



**E-MENTAL HEALTHCARE:
AKTUELLER STAND DER ANWENDUNG
NEUER MEDIEN IN DER PRÄVENTION UND
BEHANDLUNG PSYCHISCHER
ERKRANKUNGEN**

PD Dr. Stephanie Bauer
Forschungsstelle für Psychotherapie
Universitätsklinikum Heidelberg

E-MENTAL HEALTH

- **Definition:**

Nutzung von Informations- und Kommunikationstechnologien (z.B. Internet, Mobiltelefone) zur Unterstützung von Menschen mit psychischen Problemen mit dem Ziel der Verbesserung der Gesundheitsversorgung (Riper et al., 2010).



CHANCEN & VORTEILE

- Reichweite
- Verfügbarkeit
- Erreichbarkeit
- Aktualität
- Flexibilität
- Targeting und Timing
- Kosten
- Anonymität

(Bauer & Kordy, 2008; Bauer & Moessner, 2013)



POTENTIAL AUS SICHT DER VERSORGUNGSFORSCHUNG

Zentrales Ziel: Verbesserung der Versorgung...

- ... durch gestufte Konzepte / Verbindung von Sektoren (z.B. Prävention – frühe Intervention; Behandlung – Nachsorge)
- ... durch Reduktion von Barrieren (z.B. Mental Health Literacy, Stigmatisierung)
- ... durch Verbesserung des Zugangs zur Regelversorgung
- ... durch das Begleiten von Gesundungsverläufen (Monitoring)
- ... durch Überwinden der Fokussierung auf einzelne Behandlungsepisoden (→ Krankheitsmanagement)
- --- durch Flexibilisierung und Individualisierung
- ... NICHT durch das „Erfinden“ neuer Therapien und NICHT durch das Ersetzen regulärer Therapie

Zentrale Frage: Wie kann man internetbasierte Unterstützung und reguläre Versorgung praktikabel, wirksam, effizient und bezahlbar verbinden?

(Kazdin & Blase, 2011; Bauer & Kordy, 2008)

HERAUSFORDERUNGEN, GRENZEN & RISIKEN I

- Unübersichtlichkeit und fragliche Qualität von im Internet frei verfügbaren Programmen
- Fehlende Transparenz
- Datenschutz / Datensicherheit
- Oft fehlende oder mangelhafte Evaluation
- Wissenschaftliche Überprüfung: statistische Signifikanz versus praktische Bedeutsamkeit

(Bauer et al., 2005; Bauer & Kordy, 2008)



HERAUSFORDERUNGEN, GRENZEN & RISIKEN II

- Ausschluss / Benachteiligung von bestimmten Gruppen
- Unverbindlichkeit des Kontakts
- Hohe Dropout-Raten
- Fehlende nonverbale Informationen
- Gefahr von Missverständnissen
- Krisenmanagement (z. B. Umgang mit Notfällen, Suizidalität, Kontaktabbruch)

(Bauer & Kordy, 2008)



HERAUSFORDERUNGEN, GRENZEN & RISIKEN III

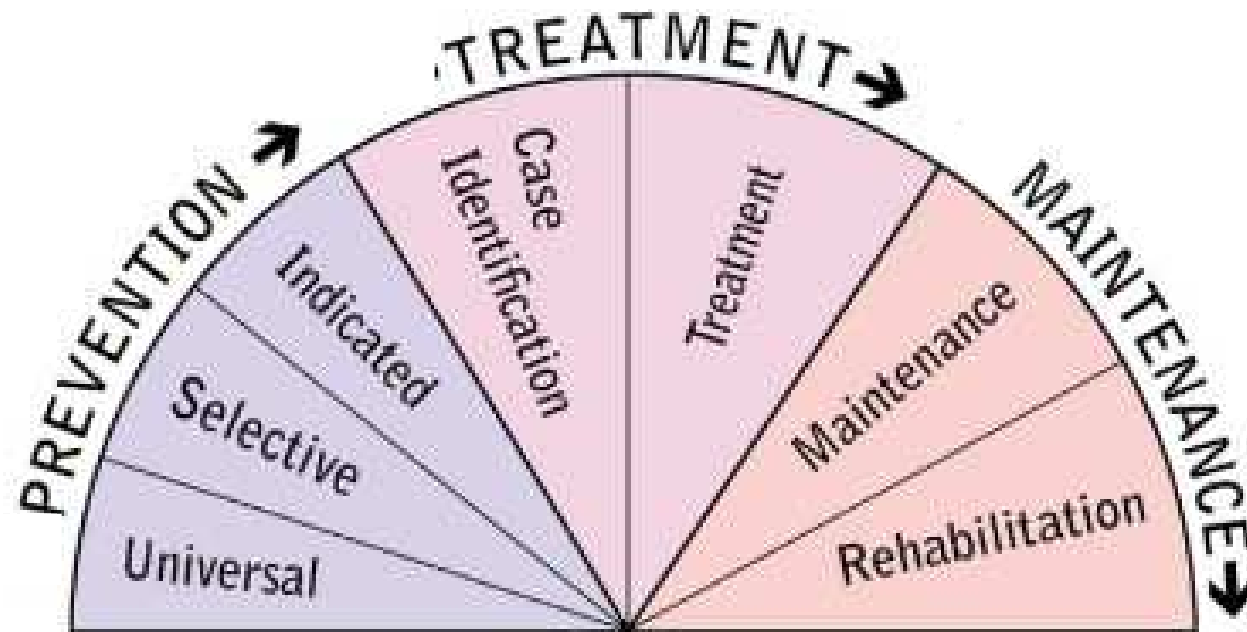
- „theoretische“ Reichweite versus „tatsächliche“ Reichweite (in der Zielgruppe)
- Implementierung und Dissemination
- Kosten-Nutzen-Relation
- Integration von online- Angeboten und regulärer Versorgung
- „Research-practice Gap“

→ Zentrale Frage: Wie kann man internetbasierte Angebote und reguläre Versorgung praktikabel, wirksam, effizient und bezahlbar verbinden?

(Bauer & Kordy, 2008; Bauer & Moessner, 2013)



E-MENTAL HEALTH - EINSATZMÖGLICHKEITEN



[IOM, 2009]



ANWENDUNGSBEISPIELE



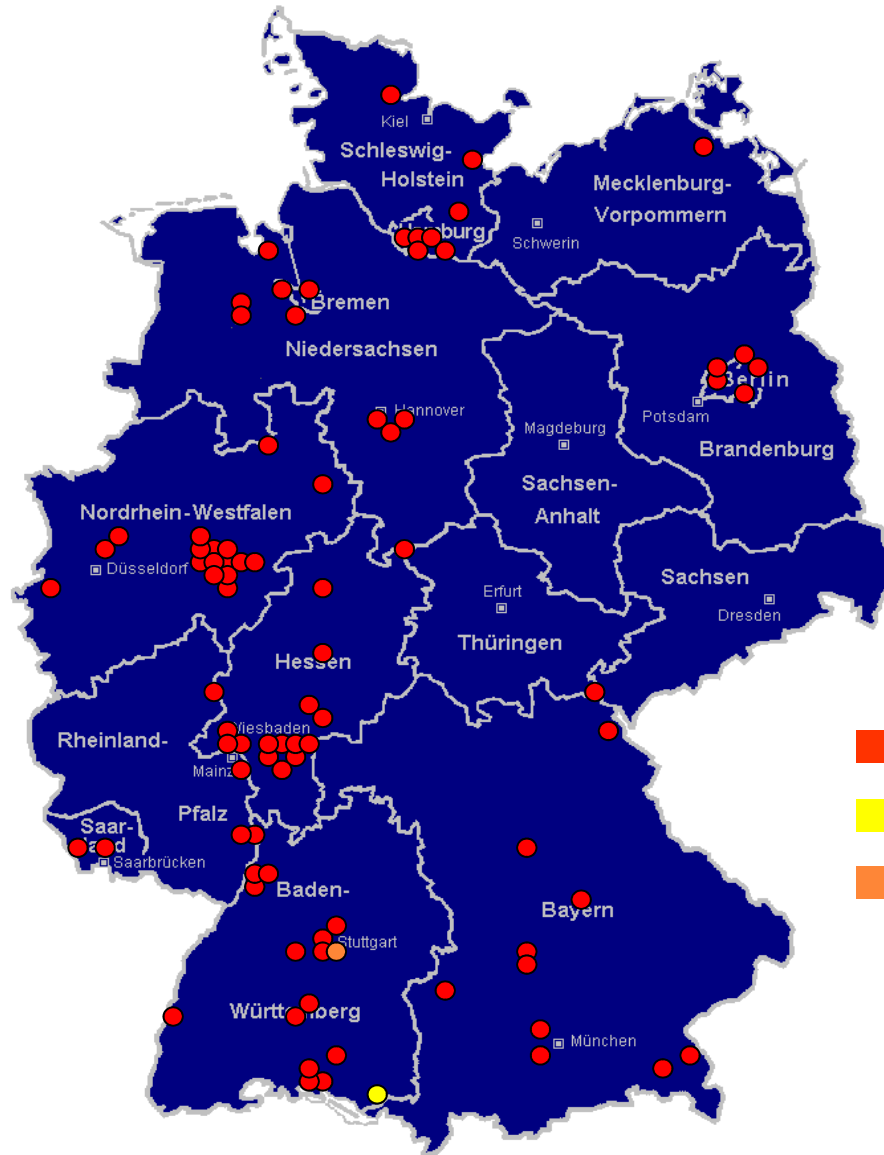
BEISPIEL 1:

CHAT-BASIERTE NACHSORGE NACH STATIONÄRER PSYCHOTHERAPIE - PROJEKT „CHAT-BRÜCKE“

IN ZUSAMMENARBEIT MIT:
PANORAMAFACHKLINIKEN SCHEIDEGG



TEILNEHMER „CHAT-BRÜCKE“



- Participants
- Hospital / Therapists
- Center for PT Research / Server



CHATGRUPPEN - KONZEPT

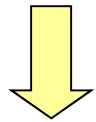
- therapeutisch geleitet
- 8–10 Teilnehmer
- offene Gruppen
- Programmdauer: 12-15 wöchentliche Sitzungen
- Sitzungsdauer: 90 min.
- Ergebnismonitoring
- Krisenmanagement



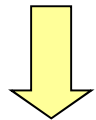
ERGEBNISMONITORING

Patient:

