

Förderprogramm

Nachhaltigkeit der medizinischen Rehabilitation durch Vernetzung

Förderer: Deutsche Rentenversicherung, Bund

**Psychotherapeutische E-Mail-Nachsorge zur Förderung der Nachhaltigkeit
des Rehabilitationserfolges von Patienten mit psychischen Erkrankungen
am Beispiel von depressiven Erkrankungen**

(Förderkennzeichen: 0422/00-40-65-50-24)

Abschlussbericht

Dipl.-Psych. Martin Ceynowa, Prof. Dr. Dr. Martin Härter & Prof. Dr. Birgit Watzke

Institut und Poliklinik für Medizinische Psychologie,
Zentrum für Psychosoziale Medizin, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf

Mai 2014

Inhaltsverzeichnis

1.	Zusammenfassung	4
2.	Einleitung	6
3.	Hintergrund und Forschungsstand	7
4.	Zielsetzungen und Fragestellungen	11
5.	Methoden.....	12
5.1.	Studiendesign	12
5.2.	Interventionsgruppe: eMaNa.....	14
5.3.	Kontrollgruppe TAU-Min	16
5.4.	Einschluss-/ Ausschlusskriterien.....	18
5.5.	Hauptzielgrößen der Effektivitätsprüfung.....	18
5.6.	Statistische Analysen.....	20
5.7.	Projektverlauf	22
5.7.1.	Patienteneinschluss	23
5.7.2.	Modifikationen und Erweiterungen des Studiendesigns	25
6.	Ergebnisse Fragestellung A: Effektivität von eMaNa.....	28
6.1.	Stichprobenbeschreibungen.....	28
6.1.1.	Stichprobenbeschreibung: Intention-to-Treat-Stichprobe	28
6.1.2.	Stichprobenbeschreibung: Completer-Stichprobe	38
6.1.3.	Unterschiede zwischen den Treatmentgruppen in initialen Merkmalen (ITT- und Completer-Stichprobe)	48
6.1.4.	Drop-Out-Analyse (Studien-Drop Out).....	48
6.2.	Stationärer Verlauf (T0 zu T1).....	50
6.2.1.	Stationärer Verlauf: Intention-to-Treat-Stichprobe	50
6.2.2.	Stationärer Verlauf: Completer-Stichprobe.....	51
6.3.	Effektivität von eMaNa: Depressive Symptomatik (primary outcome)	53
6.3.1.	Intention-to-Treat-Analysen	54
6.3.2.	Completer-Analysen	56
6.3.3.	Sensitivitätsanalysen: Stichprobe mit höherer Anzahl an eMaNa-Kontakten.....	58
6.4.	Effektivität von eMaNa: Gesundheitsbezogene Lebensqualität (Secondary outcome)	60
6.4.1.	Intention-to-Treat-Stichprobe	61
6.4.2.	Completer-Analysen.....	63

6.4.3.	Sensitivitätsanalysen: Stichprobe mit höherer Anzahl an eMaNa-Kontakten.....	66
7.	Ergebnisse Fragestellung B: Akzeptanz der E-Mail-Nachsorge.....	69
7.1.	Fragebogen zur Akzeptanz der E-Mail-Nachsorge	69
7.2.	Zahlungsbereitschaft, Weiterempfehlung und nochmalige Teilnahme.....	72
7.3.	Abbrecherquote während der E-Mail-Nachsorge	74
8.	Diskussion	75
8.1.	Fragestellung A: Effektivität der Intervention	76
8.2.	Fragestellung B: Akzeptanz und Zufriedenheit der Patienten mit der E-Mail-Nachsorge 79	
8.3.	Methodische Aspekte	80
8.4.	Abschließende Einschätzung.....	81
9.	Literaturverzeichnis.....	83
10.	Anhang	87
10.1	Anhang A: Manual	88
10.2	Anhang B: Patientenflyer / Patientenbroschüre	98
10.3	Anhang C: Patienteninformation und Einverständniserklärung.....	100
10.4	Anhang D: Fragebögen	106

1 Zusammenfassung

Der Nachsorge kommt als Schnittstelle nach stationärer Rehabilitationsbehandlung eine besondere Bedeutung zu. Ihr Ziel ist es, die Effekte der Rehabilitation langfristig zu stabilisieren und auszubauen und damit die Reduzierung des Rehabilitationserfolges beim Übergang in den Alltag zu minimieren. Vor dem Hintergrund des Fehlens systematischer und flächendeckend implementierter Nachsorgeangebote wurde die Entwicklung, Implementierung und Evaluation des wohnortunabhängigen E-Mental-Health Moduls „eMaNa“ für die psychotherapeutische Nachsorge am Beispiel von Patienten mit depressiven Erkrankungen verfolgt. Bei eMaNa (E-Mail-Nachsorge) handelt es sich um einen E-Mail-Kontakt zwischen dem stationären Behandler und dem Patienten, welcher direkt anschließend an die stationäre verhaltenstherapeutische Behandlung mindestens einmal wöchentlich über einen Zeitraum von 12 Wochen stattfindet und bei der die Patienten darin unterstützt werden, die während der stationären Rehabilitation erarbeiteten Inhalte im Alltag weiter anzuwenden und zu vertiefen. Mit Bezugnahme auf den Ansatz der Versorgungsforschung wurde für die Evaluation von eMaNa eine prospektive Mehrzeitpunktbefragung (zu Beginn der stationären Behandlung (T0), nach Beendigung der stationären Behandlung (T1) und nach Beendigung der E-Mail-Nachsorge (T2)) im Rahmen eines randomisiert-kontrollierten Studiendesigns realisiert. Patienten, die eMaNa erhielten (Interventionsgruppe, IG), wurden mit Patienten, die „Treatment as usual“ (d.h. keine spezifische Nachsorge; Kontrollgruppe, KG) erhielten, hinsichtlich der Reduktion der depressiven Symptomatik (primäres Outcome) und der Verbesserung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität (sekundäres Outcome) von T1 zu T2 verglichen. Ein zweiter Schwerpunkt beinhaltete Fragen zur patientenseitigen Akzeptanz von eMaNa sowie zur Zufriedenheit mit dieser Form der Nachsorge.

Für die Effektivitätsanalysen konnten 92 Patienten (IG: N=49; KG: N=43) in die Intention-to-Treat (ITT)-Analysen und N=57 Patienten (IG: N=28; KG: N=29) in die Completer-Analysen einbezogen werden. Die Stichprobengröße bleibt somit – trotz Bemühungen auf verschiedenen Ebenen – hinter den ursprünglich angestrebten Fallzahlen zurück. Die vorgenommenen Analysen können somit erste Ergebnisse liefern, wobei diese allerdings als vorläufig zu betrachten sind. Im Rahmen der durchgeführten Kovarianzanalysen (Überprüfung des Haupteffektes IG vs. KG zu T2) lässt sich für das primäre Outcome depressive Symptomatik sowohl für die ITT- als auch für die Completer-Stichprobe keine Überlegenheit von eMaNa nachweisen; die entsprechenden Effekte liegen dabei noch unterhalb einer kleinen Effektstärke. Für das sekundäre Outcome der gesundheitsbezogenen Lebensqualität resultiert ein heterogenes Ergebnis: Hier zeigt sich nicht in den ITT-Analysen, wohl aber in den Completer-

Analysen (und unter zusätzlicher statistischer Kontrolle der Veränderungen der Lebensqualität während der stationären Behandlung, d.h. von T1 zu T2) ein signifikanter Haupteffekt von mittlerer Grösse.

Die Ergebnisse zur Effektivität sind vor dem Hintergrund der methodischen Einschränkungen, insbesondere der recht geringen Stichprobengrösse, einer recht hohen Heterogenität innerhalb der Untersuchungsgruppen sowie einem potentiell vorhandenen selektiven Studien-Drop Out in Interventions- und Kontrollgruppe, vorsichtig zu interpretieren. Da von den vorliegenden methodischen Einschränkungen eher das Risiko ausgeht, möglicherweise vorhandene Effekte der Intervention nicht aufdecken zu können, erscheinen die sich zeigenden Unterschiede von Interventions- und Kontrollgruppe für die gesundheitsbezogene Lebensqualität relevant. Somit lässt sich ein Effekt von eMaNa am ehesten auf Ebene des breiter konzipierten Outcomekriteriums der gesundheitsbezogenen Lebensqualität, nicht aber im depressionsspezifischen Outcome annehmen, was mit der Art der therapeutischen Umsetzung der E-Mail-Nachsorge im Zusammenhang stehen könnte.

Zu patientenseitiger Akzeptanz und Zufriedenheit zeigen sich ermutigende Ergebnisse: So sind 71% der teilnehmenden Patienten insgesamt zufrieden mit eMaNa. Besonders positiv wird die Brückenfunktion zwischen dem stationären Aufenthalt und dem Alltag nach Entlassung aus der Rehabilitationseinrichtung eingeschätzt. Auch erlebt ein Großteil der Patienten eine vertrauliche Atmosphäre während der Kontakte und schätzt diese als verständlich und hilfreich ein. Entgegen allgemeiner Bedenken fällt es den meisten Patienten nicht schwer, Gefühle in dem E-Mail-Austausch auszudrücken und in eine tiefere Problembearbeitung zu gehen.

Die vorliegende Entwicklungs- und Evaluationsstudie kann somit erste interessante (und heterogene) Ergebnisse zu Effektivität und Akzeptanz liefern; Eine weiterführende Beforschung ist vor dem Hintergrund der genannten Einschränkungen notwendig, aber auch sinnvoll, um das Potential von E-Mails für die psychotherapeutische Nachsorge weiter zu beforschen und somit zu einer umfassenderen Einschätzung ihres therapeutischen Nutzens zu kommen.

2 Einleitung

Ein zentrales Anliegen der Versorgungsforschung besteht darin, Behandlungspfade von Menschen mit somatischen oder psychischen Erkrankungen zu verbessern. Hierbei stellen die Übergänge zwischen verschiedenen Behandlungssettings einen wichtigen Ansatzpunkt für die Optimierung dar. Als eine der damit angesprochenen Schnittstellen kommt der Nachsorge nach stationärer Rehabilitationsbehandlung eine besondere Bedeutung zu. Ihr Ziel ist es, die Effekte der Rehabilitation langfristig zu stabilisieren und auszubauen und damit die Reduzierung des Rehabilitationserfolges beim Übergang in den Alltag zu minimieren. Da nur ein geringer Anteil der Rehabilitanden bzw. Patienten¹ direkt im Anschluss an die Rehabilitation Zugang zu den etablierten rehabilitativen Nachsorgeangeboten sowie ambulanter Psychotherapie hat, wurde mit dem Projekt „Psychotherapeutische E-Mail-Nachsorge zur Förderung der Nachhaltigkeit des Rehabilitationserfolges von Patienten mit psychischen Erkrankungen am Beispiel von depressiven Erkrankungen“ (Förderkennzeichen 0422/00-40-65-50-24), das im Rahmen des Förderschwerpunktes „Nachhaltigkeit durch Vernetzung“ durch die Deutsche Rentenversicherung Bund (DRV Bund) gefördert wurde, die Entwicklung, Implementierung und Evaluation eines wohnortunabhängigen E-Mental-Health Moduls für die psychotherapeutische Nachsorge am Beispiel von Patienten mit depressiven Erkrankungen verfolgt.² Übergeordnetes Ziel des Versorgungsforschungsprojektes war die Untersuchung der Fragestellung, inwieweit eine E-Mail-gestützte Nachsorge (eMaNa) die Nachhaltigkeit der stationären Rehabilitation verbessern kann.

Mit Bezugnahme auf den Ansatz der Versorgungsforschung wurde eine prospektive Mehrzeitpunktbefragung (vor und nach der stationären psychosomatischen Rehabilitation, vor und nach eMaNa) im Rahmen eines randomisiert-kontrollierten Studiendesigns realisiert. Patienten, die eMaNa erhielten, wurden mit Patienten, die „Treatment as usual“ (d.h. keine spezifische Nachsorge) erhielten, hinsichtlich ihres Behandlungserfolges (Reduktion der depressiven Symptomatik, Lebensqualität, funktionale Gesundheit, psychisches Befinden u.a.) verglichen.

¹ Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird bei Sammelbezeichnungen (Rehabilitanden, Patienten, Therapeuten, usw.) durchgängig die grammatikalisch männliche Form benutzt, wobei jeweils männliche und weibliche Personen gleichermaßen gemeint sind.

Ebenfalls wird im Text in der Regel von ‚Patienten‘ gesprochen, wobei in den meisten Fällen ebenfalls die Bezeichnung ‚Rehabilitanden‘ zutreffend ist

² Die ursprüngliche Planung des Projektes sah eine exemplarische Untersuchung von Patienten mit Angsterkrankung vor. Kapitel 5.7.2 (Modifikationen und Erweiterungen des Studiendesigns) geht genauer hierauf ein.

Ein zweiter Schwerpunkt beinhaltete Fragen zur patientenseitigen Akzeptanz und Zufriedenheit mit der E-Mail-Nachsorge.

Der vorliegende Bericht ist so aufgebaut, dass zunächst der theoretische Hintergrund mit dem Stand der Forschung (Kapitel 3) beschrieben wird. Daran schließt sich die Zielsetzung der Untersuchung mit den dazugehörigen Fragestellungen (Kapitel 4), sowie der methodische Teil des Berichts mit den Ausführungen zum Studiendesign, den Untersuchungsgruppen, den Ein- und Ausschlusskriterien und den angewandten statistischen Analyseverfahren an. Es wird auf die Projektdurchführung und in diesem Zusammenhang auf die Designanpassungen und die Abweichungen vom ursprünglichen Projektplan eingegangen (Kapitel 5). Im Ergebnisteil des Berichts wird zunächst im Rahmen der Stichprobenbeschreibung eine ausführliche - auch vergleichende - Darstellung der Merkmale der Studienteilnehmer vorgenommen. Daran anschließend werden Ergebnisse zum Prä-post-Verlauf während der stationären Rehabilitationsbehandlung und zur Effektivität der E-Mail-Nachsorge eMaNa präsentiert (Kapitel 6). Es folgen Ergebnisse zur Akzeptanz der E-Mail-Nachsorge durch die teilnehmenden Patienten (Kapitel 7). Abschließend erfolgt eine zusammenfassende Diskussion des Projekts (Kapitel 8).

3 Hintergrund und Forschungsstand

Depressionen sind mit Zwölf-Monats-Prävalenzen von 10,7% in der deutschen Allgemeinbevölkerung sehr weit verbreitet und zählen zu den häufigsten psychischen Erkrankungen (Jacobi, 2004). Sie führen in der Regel zu deutlichen Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit wie auch der Lebensqualität und sind mit einem hohen Ausmaß an persönlichem Leid verbunden (WHO, 2001). Zudem stellen sie für das Gesundheitswesen eine große Herausforderung dar und sind - aus ökonomischer Perspektive - mit stark erhöhten direkten (insb. hohe Inanspruchnahme von Versorgungsleistungen) und indirekten (Arbeits- und Produktivitätsausfälle) Kosten verbunden (Luppa et al., 2007). Detaillierte Schätzungen prognostizieren, dass die mit Depressionen einhergehende Krankheitslast in den nächsten 20 Jahren weiter zunehmen, und dass Depressionen nach kardiovaskulären Erkrankungen die zweitwichtigste Ursache für Beeinträchtigungen und frühzeitiges Versterben in den wirtschaftlich entwickelten Ländern darstellen wird (Murray & Lopez, 1997; WHO, 2001).

Neben pharmakologischen Therapieoptionen erweist sich insbesondere Psychotherapie als effektive Behandlung bei Depressionen (Hollon et al., 2010; Leitliniengruppe unipolare Depression, 2009). Hier haben sich vor allem verhaltenstherapeutische Ansätze in zahlreichen Studien als effektiv erwiesen (Hollon et al., 2010; DGPPN et al., 2009). In der Verhaltenstherapie spielen neben den kognitiven Anteilen insbesondere auch Verhaltensänderungen und übende Anteile im Sinne eines Selbstmanagement eine Rolle (Cuijpers et al., 2007).

Ziel der **rehabilitativen Behandlung** von Patienten mit psychischen Erkrankungen ist es u.a., durch den Erwerb von Bewältigungsstrategien und den Abbau von Rückzugs- und Vermeidungsverhalten, die Integration in Alltag, Familie, Beruf und Gesellschaft zu unterstützen, den Umgang mit der Erkrankung und ihren Folgen zu erleichtern und so eine Verbesserung der Lebensqualität zu erreichen. Die Übertragung der gewonnenen Erkenntnisse und erlernten Verhaltensweisen aus dem geschützten Rahmen der stationären Einrichtung ist aufgrund der meist wohnortfernen Behandlung in der Rehabilitation von Patienten mit psychischen Störungen (Schröder & Jacobi, 2004) jedoch als besonders schwierig anzusehen.

Hierbei kommt der **Nachsorge** als Schnittstelle nach stationärer Rehabilitationsbehandlung eine besondere Bedeutung zu: Ihr Ziel ist es, die Effekte der Rehabilitation langfristig zu stabilisieren und auszubauen und damit den so genannten rebound-Effekt, d.h. die Reduzierung des Rehabilitationserfolges beim Übergang in den Alltag (Steffanowski, Löschnann, Schmidt et al., 2007), zu minimieren. Hierfür liegen bereits vielversprechende Ansätze vor, wie insbesondere die Nachsorgeangebote „Curriculum Hannover“ und „IRENA“ (Kobelt, Grosch & Lambrecht, 2002), die allerdings nur sehr schwer flächendeckend zu implementieren sind. Eine wohnortunabhängige Koordination der Nachsorge steht noch aus. Die vorliegenden Daten aus wissenschaftlichen Studien weisen darauf hin, dass nur ein kleiner Teil von Patienten mithin an bestehenden Nachsorgemaßnahmen teilnimmt (Kobelt, Nickel, Grosch et al., 2004) bzw. diese direkt im Anschluss an die Rehabilitation erhält. Auch eine ambulante Psychotherapie ist in der Regel nicht direkt verfügbar, obwohl für ca. 70% der Patienten eine entsprechende Empfehlung gegeben wird (Harfst, Koch & Schulz, 2002). Die Suche nach einem ambulanten Therapieplatz ist aufgrund der vorhandenen Unterversorgung und der häufig sehr langen Wartezeiten sehr schwierig (Zepf, Mengele & Hartmann, 2003). Durchschnittlich warten Patienten ca. drei Monate (12,5 Wochen) auf ein Erstgespräch im Rahmen eines ambulanten psychotherapeutischen Behandlungsplatzes. Etwa ein Drittel der Patienten muss sogar länger als drei Monate auf ein Erstgespräch warten (BPtK, 2011). Eine Folge ist, dass somit auch Patienten nach einer stationären psychosomatischen Rehabilitationsbehandlung in der Regel

mehrere Monate auf eine Nachbehandlung warten und gerade in der ersten, schwierigen Zeit nach Beendigung der stationären Therapie keine psychotherapeutische Unterstützung erhalten. Mit der mittlerweile großen - und noch weiter zunehmenden - Verbreitung moderner Kommunikationstechnologien (90 % aller bundesdeutschen Haushalte besitzen einen PC, 83% haben einen Internetzugang (Statistisches Bundesamt, 2013)), ergeben sich neue Möglichkeiten, über diese Technologien eine wohnortunabhängige rehabilitative Nachsorge zu gestalten. Bei der Entwicklung und Implementierung neuer webbasierter Versorgungsmodelle ist deren Effektivität ebenso wie fördernde und hemmende Faktoren der Inanspruchnahme – auch im Sinne einer größeren Patientenorientierung – zu untersuchen. In verschiedenen Studien konnte die Effektivität der Nutzung neuer Medien belegt werden (Christensen, Griffiths & Jorm, 2004). Aktuelle Reviews (Spek, Cuijpers & Niyklicek, 2007; Bee, Bower & Lovell, 2008) zeigen, dass auch und insbesondere Depressionspatienten von internetbasierten Anwendungen profitieren.

Bisher wurden im Rahmen der Nachsorge nach einer stationären psychosomatischen Rehabilitation insbesondere Effekte von diagnoseübergreifenden Chatangeboten und E-Mail-Kontakten überprüft. Chatangebote haben sich dabei als effektiv erwiesen (Golkaramnay, Bauer & Haug, 2007); Befunde zur Wirksamkeit einer E-Mail-Nachsorge stehen noch aus, jedoch zeigen erste Anwendungen eine hohe Akzeptanz (niedrige Abbrecherquote) und Zufriedenheit mit den E-Mail-Kontakten auf Seiten der Patienten (Wolf, Maurer et al., 2006). Wirksamkeitsnachweise für therapeutische E-Mail-Kontakte lassen sich derzeit nur für direkte interventive Maßnahmen außerhalb der Nachsorge zeigen, so z. B. für den Bereich Essstörungen (Robinson & Serfaty, 2008) oder Abhängigkeitserkrankungen (Collins, McAllister & Ford, 2007). Es wurden zudem Richtlinien für eine adäquate Anwendung entwickelt (Silk & Yager, 2003). Ebenfalls als wirksam haben sich E-Mail-Interventionen im somatischen Bereich mit Schwerpunkt auf Verhaltensänderungen gezeigt (Plotnikoff, McCargar, Wilson et al., 2005; van Wier, Ariens & Dekkers, 2009), eine Übertragbarkeit dieser Ergebnisse auf Verhaltensänderungen im Rahmen einer psychotherapeutischen Behandlung bei Depressionen ist noch zu prüfen.

Eine Überprüfung der Effektivität von E-Mail-Kontakten für die Nachsorge von Rehabilitanden mit psychischen Störungen erscheint vor dem Hintergrund des aktuellen Forschungsstandes (Effektivität von internetbasierten Angeboten, therapeutischer Fokus auf Verhaltensänderung) wichtig und vielversprechend. Die zu überprüfende E-Mail-Nachsorge beinhaltet gemäß

Forschungslage die Möglichkeit zur nachhaltigen Stabilisierung der rehabilitativen Behandlung von Patienten mit psychischen Erkrankungen.

4 Zielsetzungen und Fragestellungen

Mit dem Projekt wurde die Entwicklung, Implementierung und Evaluation eines E-Mental-Health Moduls für die psychotherapeutische Nachsorge nach stationärer psychosomatischer Rehabilitation von Patienten mit psychischen Störungen (genauer: nach stationärer rehabilitativer verhaltenstherapeutischer Depressionsbehandlung) verfolgt. Das **übergeordnete Ziel** des Projektes bestand im Allgemeinen darin, die Effektivität neuer Technologien für den Bereich der psychotherapeutischen Nachsorge und im Speziellen Interventionen zur Verbesserung der Nachhaltigkeit stationärer Rehabilitation und deren Akzeptanz und Umsetzbarkeit im deutschen Gesundheitssystem wissenschaftlich zu überprüfen.

Die **konkreten Zielsetzungen** der Evaluation umfassen die Überprüfung (A) der Ergebnisqualität/Effektivität und (B) der Akzeptanz der E-Mail-Nachsorge durch die Patienten.

Es wurden dabei folgende **Fragestellungen** spezifiziert:

(A) Kann die psychotherapeutische E-Mail-Nachsorge die Effekte der Rehabilitation von Patienten mit Depressionserkrankungen sichern und ausbauen und somit die Nachhaltigkeit der Rehabilitation für diese Patientengruppen verbessern?

Unterscheiden sich Patienten der E-Mail-Nachsorge von Patienten, die kein spezifisches Nachsorge-Angebot erhalten (d.h. Treatment as usual- minimal, TAU- Min), in Hinblick auf ihr mittelfristiges Behandlungsergebnis auf Ebene (a) der Depressionssymptomatik und (b) der gesundheitsbezogenen Lebensqualität?

(B) Wie zufrieden sind die Patienten mit dem Behandlungsangebot im Rahmen der E-Mail-Nachsorge? Wie zufrieden sind sie mit den für die E-Mail-Nachsorge spezifischen Elementen? Welche Aspekte der E-Mail-Nachsorge werden als besonders hilfreich und welche Aspekte als schwierig erlebt?

Als **Hypothese** zur Hauptfragestellung A wurde erwartet, dass die Interventionsgruppe E-Mail-Nachsorge der Kontrollgruppe TAU- Min hinsichtlich des Behandlungserfolges überlegen ist, d.h. formalisiert:

$$\text{IG-E-Mail-Nachsorge} > \text{TAU- Min.}$$

Dementsprechend wurde erwartet, dass Patienten mit E-Mail-Nachsorge von Rehabilitationsende zu Follow Up hinsichtlich der oben definierten Zielbereiche (a und b) in einem signifikant höheren Ausmaß stabile Verläufe aufweisen (im Sinne eines geringeren rebound-Effektes, s.o.) bzw. sich möglicherweise sogar in einem signifikant höheren Ausmaß verbessern als Patienten mit TAU-Min.

Die Fragestellung **B** zur Akzeptanz und Zufriedenheit mit dem Nachsorgeangebot besitzt explorativen Charakter, so dass für sie keine Hypothese formuliert wurde.

5 Methoden

In den folgenden Abschnitten werden das Studiendesign (5.1), die Interventionsgruppe eMaNa (5.2) und die Kontrollgruppe TAU-Min (5.3), Ein- und Ausschlusskriterien der Studie (5.4), sowie die Zielgrößen der Effektivitätsprüfung und deren Operationalisierung (5.5) und die statistischen Analyseverfahren zur Auswertung (5.6) der in Kapitel 4 beschriebenen Fragestellungen näher ausgeführt. Es handelt sich bei der Beschreibung um ein im Vergleich zur ursprünglichen Studienplanung modifiziertes Studiendesign, das im Projektverlauf den Studienbedingungen angepasst wurde. In Kapitel 5.7 werden im Einzelnen die Erweiterungen und inhaltlichen Modifikationen des ursprünglichen Designs dargestellt.

5.1 Studiendesign

Die psychotherapeutische E-Mail-Nachsorge wurde im Rahmen eines randomisiert-kontrollierten Designs mit prospektiver Mehrzeitpunktbefragung einer konsekutiven Stichprobe depressiver Patienten evaluiert. Patienten wurden in den vier folgenden kooperierenden verhaltenstherapeutischen Rehabilitationsfachkliniken für die Studienteilnahme gewonnen: MediClin Blietal Kliniken, MediClin Deister Weser Kliniken, MediClin Rehazentrum am Hahnberg, Rehazentrum Bad Pyrmont. Der gewählte Studienansatz beabsichtigte die Realisierung eines randomisiert-kontrollierten Designs (zur Stärkung der internen Validität) bei Untersuchung einer klinisch repräsentativen Patientenstichprobe (zur Stärkung der externen Validität und der Möglichkeit der Generalisierbarkeit auf den klinischen Alltag).

Konsekutive Stichproben wurden während des stationären Rehabilitationsaufenthaltes über die Studie informiert und im Rahmen des *informed consent* gebeten, an der Studie teilzunehmen. Die Teilnahme an der Studie erfolgte freiwillig und wurde schriftlich erklärt. Patienteninformation und Einwilligungserklärung befinden sich in Anhang C. Die Untersuchung hat ein positives Votum der Ethik-Kommission der Ärztekammer Hamburg erhalten. Patienteninformation und Einwilligungserklärung wurden vom Referat für Datenschutz der Deutschen Rentenversicherung Bund für positiv befunden.

Die teilnehmenden Patienten wurden randomisiert entweder der Interventionsgruppe eMaNa oder der Kontrollgruppe TAU-Min zugewiesen. Patienten der IG erhielten die Intervention (s.a. Kapitel 5.2), die Kontrollgruppe stellte in Bezug auf die Nachsorge eine Treatment-As-Usual-Bedingung dar, d.h. sie erhielt keine spezifische Nachsorge (s.a. Kapitel 5.3).

Die Randomisierung der Patienten auf die Interventions- und Kontrollgruppe in einem 1:1 Ratio erfolgte am Hamburger Institut, wobei noch vor Rekrutierungsbeginn computergestützt Zufallslisten generiert wurden, die definierten, in welcher Reihenfolge Patienten der IG oder der KG zugeteilt werden sollte. Für jede der vier Kliniken wurde eine separate Zufallsliste generiert, was einem nach Kliniken stratifizierten Randomisierungsverfahren entspricht. Hiermit wurde sichergestellt, dass in jeder Klinik jeweils die Hälfte der dort rekrutierten Patienten der IG und der KG zugewiesen werden konnte. Hatte ein Patient seine Teilnahmebereitschaft zur Studie erklärt, wurde dessen anonymisierter Patientencode an die Hamburger Forschungsgruppe übermittelt, wo mittels der vorliegenden Zufallsliste die Gruppenzugehörigkeit bestimmt wurde. Gemäß dieser Gruppenzulosung, die an die Klinik in der letzten Aufenthaltswoche des Patienten (d.h. zu einem möglichst späten Zeitpunkt) zurückgemeldet wurde, erfolgte die Information an den entsprechenden Patienten, welche Form des E-Mail-Kontaktes (d.h. eMaNa oder Minimalkontakte/keine spezifische Nachsorge) er poststationär bekommen würde.

Messzeitpunkte: Zu Beginn der stationären Behandlung (Baseline T0); Beendigung der stationären Behandlung/Beginn eMaNa in der Interventionsgruppe (T1); Beendigung eMaNa bzw. in der KG 3 Monate nach T1 (T2). Zu T0 und T1 erfolgte die schriftliche Befragung innerhalb der Kliniken, zu T2 wurden die Patienten postalisch befragt. Von einer Befragung per E-Mail wurde abgesehen, um gleiche Bedingungen in IG und KG sicherzustellen. Da zwar beide Gruppen einen E-Mail-Zugang im Rahmen der Studie besitzen, dieser allerdings für die IG durch die Intervention wesentlich persönlicher gestaltet wurde, wäre bei einer Befragung per E-Mail mit einem deutlich geringeren Rücklauf in der KG zu rechnen, was durch die

postalische Befragung aufgefangen werden sollte. Zu T2 erfolgte darüber hinaus eine Befragung der Patienten mittels eines selbstentwickelten Fragebogens zur Akzeptanz und Inanspruchnahme der E-Mail-Nachsorge sowie zu hilfreich und weniger hilfreich erlebten Aspekten des E-Mail-Angebots (Fragestellung B, vgl. Kapitel 4).

5.2 Interventionsgruppe: eMaNa

Patienten der Interventionsgruppe (IG) erhielten die Intervention eMaNa. Bei eMaNa wird direkt anschließend an die stationäre Behandlung ein E-Mail-Kontakt zwischen dem Behandler (d.h. dem Bezugstherapeuten während der Rehabilitationsmaßnahme) und dem Patienten etabliert, der mindestens einmal wöchentlich (so genannte therapeutische Haupt-Email-Kontakte) über einen Zeitraum von 12 Wochen stattfindet. Im Rahmen der E-Mail-Nachsorge wurde der Patient darin unterstützt, die während der stationären Rehabilitation erarbeiteten verhaltenstherapeutischen Elemente weiter anzuwenden und zu vertiefen. Dabei wurden verhaltensnahe Behandlungselemente, z.B. die Integration positiver Aktivitäten, fokussiert, die der Rehabilitand nach Verlassen der Klinik fortführen und auf seinen Alltag übertragen sollte (z.B. Ausweitung der Übungen auf Situationen bei der Arbeit oder mit nahestehenden Personen wie Familie und Freunde).

Strukturierende Elemente, die der Patient schon während der verhaltenstherapeutischen Behandlung kennengelernt hatte, wurden dabei wieder aufgegriffen, wobei Übungsplänen und -protokollen ein besonderer Stellenwert zukam. Auf Basis dieser Materialien erfolgte die gemeinsame Vor- und Nachbereitung der Übungen sowie die weitere Planung und – sofern notwendig – die Motivierung des Patienten. Die Intervention erfolgte in diesem Sinne einerseits vorstrukturiert, andererseits ermöglichte das Einzelsetting eine an den Bedürfnissen und Ressourcen des Patienten orientierte Vorgehensweise unter besonderer Berücksichtigung des Empowerments, d.h. der Patient wurde darin unterstützt, selbst aktiv die erlernten Behandlungskomponenten umzusetzen und darüber die eigene Selbstwirksamkeit zu erhöhen.

Implementierung der Intervention in den Kliniken: Die Behandler erhielten für den Indikationsbereich depressive Erkrankungen eine eintägige Schulung zu Inhalten und Struktur der E-Mail-Nachsorge, die folgende Elemente umfasste:

1. Vorstellung und Vermittlung der Zielsetzungen der E-Mail-Nachsorge sowie deren Vorgehensweise und Schwerpunkte. Hierbei kam u. a. auch eine Fallvignette (d. h. ein

exemplarischer Patienten-Fallbericht zur Vorstellung des Gesamtverlaufs einer E-Mail-Nachsorge) zum Einsatz, um eine möglichst hohe Praxisnähe sicherzustellen.

2. Vorstellung der zeitlichen und organisatorischen Abläufe (z. B. Initiierung und Abschluss der Nachsorge) sowie technischer Rahmenbedingungen (z.B. Nutzung des für die Schulung eingerichteten Webportals, s.u.).

3. Vertiefung der Vorgehensweise bei der E-Mail-Nachsorge anhand von Übungen. Hierzu wurden a) exemplarische Interaktionssequenzen sowie b) Rollenspiele herangezogen:

ad a) Bei den Interaktionssequenzen wurden in einem ersten Schritt exemplarische E-Mail-Kontakte zwischen Patient und Therapeut (E-Mail des Therapeuten, darauffolgende Antwort-E-Mail des Patienten sowie die darauffolgende Antwort-E-Mail des Therapeuten) durch das Schulungsteam vorgestellt und in der Gruppe diskutiert. Im zweiten Schritt wurden einzelne exemplarische E-Mails von Patienten durch das Schulungsteam vorgegeben, auf die die an der Schulung teilnehmenden Therapeuten im Rahmen der Übung E-Mail-Antworten entwickelten. Die bei dieser Übung herangezogenen Interaktionssequenzen stammten aus allen Phasen des Nachsorge-Angebots (d.h. aus der Anfangs-, der mittleren sowie der Abschlussphase der Intervention).

ad b) Beim Rollenspiel übernahmen je zwei an der Schulung teilnehmende Therapeuten im Wechsel die Therapeuten- und die Patientenseite und tauschten sich per E-Mail gemäß ihrer Rollen aus.

Der Schwerpunkt der Schulung konzentrierte sich auf das Üben therapeutischer E-Mails. Durch das Simulieren der E-Mail-Kontakte und dem selbstständigen Verfassen therapeutischer E-Mails konnten auch Befürchtungen und Hemmschwellen bezüglich der Verschriftlichung therapeutischer Inhalte genommen werden.

Ergänzend zur initialen Schulung hatten die Therapeuten die Möglichkeit des Erfahrungsaustausches während der Durchführung der Intervention bzw. zur Intervention. Hierfür standen insbesondere die Studienleiter innerhalb der Kliniken sowie das Hamburger Projektteam zur Verfügung. Die in den Kliniken verwendeten Materialien (Selbstbeobachtungsprotokolle etc.) wurden für die Intervention adaptiert (d.h. insbesondere: Aufbereitung für die digitale Nutzung), wobei auf gut eingeführte und klinisch erprobte Vorlagen zurückgegriffen werden konnte.

Bei Urlaubs- oder Krankheitszeiten des Therapeuten, die kürzer als drei Wochen waren, wurde der E-Mail-Kontakt für diese Zeit ausgesetzt und die E-Mail-Nachsorge um diesen Zeitraum

verlängert (d.h. bei einem dreiwöchigen Urlaub des Therapeuten wurde die Gesamtbetreuungszeit 15 Wochen betragen). Der Patient wurde vom Therapeuten selbst darüber in Kenntnis gesetzt bzw. wurde bei kurzfristigen Ausfällen (insb. im Rahmen von Erkrankungen) durch die Studienleitung informiert. Wurde eine E-Mail des Therapeuten nicht innerhalb von 7 Tagen von dem Patienten beantwortet, wurde durch das Studienzentrum Hamburg eine standardisierte Erinnerungsmail versandt. Bei fehlender Reaktion auf die Erinnerungsmail wurde nach insgesamt 10 Tagen eine zweite Erinnerungsmail durch das Studienzentrum Hamburg versandt. Nach 14 Tagen ohne Reaktion seitens des Patienten wurde dieser von der Studie ausgeschlossen (Drop Out).

Aus Gründen des Datenschutzes wurde der E-Mail-Kontakt technisch über ein Webportal (www.emana-kontakt.de) realisiert. Um bei der E-Mail-Kommunikation über das Webportal die ‚Unmittelbarkeit‘ des Kontaktes zwischen Therapeut und Patient sicherzustellen, wurden die teilnehmenden Patienten per automatisch erzeugter SMS über eine neu eingegangene E-Mail vom Therapeuten im Webportal informiert. Diese konnten sich daraufhin in das Webportal einloggen und die Nachricht empfangen.

Neben den beschriebenen Vorbereitungen fanden während der letzten Woche des Klinikaufenthalts ein zusätzliches Nachsorge-Vorgespräch im Einzelsetting zwischen dem behandelnden Therapeuten und dem Studienteilnehmer statt, in dem noch einmal die konkreten Rahmenbedingungen der Nachsorge, der Anmeldevorgang in das Webportal sowie mögliche Inhalte und Zielsetzung der E-Mail-Nachsorge mit den Patienten explizit thematisiert wurden. Zudem wurde für die Patienten eine Informationsbroschüre zur Verfügung gestellt, welche die wichtigsten Informationen zur Nachsorge enthielt (siehe Anhang B).

Während der gesamten Nachsorge stand sowohl den teilnehmenden Patienten als auch den behandelnden Therapeuten bei Bedarf kontinuierlich ein persönlicher Ansprechpartner per Telefon/E-Mail zur Verfügung, um technische Probleme (z.B. wenn teilnehmende Patienten mit ihrem Computer oder Internetzugang im häusliche Lebensumfeld Probleme hatten), aber auch allgemeine Fragen zur Nachsorge zu besprechen.

5.3 Kontrollgruppe TAU-Min

Die Kontrollgruppe (KG) stellte in Bezug auf die Nachsorge eine Treatment-As-Usual-Bedingung dar, d.h. die Patienten der KG erhielten nach ihrer stationären Rehabilitation kein spezifisches Nachsorgeangebot. Allerdings wurde ein minimaler standardisierter, einseitiger E-

Mail-Kontakt in dieser Gruppe realisiert (TAU-Min). Patienten der Kontrollgruppe erhielten wöchentlich (d.h. in derselben durchschnittlichen Frequenz wie in der Interventionsgruppe) eine automatisch generierte E-Mail mit nicht-therapeutischem Inhalt über das Webportal. Dabei handelte es sich um E-Mails mit Rätselaufgaben. Es war nicht vorgesehen, dass die Patienten auf diese E-Mails antworten (können), d.h. der E-Mail-Kontakt erfolgte einseitig. Ebenso wie die Patienten der Interventionsgruppe erhielten die Kontrollgruppenpatienten jeweils eine automatisch erzeugte SMS, wenn eine neue E-Mail an sie verschickt wurde. Diese SMS-Benachrichtigung erschien für die Kontrollgruppe besonders wichtig, da damit sichergestellt werden konnte, dass die Patienten tatsächlich eine Aufmerksamkeitszuwendung erhielten. (Das bloße Verschicken der standardisierten E-Mail über das Webportal konnte dies nicht sicherstellen, da gerade für die Patienten der Kontrollgruppe nicht davon ausgegangen werden konnte, dass sie sich ohne entsprechenden Hinweisreiz in das Webportal einloggen.) Auch mit dieser Patientengruppe wurde noch einmal nach Einverständniserklärung zur Studienteilnahme der Anmeldevorgang in das Webportal besprochen. Zudem erhielten auch sie eine Informationsbroschüre mit den wichtigsten Informationen zur Studienteilnahme. Bei Bedarf stand kontinuierlich ein persönlicher Ansprechpartner per Telefon/E-Mail zur Verfügung, um technische Probleme (z.B. wenn teilnehmende Patienten mit ihrem Computer oder Internetzugang im häuslichen Lebensumfeld Probleme hatten), aber auch allgemeine Fragen zur Studie zu besprechen.

Funktion des minimalen E-Mail-Kontaktes in der Kontrollgruppe war es, mögliche Aufmerksamkeitseffekte im Design zu kontrollieren. Bei dem Vergleich zwischen Kontroll- und Interventionsgruppe wird somit das therapeutische Element von eMaNa überprüft, während Effekte, die durch die bloße Kontaktaufnahme per E-Mail und die dadurch resultierende Aufmerksamkeitszuwendung entstehen, nicht Gegenstand der wissenschaftlichen Überprüfung sind, da sie sowohl in der Interventions- als auch in der Kontrollgruppe vorkamen.

Mit der Wahl dieser Kontrollgruppe handelte es sich somit um ein Design, das eine eher konservative Überprüfung der Effektivität der E-Mail-Nachsorge vorsieht, da Aufmerksamkeitszuwendung im Sinne eines allgemeinen Wirkfaktors als ein Bestandteil psychotherapeutischer Interventionen (d.h. auch als Bestandteil von eMaNa) anzusehen ist, deren Effekt hier aber nicht einbezogen wird. Vor dem Hintergrund, dass es sich bei der gewählten Kontrollgruppe allerdings um eine minimale und sehr globale Aufmerksamkeitszuwendung handelte, erscheint der hier vorgeschlagene Vergleich inhaltlich sowie unter Einbezugnahme von Aufwand-Ergebnis-Überlegungen angemessen.

5.4 Einschluss-/ Ausschlusskriterien

Es wurde eine für den Versorgungsbereich der stationären psychosomatischen Rehabilitationsbehandlung repräsentative Stichprobe von Patienten mit depressiven Störungen (F32; F33 gemäß ICD-10) angestrebt. Im Sinne einer konsekutiven Stichprobenbildung war es vorgesehen, dass sämtliche im Rekrutierungszeitraum anreisenden Patienten bei der Aufnahmeuntersuchung im Hinblick auf die Ein- und Ausschlusskriterien zur Studienteilnahme gescreent wurden.

Die Einschlusskriterien wurden wie folgt definiert:

- Vorliegen einer depressiven Erkrankung (F32; F33 gemäß ICD-10)
- Verhaltenstherapeutische störungsspezifische Behandlung im Rahmen der stationären Rehabilitation
- ausreichende Sprachkenntnisse
- Zugang zum Internet
- Grundwissen und Erfahrungen im Umgang mit E-Mails
- Teilnahmebereitschaft im Rahmen des informed consent

Die Einschlussdiagnosen wurden mittels standardisiertem diagnostischen Interview (Mini-DIPS, Margraf, 1994) abgesichert.

Die Ausschlusskriterien wurden wie folgt definiert:

- bei stationärer Aufnahme laufende ambulante verhaltenstherapeutische Behandlung
- weniger als drei Tage stationäre Behandlung
- akute, rezidivierende oder chronische Suizidalität
- akute psychotische Symptomatik

5.5 Hauptzielgrößen der Effektivitätsprüfung

Bei der Erstellung und Auswahl der zu verwendenden Fragebögen wurden mehrere Datenbereiche berücksichtigt, um die kurz- und längerfristigen Behandlungsergebnisse möglichst umfassend abzubilden. Schwerpunkt dabei war:

- das Psychische Befinden (Depressivität)
- gesundheitsbezogene Lebensqualität/Funktionale Gesundheit.

Zur Messung dieser inhaltlichen Bereiche wurden standardisierte psychometrische Messinstrumente verwendet. Als Hauptzielgröße (primary outcome) der Effektivitätsuntersuchung wurde die Veränderung der depressiven Symptomatik von T1 zu T2 definiert. Die Operationalisierung erfolgte über Patientenratings des BDI-II (Hautzinger et al., 1995). Dabei handelt es sich um ein Selbstbeurteilungsverfahren mit 21 Items zur Erfassung der Schwere depressiver Beschwerden, die auf einer vierstufigen Skala hinsichtlich der Schwere des Auftretens in den letzten 14 Tagen eingeschätzt werden.

