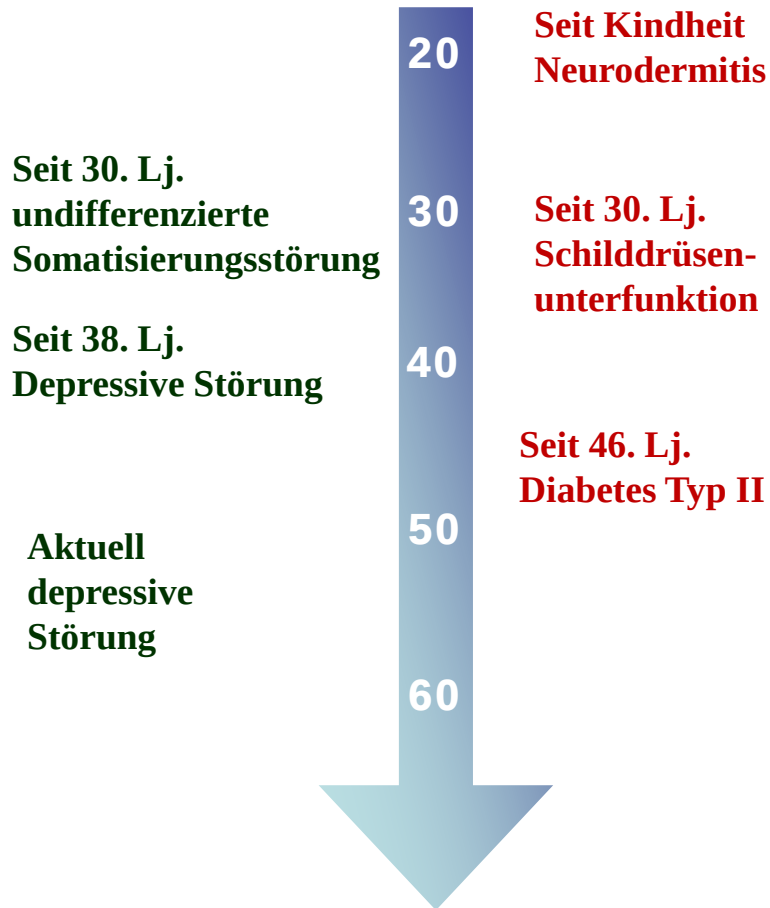


# **Diagnostik und Intervention psychischer Komorbiditäten in der somatischen Rehabilitation**

Prof. Dr. Harald Baumeister  
Abteilung für Klinische Psychologie und  
Psychotherapie

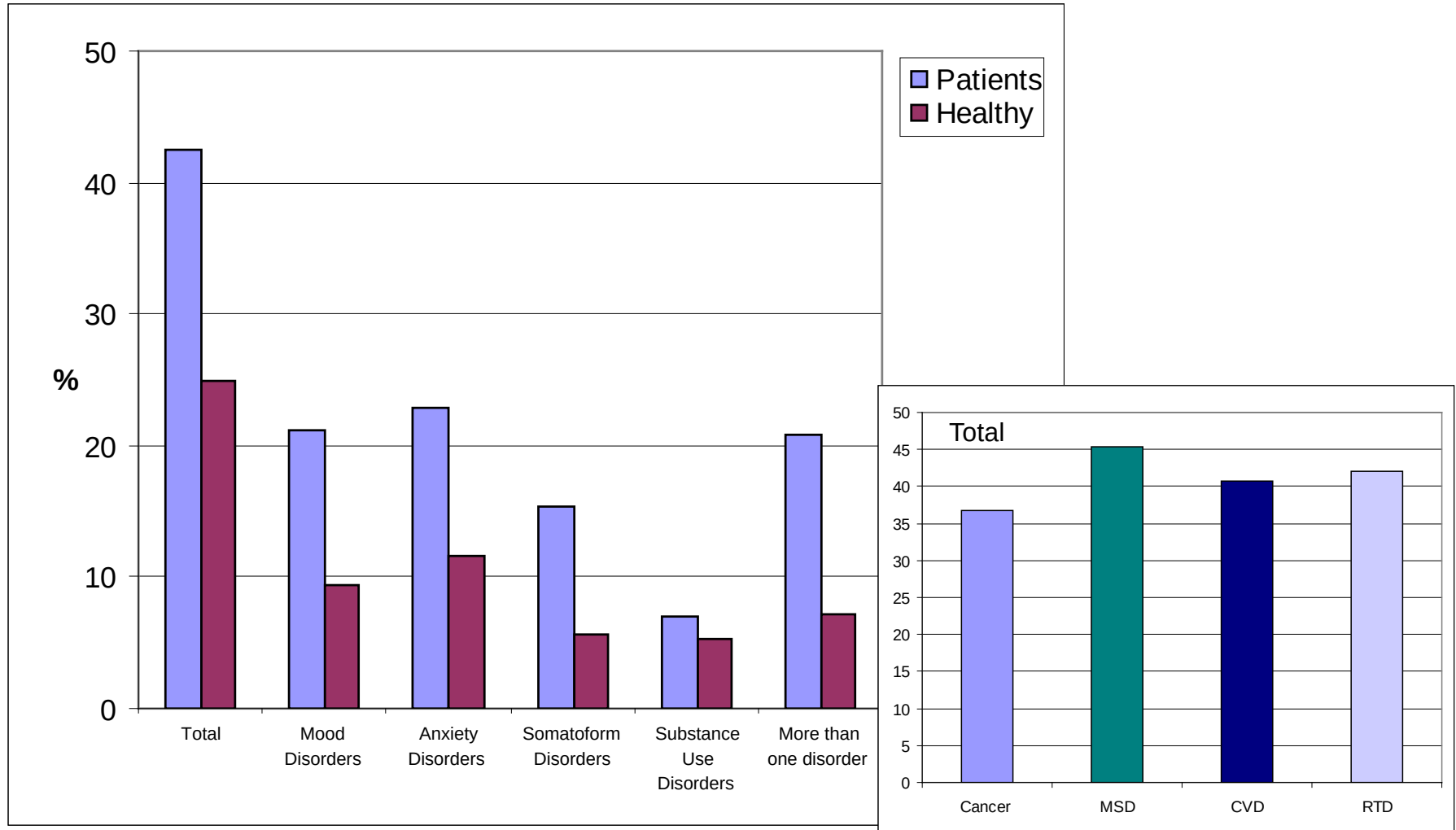
# Patientenbeispiel

52-jährige Lehrerin, verheiratet, 2 Kinder, stationäre somatische Reha



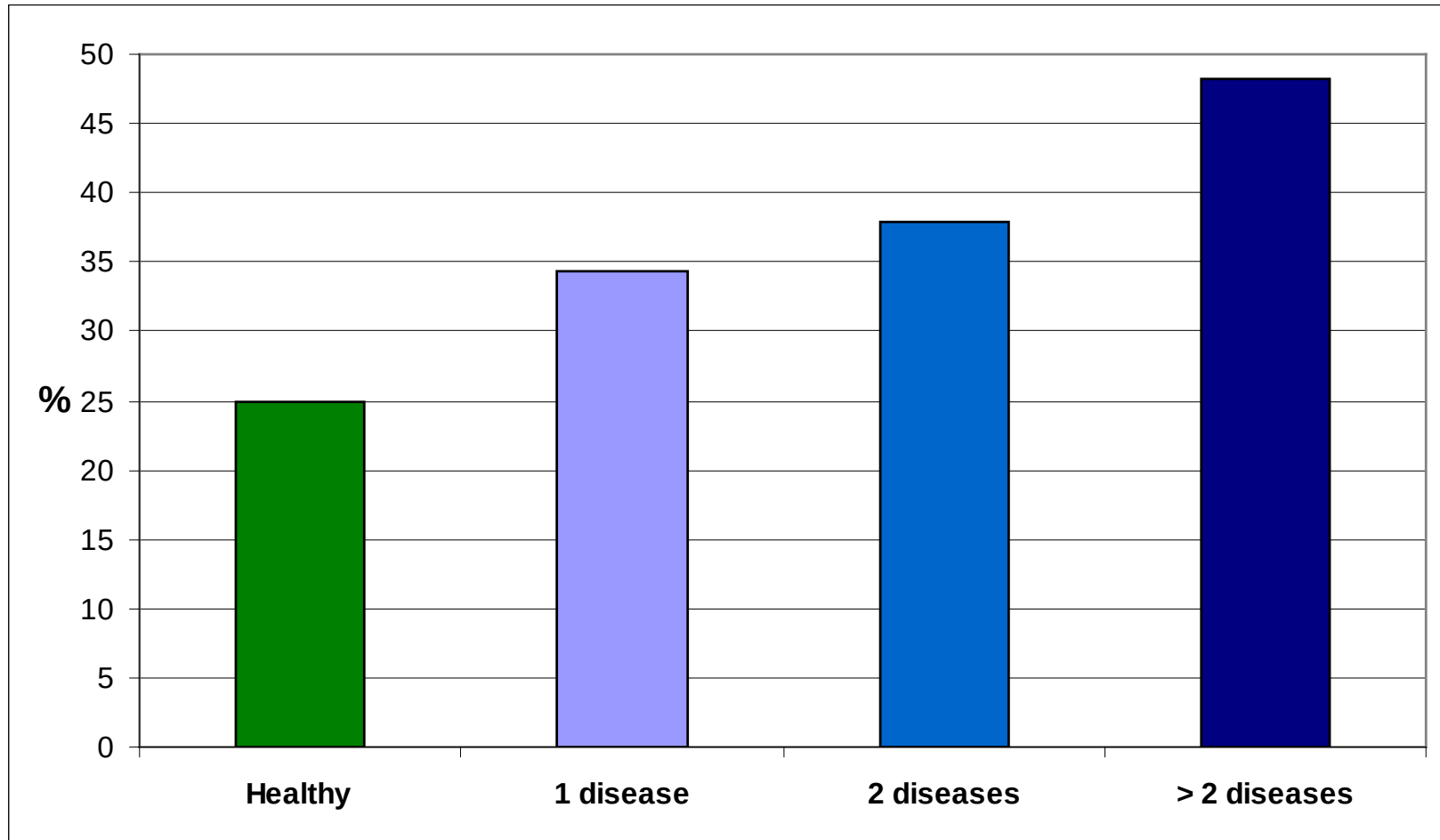
# Prävalenz psychischer Störungen

*Alters- und geschlechtsadjustierte 12-Monatsprävalenz nach Störungen und Erkrankungen*

