Behandlungsprogramm als Gesamtpaket zufrieden, da es aus ihrer Sicht den PAT hilft. Vereinzelt werden die Übungen zu Bestandteilen des Alltags der PAT.

*„Und diese Übungen, die mit eingebaut waren, am Anfang diese Körperübungen und am Schluss die Situationsübungen, die klappten bei dem einen besser, bei dem anderen weniger und der dritte hat vielleicht länger*

*gebraucht das in seinen Alltag mit einzubauen. [...] [Es] war dann für die Patienten auch leichter mit in den Alltag aufzunehmen, sodass die das dann gar nicht mehr als Übung gesehen haben, sondern als den normalen Alltag [...].“ (MFA2 IG, PREMA-Studie)*

Zwei MFA äußerten, dass durch das PREMA-Behandlungsprogramm eine Entlastung von Psychotherapeuten möglich sein könnte. Dies wurde ebenfalls in den HA Interviews analysiert. Diese Entlastung von Psychotherapeuten bezogen die MFA auf die Versorgung von PAT mit leichten psychischen Erkrankungen, bei denen nicht zwingend eine Psychotherapie notwendig ist. Außerdem war durch das Behandlungsprogramm eine Überbrückung der Zeit bis zu einem Therapeutentermin möglich.

*„[...] weil die Problematik zum Psychologen/Psychiater/Psychotherapeuten schnell zu kommen, die gibt es einfach weiterhin nicht, das wird sich nicht verbessern, nicht groß jedenfalls. Und dass der Hausarzt dann der erste Ansprechpartner ist und mal so ein bisschen was in die Wege leiten kann zum Verbessern der Situation aus Patientensicht, das war schon cool.“ (MFA6 IG, PREMA-Studie)*

### 3.2 Hemmende Faktoren

Die MFA berichteten, dass es laut der Rückmeldungen der PAT nicht für alle hilfreich war, die Übungen selbstständig zu Hause durchzuführen, da sie sich (plötzlich) „alleine gelassen gefühlt haben“. Es kam vor, dass die Angstübungen vorzeitig abgebrochen wurden.

*„[...] diese Angstübungen, die sie machen mussten... wo ja hervorgehoben werden soll die Angst, damit sie lernen damit umzugehen, jetzt bei Panikstörungen... Da habe ich am Anfang immer gesagt gekriegt: "Es ist so schlimm geworden, da habe ich aufgehört" (MFA1 IG, PREMA-Studie)*

Nicht geholfen und unpassend waren aus Sicht von zwei MFA die Telefon-Monitoring Fragen. Hier wünschten sie sich mehr Abwechslung in den Fragen, da die PAT im Studienverlauf weniger aufmerksam und unreflektiert beim Beantworten der Fragen wurden. Außerdem war es für die MFA nicht immer ein angenehmes Gefühl die Fragen zu stellen und fanden es unpassend, wenn PAT sich aktuell sehr gut fühlen und positiv gestimmt sind. Speziell der DeMoL-Fragebogen enthält Fragen, die nicht alle PAT betreffen (z.B. Medikationsfragen).

*„Und viele konnten das schon auswendig und haben mir das quasi so runtergerattert und deswegen denke ich das vielleicht verschiedene Fragen nochmal eine andere Aufmerksamkeit [...]“ (MFA4 IG, PREMA-Studie)*

\*

*„Diese Fragen zehn bis 15, die zielen immer nur darauf aus, hat das mit der Medikamentengabe geklappt, haben sie das eingenommen, wie der Arzt ihnen das vorgeschlagen hat und... Aber es gab überhaupt nicht die Auswahlmöglichkeit der Patient nimmt keine Medikamente und das war immer schwierig zu beurteilen, weil da muss ich die Fragen ja irgendwie beantworten damit ich weiterkomme bis zum Ende.“ (MFA3 IG, PREMA-Studie)*

Zudem gaben die MFA an, dass sie mit den Antwortmöglichkeiten der Fragebögen unzufrieden waren, da diese nicht immer zu denen der PAT passten.

*„Also die Fragen sind ja allgemein, da geht es um die letzte Woche oder um die letzten zwei Wochen, je nachdem ob Angst- oder Depressions-Patienten. Und bei den Antwortmöglichkeiten gab es dann eben von oft, nie, selten, kaum, gelegentlich, also so verschiedene Auswahlmöglichkeiten von*



*Null bis Fünf sage ich jetzt mal, von der Einstufung her. Und da passten die Antworten oft nicht zu den Fragen, die die Patienten dann geben konnten.“*  
(MFA3 IG, PREMA-Studie)

Ebenfalls nicht geholfen und als unpassend bewerteten zwei der Befragten das Screening der PAT. Vereinzelt wurden PAT durch das Screening dem Behandlungspfad Angst- / Panikstörung zugeordnet, obwohl dies aus Sicht der MFA, HA und PAT nicht zutraf und stattdessen der depressive Behandlungspfad von der Intervention passender wäre / besser gepasst hätte.

Im Wesentlichen waren drei MFA unzufrieden, dass kein Abschlussgespräch mit den PAT im Rahmen des Behandlungsprogramms geplant war und die Studie nach den Telefonaten endete.

*„Und was ich auch nicht so wirklich verstanden habe, warum es in unserer Praxis kein Abschlussgespräch mehr gab. Man hat mit vier Telefonaten... Man hat quasi das vierte Gespräch und dann drei oder vier Telefonate und damit hört es auf.“* (MFA6 IG, PREMA-Studie)

#### 4 Bewertung Durchführung Intervention

Die Hauptkategorie „Bewertung Durchführung Intervention“ untergliedert sich in insgesamt vier Unterkategorien. Diese werden im Folgenden ausführlich betrachtet. Unter dieser Kategorie werden Erfahrungen und Bewertungen der MFA beschrieben, die für eine (protokollkonforme) Durchführung der Intervention fördernd bzw. hilfreich waren und 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 bewerteten.

##### 4.1 Patientengruppe (hilfreich)

Folgende Aussagen der MFA verdeutlichen, für welche Patienten mit psychischen Erkrankungen sie das PREMA-Behandlungsprogramm als hilfreich bewerteten. Hauptsächlich sind nach Ansicht der MFA die *persönlichen Merkmale / Eigenschaften der PAT* maßgeblich für die erfolgreiche Umsetzung der Intervention.

Fünf der MFA würden eine Altersbegrenzung bei den PAT setzen und sind der Meinung, dass die Intervention bei jüngeren PAT (20 – 40 / 50 Jahre) hilfreicher ist. Diese Patientengruppe hatte laut MFA weniger Schwierigkeiten im Umgang mit dem Internet und der Technik. Eine MFA gab an, dass das Programm auch für PAT ab 50 Jahre gut geeignet war.

*„Wobei ich ja sagen muss, dass wenn es die jüngere Generation betroffen hat, sag ich mal im Alter von 20 bis 40 ging das auch mit dem Internet.“*  
(MFA1 IG, PREMA-Studie)

\*

*„Und dadurch, dass bei mir, die waren alle so ab 50, die wir eingeschrieben haben, ich hatte sieben oder acht Leute.“* (MFA4 IG, PREMA-Studie)

Insgesamt wiesen die MFA darauf hin, dass es sehr individuell zu bewerten ist, für wen das Programm hilfreich und geeignet ist. Das Alter, bestehende Gewissenhaftigkeit und Eigeninitiative der PAT und eine geringe Technikaversion / grundsätzliches Technikverständnis beeinflussen die erfolgreiche Umsetzung.

*„Das Programm ist nicht einheitlich auf jeden anzuwenden und nicht jeder nimmt es oder kann das gleiche für sich rausziehen, sondern jeder muss*

*schauen was bringt es mir und was mache ich weiter so allgemein gesprochen.“ (MFA3 IG, PREMA-Studie)*

#### 4.2 Patientengruppe (ungeeignet)

Folgende Aussagen der MFA machten deutlich, für welche Patienten mit psychischen Erkrankungen sie das PREMA-Behandlungsprogramm als ungeeignet bewerten. Die MFA berichteten von ihren Erfahrungen im Rahmen der Studienteilnahme. Hauptsächlich sind nach Ansicht der MFA, ebenfalls wie bei den HA, die *persönlichen Merkmale / Eigenschaften der PAT* entscheidend. Ungeeignet ist das PREMA-Behandlungsprogramm aus Sicht der MFA für PAT, die unzuverlässig sind, d.h. Termine nicht einhalten oder kurzfristig absagen. Dazu zählen auch PAT, die insgesamt wenig mit der MFA kommunizieren oder Rückmeldungen geben. PAT sollten der MFA gegenüber aufgeschlossen sein und ihnen vertrauen.

*„[...] dass sie das dann auch mitmachen und dass auch Angestellten erzählen und nicht halt einem Arzt. Das muss halt auch alles passen.“ (MFA6 IG, PREMA-Studie)*

\*

*„[...] in Bezug auf eine Patientin, die sich einfach nicht mehr gemeldet hatte.“ (MFA3 IG, PREMA-Studie)*

Laut MFA ist die erfolgreiche Umsetzung gefährdet, wenn PAT Schwierigkeiten und eine fehlende Routine im Umgang mit PC, Technik bzw. Internet hatten. Dies war bei älteren PAT der Fall.

*„Und alles was über 60 war, hatte dann schon Schwierigkeiten oder über 50.“ (MFA3 IG, PREMA-Studie)*

#### 4.3 Fördernde Faktoren

Unter dieser Subkategorie werden Erfahrungen der MFA aufgeführt, die sich zum einen auf fördernde Faktoren für eine erfolgreiche Durchführung der Intervention und zum anderen positiv auf die PAT auswirken. Diese Faktoren sind die Nutzung der Online-Anwendung (Embloom-Plattform), das Telefon-Monitoring oder die fachliche Kompetenz der MFA. Des Weiteren werden die Aussagen der MFA genannt, bezogen darauf, welcher sichtbare Erfolg seit der Teilnahme an dem PREMA-Behandlungsprogramm für die PAT entstanden ist.

Die Online-Anwendung im Rahmen des PREMA-Behandlungsprogramms fördert das selbstständige Arbeiten der PAT, es motiviert die PAT. PAT setzen die Übungen selbstständig zu Hause um. Zudem haben die Inhalte laut der befragten MFA einen Einfluss auf das Wohlbefinden (Besserung) der PAT, z.B. gibt es PAT die nun zum Sport gehen, was sie zuvor nicht in die Tat umgesetzt hatten.

*„Also schon, dass die Patienten das selbstständig gemacht haben, also, dass sie das dann alleine zu Hause machen konnten. Dahingehend war es schon hilfreich.“ (MFA1 IG, PREMA-Studie)*

Durch das Telefon-Monitoring fand eine Regelmäßigkeit im Austausch zwischen MFA und PAT statt. Die MFA geben an, dass sich die Mehrheit der PAT auf das Gespräch freuen. Dieser Aspekt wird nachfolgend unter 5.2 „MFA-Monitoring“ weiter ausgeführt. Ebenso vorteilhaft ist, dass die Telefonate ortonabhängig durchgeführt und PAT auch im Urlaub erreicht werden konnten.

*„Also die Patienten, die freuen sich immer sehr, wenn man so ein Telefon-interview hat.“ (MFA1 IG, PREMA-Studie)*

Außerdem förderlich für die erfolgreiche Durchführung der Intervention waren die fachlichen Kompetenzen und Eigenschaften der MFA. Hierzu nannten die MFA das Vorwissen / Studienvorerfahrungen oder Weiterbildungen die Durchführung erleichtern. Auch durch die motivierende Art der MFA im Umgang mit vereinzelt PAT, konnte die Durchführung der Intervention erfolgreich gelingen. Es gab PAT, die vorzeitig abbrechen wollten oder PAT die zunächst nicht an der Studie teilnehmen wollten. Zudem leiteten die MFA im Studienverlauf zusätzliche organisatorische Arbeit. Dieser Mehraufwand wurde ebenfalls als fördernder Effekt auf die Durchführung der Intervention durch die MFA identifiziert (siehe auch unter Kategorie 1, 2 „Studieninformationen“ und 5 „Praxisalltag / -organisation“).

*„Manche musste man mal so ein bisschen antreiben [...] Also es war immer auch so ein bisschen von Patient zu Patient so ein leichtes Antreiben, Antreiben im positiven Sinne.“ (MFA3 IG, PREMA-Studie)*

Weiterhin führten die MFA sichtbare Erfolge der PAT seit der Teilnahme an dem PREMA-Behandlungsprogramm an. Im Einzelnen wurden die folgenden Fortschritte / Erfolge genannt:

- Besserung der Symptomatik durch die PREMA-Übungen, positive Entwicklung in der Stimmung / Wohlbefinden der PAT
- Eigeninitiative der PAT sich auch neben der Intervention mit ihrer Erkrankung zu beschäftigen
- PAT öffnen sich gegenüber MFA mehr als vor Beginn der Studie, die Gespräche werden noch tiefgründiger und privater auch ohne das MFA nachfragen muss
- PAT schildern MFA, dass sie sich ernst genommen fühlen hinsichtlich ihrer Erkrankung
- Effektive Anwendung der Atemübungen bei einer Panikattacke
- Sicherung der beruflichen Teilhabe (Arbeitsfähigkeit) PAT (dies war in zwei verschiedenen Praxen bei jeweils einem PAT der Fall)
- Freizeitaktivitäten wie z.B. Sport, wozu PAT vorher „überhaupt keine Lust mehr hatte“ oder „vorher genervt war“ (MFA3 IG)

\*

Auch in Bezug auf sich selbst gaben die MFA sichtbare Erfolg seit der Teilnahme an dem PREMA-Behandlungsprogramm an.

- Entwicklung der Kompetenzen im Umgang mit PAT mit Depression und / oder Angst- / Panikstörung
- Der Stellenwert der MFA in der Praxis wird deutlich, die Arbeitszufriedenheit steigt durch Anerkennung, die MFA haben die Möglichkeit die PAT direkt mitzubetreuen

*„Also insofern glaube ich schon, dass ich als MFA ein wichtiger Punkt war und dass die Patienten auch dadurch zu uns als Praxis ein ganz anderes Verhältnis bekommen haben, weil ich eben auch ein großes Standbein war in dieser Dreier-Geschichte.“ (MFA4 IG, PREMA-Studie)*

#### 4.4 Hemmende Faktoren

Hemmende Faktoren zur Durchführung der Intervention lassen sich anhand der Aussagen der MFA in die Bereiche der Nutzung einer Online-Anwendung und in die Praxisorganisation aufteilen.

Schwierigkeiten in der Handhabung der Online-Anwendung im Rahmen des PREMA-Behandlungsprogramms führte zu Unzufriedenheit bei dem Praxisteam und auch bei den PAT. Die einzelnen Schwierigkeiten wurden bereits unter Kategorie 2 „*Bewertung digitale Studienmaterialien (Embloom-Plattform)*“ ausführlich beschrieben. Daher soll hier beispielhaft die geringe Technikaffinität von Seiten der MFA und PAT und die Log-In Probleme angeführt werden. Diese Unzufriedenheit führte bei zwei der interviewten MFA dazu, dass die gesamte Praxis entschied, keine weiteren PAT in die Studie einschließen.

*„Ich hatte aber Patienten, die hatten arge Probleme. Ich habe ihnen den Code gegeben, dann haben die gesagt der Code funktioniert nicht, dann habe ich nochmal einen neuen Code ihnen geschickt. Bei dem einen war es sogar so, dass ich selbst es eingerichtet habe für ihn dann.“ (MFA1 IG, PREMA-Studie)*

Zudem gaben die befragten MFA studienspezifische Schwierigkeiten in Bezug auf die Handhabung der Embloom-Plattform an. Diese bremsten sie in der Durchführung der Studie vereinzelt aus. Entweder versuchten MFA eigene Lösungen zu finden oder traten bei Fragen mit dem Embloom-Support Team in Kontakt. Einzelne Beispiele, die von Seiten der MFA genannt wurden, waren:

- Terminvereinbarungen für die Telefonate mit den PAT via Embloom war schwierig, Schwierigkeiten bestanden z.B. hinsichtlich der Wochenangaben, Wunsch nach konkretem Datum
- Anonymisierung der PAT auf der Embloom-Plattform erschwerte die Zuordnung
- Die Übungen für den Behandlungspfad Angst- / Panikstörung wurde wie bereits von den HA ebenfalls bei vereinzelt PAT als unpassend beschrieben
- PAT sind nicht immer diszipliniert, vorgesehene Eintragungen in der Embloom-Plattform vorzunehmen, dies erschwerte die Nachvollziehbarkeit / Monitoring der PAT

In Bezug auf die Praxisorganisation war eine der größten Hürden die Telefonate angemessen durchzuführen, auf Grund von fehlenden räumlichen Kapazitäten und teilweise technischen Voraussetzungen. Dies wird folgend ebenfalls unter Kategorie 5.2 „*MFA-Monitoring*“ benannt. Weiterhin war es für MFA eine Hürde, die Durchführung der Intervention angemessen umzusetzen, wenn sie neu in die Studie einstiegen, sich neu einarbeiten mussten. Dies war beispielweise der Fall, wenn eine andere ungeschulte MFA die Betreuung der PAT übernehmen musste. Beispielsweise bei (längeren) Krankheitsausfällen einer MFA oder bei Schwangerschaftsvertretung. Die MFA gaben an, dass ihnen eine ausreichende Aufklärung bzw. Studieninformationen / -betreuung fehlten.

*„Damals war der Termin zur Schulung schon abgelaufen und dann habe ich mir das dann halt auch gewünscht, dass ich dann auch die Schulung erhalte. Das konnte dann aus ich weiß nicht welchen Gründen nicht stattfinden und*

*dann wurde mir nur gesagt, ich soll mir diese Studienmaterialien anschauen, die auch auf der Plattform sind und dadurch habe ich mir das dann selber, auch durch das Video und das Material dann quasi selber geschult.“*  
(MFA2 IG, PREMA-Studie)

## 5 Praxisalltag / -organisation

Die Kategorie „Praxisalltag / -organisation“ lässt sich in vier Subkategorien gliedern: (1) Screening, (2) MFA-Monitoring, (3) Zeitliche Ressourcen und (4) Kommunikation / Kollaboration zwischen HA, MFA und PAT. Im Folgenden werden die Erfahrungen der MFA in Bezug auf ihre Aufgaben im Rahmen der PREMA-Studie beleuchtet. 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 und PAT“.

### 5.1 Screening

Insgesamt wurde das Screening der PAT durch die MFA als zeitintensiv bewertet. Zum Teil gaben MFA an, dass dies der zeitintensivste Teil im Rahmen der Studie war. Hierunter wurden auch die mit dem Screening verbundenen organisatorische Abläufe gezählt, wie beispielsweise das Ausfüllen der Einverständniserklärungen der PAT (Einschreiben der PAT in die Studie). Ein zweiter zeitaufwendiger Punkt war, dass es zu Beginn der PREMA-Studie Schwierigkeiten mit den Formularen gab, da diese fehlerhaft benannt wurden.

*„Ich sage jetzt mal das Screening war schon zeitintensiv, aber das war eigentlich auch vorausgesetzt, dass das am Längsten dauert mit dem Einschreiben und... Das Erforschen erstmal welche Zettel, das war nicht ganz ersichtlich am Anfang, sondern Einverständniserklärung und so weiter und sofort, dass die in dreifacher Ausführung.“* (MFA1 IG, PREMA-Studie)

In einer teilnehmenden Praxis wird das Patientenscreening und die Einschreibung der PAT in die Studie gemeinsam von MFA und Arzt übernommen.

### 5.2 MFA-Monitoring

In Bezug auf die Organisation / Planung der Arzttermine bewerteten die MFA positiv, dass diese einfach zu führen sind und sich in den Praxisalltag integrieren lassen. MFA fühlten sich in der Lage, die Telefonate zu führen und erhielten positive Rückmeldungen von den PAT.

*„Im Praxisalltag am leichtesten, wie ich schon vorhin erwähnt habe, die Patienten anzurufen, um Termine zu vereinbaren, das war das einfachste.“*  
(MFA2 IG, PREMA-Studie)

\*

*„[...] Die Telefonate zu führen, das muss nicht unbedingt die Ärztin machen, das können durchaus die Medizinischen Fachangestellten machen. Und auch der Patient hat sich, also so hatte ich den Eindruck auch wohlgefühlt, wenn wir das machen.“* (MFA1, PREMA-Studie)

Jedoch führten Zeitmangel und organisatorische Schwierigkeiten dazu, dass die Telefonate nicht immer wie geplant durchgeführt werden konnten. Hierzu gaben die Befragten an, dass die Praxen bzw. die MFA durch die Studienteilnahme zusätzliche Aufgaben ausführen müssen. Außerdem gaben alle MFA an, dass es kaum bis keine räumlichen Ressourcen für die Telefongespräche mit den PAT gibt. Zu den organisatorischen

Schwierigkeiten zählte z.B. auch die Terminvereinbarung mit den PAT. Dies wurde als sehr zeitaufwändig bewertet und war zunächst nicht immer erfolgreich.

*„Das Problem war halt auch wir sind wirklich eine kleine Praxis, wir haben zwar große Räume, aber es gibt nur einen Multifunktionsraum sag ich mal, eine Anmeldung, ein Sprechzimmer, sodass in der Zeit, wo ich dann eben die PREMA-Telefonate durchführte dieser Raum nicht nutzbar war [...].“*  
(MFA3 IG, PREMA-Studie)

\*

*„Aber wiederum dann schwierig zusammen einen Termin zu bekommen.“*  
(MFA2 IG, PREMA-Studie)

\*

*„Oder die Patienten haben sich erkältet oder wollten ausgehen, alles Mögliche. Dann konnte ich das wiederum mit meinen Terminen nicht aushandeln. Das waren halt meistens die Probleme gewesen, ja.“* (MFA4, PREMA-Studie)

In Bezug auf die Durchführung der Telefonate gaben die MFA an, dass diese in etwa zwischen 15 bis 30 Minuten andauerten. Als positiv bewerteten die MFA, dass ihnen von Seiten der PAT vertraut wurde und es spürbar war, dass sich PAT zunehmend öffneten. Außerdem war über den längeren Zeitraum der Telefonate für die MFA erkennbar und beobachtbar, wie sich PAT entwickelten. MFA schilderten, dass sie durch die Fragbögen gut einzuschätzen konnten, wie die Stimmung / Wohlbefinden der PAT war. Weiterhin positiv genannt wurde das zufriedenstellende Feedback der PAT. Diese waren den regelmäßig statt findenden Telefonaten positiv gestimmt, es steigerte bei einem Teil der PAT das Wohlbefinden. Und auf der anderen Seite war das Wohlbefinden der PAT für die MFA präsender.

*„Wobei ich fast den Eindruck hatte am Telefon erzählen sie noch mehr Sachen, die sie mir sonst nicht sagen würden, wenn sie vor mir sitzen würden.“*  
(MFA6 IG, PREMA-Studie)

\*

*„Also die Patienten, die freuen sich immer sehr, wenn man so ein Telefoninterview hat. Das hat denen immer sehr gut gefallen.“* (MFA1 IG, PREMA-Studie)

\*

*„Ja, also ich finde es hat sich sehr viel, man kann es auch anhand der Fragebögen sehen, dass sich bei den Patienten im positiven entwickelt hat, dass zum Beispiel, wenn vorher die Frage nicht so gut war. Also zum Beispiel beim Ampelschema das eher im gelben Bereich war oder so, dass sich das mit der Zeit immer verbessert hat.“* (MFA2 IG, PREMA-Studie)

Außerdem würden die meisten PAT auch über die angesetzten 15 Minuten hinaus mit der MFA telefonieren und „Smalltalk“ führen oder „über private Dinge sprechen“ (MFA4 IG).