Als sekundäres Zielkriterium (secondary outcome) der Effektivitätsuntersuchung wurde der Bereich der gesundheitsbezogenen Lebensqualität (LQ) bzw. funktionalen Gesundheit definiert, der generisch erfasst wurde. Unter gesundheitsbezogener Lebensqualität versteht man allgemein das Ausmaß, in dem medizinische Bedingungen bzw. deren Behandlung das übliche oder zu erwartende körperliche, emotionale und soziale Wohlbefinden beeinträchtigen (Schulz, Winzer, Stump & Koch, 2001). Es handelt sich somit um ein übergeordnetes Konzept, das verschiedene Dimensionen, insbesondere: körperliche Probleme, emotionale Probleme, Funktionseinschränkungen, Einschränkungen der Aktivität und Teilhabe u.a., umschließt und damit vor allem die Patientenperspektive fokussiert. Die Operationalisierung erfolgte über Patientenratings. Dabei wurde für die generische Komponente der Lebensqualität bzw. funktionalen Gesundheit der *Short Form-8 Health Survey* (SF-8; Ware, Kosinski, Dewey & Gandek, 1999; Ellert, Lampert & Ravens-Sieberer, 2005), eine international eingeführte Kurzversion des *SF-36 Health Survey* (Ware & Sherbourne, 1992; Bullinger et al., 1998), eingesetzt, dessen acht Items die Berechnung einer somatischen und einer psychischen Summenskala ermöglicht. Nach einer standardisierten normbasierten Aufbereitung der Rohdaten (inklusive Rekodierung und Gewichtung) variieren die Kennwerte zwischen 0 ('niedrige LQ' / 'hohe Beeinträchtigung in der LQ') und 100 ('hohe LQ' / 'niedrige Beeinträchtigung in der LQ'). Für unsere Analysen erfolgte eine zusätzliche lineare Transformation der Originalskala in eine Skala, die zwischen 0 ('keine Beeinträchtigung in der LQ') und 4 ('hohe Beeinträchtigung') variiert. In den Analysen wird auf die psychische Summenskala des SF-8 Bezug genommen.

Darüber hinaus wurden erhoben:

- Soziodemographische Daten (z.B. Alter, Geschlecht, Bildung, Familienstand, Einkommen, etc.)

- Sozialmedizinische Daten (z.B. Inanspruchnahme von Leistungen des Gesundheitssystems, Beantragung von Erwerbsunfähigkeitsrenten, Arbeitsunfähigkeits-Zeiten etc.)
- Behandlungsbezogene Daten (z.B. ICD-10-Diagnosen, Patientenzufriedenheit mit verschiedenen Qualitätsaspekten der Versorgung)

Weiterhin wurden die Patienten der Interventionsgruppe eMaNa hinsichtlich ihrer Akzeptanz und ihrer Einstellung gegenüber der E-Mail-Nachsorge sowie hinsichtlich förderlicher und hinderlicher Aspekte von eMaNa befragt.

Tabelle 1 gibt einen Überblick über die primären und sekundären Zielbereiche der Studie, deren Operationalisierung und Messzeitpunkte.

Tabelle 1: Hauptzielgrößen der Ergebnisevaluation von eMaNa

	Zielbereich/Prädiktor	Operationalisierung	Messzeitpunkte
1.	Soziodemographische Charakteristika	Eigene Fragebogenentwicklung	Insb. T0
2.	Krankheitsbezogene und medizinische Charakteristika	Eigene Fragebogenentwicklung	T0, T1, T2
3.	Symptomatik: Depressionssymptomatik (Patienten mit relevanter Depressionsstörung)	Beck Depressionsinventar, BDI-II (primary outcome)	T0, T1, T2
4.	Generische Lebensqualität/ Funktionale Gesundheit	Short Form 8 Health Survey-8, SF-8	T0, T1, T2
5.	Akzeptanz von eMaNa, sowie förderliche und hinderliche Aspekte	Eigene Fragebogenentwicklung	T2

Anmerkung. Bei den angegebenen Instrumenten handelt es sich - soweit nicht anders angegeben - um schriftliche Patientenselbstratings.

5.6 Statistische Analysen

Um abzuschätzen, inwieweit die vorgenommene Randomisierung zu einer Gleichverteilung der Ausgangscharakteristika der Patienten in IG und KG geführt hat, wurden neben der

Beschreibung der Gesamtstichprobe auch statistische Vergleiche zwischen den beiden Untersuchungsgruppen hinsichtlich initialer Merkmale vorgenommen. Hierzu wurden t-Tests für unabhängige Stichproben (für intervallskalierte Variablen) und Chi²-Tests (für nominal oder ordinal skalierte Variablen) herangezogen. In diesem Zusammenhang wurden auch separat für beide Untersuchungsgruppen die Prä-post-Verläufe (d.h. von T0 zu T1) während der stationären Behandlung auf Ebene der depressiven Symptomatik (BDI-II) mittels t-Tests für abhängige Stichproben analysiert.

Zur Überprüfung der Fragestellung A wurden Vergleiche zwischen der IG und der KG hinsichtlich des primären und sekundären Outcome zum Zeitpunkt T2, d.h. in der IG unmittelbar nach der E-Mail-Nachsorge und in der Kontrollgruppe drei Monate nach Verlassen der Klinik, vorgenommen. Hierzu wurden univariate Kovarianzanalysen über den Faktor Gruppe (eMaNa/ TAU-Min) zu T2 mit T1 als Kovariate zur Kontrolle der Ausgangsbelastung durchgeführt. Als zusätzliche Kovariate wurde die Differenz von T0 zu T1, d.h. das Ausmaß an Veränderung (=Therapieerfolg) während der stationären Behandlung, aufgenommen. Auf diese Weise können potentiell unterschiedliche Symptomverläufe in der Interventions- und der Kontrollgruppe während der stationären Behandlung in den Analysen berücksichtigt werden. Geprüft wurde der statistische Effekt von Gruppe. Zusätzlich zu Intention-to-treat-Analysen (ITT-Analysen) wurden Completer-Analysen (Per-protocol-Analysen) durchgeführt. Bei den ITT-Analysen wurden fehlende Werte zu T2 mittels der Last-Observation-Carried-Forward (LOCF) Methode ersetzt, d.h. jeder fehlende Wert zu T2 wird durch den entsprechenden, zuletzt gemessenen Wert (T1-Wert) ersetzt.

Darüber hinaus wurden als weitere Sensitivitätsprüfung Analysen für diejenige Patientengruppe durchgeführt, die eine höhere Anzahl an eMaNa-Kontakten erhalten hat, da für diese Substichprobe mit einer recht hohen Wahrscheinlichkeit von einer adäquaten Implementierung der Intervention und somit einer angemessenen Treatmentintegrität auf Ebene der Behandlungsdosis ausgegangen werden kann. In die Subgruppe wurden Patienten der IG eingeschlossen, die mindestens fünf eMaNa-Kontakte aufweisen.

Es wurde im ursprünglichen Studienplan eine Stichprobengröße angestrebt, bei der mit einer statistischen Power von 80% ein kleiner bis mittlerer Effekt bezüglich des primary outcomes zwischen eMaNa und TAU-Min in den geplanten ANCOVA hätte nachgewiesen werden können, mit der Annahme, dass die momentan in der Rehabilitation ohne E-Mail-Nachsorge erzielten, durchschnittlich mittleren Effektstärke zum Follow Up Zeitpunkt sich bei Einführung der Intervention substantiell in Richtung einer großen Effektstärke verbessern können (auch bei

Kontrolle von Aufmerksamkeitseffekten). Eine kleine bis mittlere Effektstärke konnte dabei als $\eta^2=0.0344$ (bzw. $f=0.175$ gemäß Cohen) definiert werden. Unter Annahme, dass die Fehlervarianz sich um 20% aufgrund des Einschlusses der Ausgangsbelastung T1 als Kovariate (welche aufgrund der Randomisierung als nicht korreliert zu den Untersuchungsbedingungen anzusehen ist) reduziert, resultierte eine adjustierte Effektgröße von $\eta^2=0.042$ ($f=0.209$). Bei $\alpha=0.05$ wurde damit eine Stichprobengröße von insgesamt $n=184$ Patienten zu T2 (pro Untersuchungsbedingung $n=92$) als ausreichend große Stichprobe angestrebt. Da die Gewinnung von Patienten für die Studie hinter den Erwartungen zurückblieb (siehe Kapitel 5.7) konnte lediglich eine Gesamtstichprobe von $N=92$ (ITT-Stichprobe) bzw. $N=57$ (Completer-Stichprobe) erreicht werden, d.h. das Risiko einer zu geringen Power ist gegeben, was bei den vorgenommenen Analysen zentral zu berücksichtigen ist.

Um eine mögliche Selektivität der Stichprobe (attrition bias) abschätzen zu können, wurden zusätzlich Drop-Out-Analysen durchgeführt, bei denen die an der Studie teilnehmenden Patienten mit allen Studienabbrechern nach Abgabe der Einverständniserklärung (Drop-Out-Stichprobe: fehlende Daten zum Messzeitpunkt T2) hinsichtlich relevanter soziodemographischer und klinischer Variablen mittels t-Tests für unabhängige Stichproben (für intervallskalierte Variablen) und χ^2 -Tests (für nominal oder ordinalskalierte Variablen) verglichen wurden.

Für die durchgeführten inferenzstatistischen Analysen wurden ergänzend Effektstärken berechnet. Verwendet wurden für Kovarianzanalysen das partielle η^2 und für t-Tests Cohen's d. Bei der Analyse der Prä-post-Symptomverläufe (T0 zu T1, siehe oben) findet für Cohen's d folgende Berechnungsvariante für Prä/Post-Vergleiche ohne Kontrollgruppe (Innergruppeneffekte) Verwendung: Division der mittleren Prä-Post-Differenz durch die Standardabweichung der Prä-Messung (Kazis, Anderson & Meenann, 1989). Die Interpretation der Effektstärken orientiert sich an den Konventionen von Cohen (1988).

Die Fragestellung B wurde deskriptiv und explorativ ausgewertet.

5.7 Projektverlauf

In der vorbereitenden Phase des Projektes wurden verschiedene Arbeitsschritte durchgeführt, insbesondere 1. die Konzeptualisierung und Erstellung der Studienunterlagen und –materialien (u.a. zur Information, z.B. Patientenflyer, und zur Durchführung von eMaNa, z.B. das Therapeutenmanual), 2. die Schaffung der technischen Voraussetzung (Realisation des

Webportals unter Einhaltung der Datenschutzbestimmungen), 3. die Entwicklung und Planung der Abläufe zur Patientengewinnung und zur Datenerhebung in den Kliniken sowie 3. die Schulungen der Therapeuten.

Die Datenerhebung (T0 bis T2) erfolgte von Herbst 2011 bis Frühjahr 2013. Aufgrund der notwendigen Designanpassungen (s.u.) gab es dabei zwei Phasen des Patienteneinschlusses: Zunächst wurden innerhalb des Zeitraums von Oktober 2011 bis Mai 2012 (d.h. für acht Monate) Patienten mit Angsterkrankungen als Studienteilnehmer angesprochen. Im Anschluss daran (Mitte Juni 2012) erfolgte die Umstellung des Indikationsbereichs auf depressive Erkrankungen, so dass für die zweite Projektphase mit Fokus auf den depressiven Störungen ein Rekrutierungszeitraum von ca. sechs Monaten zur Verfügung stand. Die in diesem Bericht dargestellten Analysen und Ergebnisse beziehen sich somit auf die in diesem letzten Zeitraum gewonnenen Patienten.

Die Erfahrungen im Verlauf des Projekts, insb. die deutlich unterhalb der Erwartungen liegende Anzahl teilnehmender Patienten, machten inhaltliche Modifikationen und Designanpassungen erforderlich (die Darstellung in den vorangegangenen Kapiteln bezieht sich auf das nach den Modifikationen durchgeführte Studienkonzept). Im Folgenden (Kapitel 5.7.1) werden zunächst die Ursachen beschrieben, die dazu beigetragen haben, dass die angestrebten Patientenfallzahlen nicht erreicht werden konnten. Daran anschließend (Kapitel 5.7.2) werden die im Projektverlauf vorgenommenen inhaltlichen Modifikationen bzw. Erweiterungen des ursprünglichen Projektplans im Überblick aufgeführt (für eine detaillierte Beschreibung der Modifikationen siehe Bericht „Übersicht zum aktuellen Stand des Projektes“, Mai 2012). Die in diesem Zusammenhang umgesetzten Maßnahmen, die bei zwei Projekttreffen mit Vertretern der DRV-Bund vereinbart wurden, hatten die Zielsetzung, die Rekrutierungszahlen substantiell zu erhöhen.

5.7.1 Patienteneinschluss

Im Verlauf der Studie wurde zunehmend deutlich, dass die ursprünglich angestrebte Stichprobengröße von N=184 Patienten (pro Untersuchungsbedingung n=92 Patienten) in dem vorgesehenen Rekrutierungszeitraum aufgrund verschiedener Ursachen nicht zu realisieren war.

Zu den Schwierigkeiten bei der Gewinnung von Patienten für die Studienteilnahme trugen im Wesentlichen drei Faktoren bei:

- 1) Verzögerungen bei der Implementierung der Studie sowie temporäre Rekrutierungsstillstände:

Aufgrund von krankheits- und urlaubsbedingten Personalengpässen in allen beteiligten Kooperationskliniken kam es zu einem verzögerten Rekrutierungsbeginn. Darüber hinaus fand in einer der Kooperationskliniken ein chefärztlicher Leitungswechsel statt, sowie ein Klinikwechsel eines an dem Projekt beteiligten Chefarztes und eine damit zusammenhängende strategische Neuausrichtung einer Einrichtung. Somit musste mit dem Einschluss von Patienten in zwei der Einrichtungen deutlich später als in der Studienplanung vorgesehen begonnen werden. In einer weiteren Kooperationsklinik trugen zudem Lizenzvertragsprobleme mit dem in das computergestützte Patienten-Assessment eingebundene Softwareentwickler zu dem verzögerten Rekrutierungsbeginn bei. Neben diesen anfänglichen Implementierungsschwierigkeiten kam es im weiteren Projektverlauf zu zwischenzeitlichen Rekrutierungsstillständen aufgrund der Personalabgänge zweier lokaler Studienleiter welche die Studienorganisation vor Ort maßgeblich gesteuert hatten. Insgesamt zeichnete sich im gesamten Projektverlauf in allen beteiligten Kliniken eine hohe Personalfuktuation ab, so dass geschulte Nachsorgetherapeuten sowie Personal zur Durchführung der diagnostischen Interviews (zur Verifizierung der Einschlussdiagnosen) der Studie nicht mehr zur Verfügung standen und neu gewonnen und nachgeschult werden mussten. Ebenfalls wurde allgemein deutlich, dass – obwohl die Nachsorgeintervention via E-Mail auf grundsätzliche Akzeptanz unter den meisten der Therapeuten stieß – es vielen Therapeuten aufgrund der hohen Arbeitsbelastung nicht möglich erschien, eigene Patienten über die stationäre Behandlung hinaus im Rahmen von eMaNa weiter zu betreuen.

- 2) Hoher Anteil an Patienten mit bestehender ambulanter psychotherapeutischer Behandlung:

Im Rekrutierungsverlauf zeigte sich, dass ein hoher Anteil an potentiellen Studienteilnehmern (ca. 50%) sich in laufender ambulanter psychotherapeutischer Versorgung befand und somit von der Studie ausgeschlossen werden musste (da für diese Patienten nach dem stationären Rehabilitation eine direkte Anschlussbehandlung durch die Fortsetzung der ambulanten Psychotherapie vorgehalten wurde). Diese nicht zu erwartende hohe Psychotherapie-Quote könnte möglicherweise auch durch sich weiter verändernde Zuweisungsprozesse zur stationären psychosomatischen Rehabilitation

bedingt gewesen sein (im Sinne der Ausschöpfung aller ambulanten Behandlungsmaßnahmen im Vorfeld der stationären Rehabilitationsmassnahme).

- 3) Geringe Grundgesamtheit der ursprünglich fokussierten Zielpopulation der Patienten mit Angsterkrankung:

Zielsetzung der Studie war es, für den Bereich der psychischen Erkrankungen die Nachsorge-Intervention eMaNa zu evaluieren. Aus vor allem forschungsbezogenen Gründen war es vorteilhaft, dabei exemplarisch eine der psychischen Erkrankungen zu fokussieren, wobei der ursprüngliche Projektplan eine Fokussierung auf Angsterkrankungen vorsah. Im Studienverlauf manifestierte sich allerdings, dass insgesamt eine relativ geringe Grundgesamtheit an Patienten mit Angsterkrankung in den kooperierenden Kliniken zur Verfügung stand. So konnte in dem Rekrutierungszeitraum Oktober 2011- Mai 2012 (Rekrutierungsdauer 8 Monate) N= 169 Patienten mit relevanter Angstdiagnose (F40; F41 gemäß ICD-10) identifiziert werden. Diese Rekrutierungsrate weicht von den Kalkulationen des Projektantrags ab, der auf Grundlage der Patientenfallzahlen der drei Kooperationskliniken aus dem Jahre 2009 eine Grundgesamtheit von ca. N= 613 Patienten (bzw. N= 408 als potentieller Rekrutierungspool bei einem Rekrutierungszeitraum von 8 Monaten) mit relevanter Angsterkrankung bei Berücksichtigung der ersten beiden Diagnosen schätzte. Diese Abweichung ist möglicherweise ebenfalls durch veränderte Zuweisungsprozesse zur Rehabilitation bedingt.

5.7.2 Modifikationen und Erweiterungen des Studiendesigns

Aufgrund der niedrigen Patientenfallzahlen wurde das Studiendesign in zwei Stufen modifiziert bzw. erweitert. Die erste Stufe wurde auf einem Projekttreffen mit der DRV Bund im Januar 2012 diskutiert und beschlossen. Sie beinhaltet die Erweiterung des Kreises der kooperierenden Kliniken (siehe 5.7.2.1) sowie eine Erweiterung der Einschlusskriterien bzw. einen Verzicht auf bestimmte Ausschlusskriterien (siehe 5.7.2.2). Die zweite Stufe der Studiendesign-Anpassung wurde im Mai 2012 vereinbart, nachdem sich gezeigt hatte, dass die erstgenannten Maßnahmen zu keinem substantiellen Patientenzugewinn geführt hatten (Fokussierung auf Depression, siehe 5.7.2.3).

5.7.2.1 Erweiterung des Kreises kooperierender Kliniken

Das MediClin Rehasentrum am Hahnberg war ursprünglich nicht Studienpartner und wurde als Reaktion auf die geringen Patientenfallzahlen als weitere Kooperationsklinik gewonnen. Ende März 2012 standen in der Klinik die personellen Ressourcen für die Patientenrekrutierung zur Verfügung, so dass ab diesem Zeitpunkt die Patienten in die Studie eingeschlossen werden konnten. Insgesamt waren somit vier Kooperationskliniken an dem Forschungsvorhaben beteiligt.

5.7.2.2 Erweiterung der Einschlusskriterien: Einschluss von IRENA-Patienten sowie von Patienten mit ambulanter tiefenpsychologischer und psychoanalytischer Behandlung

Die ursprüngliche Studienplanung sah vor, sowohl Patienten mit IRENA Nachsorge als auch Patienten mit laufender ambulanter Psychotherapie (unabhängig vom Schulenansatz der Therapie) von der Studie auszuschließen.

Im Verlauf der Studie wurden die Ausschlusskriterien insofern modifiziert, als dass Rehabilitanden, denen eine IRENA Maßnahme empfohlen wurde, nicht mehr aus der Studie ausgeschlossen wurden. eMaNa wurde dieser Patientengruppe additiv angeboten. Der Verzicht auf dieses Ausschlusskriterium konnte darüber begründet werden, dass sich Struktur und therapeutischer Schwerpunkt von IRENA und eMaNa unterscheiden. Bei eMaNa handelt es sich um eine übungsbasierte störungsspezifische Intervention, wohingegen IRENA als Gruppenprogramm zur Alltagsbewältigung unabhängig von einem konkreten Störungsbild und störungsspezifischen Interventionen betrachtet werden kann.

Darüber hinaus wurde beschlossen auch Rehabilitanden mit laufender ambulanter *tiefenpsychologisch fundierter oder psychoanalytischer* Behandlung in die Studie einzuschließen, da diese Patienten in der Regel keine gezielte verhaltensorientierte Behandlung (z.B. Anleitung zu Expositionsübungen) erhalten. Lediglich Patienten, die mit laufender ambulanter *Verhaltenstherapie* ihre stationäre Rehabilitationsbehandlung antraten, wurden weiterhin aus der eMaNa-Studie ausgeschlossen. Hiermit wurden dem hohen Anteil an Patienten mit ambulanter psychotherapeutischer Behandlung Rechnung getragen.

5.7.2.3 Erweiterung des Diagnosespektrums um depressive Erkrankungsbilder

Die ursprünglich exemplarisch für die Studie definierte Zielpopulation der Patienten mit Angststörungen wurde um Patienten mit depressiven Störungen (F32.0, F32.1, F32.2, F33.0, F33.1, F33.2, gemäß ICD-10) erweitert (für eine Begründung, warum aus sowohl klinischer bzw. interventionsbezogener als auch aus forschungsbezogener Perspektive diese Möglichkeit bestand, siehe Bericht „Übersicht zum aktuellen Stand des Projektes“, Mai 2012). Gleichzeitig wurde definiert, die Hauptanalysen für diese zuletzt genannte Gruppe der depressiven Patienten durchzuführen. Entsprechend beziehen sich die Analysen in diesem Bericht auf Depression.

6 Ergebnisse Fragestellung A: Effektivität von eMaNa

Im Folgenden werden die Ergebnisse zu der Fragestellung A (s.a. Kapitel 4) der Untersuchung wiedergegeben:

(A) Kann die psychotherapeutische E-Mail-Nachsorge die Effekte der Rehabilitation von Patienten mit Depressionserkrankungen sichern und ausbauen und somit die Nachhaltigkeit der Rehabilitation für diese Patientengruppen verbessern?

Bevor die Studienergebnisse für das primäre Ergebniskriterium depressive Symptomatik in Kapitel 6.3 und für das sekundäre Ergebniskriterium in Kapitel 6.4 beschrieben werden, werden zunächst in Kapitel 6.1 grundlegende Patientencharakteristika der untersuchten Stichproben sowie die stationären Behandlungseffekte berichtet. Der Aufbau der einzelnen Kapitel orientiert sich an der jeweils zugrunde liegenden Stichprobe. In Kapitel 6.1 wird somit zunächst die Intention-to-Treat (ITT)-Stichprobe beschrieben. Daran schließt sich die nähere Charakterisierung der Completer-Stichprobe, bei der die Daten zu den interessierenden Messzeitpunkten (T1, T2) vollständig vorliegen, an. In Kapitel 6.2 werden die stationären Verläufe für diese beiden Stichproben berichtet, in Kapitel 6.3 die Inner- und Intergruppeneffekte von eMaNa auf die depressive Symptomatik (primäres Outcome) und in Kapitel 6.4 die Inner- und Intergruppeneffekte der Intervention auf die gesundheitsbezogene Lebensqualität (sekundäres Outcome).

6.1 Stichprobenbeschreibungen

6.1.1 Stichprobenbeschreibung: Intention-to-Treat-Stichprobe

Alle Patienten, bei denen eine schriftliche Einwilligung zur Studie sowie die Messung zu T0 (Beginn der stationären Behandlung) und T1 (Ende der stationären Behandlung) vorliegen, zählen zur Intention-to-Treat-Stichprobe (ITT-Stichprobe). Diese Stichprobe umfasst N=92 Patienten (IG: N=49; KG: N=43). Sie ermöglicht eine Darstellung grundlegender Patientencharakteristika (insbesondere auch soziodemographische, sozialmedizinische und behandlungsbezogene Daten) und Selbstangaben der Patienten zum Gesundheitszustand zu Beginn der stationären Behandlung.

Die Teilnehmer waren im Durchschnitt 48 Jahre alt (SD=8,3; Range: 27-63). Etwa zwei Drittel der Patienten (65,2%) waren Frauen und fast alle besaßen die deutsche Staatsangehörigkeit

(98,9%). Drei Viertel (74,4%) der Patienten befanden sich in einer festen Partnerschaft und etwa 79,1% der Studienteilnehmer hatten Kinder.

Hinsichtlich des Niveaus der Schulbildung hatte der überwiegende Anteil der behandelten Patienten (57,7%) mindestens die Realschule bzw. Polytechnische Oberschule abgeschlossen. Etwa zwei Drittel der Patienten (67,4%) hatte eine Lehre/Ausbildung abgeschlossen. 13,5% der Patienten verfügten über einen universitären Abschluss. Ungefähr drei Viertel (76,6%) der Studienteilnehmer waren zum Zeitpunkt der Erhebung berufstätig.

Weitere Einzelheiten zu den soziodemographischen Angaben können Tabelle 2 entnommen werden.

Tabelle 2: Soziodemographische Merkmale der teilnehmenden Patienten (ITT-Stichprobe) und statistischer Vergleich von Interventionsgruppe (eMaNa) und Kontrollgruppe (TAU-Min)

	Gesamt	Interventions- gruppe (IG)	Kontroll- Gruppe (KG)	Vergleich IG –KG: t- / χ^2-Test
Alter: M (SD)	N=60 47,7 (8,3)	N=35 47,4 (8,1)	N=25 48,1 (8,6)	t =,312 p = ,756
Geschlecht	N=92	N=49	N= 43	χ^2 =,176
weiblich	60 (65,2%)	31 (63,3%)	29 (67,4%)	p = ,675
Staatsangehörigkeit	N=90	N=48	N= 42	χ^2 =1,156
deutsch	89 (98,9%)	48 (100%)	41 (97,6%)	p = ,282
Familienstand	N=91	N=49	N=42	χ^2 =3,998
ledig	18 (19,8 %)	8 (16,3%)	10 (23,8%)	p = ,550
verheiratet	50 (54,9 %)	26 (53,1%)	24 (57,1%)	
getrennt lebend	3 (3,3%)	2 (4,1%)	1 (2,4%)	
geschieden	13 (14,3%)	7 (14,3%)	6 (14,3%)	
verwitwet	2 (2,2%)	2 (4,1%)	0 (0%)	
wieder verheiratet	5 (5,5%)	4 (8,2%)	1 (2,4%)	
Feste Partnerschaft	N=78	N=41	N=37	χ^2 =3,536
ja	58 (74,4%)	32 (78,0%)	26 (70,3%)	p = ,316
Kinder	N= 86	N=45	N=41	U=885

Fortsetzung Tabelle 2

ja	68 (79,1%)	37 (82,2%)	31 (75,6%)	$p = .727$
Schulabschluss	N= 92	N=49	N= 43	$\chi^2=2,490$
Hauptschule	38 (41,3%)	23 (46,9%)	15 (34,9%)	$p = ,477$
Realschule/ POS	42 (45,7%)	20 (40,8%)	22 (51,2%)	
Fachabitur/Abitur	11 (12,0%)	6 (12,2%)	5 (11,6%)	
Sonstiges	1 (1,1%)	0 (0%)	1 (2,3%)	
Berufsabschluss	N= 89	N=48	N=41	$\chi^2=,596$
Lehre/Ausbildung/Fachschule	60 (67,4%)	32 (66,7%)	28 (68,3%)	$p = ,964$
Meister	5 (5,6%)	3 (6,3%)	2 (4,9%)	
Fachhochschule/Universität	12 (13,5%)	7 (14,6%)	5 (12,2%)	
ohne Berufsabschluss	7 (7,9%)	4 (8,3%)	3 (7,3%)	
sonstiges	5 (5,6%)	2 (4,2%)	3 (7,3%)	
Erwerbstätigkeit	N= 90	N= 49	N= 41	$\chi^2=3,599$
berufstätig, Vollzeit	47 (52,2%)	24 (49,0%)	23 (56,1%)	$p = ,731$
berufstätig, Teilzeit	22 (24,4%)	14 (28,6%)	8 (19,5%)	
Hausfrau/-mann	3 (3,3%)	2 (4,1%)	1 (2,4%)	
arbeitslos gemeldet	12 (13,3%)	6 (12,2%)	6 (14,6%)	
anderweitig ohne				
berufliche Beschäftigung	1 (1,1%)	1 (2,0%)	0 (0%)	
sonstiges	5 (5,6%)	2 (4,1%)	3 (7,3%)	

Anmerkung. Variationen in der Stichprobengröße sind auf fehlende Werte bei einzelnen Angaben im Fragebogen zurückzuführen.

Bei Betrachtung der Arbeitsunfähigkeitszeiten wird ersichtlich, dass ca. ein Drittel (37,4%) der Patienten unmittelbar vor Antritt des Klinikaufenthalts arbeitsunfähig (AU) krankgeschrieben war. Die Anzahl der AU-Wochen variiert stark zwischen den Patienten und lag im Mittel bei 30,2 Wochen (SD=37,3). Zwei der Studienteilnehmer befanden sich im laufenden Rentenverfahren. Etwa ein Viertel der Patienten (23,7%) war als Schwerbehinderter anerkannt bzw. einem Schwerbehinderten gleichgestellt. Der Grad der Behinderung lag dabei zwischen 20% und 60%. Weitere Einzelheiten zu den sozialmedizinischen Angaben können Tabelle 3 entnommen werden.

Tabelle 3: Sozialmedizinische Merkmale der teilnehmenden Patienten (ITT-Stichprobe) und statistischer Vergleich von Interventionsgruppe (eMaNa) und Kontrollgruppe (TAU-Min)

	Gesamt	Interventions- gruppe (IG)	Kontroll- gruppe (KG)	Vergleich IG –KG: t- / χ^2-Test
aktuell AU	N= 91	N= 49	N=42	$\chi^2= ,018$
ja	34 (37,4%)	18 (36,7%)	16 (38,1%)	p = ,894
AU-Wochen vor Klinikaufenthalt bei aktueller au (N=34, s.a. vorherige Variable)	N= 29	N= 17	N= 12	t=-1,133 p = ,267
M (SD)	30,2 (37,3)	23,7 (16)	39,5 (54,9)	
Gepplante Rückkehr in das Erwerbsleben	N= 34	N =19	N=15	U=125,5
Sofort	5 (14,7%)	2 (10,5%)	3 (20,0%)	p = ,560
Innerhalb 1 Monats	12 (35,3%)	6 (31,6%)	6 (40,0%)	
Nach 1-3 Monaten	7 (20,6%)	5 (26,3%)	2 (13,3%)	
Nach 4-6 Monaten	3 (8,8%)	3 (15,8%)	0 (0%)	
Nach 1 Jahr	1 (2,9%)	0 (0%)	1 (6,7%)	
Gar nicht mehr	6 (17,6%)	3 (15,8%)	3 (20,0%)	
Laufendes Rentenverfahren	N= 90	N= 48	N=42	$\chi^2=,009$
ja	2 (2,2%)	1 (2,1%)	1 (2,4%)	p = ,924
Anerkennung Schwerbehinderter	N= 76	N= 41	N= 35	$\chi^2=,148$
ja	18 (23,7%)	9 (22,0%)	9 (25,7%)	p = ,701

Anmerkung. Variationen in der Stichprobengröße sind auf fehlende Werte bei einzelnen Angaben im Fragebogen zurückzuführen.

Im Hinblick auf stationäre Vorbehandlungen zeigt sich, dass ca. ein Drittel der Patienten (28,2%) aufgrund ihrer aktuellen Beschwerden bereits stationär behandelt worden sind. Hinsichtlich ambulanter psychotherapeutischer Vorbehandlungen wird ersichtlich, dass etwa die Hälfte der Patienten (48,1%) schon einmal eine ambulante psychotherapeutische Behandlung erhalten hatte. Ungefähr ein Drittel (28,1%) der Patienten hatte in den vergangenen 6 Monaten eine ambulante Psychotherapie in Anspruch genommen. Ca. 30% der Patienten wartete zum Beginn der stationären Behandlung auf einen ambulanten Psychotherapieplatz. Weitere Details zu der Inanspruchnahme von Vorbehandlungen durch die Ausgangsstichprobe der Studie können Tabelle 4 entnommen werden.

Tabelle 4: Behandlungsbezogene Merkmale der teilnehmenden Patienten (ITT-Stichprobe) und statistischer Vergleich von Interventionsgruppe (eMaNa) und Kontrollgruppe (TAU-Min)

	Gesamt	Interventions- gruppe (IG)	Kontrollgruppe (KG)	Vergleich IG –KG: t- / χ^2-Test
Stationäre Vorbehandlung aufgrund aktueller Beschwerden	N= 85	N= 44	N= 41	$\chi^2=4,55$ p = ,033
ja	24 (28,2%)	8 (18,2%)	16 (39,0%)	
Vorbehandlung: Ambulante Psychotherapie (insgesamt)	N= 77	N= 42	N= 35	$\chi^2=,293$ p = ,588
ja	37 (48,1%)	19 (45,2%)	18 (51,4%)	
Ambulante Psychotherapie in den letzten 6 Monaten	N= 87	N =44	N= 41	$\chi^2=1,767$ p = ,622
ja	27 (28,1%)	12 (27,3%)	15 (36,6%)	
Anzahl der Therapiesitzungen	N= 27	N= 12	N= 15	
1 bis 5 Termine	10 (37,0%)	5 (41,7%)	5 (33,3%)	
6 bis 25 Termine	16 (59,0%)	7 (58,3%)	9 (60,0%)	
mehr als 25 Termine	1 (4,0%)	0	1 (6,7%)	
Warten auf ambulante Psychotherapie (aktuell)	N= 89	N = 48	N= 41	$\chi^2=,052$ p = ,819
ja	25 (30,0%)	13 (27,1%)	12 (29,3%)	

Anmerkung. Variationen in der Stichprobengröße sind auf fehlende Werte bei einzelnen Angaben im Fragebogen zurückzuführen.

Bei Betrachtung des Verhaltens in Bezug auf die depressive Symptomatik (Tabelle 5) wird deutlich, dass etwa ein Drittel der Patienten (28,6%) in dem Monat vor der stationären Aufnahme keine angenehmen Aktivitäten mehr unternommen hatte. Dasselbe Bild zeichnet sich in der Teilhabe am sozialen Leben ab. 27,1% der Patienten hatten in dem Monat vor stationärer Aufnahme an keinen sozialen Aktivitäten (z.B. Leute treffen) mehr teilgenommen.

Tabelle 5: Verhalten in Bezug auf die depressiven Symptomatik der teilnehmenden Patienten (ITT-Stichprobe) und statistischer Vergleich von Interventionsgruppe (eMaNa) und Kontrollgruppe (TAU-Min)

	Gesamt	Interventions- gruppe (IG)	Kontroll- gruppe (KG)	Vergleich IG –KG: t- / χ^2-Test
Durchführung angenehmer Aktivitäten	N= 84	N= 45	N= 39	$\chi^2=1,077$
ja	60 (71,4%)	30 (66,7%)	30 (76,9%)	p = ,299
Häufigkeit der Durchführung angenehmer Aktivitäten	N= 63	N= 31	N= 32	
weniger als einmal in der Woche	26 (41,3%)	14 (45,2%)	12 (37,5%)	U=457,00
einmal in der Woche	21 (33,3%)	10 (32,3%)	11 (34,4%)	p = ,568
mehrmals in der Woche	13 (20,6%)	5 (16,1%)	8 (25,0%)	
täglich	3 (4,8%)	2 (6,5%)	1 (3,1%)	
Teilnahme an sozialen Aktivitäten	N= 85	N= 46	N= 39	$\chi^2=,073$
Ja	62 (72,9%)	33 (71,7%)	29 (74,4%)	p = ,786
Häufigkeit der Teilnahme an sozialen Aktivitäten	N= 64	N= 33	N=31	
weniger als einmal in der Woche	24 (37,5%)	11 (33,3%)	13 (41,9%)	U=498,5
einmal in der Woche	23 (35,9%)	14 (42,4%)	9 (29,0%)	p = ,853
mehrmals in der Woche	16 (25,0%)	8 (24,2%)	8 (25,8%)	
täglich	1 (1,6%)	0 (0%)	1 (3,2%)	

Anmerkung. Variationen in der Stichprobengröße sind auf fehlende Werte bei einzelnen Angaben im Fragebogen zurückzuführen.

Die Hälfte der Patienten (50,0%) nahm zu Behandlungsbeginn ein Antidepressivum. Weitere Angaben zur Einnahme weiterer Medikamentengruppen können Tabelle 6 entnommen werden.

Tabelle 6: Medikamenteneinnahme zu Behandlungsbeginn (T0) der teilnehmenden Patienten (ITT-Stichprobe) und statistischer Vergleich von Interventionsgruppe (eMaNa) und Kontrollgruppe (TAU-Min)

	Gesamt	Interventions- gruppe (IG)	Kontrollgruppe (KG)	Vergleich IG –KG: χ^2-Test
Einnahme Antidepressiva in den letzten 4 Wochen	N= 82	N= 41	N= 41	$\chi^2=,049$ p = ,825
ja	41 (50,0%)	20 (48,8%)	21 (51,2%)	
Einnahme Schmerzmittel in den letzten 4 Wochen	N= 78	N= 39	N= 39	$\chi^2=,000$ p = 1,000
ja	44 (56,4%)	22 (56,4%)	22 (56,4%)	
Einnahme Schlafmittel in den letzten 4 Wochen	N= 68	N= 33	N= 35	$\chi^2=1,919$ p = ,166
ja	12 (17,6%)	8 (24,2%)	4 (11,4%)	
Einnahme Beruhigungsmittel in den letzten 4 Wochen	N= 68	N= 31	N= 37	$\chi^2=,882$ p = ,348
ja	12 (17,6%)	4 (12,9%)	8 (21,6%)	

Anmerkung. Variationen in der Stichprobengröße sind auf fehlende Werte bei einzelnen Angaben im Fragebogen zurückzuführen.

Wichtige gesundheitsbezogene Parameter betreffen das Ausmaß der depressiven Symptomatik und Einschränkungen der gesundheitsbezogenen Lebensqualität zu Beginn der eMaNa-Intervention, also zum Messzeitpunkt T1. Die mittleren Summenwerte zur depressiven Symptomatik (IG: M=15; KG: M=14) deuten auf einen jeweils milden Depressionsgrad hin. Weitere Details sind Tabelle 7 zu entnehmen.

Tabelle 7: Gesundheitsbezogene Beschreibung der ITT-Stichprobe zu Ende stationärer Behandlung (T1) und statistischer Vergleich von Interventionsgruppe (eMaNa) und Kontrollgruppe (TAU-Min): depressive Symptomatik

Variable	Gesamt N=92	Interventions- gruppe (IG) N=49	Kontrollgruppe (KG) N=43	Vergleich IG –KG: t-Test
Depressive Symptomatik, BDI-II				t = ,764
M (SD)	14,52 (11,33)	14,86 (11,90)	14,14 (10,77)	p = ,645

Anmerkung. Variationen in der Stichprobengröße sind auf fehlende Werte bei einzelnen Angaben im Fragebogen zurückzuführen.

Tabelle 8 gibt die Ergebnisse für die psychische Summenskala (MCS: mental component scale) des SF-8 wieder.

Tabelle 8: Gesundheitsbezogene Beschreibung der ITT-Stichprobe zu Ende der stationären Behandlung (T1) und statistischer Vergleich von Interventionsgruppe (eMaNa) und Kontrollgruppe (TAU-Min): gesundheitsbezogene Lebensqualität

Variable	Gesamt N=91	Interventions- gruppe N=48	Kontrollgruppe N=43	Vergleich IG –KG: t-Test
Gesundheitsbezogene Lebensqualität-Psychische Summenskala, MCS des SF-8:				t = -,568
M (SD)	1,67 (0,85)	1,72 (0,76)	1,62 (0,94)	p = ,982

Anmerkung. Variationen in der Stichprobengröße sind auf fehlende Werte bei einzelnen Angaben im Fragebogen zurückzuführen.

Zusätzlich wurde zum Ende der stationären Behandlung die Patientenzufriedenheit mit ausgewählten Items des ZUF-8 (Schmidt & Nübling, 2002) erhoben. Etwa dreiviertel (73,3%) der Patienten beurteilten die Qualität der Behandlung als „gut“, ca. ein Viertel (21,1%) als „ausgezeichnet“. Fast alle (93,4%) Studienteilnehmer waren mit dem Ausmaß der Hilfe, das

sie während der stationären Behandlung erhalten haben, weitgehend bis sehr zufrieden. Auch hatten die meisten (92,3%) Patienten die Art von Behandlung erhalten, welche sie sich für ihren stationären Aufenthalt gewünscht hatten. Tabelle 9 gibt weitere Einzelheiten in Bezug auf die Behandlungszufriedenheit wieder.

Tabelle 9: Patientenzufriedenheit zum Ende der stationären Behandlung (T1) der teilnehmenden Patienten (ITT-Stichprobe) und statistischer Vergleich von Interventionsgruppe (eMaNa) und Kontrollgruppe (TAU-Min)

	Gesamt	Interventions- gruppe	Kontroll-gruppe	Vergleich IG –KG: U-Test
Qualität der Behandlung	N= 90	N= 47	N=43	U=987,00
schlecht	1 (1,1%)	1 (2,1%)	0 (0%)	p = ,806
weniger gut	4 (4,4%)	1 (2,1%)	3 (7,0%)	
gut	66 (73,3%)	35 (74,5%)	31 (72,1%)	
ausgezeichnet	19 (21,1%)	10 (21,3%)	9 (20,9%)	
Zufriedenheit mit Hilfe	N= 91	N= 48	N=43	U=914,00
ziemlich unzufrieden	1 (1,1%)	1 (2,1%)	0 (0%)	p = ,290
leidlich oder leicht unzufrieden	5 (5,5%)	3 (6,3%)	2 (4,7%)	
weitgehend zufrieden	50 (54,9%)	28 (58,4%)	22 (51,2%)	
sehr zufrieden	35 (38,5%)	16 (33,3%)	19 (44,2%)	
Behandlung gemäß Patientenerwartung	N= 91	N= 48	N=43	U=898,50
eindeutig nicht	2 (2,2%)	1 (2,1%)	1 (2,3%)	p = ,207
eigentlich nicht	5 (5,5%)	4 (8,3%)	1 (2,3%)	
im Allgemeinen ja	59 (64,8%)	32 (66,7%)	27 (62,8%)	
eindeutig ja	25 (27,5%)	11 (22,9%)	14 (32,6%)	

Anmerkung. Variationen in der Stichprobengröße sind auf fehlende Werte bei einzelnen Angaben im Fragebogen zurückzuführen.

Die insgesamt positive Beurteilung der stationären Behandlung spiegelt sich auch in der Einschätzung der gesundheitlichen Veränderung wider, die mittels eines globalen

Veränderungsitems erhoben wurde. Fast die Hälfte der Patienten (45,6%) fühlte sich zum Behandlungsende „viel besser“ im Vergleich zu Behandlungsbeginn. Einzelheiten können Tabelle 10 entnommen werden.

Tabelle 10: Globale gesundheitliche Veränderung während der stationären Behandlung (retrospektive Einschätzung zu T1) der teilnehmenden Patienten (ITT- Stichprobe) und statistischer Vergleich von Interventionsgruppe (eMaNa) und Kontrollgruppe (TAU-Min)

	Gesamt	Interventions- gruppe	Kontrollgruppe	Vergleich IG –KG: U-Test
Verbesserung im Vergleich zu Behandlungsbeginn	N=90	N= 47	N=43	U=938,5 p = ,534
gar nicht	4 (4,4%)	2 (4,3%)	2 (4,7%)	
leicht	9 (10,0%)	5 (10,6%)	4 (9,3%)	
mäßig	30 (33,3%)	17 (36,2%)	13 (30,2%)	
viel	41 (45,6%)	21 (44,7%)	20 (46,5%)	
sehr viel	6 (6,7%)	2 (4,3%)	4 (9,3%)	

Anmerkung. Variationen in der Stichprobengröße sind auf fehlende Werte bei einzelnen Angaben im Fragebogen zurückzuführen.

Für den größten Anteil der Patienten (78,7%) war die depressive Erkrankung der Anlass für die stationäre Behandlung und somit Hauptbehandlungsanliegen. Durchschnittlich nahmen die Studienteilnehmer an 6,2 psychotherapeutischen Einzelsitzungen und 9,3 gruppentherapeutischen Sitzungen zur Depressionsbehandlung teil (s.a. Tabelle 11).

Tabelle 11: Hauptbehandlungsanliegen /Anzahl der stationären Depressionssitzungen der teilnehmenden Patienten (ITT- Stichprobe) sowie statistischer Vergleich von Interventionsgruppe (eMaNa) und Kontrollgruppe (TAU-Min)

	Gesamt	Interventions- gruppe	Kontrollgruppe	Vergleich IG – KG: t- / χ^2-Test
Depressive Erkrankung als Anlass für die stationäre Behandlung	N= 89	N= 46	N= 43	$\chi^2=2,131$ p = ,144
ja	70 (78,7%)	39 (84,8%)	31 (72,1%)	
Anzahl psychotherapeutischer Einzelsitzungen zur Depressionsbehandlung	N= 73	N= 38	N= 35	t=,262 p = ,794
M (SD)	6,2 (3,5)	6,3 (4,2)	6,1 (2,7)	
Anzahl gruppentherapeutischer Sitzungen zur Depressionsbehandlung	N= 79	N= 40	N=39	t=,933 p = ,354
M (SD)	9,3 (8,8)	8,4 (5,6)	10,3 (11,2)	

Anmerkung. Variationen in der Stichprobengröße sind auf fehlende Werte bei einzelnen Angaben im Fragebogen zurückzuführen.