Erfassung der aktuellen
Beeinträchtigung



Chat



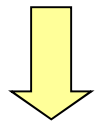
Sitzungsevaluation /
Zufriedenheit



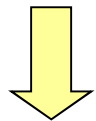
ERGEBNISMONITORING

Patient:

Erfassung der aktuellen
Beeinträchtigung



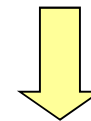
Chat



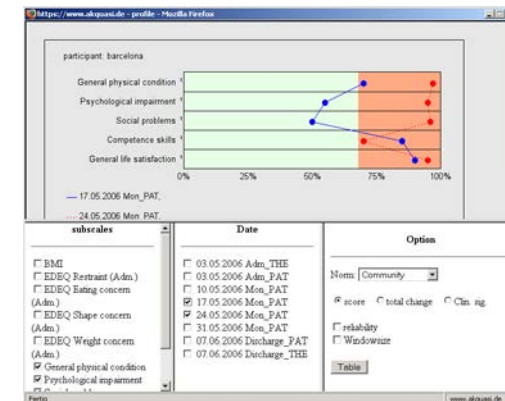
Sitzungsevaluation /
Zufriedenheit

Therapeut:

Feedback bzgl. Status
der Teilnehmer



Chat



Ergebnis Monitoring				
Patient: 500306, von Zw. Pat. (02.06.2003) bis Ent. Pat. (03.07.2003)				
Funktionalen Bereich nicht erreicht (Überwiegend Verbesserung)				
	Bereich	Zustand	Veränd.	letzte Veränd.
E	Gesamt	77	↗	↗
E	Allg. Bef., m. körp. Asp.	79	↗	↗
E	Psychische Beeinträchtigung	89	↗	↗
E	Soziale Probleme	68	↔	↔
E	Handlungskompetenz	45	↑	↑
E	Zufriedenheit	30	↗	→

von 02.06.2003 Zw. Pat. bis 03.07.2003 Ent. Pat.

PATIENTENSICHERHEIT

- Face-to-Face Diagnostik in der Klinik
- Standardisiertes online-Ergebnismonitoring
- Bereitschaftsdienst in der Klinik (24 Std.)
- Online-Therapeut telefonisch erreichbar nach Chat
- Wohnortnaher “Notfallkontakt” (z.B. Hausarzt)
- Teilnehmer “Statuscheck” bei Logout

(Bauer et al., 2005)



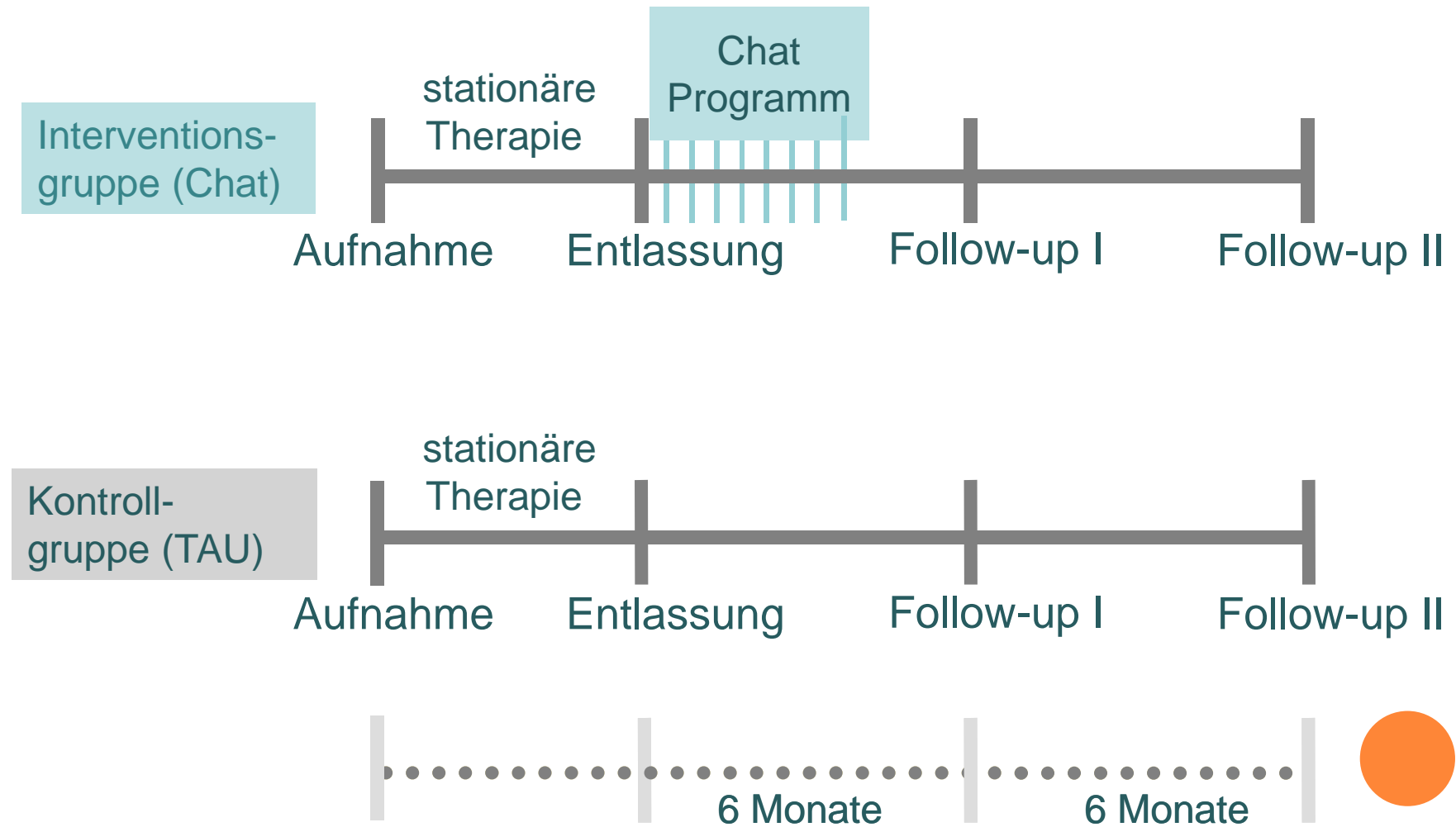
AKZEPTANZ DER CHAT-BRÜCKE

- niedrige Drop-out Rate: 9,4%
- hohe Anwesenheitsrate: 85%
- hohe Sitzungszufriedenheit: 90%
- hohe Gesamtzufriedenheit: 90%

(Kordy et al., 2006)



EVALUATION (N = 228) - DESIGN

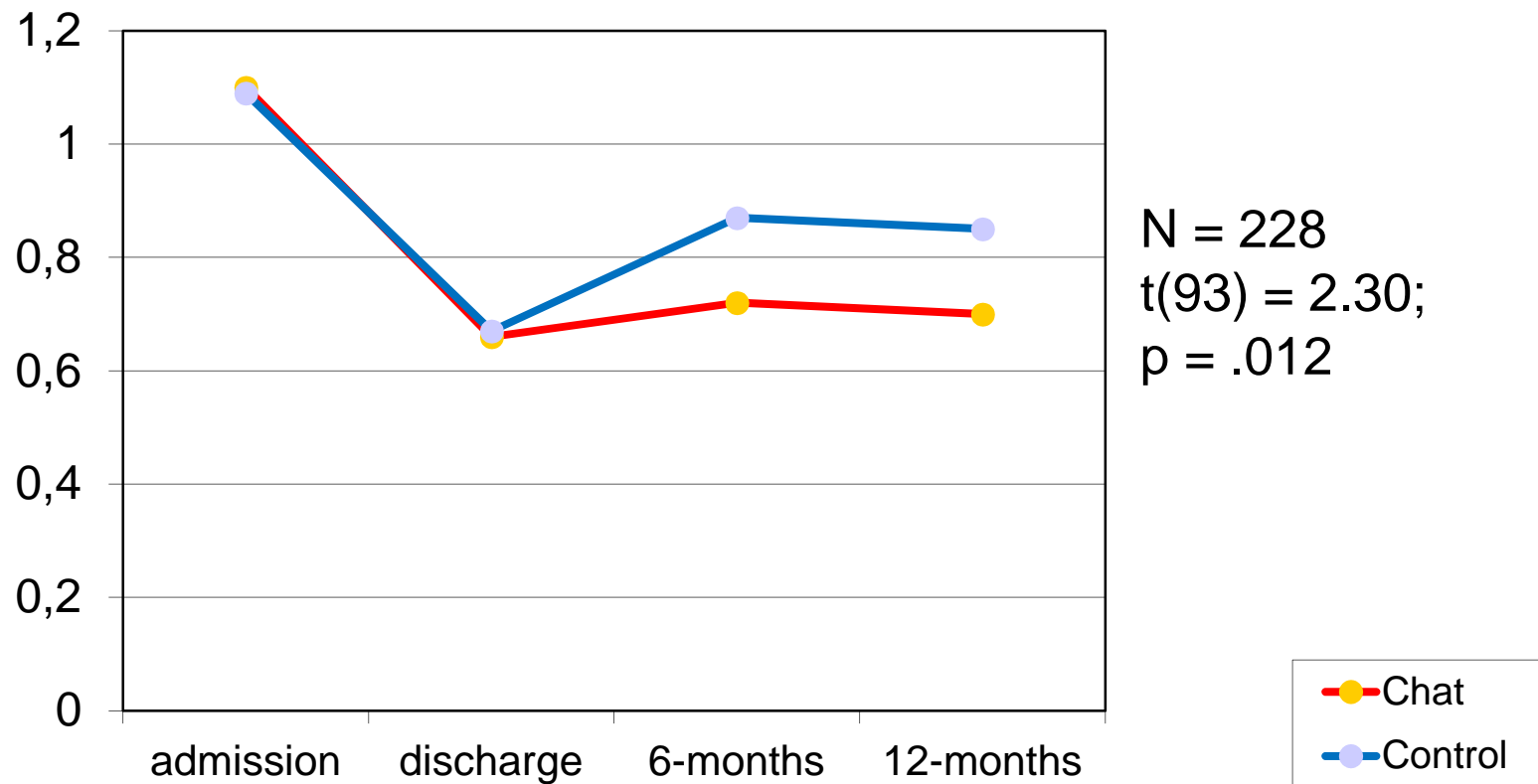


EVALUATION (N = 228) - FRAGESTELLUNGEN

- Hauptfragestellung:
 - Geringere Beeinträchtigung in der Interventionsgruppe 6 und 12 Monate nach Entlassung?
- Nebenfragestellungen:
 - Geringere Rückfallrate in der Interventionsgruppe
 - Einfluss der Teilnahme am Chat-Programm auf die Inanspruchnahme ambulanter Psychotherapie?