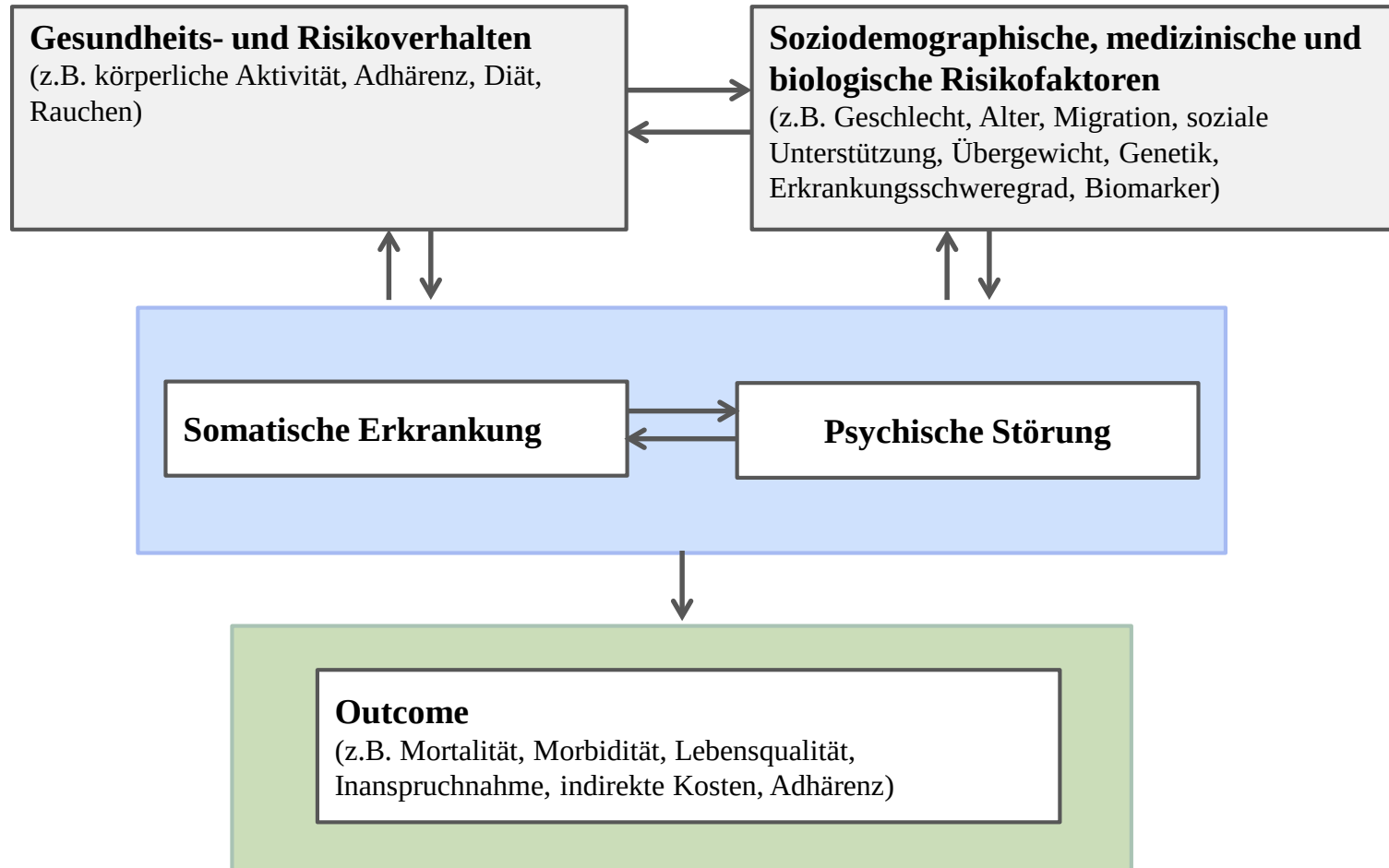


# Prävalenz psychischer Störungen

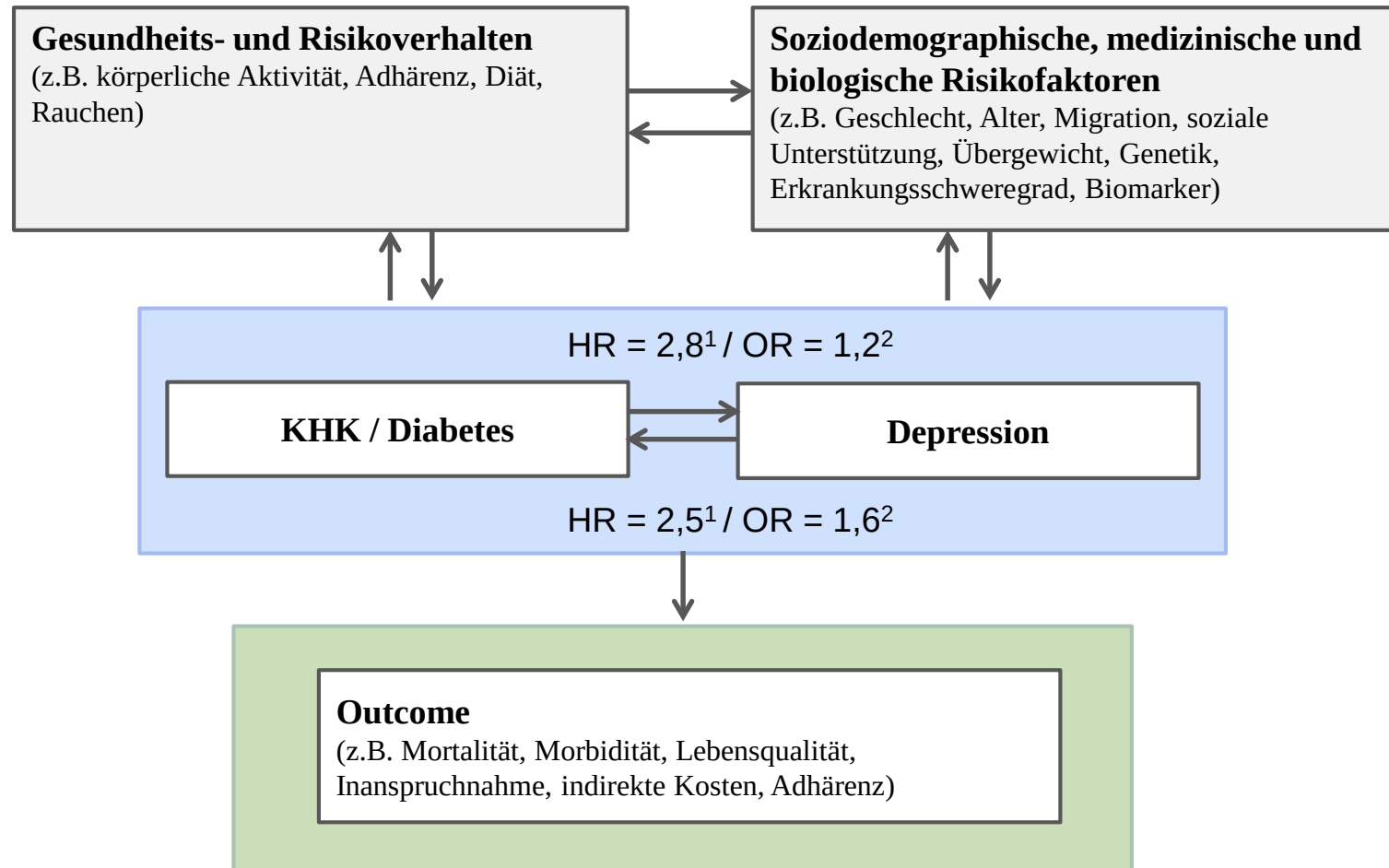
*Alters- und geschlechtsadjustierte 12-Monatsprävalenz nach Störungen und Erkrankungen*



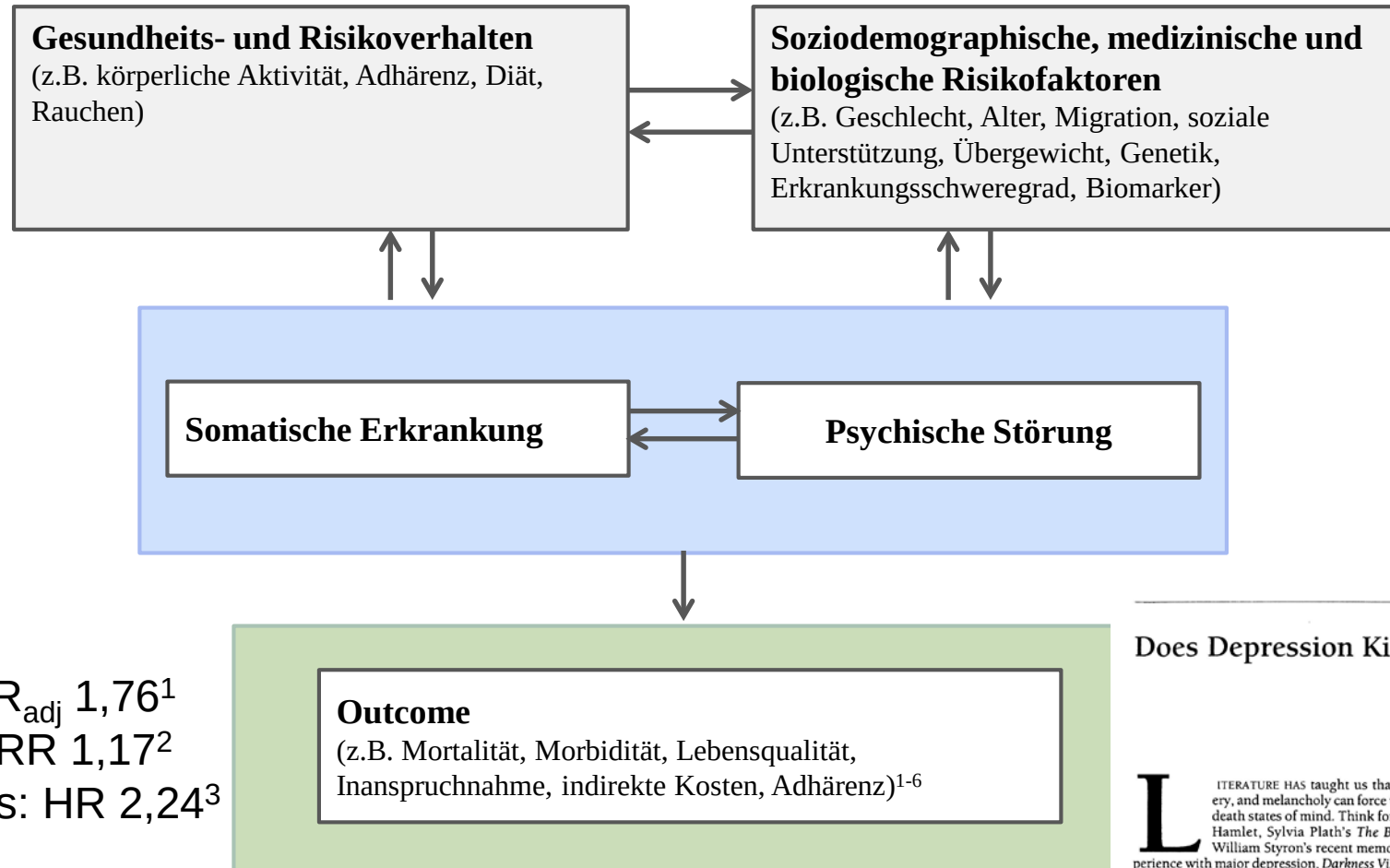
# Vereinfachtes Kausalmodell



# Vereinfachtes Kausalmodell



# Vereinfachtes Kausalmodell



KHK:  $HR_{adj} 1,76^1$   
 Tumor:  $RR 1,17^2$   
 Diabetes:  $HR 2,24^3$

EDITORIAL

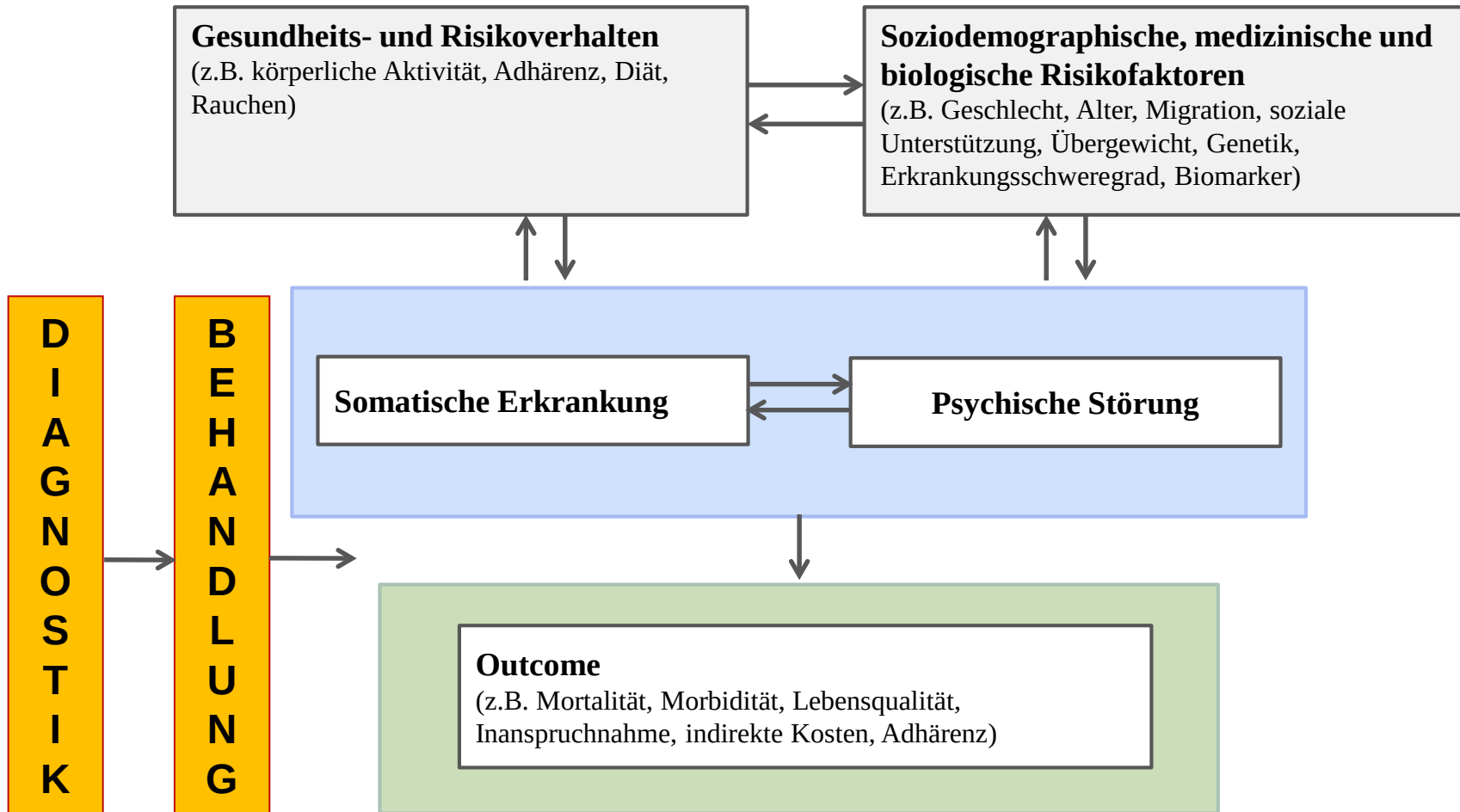
## Does Depression Kill?