6.1.2 Stichprobenbeschreibung: Completer-Stichprobe

Im Folgenden werden die Patientencharakteristika und Selbstangaben der Patienten zum Gesundheitszustand zu Beginn der stationären Behandlung für die Completer-Stichprobe (Per-Protocol-Stichprobe) dargestellt. Dabei handelt es sich um diejenigen Patienten, bei denen vollständige Daten zu allen interessierenden Messzeitpunkten (T0, T1, T2) vorliegen. Die Completer-Stichprobe umfasst N=57 Patienten (IG: N=28; KG: N=29).

Das Durchschnittsalter der Teilnehmer betrug 49 Jahre (SD=7,7 Range=27-63). Etwa zwei Drittel der Patienten (68%) waren Frauen und fast alle besaßen die deutsche Staatsangehörigkeit (98%). Mehr als drei Viertel (80%) der Patienten befanden sich in einer festen Partnerschaft und etwa drei Viertel (77%) der Studienteilnehmer hatten Kinder.

Hinsichtlich des Niveaus der Schulbildung hatte etwa die Hälfte der behandelten Patienten (47%) mindestens die Realschule bzw. Polytechnische Oberschule abgeschlossen. Etwa drei

Viertel der Patienten (71%) hatten eine Lehre/Ausbildung abgeschlossen. 13% der Patienten verfügten über einen universitären Abschluss. Ungefähr 82% der Studienteilnehmer waren zum Zeitpunkt der Erhebung berufstätig.

Weitere Einzelheiten zu den soziodemographischen Angaben können Tabelle 12 entnommen werden.

Tabelle 12: Soziodemographische Merkmale der teilnehmenden Patienten (Completer-Stichprobe) und statistischer Vergleich von Interventionsgruppe (eMaNa) und Kontrollgruppe (TAU-Min)

	Gesamt	Interventions- gruppe	Kontrollgruppe	Vergleich IG –KG: t- / χ^2-/ U-Test
Alter:	N=37	N=20	N=17	t=-,500
M (SD)	49 (7,7)	49 (7,0)	50 (8,6)	p = ,620
Geschlecht	N=57	N=28	N= 29	$\chi^2=,436$
weiblich	39 (68,4%)	18 (64,3%)	21 (72,4%)	p = ,509
Staatsangehörigkeit	N=56	N=28	N= 28	$\chi^2=1,018$
deutsch	55 (98,2%)	28 (100,0%)	27 (96,4%)	p = ,313
Familienstand	N=57	N=28	N=29	$\chi^2=4,566$
ledig	9 (15,8%)	4 (14,3%)	5 (17,2%)	p = ,335
verheiratet	34 (59,6%)	15 (53,6%)	19 (65,5%)	
getrennt lebend	2 (3,5%)	1 (3,6%)	1 (3,4%)	
geschieden	8 (14,0%)	4 (14,3%)	4 (13,8%)	
verwitwet	0	0	0	
wieder verheiratet	4 (7,0%)	4 (14,3%)	0	
Feste Partnerschaft	N=50	N=25	N=25	$\chi^2=2,400$
ja	40 (80,0%)	22 (88,0%)	18 (72,0%)	p = ,301
Kinder	N= 52	N=25	N=27	U=290,5
ja	40 (76,9%)	20 (80,0%)	20 (74,1%)	p = ,356

Fortsetzung Tabelle 12

Schulabschluss	N= 57	N=28	N= 29	$\chi^2=2,838$
Hauptschule	21 (36,8%)	12 (42,9%)	9 (31,0%)	p = ,417
Realschule/ POS	27 (47,4%)	11 (39,3%)	16 (55,2%)	
Fachabitur/Abitur	8 (14,0%)	5 (17,9%)	3 (10,3%)	
sonstiges	1 (1,8%)	0	1 (3,4%)	
Berufsabschluss	N= 55	N=28	N=27	$\chi^2=1,627$
Lehre/Ausbildung/Fachschule	39 (70,9%)	19 (67,9%)	20 (74,1%)	p = ,804
Meister	4 (7,3%)	2 (7,1%)	2 (7,4%)	
Fachhochschule/Universität	7 (12,7%)	5 (17,9%)	2 (7,4%)	
ohne Berufsabschluss	2 (3,6%)	1 (3,6%)	1 (3,7%)	
sonstiges	3 (5,5%)	1 (3,6%)	2 (7,4%)	
Erwerbstätigkeit	N= 56	N= 28	N= 28	$\chi^2=5,632$
berufstätig, Vollzeit	33 (58,9%)	15 (53,6%)	18 (64,3%)	p = ,344
berufstätig, Teilzeit	13 (23,2%)	8 (28,6%)	5 (17,9%)	
Hausfrau/-mann	2 (3,6%)	2 (7,1%)	0	
arbeitslos gemeldet	6 (10,7%)	2 (7,1%)	4 (14,3%)	
sonstiges	2 (3,6%)	4 (8,0%)	1 (3,6%)	

Anmerkung. Variationen in der Stichprobengröße sind auf fehlende Werte bei einzelnen Angaben im Fragebogen zurückzuführen.

Bei Betrachtung der Arbeitsunfähigkeitszeiten wird ersichtlich, dass ca. ein Drittel (29,8%) der Patienten unmittelbar vor Antritt des Klinikaufenthalts arbeitsunfähig (AU) krankgeschrieben war. Die Anzahl der AU-Wochen variierte stark zwischen den Patienten und liegt im Mittel bei 36 Wochen (SD=52). Zwei der Studienteilnehmer befanden sich im laufenden Rentenverfahren. Etwa ein Viertel der Patienten (28%) war als Schwerbehinderter anerkannt bzw. einem Schwerbehinderten gleichgestellt. Der Grad der Behinderung lag dabei zwischen 20% und 60%. Weitere Einzelheiten zu den sozialmedizinischen Angaben können Tabelle 13 entnommen werden.

Tabelle 13: Sozialmedizinische Merkmale der teilnehmenden Patienten (Completer-Stichprobe) und statistischer Vergleich von Interventionsgruppe (eMaNa) und Kontrollgruppe (TAU-Min)

	Gesamt	Interventions- gruppe	Kontrollgruppe	Vergleich IG –KG: t- /χ^2-/ U-Test
aktuell AU	N= 57	N= 28	N=29	$\chi^2=,612$
ja	17 (29,8%)	7 (25,0%)	10 (34,5%)	p = ,434
AU-Wochen vor Klinikaufenthalt bei aktueller AU (N=17, s.a. vorherige Variable)	N= 14	N= 6	N= 8	t=,830 p = ,423
M (SD)	36,4 (51,8)	23,0 (15,4)	46,5 (67,4)	
Geplante Rückkehr in das Erwerbsleben	N= 18	N = 9	N=9	U=31,00
Sofort	4 (22,2%)	2 (22,2%)	2 (22,2%)	p = ,436
Innerhalb 1 Monats	4 (22,2%)	0	4 (44,4%)	
Nach 1-3 Monaten	5 (27,8%)	4 (44,4%)	1 (11,1%)	
Nach 4-6 Monaten	2 (11,1%)	2 (22,2%)	0	
Nach 1 Jahr	0	0	0	
Gar nicht mehr	3 (16,7%)	1 (11,1%)	2 (22,2%)	
Laufendes Rentenverfahren	N= 56	N= 27	N=29	$\chi^2=,003$
ja	2 (3,6%)	1 (3,7%)	1 (3,4%)	p = ,959
Anerkennung Schwerbehinderter	N= 51	N= 25	N= 26	$\chi^2=,293$
ja	14 (27,5%)	6 (24,0%)	8 (30,8%)	p = ,588

Anmerkung. Variationen in der Stichprobengröße sind auf fehlende Werte bei einzelnen Angaben im Fragebogen zurückzuführen.

Im Hinblick auf stationäre Vorbehandlungen zeigt sich, dass ca. ein Drittel der Patienten (30%) aufgrund ihrer aktuellen Beschwerden bereits stationär behandelt worden sind. Hinsichtlich ambulanter psychotherapeutischer Vorbehandlungen wird ersichtlich, dass ca. 43% der Patienten schon einmal eine ambulante psychotherapeutische Behandlung erhalten hatte. Ungefähr ein Drittel (34%) der Patienten hatte in den vergangenen 6 Monaten eine ambulante Psychotherapie in Anspruch genommen. Ca. ein Viertel der Patienten (24%) wartete zum Beginn der stationären Behandlung auf einen ambulanten Psychotherapieplatz. Weitere Details

zu der Inanspruchnahme von Vorbehandlungen durch die Completer-Stichprobe können Tabelle 14 entnommen werden.

Tabelle 14: Behandlungsbezogene Merkmale der teilnehmenden Patienten (Completer-Stichprobe) und statistischer Vergleich von Interventionsgruppe (eMaNa) und Kontrollgruppe (TAU-Min)

	Gesamt	Interventions- gruppe	Kontrollgruppe	Vergleich IG –KG: χ^2-Test
Stationäre Vorbehandlung aufgrund aktueller Beschwerden	N= 53	N= 26	N= 27	$\chi^2=1,225$ p = ,268
ja	16 (30,2%)	6 (23,1%)	10 (37,0%)	
Ambulante Psychotherapie (insgesamt)	N= 47	N= 24	N= 23	$\chi^2=,512$ p = ,474
ja	20 (42,6%)	9 (37,5%)	11 (47,8%)	
Ambulante Psychotherapie in den letzten 6 Monaten	N= 53	N =25	N= 28	$\chi^2=2,596$ p = ,458
ja	18 (34,0%)	6 (24,0%)	12 (42,9%)	
Anzahl der Therapiesitzungen	N= 18	N= 6	N= 12	
1 bis 5 Termine	8 (44,4%)	3 (50,0%)	5 (41,6%)	
6 bis 25 Termine	9 (50,0%)	3 (50,0%)	6 (50,0%)	
mehr als 25 Termine	1 (5,6%)	0	1 (8,3%)	
Warten auf ambulante Psychotherapie (aktuell)	N= 55	N = 27	N= 28	$\chi^2=,059$ p = ,808
ja	13 (23,6%)	6 (22,2%)	7 (25,0%)	

Anmerkung. Variationen in der Stichprobengröße sind auf fehlende Werte bei einzelnen Angaben im Fragebogen zurückzuführen.

Bei Betrachtung des Verhaltens in Bezug auf die depressive Symptomatik (Tabelle 15) wird deutlich, dass etwa ein Drittel der Patienten (32%) in dem Monat vor der stationären Aufnahme keine angenehmen Aktivitäten mehr unternommen haben. Dasselbe Bild zeichnet sich in der Teilhabe am sozialen Leben ab: 28% der Patienten hatten in dem Monat vor der stationären Aufnahme an keinen sozialen Aktivitäten (z.B. Leute treffen) mehr teilgenommen.

Tabelle 15: Verhalten in Bezug auf die depressiven Symptomatik der teilnehmenden Patienten (Completer-Stichprobe) und statistischer Vergleich von Interventionsgruppe (eMaNa) und Kontrollgruppe (TAU-Min)

	Gesamt	Interventions- gruppe	Kontrollgruppe	Vergleich IG –KG: χ^2-/ U-Test
Durchführung angenehmer Aktivitäten	N= 50	N= 24	N= 26	$\chi^2=,642$
ja	34 (68,0%)	15 (62,5%)	19 (73,1%)	p = ,423
Häufigkeit der Durchführung angenehmer Aktivitäten	N= 37	N= 16	N= 21	
weniger als einmal in der Woche	14 (37,8%)	7 (43,8%)	7 (33,3%)	U=142,5
einmal in der Woche	11 (29,7%)	5 (31,3%)	6 (28,6%)	p = ,439
mehrmals in der Woche	12 (32,4%)	4 (25,0%)	8 (38,1%)	
täglich	0	0	0	
Teilnahme an sozialen Aktivitäten	N= 51	N= 25	N= 26	$\chi^2=,007$
Ja	37 (72,5%)	18 (72,0%)	19 (73,1%)	p = ,931
Häufigkeit der Teilnahme an sozialen Aktivitäten	N= 39	N= 18	N=21	
weniger als einmal in der Woche	11 (28,2%)	4 (22,2%)	7 (33,3%)	U=178,0
einmal in der Woche	15 (38,5%)	8 (44,4%)	7 (33,3%)	p = ,770
mehrmals in der Woche	12 (30,8%)	6 (33,3%)	6 (28,6%)	
täglich	1 (2,6%)	0	1 (4,8%)	

Anmerkung. Variationen in der Stichprobengröße sind auf fehlende Werte bei einzelnen Angaben im Fragebogen zurückzuführen.

Ca. Hälfte der Patienten (54%) nahm zu Behandlungsbeginn ein Antidepressivum ein. Weitere Angaben zur Einnahme weiterer Medikamentengruppen können Tabelle 16 entnommen werden.

Tabelle 16: Medikamenteneinnahme zu Behandlungsbeginn (T0) der teilnehmenden Patienten (Completer-Stichprobe) und statistischer Vergleich von Interventionsgruppe (eMaNa) und Kontrollgruppe (TAU-Min)

	Gesamt	Interventions- gruppe	Kontrollgruppe	Vergleich IG –KG: χ^2- Test
Einnahme Antidepressiva in den letzten 4 Wochen	N= 50	N= 23	N= 27	$\chi^2=,109$ p = ,741
ja	27 (54,0%)	13 (56,5%)	14 (51,9%)	
Einnahme Schmerzmittel in den letzten 4 Wochen	N= 47	N= 21	N= 26	$\chi^2=,051$ p = ,821
ja	26 (55,3%)	12 (57,1%)	14 (53,8%)	
Einnahme Schlafmittel in den letzten 4 Wochen	N= 39	N= 17	N= 22	$\chi^2=,637$ p = ,425
ja	7 (17,9%)	4 (23,5%)	3 (13,6%)	
Einnahme Beruhigungsmittel in den letzten 4 Wochen	N= 39	N= 16	N= 23	$\chi^2=,547$ p = ,460
ja	7 (17,9%)	2 (12,5%)	5 (21,7%)	

Anmerkung. Variationen in der Stichprobengröße sind auf fehlende Werte bei einzelnen Angaben im Fragebogen zurückzuführen.

Wichtige gesundheitsbezogene Parameter betreffen das Ausmaß der depressiven Symptomatik und Einschränkungen der gesundheitsbezogenen Lebensqualität zu Beginn der eMaNa-Intervention, also zum Messzeitpunkt T1. Die mittleren Summenwerte zur depressiven Symptomatik (IG: M=14; KG: M=15) deuten auf einen jeweils milden Depressionsgrad hin. Weitere Details sind Tabelle 17 zu entnehmen.

Tabelle 17: Gesundheitsbezogene Beschreibung der Completer-Stichprobe zu Ende der stationären Behandlung (T1) und statistischer Vergleich von Interventionsgruppe (eMaNa) und Kontrollgruppe (TAU-Min): depressive Symptomatik

Variable	Gesamt N=57	Interventions- gruppe N=28	Kontrollgruppe N=29	Vergleich IG –KG: t-Test
Depressive Symptomatik (BDI-II)				t=-,463
M (SD)	14,53 (12,34)	13,75 (13,09)	15,28 (11,76)	p = ,645

Anmerkung. Variationen in der Stichprobengröße sind auf fehlende Werte bei einzelnen Angaben im Fragebogen zurückzuführen.

Tabelle 18 gibt die Ergebnisse für die psychische Summenskala (MCS: mental component scale) des SF-8 wieder.

Tabelle 18: Gesundheitsbezogene Beschreibung der Completer-Stichprobe zu Ende der stationären Behandlung (T1) und statistischer Vergleich von Interventionsgruppe (eMaNa) und Kontrollgruppe (TAU-Min): gesundheitsbezogene Lebensqualität

Variable	Gesamt N=56	Interventions- gruppe N=27	Kontrollgruppe N=29	Vergleich IG –KG: t-Test
Gesundheitsbezogene Lebensqualität- Psychische Summenskala (SF-8)				t=-,023
M (SD)	1,67 (0,92)	1,67 (0,84)	1,67 (1,00)	p = ,982

Anmerkung. Variationen in der Stichprobengröße sind auf fehlende Werte bei einzelnen Angaben im Fragebogen zurückzuführen.

Zusätzlich zu den Patientenangaben zu Behandlungsbeginn wurde zum Ende der stationären Behandlung die Patientenzufriedenheit mit ausgewählten Items des ZUF-8 (Schmidt & Nübling, 2002) erhoben. Etwa dreiviertel (71%) der Patienten beurteilten die Qualität der Behandlung als „Gut“, ca. ein Viertel (21%) als „ausgezeichnet“. Fast alle (91%) Studienteilnehmer waren mit dem Ausmaß der Hilfe, dass sie während der stationären Behandlung erhalten haben weitgehend bis sehr zufrieden. Auch hatten die meisten (91%)

Patienten die Art von Behandlung erhalten, welche sie sich für ihren stationären Aufenthalt gewünscht haben. Tabelle 19 gibt weitere Einzelheiten in Bezug auf die Behandlungszufriedenheit wieder.

Tabelle 19: Patientenzufriedenheit zum Ende der stationären Behandlung der teilnehmenden Patienten (Completer-Stichprobe) und statistischer Vergleich von Interventionsgruppe (eMaNa) und Kontrollgruppe (TAU-Min)

	Gesamt	Interventions- gruppe	Kontrollgruppe	Vergleich IG –KG: U-Test
Qualität der Behandlung	N= 56	N= 27	N=29	U=365,5
schlecht	0	0	0	p = ,590
weniger gut	4 (7,1%)	1 (3,7%)	3 (10,3%)	
gut	40 (71,4%)	20 (74,1%)	20 (69,0%)	
ausgezeichnet	12 (21,4%)	6 (22,2%)	6 (20,7%)	
Zufriedenheit mit Hilfe	N= 57	N= 28	N=29	U=389,0
ziemlich unzufrieden	0	0	0	p = ,762
leidlich oder leicht unzufrieden	5 (8,8%)	3 (10,7%)	2 (6,9%)	
weitgehend zufrieden	29 (50,9%)	14 (50,0%)	15 (51,7%)	
sehr zufrieden	23 (40,4%)	11 (39,3%)	12 (41,4%)	
Art der Behandlung	N= 57	N= 28	N=29	U=388,5
eindeutig nicht	1 (1,8%)	0	1 (3,4%)	p = ,750
eigentlich nicht	4 (7,0%)	3 (10,7%)	1 (3,4%)	
im Allgemeinen ja	33 (57,9%)	16 (57,1%)	17 (58,6%)	
eindeutig ja	19 (33,3%)	9 (32,1%)	10 (34,5%)	

Anmerkung. Variationen in der Stichprobengröße sind auf fehlende Werte bei einzelnen Angaben im Fragebogen zurückzuführen.

Die insgesamt positive Beurteilung der stationären Behandlung spiegelt sich auch in der Einschätzung der gesundheitlichen Veränderung wider, die mittels eines globalen Veränderungsitems erhoben wurde. Etwas mehr als die Hälfte der Patienten (52%) fühlte sich zum Behandlungsende „viel“ besser im Vergleich zu Behandlungsbeginn. Einzelheiten können Tabelle 20 entnommen werden.

Tabelle 20: Globale gesundheitliche Veränderung während der stationären Behandlung (retrospektive Einschätzung zu T1) der teilnehmenden Patienten (Completer-Stichprobe) und statistischer Vergleich von Interventionsgruppe (eMaNa) und Kontrollgruppe (TAU-Min)

	Gesamt	Interventions- gruppe	Kontrollgruppe	Vergleich IG –KG: U-Test
Verbesserung im Vergleich zu Behandlungsbeginn	N=56	N= 27	N=29	U=384,00 p = ,893
gar nicht	3 (5,4%)	1 (3,7%)	2 (6,9%)	
leicht	6 (10,7%)	3 (11,1%)	3 (10,3%)	
mäßig	16 (28,6%)	8 (29,6%)	8 (27,6%)	
viel	29 (51,8%)	14 (51,9%)	15 (51,7%)	
sehr viel	2 (3,6%)	1 (3,7%)	1 (3,4%)	

Anmerkung. Variationen in der Stichprobengröße sind auf fehlende Werte bei einzelnen Angaben im Fragebogen zurückzuführen.

Für den größten Anteil der Patienten (74%) war die depressive Erkrankung der Anlass für die stationäre Behandlung und somit Hauptbehandlungsanliegen. Durchschnittlich nahmen die Studienteilnehmer an 6 psychotherapeutische Einzelsitzungen und 8 gruppentherapeutischen Sitzungen zur Depressionsbehandlung teil (s.a. Tabelle 21).

Tabelle 21: Hauptbehandlungsanliegen /Anzahl der stationären Depressionssitzungen der teilnehmenden Patienten (Completer-Stichprobe) sowie statistischer Vergleich von Interventionsgruppe (eMaNa) und Kontrollgruppe (TAU-Min)

	Gesamt	Interventions- gruppe	Kontroll- gruppe	Vergleich IG –KG: t- / χ^2- Test
Depressive Erkrankung als Anlass für die stationäre Behandlung	N= 57	N= 28	N= 29	$\chi^2=,678$ p = ,410
ja	42 (73,7%)	22 (78,6%)	20 (69,0%)	

Fortsetzung Tabelle 21

Anzahl psychotherapeutischer Einzelsitzungen	N= 50	N= 22	N= 28	t=-,262
zur Depressionsbehandlung				p = ,794
M (SD)	5,9 (3,3)	5,8 (4,3)	6 (2,4)	
<hr/>				
Anzahl gruppentherapeutischer Sitzungen	N= 53	N= 25	N=28	t=-1,173
zur Depressionsbehandlung				p = ,246
M (SD)	8,3 (5,9)	7,3 (4,4)	9,2 (6,9)	

Anmerkung. Variationen in der Stichprobengröße sind auf fehlende Werte bei einzelnen Angaben im Fragebogen zurückzuführen.

6.1.3 Unterschiede zwischen den Treatmentgruppen in initialen Merkmalen (ITT- und Completer-Stichprobe)

Für die Intention-to-Treat Stichprobe liegen keine Unterschiede zwischen IG und KG im Hinblick auf nahezu sämtliche untersuchten initialen Parametern (s.a. Tabelle 2 bis Tabelle 11) vor. Eine Ausnahme bildet der Anteil der Patienten, der bereits eine stationäre Vorbehandlung aufgrund der aktueller Beschwerden in Anspruch genommen hat ($\chi^2 = 4,55$; $p = ,033$; s.a. Tabelle 4).

IG und KG der Completer-Stichprobe unterscheiden sich nicht signifikant in allen untersuchten initialen Parametern (s.a. Tabelle 12 bis Tabelle 21).

6.1.4 Drop-Out-Analyse (Studien-Drop Out)

Um mögliche Stichprobenverzerrungen aufgrund von Studienabbrechern zu identifizieren, wurden Drop Out-Analysen in Bezug auf Studienabbrecher durchgeführt. Dabei werden diejenigen Studienteilnehmer als „Abbrecher“ bezeichnet, von denen der Fragebogen zum Messzeitpunkt T2 nicht vorliegt. Die Gruppe der Abbrecher bildet aufgrund der Vollständigkeit der Daten zu T1 genau die Differenzgruppe aus ITT- und Completerstichprobe (d.h. die ITT-Gruppe setzt sich zusammen aus der Completer- und der Abbrecher-Gruppe). Die Abbrecherquote liegt insgesamt bei 38% und ist hiermit vergleichbar mit anderen Studien (Melville et al., 2010). Abbildung 1 gibt die Abbrecherraten im Studienverlauf nach der Randomisierung wieder.

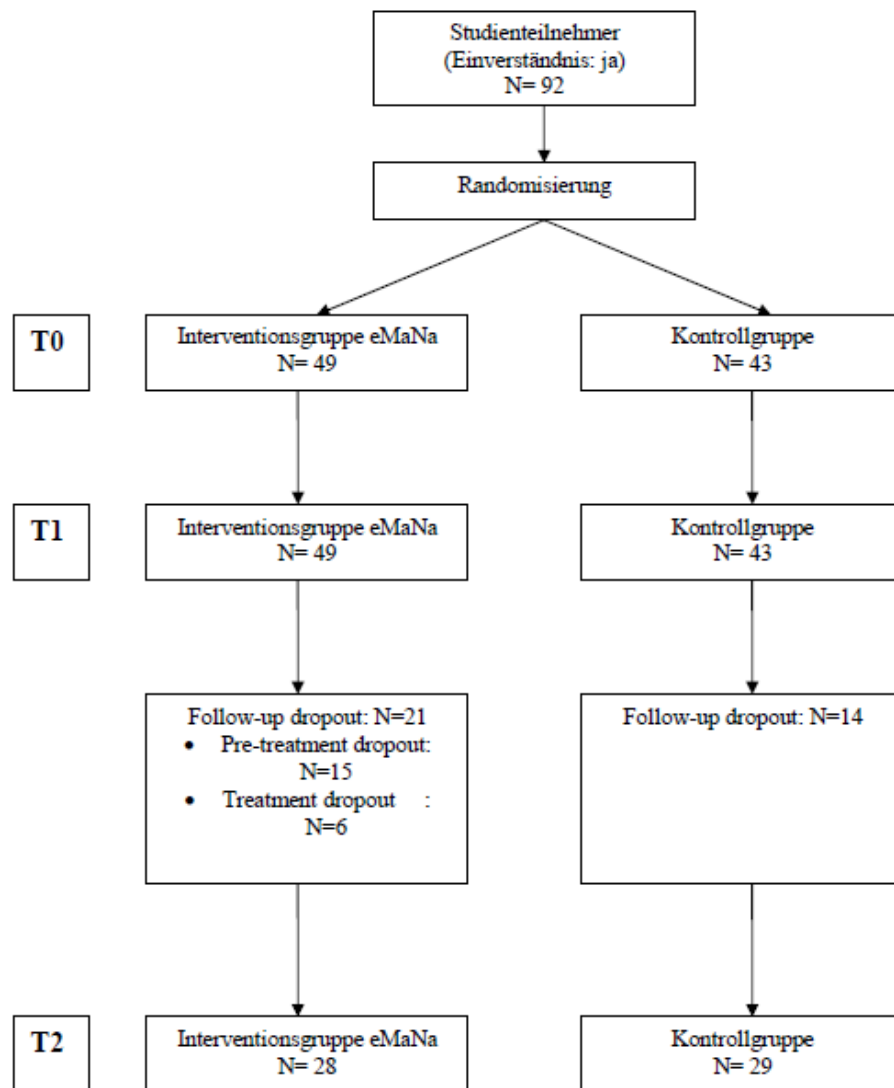


Abbildung 1: Drop-Out der Studienteilnehmer nach Randomisierung, aufdifferenziert nach Pre-Treatment Drop-Outs, d.h. Patienten, die nicht auf die erste E-Mail des Therapeuten reagiert haben und somit vor Beginn der Intervention (aber nach Einverständnis) ausgeschieden sind, und Treatment Drop-Outs, d.h. Patienten, die mindestens einem E-Mail-Kontakt im Rahmen von eMaNa hatten und danach ausgeschieden sind.

Für die Analysen wurden Abbrecher und Completer auf ausgewählten soziodemographischen (Alter, Geschlecht, Familienstand, Schulabschluss, Berufsabschluss, Erwerbstätigkeit), sozialmedizinischen (AU vor dem stationären Aufenthalt, laufendes Rentenverfahren) und behandlungsbezogenen (Stationäre Vorbehandlung aufgrund aktueller Beschwerden, ambulante Psychotherapie in den letzten 6 Monaten, Warten auf ambulante Psychotherapie) Variablen miteinander verglichen. Zudem wurde auf Unterschiede zwischen Abbrechern und

Completern im Hinblick auf die Medikamenteneinnahme zu Behandlungsbeginn (Antidepressiva), die Patientenzufriedenheit zum Ende der stationären Behandlung (Qualität der Behandlung, wahrgenommene gesundheitliche Veränderung) und in den Hauptzielgrößen (depressive Symptomatik, gesundheitsbezogene Lebensqualität) zu eMaNa-Beginn geprüft. Die Prüfung erfolgte mittels χ^2 -Tests, t-Tests und Mann-Whitney-U-Test.

Die Drop-out Analysen zeigen lediglich einen signifikanten Unterschied für die Variable Alter (Studienabbrecher sind im Durchschnitt 5 Jahre jünger, $t(60) = 2,2$; $p = .031$). Für alle anderen untersuchten Variablen zeigen sich keine systematischen Unterschiede in den beiden Gruppen.

6.2 Stationärer Verlauf (T0 zu T1)

Im Folgenden werden für die Interventionsgruppe und die Kontrollgruppe längsschnittliche Veränderungen in dem primären Ergebniskriterium depressive Symptomatik sowie in dem sekundären Ergebniskriterium gesundheitsbezogene Lebensqualität beschrieben. Es stehen dabei die Veränderungen während des stationären Aufenthalts, also die Veränderungen zwischen Reha-Beginn (T0) und Reha-Ende (T1), im Vordergrund. Analog zu Kapitel 6.1 werden zunächst die Veränderungen für die Intention-to-Treat- Stichprobe, daran anschließend die Veränderungen für die Completer-Stichprobe beschrieben.

6.2.1 Stationärer Verlauf: Intention-to-Treat-Stichprobe

Im BDI-II zeigen sich sowohl in der Interventions- als auch der Kontrollgruppe deutliche Symptomrückgänge zwischen Reha-Beginn (T0) und Reha-Ende (T1) (vgl. Tabelle 22). Die Reduktion der depressiven Symptomatik entspricht in beiden Untersuchungsgruppen einem großen Effekt in der Effektgrößenmetrik nach Cohen (IG: $d=0,86$; KG: $d=0,79$). Die Prä-Post-Veränderungen sind in beiden Gruppen signifikant (vgl. auch Tabelle 22). Auch im sekundären Ergebniskriterium gesundheitsbezogene Lebensqualität werden sowohl für Interventions- als auch Kontrollgruppe signifikante Verbesserungen zwischen Reha-Beginn und Reha-Ende sichtbar (vgl. Tabelle 22). Besonders deutlich fällt der Effekt für die IG mit $d=1,01$ aus, aber auch die Kontrollgruppe weist mit einem $d=0,70$ einen mittelgroßen Besserungseffekt auf. Auch im SF8 sind die Prä-Post-Veränderungen in beiden Gruppen signifikant (vgl. auch Tabelle 22).

Tabelle 22: Stationäre Innergruppeneffekte (Cohen`s d) von Interventionsgruppe (eMaNa) und Kontrollgruppe (TAU-Min) von Reha-Beginn (T0) bis zu Reha-Ende (T1); ITT-Stichprobe

Zielgröße	n	Reha-Beginn T0 M (SD)	Reha-Ende T1 M (SD)	t-Test	p	d
BDI II						
Depressive Symptomatik						
IG	49	24,70 (11,45)	14,86 (11,90)	t=6,99	,000	0,86
KG	43	23,12 (11,30)	14,14 (10,77)	t=4,89	,000	0,79
SF-8						
(Psychische Summenskala)						
IG	48	2,43 (0,70)	1,72 (0,76)	t=6,68	,000	1,01
KG	43	2,22 (0,86)	1,62 (0,94)	t=4,36	,000	0,70

Anmerkung. Variationen in der Stichprobengröße sind auf fehlende Werte bei einzelnen Angaben im Fragebogen zurückzuführen.

6.2.2 Stationärer Verlauf: Completer-Stichprobe

Auch für die Completer-Stichprobe zeigen sich im BDI-II sowohl in der Interventions- als auch der Kontrollgruppe deutliche, signifikante Symptomverbesserungen zwischen Reha-Beginn und Reha-Ende (vgl. Tabelle 23). Diese fällt für die Patienten der IG, die allerdings zu Reha-Beginn (T0) eine ausgeprägtere Symptombelastung aufweisen, noch stärker aus als für die Patienten der KG. Die Reduktion der depressiven Symptomatik entspricht in der Interventionsgruppe einen großen ($d=1.05$), in der Kontrollgruppe einen mittleren ($d=0,52$) Effekt zu Reha-Ende (T1). Auch im sekundären Ergebniskriterium gesundheitsbezogene Lebensqualität werden sowohl für Interventions- als auch Kontrollgruppe signifikante Verbesserungen zwischen Reha-Beginn und Reha-Ende sichtbar (vgl. Tabelle 23). Auch hier fällt der Effekt für die IG mit $d=1.42$ besonders deutlich aus. Patienten der KG weisen mit einem $d=0,41$ lediglich einen kleinen bis mittleren Besserungseffekt auf (vgl. auch Tabelle 23).

Tabelle 23: Stationäre Innergruppeneffekte (Cohen`s d) von Interventionsgruppe (eMaNa) und Kontrollgruppe (TAU-Min) von Reha-Beginn (T0) bis zu Reha-Ende (T1)

Zielgröße	n	Reha-Beginn T0 M (SD)	Reha-Ende T1 M (SD)	t-Test	p	d
BDI II						
Depressive Symptomatik						
IG	28	26,05 (11,77)	13,75 (13,09)	t=6,46	,000	1,05
KG	29	20,91 (10,89)	15,28 (11,76)	t=2,50	,018	0,52
SF-8						
(Psychische Summenskala)						
IG	27	2,61 (0,66)	1,67 (0,84)	t=6,51	,000	1,42
KG	29	2,03 (0,88)	1,67 (1,00)	t=2,10	,045	0,41

Anmerkung. Variationen in der Stichprobengröße sind auf fehlende Werte bei einzelnen Angaben im Fragebogen zurückzuführen.

Zusätzlich wurden innerhalb der Completer-Stichprobe die stationären Behandlungseffekte für diejenigen Patienten analysiert, die im späteren Studienverlauf, während der eMaNa-Intervention, eine mit höherer Anzahl an eMaNa-Kontakten erhalten haben (Analyse der IG mit Ausschluss von denjenigen Patienten, die nur eine geringe Anzahl an E-Mail-Kontakte (weniger als 5) aufweisen). Tabelle 24 gibt die Ergebnisse wieder.

Tabelle 24: Stationäre Innergruppeneffekte (Cohen`s d) von Interventionsgruppe (eMaNa) und Kontrollgruppe (TAU-Min) von Beginn der stationären Behandlung (T0) bis zu Ende der stationären Behandlung (T1)

Zielgröße	n	Reha-Beginn T0 M (SD)	Reha-Ende T1 M (SD)	t-Test	p	d
BDI II						
Depressive Symptomatik						
IG	19	24,34 (11,03)	9,84 (10,29)	t=6,19	,000	1,31

SF-8						
(Psychische						
Summenskala)						
IG	18	2,49 (0,58)	1,49 (0,84)	t=5,08	,000	1,72

Anmerkung. Variationen in der Stichprobengröße sind auf fehlende Werte bei einzelnen Angaben im Fragebogen zurückzuführen.

Für die genannte IG-Subgruppe zeigen sich im stationären Verlauf sowohl im Hinblick auf die depressive Symptomatik als auch auf die gesundheitsbezogene Lebensqualität sehr deutliche Besserungseffekte.

6.3 Effektivität von eMaNa: Depressive Symptomatik (primary outcome)

Im Folgenden werden zunächst die Ergebnisse der Untersuchung für das primäre Outcomekriterium depressive Symptomatik beschrieben. Der Aufbau der folgenden Abschnitte orientiert sich an der jeweils den Analysen zugrunde liegenden Stichprobe. In Kapitel 6.3.1 werden zunächst die Innergruppeneffekte für die Intention-to-Treat (ITT)-Stichprobe, bei der fehlende Daten durch eine Last-Observation-Carried-Forward (LOCF)-Methode (s.a. Kapitel 5) ersetzt wurden, berichtet. Als Hauptauswertungsstrategie werden anschließend Unterschiede zwischen IG und KG für den Messzeitpunkt T2 (drei Monate nach Beendigung des stationären Aufenthalts) dargestellt (Intergruppeneffekte) und somit die Ergebnisse zur Hauptfragestellung des Projekts vorgestellt. In Kapitel 6.3.2. werden dann anschließend als eine erste Sensitivitätsanalyse die Innergruppen- und Intergruppeneffekte für die Completer-Stichprobe, bei der die Daten zu den interessierenden Messzeitpunkten (T1, T2) vollständig vorliegen, dargestellt. In Kapitel 6.3.3 schließt sich eine weitere Sensitivitätsanalyse der Interventionsgruppe mit Ausschluss von denjenigen Patienten, die lediglich eine geringe Anzahl an E-Mail-Kontakten (weniger als 5) und somit eine geringe Dosis der Intervention erhalten haben, an (s.a. Kapitel 5.6).

Die vorgenommenen Ergebnisanalysen sind als vorläufig anzusehen, da diese nicht mit der ursprünglich angestrebten Stichprobengröße durchgeführt werden konnten (s.a. Kapitel 5.7, Kapitel 8. Die Effektstärken sowie die Sensitivitätsanalysen sind vor diesem Hintergrund von besonderer Bedeutung.

6.3.1 Intention-to-Treat-Analysen

6.3.1.1 Innergruppeneffekte

Sowohl in der Interventions- als auch in der Kontrollgruppe zeigen sich im BDI-II im Sinne eines Rebound-Effektes leichte Symptomanstiege zwischen dem Messzeitpunkt T1 (Reha-Ende) und dem Messzeitpunkt T2 (drei Monate nach Beendigung des stationären Aufenthalts). Die Symptombelastung zum Ende des stationären Reha-Aufenthalts unterscheidet sich nicht signifikant zwischen Interventions- und Kontrollgruppe (s.a. Kapitel 6.1). Die Zunahme der depressiven Symptomatik entspricht in der Effektgrößenmetrik (s.a. Kapitel 5.6) nicht einmal einem kleinen Effekt (IG: $d=-0,16$; KG: $d=-0,11$). Details sind der Tabelle 25 zu entnehmen.

Tabelle 25: Innergruppeneffekte (Cohen`s d) der depressiven Symptomatik von der Interventionsgruppe (eMaNa) und der Kontrollgruppe (TAU-Min) von Ende der stationären Behandlung (T1) bis drei Monate nach Beendigung der Behandlung (T2) (ITT-Stichprobe)

Zielgröße	n	Reha-Ende T1 M (SD)	3 Monate T2 M (SD)	t-Test	p	Cohen`s d
BDI II						
IG	49	14,86 (11,90)	16,71 (12,14)	$t=-1,79$,080	0,16
KG	43	14,14 (10,77)	15,35 (10,42)	$t=-,925$,360	0,11

Anmerkungen. IG: Interventionsgruppe eMaNa; KG: Kontrollgruppe TAU-Min. BDI-II: Becks-Depressions-Inventar II; t: t-test für abhängige Stichproben; p-Werte: zweiseitig; d: prä-post-Effektstärke der Veränderung, berechnet mit der prä-Standardabweichung

6.3.1.2 Intergruppeneffekte

Als Hypothese zur Hauptfragestellung A wurde erwartet, dass die Interventionsgruppe eMaNa der Kontrollgruppe TAU-Min hinsichtlich des Behandlungserfolges überlegen ist, d.h. sich die Patienten der Interventionsgruppe von Rehabilitationsende (T1) zu Follow Up (T2) ein signifikant niedrigeres Ausmaß an depressiver Symptomatik aufweisen als Patienten mit TAU-Min.

Unter statistischer Kontrolle der depressiven Symptomatik bei Reha-Ende (Einschluss der Kovariate BDI-II zu T1) zeigt sich zu T2 kein statistisch signifikanter Haupteffekt (T2: $F(1)=.278$, $p=.599$; vgl. auch Tabelle 26) der beiden Untersuchungsgruppen (eMaNa/TAU-Min). Die entsprechende Effektgröße weist auf einen noch nicht einmal kleinen Effekt hin ($\eta^2=.003$). Dementsprechend zeigen sich entgegen der Erwartung keine Unterschiede zwischen IG und KG im Hinblick auf das Ausmaß der depressiven Symptomatik zu T2.

Tabelle 26: Intergruppeneffekt (η^2) der depressiven Symptomatik von der Interventionsgruppe (eMaNa) und der Kontrollgruppe (TAU-Min) von Ende der stationären Behandlung (T1) bis drei Monate nach der Beendigung (T2) (ITT-Stichprobe)

ANCOVA						
Haupteffekt <i>Gruppe</i> (IG, KG)						
Zielgröße	n	3 Monate nach Reha-Ende	T2	F	p	η^2
		Marginal Mean (S.E.)				
BDI II						
IG	49	16,46 (1,14)		,278	,599	,003
KG	43	15,64 (1,07)				

Anmerkungen. IG: Interventionsgruppe eMaNa; KG: Kontrollgruppe TAU-Min. BDI-II: Becks-Depressions-Inventar II; ANCOVA zu T2 mit Kovariate BDI-II zu T1 zur Kontrolle von Ausgangsunterschieden; p-Werte: zweiseitig; η^2 : Effektgröße.

Auch bei zusätzlicher statistischer Kontrolle der stationären Veränderung (s.a. Kapitel 5.7) der depressiven Symptomatik (Einschluss der weiteren Kovariate: BDI-II T0-T1-Differenzwert) zeigt sich zu T2 kein statistisch signifikanter Haupteffekt (T2: $F(1)=.161$, $p=.689$) der beiden Untersuchungsgruppen (eMaNa/TAU-Min).

Abbildung 2 gibt zur Anschauung den Verlauf der depressiven Symptomatik von Interventions- und Kontrollgruppe (ITT-Stichprobe) wieder.

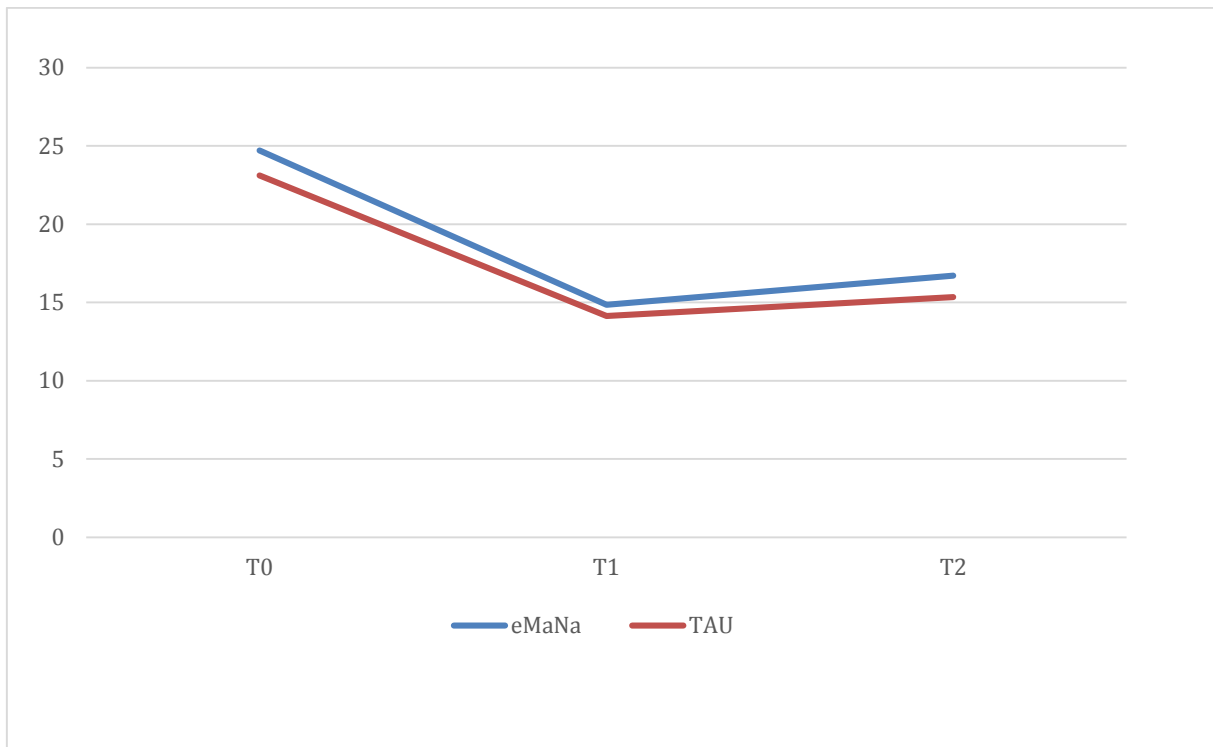


Abbildung 2: Verlauf der depressiven Symptomatik von Interventions- und Kontrollgruppe (ITT-Stichprobe)

6.3.2 Completer-Analysen

6.3.2.1 Innergruppeneffekte

Auch in der Completer-Stichprobe steigt innerhalb der beiden Gruppen die Symptombelastung im BDI-II zwischen den beiden Messzeitpunkten T1 und T2 leicht an (vgl. Tabelle 27). Der Anstieg ist ebenfalls nicht signifikant und entspricht in der Interventionsgruppe einem kleinen (IG: $d=0,25$) und in der Kontrollgruppe nicht einmal einem kleinen Effekt (KG: $d=0,15$). Weitere Einzelheiten sind Tabelle 27 zu entnehmen.