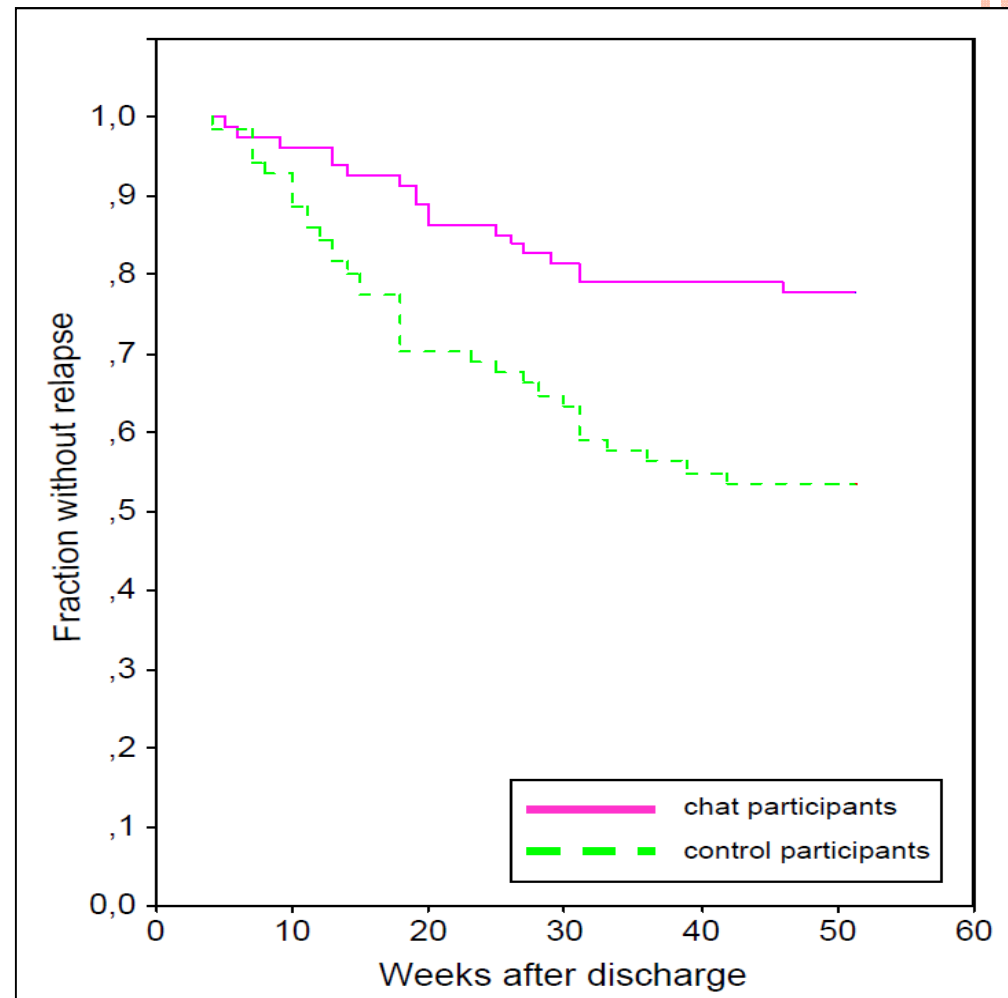
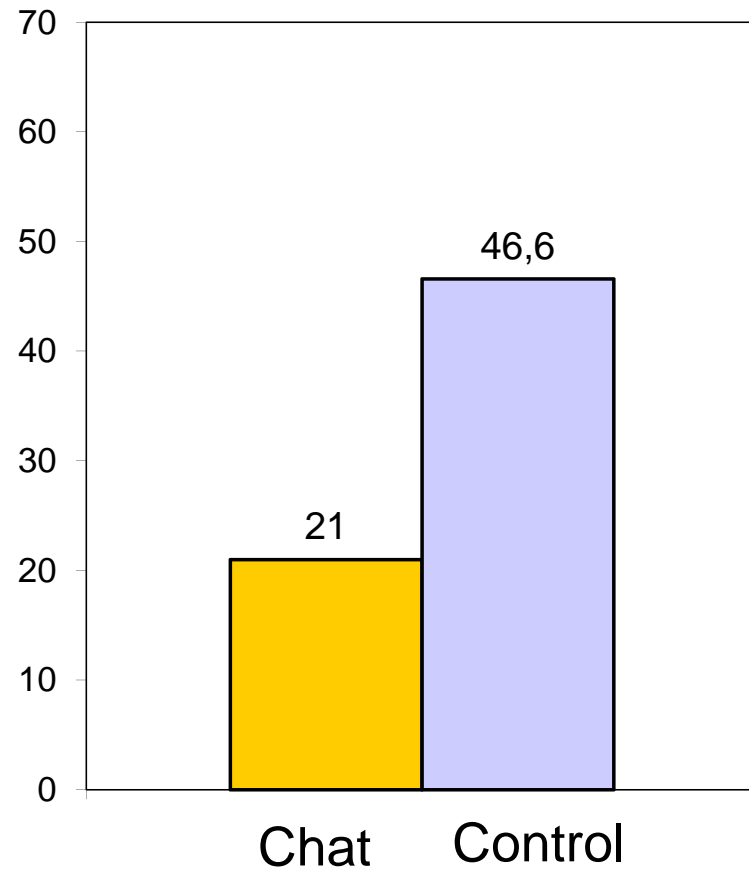


EFFEKTIVITÄT – PSYCHISCHE BEEINTRÄCHTIGUNG (SCL-90-R)



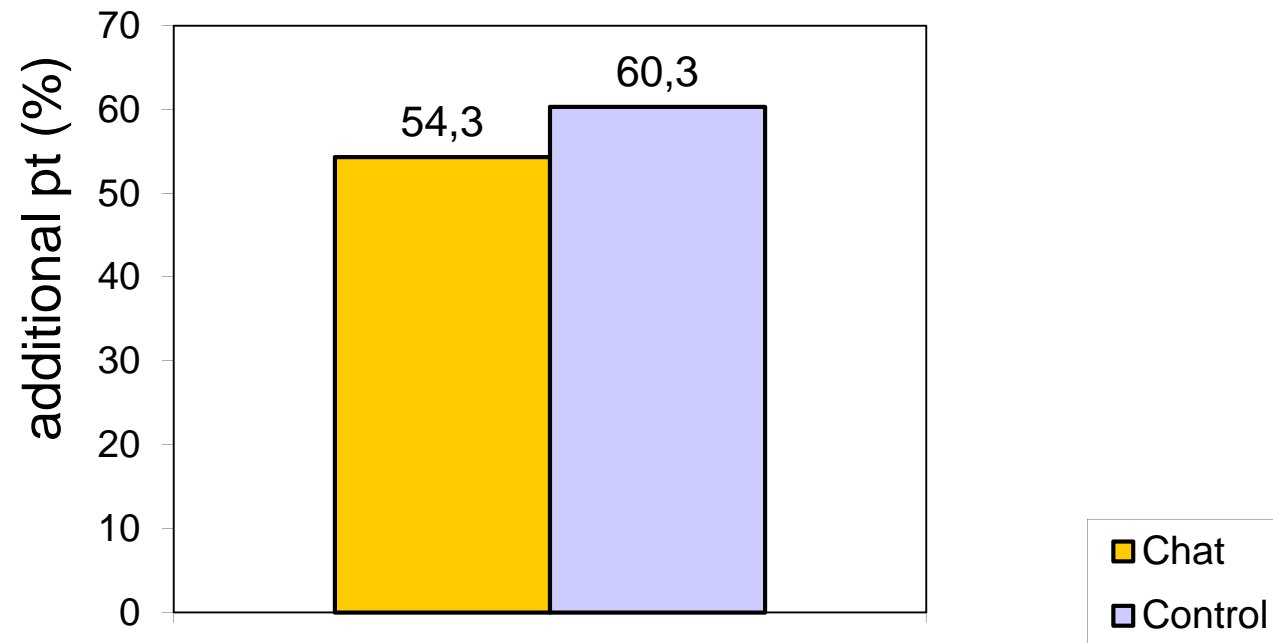
(Golkaramnay et al., 2007)

EFFEKTIVITÄT – RÜCKFALLRATE



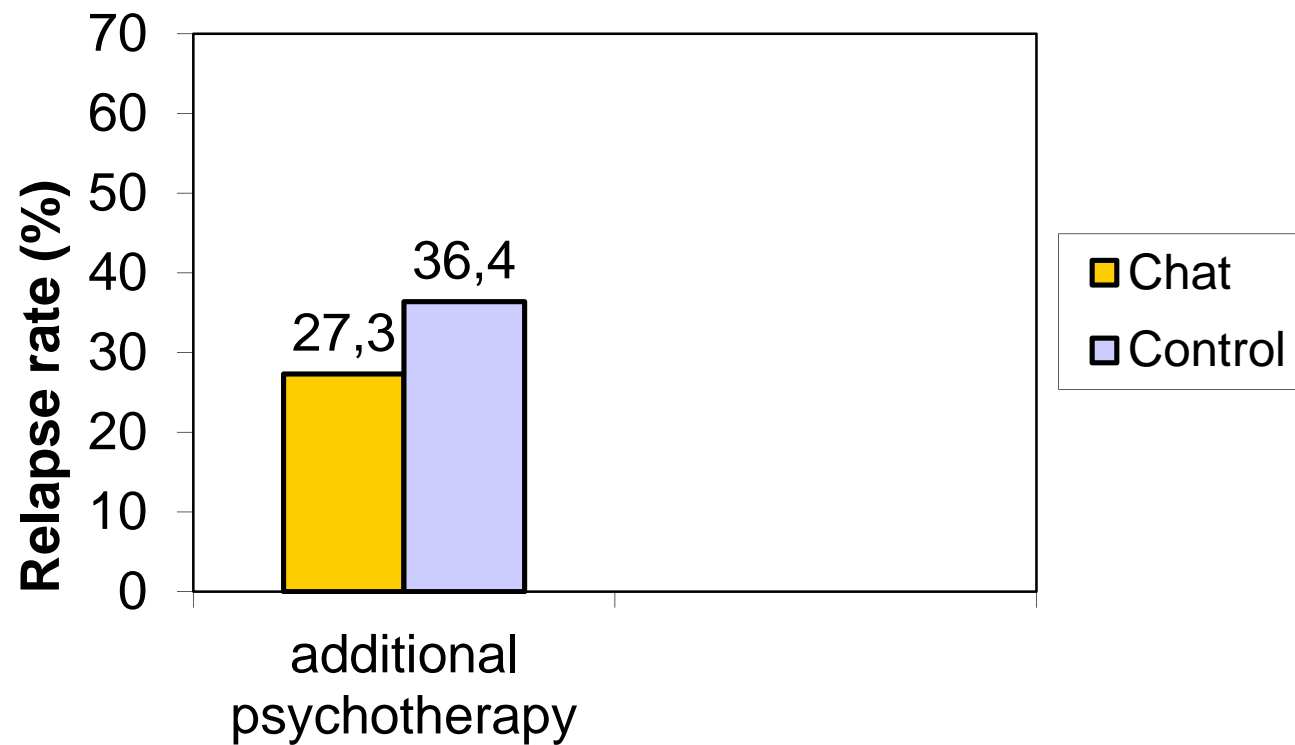
(Bauer et al., 2011)