**L**ITERATURE HAS taught us that grief, misery, and melancholy can force us into near-death states of mind. Think for example of Hamlet, Sylvia Plath's *The Bell Jar*, and William Styron's recent memoir of his experience with major depression, *Darkness Visible*. But ex-

In ad  
good stuc  
mortality  
finding is  
toms at be  
cause mo

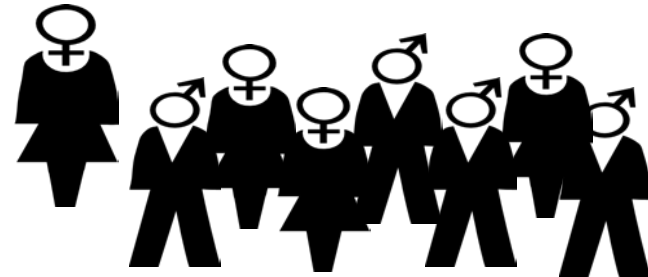
1 Barth et al., Psychosom Med 2004; 2 Piquart & Duberstein, Psychol Med, 2010; 3 Sullivan et al, Diab Care 2012; 4 Baumeister et al., Psychother Psychosom 2011; 5 Baumeister et al., J Psychsom Res, 2012; 6 Hutter et al., Diabetologia 2011

# Vereinfachtes Kausalmodell





# Erkennen psychischer Störungen



Gruppe aller Patienten mit psychischen Störungen

- Erkennensrate 50%
- Psychodiagnostische Genauigkeit 25%
- Poststationäre Behandlungsempfehlung 25%



# Psychodiagnostischer Stufenplan<sup>1</sup>

1. Eingangsscreening
  - z. B. mittels PHQ-9 oder HADS
2. Vertiefende psychodiagnostische Untersuchung screening-positiver Patienten
  - z. B. mittels 15 Screeningfragen
  - z. B. mittels Internationaler Diagnose-Checklisten für ICD-10
3. Indikationsstellung und Behandlung<sup>1-4</sup>
  - für spezifische psychologische, psychotherapeutische oder psychopharmakologische Behandlung
4. Dokumentation
  - Dokumentation psychischer Belastungen und Störungen im ärztlichen Entlassungsbericht
  - Aussprechen einer Behandlungsempfehlung für die postrehabilitative Versorgung
5. Katamnestische Diagnostik

## Psychische Komorbidität

→ Leitfaden zur Implementierung eines psychodiagnostischen Stufenplans in der medizinischen Rehabilitation

Baumeister et al., 2011

Deutsche  
Rentenversicherung

## Psychologische Interventionen

→ Praxisempfehlungen für psychologische Interventionen in der Rehabilitation: Chronische Rückenschmerzen und Koronare Herzkrankung

Deutsche  
Rentenversicherung

## Komorbidie Suchtprobleme

→ Praxisempfehlungen zum Umgang mit komorbiden Suchtproblemen in der somatischen und psychosomatischen Rehabilitation

Deutsche  
Rentenversicherung  
Bund

# Screening

- Leitlinienempfehlungen: **Routine-Screening** bzgl. Depression bei Patienten mit körperlicher Erkrankung<sup>1-3</sup>
  - Hoher Aufwand und geringe Anwenderfreundlichkeit?
  - Klinisch nützlich?
  - Psychometrische Einschränkungen?
  - Komorbidität als methodisches Artefakt

## Psychische Komorbidität

→ Leitlinien zur Implementierung eines psychodiagnostischen Stufenplans in der medizinischen Rehabilitation

Baumeister et al., 2011

Deutsche  
Rentenversicherung

## Psychologische Interventionen

→ Praxisempfehlungen für psychologische Interventionen in der Rehabilitation: Chronische Rückenschmerzen und Koronare Herzkrankung

Reese & Mittag, 2012

Deutsche  
Rentenversicherung

## Komorbidie Suchtprobleme

→ Praxisempfehlungen zum Umgang mit komorbiden Suchtproblemen in der somatischen und psychosomatischen Rehabilitation

Schlöffel et al., 2016

1 Reese & Mittag, Praxisempfehlungen, DRV-Bund, 2012; 2 Baumeister et al., Psychodiagnostischer Stufenplan, DRV-Bund, 2011; DGPPN, S3-Versorgungsleitlinie Depression, 2015

## Gesundheitsfragebogen für Patienten (PHQ-9)

| Wie oft fühlten Sie sich im Verlauf der <u>letzten 2 Wochen</u> durch die folgenden Beschwerden beeinträchtigt?                                                                                                | Überhaupt nicht               | An einzelnen Tagen            | An mehr als der Hälfte der Tage | Beinahe jeden Tag             |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|---------------------------------|-------------------------------|
| Wenig Interesse oder Freude an Ihren Tätigkeiten                                                                                                                                                               | <input type="checkbox"/><br>0 | <input type="checkbox"/><br>1 | <input type="checkbox"/><br>2   | <input type="checkbox"/><br>3 |
| Niedergeschlagenheit, Schwermut oder Hoffnungslosigkeit.                                                                                                                                                       | <input type="checkbox"/><br>0 | <input type="checkbox"/><br>1 | <input type="checkbox"/><br>2   | <input type="checkbox"/><br>3 |
| Schwierigkeiten ein- oder durchzuschlafen oder vermehrter Schlaf                                                                                                                                               | <input type="checkbox"/><br>0 | <input type="checkbox"/><br>1 | <input type="checkbox"/><br>2   | <input type="checkbox"/><br>3 |
| Müdigkeit oder Gefühl, keine Energie zu haben                                                                                                                                                                  | <input type="checkbox"/><br>0 | <input type="checkbox"/><br>1 | <input type="checkbox"/><br>2   | <input type="checkbox"/><br>3 |
| Verminderter Appetit oder übermäßiges Bedürfnis zu essen                                                                                                                                                       | <input type="checkbox"/><br>0 | <input type="checkbox"/><br>1 | <input type="checkbox"/><br>2   | <input type="checkbox"/><br>3 |
| Schlechte Meinung von sich selbst; Gefühl, ein Versager zu sein oder die Familie enttäuscht zu haben                                                                                                           | <input type="checkbox"/><br>0 | <input type="checkbox"/><br>1 | <input type="checkbox"/><br>2   | <input type="checkbox"/><br>3 |
| Schwierigkeiten, sich auf etwas zu konzentrieren, z.B. beim Zeitunglesen oder Fernsehen                                                                                                                        | <input type="checkbox"/><br>0 | <input type="checkbox"/><br>1 | <input type="checkbox"/><br>2   | <input type="checkbox"/><br>3 |
| Waren Ihre Bewegungen oder Ihre Sprache so verlangsamt, dass es auch anderen auffallen würde? Oder waren Sie im Gegenteil „zappelig“ oder ruhelos und hatten dadurch einen stärkeren Bewegungsdrang als sonst? | <input type="checkbox"/><br>0 | <input type="checkbox"/><br>1 | <input type="checkbox"/><br>2   | <input type="checkbox"/><br>3 |
| Gedanken, dass Sie lieber tot wären oder sich Leid zufügen möchten                                                                                                                                             | <input type="checkbox"/><br>0 | <input type="checkbox"/><br>1 | <input type="checkbox"/><br>2   | <input type="checkbox"/><br>3 |

Gesamtwert \_\_\_\_\_ = Addition \_\_\_\_\_ + \_\_\_\_\_ + \_\_\_\_\_  
der Spaltensummen

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

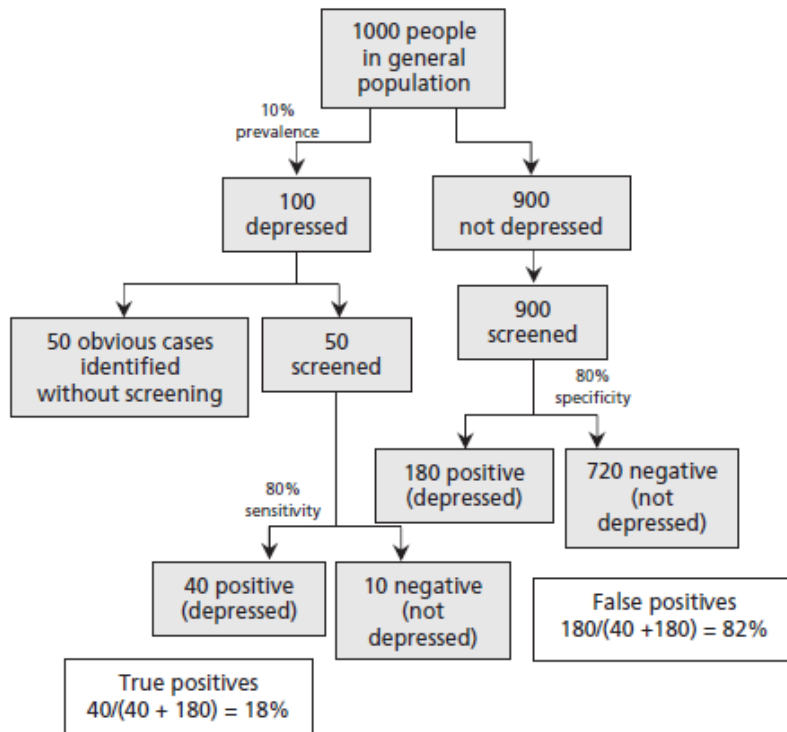
☐

Sehr stark  
erschwert

☐

# Screening

- American Heart Association: all patients with heart disease should be routinely screened for depression
- Kritik an Routine-Screening bei Thombs und Kollegen<sup>1-3</sup>



- Kein RCT zur Wirksamkeit
- Patienten mit leichter bis mittelgradiger Depression profitieren ggf. nicht
- Nebenwirkungen von Antidepressiva
- Fragliche Allokation von Ressourcen

# Screening

## Psychometrische Güte am Beispiel PHQ-2/4/9 und HADS

- 2-stufige Screeningempfehlung der American Heart Association  
PHQ-2 dann PHQ-9: Spezifität 0.91; Sensitivität 0.52<sup>1</sup>
- Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) misst fraglich was sie postuliert zu messen.<sup>2</sup>
- PHQ-9 und HADS-D nicht testfair (differential item functioning) in Bezug auf Alter und Anhedonie, Energie und Stimmung (PHQ-9) sowie psychomotorische Verlangsamung und Interesse am eigenen Äußeren (HADS)<sup>3</sup>

# Komorbidität als methodisches Artefakt<sup>1</sup>

Komorbidität als zwei Versionen derselben pathologischen Grundlage

Differentialdiagnostische Symptomzuordnung – verminderter Antrieb, gesteigerte Ermüdbarkeit, Schlafstörungen, Appetitstörungen...

- Einschließender Ansatz (inclusive approach)

HADS-Item: innere Unruhe - Schilddrüsenüberfunktion (Hyperthyreose)?