Tabelle 27: Innergruppeneffekte (Cohen's d) der depressiven Symptomatik von der Interventionsgruppe (eMaNa) und der Kontrollgruppe (TAU-Min) von Ende der stationären Behandlung (T1) bis drei Monate nach der Beendigung (T2) (Completer-Stichprobe)

Zielgröße	n	Reha-Ende T1 M (SD)	3 Monate T2 M (SD)	t-Test	p	Cohen's d
BDI II						
IG	28	13,75 (13,09)	17,00 (13,59)	$t=1,820$,080	0,25

Fortsetzung Tabelle 27

KG	29	15,28 (11,76)	17,07 (11,05)	t = -,924	,363	0,15
----	----	---------------	---------------	-----------	------	------

Anmerkungen. IG: Interventionsgruppe eMaNa; KG: Kontrollgruppe TAU-Min. BDI-II: Becks-Depressions-Inventar II; t: t-test für abhängige Stichproben; p-Werte: zweiseitig; d: prä-post-Effektstärke der Veränderung, berechnet mit der prä-Standardabweichung

6.3.2.2 Intergruppeneffekte

Auch beim direkten Vergleich der beiden Gruppen im Hinblick auf die depressive Symptomatik zeigt sich unter statistischer Kontrolle der depressiven Symptomatik bei Reha-Ende (Einschluss der Kovariate BDI-II zu T1) zu T2 kein statistisch signifikanter Haupteffekt (T2: $F(1)=.154$, $p=.696$); vgl. auch Tabelle 28).

Tabelle 28: Intergruppeneffekt (η^2) der depressiven Symptomatik von der Interventionsgruppe (eMaNa) und der Kontrollgruppe (TAU-Min) von Ende der stationären Behandlung (T1) bis drei Monate nach der Beendigung (T2) (Completer-Stichprobe)

ANCOVA					
Haupteffekt Gruppe (IG, KG)					
Zielgröße	n	3 Monate nach Reha-Ende T2	F	p	η^2
Marginal Mean (S.E.)					
BDI II					
IG	28	17,52 (1,74)	,154	,696	,003
KG	29	16,57 (1,71)			

Anmerkungen. IG: Interventionsgruppe eMaNa; KG: Kontrollgruppe TAU-Min. BDI-II: Becks-Depressions-Inventar II; ANCOVA zu T2 mit Kovariate BDI-II zu T1 zur Kontrolle von Ausgangsunterschieden; p-Werte: zweiseitig; η^2 : Effektgröße.

Entgegen der Hypothese zur Hauptfragestellung A zeigt sich somit auch in der Completer-Stichprobe keine Überlegenheit der Interventionsgruppe eMaNa gegenüber der Kontrollgruppe hinsichtlich des Behandlungserfolges. Auch bei zusätzlicher statistischer Kontrolle der stationären Veränderung (s.a. Kapitel 5.7) der depressiven Symptomatik (Einschluss der

weiteren Kovariate: BDI-II T0-T1-Differenzwert) zeigt sich zu T2 kein statistisch signifikanter Haupteffekt (T2: $F(1)=.071$, $p=.791$) der beiden Untersuchungsgruppen.

Abbildung 3 gibt zur Anschauung den Verlauf der depressiven Symptomatik von Interventions- und Kontrollgruppe (Completer-Stichprobe) wieder.

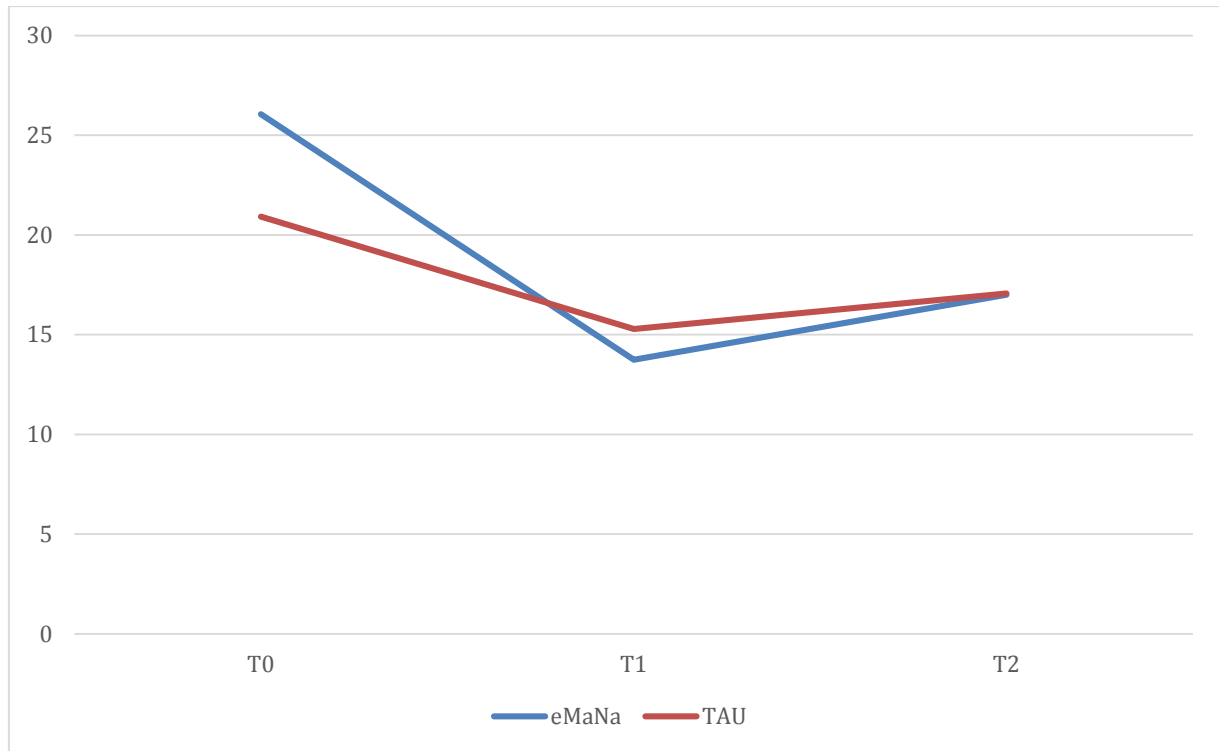


Abbildung 3: Verlauf der depressiven Symptomatik von Interventions- und Kontrollgruppe (Completer-Stichprobe)

6.3.3 Sensitivitätsanalysen: Stichprobe mit höherer Anzahl an eMaNa-Kontakten

6.3.3.1 Innergruppeneffekte

In der Substichprobe der IG-Patienten mit mindestens fünf eMaNa-Kontakten, d.h. bei Ausschluss von denjenigen Patienten, die nur eine geringe Dosis der Intervention erhalten haben, steigt zwischen den beiden Messzeitpunkten T1 und T2 die depressive Symptomatik im BDI-II ebenfalls wieder leicht an. Der Anstieg entspricht in der Interventionsgruppe einer kleinen Effektstärke (IG: $d=0,33$), die aber nicht signifikant abgesichert werden kann und in der Kontrollgruppe nicht einmal einem kleinen Effekt (KG: $d=0,15$). Weitere Einzelheiten sind Tabelle 29 zu entnehmen.

Tabelle 29: Innergruppeneffekte (Cohen`s d) der depressiven Symptomatik von der Interventionsgruppe (eMaNa) und der Kontrollgruppe (TAU-Min) von Ende der stationären Behandlung (T1) bis drei Monate nach der Beendigung (T2) (Sensitivitätsanalyse: Substichprobe der IG mit höherer Anzahl an eMaNa-Kontakten)

Zielgröße	n	Reha-Ende T1 M (SD)	3 Monate T2 M (SD)	t-Test	p	Cohen`s d
BDI II						
IG	19	9,84 (10,29)	13,21 (11,59)	t =1,802	,088	0,33
KG	29	15,28 (11,76)	17,07 (11,05)	t =-,924	,363	0,15

Anmerkungen. IG: Interventionsgruppe eMaNa; KG: Kontrollgruppe TAU-Min. BDI-II: Becks-Depressions-Inventar II; t: t-test für abhängige Stichproben; p-Werte: zweiseitig; d: prä-post-Effektstärke der Veränderung, berechnet mit der prä-Standardabweichung

Bei Betrachtung der BDI-II-Rohwerte fällt auf, dass die Patienten, die eine höhere Anzahl an eMaNa-Kontakte aufweisen und somit im Verhältnis lange an der E-Mail-Nachsorge teilgenommen haben und nicht frühzeitig ausgeschieden sind, eine insgesamt eher niedrige Ausgangsbelastung (M=9,84) zum Reha-Ende T1 aufweisen (s.a. Kapitel 6.2.2 , Kapitel 8).

6.3.3.2 Intergruppeneffekte

Die IG-Patienten mit adäquater Therapiedosis und KG-Patienten unterscheiden sich im direkten Vergleich der beiden Gruppen entgegen der Erwartung zur 3-Monats-Follow Up ebenfalls nicht signifikant voneinander (T2: F(1)= .022, p=.883; vgl. auch Tabelle 30).

Tabelle 30: Intergruppeneffekt (η^2) der depressiven Symptomatik von der Interventionsgruppe (eMaNa) und der Kontrollgruppe (TAU-Min) von Ende der stationären Behandlung (T1) bis drei Monate nach der Beendigung (T2) (Sensitivitätsanalyse: Substichprobe der IG mit höherer Anzahl an eMaNa-Kontakten)

ANCOVA					
Haupteffekt <i>Gruppe (IG, KG)</i>					
Zielgröße	n	3 Monate nach Reha-Ende T2	F	p	η^2
		Marginal Mean (S.E.)			
BDI II					
IG	19	15,30 (2,06)	,022	,883	,000
KG	29	15,70 (1,65)			

Anmerkungen. IG: Interventionsgruppe eMaNa; KG: Kontrollgruppe TAU-Min. BDI-II: Becks-Depressions-Inventar II; ANCOVA zu T2 mit Kovariate BDI-II zu T1 zur Kontrolle von Ausgangsunterschieden; p-Werte: zweiseitig; η^2 : Effektgröße.

Der nicht vorhandene Unterschied zwischen der Interventions- und der Kontrollgruppe zu T2 bestätigt sich im Eta-Quadrat, dass mit einem Wert von $\eta^2=.000$ keinen Effekt aufweist (vgl. auch Tabelle 30). Auch hier zeigt sich bei zusätzlicher statistischer Kontrolle der stationären Veränderung (s.a. Kapitel 5.7) der depressiven Symptomatik (Einschluss der weiteren Kovariate: BDI-II T0-T1-Differenzwert) zu T2 kein statistisch signifikanter Haupteffekt (T2: $F(1)=.524$, $p=.473$).

6.4 Effektivität von eMaNa: Gesundheitsbezogene Lebensqualität (Secondary outcome)

Im folgenden Kapitel werden analog zum vorherigen Kapitel (s.a. Kapitel 6.3) die Ergebnisse für das sekundäre Ergebniskriterium gesundheitsbezogene Lebensqualität beschrieben. Dementsprechend werden Inner- und Intergruppeneffekte für die Intention-to-Treat-Stichprobe, die Completer-Stichprobe und die Patientenstichprobe mit Ausschluss von denjenigen Patienten, die nur eine geringe Anzahl an E-Mail-Kontakten (weniger als 5) hatten, dargestellt.

6.4.1 Intention-to-Treat-Stichprobe

6.4.1.1 Innergruppeneffekte

Für die Interventionsgruppe bleibt die Belastung zwischen dem Messzeitpunkt T1 (Reha-Ende) und dem Messzeitpunkt T2 (drei Monate nach Beendigung des stationären Aufenthalts) stabil. In der Kontrollgruppe zeichnet sich ein leichter Anstieg der Einschränkung der Lebensqualität, d.h. in Richtung Verschlechterung, von T1 zu T2 ab im Sinne eines Rebound-Effekts ab. In der Effektgrößenmetrik entsprechen die Veränderungen sowohl in der IG als auch der KG noch nicht einmal einem kleinen Effekt. Die Veränderungen sind jeweils nicht signifikant. Details sind der Tabelle 31 zu entnehmen.

Tabelle 31: Innergruppeneffekte (Cohen`s d) der gesundheitsbezogenen Lebensqualität (psychische Lebensqualität) von der Interventionsgruppe (eMaNa) und der Kontrollgruppe (TAU-Min) von Ende der stationären Behandlung (T1) bis drei Monate nach der Beendigung (T2) (ITT-Stichprobe)

Zielgröße	n	Reha-Ende T1 M (SD)	3 Monate T2 M (SD)	t-Test	p	Cohen`s d
SF-8 (psychische Lebensqualität)						
IG	48	1,72 (.76)	1,71 (.82)	t = ,125	,901	0,01
KG	43	1,62 (.94)	1,77 (.92)	t =-1,34	,188	0,16

Anmerkungen. IG: Interventionsgruppe eMaNa; KG: Kontrollgruppe TAU-Min. SF-8: Short Form-8 (psychische Lebensqualität: Höhere Werte spiegeln eine höhere Einschränkung der Lebensqualität wider); t: t-test für abhängige Stichproben; p-Werte: zweiseitig; d: prä-post-Effektstärke der Veränderung, berechnet mit der prä-Standardabweichung

6.4.1.2 Intergruppeneffekt

Als Hypothese zur Hauptfragestellung A wurde erwartet, dass die Interventionsgruppe eMaNa der Kontrollgruppe TAU-Min auch hinsichtlich des Ausmaßes der Einschränkung der gesundheitlichen Lebensqualität überlegen ist, d.h. die Patienten der IG von Rehabilitationsende (T1) zu Follow Up (T2) ein signifikant niedrigeres Ausmaß an

Einschränkung ihrer gesundheitsbezogenen Lebensqualität aufweisen als Patienten mit TAU-Min.

Unter statistischer Kontrolle der gesundheitsbezogenen Lebensqualität bei Reha-Ende (Einschluss der Kovariate SF-8 zu T1) zeigt sich zu T2 kein statistisch signifikanter Haupteffekt (T2: $F(1)=1.045$, $p=.309$; vgl. auch Tabelle 32) der beiden Untersuchungsgruppen (eMaNa/TAU-Min). Die entsprechende Effektstärke ($\eta^2=.012$) weist auf einen schwachen Effekt hin. Es zeigen sich somit entgegen der Erwartung keine signifikanten Unterschiede zwischen IG und KG im Hinblick auf das Ausmaß der Einschränkung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität zu T2, allerdings zeigt sich eine kleine Effektstärke der Unterschiedlichkeit in hypothesenkonformer Richtung.

Tabelle 32: Intergruppeneffekt (η^2) der gesundheitsbezogenen Lebensqualität (psychische Lebensqualität) von der Interventionsgruppe (eMaNa) und der Kontrollgruppe (TAU-Min) von Ende der stationären Behandlung (T1) bis drei Monate nach der Beendigung (T2) (ITT-Stichprobe)

ANCOVA					
Haupteffekt Gruppe (IG, KG)					
Zielgröße	n	3 Monate nach Reha-Ende T2	F	p	η^2
Marginal Mean (S.E.)					
SF-8					
(psychische Lebensqualität)					
IG	48	1,67 (.089)	1,045	,309	,012
KG	43	1,81 (.094)			

Anmerkungen. IG: Interventionsgruppe eMaNa; KG: Kontrollgruppe TAU-Min. BDI-II: Becks-Depressions-Inventar II; ANCOVA zu T2 mit Kovariate BDI-II zu T1 zur Kontrolle von Ausgangsunterschieden; p-Werte: zweiseitig; η^2 : Effektgröße.

Auch bei zusätzlicher statistischer Kontrolle der stationären Veränderung (s.a. Kapitel 5.7) der gesundheitsbezogenen Lebensqualität (Einschluss der weiteren Kovariate: SF-8 T0-T1-Differenzwert) zeigt sich zu T2 kein statistisch signifikanter Haupteffekt (T2: $F(1)=1.704$, $p=.195$) der beiden Gruppen (eMaNa/TAU-Min).

Abbildung 4 gibt zur Anschauung den Verlauf der Einschränkung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität (psychische Aspekte) von Interventions- und Kontrollgruppe (ITT-Stichprobe) wieder.

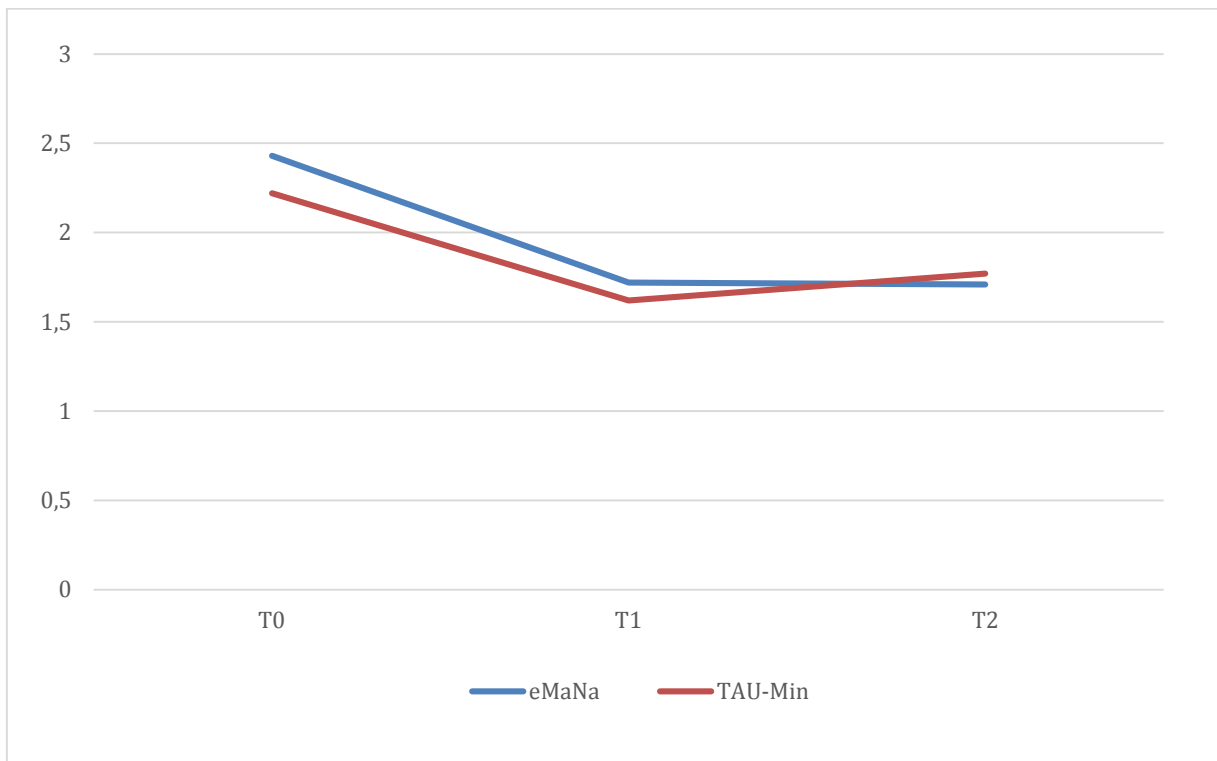


Abbildung 4: Verlauf der Einschränkung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität (psychische Aspekte) von Interventions- und Kontrollgruppe (ITT-Stichprobe)

6.4.2 Completer-Analysen

6.4.2.1 Innergruppen-Effekte

Bei Betrachtung der Completer-Stichprobe wird deutlich, dass sich die Patienten der Interventionsgruppe im Hinblick auf die Einschränkung ihrer gesundheitsbezogenen Lebensqualität zwischen den beiden Messzeitpunkten T1 und T2 stabilisieren; die Belastung tendenziell sogar sehr leicht, allerdings nicht signifikant, zurückgeht. In der Kontrollgruppe steigt der Belastungsgrad zwischen T1 und T2 leicht, ebenfalls nicht signifikant, an (vgl. Tabelle 33). Die Veränderungen entsprechen in der Effektgrößenmetrik in der IG nicht einmal einem kleinen Veränderungseffekt, in der KG einem kleinen Effekt gemäß Cohen (IG: $d=0,02$; KG: $d=0,23$). Weitere Einzelheiten können der Tabelle 33 entnommen werden.

Tabelle 33: Innergruppeneffekte (Cohen`s d) der gesundheitsbezogenen Lebensqualität (psychische Lebensqualität) von der Interventionsgruppe (eMaNa) und der Kontrollgruppe (TAU-Min) von Ende der stationären Behandlung (T1) bis drei Monate nach der Beendigung (T2) (Completer-Stichprobe)

Zielgröße	n	Reha-Ende T1 M (SD)	3 Monate T2 M (SD)	t-Test	p	d
SF-8 (psychische Lebensqualität)						
IG	27	1,67 (.84)	1,65 (.93)	t =,124	,902	0,02
KG	29	1,67 (1,00)	1,90 (.95)	t =-1,35	,189	0,23

Anmerkungen. IG: Interventionsgruppe eMaNa; KG: Kontrollgruppe TAU-Min. SF-8: Short Form-8 (psychische Lebensqualität: Höhere Werte spiegeln eine höhere Einschränkung der Lebensqualität wieder); t: t-test für abhängige Stichproben; p-Werte: zweiseitig; d: prä-post-Effektstärke der Veränderung, berechnet mit der prä-Standardabweichung

6.4.2.2 Intergruppen-Effekte

Der direkte Vergleich der beiden Gruppen im Hinblick auf die gesundheitsbezogene Lebensqualität zeigt, dass auch hier unter statistischer Kontrolle der Ausgangsbelastung bei Reha-Ende (Einschluss der Kovariate SF-8 zu T1) zu T2 kein statistisch signifikanter Haupteffekt vorliegt (T2: $F(1)=1.44$, $p=.235$; vgl. auch Tabelle 34). Die Effektstärke ist allerdings als klein einzustufen ($\eta^2=.027$).

Tabelle 34: Intergruppeneffekt (η^2) der gesundheitsbezogenen Lebensqualität (psychische Lebensqualität) von der Interventionsgruppe (eMaNa) und der Kontrollgruppe (TAU-Min) von Ende der stationären Behandlung (T1) bis drei Monate nach der Beendigung (T2) (Completer-Stichprobe)

ANCOVA					
Haupteffekt <i>Gruppe (IG, KG)</i>					
Zielgröße	n	3 Monate nach Reha-Ende T2	F	p	η^2
		Marginal Mean (S.E.)			
SF-8					
(psychische Lebensqualität)					
IG	27	1,66 (,147)	1,44	,235	,027
KG	29	1,90 (,142)			

Anmerkungen. IG: Interventionsgruppe eMaNa; KG: Kontrollgruppe TAU-Min. SF-8: Short Form-8 (psychische Lebensqualität: Höhere Werte spiegeln eine höhere Einschränkung der Lebensqualität wieder); ANCOVA zu T2 mit Kovariate SF-8 zu T1 zur Kontrolle von Ausgangsunterschieden; p-Werte: zweiseitig; η^2 : Effektgröße.

Entgegen der Hypothese zur Hauptfragestellung A zeigt sich somit auch in der Completer-Stichprobe keine signifikante Überlegenheit der Interventionsgruppe eMaNa gegenüber der Kontrollgruppe hinsichtlich des Behandlungserfolges, allerdings resultiert eine kleine Effektstärke in erwarteter Richtung.

Bei zusätzlicher statistischer Kontrolle der stationären Veränderung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität (Einschluss der weiteren Kovariate: SF-8 T0-T1-Differenzwert) zeigt sich zu T2 ein statistisch signifikanter Haupteffekt (T2: $F(1)=5,58$, $p=.022$) der beiden Untersuchungsgruppen. Patienten der IG haben zum T2-Follow Up eine geringer ausgeprägte Einschränkung ihrer Lebensqualität. Der Besserungseffekt kann mit einem Eta-Quadrat von .097 als mittelgroß angesehen werden.

Abbildung 5 gibt zur Anschauung den Verlauf der Einschränkung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität (psychische Aspekte) von Interventions- und Kontrollgruppe (Completer-Stichprobe) wieder.

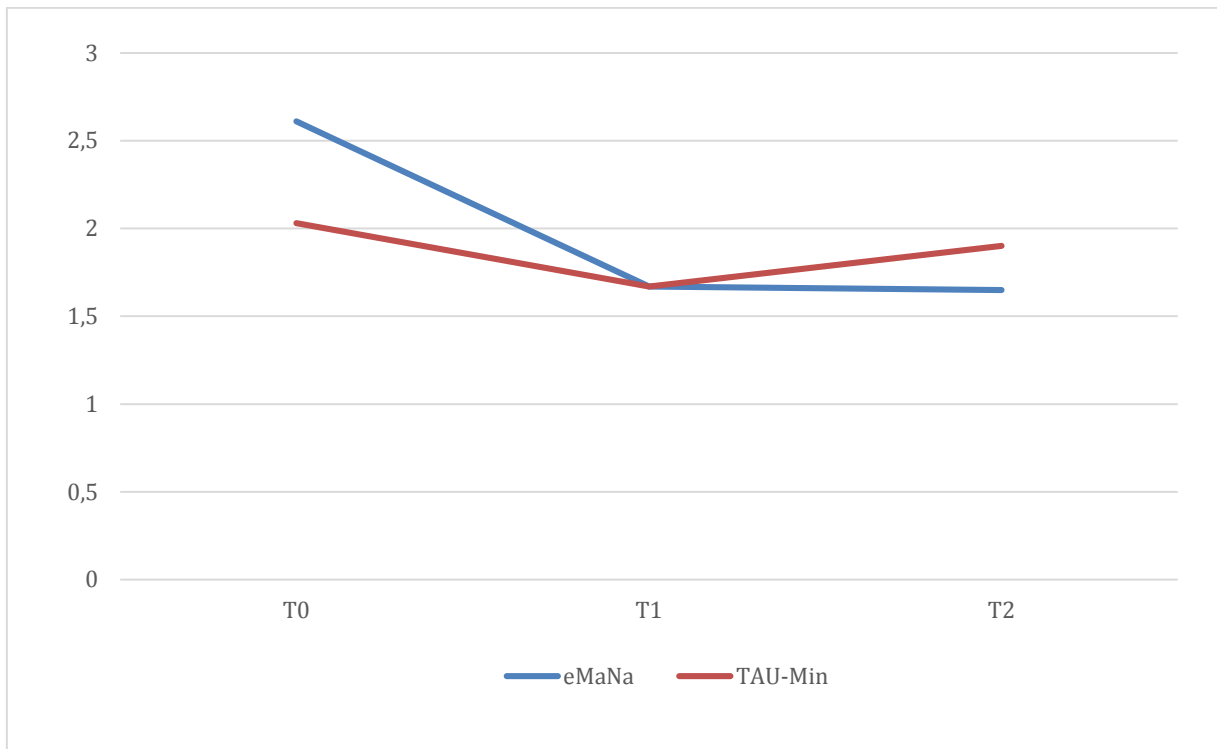


Abbildung 5: Verlauf der Einschränkung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität (psychische Aspekte) von Interventions- und Kontrollgruppe (Completer-Stichprobe)

6.4.3 Sensitivitätsanalysen: Stichprobe mit höherer Anzahl an eMaNa-Kontakten

6.4.3.1 Innergruppeneffekte

In der Patientenstichprobe mit Ausschluss von denjenigen Patienten, die nur eine geringe Anzahl an E-Mail-Kontakten (weniger als 5) aufweisen, zeigt sich, dass sich die Einschränkung in der gesundheitsbezogenen Lebensqualität zum Messzeitpunkt T2 nicht signifikant von T1 unterscheidet. Die durchschnittliche Einschränkung bleibt in der IG nahezu konstant, während in der Kontrollgruppe die Einschränkungen wieder leicht zunehmen, mit einer kleinen Effektstärke. Diese Verschlechterung lässt sich allerdings nicht statistisch absichern. Weitere Einzelheiten sind Tabelle 35 zu entnehmen.

Tabelle 35: Innergruppeneffekte (Cohen`s d) der gesundheitsbezogenen Lebensqualität (psychische Lebensqualität) von der Interventionsgruppe (eMaNa) und der Kontrollgruppe (TAU-Min) von Ende der stationären Behandlung (T1) bis drei Monate nach der Beendigung (T2) (Sensitivitätsanalyse: Substichprobe der IG mit höherer Anzahl an eMaNa-Kontakten)

Zielgröße	n	Reha-Ende T1 M (SD)	3 Monate T2 M (SD)	t-Test	p	Cohen`s d
SF-8 (psychische Lebensqualität)						
IG	18	1,49 (.84)	1,42 (.92)	t =.411	,686	0,08
KG	29	1,67 (1.00)	1.90 (.95)	t =-1,35	,189	0,23

Anmerkungen. IG: Interventionsgruppe eMaNa; KG: Kontrollgruppe TAU-Min. SF-8: Short Form-8 (psychische Lebensqualität: Höhere Werte spiegeln eine höhere Einschränkung der Lebensqualität wider); t: t-test für abhängige Stichproben; p-Werte: zweiseitig; d: prä-post-Effektstärke der Veränderung, berechnet mit der prä-Standardabweichung

6.4.3.2 Intergruppeneffekte

Der direkte Vergleich dieser beiden Gruppen (Patienten mit höherer eMaNa-Dosis und KG-Patienten) im Hinblick auf die gesundheitsbezogene Lebensqualität zeigt, dass auch hier unter statistischer Kontrolle der Ausgangsbelastung bei Reha-Ende (Einschluss der Kovariate SF-8 zu T1) zu T2 kein statistisch signifikanter Haupteffekt vorliegt (T2: $F(1) = 2.62$, $p = .113$; vgl. auch Tabelle 36). Der Effekt ist allerdings mit einer Größe von $\eta^2 = .056$ als ein mittlerer Effekt einzustufen.

Tabelle 36: Intergruppeneffekt (η^2) der gesundheitsbezogenen Lebensqualität (psychische Lebensqualität) von der Interventionsgruppe (eMaNa) und der Kontrollgruppe (TAU-Min) von Ende der stationären Behandlung (T1) bis drei Monate nach der Beendigung (T2) (Sensitivitätsanalyse: Substichprobe der IG mit höherer Anzahl an eMaNa-Kontakten)

ANCOVA						
Haupteffekt <i>Gruppe</i> (IG, KG)						
Zielgröße	n	3 Monate nach Reha-Ende	T2	F	p	η^2
		Marginal Mean (S.E.)				
SF-8						
(psychische Lebensqualität)						
IG	18	1,49 (,178)				
KG	29	1,86 (,140)				
				2,62	,113	,056

Anmerkungen. IG: Interventionsgruppe eMaNa; KG: Kontrollgruppe TAU-Min. SF-8: Short Form-8 (psychische Lebensqualität: Höhere Werte spiegeln eine höhere Einschränkung der Lebensqualität wider); ANCOVA zu T2 mit Kovariate SF-8 zu T1 zur Kontrolle von Ausgangsunterschieden; p-Werte: zweiseitig; η^2 : Effektgröße.

Wie auch schon bei der Completer-Stichprobe (s.a. Kapitel 6.4.2.2) wird auch bei der Substichprobe mit höherer eMaNa- Dosis bei zusätzlicher statistischer Kontrolle der stationären Veränderung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität (Einschluss der weiteren Kovariate: SF-8 T0-T1-Differenzwert) der Unterschied zwischen den beiden Gruppen signifikant (T2: $F(1)=6,27$, $p=.016$). Patienten der IG (Substichprobe mit höherer Dosis) haben zum T2-Follow Up eine geringer ausgeprägte Einschränkung ihrer Lebensqualität. Der Besserungseffekt kann mit einem Eta-Quadrat von .127 als groß angesehen werden.

7 Ergebnisse Fragestellung B: Akzeptanz der E-Mail-Nachsorge

Aspekte der Akzeptanz sowie der Zufriedenheit mit einzelnen Elementen der E-Mail-Nachsorge aus Sicht der teilnehmenden Patienten sind Inhalt der Fragestellung B. Für diese explorative Fragestellung werden zunächst in Kapitel 7.1 die Ergebnisse des Fragebogens zur Akzeptanz bzw. Zufriedenheit mit eMaNa dargestellt. Daran schließen sich in Kapitel 7.2 die Ergebnisse zur hypothetischen Zahlungsbereitschaft sowie zur Weiterempfehlung und nochmaligen Teilnahme an. Da ein frühzeitiges Ausscheiden nach Beginn der Teilnahme an der E-Mail-Nachsorge als weiterer Indikator für die Akzeptanz der Intervention angesehen werden können, wird in Kapitel 7.3 Bezug auf die Abbrecherquote während der Nachsorge genommen.

7.1 Fragebogen zur Akzeptanz der E-Mail-Nachsorge

Die Akzeptanz der E-Mail-Nachsorge wurde zum Messzeitpunkt T2 (3-Monats-Follow Up), direkt im Anschluss an eMaNa, von den eMaNa-Teilnehmern erfragt. Die Ergebnisse liegen für 28 Depressionspatienten vor (s.a. Abbildung 6).

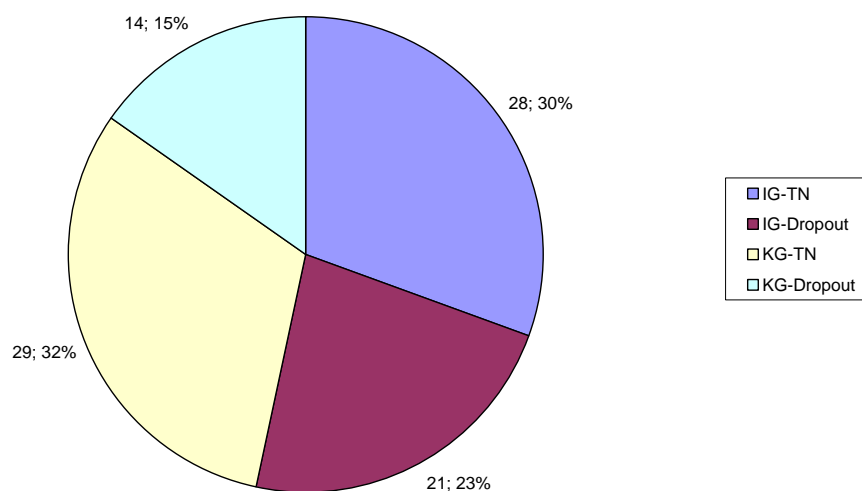


Abbildung 6: Verteilung von eMaNa-Teilnehmern (IG-TN) und eMaNa-Abbrechern (IG-Dropout) sowie von Kontrollgruppen-Teilnehmern (KG-TN) und Kontrollgruppen-Abbrechern (KG-Dropout)

Dies entspricht einem Anteil von 30% aller Patienten, die ihr Einverständnis zur eMaNa-Studie (n=92) abgegeben haben und einem Anteil von 57% aller Teilnehmer der Interventionsgruppe.

Es wurden 26 selbstentwickelte Items zu einzelnen Aspekten der E-Mail-Nachsorge gestellt, die durch den Patienten als hilfreich bzw. schwierig erlebt werden (z.B. Kontinuität des Behandlungsangebots, Regelmäßigkeit der Kontakte, zeitliche Verzögerungen im Kontakt, Grad der erlebten persönlichen Nähe etc.; siehe Tabelle 37) sowie eine Frage zur Globalbewertung im Hinblick auf die empfundene Gesamtzufriedenheit mit der E-Mail-Nachsorge. Für die einzelnen Fragen wurde ein fünfstufiges Antwortformat gewählt (1= „trifft sehr zu“ bis 5= „trifft gar nicht zu“).

Tabelle 37: Bewertung der E-Mail-Nachsorge durch Teilnehmer zu T2 (N = 28)

Variable	trifft sehr zu/ trifft zu (%)
Umgang mit der depressiven Erkrankung	
Ich bin durch die E-Mails gut bei meinen Übungen zur Bewältigung meiner Depression unterstützt worden.	54%
Ich habe neue Erfahrungen in Bezug auf mich und meine Depression während der E-Mail-Nachsorge machen können.	43%
Die E-Mail-Nachsorge hat mir geholfen, meine Depression im Alltag besser zu bewältigen.	43%
Der E-Mail-Austausch mit meinem Therapeuten hat mich motiviert, Übungen zum Umgang mit meiner Depression weiter durchzuführen.	36%
Grad der erlebten persönlichen Nähe	
Ich hatte das Gefühl einer vertraulichen Atmosphäre.	86%
Ich hätte lieber im persönlichen Kontakt mit meinem Therapeuten gesprochen.	57%
Für bestimmte Dinge, die ich gerne angesprochen hätte, war mir der E-Mail-Austausch zu unpersönlich.	39%
Gestaltung der E-Mail-Interaktion	
Die Antworten meines Therapeuten waren verständlich.	89%
Die Antworten meines Therapeuten waren hilfreich.	75%
Ich konnte Themen, die mir wichtig sind, einbringen.	68%
Es gab einen roten Faden in dem E-Mail-Austausch mit meinem Therapeuten.	54%

Regelmäßiges Schreiben fiel mir schwer.	43%
Ich hatte Schwierigkeiten beim Bearbeiten meiner Übungsprotokolle/Übungspläne.	41%
Meine Probleme konnten nicht in der Tiefe behandelt werden, wie ich es mir gewünscht hätte.	32%
Ich hatte Schwierigkeiten, meine Erfahrungen, die ich nach dem Klinikaufenthalt gemacht habe, in dem E-Mail-Austausch auszudrücken.	29%
Ich hatte Schwierigkeiten, meine Gefühle in dem E-Mail-Austausch auszudrücken.	18%
Das Schreiben der E-Mails hat mir zu lange gedauert.	18%
Alltagsanschluss	
Ich halte den E-Mail-Austausch als eine Brücke zwischen stationärer Behandlung und dem Alltag für sinnvoll.	79%
Der E-Mail-Austausch hat mir geholfen, Anschluss zum Alltag zu finden.	50%
Rahmenbedingungen der E-Mail-Nachsorge: Organisation	
Es war für mich wichtig, den Kontakt zu meinem Therapeuten aus der Klinik auch nach der Behandlung aufrechtzuerhalten.	86%
Die E-Mails zwischen meinem Therapeuten und mir knüpften nahtlos an die Behandlung in der Klinik an.	79%
Einen E-Mail-Kontakt pro Woche mit meinem Therapeuten fand ich ausreichend.	61%
Die Teilnahmedauer von 12 Wochen fand ich ausreichend.	39%
Die zeitliche Verzögerung zwischen dem Schreiben und eine Antwort zu bekommen war störend.	32%
Rahmenbedingungen der E-Mail-Nachsorge: Technische Schwierigkeiten	
Ich hatte Probleme mit dem Zugang zu dem Webportal.	46%
Ich hatte während der E-Mail-Kontakte Computerprobleme.	21%
<i>Insgesamt bin ich zufrieden mit der E-Mail-Nachsorge</i>	71%

Anmerkung. Angegeben ist der prozentuale Anteil der eMaNa-Teilnehmer, die bei Beantwortung des jeweiligen Items auf einer fünfstufigen Likert-Skala (1= „trifft sehr zu“ bis 5= „trifft gar nicht zu“) entweder „trifft sehr zu“ oder „trifft zu“ angeben.

Die Bewertung der Nachsorge durch die Teilnehmer fällt insgesamt positiv aus. Mehr als zwei Drittel (71%) der eMaNa-Teilnehmer sind zufrieden mit der E-Mail-Nachsorge. Weitere Aspekte der Nachsorge und deren Bewertung können Tabelle 37 entnommen werden.

7.2 Zahlungsbereitschaft, Weiterempfehlung und nochmalige Teilnahme

Die Fragen zur hypothetischen Zahlungsbereitschaft, Weiterempfehlung und nochmaligen Teilnahme an der E-Mail-Nachsorge wurden ebenfalls zum Messzeitpunkt T2 (3-Monats-Katamnese) gestellt. Mit dem Erfassen der Zahlungsbereitschaft kann der Nutzen der E-Mail-Nachsorge in Geldeinheiten dargestellt werden. Der angegebene Betrag ist ein Indikator für den monetären Wert, welche die Nachsorge in ihrer Funktion zur Verbesserung bzw. Stabilisierung des Gesundheitszustandes für die Patienten hat.

Bei den Teilnehmern zeigt sich eine mäßige Bereitschaft für die Nachsorge zu zahlen. Etwas weniger als die Hälfte (44%; n = 12) der Teilnehmer, die dieses Item beantworten (N=26) wäre überhaupt bereit, dafür zu zahlen.

Bei näherer Betrachtung zeigt sich zudem, dass nur einem kleinen Teil (n=3) die Nachsorge bis zu 20 Euro pro E-Mail-Kontakt wert wäre (siehe Abbildung 7).

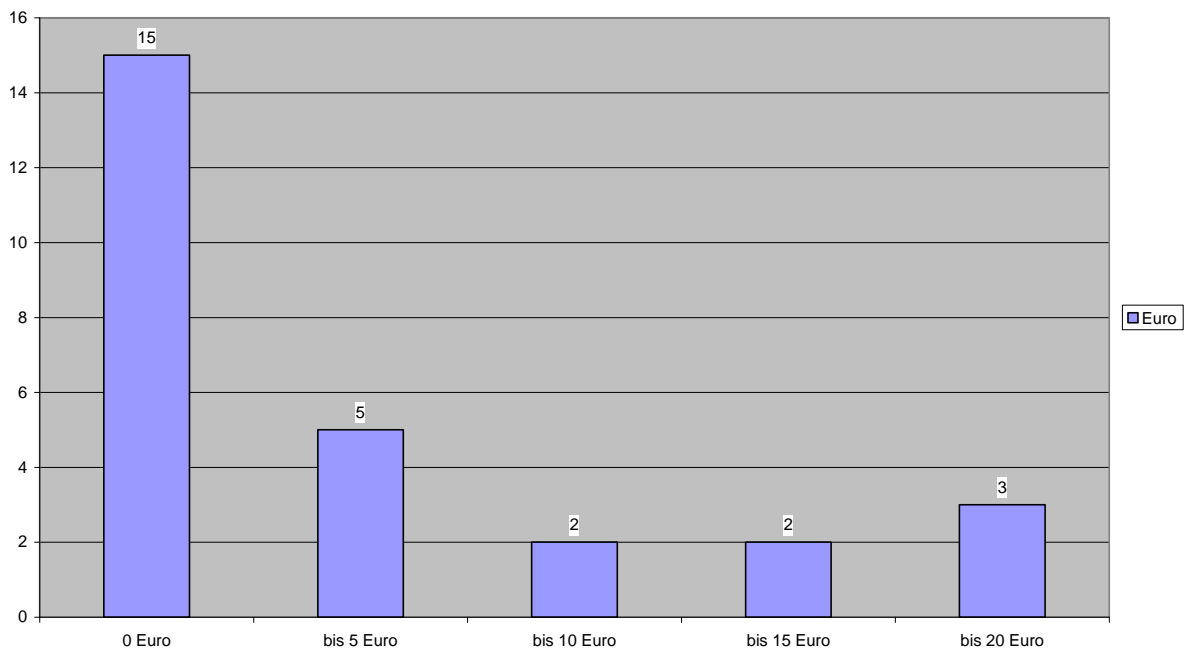


Abbildung 7: Hypothetische Zahlungsbereitschaft pro E-Mail-Kontakt der eMaNa-Teilnehmer (absolute Anzahl)

Annähernd drei Viertel (72%; n=20) der eMaNa-Teilnehmer würden die Nachsorge anderen Patienten mit ihrer Erkrankung weiterempfehlen. Lediglich ein Patient äußert diesbezüglich eine absolute Ablehnung (vgl. Abbildung 8).