INANSPRUCHNAHME – AMBULANTE PSYCHOTHERAPIE NACH ENTLASSUNG



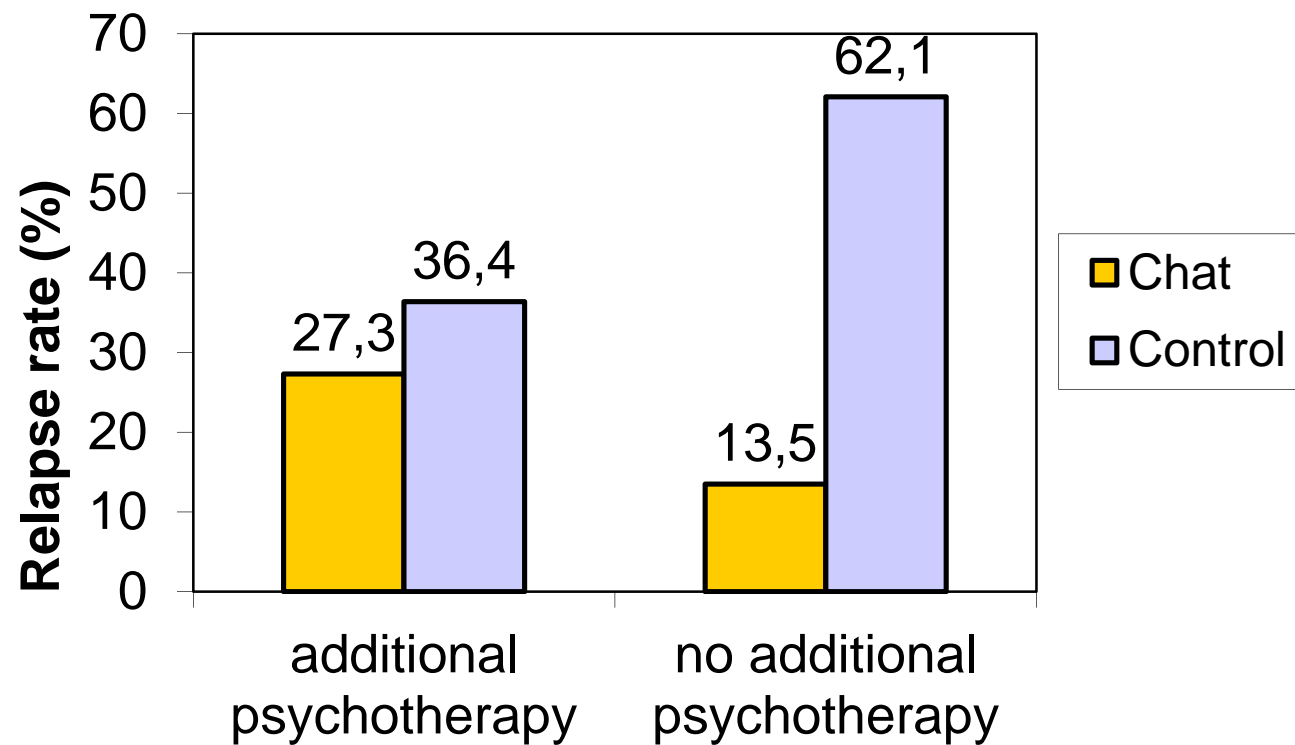
(Bauer et al., 2011)

RÜCKFALLRATE – MIT VERSUS OHNE AMBULANTE PSYCHOTHERAPIE



(Bauer et al., 2011)

RÜCKFALLRATE – MIT VERSUS OHNE AMBULANTE PSYCHOTHERAPIE



(Bauer et al., 2011)

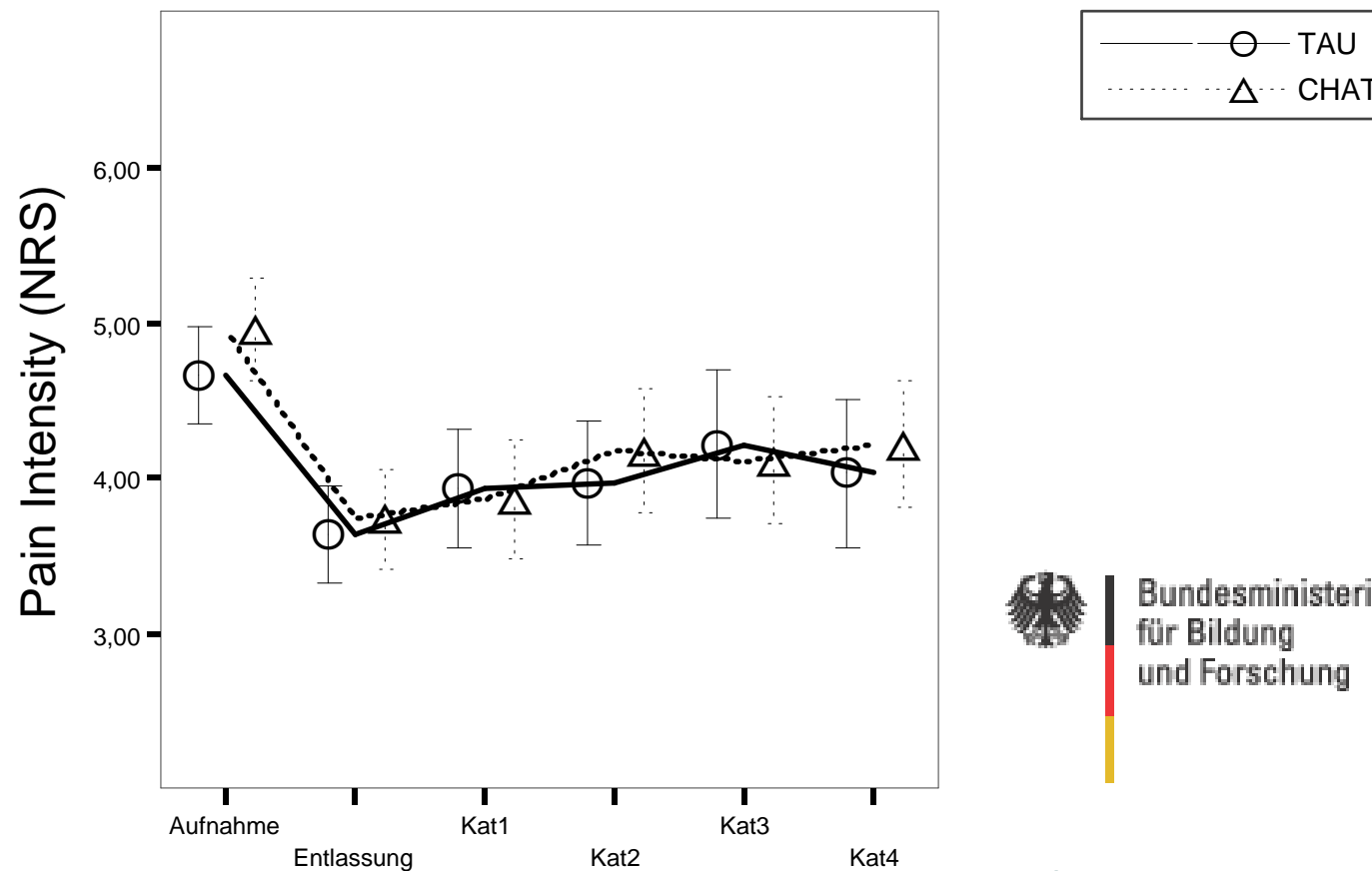
ZUSAMMENFASSUNG – CHAT-BRÜCKE

Chatgruppen zur nachstationären Betreuung..