Eine Schwierigkeit in der Durchführung der Telefonate lag darin, dass diese laut MFA auch außerhalb der Arbeitszeiten durchgeführt werden mussten. Die MFA führten zum Teil Telefonate daher in ihren privaten Räumlichkeiten. Die Ergebnisse der Interviews zeigten, dass dies vor allem in kleineren Praxen und / oder Praxen mit nur zwei MFA und / oder Teilzeitkräften der Fall war.

*„Das war am Anfang reichlich schwierig, weil ich nur eine 20 Stunden- Stelle hatte, zu der Zeit wo wir anfangen und ich dann schauen musste, wie ich die Tage, die ich da bin das eben mit einbaue.“ (MFA3 IG, PREMA-Studie)*

\*

*„Wie ich schon erwähnte, wir sind eine kleine Praxis und da muss man eben gucken, dass man auch in seinen Arbeitszeiten das nebenbei hinbekommt. Das war schwierig, also als... mit den Aufgaben der MFA das zu machen, das ist schwierig in so einem kleinen Unternehmen.“ (MFA2 IG, PREMA-Studie)*

Wie bereits die Ergebnisse der HA Interviews der Interventionsgruppe zeigten, schilderten die MFA ebenfalls, dass es zu Abweichungen des vorgegebenen Zeitplans kam. Die Gründe hierfür, wie z.B. entstandene Mehraufwand in den Praxen durch COVID-19 Pandemie oder Terminorganisation, wurden bereits unter diesem Kapitel genannt. Weitere ausführliche Gründe wurden unter den Kategorien der HA Interviews Kapitel 6.3 „Zeitliche Ressourcen“ (HA IG) und Kapitel 8 „Auswirkungen COVID-19 Pandemie auf Studiendurchführung“ (HA IG) erläutert. Außerdem werden weitere Gründe nachfolgend unter 5.2 „Zeitliche Ressourcen“ geschildert. Unter Abweichung des vorgegebenen Zeitplans ist die Verschiebung von Terminen und das Nicht-Einhalten des vorgegebenen PREMA-Zeitplans (Abstände zwischen den einzelnen Terminen) gemeint.

### 5.2 Zeitliche Ressourcen

Die Studienteilnahme und Durchführung des PREMA-Behandlungsprogramms bewerteten die MFA insgesamt als zeitintensiv. Dies wurde ebenfalls von den HA geäußert. Der Mehraufwand infolge der Studienteilnahme erfordert zusätzliche zeitliche Ressourcen, da die studienspezifischen Tätigkeiten ergänzend zu dem Praxisalltag erfolgen mussten. MFA gaben an, dass der Zeitaufwand besonders zu Beginn der Studie groß war. Sowohl die Organisation, Planung, Durchführung und Betreuung der PAT wurde insgesamt als sehr zeitaufwendig bewertet.

*„Der Zeitaufwand ist halt sehr groß.“ (MFA2 IG, PREMA-Studie)*

Eine MFA schilderte, dass sie gemeinsam mit dem Praxisteam die Fragebögen JaMoL und DeMoL in die englische Sprache übersetzt haben.

*„Also wir haben wie gesagt... für die eine Patientin haben wir die Fragebögen ins Englische übersetzt.“ (MFA1 IG, PREMA-Studie)*

Eine Folge der Komplexität der PREMA-Studie und der unzureichenden zeitlichen Ressourcen in den Praxen ist laut MFA, dass sie gerne mehr PAT eingeschlossen hätten, dies aber nicht realisierbar war.

*„[...] also man hätte es das jetzt nicht mit allen Patienten, die es nötig gehabt hätten, machen können. Das wäre einfach arbeitsaufwandstechnisch nicht gegangen. Ja, ist einfach so.“ (MFA3 IG, PREMA-Studie)*

### 5.2 Kommunikation / Kollaboration zwischen HA, MFA, PAT

Aus Sicht der Befragten unterstützten die MFA die HA und PAT gleichermaßen in der Rolle als „Vermittler“ bzw. „Zwischenkontakt“. Zudem bewerteten sich die MFA auch als vertrauensvolle Ansprechpartnerin für die PAT.

*„Ich sehe meine Rolle als, ist ja auch so, immer als so einen Zwischenkontakt, zwischen Patienten und Arzt.“ (MFA2 IG, PREMA-Studie)*

\*

*„[...] man sieht, wie die Patienten einem auch vertrauen: "Nee, ich will jetzt nicht direkt zum Arzt...", sondern wirklich Sie als Ansprechpartner sehen und auch vertrauen und auch erstmal mit Ihnen sprechen.“ (MFA4 IG, PREMA-Studie)*

Zudem schilderten sie, dass sie sich über ihre Rolle im Rahmen der PREMA-Studie bewusst sind und keine Ärzte oder Therapeuten ersetzen können und sie bei Fragen und / oder Unsicherheiten Unterstützung bei HA holen können.

*„Natürlich die Behandlung, das mache ja nicht ich, das machen ja die Ärzte, also die Frau Doktor.“ (MFA2 IG, PREMA-Studie)*

Die Rücksprache zwischen MFA und HA zum Inhalt der Telefontermine oder Arzttermine mit den jeweiligen PAT fanden nicht in allen teilnehmenden Praxen statt. In den Praxen in denen die Rücksprachen stattfanden, wurde beispielsweise die MFA und / oder HA über Auffälligkeiten informiert.

*„Oder wenn wir mal das Gefühl hatten, dass es der Patientin doch nicht so gut geht. Bevor da was passiert, dann sind wir halt auch mal von uns aus ohne, dass PREMA einen Hinweis gegeben hat mal hingegangen.“ (MFA4 IG, PREMA-Studie)*

In einer Praxis gab es Schwierigkeiten im HA-MFA-PAT-Verhältnis, weshalb die Studie nicht weitergeführt wurde. Der Grund dessen lag nicht in dem PREMA-Behandlungsprogramm.

## 6 Verbesserungsvorschläge

In den Interviews wurden auch die MFA nach Verbesserungsvorschlägen befragt und ob sie das PREMA-Behandlungsprogramm auch nach Studienende weiterführen werden bzw. würden. Zum Teil spiegelten sich die Aussagen bereits in einigen vorhergehenden Kategorien wider, sodass sie hier noch einmal zusammengefasst dargestellt werden. Folgende Aussagen wurden getroffen:

- Das Format der Schulung in Form eines Videos auf der Embloom-Plattform war nicht zufriedenstellend. Es bestand der Wunsch nach einer face-to-face Veranstaltung. Diese Aussage überschneidet sich mit denen der HA. Zudem würden sich die MFA eine intensive Schulung in Bezug auf die Handhabung der Embloom-Plattform wünschen.
- Zudem bestand der Wunsch nach direktem Kontaktaustausch mit anderen Schulenden (im speziellen MFA).

*„[...] so etwas wäre schön gewesen, weil man dann auch direkt den Kontakt zu dem Schulenden oder zu den anderen MFA gehabt hätte, also das hätte ich mir schon vorstellen können, dass das für mich sicher nochmal eine Verstärkung gewesen wäre dann, um das alles ein bisschen sacken zu lassen.“ (MFA3 IG, PREMA-Studie)*

- Ebenfalls bestand der Wunsch nach (mehr) Unterstützung während der Durchführung. Dies gaben HA der IG ebenfalls an.

*„Ja, eine persönliche Bezugsperson, die das dann auch telefonisch mit mir durchgegangen wäre... [...] das hat gefehlt.“ (MFA1 IG, PREMA-Studie)*

- Übersetzung der Studienmaterialien (Fragebögen) in andere Sprachen, wie bspw. englisch und arabisch.



*„Wir haben eine Patientin, die eher englisch spricht. Also sie spricht schon deutsch, also ich mein das war ja auch die Voraussetzung die deutsche Sprache. Aber vielleicht doch so manche Fragebögen doch auch in Englisch zu haben.“ (MFA1 IG, PREMA-Studie)*

- Zwei MFA wünschten sich Abwechslung in den Fragen während des Telefon-Monitorings. Der Grund hierfür war, dass PAT die Fragen nach mehrmaligen Telefonaten bereits kannten und nicht mehr ehrlich über die Antworten nachdachten.

*„Ich denke, dass man da vielleicht noch Wechselfragebögen oder so hätte einbauen können.“ (MFA3 IG, PREMA-Studie)*

- Zudem hätten sich zwei MFA ein „Abschlussgespräch“ zwischen HA und PAT am Ende der Studie gewünscht.

*„Und was ich auch nicht so wirklich verstanden habe, warum es in unserer Praxis kein Abschlussgespräch mehr gab.“ (MFA2 IG, PREMA-Studie)*

- Eine MFA merkte an, dass bei Nicht-Einhalten der Termine und Abweichung des Zeitplans, es im Nachhinein nicht möglich war auf den Fragebogen zurückzugreifen.

*„Die Zeit war dann überschritten, weil wenn die Patienten den Termin verbaselt haben [...] Und dann habe ich sie dann ein paar Tage später angerufen und dann konnte ich aber nicht mehr auf diesen Fragebogen zurückgreifen.“ (MFA5 IG, PREMA-Studie)*

## 7 Auswirkungen COVID-19 Pandemie auf Studiendurchführung

Abschließend wurden die MFA gefragt, ob die COVID-19 Pandemie aus Ihrer Sicht Auswirkungen auf die Studiendurchführung hatte. Wie zuvor zu den Ergebnissen den HA, wurden auch bei den MFA zum Teil Aussagen zu den Auswirkungen bereits in vorherigen Kategorien dargestellt, sodass sie hier zusammengefasst dargestellt werden. Die von den MFA genannten Auswirkungen lassen sich wie folgt unterteilen:

- Wie auch in den Interviews mit HA, gaben die MFA an, dass es zu einer Verzögerung des Zeitplans des PREMA-Behandlungsprogramms kam. Und die Priorität der Patientenversorgung lag auch bei den MFA zunächst ebenfalls auf der Versorgung der „Corona-Patienten“. Der Fokus der Praxen lag nun stark auf Impfungen und die Betreuung bzw. Versorgung von erkrankten Patienten, sodass die Studiendurchführung erschwert wurde bzw. ausgesetzt wurde.

*„Ich würde auf jeden Fall das so zu 80 Prozent darauf schieben.“ (MFA6 IG, PREMA-Studie)*

\*

*„Weil es einfach durch diese Problematik mit Corona hat sich ja so viel an Neuarbeit ergeben und an zusätzlicher Organisation und so weiter, wo wir uns auch wieder neu einfinden müssen. Ja also sprich die Impfungen organisieren oder andere Problematiken, das war einfach so viel Neues in der Zeit, dass ich einfach froh war, dass es jetzt so langsam zum Ende ging, weil das wird sich ja jetzt erstmal nicht ändern mit der zusätzlichen Arbeit durch Corona bedingt.“ (MFA3 IG, PREMA-Studie)*

### 3.5.3 Ergebnisse Patientin Interventionsgruppe

Die Analyse des Interviews mit einer PAT der Interventionsgruppe 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. In Tabelle 3-74 sind neben den Hauptkategorien auch die Subkategorien dargestellt.

Tabelle 3-74: Übersicht Codesystem, PAT IG

Haupt- und Subkategorien	
1	Motivation (Grund), Erwartungen Studienteilnahme
2	Bewertung Studienmaterialien
3	Bewertung Durchführung und Inhalt Intervention
3.1	Arzttermin
3.2	MFA-Monitoring
3.3	Fördernde Faktoren
3.4	Hemmende Faktoren
4	Verbesserungsvorschläge und Erfahrungen

#### 1 Motivation (Grund), Erwartungen Studienteilnahme

Der Grund der Studienteilnahme der PAT war die Empfehlung durch HA auf Grund ihrer psychischen Erkrankung (Depression). Die HA teilte der PAT zu Beginn mit, dass sie von einer Studienteilnahme und den statt findenden regelmäßigen Telefonaten profitieren könnte. Die Erwartungen der PAT zu Beginn der Studie waren folgende:

- Offenheit und Neugierde
- Hoffte auf eine Unterbrechung des „Allein-Seins mit der depressiven Verstimmung“ durch MFA-Monitoring

Zudem schilderte sie Ihre Bedenken zu Beginn der Studie. Die Teilnahme wollte sie abbrechen, da die Studie „nicht ganz richtig“ für sie sei. Der Grund hierfür war ein anstehender Aufenthalt im Ausland. Für die weitere Teilnahme wurde sie von HA ermutigt.

*„Ich war sehr offen, ich war neugierig. So würde ich das bezeichnen. Ich war einfach neugierig, weil man mir gesagt hatte, dass ich... also, dass mein Allein-Sein mit meinen depressiven Verstimmungen oder so, dass das dann unterbrochen würde, weil ich eben viele Anrufe kriegen würde und ich sollte mich mal überraschen lassen. Das wäre richtig gut und es würde mir dadurch bessergehen.“ (Patientin IG, PREMA-Studie)*

#### 2 Bewertung Studienmaterialien

Die Studienmaterialien wurden den PAT ausschließlich in digitaler Form auf der Embloom-Plattform zu Verfügung gestellt.

Insgesamt bewertete die PAT die Aufbereitung der digitalen Studienmaterialien als verständlich, klar präzise und einfach formuliert.

*„Auch die Sprache, ja, also da war nichts wo man irgendwie dran rumrät-seln musste, also klar präzise, gute Ansagen und einfach. Also das war richtig gut.“ (Patientin IG, PREMA-Studie)*

Die Kombination aus Video und Text bewertet sie ebenfalls als eine gute Möglichkeit sich zu informieren und sich individuell entscheiden zu können, welches Format (Text oder Vi-

deo) man präferiert. Außerdem bewertete sie die daraus entstehende Zuwendung als positiv. Die Studienmaterialien haben aus ihrer Sicht jedoch nicht dabei geholfen, die Symptomatik ihrer Erkrankung zu verbessern.

*„ [...] das hat mir sehr gut gefallen. Aber es sollte ja darum gehen, dass es mir dadurch bessergeht. Und das würde ich sagen nein. Es war zum Teil unterhaltsam, es war nett, dass da so eine Zuwendung kam. Das kann ich mir auch vorstellen, dass das Einzelnen sehr gut tut.“ (Patientin IG, PREMA-Studie)*

### 3 Bewertung Durchführung und Inhalt Intervention

Die Hauptkategorie „Bewertung Durchführung und Inhalt Intervention“ untergliedert sich in insgesamt vier Unterkategorien: (3.1) Arzttermin, (3.2) MFA-Monitoring, (3.3) Fördernde Faktoren und (3.4) Hemmende Faktoren. Diese werden im Folgenden ausführlich dargestellt. Unter dieser Kategorie 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 Abläufe und Inhalte der Arzttermine und Telefon-Monitorings empfunden hat.

#### 3.1 Arzttermin

In Bezug auf die Organisation / Durchführung der Arzttermine fand eine individuelle Absprache und Abweichung des vorgegebenen Zeitplans statt. Nicht alle vier Termine konnten wahrgenommen werden. Die Besonderheit lag darin, dass die PAT während des Studienverlaufs zeitweise nicht in Deutschland war. Die Arzttermine wurden daher um wenige Wochen verschoben.

In Bezug auf den Inhalt der Arzttermine bzw. der Intervention war die PAT unzufrieden und stellte die Kompetenz der / des HA in Frage. Insgesamt hatte sie andere Erwartungen und äußerte den Wunsch nach „Besprechungen“ und einer professionellen Gesprächstherapie. Zudem fühlt sie sich nicht ernst genommen, da ihr die Übungen sehr unprofessionell vorkamen.

*„Und so etwas so besprechen, das hätte ich für sehr hilfreich empfunden.“ (Patientin IG, PREMA-Studie)*

### 3.2 MFA-Monitoring

Die Durchführung des MFA-Monitorings fand wie geplant statt. Die Telefonate konnten unabhängig des Aufenthaltsortes durchgeführt werden. Die Telefonate mit der MFA wurden von ihr als sehr vertrauensvoll geschildert.

*„Das war schon recht vertrauensvoll.“ (Patientin IG, PREMA-Studie)*

Die Inhalte bzw. die Fragen im Rahmen der Telefonate waren der PAT nach kurzer Zeit bekannt und sie schilderte, dass sie sich weitere Ausdifferenzierungen der Fragen gewünscht hätte. Zudem ließen sich die Fragen nicht immer individuell beantworten. Dies bezog sie auf die Frage nach der Häufigkeit ihrer Symptome. Besonders schwer sei es ihr gefallen, eine Antwort zu geben, wenn die Telefonate in größeren Abständen stattgefunden haben. Außerdem war es für sie schwierig eine Antwort zu geben, wenn Symptome nur einmalig auftraten. Insgesamt haben die Telefonate aus ihrer Sicht keine besonderen Auswirkungen auf ihr Befinden gehabt.

Was sie jedoch durch die Telefonate und den Fragen gelernt habe, war, dass sie keine Depression sondern nur eine depressive Verstimmung habe. Diesen Erkenntnisgewinn bewertete die PAT als „beruhigend“ und sie habe in Bezug auf ihre Erkrankung gedacht „dann ist es ja nicht so schlimm“ (Patientin IG, PREMA-Studie)

### 3.3 Fördernde Faktoren

Die Online-Anwendung und die Telefonate, welche ortunabhängig und flexibel durchführbar waren, ermöglichten ihr eine Umsetzung bzw. Teilnahme an dem PREMA-Behandlungsprogramm.

Außerdem positiv bewertet wurde, dass durch die Embloom-Plattform die Möglichkeit bestand, sich alleine mit dem Thema der eigenen Erkrankung zu beschäftigen.

*„[...] bei PREMA ist es einfach so, dass ich dann hier zu Hause bin und mich damit dann beschäftigen kann, ganz für mich alleine, das ist gut.“ (Patientin IG, PREMA-Studie)*

Durch die Informationsmaterialien und Übungen (z.B. Situationsübungen) auf der Online-Plattform habe sie zudem die Möglichkeit die Inhalte noch einmal nachzulesen oder anzuwenden (zu jeder Zeit). Besonders in den Momenten, wenn es ihr gerade nicht so gut geht.

*„Wissen Sie ich meine, dass man dann wenn man noch Dinge hat zum Nachlesen, dann holt mich das da doch vielleicht besser aus dem Loch raus. Weil ich ja die Termine unabhängiger habe.“ (Patientin IG, PREMA-Studie)*

\*

*„Aber wenn ich da hingeh, bin ich ja auch nicht in dieser depressiven Phase. Das kann mir mit PREMA viel eher passieren, da kann es wirklich sein, dass ich jetzt in einer Depression bin und ich kann mich trotzdem damit beschäftigen. Und das ist das gute wieder an dieser Studie.“ (Patientin IG, PREMA-Studie)*

Besonders die Situationsübungen und die damit einhergehende Selbstreflexion haben ihr besonders geholfen.

*„Was ich zum Beispiel sehr gut fand, das waren die Sachen mit der Situationsbeschreibung, dass man Situationen beschreiben musste wo man einfach gescheitert ist oder wo man auch was positives erreicht hatte.“ (Patientin IG, PREMA-Studie)*

### 3.4 Hemmende Faktoren

Insgesamt hemmend für die Durchführung der Studie war das HA-PAT-Verhältnis. Laut der PAT hatte das einen negativen Einfluss auf den Studienablauf, da kein gemeinsames Zusammenarbeiten möglich war. Eine gemeinsame Zielsetzung erfolgte auf Grund von verschiedene Ansichten nicht. Zudem, wie bereits zuvor unter Kapitel 3.1 *Arzttermin* beschrieben, stellte die PAT die Kompetenz der / des HA in Frage und fühlte sich nicht ernst genommen.

*„Vielleicht hat meine Ärztin das auch ein bisschen lax gehandhabt oder so, also... Da waren jedenfalls einfach so ein paar Lösungsgeschichten, wo ich gedacht habe das ist lachhaft, also das hilft keinem, der wirklich depressiv ist [...]“* (Patientin IG, PREMA-Studie)

### 4 Verbesserungsvorschläge und Erfahrungen

Neben dem bereits erwähnten Wunsch der Spezifizierung der Fragen während des MFA-Monitorings wünschte sich die PAT die Möglichkeit nach mehr Optionen „etwas auf Embloom eintragen zu können“. (Patientin IG, PREMA-Studie)

Außerdem äußerte sie auf Grund ihrer Erfahrung durch die Studienteilnahme, dass sie das PREMA-Behandlungsprogramm nur für PAT einer leichten Depression empfehlen würde. Dies begründete sie mit den geringen zeitlichen Ressourcen in der Hausarztpraxis und das HA vermutlich zu wenig Zeit für eine intensive Gesprächstherapie haben.

### **3.5.4 Ergebnisse Leistungserbringer Kontrollgruppe**

#### **Hausärzte (HA)**

Die Auswertung der Ergebnisse der Interviews mit HA der Kontrollgruppe ergaben insgesamt sechs Hauptkategorien. Diese lassen sich wie folgt 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. Zu vereinzelt Hauptkategorien lassen sich weitere Subkategorien zuordnen, diese werden im nachfolgenden Text näher beschrieben und in Tabelle 3-75 dargestellt.

*Tabelle 3-75: Übersicht Codesystem, HA KG*

<b>Haupt- und Subkategorien</b>	
<b>1</b>	Motivation (Grund), Erwartungen Studienteilnahme
<b>2</b>	Bewertung Studienmaterialien
<b>3</b>	Bewertung Durchführung und Inhalt
<b>4</b>	Praxisalltag / -organisation
4.1	Screening / Rekrutierung
4.2	Arzttermin
<b>5</b>	Verbesserungsvorschläge
<b>6</b>	Auswirkungen COVID-19 Pandemie auf Studiendurchführung

#### 1 Motivation (Grund), Erwartungen und Erfahrungen Studienteilnahme

Die Motivation (Gründe) und die Erwartungen der HA an der PREMA-Studie teilzunehmen beziehen sich sowohl auf die Veränderungen ihres Praxisalltags als auch auf die Veränderungen für MFA und PAT. Gründe für eine Studienteilnahme waren der persönliche Erkenntnisgewinn und das Interesse an der Intervention. Im speziellen war es die Neugierde

und das Interesse an der Nutzung der Online-Plattform für HA und PAT und dadurch mit dem technischen Fortschritt der Medizin mithalten zu können.

*„Ich fand den Ausblick auf eine digitale Plattform mit der die Patienten arbeiten können als Start zur Selbsthilfe eine attraktive Vorstellung, das Konzept fand ich eigentlich ganz gut. Und ja. Deshalb wollte ich das gerne unterstützen.“ (HA1 KG, PREMA-Studie)*

Ein weiterer Grund war der Wunsch nach Verbesserung der Patientenversorgung für psychische Erkrankungen. Aus Sicht der HA müssen Anpassungen der hausärztlichen Versorgungssituation bei steigender Prävalenz psychisch Erkrankter vorgenommen werden.

*„Also ich habe von der Studie erfahren auf einer Fortbildung von der KV-Hessen. Und da hat mich das Programm direkt angesprochen, weil wir doch auch viele Patienten haben, auf die das doch sehr gut zugetroffen hat. Und als ich dann meinen Mitarbeitern von der Studie erzählt habe, waren die auch direkt begeistert. Und so kam das dann zustande.“ (HA3 KG, PREMA-Studie)*

Ein HA gab an, dass die Studienteilnahme der Praxis hauptsächlich aus dem Interesse seines Chefs heraus entstand.

## 2 Bewertung Studienmaterialien

Zu dieser Kategorie werden papierbasierte und digitale Studienmaterialien gemeinsam bewertet. Die Meinungen der HA waren unterschiedlich. Grundsätzlich waren sie zufrieden und bewerteten die Schulungsmaterialien als hilfreich, ausreichend und nachvollziehbar, wobei die Informationen als umfangreich beurteilt wurden und die Einarbeitung als zeitintensiv. Die HA schilderten, dass die Einarbeitung und Beschäftigung mit den Studienunterlagen gemeinsam im Praxisteam erfolgte.

*„Wir hatten dieses Starterset [Studienordner] mit den Unterlagen, die wir ausfüllen sollen und da war auch sehr genau und sehr gut nachvollziehbar aufgegliedert was für Formulare wir wann und wie ausfüllen sollen.“ (HA2 KG, PREMA-Studie)*

\*

*„Aber da sind ja schon viele Stunden reingeflossen am Anfang. Wir haben uns dann hingesetzt, den Studienordner aufgemacht, [...] und dann sind wir alle Schritte durchgegangen.“ (HA1 KG, PREMA-Studie)*

Positiv bewertet wurde die Erinnerungsfunktion zum Ausfüllen von Fragebögen oder wenn PAT einen Fragebogen abgeschlossen haben.

Neben der zeitintensiven Einarbeitung benannte ein HA, dass Formulare im Studienordner fehlten und diese mit Zeitverzug nachgesendet wurden. Diese organisatorischen Probleme führten zu einer „Störung im Praxisablauf und der Durchführung der Studie.“ (HA3 KG)

*„Es fehlten Formulare, die uns gar nicht vorlagen, die nicht in unserem Ordner drin waren. Und anscheinend waren das neue Formulare, die dann halt irgendwie im Rahmen der Studie nochmal aktualisiert wurden [...] die erhielten wir dann mehrmals nicht. Die Unterlagen an sich, wenn das die richtigen Unterlagen gewesen wären, waren schlüssig.“ (HA3 KG, PREMA-Studie)*

Ein weiterer HA schilderte, dass er durch die Umbenennung der Online-Plattform irritiert war und seit diesem Zeitpunkt hatte die Praxis Schwierigkeiten mit der Nutzung der Plattform. Dies konnte durch die Betreuung des Studienteams erst zu einem späteren Zeitpunkt

aufgeklärt werden. Dies hatte unter anderem Einfluss auf die sinkende Motivation an der Teilnahme des Projektes. Die Bewertung der Studiendurchführung von Seiten HA war insgesamt negativ und nicht zufriedenstellend.

*„[...] da waren einfach immer wieder in den Telefonaten Momente dabei wo es schwierig war, wo die Leute dann auch gesagt haben: "Ich muss Sie zurückrufen, das weiß ich nicht." [...] das wirkte dann irgendwie nicht gut organisiert [...] wie initial, da war alles sehr strukturiert und gut aufgebaut, aber dann im Ablauf hakte es leider. [...]"*

*wenn man in Forschungsprojekten nicht geradlinig arbeiten kann, sondern wenn dann da auch noch Sachen sind, die schwierig sind. Dann ist das Forschungsprojekt das, was als erstes fallengelassen wird, weil das halt nicht für die Versorgung der Patienten in dem Moment, also man hat keinen finanziellen Nutzen riesig daraus, es ist nicht das, was unser Geld bringt, es ist wirklich ja einfach nur persönliche Motivation.“ (HA2 KG, PREMA-Studie)*

Außerdem negativ von einem HA bewertet wurde, dass die Einarbeitung selbstständig erfolgen sollte, ohne direkten Kontakt zum Studienteam.

### 3 Bewertung Durchführung und Inhalt

Aus Sicht eines HA hatte die Teilnahme an der Studie keinen Mehrwert für den Krankheitsverlauf der PAT.

*„[...] dass die Studie jetzt keine Unterstützung war in diesem Krankheitsverlauf der Patienten.“ (HA1 KG, PREMA-Studie)*

Insgesamt waren die HA enttäuscht darüber, dass sie der Kontrollgruppe zugeteilt wurden, da sie den Ansatz der Intervention und das Studiendesign als positiv bewerteten.

*„[...] grundsätzlich ist natürlich, wenn man an so etwas teilnimmt der Wunsch auch Zugriff zu haben auf Inhalte [...].“ (HA1 KG, PREMA-Studie)*

\*

*„Das muss ich ganz ehrlich sagen, das war dann ein bisschen enttäuschend. Weil wir dann in dem Sinne bei der Studie gar nicht, eigentlich nicht so richtig teilnehmen konnten oder das Programm gar nicht so richtig ausprobieren konnten.“ (HA3 KG, PREMA-Studie)*

Auf Grund von unterschiedlichen Faktoren, wie bereits zuvor unter „2. Bewertung Studienmaterialien“ angeführt, wurden weniger PAT rekrutiert und die Begeisterung an dem Forschungsprojekt sank.

*„[...] in der Praxis ist dann schnell die Reaktion „okay PREMA wackelt“, das ist mir jetzt zu viel und dann machen wir halt einen Schritt zurück und schreiben halt nur eine Person ein.“ (HA2 KG, PREMA-Studie)*

## 4 Praxisalltag / -organisation

### 4.1 Screening / Rekrutierung

Die befragten HA beschrieben, dass das Screening und die Rekrutierung der PAT mit einem hohen zeitlichen Aufwand verbunden waren. Zu Beginn der PREMA-Studie war es sehr aufwendig, die PAT der Techniker Krankenkasse herauszufiltern. Insgesamt negativ bewertet wurde, dass die Rekrutierungsphase über einen zu langen Zeitraum geplant war. Die HA hätten gerne bereits nach wenigen Wochen mit der Umsetzung der Studie beginnen wollen.

*„Es hat halt unglaublich lange gedauert bis es losging. Und die Rekrutierungsphase waren ja irgendwie ein paar Monate.“ (HA KG, PREMA-Studie)*

#### 4.2 Arzttermin

In einer Praxis kam es zu einer Veränderung in der Durchführung / Planung der Arzttermine bzw. Betreuung der PAT. In dieser Praxis wurden regelmäßiger (ca. drei bis vier Wochen) und längere (ca. 20-30 min.) Arzttermine als zuvor geplant.

Unterstützt werden die HA durch die Arbeit der MFA, da diese häufig telefonisch oder in der Praxis vor Ort Gespräche und Themen mit den PAT führt („abfängt“). (HA1 KG)

*„Die MFA leisten sehr sehr viel psychologische Unterstützung, auch am Telefon.“ (HA3 KG, PREMA-Studie)*

Außerdem äußerte ein HA, dass er seine sehr „hochqualifizierte MFA's“ (HA2 KG) gerne noch mehr in Patientenversorgung mit einbinden würde, jedoch ist dies aus fehlenden zeitlichen und personellen Ressourcen nicht möglich.

#### 5 Verbesserungsvorschläge

Insgesamt bestand der Wunsch nach einer Verbesserung der Gesundheitsversorgung für PAT mit psychischen Erkrankungen. Zwei HA äußerten sich zu der Frage nach Verbesserungsvorschlägen und machten ähnliche Vorschläge, so dass sie zusammengefasst präsentiert werden. Zusammengefasst ist die gemeinsame Idee der HA eine Terminvergabehotline bzw. eine Terminkoordinationsstelle, so dass PAT speziell mit psychischen Erkrankungen schneller einen Termin erhalten und eine sinnvolle Zuteilung von freien Ressourcen erfolge. Die Hotline 116 117 sei dafür nicht ausreichend und unspezifisch.

- Aufbau gezielte Anlaufstelle für PAT, besonders für Akut-Termine / PAT, wo eine „Triage“ stattfindet (HA2 KG) und eine Vermittlung von Terminen
- Einrichten einer zusätzlichen, geschulten „Management-Stelle“ in der Hausarztpraxis oder Zentral (bei jeder Krankenkasse oder Kassenärztlichen Vereinigung) (HA3 KG)
  - Schafft zudem Gleichberechtigung für alle; unabhängig des Bildungsgrades, Alters, persönlicher Kontakte im Bereich der Gesundheitsversorgung, Ausprägung der psychischen Erkrankungen (nicht alle Pat können sich gut organisieren und motivieren sich selbstständig zu kümmern und häufig bei Therapeuten oder Kliniken anzurufen)

#### 6 Auswirkungen COVID-19 Pandemie auf Studiendurchführung

Die befragten HA schilderten, dass es auf Grund der Zuteilung in die Kontrollgruppe und der geringen Anzahl an rekrutierten PAT es keine Auswirkungen der COVID-19 Pandemie auf die Studiendurchführung gab. Ein HA nannte die pandemiebedingte Reduzierung des Patientenkontakts in der Hausarztpraxis. Daraus resultierend gab es weniger Gelegenheiten PAT auf eine Studienteilnahme anzusprechen und zu rekrutieren. Dies wird auf den Studienbeginn reduziert (ca. ersten drei Monate).

Insgesamt war die Studiendurchführung „gut leistbar“, da die Anzahl der rekrutierten PAT klein war und sie in die KG zugeteilt waren. (HA3 KG, PREMA-Studie)



*„Das konnten wir noch gut leisten, das ist ja noch ein überschaubarer Rahmen. Jetzt ist es bei uns ja nicht dazu gekommen, wie gesagt ich hätte es spannend gefunden. Aber aus Praxissicht ist es gut, dass es nicht so gekommen ist, weil dann wäre unsere Praxis zusammengebrochen glaube ich, wenn die beiden MFA noch fünf PREMA-Patienten hätten durchschleusen müssen. Das hätten sie nicht mehr geschafft. Also wir hätten wahrscheinlich die Studie abbrechen müssen in der aktuellen Situation. (HA2 KG, PREMA-Studie)*

Außerdem gaben sie an, dass durch die COVID-19 Pandemie der Bedarf an ähnlichen Interventionen, wie das PREMA-Behandlungsprogramm gestiegen sei. Sie schilderten einen Anstieg der Prävalenz von psychischen Erkrankungen in der Hausarztpraxis.

### Medizinische Fachangestellte

Die Analyse der Interviews mit MFA der Kontrollgruppe 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. In Tabelle 3-76 ist das gesamte Codesystem mit den Haupt- und Subkategorien dargestellt.

Tabelle 3-76: Übersicht Codesystem, MFA KG

Haupt- und Subkategorien	
1	Motivation (Grund), Erwartungen und Erfahrungen Studienteilnahme
2	Bewertung Studienmaterialien
3	Bewertung Durchführung und Inhalt
3.1	Fördernde Faktoren
3.2	Hemmende Faktoren
4	Praxisalltag / -organisation
4.1	Screening / Rekrutierung
4.2	Arzttermin
5	Empfehlungen

#### 1 Motivation (Grund), Erwartungen und Erfahrungen Studienteilnahme

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.

Beide MFA waren neugierig, hatten grundsätzlich ein großes Interesse an der Teilnahme einer Studie und an der Umsetzung der Intervention. Besonders positiv eingestimmt waren sie gegenüber des MFA-Monitorings. Außerdem erwarteten beide, dass sie durch die Intervention „als Ansprechpartner für die Patienten gelten“ würden. (MFA2 IG)

*„Also ich war jetzt einfach auch mal neugierig, weil das war ja auch zum Thema Depression und Angststörungen [...] Auch wie es den Patienten weiterhilft im Alltag.“ (MFA2 KG, PREMA-Studie)*

Ein weiterer Grund war die Verbesserung der Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen im hausärztlichen Setting, da die aktuelle Versorgungssituation mit einer steigenden Prävalenz bzw. „*vermehrter Bedarf*“ zur Versorgung von Menschen mit Depressionen, u.a. auf Grund der COVID-19 Pandemie, einhergehe.

*„Es war jetzt auch mal ein interessantes Thema und so eine Studie hat man ja jetzt auch nicht jeden Tag. Und es war einfach mal interessant da mitzumachen.“ (MFA1 KG, PREMA-Studie)*

Eine MFA nannte als Grund die Überbrückung der Wartezeiten der PAT auf einen Therapieplatz.

## 2 Bewertung Studienmaterialien

Unter dieser Kategorie werden papierbasierte und digitale Studienmaterialien gemeinsam betrachtet. Thematisiert wurden die Einarbeitung zur Studiendurchführung durch das Studienteam und die Studienmaterialien selbst. Die Meinungen der MFA waren unterschiedlich. Grundsätzlich waren sie zufrieden und bewerteten die Studienmaterialien als hilfreich und ausreichend, wobei die Informationen als umfangreich beurteilt wurden und die Einarbeitung als zeitintensiv.

*„Das war ein erhöhter Aufwand... Also es lief gut, lief zum Anfang ein bisschen holprig, weil keiner so richtig wusste, ob es jetzt nur für die eine Krankenkasse ist oder ob es für mehrere gilt, das war schon so ein bisschen holprig.“ (MFA2 KG, PREMA-Studie)*

\*

*„Wir hatten den Studienordner mit den Unterlagen, die wir ausfüllen sollen und da war auch sehr genau und sehr gut nachvollziehbar aufgegliedert was für Formulare wir wann wie ausfüllen sollen.“ (MFA1 KG, PREMA-Studie)*

Eine MFA gab an, dass sowohl sie als auch PAT Schwierigkeiten beim Log-In hatten und sich eine schnelle Umsetzung der Lösung gewünscht hätte.

## 3 Bewertung Durchführung und Inhalt

Die Hauptkategorie „Bewertung Durchführung und Inhalt“ untergliedert sich in zwei Unterkategorien (3.1) Fördernde Faktoren und (3.2) Hemmende Faktoren und fassen die Aussagen der MFA zusammen, welche Inhalte der Intervention den PAT am meisten bzw. überhaupt nicht geholfen haben. Außerdem sind die Zufriedenheit der MFA und der PAT in Bezug auf Studieninhalte und die -teilnahme im Großen und Ganzen dargestellt.

### 3.1 Fördernde Faktoren

Insgesamt berichteten die MFA, dass die PAT die Studienteilnahme positiv bewerteten. Am meisten habe den PAT geholfen, dass sie sich mit ihrer psychischen Erkrankung auseinander gesetzt haben (mussten).

Ein PAT habe berichtet, dass ihm das Ausfüllen der Fragebögen einen „positiven Schub“ gegeben habe. Der die /der PAT folgendes bemerkt habe: *„Okay, da sind Leute, die sind schlimmer dran als ich.“ (MFA2 KG, PREMA-Studie)*

*„Es hat ihnen am meisten geholfen, dass sie realisiert haben, sie haben da ein Problem und sie müssen da selbst etwas dranmachen, dass sie es einfach mal für sich selbst realisiert haben.“ (MFA1 KG, PREMA-Studie)*

Besonders positiv an den digitalen Fragebögen bewertet wurde, dass dies den PAT die Möglichkeit bietet, diese zeit-, ortunabhängig und alleine auszufüllen.

### 3.2 Hemmende Faktoren

Hemmende Faktoren wurden vor allem hinsichtlich der Online-Anwendung beschrieben. Für die MFA entstand ein zeitlicher Mehraufwand, da sie die PAT an das Ausfüllen der Fragebögen erinnert habe. Nach der Randomisierung in die Kontrollgruppe trat bei einigen PAT Resignation ein.

*„Es gab ca. acht Personen [...] so viele Leute, denen bin ich ein halbes Jahr lang hinterhergerannt, habe den online immer wieder daran erinnert, online hat ja nichts genützt. Dann habe ich es telefonisch immer wieder mal versucht.“ (MFA1 KG, PREMA-Studie)*

\*

*„[...] sobald die Patienten wussten in welchem Studiengang sie sich befinden, da war die Motivation gleich null.“ (MFA2 KG, PREMA-Studie)*

#### 4 Praxisalltag / -organisation

Diese Hauptkategorie teilt sich in drei Subkategorien. Diese werden im Folgenden ausführlich dargestellt. Unter dieser Kategorie werden die Erfahrungen mit der Betreuung der PAT und der Studienteilnahme im Praxisalltag beschrieben.

##### 4.1 Screening / Rekrutierung

Die MFA beschrieben das Screening und die Patientenrekrutierung mit einem großen zeitlichen Aufwand. Zudem schilderten sie, dass PAT eine Studienteilnahme trotz passender Einschlusskriterien ablehnten, bspw. weil sie die Diagnose der Depression nicht annahmen.

*„Wir haben zum Einschreiben einige Patienten angesprochen, die haben da aber auch nicht dieses Interesse gehabt an einer Studie teilzunehmen. Die haben dann auch eher die Krankheit sage ich mal abgelegt. Die kamen dann zwar immer und haben reden wollen und die sind auch zum Therapeuten und so hingernannt, aber sie sagen, dass sie keine Depression haben. Das hatten wir dann oft.“ (MFA1 KG, PREMA-Studie)*

Die Randomisierung in die Kontrollgruppe führte sowohl bei MFA als auch bei PAT zu sinkender Motivation weiterhin an der Studie teilzunehmen und zudem auch zu Studienabbrüchen bei PAT. Beide MFA wussten nicht und waren sich unsicher, welche Worte sie gegenüber der PAT äußern könnten um diese weiterhin zu motivieren an der Studie teilzunehmen. Dies bezog sich auch auf die Rekrutierung von neuen PAT.

*„Naja gut, letztendlich muss ich ja das verkaufen, was mir auch gut gefällt. Also mir hat die Studie gut gefallen, wir haben da gerne teilgenommen und das gebe ich dann auch weiter. Ich habe dann auch zu den Leuten, wenn die zu mir gesagt haben: "Das bringt ja alles nichts", dann ganz ehrlich was soll ich denen erzählen? Es war natürlich sehr ärgerlich, als wir dann in die Kontrollgruppe gekommen sind. Wir haben versucht dann das Beste daraus zu machen [...] deswegen sind dann einige auch noch abgesprungen.“ (MFA2 KG, PREMA-Studie)*

##### 4.2 Arzttermin

Zum Teil fanden im Rahmen der Studienteilnahme regelmäßige, längere und intensivere Gespräche zwischen HA und PAT statt. Die MFA schilderten, dass die Kommunikation zwischen ihnen und PAT ebenfalls sehr häufig stattfand, da sie zum Teil die erste Ansprechpartnerin sind. Dies war auch vor der Studienteilnahme so. Häufig werden diese Gespräche mit PAT dann geführt, wenn sie „Rezept abholen oder eine Krankmeldung abholen“ (MFA1 KG).

Zudem wurde geäußert, dass ältere PAT mit Multimedikation ein Gespräch mit ihrem HA bevorzugen, anstatt eines mit einem Neurologen oder Psychiater.

*„[...] gerade die ältere Generation ab 50, Anfang 60, die schon das eine oder andere Medikament nehmen, die immer wieder kommen, die einem schon bekannt sind, stellen Fragen lieber ihrem Hausarzt, den ich schon kenne als einem Neurologen oder Psychiater, den ich dann vielleicht einmal im Jahr dann sehe.“ (MFA1 KG, PREMA-Studie)*

#### 4.3 Zeitliche Ressourcen

Die MFAs berichteten über mangelnde zeitliche Ressourcen, die einen Einfluss auf den Ablauf der Betreuung hatten (siehe auch zuvor unter 3.2 „*Hemmende Faktoren*“). Die Praxen hätten wegen des erhöhten zeitlichen Aufwands die Studie nicht durchführen können, wenn sie der Interventionsgruppe zugeteilt worden wären. Dieser Aufwand wurde auf den generellen Praxisalltag (abgesehen von PREMA) und den Aufgaben im Zusammenhang mit PREMA bezogen.

*„Ich habe mir dann auch im Nachhinein auch gedacht, Gott sei Dank sind wir ja nur in der Kontrollgruppe. Wenn wir in der anderen Gruppe gelandet wären und hätten noch mehr machen müssen, ich weiß gar nicht wie das dann hingehauen hätte.“ (MFA2 KG, PREMA-Studie)*

Die MFA sind im Praxisalltag in die psychosoziale Betreuung der PAT eingespannt. Sie beschreiben ihre Rolle als „*erste Anlaufstelle*“. (MFA1 KG, MFA2 KG, PREMA-Studie) Anders als beim Facharzt / Fachärztin ist das MFA-PAT-Verhältnis vertrauensvoller und besteht in der Regel seit mehreren Jahren. Zum Teil ziehen PAT den Austausch mit der MFA vor, da sie den HA „*nicht belästigen wollen*“. Dies müsse zusätzlich neben den Aufgaben des Praxisalltags bewältigt werden.

*„Und ich sage mal den Arzt zu belästigen, ist halt für die Patienten auch nicht immer das Schönste, deswegen sind wir die erste Anlaufstelle. Und wir Therapeut und Arzt teilweise in einem. Kommt drauf an bei was, aber ich sage mal der Arzt delegiert im Grund nur, die Helferin ist die, die es ausführt.“ (MFA2 KG, PREMA-Studie)*

#### 5 Empfehlungen

In den Interviews wurden die MFA nach Verbesserungsvorschlägen befragt. Auch wenn die MFA in der KG waren, stellten sie Annahmen oder Vermutungen an, wie sie die Intervention einschätzen und für welche PAT sie geeignet wäre. Folgende Aussagen wurden getroffen:

- Intervention sei auf Grund der Online-Anwendung eher für jüngere PAT geeignet
- Intervention sei auf Grund fehlender spezifischer Schulungen nur für PAT mit leichten psychischen Erkrankungen geeignet, zudem sollten suizidgefährdete PAT therapeutisch versorgt werden
- Außerdem bestand der Wunsch nach häufigeren Terminen vor Ort, auch zwischen HA und PAT, damit PAT „besser im Blick durch die Praxis sind“
  - Dadurch die Möglichkeit PAT besser zu monitoren, das Wohlbefinden ist aktueller und präsenter

### 3.5.5 Ergebnisse PAT Kontrollgruppe

Die Analyse des Interviews mit einer PAT der Kontrollgruppe ergab insgesamt zwei Hauptkategorien. Diese lassen sich wie folgt unterteilen: (1) Motivation (Grund), Erwartungen und Erfahrungen Studienteilnahme und (2) Bewertung Betreuung durch die Hausarztpraxis (siehe Tabelle 3-77). Nachfolgend werden die Erfahrung der PAT während der Studienteilnahme ausführlich beschrieben.

Tabelle 3-77: Übersicht Codesystem, PAT KG

Haupt- und Subkategorien	
1	Motivation (Grund), Erwartungen Studienteilnahme
2	Bewertung Durchführung und Betreuung durch HA

#### 1 Motivation (Grund), Erwartungen und Erfahrungen Studienteilnahme

Der Grund der Studienteilnahme der PAT war die Empfehlung durch HA auf Grund ihrer psychischen Erkrankung (Depression) bzw. einer depressiven Verstimmung. Die / der HA teilte der PAT zu Beginn mit, dass sie von einer Studienteilnahme profitieren wird. Die Erwartungen der PAT zu Beginn der Studie waren folgende:

- Attraktive Unterstützung im Alltag durch Online-Anwendung
- Wunsch nach einer spezifischen Online-Anwendung, bisherige Erfahrung mit kostenfreier App war zu unspezifisch
  - Wunsch nach einer „Bandbreite von Übungen, z.B. bei akuten Stresssituationen, um kontrollierter atmen zu können“ (Patientin KG, PREMA-Studie)
  - Wunsch nach „Einfachere Basic-Dinge [Übungen], die dann multipler anwendbar sind.“ (Patientin KG, PREMA-Studie)
- Integration der Intervention in den Arbeitsalltag
- Geringeren zeitlichen „Aufwand und Stress“ durch flexible Nutzung einer Online-Anwendung im Vergleich zu Arztterminen in Präsenz

*„Es ging um eine Depression bzw. eine depressive Verstimmung. Ich fand das attraktiv eine Unterstützung im Alltag zu haben, die niederschwellig ist, also entsprechend mit Apps zu versuchen den Alltag so auf die Reihe zu kriegen, wenn es einem nicht so gut geht.“ (Patientin KG, PREMA-Studie)*

Von der PAT negativ bewertet wurde, dass sie nach der Einschreibung in die Studie mehrere Monate (März bis etwa August) auf den Beginn der Studie und die Freischaltung ihres Zugangs auf der Online-Plattform warten musste.