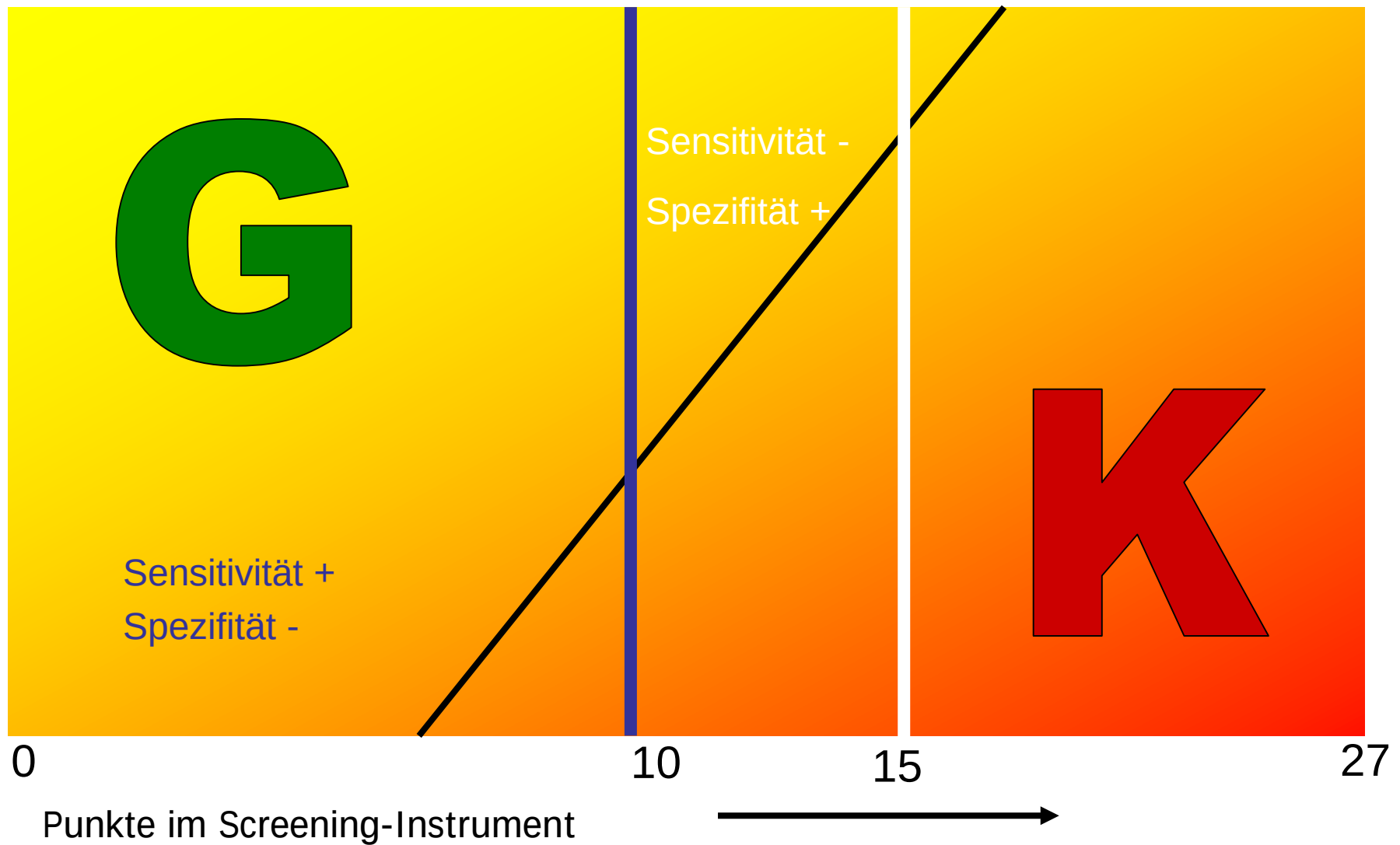
ADS-Item: kaum Appetit – Gastrointestinale Erkrankung?

PHQ-9-Item: Energielos – Begleiterscheinung der Tumorbehandlung?

- Ausschließender Ansatz (exclusive approach)

Desc und AngstCAT-Kardio – Rach-basierte Depressions- und Angstscreenings – Fokus auf kognitive, emotionale und verhaltensbezogene Items<sup>2-4</sup>

# Wahl des Cut-off





# BMBF-Verbundprojekt



WHO-5 GAD-7 PHQ-9

Datum 26.01.2018



## PHQ-9 (Depression)

Wie oft fühltest Du dich / fühlten Sie sich im Verlauf der letzten 2 Wochen durch die folgenden Beschwerden beeinträchtigt?

Es besteht zwingend weiterer, unmittelbarer psychodiagnostischer Klärungsbedarf inklusive unmittelbarer Suizidalitätsabklärung. Die unmittelbare Konsultation einer geeigneten (kinder- und jugend)psychiatrischen Ambulanz/Klinik wird empfohlen, sofern noch keine psychotherapeutische/fachärztliche Behandlung erfolgt. Nach dem Einverständnis der nichtvolljährigen Patienten, sollten die sorgeberechtigten Eltern/ Bezugspersonen informiert werden.

|                                                                                                                                                                                                                                                     |                                  |                                  |                                  |                                  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|
| Wenig Interesse oder Freude an Deinen/Ihren Tätigkeiten                                                                                                                                                                                             | <input type="radio"/>            | <input checked="" type="radio"/> | <input type="radio"/>            | <input type="radio"/>            |
| Niedergeschlagenheit, Schwermut oder Hoffnungslosigkeit                                                                                                                                                                                             | <input type="radio"/>            | <input type="radio"/>            | <input checked="" type="radio"/> | <input type="radio"/>            |
| Schwierigkeiten, ein- oder durchzuschlafen, oder vermehrter Schlaf                                                                                                                                                                                  | <input type="radio"/>            | <input type="radio"/>            | <input checked="" type="radio"/> | <input type="radio"/>            |
| Müdigkeit oder Gefühl, keine Energie zu haben                                                                                                                                                                                                       | <input type="radio"/>            | <input type="radio"/>            | <input type="radio"/>            | <input checked="" type="radio"/> |
| Verminderter Appetit oder übermäßiges Bedürfnis zu essen                                                                                                                                                                                            | <input checked="" type="radio"/> | <input type="radio"/>            | <input type="radio"/>            | <input type="radio"/>            |
| Schlechte Meinung von sich selbst; Gefühl, ein Versager zu sein oder die Familie enttäuscht zu haben                                                                                                                                                | <input type="radio"/>            | <input checked="" type="radio"/> | <input type="radio"/>            | <input type="radio"/>            |
| Schwierigkeiten, sich auf etwas zu konzentrieren, z. B. beim Zeitungslesen oder Fernsehen                                                                                                                                                           | <input type="radio"/>            | <input type="radio"/>            | <input checked="" type="radio"/> | <input type="radio"/>            |
| Waren Deine/Ihre Bewegungen oder Deine/Ihre Sprache so verlangsamt, dass es auch anderen auffallen würde?<br>Oder warst Du / waren Sie im Gegenteil „zappelig“ oder ruhelos und hattest/hatten dadurch einen stärkeren<br>Bewegungsdrang als sonst? | <input type="radio"/>            | <input type="radio"/>            | <input type="radio"/>            | <input checked="" type="radio"/> |
| Gedanken, dass Du/Sie lieber tot wärst/wären oder Dir/sich Leid zufügen möchtest/möchten                                                                                                                                                            | <input type="radio"/>            | <input type="radio"/>            | <input checked="" type="radio"/> | <input type="radio"/>            |

Summenwert

14



Wenn eines oder mehrere der bisher in diesem Fragebogen beschriebenen Probleme bei Dir/Ihnen vorliegt, gib / geben Sie bitte an, wie sehr diese Probleme es Dir/Ihnen erschwert haben, Deine/Ihre Arbeit zu tun, Deinen/Ihren Haushalt zu regeln oder mit anderen Menschen zurecht zu kommen

☐ Überhaupt nicht erschwert
 ☐ Etwas erschwert
 ☒ Stark erschwert
 ☐ Extrem erschwert

# Screening

- Leitlinienempfehlungen: **Routine-Screening** bzgl. Depression bei Patienten mit körperlicher Erkrankung<sup>1-3</sup>
  - Hoher Aufwand und geringe Anwenderfreundlichkeit?
  - Klinisch nützlich?
  - Psychometrische Einschränkungen?
  - Komorbidität als methodisches Artefakt
- ⇒ Entwicklung Computer-basierter Testverfahren
- ⇒ Entwicklung Computer-adaptiver Testverfahren

## Psychische Komorbidität

→ Leitlinien zur Implementierung eines psychodiagnostischen Stufenplans in der medizinischen Rehabilitation

Baumeister et al., 2011

Deutsche  
Rentenversicherung

## Psychologische Interventionen

→ Praxisempfehlungen für psychologische Interventionen in der Rehabilitation: Chronische Rückenschmerzen und Koronare Herzkrankung

Reese & Mittag, 2012

Deutsche  
Rentenversicherung

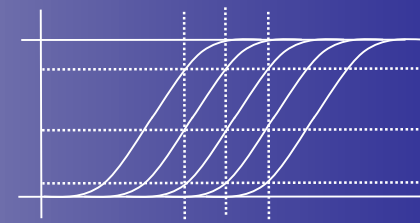
## Komorbidie Suchtprobleme

→ Praxisempfehlungen zum Umgang mit komorbiden Suchtproblemen in der somatischen und psychosomatischen Rehabilitation

Schlöffel et al., 2016

1 Reese & Mittag, Praxisempfehlungen, DRV-Bund, 2012; 2 Baumeister et al., Psychodiagnostischer Stufenplan, DRV-Bund, 2011; DGPPN, S3-Versorgungsleitlinie Depression, 2015

# CAT-Projekte



Gefördert durch: DFG, DRV-Bund, START-Nachwuchsprogramm & Zarnekow-Stiftung



ulm university

universität  
uulm



**DIPF**  
Bildungsforschung  
und Bildungsinformation



Pädagogische  
Hochschule  
Freiburg

|                               |        |        |       |       |      |
|-------------------------------|--------|--------|-------|-------|------|
| Schmerzerleben                |        |        |       |       |      |
| Vermeidend-Selbstunsichere PS |        |        |       |       |      |
| Zwanghafte PS                 |        |        |       |       |      |
| Funktionsfähigkeit im Beruf   |        |        |       |       |      |
| Funktionsfähigkeit im Alltag  |        |        |       |       |      |
| Angst                         |        |        |       |       |      |
| Depression                    |        |        |       |       |      |
| Behandlungsmotivation         |        |        |       |       |      |
|                               | Psyche | Kardio | Ortho | Neuro | Onko |

# Computer-adaptiver Test (CAT)

**Ziel** ist die Konstruktion eines „maßgeschneiderten Tests“ für jeden Patienten

## Vorteile

- Verkürzung der Testdauer
- Hohe Messpräzision
- unmittelbare Auswertung

## Grundlage: IRT-basierte, eindimensionale Itembanken

- ↳ Depression:<sup>1</sup> - Itembank mit 36 Items
- 4-13 Items je nach Abbruchkriterium
  - AUC = .788

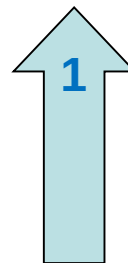
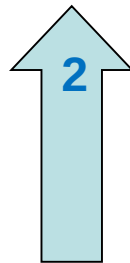
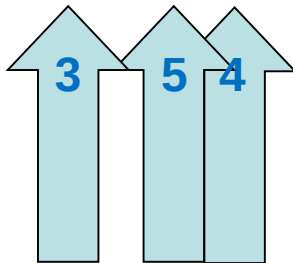
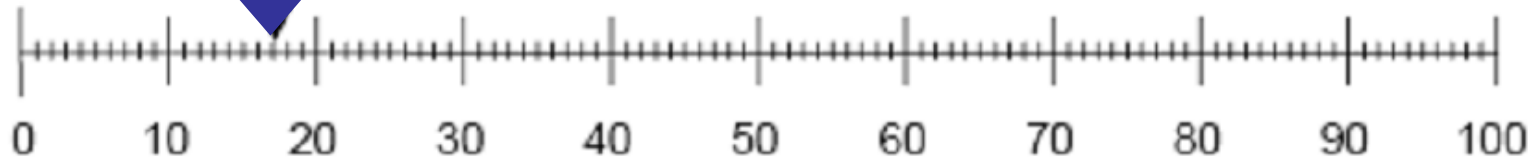
# Computer-adaptiver Test (CAT)

hoch



**Depressivität der Person**

gering



gering

**Schwierigkeit des Items**

hoch

[Startseite](#)[Über RehaCAT](#)[Informationen](#) [Aktuelles / News](#)[Links](#)[Kontakt](#)[Zur Testung](#)[Mitarbeiterplattform](#)[Kliniken Admin](#)

## Herzlich Willkommen bei RehaCAT!

RehaCAT ist ein von der Deutschen Rentenversicherung gefördertes Forschungsprojekt mit dem Projekttitel: Implementierung einer Computer-adaptiven Erst- und Verlaufsdagnostik zur Erfassung der funktionalen Gesundheit in der orthopädischen und kardiologischen Rehabilitation.

Die Universität Ulm führt in Kooperation mit einigen deutschen Rehabilitationseinrichtungen (Schwerpunkte: Kardiologie, Orthopädie) ein Forschungsprojekt zur Einführung einer Computer-adaptiven Erst- und Verlaufsdagnostik zur Erfassung der funktionalen Gesundheit durch. Das Konzept der funktionalen Gesundheit bildet die Grundlage der Rehabilitationsbehandlung und entsprechend ist es von hoher Bedeutung, diesen Bereich möglichst gut und für die Patienten auch möglichst einfach erfassen zu können.

Computer-adaptive Testverfahren (CAT) stellen hierbei eine ökonomische und psychometrisch hochwertige Lösung für die Erfassung der funktionalen Gesundheit dar.

Ziel dieses Projektes ist die Implementierung und Evaluation des computergestützten Diagnostiksystems RehaCAT zur Erfassung der funktionalen Gesundheit in der orthopädischen und kardiologischen Rehabilitation.

Testung jetzt starten:

[Zur Testung](#)

### Link zur Testplattform für Patienten

Die Dauer der tatsächlichen Testung beträgt auf Basis von Vorstudien ungefähr 10 Minuten. Für die vertiefende Befragung sollten Sie noch weitere 5 Minuten einplanen.

## Erfassung von Belastung, Stimmung &amp; Sorgen

Wie oft in den letzten zwei Wochen...  
war das Leben eine Last für Sie?

|                       |                       |                       |                       |                       |
|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| nie                   | selten                | manchmal              | meistens              | immer                 |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Weiter

## Weitere vertiefende Befragung

Vielen Dank! Sie haben die Fragen erfolgreich beantwortet.

Im Folgenden möchten wir Sie noch zu Ihrer Behandlungsmotivation befragen. Diese Befragung ist etwas umfangreicher. Für die Beantwortung der Fragen sollten Sie sich ungefähr 15 Minuten Zeit nehmen.

Sind Sie mit einer weiteren Befragung einverstanden?

Weiter

## Behandlungsmotivation befragen

Wie sehr treffen die folgenden Aussagen Ihrer Meinung nach auf Sie zu?

|                                                                                                                                                   | Trifft nicht zu       | Trifft eher nicht zu             | Trifft teilweise zu              | Trifft überwiegend zu            | Trifft vollständig zu |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|----------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|-----------------------|
| Ich bin davon überzeugt, dass mir die Behandlung hilft, meine gesundheitlichen Risikofaktoren abzubauen.                                          | <input type="radio"/> | <input checked="" type="radio"/> | <input type="radio"/>            | <input type="radio"/>            | <input type="radio"/> |
| Meiner Meinung nach wird durch regelmäßige Behandlungsmaßnahmen meine Gesundheit verbessert.                                                      | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>            | <input checked="" type="radio"/> | <input type="radio"/>            | <input type="radio"/> |
| Ich bin der Meinung, den Schwierigkeiten der Behandlung gewachsen zu sein.                                                                        | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>            | <input checked="" type="radio"/> | <input type="radio"/>            | <input type="radio"/> |
| Ich bin der Meinung, dass die Behandlung wichtig ist.                                                                                             | <input type="radio"/> | <input checked="" type="radio"/> | <input type="radio"/>            | <input type="radio"/>            | <input type="radio"/> |
| Wenn ich mich aktiv an den Behandlungsmaßnahmen beteilige, werde ich wieder anstrengende Tätigkeiten wie z. B. schnelles Laufen ausführen können. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>            | <input checked="" type="radio"/> | <input type="radio"/>            | <input type="radio"/> |
| Wenn ich mich aktiv an den Behandlungsmaßnahmen beteilige, werde ich alltägliche Aufgaben wieder problemlos ausführen können.                     | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>            | <input type="radio"/>            | <input checked="" type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Wenn ich die Behandlung in Anspruch nehme, wird sich mein Gesundheitszustand verbessern.                                                          | <input type="radio"/> | <input checked="" type="radio"/> | <input type="radio"/>            | <input type="radio"/>            | <input type="radio"/> |
| Wenn ich mich aktiv an den Behandlungsmaßnahmen beteilige, werden sich meine Schmerzen reduzieren.                                                | <input type="radio"/> | <input checked="" type="radio"/> | <input type="radio"/>            | <input type="radio"/>            | <input type="radio"/> |

## Testauswertung

Patientencode: Mustermann

Geburtsdatum: 01.06.1957

Geschlecht: Männlich

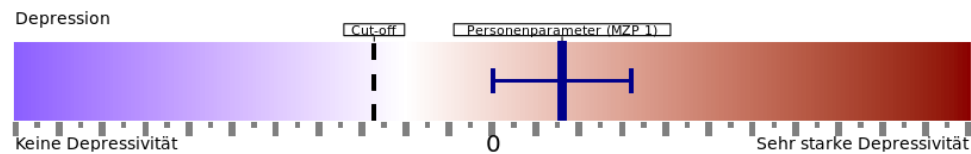
ICD-10: I10-I15 Hypertonie



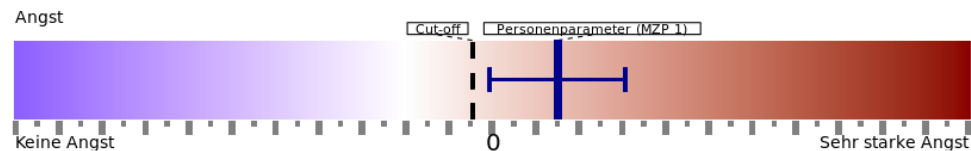
[Drucken](#)

| Dimension                    | allgemein                           | Details                             |
|------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|
| Depression                   | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Angst                        | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Funktionsfähigkeit im Alltag | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |

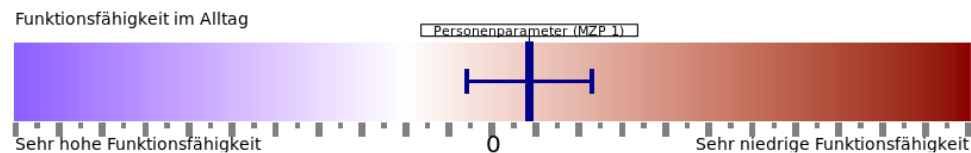
| Depression      | Datum      | Personenkennwert (Theta) | Schätzfehler (SE) | Cut Off |
|-----------------|------------|--------------------------|-------------------|---------|
| Messzeitpunkt 1 | 2018-02-23 | 0.81                     | 0.4               | -1.362  |



| Angst           | Datum      | Personenkennwert (Theta) | Schätzfehler (SE) | Cut Off |
|-----------------|------------|--------------------------|-------------------|---------|
| Messzeitpunkt 1 | 2018-02-23 | 0.75                     | 0.39              | -0.23   |



| Funktionsfähigkeit im Alltag | Datum      | Personenkennwert (Theta) | Schätzfehler (SE) | Cut Off |
|------------------------------|------------|--------------------------|-------------------|---------|
| Messzeitpunkt 1              | 2018-02-23 | 0.43                     | 0.36              |         |





## Basisauswertung Pilotphase: Kardiologie

- RehaCAT: Implementiert in die Klinikroutine zweier kardiologischer und zweier orthopädischer Rehabilitationseinrichtungen
  - Reha-Zentrum Bad Driburg (Kardiologie und Orthopädie)
  - Reha-Zentrum Bad Nauheim (Kardiologie)
  - Reha-Zentrum Bad Pyrmont (Orthopädie)
- Basisauswertung: N=1679
- **86,2%** haben die CATs **begonnen** (N= 1447)
- 71,5% haben das Zusatzmodul zu Behandlungsmotivation durchlaufen (N= 1200)
- Messzeitpunkt Reha-Ende:  
59% haben den zweiten Testzeitpunkt der CATs begonnen (N= 991)

# Basisauswertung Pilotphase: Kardiologie

## Deskriptive Statistiken zum Testzeitpunkt 1

|                                                     | Ø     | SD       |
|-----------------------------------------------------|-------|----------|
| Zeit [in Minuten]                                   |       |          |
| gesamt                                              | 5,92  |          |
| DepressionsCAT ( <i>n</i> = 1447)                   | 1,70  | 1,01     |
| AngstCAT ( <i>n</i> = 1442)                         | 1,46  | 0,99     |
| Funktionsfähigkeit im Alltag CAT ( <i>n</i> = 1442) | 2,76  | 1,53     |
|                                                     | Ø     | Itembank |
| Itemanzahl                                          |       |          |
| gesamt                                              | 39,09 |          |
| DepressionsCAT                                      | 10,37 | 33       |
| AngstCAT                                            | 9,23  | 37       |
| Funktionsfähigkeit im Alltag CAT                    | 19,49 | 33       |
|                                                     | n     | %        |
| Depressionsscores über dem Cut Off- Wert            | 698   | 41,3     |
| Angstscores über dem Cut Off-Wert                   | 409   | 28,4     |
|                                                     | Ø     | SD       |
| Funktionsfähigkeit im Alltag Theta                  | -2,19 | 1,03     |

# Behandlung: Reha-Therapiestandards

## Komorbidität

Komorbidität, Begleit-, Neben- oder Folgekrankheiten, die nicht Gegenstand der Reha-Therapiestandards sind, **müssen im Rahmen der medizinischen Rehabilitation ebenfalls behandelt werden.** Wie auch bei der Dokumentation der Diagnosen im Entlassungsbericht muss abgewogen werden, welche Diagnosen, Einschränkungen der Aktivität oder Partizipationsstörungen die Leistungsfähigkeit so stark beeinflussen, dass im Rahmen der medizinischen Rehabilitation darauf eingegangen werden muss.

# Praxisempfehlungen psychol. Interventionen<sup>1</sup>

- 6** Wenn die vertiefende Diagnostik **positiv** ausfällt, sollen folgende Maßnahmen erfolgen:

## **DIFFERENTIELLE INDIKATIONSSTELLUNG**

- Thematisierung in der interdisziplinären Teambesprechung und in der Visite

## **EINLEITUNG EINER EVIDENZBASIERTEN BEHANDLUNG ENTSPRECHEND DER STÖRUNG**

gespräche gilt ein Approbationsvorbehalt; sie dürfen nur von entsprechend qualifizierten Personen durchgeführt werden)

- Motivierung des Rehabilitanden für eine weiterführende Therapie
- Evtl. Vorbereitung einer weiterführenden (evidenzbasierten) Behandlung im Anschluss an die Rehabilitation (z. B. indem der Rehabilitand über ambulante Therapiemöglichkeiten und Ansprechpartner informiert wird)
- Dokumentation der Diagnose nach ICD im Entlassbrief
- Nachsorgeempfehlung im Entlassbrief:
  - Evtl. Empfehlung einer ambulanten Psychotherapie
  - Psychosomatische Grundversorgung durch den Hausarzt
  - Wiederholte Kontrolle (Monitoring) der depressiven Symptomatik bzw. der Angstsymptomatik durch den Hausarzt im dreimonatlichen Abstand, bis keine depressive Symptomatik / Angstsymptomatik mehr vorliegt
  - Falls die Depression / Angst drei Monate nach Ende der Rehabilitation weiter besteht und noch keine weiterführende Behandlung erfolgt: Weiterführende (evidenzbasierte) Behandlung, die durch den Hausarzt initiiert wird. Dies schließt ggf. eine antidepressive Medikation mit ein.



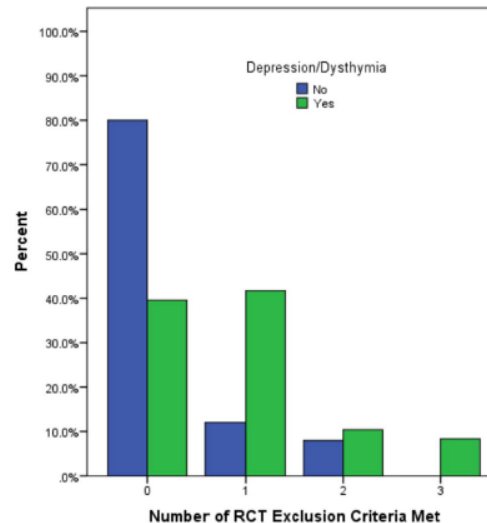
Bundesministerium  
für Bildung  
und Forschung



- Psychotherapie ( $d=.29-.57$ ) und Antidepressiva ( $d=0.27$ ) verbessern die Depressivität von Patienten mit KHK oder Diabetes und Depression<sup>1,2</sup>
- Untersuchte Psychotherapien mit 2-12 Sitzungen
- S3-Leitlinie/Nationale VersorgungsLeitlinie Unipolare Depression:<sup>3</sup> Teils Empfehlungen für Psychotherapie und SSRIs (TZA bei Schmerzerkrankungen, aber nicht bei ischämischen Erkrankungen)
- Multimorbiditäten und pharmakologische Interaktionseffekte beachten!
- Bias-Quellen führen wahrscheinlich zu einer Überschätzung der Effekte<sup>1,2</sup>

# Externe Validität klinischer Studien

- 404 HF-Patienten aus der Routineversorgung
- 60.4% der Patienten mit einer diagnostizierten Depression mit zumindest einem Ausschlusskriterium klinischer Studien



**Figure 2. Proportion of standard RCT exclusion criteria met by HF patients according to depression status (yes vs. no).**  
doi:10.1371/journal.pone.0085928.g002

## The Real World Mental Health Needs of Heart Failure Patients Are Not Reflected by the Depression Randomized Controlled Trial Evidence

Phillip J. Tully<sup>1,2,3,4,\*</sup>, Gary Wittert<sup>5</sup>, Terina Selkow<sup>6</sup>, Harald Baumeister<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>Department of Rehabilitation Psychology and Psychotherapy, Institute of Psychology, University of Freiburg, Freiburg, Germany; <sup>2</sup>Medical Psychology and Medical Sociology, Medical Faculty, University of Freiburg, Freiburg, Germany; <sup>3</sup>Freemasons Foundation Centre for Men's Health, Discipline of Medicine, School of Medicine, The University of Adelaide, Adelaide, Australia; <sup>4</sup>Heart Failure Support Service, The Queen Elizabeth Hospital, Woodville, Australia

### Abstract

**Introduction:** International depression screening guidelines in heart failure (HF) are partly based on depression treatment efficacy from randomized controlled trials (RCTs). Our aim was to test the external validity of depression RCT criteria in a sample of real-world HF patients.

**Methods:** HF patients admitted to 3 hospitals in South Australia were referred to a HF psychologist if not already receiving current psychiatric management by psychologist or psychiatrist elsewhere. Screening and referral protocol consisted of the following: (a). Patient Health Questionnaire  $\geq 10$ ; (b). Generalized Anxiety Disorder Questionnaire  $\geq 7$ ; (c). positive response to 1 item panic attack screener; (d). evidence of suicidality. Patients were evaluated against the most common RCT exclusion criteria: personality disorder, high suicide risk, cognitive impairment, psychosis, alcohol or substance abuse or dependency, bipolar depression.

**Results:** Total 81 HF patients were referred from 404 HF admissions, and 73 were assessed (age  $60.6 \pm 13.4$ , 47.9% female). Nearly half (47%) met at least 1 RCT exclusion criterion, most commonly personality disorder (28.5%), alcohol/substance abuse (17.8%) and high suicide risk (11.0%). RCT ineligibility criteria were more frequent among patients with major depression (76.5% vs. 46.2%,  $p < 0.01$ ) and dysthymia (26.5% vs. 7.7%,  $p = 0.03$ ) but not significantly associated with anxiety disorders. RCT ineligible patients reported greater severity of depression ( $M = 16.6 \pm 5.0$  vs.  $M = 12.9 \pm 7.2$ ,  $p = 0.02$ ) and were higher consumers of HF psychotherapy services ( $M = 11.5 \pm 4.7$  vs.  $M = 8.5 \pm 4.8$ ,  $p = .01$ ).

**Conclusion:** In this real-world sample comparable in size to recent RCT intervention arms, patients with depression disorders presented with complex psychiatric needs including comorbid personality disorders, alcohol/substance use and suicide risk. These findings suggest external validity of depression screening and RCTs could serve as a basis for level A guideline recommendations in cardiovascular diseases.

**Citation:** Tully PJ, Wittert G, Selkow T, Baumeister H (2014) The Real World Mental Health Needs of Heart Failure Patients Are Not Reflected by the Depression Randomized Controlled Trial Evidence. *PLoS ONE* 9(1): e85928. doi:10.1371/journal.pone.0085928

**Editor:** Torrence J. Quinn, University of Glasgow, United Kingdom

**Received:** August 6, 2013; **Accepted:** December 4, 2013; **Published:** January 24, 2014

**Copyright:** © 2014 Tully et al. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original author and source are credited.

**Funding:** Dr Phillip John Tully is supported by the National Health and Medical Research Council of Australia (Neil Hamilton Fahey – Clinical Overseas Fellowship #105878). The article processing charge which funded by the Open Access publication fund of the Albert Ludwig University of Freiburg. The funders had no role in study design, data collection and analysis, decision to publish, or preparation of the manuscript.

**Competing Interests:** The authors have declared that no competing interests exist.

\* Email: phillip.tully@adelaide.edu.au

### Introduction

Depression has gained widespread research attention with respect to prognosis of heart diseases including heart failure (HF) [1]. A meta-analysis by Rutledge et al. [2] suggested that the prevalence of clinical depression was 22% in HF, thus substantially higher than community prevalence estimates for populations free from heart failure [3]. It has been consistently shown that depression doubles the risk of major cardiac events and death in patients with documented HF [2,4,5], increases healthcare costs [6], significantly impairs quality of life [7–9], impairs self-care ability [10] and impacts upon participation in HF disease-management strategies [11]. Consequently, depression identification and management is emphasized in international cardiology

guidelines [12–15], HF treatment guidelines [16] and HF self-management recommendations [17].

Though a number of studies have applied routine depression screening protocols to improve recognition of depression [18–27] a paucity of information exists regarding the ensuing mental health management strategies initiated within cardiology settings from a positive depression-screen [22,28–31]. Thomsen and colleagues systematic reviews confirm that a number of issues regarding routine screening remain unclear [28,29]. As the utility for depression screening alone in reducing depression and cardiovascular morbidity has not been established [22], randomized, controlled trials (RCTs) provide Level A empirical evidence to guide clinical practice for depression management in HF [2,32]. For example, the Safety and Efficacy of Sertraline for Depression

# Dosis-Wirkungs-Beziehung

Untersuchte psychologische Interventionen umfassten zwischen 2 und 12 Sitzungen

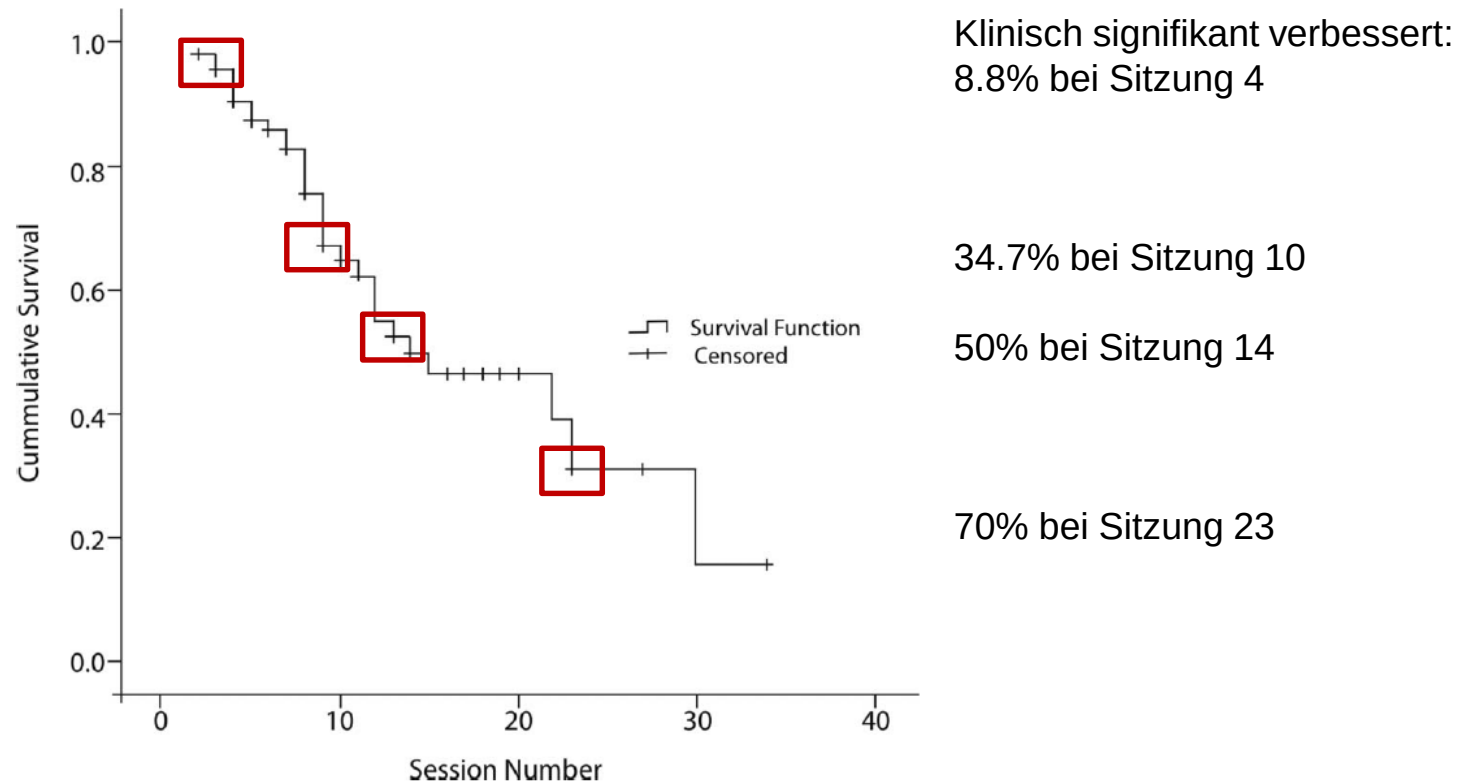


Figure 3. Kaplan-Meier survival plot of dysfunctional clients who reach clinical significance.

# Praxisempfehlungen psychol. Interventionen<sup>1</sup>

- 6** Wenn die vertiefende Diagnostik **positiv** ausfällt, sollen folgende Maßnahmen erfolgen:
- Einleitung einer evidenzbasierten Behandlung entsprechend der Störung
  - Thematisierung in der interdisziplinären Teambesprechung und in der Visite
  - Psychoedukation / Beratung (u. a. Information des Rehabilitanden über seine Störung und die Therapiemöglichkeiten)
  - Psychotherapeutisches Einzelgespräch (für psychotherapeutische Einzelgespräche gilt ein Approbationsvorbehalt; sie dürfen nur von entsprechend qualifizierten Personen durchgeführt werden)
  - Motivierung des Rehabilitanden für eine weiterführende Therapie
  - Evtl. Vorbereitung einer weiterführenden (evidenzbasierten) Behandlung im Anschluss an die Rehabilitation (z. B. indem der Rehabilitand über ambulante Therapiemöglichkeiten und Ansprechpartner informiert wird)
  - Dokumentation der Diagnose nach ICD im Entlassbrief

## Motivation für und Einleitung einer Behandlung im Anschluss an die Rehabilitation

- Wiederholte Kontrolle (Monitoring) der depressiven Symptomatik bzw. der Angstsymptomatik durch den Hausarzt im dreimonatlichen Abstand, bis keine depressive Symptomatik / Angstsymptomatik mehr vorliegt

## Katamnestisch erneutes Screening Screening-positiver Patienten

... wird. Das Screening gilt als undepressive Medikation mit einer



# Psychische Belastung und Therapiemotivation

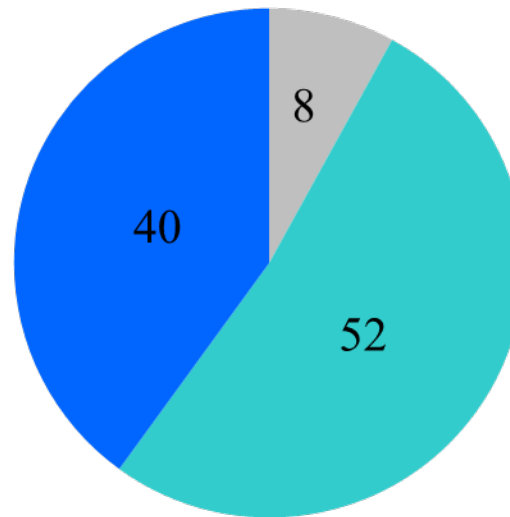
|                   | RehaBeginn |      | 6-Monats-FU |      |
|-------------------|------------|------|-------------|------|
|                   | N = 1374   |      | N = 290     |      |
|                   | N          | %    | N           | %    |
| screening-positiv | 473        | 34,4 | 166         | 57,2 |
| screening-negativ | 901        | 65,6 | 124         | 42,8 |

**Therapiemotivation belasteter Patienten zu t1 (n=457) in %**

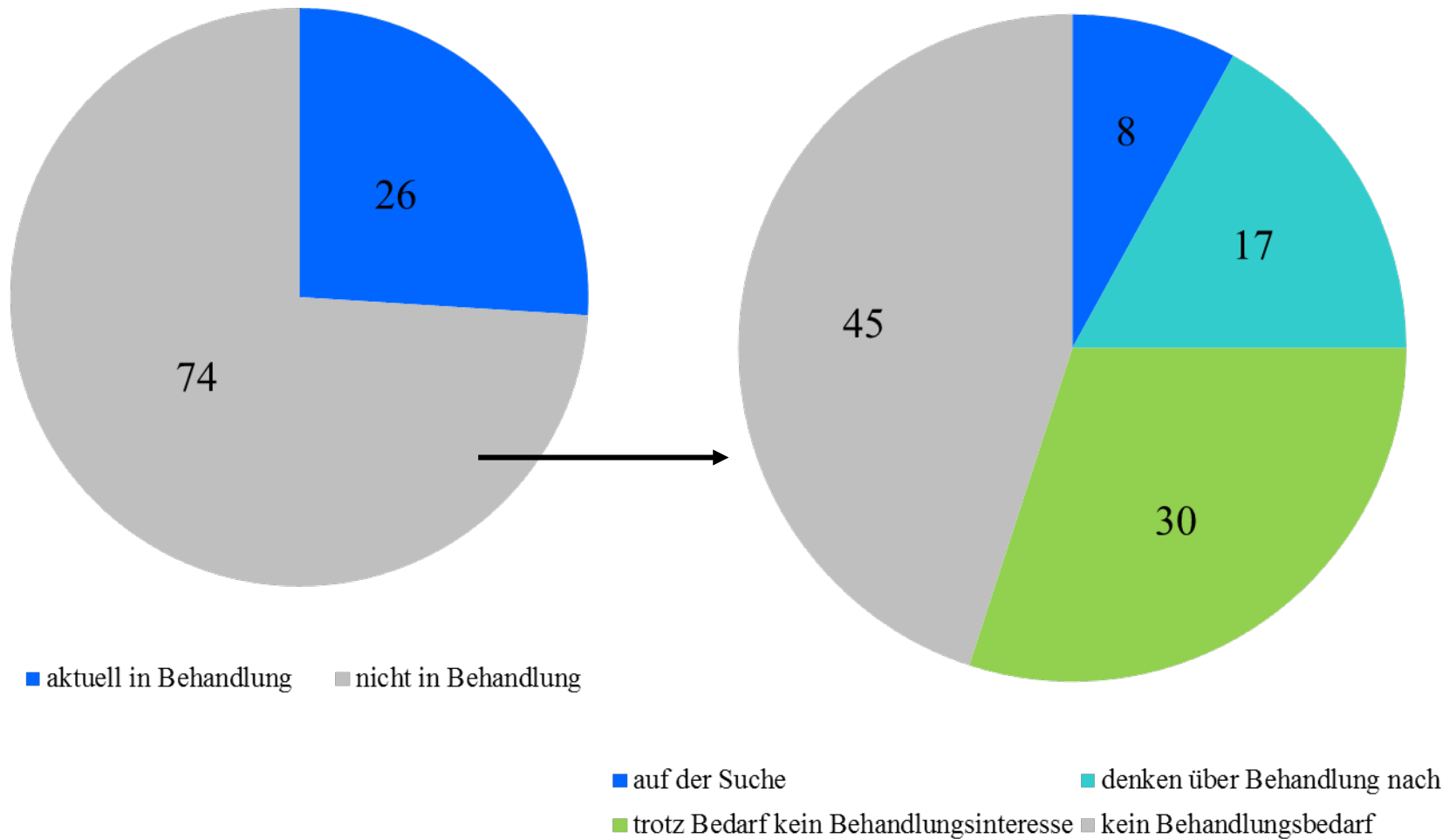
■ keine Therapiemotivation

■ unentschlossen

■ Absicht, Therapie in Anspruch zu nehmen



# Inanspruchnahmeverhalten nach der Reha von zu Baseline belasteter Patienten (n=261) in %



# Internet- und mobile-basierte Diagnostik und Interventionen (IMIs)

## Medizinische Rehabilitation: „Change we need“

Raspe, Rehabilitation 2009

W  
I  
R  
K  
S  
A  
M  
K  
E  
I  
T

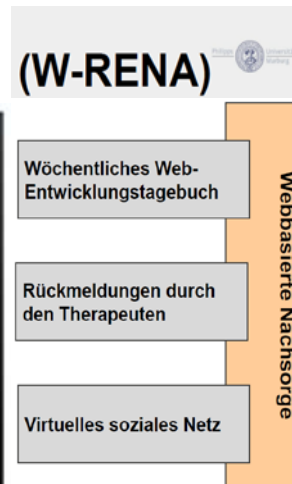
- Problem-, ziel- und prognoseorientierte Definition von Rehabedarf
- Flexibilisierung der Rehaform, Individualisierung und Intensivierung der Rehaleistungen
- Behandlung und Befähigung
- Ausarbeitung von systematischen Nachsorgeprogrammen

R  
E  
S  
S  
O  
U  
R  
C  
E  
N



Gesundheitstraining Stressbewältigung am Arbeitsplatz

# VIADUKT



UNIVERSITÄT ZU LÖNNEN

liveonline coaching  
gesundheit & psychologie

# Evidenzbasierung: Metaanalysen zu IMI

| <b>Zielpopulation</b>                          | <b>SMD</b>        | <b>[95% KI]</b>    | <b>N</b>  |
|------------------------------------------------|-------------------|--------------------|-----------|
| <b>Depressive Störungen<sup>1</sup></b>        | <b>0.90</b>       | <b>[0.73-1.07]</b> | <b>10</b> |
| <b>Panikstörungen<sup>2</sup></b>              | <b>0.83</b>       | <b>[0.45-1.21]</b> | <b>6</b>  |
| <b>Soziale Phobie<sup>2</sup></b>              | <b>0.92</b>       | <b>[0.74-1.09]</b> | <b>8</b>  |
| <b>Generalisierte Angststörung<sup>2</sup></b> | <b>1.11</b>       | <b>[0.76-1.47]</b> | <b>2</b>  |
| <b>PTBS<sup>3</sup></b>                        | <b>1.23</b>       | <b>[0.83-1.63]</b> | <b>6</b>  |
| <b>Essstörungen<sup>4</sup></b>                | <b>0.97</b>       | <b>[0.63-1.30]</b> | <b>5</b>  |
| <b>Schlafstörungen<sup>5</sup></b>             | <b>0.86</b>       | <b>[0.53-1.18]</b> | <b>2</b>  |
| <b>Alkoholmissbrauch<sup>6</sup></b>           | <b>0.20</b>       | <b>[0.13-0.27]</b> | <b>16</b> |
| <b>Zwangsstörungen<sup>7</sup></b>             | <b>1.02</b>       | <b>[0.66-1.38]</b> | <b>2</b>  |
| <b>Schmerz<sup>8</sup></b>                     | <b>0.29</b>       | <b>[0.15-0.42]</b> | <b>11</b> |
| <b>Alkohol<sup>9</sup></b>                     | <b>0.39</b>       | <b>[0.23-0.57]</b> | <b>7</b>  |
| <b>Rauchen<sup>10</sup></b>                    | <b>0.14</b>       | <b>[1.13-1.72]</b> | <b>9</b>  |
| <b>Körperliche Aktivität<sup>11</sup></b>      | <b>0.14-0.37</b>  |                    | <b>34</b> |
| <b>Gewicht<sup>12</sup></b>                    | <b>MD: 0.49kg</b> | <b>[0.95,0.03]</b> | <b>5</b>  |

aus Baumeister et al., Enzyklopädie der Medizinischen Psychologie 2017; Paganini et al. Neurotransmitter 2016

1 Königbauer et al., 2017; 2. Andrews et al., 2010; 3. Hedman et al., 2012; 4. Cheng et al., 2012; 5. Hedman et al., 2012; 6. Riper et al., 2014; 7. eigene Berechnung; 8. Macea et al., 2010; 9. Riper et al., 2011; 10. Rooke et al., 2010; 11. Davies et al., 2012; 12. Grunenberg et al., 2013

# Deutsches Ärzteblatt

40

In diesem Heft  
150 Stellenanzeigen

Die Zeitschrift der Ärzteschaft

Gegründet 1872

Ausgabe A

5. Oktober 2018

## Internetbasierte Interventionen bei chronischen Erkrankungen

**Autoantikörper-vermittelte Enzephalitiden: Diagnostik und Therapie** Seite 666

**Qualitätssicherung: Ein Umdenken bei den Krankenhäusern hat eingesetzt** Seite 1739

[www.aerzteblatt.de](http://www.aerzteblatt.de)

Autorenexemplar – nur zur persönlichen Verwendung

229

Schwerpunkt

## Psychologische E-Health Interventionen für Menschen mit chronischen Erkrankungen

Eileen Bendig<sup>1</sup>, Natalie Bauereiß<sup>1</sup>, David Daniel Ebert<sup>2</sup>, Harald Baumeister<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Abteilung für Klinische Psychologie und Psychotherapie, Institut für Psychologie und Pädagogik, Universität Ulm; <sup>2</sup>Abteilung für Klinische Psychologie und Psychotherapie, Institut für Psychologie, Universität Erlangen-Nürnberg

### Schlüsselwörter

E-Health; chronische körperliche Erkrankung; Depression

### Zusammenfassung

Das Leben mit einer chronischen körperlichen Erkrankung geht mit dauerhaften Erfordernissen einher, die für Betroffene in vielen Lebensbereichen als belastend erlebt werden. Komorbide psychische Störungen (z.B. Depression, Angst) sind häufig. Diese beeinflussen den Krankheitsverlauf ungünstig und wirken sich auf die Lebensqualität aus. Versorgungsbarrieren (z.B. Therapieplatzwartzeiten) begründen die Notwendigkeit innovativer Ansätze, um den psychosozialen Versorgungsbedarf betroffener Menschen zu decken. Der vorliegende Artikel gibt einen Überblick über Anwendungsfelder und Evidenz psychologischer Internet- und mobilbasierter Interventionen (IMIs) für komorbide psychische Störungen und die supportive Behandlung chronischer körperlicher Erkrankungen. Die Evidenzlage ist geprägt durch die Heterogenität der Studien in diesem Bereich; Ergebnisse aus systematischen Reviews und Metaanalysen sind inkonsistent. Unter der Voraussetzung weiterer, qualitativ hochwertiger Forschung zur Klärung der Befundlage bieten IMIs möglicherweise auch einen vielversprechenden und wegweisenden Ansatz für die Versorgung von Menschen mit chronischen körperlichen Erkrankungen.

### Keywords

e-health; chronic somatic disorder; depression

### Abstract

**Psychological e-health interventions for people living with chronic disease:** People living with chronic somatic diseases face life-changing demands that can be perceived as a burden. Comorbid mental disorders like depressive or anxiety disorders are frequent in this population and can negatively influence the course of disease and quality of life. Barriers to psychosocial health care (e.g. waiting time, limited mobility, stigmatization) are high and reveal the necessity for innovative approaches to meet the needs of people living with chronic somatic diseases. The present narrative review will provide insights on the evidence and areas of application of internet- and mobile-based interventions (IMIs) for addressing disease management and psychosocial aspects of chronic somatic diseases. IMIs are a promising and innovative approach to overcome barriers to psychosocial healthcare and enhance self-management in people living with chronic somatic diseases. More high quality research and standardization is needed to reduce heterogeneity and allow firm conclusions about the effectiveness of IMIs in this population.