- ... werden von Patienten in psychosomatischen Kliniken gut akzeptiert
- ... sind effektiv
- ... führen nicht zu einer veränderten Inanspruchnahme ambulanter Psychotherapie
- ... senken die Rückfallrate; v.a. bei Patienten, die sich nicht in ambulante Weiterbehandlung begeben



„CHAT-BRÜCKE 2“: NACHSORGE NACH STATIONÄRER SCHMERZTHERAPIE (N = 334)



Bundesministerium
für Bildung
und Forschung

(Moessner et al., 2014)

BEISPIEL 2:
NACHSORGE NACH
STATIONÄRER THERAPIE FÜR ESSSTÖRUNGEN -
PROJEKT „SMS-BRÜCKE“

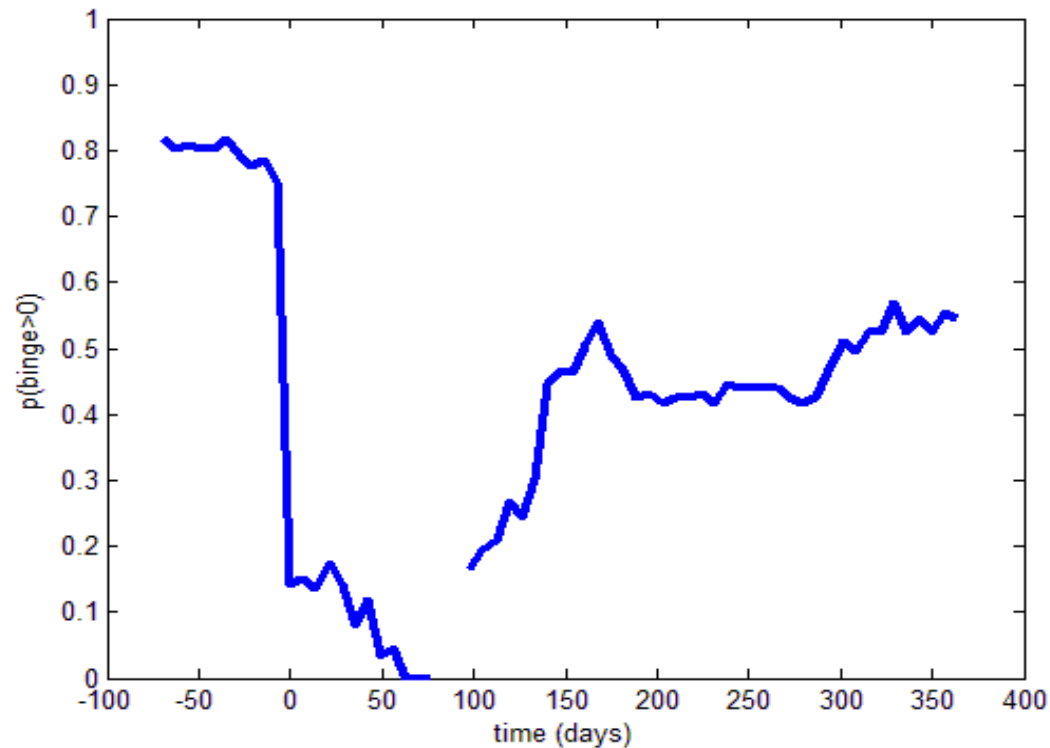
IN ZUSAMMENARBEIT MIT:
AHG PSYCHOSOMATISCHE KLINIK BAD PYRMONT



Bundesministerium
für Bildung
und Forschung



NACHSORGE NACH ESSSTÖRUNGSBEHANDLUNG - WARUM?



Patientinnen die im Anschluss an eine Behandlung keine weitere Unterstützung benötigen sind eher selten.

ABER: eine zeitnahe Anschlussbehandlung lässt sich in der Routineversorgung nicht immer realisieren

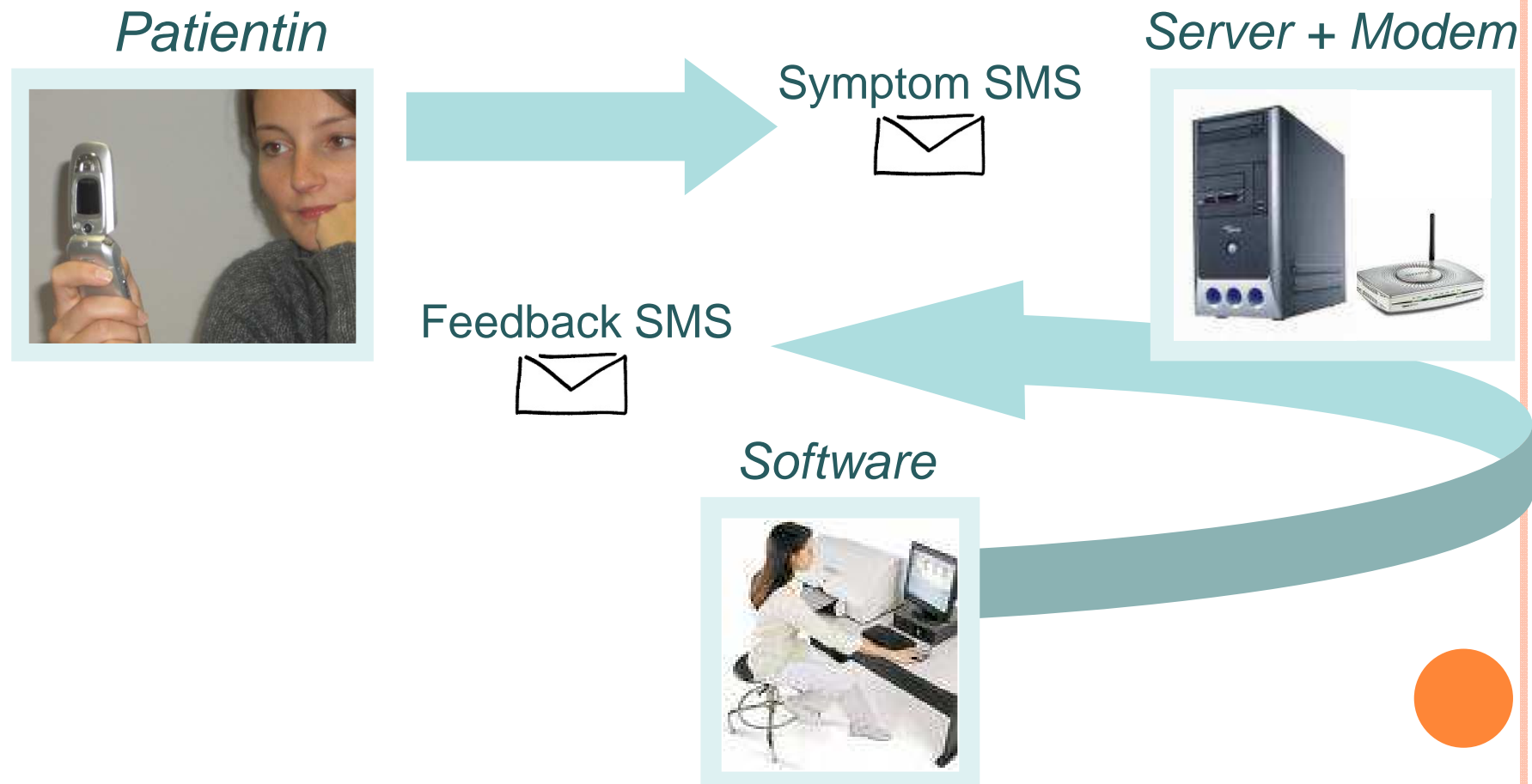


NACHSORGE ÜBER HANDY UND SMS

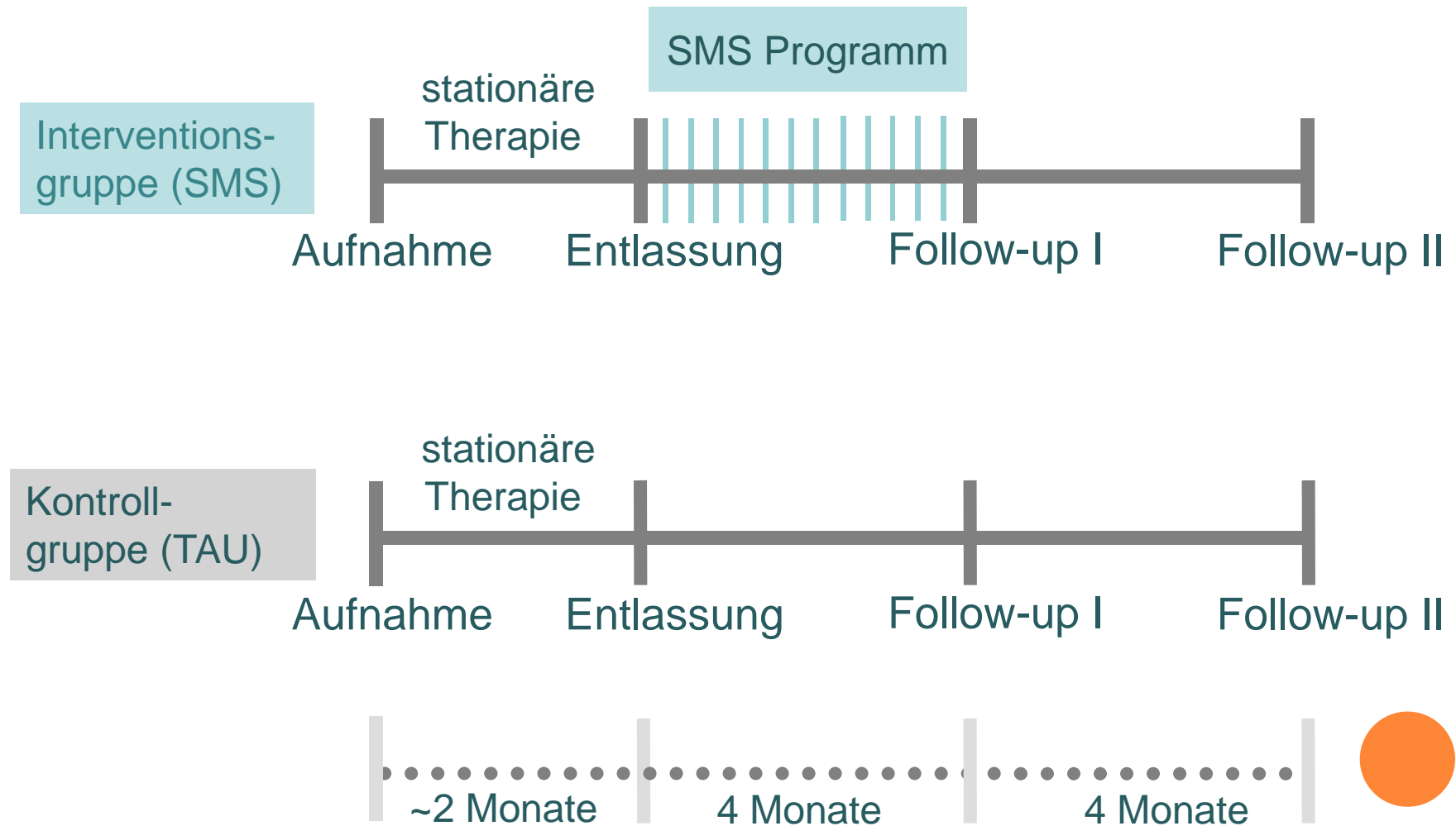
- nachstationäres Betreuungsangebot für Patientinnen mit Bulimia nervosa und EDNOS
- wöchentliche Interaktion über SMS
- Internet-basiertes, teilautomatisiertes Programm
- Datenbank enthält ca. 1000 Feedback-Nachrichten
- Ziele:
 - . Monitoring der Symptomatik
 - . Feedback signalisiert soziale Unterstützung, positive Verstärkung, Erinnerung an in der Klinik gelernte Strategien



ABLAUF DES WÖCHENTLICHEN SMS-KONTAKTS



EVALUATION (RCT; N = 165)



FRAGESTELLUNGEN

- Hauptfragestellung:
 - . Höhere Remissionsrate in der Interventionsgruppe 8 Monate nach Entlassung?