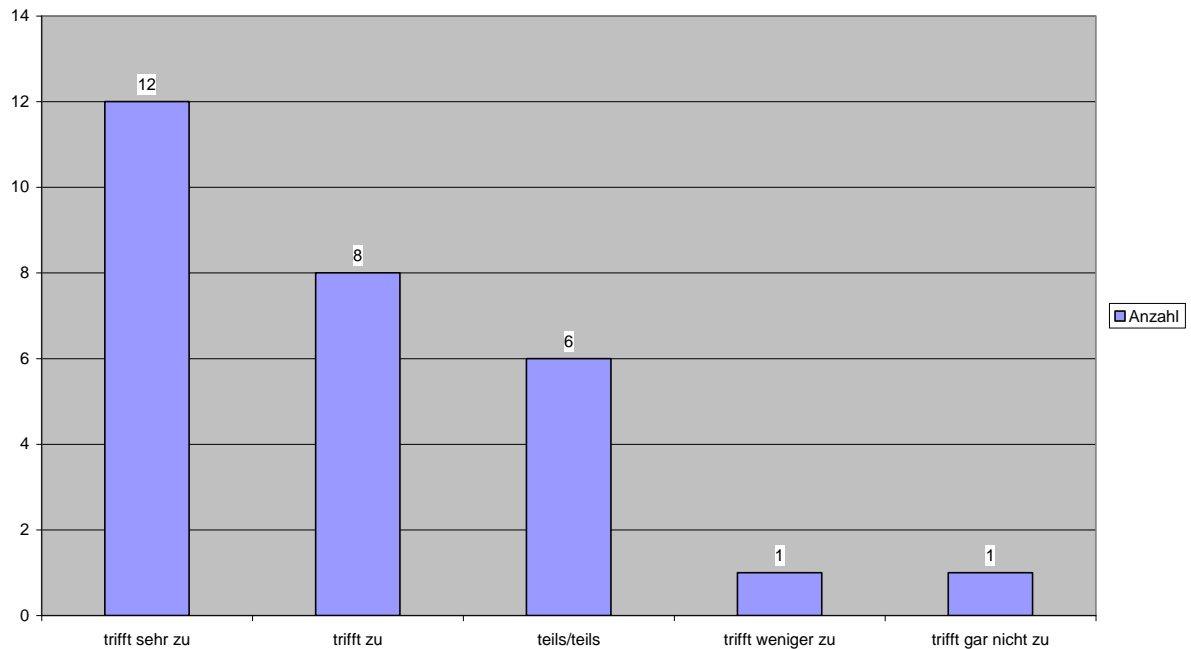


Abbildung 8: Weiterempfehlung von eMaNa durch die eMaNa-Teilnehmer (absolute Anzahl)

Auch würden etwa zwei Drittel (67%; n=19) der Depressionspatienten nochmals an der Nachsorge teilnehmen. Lediglich zwei Patienten verneinen eine nochmalige Teilnahme absolut (vgl. Abbildung 9).

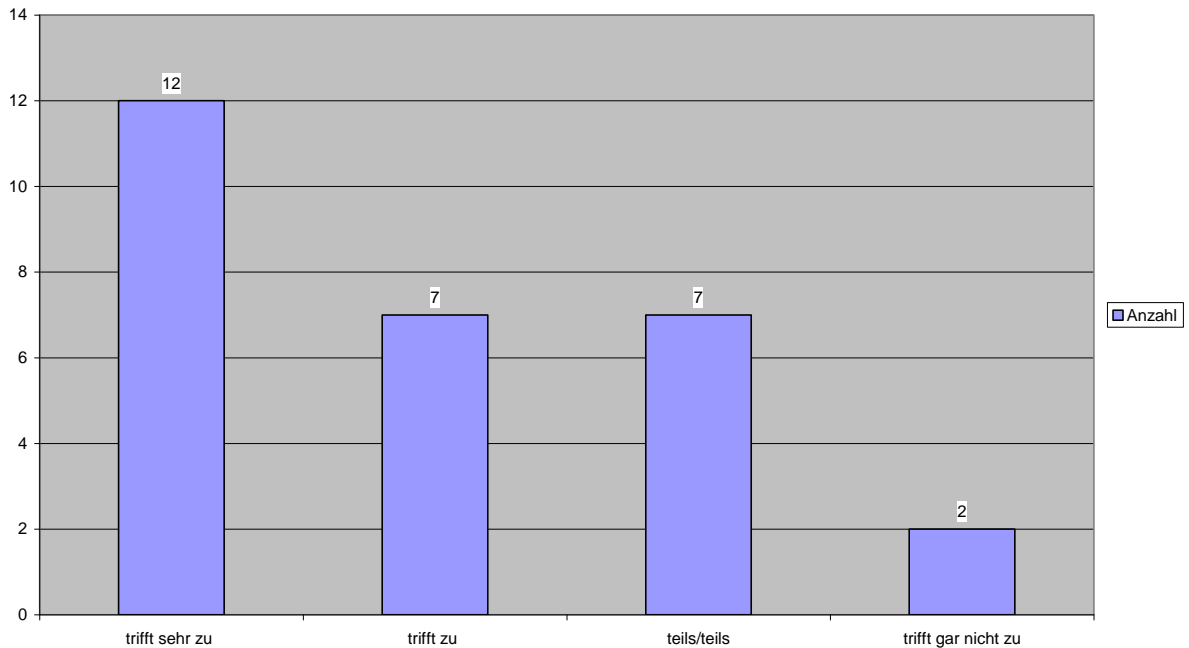


Abbildung 9: Bereitschaft zu einer nochmaligen eMaNa-Teilnahme durch die eMaNa-Teilnehmer (absolute Anzahl)

7.3 Abbrecherquote während der E-Mail-Nachsorge

Abbildung 10 gibt die Anzahl der Teilnehmer wieder, welche die E-Mail-Nachsorge regulär abgeschlossen haben und diejenigen, die vorzeitig während der laufenden Intervention ausgeschieden sind. Dabei handelt es sich um diejenigen Patienten, welche nicht mehr auf die E-Mails der Therapeuten reagiert haben und auch nicht nach wiederholter Erinnerung den Kontakt wieder aufgenommen haben. Es wird deutlich, dass ca. 43% (N=12) der eMaNa-Teilnehmer die Nachsorge früher beendet haben. Demgegenüber stehen 57% der Teilnehmer, welche die Nachsorge regulär beendet haben (N=16).

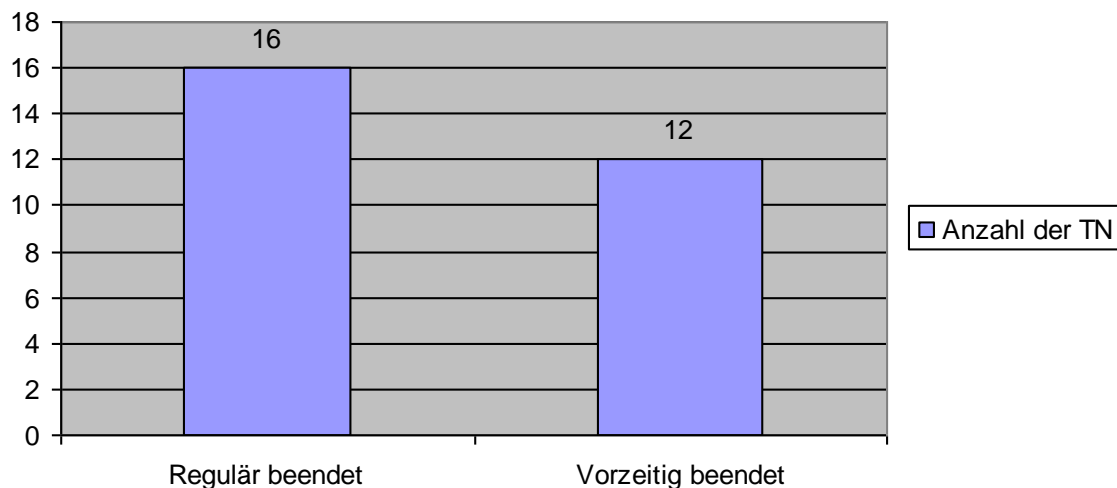


Abbildung 10: Treatment-Drop Out der eMaNa-Teilnehmer (absolute Anzahl)

Bei näherer Betrachtung der Teilnehmer zeigt sich, dass ca. zwei Drittel (67%) der Abbrecher weniger als 5 E-Mail-Kontakte mit ihrem E-Mail-Therapeuten haben und dementsprechend schon sehr früh aus der Nachsorge ausscheiden.

8 Diskussion

Zielsetzung des vorliegenden Projekts war die Untersuchung der Effektivität und der Akzeptanz einer kognitiv-verhaltenstherapeutischen E-Mail-Nachsorge (eMaNa) für Rehabilitanden mit depressiven Störungen unter klinisch repräsentativen Bedingungen. Dabei wurde folgende Fragestellung zur Effektivität untersucht: Kann die psychotherapeutische E-Mail-Nachsorge die Effekte der Rehabilitation von Patienten mit Depressionserkrankungen sichern und ausbauen und somit die Nachhaltigkeit der Rehabilitation für diese Patientengruppen verbessern? (Fragestellung A)?

Als weitere Fragestellung wurde untersucht, inwieweit die Patienten insgesamt und mit spezifischen Elementen des Nachsorgeangebots zufrieden sind und welche Aspekte der E-Mail-Nachsorge als besonders hilfreich und welche Aspekte als schwierig erlebt werden (Fragestellung B)?

Die Wirksamkeit der internetbasierten Nachsorge nach stationärer Rehabilitation wurde mittels eines randomisiert-kontrollierten Studiendesigns mit prospektiver Mehrzeitpunktbefragung (zu Beginn der stationären Behandlung (T0), nach Beendigung der stationären Behandlung (T1)

und nach Beendigung der E-Mail-Nachsorge (T2)) einer Patientenstichprobe mit depressiven Erkrankungen überprüft. Dabei wurde die Veränderung von T1 zu T2 im primären Outcome (depressive Symptomatik, BDI-II) fokussiert. Die Fragestellung zu Akzeptanz und Zufriedenheit erfolgte vor allem über Patientenratings zu T2.

8.1 Fragestellung A: Effektivität der Intervention

Die Ergebnisse zur Effektivitätsfragestellung in Bezug auf die depressive Symptomatik und die gesundheitsbezogene Lebensqualität, fallen unterschiedlich aus. Im primären Outcome depressive Symptomatik zeigen sich zum Messzeitpunkt T2 (drei Monate nach der stationären Behandlung bzw. direkt im Anschluss an die E-Mail-Nachsorge) in den durchgeführten ANCOVA keine signifikanten Unterschiede zwischen den Gruppen. Dieses Ergebnis bestätigt sich sowohl in den Primäranalysen als auch in den weiterführenden Analysen (Intention-to-Treat-Analysen, Completer-Analysen, Subgruppenanalysen zu Patienten mit höherer Anzahl an eMaNa-Kontakten), jeweils unter Berücksichtigung der Baseline-Werte zu T1 als Kovariate. Auch unter zusätzlicher Berücksichtigung der stationären Veränderung (T0-T1) als weitere Kovariate (Modellerweiterung der ANCOVA) bleibt dieses Ergebnis erhalten. Vor dem Hintergrund einer möglicherweise zu geringen statistischen Power - bedingt durch die hinter den Planungen zurückbleibende Stichprobengrösse - sind dabei die resultierenden Effektgrössen von besonderem Interesse: Da diese durchgängig im kleinen Bereich oder darunter liegen, gibt es auf dieser Ebene keine Anhaltspunkte dafür, dass aufgrund einer zu geringen Power tatsächlich bestehende Unterschiede nicht statistisch abgesichert werden konnten.

Positiv zu werten sind die Verläufe (Innergruppeneffekte) sowohl in der Interventions- als auch der Kontrollgruppe während des stationären Aufenthalts analysiert auf Ebene von Prä-post-Analysen (ITT-Stichprobe: $d_{\text{prä-post_IG}}=0,86$ (IG), $d_{\text{prä-post_KG}}=0,79$ (KG); Completer-Stichprobe: $d_{\text{prä-post_IG}}=1,05$ (IG), $d_{\text{prä-post_KG}}=0,52$ (KG)). Die jeweils erreichten Effekte können zu T2 (drei Monate nach Ende der stationären Rehabilitationsmassnahme) in beiden Untersuchungsgruppen mit leichten Symptomanstiegen aufrechterhalten werden, so dass in beiden Gruppen von keinem zumindest sehr ausgeprägten Rebound-Effekt auszugehen ist, wobei allerdings eine Bezugnahme auf die ITT-Stichprobe hierbei nur sehr eingeschränkt erfolgen sollte, da in dieser Stichprobe ein recht hoher Anteil, nämlich die 38% mit fehlenden Werten zu T2, aufgrund der Ersetzung fehlender Werte mittels LOCF-Methode, per definitionem dieselben Werte zu T1 und T2 aufweisen. In der Completer-Stichprobe liegt die

Grösse des (negativen) Effekts des Rebounds im kleinen Bereich. In dieser Stichprobe wird der Vergleich von IG und KG erschwert, da hier – bedingt durch einen möglichen selektiven Drop Out, s.u.) - initiale Unterschiede in den Ausgangswerten zu T0 resultieren: Die Completer der IG weisen zu Reha-Beginn einen höheren Belastungsgrad auf als die Completer der KG (IG: M=26,05; KG: M=20,91). Dieser ist allerdings aufgrund der hohen Standardabweichung in den beiden Gruppen (SD=11,77 (IG); SD=10,89 (KG)) nicht statistisch signifikant, was u.a. auch vor dem Hintergrund der relativ geringen Fallzahlen pro Gruppe zu sehen ist.

Dieser Umstand ist insofern als kritisch anzusehen, als dass er die Interpretation der Effektivität der Nachsorge auf die depressive Symptomatik zu T2 erschwert. Obwohl sich die Patienten der beiden Untersuchungsgruppen in ihren Ausgangswerten zu T1, welche die Baseline-Werte der Effektivitätsprüfung darstellen, nicht signifikant voneinander unterscheiden, weisen IG-Patienten und KG-Patienten der Completer-Stichprobe einen unterschiedlichen stationären Behandlungsverlauf auf. Eine mögliche Erklärung für diese unterschiedlichen Behandlungsverläufe in den beiden Gruppen und den hiermit zusammenhängenden Unterschieden in den jeweiligen Messwerten zu T0, T1 und T2 besteht in einem selektiven Drop-Out zwischen den jeweiligen Untersuchungsgruppen in der Completer-Stichprobe. Patienten der Interventionsgruppe, die zu Reha-Beginn einen hohen Belastungsgrad aufweisen, scheiden weniger oft aus der Studie aus als Patienten mit hoher initialer Belastung in der Kontrollgruppe. Dies könnte möglicherweise daran liegen, dass Patienten mit hoher Symptombelastung einen besonderen Bedarf an systematischer Nachsorge haben und - wenn sie diese aufgrund der Randomisierung in die KG nicht erhalten – enttäuscht sind als Patienten mit geringerer Belastung und daher die Studie eher abbrechen. In der IG würde dieser selektive „Enttäuschungseffekt“ nicht zum Tragen kommen. Solch ein selektiver Drop Out könnte dann auch zu einer Unterschätzung der Effektivität von eMaNa führen, da ein höherer Bedarf an Nachsorge mit einer schlechteren Prognose für den poststationären Verlauf (d.h. mit einem höherem Risiko für einen Rebound) einhergehen dürfte; die angenommene Selektion würde dann zu einem höheren Anteil von Completer-Patienten mit schlechter Prognose in der IG führen, so dass etwaige Effekte der Intervention nivelliert werden könnten. Inwieweit es innerhalb der Completer-Stichprobe tatsächlich zu dieser Selektion gekommen ist, lässt sich aufgrund der vorliegenden Daten nicht klären.

Auch für das sekundäre Outcome der gesundheitsbezogenen Lebensqualität zeigen sich in den Intention-to-Treat Analysen, sowohl unter Berücksichtigung der Baseline-Werte zu T1 als auch unter Berücksichtigung der stationären Veränderung (T0-T1) keine signifikanten Unterschiede;

in den Completer-Analysen unter Berücksichtigung der Baseline-Werte zu T1 ebenfalls keine Unterschiede. Bei zusätzlicher Berücksichtigung der stationären Veränderung (T0-T1) als weiterer Kovariate in der ANCOVA wird allerdings bei der Completer-Stichprobe ein signifikanter Effekt zugunsten der Interventionsgruppe deutlich. Hier haben Patienten der Interventionsgruppe zum T2-Follow Up eine signifikant geringer ausgeprägte Einschränkung ihrer Lebensqualität. Der Besserungseffekt fällt mit einem Eta-Quadrat von .097 sogar mittelgroß aus. Da von den vorliegenden methodischen Einschränkungen (eher geringe Stichprobengröße, Heterogenität der Stichprobe, selektiver Studien-Drop-Out in Interventions- und Kontrollgruppe) eher das Risiko ausgeht, möglicherweise vorhandene Effekte der Intervention nicht aufdecken zu können, erscheinen die sich hier zeigenden Unterschiede von Interventions- und Kontrollgruppe für die gesundheitsbezogene Lebensqualität als besonders relevant.

Die stationären Behandlungsverläufe können auch für die gesundheitsbezogene Lebensqualität als positiv angesehen werden (ITT-Stichprobe: $d=1,01$ (IG), $d=0,70$ (KG); Completer-Stichprobe: $d=1,42$ (IG), $d=0,41$ (KG)). Hier bestehen sowohl in der ITT-Stichprobe als auch in der Completer-Stichprobe erhebliche Effektstärken-Unterschiede zwischen den beiden Untersuchungsgruppen. In der Completer-Stichprobe kann als Erklärung ein signifikanter Unterschied in den Ausgangswerten zu Reha-Beginn, sowie ein selektiver Drop-Out (siehe oben) angenommen werden. In der ITT-Stichprobe bestehen aufgrund der Randomisierung keine signifikanten Unterschiede in den Ausgangswerten der beiden Gruppen, allerdings ist auch hier die Interventionsgruppe belasteter bei ebenfalls relativ großer Standardabweichung.

Neben methodischen Aspekten (siehe Kapitel 8.3) ist zu diskutieren, ob die untersuchte Intervention mit dem beabsichtigten Fokus einer depressionsspezifischen und verhaltensorientierten Behandlung in einem ausreichenden Maße im Sinne einer hohen Treatment-Integrität bzw. Treatment-Adhärenz umgesetzt wurde (Kazdin, 1994). Da sich in dem inhaltlich deutlich breiteren Outcomekriterium gesundheitsbezogene Lebensqualität, nicht aber in den depressionsspezifischen Massen, Effekte in der Completer-Stichprobe zeigen, kann angenommen werden, dass auch die Intervention inhaltlich breiter als konzipiert durchgeführt wurde. In einem solchen Falle läge zwischen dem Kriterium der gesundheitsbezogenen Lebensqualität und der Intervention eine höhere Überlappung mit dem Resultat eines höheren Wirkungsgrads vor (Wittmann, 1985). Eine derartige Hypothese einer nicht ausreichenden Treatment-Integrität wäre mit detaillierten Inhaltsanalysen der E-Mail-Kontakte zwischen

Patienten und behandelten Therapeuten zu prüfen und ist Inhalt weiterführender Analysen über Projektende hinaus.

Ebenfalls ist nicht geklärt, ob die Intensität der E-Mail-Nachsorge ausreichend war, um Behandlungseffekte in dem primären Outcome zu erzeugen. Betrachtet man die Nachsorge-Intervention als ein zusätzliches therapeutisches Add-on in einem Gesamtbehandlungspaket bestehend aus einer mehrwöchigen Rehabilitationsmaßnahme mit zahlreichen therapeutischen Behandlungsangeboten, welche sowohl Patienten der IG als auch der KG erhalten haben, ist der Umfang der E-Mail-Nachsorge als eher gering anzusehen.

8.2 Fragestellung B: Akzeptanz und Zufriedenheit der Patienten mit der E-Mail-Nachsorge

Aus den quantitativen Einschätzungen der Patienten zur Akzeptanz und zur Zufriedenheit mit der E-Mail-Nachsorge können Hinweise für die zukünftige Gestaltung eines solchen Angebots gewonnen werden. Die globale Zufriedenheitsbeurteilung liegt im positiven Bereich. 71% der teilnehmenden Patienten sind insgesamt zufrieden mit dem Nachsorgeangebot. Besonders positiv wird eingeschätzt, dass die E-Mail-Nachsorge eine Brücke zwischen dem stationären Aufenthalt und dem Alltag nach Verlassen der Klinik darstellt und der E-Mail-Kontakt nahtlos an die Behandlung anknüpft. Auch erlebt ein Großteil der Patienten eine vertrauliche Atmosphäre während der Kontakte und schätzt diese als verständlich und hilfreich ein. Auch fällt es den meisten Patienten nicht schwer, Gefühle in dem E-Mail-Austausch auszudrücken und in eine tiefere Problembearbeitung zu gehen.

Hinweise zur Akzeptanz durch die Patienten können auch den Abbrecherquoten entnommen werden. 43% der Teilnehmer der Interventionsgruppe sind vorzeitig aus der laufenden Nachsorge ausgeschieden. Von den Nachsorgeabbrechern hat ein hoher Anteil der Patienten (67%) nur eine sehr geringe Anzahl von E-Mail-Kontakten, d.h. weniger als fünf, in Anspruch genommen. Es ist offen, warum bei diesen Patienten, eine Etablierung des E-Mail-Kontaktes nicht erfolgreich war und ob hier ggf. eine nachhaltigere Motivierung bereits zum Abschluss des stationären Aufenthalts einen Abbruch hätte verhindern können. Weitere Prozessanalysen der E-Mails sowie der qualitativen Items können hier womöglich Aufschluss geben.

Ein weiterer Hinweis zur Beurteilung des Angebots lässt sich aus der Beantwortung des Items entnehmen, ob die Patienten das Nachsorgeangebot anderen Patienten mit ihrer Erkrankung weiterempfehlen oder noch einmal in Anspruch nehmen würden. Hier zeigt sich eine relativ hohe Empfehlungsquote mit 72%. Auch würden etwa zwei Drittel der Patienten das Angebot

nochmals in Anspruch nehmen. Eine weitere Möglichkeit, die Wertigkeit eines Angebots einzuschätzen, basiert auf der Frage, wie viel Geld die betroffenen Patienten dafür bereit wären auszugeben. Dabei zeigt sich eine mäßige Bereitschaft für die Nachsorge zu zahlen. Etwas weniger als die Hälfte der Patienten wäre bereit, dafür überhaupt etwas zu zahlen. Diese deutlich weniger positive Einschätzung im letztgenannten Item ist möglicherweise auch vor dem Hintergrund der Sozialisation von Menschen im deutschen Gesundheitssystem, bei dem eine Kostenbeteiligung an therapeutischen Maßnahmen eher noch unüblich ist, einzuordnen, möglicherweise auch zu relativieren.

8.3 Methodische Aspekte

Ein zentrales Problem der vorliegenden Untersuchung liegt in der Abschätzung der Generalisierbarkeit der Ergebnisse auf andere Stichproben bzw. die Grundgesamtheit des untersuchten Versorgungsbereichs der psychosomatischen Rehabilitation. Die ursprünglich angestrebte Stichprobengröße konnte trotz diverser kompensatorischer Bemühungen (s.a. Kapitel 5.7) nicht erreicht werden. Neben den bereits beschriebenen Rekrutierungsschwierigkeiten, die eine Generalisierbarkeit auf die Grundgesamtheit der Rehabilitationspatienten stark einschränkt (da nur ein geringer Anteil an Patienten überhaupt teilgenommen hat und somit nicht von einer konsekutiven Patientenstichprobe ausgegangen werden kann), trägt hierzu auch eine Drop-Out-Quote (Assessment-Drop-Out) von 38% (s.a. Kapitel 6.1.4) zu T2 bei. Neben einer möglichen Selektivität ist auch und vor allem die nicht erreichte Fallzahl als solche und das damit verbundene Problem der Reduzierung der statistischen Power als einschränkend für die Effektivitätsanalysen und deren Interpretation zu sehen.

Um mit der Gefährdung der externen Validität aufgrund der Selektionsprozesse (Drop Out) nach Studieneinschluss umzugehen, wurden Intention-to-Treat-Analysen vorgenommen. In diesem Zusammenhang wurden *alle* randomisierten Patienten ausgewertet, unabhängig davon, ob diese im weiteren Studienverlauf ausgeschieden sind. Fehlende Werte wurden mittels LOCF-Methode (s.a. Kapitel 5.6) ersetzt. Diese Strategie birgt im Kontext der vorliegenden Studie möglicherweise das Risiko einer Unterschätzung des Effekts, da die Drop Outs in IG und KG womöglich nicht vergleichbar sind und es zumindest Hinweise darauf gibt, dass stärker belastete Patienten selektiv in der KG die Studienteilnahme abgebrochen haben. Zusammen mit der insgesamt geringen Studienstichprobe sowie der hohen Heterogenität innerhalb der

Untersuchungsgruppen lassen sich somit insgesamt keine belastbaren Befunde zur Effektivität ableiten.

8.4 Abschließende Einschätzung

Die Implementierung der E-Mail-Nachsorge in den Versorgungsalltag der kooperierenden psychosomatischen Rehabilitationskliniken war mit einer Vielzahl von Herausforderungen und Schwierigkeiten verbunden. Neben dem organisatorischen Eingriff in die bestehenden Routineabläufe durch die Implementierung einer wissenschaftlichen Studie (insb. Datenerhebung, Patientenscreening), ist dabei der zusätzliche Zeitaufwand für die behandelten Therapeuten zu bedenken, der schon vor Beginn der eigentlichen Nachsorge anfällt. Hierzu zählen hauptsächlich Patientengespräche zur adäquaten Vorbereitung der Nachsorge sowie die Patienteninformation. Bei einer Implementierung eines derartigen Versorgungsangebots unter Routinebedingungen, wäre es förderlich, alle vorbereitenden Maßnahmen zur Nachsorge verbindlich in die Behandlungs- und Therapiepläne der interessierten Patienten zu integrieren und die jeweiligen durchführenden Therapeuten entsprechend zeitlich zu entlasten.

Als problematisch ist die Abbrecherquote (Studienabbrecher) von ca. 38% anzusehen, die allerdings vergleichbar mit ähnlichen Studien zur Wirksamkeit internetbasierter psychotherapeutischer Interventionen ist (Melville et al., 2010). Weitere Prozessanalysen der E-Mail-Kontakte sind in diesem Zusammenhang notwendig, um mögliche Drop-Out-Ursachen zu identifizieren und beschreiben zu können. Neben den patientenseitigen Faktoren (z.B. benötigter Zeitaufwand, Überforderung durch schriftlichen Austausch, Qualität der therapeutischen Beziehung, Erwartungen an die E-Mail-Kontakte) erscheint auch die Betrachtung therapeutenseitiger Faktoren (z.B. Abbruch durch den Therapeuten) von besonderer Bedeutung. Auch wurde im Studienverlauf deutlich, dass trotz einer inzwischen sehr hohen Durchdringung der neuen Medien und des E-Mail-Formats ein Teil der Patienten noch nicht über ausreichende Erfahrungen mit dem Medium verfügt. Andererseits weisen diejenigen Patienten, die sich auf eMaNa „einlassen“ (können), insgesamt eine hohe Akzeptanz der Besonderheiten des Mediums E-Mail auf, wie die Befragungsergebnisse des Projekts zeigen. Somit erscheint eine weitere Beforschung der Möglichkeiten von e-Mails für die therapeutische Nutzung im Rahmen von e(Mental)Health sinnvoll.

Bisherige Studien und Meta-Analysen (Spek et al., 2007; Titov, 2011) aus dem Indikationsbereich psychische Erkrankungen zeigen eine Wirksamkeit internetbasierter psychotherapeutischer Angebote. Diese sind allerdings bis auf wenige Ausnahmen (z.B. Kordy et al., 2006) als primäre Therapie und nicht als Nachsorgeintervention zur Erleichterung des Übergangs von stationärer Therapie zum poststationären Alltag bzw. zu einer ambulanten Anschlussbehandlung konzeptualisiert, so dass in diesem Zusammenhang weiterer Forschungsbedarf besteht und die vorliegende Untersuchung als ein weiterer Beitrag angesehen werden kann. Bei dem überwiegenden Anteil der bisherigen Untersuchungen zu internetbasierten Behandlungsformen handelt es sich um Efficacy-Studien (Seligman, 1995; Chambles & Hollon, 1998), welche die Wirksamkeit einer Intervention unter idealen Bedingungen prüfen. In diesem Zusammenhang stellt die eMaNa-Studie eine wichtige Ergänzung als eine im Sinne der Effectiveness-Forschung, d.h. unter durchschnittlichen Alltagsbedingungen und im realen Versorgungskontext, durchgeführten Untersuchung mit den damit einhergehenden Herausforderungen dar.

Danksagung

Das Forschungsprojekt wurde mit Unterstützung von verschiedenen Seiten durchgeführt. Wir bedanken uns daher bei den teilnehmenden Patientinnen und Patienten, den teilnehmenden eMaNa-Therapeutinnen und –Therapeuten sowie insgesamt bei den vier kooperierenden Kliniken, den MediClin Bliestal Kliniken, den MediClin Deister Weser Kliniken, dem MediClin Rehazentrum am Hahnberg und dem Rehazentrum Bad Pyrmont, insbesondere Prof. Markus Bassler, Dipl.-Psych. Michael Kladny, Prof. Volker Köllner, Dipl.- Psych. Joachim Korell, Dipl.-Psych. Dagmar Kraft, Dr. Sigrid Krause, Dipl.- Psych. Rebecca Neu, Dr. Jessica Schneider und Dr. Michael Unger. Im Hamburger Studienteam gilt unser Dank der engagierten Unterstützung der studentischen Mitarbeiterinnen, insbesondere Johanna Aniege und Miriam Lazreg. Für die Förderung möchten wir uns bei der DRV Bund bedanken.

9 Literaturverzeichnis

- Bee PE, Bower P, Lovell K. (2008). Psychotherapy mediated by remote communication technologies: a meta-analytic review. *BMC Psychiatry* 8, 60
- Bullinger M, Kirchberger I. (1998). *SF-36. Fragebogen zum Gesundheitszustand*. Göttingen: Hogrefe
- Bundespsychotherapeutenkammer. http://www.bptk.de/fileadmin/user_upload/Publikationen/BPtKStudien/belastung_moderne_arbeitswelt/Wartezeiten_in_der_Psychotherapie/2011062BPtK-Studie_Langfassung_Wartezeiten-in-der-Psychotherapie.pdf
- Chambles DL, Hollon SD (1998). Defining empirically supported therapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 66, 7-18
- Christensen H, Griffiths KM, Jorm AF (2004). Delivering interventions for depression by using the internet: randomised controlled trial. *British Medical Journal* 328, 265
- Cohen J. (1988) *Statistical power analysis for the behavioral sciences (2nd Edition)*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum
- Collins GB, McAllister MS, Ford DB (2007). Patient-provider e-mail communication as an adjunctive tool in addiction medicine. *J Addict Dis* 26, 45-52
- Cuijpers, P, van Straten A, Warmerdam L. (2007) Behavioral Activation treatments of depression: a meta-analysis. *Clin Psychol Rev.* 27, 318-26
- DGPPN B, KBV, AWMF, AkdÄ, BPtK, BApK, DAGSHG, DEGAM, DGPM, DGPs, DGRW (Hrsg) für die Leitliniengruppe Unipolare Depression (2009). *S3-Leitlinie/Nationale VersorgungsLeitlinie Unipolare Depression. 1 Aufl.* Berlin, Düsseldorf: DGPPN, ÄZQ, AWMF.
- Ellert U, Lampert T, Ravens-Sieberer U. (2005) Messung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität mit dem SF-8. Eine Normstichprobe für Deutschland. *Bundesgesundheitsblatt- Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz* 48, 1322-1329
- Golkaramnay V, Bauer S, Haug S. (2007). The exploration of the effectiveness of group therapy through an Internet chat as aftercare: a controlled naturalistic study. *Psychother Psychosom Med Psychol* 76, 219-225

- Harfst T, Koch U, Schulz H. (2002). Nachsorgeempfehlungen in der psychosomatischen Rehabilitation - Empirische Analysen auf der Basis des einheitlichen Entlassungsberichts der Rentenversicherungsträger. *Rehabilitation* 41, 407-414
- Hautzinger, M, Bailer, M, Worrall, H, & Keller, F (1995). *Das Beck Depressionsinventar (BDI)*. Bern:Huber
- Hollon SD, Ponniah K (2010) A review of empirically supported psychological therapies for mood disorders in adults. *Depress Anxiety* 27, 891-932
- Jacobi F, Wittchen HU, Höltling C et al. (2004). Prevalence, co-morbidity and correlates of mental disorders in the general population: results from the German Health Interview and Examination Survey (GHS). *Psychol Med* 34, 1-15
- Kazis LE, Anderson JJ, Meenan RF (1989). Effect sizes for interpreting changes in health status. *Med Care* 27, 178-89
- Kazdin AE (1994). Methodology, design and evaluation in psychotherapy research. In AE Bergin & SL Garfield (Hrsg.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (4th Ed., 19-71). New York:Wiley
- Kobelt A, Grosch E, Lamprecht F (2002). *Ambulante psychosomatische Nachsorge. Integratives Trainingsprogramm nach stationärer Rehabilitation*. Stuttgart: Schattauer
- Kobelt A, Nickel L, Grosch EV et al. (2004). Inanspruchnahme psychosomatischer Nachsorge nach stationärer Rehabilitation. *Psychother Psychosom Med Psychol* 54, 58-64
- Kordy, H., Golkaramnay, V., Wolf, M., Haug, S. & Bauer, S. (2006). Internetchatgruppen in Psychotherapie und Psychosomatik: Akzeptanz und Wirksamkeit einer Internet-Brücke zwischen Fachklinik und Alltag. *Psychotherapeut*, 51, 144-153.
- Luppa M, Heinrich S, Angermeyer MC, König HH, Riedel-Heller SG (2007). Cost-of-illness studies of depression: a systematic review. *J Affect Disorder* 98, 29-43
- Margraf J (1994). *Mini-DIPS: Diagnostisches Kurz-Interview bei psychischen Störungen*. Berlin: Springer
- Melville KM, Casey LM, Kavanagh DJ (2010). Drop Out from internet-based treatment for psychological disorders. *Br J Clin Psychol* 49, 455-71

- Murray CJ, Lopez AD (1997). Alternative projections of mortality and disability by cause 1990-2020: Global Burden of Disease Study. *Lancet* 24, 1498-1504
- Plotnikoff RC, McCargar LJ, Wilson PM et al. (2005). Efficacy of an E-mail intervention for the promotion of physical activity and nutrition behavior in the workplace context. *Am J Health Promot* 19: 422-429
- Robinson P, Serfaty M (2008). Getting better byte by byte: a pilot randomised controlled trial of email therapy for bulimia nervosa and binge eating disorder. *Eur Eat Disord Rev* 16, 84-93
- Schmidt J, Nübling R (2002). ZUF-8. Fragebogen zur Messung der Patientenzufriedenheit. In: E. Brähler, J. Schumacher & B. Strauß (Hrsg, 2002): *Diagnostische Verfahren in der Psychotherapie*, 392-396. Göttingen: Hogrefe
- Schröder K, Jacobi C (2004). Transferförderung im Rahmen einer stationären psychosomatischen Rehabilitation. In: DRV-Schriften (Hrsg, 2004): *Selbstkompetenz - Weg und Ziel der Rehabilitation*, 567-569
- Schulz H, Winzer A, Stump S, Koch U (2001). Beeinflussung der Lebensqualität von Tumorpatienten durch psychoonkologische Interventionen. *Der Onkologe* 7, 157-166
- Seligman, MEP (1995). The effectiveness of psychotherapy: The Consumer Reports study. *American Psychologist* 50, 965-974
- Silk KR, Yager J (2003). Suggested guidelines for e-mail communication in psychiatric practice. *J Clin Psychiatry* 64, 799-806
- Spek V, Cuijpers P, Nyklicek I (2007). Internet-based cognitive behaviour therapy for symptoms of depression and anxiety: a meta-analysis. *Psychol Med* 37, 319-328
- Statistisches Bundesamt (2013). *Wirtschaftsrechnungen: Private Haushalte in der Informationsgesellschaft – Nutzung von Informations- und Kommunikationstechnologien 2012* Wiesbaden: Statistisches Bundesamt
- Steffanowski A, Löschmann C, Schmidt J et al. (2007). *Meta-Analyse der Effekte stationärer psychosomatischer Rehabilitation. Meta-Studie*. Bern: Verlag Hans Huber Hogrefe AG
- Titov N (2011). Internet-delivered psychotherapy for depression in adults. *Curr Opin Psychiatry* 24, 18-23.

- van Wier MF, Ariens GA, Dekkers JC (2009). Phone and e-mail counselling are effective for weight management in an overweight working population: a randomized controlled trial. *BMC Public Health* 9, 6
- Ware JE, Kosinski M, Dewey JE (1999). *How to Score and Interpret Single-item Health Status Measures: A Manual for Users of the SF-8™ Health Survey*. Lincoln, RI: Quality Metric Incorporated
- Ware JE, Sherbourne CD (1992). The MOS 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36): I. Conceptual framework and item selection. *Medical Care* 30, 473-83
- Wittmann, WW (1985). *Evaluationsforschung*. Berlin: Springer
- Wolf M, Maurer WJ, P. D et al. (2006). E-mail in psychotherapy - an aftercare model via electronic mail for psychotherapy inpatients. *Psychother Psychosom Med Psychol* 56, 138-146
- World Health Organization (2001). *The world health report 2001 - mental health: new understanding, new hope*. Geneva: world health organization
- Zepf S, Mengele U, Hartmann S (2003). Zum Stand der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung der Erwachsenen in der Bundesrepublik Deutschland. *Psychother Psychosom Med Psychol* 53, 152-162

10 Anhang

Anhang A: Manual

Anhang B: Patientenflyer / Patientenbroschüre

Anhang C: Patienteninformation und Einverständniserklärung

Anhang D: Fragebögen

10.1 Anhang A: Manual



Universitätsklinikum
Hamburg-Eppendorf

Psychotherapeutische E-Mail Nachsorge zur Förderung der Nachhaltigkeit des Rehabilitationserfolges von Patienten mit psychischen Erkrankungen

Indikation Depression

Eine Studie in Kooperation des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf und den MediClin Deister Weser Kliniken, den Mediaclin Blietal Kliniken, dem MediClin Rehasentrum am Hahnberg sowie dem Rehasentrum Bad Pyrmont, gefördert im Rahmen des Förderschwerpunkts „Nachhaltigkeit der medizinischen Rehabilitation durch Vernetzung“.

KURZ-MANUAL

ZUR DURCHFÜHRUNG DER E-Mail-Nachsorge

Liebe Bezugstherapeutinnen und Bezugstherapeuten,

wir freuen uns, dass Sie als Behandler die Studie zur E-Mail-Nachsorge (eMaNa) gemeinsam mit uns durchführen. Mit diesem Kurz-Manual möchten wir Ihnen einen Leitfaden für die Durchführung der E-Mail-Nachsorge bereitstellen. Inhalte des Manuals sind die Ziele der E-Mail-Nachsorge, sowie der Ablauf der Nachsorge und der Studie (z.B. Patientengewinnung) innerhalb Ihrer Klinik.

Das Manual stellt den Rahmen der Intervention dar. Generell soll dieses Manual eine Unterstützung darstellen, die konkrete Ausgestaltung der E-Mails wird sicherlich individuell sehr unterschiedlich ausfallen.

Da Sie als Bezugstherapeut/Bezugstherapeutin die psychotherapeutische Kompetenz zur E-Mail-Begleitung mitbringen, und zudem den/die Patienten gut kennen, sind Sie selbstverständlich **frei, den Patienten bei der „Depressionsbegleitung“ so zu unterstützen, wie Sie es für richtig halten**. Mit den folgenden Inhalten möchten wir Ihnen eher Möglichkeiten aufzeigen, wie Sie innerhalb der E-Mail- Nachsorge handeln können.

Wenn Sie weitere Fragen haben, können Sie uns selbstverständlich zu jedem Zeitpunkt im Verlauf der Studie kontaktieren.

Kontakt:

- Dipl.-Psych. Martin Ceynowa, Tel: 040 – 7410 – 56878; Email: m.ceynowa@uke.de
- PD Dr. Birgit Watzke, Tel: 040 – 7410 – 54883; Email: watzke@uke.de

Das Kurzmanual gliedert sich wie folgt:

A. Ziele und Rahmenbedingungen der E-Mail-Nachsorge	S. 3
B. Das Webportal.....	S. 4
C. Inhalt der E-Mails und Notfälle.....	S. 5
D. Abläufe in der Klinik.....	S. 7

A Ziele und Rahmenbedingungen von eMaNa

Welche Ziele werden mit eMaNa verfolgt?

Ziele der E-Mail-Nachsorge

- Sicherstellung des stationären Behandlungserfolgs
- Verbesserung des Transfers der Erfolge in den Alltag
- Erhöhung der Behandlungskontinuität

eMaNa basiert darauf, dass Sie als Bezugstherapeut (oder Gruppentherapeut) an den stationären Aufenthalt und die bestehende therapeutische Beziehung anknüpfen können.

Was sind die Rahmenbedingungen von eMaNa?

eMaNa ist ein auf die Situation und Bedürfnisse des einzelnen Patienten abgestimmte Nachsorge, die auf den während der stationären Behandlung erarbeiteten Inhalten aufbaut und an Ihre bestehende therapeutische Beziehung anknüpft.

Deshalb sollten Sie die Patienten, die Sie nach der stationären Rehabilitation begleiten entweder aufgrund Ihrer Funktion als Bezugs- oder Gruppentherapeut (Indikativgruppe Depression) bereits kennen.

Rahmenbedingungen von eMaNa

- Der E-Mail-Kontakt findet mindestens **einmal wöchentlich** über einen Zeitraum von **12 Wochen** statt. Wenn die Nachsorge nicht vorzeitig durch den Patienten beendet wird, finden dementsprechend mindestens 12 E-Mail Kontakte statt.
- Bei Urlaubs- /Krankheitszeiten des Therapeuten, die weniger als 3 Wochen andauern, wird der E-Mail-Kontakt ausgesetzt und um diesen Zeitraum verlängert.
- Bei Urlaubs- /Krankheitszeiten des Therapeuten, die länger als 3 Wochen andauern, sollte die Nachsorge durch einen anderen Bezugstherapeuten übernommen werden. In diesem Fall halten Sie bitte Rücksprache mit Ihrem Studienleiter vor Ort.
- Die E-Mail-Kontakte werden aus datenschutzrechtlichen Gründen über ein Webportal realisiert (www.emana-kontakt.de). Die Patienten werden über eingehende E-Mails durch eine SMS informiert. Eine solche SMS-Benachrichtigung ließe sich bei Wunsch auch für den Bezugstherapeuten einrichten.

B Das Webportal

Wie melde ich mich beim Webportal an?

Für eMaNa wurde ein passwortgeschütztes Webportal eingerichtet (www.emana-kontakt.de). Mit Ihrem Benutzernamen und Ihrem Passwort können Sie sich bei dem Webportal anmelden bzw. sich einloggen. Die einzelnen Funktionen Ihres E-Mail-Kontos entsprechen denen, die Sie auch schon von Ihren privaten E-Mail-Konten (z.B. gmx.de, web.de, yahoo.de, etc.) kennen.