### Einleitung

Haupttodesursachen weltweit sind Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Diabetes, Tumor- und chronische Atemwegserkrankungen sowie muskuloskelettale Erkrankungen (Global status report 2010). Es handelt sich bei diesen Erkrankungen um sehr einschneidende Lebensereignisse,

verbunden mit chronisch-progredienten Verläufen und anhaltender oder wiederkehrend erhöhter Inanspruchnahme von Leistungen des Gesundheitssystems (Scheidt-Nave 2010). Durchschnittlich entfallen 75% der Todesfälle in Deutschland auf diese Erkrankungen und verursachen rund 25% der Krankheitskosten (StBA 2010). Die Gesundheitsberichterstattung des Bundes postuliert eine steigende

[www.aerztliche-psychotherapie.de](http://www.aerztliche-psychotherapie.de)

Ärztliche Psychotherapie 2018; 13: 229–234

© Klett-Cotta Verlag, J. G. Cotta'sche Buchhandlung Nachfolger GmbH, Rotenbühlstr. 77, 70178 Stuttgart

# Einsatzmöglichkeiten

**Psychische  
Belastungen und  
Störungen**

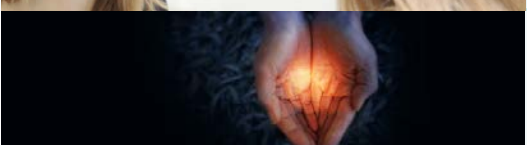
**Selbstmanagement  
körperlicher  
Erkrankungen**

**Gesundheits- und  
Risikoverhaltens-  
weisen**

- **Vorbereitung** auf eine Behandlung: Erstdiagnostik und individualisierte Behandlungsplanung, Motivationsförderung, Skill-training, vorgeschaltete psychosoziale Intervention
- **Während** der Behandlung als Stand-alone oder therapieflankierende (blended care) Maßnahme und Prozessdiagnostik
- **Nachsorge**: Katamnestische Diagnostik, Stepping-down Ansatz, Behandlung von Komorbiditäten, die zwar erkannt aber nicht (ausreichend) behandelt werden können



# Internet- und Mobile-basierte ACT-Intervention

|                                                                                    |                                                                                                                                                                                   |                            |
|------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|
|    | <b>Lektion 1: Einführung in das Schmerztraining</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Aufbau und Ablauf des Trainings</li> <li>• akute und chronische Schmerzen</li> </ul> | <b>Achtsamkeitsübungen</b> |
|    | <b>Lektion 2: Kontrolle und Akzeptanz</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Primäres und sekundäres Leiden</li> <li>• Lang- und kurzfristige Problemlösung</li> </ul>      |                            |
|    | <b>Lektion 3: Gedanken und Gefühle</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Negative Gedanken und Gefühle</li> <li>• Defusion</li> </ul>                                      |                            |
|    | <b>Lektion 4: Ich und mein Selbstbild</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Das Selbstbild</li> <li>• Selbst im Kontext</li> </ul>                                         |                            |
|    | <b>Lektion 5: Was ich im Leben wertschätze</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Die Bedeutung von Werten</li> <li>• Der Wertekompass</li> </ul>                           |                            |
|   | <b>Lektion 6: Engagiertes Handeln</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Die ACT-Formel</li> <li>• Hindernisse</li> </ul>                                                   |                            |
|  | <b>Lektion 7: Der Weg nach vorn</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Rückschau auf die letzten Lektionen</li> <li>• An den Werten dranbleiben</li> </ul>                  |                            |



# Depressionsprävention (PROD-BP) und –behandlung (WARD-BP) bei Rückenschmerzpatienten



## Informationen

Jede Lektion erhält für Sie Informationen zum Thema



## Übungen

Sie werden mithilfe verschiedener Übungen Ihre eigene Situation betrachten und die vorgestellten Techniken im Alltag einsetzen. So werden Sie selbst aktiv.



## Beispielpatienten

Sophia, Markus und Maria werden Ihnen über ihre Erfahrungen berichten und Sie durch das Training begleiten. Wahrscheinlich können Sie sich in ihren Berichten mal mehr mal weniger wiedererkennen.



## Feedback

Im Verlauf des Programmes werden Sie nach jeder Lektion von einem Online-Coach innerhalb von zwei Werktagen Feedback zu Ihren Übungen erhalten. Das Feedback ist nur für Sie persönlich bestimmt und nur von Ihnen einsehbar.



## SMS-Coach

Sie können mithilfe des SMS-Coach bestimmte Übungen und Aufgaben durch SMS-Anleitungen immer wieder ausführen.



## Achtsamkeitsübungen

In jeder Lektion werden Sie eine Achtsamkeitsübung kennenlernen. Diese können Ihnen dabei helfen, schwierige Situationen leichter zu akzeptieren.

## Programm: Studien in der Versorgungsforschung



Bundesministerium für Bildung und Forschung



ulm university universität uulm



UNI FREIBURG



UNIVERSITÄT WÜRZBURG



LEUPHANA



FAU



FRIEDRICH-ALEXANDER UNIVERSITÄT ERLANGEN-NÜRNBERG



WARD-BP: N = 210

PROD-BP: N = 295

# Danke an unsere Kooperationspartner

- Rehaklinik Sonnhalde,  
Donaueschingen

Martin Vierl

Michael Halfter



- Rheintalklinik Bad Krozingen

Stefan Göhring

Heike Baldysiak



- RehaKlinikum Bad Säckingen

Daniel Schlittenhardt

Claudia Puppe-Moos

Roswitha Zelger



- Regio Reha Tagesklinik Freiburg

Michael Staiger



- Schwarzwaldklinik Bad Krozingen

Hans-Albrecht Kulenkampff

Frau Bürgelin



- Schön Klinik, Bad Staffelstein

Stefan Middeldorf

Martina Gold-Müller



- Rehakliniken, Bad Waldsee

Dieter Schmucker

Christian Frey



- Universitäts- und Rehakliniken Ulm

Rainer Eckhardt



# Stichprobe & Methode:

**Design:** Randomisiert kontrollierte Studie

**Multizentrisch:** 82 orthopädische Rehabilitationseinrichtungen

**Setting:** Rehabilitative Nachsorge

9213 Rückenschmerzpatienten in  
8 Rehakliniken

Rekrutierung per Brief nach Entlassung  
(74 Kliniken): 18409 Briefe, 4310 Flyer

Ausschluss:  
• PHQ-9 < 5  
• Keine Einwilligung

1138 eingeladen zu SKID Interviews

Ausschluss:  
• Klinische Depression  
• Suizidalität  
• Aktuelle Psychotherapie  
• Bipolare Störung

Ausschluss:  
• Subklinische oder schwere  
Depression  
• Suizidalität  
• Aktuelle Psychotherapie

PROD-BP  
- RCT zu subklinischer Depression -

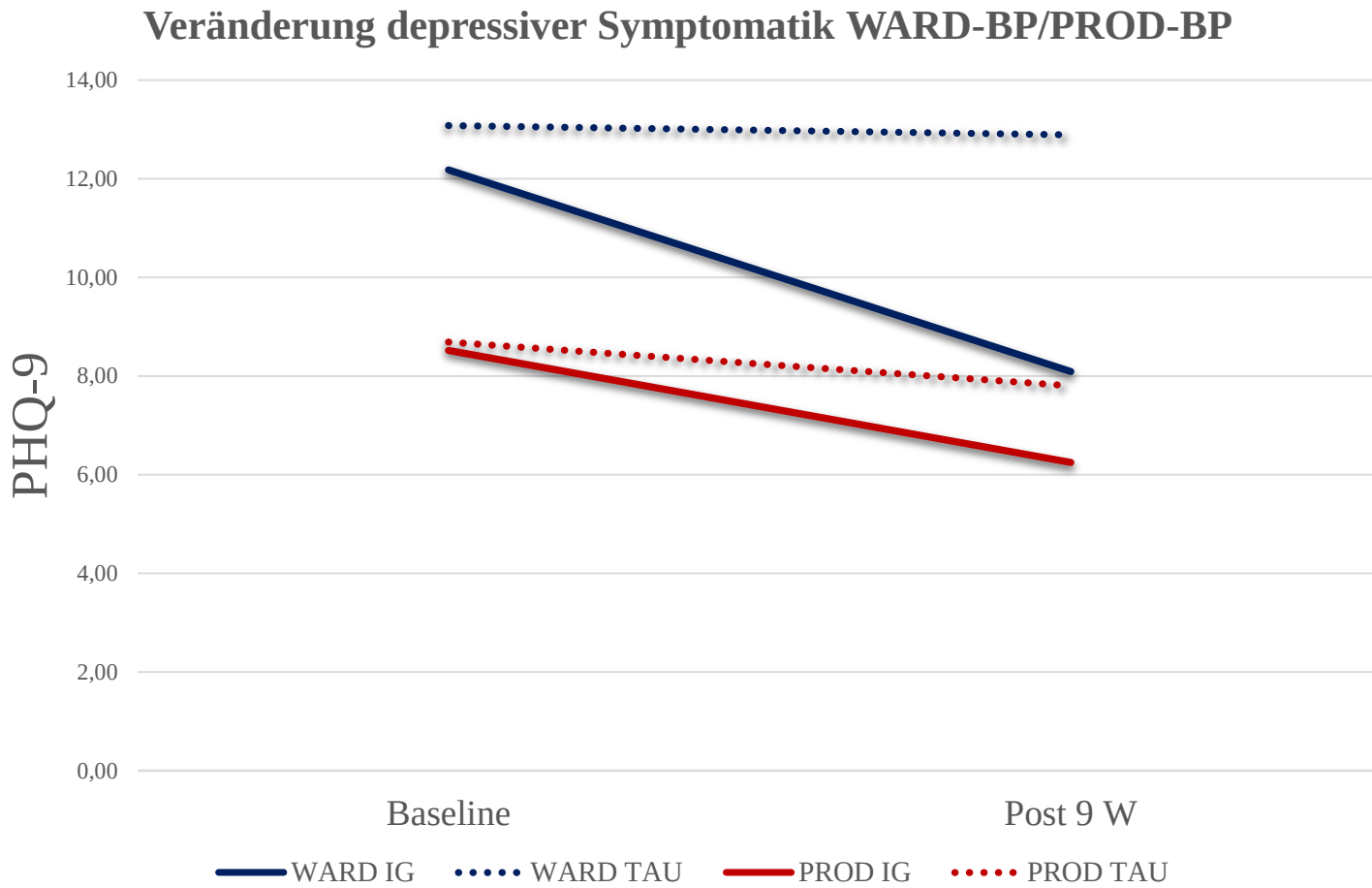
Intervention  
n=149

TAU n=146

WARD-BP  
- RCT zu klinischer Depression -

Intervention  
n=105

TAU n=104



# Demographische Zusammensetzung

**Alter:** 53 ( $\pm 7.72$ )

**Internet Affinität (IAS):** 3.79 (3.69)

## Bildungsgrad

gering 32,20%

mittel 39,32%

hoch 28,47%



## Geschlecht

Male 38%

female 62%

**Vorherige Psychotherapie:** 14.3%

# Fazit und Ausblick

- Psychische Komorbidität in der somatischen Rehabilitation sind häufig und im Sinne der funktionalen Gesundheit Diagnostik- und Interventions-bedürftig auch in der somatischen Rehabilitation
- Zahlreiche Ätiologische, Nosologische und Klassifikatorische Herausforderungen
- Routine-Screening und vertiefte Diagnostik möglich, aber nur mit notwendiger Fachkompetenz und bestehenden Ressourcen
- Wirksamkeit der bestehenden Handlungsempfehlungen offen
- Technologie-basierte Ansätze zur Diagnostik- und Intervention ggf. geeignet für die notwendige Skalierung angesichts des hohen Bedarfs bei gegebenen Ressourcen



# Vielen Dank für Ihr Interesse

## ...und ein Dankeschön an das gesamte Team!

### Sekretariat

[Jana Adelhoch](#)

☎ +49 (0)731/50 32801

Π 471.263

### Postanschrift

Universität Ulm

Fakultät Ingenieurwissenschaften, Informatik und Psychologie

Institut für Psychologie und Pädagogik

Abt. Klinische Psychologie und Psychotherapie

Albert-Einstein-Allee 47

D-89081 Ulm

### Besucheradresse

Albert-Einstein-Allee 47

D-89081 Ulm

### Anfahrt

Bushaltestelle:

"Manfred-Börner-Straße", Linien 3 und 5  
ca. 30 Minuten vom Hauptbahnhof

[Lageplan Uni West](#)

[Campusplan](#)

