

Ergebnisbericht

(gemäß Nr. 14.1 ANBest-IF)

Konsortialführung:	Universität Leipzig
Förderkennzeichen:	01VSF19031
Akronym:	@ktiv_rollout
Projekttitel:	Wie kann Translation gelingen? Implementierung von selbsthilfestärkenden Online-Coaches in verschiedenen Behandlungssettings
Autoren:	Löbner, Margrit; Schwenke, Maria; Weitzel, Elena C.; Riedel-Heller, Steffi G.
Förderzeitraum:	1. Mai 2020 – 30. September 2023

Inhaltsverzeichnis

I.	Abkürzungsverzeichnis	3
II.	Abbildungsverzeichnis.....	3
III.	Tabellenverzeichnis	4
1.	Zusammenfassung.....	5
2.	Beteiligte Projektpartner.....	6
3.	Projektziele	7
3.1	Ziele und Fragestellungen/Hypothesen des Projekts	7
4.	Projektdurchführung.....	8
4.1	Projektbeschreibung	8
5.	Methodik	10
5.1	Darstellung des Studiendesigns	10
5.2	Zielpopulation	12
5.3	Ein- und Ausschlusskriterien	12
5.4	Stichprobe	12
5.5	Rekrutierung.....	13
5.6	Erhebungsinstrumente.....	16
5.7	Auswertungsmethoden.....	17
5.8	Studiendauer, Beobachtungszeitraum, Messzeitpunkte.....	19
6.	Projektergebnisse.....	20
7.	Diskussion der Projektergebnisse	33
8.	Verwendung der Ergebnisse nach Ende der Förderung	35
9.	Erfolgte bzw. geplante Veröffentlichungen	35

Akronym: @ktiv_rollout
Förderkennzeichen: 01VSF19031

9.1	Geplante Veröffentlichungen.....	35
9.2	Erfolgte Veröffentlichungen.....	36
10.	Literaturverzeichnis.....	37
11.	Anhang	39
12.	Anlagen.....	40

I. Abkürzungsverzeichnis

AP	Arbeitspaket
BfArM	Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte
DEGAM	Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin
DGPPN	Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde
DiGA	Digitale Gesundheitsanwendung
DNVF	Deutsches Netzwerk Versorgungsforschung e.V.
IMI	Internet- und mobilbasierte Anwendung
ISAP	Institut für Sozialmedizin, Arbeitsmedizin und Public Health
KWASA	Kompetenzzentrum Weiterbildung Allgemeinmedizin Sachsen
M	Meilenstein
MAXQDA	Software zur computergestützten qualitativen Daten- und Textanalyse
MW	Mittelwert
n	Anzahl
NPT	Normalization Process Theory
p	p-Wert
P-Fächer	Behandler:innen aus den Bereichen Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatische Medizin, Neurologie und Nervenheilkunde
SD	Standardabweichung
T0	Baseline-Befragung (vor Rollout)
T1	Follow-up Befragung/Nacherhebung (nach Rollout)
UZVF	Universitäres Zentrum für Versorgungsforschung, Medizinische Fakultät, Universität Leipzig
Q	Quartal

II. Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1 Überblick zum Ablauf der Projektdurchführung und der Arbeitspakete (AP)	9
Abbildung 2 Flow-Chart zur Rekrutierung von Teilnehmenden in AP6	15
Abbildung 3 Flowchart Prä-Post-Erhebung von Neuregistrierungsraten	17
Abbildung 4 Anzahl der Neuregistrierungen im Zeitverlauf	29

III. Tabellenverzeichnis

Tabelle 1 Überblick über die Konsortialführung und Kooperationspartner	6
Tabelle 2 Datenerhebung und Umsetzung der Arbeitspakete (AP).....	10
Tabelle 3 Zeitspannen der Erhebungen der Neuregistrierungsraten von moodgym	19
Tabelle 4 Soziodemografische Charakteristika der Gesundheitsexpert*innen in AP1.....	20
Tabelle 5 Empfehlungen für die Gestaltung von Informationsmaterial	24
Tabelle 6 Soziodemografische Charakteristika der Gesundheitsexperten/-innen in AP3.....	25
Tabelle 7 Übersicht über praktikable Vermittlungswege im Rollout.....	28

1. Zusammenfassung

Hintergrund: Selbsthilfestärkende Online-Coaches stellen eine wirksame Behandlungskomponente bei psychischen Erkrankungen dar. Obwohl ihre Wirksamkeit und Nutzungsakzeptanz bereits in einer Vielzahl von Studien belegt wurde, werden sie in der Routineversorgung bisher noch selten genutzt. Das Ziel der vorliegenden Studie war die Entwicklung einer wiederholt nutzbaren und allgemein gültigen Disseminations- und Implementierungsstrategie für selbsthilfestärkende Online-Coaches für verschiedene Leistungsanbieter in unterschiedlichen Behandlungssettings. Beispielhaft erfolgte dies am bundesweiten Rollout von moodgym, einem internetbasierten Selbstmanagementprogramm zur Linderung depressiver Symptome.

Methodik: Die Studie folgte einem Mixed-Methods-Design. Im ersten Teil des Projekts (AP1, AP2, AP3) wurden Profile der Nutzungsbereitschaft von Online-Coaches erstellt mithilfe von qualitativen Interviews verschiedener Behandlergruppen von Menschen mit psychischen Erkrankungen (Hausärzt:innen, Fachärzt:innen (P-Fächer), Psychotherapeut:innen, Klinikärzt:innen und deren Teams). Darauf aufbauend erfolgte die Entwicklung und Evaluation von Informationsfilmen sowie die Ermittlung von geeigneten Vermittlungswegen. Im zweiten Teil des Projekts (AP4, AP5) erfolgte die Planung und Implementierung eines bundesweiten Rollouts zur Verbreitung der zielgruppenspezifischen Informationsmaterialien zur Beispielintervention moodgym. Im dritten Teil des Projekts (AP6, AP7) erfolgte die Evaluation des Implementierungserfolgs anhand von Neuregistrierungsraten sowie einer quantitativen schriftlichen Befragung (T0: vor Rollout, T1: nach Rollout). Abschließend wurde eine Roadmap zur Implementierung von Online-Coaches in klassische Behandlungskontexte erstellt.

Ergebnisse: Im Rahmen von N=21 qualitativen Interviews wurden Bedarfe, Vorteile, Anwendungsmöglichkeiten von Online-Coaches zur Behandlungsunterstützung identifiziert (AP1). Basierend auf den vier Nutzungsprofilen wurden zielgruppenspezifische Informationsfilme, sowie spezifisches Informationsmaterial (z.B. Flyer, Webinare) für die jeweilige Behandlergruppe entwickelt (AP2). Die Informationsfilme wurden im Rahmen von N=14 qualitativen Interviews evaluiert und geeignete Vermittlungswege für das Rollout spezifiziert (AP3). Es erfolgte die Planung (AP4) und Umsetzung (AP5) des bundesweiten Rollouts mithilfe der identifizierten Vermittlungswege: (1) Versand von Informationsmaterial, (2) Weiterbildungsangebote, (3) Newsletter, (4) Fachzeitschriften, (5) Fachkongresse, (6) digitale Bereitstellung der Informationsmedien und (7) Lehrveranstaltungen. Im Rahmen der Evaluation des Implementierungserfolgs (AP6) wurden N=425 Behandler:innen befragt (T0). Die Responserate zu T1 betrug 79% (N=335). 65,6 % waren weiblich und wiesen ein mittleres Alter von 47,7 (SD = 11,0) Jahren auf. 83,8% hatten zu T0 bereits von E-Mental-Health-Programmen gehört, gut bzw. sehr gut informiert fühlten sich lediglich 11,6%. 28,5% hatten zur Baseline ein E-Mental-Health-Programm empfohlen. Als Barrieren für den Einsatz wurden insbesondere unzureichende Kenntnisse (76,0%) und fehlende Informationsmaterialien (43,7%) angegeben. Der praktische Einsatz von E-Mental Health Programmen war nach einem Jahr auf 40,0% gestiegen. Signifikant mehr Behandler:innen gaben im Zeitverlauf an, von der Beispielintervention moodgym gehört zu haben (43,8% vs. 25,2%, $p < 0,001$), in Bezug auf die Nutzung des Online-Coaches war kein signifikanter Unterschied zu verzeichnen ($p = 0,118$). Die Neuregistrierungen pro Quartal waren während des Rollouts deutlich höher. Während der Interimsmessung 2 lagen sie mit einem Zuwachs von 60,1% am höchsten. Nach Beendigung des Rollouts waren die Neuregistrierungen pro Quartal immer noch um 11,4 % höher als vor dem Rollout. Die erarbeitete Roadmap (AP7) wurde abschließend auf der neuen Wissensplattform INA digital zur Verfügung gestellt.

Diskussion: Zur Implementierung von selbsthilfestärkenden Online-Coaches in verschiedene Behandlungssettings sind spezifische Strategien erforderlich. Die entwickelte allgemeingültige

Disseminations- und Implementierungsstrategie ist vielseitig anwendbar und trägt so zu einer besseren Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen bei.

2. Beteiligte Projektpartner

Tabelle 1 Überblick über die Konsortialführung und Kooperationspartner

Einrichtung/Institut	Name	Verantwortlichkeit/Rolle
Institut für Sozialmedizin, Arbeitsmedizin und Public Health (ISAP), Medizinische Fakultät, Universität Leipzig	Prof. Dr. med. Steffi Riedel-Heller, MPH	Projektleitung
Institut für Sozialmedizin, Arbeitsmedizin und Public Health (ISAP), Medizinische Fakultät, Universität Leipzig	PD Dr. rer. med. habil. Margrit Löbner, Dipl.-Psych.	Co-Leitung
Institut für Sozialmedizin, Arbeitsmedizin und Public Health (ISAP), Medizinische Fakultät, Universität Leipzig	Dr. phil. Alexander Pabst, Dipl.-Psych.	Methodiker/ Expertise in Biometrie
AOK Bundesverband	Martin Litsch	Kooperationspartner (fachliche Beratung)
eHubHealth	Kylie Bennett	Kooperationspartner (Bereitstellung der Neuregistrierungsraten AP6)
DGPPN – Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde	Andreas Heinz	Kooperationspartner (Unterstützung Rollout AP5)
KWASA – Kompetenzzentrum Weiterbildung Allgemeinmedizin Sachsen	Prof. Dr. med. Dr. phil. Thomas Mundt	Kooperationspartner (Unterstützung Rollout AP5)
DNVF – Deutsches Netzwerk Versorgungsforschung e.V.	Prof. Dr. med. Martin Heinze	Kooperationspartner (Unterstützung Rollout AP5)
UZVF – Universitäres Zentrum für Versorgungsforschung, Medizinische Fakultät, Universität Leipzig	Prof. Dr. med. Steffi G. Riedel-Heller, MPH	Kooperationspartner (Unterstützung Rollout AP5)
DEGAM – Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin	Prof. Dr. med. Erika Baum	Kooperationspartner (Unterstützung Rollout AP5)

Ansprechpartnerin für das Projekt:

Priv.-Doz. Dr. rer. med. habil. Margrit Löbner
Universität Leipzig, Medizinische Fakultät
Institut für Sozialmedizin, Arbeitsmedizin und Public Health (ISAP)
Philipp-Rosenthal-Straße 55
04103 Leipzig
Tel.: 0341-97-24591
E-Mail: Margrit.Loebner@medizin.uni-leipzig.de

3. Projektziele

3.1 Ziele und Fragestellungen/Hypothesen des Projekts

Selbsthilfestärkende Online-Coaches sind wirksame Interventionen zur Behandlungsunterstützung bei einer Vielzahl von psychischen Erkrankungen. Obwohl die Wirksamkeit von Online-Coaches sowie die generelle Nutzungsbereitschaft aus der Perspektive von Patient:innen und Expert:innen bestätigt ist (1) sowie fachliche Leitlinien zur Behandlung von psychischen Störungen Online-Coaches als sinnvolle Ergänzung zu herkömmlichen Therapien empfehlen, finden entsprechende internet- und computerbasierte Interventionen noch zu selten Eingang in die Routinebehandlung von Patient:innen (2). Dies kann zu einem wesentlichen Teil auf die mangelnde Kenntnis von Onlineberatungsangeboten zurückgeführt werden (3). Dabei kommt den verschiedenen Leistungserbringergruppen bei der Behandlung psychischer Erkrankungen (Hausärzt:innen, niedergelassene Fachärzt:innen, Psychotherapeut:innen, Klinikärzt:innen) eine wichtige Funktion zu, denn sie empfehlen nicht nur Behandlungsoptionen, sondern haben auch eine wichtige Funktion hinsichtlich gesundheits- und behandlungsbezogener Einstellungen gegenüber neuen Interventionen, wie z.B. Online-Coaches (4). Damit die evidenzbasierten Interventionen in der Breite der Versorgung integriert werden können, bedarf es Implementierungsstrategien, die geeignete Disseminationswege zur Vermittlung von Online-Coaches an die Behandler:innen aufzeigen. Dadurch werden die Zugangsmöglichkeiten zu solchen Interventionen deutlich erhöht, was langfristig zu einer verbesserten Versorgung von Personen, die an einer psychischen Erkrankung leiden, beiträgt.

Das vorliegende Projekt entwickelt eine Dissemination- und Implementierungsstrategie für selbsthilfestärkende Online-Coaches für verschiedene Leistungserbringer:innen in unterschiedlichen Behandlungssettings. Beispielhaft erfolgt dies am bundesweiten Rollout von moodgym. Moodgym ist ein wirksamer und kostenfreier Online-Coach für Menschen mit leichten bis mittleren depressiven Symptomen

Forschungsfragen:

- 1) Welche Barrieren, welche Gelingensfaktoren und welche offenen Fragen formulieren Leistungserbringer in unterschiedlichen Behandlungssettings (A) Hausärzt:innen, B) niedergelassene Fachärzt:innen (P-Fächer), C) Psychotherapeut:innen, D) Klinikärzt:innen und deren Teams (P-Fächer)) hinsichtlich des Einsatzes selbsthilfestärkender Online-Coaches im Rahmen der Behandlung?
- 2) Wie können diese Aspekte zielgruppenspezifisch in eine moderne Informationsvermittlung einfließen?
- 3) Wie ist die Akzeptanz von zielgruppenspezifischen Informationsfilmen bei den jeweiligen Leistungserbringergruppen?
- 4) Welche geeigneten Wege der breiten bundesweiten Dissemination oder Vermittlung an die Leistungserbringergruppen können identifiziert werden?

- 5) Welche Vermittlungswege erweisen sich in einem bundesweiten Rollout als praktikabel?
- 6) Welche Implementierungsrate kann durch die vorgeschlagenen zielgruppenspezifischen Vermittlungswege erreicht werden? Gibt es Hinweise auf Determinanten einer erfolgreichen Implementierung?
- 7) Wie kann eine allgemeingültige Roadmap zur Implementierung von selbsthilfestärkende Online-Coaches für verschiedene Leistungsanbieter in unterschiedlichen Behandlungssettings abgeleitet werden?

Arbeitshypothese:

Durch eine partizipativ entwickelte und passgenau zugeschnittene Implementierungsstrategie für verschiedene Leistungsanbieter können evidenzbasierte, selbsthilfestärkende Online-Coaches ein fester Behandlungsbaustein in verschiedenen Behandlungssettings werden und ihr positives Potenzial für die Patient:innen entfalten. Dies wird am Beispiel der Implementierung von moodgym gezeigt. Moodgym, ein evidenzbasierter und kostenfreier Online-Coach, kann bundesweit erfolgreich in verschiedene Behandlungssettings als Zusatzbaustein der Behandlung implementiert werden. Damit wird die Versorgung depressiver Patient:innen in Hausarzt- und Facharztpraxen, in Psychotherapiepraxen und in Kliniken verbessert.

4. Projektdurchführung

4.1 Projektbeschreibung

Das Projekt zielte darauf ab, mittels eines sequentiellen qualitativ-quantitativen Mixed-Methods-Designs, beispielhaft für den Online-Coach moodgym, internetbasierte Programme bundesweit in klassische Behandlungskontexte zu implementieren. *Abbildung 1* gibt einen Überblick über den Ablauf der Projektdurchführung sowie den Inhalten der Projektphasen.

Im **ersten Teil des Projekts (AP1, AP2, AP3)** wurden Profile der Nutzungsbereitschaft und Akzeptanz von Online-Coaches erstellt mithilfe von qualitativen Interviews verschiedener Behandlergruppen von Menschen mit psychischen Erkrankungen (Hausärzt:innen, Fachärzt:innen (P-Fächer), Psychotherapeut:innen, Klinikärzt:innen und deren Teams). Darauf aufbauend erfolgte die Entwicklung und Evaluation von Informationsfilmen sowie die Ermittlung von geeigneten Vermittlungswegen

In **zweiten Teil des Projekts (AP4, AP5)** wurde das bundesweite Rollout von moodgym geplant und durchgeführt. Die Durchführung des Rollouts erfolgte über sieben verschiedene Vermittlungswege: (1) Versand von Informationsmaterial, (2) Weiterbildungsangebote, (3) Newsletter, (4) Beiträge in Fachzeitschriften, (5) Beiträge bei Fachkongressen, (6) digitale Bereitstellung der Informationsmedien und (7) Lehrveranstaltungen.

In **dritten Teil des Projekts (AP6, AP7)** wurde das Rollout mittels zweier Zielgrößen evaluiert. Zum einen erfolgte eine quantitative Befragung der Leistungserbringer:innen zu Erfahrungen mit Online-Coaches vor und nach dem bundesweiten Rollout. Zum anderen wurden die Anzahl der Neuregistrierungen von moodgym vor, während und nach dem bundesweiten Rollout erfasst. Die aus dem Implementierungserfolg abgeleitete Strategie wurde in Form einer allgemeingültigen Handlungsanleitung (Roadmap) verfügbar gemacht.

Zur Gewährleistung von offenen Schnittstellen und **Interoperabilität** bei E-Health-Lösungen wurden im vorliegenden Projekt nachfolgende Maßnahmen umgesetzt. Es erfolgte eine Eintragung zum Projekt @ktiv_rollout in das Interoperabilitätsverzeichnis (vesta Informationsportal) am 06.05.2022. Am 23.11.2023 erfolgte die Migration der Projektinformationen vom vesta Informationsportal zum Nachfolger des Verzeichnisses ([Wissensplattform INA](#)).

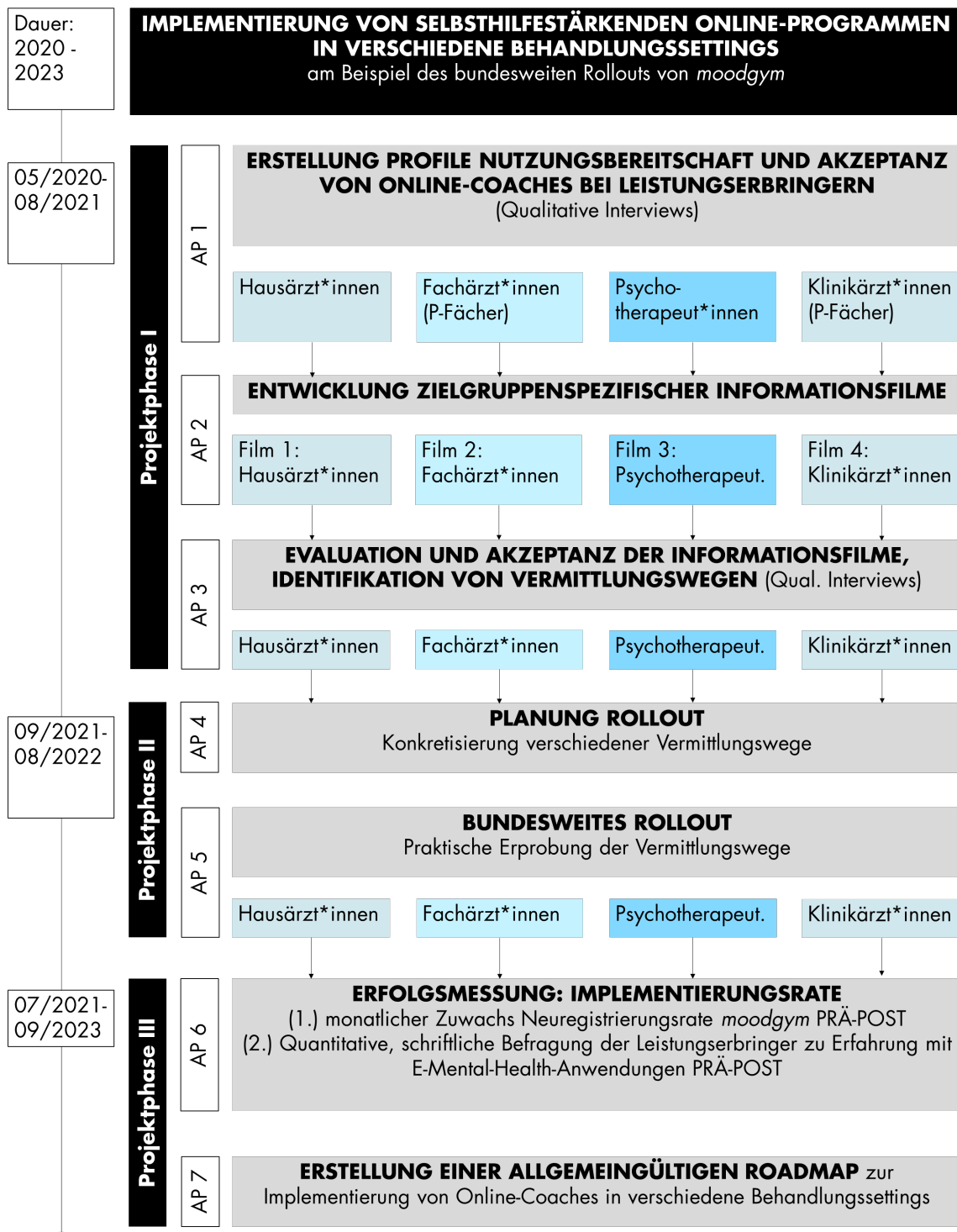


Abbildung 1 Überblick zum Ablauf der Projektdurchführung und der Arbeitspakete (AP)

5. Methodik

5.1 Darstellung des Studiendesigns

Das vorliegende Projekt kombinierte im Rahmen eines Mixed-Methods Ansatz qualitative und quantitative Forschungsansätze in sieben Arbeitspaketen. Das Projekt zielte darauf ab, mittels eines sequentiellen qualitativ-quantitativen Designs, beispielhaft für den Online-Coach moodgym, internetbasierte Programme bundesweit in klassische Behandlungskontexte zu implementieren. Tabelle 2 gibt einen Überblick über die Methoden der Datenerhebung sowie Umsetzung der Aufgaben in den jeweiligen Arbeitspaketen. Die Datenerhebung erfolgt durch geschultes wissenschaftliches Studienpersonal. Die Daten wurden unter Berücksichtigung geltender Datenschutzrichtlinien erfasst und gespeichert.

Tabelle 2 Datenerhebung und Umsetzung der Arbeitspakete (AP)

Arbeitspakete	Datenerhebung / Umsetzung
AP 1 Nutzungsbereitschaft und Akzeptanz von Online-Coaches	Zur Untersuchung der Nutzungsbereitschaft und Akzeptanz von Online-Coaches und der Identifikation von geeigneten Vermittlungswegen wurden insgesamt N= 21 qualitative Telefoninterviews mit Teilnehmer:innen aus den 4 Leistungserbringergruppen (in Anlehnung an (5)) durchgeführt. Qualitative Interviews sind eine etablierte Methode, um subjektbezogen individuelle Sichtweisen, Einstellungen, Motive und Bedürfnisse zielgruppengerecht zu untersuchen (6). Alle qualitativen Interviews wurden als Audiodatei aufgezeichnet, transkribiert und mit MAXQDA auf der Basis qualitativer Inhaltsanalysen nach Mayring und der zugrundeliegenden Methodik (7) analysiert.
AP 2 Entwicklung Informationsfilme	Es wurden N=4 zielgruppenspezifische Erklärfilme für die jeweilige Behandlergruppe (Hausärzt:innen, Fachärzt:innen (P-Fächer), Psychotherapeut:innen, Klinikärzt:innen und deren Teams) entwickelt. Die Konzeption und technische Umsetzung der vier animierten Informationsfilme zur Beispielintervention <i>moodgym</i> orientierte sich an dem bereits vorhanden Kurzfilm für Patient:innen (www.moodgym.de/). Es erfolgte die Rekrutierung von N=1 Expertin aus Wissenschaft und Praxis für die Durchführung von N=4 Real-Interviews, welche als ein Baustein in den jeweiligen Info-Film eingefügt wurden.
AP 3 Evaluation und Akzeptanz der Infofilme	Zur Evaluation der entwickelten Informationsfilme wurden qualitative Interviews mit N=14 Teilnehmer:innen aus den 4 Leistungserbringergruppe (in Anlehnung an (8)) durchgeführt. Die qualitativen Telefoninterviews wurden mit Hilfe von teilstandardisierten Leitfadeninterviews durchgeführt, die mittels Audiodatei aufgezeichnet wurden. Für die Durchführung des Leitfadeninterviews lag dem Interviewer ein Leitfaden mit einem festen Katalog von offenen Fragen und Nachfragen, die durch erklärende Zusatzfragen frei ergänzt werden konnten, zugrunde (9). Die Transkription der Gesprächsinhalte und die sich

Arbeitspakete	Datenerhebung / Umsetzung
AP 4 Planung Rollout	anschließende qualitative Inhaltsauswertung erfolgte auf der Basis etablierter Verfahren, wie der induktiven Kategorienbildung in Anlehnung an Mayring (7). Auf Basis der in den vorangegangenen Arbeitspaketen ermittelten Vermittlungswege wurde eine für die 4 Leistungserbringergruppe geeignete Strategie festgelegt werden, um die Informationsfilme und weitere Informationsmaterialien zu verbreiten.
AP 5 Bundesweites Rollout	Die Dissemination an die 4 Leistungserbringergruppen erfolgte über die ermittelten Wege aus AP1/AP3 (Versand von Informationsmaterial, Weiterbildungsangebote, Newsletter, Beiträge in Fachzeitschriften, Beiträge bei Fachkongressen, digitale Bereitstellung der Informationsmedien und Lehrveranstaltungen) unter Nutzung der bestehender haus- und fachärztlichen Netzwerke, Klinik-Verteiler, Kooperation mit Fachgesellschaften, ärztlichen und psychotherapeutischen Registern.
AP 6 Erfolgsmessung: Implementierungsrate	Arbeitspaket 6 umfasste die Evaluation des Implementierungserfolgs mittels zweier Zielgrößen (1.) Anzahl der Neuregistrierungen 3 Monate <i>vor</i> (PRÄ) und 3 Monate <i>nach</i> dem Rollout (POST), sowie zu (2.) Erhebung der Erfahrungen der Leistungserbringer mit Online-Coaches. Zu (1.) Bereitstellung der Anzahl der Neuregistrierungen bei <i>moodgym</i> pro Quartal durch ehubHealth (PRÄ: 3 Monate vor Rollout; 4x Interimsmessungen; POST: 3 Monate nach Abschluss Rollout) Zu (2.) eine quantitative, schriftliche Befragung zu T0 (vor Rollout) und T1 (direkt nach Rollout) für N=425 Personen der Leistungserbringergruppen exemplarisch für Sachsen und angrenzende Bundesländer (in Anlehnung an (10)). <i>Themengebiete der schriftlichen Befragung:</i> <ul style="list-style-type: none">- E-Health literacy (Wissen über <i>moodgym</i> und andere Programme)- Aktuelle Nutzung von <i>moodgym</i> oder anderen Programmen in der Praxis- Einstellung zur Nutzung von internetbasierten Selbstmanagementprogrammen (Vorteile, Nachteile, Barrieren, Chancen)- Implementierungserfolg und Nutzungsakzeptanz in Anlehnung an die Normalization Process Theory (NPT) nach May und Finch (2009) (11)- Soziodemografische Daten (Alter, Geschlecht, Berufsbezeichnung)
AP 7 Erstellung einer allgemeingültigen Roadmap	Überführung der identifizierten Arbeitsschritte in eine allgemeingültige Strategie: AP7 umfasste die Erstellung einer Roadmap, die eine Handlungsanleitung für eine erfolgreiche Implementierungsstrategie von

Arbeitspakete	Datenerhebung / Umsetzung
	internetbasierten Interventionen bietet. Eingearbeitet wurden die identifizierten Maßnahmen und Vermittlungswege, die in den vorangegangenen qualitativen (AP1 und AP3) und quantitativen (AP6) Arbeitspaketen erarbeitet wurden. Ebenso flossen praktische Erfahrungen aus dem bundesweiten Rollout (AP5) mit ein. Die Roadmap ist somit Ergebnis eines Prozesses unter Beteiligung von Leistungserbringer:innen aus unterschiedlichen Behandlungssettings im Rahmen des Projektes @ktiv_rollout. Hierbei wurden mithilfe von qualitativen Telefoninterviews sowie einer quantitativen Befragung Erfahrungen mit selbsthilfestärkenden internetbasierten Programmen, geeignete Vermittlungswege sowie förderliche und hinderliche Faktoren der Implementierung erhoben.

5.2 Zielpopulation

Die Zielpopulation in der vorliegenden Studie umfasste Personen aus den vier Leistungserbringergruppen: (A) Hausärzt:innen, (B) niedergelassene Fachärzt:innen (P-Fächer, (C) Psychotherapeut:innen, (D) Klinikärzt:innen und deren Teams (P-Fächer). Diese umfassen relevante Behandler:innen von Menschen mit psychischen Erkrankungen.

5.3 Ein- und Ausschlusskriterien

Einschlusskriterien der Teilnehmenden war eine aktive Tätigkeit als (A) Hausärzt:in, (B) niedergelassene Fachärzt:in (P-Fächer=Psychiatrie & Psychotherapie, Nervenheilkunde, Psychosomatik), (C) Psychotherapeut:in, (D) Klinikärzt:in und deren Teams (P-Fächer). Als Ausschlusskriterien wurde das Vorliegen einer Berentung formuliert.

5.4 Stichprobe

Arbeitspaket 1 – qualitative Interviews:

Durchgeführt wurden N=21 telefonisch qualitative Interviews mit Behandler:innen der 4 Leistungserbringergruppen: Hausärzt:innen (N=6), ambulanten Psychotherapeut:innen (N=5), ambulanten Fachärzt:innen (P-Fächer) (N=5) und Klinikärzt:innen und deren Teams (N=5). Die anvisierte Fallzahl von N=20 konnte erreicht werden. In der Gruppe der Hausärzt:innen wurde ein Interview mehr durchgeführt zugunsten einer ausreichenden inhaltlichen Sättigung bezüglich der Interviewinhalte.

Arbeitspaket 2 – Experteninterview Film:

Für das Einspielen von N=4 Real-Interviews wurde eine Gesundheitsexpert*in mit praxisrelevanter und wissenschaftlicher Expertise rekrutiert, die relevante Fragen für die vier Leistungserbringergruppen beantwortete. Die Gesundheitsexpert*in ging in den vier Interviews auf die zielgruppenspezifischen Fragen der einzelnen Leistungserbringergruppen und auf die verschiedenen Behandlungssettings ein. Die vier Interviews wurden dann passend für jede Zielgruppe in den jeweiligen Informationsfilm der Leistungserbringergruppe eingebaut.

Arbeitspaket 3 – qualitative Interviews:

Mithilfe telefonischer qualitativer Interviews mit insgesamt N=14 Teilnehmenden wurden die in Arbeitspaket 2 erstellten Informationsfilme evaluiert. Die Interviews verteilten sich wie folgt auf die 4 Leistungserbringergruppen: N=4 Hausärzt:innen, N=4 Psychotherapeut:innen, N=3 niedergelassenen Fachärzt:innen (P-Fächer) und N=3 Klinikärzt:innen und deren Teams (P-Fächer). In der Gruppe der Hausärzt:innen und Psychotherapeut:innen wurden je ein Interview mehr durchgeführt zugunsten einer ausreichenden inhaltlichen Sättigung bezüglich der Interviewinhalte.

Arbeitspaket 6 – quantitative Befragung:

In Anlehnung an eine Studie von Baumeister et al. (10) zur Messung des Implementierungserfolgs von Patientenvideos wurden ursprünglich pro Leistungserbringergruppe N=52 Studienteilnehmer:innen geplant. Unter Annahme einer Drop-out Rate von ca. 50% sollte die initiale Stichprobe (T0) N=400 Studienteilnehmer:innen (N=100 pro Leistungserbringergruppe) betragen. Zu T0 konnte die anvisierte Fallzahl erreicht werden. Insgesamt nahmen N=425 Personen teil (siehe auch Flow-Chart in Abbildung 2), verteilt wie folgt auf die 4 Leistungserbringergruppen: N=107 Hausärzt:innen, N=102 Psychotherapeut:innen, N=114 niedergelassene Fachärzt:innen (P-Fächer=Psychiatrie & Psychotherapie, Nervenheilkunde, Psychosomatik) und N=102 Klinikärzt:innen und deren Teams (P-Fächer).

Zur Nachbefragung (T1) lag die angestrebte Anzahl an Studienteilnehmenden bei N=208. Insgesamt wurden N=335 Follow-up Fragebögen zurückgesandt. Damit beträgt die Rücklaufquote 79 % und liegt somit deutlich über dem erwarteten Rücklauf. Es ergibt sich folgende Aufteilung auf die vier Leistungserbringergruppen: N=77 Hausärzt:innen, N=84 Psychotherapeut:innen, N=96 niedergelassene Fachärzt:innen (P-Fächer=Psychiatrie & Psychotherapie, Nervenheilkunde, Psychosomatik) und N=78 Klinikärzt:innen und deren Teams (P-Fächer).

5.5 Rekrutierung

Arbeitspaket 1 – qualitative Interviews:

Rekrutierungsregion: Sachsen

Rekrutierungszeitraum bzw. -dauer: Q2 2020 - Q3 2020 (4 Monate)

Rekrutierungsstrategie: Die Rekrutierung erfolgte über ein bestehendes Netzwerk von Haus- und Fachärzt:innen des ISAP, über Kooperationen mit Fachgesellschaften (z.B. DGPPN, DEGAM, DNVF, KWASA), Nutzung von Klinik-Verteilern und Qualitätszirkeln niedergelassener Ärzt:innen. Bei der Zusammenstellung der einzelnen Studienteilnehmer:innen wurde gezielt auf relevante Merkmale geachtet (Geschlecht, Alter, Urbanität (Stadt/Land), Technikaffinität) und die Merkmale mittels eines Kurzfragebogens erhoben (Anlagen 2 - 5). Eine Aufwandsentschädigung in Höhe von insgesamt 100,00€ wurde als Incentive eingesetzt. Zur Informationsvermittlung wurden Rekrutierungsflyer erstellt (Anlage 6).

Arbeitspaket 2 – Experteninterview für Film:

Rekrutierungsregion: Sachsen

Rekrutierungszeitraum bzw. -dauer: Q4 2020 - Q1 2021 (2 Monate)

Rekrutierungsstrategie: Rekrutierung einer Expertin, die über fundierte wissenschaftliche und praktische Erfahrungen im Gebiet psychische Erkrankungen und E-Mental-Health verfügt

Arbeitspaket 3 – qualitative Interviews:

Rekrutierungsregion: Sachsen

Rekrutierungszeitraum bzw. -dauer: Q1 2021 - Q2 2021 (4 Monate)

Rekrutierungsstrategie: Die Rekrutierung erfolgte über ein bestehendes Netzwerk von Haus- und Fachärzt:innen der Antragstellerin (ISAP), über Kooperationen mit Fachgesellschaften

Akronym: @ktiv_rollout
Förderkennzeichen: 01VSF19031

(z.B. DGPPN, DEGAM, DNVF, KWASA), Nutzung von Klinik-Verteilern und Qualitätszirkeln niedergelassener Ärzt:innen. Bei der Zusammenstellung der einzelnen Studienteilnehmer:innen wurde gezielt auf relevante Merkmale geachtet (Geschlecht, Alter, Urbanität (Stadt/Land), Technikaffinität) und die Merkmale mittels eines Kurzfragebogens erhoben (Anlage 16). Eine Aufwandsentschädigung in Höhe von insgesamt 100,00€ wurde als Incentive eingesetzt.

Arbeitspaket 6 – quantitative Befragung:

Rekrutierungsregion: Sachsen und angrenzende Regionen (Sachsen-Anhalt, Brandenburg, Berlin, Thüringen, Bayern)

Rekrutierungszeitraum bzw. -dauer: Q1 2021 – Q3 2021

Rekrutierungsstrategie: Potentielle Surveyteilnehmer:innen wurden zunächst anhand des sächsischen Ärztereisters identifiziert und rekrutiert. Hierfür wurde für jede Leistungserbringergruppe (Hausärzt:innen, Fachärzt:innen der P-Fächer, Psychotherapeut:innen, Klinikärzt:innen) eine vollständige Liste aller Behandler:innen dieser Gruppe erstellt werden. Mittels eines stratifizierten Samplings (Stratas für Geschlecht und Stadt-Land) erfolgte die Ziehung einer Stichprobe von N=100 Personen je Leistungserbringergruppe, wobei bei Nicht-Teilnahme eine Nachziehung durchgeführt wurde. Aufgrund pandemiebedingter Entwicklungen und zwischenzeitlich besonders hoher Inzidenzzahlen im Bundesland Sachsen kam es zu einer Verzögerung der Datenerhebung zum Zeitpunkt T0. Zur Erreichung der anvisierten Fallzahlen (N=400 zu T0) wurde eine Verlängerung der Rekrutierungsphase für die T0-Erhebung sowie gleichzeitig eine Erweiterung der Rekrutierung der Leistungserbringergruppen auf mehrere Bundesländer (Sachsen und angrenzende Bundesländer: Sachsen-Anhalt, Thüringen, Brandenburg/Berlin, Bayern) umgesetzt. Insgesamt wurden 76,9% der Studienteilnehmenden (n=327) im Bundesland Sachsen rekrutiert, 23,1% in anderen Regionen. Eine Aufwandsentschädigung in Höhe von insgesamt 75,00€ wurde als Incentive eingesetzt um den Rücklauf der Befragung in den 4 Leistungserbringergruppen zu erhöhen. Für die Studie wurden demnach Behandler:innen aus vier verschiedenen Leistungserbringergruppen (Hausärzt:innen; niedergelassene Fachärzt:innen der P-Fächer, niedergelassene Psychotherapeut:innen; Klinikärzt:innen und –teammitglieder) von März bis Mitte September 2021 rekrutiert. Insgesamt wurden N = 2.273 Behandler:innen angeschrieben (Hausärzt:innen: N = 815; niedergelassene Fachärzt:innen der P-Fächer: N = 662, niedergelassene Psychotherapeut:innen: N = 536, Klinikärzt:innen und –teams: N = 260). Der Rücklauf lag bei N = 425 Behandler:innen (Hausärzt:innen: N = 107; niedergelassene Fachärzt:innen der P-Fächer: N = 114, niedergelassene Psychotherapeut:innen: N = 102; Klinikärzt:innen und –teammitglieder: N = 102). Damit beläuft sich die Response-Rate auf 18,7% (Hausärzt:innen: 13,1%; niedergelassene Fachärzt:innen der P-Fächer: 17,2%, niedergelassene Psychotherapeut:innen: 19,0%; Klinikärzt:innen und –teammitglieder: 39,2%). Das Flow-Chart in Abbildung 2 gibt eine detaillierte Übersicht über die Stichprobenzahlen sowie Response- und Dropoutraten in den einzelnen Gruppen im Rekrutierungsverlauf.

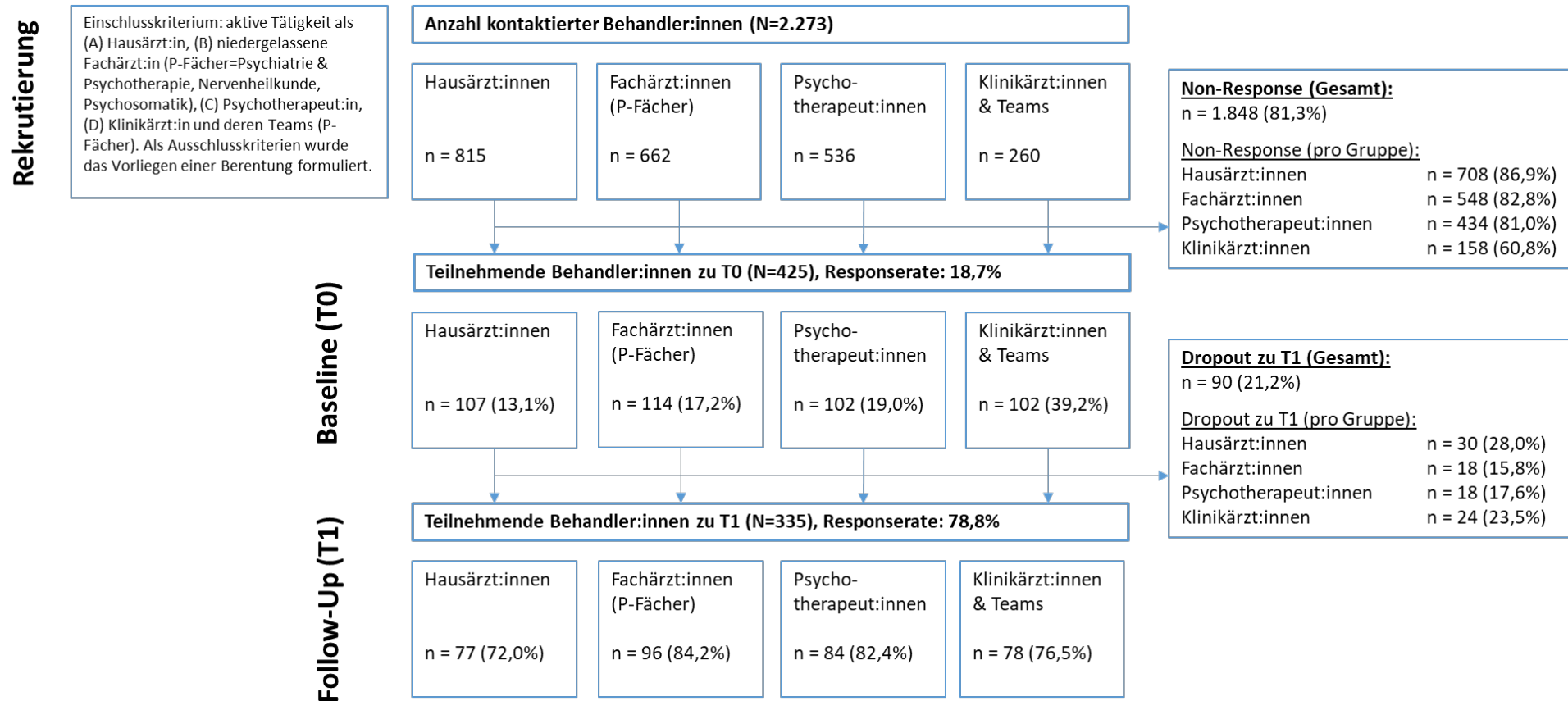


Abbildung 2 Flow-Chart zur Rekrutierung von Teilnehmenden in AP6

5.6 Erhebungsinstrumente

Arbeitspaket 1 - qualitative Interviews:

Zur Durchführung der qualitativen Interviews des ersten Arbeitspakets wurde ein teilstandardisierter Interviewleitfaden erstellt (siehe Anlage 1). Die Entwicklung des Interviewleitfadens erfolgte in Anlehnung an das von Venkatesh et al (2003) entwickelte Modell der Unified Theory of Acceptance and Use of Technology (UTAUT-Modell) (12) und die Innovations-Diffusions-Theorie von Rogers (13). Der teilstandardisierte Fragebogen wurde mithilfe einer qualitativen Forschungswerkstatt und Pilottestung inhaltlich optimiert. Das Ziel der qualitativen Befragung war die Untersuchung der Nutzungsbereitschaft und Akzeptanz von Online-Coaches. Erfasst wurden Gelingensfaktoren und Barrieren hinsichtlich Online-Coaches in verschiedenen Behandlungssettings sowie die Ermittlung geeigneter Wege zur Vermittlung von Informationen zu Online-Coaches (z.B. in Form von Infofilmen) an die Leistungserbringer:innen. Die Ergebnisse flossen in das Arbeitspaket 2 ein, in welchem zielgruppenspezifische Informationsfilme zu einem exemplarischen Online-Coach entwickelt wurden.

Arbeitspaket 3 - qualitative Interviews:

Jedes qualitative Telefoninterview des Arbeitspaket 3 wurde mithilfe eines teilstandardisierten Interviewleitfadens (siehe Anlage 15) durchgeführt. Die Entwicklung des Interviewleitfadens erfolgte in Anlehnung an Bernstein et al. (2020) und Soucy et al. (2016) (14, 15). Der teilstandardisierte Fragebogen wurde mithilfe einer qualitativen Forschungswerkstatt und Pilottestung inhaltlich optimiert. Das Ziel war eine Evaluation der zielgruppenspezifisch entwickelten Informationsfilme hinsichtlich:

- Bewertung der Videos (Gesamteindruck, Inhalt, Gestaltung, Änderungspotentiale)
- Einsatz der Videos in den Berufsalltag (Aufwand, Sinnhaftigkeit)
- Verbreitung/Implementierungswege (Kanäle, patienten-gerichtete Maßnahmen)

Die Ergebnisse flossen in die Planung der Implementierung des exemplarischen Online-Coaches (Arbeitspaket 4) ein. Darüber hinaus fanden die Ergebnisse zur Ableitung einer geeigneten Implementierungsstrategie Eingang in das Arbeitspaket 7 (Roadmap).

Arbeitspaket 6 - quantitative Befragung:

Der Implementierungserfolg wurde mittels zweier Zielgrößen erfasst: a) Anzahl der Neuregistrierungen und b) Erhebung der Erfahrungen der Leistungserbringer:innen.

a) Implementierungserfolg über Neuregistrierungsraten

Die Datenquelle waren Sekundärdaten zu den quartalsweisen Neuregistrierungen im Online-Coach moodgym, welche zu insgesamt sechs Zeitpunkten systematisch erfasst wurden (Abbildung 3). Die Daten wurden über den Kooperationspartner eHub Health bereitgestellt. Erfasst wurden neben Alter und Geschlecht, die Anzahl der Neuregistrierungen, Empfehlung des Programms durch Fachpersonen und der Standort (Bundesland). Diese Angaben werden standardmäßig bei einer Neuregistrierung auf www.moodgym.de erfragt.

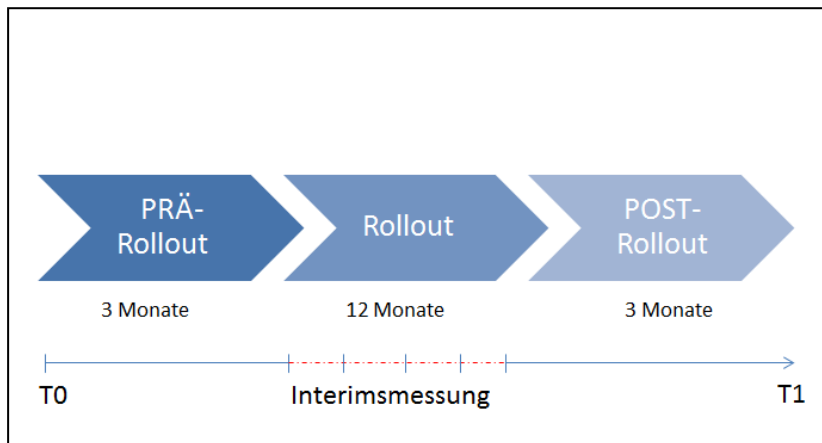


Abbildung 3 Flowchart Prä-Post-Erhebung von Neuregistrierungsraten

b) Implementierungserfolg über Erhebung der Erfahrungen der Leistungserbringer:innen

Es wurde ein Fragebogen in Anlehnung an die Normalization Process Theory (NPT) nach May und Finch (2009) zur Ermittlung des Implementierungserfolgs und der Nutzungsakzeptanz entwickelt (siehe Anlagen 23 und 25). Die NPT bietet einen konzeptionellen Erklärungsrahmen für die Implementierung und Integration neuer Technologien und Innovationen im Gesundheitsbereich und umfasst die folgenden vier Kernkomponenten: Kohärenz, Kognitive Partizipation, Kollektive Handlung sowie Reflexive Überwachung, die durch verschiedene Items im Fragebogen abgedeckt wurden. Mit Fragen zum erwarteten Nutzen, erleichternden Bedingungen und Aufwand fanden außerdem Konzepte der Unified Theory of Acceptance and Use of Technology (UTAUT-Modell) (12) Eingang in die Fragebogenkonstruktion. In Anlehnung an die Ergebnisse aus AP1 und AP3 wurden außerdem Fragen zur Technikaffinität, zur Dissemination von Informationen über Online-Coaches sowie zu Ursachen für einen bisher nicht erfolgten Einsatz solcher Programme in den Fragebogen aufgenommen. Weitere Inhalte des Fragebogens umfassten: Soziodemografische und berufsbezogene Angaben, Kenntnisse über digitale Interventionen, Fragen zum Einsatz von Online-Coaches und zu Einstellungen gegenüber internetbasierten Selbstmanagementprogrammen (Vorteile, Nachteile, Barrieren, Chancen). Ebenso wurde E-Health Literacy erfasst mittels der deutsche Version des eHEALS (16, 17). Der eHEALS besteht aus acht Items zur Nutzung des Internets als Informationsquelle für gesundheitliche Fragen, die auf einer 5-stufigen Likert-Skala von 1 = „Stimme überhaupt nicht zu“ bis 5 = „Stimme sehr zu“ beantwortet werden können. Aus den Antworten ist ein Summenscore berechenbar (Spannweite: 8-40), anhand dessen sich die digitale Gesundheitskompetenz in den verschiedenen Fachgruppen vergleichen lässt.

5.7 Auswertungsmethoden

Auswertung Arbeitspaket 1 & 3:

Die Daten der qualitativen Interviews wurden mittels Audioaufzeichnung festgehalten, vollständig transkribiert und inhaltsanalytisch nach Mayring unter Nutzung der Software MAXQDA 18 ausgewertet (7). Die Kategorienbildung folgte in einer kombinierten deduktiven und induktiven Vorgehensweise (deduktiv aus dem modellbasierten Interviewleitfaden sowie induktiv aus dem Untersuchungsmaterial).

Statistische Analyse für das Arbeitspaket 6

a) Implementierungserfolg über Neuregistrierungsraten

Die Neuregistrierungsraten von moodgym wurden vor (Prä-Rollout), während (Interim 1-4) und nach dem Rollout (Post-Rollout) zu insgesamt sechs Zeitpunkten systematisch erfasst. Die Daten wurden über den Kooperationspartner ehubHealth bereitgestellt. Die Datenerhebung begann bereits im Jahr 2021 (Prä-Rollout, Interim 1). 2022 wurde die Datenerhebung fortgesetzt (Interim 2, Interim 3, Interim 4, Post-Rollout). Die Neuregistrierungsraten wurden quartalsweise erhoben. Die Evaluierung des Implementierungserfolges erfolgte mittels SPSS anhand von deskriptiven Statistiken zu den Häufigkeiten von Neuregistrierungen pro Quartal sowie anhand von Subgruppenvergleichen (Geschlecht, Altersgruppen, Bundesländer, Empfehlung über Fachpersonen) über die verschiedenen Messzeitpunkte hinweg. Im Rahmen einer Neuregistrierung im Online-Coach moodgym wurden das Geschlecht (weiblich/männlich/divers) und die Altersgruppe (≤ 15 / 16-19/ 20-24/ 25-29/ 30-34/ 35-39/ 40-44/ 45-49/ 50-54/ 55-59/ 60-64/ 65-69/ 70-74/ ≥ 75) erfasst. Die Altersgruppen wurden im Rahmen der vorliegenden Auswertungen in die Altersgruppen ≤ 39 Jahre, 40-59 Jahre und ≥ 60 Jahre zusammengefasst. Weitere Angaben bei einer Neuregistrierung im Programm waren, ob die Empfehlung durch eine Fachperson erfolgte (ja/ nein) und wenn dies bejaht wurde, wo sie erfolgte (Facharztpraxis/ Hausarztpraxis/ Klinik/ Psychotherapiepraxis/ Keine Angabe). Zusätzlich wurde um Angabe des Standorts (in Deutschland: ja/ nein) und Bundeslandes gebeten (Baden-Württemberg/ Bayern/ Berlin/ Brandenburg/ Bremen und Bremerhaven/ Hamburg/ Hessen/ Mecklenburg-Vorpommern/ Niedersachsen/ Nordrhein-Westfalen/ Rheinland-Pfalz/ Saarland/ Sachsen/ Sachsen-Anhalt/ Schleswig-Holstein/ Thüringen).

b) Implementierungserfolg über quantitative Befragung der Leistungserbringergruppen

Die Messung des Implementierungserfolges erfolgte mittels einer postalischen Fragebogenerhebung vor und nach Rollout des Online-Coaches im Rahmen eines PRÄ-POST-Designs (T0 drei Monate vor Rollout; T1 direkt nach Rollout). Zur Überprüfung des Implementierungserfolges mittels SPSS wurden deskriptive sowie inferenzstatistische Verfahren eingesetzt. Die statistische Auswertung des Unterschieds zwischen der Baseline- und Nacherhebung erfolgte über den gepaarten t-Test (metrische Variablen), den Wilcoxon-Test (ordinalskalierte Variablen), den McNemar-Test (binomial-skalierte Variablen) und den McNemar-Bowker-Test (multinomiale Variablen). Zur Untersuchung der Determinanten einer erfolgreichen Implementierung wurden die an der Studie teilnehmenden Behandler:innen in die folgenden Gruppen eingeteilt: Nicht-Nutzer:innen (keine Nutzung, weder zur Baseline noch zur Nacherhebung), Neu-Nutzer:innen (keine Nutzung zur Baseline, jedoch Nutzung zur Nacherhebung), Früh-Nutzer:innen (Nutzung zu beiden Zeitpunkten) sowie ehemalige Nutzer:innen (Nutzung zur Baseline, jedoch nicht zur Nacherhebung). Diese wurden mit besonderem Augenmerk auf Neu-Nutzer:innen hinsichtlich soziodemographischer Merkmale und digitalen Kenntnissen und Einstellungen zur Baseline verglichen. Explorativ wurde weiterhin ein Regressionsmodell zur Vorhersage des Nutzens im Laufe der Studie berechnet. Hierfür wurden die Nutzungsgruppen Nicht- und ehemalige Nutzer:innen sowie die Nutzungsgruppen Früh- und Neu-Nutzer:innen jeweils zusammengefasst. Als unabhängige Variablen gingen Alter, Geschlecht, Umgebung, Fachgruppe (Hausärzt:innen, niedergelassene Fachärzt:innen, niedergelassene Psychotherapeut:innen, Klinikärzt:innen) sowie der dichotomisierte Informationsstand (wenig/mäßig vs. Gut/sehr gut) in die Analysen ein.

Erstellung der Roadmap für das Arbeitspaket 7

AP7 umfasste die Erstellung einer Roadmap, die eine Handlungsanleitung für eine erfolgreiche Implementierungsstrategie von internetbasierten Interventionen bietet. Eingearbeitet wurden die identifizierten Maßnahmen und Vermittlungswege, die in den vorangegangenen qualitativen (AP1 und AP3) und quantitativen (AP6) Arbeitspaketen erarbeitet wurden.

Ebenso flossen praktische Erfahrungen aus dem bundesweiten Rollout (AP5) mit ein. Die Ergebnisse vorangegangener Arbeitspakete wurden synthetisiert und auf dieser Basis Handlungsempfehlungen zu Informationsbedarfen und -wegen abgeleitet. Diese wurden in einer multiprofessionellen Forschungswerkstatt konsentiert. Beteiligt waren Gesundheits- und Sozialwissenschaftler:innen, Psycholog:innen und Psychotherapeut:innen, Ärzt:innen aus dem Forschungsteam. Dabei wurde folgende Vorgehensweise zur internen Validierung gewählt: (1) Reflexive Diskussion, (2) Clusterung, (3) Peer Review, (4) Triangulation und (5) Konsensfindung nach Patton (2015). Die Erstellung der Roadmap umfasste dabei insgesamt acht Ableitungsschritte, die im Ergebnisteil präsentiert werden.

5.8 Studiendauer, Beobachtungszeitraum, Messzeitpunkte

Die Dauer der @ktiv_rollout Studie betrug insgesamt 41 Monate.

Arbeitspaket 1:

Rekrutierungszeitraum: Q2 2020 - Q3 2020 (4 Monate)

Dauer der Datenerhebung: Juli bis September 2020

Dauer der Interviews: Die Durchführung dauerte im Mittel 31 Minuten (Minimum: 18:43 Minuten; Maximum: 58:15 Minuten).

Arbeitspaket 3:

Rekrutierungszeitraum: Q1 2021 - Q2 2021 (4 Monate)

Dauer der Datenerhebung: Mai bis Juni 2021

Dauer der Interviews: Die Dauer der Telefoninterviews betrug im Mittel 19 Minuten (Minimum: 10 Minuten; Maximum: 41 Minuten).

Arbeitspaket 6:

a) Implementierungserfolg über Neuregistrierungsraten

Die Zuwachsraten der Neuregistrierungsraten von moodgym wurden vor (Prä-Rollout), während (Interim 1-4) und nach dem Rollout (Post-Rollout) zu insgesamt sechs Zeitpunkten systematisch erfasst. Die Datenerhebung begann bereits im Jahr 2021 (Prä-Rollout, Interim 1). 2022 wurde die Datenerhebung fortgesetzt (Interim 2, Interim 3, Interim 4, Post-Rollout). Die quartalsweise Erhebung der Neuregistrierungsraten wird in der folgenden Tabelle 3 dargestellt:

Tabelle 3 Zeitspannen der Erhebungen der Neuregistrierungsraten von moodgym

Erhebung der Neuregistrierungsraten	Zeitspanne
Prä-Rollout	01.06.2021 – 31.08.2021
Interim T1	01.09.2021 – 30.11.2021
Interim T2	01.12.2021 – 28.02.2022
Interim T3	01.03.2022 – 31.05.2022
Interim T4	01.06.2022 – 31.08.2022
Post-Rollout	01.09.2022 – 30.11.2022

b) Implementierungserfolg über quantitative Befragung der Leistungserbringergruppen

Für die Studie wurden zur Baseline von März bis Mitte September 2021 N = 425 Behandler:innen aus vier verschiedenen Leistungserbringergruppen rekrutiert. Vom

01.09.2021-31.08.2022 fand das einjährige Rollout zur Online-Intervention moodgym statt. Im Anschluss fand von September bis Januar 2023 die Nacherhebung statt.

6. Projektergebnisse

1) Welche Barrieren, welche Gelingensfaktoren und welche offenen Fragen formulieren Leistungserbringer in unterschiedlichen Behandlungssettings (A) Hausärzt:innen, B) niedergelassene Fachärzt:innen (P-Fächer), C) Psychotherapeut:innen, D) Klinikärzt:innen und deren Teams (P-Fächer) hinsichtlich des Einsatzes selbsthilfestärkender Online-Coaches im Rahmen der Behandlung?

Fragestellung 1 wurde im Rahmen einer qualitativen Untersuchung erforscht (AP1). Ein ausführlicher Ergebnisbericht zu AP1 inklusive Kategoriensystem und Schlüsselzitate befindet sich im Anhang 1. Es wurden 21 qualitative Telefoninterviews mit Gesundheitsexpert*innen aus vier verschiedenen Fachdisziplinen durchgeführt: Hausärzt*innen (N=6), ambulanten Psychotherapeut*innen (N = 5), ambulanten Fachärzt*innen (P-Fächer) und Klinikärzt*innen und deren Teams (N = 5). Die Teilnehmenden waren überwiegend weiblich (61,9%) und hatten ein durchschnittliches Alter von 46,7 Jahren ($\pm 10,1$ Jahre). Die Berufserfahrung lag im Mittel bei 17,5 Jahren ($\pm 10,8$ Jahre). Eine Übersicht über die soziodemographischen Charakteristika der Stichprobe befindet sich in Tabelle 4.

Tabelle 4 Soziodemografische Charakteristika der Gesundheitsexpert*innen in AP1

	Gesamt	Hausärzt*innen	Niedergelassene Psychotherapeut*innen	Niedergelassene Fachärzt*innen	Klinikärzt*innen und deren Teams
N	21	6	5	5	5
Geschlecht, n (%)					
Weiblich	13 (61,9)	2 (33,3)	5 (100)	2 (40)	4 (80)
Männlich	8 (38,1)	4 (66,7)	0	3 (60)	1 (20)
Alter, MW (SD), Spannweite	46,7 (10,1) 30 - 65	49,7 (7,5) 40 - 60	42,8 (10,7) 30 - 59	54,6 (7,8) 48 - 65	39 (9,08) 31 - 51
Berufserfahrung in Jahren, MW (SD), Spannweite	17,5 (10,8) 0 - 37	20,7 (8,2) 12 - 32	9,6 (10,5) 0 - 26	27,0 (8,3) 20 - 30	11,9 (8,4) 5 - 22
Anmerkungen. MW = Mittelwert, SD = Standardabweichung, n = Anzahl					

Chancen von Online-Coaches (Gelingensfaktoren)

Klinikärzt*innen und deren Teams: Bedeutende Vorteile von Online-Coaches seien die grundsätzlich hohe Akzeptanz durch Betroffene, die flexible und anonyme Nutzung sowie die standardisierte, strukturierte Aufbereitung. Online-Coaches förderten darüber hinaus das Selbstmanagement von Nutzer*innen. Einsetzbar im Kliniksetting seien sie insbesondere als Vermittlungs- und Nachschlagewerk psychoedukativer Inhalte. Ein Großteil der Klinikexpert*innen verspreche sich Unterstützung durch die Einbindung von Online-Coaches in die Durchführung von Therapieaufgaben und Übungen zwischen Gesprächsterminen. Darüber hinaus seien Online-Coaches ein geeignetes niedrigschwelliges Unterstützungsangebot zur Wartezeitüberbrückung bzw. im Anschluss an einen stationären Aufenthalt. Besonders geeignet sei aus der Sicht der Befragten der Einsatz von Online-Coaches bei psychotherapiefähigen und jüngeren Patient*innen mit depressiven, Angst- oder Zwangserkrankungen. Auch bei Älteren werde der Einsatz von Online-Coaches nicht grundsätzlich ausgeschlossen.

Niedergelassene Psychotherapeut*innen: Vorteile von Online-Coaches für Psychotherapeut*innen seien eine ansprechende Aufbereitung, eine Förderung des Selbstmanagements, die Anonymität sowie die räumlich und zeitlich flexible Nutzung. Vorstellbar sei der Einsatz von Online-Coaches insbesondere zur Überbrückung der Wartezeit auf einen Psychotherapieplatz. Auch die Auslagerung und Vertiefung psychoedukativer Inhalte sowie die Durchführung von Hausaufgaben und Übungen mithilfe eines Online-Coaches schätze ein Großteil der Psychotherapeut*innen als sinnvoll ein. Prinzipiell seien Online-Coaches bei einem breiten Spektrum von Indikationen einsetzbar, vor allem bei Depressionen und Angsterkrankungen.

Niedergelassene Fachärzt*innen (P-Fächer): Vorteil von Online-Coaches seien aus ambulanter fachärztlicher Perspektive die Standardisierung, eine Förderung des Empowerments von Patient*innen und die räumliche und zeitliche Flexibilität. Einsetzbar seien Online-Coaches aus der Perspektive der niedergelassenen Fachärzt*innen zur Wartezeitüberbrückung sowie im Anschluss an eine Behandlung. Besonders eigne sich ein Online-Coach zur Vermittlung und Vertiefung psychoedukativer Inhalte. Darüber hinaus könne die Durchführung eines Online-Coach im Sinne von Hausaufgaben und einzelnen Übungen gut in die Behandlung integriert werden. Für den Großteil der Psychiater*innen sei der Einsatz von Online-Coaches bei einer Vielzahl von Störungsbildern vorstellbar, darunter Depressionen und Angsterkrankungen, Persönlichkeitsstörungen, Traumafolgestörungen sowie psychotischen Erkrankungen.

Hausärzt*innen: Ein Vorteil von Online-Coaches liege aus Perspektive der Hausärzt*innen in einer Stärkung des Selbstwirksamkeitserlebens der Patient*innen. Darüber hinaus seien Online-Coaches durch die räumliche und zeitliche Flexibilität sowie anonyme Nutzung gut und niederschwellig zugänglich. Einsetzbar seien Online-Coaches aus Sicht eines Großteils der Hausärzt*innen als Form der qualifizierten Selbsthilfe bei leichteren depressiven Symptomen sowie unterstützend zur hausärztlichen Behandlung. Außerdem könne die lange Wartezeit für eine fachspezifische Unterstützung sinnvoll mit einem Online-Coach überbrückt werden. Insgesamt würden aus hausärztlicher Perspektive vor allem jüngere sowie strukturiere Patient*innen und Patient*innen mit leichteren depressiven Symptomen gut von Online-Coaches profitieren.

Grenzen und Barrieren von Online Coaches

Klinikärzt*innen und deren Teams: Barrieren im Einsatz von Online-Coaches seien datenschutzrechtliche Bedenken sowie der fehlende persönliche Kontakt bei einem Online-Coach als alleinigem Behandlungsangebot. Ein Teil des Klinikpersonals befürchte eine Überforderung stationärer Patient*innen mit Konzentrationsbeeinträchtigungen. Hinderlich für Behandler*innen sei ein antizipierter Mehraufwand durch die notwendige inhaltliche Einarbeitung, für den angesichts einer bestehenden hohen Arbeitsbelastung wenig Platz sei. Tendenziell weniger geeignet sei der Einsatz von Online-Coaches bei Patient*innengruppen mit akuten schweren Erkrankungen.

Niedergelassene Psychotherapeut*innen: Die Hälfte der Psychotherapeut*innen bewerte den alleinigen Einsatz von Online-Coaches als unzureichende Behandlung. Weitere Grenzen seien die fehlende persönliche Interaktion sowie der Umgang mit psychischen Krisen. Darüber hinaus berücksichtige ein Online-Coach nur begrenzt die Individualität der Patient*innen und Komplexität des Störungshintergrundes. Ein Teil der Psychotherapeut*innen sehe Nachteile in der Zugänglichkeit zu Online-Coaches aufgrund fehlender technischer Voraussetzungen und befürchte eine unzureichende Qualitätskontrolle. Prinzipiell gäbe es nach Ansicht fast aller Psychotherapeut*innen keine Kontraindikationen für die Nutzung von Online-Coaches, jedoch sei die Anwendung bei schwer kranken Patient*innen sowie bildungsfernen Patient*innen vermutlich nicht möglich.

Niedergelassene Fachärzt*innen (P-Fächer): Ein Hinderungsgrund für Behandler*innen sei ein befürchteter Mehraufwand. Einen Facharzt störe das hohe kognitive Anspruchsniveau von

Online-Coaches, welches Patient*innen überfordern könne. Schwierig sei die Empfehlung eines Online-Coaches bei Patient*innen auf der Warteliste mit ungeklärter Therapieindikation. Eine Grenze liege im Umgang mit psychischen Krisen. Ein Online-Coach stelle eine sinnvolle Ergänzung, jedoch keinen Ersatz der persönlichen Behandlung dar. Kontraindiziert sei die Anwendung eines Online-Coaches bei schwer kranken Patient*innen. Auch bei ältere Patient*innen seien Online-Coaches weniger geeignet.

Hausärzt*innen: Als Grenzen in der Anwendung von Online-Coaches bezeichneten einige Hausärzt*innen den Einbezug somatischer Beschwerden sowie den Bezug auf individuelle Voraussetzungen der Patient*innen. Weiterhin sorgte die Kassenspezifische Zugänglichkeit einiger Online-Coaches für Unübersichtlichkeit. Hausärzt*innen fehle außerdem die Zeit, sich in einen Online-Coach einzuarbeiten. Wenig sinnvoll sei der Einsatz von Online-Coaches aus Sicht des Großteils der befragten Hausärzt*innen bei Patient*innen mit schweren Erkrankungen. Erschwert sei die Nutzung außerdem bei verminderter kognitiver Leistungsfähigkeiten sowie einem niedrigen Strukturierungsgrad.

Unterschiedliche Ausgangsbedingungen für die Implementierung von Online-Coaches in verschiedene Behandlungssettings (Offene Fragen)

Bei Behandler*innen verschiedener Versorgungssettings wurden in den qualitativen Interviews unterschiedliche Voraussetzungen für eine erfolgreiche Implementierung von Online-Coaches festgestellt. Ein Teil der Leistungserbringer*innen berichtete über Erfahrungen im Einsatz von Online-Coaches, größtenteils im Rahmen wissenschaftlicher Studien. Dabei gaben vor allem Fachärzt*innen (P-Fächer) der klinischen und ambulanten Versorgung an, Online-Coaches bereits aktiv in die Behandlung ihrer Patient*innen einzubinden. Psychotherapeut*innen berichteten aus ihrer bisherigen Praxis, dass keine Berührungspunkte mit Online-Coaches vorlägen. Von diesen wurden Befürchtungen hinsichtlich eines Ersatzanspruches für psychotherapeutische Leistungen berichtet.

Von Behandler*innen aller Fachgruppen wurde als besonders relevantes Anwendungsfeld für Online-Coaches die Wartezeitüberbrückung für die spezialisierte ambulante Behandlung genannt. Die Auslagerung und Vertiefung psychoedukativer Inhalte sowie die Einbindung eines Online-Coaches in die Durchführung von Hausaufgaben und Übungen wurde von Fachgruppen der spezialisierten Behandlung (Klinikteams, Fachärzt*innen und Psychotherapeut*innen) als mögliches Einsatzfeld genannt. Bei Hausärzt*innen wurde ein potentieller Nutzen hingegen im Einsatz von Online-Coaches als Form der qualifizierten Selbsthilfe gesehen. Für alle Berufsgruppen, insbesondere für die befragten Psychotherapeut*innen, stellten Online-Coaches keinen Ersatz des persönlichen Kontakts dar. Grenzen wurden in den ärztlichen Berufsgruppen in einer möglichen Überforderung von Patient*innen, besonders bei schwerer Erkrankung, gesehen. Bei ärztlichen Versorger*innen wurde außerdem eine hohe Arbeitsbelastung deutlich – hier wurde ein Mehraufwand durch den Einbezug eines Online-Coaches als Hindernis wahrgenommen. Für die Wahl eines Online-Coaches wurde in allen Berufsgruppen eine Kenntnis des Programms und der Programminhalte als ein ausschlaggebendes Kriterium genannt. Auch der Datenschutz wurde von einem Großteil der Befragten als relevant eingeordnet sowie Wirksamkeit und Professionalität, beispielsweise durch eine Zertifizierung oder Empfehlung durch eine nicht-kommerzielle Organisation. Für niedergelassene Versorger*innen waren Aspekte der Abrechnung und Kosten relevant, hierbei wurde von nahezu allen eine kostenfreie Nutzung für Patient*innen und Behandler*innen gewünscht. Klinikärzt*innen, Fachärzt*innen und Psychotherapeut*innen wurde darüber hinaus die Bedienbarkeit eines solchen Programms als wesentlich bezeichnet.

2) Wie können diese Aspekte zielgruppenspezifisch in eine moderne Informationsvermittlung einfließen?

Fragestellung 2 wurde ebenfalls im Rahmen des qualitativen Arbeitspakets 1 untersucht. Ein ausführlicher Ergebnisbericht zu AP1 inklusive Kategoriensystem und Schlüsselzitate befindet sich im Anhang 1. Aus den qualitativen Interviews wurden Empfehlungen für die Erstellung und Verbreitung von Informationsmaterial abgeleitet. Diese sind in Tabelle 5 aufgelistet. Insgesamt wurden auch innerhalb der Fachgruppen unterschiedliche Erfahrungen mit Online-Coaches berichtet, teilweise wiesen Behandler*innen keine Erfahrungen und Kenntnisse vor. Folglich sollte auch in spezifischem Informationsmaterial für Fachexpert*innen grundsätzliche Informationen zu Inhalten, Vorteilen und Anwendungsmöglichkeiten von Online-Coaches vermittelt werden.

Informationsfilm

Als gestalterische Vorlieben bei der Erstellung von Informationsfilmen wurden ein modernes Design (Klinikärzt*innen und Teams) und die Vermittlung von Ruhe (Psychotherapeut*innen) genannt. Da Seriosität von allen Behandlungsgruppen als wesentliches Kriterium bei der Wahl eines Online-Coaches beschrieben wurde, sollte ansprechendes Informationsmaterial Professionalität vermitteln. Insbesondere bei der Erstellung eines Videoclips sollte darauf geachtet werden, dass der Videoclip nicht wie Werbung wirke – dies wurde von Vertreter*innen aller Berufsgruppen als störend bezeichnet. Professionalität könnte beispielsweise über ein Statement einer Person mit Fachexpertise im Bereich E-Mental-Health vermittelt werden. Inhaltlich sollte in einem fachgruppenspezifischen Informationsfilm auf die Vorteile und Anwendungsmöglichkeiten von Online-Coaches im jeweiligen Versorgungssetting eingegangen werden. Da vielfach auf lange Wartezeiten in Bezug auf eine spezialisierte Behandlung bei psychischen Störungen hingewiesen wurde, sollte ein Informationsfilm besonders auf die Möglichkeit der Überbrückung der Wartezeit verweisen. Vor allem für die spezialisierten Fachgruppen war der Einsatz eines Online-Coaches im Rahmen konkreter Übungen und Hausaufgaben vorstellbar, weshalb in Informationsfilm und -material für diese Fachgruppen näher auf die konkreten Inhalte und Darstellung exemplarischer Übungen eingegangen werden sollte. Weiterhin sollten Aspekte des Datenschutzes und möglicher Kosten transparent herausgestellt werden und der Film sollte anhand der Einsicht in die Benutzeroberfläche eine gute Bedienbarkeit aufzeigen, da dies relevante Kriterien für die Wahl eines Online-Coaches darstellen. Da von Behandler*innen aller Fachgruppen der fehlende persönliche Kontakt bei Anwendung eines Online-Coaches als Grenze bzw. Nachteil bezeichnet wurde, sollte Informationsmaterial, insbesondere für Psychotherapeut*innen, den ergänzenden Nutzen zur Standardbehandlung klar herausstellen und dies anhand spezifischer Anwendungsmöglichkeiten illustrieren. Eine wichtige Information sei aus Sicht von Gesundheitsexpert*innen aller Fachrichtungen auch die Indikation, für die sich die Einbindung des Online-Coaches in die Behandlung eignet. Insbesondere von den spezialisierten Berufsgruppen wurde es als wichtig bezeichnet, einen Online-Coach selbst auszuprobieren. Daher sollte in ansprechendem Informationsmaterial auf Zugangswege zu weiteren Informationen (z.B. Programm-Website) und, wenn gegeben, auf die Möglichkeit eines Testzugangs verwiesen werden.

Informationsflyer

Bei der Erstellung von Informationsflyern sollte auf Schlichtheit, Übersichtlichkeit und ansprechendes Bildmaterial geachtet werden. Inhaltlich sollte sich der Flyer nach den Anforderungen an einen ansprechenden Informationsfilm richten. Darüber hinaus bietet sich vor allem bei einem Informationsflyer der Verweis auf einen Zugang zu einem Online-Coach (Link, QR-Code) an. Angesichts der wiederholt erwähnten Fülle an Informationsmaterial für Versorger*innen und der wichtigen Rolle von Seriosität eines Online-Coaches sollte darauf

geachtet werden, dass sich ein ansprechender Flyer durch Professionalität und wissenschaftlichen Bezug von Werbepost abzeichnet.

Tabelle 5 Empfehlungen für die Gestaltung von Informationsmaterial

Informationsmaterial	Klinikärzt*innen und Teams	Niedergelassene Psychotherapeut*innen	Niedergelassene Fachärzt*innen (P-Fächer)	Hausärzt*innen
Anwendungsbeispiele im Versorgungsetting	Psychoedukation (Vertiefung und Nachschlagen von Informationen), Niedrigschwelliges Angebot zwischen Therapiesitzungen, Therapiehausaufgaben/ Übungen, Nachsorge	Psychoedukation (Vertiefung und Nachschlagen von Informationen), Therapiehausaufgaben/ Übungen (z.B. Bearbeitung eines Moduls, Tagesplan, Gedankenumstrukturierung, Entspannung), Empfehlung an Wartelistenpatient*innen	Psychoedukation (Vertiefung und Nachschlagen von Informationen), Therapiehausaufgaben/ Übungen (bei psychotherapeutisch tätigen FÄ), Empfehlung an Wartelistenpatient*innen oder als Nachsorge	Empfehlung als qualifizierte Selbsthilfe/ sofort nutzbares niedrigschwelliges unterstützendes Angebot, Empfehlung an Wartelistenpatient*innen
Vorteile	Förderung des Selbstmanagements, zeitliche und räumliche Flexibilität, einsetzbar zur Wartezeitüberbrückung			
Weitere wichtige Informationen	Indikation, Datenschutz, Kosten für Patient*innen und Behandler*innen bzw. Abrechenbarkeit, Zertifizierung/ Empfehlung durch nicht-kommerzielle Organisation, Wirksamkeit in wissenschaftlichen Studien nachgewiesen, Zugang, ergänzende Rolle zu klassischen Behandlungen, Testzugang			
Gestaltung	Professionalität, Modernität, Einbezug Expert*in (Film), Beispiele aus dem Behandlungsalltag, Einsicht in die Benutzeroberfläche (Bedienbarkeit)			

Aufbauend auf den oben genannten Ergebnissen wurden im Arbeitspaket 2 zielgruppenspezifische Informationsfilme in Zusammenarbeit mit einem beauftragten Animationsstudio entwickelt. Es wurden Storyboards entworfen inklusive Texten und Grafiken (Anlage 7 - 10). Diese wurden anschließend animiert und als Erklärfilme zur Verfügung gestellt (Anlagen 11 - 14).

3) Wie ist die Akzeptanz von zielgruppenspezifischen Informationsfilmen bei den jeweiligen Leistungserbringergruppen?

Fragestellung 3 wurde im Rahmen des Arbeitspakets 3 ausführlich untersucht. Ein ausführlicher Ergebnisbericht zu der qualitativen Untersuchung in AP3 inklusive Kategoriensystem und Schlüsselzitate befindet sich im Anhang 2. Die vorliegende Untersuchung zielt auf die Evaluation der Akzeptanz zielgruppenspezifisch entwickelter Informationsfilme zu der Beispiel-Online-Intervention moodgym bei den vier folgenden Leistungserbringergruppen: (A) Hausärzt:innen, (B) niedergelassene Fachärzt:innen (P-Fächer), (C) Psychotherapeut:innen, (D) Klinikärzt:innen und deren Teams (P-Fächer). Es wurden insgesamt N=14 qualitativen Telefoninterviews mit Gesundheitsexpert:innen aus den vier verschiedenen Fachrichtungen durchgeführt. Die Teilnehmenden waren zu etwa zwei Dritteln weiblich (64,3%) und hatten ein durchschnittliches Alter von 49,4 Jahren ($\pm 11,7$ Jahre). Die Berufserfahrung lag im Mittel bei 20,4 Jahren ($\pm 11,9$ Jahre). Eine Übersicht über die soziodemographischen Charakteristika der Stichprobe befindet sich in *Tabelle 6*.

Tabelle 6 Soziodemografische Charakteristika der Gesundheitsexperten/-innen in AP3

	Gesamt	Hausärzte/ -innen	Psycho- therapeuten/ -innen	Niedergelas- sene Fachärzte/ -innen	Klinikärzte/ -innen und deren Teams
N	14	4	4	3	3
Geschlecht, n (%)					
Weiblich	9 (64,3)	2 (50)	4 (100)	2 (66,7)	1 (33,3)
Männlich	5 (35,7)	2 (50)	0	1 (33,3)	2 (66,7)
Alter, MW (SD), Spannweite	49,4 (11,7) 31 - 75	53 (16,1) 41 - 75	44,6 (11,5) 31 - 59	51 (15) 36 - 66	49 (2,5) 47 - 52
Berufserfahrung in Jahren, MW (SD), Spannweite	20,4 (11,9) 4 - 46	24 (14,9) 15 - 46	12,8 (12) 4 - 30	24,3 (14) 10 - 38	21,6 (1,2) 21 - 23

Bewertung der Informationsfilme

Klinikärzte/-innen (P-Fächer) und deren Teams: Klinikärzte/-innen und ihre Teams berichteten einen durchweg positiven Gesamteindruck vom fachspezifischen Informationsfilm. Er vermittele gestalterisch und inhaltlich ansprechend hilfreiche Informationen zur Online-Intervention und sei gut verständlich. Verbesserungsoptionen seien in Hinblick auf eine höhere Klarheit in der Ansprache des Fachpublikums denkbar sowie detaillierteren Informationen zur Anwendungsbreite (z.B. Indikation, Krankenkassen-/Versicherungsstatus, Abrechnungsmodalitäten) und zum Programmzugang.

Niedergelassene Psychotherapeuten/-innen: Auch niedergelassenen Psychotherapeuten/-innen gefiel der Informationsfilm gut. Er informiere verständlich über die Online-Intervention und sei ansprechend gestaltet. Die vermittelten Inhalte zur Online-Intervention seien für die Empfehlung des Programms an Patienten/-innen hilfreich und eigeninitiativ auf der Programmhauptseite vertiefbar. Änderungspotentiale wurden hinsichtlich einer geschlechtssensiblen Gestaltung der Figuren, einem vertieften Einblick in das Programm und einer stärker wissenschaftlichen Ansprache genannt.

Niedergelassene Fachärzte/-innen (P-Fächer): Der Informationsfilm habe bei den befragten niedergelassenen Fachärzten/-innen einen positiven Eindruck hinterlassen. Der abwechslungsreich gestaltete Film gebe einen guten Einblick in das Programm und insbesondere die Möglichkeit, das Programm selbst auszuprobieren, sei positiv aufgefasst worden. Verbesserungsvorschläge wurden hinsichtlich einer Einbindung von Erfahrungsberichten sowie des Programmnamens genannt.

Hausärzte/-innen: Die Hausärzte/-innen berichteten durchweg positive Eindrücke in Bezug auf den Informationsfilm. Die verständlich vermittelten Informationen seien ansprechend gestaltet sowie ausreichend, um einen Eindruck vom Einsatz des Programmes zu gewinnen. Mögliche Änderungen seien hinsichtlich einer geschlechtssensiblen Sprache, der Zusammensetzung des Videos sowie einer Vertiefung der Programminhalte denkbar.

Videoeinsatz für die eigene Berufsgruppe

Klinikärzte/-innen und deren Teams: Im Klinikalltag sei der Informationsfilm eine niedrigschwellige Option, um über Online-Interventionen zu informieren. Die Integration des Films in den Berufsalltag sei gut umsetzbar.

Niedergelassene Psychotherapeuten/-innen: Das Ansehen des Informationsfilms im Berufsalltag sei problemlos in den Arbeitsalltag integrierbar. Ein Informationsfilm könne Wissen über Online-Interventionen sinnvoll vermitteln sowie die Verfügbarkeit solcher Programme wieder ins Gedächtnis rufen, um die Anwendung zu fördern.

Niedergelassene Fachärzte/-innen (P-Fächer): Nach Einschätzung der niedergelassenen Fachärzte/-innen sei das Ansehen des Informationsfilms im Berufsalltag gut umsetzbar. Generell sei der Informationsfilm eine ansprechende Option, um über Online-Interventionen zur Unterstützung bei psychischen Erkrankungen zu informieren.

Hausärzte/-innen: Auch aus hausärztlicher Perspektive sei das Anschauen des Informationsfilms in den Arbeitsalltag integrierbar. Mithilfe des Videos würde eine sinnvolle Möglichkeit aufgezeigt, Patienten/-innen in Krisensituationen etwas an die Hand geben zu können.

Zusammenfassende Bewertung der Akzeptanz

In der vorliegenden Untersuchung wurden zielgruppenspezifische Informationsfilme zu der Beispiel-Online-Intervention moodgym mithilfe qualitativer Interviews evaluiert. Die Informationsfilme wurden von Leistungserbringern/-innen als ansprechend und informativ wahrgenommen. Die Zielgruppenspezifische Informationsfilme stellen aus Sicht der o.g. Leistungserbringergruppen eine sinnvolle Option dar, um auf Online-Interventionen aufmerksam zu machen. Als niedrigschwelliges Informationsangebot eignen sie sich für die Implementierung von Online-Interventionen in verschiedene Versorgungskontexte. Es kann von einer guten Akzeptanz aus Behandler:innenperspektive ausgegangen werden.

4) Welche geeigneten Wege der breiten bundesweiten Dissemination oder Vermittlung an die Leistungserbringergruppen können identifiziert werden?

Fragestellung 4 wurde im Rahmen der beiden qualitativen Arbeitspakete 1 und Arbeitspaket 3 untersucht. Die ausführlichen Ergebnisberichte zu AP1 und AP3 inklusive Kategoriensystemen und Schlüsselzitate befinden sich im Anhang 1 und Anhang 2.

Vermittlungswege

Klinikärzt*innen und deren Teams: Klinikexpert*innen schätzten Fachjournale und Printmedien überwiegend als weniger geeignete Kanäle ein, um Behandler über Online-Coaches zu informieren. Persönliche Empfehlungen sowie Informationsveranstaltungen zu Online-Coaches seien vielversprechender, wobei hierbei eine Zertifizierungsmöglichkeit oder die Einbettung in Pflichtveranstaltungen von Vorteil sei. Auch die Vorstellung bei Konferenzen oder Kongressen sei sinnvoll. Social-Media-Kanäle zögen Klinikexpert*innen nicht als Informationsquelle heran. Unterschiedlich wurden Newsletter als Informationsquelle bewertet – diese würden einerseits häufig nicht gelesen, andererseits sei hierbei eine Verlinkung zum Programm ansprechend. Die Kontaktierung per Post sei laut einem Großteil der Klinikexpert*innen sehr erfolgreich, besonders, wenn Informationsmaterial für Patient*innen enthalten sei. Auch eine Kontaktierung per Mail sei grundsätzlich geeignet. Anrufe wurden teilweise als störend bewertet, ebenso persönliche Besuche.

Niedergelassene Psychotherapeut*innen: Aus Sicht der befragten Psychotherapeut*innen seien Informationen zu Online-Coaches über Flyer in Fachzeitschriften vermittelbar. Weiterhin seien Informationsveranstaltung von öffentlichen Institutionen oder Fachgesellschaften sowie auf Kongressen sinnvoll. Ein weiterer Informationskanal für Psychotherapeut*innen seien Newsletter von Fachgesellschaften und die Allgemeinpresse. Social Media sei hingegen aus Einschätzung aller befragten Psychotherapeut*innen ungeeignet. Am geeignetsten sei die persönliche Kontaktaufnahme für Infomaterialien per Post oder E-Mail.

Niedergelassene Fachärzt*innen (P-Fächer): Sinnvolle Informationskanäle, um auf Online-Coaches aufmerksam gemacht zu werden, seien für einen Großteil der niedergelassenen Fachärzt*innen Fachzeitschriften und bestimmte Newsletter. Gute Gelegenheiten böten sich auch auf Weiterbildungsveranstaltungen und Fachkongressen. Social Media sei nach

Einschätzung der meisten Fachärzt*innen ungeeignet. Insgesamt schätze der überwiegende Teil der Fachärzt*innen die Kontaktmöglichkeit per Post und E-Mail als schwierig ein, da sie bereits eine Vielzahl an Informationsangeboten und Werbung erhielten. Ein Vorschlag sei eine persönliche Auslieferung von Flyern für Patient*innen.

Hausärzt*innen: Möglichkeiten, Hausärzt*innen über Online-Coaches zu informieren, seien laut Ansicht des Großteils der Befragten auflagenstarke Fachzeitschriften wie das Ärzteblatt. Weiterhin seien Vorträge auf Fortbildungsveranstaltungen, die von Hausärzt*innen verpflichtend besucht werden müssen, gute Vermittlungswege. Weitere Gelegenheiten für Vorträge seien Hausarztstammtische und –kongresse. Ein Hausarzt beziehe den Newsletter vom Ärzteblatt. Social Media sei für keinen der befragten Hausärzt*innen ein geeigneter Vermittlungsweg. Als geeigneten Kontaktweg für Informationsmaterial bezeichnete ein überwiegender Teil der Hausärzt*innen Anschreiben mit Flyern für Patient*innen per Post sowie E-Mails mit Flyervorlagen zum Ausdruck. Ein Hausarzt habe den persönlichen Besuch vorgeschlagen. Insgesamt seien Hausärzt*innen bereits einer Vielzahl an Informationsangeboten per Mail ausgesetzt und empfinde zu viele Informationen als störend.

Verbreitung der Filme und Implementierung der exemplarischen Online-Intervention

Klinikärzte/-innen und deren Teams: Durch das digitale Format des Informationsfilms eigne sich aus Sicht der Klinikärzte/-innen besonders die Verbreitung per E-Mail, insbesondere über einen klinikinternen Verteiler bzw. Newsletter von fachgruppenbezogenen Institutionen. Auch eine postalische Information ist denkbar. Zu beachten sei hier aber die Konkurrenz mit einer Fülle an anderen Briefsendungen sowie der erschwerte Transfer von analog zu digital (erhöhter Aufwand und Fehleranfälligkeit durch die Eingabe der URL in den Browser), was diesen Weg weniger geeignet erscheinen lässt.

Niedergelassene Psychotherapeuten/-innen: Für eine leistungsgruppenspezifische Implementierung von Online-Interventionen bei Psychotherapeuten/-innen seien insbesondere digitale Wege wie E-Mail oder Websites sinnvoll. Denkbar sei auch die Einbindung in Fortbildungsveranstaltungen und Kongresse, bei denen generell eine aufgeschlossene Haltung gegenüber neuen Informationen eingenommen werde. Auch Fachpublikationen, Weiterbildungsveranstaltungen und Anschreiben per Post, insbesondere für ältere Kollegen/-innen, seien denkbar. Bei Letzterem seien jedoch Umweltaspekte und ein hoher Aufwand zu bedenken.

Niedergelassene Fachärzte/-innen (P-Fächer): Aus Sicht der befragten Fachärzte/-innen sei die Erreichbarkeit ihrer Berufsgruppe zur Verbreitung des Films über E-Mails und über Flyer am höchsten. Außerdem sei die Wissensvermittlung zu Online-Interventionen über etablierte Fachzeitschriften sinnvoll, da diese relevante Informationsquellen für niedergelassene Fachärzte/-innen und andere Behandlungsgruppen darstellen würden.

Hausärzte/-innen: Von Seiten der Hausärzte/-innen wurde auf eine schwierige Erreichbarkeit der Zielgruppe hingewiesen. Sinnvoll seien Beiträge in Fachzeitschriften sowie auf Kongressen und bei zertifizierten Fortbildungsveranstaltungen. Die Erreichbarkeit per Post sei generell höher als per Mail, jedoch sei auf beiden Wegen wichtig, dass die Information professionell vermittelt werde, um sich von Werbeschreiben abzuheben. Weiterhin seien Maßnahmen, die sich direkt an Patienten und Patientinnen richten, für eine breite Implementierung von Online-Interventionen sinnvoll.

Zusammenfassung

Für die Implementierung von Online-Coaches sollte das entwickelte Informationsmaterial an Versorger*innen der verschiedenen Fachgruppen vermittelt werden. Hierbei wurde weitestgehend eingeschätzt, dass die Erreichbarkeit über personalisierte postalische

Zusendungen am größten sei, auch die Zusendung per E-Mail mit ausdruckbaren Flyern für Patient*innen würde sich anbieten.

Insgesamt beschrieb sich der überwiegende Teil, v.a. der ärztlichen Vertreter*innen als schwer postalisch/ per Mail zu erreichen. Hilfreich könnte daher die Vermittlung von Informationen über Online-Coaches mittels fachspezifischer Informationskanäle (Newsletter, Fachzeitschriften) sein. Hierbei sollten Links zur Website eines Online-Coaches enthalten sein, um Versorger*innen die Möglichkeit aufzuzeigen, den Online-Coach selbst auszuprobieren.

Über die Verteilung von Informationsmaterial hinaus seien insbesondere Informationsveranstaltungen im Rahmen von Weiterbildungen und Kongressen förderlich. Hier sollten Behandler*innen verschiedener Versorgungskontexte über den Einsatz von Online-Coaches zur Behandlungsunterstützung bei psychischen Störungen aufgeklärt werden. Es wurde wiederholt auf den Pflichtcharakter oder die Anrechenbarkeit einer Veranstaltung zur Fortbildung verwiesen, um eine höhere Anzahl an Behandler*innen zu erreichen. Veranstaltungen dieser Art könnten beispielsweise durch die Universität Leipzig kostenfrei angebotene Kolloquien sein.

5) Welche Vermittlungswege erweisen sich in einem bundesweiten Rollout als praktikabel?

Fragestellung 5 wurden im Rahmen der beiden Arbeitspakete 4 und Arbeitspakt 5 untersucht. Diese umfassen die Planung (AP4) und Implementierung (AP5) des bundesweiten Rollouts, welches im September 2021 begonnen und am 31.08.2022 beendet wurde. Folgende Vermittlungswege basierend auf den vorangegangenen Arbeitspaketen erwiesen sich dabei als praktikabel (Tabelle 7). Die umgesetzten Rolloutmaßnahmen sind Anlage 22 zu entnehmen.

Tabelle 7 Übersicht über praktikable Vermittlungswege im Rollout

	Vermittlungsweg
1.	Zielgruppenspezifischer Versand von Informationsmaterial (Print)
2.	Zielgruppenspezifische Weiterbildungsangebote (Präsenz und Digital)
3.	Zielgruppenspezifische Verbreitung über Newsletter (Digital)
4.	Zielgruppenspezifische Verbreitung über Beiträge in Fachzeitschriften (Print und Digital)
5.	Zielgruppenspezifische Verbreitung über Fachkongresse
6.	Digitale Bereitstellung der Informationsmedien (Erklärfilme, Webinare, Informationsflyer)
7.	Einbindung in die Lehre

6) Welche Implementierungsrate kann durch die vorgeschlagenen zielgruppenspezifischen Vermittlungswege erreicht werden? Gibt es Hinweise auf Determinanten einer erfolgreichen Implementierung?

Fragestellung 6 wurde im Rahmen des Arbeitspakets 6 untersucht. Ausführliche Ergebnisberichte befinden sich in Anhang 3 und Anhang 4. Der Implementierungserfolg des bundesweiten Rollouts wurde mittels zweier Zielgrößen evaluiert: durch a) die Anzahl der Neuregistrierungen in moodgym und durch b) die Erhebung der Erfahrungen der Leistungserbringer (Prä-Post-Befragung).

Messung des Implementierungserfolgs über Neuregistrierungsraten

Ein ausführlicher Ergebnisbericht zu den Neuregistrierungsraten ist Anhang 4 zu entnehmen. Abbildung 4 zeigt den Verlauf der Neuregistrierungen Prä- und Post-Rollout sowie in den Interimszeiträumen. Die Neuregistrierungen pro Quartal waren während des Rollouts deutlich höher. Während der Interimsmessung 2 lagen sie mit einem Zuwachs von 60,1% am höchsten (n=8231 vs. n=5140). Nach Beendigung des Rollouts waren die Neuregistrierungen pro Quartal immer noch um 11,4 % höher als vor dem Rollout (n=5724 vs. n=5140). Die neuregistrierten Nutzer:innen waren zu über zwei Dritteln weiblich. Insgesamt nutzten den Online-Coach insbesondere Personen jüngeren Alters (≤ 39 Jahre).

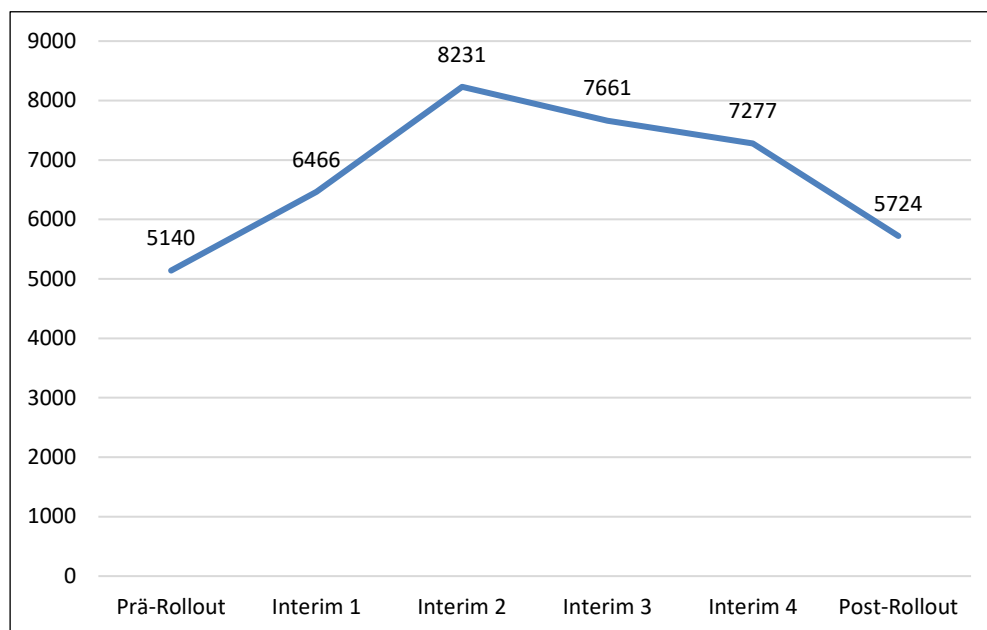


Abbildung 4 Anzahl der Neuregistrierungen im Zeitverlauf

Messung des Implementierungserfolgs über die quantitative Befragung der Leistungserbringergruppen

Ausführliche Ergebnisberichte zur schriftlichen Befragung ist den Anhängen 3 (T0) und 4 (T1) zu entnehmen. Bei der schriftlichen Erhebung der Leistungserbringer:innen nahmen zur Baseline-Befragung (T0) im Jahr 2021 insgesamt N=425 Behandler:innen teil. Es ergab sich die folgende Aufteilung auf die vier Leistungserbringergruppen: N=107 Hausärzt:innen, N=102 Psychotherapeut:innen, N=114 niedergelassene Fachärzt:innen (P-Fächer) und N=102 Klinikärzt:innen und deren Teams (P-Fächer). Im September 2022 wurde die Aussendung zur zweiten schriftlichen Befragung der N=425 Leistungserbringer (T1) fristgerecht umgesetzt. Der Zeitraum der Nachbefragung lag zwischen Anfang September 2022 bis Anfang Januar 2023.

Insgesamt nahmen an der Nachbefragung N=335 Personen teil, was einer Rücklaufquote von 79 % entspricht. Die Teilnehmenden waren in den vier Leistungserbringergruppen wie folgt aufgeteilt: N=77 Hausärzt:innen, N=96 Fachärzt:innen (P-Fächer), N=84 Psychotherapeut:innen und N=78 Klinikärzt:innen und deren Teams (P-Fächer). Die Proband:innen waren überwiegend weiblich (65,6%) und durchschnittlich 47,7 (SD = 11,0) Jahre alt. Mit 63,1% (N = 267) gab der überwiegende Teil der Studienteilnehmer:innen an, die praktische Tätigkeit in einer städtischen Umgebung auszuüben. Insgesamt wiesen die Studienteilnehmer:innen eine durchschnittliche Berufserfahrung von 20,0 Jahren (SD = 11,1) auf. In Bezug auf die Fragestellung können die Ergebnisse wie folgt zusammengefasst werden (Details siehe Anhang 4):

Primäres Outcome

- a. *Nutzung von moodgym und anderen Programmen in der Praxis:* Veränderungen in Bezug auf die Empfehlung/Einbindung von Online-Interventionen

Details zu den Ergebnissen sind Anhang 4 zu entnehmen. Zur Baseline hatten 28,5% (N = 121) der Gesamtstichprobe jemals ein Online-Programm empfohlen. Zur Nachbefragung gab mit 40,0% (N = 134) ein deutlich größerer Anteil der Befragten an, seit der letzten Befragung ein Online-Programm empfohlen zu haben (McNemar's $X^2(1) = 17,287$, $p < 0,001$). Diese Entwicklung ließ sich in allen Fachgruppen feststellen. Während sich die Empfehlungen von kostenfreien Programmen wie moodgym, iFightDepression und dem TK-DepressionsCoach nicht signifikant zwischen Baseline- und Nacherhebung unterschieden, lässt sich eine signifikante Steigerung der Empfehlung von DiGA feststellen.

Sekundäre Outcomes

- b. *E-Health Literacy:* Veränderungen in der Nutzung digitaler Medien im Berufsalltag, Veränderungen der Kenntnisse und des Wissens über Online-Interventionen, Veränderungen in der E-health literacy scale (eHEALS)

Details zu den Ergebnissen sind Anhang 4 zu entnehmen. Das Wissen zu Online-Programmen nahm zwischen Baseline- und Nacherhebung signifikant zu ($z = -8,153$, $p < 0,001$). Auch gaben mehr Behandler:innen an, bereits von Online-Interventionen gehört zu haben (McNemar's $X^2(1) = 18,618$, $p < 0,001$). Nahezu alle Programme waren zum Zeitpunkt der Nacherhebung bekannter als zur Baseline. Die Bekanntheit des Online-Programms moodgym bei den Befragten hat sich zwischen Baseline und Nacherhebung Zeitraum deutlich von 25,2% (N = 106) auf 43,8% (N = 145) erhöht (McNemar's $X^2(1) = 41,654$, $p < 0,001$). Der eHEALS-Summenscore zur Baseline betrug gemittelt über alle Studienteilnehmer:innen 31,4 (SD = 4,6) und war in allen Berufsgruppen ähnlich hoch. Der E-Health-Summenscore unterschied sich in der Gesamtstichprobe nicht signifikant zwischen Baseline und Nacherhebung ($t(322) = 0,509$, $p = 0,611$).

- c. *Einstellungen zur Nutzung von internet-basierten Programmen:* Veränderungen in Bezug auf wahrgenommene Vorteile und Chancen von Online-Interventionen, in Bezug auf Bedenken eines Einsatzes, in Bezug auf den wahrgenommenen Nutzen in der eigenen Behandlung, sowie in Bezug auf wahrgenommene Barrieren eines Einsatzes

Details zu den Ergebnissen sind Anhang 4 zu entnehmen. Zur Baseline wurden als Vorteil von Online-Programmen insgesamt am häufigsten angegeben, Patient:innen etwas zusätzlich an die Hand geben zu können (66,3%). Aus Perspektive des Großteils der Behandler:innen könne zudem die Behandlung durch Online-Programme unterstützt werden (62,2%) und die aktive Patientenbeteiligung gefördert (61,3%). Bedenken wurden insgesamt am häufigsten

hinsichtlich möglicher technischer Probleme geäußert (56,1%). Hinsichtlich eines Nutzens von Online-Programmen stimmten 85,8% der Studienteilnehmer:innen der Aussage eher oder voll zu, dass Online-Programme eine Unterstützung für Behandler sein können. Sowohl die wahrgenommenen Vorteile, die Bedenken als auch der wahrgenommene Nutzen veränderten sich zwischen Baseline- und Nacherhebung nicht statistisch bedeutsam. Von denjenigen Studienteilnehmer:innen, die noch kein Online-Programm zur Unterstützung ihrer Behandlung eingesetzt oder empfohlen hatten, wurden zur Baseline als häufigste Gründe ungenügendes Wissen zu Online-Programmen (76%) und fehlendes Informationsmaterial zum Austeilen (43,7%) genannt. Statistisch signifikant verringerte sich zur Nacherhebung der Anteil derjenigen, die ungenügendes Wissen über Online-Programme als Barriere für den Einsatz angaben.

- d. *Implementierungserfolg der Rollout-Maßnahmen und Nutzerakzeptanz:* Veränderungen in Bezug auf die Informationswege von Online-Interventionen, Veränderungen in der tatsächlichen Einbindung von Online-Interventionen (z.B. Art der Einbindung, Anzahl der Patientenempfehlungen, wahrgenommener Aufwand, Vorbereitung, Hilfsmittel, Interesse der Patient:innen), Veränderungen in der Zufriedenheit mit dem Einsatz von Online-Interventionen, sowie der Einschätzung, ob Online-Interventionen hilfreich sind, Veränderungen hinsichtlich eines zukünftigen Einsatzes durch Nicht-Nutzer:innen.

Details zu den Ergebnissen sind Anhang 4 zu entnehmen. Hinsichtlich des Erhalts von Informationsmaterial zu Online-Programmen (Informationswege) zeigten sich in verschiedenen Bereichen signifikante Veränderungen zwischen Baseline- und Nacherhebung (z.B. Zuwachs bei Flyern (McNemar's $X^2(1) = 24,992$, $p < 0,001$), Zuwachs bei Fortbildungen (McNemar's $X^2(1) = 6,961$, $p = 0,008$)). Der Anteil derjenigen, die noch nie Informationen zu Online-Programmen erhalten hatten, hatte sich von 11,9% (N = 50) zu 4,2% (N = 14) mehr als halbiert (McNemar's $X^2(1) = 16,488$, $p < 0,001$). Zur Nachbefragung war die ergänzende Selbsthilfe mit 71,6% (N = 96) die mit Abstand am häufigsten genannte Einbindungsform. Auch zur Nachbefragung wurde ein Online-Programm bisher noch einer geringen Anzahl von Patient:innen empfohlen (1 bis 5: 56,0%, N = 75). Mit 76,1% (N = 102) lasen sich Behandler:innen besonders häufig einen Flyer zur Vorbereitung durch. Hilfsmittel bei der Empfehlung an Patient:innen waren auch zur Nacherhebung am häufigsten mündliche Informationen (84,3%, N = 113) gefolgt von der Übergabe eines Informationsflyers (67,2%, N = 90). Der Aufwand wurde in der Nachbefragung größtenteils als eher niedrig bewertet (63,4%, N = 83) und das Interesse der Patient:innen mittelgradig (59,5%, N = 78). Ein Anteil von 71,5% (N = 93) empfand den Einsatz als hilfreich und der überwiegende Teil der Behandler:innen war mit dem Einsatz von Online-Programmen eher zufrieden (62,3%, N = 81).

- e. *Determinanten einer erfolgreichen Implementierung:* Im Rahmen eines binär logistischen Regressionsmodells wurden Determinanten für die Nutzung von Online-Interventionen im Rahmen der eigenen Behandlung (Früh-Nutzer und Neu-Nutzer vs. Nicht-Nutzer und Ehemalige Nutzer) untersucht.

Details zu den Ergebnissen sind Anhang 4 zu entnehmen. Zur Untersuchung der Determinanten einer erfolgreichen Implementierung wurden die an der Studie teilnehmenden Behandler:innen in die folgenden Gruppen eingeteilt: Nicht-Nutzer:innen (keine Nutzung, weder zur Baseline noch zur Nacherhebung), Neu-Nutzer:innen (keine Nutzung zur Baseline, jedoch Nutzung zur Nacherhebung), Früh-Nutzer:innen (Nutzung zu beiden Zeitpunkten) sowie ehemalige Nutzer:innen (Nutzung zur Baseline, jedoch nicht zur Nacherhebung). Etwa die Hälfte (53,7%, N = 180) gaben zu keinem Zeitpunkt an, ein Online-Programm in die Behandlung eingebunden zu haben (Nicht-Nutzer:innen). Nachfolgend war der Anteil der Früh-Nutzer:innen, die zu beiden Zeitpunkten eine Nutzung angaben, mit

22,1%% (N = 74) am höchsten. N = 60 (17,5%) hatten zum Zeitpunkt der Baseline kein Online-Programm empfohlen und dies im Zeitraum bis zur Nacherhebung erstmalig getan (Neu-Nutzer:innen). Lediglich 6,1% (N = 21) hatten vor der Baseline ein Programm empfohlen und in der Zwischenzeit bis zur Nacherhebung keines mehr (ehemalige Nutzer:innen). Im Rahmen einer logistischen Regressionsanalyse zeigte sich, dass die unabhängigen Variablen Alter, Geschlecht und Fachgruppe einen signifikanten Einfluss auf die Nutzung hatten. Neu- bzw. Früh-Nutzer:innen wiesen tendenziell ein niedrigeres Alter auf, waren mit einer niedrigeren Wahrscheinlichkeit männlichen Geschlechts und verglichen mit Hausärzt:innen waren deutlich mehr niedergelassene Fachärzt:innen in dieser Gruppe.

7) Wie kann eine allgemeingültige Roadmap zur Implementierung von selbsthilfestärkende Online-Coaches für verschiedene Leistungsanbieter in unterschiedlichen Behandlungssettings abgeleitet werden?

Fragestellung 7 wurde im Rahmen von Arbeitspakt 7 untersucht. AP7 umfasste die Erstellung einer Roadmap, die eine Handlungsanleitung für eine erfolgreiche Implementierungsstrategie von internetbasierten Interventionen bietet. Diese soll für zukünftige Implementierungen von selbsthilfestärkenden, internetbasierten Programmen verschiedener Indikationen zur Verfügung stehen. Eingearbeitet wurden die identifizierten Maßnahmen, die in den vorangegangenen Arbeitspaketen erarbeitet wurden. Die identifizierten Vermittlungswege in Bezug auf die verschiedenen Behandlungssettings der vier Leistungserbringergruppen wurden dabei in der Roadmap konkretisiert. Die Erstellung der Roadmap umfasste dabei die folgenden Ableitungsschritte:

- 1 Beschreibung der identifizierten Ziele: Bestimmung der Hauptziele der Roadmap, beispielsweise die Verbesserung des Zugangs zu E-Mental-Health-Programmen in der praktischen Versorgung aus Perspektive der Behandler:innen.
- 2 Analyse der aktuellen Rahmenbedingungen: Bewertung des gegenwärtigen Standes der E-Mental-Health-Technologien und -Dienstleistungen, einschließlich der Identifizierung von Herausforderungen und Barrieren für die Implementierung von E-Mental-Health-Interventionen in Deutschland.
- 3 Beschreibung von Anwendungsbereichen im Bereich der psychischen Erkrankungen: Identifizierung von Anwendungsbereichen, in denen E-Mental-Health-Interventionen eingesetzt werden können.
- 4 Entwicklung von konkreten Handlungsempfehlungen: Entwicklung von konkreten Handlungsempfehlungen zur Implementierung von E-Mental-Health Interventionen aus Perspektive von Behandler:innen. Hierfür wurden die Ergebnisse aus den vorangestellten Arbeitspaketen im Projekt @ktiv_rollout in Bezug auf Informationsbedarfe und Verbreitungswege synthetisiert.
- 5 Es wurden praktische Beispiele für Implementierungsmaßnahmen in die Roadmap eingearbeitet.
- 6 Layout: Es wurde ein professionelles Layout für die Roadmap angelegt.
- 7 Umsetzung der Roadmap: Es wurden Wege identifiziert, die Roadmap zu verbreiten und in die Öffentlichkeit zu tragen.
- 8 Aufnahme der Roadmap auf die Wissensplattform INA.

Die entwickelte Roadmap befindet sich im Anhang 5. Die Roadmap wird zudem über die Wissensplattform INA digital zur Verfügung gestellt ([LINK](#)). Die Roadmap steht online auf der Webseite des Instituts zum kostenfreien Abruf zur Verfügung ([LINK](#)). Die Verbreitung erfolgte über gezielte Öffentlichkeitsarbeit.

7. Diskussion der Projektergebnisse

Psychische Störungen sind weit verbreitet und gehen mit erheblichen individuellen und gesellschaftlichen Beeinträchtigungen einher. Basierend auf Daten der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1) fanden Jacobi et al. (18) für die deutsche Allgemeinbevölkerung im Alter von 18 bis 79 Jahren eine 12-Monats-Prävalenz für psychische Störungen von insgesamt 27,7%. Neben Angststörungen (15,4%) stellen vor allem uni-polare Depressionen (8,2%) die größte Störungsgruppe dar (19). Die Behandlung von psychischen Störungen in Deutschland erfolgt in unterschiedlichen Behandlungssettings (ambulant, teilstationär, stationär) und in Beteiligung unterschiedlicher Fach- und Berufsgruppen (z.B. Hausärzt:innen, niedergelassene Fachärzt:innen (P-Fächer), Psychotherapeut:innen, Klinikärzt:innen und ihre Teams). Digitale Unterstützungsangebote stellen ein ergänzendes Angebot darstellen zusätzlich zu den bereits bestehenden Versorgungsangeboten. Die Wirksamkeit von E-Mental-Health-Interventionen wurde wiederholt nachgewiesen (20–23). Die Nationale Versorgungsleitlinie Unipolare Depression empfiehlt deren Nutzung bei entsprechender Evidenzbasierung und nach fachgerechter Diagnostik bei leichten Depressionen als alleinige und bei mittelschweren oder schweren Depressionen als zusätzliche Intervention (24).

Die Voraussetzung für die „App auf Rezept“ wurde 2019 mit dem Digitale Versorgungsgesetz geschaffen (25). Seit 6.10.2020 wurde ein [DiGA-Verzeichnis](#) über das BfArM installiert, welches die Verschreibung von digitalen Anwendungen (sogenannte DiGAs) durch Behandler:innen ermöglicht. Mit 26 von 62 sind nahezu die Hälfte der aktuellen DiGA-Verordnungen für psychische Erkrankungen indiziert (Stand 14.03.20224). Obwohl eine Zunahme der Verschreibungen zu beobachten ist, zeigen Daten eines Krankenkassenchefes, dass nur etwa 4 % der Gesundheitsdienstleister jemals eine DiGA verschrieben haben, und zwar durchschnittlich 2,4 Mal (26). Insgesamt zeigt sich, dass DiGA noch selten genutzt werden. Es gibt auch eine Reihe von frei zugänglichen E-Mental-Health-Interventionen. Diese können nicht nur bei Vorliegen einer psychischen Störung Unterstützung bieten, sondern auch bei leichten psychischen Symptomen oder zur Prävention eingesetzt werden (25, 27). Diese sind frei zugänglich und damit nicht verschreibungspflichtig.

Zu Beginn der vorliegenden Studie waren erst wenige DiGAs im DiGA-Verzeichnis gelistet. Die Zahl der gelisteten DiGAs nahm im Studienverlauf und insbesondere zum Zeitraum der Nachbefragung der Behandler:innen in AP 6 deutlich zu. Die vorliegende Studie spiegelt daher die aktuellen Entwicklungen im Versorgungszeitraum wider. Während aktuelle Zahlen der Berichte des GKV-Spitzenverbandes (28) sowie des TK-DiGA Reports (26) Aufschluss über die Verschreibung von DiGAs in einem bestimmten Zeitraum geben, ist ein Alleinstellungsmerkmal der vorliegenden Studie, dass sie ebenso auf kostenfreie Online-Coaches im E-Mental-Health Bereich abzielt.

Das Ziel der vorliegenden Studie war die Entwicklung einer wiederholt nutzbaren und allgemein gültigen Disseminations- und Implementierungsstrategie für selbsthilfestärkende Online-Coaches für verschiedene Leistungsanbieter in unterschiedlichen Behandlungssettings. Beispielhaft erfolgte dies am bundesweiten Rollout von moodgym, einem internetbasierten Selbstmanagementprogramm zur Linderung depressiver Symptome. Im Rahmen der Studie konnten passgenau zugeschnittene Implementierungsstrategien für verschiedene Behandler:innengruppen von Menschen mit psychischen Erkrankungen partizipativ entwickelt werden. Diese stehen nun in Form von Handlungsempfehlungen in einer Roadmap zur Verfügung. Die vorgegebene Arbeitshypothese wird damit als erfüllt angesehen (siehe Kapitel 3). Die Ergebnisse sollen die Implementierung von internet- und mobilbasierten Interventionen erleichtern. Damit soll die Handhabung für Behandler:innen vereinfacht, gezielt Informationen vermittelt und Barrieren in der praktischen Versorgung abgebaut werden. Die Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen in Hausarzt-

und Facharztpraxen, in Psychotherapiepraxen und in Kliniken können langfristig durch das ergänzende Angebot von Online-Coaches verbessert werden.

Mithilfe der qualitativen Arbeitspakete konnten individuelle Vorteile und verschiedenen Anwendungsmöglichkeiten von Online-Coaches zur Behandlungsunterstützung identifiziert werden. Darauf basierend konnten Empfehlungen für die Erstellung und Verteilung ansprechenden Informationsmaterials, wie Informationsfilmen und Informationsflyern, sowie weitere Maßnahmen für die Implementierung von Online-Coaches in klassische Versorgungskontexten passgenau abgeleitet werden. Eine generelle Limitation bei qualitativen Arbeiten ist eine geringe Stichprobengröße. Aus diesem Grund besteht bei qualitativen Forschungen das Ziel eine möglichst hohe theoretische Sättigung zu erreichen (29). In den durchgeführten Interviews wurden daher unterschiedliche Perspektiven aus der Versorgung erfasst. So wurde neben Vertreter:innen der ambulanten Versorgung, einschließlich Hausärzt:innen, Psychotherapeut:innen und Fachärzt:innen (P-Fächer) auch Ärzt:innen und Fachpersonal der klinischen Versorgung befragt.

Der Implementierungserfolg des bundesweiten Rollouts wurde mittels der quantitativen Befragungen und der Ermittlung der Neuregistrierungsraten erfasst. Da es sich im vorliegenden Projekt um eine Untersuchung im Real-Life-Setting handelt und der Fokus auf der bundesweiten Implementierung des Online-Coaches moodgym bei den Leistungserbringer:innen des deutschen Versorgungssystems lag, hat die Studie explorativen Forschungscharakter (prospektive Beobachtungsstudie). Die Umsetzung eines experimentellen Ansatzes unter Einbezug einer Kontrollgruppe im Rahmen einer randomisierten kontrollierten Studie (RCT) sind zwar als Königsweg anzusehen, sind in diesem Setting jedoch nicht möglich. Stattdessen wurde eine Annäherung an eine ausreichend große Fallzahl themenspezifisch anhand von Literatur zur Überprüfung der Nutzungsakzeptanz von internetbasierten Interventionen nach Implementierung eines Informationsfilms umgesetzt. Da die Umsetzung im Real-Life-Setting erfolgte kann jedoch nicht ausgeschlossen werden, dass auch andere Ereignisse, wie zum Beispiel die Medienberichterstattung zu IMI und DiGA, oder auch zu moodgym zum Zeitpunkt des Rollouts Einfluss auf die Befragungsergebnisse, als auch die Neuregistrierungsraten hatten.

Insgesamt deuten die Untersuchungsergebnisse im vorliegenden Projekt jedoch darauf hin, dass vor allem eine bessere Kenntnis und mehr Informationsmaterialien zum Zeitpunkt der Nachbefragung ausschlaggebend für einen breiteren Einsatz von IMI und DiGA in der Praxis gewesen zu sein. Die Ergebnisse zeigen damit, dass Implementierungsbemühungen vor allem die Dissemination von passgenauen Informationen für das jeweilige Behandlungssetting fokussieren sollten. Die Entwicklung und Verteilung von zugeschnittenen, ansprechenden Informationsmaterialien für Behandler:innen und Patient:innen kann einen sinnvollen Weg darstellen, ungenutzte Potentiale wirksamer Online-Coaches für Betroffene nutzbar zu machen.

Beachtet werden muss, dass die quantitative Befragung keinen repräsentativen Charakter für die einzelnen Leistungserbringergruppen aufweist. Die Generalisierbarkeit der Ergebnisse ist demnach eingeschränkt. Die Rücklaufquote zur Baseline-Befragung lag lediglich bei knapp 20 %. Allgemein ist bei Befragungen in der Routineversorgung eine niedrige Rücklaufquote ein häufiges Problem (30). Ein möglicher Selektionsbias bei der Stichprobe ist dennoch nicht auszuschließen. Zudem wurde ein Großteil der Baseline-Stichprobe (76,9%) im Bundesland Sachsen rekrutiert. Dies muss bei der Interpretation der Ergebnisse im Hinblick auf die Generalisierbarkeit auf das gesamte Bundesgebiet berücksichtigt werden.

Das Ziel der Erstellung einer allgemeingültigen Roadmap zur Implementierung von internet- und mobilbasierten Interventionen zur Behandlungsunterstützung bei psychischen Symptomen konnte erfolgreich abgeschlossen werden.

E-Mental-Health-Interventionen sind ein vielversprechender Ansatz zur Verbesserung der psychischen Gesundheit. Behandler:innen sind wichtige Multiplikatoren in Bezug auf deren

Einsatz. Auch wenn diese Interventionen in der Routineversorgung noch selten eingesetzt werden, zeigen unsere Ergebnisse, dass die Nutzung und das Wissen über E-Mental-Health-Interventionen bei Ärzt:innen und Therapeut:innen über die Zeit zunimmt. Der Verbreitung von passgenauem Informationsmaterial, sowie die Berücksichtigung in Aus- und Weiterbildung kommt daher eine Schlüsselrolle bei der Implementierung von digitalen Versorgungsangeboten zu. Nur so kann das Potenzial wirksamer E-Mental-Health-Interventionen für Menschen mit psychischen Symptomen nutzbar gemacht werden.

8. Verwendung der Ergebnisse nach Ende der Förderung

Die Ergebnisse der vorliegenden Implementierungsstudie zeigen, dass durch gezielte Implementierungsmaßnahmen, ein Wissenszuwachs zu digitalen Gesundheitsanwendungen sowie zu kostenfreien IMI bei Behandler:innen von Menschen mit psychischen Erkrankungen erreicht werden kann, was eine wichtige Grundvoraussetzung für einen Einsatz in der Praxis darstellt. Implementierungsmaßnahmen müssen zielgerichtet für spezifische Behandlungsfelder erfolgen.

Gleichzeitig zeigen die Ergebnisse auch, dass trotz einer Zunahme an Empfehlungen von IMI und DiGA im Zeitverlauf, weiterhin Barrieren für Behandler:innen in Praxis. Ein substantieller Anteil von Behandler:innen nutzt sie weiterhin noch nicht im Rahmen der Patient:innenversorgung. Die im Projekt entstandene Roadmap für die Implementierung von internet- und mobilbasierten Interventionen (IMI) bietet konkrete Empfehlungen und somit einen Handlungsleitfaden für Fachpersonen, die an der Entwicklung, Dissemination und Implementierung von IMI in Deutschland beteiligt sind (z.B. Mitarbeitende an Universitäten, Firmen und Krankenkassen). Sie richtet sich außerdem an Mitarbeitende in der Aus- und Weiterbildung relevanter Leistungserbringer:innen im Bereich der Gesundheitsversorgung. Die Roadmap steht open access zur Verfügung und leistet einen wichtigen Beitrag für eine verbesserte Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen. Sie ist jedoch gleichzeitig auch für andere Indikationsbereiche und damit vielseitig einsetzbar. Hier ist weitere Forschung notwendig. Nach Ende der Förderung wurden zielgerichtet Maßnahmen zur Öffentlichkeitsarbeit vorgenommen für eine Dissemination der Roadmap sowie der gewonnenen Erkenntnisse.

Im Rahmen des Projektes wurden neben der Roadmap unterschiedliche Informationsmaterialien Flyer, Webinare und vier Erklärfilme (exemplarisch für moodgym) für Behandler:innen erstellt, Diese Materialien bieten den Behandler:innen wichtige Anhaltspunkte für den Einsatz von Online-Coaches im eigenen Versorgungssetting. Die erstellten Materialien stehen open access über das Projektende hinaus weiter zur Verfügung (siehe auch Anlagen).

9. Erfolgte bzw. geplante Veröffentlichungen

9.1 Geplante Veröffentlichungen

2024

- Weitzel, E.C., Schladitz, K., Schwenke, M., Welzel, F., Schomerus, G. Schönknecht, P., Bleckwenn, M., Mehnert-Theuerkauf, A., Riedel-Heller, S.G., Löbner, M. Current trends in e-mental health interventions: Health care providers' attitudes and usage patterns. Internet Interventions (under review)

9.2 Erfolgte Veröffentlichungen

Publikationen

2024

- Schwenke, M., Weitzel, E.C., Riedel-Heller, S.G., Löbner, M. Wie kann Translation gelingen? Implementierung von internet- und mobilbasierten Interventionen (IMI) zur Behandlungsunterstützung psychischer Erkrankungen, Kerbe (*eingereicht März 2023*, ist für die Kerbe-Ausgabe 2/2024 vorgesehen, [LINK](#))

2023

- Löbner, M., Weitzel, E.C., Schladitz, K., Riedel-Heller, S.G. Roadmap – Implementierung von internet- und mobilbasierten Interventionen (IMIs) zur Behandlungsunterstützung bei psychischen Symptomen, 2023 ([LINK](#))
- Löbner, M. Digitale Unterstützung bei psychischen Problemen auch im Alter, Infobrief Gesundes Leipzig, (03.05.2023)
- Weitzel, E.C., Schwenke, M., Schomerus, G. Schönknecht, P., Bleckwenn, M., Mehnert-Theuerkauf, A., Riedel-Heller, S.G., Löbner, M. E-mental health in Germany - what is the current use and what are experiences of different types of health care providers for patients with mental illnesses?. Arch Public Health 81, 133 (2023). <https://doi.org/10.1186/s13690-023-01150-y> ([LINK](#))
- Mentale Gesundheit - eMental-Health, doctors today (06.02.2023, [LINK](#))

2022

- Schwenke, M., Weitzel; E.C., Löbner, M. Webinar geht online – E-Mental-Health im Behandlungsalltag (2022). In: Psychiatrische Praxis 49 (04), S. 221. DOI: 10.1055/a-1790-0897 ([LINK](#))
- KV Sachsen, Online-Programm zur Behandlungsunterstützung bei depressiven Symptomen, KVS-Mitteilungen (06.2022, [LINK](#))
- Newsmail UKL, Webinar und Informationsfilme zu E-Mental-Health online verfügbar, Universitätsklinikum Leipzig (04.04.2022)
- KV Thüringen, Anwendung eines E-Mental-Health Programms im Behandlungsalltag, KVT (11.03.2022)
- DGSM Newsletter, AG Mental Health – Anwendungen eines E-Mental-Health Programms im Behandlungsalltag, (28.02.2022)

2021

- Weitzel, E.C., Quittschalle, J., Welzel, F.D., Löbner M, Hauth, I., Riedel-Heller, S.G. E-Mental-Health und digitale Gesundheitsanwendungen in Deutschland. Nervenarzt 92, 1121–1129 (2021). <https://doi.org/10.1007/s00115-021-01196-9> ([LINK](#))
- Beitrag im Gesundheitsmagazin „Liebigstraße aktuell“ des Universitätsklinikum Leipzig 10/2021 ([LINK](#))

Kongress-Beiträge

2023

- 2 Kongressbeiträge beim Kongress der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN), Berlin (29.11-01.12.2023)
- 2. Deutscher Psychotherapiekongress, Berlin (10.-13.5.2023)

2022

- 26. Deutschsprachiges Sozialpsychiatrie-Treffen, Weimar (03.03.2022)

- Kongress Armut und Gesundheit, Leipzig (22.-24.03.2022)
- Hengstberger Symposium „International Perspectives on Aging & Technology“, Heidelberg (16.-17.05.2022)
- E-Mental-Health-Tag des Universitären Zentrums für Versorgungsforschung (UZVF), Leipzig (15.06.2022)
- Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention (DGSM), Magdeburg (07.-09.09.2022)
- Tagung Evangelische Akademie Tutzing „Stark gegen Depression!“ (26.-27.09.2022)
- Deutscher Kongress für Versorgungsforschung (DKVF), Potsdam (05.-07.10.2022)
- Kongress der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN), Berlin (23.-26.11.2022)
- Task Force „Qualitätssicherung und Implementierung von internetgestützten Interventionen“ der DGPPN, digital (06.12.2022)

2021

- Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention (DGSM), (digital, 22.-24.09.2021)
- Deutscher Kongress für Versorgungsforschung (DKVF, 06.-08.10.2021)
- Kongress der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN, 24.11.-27.11.2021)
- Dies academicus der Universität Leipzig (digital, 02.12.2021)

2020

- Deutschen Kongress für Versorgungsforschung (DKVF), (digital 30.09.-01.10.2020)

Digitale Veröffentlichungen

2022

- Bereitstellung der 4 Erklärfilme und 4 Informationsflyer auf der Website www.moodgym-deutschland.de, siehe Fachkreise - moodgym Deutschland (moodgym-deutschland.de)
- Verlinkung der Projektinformationen und Webinare auf [researchgate.net](https://www.researchgate.net/project/How-can-translation-be-successful-Implementation-of-self-help-strengthening-online-coaches-in-various-treatment-settings-ktiv-rollout): <https://www.researchgate.net/project/How-can-translation-be-successful-Implementation-of-self-help-strengthening-online-coaches-in-various-treatment-settings-ktiv-rollout>

2021

- Webseite des Instituts für Sozialmedizin, Arbeitsmedizin und Public Health (ISAP der Universität Leipzig), Verlinkung zu den 4 zielgruppenspezifischen Webinaren ([LINK](#))
- Webseite des Instituts für Sozialmedizin, Arbeitsmedizin und Public Health (ISAP der Universität Leipzig), Verlinkung zu den 4 Erklärfilmen ([LINK](#))
- Bereitstellung der vier zielgruppenspezifischen Informationsfilme auf der moodgym Webseite ([LINK](#) und [LINK](#))
- Bereitstellung der vier zielgruppenspezifischen Informationsflyer (Anlage 17 - 20) unter ([LINK](#))

2020

Projektvorstellung auf der Webseite des Instituts für Sozialmedizin, Arbeitsmedizin und Public Health (ISAP) der Universität Leipzig ([LINK](#))

10. Literaturverzeichnis

1. Dorow M, Stein J, Förster F, Löbner M, Franz M, Günther R, et al. Der komplementäre Einsatz des internetbasierten Selbstmanagementprogramms „moodgym“ bei Menschen

- mit depressiven Erkrankungen in der stationären Versorgung – die Perspektive von Patienten und Behandlern. *Psychiatr Prax* (2018) 45:256–62. doi:10.1055/s-0043-117049
2. Ebert DD, Berking M, Cuijpers P, Lehr D, Pörtner M, Baumeister H. Increasing the acceptance of internet-based mental health interventions in primary care patients with depressive symptoms. A randomized controlled trial. *J Affect Disord* (2015) 176:9–17. doi:10.1016/j.jad.2015.01.056
 3. Eichenberg C, Brähler E. Internet als Ratgeber bei psychischen Problemen. *Psychotherapeut* (2013) 58:63–72. doi:10.1007/s00278-012-0893-0
 4. Gun SY, Titov N, Andrews G. Acceptability of Internet treatment of anxiety and depression. *Australas Psychiatry* (2011) 19:259–64. doi:10.3109/10398562.2011.562295
 5. Sandelowski M. Sample size in qualitative research. *Res Nurs Health* (1995) 18:179–83. doi:10.1002/nur.4770180211
 6. Misoch S. *Qualitative Interviews*. München, Wien: De Gruyter Oldenbourg (2019).
 7. Mayring P. *Qualitative Inhaltsanalyse: Grundlagen und Techniken*. Weinheim, Basel: Beltz (2007). 135 p.
 8. Steinhäuser J, Paulus J, Roos M, Peters-Klimm F, Ledig T, Szecsenyi J, et al. "Allgemeinmedizin ist trotzdem ein schönes Fach" - eine qualitative Studie mit Ärzten in Weiterbildung. *Z Evid Fortbild Qual Gesundheitswes* (2011) 105:89–96. doi:10.1016/j.zefq.2010.11.003
 9. Flick U, Kardorff E von, Steinke I, editors. *Qualitative Forschung: Ein Handbuch*. Reinbek bei Hamburg: rowohlt's enzyklopädie im Rowohlt Taschenbuch Verlag (2017). 767 p.
 10. Baumeister H, Nowoczin L, Lin J, Seifferth H, Seufert J, Laubner K, et al. Impact of an acceptance facilitating intervention on diabetes patients' acceptance of Internet-based interventions for depression: a randomized controlled trial. *Diabetes Res Clin Pract* (2014) 105:30–9. doi:10.1016/j.diabres.2014.04.031
 11. May C, Finch T. Implementing, Embedding, and Integrating Practices: An Outline of Normalization Process Theory. *Sociology* (2009) 43:535–54. doi:10.1177/0038038509103208
 12. Venkatesh, Morris, Davis. User Acceptance of Information Technology: Toward a Unified View. *MIS Quarterly* (2003) 27:425. doi:10.2307/30036540
 13. Rogers EM. *Diffusion of Innovations*. Riverside: Free Press (2003). 446 p.
 14. Bernstein MT, Garber J, Faucher P, Reynolds KA, Restall G, Walker JR, et al. New Patient Education Video on Colonoscopy Preparation: Development and Evaluation Study. *JMIR Hum Factors* (2020) 7:e15353. doi:10.2196/15353
 15. Soucy JN, Owens VA, Hadjistavropoulos HD, Dirkse DA, Dear BF. Educating patients about Internet-delivered cognitive behaviour therapy: Perceptions among treatment seekers and non-treatment seekers before and after viewing an educational video. *Internet Interv* (2016) 6:57–63. doi:10.1016/j.invent.2016.09.003
 16. Soellner R, Huber S, Reder M. The Concept of eHealth Literacy and Its Measurement. *Journal of Media Psychology* (2014) 26:29–38. doi:10.1027/1864-1105/a000104
 17. Norman CD, Skinner HA. eHealth Literacy: Essential Skills for Consumer Health in a Networked World. *J Med Internet Res* (2006) 8:e9. doi:10.2196/jmir.8.2.e9
 18. Jacobi F, Höfler M, Strehle J, Mack S, Gerschler A, Scholl L, et al. Psychische Störungen in der Allgemeinbevölkerung Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland und ihr Zusatzmodul Psychische Gesundheit (DEGS1-MH). *Nervenarzt* (2014) 85:77–87. doi:10.1007/s00115-013-3961-y
 19. Jacobi F, Höfler M, Strehle J, Mack S, Gerschler A, Scholl L, et al. Erratum zu: Psychische Störungen in der Allgemeinbevölkerung. Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland und ihr Zusatzmodul "Psychische Gesundheit" (DEGS1-MH). *Nervenarzt* (2016) 87:88–90. doi:10.1007/s00115-015-4458-7
 20. Andrews G, Basu A, Cuijpers P, Craske MG, McEvoy P, English CL, et al. Computer therapy for the anxiety and depression disorders is effective, acceptable and practical health care:

- An updated meta-analysis. *J Anxiety Disord* (2018) 55:70–8. doi:10.1016/j.janxdis.2018.01.001
21. Carlbring P, Andersson G, Cuijpers P, Riper H, Hedman-Lagerlöf E. Internet-based vs. face-to-face cognitive behavior therapy for psychiatric and somatic disorders: an updated systematic review and meta-analysis. *Cogn Behav Ther* (2018) 47:1–18. doi:10.1080/16506073.2017.1401115
 22. Etzelmueller A, Vis C, Karyotaki E, Baumeister H, Titov N, Berking M, et al. Effects of Internet-Based Cognitive Behavioral Therapy in Routine Care for Adults in Treatment for Depression and Anxiety: Systematic Review and Meta-Analysis. *J Med Internet Res* (2020) 22:e18100. doi:10.2196/18100
 23. Karyotaki E, Efthimiou O, Miguel C, BERPohl FM, Furukawa TA, Cuijpers P, et al. Internet-Based Cognitive Behavioral Therapy for Depression: A Systematic Review and Individual Patient Data Network Meta-analysis. *JAMA Psychiatry* (2021) 78:361–71. doi:10.1001/jamapsychiatry.2020.4364
 24. Nationale VersorgungsLeitlinie. Unipolare Depression. Langfassung Version 3.2, AWMF-Register-Nr. nvl-005 [cited 2024 Mar 14]. Available from: https://register.awmf.org/assets/guidelines/nvl-005l_S3_Unipolare-Depression_2023-07.pdf
 25. Weitzel EC, Quittschalle J, Welzel FD, Löbner M, Hauth I, Riedel-Heller SG. E-Mental-Health und digitale Gesundheitsanwendungen in Deutschland. *Nervenarzt* (2021) 92:1121–9. doi:10.1007/s00115-021-01196-9
 26. Techniker Krankenkasse. DiGA-Report 2022 [cited 2024 Mar 14]. Available from: <https://www.tk.de/resource/blob/2125136/dd3d3dbafcaef0984dcf8576b1d7713/tk-diga-report-2022-data.pdf>
 27. Haaf R, Vock P, Wächtershäuser N, Correll CU, Köhler S, Klein JP. Wirksamkeit in Deutschland verfügbarer internetbasierter Interventionen für Depressionen – ein systematisches Review mit Metaanalyse. *Nervenarzt* (2024) 95:206–15. doi:10.1007/s00115-023-01587-0
 28. GKV-Spitzenverband. Bericht des GKV-Spitzenverbandes über die Inanspruchnahme und Entwicklung der Versorgung mit Digitalen Gesundheitsanwendungen (DiGA-Bericht) gemäß § 33a Absatz 6 SGB V Berichtszeitraum: 01.09.2020–30.09.2023 [cited 14.03.24]. Available from: https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/telematik/digitales/2023_DiGA_Bericht_GKV-Spitzenverband.pdf
 29. Przyborski A, Wohlrab-Sahr M. *Qualitative Sozialforschung: Ein Arbeitsbuch*. Berlin, Boston: De Gruyter Oldenbourg (2021). 574 p.
 30. Kellerman SE, Herold J. Physician response to surveys. A review of the literature. *Am J Prev Med* (2001) 20:61–7. doi:10.1016/s0749-3797(00)00258-0

11. Anhang

- Anhang 1: Ergebnisbericht AP1
- Anhang 2: Ergebnisbericht AP3
- Anhang 3: Ergebnisbericht AP6 T0-Befragung
- Anhang 4: Ergebnisbericht AP 6 T1-Befragung+Neuregistrierungsraten; **gesperrt bis 31.03.2025**
- Anhang 5: Roadmap AP7

12. Anlagen

- Anlage 1: AP1 Leitfaden qualitative Expert:inneninterviews
- Anlage 2: AP1 Kurzfragebogen Hausärzt:innen
- Anlage 3: AP1 Kurzfragebogen Psychotherapeut:innen
- Anlage 4: AP1 Kurzfragebogen Fachärzt:innen
- Anlage 5: AP1 Kurzfragebogen Klinik
- Anlage 6: AP1 Rekrutierungsflyer
- Anlage 7: Storyboard Informationsfilm Hausärzt:innen
- Anlage 8: Storyboard Informationsfilm Psychotherapeut:innen
- Anlage 9: Storyboard Informationsfilm Fachärzt:innen
- Anlage 10: Storyboard Informationsfilm Klinikärzt:innen
- Anlage 11: Informationsfilm Hausärzt:innen
- Anlage 12: Informationsfilm Psychotherapeut:innen
- Anlage 13: Informationsfilm Fachärzt:innen
- Anlage 14: Informationsfilm Klinikärzt:innen
- Anlage 15: AP3 Leitfaden qualitative Interviews
- Anlage 16: AP3 Kurzfragebogen
- Anlage 17: Informationsflyer Hausärzt:innen
- Anlage 18: Informationsflyer Psychotherapeut:innen
- Anlage 19: Informationsflyer Fachärzt:innen
- Anlage 20: Informationsflyer Klinikärzt:innen
- Anlage 21: Vermittlungswege bundesweites Rollout
- Anlage 22: Umgesetzte Maßnahmen bundesweites Rollout
- Anlage 23: AP6 Fragebogen T0-Befragung
- Anlage 24: AP6 Rekrutierungsflyer
- Anlage 25: AP6 Fragebogen T1-Befragung

Arbeitspaket 1: Qualitative Interviews – Gelingensfaktoren und Barrieren von Online-Coaches im Versorgungssystem sowie Vermittlungswege

Ziel

Die vorliegende Untersuchung zielt auf die Untersuchung der Nutzungsbereitschaft und Akzeptanz von Online-Coaches bei den vier folgenden Leistungserbringergruppen ab: (A) Hausärzte, (B) niedergelassene Fachärzte (P-Fächer=Psychiatrie & Psychotherapie, Nervenheilkunde, Psychosomatik), (C) Psychotherapeuten, (D) Klinikärzte und deren Teams (P-Fächer). Ziel ist die qualitative und partizipative Erfassung von Fragen, Gelingensfaktoren und Barrieren hinsichtlich Online-Coaches in verschiedenen Behandlungssettings sowie die Ermittlung geeigneter Wege zur Vermittlung von Informationen zu Online-Coaches (z.B. in Form von Infofilmen) an die Leistungserbringer. Die Ergebnisse fließen in das folgende Arbeitspaket 2 ein, in welchem zielgruppenspezifische Informationsfilme zu einem exemplarischen Online-Coach entwickelt werden.

Methoden

Die vorliegende Untersuchung folgt einem qualitativen Untersuchungsdesign mit 21 qualitativen Telefoninterviews mit Gesundheitsexpert*innen aus vier verschiedenen Fachrichtungen (Hausärzt*innen, ambulante Psychotherapeut*innen, ambulante Fachärzt*innen (P-Fächer: Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde) und Klinikärzt*innen (P-Fächer) und deren Teams). Jedes Telefoninterview wurde mithilfe eines teilstandardisierten Interviewleitfadens (s. Anlage 1.1) durchgeführt. Die Entwicklung des Interviewleitfadens erfolgte in Anlehnung an das von Venkatesh et al (2003)¹ entwickelte Modell der Unified Theory of Acceptance and Use of Technology (UTAUT-Modell) (s. Venkatesh et al, 2003; Abb. 3) und die Innovations-Diffusions-Theorie von Rogers (2003)². Die Daten wurden mittels Audioaufzeichnung festgehalten, transkribiert und inhaltsanalytisch nach Mayring (2015) unter Nutzung der Software MAXQDA 18 ausgewertet. Die Kategorienbildung folgte in einer kombinierten deduktiven und induktiven Vorgehensweise (deduktiv aus dem modellbasierten Interviewleitfaden sowie induktiv aus dem Untersuchungsmaterial). Für das Projekt liegt ein Ethikvotum durch die Ethikkommission der Medizinischen Fakultät der Universität Leipzig vor (286/20-ek vom 23.06.2020).

Datenerhebung und Stichprobe

Von Juli bis September 2020 wurden 21 qualitative Telefoninterviews mit Gesundheitsexpert*innen aus vier verschiedenen Fachdisziplinen durchgeführt: Hausärzt*innen (N=6), ambulanten Psychotherapeut*innen (N = 5), ambulanten Fachärzt*innen (P-Fächer) und Klinikärzt*innen und deren Teams (N = 5). Die Rekrutierung erfolgte über ein bestehendes Netzwerk von Gesundheitsexpert*innen des Instituts für Sozialmedizin, Arbeitsmedizin und Public Health (ISAP) sowie über Ausbildungsinstitute für Psychotherapie. Die Interviews wurden durch geschulte wissenschaftliche Mitarbeiterinnen durchgeführt. Die Durchführung dauerte im Mittel 31 Minuten (Minimum: 18:43 Minuten; Maximum: 58:15 Minuten). Soziodemografische Daten der Gesundheitsexpert*innen wurden postalisch mittels kurzer Fragebögen vor Durchführung der telefonischen Interviews erhoben (Tab. 1).

Die sechs Hausärzt*innen waren der ärztlichen Qualifikation nach Fachärzte für Allgemeinmedizin, wovon vier eine Zusatzqualifikation im Bereich der psychosomatischen Grundversorgung innehatten.

¹ Venkatesh, V., Morris, M. G., Davis, G. B., & Davis, F. D. (2003). User acceptance of information technology: Toward a unified view. *MIS quarterly*, 425-478.

² Rogers, E. M. (2003): *Diffusion of innovations*. 5. ed., Free Press trade paperback ed.

Von den fünf ambulant tätigen Psychotherapeut*innen waren vier in der Fachkunde Verhaltenstherapie approbiert, eine Person befand sich in der fortgeschrittenen Ausbildung zur psychologischen Psychotherapeutin im Bereich Verhaltenstherapie.

Von den fünf niedergelassenen Fachärzten wiesen drei die Fachkunde für Psychiatrie und Psychotherapie und zwei Personen die für Nervenheilkunde auf.

Von den in der Klinik tätigen Gesundheitsexpert*innen waren zwei Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie, zwei Ärztinnen in Weiterbildung zur Fachkunde Psychiatrie und Psychotherapie und eine Psychologin.

Tabelle 1. Soziodemografische Charakteristika der Gesundheitsexpert*innen.

	Gesamt	Hausärzt*innen	Niedergelassene Psychotherapeut*innen	Niedergelassene Fachärzt*innen	Klinikärzt*innen und deren Teams
N	21	6	5	5	5
Geschlecht, n (%)					
Weiblich	13 (61,9)	2 (33,3)	5 (100)	2 (40)	4 (80)
Männlich	8 (38,1)	4 (66,7)	0	3 (60)	1 (20)
Alter, M (SD)	46,7 (10,1)	49,7 (7,5)	42,8 (10,7)	54,6 (7,8)	39 (9,08)
Range	30 - 65	40 - 60	30 - 59	48 - 65	31 - 51
Berufserfahrung in Jahren, M (SD)	17,5 (10,8)	20,7 (8,2)	9,6 (10,5)	27,0 (8,3)	11,9 (8,4)
Range	0 - 37	12 - 32	0 - 26	20 - 30	5 - 22
Dauer Niederlassung in Jahren, M (SD)	12,4 (7,9)	14,7 (7,5)	10,7* (11,6)	12,0*** (7,1)	n/a
Range	3 - 24*	7 - 22	* 3 - 24	6 - 20	
Region					
Stadt	18 (85,7)	4 (66,7)	4 (80)	5 (100)	5 (100)
Land	3 (14,3)	2 (33,3)	1 (20)	0	0
Technikaffinität, n (%)					
Sehr niedrig	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Eher niedrig	4 (19)	2 (33,3)	0 (0)	1 (20)	1 (20)
Eher hoch	13 (61,9)	3 (50)	4 (80)	3 (60)	3 (60)
Sehr hoch	4 (4,8)	1 (16,7)	1 (20)	1 (20)	1 (20)
Einstellung ggü Online-Coaches, n (%)					
Sehr sinnvoll	9 (42,9)	2 (33,3)	2 (40)	2 (40)	3 (60)
Eher sinnvoll	11 (52,4)	3 (50)	3 (60)	3 (60)	2 (40)
Eher nicht sinnvoll	1 (4,8)	1 (16,7)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Überhaupt nicht sinnvoll	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)

Anmerkungen. M = Mittelwert, SD = Standardabweichung, n = Anzahl, n/a = nicht anwendbar. *n=10 (missing n=1), ** n=3 (missing n=1), **n=4

Ergebnisse der Interviews

Eine Übersicht der abgeleiteten Themenkategorien sowie Schlüsselzitate sind in Tab. 3-6 im Anhang aufgeführt. Die Ergebnisse werden nachfolgend entsprechend den Hauptkategorien gegliedert dargestellt.

Internetnutzung

Klinikärzt*innen (P-Fächer) und deren Teams: Alle teilnehmenden Klinikärzt*innen schrieben dem Internet bei täglicher Nutzung sowohl privat als auch beruflich einen hohen Stellenwert zu. Auch Patient*innen würden das Internet häufig als Informationsquelle in Hinblick auf Ätiologie und Symptomatik ihrer Erkrankung sowie Behandlungsoptionen nutzen, insbesondere hinsichtlich der Medikation.

Niedergelassene Psychotherapeut*innen: Auch von niedergelassene Psychotherapeut*innen werde das Internet täglich genutzt. Die Internetnutzung ihrer Patient*innen sei heterogen, dabei werde es insbesondere von Jüngeren als Informationsquelle und für unterstützende

Angebote genutzt, in ländlichen Regionen und bei Älteren nehme das Internet kaum einen relevanten Stellenwert ein.

Niedergelassene Fachärzt*innen (P-Fächer): Von den befragten Fachärzt*innen nutze jede*r täglich das Internet für berufliche und private Zwecke. Seitens der Patient*innen sei die Recherche nach Symptomen und Behandlungsoptionen häufig, vor allem in Bezug auf Medikation.

Hausärzt*innen: Auch der Großteil der Hausärzt*innen nutze das Internet täglich mehrere Stunden. Die Internetnutzung der Patient*innen zu Gesundheitsthemen sei heterogen: besonders jüngere Patient*innen würden sich bereits vor dem Arztbesuch über Symptome informieren, ältere seien teilweise sehr technikversiert, teilweise würden sie das Internet gar nicht nutzen.

Digitalisierung durch die COVID-19-Pandemie

Klinikärzt*innen und deren Teams: Im Zuge der COVID-19-Pandemie seien einzelne Gruppenangebote für Patient*innen durch Chaträume ersetzt worden. Darüber hinaus habe Kontakt mit Patient*innen verstärkt über E-Mail stattgefunden und der Einsatz der Videosprechstunde sei vorangetrieben worden. Ein Großteil des Klinikpersonals beobachte keine Veränderung im Einsatz von Online-Coaches im stationären Setting. Insgesamt sei durch eine verstärkte Digitalisierung die Erreichbarkeit des Klinikpersonals für Patient*innen erhöht worden, wobei Patient*innen der persönliche Kontakt gefehlt habe.

Niedergelassene Psychotherapeut*innen: Die COVID-19-Pandemie habe bei nahezu allen niedergelassenen Psychotherapeut*innen zum überwiegenden bis vollständigen Umstieg auf Videosprechstunden geführt. Dies werde teilweise negativ bewertet, habe jedoch auch neue Perspektiven geboten und sei grundsätzlich umsetzbar gewesen. Auf Seiten der Patient*innen seien Berührungspunkte und Barrieren abgebaut worden. Der Einsatz von Online-Coaches habe sich nicht verändert.

Niedergelassene Fachärzt*innen (P-Fächer): Die COVID-19-Pandemie habe bei nahezu allen niedergelassenen Fachärzt*innen für einen verstärkten bis ausschließlichen Einsatz der Video- und Telefonsprechstunde geführt. Teilweise seien Online-Coaches vermehrt an Patient*innen empfohlen worden. Bei einem Facharzt sei der Einsatz digitaler Medien während der Pandemie unverändert hoch. Die Öffnungsbereitschaft einiger Patient*innen sei in der Videosprechstunde teilweise größer gewesen.

Hausärzt*innen: Bei keinem der befragten Hausärzt*innen habe die COVID-19-Pandemie einen verstärkten Einsatz von Videosprechstunden, anderen digitalen Medien oder Online-Coaches bewirkt. Ein Hausarzt denke, dass Risikopatient*innen verstärkt zu Hause geblieben seien und dort auch deutlich mehr das Internet genutzt haben.

Vorerfahrungen mit Online-Coaches

Klinikärzt*innen und deren Teams: Laut Behandler*innen aus dem stationären Setting seien Online-Coaches nicht als Standardkomponente der stationären Behandlung psychisch kranker Patient*innen etabliert. Einige berichteten einen Einsatz von Online-Coaches im Rahmen wissenschaftlicher Studien. Ihre Erfahrungen bei der Einbindung solcher Programme in die Behandlung seien positiv. Vereinzelt würden Online-Coaches zur Wartezeitüberbrückung empfohlen.

Niedergelassene Psychotherapeut*innen: Von allen niedergelassenen Psychotherapeuten seien Online-Coaches bisher nicht bzw. sehr selten empfohlen oder im Rahmen der Behandlung angewendet worden.

Niedergelassene Fachärzt*innen (P-Fächer): Die niedergelassenen Fachärzt*innen gaben unterschiedliche Erfahrungen mit Online-Coaches an. Ein Facharzt habe keine Erfahrungen gesammelt, zwei Fachärzte hätten in der Vergangenheit Online-Coaches im Rahmen einer wissenschaftlichen Studie empfohlen und bei weiteren zwei Fachärzten sei die Empfehlung von und die Arbeit mit Online-Coaches Teil des Behandlungsalltags.

Hausärzt*innen: Fast alle befragten Hausärzt*innen seien im Rahmen wissenschaftlicher Studien bereits mit Online-Coaches in Kontakt gewesen und berichteten größtenteils positive Erfahrungen.

Chancen von Online-Coaches

Klinikärzt*innen und deren Teams: Bedeutende Vorteile von Online-Coaches seien die grundsätzlich hohe Akzeptanz durch Betroffene, die flexible und anonyme Nutzung sowie die standardisierte, strukturierte Aufbereitung. Online-Coaches förderten darüber hinaus das Selbstmanagement von Nutzer*innen. Einsetzbar im Kliniksetting seien sie insbesondere als Vermittlungs- und Nachschlagewerk psychoedukativer Inhalte. Ein Großteil der Klinikexpert*innen verspreche sich Unterstützung durch die Einbindung von Online-Coaches in die Durchführung von Therapieaufgaben und Übungen zwischen Gesprächsterminen. Darüber hinaus seien Online-Coaches ein geeignetes niedrigschwelliges Unterstützungsangebot zur Wartezeitüberbrückung bzw. im Anschluss an einen stationären Aufenthalt. Besonders geeignet sei aus der Sicht der Befragten der Einsatz von Online-Coaches bei psychotherapiefähigen und jüngeren Patient*innen mit depressiven, Angst- oder Zwangserkrankungen. Auch bei Älteren werde der Einsatz von Online-Coaches nicht grundsätzlich ausgeschlossen.

Niedergelassene Psychotherapeut*innen: Vorteile von Online-Coaches für Psychotherapeut*innen seien eine ansprechende Aufbereitung, eine Förderung des Selbstmanagements, die Anonymität sowie die räumlich und zeitlich flexible Nutzung. Vorstellbar sei der Einsatz von Online-Coaches insbesondere zur Überbrückung der Wartezeit auf einen Psychotherapieplatz. Auch die Auslagerung und Vertiefung psychoedukativer Inhalte sowie die Durchführung von Hausaufgaben und Übungen mithilfe eines Online-Coaches schätze ein Großteil der Psychotherapeut*innen als sinnvoll ein. Prinzipiell seien Online-Coaches bei einem breiten Spektrum von Indikationen einsetzbar, vor allem bei Depressionen und Angsterkrankungen.

Niedergelassene Fachärzt*innen (P-Fächer): Vorteil von Online-Coaches seien aus ambulanter fachärztlicher Perspektive die Standardisierung, eine Förderung des Empowerments von Patient*innen und die räumliche und zeitliche Flexibilität. Einsetzbar seien Online-Coaches aus der Perspektive der niedergelassenen Fachärzt*innen zur Wartezeitüberbrückung sowie im Anschluss an eine Behandlung. Besonders eigne sich ein Online-Coach zur Vermittlung und Vertiefung psychoedukativer Inhalte. Darüber hinaus könne die Durchführung eines Online-Coach im Sinne von Hausaufgaben und einzelnen Übungen gut in die Behandlung integriert werden. Für den Großteil der Psychiater*innen sei der Einsatz von Online-Coaches bei einer Vielzahl von Störungsbildern vorstellbar, darunter Depressionen und Angsterkrankungen, Persönlichkeitsstörungen, Traumafolgestörungen sowie psychotischen Erkrankungen.

Hausärzt*innen: Ein Vorteil von Online-Coaches liege aus Perspektive der Hausärzt*innen in einer Stärkung des Selbstwirksamkeitserlebens der Patient*innen. Darüber hinaus seien Online-Coaches durch die räumliche und zeitliche Flexibilität sowie anonyme Nutzung gut und niederschwellig zugänglich. Einsetzbar seien Online-Coaches aus Sicht eines Großteils der Hausärzt*innen als Form der qualifizierten Selbsthilfe bei leichteren depressiven Symptomen sowie unterstützend zur hausärztlichen Behandlung. Außerdem könne die lange Wartezeit für eine fachspezifische Unterstützung sinnvoll mit einem Online-Coach überbrückt werden. Insgesamt würden aus hausärztlicher Perspektive vor allem jüngere sowie strukturiertere Patient*innen und Patient*innen mit leichteren depressiven Symptomen gut von Online-Coaches profitieren.

Grenzen und Barrieren von Online Coaches

Klinikärzt*innen und deren Teams: Barrieren im Einsatz von Online-Coaches seien datenschutzrechtliche Bedenken sowie der fehlende persönliche Kontakt bei einem Online-Coach als alleinigem Behandlungsangebot. Ein Teil des Klinikpersonals befürchte eine

Überforderung stationärer Patient*innen mit Konzentrationsbeeinträchtigungen. Hinderlich für Behandler*innen sei ein antizipierter Mehraufwand durch die notwendige inhaltliche Einarbeitung, für den angesichts einer bestehenden hohen Arbeitsbelastung wenig Platz sei. Tendenziell weniger geeignet sei der Einsatz von Online-Coaches bei Patient*innengruppen mit akuten schweren Erkrankungen.

Niedergelassene Psychotherapeut*innen: Die Hälfte der Psychotherapeut*innen bewerte den alleinigen Einsatz von Online-Coaches als unzureichende Behandlung. Weitere Grenzen seien die fehlende persönliche Interaktion sowie der Umgang mit psychischen Krisen. Darüber hinaus berücksichtige ein Online-Coach nur begrenzt die Individualität der Patient*innen und Komplexität des Störungshintergrundes. Ein Teil der Psychotherapeut*innen sehe Nachteile in der Zugänglichkeit zu Online-Coaches aufgrund fehlender technischer Voraussetzungen und befürchte eine unzureichende Qualitätskontrolle. Prinzipiell gäbe es nach Ansicht fast aller Psychotherapeut*innen keine Kontraindikationen für die Nutzung von Online-Coaches, jedoch sei die Anwendung bei schwer kranken Patient*innen sowie bildungsfernen Patient*innen vermutlich nicht möglich.

Niedergelassene Fachärzt*innen (P-Fächer): Ein Hinderungsgrund für Behandler*innen sei ein befürchteter Mehraufwand. Einen Facharzt störe das hohe kognitive Anspruchsniveau von Online-Coaches, welches Patient*innen überfordern könne. Schwierig sei die Empfehlung eines Online-Coaches bei Patient*innen auf der Warteliste mit ungeklärter Therapieindikation. Eine Grenze liege im Umgang mit psychischen Krisen. Ein Online-Coach stelle eine sinnvolle Ergänzung, jedoch keinen Ersatz der persönlichen Behandlung dar. Kontraindiziert sei die Anwendung eines Online-Coaches bei schwer kranken Patient*innen. Auch bei ältere Patient*innen seien Online-Coaches weniger geeignet.

Hausärzt*innen: Als Grenzen in der Anwendung von Online-Coaches bezeichneten einige Hausärzt*innen den Einbezug somatischer Beschwerden sowie den Bezug auf individuelle Voraussetzungen der Patient*innen. Weiterhin Sorge die kassenspezifische Zugänglichkeit einiger Online-Coaches für Unübersichtlichkeit. Hausärzt*innen fehle außerdem die Zeit, sich in einen Online-Coach einzuarbeiten. Wenig sinnvoll sei der Einsatz von Online-Coaches aus Sicht des Großteils der befragten Hausärzt*innen bei Patient*innen mit schweren Erkrankungen. Erschwert sei die Nutzung außerdem bei verminderter kognitiver Leistungsfähigkeiten sowie einem niedrigen Strukturierungsgrad.

Implementierung von Online Coaches

Klinikärzt*innen und deren Teams: Ausschlaggebende Kriterien für die Wahl eines Online-Coaches seien aus Sicht klinischer Behandler*innen eine gute Bedienbarkeit und die Akzeptanz durch Patient*innen. Voraussetzung sei für einen Großteil außerdem die inhaltliche Kenntnis eines solchen Programms. Ein Online-Coach solle sich durch Professionalität, beispielsweise zertifiziert durch ein Siegel oder durch die Empfehlung einer seriösen Organisation, sowie durch eine nachgewiesene gute Wirksamkeit auszeichnen. Darüber hinaus bezeichnete ein Teil der Expert*innen die Kosten eines solchen Programmes für Patient*innen bzw. die Abrechenbarkeit als ausschlaggebend für den Einsatz. Alle Klinikexpert*innen sahen einen hohen Datenschutz als weiteres Nutzungskriterium. Als hilfreich für die Anwendung eines Online-Coaches empfinde ein Großteil der Klinikexpert*innen eine persönliche Einführung durch Behandler*innen sowie eine Unterstützung bei der Anwendung.

Niedergelassene Psychotherapeut*innen: Wichtig für die Wahl eines Online-Coaches sei für viele Psychotherapeut*innen eine einfache Bedienbarkeit des Programms und eine gute Kenntnis der Inhalte, die über Weiterbildungen oder durch das Ausprobieren des Programms, vermittelt werden können. Der Großteil der Befragten lehne kostenpflichtige Online-Coaches ab. Auch die Gewährleistung des Datenschutzes sei für alle Befragten eine zentrale Bedingung für die Nutzung eines Online-Coaches. Neben Schulungen für Behandler*innen seien Programmbroschüren für Patient*innen hilfreich für die praktische Anwendung eines Online-Coaches.

Niedergelassene Fachärzt*innen (P-Fächer): Als ausschlaggebend für die Nutzung von Online-Coaches sehe ein Facharzt den Aufwand für Behandler*innen. Für etwa die Hälfte sei eine einfache Bedienbarkeit und Ausgestaltung des Programms wichtig. Ein Großteil der Fachärzt*innen sehe Kostenfreiheit als notwendige Voraussetzung an und sie wünschen sich, einen Online-Coach vorher selbst ausprobieren zu können. Darüber hinaus sei die Seriosität und Wirksamkeit eines solchen Programmes wichtig, beispielsweise gekennzeichnet mittels einer Zertifizierung. Für die praktische Anwendung sei ein Flyer für Patient*innen hilfreich.

Hausärzt*innen: Hausärzt*innen erachten es als notwendig, den Online-Coach vor einer Empfehlung zu kennen. Ein weiteres ausschlaggebendes Kriterium für die Nutzung eines Online-Coaches sei, dass der Online-Coach professionell wirke und Wirksamkeitsnachweise vorlägen. Datenschutz und einfache technische Voraussetzungen sollten ebenfalls gegeben sein. Wichtig sei nach Einschätzung der Hausärzt*innen außerdem die Kostenfreiheit für Patient*innen und teilweise die Abrechenbarkeit auf ärztlicher Seite. Es sei von Vorteil, wenn Hausärzt*innen Patient*innen über den Nutzen eines Online-Coaches aufklären. Für einen Großteil der Hausärzt*innen sei hierfür Informationsmaterial notwendig, das sie an Patient*innen weitergeben können. Dies könne ein Flyer mit Informationen und dem Zugang zum Programm sein oder eine kleine Visitenkarte. Ein Hausarzt empfinde eine Anleitung zum Online-Coach für Patient*innen als wichtig.

Entscheidungshilfen für Behandler*innen

Klinikärzt*innen und deren Teams: Ein ansprechender Informationsfilm über einen Online-Coach für Klinikexpert*innen müsse modern gestaltet sein. Der Film soll vor allem Einblicke in das Programm geben, über Vorteile und Inhalte des Online-Coaches, über die Wirksamkeit und die möglichen Nutzung informieren sowie Hinweise auf weiterführende Informationen geben. Wichtig sei außerdem, einen geringen Mehraufwand und hohen Nutzen für Behandler*innen darzustellen sowie eine Einordnung des Stellenwerts im klinischen Setting vorzunehmen. Hinderlich empfänden Klinikexpert*innen, wenn ein Informationsfilm einen hohen Zeitaufwand suggeriere und der Film unseriös oder wie Werbung wirke. Entsprechende Inhalte solle auch ein Flyer vermitteln, der insgesamt übersichtlich gestaltet und wenig Text enthalten solle. Als weiteres Informationsmaterial wurden von einer Klinikexpertin Poster und Online-Werbung vorgeschlagen.

Niedergelassene Psychotherapeut*innen: Ansprechend sei für viele Psychotherapeut*innen ein mit ansprechender, ruhiger Musik unterlegter Informationsfilm ohne schnelle Schnitte. Dabei solle ein Einblick ins Programm ermöglicht werden, Inhalte des Online-Coaches sollen erwähnt und der Nutzen für Patient*innen und Therapeut*innen klar herausgestellt werden. Anwendungsbeispiele seien ansprechend. Abstoßend sei ein Informationsfilm mit sehr schnellen Bildern, einer sehr monotonen Gestaltung sowie Werbung. Ein ansprechender Flyer enthalte Bildmaterial und sei kurz und übersichtlich gestaltet. Zur weiteren Information seien eine Demoversion des Programms und ein Einführungsfilm für Patient*innen hilfreich.

Niedergelassene Fachärzt*innen (P-Fächer): Ein ansprechender Film für niedergelassene Fachärzt*innen vermittele Seriosität durch die Darstellung von Expert*innenmeinung und stelle ferner den Nutzen und geringen Aufwand für niedergelassene Fachärzt*innen heraus. Außerdem sei eine Erwähnung der Kosten wichtig. Störend sei hingegen, wenn der Film werbeähnlich wirke. Ein ansprechender Informationsflyer für Fachärzt*innen vermittele übersichtlich Rahmenbedingungen und Inhalte des Einsatzes eines Online-Coaches. Eine optimale Gestaltung wurde unterschiedlich beschrieben, einerseits seien Bilder ansprechend, andererseits hebe sich ein schlicht gestalteter Flyer mit wissenschaftlichem Bezug gut von Werbeflyern ab.

Hausärzt*innen: Ein Informationsfilm über Online-Coaches solle aus Sicht der meisten Hausärzt*innen praxisnahe Einblicke bieten und die Vorteile des Einsatzes für Hausärzt*innen, besonders im Sinne einer Entlastung, betonen. Ein Hausarzt sehe es als störend, wenn ein solcher Informationsfilm wie Werbung wirke. Ein Flyer für Hausärzt*innen solle Informationen

zum Zugang zu einem Online-Coach enthalten und übersichtlich gestaltet sein. Ein Hausarzt sei bei zu viel Text auf einem Flyer gestört.

Vermittlungswege

Klinikärzt*innen und deren Teams: Klinikexpert*innen schätzten Fachjournale und Printmedien überwiegend als weniger geeignete Kanäle ein, um Behandler über Online-Coaches zu informieren. Persönliche Empfehlungen sowie Informationsveranstaltungen zu Online-Coaches seien vielversprechender, wobei hierbei eine Zertifizierungsmöglichkeit oder die Einbettung in Pflichtveranstaltungen von Vorteil sei. Auch die Vorstellung bei Konferenzen oder Kongressen sei sinnvoll. Social Media-Kanäle zögen Klinikexpert*innen nicht als Informationsquelle heran. Unterschiedlich wurden Newsletter als Informationsquelle bewertet – diese würden einerseits häufig nicht gelesen, andererseits sei hierbei eine Verlinkung zum Programm ansprechend. Die Kontaktierung per Post sei laut einem Großteil der Klinikexpert*innen sehr erfolgreich, besonders, wenn Informationsmaterial für Patient*innen enthalten sei. Auch eine Kontaktierung per Mail sei grundsätzlich geeignet. Anrufe wurden teilweise als störend bewertet, ebenso persönliche Besuche.

Niedergelassene Psychotherapeut*innen: Aus Sicht der befragten Psychotherapeut*innen seien Informationen zu Online-Coaches über Flyer in Fachzeitschriften vermittelbar. Weiterhin seien Informationsveranstaltung von öffentlichen Institutionen oder Fachgesellschaften sowie auf Kongressen sinnvoll. Ein weiterer Informationskanal für Psychotherapeut*innen seien Newsletter von Fachgesellschaften und die Allgemeinpresse. Social Media sei hingegen aus Einschätzung aller befragten Psychotherapeut*innen ungeeignet. Am geeignetsten sei die persönliche Kontaktaufnahme für Infomaterialien per Post oder E-Mail.

Niedergelassene Fachärzt*innen (P-Fächer): Sinnvolle Informationskanäle, um auf Online-Coaches aufmerksam gemacht zu werden, seien für einen Großteil der niedergelassenen Fachärzt*innen Fachzeitschriften und bestimmte Newsletter. Gute Gelegenheit böten sich auch auf Weiterbildungsveranstaltungen und Fachkongressen. Social Media sei nach Einschätzung der meisten Fachärzt*innen ungeeignet. Insgesamt schätze der überwiegende Teil der Fachärzt*innen die Kontaktmöglichkeit per Post und E-Mail als schwierig ein, da sie bereits eine Vielzahl an Informationsangeboten und Werbung erhielten. Ein Vorschlag sei eine persönliche Auslieferung von Flyern für Patient*innen.

Hausärzt*innen: Möglichkeiten, Hausärzt*innen über Online-Coaches zu informieren, seien laut Ansicht des Großteils der Befragten auflagenstarke Fachzeitschriften wie das Ärzteblatt. Weiterhin seien Vorträge auf Fortbildungsveranstaltungen, die von Hausärzt*innen verpflichtend besucht werden müssen, gute Vermittlungswege. Weitere Gelegenheiten für Vorträge seien Hausarztstammtische und –kongresse. Ein Hausarzt beziehe den Newsletter vom Ärzteblatt. Social Media sei für keinen der befragten Hausärzt*innen ein geeigneter Vermittlungsweg. Als geeigneten Kontaktweg für Informationsmaterial bezeichnete ein überwiegender Teil der Hausärzt*innen Anschreiben mit Flyern für Patient*innen per Post sowie E-Mails mit Flyervorlagen zum Ausdruck. Ein Hausarzt habe den persönlichen Besuch vorgeschlagen. Insgesamt seien Hausärzt*innen bereits einer Vielzahl an Informationsangeboten per Mail ausgesetzt und empfinde zu viele Informationen als störend.

Nutzungsbereitschaft

Klinikärzt*innen und deren Teams: Insgesamt sei der Einsatz von Online-Coaches bei allen Klinikexpert*innen vorstellbar bzw. würde bereits praktiziert. Grundsätzlich würden Online-Coaches eine sinnvolle Behandlungsergänzung im stationären Setting sowohl für klinische Leistungserbringer*innen als auch für Patient*innen darstellen.

Niedergelassene Psychotherapeut*innen: Der Einsatz von Online-Coaches sei für alle Psychotherapeut*innen vorstellbar. Ein Online-Coach stelle für die Durchführung einzelner Übungen und als niedrigschwelliges Angebot eine sinnvolle Behandlungsergänzung dar.

Niedergelassene Fachärzt*innen (P-Fächer): Die niedergelassenen Fachärzt*innen seien gegenüber dem Einsatz von Online-Coaches grundsätzlich aufgeschlossen. Für einige sei es

wichtig, sich vorab näher einzuarbeiten, bei anderen seien Online-Coaches bereits in die Behandlung von Patient*innen integriert.

Hausärzt*innen: Für alle befragten Hausärzt*innen sei der Einsatz von Online-Coaches in der hausärztlichen Versorgung vorstellbar und einige würden bereits Online-Coaches an Patient*innen empfehlen. Für den überwiegenden Teil stelle ein Online-Coach mit einem sinnvollen Nutzen für Patient*innen eine Entlastung im Behandlungsalltag dar.

Unterschiedliche Ausgangsbedingungen für die Implementierung von Online-Coaches in verschiedene Behandlungssettings

Bei Behandler*innen verschiedener Versorgungssettings wurden in den qualitativen Interviews unterschiedliche Voraussetzungen für eine erfolgreiche Implementierung von Online-Coaches festgestellt. Ein Teil der Leistungserbringer*innen berichtete über Erfahrungen im Einsatz von Online-Coaches, größtenteils im Rahmen wissenschaftlicher Studien. Dabei gaben vor allem Fachärzt*innen (P-Fächer) der klinischen und ambulanten Versorgung an, Online-Coaches bereits aktiv in die Behandlung ihrer Patient*innen einzubinden. Psychotherapeut*innen berichteten aus ihrer bisherigen Praxis, dass keine Berührungspunkte mit Online-Coaches vorlägen. Von diesen wurden Befürchtungen hinsichtlich eines Ersatzanspruches für psychotherapeutische Leistungen berichtet.

Von Behandler*innen aller Fachgruppen wurde als besonders relevantes Anwendungsfeld für Online-Coaches die Wartezeitüberbrückung für die spezialisierte ambulante Behandlung genannt. Die Auslagerung und Vertiefung psychoedukativer Inhalte sowie die Einbindung eines Online-Coaches in die Durchführung von Hausaufgaben und Übungen wurde von Fachgruppen der spezialisierten Behandlung (Klinikteams, Fachärzt*innen und Psychotherapeut*innen) als mögliches Einsatzfeld genannt. Bei Hausärzt*innen wurde ein potentieller Nutzen hingegen im Einsatz von Online-Coaches als Form der *qualifizierten Selbsthilfe* gesehen. Für alle Berufsgruppen, insbesondere für die befragten Psychotherapeut*innen, stellten Online-Coaches keinen Ersatz des persönlichen Kontakts dar. Grenzen wurden in den ärztlichen Berufsgruppen in einer möglichen Überforderung von Patient*innen, besonders bei schwerer Erkrankung, gesehen. Bei ärztlichen Versorger*innen wurde außerdem eine hohe Arbeitsbelastung deutlich – hier wurde ein Mehraufwand durch den Einbezug eines Online-Coaches als Hindernis wahrgenommen. Für die Wahl eines Online-Coaches wurde in allen Berufsgruppen eine Kenntnis des Programms und der Programminhalte als ein ausschlaggebendes Kriterium genannt. Auch der Datenschutz wurde von einem Großteil der Befragten als relevant eingeordnet sowie Wirksamkeit und Professionalität, beispielsweise durch eine Zertifizierung oder Empfehlung durch eine nicht-kommerzielle Organisation. Für niedergelassene Versorger*innen waren Aspekte der Abrechnung und Kosten relevant, hierbei wurde von nahezu allen eine kostenfreie Nutzung für Patient*innen und Behandler*innen gewünscht. Klinikärzt*innen, Fachärzt*innen und Psychotherapeut*innen wurde darüber hinaus die Bedienbarkeit eines solchen Programms als wesentlich bezeichnet.

Entwicklung von Empfehlungen zur Erstellung und Vermittlung von Informationsmaterial (Informationsmaterial, Informationsflyer etc.)

Aus den qualitativen Interviews wurden Empfehlungen für die Erstellung und Verbreitung von Informationsmaterial abgeleitet. Diese sind in Tabelle 2 aufgelistet.

Insgesamt wurden auch innerhalb der Fachgruppen unterschiedliche Erfahrungen mit Online-Coaches berichtet, teilweise wiesen Behandler*innen keine Erfahrungen und Kenntnisse vor. Folglich sollte auch in spezifischem Informationsmaterial für Fachexpert*innen grundsätzliche Informationen zu Inhalten, Vorteilen und Anwendungsmöglichkeiten von Online-Coaches vermittelt werden.

Informationsfilm

Als gestalterische Vorlieben bei der Erstellung von Informationsfilmen wurden ein *modernes Design* (Klinikärzt*innen und Teams) und die *Vermittlung von Ruhe* (Psychotherapeut*innen) genannt. Da *Seriosität* von allen Behandlungsgruppen als wesentliches Kriterium bei der Wahl eines Online-Coaches beschrieben wurde, sollte ansprechendes Informationsmaterial *Professionalität* vermitteln. Insbesondere bei der Erstellung eines Videoclips sollte darauf geachtet werden, dass der Videoclip nicht wie Werbung wirke – dies wurde von Vertreter*innen aller Berufsgruppen als störend bezeichnet. Professionalität könnte beispielsweise über ein *Statement einer Person mit Fachexpertise* im Bereich E-Mental-Health vermittelt werden.

Inhaltlich sollte in einem fachgruppenspezifischen Informationsfilm auf die *Vorteile und Anwendungsmöglichkeiten* von Online-Coaches im jeweiligen Versorgungssetting eingegangen werden. Da vielfach auf lange Wartezeiten in Bezug auf eine spezialisierte Behandlung bei psychischen Störungen hingewiesen wurde, sollte ein Informationsfilm besonders auf die Möglichkeit der *Überbrückung der Wartezeit* verweisen. Vor allem für die spezialisierten Fachgruppen war der Einsatz eines Online-Coaches im Rahmen *konkreter Übungen und Hausaufgaben* vorstellbar, weshalb in Informationsfilm und -material für diese Fachgruppen näher auf die konkreten Inhalte und Darstellung exemplarischer Übungen eingegangen werden sollte. Weiterhin sollten Aspekte des *Datenschutzes und möglicher Kosten* transparent herausgestellt werden und der Film sollte anhand der *Einsicht in die Benutzeroberfläche* eine gute Bedienbarkeit aufzeigen, da dies relevante Kriterien für die Wahl eines Online-Coaches darstellen. Da von Behandler*innen aller Fachgruppen der fehlende persönliche Kontakt bei Anwendung eines Online-Coaches als Grenze bzw. Nachteil bezeichnet wurde, sollte Informationsmaterial, insbesondere für Psychotherapeut*innen, den *ergänzenden Nutzen zur Standardbehandlung* klar herausstellen und dies anhand spezifischer Anwendungsmöglichkeiten illustrieren. Eine wichtige Information sei aus Sicht von Gesundheitsexpert*innen aller Fachrichtungen auch die *Indikation*, für die sich die Einbindung des Online-Coaches in die Behandlung eignet.

Insbesondere von den spezialisierten Berufsgruppen wurde es als wichtig bezeichnet, einen Online-Coach selbst auszuprobieren. Daher sollte in ansprechendem Informationsmaterial auf *Zugangswege* zu weiteren Informationen (z.B. Programm-Website) und, wenn gegeben, auf die Möglichkeit eines Testzugangs verwiesen werden.

Informationsflyer

Bei der Erstellung von Informationsflyern sollte auf *Schlichtheit, Übersichtlichkeit* und ansprechendes *Bildmaterial* geachtet werden. Inhaltlich sollte sich der Flyer nach den Anforderungen an einen ansprechenden Informationsfilm richten. Darüber hinaus bietet sich vor allem bei einem Informationsflyer der Verweis auf einen *Zugang zu einem Online-Coach (Link, QR-Code)* an. Angesichts der wiederholt erwähnten erwählten Fülle an Informationsmaterial für Versorger*innen und der wichtigen Rolle von Seriosität eines Online-Coaches sollte darauf geachtet werden, dass sich ein ansprechender Flyer durch Professionalität und wissenschaftlichen Bezug von Werbepost abzeichnet.

Weiteres Informationsmaterial

In allen ambulanten Versorgungssettings wurden Flyer für Patient*innen (oder zusätzlich Programmvisitenkarten/ Patient*innenfilme/ Patient*innenbroschüren) mit Informationen und Zugang zum Programm als hilfreiches Instrument genannt, um die Empfehlung eines Online-Coaches an Patient*innen einfach umzusetzen.

Tabelle 2. Empfehlungen für die Gestaltung von Informationsmaterial.

Informationsmaterial	Klinikärzt*innen und Teams	Niedergelassene Psychotherapeut*innen	Niedergelassene Fachärzt*innen (P-Fächer)	Hausärzt*innen
Anwendungsbeispiele im Versorgungssetting	Psychoedukation (Vertiefung und Nachschlagen von Informationen), Niedrigschwelliges Angebot zwischen Therapiesitzungen, Therapieaufgaben/Übungen, Nachsorge	Psychoedukation (Vertiefung und Nachschlagen von Informationen), Therapieaufgaben/Übungen (z.B. Bearbeitung eines Moduls, Tagesplan, Gedanken-umstrukturierung, Entspannung), Empfehlung an Wartelistenpatient*innen	Psychoedukation (Vertiefung und Nachschlagen von Informationen), Therapieaufgaben/Übungen (bei psychotherapeutisch tätigen FÄ), Empfehlung an Wartelistenpatient*innen oder als Nachsorge	Empfehlung als qualifizierte Selbsthilfe/ sofort nutzbares niedrigschwelliges unterstützendes Angebot, Empfehlung an Wartelistenpatient*innen
Vorteile	Förderung des Selbstmanagements, zeitliche und räumliche Flexibilität, einsetzbar zur Wartezeitüberbrückung			
Weitere wichtige Informationen	Indikation, Datenschutz, Kosten für Patient*innen und Behandler*innen bzw. Abrechenbarkeit, Zertifizierung/ Empfehlung durch nicht-kommerzielle Organisation, Wirksamkeit in wissenschaftlichen Studien nachgewiesen, Zugang, ergänzende Rolle zu klassischen Behandlungen, Testzugang			
Gestaltung	Professionalität, Modernität, Einbezug Expert*in (Film), Beispiele aus dem Behandlungsalltag, Einsicht in die Benutzeroberfläche (Bedienbarkeit)			

Vermittlungswege

Für die Implementierung von Online-Coaches sollte das entwickelte Informationsmaterial an Versorger*innen der verschiedenen Fachgruppen vermittelt werden. Hierbei wurde weitestgehend eingeschätzt, dass die Erreichbarkeit über personalisierte postalische Zusendungen am größten sei, auch die Zusendung per E-Mail mit ausdruckbaren Flyern für Patient*innen würde sich anbieten.

Insgesamt beschrieb sich der überwiegende Teil, v.a. der ärztlichen Vertreter*innen als schwer postalisch/ per Mail zu erreichen. Hilfreich könnte daher die Vermittlung von Informationen über Online-Coaches mittels fachspezifischer Informationskanäle (Newsletter, Fachzeitschriften) sein. Hierbei sollten Links zur Website eines Online-Coaches enthalten sein, um Versorger*innen die Möglichkeit aufzuzeigen, den Online-Coach selbst auszuprobieren. Über die Verteilung von Informationsmaterial hinaus seien insbesondere Informationsveranstaltungen im Rahmen von Weiterbildungen und Kongressen förderlich. Hier sollten Behandler*innen verschiedener Versorgungskontexte über den Einsatz von Online-Coaches zur Behandlungsunterstützung bei psychischen Störungen aufgeklärt werden. Es wurde wiederholt auf den Pflichtcharakter oder die Anrechenbarkeit einer Veranstaltung zur Fortbildung verwiesen, um eine höhere Anzahl an Behandler*innen zu erreichen. Veranstaltungen dieser Art könnten beispielsweise durch die Universität Leipzig kostenfrei angebotene Kolloquien sein.

Zusammenfassung

Ausgehend von einem hohen Stellenwert des Internets in der Gesundheitsversorgung psychisch erkrankter Menschen berichteten Behandler*innen aus verschiedenen Settings der Versorgung psychisch kranker Menschen eine fortschreitende Digitalisierung im Zuge der COVID-19-Pandemie (im Sinne einer verstärkten Nutzung von Videosprechstunden). Aus den qualitativen Interviews mit Expert*innen konnten individuelle Vorteile und verschiedenen Anwendungsmöglichkeiten von Online-Coaches zur Behandlungsunterstützung identifiziert werden. Darauf basierend konnten Empfehlungen für die Erstellung und Verteilung ansprechenden Informationsmaterials, wie Informationsfilmen und Informationsflyern, sowie weitere Maßnahmen für die Implementierung von Online-Coaches in klassische Versorgungskontexte abgeleitet werden.

Kategorisierung und Schlüsselzitate aus den qualitativen Interviews spezifisch für die Versorgungsgruppen

Tabelle 3. Kategorisierung und Schlüsselzitate aus den qualitativen Interviews der Klinikärzt*innen und deren Teams

Hauptkategorie	Unterkategorie	Thema	Schlüsselzitat
HK 1: Internetnutzung	Behandler*innen		„Das [Internet] ist quasi täglicher Begleiter, sowohl privat als auch beruflich.“ (Transkript der Audioaufnahme 200720_0017_KA2, Absatz 2)
	Patient*innen		„Das ist wirklich der Großteil der Patienten, die sich vorher oder während der Behandlung informiert. Es gibt so ganz vereinzelte, ich sag mal alle so 70+, da ist das vielleicht nicht so häufig, aber alle Jüngeren denk ich schauen vor der Behandlung oder während der Behandlung auf jeden Fall, ja Behandlungsmöglichkeiten, Medikamente, Symptome, Nebenwirkungen und so weiter, nach.“ (Transkript der Audioaufnahme 200714_0013_KA1, Absatz 8)
HK 2: Digitalisierung durch COVID-19 Pandemie	Einsatz digitaler Medien		„wir [haben] ja Chaträume als Ersatz für die Gruppentherapie zum Teil etabliert, wir haben viel telefoniert, es gab viel mehr Mails, die geschrieben wurden von Patienten. Also da gab's definitiv einen großen Schritt Richtung Digitalisierung.“ (Transkript der Audioaufnahme 200714_0013_KA1, Absatz 12)
	Einsatz Online-Coaches		„wir haben die Zeit zum Anlass genommen ein Online-Selbstmanagementprogramm zu implementieren und haben dafür Patienten rekrutiert und eingeschlossen. Dieser Schritt wär ohne Covid-19 definitiv nicht so schnell gegangen.“ (Transkript der Audioaufnahme 200714_0013_KA1, Absatz 12)
	Vorteile der Digitalisierung für Patient*innen		„Also ich denke, dass die mehr den Eindruck bekommen haben, dass wir erreichbar sind. Also, dass die Schwelle geringer geworden ist, auch einfach nicht persönlich, sondern per Telefon oder E-Mail an uns heran zu treten.“ (Transkript der Audioaufnahme 200714_0013_KA1, Absatz 14)
	Nachteile der Digitalisierung für Patient*innen		„Auf der anderen Seite haben viele Patienten schon auch zurückgemeldet, dass so der persönliche Kontakt fehlt, und alles, was so über Internet oder Telefon geht, nicht den persönlichen Kontakt ersetzen kann.“ (Transkript der Audioaufnahme 200714_0013_KA1, Absatz 14)
HK 3: Vorerfahrungen mit Online Coaches			„meine Erfahrung[en] [...] gehen auf einzelne Patienten zurück. Also es gab jetzt in unserer Klinik auch nichts Regelhaftes sozusagen, was man den Patienten an die Hand geben kann im Hinblick auf die Entlassung.“ (Transkript der Audioaufnahme 200722_0006_KA5, Absatz 16)
HK 4: Chancen von Online Coaches	Vorteile	Hohe Akzeptanz	„Und ich hab das Gefühl, die [Patient*innen] würden das gut annehmen.“ (Transkript der Audioaufnahme 200720_0017_KA2, Absatz 98)
		Strukturierung und Standardisierung	„Dass das standardisiert ist, ist ein, finde ich, ein großer Vorteil.“ (Transkript der Audioaufnahme 200724_0021_KA4, Absatz 50)
		Förderung des Selbstmanagements	„Und, dass da eine/ vielleicht auch eine ja bessere eigene Strukturierung, das Selbstmanagement so ein bisschen fördern. Ja zu gucken wie oft beweg ich mich da eigentlich und so.“ (Transkript der Audioaufnahme 200720_0017_KA2, Absatz 24)
		Anonymität und Diskretion	„Für manche Patienten ist es auch ein niederschwelligeres Angebot, man muss nicht in die vielleicht stigmabehaftete Psychiatrie kommen, man kann das online von zu Hause machen. Das kriegt vielleicht auch gar niemand so recht mit.“ (Transkript der Audioaufnahme 200724_0021_KA4, Absatz 46)
		Räumliche und Zeitliche Flexibilität	„Also für Patienten seh ich einen großen Vorteil in der Flexibilität von solchen Programmen. Also, wenn ich gerade an verschiedene Patientengruppen denke, an Patienten, die vielleicht Vollzeit arbeiten und nicht so viel Zeit noch haben, einmal die Woche in richtigen Face-to-face Kontakt beim Psychotherapeuten zu machen. Wenn ich an junge Eltern denke, an Alleinerziehende, an Pendler, an Menschen mit vielen Dienstreisen oder auch an ältere Patienten, die vielleicht nicht mehr so mobil sind, oder die ein starke körperliche Grunderkrankung haben, sich vielleicht nicht so gut bewegen können. Also einfach wirklich in dieser Flexibilität seh ich einen ganz großen Vorteil.“ (Transkript der Audioaufnahme 200722_0006_KA5, Absatz 20)

Anhang 1: Ergebnisbericht AP1

Hauptkategorie	Unterkategorie	Thema	Schlüsselzitat
	Anwendung im Kliniksetting	Prä-/ poststationäres Angebot	„Und dann auch wirklich um Wartezeiten zu überbrücken. Also ich seh ja wie lange das auch dauert, wenn Patienten eine ambulante Psychotherapie anstreben, wie lange die warten müssen, bis sie das machen können. Dass man da schonmal irgendwas hat, die zu unterstützen, das zu überbrücken“ (Transkript der Audioaufnahme 200722_0006_KA5, Absatz 22)
		Psychoedukation	„diese ganzen psychoedukativen Inhalte, wo man auch zum Beispiel Krankheitsmodelle vermittelt, da erspart man sich durch so ein Onlineprogramm, wo das natürlich fertig beschrieben und fertig aufgezeichnet ist, erspart man sich schon, das immer wieder neu zu erklären. Und das, was ich auch gesagt hab, dass Patienten danach wieder darauf zurückgreifen können, unabhängig von der Therapie, das ist glaub ich schon ein Vorteil.“ (Transkript der Audioaufnahme 200714_0013_KA1, Absatz 24)
		Hausaufgaben/ Übungen	„Und da fänd ich's auch glaub ich auch ganz hilfreich als Behandlerin wenn's einfach für verschiedene Themen sozusagen oder auch Störungsbilder Online-Coaches geben würde, wo ich relativ leicht auch mal eine Übung zücken könnte und sagen könnte ‚Okay, das ist jetzt die Übung xy aus dem Programm, machen Sie das mal bis zur nächste Woche.‘“ (Transkript der Audioaufnahme 200722_0006_KA5, Absatz 24)
		Indikation	„gerade die, die sonst auch psychotherapiefähig wären oder wo ich das auch empfehlen würde, gerade die, denk ich, würden da besonders davon profitieren.“ (Transkript der Audioaufnahme 200720_0017_KA2, Absatz 34)
HK 5: Grenzen und Barrieren von Online Coaches	Nachteile	Datenschutzbedenken	„Vielleicht also so wenn's im Hinblick auf/ auf Datenschutz natürlich, das sind ja sehr sensible Daten, die Patienten da preisgeben, oder die auch in einer Psychotherapie besprochen werden. Da seh ich natürlich Barrieren so im Sinne auch der Patienten, dass die vielleicht nicht alles im Internet über sich preisgeben möchten.“ (Transkript der Audioaufnahme 200722_0006_KA5, Absatz 30)
		Kein persönlicher Kontakt	„Was natürlich bei Online-Coaches begrenzt ist, ist das ganze nonverbale.“ (Transkript der Audioaufnahme 200722_0006_KA5, Absatz 32)
	Grenzen im Kliniksetting	Fehlende Passung mit Krankheits-/Therapiekonzept	„Könnte möglicherweise auch ein Nachteil sein, muss man sagen, wenn die jetzt nicht so kongruent sind mit dem, was wir denken und vermitteln“ (Transkript der Audioaufnahme 200720_0017_KA2, Absatz 34)
		Mehraufwand für Behandler*innen	„Wenngleich auch ja sehr viel Arbeitsbelastung natürlich schon da ist, und das wieder fordert, dass sich Behandler eben gut damit auskennen und sich einlesen.“ (Transkript der Audioaufnahme 200722_0006_KA5, Absatz 32)
		Überforderung der Patient*innen	„Also kommt ja auf's Programm an, aber ich hab so den Eindruck, dass Konzentrationsstörungen ja ein sehr, sehr häufiges Symptom sind in der Psychiatrie, und gerade wenn's dann Programme sind mit langen Texten, wo man eine längere Aufmerksamkeitsspanne braucht, dann ist das natürlich auch schwieriger.“ (Transkript der Audioaufnahme 200714_0013_KA1, Absatz 30)
		Kontra-indikationen	„Ich denke die Krankheitsschwere spielt eine Rolle, die darf nicht zu stark sein.“ (Transkript der Audioaufnahme 200723_0020_KA3, Absatz 36)
HK 6: Implementierung von Online Coaches	Argumente für Nutzung	Hintergrundinformationen zum Programm	„Also für mich ist total wichtig, dass ich vorher die Möglichkeit hab, das mir gut anzugucken, mich durch die Benutzeroberfläche selber durchzuklicken, aber auch in beiden Fällen war für mich eigentlich sehr hilfreich mit Personen zu sprechen, die damit selber arbeiten.“ (Transkript der Audioaufnahme 200714_0013_KA1, Absatz 36)
		Professionalität und Wirksamkeit	„Und dann wär's natürlich auch gut, wenn das dann, ja, so eine Art Zertifikat oder so schon gibt, wo ein Nutzer auch schnell, genauso wie ein Behandler auch schnell erkennen kann, das ist jetzt ein seriöses Programm.“ (Transkript der Audioaufnahme 200722_0006_KA5, Absatz 40)
		Datenschutz und technische Voraussetzungen	„Und Datenschutz ist extrem wichtig. Also wenn ich nicht sicher bin, dass das irgendwie gut verschlüsselt ist, und man da mit/ also mindestens ein Passwort, Hinweise zur Passwortsicherheit, das find ich heutzutage schon wichtig, weil wenn wir uns vorstellen da beschreibt jemand seine Symptome, ist da mit dem Namen angemeldet, und dann knackt das irgendjemand, oder andere können das lesen, das wär glaub ich wirklich eine Katastrophe. Also Datenschutz ist mir auch sehr wichtig.“ (Transkript der Audioaufnahme 200714_0013_KA1, Absatz 42)

Anhang 1: Ergebnisbericht AP1

Hauptkategorie	Unterkategorie	Thema	Schlüsselzitat	
		Kosten und Abrechnung	„Also gerade für die ganze Nutzung, ob das dann am Ende tatsächlich genutzt wird, das steht und fällt wahrscheinlich mit den Kosten.“ (Transkript der Audioaufnahme 200720_0013_KA2, Absatz 100)	
		Bedienbarkeit und Akzeptanz	„Und eine einfache Bedienbarkeit für die Patienten, also, dass das einfach nicht so wahnsinnig komplex ist, sodass es möglichst schnell verständlich ist, und nicht zu kompliziert, das braucht's eigentlich auch gar nicht, glaub ich.“ (Transkript der Audioaufnahme 200720_0013_KA2, Absatz 54)	
	Praktische Anwendung mit Patient*innen	Einführung durch Behandler*innen	„Na die müssen das gut erklärt bekommen von dem behandelnden Arzt, dass das eben was ist, was hilfreich ist, dass es sicher ist, dass der Datenschutz gewährleistet ist, dass da keine Daten irgendwie nach draußen gelangen können. Das sind glaub ich so die wichtigsten Dinge und tatsächlich auch vermittelt bekommen, dass das eben was ist, was anderen auch genutzt hat und was man sich für sich selbst auch gut vorstellen kann.“ (Transkript der Audioaufnahme 200724_0021_KA4, Absatz 62)	
HK 7: Entscheidung	Informationsfilm	Gestaltung	„Also es gäbe definitiv einen Patienten, eine Patientin, die was dazu sagt, es gäbe einen Therapeuten, eine Therapeutin, die was dazu sagt, und müsste definitiv irgendwie sowas wie einen Desktop auf dem man sieht wie das aufgebaut ist, wo man sich einloggt. Also dass man so einen Eindruck davon kriegt wie das wirklich aussieht, wenn das auf meinem Rechner erscheint.“ (Transkript der Audioaufnahme 200714_0013_KA1, Absatz 48)	
		Inhalt	„Ich glaube der [Videoclip] müsste mir die Vorteile von dem Programm zeigen, warum das jetzt auch für mich einen zusätzlichen Nutzen hat, weil ich hab ja als Behandlerin schon auch/ ich hab schon viel Arbeit und ich hab auch schon viele Manuale und Arbeitsblätter und so weiter, also viel Literatur, einfach was ich schon habe, was bringt mir das vielleicht auch an zusätzlichem Nutzen zu dem, was ich schon habe. Und müsste mich glaub ich auch darin überzeugen warum das jetzt für meine Patienten gut ist, sowas zu nutzen. Also was die auch für einen Vorteil noch davon hätten.“ (Transkript der Audioaufnahme 200722_0006_KA5, Absatz 42)	
		Störend	„Also es müsste glaub ich erstmal seriös wirken und sollte nicht unseriös irgendwie wirken. [...] Wiederum wenn's allerdings ZU hyperprofessionell ist, dass man sich denkt, da ist unglaublich viel Geld in die Hand genommen wurden, würd's mich wahrscheinlich auch stören.“ (Transkript der Audioaufnahme 200724_0021_KA4, Absatz 74)	
	Informationsflyer	Gestaltung	„Ich kann mir vorstellen das aufzulockern durch Bilder, also Screenshots aus dem Programm, dass ich auch schon mal einen ersten Eindruck habe, wie ist das Programm designt, wie sieht das aus.“ (Transkript der Audioaufnahme 200722_0006_KA5, Absatz 48)	
		Inhalt	„Der müsste mir auch auf einen Blick die Vorteile von so einem Programm nennen, für welche Patientengruppen kann ich das einsetzen, welche Module beinhaltet das Programm, und am besten mit nicht ganz so viel Text, also würde mir da vorstellen wirklich so Stichpunktartig die verschiedenen Themen, also sowas wie Vorteile, Indikation, Kontraindikation, Patientengruppen oder Inhalte des Programms, und Ansprechpartner und weiterführende Informationen, wo ich drauf klicken kann oder so einen QR-Code oder so wo ich scannen kann und direkt vielleicht so eine Art Vorschau auch auf das Programm kriegen würde.“ (Transkript der Audioaufnahme 200722_0006_KA5, Absatz 48)	
		Störend	„Störend fänd ich, wenn das so ganz ganz viel Text wäre, wo ich dann mich erstmal so durchhackern muss und für mich selber rausfinden muss, was bringt mir das jetzt für Vorteile, wofür kann ich's nutzen. Das fänd ich störend.“ (Transkript der Audioaufnahme 200722_0006_KA5, Absatz 50)	
	Weiteres Informationsmaterial		„Aber jetzt an konkreten Infomaterial vielleicht noch irgendwie ein Poster oder so oder eben online Werbung für solche Programme“ (Transkript der Audioaufnahme 200722_0006_KA5, Absatz 56)	
	HK 8: Vermittlungswege	Informationskanäle	Fachjournale	„Und ansonsten im Print ja auch gerne in Fachzeitschriften. Also ja Zeitschriften wie Psychotherapie im Dialog oder der Nervenarzt, die auch von vielen Praktikern gelesen werden. Da einfach drauf aufmerksam zu machen.“ (Transkript der Audioaufnahme 200722_0006_KA5, Absatz 58)
			Informationsveranstaltungen	„Also ich glaube, wenn zum Beispiel irgendwie irgendeine Art von universitärer Institution einlädt die Hausärzte in einer zertifizierten Fortbildung und einfach mal bestimmte Programme vorstellt, dass das dann für die entsprechenden niedergelassenen Kollegen viel greifbarer ist.“ (Transkript der Audioaufnahme 200714_0013_KA1, Absatz 76)
Kongresse/Konferenzen/Tagungen			„Und Kongresse ist denk ich sinnvoll, wenn da sowieso jemand ist, dass sich das so ein bisschen rumspricht.“ (Transkript der Audioaufnahme 200720_0017_KA2, Absatz 82)	
Newsletter/Websites			„Ich hätte jetzt gerade noch gedacht vielleicht auch so Newsletter oder so, über Kliniken, also die meisten Kliniken haben ja Klinikintern Newsletter, die sie rumschicken, dass man da einfach vielleicht die Berufsgruppen informiert, dass es sowas gibt.“ (Transkript der Audioaufnahme 200722_0006_KA5, Absatz 52)	

Anhang 1: Ergebnisbericht AP1

Hauptkategorie	Unterkategorie	Thema	Schlüsselzitat
		Social Media	„Kann mir das für Patienten gut vorstellen, aber so als Behandlerin bin ich da/ nutz ich das wenig.“ (Transkript der Audioaufnahme 200714_0013_KA1, Absatz 64)
	Kontaktwege für Informationsmaterial		„Also eMail hat ein hohes Risiko, dass das weggeklickt wird, muss ich gestehen. Gut, ich bin da ja ein bisschen konservativ, also ich, wenn ich's per Post krieg mach ich's auf und gucks mir an. [...] Also für mich persönlich wär wahrscheinlich ein Brief, der personalisiert ist, kommt immer gut, den mach ich auf und gucks mir an. Da ist wahrscheinlich die Chance am größten, dass mich das erreicht.“ (Transkript der Audioaufnahme 200723_0020_KA3, Absatz 70)
HK 9: Nutzungsbereitschaft	zustimmend	Begründung	„Also zum einen, weil ich glaube, dass man Patienten nochmal auf eine andere Art erreicht und das für die Vorteile haben kann. Weil das auch sozusagen selber, also als behandelnde Person gerade für so psychoedukative Inhalte recht bequem sein kann, weil man einfach flexibel sich einteilen kann, wann ich das mache. Und ja, weil ich glaube dass wir alle mit der Zeit gehen müssen (lachen), und das was ist, was in Zukunft mehr auch von Patienten gefordert wird.“ (Transkript der Audioaufnahme 200714_0013_KA1, Absatz 72)

Tabelle 4. Kategorisierung und Schlüsselzitate aus den qualitativen Interviews der niedergelassenen Psychotherapeut*innen.

Hauptkategorie	Unterkategorie	Thema	Schlüsselzitat
HK 1: Internetnutzung	Behandler*innen		„B: Schon häufig, ja. Doch häufig, sehr häufig kann man sogar sagen. Über's Handy vor allem, man hat alles Mögliche auf dem Handy, vom Fitnesstracker über WhatsApp und/ oder wenn man irgendwas sucht oder Amazon, also die ganze Geschichte ist ja alles Internet.“ (Transkript der Audioaufnahme 200728_0007_PT2, Absatz 2)
	Patient*innen		„Unterschiedlich. Ich muss sagen ich hab die Praxis in der Lage, wo ich relativ viele doch also über dem Durchschnitt [...] ältere Patienten habe, die natürlich nicht so, aber die jüngeren natürlich schon und die hypochondrischen und andere bestimmte Krankheiten, die informieren sich ausführlich bei Dr. Google, nicht immer zu meiner Freude.“ (Transkript der Audioaufnahme 200728_0007_PT2, Absatz 4)
HK 2: Veränderungen durch COVID-19 Pandemie	Einsatz digitaler Medien		„Ja also ich hab schon auch die Möglichkeit der Video-Sprechstunde dann genutzt, das hätte ich jetzt so wahrscheinlich nicht getan und mich insgesamt gezwungenmaßen sozusagen bisschen mehr angefreundet mit dieser ganzen Sache, obwohl ich's nach wie vor nicht für eine Dauerlösung halte, aber ja. Für solche Zeiten war das schon sehr hilfreich“ (Transkript der Audioaufnahme 200728_0007_PT2, Absatz 10)
	Einsatz Online-Coaches		„Nicht dass ich wüsste. Also ich habe jetzt Patienten, wo ich weiß, dass die sowas machen. Aber nicht diese klassischen Krankenkassenkurse, wo da jetzt tatsächlich noch mal so ein Live-Interview noch irgendwie stattfindet oder sowas.“ (Transkript der Audioaufnahme 200724_0022_PT1, Absatz 24)
	Vorteile der Digitalisierung für Patient*innen		„Also ich glaube zum Teil wurden da Schwellen, Ängste überwunden, und ich glaube das war auch tatsächlich eine/ eine bestärkende Erfahrung für einen Teil der Patienten, die/ die große Berührungängste hatten, zu sehen ich kann das für mich nutzen.“ (Transkript der Audioaufnahme 200824_0012_PT5, Absatz 10)
HK 3: Vorerfahrungen mit Online Coaches			„Na doch, ich hab's mal angewandt, aber jetzt nicht im größeren Maßstab. Also ich hatte überlegt, ob ich das dann mal mehr einsetze, aber das ist glaub ich bei 2x geblieben.“ (Transkript der Audioaufnahme 200728_0007_PT2, Absatz 22)
HK 4: Chancen von Online Coaches	Vorteile	Ansprechend	„Dass es vielleicht auch möglicherweise ein bisschen ansprechender ist als so ein Arbeitsblatt, was man ihnen einfach mitgibt (lachen).“ (Transkript der Audioaufnahme 200810_0032_PT4, Absatz 67)
		Förderung des Selbstmanagements	„Selbstwirksamkeitserfahrungen der Patienten, Psychoedukationserfahrungen, tatsächliche vielleicht schon niederschwellige Übungen, also sicherlich im Sinne schon Selbstwirksamkeit. Ich kann mir vorstellen, dass das ein ganz großes/ ganz wichtiger Aspekt ist.“ (Transkript der Audioaufnahme 200724_0022_PT1, Absatz 36)
		Anonymität/ Diskretion	„Ich glaube, wenn jemand sich drauf einlässt, dass als anonym zu erfahren, hat das sicherlich sozusagen andere Vorteile als jetzt im Personen Psychotherapie. Jetzt kann man da nochmal andere Aspekte ausleuchten, die man so vielleicht manchmal nicht erreicht. Aber das ist ein großer Vorteil.“ (Transkript der Audioaufnahme 200824_0012_PT5, Absatz 16)
		Räumliche und zeitliche Flexibilität	„Aber online ist es ja, so stell ich's mir zumindest vor, viel flexibler von der Zeit. Ich kann wirklich genau DEN Zeitraum als Patient wählen, der tatsächlich passt zu mir. Und das ist natürlich ein super Vorteil.“ (Transkript der Audioaufnahme 200730_0008_PT3, Absatz 44)
	Wartezeitüberbrückung		„Und ich denke auch es wär eine Möglichkeit so Wartezeiten zu überbrücken, dass man da eigentlich schon Empfehlung geben könnte, sich mit diesem oder jenem auseinanderzusetzen.“ (Transkript der Audioaufnahme 200728_0007_PT2, Absatz 26)

Hauptkategorie	Unterkategorie	Thema	Schlüsselzitat
	Nutzen im ambulanten psychotherapeutischen Setting	Psychoedukation	„Teilweise sind ja auch die/ die Behandlungsstunden, auch wenn die meinetwegen jetzt tatsächlich wöchentlich stattfinden sollten, nicht ausreichend, um bestimmtes Wissen zu festigen oder selbst/ sich selbst zu überprüfen oder nochmal irgendwie/ ja das zu reflektieren, und das könnten solche Online-Coaches schon bieten.“ (Transkript der Audioaufnahme 200730_0008_PT3, Absatz 30)
		Hausaufgaben/ Übungen	„Ja oder auch um/ um halt irgendwie Hausaufgaben, die man sonst auch aufgeben würden, halt irgendwie cooler zu gestalten, oder/ oder. Weiß ich nicht, dass es ein bisschen mehr Spaß macht oder so (lachen).“ (Transkript der Audioaufnahme 200810_0032_PT4, Absatz 89)
		Indikation	„Also ich hab jetzt gerade nur Depression gesagt. Ich glaub, dass es noch andere Bereiche gibt, wo es sinnvoll ist. Na also Angststörungen zum Beispiel, PTBS, Sucht, Essstörung, also ich/ ehrlich gesagt könnte ich mir vorstellen, dass das für eine/ für eine weite große Bandbreite von Patienten sinnvoll ist.“ (Transkript der Audioaufnahme 200824_0012_PT5, Absatz 32)
HK 5: Grenzen und Barrieren von Online Coaches	Grenzen im ambulanten psychotherapeutischen Setting	Ersatzanspruch	„Also wenn's dann darum geht am Ende festzustellen, Mensch der Computer ist doch schlauer und stellt schneller die besseren Fragen, als wir mit unserem menschlichen Gehirn', glaub ich, dann seh ich da schon Schwierigkeiten.“ (Transkript der Audioaufnahme 200730_0008_PT3, Absatz 40)
		Fehlen der therapeutischen Beziehung/ des persönlichen Kontakts	„Ist ja im Grund wie/ wie schon so ein Anamnesefragebogen, es wird dann irgendwie werden Erinnerungen geweckt und dann weiß man nicht wie die/ wie negativ besetzt das jetzt alles ist und, ob das dann tatsächlich hilfreich ist, ja. Wenn das so unbegleitet ist, das ist eigentlich sozusagen das Risiko, unbegleitetes Therapieren.“ (Transkript der Audioaufnahme 200728_0007_PT2, Absatz 40)
		Zugang	„Naja das ist eigentlich das Problem, was jetzt bei Corona auch deutlich wurde, oder Problem, die Tatsache, dass man Menschen haben muss, die an die moderne Technik angeschlossen sind. Also die ein ordentliches Internet haben, was ja manchmal in manchen Gebieten immer noch nicht so ist in Deutschland.“ (Transkript der Audioaufnahme 200728_0007_PT2, Absatz 34)
		Vernachlässigung Individualität und Komplexität	„es ersetzt natürlich nicht den/ die persönliche Kenntnis um das Individuum. Na und die spezifischen Bedürfnisse des Individuums und wir haben es ja bei unseren Patienten in der Regel nicht mit sauber abgegrenzten einfach Störungen zu tun, sondern es stellen sich komplex gestörte Patienten bei uns vor, mit komplexen Bedürfnissen.“ (Transkript der Audioaufnahme 200824_0012_PT5, Absatz 32)
		Geringe Qualitätskontrolle	„Und ich hab den Eindruck diese Programme können einfach eben wie gesagt existieren, ohne dass da jemand fragt und guckt.“ (Transkript der Audioaufnahme 200724_0022_PT1, Absatz 70)
		Kontraindikationen	„mir fällt jetzt gar nicht so richtig ein Störungsbild ein, wo ich sagen würde dafür wär's wahrscheinlich kontraindiziert.“ (Transkript der Audioaufnahme 200824_0012_PT5, Absatz 32)
HK 6: Implementierung von Online-Coaches	Argumente für Nutzung	Bedienbarkeit	„also was ich ganz wichtig finde, dass es wirklich leicht zu bedienen ist, dass ich mich nicht umständlich irgendwie anmelden muss“ (Transkript der Audioaufnahme 200728_0007_PT2, Absatz 48)
		Kenntnis des Programms	„also ich mein idealerweise wär's ja auch was, was man sich vielleicht auch einfach mal schnell runterladen kann und schonmal reingucken kann, so ohne große Anmeldung“ (Transkript der Audioaufnahme 200810_0032_PT4, Absatz 139)
		Professionalität und Wirksamkeit	„also es könnte ja eine Art deutschlandweites Zertifikat dann geben für Sachen, die irgendwie sinnvoll sind sozusagen.“ (Transkript der Audioaufnahme 200810_0032_PT4, Absatz 101)
		Datenschutz und technische Voraussetzungen	„Also es muss sehr glaubwürdig der Datenschutz funktionieren. Das muss irgendwie abgesichert sein und glaubhaft sowohl für die Patienten als auch für mich.“ (Transkript der Audioaufnahme 200824_0012_PT5, Absatz 44)

Hauptkategorie	Unterkategorie	Thema	Schlüsselzitat
		Kosten und Abrechnung	„also das meiste, was ich jetzt gesehen hab, war ja irgendwie kostenlos. Also das wär ja schon mal gut. Und wenn eben Kosten sind, dann ja wer die bezahlt und wie viel das ist, klar.“ (Transkript der Audioaufnahme 200810_0032_PT4, Absatz 99)
	Praktische Anwendung mit Patient*innen		„Ich glaube, es ist tatsächlich gut Broschüren zu haben. Ich finde Broschüren auch im Rahmen von online, dass man Leuten erstmal was in die Hand drücken kann. Also einfach gestaltetes, einfach zugängliches Informationsmaterial, einladend gestaltet.“ (Transkript der Audioaufnahme 200824_0012_PT5, Absatz 46)
HK 7: Entscheidung	Informationsfilm	Gestaltung	„Ja spannenderweise macht vieles die Musik, das muss also erstmal glaub ich wirklich ziemlich ansprechender musikalischer Hintergrund sein. Und dann glaub ich nicht so schnelle Bilder, fließend in andere übergehend, wirklich weiche, ruhige Farben.“ (Transkript der Audioaufnahme 200730_0008_PT3, Absatz 52)
		Inhalt	„Dass man irgendwie eine Vorstellung entwickelt wie funktioniert das, wie/ was ist das überhaupt. Na also ist das jetzt für eine bestimmte Personengruppe oder für eine bestimmte Erkrankung oder was soll mit diesem Coach überhaupt erreicht werden können oder so, ja.“ (Transkript der Audioaufnahme 200810_0032_PT4, Absatz 111)
		Störend	„Also was ich hasse, ist sehr viel dynamische Musik und schnelle Schnitte, das kann ich nicht leiden.“ (Transkript der Audioaufnahme 200824_0012_PT5, Absatz 50)
	Informationsflyer	Gestaltung	„Na zum Beispiel gefällt mir Ihr Flyer hier gut, den Sie jetzt dafür gemacht haben, für diese Befragung. Ja es ist übersichtlich, es ist/ ja kurz und bündig.“ (Transkript der Audioaufnahme 200728_0007_PT2, Absatz 68)
		Inhalt	„Inhalte, sicherlich auch wieder Ziele, Zielgruppen, also Störungsbilder, dann praktische Infos, wie komm ich daran, was kostet das vielleicht was auch nochmal überzeugend ist ‚Experte so und so hat schon Studien durchgeführt, das und das kommt dabei raus‘. Anwendungsbeispiele möglicherweise oder, genau.“ (Transkript der Audioaufnahme 200824_0012_PT5, Absatz 54)
		Störend	„Wenn ich mir jetzt vorstelle, das wäre ein gelber Hintergrund oder ein grüner, würde ich das glaub ich schon nicht so mögen, aber das ist ja wirklich jetzt total private, individuelle Meinung.“ (Transkript der Audioaufnahme 200730_0008_PT3, Absatz 64)
	Weiteres Informationsmaterial		„Online noch mehr Verlinkungen zu Filmen oder Anwendungsbeispiele für die Patienten. Ein Vorstellungsfilm ist sicherlich was Sinnvolles.“ (Transkript der Audioaufnahme 200824_0012_PT5, Absatz 56)
HK 8: Vermittlungswege	Informationskanäle	Fachjournale	„Werbung in Zeitschriften, kleine Kärtchen, die ja manchmal so wenn man Bücher kauft, dann fallen ja auch immer mal so kleine Kärtchen raus.“ (Transkript der Audioaufnahme 200730_0008_PT3, Absatz 66)
		Informationsveranstaltungen	„Informationsveranstaltungen, was weiß ich, Fortbildungs/ GRÖßERE Fortbildungsveranstaltungen was weiß ich, das boomt ja jetzt, aber an der Uni Leipzig gibt's ja auch immer mal so öffentliche Veranstaltungen für Ärzte und Psychotherapeuten, das ist natürlich super. Da erreicht man natürlich seine Zielgruppe.“ (Transkript der Audioaufnahme 200824_0012_PT5, Absatz 60)
		Kongresse/ Konferenzen/ Tagungen	„Wenn ich irgendeinen Kongress besuche, würde ich sagen, da gibt es so einen Kurs, da würde ich den wahrscheinlich machen, ja.“ (Transkript der Audioaufnahme 200724_0022_PT1, Absatz 98)
		Newsletter/ Websites	„Ich würde mir so einen Film nur angucken, wenn der über so eine, ja von mir aus wieder ein Newsletter käme, von so einem offizielleren Anbieter. Also OPK, oder DPtV, da bin ich Mitglied zum Beispiel. Oder von mir aus auch, ja irgendeine Gesellschaft, Fachgesellschaft.“ (Transkript der Audioaufnahme 200724_0022_PT1, Absatz 122)
		Social Media	„Mich würde man da nicht so ganz mit kriegen glaub ich. Weil ich gar nicht so unterwegs bin.“ (Transkript der Audioaufnahme 200824_0012_PT5, Absatz 58)

Hauptkategorie	Unterkategorie	Thema	Schlüsselzitat
		Presse	„Aber wenn man sowas, was weiß ich, einen Artikel in Spiegel online wird sicherlich auch viele erreichen. Wenn man sowas in der Allgemeinpresse, oder was weiß ich in der Zeit, so Sachen die die Leute halt auch wie Psychotherapeuten halt auch lesen.“ (Transkript der Audioaufnahme 200824_0012_PT5, Absatz 58)
	Kontaktwege für Informationsmaterial		„ich hab sonst gern Anrufe, aber dazu möchte ich jetzt nicht angerufen werden. Das ist wirklich kein gutes Medium, weil man muss das ja in Ruhe dann auch gucken worum's da geht, also ist vielleicht da eine E-Mail doch am besten oder ein Brief, wie Ihrer in der Post jetzt auch kam.“ (Transkript der Audioaufnahme 200728_0007_PT2, Absatz 78)
HK 9: Nutzungsbereitschaft	zustimmend	Begründung	„Also ich mein, wir leben ja in einem technischen Zeitalter, alle nutzen ihre Handys und Computer, dass man's einfach auch nutzen kann, um irgendwie so den Prozess ein bisschen einfacher auch nach Hause zu bringen.“ (Transkript der Audioaufnahme 200810_0032_PT4, Absatz 185)

Tabelle 5. Kategorisierung und Schlüsselzitate aus den qualitativen Interviews der niedergelassenen Fachärzt*innen (P-Fächer).

Hauptkategorie	Unterkategorie	Themen	Schlüsselzitat
HK 1: Internetnutzung	Behandler*innen		„Also jetzt zusammengerechnet, manchmal nur fünf Minuten, mal zwei, dann mal wieder zwanzig Minuten im Internet, zusammengerechnet bin ich vielleicht so eine Stunde am Tag im Internet.“ (Transkript der Audioaufnahme 200730_0051_FA_1, Absatz 16)
	Patient*innen		„Also viele googeln natürlich ihre Symptome und befragen sozusagen Dr. Google und kommen dann mit so einem Halbwissen.“ (Transkript der Audioaufnahme 200730_0051_FA_1, Absatz 22)
HK 2: Veränderungen durch COVID-19 Pandemie	Einsatz digitaler Medien		„Ich hab vorher nicht mit Videosprechstunde gearbeitet, vor Corona. Ich wusste, dass es das gibt und das es da Anbieter gibt, aber ich hab es nicht genutzt. Und ich hab jetzt zu Beginn des Lockdowns Anfang März damit angefangen, oder Mitte März damit angefangen.“ (Transkript der Audioaufnahme 200730_0051_FA_1, Absatz 26)
	Einsatz Online-Coaches		„Und aktive Video-Tools wie zum Beispiel iFightDepression hab ich auch vermehrt, also NOCH mehr als sowieso schon, und ich bewerbe das eigentlich sowieso viel, aber in der Zeit hab ich's auch noch mehr gemacht.“ (Transkript der Audioaufnahme 201009_0023_FA_5, Absatz 12)
	Vorteile der Digitalisierung für Patient*innen		„also gerade bei zwei Leuten, die sonst ein bisschen zugeknöpfter auch mal in der Therapie sind einfach aus sozialen Ängsten heraus, die waren lockerer, als sie dann in Ihrem Zimmerchen saßen vor ihrem Computer, war das eher ne positive Erfahrung.“ (Transkript der Audioaufnahme 200730_0051_FA_1, Absatz 42)
HK 3: Vorerfahrungen mit Online			„Also ich habe etwas Erfahrungen durch dieses z.B. Deprexis, ja und na ja also das wird schon angenommen von dem Patienten, Hindernis ist häufig gewesen, dass es was kostet, dass die Kassen das jetzt den größten Teil nicht übernehmen, aber ich finde das eigentlich gut und unterstützend“ (Transkript der Audioaufnahme 200827_0056_FA_4, Absatz 19)
HK 4: Chancen von Online Coaches	Vorteile	Standardisierung	„durch solche Formen werden vielleicht auch Sachen angesprochen, die man selber nicht anspricht, weil man halt nicht immer alle Aspekte im Auge hat und dass ist natürlich auch so, wenn die Patienten sich online informieren, dass da auch Themen zur Sprache kommen, auf die man sonst vielleicht gar nicht gekommen wäre, also als was Positives.“ (Transkript der Audioaufnahme 200827_0056_FA_4, Absatz 113)
		Empowerment	„Empowerment ja, genau selber über sich kritisch nachzudenken, selber sich zu beobachten, selber sich die Krankheit anzunehmen, das wäre für so ein Manual wichtig, oder so einen Coach.“ (Transkript der Audioaufnahme 200731_0052_FA_2, Absatz 193)
		Räumliche und zeitliche Flexibilität	„Na ja zum einen, dass da jeden Tag was passiert, gerade bei Patienten, die wirklich deutlich krank sind, krankgeschrieben sind, da haben die ne Aufgabe und die können sich ja jeden Tag damit beschäftigen.“ (Transkript der Audioaufnahme 200827_0056_FA_4, Absatz 25)
	Nutzen im ambulanten fachärztlichen Setting	Wartezeit-überbrückung	„Ich nutz das vor Allem in der, in der Überbrückung von Wartezeit, das find ich sehr sinnvoll, denen schon mal was an die Hand zu geben, das mach ich auch immer so, dass ich im Erstgespräch, wenn das dann in irgendeiner Weise mir hilfreich erscheint, dass die das nutzen, moodgym oder iFightDepression, oder beides, erklär ich denen wie das funktioniert, und werbe dafür, dass Sie auch schon die/ die Wartezeit dafür nutzen, um das anzuwenden und um so ein paar Basics sich beizubringen.“ (Transkript der Audioaufnahme 201009_0023_FA_5, Absatz 18)
		Psychoedukation	„Also da geht's auch los mit Psychoedukation, mit Krankheitslehre [...]. Weil die meisten Patienten profitieren sehr davon vom Wissen um ihre Erkrankung, dass die zu irgendwas gut ist und dass sie auch irgendwo herkommt und irgendwas bedeuten will.“ (Transkript der Audioaufnahme 200731_0052_FA_2, Absatz 69)
		Hausaufgaben/Übungen	„Und davon kann die ganze Therapie auch sehr, sehr profitieren, weil man muss jetzt nicht immer das Rad neu erfinden. Also ich kann auch mal sozusagen an die als Hausaufgabe sagen, machen Sie bis zur nächsten Stunde bitte den nächsten Punkt [...] So, dass ich mir nicht immer selber was ausdenken muss, sondern weiß, das ist evaluiert, das ist sehr gut und ich kann damit in der Therapie arbeiten. Das klappt ganz gut und das empfinden die Leute auch als sehr positiv.“ (Transkript der Audioaufnahme 200730_0051_FA_1, Absatz 36)
		Nachsorge	„auch oft zur Nachsorge, wenn die Psychotherapie zu Ende ist und ich hab es jetzt noch nicht empfohlen und das passt, dann empfehle ich das eigentlich immer.“ (Transkript der Audioaufnahme 200730_0051_FA_1, Absatz 38)
		Indikation	„Vielleicht noch die Diagnosen, da hatte ich vorhin genannt Depression, Angst, Persönlichkeitsstörung über Trauma, psychische Trauma und Traumafolgestörungen, auch mehr Informationen. Dass Leute wissen, was ist mit mir passiert, oder was hat man mit mir gemacht und was macht es mit mir und welche

Hauptkategorie	Unterkategorie	Themen	Schlüsselzitat
			Störung habe ich dadurch. Das halte ich für sehr wichtig. Und als 5. Diagnosegruppe auch Psychosen. Ja schizophrene Psychosen, dass sich Leute da informieren können.“ (Transkript der Audioaufnahme 200731_0052_FA_2, Absatz 185)
HK 5: Grenzen und Barrieren von Online Coaches	Grenzen im ambulanten fachärztlichen Setting	Unklare Indikation bei Wartelistenpatient*innen	„Wie dieser klassische Patient, der anfragt auch Therapie per E-Mail und ich muss leider sagen, naja, erstmal Warteliste oder geht im nächsten halben oder dreiviertel Jahr gar nicht und empfehle beispielsweise iFightDepression, ist es immer so, aber damit rechne ich auch, dass es nicht passt.“ (Transkript der Audioaufnahme 200730_0051_FA_1, Absatz 44)
		Überforderung von Patient*innen	„Bei z.B. Depressionspatienten haben nicht zu eine lange Aufmerksamkeitsspanne und zu lange Einheiten oder zu lange ja, zu lange Sitzungen. Wenn ich da z.B. damit das Projekt funktionieren solle, wenn ich damit jeden Tag 1 Stunde damit verbringen soll. Das ist zwar sehr schön und wer besonders ehrgeizig ist, der kriegt das auch hin, aber die meisten Depressionspatienten, die ich so kenne, würden das nicht schaffen.“ (Transkript der Audioaufnahme 200731_0052_FA_2, Absatz 89)
		Mehraufwand für Behandler*innen	„Und denen ist das dann zu viel Arbeit, sich damit zu beschäftigen. Na und deswegen noch/ noch einfacher halt das zu gestalten in irgendeiner Weise wird wahrscheinlich der Schlüssel sein, um mehr/ mehr Kollegen zu gewinnen, die dann das tatsächlich auch anwenden.“ (Transkript der Audioaufnahme 201009_0023_FA_5, Absatz 32)
		Therapeutische Beziehung	„Ne Kombination finde ich wunderbar und das kann, wie gesagt, da kann man viele Lücken auch schließen, die lange Wartezeit oder auch mal die Zeit zwischen zwei Therapiesitzungen, aber es ersetzt keine persönliche Arzt-Patienten oder Therapeuten-Patienten-Beziehung“ (Transkript der Audioaufnahme 200730_0051_FA_1, Absatz 42)
		Psychische Krisen	„Jedes Manual, jeder Onlinecoach müsste natürlich auch deutlich Grenzen aufzeichnen also z.B. bei Suizidalität, da müsste dann wirklich ein Warnhinweis kommen, "hier machen wir zuerst einmal nicht weiter, suchen Sie Hilfe auf.", weil das wäre mir nicht lieb, wenn jemand die Suizidalität dann nur vorm Bildschirm klärt.“ (Transkript der Audioaufnahme 200731_0052_FA_2, Absatz 95)
		Kontraindikationen	„Ein richtig schwer Depressiver macht das unter Umständen gar nicht, der würde gar nicht die Kraft aufbringen, sich da rein zu denken und da weiß man dann manchmal auch nicht, was das auslöst“ (Transkript der Audioaufnahme 200827_0056_FA_4, Absatz 55)
HK 6: Implementierung von Online-Coaches	Argumente für Nutzung	Aufwand für Behandler*innen	„Naja, also für den/ für den Kollegen, der wird sich natürlich sofort fragen ‚Wie viel Arbeit muss ich da selbst reinstecken?‘ Das ist einfach so. Zeit ist Geld für jeden, der niedergelassen arbeitet.“ (Transkript der Audioaufnahme 201009_0023_FA_5, Absatz 34)
		Bedienbarkeit	„Dann spielt es ne Rolle, [...] wie kompliziert oder eben auch nicht, es aufgebaut ist, weil das es nicht nur die intellektuelle Oberschicht sozusagen hinkriegt, sondern alle, die vielleicht jetzt auch gar nicht so internetvalide sind. Also es sollten einfach aufgebaute Module sein, die man leicht durchschaut, weil die Patienten ja nicht nur unter Umständen keine Internetspezialisten sind, sondern eben auch depressive Symptome haben, also sich nicht gut konzentrieren können oder schnell abbrechen, wenn Sie merken ‚Ach, das ist mir jetzt zu anstrengend oder zu kompliziert.““ (Transkript der Audioaufnahme 200730_0051_FA_1, Absatz 48)
		Kenntnis des Programms	„Naja, ich würde da eigentlich nur was empfehlen, was ich selber kenne. Also was ich mir selber angesehen habe.“ (Transkript der Audioaufnahme 200827_0056_FA_4, Absatz 39)
		Professionalität und Wirksamkeit	„Und ich würde jetzt auch sehr vorsichtig sein, irgendwas zu empfehlen, wenn es nicht wirklich geprüft oder zertifiziert ist.“ (Transkript der Audioaufnahme 200827_0056_FA_4, Absatz 33)
		Zugang/ Kosten/ Abrechnung	„Kosten wären eine wichtige Information, weil das für die Patienten eine Rolle spielt.“ (Transkript der Audioaufnahme 200730_0051_FA_1, Absatz 46)
	Praktische Anwendung mit Patient*innen		„Das ist natürlich sehr hilfreich, wenn ich denen einen Flyer geben kann und sie sich nochmal in Ruhe belesen können.“ (Transkript der Audioaufnahme 200730_0051_FA_1, Absatz 50)
HK 7: Entscheidung	Informationsfilm	Gestaltung	„Ich persönlich fände es allerdings gut, wenn ein Experte, allgemein bekannter Forscher aus dem Fachgebiet Psychiatriewissenschaften vielleicht zwei, drei Sätze sagt.“ (Transkript der Audioaufnahme 200730_0051_FA_1, Absatz 58)
		Inhalt	„Und deswegen wird die Botschaft ganz wichtig sein, ich muss mich ganz wenig selbst/ also Zeit investieren dafür. So und auf der anderen Seite, und dass es kostenlos ist, sowohl für den Arzt, als auch für den Klienten, sonst können Sie's völlig vergessen. Wird sich/ wird das keiner/ keiner/ also viel zu Wenige nutzen. Und für den Patienten oder den Klienten, den der Kollege dann hat, sollte sehr klar ersichtlich werden, dass der natürlich da sehr von profitiert und vielleicht auch weniger den ärztlichen Kollegen konsultieren muss“ (Transkript der Audioaufnahme 201009_0023_FA_5, Absatz 34)

Hauptkategorie	Unterkategorie	Themen	Schlüsselzitat
		Störend	„Hm, muss ich überlegen, also wenn es zu plakativ und zu aufgesetzt ist, also, wenn ich das Gefühl hätte, da stehen eindeutige Interessen einer anderen Person finanzieller Art dahinten.“ (Transkript der Audioaufnahme 200730_0051_FA_1, Absatz 60)
	Informationsflyer	Gestaltung	„Wie gesagt auch kurz und knackig, weniger ist mehr.“ (Transkript der Audioaufnahme 200821_0023_FA_3, Absatz 74)
		Inhalt	„Na wie möglichst wenig Zeit mit einfachen Funktionen dem Klienten irgendwas mitgeben, was dann leicht verständlich ist, und wirklich anwendbar.“ (Transkript der Audioaufnahme 201009_0023_FA_5, Absatz 32)
		Störend	„Na zu viel Kleingedrucktes ist meistens störend.“ (Transkript der Audioaufnahme 200821_0023_FA_3, Absatz 76)
HK 8: Vermittlungswege	Informationskanäle	Fachjournale	„Ich hab z.B. das Ärzteblatt Sachsen hier, was ich regelmäßig durchgucke und den Neurotransmitter von unserem Bund, BVDN, Bund Deutscher Nervenärzte.“ (Transkript der Audioaufnahme 200821_0023_FA_3, Absatz 84)
		Informationsveranstaltungen	„Also ein Verein, der heißt ZNS, [...] wir haben 2 mal im Jahr Mitgliederversammlung und immer verbunden mit einer Weiterbildung. Das wäre auf jeden Fall immer ein guter Ort, wo man so etwas auch vorstellen könnte, das ist ohnehin das, was sich natürlich am meisten einprägt.“ (Transkript der Audioaufnahme 200827_0056_FA_4, Absatz 83)
		Kongresse/ Konferenzen/ Tagungen	„Kongresse, das liegt zwar gerade alles so ein bisschen brach, wegen Corona, aber ich denke, dass Kongresse ein guter Multiplikator sind, wo auch viele Kollegen beisammen sind, die dafür aufgeschlossen sind“ (Transkript der Audioaufnahme 200730_0051_FA_1, Absatz 68)
		Newsletter/ Websites	„Ja Fachgesellschaften ist seriös, Uni ist seriös, Krankenkasse ist seriös, genau aber nicht so häufig, weil so ein Newsletter aller 2 Wochen, wissen Sie was, den liest dann keiner.“ (Transkript der Audioaufnahme 200731_0052_FA_2, Absatz 147)
		Social Media	„Nein, vor allem nicht dienstlich. Das ist für mich nicht von Bedeutung.“ (Transkript der Audioaufnahme 200731_0052_FA_2, Absatz 165)
	Kontaktwege für Informationsmaterial		„Also schon, wie besprochen mit Post oder aber, das ist ja nicht durchsetzbar, wenn man anrufen, kann man da ja, aber man könnte einen Anruf oder ein Fax, E-Mail ist immer schnell weggeklickt“ (Transkript der Audioaufnahme 200827_0056_FA_4, Absatz 79)
HK 9: Nutzungsbereitschaft	zustimmend	Begründung	„Also alles, was dem Patienten hilft und was der Genesung dient und ich bin der Meinung, dass es auf jeden Fall gut ist und ich denke gut informierte Patienten sind wichtig. Ist natürlich auch eine Begleitung, noch mehr Support auf dem Weg, also ergänzend zur Psychotherapie zu meiner Therapie, denke ich, ist das eine gute Begleitung.“ (Transkript der Audioaufnahme 200827_0056_FA_4, Absatz 109)

Tabelle 6. Kategorisierung und Schlüsselzitate aus den qualitativen Interviews der Hausärzt*innen

Hauptkategorie	Unterkategorie		Schlüsselzitat
HK 1: Internetnutzung	Behandler*innen		„Mehrere Stunden täglich, denke ich.“ (Transkript der Audioaufnahme 200721_0047_HA1, Absatz 17)
	Patient*innen		„Ja sehr unterschiedlich. Wir sind eine Hausarztpraxis, dort ist natürlich das Patientenkontinuum von recht jung bis sehr alt. Es gibt sicherlich dann auch noch ab der bestimmten Altersgruppe/manche die sind mit über 80 noch sehr aktiv im Internet und andere haben noch nie einen Computer gesehen.“ (Transkript der Audioaufnahme 200721_0047_HA1, Absatz 17)
HK 2: Veränderungen durch COVID-19 Pandemie	Einsatz digitaler Medien		„Die fordernde Haltung, dass wir Videosprechstunden haben wollen, das gibt es definitiv noch nicht. Die meisten sind absolut zufrieden, dass wir durch die Telefonsprechstunden, die wir schon lange haben, das ja mit abdecken.“ (Transkript der Audioaufnahme 200804_0031_HA2, Absatz 21)
	Einsatz Online-Coaches		„Nein, das erst mal nicht, nein.“ (Transkript der Audioaufnahme 200807_0021_HA3, Absatz 13)
	Vorteile der Digitalisierung für Patient*innen		„Ja das denke ich schon, ich glaube, dass viele Patienten, gerade die im Bereich Risikogruppe, deutlich mehr zu Hause geblieben sind und dort dann auch deutlich mehr auch Internet genutzt haben, wenn sie es vorher schon genutzt haben, mehr Fernsehen geschaut haben und weniger rausgegangen sind.“ (Transkript der Audioaufnahme 200721_0047_HA1, Absatz 31)
HK 3: Vorerfahrungen mit Online			„Ich hatte so eine Studie mal mitgemacht für diese depressiven Erkrankungen. Das heißt, da hatte ich 5 Patienten ausgewählt mit einer Depression, die dann so einen Online-Coach genutzt haben.“ (Transkript der Audioaufnahme 200807_0021_HA3, Absatz 17)
HK 4: Chancen von Online Coaches	Vorteile	Selbstwirksamkeitserleben	„Genau, genau, und es ist in der Regel so, dass die Heilung mehr ist, wenn ich da aktiv werde.“ (Transkript der Audioaufnahme 200804_0031_HA2, Absatz 63)
		Anonymität/Diskretion	„Na Neutralität, da ist ja der/ die Hemmschwelle nicht so groß, weil ist ja irgendwas Neutrales, so ein Ding. Muss nicht sich an irgendjemanden gewöhnen an irgendeinem Menschen, mit dem man reden muss.“ (Transkript der Audioaufnahme 200821_0010_HA5, Absatz 32)
		Räumliche und zeitliche Flexibilität	„Und dem Online-Coach ist das halt egal. Es gibt wenig Gründe, den nicht aufzusuchen. Also waren sie definitiv da flexibler und für die meisten hat es einen besseren Nutzen da gehabt.“ (Transkript der Audioaufnahme 200807_0021_HA3, Absatz 27)
	Nutzen im hausärztlichen Setting	Qualifizierte Selbsthilfe	„Da gibt es eine Adresse und da meldet sich der Patient an und dann macht er sozusagen sein Ding. Eine Rückmeldung in dem Sinne habe ich dann nicht explizit. Er sagt mir ‚Es läuft gut.‘ oder ‚Es läuft nicht gut.‘, aber was er da genau macht, das kontrolliere ich dann nicht.“ (Transkript der Audioaufnahme 200721_0047_HA1, Absatz 41)
		Wartezeitüberbrückung für fachspezifische Behandlung	„Einen Termin beim Psychiater zu bekommen ist eine wirkliche Schwierigkeit und wenn, dann ist es erst in ½ Jahr. Das ist schon bei der Behandlung der Depression zu spät. Für akute Suizidalität weist man dem Patienten natürlich stationär ein, aber ansonsten ist das für uns ein wichtiger Begleitbaustein, einerseits bei der leichten depressiven Episode, teilweise alleinig oder aber auch als Überbrückung bis dann ein Termin beim Psychotherapeuten gefunden werden kann.“ (Transkript der Audioaufnahme 200721_0047_HA1, Absatz 39)
		Behandlungsunterstützung	„Also für mich wird das eher einer Entlastung der Sprechstunde sein. Die psychischen Gespräche nehmen viel Zeit und Kraft in Anspruch und das ist definitiv eine Entlastung, wenn das über einen Online-Coach doch bisschen mehr abgefangen wird.“ (Transkript der Audioaufnahme 200807_0021_HA3, Absatz 33)
		Indikation	„Dann gibt es diese Verstimmungen, Dysthymien, da würde ich so einen Flyer gerne haben, weil dann sind die Patientin beschäftigt, werden noch mal motiviert aus ihrer Nabelschau vielleicht heraus zu gehen, ohne dass ich eine teure Psychotherapie veranlassen muss.“ (Transkript der Audioaufnahme 200804_0031_HA2, Absatz 49)

Hauptkategorie	Unterkategorie		Schlüsselzitat	
HK 5: Grenzen und Barrieren von Online Coaches	Nachteile von Online-Coaches	Kein persönlicher Kontakt	„Nachteile, die persönliche Beziehung, weil die ja höchst/ höchst Placebo-Wirksam ist. Das heißt der Wegfall der/ der/ des Placebo-Mensch, das ist ein großer Nachteil. Und sag ich mal der/ ja die fehlende Steuerungsmöglichkeit, weil als Therapeut kann man ja auch Menschen ein bisschen mehr steuern.“ (Transkript der Audioaufnahme 200821_0010_HA5, Absatz 48)	
	Grenzen im hausärztlichen Setting	Somatische Beschwerden	„Dass die Patienten das zu oft vielleicht benutzen und man dann somatische Beschwerden übersieht.“ (Transkript der Audioaufnahme 200807_0021_HA3, Absatz 57)	
		Hohe Anforderungen	„Wenn es hoch lateinisch wird oder hoch fachspezifisch, dann hat man den Bezug zum Patienten verloren.“ (Transkript der Audioaufnahme 200807_0021_HA3, Absatz 53)	
		Zugang	„die waren nur auf bestimmte Kassen zugeschnitten damals und es machte uns es äußerst schwierig, den richtigen jüngeren Patienten zu finden, der dann auch mitmacht und die richtige Kasse zu erwischen.“ (Transkript der Audioaufnahme 200804_0031_HA2, Absatz 33)	
		Mehraufwand	„Ja das ist wieder der Zeitfaktor, ich schaffe nicht mal in moodgym richtig reinzulesen, also ich habe es nie selbst angeguckt im Netz.“ (Transkript der Audioaufnahme 200810_0055_HA4, Absatz 66)	
		Kontraindikationen	„Einen Schwerkranken, egal was er hat, den muss ich an die Hand nehmen, um ihn wieder lauffähig zu machen, gehfähig, selbstständig zu machen [...]. Das trifft auch für die Depression oder ähnliches zu.“ (Transkript der Audioaufnahme 200810_0055_HA4, Absatz 56)	
HK 6: Implementierung von Online-Coaches	Argumente für Nutzung	Kenntnis des Programms	„Ich müsste mich wirklich erst mal selbst damit beschäftigen, was das dann mit mir machen würde.“ (Transkript der Audioaufnahme 200810_0055_HA4, Absatz 64)	
		Professionalität und Wirksamkeit	„Rahmenbedingungen, dass eine vernünftige Evaluation vorliegt, also, dass für solche Dinge auch sowas gemacht wird wie bei der aktiv-Studie, dass man also sowas richtig evaluiert, wissenschaftlich begleitet. Und wenn das, das dann erst an's Netz geht. Punkt.“ (Transkript der Audioaufnahme 200821_0010_HA5, Absatz 58)	
		Datenschutz und technische Voraussetzungen	„Das ist eine ganz wichtige Information, wo gehen die Daten hin, wo werden sie gespeichert, wer hat Zugriff auf Daten, was passiert mit meinen Daten“ (Transkript der Audioaufnahme 200804_0031_HA2, Absatz 83)	
		Kosten und Abrechnung	„Ja genau, es darf nichts kosten, die meisten Patienten würden kein Geld ausgeben dafür, da bin ich mir fast sicher“ (Transkript der Audioaufnahme 200804_0031_HA2, Absatz 81)	
	Praktische Anwendung mit Patient*innen	Einführung/ Begleitung durch Hausarzt*in	„Na die Fürsprache des Hausarztes, dass sie überzeugt seien, dass so was funktioniert.“ (Transkript der Audioaufnahme 200810_0055_HA4, Absatz 77)	
		Flyer für Patient*innen	„Ja ich würde mehr die Flyer nutzen, um die mitzugeben, damit ich kurz kommunizieren kann und das wenig Raum frisst in dem Behandlungsfenster.“ (Transkript der Audioaufnahme 200804_0031_HA2, Absatz 121)	
		Visitenkarte	„Muss was Kleines sein, was man denen so in die Hand steckt, weil wenn du/ wir müssen das ja irgendwo alles hinpacken. Deswegen einen Visitenkartenständer hab ich, der ist günstig für sowas.“ (Transkript der Audioaufnahme 200821_0010_HA5, Absatz 86)	
		Broschüre	„Eine Broschüre mit einer Anleitung, wie die Patienten zu dem Online-Coach hin kommen können, so ein Pfad, eine verständliche, leicht verständliche Anleitung“ (Transkript der Audioaufnahme 200807_0021_HA3, Absatz 67)	
	HK 7: Entscheidung	Informationsfilm	Gestaltung	„Das müsste dann praktisch einen Arzt, eine Ärztin zeigen in der Praxis in seinem Arztzimmer mit Computer und dann in einfachen Schritten zeigen, wie man da auf dem Weg dahin kommt zu dem Online-Coach und am besten noch ja in einer anderen Szene, wie der Patient dann mit am Tisch mit sitzt und wie dann der Arzt, Ärztin dann mit dem Patienten darüber redet, so grob.“ (Transkript der Audioaufnahme 200807_0021_HA3, Absatz 81)
			Inhalt	„Ich glaube, was für den Hausarzt wichtig ist, dass wir dem Patienten eine Therapieoption bieten können, dass es uns quasi auch ein bisschen die Arbeit und auch die Konsultationsfrequenzen reduziert.“ (Transkript der Audioaufnahme 200721_0047_HA1, Absatz 71)
Störend			„Dass es wirkt wie Werbung, ja.“ (Transkript der Audioaufnahme 200821_0010_HA5, Absatz 82)	
Informationsflyer		Gestaltung und Inhalt	„So eine kleine, so eine A5 oder A4-Größe und dann mit dem Online-Coach bei den und den Krankheitsbildern und anmelden unter ... mit der und der Nummer, und dann ja, auch übersichtlich, prägnant das ist am besten.“ (Transkript der Audioaufnahme 200807_0021_HA3, Absatz 87)	
		Störend	„Zu viel Text.“ (Transkript der Audioaufnahme 200807_0021_HA3, Absatz 89)	

Hauptkategorie	Unterkategorie		Schlüsselzitat
HK 8: Vermittlungswege	Informationskanäle	Fachjournale	„Über Fachzeitungen, genau also dann wirklich über das Deutsche Ärzteblatt.“ (Transkript der Audioaufnahme 200804_0031_HA2, Absatz 133)
		Informationsveranstaltungen	„Ja muss man in Fortbildungen einfließen lassen. Müsste man halt dann immer versuchen in diese Fortbildungen mit reinzugehen, oder über's Gesundheitsnetz oder sowas, ja. Also Plattformen nutzen halt, wo man das/ ja wo halt die Leute hingehen.“ (Transkript der Audioaufnahme 200804_0031_HA2, Absatz 102)
		Kongresse/ Konferenzen/ Tagungen	„Hausärzte-Stammtisch ist eigentlich immer eine sehr gute Variante um neue Dinge vorzustellen, Fachärzte nutzen das auch ganz gerne, z.B. ihre neue Praxis oder eine neue Untersuchungsmethode einfach auch mal vorzustellen und dafür ein bisschen Werbung zu machen.“ (Transkript der Audioaufnahme 200721_0047_HA1, Absatz 91)
		Newsletter/ Websites	„ich hab den Newsletter vom Ärzteblatt, dass es auch so einen Newsletter gibt von der Uni-Leipzig, die das anbietet.“ (Transkript der Audioaufnahme 200807_0021_HA3, Absatz 93)
	Social Media	„Nein, für mich nicht, ich hab genügend Kommunikation den ganzen Tag in der Praxis, das brauche ich nicht noch zusätzlich.“ (Transkript der Audioaufnahme 200721_0047_HA1, Absatz 99)	
	Kontaktwege für Informationsmaterial		„Schwierig, weil wir werden mit Informationen quasi überkippt. E-Mail wäre natürlich grundsätzlich die beste Variante, aber Sie merken das da auch die, ja, das sind immer sehr viele E-Mails, die auflaufen.“ (Transkript der Audioaufnahme 200721_0047_HA1, Absatz 87)
HK 9: Nutzungsbereitschaft			„na weil ich den natürlich nutzen würde bis der Psychotherapeut mal endlich in's Boot kommt. Mir nützt das ja, dem Patienten natürlich auch. Ist ja klar, ja.“ (Transkript der Audioaufnahme 200821_0010_HA5, Absatz 122)

Arbeitspaket 3: Qualitative Interviews – Evaluation der Informationsfilme

Ziel

Die vorliegende Untersuchung zielt auf die Evaluation zielgruppenspezifisch entwickelter Informationsfilme zu der Beispiel-Online-Intervention moodgym bei den vier folgenden Leistungserbringergruppen: (A) Hausärzte/Hausärztinnen, (B) niedergelassene Fachärzte/Fachärztinnen (P-Fächer=Psychiatrie & Psychotherapie, Nervenheilkunde, Psychosomatik), (C) Psychotherapeuten/Psychotherapeutinnen, (D) Klinikärzte/Klinikärztinnen und deren Teams (P-Fächer). Die Ergebnisse fließen in das Arbeitspaket 4 ein, in dem die Implementierung der exemplarischen Online-Intervention geplant werden soll. Darüber hinaus werden die Ergebnisse zur Ableitung einer geeigneten Implementierungsstrategie Eingang in das Arbeitspaket 7 finden.

Methoden

Die vorliegende Untersuchung folgt einem qualitativen Untersuchungsdesign. Es wurden 14 qualitativen Telefoninterviews mit Gesundheitsexperten und -expertinnen aus vier verschiedenen Fachrichtungen durchgeführt (Hausärzte/-innen, ambulante Psychotherapeuten/-innen, ambulante Fachärzte/-innen (P-Fächer) und Klinikärzte/-innen (P-Fächer) und deren Teams). Jedes Telefoninterview wurde mithilfe eines teilstandardisierten Interviewleitfadens (s. Anhang) durchgeführt. Die Entwicklung des Interviewleitfadens erfolgte in Anlehnung an Bernstein et al. (2020)¹ und Soucy et al. (2016)². Die Daten wurden mittels Audioaufzeichnung festgehalten, transkribiert und inhaltsanalytisch nach Mayring (2015) unter Nutzung der Software MAXQDA 18 ausgewertet. Die Kategorienbildung folgte einer kombinierten deduktiven und induktiven Vorgehensweise (deduktiv aus dem modellbasierten Interviewleitfaden sowie induktiv aus dem Untersuchungsmaterial). Für das Projekt liegt ein positives Ethikvotum durch die Ethikkommission der Medizinischen Fakultät der Universität Leipzig vor (286/20-ek vom 23.06.2020).

Datenerhebung und Stichprobe

Die Durchführung der 14 qualitativen Telefoninterviews erfolgte im Mai und Juni 2021. Jeweils vier Interviews wurden mit Hausärzten/-innen sowie ambulanten Psychotherapeuten/-innen durchgeführt. Jeweils drei Interviews erfolgten mit ambulanten Fachärzten/-innen und Klinikärzten/-innen und deren Teams. Die Rekrutierung erfolgte über ein bestehendes Netzwerk von Gesundheitsexperten/-innen des Instituts für Sozialmedizin, Arbeitsmedizin und Public Health (ISAP). Die Interviews wurden durch geschulte wissenschaftliche Mitarbeiterinnen durchgeführt. Die Dauer der Telefoninterviews betrug im Mittel 19 Minuten (Minimum: 10 Minuten; Maximum: 41 Minuten). Soziodemografische Daten der Gesundheitsexperten/-innen wurden postalisch mittels kurzer Fragebögen vor Durchführung der telefonischen Interviews erhoben (Tab. 1).

Tabelle 1. Soziodemografische Charakteristika der Gesundheitsexperten/-innen.

	Gesamt	Hausärzte/-innen	Psychotherapeuten/-innen	Niedergelassene Fachärzte/-innen	Klinikärzte/-innen und deren Teams
N	14	4	4	3	3
Geschlecht, n (%)					
Weiblich	9 (64,3)	2 (50)	4 (100)	2 (66,7)	1 (33,3)
Männlich	5 (35,7)	2 (50)	0	1 (33,3)	2 (66,7)
Alter, M (SD)	49,4 (11,7)	53 (16,1)	44,6 (11,5)	51 (15)	49 (2,5)
Range	31 - 75	41 - 75	31 - 59	36 - 66	47 - 52
Berufserfahrung in Jahren, M (SD)	20,4 (11,9)	24 (14,9)	12,8 (12)	24,3 (14)	21,6 (1,2)
Range	4 - 46	15 - 46	4 - 30	10 - 38	21 - 23
Region					
Stadt	10 (71,4)	0 (0)	4 (100)	3 (100)	3 (100)
Land	4 (28,6)	4 (100)	0 (0)	0	0

¹ Bernstein MT, Garber J, Faucher P, Reynolds KA, Restall G, Walker JR, Singh H New Patient Education Video on Colonoscopy Preparation: Development and Evaluation Study JMIR Hum Factors 2020;7(4):e15353 doi: 10.2196/15353.

² Soucy, Joelle N., Owens, Victoria A.M., Hadjistavropoulos, Heather D., Dirkse, Dale A., Dear, Blake F., Educating patients about Internet-delivered cognitive behaviour therapy: Perceptions among treatment seekers and non-treatment seekers before and after viewing an educational video, Internet Interventions (2016), doi: 10.1016/j.invent.2016.09.00

	Gesamt	Hausärzte/-innen	Psychotherapeuten/-innen	Niedergelassene Fachärzte/-innen	Klinikärzte/-innen und deren Teams
Technikaffinität, n (%)					
Sehr niedrig	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Eher niedrig	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Eher hoch	8 (57)	3 (75)	3 (75)	2 (33,3)	1 (33,3)
Sehr hoch	6 (43)	1 (25)	1 (25)	1 (66,7)	2 (66,7)
Einstellung ggü. Online-Coaches, n (%)					
Sehr sinnvoll	7 (50)	1 (25)	2 (50)	2 (66,7)	2 (66,7)
Eher sinnvoll	7 (50)	3 (75)	2 (50)	1 (33,3)	1 (33,3)
Eher nicht sinnvoll	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Überhaupt nicht sinnvoll	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)

Anmerkungen. M = Mittelwert, SD = Standardabweichung, n = Anzahl,

Ergebnisse der Interviews

Eine Übersicht der abgeleiteten Themenkategorien sowie Schlüsselzitate sind in Tab. 2-5 im Anhang aufgeführt. Die Ergebnisse werden nachfolgend entsprechend den Hauptkategorien gegliedert dargestellt.

Bewertung der Informationsfilme

Klinikärzte/-innen (P-Fächer) und deren Teams: Klinikärzte/-innen und ihre Teams berichteten einen durchweg positiven Gesamteindruck vom fachspezifischen Informationsfilm. Er vermittele gestalterisch und inhaltlich ansprechend hilfreiche Informationen zur Online-Intervention und sei gut verständlich. Verbesserungsoptionen seien in Hinblick auf eine höhere Klarheit in der Ansprache des Fachpublikums denkbar sowie detaillierteren Informationen zur Anwendungsbreite (z.B. Indikation, Krankenkassen-/Versicherungsstatus, Abrechnungsmodalitäten) und zum Programmzugang.

Niedergelassene Psychotherapeuten/-innen: Auch niedergelassenen Psychotherapeuten/-innen gefiel der Informationsfilm gut. Er informiere verständlich über die Online-Intervention und sei ansprechend gestaltet. Die vermittelten Inhalte zur Online-Intervention seien für die Empfehlung des Programms an Patienten/-innen hilfreich und eigeninitiativ auf der Programmhpage vertiefbar. Änderungspotentiale wurden hinsichtlich einer geschlechtssensiblen Gestaltung der Figuren, einem vertieften Einblick in das Programm und einer stärker wissenschaftlichen Ansprache genannt.

Niedergelassene Fachärzte/-innen (P-Fächer): Der Informationsfilm habe bei den befragten niedergelassenen Fachärzten/-innen einen positiven Eindruck hinterlassen. Der abwechslungsreich gestaltete Film gebe einen guten Einblick in das Programm und insbesondere die Möglichkeit, das Programm selbst auszuprobieren, sei positiv aufgefasst worden. Verbesserungsvorschläge wurden hinsichtlich einer Einbindung von Erfahrungsberichten sowie des Programmnamens genannt.

Hausärzte/-innen: Die Hausärzte/-innen berichteten durchweg positive Eindrücke in Bezug auf den Informationsfilm. Die verständlich vermittelten Informationen seien ansprechend gestaltet sowie ausreichend, um einen Eindruck vom Einsatz des Programmes zu gewinnen. Mögliche Änderungen seien hinsichtlich einer geschlechtssensiblen Sprache, der Zusammensetzung des Videos sowie einer Vertiefung der Programminhalte denkbar.

Videoeinsatz für die eigene Berufsgruppe

Klinikärzte/-innen und deren Teams: Im Klinikalltag sei der Informationsfilm eine niedrigschwellige Option, um über Online-Interventionen zu informieren. Die Integration des Films in den Berufsalltag sei gut umsetzbar.

Niedergelassene Psychotherapeuten/-innen: Das Ansehen des Informationsfilms im Berufsalltag sei problemlos in den Arbeitsalltag integrierbar. Ein Informationsfilm könne Wissen über Online-Interventionen sinnvoll vermitteln sowie die Verfügbarkeit solcher Programme wieder ins Gedächtnis rufen, um die Anwendung zu fördern.

Niedergelassene Fachärzte/-innen (P-Fächer): Nach Einschätzung der niedergelassenen Fachärzte/-innen sei das Ansehen des Informationsfilms im Berufsalltag gut umsetzbar. Generell sei der Informationsfilm eine ansprechende Option, um über Online-Interventionen zur Unterstützung bei psychischen Erkrankungen zu informieren.

Hausärzte/-innen: Auch aus hausärztlicher Perspektive sei das Anschauen des Informationsfilms in den Arbeitsalltag integrierbar. Mithilfe des Videos würde eine sinnvolle Möglichkeit aufgezeigt, Patienten/-innen in Krisensituationen etwas an die Hand geben zu können.

Verbreitung der Filme und Implementierung der exemplarischen Online-Intervention

Klinikärzte/-innen und deren Teams: Durch das digitale Format des Informationsfilms eigne sich aus Sicht der Klinikärzte/-innen besonders die Verbreitung per E-Mail, insbesondere über einen klinikinternen Verteiler bzw. Newsletter von fachgruppenbezogenen Institutionen. Auch eine postalische Information ist denkbar. Zu beachten sei hier aber die Konkurrenz mit einer Fülle an anderen Briefsendungen sowie der erschwerte Transfer von analog zu digital (erhöhter Aufwand und Fehleranfälligkeit durch die Eingabe der URL in den Browser), was diesen Weg weniger geeignet erscheinen lässt.

Niedergelassene Psychotherapeuten/-innen: Für eine leistungsgruppenspezifische Implementierung von Online-Interventionen bei Psychotherapeuten/-innen seien insbesondere digitale Wege wie E-Mail oder Websites sinnvoll. Denkbar sei auch die Einbindung in Fortbildungsveranstaltungen und Kongresse, bei denen generell eine aufgeschlossene Haltung gegenüber neuen Informationen eingenommen werde. Auch Fachpublikationen, Weiterbildungsveranstaltungen und Anschreiben per Post, insbesondere für ältere Kollegen/-innen, seien denkbar. Bei Letzterem seien jedoch Umweltaspekte und ein hoher Aufwand zu bedenken.

Niedergelassene Fachärzte/-innen (P-Fächer): Aus Sicht der befragten Fachärzte/-innen sei die Erreichbarkeit ihrer Berufsgruppe zur Verbreitung des Films über E-Mails und über Flyer am höchsten. Außerdem sei die Wissensvermittlung zu Online-Interventionen über etablierter Fachzeitschriften sinnvoll, da diese relevante Informationsquellen für niedergelassene Fachärzte/-innen und andere Behandlungsgruppen darstellen würden.

Hausärzte/-innen: Von Seiten der Hausärzte/-innen wurde auf eine schwierige Erreichbarkeit der Zielgruppe hingewiesen. Sinnvoll seien Beiträge in Fachzeitschriften sowie auf Kongressen und bei zertifizierten Fortbildungsveranstaltungen. Die Erreichbarkeit per Post sei generell höher als per Mail, jedoch sei auf beiden Wegen wichtig, dass die Information professionell vermittelt werde, um sich von Werbeschreiben abzuheben. Weiterhin seien Maßnahmen, die sich direkt an Patienten und Patientinnen richten, für eine breite Implementierung von Online-Interventionen sinnvoll.

Eignung der Informationsfilme zur Förderung der Implementierung von Online-Interventionen

Die zielgruppenspezifischen Informationsfilme wurden von allen Fachgruppen sehr positiv aufgenommen. Sie stellen aus Sicht der befragten Experten/-innen hinsichtlich Dauer, gestalterischer und inhaltlicher Aspekte eine ansprechende Option zur Vermittlung von Wissen über die Online-Intervention dar. Die Gestaltung der Animationen im Wechsel mit realen Interviewsequenzen wurde in allen Fachgruppen überwiegend als abwechslungsreich und ansprechend wahrgenommen. In den spezialisierten Fachgruppen (niedergelassene Psychotherapeuten/-innen, Klinikärzte/-innen, niedergelassene Fachärzte/-innen) wurden vielfach weitere Informationen zum Online-Programm gewünscht, hier wurde jedoch zur Wahrung der Kürze und Niedrigschwelligkeit des Informationsfilmes überwiegend eine eigenständige Vertiefung der Inhalte auf der Programmhauptseite sowie ein eigenes Ausprobieren des Programms präferiert. Für niedergelassene Psychotherapeuten/-innen sei insbesondere eine Änderung des Informationsfilms hinsichtlich einer Vertiefung der Programminhalte sowie ein stärker wissenschaftlicher Bezug als wichtig erachtet worden. Hier und auch bei den hausärztlichen Befragten wurde vermehrt auf eine geschlechtssensible Gestaltung der animierten Figuren bzw. eine geschlechtsneutrale Sprache verwiesen.

Der Aufwand für das Anschauen der Informationsfilme wurde von Vertreter/-innen aller Behandlungsgruppen als gut realisierbar im Berufsalltag eingeschätzt. Generell stelle ein zielgruppenspezifischer Informationsfilm ein geeignetes und ansprechendes Medium dar, um über Online-Interventionen zu informieren. Die Befragten aller Fachgruppen schätzten die Verbreitung des Informationsfilms auf digitalem Wege am geeignetsten ein, da hier viele Behandler/-innen mit vergleichsweise niedrigem Aufwand erreicht werden können. Außerdem sei dadurch der Transfer zur Website des Online-Programms sowie zur eigenständigen Weiterrecherche besonders gegeben. In allen ärztlichen Fachgruppen, insbesondere bei den hausärztlichen Behandler/-innen wurde auf eine generell schlechte persönliche Erreichbarkeit hingewiesen. Hier sei es wichtig, dass sich entsprechende Informationen gut von Werbesendungen abheben bzw. von bekannten und seriösen Institutionen (z.B. Universitäten) stammen. Dies könne über die Nutzung bestehender Newsletter von Fachgesellschaften oder Berufsverbänden erfolgen. Weiterhin stellen berufsgruppenübergreifend Weiterbildungsveranstaltungen, Publikationen in Fachzeitschriften, Flyer und Fachkongresse relevante Maßnahmen und Plattformen dar.

Schlussfolgerungen für die Entwicklung und Dissemination von Informationsmaterial (Informationsfilm, Informationsflyer etc.)

Zielgruppenspezifische Informationsfilme stellen aus Sicht der o.g. Leistungserbringergruppen eine sinnvolle Option dar, um auf Online-Interventionen aufmerksam zu machen. Vor allem niedrigschwellige Angebote werden vor dem Hintergrund einer hohen Arbeitsbelastung von Leistungserbringern/-innen, insbesondere in der hausärztlichen Versorgung, als sinnvoll erachtet.

Änderungswünsche bezogen sich überwiegend auf fachspezifisch vertiefbare Inhalte. Eine flächendeckende Verbreitung der Informationsfilme im Rahmen einer zielgruppenspezifischen Implementierungsstrategie ist daher zielführend. Für die zukünftige Entwicklung von Informationsangeboten zu Online-Interventionen sollten, insbesondere bei psychotherapeutischen Behandlern/-innen, verstärkt auf die konkrete inhaltliche Ausgestaltung eines Programms eingegangen sowie ein stärkerer wissenschaftlicher Fokus erwogen werden.

Die Rückmeldungen zu den zielgruppenspezifischen Informationsfilmen geben ferner wertvolle Hinweise für die Erstellung und Verbreitung von Informationsflyern, die vielfach als geeignete Implementierungsmaßnahme genannt wurden. Die Inhalte der Informationsflyer sollten sich demnach größtenteils an den Inhalten der Informationsvideos orientieren, da diese abwechslungsreich, niedrigschwellig und ausreichend umfassend einen Einblick in den Einsatz von Online-Interventionen in der Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen geben. Um etwaige offene Punkte in den zielgruppenspezifischen Informationsfilmen auszugleichen, sollten hierbei Informationen zum Zugang zum Programm sowie zu den Programminhalten aufgegriffen werden. Die Verteilung der Informationsflyer an Leistungserbringer/-innen kann auf dem Postweg erfolgen. Hierbei ist jedoch vielfach auf eine hohe Fülle an postalischen Werbesendungen, insbesondere bei den Hausärzten/-innen verwiesen worden, sodass darüber hinaus die Verteilung der Flyer auf anderen Wegen sinnvoll erscheint. Vielfach wurden Kongresse und Weiterbildungsveranstaltungen als möglicher Rahmen für die Verteilung von Informationsmaterial aufgeführt.

Darüber hinaus stellen Vorträge im Rahmen von Informationsveranstaltungen und Kongressen eine weitere Maßnahme zur Implementierung von Online-Interventionen dar. Hierbei können Forschungsergebnisse kommuniziert werden und über den Nutzen und konkrete Anwendungsfelder von Online-Programmen aufgeklärt werden. Da in den Interviews die Publikation bzw. Annoncierung in Fachzeitschriften für Leistungserbringer/-innen empfohlen wurde, sollte dies für eine Implementierung von Online-Interventionen erwogen werden. Insgesamt wurde deutlich, dass ein Disseminations- und Implementierungsanliegen über die Fachgesellschaften und Berufsverbände mithilfe etablierter Disseminationsstrukturen sinnvoll ist, da diese über eine hohe Reichweite verfügen und sich aus der Perspektive von Behandlern/-innen als relevante und vertrauenswürdige Informationsquelle bewährt haben.

Zusammenfassung

In der vorliegenden Untersuchung wurden zielgruppenspezifische Informationsfilme zu der Beispiel-Online-Intervention moodgym mithilfe qualitativer Interviews evaluiert. Die Informationsfilme wurden von Leistungserbringern/-innen als ansprechend und informativ wahrgenommen. Als niedrigschwelliges Informationsangebot eignen sie sich für die Implementierung von Online-Interventionen in verschiedene Versorgungskontexte. Die Verbreitung der Informationsfilme sollte bestehende Informationskanäle aufgreifen. Weitere Implementierungsschritte stellen die Entwicklung von Informationsflyern und Informationsveranstaltungen dar.

Kategorisierung und Schlüsselzitate aus den qualitativen Interviews spezifisch für die Versorgungsgruppen

Tabelle 2. Kategorisierung und Schlüsselzitate aus den qualitativen Interviews der Klinikärzt*innen und deren Teams

Haupt-kate-gorie	Unter-kate-gorie	Schlüsselzitat	
HK 1: Bewertung des Infofilms	Gesamt-ein-druck	„Das hat mir insgesamt sehr gut gefallen. Da gibt es wenig zu bemängeln.“ (Transkript der Audioaufnahme KA_001210528_0044, Absatz 45)	
	Inhalt	Verständlichkeit	„...ich fand alles verständlich. Und habe alles gut nachvollziehen können.“ (Transkript der Audioaufnahme KA_001210528_0044, Absatz 9)
		Informations-gehalt	„Aber es ist-. Es gibt da sicherlich eine große Zielgruppe. Ich wusste so das meiste. Aber es gibt sicher viele Leute, für die das sehr adäquat ist.“ (Transkript der Audioaufnahme KA_002_210520_0027, Absatz 11)
		Nützlichkeit	„Also das ist als Zusatzangebot für depressive Patienten ist das etwas, was in Frage kommend. Für mich jetzt im konkreten Fall-. Wir haben praktisch wenig depressive Patienten auf meiner Station-. Also, für mich ist es insofern nützlich, als dass ich jetzt noch besser darüber Bescheid weiß, dass es das gibt.“ (Transkript der Audioaufnahme KA_002_210520_0027, Absatz 15)
		Lerneffekt zu moodgym	„Ich habe mitgenommen, dass es ein gutes Instrument sein kann für Patienten, die mit einem Computer ein bisschen-, oder mit dem Handy im Internet ein bisschen umgehen können-, dass das eine gute Überbrückung ist als Ergänzung und Begleitung einer Depressionsbehandlung.“ (Transkript der Audioaufnahme KA_003_210517_0026, Absatz 56)
	Gestaltung	Aufbau	„Sehr gut. Wie gesagt, ich fand es sehr ansprechend.“ (Transkript der Audioaufnahme KA_002_210520_0027, Absatz 21)
		Geschwindigkeit/Länge	„Das ist passend. Ja. Gute Aus-, gute Abwechslung. Von der Länge, wirkt nicht so lang, wirkt nicht wie vier Minuten. Ist also nicht langatmig, kurzweilig und erklärend.“ (Transkript der Audioaufnahme KA_003_210517_0026, Absatz 182)
		Attraktivität	„Gut. Weil es eben einfache Grafiken benutzt, die nicht über die-, nicht zu schnell, nicht zu langsam kommen und die nachvollziehbar sind, so. Also, Klinik-Ärztin, zum Beispiel, statt Klinik-Arzt, das finde ich gut. Dass nicht nur der Arzt beschrieben wird. Ich finde ja auch, die Mehrheit der Klinikärzte sind weiblich.“ (Transkript der Audioaufnahme KA_003_210517_0026, Absatz 150)
	Änderungs-potentiale	Technik	„...die Texteinblendung und der Sprecher müssten synchronisiert werden.“ (Transkript der Audioaufnahme KA_003_210517_0026, Absatz 62)
		Sprache	„Und das ist nicht klar. Das war am Anfang-, klingt es so mit einfacher Sprache-, und in der Klinik hat man ja wenig Zeit für Sie. Also, das wird so nicht gesagt, aber es ist wenig Zeit für den Patienten. Ja? Und es wirkt so, als wären es für Betroffene und am Ende, das ist mir dann klar geworden, aha, das ist für Behandler. Also, das wäre vielleicht wichtig, das am Anfang schon auch klar anzusprechen.“ (Transkript der Audioaufnahme KA_003_210517_0026, Absatz 14)
		Gestaltung	„Die trägt da ein Stetoskop. Das ist nicht so passend. Deutsche-, also, das ist eher ein amerikanisches Stereotyp, glaube ich. In der Klinik werden Sie keine Ärztin sehen-, vielleicht trägt die mal einen weißen Kittel, aber ein Stetoskop um den Hals-, Innere Medizin, okay, ja, aber in der Psychiatrie eher nicht. Das ist-, absolut nicht.“ (Transkript der Audioaufnahme KA_003_210517_0026, Absatz 156)
		Inhalt	„Meine Frage als Behandler ist jetzt am Ende offen geblieben, wie kann ich das jetzt meinen Patienten sagen, mitteilen, verschreiben? Brauchen die das für die Chipkarte oder nicht? Weil es heißt, alle Krankenkassen, aber es ist nicht-, also, da steht nicht so etwas wie, steht jetzt alles Ihren gesetzlich und/oder auch Privatversicherten zur Verfügung? So etwas wäre wünschenswert.“ (Transkript der Audioaufnahme KA_003_210517_0026, Absatz 26)
HK 2: Videoeinsatz für die eigene Berufsgruppe	Aufwand im Berufsalltag	„Im Alltag könnte ich mir vorstellen, vier Minuten geht gerade noch so, dass man es anschaut. Zehn oder so, finde ich deutlich zu lang. Das würde man glaube ich im Alltag dann nicht machen.“ (Transkript der Audioaufnahme KA_001210528_0044, Absatz 41)	

Hauptkategorie	Unterkategorie		Schlüsselzitat
	Sinnhaftigkeit		„Ja, das ist nicht schlecht. Also, wir werden natürlich immer relativ viel Input an unterschiedlichen Sachen. Das ist ja leicht verdaulich, das ist also ein ganz attraktives Format, finde ich.“ (Transkript der Audioaufnahme KA_002_210520_0027, Absatz 43)
HK3: Verbreitung des Informationsfilms und Implementierung von moodgym	Kanäle	Social Media/ TV	/
		Fachpublikationen	/
		Kongresse	/
		Weiterbildungsveranstaltungen	„Und die Landesärztekammer bieten ja auch immer Fortbildungsveranstaltungen an zum Beispiel, das wäre auch noch eine gute Möglichkeit zu sagen, man bietet sich da mal an, wenn die ihre Fortbildungsveranstaltungen haben, gibt es immer so Jahresveranstaltungen wo viele Teilnehmer auch sind.“ (Transkript der Audioaufnahme HA_009_210531_0033, Absatz 31)
		Post	„Das habe ich auch überlegt, aber wenn ich jetzt natürlich eine Postsendung habe, die fällt sicher mehr ins Auge, aber wieder dann den Wechsel der Medien hinzukriegen, da muss ich mich schon sehr interessieren, dass ich dann irgendwas eingebe. Also das müsste dann sehr einfach gestaltet sein und so interessant gemacht sein, weil auch die Post wird ja oft irgendwie zwischendurch schnell angeguckt. Was weiß ich, auf dem Rückweg vom Postfach ins Zimmer oder so. Und da ist auch viel Werbung dabei. Das heißt, das müsste mich jetzt schon wirklich mitnehmen. Dass ich mir die Mühe mache, mich hinzusetzen und irgendwie einen Code einzutippen oder-, es müsste dann schon etwas sein, was mich sehr interessiert.“ (Transkript der Audioaufnahme KA_001210528_0044, Absatz 73)
		Mail/ Newsletter/ Websites	„Ja, das ist eben die Frage? Das es eben nicht sofort gelöscht wird, das wäre bei mir so ein bisschen das Problem. Also wenn es von der Universität kommt zum Beispiel, würde das bei mir die Chancen erhöhen, dass ich es anschau. Wenn ich irgendwie das Gefühl habe, es ist Werbung, dann landet es ungelesen und gelöscht.“ (Transkript der Audioaufnahme KA_001210528_0044, Absatz 65)
	Flyer	„E-Mail, Mundpropaganda, Broschüren, Flyer.“ (Transkript der Audioaufnahme KA_003_210517_0026, Absatz 206)	
Wichtige Hinweise		„Ich denke, das Abrechnungsthema, ist ein wichtiges Thema. Und ja die Information, die eben genau so ein Programm abläuft. Wie aufwendig das ist für den Behandler. Wie gut es funktioniert für die Patienten. Da so ein bisschen um die Hemmschwelle niedriger zu machen, wenn jemand wenig Erfahrung damit hat, dann ist das glaube ich erstmal ein großes Ding. Wo es schwierig ist, da muss man gut aufklären über den Datenschutz, dass da alles so in trockenen Tüchern ist. Das haben viele Patienten haben da ja Sorge, das heißt, die Behandler müssen darüber gut Bescheid wissen, wenn da Fragen kommen. Genau. Und dann ist es einfach wichtig, die Behandler zu überzeugen, dass die das dann möglichst vielen anbieten.“ (Transkript der Audioaufnahme KA_001210528_0044, Absatz 77)	
Patienten-gerichtete Maßnahmen		/	

Tabelle 3. Kategorisierung und Schlüsselzitate aus den qualitativen Interviews der niedergelassenen Psychotherapeut*innen.

Hauptkategorie	Unterkategorie		Schlüsselzitat	
HK 1: Bewertung des Infofilms	Gesamteindruck		„Ich finde das sehr erfrischend. [...] So mit Symbolen zu arbeiten fand ich schön, diesen Wiedererkennungswert, weil auch das ja sicher schwierig ist, so Patient, Therapeut wiederzuerkennen. Das war eindeutig. Ja, war super.“ (Transkript der Audioaufnahme PT_003_210525_0029, Absatz 15)	
	Inhalt	Verständlichkeit	„Sehr gut verständlich, aus meiner Sicht. Das war sehr gut dargestellt und klar.“ (Transkript der Audioaufnahme PT_002_210602_0035, Absatz 3)	
		Informationsgehalt	„Also wie einfach das zu verwenden ist, das fand ich schon einmal gut. Sozusagen wie einfach das-, also ich werde mir das noch einmal anschauen. Ich habe mir gedacht, ich kreierte mir selber so einen Patientenaccount und lass mich mal so ein bisschen therapieren, um mir das mal einfach anzuschauen. Und diese Niedrigschwelligkeit, das hatte ich ja schon einmal vorher gehört, das fand ich noch einmal gut, wie das dargestellt wurde. Und das ist auf jeden Fall ein sehr hilfreiches Argument.“ (Transkript der Audioaufnahme PT_005_210506_0024, Absatz 7)	
		Nützlichkeit	„Also jetzt wirklich für mich persönlich denke ich mir, wenn jetzt Patienten anrufen und einen Therapieplatz suchen und ich quasi leider nicht positiv da was einwirken kann, dass man zumindest auf das Selbsthilfe-Programm verweisen kann und dass das schon wesentliche Bausteine hat.“ (Transkript der Audioaufnahme PT_003_210525_0029, Absatz 9)	
		Lerneffekt zu moodgym	„Es wurden halt die fünf Bausteine erklärt, wie das dann ganz genau funktioniert. Da war zu sehen, jemand meldet sich eben an mit Benutzernamen und dann-, das war jetzt nicht so ersichtlich. Aber, denke ich, wird auch selbsterklärend sein.“ (Transkript der Audioaufnahme PT_003_210525_0029, Absatz 13)	
	Gestaltung	Aufbau	„Vom Aufbau her, jetzt inhaltlich fand ich den sehr gut. Kann man gut folgen und es ist baut so aufeinander auf und führt einen so hinein in die Thematik und sagt am Ende, wo man sich dann informieren kann.“ (Transkript der Audioaufnahme PT_002_210602_0035, Absatz 21)	
		Geschwindigkeit/Länge	„Das ist ausreichend, so dass man da gut folgen kann und nicht jetzt denkt, wann ist es jetzt bald mal zu Ende. Nein im Gegenteil. Sehr gut.“ (Transkript der Audioaufnahme PT_002_210602_0035, Absatz 25)	
		Attraktivität	„Also ich habe mich da wohlgefühlt und hatte quasi auch ein bisschen Spaß beim Gucken, weil das eben auch niedlich ist hier.“ (Transkript der Audioaufnahme PT_003_210525_0029, Absatz 17)	
	Änderungspotentiale	Technik	„Das einzige, ich hatte einen Abspielproblem. Also zwei Mal. Ich habe es dann noch einmal abgespielt, wenn Frau Riedel-Heller spricht, das kommt immer zeitverzögert.“ (Transkript der Audioaufnahme PT_002_210602_0035, Absatz 25)	
		Sprache	„Also natürlich fand ich das, das war verständlich im Sinne von, das war zu verständlich, weil ausschließlich Laiensprache verwendet wurde und es wurde verzichtet auf jegliche irgendwie Fachterminologie, irgendwelche Daten, irgendwas, wo ich als Fachfrau angesprochen werde. Das war mir wirklich nicht klar, soll ich das auch meinen Patienten zeigen oder ist das sozusagen für mich.“ (Transkript der Audioaufnahme PT_005_210506_0024, Absatz 3)	
		Gestaltung	„Also ich fand das sehr gut so, ich habe da auch nichts auszusetzen, nur ist ja vielleicht noch so-, [...] so mit dieser ganzen Frau-Mann-Geschichte, ob die Figuren auch wirklich eindeutig männlich, eindeutig weiblich sein müssen oder dann noch eine andere Figur hinzukommt, dass sich auch jeder angesprochen fühlt, wo es eben nicht so eindeutig ist.“ (Transkript der Audioaufnahme PT_003_210525_0029, Absatz 27)	
		Inhalt	„Also an sich war es ja nicht lang. Für die Länge wäre es auch gut gewesen, so irgendwas zu haben, okay hier können Sie jetzt mal klicken und sich das angucken oder ein bisschen genauer zu wissen, was ich jetzt machen müsste als Behandlerin.“ (Transkript der Audioaufnahme PT_004_210512_0025, Absatz 15)	
	HK 2: Vi- deoeinsatz für die ei-	Aufwand im Berufsalltag		„Vier Minuten. [...] Man kann das Wort Aufwand eigentlich gar nicht verwenden. Kann man einfach mal in der Mittagspause sagen, ich informier mich mal und was machen die denn da.“ (Transkript der Audioaufnahme PT_002_210602_0035, Absatz 37)
		Sinnhaftigkeit		„Auf jeden Fall, das wäre wichtig und gut, auch wirklich, um immer wieder zu aktivieren und einzelne Bestandteile zu zeigen und auch zu intensivieren. Ja, genau. Weil die Zeit hat man und kann man sich auch nehmen und da kamen ja viele gute Informationen rüber.“ (Transkript der Audioaufnahme PT_003_210525_0029, Absatz 29)
HK3: Verbreitung des Informati- onsfilms und Im-	Kanäle	Social Media/ TV	„Dann eher in irgendeiner Fernsehwerbung, weil da werden auch mehr Sinne angesprochen.“ (Transkript der Audioaufnahme PT_003_210525_0029, Absatz 43)	
		Fachpublikationen	„Wenn man jetzt einen Artikel darüberschreibt, über dieses ganze Programm und dann hinweist darauf.“ (Transkript der Audioaufnahme PT_002_210602_0035, Absatz 47)	
		Kongresse	„Zu Kongressen gehe ich auch gerne und da ist es-, finde ich auch wichtig, darauf hinzuweisen. [...] Da hat man ja auch so eine höhere Aufnahmekapazität, also zum Kongress gehe ich ja schon und will aufsaugen und Wissen weiter-, so in mir quasi.“ (Transkript der Audioaufnahme PT_003_210525_0029, Absatz 45)	

Hauptkategorie	Unterkategorie	Schlüsselzitat
	Weiterbildungsveranstaltungen	„Aber ich denke, eher auf einer Konferenz oder irgendwas, wo man sowieso in dem Modus ist, ich lerne jetzt mal ein paar neue Sachen. In der Weiterbildung oder so.“ (Transkript der Audioaufnahme PT_004_210512_0025, Absatz 39)
	Post	„Aber möglicherweise kann man auch einige tatsächlich über Anschreiben auch kriegen. Da sind ja durchaus viele ältere Kollegen am Start. Die durchaus Briefe lesen.“ (Transkript der Audioaufnahme PT_005_210506_0024, Absatz 29)
	Mail/ Newsletter/ Websites	„Naja, wahrscheinlich irgendwie per Email. Also wie das jetzt war, war das eigentlich gut. Dass man das dann einfach klicken kann. Sie haben mir das ja geschickt per Email. Und das war jetzt schön einfach für mich.“ (Transkript der Audioaufnahme PT_002_210602_0035, Absatz 39)
	Flyer	„Ich würde aber nicht extra einen Flyer. Naja, vielleicht würde ich es machen. Aber dann müsste ich den Link, dann müsste es eine einfache Adresse geben.“ (Transkript der Audioaufnahme PT_002_210602_0035, Absatz 45)
	Wichtige Hinweise	/
	Patienten-gerichtete Maßnahmen	„Ja man kann Werbung dafür machen. Im Kino jetzt oder so. Keine Ahnung. Also vielleicht muss man da auch mal unorthodoxe Wege gehen, um viele Menschen zu erreichen.“ (Transkript der Audioaufnahme PT_002_210602_0035, Absatz 55)

Tabelle 4. Kategorisierung und Schlüsselzitate aus den qualitativen Interviews der niedergelassenen Fachärzt*innen (P-Fächer).

Hauptkategorie	Unterkategorie		Schlüsselzitat	
HK 1: Bewertung des Infofilms	Gesamteindruck		„Ja gut. Also ich will lediglich ergänzen, ich bin neugierig geworden und ich hätte vielleicht gerne noch fast noch ein bisschen mehr erfahren wollen. Und ich halte es total sinnvoll, wirklich das zu ergänzen, mit in die Therapie mit einzubauen.“ (Transkript der Audioaufnahme FA_003210521_0028, Absatz 24)	
	Inhalt	Verständlichkeit	„Ja, total verständlich. Es war ja an einem informierten Publikum gerichtet und da gab es eigentlich erst mal keine Fragen.“ (Transkript der Audioaufnahme FA_003210521_0028, Absatz 6)	
		Informationsgehalt	„Also eigentlich war alles so ein bisschen neu. Dann auch Frau Riedel-Heller hat ein bisschen erzählt, dass das geprüft wurde. Wusste ich auch alles nicht. Und ich glaube, die wichtigste Information ist wirklich einfach noch mal dadurch, überhaupt noch einmal auf den Schirm gekommen, dass es das gibt. Und ja, soll ich noch ein bisschen weiter erzählen?“ (Transkript der Audioaufnahme FA_003210521_0028, Absatz 8)	
		Nützlichkeit	„Für mich nützlich? Also insofern, dass bestimmte Mechanismen den Patienten erklärt werden, also mit den Gefühlen und mit den Gedanken und dann die Verhaltensweisen und sowas. Also diese Ketten, die da ablaufen, also das man das dem Patienten sozusagen schon vorab mal klar macht, was da auf dem psychologischen Bereich eben so abläuft.“ (Transkript der Audioaufnahme FA_002_210527_0030, Absatz 13)	
		Lerneffekt zu moodgym	„Ja, dass es noch so eine Anwendung gibt, die man dem Patienten empfehlen kann, um eben Zeiten zu überbrücken zum Beispiel, oder zwischendurch das mal anzuwenden.“ (Transkript der Audioaufnahme FA_002_210527_0030, Absatz 11)	
	Gestaltung	Aufbau	„Naja, der ist abwechslungsreich. Also Animation und dann diese Kollegin die da spricht und ja. Ist auch nicht zu lang. Gut-, ganz gut proportioniert eigentlich.“ (Transkript der Audioaufnahme FA_002_210527_0030, Absatz 19)	
		Geschwindigkeit/Länge	„Von der Länge her würde ich optimal. Aber es sollte nicht länger sein. Es sind eigentlich alle Informationen drin, die man braucht. Ich glaube, wenn es länger gehen würde, dann hätte er seine Längen. So ist es eigentlich optimal, viel kürzer geht es glaub ich nicht, sonst kriegt man die Informationen nicht unter. Und was ich als angenehm empfinde, ist, also man kriegt ja in relativ kurzer Zeit viele Informationen. Und trotzdem hat man nicht das Gefühl, dass man überfrachtet wird, so wie bei Online-Werbung.“ (Transkript der Audioaufnahme FA_001_210527_0032, Absatz 38)	
		Attraktivität	„Ja, der ist tendenziell ein etwas älterer Herr oder jemand, der schon früh Haare verloren hat. Aber ich finde es okay, weil es ist sozusagen als Akteur, wenn man so will, bei dem ist ein Mann und eine Frau dabei. Die Frau ist eben dann die Patientin, die Depressive und der Mann ist der Arzt. Kann man machen, ja, also ist mir jetzt nicht negativ aufgefallen. Ich sage mal so klar, man könnte die auch austauschen. Man könnte auch eine junge Frau als Ärztin und einen älteren Herrn als Patient nehmen, könnte man sicherlich auch, aber das ist ja jetzt auch nicht klischeehaft oder so.“ (Transkript der Audioaufnahme FA_001_210527_0032, Absatz 32)	
	Änderungspotentiale	Technik	„Ach schwer, würde ja fast sagen. Ich finde es super, ich bin wunschlos glücklich. Warte, ich scrolle jetzt hier gerade noch einmal ein Stückchen, soweit es möglich ist durch und - hat mich irgendwas gestört? ... Es bleibt immer hier hängen bei der Professor Riedel-Heller an der Stelle...“ (Transkript der Audioaufnahme FA_001_210527_0032, Absatz 50)	
		Sprache	„Was ich vielleicht auch nicht so günstig finde, dass es wieder ein englischer Name ist. Warum muss das Moodgym heißen? Gibt es da nichts Deutsches? Gibt es denn keine Deutsche Bezeichnung? Also viele Patienten die nervt das, dass alles immer nur mit Englisch.“ (Transkript der Audioaufnahme FA_002_210527_0030, Absatz 25)	
		Gestaltung	„Aber ich finde es okay, weil es ist sozusagen als Akteur, wenn man so will, bei dem ist ein Mann und eine Frau dabei. Die Frau ist eben dann die Patientin, die Depressive und der Mann ist der Arzt. Kann man machen, ja, also ist mir jetzt nicht negativ aufgefallen. Ich sage mal so klar, man könnte die auch austauschen. Man könnte auch eine junge Frau als Ärztin und einen älteren Herrn als Patient nehmen, könnte man sicherlich auch, aber das ist ja jetzt auch nicht klischeehaft oder so.“ (Transkript der Audioaufnahme FA_001_210527_0032, Absatz 32)	
		Inhalt	„Also die beiden Sachen, die wären vielleicht noch gut, dass man so ein bisschen, dass man als Therapeut ein bisschen weiß, wie tief kann es noch gehen? Da hört es dann schon auf, es gibt einen Zusammenhang zwischen Gedanken und Gefühlen. Oder gibt es noch so ein bisschen, da verlassenen wir so ein bisschen in den Psychoedukativen Bereich und es gibt noch kleine praktische Anwendungsbeispiele oder so.“ (Transkript der Audioaufnahme FA_003210521_0028, Absatz 26)	
	HK 2: Videinsatz	Aufwand im Berufsalltag		„Ja, sehr machbar, dafür hat jetzt wirklich genug Kürze gehabt und knackig und die Leute, die viel mit Depressionen arbeiten, die wird das einfach interessieren, weil es sowieso eigentlich, die suchen händeringend nach Lösungen. Eine schnellere Therapie oder das Begleiten, was willst du haben - das man was anbieten kann.“ (Transkript der Audioaufnahme FA_003210521_0028, Absatz 34)

Hauptkategorie	Unterkategorie		Schlüsselzitat
	Sinnhaftigkeit		„Ich persönlich mag das sehr, ich würde mir eher so ein Filmchen angucken, als jetzt eine Broschüre lesen, weil man doch mit Literatur im Printversion wird man ganz schön zugemüllt und das landet schnell auf irgendeinem Stapel. Also ich glaube, ich mag diese Art und Weise auf Dinge hinzuweisen sehr, sehr gerne.“ (Transkript der Audioaufnahme FA_001_210527_0032, Absatz 54)
HK3: Verbreitung des Informationsfilms und Implementierung von moodgym	Kanäle	Social Media/ TV	„Je nachdem, ob das passt. Na ja, klar, es ginge natürlich Twitter, Facebook. Das darf jetzt nicht zu unseriös wirken. Facebook geht immer noch, so etabliert und auch zum Beispiel Vereine wie Leipziger Bündnis gegen Depression et cetera. Die haben ja einen Facebook Auftritt. Die könnten zum Beispiel auch diesen Link auf ihre Facebook-Seite stellen oder andere Organisationen. Oder beispielsweise eben das Institut für Sozialmedizin, weiß ich nicht, ob das jetzt eine geeignete Stelle wäre.“ (Transkript der Audioaufnahme FA_001_210527_0032, Absatz 58)
		Fachpublikationen	„Also so eine Werbung da rein machen, in diesen Neurotransmitter zum Beispiel, oder was weiß ich. Ins Ärzteblatt und was es alles gibt.“ (Transkript der Audioaufnahme FA_002_210527_0030, Absatz 53)
		Kongresse	/
		Weiterbildungsveranstaltungen	„Sicherlich wäre es wichtig, weil es natürlich auch, weil wir eine Menge Behandler haben, schon auch an die Leitung der größeren Kliniken heranzutreten, das die das es zum Beispiel den dort tätigen Therapeuten, Ärzte in den Ambulanzen Bescheid wissen. Das ist ja auch eine Schnittstelle, bei denen viele Patienten landen, die zum Beispiel länger in der Klinik waren und jetzt auf der Suche nach einem ambulanten Behandler sind, aber noch keinen finden. Die kommen dann auch oft erst mal in die Pias, die psychiatrischen Institutsambulanzen. Vielleicht auch, kann ich mir vorstellen, an psychosomatische Rehakliniken. Das sind sicherlich auch Leute, die zumindest von der Existenz solcher Online-Tools wissen sollten, weil die sind ja auch an der Schnittstelle nach der Rehabilitation.“ (Transkript der Audioaufnahme FA_001_210527_0032, Absatz 66)
		Post	/
		Mail/ Newsletter/ Websites	„Ich gucke meine E-Mails alle durch. Also wenn sie jetzt zum Beispiel von einem Institut wie dem von der Uni Leipzig, Institut für Sozialmedizin kommt, da klicke ich natürlich drauf. Wenn mir die Adresse zweifelhaft erscheint und ich denke, ich lade mir da ein Trojaner runter, würde ich nicht drauf klicken, aber ich würde draufklicken, wenn von der AOK kommt, wenn von einer großen Leipziger Klinik kommt. Also, wenn mir der Adressat bekannt ist. Ich würde drauf klicken, wenn es von einem Kollegen kommt, der mir das weiterleitet, den ich kenne. Wenn's von Ihnen kommt, was könnte ich mir noch vorstellen, wenn es zum Beispiel im Rahmen, wenn es von einem größeren Kongress-Organisator kommt, also von den Organisatoren des DGPPN-Kongresses kommt oder von den Lindauer Psychotherapiewochen, würde ich auf jeden Fall draufklicken. Wenn es von anderen Krankenkassen kommt, wenn es von der kasernenärztlichen Vereinigung kommt, also wenn es sozusagen von all jenen, die im Gemeinsamen Bundesausschuss sitzen, kommt. Wenn von der Ärztekammer kommt oder von der Landesärztekammer oder von der Deutschen Ärztekammer.“ (Transkript der Audioaufnahme FA_001_210527_0032, Absatz 60)
		Flyer	„Flyer finde ich trotzdem sinnvoll, also wenn ich jetzt einen Flyer bekommen würde, für eine andere App, die irgendwie so spezifisch, was weiß ich für Suchterkrankungen oder sonst irgendetwas ist. Mich würde es trotzdem interessieren. Ich würde dann darauf gehen. Ich weiß nicht, ob das für alle gelten würde.“ (Transkript der Audioaufnahme FA_003210521_0028, Absatz 38)
	Wichtige Hinweise		„Also was mir jetzt noch als Medium einfällt. Aber das weiß ich es nicht genau. Ich glaube, das wird auch. Es gibt doch noch diese Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, dass man das über die noch propagiert, das ist ja, glaube ich, eine Bundesbehörde - beziehungsweise bekommen die Geld vom Bund. Das wäre jetzt noch eine Idee, dass man die noch mit ins Boot holt.“ (Transkript der Audioaufnahme FA_001_210527_0032, Absatz 64)
Patienten-gerichtete Maßnahmen		„Ich kann es dem Patienten in die Hand drücken und dann hat der eben gleich die Daten da was er da aufrufen kann.“ (Transkript der Audioaufnahme FA_002_210527_0030, Absatz 43)	

Tabelle 5. Kategorisierung und Schlüsselzitate aus den qualitativen Interviews der Hausärzt*innen

Hauptkategorie	Unterkategorie		Schlüsselzitat
HK 1: Bewertung des Infofilms	Gesamteindruck		„Den Film fand ich sehr gut. Von der Länge her nicht zu lang. Nein, war angenehm den zu gucken. War sehr anschaulich vorgestellt. Nein, kann ich gar nichts Negatives sagen.“ (Transkript der Audioaufnahme HA_003_210609_0036, Absatz 45)
	Inhalt	Verständlichkeit	„Sehr gut verständlich. Also keine Probleme.“ (Transkript der Audioaufnahme HA_008_210624_0037, Absatz 3)
		Informationsgehalt	„Kommt alles rüber, was man wissen muss. Hat mir der Film sehr gut gezeigt.“ (Transkript der Audioaufnahme HA_003_210609_0036, Absatz 21)
		Nützlichkeit	„Das ist natürlich gut, wenn man da einfach den Patienten auch was mit an die Hand gibt, weil wenn man halt nur eine Überweisung ausstellt, zum Therapeuten und schon weiß das der ja mindestens jetzt drei Monate auf einen Termin warten muss, ist natürlich für den Hausarzt auch unbefriedigend.“ (Transkript der Audioaufnahme HA_008_210624_0037, Absatz 9)
		Lerneffekt zu moodgym	„Es ist durch das Video wird nochmal besser verständlich. Was das Ziel ist, wie die Methode ist und wie das bei Patienten ankommen sollte. [...] Besseres Verständnis der Wirkungsweise.“ (Transkript der Audioaufnahme HA_003_210609_0036, Absatz 45)
	Gestaltung	Aufbau	„Und der ganze Aufbau ist so, dass man also gleich von Anfang an weiß, worum es geht, also nicht erst irgendwo in der Mitte oder am Schluss, sondern es wird am Anfang schnell klar, was das Problem ist und wie es angegangen wird, und die Reihenfolge und die Hierarchie der Informationen ist auch absolut klar strukturiert. Also die Struktur dieses ganzen Films ist absolut gut aufgebaut.“ (Transkript der Audioaufnahme HA_007_210601_0034, Absatz 15)
		Geschwindigkeit/Länge	„Das ist gut. So liebe ich das, wenn man jetzt nicht eine halbe Stunde gucken muss und dann hinterher vergessen hat, worum es ging. [...] Und länger muss es gar nicht sein. Einfach auch um Interesse zu wecken. Wer dann mehr wissen will, der kann sich dann in das Programm mal einloggen und das mal probieren. Und ich denke, das werden die, die damit arbeiten, sicher auch machen. Das ist ja gut möglich.“ (Transkript der Audioaufnahme HA_009_210531_0033, Absatz 15)
		Attraktivität	„Sehr gut. Die Animation ist spitze, die ist sehr gut gemacht.“ (Transkript der Audioaufnahme HA_007_210601_0034, Absatz 23)
	Änderungspotentiale	Technik	/
		Sprache	„Und was mir aufgefallen ist, ist, dass der Film grundsätzlich gendert, aber bei Hausarzt nicht. (lacht) Es wird immer nur von dem Hausarzt gesprochen, aber nicht von der Hausärztin. Also ich bin da jetzt nicht so. Mich stört sowas nicht unbedingt, aber ich könnte mir vorstellen, dass wenn immer von Patienten und Patientinnen, Wissenschaftlern/Wissenschaftlerinnen geredet wird und dann aber halt nur von dem Hausarzt, dass es für den einen oder anderen vielleicht auch negativ aufstoßen könnte.“ (Transkript der Audioaufnahme HA_008_210624_0037, Absatz 13)
		Gestaltung	„Also ich finde es grundsätzlich ansprechend das Video. Es gibt nur bisschen einen Bruch, wenn ihre Chefin dann redet, dass ist halt so einfach vom-, weil es halt vorher animiert ist und dann kommt auf einmal so ein Reinschnitt. Das finde ich so ein bisschen hölzern, sage ich mal.“ (Transkript der Audioaufnahme HA_008_210624_0037, Absatz 13)
		Inhalt	„Es werden da zwar die fünf oder sechs Punkte gesagt, was es macht, es beinhaltet im Groben, also Kontakt, und kann ich jetzt nicht aus dem Kopf nochmal wiedergeben. Aber wo diese fünf oder sechs Punkte gezeigt werden. Was sich dahinter verbirgt, wäre interessant. Aber wie gesagt, das wird dann lang, wenn Sie das erklären wollten. Aber das braucht natürlich der Arzt.“ (Transkript der Audioaufnahme HA_007_210601_0034, Absatz 51)
HK 2: Videoeinsatz für die eigene Berufsgruppe	Aufwand im Berufsalltag		„Also an sich es erklärt sich von selber. Und es dauert vor allem auch nicht so lange. Also man kann jetzt wirklich mal schnell zwischen zwei Patienten theoretisch auch mal schnell angucken.“ (Transkript der Audioaufnahme HA_008_210624_0037, Absatz 15)

Hauptkategorie	Unterkategorie		Schlüsselzitat
	Sinnhaftigkeit		„Die Versorgung der Patienten ist schlecht, bis die überhaupt zu einem Facharzttermin kommen, ist ewig. Die Patienten in einer Praxis zu betreuen, ist eben mit einem ausführlichen Gespräch nahezu unmöglich. Und wenn man den Patienten ein bisschen was an die Hand geben kann, wo man sagt „Mensch, ich habe da was. Und da kommen Sie noch einmal und dann reden wir noch einmal darüber.“ Oder sowas. Das ist sehr gut. Und da sind viele dankbar, dass sie erstmal was mitnehmen können.“ (Transkript der Audioaufnahme HA_009_210531_0033, Absatz 17)
HK3: Verbreitung des Informationsfilms und Implementierung von moodgym	Kanäle	Social Media/ TV	/
		Fachpublikationen	„Dann überlege ich gerade ob es Sinn machen würde, dass vielleicht über das Sächsische Ärzteblatt mal zu kommunizieren. [...] Dann könnte man nur versuchen, dass man da vielleicht etwas dazu schreibt und das einreicht als Artikelvorschlag.“ (Transkript der Audioaufnahme HA_008_210624_0037, Absatz 23)
		Kongresse	„Also wie gesagt, bei so großen Kongressen glaube ich kann man das, denke ich, da platzieren. Dass man dann da versucht, irgendwie das mit einzubringen.“ (Transkript der Audioaufnahme HA_008_210624_0037, Absatz 25)
		Weiterbildungsveranstaltungen	„Und die Landesärztekammer bieten ja auch immer Fortbildungsveranstaltungen an zum Beispiel, das wäre auch noch eine gute Möglichkeit zu sagen, man bietet sich da mal an, wenn die ihre Fortbildungsveranstaltungen haben, gibt es immer so Jahresveranstaltungen wo viele Teilnehmer auch sind.“ (Transkript der Audioaufnahme HA_009_210531_0033, Absatz 31)
		Post	„Per Post diesen Link verschicken. Statt E-Mail per Post verschicken. Das wird definitiv ankommen. Und per Fax geht auch noch.“ (Transkript der Audioaufnahme HA_003_210609_0036, Absatz 41)
		Mail/ Newsletter/ Websites	„Ich fände das per Mail gut. Weil die da wird man über vieles informiert und das ist einfach schnell und kann man, wenn man sagt, nein es ist überhaupt nichts für mich, muss man es nicht vertiefen. Man muss nichts wegwerfen an Material und guckt sich an, was kunstvoll aufgelegt ist. Das wäre dann auch ein Aufwand, der sich nicht lohnt. Und einfach der Hinweis und dann zu sagen, da habe ich gerade einen Patienten, wo es schwierig ist. Das man sich dann daran erinnert und sagt, da gucke ich mal rein. Da wird es publik gemacht.“ (Transkript der Audioaufnahme HA_009_210531_0033, Absatz 29)
		Flyer	„Also ich denke, grundsätzlich läuft ja immer alles über Flyer. Aber Flyer werden halt auch schnell weggeschmissen.“ (Transkript der Audioaufnahme HA_008_210624_0037, Absatz 19)
	Wichtige Hinweise	/	
Patienten-gerichtete Maßnahmen		„Es gibt ja Praxen, die haben so Patientenfernsehen wo informiert wird. [...] Also wenn sollte man das an so vielen Stellen wie möglich dann platzieren, dass man es einfach mal sieht.“ Transkript der Audioaufnahme HA_008_210624_0037, Absatz 19)	

Wie kann Translation gelingen? Implementierung von selbsthilfestärkenden Online-Coaches in verschiedenen Behandlungssettings @ktiv_rollout

Ergebnisse der quantitativen Befragung – Baseline (T0)

Methoden

Für die Studie wurden Behandler:innen aus vier verschiedenen Leistungserbringergruppen (Hausärzt:innen; niedergelassene Fachärzt:innen der P-Fächer, niedergelassene Psychotherapeut:innen; Klinikärzt:innen und –teammitglieder) von März bis Mitte September 2021 rekrutiert. Insgesamt wurden N = 2273 Behandler:innen angeschrieben (Hausärzt:innen: N = 815; niedergelassene Fachärzt:innen der P-Fächer: N = 662, niedergelassene Psychotherapeut:innen: N = 536, Klinikärzt:innen und –teams: N = 260). Der Rücklauf lag bei N = 425 Behandler:innen (Hausärzt:innen: N = 107; niedergelassene Fachärzt:innen der P-Fächer: N = 114, niedergelassene Psychotherapeut:innen: N = 102; Klinikärzt:innen und –teammitglieder: N = 102). Damit beläuft sich die Response-Rate auf 18,7% (Hausärzt:innen: 13,1%; niedergelassene Fachärzt:innen der P-Fächer: 17,2%, niedergelassene Psychotherapeut:innen: 19,0%; Klinikärzt:innen und –teammitglieder: 39,2%). Die Versendung erfolgte mithilfe bestehender Ärzte und Kliniknetzwerke und öffentlich zugänglichen Daten der kassenärztlichen Vereinigungen der Bundesländer. Aus diesen wurden stratifiziert nach Geschlecht und Region (Stadt/Land) Behandler:innen ausgewählt. Bei den niedergelassenen Psychotherapeut:innen wurden sowohl psychologische Psychotherapeut:innen als auch ärztliche Psychotherapeut:innen eingeschlossen, die im Folgenden als „niedergelassene Psychotherapeut:innen“ bezeichnet werden. Die ausgewählten niedergelassenen Behandler:innen wurden mit Beilage der Studienunterlagen und des Studienfragebogens sowie frankierter Rückumschläge angeschrieben. Für die Rekrutierung der Klinikärzt:innen und –teams wurden fachspezifische Kliniken anhand bestehender Kliniknetzwerke ausgewählt. Die Verteilung der Studienunterlagen wurde von den Kliniken übernommen, die Rücksendung erfolgte durch die Studienteilnehmer:innen. Darüber hinaus wurden Teilnehmer:innen über Ausbildungsinstitute für Psychologische Psychotherapie rekrutiert.

Der Fragebogen der quantitativen Erhebung wurde orientiert an nachfolgend beschriebene Modelle der Implementationsforschung sowie der Ergebnisse aus AP1 und AP3 entwickelt. Neben allgemeinen soziodemographischen und berufsbezogenen Angaben wurde die E-Health-Literacy mithilfe der deutschen Version des eHEALS (Soellner, Huber, & Reder, 2014; Norman & Skinner, 2006) erhoben. Der eHEALS besteht aus acht Items zur Nutzung des Internets als Informationsquelle für gesundheitliche Fragen, die auf einer 5-stufigen Likert-Skala von 1 = „Stimme überhaupt nicht zu“ bis 5 = „Stimme sehr zu“ beantwortet werden können. Aus den Antworten ist ein Summenscore berechenbar (Spannweite: 8-40), anhand dessen sich die digitale Gesundheitskompetenz in den verschiedenen Fachgruppen vergleichen lässt. Weitere Fragen betrafen die Kenntnis und den aktuellen Einsatz von Online-Programmen, Einstellungen gegenüber Vor- bzw. Nachteilen sowie die Nutzungsakzeptanz in Anlehnung an die Normalization Process Theory (NPT) nach May und Finch (2009). Die NPT beinhaltet die Komponenten Kohärenz, Kognitive Partizipation, Kollektive Handlung sowie Reflexive Überwachung, die durch verschiedene Items im Fragebogen abgedeckt werden. Mit Fragen zum erwarteten Nutzen, erleichternden Bedingungen und Aufwand fanden außerdem Konzepte der Unified Theory of Acceptance and Use of Technology (UTAUT-Modell) (s. Venkatesh et al, 2003) Eingang in die Fragebogenkonstruktion. In Anlehnung an die Ergebnisse aus AP1 und AP3 wurden außerdem Fragen zur Technikaffinität, zur Dissemination von Informationen über Online-Programme sowie zu Ursachen für einen bisher nicht erfolgten Einsatz solcher Programme in den Fragebogen aufgenommen. Der Fragebogen befindet sich im Anhang A.

Ergebnisse

Die deskriptiven Ergebnisse der schriftlichen Befragung werden im Folgenden entsprechend der Fragebogenabschnitte dargestellt.

A – ALLGEMEINE INFORMATIONEN

Tabelle 1. Soziodemographie der Studienteilnehmer:innen

Variable	Gesamt N = 425	Haus- ärzt:innen N = 107	Nieder- gelassene Fachärzt: innen (P- Fächer) N = 114	Nieder- gelassene Psycho- therapeut: innen N = 102	Klinik- ärzt:innen (P-Fächer) und –teams N = 102
Geschlecht					
weiblich, N (%)	279 (65,6)	63 (58,9)	72 (63,2)	70 (68,6)	74 (72,5)
männlich, N (%)	146 (34,4)	44 (41,1)	42 (36,8)	32 (31,4)	28 (27,5)
Alter, M (SD)	47,73 (11,0)	50,2 (10,8)	52,7 (8,2)	48,7 (10,4)	38,6 (9,3)
Umgebung der praktischen Tät.					
eher Stadt, N (%)					
eher Land, N (%)	267 (63,1)	64 (60,4)	81 (71,1)	62 (60,8)	60 (59,4)
	156 (36,9))	42 (39,6)	33 (28,9)	40 (39,2)	41 (40,6)
Berufserfahrung, Jahre, M (SD)	20,0 (11,1)	22,5 (11,2)	24,3 (9,0)	20,3 (10,5)	12,0 (11,1)
Einrichtung					
KH/ Klinik	90 (22,0)	1 (1,0)	2 (1,8)	0	87 (89,7)
Reha-Einrichtung	7 (1,7)	0	0	0	7 (7,2)
Praxis	270 (65,9)	87 (82,9)	91 (82,7)	92 (93,9)	0
MVZ	37 (9,0)	16 (15,2)	17 (15,5)	4 (4,1)	0
Sonstiges	6 (1,5)	1 (1,0)	0	2 (2,0)	3 (3,1)
Berufsgruppe (Mehrfachantw.)					
Psycholog:in, N (%)	61 (25,2)	0	0	32 (31,4)	29 (28,4)
Psychologische PT, N (%)	95 (22,4)	0	1 (0,9)	82 (80,4)	12 (11,8)
Ärzt:in in WB, N (%)	31 (7,3)	5 (4,7)	1 (0,9)	0	25 (24,5)
FA Psychiatrie und Psychotherapie, N (%)	128 (30,1)	0	92 (80,7)	13 (12,7)	23 (22,5)
FA Psychosomatik und Psychotherapie, N (%)	21 (4,9)	0	20 (17,5)	1 (1,0)	0
FA Neurologie, N (%)	31 (7,3)	0	28 (24,6)	2 (2,0)	1 (1)
FA Allgemeinmedizin, N (%)	59 (13,9)	57 (56,3)	1 (0,9)	1 (1,0)	0
Praktische/r Ärzt:in, N (%)	6 (1,4)	6 (5,6)	0	0	0
FA Innere Medizin, N (%)	46 (10,8)	43 (40,2)	3 (2,6)	0	0
Andere	32 (7,5)	1 (0,9)	6 (5,3)	7 (6,9)	19 (18,6)

Anmerkungen. Abkürzungen: PT = Psychotherapeut:in, WB = Weiterbildung, FA = Fachärzt:in.

Die Proband:innen waren überwiegend weiblich (65,6%) und durchschnittlich 47,73 ($SD = 11,0$) Jahre alt. Mit Blick auf die einzelnen Fachgruppen war der Frauenanteil in der Gruppe der Klinikärzt:innen und –teams am höchsten (72,5%). Diese Gruppe stellte mit einem Durchschnittsalter von 38,6 ($SD = 9,3$) Jahren die tendenziell jüngsten Studienteilnehmer:innen. Der höchste Männeranteil war bei den Hausärzt:innen zu verzeichnen. Die Gruppe der niedergelassenen Fachärzt:innen (P-Fächer) war diejenige mit dem höchsten Durchschnittsalter.

Mit 63,1% gab der überwiegende Teil der Studienteilnehmer:innen an, die praktische Tätigkeit eher in einer städtischen Umgebung auszuüben. Der höchste ländliche Anteil (40,6%) war bei den Klinikärzt:innen, der höchste städtische Anteil (71,1%) bei den niedergelassenen Fachärzt:innen zu verzeichnen.

Insgesamt wiesen die Studienteilnehmer:innen eine durchschnittliche Berufserfahrung von 20,0 Jahren ($SD = 11,1$) auf. Am höchsten war sie bei den niedergelassenen Fachärzt:innen (24,3 Jahre, $SD = 9,0$), mit Abstand am niedrigsten bei den in der Klinik tätigen Teilnehmer:innen (12,0 Jahre, $SD = 11,1$).

Mit 65,9% war der überwiegende Anteil der Teilnehmer:innen in einer Praxis tätig. Die Hausärzt:innen waren überwiegend in Praxen (82,9%) tätig. Die Tätigkeit der ambulant tätigen Fachärzt:innen fand überwiegend in einer Praxis (82,7%), teilweise in MVZ (15,5%) und in zwei Fällen in Anbindung an ein

Krankenhaus bzw. eine Klinik statt. Am höchsten war der Tätigkeit in einer Praxis bei den ambulant tätigen Psychotherapeut:innen mit 93,9%. Die Klinikärzt:innen und –teams waren zu 89,7% in einem Krankenhaus tätig, 7,2% in einer Rehabilitationsklinik.

Hinsichtlich der beruflichen Qualifikation konnten mehrere Angaben gemacht werden. Es zeigte sich, dass der überwiegende Teil der Hausärzt:innen zumindest über einen Facharzt in Allgemeinmedizin (56,3) verfügte, 40,2% gaben einen Facharzt in Innerer Medizin an. 4,7% waren in Weiterbildung und 5,6% als praktische/r Ärzt:in tätig. Eine Ärztin gab neben einem Facharzt für Allgemeinmedizin unter „Andere Berufsgruppe“ einen Psychosomatik-Abschluss an.

80,7% der niedergelassenen Fachärzt:innen der P-Fächer verfügte über einen Facharzt in Psychiatrie und Psychotherapie. Von diesen gab eine Person zusätzlich eine Qualifikation als Psychologischer Psychotherapeut und drei Personen zusätzlich einen Facharzt für Innere Medizin. 17,5% der Fachärzt:innen wies einen Facharzt für Psychosomatik und Psychotherapie auf, von diesen verfügte eine Person außerdem über einen Facharzt in Allgemeinmedizin. Von den N = 28 Fachärz:innen für Neurologie gaben N = 24 zusätzlich einen Facharzt in Psychiatrie und Psychotherapie und jeweils eine Person einen Facharzt in Psychosomatik und Psychotherapie an bzw. einen Facharzt in Nervenheilkunde unter „Andere Berufsgruppe“ an. Eine Person gab als Qualifikation an, sich in Weiterbildung zum Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie zu befinden. Unter „Andere Berufsgruppe“ wurden neben den vorab genannten weitere Spezifizierungen der Qualifikation vorgenommen.

Von den niedergelassenen Psychotherapeut:innen gaben 31,4% die Qualifikation als Psycholog:in, 80,4% als Psychologischer Psychotherapeut an. 12,7% der niedergelassenen Psychotherapeut:innen verfügte über die Qualifikation als Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, eine Person als Facharzt für Psychosomatik und Psychotherapie. Zwei Personen gaben einen Facharzt in Psychiatrie und Psychotherapie sowie in Neurologie an. Eine Person war neben der Qualifikation als Allgemeinmedizinerin psychotherapeutisch tätig. Unter „Andere Berufsgruppe“ fielen größtenteils Spezifizierungen einer ärztlich-psychotherapeutischen Tätigkeit.

Bei den Klinikärzt:innen und –teams waren zu 28,4% Psycholog:innen vertreten. 11,8% verfügten über eine Approbation als Psychologischer Psychotherapeut. 24,5% gaben die ärztliche Weiterbildung (mehrheitlich zum Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie) an. 22,5% verfügten über einen Facharzt in Psychiatrie und Psychotherapie, von diesen eine Person zusätzlich über einen Facharzt für Neurologie. Andere Berufsgruppen wurden von 18,6% angegeben. Darunter fielen größtenteils pflegerische Berufe, aber auch Ergotherapeut:innen, Psychotherapeut:innen in Ausbildung und Sozialpädagog:innen und –arbeiter:innen.

B – NUTZUNG DIGITALER MEDIEN UND EINBINDUNG IM BEHANDLUNGSALLTAG

Tabelle 2. Nutzung digitaler Medien und berufliche Einbindung durch Studienteilnehmer:innen

Variable	Gesamt	Hausärzt:inne n	Niedergelasse ne Fachärzt: innen (P- Fächer)	Niedergelasse ne Psycho- therapeut: innen	Klinikärzt: innen (P- Fächer) und -teams
Angaben in N (%)	N = 425	N = 107	N = 114	N = 102	N = 102
berufliche Internet- nutzung					
gar nicht	18 (4,2)	5 (4,7)	5 (4,4)	6 (5,9)	2 (2,0)
selten	34 (8,0)	6 (5,6)	7 (6,1)	11 (10,9)	10 (9,8)
manchmal	109 (25,7)	22 (20,6)	31 (27,2)	27 (26,7)	29 (28,4)
häufig	150 (35,4)	34 (31,8)	39 (34,2)	45 (44,6)	32 (31,4)
sehr häufig	113 (26,7)	40 (37,4)	32 (28,1)	12 (11,6)	29 (28,4)
Internetumgang					
sehr gut vertraut	180 (42,4)	40 (37,4)	36 (31,6)	40 (39,2)	64 (62,7)
gut vertraut	217 (51,1)	55 (51,4)	70 (61,4)	56 (54,9)	36 (35,3)
weniger vertraut	26 (6,1)	12 (11,2)	7 (6,1)	5 (4,9)	2 (2,0)
gar nicht vertraut	2 (0,5)	0	1 (0,9)	1 (1,0)	0
digitale Gesundheitskompet. Patient:innen					
gering	94 (22,4)	27 (25,5)	19 (17,0)	10 (9,9)	38 (37,6)
moderat	274 (65,2)	64 (60,4)	80 (71,4)	73 (72,3)	57 (56,4)
hoch	50 (11,9)	15 (14,2)	12 (10,7)	17 (16,8)	6 (5,9)
sehr hoch	2 (0,5)	0	1 (0,9)	1 (1,0)	0
Internet- Kommunikation mit Patient:innen					
ja	272 (64,5)	53 (49,5)	76 (67,9)	95 (93,1)	48 (47,5)
nein	150 (35,5)	54 (50,0)	36 (32,1)	7 (4,9)	53 (52,5)
Videosprechstunden					
gar nicht	275 (65,2)	91 (85,0)	67 (59,8)	32 (31,4)	85 (84,2)
selten	75 (17,8)	8 (7,5)	24 (21,4)	33 (32,4)	10 (9,9)
manchmal	50 (11,8)	5 (4,7)	15 (13,4)	25 (24,5)	5 (5,0)
häufig	21 (5,0)	3 (2,8)	6 (5,4)	11 (10,8)	1 (1,0)
sehr häufig	1 (0,2)	0	0	1 (1,0)	0
eHEALS	31,4 (4,6)	31,7 (4,9)	31,0 (4,5)	29,9 (4,3)	32,9 (4,1)
Summenscore, <i>M (SD)</i>					

In allen Gruppen gab der größte Teil eine häufige Internetnutzung im Rahmen der beruflichen Tätigkeit an. Weniger als ein Fünftel gab keine bzw. seltene Internetnutzung für berufliche Zwecke an. Über 90% der Studienteilnehmer:innen aller Fachgruppen fühlten sich gut oder sehr gut im Umgang mit dem Internet vertraut. Bei den Klinikärzt:innen und –teams war der Anteil der „sehr gut“ mit dem Internet vertrauten mit Abstand am höchsten (62,7%).

Die digitale Gesundheitskompetenz von Patient:innen wurde von den Behandler:innen überwiegend als moderat eingeschätzt. Eine geringe digitale Gesundheitskompetenz wurde den Patient:innen besonders von Hausärzt:innen (25,5%) und Klinikärzt:innen bzw. –teams (37,6%) attestiert.

64,5% der Behandler:innen gaben an, das Internet als Kommunikationsmedium mit Patient:innen zu nutzen. Besonders hoch war der Anteil bei den niedergelassenen Psychotherapeut:innen (93,1%). Am niedrigsten war der Anteil bei den im Kliniksetting tätigen.

Videosprechstunden wurden vom Großteil (65,2%) der Befragten nicht durchgeführt. Insbesondere im hausärztlichen und klinischen Setting gaben 85,0% bzw. 84,2% an, keine Videosprechstunden einzusetzen. Tendenziell häufiger wurden sie hingegen im ambulanten psychotherapeutischen Setting angewandt.

Der eHEALS-Summenscore betrug gemittelt über alle Studienteilnehmer:innen 31,4 ($SD = 4,6$) und war in allen Berufsgruppen ähnlich hoch. Am höchsten war er bei den Klinikärzt:innen und –teams ausgeprägt ($M = 32,9$, $SD = 4,1$), am niedrigsten bei den niedergelassenen Psychotherapeut:innen ($M = 29,9$, $SD = 4,3$).

C – ONLINE-PROGRAMME ZUR BEHANDLUNGSUNTERSTÜTZUNG BEI PSYCHISCHEN ERKRANKUNGEN

Tabelle 3. Kenntnisstand zu Online-Programmen in den Leistungserbringergruppen

Variable	Gesamt	Hausärzt:innen	Niedergelassene Fachärzt:innen (P-Fächer)	Niedergelassene Psycho- therapeut:innen N = 102	Klinikärzt:innen (P-Fächer) und -teams N = 102
Angaben in N (%)	N = 425	N = 107	N = 114		
Informationsstand					
sehr gut informiert	1 (0,2)	0	0	1 (1,0)	0
gut informiert	48 (11,4)	6 (5,6)	22 (19,6)	9 (8,9)	11 (10,9)
mäßig informiert	179 (42,5)	39 (36,4)	52 (46,4)	42 (41,6)	46 (45,5)
wenig informiert	193 (45,8)	62 (57,9)	38 (33,9)	49 (48,5)	44 (43,6)
bereits von Online-Programmen gehört					
ja	353 (83,8)	68 (63,6)	105 (93,8)	92 (91,1)	88 (87,1)
nein	68 (16,2)	39 (36,4)	7 (6,3)	9 (8,9)	13 (12,9)
bereits von Online-Programmen gehört (Mehrfachantworten)					
moodgym	106 (25,2)	15 (14,3)	30 (27,0)	30 (29,4)	31 (30,4)
iFightDepression	70 (16,7)	9 (8,6)	16 (14,4)	18 (17,6)	27 (26,5)
TK-DepressionsCoach	72 (17,1)	15 (14,3)	18 (16,2)	20 (19,6)	19 (18,6)
Selfapy	68 (16,2)	9 (8,6)	25 (22,5)	22 (21,6)	12 (11,8)
HelloBetter	17 (4,0)	3 (2,9)	4 (3,6)	2 (2,0)	8 (7,8)
deprexis	172 (41,0)	16 (15,2)	78 (70,3)	40 (39,2)	38 (37,3)
Novego	14 (3,3)	2 (1,9)	5 (4,5)	4 (3,9)	3 (2,9)
Sonstiges 1	94 (22,4)	5 (4,8)	39 (35,1)	31 (30,4)	19 (18,6)
Sonstiges 2	31 (7,4)	0	14 (12,6)	10 (9,8)	7 (6,9)
Kenne keines	123 (29,3)	57 (54,3)	15 (13,5)	26 (25,5)	25 (24,5)
bisher Informationen erhalten über (Mehrfachantworten)					
Flyer	158 (37,5)	26 (24,8)	60 (53,6)	44 (43,1)	28 (27,5)
E-Mail	92 (21,9)	19 (18,1)	35 (31,3)	17 (16,7)	21 (20,6)
Post	124 (29,5)	25 (23,8)	45 (40,2)	43 (42,2)	11 (10,8)
Newsletter	43 (10,2)	7 (6,7)	12 (10,7)	15 (14,7)	9 (8,8)
Kollegen	114 (27,1)	10 (9,5)	22 (19,6)	26 (25,5)	56 (54,9)
Fachzeitschriften	176 (41,8)	43 (41,0)	54 (48,2)	49 (48,0)	30 (29,4)
Kongress/ Konferenz	64 (15,2)	9 (8,6)	37 (33,0)	5 (4,9)	13 (12,7)
Fortbildung/ Workshop/ Info-Veranstaltung	81 (19,2)	18 (17,1)	25 (22,3)	13 (12,7)	25 (24,5)
Sonstiges 1	70 (16,6)	9 (8,6)	35 (31,3)	8 (7,8)	18 (17,6)
Sonstiges 2					
noch nie Informationen zu Online-Programmen erhalten	50 (11,9)	24 (22,9)	5 (4,5)	9 (8,8)	12 (11,8)

Anhang 3: Ergebnisbericht AP6 T0-Befragung

Variable	Gesamt	Hausärzt:innen	Niedergelassene Fachärzt:innen (P-Fächer)	Niedergelassene Psycho- therapeut:innen N = 102	Klinikärzt:innen (P-Fächer) und -teams
Angaben in N (%)	N = 425	N = 107	N = 114		N = 102
Vorteile und Chancen von Online-Programmen (Mehrfachantw.)					
zeitliche und räumliche Flexibilität	254 (60,3)	51 (48,6)	71 (63,4)	55 (53,9)	77 (75,5)
Zeitersparnis für Behandler	94 (22,3)	29 (27,6)	22 (19,6)	22 (21,6)	21 (20,6)
Überbrückung von Wartezeiten	252 (59,9)	54 (51,4)	71 (63,4)	58 (56,9)	69 (67,6)
Mehr Abwechslungsreichtum in der Behandlung	104 (24,7)	18 (17,1)	25 (22,3)	29 (28,4)	32 (31,4)
Unterstützung der Behandlung	262 (62,2)	68 (64,8)	67 (59,8)	62 (60,8)	65 (63,7)
Zusätzlich etwas an die Hand geben können	279 (66,3)	59 (56,2)	75 (67,0)	68 (66,7)	77 (75,5)
Verbesserung der Versorgungssituation	133 (31,6)	30 (28,6)	42 (37,5)	22 (21,6)	39 (38,2)
Aktive Patientenbeteiligung	258 (61,3)	65 (61,9)	70 (62,5)	60 (58,8)	63 (61,8)
Stärkung des Selbstwirksamkeitserleben (Empowerment)	216 (51,3)	37 (35,2)	61 (54,5)	52 (51,0)	66 (64,7)
Sonstiges 1	19 (4,5)	2 (1,9)	3 (2,7)	10 (9,8)	4 (3,9)
Sonstiges 2					
Nichts davon	26 (6,2)	10 (9,5)	6 (5,4)	10 (9,8)	0
Bedenken beim Einsatz von Online-Programmen (Mehrfachantw.)					
Überforderung der Patienten	193 (45,8)	54 (51,4)	49 (43,8)	39 (38,2)	51 (50,0)
Wegfall der persönlichen Beziehung zwischen Patient und Behandler	211 (50,1)	43 (41,0)	63 (56,3)	53 (52,0)	52 (51,0)
Technische Probleme möglich	236 (56,1)	69 (65,7)	61 (54,5)	48 (47,1)	58 (56,9)
Unsicherheit bei Haftungsfragen	125 (29,7)	24 (22,9)	30 (26,8)	46 (45,1)	25 (24,5)
Datenschutzbedenken	151 (35,9)	33 (31,4)	37 (33,0)	45 (44,1)	36 (35,3)
Sonstiges 1	83 (19,7)	14 (13,3)	21 (18,8)	34 (33,3)	14 (13,7)
Sonstiges 2	16 (3,8)	0	4 (3,6)	8 (7,8)	4 (3,9)
Nichts davon	22 (5,3)	7 (6,7)	8 (7,1)	4 (3,9)	3 (2,9)

Anhang 3: Ergebnisbericht AP6 T0-Befragung

Variable	Gesamt	Hausärzt:innen	Niedergelassene Fachärzt:innen (P-Fächer)	Niedergelassene Psycho- therapeut:innen N = 102	Klinikärzt:innen (P-Fächer) und -teams N = 102
Angaben in N (%)	N = 425	N = 107	N = 114		
Nutzen von Online-Programmen					
Online-Programme können eine Unterstützung für die Arbeit von Behandlern sein					
trifft gar nicht zu	6 (1,4)	1 (0,9)	0	5 (5,0)	0
trifft eher nicht zu	54 (12,8)	11 (10,4)	19 (16,7)	18 (18,0)	6 (5,9)
trifft eher zu	251 (59,5)	69 (65,1)	67 (58,8)	61 (61,0)	54 (52,9)
trifft voll zu	111 (26,3)	25 (23,6)	28 (24,6)	16 (16,0)	42 (41,2)
Online-Programme lassen sich gut in den Behandlungsprozess integrieren					
trifft gar nicht zu	22 (5,3)	5 (4,7)	7 (6,3)	10 (10,1)	0
trifft eher nicht zu	145 (34,8)	40 (37,7)	40 (36,0)	39 (39,4)	26 (25,7)
trifft eher zu	203 (48,7)	50 (47,2)	52 (46,8)	46 (46,5)	55 (54,5)
trifft voll zu	47 (11,3)	11 (10,4)	12 (10,8)	4 (4,0)	20 (19,8)
Online-Programme ermöglichen es Behandlern, ihre Zeit besser einsetzen zu können					
trifft gar nicht zu	57 (13,8)	7 (6,9)	16 (14,7)	29 (29,0)	5 (4,9)
trifft eher nicht zu	196 (47,5)	39 (38,2)	57 (52,3)	44 (44,0)	56 (54,9)
trifft eher zu	133 (32,2)	48 (47,1)	28 (25,7)	24 (24,0)	33 (32,4)
trifft voll zu	27 (6,5)	8 (7,8)	8 (7,3)	3 (3,0)	8 (7,8)
Den Einsatz von Online-Programmen in der Patientenversorgung halte ich grundsätzlich für nützlich					
trifft gar nicht zu	22 (5,3)	3 (2,9)	5 (4,5)	13 (13,0)	1 (1,0)
trifft eher nicht zu	76 (18,2)	23 (22,1)	24 (21,6)	20 (20,0)	9 (8,8)
trifft eher zu	235 (56,4)	60 (57,7)	58 (52,3)	57 (57,0)	60 (58,8)
trifft voll zu	84 (20,1)	18 (17,3)	24 (21,6)	10 (10,0)	32 (31,4)
Online-Programme werden von meinen Kollegen aktiv genutzt					
trifft gar nicht zu	162 (39,6)	42 (41,2)	32 (29,6)	43 (44,3)	45 (44,1)
trifft eher nicht zu	210 (51,3)	54 (52,9)	65 (60,2)	48 (49,5)	43 (42,2)
trifft eher zu	33 (8,1)	5 (4,9)	10 (9,3)	6 (6,2)	12 (11,8)
trifft voll zu	4 (1,0)	1 (1,0)	1 (0,9)	0	2 (2,0)

Insgesamt 88,3% der Studienteilnehmer:innen gab an, wenig bis mäßig über Online-Programme zur Behandlungsunterstützung bei psychischen Erkrankungen informiert zu sein. Tendenziell gaben Fachärzt:innen einen besseren Informationsstand zu Online-Programmen an und Hausärzt:innen einen tendenziell geringeren. Von Online-Programmen gehört hatten 83,8% der Studienteilnehmer:innen, vor allem niedergelassene Fachärzt:innen (93,8%), Psychotherapeut:innen (91,1%) und Klinikärzt:innen und –teams (87,1). Deutlich geringer war der Anteil der Hausärzt:innen, die angaben, von Online-Programmen gehört zu haben (63,6%).

Bei der Frage zur Kenntnis spezifischer Programme konnten Mehrfachantworten gegeben werden. Am bekanntesten war insgesamt das Online-Programm *deprexis* (bei 41,0%), gefolgt vom Online-Programm *moodgym* (25,2%) und dem *TK-DepressionsCoach* (17,1%). Bei den Hausärzt:innen kannte über die Hälfte (54,3%) keines der Programme, nach *deprexis* (15,2%) waren hier *moodgym* und der *TK-DepressionsCoach* mit jeweils 14,3% gleich bekannt. Von den niedergelassenen Fachärzt:innen kannten hingegen nur 13,5% kein Online-Programm. 70,3% kannten das Online-Programm *deprexis*, gefolgt von *moodgym* (27,0%) und dem *TK-DepressionsCoach* (16,2%). Etwa ein Viertel der Psychotherapeut:innen kannte kein Online-Programm. Auch hier war *deprexis* mit 39,2% das bekannteste Programm, gefolgt von *moodgym* (29,4%) und *Selfapy* (21,6%). Auch unter Klinikärzt:innen und –teams wurde am häufigsten angegeben, das Online-Programm *deprexis* zu kennen (37,3%), gefolgt von *moodgym* (30,4%) und *iFightDepression* (26,5%). Von diesen kannten 24,5% kein Online-Programm. Weitere Online-Programme, die von den Studienteilnehmer:innen angegeben wurden, waren: *Somnio*, *Get.on*, *OCD-Net*, *7Mind*, *Velibra*, *Amiba*, ein Angebot der *Barmer*, *Body2Brain*, *Breaking Meth*, *Coach PTBS*, *Cogito*, *CogPack*, die *Erfahrungsexpertinnen*, *drugcom.de*, *Emendia*, *insomnio*, *invirto*, *Kalmeda*, *UKE*, *Migräne-App*, *Mindable*, *Minddistrict*, *MindDoc*, *Noom*, *Partner Psychiatrie*, *PILANI*, *quit the shit*, *Vorvida*, *suprat*, *Vorvida*, *Veovita*, von *Sana-Kliniken* und *Zanadio*, *ADHS-Kids*, *Skills2go*, *DBT112*, *kenn-dein-limit.de*, *Masmos – Meditaion-APP*, *Minable*, *patient-als-partner.de*, *Ramses* und *Widex Zen Tinnitus*.

Auch hinsichtlich der Wege, über die Behandler:innen Informationen zu Online-Programmen erhielten, waren Mehrfachangaben möglich. Hier war die insgesamt am häufigsten angegebene Informationsquelle Fachzeitschriften (41,8%), gefolgt von *Flyern* (37,5%) und *Postsendungen* (29,5%). Fachzeitschriften stellten bei allen Berufsgruppen die häufigste Quelle für Informationen zu Online-Interventionen dar, außer bei den Klinikärzt:innen und –teams: hier wurde von über der Hälfte (54,9%) am häufigsten als Informationsquelle das *Kollegium* genannt. Als weitere Wege wurden von den Behandler:innen (Pharma-)Firmen, Vertreter:innen, Werbung, eigene Recherche, Kliniken, das Internet, Krankenkassen, KV Sachsen, Studien, die eigene Ausbildung und Patient:innen angegeben.

Als Vorteil von Online-Programmen wurde insgesamt am häufigsten angegeben, Patient:innen etwas zusätzlich an die Hand geben zu können (66,3%). Aus Perspektive des Großteils der Behandler:innen könne zudem die Behandlung durch Online-Programme unterstützt werden (62,2%) und die aktive Patientenbeteiligung gefördert (61,3%). Nur 22,6% sahen in der Nutzung Online-Programms den Vorteil einer möglichen Zeitersparnis. Hausärzt:innen sahen am häufigsten einen Vorteil in der Unterstützung der Behandlung (64,8%), gefolgt von einer aktiven Patientenbeteiligung (61,9%) und der Möglichkeit, Patienten zusätzlich etwas an die Hand geben zu können (56,2%). Niedergelassene Fachärzt:innen bejahten am häufigsten den Vorteil, Patienten etwas zusätzlich an die Hand geben zu können (67,0%), die Überbrückung von Wartezeiten (63,4%) sowie die zeitliche und räumliche Flexibilität (63,4%). Niedergelassene Psychotherapeut:innen gaben als Vorteil am häufigsten an, Patienten zusätzlich etwas an die Hand zu geben (66,7%), gefolgt von einer Unterstützung der Behandlung (60,8%) und aktiven Patientenbeteiligung (58,8%). Klinikärzt:innen und -teams bejahten am häufigsten die zeitliche und räumliche Flexibilität (75,5%) und die Möglichkeit, Patienten mit einem Online-Programm zusätzlich etwas an die Hand geben zu können (75,5%), gefolgt von der Überbrückung von Wartezeiten (67,6%). Während Klinikärzt:innen und –teams nur Vorteile in der Nutzung von Online-Programmen sahen, gab eine kleiner Anteil der übrigen Behandler:innen (6,2%) an, keinen Vorteil in der Nutzung zu sehen. Dies betraf 9,5% der Hausärzt:innen, 5,4% der niedergelassenen Fachärzt:innen und 9,8% der niedergelassenen Psychotherapeut:innen. Unter „Sonstiges“ wurde die Eigenverantwortung und Aktivierung von Patient:innen, die Vertiefung therapeutischer Sitzungen (Psychoedukation) sowie eine Förderung der Verankerung im Alltag und Nachsorge genannt.

Bedenken wurden insgesamt am häufigsten hinsichtlich möglicher technischer Probleme geäußert (56,1%). Weiterhin gaben 50,1% der Teilnehmenden an, Bedenken wegen des Wegfalls der persönlichen Beziehung zwischen Patient und Behandler zu haben. Bedenken hinsichtlich einer

Überforderung von Patienten wurden von 45,8% bejaht. Bei Hausärzt:innen waren die häufigsten Bedenken mögliche technische Probleme (65,7%), gefolgt von Überforderung der Patienten (51,4%) und dem Wegfall der persönlichen Beziehung zwischen Patient und Behandler 41,0%. Niedergelassene Fachärzt:innen gaben am häufigsten Bedenken hinsichtlich des Wegfalls der persönlichen Beziehung zwischen Patient und Behandler (56,3%), möglicher technischer Probleme (54,6%) sowie einer Überforderung von Patienten (43,8%) an. Der Wegfall der persönlichen Beziehung zwischen Patient und Behandler war auch bei den niedergelassenen Psychotherapeut:innen (52,0%) als häufigstes Bedenken angegeben, danach folgten technische Probleme (47,1%) sowie die Unsicherheit bei Haftungsfragen (45,1%). Klinikärzt:innen und –teams berichteten als häufigste Bedenken mögliche technische Probleme (56,9%), den Wegfall der persönlichen Beziehung zwischen Patient und Behandler (51,0%) und eine Überforderung der Patienten (50,0%). Keine Bedenken wurden insgesamt von 5,3% der Befragten angegeben (6,7% der Hausärzt:innen, 7,1% der niedergelassenen Fachärzt:innen, 3,9% der niedergelassenen Psychotherapeut:innen und 3,9% der Klinikärzt:innen und –teams). Unter „Sonstiges“ wurden Bedenken hinsichtlich einer fehlenden Individualisierung der Online-Programme, einer fehlenden Rückmeldungen an Patient:innen, hinsichtlich der Motivation und Compliance der Patient:innen, der Abstimmung zu den Behandlungsinhalten, hinsichtlich Wirksamkeitsnachweisen von Online-Programmen sowie hinsichtlich der Verteilung von Ressourcen im Gesundheitswesen (Kürzung der Kassensitze, finanzielle Ressourcen) geäußert.

Hinsichtlich eines Nutzens von Online-Programmen stimmten 85,8% der Studienteilnehmer:innen der Aussage eher oder voll zu, dass Online-Programme eine Unterstützung für Behandler sein können. Insbesondere von den Klinikärzt:innen und –teams stimmten 94,1% der Aussage eher oder voll zu. Von den Psychotherapeut:innen im ambulanten Setting stimmten 77% der potentiellen Unterstützung durch Online-Programmen eher oder voll zu. Der Integrierbarkeit von Online-Programmen wurde insgesamt von 60% der Studienteilnehmer:innen eher oder voll zugestimmt. Besonders von Klinikärzt:innen und –teams wurde die Integrierbarkeit als gut eingeschätzt (74,4% eher bis volle Zustimmung). Im ambulanten psychotherapeutischen Setting wurde einer Integrierbarkeit etwa von der Hälfte der Studienteilnehmer:innen eher oder voll zugestimmt (50,4%). Einer besseren Nutzung zeitlicher Ressourcen durch Online-Programme stimmten etwa 38,7% eher oder voll zu. 54,9% der Hausärzt:innen stimmten dem eher oder voll zu, am geringsten wurde die Zustimmung von den niedergelassenen Psychotherapeut:innen angegeben (27% trifft eher oder voll zu). Einem grundsätzlichen Nutzen stimmten 76,5% der Studienteilnehmer:innen aller Gruppen eher oder voll zu. Besonders viele Klinikärzt:innen und -teams stimmten einem grundsätzlichen Nutzen eher oder voll zu (90,2%). Im ambulanten psychotherapeutischen Setting wurde einem grundsätzlichen Nutzen von 67% der Teilnehmer:innen eher oder voll zugestimmt. Insgesamt gaben 9,1% der Studienteilnehmer:innen an, dass die aktive Nutzung von Online-Programmen durch Kollegen eher oder voll zutreffe. Hierbei war die Zustimmung bei Klinikärzt:innen und –teams am höchsten (13,8% eher oder voll zutreffend) und bei niedergelassenen Psychotherapeut:innen am niedrigsten (6,2%).

Hinsichtlich einer besonderen Eignung von Patient:innen für die Nutzung von Online-Programmen zur Unterstützung bei psychischen Belastungen wurden häufig affektive Störungen (v.a. Depression), aber auch Angst- und Zwangsstörungen genannt. Besonders motivierte, aktive, wenig belastete Patient:innen könnten durch Online-Programme profitieren sowie jüngere, technikaffine Patient:innen oder Menschen, die über wenig zeitliche Ressourcen verfügten. Auch ein höheres Bildungsniveau bzw. eine gute kognitive Leistungsfähigkeit wurde als besondere Eignung genannt. Weiter wurden Stress, Schlafstörungen, Suchterkrankungen, (Borderline-)Persönlichkeitsstörungen, Schmerzen, Adipositas bzw. Patient:innen in ländlichen Regionen und auf Wartelisten angegeben.

Nicht geeignet seien Online-Programme hingegen für ältere Patient:innen, technikskeptische, akut belastete Patient:innen, chronisch kranke, multimorbide Patient:innen sowie Patient:innen mit Demenzerkrankungen. Auch wurden (schwer) depressive Patient:innen, ängstliche, isolierte, manische, psychotische, desinteressierte oder suizidale Patient:innen sowie Patient:innen mit Suchterkrankungen oder Persönlichkeitsstörungen genannt. Auch bei Patient:innen mit geringem Antrieb bzw. geringer Eigenständigkeit wurden genannt sowie Patient:innen mit ohnehin schon hohem Medienkonsum. Patient:innen, bei denen kognitive oder technische Voraussetzungen nicht gegeben seien als nicht geeignet für Online-Programme erwähnt.

D – AKTUELLE NUTZUNG IM PATIENTENKONTAKT

Tabelle 4. Nutzung von Online-Programmen im Patient:innenkontakt

Variable	Gesamt	Hausärzt:inne n	Niedergelasse ne Fachärzt:inne n (P-Fächer)	Niedergelasse ne Psycho- therapeut:inn en	Klinikärzt:inne n (P-Fächer) und –teams
Angaben in N (%)	N = 425	N = 107	N = 114	N = 102	N = 102
jemals empfohlen/ eingebunden					
nein	304 (71,5)	97 (90,7)	57 (50,0)	78 (76,5)	72 (70,6)
ja	121 (28,5)	10 (9,3)	57 (50,0)	24 (23,5)	30 (29,4)

Von den Befragten gaben 28,5% an, ein Online-Programm bereits an Patient:innen empfohlen bzw. in die Behandlung eingebunden zu haben. Besonders hoch war der Anteil bei den niedergelassenen Fachärzt:innen (50%), gefolgt von den Klinikärzt:innen und –teams. Weniger eingesetzt oder empfohlen wurden sie von niedergelassenen Psychotherapeut:innen (23,5%) sowie Hausärzt:innen (9,3%). Der nachfolgende Abschnitt bezieht sich auf diejenigen Behandler:innen, die ein Online-Programm bereits empfohlen oder eingesetzt haben.

*Fragebogenteil für Behandelnde, die Online-Programme bereits eingesetzt oder empfohlen haben***Tabelle 5. Erfahrungen bei der Einbindung von Online-Programmen**

Variable	Gesamt	Hausärzt:inn en	Niedergelass ene Fachärzt:inn en (P-Fächer)	Niedergelass ene Psycho- therapeut:in nen	Klinikärzt:inn en (P-Fächer) und –teams N = 30
Angaben in N (%)	N = 121	N = 10	N = 57	N = 24	
empfohlene Programme (Mehrfachantw.)					
moodgym	30 (24,8)	7 (70,0)	7 (12,3)	7 (29,2)	9 (30,0)
iFightDepression	27 (22,3)	1 (10,0)	3 (5,3)	10 (41,7)	13 (43,3)
TK-DepressionsCoach	12 (9,9)	0	4 (7,0)	4 (16,7)	4 (13,3)
Selfapy	16 (13,2)	2 (20,0)	11 (19,3)	2 (8,3)	1 (3,3)
HelloBetter	2 (1,7)	1 (10,0)	0	0	1 (1,7)
deprexis	48 (39,7)	0	38 (66,7)	3 (12,5)	7 (23,3)
Novego	1 (0,8)	0	1 (1,8)	0	0
Sonstiges 1	43 (35,5)	0	25 (43,9)	9 (37,5)	9 (30,0)
Sonstiges 2	12 (9,9)	0	7 (12,3)	2 (8,3)	3 (10,0)
Keins davon.	1 (0,8)	0	1 (1,8)	0	0
Art der Einbindung (Mehrfachantw.)					
Wartezeitüberbrückung	45 (37,2)	7 (70,0)	22 (38,6)	7 (29,2)	9 (30,0)
ergänzende Selbsthilfe	81 (66,9)	6 (60,0)	40 (70,2)	17 (70,8)	18 (60,0)
Integriert in Behandlung	53 (43,8)	4 (40,0)	23 (40,4)	15 (62,5)	11 (36,7)
Nachsorge	27 (22,3)	0	5 (8,8)	6 (25,0)	16 (53,3)
Hausaufgabe	49 (40,5)	4 (40,0)	21 (36,8)	12 (50,0)	12 (40,0)
Sonstiges 1	4 (3,3)	0	2 (3,5)	1 (0,8)	1 (3,3)
Sonstiges 2	0	0	0	0	0
Nichts davon.	1 (0,8)	0	0	0	0
Anzahl Patienten					
1 bis 5	65 (53,7)	6 (60,0)	30 (52,6)	15 (62,5)	14 (46,7)
6 bis 10	29 (24,0)	1 (10,0)	15 (26,3)	4 (16,7)	9 (30,0)
11 bis 15	11 (9,1)	1 (10,0)	6 (10,5)	3 (12,5)	1 (3,3)
16 bis 20	4 (3,3)	1 (10,0)	1 (1,8)	1 (4,2)	1 (3,3)
mehr als 20	12 (9,9)	1 (10,0)	5 (8,8)	1 (4,2)	5 (16,7)
Vorbereitung (Mehrfachantw.)					
Durchlesen eines Flyers	77 (63,6)	6 (60,0)	43 (75,4)	12 (50,0)	16 (53,3)
Probeweises Einloggen	82 (67,8)	6 (60,0)	36 (63,2)	21 (87,5)	19 (63,3)
Informationsfilm ansehen	36 (29,8)	4 (40,0)	15 (26,3)	9 (37,5)	8 (26,7)

Anhang 3: Ergebnisbericht AP6 T0-Befragung

Variable	Gesamt	Hausärzt:innen	Niedergelassene Fachärzt:innen (P-Fächer)	Niedergelassene Psychotherapeut:innen	Klinikärzt:innen (P-Fächer) und –teams
Angaben in N (%)	N = 121	N = 10	N = 57	N = 24	N = 30
Vorbereitende Vermerke in Patientenakte/PC	22 (18,2)	1 (10,0)	15 (26,3)	2 (1,7)	4 (13,3)
Sonstiges 1	27 (22,3)	1 (10,0)	12 (21,1)	4 (3,3)	10 (33,3)
Sonstiges 2	3 (2,5)	0	2 (3,5)	0	1 (3,3)
Nichts davon	5 (4,1)	0	2 (3,5)	0	3 (10,0)
Hilfsmittel (Mehrfachantw.)					
Übergabe Flyer	69 (57,0)	5 (50,0)	36 (63,2)	12 (50,0)	16 (57,0)
Mündliche Infos	111 (91,7)	9 (90,0)	52 (91,2)	23 (95,8)	27 (90,0)
Aufrufen der Website	37 (30,6)	5 (50,0)	14 (24,6)	7 (29,2)	11 (36,7)
Info-Video zeigen	1 (0,8)	0	0	0	1 (0,8)
Sonstiges 1	10 (8,3)	0	7 (12,3)	1 (4,2)	2 (6,7)
Sonstiges 2	1 (0,8)	0	1 (1,8)	0	0
Nichts davon	1 (0,8)	0	0	0	1 (0,8)
Aufwand für Empfehlung					
hoch	2 (1,7)	0	1 (1,8)	0	1 (3,3)
eher hoch	34 (28,1)	5 (50,0)	18 (31,6)	5 (20,8)	6 (20,0)
eher niedrig	77 (63,6)	4 (40,0)	34 (59,6)	18 (75,0)	21 (70,0)
niedrig	8 (6,6)	1 (1,0)	4 (7,0)	1 (4,2)	2 (6,7)
Interesse der Patienten					
sehr stark	0	0	0	0	0
stark	29 (24,0)	4 (40,0)	12 (21,1)	5 (20,8)	8 (26,7)
mittel	71 (58,7)	5 (50,0)	32 (56,1)	15 (62,5)	19 (63,3)
wenig	21 (17,4)	1 (10,0)	13 (22,8)	4 (16,7)	3 (10,0)
überhaupt nicht	0	0	0	0	0
Empfand den Einsatz					
sehr hilfreich	4 (3,3)	1 (10,0)	2 (3,5)	0	1 (3,3)
hilfreich	87 (71,9)	6 (60,0)	37 (64,9)	18 (75,0)	26 (86,7)
weniger hilfreich	26 (21,5)	3 (30,0)	16 (28,1)	4 (16,7)	3 (10,0)
überhaupt nicht hilfreich	4 (3,3)	0	2 (3,5)	2 (8,3)	0
Bin mit dem Einsatz					
sehr zufrieden	6 (5,0)	2 (20,0)	2 (3,6)	0	2 (6,7)
eher zufrieden	71 (59,7)	5 (50,0)	28 (50,0)	16 (69,6)	22 (73,3)
weniger zufrieden	37 (31,1)	3 (30,0)	24 (42,9)	5 (21,7)	5 (16,7)
überhaupt nicht zufrieden	5 (4,2)	0	2 (3,6)	2 (8,7)	1 (3,3)

Am häufigsten empfohlen wurde insgesamt das Online-Programm deprexis (39,7%), gefolgt vom Online-Programm moodgym (24,8%) und iFightDepression (22,3). Bei den Hausärzt:innen wurde das Programm moodgym am häufigsten eingesetzt (70%), gefolgt von Selfapy (20%) und HelloBetter (jeweils 10%). Die niedergelassenen Fachärzt:innen nannten am häufigsten deprexis (66,7%), Selfapy (19,3%) und moodgym (12,3%). Niedergelassene Psychotherapeut:innen gaben an, die Online-Programme iFightDepression (41,7%), moodgym (29,2%) sowie den TK-DepressionsCoach (16,7%) am häufigsten zu empfehlen bzw. einzubinden. Klinikärzt:innen und –teams nannten am häufigsten die Online-Programme iFightDepression (43,3%), moodgym (30%) sowie deprexis (23,3%). Unter „Sonstiges“ wurden von den Behandler:innen die Anwendungen 7Mind, ADHS-Kids, Basmos-Meditations APP, kenn-dein-limit, M-Sense, Mindable, Partner Psychiatrie, Velibra, Skills2go, Cogito, Somnio, drugcom, invirto, lebenswert, minddistrict, mindDoc App, MKT, NichtraucherHelden, OCD_Net, Pilani, Ramses, smoke free, Tebonin, Mental aktiv und Velibra sowie Achtsamkeits- und Meditationsanwendungen genannt.

Hinsichtlich der Art der Einbindung wurde von allen Behandler:innen am häufigsten die ergänzende Selbsthilfe genannt (66,9%). 43,8% gaben eine Integration in die Behandlung an und 40,5% die Einbindung als Hausaufgabe. Von den Hausärzt:innen gaben 70% die Einbindung als Wartezeitüberbrückung an, gefolgt von der ergänzenden Selbsthilfe (60%) und der Integration in die Behandlung oder als Hausaufgabe (jeweils 40%). Die niedergelassenen Fachärzt:innen gaben am häufigsten die Einbindung als ergänzende Selbsthilfe (70,2%), integriert in die Behandlung (40,4%) und als Wartezeitüberbrückung (38,6%) an. Von den niedergelassenen Psychotherapeut:innen wurden die ergänzende Selbsthilfe (70,8%), die Integration in die Behandlung (62,5%) sowie die Einbindung als

Hausaufgabe (50%) am häufigsten genannt. Klinikärzt:innen nannten als Art der Einbindung am häufigsten die ergänzende Selbsthilfe (60%), die Nachsorge (53,3%) sowie die Hausaufgabe (40%). Unter „Sonstiges“ wurden die „Auffrischung“ bekannter Inhalte, die therapeutische Begleitung im Alltag sowie die Überbrückung zur Psychotherapie angegeben.

Empfohlen hatte der Großteil der Behandler:innen (53,7%) ein Online-Programm an 1 bis 5 Patienten. Ein Viertel (24%) empfahl die Nutzung an 6 bis 10 Patienten und 12,4% an 11 oder mehr Patienten. Proportional waren die Häufigkeiten ähnlich in den einzelnen Fachgruppen verteilt. Eine Ausnahme stellen die Klinikärzt:innen dar – hier berichteten 16,7%, ein Online-Programm an mehr als 20 Patienten weiterempfohlen zu haben.

Als Vorbereitung wurde am häufigsten ein probeweises Einloggen genannt (67,8%). Auch das Durchlesen eines Flyers wurde von nahezu zwei Dritteln (63,6%) als Vorbereitung angegeben, gefolgt vom Ansehen eines Informationsfilms von 29,8% der Befragten. Die Hausärzt:innen gaben am häufigsten an, sich probeweise in das Programm eingeloggt zu haben und einen Flyer durchgelesen zu haben (jeweils 60%) sowie einen Informationsfilm angesehen zu haben (40%). Von den niedergelassenen Fachärzt:innen wurden am häufigsten das Durchlesen eines Flyers (75,4%), probeweises Einloggen (63,2%) und von jeweils 26,3% das Ansehen eines Informationsfilms sowie vorbereitende Vermerke in der Patientenakte/PC genannt. Die niedergelassenen Psychotherapeut:innen berichteten zur Vorbereitung am häufigsten, sich in das Programm probeweise eingeloggt zu haben (87,5%), einen Flyer durchgelesen zu haben (50%) sowie einen Informationsfilm angesehen zu haben (37,5%). Seitens der Klinikärzt:innen und –teams wurde am häufigsten das probeweise Einloggen (63,3%), das Durchlesen eines Flyers (53,3%) sowie das Ansehen eines Informationsfilms (26,7%) angegeben. Unter „Sonstiges“ wurden weiterhin eigene Recherchen, Fortbildungen sowie Informationen durch Kolleg:innen angegeben.

Als Hilfsmittel wurden von 91,7% mündliche Informationen angegeben 91,7%. 57% gaben an, ihren Patient:innen einen Flyer mitgegeben zu haben und 30,6% riefen die Website während der Konsultation auf. Von den Hausärzt:innen gaben 90% mündliche Informationen sowie jeweils 50% die Übergabe eines Flyers und das Aufrufen der Website als Hilfsmittel an. Seitens der niedergelassenen Fachärzt:innen wurden als häufigste Hilfsmittel von 91,2% mündliche Infos, von 63,2% die Übergabe eines Flyers 24,6% das Aufrufen der Website genannt. Die ambulanten Psychotherapeut:innen gaben an, mündliche Informationen (95,8%), die Übergabe eines Flyer (50%) sowie das Aufrufen der Website (29,2%) am häufigsten als Hilfsmittel zu nutzen. Auch bei den Klinikärzt:innen und –teams wurden mündliche Informationen (90%), Flyer (57%) und das Aufrufen der Website (36,7%) als häufigste Hilfsmittel angegeben. Weiterhin gaben Behandler:innen unter „Sonstiges“ an, den Link zum Programm per Mail an Patient:innen verschickt zu haben, die Rezeptes ausgestellt zu haben oder die Mithilfe des Kollegiums.

Insgesamt würde der Aufwand für die Empfehlung am häufigsten (63,6%) als eher niedrig eingeschätzt. Die Hälfte der Hausärzt:innen schätzte ihn als eher hoch ein (50%). Seitens der niedergelassenen Fachärzt:innen, Psychotherapeut:innen sowie der Klinikärzt:innen und –teams wurde der Aufwand größtenteils als eher niedrig eingeschätzt (59,6%, 75% und 70%).

Aus Sicht der Befragten bestünde ein überwiegend mittleres Interesse der Patienten an Online-Programmen (58,7%). In den einzelnen Fachgruppen herrschte eine ähnliche Einschätzung vor, insbesondere Hausärzt:innen gaben jedoch vermehrt (40%) ein starkes Interesse der Patienten an.

Der Einsatz von Online-Programmen wurde von den Studienteilnehmer:innen überwiegend als hilfreich empfunden (71,9%) und von 3,3% als sehr hilfreich. 21,5% beurteilten ihn als weniger hilfreich und 3,3% als überhaupt nicht hilfreich. Im niedergelassenen psychotherapeutischen und im Kliniksetting wurde der Einsatz von 75% sowie 86,7% besonders häufig als hilfreich angegeben.

Der Großteil (59,7%) der Behandler:innen zeigte sich mit dem Einsatz von Online-Programmen eher zufrieden. Im hausärztlichen Setting gaben insgesamt 70% an, eher bis sehr zufrieden mit dem Einsatz von Online-Programmen zu sein. Ähnlich hoch war die Zufriedenheit im niedergelassenen psychotherapeutischen sowie im klinischen Setting (69,6% und 80% eher oder sehr zufrieden).

Fragebogenteil für Behandelnde, die Online-Programme nicht eingesetzt oder empfohlen haben

Tabelle 6. Barrieren für den Einsatz von Online-Programmen

Variable	Gesamt	Hausärzt:innen	Niedergelassene Fachärzt:innen (P-Fächer)	Niedergelassene Psycho- therapeut:innen	Klinikärzt:innen (P-Fächer) und – teams
Angaben in N (%)	N = 304	N = 97	N = 57	N = 78	N = 72
Gründe für Nicht-Einsetzen (Mehrfachantw.)					
einfach nur vergessen	15 (5,0)	6 (6,3)	3 (5,5)	2 (2,6)	4 (5,6)
fehlendes Interesse von Seiten der Patienten	56 (18,7)	20 (21,1)	14 (25,5)	14 (17,9)	8 (11,1)
negatives Feedback von Seiten der Patienten	10 (3,3)	5 (5,3)	3 (5,5)	2 (2,6)	0
Bedenken, ob sich Patienten allein damit zurechtfinden	85 (28,3)	34 (35,8)	17 (30,9)	18 (23,1)	16 (22,2)
Unpersönlichkeit eines Online-Programmes	88 (29,3)	24 (25,3)	26 (47,3)	26 (33,3)	12 (16,7)
Zweifel an der Wirksamkeit eines Online-Programmes	66 (22,0)	17 (17,9)	18 (32,7)	23 (29,5)	8 (11,1)
Fehlendes Informationsmaterial zum Austeilen	131 (43,7)	40 (42,1)	18 (32,7)	33 (42,3)	40 (55,6)
Fehlende Zeit während einer Konsultation	55 (18,3)	24 (25,3)	16 (29,1)	6 (7,7)	9 (12,5)
Fehlende Vorbereitungszeit vor einer Konsultation	66 (22,0)	19 (20,0)	19 (34,5)	16 (20,5)	12 (16,7)
Stress durch hohes Patientenaufkommen	100 (33,3)	38 (40,0)	21 (38,2)	22 (28,2)	19 (26,4)
Unsicherheit, für welche Patienten ein Online-Programm passt	86 (28,7)	31 (32,6)	8 (14,5)	23 (29,5)	24 (33,3)
Ungenügendes Wissen über Online-Programme	228 (76,0)	78 (82,1)	34 (61,8)	66 (84,6)	50 (69,4)
Datenschutzbedenken	66 (22,0)	19 (20,0)	12 (21,8)	28 (35,9)	7 (9,7)
Sonstiges 1	46 (15,3)	3 (3,2)	9 (16,4)	15 (19,2)	19 (26,4)
Sonstiges 2	10 (3,3)	0	3 (5,5)	7 (2,3)	0
Nichts davon.	2 (0,7)	0	1 (1,8)	1 (1,3)	0
zukünftiger Einsatz					
Ich möchte sie demnächst einsetzen	59 (19,4)	18 (18,6)	8 (14,0)	15 (19,2)	18 (25,0)
ich möchte sie gar nicht einsetzen	43 (14,1)	12 (12,4)	13 (22,8)	16 (20,5)	2 (2,8)
Ich weiß es noch nicht.	202 (66,4)	67 (69,1)	36 (63,2)	47 (60,3)	52 (72,2)

Von denjenigen Studienteilnehmer:innen, die bisher kein Online-Programm zur Unterstützung ihrer Behandlung eingesetzt oder empfohlen haben, wurden als häufigste Gründe ungenügendes Wissen zu Online-Programmen (76%), fehlendes Informationsmaterial zum Austeilen (43,7%) und Stress durch ein hohes Patientenaufkommen (33,3%) genannt. Auch bei den Hausärzt:innen waren ungenügendes Wissen (82,1%), fehlendes Informationsmaterial (42,1%) und Stress durch hohes Patientenaufkommen (40%) als häufigste Gründe für das nicht-Einsetzen genannt. Bei den niedergelassenen Fachärzt:innen hingegen waren bei 61,8% ungenügendes Wissen, mit 47,3% die Unpersönlichkeit eines Online-Programms gefolgt von Stress durch hohes Patientenaufkommen (38,2%) die häufigsten Gründe. Die Niedergelassenen Psychotherapeut:innen nannten am häufigsten ungenügendes Wissen zu Online-Programmen (84,6%), fehlendes Informationsmaterial (42,3%) sowie die Unpersönlichkeit eines Online-Programms als Gründe, weswegen sie bisher noch kein Online-Programm eingesetzt hatten. Auch bei den Klinikärzt:innen und –teams waren ungenügendes Wissen zu Online-Programmen als Grund an erster Stelle (69,4%), gefolgt von fehlendem Informationsmaterial (55,6%) und Stress durch hohes Patientenaufkommen sowie fehlende Vorbereitungszeit vor einer Konsultation (je 33,3%).

Insgesamt gaben ca. zwei Drittel (66,4%) der Befragten, die Online-Programme bisher nicht eingesetzt hatten, an, noch nicht zu wissen, ob sie sie in Zukunft einsetzen würden. 19,4% gaben an, sie demnächst einsetzen zu wollen und 14,1%, sie nicht einsetzen zu wollen. Bei den Hausärzt:innen gaben 69% an, noch nicht zu wissen, ob sie Online-Programme zukünftig einsetzen wollen, 18,6% sie demnächst einsetzen zu wollen und 12,4%, sie nicht einsetzen zu wollen. Die niedergelassenen Fachärzt:innen waren sich zu 63,2% bzgl. eines zukünftigen Einsatzes noch unsicher. 22,8% gaben an, Online-Programme in Zukunft nicht einsetzen zu wollen, 14% sie demnächst einzusetzen. 60,3% der Psychotherapeut:innen gaben an, noch nicht zu wissen, ob sie Online-Programme zukünftig einsetzen wollen. Hier war der Anteil derjenigen, die Online-Programme zukünftig einsetzen wollte, und derjenigen, die sie nicht einsetzen wollten etwa gleich groß (19,2% und 20,5%). Die Klinikärzt:innen und –teams waren mit 72,2% die Gruppe, bei der am meisten noch nicht wussten, ob sie Online-Programme zukünftig einsetzen werden. Etwa ein Viertel gab an, sie zukünftig einsetzen zu wollen und 2,8%, sie nicht einsetzen zu wollen.

Literatur

- May C, Finch T. (2009) Implementing, Embedding, and Integrating Practices: An Outline of Normalization Process Theory. *Sociology*, 43(3):535-554. doi:10,1177/0038038509103208
- Norman, C. D., & Skinner, H. A. (2006). eHealth literacy: essential skills for consumer health in a networked world. *Journal of medical Internet research*, 8(2), e506.
- Soellner, R., Huber, S., & Reder, M. (2014). The concept of eHealth literacy and its measurement. *Journal of Media Psychology*.
- Venkatesh, V., Morris, M. G., Davis, G. B., & Davis, F. D. (2003). User acceptance of information technology: Toward a unified view. *MIS quarterly*, 425-478.



UNIVERSITÄT
LEIPZIG

Medizinische Fakultät

Anhang 5: Roadmap AP7

ROADMAP

Implementierung von internet- und mobilbasierten Interventionen (IMIs) zur Behandlungsunterstützung bei psychischen Symptomen



INHALTSVERZEICHNIS

IMPRESSUM

Diese Handlungsanweisung entstand im Rahmen des vom Innovationsfonds des Gemeinsamen Bundesausschuss geförderten Forschungsprojektes @ktiv_rollout (Förderkennzeichen: 01VSF19031). Sie wurde am Institut für Sozialmedizin, Arbeitsmedizin und Public Health (ISAP) der Medizinischen Fakultät der Universität Leipzig unter Beteiligung folgender Wissenschaftlerinnen verfasst:

PD Dr. Margrit Löbner
 Elena Caroline Weitzel
 Dr. Maria Schwenke
 Katja Schladitz
 Prof. Dr. Steffi Riedel-Heller, MPH



Bildnachweis

Titelseite: StockSnap uf Pixabay, Seite 6: Mika Baumeister auf Unsplash,
 Seite 10: Michael S auf Unsplash, Seite 14: charlesdeluvio auf Unsplash,
 Seite 18: jacqueline macou auf Pixabay

Zu dieser Roadmap.....	5	Literatur.....	26
Wie ist diese Roadmap entstanden?	5		
Welche konkrete Zielstellung verfolgt diese Roadmap?.....	5	Anhang.....	27
An wen richtet sich diese Roadmap?.....	5	Zielgruppenspezifische Flyerbeispiele	27
		Hausärzt:innen	28
Hintergrund	7	Niedergelassene Fachärzt:innen (P-Fächer)	30
Psychische Erkrankungen in Deutschland	7	Niedergelassene Psychotherapeut:innen	32
Psychische Gesundheit und neue digitale Behandlungsansätze.....	8	Klinikärzt:innen und -teams (P-Fächer)	34
Digitale Unterstützungsangebote in der Gesundheitsversorgung in Deutschland	10		
Bereich A: Informationsbedarfe	13		
Allgemeine Informationsbedarfe	13		
Spezifische Informationsbedarfe von Hausärzt:innen.....	14		
Spezifische Informationsbedarfe von Fachärzt:innen der P-Fächer.....	14		
Spezifische Informationsbedarfe von Psychotherapeut:innen.....	15		
Spezifische Informationsbedarfe von Behandler:innen in Kliniken	15		
Bereich B: Informationswege.....	16		
Zu ❶ Versand von Informationsmaterial (Print)	16		
Zu ❷ Weiterbildungsangebote (Präsenz und digital)	18		
Zu ❸ Newsletter (Digital)	18		
Zu ❹ Beiträge in Fachzeitschriften (Print und digital).....	20		
Zu ❺ Fachkongresse	21		
Zu ❻ Bereitstellung von Informationsmedien (Erklärfilme, Webinare).....	22		
Zu ❼ Einbindung in die Lehre.....	23		
Fazit	24		
Die Handlungsempfehlungen in Kürze und auf einen Blick.....	24		

ZU DIESER ROADMAP

Wie in vielen Lebensbereichen werden digitale Technologien auch bei gesundheitlichen Themen zunehmend relevanter. Internetquellen werden zur Recherche genutzt, und Online-Foren und soziale Netzwerke sind Orte des Austauschs zwischen Menschen mit psychischen Belastungen. Das steigende Interesse an digitalen Angeboten schlägt sich in einem wachsenden Angebot internetbasierter Unterstützungsangebote bei psychischen Symptomen nieder.

Diese Roadmap bietet eine Handlungsanleitung für eine erfolgreiche Implementierungsstrategie von internetbasierten Interventionen im Bereich psychischer Beeinträchtigungen. Sie steht für zukünftige Implementierungen von selbsthilfestärkenden, internetbasierten Programmen verschiedener Indikationen zur Verfügung.

WIE IST DIESE ROADMAP ENTSTANDEN?

Die Roadmap ist **Ergebnis eines Prozesses** unter Beteiligung von Leistungserbringer:innen aus unterschiedlichen Behandlungssettings im Rahmen des Projektes @ktiv_rollout. Hierbei wurden mithilfe von qualitativen Telefoninterviews sowie einer quantitativen Befragung Erfahrungen mit selbsthilfestärkenden internetbasierten Programmen, geeignete Vermittlungswege sowie förderliche und hinderliche Faktoren der Implementierung erhoben. Die Ergebnisse aller Projektschritte wurden synthetisiert und auf dieser Basis Handlungsempfehlungen zu Informationsbedarfen und -wegen abgeleitet. Diese wurden in einer multiprofessionellen Forschungswerkstatt durch Expert:innen konsentiert (Details können bei den Autor:innen erfragt werden).

WELCHE KONKRETE ZIELSTELLUNG VERFOLGT DIESE ROADMAP?

Ziel dieser Roadmap ist es, aufzuzeigen, wie selbsthilfestärkende internetbasierte Programme besser in die praktische Versorgung von Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen implementiert werden können. Im Fokus steht insbesondere die

Perspektive der Behandler:innen im Hinblick auf Informationsbedarfe und -wege internetbasierter Interventionen. Die Handlungsempfehlungen werden anhand eines praktischen Implementierungsprojektes illustriert.

AN WEN RICHTET SICH DIESE ROADMAP?

Einen hohen Stellenwert nimmt hierbei die zielgruppenspezifische Aufbereitung und Verbreitung von Informationen zu internetbasierten Interventionen an Fachpersonen ein. Damit soll dazu beigetragen werden, die Potentiale wirksamer digitaler Unterstützungsmöglichkeiten für Betroffene nutzbar zu machen. Die Roadmap richtet sich an alle Menschen, die in der Entwicklung, Dissemination und Implementierung von internetbasierten Interventionen in Deutschland beteiligt sind (z.B. Mitarbeitende an Universitäten, Firmen und Krankenkassen). Sie richtet sich außerdem an Mitarbeitende in der Aus- und Weiterbildung relevanter Leistungserbringer:innen im Bereich der Gesundheitsversorgung.



HINTERGRUND

PSYCHISCHE ERKRANKUNGEN IN DEUTSCHLAND

Psychische Erkrankungen sind in der deutschen Allgemeinbevölkerung weit verbreitet und einer der häufigsten Gründe für eine Frühberentung [1]. In Deutschland sind jährlich 28 % der Erwachsenenbevölkerung von einer psychischen Störung betroffen [2, 3]. Zudem ist in den letzten Jahren ein steter Zuwachs bei Krankentagen, Krankenhaustagen sowie Erwerbsminderungsrenten aufgrund von psychischen Erkrankungen zu verzeichnen [4–7].

Menschen mit psychischen Erkrankungen stehen in Deutschland ambulante, teil- und vollstationäre Versorgungsangebote sowie kurative, rehabilitative und komplementäre Angebote zur Verfügung [7, 8]. Die Behandlung erfolgt unter Beteiligung unterschiedlicher Fach- und Berufsgruppen wie Hausärzt:innen, niedergelassenen Fachärzt:innen der Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatische Medizin und Psychotherapie bzw. Nervenheilkunde (sogenannte P-Fächer), Psychotherapeut:innen, Klinikärzt:innen und ihren Teams.

Insbesondere den Hausärzt:innen kommt in der Versorgung von Menschen mit psychischen Symptomen eine zentrale Rolle zu [9]. Sie sind im Rahmen eines Stepped Care-Ansatzes oft erste Anlaufstelle im Falle einer psychischen Störung [10] und übernehmen einen relevanten Anteil in der psychiatrisch-neurologischen Versorgung [11]. Analysen zu Routinedaten aller AOK-Versicherten ab 18 Jahren zeigen, dass die Behandlung von an Depression erkrankten Patient:innen mehrheitlich (61 %) durch Hausärzt:innen erfolgt [12, 13].

Die Anzahl von Fachärzt:innen und Psychotherapeut:innen je Einwohner:in variiert stark in Abhängigkeit von alten und neuen Bundesländern, Regionen und Bevölkerungsdichte [14, 15]. Diese regionalen Unterschiede sowie lange Wartezeiten auf einen fachärztlichen oder Psychotherapietermin zählen zu den größten Herausforderungen in der Versorgung von Menschen mit einer psychischen Störung [14, 16]. Daten des Robert-Koch-Instituts (RKI) deuten darauf hin, dass pro Jahr weniger als ein Fünftel der

Erwachsenen mit psychischen Erkrankungen professionelle Hilfe aufsucht [17]. Psychiatrische, psychotherapeutische und psychosomatische Versorgungsbedarfe können gegenwärtig nicht hinreichend gedeckt werden [7]. Das zeigt sich u.a. in der Wartezeit auf eine Richtlinienpsychotherapie, welche gemäß einer bundesweiten Umfrage der Bundespsychotherapeutenkammer im Bundesdurchschnitt ca. 20 Wochen beträgt [18].

PSYCHISCHE GESUNDHEIT UND NEUE DIGITALE BEHANDLUNGSANSÄTZE

Angesichts dieser Versorgungssituation bieten innovative Ansätze unter Einbeziehung neuer Technologien großes Potential. Interventionen auf der Basis von Informations- und Kommunikationstechnologien können zur Förderung und Verbesserung der körperlichen und psychischen Gesundheit eingesetzt werden.

Internet- und mobilbasierte Interventionen (IMIs) sind digitale Programme, die Betroffenen als Internetprogramm oder App bereitgestellt werden und das Ziel haben, das Befinden der Nutzenden zu verbessern. Sie lassen sich anhand wesentlicher Merkmale in Bezug auf die technische Umsetzung, die Art der Unterstützung, die zugrundeliegende Theorie sowie das Anwendungsgebiet näher untergliedern (siehe Abbildung 1) [19].

DEFINITION

IMIs = internet- und mobilbasierte Interventionen

Liegt eine psychische Erkrankung vor, werden verschiedene Behandlungsbausteine komplementär eingesetzt. Neben somatischen Therapien (z.B. psychopharmakologischer Medikation) stellen psychotherapeutische und psychosoziale Interventionen zentrale Behandlungsbausteine dar. IMIs können in der Schnittmenge zwischen psychotherapeutischen und psychosozialen Therapien eingeordnet werden.

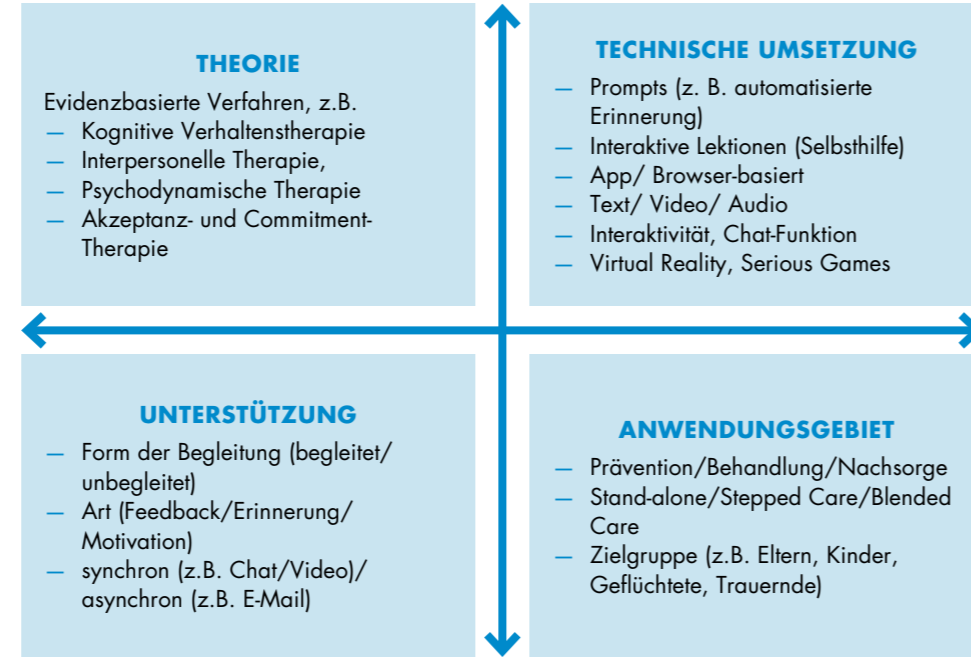
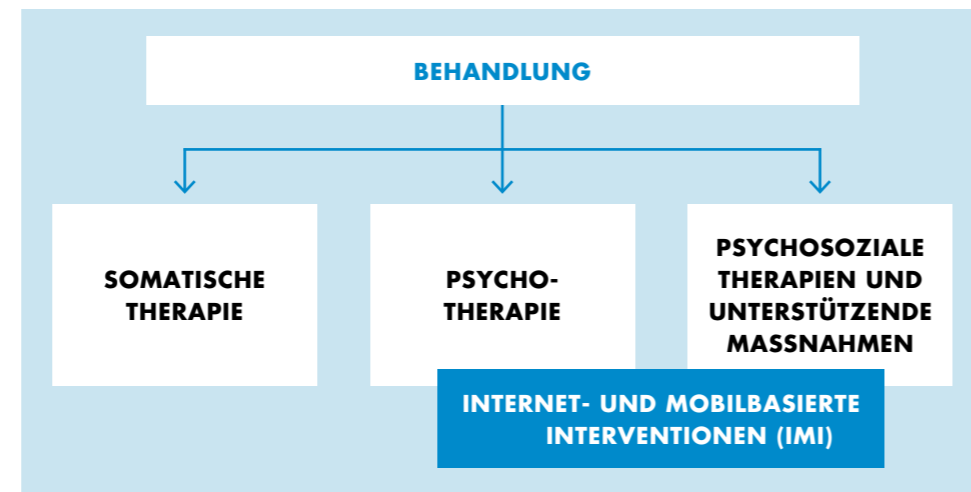


Abbildung 1. Merkmale internet- und mobilbasierter Interventionen (IMI), adaptiert nach [20] und [19].



EXKURS

Für Untergruppen von IMIs, welche spezifische Eigenschaften aufweisen, werden eigene Begrifflichkeiten verwendet:

- z.B. **„iCBT“** (internet-based Cognitive Behavioral Therapy) für Programme auf der Basis von kognitiver Verhaltenstherapie
- **„Online-Coaches“** für Programme zum Selbstmanagement
- **„Onlinetherapie“** für Therapieprogramme
- **„Smartphone-Apps“** für Programme, welche auf einem Smartphone oder Tablet installiert werden
- oder **„DiGA“** bzw. **„Apps auf Rezept“** für Anwendungen auf Basis des „Digitale-Versorgung-Gesetzes“.

Inzwischen wurden eine Vielzahl von IMIs für Menschen mit psychischen Erkrankungen entwickelt und wissenschaftlich geprüft. Beim Einsatz in traditionellen Behandlungskontexten kommt selbsthilfestärkenden, ungeleiteten IMIs eine besondere Relevanz zu. Als ungeleitete IMIs („Selbsthilfe“) werden Nutzer:innen die Programme zur selbständigen Anwendung im Sinn des Selbstmanagements zur Verfügung gestellt, ohne dass Fachpersonen im Hintergrund via Chat, E-Mail, SMS oder im Direktkontakt die Nutzung anleiten. Direkten Kontakt können und sollen die Patient:innen dann im traditionellen Behandlungskontext, in welchem die Nutzung der IMI eingebettet ist, erhalten. In Abgrenzung dazu werden Interventionen, die durch den Nutzer mithilfe professioneller Anleitung durchgeführt werden, als geleitete Programme bezeichnet.

VORTEILE VON IMIS

- Örtlich und zeitlich flexibel einsetzbar
- Unbegrenzte Verfügbarkeit
- Selbstmanagementansatz
- kann Empowerment und Selbstwirksamkeit stärken

Sowohl geleitete als auch unbegleitete IMIs bieten zahlreiche Vorteile und Chancen gegenüber herkömmlichen Unterstützungsangeboten [21]. Durch die niedrighschwellige Möglichkeit zur eigenständigen, örtlich und zeitlich flexiblen Anwendung stellen sie eine sinnvolle Option für Menschen dar, für die klassische Behandlungsangebote nicht verfügbar oder nutzbar sind. Sie können so Betroffene in besonderen Situationen erreichen, z.B. bei Vorliegen von körperlichen Einschränkungen oder in psychotherapeutisch unterversorgten Regionen [22, 23]. Zudem haben sie durch den Selbstmanagementansatz das Potential zur Stärkung des Empowerments und der Selbstwirksamkeit. Sie können den Aktivitätsaufbau fördern und Ressourcen stärken. Ein weiterer Vorteil besteht in der unbegrenzten Verfügbarkeit angesichts ungedeckter Versorgungsbedarfe durch lange Wartezeiten auf einen ambulanten Psychotherapieplatz sowie einer geringeren Versorgungsdichte im ländlichen Raum [24]. Häufig wirkt die Möglichkeit der anonymen Nutzung der Angst vor Stigmatisierung auf Seiten der Betroffenen entgegen.

Demnach können IMIs einen wirksamen komplementären Behandlungsbaustein zur Unterstützung bei psychischen Symptomen darstellen.

Die Wirksamkeit von IMIs sowie die generelle Nutzungsbereitschaft aus der Perspektive von Patient:innen und Expert:innen ist bestätigt [25]. Daher werden IMIs inzwischen in fachlichen Leitlinien zur Behandlung bei psychischen Störungen als Ergänzung zu herkömmlichen Therapien empfohlen. In die Routinebehandlung von Patient:innen finden IMIs bisher jedoch selten Eingang [22]. Dies kann zu einem wesentlichen Teil auf die mangelnde Kenntnis solcher Angebote unter Betroffenen und Behandler:innen zurückgeführt werden [26]. Implementierungsstudien und -maßnahmen können hier ansetzen und einen wesentlichen Beitrag dazu leisten, IMIs zur Förderung und Verbesserung der psychischen Gesundheit einer breiten Bevölkerung zugänglich zu machen und damit die Versorgungssituation bei psychischen Erkrankungen zu verbessern.

Da gerade Behandler:innen eine wichtige Funktion hinsichtlich gesundheits- und behandlungsbezogener Einstellungen gegenüber neuen Interventionen einnehmen [27], sollten Implementierungsbemühungen eine breitere Kenntnis wirksamer IMIs insbesondere unter Fachpersonen aus der Versorgung von Menschen mit psychischen Symptomen anvisieren. Dazu muss ein besserer Transfer wissenschaftlicher Erkenntnisse und Entwicklungen in die Praxis erfolgen.



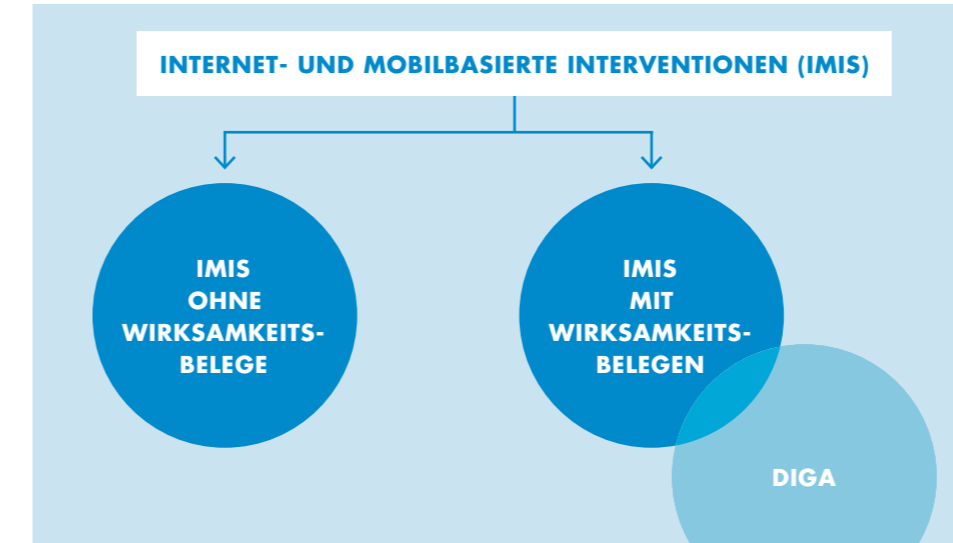
DIGITALE UNTERSTÜTZUNGSANGEBOTE IN DER GESUNDHEITSVERSORUNG IN DEUTSCHLAND

Die Empfehlungen im Rahmen dieser Roadmap beziehen sich auf die gegenwärtige Versorgungssituation in Deutschland, unter Berücksichtigung von Herausforderungen und Barrieren für die Implementierung von IMIs.

Im Rahmen einer Task-Force der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN) wurden Qualitätskriterien entwickelt, anhand derer verfügbare IMIs evaluiert werden können, um eine Orientierung angesichts der großen und schwer zu überschauenden Vielfalt an Angeboten zu erhalten [28].

Auch auf Ebene der gesetzlichen Rahmenbedingungen wurde in Deutschland der Weg für einen breiteren Einsatz von digitalen Technologien im Gesundheitswesen geebnet. Am 19. Dezember 2019 ist das „Digitale-Versorgung-Gesetz“ in Kraft getreten. Dieses regelt unter anderem die Zulassung und Kostenerstattung von sogenannten Digitalen Gesundheitsanwendungen (DiGA) durch die Gesetzlichen Krankenkassen. Für digitale Unterstützungsangebote im Bereich Gesundheit kann, sofern sie als Medizinprodukt zertifiziert sind, eine Zulassung als DiGA beantragt werden. Als DiGA zugelassene Online-Anwendungen werden im DiGA-Verzeichnis (www.diga.bfarm.de) gelistet und können als „App auf Rezept“ von Ärzt:innen und Psychotherapeut:innen an Patient:innen verschrieben werden. Bei vorliegender Diagnose können Betroffene auch eigenständig den Zugang zu einer DiGA bei der GKV beantragen. Im Bereich Psyche werden inzwischen einige DiGA bereitgestellt, deren Kosten von den gesetzlichen Krankenversicherungen (GKV) übernommen werden.

Neben von den gesetzlichen Krankenkassen bezahlten DiGA gibt es kostenfreie IMIs. Für eine Vielzahl an psychischen Indikationen liegen inzwischen wissenschaftlich entwickelte, wirksame IMIs vor, die Nutzer:innen kostenfrei anwenden können. Beispiele sind das iFightDepression-Tool der European Alliance of Depression, welches Behandelnde nach einer Schulung kostenfrei für ihre Patient:innen freischalten können. Auch aus Kooperationen universitärer Einrichtungen und Gesetzlicher Krankenkassen sind kostenfreie, wissenschaftlich fundierte Anwendungen entstanden, wie der



TK-DepressionsCoach und moodgym. Durch die ohnehin kostenfreie Bereitstellung und freie Nutzung für alle (moodgym) bzw. Versicherte der kooperierenden GKV (TK-DepressionsCoach) ist eine Verschreibung als DiGA nicht erforderlich.

Zusätzlich gibt es inzwischen unzählige kommerzielle Apps, die eine Verbesserung des psychischen Wohlbefindens versprechen. Da bei einem Großteil dieser Interventionen der Nutzen und die Sicherheit bisher nicht nachgewiesen wurden, sind hier vor einer Implementierung in die Praxis Studien zur Wirksamkeit und Unschädlichkeit unerlässlich. Nicht alle IMIs wurden auf ihre Wirksamkeit überprüft. Im Fall der DiGA ist der Nachweis der Wirksamkeit Teil des Zulassungsprozesses, jedoch kann dieser während der vorläufigen Zulassung nachgereicht werden und muss nicht von Anfang an bereits vorliegen.

Damit wirksame und sichere IMIs bestehende Behandlungsangebote in der Routineversorgung sinnvoll ergänzen können, sind Implementierungsmaßnahmen erforderlich (Abbildung 2). Dies betrifft DiGA und kostenfreie, frei zugängliche IMIs gleichermaßen.

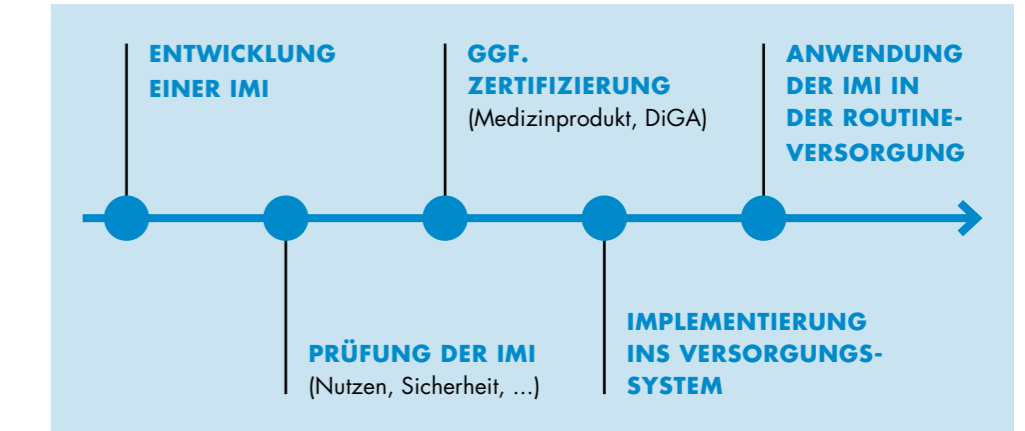


Abbildung 2. Von der Entwicklung einer IMI zum Einsatz in der Praxis.

Abbildung 3 zeigt verschiedene Anwendungsformen von IMIs auf. So können IMIs eine Möglichkeit sein, die Wartezeit bis zur Behandlung zu überbrücken und mit psychotherapeutischen Themen bereits beim Warten auf einen Termin in Kontakt zu treten. Auch im Anschluss an eine Behandlung kann die Anwendung einer IMI gelernte Inhalte festigen und der Rückfallprophylaxe dienen. Auch können sie eine hausärztliche oder psychiatrische Behandlung durch die Vermittlung psychoedukativer und psychotherapeutischer Inhalte sinnvoll ergänzen oder aktiv in eine psychotherapeutische Behandlung eingebunden werden („Blended care“).

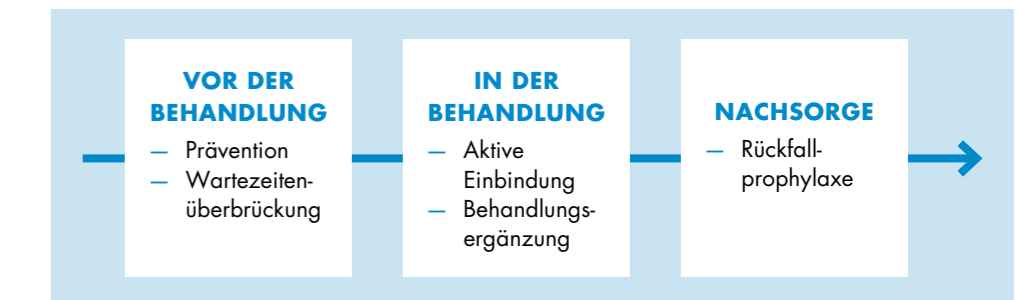


Abbildung 3. Einbindung von IMI in die Behandlung von Menschen mit psychischen Symptomen.

Ein weiteres Anwendungsfeld für IMIs besteht im Sinne der „Stepped care“ als erste Intervention bei Vorliegen von milden psychischen Symptomen. Auch bei zeitweiliger psychischer Belastung oder Symptomen, welche nicht das Vollbild einer psychischen Störung erfüllen, können IMIs eingesetzt werden, um das psychische Befinden zu verbessern und das Selbstwirksamkeitserleben zu stärken. Praktische Anwendungskontexte sind beispielsweise Präventionsangebote im Rahmen des betrieblichen Gesundheitsmanagements, Beratungsstellen für Menschen in psychosozialen Problemlagen oder auch die Versorgung von Menschen mit körperlichen Erkrankungen, welche häufig mit einem beeinträchtigten psychischen Befinden einhergehen.

Für eine Einbettung von IMIs in bestehende Versorgungsstrukturen ist es notwendig, Fachpersonen über die Anwendungsmöglichkeiten von IMIs zu informieren und Kenntnisse zu solchen Anwendungen zu verbreitern. Die in Abbildung 4 gezeigten Schritte können dabei eine Hilfestellung bieten.



Abbildung 4. Schritte zur Implementierung von IMIs zur Unterstützung von Menschen mit psychischen Erkrankungen.

Um die Schritte der Informationsdissemination zu veranschaulichen, werden die Handlungsempfehlungen der Roadmap nachfolgend exemplarisch anhand von Informationsmaterialien und Standbildern aus Erklärfilmen zu der IMI moodgym dargestellt.

BEREICH A: INFORMATIONSBEDARFE






HANDLUNGSEMPFEHLUNGEN

→ **WIR EMPFEHLEN** Die Handlungsempfehlungen werden blau und fettgedruckt hervorgehoben.

Die Roadmap gliedert sich in zwei Teile auf: Teil A beschreibt die Informationsbedarfe aus Sicht der Behandler:innen, Teil B die Informationswege.

EXKURS: MOODGYM

- Kostenlose, anonym nutzbare und frei zugängliche IMI zur Prävention und Reduktion leichter bis mittlerer depressiver Symptomatik (www.moodgym.de).
- Symptomreduktion in der hausärztlichen Routineversorgung wissenschaftlich nachgewiesen [17].
- 5 Module zur eigenständigen Durchführung mit psychoedukativen und Übungsanteilen auf der Basis von kognitiver Verhaltenstherapie:

	GEFÜHLE	– Verzerrte Wahrnehmung Situationen – negative Emotionen ...	Übung: z.B. Emotionen protokollieren
	GEDANKEN	– Dysfunktionale Gedanken erkennen – verzerrte Ansprüche ...	Übung: z.B. Aktivitätenprotokoll
	ALTERNATIVE GEDANKEN ENTWICKELN	– Dysfunktionale Gedanken bearbeiten – Selbstwahrnehmung ...	Übung: z.B. Gedanken auflisten
	WEG MIT DEM STRESS	– Psychoedukation Stress – Stressoren ...	Übung: z.B. Entspannungsübung
	BE-ZIEHUNGEN	– Bewältigung von Trennungen ...	Übung: z.B. Tagebuch über Konflikte

ALLGEMEINE INFORMATIONSBEDARFE

Für Behandelnde ist es angesichts der verschiedenen Zugangsvoraussetzungen und vielfältigen, qualitativ variierenden Angebote an IMIs oft schwer, einen Überblick zu behalten und eine geeignete Intervention für ihre individuellen Patient:innen auszuwählen. Zudem fehlt im Berufsalltag oft die Zeit, sich umfassend in das Thema einzulesen. Die Einbeziehung von IMIs in die Behandlungen darf daher Behandler:innen keinen Mehraufwand bereiten. Optimal angepasstes Informationsmaterial, welches die Informationsbedarfe von Behandler:innen in Kürze stillt, ist essentiell.

→ **WIR EMPFEHLEN** daher, bei der Bereitstellung von Informationen zu IMIs auf eine übersichtliche und klare Aufbereitung der wesentlichen Punkte Wert zu legen. Neben der Indikation und der inhaltlichen Beschreibung der Intervention sollten die Qualifikation der Entwicklergruppe, Wirksamkeitsnachweise und Anbieter der Intervention deutlich werden, um sich von unseriösen Angeboten abzuheben.

Anhaltspunkte für notwendige Informationen zur Beschreibung einer Intervention bieten die rechts aufgelisteten Qualitätskriterien der DGPPN [28]. Diese Aspekte können auch für die Aufbereitung von Informationen zu IMIs für Fachgruppen eine Richtlinie sein.

→ **WIR EMPFEHLEN**, dass allgemeine Vorteile und Potentiale von IMIs direkt benannt werden sollten.

Dies umfasst beispielsweise die Möglichkeit, IMIs niedrigschwellig, räumlich und zeitlich flexibel sowie anonym zu nutzen, sowie das Potential, das Empowerment und das Selbstwirksamkeitserleben von Patient:innen zu stärken.

QUALITÄTSKRITERIEN DER DGPPN

- Indikation
- Beschreibung der Intervention
- Qualifikation
- Wirksamkeit
- Patientensicherheit
- Datenschutz und Datensicherheit
- Kosten
- Integration in die Versorgung

→ **WIR EMPFEHLEN** darzustellen, wie ein Einsatz in der Praxis erfolgen kann und welche spezifischen Anwendungsmöglichkeiten es gibt.

Hierbei sollten die vielfältigen Einbindungsmöglichkeiten durch verschiedene Fachgruppen aufgeführt werden, wie z.B. die Überbrückung von Wartezeit, Auslagerung und Vertiefung psychoedukativer Inhalte oder Einbeziehung digitaler Übungselemente in die ambulante Therapie. Um einen Einsatz für Behandler:innen zu erleichtern, sollten Anwendungsbeispiele für das jeweilige Fachgebiet konkretisiert werden. Daher sollten zielgruppenspezifische Informationsmaterialien für verschiedene Kontexte der ambulanten und stationären Versorgung entwickelt werden (z.B. Versionen speziell für Hausärzt:innen, für ambulante Psychotherapeut:innen oder Fachärzt:innen sowie für Klinikteams). Diese haben ergänzend zu den allgemeinen Informationsbedarfen spezifische Bedarfe, die nachfolgend in Tabelle 1 zusammengefasst dargestellt und anschließend erläutert werden.

HAUSÄRZT:INNEN

- Empfehlung als qualifizierte Selbsthilfe sowie als sofort nutzbares niedrigschwelliges unterstützendes Angebot
- Empfehlung an Wartelistenpatient:innen

NIEDERGELASSENE FACHÄRZT:INNEN (P-FÄCHER)

- Psychoedukation (Vertiefung und Nachschlagen von Informationen)
- Therapieaufgaben und Übungen (bei psychotherapeutisch tätigen Fachärzt:innen)
- Empfehlung an Wartelistenpatient:innen oder als Nachsorge

NIEDERGELASSENE PSYCHO-THERAPEUT:INNEN

- Psychoedukation (Vertiefung und Nachschlagen von Informationen)
- Therapieaufgaben/ Übungen (z.B. Bearbeitung eines Moduls, Tagesplan, Gedankenstrukturierung, Entspannung)
- Empfehlung an Wartelistenpatient:innen

KLINIKÄRZT:INNEN UND TEAMS

- Psychoedukation (Vertiefung und Nachschlagen von Informationen)
- Niedrigschwelliges Angebot zwischen Therapiesitzungen
- Therapieaufgaben/ Übungen
- Nachsorge

Tabelle 1. Spezifische Informationsbedarfe/Anwendungsbeispiele im Versorgungssetting nach Behandler:innengruppe.

SPEZIFISCHE INFORMATIONSBEDARFE VON HAUSÄRZT:INNEN

Hausärzt:innen haben häufig eine hohe Arbeitsbelastung und durch das hohe Patient:innenaufkommen wenig Zeit. Insbesondere in dieser Berufsgruppe ist der Wunsch groß, Betroffenen etwas an die Hand geben zu können, was diese als erweiterte Form der Selbsthilfe zusätzlich zur hausärztlichen Behandlung bzw. beim Warten auf die psychiatrische oder psychotherapeutische Mitbehandlung niedrigschwellig und ergänzend nutzen können.

→ **WIR EMPFEHLEN** daher, dass eine zugeschnittene Informationsvermittlung praxisnahe Einblicke bietet sowie den geringen Aufwand der Empfehlung darstellen sollte.



Als weitere wichtige Nutzungskriterien für Hausärzt:innen sollten die Qualifikation der Entwicklergruppe, Transparenz über Kosten bzw. Kostenfreiheit für Patient:innen sowie der gewährleisteteste Datenschutz herausgestellt werden.

SPEZIFISCHE INFORMATIONSBEDARFE VON FACHÄRZT:INNEN DER P-FÄCHER

In der spezialisierten ambulanten fachärztlichen Versorgung (P-Fächer) liegen Potentiale von IMIs insbesondere in der Vertiefung psychoedukativer Inhalte, der Einbindung einzelner Inhalte und Übungen im Sinne eines Blended-Care-Ansatzes in die eigene fachärztliche Arbeit, der ergänzenden Selbsthilfe und der Empfehlung an Patient:innen auf der Warteliste bzw. als Nachsorge.

der Vertiefung psychoedukativer Inhalte, der Einbindung einzelner Inhalte und Übungen im Sinn eines Blended-Care-Ansatzes in die eigene therapeutische Arbeit.

→ **WIR EMPFEHLEN** daher, dieser Berufsgruppe einen kostenfreien Testzugang bereitzustellen, um eine inhaltliche Arbeit mit Übungen und Modulen der IMI zu ermöglichen, sowie geeignete Inhalte der IMI für Blended Care-Therapie in Informationsmaterialien beispielhaft vorzustellen.

SPEZIFISCHE INFORMATIONSBEDARFE VON BEHANDLER:INNEN IN KLINIKEN

Im stationären Kontext liegen relevante Anwendungsfelder von IMIs in der Nachsorge und der Psychoedukation. Es kann vorkommen, dass Patient:innen stärkere Beeinträchtigungen z.B. im Hinblick auf die Konzentration oder eine Überforderung erleben.

→ **WIR EMPFEHLEN**, die Indikation und Anwendungsvoraussetzungen der IMI zu betonen (z.B. hinsichtlich der Ausprägung der psychischen Symptomatik). Auch technische Voraussetzungen und Aspekte der Nutzung sollten vor dem Hintergrund einer Integrierbarkeit von IMIs in den Klinikalltag herausgestellt werden.

Im stationären Setting liegen die Potentiale von IMIs in der Vertiefung psychoedukativer Inhalte, der Einbindung einzelner Inhalte und Übungen im Sinn eines Blended-Care-Ansatzes in die eigene therapeutische Arbeit, als niedrigschwelliges Angebot zwischen Therapiesitzungen sowie als Nachsorge nach der stationären Entlassung.

→ **WIR EMPFEHLEN** daher, dieser Berufsgruppe einen kostenfreien Testzugang bereitzustellen, um eine inhaltliche Arbeit mit Übungen und Modulen der IMI zu ermöglichen, sowie geeignete Inhalte der IMI für Blended Care-Therapie in Informationsmaterialien beispielhaft vorzustellen. Der optionale Einsatz von IMIs zur Nachsorge sollte dargestellt werden.

→ **WIR EMPFEHLEN** daher, entsprechende Inhalte und Anwendungsgebiete der IMI beispielhaft vorzustellen und Behandelnden einen kostenfreien Testzugang zur Intervention anzubieten.

SPEZIFISCHE INFORMATIONSBEDARFE VON PSYCHOTHERAPEUT:INNEN

Für niedergelassene Psychotherapeut:innen sind inhaltliche Aspekte der IMIs relevante Informationen. Da neben der Empfehlung an Patient:innen auf der Warteliste IMIs im Kontext Psychotherapie auch aktiv in die Behandlung integriert werden können, wird es aus Perspektive der Psychotherapeut:innen als Vorteil gesehen, IMIs und ihre Anwendung kennen zu lernen. Auch diese Berufsgruppe sieht Potentiale von IMIs in

BEREICH B: INFORMATIONSWEGE

Zwei wichtige Voraussetzungen, um IMIs Patient:innen empfehlen zu können, ist das Wissen um geeignete Programme im psychiatrischen Spektrum sowie die Verfügbarkeit geeigneter Informationsmaterialien. Informationen zu IMIs sollten daher möglichst breit und unter Nutzung verschiedener Vermittlungswege disseminiert werden.

→ **WIR EMPFEHLEN** daher für die vier relevanten Fachgruppen aus der Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen die folgenden sieben Vermittlungswege.

Diese werden in Tabelle 2 aufgeschlüsselt und nachfolgend im Detail erklärt. Über diese Vermittlungswege können die spezifischen Informationsbedarfe (siehe Teil A) der Fachgruppen zielgruppenspezifisch adressiert werden.

NR	VERMITTLUNGSWEG
1	Versand von Informationsmaterial (Print)
2	Weiterbildungsangebote (Präsenz und digital)
3	Newsletter (Digital)
4	Beiträge in Fachzeitschriften (Print und digital)
5	Fachkongresse
6	Bereitstellung von Informationsmedien (Erklärfilme, Webinare)
7	Einbindung in die Lehre

Tabelle 2. Zielgruppenspezifische Vermittlungswege

ZU 1 VERSAND VON INFORMATIONSMATERIAL (PRINT)

Da die Digitalisierung in Deutschland gegenwärtig noch nicht vollumfänglich umgesetzt ist, kommt postalisch zugesandten Informationsmaterialien nach wie vor eine zentrale Bedeutung zu.

→ **WIR EMPFEHLEN** daher den Versand von Flyern über IMIs direkt an die Tätigkeitsstätten von Behandler:innen, um einen guten Transfer in die Versorgungspraxis zu ermöglichen.

Für das Kliniksetting kann der Versand von Informationsflyern für Patient:innen und Behandler:innen gebündelt an psychiatrische, psychosomatische und rehabilitative Einrichtungen erfolgen.

→ **WIR EMPFEHLEN** die Erstellung von übersichtlichen, ansprechenden Informationsflyern für die Behandler:innen.

Die Informationsflyer sollten den Behandler:innen **Indikation und Zielstellung der IMI, Vorteile der Anwendung sowie zentrale Informationen und Rahmenbedingungen** (z.B. Kosten und Zugangsbedingungen für Nutzer:innen) übersichtlich aufbereitet bereitstellen. Die Informationsflyer sollten **professionell, übersichtlich, schlicht und mit ansprechendem Bildmaterial** gestaltet werden und sich von Werbematerial abheben. Es sollte ein Verweis bereitgestellt werden, auf welchem Weg man **Zugang zur IMI** erhalten kann (z.B. ein Link oder QR-Code zu einem Testzugang oder Informationen darüber, wie man einen Zugang anfragen kann).

Abbildung 5 und 6 zeigen beispielhaft einen Informationsflyer für moodgym für den Versand an Hausärzt:innen. Ein **Logo** der Dachorganisation (Universität Leipzig)

verdeutlicht die Qualifikation und Herkunft. Weitere beteiligte Institutionen werden im **Impressum** transparent aufgeführt. Im linken Teil des Informationsflyers befinden sich **Informationen zu den Modulen** des Programms, die Behandler:innen eine Übersicht über Programminhalte und -ablauf geben. Es wird auf die Möglichkeit, das Programm **selbst auszuprobieren**, hingewiesen. Auf der Rückseite werden **generelle Informationen zum Einsatz** von IMIs in der Behandlung von Menschen mit psychischen Erkrankungen dargestellt, **Programm und die Zielstellung** klar beschrieben sowie **Vorteile**

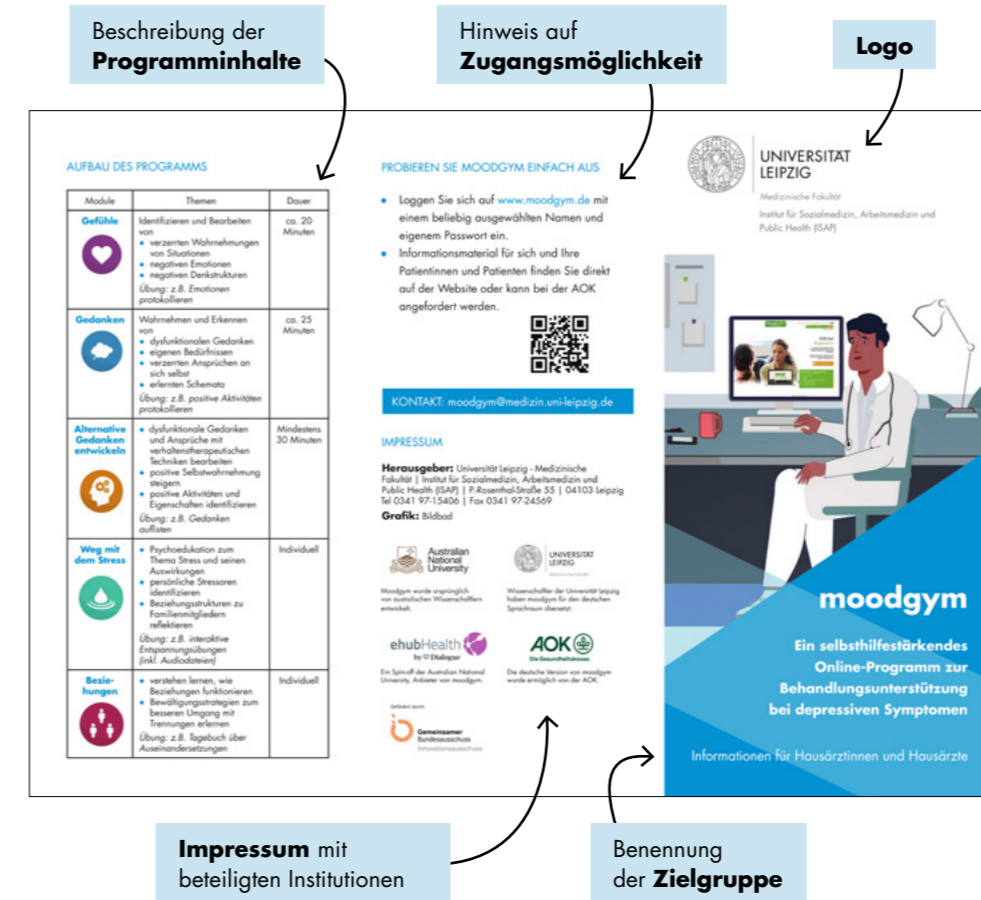


Abbildung 5. Informationsflyer für Hausärzt:innen (Seite 1).

und **Anwendungsmöglichkeiten** der IMI im spezifischen Setting aufgezeigt. **Rahmenbedingungen** (Zugangsmöglichkeiten, Datenschutz und etwaige anfallende Kosten) sind ebenfalls aufgeführt. Beispiele befinden sich im Anhang.

→ **WIR EMPFEHLEN**, die Informationsmaterialien partizipativ mit Vertreter:innen der Behandler:innen-Zielgruppen zu entwickeln.

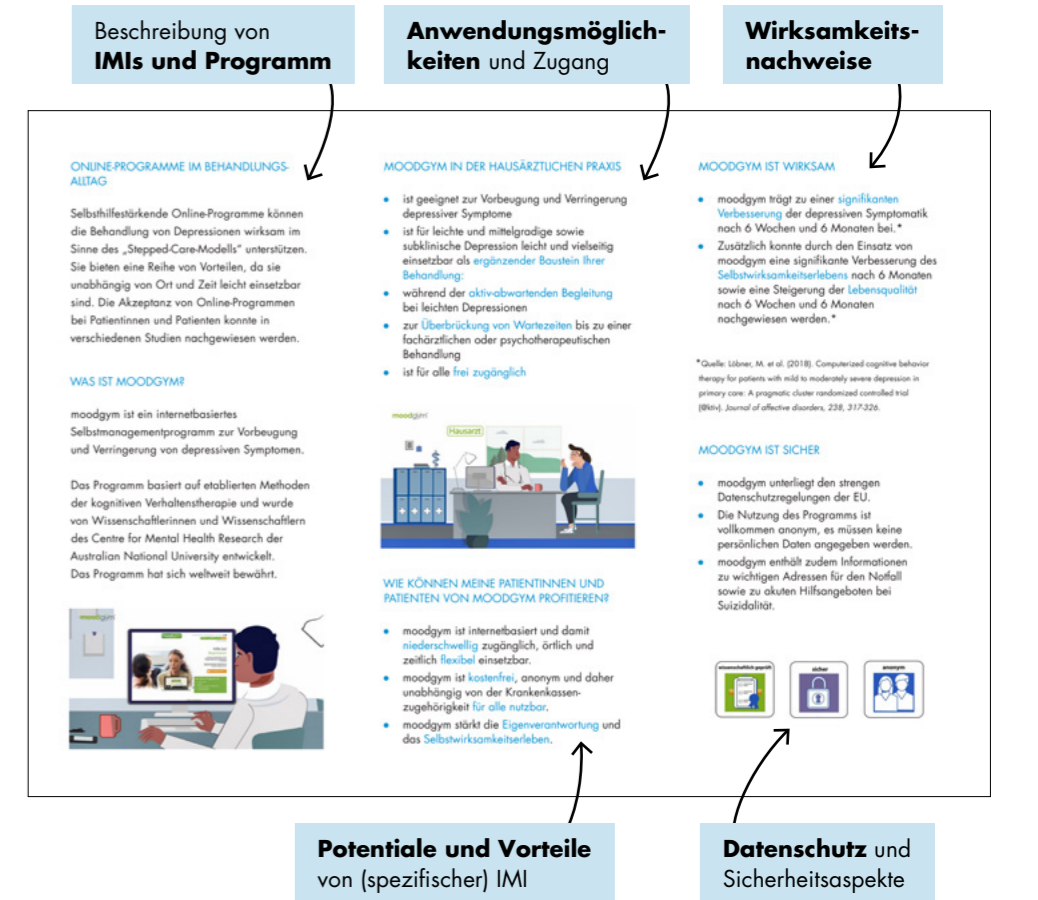


Abbildung 6. Informationsflyer für Hausärzt:innen (Seite 2).

So kann sichergestellt werden, dass sich der Informationsflyer auf den Kenntnisstand in der Fachgruppe bezieht und für die Fachgruppe relevante Entscheidungskriterien adressiert werden. Konkrete Anwendungsmöglichkeiten in verschiedenen Behandlungskontexten können so optimal integriert werden.

→ **WIR EMPFEHLEN**, den Behandler:innen angepasste Informationsmaterialien zur Weitergabe an Patient:innen im Behandlungskontext zur Verfügung zu stellen (z.B. Patient:innenflyer und –broschüren, Visitenkärtchen zum Programm und Link zu Erklärfilmen).

ZU 2 WEITERBILDUNGSANGEBOTE (PRÄSENZ UND DIGITAL)

Das Angebot kostenfreier Weiterbildungsveranstaltungen für Ärzt:innen und Psychotherapeut:innen zu IMIs kann die fachliche Weiterbildung fördern.

→ **WIR EMPFEHLEN** niedrigschwellig zugängliche, praxisnahe, kostenfreie Informationsformate für Behandler:innen (z.B. mit CME-Zertifizierung).

Aufgrund der hohen Arbeitsbelastung der Fachpersonen sollte darauf geachtet werden, Informationsveranstaltungen **niedrigschwellig** und gut erreichbar anzubieten in Präsenz, digital oder hybrid. **Online-Veranstaltungen oder Webinare** erhöhen die Reichweite. Als **Anreiz** empfiehlt sich eine Anrechenbarkeit bei der Kassenärztlichen Vereinigung als **CME-zertifizierte Weiterbildungsveranstaltung** für Ärzt:innen und Psychotherapeut:innen. Auch die DGPPN bietet in Kooperation mit der DGPs das CME-zertifizierte Online-Curriculum „Digitale Psychotherapie“ an, in welchem Fachwissen zu digitalen Informationen vermittelt wird (www.dgppn-akademie.de/workshop-digitale-psychotherapie-dgppn/).

Den Informationsbedarfen (Teil A) der Behandler:innen sollte Rechnung getragen werden: **Rahmenbedingungen des Einsatzes** von IMI in der Versorgung sollten erläutert werden, insbesondere auch **gesetzliche Regelungen** (wie beispielsweise die Verschreibung von DiGA und die Kostenerstattung durch die GKV). Die **Rolle von IMIs in der Routineversorgung** sollte klar definiert und die komplementäre, ergänzende Funktion zu

etablierten Behandlungsbausteinen verdeutlicht werden. **Fachbegriffe** (z.B. IMI oder DiGA) sollten definiert, voneinander abgegrenzt und einheitlich verwendet werden. Aktuelle **wissenschaftliche Studien** zur Wirksamkeit und zur Sicherheit von IMIs sollten einbezogen werden. Insgesamt sollten Weiterbildungsangebote zu IMIs **praxisnah** gestaltet werden. Es sollten **spezifische Anwendungsmöglichkeiten** einer beispielhaften IMI für Behandler:innen vorgestellt und **Einblicke in das Programm** interaktiv ermöglicht werden. Auch sollte ausreichend Raum für Diskussion und Fragen geschaffen werden.

→ **WIR EMPFEHLEN**, Informationen zu Weiterbildungsangeboten breit zu streuen.

Informationen über Weiterbildungsangebote können über **Newsletter** (z.B. Kliniknewsletter), auf **Websites oder in Form von Flyern** verbreitet werden. Eine Einbindung in bereits bestehende Fortbildungsreihen (z.B. im Rahmen von universitären Kolloquien) ist sinnvoll. Spezifisch für den Klinikkontext können **klinikerinterne Weiterbildungsveranstaltungen** angeboten werden. Diese können zudem spezifische Informationsbedarfe von Klinikärzt:innen und deren Teams adressieren, wie die Integrierbarkeit von IMIs in den Stationsalltag oder die Indikation je nach Schweregrad der Erkrankung. Auch ein Einbezug **psychosozialer Einrichtungen** wie Beratungsstellen oder der organisierten **Selbsthilfe** über Betroffenen- und Angehörigenverbände ist vielversprechend, da hier Fachpersonen wie Betroffene gleichermaßen angesprochen werden können.

ZU 3 NEWSLETTER (DIGITAL)

Newsletter stellen einen weiteren Vermittlungsweg der zielgruppenspezifischen Implementierung dar.

→ **WIR EMPFEHLEN**: Da Fachpersonen im Gesundheitswesen häufig bereits eine Vielzahl an Rundmails erhalten, empfehlen wir, die Einbettung der Informationen zur IMI in einen bestehenden Newsletter anzuvisieren.

Von Klinikärzt:innen und Personal werden besonders Kliniknewsletter gelesen. Haus- und niedergelassene Fachärzt:innen der P-Fächer informieren sich hingegen eher über Newsletter der Kassenärztlichen Vereinigung, des Ärzteblatts und über Qualitätszirkel.

FACHZEITSCHRIFT WEBSITE (STAND 03/2023)

Hausärzt:innen

(länderspezifische) Qualitätszirkel www.kbv.de/html/qualitaetszirkel.php

(länderspezifische) Kassenärztliche Vereinigung www.kbv.de/html/432.php

Ärzteblatt www.aerzteblatt.de

Der Hausarzt www.hausarzt.digital

niedergelassene Fachärzt:innen (P-Fächer)

(länderspezifische) Kassenärztliche Vereinigung www.kbv.de/html/432.php

(länderspezifische) Qualitätszirkel www.kbv.de/html/qualitaetszirkel.php

Psychotherapeut:innen

Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie (DGVT) www.dgvt.de

Berufsverband Deutscher Psychologinnen und Psychologen (BDP) www.bdp-verband.de

Deutsche Psychotherapeuten-Vereinigung(DPTV) www.dptv.de

Landesgruppen der DPTV www.dptv.de/die-dptv/landesgruppen

Gesellschaft für Neuropsychologie (GNP) www.gnp.de

Klinikärzt:innen und -teams (P-Fächer)

Unikliniken www.uniklinika.de

Helios www.helios-gesundheit.de

sana www.sana.de

Asklepios www.asklepios.com

Schön Kliniken www.schoen-klinik.de

Tabelle 3. Zielgruppenspezifische Newsletter

Relevante Informationen für Psychotherapeut:innen finden sich in länderspezifischen Newslettern der Deutschen Psychotherapeutenvereinigung sowie in Rundmails von Aus- und Weiterbildungsinstituten. Auch Fachverbände wie die DGPPN oder DGSMPP und Klinikverbände verschicken regelmäßig Newsletter, die von breiten Kreisen in der Versorgungspraxis gelesen werden. Tabelle 3 zeigt exemplarisch auf, welche Fachverbände in den jeweiligen Zielgruppen Newsletter versenden.

→ **WIR EMPFEHLEN**, allgemeine Informationen zu IMIs und zur spezifischen IMI aufzubereiten, sowie über Rahmenbedingungen der Anwendung in der klinischen Versorgung (Zugang, Kosten, Indikation) zu informieren.

Innerhalb der Newsletter sollten Verweise auf weiterführende Informationen zur IMI gegeben werden. Auch das Anhängen eines Flyers im PDF-Format kann Newsletter-Informationen sinnvoll ergänzen.

ZU 4 BEITRÄGE IN FACHZEITSCHRIFTEN (PRINT UND DIGITAL)

Für die Implementierung einer IMI kommen Wirksamkeitsnachweisen in Form von klinischen Studien eine hohe Bedeutung zu.

→ **WIR EMPFEHLEN**, die Ergebnisse von randomisiert-kontrollierten Wirksamkeitsstudien in renommierten Fachpublikationen mit peer review-Verfahren zu veröffentlichen, um einem hohen wissenschaftlichen Standard gerecht zu werden.

→ **ERGÄNZEND EMPFEHLEN** wir, Beiträge in deutschsprachigen Fachzeitschriften mit hohem Praxisbezug zu veröffentlichen, die in der Versorgung häufig gelesen werden.

Beispiele hierfür sind die Psychiatrische Praxis, Kerbe, das Ärzteblatt, der Nervenarzt, Doctors today, die neuro Depesche und die praxis Depesche. Diese veröffentlichen regelmäßig praxisrelevante Informationen. In Tabelle 4 werden exemplarische, häufig gelesene Fachzeitschriften der verschiedenen Fachgruppen mit jeweiliger Kontaktadresse aufgeführt.

	FACHZEITSCHRIFT	WEBSITE (STAND 03/2023)	KONTAKT (STAND 03/2023)
Hausärzt:innen	Ärzteblatt	www.aerzteblatt.de	aerzteblatt@aerzteblatt.de
	Landesspezifische Fachzeitschriften, z.B. Sächsisches Ärzteblatt	www.aerzteblatt-sachsen.de	redaktion@slaek.de
	Der Hausarzt	www.hausarzt.digital	Kontaktformular: hausarzt.digital/kontakt
	MMW – Fortschritte der Medizin	www.springermedizin.de/mmw-fortschritte-der-medin/9284684	dirk.einecke@springer.com
	Zeitschrift für Allgemeinmedizin	www.springermedizin.de/zeitschrift-fuer-allgemeinmedizin/23949674	friederike.oeldorf@springernature.com
	Zeitschrift für Notfallmedizin	www.aerzteverlag.de/produkt/divi/	provenzano@aerzteverlag.de
niedergelassene Fachärzt:innen (P-Fächer)	Zeitschrift für die manuelle Medizin	www.springermedizin.de/manuelle-medin/7951156	caroline.kartenbeck@springernature.com
	InFo Neurologie + Psychiatrie	www.springermedizin.de/info-neurologie-psychiatrie/9276156	gunter.freese@springer.com
	Ärztliches Journal	www.aerztliches-journal.de	kontakt@mgo-fachverlage.de
	DNP – Die Neurologie und Psychiatrie	www.springermedizin.de/dnp-die-neurologie-und-psychiatrie/9329290	gunter.freese@springer.com
	NeuroTransmitter	www.springermedizin.de/neurotransmitter/9316054	gunter.freese@springer.com
	Psychiatrische Praxis	www.thieme.de/de/psychiatrische-praxis/profil-1848.htm	psychiat-praxis@thieme.de
	Nervenarzt	www.springermedizin.de/der-nervenarzt/7947976	sara.weber@springer.com
	Ärzteblatt	www.aerzteblatt.de	aerzteblatt@aerzteblatt.de
	KBV Klartext	www.kbv-klartext.de	redaktion@kbv.de
	neuro aktuell	www.neuroaktuell.de	m.leupolz@mgo-fachverlage.de
Psychotherapeut:innen	VPP – Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis	www.dgvt-verlag.de/index.html	mail@dgvt-verlag.de
	Zeitschrift für Neuropsychologie	www.econtent.hogrefe.com/loi/znf	zeitschriften@hogrefe.ch
	Psychotherapie Aktuell	www.dptv.de/die-dptv/publikationen/psychotherapie-aktuell	psychotherapieaktuell@dptv.de
	Deutsches Ärzteblatt PP	www.aerzteverlag.de/produkt/deutsches-aerzteblatt-pp-top-titel-der-psychologischen-psychotherapeuten/	aerzteblatt@aerzteblatt.de
Klinikärzt:innen und -teams (P-Fächer)	Psychiatrische Praxis	www.thieme.de/de/psychiatrische-praxis/profil-1848.htm	psychiat-praxis@thieme.de
	Psychotherapie im Dialog	www.thieme.de/de/pid-psychotherapie-dialog/profil-1876.htm	pid@thieme.de
	Psychiatrische Praxis	www.thieme.de/de/psychiatrische-praxis/profil-1848.htm	psychiat-praxis@thieme.de
	Der Nervenarzt	www.springermedizin.de/der-nervenarzt/7947976	sara.weber@springer.com
	Ärzteblatt	www.aerzteblatt.de	aerzteblatt@aerzteblatt.de

Tabelle 4. Zielgruppenspezifische Fachzeitschriften

ZU 5 FACHKONGRESSE

Eine weitere Schnittstelle zwischen Forschung und Praxis stellen Fachkongresse dar. Diese werden von interessierten Behandler:innen häufig besucht.

- **WIR EMPFEHLEN**, die Präsentation wissenschaftlicher Beiträge zu IMIs auf Fachkongressen, die im Rahmen von Kurzvorträgen der Fachöffentlichkeit vorgestellt werden.
- **WEITERHIN EMPFEHLEN** wir, ggf. als Aussteller:innen an Informationsständen über IMI zu informieren.

FACHKONGRESS	WEBSITE (STAND 03/2023)
allgemein	
Jahrestagungen der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN)	www.dgppnkongress.de
Deutschen Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention (DGSMP)	www.dgsmp-kongress.de
Deutscher Kongress für Versorgungsforschung (DKVF)	www.dkvf.de
Hausärzt:innen	
Kongress der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM)	www.degam.de
Psychotherapeut:innen	
Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Psychologie (DGPs)	www.dgps.de/schwerpunkte/der-dgps-kongress
Lindauer Psychotherapiewochen	www.lptw.de
Deutscher Psychotherapie-Kongress	www.deutscher-psychotherapie-kongress.de

Tabelle 5. Allgemeine und zielgruppenspezifische Fachkongresse

Relevante Fachkongresse für Fachpersonen aus der Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen sind in Tabelle 5 ausgeführt. Daneben gibt es noch das jährliche Sozialpsychiatrietreffen, welches von niedergelassenen und stationär tätigen Fachärzt:innen der P-Fächer besucht wird, sowie weitere Tagungen beispielsweise des Bündnisses gegen Depression.

Inzwischen finden vermehrt Thementage spezifisch zu E-Mental-Health statt.

→ **WIR EMPFEHLEN**, in diesem Rahmen mit Beiträgen Wissen zu IMIs in der allgemeinen und der Fachöffentlichkeit publik zu machen und den allgemeinen Kenntnisstand in der Routineversorgung zu verbessern.

ZU 6 BEREITSTELLUNG VON INFORMATIONSMEDIEN (ERKLÄRFILME, WEBINARE)

Ansprechende, kurze Informationsfilme werden von Behandler:innen aller Fachgruppen als sinnvolles Medium erachtet, um die Potentiale und Anwendungsmöglichkeiten von IMIs aufzuzeigen.

→ **WIR EMPFEHLEN** die Erstellung von kurzen, übersichtlichen, ansprechenden und professionell gestalteten Erklärfilmen für Behandler:innen.

Die Informationsmedien sollten in wenigen Minuten den **Nutzen und Anwendungsmöglichkeiten** der IMI herausstellen. Bei der **Gestaltung** sollte ein modernes, übersichtliches, ansprechendes und abwechslungsreiches Design mit Bildern und Animationssequenzen realisiert werden. Der **Einbezug von anerkannten Fachexpert:innen** im Video ist empfehlenswert, da diese von Behandler:innen aller Fachgruppen als zentrales Kriterium bei der Wahl einer IMI gilt.

Programminhalte sollten im Informationsfilm kurz dargestellt werden (z.B. Benennung von Programmbausteinen oder Übungen). Im Informationsfilm zu moodgym werden beispielsweise die fünf Module des Programms vorgestellt, das verhaltenstherapeutische Rational angerissen und auf Übungen zum Aktivitätsaufbau und Entspannungsübungen verwiesen.

Aspekte wie **Datenschutz** und **Patient:innensicherheit** sollten thematisiert werden. Es sollte klar herausgestellt werden, dass die Intervention **keine ärztliche oder psychotherapeutische Behandlung ersetzt**. Auch kann bereits im Informationsfilm darauf hingewiesen werden, dass in der IMI auf Notfallrufnummern verwiesen wird.

Rahmenbedingungen der Nutzung (z.B. etwaige **Kosten** für Nutzer:innen und Behandler:innen bzw. Kostenfreiheit) sowie **Zugangsmöglichkeiten** für Patient:innen sowie Quellen für weiterführende Informationen (z.B. Webseite) sollten dargestellt werden.

→ **WIR EMPFEHLEN**, die Informationsmedien partizipativ mit Vertreter:innen der Behandler:innen-Zielgruppen zu entwickeln.



So kann sichergestellt werden, dass sich die Informationsmedien auf den Kenntnisstand in der Fachgruppe beziehen und für die Fachgruppe relevante Entscheidungskriterien adressiert werden. Konkrete Anwendungsmöglichkeiten in verschiedenen Behandlungskontexten können so optimal integriert werden.

Beispiele für zielgruppenspezifische Informationsfilme sind unter <https://moodgym.de/> fachkreise zu finden. Die Informationsfilme sollten auf der Programmwebsite abrufbar sein. Dies ermöglicht den Verweis auf die Informationsfilme über andere Vermittlungswege wie Flyer oder Newsletter.

Abbildung 6. Screenshot eines beispielhaften Informationsfilms für Psychotherapeut:innen zur IMI moodgym.

ZU 7 EINBINDUNG IN DIE LEHRE

Da IMIs inzwischen auch in Behandlungsleitlinien zur Anwendung bei psychischen Symptomen empfohlen werden, ist der Einbezug in der ärztlichen und psychotherapeutischen Aus- und Weiterbildung notwendig.

→ **WIR EMPFEHLEN**, Wissen zu IMIs bereits im Grundstudium der relevanten Fachdisziplinen (z.B. Medizin und Psychologie) zu vermitteln.

Insbesondere im Medizinstudium sollten gesetzliche Rahmenbedingungen und praktisches Wissen zum Einsatz von IMIs in den Fächern Psychiatrie, Psychosomatik, Sozialmedizin und Public Health aufgegriffen und im Nationalen Kompetenzbasierten Lernzielkatalog ergänzt werden. Inhaltlich sollte auf die Einbettung von IMIs in die Prävention und Behandlung bei spezifischen psychischen Störungen sowie auf die Verschreibung von DiGA eingegangen werden. Für die didaktische Vermittlung ist ein Testzugang zu einer IMI für Studierende und interaktives Ausprobieren besonders geeignet. Auch im Psychologiestudium sollte auf IMIs als Angebot der Selbsthilfe oder ergänzende Behandlungskomponente psychotherapeutischer Interventionen eingegangen werden. Studierende können sich in Seminaren interaktiv mit der praktischen Anwendung von IMIs auseinandersetzen und Einblicke gewinnen.

→ **WIR EMPFEHLEN**, in der spezialisierten Fachweiterbildung Basis-kompetenzen im Bereich digitaler Interventionen zu vermitteln.

An Weiter- bzw. Ausbildungsinstituten für ärztliche und psychologische Psychotherapeut:innen können in spezifischen Fortbildungsveranstaltungen Rahmenbedingungen, Potentiale und Grenzen des Einsatzes von IMIs in der Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen adressiert werden. Zudem könnte an diese bei der Dissemination von Informationsmaterialien herangetreten werden, da Ausbildungsinstitute für Psychotherapeut:innen über die Institutsambulanzen einen relevanten Versorgungsauftrag wahrnehmen. Sie stellen neben der theoretischen Ausbildung künftiger Psychotherapeut:innen gleichzeitig einen relevanten Multiplikator für die Anwendung in der Versorgungspraxis dar.

FAZIT

Damit die Potentiale wirksamer IMIs in der Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen ausgeschöpft werden können, ist die Vermittlung zielgruppenspezifischer Informationen an Behandelnde aus unterschiedlichen Kontexten unerlässlich.

Die vorliegende Handlungsanweisung dient als Hilfestellung für die Aufbereitung und Verteilung von Informationsmaterialien an Behandelnde von Menschen mit psychischen Erkrankungen und zeigt konkrete Vermittlungswege auf. Die dargestellten Informationswege und -mittel sind für IMIs zu verschiedenen psychischen Symptombildern nutzbar. Ähnliche Wege können auch bei der Implementierung von IMIs aus dem somatischen Bereich besprochen werden. Es wird empfohlen, hierfür spezifische Kontakte und Adressen zu recherchieren.

DIE HANDLUNGSEMPFEHLUNGEN IN KÜRZE UND AUF EINEN BLICK

BEREICH A: INFORMATIONSBEDARFE

Allgemeine Informationsbedarfe

- **WIR EMPFEHLEN**, die wesentlichen Punkte übersichtlich und klar aufzubereiten (Indikation, inhaltliche Beschreibung der Intervention, Qualifikation der Entwicklergruppe, Wirksamkeitsnachweise und Anbieter der Intervention).
- **WIR EMPFEHLEN**, allgemeine Vorteile und Potentiale von IMIs direkt zu benennen.
- **WIR EMPFEHLEN** darzustellen, wie ein Einsatz in der Praxis erfolgen kann und welche spezifischen Anwendungsmöglichkeiten es gibt.

Spezifische Informationsbedarfe von Hausärzt:innen

- **WIR EMPFEHLEN**, dass eine zugeschnittene Informationsvermittlung praxisnahe Einblicke bieten sowie den geringen Aufwand der Empfehlung darstellen sollte.

Spezifische Informationsbedarfe von Fachärzt:innen der P-Fächer

- **WIR EMPFEHLEN**, entsprechende Inhalte und Anwendungsgebiete der IMI beispielhaft vorzustellen und einen kostenfreien Testzugang anzubieten.

Spezifische Informationsbedarfe von Psychotherapeut:innen

- **WIR EMPFEHLEN**, einen kostenfreien Testzugang bereitzustellen sowie geeignete Inhalte der IMI für Blended Care-Therapie in Informationsmaterialien beispielhaft vorzustellen.

Spezifische Informationsbedarfe von Behandler:innen in Kliniken

- **WIR EMPFEHLEN**, die Indikation und Anwendungsvoraussetzungen der

IMI zu betonen. Technische Voraussetzungen und Aspekte der Nutzung sollten vor dem Hintergrund einer Integrierbarkeit in den Klinikalltag herausgestellt werden.

- **WIR EMPFEHLEN**, einen kostenfreien Testzugang bereitzustellen sowie geeignete Inhalte der IMI für Blended Care-Therapie in Informationsmaterialien beispielhaft vorzustellen. Der optionale Einsatz von IMIs zur Nachsorge sollte dargestellt werden.

BEREICH B: INFORMATIONSWEGE

Wir empfehlen sieben Vermittlungswege:

1 Versand von Informationsmaterial

- **WIR EMPFEHLEN** den Versand von Flyern direkt an die Tätigkeitsstätten.
- **WIR EMPFEHLEN** die Erstellung von übersichtlichen, ansprechenden Informationsflyern.
- **WIR EMPFEHLEN**, die Informationsmaterialien partizipativ mit Vertreter:innen der Behandler:innen-Zielgruppen zu entwickeln.
- **WIR EMPFEHLEN**, den Behandler:innen angepasste Informationsmaterialien zur Weitergabe an Patient:innen im Behandlungskontext zur Verfügung zu stellen.

2 Weiterbildungsangebote

- **WIR EMPFEHLEN** niedrigschwellig zugängliche, praxisnahe, kostenfreie Informationsformate für Behandler:innen.
- **WIR EMPFEHLEN**, Informationen zu Weiterbildungsangeboten breit zu streuen.

3 Newsletter

- **WIR EMPFEHLEN** die Einbettung der Informationen in bestehende Newsletter.

- **WIR EMPFEHLEN**, allgemeine Informationen zu IMIs und zur spezifischen IMI aufzubereiten, sowie über Rahmenbedingungen der Anwendung in der klinischen Versorgung zu informieren.

4 Beiträge in Fachzeitschriften

- **WIR EMPFEHLEN** die Veröffentlichung der Ergebnisse randomisiert-kontrollierter Wirksamkeitsstudien in renommierten Fachpublikationen mit peer review-Verfahren.
- **WIR EMPFEHLEN**, ergänzend Beiträge in deutschsprachigen Fachzeitschriften mit hohem Praxisbezug zu veröffentlichen.

5 Fachkongresse

- **WIR EMPFEHLEN** die Präsentation wissenschaftlicher Beiträge auf Fachkongressen.
- **WIR EMPFEHLEN**, als Aussteller:innen über IMI zu informieren.
- **WIR EMPFEHLEN**, mit Beiträgen Wissen zu IMIs in der allgemeinen und der Fachöffentlichkeit publik zu machen.

6 Bereitstellung von Informationsmedien

- **WIR EMPFEHLEN** die Erstellung von kurzen, übersichtlichen, ansprechenden und professionell gestalteten Erklärfilmen für Behandler:innen.
- **WIR EMPFEHLEN**, die Informationsmedien partizipativ mit Vertreter:innen der Behandler:innen-Zielgruppen zu entwickeln.

7 Einbindung in die Lehre

- **WIR EMPFEHLEN**, Wissen zu IMIs bereits im Grundstudium der relevanten Fachdisziplinen zu vermitteln.
- **WIR EMPFEHLEN**, in der spezialisierten Fachweiterbildung Basiskompetenzen im Bereich digitaler Interventionen zu vermitteln.

LITERATUR

- [1] Robert Koch-Institut. Gesundheit in Deutschland – die wichtigsten Entwicklungen. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Gemeinsam getragen von RKI und Destatis. Im Internet: https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloads-GiD/2015/kurzfassung_gesundheit_in_deutschland.pdf; Stand: 13.10.2023
- [2] Jacobi F, Höfler M, Strehle J, et al. Psychische Störungen in der Allgemeinbevölkerung: Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland und ihr Zusatzmodul Psychische Gesundheit (DEGS1-MH). *Nervenarzt* 2014; 85: 77–87. doi:10.1007/s00115-013-3961-y
- [3] Jacobi F, Höfler M, Strehle J, et al. Erratum zu: Psychische Störungen in der Allgemeinbevölkerung. Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland und ihr Zusatzmodul „Psychische Gesundheit“ (DEGS1-MH). *Nervenarzt* 2016; 87: 88–90. doi:10.1007/s00115-015-4458-7
- [4] Hagen C. Starke Zunahme von Erwerbsminderungsrenten wegen psychischer Erkrankungen bei westdeutschen Frauen: Analysen zu individuellen, sozialen und regionalen Unterschieden beim Zugang in Erwerbsminderungsrente in Deutschland. *Informationsdienst Soziale Indikatoren* 2014. doi:10.15464/isi.51.2014.6-11
- [5] Augurzky B, Decker S, Mensen A, Reif S. *BARMER Krankenhausreport 2020. Volume-Outcome im Krankenhaus. Band 25. Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse.* Wuppertal: Barmer; 2020
- [6] Storm A. *Gesundheitsreport 2020. Stress in der modernen Arbeitswelt.* Im Internet: <https://www.dak.de/dak/download/report-2372398.pdf>; Stand: 13.10.2023
- [7] Kowitz S, Zielasek J, Gaebel W. Die Versorgungssituation bei psychischen Störungen in Deutschland: Aktueller Stand und Perspektiven. *Dtsch Med Wochenschr* 2014; 139: 1249–1252. doi:10.1055/s-0034-1370039
- [8] Jäger M, Rössler W. Psychiatrische Versorgungsepidemiologie. *Nervenarzt* 2012; 83: 389-401. doi:10.1007/s00115-011-3454-9
- [9] Gerste BRC. Prävalenz und Inzidenz sowie Versorgung. In: Klauber J, Günster C, Gerste B, Robra B-P, Schmacke N, Hrsg. *Versorgungs-Report 2013/2014. Schwerpunkt: Depression - Mit Online-Zugang zum Internet-Portal: www.versorgungs-report-online.de.* Stuttgart: Schattauer; 2014
- [10] Riedel-Heller SG, Matschinger H, Angermeyer MC. Mental disorders – who and what might help? Help-seeking and treatment preferences of the lay public. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2005; 40: 167–174. doi:10.1007/s00127-005-0863-8
- [11] Gaebel W, Kowitz S, Fritze J, et al. Use of health care services by people with mental illness: secondary data from three statutory health insurers and the German Statutory Pension Insurance Scheme. *Dtsch Arztebl Int* 2013; 110: 799–808. doi:10.3238/arztebl.2013.0799
- [12] Klauber J, Günster C, Gerste B, Robra B-P, Schmacke N, Hrsg. *Versorgungs-Report 2013/2014. Schwerpunkt: Depression - Mit Online-Zugang zum Internet-Portal: www.versorgungs-report-online.de.* Stuttgart: Schattauer; 2014
- [13] Albrecht M, Fürstenberg T, Gottberg A. Strukturen und Finanzierung der neurologischen und psychiatrischen Versorgung. Im Internet: <https://www.klees-net.de/pdf/Doppelte%20Facharztschiene.pdf>; Stand: 13.10.2023
- [14] Jacobi F, Becker M, Bretschneider J, et al. Ambulante fachärztliche Versorgung psychischer Störungen : Kleine regionale Unterschiede im Bedarf, große regionale Unterschiede in der Versorgungsdichte. *Nervenarzt* 2016; 87: 1211–1221. doi:10.1007/s00115-016-0147-4
- [15] DGPPN, BÄK, KBV, et al. *S3-Leitlinie/Nationale VersorgungsLeitlinie Unipolare Depression – Kurzfassung. AWMF-Register-Nr.: nvl-005 2017.* doi:10.6101/AZQ/000366.www.depression.versorgungsleitlinien.de
- [16] Nübling R, Bär T, Jeschke K, et al. Versorgung psychisch kranker Erwachsener in Deutschland. Bedarf und Inanspruchnahme sowie Effektivität und Effizienz von Psychotherapie
- [17] Mack S, Jacobi F, Gerschler A, et al. Self-reported utilization of mental health services in the adult German population – evidence for unmet needs? Results of the DEGS1-Mental Health Module (DEGS1-MH). *Int J Methods Psychiatr Res* 2014; 23: 289–303. doi:10.1002/mpr.1438
- [18] Bundes Psychotherapeuten Kammer. *Ein Jahr nach der Reform der Psychotherapie-Richtlinie. Wartezeiten 2018*
- [19] Baumeister H, Reichler L, Munzinger M, et al. The impact of guidance on Internet-based mental health interventions – A systematic review. *Internet Interventions* 2014; 1: 205–215. doi:10.1016/j.invent.2014.08.003
- [20] Lin J, Ebert DD, Lehr D, et al. Internetbasierte kognitiv-behaviorale Behandlungsansätze: State of the Art und Einsatzmöglichkeiten in der Rehabilitation. *Rehabilitation (Stuttg)* 2013; 52: 155–163. doi:10.1055/s-0033-1343491
- [21] Sikorski C, Lupp M, Kersting A, et al. Effektivität computer- und internetgestützter kognitiver Verhaltenstherapie bei Depression. *Psychiatr Prax* 2011; 38: 61–68. doi:10.1055/s-0030-1248575






ANHANG

ZIELGRUPPENSPEZIFISCHE
FLYERBEISPIELE

- [22] Kersting A, Schlicht S, Kroker K. Internettherapie. Möglichkeiten und Grenzen. *Nervenarzt* 2009; 80: 797–804. doi:10.1007/s00115-009-2721-5
- [23] Ebert DD, Berking M, Cuijpers P, et al. Increasing the acceptance of internet-based mental health interventions in primary care patients with depressive symptoms. A randomized controlled trial. *Journal of Affective Disorders* 2015; 176: 9–17. doi:10.1016/j.jad.2015.01.056
- [24] Riedel-Heller SG. Computerbasierte Therapien: Eine Ergänzung in der modernen Psychotherapie? – Pro. *Psychiatr Prax* 2017; 44: 10–11. doi:10.1055/s-0042-115320
- [25] Dorow M, Stein J, Förster F, et al. Der komplementäre Einsatz des internetbasierten Selbstmanagementprogramms „moodgym“ bei Menschen mit depressiven Erkrankungen in der stationären Versorgung – die Perspektive von Patienten und Behandlern. *Psychiatr Prax* 2018; 45: 256–262. doi:10.1055/s-0043-117049
- [26] Eichenberg C, Brähler E. Internet als Ratgeber bei psychischen Problemen. *Psychotherapeut* 2013; 58: 63–72. doi:10.1007/s00278-012-0893-0
- [27] Gun SY, Titov N, Andrews G. Acceptability of Internet treatment of anxiety and depression. *Australas Psychiatry* 2011; 19: 259–264. doi:10.3109/10398562.2011.562295
- [28] Klein JP, Knaevelsrud C, Bohus M, et al. Internetbasierte Selbstmanagementinterventionen: Qualitätskriterien für ihren Einsatz in Prävention und Behandlung psychischer Störungen. *Nervenarzt* 2018; 89: 1277–1286. doi:10.1007/s00115-018-0591-4

HAUSÄRZT:INNEN

AUFBAU DES PROGRAMMS

Module	Themen	Dauer
Gefühle 	Identifizieren und Bearbeiten von <ul style="list-style-type: none"> • verzerrten Wahrnehmungen von Situationen • negativen Emotionen • negativen Denkstrukturen Übung: z.B. Emotionen protokollieren	ca. 20 Minuten
Gedanken 	Wahrnehmen und Erkennen von <ul style="list-style-type: none"> • dysfunktionalen Gedanken • eigenen Bedürfnissen • verzerrten Ansprüchen an sich selbst • erlernten Schemata Übung: z.B. positive Aktivitäten protokollieren	ca. 25 Minuten
Alternative Gedanken entwickeln 	<ul style="list-style-type: none"> • dysfunktionale Gedanken und Ansprüche mit verhaltenstherapeutischen Techniken bearbeiten • positive Selbstwahrnehmung steigern • positive Aktivitäten und Eigenschaften identifizieren Übung: z.B. Gedanken auflisten	Mindestens 30 Minuten
Weg mit dem Stress 	<ul style="list-style-type: none"> • Psychoedukation zum Thema Stress und seinen Auswirkungen • persönliche Stressoren identifizieren • Beziehungsstrukturen zu Familienmitgliedern reflektieren Übung: z.B. interaktive Entspannungsübungen (inkl. Audiodateien)	Individuell
Beziehungen 	<ul style="list-style-type: none"> • verstehen lernen, wie Beziehungen funktionieren • Bewältigungsstrategien zum besseren Umgang mit Trennungen erlernen Übung: z.B. Tagebuch über Auseinandersetzungen	Individuell

PROBIEREN SIE MOODGYM EINFACH AUS

- Loggen Sie sich auf www.moodgym.de mit einem beliebig ausgewählten Namen und eigenem Passwort ein.
- Informationsmaterial für sich und Ihre Patientinnen und Patienten finden Sie direkt auf der Website oder kann bei der AOK angefordert werden.



KONTAKT: moodgym@medizin.uni-leipzig.de

IMPRESSUM

Herausgeber: Universität Leipzig - Medizinische Fakultät | Institut für Sozialmedizin, Arbeitsmedizin und Public Health (ISAP) | P.Rosenthal-Straße 55 | 04103 Leipzig Tel 0341 97-15406 | Fax 0341 97-24569

Grafik: Bildbad



Moodgym wurde ursprünglich von australischen Wissenschaftlern entwickelt.



Wissenschaftler der Universität Leipzig haben moodgym für den deutschen Sprachraum übersetzt.



Ein Spin-off der Australian National University, Anbieter von moodgym.

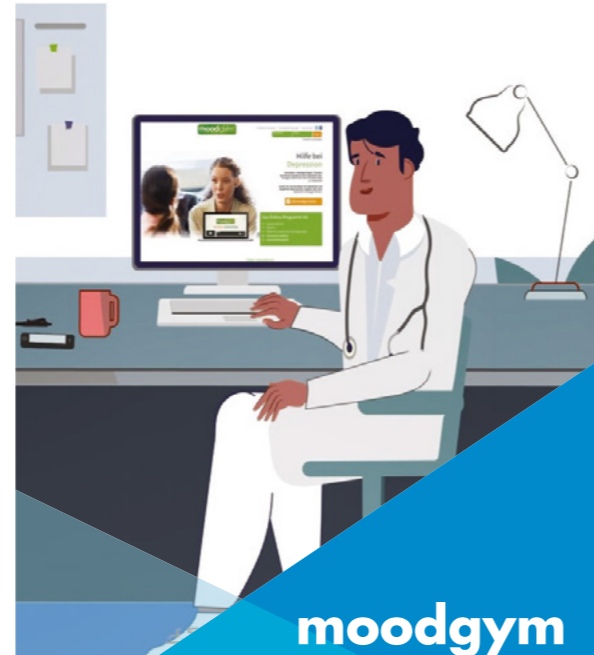


Die deutsche Version von moodgym wurde ermöglicht von der AOK.



UNIVERSITÄT LEIPZIG

Medizinische Fakultät
Institut für Sozialmedizin, Arbeitsmedizin und Public Health (ISAP)



moodgym

Ein selbsthilfestärkendes Online-Programm zur Behandlungsunterstützung bei depressiven Symptomen

Informationen für Hausärztinnen und Hausärzte

ONLINE-PROGRAMME IM BEHANDLUNGS-ALLTAG

Selbsthilfestärkende Online-Programme können die Behandlung von Depressionen wirksam im Sinne des „Stepped-Care-Modells“ unterstützen. Sie bieten eine Reihe von Vorteilen, da sie unabhängig von Ort und Zeit leicht einsetzbar sind. Die Akzeptanz von Online-Programmen bei Patientinnen und Patienten konnte in verschiedenen Studien nachgewiesen werden.

WAS IST MOODGYM?

moodgym ist ein internetbasiertes Selbstmanagementprogramm zur Vorbeugung und Verringerung von depressiven Symptomen.

Das Programm basiert auf etablierten Methoden der kognitiven Verhaltenstherapie und wurde von Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftlern des Centre for Mental Health Research der Australian National University entwickelt. Das Programm hat sich weltweit bewährt.



MOODGYM IN DER HAUSÄRZTLICHEN PRAXIS

- ist geeignet zur Vorbeugung und Verringerung depressiver Symptome
- ist für leichte und mittelgradige sowie subklinische Depression leicht und vielseitig einsetzbar als **ergänzender Baustein Ihrer Behandlung**:
- während der **aktiv-abwartenden Begleitung** bei leichten Depressionen
- zur **Überbrückung von Wartezeiten** bis zu einer fachärztlichen oder psychotherapeutischen Behandlung
- ist für alle **frei zugänglich**



WIE KÖNNEN MEINE PATIENTINNEN UND PATIENTEN VON MOODGYM PROFITIEREN?

- moodgym ist internetbasiert und damit **niederschwellig** zugänglich, örtlich und zeitlich **flexibel** einsetzbar.
- moodgym ist **kostenfrei**, anonym und daher unabhängig von der Krankenkassen-zugehörigkeit für **alle nutzbar**.
- moodgym stärkt die **Eigenverantwortung** und das **Selbstwirksamkeitserleben**.

MOODGYM IST WIRKSAM

- moodgym trägt zu einer **signifikanten Verbesserung** der depressiven Symptomatik nach 6 Wochen und 6 Monaten bei.*
- Zusätzlich konnte durch den Einsatz von moodgym eine **signifikante Verbesserung des Selbstwirksamkeitserlebens** nach 6 Monaten sowie eine **Steigerung der Lebensqualität** nach 6 Wochen und 6 Monaten nachgewiesen werden.*

*Quelle: Löbner, M. et al. (2018). Computerized cognitive behavior therapy for patients with mild to moderately severe depression in primary care: A pragmatic cluster randomized controlled trial (@ktiv). *Journal of affective disorders*, 238, 317-326.






MOODGYM IST SICHER

- moodgym unterliegt den strengen Datenschutzregelungen der EU.
- Die Nutzung des Programms ist vollkommen anonym, es müssen keine persönlichen Daten angegeben werden.
- moodgym enthält zudem Informationen zu wichtigen Adressen für den Notfall sowie zu akuten Hilfsangeboten bei Suizidalität.



NIEDERGELASSENE FACHÄRZT:INNEN (P-FÄCHER)

AUFBAU DES PROGRAMMS

Module	Themen	Dauer
Gefühle 	Identifizieren und Bearbeiten von <ul style="list-style-type: none"> • verzerrten Wahrnehmungen von Situationen • negativen Emotionen • negativen Denkstrukturen Übung: z.B. Emotionen protokollieren	ca. 20 Minuten
Gedanken 	Wahrnehmen und Erkennen von <ul style="list-style-type: none"> • dysfunktionalen Gedanken • eigenen Bedürfnissen • verzerrten Ansprüchen an sich selbst • erlernten Schemata Übung: z.B. positive Aktivitäten protokollieren	ca. 25 Minuten
Alternative Gedanken entwickeln 	<ul style="list-style-type: none"> • dysfunktionale Gedanken und Ansprüche mit verhaltenstherapeutischen Techniken bearbeiten • positive Selbstwahrnehmung steigern • positive Aktivitäten und Eigenschaften identifizieren Übung: z.B. Gedanken auflisten	Mindestens 30 Minuten
Weg mit dem Stress 	<ul style="list-style-type: none"> • Psychoedukation zum Thema Stress und seinen Auswirkungen • persönliche Stressoren identifizieren • Beziehungsstrukturen zu Familienmitgliedern reflektieren Übung: z.B. interaktive Entspannungsübungen (inkl. Audiodateien)	Individuell
Beziehungen 	<ul style="list-style-type: none"> • verstehen lernen, wie Beziehungen funktionieren • Bewältigungsstrategien zum besseren Umgang mit Trennungen erlernen Übung: z.B. Tagebuch über Auseinandersetzungen	Individuell

PROBIEREN SIE MOODGYM EINFACH AUS

- Loggen Sie sich auf www.moodgym.de mit einem beliebig ausgewählten Namen und eigenem Passwort ein.
- Informationsmaterial für sich und Ihre Patientinnen und Patienten finden Sie direkt auf der Website oder kann bei der AOK angefordert werden.



KONTAKT: moodgym@medizin.uni-leipzig.de

IMPRESSUM

Herausgeber: Universität Leipzig - Medizinische Fakultät | Institut für Sozialmedizin, Arbeitsmedizin und Public Health (ISAP) | P.Rosenthal-Straße 55 | 04103 Leipzig Tel 0341 97-15406 | Fax 0341 97-24569

Grafik: Bildbad



Moodgym wurde ursprünglich von australischen Wissenschaftlern entwickelt.



Wissenschaftler der Universität Leipzig haben moodgym für den deutschen Sprachraum übersetzt.



Ein Spin-off der Australian National University, Anbieter von moodgym.

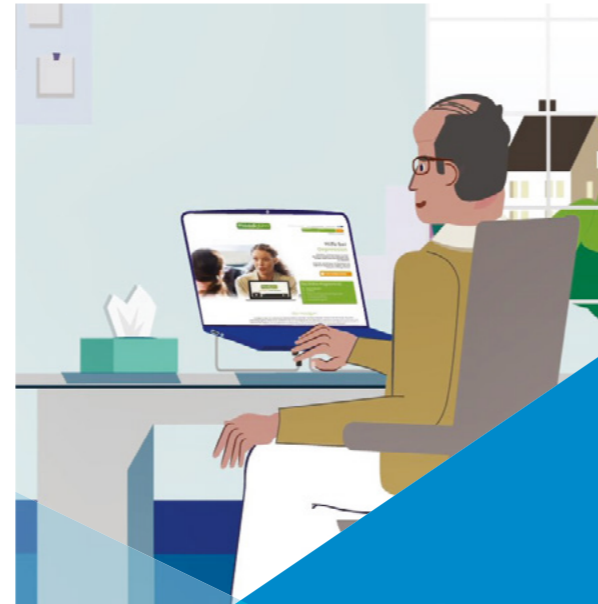


Die deutsche Version von moodgym wurde ermöglicht von der AOK.



UNIVERSITÄT LEIPZIG

Medizinische Fakultät
Institut für Sozialmedizin, Arbeitsmedizin und Public Health (ISAP)



moodgym

Ein selbsthilfestärkendes Online-Programm zur Behandlungsunterstützung bei depressiven Symptomen

Informationen für Fachärztinnen und Fachärzte

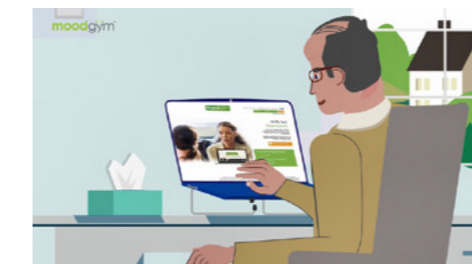
ONLINE-PROGRAMME IM BEHANDLUNGS-ALLTAG

Selbsthilfestärkende Online-Programme können die Behandlung von Depressionen wirksam im Sinne des „Stepped-Care-Modells“ unterstützen. Sie bieten eine Reihe von Vorteilen, da sie unabhängig von Ort und Zeit leicht einsetzbar sind. Die Akzeptanz von Online-Programmen bei Patientinnen und Patienten konnte in verschiedenen Studien nachgewiesen werden.

WAS IST MOODGYM?

moodgym ist ein internetbasiertes Selbstmanagementprogramm zur Vorbeugung und Verringerung von depressiven Symptomen.

Das Programm basiert auf etablierten Methoden der kognitiven Verhaltenstherapie und wurde von Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftlern des Centre for Mental Health Research der Australian National University entwickelt. Das Programm hat sich weltweit bewährt.



MOODGYM IN DER FACHÄRZTLICHEN PRAXIS

- ist geeignet zur Vorbeugung und Verringerung depressiver Symptome
- ist für leichte und mittelgradige sowie subklinische Depression leicht und vielseitig einsetzbar als **ergänzender Baustein Ihrer Behandlung:**
 - Einbezug von Hausaufgaben und einzelnen Übungen
 - Vermittlung und Vertiefung **psychoedukativer Inhalte**
- als Angebot zur **Überbrückung von Wartezeiten** und zur **Nachsorge**
- ist für **alle frei zugänglich**



WIE KÖNNEN MEINE PATIENTINNEN UND PATIENTEN VON MOODGYM PROFITIEREN?

- moodgym ist internetbasiert und damit **niederschwellig** zugänglich, örtlich und zeitlich **flexibel** einsetzbar.
- moodgym ist **kostenfrei**, anonym und daher unabhängig von der Krankenkassen-zugehörigkeit **für alle nutzbar**.
- moodgym stärkt die **Eigenverantwortung** und das **Selbstwirksamkeitserleben**.

MOODGYM IST WIRKSAM

- moodgym trägt zu einer **signifikanten Verbesserung** der depressiven Symptomatik nach 6 Wochen und 6 Monaten bei.*
- Zusätzlich konnte durch den Einsatz von moodgym eine **signifikante Verbesserung des Selbstwirksamkeitserlebens** nach 6 Monaten sowie eine **Steigerung der Lebensqualität** nach 6 Wochen und 6 Monaten nachgewiesen werden.*

*Quelle: Löbner, M. et al. (2018). Computerized cognitive behavior therapy for patients with mild to moderately severe depression in primary care: A pragmatic cluster randomized controlled trial (@ktiv). *Journal of affective disorders*, 238, 317-326.






MOODGYM IST SICHER

- moodgym unterliegt den strengen Datenschutzregelungen der EU.
- Die Nutzung des Programms ist vollkommen anonym, es müssen keine persönlichen Daten angegeben werden.
- moodgym enthält zudem Informationen zu wichtigen Adressen für den Notfall sowie zu akuten Hilfsangeboten bei Suizidalität.



NIEDERGELASSENE PSYCHOTHERAPEUT:INNEN

AUFBAU DES PROGRAMMS

Module	Themen	Dauer
Gefühle 	Identifizieren und Bearbeiten von <ul style="list-style-type: none"> • verzerrten Wahrnehmungen von Situationen • negativen Emotionen • negativen Denkstrukturen Übung: z.B. Emotionen protokollieren	ca. 20 Minuten
Gedanken 	Wahrnehmen und Erkennen von <ul style="list-style-type: none"> • dysfunktionalen Gedanken • eigenen Bedürfnissen • verzerrten Ansprüchen an sich selbst • erlernten Schemata Übung: z.B. positive Aktivitäten protokollieren	ca. 25 Minuten
Alternative Gedanken entwickeln 	<ul style="list-style-type: none"> • dysfunktionale Gedanken und Ansprüche mit verhaltenstherapeutischen Techniken bearbeiten • positive Selbstwahrnehmung steigern • positive Aktivitäten und Eigenschaften identifizieren Übung: z.B. Gedanken auflisten	Mindestens 30 Minuten
Weg mit dem Stress 	<ul style="list-style-type: none"> • Psychoedukation zum Thema Stress und seinen Auswirkungen • persönliche Stressoren identifizieren • Beziehungsstrukturen zu Familienmitgliedern reflektieren Übung: z.B. interaktive Entspannungsübungen (inkl. Audiodateien)	Individuell
Beziehungen 	<ul style="list-style-type: none"> • verstehen lernen, wie Beziehungen funktionieren • Bewältigungsstrategien zum besseren Umgang mit Trennungen erlernen Übung: z.B. Tagebuch über Auseinandersetzungen	Individuell

PROBIEREN SIE MOODGYM EINFACH AUS

- Loggen Sie sich auf www.moodgym.de mit einem beliebig ausgewählten Namen und eigenem Passwort ein.
- Informationsmaterial für sich und Ihre Patientinnen und Patienten finden Sie direkt auf der Website oder kann bei der AOK angefordert werden.



KONTAKT: moodgym@medizin.uni-leipzig.de

IMPRESSUM

Herausgeber: Universität Leipzig - Medizinische Fakultät | Institut für Sozialmedizin, Arbeitsmedizin und Public Health (ISAP) | P.Rosenthal-Straße 55 | 04103 Leipzig
Tel 0341 97-15406 | Fax 0341 97-24569

Grafik: Bildbad



Moodgym wurde ursprünglich von australischen Wissenschaftlern entwickelt.



Wissenschaftler der Universität Leipzig haben moodgym für den deutschen Sprachraum übersetzt.



Ein Spin-off der Australian National University, Anbieter von moodgym.



Die deutsche Version von moodgym wurde ermöglicht von der AOK.



UNIVERSITÄT LEIPZIG

Medizinische Fakultät
Institut für Sozialmedizin, Arbeitsmedizin und Public Health (ISAP)



moodgym

Ein selbsthilfestärkendes Online-Programm zur Behandlungsunterstützung bei depressiven Symptomen

Informationen für Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten

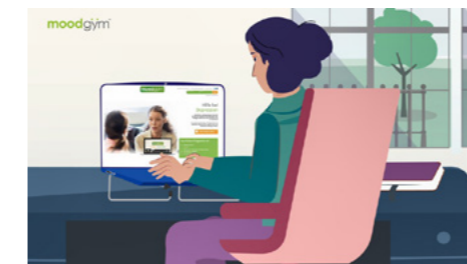
ONLINE-PROGRAMME IM BEHANDLUNGS-ALLTAG

Selbsthilfestärkende Online-Programme können die Behandlung von Depressionen wirksam im Sinne des „Stepped-Care-Modells“ unterstützen. Sie bieten eine Reihe von Vorteilen, da sie unabhängig von Ort und Zeit leicht einsetzbar sind. Die Akzeptanz von Online-Programmen bei Patientinnen und Patienten konnte in verschiedenen Studien nachgewiesen werden.

WAS IST MOODGYM?

moodgym ist ein internetbasiertes Selbstmanagementprogramm zur Vorbeugung und Verringerung von depressiven Symptomen.

Das Programm basiert auf etablierten Methoden der kognitiven Verhaltenstherapie und wurde von Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftlern des Centre for Mental Health Research der Australian National University entwickelt. Das Programm hat sich weltweit bewährt.



MOODGYM IN DER PSYCHOTHERAPEUTISCHEN PRAXIS

- ist geeignet zur Vorbeugung und Verringerung depressiver Symptome
- ist leicht und vielseitig einsetzbar als **ergänzender Baustein Ihrer Behandlung:**
 - Einbezug von Hausaufgaben und einzelnen Übungen
 - Vermittlung und Vertiefung **psychoedukativer Inhalte**
- dadurch gezieltere Nutzung der persönlichen Sitzungen, um an den individuellen Themen Ihres Patienten oder Ihrer Patientin zu arbeiten
- als Angebot zur **Überbrückung von Wartezeiten** und zur **Nachsorge**



WIE KÖNNEN MEINE PATIENTINNEN UND PATIENTEN VON MOODGYM PROFITIEREN?

- moodgym ist internetbasiert und damit **niederschwellig** zugänglich, örtlich und zeitlich **flexibel** einsetzbar.
- moodgym ist **kostenfrei**, anonym und daher unabhängig von der Krankenkassen-zugehörigkeit **für alle nutzbar**.
- moodgym stärkt die **Eigenverantwortung** und das **Selbstwirksamkeitserleben**.

MOODGYM IST WIRKSAM

- moodgym trägt zu einer **signifikanten Verbesserung** der depressiven Symptomatik nach 6 Wochen und 6 Monaten bei.*
- Zusätzlich konnte durch den Einsatz von moodgym eine **signifikante Verbesserung des Selbstwirksamkeitserlebens** nach 6 Monaten sowie eine **Steigerung der Lebensqualität** nach 6 Wochen und 6 Monaten nachgewiesen werden.*

*Quelle: Löbner, M. et al. (2018). Computerized cognitive behavior therapy for patients with mild to moderately severe depression in primary care: A pragmatic cluster randomized controlled trial (@ktiv). *Journal of affective disorders*, 238, 317-326.






MOODGYM IST SICHER

- moodgym unterliegt den strengen Datenschutzregelungen der EU.
- Die Nutzung des Programms ist vollkommen anonym, es müssen keine persönlichen Daten angegeben werden.
- moodgym enthält zudem Informationen zu wichtigen Adressen für den Notfall sowie zu akuten Hilfsangeboten bei Suizidalität.



KLINIKÄRZT:INNEN UND -TEAMS (P-FÄCHER)

AUFBAU DES PROGRAMMS

Module	Themen	Dauer
Gefühle 	Identifizieren und Bearbeiten von <ul style="list-style-type: none"> • verzerrten Wahrnehmungen von Situationen • negativen Emotionen • negativen Denkstrukturen Übung: z.B. Emotionen protokollieren	ca. 20 Minuten
Gedanken 	Wahrnehmen und Erkennen von <ul style="list-style-type: none"> • dysfunktionalen Gedanken • eigenen Bedürfnissen • verzerrten Ansprüchen an sich selbst • erlernten Schemata Übung: z.B. positive Aktivitäten protokollieren	ca. 25 Minuten
Alternative Gedanken entwickeln 	<ul style="list-style-type: none"> • dysfunktionale Gedanken und Ansprüche mit verhaltenstherapeutischen Techniken bearbeiten • positive Selbstwahrnehmung steigern • positive Aktivitäten und Eigenschaften identifizieren Übung: z.B. Gedanken auflisten	Mindestens 30 Minuten
Weg mit dem Stress 	<ul style="list-style-type: none"> • Psychoedukation zum Thema Stress und seinen Auswirkungen • persönliche Stressoren identifizieren • Beziehungsstrukturen zu Familienmitgliedern reflektieren Übung: z.B. interaktive Entspannungsübungen (inkl. Audiodateien)	Individuell
Beziehungen 	<ul style="list-style-type: none"> • verstehen lernen, wie Beziehungen funktionieren • Bewältigungsstrategien zum besseren Umgang mit Trennungen erlernen Übung: z.B. Tagebuch über Auseinandersetzungen	Individuell

PROBIEREN SIE MOODGYM EINFACH AUS

- Loggen Sie sich auf www.moodgym.de mit einem beliebig ausgewählten Namen und eigenem Passwort ein.
- Informationsmaterial für sich und Ihre Patientinnen und Patienten finden Sie direkt auf der Website oder kann bei der AOK angefordert werden.



KONTAKT: moodgym@medizin.uni-leipzig.de

IMPRESSUM

Herausgeber: Universität Leipzig - Medizinische Fakultät | Institut für Sozialmedizin, Arbeitsmedizin und Public Health (ISAP) | P.Rosenthal-Straße 55 | 04103 Leipzig
Tel 0341 97-15406 | Fax 0341 97-24569

Grafik: Bildbad



Moodgym wurde ursprünglich von australischen Wissenschaftlern entwickelt.



Wissenschaftler der Universität Leipzig haben moodgym für den deutschen Sprachraum übersetzt.



Ein Spin-off der Australian National University, Anbieter von moodgym.



Die deutsche Version von moodgym wurde ermöglicht von der AOK.



UNIVERSITÄT LEIPZIG

Medizinische Fakultät
Institut für Sozialmedizin, Arbeitsmedizin und Public Health (ISAP)



moodgym

Ein selbsthilfestärkendes Online-Programm zur Behandlungsunterstützung bei depressiven Symptomen

Informationen für Klinikärztinnen und Klinikärzte

ONLINE-PROGRAMME IM BEHANDLUNGS-ALLTAG

Selbsthilfestärkende Online-Programme können die Behandlung von Depressionen wirksam im Sinne des „Stepped-Care-Modells“ unterstützen. Sie bieten eine Reihe von Vorteilen, da sie unabhängig von Ort und Zeit leicht einsetzbar sind. Die Akzeptanz von Online-Programmen bei Patientinnen und Patienten konnte in verschiedenen Studien nachgewiesen werden.

WAS IST MOODGYM?

moodgym ist ein internetbasiertes Selbstmanagementprogramm zur Vorbeugung und Verringerung von depressiven Symptomen.

Das Programm basiert auf etablierten Methoden der kognitiven Verhaltenstherapie und wurde von Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftlern des Centre for Mental Health Research der Australian National University entwickelt. Das Programm hat sich weltweit bewährt.



MOODGYM IN DER KLINISCHEN PRAXIS

- ist geeignet zur Vorbeugung und Verringerung depressiver Symptome
- ist für leichte und mittelgradige sowie subklinische Depression leicht und vielseitig einsetzbar als **ergänzender Baustein** zum Klinikangebot:
 - Einbezug von Hausaufgaben und einzelnen Übungen
 - Vermittlung und Vertiefung **psychoedukativer Inhalte**
- als Angebot zur **Überbrückung von Wartezeiten** und zur **Nachsorge**
- ist für **alle frei zugänglich**



WIE KÖNNEN MEINE PATIENTINNEN UND PATIENTEN VON MOODGYM PROFITIEREN?

- moodgym ist internetbasiert und damit **niederschwellig** zugänglich, örtlich und zeitlich **flexibel** einsetzbar.
- moodgym ist **kostenfrei**, anonym und daher unabhängig von der Krankenkassenzugehörigkeit **für alle nutzbar**.
- moodgym stärkt die **Eigenverantwortung** und das **Selbstwirksamkeitserleben**.

MOODGYM IST WIRKSAM

- moodgym trägt zu einer **signifikanten Verbesserung** der depressiven Symptomatik nach 6 Wochen und 6 Monaten bei.*
- Zusätzlich konnte durch den Einsatz von moodgym eine **signifikante Verbesserung des Selbstwirksamkeitserlebens** nach 6 Monaten sowie eine **Steigerung der Lebensqualität** nach 6 Wochen und 6 Monaten nachgewiesen werden.*

*Quelle: Löbner, M. et al. (2018). Computerized cognitive behavior therapy for patients with mild to moderately severe depression in primary care: A pragmatic cluster randomized controlled trial (@ktiv). *Journal of affective disorders*, 238, 317-326.

MOODGYM IST SICHER

- moodgym unterliegt den strengen Datenschutzregelungen der EU.
- Die Nutzung des Programms ist vollkommen anonym, es müssen keine persönlichen Daten angegeben werden.
- moodgym enthält zudem Informationen zu wichtigen Adressen für den Notfall sowie zu akuten Hilfsangeboten bei Suizidalität.







Leitfaden für Expert*inneninterview

„@ktiv rollout – Wie kann Translation gelingen?“

Heutiges Datum: [] []. [] []. [] [] [] []

Einführung des Interviews: Erläuterung des Interviewziels und der Methode

„Liebe/r Frau/Herr Dr. [Name des Experten/der Expertin],

zunächst einmal möchte ich mich bei Ihnen für Ihre Bereitschaft, an diesem Interview teilzunehmen, ganz herzlich bedanken.

Mein Name ist ... Ich bin Mitarbeiterin am Institut für Sozialmedizin, Arbeitsmedizin und Public Health (ISAP) der Universität Leipzig.

Heute möchten wir Sie gern nach Ihren Meinungen und Erfahrungen zum Einsatz von Online-Coaches in der Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen fragen.

Ich würde jetzt mit dem Interview beginnen. Wenn Sie während des Interviews Fragen an mich haben, oder Ihnen etwas unklar ist, fragen Sie bitte jederzeit gern nach. Gibt es zum jetzigen Zeitpunkt Fragen an mich?“

INTERVIEWLEITFADEN

1. Kommunikationsverhalten im Internet

<input type="checkbox"/>	<ul style="list-style-type: none"> ○ Wie häufig nutzen Sie selbst das Internet in Ihrem Alltag? ○ Inwiefern nutzen Ihre Patienten das Internet als Ratgeber für Gesundheitsthemen? <ul style="list-style-type: none"> ○ <i>Für welche Gesundheitsthemen?</i> ○ <i>Wie häufig?</i>
--------------------------	--

2. Veränderungen in Bezug auf Covid-19-Pandemie

<input type="checkbox"/>	<ul style="list-style-type: none"> ○ Was hat sich im Zuge der aktuellen Covid-19-Pandemie <u>für Sie als Behandler</u> in Bezug auf die Nutzung „digitaler Medien“ im Behandlungsalltag geändert? <ul style="list-style-type: none"> ○ <i>Z.B. Einsatz von Videosprechstunden, Online-Coaches, ...?</i> ○ <i>Einsatz beschleunigt?</i> ○ Was hat sich für Ihre <u>Patienten</u> geändert?
--------------------------	--

3. Vorerfahrungen mit Online-Coaches

<input type="checkbox"/>	<ul style="list-style-type: none"> ○ Welche Erfahrungen haben Sie mit Online-Coaches zur Behandlungsunterstützung bei psychischen Erkrankungen bisher gemacht? <ul style="list-style-type: none"> ○ <i>Welche Programme?</i> ○ <i>Woher?</i>
--------------------------	--

4. Chancen

<input type="checkbox"/>	<ul style="list-style-type: none"> ○ Welche <u>Vorteile bzw. Chancen</u> sehen Sie in der Nutzung von Online-Coaches <ul style="list-style-type: none"> ○ aus Sicht Ihrer <u>Patienten</u>? ○ für sich als <u>Behandler</u>? ○ Was könnte der Nutzen von Online-Coaches speziell für Ihre <u>Fachdisziplin</u> sein? <ul style="list-style-type: none"> ○ <i>Bsp: Wartezeitüberbrückung, Hausaufgaben, Tests, Entspannungsübungen, etc.</i> ○ Bei welchen Patienten würde sich der Einsatz von Online-Coaches <u>eignen</u>? ○ Bei welchen Patienten würde sich der Einsatz von Online-Coaches <u>nicht eignen</u>?
--------------------------	--

5. Grenzen und Barrieren

<input type="checkbox"/>	<ul style="list-style-type: none"> ○ Welche <u>Nachteile bzw. Grenzen</u> sehen Sie in der Nutzung von Online-Coaches <ul style="list-style-type: none"> ○ aus der Perspektive Ihrer <u>Patienten</u>? ○ für sich als <u>Behandler</u>? ○ Wo sehen Sie Grenzen im Nutzen von Online-Coaches speziell in Ihrer <u>Fachdisziplin</u>?
--------------------------	--

6. Implementierungshilfen

- | | |
|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | <ul style="list-style-type: none"> ○ Stellen Sie sich vor, Sie würden einen Online-Coach nutzen wollen – <u>welche Rahmenbedingungen und „Vorab“-Informationen</u> wären für Sie wichtig, um sich dafür entscheiden zu können? <ul style="list-style-type: none"> ○ <i>Technische Voraussetzungen?</i> ○ <i>Inhalte des Tools/Zielgruppe?</i> ○ <i>Qualitätskriterien/Wirksamkeit?</i> ○ <i>Datenschutz?</i> ○ <i>Kosten?</i> ○ Welche konkreten <u>Maßnahmen oder Hilfsmittel</u> halten Sie aus Perspektive der <u>Patienten</u> für notwendig, um Online-Coaches in der Versorgung einsetzen zu können? <ul style="list-style-type: none"> ○ <i>Info-Material?</i> |
|--------------------------|---|

7. Entscheidungshilfen

- | | |
|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | <p>Wir möchten im Rahmen des Projekts auch <u>Info-Materialien</u> für verschiedene Fachgruppen erstellen.</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Wie müsste ein <u>Informationsfilm</u>, z.B. ein 2-3-minütiger Videoclip, über einen Online-Coach aussehen, damit Sie sich angesprochen fühlen? <ul style="list-style-type: none"> ○ <i>Aufbau?</i> ○ <i>Inhalt/Informationen?</i> ○ <i>Was wäre störend?</i> ○ Wie müsste ein <u>Informationsflyer</u> zu einem Online-Coach aussehen, damit Sie sich angesprochen fühlen? <ul style="list-style-type: none"> ○ <i>Aufbau?</i> ○ <i>Inhalt/Informationen?</i> ○ <i>Was wäre störend?</i> ○ Welches <u>andere Info-Material</u> wäre denkbar? |
|--------------------------|--|

8. Vermittlungswege

- | | |
|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | <ul style="list-style-type: none"> ○ Wie können Sie als Behandler besser über den <u>Nutzen von Online-Coaches</u> informiert werden? <ul style="list-style-type: none"> ○ <i>Konkrete Fachjournale und Printmedien?</i> ○ <i>Konkrete Settings für Informationsveranstaltungen?</i> ○ <i>Konkrete Kongresse?</i> ○ <i>Konkrete Newsletter/Websites?</i> ○ <i>Konkrete Social Media-Kanäle?</i> ○ Wie möchten Sie auf <u>Informationsmaterialien</u> aufmerksam gemacht werden? <ul style="list-style-type: none"> ○ <i>Postsendung, E-Mail, Printmedien, Newsletter</i> ○ <i>Was wäre störend?</i> |
|--------------------------|--|

9. Nutzungsbereitschaft

<input type="checkbox"/>	<ul style="list-style-type: none">○ Könnten Sie sich vorstellen, einen Online-Coach als zusätzlichen Baustein in der Behandlung Ihrer Patienten einzusetzen?<ul style="list-style-type: none">○ <i>Warum? Bzw. warum nicht?</i>
--------------------------	---

10. Offene Themen

<input type="checkbox"/>	<ul style="list-style-type: none">○ Habe ich aus Ihrer Sicht etwas vergessen? Möchten Sie noch etwas sagen, dass Ihnen in diesem Zusammenhang wichtig ist?
--------------------------	--

11. Dank und Verabschiedung



FRAGEBOGEN HAUSÄRZT*IN

„@ktiv rollout – Wie kann Translation gelingen?“

<i>a1</i>	A1. Geschlecht
<input type="checkbox"/> ₁	weiblich
<input type="checkbox"/> ₂	männlich

<i>a2</i>	A2. Alter
	Jahre

<i>a3</i>	A3. Wo praktizieren Sie derzeit?
<input type="checkbox"/> ₁	Stadt <i>a3a</i>
<input type="checkbox"/> ₂	Land <i>a3b</i>
<input type="checkbox"/> ₃	Sonstiges <i>a3c</i> , bitte angeben: _____ <i>a3d</i>

<i>a4</i>	A4. Wie viele Jahre Berufserfahrung haben Sie?
	Jahre

<i>a5</i>	A5. In eigener Praxis seit
	(Jahreszahl)

<i>a6</i>	A6. Ärztliche Qualifikation (Mehrfachnennungen möglich)
<input type="checkbox"/> ₁	Fachärzt*in für Allgemeinmedizin <i>a6a</i>
<input type="checkbox"/> ₂	Praktische*r Ärzt*in <i>a6b</i>
<input type="checkbox"/> ₃	Fachärzt*in für Innere Medizin <i>a6c</i>
<input type="checkbox"/> ₄	Andere fachärztliche Qualifikation <i>a6d</i> , bitte angeben: _____ <i>a6e</i>

<i>a7</i>	A7. Zusatzqualifikationen im Bereich Psychotherapie oder Psychosomatik
<input type="checkbox"/> ₁	Ja, bitte angeben: _____ <i>a7a</i>
<input type="checkbox"/> ₂	Nein, keine Zusatzqualifikation in diesem Bereich.

<i>a8</i>	A8. Wie schätzen Sie Ihre Aufgeschlossenheit zur Anwendung von technischen Geräten (Computer, Smartphones, Tablets) im Allgemeinen ein?
<input type="checkbox"/> ₁	Sehr niedrig
<input type="checkbox"/> ₂	Eher niedrig
<input type="checkbox"/> ₃	Eher hoch
<input type="checkbox"/> ₄	Sehr hoch

<i>a9</i>	A9. Halten Sie Online-Coaches grundsätzlich für eine sinnvolle Option zur Behandlungsunterstützung bei psychischen Erkrankungen?
<input type="checkbox"/> ₁	Sehr sinnvoll
<input type="checkbox"/> ₂	Eher sinnvoll
<input type="checkbox"/> ₃	Eher nicht sinnvoll
<input type="checkbox"/> ₄	Überhaupt nicht sinnvoll



FRAGEBOGEN PSYCHOTHERAPEUT*IN

„@ktiv rollout – Wie kann Translation gelingen?“

<i>a1</i>	A1. Geschlecht
<input type="checkbox"/> ₁	weiblich
<input type="checkbox"/> ₂	männlich

<i>a2</i>	A2. Alter
	Jahre

<i>a3</i>	A3. Wo praktizieren Sie derzeit?
<input type="checkbox"/> ₁	Stadt <i>a3a</i>
<input type="checkbox"/> ₂	Land <i>a3b</i>
<input type="checkbox"/> ₃	Sonstiges <i>a3c</i> , bitte angeben: _____ <i>a3d</i>

<i>a4</i>	A4. Wie viele Jahre Berufserfahrung haben Sie?
	Jahre

<i>a5</i>	A5. In eigener Praxis seit
	(Jahreszahl)

<i>a6</i>	A6. In welcher Fachkunde sind Sie approbiert?
<input type="checkbox"/> ₁	Verhaltenstherapie <i>a61</i>
<input type="checkbox"/> ₂	Tiefenpsychologische Psychotherapie <i>a62</i>
<input type="checkbox"/> ₃	Analytische Psychotherapie <i>a63</i>
<input type="checkbox"/> ₃	Systemische Psychotherapie <i>a64</i>
<input type="checkbox"/> ₄	Andere Fachkunde <i>a65</i> , bitte angeben: _____ <i>a66</i>

<i>a7</i>	A7. Wie schätzen Sie Ihre Aufgeschlossenheit zur Anwendung von technischen Geräten (Computer, Smartphones, Tablets) im Allgemeinen ein?
<input type="checkbox"/> ₁	Sehr niedrig
<input type="checkbox"/> ₂	Eher niedrig
<input type="checkbox"/> ₃	Eher hoch
<input type="checkbox"/> ₄	Sehr hoch

<i>a8</i>	A8. Halten Sie Online-Coaches grundsätzlich für eine sinnvolle Option zur Behandlungsunterstützung bei psychischen Erkrankungen?
<input type="checkbox"/> ₁	Sehr sinnvoll
<input type="checkbox"/> ₂	Eher sinnvoll
<input type="checkbox"/> ₃	Eher nicht sinnvoll
<input type="checkbox"/> ₄	Überhaupt nicht sinnvoll



FRAGEBOGEN NIEDERGELASSENE* R FACHÄRZT* IN

„@ktiv rollout – Wie kann Translation gelingen?“

<i>a1</i>	A1. Geschlecht
<input type="checkbox"/> ₁	weiblich
<input type="checkbox"/> ₂	männlich

<i>a2</i>	A2. Alter
_ _ _ Jahre	

<i>a3</i>	A3. Wo praktizieren Sie derzeit?
<input type="checkbox"/> ₁	Stadt <i>a3a</i>
<input type="checkbox"/> ₂	Land <i>a3b</i>
<input type="checkbox"/> ₃	Sonstiges <i>a3c</i> , bitte angeben: _____ <i>a3d</i>

<i>a4</i>	A4. Wie viele Jahre Berufserfahrung haben Sie?
_ _ _ Jahre	

<i>a5</i>	A5. In eigener Praxis seit
_ _ _ _ _ _ (Jahreszahl)	

<i>a6</i>	A6. Fachärztliche Qualifikation (Mehrfachnennungen möglich)
<input type="checkbox"/> ₁	Psychiatrie und Psychotherapie <i>a6a</i>
<input type="checkbox"/> ₂	Psychosomatische Medizin und Psychotherapie <i>a6b</i>
<input type="checkbox"/> ₃	Nervenheilkunde <i>a6c</i>
<input type="checkbox"/> ₄	Andere fachärztliche Qualifikation <i>a6d</i> , bitte angeben: _____ <i>a6e</i>

<i>a7</i>	A7. Wie schätzen Sie Ihre Aufgeschlossenheit zur Anwendung von technischen Geräten (Computer, Smartphones, Tablets) im Allgemeinen ein?
<input type="checkbox"/> ₁	Sehr niedrig
<input type="checkbox"/> ₂	Eher niedrig
<input type="checkbox"/> ₃	Eher hoch
<input type="checkbox"/> ₄	Sehr hoch

<i>a8</i>	A8. Halten Sie Online-Coaches grundsätzlich für eine sinnvolle Option zur Behandlungsunterstützung bei psychischen Erkrankungen?
<input type="checkbox"/> ₁	Sehr sinnvoll
<input type="checkbox"/> ₂	Eher sinnvoll
<input type="checkbox"/> ₃	Eher nicht sinnvoll
<input type="checkbox"/> ₄	Überhaupt nicht sinnvoll

<i>a5</i> A5. Welche berufliche Qualifikation haben Sie? (Mehrfachnennungen möglich)	
<input type="checkbox"/> 1	Krankenpfleger*in <i>a5a</i>
<input type="checkbox"/> 2	Ergotherapeut*in <i>a5b</i>
<input type="checkbox"/> 3	Psycholog*in <i>a5c</i>
<input type="checkbox"/> 4	Psychologische*r Psychotherapeut*in <i>a5d</i>
<input type="checkbox"/> 5	Arzt/ Ärztin in Weiterbildung <i>a5e</i> für das folgende Fach: _____ <i>a5f</i>
<input type="checkbox"/> 6	Fachärzt*in für Psychiatrie und Psychotherapie <i>a5g</i>
<input type="checkbox"/> 7	Fachärzt*in für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie <i>a5h</i>
<input type="checkbox"/> 8	Fachärzt*in für Neurologie <i>a5i</i>
<input type="checkbox"/> 9	Andere Qualifikation <i>a5j</i> , bitte angeben: _____ <i>a5k</i>

<i>a6</i> A6. Wie schätzen Sie Ihre Aufgeschlossenheit zur Anwendung von technischen Geräten (Computer, Smartphones, Tablets) im Allgemeinen ein?	
<input type="checkbox"/> 1	Sehr niedrig
<input type="checkbox"/> 2	Eher niedrig
<input type="checkbox"/> 3	Eher hoch
<input type="checkbox"/> 4	Sehr hoch

<i>a8</i> A8. Halten Sie Online-Coaches grundsätzlich für eine sinnvolle Option zur Behandlungsunterstützung bei psychischen Erkrankungen?	
<input type="checkbox"/> 1	Sehr sinnvoll
<input type="checkbox"/> 2	Eher sinnvoll
<input type="checkbox"/> 3	Eher nicht sinnvoll
<input type="checkbox"/> 4	Überhaupt nicht sinnvoll

Anlage 6: AP1 Rekrutierungsflyer

WER KANN TEILNEHMEN?

- Hausärzte
- Niedergelassene ärztliche und psychologische Psychotherapeuten
- Niedergelassene Fachärzte (Psychiatrie & Psychotherapie, Nervenheilkunde, Psychosomatik)
- Klinikärzte und deren Teams, die in psychiatrischen, psychosomatischen, psychotherapeutischen oder rehabilitativen Einrichtungen behandeln

WAS SOLL ICH TUN? WIE GROSS IST MEIN AUFWAND?

Sie füllen einen kurzen Fragebogen aus und wir führen einmalig mit Ihnen ein telefonisches Interview zum Thema durch (ca. 30 min).

Für Ihre Studienteilnahme erhalten Sie eine Aufwandsentschädigung von **100,00€** (inkl. MwSt.).

WARUM SOLLTE ICH MITMACHEN?

- Ihre persönlichen Erfahrungen und Meinungen in Bezug auf den Einsatz von Online-Coaches zur Unterstützung von Menschen mit psychischen Erkrankungen im Behandlungsalltag sind für uns von besonderem Interesse.
- Die Ergebnisse der Studie tragen zu einer verbesserten Versorgung bei psychischen Erkrankungen bei.
- Sie unterstützen durch Ihre Teilnahme dieses Anliegen.

SIE INTERESSIEREN SICH FÜR EINE STUDIENTEILNAHME?

Falls Sie an einer Studienteilnahme interessiert sind oder weitere Informationen wünschen, wenden Sie sich bitte an:

KONTAKT

Dipl.-Psych. Janine Quittschalle
Institut für Sozialmedizin, Arbeitsmedizin und Public Health (ISAP)
Universität Leipzig, Medizinische Fakultät
Philipp-Rosenthal-Straße 55 | 04103 Leipzig
Telefon 0341 97-24571
Telefax 0341 97-24569
E-Mail: Janine.Quittschalle@medizin.uni-leipzig.de

Bilder: www.pixabay.de

Die Studie wird durch das Institut für Sozialmedizin, Arbeitsmedizin und Public Health (ISAP) der Universität Leipzig durchgeführt und durch den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) finanziell gefördert. Der Studienzeitraum beläuft sich insgesamt auf 3 Jahre. Ein positives Votum der Ethikkommission der Universität Leipzig liegt vor.

Gefördert durch:



**Gemeinsamer
Bundesausschuss**
Innovationsausschuss



**UNIVERSITÄT
LEIPZIG**

Medizinische Fakultät
Institut für Sozialmedizin, Arbeitsmedizin und Public Health
(ISAP)

@ktiv_rollout

Wissenschaftliche Studie:
**Wie hilfreich sind Online-Coaches
im Behandlungsalltag?**

Perspektiven von Behandlern

Anlage 6: AP1 Rekrutierungsflyer

ONLINE-COACHES IM BEHANDLUNGSALLTAG

Am 19.12.2019 ist das Digitale-Versorgung-Gesetz (DVG) zur Förderung der Digitalisierung im Gesundheitswesen in Kraft getreten.

Als Behandlungsunterstützung bei psychischen Erkrankungen wurden bereits eine Reihe internetbasierter Anwendungen und Programme (sogenannte Online-Coaches) entwickelt, die die Behandlung wirksam unterstützen können.

Vorteile von Online-Coaches:

- niederschwellig zugänglich (örtlich und zeitlich flexibel einsetzbar)
- Stärkung der Patienten im Rahmen einer klassischen Behandlung (Empowerment)
- Überbrückung von Wartezeiten
- große Akzeptanz, gerade bei jüngeren Menschen
- ihre Wirksamkeit konnte mittlerweile bei einer Reihe von psychischen Erkrankungen gezeigt werden

Jedoch werden Online-Coaches bisher selten in der Praxis angewandt.



WAS SIND IHRE MEINUNGEN UND PERSPEKTIVEN ALS BEHANDLER?



Halten sie als Gesundheitsexperte oder -expertin den Einsatz von Online-Coaches für sinnvoll?

Was sind Schwierigkeiten, was sind Chancen bei der Nutzung von Online-Coaches?

Könnten sie sich die Nutzung von Online-Coaches in der Behandlung ihrer Patienten vorstellen?

Welche Wege sind sinnvoll, um auf solche Angebote aufmerksam zu machen?

Was müsste zum Beispiel ein Informationsfilm über Online-Coaches für Behandler enthalten, dass Sie sich angesprochen fühlen?

Diesen und anderen Fragen wollen wir in unserer Untersuchung nachgehen.

WARUM AN DER STUDIE TEILNEHMEN?

In unserer wissenschaftlichen Studie möchten wir gern mehr über die Rolle von selbsthilfestärkenden Online-Coaches zur Behandlungsunterstützung bei psychischen Erkrankungen im Behandlungsalltag erfahren.

Wichtige Informationen, die wir aus den Gesprächen mit Ihnen als Fachexpertinnen und Fachexperten erhalten, sollen in Empfehlungen für konkrete Implementierungsstrategien und -maßnahmen einfließen (z.B. Informationsfilme, Infolyer etc.)



01

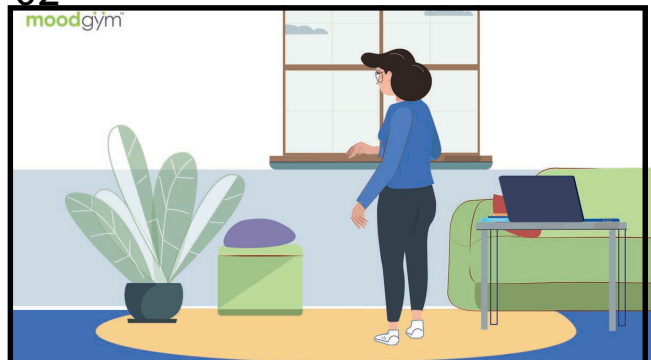


Bild

Einblendung Titel:
Logo moodgym – neu denken,
sich besser fühlen

Voice-Over

02



Patientin steht freud- und
antriebslos am Fenster

Depressive Erkrankungen
sind häufig und folgen-
schwer. Erste Anzeichen
können eine gedrückte
Stimmung, ein Verlust von
Freude oder Antriebslosig-
keit sein.

03



Hausarzt sitzt im Behandlun-
gzimmer, depressiver Patient
sitzt am Schreibtisch,

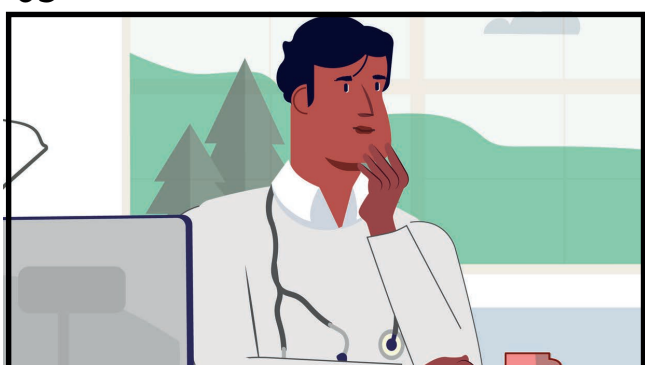
Wenn sich Symptome
häufen, suchen Betroffene
meist ersten Rat bei ihren
Hausärzten.

04



miteinander reden

05

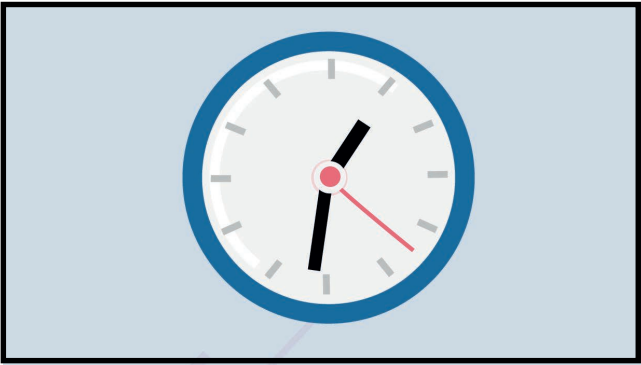


close auf den Arzt mit nach-
denklicher Miene

Für **Sie als Hausarzt** bedeu-
tet das eine große Heraus-
forderung:



06



Bild

Close auf eine Uhr

Voice-Over

In der Regel haben sie nur begrenzte zeitliche

Zoom raus

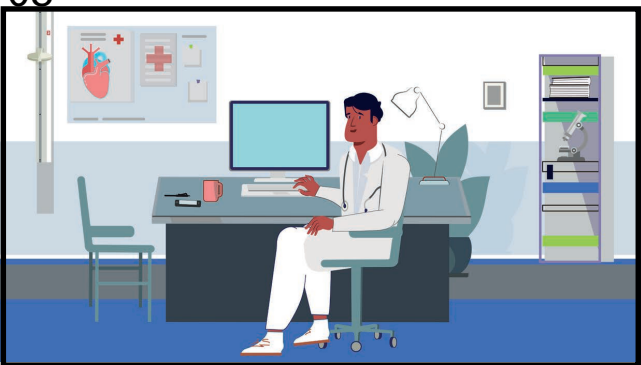
07



in ein überfülltes Wartezimmer mit unterschiedlichen Erkrankten

Ressourcen für ihre vielen Patientinnen und Patienten.

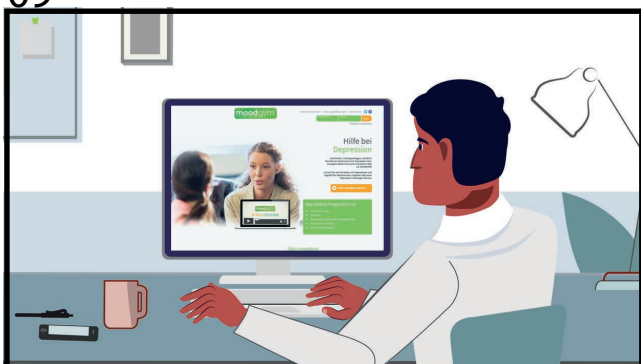
08



Lösung – Arzt erinnert sich an Möglichkeit von Online-Coach

Für Sie als Hausarzt gibt es durch das Online-Programm „moodgym“

09



Auf dem Monitor des Arztes erscheint moodgym

zusätzliche Möglichkeiten zur Unterstützung Ihrer Patienten mit leichteren depressiven Symptomen.

Er dreht sich um um es sich genauer anzuschauen

10



Moodgym ist einfach und flexibel zu bedienen, anonym, sicher, wissenschaftlich geprüft und kostenfrei.

11



Bild

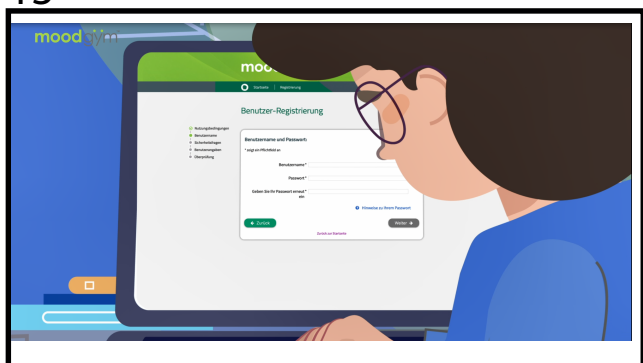
Voice-Over

die deutsche Version von **moodgym** wird von der **AOK** ermöglicht, ist aber **unabhängig von der Krankenkassenzugehörigkeit nutzbar** und erhielt von der Stiftung Warentest 2019 das Prädikat „**empfehlenswert**“.
Es gibt bereits gute Erfahrungen mit moodgym:

12



13



Patientin (hier nur Dummy) schaut auf Monitor mit login-Seite auf moodgym-homepage

Betroffene können das Programm völlig selbstständig bearbeiten.

Als **Selbsthilfeprogramm** unterstützt moodgym Betroffene dabei,

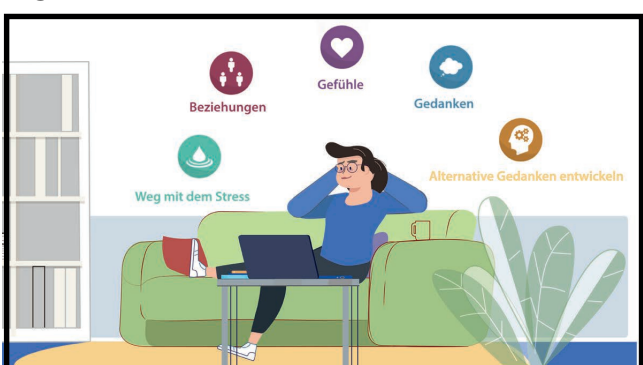
14



Als bildliche Unterstützung ein paar Zahnrädern in gleicher Farbe in einer Gedankenblase, nur eines ist andersfarbig und wird ausgetauscht- Der belastende Gedanke wird erkannt und ausgetauscht...

Gedankenmuster zu erkennen, die das seelische Gleichgewicht belasten und diese durch **neue** zu ersetzen.

15



Patientin lehnt sich zurück,

Die 5 Bausteine kommen ins Bild,

Das Programm setzt sich aus 5 Bausteinen zusammen, in denen die Wahrnehmung trainiert und ein neues Verhalten erlernt werden kann.



Storyboard: moodgym- Uni Leipzig

16



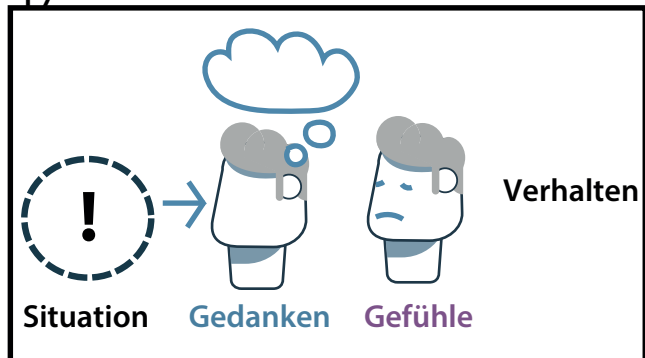
Bild

Zoom auf die Kreise

Voice-Over

Die 5 Programmbausteine heißen: Gefühle, Gedanken, Alternative Gedanken entwickeln, Weg mit dem Stress und Beziehungen.

17



Man sieht jemanden (Icon), mit einer Gedankenblase darüber, welche trüber wird

Den Betroffenen wird anschaulich erklärt, wie das **eigene Denken die Gefühle und somit die Stimmung beeinflusst.**

18



Zoom ins Symbol Arbeitsbuch,
Vergrößerung Icon

Alle Übungen können jederzeit in einem **Arbeitsbuchbereich** nachgelesen und **wiederholt** werden.

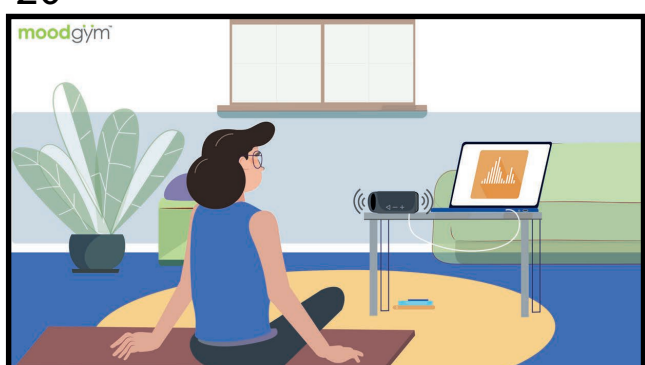
19



Wochenplaner mit den unterschiedlichen Icons

Es gibt konkrete **Anleitungen**, die die **Wochenplanung** der Patientinnen und Patienten unterstützen.

20



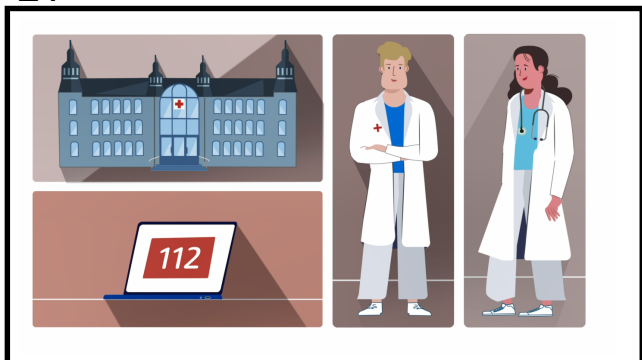
Meditations- online- Kurs

Man sieht die Patientin vor einem Laptop und einer Lautsprecher-Box sitzen. Ausschläge vom Soundfile sind auf dem Monitor zu sehen

Oder auch aktive Übungen, die dabei helfen zu **entspannen.**

Storyboard: moodgym- Uni Leipzig

21



Bild

Kontakte blippen auf: z.B. Notfallnummer, Klinik, Arzt, Psychotherapeuten, (hier nur Dummy)

Voice-Over

Zusätzlich gibt es wichtige Adressen zu Anlaufstellen und Hilfen für den Notfall

Die ergänzende Selbsthilfe durch moodgym!

22



23

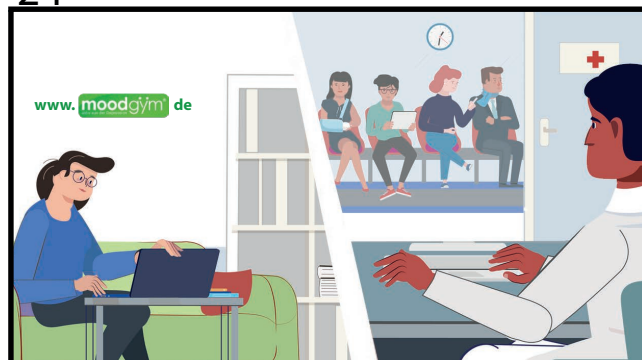


Hausarzt übergibt Patientin einen Flyer.

auf dem Monitor des Arztes ist der AOK- Link zu sehen.

Infomaterial für Ihre Patienten, z.B. Flyer **finden Sie direkt auf der Webseite oder können kostenfrei bei der AOK** angefordert werden.

24



Splitscreen:

links: Patientin loggt sich zu Hause ein (Adresse der Website des Programms wird eingeblendet) und rechts: kann der Hausarzt seine weiteren Patienten behandeln

Der Zugang für Ihre Patientinnen und Patienten ist leicht: Unter www.moodgym.de einfach von überall aus einloggen und ausprobieren!

25



Moodgym bietet erprobte Hilfe, ist aber kein Ersatz für eine ärztliche oder psychotherapeutische Beratung oder Behandlung.

Storyboard: moodgym- Uni Leipzig- Moodgym für niedergelassene Psychotherapeut*innen

01



Bild

Einblendung Titel:
Logo moodgym – neu denken,
sich besser fühlen

Voice-Over

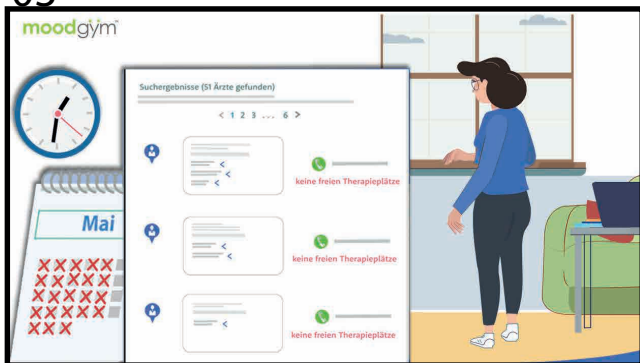
02



Patientin steht freud- und
antriebslos am Fenster

Depressive Erkrankungen
sind häufig und folgen-
schwer.

03



Kalender und Liste mit Thear-
pie-Plätzen ohne freie Plätze
mit Betroffener

Betroffene müssen oft
lange auf einen
Psychotherapieplatz
warten.

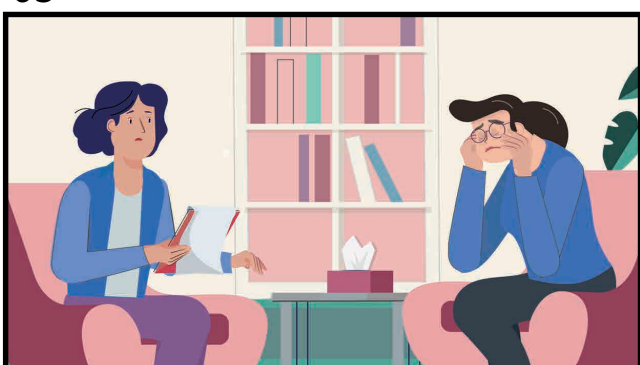
04



Psychotherapeutin sitzt im
Behandlungszimmer, depressi-
ver Patient sitzt gegenüber

Sie als
Psychotherapeutin
haben meist viele
Anfragen – aber nur
wenige freie
Therapieplätze.

05

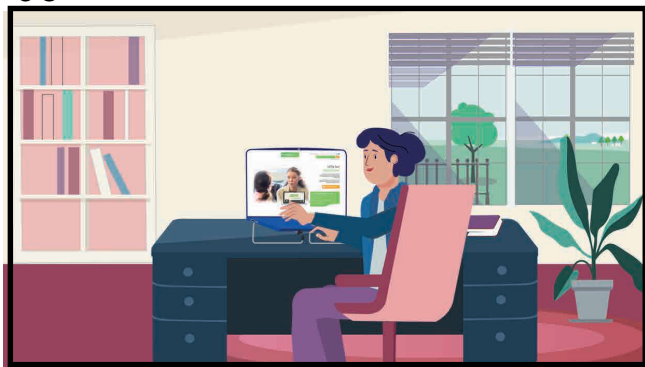


miteinander reden

Eine schwierige Situation
für beide Seiten. –



06



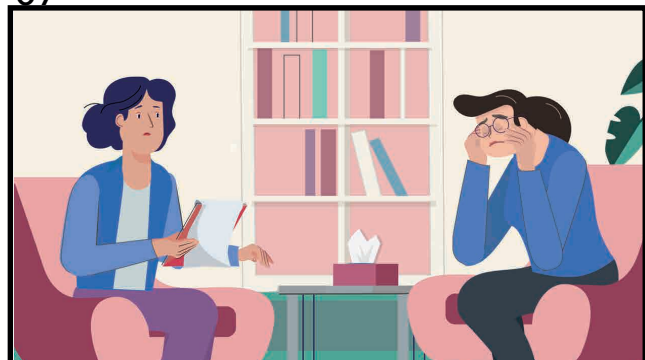
Bild

Lösung – Arzt erinnert sich an Möglichkeit von Online-Coach

Voice-Over

„Moodgym“ ist ein Online Selbsthilfe-Programm zur Unterstützung bei leichteren depressiven Symptomen.

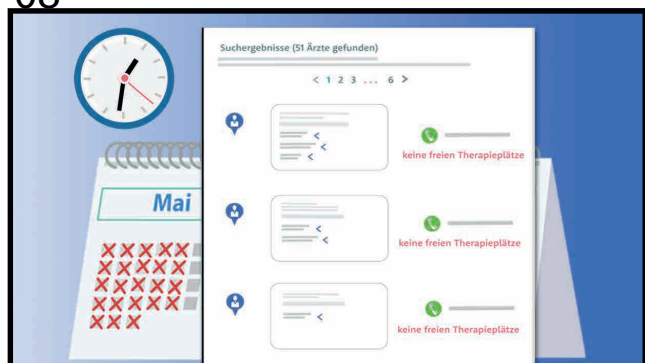
07



Sprechstunde ,
Uhr,
Kalender ist voll
und keine Therapieplätze sind mehr frei

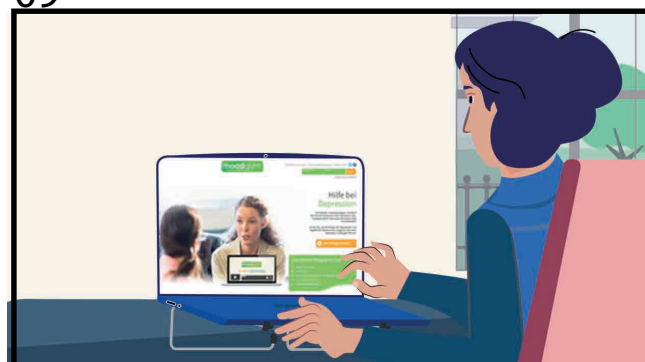
In der Sprechstunde kann die Empfehlung von moodgym Patientinnen und Patienten helfen,

08



die Zeit bis zum Beginn der Psychotherapie sinnvoll zu nutzen.

09



Auf dem Monitor des Arztes erscheint moodgym

Moodgym kann jedoch auch eine laufende Psychotherapie vielfältig unterstützen.

Er dreht sich um um es sich genauer anzuschauen

10



Moodgym ist einfach und flexibel zu bedienen, anonym, sicher, wissenschaftlich geprüft und kostenfrei.



Storyboard: moodgym- Uni Leipzig

11



Bild

Icons kommen nacheinander ins Bild

Voice-Over

die deutsche Version von moodgym wird von der AOK ermöglicht, ist aber unabhängig von der Krankenkassenzugehörigkeit nutzbar und erhielt von der Stiftung Warentest 2019 das Prädikat „empfehlenswert“.

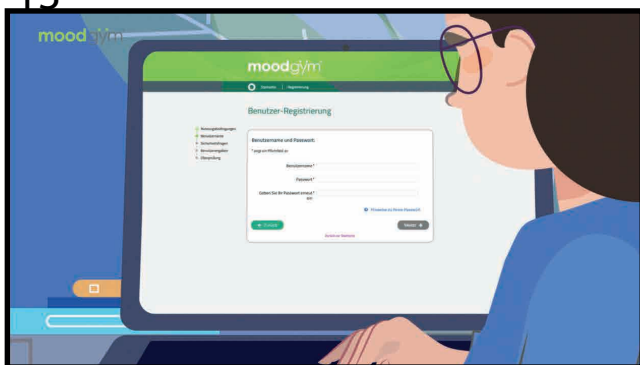
12



Interview

Es gibt bereits gute Erfahrungen mit moodgym: INTERVIEW

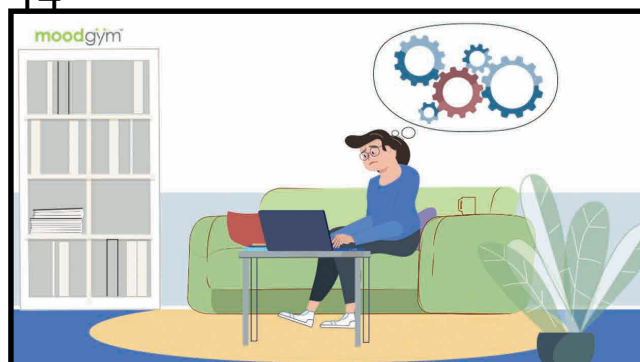
13



Patientin von hinten am Monitor beim einloggen.

Betroffene können das Programm selbständig und ohne Anleitung bearbeiten.

14



Als Unterstützung ein paar Zahnräder in gleicher Farbe in einer Gedankenblase, nur eines ist andersfarbig und wird ausgetauscht- Der belastende Gedanke wird erkannt und ausgetauscht.

Moodgym unterstützt Betroffene dabei, Gedankenmuster zu erkennen, die das seelische Gleichgewicht belasten und diese durch neue zu ersetzen.

15



Patientin lehnt sich zurück,

Die 5 Bausteine kommen ins Bild

Das Programm setzt sich aus 5 Bausteinen zusammen, in denen die Wahrnehmung trainiert und ein neues Verhalten erlernt werden kann.



Storyboard: moodgym- Uni Leipzig

16



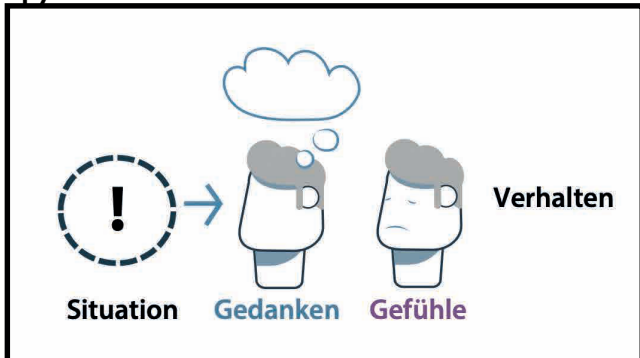
Bild

Voice-Over

Zoom auf die Kreise

Die 5 Programmbausteine heißen: Gefühle, Gedanken, Alternative Gedanken entwickeln, Weg mit dem Stress und Beziehungen

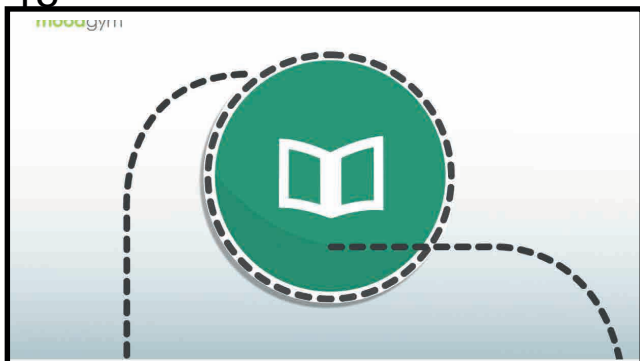
17



Man sieht jemanden mit einer Gedankenblasen darüber, welche trüber wird

Den Betroffenen wird anschaulich erklärt, wie das eigene Denken die Gefühle und somit die Stimmung beeinflusst.

18



Zoom ins Symbol Arbeitsbuch,

Vergößerung Icon Arbeitsbuch

Alle Übungen können jederzeit in einem Arbeitsbuchbereich nachgelesen und wiederholt werden.

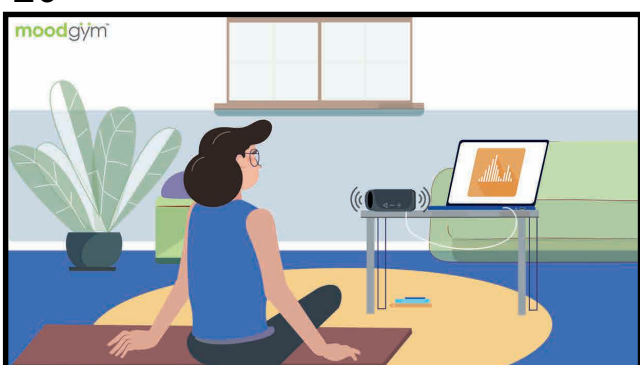
19



Wochenplaner : Zoom in den Kalender, Vergrößerung der Icons,

Es gibt konkrete Anleitungen, die die Wochenplanung der Patientinnen und Patienten unterstützen

20

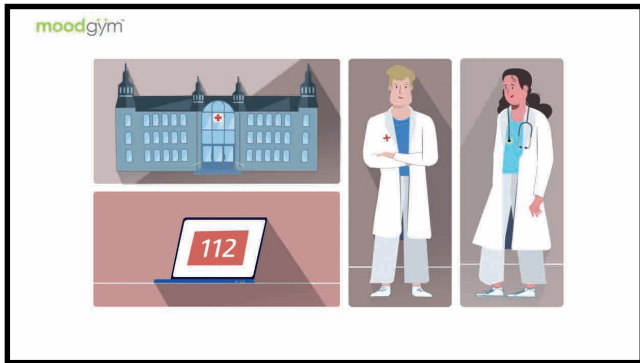


Meditations- online- Kurs

und aktive Übungen, die dabei helfen zu entspannen.

Storyboard: moodgym- Uni Leipzig

21



Bild

Kontakte blippen auf: z.B. Notfallnummer Klinik, Arzt, Psychotherapeuten

Voice-Over

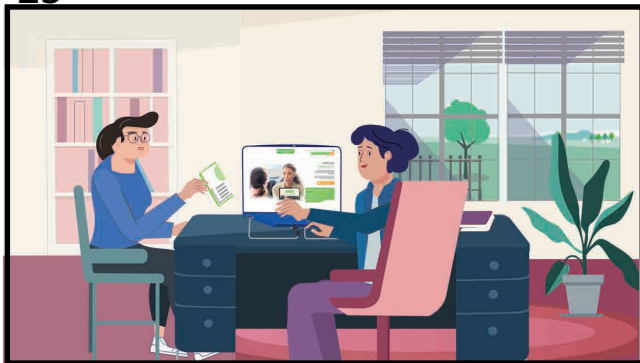
Zusätzlich finden sich im Programm wichtige Adressen zu Anlaufstellen und Hilfen für den Notfall – Moodgym, die ergänzende Selbsthilfe!

22



INTERVIEW

23



<https://moodgym.de>
Patientin bekommt einen Flyer
auf dem Monitor des Arztes ist eine website zu sehen

Infomaterial für Ihre Patienten, z.B. Flyer finden Sie direkt auf der Webseite oder können kostenfrei bei der AOK angefordert werden.

24



Splitscreen:
links:
Patientin loggt sich zu Hause ein (Adresse der Website des Programms wird eingeblendet)
und rechts:
kann der Facharzt seine weiteren Patienten behandeln

Der Zugang für Ihre Patientinnen und Patienten ist leicht:
Unter www.moodgym.de einfach von überall aus einloggen und ausprobieren!

25



Moodgym bietet erprobte Hilfe, ist aber kein Ersatz für eine ärztliche oder psychotherapeutische Beratung oder Behandlung.



Storyboard: moodgym- Uni Leipzig- Moodgym für niedergelassene Fachärzt*innen

01

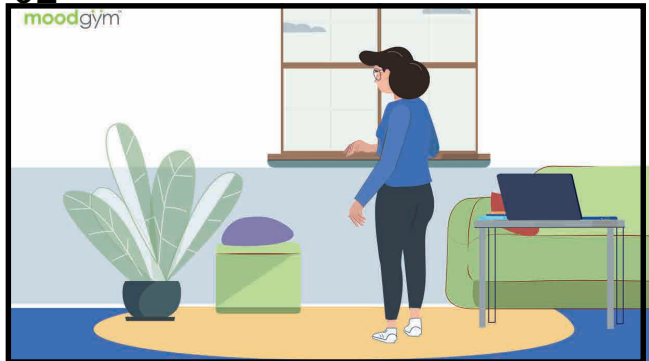


Bild

Einblendung Titel:
Logo moodgym – neu denken,
sich besser fühlen

Voice-Over

02



Patientin steht freud- und
antriebslos am Fenster

Depressive Erkrankungen
sind häufig und folgen-
schwer.

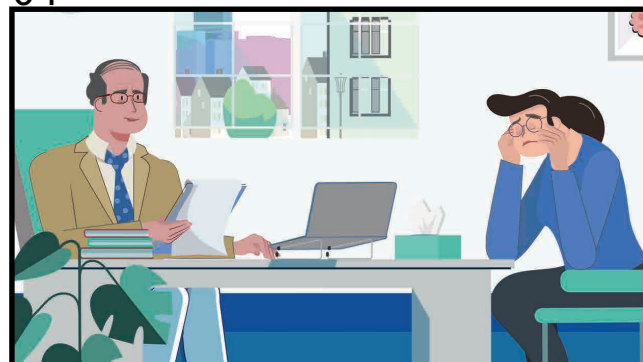
03



Facharzt sitzt im Behandlun-
gzimmer, depressiver Patient
sitzt am Schreibtisch,

Betroffene müssen jedoch
oft auf eine fachärztli-che
Behandlung warten.

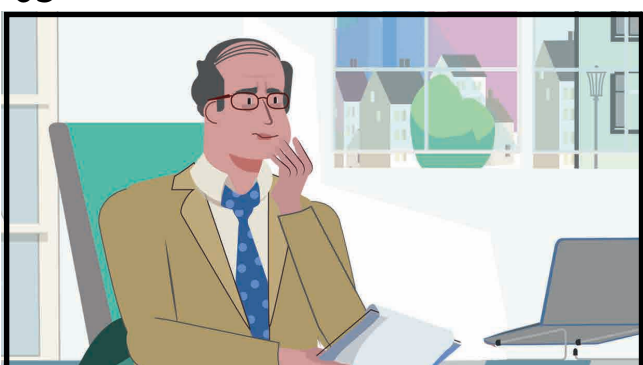
04



miteinander reden

Auch Sie als Facharzt
stehen vor einer großen
Herausforderung:

05

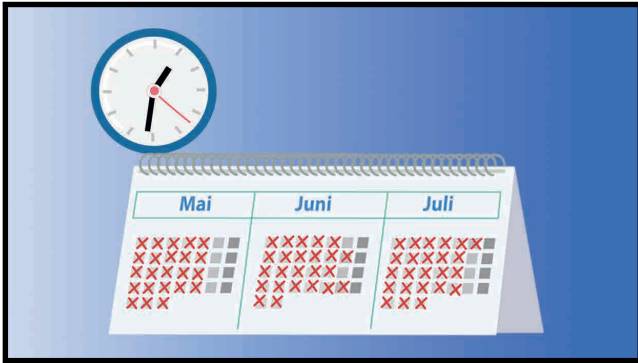


close auf den Arzt mit nach-
denklicher Miene



Storyboard: moodgym- Uni Leipzig

06



Bild

Close auf eine Uhr,
Kalender ist voll

Voice-Over

Der Terminkalender ist voll und es stehen nur begrenzte zeitliche Ressourcen für jeden Patienten zur Verfügung.

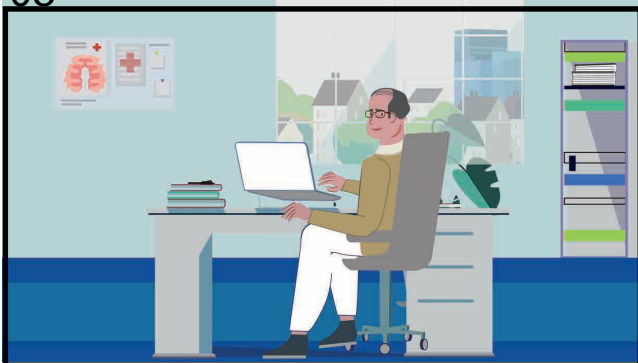
07



und keine Therapieplätze sind mehr frei

Das Online-Programm „moodgym“ kann hier weiterhelfen.

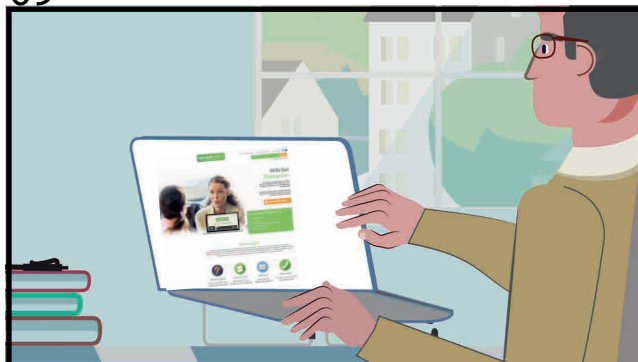
08



Lösung – Arzt erinnert sich an Möglichkeit von Online-Coach

„Moodgym“ bietet Unterstützung und Selbsthilfe für Patienten mit depressiver Symptomatik

09



Auf dem Monitor des Arztes erscheint moodgym

und kann Ihre Behandlung sinnvoll ergänzen.

Er dreht sich um um es sich genauer anzuschauen

10



Moodgym ist einfach und flexibel zu bedienen, anonym, sicher, wissenschaftlich geprüft und kostenfrei.



Storyboard: moodgym- Uni Leipzig

11



Icons kommen nacheinander ins Bild

Bild

Voice-Over

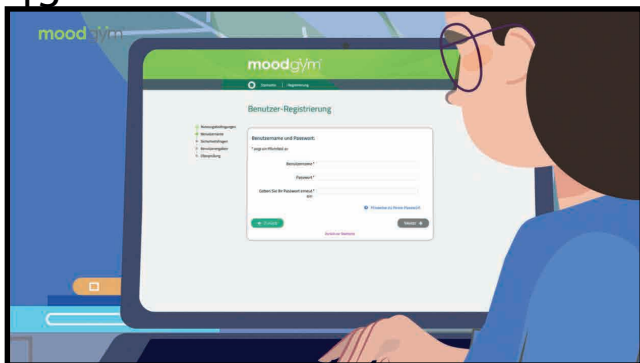
die deutsche Version von moodgym wird von der AOK ermöglicht, ist aber unabhängig von der Krankenkassen-zugehörigkeit nutzbar und erhielt von der Stiftung Warentest 2019 das Prädikat „empfehlenswert“.

12



Es gibt bereits gute Erfahrungen mit moodgym: INTERVIEW

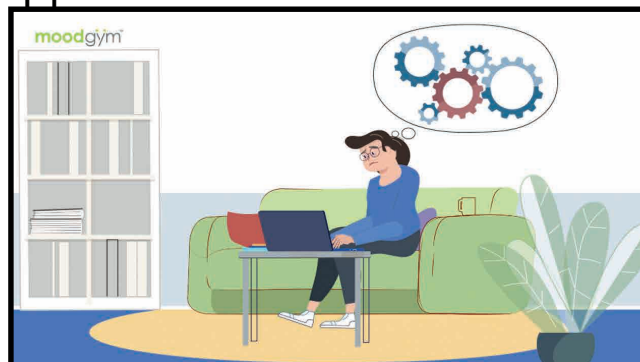
13



Patientin von hinten am Monitor beim einloggen

Betroffene können das Programm selbständig und ohne Anleitung bearbeiten.

14



Als Unterstützung ein paar Zahnräder in gleicher Farbe in einer Gedankenblase, nur eines ist andersfarbig und wird ausgetauscht- Der belastende Gedanke wird erkannt und ausgetauscht.

Moodgym unterstützt Betroffene dabei, Gedankenmuster zu erkennen, die das seelische Gleichgewicht belasten und diese durch neue zu ersetzen.

15



Patientin lehnt sich zurück, Die 5 Bausteine kommen ins Bild

Das Programm setzt sich aus 5 Bausteinen zusammen, in denen die Wahrnehmung trainiert und ein neues Verhalten erlernt werden kann.



Storyboard: moodgym- Uni Leipzig

16



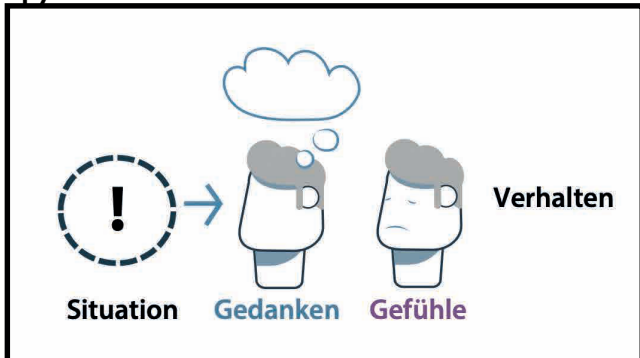
Bild

Voice-Over

Zoom auf die Kreise

Die 5 Programmbausteine heißen: Gefühle, Gedanken, Alternative Gedanken entwickeln, Weg mit dem Stress und Beziehungen

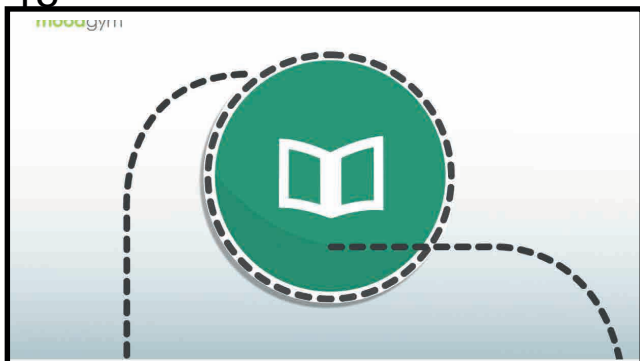
17



Man sieht jemanden mit einer Gedankenblase darüber, welche trüber wird

Den Betroffenen wird anschaulich erklärt, wie das eigene Denken die Gefühle und somit die Stimmung beeinflusst.

18



Zoom ins Symbol Arbeitsbuch,
Vergrößerung Icon Arbeitsbuch

Alle Übungen können jederzeit in einem Arbeitsbuchbereich nachgelesen und wiederholt werden.

19

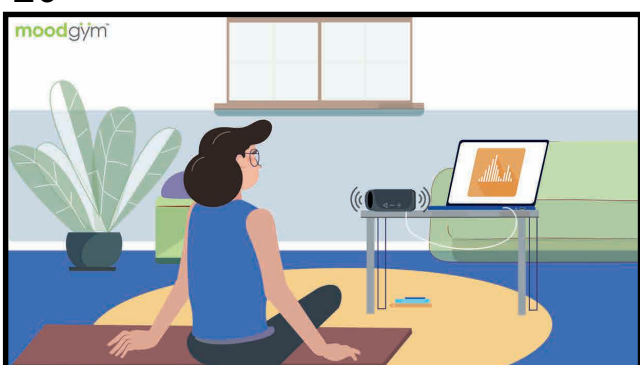


Wochenplaner :
Zoom in den Kalender,
Vergrößerung der Icons,

Es gibt konkrete Anleitungen, die die Wochenplanung der Patientinnen und Patienten unterstützen

sowie aktive Übungen, die dabei helfen zu entspannen.

20

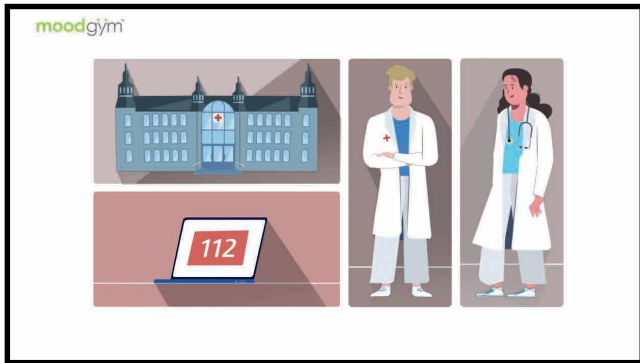


Meditations- online- Kurs

Das Online-Programm kann als Hausaufgabe und Überbrückung bis zum nächsten Facharzttermin empfohlen werden.

Storyboard: moodgym- Uni Leipzig

21



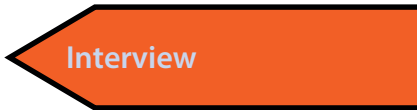
Bild

Kontakte blippen auf: z.B. Notfallnummer Klinik, Arzt, Psychotherapeuten

Voice-Over

Zusätzlich finden sich im Programm wichtige Adressen zu Anlaufstellen und Hilfen für den Notfall – Moodgym, die ergänzende Selbsthilfe!

22



INTERVIEW

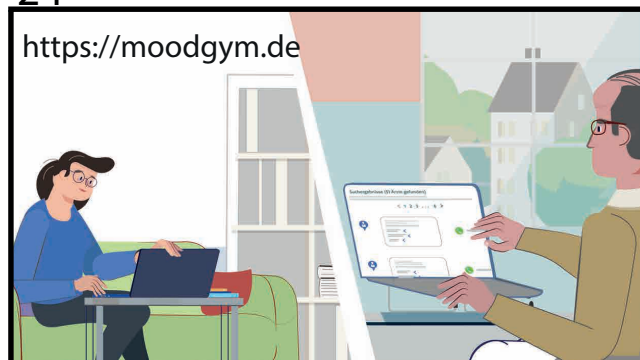
23



https://moodgym.de
Patientin bekommt einen Flyer
auf dem Monitor des Arztes ist eine website zu sehen

Infomaterial für Ihre Patienten, z.B. Flyer finden Sie direkt auf der Webseite oder können kostenfrei bei der AOK angefordert werden.

24



Splitscreen:
links:
Patientin loggt sich zu Hause ein (Adresse der Website des Programms wird eingeblendet)
und rechts:
kann der Facharzt seine weiteren Patienten behandeln

Der Zugang für Ihre Patientinnen und Patienten ist leicht:
Unter www.moodgym.de einfach von überall aus einloggen und ausprobieren!

25



Moodgym bietet erprobte Hilfe, ist aber kein Ersatz für eine ärztliche oder psychotherapeutische Beratung oder Behandlung.



Storyboard: moodgym- Uni Leipzig- Moodgym für Klinikärzt*innen

01

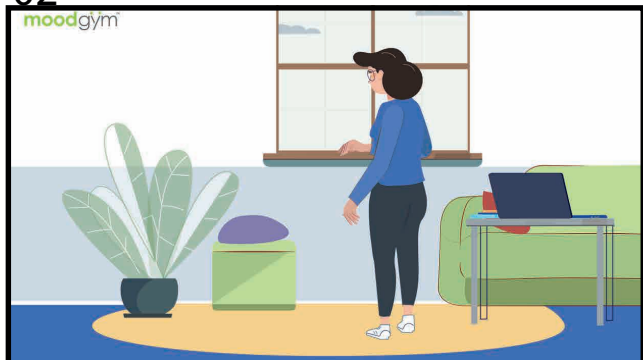


Bild

Einblendung Titel:
Logo moodgym – neu denken,
sich besser fühlen

Voice-Over

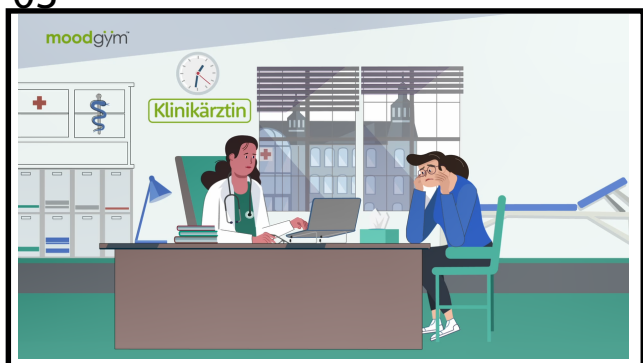
02



Patientin steht freud- und
antriebslos am Fenster

Depressive Erkrankungen
sind häufig und folgen-
schwer.

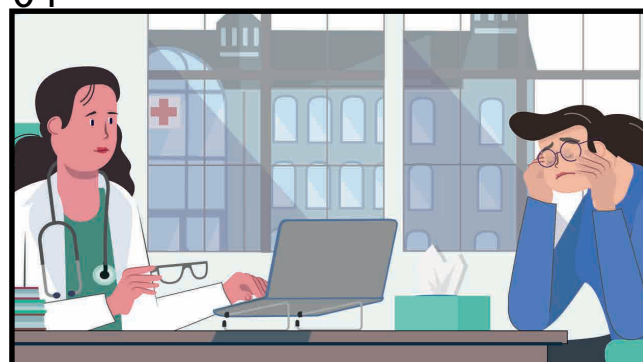
03



Klinikärztin sitzt im Behand-
lungszimmer, depressiver
Patient sitzt am Schreibtisch,

Für manche
Patienten
ist die fachärztliche und
therapeutische Behandlung
in der Klinik notwendig und
sinnvoll.

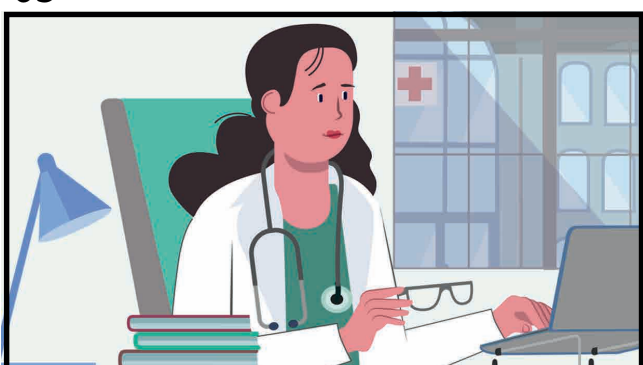
04



miteinander reden

Klinikärzte und ihre Teams
behandeln oft eine große
Anzahl an
Patientinnen und Patienten
gleichzeitig.

05



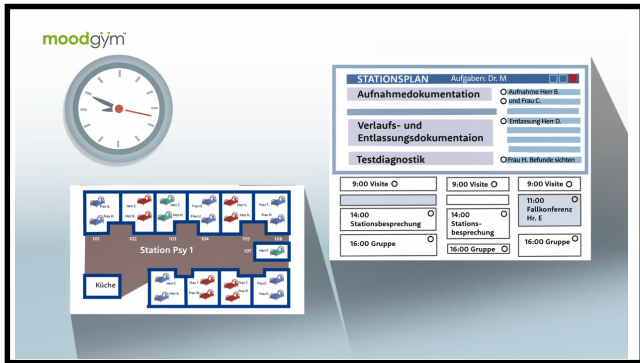
close auf den Arzt mit nach-
denklicher Miene

Eine große
Herausforderung,



Storyboard: moodgym- Uni Leipzig

06



Bild

Close auf eine Uhr,
Kalender ist voll

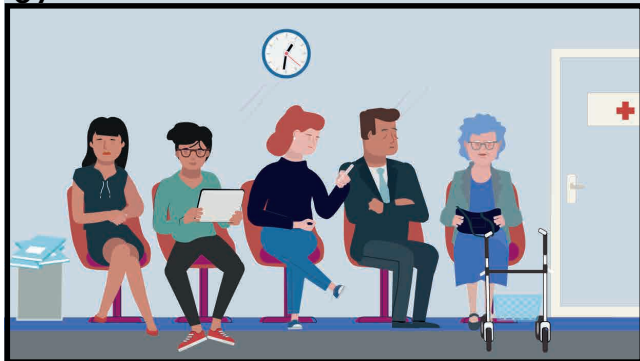
Voice-Over

denn in der Regel steht ihnen nur ein begrenzter Zeitraum für die Behandlung ihrer

Patienten

zur Verfügung.

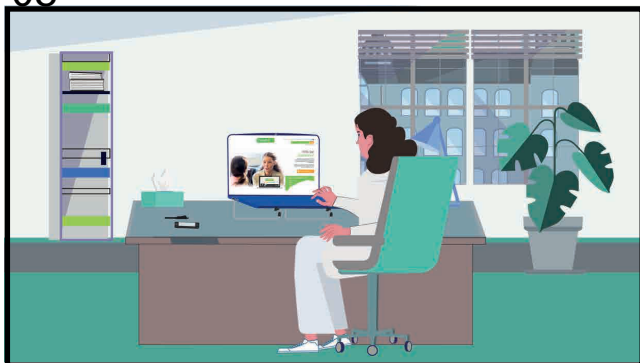
07



und keine Therapieplätze sind mehr frei

Das Online-Programm „moodgym“ kann hier weiterhelfen.

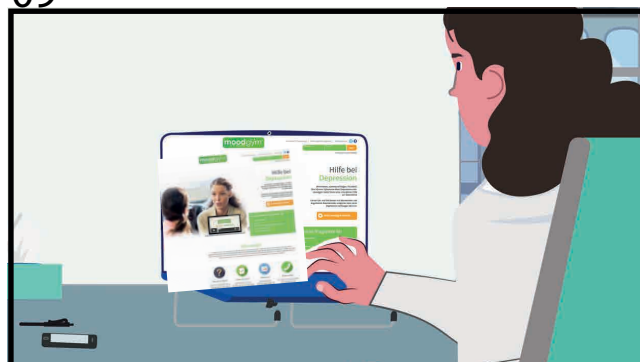
08



Lösung – Arzt erinnert sich an Möglichkeit von Online-Coach

Als wirksames Selbsthilfeprogramm schafft moodgym

09

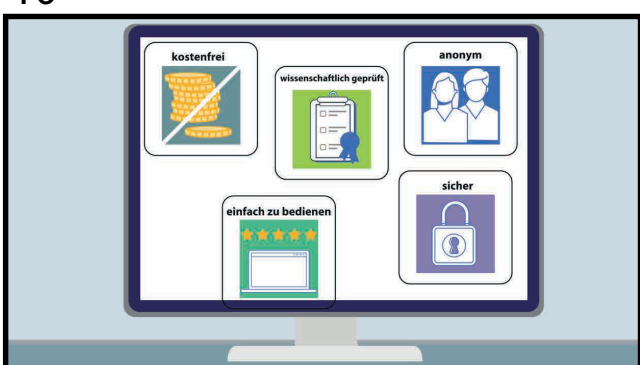


Auf dem Monitor des Arztes erscheint moodgym

ein ergänzendes Therapieangebot während des Klinikaufenthalts für geeignete Patienten

Er dreht sich um um es sich genauer anzuschauen

10



Moodgym ist einfach und flexibel zu bedienen, anonym, sicher, wissenschaftlich geprüft und kostenfrei.



Storyboard: moodgym- Uni Leipzig

11



Bild

Icons kommen nacheinander ins Bild

Voice-Over

die deutsche Version von moodgym wird von der AOK ermöglicht, ist aber unabhängig von der Krankenkassen-zugehörigkeit nutzbar und erhielt von der Stiftung Warentest 2019 das Prädikat „empfehlenswert“.

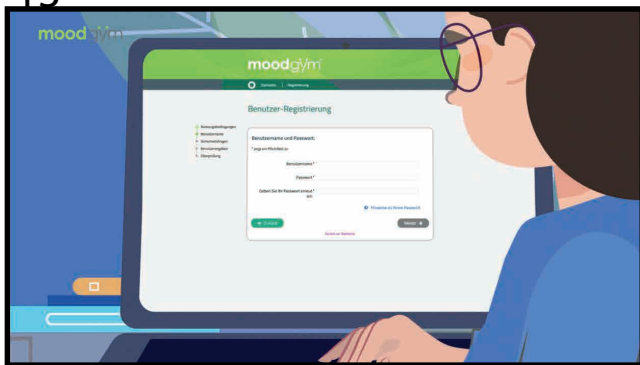
12



Interview

Es gibt bereits gute Erfahrungen mit moodgym: INTERVIEW

13

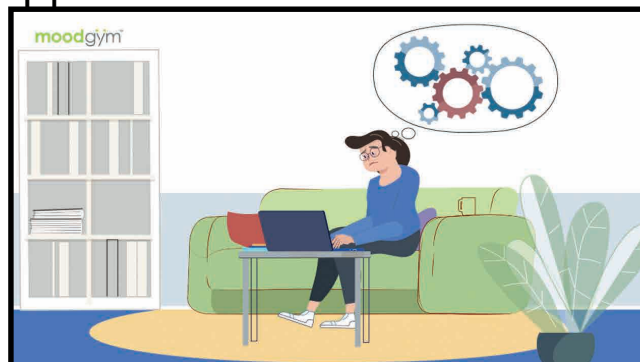


Patientin von hinten am Monitor beim einloggen

Betroffene können das Programm völlig selbständig bearbeiten und

dabei Themen aus den Therapien und das Wissen über ihre Erkrankung weiter vertiefen.

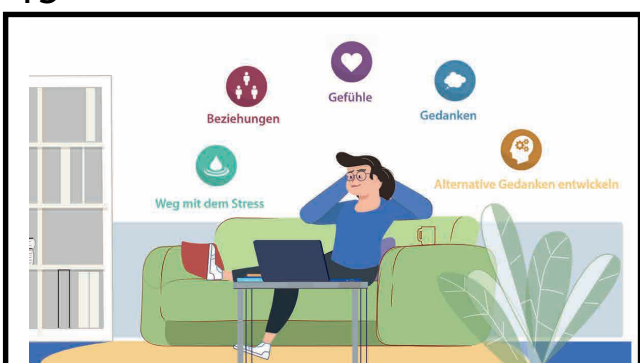
14



Als Unterstützung ein paar Zahnrädern in gleicher Farbe in einer Gedankenblase, nur eines ist andersfarbig und wird ausgetauscht- Der belastende Gedanke wird erkannt und ausgetauscht.

Moodgym unterstützt Betroffene dabei, Gedankenmuster zu erkennen, die das seelische Gleichgewicht belasten und diese durch neue zu ersetzen.

15



Patientin lehnt sich zurück,

Die 5 Bausteine kommen ins Bild

Das Programm setzt sich aus 5 Bausteinen zusammen, in denen die Wahrnehmung trainiert und ein neues Verhalten erlernt werden kann.



16



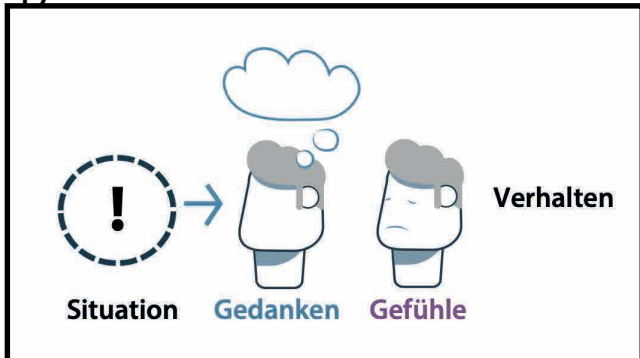
Bild

Voice-Over

Zoom auf die Kreise

Die 5 Programmbausteine heißen: Gefühle, Gedanken, Alternative Gedanken entwickeln, Weg mit dem Stress und Beziehungen

17

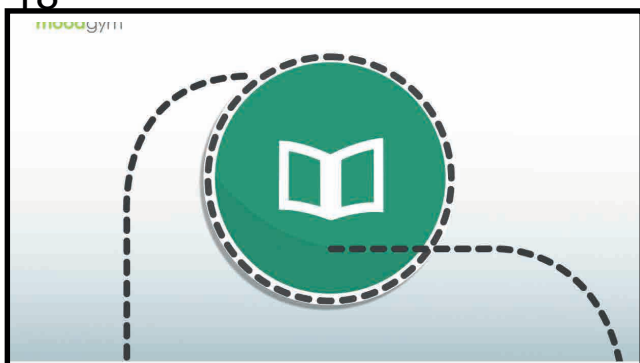


Man sieht jemanden mit einer Gedankenblasen darüber, welche trüber wird

Den Betroffenen

wird anschaulich erklärt, wie das eigene Denken die Gefühle und somit die Stimmung beeinflusst.

18



Zoom ins Symbol Arbeitsbuch,

Vergrößerung Icon Arbeitsbuch

Alle Übungen können jederzeit in einem Arbeitsbuchbereich nachgelesen und wiederholt werden.

19

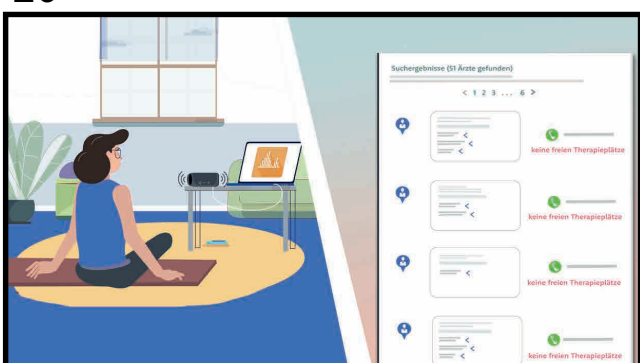


Wochenplaner : Zoom in den Kalender, Vergrößerung der Icons,

Es gibt konkrete Anleitungen, die die Wochenplanung der Patientinnen und Patienten

unterstützen sowie aktive Übungen, die dabei helfen zu entspannen.

20

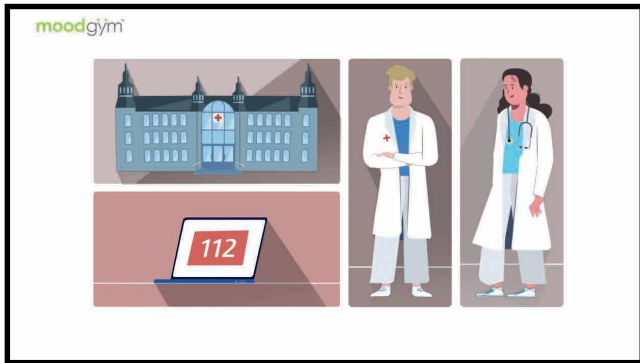


Meditations- online- Kurs

Moodgym eignet sich sehr gut als Empfehlung für die Tagesklinik und für die Nachsorge. Auch die Wartezeit auf eine ambulante Weiterbehandlung kann damit überbrückt werden.

Storyboard: moodgym- Uni Leipzig

21



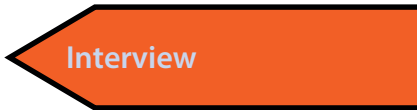
Bild

Kontakte blippen auf: z.B. Notfallnummer Klinik, Arzt, Psychotherapeuten

Voice-Over

Zusätzlich finden sich im Programm wichtige Adressen zu Anlaufstellen und Hilfen für den Notfall – Moodgym, die ergänzende Selbsthilfe!

22



INTERVIEW

23



https://moodgym.de
Patientin bekommt einen Flyer
auf dem Monitor des Arztes ist eine website zu sehen

Infomaterial für Ihre Patienten, z.B. Flyer finden Sie direkt auf der Webseite oder können kostenfrei bei der AOK angefordert werden.

24



Splitscreen:
links:
Patientin loggt sich zu hause ein (Adresse der Website des Programms wird eingeblendet)
und rechts:
kann der Facharzt seine weiteren Patienten behandeln

Der Zugang für Ihre Patientinnen und Patienten ist leicht:
Unter www.moodgym.de einfach von überall aus einloggen und ausprobieren!

25



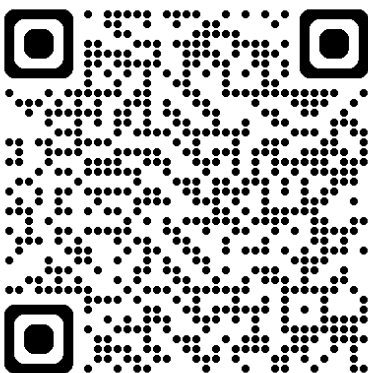
Moodgym bietet erprobte Hilfe, ist aber kein Ersatz für eine ärztliche oder psychotherapeutische Beratung oder Behandlung.

Informationsfilm Hausärzt:innen

Im Folgenden ist der Informationsfilm zum Fachkreis „hausärztliche Praxis“ verlinkt.



Zudem ermöglicht der nachfolgende QR-Code den direkten Zugriff auf das Video.

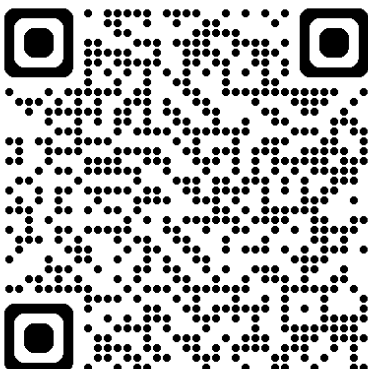


Informationsfilm Psychotherapie

Im Folgenden ist der Informationsfilm zum Fachkreis „Psychotherapie“ verlinkt.



Zudem ermöglicht der nachfolgende QR-Code den direkten Zugriff auf das Video.

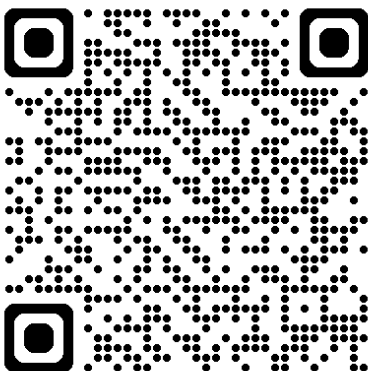


Informationsfilm Fachärzt:innen

Im Folgenden ist der Informationsfilm zum Fachkreis „psychiatrische Praxis“ verlinkt.



Zudem ermöglicht der nachfolgende QR-Code den direkten Zugriff auf das Video.

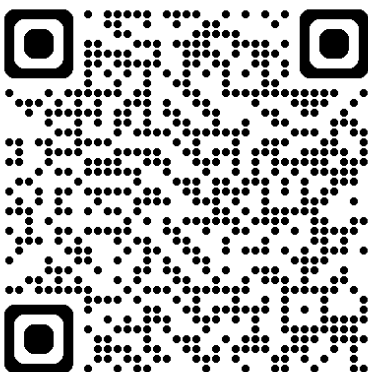


Informationsfilm Klinikärzt:innen

Im Folgenden ist der Informationsfilm zum Fachkreis „In der Klinik“ verlinkt.



Zudem ermöglicht der nachfolgende QR-Code den direkten Zugriff auf das Video.





Leitfaden für Expert*inneninterview

„@ktiv rollout – Wie kann Translation gelingen?“

Heutiges Datum: [] []. [] []. [] [] [] []

Einführung des Interviews: Erläuterung des Interviewziels und der Methode

„Liebe/r Frau/Herr Dr. [Name des Experten/der Expertin],

zunächst einmal möchte ich mich bei Ihnen für Ihre Bereitschaft, an diesem Interview teilzunehmen, ganz herzlich bedanken.

Mein Name ist ... Ich bin Mitarbeiterin am Institut für Sozialmedizin, Arbeitsmedizin und Public Health (ISAP) der Universität Leipzig.

Wir haben einen Informationsfilm über den Online-Coach moodgym entwickelt, den Sie ja schon anschauen konnten. Wir sind an Ihrer ganz persönlichen Meinung über diesen Film interessiert.

Ich würde jetzt mit dem Interview beginnen. Wenn Sie während des Interviews Fragen an mich haben, oder Ihnen etwas unklar ist, fragen Sie bitte jederzeit gern nach. Gibt es zum jetzigen Zeitpunkt Fragen an mich?“

INTERVIEWLEITFADEN

1. Bewertung des Informationsfilms	
Verständlichkeit des Videos	
<input type="checkbox"/>	o Wie verständlich fanden Sie die dargestellten Inhalte im Video?
Neue Informationen	
<input type="checkbox"/>	o Inwiefern gab es neue Informationen für Sie?
<input type="checkbox"/>	o Was haben Sie für sich mitgenommen?
Nützlichkeit der vermittelten Inhalte	
<input type="checkbox"/>	o Inwiefern bewerten Sie die vermittelten Inhalte des Videos als nützlich für sich?
Lerneffekt zum Online-Coach moodgym	
<input type="checkbox"/>	o Inwiefern haben Sie das Gefühl durch das Video besser zu verstehen, wie moodgym funktioniert?
Aufbau des Videos	
<input type="checkbox"/>	o Wie bewerten Sie den Aufbau des Videos insgesamt?
Attraktivität des Videos	
<input type="checkbox"/>	o Wie ansprechend fanden Sie das Video hinsichtlich seiner Gestaltung?
Geschwindigkeit und Länge	
<input type="checkbox"/>	o Wie bewerten Sie den Film hinsichtlich Länge und Geschwindigkeit?
<input type="checkbox"/>	o Konnten Sie dem Film gut folgen?
Gesamteindruck zum Video	
<input type="checkbox"/>	o Wie hat Ihnen das Video insgesamt gefallen?

2. Änderungspotentiale	
<input type="checkbox"/>	o Welche Informationen haben Ihnen möglicherweise im Video gefehlt?
<input type="checkbox"/>	o Haben Sie Vorschläge zur Verbesserung?

3. Videoeinsatz für eigene Berufsgruppe	
<input type="checkbox"/>	o Halten Sie den Einsatz eines kurzen Info-Films für einzelne Programme für hilfreich für Ihre Berufsgruppe?
<input type="checkbox"/>	o Inwiefern schätzen Sie den nötigen Aufwand für das Anschauen eines Info-Films als machbar im tatsächlichen Berufsalltag ein?
<input type="checkbox"/>	o Wie würden Sie gerne auf so einen Info-Film aufmerksam gemacht werden? <ul style="list-style-type: none"> o <i>Postsendung, E-Mail, Fachjournale/Printmedien, Newsletter, Kongresse, Informationsveranstaltungen? (konkrete)</i> o <i>Webseiten? (konkrete)</i> o <i>Kolleg*innen?</i>

4. Weitere Maßnahmen zur Förderung von Online-Coaches

- | | |
|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | <input type="radio"/> Welche weiteren Informationen und Maßnahmen wären aus Ihrer Sicht noch notwendig und sinnvoll, damit der Einsatz von Online-Coaches gelingen kann? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="radio"/> Welche weiteren Vermittlungswege sind für Sie denkbar? |

5. Offene Themen

- | | |
|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | <input type="radio"/> Habe ich aus Ihrer Sicht etwas vergessen? Möchten Sie noch etwas sagen, dass Ihnen in diesem Zusammenhang wichtig ist? |
|--------------------------|--|

6. Dank und Verabschiedung



KURZFRAGEBOGEN

„@ktiv rollout – Wie kann Translation gelingen?“ – Evaluation eines Informationsvideos

<i>geschl_0</i>	A1. Geschlecht
<input type="checkbox"/> ₁	weiblich
<input type="checkbox"/> ₂	männlich

<i>alt_0</i>	A2. Alter
_ _ _ Jahre	

<i>umg_0</i>	A3. Wo praktizieren Sie?
<input type="checkbox"/> ₁	Eher im städtischen Bereich
<input type="checkbox"/> ₂	Eher im ländlichen Bereich

<i>bera_0</i>	A4. Wie viele Jahre Berufserfahrung haben Sie?
_ _ _ Jahre	




<i>berb_0</i>	A5. In welchem Bereich oder welcher Einrichtung sind Sie derzeit tätig?
<input type="checkbox"/> ₁	Krankenhaus/Klinik
<input type="checkbox"/> ₂	Rehabilitationseinrichtung
<input type="checkbox"/> ₃	Praxis
<input type="checkbox"/> ₄	Medizinisches Versorgungszentrum (MVZ)
<input type="checkbox"/> ₅	Sonstiges, bitte angeben: _____ (<i>berb1_0</i>)

A6. Welcher Berufsgruppe gehören Sie an? (Mehrfachnennungen möglich)	
<input type="checkbox"/> 1	Psychologe/ Psychologin <i>berc1_0</i>
<input type="checkbox"/> 1	Psychologische/r Psychotherapeut/ -therapeutin <i>berc2_0</i>
<input type="checkbox"/> 1	Arzt/Ärztin in Weiterbildung <i>berc3_0</i> für das folgende Fach: _____ <i>berc3a_0</i>
<input type="checkbox"/> 1	Facharzt/ Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie <i>berc4_0</i>
<input type="checkbox"/> 1	Facharzt/ Fachärztin für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie <i>berc5_0</i>
<input type="checkbox"/> 1	Facharzt/ Fachärztin für Neurologie <i>berc6_0</i>
<input type="checkbox"/> 1	Facharzt/Fachärztin für Allgemeinmedizin <i>berc7_0</i>
<input type="checkbox"/> 1	Praktische/r Arzt/Ärztin <i>berc8_0</i>
<input type="checkbox"/> 1	Facharzt/Fachärztin für Innere Medizin <i>berc9_0</i>
<input type="checkbox"/> 11	Andere Berufsgruppe (<i>berc10_0</i>), bitte angeben: _____ <i>berc10a_0</i>

<i>a7</i>	A7. Wie schätzen Sie Ihre Aufgeschlossenheit zur Anwendung von technischen Geräten (Computer, Smartphones, Tablets) im Allgemeinen ein?
<input type="checkbox"/> 1	Sehr niedrig
<input type="checkbox"/> 2	Eher niedrig
<input type="checkbox"/> 3	Eher hoch
<input type="checkbox"/> 4	Sehr hoch

<i>a8</i>	A8. Halten Sie Online-Coaches grundsätzlich für eine sinnvolle Option zur Behandlungsunterstützung bei psychischen Erkrankungen?
<input type="checkbox"/> 1	Sehr sinnvoll
<input type="checkbox"/> 2	Eher sinnvoll
<input type="checkbox"/> 3	Eher nicht sinnvoll
<input type="checkbox"/> 4	Überhaupt nicht sinnvoll

AUFBAU DES PROGRAMMS

Module	Themen	Dauer
Gefühle 	Identifizieren und Bearbeiten von <ul style="list-style-type: none"> • verzerrten Wahrnehmungen von Situationen • negativen Emotionen • negativen Denkstrukturen <i>Übung: z.B. Emotionen protokollieren</i>	ca. 20 Minuten
Gedanken 	Wahrnehmen und Erkennen von <ul style="list-style-type: none"> • dysfunktionalen Gedanken • eigenen Bedürfnissen • verzerrten Ansprüchen an sich selbst • erlernten Schemata <i>Übung: z.B. positive Aktivitäten protokollieren</i>	ca. 25 Minuten
Alternative Gedanken entwickeln 	<ul style="list-style-type: none"> • dysfunktionale Gedanken und Ansprüche mit verhaltenstherapeutischen Techniken bearbeiten • positive Selbstwahrnehmung steigern • positive Aktivitäten und Eigenschaften identifizieren <i>Übung: z.B. Gedanken auflisten</i>	Mindestens 30 Minuten
Weg mit dem Stress 	<ul style="list-style-type: none"> • Psychoedukation zum Thema Stress und seinen Auswirkungen • persönliche Stressoren identifizieren • Beziehungsstrukturen zu Familienmitgliedern reflektieren <i>Übung: z.B. interaktive Entspannungsübungen (inkl. Audiodateien)</i>	Individuell
Beziehungen 	<ul style="list-style-type: none"> • verstehen lernen, wie Beziehungen funktionieren • Bewältigungsstrategien zum besseren Umgang mit Trennungen erlernen <i>Übung: z.B. Tagebuch über Auseinandersetzungen</i>	Individuell

PROBIEREN SIE MOODGYM EINFACH AUS

- Loggen Sie sich auf www.moodgym.de mit einem beliebig ausgewählten Namen und eigenem Passwort ein.
- Informationsmaterial für sich und Ihre Patientinnen und Patienten finden Sie direkt auf der Website oder kann bei der AOK angefordert werden.



KONTAKT: moodgym@medizin.uni-leipzig.de

IMPRESSUM

Herausgeber: Universität Leipzig - Medizinische Fakultät | Institut für Sozialmedizin, Arbeitsmedizin und Public Health (ISAP) | P.-Rosenthal-Straße 55 | 04103 Leipzig
Tel 0341 97-15406 | Fax 0341 97-24569

Grafik: Bildbad



Moodgym wurde ursprünglich von australischen Wissenschaftlern entwickelt.



Wissenschaftler der Universität Leipzig haben moodgym für den deutschen Sprachraum übersetzt.



Ein Spin-off der Australian National University, Anbieter von moodgym.



Die deutsche Version von moodgym wurde ermöglicht von der AOK.

Gefördert durch:



UNIVERSITÄT
LEIPZIG

Medizinische Fakultät

Institut für Sozialmedizin, Arbeitsmedizin und Public Health (ISAP)



moodgym

Ein selbsthilfestärkendes
Online-Programm zur
Behandlungsunterstützung
bei depressiven Symptomen

Informationen für Hausärztinnen und Hausärzte

ONLINE-PROGRAMME IM BEHANDLUNGS- ALLTAG

Selbsthilfestärkende Online-Programme können die Behandlung von Depressionen wirksam im Sinne des „Stepped-Care-Modells“ unterstützen. Sie bieten eine Reihe von Vorteilen, da sie unabhängig von Ort und Zeit leicht einsetzbar sind. Die Akzeptanz von Online-Programmen bei Patientinnen und Patienten konnte in verschiedenen Studien nachgewiesen werden.

WAS IST MOODGYM?

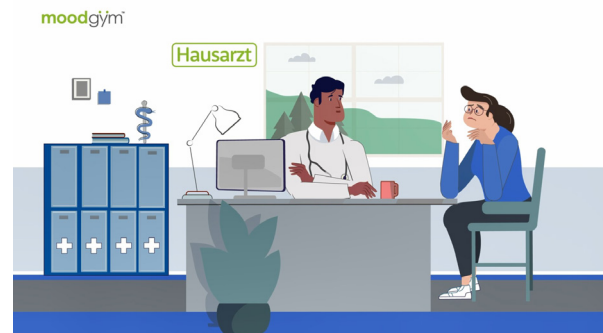
moodgym ist ein internetbasiertes Selbstmanagementprogramm zur Vorbeugung und Verringerung von depressiven Symptomen.

Das Programm basiert auf etablierten Methoden der kognitiven Verhaltenstherapie und wurde von Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftlern des Centre for Mental Health Research der Australian National University entwickelt. Das Programm hat sich weltweit bewährt.



MOODGYM IN DER HAUSÄRZTLICHEN PRAXIS

- ist geeignet zur Vorbeugung und Verringerung depressiver Symptome
- ist für leichte und mittelgradige sowie subklinische Depression leicht und vielseitig einsetzbar als **ergänzender Baustein Ihrer Behandlung**:
- während der **aktiv-abwartenden Begleitung** bei leichten Depressionen
- zur **Überbrückung von Wartezeiten** bis zu einer fachärztlichen oder psychotherapeutischen Behandlung
- ist für alle **frei zugänglich**



WIE KÖNNEN MEINE PATIENTINNEN UND PATIENTEN VON MOODGYM PROFITIEREN?

- moodgym ist internetbasiert und damit **niederschwellig** zugänglich, örtlich und zeitlich **flexibel** einsetzbar.
- moodgym ist **kostenfrei**, anonym und daher unabhängig von der Krankenkassen-zugehörigkeit **für alle nutzbar**.
- moodgym stärkt die **Eigenverantwortung** und das **Selbstwirksamkeitserleben**.

MOODGYM IST WIRKSAM

- moodgym trägt zu einer **signifikanten Verbesserung** der depressiven Symptomatik nach 6 Wochen und 6 Monaten bei.*
- Zusätzlich konnte durch den Einsatz von moodgym eine signifikante Verbesserung des **Selbstwirksamkeitserlebens** nach 6 Monaten sowie eine Steigerung der **Lebensqualität** nach 6 Wochen und 6 Monaten nachgewiesen werden.*


*Quelle: Löbner, M. et al. (2018). Computerized cognitive behavior therapy for patients with mild to moderately severe depression in primary care: A pragmatic cluster randomized controlled trial (@ktiv). *Journal of affective disorders*, 238, 317-326.

MOODGYM IST SICHER

- moodgym unterliegt den strengen Datenschutzregelungen der EU.
- Die Nutzung des Programms ist vollkommen anonym, es müssen keine persönlichen Daten angegeben werden.
- moodgym enthält zudem Informationen zu wichtigen Adressen für den Notfall sowie zu akuten Hilfsangeboten bei Suizidalität.



AUFBAU DES PROGRAMMS

Module	Themen	Dauer
Gefühle 	Identifizieren und Bearbeiten von <ul style="list-style-type: none"> • verzerrten Wahrnehmungen von Situationen • negativen Emotionen • negativen Denkstrukturen Übung: z.B. Emotionen protokollieren	ca. 20 Minuten
Gedanken 	Wahrnehmen und Erkennen von <ul style="list-style-type: none"> • dysfunktionalen Gedanken • eigenen Bedürfnissen • verzerrten Ansprüchen an sich selbst • erlernten Schemata Übung: z.B. positive Aktivitäten protokollieren	ca. 25 Minuten
Alternative Gedanken entwickeln 	<ul style="list-style-type: none"> • dysfunktionale Gedanken und Ansprüche mit verhaltenstherapeutischen Techniken bearbeiten • positive Selbstwahrnehmung steigern • positive Aktivitäten und Eigenschaften identifizieren Übung: z.B. Gedanken auflisten	Mindestens 30 Minuten
Weg mit dem Stress 	<ul style="list-style-type: none"> • Psychoedukation zum Thema Stress und seinen Auswirkungen • persönliche Stressoren identifizieren • Beziehungsstrukturen zu Familienmitgliedern reflektieren Übung: z.B. interaktive Entspannungsübungen (inkl. Audiodateien)	Individuell
Beziehungen 	<ul style="list-style-type: none"> • verstehen lernen, wie Beziehungen funktionieren • Bewältigungsstrategien zum besseren Umgang mit Trennungen erlernen Übung: z.B. Tagebuch über Auseinandersetzungen	Individuell

PROBIEREN SIE MOODGYM EINFACH AUS

- Loggen Sie sich auf www.moodgym.de mit einem beliebig ausgewählten Namen und eigenem Passwort ein.
- Informationsmaterial für sich und Ihre Patientinnen und Patienten finden Sie direkt auf der Website oder kann bei der AOK angefordert werden.



KONTAKT: moodgym@medizin.uni-leipzig.de

IMPRESSUM

Herausgeber: Universität Leipzig - Medizinische Fakultät | Institut für Sozialmedizin, Arbeitsmedizin und Public Health (ISAP) | P.-Rosenthal-Straße 55 | 04103 Leipzig
 Tel 0341 97-15406 | Fax 0341 97-24569

Grafik: Bildbad



Moodgym wurde ursprünglich von australischen Wissenschaftlern entwickelt.



Wissenschaftler der Universität Leipzig haben moodgym für den deutschen Sprachraum übersetzt.



Ein Spin-off der Australian National University, Anbieter von moodgym.



Die deutsche Version von moodgym wurde ermöglicht von der AOK.

Gefördert durch:



UNIVERSITÄT LEIPZIG

Medizinische Fakultät

Institut für Sozialmedizin, Arbeitsmedizin und Public Health (ISAP)



moodgym

Ein selbsthilfestärkendes Online-Programm zur Behandlungsunterstützung bei depressiven Symptomen

Informationen für Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten

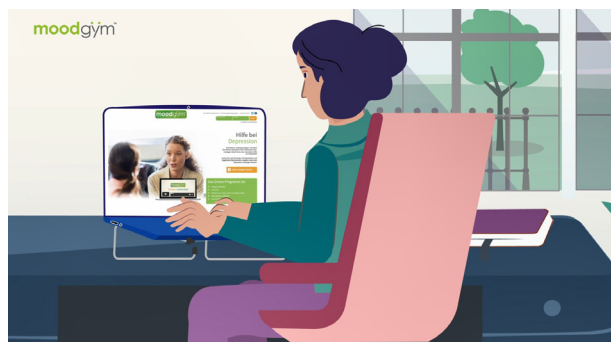
ONLINE-PROGRAMME IM BEHANDLUNGS-ALLTAG

Selbsthilfestärkende Online-Programme können die Behandlung von Depressionen wirksam im Sinne des „Stepped-Care-Modells“ unterstützen. Sie bieten eine Reihe von Vorteilen, da sie unabhängig von Ort und Zeit leicht einsetzbar sind. Die Akzeptanz von Online-Programmen bei Patientinnen und Patienten konnte in verschiedenen Studien nachgewiesen werden.

WAS IST MOODGYM?

moodgym ist ein internetbasiertes Selbstmanagementprogramm zur Vorbeugung und Verringerung von depressiven Symptomen.

Das Programm basiert auf etablierten Methoden der kognitiven Verhaltenstherapie und wurde von Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftlern des Centre for Mental Health Research der Australian National University entwickelt. Das Programm hat sich weltweit bewährt.



MOODGYM IN DER PSYCHOTHERAPEUTISCHEN PRAXIS

- ist geeignet zur Vorbeugung und Verringerung depressiver Symptome
- ist leicht und vielseitig einsetzbar als **ergänzender Baustein Ihrer Behandlung**:
 - Einbezug von Hausaufgaben und einzelnen Übungen
 - Vermittlung und Vertiefung **psychoedukativer Inhalte**
- dadurch gezieltere Nutzung der persönlichen Sitzungen, um an den individuellen Themen Ihres Patienten oder Ihrer Patientin zu arbeiten
- als Angebot zur **Überbrückung von Wartezeiten** und zur **Nachsorge**



WIE KÖNNEN MEINE PATIENTINNEN UND PATIENTEN VON MOODGYM PROFITIEREN?

- moodgym ist internetbasiert und damit **niederschwellig** zugänglich, örtlich und zeitlich **flexibel** einsetzbar.
- moodgym ist **kostenfrei**, anonym und daher unabhängig von der Krankenkassen-zugehörigkeit **für alle nutzbar**.
- moodgym stärkt die **Eigenverantwortung** und das **Selbstwirksamkeitserleben**.

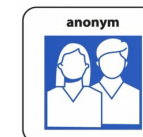
MOODGYM IST WIRKSAM

- moodgym trägt zu einer **signifikanten Verbesserung** der depressiven Symptomatik nach 6 Wochen und 6 Monaten bei.*
- Zusätzlich konnte durch den Einsatz von moodgym eine signifikante Verbesserung des **Selbstwirksamkeitserlebens** nach 6 Monaten sowie eine Steigerung der **Lebensqualität** nach 6 Wochen und 6 Monaten nachgewiesen werden.*






*Quelle: Löbner, M. et al. (2018). Computerized cognitive behavior therapy for patients with mild to moderately severe depression in primary care: A pragmatic cluster randomized controlled trial (@ktiv). *Journal of affective disorders*, 238, 317-326.

MOODGYM IST SICHER

- moodgym unterliegt den strengen Datenschutzregelungen der EU.
- Die Nutzung des Programms ist vollkommen anonym, es müssen keine persönlichen Daten angegeben werden.
- moodgym enthält zudem Informationen zu wichtigen Adressen für den Notfall sowie zu akuten Hilfsangeboten bei Suizidalität.



AUFBAU DES PROGRAMMS

Module	Themen	Dauer
Gefühle 	Identifizieren und Bearbeiten von <ul style="list-style-type: none"> • verzerrten Wahrnehmungen von Situationen • negativen Emotionen • negativen Denkstrukturen Übung: z.B. Emotionen protokollieren	ca. 20 Minuten
Gedanken 	Wahrnehmen und Erkennen von <ul style="list-style-type: none"> • dysfunktionalen Gedanken • eigenen Bedürfnissen • verzerrten Ansprüchen an sich selbst • erlernten Schemata Übung: z.B. positive Aktivitäten protokollieren	ca. 25 Minuten
Alternative Gedanken entwickeln 	<ul style="list-style-type: none"> • dysfunktionale Gedanken und Ansprüche mit verhaltenstherapeutischen Techniken bearbeiten • positive Selbstwahrnehmung steigern • positive Aktivitäten und Eigenschaften identifizieren Übung: z.B. Gedanken auflisten	Mindestens 30 Minuten
Weg mit dem Stress 	<ul style="list-style-type: none"> • Psychoedukation zum Thema Stress und seinen Auswirkungen • persönliche Stressoren identifizieren • Beziehungsstrukturen zu Familienmitgliedern reflektieren Übung: z.B. interaktive Entspannungsübungen (inkl. Audiodateien)	Individuell
Beziehungen 	<ul style="list-style-type: none"> • verstehen lernen, wie Beziehungen funktionieren • Bewältigungsstrategien zum besseren Umgang mit Trennungen erlernen Übung: z.B. Tagebuch über Auseinandersetzungen	Individuell

PROBIEREN SIE MOODGYM EINFACH AUS

- Loggen Sie sich auf www.moodgym.de mit einem beliebig ausgewählten Namen und eigenem Passwort ein.
- Informationsmaterial für sich und Ihre Patientinnen und Patienten finden Sie direkt auf der Website oder kann bei der AOK angefordert werden.



KONTAKT: moodgym@medizin.uni-leipzig.de

IMPRESSUM

Herausgeber: Universität Leipzig - Medizinische Fakultät | Institut für Sozialmedizin, Arbeitsmedizin und Public Health (ISAP) | P.-Rosenthal-Straße 55 | 04103 Leipzig
 Tel 0341 97-15406 | Fax 0341 97-24569

Grafik: Bildbad



Moodgym wurde ursprünglich von australischen Wissenschaftlern entwickelt.



Wissenschaftler der Universität Leipzig haben moodgym für den deutschen Sprachraum übersetzt.



Ein Spin-off der Australian National University, Anbieter von moodgym.



Die deutsche Version von moodgym wurde ermöglicht von der AOK.

Gefördert durch:



UNIVERSITÄT LEIPZIG

Medizinische Fakultät

Institut für Sozialmedizin, Arbeitsmedizin und Public Health (ISAP)



moodgym

Ein selbsthilfestärkendes
 Online-Programm zur
 Behandlungsunterstützung
 bei depressiven Symptomen

Informationen für Fachärztinnen und Fachärzte

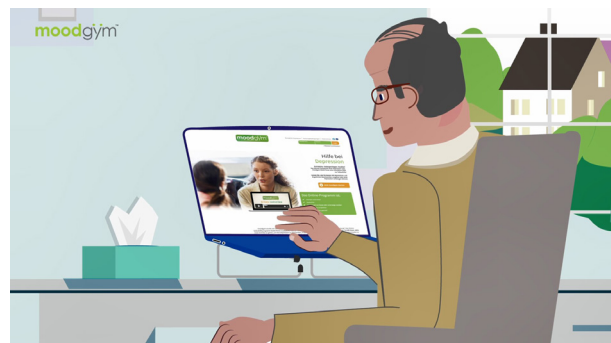
ONLINE-PROGRAMME IM BEHANDLUNGS- ALLTAG

Selbsthilfestärkende Online-Programme können die Behandlung von Depressionen wirksam im Sinne des „Stepped-Care-Modells“ unterstützen. Sie bieten eine Reihe von Vorteilen, da sie unabhängig von Ort und Zeit leicht einsetzbar sind. Die Akzeptanz von Online-Programmen bei Patientinnen und Patienten konnte in verschiedenen Studien nachgewiesen werden.

WAS IST MOODGYM?

moodgym ist ein internetbasiertes Selbstmanagementprogramm zur Vorbeugung und Verringerung von depressiven Symptomen.

Das Programm basiert auf etablierten Methoden der kognitiven Verhaltenstherapie und wurde von Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftlern des Centre for Mental Health Research der Australian National University entwickelt. Das Programm hat sich weltweit bewährt.



MOODGYM IN DER FACHÄRZTLICHEN PRAXIS

- ist geeignet zur Vorbeugung und Verringerung depressiver Symptome
- ist für leichte und mittelgradige sowie subklinische Depression leicht und vielseitig einsetzbar als **ergänzender Baustein Ihrer Behandlung**:
 - Einbezug von Hausaufgaben und einzelnen Übungen
 - Vermittlung und Vertiefung **psychoedukativer Inhalte**
- als Angebot zur **Überbrückung von Wartezeiten** und zur **Nachsorge**
- ist für alle **frei zugänglich**



WIE KÖNNEN MEINE PATIENTINNEN UND PATIENTEN VON MOODGYM PROFITIEREN?

- moodgym ist internetbasiert und damit **niederschwellig** zugänglich, örtlich und zeitlich **flexibel** einsetzbar.
- moodgym ist **kostenfrei**, anonym und daher unabhängig von der Krankenkassen-zugehörigkeit **für alle nutzbar**.
- moodgym stärkt die **Eigenverantwortung** und das **Selbstwirksamkeitserleben**.

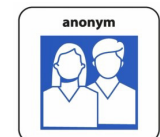
MOODGYM IST WIRKSAM

- moodgym trägt zu einer **signifikanten Verbesserung** der depressiven Symptomatik nach 6 Wochen und 6 Monaten bei.*
- Zusätzlich konnte durch den Einsatz von moodgym eine signifikante Verbesserung des **Selbstwirksamkeitserlebens** nach 6 Monaten sowie eine Steigerung der **Lebensqualität** nach 6 Wochen und 6 Monaten nachgewiesen werden.*

*Quelle: Löbner, M. et al. (2018). Computerized cognitive behavior therapy for patients with mild to moderately severe depression in primary care: A pragmatic cluster randomized controlled trial (@ktiv). *Journal of affective disorders*, 238, 317-326.

MOODGYM IST SICHER

- moodgym unterliegt den strengen Datenschutzregelungen der EU.
- Die Nutzung des Programms ist vollkommen anonym, es müssen keine persönlichen Daten angegeben werden.
- moodgym enthält zudem Informationen zu wichtigen Adressen für den Notfall sowie zu akuten Hilfsangeboten bei Suizidalität.



AUFBAU DES PROGRAMMS

Module	Themen	Dauer
Gefühle 	Identifizieren und Bearbeiten von <ul style="list-style-type: none"> • verzerrten Wahrnehmungen von Situationen • negativen Emotionen • negativen Denkstrukturen Übung: z.B. Emotionen protokollieren	ca. 20 Minuten
Gedanken 	Wahrnehmen und Erkennen von <ul style="list-style-type: none"> • dysfunktionalen Gedanken • eigenen Bedürfnissen • verzerrten Ansprüchen an sich selbst • erlernten Schemata Übung: z.B. positive Aktivitäten protokollieren	ca. 25 Minuten
Alternative Gedanken entwickeln 	<ul style="list-style-type: none"> • dysfunktionale Gedanken und Ansprüche mit verhaltenstherapeutischen Techniken bearbeiten • positive Selbstwahrnehmung steigern • positive Aktivitäten und Eigenschaften identifizieren Übung: z.B. Gedanken auflisten	Mindestens 30 Minuten
Weg mit dem Stress 	<ul style="list-style-type: none"> • Psychoedukation zum Thema Stress und seinen Auswirkungen • persönliche Stressoren identifizieren • Beziehungsstrukturen zu Familienmitgliedern reflektieren Übung: z.B. interaktive Entspannungsübungen (inkl. Audiodateien)	Individuell
Beziehungen 	<ul style="list-style-type: none"> • verstehen lernen, wie Beziehungen funktionieren • Bewältigungsstrategien zum besseren Umgang mit Trennungen erlernen Übung: z.B. Tagebuch über Auseinandersetzungen	Individuell

PROBIEREN SIE MOODGYM EINFACH AUS

- Loggen Sie sich auf www.moodgym.de mit einem beliebig ausgewählten Namen und eigenem Passwort ein.
- Informationsmaterial für sich und Ihre Patientinnen und Patienten finden Sie direkt auf der Website oder kann bei der AOK angefordert werden.



KONTAKT: moodgym@medizin.uni-leipzig.de

IMPRESSUM

Herausgeber: Universität Leipzig - Medizinische Fakultät | Institut für Sozialmedizin, Arbeitsmedizin und Public Health (ISAP) | P.-Rosenthal-Straße 55 | 04103 Leipzig
 Tel 0341 97-15406 | Fax 0341 97-24569

Grafik: Bildbad



Moodgym wurde ursprünglich von australischen Wissenschaftlern entwickelt.



Wissenschaftler der Universität Leipzig haben moodgym für den deutschen Sprachraum übersetzt.



Ein Spin-off der Australian National University, Anbieter von moodgym.



Die deutsche Version von moodgym wurde ermöglicht von der AOK.

Gefördert durch:



UNIVERSITÄT LEIPZIG

Medizinische Fakultät

Institut für Sozialmedizin, Arbeitsmedizin und Public Health (ISAP)



moodgym

Ein selbsthilfestärkendes
 Online-Programm zur
 Behandlungsunterstützung
 bei depressiven Symptomen

Informationen für Klinikärztinnen und Klinikärzte

ONLINE-PROGRAMME IM BEHANDLUNGS- ALLTAG

Selbsthilfestärkende Online-Programme können die Behandlung von Depressionen wirksam im Sinne des „Stepped-Care-Modells“ unterstützen. Sie bieten eine Reihe von Vorteilen, da sie unabhängig von Ort und Zeit leicht einsetzbar sind. Die Akzeptanz von Online-Programmen bei Patientinnen und Patienten konnte in verschiedenen Studien nachgewiesen werden.

WAS IST MOODGYM?

moodgym ist ein internetbasiertes Selbstmanagementprogramm zur Vorbeugung und Verringerung von depressiven Symptomen.

Das Programm basiert auf etablierten Methoden der kognitiven Verhaltenstherapie und wurde von Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftlern des Centre for Mental Health Research der Australian National University entwickelt. Das Programm hat sich weltweit bewährt.



MOODGYM IN DER KLINISCHEN PRAXIS

- ist geeignet zur Vorbeugung und Verringerung depressiver Symptome
- ist für leichte und mittelgradige sowie subklinische Depression leicht und vielseitig einsetzbar als **ergänzender Baustein** zum Klinikangebot:
 - Einbezug von Hausaufgaben und einzelnen Übungen
 - Vermittlung und Vertiefung **psychoedukativer Inhalte**
- als Angebot zur **Überbrückung von Wartezeiten** und zur **Nachsorge**
- ist für alle **frei zugänglich**



WIE KÖNNEN MEINE PATIENTINNEN UND PATIENTEN VON MOODGYM PROFITIEREN?

- moodgym ist internetbasiert und damit **niederschwellig** zugänglich, örtlich und zeitlich **flexibel** einsetzbar.
- moodgym ist **kostenfrei**, anonym und daher unabhängig von der Krankenkassen-zugehörigkeit **für alle nutzbar**.
- moodgym stärkt die **Eigenverantwortung** und das **Selbstwirksamkeitserleben**.

MOODGYM IST WIRKSAM

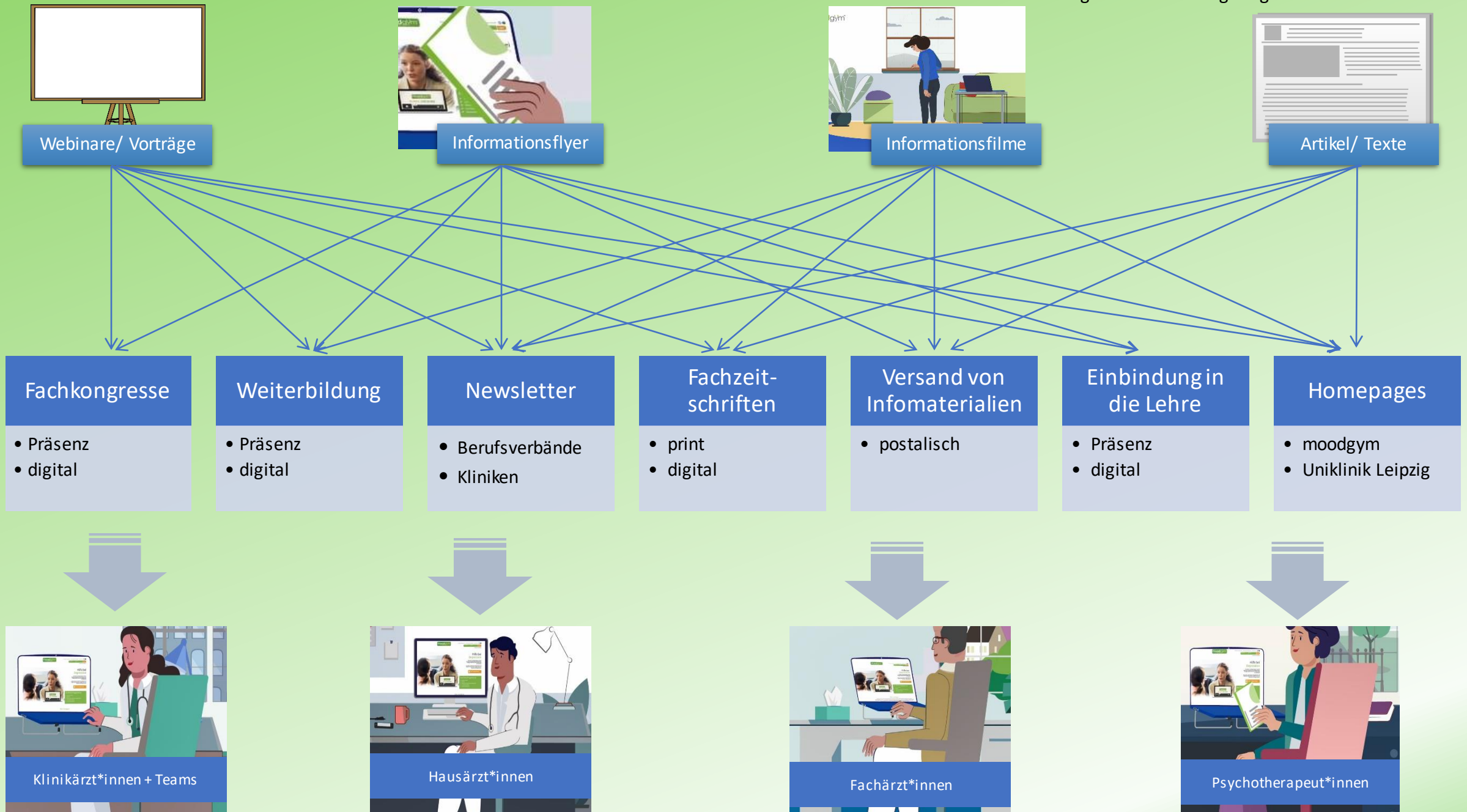
- moodgym trägt zu einer **signifikanten Verbesserung** der depressiven Symptomatik nach 6 Wochen und 6 Monaten bei.*
- Zusätzlich konnte durch den Einsatz von moodgym eine signifikante Verbesserung des **Selbstwirksamkeitserlebens** nach 6 Monaten sowie eine Steigerung der **Lebensqualität** nach 6 Wochen und 6 Monaten nachgewiesen werden.*

*Quelle: Löbner, M. et al. (2018). Computerized cognitive behavior therapy for patients with mild to moderately severe depression in primary care: A pragmatic cluster randomized controlled trial (@ktiv). *Journal of affective disorders*, 238, 317-326.

MOODGYM IST SICHER

- moodgym unterliegt den strengen Datenschutzregelungen der EU.
- Die Nutzung des Programms ist vollkommen anonym, es müssen keine persönlichen Daten angegeben werden.
- moodgym enthält zudem Informationen zu wichtigen Adressen für den Notfall sowie zu akuten Hilfsangeboten bei Suizidalität.





Anlage 22: Umgesetzte Maßnahmen bundesweites Rollout

	Vermittlungsweg	Maßnahme
1.	Zielgruppenspezifischer Versand von Informationsmaterial (Print)	<ul style="list-style-type: none"> • <u>Aussendungen nach Quartalen:</u> <ul style="list-style-type: none"> ○ Q4/21: 350 Flyer ○ Q1/22: 4500 Flyer ○ Q2/22: 3800 Flyer ○ Q3/22: 1350 Flyer an Hausärzt:innen, ambulante Psychotherapeut:innen, ambulante Fachärzt:innen (P-Fächer) und Kliniken ➔ Aussendungen von 10.000 Flyern abgeschlossen
2.	Zielgruppenspezifische Weiterbildungsangebote (Präsenz und Digital)	<ul style="list-style-type: none"> • <u>Veranstaltungen während des Rollouts:</u> <ul style="list-style-type: none"> ○ Dies Academicus der Universität Leipzig (02.12.21): Online-Vortrag für Studierende, Lehrende und Interessenten aus dem medizinischen und psychologischen Bereich ○ Online-Veranstaltung der Selbsthilfekontakt- und Informationsstelle (SKIS) der Stadt Leipzig (09.02.22): Zielgruppe Aktive und Interessierte der Selbsthilfe ○ KWAsa Seminartag Leipzig (23.03.22): Präsenzvortrag für Ärzt:innen in Weiterbildung, Bereich Allgemeinmedizin ○ UKL-Live Webcast (28.04.22): Online-Veranstaltung für Behandler:innen und Interessierte aus der psychiatrisch u. psychotherapeutischen Versorgung ○ Dauerhafte Online-Verfügbarkeit des UKL-Live Webcast (Online-Veranstaltung für Behandler:innen und Interessierte aus der psychiatrisch u. psychotherapeutischen Versorgung) vom 28.4.22: https://player.vimeo.com/video/704173743?h=f4bb541daf#t=32m10s ○ Klinikfortbildung im Carl-von-Basedow-Klinikum Saalekreis, Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik (02.05.22): Präsenz-Vortrag für Mitarbeiter:innen im klinischen Setting ○ Graduiertenkolleg POKAL München (22.06.22): Präsenz-Veranstaltung für PhD Bereich Medizin und Psychologie ○ Veranstaltung vom Psychiatrie-Verlag und der Eckhard-Busch Stiftung in Köln (13.09.22): Impulsvorträge und Podiumsdiskussion in Präsenz • <u>Veranstaltungen nach dem Rollout:</u> <ul style="list-style-type: none"> ○ Forschungskolloquium Gesundheitspädagogik von der Pädagogischen Hochschule Freiburg (16.12.22): Online-Vortrag für Studierende und Mitarbeitende
3.	Zielgruppenspezifische Verbreitung über Newsletter (Digital)	<ul style="list-style-type: none"> • <u>Bundesweit versendete Anfragen zu Beiträgen in Newslettern:</u> Wissenschaftliche Fachgesellschaften, Berufsverbände, Qualitätszirkel, Klinikinterne Newsletter, Regionale Netzwerke <ul style="list-style-type: none"> ○ Hausärzt:innen: N=31 ○ Psychotherapeut:innen: N=33 ○ Fachärzt:innen: n=7 ○ Kliniken: N=11 ○ Allgemein: N=22
4.	Zielgruppenspezifische Verbreitung über Beiträge in Fachzeitschriften (Print und Digital)	<ul style="list-style-type: none"> • <u>Beiträge in Fachzeitschriften während des Rollouts:</u> <ul style="list-style-type: none"> ○ Beitrag im Gesundheitsmagazin „Liebigstraße aktuell“ des Universitätsklinikum Leipzig, https://www.uniklinikum-leipzig.de/HealthMagazine/1021.pdf

Anlage 22: Umgesetzte Maßnahmen bundesweites Rollout

		<ul style="list-style-type: none"> ○ Beitrag in Fachzeitschrift <i>Der Nervenarzt</i> (Print und Digital): Weitzel, E. C., Quittschalle, J., Welzel, F. D., Löbner, M., Hauth, I., & Riedel-Heller, S. G. (2021). E-Mental-Health und digitale Gesundheitsanwendungen in Deutschland. <i>Der Nervenarzt</i>, 92(11), 1121-11290 ○ <i>Psychiatrische Praxis</i>, Szene: Webinar geht online – E-Mental-Health im Behandlungsalltag <i>Psychiatr Prax</i> 2022; 49(04): 221 / DOI: 10.1055/a-1790-0897 ● <u>Erstellte Beiträge mit Veröffentlichung nach dem Rollout:</u> <ul style="list-style-type: none"> ○ Beitrag zu E-mental Health in doctors-today (Mentale Gesundheit - eMental-Health (06.02.2023) ○ englischsprachiger Artikel zur Baseline-Befragung AP6: Weitzel, E.C., Schwenke, M., Schomerus, G. Schönknecht, P., Bleckwenn, M., Mehnert-Theuerkauf, A., Riedel-Heller, S.G., Löbner, M. E-mental health in Germany - what is the current use and what are experiences of different types of health care providers for patients with mental illnesses?. <i>Arch Public Health</i> 81, 133 (2023). https://doi.org/10.1186/s13690-023-01150-y ○ Beitrag in Fachzeitschrift Kerbe zu Implementierung von selbsthilfestärkenden Online-Coaches (eingereicht März 2023): Schwenke, M., Weitzel, E.C., Riedel-Heller, S.G., Löbner, M. Wie kann Translation gelingen? Implementierung von internet- und mobilbasierten Interventionen (IMI) zur Behandlungsunterstützung psychischer Erkrankungen, Kerbe (ist für die Kerbe-Ausgabe 2/2024 vorgesehen)
5.	Zielgruppenspezifische Verbreitung über Fachkongresse	<ul style="list-style-type: none"> ● <u>Erfolgte Beiträge im Rahmen von Fachkongressen während des Rollouts:</u> <ul style="list-style-type: none"> ○ jährliche Tagung der Deutschen Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention (DGSMP, 22.-24.09.21, digital) ○ Deutscher Kongress für Versorgungsforschung (DKVF, 6.10-8.10.21., digital) ○ Kongress der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN, 24.11.-27.11.2021 in Berlin hybrid) ○ 26. Deutschsprachiges Sozialpsychiatrie-Treffen (03.03.22 in Weimar) ○ Kongress Armut und Gesundheit (22.-24.03.22 in Leipzig), Vortrag ○ Hengstberger Symposium „International Perspectives on Aging & Technology“ (16.-17.5.22 in Heidelberg) ○ E-Mental-Health-Tag des Universitären Zentrums für Versorgungsforschung (15.6.2022 in Leipzig) ● <u>Erfolgte Beiträge im Rahmen von Fachkongressen nach dem Rollout:</u> <ul style="list-style-type: none"> ○ Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention (DGSMP, 07.-09.09.2022 in Magdeburg) ○ Tagung Evangelische Akademie Tutzing „Stark gegen Depression!“ (26.-27.9.2022) ○ Deutscher Kongress für Versorgungsforschung (DKVF, 05.-07.10.2022 in Potsdam) ○ Kongress der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN, 23.11.-26.11.2022 in Berlin) ○ Task Force „Qualitätssicherung und Implementierung von internetgestützten Interventionen“ der DGPPN (06.12.22, digital) ○ 2 Kongressbeiträge beim Kongress der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN), Berlin (29.11-01.12.2023)

Anlage 22: Umgesetzte Maßnahmen bundesweites Rollout

		<ul style="list-style-type: none"> ○ 2. Deutscher Psychotherapiekongress, Berlin (10.-13.5.2023)
6.	Bereitstellung der Informationsmedien (Erklärfilme, Webinare, Informationsflyer)	<ul style="list-style-type: none"> • <u>Erfolgte Bereitstellung während des Rollouts:</u> <ul style="list-style-type: none"> ○ Bereitstellung der vier zielgruppenspezifischen Erklärfilme auf der moodgym-Webseite (siehe https://moodgym.de/fachkreise) ○ Verlinkung der vier zielgruppenspezifischen Erklärfilme und Webinare auf der Homepage des ISAP der Universität Leipzig unter Aktuelles ○ Bereitstellung der vier zielgruppenspezifischen Erklärfilme und Informationsflyer auf der Website www.moodgym-deutschland.de, siehe Fachkreise - moodgym Deutschland (moodgym-deutschland.de) ○ Verlinkung der Projektinformationen und Webinare auf researchgate.net: https://www.researchgate.net/project/How-can-translation-be-successful-Implementation-of-self-help-strengthening-online-coaches-in-various-treatment-settings-ktiv-rollout
7.	Einbindung in die Lehre	<ul style="list-style-type: none"> • <u>Durchgeführte Lehrveranstaltungen während des Rollouts:</u> <ul style="list-style-type: none"> ○ wöchentliches Seminar zu Online-Interventionen im Wintersemester 2021/2022, Sommersemester 2022 für Studierende der Medizin ○ dauerhafte Online-Verfügbarkeit des Seminars zu Online-Interventionen im Studierendenportal für Studierende der Medizin



UNIVERSITÄT
LEIPZIG

Medizinische Fakultät

Anlage 23: AP6 Fragebogen T0-Befragung

Einsatz von Online-Programmen zur Behandlungsunterstützung bei psychischen Erkrankungen

1. Fragebogen

durchgeführt

unter der Leitung von Prof. Dr. med. Steffi G. Riedel-Heller, MPH
Institut für Sozialmedizin, Arbeitsmedizin und Public Health (ISAP)
Philipp-Rosenthal-Str. 55, 04103 Leipzig

Bitte per Post zurück an die Universität Leipzig (frankierter Rückumschlag anbei)

LLJLLJLLJ

Liebe Teilnehmerin, lieber Teilnehmer,

Sie haben sich dazu bereit erklärt, an der @ktiv_rollout-Studie des Instituts für Sozialmedizin, Arbeitsmedizin und Public Health (ISAP) der Medizinischen Fakultät der Universität Leipzig teilzunehmen. Herzlichen Dank, dass Sie dafür nun diesen ersten Studienfragebogen ausfüllen.

Als Behandlungsunterstützung bei psychischen Erkrankungen wurden bereits eine Reihe internetbasierter Anwendungen (Online-Programme) entwickelt, die die Behandlung wirksam unterstützen können. Im Rahmen dieser Studie möchten wir mehr über die Rolle von Online-Programmen zur Behandlungsunterstützung bei psychischen Erkrankungen in Ihrem Behandlungsalltag erfahren.

Bitte kreuzen Sie zu jeder Frage, ohne lange zu überlegen, die Antwort an, die am ehesten zutrifft. Manche Fragen haben einen ähnlichen Wortlaut. Dies ist für unsere Untersuchung notwendig, wundern Sie sich also deswegen nicht.

Nicht alle Fragen werden auf Sie zutreffen. Wir bitten Sie deshalb, beim Ausfüllen genau den Anweisungen zu folgen.

A Allgemeine Informationen

Welches Datum ist heute?

Bitte eintragen: [][]. [][]. [][][][]

geschl_0 **A1. Geschlecht**

₁ Weiblich

₂ Männlich

₃ Divers

alt_0 **A2. Alter**

[][][] Jahre

umg_0 **A3. Wo praktizieren Sie?**

₁ Eher im städtischen Bereich

₂ Eher im ländlichen Bereich

bera_0 **A4. Wie viele Jahre Berufserfahrung haben Sie?**

[][][] Jahre

berb_0 **A5. In welchem Bereich oder welcher Einrichtung sind Sie derzeit tätig?**

₁ Krankenhaus/ Klinik

₂ Rehabilitationseinrichtung

₃ Praxis

₄ Medizinisches Versorgungszentrum (MVZ)

₅ Sonstiges, bitte angeben: _____ *berb1_0*

A6. Welcher Berufsgruppe gehören Sie an? (Mehrfachnennungen möglich)	
<input type="checkbox"/> ₁	Psychologe/ Psychologin <i>berc1_0</i>
<input type="checkbox"/> ₁	Psychologische/r Psychotherapeut/in <i>berc2_0</i>
<input type="checkbox"/> ₁	Arzt/ Ärztin in Weiterbildung <i>berc3_0</i> für das folgende Fach: _____ <i>berc3a_0</i>
<input type="checkbox"/> ₁	Facharzt/ Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie <i>berc4_0</i>
<input type="checkbox"/> ₁	Facharzt/ Fachärztin für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie <i>berc5_0</i>
<input type="checkbox"/> ₁	Facharzt/ Fachärztin für Neurologie <i>berc6_0</i>
<input type="checkbox"/> ₁	Facharzt/ Fachärztin für Allgemeinmedizin <i>berc7_0</i>
<input type="checkbox"/> ₁	Praktische/r Arzt/ Ärztin <i>berc8_0</i>
<input type="checkbox"/> ₁	Facharzt/ Fachärztin für Innere Medizin <i>berc9_0</i>
<input type="checkbox"/> ₁	Andere Berufsgruppe <i>berc10_0</i> , bitte angeben: _____ <i>berc10a_0</i>

B Nutzung digitaler Medien und Einbindung im Behandlungsalltag

Die folgenden Fragen beschäftigen sich mit der Nutzung digitaler Medien und der Einbindung digitaler Angebote in Ihrem Behandlungsalltag.

<i>ihaeuf_0</i>	B1. Wie häufig haben Sie das Internet im Rahmen Ihrer beruflichen Tätigkeit in den letzten 4 Wochen genutzt?
<input type="checkbox"/> ₁	gar nicht
<input type="checkbox"/> ₂	selten
<input type="checkbox"/> ₃	manchmal
<input type="checkbox"/> ₄	häufig
<input type="checkbox"/> ₅	sehr häufig

<i>ivert_0</i>	B2. Wie vertraut fühlen Sie sich selbst im Umgang mit dem Internet?
<input type="checkbox"/> ₁	sehr gut vertraut
<input type="checkbox"/> ₂	gut vertraut
<input type="checkbox"/> ₃	weniger vertraut
<input type="checkbox"/> ₄	gar nicht vertraut

Im Internet lassen sich immer mehr Informationen zum Thema Gesundheit finden. Digitale Gesundheitskompetenz beschreibt die Fähigkeit, aus dieser Informationsfülle relevante Gesundheitsinformationen herauszusuchen, zu verstehen und anzuwenden.

<i>iges_0</i>	B3. Wie hoch schätzen Sie die digitale Gesundheitskompetenz <u>Ihrer Patienten</u> ein?
<input type="checkbox"/> ₁	gering
<input type="checkbox"/> ₂	moderat
<input type="checkbox"/> ₃	hoch
<input type="checkbox"/> ₄	sehr hoch

<i>ikom_0</i>	B4. Nutzen Sie das Internet, um mit Ihren Patienten zu kommunizieren (z.B. E-Mail, WhatsApp, etc.)?
<input type="checkbox"/> ₁	Ja
<input type="checkbox"/> ₀	Nein

<i>vhaeuf_0</i>	B5. Wie häufig führen Sie mit Ihren Patienten Videosprechstunden durch?
<input type="checkbox"/> ₁	gar nicht
<input type="checkbox"/> ₂	selten
<input type="checkbox"/> ₃	manchmal
<input type="checkbox"/> ₄	häufig
<input type="checkbox"/> ₅	sehr häufig

B6. Im Folgenden finden Sie einige Aussagen zur gesundheitsbezogenen Nutzung des Internets. Bitte geben Sie jeweils an, inwieweit Sie den Aussagen zustimmen.						
		Stimme überhaupt nicht zu	Stimme eher nicht zu	Teils/ Teils	Stimme eher zu	Stimme sehr zu
<i>eheals1_0</i>	Ich weiß, welche Quellen für Gesundheitsinformationen im Internet verfügbar sind.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
<i>eheals2_0</i>	Ich weiß, wo ich im Internet nützliche Gesundheitsinformationen finden kann.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
<i>eheals3_0</i>	Ich weiß, wie ich im Internet nützliche Gesundheitsinformationen finde.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
<i>eheals4_0</i>	Ich weiß, wie ich das Internet nutzen kann, um Antworten auf meine Fragen rund um das Thema Gesundheit zu bekommen.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅

B6. Im Folgenden finden Sie einige Aussagen zur gesundheitsbezogenen Nutzung des Internets. Bitte geben Sie jeweils an, inwieweit Sie den Aussagen zustimmen.		Stimme überhaupt nicht zu	Stimme eher nicht zu	Teils/Teils	Stimme eher zu	Stimme sehr zu
<i>eheals5_0</i>	Ich weiß, wie ich Informationen aus dem Internet so nutzen kann, dass sie mir weiterhelfen.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
<i>eheals6_0</i>	Ich bin in der Lage, Informationen, die ich im Internet finde, kritisch zu bewerten.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
<i>eheals7_0</i>	Ich kann im Internet zuverlässige von fragwürdigen Informationen unterscheiden.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
<i>eheals8_0</i>	Wenn ich gesundheitsbezogene Entscheidungen auf Basis von Informationen aus dem Internet treffe, fühle ich mich dabei sicher.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

C Online-Programme zur Behandlungsunterstützung bei psychischen Erkrankungen

Als nächstes möchten wir gern mehr über Ihre Meinungen und bisherigen Erfahrungen mit Online-Programmen zur Behandlungsunterstützung bei psychischen Erkrankungen erfahren. Bitte kreuzen Sie an, was Ihrem jetzigen Eindruck am besten entspricht.

Diese Fragen können Sie unabhängig davon beantworten, ob Sie Online-Programme schon einmal in der Patientenversorgung eingesetzt haben.

<i>infa_0</i>	C1. Ich fühle mich über Online-Programme zur Behandlungsunterstützung von psychischen Erkrankungen...
<input type="checkbox"/> 1	sehr gut informiert.
<input type="checkbox"/> 2	gut informiert.
<input type="checkbox"/> 3	mäßig informiert.
<input type="checkbox"/> 4	wenig informiert.

<i>infb_0</i>	C2. Haben Sie bereits von Online-Programmen zur Behandlungsunterstützung von psychischen Erkrankungen gehört?
<input type="checkbox"/> 1	Ja
<input type="checkbox"/> 0	Nein

C3. Von welchen der folgenden Online-Programme zur Behandlungsunterstützung bei psychischen Erkrankungen haben sie bereits gehört, unabhängig davon, ob Sie das Programm schon angewandt haben? (Sie können mehrere Antworten ankreuzen.)

<input type="checkbox"/>	1	moodgym	<i>proga1_0</i>
<input type="checkbox"/>	1	iFightDepression	<i>proga2_0</i>
<input type="checkbox"/>	1	TK-DepressionsCoach	<i>proga3_0</i>
<input type="checkbox"/>	1	Selfapy	<i>proga4_0</i>
<input type="checkbox"/>	1	HelloBetter	<i>proga5_0</i>
<input type="checkbox"/>	1	deprexis	<i>proga6_0</i>
<input type="checkbox"/>	1	Novego	<i>proga7_0</i>
<input type="checkbox"/>	1	Sonstiges	<i>proga8_0</i> , und zwar: _____ <i>proga8a_0</i>
<input type="checkbox"/>	1	Sonstiges	<i>proga9_0</i> , und zwar: _____ <i>proga9a_0</i>
<input type="checkbox"/>	1	Ich kenne keines davon. <i>progb_0</i>	

C4. Auf welchem Weg haben Sie schon einmal Informationen zu Online-Programmen erhalten? (Sie können mehrere Antworten ankreuzen.)

<input type="checkbox"/>	1	Flyer	<i>wega1_0</i>
<input type="checkbox"/>	1	E-Mail	<i>wega2_0</i>
<input type="checkbox"/>	1	Post	<i>wega3_0</i>
<input type="checkbox"/>	1	Newsletter	<i>wega4_0</i>
<input type="checkbox"/>	1	Kollegen	<i>wega5_0</i>
<input type="checkbox"/>	1	Fachzeitschriften	<i>wega6_0</i>
<input type="checkbox"/>	1	Kongress/ Konferenz	<i>wega7_0</i>
<input type="checkbox"/>	1	Fortbildung/ Workshop/ Info-Veranstaltung	<i>wega8_0</i>
<input type="checkbox"/>	1	Sonstiges	<i>wega9_0</i> , und zwar: _____ <i>wega9a_0</i>
<input type="checkbox"/>	1	Sonstiges	<i>wega10_0</i> , und zwar: _____ <i>wega10a_0</i>
<input type="checkbox"/>	1	Ich habe noch nie Informationen zu Online-Programmen erhalten. <i>wegb_0</i>	

C5. Welche Vorteile und Chancen sehen Sie allgemein im Einsatz von Online-Programmen in Ergänzung zu Ihrer Behandlung? (Sie können mehrere Antworten ankreuzen.)

- ₁ Zeitliche und örtliche Flexibilität *proa1_0*
- ₁ Zeitersparnis für Behandler *proa2_0*
- ₁ Überbrückung von Wartezeiten *proa3_0*
- ₁ Mehr Abwechslungsreichtum in der Behandlung *proa4_0*
- ₁ Unterstützung in der Behandlung *proa5_0*
- ₁ Zusätzlich etwas an die Hand geben können *proa6_0*
- ₁ Verbesserung der Versorgungssituation *proa7_0*
- ₁ Aktive Patientenbeteiligung *proa8_0*
- ₁ Stärkung des Selbstwirksamkeitserleben (Empowerment) *proa9_0*
- ₁ Sonstiges *proa10_0*, und zwar: _____ *proa10a_0*
- ₁ Sonstiges *proa11_0*, und zwar: _____ *proa11a_0*
- ₁ **Nichts davon trifft zu.** *prob_0*

C6. Welche allgemeinen Bedenken haben Sie zum Einsatz solcher Programme in Ergänzung zu Ihrer Behandlung? (Sie können mehrere Antworten ankreuzen.)

- ₁ Überforderung für den Patienten *beda1_0*
- ₁ Wegfall der persönlichen Beziehung zwischen Patient und Behandler *beda2_0*
- ₁ Technische Probleme möglich *beda3_0*
- ₁ Unsicherheit bei Haftungsfragen *beda4_0*
- ₁ Datenschutzbedenken *beda5_0*
- ₁ Sonstiges *beda6_0*, und zwar: _____ *beda6a_0*
- ₁ Sonstiges *beda7_0*, und zwar: _____ *beda7a_0*
- ₁ **Nichts davon trifft zu.** *bedb_0*

C7. Bitte geben Sie an, inwiefern die jeweilige Aussage Ihrer Meinung nach zutrifft.					
		Trifft gar nicht zu	Trifft eher nicht zu	Trifft eher zu	Trifft voll zu
<i>nutza_0</i>	Online-Programme können eine Unterstützung für die Arbeit von Behandlern sein.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
<i>nutzb_0</i>	Online-Programme lassen sich gut in den Behandlungsprozess integrieren.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
<i>nutzc_0</i>	Online-Programme ermöglichen es Behandlern, Ihre Zeit besser einsetzen zu können.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
<i>nutzd_0</i>	Den Einsatz von Online-Programme in der Patientenversorgung halte ich grundsätzlich für nützlich.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
<i>nutze_0</i>	Online-Programme werden von meinen Kollegen aktiv genutzt.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4

C8. Für welche Patienten sind Online-Programme Ihrer Meinung nach geeignet?	
<i>eiga_0</i>	1.
<i>eigb_0</i>	2.
<i>eigc_0</i>	3.

C9. Für welche Patienten sind Online-Programme Ihrer Meinung nach <u>nicht</u> geeignet?	
<i>neiga_0</i>	1.
<i>neigb_0</i>	2.
<i>neigc_0</i>	3.

D Aktuelle Nutzung im Patientenkontakt

D1. Haben Sie jemals ein Online-Programm zur Unterstützung bei psychischen Erkrankungen an Patienten empfohlen oder in die Behandlung Ihrer Patienten eingebunden?	
<input type="checkbox"/> 0	Nein → Bitte weiter mit <u>Frage D11 auf Seite 12</u>
<input type="checkbox"/> 1	Ja → Bitte weiter mit der <u>nächsten Frage D2</u>

D2. Welche der folgenden Online-Programme zur Behandlungsunterstützung von psychischen Erkrankungen haben Sie bereits empfohlen? (Sie können mehrere Antworten ankreuzen.)

<input type="checkbox"/>	1	moodgym <i>empfa1_0</i>
<input type="checkbox"/>	1	iFightDepression <i>empfa2_0</i>
<input type="checkbox"/>	1	TK-DepressionsCoach <i>empfa3_0</i>
<input type="checkbox"/>	1	Selfapy <i>empfa4_0</i>
<input type="checkbox"/>	1	HelloBetter <i>empfa5_0</i>
<input type="checkbox"/>	1	deprexis <i>empfa6_0</i>
<input type="checkbox"/>	1	Novego <i>empfa7_0</i>
<input type="checkbox"/>	1	Sonstiges <i>empfa8_0</i> , und zwar: _____ <i>empfa8a_0</i>
<input type="checkbox"/>	1	Sonstiges <i>empfa9_0</i> , und zwar: _____ <i>empfa9a_0</i>
<input type="checkbox"/>	1	Nichts davon trifft zu. <i>empfb_0</i>

D3. Wie genau haben Sie die Empfehlung des Online-Programms in Ihre Behandlung eingebunden? (Sie können mehrere Antworten ankreuzen.)

<input type="checkbox"/>	1	Als Wartezeitüberbrückung <i>einba1_0</i>
<input type="checkbox"/>	1	Als Selbsthilfe für den Patienten, unabhängig von meiner eigenen Behandlung <i>einba2_0</i>
<input type="checkbox"/>	1	Integriert im Rahmen meiner eigenen Behandlung <i>einba3_0</i>
<input type="checkbox"/>	1	Als Nachsorge <i>einba4_0</i>
<input type="checkbox"/>	1	Als Hausaufgabe <i>einba5_0</i>
<input type="checkbox"/>	1	Sonstiges <i>einba6_0</i> , und zwar: _____ <i>einba6a_0</i>
<input type="checkbox"/>	1	Sonstiges <i>einba7_0</i> , und zwar: _____ <i>einba7a_0</i>
<input type="checkbox"/>	1	Nichts davon trifft zu. <i>einbb_0</i>

D4. Wie vielen Patienten haben Sie bisher ein Online-Programm empfohlen? Bitte schätzen Sie:

anz_0

<input type="checkbox"/>	1	1 bis 5 Patienten
<input type="checkbox"/>	2	6 bis 10 Patienten
<input type="checkbox"/>	3	11 bis 15 Patienten
<input type="checkbox"/>	4	16 bis 20 Patienten
<input type="checkbox"/>	5	Mehr als 20 Patienten

D5. Was taten Sie zur Vorbereitung, um ein Online-Programm während einer Konsultation empfehlen zu können? (Sie können mehrere Antworten ankreuzen.)	
<input type="checkbox"/> ₁	Durchlesen eines Flyers <i>vora1_0</i>
<input type="checkbox"/> ₁	Probeweises Einloggen in das Programm <i>vora2_0</i>
<input type="checkbox"/> ₁	Ansehen eines Informationsfilms <i>vora3_0</i>
<input type="checkbox"/> ₁	Vorbereitende Vermerke in Patientenakte/ PC <i>vora4_0</i>
<input type="checkbox"/> ₁	Sonstiges <i>vora5_0</i> , und zwar: _____ <i>vora5a_0</i>
<input type="checkbox"/> ₁	Sonstiges <i>vora6_0</i> , und zwar: _____ <i>vora6a_0</i>
<input type="checkbox"/> ₁	Nichts davon trifft zu. <i>vorb_0</i>

D6. Welche Hilfsmittel nutzten Sie für die Empfehlung des Online-Programms? (Sie können mehrere Antworten ankreuzen.)	
<input type="checkbox"/> ₁	Übergabe eines Informationsflyers <i>hilfa1_0</i>
<input type="checkbox"/> ₁	Mündliche Informationen zum Programm <i>hilfa2_0</i>
<input type="checkbox"/> ₁	Aufrufen der Webseite während der Konsultation <i>hilfa3_0</i>
<input type="checkbox"/> ₁	Zeigen eines kurzen Info-Videos <i>hilfa4_0</i>
<input type="checkbox"/> ₁	Sonstiges <i>hilfa5_0</i> , und zwar: _____ <i>hilfa5a_0</i>
<input type="checkbox"/> ₁	Sonstiges <i>hilfa6_0</i> , und zwar: _____ <i>hilfa6a_0</i>
<input type="checkbox"/> ₁	Nichts davon trifft zu. <i>hilfb_0</i>

<i>aufw_0</i>	D7. Wie beurteilen Sie den Aufwand für die Empfehlung eines Online-Programms im Rahmen Ihrer Behandlung?
<input type="checkbox"/> ₁	Hoch
<input type="checkbox"/> ₂	Eher hoch
<input type="checkbox"/> ₃	Eher niedrig
<input type="checkbox"/> ₄	Niedrig

<i>int_0</i>	D8. Wie stark waren Ihre Patienten daran interessiert, ein Online-Programm auszuprobieren?
<input type="checkbox"/> 1	Sehr stark
<input type="checkbox"/> 2	Stark
<input type="checkbox"/> 3	Mittel
<input type="checkbox"/> 4	Wenig
<input type="checkbox"/> 5	Überhaupt nicht

<i>einsa_0</i>	D9. Ich empfand den Einsatz von Online-Programmen im Rahmen der Patientenversorgung ...
<input type="checkbox"/> 1	sehr hilfreich
<input type="checkbox"/> 2	hilfreich
<input type="checkbox"/> 3	weniger hilfreich
<input type="checkbox"/> 4	überhaupt nicht hilfreich

<i>einsb_0</i>	D10. Ich bin mit dem Einsatz von Online-Programmen im Rahmen der Patientenversorgung ...
<input type="checkbox"/> 1	sehr zufrieden
<input type="checkbox"/> 2	eher zufrieden
<input type="checkbox"/> 3	weniger zufrieden
<input type="checkbox"/> 4	überhaupt nicht zufrieden

Herzlichen Dank, dass Sie sich Zeit für unseren Fragebogen genommen haben.

Die nächste Seite betrifft nur diejenigen Behandler, die Online-Programme bisher nicht in ihrer Behandlung eingesetzt haben.

Wenn Sie bisher noch keine Online-Programme zur Behandlungsunterstützung bei psychischen Erkrankungen eingesetzt haben, bitten wir Sie, die folgenden zwei Fragen zu beantworten.

D11. Wenn Sie Online-Programme <u>nicht</u> eingesetzt haben, was waren Gründe dafür? (Sie können mehrere Antworten ankreuzen.)	
<input type="checkbox"/> ₁	Einfach nur vergessen <i>neinsa1_0</i>
<input type="checkbox"/> ₁	Fehlendes Interesse von Seiten der Patienten <i>neinsa2_0</i>
<input type="checkbox"/> ₁	Negatives Feedback von Seiten der Patienten <i>neinsa3_0</i>
<input type="checkbox"/> ₁	Bedenken, ob sich die Patienten allein damit zurechtfinden <i>neinsa4_0</i>
<input type="checkbox"/> ₁	Unpersönlichkeit eines Online-Programms <i>neinsa5_0</i>
<input type="checkbox"/> ₁	Zweifel an der Wirksamkeit eines Online-Programms <i>neinsa6_0</i>
<input type="checkbox"/> ₁	Fehlendes Informationsmaterial zum Austeilen <i>neinsa7_0</i>
<input type="checkbox"/> ₁	Fehlende Zeit während einer Konsultation <i>neinsa8_0</i>
<input type="checkbox"/> ₁	Fehlende Vorbereitungszeit vor einer Konsultation <i>neinsa9_0</i>
<input type="checkbox"/> ₁	Stress durch hohes Patientenaufkommen <i>neinsa10_0</i>
<input type="checkbox"/> ₁	Unsicherheit, für welche Patienten ein Online-Programm passt <i>neinsa11_0</i>
<input type="checkbox"/> ₁	Ungenügendes Wissen über Online-Programme <i>neinsa12_0</i>
<input type="checkbox"/> ₁	Datenschutzbedenken <i>neinsa13_0</i>
<input type="checkbox"/> ₁	Sonstiges <i>neinsa14_0</i> , und zwar: _____ <i>neinsa14a_0</i>
<input type="checkbox"/> ₁	Sonstiges <i>neinsa15_0</i> , und zwar: _____ <i>neinsa15a_0</i>
<input type="checkbox"/> ₁	Nichts davon trifft zu. <i>neinsb_0</i>

<i>zeins_0</i>	D12. Inwiefern beabsichtigen Sie, Online-Programme in Zukunft im Rahmen der Patientenversorgung einzusetzen?
<input type="checkbox"/> ₁	Ich möchte sie demnächst einsetzen.
<input type="checkbox"/> ₂	Ich möchte sie gar nicht einsetzen.
<input type="checkbox"/> ₃	Ich weiß es noch nicht.

Herzlichen Dank, dass Sie sich Zeit für die Beantwortung dieses Fragebogens genommen haben.

Bitte schicken Sie den ausgefüllten Fragebogen mithilfe des beiliegenden frankierten Rückumschlags zurück an das Studienteam der Universität Leipzig.

Den zweiten Fragebogen erhalten Sie in ca. 15 Monaten.

Wir wünschen Ihnen alles Gute!

Ihr @ktiv rollout-Studienteam



WER KANN TEILNEHMEN?

- Hausärzte
- Niedergelassene ärztliche und psychologische Psychotherapeuten
- Niedergelassene Fachärzte (Psychiatrie & Psychotherapie, Nervenheilkunde, Psychosomatik)
- Klinikärzte und deren Teams, die in psychiatrischen, psychosomatischen, psychotherapeutischen oder rehabilitativen Einrichtungen behandeln

WAS SOLL ICH TUN? WIE GROSS IST MEIN AUFWAND?

Sie füllen zwei Fragebögen aus und senden sie in vorfrankierten Rückumschlägen an uns zurück. Den ersten Fragenbogen erhalten Sie anbei, den zweiten Fragebogen in ca. 15 Monaten. Für Ihre Studienteilnahme (Ausfüllen beider Fragebögen) erhalten Sie insgesamt eine Aufwandsentschädigung von **75,00€** (inkl. MwSt.).

WARUM SOLLTE ICH MITMACHEN?

- Ihre persönlichen Erfahrungen und Meinungen in Bezug auf den Einsatz von Online-Programmen zur Unterstützung von Menschen mit psychischen Erkrankungen im Behandlungsalltag sind für uns von besonderem Interesse.
- Die Ergebnisse der Studie tragen zu einer verbesserten Versorgung bei psychischen Erkrankungen bei.
- Sie unterstützen durch Ihre Teilnahme dieses Anliegen.

SIE INTERESSIEREN SICH FÜR EINE STUDIENTEILNAHME?

Falls Sie an einer Studienteilnahme interessiert sind oder weitere Informationen wünschen, wenden Sie sich bitte an:

KONTAKT

M.Sc. Psych. Elena Weitzel
Institut für Sozialmedizin, Arbeitsmedizin und
Public Health (ISAP)
Universität Leipzig, Medizinische Fakultät
Philipp-Rosenthal-Straße 55 | 04103 Leipzig
Telefon 0341– 97 24534
Telefax 0341– 97 24569
E-Mail: Elena.Weitzel@medizin.uni-leipzig.de

Bilder: www.pixabay.de, www.colourbox.de

Die Studie wird durch das Institut für Sozialmedizin, Arbeitsmedizin und Public Health (ISAP) der Universität Leipzig durchgeführt und durch den Gemeinsamen Bundesausschuss (GBA) finanziell gefördert. Ein positives Votum der Ethikkommission der Universität Leipzig liegt vor.

Gefördert durch:



**Gemeinsamer
Bundesausschuss**
Innovationsausschuss



@ktiv_rollout

Wissenschaftliche Studie:
**Nutzung von Online-Programmen
zur Unterstützung bei
psychischen Belastungen**

Perspektiven von Behandlern

ONLINE-PROGRAMME IM BEHANDLUNGS-ALLTAG

Am 19.12.2019 ist das Digitale-Versorgung-Gesetz (DVG) zur Förderung der Digitalisierung im Gesundheitswesen in Kraft getreten.

Als Behandlungsunterstützung bei psychischen Erkrankungen wurden bereits eine Reihe internetbasierter Anwendungen und Programme entwickelt, die die Behandlung wirksam unterstützen können.

Vorteile von Online-Programmen:

- niederschwellig zugänglich (örtlich und zeitlich flexibel einsetzbar)
- Stärkung der Patienten im Rahmen einer klassischen Behandlung (Empowerment)
- Überbrückung von Wartezeiten
- große Akzeptanz, gerade bei jüngeren Menschen
- ihre Wirksamkeit konnte mittlerweile bei einer Reihe von psychischen Erkrankungen gezeigt werden

Jedoch werden Online-Programme bisher selten in der Praxis angewandt.



WAS SIND IHRE MEINUNGEN UND PERSPEKTIVEN ALS BEHANDLER?



Wie viel Raum nimmt das Internet in der Behandlung ihrer Patienten ein?

Halten Sie als Gesundheitsexperte oder -expertin den Einsatz von Online-Programmen für sinnvoll?

Was sind Schwierigkeiten, was sind Chancen bei der Nutzung von Online-Programmen?

Nutzen Sie Online-Programme in der Behandlung ihrer Patienten?

Welche Wege sind sinnvoll, um auf solche Angebote aufmerksam zu machen?

Wie verändern sich Ihre Sichtweisen über die Zeit?

Diesen und anderen Fragen wollen wir in unserer Umfrage nachgehen.

WARUM AN DER STUDIE TEILNEHMEN?

In unserer wissenschaftlichen Studie möchten wir gern mehr über die Rolle von selbsthilfestärkenden Online-Programmen zur Behandlungsunterstützung bei psychischen Erkrankungen im Behandlungsalltag erfahren.

Hierbei interessiert uns vor dem Hintergrund sich verändernder Rahmenbedingungen für den Einsatz digitaler Angebote auch, ob und wie sich dies im Lauf der Zeit verändert.

Wichtige Informationen, die wir aus der Umfrage mit Ihnen als Fachexpertinnen und Fachexperten erhalten, sollen in Empfehlungen für konkrete Implementierungsstrategien und –maßnahmen einfließen.





UNIVERSITÄT
LEIPZIG

Medizinische Fakultät

Anlage 25: AP6 Fragebogen T1-Befragung

Einsatz von Online-Programmen zur Behandlungsunterstützung bei psychischen Erkrankungen

2. Fragebogen

durchgeführt

unter der Leitung von Prof. Dr. med. Steffi G. Riedel-Heller, MPH
Institut für Sozialmedizin, Arbeitsmedizin und Public Health (ISAP)
Philipp-Rosenthal-Str. 55, 04103 Leipzig

Bitte per Post zurück an die Universität Leipzig (frankierter Rückumschlag anbei)

L J L J L J L J

Liebe Teilnehmerin, lieber Teilnehmer,

Sie haben sich dazu bereit erklärt, an der @ktiv_rollout-Studie des Instituts für Sozialmedizin, Arbeitsmedizin und Public Health (ISAP) der Medizinischen Fakultät der Universität Leipzig teilzunehmen. Herzlichen Dank, dass Sie dafür nun diesen zweiten Studienfragebogen ausfüllen.

Als Behandlungsunterstützung bei psychischen Erkrankungen wurden bereits eine Reihe internetbasierter Anwendungen (Online-Programme) entwickelt, die die Behandlung wirksam unterstützen können. Im Rahmen dieser Studie möchten wir mehr über die Rolle von Online-Programmen zur Behandlungsunterstützung bei psychischen Erkrankungen in Ihrem Behandlungsalltag erfahren.

Bitte wundern Sie sich nicht, dass die Fragen denen des ersten Fragebogens sehr ähnlich sind. Wir möchten vergleichen, inwieweit sich in der Zwischenzeit etwas an Ihren Perspektiven und Erfahrungen geändert hat.

Bitte kreuzen Sie zu jeder Frage, ohne lange zu überlegen, die Antwort an, die am ehesten zutrifft. Manche Fragen haben einen ähnlichen Wortlaut. Dies ist für unsere Untersuchung notwendig, wundern Sie sich also deswegen nicht.

Nicht alle Fragen werden auf Sie zutreffen. Wir bitten Sie deshalb, beim Ausfüllen genau den Anweisungen zu folgen.

A Allgemeine Informationen

Welches Datum ist heute?

Bitte eintragen: [][]. [][]. [][][][]

gesch_1 **A1. Geschlecht**

₁ Weiblich

₂ Männlich

₃ Divers

alt_1 **A2. Alter**

[][][] Jahre

umg_1 **A3. Wo praktizieren Sie?**

₁ Eher im städtischen Bereich

₂ Eher im ländlichen Bereich

bera_1 **A4. Wie viele Jahre Berufserfahrung haben Sie?**

[][][] Jahre

berb_1 **A5. In welchem Bereich oder welcher Einrichtung sind Sie derzeit tätig?**

₁ Krankenhaus/ Klinik

₂ Rehabilitationseinrichtung

₃ Praxis

₄ Medizinisches Versorgungszentrum (MVZ)

₅ Sonstiges, bitte angeben: _____ *berb1_1*

A6. Welcher Berufsgruppe gehören Sie an? (Mehrfachnennungen möglich)	
<input type="checkbox"/> ₁	Psychologe/ Psychologin <i>berc1_1</i>
<input type="checkbox"/> ₁	Psychologische/r Psychotherapeut/in <i>berc2_1</i>
<input type="checkbox"/> ₁	Arzt/ Ärztin in Weiterbildung <i>berc3_1</i> für das folgende Fach: _____ <i>berc3a_1</i>
<input type="checkbox"/> ₁	Facharzt/ Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie <i>berc4_1</i>
<input type="checkbox"/> ₁	Facharzt/ Fachärztin für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie <i>berc5_1</i>
<input type="checkbox"/> ₁	Facharzt/ Fachärztin für Neurologie <i>berc6_1</i>
<input type="checkbox"/> ₁	Facharzt/ Fachärztin für Allgemeinmedizin <i>berc7_1</i>
<input type="checkbox"/> ₁	Praktische/r Arzt/ Ärztin <i>berc8_1</i>
<input type="checkbox"/> ₁	Facharzt/ Fachärztin für Innere Medizin <i>berc9_1</i>
<input type="checkbox"/> ₁	Andere Berufsgruppe <i>berc10_1</i> , bitte angeben: _____ <i>berc10a_1</i>

B Nutzung digitaler Medien und Einbindung im Behandlungsalltag

Die folgenden Fragen beschäftigen sich mit der Nutzung digitaler Medien und der Einbindung digitaler Angebote in Ihrem Behandlungsalltag.

<i>ihaeuf_1</i>	B1. Wie häufig haben Sie das Internet im Rahmen Ihrer beruflichen Tätigkeit in den letzten 4 Wochen genutzt?
<input type="checkbox"/> ₁	gar nicht
<input type="checkbox"/> ₂	selten
<input type="checkbox"/> ₃	manchmal
<input type="checkbox"/> ₄	häufig
<input type="checkbox"/> ₅	sehr häufig

<i>ivert_1</i>	B2. Wie vertraut fühlen Sie sich selbst im Umgang mit dem Internet?
<input type="checkbox"/> ₁	sehr gut vertraut
<input type="checkbox"/> ₂	gut vertraut
<input type="checkbox"/> ₃	weniger vertraut
<input type="checkbox"/> ₄	gar nicht vertraut

Im Internet lassen sich immer mehr Informationen zum Thema Gesundheit finden. Digitale Gesundheitskompetenz beschreibt die Fähigkeit, aus dieser Informationsfülle relevante Gesundheitsinformationen herauszusuchen, zu verstehen und anzuwenden.

<i>iges_1</i>	B3. Wie hoch schätzen Sie die digitale Gesundheitskompetenz <u>Ihrer Patienten</u> ein?
<input type="checkbox"/> 1	gering
<input type="checkbox"/> 2	moderat
<input type="checkbox"/> 3	hoch
<input type="checkbox"/> 4	sehr hoch

<i>ikom_1</i>	B4. Nutzen Sie das Internet, um mit Ihren Patienten zu kommunizieren (z.B. E-Mail, WhatsApp, etc.)?
<input type="checkbox"/> 1	Ja
<input type="checkbox"/> 0	Nein

<i>vhaeuf_1</i>	B5. Wie häufig führen Sie mit Ihren Patienten Videosprechstunden durch?
<input type="checkbox"/> 1	gar nicht
<input type="checkbox"/> 2	selten
<input type="checkbox"/> 3	manchmal
<input type="checkbox"/> 4	häufig
<input type="checkbox"/> 5	sehr häufig

B6. Im Folgenden finden Sie einige Aussagen zur gesundheitsbezogenen Nutzung des Internets. Bitte geben Sie jeweils an, inwieweit Sie den Aussagen zustimmen.						
		Stimme überhaupt nicht zu	Stimme eher nicht zu	Teils/ Teils	Stimme eher zu	Stimme sehr zu
<i>eheals1_1</i>	Ich weiß, welche Quellen für Gesundheitsinformationen im Internet verfügbar sind.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
<i>eheals2_1</i>	Ich weiß, wo ich im Internet nützliche Gesundheitsinformationen finden kann.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
<i>eheals3_1</i>	Ich weiß, wie ich im Internet nützliche Gesundheitsinformationen finde.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
<i>eheals4_1</i>	Ich weiß, wie ich das Internet nutzen kann, um Antworten auf meine Fragen rund um das Thema Gesundheit zu bekommen.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

B6. Im Folgenden finden Sie einige Aussagen zur gesundheitsbezogenen Nutzung des Internets. Bitte geben Sie jeweils an, inwieweit Sie den Aussagen zustimmen.		Stimme überhaupt nicht zu	Stimme eher nicht zu	Teils/Teils	Stimme eher zu	Stimme sehr zu
<i>eheals5_1</i>	Ich weiß, wie ich Informationen aus dem Internet so nutzen kann, dass sie mir weiterhelfen.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
<i>eheals6_1</i>	Ich bin in der Lage, Informationen, die ich im Internet finde, kritisch zu bewerten.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
<i>eheals7_1</i>	Ich kann im Internet zuverlässige von fragwürdigen Informationen unterscheiden.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
<i>eheals8_1</i>	Wenn ich gesundheitsbezogene Entscheidungen auf Basis von Informationen aus dem Internet treffe, fühle ich mich dabei sicher.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

C Online-Programme zur Behandlungsunterstützung bei psychischen Erkrankungen

Als nächstes möchten wir gern mehr über Ihre Meinungen und bisherigen Erfahrungen mit Online-Programmen zur Behandlungsunterstützung bei psychischen Erkrankungen erfahren. Bitte kreuzen Sie an, was Ihrem jetzigen Eindruck am besten entspricht.

Diese Fragen können Sie unabhängig davon beantworten, ob Sie Online-Programme schon einmal in der Patientenversorgung eingesetzt haben.

<i>infa_1</i>	C1. Ich fühle mich über Online-Programme zur Behandlungsunterstützung von psychischen Erkrankungen...
<input type="checkbox"/> 1	sehr gut informiert.
<input type="checkbox"/> 2	gut informiert.
<input type="checkbox"/> 3	mäßig informiert.
<input type="checkbox"/> 4	wenig informiert.

<i>infb_1</i>	C2. Haben Sie bereits von Online-Programmen zur Behandlungsunterstützung von psychischen Erkrankungen gehört?
<input type="checkbox"/> ₁	Ja
<input type="checkbox"/> ₀	Nein

C3. Von welchen der folgenden Online-Programme zur Behandlungsunterstützung bei psychischen Erkrankungen haben sie bereits gehört, <u>unabhängig davon, ob Sie das Programm schon angewandt haben</u>? (Sie können mehrere Antworten ankreuzen.)	
<input type="checkbox"/> ₁	moodgym <i>proga1_1</i>
<input type="checkbox"/> ₁	iFightDepression <i>proga2_1</i>
<input type="checkbox"/> ₁	TK-DepressionsCoach <i>proga3_1</i>
<input type="checkbox"/> ₁	Selfapy <i>proga4_1</i>
<input type="checkbox"/> ₁	HelloBetter <i>proga5_1</i>
<input type="checkbox"/> ₁	deprexis <i>proga6_1</i>
<input type="checkbox"/> ₁	Novego <i>proga7_1</i>
<input type="checkbox"/> ₁	invirto <i>proga8_1</i>
<input type="checkbox"/> ₁	Mindable <i>proga9_1</i>
<input type="checkbox"/> ₁	NichtraucherHelden-App <i>proga10_1</i>
<input type="checkbox"/> ₁	somnio <i>proga11_1</i>
<input type="checkbox"/> ₁	velibra <i>proga12_1</i>
<input type="checkbox"/> ₁	vorvida <i>proga13_1</i>
<input type="checkbox"/> ₁	Sonstiges <i>proga14_1</i> , und zwar: _____ <i>proga14a_1</i>
<input type="checkbox"/> ₁	Sonstiges <i>proga15_1</i> , und zwar: _____ <i>proga15a_1</i>
<input type="checkbox"/> ₁	Ich kenne keines davon. <i>progb_1</i>

C4. Auf welchem Weg haben Sie schon einmal Informationen zu Online-Programmen erhalten? (Sie können mehrere Antworten ankreuzen.)

<input type="checkbox"/>	1	Flyer <i>wega1_1</i>
<input type="checkbox"/>	1	E-Mail <i>wega2_1</i>
<input type="checkbox"/>	1	Post <i>wega3_1</i>
<input type="checkbox"/>	1	Newsletter <i>wega4_1</i>
<input type="checkbox"/>	1	Kollegen <i>wega5_1</i>
<input type="checkbox"/>	1	Fachzeitschriften <i>wega6_1</i>
<input type="checkbox"/>	1	Kongress/ Konferenz <i>wega7_1</i>
<input type="checkbox"/>	1	Fortbildung/ Workshop/ Info-Veranstaltung <i>wega8_1</i>
<input type="checkbox"/>	1	Sonstiges <i>wega9_1</i> , und zwar: _____ <i>wega9a_1</i>
<input type="checkbox"/>	1	Sonstiges <i>wega10_1</i> , und zwar: _____ <i>wega10a_1</i>
<input type="checkbox"/>	1	Ich habe noch nie Informationen zu Online-Programmen erhalten. <i>wegb_1</i>

C5. Welche Vorteile und Chancen sehen Sie allgemein im Einsatz von Online-Programmen in Ergänzung zu Ihrer Behandlung? (Sie können mehrere Antworten ankreuzen.)

<input type="checkbox"/>	1	Zeitliche und örtliche Flexibilität <i>proa1_1</i>
<input type="checkbox"/>	1	Zeitersparnis für Behandler <i>proa2_1</i>
<input type="checkbox"/>	1	Überbrückung von Wartezeiten <i>proa3_1</i>
<input type="checkbox"/>	1	Mehr Abwechslungsreichtum in der Behandlung <i>proa4_1</i>
<input type="checkbox"/>	1	Unterstützung in der Behandlung <i>proa5_1</i>
<input type="checkbox"/>	1	Zusätzlich etwas an die Hand geben können <i>proa6_1</i>
<input type="checkbox"/>	1	Verbesserung der Versorgungssituation <i>proa7_1</i>
<input type="checkbox"/>	1	Aktive Patientenbeteiligung <i>proa8_1</i>
<input type="checkbox"/>	1	Stärkung des Selbstwirksamkeitserleben (Empowerment) <i>proa9_1</i>
<input type="checkbox"/>	1	Sonstiges <i>proa10_1</i> , und zwar: _____ <i>proa10a_1</i>
<input type="checkbox"/>	1	Sonstiges <i>proa11_1</i> , und zwar: _____ <i>proa11a_1</i>
<input type="checkbox"/>	1	Nichts davon trifft zu. <i>prob_1</i>

C6. Welche allgemeinen Bedenken haben Sie zum Einsatz solcher Programme in Ergänzung zu Ihrer Behandlung? (Sie können mehrere Antworten ankreuzen.)

<input type="checkbox"/>	₁	Überforderung für den Patienten <i>beda1_1</i>
<input type="checkbox"/>	₁	Wegfall der persönlichen Beziehung zwischen Patient und Behandler <i>beda2_1</i>
<input type="checkbox"/>	₁	Technische Probleme möglich <i>beda3_1</i>
<input type="checkbox"/>	₁	Unsicherheit bei Haftungsfragen <i>beda4_1</i>
<input type="checkbox"/>	₁	Datenschutzbedenken <i>beda5_1</i>
<input type="checkbox"/>	₁	Sonstiges <i>beda6_1</i> , und zwar: _____ <i>beda6a_1</i>
<input type="checkbox"/>	₁	Sonstiges <i>beda7_1</i> , und zwar: _____ <i>beda7a_1</i>
<input type="checkbox"/>	₁	Nichts davon trifft zu. <i>bedb_1</i>

C7. Bitte geben Sie an, inwiefern die jeweilige Aussage Ihrer Meinung nach zutrifft.

		Trifft gar nicht zu	Trifft eher nicht zu	Trifft eher zu	Trifft voll zu
<i>nutza_1</i>	Online-Programme können eine Unterstützung für die Arbeit von Behandlern sein.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>nutzb_1</i>	Online-Programme lassen sich gut in den Behandlungsprozess integrieren.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>nutzc_1</i>	Online-Programme ermöglichen es Behandlern, Ihre Zeit besser einsetzen zu können.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>nutzd_1</i>	Den Einsatz von Online-Programme in der Patientenversorgung halte ich grundsätzlich für nützlich.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>nutze_1</i>	Online-Programme werden von meinen Kollegen aktiv genutzt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

C8. Für welche Patienten sind Online-Programme Ihrer Meinung nach geeignet?

<i>eiga_1</i>	1.
<i>eigb_1</i>	2.
<i>eigc_1</i>	3.

C9. Für welche Patienten sind Online-Programme Ihrer Meinung nach nicht geeignet?

<i>neiga_1</i>	1.
<i>neigb_1</i>	2.
<i>neigc_1</i>	3.

Inzwischen können Ärzte und Therapeuten ihren Patienten den Zugang zu bestimmten Online-Programmen per Verordnung verschreiben („App auf Rezept“). Diese werden als Digitale Gesundheitsanwendung (DiGA) bezeichnet und werden im DiGA-Verzeichnis des BfArM gelistet. Die Kosten für DiGA werden von den Gesetzlichen Krankenversicherungen übernommen.

<i>dig_1</i>	C10. Haben Sie bereits von Digitalen Gesundheitsanwendungen (DiGA) gehört?
<input type="checkbox"/> ₁	Ja
<input type="checkbox"/> ₀	Nein

<i>dig_2</i>	C10. Haben Sie eine Digitale Gesundheitsanwendungen (DiGA) bereits verschrieben?
<input type="checkbox"/> ₁	Ja
<input type="checkbox"/> ₀	Nein

D Aktuelle Nutzung im Patientenkontakt

Im Folgenden beziehen wir uns wieder auf alle Online-Programme, die zur Unterstützung bei psychischen Erkrankungen eingesetzt werden können.

<i>einsatz_1</i>	D1. Haben Sie seit unserer ersten Befragung (vor ca. 15 Monaten) ein Online-Programm zur Unterstützung bei psychischen Erkrankungen an Patienten empfohlen oder in die Behandlung Ihrer Patienten eingebunden?
<input type="checkbox"/> ₀	Nein → Bitte weiter mit <u>Frage D11 auf Seite 13</u>
<input type="checkbox"/> ₁	Ja → Bitte weiter mit der <u>nächsten Frage D2 auf Seite 10</u>

D2. Welche der folgenden Online-Programme zur Behandlungsunterstützung von psychischen Erkrankungen haben Sie seit der letzten Befragung (vor 15 Monaten) empfohlen? (Sie können mehrere Antworten ankreuzen.)

<input type="checkbox"/>	1	moodgym	empfa1_1
<input type="checkbox"/>	1	iFightDepression	empfa2_1
<input type="checkbox"/>	1	TK-DepressionsCoach	empfa3_1
<input type="checkbox"/>	1	Selfapy	empfa4_1
<input type="checkbox"/>	1	HelloBetter	empfa5_1
<input type="checkbox"/>	1	deprexis	empfa6_1
<input type="checkbox"/>	1	Novego	empfa7_1
<input type="checkbox"/>	1	invirto	empfa8_1
<input type="checkbox"/>	1	Mindable	empfa9_1
<input type="checkbox"/>	1	NichtraucherHelden-App	empfa10_1
<input type="checkbox"/>	1	somnio	empfa11_1
<input type="checkbox"/>	1	velibra	empfa12_1
<input type="checkbox"/>	1	vorvida	empfa13_1
<input type="checkbox"/>	1	Sonstiges	empfa14_1, und zwar: _____ empfa14a_1
<input type="checkbox"/>	1	Sonstiges	empfa15_1, und zwar: _____ empfa15a_1
<input type="checkbox"/>	1	Nichts davon trifft zu. empfb_1	

D3. Wie genau haben Sie die Empfehlung des Online-Programms in Ihre Behandlung eingebunden? (Sie können mehrere Antworten ankreuzen.)

<input type="checkbox"/>	1	Als Wartezeitüberbrückung	einba1_1
<input type="checkbox"/>	1	Als Selbsthilfe für den Patienten, unabhängig von meiner eigenen Behandlung	einba2_1
<input type="checkbox"/>	1	Integriert im Rahmen meiner eigenen Behandlung	einba3_1
<input type="checkbox"/>	1	Als Nachsorge	einba4_1
<input type="checkbox"/>	1	Als Hausaufgabe	einba5_1
<input type="checkbox"/>	1	Sonstiges	einba6_1, und zwar: _____ einba6a_1
<input type="checkbox"/>	1	Sonstiges	einba7_1, und zwar: _____ einba7a_1
<input type="checkbox"/>	1	Nichts davon trifft zu. einbb_1	

D4. Wie vielen Patienten haben Sie seit der letzten Befragung (vor 15 Monaten) ein Online-Programm empfohlen?	
<input type="checkbox"/> ₁	1 bis 5 Patienten
<input type="checkbox"/> ₂	6 bis 10 Patienten
<input type="checkbox"/> ₃	11 bis 15 Patienten
<input type="checkbox"/> ₄	16 bis 20 Patienten
<input type="checkbox"/> ₅	Mehr als 20 Patienten

D5. Was taten Sie zur Vorbereitung, um ein Online-Programm während einer Konsultation empfehlen zu können? (Sie können mehrere Antworten ankreuzen.)	
<input type="checkbox"/> ₁	Durchlesen eines Flyers <i>vora1_1</i>
<input type="checkbox"/> ₁	Probeweises Einloggen in das Programm <i>vora2_1</i>
<input type="checkbox"/> ₁	Ansehen eines Informationsfilms <i>vora3_1</i>
<input type="checkbox"/> ₁	Vorbereitende Vermerke in Patientenakte/ PC <i>vora4_1</i>
<input type="checkbox"/> ₁	Sonstiges <i>vora5_1</i> , und zwar: _____ <i>vora5a_1</i>
<input type="checkbox"/> ₁	Sonstiges <i>vora6_1</i> , und zwar: _____ <i>vora6a_1</i>
<input type="checkbox"/> ₁	Nichts davon trifft zu. <i>vorb_1</i>

D6. Welche Hilfsmittel nutzten Sie für die Empfehlung des Online-Programms? (Sie können mehrere Antworten ankreuzen.)	
<input type="checkbox"/> ₁	Übergabe eines Informationsflyers <i>hilfa1_1</i>
<input type="checkbox"/> ₁	Mündliche Informationen zum Programm <i>hilfa2_1</i>
<input type="checkbox"/> ₁	Aufrufen der Webseite während der Konsultation <i>hilfa3_1</i>
<input type="checkbox"/> ₁	Zeigen eines kurzen Info-Videos <i>hilfa4_1</i>
<input type="checkbox"/> ₁	Sonstiges <i>hilfa5_1</i> , und zwar: _____ <i>hilfa5a_1</i>
<input type="checkbox"/> ₁	Sonstiges <i>hilfa6_1</i> , und zwar: _____ <i>hilfa6a_1</i>
<input type="checkbox"/> ₁	Nichts davon trifft zu. <i>hilfb_1</i>

<i>aufw_1</i>	D7. Wie beurteilen Sie den Aufwand für die Empfehlung eines Online-Programms im Rahmen Ihrer Behandlung?
<input type="checkbox"/> 1	Hoch
<input type="checkbox"/> 2	Eher hoch
<input type="checkbox"/> 3	Eher niedrig
<input type="checkbox"/> 4	Niedrig

<i>int_1</i>	D8. Wie stark waren Ihre Patienten daran interessiert, ein Online-Programm auszuprobieren?
<input type="checkbox"/> 1	Sehr stark
<input type="checkbox"/> 2	Stark
<input type="checkbox"/> 3	Mittel
<input type="checkbox"/> 4	Wenig
<input type="checkbox"/> 5	Überhaupt nicht

<i>einsa_1</i>	D9. Ich empfand den Einsatz von Online-Programmen im Rahmen der Patientenversorgung ...
<input type="checkbox"/> 1	sehr hilfreich
<input type="checkbox"/> 2	hilfreich
<input type="checkbox"/> 3	weniger hilfreich
<input type="checkbox"/> 4	überhaupt nicht hilfreich

<i>einsb_1</i>	D10. Ich bin mit dem Einsatz von Online-Programmen im Rahmen der Patientenversorgung ...
<input type="checkbox"/> 1	sehr zufrieden
<input type="checkbox"/> 2	eher zufrieden
<input type="checkbox"/> 3	weniger zufrieden
<input type="checkbox"/> 4	überhaupt nicht zufrieden

Herzlichen Dank, dass Sie sich Zeit für unseren Fragebogen genommen haben.

Die nächste Seite betrifft nur diejenigen Behandler, die Online-Programme seit der letzten Befragung (vor 15 Monaten) nicht in ihrer Behandlung eingesetzt haben.

Wenn Sie seit der letzten Befragung (vor 15 Monaten) keine Online-Programme zur Behandlungsunterstützung bei psychischen Erkrankungen eingesetzt haben, bitten wir Sie, die folgenden zwei Fragen zu beantworten.

D11. Wenn Sie Online-Programme <u>nicht</u> eingesetzt haben, was waren Gründe dafür? (Sie können mehrere Antworten ankreuzen.)	
<input type="checkbox"/> ₁	Einfach nur vergessen <i>neinsa1_1</i>
<input type="checkbox"/> ₁	Fehlendes Interesse von Seiten der Patienten <i>neinsa2_1</i>
<input type="checkbox"/> ₁	Negatives Feedback von Seiten der Patienten <i>neinsa3_1</i>
<input type="checkbox"/> ₁	Bedenken, ob sich die Patienten allein damit zurechtfinden <i>neinsa4_1</i>
<input type="checkbox"/> ₁	Unpersönlichkeit eines Online-Programms <i>neinsa5_1</i>
<input type="checkbox"/> ₁	Zweifel an der Wirksamkeit eines Online-Programms <i>neinsa6_1</i>
<input type="checkbox"/> ₁	Fehlendes Informationsmaterial zum Austeilen <i>neinsa7_1</i>
<input type="checkbox"/> ₁	Fehlende Zeit während einer Konsultation <i>neinsa8_1</i>
<input type="checkbox"/> ₁	Fehlende Vorbereitungszeit vor einer Konsultation <i>neinsa9_1</i>
<input type="checkbox"/> ₁	Stress durch hohes Patientenaufkommen <i>neinsa10_1</i>
<input type="checkbox"/> ₁	Unsicherheit, für welche Patienten ein Online-Programm passt <i>neinsa11_1</i>
<input type="checkbox"/> ₁	Ungenügendes Wissen über Online-Programme <i>neinsa12_1</i>
<input type="checkbox"/> ₁	Datenschutzbedenken <i>neinsa13_1</i>
<input type="checkbox"/> ₁	Sonstiges <i>neinsa14_1</i> , und zwar: _____ <i>neinsa14a_1</i>
<input type="checkbox"/> ₁	Sonstiges <i>neinsa15_1</i> , und zwar: _____ <i>neinsa15a_1</i>
<input type="checkbox"/> ₁	Nichts davon trifft zu. <i>neinsb_1</i>

<i>zeins_1</i>	D12. Inwiefern beabsichtigen Sie, Online-Programme in Zukunft im Rahmen der Patientenversorgung einzusetzen?
<input type="checkbox"/> ₁	Ich möchte sie demnächst einsetzen.
<input type="checkbox"/> ₂	Ich möchte sie gar nicht einsetzen.
<input type="checkbox"/> ₃	Ich weiß es noch nicht.

Herzlichen Dank, dass Sie sich Zeit für die Beantwortung dieses Fragebogens genommen haben.

Bitte schicken Sie den ausgefüllten Fragebogen mithilfe des beiliegenden frankierten Rückumschlags zurück an das Studienteam der Universität Leipzig.

Wir bedanken uns für Ihre Studienteilnahme und wünschen Ihnen alles Gute!

Ihr @ktiv rollout-Studienteam