Abbildung 1: eMaNa- Login

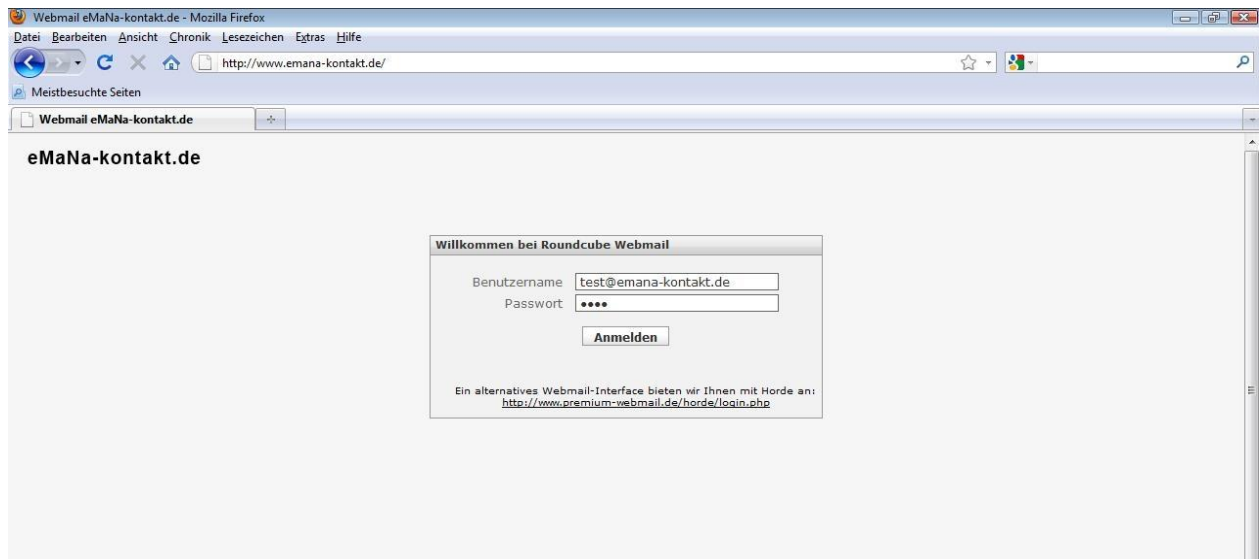
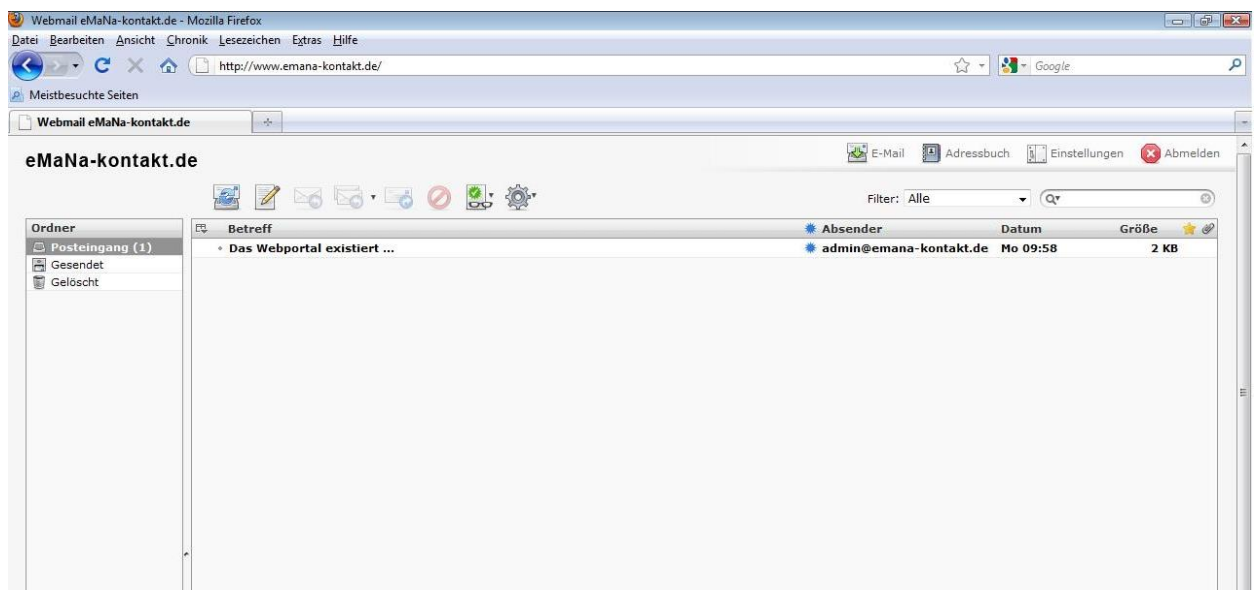


Abbildung 2: eMaNa- Postfach



C Inhalt der E-Mails

Welche Inhalte haben die E-Mails?

Der Fokus der E-Mails liegt auf den **verhaltensnahen** Behandlungselementen und Übungen. Der Therapeut stellt eine Art „**Übungsbegleiter**“ dar, der die Patienten darin unterstützt, die gelernten Inhalte und Techniken zum Umgang mit der depressiven Erkrankung in den Alltag zu übertragen.

Dabei wird auf den Inhalten aufgebaut, die während der Depressionsbehandlung/Depressionsgruppe vermittelt worden sind. Konkrete Ziele, die während der E-Mail-Nachsorge verfolgt werden können, sind:

- Durchbrechen des Teufelskreises von Inaktivität, Passivität, Rückzug und depressiven Symptomen
- Aufbauen von Handlungen und positiven Aktivitäten
- Alltagsstrukturierung
- Einüben von Techniken zur Unterbrechung und Ablenkung von Grübelkreisläufen
- Selbstfürsorge

Auch hier können strukturierende Elemente, die der Patient schon während der Behandlung kennen gelernt hat (z.B. Aktivitäts- und Wochenpläne) wieder aufgegriffen werden.

Da die Erfahrungen mit den bisher stattgefundenen E-Mail-Kontakten (im Rahmen der Angstbegleitung) zwischen Bezugstherapeuten und Rehabilitanden gezeigt haben, dass die Kommunikation über das Medium E-Mail sehr gut gelingt, können auch kognitionsverändernde Techniken weiter vertieft werden. Auch hier sollten diese schon während des stationären Aufenthalts erarbeitet worden sein.

Mögliche inhaltliche Beispiele sind z.B.:

- ABC-Analysen (Situationsanalysen)
- Infragestellen dysfunktionaler Gedanken (z.B. durch Bezugnahme auf „Denkfehler“; „welche Anhaltspunkte haben Sie für/gegen diesen Gedanken“, etc.)
- Einüben neuer hilfreicher Gedanken in realen Alltagssituationen

Was sollte beim Formulieren der E-Mails beachtet werden?

Der „Ton“ einer Nachricht sollte professionell, fokussiert, „warm“/positiv und wertschätzend sein. Die Kommunikation sollte insgesamt nicht weniger informell als während des stationären Aufenthalts sein (Guidelines for E-Mail Communication in Psychiatric Practice, Silk & Yager, 2003).

Was soll die E-Mail-Nachsorge nicht sein?

Die E-Mail-Nachsorge ist **nicht für die Hilfe in einer Notsituation** geeignet. Für potentielle Krisensituationen wird im Vorfeld, d.h. während des stationären Aufenthalts, ein Notfallplan aufgestellt. Dieser Plan befindet sich auf der Patientenbroschüre, die Sie dem Patienten mitgeben, wenn er sich zur Studienteilnahme bereiterklärt hat.

Der Notfallplan beinhaltet insbesondere den Namen und die Telefonnummer des den Patienten behandelnden **Hausarztes/Facharztes** und/oder der **psychiatrischen Notdienste** der Kliniken am Wohnort des Patienten. Weiterhin sollten Name und Telefonnummer eines Ansprechpartners notiert werden, der dem Patienten persönlich nahe steht und vertraut.

Eine Kopie des Notfallplans verbleibt bei Ihnen (mit Unterschrift des Patienten) und eine Kopie ist für den Patienten gedacht. Der Notfallplan und die darin enthaltenen Telefonnummern sollten sowohl für den Patienten als auch für Sie „griffbereit“ sein, so dass Sie im Notfall unverzüglich handeln können.

Sollten Sie in einer Notsituation niemanden erreichen, zögern Sie bitte nicht den **Notruf** zu wählen (112).

D Abläufe in der Klinik

Welche Patienten kommen für die Studie in Frage?

Für die Studie kommen alle Patienten in Frage (**Einschlusskriterien**), bei denen eine der folgenden affektiven Störungen mittels Mini-Dips diagnostiziert worden ist:

- **Depressive Episode** (F32.00 – F32.2)
- **Rezidivierende depressive Störung** (F33.00 – F33.2)
- **Dysthymia** (F34.1)

Die Diagnose sollte Behandlungsschwerpunkt gewesen sein und eine **verhaltenstherapeutische Behandlungsgrundlage** (z.B. durch die Teilnahme an der indikationsspezifischen Depressionsgruppe) mit dem Patienten geschaffen worden sein, an der Sie während der Nachsorge anknüpfen können. Darüber hinaus sollte der Patient Zugang zum Internet und Grundwissen im Umgang mit E-Mails haben.

Patienten können nicht an der Studie teilnehmen (**Ausschlusskriterien**), wenn sie folgende Kriterien erfüllen:

- Eine **laufende** ambulante Psychotherapie (Schwerpunkt **Verhaltenstherapie!**)
- Akute Suizidalität
- Akute psychotische Symptomatik
- Keine ausreichenden deutschen Sprachkenntnisse

Was sollte mit dem Patienten schon während des stationären Aufenthalts geklärt werden?

Wenn ein Patient für die Studie geeignet ist (siehe oben: Ein- und Ausschlusskriterien), erfolgt die **Patienteninformation**. Nachdem der Patient sein **Einverständnis erklärt** hat und an der Studie teilnehmen möchte, findet die Zuordnung des Patienten zu der Interventionsgruppe (E-Mail-Nachsorge) und der Kontrollgruppe statt. Dieser Prozess der Zuordnung (Randomisierung) wird unten noch genauer beschrieben.

Mit Patienten, die der **Interventionsgruppe** zugeordnet worden sind, sollten folgende Aspekte thematisiert werden:

- Aushändigen der Patientenbroschüre für die Interventionsgruppe (in diesem Zusammenhang auch Erarbeitung des Vorgehens in einem Notfall, siehe oben)
- Ihre Rolle als „**Übungsbegleiter**“ während der Nachsorge: Der Patient hat eine aktive Rolle in der Nachsorge (Hilfe zur aktiven Problembewältigung)
- Basis der Nachsorge ist der stationäre Aufenthalt, an den Sie inhaltlich anknüpfen und bereits Erlerntes vertiefen
- Die Nachsorge ist kein Psychotherapieersatz: Die Patienten können und sollen sich durchaus weiter darum bemühen, einen ambulanten Therapieplatz zu bekommen
- Information des Patienten:
 - ein Hauptkontakt pro Woche
 - über den Zeitraum der Rückmeldung (innerhalb von 48h); alternativ: Vereinbarung eines festen „**E-Mail-Tages**“ äquivalent zu einem Termin (hat sich im Rahmen der

Angstbegleitung als zuverlässigere Variante bestätigt)

→ wenn nach 7 Tagen keine Rückmeldung durch den Patienten erfolgt ist,

Sie nachfassen und eine Erinnerungsmail versenden

→ wenn nach 14 Tagen noch keine Rückmeldung durch den Patienten erfolgt ist,

eine standardisierte Erinnerungsmail durch das Studienzentrum Hamburg versandt

wird, in der angekündigt wird, dass die Nachsorge bei nicht sofortiger Rückmeldung

beendet wird

- **Handynummer** des Patienten notieren! Der Patient wird über eingehende E-Mails per SMS informiert.
- Die E-Mail-Nachsorge beginnt **in der Woche nach Entlassung** aus der Klinik; der erste E-Mail-Kontakt wird durch Sie initialisiert

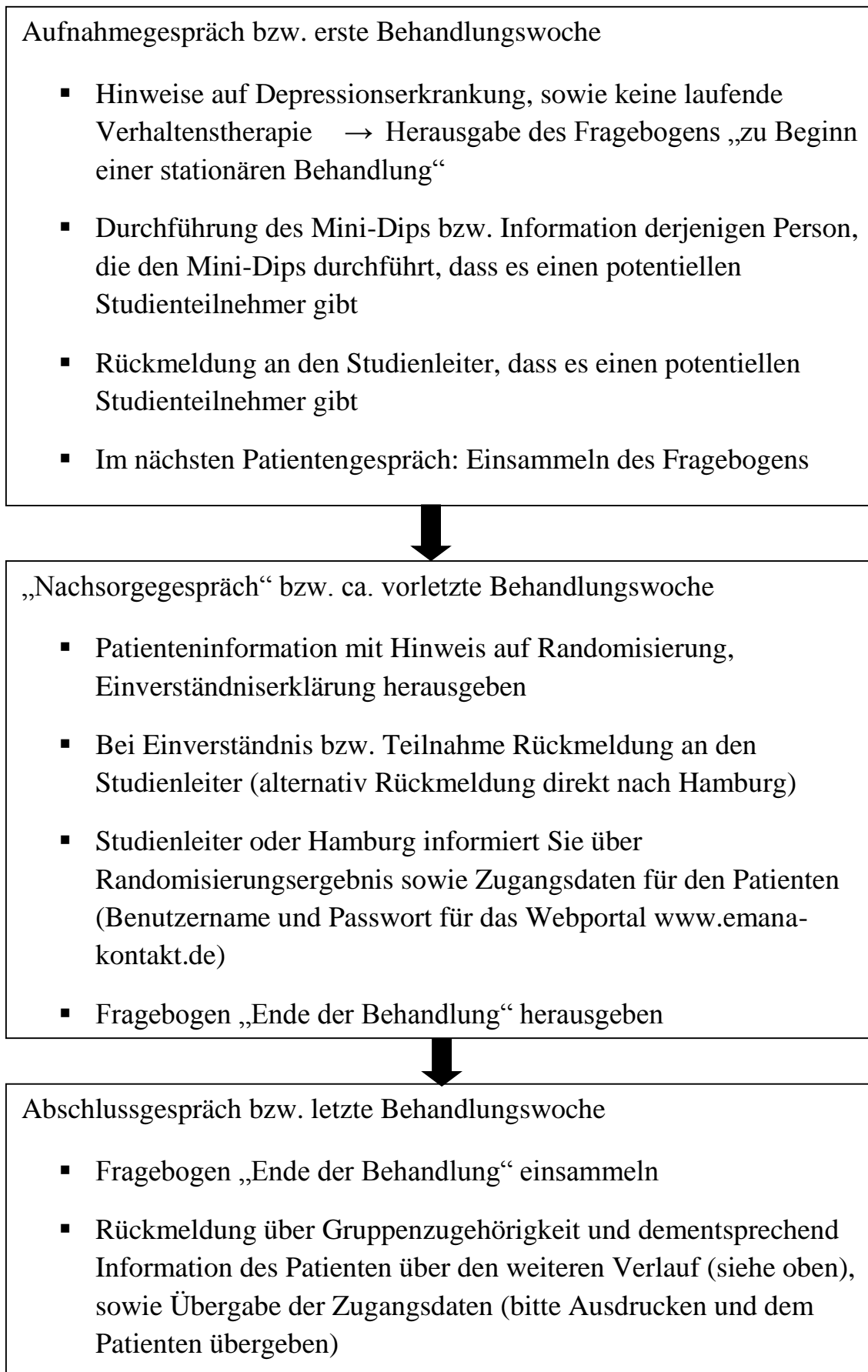
Patienten, die der Kontrollgruppe zugeordnet sind, werden über den weiteren Ablauf der Studie informiert:

- Aushändigen der Patientenbroschüre für die Kontrollgruppe
- Hinweis auf die beiden Fragebögen, die der Patient im weiteren Verlauf der Studie zugeschickt bekommt (3 und 6 Monate später), mit der Bitte diese Auszufüllen (vorfrankierter Rückumschlag liegt bei)

Wie gestalten sich die „Studienprozesse“, z.B. Herausgabe der Fragebögen und Randomisierung der Patienten?

Abbildung 3 gibt einen Überblick über die „Studienprozesse“. Diese können in Ihrer Klinik zum Teil abweichend organisiert sein.

Abbildung 3: Studienprozesse



10.2 Anhang B: Patientenflyer / Patientenbroschüre

Wie melde ich mich bei eMaMa an?

Für eMaMa wurde ein passwortgeschütztes Webportal (www.emana-kontakt.de) eingerichtet, um Ihre Privatsphäre beim Versenden und Empfangen der E-Mails zu schützen.

Bitte rufen Sie die Internetadresse:

www.emana-kontakt.de auf.

Sie haben während Ihres Klinikaufenthalts einen verschlossenen Briefumschlag erhalten, der Ihren Benutzernamen und Ihr Passwort enthält. Mit diesem Benutzernamen und Ihrem Passwort können Sie sich nun in dem Webportal anmelden.

Fertig! Sie können nun das Webportal nutzen und E-Mails empfangen und versenden. Die einzelnen Funktionen Ihres E-Mail-Kontos entsprechen denen, die Sie auch schon von Ihren privaten E-Mail-Konten (z.B. gmx.de, web.de, yahoo.de, etc.) kennen.



Passwort vergessen? Bitte kontaktieren Sie uns bei Problemen und Fragen – wir helfen Ihnen gerne!

Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf

Dipl.-Psych. Martin Ceynowa
Institut und Poliklinik für Medizinische Psychologie
Martinistraße 52
20246 Hamburg
Tel.: 040/7410 - 56878

Rehazentrum Bad Pyrmont

Forstweg 2
31812 Bad Pyrmont
Tel.: 05281/169-2402
Internet: www.rehazentrum-bad-pyrmont.de



**Rehazentrum Bad
Pyrmont**

**Informationsblatt zur
E-Mail-Nachsorge:
eMaMa**



**Universitätsklinikum
Hamburg-Eppendorf**



**Liebe Patientin,
Lieber Patient,**



ich freue mich, dass Sie an unserem Nachsorgeangebot „eMaNa“ teilnehmen. Mit dieser Broschüre erhalten Sie die wichtigsten Informationen, die Sie für unsere E-Mail-Nachsorge benötigen.

Die E-Mail-Nachsorge eMaNa unterstützt Sie darin, Ihren Behandlungserfolg aus der Klinik „mit in den Alltag“ zu nehmen und Ihre depressive Erkrankung auch in Ihrem häuslichen Lebensalltag zu bewältigen.

Unser Wunsch ist es, dass Sie auch NACH Ihrer Behandlung in unserem Hause weiterhin gut versorgt sind.

Priv.-Doz. Dr. med. Markus Bassler
Chefarzt Psychosomatische Medizin,
Rehazentrum Bad Pymont

Worum geht es bei eMaNa?

Um Ihre depressive Erkrankung zu bewältigen, bedarf es einer Menge Ausdauer und Übung.

Ein wichtiger Bestandteil einer jeden

Depressionsbehandlung besteht darin, mittels Übungen auf Ihre Stimmung Einfluss zu nehmen. eMaNa bietet Ihnen für diesen wichtigen Schritt eine therapeutische Begleitung via E-Mail. Ihr Therapeut aus der Klinik wird Ihr „Übungsbegleiter“, der gemeinsam mit Ihnen geeignete Übungen vorbereitet und nachbespricht. Dabei knüpfen Sie an die Inhalte und Erfahrungen an, die Sie bereits während Ihres stationären Aufenthalts gemacht haben.

Was sind die Rahmenbedingungen von eMaNa?

- Der E-Mail-Austausch mit Ihrem Therapeuten findet über einen Zeitraum von 12 Wochen statt.
- Der Schwerpunkt der Nachsorge liegt auf Ihrer Depressionserkrankung und der Durchführung von Übungen.
- Sie haben mit Ihrem Therapeuten einen „Hauptkontakt“ pro Woche.



Was sind die Rahmenbedingungen von eMaNa?

- Falls Sie oder Ihr Therapeut im Urlaub sind, wird die Nachsorge vorübergehend unterbrochen und um den gleichen Zeitraum verlängert.
- Wenn Sie eine Nachricht Ihres Therapeuten erhalten, werden Sie per SMS benachrichtigt.

Was mache ich in einer Notsituation?

eMaNa ist nicht für die Hilfe in einer Notsituation geeignet. In einer solchen Krisensituation wenden Sie sich bitte an Ihren Hausarzt/Facharzt (Name+Tel.): _____

und/oder die psychiatrischen Notdienste der Klinik an Ihrem Wohnort

(Name+Tel.): _____
Zusätzlich ist es wichtig, dass Sie vor Ort einen Ansprechpartner haben, der Ihnen persönlich nahe steht und dem Sie vertrauen (Name+Tel.): _____

Bitte rufen Sie im Notfall eine der Telefonnummern an!



10.3 Anhang C: Patienteninformation und Einverständniserklärung



Ansprechpartner:
Herr J. Korell, Dipl. Psych.
Telefon 05281/169-2531



Universitätsklinikum
Hamburg-Eppendorf

Ansprechpartner:
Herr M. Ceynowa, Dipl. Psych.
Telefon 040/ 7410-56878

Patienteninformation

zur Studie

„Psychotherapeutische E-Mail-Nachsorge für Patienten mit depressiven Erkrankungen“

Liebe Patientin, lieber Patient,

während Ihres Aufenthaltes in dem Rehasentrum Bad Pyrmont lassen wir Ihnen alle notwendigen und geeigneten Behandlungen zukommen, die zur Besserung Ihres Befindens beitragen. Zusätzlich legen wir in unserer Klinik besonderen Wert darauf, dass Sie auch in der Zeit NACH Ihrer Behandlung, d. h. wenn Sie wieder zuhause sind, weiterhin gut versorgt sind und Ihren Behandlungserfolg aus der Klinik „mit in den Alltag“ nehmen und dort weiter ausbauen können.

Deshalb führen wir gemeinsam mit dem Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf eine wissenschaftliche Studie durch, in dessen Rahmen ein Teil der Patientinnen und Patienten, die unter einer depressiven Erkrankung leiden, die Möglichkeit erhält, sich auch nach Entlassung aus der Klinik mit ihrem jeweiligen Psychotherapeuten wöchentlich per E-Mail auszutauschen und dabei an die während der Behandlung erarbeiteten Inhalte anzuknüpfen. Diese zusätzliche therapeutische Begleitung via E-Mail wird Ihnen über einen Zeitraum von 12 Wochen angeboten und unterstützt Sie darin, Ihren in der Klinik erzielten Behandlungserfolg im häuslichen Lebensalltag umzusetzen und zu vertiefen. Die „E-Mail-Nachsorge“ hat das Ziel, Ihnen den Übergang von der Klinik zurück in Ihren Alltag zu erleichtern und Ihre Fortschritte bei der Behandlung Ihrer depressiven Erkrankung zu erweitern. Da es sich um ein zusätzliches Angebot im Rahmen einer Studie handelt, entscheidet für alle Studienteilnehmerinnen und -teilnehmer das Los, ob sie an der E-Mail-Nachsorge teilnehmen oder die üblichen Nachsorgeangebote des Gesundheitswesens in Anspruch nehmen können. Zusätzlich zu den Informationen, die Sie bereits durch ihren Psychotherapeuten erhalten haben, möchten wir Ihnen auf diesem Informationsblatt noch einmal kurz das Wichtigste über die Untersuchung zusammenfassen, damit Sie es in Ruhe nachlesen können:

1

E-Mail-Nachsorge für Patienten mit depressiven Erkrankungen: Patienteninformation

◆ **Wer führt die Studie durch?**

Die Studie wird von dem Rehasentrum Bad Pyrmont in Zusammenarbeit mit dem Institut für Medizinische Psychologie des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf (Professor Dr. med. Dr. phil. Martin Härter) durchgeführt. Das Universitätsklinikum Hamburg Eppendorf ist im Rahmen der Studie ausschließlich für die Auswertung der Studienergebnisse zuständig.

◆ **Freiwilligkeit**

Die Teilnahme ist freiwillig und es entstehen für Sie keine Nachteile bei Ihrer Behandlung, wenn Sie die Teilnahme ablehnen. Bei Widerruf der Teilnahme werden alle bis dahin erhobenen Daten gelöscht. Ihre Bereitschaft für eine Teilnahme an der Studie erteilen Sie uns durch eine schriftliche Einverständniserklärung, die Sie ebenfalls durch Ihren Psychotherapeuten erhalten werden.

◆ **Worum werde ich als Patient(in) gebeten? Was soll ich tun?**

Für alle Studienteilnehmerinnen und –teilnehmer entscheidet das Los, ob sie zu der Gruppe der Patientinnen und Patienten gehören, die im Anschluss an ihren Klinikaufenthalt an dem zusätzlichen Angebot der E-Mail-Nachsorge teilnehmen oder ob sie der zweiten Gruppe angehören, die keine E-Mail-Nachsorge erhält. Studienteilnehmerinnen und –teilnehmer, die in die Gruppe ohne E-Mail-Nachsorge gelost werden, erhalten das normale Angebot an Nachsorgemaßnahmen, das das Gesundheitssystem vorsieht. Zusätzlich bekommen sie wöchentlich eine E-Mail von unserer Klinik mit wechselnden Inhalten (z.B. Rätselaufgaben).

Außerdem wird unter ALLEN teilnehmenden Patientinnen und Patienten ein Reiseegutschein im Wert von 500€ verlost.

Alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer bekommen am Ende ihrer Rehabilitationsbehandlung sowie drei Monate und sechs Monate nach Ihrem Klinikaufenthalt einen Fragebogen. Den ersten Fragebogen erhalten Sie hier in der Klinik, die letzten beiden werden Ihnen per Post mit einem beigefügten adressierten Freiumschlag zugeschickt. In den Fragebögen werden Sie darum gebeten, einige Angaben zu ihrem Befinden zu machen. Zusätzlich werden einige die Behandlung betreffende Routinedaten (z. B. Angaben zum Gesundheitszustand bei Behandlungsbeginn, Diagnose, Behandlungsdauer Ihrer Rehabilitationsmaßnahme) in pseudonymisierter Form an das Universitätsklinikum Hamburg weitergegeben, damit diese dort in die Studienauswertung einbezogen werden können.

◆ **Muss ich als Patient(in) irgendwelche Bedenken haben (z.B. Datenschutz)?**

Die Erhebung und Bearbeitung Ihrer persönlichen Daten unterliegen der Schweigepflicht und den datenschutzgesetzlichen Bestimmungen.

Sie werden in dem Rehasentrum Bad Pyrmont erhoben und pseudonymisiert (verschlüsselt), d.h. Ihr Name und andere Identifikationsmerkmale werden durch eine mehrstellige Zahlenkombination (Code-Nummer) ersetzt, so dass Rückschlüsse auf Ihre Person nicht möglich sind. Auch die Verarbeitung,

Auswertung und Speicherung der aufgezeichneten Daten während der Studienlaufzeit erfolgt in pseudonymisierter Form. Zugang zu dem „Schlüssel“, der eine Zuordnung der Daten zu dem einzelnen Studienteilnehmer ermöglicht, hat neben dem Studienleiter Herr Joachim Korell nur noch sein Stellvertreter. Dieser „Schlüssel“ (sowie Ihre unterschriebene Einverständniserklärung) werden nach Abschluss der Studie unwiderruflich gelöscht, so dass ab diesem Zeitpunkt alle erhobenen Daten vollkommen anonym sind. Diese anonymisierten Daten werden für eine Dauer von 10 Jahren am Universitätsklinikum Hamburg Eppendorf gespeichert. Eine Weitergabe der Daten an staatliche oder private Einrichtungen ist ausgeschlossen.

Die zuständige Ethik-Kommission hat dieses Forschungsvorhaben überprüft und keine rechtlichen und/oder ethischen Bedenken gegen die Durchführung dieser Studie erhoben.

Als Studienteilnehmer haben Sie das Recht, über die von Ihnen erhobenen Daten und anfallenden Ergebnisse der Studie informiert zu werden. Bitte wenden Sie sich hierzu an Ihren behandelnden Psychotherapeuten. Im Falle des Widerrufs Ihres Einverständnisses zur Teilnahme an der Studie werden die bereits erhobenen Daten gelöscht. Wir möchten Sie noch darauf hinweisen, dass die Untersuchung nicht auf Veranlassung der Kostenträger erfolgt und ausschließlich Forschungszwecken dient. Auch der E-Mail-Austausch mit Ihrem Psychotherapeuten, der ebenfalls an die Schweigepflicht gebunden ist, unterliegt den datenschutzgesetzlichen Bestimmungen. Die Weiterverarbeitung und Speicherung der E-Mails erfolgt in pseudonymisierter Form. Um die Datensicherheit und die Wahrung der Privatsphäre beim Versenden und Empfangen der E-Mails zwischen Ihnen und Ihrem Therapeuten sicherzustellen, wurde ein passwortgeschütztes Webportal für die Studie eingerichtet, d.h. das Webportal kann ausschließlich mit dem nur Ihnen persönlich bekannten Passwort benutzt werden. Der Versand und Empfang der E-Mails findet über eine sichere SSL-Verbindung statt.

Wir möchten Sie herzlich bitten, an der Studie teilzunehmen. Mit Ihrer Unterstützung sind wir als Klinik in der Lage, unsere Nachsorgeangebote weiter zu verbessern.

Wenn Sie sich bereit erklären, an der Studie teilzunehmen, bitten wir Sie, die Einverständniserklärung zu unterschreiben. Ein Exemplar verbleibt bei Ihnen, das andere geben Sie bitte unterschrieben zurück. Wenn Sie noch Fragen haben, stehen Ihnen in der Klinik Herr Joachim Korell (Tel.: 05281/169-2531) und Herr Martin Ceynowa (Tel.: 040/7410-56878) vom Universitätsklinikum Hamburg jederzeit gerne zur Verfügung.

Im Namen der Klinik möchte ich mich im Voraus für Ihre Unterstützung und Mitarbeit bedanken!

Priv. - Doz. Dr. med. Markus Bassler
Chefarzt Psychosomatische Medizin, Rehasentrum Bad Pyrmont

Einverständniserklärung

- Kopie für die Patientin / den Patienten -

zur Teilnahme an der wissenschaftlichen Studie „Psychotherapeutische E-Mail-Nachsorge für Patienten mit depressiven Erkrankungen“

Ich bin mit dem beiliegenden Merkblatt („Patienteninformation“) über die Vorgehensweise der Studie informiert worden. Ich weiß,

- dass die Teilnahme an der Studie **freiwillig** ist,
 - dass mir durch Nichtbeantwortung oder kritische Antworten **keine Nachteile** entstehen
 - und dass meine Angaben vollkommen **pseudonymisiert** ausgewertet werden.
- Ich bin bereit, einen Fragebogen zu meinem Gesundheitszustand und zu meiner bisherigen Behandlung am Ende meines Klinikaufenthalts auszufüllen.
- Ich bin damit einverstanden, 3 Monate und 6 Monate nach meiner stationären Behandlung noch einmal einen ähnlichen Fragebogen zu beantworten, der mir per Post zugesandt wird.
- Ich stimme zu, dass das Rehazentrum Bad Pyrmont meine Behandlung betreffende Routinedaten (Angaben zu meinem Gesundheitszustand bei Behandlungsbeginn, Diagnose, Behandlungsdauer) pseudonymisiert an das Universitätsklinikum Hamburg weitergibt, damit diese dort in die Studienauswertung einbezogen werden können.
- Ich bin damit einverstanden, dass das Universitätsklinikum Hamburg meine während der E-Mail-Nachsorge versandten E-Mails in pseudonymisierter Form erhält, damit diese dort in die Studienauswertung einbezogen werden können.
- Die Codierung auf den Fragebögen (3. Buchstabe von Vor- und Nachnamen, Quersumme aus Geburtsdatum) stellt sicher, dass die Fragebögen, die ich zu den verschiedenen Zeitpunkten ausfülle, einander zugeordnet werden können. Eine Zuordnung zu meiner Person wird nicht vorgenommen. Lediglich wenn ich meine Teilnahme im Laufe der Studie widerrufen sollte, wird eine Zuordnung zu meiner Person wieder hergestellt, um damit zu ermöglichen, dass alle bis dahin erhobenen Daten von mir gelöscht werden können.

Alle Fragebögen werden vom Klinikum verschlossen an die Universität Hamburg weitergeleitet. Das Rehazentrum Bad Pyrmont sowie andere private oder öffentliche Einrichtungen erfahren keinerlei individuelle Angaben aus meinem Fragebogen.

Wenn Sie noch Fragen haben, stehen Ihnen in der Klinik Herr Joachim Korell (Tel.: 05281/ 169-2531 und Herr Martin Ceynowa (Tel.: 040 / 7410-56878) vom Universitätsklinikum Hamburg jederzeit gerne zur Verfügung.

.....
Datum

.....
Unterschrift der Patientin/ des Patienten

Information und Aufklärung erfolgte durch:

.....
Datum

.....
Unterschrift Klinikmitarbeiter

Information zum Datenschutz:

Die Erhebung und Bearbeitung Ihrer persönlichen Daten unterliegen der Schweigepflicht und den datenschutzgesetzlichen Bestimmungen.

Sie werden in dem Rehazentrum Bad Pyrmont aufgezeichnet und pseudonymisiert (verschlüsselt), d.h. Ihr Name und andere Identifikationsmerkmale werden durch eine Code-Nummer (3. Buchstabe von Vor- und Nachnamen, Quersumme aus Geburtsdatum) ersetzt, so dass Rückschlüsse auf Ihre Person nicht möglich sind. Auch die Verarbeitung, Auswertung und Speicherung der aufgezeichneten Daten während der Studienlaufzeit erfolgt in pseudonymisierter Form. Zugang zu dem „Schlüssel“, der eine Zuordnung der Daten zu dem einzelnen Studienteilnehmer ermöglicht, hat neben dem Studienleiter Herr Joachim Korell nur noch sein Stellvertreter. Dieser „Schlüssel“ (sowie Ihre unterschriebene Einverständniserklärung) werden nach Abschluss der Studie unwiderruflich gelöscht, so dass ab diesem Zeitpunkt alle erhobenen Daten vollkommen anonym sind. Diese anonymisierten Daten werden für eine Dauer von 10 Jahren am Universitätsklinikum Hamburg Eppendorf gespeichert. Eine Weitergabe der Daten an staatliche oder private Einrichtungen ist ausgeschlossen.

Die zuständige Ethik-Kommission hat dieses Forschungsvorhaben überprüft und keine rechtlichen und/oder ethischen Bedenken gegen die Durchführung dieser Studie erhoben. Als Studienteilnehmer haben Sie das Recht, über die von Ihnen erhobenen Daten und anfallenden Ergebnisse der Studie informiert zu werden. Bitte wenden Sie sich hierzu an Ihren behandelnden Psychotherapeuten. Im Falle des Widerrufs Ihres Einverständnisses zur Teilnahme an der Studie werden die bereits erhobenen Daten gelöscht. Wir möchten Sie noch darauf hinweisen, dass die Untersuchung nicht auf Veranlassung der Kostenträger erfolgt und ausschließlich Forschungszwecken dient.

Auch der E-Mail-Austausch mit Ihrem Psychotherapeuten, der ebenfalls an die Schweigepflicht gebunden ist, unterliegt den datenschutzgesetzlichen Bestimmungen. Die Weiterverarbeitung und Speicherung der E-Mails erfolgt in pseudonymisierter Form. Um die Datensicherheit und die Wahrung der Privatsphäre beim Versenden und Empfangen der E-Mails zwischen Ihnen und Ihrem Therapeuten sicherzustellen, wurde ein passwortgeschütztes Webportal für die Studie eingerichtet, d.h. das Webportal kann ausschließlich mit dem nur Ihnen persönlich bekannten Passwort benutzt werden. Der Versand und Empfang der E-Mails findet über eine sichere SSL-Verbindung statt.

.....
Datum

.....
Unterschrift des Patienten

10.4 Anhang D: Fragebögen

eMaNa T0 Depression 2012 Bad Pyrmont



Befragung von Patientinnen und Patienten

zu Beginn einer stationären psychosomatischen
Behandlung

2012

Code- Nr.:

Datum: ____ / ____ /2012

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,


dieser Fragebogen enthält Fragen zu verschiedenen Bereichen Ihres körperlichen und psychischen Befindens sowie Ihrer beruflichen Situation, mit denen wir erfahren möchten, wie es Ihnen im Moment, zu Beginn der stationären Behandlung, geht.

Bitte lesen und beantworten Sie jede Frage.

Es gibt keine „richtigen“ oder „falschen“ Antworten. Falls eine Frage weniger auf Sie zutrifft oder es Ihnen einmal schwer fällt, sich für eine Antwort zu entscheiden, kreuzen Sie bitte die Antwort an, die spontan am ehesten zutrifft. Bei einigen Fragen kann es zu Überschneidungen mit vorigen Fragen kommen, die aus technischen Gründen leider nicht zu vermeiden waren. Da wir möglichst viele Aspekte Ihres Befindens und Ihrer derzeitigen Situation erfassen möchten, ist der Fragebogen insgesamt umfangreich. **Wir bitten Sie um Ihr Verständnis und danken Ihnen herzlich für Ihre Mühe!**

Beispielfrage:

B 2	Hatten Sie in den vergangenen 4 Wochen aufgrund Ihrer körperlichen Gesundheit irgendwelche Schwierigkeiten bei der Arbeit oder anderen alltäglichen Tätigkeiten im Beruf bzw. zu Hause?	Ja	Nein
	Ich konnte nicht so lange wie üblich tätig sein	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Ich habe weniger geschafft als ich wollte	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Ich konnte nur bestimmte Dinge tun	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Ich hatte Schwierigkeiten bei der Ausführung	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>



Sollten Sie noch Fragen haben, wenden Sie sich bitte an die für Sie zuständige Therapeutin bzw. den zuständigen Therapeuten in der Klinik.

Ausfülldatum:

<i>Tag</i>	<i>Monat</i>	<i>Jahr</i>
		2 0

Angaben zur Person

B1	Ihr Geschlecht?	Ihr Geburtsjahr?	Ihre Staatsangehörigkeit?
	<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich	_____	<input type="checkbox"/> deutsch <input type="checkbox"/> außerhalb der EU <input type="checkbox"/> EU-Bürger

B2	Wie ist Ihr aktueller Familienstand? <small>(Ausschlaggebend ist der zuletzt eingetretene Familienstand.)</small>	B3	In welcher Partnersituation leben Sie? <small>(Bitte auch dann ausfüllen, wenn sich Antwort teils bereits aus Frage 2 ergibt!)</small>
	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> getrennt lebend <small>(verheiratet, aber nicht mehr als Paar zusammenlebend)</small> <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> wieder verheiratet	→	<input type="checkbox"/> zurzeit keine Partnerschaft <small>(die letzte Partnerschaft liegt nicht länger als 3 Jahre zurück)</small> <input type="checkbox"/> zurzeit keine Partnerschaft <small>(die letzte Partnerschaft liegt länger als 3 Jahre zurück)</small> <input type="checkbox"/> kurzfristige Partnerschaften <input type="checkbox"/> feste Partnerschaft

B4	Familie und Haushalt	
	Wie viele eigene und adoptierte Kinder haben Sie?	_____ (Anzahl)
	Wie viele Kinder (unter 18 Jahren) leben in Ihrem Haushalt? <small>(als Haushalt gilt eine zusammen wohnende und wirtschaftende Personengruppe)</small>	_____ (Anzahl)
	Wie viele Erwachsene (Sie eingeschlossen) leben in Ihrem Haushalt?	_____ (Anzahl)

B5	Welchen höchsten Schulabschluss haben Sie?	B6	Welchen höchsten Berufsabschluss haben Sie?
	<input type="checkbox"/> noch in der Schule <input type="checkbox"/> kein Schulabschluss <input type="checkbox"/> Sonderschulabschluss <input type="checkbox"/> Hauptschulabschluss <input type="checkbox"/> Realschulabschluss/ <small>Polytechnische Oberschule</small> <input type="checkbox"/> Fachabitur/Abitur <input type="checkbox"/> sonstiges		<input type="checkbox"/> noch in der Berufsausbildung <input type="checkbox"/> Lehre/Ausbildung/Fachschule <input type="checkbox"/> Meister <input type="checkbox"/> Fachhochschule/Universität <input type="checkbox"/> ohne Berufsabschluss <input type="checkbox"/> sonstiges

B7	Wie ist Ihre aktuelle berufliche Situation?
<input type="checkbox"/> ₁ berufstätig, Vollzeit <input type="checkbox"/> ₂ berufstätig, Teilzeit <input type="checkbox"/> ₃ berufstätig, gelegentlich <input type="checkbox"/> ₄ nicht berufstätig: mithelfender Familienangehöriger <input type="checkbox"/> ₅ nicht berufstätig: Hausfrau/-mann, <input type="checkbox"/> ₆ Ausbildung/Studium <input type="checkbox"/> ₇ Wehr-/Zivildienst/freiw. soz. Jahr <input type="checkbox"/> ₈ geschützt beschäftigt	<input type="checkbox"/> ₉ arbeitslos gemeldet, seit: __ __ . __ __ Monat Jahr <input type="checkbox"/> ₁₀ Erwerbs-/Berufsunfähigkeitsrente, Erwerbsminderungsrente, seit: __ __ . __ __ Monat Jahr <input type="checkbox"/> ₁₁ Frührente, Frühpension, seit: __ __ . __ __ Monat Jahr <input type="checkbox"/> ₁₂ Altersrente/Pension <input type="checkbox"/> ₁₃ Witwen-/Witwer-Rente <input type="checkbox"/> ₁₄ anderweitig ohne berufliche Beschäftigung <input type="checkbox"/> ₁₅ sonstiges

Erwerbsfähigkeit															
B8	Was ist Ihre derzeitige bzw. letzte beruflich ausgeübte Tätigkeit? _____														
B9	Waren Sie unmittelbar vor Antritt ihres Klinikaufenthalts vom Arzt arbeitsunfähig (AU) krankgeschrieben?														
	<input type="checkbox"/> ₀ nein <input type="checkbox"/> ₁ ja → a) falls ja, seit wie vielen Wochen ununterbrochen? _____ Wochen → b) falls ja, bitte geben Sie Ihre <u>Einschätzung</u> an, ob und wann Sie nach Ihrem Klinikaufenthalt voraussichtlich wieder in das Erwerbsleben zurückkehren werden: <table style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td>sofort</td> <td>innerhalb 1 Monats</td> <td>nach 1 bis 3 Monaten</td> <td>nach 4 bis 6 Monaten</td> <td>nach 7 bis 12 Monaten</td> <td>nach 1Jahr</td> <td>gar nicht mehr</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/>₁</td> <td><input type="checkbox"/>₂</td> <td><input type="checkbox"/>₃</td> <td><input type="checkbox"/>₄</td> <td><input type="checkbox"/>₅</td> <td><input type="checkbox"/>₆</td> <td><input type="checkbox"/>₇</td> </tr> </table>	sofort	innerhalb 1 Monats	nach 1 bis 3 Monaten	nach 4 bis 6 Monaten	nach 7 bis 12 Monaten	nach 1Jahr	gar nicht mehr	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆	<input type="checkbox"/> ₇
sofort	innerhalb 1 Monats	nach 1 bis 3 Monaten	nach 4 bis 6 Monaten	nach 7 bis 12 Monaten	nach 1Jahr	gar nicht mehr									
<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆	<input type="checkbox"/> ₇									
B10	Bitte beantworten Sie diese Frage, wenn Sie derzeit <u>erwerbstätig</u> sind : Zählen Sie alle Wochen zusammen, an denen Sie wegen Krankheit nicht zur Arbeit gehen konnten, auch wenn Sie nicht ärztlich krankgeschrieben waren. <i>Wenn sie die genaue Zahl nicht wissen, schätzen Sie möglichst genau!</i>														
	Ich war in den letzten 6 Monaten insgesamt ca. _____ Wochen so krank, dass ich nicht zur Arbeit gehen konnte.														
B11	Bitte beantworten Sie diese Frage, wenn Sie derzeit <u>nicht erwerbstätig</u> sind : Zählen Sie alle Wochen zusammen, an denen Sie wegen Krankheit ihre Aufgaben nicht wie gewohnt erledigen konnten. <i>Wenn sie die genaue Zahl nicht wissen, schätzen Sie möglichst genau!</i>														
	Ich war in den letzten 6 Monaten insgesamt ca. _____ Wochen so krank, dass ich meine Aufgaben nicht wie gewohnt erledigen konnte.														