Nach dem sie das Randomisierungsergebnis und die Zuordnung in die Kontrollgruppe erfahren hatte, trat bei ihr Resignation ein. Sie habe sich vollständigen „Zugriff auf die Übungen“ gewünscht.

#### 2 Bewertung Durchführung und Betreuung durch HA

Während des Interviews wurde die PAT nach ihren Erfahrungen in Bezug auf den Inhalt und Ablauf der Arzttermine befragt und nach ihrer Zufriedenheit mit dem PREMA-Behandlungsprogramm im Großen und Ganzen.

Die Patientin beschrieb, dass sie sich von ihrer / ihrem HA sehr gut behandelt / versorgt fühlte. Es gaben große Bemühung von Seiten HA den Bedürfnissen der PAT gerecht zu werden. Beispielsweise waren die jeweiligen Arzttermine länger geplant und somit waren Zeit für längere Gespräche und die Termine waren zielorientiert. Es wurde gemeinsam über die Option zur Reduzierung der Arbeitszeit gesprochen, anstatt „am Ende irgendwas verschieben zu bekommen“. (Patientin KG, PREMA-Studie)

*„Also meinem Hausarzt muss ich ein sehr großes Kompliment machen, weil es sich wirklich sehr bemüht hat meinen Bedürfnissen gerecht zu werden [...]“ (Patientin KG, PREMA-Studie)*

Außerdem äußerte die PAT, dass es nicht ihre erste Depression sei und sie vor einiger Zeit eine psychotherapeutische Behandlung erhalten hatte. Wenn es jedoch ihre erste gewesen wäre, dann hätte sie eher professionellere Hilfe gebraucht.

*„Wenn das meine erste Depression gewesen wäre, dann wäre ich damit glaube ich nicht so gut klargekommen. Dann hätte ich professionellere Hilfe gebraucht.“ (Patientin KG, PREMA-Studie)*

Zuletzt ist die positive Bewertung der PAT zu nennen, dass ihr die Studienteilnahme geholfen habe. Begründet wurde dies auf Grund der lösungsorientierten und längeren Gespräche mit HA und der Reduzierung der Arbeitszeit.

*„Also sehr positiv fand ich, dass er sich wirklich Zeit genommen hat. Dass es eben nicht die üblichen 5 Minuten Hausarzt-Termine waren, wo man dann am Ende irgendwas verschrieben bekommt, sondern dass es wirklich darum ging "Wo sind die Probleme im Alltag?", "Was kann für Lösungen dafür finden?". Mein Hausarzt hat mir vorgeschlagen im letzten Jahr meine Arbeitszeit auf 4 Tage die Woche zu reduzieren, was ich wirklich mit meinem Arbeitgeber mal für 4 Monate durchführen konnte, was mir immens geholfen hat.“ (Patientin KG, PREMA-Studie)*

### 3.5.6 Ergebnisse HA Drop-Out

Die Auswertung der Ergebnisse der Interviews mit HA der Drop-Out Gruppe ergaben insgesamt fünf Hauptkategorien. Diese lassen sich wie folgt gliedern: (1) Motivation (Grund), Erwartungen Studienteilnahme, (2) Einstellung zu Online-Interventionen, (3) Gründe Drop-Out, (4) Bewertung Studienmaterialien und (5) Verbesserungsvorschläge. Zu vereinzelten Hauptkategorien ließen sich weitere Subkategorien zuordnen, diese werden im nachfolgenden Text näher beschrieben und in Tabelle 3-78 dargestellt.

Tabelle 3-78: Übersicht Codesystem, HA Drop-Out

Haupt- und Subkategorien	
<b>1</b>	Motivation (Grund), Erwartungen Studienteilnahme
<b>2</b>	Einstellung zu Online-Interventionen
2.1	Potentieller Nutzen
2.2	Vorbehalte / Bedenken
<b>3</b>	Gründe Drop-Out
3.1	Fehlende personelle und zeitliche Ressourcen
3.2	Technische Voraussetzung
3.3	Organisationsstruktur der Praxis
3.4	Patientencharakteristika
3.5	Mangelnde Unterstützung durch Studienteam
3.6	Einfluss COVID-19 Pandemie
<b>4</b>	Bewertung Studienmaterialien
<b>5</b>	Verbesserungsvorschläge

## 1 Motivation (Grund), Erwartungen Studienteilnahme

Wie bereits die Ergebnisse der Leistungserbringer der IG und KG zeigten, hatten die HA der Drop-Out Gruppe verschiedene Gründe und Erwartungen hinsichtlich einer Studienteilnahme. Ebenfalls genannt wurden:

- Verbesserung der Patientenversorgung im hausärztlichen Setting, Prävention schwerer psychischer Erkrankungen
- Überbrückung von psychotherapeutischer Wartezeiten
- Persönlicher Erkenntnisgewinn, Zugewinn krankheitsspezifische Fachkenntnisse für HA, MFA und PAT
- Entlastung HA durch kontinuierliche Telefonate der MFA, Arbeitsteilung zwischen HA und MFA

Zudem wurde zum ersten Mal in der Drop-Out Gruppe ein weiterer Grund für die Studienteilnahme von einem HA genannt:

- Anpassung Honorar für HA:
  - Abbilden der Arbeitsaufwände zur Versorgung der PAT mit psychischen Erkrankungen in der Hausarztpraxis, welche mit oder ohne Studienteilnahme bestehen
  - Durch wissenschaftlichen Nachweis, je nach Erfolg der Intervention, hofft HA auf eine Grundlage zur Anpassung der Honorare für HA, durch Abbildung des Verhältnisses zwischen medizinischem Versorgungsaufwand und der eigenen Wirtschaftlichkeit

*„[...] dass man am Ende einfach sagen kann, das hilft dem Patienten, sie sind in der Hausarztpraxis gut aufgehoben. Wobei ich von vorne herein denke, das machen wir als Hausärzte sowieso schon. Es wäre einfach nur nochmal so was als Bestätigung, dass wir dann sagen können, dass wird doch in der Hausarztpraxis sowieso schon gemacht, da sollten wir uns Gedanken machen, ob das nicht besser oder anders honoriert wird.“ (HAD2, PREMA-Studie)*

## 2 Einstellung zu Online-Interventionen

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

Unter dieser Subkategorie sind die positiv gerichtete Aussagen von Seiten der HA in Bezug auf die Nutzung einer Online-Interventionen zusammengefasst.

- Flexibel nutzbar für PAT (ort- / zeitunabhängig)
- Entlastung HA durch selbstständige Nutzung von digitalen Gesundheitsanwendungen der PAT
- Video-Sprechstunde für PAT die bereits seit längerem von HA versorgt werden
- Überbrückung von Wartezeiten (Facharzt oder Therapeut)

- Wenn PAT technische Hürden einmal überwunden hat, seien diese sehr dankbar und nutzen Anwendungen

*„(...) Wenn Patienten ein bisschen Affinität haben, dann gab es keine Probleme. (...) andere Apps die ich empfohlen haben wurden sehr dankend angenommen und das ist prima gelaufen.“ (HAD3, PREMA-Studie)*

\*

*„(...) Zumal auch gerade bei Depressionspatienten, die bekommen keine ambulante Therapie und Apps ersetzen das so ein bisschen oder unterstützen die Patienten auch bis sie eine Therapie kriegen. Das ist ja schon durchaus sinnvoll.“ (HAD4, PREMA-Studie)*

## 2.2 Vorbehalte / Bedenken

Unter dieser Subkategorie sind die Vorbehalte und Bedenken von Seiten der HA zusammengefasst, die gegen die Nutzung einer Online-Intervention sprechen.

- 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)
- Bei Nutzung einer reinen Online-Intervention:
  - Soziale Kontakte und Bindung zwischen Hausarztpraxis und PAT geht verloren
  - Nur zur Unterstützung der Behandlung
  - Mangelndes Pflichtbewusstsein / Selbstmanagement der PAT
  - Führt zu Einsamkeit, Isolation

*„Weil z.B. die Hausbesuche bei älteren Patienten, die sind nicht immer nur gedacht, um da Medizin zu machen... das einer kommt und spricht und Blutdruck misst und da vor Ort ist halt. Das kann auch eine NÄPA machen, aber da geht es nicht um die Medizin alleine, sondern um das Gefühl des Kontaktes mit Menschen und dass einer kommt und ich bin wichtig genug, dass der Arzt mich besucht.“ (HAD5, PREMA-Studie)*

\*

*„Also nicht für alle, manche sind einfach zu alt oder nicht technikaffin.“ (HAD2, PREMA-Studie)*

## 3 Gründe Drop-Out

Die Gründe der Nicht-Teilnahme bzw. Inaktivität der HA der Drop-Out Gruppe haben verschiedene Hintergründe und ergaben die folgenden sechs Subkategorien: (3.1) Fehlende personelle und zeitliche Ressourcen, (3.2) Technische Voraussetzung, (3.3) Organisationsstruktur der Praxis, (3.4) Patientencharakteristika, (3.5) Mangelnde Unterstützung durch Studienteam und (3.6) Einfluss COVID-19 Pandemie.

### 3.1 Fehlende personelle und zeitliche Ressourcen



Ein Grund waren fehlende personelle und zeitliche Ressourcen in der Hausarztpraxis, die zum Teil auf Grund der COVID-19 Pandemie entstanden. Besonders kleine Praxen, mit geringer Personaldichte, bspw. mit nur einer / einem HA, bewerten die Studie als nicht umsetzbar. Dazu kommen krankheitsbedingte Personalausfälle.

*„Dafür sind wir zu klein, ich bin alleine und damit blieb keine Zeit mehr für PREMA, weil ich wirklich gucken muss, es läuft ja trotzdem noch viel anderes.“ (HAD7, PREMA-Studie)*

\*

*„(...) im Großen und Ganzen ist das ein Zeitproblem. Wenn ich jetzt so mit anderen Ärzten spreche, (...) die sagen alle sie haben keine Zeit für nichts mehr.“ (HAD5, PREMA-Studie)*

### 3.2 Technische Voraussetzung

Ein weiterer Grund war zum einen generell die fehlende technische Voraussetzung von Seiten der PAT zur Nutzung / Umgang von Computern oder fehlender E-Mail-Adressen. Zum anderen der Zugang zur Online-Plattform Embloom, der von Seiten des Hausarztpraxisteams als zu kompliziert bewertet wurde. Zudem äußerten die HA, dass nicht alle PAT „technikaffin“ bzw. „Internet-Affin“ waren.

*„Das ist auch kompliziert für diejenigen, die mit der Technik nicht so fortgeschritten sind, das ist wirklich kompliziert.“ (HAD1, PREMA-Studie)*

\*

*„Ich spreche viel mit meiner Patienten, sowohl Patienten mit Depressionen als auch Gesunde oder mit anderen Krankheiten, sie sagen alle das Leben ist sehr kompliziert geworden durch diese technischen Gegebenheiten. All diese Geräte zu benutzen ist super kompliziert für die Menschen und sie kommen nicht hinterher. Das ist die Realität.“ (HAD7, PREMA-Studie)*

### 3.3 Organisationsstruktur der Praxis

Außerdem wurde als Grund der Nicht-Teilnahme die interne Organisationsstrukturen der Hausarztpraxis benannt. Darunter fallen folgende individuelle Gründe der HA:

- Neue Betriebsstättennummer, aus datenschutzrechtlichen Bestimmungen konnte HA die PAT nicht persönlich kontaktieren

*„Also musste ich abwarten bis die Patienten zu mir kamen, damit ich die dann wieder aktiv ansprechen konnte, wegen einer Studienteilnahme.“ (HAD2, PREMA-Studie)*

- Eröffnung einer Zweitpraxis oder Praxisneugründung, dadurch keine freien Valenzen für PREMA-Studie
- PREMA-Studie ist in „Vergessenheit“ geraten

*„Also es war tatsächlich so, dass ich nicht daran gedacht habe und irgendwie ist die Studie in Vergessenheit geraten.“ (HAD4, PREMA-Studie)*

- Studienordner / -materialien zum Einschreiben der PAT nicht in der Praxis vor Ort

### 3.4 Patientencharakteristika

Des Weiteren wurde als Gründe der Nicht-Teilnahme zum einen soziodemographische- und / oder krankheitsspezifische Faktoren, sowie individuelle Faktoren der PAT genannt. Ein HA berichtete, dass er für die Studie passende PAT angesprochen habe,

aber keiner an der Studie teilnehmen wollte. Diese PAT-Gruppe wurde mit den folgenden Merkmalen beschrieben:

*„(...) ich habe einfache Menschen in der Praxis. Ich habe wenig Intellektuelle, vielleicht sieht es bei anderen anders aus. Bei mir sind einfache Arbeiter, Sozialhilfeempfänger, Arbeitslose.“ (HAD1, PREMA-Studie)*

Ein weiterer HA beschrieb, dass die Studienteilnahme auch für jüngere depressive PAT als „zu viel“ bewertet wurde.

*„Und da waren auch jüngere Menschen, aber für sie war das auch zu viel, weil wenn man depressiv ist, dann hat man sowieso wenig Kraft, um sich so kompliziert mit der Sache zu beschäftigen. Dann haben sie keine Lust gehabt.“ (HAD7, PREMA-Studie)*

### 3.5 Mangelnde Unterstützung durch Studienteam

Ein weiterer Grund für die Nicht-Teilnahme war aus Sicht der HA eine mangelnde Unterstützung durch das Studienteam. Ein HA gibt an, dass mehrere Wochen nach der Einwilligung zur Studienteilnahme zu lange auf eine Rückmeldung warten musste und keine Studieninformationen erhalten habe.

Ein weiterer HA schilderte, dass er sich zu Beginn der Studie einen persönlichen oder telefonischen Kontakt des Studienteams gewünscht hätte, um die nächsten anstehenden Handlungsschritte oder Fragen in Bezug auf die Studienteilnahme zu besprechen. Zudem bestand der Wunsch nach mehr Informationen zur Nutzung der Embloom-Plattform.

*„(...) es wäre gut gewesen, ich hätte so wie jetzt ein Gespräch oder ein Telefonat mit jemanden gehabt, der mit mir direkt alles durchgeht. (...) dann hätten wir die Anmeldung auf der Plattform und alles weitere schon durch. Das wäre für jemanden wie mich, der es mit Computern nicht immer so hat, gut (...). Dann komm ich vor lauter Praxisstress nicht dazu (...). Dann bleibt das liegen und dann hat man den ersten Schritt nicht gemacht. (HAD6, PREMA-Studie)*

### 3.6 Einfluss COVID-19 Pandemie

Diese Subkategorie lässt sich inhaltlich nicht von denen zu 4.1 *Fehlende personelle und zeitliche Ressourcen* loslösen.

Aus Sicht der HA habe die COVID-19 Pandemie auch einen Einfluss auf die Studierendurchführung gehabt. Bereits aus den Interviews mit HA IG und MFA IG gingen diese Themen hervor. Folgende Faktoren wurden genannt:

- Weniger PAT suchten die Hausarztpraxis auf, daher konnten keine bis kaum PAT rekrutiert werden

*„Ich musste abwarten bis passende Patienten zu mir kamen, damit ich sie dann wieder aktiv ansprechen konnte. (...) Und das ist in der Corona-Zeit einmal ausgeblieben, weil die Patienten sich dann gescheut haben zum Arzt zu gehen.“ (HAD4, PREMA-Studie)*

- Komplette Umstrukturierung der internen Praxisabläufe
  - Bürokratische Aufwände höher als im Vergleich zu Grippeimpfung
  - Prioritäten wurden verlagert, Studienteilnahme sekundär
  - Fokus und zeitliche Ressourcen lagen auf Versorgung und Impfung von Corona-Patienten

*„(...) durch Corona, da hat man dann einfach auch erstmal andere Prioritäten.“ (HAD2, PREMA-Studie)*

- Anstieg Arbeitsbelastung des Praxisteam

#### 4 Bewertung Studienmaterialien

Zu dieser Kategorie werden die papierbasierten Studienmaterialien (Studienordner) und die Informationsveranstaltungen, welche vor Beginn der Praxen-Rekrutierung erfolgten, gemeinsam bewertet. Die Meinungen der HA waren unterschiedlich. Grundsätzlich waren sie zufrieden und bewerteten die Studienmaterialien als verständlich, plausibel und sinnvoll strukturiert. Zudem sei die PREMA-Studie nachvollziehbar dargestellt. Dies bezogen sie ebenfalls auf die Informationsveranstaltungen.

*„(...) habe alles verstanden. Es ist gut aufgebaut, es ist auch alles gut zusammen gewesen (Studienordner). (HAD2, PREMA-Studie)*

\*

*„(...) die Fortbildung, die hat eigentlich alles wunderbar erklärt mit allem Drum und Dran, auch mit den Ziffern, mit allem, das war alles wunderbar.“ (HAD7, PREMA-Studie)*

Wobei zwei der Befragten sich mehr Informationen und Inhalte zu der Nutzung der Embloom-Plattform gewünscht hätten. Wie auch in der Gruppe HA IG, habe in dieser Gruppe die Umbenennung der Plattform zu Verwirrung geführt. Einem HA haben Hinweise zu „PREMA“ auf der Embloom-Plattform gefehlt.

*„Ich hatte das Gefühl, dass diese Internetseite und PREMA nichts miteinander zu tun hatten, weil auf dieser Seite war PREMA wirklich nirgendwo.“ (HAD6, PREMA-Studie)*

#### 5 Verbesserungsvorschläge

In den Interviews wurden die HA nach Verbesserungsvorschlägen und Anregungen für eine erfolgreiche Durchführung der Studie in der Hausarztpraxis befragt. Folgende Aussagen wurden getroffen:

- Hinsichtlich Studienaufbau, Umsetzung / Machbarkeit und der technischen Gegebenheiten:
  - Papierbasiert, statt digital (trifft nicht auf alle Praxen und PAT zu)
  - Vereinfachung Studienaufbau / -informationen für die Umsetzbarkeit / Machbarkeit im Praxisalltag
  - Engmaschigere Betreuung durch Studienteam (vor allem zu Beginn der Studie), 1-2 Wochen nach Informationsveranstaltung telefonische Kontaktaufnahme mit der Praxis um die ersten Schritte zur Umsetzung der Studie in die Wege zu leiten und Fragen / Schwierigkeiten zu besprechen
  - Einschlusskriterien: Öffnung für PAT aller Kassen von Beginn an
- Hinsichtlich sprachliche Barrieren
  - Um sprachliche Barrieren zu umgehen sollten weitere Sprachen (z.B. englisch und je nach Region) ergänzt werden

- Entlastung der MFA bzw. des Praxisteam durch externe Unterstützung / Beraterin einer Study-Nurse (ähnlich wie bei der Versorgung von Diabetespatienten)

#### 4. Schlussfolgerungen und Empfehlungen der Evaluatoren

##### Zusammenfassung:

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 einer medizinischen Fachangestellten (MFA) als Case-manager, die klinischen Ergebnisse für Patienten 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 Patienten mit PD mit oder ohne AG oder bei Patienten mit Depression umfasst, im Vergleich zu einer Standardbehandlung zu evaluieren. Bei der Studie handelte sich um eine zweiarmige, cluster-randomisierte, kontrollierte Studie (cRCT), bei der allgemeinmedizinische Praxen die Randomisierungseinheiten darstellten. Die Hausärzte rekrutierten erwachsene Patienten mit Depression oder mit PD mit oder ohne AG (Diagnose nach der Internationalen Klassifikation der Krankheiten, Version 10 (ICD-10)). In der Interventionsgruppe erhielten die Patienten eine kognitive verhaltenstherapeutisch orientierte Psychoedukation und Anleitung zu selbstgesteuerten Expositionsübungen in vier manualbasierten Terminen beim Hausarzt. Eine geschulte MFA aus dem Praxisteam übernahm das Case-Management und überwachte kontinuierlich Symptome und Behandlungsfortschritt in protokollbasierten Telefonkontakten mit den Patienten. Praxisteam und Patienten wurden durch eHealth-Komponenten unterstützt. In der Kontrollgruppe erhielten die Patienten die Standardbehandlung. Die Zielgrößen wurden zu Beginn der Studie (T0), bei der Nachuntersuchung nach 6 Monaten (T1) und bei der Nachuntersuchung nach 12 Monaten (T2) gemessen. Primäre Zielgröße war der psychische Gesundheitszustand der Patienten, gemessen mit dem Mental Health Index (MHI-5). Sekundäre Zielgrößen waren depressions- und angstbezogene klinische Parameter, Lebensqualität und gesundheitsökonomische Kosten.

Die ursprünglich angestrebte Stichprobengröße (bei einer Power von 90%) von 1844 Patienten in 148 Hausarztpraxen mit durchschnittlich 12,5 Patienten pro Praxis (siehe Abschnitt 2.1.6 Fallzahl) konnte nicht erreicht werden, da sowohl die Rekrutierung der Praxen als auch die der Patienten schleppend verlief. Auch die neukalkulierte Fallzahl von 1280 Patienten aus 128 Praxen (bei einer Power von 80%) und nur durchschnittlich zehn Patienten pro Praxis wurde deutlich verfehlt.

##### Rekrutierungsprobleme

Als potenzielle Hinderungsgründe für die Rekrutierung sowohl der Praxen als auch der Patienten identifizierten die Evaluatoren den zeitlichen und personellen Umfang des PREMA-Behandlungsprogramms sowie eine eventuell bestehende Reserviertheit vor eHealth-Lösungen. Insbesondere das Einsetzen der Corona-Pandemie brauchte sämtliche Ressourcen der Praxen auf und hinderte Patienten am Besuch der Praxen. Die zahlreichen vom Studienteam ergriffenen Maßnahmen, um die Rekrutierungszahlen zu steigern (Öffnung des Projektes für andere Kassen, spezifische Werbemaßnahmen für Praxen und Patienten, engmaschige Betreuung der Praxen; vgl. Schlussbericht) konnten aufgrund des mehrjährigen Pandemiegeschehens nicht greifen. Auch anhand der Ergebnisse der Interviews der Prozessevaluation wurde deutlich, dass die Pandemie deutliche Auswirkungen auf die Rekrutierung und Anwendung der Intervention hatte.

##### Ergebnisse

Aufgrund der insgesamt geringen Teilnehmerzahl kann eine Evaluation der Ergebnisse nur mit Vorbehalt geschehen. Die Studie sollte daher als proof-of-concept-Studie betrachtet werden. Als explorative Analyse kann die Studie vorsichtig als Erfolg betrachtet 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.

Insgesamt wies die Intervention tendenziell positive Effekte auf. Für den primären Endpunkt sehen wir einen vom Umfang her mittleren Effekt zugunsten der Interventionsgruppe. Aufgrund der deutlich verfehlten angestrebten Fallzahl war nicht zu erwarten, dass Effekte statistisch nachweisbar sind. Trotzdem konnten explorativ für den PACIC Score, den PHQ-9 Score sowie den OASIS Summenscore Hinweise auf eine Wirksamkeit gefunden werden.

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 nach Umsetzung der Intervention Hinweise auf positive Effekte gefunden werden konnten. Diese dürfen nicht überinterpretiert werden, können aber als Anhaltspunkt für neue Planungen dienen.

Aus gesundheitsökonomischer Sicht erscheint aufgrund der geringen Fallzahl und anderer, oben beschriebener Probleme, lediglich eine Deskription der Resultate sinnvoll. In Anbetracht der aus den genannten Problemen resultierenden großen Unsicherheiten sind inferenzstatistische Aussagen zu Unterschieden in relevanten Variablen 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 der gesundheitsökonomischen Datenerhebung von Sekundärdaten auf Primärdaten 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.

Insgesamt lässt sich folgendes ableiten:

- Das PREMA-Behandlungsprogramm wurde positiv bewertet, konnte jedoch auf Grund von bspw. fehlenden personellen und zeitlichen Ressourcen als auch fehlenden räumlichen und technischen Voraussetzungen nicht wie geplant umgesetzt werden.
- In der explorativen Analyse wies die Intervention trotz geringer Fallzahl tendenziell positive Effekte aus.
- Hausärzte schätzen die derzeitigen Behandlungsmöglichkeiten zur Versorgung von PAT mit Depression und / oder Angst- / Panikzuständen als unzureichend ein
- Von Hausärzten, MFA und Patienten werden online Angebote bzw. online Anteile im Gesundheitsbereich grundsätzlich sinnvoll eingeschätzt. Bereits jetzt nach Projektende schilderte ein Teil der Leistungserbringer der IG, dass sie eine vereinfachte Form des PREMA-Behandlungsprogramms fortsetzen werden.
- Insgesamt wird das Behandlungsprinzip zur Versorgung von Patienten mit psychischen Erkrankungen in der Hausarztpraxis als relevant und interessant bewertet. Jedoch ist es in diesem Umfang zu zeitintensiv, es fehlen personelle, technische oder räumliche Voraussetzungen

- Bei der Implementierung und Anwendung einer digitalen (den Beteiligten bisher völlig unbekannt) Online-Plattform muss besonderer Wert auf den Abstimmungsprozess gelegt werden, um eine erfolgreiche Zusammenarbeit aller zu gewährleisten. Die Akzeptanz der digitalen Anwendung geht mit einem benutzerfreundlichen System und der Nutzungshäufigkeit einher.
- Durch das Verfehlen der angestrebten Stichprobengröße waren die Grundvoraussetzungen für eine aussagefähige gesundheitsökonomische Analyse nicht gegeben. Die digitale Adaptierung des FIMA hat sich als grundsätzlich praktikable Option zur Datenerfassung in zukünftigen Studien erwiesen.

### Fazit aus den Erfahrungen

Auf Grundlage dieser Ergebnisse könnten sich weiterentwickelte Studienkonzepte als zielführend erweisen, die insbesondere die Nutzung innovativer Rekrutierungsstrategien und engmaschigeres Datenmonitoring berücksichtigen sowie adaptive Strategien im Umgang mit externen Kontextfaktoren (wie die Corona-Pandemie der Jahre 2020 bis 2022), auf die das Studiengeschehen keinen Einfluss hat. Des Weiteren sollte auch eine noch engere Unterstützung der MFA, z.B. durch Präsenzs Schulungen, sowie eine aufwandsgerechte Entschädigung der MFA bedacht werden. Eine Reduzierung des Umfangs der Intervention auf weniger Monitoring-Anrufe scheint sinnvoll und trägt zur Entlastung der MFA bei.

### Abschließende Empfehlung

Die PREMA-Studie war ein wichtiger Schritt auf dem Weg, die Versorgung von Patienten mit psychischen Erkrankungen in der Hausarztpraxis zu verbessern, in dem nun die Hürden für eine erfolgreiche Entwicklung und Implementierung einer Intervention identifiziert wurden. Die zahlreichen Erkenntnisse über die Herausforderungen, Belastungen und Bedarfe der beteiligten Personen sind maßgeblich um eine erfolgreiche Versorgungsstruktur zu etablieren. Unter der Voraussetzung einer verbesserten Rekrutierungsstrategie und Logistik bei der Bereitstellung der gesundheitsökonomischen Fragebögen, wäre eine Weiterentwicklung der Studie auch aus gesundheitsökonomischer Sicht eine praktikable Option.

Die Implementierung in die Breite und Tiefe hat nicht den erwarteten Grad erreicht (geringe Anzahl Studienteilnehmer, Intensität Studienumsetzung / -durchführung). Die Studienergebnisse erlauben es den Evaluatoren nicht, eine Beurteilung zur Überführbarkeit dieser neuen Versorgungsform in die Regelversorgung, wie sie im Rahmen der PREMA-Studie implementiert wurde, abzugeben.

Vor dem Hintergrund der in der Regelversorgung aktuell bestehenden Situation wird aber nach wie vor ein Optimierungsbedarf in den Bereichen fehlenden Fachpersonals, unzureichender Praxisinfrastruktur (gesonderte Räume, ausreichend technische Voraussetzungen) oder mangelhafter Fachkenntnisse gesehen. Das PREMA-Behandlungsprogramm verfügt über ein hohes Potenzial, bestehende Defizite in den genannten Bereichen der Regelversorgung zu kompensieren. Die im Verlaufe der Studie gewonnenen Erkenntnisse berücksichtigend, erscheint somit eine Weiterentwicklung der Intervention als aussichtsreich, die in einer möglichen Folgestudie zu einer positiven Bewertung der Effektivität des PREMA-Behandlungsprogramms führt.

## **5. Literaturverzeichnis**

1. Konnopka A, Leichenring F, Leibing E, König 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.

2. Grochtdreis T, Brettschneider C, Wegener A, Watzke B, Riedel-Heller S, Härter M, König HH. Cost-effectiveness of collaborative care for the treatment of depressive disorders in primary care: a systematic review. PLoS ONE. 2015;10(5):e0123078.
3. Nationale VersorgungsLeitlinie Unipolare Depression – Langfassung, Version 3.0. 2022. Bundesärztekammer (BÄK), Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF);
4. Bandelow B, Wiltink J, Alpers GW, Benecke C, Deckert J, Eckhardt-Henn A, Ehrig C, Engel K, Falkai P, Geiser F. Deutsche S3-Leitlinie Behandlung von Angststörungen. 2014;
5. 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.
6. Gensichen J, Hiller TS, Breitbart J, Teismann T, Brettschneider C, Schumacher U, Piwtorak A, König HH, 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.
7. 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.
8. 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.
9. 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.
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. 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.
12. Dolan P. Modeling valuations for EuroQol health states. MedCare. November 1997;35(11):1095–108.

13. 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>
14. Chambless DL, Caputo GC, Jasin SE, Gracely EJ, Williams C. The Mobility Inventory for Agoraphobia. *BehavResTher.* 1985;23(1):35–44.
15. Rosemann T, Laux G, Droeemeyer 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.
16. 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.
17. 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.
18. Liu CF, 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.
19. 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.
20. 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.
21. Berwick DM, Murphy JM, Goldman PA, Ware JE, Barsky AJ, Weinstein MC. Performance of a five-item mental health screening test. *Med Care.* Februar 1991;29(2):169–76.
22. McHorney CA, Ware JE, Lu JF, Sherbourne CD. The MOS 36-item Short-Form Health Survey (SF-36): III. Tests of data quality, scaling assumptions, and reliability across diverse patient groups. *Med Care.* Januar 1994;32(1):40–66.
23. Rutterford C, Copas A, Eldridge S. Methods for sample size determination in cluster randomized trials. *Int J Epidemiol.* Juni 2015;44(3):1051–67.
24. Seidl H, Bowles D, Bock JO, Brettschneider C, Greiner W, König HH, Holle R. FIMA – Fragebogen zur Erhebung von Gesundheitsleistungen im Alter: Entwicklung und Pilotstudie. *Gesundheitswesen.* Januar 2015;77(1):46–52.
25. Herdman M, Gudex C, Lloyd A, Janssen M, Kind P, Parkin D, Bonsel G, Badia X. Development and preliminary testing of the new five-level version of EQ-5D (EQ-5D-5L). *Qual Life Res.* Dezember 2011;20(10):1727–36.



26. Feng YS, Kohlmann T, Janssen MF, Buchholz I. Psychometric properties of the EQ-5D-5L: a systematic review of the literature. *Qual Life Res.* März 2021;30(3):647–73.
27. Ludwig K, Graf von der Schulenburg JM, Greiner W. German Value Set for the EQ-5D-5L. *PharmacoEconomics.* 1. Juni 2018;36(6):663–74.
28. Bock JO, Brettschneider C, Seidl H, Bowles D, Holle R, Greiner W, König HH. Ermittlung standardisierter Bewertungssätze aus gesellschaftlicher Perspektive für die gesundheitsökonomische Evaluation. *Gesundheitswesen.* Januar 2015;77(1):53–61.
29. Döring N, Bortz J. Forschungsmethoden und Evaluation in den Sozial- und Humanwissenschaften. 5. vollständig überarbeitete, aktualisierte und erweiterte Auflage 2016. SpringerLink Bücher. Berlin, Heidelberg: Springer; 2016. S. 1051.
30. Kuckartz U. *Mixed Methods: Methodologie, Forschungsdesigns und Analyseverfahren.* Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden; 2014. S. 174.
31. Loss J, Seibold C, Eichhorn C, Nagel E. *Evaluation in der Gesundheitsförderung: Eine Schritt-für-Schritt-Anleitung für Gesundheitsförderer.* Schriftenreihe Materialien zur Gesundheitsförderung. Erlangen: Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit; 2010.
32. Sandelowski M. Triangles and crystals: on the geometry of qualitative research. *Res Nurs Health.* Dezember 1995;18(6):569–74.
33. Flick U. *Triangulation: Eine Einführung.* 3., aktualisierte Aufl. *Qualitative Sozialforschung.* Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften / Springer Fachmedien Wiesbaden, Wiesbaden; 2011. S. 1 Online-Ressource.
34. Lienert GA, Ratz U. *Testaufbau und Testanalyse.* 6. Aufl. Weinheim: Beltz; 1998.
35. Schmidt J, Lamprecht F, Wittmann WW. Zufriedenheit mit der stationären Versorgung. Entwicklung eines Fragebogens und erste Validitätsuntersuchungen. [Satisfaction with inpatient care: Development of a questionnaire and first validity assessments.]. *PPmP: Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie.* 1989;39:248–55.
36. Research I of B. TCU Workshop Evaluation Form (TCU WEVAL) [Internet]. Texas Christian University, Institute of Behavioral Research; 2002. S. 3. Verfügbar unter: <https://ibr.tcu.edu/forms/community-treatment-forms/staff-training-and-workshop-evaluations/>
37. Luborsky B. Fremdbeurteilung Helping Alliance Questionnaire HAQ-F [Internet]. 1984. S. 1. Verfügbar unter: [http://www.sabineschaefer.com/fileadmin/user\\_upload/Lizenzfreie\\_Testverfahren/HAQ\\_Fremd\\_2010-09-20.pdf](http://www.sabineschaefer.com/fileadmin/user_upload/Lizenzfreie_Testverfahren/HAQ_Fremd_2010-09-20.pdf)
38. Bassler M, Potratz B, Krauthauser H. Der „Helping Alliance Questionnaire“ (HAQ) von Luborsky. *Psychotherapeut.* 1995;1995(40):23–32.

39. Schröder J, Sautier L, Kriston L, Berger T, Meyer B, Späth C, Köther U, Nestoriuc Y, Klein JP, Moritz S. Development of a questionnaire measuring Attitudes towards Psychological Online Interventions-the APOI. Bd. 187, Journal of affective disorders. 2015. S. 136–41.
40. Aarons GA. Mental health provider attitudes toward adoption of evidence-based practice: The Evidence-Based Practice Attitude Scale. Mental Health Services Research., 2004;(6 (2)):61-74.
41. Wensing M, van Lieshout J, Jung HP, Hermsen J, Rosemann T. The Patients Assessment Chronic Illness Care (PACIC) questionnaire in The Netherlands: a validation study in rural general practice. Bd. 8, BMC health services research. 2008. S. 182.
42. Devilly GJ, Borkovec TD. Psychometric properties of the credibility/expectancy questionnaire. Bd. 31, Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry. 2000. S. 73–86.
43. DFN-Verein. DFNconf: Home [Internet]. 2022. Verfügbar unter: <https://www.conf.dfn.de/>
44. Fuß S, Karbach U. Grundlagen der Transkription: Eine praktische Einführung. utb-studi-e-book. Opladen; Stuttgart: Budrich UTB; 2014.
45. Kuckartz U. Qualitative Inhaltsanalyse: Methoden, Praxis, Computerunterstützung. 3. Weinheim und Basel: Beltz Juventa; 2016. S. 5.
46. Rädiker S, Kuckartz U. Analyse qualitativer Daten mit MAXQDA. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden; 2019.
47. Corp IBM. IBM SPSS Statistics for Windows, Version 25.0. [Internet]. Armonk, NY; 2017. Verfügbar unter: <https://www.ibm.com/support/pages/how-cite-ibm-spss-statistics-or-earlier-versions-spss>
48. MAXQDA. MAXQDA | All-In-One Qualitative & Mixed Methods Data Analysis Tool [Internet]. 2022. Verfügbar unter: <https://www.maxqda.com/>
49. Mayring P. Qualitative Inhaltsanalyse: Grundlagen und Techniken [Internet]. 12., vollständig überarbeitete und aktualisierte Aufl. Beltz Pädagogik. Weinheim: Beltz; 2015. Verfügbar unter: <http://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:bsz:31-epflicht-1136370>
50. Schreier M. Qualitative Content Analysis in Practise. Thousand Oaks: SAGE Publications, Inc.; 2012.
51. Hiller TS, Freytag A, Breitbart J, et al.: Die Jena Angst-Monitoring-Liste (JAMoL) – ein Instrument zur evidenzbasierten Behandlung von Panikstörung mit oder ohne Agoraphobie in der Hausarztpraxis [The Jena Anxiety Monitoring List (JAMoL) – a tool for the evidence-based treatment of panic disorder with or without agoraphobia in primary care]. Z Evid Fortbild Qual Gesundheitswes 2018; 131–132: 28–37
52. Spitzer RL, Kroenke K, Williams JBW, Patient Health Questionnaire Primary Care Study-Group: Validation and utility of a self-report version of PRIME-MD: the PHQ primary care study. JAMA 1999; 282: 1737–44

## **6. Anhang**

Anhang 1: Digitales Einladungsschreiben Interviews

Anhang 2: Flow Chart 160

## **7. Anlagen**

*Anlage 1: Fragebogen HA inaktiv (Drop-Out)*

*Anlage 2: Fragebogen HA Informationsveranstaltung*

*Anlage 3: Erfassung soziodemographische Daten HA*

*Anlage 4: Erfassung soziodemographische Daten MFA*

*Anlage 5: Erfassung soziodemographische Daten PAT*

*Anlage 6: Fragebogen HA T0*

*Anlage 7: Fragebogen IG HA & MFA T1*

*Anlage 8: Fragebogen HA T2, IG*

*Anlage 9: Fragebogen HA T2, KG*

*Anlage 10: Fragebogen MFA T0*

*Anlage 11: Fragebogen MFA T2, IG*

*Anlage 12: Fragebogen MFA T2, KG*

*Anlage 13: Fragebogen PAT T0*

*Anlage 14: Fragebogen PAT IG T1*

*Anlage 15: Fragebogen PAT T2, IG*

*Anlage 16: Fragebogen PAT T2, KG*

*Anlage 17: Interviewleitfaden HA IG*

*Anlage 18: Interviewleitfaden MFA IG*

*Anlage 19: Interviewleitfaden PAT IG*

*Anlage 20: Interviewleitfaden HA KG*

*Anlage 21: Interviewleitfaden MFA KG*

*Anlage 22: Interviewleitfaden PAT KG*

*Anlage 23: Interviewleitfaden HA Drop-Out*

Akronym: PREMA

Förderkennzeichen: 01NVF17037

*Anlage 24: Zufriedenheit (Angemessenheit) aktuelle Behandlung, Einstellung zu neuen Behandlungsmethoden, PAT Teilstichprobe*

*Anlage 25: Erwartung und Zufriedenheit (Angemessenheit) Studienteilnahme / Behandlung, PAT Teilstichprobe*

## Anhang 1: Digitales Einladungsschreiben Interviews

embloom

Achtung: Dies ist ein Demokonto

Akte Tests Edukation Übungen Tagebücher Module Programme

Übersicht Antworten Indikationen Punktzahlen

Hören

### Einladung zur interviewteilnahme am Projekt "PREMA"

Nachdem Sie das PREMA-Behandlungsprogramm abgeschlossen haben, laden wir Sie nun zur Teilnahme an einem Interview im Rahmen des PREMA-Projektes ein.

An dieser Stelle möchten wir Sie ebenfalls darum bitten, ihre **Patient\*innen der PREMA-Studie anzusprechen. Teilen Sie Ihnen die Möglichkeit einer Interviewteilnahme mit.** Denn auch die Erfahrungen und Rückmeldungen der Patient\*innen sollen in die Auswertung der Studie mit einfließen. Patient\*innen können hierfür direkt Frau Hanf kontaktieren.

Falls Sie bereits an einem Interview teilgenommen haben, ist das folgende Einladungsschreiben für Sie nicht relevant.

Haben Sie bereits an einem Interview teilgenommen?

Ja Nein

95%

< Zurück Weiter >

Embloom | Impressum | Datenschutzerklärung | CE  
Embloom | Impressum | Datenschutzerklärung | CE



Hören

Wir vom Institut für Allgemeinmedizin der Goethe-Universität Frankfurt am Main wurden mit der Evaluation des PREMA-Projektes beauftragt. Dies beinhaltet unter anderem die Durchführung von Einzelinterviews mit Hausarzt\*innen in ganz Hessen (ca. 30 Minuten).

Im Mittelpunkt der Interviews stehen Ihre Erfahrungen, die Sie während der Teilnahme an der PREMA-Studie gesammelt haben. Wir würden gerne die Perspektive Ihrer Profession hinsichtlich Schwierigkeiten oder Verbesserungsvorschlägen in Hinblick auf die Umsetzung und Anwendung des PREMA-Behandlungsprogrammes erfragen. Beispielsweise möchte ich gerne von Ihnen erfahren, ob sich Ihre Erwartungen an die Studie erfüllt haben und inwiefern Sie der Meinung sind, ob das PREMA-Behandlungsprogramm im hausärztlichen Behandlungsalltag funktioniert und für Hausarztpraxen und Patient\*innen eine spürbare Verbesserung der Versorgung bringt.

In der folgenden Studieninformation erfahren Sie mehr über den Ablauf des Interviews und Ihrer Aufwandsentschädigung in Höhe von 50,00 EUR.

Weiter

97%

&lt; Zurück

Weiter &gt;



🔊 Hören

Wenn Sie Interesse an der Teilnahme oder Rückfragen zum Interviewablauf haben, freue ich mich über eine E-Mail von Ihnen.

Maria Hanf, M.Sc.

-Wissenschaftliche Mitarbeiterin-

069-6301-84124

[hanf@allgemeinmedizin.uni-frankfurt.de](mailto:hanf@allgemeinmedizin.uni-frankfurt.de)

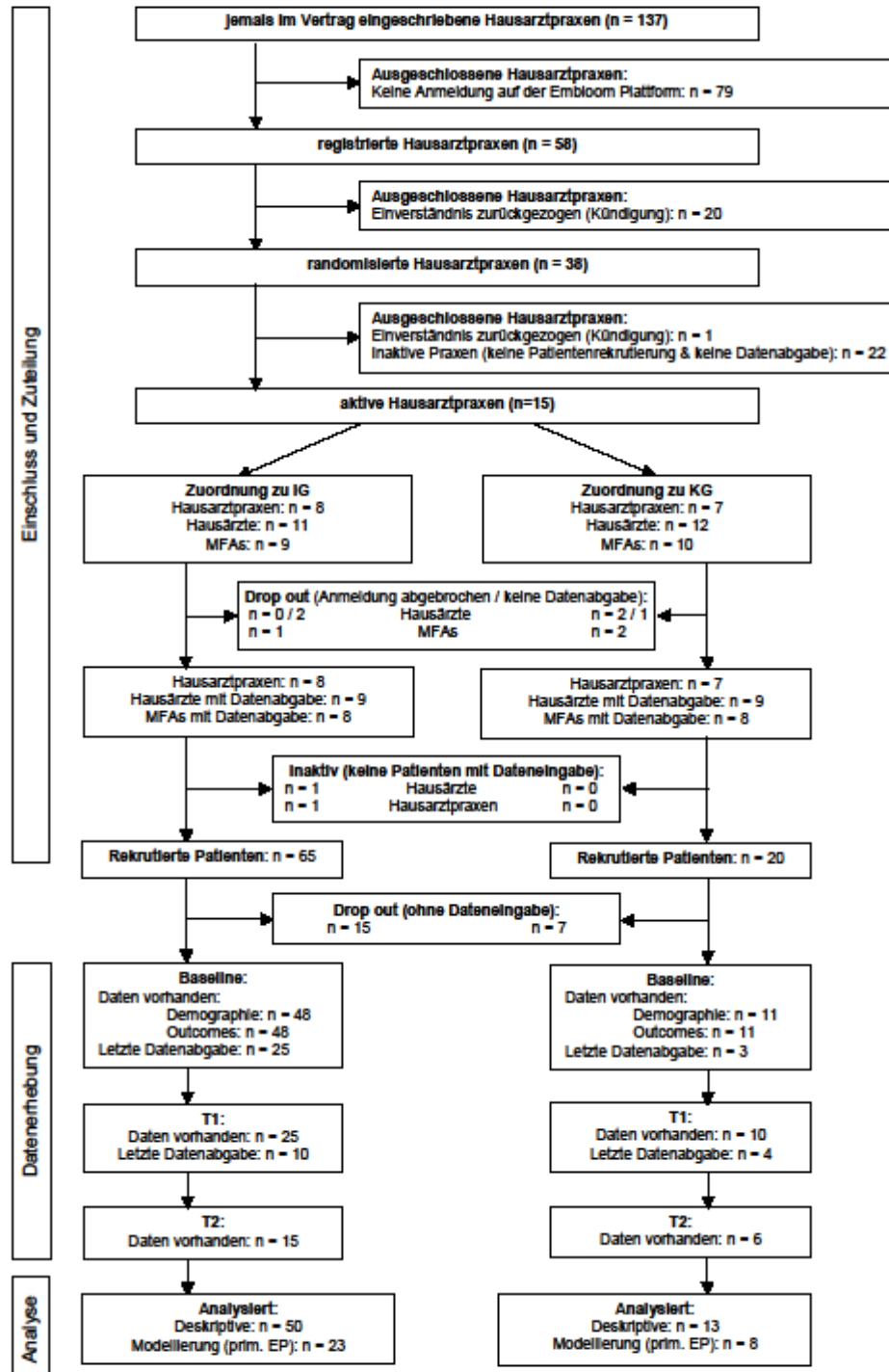
Weiter

98%

< Zurück

Weiter >

## Anhang 2: Flow Chart





## Anlage 1: Fragebogen HA inaktiv (Drop-Out)

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 auflisten):

**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

## Anlage 2: Fragebogen HA Informationsveranstaltung

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. Nehmen Sie an der PREMA-Studie teil bzw. haben Sie vor daran teilzunehmen?

<input type="checkbox"/>	Ja.
<input type="checkbox"/>	Ich weiß es noch nicht.
<input type="checkbox"/>	Nein, weil:

### 3. Im Folgenden möchten wir Ihre soziodemographischen Daten erfragen.

3.1 Ihr Geschlecht:
Weiblich <input type="checkbox"/> Männlich <input type="checkbox"/> Divers <input type="checkbox"/>
3.2 Ihr Alter (in Jahren): <input type="text"/> <input type="text"/>
3.3 Dauer der ärztlichen Tätigkeit seit Abschluss des Studiums (in Jahren): <input type="text"/> <input type="text"/>
3.4 Anzahl der in der Praxis beschäftigten Ärzte (inkl. Ihnen selbst und inkl. Ärzte in Weiterbildung): <input type="text"/> <input type="text"/>

---

**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

Anlage 3: Erfassung soziodemographische Daten HA  
**Angaben zu Ihrer Person**

1. Bitte geben Sie ihr Geburtsjahr an:

--	--	--	--

2. Bitte geben Sie ihr Geschlecht an:

Weiblich                       Männlich                       Divers

3. Bitte geben Sie den Zeitpunkt der Niederlassung an:

--	--

M M

--	--	--	--

J J J J

4. Dauer der ärztlichen Tätigkeit, nach Abschluss des Studiums (in Jahren):

--	--

5. Gebietsbezeichnung:

- Facharzt für Allgemeinmedizin  
 Facharzt für Innere Medizin  
 Ohne Gebietsbezeichnung: Weiterbildungsassistent  
 Eine andere Bezeichnung, und zwar: \_\_\_\_\_

6. Art der Praxis:

- Einzelpraxis  
 Berufsausübungsgemeinschaft (BAG) (auch Gemeinschaftspraxis)  
 Praxisgemeinschaft  
 Medizinisches Versorgungszentrum (MVZ)  
 Sonstiges: \_\_\_\_\_

7. Anzahl der in der Praxis arbeitenden Ärzte (inkl. Ihnen selbst u. Ärzten in Weiterbildung)

--	--

8. Sind Sie in der Praxis angestellt?

Ja                       Nein

9. Mit welchem Stundenumfang sind Sie zurzeit in der Praxis angestellt?

--	--

,

--	--

Stunden pro Woche

Entfällt

10. Wo liegt die Praxis, in der Sie arbeiten?

- Großstadt (mehr als 100.000 Einwohner)  
 Größere Kleinstadt (20.000 bis 100.000 Einwohner)  
 Ländliche Kleinstadt (5.000 bis 20.000 Einwohner)  
 Dörfliche Siedlung (weniger als 5.000 Einwohner)  
 Ich kann dazu keine genauen Angaben machen

**11.** Praxisgröße (bezogen auf die Praxis insgesamt), Anzahl der gesetzlich Versicherten (KV und Selektivverträge) im letzten Quartal:

bis 499

500 bis 999

1.000 bis 1.499

1.500 bis 1.999

2.000 und mehr

## Anlage 4: Erfassung soziodemographische Daten MFA

### Angaben zu Ihrer Person

12. Bitte geben Sie ihr Geburtsjahr an:

--	--	--	--

13. Bitte geben Sie ihr Geschlecht an:

Weiblich                       Männlich                       Divers

14. Welchen höchsten allgemeinbildenden Schulabschluss haben Sie?

- Ich gehe noch zur Schule
- Hauptschulabschluss (Volksschulabschluss)
- Realschulabschluss (Mittlere Reife)
- Abschluss der Polytechnischen Oberschule 10. Klasse
- Fachhochschulreife
- Allgemeine o. fachgebundene Hochschulreife / Abitur (Gymnasium bzw. EOS Erweiterte Oberschule)
- Von der Schule abgegangen ohne Abschluss
- Anderer Schulabschluss, und zwar: \_\_\_\_\_

15. Welchen Berufsabschluss haben Sie?

- Medizinische Fachangestellte
- Arzthelfer\*in
- Medizinisch technische\*r Assistent\*in (MTA, auch MTLA, MTLRA, etc.)
- Gesundheits-/ Krankenpfleger\*in
- Anderen Berufsabschluss, und zwar: \_\_\_\_\_
- Keinen Berufsabschluss

16. Seit wann arbeiten Sie in dieser Praxis (Zeitpunkt der Arbeitsaufnahme)?

M	M	J	J	J	J

6. Dauer der Tätigkeit als MFA / Arzthelfer\*in insgesamt (inkl. Ausbildung), falls keine o.g. Ausbildung:

Seit wie vielen Jahren arbeiten Sie in diesem Beruf?

--	--

7. Für welche Tätigkeit sind Sie hauptverantwortlich?

- |   |                             |   |
|---|-----------------------------|---|
| Praxismanager*in                        | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein             |
| Qualitätsmanagementbeauftragte*r        | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein             |
| Hygienebeauftragte*r                    | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein             |
| Datenschutzbeauftragte*r                | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein Verantwort- |
| lich für andere Aufgaben im Praxisteam: | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein             |

Falls ja, welche: \_\_\_\_\_

8. Mit welchem Stundenumfang sind Sie zurzeit in der Praxis angestellt?

mit \_\_ , \_\_ Stunden pro Woche

auf 450,- Euro-Basis (geringfügige Beschäftigung) mit \_\_ , \_\_ Stunden pro Woche

9. Anzahl der in der Praxis beschäftigten nicht-ärztlichen Mitarbeiter (MFA / Arzthelfer\*innen / Büroangestellte\*r, u. ä – keine Reinigungshilfen):

--	--

10. Wie viele Wochenstunden arbeiten die nicht-ärztlichen Mitarbeiter\*innen (MFA)?

MFA 1: \_\_ , \_\_ Stunden pro Woche

MFA 2: \_\_ , \_\_ Stunden pro Woche

MFA 3: \_\_ , \_\_ Stunden pro Woche

MFA 4: \_\_ , \_\_ Stunden pro Woche

MFA 5: \_\_ , \_\_ Stunden pro Woche

11. Haben Sie eine Weiterbildung zur NäPa?

Ja

Nein

Falls ja, wann wurde die Weiterbildung abgeschlossen?

--	--

M M

--	--	--	--

J J J J

12. Haben Sie eine Weiterbildung zur VERAH?

Ja

Nein

Falls ja, wann wurde die Weiterbildung abgeschlossen?

--	--

M M

--	--	--	--

J J J J

13. Haben Sie an Schulungen zur VERAHPlus teilgenommen?

Ja

Nein

Falls ja, an welchen der VERAHPlus-Module haben Sie teilgenommen?  
(Zutreffendes bitte ankreuzen.)

Arzneimittelversorgung

Burnout

Demenz

Gewaltfreie Kommunikation

Herzinsuffizienz

Hygienemanagement

Notfall-Refresher

Palliative Care - Häusliche Sterbebegleitung

Patientenberatung und Antragswesen

Patienten-Empowerment (Der Weg zu selbstbestimmtem Handeln im Patienten-Praxis-Team)



Schmerzmanagement in der Hausarztpraxis

Ulcus Cruris / Dekubitus

**14.** Haben Sie weitere Zusatzqualifikationen erlangt (z.B. Diabetes-Berater\*in, Ernährungsberater\*in o.ä.)?

Nein

Ja, und zwar: \_\_\_\_\_

## Anlage 5: Erfassung soziodemographische Daten PAT

### Angaben zu Ihrer Person

1. Bitte geben Sie ihr Geburtsjahr an:

--	--	--	--

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 o. fachgebundene Hochschulreife / Abitur (Gymnasium bzw. EOS Erweiterte Oberschule)
- Von der Schule abgegangen ohne Abschluss
- Anderer 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
- 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: \_\_\_\_\_





<b>3.3</b> Was glauben Sie: Wie hilfreich wird der Einsatz einer Online-Behandlung für Patienten mit Panik- / Angstzuständen 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"/>
<b>3.4</b> Wie sehr sehen Sie in der heutigen Zeit eine Online-Behandlung als eine angemessene Form Patienten mit Depression 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"/>
<b>3.5</b> Wie sehr sehen Sie in der heutigen Zeit eine Online-Behandlung als eine angemessene Form Patienten mit 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"/>
<b>3.6</b> Wie sehr befürchten Sie, dass Ihre Patienten mit Depression mit der Anwendung einer Online-Behandlung überfordert sind?	<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"/>
<b>3.7</b> Wie sehr befürchten Sie, dass Ihre Patienten mit Panik- / Angstzuständen mit der Anwendung einer Online-Behandlung überfordert sind?	<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"/>
<b>3.8</b> Wie sehr befürchten Sie, dass die Praxisorganisation auf Grund einer neuen Behandlungsmethode umgestellt werden muss?	<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"/>

## Anlage 7: Fragebogen IG HA & MFA T1

1. In den folgenden Fragen möchten wir von Ihnen erfahren, wie Sie die Webinar-Schulung und Informationsmaterialien (vor ca. 6 Monaten) zur Einführung hinsichtlich der Nutzung der Embloom-Plattform bewerten. 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 Login auf der Embloom-Plattform hat problemlos funktioniert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.2 Die festgelegten Termine zur Durchführung der Webinar-Schulung waren gut in den Praxisalltag zu integrieren.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.3 Die Erklärungen im Rahmen der Webinar-Schulung zur Nutzung der Embloom-Plattform waren verständlich.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.4 Die Erklärungen im Rahmen der Webinar-Schulung zur Nutzung der Embloom-Plattform waren relevant.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.5 Meine Fragen, die während der Webinar-Schulung aufkamen, wurden geklärt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.6 Die Webinar-Schulung zur Nutzung der Embloom-Plattform hat mich ausreichend darauf vorbereitet, dass ich die Plattform anschließend nutzen konnte.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.7 Die hinterlegten Informationsmaterialien auf der Embloom-Plattform waren verständlich.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.8 Die hinterlegten Informationsmaterialien auf der Embloom-Plattform waren relevant.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.9 Die Option zum Nachschlagen auf Informationsmaterialien auf der Embloom-Plattform war hilfreich.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.10 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"/>
1.11 Die Erinnerungsmails für das Ausfüllen von neuen Fragebögen waren hilfreich.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.12 Eine Aufbauschulung würde die Nutzung der Embloom-Plattform erleichtern.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Bitte geben Sie für jede der folgenden Aussagen an, inwieweit Sie dieser zustimmen. Bitte in jeder Zeile <u>nur eine Antwort</u> ankreuzen!	zu kurz	genau richtig	zu lang		
2.1 Der Zeitrahmen der gesamten Schulung war:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
2.2 Die Stoffmenge der gesamten Schulung war:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

## Anlage 8: Fragebogen HA T2, IG

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	Die Behandlungsmöglichkeiten, die mir bei der Behandlung von Patienten mit Depression zur Verfügung stehen, empfinde ich als ausreichend.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.2	Die Behandlungsmöglichkeiten, die mir bei der Behandlung von Patienten mit Panik- / Angstzuständen zur Verfügung stehen, empfinde ich als ausreichend.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.3	Mit den Behandlungsergebnissen bei der Versorgung meiner Patienten mit Depression bin ich zufrieden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.4	Mit den Behandlungsergebnissen bei der Versorgung meiner Patienten mit Panik- / Angstzuständen bin ich zufrieden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. Bitte geben Sie für jede der folgenden Aussagen an, inwieweit Sie dieser zustimmen. Bitte in jeder Zeile <u>nur eine Antwort</u> ankreuzen!		sehr zutreffend	zutreffend	teils/teils	unzutreffend	sehr unzutreffend
2.1	Ich interessiere mich sehr für neuartige Behandlungsmethoden, um meinen Patienten zu helfen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.2	Ich bin bereit eine neuartige Behandlungsmethode, die von Wissenschaftlern entwickelt wurde, zu testen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.3	Ich würde eine neuartige Behandlungsmethode ausprobieren, auch wenn diese ganz anders wäre als das, was ich normalerweise tue / veranlasse.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.4	Ich bin nur bereit eine neuartige Behandlungsmethode zu nutzen, wenn deren Wirksamkeit nachgewiesen ist.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.5	Die Anwendung der neuen Behandlungsmethode in der PREMA-Studie war für mich als Behandler sinnvoll.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.6	Unser Team hatte genug Personal um die neue Behandlungsmethode in der PREMA-Studie anzuwenden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.7	Ich hatte ausreichend Zeit mich in die neue Behandlungsmethode der PREMA-Studie einzuarbeiten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.8	Mein Vorwissen und die Webinar-Schulung haben ausgereicht, um die neue Behandlungsmethode in der PREMA-Studie durchzuführen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.9	Die Zeit, die ich für die Patienten der PREMA-Studie aufbringen musste, empfand ich als angemessen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.10	Die Zeit, die die MFA für die Patienten der PREMA-Studie aufbringen musste, empfand ich als angemessen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.11	Einen zeitlichen Mehraufwand für Patienten die an der PREMA-Studie teilgenommen haben nehme ich gerne in Kauf, da die neue Behandlungsmethode geholfen hat.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>





6. Bitte geben Sie für jede der folgenden Aussagen an, inwieweit Sie dieser zustimmen. Bitte in jeder Zeile <u>nur eine Antwort</u> ankreuzen!				
Folgendes hat sich in Bezug auf die <u>Studienpatienten</u> im Verlauf der Studie in meiner Praxis verändert ...		weniger geworden	mehr geworden	nicht verändert
6.1	...der zeitliche Umfang für die Beratungsgespräche mit Studienpatienten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.2	...insgesamt die Zeit für die Betreuung von Studienpatienten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.3	...insgesamt die Belastung durch die Patientenversorgung in der PREMA-Studie.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.4	...meine Sicherheit im Umgang mit Studienpatienten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.5	...die Zeit für die Beratungsgespräche mit Studienpatienten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Folgendes hat sich in Bezug auf alle Patienten mit Depression in meiner Praxis verändert ...		weniger geworden	mehr geworden	nicht verändert
6.6	...insgesamt die Zeit für die Diagnostik von Patienten mit Depression.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.7	...mein Verständnis für das Krankheitsbild der Depression.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.8	...mein Verständnis für Therapieoptionen bei Depression.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.9	...insgesamt die Zeit, die für die Versorgung von Patienten mit Depression aufgebracht werden musste.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.10	...meine Sicherheit beim Umgang mit Notfall- und/oder Gefahrensituationen bei Patienten mit Depression.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.11	...insgesamt die Qualität meiner Versorgung von Patienten mit Depression.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		weniger geworden	mehr geworden	nicht verändert
6.12	...insgesamt die Zeit für die Diagnostik von Patienten mit Panik- / Angstzuständen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.13	... mein Verständnis für das Krankheitsbilder der Panik- / Angstzustände.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.14	...mein Verständnis für Therapieoptionen bei Panik- / Angstzuständen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.15	...insgesamt die Zeit, die für die Versorgung von Patienten mit Panik- / Angstzuständen aufgebracht werden musste.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.16	... insgesamt die Qualität meiner Versorgung von Patienten mit Panik- / Angststörung.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.17	...insgesamt die Zeit, die für die Kontakte mit Psychotherapeuten / Psychiatern aufgebracht werden musste.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7. 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	weiß ich nicht
7.1 Durch die Nutzung der Embloom-Plattform fällt es meinen Patienten leichter ihre 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"/>
7.2 Es fiel meinen Patienten schwer, die Anregungen der Embloom-Plattform im Alltag tatsächlich umzusetzen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.3 Durch die Embloom-Plattform konnten meine Patienten 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"/>
7.4 Durch die Embloom-Plattform konnten meine Patienten 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"/>
7.5 Durch die Nutzung der Embloom-Plattform wurden meinen Patienten wichtige Anregungen gegeben, besser mit ihren Problemen umzugehen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.6 Mit der Embloom-Plattform werden meine Patienten 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"/>
7.7 In Krisensituationen kann ich meinen Patienten besser helfen als die Embloom-Plattform.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.8 Für meine Patienten lässt sich die Nutzung der Embloom-Plattform flexibler in Ihren Alltag einbauen, als eine Gesprächstherapie.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.9 Nach der Nutzung der Embloom-Plattform fällt es meinen Patienten 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"/>
7.10 Die Nutzung der Embloom-Plattform 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"/>	<input type="checkbox"/>
7.11 Die Nutzung der Embloom-Plattform empfanden meine Patienten vertraulicher und diskreter als ein persönliches Gespräch mit mir.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.12 Die Nutzung der Embloom-Plattform 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"/>
7.13 Durch die Nutzung der Embloom-Plattform erwarte ich keine längerfristigen Effekte für die Patienten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.14 Das Prinzip der Embloom-Plattform erachte ich grundsätzlich als sinnvoll.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.15 Ich habe das Gefühl, dass die Nutzung der Embloom-Plattform mich bei meiner Arbeit unterstützen kann.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.16 Die Embloom-Plattform 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"/>	<input type="checkbox"/>
7.17 Die Nutzung einer Embloom-Plattform für die Betreuung von Patienten mit Depression und / oder Panik- / Angststörungen umzugehen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<b>7.18</b>	Eine Embloom-Plattform 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"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>7.19</b>	Die Nutzung einer Online-Plattform würde mir im Alltag leicht fallen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>8. Welche <u>Vorteile</u> bietet aus Ihrer Perspektive die Nutzung der Embloom-Plattform? Mehrfachantworten sind möglich!</b>								
<b>8.1</b>	Behandlung auf Distanz							<input type="checkbox"/>
<b>8.2</b>	Bequem, da die Anreise weg fällt (außer für die Hausarzttermine) – sonst ortsunabhängig							<input type="checkbox"/>
<b>8.3</b>	Angst vor Stigmatisierung ist reduziert							<input type="checkbox"/>
<b>8.4</b>	Anonymität							<input type="checkbox"/>
<b>8.5</b>	Zeit zum Nachdenken; kein Druck sofort reagieren zu müssen							<input type="checkbox"/>
<b>8.6</b>	Nutzung auch außerhalb von üblichen Sprechstundenzeiten möglich - zeitunabhängig							<input type="checkbox"/>
<b>8.7</b>	Informationsmaterial kann zu einem günstigen Lernzeitpunkt bearbeitet werden							<input type="checkbox"/>
<b>8.8</b>	Informationsmaterial kann mit flexiblem Tempo bearbeitet werden							<input type="checkbox"/>
<b>8.9</b>	Soziale Barrieren (z. B. aufgrund äußerlicher Merkmale) fallen weg							<input type="checkbox"/>
<b>8.10</b>	Hemmschwelle Hilfe aufzusuchen ist niedriger als in einer Gesprächstherapie							<input type="checkbox"/>
<b>8.11</b>	Größere Offenheit und Aufrichtigkeit möglich							<input type="checkbox"/>
<b>8.12</b>	keine Wartezeiten							<input type="checkbox"/>
<b>8.13</b>	Geringe Kosten							<input type="checkbox"/>
<b>8.14</b>	Hausarzt und Medizinische Fachangestellte sind zusätzliche Ansprechpartner							<input type="checkbox"/>
Sonstiges:								
<b>9. Welche <u>Nachteile</u> bietet aus Ihrer Perspektive die Nutzung der Embloom-Plattform? Mehrfachantworten sind möglich!</b>								
<b>9.1</b>	Fehlende zeitliche Struktur kann aktive Patientenmitarbeit reduzieren							<input type="checkbox"/>
<b>9.2</b>	Möglichkeiten des unmittelbaren Austauschs eingeschränkt							<input type="checkbox"/>
<b>9.3</b>	Fehlen von Reflexion durch Mimik und Gestik in einem persönlichen Gespräch							<input type="checkbox"/>
<b>9.4</b>	Verheimlichen bzw. Vermeiden schwieriger Themen leichter möglich							<input type="checkbox"/>
<b>9.5</b>	Mehr Missverständnis in der Kommunikation möglich							<input type="checkbox"/>
<b>9.6</b>	Angemessene Reaktion in Krisensituationen nur eingeschränkt möglich							<input type="checkbox"/>
<b>9.7</b>	Internetnutzung als Voraussetzung							<input type="checkbox"/>
<b>9.8</b>	Abhängigkeit von Technik							<input type="checkbox"/>
<b>9.9</b>	Vertraulichkeit der Daten durch Übertragung und Speicherung der Information gefährdet							<input type="checkbox"/>
<b>9.10</b>	Fehlende Chatfunktion mit Hausarzt, Medizinischen Fachangestellten, anderen Patienten							<input type="checkbox"/>

<b>9.11</b> Fehlende Patientenhotline (24h)	<input type="checkbox"/>
<b>9.12</b> Anonymität / geringe persönliche Kommunikation	<input type="checkbox"/>
<b>9.13</b> Hausarzt und Medizinische Fachangestellte sind die einzigen Ansprechpartner	<input type="checkbox"/>
Sonstiges:	



4.4	...die Behandlung der letzten 12 Monate meinen Patienten geholfen hat.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.5	...meine Patienten einige neue Einsichten durch die Behandlung der letzten 12 Monate gewonnen haben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.6	...sich die Patienten der PREMA-Studie seit kurzem besser fühlen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.7	...die Patienten ihre Probleme bewältigen können, wegen der sie die Behandlung der PREMA-Studie erhielten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. Bitte geben Sie für jede der folgenden Aussagen an, inwieweit Sie dieser zustimmen. Bitte in jeder Zeile <u>nur eine Antwort</u> ankreuzen!				
Folgendes hat sich in Bezug auf die <u>Studienpatienten</u> im Verlauf der Studie in meiner Praxis verändert ...		weniger geworden	mehr geworden	nicht verändert
5.1	...der zeitliche Umfang für die Beratungsgespräche mit Studienpatienten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.2	...insgesamt die Zeit für die Betreuung von Studienpatienten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.3	...insgesamt die Belastung durch die Patientenversorgung in der PREMA-Studie.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.4	...meine Sicherheit im Umgang mit Studienpatienten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.5	...die Zeit für die Beratungsgespräche mit Studienpatienten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Folgendes hat sich in Bezug auf alle Patienten mit Depression in meiner Praxis verändert ...		weniger geworden	mehr geworden	nicht verändert
5.6	...insgesamt die Zeit für die Diagnostik von Patienten mit Depression.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.7	...mein Verständnis für das Krankheitsbild der Depression.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.8	...mein Verständnis für Therapieoptionen bei Depression.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.9	...insgesamt die Zeit, die für die Versorgung von Patienten mit Depression aufgebracht werden musste.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.10	...meine Sicherheit beim Umgang mit Notfall- und/oder Gefahrensituationen bei Patienten mit Depression.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.11	...insgesamt die Qualität meiner Versorgung von Patienten mit Depression.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		weniger geworden	mehr geworden	nicht verändert
5.12	...insgesamt die Zeit für die Diagnostik von Patienten mit Panik- / Angstzuständen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.13	... mein Verständnis für das Krankheitsbilder der Panik- / Angstzustände.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.14	...mein Verständnis für Therapieoptionen bei Panik- / Angstzuständen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.15	...insgesamt die Zeit, die für die Versorgung von Patienten mit Panik- / Angstzuständen aufgebracht werden musste.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>





<b>6.18</b>	Die Nutzung einer Online-Plattform für die Betreuung von Patienten mit Depression und / oder Panik- / Angststörungen umzugehen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>6.19</b>	Eine Online-Plattform 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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>6.20</b>	Die Nutzung einer Online-Plattform würde mir im Alltag leicht fallen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>









3.5	...konnte ich die Telefonkontakte ungestört durchführen.	<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"/>
3.6	...konnte ich mich über die Ergebnisse der Telefonkontakte mit dem Hausarzt austauschen.	<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"/>
3.7	...wurden die Telefonkontakte von Patienten abgesetzt/verschoben.	<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"/>
3.8	...dauerte der Telefonkontakt bis zu 10 Minuten.	<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"/>
3.9	... dauerte der Telefonkontakt zwischen 10 und 30 Minuten.	<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"/>
3.10	... dauerte der Telefonkontakt länger als 30 Minuten.	<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"/>

3.11	Was glauben Sie: Wie hilfreich war die neue Behandlungsmethode für die Patientenversorgung?	<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"/>
3.12	Was glauben Sie: Wie hilfreich war die neue Behandlungsmethode für die Patienten mit Depression?	<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"/>
3.13	Was glauben Sie: Wie hilfreich war die neue Behandlungsmethode für die Patienten mit Panik- / Angstzuständen?	<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"/>
3.14	Wie sehr hatten Sie das Gefühl, dass Patienten mit Depression mit der Anwendung einer Online-Behandlung überfordert waren?	<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"/>
3.15	Wie sehr hatten Sie das Gefühl, dass Ihre Patienten mit Panik- / Angstzuständen mit der Anwendung der Online-Behandlung überfordert waren?	<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"/>
3.16	Wie sehr sehen Sie in der heutigen Zeit eine onlinebasierte 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"/>
3.17	In welchem Maße mussten Sie die Praxisorganisation auf Grund Teilnahme an der PREMA-Studie umstellen?	<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"/>
3.18	Falls Sie vor Beginn der PREMA-Studie Befürchtungen in Bezug auf die neue Behandlungsmethode hatten, wie sehr finden Sie, dass diese eingetroffen sind?	<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 geben Sie für jede der folgenden Aussagen an, inwieweit Sie dieser zustimmen. Bitte in jeder Zeile <u>nur eine Antwort</u> ankreuzen!	sehr gering	gering	mäßig	hoch	sehr hoch
4.1	... dem Wohlbefinden der Patienten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.2	... der medizinischen Versorgung der Patienten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.3	... dem Heilungsprozess der Patienten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.4	... der Bindung der Patienten an die Praxis.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5.	Bitte geben Sie an, wie zufrieden oder unzufrieden Sie mit verschiedenen Aspekten Ihres Arbeitsplatzes sind. Bitte in jeder Zeile <u>nur eine Antwort</u> ankreuzen!							
	1 = Sehr unzufrieden 7 = Sehr zufrieden	1	2	3	4	5	6	7

5.1	... Physische Arbeitsbelastung.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.2	... Freiheit, eigene Arbeitsmethoden wählen zu können.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.3	... Ihren Kollegen und Mitarbeitern.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.4	... Anerkennung, die Sie für Ihre Arbeit bekommen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.5	... Menge an Verantwortung, die Sie übertragen bekommen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.6	... Ihrem Einkommen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.7	... Möglichkeit, Ihre Fähigkeiten nutzen zu können.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.8	... Ihren Arbeitsstunden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.9	... Grad der Abwechslung in Ihren Arbeitsaufgaben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.10	Insgesamt betrachtet: Wie zufrieden sind Sie mit Ihrem Arbeitsplatz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.	Bitte geben Sie für jede der folgenden Aussagen an, inwieweit Sie dieser zustimmen. Bitte in jeder Zeile <u>nur eine Antwort</u> ankreuzen!	ja		nein		trifft nicht zu		
6.1	Konnten Sie an der Präsenzveranstaltung (mit Supervisionscharakter) teilnehmen?	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
6.2	Konnten Sie den Unterstützungsanruf durch die Kassenärztliche Vereinigung (KV) Hessen wahrnehmen?	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
6.3	Haben Sie die Embloom-Hotline bei technischen oder fachlich-inhaltlichen Fragen in Anspruch genommen?	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
6.4	Konnte Ihnen durch die Nutzung der Embloom-Hotline bei technischen oder fachlich-inhaltlichen Fragen weitergeholfen werden?	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
7.	Bitte geben Sie für jede der folgenden Aussagen an, inwieweit Sie dieser zustimmen. Bitte in jeder Zeile <u>nur eine Antwort</u> ankreuzen!	sehr zu-treffend	zu-treffend	teils/teils	unzu-treffend	sehr un-zu-treffend	kann ich nicht beantworten	
	Ich habe den Eindruck, dass ...							
7.1	...meine Patienten sich jetzt selbstständig mit ihren Problemen auseinandersetzen können.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
7.2	...meine Patienten mit der Behandlung in der PREMA-Studie, im Großen und Ganzen zufrieden sind.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
7.3	...die PREMA-Studie den Bedürfnissen der Patienten entsprochen hat.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
7.4	...die PREMA-Studie meinen Patienten hilft.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
7.5	...meine Patienten einige neue Einsichten durch die PREMA-Studie gewonnen haben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
7.6	...sich die Patienten der PREMA-Studie seit kurzem besser fühlen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
7.7	...die Patienten ihre Probleme bewältigen können, wegen der sie die Behandlung der PREMA-Studie erhielten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
7.8	...der Patient, die MFA und ich gemeinsam auf das gleiche Behandlungsziel hingearbeitet haben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>







5.6	... Ihrem Einkommen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.7	... Möglichkeit, Ihre Fähigkeiten nutzen zu können.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.8	... Ihren Arbeitsstunden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.9	... Grad der Abwechslung in Ihren Arbeitsaufgaben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.1 0	Insgesamt betrachtet: Wie zufrieden sind Sie mit Ihrem Arbeitsplatz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6.	Bitte geben Sie für jede der folgenden Aussagen an, inwieweit Sie dieser zustimmen. Bitte in jeder Zeile <u>nur eine Antwort</u> ankreuzen!	ja	nein	trifft nicht zu
6.1	Haben Sie die Embloom-Hotline bei technischen oder fachlich-inhaltlichen Fragen in Anspruch genommen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.2	Konnte Ihnen durch die Nutzung der Embloom-Hotline bei technischen oder fachlich-inhaltlichen Fragen weitergeholfen werden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>







## Anlage 14: Fragebogen PAT IG T1

1. In den folgenden Fragen möchten wir von Ihnen erfahren, wie Sie die Webinar-Schulung und Informationsmaterialien (vor ca. 6 Monaten) zur Einführung hinsichtlich der Nutzung der Embloom-Plattform bewerten. 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 Login auf der Embloom-Plattform hat problemlos funktioniert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.2 Die Nutzung der Embloom-Plattform war ohne zusätzliche Hilfe möglich.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.3 Eine Aufbauschulung würde die Nutzung der Embloom-Plattform erleichtern.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.4 Die hinterlegten Informationsmaterialien auf der Embloom-Plattform waren <u>verständlich</u> .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.5 Die hinterlegten Informationsmaterialien auf der Embloom-Plattform waren <u>relevant</u> .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.6 Die hinterlegten Informationsmaterialien auf der Embloom-Plattform waren <u>hilfreich</u> .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.7 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"/>
1.8 Die Erinnerungsmails für das Ausfüllen von neuen Fragebögen waren hilfreich.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.9 Die verwendeten Schulungsvideos zur Anwendung der Übungen waren <u>verständlich</u> .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.10 Die verwendeten Schulungsvideos zur Anwendung der Übungen waren <u>relevant</u> .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.11 Die Erläuterungen des Hausarztes 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"/>
1.12 Die Erklärungen auf der Embloom-Plattform 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"/>
2. Bitte geben Sie für jede der folgenden Aussagen an, inwieweit Sie dieser zustimmen. Bitte in jeder Zeile <u>nur eine Antwort</u> ankreuzen!	zu kurz	genau richtig	zu lang		
2.1 Der Zeitrahmen der gesamten Schulung war:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
2.2 Die Stoffmenge der gesamten Schulung war:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		









4.14 ... ein normales Berufsleben führen zu können.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.15 ... 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"/>
4.16 ... 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"/>
4.17 ... 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"/>
4.18 ... ein normales Sexualleben führen zu können.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.19 ... 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"/>
4.20 ... 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"/>
4.21 ... weniger eigene Behandlungskosten zu haben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.22 ... weniger Nebenwirkungen zu haben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.23 ... 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"/>
4.24 ... 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. Welche <u>Vorteile</u> bietet aus Ihrer Perspektive die Nutzung der Embloom-Plattform? Mehrfachantworten sind möglich!						
5.1 Behandlung auf Distanz	<input type="checkbox"/>					
5.2 Bequem, da die Anreise weg fällt (außer für die Hausarzttermine) – sonst ortsunabhängig	<input type="checkbox"/>					
5.3 Angst vor Stigmatisierung ist reduziert	<input type="checkbox"/>					
5.4 Anonymität	<input type="checkbox"/>					
5.5 Zeit zum Nachdenken; kein Druck sofort reagieren zu müssen	<input type="checkbox"/>					
5.6 Nutzung auch außerhalb von üblichen Sprechstundenzeiten möglich - zeitunabhängig	<input type="checkbox"/>					
5.7 Informationsmaterial kann zu einem günstigen Lernzeitpunkt bearbeitet werden	<input type="checkbox"/>					
5.8 Informationsmaterial kann mit flexiblem Tempo bearbeitet werden	<input type="checkbox"/>					
5.9 Soziale Barrieren (z. B. aufgrund äußerlicher Merkmale) fallen weg	<input type="checkbox"/>					
5.10 Hemmschwelle Hilfe aufzusuchen ist niedriger als in einer Gesprächstherapie	<input type="checkbox"/>					
5.11 Größere Offenheit und Aufrichtigkeit möglich	<input type="checkbox"/>					
5.12 keine Wartezeiten	<input type="checkbox"/>					
5.13 Geringe Kosten	<input type="checkbox"/>					
5.14 Hausarzt und Medizinische Fachangestellte sind zusätzliche Ansprechpartner	<input type="checkbox"/>					
Sonstiges:						
6. Welche <u>Nachteile</u> bietet aus Ihrer Perspektive die Nutzung der Embloom-Plattform? Mehrfachantworten sind möglich!						
6.1 Fehlende zeitliche Struktur kann aktive Patientenmitarbeit reduzieren	<input type="checkbox"/>					
6.2 Möglichkeiten des unmittelbaren Austauschs eingeschränkt	<input type="checkbox"/>					
6.3 Fehlen von Reflexion durch Mimik und Gestik in einem persönlichen Gespräch	<input type="checkbox"/>					
6.4 Verheimlichen bzw. Vermeiden schwieriger Themen leichter möglich	<input type="checkbox"/>					

<b>6.5</b>	Mehr Missverständnis in der Kommunikation möglich	<input type="checkbox"/>
<b>6.6</b>	Angemessene Reaktion in Krisensituationen nur eingeschränkt möglich	<input type="checkbox"/>
<b>6.7</b>	Internetnutzung als Voraussetzung	<input type="checkbox"/>
<b>6.8</b>	Abhängigkeit von Technik	<input type="checkbox"/>
<b>6.9</b>	Vertraulichkeit d. Daten durch Übertragung u. Speicherung d. Information gefährdet	<input type="checkbox"/>
<b>6.10</b>	Fehlende Chatfunktion mit Hausarzt, Medizinischen Fachangestellten, anderen Patienten	<input type="checkbox"/>
<b>6.11</b>	Fehlende Patientenhotline (24h)	<input type="checkbox"/>
<b>6.12</b>	Anonymität / geringe persönliche Kommunikation	<input type="checkbox"/>
<b>6.13</b>	Hausarzt und Medizinische Fachangestellte sind die einzigen Ansprechpartner	<input type="checkbox"/>
Sonstiges:		

Anlage 16: Fragebogen PAT T2, KG

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 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"/>
1.2 Ich glaube, dass mein Hausarzt mir hilft.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.3 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"/>
1.4 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"/>
1.5 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"/>

2. Bitte geben Sie für jede der folgenden Aussagen an, inwieweit Sie dieser zustimmen. Bitte in jeder Zeile <u>nur eine Antwort</u> ankreuzen!  0% = Überhaupt nicht 100% = Vollkommen	0% <span style="float: right;">100%</span>										
2.1 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"/>
2.2 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"/>
2.3 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"/>
2.4 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"/>
2.5 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"/>
2.6 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"/>
2.7 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"/>
2.8 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"/>
2.9 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"/>
2.10 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"/>

3. Bitte geben Sie für jede der folgenden Aussagen an, inwieweit Sie dieser zustimmen. Bitte in jeder Zeile <u>nur eine Antwort</u> ankreuzen!	stimm e voll zu	stimm e eher zu	teils/teils	stimm e eher	stimm e gar	weiß ich nicht
--	-----------------	-----------------	-------------	--------------	-------------	----------------

				nicht zu	nicht zu	
<b>3.1</b>	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"/>
<b>3.2</b>	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"/>
<b>3.3</b>	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"/>
<b>3.4</b>	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"/>
<b>3.5</b>	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"/>
<b>3.6</b>	Durch eine Online-Behandlung erwarte ich keine längerfristigen Effekte.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>3.7</b>	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"/>
<b>3.8</b>	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"/>
<b>3.9</b>	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"/>
<b>3.10</b>	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"/>
<b>3.11</b>	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"/>
<b>3.12</b>	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"/>
<b>3.13</b>	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"/>
<b>3.14</b>	Von der Nutzung einer Online-Behandlung würde ich meiner Familie / meinen Freunden / Bekannten eher erzählen als von einer Gesprächstherapie.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>3.15</b>	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"/>
<b>3.16</b>	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"/>
<b>3.17</b>	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"/>
<b>3.18</b>	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"/>
<b>3.19</b>	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"/>
<b>3.20</b>	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"/>



## Anlage 17: Interviewleitfaden HA IG

Themenkomplex	Erzählaufforderung	Unterfragen
<b>EINSTIEG</b>		
Motivation	Was waren Ihre Gründe an der PREMA-Studie teilzunehmen?	
<b>ERWARTUNGEN</b>		
Erwartungen	Welche Erwartungen hatten Sie zu Beginn der Studie?	<ul style="list-style-type: none"> <li>Was, glaubten Sie, würde sich für Ihren Praxisalltag verändern?</li> <li>Was, glaubten Sie, würde sich für die Arbeit Ihrer MFA verändern?</li> <li>Was, glaubten Sie, würde sich für Ihre Patient*innen verändern?</li> </ul>
<b>ABLAUF, UMSETZBARKEIT, MACHBARKEIT</b>		
Ablauf der Studie, Umsetzung, Machbarkeit	Wie ließ sich die Betreuung der Patient*innen des PREMA-Behandlungsprogramms in Ihren Praxisalltag in Bezug auf die Patientenversorgung integrieren?	<ul style="list-style-type: none"> <li>Was lief besonders gut?</li> <li>Gab es Situationen, die schwierig für Sie waren?</li> <li>Was denken Sie, woran lag es, dass dies nicht so gut lief?</li> </ul>
Ablauf der Studie, Umsetzung, Machbarkeit	Erzählen Sie doch mal, wie Sie das Programm in Ihrer Praxis umgesetzt haben.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Welcher Teil des PREMA-Behandlungsprogramms war für Sie am zeitintensivsten?</li> <li>Welcher Teil war am schwersten umzusetzen?</li> <li>Was hat dabei so viel Zeit eingenommen?</li> <li>Welcher Teil war am leichtesten umzusetzen?</li> </ul>
Ablauf der Studie, Umsetzung, Machbarkeit	<ul style="list-style-type: none"> <li>Fühlten Sie sich ausreichend informiert, um das PREMA-Behandlungsprogramm umzusetzen?</li> <li>Wie wurden Sie auf die Durchführung des PREMA-Behandlungsprogrammes vorbereitet?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Was hätten Sie sich anders gewünscht?</li> <li>Welche Informationen haben Ihnen gefehlt?</li> <li>Ggf. Haben Sie: den Studienordner verwendet? Die Schulungsvideos angeschaut?</li> <li>Hätten Sie sich mehr Unterstützung gewünscht? <ul style="list-style-type: none"> <li>Wenn ja, in welcher Form?</li> </ul> </li> </ul>
<b>ARZTTERMINE</b>		
Arzttermine (Ablauf, Umsetzbarkeit, Machbarkeit)	<p>Während der Studie hatten Sie regelmäßig Termine mit Patient*innen der Studie:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Erzählen Sie mir doch mal, wie das für Sie war?</li> <li>Erzählen Sie doch mal so einen typischen Ablauf eines Arzttermins?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Was war besonders positiv?</li> <li>Gibt es etwas, was Ihnen negativ in Erinnerung geblieben ist?</li> </ul>
<b>BEWERTUNG UND SCHULUNG DER EMBLOOM PLATTFORM</b>		
Bewertung der Online-Plattform Embloom	<p>Wenn Sie an die Online-Plattform Embloom denken:</p> <p>Wie ging es Ihnen mit der Handhabung der Online-Plattform Embloom?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Was lief gut?</li> <li>Welche technischen Schwierigkeiten haben Sie erlebt?</li> <li>Was hätten Sie sich anders gewünscht?</li> </ul>
Schulung der Online-Plattform Embloom	Was können Sie mir über die Einarbeitung / Schulung zur Online-Plattform Embloom sagen?	<ul style="list-style-type: none"> <li>Was lief gut?</li> <li>Welche negativen Erfahrungen haben Sie gemacht?</li> <li>Was hätten Sie sich anders gewünscht?</li> </ul>

## FÖRDERNDE UND HEMMENDE FAKTOREN

Fördernde Faktoren	Wenn Sie an das gesamte Behandlungsprogramm denken: Was aus Ihrer Sicht hat den Patient*innen am meisten geholfen?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Worauf führen Sie das zurück?</li> </ul>
Hemmende Faktoren	Wenn Sie an das gesamte Behandlungsprogramm denken: Was hat aus Ihrer Sicht den Patient*innen überhaupt nicht geholfen?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Worauf führen Sie das zurück?</li> <li>• Was hätten Sie sich anders gewünscht?</li> </ul>

## AKZEPTANZ UND BEWERTUNG DER INTERVENTION

Bewertung / Akzeptanz der Intervention (Rolle HA und MFA innerhalb der Studie)	Wie zufrieden sind Sie mit dem PREMA-Behandlungsprogramm im Großen und Ganzen?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Wie sehen Sie Ihre Rolle innerhalb des PREMA-Behandlungsprogramms?</li> <li>• Wie bewerten Sie die Rolle der MFA innerhalb des PREMA-Behandlungsprogramm?</li> <li>• Was könnte aus Ihrer Sicht anders gemacht werden?</li> </ul>
Umsetzung (Durchdringung), Ausmaß der Umsetzung der Intervention	Können Sie eine Aussage darüber treffen, für welche Patient*innen mit psychischen Erkrankungen das PREMA-Behandlungsprogramm hilfreich ist?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gibt es Patienten mit psychischen Erkrankungen bei denen Sie das PREMA-Behandlungsprogramm als ungeeignet sehen?</li> </ul>
Bewertung / Akzeptanz der Intervention	Mit Ihren jetzigen Erfahrungen, würden Sie das PREMA-Behandlungsprogramm weiterführen?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Wenn ja: Was gibt hierfür den Ausschlag?</li> <li>• Wenn nein: Was gibt hierfür den Ausschlag?</li> </ul>
Auswirkungen durch COVID-19 Pandemie	Hatte die COVID-19 Pandemie aus Ihrer Sicht einen Einfluss auf die Durchführung der Studie?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Wenn, ja: Welche konkreten Beispiele oder Situationen fallen Ihnen hierzu ein?</li> </ul>

## ABSCHLUSS

Abschluss	<p>Gibt es noch weitere Aspekte, die Sie ansprechen möchten, welche ich noch nicht erwähnt habe?</p> <p>Möchten Sie gerne noch etwas zu dem PREMA-Behandlungsprogramm sagen, was Ihnen wichtig erscheint?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vielen Dank für das Interview. Ihre Antworten werden uns sicher weiterhelfen.</li> </ul>
-----------	---	---



## Anlage 18: Interviewleitfaden MFA IG

Themenkomplex	Erzählaufforderung	Unterfragen
<b>EINSTIEG</b>		
Ablauf der Studie, Umsetzung, Machbarkeit	Wie ließ sich die Betreuung der Patient*innen des PREMA-Behandlungsprogramms in Ihren Praxisalltag in Bezug auf die Patientenversorgung integrieren?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Was lief besonders gut?</li> <li>• Gab es Situationen, die schwierig für Sie waren?</li> <li>• Was denken Sie, woran lag es, dass dies nicht so gut lief?</li> </ul>
<b>ABLAUF, UMSETZBARKEIT, MACHBARKEIT</b>		
Ablauf der Studie, Umsetzung, Machbarkeit	Erzählen Sie doch mal, wie Sie das Programm in Ihrer Praxis umgesetzt haben.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Welcher Teil des PREMA-Behandlungsprogramms war für Sie am zeitintensivsten?</li> <li>• Welcher Teil war am schwersten umzusetzen?</li> <li>• Was hat dabei so viel Zeit eingenommen?</li> <li>• Welcher Teil war am leichtesten umzusetzen?</li> </ul>
Ablauf der Studie, Umsetzung, Machbarkeit	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fühlten Sie sich ausreichend informiert, um das PREMA-Behandlungsprogramm umzusetzen?</li> <li>• Wie wurden Sie auf die Durchführung des PREMA-Behandlungsprogrammes vorbereitet?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Was hätten Sie sich anders gewünscht?</li> <li>• Welche Informationen haben Ihnen gefehlt?</li> <li>• Hätten Sie sich mehr Unterstützung gewünscht? <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Wenn ja, in welcher Form?</li> </ul> </li> </ul>
<b>MFA-TELEFONMONITORING</b>		
MFA-Telemonitoring (Ablauf, Umsetzbarkeit, Machbarkeit)	<p>Während der Studie hatten Sie regelmäßig Telefontermine mit Patient*innen der Studie:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Erzählen Sie mir doch mal, wie das für Sie war?</li> <li>• Erzählen Sie doch mal so einen typischen Ablauf so eines Telefontermines?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Was war besonders positiv?</li> <li>• Gibt es etwas, was Ihnen negativ in Erinnerung geblieben ist?</li> </ul>
MFA-Telemonitoring (Ablauf, Umsetzbarkeit, Machbarkeit, Probleme Terminfindung, Workarounds)	Wie hat die Terminfindung / -absprache geklappt?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Waren die Patient*innen erreichbar? <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Wenn nein, kennen Sie Gründe warum Sie nicht erreichbar waren?</li> </ul> </li> <li>• Welche Lösungen mussten Sie für eine erfolgreiche Durchführung der Telefonate finden?</li> <li>• Was ist Ihre Einschätzung: hat die COVID-19 Pandemie einen Einfluss auf die Durchführung der Telefonate gehabt?</li> <li>• Gibt es Themen, die Patient*innen eher mit der/dem HA besprechen wollen? <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Wenn ja, welche sind das?</li> </ul> </li> </ul>
<b>BEWERTUNG UND SCHULUNG DER EMBLOOM PLATTFORM</b>		
Bewertung der Online-Plattform Embloom	<p>Wenn Sie an die Online-Plattform Embloom denken:</p> <p>Wie ging es Ihnen mit der Handhabung der Online-Plattform Embloom?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Was lief gut?</li> <li>• Welche technischen Schwierigkeiten haben Sie erlebt?</li> <li>• Was hätten Sie sich anders gewünscht?</li> </ul>

Schulung der Online-Plattform Embloom	Was können Sie mir über die Einarbeitung / Schulung zur Online-Plattform Embloom sagen?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Was lief gut?</li> <li>• Welche negativen Erfahrungen haben Sie gemacht?</li> <li>• Was hätten Sie sich anders gewünscht?</li> </ul>
---------------------------------------	---	---

#### FÖRDERNDE UND HEMMENDE FAKTOREN

Fördernde Faktoren	Wenn Sie an das gesamte Behandlungsprogramm denken: Was aus Ihrer Sicht hat den Patient*innen am meisten geholfen?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Worauf führen Sie das zurück?</li> </ul>
Hemmende Faktoren	Wenn Sie an das gesamte Behandlungsprogramm denken: Was hat aus Ihrer Sicht den Patient*innen überhaupt nicht geholfen?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Worauf führen Sie das zurück?</li> <li>• Was hätten Sie sich anders gewünscht?</li> </ul>

#### AKZEPTANZ UND BEWERTUNG DER INTERVENTION

Bewertung / Akzeptanz der Intervention  (Rolle der MFA innerhalb der Studie)	Wie zufrieden sind Sie mit dem PREMA-Behandlungsprogramm im Großen und Ganzen?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Wie sehen Sie Ihre Rolle innerhalb des PREMA-Behandlungsprogramms?</li> <li>• Können Sie eine Aussage darüber treffen, ob Sie die*den Arzt*in eher unterstützen oder helfen Sie vor allem den Patient*innen?</li> <li>• Was könnte aus Ihrer Sicht anders gemacht werden?</li> </ul>
Bewertung / Akzeptanz der Intervention	Mit Ihren jetzigen Erfahrungen, würden Sie das PREMA-Behandlungsprogramm weiterführen?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Wenn ja: Was gibt hierfür den Ausschlag?</li> <li>• Wenn nein: Was gibt hierfür den Ausschlag?</li> </ul>
Auswirkungen durch COVID-19 Pandemie	Hatte die Covid-19 Pandemie aus Ihrer Sicht einen Einfluss auf die Durchführung der Studie?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Wenn, ja: Welche konkreten Beispiele oder Situationen fallen Ihnen hierzu ein?</li> </ul>

#### ABSCHLUSS

Abschluss	<p>Gibt es noch weitere Aspekte, die Sie ansprechen möchten, welche ich noch nicht erwähnt habe?</p> <p>Möchten Sie gerne noch etwas zu dem PREMA-Behandlungsprogramm sagen, was Ihnen wichtig erscheint?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vielen Dank für das Interview. Ihre Antworten werden uns sicher weiterhelfen.</li> </ul>
-----------	---	---

## Anlage 19: Interviewleitfaden PAT IG

Themenkomplex	Erzählaufforderung	Unterfragen
<b>EINSTIEG</b>		
Erwartungen	Aus welchem Grund haben Sie an der PREMA-Studie teilgenommen?	<ul style="list-style-type: none"> <li>Was waren Ihre Erwartungen zu Beginn der Teilnahme an der PREMA-Studie?</li> <li>Hatten Sie zu Beginn der Studie Bedenken, wenn ja, welche?</li> </ul>
Erfahrungen	Welche Erfahrungen haben Sie bisher mit Online-Anwendungen im Bezug auf ihre Erkrankung?	
	Wie war es für Sie, an der Studie teilzunehmen?	
<b>ARZTTERMINE</b>		
Arzttermine (Ablauf, Inhalt)	<p>Während des Behandlungsprogramms gab es ja zwischendurch immer wieder Arztkontakte:</p> <p>Erzählen Sie mir doch mal, wie das für Sie war?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Was fanden Sie besonders positiv?</li> <li>Gibt es etwas, was Ihnen negativ in Erinnerung geblieben ist?</li> <li>Was hätten Sie sich anders gewünscht?</li> </ul>
<b>BEWERTUNG UND AKZEPTANZ DER INTERVENTION</b>		
Bewertung / Akzeptanz der Intervention	Wie zufrieden sind Sie mit dem PREMA-Behandlungsprogramm im Großen und Ganzen?	<ul style="list-style-type: none"> <li>Was könnte aus Ihrer Sicht anders gemacht werden?</li> </ul>
<b>ABSCHLUSS</b>		
Abschluss	<p>Gibt es noch weitere Aspekte, die Sie ansprechen möchten, welche ich noch nicht erwähnt habe?</p> <p>Möchten Sie gerne noch etwas zu dem PREMA-Behandlungsprogramm sagen, was Ihnen wichtig erscheint?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Vielen Dank für das Interview. Ihre Antworten werden uns sicher weiterhelfen.</li> </ul>

## Anlage 20: Interviewleitfaden HA KG

Themenkomplex	Erzählaufforderung	Unterfragen
<b>EINSTIEG</b>		
Motivation	Was waren Ihre Gründe an der PREMA-Studie teilzunehmen?	
<b>ERWARTUNGEN</b>		
Erwartungen	Welche Erwartungen hatten Sie zu Beginn der Studie?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Was, glaubten Sie, würde sich für Ihren Praxisalltag verändern?</li> <li>• Was, glaubten Sie, würde sich für die Arbeit Ihrer MFA verändern?</li> <li>• Was, glaubten Sie, würde sich für Ihre Patient*innen verändern?</li> </ul>
<b>ABLAUF, UMSETZBARKEIT, MACHBARKEIT</b>		
Ablauf der Studie, Umsetzung, Machbarkeit	Wie viel Patient*innen konnten Sie in die Studie einschließen?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ggf. Was ist der Grund (Gründe) warum Sie nicht mehr Patient*innen eingeschlossen haben?</li> <li>• Hatte die Zuteilung in die Kontrollgruppe einen Einfluss?</li> <li>• Ggf. Warum haben Sie die Patient*innen dann nicht mehr betreut?</li> </ul>
Ablauf der Studie, Umsetzung, Machbarkeit	Wie war der Ablauf der Betreuung der Patient*innen, die Sie in die Studie eingeschlossen haben?  Hat sich in ihrem Praxisalltag durch die Teilnahme an der Studie etwas verändert?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fallen Ihnen konkrete Situationen ein?</li> <li>• Wie genau kann ich mir das vorstellen?</li> </ul>
Ablauf der Studie, Umsetzung, Machbarkeit	Fühlten Sie sich hinsichtlich des Ablaufs der Studie ausreichend informiert?  Fühlten Sie sich hinsichtlich der Umsetzung der Studie ausreichend informiert?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Was hätten Sie sich anders gewünscht?</li> <li>• Welche Informationen haben Ihnen gefehlt?</li> <li>• Haben Ihnen die hinterlegten Broschüren, Leitlinien auf Embloom etwas gebracht? <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Haben Sie diese überhaupt genutzt?</li> </ul> </li> <li>• Hätten Sie sich mehr Unterstützung gewünscht? <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Wenn ja, in welcher Form?</li> </ul> </li> </ul>
<b>ARZTTERMINE</b>		
Arzttermine  (Ablauf, Umsetzbarkeit, Machbarkeit)	Wie sah die Betreuung der Patient*innen im Rahmen der Studie konkret aus?  Erzählen Sie mir doch mal, wie das für Sie war?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Was war besonders positiv?</li> <li>• Gibt es etwas, was Ihnen negativ in Erinnerung geblieben ist?</li> </ul>
<b>BEWERTUNG UND SCHULUNG DER EMBLOOM PLATTFORM</b>		
Bewertung der Online-Plattform Embloom	Wenn Sie an die Online-Plattform Embloom denken:  Wie ging es Ihnen mit der Handhabung der Online-Plattform Embloom?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Inwiefern haben Sie das hinterlegte Material genutzt?</li> <li>• Welche technischen Schwierigkeiten haben Sie erlebt?</li> <li>• Was hätten Sie sich anders gewünscht?</li> </ul>
<b>AKZEPTANZ UND BEWERTUNG VERSORGUNG</b>		

<p>Bewertung / Akzeptanz der Intervention</p> <p>(Rolle HA und MFA innerhalb der Studie)</p>	<p>Wie zufrieden sind Sie mit der derzeitigen Versorgung von Patient*innen mit Depression oder Angst- / Panikstörungen im Hausarzt-Setting?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Wie sehen Sie Ihre Rolle als HA in Bezug auf die Patient*innenbetreuung?</li> <li>• Hat ihre MFA eine besondere Rolle in der Betreuung dieser Patient*innen-gruppe?</li> <li>• Wie bewerten Sie die Rolle der MFA im Rahmen der Patient*innenbetreuung?</li> <li>• Was könnte aus Ihrer Sicht anders gemacht werden?</li> </ul>
<p>Auswirkungen durch COVID-19 Pandemie</p>	<p>Hatte die Corona-Pandemie aus Ihrer Sicht einen Einfluss auf die Betreuung der Patient*innen im Rahmen der PREMA-Studie?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Wenn, ja: Welche konkreten Beispiele oder Situationen fallen Ihnen hierzu ein?</li> </ul>
	<p>Hatte die Corona-Pandemie aus Ihrer Sicht einen Einfluss auf die Umsetzung der PREMA-Studie?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Wenn, ja: Welche konkreten Beispiele oder Situationen fallen Ihnen hierzu ein?</li> </ul>
<p><b>ABSCHLUSS</b></p>		
<p>Abschluss</p>	<p>Gibt es noch weitere Aspekte, die Sie ansprechen möchten, welche ich noch nicht erwähnt habe?</p> <p>Möchten Sie gerne noch etwas zu dem PREMA-Behandlungsprogramm sagen, was Ihnen wichtig erscheint?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vielen Dank für das Interview. Ihre Antworten werden uns sicher weiterhelfen.</li> </ul>

## Anlage 21: Interviewleitfaden MFA KG

Themenkomplex	Erzählaufforderung	Unterfragen
<b>EINSTIEG</b>		
Motivation	Was waren Ihre Gründe an der PREMA-Studie teilzunehmen?	
<b>ERWARTUNGEN</b>		
Erwartungen	Welche Erwartungen hatten Sie zu Beginn der Studie?	<ul style="list-style-type: none"> <li>Was, glaubten Sie, würde sich für Ihren Praxisalltag verändern?</li> </ul>
<b>ABLAUF, UMSETZBARKEIT, MACHBARKEIT</b>		
Ablauf der Studie, Umsetzung, Machbarkeit	Wie viel Patient*innen konnten Sie in die Studie einschließen?	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ggf. Was ist der Grund (Gründe) warum Sie nicht mehr Patient*innen eingeschlossen haben?</li> <li>Hatte die Zuteilung in die Kontrollgruppe einen Einfluss?</li> <li>Ggf. Warum haben Sie die Patient*innen dann nicht mehr betreut?</li> </ul>
Ablauf der Studie, Umsetzung, Machbarkeit	Wie war der Ablauf der Betreuung der Patient*innen, die Sie in die Studie eingeschlossen haben?  Hat sich in ihrem Praxisalltag durch die Teilnahme an der Studie etwas verändert?	<ul style="list-style-type: none"> <li>Fallen Ihnen konkrete Situationen ein?</li> <li>Wie genau kann ich mir das vorstellen?</li> </ul>
Ablauf der Studie, Umsetzung, Machbarkeit	Fühlten Sie sich hinsichtlich des Ablaufs der Studie ausreichend informiert?  Fühlten Sie sich hinsichtlich der Umsetzung der Studie ausreichend informiert?	<ul style="list-style-type: none"> <li>Was hätten Sie sich anders gewünscht?</li> <li>Welche Informationen haben Ihnen gefehlt?</li> <li>Haben Ihnen die hinterlegten Broschüren, Leitlinien auf Embloom etwas gebracht? <ul style="list-style-type: none"> <li>Haben Sie diese überhaupt genutzt?</li> </ul> </li> <li>Hätten Sie sich mehr Unterstützung gewünscht? <ul style="list-style-type: none"> <li>Wenn ja, in welcher Form?</li> </ul> </li> </ul>
<b>(ARZT) TERMINE</b>		
(Arzt) Termine  (Ablauf, Umsetzbarkeit, Machbarkeit)	Wie sah die Betreuung der Patient*innen im Rahmen der Studie konkret aus?  Erzählen Sie mir doch mal, wie das für Sie war?	<ul style="list-style-type: none"> <li>Was war besonders positiv?</li> <li>Gibt es etwas, was Ihnen negativ in Erinnerung geblieben ist?</li> </ul>
<b>BEWERTUNG UND SCHULUNG DER EMBLOOM PLATTFORM</b>		
Bewertung der Online-Plattform Embloom	Wenn Sie an die Online-Plattform Embloom denken:  Wie ging es Ihnen mit der Handhabung der Online-Plattform Embloom?	<ul style="list-style-type: none"> <li>Inwiefern haben Sie das hinterlegte Material genutzt?</li> <li>Welche technischen Schwierigkeiten haben Sie erlebt?</li> <li>Was hätten Sie sich anders gewünscht?</li> </ul>
<b>AKZEPTANZ UND BEWERTUNG VERSORGUNG</b>		
Bewertung/Akzeptanz der Intervention  (Rolle HA und MFA innerhalb der Studie)	Wie zufrieden sind Sie mit der derzeitigen Versorgung von Patient*innen mit Depression oder Angst- / Panikstörungen im Hausarzt-Setting?	<ul style="list-style-type: none"> <li>Wie sehen Sie Ihre Rolle als MFA in Bezug auf die Patient*innenbetreuung?</li> <li>Was könnte aus Ihrer Sicht anders gemacht werden?</li> </ul>

Auswirkungen durch COVID-19 Pandemie	Hatte die Corona-Pandemie aus Ihrer Sicht einen Einfluss auf die Betreuung der Patient*innen im Rahmen der PREMA-Studie?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Wenn, ja: Welche konkreten Beispiele oder Situationen fallen Ihnen hierzu ein?</li> </ul>
	Hatte die Corona-Pandemie aus Ihrer Sicht einen Einfluss auf die Umsetzung der PREMA-Studie?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Wenn, ja: Welche konkreten Beispiele oder Situationen fallen Ihnen hierzu ein?</li> </ul>

**ABSCHLUSS**

Abschluss	<p>Gibt es noch weitere Aspekte, die Sie ansprechen möchten, welche ich noch nicht erwähnt habe?</p> <p>Möchten Sie gerne noch etwas zu dem PREMA-Behandlungsprogramm sagen, was Ihnen wichtig erscheint?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vielen Dank für das Interview. Ihre Antworten werden uns sicher weiterhelfen.</li> </ul>
-----------	---	---

## Anlage 22: Interviewleitfaden PAT KG

Themenkomplex	Erzählaufforderung	Unterfragen
<b>EINSTIEG</b>		
Erwartungen	Aus welchem Grund haben Sie an der PREMA-Studie teilgenommen?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Was waren Ihre Erwartungen zu Beginn der Teilnahme an der PREMA-Studie?</li> <li>• Hatten Sie zu Beginn der Studie Bedenken, wenn ja, welche?</li> </ul>
Erfahrungen	Welche Erfahrungen haben Sie bisher mit Online-Anwendungen im Bezug auf ihre Erkrankung?	
	Wie war es für Sie, an der Studie teilzunehmen?	
<b>ARZTTERMINE</b>		
Arzttermine  (Ablauf, Inhalt)	<p>Während des Behandlungsprogramms gab es ja zwischendurch immer wieder Arztkontakte:</p> <p>Erzählen Sie mir doch mal, wie das für Sie war?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Was fanden Sie besonders positiv?</li> <li>• Gibt es etwas, was Ihnen negativ in Erinnerung geblieben ist?</li> <li>• Was hätten Sie sich anders gewünscht?</li> </ul>
<b>BEWERTUNG UND AKZEPTANZ DER INTERVENTION</b>		
Bewertung / Akzeptanz der Intervention	Wie zufrieden sind Sie mit dem PREMA-Behandlungsprogramm im Großen und Ganzen?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Was könnte aus Ihrer Sicht anders gemacht werden?</li> </ul>
<b>ABSCHLUSS</b>		
Abschluss	<p>Gibt es noch weitere Aspekte, die Sie ansprechen möchten, welche ich noch nicht erwähnt habe?</p> <p>Möchten Sie gerne noch etwas zu dem PREMA-Behandlungsprogramm sagen, was Ihnen wichtig erscheint?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vielen Dank für das Interview. Ihre Antworten werden uns sicher weiterhelfen.</li> </ul>



## Anlage 23: Interviewleitfaden HA Drop-Out

Themenkomplex	Erzählaufforderung	Unterfragen
<b>EINSTIEG</b>		
Motivation	Was waren Ihre Gründe an der PREMA-Studie teilzunehmen?	
<b>ERWARTUNGEN</b>		
Erwartungen	Welche Erwartungen hatten Sie zu Beginn der Studie?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Was, glaubten Sie, würde sich für Ihren Praxisalltag verändern?</li> <li>• Was, glaubten Sie, würde sich für die Arbeit Ihrer MFA verändern?</li> <li>• Was, glaubten Sie, würde sich für Ihre Patient*innen verändern?</li> </ul>
<b>ABLAUF, UMSETZBARKEIT, MACHBARKEIT</b>		
Gründe fehlende Rekrutierung	Was waren die Gründe, warum Sie die Studie nicht wie geplant durchgeführt haben?	
	Was hat Ihnen gefehlt, dass Sie die Studie wie geplant durchführen konnten?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Worauf führen Sie das zurück?</li> <li>• Was hätten Sie sich anders gewünscht?</li> <li>• Welche Informationen haben Ihnen gefehlt?</li> <li>• Warum erfolgte keine Rekrutierung von Patient*innen?</li> </ul>
Ablauf der Studie, Umsetzung, Machbarkeit	Fühlten Sie sich hinsichtlich des Ablaufs der Studie ausreichend informiert?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Was hätten Sie sich anders gewünscht?</li> <li>• Welche Informationen haben Ihnen gefehlt?</li> <li>• Haben Ihnen die hinterlegten Broschüren, Leitlinien auf Embloom etwas gebracht? <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Haben Sie diese überhaupt genutzt?</li> </ul> </li> <li>• Hätten Sie sich mehr Unterstützung gewünscht? <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Wenn ja, in welcher Form?</li> </ul> </li> </ul>
	Fühlten Sie sich hinsichtlich der Umsetzung der Studie ausreichend informiert?	
	Haben Sie Verbesserungsvorschläge oder Anregungen für eine erfolgreiche Durchführung der Studie in den Hausarztpraxen?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Was könnte aus Ihrer Sicht anders gemacht werden?</li> </ul>
<b>EINFLUSS DURCH COVID-19 PANDEMIE</b>		
Auswirkungen durch COVID-19 Pandemie	Hatte die COVID-19 Pandemie aus Ihrer Sicht einen Einfluss auf die Betreuung der Patient*innen im Rahmen der PREMA-Studie?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Wenn ja: Welche konkreten Beispiele oder Situationen fallen Ihnen hierzu ein?</li> <li>• Denken Sie, dass sie unter anderen Umständen die Studie durchgeführt und umgesetzt hätten?</li> </ul>
<b>BEWERTUNG INTERVENTION</b>		
Bewertung PREMA-Behandlungsprogramm	Sehen Sie das PREMA-Behandlungsprogramm als geeignet für PAT mit psychischen Erkrankungen?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Worauf führen Sie das zurück?</li> </ul>
<b>ABSCHLUSS</b>		
Abschluss	<p>Gibt es noch weitere Aspekte, die Sie ansprechen möchten, welche ich noch nicht erwähnt habe?</p> <p>Möchten Sie gerne noch etwas zu dem PREMA-Behandlungsprogramm sagen, was Ihnen wichtig erscheint?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vielen Dank für das Interview. Ihre Antworten werden uns sicher weiterhelfen.</li> </ul>

Anlage 24: Zufriedenheit (Angemessenheit) aktuelle Behandlung, Einstellung zu neuen Behandlungsmethoden, PAT Teilstichprobe

	T0 (Baseline)			T2 (12 Monate)		
	IG (n = 25) <sup>3</sup>			IG (n = 25) <sup>4</sup>		
	Zustimmung	Teils / Teils	Geringe bis keine Zustimmung	Zustimmung	Teils / Teils	Geringe bis keine Zustimmung
... aktuelle Behandlung hilft bzgl. psychischen Erkrankung <sup>1</sup>	13	10	0	10	13	2
... HA hilft mir	20	3	0	20	4	1
... HA sieht und beurteilt Probleme ähnlich	21	2	0	20	5	0
... HA und ich gleiche Behandlungsziel	23	0	0	22	2	1
... nutzen neuartige Behandlungsmethode, die von Wissenschaftlern entwickelt wurde	18	5	0	19	4	2
... ausprobieren neuartige Behandlungsmethode, auch wenn anders als das, was HA normalerweise tut	15	7	1	14	6	5
... werde PREMA-Übungen zukünftig anwenden	- <sup>2</sup>	-	-	17	7	1

<sup>1</sup> Die jeweils vollständige Formulierung der Items sind dem Anhang zu entnehmen und sind in der Tabelle vereinfacht dargestellt.

<sup>2</sup> Item in dieser Gruppe bzw. Zeitpunkt nicht verwendet, da nicht sinnvoll.

<sup>3</sup> Je Item 2 fehlende Werte; <sup>4</sup> Es liegen keine fehlenden Werte vor.

Anlage 25: Erwartung und Zufriedenheit (Angemessenheit) Studienteilnahme / Behandlung, PAT Teilstichprobe

	<b>T0 (Baseline)</b> „Wie wichtig ist für Sie, durch Behandlung...zu sein / haben / können.“		<b>T2 (12 Monate)</b> „Die Behandlung in den letzten 12 Monaten hat mir geholfen...“	
	<b>IG (n = 25)<sup>2</sup></b>		<b>IG (n = 25)<sup>3</sup></b>	
	Zustimmung	Geringe bis keine Zustimmung	Zustimmung	Geringe bis keine Zustimmung
...mehr Interesse u. Freude <sup>1</sup>	22	1	7	17
...mehr Energie	22	1	8	16
...normalen Appetit	9	6	7	12
...besser konzentrieren	20	1	6	16
...mehr Selbstwertgefühl	18	2	8	15
...besser schlafen	19	2	4	16
...weniger niedergeschlagen	22	0	4	18
...mehr Lebensfreude	19	2	4	16
...keine Furcht vor Verschlechterung Krankheit	15	5	7	12
...normales Alltagsleben	20	1	6	16
...Alltag leistungsfähiger	21	0	6	15
...Angehörige u. Freunde weniger belasten	13	6	9	11
...Freizeitaktivitäten nachgehen	18	3	6	14
...Berufsleben führen	10	2	6	9
...mehr Kontakte mit Menschen	14	3	5	13
...mehr in Öffentlichkeit zeigen	9	6	4	11
...in Partnerschaft weniger belastet	13	3	4	13
...Sexualleben	10	5	4	11
...weniger Arzt- und Klinikbesuche	13	5	5	12
...weniger Zeitaufwand mit tägl. Behandlung	7	8	8	9
...weniger eigene Behandlungskosten	7	9	7	10
...weniger Nebenwirkungen	12	3	7	9
...klare Diagnose u Therapie	20	2	7	15
...Vertrauen in Therapie	18	3	10	12

<sup>1</sup> Die jeweils vollständige Formulierung der Items sind dem Anhang zu entnehmen und sind in der Tabelle vereinfacht dargestellt.

<sup>2</sup> Je Item variiert die Anzahl fehlender Werte von 2 bis 13; und <sup>3</sup> von 1 bis 10.