

# Abschlussbericht zum TK-DepressionsCoach

Eigenschaften Teilnehmender, Wirksamkeit, Zufriedenheit

Pavle Zagorscak, Manuel Heinrich, Daniel Sommer, Rebekka Haug & Christine Knaevelsrud



Pavle Zagorscak / Manuel Heinrich / Daniel Sommer / Rebekka Haug/  
Christine Knaevelsrud

## Abschlussbericht zum TK-DepressionsCoach

### Hinweis zur Sprache im Abschlussbericht

Angelehnt an die epidemiologischen Befunde zur Depression und an die Geschlechterverteilung in der Profession ist im Manual meist von „Teilnehmerinnen“ bzw. „Klientinnen“ und „Beraterinnen“ die Rede.

In diese Formulierung sind selbstverständlich jeweils sex- und genderunabhängig alle Menschen eingeschlossen.

Zur besseren Lesbarkeit wird der Name der Intervention „TK-DepressionsCoach“ im Fließtext i.d.R. mit „TK-DC“ abgekürzt.

## Inhalt

<b>1. Hintergründe: Depression, Onlineintervention &amp; der TK-DepressionsCoach.....</b>	<b>5</b>
1.1 Allgemeiner Hintergrund .....	6
1.2 Hintergrund des TK-DepressionsCoach .....	7
1.3 Intervention und Studiendesign.....	9
<b>2. Stichprobe und der Weg durch die Intervention .....</b>	<b>12</b>
2.1 Teilnehmerinnendurchlauf.....	13
2.2 Das Online-Screening .....	15
2.3 Eingeschlossene Personen .....	16
<b>3. Wirkung der Online-Intervention auf die Versicherten .....</b>	<b>20</b>
3.1 Datenanalyse .....	21
3.2 Adhärenz .....	22
3.3 Krisen während der Interventionsteilnahme .....	23
3.4 Verbesserungen auf den primären Outcome-Maßen.....	24
3.5 Verbesserungen auf den sekundären Outcome-Maßen.....	26
3.6. Nutzung des Gesundheitswesens .....	29
3.7 Nebenwirkungen/unerwünschte Erfahrungen.....	30
<b>4. Was die teilnehmenden Versicherten über den TK-DepressionsCoach denken.....</b>	<b>31</b>
4.1 Zufriedenheit .....	32
<b>5. Gesamtwürdigung und Ausblick.....</b>	<b>36</b>
Literaturverzeichnis .....	37

# Zusammenfassung

Die sechswöchige Onlineintervention „TK-DepressionsCoach“ (TK-DC) nutzt evidenz-basierte kognitiv-verhaltenstherapeutische Komponenten (Expressive Writing, positive behaviorale Aktivierung, kognitive Umstrukturierung und Rückfallprophylaxe), zur Reduktion leichter bis mittelgradiger depressiver Symptome. Sie wurde mit zwei Varianten (Kontakt bei Bedarf = CoD-Variante vs. regelmäßige individuelle Betreuung durch eine psychologische Beraterin = IB-Variante) anhand einer Stichprobe von N = 1089 (Alter M = 46,7, 66% Frauen) im Rahmen eines randomisierten, kontrollierten Designs einer Evaluation unterzogen. Verschiedene psychometrische Instrumente (Fragebögen) wurden zu diesem Zweck Teilnehmenden vor der Intervention, nach der Intervention sowie drei, sechs und zwölf Monate später vorgelegt, um langfristige Effekte untersuchen zu können. Bei multipler Imputation fehlender Werte (methodisch konservatives Vorgehen) konnte die Wirksamkeit des TK-DC zur Reduktion depressiver Symptomatik, Ängstlichkeit sowie aller untersuchter Sekundäroucomes im Prä-Post-Vergleich bei niedrigen Abbruchquoten (CoD: 25%; IB: 15,8%) belegt werden. Die erzielten Effekte erwiesen sich auch nach drei, sechs sowie nach zwölf Monaten als signifikant sowie weitestgehend auf dem Niveau der Post-Messung stabil. Die untersuchten Varianten unterschieden sich im Prä-Post-Vergleich hinsichtlich ihres Effekts auf Depressions- und Angstreduktion, in der Erhöhung der emotionalen Selbstwirksamkeit sowie in der Abbruchquote signifikant ( $p < .05$ ), wobei die IB-Variante die jeweils günstigeren Ergebnisse erzielte.

Teilnehmerinnen äußerten eine hohe Zufriedenheit mit dem Programm, wobei die Versicherten in der IB-Variante signifikant zufriedener waren und das Programm häufiger weiterempfehlen würden (IB: 82%, CoD: 70%). Schließlich konnte nachgewiesen werden, dass der TK-DC neben der gewünschten Wirkung bei nur sehr wenigen Versicherten (N = 72 von 1089) zu Nebenwirkungen führte.

# **1. Hintergründe: Depression, Onlineintervention & der TK- DepressionsCoach**

**Was Sie in diesem Kapitel erfahren:**

Kapitel 1 bietet einen Überblick über Grundlagenwissen zu affektiven Störungen sowie der Versorgungssituation von Menschen mit depressiven Belastungen und Online-Interventionen. Zusätzlich erhalten sie einen Überblick, wie der TK-DC aufgebaut ist und die Evaluationsstudie strukturiert wurde. Sie erhalten

- grundlegende epidemiologische Befunde zur Depression
- grundlegende Informationen über Online-Interventionen
- einen Überblick über den TK-DC

## 1.1 Allgemeiner Hintergrund

Depressive Störungen gehören zu den häufigsten psychischen Erkrankungen in der Allgemeinbevölkerung. Man geht davon aus, dass in etwa jede fünfte Person einmal in ihrem Leben an einer depressiven Episode leidet. Neben den symptombedingten Beeinträchtigungen, die für das Individuum entstehen, verursachen depressive Störungen durch häufigere Arbeitsunfähigkeitszeiten und eine reduzierte Produktivität während der Tätigkeit hohe sozio-ökonomische Kosten. Das wachsende Bewusstsein bzgl. der Bedeutung depressiver Störungen hat verstärkt zu Bemühungen geführt, die Versorgungssituation von Betroffenen zu verbessern.

Obwohl zahlreiche psychotherapeutische und medikamentöse Behandlungsansätze für depressive Erkrankungen existieren, sind Personen mit depressiver Symptombelastung noch immer unterversorgt. Oft bleiben die Störungen unerkannt. Wird die depressive Störung doch diagnostiziert, müssen betroffene Personen lange auf den Beginn der Behandlung warten oder werden falsch oder nur unzureichend versorgt. Internationale Studien gehen davon aus, dass nur etwa ein Viertel der depressiven Personen auch eine angemessene Behandlung erhalten. Eine Untersuchung der Techniker Krankenkasse (2013) hat ermittelt, dass etwa jede vierte Inanspruchnahme von Psychotherapie durch leichte depressive Störungen (z.B. leichte depressive Episoden) bedingt ist und rund 50% dieser Psychotherapien nach max. 12 Stunden beendet werden. Daraus ergibt sich vor allem ein Versorgungsbedarf an kurzen beraterisch-therapeutischen Interventionen für Symptomausprägungen im unteren Belastungsbereich. Dieser kann angesichts der langen Wartezeiten von durchschnittlich 12,5 Wochen für ein Erstgespräch bei einem ambulanten Psychotherapeuten aktuell nicht zeitnah und bedarfsgerecht gestillt werden (BPtK, 2011).

Um mit ihren Belastungen umgehen zu können, greifen viele Menschen daher auf das Internet als Informationsquelle für Gesundheitsthemen zurück. Ein Review zur Qualität von Internetseiten, die über psychische Gesundheit informieren, kommt zu dem Schluss, dass deren Qualität meistens als gering eingestuft wird (Reavley & Jorm, 2010). Die Einordnung und Selektion dieser Informationen fällt Betroffenen ohne fachlichen Hintergrund zusätzlich schwer. Der Bedarf nach online-basierter Information bzw. Unterstützung ist also vorhanden, kann aber nicht qualitativ hochwertig gedeckt werden.

Für die bessere Versorgung von Menschen mit leichten bis mittelgradigen depressiven Belastungen schien es vor diesem Hintergrund indiziert, ein qualitätskontrolliertes und empirisch fundiertes, online-basiertes Unterstützungsangebot zu entwickeln, das niedrigschwellig ist und zeit- und ortsunabhängig Unterstützung anbietet.

## 1.2 Hintergrund des TK-DepressionsCoach

Der im Rahmen eines Kooperationsprojektes zwischen der Freien Universität und der Techniker Krankenkasse entwickelte TK-DepressionsCoach (TK-DC) zählt zu den sogenannten Online-Interventionen. Wenn von Online-Interventionen gesprochen wird, kann damit allgemein ein sehr breites Spektrum von psychologischen Maßnahmen gemeint sein. Diese machen in unterschiedlich starkem Ausmaß von den Möglichkeiten "neuer Kommunikationsmedien" Gebrauch, um psychische Störungen zu behandeln, psychosoziale Belastungen zu verringern sowie Gesundheit und Wohlbefinden zu steigern. Einige Ansätze zielen auch darauf ab, Betroffenen dabei zu helfen, besser mit somatischen Beschwerden umzugehen, wie etwa mit einer Krebserkrankung (z.B. Onko-Step; Seitz et al., 2014). Zu unterscheiden sind Ansätze zur Prävention, zur therapeutischen Intervention sowie zur Nachsorge und Rehabilitation.

Der TK-DC ist ein Programm, das Menschen mit bestehenden depressiven Belastungen helfen soll, besser mit diesen umzugehen. Er stellt vielfältige Informationen, insbesondere zur Psychoedukation, sowie Tools und Übungen online zur Verfügung und bietet gleichzeitig eine Betreuung durch Beraterinnen (schriftlicher Nachrichtenaustausch als Feedback auf erledigte Aufgaben). Der TK-DC übersetzt gut etablierte und empirisch überprüfte therapeutische Strategien aus der face-to-face-Psychotherapie in den Online-Kontext und kombiniert diese mit den Vorteilen neuer Medien. Zusätzlich hat er zahlreiche weitere günstige Eigenschaften, die aus seiner Charakteristik als Online-Intervention hervorgehen. Tabelle 1.1. fasst einige dieser Eigenschaften exemplarisch zusammen.

Allgemein konnte die Anwendbarkeit, Akzeptanz und Wirksamkeit internetbasierter Behandlungs- bzw. Beratungsangebote für ein breites Störungsspektrum (u.a. Depressionen, Ängste, Essstörungen) in einer Vielzahl randomisierter kontrollierter Studien nachgewiesen und in Metaanalysen zusammengefasst werden (Andersson & Cuijpers, 2009; Barak, Hen, Boniel-Nissim & Shapira, 2008; Cuijpers, van Straten, Andersson & van Oppen, 2008; Spek et al., 2007). In eine umfangreichen Metaanalyse zur Wirksamkeit internetbasierter Psychotherapien wurden insgesamt 92 Studien einbezogen (Barak et al., 2008). Die Ergebnisse zeigen, dass der mittlere Behandlungseffekt über alle Störungsbilder und Interventionsformen bei  $d = 0.53$  liegt. Der erzielte Effekt ist damit annähernd mit dem der face-to-face-Psychotherapie vergleichbar und liegt deutlich über jenen vieler medizinisch-somatischer Maßnahmen (Margraf, 2009). Zusätzlich haben in den letzten Jahren verschiedene zusammenfassende Arbeiten gezeigt, dass Online-Interventionen große Effektstärken in der Reduktion depressiver Belastungen erzielen können.

**Tabelle 1.1.** Günstige Eigenschaften von Online-Interventionen am Beispiel des TK-DepressionsCoachs

Eigenschaft	Beispiel TK-DC
Reichweite	Über das Internet kann die Intervention alle deutschsprachigen TK-Versicherten erreichen und somit mögliche Versorgungslücken schließen
Örtliche/zeitliche Flexibilität	Teilnehmerinnen können die Intervention von überall und zu jeder Zeit in Anspruch nehmen, sofern ein Internetanschluss vorliegt
(bedingte) Anonymität	Die Teilnehmerinnen geben zwar grundlegende persönliche Daten an, können aber durch das Ausbleiben eines realen Treffens eine gewisse Anonymität wahren (was z.B. bei schambesetzten Themen hilfreich sein kann)
Rückgriff auf multimediale Inhalte/Trainings	Texte, Audios und Videos werden als Stimulus- oder Konfrontationsmaterial verwendet, um Teilnehmerinnen an interaktiven Trainings zu beteiligen und Imaginationsübungen zu initiieren

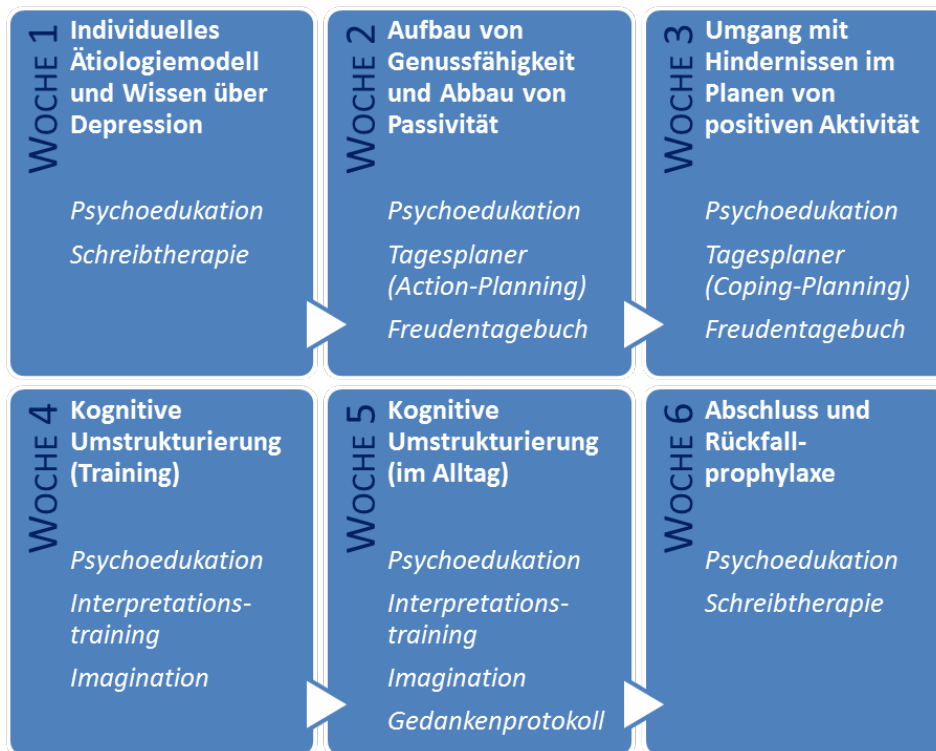
Da Online-Angebote in Deutschland für die Versorgung von Menschen mit depressiven Symptombelastungen bis vor einigen Jahren noch nicht implementiert waren und wissenschaftlich evaluiert worden sind, ist die Kooperation zwischen der Freien Universität und der Techniker Krankenkasse entstanden. Ziel dieser Kooperation war es, ein entsprechendes Programm für Menschen mit leichter depressiver Belastung zu entwickeln und wissenschaftlich an einer großen Stichprobe von Versicherten zu überprüfen. Das gewonnene Wissen soll in der Gestaltung späterer Interventionsprogramme genutzt werden, um die Versorgungssituation für Menschen mit Depression weiter zu verbessern.



## 1.3 Intervention und Studiendesign

Der TK-DC ist ein auf kognitiv-verhaltenstherapeutischen Interventionsmodulen basierendes, onlinegestütztes, strukturiertes Beratungsprogramm zur Förderung von Selbstmanagementkompetenzen bei Menschen mit leicht- mittelgradigen Depressionen (s. im Detail Kapitel 1). Die Intervention wurde 2013 konzeptuell entwickelt und programmiert.

Im TK-DC haben die Teilnehmerinnen in vorgegebener Reihenfolge sieben inhaltliche Module durchlaufen, die in der folgenden Abbildung 1.1 dargestellt sind.



**Abbildung 1.1.** Überblick über die sechs Wochen des TK-DCs mit **inhaltlichen Elementen** (fett) und den jeweils *zugrundeliegenden beraterischen/therapeutischen Methoden* (kursiv).

### 1.3.1 Beschreibung der Interventionsinhalte

**Modul 1** dient dazu, die Teilnehmerin in das Programm einzuführen, die grundlegenden Funktionen verständlich zu machen und einen Überblick über den Ablauf der Beratung zu vermitteln. Nach einer allgemeinen Psychoedukation zu Depressionen und deren Symptomatik bekommt die Teilnehmerin die Möglichkeit, vom ersten Auftreten ihrer depressiven Symptome im Rahmen einer Briefaufgabe (sog. „Expressives Schreiben“) zu berichten.

**Modul 2** des TK-DC fokussiert auf kognitive, körperliche und behavioral-motivationale Symptome (insbesondere sozialer Rückzug, Passivität). Die Teilnehmerinnen sollen dadurch ihre eigenen Beschwerden besser verstehen lernen und sie als „normalen“ Bestandteil einer Depression erkennen. In einem Brief sollen sie darüber hinaus von ihrer jetzigen Situation berichten und ihre Erwartungen und Ziele für die Arbeit mit dem TK-DC formulieren.

**Modul 3** führt den Tagesplaner als grundlegende Programmfunktion ein. Zusammen mit der „Glücksmomente-Sammlung“ und der „Was mir gut tut – Liste“ soll er zur Reflexion der eigenen Tagesstrukturierung anregen und die Teilnehmerin darin anleiten, positive Aktivitäten zu planen, umzusetzen und zu dokumentieren.

**Modul 4** führt den Tagesplaner fort und erweitert ihn. Die Teilnehmerin soll Copingstrategien entwickeln, um häufig auftretende Schwierigkeiten und Hindernisse, die die Umsetzung der geplanten positiven Aktivitäten gefährden, im Alltag besser bewältigen zu können. Fokus der beiden Module bilden die Tagesstrukturierung und der Aufbau positiver Aktivitäten.

Nach der Beschäftigung mit dem Verhalten wendet sich **Modul 5** nun erstmalig dem Thema „Gedanken und Wahrnehmung“ zu. Der Tagesplaner und die damit verbundenen Funktionen sind weiterhin für die Teilnehmerin verfügbar, anders als bisher steht dieser aber nicht mehr direkt im Fokus. In Modul 5 wird die Teilnehmerin nach der üblichen Psychoedukation in das Negativity-Bias-Training (für die Teilnehmerin: „Interpretationstraining“) eingeführt. Das Training soll dabei helfen, eigene Gedankenmuster zu erkennen, mehrdeutige Situationen differenzierter zu verarbeiten und dadurch die eigene Befindlichkeit insgesamt zu verbessern.

Im **Modul 6** des TK-DC wird die Beschäftigung mit den Gedanken der Teilnehmerin fortgesetzt. Das in Modul 5 eingesetzte Negativity-Bias-Training wird weitergeführt und ergänzt (Generieren eigener Interpretationsmöglichkeiten). Zusätzlich können die bisherigen Fortschritte nun auf den eigenen Alltag übertragen werden, indem die Funktion „Gedankenprotokoll“ eingeführt wird. Diese soll dabei helfen, konkrete Gedankengänge und Erfahrungen des Alltags zu protokollieren und zu reflektieren.

**Modul 7** schließt die Beschäftigung mit den Gedanken, Wahrnehmungen und Interpretationen der Teilnehmerin ab. Durch einen zusammenfassenden Brief an ihr „vergangenes Ich“ soll sich

die Teilnehmerin selbst ihre Erfahrungen und erlebten Veränderungen seit Beginn des Coachings verdeutlichen. Im Sinne einer „positive self-affirmation“ werden damit das Selbstwirksamkeitserleben und der Fokus auf die erreichten Fortschritte gerichtet. Auch in diesem Modul wird auf „expressives Schreiben“ zurückgegriffen.

### 1.3.2 Interventionsgruppen und Studiendesign

Insgesamt wurde der TK-DC von den Teilnehmerinnen in zwei verschiedenen Bedingungen bearbeitet. Die erste Gruppe erhielt wöchentliche Feedbacks durch eine Psychologin. Hier wurde auf die Aufgabenbearbeitung und die erreichten, individuellen Fortschritte eingegangen (IB-Bedingung). Die zweite Gruppe erhielt nach Abschluss jedes Moduls ein standardisiertes Feedback in allgemeiner Form (Contact on-Demand; CoD-Bedingung). Für Teilnehmerinnen beider Gruppen bestand die Möglichkeit bei Bedarf in Kontakt mit ihrer persönlichen Beraterin (IB-Bedingung) oder mit einer Mitarbeiterin des TK-DC Teams zu treten.

Um zu überprüfen, welche der Varianten die effektivere ist, wurde die Fragestellung im Rahmen eines randomisiert-kontrollierten Designs untersucht. Dies stellt sicher, dass sich die Gruppen nicht anhand von soziodemografischen Variablen unterscheiden und erzielte Effekte zwischen den Gruppen vergleichbar sind.

Teilnehmerinnen wurden vor, während und nach der Intervention zu verschiedenen Zeitpunkten befragt. Das umfassende Befragungsdesign war notwendig, um zu überprüfen, welche kurz- und langfristigen Effekte die Teilnahme an dem Programm hat. Teilnehmende Versicherte mussten dazu umfassende Fragbögen ausfüllen. Diese werden im Detail im Ergebnisteil dargestellt. Zusätzlich wird auf das Skalenhandbuch verwiesen, in dem alle eingesetzten Verfahren ausführlich dargestellt sind.

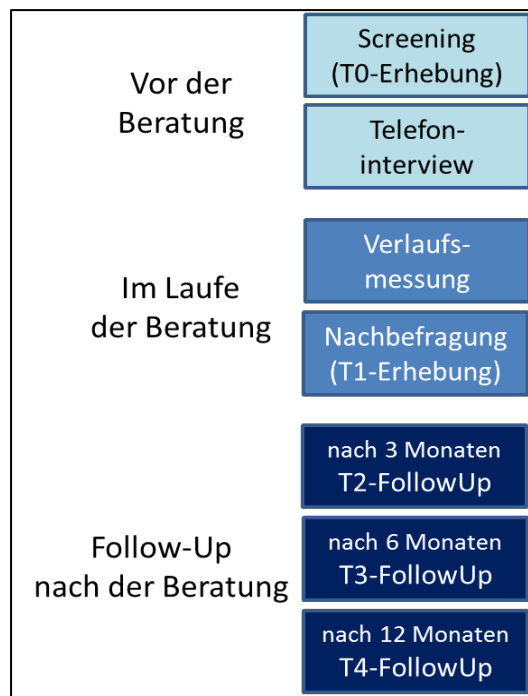


Abbildung 1.3. Übersicht über die Befragungszeitpunkte während der Intervention

## 2. Stichprobe und der Weg durch die Intervention

### Was sie in diesem Abschnitt erfahren:

Kapitel 2 des Abschlussberichtes gibt einen Überblick über den Rekrutierungsprozess von Teilnehmerinnen für die Intervention, sowie einen Überblick über den Durchlauf der Teilnehmerinnen durch die Intervention. Sie erhalten einen Überblick über

- Ein- und Ausschlusskriterien zur Teilnahme
- Demografische Basiseigenschaften der eingeschlossenen Versicherten

## 2.1 Teilnehmerinnendurchlauf

Um Teilnehmerinnen für den TK-DC zu gewinnen, wurde auf *unterschiedliche Rekrutierungsstrategien* zurückgegriffen.

Im ersten Teil der Studie wurden Versicherte der TK durch Mitarbeiterinnen des TK-Telefonzentrums kontaktiert („klassische Rekrutierungsstrategie“). Den kontaktierten Versicherten wurde der TK-DC als Möglichkeit angeboten, mit ihren derzeitigen Beschwerden umzugehen. Die Inanspruchnahme war zu jeder Zeit freiwillig. Die Auswahl der Versicherten, die durch die TK-Kontakt wurden, erfolgte auf der Grundlage von Bestandsdaten der TK unter Berücksichtigung der folgenden Kriterien.

### **Von der TK kontaktiert wurden Personen, die**

- über 18 Jahre alt waren
- an einen (Allgemein-)Mediziner vor Ort angebunden waren (letzte Untersuchung lag nicht länger als 4 Wochen vor Kontaktaufnahme)
- kürzlich aufgrund einer F3x.x-Diagnose nach ICD-10 (affektive Störungen; ausgenommen F32.3, F33.3, F34.8 wegen psychotischer Nebensymptome) krankgeschrieben wurden (Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung; AU)
- nach telefonischem Vorgespräch mit Mitarbeiterinnen der TK-Akquiseeinheit (Beratung bzgl. des Angebots TK-DC und alternativer Behandlungsmöglichkeiten) Interesse an der Teilnahme bekundeten.

### **Versicherte, die den oben genannten Merkmalen entsprachen, aber folgende Nebendiagnosen haben oder hatten, werden nicht berücksichtigt (Ausschlusskriterien):**

- Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (F10-F19)
- Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen (F20-F29)
- Intelligenzminderung (F72, F73)
- Schwere Entwicklungsstörung (F84)
- Alzheimer/Demenz (G30, F00, F01, F02)
- Infantile Zerebralparese (G80)
- Down-Syndrom (Q90)

Im Herbst 2014 wurde der TK-DC für *Selbstselektion durch Versicherte* geöffnet. Dies bedeutet, dass auch Versicherte, die über das Internet oder andere mediale Kanäle auf das Programm gestoßen waren, sich dafür registrieren konnten. Diese Versicherten wurden folglich nicht durch einen Mediziner „krankgeschrieben“, mussten sich aber telefonisch bei der

TK melden und durchliefen daraufhin den gleichen Prüf- und Screeningweg wie die Personen aus dem „klassischen“ Rekrutierungsweg. Es galten die gleichen Ein- und Ausschlusskriterien.

Insgesamt wurde deutlich, dass insgesamt 8637 Personen Kontakt mit der TK hatten. Aus den Angaben zu den Ablehnungsgründen ergeben sich Konsequenzen bezogen auf die öffentliche Repräsentation von Online-Interventionen im Allgemeinen: Von allen Teilnehmenden, die telefonischen Kontakt mit Mitarbeitenden der TK hatten, lehnten bereits 3235 Personen eine potentielle Teilnahme ab. Häufigste Gründe hierfür waren

- a) konkurrierende (i.d.R. psychotherapeutische) Behandlungen (50%),
- b) fehlendes Interesse (15.4%) und
- c) bestehende Vorbehalte gegenüber online-basierten Interventionen (12.9%).

Interessant ist der hohe Anteil an Personen, die aufgrund bestehender Vorbehalte die Teilnahme ausschlossen (N = 416). Hier zeigt sich, dass die wachsende wissenschaftliche Evidenz, nach der online-basierte Verfahren effektiv zur Reduktion psychischer Belastungen eingesetzt werden können, noch nicht vollständig in die relevanten Personengruppen vorgedrungen ist. Berücksichtigt man, dass Einstellungen gegenüber Online-Interventionen wichtige Prädiktoren für die Teilnahme und schließlich den Erfolg sind, ist zusätzliche Öffentlichkeitsarbeit notwendig, um über die Effektivität der Ansätze zu berichten und bestehende Bedenken (Datenschutz, mangelnde Personalisierung) aufzufangen. Gleichzeitig zeigen diese Ergebnisse, dass online-basierte Angebote bestehende face-to-face-Angebote derzeit nicht ersetzen können, da diese für schwerer belastete Menschen und solche mit Vorbehalten relevant bleiben.

Versicherte, die an dieser Stelle als potentiell geeignet für das Programm eingeschätzt wurden, erhielten einen Registrierungscode, der Ihnen Zugang zum Online-Screening bereitstellte.

## 2.2 Das Online-Screening

Das Online-Screening bestand aus einer umfassenden Fragebogen-Batterie, in der Fragen zum psychischen Wohlbefinden und psychischen Belastungen, soziodemografische Daten und Informationen zum individuellen Nutzungsverhalten des Gesundheitswesens gestellt wurden. Voraussetzung für die Teilnahme am TK-DC war die vollständige Bearbeitung des Online-Screening, das Fragebögen zur Erfassung depressiver Symptomlast beinhaltete. Während dieses Screening-Prozesses wurden zusätzlich Personen ausgeschlossen, die

- aktuell nach dem Beck Depressionsinventar (BDI-II; Hautzinger, Keller & Kühner, 2006) suizidal sind oder
- aktuell eine zu hohe oder zu niedrige depressive Belastung aufwiesen
- eine konkurrierende psychotherapeutische Behandlung in Anspruch nehmen oder dies in den kommenden 6 Wochen planen.

Auch dieser Zwischenschritt diente der Gewährleistung, dass der TK-DC die optimale Hilfe für die potentiellen Teilnehmerinnen bereitstellen kann und unter Berücksichtigung der Möglichkeit und Grenzen online-basierter Beratungsangebote eingesetzt werden kann.

Aus den gewonnenen Daten ergibt sich, dass über 1300 Personen, die einen Zugangscode und damit potentiell den Zugang zur Online-Intervention erhalten haben, diesen nie eingegeben haben. Woher diese hohe Anzahl an Personen resultiert, ist unklar.

Von 4070 potentiellen Teilnehmerinnen, die den erhaltenen Registrierungscode eingegeben haben, wurden 2914 Personen im Rahmen des online durchgeführten Screenings von der Intervention ausgeschlossen. Die Gründe für den Ausschluss sind in Abbildung 2.2 zusammengefasst. Hier zeigt sich, dass neben konkurrierenden psychotherapeutischen Angeboten (18%), zu schwere Symptombelastung (gemessen mit dem Beck Depression-Inventar-II) den häufigsten Ausschlussgrund darstellte (45%).

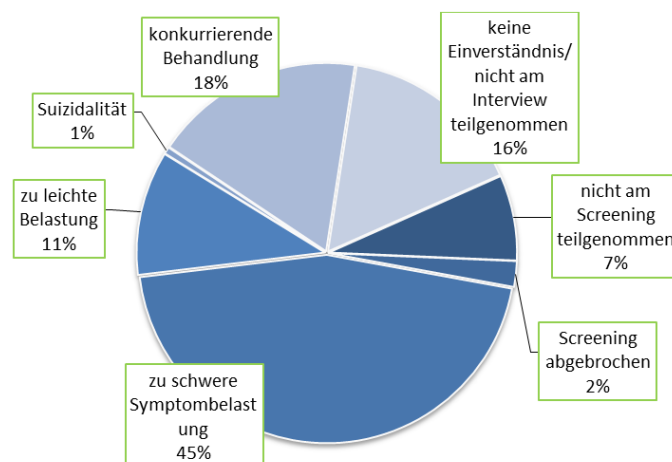


Abbildung 2.2 Verteilung der Ausschlussgründe beim Screening

## 2.3 Eingeschlossene Personen

### 2.3.1 Einschluss nach diagnostischem Interview

Zur Einhaltung der Selektionskriterien und zur Gewährleistung, dass der TK-DC die richtige Hilfe darstellt, wurde mit allen Personen, die im Online-Screening als geeignet identifiziert wurden, ein strukturiertes klinisch-diagnostisches Interview nach DSM-IV durchgeführt. Während dieses Interviews wurden zusätzlich 67 Personen von der Intervention ausgeschlossen: das Vorliegen einer bipolaren Störung, bereits begonnene konkurrierende Behandlungen und psychotische Symptome zählten zu den häufigsten Ausschlusskriterien. Insgesamt erfüllten 1089 alle Selektionskriterien und wurden in die Studie eingeschlossen.

### 2.3.2 Eigenschaften der eingeschlossenen Versicherten

*Die „typische Teilnehmerin“ am Depressions-Coach ist eine 47-jährige, weibliche Akademikerin, sie ist angestellt und lebt mit Partner/in und Kind/ern in der Großstadt oder auf dem Land.*

Diese Beschreibung ist eine verkürzte Darstellung dessen, welche Menschen den DC in Anspruch genommen haben. Die folgende Betrachtung bietet einen detaillierteren Eindruck der sozioökonomischen Eigenschaften der Teilnehmerinnen des TK-DCs.

#### 2.3.2.1 Geschlecht und Altersverteilung

Die insgesamt 1089 Teilnehmerinnen des DepressionCoachs sind zu 66% weiblichen und zu 34% männlichen Geschlechts. Die Altersverteilung reichte dabei von 19 bis 85 Jahren, der Durchschnitt lag bei 47 Jahren. Die mittleren 50% aller Teilnehmerinnen waren zwischen 36 und 54 Jahre alt. Einen detaillierten Einblick in die Altersstruktur liefert Abbildung 2.3.



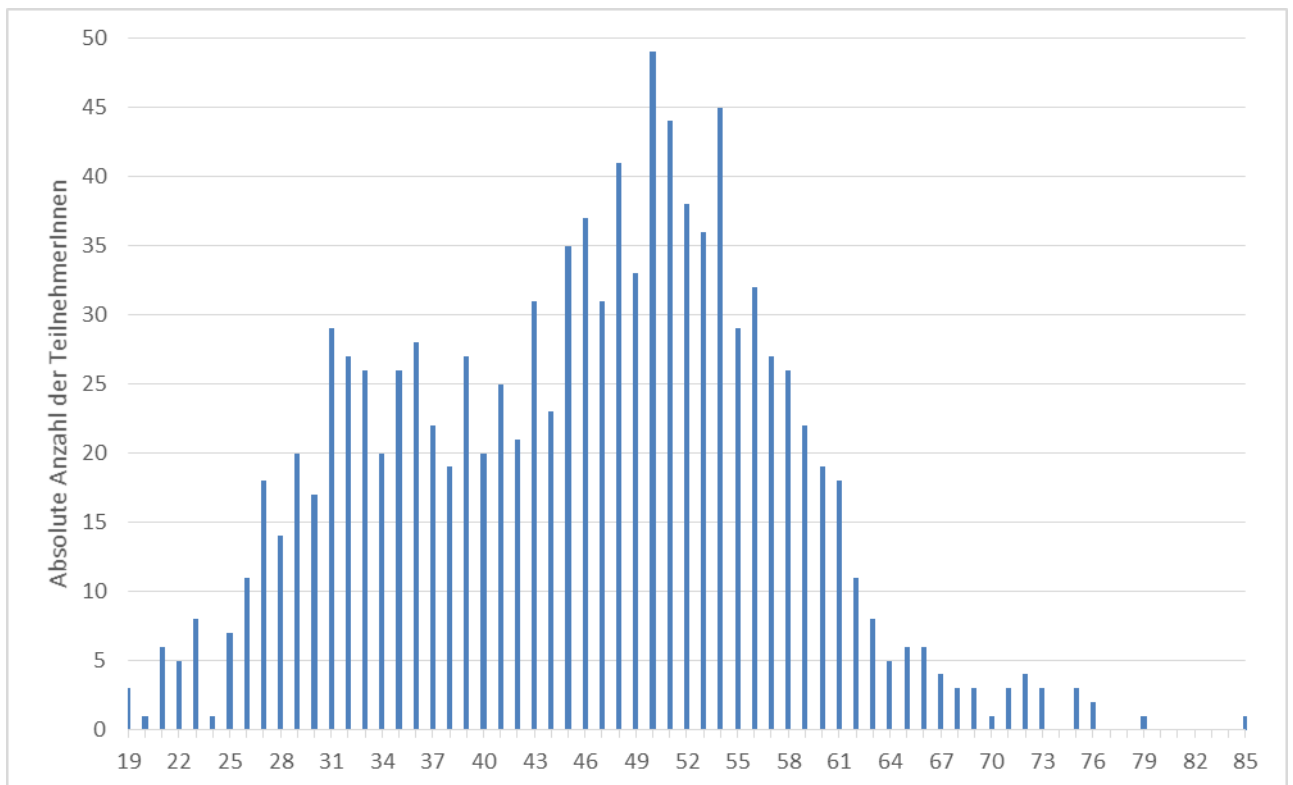


Abbildung 2.3. Altersstruktur der teilnehmenden Versicherten

### 2.3.2.2 Bildungsstand und Beschäftigung

Fast die Hälfte der Teilnehmerinnen (46,7%) verfügte über einen Hochschulabschluss. Die darauffolgend größten Gruppen gaben einen Realschulabschluss (24,2%) bzw. das Abitur (22,5%) als höchsten Bildungsabschluss an. Über einen Hauptschulabschluss verfügten 6,1% und lediglich 0,6 % der Teilnehmerinnen geben an, keinen Abschluss zu haben (s. Abbildung 2.4).

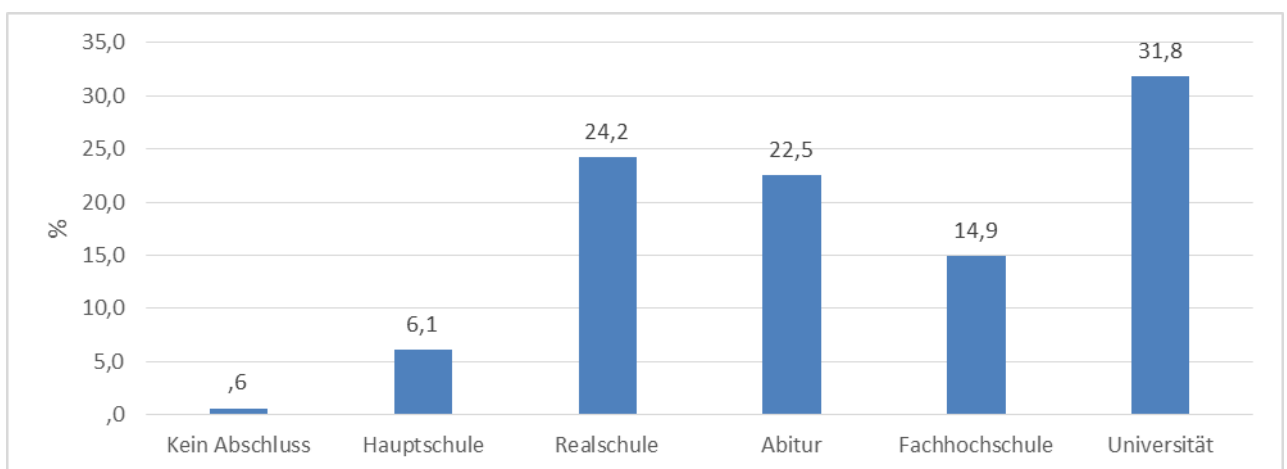
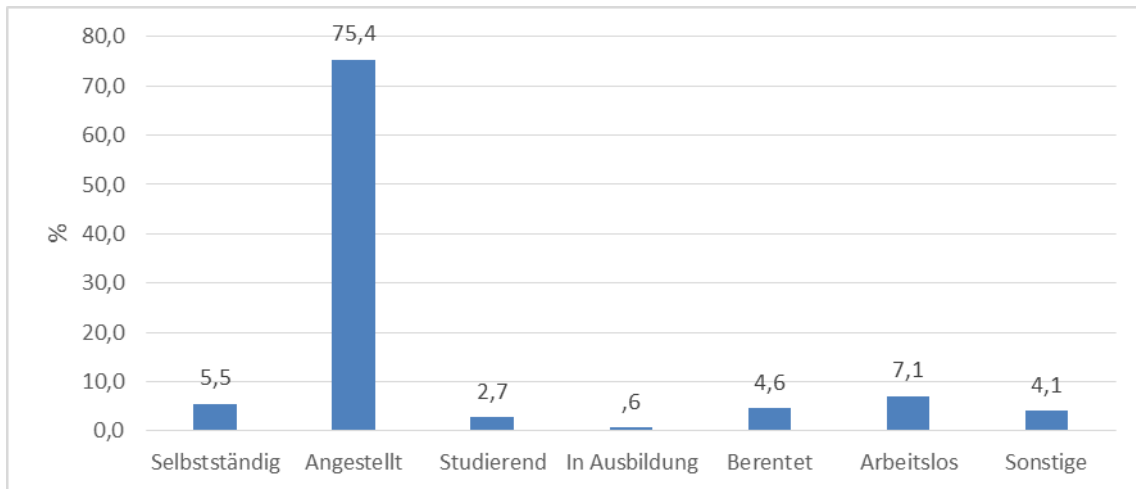


Abbildung 2.4. Bildungsstand der Versicherten im TK-DepressionsCoach.

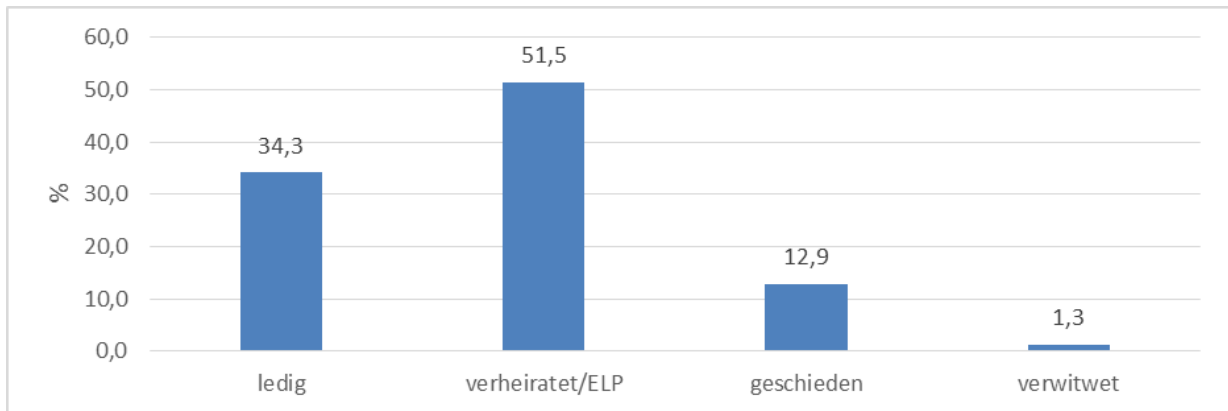
Bei Betrachtung des Beschäftigungsverhältnisses zeigt sich, dass der Großteil der Teilnehmerinnen in einem Angestelltenverhältnis arbeitete (75,4%). Erwerbslose waren mit 7,1% mit weitem Abstand dazu die zweithäufigste Kategorie, während alle anderen Kategorien nur gering besetzt waren (s. Abbildung 2.5).



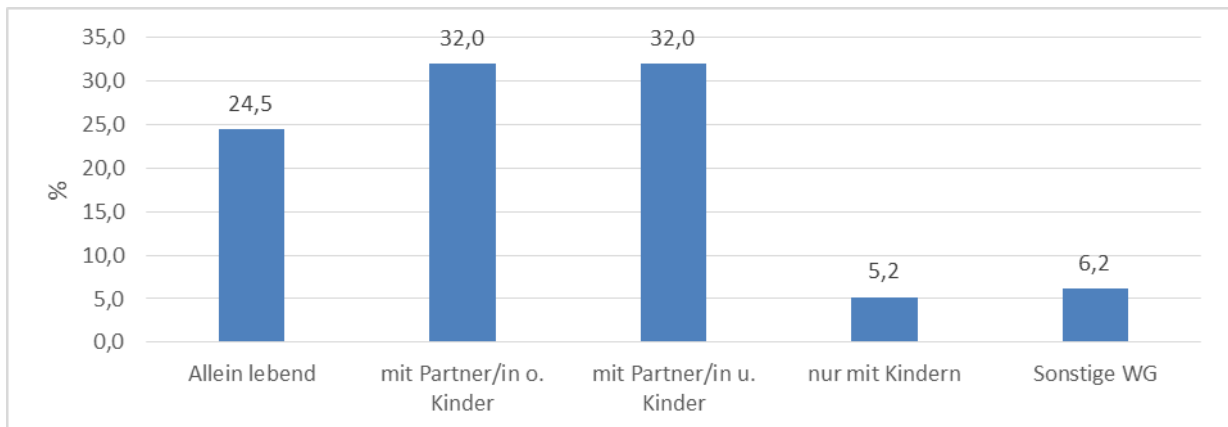
**Abbildung 2.5.** Beschäftigungsverhältnisse der teilnehmenden Versicherten.

### 2.3.2.3 Familie und Wohnung

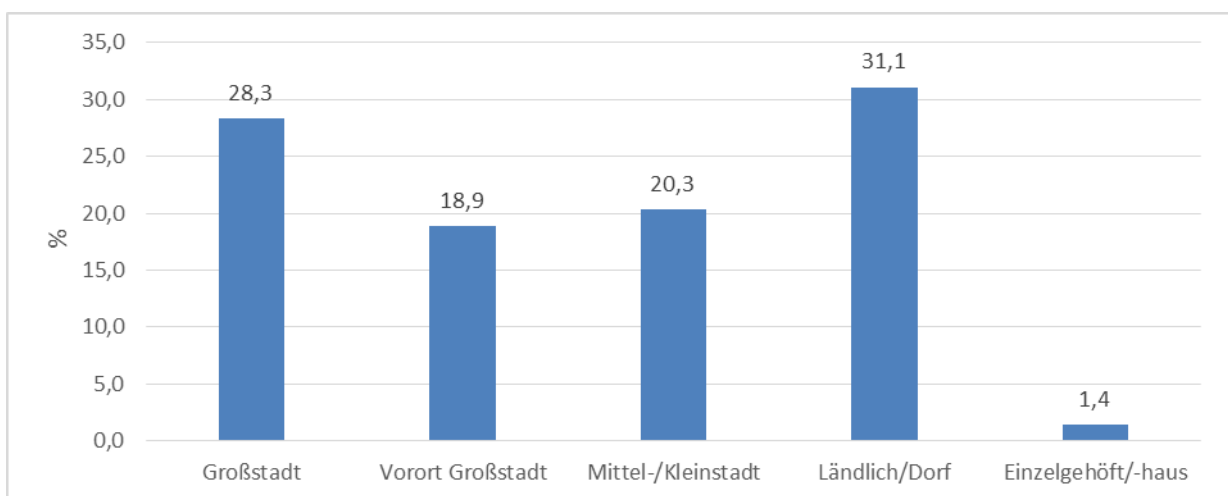
Die folgenden Abbildungen (Abbildungen 2.6-2.8) geben einen Eindruck von Wohn- und familiären Lebensverhältnissen der Teilnehmenden.



**Abbildung 2.6.** Familienstand der Teilnehmerinnen am TK-DepressionsCoach. ELP = eingetragene Lebenspartnerschaft.



**Abbildung 2.7.** Wohnsituation der Teilnehmerinnen am TK-DepressionsCoach.



**Abbildung 2.8.** Wohnort der Teilnehmerinnen am TK-DepressionsCoach

### **3. Wirkung der Online-Intervention auf die Versicherten**

**Was Sie in diesem Abschnitt erfahren:**

Kapitel 3 des Abschlussberichtes gibt schwerpunktmäßig einen Überblick über die Wirksamkeit des TK-DC bezogen auf die psychische Belastung der teilnehmenden Versicherten. Sie erfahren

- Welche Methoden zur Analyse der Veränderungen herangezogen wurden
- Wie viele der Teilnehmerinnen die Intervention vollständig bearbeiteten
- Wie stark sich Symptome bei den teilnehmenden Versicherten veränderten
- Welche Nebenwirkungen die Versicherten berichteten

## 3.1 Datenanalyse

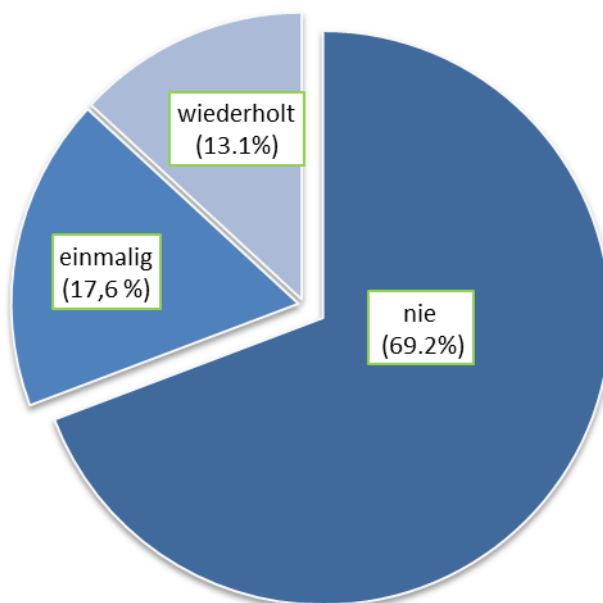
Wie in jeder Interventionsstudie stellen fehlende Werte von Teilnehmerinnen, die die Intervention nicht vollständig bearbeitet haben, ein Problem für die Analyse dar, da für diese Personen unklar bleibt, wie sie sich tatsächlich entwickelt haben. Bei den vorliegenden Ergebnissen wurde daher auf die sogenannte multiple Imputation zurückgegriffen. Dabei werden fehlende Werte wiederholt durch plausible Werte ersetzt und so mehrere vollständige Datensätze generiert. Die Datenanalyse wird dann für jeden der Datensätze wiederholt und über die verschiedenen Datensätze nach bestimmten Regeln gemittelt. Verschiedene Studien, die diese Methode auf ihre Effektivität überprüft haben, weisen darauf hin, dass sie zu den Gold-Standards im Umgang mit fehlenden Datenpunkten zu zählen ist. Fehlende Werte wurden auf den Outcome-Variablen unter der Annahme „missing at random“ multipel imputiert (100 Datensätze, predictive mean matching mit MICE in der Statistiksoftware *R* mit 50 Iterationen). Für die Analyse der Daten der Nutzung des Gesundheitssystems wurde auf die Fälle zurückgegriffen, die an den jeweiligen Messzeitpunkten auswertbare Daten lieferten.

## 3.2 Adhärenz

Von den 1089 selektierten Personen haben 25,8% in der Kontakt nach Bedarf (CoD)-Bedingung und 17.3% der Personen aus der individualisierten Kontaktbedingung (IB) die Module nicht vollständig bearbeitet und die Intervention vorzeitig beendet. Insgesamt sind diese niedrigen Raten von Abbrechern als sehr positiv zu bewerten und im Vergleich zu anderen onlinebasierten Beratungsprogrammen als niedrig einzustufen (van Ballegooijen et al., 2014).

### 3.3 Krisen während der Interventionsteilnahme

Im TK-DC existierte eine differenzierte Notfallprozedur, um Krisen von Teilnehmerinnen frühzeitig zu erkennen und aufzufangen. Über das Suizidalitäts-Item des PHQ-9 wurde erfasst, ob Teilnehmerinnen verstärkt Suizidgedanken bezogen auf die letzten Tage vor der Befragung erlebten. Schon bei geringfügig auffälligen Angaben wurden die Teilnehmerinnen telefonisch durch eine psychologische Psychotherapeutin binnen eines Werktages kontaktiert (Einschätzung der Situation, ggf. Krisenintervention und weitere Absprachen). Eine Krisenintervention (Telefonat) erfolgte regelmäßig auch dann, wenn der Wert des PHQ-9 eine kritische Schwelle überschritt (schwere depressive Belastung) oder aus Briefen und Protokollen von den Teilnehmerinnen Hinweise auf solche krisenhaften Entwicklungen zu identifizieren waren. Abbildung 3.3 fasst zusammen, wie häufig Teilnehmerinnen suizidale Gedanken im wöchentlichen Monitoring der Stimmung angaben. Insgesamt war die Rate an Personen ohne suizidale Gedanken während des Interventionszeitraums erfreulich hoch (69.2%).



**Abbildung 3.3.** Häufigkeit mit denen Teilnehmerinnen in den wöchentlichen Symptomratings Suizidalität angaben

## 3.4 Verbesserungen auf den primären Outcome-Maßen

Die primäre Zielgruppe des TK-DC waren Personen, die an depressiver Symptombelastung leiden. Die Verbesserung der Interventionsteilnehmerinnen bezogen auf ihre depressive Symptombelastung wurde mit zwei in der Depressionsforschung weit verbreiteten Fragebögen erfasst: 1) Dem Patient Health-Questionnaire-9 und 2) dem Beck-Depressions-Inventar. Der PHQ-9 erfasst depressive Symptomlast mit 9 Fragen, die an den diagnostischen Kriterien des DSM-5 orientiert sind. Befragte Personen sollten angeben, wie häufig sie diese Belastungen in den letzten zwei Woche erlebt hatten. Das BDI-II weist einen inhaltlichen Schwerpunkt auf kognitiven Symptomen der Depression auf (Selbstablehnung, Selbstkritik). In den einzelnen Fragen werden bestimmte Wahrnehmungsarten beschrieben und befragte Personen sollten angeben, welche dieser Beschreibungen ihr Erleben in den letzten 2 Wochen am besten charakterisierten. Die Verwendung verschiedener Fragebögen, die das gleiche Konstrukt erfassen (Depression), ist elementar. Studien haben gezeigt, dass diese Fragebögen inhaltlich unterschiedliche Schwerpunkte setzen (PHQ-9: Orientierung am DSM-5, BDI-II: sehr auf kognitive Symptome fokussiert). Wenn die erzielten Effekte über die verschiedenen Fragebögen generalisierbar sind, ist dies ein zusätzlicher Hinweis für die Robustheit der erzielten Effekte.

### 3.4.1 Mittlere Veränderung

Im folgenden Abschnitt werden die mittleren Veränderungen für jede Interventionsgruppe dargestellt. Mittlere Veränderung bedeutet dabei, um wie viel sich die Teilnehmerinnen im Durchschnitt veränderten. Für den **BDI-II** weisen Teilnehmerinnen der IB-Bedingung eine durchschnittliche Verbesserung um 12.1 Rohwertpunkte und Teilnehmerinnen der CoD-Bedingung eine durchschnittliche Verbesserung um 10.8 Rohwertpunkte zum Zeitpunkt nach der Intervention auf. Diese Veränderungen sind statistisch bedeutsam von 0 verschieden. Beide Veränderungen entsprechen den gängigen Konventionen nach Cohen großen Effekten. Vergleicht man die beiden Gruppen bezogen auf die mittlere Veränderung, die zwischen Interventionsbeginn- und Abschluss erzielt wurde, findet man einen statistisch signifikanten Unterschied von 1.25 BDI-II Punkte bei kleiner Zwischengruppen-Effektstärke, welche auf die Überlegenheit der IB-Bedingung hinweist. Es lassen sich keine Unterschiede zwischen den Interventionsgruppen zu den späteren Messzeitpunkten identifizieren. Die erzielten Effekte bleiben über die Zeit der Follow-Up-Befragungen stabil.

Für den **PHQ-9** fallen diese Ergebnisse vergleichbar aus. Hier weisen Teilnehmerinnen der IB-Bedingung eine durchschnittliche Verbesserung um 5.2 Rohwertpunkte und Teilnehmerinnen der CoD Bedingung eine durchschnittliche Verbesserung um 4.5



Rohwertpunkte zum Zeitpunkt nach der Intervention auf. Diese Veränderungen sind statistisch bedeutsam von 0 verschieden. Beide Veränderungen entsprechen den gängigen Konventionen nach Cohen großen Effekten. Vergleicht man die beiden Gruppen bezogen auf die mittlere Veränderung, die zwischen Interventionsbeginn und -abschluss erzielt wurde, findet man einen Unterschied von 0.8 Rohwertpunkten und einen kleinen, aber signifikanten Zwischengruppen-Effekt, welcher auf die Überlegenheit der IB Bedingung hinweist. Auch zum 3-Monats-Follow-Up scheint die IB Bedingung der CoD Bedingung auf dem PHQ-9 signifikant überlegen zu sein. Es lassen sich keine Unterschiede zwischen den Interventionsgruppen zu den späteren Messzeitpunkten identifizieren. Die erzielten Effekte bleiben über die Zeit der Follow-Up Befragungen stabil.

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass die allgemeinen Verläufe der teilnehmenden Versicherten in beiden Interventionsgruppen ähnlich sind: Die Teilnehmerinnen der Interventionsbedingungen erleben eine bedeutsame Symptomreduktion bis zum Ende der Intervention. Diese Verbesserung bleibt zusätzlich über die Messwiederholungen zu späteren Messzeitpunkten erfreulich stabil. Unterschiede zwischen den Gruppen sind anfänglich festzustellen, aber insbesondere zu späteren Zeitpunkten nicht statistisch signifikant.

## 3.5 Verbesserungen auf den sekundären Outcome-Maßen

Neben der depressiven Symptombelastung wurden zahlreiche sogenannte sekundäre Outcome-Maße betrachtet, die in der bisherigen Forschung zu onlinebasierten Interventionen für depressive Belastungen nur unzureichend beachtet wurden. In den nächsten Abschnitten wird einzeln auf diese Maße eingegangen.

### 3.5.1 Angst

Die erlebte Angst wurde mit dem GAD-7-Fragebogen erfasst. Befragte Personen sollten angeben, wie häufig sie die in den einzelnen Items beschriebenen Gefühle erlebt haben, z.B. übermäßige Sorgen bezüglich verschiedener Angelegenheiten. Für die Angst zeigte sich ein vergleichbarer Verlauf wie für die depressive Symptombelastung: Die Angst-Symptomatik nahm bis zum Zeitpunkt nach der Intervention ab und blieb in den Folgemessungen auf einem niedrigen Niveau. Für den GAD-7 wiesen Teilnehmerinnen der IB-Bedingung eine durchschnittliche Prä-Post Verbesserung um 3.9 Rohwertpunkte und Teilnehmerinnen der CoD-Bedingung eine durchschnittliche Verbesserung um 3.2 Rohwertpunkte auf. Diese Veränderungen sind statistisch bedeutsam von 0 verschieden. Beide Veränderungen entsprechen den gängigen Konventionen nach Cohen großen Effekten. Vergleicht man die beiden Gruppen bezogen auf die mittlere Veränderung, die zwischen Interventionsbeginn- und Abschluss erzielt wurden, findet man einen Unterschied von 0.7 GAD-7 Punkten und einen kleinen Zwischengruppen-Effekt, welcher auf die Überlegenheit der IB-Bedingung hinweist. Es lassen sich keine Unterschiede zwischen den Interventionsgruppen zu den späteren Messzeitpunkten identifizieren. Die erzielten Effekte bleiben über die Zeit der Follow-Up-Befragungen stabil.

### **3.5.2 Wohlbefinden**

Das Wohlbefinden der Teilnehmerinnen wurde mit dem WHO-5 erfasst. Befragte Personen gaben an, wie häufig sie die in den einzelnen Items beschriebenen Gefühle erlebt hatten, z.B. *In den letzten zwei Wochen war ich froh und guter Laune*. In beiden Interventionsgruppen zeigte sich ein vergleichbarer Verlauf: Das Wohlbefinden nahm bis zum Zeitpunkt nach der Intervention zu und blieb dann über die weiteren Messungen auf einem erfreulich hohem Niveau. Für den WHO-5 wiesen Teilnehmerinnen der IB-Bedingung eine durchschnittliche Verbesserung um 5.3 Rohwertpunkte auf (CoD: 4,5 Rohwertpunkte). Diese Veränderungen sind statistisch bedeutsam von 0 verschieden. Beide Veränderungen entsprechen den gängigen Konventionen nach Cohen großen Effekten. Vergleicht man die beiden Gruppen bezogen auf die mittlere Veränderung die zwischen Interventionsbeginn- und Abschluss erzielt wurde, findet man einen Unterschied von 0.8 Rohwertpunkten und eine kleine Zwischengruppen-Effektstärke. Dieser Effekt ist als nicht signifikant zu bewerten. Es lassen sich keine Unterschiede zwischen den Interventionsgruppen zu den späteren Messzeitpunkten identifizieren.

### **3.5.3 Grübeln**

Die Tendenz zum Grübeln wurde mit dem Perservative Thinking Questionnaire (PTQ) erfasst. Befragte Personen sollten angeben, wie häufig sie die in den einzelnen Items beschriebenen Gefühle erlebt hatten, z.B. *„Ich kann nicht aufhören darüber nachzudenken“*. In beiden Interventionsgruppen zeigte sich ein vergleichbarer Verlauf: Das Grübeln nahm bis zum Zeitpunkt nach der Intervention ab und sank zu den späteren Messzeitpunkten weiter. Für den PTQ wiesen Teilnehmerinnen der IB-Bedingung eine durchschnittliche Verbesserung um 8.4 PTQ-Punkte und Teilnehmerinnen der CoD-Bedingung eine durchschnittliche Verbesserung um 7.7 PTQ-Punkte zum Zeitpunkt nach der Intervention auf. Diese Veränderungen sind statistisch bedeutsam von 0 verschieden. Beide Veränderungen entsprechen den gängigen Konventionen nach Cohen großen Effekten. Vergleicht man die beiden Gruppen bezogen auf die mittlere Veränderung, die zwischen Interventionsbeginn- und Abschluss erzielt wurde, findet man einen Unterschied von 0.8 PTQ-Punkten. Dieser Unterschied ist nicht signifikant. Es lassen sich keine Unterschiede zwischen den Interventionsgruppen zu den späteren Messzeitpunkten identifizieren.

### **3.5.4 Emotionale Selbstwirksamkeitserwartung**

Die Emotionale Selbstwirksamkeit der Teilnehmerinnen wurde mit der Skala zur Erfassung Emotionaler Selbstwirksamkeit (ESWE) erfasst. Befragte Personen sollten angeben, wie

häufig sie die in den einzelnen Items beschriebenen Wahrnehmungen über sich selbst erlebt hatten, z.B. *„Ich bin mir sicher, dass ich mich mit meinen unangenehmen Gefühlen auseinandersetzen kann, auch wenn mich das belastet“*. In beiden Interventionsgruppen zeigte sich ein vergleichbarer Verlauf: Die ESWE nimmt bis zum Zeitpunkt nach der Intervention zu. Teilnehmerinnen der IB-Bedingung wiesen hier eine durchschnittliche Verbesserung um 1.1 ESWE-Punkte und Teilnehmerinnen der CoD-Bedingung eine durchschnittliche Verbesserung um 0.6 ESWE Punkten zum Zeitpunkt nach der Intervention auf. Diese Veränderungen sind statistisch bedeutsam von 0 verschieden. Beide Veränderungen entsprechen den gängigen Konventionen nach Cohen kleinen bis mittleren Effekten. Vergleicht man die beiden Gruppen bezogen auf die mittlere Veränderung, die zwischen Interventionsbeginn- und Abschluss erzielt wurde, findet man einen Unterschied von 0.5 ESWE-Punkten und eine kleine, signifikante Zwischengruppen-Effektstärke. Es lassen sich keine Unterschiede zwischen den Interventionsgruppen zu den späteren Messzeitpunkten identifizieren.

## 3.6. Nutzung des Gesundheitswesens

### 3.6.1. Deutliche Reduktion selbstberichteter Krankschreibungen und Krankheitstage

In der Analyse der krankgeschriebenen Personen wurden nur Angaben von Personen berücksichtigt, die zum Zeitpunkt der Befragung einer krankschreibepflichtigen Tätigkeit nachgingen und an der jeweiligen Befragung teilnahmen. Die bereits zum 3- und 6-Monats-Follow-up festgestellten Reduktionen selbstberichteter Krankschreibungen und Krankheitstage bleiben 12 Monate nach Ende der Beratung ebenfalls stabil. Während zum Prä-Zeitpunkt N = 445 Versicherte (45.6% der Befragten) angaben, innerhalb der letzten 4 Wochen krankgeschrieben zu sein, waren es zum Post-Zeitpunkt N = 221 (27.5%), zum 3-Monats-Follow-Up N = 116 (19,0%), zum 6-Monats-Follow-Up lediglich N = 95 (16.6%) und zum 12-Monats-Follow-Up N = 91 (17.5%). Ähnlich verhielt es sich bei selbstberichteter Erkrankung innerhalb der letzten 4 Wochen: Hier sanken die Werte von 53,4% der Befragten zum Prä-Zeitpunkt über 33,3% (Nachbefragung), 21,4% (FU3), 21,2% (FU6) und auf 21.9% zum 12-Monats-Follow-Up.

## 3.7 Nebenwirkungen/unerwünschte Erfahrungen

Neben den gewünschten Haupteffekten der Online-Intervention wurden auch unerwünschte Erfahrungen, Probleme bzw. Nebenwirkungen von den Teilnehmenden erfragt. Von 814 befragten Teilnehmerinnen gaben lediglich 72 Personen an, überhaupt unerwünschte Nebenwirkungen erlebt zu haben. Befragt nach den Modulen, die mit den erlebten unerwünschten Nebenwirkungen in Verbindung gebracht werden, gaben 40 Personen eine Antwort. 12 Mal wurde der Tagesplaner (Modul 3 und 4) genannt und je neun Mal die kognitive Umstrukturierung (Interpretationstraining und Gedankenprotokolle; Modul 5 und 6) bzw. das Schreiben von Briefen (Modul 1, 2 und 7).

### Inhaltliche Schwerpunkte der Nebenwirkungen

In den Freitext-Kommentaren konnten drei inhaltliche Schwerpunkte für Nebenwirkungen/unerwünschte Erfahrungen ausgemacht werden. Insgesamt berichteten 17 Personen von negativen Effekten (z.B. Wut, Traurigkeit) durch die mangelnde *Personalisierung*, davon 13 Personen in der CoD-Bedingung, und 4 Personen der IB-Bedingung. Es unterscheidet sich nicht nur die Häufigkeit, mit der mangelnde Personalisierung als Auslöser unerwünschter Erfahrungen genannt wird, sondern es lassen sich auch qualitative Unterschiede ausmachen. Während in der CoD-Bedingung die *überhaupt fehlende Individualisierung* als Kritik formuliert wurde, war es in der IB-Bedingung das *zu geringe Ausmaß an Personalisierung*. Insgesamt berichteten 25 Personen (15-CoD, 10 IB-Bedingung) von *erhöhten erlebten emotionalen Belastungen* (Traurigkeit, Niedergeschlagenheit, Gereiztheit und körperlichen Symptomen). Diese standen häufig in Bezug zur durch den TK-DC angeregten Auseinandersetzung mit den eigenen Gedanken und vergangenen Lebenserfahrungen. Von 24 Personen (14 CoD-Bedingung, 10 IB-Bedingung) wurden die erlebten *Belastungen eng mit strukturellen Aspekten der Modul-Gestaltung* in Zusammenhang gebracht (u.a. Frustration durch hohen zeitlichen Aufwand, Erinnerungs-E-Mails, hohe Textdichte).

## **4. Was die teilnehmenden Versicherten über den TK-DepressionsCoach denken**

**Was sie in diesem Abschnitt erfahren:**

Kapitel 4 des Abschlussberichtes gibt schwerpunktmäßig einen Überblick über die Zufriedenheit der Teilnehmerinnen und anderen Erfahrungen, die Versicherte während der Bearbeitung des TK-DC gemacht haben. Sie erhalten einen Überblick darüber

- Wie zufrieden die Teilnehmerinnen waren

## 4.1 Zufriedenheit

Neben der eigentlichen Symptomreduktion spielt die subjektive Zufriedenheit mit den Behandlungsangeboten ebenfalls eine zentrale Rolle. Eine höhere Zufriedenheit führt dazu, dass Personen die Intervention vollständiger bearbeiten, mehr Zeit investieren und damit die Wahrscheinlichkeit für eine stärkere Symptomreduktion erhöhen. Gleichzeitig hat die Zufriedenheit mit solchen Programmen mögliche positive Effekte auf die allgemeinen Einstellungen und Überzeugungen gegenüber solchen Interventionen. Dies erhöht die Wahrscheinlichkeit, dass das Programm anderen Betroffenen empfohlen wird und fördert damit die Verbreitung und Implementierung in der relevanten Zielgruppe. Zur Erfassung der Zufriedenheit mit der Intervention an sich und den einzelnen Interventionskomponenten wurde ein von der TK zur Verfügung gestelltes Instrument genutzt.

### 4.1.1 Allgemeine Zufriedenheit

„Insgesamt bin ich mit der Intervention zufrieden“, so lässt sich die Hauptaussage aus den Zufriedenheitsratings der 804 Personen, die an der Nachbefragung teilgenommen haben, zusammenfassen. Insgesamt gaben 84.2% zufrieden bis vollkommen zufrieden mit dem TK-DC gewesen zu sein, was aus den eingangs zusammengefassten Gründen als sehr positiv zu bewerten ist. Gleichzeitig lohnt sich ein differenzierter Blick auf die beiden Interventionsgruppen. Hier lässt sich ein signifikanter Unterschied feststellen. Während 88.9% der Teilnehmerinnen der IB-Bedingung Angaben mindestens zufrieden zu sein, waren es nur 79.1% der CoD-Variante. Vergleicht man die mittleren Zufriedenheitsratings miteinander, ergibt sich ein Unterschied, der als kleiner bis mittlerer Effekt eingestuft werden kann:  $t(802) = 4.599$ ,  $p < .001$ ,  $d = .33$ . Anders formuliert: Die durchschnittliche Zufriedenheit der Teilnehmerinnen der IK-Bedingung liegt ein Drittel einer Standardabweichung über der der CoD-Bedingung.

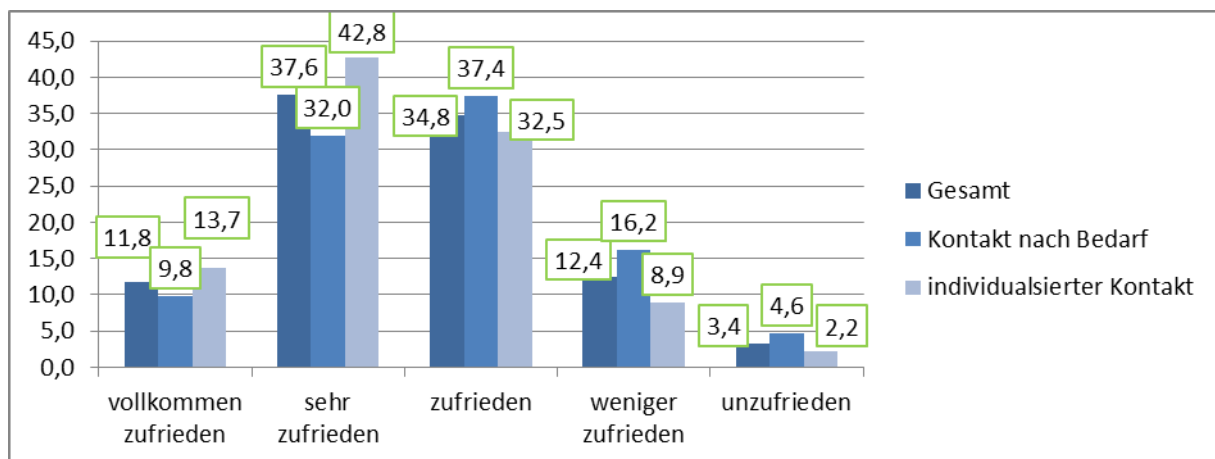


Abbildung 4.1 Allgemeine Zufriedenheit mit der Intervention



### 4.1.3 Dauer der Intervention

Der TK-DC ist mit der geplanten Dauer von 6 Wochen ein kurzes, aber sehr intensives Beratungsprogramm für Menschen mit depressiver Symptombelastung. Die kurze Dauer entspricht dem Bedarf an unmittelbaren Versorgungsangeboten für Personengruppen, die sonst sehr lange auf angemessene Therapieplätze in den bisherigen Regelversorgungsangeboten warten müssten. Befragt nach der Dauer des Beratungsprogramms bestehen keine bedeutsamen Unterschiede zwischen den Gruppen. Insgesamt befinden 53% die Dauer des Programms für genau richtig. Anzumerken ist, dass sich knapp 45% wünschen würden, ein längeres Programm zu bearbeiten.

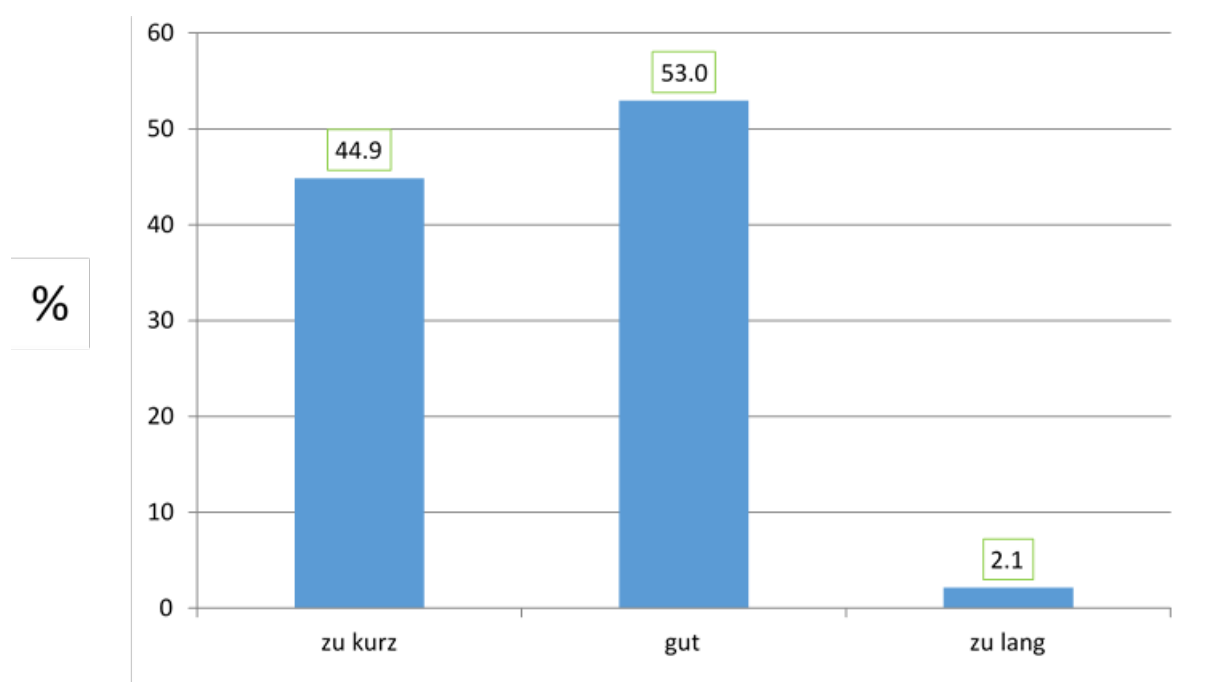


Abbildung 4.3. Einschätzungen der teilnehmenden Versicherten bezüglich der Länge der Intervention

### 4.1.5 Würden sie den TK-DC anderen Versicherten empfehlen?

Zusätzlich wurden teilnehmende Versicherte befragt, ob sie das Programm anderen Versicherten mit vergleichbaren Beschwerden empfehlen würden. Insgesamt gaben 76% der Befragten an, dass sie das Programm wahrscheinlich bzw. bestimmt empfehlen würden. Hier zeigen sich allerdings bedeutsame Unterschiede zwischen den Gruppen. Personen der IB-Bedingung weisen einen höheren Anteil von Personen auf, die das Programm empfehlen würden (82% vs. 70%). Gleichzeitig ist der Anteil der Personen, die das Programm wahrscheinlich nicht bzw. bestimmt nicht empfehlen würden, in der CoD Bedingung deutlich erhöht (12% vs. 6%). Hier scheint sich vor allem die Unzufriedenheit über die mangelnde

Personalisierung niederzuschlagen. Kontakt zu einer qualifizierten Beraterin, wie in der IK-Bedingung scheint daher nicht nur bei der Reduktion der Abbrecher-Raten und Behandlungssadhärenz eine wichtige Rolle zu spielen, sondern auch dahingehend, wie das Programm nach außen von Teilnehmerinnen präsentiert und weiterempfohlen wird.

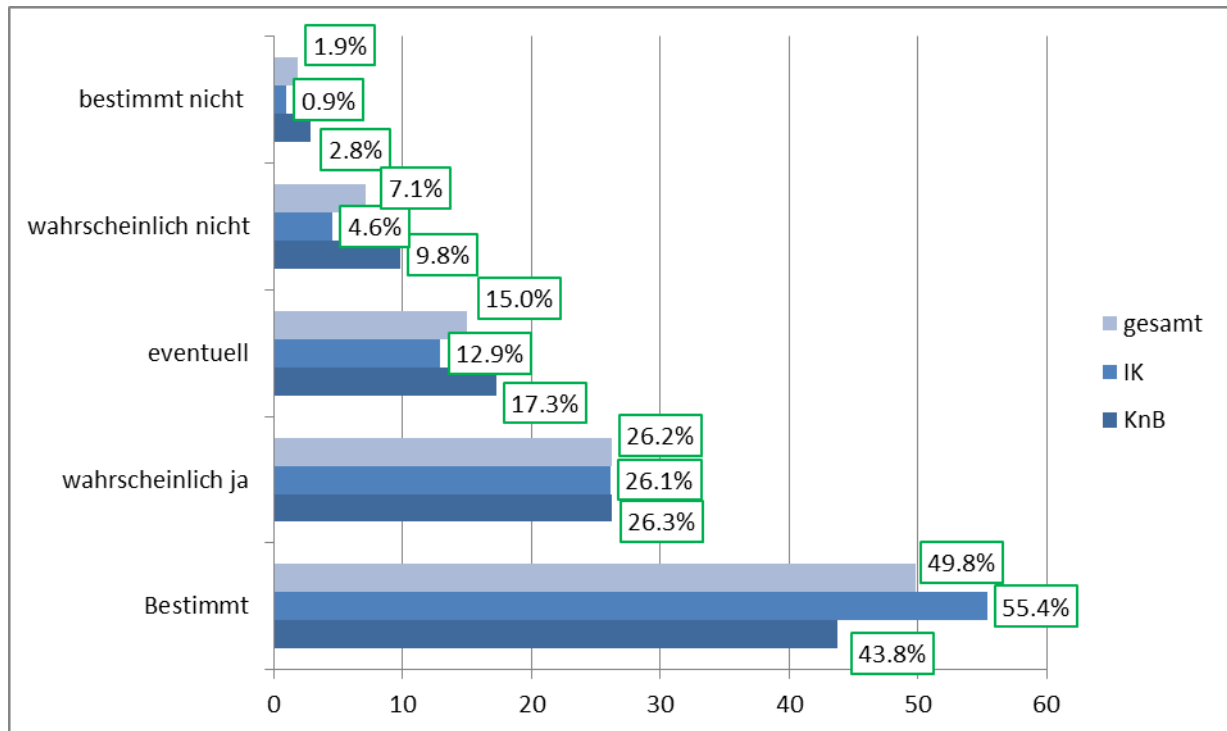


Abbildung 4.4. Anteil der Personen, die den TK-DC weiterempfehlen würden.

#### 4.1.6 Fanden sie das Programm hilfreich?

Insgesamt gaben 82% der befragten an, dass sie das Programm mindestens *eher hilfreich* fanden. Auch hier zeigen sich bedeutsame Unterschiede zwischen den Gruppen. Während 86% der IB-Bedingung das Programm als mindestens *eher hilfreich* einstufen, waren es in der CoD Bedingung nur 78%. Es besteht ein signifikanter Unterschied in den mittleren Ratings bezogen auf die Art, wie hilfreich das Programm bewertet wurde,  $t(802) = 4.180, p < .001, d = .30$ .

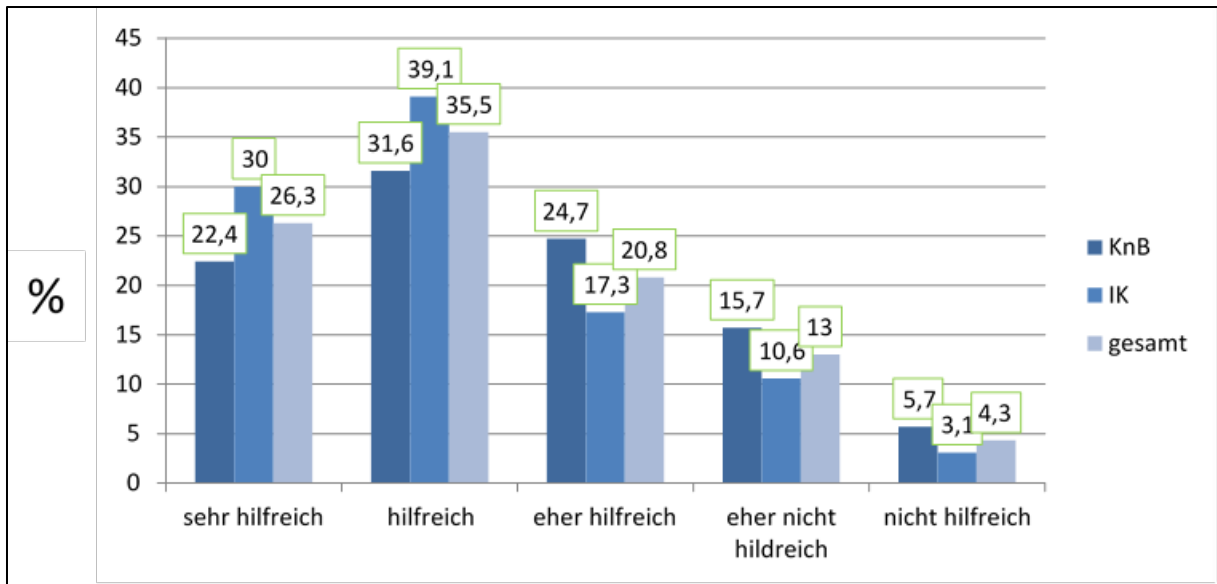


Abbildung 4.5. Einschätzung der Versicherten, wie hilfreich sie den TK-DC empfanden.

## 5. Gesamtwürdigung und Ausblick

Zusammenfassend konnte in der TK-DepressionsCoach-Studie anhand der erhobenen Daten gezeigt werden, dass Teilnehmerinnen des TK-DC auf verschiedenen primären und sekundären Verlaufsmaßen zur Erfassung psychischer Belastungen klinisch und statistisch bedeutsame Verbesserungen erzielten. Es konnte gezeigt werden, dass sich die erzielten Verbesserungen der Teilnehmerinnen über 3, 6 und 12 Monate weitestgehend stabil gehalten haben und sich zudem positive Effekte bei vielen Variablen der selbstberichteten Inanspruchnahme von Leistungen des Gesundheitssystem ergaben (z.B. Abnahme von Krankschreibungen, Krankenhausaufenthalten). Diese Verbesserungen bewegen sich in einem Bereich, der mit meta-analytisch ermittelten Ergebnissen kognitiv-verhaltenstherapeutischer face-to-face-Interventionen vergleichbar ist (Cuijpers et al., 2014). Gleichzeitig haben bei sehr hohen Zufriedenheitsbeurteilungen nur wenige teilnehmende Versicherte die Intervention abgebrochen.

In dem vorliegenden, abschließenden Bericht konnten Daten beigesteuert werden, die darlegen, dass die Intervention insgesamt wie geplant abgelaufen ist. Auch die Rate an erlebten Nebenwirkungen erweist sich als ausgesprochen niedrig.

Es ist davon auszugehen, dass die verschiedenartigen Empfehlungen, die aus den bisherigen Erfahrungen abgeleitet wurden und deren Umsetzung im sog. „TK-DepressionsCoach 2.0“ zu einer weiterhin hohen Qualität der beraterischen Leistungen, zu einer verbesserten Teilnehmerinnenzufriedenheit und zu verbesserten klinischen Outcomes, die Gegenstand zukünftiger Untersuchungen sein werden, führen.

## Literaturverzeichnis

- Andersson, G. & Cuijpers, P. (2009). Internet-based and other computerized psychological treatments for adult depression: a meta-analysis. *Cognitive behaviour therapy*, 38 (4), 196–205. <http://dx.doi.org/10.1080/16506070903318960>
- Barak, A., Hen, L., Boniel-Nissim, M. & Shapira, N. (2008). A Comprehensive Review and a Meta-Analysis of the Effectiveness of Internet-Based Psychotherapeutic Interventions. *Journal of Technology in Human Services*, 26 (2-4), 109–160. <http://dx.doi.org/10.1080/15228830802094429>
- BPtK. (2011). *BPtK-Studie zu Wartezeiten in der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung. Umfrage der Landespsychotherapeutenkammern und der BPtK.*
- Cuijpers, P., Karyotaki, E., Weitz, E., Andersson, G., Hollon, S. D. & van Straten, A. (2014). The effects of psychotherapies for major depression in adults on remission, recovery and improvement: a meta-analysis. *Journal of affective disorders*, 159, 118–126. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2014.02.026>
- Cuijpers, P., van Straten, A., Andersson, G. & van Oppen, P. (2008). Psychotherapy for depression in adults: a meta-analysis of comparative outcome studies. *Journal of consulting and clinical psychology*, 76 (6), 909–922. <http://dx.doi.org/10.1037/a0013075>
- Hautzinger, M., Keller, F. & Kühner, C. (2006). *Beck-Depressionsinventar - BDI-II.* Göttingen, Germany: Hogrefe.
- Lissman, T. L. & Boehnlein, J. K. (2001). A critical review of internet information about depression. *Psychiatric services (Washington, D.C.)*, 52 (8), 1046–1050. <http://dx.doi.org/10.1176/appi.ps.52.8.1046>
- Margraf, J. (2009). *Kosten und Nutzen der Psychotherapie. Eine kritische Literaturlauswertung.* Heidelberg: Springer.
- Reavley, N.J. & Jorm, A.F. (2011). The quality of mental disorder information websites: a review. *Patient Education and Counseling*, 85 (2), e16–25. doi:10.1016/j.pec.2010.10.015
- Seitz, D. C. M., Knaevelsrud, C., Duran, G., Waadt, S., Loos, S. & Goldbeck, L. (2014). Efficacy of an internet-based cognitive-behavioral intervention for long-term survivors of pediatric cancer: a pilot study. *Supportive care in cancer : official journal of the Multinational Association of Supportive Care in Cancer*, 22 (8), 2075–2083. <http://dx.doi.org/10.1007/s00520-014-2193-4>
- Spek, V., Cuijpers, P., Nyklicek, I., Riper, H., Keyzer, J. & Pop, V. (2007). Internet-based cognitive behaviour therapy for symptoms of depression and anxiety: a meta-analysis. *Psychological medicine*, 37 (3), 319–328. <http://dx.doi.org/10.1017/S0033291706008944>
- Van Ballegooijen, W., Cuijpers, P., van Straten, A., Karyotaki, E., Andersson, G., Smit, J. H. et al. (2014). Adherence to Internet-based and face-to-face cognitive behavioural therapy for depression: a meta-analysis. *PloS one*, 9 (7), e100674. <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0100674>