B12	Gibt es ein laufendes Rentenverfahren?	B13	Sind Sie als Schwerbehinderter anerkannt bzw. einem Schwerbehinderten gleichgestellt?
	<input type="checkbox"/> ₁ nein <input type="checkbox"/> ₂ Rentenantrag <input type="checkbox"/> ₃ Rentenstreit/ Sozialgerichtsverfahren <input type="checkbox"/> ₄ Zeitrente		<input type="checkbox"/> ₁ nein <input type="checkbox"/> ₂ ja → Grad der Behinderung (GdB) _____%

Medizinische u. psychosoziale Maßnahmen vor der aktuellen Behandlung

B14	Wann sind zum ersten Mal die Beschwerden, deretwegen Sie die stationäre Behandlung aufgesucht haben, aufgetreten?
	Monat _____ Jahr _____

B15	Sind Sie <u>jemals</u> wegen Ihrer aktuellen Beschwerden oder wegen ähnlicher Beschwerden bereits <u>stationär</u>, das heißt in einem Krankenhaus/ einer Klinik behandelt worden? <input type="checkbox"/> ₀ nein <input type="checkbox"/> ₁ ja → Wenn nein, dann gehen Sie bitte zu Frage 16.	
Falls Sie die Aufenthaltsdauer bzw. das Jahr nicht mehr wissen, schätzen Sie möglichst genau!		
a) Psychotherapeutische, psychosomatische oder psychiatrische Klinikaufenthalte: <input type="checkbox"/> ₀ nein <input type="checkbox"/> ₁ ja		
Wenn ja, welche Klinik?	in welchem/welchen Jahren	Gesamtdauer in Wochen
_____	_____	_____ (Wochen)
_____	_____	_____ (Wochen)
_____	_____	_____ (Wochen)
_____	_____	_____ (Wochen)
b) Entzugs-/Entgiftungs- oder Entwöhnungsbehandlungen: <input type="checkbox"/> ₀ nein <input type="checkbox"/> ₁ ja		
_____	_____	_____ (Wochen)
_____	_____	_____ (Wochen)
c) Sonstige Klinikaufenthalte: <input type="checkbox"/> ₀ nein <input type="checkbox"/> ₁ ja		
_____	_____	_____ (Wochen)

B16	Wie häufig waren Sie in den letzten 6 Monaten bei Ihren behandelnden Ärzten wegen der Beschwerden, deretwegen Sie die stationäre Behandlung aufgesucht haben, oder wegen ähnlicher Beschwerden?		
a)	Hausarzt/Hausärztin	gar nicht <input type="checkbox"/>	_____ (Anzahl der Kontakte)
b)	Internist/Internistin	gar nicht <input type="checkbox"/>	_____ (Anzahl der Kontakte)
c)	Psychiater(in) /Nervenarzt/-ärztin	gar nicht <input type="checkbox"/>	_____ (Anzahl der Kontakte)
d)	Neurologe/Neurologin	gar nicht <input type="checkbox"/>	_____ (Anzahl der Kontakte)
e)	sonstige Fachärzte insgesamt	gar nicht <input type="checkbox"/>	_____ (Anzahl der Kontakte)
f)	Homöopath(in) / Naturheilmediziner(in)	gar nicht <input type="checkbox"/>	_____ (Anzahl der Kontakte)

B17	Befinden Sie sich in ambulanter Psychotherapie?				
	1. Ich habe bisher keine ambulante Psychotherapie erhalten. <input type="checkbox"/> ₁ trifft zu <input type="checkbox"/> ₂ trifft nicht zu				
	→ Wenn Sie bisher keine ambulante Psychotherapie erhalten haben, dann gehen Sie bitte zu Frage B19.				
	2. Ich befinde mich aktuell in ambulanter Psychotherapie <input type="checkbox"/> ₁ trifft zu <input type="checkbox"/> ₂ trifft nicht zu				
3. Ich habe eine ambulante Psychotherapie in den letzten 24 Monaten abgeschlossen . <input type="checkbox"/> ₁ trifft zu <input type="checkbox"/> ₂ trifft nicht zu					
→ Um welches Psychotherapieverfahren hat es sich gehandelt bzw. handelte es sich und wie viele Sitzungen/ Terminen haben bisher stattgefunden?					
	Nein	Ja	1 bis 5 Termine	6 bis 30 Termine	mehr als 30 Termine
a)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Handelte es sich bei dem/der Therapeuten/Therapeuten um eine(n) <input type="checkbox"/> ₁ Arzt/Ärztin					
oder eine(n) <input type="checkbox"/> ₁ Psychologen/Psychologin? <input type="checkbox"/> ₂ Weiß nicht					
Gab es neben einzeltherapeutischen Sitzungen auch Gruppentherapie? <input type="checkbox"/> ₁ ja <input type="checkbox"/> ₂ nein					

B18	Bitte beantworten Sie diese Frage, wenn Sie sich aktuell in ambulanter Psychotherapie befinden:
Bitte geben Sie an, wie viele psychotherapeutische Sitzungen/Gespräche nach Ihrer stationären Behandlung noch offen sind: _____ Anzahl der Sitzungen/Gespräche	
Falls Ihre ambulante Psychotherapie bereits fortgeschritten ist, ist eine Verlängerung Ihrer Therapie beantragt?	
<input type="checkbox"/> ja, es ist eine Verlängerung beantragt	
<input type="checkbox"/> nein, es ist keine Verlängerung beantragt	
<input type="checkbox"/> ich weiß nicht, ob eine Verlängerung beantragt wird	

B19	Ambulante Psychotherapie
Warten Sie derzeit auf einen ambulanten Psychotherapieplatz? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	

B20	Haben Sie in den letzten 6 Monaten vor der jetzigen stationären Behandlung an einer oder mehreren der folgenden ambulanten psychosozialen Behandlungsmaßnahmen teilgenommen? Wenn ja, wie häufig?				
	nein	1 bis 5 Termine	6 bis 25 Termine	mehr als 25 Termine	
a)	Ambulante Psychotherapie (Einzel)	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
b)	Ambulante Gruppentherapie	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
c)	Familientherapie/Partherapie	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
d)	ambulante psychiatrische Behandlung	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
e)	Tagesklinik	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
f)	Beratungsstelle	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
g)	Selbsthilfegruppe	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
h)	sonstiges, und zwar: _____	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃

B21	Nahmen Sie in den letzten vier Wochen eines oder mehrere der folgenden Medikamente ein? Falls Sie bei einem oder mehreren Medikamenten mit „ja“ antworten, beantworten Sie bitte auch die Fragen A) und B).						
		nein	ja → wenn ja, ...	A) Ärztlich verordnet?	B) Dosierung?		
				ärztlich verordnet	nicht ärztlich verordnet	wie empfohlen/verordnet	höher als empfohlen/verordnet
1.	Schmerzmittel	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁
2.	Beruhigungsmittel	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁
3.	Schlafmittel	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁
4.	Antidepressiva	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁
5.	Neuroleptika	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁
6.	Aufputschmittel	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁

Fragen zu Ihrem Verhalten in Bezug auf Ihre Beschwerden

B22 Welche der im Folgenden aufgeführten Dinge haben Sie im **letzten Monat** gemacht?

1	Ich habe etwas Angenehmes unternommen.	<input type="checkbox"/> ₁ ja	<input type="checkbox"/> ₂ nein
→ falls ja, wie häufig haben Sie etwas Angenehmes unternommen?			
weniger als einmal in der Woche	einmal in der Woche	mehrmals in der Woche	täglich
<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄

2	Ich habe an sozialen Aktivitäten teilgenommen, z.B. Leute getroffen.	<input type="checkbox"/> ₁ ja	<input type="checkbox"/> ₂ nein
→ falls ja, wie häufig haben Sie an sozialen Aktivitäten teilgenommen?			
weniger als einmal in der Woche	einmal in der Woche	mehrmals in der Woche	täglich
<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄

Fragen zum körperlichen und psychischen Befinden

B23 In diesen Fragen geht es um die Beurteilung Ihres Gesundheitszustandes. Bitte beantworten Sie jede der folgenden Fragen, indem Sie die Antwortmöglichkeit ankreuzen, die in der letzten Woche am besten auf Sie zutrif.

1	Wie würden Sie Ihren Gesundheitszustand in der vergangenen Woche im Allgemeinen beschreiben?
ausgezeichnet <input type="checkbox"/> ₁	sehr gut <input type="checkbox"/> ₂
gut <input type="checkbox"/> ₃	weniger gut <input type="checkbox"/> ₄
schlecht <input type="checkbox"/> ₅	sehr schlecht <input type="checkbox"/> ₆
2	Wie sehr haben Probleme mit der körperlichen Gesundheit Sie in der vergangenen Woche bei normalen körperlichen Tätigkeiten eingeschränkt (zu Fuß gehen, Treppen steigen)?
überhaupt nicht <input type="checkbox"/> ₁	sehr wenig <input type="checkbox"/> ₂
mäßig <input type="checkbox"/> ₃	ziemlich <input type="checkbox"/> ₄
	war zu körperlichen Tätigkeiten nicht in der Lage <input type="checkbox"/> ₅
3	Inwieweit hatten Sie in der vergangenen Woche wegen Ihrer körperlichen Gesundheit Schwierigkeiten bei der Ausübung Ihrer täglichen Arbeit zu Hause und außer Haus?
überhaupt nicht <input type="checkbox"/> ₁	ein bisschen <input type="checkbox"/> ₂
mäßig <input type="checkbox"/> ₃	ziemlich <input type="checkbox"/> ₄
	war zu alltäglicher Arbeit nicht in der Lage <input type="checkbox"/> ₅
4	Wie stark waren Ihre Schmerzen in der vergangenen Woche?
Ich hatte keine Schmerzen <input type="checkbox"/> ₁	sehr leicht <input type="checkbox"/> ₂
leicht <input type="checkbox"/> ₃	mäßig <input type="checkbox"/> ₄
stark <input type="checkbox"/> ₅	sehr stark <input type="checkbox"/> ₆
5	Wie viel Energie hatten Sie in der vergangenen Woche?
sehr viel <input type="checkbox"/> ₁	ziemlich viel <input type="checkbox"/> ₂
mäßig viel <input type="checkbox"/> ₃	ein wenig <input type="checkbox"/> ₄
	gar keine <input type="checkbox"/> ₅
6	Wie sehr haben Ihre körperliche Gesundheit oder seelischen Probleme in der vergangenen Woche Ihre normalen Kontakte zu Familienangehörigen oder Freunden eingeschränkt?
überhaupt nicht <input type="checkbox"/> ₁	sehr wenig <input type="checkbox"/> ₂
mäßig <input type="checkbox"/> ₃	ziemlich <input type="checkbox"/> ₄
	war zu diesen Kontakten nicht in der Lage <input type="checkbox"/> ₅
7	Wie sehr haben Ihnen in der vergangenen Woche seelische Probleme (z.B. Angst, Niedergeschlagenheit oder Reizbarkeit) zu schaffen gemacht?
überhaupt nicht <input type="checkbox"/> ₁	etwas <input type="checkbox"/> ₂
mäßig <input type="checkbox"/> ₃	ziemlich <input type="checkbox"/> ₄
	sehr <input type="checkbox"/> ₅
8	Wie sehr haben Ihre persönlichen oder seelischen Probleme Sie in der vergangenen Woche daran gehindert, Ihre normalen Tätigkeiten im Beruf, in der Schule/im Studium oder andere alltägliche Tätigkeiten auszuüben?
überhaupt nicht <input type="checkbox"/> ₁	sehr wenig <input type="checkbox"/> ₂
mäßig <input type="checkbox"/> ₃	ziemlich <input type="checkbox"/> ₄
	war dazu nicht in der Lage <input type="checkbox"/> ₅

B24	<p>Dieser Fragebogen besteht aus 21 Gruppen von Aussagen. Lesen Sie jede dieser Gruppen von Aussagen sorgfältig durch und suchen Sie sich dann in jeder Gruppe eine Aussage, die am besten beschreibt, wie Sie sich in den letzten zwei Wochen, einschließlich heute, gefühlt haben. Kreuzen Sie die Zahl neben der Aussage an, die Sie sich herausgesucht haben. Wenn in einer Gruppe mehrere Aussagen gleichermaßen auf Sie zutreffen, kreuzen Sie die Aussage mit der höheren Zahl an. Achten Sie bitte darauf, dass Sie in jeder Gruppe nicht mehr als eine Aussage ankreuzen.</p>
A	<input type="checkbox"/> Ich bin nicht traurig. <input type="checkbox"/> Ich bin traurig. <input type="checkbox"/> Ich bin die ganze Zeit traurig und komme nicht davon los. <input type="checkbox"/> Ich bin so traurig, dass ich es kaum noch ertrage.
B	<input type="checkbox"/> Ich bin nicht mutlos, was meine Zukunft angeht. <input type="checkbox"/> Ich bin mutloser als früher, was meine Zukunft angeht. <input type="checkbox"/> Ich glaube nicht, dass sich meine Lage verbessert. <input type="checkbox"/> Ich habe das Gefühl, daß es keine Hoffnung gibt für meine Zukunft, es nur noch schlimmer wird.
C	<input type="checkbox"/> Ich fühle mich nicht als Versager. <input type="checkbox"/> Ich habe öfter versagt als ich sollte. <input type="checkbox"/> Wenn ich zurück blicke, sehe ich eine Menge Misserfolge. <input type="checkbox"/> Ich fühle mich persönlich als totaler Versager.
D	<input type="checkbox"/> Ich habe so viel Freude wie immer an den Dingen, die mir Spaß machen. <input type="checkbox"/> Ich habe nicht mehr so viel Spaß an den Dingen wie früher. <input type="checkbox"/> Ich habe sehr wenig Freude an den Dingen, die mir früher Spaß gemacht haben. <input type="checkbox"/> Ich habe keine Freude an den Dingen, die mir früher Spaß gemacht haben.
E	<input type="checkbox"/> Ich habe keine besonderen Schuldgefühle. <input type="checkbox"/> Ich habe bei vielen Dingen, die ich getan habe oder hätte tun sollen, Schuldgefühle. <input type="checkbox"/> Ich habe die meiste Zeit Schuldgefühle. <input type="checkbox"/> Ich habe ständig Schuldgefühle.
F	<input type="checkbox"/> Ich habe nicht das Gefühl, gestraft zu sein. <input type="checkbox"/> Ich habe das Gefühl, vielleicht bestraft zu werden. <input type="checkbox"/> Ich erwarte, bestraft zu werden. <input type="checkbox"/> Ich habe das Gefühl, bestraft zu sein.
G	<input type="checkbox"/> Meine Gefühle mir gegenüber sind die gleichen geblieben. <input type="checkbox"/> Ich habe das Vertrauen in mich verloren. <input type="checkbox"/> Ich bin von mir selbst enttäuscht. <input type="checkbox"/> Ich mag mich nicht.
H	<input type="checkbox"/> Ich bin mir selbst gegenüber nicht kritischer als sonst u. mache mir nicht mehr Vorwürfe als sonst. <input type="checkbox"/> Ich bin mir selbst gegenüber kritischer als früher. <input type="checkbox"/> Ich mache mir Vorwürfe für alle meine Fehler. <input type="checkbox"/> Ich gebe mir die Schuld für alles Schlimme, was passiert.
I	<input type="checkbox"/> Ich denke nie daran, mich umzubringen. <input type="checkbox"/> Ich habe Selbstmordgedanken, aber ich würde sie nicht ausführen. <input type="checkbox"/> Ich möchte mich umbringe. <input type="checkbox"/> Ich würde mich umbringen, wenn ich die Möglichkeit hätte.
J	<input type="checkbox"/> Ich weine nicht mehr als früher. <input type="checkbox"/> Ich weine mehr als früher. <input type="checkbox"/> Ich weine wegen jeder Kleinigkeit. <input type="checkbox"/> Mir ist nach Weinen zumute, aber ich kann nicht.

K	<input type="checkbox"/> Ich bin nicht unruhiger oder erregter als sonst. <input type="checkbox"/> Ich bin unruhiger oder erregter als sonst. <input type="checkbox"/> Ich bin so unruhig oder erregt, dass es schwer ist, mich nicht zu bewegen. <input type="checkbox"/> Ich bin so unruhig oder erregt, dass ich ständig in Bewegung bleiben oder etwas tun muss.
L	<input type="checkbox"/> Ich habe das Interesse an anderen Menschen oder an Tätigkeiten nicht verloren. <input type="checkbox"/> Ich bin weniger an anderen Menschen oder Dingen interessiert als vorher. <input type="checkbox"/> Ich habe mein Interesse an anderen Menschen oder Dingen zum größten Teil verloren. <input type="checkbox"/> Es ist schwer, für irgendetwas Interesse aufzubringen.
M	<input type="checkbox"/> Ich treffe Entscheidungen etwa so leicht wie immer. <input type="checkbox"/> Es fällt mir schwerer als sonst, Entscheidungen zu treffen. <input type="checkbox"/> Ich habe viel größere Schwierigkeiten, Entscheidungen zu treffen, als früher. <input type="checkbox"/> Ich habe Mühe, überhaupt Entscheidungen zu treffen.
N	<input type="checkbox"/> Ich fühle mich nicht wertlos. <input type="checkbox"/> Ich halte mich nicht für so wertvoll und nützlich wie früher. <input type="checkbox"/> Ich habe das Gefühl, weniger wert zu sein als andere Menschen. <input type="checkbox"/> Ich habe das Gefühl, völlig wertlos zu sein.
O	<input type="checkbox"/> Ich habe so viel Energie wie immer. <input type="checkbox"/> Ich habe weniger Energie als früher. <input type="checkbox"/> Ich habe nicht genügend Energie, sehr viel zu tun. <input type="checkbox"/> Ich habe nicht genügend Energie, irgendetwas zu tun.
P	<input type="checkbox"/> Meine Schlafgewohnheiten haben sich nicht geändert. <input type="checkbox"/> Ich schlafe etwas mehr als sonst. <input type="checkbox"/> Ich schlafe etwas weniger als sonst. <input type="checkbox"/> Ich schlafe viel mehr als sonst. <input type="checkbox"/> Ich schlafe viel weniger als sonst. <input type="checkbox"/> Ich schlafe die meiste Zeit des Tages. <input type="checkbox"/> Ich wache 1-2 Stunden zu früh auf und kann dann nicht mehr einschlafen.
Q	<input type="checkbox"/> Ich bin nicht reizbarer als sonst. <input type="checkbox"/> Ich bin reizbarer als sonst. <input type="checkbox"/> Ich bin viel reizbarer als sonst. <input type="checkbox"/> Ich bin ständig reizbar.
R	<input type="checkbox"/> Mein Appetit hat sich nicht verändert. <input type="checkbox"/> Mein Appetit ist etwas kleiner als sonst. <input type="checkbox"/> Mein Appetit ist etwas größer als sonst. <input type="checkbox"/> Mein Appetit ist viel kleiner als vorher. <input type="checkbox"/> Mein Appetit ist viel größer als vorher. <input type="checkbox"/> Ich habe überhaupt keinen Appetit. <input type="checkbox"/> Ich habe ständig großen Hunger.
S	<input type="checkbox"/> Ich kann mich so gut konzentrieren wie immer. <input type="checkbox"/> Ich kann mich nicht so gut konzentrieren wie sonst. <input type="checkbox"/> Es fällt mir schwer, mich sehr lange auf etwas zu konzentrieren <input type="checkbox"/> Ich kann mich auf gar nichts konzentrieren.
T	<input type="checkbox"/> Ich bin nicht müder als sonst. <input type="checkbox"/> Ich werde schneller müde als sonst. <input type="checkbox"/> Ich bin für viele Dinge, die ich früher gem. getan habe, zu müde. <input type="checkbox"/> Ich bin für die meisten Dinge, die ich früher getan habe, zu müde.
U	<input type="checkbox"/> Ich habe in letzter Zeit keine Veränderung meines Interesses an Sex bemerkt. <input type="checkbox"/> Ich habe weniger Interesse am Sex als früher. <input type="checkbox"/> Ich habe jetzt viel weniger Interesse am Sex. <input type="checkbox"/> Ich habe das Interesse am Sex völlig verloren.

B25		Im Folgenden finden Sie eine Aufstellung von Empfindungen, die vorkommen können, wenn man ängstlich ist. Bitte lesen Sie diese Empfindungen sorgfältig durch. Geben Sie jeweils an, wie sehr Sie durch jede dieser Empfindungen <i>in der letzten Woche, einschließlich heute belastet waren</i> , indem Sie ein Kreuz in der zutreffenden Spalte machen.			
		Überhaupt nicht	Wenig Es störte mich nicht sehr	Mittel Es war sehr unangenehm, aber ich konnte es aushalten	Stark Ich konnte es kaum aushalten
1	Taubheit oder Kribbeln	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Hitzgefühl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Weiche Knie oder Beine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Unfähig, mich zu entspannen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	Befürchtung des Schlimmsten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	Schwindlig o. benommen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	Herzrasen oder Herzklopfen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	Wacklig oder schwankend	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	Schrecken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	Nervös	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11	Erstickungsgefühl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12	Zitternde Hände	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13	Zittrig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14	Angst, Kontrolle zu verlieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15	Atembeschwerden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16	Angst zu sterben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17	Furchtsam	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18	Magen- und Darmbeschwerden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19	Schwächegefühl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20	Glühendes Gesicht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21	Schwitzen (nicht wegen Hitze)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

B26					
Wie oft fühlten Sie sich im Verlauf der letzten 2 Wochen durch die folgenden Beschwerden beeinträchtigt?					
		Überhaupt nicht	An einzelnen Tagen	An mehr als der Hälfte der Tage	Beinahe jeden Tag
1	Nervosität, Angstlichkeit oder Anspannung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Nicht in der Lage sein, Sorgen zu stoppen oder zu kontrollieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Übermäßige Sorgen bezüglich verschiedener Angelegenheiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Schwierigkeiten zu entspannen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	Rastlosigkeit, so dass Stillsitzen schwer fällt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	Schnelle Verärgerung oder Gereiztheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	Gefühl der Angst, so als würde etwas Schlimmes passieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn eines oder mehrere dieser Probleme bei Ihnen vorliegen, geben Sie bitte an, wie sehr diese Probleme es Ihnen erschwert haben, Ihre Arbeit zu erledigen, Ihren Haushalt zu regeln oder mit anderen Menschen zurecht zu kommen:					
Überhaupt nicht erschwert		Etwas erschwert	Relativ stark erschwert	Sehr stark erschwert	
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!



Zentrum für Psychosoziale Medizin
Institut und Poliklinik für Medizinische Psychologie

Befragung von Patientinnen und Patienten

am Ende einer stationären psychosomatischen
Behandlung

2012

Code- Nr.:

Datum: ____ / ____ /2012

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

dieser Fragebogen enthält Fragen zu verschiedenen Bereichen Ihres körperlichen und psychischen Befindens sowie zu Ihrer stationären Behandlung, mit denen wir erfahren möchten, wie es Ihnen im Moment, am Ende der stationären Behandlung, geht. Bitte füllen Sie den Fragebogen in Ihrer letzten Behandlungswoche aus und geben Sie ihn dann im verschlossenen Briefumschlag im Rahmen des Abschlussgesprächs bei Ihrem Therapeuten ab.


Bitte lesen und beantworten Sie jede Frage.

Es gibt keine „richtigen“ oder „falschen“ Antworten. Falls eine Frage weniger auf Sie zutrifft oder es Ihnen einmal schwer fällt, sich für eine Antwort zu entscheiden, kreuzen Sie bitte die Antwort an, die spontan am ehesten zutrifft. Bei einigen Fragen kann es zu Überschneidungen mit vorigen Fragen kommen, die aus technischen Gründen leider nicht zu vermeiden waren. Da wir möglichst viele Aspekte Ihres Befindens und Ihrer derzeitigen Situation erfassen möchten, ist der Fragebogen insgesamt umfangreich.

Wir bitten Sie um Ihr Verständnis und danken Ihnen herzlich für Ihre Mühe!

Beispielfrage:

B 2	Hätten Sie in den vergangenen 4 Wochen aufgrund Ihrer körperlichen Gesundheit irgendwelche Schwierigkeiten bei der Arbeit oder anderen alltäglichen Tätigkeiten im Beruf bzw. zu Hause?	Ja	Nein
	Ich konnte nicht so lange wie üblich tätig sein	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Ich habe weniger geschafft als ich wollte	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Ich konnte nur bestimmte Dinge tun	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Ich hatte Schwierigkeiten bei der Ausführung	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>



Die Auswertung der Fragebögen erfolgt anonymisiert im Rahmen des Forschungsprojektes eMaNa in Kooperation mit dem Institut für Medizinische Psychologie des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf.

Sollten Sie noch Fragen haben, wenden Sie sich bitte an die für Sie zuständige Therapeutin bzw. den zuständigen Therapeuten in der Klinik oder direkt an uns:

Dipl.-Psych. Martin Ceynowa
Universitätsklinikum Hamburg Eppendorf

Institut und Poliklinik für Medizinische Psychologie
Martinistr. 52 (Haus W 26)
20246 Hamburg
Tel.: 040 / 7410-56878
Email: m.ceynowa@uke.de

Ausfülldatum:

<i>Tag</i>	<i>Monat</i>	<i>Jahr</i>				
		2	0			

Fragen zum körperlichen und psychischen Befinden

E1 In diesen Fragen geht es um die Beurteilung Ihres Gesundheitszustandes. Bitte beantworten Sie jede der folgenden Fragen, indem Sie die Antwortmöglichkeit ankreuzen, die in der letzten Woche am besten auf Sie zutrif.

1 Wie würden Sie Ihren Gesundheitszustand in der vergangenen Woche im Allgemeinen beschreiben?

ausgezeichnet	sehr gut	gut	weniger gut	schlecht	sehr schlecht
<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆

2 Wie sehr haben Probleme mit der körperlichen Gesundheit Sie in der vergangenen Woche bei normalen körperlichen Tätigkeiten eingeschränkt (zu Fuß gehen, Treppen steigen)?

überhaupt nicht	sehr wenig	mäßig	ziemlich	war zu körperlichen Tätigkeiten nicht in der Lage
<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅

3 Inwieweit hatten Sie in der vergangenen Woche aufgrund Ihrer körperlichen Gesundheit Schwierigkeiten bei Ihren täglichen Aufgaben und Tätigkeiten?

überhaupt nicht	ein bisschen	mäßig	ziemlich	war zu alltäglicher Arbeit nicht in der Lage
<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅

4 Wie stark waren Ihre Schmerzen in der vergangenen Woche?

Ich hatte keine Schmerzen	sehr leicht	leicht	mäßig	stark	sehr stark
<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆

5 Wie viel Energie hatten Sie in der vergangenen Woche?

sehr viel	ziemlich viel	mäßig viel	ein wenig	gar keine
<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅

6 Wie sehr haben Ihre körperliche Gesundheit oder seelischen Probleme in der vergangenen Woche Ihre normalen Kontakte zu Familienangehörigen oder Freunden eingeschränkt?

überhaupt nicht	sehr wenig	mäßig	ziemlich	war zu diesen Kontakten nicht in der Lage
<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅

7 Wie sehr haben Ihnen in der vergangenen Woche seelische Probleme (z.B. Angst, Niedergeschlagenheit oder Reizbarkeit) zu schaffen gemacht?

überhaupt nicht	etwas	mäßig	ziemlich	sehr
<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅

8 Wie sehr haben Ihre persönlichen oder seelischen Probleme Sie in der vergangenen Woche daran gehindert, Ihre täglichen Aufgaben und Tätigkeiten oder andere Alltagsaktivitäten auszuüben?

überhaupt nicht	sehr wenig	mäßig	ziemlich	war dazu nicht in der Lage
<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅

E2	<p>Dieser Fragebogen besteht aus 21 Gruppen von Aussagen. Lesen Sie jede dieser Gruppen von Aussagen sorgfältig durch und suchen Sie sich dann in jeder Gruppe eine Aussage, die am besten beschreibt, wie Sie sich in den letzten zwei Wochen, einschließlich heute, gefühlt haben. Kreuzen Sie die Zahl neben der Aussage an, die Sie sich herausgesucht haben. Wenn in einer Gruppe mehrere Aussagen gleichermaßen auf Sie zutreffen, kreuzen Sie die Aussage mit der höheren Zahl an. Achten Sie bitte darauf, dass Sie in jeder Gruppe nicht mehr als eine Aussagen ankreuzen.</p>
A	<input type="checkbox"/> Ich bin nicht traurig. <input type="checkbox"/> Ich bin traurig. <input type="checkbox"/> Ich bin die ganze Zeit traurig und komme nicht davon los. <input type="checkbox"/> Ich bin so traurig, dass ich es kaum noch ertrage.
B	<input type="checkbox"/> Ich bin nicht mutlos, was meine Zukunft angeht. <input type="checkbox"/> Ich bin mutloser als früher, was meine Zukunft angeht. <input type="checkbox"/> Ich glaube nicht, dass sich meine Lage verbessert. <input type="checkbox"/> Ich habe das Gefühl, daß es keine Hoffnung gibt für meine Zukunft, es nur noch schlimmer wird.
C	<input type="checkbox"/> Ich fühle mich nicht als Versager. <input type="checkbox"/> Ich habe öfter versagt als ich sollte. <input type="checkbox"/> Wenn ich zurück blicke, sehe ich eine Menge Misserfolge. <input type="checkbox"/> Ich fühle mich persönlich als totaler Versager.
D	<input type="checkbox"/> Ich habe so viel Freude wie immer an den Dingen, die mir Spaß machen. <input type="checkbox"/> Ich habe nicht mehr so viel Spaß an den Dingen wie früher. <input type="checkbox"/> Ich habe sehr wenig Freude an den Dingen, die mir früher Spaß gemacht haben. <input type="checkbox"/> Ich habe keine Freude an den Dingen, die mir früher Spaß gemacht haben.
E	<input type="checkbox"/> Ich habe keine besonderen Schuldgefühle. <input type="checkbox"/> Ich habe bei vielen Dingen, die ich getan habe oder hätte tun sollen, Schuldgefühle. <input type="checkbox"/> Ich habe die meiste Zeit Schuldgefühle. <input type="checkbox"/> Ich habe ständig Schuldgefühle.
F	<input type="checkbox"/> Ich habe nicht das Gefühl, gestraft zu sein. <input type="checkbox"/> Ich habe das Gefühl, vielleicht bestraft zu werden. <input type="checkbox"/> Ich erwarte, bestraft zu werden. <input type="checkbox"/> Ich habe das Gefühl, bestraft zu sein.
G	<input type="checkbox"/> Meine Gefühle mir gegenüber sind die gleichen geblieben. <input type="checkbox"/> Ich habe das Vertrauen in mich verloren. <input type="checkbox"/> Ich bin von mir selbst enttäuscht. <input type="checkbox"/> Ich mag mich nicht.
H	<input type="checkbox"/> Ich bin mir selbst gegenüber nicht kritischer als sonst u. mache mir nicht mehr Vorwürfe als sonst. <input type="checkbox"/> Ich bin mir selbst gegenüber kritischer als früher. <input type="checkbox"/> Ich mache mir Vorwürfe für alle meine Fehler. <input type="checkbox"/> Ich gebe mir die Schuld für alles Schlimme, was passiert.
I	<input type="checkbox"/> Ich denke nie daran, mich umzubringen. <input type="checkbox"/> Ich habe Selbstmordgedanken, aber ich würde sie nicht ausführen. <input type="checkbox"/> Ich möchte mich umbringe. <input type="checkbox"/> Ich würde mich umbringen, wenn ich die Möglichkeit hätte.
J	<input type="checkbox"/> Ich weine nicht mehr als früher. <input type="checkbox"/> Ich weine mehr als früher. <input type="checkbox"/> Ich weine wegen jeder Kleinigkeit. <input type="checkbox"/> Mir ist nach Weinen zumute, aber ich kann nicht.

K	<input type="checkbox"/> Ich bin nicht unruhiger oder erregter als sonst. <input type="checkbox"/> Ich bin unruhiger oder erregter als sonst. <input type="checkbox"/> Ich bin so unruhig oder erregt, dass es schwer ist, mich nicht zu bewegen. <input type="checkbox"/> Ich bin so unruhig oder erregt, dass ich ständig in Bewegung bleiben oder etwas tun muss.
L	<input type="checkbox"/> Ich habe das Interesse an anderen Menschen oder an Tätigkeiten nicht verloren. <input type="checkbox"/> Ich bin weniger an anderen Menschen oder Dingen interessiert als vorher. <input type="checkbox"/> Ich habe mein Interesse an anderen Menschen oder Dingen zum größten Teil verloren. <input type="checkbox"/> Es ist schwer, für irgendetwas Interesse aufzubringen.
M	<input type="checkbox"/> Ich treffe Entscheidungen etwa so leicht wie immer. <input type="checkbox"/> Es fällt mir schwerer als sonst, Entscheidungen zu treffen. <input type="checkbox"/> Ich habe viel größere Schwierigkeiten, Entscheidungen zu treffen, als früher. <input type="checkbox"/> Ich habe Mühe, überhaupt Entscheidungen zu treffen.
N	<input type="checkbox"/> Ich fühle mich nicht wertlos. <input type="checkbox"/> Ich halte mich nicht für so wertvoll und nützlich wie früher. <input type="checkbox"/> Ich habe das Gefühl, weniger wert zu sein als andere Menschen. <input type="checkbox"/> Ich habe das Gefühl, völlig wertlos zu sein.
O	<input type="checkbox"/> Ich habe so viel Energie wie immer. <input type="checkbox"/> Ich habe weniger Energie als früher. <input type="checkbox"/> Ich habe nicht genügend Energie, sehr viel zu tun. <input type="checkbox"/> Ich habe nicht genügend Energie, irgendetwas zu tun.
P	<input type="checkbox"/> Meine Schlafgewohnheiten haben sich nicht geändert. <input type="checkbox"/> Ich schlafe etwas mehr als sonst. <input type="checkbox"/> Ich schlafe etwas weniger als sonst. <input type="checkbox"/> Ich schlafe viel mehr als sonst. <input type="checkbox"/> Ich schlafe viel weniger als sonst. <input type="checkbox"/> Ich schlafe die meiste Zeit des Tages. <input type="checkbox"/> Ich wache 1-2 Stunden zu früh auf und kann dann nicht mehr einschlafen.
Q	<input type="checkbox"/> Ich bin nicht reizbarer als sonst. <input type="checkbox"/> Ich bin reizbarer als sonst. <input type="checkbox"/> Ich bin viel reizbarer als sonst. <input type="checkbox"/> Ich bin ständig reizbar.
R	<input type="checkbox"/> Mein Appetit hat sich nicht verändert. <input type="checkbox"/> Mein Appetit ist etwas kleiner als sonst. <input type="checkbox"/> Mein Appetit ist etwas größer als sonst. <input type="checkbox"/> Mein Appetit ist viel kleiner als vorher. <input type="checkbox"/> Mein Appetit ist viel größer als vorher. <input type="checkbox"/> Ich habe überhaupt keinen Appetit. <input type="checkbox"/> Ich habe ständig großen Hunger.
S	<input type="checkbox"/> Ich kann mich so gut konzentrieren wie immer. <input type="checkbox"/> Ich kann mich nicht so gut konzentrieren wie sonst. <input type="checkbox"/> Es fällt mir schwer, mich sehr lange auf etwas zu konzentrieren. <input type="checkbox"/> Ich kann mich auf gar nichts konzentrieren.
T	<input type="checkbox"/> Ich bin nicht müder als sonst. <input type="checkbox"/> Ich werde schneller müde als sonst. <input type="checkbox"/> Ich bin für viele Dinge, die ich früher gern getan habe, zu müde. <input type="checkbox"/> Ich bin für die meisten Dinge, die ich früher getan habe, zu müde.
U	<input type="checkbox"/> Ich habe in letzter Zeit keine Veränderung meines Interesses an Sex bemerkt. <input type="checkbox"/> Ich habe weniger Interesse am Sex als früher. <input type="checkbox"/> Ich habe jetzt viel weniger Interesse am Sex. <input type="checkbox"/> Ich habe das Interesse am Sex völlig verloren.

E3	Im Folgenden finden Sie eine Aufstellung von Empfindungen, die vorkommen können, wenn man ängstlich ist. Bitte lesen Sie diese Empfindungen sorgfältig durch. Geben Sie jeweils an, wie sehr Sie durch jede dieser Empfindungen <i>in der letzten Woche, einschließlich heute belastet waren</i> , indem Sie ein Kreuz in der zutreffenden Spalte machen.				
		Überhaupt nicht	Wenig Es störte mich nicht sehr	Mittel Es war sehr unangenehm, aber ich konnte es aushalten	Stark Ich konnte es kaum aushalten
1	Taubheit oder Kribbeln	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Hitzgefühl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Weiche Knie oder Beine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Unfähig, mich zu entspannen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	Befürchtung des Schlimmsten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	Schwindlig o. benommen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	Herzrasen oder Herzklopfen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	Wacklig oder schwankend	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	Schrecken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	Nervös	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11	Erstickungsgefühl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12	Zitternde Hände	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13	Zittrig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14	Angst, Kontrolle zu verlieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15	Atembeschwerden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16	Angst zu sterben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17	Furchtsam	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18	Magen- und Darmbeschwerden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19	Schwächegefühl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20	Glühendes Gesicht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21	Schwitzen (nicht wegen Hitze)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

E4	Wie oft fühlten Sie sich im Verlauf der letzten 2 Wochen durch die folgenden Beschwerden beeinträchtigt?				
		Überhaupt nicht	An einzelnen Tagen	An mehr als der Hälfte der Tage	Beinahe jeden Tag
1	Nervosität, Angstlichkeit oder Anspannung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Nicht in der Lage sein, Sorgen zu stoppen oder zu kontrollieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Übermäßige Sorgen bezüglich verschiedener Angelegenheiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Schwierigkeiten zu entspannen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	Rastlosigkeit, so dass Stillsitzen schwer fällt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	Schnelle Verärgerung oder Gereiztheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	Gefühl der Angst, so als würde etwas Schlimmes passieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn eines oder mehrere dieser Probleme bei Ihnen vorliegen, geben Sie bitte an, wie sehr diese Probleme es Ihnen erschwert haben, Ihre Arbeit zu erledigen, Ihren Haushalt zu regeln oder mit anderen Menschen zurecht zu kommen:					
Überhaupt nicht erschwert		Etwas erschwert	Relativ stark erschwert	Sehr stark erschwert	
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Fragen zu Ihrem Verhalten in Bezug auf Ihre Beschwerden

E5 Welche der im Folgenden aufgeführten Dinge haben Sie im **letzten Monat** gemacht?

1 Ich habe etwas Angenehmes unternommen. ₁ ja ₂ nein

→ falls ja, wie häufig haben Sie etwas Angenehmes unternommen?

weniger als einmal in der Woche ₁ einmal in der Woche ₂ mehrmals in der Woche ₃ täglich ₄

2 Ich habe an sozialen Aktivitäten teilgenommen, z.B. Leute getroffen. ₁ ja ₂ nein

→ falls ja, wie häufig haben Sie an sozialen Aktivitäten teilgenommen?

weniger als einmal in der Woche ₁ einmal in der Woche ₂ mehrmals in der Woche ₃ täglich ₄

Fragen zu Ihrem Umgang mit Ihren Beschwerden.

E6 Die nächsten Fragen beziehen sich darauf, wie sicher Sie sich fühlen, verschiedene Dinge tun zu können. Auf einer Skala von 0 bis 10, bei der 0 „überhaupt nicht sicher“ und 10 „sehr sicher“ bedeutet.

1. ...wie sicher sind Sie, dass Sie eine depressive Phase bewältigen können und sie unter Kontrolle bekommen?

überhaupt nicht sicher 2 3 4 5 6 7 8 9 sehr sicher

2. ...wie sicher sind Sie, dass – wenn es Ihnen wieder besser geht – Sie es verhindern können, dass die Depression wiederkommt?

überhaupt nicht sicher 2 3 4 5 6 7 8 9 sehr sicher

3. ...wie sicher sind Sie, dass Sie frühzeitig erkennen können, wenn die Depression wieder beginnt?

überhaupt nicht sicher 2 3 4 5 6 7 8 9 sehr sicher

4. ...wie sicher sind Sie, dass Sie *frühzeitig* etwas Wirksames gegen die Depression unternehmen können, bevor sie zu stark wird?

überhaupt nicht sicher 2 3 4 5 6 7 8 9 sehr sicher

5. ...wie sicher sind Sie, dass Sie *frühzeitig* professionelle Hilfe zur Behandlung der Depression aufsuchen werden, bevor die Depression zu stark wird?

überhaupt nicht sicher 2 3 4 5 6 7 8 9 sehr sicher

6. ...wie sicher sind Sie, dass Sie mit Nebenwirkungen der antidepressiven Medikamente klarkommen können bzw. könnten?

überhaupt nicht sicher 2 3 4 5 6 7 8 9 sehr sicher

Fragen zur therapeutischen Beziehung

		sehr zutreffend	zu- treffend	wahrsch. zutreffend	wahrsch. unzutreffend	unzu- treffend	sehr unzu- treffend
E7	<p>Das Ziel dieses Fragebogens ist, dass Sie Ihre Beziehung zu Ihrem/Ihrer Einzeltherapeuten/-in und Ihre Therapie anhand der unten aufgeführten Aussagen beurteilen.</p> <p>Prüfen Sie bitte jede Aussage darauf hin, wie sehr Sie diese in Ihrer Beziehung zu Ihrem/Ihrer Einzeltherapeuten/-in bzw. für Ihre Therapie für zutreffend oder nicht zutreffend halten.</p> <p><i>Antworten Sie ruhig spontan, so wie Sie fühlen; es gibt keine "richtigen" oder "falschen" Antworten. Bitte geben Sie ohne Ausnahme zu jeder Aussage Ihr Urteil ab.</i></p>						
1.	Ich glaube, dass mein/e Therapeut/in mir hilft.	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
2.	Ich glaube, dass mir die Behandlung hilft.	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
3.	Ich habe einige neue Einsichten gewonnen.	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
4.	Seit kurzem fühle ich mich besser.	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
5.	Ich kann bereits absehen, dass ich vielleicht die Probleme bewältigen kann, wegen derer ich zur Behandlung kam.	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
6.	Ich habe das Gefühl, mich auf den/die Therapeuten/-in verlassen zu können.	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
7.	Ich habe das Gefühl, dass mich der/die Therapeut/in versteht.	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
8.	Ich habe das Gefühl, dass der/die Therapeut/in möchte, dass ich meine Ziele erreiche.	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
9.	Ich habe das Gefühl, dass ich wie auch der/die Therapeut/in ernsthaft an einem Strang ziehen.	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
10.	Ich glaube, dass ich und der/die Therapeut/in meine Probleme ähnlich sehen und beurteilen.	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
11.	Ich habe das Gefühl, dass ich mich jetzt selbst verstehen und mich selbständig mit mir auseinandersetzen kann (d. h. auch dann, wenn ich mit dem/der Therapeuten/-in keine weiteren Gespräche mehr habe).	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0

Fragen zum stationären Aufenthalt

E8	Wie würden Sie die Qualität der Behandlung, welche Sie erhalten haben, beurteilen?			
	Ausgezeichnet	gut	Weniger gut	schlecht
	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>

E9	Wie zufrieden sind Sie mit dem Ausmaß der Hilfe, welche Sie hier erhalten haben?			
	Ziemlich unzufrieden	Leidlich oder leicht unzufrieden	Weitgehend zufrieden	Sehr zufrieden
	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>

E10	Haben Sie die Art von Behandlung erhalten, die Sie wollten?			
	Eindeutig nicht	Eigentlich nicht	Im Allgemeinen ja	Eindeutig ja
	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>

E11	War Ihre depressive Erkrankung der Anlass für Ihre stationäre Behandlung bzw. Ihr Hauptbehandlungsanliegen?
	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein → Mein Hauptbehandlungsanliegen/ Anlass meines Aufenthalts war: _____

E12	Art und Häufigkeit der psychotherapeutischen Sitzungen zur Depressionsbehandlung während des stationären Aufenthalts?
	Bitte geben Sie jeweils an, an wie vielen psychotherapeutischen Sitzungen/Gesprächen zur Depressionsbehandlung Sie teilgenommen haben: <input type="checkbox"/> Einzeltherapie → _____ Anzahl der Sitzungen/Gespräche <input type="checkbox"/> Gruppentherapie → _____ Anzahl der Sitzungen/Gespräche

E13	Nahmen Sie in den letzten vier Wochen eines oder mehrere der folgenden Medikamente ein? Falls Sie bei einem oder mehreren Medikamenten mit „ja“ antworten, beantworten Sie bitte auch die Fragen A) und B).
------------	--

		nein		ja → wenn ja, ...	A) Ärztlich verordnet?		B) Dosierung?	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		ärztlich verordnet	nicht ärztlich verordnet	wie empfohlen/verordnet	höher als empfohlen/verordnet
1.	Schmerzmittel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	Beruhigungsmittel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	Schlafmittel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	Antidepressiva	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.	Neuroleptika	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.	Aufputzmittel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

E14	Schätzen Sie bitte ein, wie sehr es Ihnen im Vergleich zum Behandlungsbeginn besser geht.				
	gar nicht	leicht	mäßig	viel	sehr viel (gebessert)
	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

T2_Pyrmont_Depression_IG



Universitätsklinikum
Hamburg-Eppendorf



Zentrum für Psychosoziale Medizin
Institut und Poliklinik für Medizinische Psychologie

Befragung von Patientinnen und Patienten

nach einer stationären psychosomatischen Behandlung

2013

Code- Nr.:

Datum: ____/____/2013

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

dieser Fragebogen enthält Fragen zu verschiedenen Bereichen Ihres körperlichen und psychischen Befindens, mit denen wir gerne erfahren möchten, wie es Ihnen jetzt aktuell geht. Zudem möchten wir Sie bitten, einige Fragen zu der psychotherapeutischen E-Mail-Nachsendung zu beantworten.