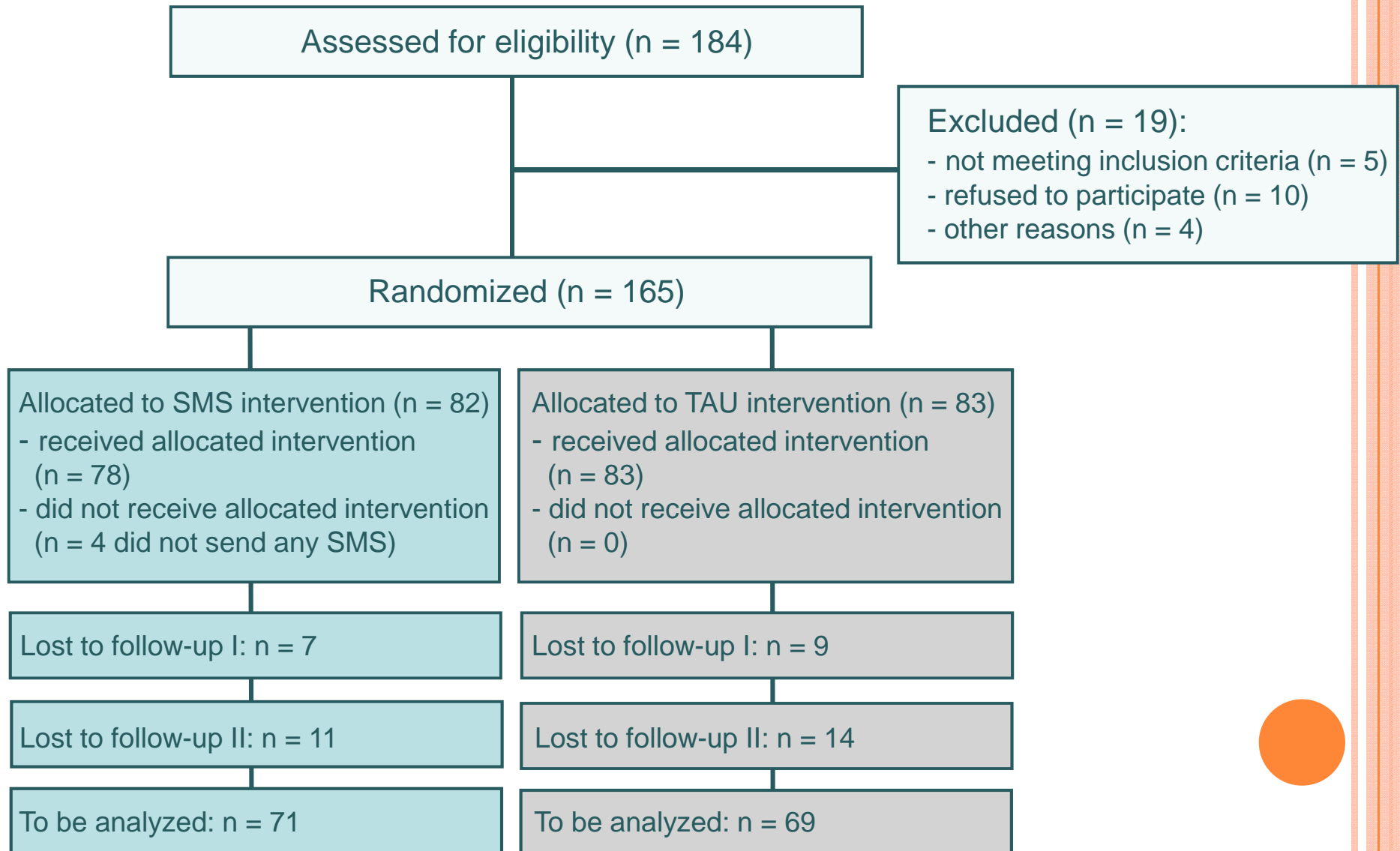
- Nebenfragestellungen:
 - . Geringere Beeinträchtigung der Interventionsgruppe 4 und 8 Monate nach Entlassung?

 - . Geringere Rückfallrate innerhalb von 8 Monaten nach Entlassung?

 - . Einfluss der Teilnahme am SMS-Programm auf die Inanspruchnahme ambulanter Psychotherapie?



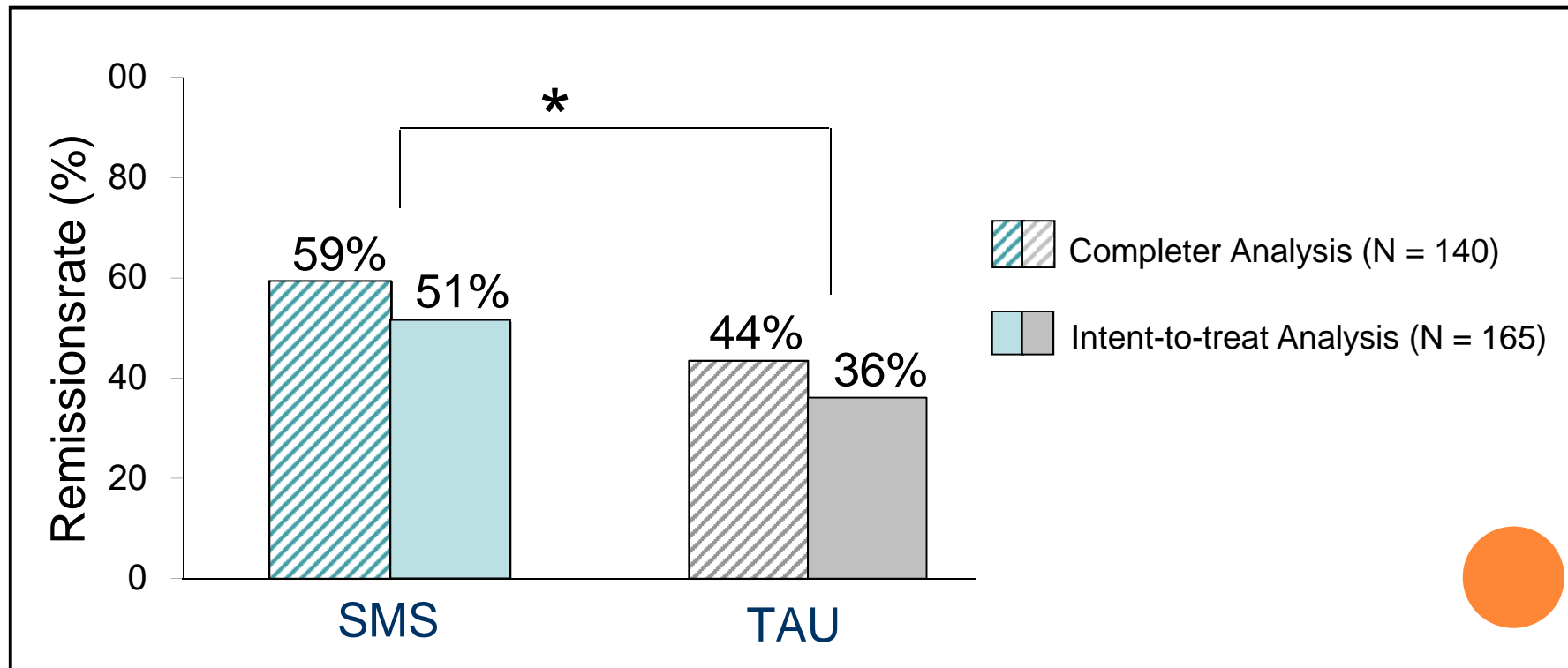
STICHPROBE



WIRKSAMKEIT DES SMS-PROGRAMMS I

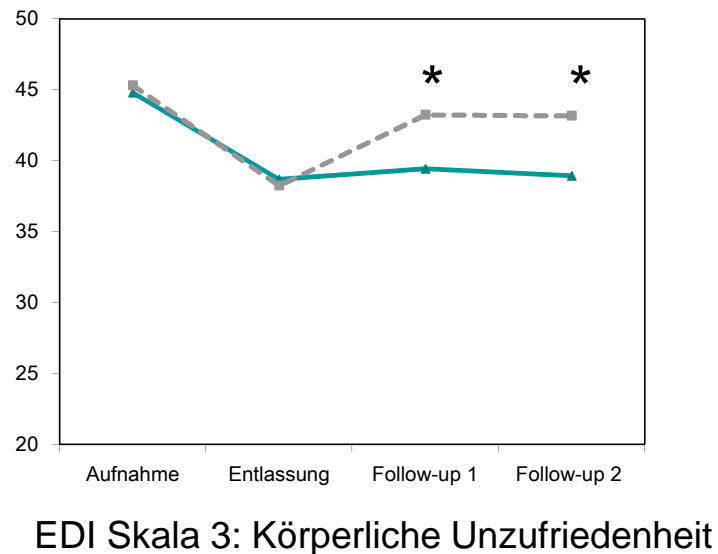
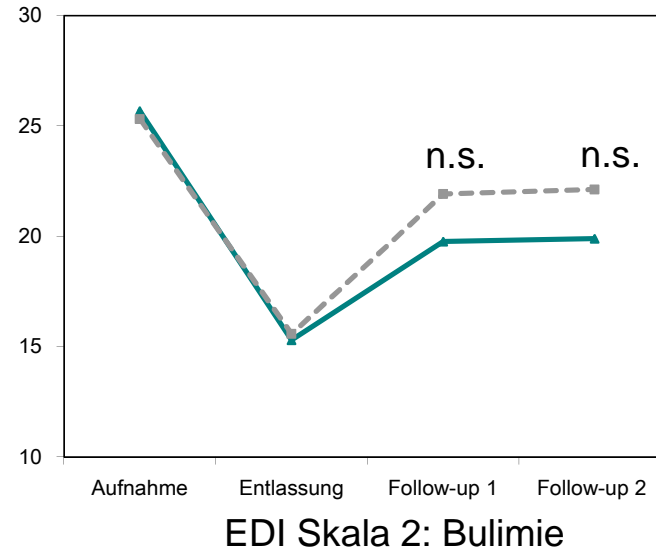
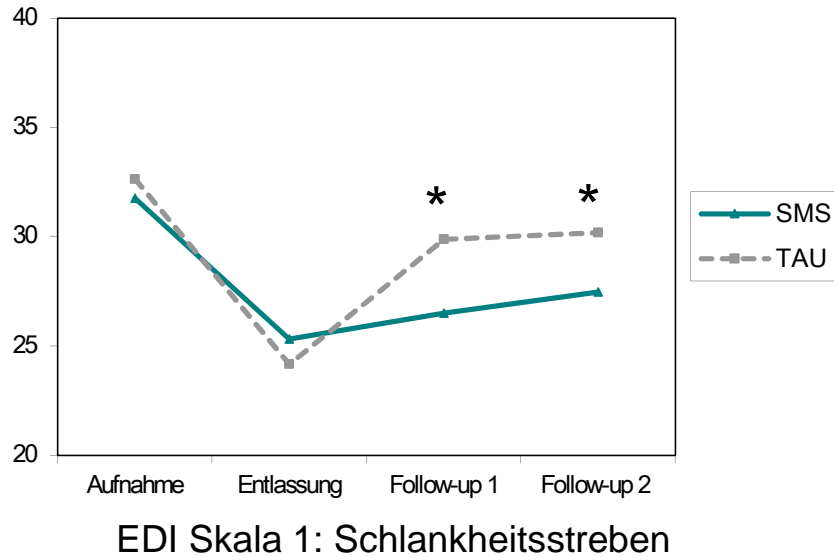
Definition von partieller Remission:

- max. ein Essanfall pro Woche für einen Monat,
- Einsatz kompensatorischer Maßnahmen max. einmal pro Woche für einen Monat (Kordy et al., 2002).



(Bauer et al., 2012)

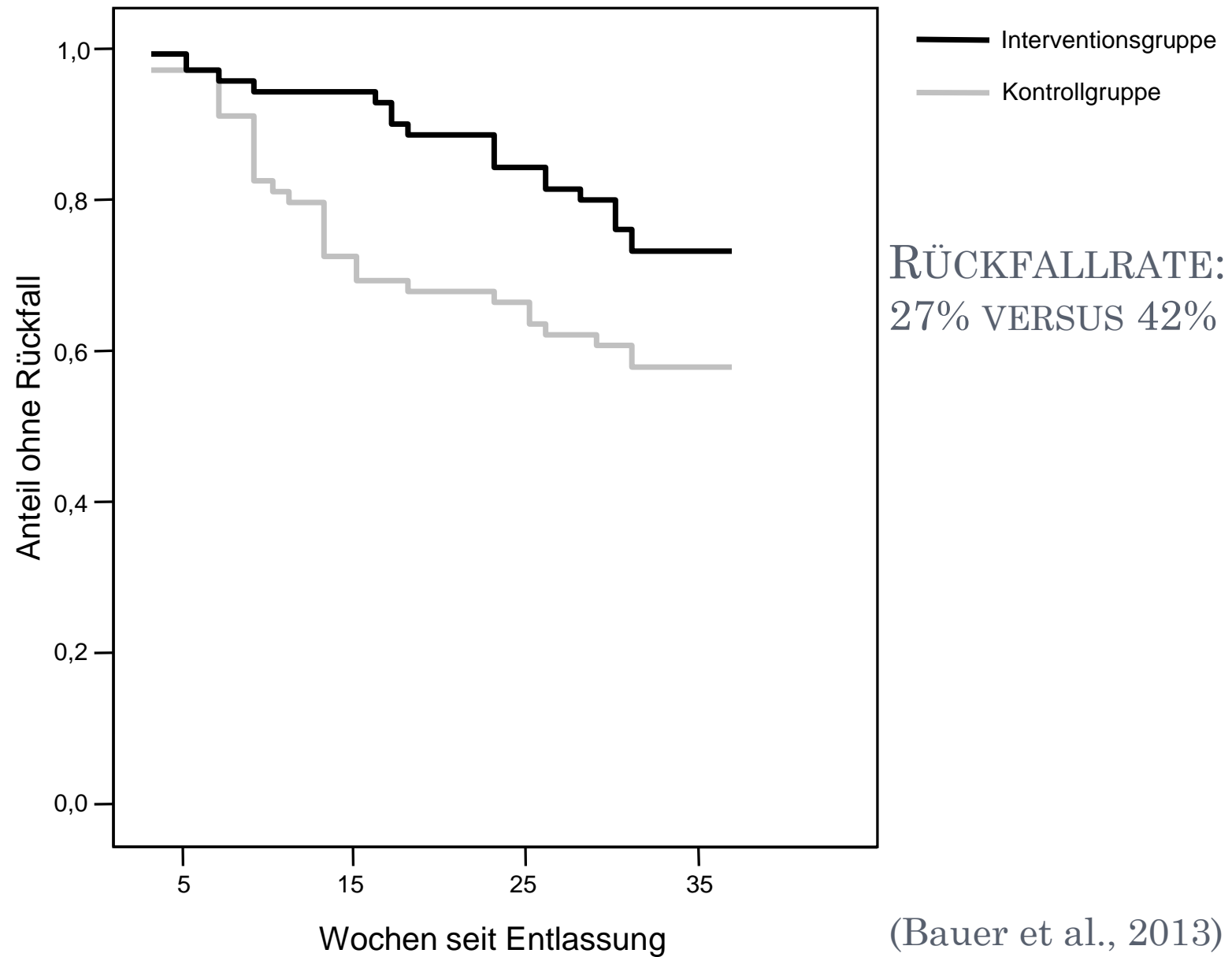
WIRKSAMKEIT DES SMS-PROGRAMMS II



- Signifikante Unterschiede ($p < .05$) auf Skalen „Schlankheitsstreben“ und „Körperliche Unzufriedenheit“ zu Follow-up 1 und Follow-up 2.
- Keine signifikanten Unterschiede auf Skala „Bulimie“ und im BDI

(Bauer et al., 2011)

WIRKSAMKEIT DES SMS-PROGRAMMS III

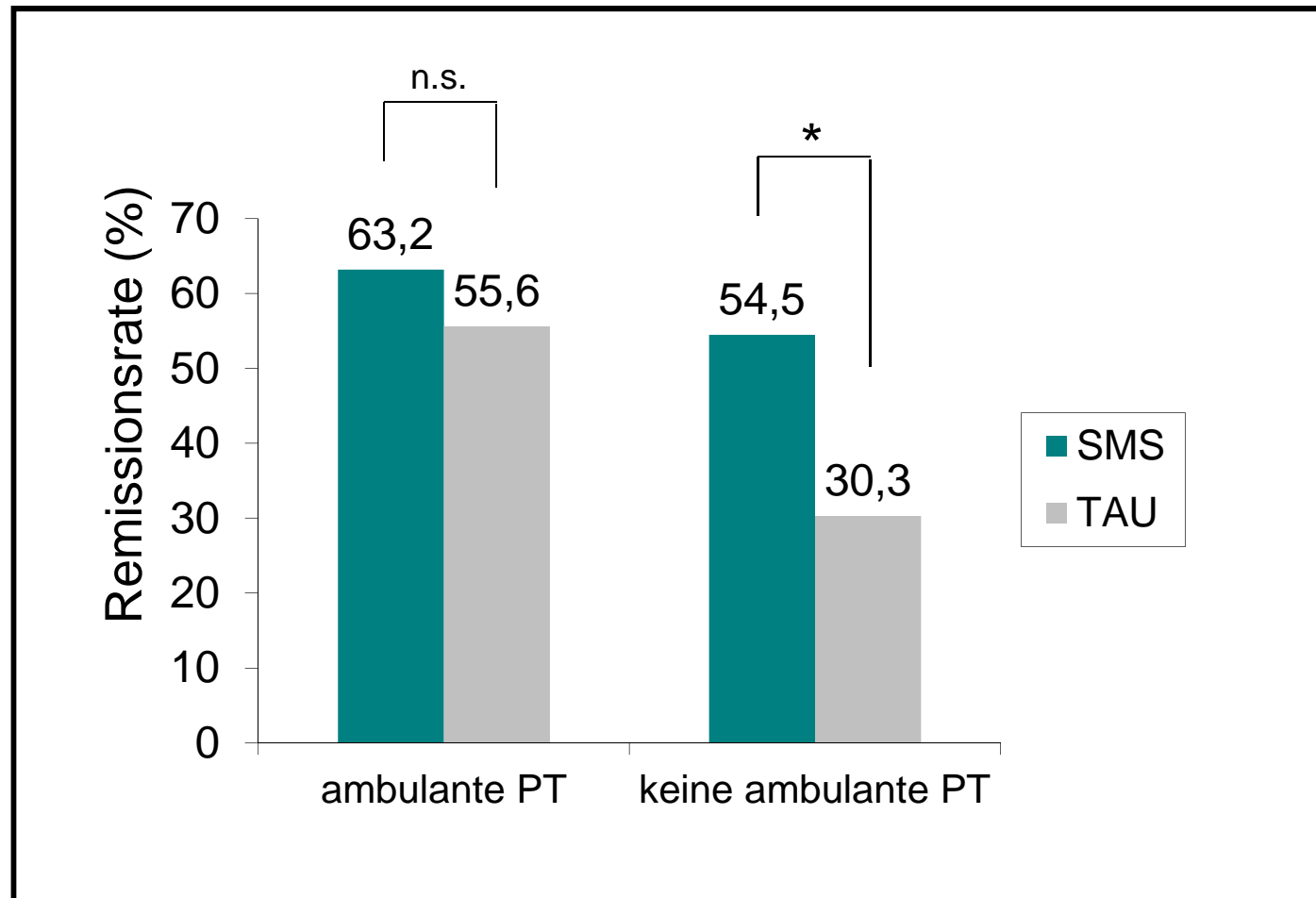


INANSPRUCHNAHME AMBULANTER PSYCHOTHERAPIE (BIS 8 MONATE NACH ENTLASSUNG)

	Kontrollgruppe (TAU)	Interventionsgruppe (SMS)
Häufigkeit	52% (n = 36)	53% (n = 38)
Anzahl Sitzungen (Gesamtgruppe)	M = 9.2 (SD = 15.8) range = 1-80	M = 8.5 (SD = 13.8) range = 2-85
Anzahl Sitzungen (Utilizer)	M = 18.2 (SD = 18.1) range = 1-80	M = 17.0 (SD = 15.4) range = 2-85



WIRKSAMKEIT IN ABHÄNGIGKEIT VON INANSPRUCHNAHME AMBULANTER PSYCHOTHERAPIE



(Bauer et al., 2013)

ZUSAMMENFASSUNG – SMS-BRÜCKE

- ✓ Niedrige Dropout-Rate, gute Akzeptanz
- ✓ Wirksamkeit
- ✓ Kosteneffektivität des SMS-Programms
(bessere Ergebnisse bei quasi identischen Kosten)
- ✓ Kein Einfluss auf Häufigkeit und Umfang der Inanspruchnahme ambulanter Psychotherapie
- ✓ Bedarf an intensiverer Unterstützung (-> internetbasierte Plattform; Gülec et al., 2011)
- ?? potentielle Erklärungen für die Wirksamkeit des SMS-Programms:
 - a) kontinuierliches Monitoring
 - b) individualisiertes Feedback
 - c) Einfluss darauf, wer ambulante Psychotherapie in Anspruch nimmt



BEISPIEL 3:
PROYOUTH –
INTERNETBASIERTE PRÄVENTION UND FRÜHE
INTERVENTION BEI ESSSTÖRUNGEN



PRÄVENTION UND FRÜHE INTERVENTION BEI ESSSTÖRUNGEN

- Essstörungen sind schwere, relativ seltene und schwer vorhersagbare Erkrankungen (Bulik, 2013).
- Partielle Symptomatik ist häufig, v.a. bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen
- Die Verfügbarkeit, Reichweite und Wirksamkeit von spezialisierten Therapien sind begrenzt.
- Nur eine Minderheit der Betroffenen nimmt professionelle Hilfe in Anspruch (Hart et al., 2011).
- Barrieren im Hilfesuchprozess: u.a. mangelndes Wissen und Stigmatisierung (Ebnetter & Latner, 2013; Mond et al., 2010)
- leicht zugängliche, niedrigschwellige Präventions- und Frühinterventionsprogramme mit großer Reichweite werden benötigt



ZIEL DER PRO-YOUTH INITIATIVE

Implementierung und Dissemination einer internetbasierten Plattform zur Prävention und frühen Intervention bei Essstörungen

VORARBEITEN

- Machbarkeit (Bauer et al., 2009)
- Akzeptanz (Lindenberg et al., 2011)
- Wirksamkeit (Lindenberg & Kordy, in Revision)



www.proyouth.eu

ProYouth  
The European initiative for the promotion
of mental health and the prevention of
eating disorders



Welcome to
ProYouth!



Vítejte na
ProYouth!



Benvenuto sul
ProYouth!



Bine ați venit la
ProYouth!



Willkommen bei
ProYouth!



Üdvözlünk a
ProYouth oldalán!



Welkom op het
ProYouth!



DAS PROYOUTH PORTAL (WWW.PROYOUTH.EU)

1. Aufklären:

→ Infomaterial, News, Videos

(Psychoedukation, Verbesserung von Mental Health Literacy, Reduktion von Stigmatisierung)

2. Individualisiert informieren:

→ Screening & Monitoring

(Feedback zu problematischen Einstellungen, Verhaltensweisen, Symptomen)

3. Unterstützen:

→ Forum & Chat

(Peer Support und online-Beratung durch Experten)

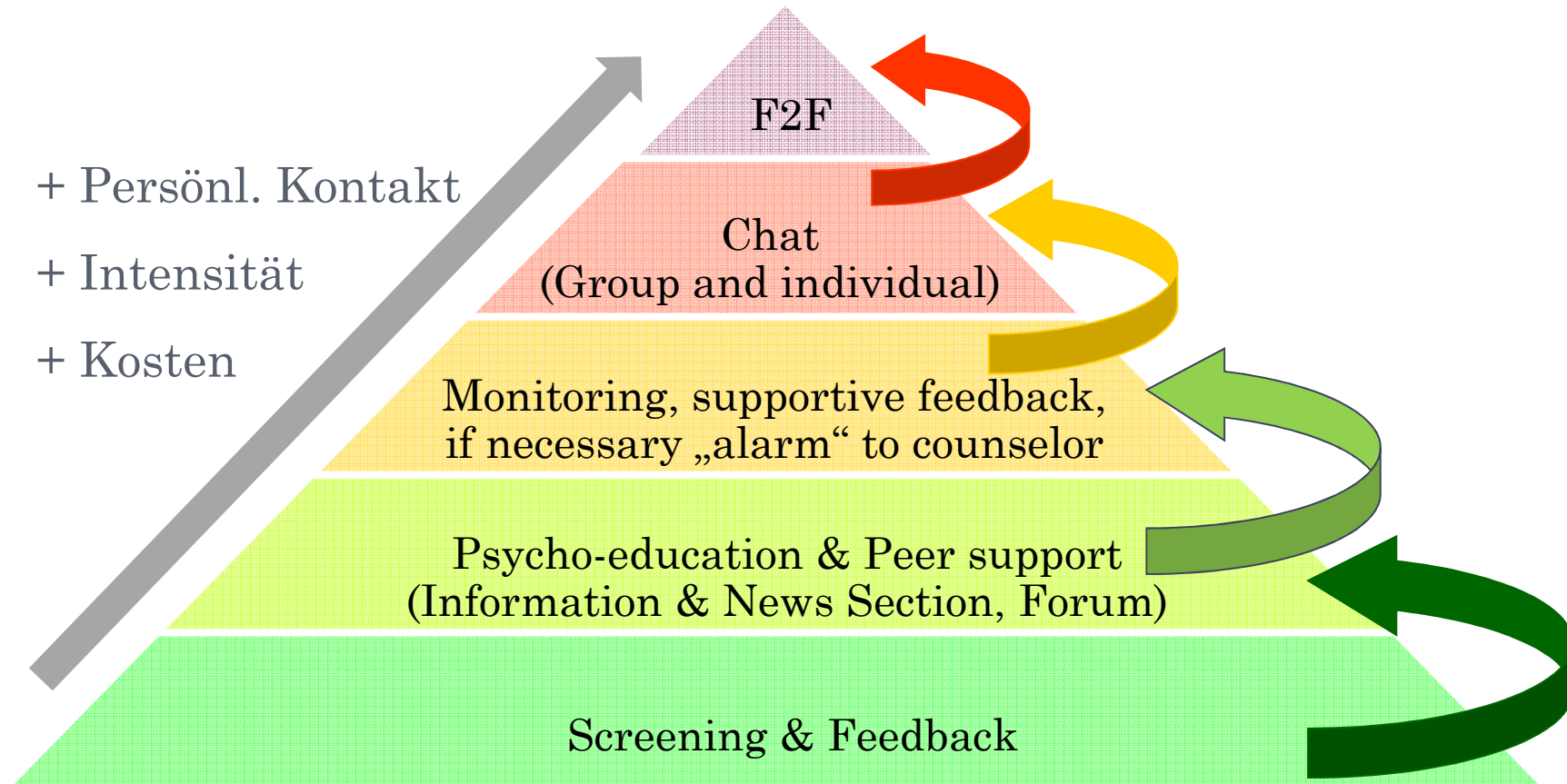
4. Vermitteln:

Zugang zum regulären Versorgungssystem erleichtern;
Barrieren abbauen



Bauer et al. (2013)

DAS PROYOUTH PORTAL



Ziele:

- Kombination von automatisierten und personalisierten Modulen
- Bedarfsorientierte Unterstützung
- Übergang in die reguläre Versorgung erleichtern

Lindenberg et al. (2011)

DISSEMINATION

Aktivitäten

- Bekanntmachung in Schulen
- Bekanntmachung an Universitäten
- Face-to-face Aktivitäten
- Multiplikatoren
- Online-Werbung
- Soziale Netzwerke
- Traditionelle Medien

Reichweite

- mehr als 150.000 Personen wurden informiert
- mehr als 15.000 haben das Screening genutzt
- mehr als 6.000 haben sich für die Teilnahme registriert.



ERSTE ERGEBNISSE

- Scham, Angst vor Stigmatisierung und mangelndes Wissen erschweren die Inanspruchnahme professioneller Hilfe.
- Bedarf an gezielten niedrigschwelligen Informations- und Unterstützungsangeboten.
- Jugendliche stehen dem Einsatz des ProYouth-Portals überwiegend positiv gegenüber.
- Erhebliche Varianz bzgl. Beeinträchtigung und Inanspruchnahme des Programms
- Zusammenhang zwischen individueller Beeinträchtigung und Inanspruchnahme der Module
- Zusammenhang zwischen Disseminationsstrategie und Beeinträchtigung



PROYOUTH - FORSCHUNGSSCHWERPUNKTE

1) Wirksamkeit: Einfluss des Programms auf

- Mental Health Literacy
- Stigmatisierung
- Einstellungen zu professioneller Hilfe
- Vermittlung in Routineversorgung

2) Implementierung und Dissemination:

- Wie erfolgreich sind verschiedene Disseminationsstrategien?
(→ Kosten und Effekt verschiedener Strategien?)
- Wie aufwändig ist die dauerhafte Implementierung?
(→ Wie groß ist der mit dem Betreiben des Portals verbundene Aufwand?)



FAZIT I

E-Mental Health Interventionen...

- sind technisch machbar, praktikabel, werden von Betroffenen gut akzeptiert
- haben sich für unterschiedliche Krankheitsbilder als wirksam erwiesen
- bieten vielversprechende Möglichkeiten zur Ergänzung der Routineversorgung
- sollten basierend auf spezifischen Herausforderungen in der Versorgung konzipiert werden



FAZIT II

Einsatzmöglichkeiten in Ergänzung zur Routineversorgung:

- Nachstationäre Betreuung
- Prävention und frühe Vermittlung in Behandlung
- Therapievorbereitung
- langfristiges Krankheitsmanagement
- Unterstützung für unterversorgte Gruppen (z.B. Angehörige)
- Steigerung der Compliance/Teilnahmebereitschaft an bewährten Interventionen



VIELEN DANK FÜR DIE AUFMERKSAMKEIT!

stephanie.bauer@med.uni-heidelberg.de