Bitte lesen und beantworten Sie jede Frage. Es gibt keine „richtigen“ oder „falschen“ Antworten. Falls eine Frage weniger auf Sie zutrifft oder es Ihnen einmal schwer fällt, sich für eine Antwort zu entscheiden, kreuzen Sie bitte die Antwort an, die spontan am ehesten zutrifft. Bei einigen Fragen kann es zu Überschneidungen mit vorigen Fragen kommen, die aus technischen Gründen leider nicht zu vermeiden waren.

Da wir möglichst viele Aspekte Ihres Befindens und Ihrer derzeitigen Situation erfassen möchten, ist der Fragebogen insgesamt umfangreich. **Wir bitten Sie um Ihr Verständnis und danken Ihnen herzlich für Ihre Mühe!**

Beispielfrage:

B 2	Hatten Sie in den vergangenen 4 Wochen aufgrund Ihrer körperlichen Gesundheit irgendwelche Schwierigkeiten bei der Arbeit oder anderen alltäglichen Tätigkeiten im Beruf bzw. zu Hause?	Ja	Nein
	Ich konnte nicht so lange wie üblich tätig sein	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Ich habe weniger geschafft als ich wollte	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Ich konnte nur bestimmte Dinge tun	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Ich hatte Schwierigkeiten bei der Ausführung	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>

Die Auswertung der Fragebögen erfolgt im Rahmen eines Forschungsprojektes in Kooperation mit dem Institut für Medizinische Psychologie des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf. Die Fragebögen werden anonymisiert ausgewertet, d.h. Ihre Angaben im Fragebogen werden nicht mit Ihrer Person in Verbindung gebracht. Die Ergebnisse werden ausschließlich zu Forschungszwecken verwendet und nicht an Dritte weitergeleitet.

Sollten Sie noch Fragen haben, wenden Sie sich bitte an die für Sie zuständige Therapeutin bzw. den zuständigen Therapeuten in der Klinik oder direkt an uns:

Dipl.-Psych. Martin Ceynowa
Universitätsklinikum Hamburg Eppendorf

Institut und Poliklinik für Medizinische Psychologie
Martinistr. 52 (Haus W 26)
20246 Hamburg
Tel.: 040 / 7410-56878
Email: m.ceynowa@uke.de

Ausfülldatum:

<i>Tag</i>		<i>Monat</i>		<i>Jahr</i>	
			2	0	

Fragen zum körperlichen und psychischen Befinden

Z1 In diesen Fragen geht es um die Beurteilung Ihres Gesundheitszustandes. Bitte beantworten Sie jede der folgenden Fragen, indem Sie die Antwortmöglichkeit ankreuzen, die in der letzten Woche am besten auf Sie zutrif.

1 Wie würden Sie Ihren Gesundheitszustand in der vergangenen Woche im Allgemeinen beschreiben?

ausgezeichnet ₁ sehr gut ₂ gut ₃ weniger gut ₄ schlecht ₅ sehr schlecht ₆

2 Wie sehr haben Probleme mit der körperlichen Gesundheit Sie in der vergangenen Woche bei normalen körperlichen Tätigkeiten eingeschränkt (zu Fuß gehen, Treppen steigen)?

überhaupt nicht ₁ sehr wenig ₂ mäßig ₃ ziemlich ₄ war zu körperlichen Tätigkeiten nicht in der Lage ₅

3 Inwieweit hatten Sie in der vergangenen Woche wegen Ihrer körperlichen Gesundheit Schwierigkeiten bei der Ausübung Ihrer täglichen Arbeit zu Hause und außer Haus?

überhaupt nicht ₁ ein bisschen ₂ mäßig ₃ ziemlich ₄ war zu alltäglicher Arbeit nicht in der Lage ₅

4 Wie stark waren Ihre Schmerzen in der vergangenen Woche?

Ich hatte keine Schmerzen ₁ sehr leicht ₂ leicht ₃ mäßig ₄ stark ₅ sehr stark ₆

5 Wie viel Energie hatten Sie in der vergangenen Woche?

sehr viel ₁ ziemlich viel ₂ mäßig viel ₃ ein wenig ₄ gar keine ₅

6 Wie sehr haben Ihre körperliche Gesundheit oder seelischen Probleme in der vergangenen Woche Ihre normalen Kontakte zu Familienangehörigen oder Freunden eingeschränkt?

überhaupt nicht ₁ sehr wenig ₂ mäßig ₃ ziemlich ₄ war zu diesen Kontakten nicht in der Lage ₅

7 Wie sehr haben Ihnen in der vergangenen Woche seelische Probleme (z.B. Angst, Niedergeschlagenheit oder Reizbarkeit) zu schaffen gemacht?

überhaupt nicht ₁ etwas ₂ mäßig ₃ ziemlich ₄ sehr ₅

8 Wie sehr haben Ihre persönlichen oder seelischen Probleme Sie in der vergangenen Woche daran gehindert, Ihre normalen Tätigkeiten im Beruf, in der Schule/im Studium oder andere alltägliche Tätigkeiten auszuüben?

überhaupt nicht ₁ sehr wenig ₂ mäßig ₃ ziemlich ₄ war dazu nicht in der Lage ₅

Z2	<p>Dieser Fragebogen besteht aus 21 Gruppen von Aussagen. Lesen Sie jede dieser Gruppen von Aussagen sorgfältig durch und suchen Sie sich dann in jeder Gruppe eine Aussage, die am besten beschreibt, wie Sie sich in den letzten zwei Wochen, einschließlich heute, gefühlt haben. Kreuzen Sie die Zahl neben der Aussage an, die Sie sich herausgesucht haben. Wenn in einer Gruppe mehrere Aussagen gleichermaßen auf Sie zutreffen, kreuzen Sie die Aussage mit der höheren Zahl an. Achten Sie bitte darauf, dass Sie in jeder Gruppe nicht mehr als eine Aussagen ankreuzen.</p>
A	<input type="checkbox"/> Ich bin nicht traurig. <input type="checkbox"/> Ich bin traurig. <input type="checkbox"/> Ich bin die ganze Zeit traurig und komme nicht davon los. <input type="checkbox"/> Ich bin so traurig, dass ich es kaum noch ertrage.
B	<input type="checkbox"/> Ich bin nicht mutlos, was meine Zukunft angeht. <input type="checkbox"/> Ich bin mutloser als früher, was meine Zukunft angeht. <input type="checkbox"/> Ich glaube nicht, dass sich meine Lage verbessert. <input type="checkbox"/> Ich habe das Gefühl, daß es keine Hoffnung gibt für meine Zukunft, es nur noch schlimmer wird.
C	<input type="checkbox"/> Ich fühle mich nicht als Versager. <input type="checkbox"/> Ich habe öfter versagt als ich sollte. <input type="checkbox"/> Wenn ich zurück blicke, sehe ich eine Menge Misserfolge. <input type="checkbox"/> Ich fühle mich persönlich als totaler Versager.
D	<input type="checkbox"/> Ich habe so viel Freude wie immer an den Dingen, die mir Spaß machen. <input type="checkbox"/> Ich habe nicht mehr so viel Spaß an den Dingen wie früher. <input type="checkbox"/> Ich habe sehr wenig Freude an den Dingen, die mir früher Spaß gemacht haben. <input type="checkbox"/> Ich habe keine Freude an den Dingen, die mir früher Spaß gemacht haben.
E	<input type="checkbox"/> Ich habe keine besonderen Schuldgefühle. <input type="checkbox"/> Ich habe bei vielen Dingen, die ich getan habe oder hätte tun sollen, Schuldgefühle. <input type="checkbox"/> Ich habe die meiste Zeit Schuldgefühle. <input type="checkbox"/> Ich habe ständig Schuldgefühle.
F	<input type="checkbox"/> Ich habe nicht das Gefühl, gestraft zu sein. <input type="checkbox"/> Ich habe das Gefühl, vielleicht bestraft zu werden. <input type="checkbox"/> Ich erwarte, bestraft zu werden. <input type="checkbox"/> Ich habe das Gefühl, bestraft zu sein.
G	<input type="checkbox"/> Meine Gefühle mir gegenüber sind die gleichen geblieben. <input type="checkbox"/> Ich habe das Vertrauen in mich verloren. <input type="checkbox"/> Ich bin von mir selbst enttäuscht. <input type="checkbox"/> Ich mag mich nicht.
H	<input type="checkbox"/> Ich bin mir selbst gegenüber nicht kritischer als sonst u. mache mir nicht mehr Vorwürfe als sonst. <input type="checkbox"/> Ich bin mir selbst gegenüber kritischer als früher. <input type="checkbox"/> Ich mache mir Vorwürfe für alle meine Fehler. <input type="checkbox"/> Ich gebe mir die Schuld für alles Schlimme, was passiert.
I	<input type="checkbox"/> Ich denke nie daran, mich umzubringen. <input type="checkbox"/> Ich habe Selbstmordgedanken, aber ich würde sie nicht ausführen. <input type="checkbox"/> Ich möchte mich umbringe. <input type="checkbox"/> Ich würde mich umbringen, wenn ich die Möglichkeit hätte.
J	<input type="checkbox"/> Ich weine nicht mehr als früher. <input type="checkbox"/> Ich weine mehr als früher. <input type="checkbox"/> Ich weine wegen jeder Kleinigkeit. <input type="checkbox"/> Mir ist nach Weinen zumute, aber ich kann nicht.

K	<input type="checkbox"/> Ich bin nicht unruhiger oder erregter als sonst. <input type="checkbox"/> Ich bin unruhiger oder erregter als sonst. <input type="checkbox"/> Ich bin so unruhig oder erregt, dass es schwer ist, mich nicht zu bewegen. <input type="checkbox"/> Ich bin so unruhig oder erregt, dass ich ständig in Bewegung bleiben oder etwas tun muss.
L	<input type="checkbox"/> Ich habe das Interesse an anderen Menschen oder an Tätigkeiten nicht verloren. <input type="checkbox"/> Ich bin weniger an anderen Menschen oder Dingen interessiert als vorher. <input type="checkbox"/> Ich habe mein Interesse an anderen Menschen oder Dingen zum größten Teil verloren. <input type="checkbox"/> Es ist schwer, für irgendetwas Interesse aufzubringen.
M	<input type="checkbox"/> Ich treffe Entscheidungen etwa so leicht wie immer. <input type="checkbox"/> Es fällt mir schwerer als sonst, Entscheidungen zu treffen. <input type="checkbox"/> Ich habe viel größere Schwierigkeiten, Entscheidungen zu treffen, als früher. <input type="checkbox"/> Ich habe Mühe, überhaupt Entscheidungen zu treffen.
N	<input type="checkbox"/> Ich fühle mich nicht wertlos. <input type="checkbox"/> Ich halte mich nicht für so wertvoll und nützlich wie früher. <input type="checkbox"/> Ich habe das Gefühl, weniger wert zu sein als andere Menschen. <input type="checkbox"/> Ich habe das Gefühl, völlig wertlos zu sein.
O	<input type="checkbox"/> Ich habe so viel Energie wie immer. <input type="checkbox"/> Ich habe weniger Energie als früher. <input type="checkbox"/> Ich habe nicht genügend Energie, sehr viel zu tun. <input type="checkbox"/> Ich habe nicht genügend Energie, irgendetwas zu tun.
P	<input type="checkbox"/> Meine Schlafgewohnheiten haben sich nicht geändert. <input type="checkbox"/> Ich schlafe etwas mehr als sonst. <input type="checkbox"/> Ich schlafe etwas weniger als sonst. <input type="checkbox"/> Ich schlafe viel mehr als sonst. <input type="checkbox"/> Ich schlafe viel weniger als sonst. <input type="checkbox"/> Ich schlafe die meiste Zeit des Tages. <input type="checkbox"/> Ich wache 1-2 Stunden zu früh auf und kann dann nicht mehr einschlafen.
Q	<input type="checkbox"/> Ich bin nicht reizbarer als sonst. <input type="checkbox"/> Ich bin reizbarer als sonst. <input type="checkbox"/> Ich bin viel reizbarer als sonst. <input type="checkbox"/> Ich bin ständig reizbar.
R	<input type="checkbox"/> Mein Appetit hat sich nicht verändert. <input type="checkbox"/> Mein Appetit ist etwas kleiner als sonst. <input type="checkbox"/> Mein Appetit ist etwas größer als sonst. <input type="checkbox"/> Mein Appetit ist viel kleiner als vorher. <input type="checkbox"/> Mein Appetit ist viel größer als vorher. <input type="checkbox"/> Ich habe überhaupt keinen Appetit. <input type="checkbox"/> Ich habe ständig großen Hunger.
S	<input type="checkbox"/> Ich kann mich so gut konzentrieren wie immer. <input type="checkbox"/> Ich kann mich nicht so gut konzentrieren wie sonst. <input type="checkbox"/> Es fällt mir schwer, mich sehr lange auf etwas zu konzentrieren. <input type="checkbox"/> Ich kann mich auf gar nichts konzentrieren.
T	<input type="checkbox"/> Ich bin nicht müder als sonst. <input type="checkbox"/> Ich werde schneller müde als sonst. <input type="checkbox"/> Ich bin für viele Dinge, die ich früher gem. getan habe, zu müde. <input type="checkbox"/> Ich bin für die meisten Dinge, die ich früher getan habe, zu müde.
U	<input type="checkbox"/> Ich habe in letzter Zeit keine Veränderung meines Interesses an Sex bemerkt. <input type="checkbox"/> Ich habe weniger Interesse am Sex als früher. <input type="checkbox"/> Ich habe jetzt viel weniger Interesse am Sex. <input type="checkbox"/> Ich habe das Interesse am Sex völlig verloren.

Z3	Im Folgenden finden Sie eine Aufstellung von Empfindungen, die vorkommen können, wenn man ängstlich ist. Bitte lesen Sie diese Empfindungen sorgfältig durch. Geben Sie jeweils an, wie sehr Sie durch jede dieser Empfindungen <i>in der letzten Woche, einschließlich heute belastet waren</i> , indem Sie ein Kreuz in der zutreffenden Spalte machen.				
		Überhaupt nicht	Wenig Es störte mich nicht sehr	Mittel Es war sehr unangenehm, aber ich konnte es aushalten	Stark Ich konnte es kaum aushalten
1	Taubheit oder Kribbeln	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Hitzgefühl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Weiche Knie oder Beine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Unfähig, mich zu entspannen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	Befürchtung des Schlimmsten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	Schwindlig oder benommen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	Herzrasen oder Herzklopfen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	Wacklig oder schwankend	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	Schrecken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	Nervös	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11	Erstickungsgefühl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12	Zitternde Hände	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13	Zittrig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14	Angst, Kontrolle zu verlieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15	Atembeschwerden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16	Angst zu sterben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17	Furchtsam	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18	Magen- und Darmschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19	Schwächegefühl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20	Glühendes Gesicht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21	Schwitzen (nicht wegen Hitze)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Z4	Wie oft fühlten Sie sich im Verlauf der letzten 2 Wochen durch die folgenden Beschwerden beeinträchtigt?				
		Überhaupt nicht	An einzelnen Tagen	An mehr als der Hälfte der Tage	Beinahe jeden Tag
1	Nervosität, Angstlichkeit oder Anspannung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Nicht in der Lage sein, Sorgen zu stoppen oder zu kontrollieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Übermäßige Sorgen bezüglich verschiedener Angelegenheiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Schwierigkeiten zu entspannen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	Rastlosigkeit, so dass Stillsitzen schwer fällt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	Schnelle Verärgerung oder Gereiztheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	Gefühl der Angst, so als würde etwas Schlimmes passieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn eines oder mehrere dieser Probleme bei Ihnen vorliegen, geben Sie bitte an, wie sehr diese Probleme es Ihnen erschwert haben, Ihre Arbeit zu erledigen, Ihren Haushalt zu regeln oder mit anderen Menschen zurecht zu kommen:					
Überhaupt nicht erschwert	Etwas erschwert	Relativ stark erschwert	Sehr stark erschwert		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		


Nach Ihrem Aufenthalt im Rehazentrum Bad Pyrmont haben Sie an der psychotherapeutischen E-Mail-Nachsorge teilgenommen. Wir möchten Sie bitten, hierzu folgende Fragen zu beantworten.





Z5 Das Ziel dieses Fragebogens ist, dass Sie Ihre **Beziehung zu Ihrem/Ihrer Einzeltherapeuten/-in und die E-Mail-Nachsorge** anhand der unten aufgeführten Aussagen beurteilen. Prüfen Sie bitte jede Aussage darauf hin, wie sehr Sie diese in Ihrer Beziehung zu Ihrem/Ihrer Einzeltherapeuten/-in während der E-Mail-Nachsorge bzw. für die E-Mail-Nachsorge für zutreffend oder nicht zutreffend halten.
Antworten Sie ruhig spontan, so wie Sie fühlen; es gibt keine "richtigen" oder "falschen" Antworten. Bitte geben Sie ohne Ausnahme zu jeder Aussage Ihr Urteil ab.

		sehr zu- treffend	zu- treffend	wahr- sch. zu- treffend	wahr- sch. unzu- treffend	unzu- treffend	sehr unzu- treffend
1.	Ich glaube, dass mein/e Therapeut/in mir hilft.	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
2.	Ich glaube, dass mir die Behandlung hilft.	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
3.	Ich habe einige neue Einsichten gewonnen.	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
4.	Seit kurzem fühle ich mich besser.	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
5.	Ich kann bereits absehen, dass ich vielleicht die Probleme bewältigen kann, wegen derer ich zur Behandlung kam.	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
6.	Ich habe das Gefühl, mich auf den/die Therapeuten/-in verlassen zu können.	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
7.	Ich habe das Gefühl, dass mich der/die Therapeut/in versteht.	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
8.	Ich habe das Gefühl, dass der/die Therapeut/in möchte, dass ich meine Ziele erreiche.	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
9.	Ich habe das Gefühl, dass ich wie auch der/die Therapeut/in emsthaft an einem Strang ziehen.	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
10.	Ich glaube, dass ich und der/die Therapeut/in meine Probleme ähnlich sehen und beurteilen.	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
11.	Ich habe das Gefühl, dass ich mich jetzt selbst verstehen und mich selbständig mit mir auseinandersetzen kann (d. h. auch dann, wenn ich mit dem/der Therapeuten/-in keine weiteren Gespräche mehr habe).	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0

Z6 Wie beurteilen Sie die regelmäßigen E-Mail-Kontakte? Bitte kreuzen Sie an, in wie weit folgende Aussagen auf Sie zutreffen:

	trifft sehr zu	trifft zu	teils/ teils	trifft weniger zu	trifft gar nicht zu
Die E-Mails zwischen meinem Therapeuten und mir knüpften nahtlos an die Behandlung in der Klinik an.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
Der E-Mail-Austausch hat mir geholfen, Anschluss zum Alltag zu finden.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
Es war für mich wichtig, den Kontakt zu meinem Therapeuten aus der Klinik auch nach der Behandlung aufrechtzuerhalten.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
Ich hatte das Gefühl einer vertraulichen Atmosphäre.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
Ich bin durch die E-Mails gut bei meinen Übungen zur Bewältigung meiner Depression unterstützt worden.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
Ich hätte lieber im persönlichen Kontakt mit meinem Therapeuten gesprochen.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

	trifft sehr zu	trifft zu	teils/ teils	trifft weniger zu	trifft gar nicht zu
Für bestimmte Dinge, die ich gerne angesprochen hätte, war mir der E-Mail-Austausch zu unpersönlich.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Meine Probleme konnten nicht in der Tiefe behandelt werden, wie ich es mir gewünscht hätte.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es gab einen roten Faden in dem E-Mail-Austausch mit meinem Therapeuten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe neue Erfahrungen in Bezug auf mich und meine Depression während der E-Mail-Nachsorge machen können.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die E-Mail-Nachsorge hat mir geholfen, meine Depression im Alltag besser zu bewältigen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich konnte Themen, die mir wichtig sind, einbringen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich hatte Schwierigkeiten beim Bearbeiten meiner Übungsprotokolle/Übungspläne.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich halte den E-Mail-Austausch als eine Brücke zwischen stationärer Behandlung und dem Alltag für sinnvoll.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Insgesamt bin ich zufrieden mit der E-Mail-Nachsorge.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich hatte Probleme mit dem Zugang zu dem Webportal.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich hatte während der E-Mail-Kontakte Computerprobleme.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Einen E-Mail-Kontakt pro Woche mit meinem Therapeuten fand ich ausreichend.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Teilnahmedauer von 12 Wochen fand ich ausreichend.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich hatte Schwierigkeiten, meine Gefühle in dem E-Mail-Austausch auszudrücken.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich hatte Schwierigkeiten, meine Erfahrungen, die ich nach dem Klinikaufenthalt gemacht habe, in dem E-Mail-Austausch auszudrücken.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Der E-Mail-Austausch mit meinem Therapeuten hat mich motiviert, Übungen zum Umgang mit meiner Depression weiter durchzuführen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Antworten meines Therapeuten waren verständlich.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Antworten meines Therapeuten waren hilfreich.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Regelmäßiges Schreiben fiel mir schwer.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Das Schreiben der E-Mails hat mir zu lange gedauert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die zeitliche Verzögerung zwischen dem Schreiben und eine Antwort zu bekommen war störend.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Z7 Wie lange haben Sie an der E-Mail-Nachsorge teilgenommen?					
 _____ Wochen					

Z8	Falls Sie die E-Mail-Nachsorge <u>vorzeitig beendet</u> haben: Was war der Grund dafür?			
<p> _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>				
Z9	Was könnte Ihrer Meinung nach an der E-Mail-Nachsorge verbessert werden?			
<p> _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>				
Z10	Würden Sie die E-Mail-Nachsorge anderen Personen mit Ihrer Erkrankung weiterempfehlen?			
trifft sehr zu	trifft zu	teils/teils	trifft weniger zu	trifft gar nicht zu
<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
Z11	Würden Sie noch mal an einer E-Mail-Nachsorge teilnehmen?			
trifft sehr zu	trifft zu	teils/teils	trifft weniger zu	trifft gar nicht zu
<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
Z12	Wären Sie bereit gewesen, für die Teilnahme an der E-Mail-Nachsorge zu bezahlen?			
<input type="checkbox"/> ₁ ja <input type="checkbox"/>₂ nein				
Wenn ja, pro E-Mail-Kontakt:				
<input type="checkbox"/> ₁	bis 5 Euro			
<input type="checkbox"/> ₂	bis 10 Euro			
<input type="checkbox"/> ₃	bis 15 Euro			
<input type="checkbox"/> ₄	bis 20 Euro			
<input type="checkbox"/> ₅	mehr als 20 Euro			
Z13	Hier können Sie Ihre Anregungen bzw. Vorschläge notieren, oder einfach zu den oben genannten Fragen und Aspekten Kommentare hinzufügen (Was Ihnen am meisten geholfen, gefallen bzw. Sie gestört hat; ob Sie wichtige Unterschiede zu einer "normalen Therapiesitzung" festgestellt haben; etc.):			
<p> Vorteile der E-Mail-Nachsorge waren:</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p> Nachteile der E-Mail-Nachsorge waren:</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>				

✍ Sonstige Anmerkungen:

Fragen zur Nachsorgebehandlung und zum Medikamentengebrauch

Z14	Ambulante Psychotherapie		
		ja	nein
1.	Wurde Ihnen im Rehaszentrum Bad Pyrmont eine ambulante Psychotherapie empfohlen ?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
2.	Haben Sie sich seit Verlassen der Klinik eine ambulante Psychotherapie gewünscht ?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
3.	Befinden Sie sich derzeit in ambulanter Psychotherapie ?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
	→ wenn ja, wie lange haben Sie auf den Beginn der Therapiesitzungen gewartet? ca. ✍ _____ Wochen		
4.	Warten Sie derzeit auf einen ambulanten Psychotherapieplatz bzw. den Beginn der Therapiesitzungen?	ja <input type="checkbox"/> ₁	nein <input type="checkbox"/> ₀
	→ wenn ja, wie lange warten Sie schon darauf? ca. ✍ _____ Wochen		
5.	Bei wie vielen ambulanten PsychotherapeutInnen haben Sie sich seit Verlassen des Rehasentrums Bad Pyrmont um einen Therapieplatz bemüht (z.B. telefonische Anfrage)?		
	→ bei ✍ _____ (Anzahl) <input type="checkbox"/> ₁ ich habe mich noch nicht darum bemüht <input type="checkbox"/> ₀ ich habe keinen Therapiewunsch bzw. keine Therapieempfehlung		
6.	Falls Sie sich bei mehreren TherapeutInnen um einen Therapieplatz bemüht haben: Wie viele ambulante PsychotherapeutInnen konnten Ihnen <u>keinen</u> Therapieplatz anbieten ?		
	→ ✍ _____ (Anzahl)		

Z15	Nahmen Sie in den letzten vier Wochen eines oder mehrere der folgenden Medikamente ein? Falls Sie bei einem oder mehreren Medikamenten mit „ja“ antworten, beantworten Sie bitte auch die Fragen A) und B).
------------	--

		nein		ja →	wenn ja, ...	A) Ärztlich verordnet?		B) Dosierung?	
		<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₁		ärztlich verordnet	nicht ärztlich verordnet	wie empfohlen/verordnet	höher als empfohlen/verordnet
1.	Schmerzmittel	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₁		<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁
2.	Beruhigungsmittel	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₁		<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁
3.	Schlafmittel	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₁		<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁
4.	Antidepressiva	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₁		<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁
5.	Neuroleptika	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₁		<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁
6.	Aufputzmittel	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₁		<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit

T2_Pyrmont_Depression_KG



Universitätsklinikum
Hamburg-Eppendorf



Zentrum für Psychosoziale Medizin
Institut und Poliklinik für Medizinische Psychologie

Befragung von Patientinnen und Patienten

nach einer stationären psychosomatischen Behandlung

2013

Code- Nr.:

Datum: ____/____/2013

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

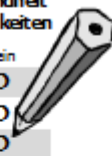
dieser Fragebogen enthält Fragen zu verschiedenen Bereichen Ihres körperlichen und psychischen Befindens, mit denen wir gerne erfahren möchten, wie es Ihnen jetzt aktuell geht.

Bitte lesen und beantworten Sie jede Frage. Es gibt keine „richtigen“ oder „falschen“ Antworten. Falls eine Frage weniger auf Sie zutrifft oder es Ihnen einmal schwer fällt, sich für eine Antwort zu entscheiden, kreuzen Sie bitte die Antwort an, die spontan am ehesten zutrifft. Bei einigen Fragen kann es zu Überschneidungen mit vorigen Fragen kommen, die aus technischen Gründen leider nicht zu vermeiden waren.

Da wir möglichst viele Aspekte Ihres Befindens und Ihrer derzeitigen Situation erfassen möchten, ist der Fragebogen insgesamt umfangreich. **Wir bitten Sie um Ihr Verständnis und danken Ihnen herzlich für Ihre Mühe!**

Beispielfrage:

B 2	Hatten Sie in den vergangenen 4 Wochen aufgrund Ihrer körperlichen Gesundheit irgendwelche Schwierigkeiten bei der Arbeit oder anderen alltäglichen Tätigkeiten im Beruf bzw. zu Hause?	Ja	Nein
	Ich konnte nicht so lange wie üblich tätig sein	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Ich habe weniger geschafft als ich wollte	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Ich konnte nur bestimmte Dinge tun	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Ich hatte Schwierigkeiten bei der Ausführung	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>



Die Auswertung der Fragebögen erfolgt im Rahmen eines Forschungsprojektes in Kooperation mit dem Institut für Medizinische Psychologie des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf. Die Fragebögen werden anonymisiert ausgewertet, d.h. Ihre Angaben im Fragebogen werden nicht mit Ihrer Person in Verbindung gebracht. Die Ergebnisse werden ausschließlich zu Forschungszwecken verwendet und nicht an Dritte weitergeleitet.

Sollten Sie noch Fragen haben, wenden Sie sich bitte an die für Sie zuständige Therapeutin bzw. den zuständigen Therapeuten in der Klinik oder direkt an uns:

Dipl.-Psych. Martin Ceynowa
Universitätsklinikum Hamburg Eppendorf

Institut und Poliklinik für Medizinische Psychologie
Martinistr. 52 (Haus W 26)
20246 Hamburg
Tel.: 040 / 7410-56878
Email: m.ceynowa@uke.de

Ausfülldatum:

Tag	Monat	Jahr
		2 0

Fragen zum körperlichen und psychischen Befinden					
Z1	In diesen Fragen geht es um die Beurteilung Ihres Gesundheitszustandes. Bitte beantworten Sie jede der folgenden Fragen, indem Sie die Antwortmöglichkeit ankreuzen, die <u>in der letzten Woche</u> am besten auf Sie zutrif.				
1 Wie würden Sie Ihren Gesundheitszustand in der vergangenen Woche im Allgemeinen beschreiben?					
ausgezeichnet	sehr gut	gut	weniger gut	schlecht	sehr schlecht
<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆
2 Wie sehr haben Probleme mit der körperlichen Gesundheit Sie in der vergangenen Woche bei normalen körperlichen Tätigkeiten eingeschränkt (zu Fuß gehen, Treppen steigen)?					
überhaupt nicht	sehr wenig	mäßig	ziemlich	war zu körperlichen Tätigkeiten nicht in der Lage	
<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	
3 Inwieweit hatten Sie in der vergangenen Woche wegen Ihrer körperlichen Gesundheit Schwierigkeiten bei der Ausübung Ihrer täglichen Arbeit zu Hause und außer Haus?					
überhaupt nicht	ein bisschen	mäßig	ziemlich	war zu alltäglicher Arbeit nicht in der Lage	
<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	
4 Wie stark waren Ihre Schmerzen in der vergangenen Woche?					
Ich hatte keine Schmerzen	sehr leicht	leicht	mäßig	stark	sehr stark
<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆
5 Wie viel Energie hatten Sie in der vergangenen Woche?					
sehr viel	ziemlich viel	mäßig viel	ein wenig	gar keine	
<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	
6 Wie sehr haben Ihre körperliche Gesundheit oder seelischen Probleme in der vergangenen Woche Ihre normalen Kontakte zu Familienangehörigen oder Freunden eingeschränkt?					
überhaupt nicht	sehr wenig	mäßig	ziemlich	war zu diesen Kontakten nicht in der Lage	
<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	
7 Wie sehr haben Ihnen in der vergangenen Woche seelische Probleme (z.B. Angst, Niedergeschlagenheit oder Reizbarkeit) zu schaffen gemacht?					
überhaupt nicht	etwas	mäßig	ziemlich	sehr	
<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	
8 Wie sehr haben Ihre persönlichen oder seelischen Probleme Sie in der vergangenen Woche daran gehindert, Ihre normalen Tätigkeiten im Beruf, in der Schule/im Studium oder andere alltägliche Tätigkeiten auszuüben?					
überhaupt nicht	sehr wenig	mäßig	ziemlich	war dazu nicht in der Lage	
<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	

Z2	<p>Dieser Fragebogen besteht aus 21 Gruppen von Aussagen. Lesen Sie jede dieser Gruppen von Aussagen sorgfältig durch und suchen Sie sich dann in jeder Gruppe eine Aussage, die am besten beschreibt, wie Sie sich in den letzten zwei Wochen, einschließlich heute, gefühlt haben. Kreuzen Sie die Zahl neben der Aussage an, die Sie sich herausgesucht haben.</p> <p>Wenn in einer Gruppe mehrere Aussagen gleichermaßen auf Sie zutreffen, kreuzen Sie die Aussage mit der höheren Zahl an. Achten Sie bitte darauf, dass Sie in jeder Gruppe nicht mehr als eine Aussagen ankreuzen.</p>
A	<input type="checkbox"/> Ich bin nicht traurig. <input type="checkbox"/> Ich bin traurig. <input type="checkbox"/> Ich bin die ganze Zeit traurig und komme nicht davon los. <input type="checkbox"/> Ich bin so traurig, dass ich es kaum noch ertrage.
B	<input type="checkbox"/> Ich bin nicht mutlos, was meine Zukunft angeht. <input type="checkbox"/> Ich bin mutloser als früher, was meine Zukunft angeht. <input type="checkbox"/> Ich glaube nicht, dass sich meine Lage verbessert. <input type="checkbox"/> Ich habe das Gefühl, daß es keine Hoffnung gibt für meine Zukunft, es nur noch schlimmer wird.
C	<input type="checkbox"/> Ich fühle mich nicht als Versager. <input type="checkbox"/> Ich habe öfter versagt als ich sollte. <input type="checkbox"/> Wenn ich zurück blicke, sehe ich eine Menge Misserfolge. <input type="checkbox"/> Ich fühle mich persönlich als totaler Versager.
D	<input type="checkbox"/> Ich habe so viel Freude wie immer an den Dingen, die mir Spaß machen. <input type="checkbox"/> Ich habe nicht mehr so viel Spaß an den Dingen wie früher. <input type="checkbox"/> Ich habe sehr wenig Freude an den Dingen, die mir früher Spaß gemacht haben. <input type="checkbox"/> Ich habe keine Freude an den Dingen, die mir früher Spaß gemacht haben.
E	<input type="checkbox"/> Ich habe keine besonderen Schuldgefühle. <input type="checkbox"/> Ich habe bei vielen Dingen, die ich getan habe oder hätte tun sollen, Schuldgefühle. <input type="checkbox"/> Ich habe die meiste Zeit Schuldgefühle. <input type="checkbox"/> Ich habe ständig Schuldgefühle.
F	<input type="checkbox"/> Ich habe nicht das Gefühl, gestraft zu sein. <input type="checkbox"/> Ich habe das Gefühl, vielleicht bestraft zu werden. <input type="checkbox"/> Ich erwarte, bestraft zu werden. <input type="checkbox"/> Ich habe das Gefühl, bestraft zu sein.
G	<input type="checkbox"/> Meine Gefühle mir gegenüber sind die gleichen geblieben. <input type="checkbox"/> Ich habe das Vertrauen in mich verloren. <input type="checkbox"/> Ich bin von mir selbst enttäuscht. <input type="checkbox"/> Ich mag mich nicht.
H	<input type="checkbox"/> Ich bin mir selbst gegenüber nicht kritischer als sonst u. mache mir nicht mehr Vorwürfe als sonst. <input type="checkbox"/> Ich bin mir selbst gegenüber kritischer als früher. <input type="checkbox"/> Ich mache mir Vorwürfe für alle meine Fehler. <input type="checkbox"/> Ich gebe mir die Schuld für alles Schlimme, was passiert.
I	<input type="checkbox"/> Ich denke nie daran, mich umzubringen. <input type="checkbox"/> Ich habe Selbstmordgedanken, aber ich würde sie nicht ausführen. <input type="checkbox"/> Ich möchte mich umbringen. <input type="checkbox"/> Ich würde mich umbringen, wenn ich die Möglichkeit hätte.
J	<input type="checkbox"/> Ich weine nicht mehr als früher. <input type="checkbox"/> Ich weine mehr als früher. <input type="checkbox"/> Ich weine wegen jeder Kleinigkeit. <input type="checkbox"/> Mir ist nach Weinen zumute, aber ich kann nicht.


K	<input type="checkbox"/> Ich bin nicht unruhiger oder erregter als sonst. <input type="checkbox"/> Ich bin unruhiger oder erregter als sonst. <input type="checkbox"/> Ich bin so unruhig oder erregt, dass es schwer ist, mich nicht zu bewegen. <input type="checkbox"/> Ich bin so unruhig oder erregt, dass ich ständig in Bewegung bleiben oder etwas tun muss.
L	<input type="checkbox"/> Ich habe das Interesse an anderen Menschen oder an Tätigkeiten nicht verloren. <input type="checkbox"/> Ich bin weniger an anderen Menschen oder Dingen interessiert als vorher. <input type="checkbox"/> Ich habe mein Interesse an anderen Menschen oder Dingen zum größten Teil verloren. <input type="checkbox"/> Es ist schwer, für irgendetwas Interesse aufzubringen.
M	<input type="checkbox"/> Ich treffe Entscheidungen etwa so leicht wie immer. <input type="checkbox"/> Es fällt mir schwerer als sonst, Entscheidungen zu treffen. <input type="checkbox"/> Ich habe viel größere Schwierigkeiten, Entscheidungen zu treffen, als früher. <input type="checkbox"/> Ich habe Mühe, überhaupt Entscheidungen zu treffen.
N	<input type="checkbox"/> Ich fühle mich nicht wertlos. <input type="checkbox"/> Ich halte mich nicht für so wertvoll und nützlich wie früher. <input type="checkbox"/> Ich habe das Gefühl, weniger wert zu sein als andere Menschen. <input type="checkbox"/> Ich habe das Gefühl, völlig wertlos zu sein.
O	<input type="checkbox"/> Ich habe so viel Energie wie immer. <input type="checkbox"/> Ich habe weniger Energie als früher. <input type="checkbox"/> Ich habe nicht genügend Energie, sehr viel zu tun. <input type="checkbox"/> Ich habe nicht genügend Energie, irgendetwas zu tun.
P	<input type="checkbox"/> Meine Schlafgewohnheiten haben sich nicht geändert. <input type="checkbox"/> Ich schlafe etwas mehr als sonst. <input type="checkbox"/> Ich schlafe etwas weniger als sonst. <input type="checkbox"/> Ich schlafe viel mehr als sonst. <input type="checkbox"/> Ich schlafe viel weniger als sonst. <input type="checkbox"/> Ich schlafe die meiste Zeit des Tages. <input type="checkbox"/> Ich wache 1-2 Stunden zu früh auf und kann dann nicht mehr einschlafen.
Q	<input type="checkbox"/> Ich bin nicht reizbarer als sonst. <input type="checkbox"/> Ich bin reizbarer als sonst. <input type="checkbox"/> Ich bin viel reizbarer als sonst. <input type="checkbox"/> Ich bin ständig reizbar.
R	<input type="checkbox"/> Mein Appetit hat sich nicht verändert. <input type="checkbox"/> Mein Appetit ist etwas kleiner als sonst. <input type="checkbox"/> Mein Appetit ist etwas größer als sonst. <input type="checkbox"/> Mein Appetit ist viel kleiner als vorher. <input type="checkbox"/> Mein Appetit ist viel größer als vorher. <input type="checkbox"/> Ich habe überhaupt keinen Appetit. <input type="checkbox"/> Ich habe ständig großen Hunger.
S	<input type="checkbox"/> Ich kann mich so gut konzentrieren wie immer. <input type="checkbox"/> Ich kann mich nicht so gut konzentrieren wie sonst. <input type="checkbox"/> Es fällt mir schwer, mich sehr lange auf etwas zu konzentrieren. <input type="checkbox"/> Ich kann mich auf gar nichts konzentrieren.
T	<input type="checkbox"/> Ich bin nicht müder als sonst. <input type="checkbox"/> Ich werde schneller müde als sonst. <input type="checkbox"/> Ich bin für viele Dinge, die ich früher gem. getan habe, zu müde. <input type="checkbox"/> Ich bin für die meisten Dinge, die ich früher getan habe, zu müde.
U	<input type="checkbox"/> Ich habe in letzter Zeit keine Veränderung meines Interesses an Sex bemerkt. <input type="checkbox"/> Ich habe weniger Interesse am Sex als früher. <input type="checkbox"/> Ich habe jetzt viel weniger Interesse am Sex. <input type="checkbox"/> Ich habe das Interesse am Sex völlig verloren.

Z3					
Im Folgenden finden Sie eine Aufstellung von Empfindungen, die vorkommen können, wenn man ängstlich ist. Bitte lesen Sie diese Empfindungen sorgfältig durch. Geben Sie jeweils an, wie sehr Sie durch jede dieser Empfindungen <i>in der letzten Woche, einschließlich heute belastet waren</i> , indem Sie ein Kreuz in der zutreffenden Spalte machen.					
		Überhaupt nicht	Wenig Es störte mich nicht sehr	Mittel Es war sehr unangenehm, aber ich konnte es aushalten	Stark Ich konnte es kaum aushalten
1	Taubheit oder Kribbeln	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Hitzgefühl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Weiche Knie oder Beine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Unfähig, mich zu entspannen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	Befürchtung des Schlimmsten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	Schwindlig oder benommen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	Herzrasen oder Herzklopfen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	Wacklig oder schwankend	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	Schrecken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	Nervös	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11	Erstickungsgefühl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12	Zitternde Hände	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13	Zittrig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14	Angst, Kontrolle zu verlieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15	Atembeschwerden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16	Angst zu sterben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17	Furchtsam	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18	Magen- und Darmschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19	Schwächegefühl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20	Glühendes Gesicht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21	Schwitzen (nicht wegen Hitze)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>





Z4	Wie oft fühlten Sie sich im Verlauf der letzten 2 Wochen durch die folgenden Beschwerden beeinträchtigt?				
		Überhaupt nicht	An einzelnen Tagen	An mehr als der Hälfte der Tage	Beinahe jeden Tag
1	Nervosität, Angstlichkeit oder Anspannung	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₄
2	Nicht in der Lage sein, Sorgen zu stoppen oder zu kontrollieren	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₄
3	Übermäßige Sorgen bezüglich verschiedener Angelegenheiten	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₄
4	Schwierigkeiten zu entspannen	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₄
5	Rastlosigkeit, so dass Stillsitzen schwer fällt	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₄
6	Schnelle Verärgerung oder Gereiztheit	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₄
7	Gefühl der Angst, so als würde etwas Schlimmes passieren	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₄
Wenn eines oder mehrere dieser Probleme bei Ihnen vorliegen, geben Sie bitte an, wie sehr diese Probleme es Ihnen erschwert haben, Ihre Arbeit zu erledigen, Ihren Haushalt zu regeln oder mit anderen Menschen zurecht zu kommen:					
Überhaupt nicht erschwert		Etwas erschwert	Relativ stark erschwert	Sehr stark erschwert	
<input type="checkbox"/> ₁		<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₄	

Nach Ihrem Aufenthalt im Rehaszentrum Bad Pyrmont haben Sie an einer Studie teilgenommen.

Z18 Hier können Sie Ihre Anregungen bzw. Vorschläge zu der Studie notieren, oder einfach einen Kommentar hinzufügen (z.B. was Ihnen am Meisten gefallen bzw. Sie gestört hat; etc.):



Fragen zur Nachsorgebehandlung und zum Medikamentengebrauch

Z19 Ambulante Psychotherapie		ja	nein
1. Wurde Ihnen im Rehaszentrum Bad Pyrmont eine ambulante Psychotherapie empfohlen?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Haben Sie sich seit Verlassen der Klinik eine ambulante Psychotherapie gewünscht?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Befinden Sie sich derzeit in ambulanter Psychotherapie?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	→ wenn ja, wie lange haben Sie auf den Beginn der Therapiesitzungen gewartet?		
	ca.  _____ Wochen		
4. Warten Sie derzeit auf einen ambulanten Psychotherapieplatz bzw. den Beginn der Therapiesitzungen?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	→ wenn ja, wie lange warten Sie schon darauf?		
	ca.  _____ Wochen		
5. Bei wie vielen ambulanten PsychotherapeutInnen haben Sie sich seit Verlassen der Klinik um einen Therapieplatz bemüht (z.B. telefonische Anfrage)?			
	→ bei  _____ (Anzahl)		
	<input type="checkbox"/>	ich habe mich noch nicht darum bemüht	
	<input type="checkbox"/>	ich habe keinen Therapiewunsch bzw. keine Therapieempfehlung	
6. Falls Sie sich bei mehreren TherapeutInnen um einen Therapieplatz bemüht haben: Wie viele ambulante PsychotherapeutInnen konnten Ihnen keinen Therapieplatz anbieten?			
	→  _____ (Anzahl)		

		Z18			Nehmen Sie in den letzten vier Wochen eines oder mehrere der folgenden Medikamente ein? Falls Sie bei einem oder mehreren Medikamenten mit „ja“ antworten, beantworten Sie bitte auch die Fragen A) und B).		
		nein	ja →	wenn ja, ...	A) Ärztlich verordnet?		
						B) Dosierung?	
				ärztlich verordnet	nicht ärztlich verordnet	wie empfohlen/verordnet	höher als empfohlen/verordnet
1.	Schmerzmittel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	Beruhigungsmittel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	Schlafmittel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	Antidepressiva	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.	Neuroleptika	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.	Aufputzmittel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit