

**Therapie und Beratung über das Internet -
Chancen und Risiken telepsychiatrischer Angebote für
Menschen mit Depressionen:
Eine explorativ qualitative Analyse**

Prüfungsarbeit: Bachelorarbeit
Semester: Sommersemester 2019
Studiengang: Bachelor Rehabilitationspädagogik
Erstprüferin: Vanessa Heitplatz
Zweitprüferin: Michelle Möhring

Abgabedatum: 22.05.2019

Name: Lukas Baumann
E-Mail: lukas.baumann@tu-dortmund.de

Danksagung

Mein unendlicher Dank gilt meinen Eltern, meiner Freundin und meinen engsten Freunden für ihre Fürsorge, Nachsichtigkeit und Unterstützung.

-

Darüber hinaus möchte ich meiner Betreuerin für die zielführenden Impulse und die sachliche, sowie verständnisvolle Begleitung danken.

Ich widme diese Arbeit meiner Großmutter.

Abstract

Die affektive Störung Depression zählt zu den häufigsten mentalen Erkrankungen weltweit. Die Versorgungsstruktur für Betroffene ist in Deutschland jedoch als nicht ausreichend einzustufen. Im Zuge der fortschreitenden Digitalisierung versprechen telepsychiatrische Angebote eine vielversprechende Lösung für Probleme herkömmlicher Behandlungsmethoden. Obwohl eine vergleichbare Wirksamkeit dieser Angebote wissenschaftlich gut dokumentiert ist, ist noch nicht ausreichend geklärt, ob diese Angebote für die Behandlung von Menschen mit Depressionen geeignet sind. Die vorliegende Arbeit beschäftigt sich demnach explorativ mit den Chancen und Risiken telepsychiatrischer Angebote bei der Behandlung von Menschen mit Depressionen. Hierfür wurden fünf Expert_inneninterviews durchgeführt, die anschließend inhaltsanalytisch ausgewertet wurden. Als signifikanteste Chance stellte sich die Niederschwelligkeit der Angebote heraus. Auf der anderen Seite wird das problematische Selbstmanagementverhalten der Betroffenen als Risiko für eine Behandlung durch diese Angebote in Verbindung gebracht. Eine Behandlung von Menschen mit Depressionen die ausschließlich durch telepsychiatrische Angebote erfolgt, scheint demnach nicht zielführend. Die Wirksamkeit einer Verbindung von herkömmlichen Behandlungsmethoden mit telepsychiatrischen Angeboten kann aus den Ergebnissen abgeleitet werden und bedarf weiterer Forschung.

Inhaltsverzeichnis

1. Thematische Einführung & Problemdarstellung	1
2. Theoretische Grundlagen & empirischer Forschungsstand	3
2.1 Telepsychiatrie	3
2.1.1 Telepsychiatrische Angebote	4
2.1.2 Überblick über die Internationale Situation der Telepsychiatrie	5
2.1.3 Überblick über die Nationale Situation der Telepsychiatrie	6
2.2 Depression	8
2.2.1 Krankheitsbild und Behandlungsziele	9
2.2.2 Therapie oder Beratung?	11
2.2.3 Digitalisierung & Depression	12
2.3 Telepsychiatrie & Depression - Forschungsstand	14
2.3.1 Selbstmanagement.....	14
2.3.2 Behandlungssituation	15
2.3.3 Technologieakzeptanz.....	16
2.4 Zwischenfazit	17
2.5 Telepsychiatrische Angebote für Menschen mit Depressionen – ein nationaler Überblick	19
3. Forschungsmethodisches Vorgehen	21
3.1 Bestimmung des Ausgangsmaterials	22
3.1.1 Expert_inneninterviews	22
3.1.2 Leitfadeninterviews.....	24
3.1.3 Beschreibung der Stichprobe	25
3.1.4 Pre-Test.....	27
3.2 Theoretische Differenzierung der Fragestellung	27
3.2.1 Richtung der Analyse	27
3.2.2 Forschungsfragen.....	28
3.3 Ablaufmodell der Analyse	29
3.3.1 Induktive Kategorienbildung	29
3.3.2 Transkription & Codierung.....	30
4. Ergebnisdarstellung	33
4.1 Chancen	33
4.2 Risiken	38
5. Ergebnisdiskussion	41
5.1 Zusammenfassung der Befunde & Beantwortung der Forschungsfrage 41	
5.2 Wissenschaftliche, pädagogische & gesellschaftspolitische Folgerungen	44
5.3 Forschungsprozess - Limitation der Arbeit	46
6. Ausblick	47
7. Literaturverzeichnis	49
8. Eidesstattliche Versicherung	57
9. Anhang	58

Abkürzungsverzeichnis

Abb. – Abbildung

Abs. - Absatz

BHG – Bundesgerichtshof

BPD - Bund Deutscher Psychologinnen und Psychologen

BPÖ - Berufsverband Österreichischer Psychologinnen und Psychologen

BPtK - Bundespsychotherapeutenkammer

DGPPN - Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde

DIMDI - Deutsches Institut für medizinische Dokumentation und Information

EBM - Einheitlicher Bewertungsmaßstab

IAPT - Increasing Access to Psychological Treatment

KBV - Kassenärztliche Bundesvereinigung

MBO - Musterberufsordnung

TPA – Telepsychiatrische Angebote

UN-BRK – Übereinkommen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen

UTAUT - Unified Theory of Acceptance and Use of Technology

Abbildungsverzeichnis

Abb. 1: Formen internetbasierter psychologischer Behandlung	4
Abb. 2: The effect of cognitive patterns on affects and motivations in depression	9
Abb. 3: Chancen von telepsychiatrischen Angeboten bei der Behandlung von Menschen mit Depressionen	34
Abb. 4: Risiken von telepsychiatrischen Angeboten bei der Behandlung von Menschen mit Depressionen	38

1. Thematische Einführung & Problemdarstellung

Trotz des gesellschaftlichen Diskurses, Gesetze, Publikationen, politischer Stellungnahmen sowie Debatten über Konzepte wie die *Telemedizin* oder *eHealth*, zählt die deutsche Gesundheitswirtschaft laut der ehemaligen Bundeswirtschaftsministerin Brigitte Zypries zu den am wenigsten digitalisierten Branchen in Deutschland (vgl. Lux & Breil, 2017, S.687). Hierbei bewegt sich die nationale Debatte vorwiegend auf einer rein funktionalen, medizinischen Ebene. Psychische Erkrankungen und deren Behandlungen werden hierbei weitgehend außer Acht gelassen. Doch gerade für Menschen mit Depressionen, ein psychisches Störungsbild, welches laut der *Internationalen Klassifikation der Krankheiten* (ICD-10) den affektiven Störungen zuzuordnen ist (vgl. DIMDI, 2018, o.A.), bietet die Digitalisierung ein - vermeintliches – Potential. Somit sollen neue Ansätze und Methoden eine gute psychotherapeutische Versorgung und mehr Selbstbestimmung für Betroffene in Aussicht stellen. Diese digitalen, psychotherapeutischen Angebote werden unter dem Begriff *Telepsychiatrie* zusammengefasst, also der Verbindung von Telekommunikationstechnologien mit psychotherapeutischen Maßnahmen (vgl. Brown, 1998, S. 964). Laut einer Studie von Jacobi et al. (2016) sind in Deutschland insgesamt 8,2% (also circa 5,3 Mio.) der erwachsenen Menschen im Laufe eines Jahres an einer depressiven Störung erkrankt (vgl. S.80). Ferner erkrankt jede/r fünfte deutsche Bürger_in im Laufe des Lebens an einer Depression (vgl. Jacobi et al., 2004, S.602). Studien zeigen hierbei, dass der Bedarf an psychotherapeutischen Behandlungen steigt. Psychotherapeuten erhielten somit im Jahre 2017 im Schnitt dreimal mehr Anfragen pro Monat als noch im Jahre 2011 (vgl. BPtK, 2018, S.21). Die Wartelisten in Deutschland für psychologische Interventionen sind somit lang und akute, direkte Hilfe ist für Betroffene kaum erreichbar. Eine Richtlinienpsychotherapie beginnt laut Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK, 2018) „in Deutschland durchschnittlich erst circa 20 Wochen nach der ersten Anfrage“ (S.14). Dabei ist die psychische Erkrankung der Depression eine rezidivierende, also wiederkehrende Erkrankung (vgl. Andrews 2001; Postemak & Miller, 2001 zitiert nach Jakobsen et al., 2017, S.6). Bleibt sie unbehandelt besteht die Gefahr eines Rückfalls (vgl. Barnhofer & Craine, 2009, zitiert nach Jakobsen et al., 2017, S.6) und die Dauer der Erkrankung kann, im Vergleich zu behandelten Depressionen, circa doppelt so lange andauern (vgl. BPtK, 2018, S.14). Die psychotherapeutische Versorgungsstruktur für Menschen mit Depressionen ist in Deutschland somit als unzureichend einzustufen.

Besonders kritisch ist hierbei die Versorgung von ländlichen Gebieten, welche 90% der Fläche Deutschlands umfassen (vgl. Dockweiler, 2016, S. 258).

Die Europäische Union steht vor diesem Hintergrund unter diversen Herausforderungen, wobei die unter dem Begriff eHealth entwickelten Konzepte ein Weg zur Innovation darstellen können, um besser, sicherer und transparenter Bürger_innen zu versorgen, sowie allgemein einen Beitrag zu einem effizienteren und nachhaltigeren Gesundheits- und Versorgungssystem darzustellen (vgl. European Commission, 2012, S.14). Unter Anbetracht der wachsenden Leistung von mobilen Endgeräten, scheint dies dem gegenwärtigen Zeitgeist zu entsprechen (vgl. Berger, Schuster & Laireiter, 2018, S.278). Im internationalen Vergleich steht die Debatte in Deutschland um telepsychiatrische Angebote (TPA) jedoch noch vergleichsweise am Anfang. Dementsprechend sind auf dem Markt nur wenige kommerzielle, wissenschaftlich evaluierte Angebote verfügbar. Noch ist dabei unklar, inwieweit diese Angebote für die Behandlung von Menschen mit Depressionen geeignet sind. Ziel dieser Arbeit soll es deshalb sein mit Hilfe sogenannter Expert_inneninterviews und anschließender zusammenfassender qualitativer Inhaltsanalyse einen Überblick über konkrete Chancen, sowie Risiken von TPA's explorativ zu erhalten und somit einen Beitrag zum weiteren wissenschaftlichen Diskurs zu leisten. Unter den Fragestellungen „*Welche Chancen entstehen durch die Nutzung und Anwendung von telepsychiatrischen Angeboten in der Therapie und Beratung von Menschen mit Depressionen?*“, sowie „*Welche Risiken entstehen durch die Nutzung und Anwendung von telepsychiatrischen Angeboten in der Therapie und Beratung von Menschen mit Depressionen?*“ soll dies untersucht werden.

In der Ausarbeitung wird zunächst ein Überblick über die theoretischen Grundlagen, denen sowohl die Telepsychiatrie als auch die Depression zu Grunde liegen, gegeben, sowie die Darstellung aktueller relevanter Forschungsergebnisse vorgenommen. Zum Abschluss des theoretischen Teils dieser Arbeit kommt es zu einem ersten Zwischenfazit. Anschließend wird die hier vorgenommene empirische Forschungsarbeit genauer erläutert und somit die Form der Datenerhebung, die Herleitung der Forschungsfrage und die inhaltsanalytische Arbeit erläutert. Im abschließenden Teil werden die gewonnenen Erkenntnisse dargestellt, welche darauffolgend mit den Ergebnissen des theoretischen Teils verglichen und diskutiert werden. Dabei kommt es zur Beantwortung der Forschungsfragen und der

Formulierung neuer Hypothesen. Ferner werden die Limitationen und Grenzen der Arbeit erläutert und ein Ausblick im Hinblick auf TPAs bei der Behandlung von Menschen mit Depressionen vorgenommen. Der Anhang umfasst die Inhalte der Forschung.

2. Theoretische Grundlagen & empirischer Forschungsstand

Auf den folgenden Seiten wird zunächst ein Überblick über die theoretischen Grundlagen von TPAs gegeben, sowie der Begriff Depression im Kontext der Digitalisierung weiter ausdifferenziert. Anschließend wird auf dieser Basis der aktuelle Forschungsstand der Angebote für Menschen mit Depressionen dargestellt.

2.1 Telepsychiatrie

Ein zentraler Bestandteil von eHealth stellt die sogenannte Telemedizin dar. Unter diesem Begriff werden hierbei

„verschiedenartige ärztliche Versorgungskonzepte gefasst, die [...] das Ziel haben, medizinische Leistungen der Gesundheitsversorgung der Bevölkerung in den Bereichen Diagnostik, Therapie, Rehabilitation und der ärztlichen Entscheidungsberatung über räumliche Entfernungen und/oder zeitlichen Versatz hinweg zu erbringen“ (Fischer, Aust & Krämer, S.13).

Hierbei lässt sich die Telemedizin in verschiedene Anwendungsgebiete unterteilen (vgl. Fischer, Aust & Krämer, S.13). Eine davon stellt die Telepsychiatrie dar. Unter dem Begriff Telepsychiatrie sind alle elektronischen Kommunikations- und Informationstechnologien (wie z.B. mobile Endgeräte, E-Mails, das Internet, Audio- und Videokonferenzen, usw.) zu verstehen, die eingesetzt werden, um psychiatrische Dienstleistungen distanzüberbrückend einzusetzen (vgl. Hilty et al., 2002, S.528). Dementsprechend gibt es nicht nur eine einzige Form der Telepsychiatrie. Vielmehr erstrecken sich die Angebote über ein breites Spektrum, welche in verschiedene Kategorien unterteilt werden. Im Folgenden wird ein Überblick über die verschiedenen Formen von TPAs gegeben, sowie verschiedene Angebote und Konzepte vorgestellt.

2.1.1 Telepsychiatrische Angebote

Abb. 1 von Klein & Berger (2013) veranschaulicht hierbei die unterschiedlichen Formen der Angebote. So wird zwischen dem *Internet als Informationsmedium* und dem *Internet als Kommunikationsmedium* unterschieden. Wird beides zusammen verwendet, spricht man von *geleiteter Selbsthilfe* (siehe Abb.1).

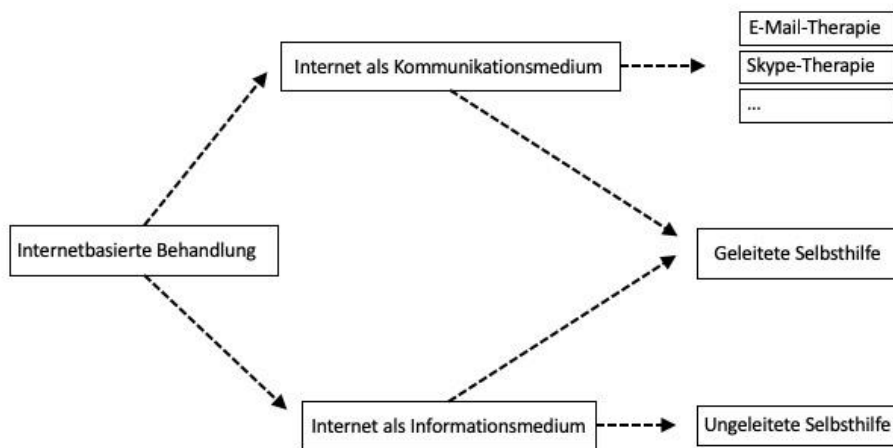


Abb. 1. Formen internetbasierter psychologischer Behandlung ¹(Klein & Berger, 2013, S.156)

Ferner nehmen Berger und Boettcher in einer Publikation aus dem Jahre 2018 eine differenzierte und umfassendere Definition der drei Ebenen vor. Somit bilden die sogenannten Selbsthilfeprogramme die erste Ebene und sind, wie auch in Abb. 1 dargestellt, ausschließlich als Informationsmedium einzuordnen. Den Aufbau dieser Angebote kann man als eine Art „interaktives Selbsthilfebuch“ beschreiben, da der/die Betroffene sich ungeleitet Wissen mit Hilfe dieses Angebots aneignet. Eine Kommunikation mit Professionellen oder anderen Betroffenen findet hier nicht statt (vgl. Boettcher & Berger, 2018, S.58) (siehe Abb. 1 *ungeleitete Selbsthilfe*).

Die zweite Ebene bilden *Therapeut_innengestützte Selbsthilfeprogramme*. In diesen erarbeiten die Nutzer_innen ein Selbsthilfeprogramm und erhalten dabei regelmäßige, kurze Unterstützung von Online-Therapeut_innen (vgl. Boettcher & Berger, 2018, S.58).

¹ In der folgenden Ausarbeitung werden die Begriffe: TPA's als Kommunikationsmedium (ungeleitete Selbsthilfe), TPA's als geleitete Selbsthilfe und TPA's als Informationsmedium verwendet.

Die Nutzung des *Internets als Kommunikationsmedium* (siehe Abb. 1), also z.B. in Form von Chat- oder Videotherapien, ist auf Ebene drei zu finden (vgl. Boettcher & Berger, 2018, S.58).

Weitere Unterscheidungen werden bei TPAs noch in der Intensität der Begleitung durch die zuständige Fachkraft vorgenommen. Seichte Behandlungen in Form von (un-)geleiteter Selbsthilfe werden somit dem Ansatz des *low-intensity-guidance* zugeordnet (vgl. ebd., S.62). Eine hohe Intensität der Behandlung, wie sie in der geleiteten Selbsthilfe bis hin zur Verwendung des Internets als Kommunikationsmedium vorkommt, wird als *high-intensity-guidance* beschrieben (vgl. ebd., S.62).

Ein weiterer Schlüsselbegriff, welcher in der Literatur immer wieder anzutreffen ist, ist der des *blended-care-treatments*. Dieser beschreibt die Einbindung von telepsychiatrischen Möglichkeiten in bestehende analoge Behandlungskonzepte und hebt somit vor allem das Selbsthilfepotenzial der TPAs hervor (vgl. Kryspin-Exner, 2018, S.24). Das Ziel hierbei ist es, die positiven Aspekte beider Behandlungsaspekte miteinander zu verbinden, also den persönlichen Kontakt zum/zur Professionellen zu wahren und dennoch Online-Angebote in den Therapieprozess zu integrieren, mit der Hoffnung diesen dadurch zu verbessern (vgl. Berger, Schuster & Laireiter, 2018, S.279).

2.1.2 Überblick über die Internationale Situation der Telepsychiatrie

International werden hierbei schon umfangreiche Angebote zu den vorgestellten Ebenen und Ansätzen angewendet. Beispiele hierfür sind europäische Länder wie England, Schweden und Dänemark (vgl. Boettcher & Berger, S.62). In Schweden variieren die angebotenen Online-Therapien nach Region. So existiert mit dem „Karolinska Universitätskrankenhaus“ in Stockholm eine internetbasierte Klinik, dessen psychiatrische Internetabteilung (vgl. Berger, Schuster & Laireiter, 2018, S.279f.) Betroffenen „therapeutInnengestützte Selbsthilfe für Depressionen und Angststörungen“ (Boettcher & Berger, S.62) anbietet. In England wurde mit Hilfe des *Increasing Access to Psychological Treatment* (IAPT) die Ausbildung und Anstellung von neuen psychologischen Fachkräften gefördert, die in sogenannten IAPT-Kliniken arbeiten (vgl. Clark et al., 2009, S.910f.). In diesen werden internet- und computergestützte Verfahren in Form von ungeleiteter, sowie geleiteter Selbsthilfe eingesetzt (vgl. Boettcher & Berger, 2018, S.62). Auch in den Niederlanden werden

TPAs angewendet. So entwickelte Alfred Lange, Professor an der Universität von Amsterdam, *interapy*, ein kognitiv-verhaltenstherapeutisches, zeitlich begrenztes und störungsspezifisches Online-Angebot (vgl. Wagner & Maercker, 2011, S.37). Dieses ist hierbei den *geleiteten Selbsthilfe* - Angeboten zuzuordnen, da hier die Betroffenen hauptsächlich selbstständig Inhalte er- und bearbeiten und ein Telefon oder E-Mail-Kontakt mit einem/einer Professionellen zwar möglich, aber eher für Notsituation angedacht ist (vgl. Wagner & Maercker, 2011, S.37). *Interapy* erweist sich als eine kostengünstige Alternative für herkömmliche ambulante Behandlungen, da die Kosten für eine Behandlung nur ein Drittel einer ambulanten Behandlung betragen, bei vergleichbarem Erfolg (vgl. Wagner & Maercker, 2011, S.37).

Über den europäischen Raum hinaus, werden auch in den Vereinigten Staaten von Amerika TPAs angewendet. Hier kann stellvertretend für viele weitere Angebote das *The Center for Treatment of Anxiety & Mood Disorders* angeführt werden, welches Angebote für ein breites Spektrum von psychischen Erkrankungen in Form von Online-Therapiesitzungen anbietet (vgl. The Center for Treatment of Anxiety & Mood Disorders, 2018, o.A.). In Australien sind TPAs schon weitestgehend in die Gesundheitsversorgung implementiert. Beispielhaft wäre hier *Conduit Health* zu erwähnen, welches die Vermittlung zwischen Professionellen und Betroffenen via TPAs anbietet (vgl. Conduct Health, 2017, o.A.). Auch das „Black-Dog- Institute“ in Sydney, welches, ähnlich wie das Klinikum in Stockholm, als „Online-Klinik“ beschrieben werden kann, konzentriert sich hauptsächlich auf TPAs (vgl. Berger, Schuster & Laireiter, 2018, S.279f.)

2.1.3 Überblick über die Nationale Situation der Telepsychiatrie

In Deutschland ist die Lage für TPAs derzeit differenziert zu betrachten, da vor allem rechtliche Hürden und bestimmte Vorgaben, eine mit internationalen Standards vergleichbare Umsetzung verhindern. Denn auch wenn die Musterberufsordnungen (MBO) in Deutschland keine Rechtsetzungsbefugnis besitzen, verhindern diese eine konkrete Umsetzung von Angeboten, in denen das Internet als Kommunikationsmedium genutzt wird (vgl. Rautschka-Rücker, 2018, S. 48). Hiernach dürfen, laut Fernbehandlungsverbot, welches in der *(Muster-)Berufsordnung für die in Deutschland tätigen Ärztinnen und Ärzte (MBO)* verankert ist (MBO, §7, Absatz 4)

„(...) Ärztinnen und Ärzte individuelle ärztliche Behandlung, insbesondere auch Beratung, nicht ausschließlich über Print- und Kommunikationsmedien durchführen. Auch bei telemedizinischen Verfahren ist zu gewährleisten, dass eine Ärztin oder ein Arzt die Patientin oder den Patienten unmittelbar behandelt“ (Bundesärztekammer, 2018, S. 3f.).

In diesem Fall bedeutet das konkret, dass ohne einen direkten Kontakt nicht behandelt werden darf.

Auch die MBO für die Psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten der BPtK erläutert, dass Psychotherapeut_innen psychotherapeutische Behandlungen im persönlichen Kontakt erbringen sollen. In dieser Verordnung ist jedoch eine Ausnahme für “begründete Ausnahmefälle” und Modellprojekte zur Forschung verankert. Diese müssen jedoch von der Kammer genehmigt werden und sind zu evaluieren (vgl. BPtK, 2006, S. 9). Somit sind sich Bundesärztekammer und BPtK hier einig, dass TPAs ohne realen Kontakt nicht den aktuellen und notwendigen Standards entsprechen (vgl. Rautschka-Rücker, 2018, S. 52).

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) fasst ferner in ihrem *Einheitlichen Bewertungsmaßstab* (EBM) abschließend zusammen: „Ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt setzt die räumliche und zeitgleiche Anwesenheit von Arzt und Patient und die direkte Interaktion derselben voraus“ (KBV, 2018, S.21). Diese Ansichten decken sich mit dem Urteil des Bundesgerichtshofs (BGH) von 1979. Hier wurde beschlossen, dass der/die Behandler_in sich ein eigenes Bild über den/die Patient_in machen, Angaben Dritter überprüfen und Befunde selbst erheben muss (BGH NJW, 1979 zitiert nach Rautschka-Rücker, 2018, S. 50).

Die zentrale Frage im Diskurs rechtlicher Aspekte von TPAs im deutschsprachigen Raum fokussiert hierbei besonders die Aufklärung des/der Betroffenen. Eine Pflicht zur Aufklärung regelt somit das *Patientenrechtegesetz* in § 630e BGB. Dieses wurde von der MBO der BPtK übernommen und formuliert dazu, dass die mündliche Aufklärung durch die behandelnde Person zentral ist (vgl. §7, MPO, BPtK). Ein weiteres Urteil des BGH formuliert ferner, dass ein Telefongespräch ausreicht, um sich davon zu überzeugen, ob die/der Patient_in Informationen und entsprechende Hinweise verstanden hat, da hier die Möglichkeit besteht auf individuelle Belange und

Fragen einzugehen (BGH-Urteil von 2010, zitiert nach Rautschka-Rücker, 2018, S. 50f.).

Die dargestellten Umstände werden aktuell durch die Verwendung der Begriffe „Online-Coaching“ oder „Online-Beratung“ (vgl. Boettcher & Berger, 2018, S.62) umgangen. Beides sind jedoch keine geschützten, eingetragenen Begriffe, weshalb kommerzielle Angebote unter diesen Begrifflichkeiten keine offiziellen Kontrollinstanzen durchlaufen (vgl. Boettcher & Berger, 2018, S.62). Einzig der Bund Deutscher Psychologinnen und Psychologen (BPD) vergibt Gütesiegel und listet zertifizierte Online-Berater_innen (vgl. Boettcher & Berger, 2018, S.62). Auch der Berufsverband Österreichischer Psychologinnen und Psychologen (BPÖ) vergibt ein Gütesiegel für psychologische Online-Beratung (vgl. Jansky-Denk, 2018, S. 32). Diese Gütesiegel sollen garantieren, dass Internetberatungsangebote den Standards konventioneller psychologischer Beratung entsprechen (vgl. Jansky-Denk, 2018, S. 32) und formulieren Anforderungen an fachliche Qualifikationen und technischer Umsetzung (vgl. Boettcher & Berger, 2018, S.62).

Theoretisch ist die Durchführung von telepsychiatrischen therapeutischen Angeboten nicht verboten, wenn diese im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherungen durchgeführt werden. Das Sozialrecht in Deutschland ist aktuell jedoch nicht auf diese Angebote ausgelegt und verhindert konkrete Umsetzungen somit (vgl. Rautschka-Rücker, 2018, S. 47f.).

2.2 Depression

Die bisher dargestellten rechtlichen Befunde stehen zunächst in gewisser Weise im Widerspruch mit den Vorgaben *des Übereinkommens über die Rechte von Menschen mit Behinderungen* (UN-BRK). Deutschland ist durch die Ratifizierung am 26.03.2009 zur Umsetzung der UN-BRK verpflichtet. In Artikel 4, Absatz a („Allgemeine Verpflichtungen“) steht somit, dass die Staaten sich dazu verpflichten die Forschung und Entwicklung von „einschließlich Informations- und Kommunikationstechnologien, Mobilitätshilfen, Geräten und unterstützenden Technologien“ im Sinne einer für Menschen mit Behinderungen geeigneten Art und Weise, sowie diese kostengünstig zur Verfügbarkeit und Nutzung bereit zu stellen (vgl. Beauftragte der Bundesregierung für die Belange von Menschen mit Behinderungen, 2017, S.10). Auch die Schulung von Professionellen, um eine bessere Leistung zu gewährleisten, wird vorgeschrieben (vgl. Beauftragte der Bundesregierung für die Belange von Menschen mit

Behinderungen, 2017, S.10). Ob dieser Widerspruch haltbar ist, kann nur geklärt werden, wenn ein umfassendes theoretisches Verständnis der Depression vorgenommen wird.

2.2.1 Krankheitsbild und Behandlungsziele

Wie bereits in Kapitel 1 erwähnt, stellt das Krankheitsbild der Depression eine der größten Herausforderungen des aktuellen Gesundheitssystems dar, da es zu den häufigsten mentalen Störungen zählt und Schätzungen zu Folge im Jahr 2020 als die zweitgrößte gesundheitliche Einschränkung weltweit einzuordnen sein wird (vgl. Brabyn et al., 2016, S.1). Dabei ist die persönliche Belastung, sowie die ökonomische Belastung der Gesundheitssysteme hierdurch besonders hervorzuheben (vgl. Brabyn et al., 2016, S.1).

Das Krankheitsbild der Depression zeichnet sich vor allem durch eine gedrückte Stimmung, Interessen – und Freudlosigkeit und einen verminderten Antrieb, bis hin zum Aktivitätsverlust aus (vgl. DIMDI, 2018, o.A.). Ferner ist der Krankheitsverlauf durch „langandauernde, dynamische und komplexe Verläufe“ (Karlheim, 2019, S. 177) gekennzeichnet. Dieser Umstand erfordert eine umfassende Versorgung und Unterstützung der Betroffenen, sowie deren Angehörigen (vgl. Karlheim, 2019, S. 177).

Beck & Alford (2009) bilden in Abb. 2 den Effekt, den die kognitiven Prozesse der Betroffenen auf ihre affektiven und motivationalen Symptome haben, ab.

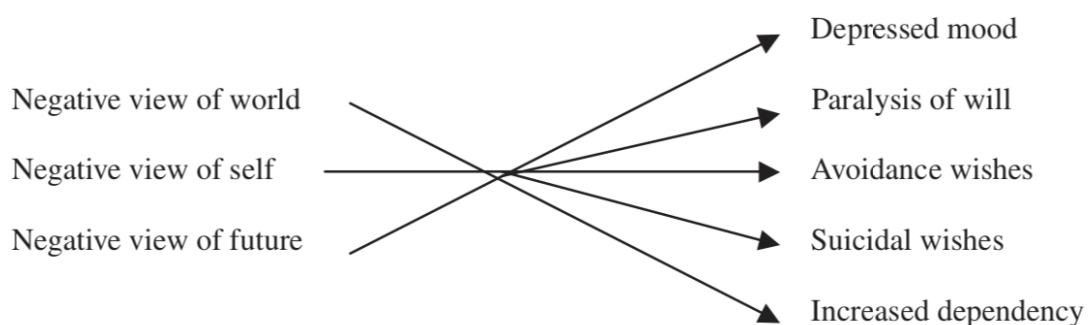


Abb. 2: The effect of cognitive patterns on affects and motivations in depression (Beck & Alford, 2009, S. 226)

Die Abbildung veranschaulicht hierbei die Triangulation aus der negativen Interpretation von Erfahrungen, seines Selbstbildes und der Zukunft (siehe Abb. 2).

Kennzeichnend für den Krankheitsverlauf ist hierbei eine „kognitive Verzerrung“ der Realität, die zu diesen affektiven und motivationalen Symptomen führt (siehe Abb. 2) und auch die negativen Einschätzungen und Fehleinschätzungen verursacht (vgl. Beck & Alford, 2009, S.243). Hierbei entstehen auch unrealistische Erwartungen, die zu Hoffnungslosigkeit der Betroffenen führen.

Zusammenfassend lässt diese negative Einstellung zur Welt, der Zukunft und sich selbst gegenüber, die Betroffenen ohne jegliche positiven Bestrebungen zurück (vgl. Beck & Alford, 2009, S.243). Die Wahrnehmung der Betroffenen über sich selbst weicht hierbei somit von den objektiv erfassbaren Fakten ab (vgl. Beck & Alford, 2009, S. 3).

Das Krankheitsbild wird in der ICD-10 in drei Episodenformen unterteilt. Somit werden *leichte depressive Episoden*, *mittelgradige depressive Episoden* und *Schwere depressive Episoden* mit oder ohne psychotische Symptome unterschieden (vgl. DIMDI, 2018, o.A.). Sie unterscheiden sich maßgeblich im Auftreten der Symptomatik, sowie dem Handlungsspielraum des/der Betroffenen. So sind Betroffene, die an einer leichten depressiven Episode erkranken, oft noch in der Lage einen Großteil ihrer alltäglichen Aktivitäten fortzusetzen, wohingegen bei einer mittelgradigen depressiven Episode große Schwierigkeiten bestehen, alltäglichen Aktivitäten nachzugehen (vgl. DIMDI, 2018, o.A.). Bei einer schweren depressiven Episode ist ein Verlust des Selbstwertgefühls, einhergehend mit Gefühlen von Wertlosigkeit und Schuldgefühlen, sowie Suizidgedanken und -Handlungen charakterisierend (vgl. DIMDI, 2018, o.A.). Dementsprechend gelten Depressionen als Vorstufe für eine suizidale Entwicklung (vgl. Haenel, 2018, S. 215). Außerdem können hier auch psychotische Symptome auftreten, wie z.B. Halluzinationen oder Wahnideen, die so stark ausgeprägt sind, dass alltäglichen Handlungen, sowie physiologischen Grundbedürfnissen (z.B. Flüssigkeits- und Nahrungsaufnahme) nicht mehr nachgegangen werden kann (vgl. DIMDI, 2018, o.A.).

Auf Basis dessen formuliert die *Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde* (DGPPN) folgende allgemeine Behandlungsziele für Menschen mit Depressionen: Somit sollen die Symptome der Depression, die z.B. durch Suizid resultierende Mortalität und die Wahrscheinlichkeit eines Rückfalls oder einer Wiedererkrankung verringert und vermindert werden (vgl.

DGPPN et al., 2015, S.74). Darüber hinaus soll die berufliche und psychosoziale Leistungsfähigkeit, sowie das seelische Gleichgewicht wiederhergestellt werden (DGPPN et al., 2015, S.74). Ferner formuliert die DGPPN weitere Aspekte, die den Betroffenen von großer Bedeutung sind und sich somit von einer Behandlung erhoffen. Hierzu zählt eine "allgemein bejahende Lebenseinstellung, die Rückkehr zum herkömmlichen psychosozialen Funktionsniveau, verbesserte Bewältigung von Alltagsstress und -verpflichtungen oder auch eine verbesserte Beziehungsqualität zu engen Bezugspersonen" (ebd., S.74).

2.2.2 Therapie oder Beratung?

Doch was bedeutet im Kontext einer Depression der Begriff Behandlung? Wie bereits angedeutet wird in der Behandlung zwischen der Beratung und einer psychologischen Behandlung (Therapie) unterschieden. Hierbei werden vier wichtige Unterscheidungsmerkmale beschrieben. Zunächst muss die Frage nach dem *Krankheitswert*, beantwortet werden. Hierbei stellt der Krankheitswert das Ausmaß der Gesundheitsminderung durch das Störungsbild dar. „Neben der objektiv erfassbaren Abweichung einer zuvor definierten Norm spielt auch das subjektive Leiden des Betroffenen eine Rolle“ (Waller, 2007, S.217). Liegt somit eine Gesundheitsminderung bei der Störung vor, sollte ausschließlich psychologisch behandelt werden (vgl. Jansky-Denk, 2018, S.34). Eine Beratung sollte den Menschen angeboten werden, die ihr Leben trotz einer Krise bewältigen, psychisch gefestigt sind und somit vornehmlich nach Rat suchen (vgl. Jansky-Denk, 2018, S.34).

Als zweites Unterscheidungsmerkmal wird die *Kommunikationssituation* angesehen, da die psychologische Behandlung, anders als die Beratung, "tiefgreifender, zielgerichteter und mehr darauf ausgerichtet, den Kern des Problems zu erfassen" (vgl. Jansky-Denk, 2018, S.35). Dies spiegelt sich auch in der *Qualität der Beziehung* wider. Psychologische Beratung erfolgt häufiger und regelmäßiger (vgl. ebd., S.34). Als letztes Unterscheidungsmerkmal wird die *Regelverfolgung*, die in der psychologischen Behandlung anzutreffen ist, genannt (vgl. ebd., S.34f.). Somit unterscheiden sich Beratung und Therapie anhand der eingesetzten Methoden. Bei einer Therapie verlaufen bestimmte Verfahren nach klar festgelegten Regeln. Eine Beratung ist hier als offener und individueller einzustufen (vgl. ebd. S.34f.). Wichtig ist jedoch zu beachten, dass beide Begrifflichkeiten sich auch bedingen. So können Beratungen

eine therapeutische Wirkung haben und Therapien ebenfalls einen informativen Charakter aufweisen (vgl. ebd., S.34).

Innerhalb des Krankheitsbildes der Depression gestaltet sich die konkrete Indikation jedoch schwer, da, wie vorangegangen dargestellt, das Krankheitsbild von verschiedenen Episoden geprägt ist. Ob eine psychologische Behandlung oder eine Beratung notwendig ist, obliegt einer individuellen Einschätzung und die Grenzen sind hier als fließend zu charakterisieren. Dementsprechend werden wie folgt unter Verwendung des Begriffs Behandlung beide Konzepte in dieser Ausarbeitung angesprochen.

2.2.3 Digitalisierung & Depression

Es stellt sich spätestens zu diesem Zeitpunkt die Frage, welche Relevanz die Digitalisierung und die einhergehenden Veränderungen für unsere Gesellschaft, insbesondere für Menschen mit Depressionen haben. Um diese Fragen zu beantworten, ist es notwendig einen kurzen Überblick über den Fortschritt der Digitalisierung in Deutschland zu geben, sowie die Auswirkungen, die die Digitalisierung auf Menschen mit Depressionen und deren Behandlung haben, zu beschreiben.

Der Digitalisierungsgrad wird hierbei in Deutschland jährlich von der Initiative D21 erfasst und publiziert. Als zentrale Ergebnisse aus dem Jahre 2018 kann hier festgehalten werden, dass die Digitalkompetenzen in der Bevölkerung zunehmen (vgl. Initiative D21, 2018, S.23) und die deutsche Bevölkerung insgesamt digitaler wird (vgl. Initiative D21, 2018, S.29). Ferner wurde im Jahre 2018 erstmals eine Internutzung von um die 81% gemessen (vgl. Initiative D21, 2018, S.55). Auch wenn der Index ebenso zeigt, dass vielen Menschen auf Grund verschiedener Faktoren der Zugang zum Thema Digitalisierung verwehrt bleibt, machen die Ergebnisse doch deutlich, dass das Thema in Deutschland Relevanz besitzt und man davon ausgehen kann, dass viele Menschen digitale Medien nutzen. Inwieweit diese Entwicklung sich mit dem Thema der Depression verhält, ist jedoch unklar, da zum Zeitpunkt des Verfassens dieser Ausarbeitung keine eindeutigen wissenschaftlichen Ergebnisse zum digitalen Nutzungsverhalten von Menschen mit Depressionen vorliegen. Auch Antworten auf die Frage, inwiefern sich beide Faktoren bedingen, liegen zum jetzigen Zeitpunkt nicht vor. Spitzer (2012) formuliert hierzu lediglich, dass digitale Medien das Auftreten einer

Depression begünstigen können (vgl. S.217f.). Gefährdet seien vor allem Jugendliche, die einen hohen Konsum von digitalen Medien vorweisen (vgl. Spitzer, 2015, S.217). Hierbei soll die Verdrängung von Sozialkontakten eine wichtige Rolle spielen (vgl. Spitzer, 2012, S.217f.). Spitzer stellt fest, dass Zusammenhänge zwischen dem übermäßigen Konsum von digitalen Medien und dem Auftreten von Depressionen festgestellt werden konnte (vgl. ebd., S.217). Diese Ergebnisse sind jedoch kritisch zu betrachten, da hier Korrelationen und keine Kausalitäten dargestellt werden. Haenel (2018) fasst überdies zusammen, dass das heutige Nutzungsverhalten eine übermäßige emotionale und psychische Anspannung und Anstrengung hervorruft. Dies resultiert in einer sozialen und kognitiven Überforderung (vgl. Haenel, 2018, S.208). Mit der fortschreitenden Verlagerung gesellschaftlicher Teilbereiche und Prozesse in unsere heutige Informationsgesellschaft durch den Prozess der Digitalisierung und den damit verbundenen digitalen Medien (vgl. Kaletka et al., 2014, S.3) lassen sich jedoch allgemeine Veränderungen im Paradigma von Gesundheit und Krankheit feststellen (vgl. Felnhofer & Klier, 2018, S.16) und somit Rückschlüsse auf das hier diskutierte Thema ziehen.

Somit bedienen sich durch die breite Verfügbarkeit von Fachinformationen immer mehr Menschen im Internet medizinischer Informationen (vgl. Felnhofer & Klier, 2018, S.17). Hierzu zählt auch die unbegleitete Diagnostik, durch z.B. Fragebögen oder reine Informationssysteme, wodurch Betroffene vor dem Erstkontakt Zugang zu Fachinformationen, sowie einem Meinungsbild verfügen (vgl. Kryspin-Exner, 2018, S.24). Für diese Personen stellt dies zunächst ein Zugewinn an Selbstwirksamkeitserfahrungen und Autonomie dar (vgl. Felnhofer & Klier, 2018, S.16). Auch der Austausch mit anderen Menschen (z.B. in Online-Selbsthilfeforen) und das Wissen um die Tatsache, dass andere Menschen betroffen sind, können zu einer Erleichterung der eigenen Symptomatik führen (vgl. Kryspin-Exner, 2018, S.24). Auf der anderen Seite stellt dies Fachkräfte und Professionelle jedoch vor neue Herausforderungen in der Interaktion mit Betroffenen (vgl. Broom, 2005, S. 333), da ihr Fachwissen gewissermaßen „entmystifiziert“ wird (vgl. Felnhofer & Klier, 2018, S.16). Für den Patienten kann dies die Interaktion innerhalb einer - bisher - paternalistisch geprägten Behandlungssituation hin zu einer partizipativen bedeuten (vgl. Felnhofer & Klier, 2018, S.16). Den Betroffenen wird somit ein neuer Zugang zu ihrer gesundheitlichen Situation geboten. Eine Tatsache, mit der sich Fachkräfte zunächst vertraut machen müssen (vgl. Kryspin-Exner, 2018, S.25). Die

Rollenverteilung innerhalb der Behandlungssituation ändert sich somit. So ist in der klassischen Therapiesituation der/die Therapeut_in der-/diejenige, welche/r allgemeines, fachspezifisches Wissen übermittelt, wohingegen die Betroffenen Wissen über sich selbst preisgeben. Dies ist somit ein kommunikativer Austauschprozess, der als wichtiges Element der Therapie zu kennzeichnen ist (vgl. Kryspin-Exner, 2018, S.25f.). Der Paradigmenwechsel wird an dieser Stelle erneut deutlich, da die Betroffenen nun von Anfang an den Weg zur, sowie den Weg der Therapie (mit-)bestimmen können und sollen (vgl. Kryspin-Exner, 2018, S.25f.).

Felnhofer & Klier (2018) formulieren als Fazit, dass Professionelle somit nun vor der Herausforderung stehen, sowohl Online-, als auch Offline-Interaktionen zu ermöglichen und die Potenziale beider Situationen hervorzuheben (vgl. S.16).

2.3 Telepsychiatrie & Depression - Forschungsstand

Bis hierhin wurde nun ein grober Überblick über die beiden relevanten Begriffe Telepsychiatrie und Depression vorgenommen und wichtige thematische Ansätze bezogen auf das Thema der Forschungsarbeit erläutert. Im Folgenden wird ein Überblick über den aktuellen Forschungsstand von TPAs im Hinblick auf die Behandlung der Depression gegeben und wichtige Forschungsergebnisse dargestellt.

2.3.1 Selbstmanagement

Zunächst soll der in Kapitel 2.2.3 angesprochenen Aspekt des Paradigmenwechsels in der Behandlung von Menschen mit Depressionen mit Hilfe von TPAs weiter ausdifferenziert werden.

Wie bereits dargestellt, wird der Zugewinn an Selbstbestimmung mehrfach betont. Es stellt sich jedoch die Frage, inwieweit dieser Mehrgewinn an Selbstbestimmung förderlich für den Behandlungsverlauf ist. Dieser Begriff wird oft mit dem des Empowerments gleichgesetzt. Hierbei bedeutet *empowered* zu sein, über Ressourcen zur eigene Lebensgestaltung zu verfügen (vgl. Miller & Pankofer, 2016, S.8) und kann auch als Selbstermächtigung übersetzt werden. Vor allem auf die Indikation und Symptomatik der Depression ist dies jedoch kritisch zu betrachten. Eigenverantwortung kann einige Menschen überfordern. Meist wird in den Angeboten ein hohes Maß an Lese- und Schreibkompetenz vorausgesetzt, sowie eine gute

Reflexionsfähigkeit und Motivation der Betroffenen (vgl. Boettcher & Berger, 2018, S.62f.). Vor allem die eingeschränkte Wahrnehmung bei Menschen mit Depressionen (siehe Kapitel 2.2.1) sollte bei den letzten beiden Punkten bedacht werden. Ferner sind aktuelle Online-Therapien durch fehlende Anpassungsmöglichkeiten als “störungs- oder problemorientiert” einzustufen (vgl. Boettcher & Berger, 2018, S.62f.). Dies widerspricht dem Ansatz eines ressourcenorientierten Konzeptes und bedeutet, dass der Fokus nur auf die Reduktion der Symptomatik gelenkt wird, ohne die Möglichkeit individuelle Aspekte des/der Betroffenen zu beachten (wie z.B. vorliegende Komorbiditäten) und somit individuelle Anpassungen vorzunehmen (vgl. Wagner & Maercker, 2011, S.36). Des Weiteren weisen die Ergebnisse bisher durchgeführter Studien hohe Drop-Out Raten auf (vgl. Jakobsen, 2017, S.7).

2.3.2 Behandlungssituation

Eine weitere Neuerung in der Behandlung durch die Verwendung von TPAs, stellt die zeitliche und räumliche Flexibilität der Therapiesitzung dar. Dies bedeutet auf der einen Seite eine „Herausforderungen für die Gestaltung therapeutischer Grenzen“ (Felnhofer & Culen, 2018, S.122), sowie die “Unabhängigkeit von geregelten Arbeits- und Bürozeiten” (Felnhofer & Culen, 2018, S.125). Da die Kommunikation in der Telepsychiatrie durch internetbasierte Tools stattfindet, bedeutet dies, dass zunächst eine ortsunabhängige Behandlung, die zu jedem Zeitpunkt und in jeder Lebensphase kontinuierlich fortgeführt werden kann, ermöglicht wird (vgl. Felnhofer & Culen, S.125). Auf der anderen Seite kann dies aber auch dazu führen eine unstrukturierte und zeitlich nicht klar begrenzte Angebotssituation zu schaffen (vgl. ebd., S.125). Das Risiko besteht, dass der Kontakt vermehrt, unregelmäßig und informeller stattfindet (vgl. ebd., S.122) und somit das Risiko einer Grenzüberschreitung in diesen Angeboten stattfindet (vgl. ebd., S.125). Hier stellen diese neuen Medien die Fachkräfte vor die Herausforderung, professionelle Beziehungen zu den Betroffenen einzuhalten (vgl. ebd., S.121). Es lässt sich festhalten, dass TPAs einen Einfluss auf den Kontakt in jeder Phase des Behandlungsprozesses darstellen können. Dennoch sei es „empirisch gut [...] [gesichert], dass in internetbasierten Ansätzen [...] eine gute therapeutische Beziehung etabliert werden kann“ (Klein & Berger, 2013, S.154).

Da diese therapeutische Beziehung als zentrales Element in einer Beziehung zwischen einem Hilfesuchenden und jemanden, der diese Hilfe zur Verfügung stellt anzusehen ist (vgl. Kryspin-Exner, 2018, S.19), spielt dieser Faktor auch eine Rolle in

der Behandlung bei Depressionen durch TPA´s. Reine Selbsthilfeprogramme zeigten somit meist keine hohe Wirksamkeit. Hinzu kommen hohe Drop-out-Raten (vgl. Wagner & Maercker, 2011, S.35). Auch die Ergebnisse verschiedener Studien zeigen, dass der Behandlungseffekt signifikant größer bei telepsychiatrischen Behandlungen mit entsprechenden Kontaktmöglichkeiten zu einem Professionellen ist (vgl. Wagner & Maercker, 2011, S.35).

Ferner soll an diesem Punkt kurz auf die Anonymität durch das Internet eingegangen werden. Diese kann indes dazu führen, dass es Personen leichter fällt negative und persönliche Themen anzusprechen und bietet somit eventuell ein Medium für Menschen, die persönliche Unterstützungsangebote ablehnen würden (vgl. Jansky-Denk, 2018, S.35). Dies könnte zu einer signifikanten Verkürzung der Dauer zwischen Beginn der Erkrankung und dem Aufsuchen professioneller Hilfe führen (vgl. Bauer & Kordy, 2008, S.7).

2.3.3 Technologieakzeptanz

Die Hoffnung, dass Betroffenen während ihrer Wartezeit durch TPAs schon in einen Behandlungsprozess integriert werden können, sind differenziert zu betrachten, da hier das Konzept der Technologieakzeptanz bedacht werden muss. Technologieakzeptanz bedeutet hierbei, dass Menschen eine positive Einstellung gegenüber einem technischen System haben. Diese Einstellung basiert dabei auf einem kognitiven Bewertungsprozess (vgl. Davis et al., 1989, S.985f.). Die *Unified Theory of Acceptance and Use of Technology* (UTAUT) beschreibt ferner, dass die Intention eine Technologie zu nutzen abhängig davon ist, inwieweit diese Person von einer Verbesserung z.B. ihrer Leistung durch die Nutzung überzeugt ist (vgl. Venkatesh et al., 2003, S.446ff.). Vor allem die Möglichkeit der schnellen Rückmeldungen und vereinfachten Kommunikation durch TPA´s könnte hierbei ein wichtiger Aspekt der Akzeptanz gegenüber diesen Angeboten darstellen (vgl. Kryspin-Exner, 2018, S.25). Umfrageergebnisse zeigen jedoch, dass Patient_innen, die aktuell auf eine psychotherapeutische Behandlung warten, ein geringes Interesse an diesen Angeboten besitzen (vgl. Berger, Schuster & Laireiter, 2018, S.279). Auf der anderen Seite wird argumentiert, dass die vielen durchgeführten Studien mit positiven Rückmeldungen der teilnehmenden Proband_innen zeigen, dass eine Akzeptanz und Bereitschaft in bestimmten Personengruppen anzutreffen ist (vgl. Wagner & Maercker, 2011, S.34). Ferner weist der in Kapitel 2.1.1 angesprochen *blended-care* Ansatz auf

eine gute Akzeptanz hin und sowohl Professionelle als auch Betroffene betonen die Vorteile hinsichtlich des Selbstmanagements (vgl. Berger, Schuster & Laireiter, 2018, S.279). Dennoch wird zusätzlich betont, dass auch hier das erhöhte Selbstmanagement des Betroffenen zu Fehlern in der Anwendung führen und somit den Behandlungsprozess generell behindern kann (vgl. Berger, Schuster & Laireiter, 2018, S.279). Vor allem Akteur_innen und Entscheidungsträger_innen des Gesundheitswesens scheinen diesem Ansatz jedoch positiv gegenüber eingestellt zu sein, da dieser gut in aktuelle Versorgungsstrukturen eingegliedert werden kann (vgl. Berger, Schuster & Laireiter, 2018, S.279).

2.4 Zwischenfazit

Zunächst ist festzuhalten, dass TPA's von überall erreichbar und nutzbar sind, eine große Anzahl von Menschen angesprochen werden können und eine Möglichkeit darstellen, die Reichweite der Behandlungskonzepte der Einrichtungen zu erweitern (z.B. Vor- oder Nachsorge von stationärer Therapie) (vgl. Bauer & Kordy, 2008, S.6). Ferner können sie möglicherweise eine Versorgung in ländlichen, unterversorgten Gebieten gewährleisten und einen flexiblen, unabhängigen und einfacheren Zugang zu psychotherapeutischen Maßnahmen, unabhängig von beruflichen oder familiären Verpflichtungen, darstellen (vgl. Boettcher & Berger, 2018, S.58). Aus rehabilitationspädagogischer Sicht könnte dies auch einen Mehrwert für Menschen mit Komorbiditäten, z.B. in Richtung körperlicher Einschränkungen bedeuten. Diese könnten somit trotz vorliegender Immobilität psychotherapeutische Maßnahmen wahrnehmen (vgl. Boettcher & Berger, 2018, S.58). Für Therapeut_innen reduziert sich der zeitliche Aufwand durch diese Angebote und mehr Klient_innen können gleichzeitig versorgt werden (vgl. Boettcher & Berger, 2018, S.58).

Wie somit dargestellt ist das Spektrum der Möglichkeiten von TPA's bereits ausdifferenziert. Dennoch stehen evidenzbasierte Daten noch nicht ausreichend zur Verfügung. Bisher noch unbeantworteten Fragen in Bezug auf den Forschungsgegenstand sind ebenfalls noch zahlreich vorhanden (vgl. u.a. Beintner et al., 2019, S.95; Schröder et al., 2016, S.209). Die Frage ob sich durch diese Vorteile tatsächlich mehr Betroffene in Behandlung begeben, muss demnach noch untersucht werden (vgl. Bauer & Kordy, 2008, S.7).

Zur Wirksamkeit von TPA´s ergab eine Metaanalyse, dass diese Angebote eine vergleichbare Wirksamkeit mit herkömmlichen Behandlungen aufweisen (vgl. Wagner & Maercker, 2011, S.34). Auch die Datenlage hinsichtlich TPA´s und Depression tendiert zu einer positiven Sichtweise auf die Wirksamkeit. Die bisher verfügbaren Daten sind hierbei als wachsend, jedoch auch als überschaubar einzuschätzen. Kritisch müssen hierbei vor allem die oft kleinen Stichprobengrößen betrachtet werden (vgl. Apolinário-Hagen & Tasseit, 2015, S.69). Die Frage, ob das zugesprochenen Potenzial auch praktisch verwirklicht werden kann, bleibt darüber hinaus zurzeit noch unbeantwortet (vgl. Apolinário-Hagen & Tasseit, 2015, S.69). Ferner ist das Wissen über die Faktoren, die diese Wirksamkeit hervorrufen noch unerforscht (vgl. Beintner, 2019, S.86). Aspekte spezifischer Problembereiche (z.B. Komorbiditäten), demografischer Merkmale (z.B. Alter oder Medienkompetenz), sowie persönlichen Präferenzen sind ebenfalls noch weitestgehend unerforscht, wodurch Einschränkungen in der Aussagekraft von TPA´s in diesem Bereich vorliegen (vgl. Berger, Schuster & Laireiter, 2018, S.279).

Des Weiteren ist die Frage nach den Risiken und nachteiligen Faktoren von TPA´s, vor allem in Bezug auf Depressionen, aktuell weitestgehend unerforscht und bedarf demnach weiterer Forschung, um das Verständnis über mögliche negative Faktoren zu sichern (vgl. Oehler et al., 2019, S.1). Bisherige Studien sind sich hierbei nur in dem Punkt einig, dass Menschen mit suizidalen Tendenzen für diese Angebote nicht geeignet sind (vgl. u.a. Sheeran et al., 2011, S.625). Dies liegt u.a. an dem zeitverzögerten Kontakt, der räumlichen Distanz und die fehlende Einbettung der Angebote in die psychotherapeutische Regelversorgung (vgl. Boettcher & Berger, 2018, S.63).

Abschließend ist außerdem unklar, für welche Menschen und für welche Krankheitsbilder TPA´s eher geeignet und für welche ungeeignet sind. Darüber hinaus sind technisch, gestalterische Faktoren bisher weitgehend unerforscht. Auch sind viele der zum Forschungsgegenstand erschienen Studien kritisch zu betrachten, da diese hauptsächlich in einem universitären Kontext stattfinden. Eine Beantwortung der Frage, inwieweit diese Studienergebnisse in den Behandlungsalltag übertragbar sind, ist hierbei noch nicht ausreichend geklärt. Daraus resultiert die Tatsache, dass eine erweiterte Vorlage empirischer Daten, vor allen Dingen im deutschsprachigen Raum, notwendig ist (vgl. Wagner & Maercker, 2011, S. 42).

2.5 Telepsychiatrische Angebote für Menschen mit Depressionen – ein nationaler Überblick

Bevor nun der empirische Teil der Ausarbeitung folgt, sollen nun abschließend verschiedene bisher in Deutschland verfügbare Angebote vorgestellt werden. Es ist zu erwähnen, dass in Kapitel 2.1.2 bereits internationale TPA`s vorgestellt wurden. Nationale Angebote werden erst an dieser Stelle angeführt, da sich die folgenden Projekte hauptsächlich auf die Behandlung von Menschen mit Depressionen beziehen.

Eines der umfangreichsten Projekte im Bereich der Telepsychiatrie in Deutschland stellt hierbei *iFightDepression* und das dazugehörige *iFightDepression_Tool* dar. Dieses wird vom *Europäischen Bündnis gegen Depression* (EAAD), in Kooperation mit der Universität Leipzig, sowie der Deutschen Depressionshilfe entwickelt (vgl. European Alliance against Depression e.V., 2019, o.A.). Dieses stellt für die Nutzer_innen auf der Internetseite ein Informationsmedium zum Thema Depression dar, um „einen Beitrag zur Prävention von Depressionen, suizidalem Verhalten und dem damit verbundenen Stigma zu leisten“ (vgl. European Alliance against Depression e.V., 2019, o.A.). Darüber hinaus wurde ein Selbsthilfeprogramm entwickelt, welches Therapeut_innen begleitend für ihre Interventionen einsetzen können. Es wurde für Patient_innen mit leichten Depressionsformen entwickelt und kann z.B. für die Überbrückung der Wartezeit auf einen Therapieplatz genutzt werden (vgl. European Alliance against Depression e.V., o.A.). Die Deutsche Depressionshilfe bietet darüber hinaus noch weitere Selbsthilfe Angebote an und evaluiert diese. Hierzu gehören u.a. das Onlinetraining „*Glück-kommt-selten-allein*“ von Dr. Eckart von Hirschhausen (vgl. Stiftung Deutsche Depressionshilfe, n.d., o.A.), sowie die *GET.UP-Studie*. Diese untersucht die Wirksamkeit und Verträglichkeit einer Bettzeitverkürzung bei Menschen mit Depressionen die zusätzlich Schlafstörungen aufweisen, mit Hilfe eines Applikationsgestützten Selbsthilfeprogramms (vgl. Stiftung Deutsche Depressionshilfe, n.d., o.A.). Darüber hinaus untersucht das *STEADY-Projekt*, inwieweit die Bewältigung der Depression durch Smartphone-basiertes Selbstmonitoring möglich ist (vgl. Stiftung Deutsche Depressionshilfe, n.d., o.A.).

Ein weiteres Angebot in Deutschland ist das internet-gestützte Programm *iCare Prevent*. Es wird von dem europäischen Forschungsverband *ICare* entwickelt, „um ein innovative[s], umfassende[s] Versorgungsmodell zur Förderung psychischer Gesundheit in Europa zu etablieren“ (Jacobi, n.d., o.A.). Das Projekt wird dabei vom Programm Horizon 2020 des Europäischen Verbundes gefördert (vgl. Jacobi, n.d., o.A.). Aktuell werden Proband_innen für eine randomisierte, kontrollierte Studie gesucht (vgl. Jacobi, n.d., o.A.). Auch das Selbsthilfeprogramm *moodgym* bietet zusätzliche Hilfe bei der Vorbeugung und Verringerung von depressiven Symptomen an (vgl. ehubHealth, 2017, o.A.). Ursprünglich wurde das Programm von australischen Wissenschaftlern entwickelt. Für den deutschen Sprachraum wurde es von Wissenschaftlern der Universität Leipzig übersetzt und von der Krankenkasse AOK realisiert (vgl. ehubHealth, 2017, o.A.). Weitere erwähnenswerte Programme sind u.a. *Novego*, *Veovita* und *Deprexis* (vgl. IVPNetworks GmbH, n.d., o.A.; Veovita Gesundheit GmbH, n.d., o.A.; Servier Deutschland GmbH, n.d., o.A.).

Die wachsende Verfügbarkeit verschiedener Angebote, die, mittlerweile auch zum Teil von Krankenkassen unterstützt werden, zeigt, dass sowohl der Bedarf an diesen Angeboten als auch ein vermeintliches Potenzial eben jener vorhanden ist und im deutschsprachigen Raum sukzessive erkannt wird. Dies wird auch von dem Projekt *ImpleMentAll* des Forschungszentrums für Depression, welches länderübergreifend agiert, anerkannt. Dieses setzt sich für die Innovation und Entwicklung im Gesundheitswesen ein. Das Ziel ist es, den Betroffenen den Zugang zu wirksamen Angeboten und Projekten schneller zu ermöglichen (vgl. Stiftung Deutsche Depressionshilfe, n.d., o.A.). Dennoch müssen viele Angebote noch auf ihre Wirksamkeit untersucht werden und eine genaue Bestimmung der Chancen sowie Risiken ist, wie bereits beschrieben, noch nicht erfolgt.

3. Forschungsmethodisches Vorgehen

Die empirische Forschungsarbeit dieser Ausarbeitung bedient sich den Methoden der empirischen Sozialforschung. Diese wird gekennzeichnet durch eine Gesamtheit von Methoden, Techniken und Instrumenten zur wissenschaftlichen Durchführung von Untersuchungen. Allgemein liegt der Fokus bei diesen Untersuchungen auf der Erforschung des menschlichen Verhaltens sowie weiterer sozialer Phänomene (vgl. Häder, 2015, S. 12). Hierbei existieren zwei Forschungsrichtungen, die sich grundlegend voneinander unterscheiden: Quantitative und qualitative Sozialforschung. Das hier angewandte Forschungsdesign ist der qualitativen Sozialforschung zuzuordnen, die sich dadurch auszeichnet, dass (soziale) Prozesse rekonstruiert und durch die soziale Wirklichkeit in ihrer sinnhaften Strukturierung hergestellt werden (vgl. Lamnek & Krell, 2016, S. 44).

Im Folgenden wird somit zunächst die Vorgehensweise der Forschung erläutert. Diese orientiert sich an den Vorgaben der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring (2015). Demnach folgt auch die Strukturierung der folgenden Kapitel seinem Vorbild (siehe Anhang E, Abb. 5). Darüber hinaus wird in Kapitel 3.3 das Vorgehen der Auswertung erläutert.

Wie eingangs beschrieben, verfügt die Sozialforschung über eine große Zahl an Methoden, die verwendet werden können, um das Untersuchungsfeld zu erforschen. Hierbei spielt die Ausrichtung der Forschung eine wichtige Rolle bei der Auswahl des verwendeten Erhebungsinstruments (vgl. Wassermann, 2015, S.36). Da die Methoden der qualitativen Forschung tendenziell als eher explorativ zu beschreiben sind (vgl. Reinders & Ditton, 2011, S.50) und der methodische Einsatz sich vor allem dann eignet, wenn wenig Vorwissen über den Untersuchungsgegenstand vorliegt (vgl. Gläser-Zikuda, 2011, S.118), ist ein qualitatives Forschungsdesign besonders für die weitere Erfassung des Forschungsgegenstandes geeignet. Explorative Studien werden demnach durchgeführt, um einen Forschungsgegenstand, zu dem keine gesicherten theoretischen und empirischen Annahmen und Daten vorliegen, zu erforschen (vgl. Kaiser, 2014, S.29). Da, wie bereits dargestellt, TPA´s und die damit verbundenen Chancen und Risiken, vor allem in Bezug auf verschiedene Zielgruppen, wie z.B. Menschen mit Depressionen, noch nicht ausreichend erforscht und erfasst sind, ist die hier vorgestellte Forschungsarbeit als explorativ zu bezeichnen. Hieraus

begründet sich dementsprechend auch der Rückschluss für das hier gewählte qualitative Forschungsdesign.

Ein weiterer wichtiger Punkt bei der Beschreibung der Ausrichtung einer Forschung ist die Unterscheidung zwischen einem deduktiven und einem induktiven Forschungsansatz. Das gewählte Forschungsdesign entspricht hierbei einer induktiven Forschungsausrichtung. Induktion bedeutet zunächst, dass Ziel der Hypothesenentwicklung und der Konstruktion neuer Theorien zu verfolgen (vgl. Lamnek & Krell, 2016, S. 236). Dies geschieht, indem von einzelnen Beobachtungen auf allgemeine Zusammenhänge geschlossen wird (vgl. Przyborski & Wohlrab-Sahr, 2014, S. 32). Zusammenfassen lässt sich ein induktiver Ansatz, also mit der Beschreibung: „von den Beobachtungen zur Theorie“ (Lamnek & Krell, 2016, S. 235). Dies ist hier notwendig, da wie erörtert, zu wenig theoretische Ausarbeitungen und Studien, die dieses Thema behandeln, vorliegen, um eine deduktive Forschung durchzuführen.

3.1 Bestimmung des Ausgangsmaterials

Zunächst einmal wird die Auswahl der Erhebungsinstrumente, die Durchführung der Erhebung, sowie die Auswahl der Stichprobe erläutert.

3.1.1 Expert_inneninterviews

Im Rahmen dieses Forschungsprojektes werden sogenannte Expert_inneninterviews durchgeführt. Bei dieser Methode wird ein Forschungsgebiet erschlossen, indem man spezielles Fachwissen durch die Befragung von Expert_innen nutzt. Die Auswahl der Expert_innen erfolgt strukturiert, um möglichst aussagekräftige Datensätze zu sammeln und anschließend ein klares Ergebnis zu erzielen. Diese Methode ist universell einsetzbar und für verschiedene Forschungszwecke und Erkenntnisinteressen einsetzbar. So auch für ein vorrangig induktives Erkenntnisinteresse, welches zur Strukturierung und Präzisierung des Forschungsfeldes oder zur Hypothesengenerierung (*explorativer Forschungsansatz*) eingesetzt wird (vgl. Wassermann, 2015, S.53). Aber auch die unterschiedlichen Interpretationen, Handlungsmaxime und Vorstellungen, die im Forschungsfeld bestehen, können herausgearbeitet werden (vgl. Bogner, Littig & Menz, 2014, S.24). Hierbei stellt diese Interviewform einen interaktiven Prozess zwischen Forscher_in und

Interviewpartner_in dar, in welchem neues Wissen generiert wird (vgl. Wassermann, 2015, S.57f.). Es lässt sich somit zusammenfassend formulieren, dass Expert_inneninterview die Analyse der literaturgestützten Arbeit, sowie das explorative Erfassen eines bisher unbekanntes, oder noch nicht auszureichend erforschten Forschungsgegenstandes miteinander verbinden (vgl. Wassermann, 2015, S.57f.). Mit Rückblick auf die bisher erläuterten Entscheidungen für das Forschungsdesign, sowie den theoretischen Hintergründen verdeutlicht dies die Wahl für die die Durchführung von Expert_inneninterviews.

Wer als Expert_in gilt definiert sich hierbei immer über das jeweilige Forschungsinteresse (vgl. Bogner, Littig & Menz, 2014, S.11). Expert_innen sind laut Przyborski & Wohlrab-Sahr (2014) Personen, „die über ein spezifisches Rollenwissen verfügen, solches zugeschrieben bekommen und eine darauf basierende besondere Kompetenz für sich selbst in Anspruch nehmen“ (S.121). Sie verfügen dabei über drei Wissensformen, die für die Forschung von Relevanz sind:

(1) *Betriebswissen*: Das Wissen über institutionelle Zusammenhänge, wie z.B. Abläufe oder Regeln (vgl. Przyborski & Wohlrab-Sahr, 2014, S. 120f.).

(2) *Deutungswissen*: Das Wissen sowie die Befugnis Regeln zu etablieren oder durchzusetzen (vgl. Przyborski & Wohlrab-Sahr, 2014, S. 120f.).

(3) *Kontextwissen*: Das Wissen über den Gegenstand der Untersuchung, wie Personengruppen und Sachverhalte (vgl. ebd., S. 120f.).

Für diese Forschungsarbeit bedeutet dies konkret, dass Expert_innen Personen sind, die Abläufe und Regeln im Rahmen von Therapie und Beratung in Bezug auf Menschen mit Depressionen, sowie subjektive Relevanzen, Sichtweisen, Interpretationen und Regeln in Bezug auf die Behandlung von Menschen mit Depressionen benennen können. Ferner sollten diese über Wissen verfügen, die die Bereiche Therapie, Beratung, Telepsychiatrie und Menschen mit Depressionen betreffen.

3.1.2 Leitfadeninterviews

Die Interviews wurden hierbei in Form eines *leitfadengestützten Interviews* durchgeführt. Diese Form des Interviews wird dabei sowohl dem „thematisch begrenzten Interesse des Forschers“ (Meuser & Nagel, 1991, S.448), sowie auch dem Expert_innenstatus des/der Befragten gerecht und ist für die Durchführung von Expert_inneninterviews eine sinnvoll ergänzende Methodik (vgl. Meuser & Nagel, 1991, S.448).

Ein Interviewleitfaden sollte dabei drei zentrale Funktionen erfüllen: Zunächst dient der Leitfaden der Strukturierung der bevorstehenden Befragung, indem er die Anzahl und die Reihenfolge der Fragen definiert (vgl. Kaiser, 2014, S. 52). Hierbei umfasst der entwickelte Leitfaden drei Ebenen, sowie eine umfangreiche Einleitung und einen Abschluss. Insgesamt wurden 10 Hauptfragen gestellt, die durch Strukturierungs- und Nachfragen ergänzt werden (siehe Anhang C). Es wurde darauf geachtet, die Thematik von offenen (Digitalisierung) zu konkreten Nachfragen (konkrete Bedarfe) zu strukturieren. Man kann festhalten, dass die Hauptaufgabe des Interviewleitfadens ist, dass Gespräch davor zu bewahren vom Forschungsgegenstand abzuweichen (vgl. Meuser & Nagel, 1991, S. 448). Somit stellte der für die Forschungsarbeit verwendete Leitfaden sicher, dass die Interviews eine Dauer von 30 Minuten nicht unterschreiten und eine Dauer von 60 Minuten nicht überschreiten würden.

Des Weiteren soll der Interviewleitfaden wichtige Hinweise für die Gesprächssituation enthalten. Der/die Gesprächspartner_in wird über das Ziel der Untersuchung, die Bedeutung für das Forschungsvorhaben und Hinweise zum Schutz der personenbezogenen Daten informiert (vgl. Kaiser, 2014, S. 54). Diese Aspekte wurden in der Einleitung des Leitfadens beachtet und umgesetzt (siehe Anhang C).

Der dritte Aspekt, den es zu beachten gilt, ist, dass der Leitfaden als Dokument fungiert. Dieser soll den/der Befragten veranschaulichen, inwieweit sich die Forscher_innen bereits in die Thematik eingearbeitet haben. Hierbei ist für ein Gelingen des Interviews wichtig, dass der/die Befragte den Eindruck bekommt, dass der/die Gesprächspartner_in ebenfalls eine Expertise in der Thematik aufweist (vgl. Kaiser, 2014, S.66). Hierfür wurde sich zusätzlich dazu entschieden, den Interviewpartner_innen ein Exposé vorab zukommen zu lassen, um diese auf das Interview einzustellen, aber auch die fachliche Kompetenz des Interviewers aufzuzeigen. Auch diene das Exposé dazu, das konkrete Forschungsinteresse deutlich zu machen, da es sich hier um ein noch nicht weit verbreitetes

Forschungsgebiet handelt. Somit wurde durch das Exposé sichergestellt, dass Interviewer und Befragte_r auf einem vergleichbaren inhaltlichen Stand sind. Diese Einarbeitung in das Thema, also die Entwicklung des Fragebogens zusammen mit der Erstellung des Exposés sicherten zudem die fachliche Kompetenz des Interviewers (vgl. Meuser & Nagel, 1991, S. 448). Wichtig zu betonen ist, dass explorative Expert_inneninterviews durch möglichst offene Fragestellungen charakterisiert sind, da das Ziel Informationen und Wissen großflächig zu erhalten (vgl. Bogner, Littig & Menz, 2014, S.24). Somit ist der verwendete Leitfaden durch offene, erzählgenerierende Frageformen gekennzeichnet, um diese breite Wissensakkumulierung zu gewährleisten.

3.1.3 Beschreibung der Stichprobe

Auf Basis der zuvor beschriebenen Kriterien wurden hierbei Professionelle, wie z.B. Psycholog_innen und Psychotherapeut_innen, befragt, da

„der Einzug digitaler Medien in den privaten und beruflichen Alltag [...] vor allem jene VertreterInnen der Gesundheitsversorgung vor Herausforderungen [stellt], deren Handeln und Wirken eng an die Einhaltung einer professionellen Beziehung zur Patientin/zum Patienten geknüpft ist. So sind insbesondere PsychologInnen und PsychotherapeutInnen in ihrer Arbeitsweise vom technologisch bedingten Wandel sozialer Interaktionsmuster betroffen“ (Felnhofer & Culen, 2018, S.121).

Es sei zu erwähnen, dass die Befragung von Betroffenen sinnvoll gewesen wäre, da, vor allem aus einer rehabilitationspädagogischen Sichtweise ein inklusiver Forschungsansatz naheliegt. Dementsprechend wäre eine Einschätzung von Betroffenen notwendig, um dem Slogan „Nicht ohne uns über uns“ (Beauftragte der Bundesregierung für die Belange von Menschen mit Behinderungen, 2017, S.2) gerecht zu werden. Dennoch wurde sich Letzen Endes gegen die Befragung von Betroffenen entschieden, da ein Zugang im Rahmen dieser Forschung nicht möglich war.

Die Auswahl der Gesprächspartner_innen erfolgte durch bestimmte festgelegte Samplingverfahren. Somit wurden alle Interviewpartner_innen am Ende des Interviews nach weiteren, potenziellen Interviewpartner_innen gefragt (siehe Anhang C). Dieses Sampling-Verfahren ist den *link-tracing* Methoden zuzuordnen (vgl. Thompson, 2012,

S.210) und wird auch *snowball-sampling* (engl. = *Schneeballverfahren*) genannt (vgl. Thompson, 2012, S.211). Die Wahl für diese Sampling Methode begründet sich aus der Tatsache, dass eine systematische Auswahl von Interviewpartner_innen bezogen auf explorative Forschungen nicht zwingend nötig ist (vgl. Kaiser, 2014, S29f.).

Dennoch erfolgte darüber hinaus die Auswahl der Interviewpartner_innen über einen Ansatz, der am ehesten dem sogenannten theoretischen Sampling zuzuordnen ist. Das Ziel ist es hierbei bewusst typische Fälle ausfindig zu machen (vgl. Häder, 2015, S.67) und somit das Wissen über den Forschungsgegenstand systematisch zu erweitern (vgl. Häder, 2015, S. 177). Somit werden „Fälle ausgesucht, die aufgrund bestimmter Merkmale, über die sie verfügen, die Verteilung in der Grundgesamtheit bestimmen“ (Häder, 2015, S. 177) Anhand theoretischer Vorüberlegungen und Kriterien, die für den Forschungsgegenstand zentral sind, werden die Auswahlseinheiten bestimmt (vgl. Lamnek & Krell, 2016, S.109). Dies war der Tatsache geschuldet, dass nicht abgeschätzt werden konnte, wie gut das Schneeballverfahren funktioniert. Letztendlich ergaben sich der Großteil der Interviews aus den theoretischen Vorüberlegungen und nur eines aus dem Schneeballverfahren.

Im Rahmen der Vorbereitung auf die Interviews (u.a. Leitfaden entwickeln und Exposé verfassen) wurden die nötigen Informationen, theoretischen Vorüberlegungen und relevante Kriterien für eine Auswahl und Kontaktaufnahme gesammelt. Es wurden hierbei auf Grundlage der in Kapitel 3.1.1. dargestellten Wissens Ebenen die Befragten ausgesucht. Insgesamt wurden fünf Interviews im Zeitrahmen zwischen Ende Januar bis Mitte April 2019 geführt, wovon das erste Interview als Pre-Test fungierte. Die Interviews wurden hierbei mit zwei Psychologen, einer Sozialpädagogin, einer Rehabilitationspädagogin und einer Wissenschaftlerin mit dem Forschungsschwerpunkt eMental-Health geführt. Alle Befragten arbeiten mit Menschen mit Depressionen im Kontext von Therapie und Beratung zusammen. Die Ausnahmen bildet hierbei Frau B1, die konkret mit dem Forschungsgegenstand TPA´s im Hinblick auf Menschen mit Depressionen forscht. Die geografische Lage umfasste dabei die Städte Dortmund, Hagen, Krefeld, Leipzig und Nürnberg. Zwei der Interviews wurden in einem persönlichen Gespräch durchgeführt, zwei in Form eines telefonischen Interviews und eins per Online-Gespräch über die Plattform *Skype*.

3.1.4 Pre-Test

Bevor die Durchführung der Hauptuntersuchung begann, wurde der Leitfaden einem Vortest, dem sogenannten *Pre-Test* unterzogen. Hiermit sollte geprüft werden, ob dieser verständlich ist, Daten generiert und um die Interviewsituation zu üben und diese Aspekte somit ggfls. zu optimieren (vgl. Kaiser, 2014, S.69). Dies ist vor allem notwendig, wenn Forschende sich in ein unbekanntes Forschungsfeld einarbeiten (vgl. Kaiser, 2014, S.69).

Bei der Durchführung ist es von Vorteil einen oder eine Interviewpartner_in auszuwählen, der/die auch als Expert_in für den dargestellten Forschungsgegenstand anzusehen ist, da nur so realistische Bedingungen und somit sinnvolle Ergebnisse produziert und reflektiert werden können (vgl. Kaiser, 2014, S.70). Hierfür wurde der Pre-Test mit einem Psychologen durchgeführt, welcher für Menschen mit Depressionen sowohl Therapien als auch Beratungsangebote anbietet. Ausgewählt wurde dieser aufgrund der Tatsache, dass ein weiteres Interview mit einem Psychologen geplant war und somit davon ausgegangen wurde, dass voraussichtlich ähnliche Informationen in den Gesprächen generiert werden (vgl. ebd., S.70). Hauptsächlich umfassen die Veränderungen eine Zusammenfassung und Kürzung des Fragebogens, da bestimmte Aspekte schon während des Interviews bereits durch vorangestellte Fragen abgedeckt wurden. Unter diesem Aspekt wurde teilweise die Position der Fragen geändert.

3.2 Theoretische Differenzierung der Fragestellung

Nachdem nun die Festlegung des Materials dargestellt wurde, wird nun unter Rückbezug der in Kapitel 2 dargestellten Ergebnisse die Richtung der Analyse vorgegeben um anschließend die Fragestellung für die Forschungsarbeit abzuleiten.

3.2.1 Richtung der Analyse

Wie in Kapitel 2 ausführlich beschrieben, sind bestimmte Aspekte von TPA´s erforscht und gelten als empirisch belegt. Jedoch bleiben viele Fragen, vor allem bezogen auf spezielle Störungsbilder und die damit verbundene Symptomatik, unbeantwortet. Vor allem eine nur auf die symptomreduzierte fokussierte Orientierung der Forschung

(siehe Kapitel 2.3 & 2.4) führt bisweilen noch zu keinem umfassenden Verständnis von TPA´s bei der Behandlung von Menschen mit Depressionen.

Des Weiteren konzentrieren sich diese Ergebnisse hauptsächlich auf die als Internet als Informationsmedium (ungeleitete Selbsthilfe) und geleitete Selbsthilfe zu klassifizierenden Angeboten. Die bisherige Erforschung des Gegenstandes wird somit als noch nicht ausreichend eingeordnet.

Ein wichtiger Punkt, der ebenfalls zu beachten ist, ist die kaum durchgeführte Forschung im deutschsprachigen Raum. Vor allem bezogen auf die unklare Rechtslage und aktuellen Vorschriften (siehe Kapitel 2.1.3) ist eine empirisch erarbeitete Datenlage zum Forschungsgegenstand unabdingbar. Die globale (siehe Kapitel 2.1.2) und auch nationale Entwicklung (siehe Kapitel 2.5) zeigt eindeutig, dass dieses Thema Relevanz und Aktualität besitzt und eine erweiterte, explorative wissenschaftliche Auseinandersetzung notwendig ist.

Die bisher dargestellten Ergebnisse zeigen ebenfalls, dass TPA´s für Menschen mit Depressionen teilweise gut und evidenzbasiert evaluiert sind. Dabei deuten die Ergebnisse mehrheitlich in die Richtung, dass diese gut geeignet für die Behandlung von Menschen mit Depressionen ist (siehe Kapitel 2.4). Hierbei wird jedoch häufig nur die verbesserte Symptomatik der Betroffenen als Analyseeinheit angegeben. Noch nicht ausreichend ausdifferenziert sind konkrete, spezifische Chancen, sowie vor allem Risiken für diese Menschen bei der Nutzung dieser Angebote, um zu verstehen wieso diese (un-)geeignet für den Einsatz zur Behandlung dieses Störungsbildes sind.

3.2.2 Forschungsfragen

Wie bereits in der Einleitung angeführt, wurden somit zwei Forschungsfragen aus den bisher vorgestellten Ergebnissen und der theoretischen Differenzierung abgeleitet:

1. Welche Chancen entstehen durch die Nutzung und Anwendung von telepsychiatrischen Angeboten in der Behandlung von Menschen mit Depressionen?
2. Welche Risiken entstehen durch die Nutzung und Anwendung von telepsychiatrischen Angeboten in der Behandlung von Menschen mit Depressionen?

Die Operationalisierung der Forschungsfragen ist hierbei in Anhang A zu finden.

Zusammengefasst wurden somit zwei Hauptvariablen von TPA´s in Bezug auf die Behandlung von Menschen mit Depressionen untersucht: Chancen und Risiken. Somit werden alle drei Ebenen der TPA´s untersucht. Jedoch liegt der Fokus auf den Angeboten der geleiteten Selbsthilfe, sowie den Angeboten der Kommunikationsmedien. TPA´s als Informationsmedium werden in diesem Kontext als Begleiterscheinung untersucht, aber nicht fokussiert betrachtet. Dies ist dem Umstand geschuldet, dass es zum Beginn der Forschung das Ziel war, spezifisch die Chancen und Risiken der TPA´s als Kommunikationsmedium herauszuarbeiten. Bei fortschreitender Forschung und inhaltlicher Auseinandersetzung wurde jedoch klar (und wurde in den voran gegangenen Kapiteln auch hinreichend erläutert), dass zunächst eine allumfängliche Ergebnissicherung nötig ist, um diese Aspekte des Forschungsgegenstands empirisch aufzuarbeiten.

3.3 Ablaufmodell der Analyse

Nachdem nun in den methodischen Grundlagen der qualitativen Sozialforschung darauf eingegangen wurde, welche Methoden zur Datengenerierung eingesetzt wurden und die theoretische Differenzierung der Fragestellung vorgenommen wurde, befasst sich dieses Kapitel konkret mit der verwendeten Auswertungsmethodik der *qualitativen zusammenfassenden Inhaltsanalyse* nach Mayring (2015). Diese Auswahl lässt sich aus dem Verständnis ableiten, dass jede Methode von einer bestimmten Perspektive bzw. Fragestellung geprägt ist (vgl. Bogner, Littig & Menz, 2014, S.71). Wie bereits dargestellt, ist die Forschung als explorativ und induktiv zu beschreiben. Im Folgenden wird also die Bestimmung der Analysetechnik auf Grund dessen erläutert und der weitere Ablauf nach der Erhebung der Daten skizziert.

3.3.1 Induktive Kategorienbildung

Zunächst lässt sich die Methodik der *qualitativen Inhaltsanalyse* nach Mayring in drei Oberkategorien mit zugehörigen Unterkategorien aufteilen: Zusammenfassung, Explikation und Strukturierung (vgl. Mayring, 2015, S. 68). Die zusammenfassende Inhaltsanalyse versucht, das gesamte Material zu berücksichtigen und „systematisch auf das Wesentliche zu reduzieren“ (vgl. Mayring, 2015, S.67). Wird hierbei nur ein Bestandteil der Daten anhand eines Definitionskriteriums berücksichtigt, spricht man von einer induktiven Kategorienbildung (vgl. Mayring, 2015, S.67). Somit lässt sich die

Zusammenfassung in die Kategorien „(1) *Zusammenfassung*“ und „(2) *induktive Kategorienbildung*“ ausdifferenzieren (vgl. ebd., S.68). Beiden liegt das Ziel inne, durch einen Abstraktionsprozess ein überschaubares Abbild des Grundmaterials zu schaffen (vgl. ebd., S.67).

Da die Forschung jedoch einem explorativen Ansatz verfolgt, wurde die (2) *induktive Kategorienbildung* angewendet, da diese die Kategorien direkt aus dem Material bildet, verallgemeinernd ableitet und sich dabei nicht auf vorher formulierte, theoretische Konzepte bezieht (vgl. ebd., S.85). Ein wichtiges Merkmal hierbei ist, dass eine Abbildung des Materials entsteht, welches nicht durch vorherige Annahmen des Forschenden verzerrt wird (vgl. ebd., S.85). Die Fragestellung der Analyse gibt hierbei die Richtung dieser vor und bildet somit das Selektionskriterium für Material und Kategoriendefinition (vgl. ebd., S.86f.). Dementsprechend wurden nur die Textstellen berücksichtigt, die dem festgelegten Definitionskriterium entsprachen (vgl. ebd., S.67). Diese festgelegten Kriterien sind unter Anhang F einsehbar.

Anders als bei der reinen Zusammenfassung untersucht man also nur bestimmte Aspekte im Material (vgl. ebd., S.88). Mayring gibt für den Ablauf der Auswertungsverfahren jeweils eigene Ablaufmodelle an, da Systematik die Orientierung an vorab festgelegten Regeln der Textanalyse bedeutet (vgl., ebd., S.50f.). Hierbei sei jedoch erwähnt, dass die Abhängigkeit vom Forschungsgegenstand Adaptionen dieser Vorgehensweise erfordern und es sich hierbei nicht um standardisierte Verfahren handelt, sondern vielmehr um einen Leitfaden zur Orientierung (vgl. Bogner, Littig & Menz, 2014, S.71). Dies unterstreicht einen offeneren Ansatz einer explorativen Analyse.

Im Anhang E (Abb. 6) ist hierbei der vorgegebene Forschungsablauf für die *induktive Kategorienbildung* abgebildet. Der konkrete und in Hinblick auf die Untersuchung optimierte Ablauf ist dabei unter Anhang E (Abb. 7) einzusehen.

3.3.2 Transkription & Codierung

Vor der Durchführung der Analyse müssen die Audiodateien der durchgeführten Interviews in Transkripte umgewandelt werden. Die Transkription von Interviews dient der Extraktion aller genannten Informationen aus einem Interview (vgl. Dresing & Pehl, 2018, S.16). Beim Vorgang des Transkribierens wird das gesamte Interview anhand einer Audioaufnahme niedergeschrieben. Das Transkript hat den Vorteil, dass nur wenige Informationen des Interviews verloren gehen (vgl. Dresing & Pehl, 2018, S.17).

Jedoch können Aspekte der nonverbalen Kommunikation nicht, bzw. nur bedingt wiedergegeben werden. Diese Informationen können somit in der Auswertung nicht berücksichtigt werden (vgl. Dresing & Pehl, 2018, S.18). Um eine Einheitlichkeit der Transkripte und somit der Codierung zu gewährleisten, bedarf es dem Festlegen von Transkriptionsregeln. Die Analyse bestimmt dabei welcher Verlust von Informationen als akzeptabel gilt (vgl. Kuckartz, 2018, S.167). Ein Transkriptionssystem berücksichtigt demnach verschiedene (non-)verbale Merkmale, die aufgenommen werden und somit auch den Grad der Genauigkeit des Transkripts (vgl. Kuckartz, 2018, S.167). Hierbei wurde sich für ein Transkriptionssystem entschieden, welches sich hauptsächlich auf die inhaltlichen Aussagen der Befragten konzentriert. Einzelne Aspekte berücksichtigen darüber hinaus Auffälligkeiten, die über das rein informative hinausgehen. Ebenfalls wurde darauf geachtet, nicht zu viele Informationen aufzunehmen, so dass der Text noch lesbar und somit interpretierbar bleibt (vgl. Kuckartz, 2018, S.167). Es wurde sich zusammenfassend also auf das Zusammentragen von Informationen konzentriert, da das Ziel der Forschung die Generierung von inhaltlichen Informationen ist. Die verwendeten Transkriptionsregeln sind im Anhang E einzusehen.

Ein weiterer wichtiger Aspekt der Transkripte beinhaltet die vorgenommene Anonymisierung dieser. Da qualitative Daten sensible Informationen enthalten und einen Rückschluss auf die konkreten Personen erlauben, wurden alle Namen durch Kürzel ersetzt und wesentliche Merkmale zwar anonymisiert dargestellt, jedoch mit dem Fokus, dass wesentliche der Aussage nicht zu verlieren (vgl. ebd., S.171).

Die Auswertung der Transkripte erfolgte anschließend mit der Analyse-Software MAXQDA. Dieses ist eine Software zur computergestützten qualitativen Analyse von Daten und Texten (vgl. MAXQDA – The Art of Data Analysis, n.d., o.A.). Mit Hilfe von MAXQDA wurden so die von Mayring vorgeschriebenen, für den Forschungsgegenstand optimierten Analyseschritte für eine zusammenfassende qualitative Inhaltsanalyse vorgenommen. Eine computergestützte Auswertungssoftware eignet sich hierbei für eine induktive Kategorienbildung besonders, da eine übersichtliche Kategorienentwicklung durch die Möglichkeit direkt *Codes* (= Kategorien) an den entsprechenden Stellen im Text festzuhalten (vgl. Kuckartz, 2018, S.177) (siehe hierzu auch Anhang G). Hierbei ist es möglich ein Kategoriensystem mit bis zu zehn Ebenen zu erstellen, diesem Farben zuzuordnen, entsprechende Memos zu erstellen, sowie übersichtlich Paraphrasierungen

bestimmter Textabschnitte vorzunehmen (vgl. MAXQDA – The Art of Data Analysis, n.d., o.A.).

Die Kategorienbildung bildet das zentrale Instrument einer qualitativen Inhaltsanalyse, um ein Kategoriensystem zu entwickeln (vgl. Mayring, 2015, S.51 & S.61). Der Begriff Kategorie bedeutet in diesem Kontext, „das Ergebnis einer Klassifizierung von Einheiten“ (Kuckartz, 2018, S.37). Die Umschreibung des Inhalts, sowie die Angabe von Indikatoren (z.B. Ankerbeispielen) bilden die Definition einer Kategorie (vgl. Kuckartz, 2018, S.37). Kategorien haben darüber hinaus verschiedenen Funktionen. Im Folgenden werden die drei hier verwendeten Kategorien dargestellt. Fakten-Kategorien sind hierbei Kategorien, die (vermeintlich) objektive Gegebenheiten erfassen (vgl. Kuckartz, 2018, S.34). Thematische Kategorien beziehen sich auf ein bestimmtes Thema, welches erwähnt wurde (vgl. Kuckartz, 2018, S.34). Ferner stellen die analytischen Kategorien das Resultat einer intensiven Auseinandersetzung mit den Daten dar, da die Kategorien nicht nur beschreibend, sondern analytischer Natur sind (vgl. ebd., S.34). Die Oberkategorien sind in diesem Fall als analytische Kategorien zu bezeichnen, wohingegen die Subkategorien als Fakten- und thematische Kategorien zu klassifizieren sind (siehe Anhang H). Die Gesamtheit aller Kategorien bildet somit dann das Kategoriensystem (vgl. ebd., S.38).

Der Schritt Kategorien am Material zu bilden, wurde, wie anhand von Anhang E (Abb. 7) nachzuvollziehen, mehrmals durchlaufen (vgl. auch ebd., S.179). Somit wurden zunächst die Textpassagen mit den Codes *Chancen* oder *Risiken* versehen und somit vorstrukturiert. Daraufhin wurde ein erster Durchlauf zur Kategorienbildung unternommen. Hierbei wurde nach etwa 50% des Materials die erste Revision vorgenommen und somit überprüft, ob die bis hierhin gebildete Kategorien, sowie die Analyse Kriterien dem Ziel der Analyse entsprechen (vgl. Mayring, 2015, S.87). Ergeben sich hierbei Veränderungen, so muss nach Mayring erneut mit der Analyse begonnen werden (vgl. Mayring, 2015, S.87). Nachdem die erste Kategorienbildung, inklusive Revision, abgeschlossen wurde, konnte das Material erneut nach diesem Schema durchgearbeitet werden. Das Material wurde somit dreimal durchgearbeitet und das Kategorienschema, sowie die Analyseeinheiten mit Hilfe der Revision zweimal überprüft. Hiermit sollte sichergestellt werden, dass eine allumfängliche Auseinandersetzung mit dem Material vorgenommen und dieses inhaltsanalytisch differenziert betrachtet wurde. Außerdem erfolgte mit dieser Erweiterung des Ablaufmodells nach Mayring eine Anpassung des Forschungsprozesses an die

Gütekriterien. Somit spielt u.a. bei inhaltsanalytischem Vorgehen, die sogenannte *Intercoderreliabilität* eine wichtige Rolle. Diese Form der Reliabilitätsbestimmung beinhaltet, dass die Analyse von mehreren Forschern_innen durchgeführt wird und die Ergebnisse anschließend verglichen werden (vgl. Mayring, 2015, S.124). Dies war im Zuge dieser Forschungsarbeit nicht möglich, weshalb man sich für dieses erweiterte Ablaufmodell entschied.

Wie bereits in Kapitel 3.2.2 beschrieben, wurde der Fokus der Forschung im Verlauf der Bearbeitung angepasst. Durch die Verwendung sowohl von konkreten Fragen bezogen auf die verschiedenen Ebenen der TPA's, als auch allgemeine Fragen (siehe Anhang C), war es möglich ein zweites Kategorienschema zu entwickeln, womit die bereits codierten Textpassagen den einzelnen Ebenen der TPA zugeordnet wurden. Mit Hilfe eines Retrieval Tools (engl. = Abfrage/Abruf) war es demnach möglich, Überschneidungen mit den codierten Chancen und Risiken sichtbar zu machen und somit einen differenzierten Blick auf die gewonnenen Ergebnisse zu erhalten. Im Anhang H ist das dabei entstandene Kategoriensystem zu finden.

Abschließend wurden weiterführende Funktionen von MAXQDA genutzt. Somit wurden alle Visualisierungen der Ergebnisse mit Hilfe der implementierten Visualisierungsmöglichkeiten (*MAXMaps*) umgesetzt.

4. Ergebnisdarstellung

Im Folgenden werden nun die Ergebnisse aus der beschriebenen Forschungsarbeit dargestellt. Die Auswahl erfolgt hierbei anhand der Häufigkeit ihres Auftretens und wurde dementsprechend gewichtet und analysiert (vgl. Mayring, 2015, S.119). Die Ausprägungen sind im Anhang H (Tab. 1) einzusehen. Darüber hinaus ist ein erweiterter Einblick in die Ergebnisse unter Anhang I zu finden.

4.1 Chancen

Zunächst werden die Ergebnisse aus dem Bereich der Chancen vorgestellt. Hierbei gibt Abb. 3 einen Überblick über die erzielten Ergebnisse.

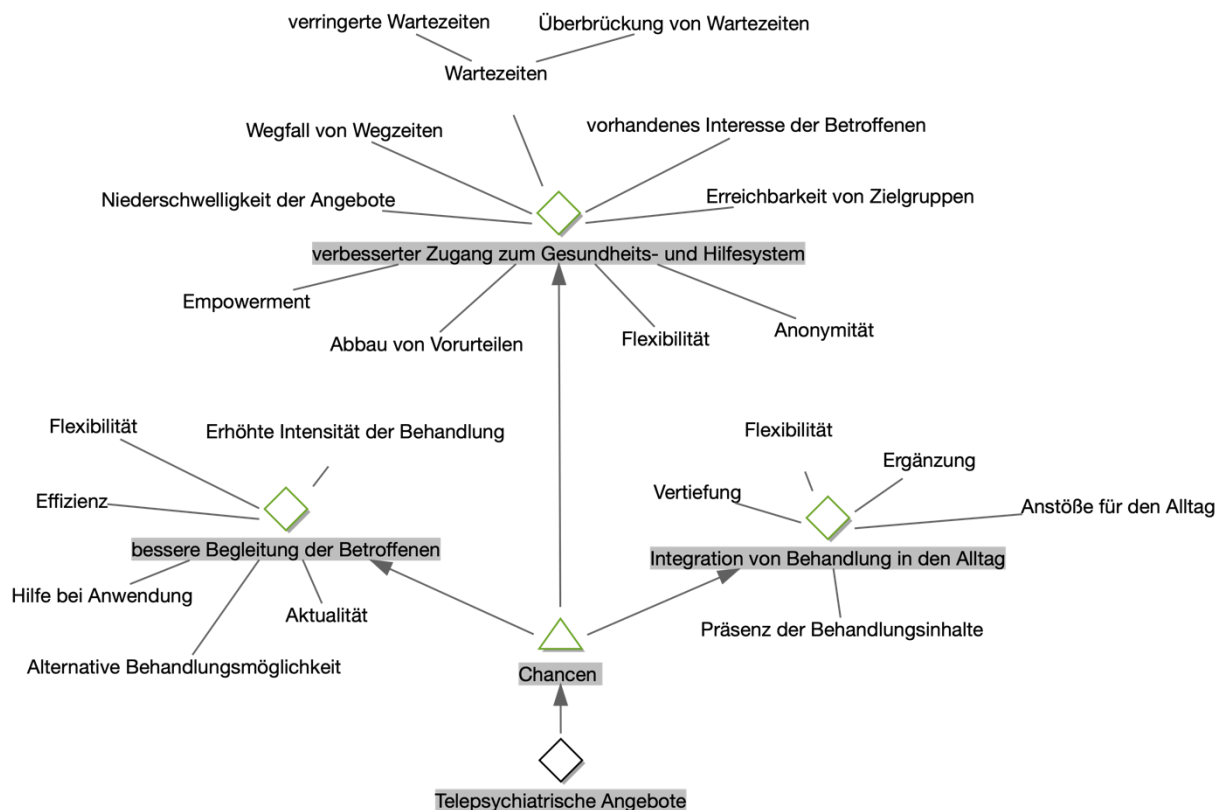


Abb. 3: Chancen von telepsychiatrischen Angeboten bei der Behandlung von Menschen mit Depressionen

Bezogen auf die Chancen von TPA's konnten somit drei Oberkategorien herausgearbeitet werden, die sich in jeweilige Subkategorien ausdifferenzieren lassen (siehe Abb. 3, sowie Anhang H). Somit betonten die Befragten den *verbesserten Zugang zum Gesundheits- und Hilfesystem*, die *bessere Begleitung der Betroffenen* und die *Integration der Behandlung in den Alltag* durch die Verwendung von TPA's bei der Behandlung von Menschen mit Depressionen.

Als signifikanteste Kategorie kristallisierte sich hierbei der *verbesserte Zugang zum Gesundheits- und Hilfesystem* heraus. Hierbei wurde insbesondere die *Niederschwelligkeit der Angebote* betont. Laut den Befragten liegt dies u.a. an der fortschreitenden Digitalisierung, wodurch viele Menschen Zugang zum Internet haben (vgl. Interview 2_20.02.2019, 22). Dies führt zu einer niedrigen Zugangsschwelle zu diesen Angeboten. Die Befragten argumentieren hierbei mit einer niedrigen Hemmschwelle, die diese Angebote bieten und somit den Zugang für Betroffene erleichtern (vgl. Interview 2_20.02.2019, 67; Interview Pre-Test_24.01.2019, 37). Dies könnte vor allem dann hilfreich sein, wenn der/die Betroffene unter einem verminderten

Antrieb leidet und Probleme hat, dass Haus zu verlassen (vgl. Interview 1_14.02.2019, 71). Dementsprechend können Angebote den Einstieg oder Erstkontakt für Menschen mit Depressionen erleichtern (vgl. u.a. Interview 4_11.04.2019, 60). Hinzu kommt das *vorhandene Interesse von bestimmten Menschen* unter den Betroffenen welches die Expert_innen beschreiben. Somit wäre eine interessierte Zielgruppe für diese Angebote vorhanden (vgl. u.a. Interview 4_11.04.19, 48). Dies seien vor allem junge Menschen, mit hohem Bildungsabschluss (vgl. Interview 1_14.02.2019, 32). Die Chance hierbei besteht darin, dass ein Interesse in diesem Fall auch zu einer motivierten Nutzung führen kann (vgl. Interview 1_14.02.2019, 30), wodurch Menschen mit einer höheren Affinität zu digitalen Medien von diesen Angeboten profitieren würden (vgl. Interview 4_11.04.2019, 48). Ein weiteres wichtiges Ergebnis sind die Auswirkungen auf *Warte-* und auch *Wegzeiten*. Bezogen auf Ersteres kristallisierten sich hier zwei Hauptaspekte heraus. Die Überbrückung von Wartezeiten, sowie die Verringerung dieser. Somit betonen die Expert_innen, dass diese Tools eine Überbrückungsmöglichkeit für die aktuellen langen Wartezeiten in Deutschland bieten. Dies würde somit helfen auf die Bedarfe der Betroffenen einzugehen und Anreize zur (Selbst-)Hilfe für diese zu schaffen (vgl. Interview 2_20.02.2019, 41). Hier sehen die Expert_innen einen Vorteil gegenüber konventionellen Behandlungsmöglichkeiten: Ein Zugang zu einer Behandlung könnte mit der Verwendung digitaler Sprechstundenangebote die aktuellen Wartezeiten verringern (vgl. Interview Pre-Test_24.01.2019, 70).

Die bisher dargestellten Ergebnisse bilden zusammengenommen ein positives Bild. Somit könnte, vor allem in Hinblick auf die Symptomatik der Depression, der niederschwellige und schnellen Zugang einen positiven Effekt auf die Betroffenen – im Sinne eines positiven Krankheits- und Behandlungsverlauf – darstellen (vgl. Interview 2_20.02.2019, 35).

Auch der Wegfall der Wegzeiten wird von den Expert_innen als Chance anerkannt. So wird u.a. die positive Auswirkung auf Arbeitnehmer_innen betont, da diese von dem Wegfall der Wegzeiten durch Angebote hinsichtlich digitaler Sprechstunden profitieren. So beschreibt B2 folgendes Szenario: *„Ja, ich komme abends um 19:00 Uhr oder 18:00 Uhr nach Hause. Muss nur meinen PC anmachen und mach mal eben ein Skype Gespräch mit meinem Therapeuten [...] und muss dann nicht nochmal vielleicht, manchmal sind ja Therapeuten auch weit weg, nochmal anderthalb, eine Stunde [...] irgendwo hinfahren“* (Interview 2_20.02.2019, 47). Vor allem hinsichtlich der

Symptomatik kann dies von Vorteil sein, da Betroffene eventuell nicht in der Lage sind, große Strecken zurückzulegen, um eine Therapie zu beginnen (vgl. Interview Pre-Test_24.01.2019, 72). TPA´s stellen somit eine Möglichkeit dar, den hohen Bedarf der Betroffenen an Behandlungsmöglichkeiten zu decken (vgl. Interview 4_11.04.2019, 100).

Eine weitere Kategorie stellt ferner die *Flexibilität* dar. Diese ist als wiederkehrendes Element in allen drei Oberkategorien zu finden (siehe Abb. 3, sowie Anhang H). Die Befragten betonten somit an mehreren Stellen die Flexibilität im Sinne einer positiven Eigenschaft von TPA´s. Dies würde z.B. bei begleiteten Selbsthilfe Tools eine Flexibilisierung der Nutzbarkeit bedeuten und damit eine bessere Integration der Behandlungsinhalte in den Alltag der Betroffene darstellen (vgl. Interview 1_14.02.2019, 48). Auch der direkte Zugang von zuhause aus, kann hier als Flexibilisierung, im Sinne eines flexiblen Zugangs zur Behandlung (z.B. bei digitalen Sprechstundenangeboten), angesehen werden (vgl. Interview 1_14.02.2019, 46). Darüber hinaus kann es mit Hilfe dieser Angebote sein, die Behandlung generell flexibler zu gestalten. B2 berichtet hier z.B. von einer flexiblen Anpassung der Häufigkeit einer Sitzung, gemessen an den Bedarfen der Betroffenen und dem aktuellen therapeutischen Prozess (vgl. Interview 2_20.02.2019, 89). Zusammenfassend könnten somit durch den niedrigschwelligen Zugang, die Möglichkeit gegeben sein, flexibel den Therapieprozess zu begleiten, abzufedern oder zu unterstützen (vgl. Interview 4_11.04.2019, 74).

Hinzu kommt die Möglichkeit tendenziell Behandlungen *effizienter* zu gestalten, durch eine bessere Vermittlung der Inhalte an den/die Betroffene (vgl. Interview 1_14.02.2019, 26). Durch die Arbeit unter zu Hilfenahme solcher Angebote besteht die Chance für die/den Professionelle_n, den Behandlungsprozess "direkter zu modellieren" (Interview 3_25.02.2019, 96) und somit den Problemen, die im Alltag entstehen, direkter entgegenzuwirken (vgl. Interview 3_25.02.2019, 28). Hieraus resultiert dementsprechend die Möglichkeit *Intensität* der Behandlung zu *erhöhen*. Dies könnte durch audiovisuelle Inhalte entstehen, die den Inhalt der Behandlung besser transportieren und somit bei dem/der Betroffenen eine stärkere Wirkung erzielen (vgl. Interview 3_25.02.2019, 34). Der Zirkelschluss bedeutet hierbei eine intensivere Behandlungssituation für den/die Betroffene (vgl. Interview 1_14.02.2019, 26).

Weitere relevante Kategorien stellen hierbei die *vertiefenden* und *erweiterten* Aspekte der TPA´ dar. Zunächst einmal könnte dies bedeuten durch diese Angebote weitere Hilfsmöglichkeiten zur Verfügung zu haben, die während der Behandlung als zusätzliche Hilfs- und Unterstützungsmöglichkeiten dienen können (vgl. Interview 2_20.02.2019, 41). Bezogen auf die geleiteten Selbsthilfe Angebote bedeutet das konkret, dass man z.B. für verhaltenstherapeutische Maßnahmen Visualisierungsmöglichkeiten anbietet und diese für den/die Betroffene_n erlebbarer und greifbarer werden (vgl. Interview 3_25.02.2019, 36). Die Expert_innen heben ferner die Möglichkeit hervor, mit Hilfe der Angebote in Behandlungen ein- oder auszusteigen und dadurch die gesundheitliche Stabilität der Betroffenen zu unterstützen, sowie bestimmte Angebote flexibel an die aktuelle Situation der Betroffenen anzupassen (vgl. Interview 2_20.02.2019, 95; Interview 4_11.04.2019, 40). Zusammenfassend kann es somit in der Behandlung um konkrete Übungen und Themen gehen, die durch die Angebote vertieft aufgegriffen werden und somit eine Integration der Behandlung in den Alltag ermöglichen (vgl. Interview 1_14.02.2019, 26). Hierbei ist es laut B3 wichtig zu beachten, nicht die Therapie, sondern den Alltag der Betroffenen zu digitalisieren (vgl. Interview 3_25.02.2019, 94), um eben jene Integration herzustellen.

4.2 Risiken

Bezogen auf die Risiken von TPA´s im Kontext der Behandlung von Depressionen gibt Abb. 4 einen Überblick über die erzielten Ergebnisse.

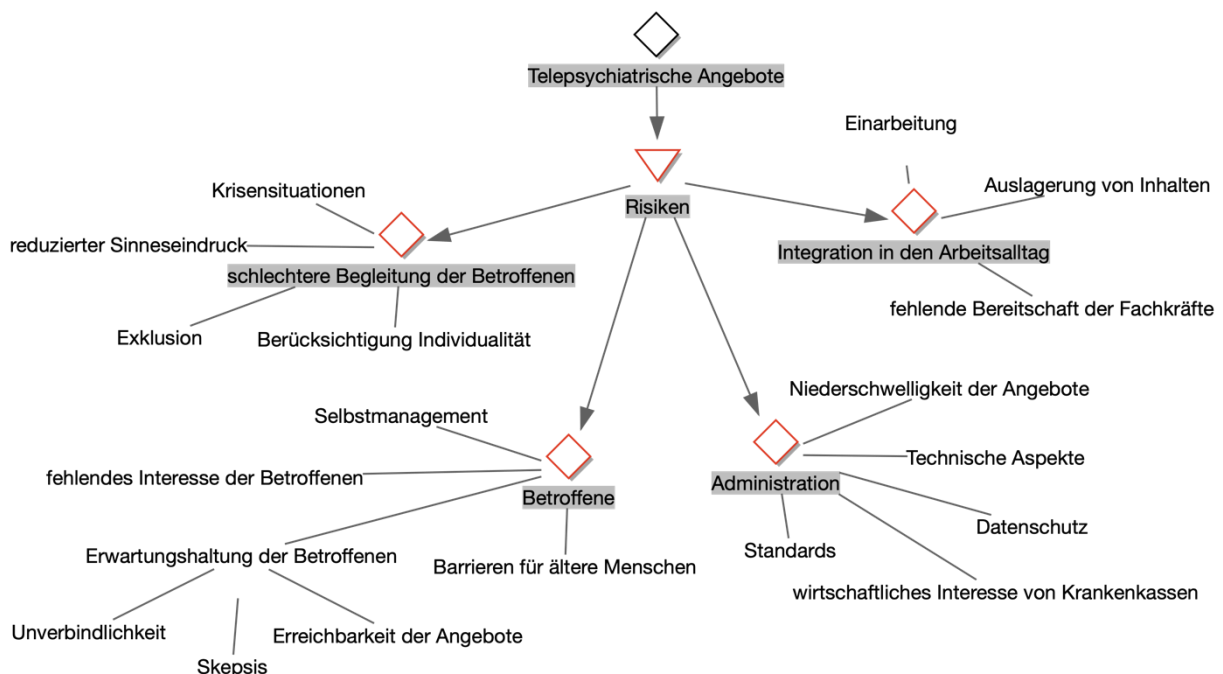


Abb. 4: Risiken von telepsychiatrischen Angeboten bei der Behandlung von Menschen mit Depressionen

Somit wurde ein Kategoriensystem entwickelt, welches vier Oberkategorien enthält (siehe Abb. 4, sowie Anhang H). Die Befragten betonten die Risiken, die von den *Betroffenen* ausgehen, *administrative Aspekte*, die *schlechtere Begleitung von Betroffenen* und die *Integration in den Arbeitsalltag* durch die Verwendung von TPA´s bei der Behandlung von Menschen mit Depressionen.

Bei den Risiken ist eine der gebildeten Oberkategorien besonders hervorzuheben: Die Risiken, die durch die *Betroffenen* und den für die Depression markanten Symptomatik entstehen können. Hier spielt vor allem die Subkategorie *Selbstmanagement* eine signifikante Rolle. Viele der Angebote verlangen ein erhöhtes Selbstmanagement im Vergleich zu konventionellen Behandlungsmethoden. Dies wird als problematisch eingestuft, da bezogen auf die Symptomatik der Depression die Selbstverantwortung als kritisch einzuschätzen und somit Angebote, die der ersten oder zweiten Ebene von TPA´s zuzuordnen sind, also Angebote, die wenig Begleitung in dem Behandlungsprozess vorsehen, als problematisch in der Nutzung einzuschätzen sind (vgl. u.a. Interview 3_25.02.2019, 104). Risiken bestehen hierbei, wenn die

Informationen von den Nutzer_innen falsch interpretiert und ggfls. falsche Rückschlüsse aus dieser Interpretation gezogen werden (vgl. Interview Pre-Test_24.01.2019, 41; Interview 1_14.02.2019, 48). Auch die Nutzung von geleiteten Selbsthilfeangebote ist unter diesem Aspekt fraglich. So kann es passieren, dass selbst bei einem Interesse der Nutzer die Verwendung des Angebots ausbleibt (vgl. Interview 1_14.02.2019, 28). Dies kann laut den Befragten z.B. an der Überforderung der Betroffenen durch das erforderliche Selbstmanagement bei diesen Angeboten liegen (vgl. Interview Pre-Test_24.01.2019, 148). B3 konkretisiert, dass bei der Nutzung dieser Angebote in Form von Kommunikationsmedien, dass meiste Potenzial bezogen auf die hier fokussierte Zielgruppe liegt (vgl. Interview 3_25.02.2019, 104). Dennoch zeigen die Ergebnisse, dass auch TPA´s als Kommunikationsmedium ein Risiko in der Nutzung darstellen können. Hier spielt vor allem der bereits angesprochene niedrighschwellige Zugang eine Rolle, denn dies kann dazu führen, „dass sowas als unverbindlicher wahrgenommen wird, [...] also wie fast alle Onlinesachen. Ja, man klickt mal drauf oder man klickt mal weg. [Ich] könnte mir vorstellen, dass auch da vielleicht Termine öfter mal ausfallen [...]“ (Interview 1_14.02.2019, 38; siehe auch Interview 2_20.02.2019, 93; Interview Pre-Test_24.01.2019, 142). Bezogen auf die digitalen Sprechstundenangebote könnte dies zu Problemen in der Behandlungstiefe führen, da z.B. Vermeidungen während einer Therapiesituation auftreten können (vgl. Interview Pre-Test_24.01.2019, 84) und somit der Abbruch einer Sitzung ebenfalls als niedrighschwelliger zu kategorisieren ist.

Dementsprechend stellt ein weiteres Risiko die *Niederschwelligkeit der Angebote* dar. Hierbei beziehen sich die Aussagen u.a. auf die Aspekte, dass bei TPA´s als Kommunikationsmedium Termine ausfallen, da diese als unverbindlicher wahrgenommen werden (vgl. Interview 1_14.02.2019, 38) und die Hemmschwelle somit niedriger ist, diese abzusagen (vgl. Interview 2_20.02.2019, 91). Dieser Aspekt könnte sich darüber hinaus auch in einer Sitzung selbst bemerkbar machen, da eine Sitzung viel einfacher abgebrochen werden kann (vgl. Interview Pre-Test_24.01.2019, 84).

Der *Datenschutz*, sowie die *Datensicherheit* wurden ebenfalls von den Expert_innen als Risiko benannt. Somit besteht die Gefahr des Datenklaus von Dokumentationen (vgl. Interview 1_14.02.2019, 48). Dies stellt vor allem für die Menschen eine Gefahr dar, die Schuldgefühle oder Scham ihrer Erkrankung oder Behandlung gegenüber empfinden (vgl. Interview 4_11.04.2019, 100). Dementsprechend ist es notwendig,

dass erfasste und gesammelte Krankheitsdaten sensibel behandelt werden müssen (vgl. Interview 4_11.04.2019, 20).

Ferner können *technische Schwierigkeiten* im Behandlungsprozess diesen erschweren und somit neue Barrieren darstellen (vgl. Interview 1_14.02.2019, 40 - 44). Dies ist vor allem unter dem Aspekt der Analysefähigkeit der Behandler_innen zu verstehen. Die Arbeit der Professionellen setzt hierbei eine optimale Erfassung und Analytik des/der Betroffenen voraus. Hierfür müssen zunächst technische Hürden abgebaut und bestimmte Voraussetzungen erfüllt sein, damit ein vergleichbares Ergebnis, wie bei einer Face-To-Face Behandlung erzielt werden kann (vgl. Interview 3_25.02.2019, 58). Notwendig ist dementsprechend, eine perfekte Ton- und Bildqualität zu gewährleisten (vgl. Interview Pre-Test_24.01.2019, 80). Diese Aspekte sind hierbei mit dem Subcode *reduzierter Sinneseindruck* zu verbinden. B3 erläutert hierbei die Problematik, die mit der Zweidimensionalität der Angebote und dem reduzierten Sinneseindruck in der Verarbeitungstiefe einhergeht:

“Wenn Sie jemandem gegenüber sitzen [...], das ist ja ein 3-dimensionales Erlebnis, ne. [...]. Wenn ich den auf dem Bildschirm habe, dann ist das 2-dimensional. [...]. Also man müsste sich überlegen, ich mein, wenn dieses Thema irgendwann so cool [ist], dass man sich in einem virtuellen Raum bewegen, bewegen kann [...] so 1 zu 1 die Person übertragen wird, ok dann ja. [...] Wir [sind] in einem 3-dimensionalem Raum mit allem Möglichen und das ganze wird auf 2-dimensional reduziert, dass reduziert auch den Sinneseindruck und die Verarbeitungstiefe, die ich von einer anderen Person habe, ne” (Interview 3_25.02.2019, 130 - 136).

Als weiteres Risiko benennen die Expert_innen die erforderliche *Einarbeitung* der Professionellen und damit die erschwerte *Integration in den Arbeitsalltag* dieser. Eine Einführung dieser Angebote bedeutet zunächst einen erhöhten Arbeitsaufwand, durch die erforderliche Einarbeitungszeit, da sich die Professionellen zunächst mit den Inhalten und einzelnen Angeboten und damit verbundenen Programmen vertraut machen müssen (vgl. Interview 1_14.02.2019, 26). Die erforderliche Technik würde eine technische Umstellung bedeuten, was u.a. mit finanziellen Ressourcen verbunden ist (vgl. Interview 1_14.02.2019, 38). Ein Aspekt, den die Befragten hervorheben, ist die *Skepsis* gegenüber digitalen Medien, sowie die evtl. fehlende Medienkompetenz der Professionellen, die eine Einarbeitung nötig machen, aber sie dementsprechend auch erschweren (vgl. u.a. Interview 4_11.04.2019, 98). Laut den

Einschätzungen der Befragten ist eine Einführung in die Thematik während der Ausbildung der Fachkräfte notwendig um den Umgang mit den Angeboten als „Werkzeug“ zu erlernen (vgl. Interview Pre-Test_24.01.2019, 132; Interview 3_25.02.2019, 74).

Generell betrachten die befragten Personen die Angebote als positiv, jedoch betonten diese, dass sie allgemein, sowie im Bezug zur Depression immer als Ergänzung zu einer konventionellen Behandlung eingesetzt werden sollen. Das heißt, der persönliche Kontakt mit einem entsprechenden Professionellen wird hier als Basis für eine gelingende Behandlung angesehen und TPA`s können im Einsatz durch die dargestellten positiven Aspekte eine solche Behandlung ergänzen und somit auch verbessern. Es wird somit als eine neue Methode wahrgenommen, die zielgruppen-, sowie bedarfsorientiert eingesetzt werden und den Einschätzungen nach, positive Auswirkungen auf den Behandlungsverlauf nehmen kann. Es erweitert die konventionelle Therapie um einen „Baustein“, kann und sollte diese aber nicht ersetzen (vgl. Interview 1_14.02.2019, 79; Interview 2_20.02.2019, 95; Interview 3_25.02.2019, 126-128; Interview 4_11.04.2019, 60).

5. Ergebnisdiskussion

Die im vorherigen Kapitel 4 dargestellten Ergebnisse zu den Chancen und Risiken von TPA`s für Menschen mit Depressionen werden nachfolgend diskutiert. Mit Blick auf die übergeordnete Fragestellung, sowie den in Kapitel 2 gewonnenen Erkenntnisse, werden diese an dieser Stelle gedeutet und in Beziehung gesetzt. Insbesondere die Diskussion der eigenen Ergebnisse im Kontext wissenschaftlicher Studien zum Forschungsgegenstand und die Reflexion der eigenen Forschung stehen hierbei im Fokus.

5.1 Zusammenfassung der Befunde & Beantwortung der Forschungsfrage

Zusammenfassend lässt sich ein ausgeglichenes Bild zwischen Chancen und Risiken abzeichnen. Jedoch wird deutlich, dass viele der positiven Aspekte eher als allgemeingültige Aussagen zu interpretieren sind und die Risiken mehr zielgruppenspezifisch getätigt wurden. Ferner scheint es so, als ob die letztendliche Auswirkung auf den Behandlungsverlauf individuellen Schwankungen unterliegen könnte. Die dargestellten Chancen lassen sich den drei Kategorien *verbesserten*

Zugang zum Gesundheits- und Hilfesystem, bessere Begleitung der Betroffenen und Integration der Behandlung in den Alltag zuordnen. Signifikante Ergebnisse sind hierbei die Niederschwelligkeit der Angebote, das vorhandene Interesse der Betroffenen und die positiven Auswirkungen auf die Wartezeiten, im Sinne einer Verringerung oder einer Überbrückung dieser, sowie die Reduktion von Wegzeiten. Ferner wird die Flexibilität der Angebote betont. Auch die Möglichkeit Behandlungen zu ergänzen oder zu vertiefen und diese dadurch effizienter und intensiver zu gestalten werden als Chancen der Angebote beschrieben.

Auf der anderen Seite sind die herausgearbeiteten Risiken den Kategorien *Betroffene, Administration, schlechtere Begleitung der Betroffenen und Integration in den Arbeitsalltag* zuordnen. Als signifikantestes Ergebnis sind hierbei die Aussagen hinsichtlich des Risikos der Betroffenen anzusehen. Somit ist das Selbstmanagement von Betroffenen bezogen auf die Symptomatik der Depression als kritisch zu betrachten. Das verminderte Selbstmanagement kann ferner mit der Niederschwelligkeit der Angebote kollidieren. Somit besteht die Gefahr des Abbruchs von Sitzungen, sowie die Wahrnehmung der Angebote als unverbindlich. Ein weiteres Risiko liegt im Datenschutz und der Datensicherheit, da nicht gesichert ist, inwieweit dieser Aspekt abgesichert werden kann. Eventuell auftretende technische Schwierigkeiten, sowie der verminderte Sinneseindruck durch die Verwendung digitaler Medien zählen ebenfalls zu den signifikanten Ergebnissen. Ferner ist die erforderliche Einarbeitung der Professionellen als problematisch zu betrachten.

Welche Chancen und Risiken hauptsächlich mit der Anwendung von TPA's in Verbindung gebracht werden können, wurde somit beantwortet und deckt sich weitestgehend mit dem bisher dargestellten Forschungsstand. Vor allem die hier dargestellten positiven Aspekte, decken sich mit dem, auf Bauer & Kordy (2008), sowie Boettcher & Berger (2018) basierenden Forschungsergebnissen (siehe Kapitel 2.4). Deutlich wird in der Ergebnisdarstellung vor allem die unterschiedliche Ausrichtung der beiden untersuchten Aspekte. Somit beziehen sich die dargestellten Chancen oft auf die geleiteten Selbsthilfe Angebote (siehe u.a. die Kategorien *Vertiefung* und *Ergänzung*). Darüber hinaus sind die dargestellten Chancen als unspezifischer und allgemeingültiger zu betrachten. Auf der anderen Seite beziehen sich die Risiken zielgruppenspezifischer und differenzierter auf die einzelnen Ebenen der TPA's.

Ob die Angebote eher als Risiko oder als Chance in der Behandlung von Menschen mit Depressionen einzustufen sind, konnte in diesem Kontext nicht geklärt werden. Es stellt sich zunächst die Frage, inwieweit diese Angebote für einen Einsatz in der Behandlung von Menschen mit Depressionen geeignet sind. Hierbei ist zu beachten, dass den Interviews nicht entnommen werden konnte, inwieweit hier individuelle symptomatische Schwankungen berücksichtigt werden müssen. Dies konnte in dieser Forschungsarbeit nicht umfassend geklärt werden und lässt sich aus den erhobenen Ergebnissen nicht weiter ableiten. Jedoch deuten die Ergebnisse zum Selbstmanagement der Betroffenen in eine deutliche Richtung. Dies deckt sich mit den von Boettcher & Berger (2018) in Kapitel 2.3.1 angeführten problematischen Selbstmanagementanforderungen im Hinblick auf die Symptomatik der Depression. Eine Behandlung durch TPA's ist somit als kritisch einzustufen und sollte höchstwahrscheinlich einer individuellen Entscheidung unterliegen. Wie bereits dargestellt empfehlen die Expert_innen eine Anwendung im Kontext einer herkömmlichen Behandlungsstruktur. Dies könnte im Idealfall dazu führen, die positiven Aspekte von TPA's hervorzuheben und negative durch eine klassische Begleitung aufzufangen. Daraus ist zu schlussfolgern, dass die Verwendung von TPA's im Kontext der Behandlung einer Depression durch den Ansatz des *blended-care treatments* (siehe Kapitel 2.1.1) sich somit positiv auf die Selbstwirksamkeitserfahrungen und den Behandlungsverlauf von Menschen mit Depressionen auswirken kann. Diese Einschätzung deckt sich mit den dargestellten positiven Aspekten nach Berger, Schuster & Laireiter (2018) (siehe Kapitel 2.3.3). Hierbei wird wiederholt die Einschätzung hervorgehoben, dass sowohl Betroffene, Professionelle als auch Akteure und Entscheidungsträger_innen des Gesundheitswesens diesem Ansatz positiv gegenüber eingestellt sind und somit eine Eingliederung in die aktuellen Versorgungsstrukturen möglich ist (vgl. Berger, Schuster & Laireiter, 2018, S.279). Eine Verwendung der Angebote als alleinstehende Behandlung wird anhand der hier dargestellten Ergebnisse nicht empfohlen. Dies erfolgt auch mit dem Verweis auf die bereits in Kapitel 2.3.2 dargestellte Tatsache, dass empirisch gesichert ist, dass der Behandlungseffekt bei Kontaktmöglichkeiten mit Professionellen signifikant größer ist (vgl. Wagner & Maercker, 2011, S.35).

Zu beachten ist, dass die Implementierung dieser Angebote für viele Professionelle eine Umstellung bedeutet und somit die Akzeptanz den Angeboten gegenüber als gering einzuschätzen ist. Dies ist ein Aspekt, der in der bisherigen Forschung wenig

bedacht wird. Vielmehr wird die nötige Akzeptanz von den Betroffenen gegenüber diesen Angeboten betont (siehe Kapitel 2.3.3). Die dargestellten Theorien zur Technologieakzeptanz (vgl. Davis et al., 1989, S. 985f.) lassen sich aber auch auf die Professionellen übertragen. Dementsprechend ist es wichtig, dass auch die Professionellen von dem Nutzen der Angebote überzeugt sind. Es sollte ein Ziel sein, diese Angebote in Zukunft in die Aus- und Weiterbildung von Professionellen zu integrieren, um diese nötige Akzeptanz herzustellen und diese darüber hinaus die benötigte Medienkompetenz für eine Anwendung entwickeln. Generell werfen die Ergebnisse erneut die Frage auf, inwieweit ein Interesse an solchen Angeboten unter den Betroffenen besteht. Hierzu wäre eine quantitative Auswertung denkbar.

Ferner ist aus den Forschungsergebnissen abzuleiten, dass TPA´s (vor allem geleitete Selbsthilfeangebote) als Rückfallprophylaxe nach einer Behandlung für Menschen mit Depressionen geeignet sein können. Auch ein Einsatz in Form eines Einstiegs in die Behandlung und um einen niederschweligen Erstkontakt herzustellen ist denkbar.

5.2 Wissenschaftliche, pädagogische & gesellschaftspolitische Folgerungen

Wie bereits in Kapitel 2 dargestellt, steht die Forschung zu dem Thema in gewisser Hinsicht noch am Anfang. Beziehen wir dies auf die Forschungslage im deutschsprachigen Raum, ist die empirische Lage und Expertise zu dem Thema als noch nicht ausreichend zu beschreiben. Viele der in dieser Ausarbeitung verwendeten Literaturverweise beziehen sich demnach auf Studienergebnisse aus dem Ausland. Um ein wissenschaftliches Verständnis von TPA´s zu erhalten, ist es, wie es auch schon Wagner & Maercker (2011) fordern, erforderlich, weitere Untersuchungen vorzunehmen (siehe Kapitel 2.4). Auch wird deutlich, dass das Thema bisher hauptsächlich in einem medizinischen oder psychologischen Kontext besprochen wurde. Mit dieser Ausarbeitung und der dazugehörigen Forschungsarbeit wurde nun ein Anstoß gegeben, auch aus fachverwandten wissenschaftlichen Disziplinen diesen Forschungsgegenstand zu erforschen. Hier könnte eine wissenschaftliche Orientierung aus dem Bereich der Rehabilitationswissenschaften, sowie der sozialen Arbeit eine Bedarfsorientiertheit und inklusive Erforschung den Erkenntnisgewinn fördern. Die Relevanz hierfür bildet sich dabei aus den dargestellten Vorgaben aus z.B. der UN-BRK (siehe Kapitel 2.2) und dem potenziellen Mehrwert, den diese Angebote für Menschen mit den unterschiedlichsten Einschränkungen, sowie

Komorbiditäten aufweisen (siehe Kapitel 2.4). Auch die Tatsache, dass z.B. Rehabilitationspädagog_innen, Sozialarbeiter_innen usw. in Beratungsstellen tätig sind, manifestiert die Notwendigkeit, auch über diese Forschungsarbeit hinaus, TPA´s in diesen Disziplinen zu erforschen und ein differenziertes Verständnis von diesen zu erhalten.

In der weiteren Erforschung sollte ein Faktor bedacht werden: Die Befragung von Menschen mit Depressionen. Dies war im Umfang dieser Ausarbeitung nicht möglich, da sich kein Zugang zum Forschungsfeld eröffnet hat (siehe auch Kapitel 3.1.3). Bei der Untersuchung solcher Aspekte sollte jedoch, vor allem auch aus einem rehabilitationspädagogischen Verständnis heraus, ein inklusiver Forschungsansatz bedacht werden. Die Befragung von Betroffenen ist hierbei notwendig um nicht nur, wie bisher hauptsächlich geschehen, die Reduzierung der Symptomatik zu messen, sondern auch die subjektiv wahrgenommenen Chancen, Risiken und Bedarfe dieser Menschen zu berücksichtigen. Auch die Umsetzung eines partizipativen Forschungsprozesses ist notwendig, um Betroffenen die Möglichkeit zu geben, Themen die direkten Einfluss auf ihre Lebenswelt haben, mitzugestalten. Dies sollte als Bestandteil des Forschungsprozesses bedacht werden, um einen bestmöglichen Behandlungsverlauf und eine nachhaltige Entwicklung dieser Bedarfe zu gewährleisten. Die Ergebnisse dieser Untersuchung liefern hierfür einen Baustein, der als Vergleich dienen kann.

Für Professionelle im Gesundheitswesen sind die Befunde zum Selbstmanagement besonders bedeutend. Hier wird deutlich, dass es notwendig ist, die Symptomatik der Betroffenen zu beachten. Es wird empfohlen, Menschen mit Depressionen in der Behandlung so zu begleiten, dass diese zur Selbstwirksamkeit befähigt werden, aber dennoch eine angemessene Begleitung durch den/die Professionelle_n zu erfahren (Stichwort: *blended-care-treatment*). Dementsprechend sind TPA´s, die unbegleitete Selbsthilfe anbieten zunächst als eher ungeeignet einzustufen. Dennoch sollte bedacht werden, dass heutzutage Menschen Informationen und Möglichkeiten auch über digitale Medien suchen und somit Professionelle sich diesem Fakt bewusst werden sollten. Somit sollte bei der Verwendung solcher Angebote darauf geachtet werden, die Chancen der Flexibilität und Niederschwelligkeit zu nutzen und die damit einhergehenden Risiken zu beachten. Wichtige Inhalte der Behandlung sollten nicht ausgelagert und die Angebote eher unterstützend zur Behandlung eingesetzt werden.

Im Allgemeinen hängt der Erfolg von TPA's somit von diversen gesellschaftlichen, sowie politischen Faktoren ab. Hierzu ist es nötig, in Zukunft die Rechtslage anzupassen, um die vermeintlichen Potenziale dieser Angebote nutzen zu können. Dementsprechend sollte die rechtliche Situation vor allem konkretisiert werden. Hinsichtlich der Empfehlungen und Verordnungen der einzelnen Verbände wirken die Beschlüsse in Bezug auf TPA's als Kommunikationsmedium (siehe Kapitel 2.1.3) im Abgleich mit den hier gewonnenen Ergebnissen, sowie der Tatsache, dass Betroffenen aktuell noch wenig Interesse an diesen Angeboten zeigen (vgl. Berger, Schuster & Laireiter , 2018, S.279), verständlich. Notwendig sind in diesem Zuge dennoch Richtlinien, die den Datenschutz und die Datensicherheit für diese Angebote regeln.

5.3 Forschungsprozess - Limitation der Arbeit

Hinsichtlich des methodischen Vorgehens dieser Arbeit ist zu erwähnen, dass die hier dargestellten Ergebnisse als Beginn eines empirischen Prozesses zur Erfassung des Forschungsgegenstandes stehen. Jeder dargestellte Aspekt sollte somit in Zukunft in einem umfangreicheren Aspekt empirisch evaluiert werden, um die hier als allgemeingültige Aussagen formulierten Ergebnisse empirisch zu überprüfen. An dieser Stelle endet somit auch die Kette einer induktiven Forschung, in der spezifische Aussagen, in allgemeingültige übersetzt werden. Mehr als ein Forschungsanstoß im Sinne von Hypothesen und weiteren Forschungsfragen kann und sollte hier, im Sinne einer explorativen Studie, nicht geleistet werden.

Zusammenfassend erwies sich der Vorstoß in das Forschungsfeld und die Entwicklung eines geeigneten Leitfadens als herausfordernd. Das Thema in seiner ganzen Komplexität ist in Deutschland weitgehend unbekannt und Expert_innen zu finden, die umfassende Kenntnis aufweisen somit schwierig. Dementsprechend obliegt der Arbeit eine gewisse Limitation aufgrund der hier gewählten Stichprobengröße, wenngleich diese dennoch das Spektrum Professioneller sowohl im Hinblick auf die Anwendung von TPA's, sowie der Zielgruppe dieser abdeckt. Eine größere Stichprobe hätte dennoch zur weiteren Validierung der Ergebnisse geführt. Ferner sind die verwendeten Methoden unter Rückbezug der produzierten Ergebnisse als geeignetes Mittel zur Erhebung des hier beschriebenen Forschungsgegenstandes einzustufen.

Hervorzuheben ist, dass die hier gewählte Forschung den Forschungsgegenstand aus dem universitären Kontext in den Behandlungsalltag hebt und somit der Kritik von Wagner & Maercker (2011) an der empirischen Datenlage im deutschsprachigen Raum entgegensteht. Dies erklärt an dieser Stelle auch, warum die Forschung alle drei Ebenen von TPA´s umfasst. Da vor allem der Bereiche der Nutzung von TPA´s im Sinne des *Internet als Kommunikationsmedium* auch aufgrund der aktuellen rechtlichen Situation kaum präsent ist, wäre eine Befragung in diesem Rahmen nicht zielführend gewesen. Dementsprechend wurde sich dafür entschieden, alle drei Aspekte der Angebote zu erforschen. Dennoch ist festzuhalten, dass eine spezifische Befragung zu einem Teilgebiet des Forschungsgegenstandes, konkretere Ergebnisse geliefert hätte und die Limitation der Forschung unter dem Aspekt deutlich wird.

Die Ergebnisse dieser Arbeit sollten hierbei unter der Tatsache betrachtet werden, dass eine Interkoderreliabilität durch das alleinige Verfassen und Durchführen dieser Ausarbeitung nicht gegeben ist. Auch eine Absicherung in Form einer Triangulation konnte durch den Aufbau und Umfang dieser Ausarbeitung nicht gewährleistet werden. Somit wäre es z.B. denkbar gewesen, durch die bereits erwähnte zusätzliche Befragung von Betroffenen einen Vergleich zwischen den beiden Ergebnissen herzustellen und dementsprechende Schlussfolgerungen abzuleiten.

6. Ausblick

Die Frage welche Chancen und Risiken TPA´s in der Behandlung von Menschen mit Depressionen darstellen wurde geklärt. Eine Beantwortung ob diese Angebote eine konkrete Chance oder ein Risiko darstellen, wurde und konnte im vorgenommenen Forschungsumfang nicht geklärt werden. Vielmehr erfolgte ein Überblick über mögliche Chancen und Risiken. Es ist hervorzuheben, dass somit ein Anstoß für einen wichtigen Baustein im Verständnis von TPA´s in Bezug auf Depressionen ermöglicht wurde, da wie in Kapitel 2.4 erläutert, vor allem die Risiken, sowie nachteilige Faktoren bisweilen weitestgehend unerforscht sind (vgl. Oehler et al., 2019, S.1). Es lässt sich somit festhalten das ein grundsätzliches Verständnis über vermeintliche Risiken, sowie Chancen geschaffen wurde auf deren Grundlage weitere Daten erhoben werden können. Auch die Auswahl passender Forschungsmethoden lässt sich mit Hilfe dieser Arbeit vollziehen.

Abschließend ist festzuhalten, dass die Ergebnisse daraufhin deuten, dass verschiedene Faktoren die Sachdienlichkeit der Angebote für Menschen mit Depressionen beeinflussen. Bisher scheint es, dass es Wechselwirkung aus einer individuellen Frage der fachlichen Kompetenz der/des Professionellen, dem Interesse und Schweregrad der Symptomatik des Betroffenen und der Akzeptanz der Technologie gegenüber beider Parteien ist.

Über die bisher beschriebenen und diskutierten Ergebnisse hinaus, soll an dieser Stelle erneut die Frage von Wagner & Maercker (2011) aufgegriffen werden, inwieweit solche Angebote für unterschiedliche Krankheits- und Störungsbilder relevant sind. Vor allem für Menschen, deren Selbstmanagement nicht unter der Symptomatik der Erkrankung leidet, könnten diese Angebote interessant sein. Von den Expert_innen wurde hierbei in den Interviews u.a. die Autismus-Spektrum Störung und das Potenzial, welches TPA´s für Betroffene haben könnte erwähnt.

Zusammenfassend lassen sich die Ergebnisse dieser Untersuchungen mit den Einschätzungen von Jansky-Denk (2018) abschließen:

„Wo auch immer hin sich die Grenzen in Zukunft verändern werden, so steht fest, dass die herkömmliche psychologische Beratung im Sinne einer Face-to-Face-Kommunikation in der sinnlich erlebbaren Realität weiterhin nicht gänzlich durch psychologische Online-Beratung ersetzbar sein wird. Es wird vielmehr darum gehen, nützliche und wirkungsvolle Angebote der Online-Beratung zu entwickeln, die das „traditionelle“ Angebot zeitgemäß und sinnvoll ergänzen“ (S.29f.).

7. Literaturverzeichnis

Apolinário-Hagen, J. & Tasseit, S. (2015). Chancen und Risiken der Internettherapie für die Regelversorgung in Deutschland. Ein Beitrag zur Psychotherapie im Zeitalter von Web 2.0. *e-beratungsjournal*, 11, 69-86.

Bauer, S. & Kordy, H. (2008). Computervermittelte Kommunikation in der psychosozialen Versorgung. In: Bauer, S. & Kordy, H. (Hrsg.). *E-Mental-Health. Neue Medien in der psychosozialen Versorgung* (S. 3-12). Heidelberg: Springer.

Beauftragte der Bundesregierung für die Belange von Menschen mit Behinderungen (2017). *Die UN-Behindertenrechtskonvention. Übereinkommen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen*. Online verfügbar unter: https://www.behindertenbeauftragte.de/SharedDocs/Publikationen/UN_Konvention_deutsch.pdf?__blob=publicationFile&v=2 [18.03.2019].

Beck, A.T. & Alford, B.A. (2009). *Depression. Causes and Treatment*. Pennsylvania: University of Pennsylvania Press (2. Aufl.).

Beintner, I., Görlich, D., Berger, T., Ebert, D.D., Zeiler, M., Camarano, R.H., Waldherr, K. & Jacobi, C. (2019). Interrelations between participant and intervention characteristics, process variables and outcomes in online interventions: A protocol for overarching analyses within and across seven clinical trials in ICare. *Internet Interventions*, 16, 86–97.

Berger, T., Schuster, R. & Laireiter, A. (2018). Computer und Psychotherapie – geht das zusammen? Stand der Entwicklung von Online- und gemischten Interventionen in der Psychotherapie. *Psychotherapeut*, 63, 271–282.

Boettcher, J. & Berger, T. (2018). Internetbasierte Therapie am Beispiel sozialer Ängste. In: Kothgassner, O.D. & Felnhofer A. (Hrsg.). *Klinische Cyberpsychologie und Cybertherapie* (S. 57-64). Wien: facultas (1. Aufl.).

Bogner, A., Littig, B. & Menz, W. (2014). Interviews mit Experten. Eine praxisorientierte Einführung. In: Bohnsack, R., Flick, U., Lüders, C. & Reichertz, J. (Hrsg.). *Qualitative Sozialforschung* (S. 1-105). Wiesbaden: Springer VS.

BPtK (2006). *Muster-Berufsordnung für die Psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten*. Online verfügbar unter: https://www.bptk.de/wp-content/uploads/2019/01/20060113_musterberufsordnung.pdf [11.02.2019].

Brabyn, S., Araya, R., Barkham, M., Bower, P., Cooper, C., Duarte, A., Kessler, D., Knowles, S., Lovell, K. Littlewood, E., Mattock, R., Palmer, S., Pervin, J., Richards, D., Tallon, D., White, D., Walker, S., Worthy, G. & Gilbody, S. (2016). The second randomised evaluation of the effectiveness, costeffectiveness and acceptability of computerised Therapy (REEACT-2) trial: does the provision of telephone support enhance the effectiveness of computer-delivered cognitive behaviour therapy? A randomised controlled trial. *Health Technology Assessment*, 20, 1-63.

Broom, A. (2005). Medical specialists' accounts of the impact of the Internet on the doctor/ patient relationship. *Health*, 9, 319–338.

Brown, F.W. (1998). Rural Telepsychiatrie. *Psychiatric Services*, 49, 963-964.

Bundesärztekammer (2018). *(Muster-)Berufsordnung für die in Deutschland tätigen Ärztinnen und Ärzte*. Online verfügbar unter: https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/MBO/MBO-AE.pdf [21.01.2019].

Bundespsychotherapeutenkammer (2018). *Ein Jahr nach der Reform der Psychotherapie-Richtlinie. Wartezeiten 2018*. Online verfügbar unter: https://www.bptk.de/wp-content/uploads/2019/01/20180411_bptk_studie_wartezeiten_2018.pdf [05.01.2019].

Clark, D.M., Layard, R., Smithies, R., Richards, D.A., Suckling, R. & Wright, B. (2009). Improving access to psychological therapy: Initial evaluation of two UK demonstration sites. *Behaviour Research and Therapy*, 47, 910–920.

Conduct Health (2017). *Conduit Consults*. Online verfügbar unter: <https://www.conduithealth.com.au/our-services/> [13.03.2019].

Davis F.D., Bagozzi, R. P., Warshaw, P. R. (1989). User acceptance of computer technology: a comparison of two theoretical models. *Management Science*, 35, 982–1003.

DGPPN, BÄK, KBV & AWMF (2015). *S3-Leitlinie/Nationale Versorgungs Leitlinie Unipolare Depression. Langfassung*. Online verfügbar unter: <https://www.leitlinien.de/mdb/downloads/nvl/depression/depression-2aufl-vers5-lang.pdf> [12.02.2019].

Diefenbach, S. & Ullrich, D. (2016). *Digitale Depression. Wie neue Medien unser Glücksempfinden verändern*. München: Mvg Verlag (1. Aufl.).

DIMDI (2018). *Affektive Störungen*. Online verfügbar unter: <https://www.dimdi.de/static/de/klassifikationen/icd/icd-10-gm/kode-suche/htmlgm2018/block-f30-f39.htm> [23.10.2018].

Dockweiler, C. (2016). Akzeptanz der Telemedizin. In: Fischer, F. & Krämer, A. (Hrsg.). *eHealth in Deutschland. Anforderungen und Potenziale innovativer Versorgungsstrukturen* (S. 257-272). Berlin Heidelberg: Springer-Verlag.

Dresing, T. & Pehl, T. (2018). *Praxisbuch Interview, Transkription & Analyse. Anleitungen und Regelsysteme für qualitativ Forschende*. Marburg: Eigenverlag.

eHubHealth (2017). *Moodgym*. Online verfügbar unter: <https://moodgym.de> [12.04.2019].

European Alliance against Depression e.V. (2019). *iFightDepression*. Online verfügbar unter: <https://ifightdepression.com/de> [21.01.2019].

European Commission (2012). *eHealth Action Plan 2012-2020 - Innovative healthcare for the 21st century*. Online verfügbar unter: <https://ec.europa.eu/digital-single-market/en/news/ehealth-action-plan-2012-2020-innovative-healthcare-21st-century> [04.04.2019].

Felnhofer, A. & Culen, C. (2018). Grenzüberschreitungen in der therapeutischen Beziehung durch neue Medien. In: Kothgassner, O.D. & Felnhofer, A. (Hrsg.). *Klinische Cyberpsychologie und Cybertherapie* (S. 121-132). Wien: facultas (1. Aufl.).

Felnhofer, A. & Klier, C. (2018). Gesundheit und Krankheit im Kontext neuer Medien. In: Kothgassner, O.D. & Felnhofer, A. (Hrsg.). *Klinische Cyberpsychologie und Cybertherapie* (S. 11-18). Wien: facultas (1. Aufl.).

Fischer F., Aust, V. & Krämer, A. (2016). eHealth: Hintergrund und Begriffsbestimmung. In: Fischer, F. & Krämer, A. (Hrsg.). *eHealth in Deutschland. Anforderungen und Potenziale innovativer Versorgungsstrukturen* (S. 3-25). Berlin Heidelberg: Springer-Verlag.

Gläser-Zikuda, M. (2011). Qualitative Auswertungsverfahren. In: Reinders, H., Ditton, H., Gräsel, C. & Gniewosz, B. (Hrsg.). *Empirische Bildungsforschung. Strukturen und Methoden* (S. 109-121). Wiesbaden: Springer (1 Aufl.).

Häder, M. (2015). *Empirische Sozialforschung. Eine Einführung*. Wiesbaden: Springer-Verlag (3. Aufl.).

Haenel, T. (2018). *Depression – das Leben mit der schwarz gekleideten Dame in den Griff bekommen*. Basel: Springer (2. Aufl.).

Hilty, D.M., Luo, J.S., Morache, C., Marcelo, D.A, Nesbitt, T.S. (2002). Telepsychiatry. An Overview for Psychiatrists. *CNS Drugs*, 16, 527-548.

Initiative D21 (2018). *D21 - Digital – Index 2017/2018. Jährliches Lagebild zur digitalen Gesellschaft*. TNS Infrates.

IVPNetworks GmbH (n.d.). *Novego. Anmelden*. Online verfügbar unter: www.novego.com/login [12.04.2019].

Jacobi, C. (n.d.). *ICare Prevent*. Online verfügbar unter: <https://www.icare-online.eu/de/indizierte-praevention.html> [12.03.2019].

Jacobi, C. (n.d.). *ICare. Übersicht*. Online verfügbar unter: <https://www.icare-online.eu/de/icare.html> [12.03.2019].

Jacobi, F., Höfler, M., Strehle, J., Mack, S., Gerschler, A., Scholl, L., Busch, M.A., Maske, U., Hapke, U., Gaebel, W., Maier, W., Wagner, M., Zielasek, J., & Wittchen H.-U. (2016). Erratum zu: Psychische Störungen in der Allgemeinbevölkerung. Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland und ihr Zusatzmodul „Psychische Gesundheit“ (DEGS1-MH). *Nervenarzt*, 87, 88–90.

Jacobi, F., Wittchen, H.-U., Hölting, C., Höfler, M., Pfister, H., Müller, N. & Lieb, R. (2004). Prevalence, co-morbidity and correlates of mental disorders in the general population: results from the German Health Interview and Examination Survey (GHS). *Psychological Medicine*, 34, 597–611.

Jakobsen, H., Andersson, G., Havik, O.E. & Nordgreen, T. (2017). Guided Internet-based cognitive behavioral therapy for mild and moderate depression: A benchmarking study. *Internet Interventions*, 7, 1–8.

Jansky-Denk, G. (2018). Ethik und Qualitätssicherung in der klinisch-psychologischen Beratung mittels neuer Medien. In: Kothgassner, O.D. & Felnhöfer, A. (Hrsg.). *Klinische Cyberpsychologie und Cybertherapie* (S. 29-37). Wien: facultas (1. Aufl.).

Kaiser, R. (2014). *Qualitative Experteninterviews. Konzeptionelle Grundlagen und praktische Durchführung*. Wiesbaden: Springer Fachmedien.

Kaletka, C., Pelka, B., Seiler, G. & Wolbers, N. (2014). „Moderator/in digitale Inklusion“: Neues Lernangebot schließt Lücke in der beruflichen Weiterbildung. Online verfügbar unter: www.die-bonn.de/doks/2014-berufliche-weiterbildung-01.pdf [26.10.2018].

Karlheim, C. (2019). Gesundheitsbezogene virtuelle (Selbst)Hilfe und soziale Unterstützung in Laienzusammenschlüssen am Beispiel von Depressions-Online-Foren. In: Heyen, N.B., Dickel, S. & Brüninghaus, A. (Hrsg.). *Personal Health Science. Persönliches Gesundheitswissen zwischen Selbstsorge und Bürgerforschung* (S. 175-194). Wiesbaden: Springer.

KBV (2018). *Einheitlicher Bewertungsmaßstab (EBM)*. Online verfügbar unter: https://www.kbv.de/media/sp/EBM_Gesamt___Stand_2._Quartal_2018.pdf [13.02.2019].

Klein, J.P. & Berger, T. (2013). Internetbasierte psychologische Behandlung bei Depressionen. *Verhaltenstherapie*, 23, 149-159.

Kryspin-Exner, I. (2018). Mechanisierung psychologischer Behandlung: *Wo bleibt der Mensch?* In: Kothgassner, O.D. & Felnhofer, A. (Hrsg.). *Klinische Cyberpsychologie und Cybertherapie* (S. 19-28). Wien: facultas (1. Aufl.).

Kuckartz, U. (2018). *Qualitative Inhaltsanalyse. Methoden, Praxis, Computerunterstützung*. Beltz: Juventa (4. Aufl.).

Lamnek, S. & Krell, C. (2016). *Qualitative Sozialforschung*. Weinberg: Beltzverlag.

Lux, T. & Breil, B. (2017). Digitalisierung im Gesundheitswesen – zwischen Datenschutz und moderner Medizinversorgung. *Wirtschaftsdienst*, 10, 687-703.

MAXQDA – The Art of Data Analysis (n.d.). *Funktionsübersicht*. Online verfügbar unter: <https://www.maxqda.de/funktionsumfang> [03.03.2019].

MAXQDA – The Art of Data Analysis (n.d.). *Was ist MAXQDA?* Online verfügbar unter: <https://www.maxqda.de/was-ist-maxqda> [03.03.2019].

Mayring, P. (2015). *Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken*. 12., aktualisierte und überarb. Aufl. Weinheim: Beltz.

Meuser, M. & Nagel, U. (1991). ExpertInneninterviews - vielfach erprobt, wenig bedacht: ein Beitrag zur qualitativen Methodendiskussion. In: Garz, D., Kraimer, K. (Hrsg.). *Qualitativ-empirische Sozialforschung: Konzepte, Methoden, Analysen* (S. 441-471). Opladen: Westdt. Verl.

Miller, T. & Pankofer, S. (2016). *Empowerment konkret! Handlungsentwürfe und Reflexionen aus der psychosozialen Praxis*. München: Katholische Stiftungsfachhochschule.

Oehler, C., Görges, F., Böttger, D., Hug, J., Koburger, N., Kohls, E. & Rummel-Kluge, C. (2019). Efficacy of an internet-based self-management intervention for depression or dysthymia – a study protocol of an RCT using an active control condition. *BMC Psychiatry*, 19, 1-12.

Przyborski & Wohlrab-Sahr (2014). *Qualitative Sozialforschung. Arbeitsbuch*. München: Oldenbourg Verlag (4. Aufl.).

Raue, P.J., Schulberg, H.C., Heo, M., Klimstra, S., & Bruce, M.L. (2009). Patients' Depression Treatment Preferences and Initiation, Adherence, and Outcome: A Randomized Primary Care Study. *Psychiatric Services*, 60, 337-343.

Rautschka-Rücker, J. (2018). Rechtliche Aspekte der Nutzung neuer Medien in der psychologischen Behandlung: Deutschland. In: Kothgassner, O.D. & Felnhofer A. (Hrsg.). *Klinische Cyberpsychologie und Cybertherapie* (S. 46-56). Wien: facultas (1. Aufl.).

Reinders H. & Ditton, H. (2011). Überblick. In: Reinders, H., Ditton, H., Gräsel, C. & Gniewosz, B. (Hrsg.). *Empirische Bildungsforschung. Strukturen und Methoden* (S. 45-52). Wiesbaden: Springer VS (1 Aufl.).

Schröder, J., Berger, T., Westermann, S., Klein, J.P. & Moritz, S. (2016). Internet interventions for depression: new Developments. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 18, 203-212.

Servier Deutschland GmbH (n.d.). Deprexis. Online verfügbar unter: www.deprexis24.de [12.04.2019].

Spitzer, M. (2015). *Cyberkrank – Wie das digitale Leben unsere Gesundheit ruiniert*. München: Droemer.

Stiftung Deutsche Depressionshilfe (n.d.). *GET.HAPPY-Studie*. Online verfügbar unter: www.deutsche-depressionshilfe.de/forschungszentrum/get-happy-studie [12.04.2019].

Stiftung Deutsche Depressionshilfe (n.d.). *GET.UP-Studie*. Online verfügbar unter: www.deutsche-depressionshilfe.de/forschungszentrum/get-up-studie [12.04.2019].

Stiftung Deutsche Depressionshilfe (n.d.). *STEADY-Projekt*. Online verfügbar unter: www.deutsche-depressionshilfe.de/forschungszentrum/aktuellestudien/steady-studie [12.04.2019].

Stiftung Deutsche Depressionshilfe (o.A.). *ImpleMentAll*. Online verfügbar unter: <https://www.deutsche-depressionshilfe.de/forschungszentrum/aktuellestudien/implementall> [12.04.2019].

The Center for Treatment of Anxiety & Mood Disorders (2018). *Treatment for Anxiety, Mood and Stress Disorders*. Online verfügbar unter: <http://centerforanxietydisorders.com/online-therapy/depression-counseling> [21.01.2019].

Thompson, S.K. (2012). *Sampling*. Hoboken, New Jersey: John Wiley & Sons, Inc. (3. Aufl.).

Venkatesh V., Morris, M.G., Davis, G.B. & Davis, F.D. (2003). User acceptance of information technology: toward a unified view. *MIS Quarterly*, 27, 425–478.

Veovita Gesundheit GmbH (n.d.). Veovita. Online verfügbar unter: www.veovita.de [12.04.2019].

Wagner, B. & Maercker, A. (2011). Psychotherapie im Internet - Wirksamkeit und Anwendungsbereiche. *Psychotherapeutenjournal*, 1, 34-43.

Waller, H. (2007) *Sozialmedizin*. Grundlagen und Praxis. Kohlhammer (6. Aufl.).

Wassermann, S. (2015). Das qualitative Experteninterview. In: Niederberger, M. & Wassermann, S. (Hrsg.). *Methoden der Experten- und Stakeholdereinbindung in der sozialwissenschaftlichen Forschung* (S. 51-68). Wiesbaden: Springer VS.

8. Eidesstattliche Versicherung

Name, Vorname

Matr.-Nr.

Ich versichere hiermit an Eides statt, dass ich die vorliegende Bachelorarbeit /
Masterarbeit mit dem Titel

selbstständig und ohne unzulässige fremde Hilfe erbracht habe. Ich habe keine
anderen als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel benutzt sowie wörtliche und
sinngemäße Zitate kenntlich gemacht. Die Arbeit hat in gleicher oder ähnlicher Form
noch keiner Prüfungsbehörde vorgelegen.

Ort, Datum

Unterschrift

Belehrung:

Wer vorsätzlich gegen eine die Täuschung über Prüfungsleistungen betreffende
Regelung einer Hochschulprüfungsordnung verstößt und/oder eine falsche
eidesstattliche Versicherung abgibt, handelt ordnungswidrig. Die Ordnungswidrigkeit
kann mit einer Geldbuße von bis zu 50.000,00 € geahndet werden. Zuständige
Verwaltungsbehörde für die Verfolgung und Ahndung von Ordnungswidrigkeiten ist
der Kanzler/die Kanzlerin der Technischen Universität Dortmund. Im Falle eines
mehrfachen oder sonstigen schwerwiegenden Täuschungsversuches kann der
Prüfling zudem exmatrikuliert werden. (§ 63 Abs. 5 Hochschulgesetz - HG -)

Die Technische Universität Dortmund wird ggfls. elektronische Vergleichswerkzeuge
(wie z.B. die Software „turnitin“) zur Überprüfung von Ordnungswidrigkeiten in
Prüfungsverfahren nutzen.

Die obenstehende Belehrung habe ich zur Kenntnis genommen:

Ort, Datum

Unterschrift

9. Anhang

Anhang A – Operationalisierung der Forschungsfrage

Hierbei wird mit dem Wort *Chance* die Idee zusammengefasst, mit Hilfe dieser telepsychiatrischen Angebote die Möglichkeit für den Betroffenen eine Situation zu schaffen, in der, durch die Beratung und/oder Therapie, das Ziel einer Intervention, also die Verbesserung seiner aktuellen mentalen und generellen Lebenslage, erreicht wird. Dies bedeutet, dass die Interventionen eine Aussicht auf Erfolg (vgl. Duden, 2019, o.A.) und Besserung bei dem Betroffenen versprechen.

Dem gegenüberliegend wird mit dem Wort *Risiko* zusammenfassend beschrieben, dass die Anwendung der telepsychiatrischen Angebote einen möglichen negativen Ausgang (vgl. Duden, 2019, o.A.) mit sich bringt und somit nachteilig gegenüber bisher etablierten Beratungs- und Therapiemethoden angesehen werden muss.

Die Begriffe *Nutzung und Anwendung* beziehen sich in dem dargestellten Kontext auf die Verwendung (vgl. Duden, 2019, o.A.) von telepsychiatrischen Angeboten bei der Behandlung und/oder Beratung von Menschen, die an der affektiven Störung Depression erkrankt sind. Die Fachkräfte arbeiten somit mit diesen Angeboten, um das Ziel einer erfolgreichen Behandlung umzusetzen.

Mit *telepsychiatrischen Angeboten* wird auf die in Kapitel 2.1 beschriebenen unterschiedlichen telepsychiatrischen Angebote und deren Ausprägungen Bezug genommen.

In der Fragestellung wird bewusst der Begriff *Behandlung* verwendet, da, wie auch in Kapitel 2.2.2 beschrieben, dies die beide Konzepte Therapie und Beratung umfasst. Für die nähere Begriffsbestimmung der beider Begriffe siehe Kapitel 2.2.2.

Zuletzt wird mit dem Begriff *Depression* auf die in Kapitel 2.2.1 vorgenommene Beschreibung der affektiven Störung Depression Bezug genommen.

Anhang B – Einverständniserklärung

Im Folgenden finden Sie die Einwilligungserklärung zur Erhebung und Verarbeitung personenbezogener Daten für Forschungszwecke.

Gegenstand des Forschungsprojekts und Grundlage der Einwilligungserklärung

Forschungsprojekt:

Chancen und Risiken telepsychiatrischer Anwendungen für Menschen mit Depression: Eine qualitative Analyse (Bachelor-Thesis).

Technische Universität Dortmund, Fakultät 13 Rehabilitationswissenschaften.
Forschungsbereich Rehabilitationstechnologie (Erstprüferin: Heitplatz, Vanessa),
Qualitative Forschungsmethoden und strategische Kommunikation für Gesundheit, Inklusion und Teilhabe (Zweitprüferin: Möhring, Michéle).

Interviewer:

Lukas Baumann

Bachelor Rehabilitationspädagogik

(Anschrift für Veröffentlichung anonymisiert)

Interviewdatum:

_____._____.2019

Art der personenbezogenen Daten des Betroffenen (der interviewten Person):

Name _____

Anschrift _____

Telefonnummer _____

E-Mail _____

Geburtsdatum _____

Ich willige den, für die Dokumentation und Ergebnissicherung des Interviews, benötigten Tonaufnahmen ausdrücklich ein:

Ja

Nein

Nur unter folgenden Bedingungen

Datum, Unterschrift

Ich willige der Verwendung von mir, während des Interviews, getätigten Äußerungen, in Form von direkten, wörtlichen Zitaten in der abschließenden Ausarbeitung ein.

Ja

Nein

Ja, aber nur in anonymisierter Form

Datum, Unterschrift

Ich möchte über die Ergebnisse der Untersuchung in Kenntnis gesetzt werden. Hierfür wird mir nach Mitteilung der Note eine Kopie der Ausarbeitung zugeschickt.

Ja

Nein

Datum, Unterschrift

Einwilligungserklärung und Information über die Erhebung personenbezogener Daten

Einwilligungserklärung

Hiermit willige ich ein, dass die im Rahmen des unter 6.1 beschriebenen Forschungsprojekts erhobenen personenbezogenen Daten meiner Person, in Form von Originalaufnahmen des Interviews / der Interviews und deren Transkript/e, an

- Herrn Lukas Baumann (Anschrift für Veröffentlichung anonymisiert)

für die Zwecke gemäß Ziff. 0 verarbeitet werden dürfen. Sofern ich besondere Kategorien von personenbezogenen Daten angebe bzw. angegeben habe, sind diese von der Einwilligungserklärung umfasst.

Ihre Einwilligung ist freiwillig. Sie können die Einwilligung ablehnen, ohne dass Ihnen dadurch irgendwelche Nachteile entstehen.

Ihre Einwilligung können Sie jederzeit gegenüber Herrn Baumann widerrufen, mit der Folge, dass die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten, nach Maßgabe Ihrer Widerrufserklärung, durch diesen für die Zukunft unzulässig wird. Dies berührt die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung jedoch nicht.

Relevante Definitionen der verwendeten datenschutzrechtlichen Begriffe sind in 9. *Anlage Begriffsbestimmungen* enthalten.

Zweck der Datenverarbeitung / Ziel des Projekts

Ziel des Projektes ist, Chancen und Risiken von telepsychiatrischen Anwendungen in Deutschland, anhand einer qualitativen Forschungsarbeit zu ergründen und hieraus einen Leitfaden zu erstellen, der im Sinne einer „Best-Practice“-Methode fungiert.

Kontaktdaten der Datenschutzbeauftragten

TU Dortmund

Ralf Offele (Datenschutzbeauftragter)

August-Schmidt-Str. 4

44227 Dortmund

Telefon: 0231-755 2593

ralf.offele@tu-dortmund.de

Rechtsgrundlage

Herr Baumann verarbeitet die von Ihnen erhobenen personenbezogene Daten auf Basis Ihrer Einwilligung gemäß Art. 6 Abs. 1, S. 1 lit. a DSGVO. Sofern besondere Kategorien personenbezogener Daten betroffen sind, verarbeitet Herr Baumann die von Ihnen erhobenen personenbezogenen Daten auf Basis Ihrer Einwilligung gemäß Art. 9 Abs. 2 lit. a DSGVO.

Empfänger oder Kategorien von Empfängern / Drittstaatenübermittlung

An folgende Empfänger oder Kategorien von Empfängern werden Ihre personenbezogenen Daten durch Herrn Baumann übermittelt oder können übermittelt werden:

- Frau Vanessa Heitplatz, Technische Universität Dortmund, Forschungsbereich Rehabilitationstechnologie (Erstprüferin)
- Frau Michéle Möhring, Technische Universität Dortmund, Forschungsbereich Qualitative Forschungsmethoden und strategische Kommunikation für Gesundheit, Inklusion und Teilhabe (Zweitprüferin)

Dauer, für die die personenbezogenen Daten gespeichert werden / Kriterien für die Festlegung der Dauer

Die personenbezogenen Daten werden bis zur Bekanntgabe der Note gespeichert. Dies erfolgt spätestens drei Monate nach Abgabe der Ausarbeitung. Maximale Dauer: 30.09.2019.

Ihre Rechte

Im Rahmen der gesetzlichen Vorgaben haben Sie gegenüber Herrn Baumann grundsätzlich Anspruch auf:

- Bestätigung, ob Sie betreffende personenbezogenen Daten durch Herrn Lukas Baumann verarbeitet werden,
- Auskunft über diese Daten und die Umstände der Verarbeitung,
- Berichtigung, soweit diese Daten unrichtig sind,
- Löschung, soweit für die Verarbeitung keine Rechtfertigung und keine Pflicht zur Aufbewahrung (mehr) besteht,
- Einschränkung der Verarbeitung in besonderen gesetzlich bestimmten Fällen und
- Übermittlung Ihrer personenbezogenen Daten – soweit Sie diese bereitgestellt haben – an Sie oder einen Dritten in einem strukturierten, gängigen und maschinenlesbaren Format.

Darüber hinaus haben Sie das Recht, Ihre Einwilligung jederzeit gegenüber Herrn Baumann zu widerrufen, mit der Folge, dass die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten, nach Maßgabe Ihrer Widerrufserklärung, durch diesen für die Zukunft unzulässig wird. Dies berührt die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung jedoch nicht.

Schließlich möchten wir Sie auf Ihr Beschwerderecht bei der Aufsichtsbehörde hinweisen.

Keine automatisierte Entscheidungsfindung (inklusive Profiling)

Eine Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten zum Zweck einer automatisierten Entscheidungsfindung (einschließlich Profiling) gemäß Art. 22 Abs. 1 und Abs. 4 DSGVO findet nicht statt.

Vorname, Nachname in Druckschrift

Ort und Datum

Unterschrift

Unterschrift Interviewer:

Vorname, Nachname in Druckschrift

Ort und Datum

Unterschrift

Anlage: Begriffsbestimmung

- „Personenbezogene Daten“ sind gemäß Art. 4 Nr. 1 DSGVO alle Informationen, die sich auf eine identifizierte oder identifizierbare natürliche Person (im Folgenden „betroffene Person“) beziehen. Als identifizierbar wird eine natürliche Person angesehen, die direkt oder indirekt, insbesondere mittels Zuordnung zu einer Kennung wie einem Namen, zu einer Kennnummer, zu Standortdaten, zu einer Online-Kennung oder zu einem oder mehreren besonderen Merkmalen identifiziert werden kann, die Ausdruck der physischen, physiologischen, genetischen, psychischen, wirtschaftlichen, kulturellen oder sozialen Identität dieser natürlichen Person sind. Das kann z.B. die Angabe sein, wo eine Person versichert ist, wohnt oder wie viel Geld er oder sie verdient. Auf die Nennung des Namens kommt es dabei nicht an. Es genügt, dass man herausfinden kann, um welche Person es sich handelt.
- „Besondere Kategorien“ personenbezogener Daten sind gemäß Art. 9 Abs. 1 DSGVO Daten, aus denen die rassische und ethnische Herkunft, politische Meinungen, religiöse oder weltanschauliche Überzeugungen oder die Gewerkschaftszugehörigkeit hervorgehen, sowie die Verarbeitung von genetischen Daten, biometrischen Daten zur eindeutigen Identifizierung einer natürlichen Person, Gesundheitsdaten oder Daten zum Sexualleben oder der sexuellen Orientierung einer natürlichen Person.
- „Gesundheitsdaten“ sind gemäß Art. 4 Nr. 15 DSGVO personenbezogene Daten, die sich auf die körperliche oder geistige Gesundheit einer natürlichen Person, einschließlich der Erbringung von Gesundheitsdienstleistungen, beziehen und aus denen Informationen über deren Gesundheitszustand hervorgehen.
- „Verarbeitung“ ist gemäß Art. 4 Nr. 2 DSGVO jeder mit oder ohne Hilfe automatisierter Verfahren ausgeführten Vorgang oder jede solche Vorgangsreihe im Zusammenhang mit personenbezogenen Daten wie das Erheben, das Erfassen, die Organisation, das Ordnen, die Speicherung, die Anpassung oder Veränderung, das Auslesen, das Abfragen, die Verwendung, die Offenlegung durch Übermittlung, Verbreitung oder eine andere Form der

Bereitstellung, den Abgleich oder die Verknüpfung, die Einschränkung, das Löschen oder die Vernichtung.

Anhang C - Leitfaden Expert_inneninterviews

Gesprächseinstieg und Begrüßung

Guten Tag Herr/Frau [...]. Zunächst einmal vielen Dank, dass Sie sich Zeit für dieses Interview im Rahmen meiner Bachelor-Thesis genommen haben. Mein Name ist Lukas Baumann und ich studiere derzeit Rehabilitationspädagogik an der Technischen Universität in Dortmund.

An dieser Stelle möchte Ich Sie zunächst darüber unterrichten, dass dieses Gespräch aufgezeichnet wird und die Daten zur Weiterverarbeitung genutzt werden.

Damit ich die Daten in transkribierter und anonymisierter Form in meiner Ausarbeitung verwenden darf, ist es notwendig, dass Sie eine Einverständniserklärung unterzeichnen.

Gerne können wir diese nach dem Interview zusammen ausfüllen und mögliche Fragen direkt klären.

Selbstverständlich werden die Daten, die ich im Laufe der Forschungsarbeit erhalte, ausschließlich für die Erstellung meiner Bachelor-Arbeit genutzt und anschließend gelöscht.

Ich untersuche sogenannte *telepsychiatrische Anwendungen* bei der Behandlung von Menschen mit Depressionen und deren Chancen sowie Risiken bei deren Nutzung. Der Begriff Telepsychiatrie beschreibt hierbei die Verbindung von Telekommunikationstechnologien mit psychotherapeutischen Maßnahmen, also die Möglichkeit, psychiatrische Dienstleistungen in Form von Audio- oder Videoübertragung zu erhalten und anzubieten (z.B. via Skype, oder speziell dafür entwickelte Applikationen für das Smartphone).

In anderen Ländern sind diese Maßnahmen stellenweise schon in die Angebote des Gesundheitswesens implementiert. Die Debatte in Deutschland steht hier vergleichsweise noch am Anfang.

Mein Ziel ist es, die Chancen und Risiken dieser telepsychiatrischen Angebote zu ermitteln um anschließend einen Leitfaden zu erstellen, der als „Best-Practice“ Methode fungieren soll.

Alle weiteren Infos hierzu finden Sie in dem Exposé, welches ich Ihnen vorab zukommen ließ.

Ich freue mich, dass Sie dieses Gespräch als Experte/Expertin mit mir führen. Das Gespräch ist in drei Bereiche plus Einleitung und Abschluss unterteilt und wird circa 30 bis 60 Minuten ihrer Zeit in Anspruch nehmen.

Fragenkatalog:

Kategorien/Themen	Leitfragen	Konkrete Nachfragen/ Aufrechterhaltungsfragen
<p>Einführung</p> <p>Siehe Begrüßung Einleitung Gesprächseinstieg</p>	<p>Wenn hierzu von ihrer Seite aus keine Fragen mehr vorliegen, würde ich Sie nun an dieser Stelle darum bitten, sich zunächst einmal kurz vorzustellen und dabei Ihre Aufgabenbereiche näher zu beschreiben.</p>	
<p>Einstellung und Erfahrungen</p> <p>Ich möchte mit Ihnen zunächst über den Begriff der Digitalisierung reden. Digitale Medien und die damit verbundene fortschreitende Verlagerung gesellschaftlicher Teilbereiche und Prozesse in diese sind ja - in gewisser Weise - als Oberkategorie zur Telepsychiatrie einzuordnen.</p>	<p>Was bedeutet hierbei Digitalisierung für Sie (vor allem beruflich)?</p> <p>Darüber hinaus, welche Erfahrungen oder Berührungspunkte haben Sie bereits mit telepsychiatrischen Angeboten gemacht?</p>	<p>Was erwarten Sie von der zukünftigen Entwicklung im Gesundheitswesen des deutschsprachigen Raums?</p> <p>Wie stehen Sie im Allgemeinen zu dem Konzept, telepsychiatrische Angebote zu entwickeln und anzubieten?</p>
<p>Konzeption und Erwartungen</p> <p>Im Exposé bin ich ja bereits auf das „iFight Depression“ – Tool des <i>Europäischen Bündnis gegen Depression</i> (EAAD) und der Universität Leipzig eingegangen. Dieses dient den Nutzer_innen ja hauptsächlich als Informationsmedium; Darüber hinaus wurde aber auch ein</p>	<p>Stellen Sie sich vor, Therapeut_innen sollen nun mit diesem (oder einem ähnlichen) Tool arbeiten. Was würde die Nutzung dieser Tools ihrer Meinung nach bedeuten?</p>	<p>Wieso gehen Sie von dieser Einschätzung aus?</p> <p>Wie würden Sie die Reaktionen der Patient_innen auf diese/s Angebot/e einschätzen?</p>

<p>Selbsthilfeprogramm entwickelt, welches Therapeut_innen – nach Abschluss eines Online-Trainings - begleitend für ihre Interventionen einsetzen können.</p> <p>Mit ihrer vorherigen Antwort im Hinterkopf ...</p>	<p>Denken wir nun einen Schritt weiter: Therapeut_innen müssten nun ein digitales Sprechstundenangebot anbieten. Was würde dies bedeuten?</p> <p>Welche Chancen und welche Risiken sehen Sie?</p> <p>... würde ich Sie darum bitten, eine Einschätzung abzugeben, welche Bestandteile bei der Konzipierung von telepsychiatrischen Angeboten - vor allem bei digitalen Sprechstundenangeboten - bedacht werden müssten.</p>	<p>Wie würden Sie die Reaktionen der Patient_innen auf diese/s Angebot/e einschätzen?</p> <p>Warum sehen Sie das so?</p> <p>Wie kommen Sie zu dieser Einschätzung?</p>
<p>Bedarfe und Kompetenzen</p> <p>Im Folgenden würde ich gerne mit Ihnen auf die Bedarfe und Kompetenzen von allen Beteiligten eingehen.</p> <p>Anknüpfend an das, was Sie gerade schon erwähnt haben, würde ich gerne konkret die Sichtweise der Fachkräfte mit Ihnen besprechen. Ein wichtiger Aspekt von pädagogischen und therapeutischen Interventionen ist es ja, sich der Bedarfe der Betroffenen bewusst zu werden und auf diese einzugehen. Wir haben schon diverse Bedarfe von Menschen mit Depressionen angerissen.</p>	<p>Was denken Sie, welche Kompetenzen müssten Fachkräfte (wie z.B. Therapeut_innen) in Zukunft mit sich bringen? Was glauben Sie, wie kann man mit telepsychiatrischen Angeboten den Bedarfen von Menschen mit Depressionen gerecht werden?</p>	<p>Welche Bedarfe sollten hierbei generell bei den Fachkräften bedacht werden? Wie würden Sie hierbei die Selbstverantwortung der Betroffenen bei der Verwendung von telepsychiatrischen Anwendungen einschätzen?</p> <p>Wie kann hier der Bedarf der Diversität der Betroffenen (Krankheitsverlauf, Alter,</p>

		Nutzungsverhalten von digitalen Medien) berücksichtigt werden?
<p>Abschluss</p> <p>Wir kommen nun zum Ende des Interviews.</p>	<p>Abschließend würde ich gerne noch von ihnen wissen, ob Sie irgendwelche Anmerkungen oder ähnliches loswerden möchten?</p>	

Verabschiedung

Ich bedanke mich somit herzlich bei Ihnen für das Interview, ihren fachlichen Input und Ihre Expertise.

Falls Interesse an den Ergebnissen meiner Untersuchung besteht, lasse ich Ihnen diese gern im Nachhinein zukommen.

Hierfür benötige ich lediglich Ihre Kontaktdaten und ihr Einverständnis, dass ich Sie erneut kontaktieren darf.

Sie finden ein Informationsfeld diesbezüglich in der Einverständniserklärung.

Wenn Ihnen weitere Expert_innen, die Interesse an einem Interview haben könnten, einfallen, wäre ich Ihnen verbunden mich diesbezüglich nochmal zu kontaktieren.

Ich wünsche Ihnen noch einen schönen Tag.

Anhang D - Transkriptionsregeln

Im Folgenden sind die Transkriptionsregeln, nach denen transkribiert wurde zu finden. Das Regelsystem wurde erstellt nach Dresing & Pehl (2011, S.15ff.). Anpassungen wurden vorgenommen.

1. Es wird wörtlich transkribiert, also nicht lautsprachlich oder zusammenfassend. Vorhandene Dialekte werden möglichst wortgenau ins Hochdeutsche übersetzt. Wenn keine eindeutige Übersetzung möglich ist, wird der Dialekt beibehalten, zum Beispiel: Ich gehe heuer auf das Oktoberfest.
2. [...]. Wortdoppelungen werden immer notiert.
3. Wortverschleifungen werden nicht transkribiert, sondern an das Schriftdeutsch angenähert. Beispielsweise „Er hatte noch so'n Buch genannt“ wird zu „Er hatte noch so ein Buch genannt“ und „hamma“ wird zu „haben wir“. Die Satzform wird beibehalten, auch wenn sie syntaktische Fehler beinhaltet, beispielsweise: „bin ich nach Kaufhaus gegangen“.

4. Interpunktion wird zu Gunsten der Lesbarkeit geglättet, das heißt bei kurzem Senken der Stimme oder uneindeutiger Betonung, wird eher ein Punkt als ein Komma gesetzt. Dabei sollen Sinneinheiten beibehalten werden.
5. Pausen werden je nach Länge durch Auslassungspunkte in Klammern markiert. Hierbei steht (.) für circa eine Sekunde, (...) für circa drei Sekunden und mehr. Auffällig lange Pausen werden mit (Pause) transkribiert.
6. Eine Antwort, bestehend nur aus „hm“ ohne jegliche weitere Ausführung, wird als „hm(bejahend)“, oder „hm(verneinend)“ erfasst, je nach Interpretation.
7. Jeder Sprecherbeitrag erhält eigene Absätze. Zwischen den Sprechern gibt es eine freie, leere Zeile. Auch kurze Einwüfe werden in einem separaten Absatz transkribiert. Mindestens am Ende eines Absatzes werden Zeitmarken eingefügt. Beispielsweise:

B: Ich habe es dort #00:02:05-3#

I: Wo genau? #00:02:05-9#

B: gekauft. Im Kaufhaus um die Ecke. ...

8. Emotionale nonverbale Äußerungen der befragten Person und des Interviewers, die die Aussage unterstützen oder verdeutlichen (etwa wie lachen oder seufzen), werden beim Einsatz in Klammern notiert.
9. Unverständliche Wörter werden mit (?xxx) gekennzeichnet. Längere unverständliche Passagen sollen möglichst mit der Ursache versehen werden (?xxx Handystörgeräusch) oder (?xxx Mikrophon rauscht). Vermutet man einen Wortlaut, ist sich aber nicht sicher, wird das Wort bzw. der Satzteil mit einem Fragezeichen in Klammern gesetzt. Zum Beispiel: (?Xylomethanolin).
10. 12.Sprecherüberlappungen werden mit [...] gekennzeichnet. Bei Beginn des Einwurfes wird somit der Text in eckige Klammern gesetzt. Der Text der gleichzeitig gesprochen wird liegt dann innerhalb dieser [...] und der Einwurf der anderen Person steht in einer separaten Zeile und ist ebenfalls mit [...] gekennzeichnet. Zum Beispiel:

B: Ich bin arbeitslos geworden [als unsere Firma]

I: [Wann war das?]

B: pleite ging. Vor vier Monaten war das.

11.13. Die interviewende Person wird durch ein „I:“, die befragte Person durch ein „B:“ gekennzeichnet. [...].

Anhang E – Ablaufmodelle

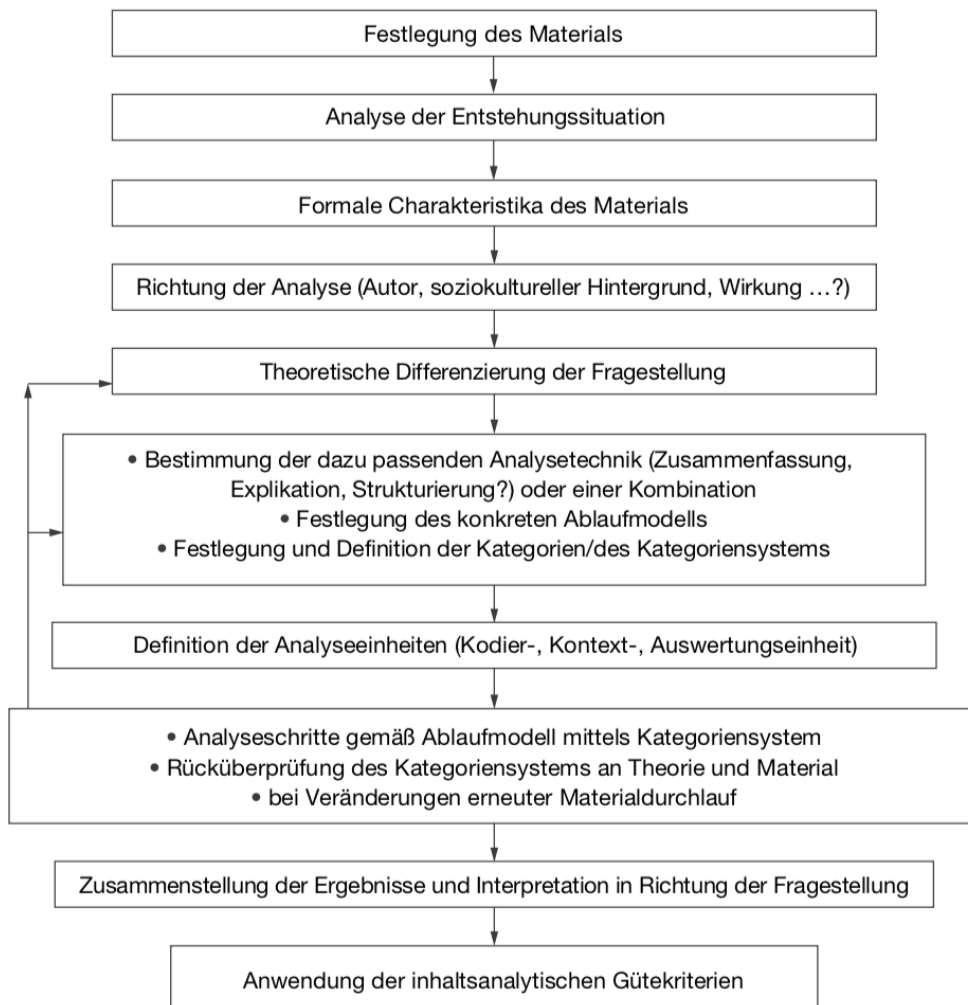


Abb. 5: Allgemeines inhaltsanalytisches Ablaufmodell (Mayring, 2015, S.62)

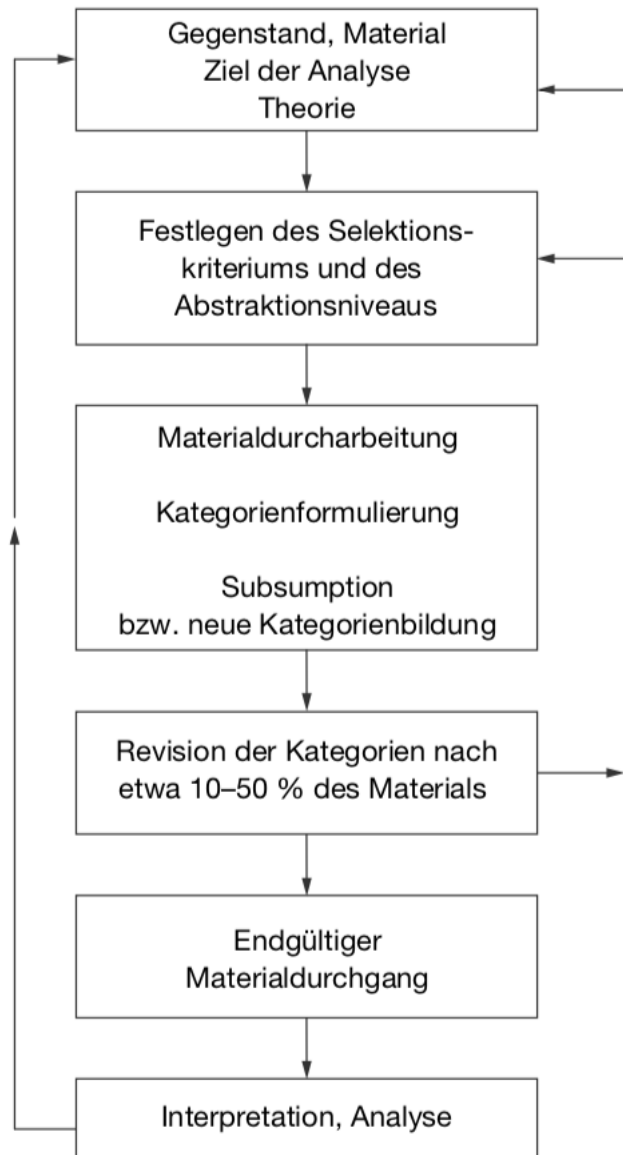


Abb. 6: Prozessmodell induktiver Kategorienbildung (Mayring, 2015, S.86)

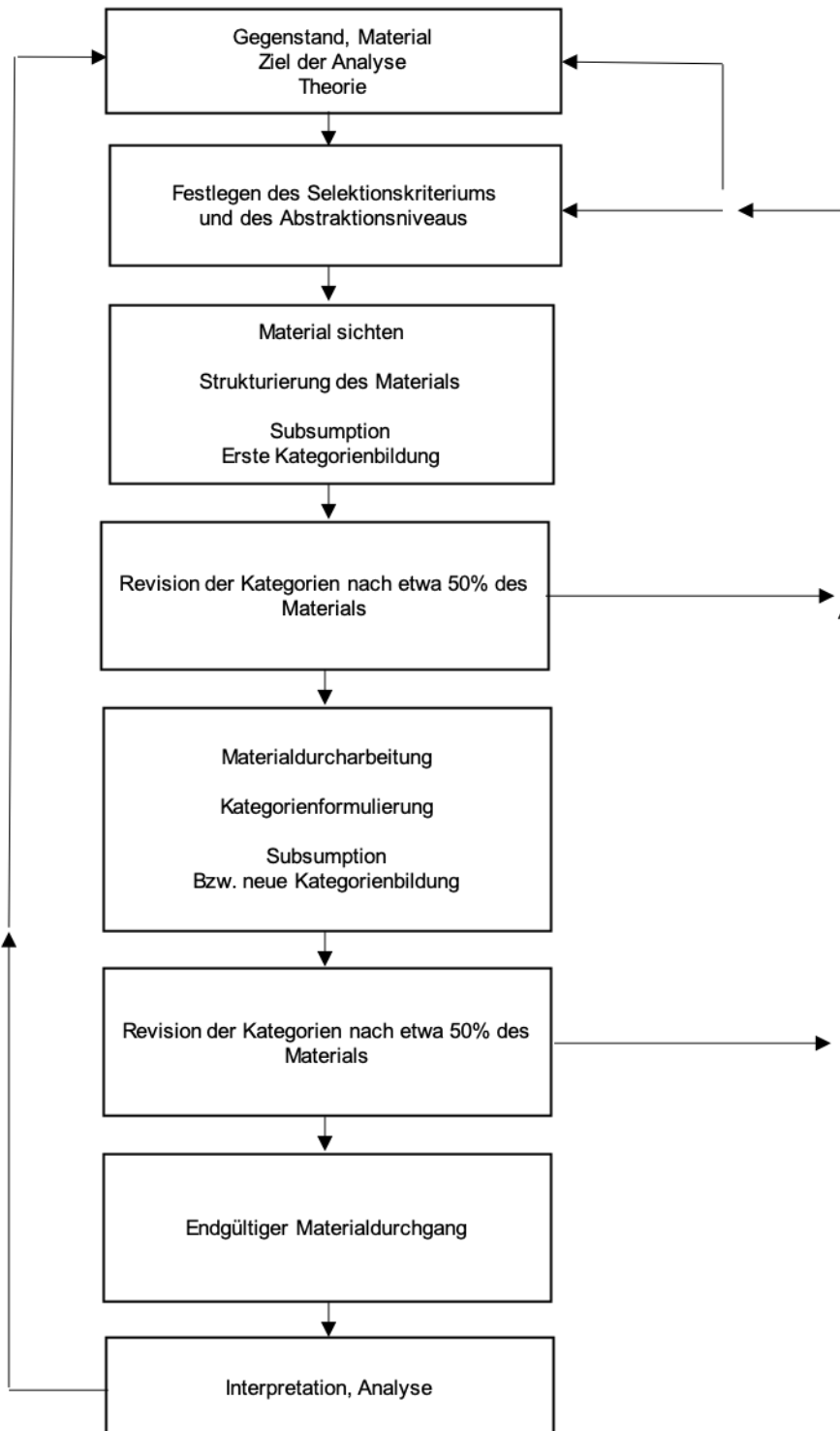


Abb. 7: Forschungsmodell induktiver Kategorienbildung

Anhang F – Selektionskriterium, Abstraktionsniveau & Analyseeinheiten

Die *qualitative Inhaltsanalyse* nach Mayring (2015) sieht vor, aus der Forschungsfrage eine Fragestellung für die Analyse abzuleiten, sowie Kategoriendefinition, Abstraktionsniveau, sowie Analyseeinheiten zu bestimmen (vgl. S.88):

Hierbei ergab sich aus den Forschungsfragen (siehe Kapitel 3.2.2) die *Fragestellung*:

Welche Chancen und Risiken bei der Anwendung von telepsychiatrischen Angeboten in der Behandlung von Menschen mit Depressionen nennen die Interviewten?

Die Kategoriendefinition sieht vor, Subjektive empfunden Chancen und Risiken von telepsychiatrischen Angeboten bei der Therapie und Beratung von Menschen mit Depressionen herauszuarbeiten. Hierbei werden diese Aussagen den jeweiligen Ebenen TPA zugeordnet. Wird allgemein über das telepsychiatrische Angebot geredet, wird eine entsprechende allgemeine Zuordnung vorgenommen.

Bei der Bestimmung des *Abstraktionsniveau* entschied man sich dafür, auch Allgemeine Situationsabschätzungen und Faktoren, die eventuell auch andere Störungsbilder betreffen können mit in die Analyse aufzunehmen.

Kategoriendefinition (Selektionskriterium): Subjektive empfunden Chancen und Risiken von telepsychiatrischen Angeboten bei der Therapie und Beratung von Menschen mit Depressionen.

Abstraktionsniveau: Allgemeine Situationsabschätzungen. Faktoren, die auch andere Störungsbilder betreffen können.

Die *Analyseeinheiten* wurden wie folgt gebildet:

- *Kodiereinheit*: Klare bedeutungstragende Elemente im Text.
- *Kontexteinheit*: Das ganze Interview einer Person (Die Ausnahme bildet hier der Pre-Test. Dieser wurde mit in die Analyse aufgenommen, jedoch wurden nur die Gesprächsanteile bedacht, die nach der Überarbeitung des Interviewleitfadens identisch sind).
- *Auswertungseinheit*: Das ganze Material (vier Interviews inklusive ausgewählte Teile des Pre-Tests).

Anhang G - Forschungsprozess

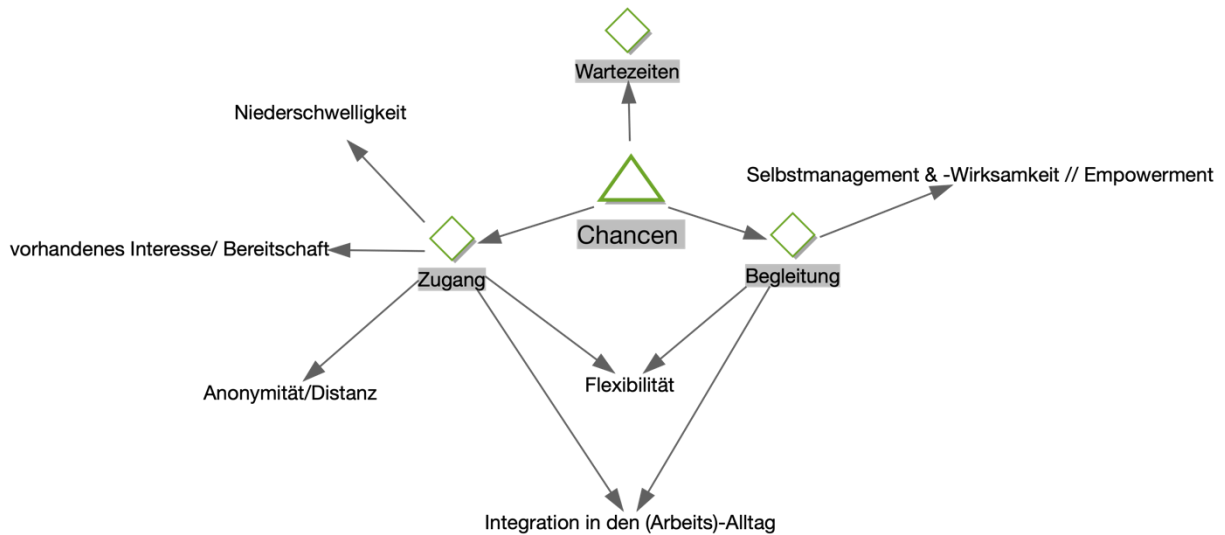


Abb. 8: erster Durchlauf Kodierung „Chancen“

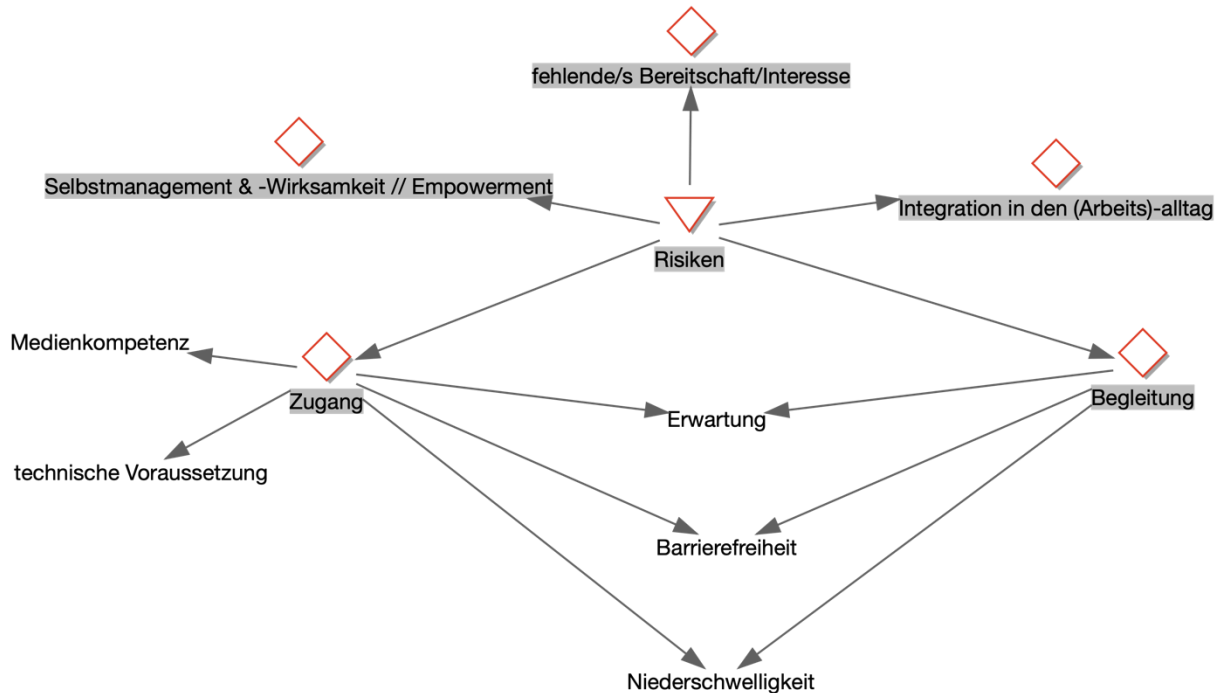


Abb. 9: erster Durchlauf Kodierung „Risiken“

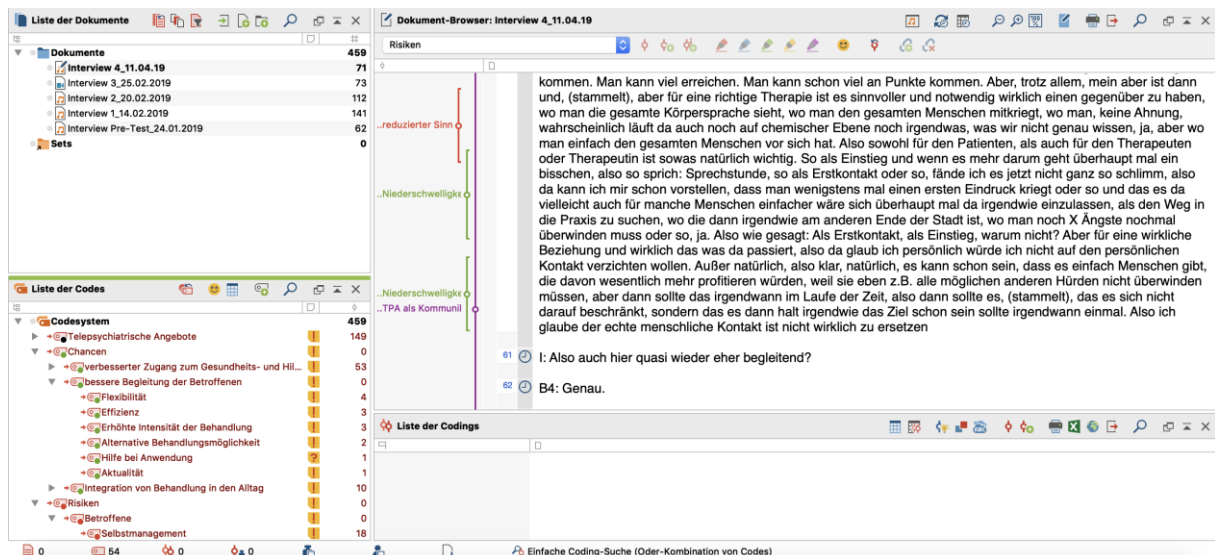


Abb. 10: MAXQDA Benutzeroberfläche

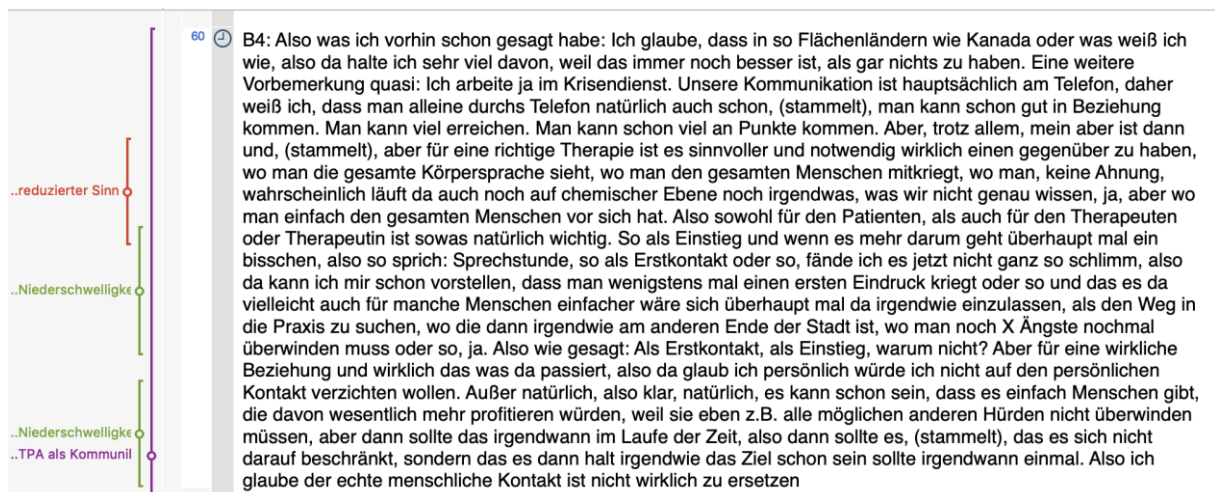


Abb. 11: Beispiel der Codierung mit MAXQDA

Anhang H - Kategoriensystem

Tab. 1: Kategoriensystem

1 Telepsychiatrische Angebote	
1.1 TPA als Informationsmedium (ungeleitete Selbsthilfe)	29
1.2 TPA als Geleitete Selbsthilfe	54
1.3 TPA als Kommunikationsmedium	66
2 Chancen	
2.1 verbesserter Zugang zum Gesundheits- und Hilfesystem	
2.1.1 Niederschwelligkeit der Angebote	16
2.1.2 vorhandenes Interesse der Betroffenen	9
2.1.3 Wartezeiten	
2.1.3.1 Überbrückung von Wartezeiten	4
2.1.3.2 verringerte Wartezeiten	5
2.1.4 Wegfall von Wegzeiten	5
2.1.5 Empowerment	4
2.1.6 Erreichbarkeit von Zielgruppen	4
2.1.7 Flexibilität	3
2.1.8 Anonymität	2
2.1.9 Abbau von Vorurteilen	1
2.2 bessere Begleitung der Betroffenen	
2.2.1 Flexibilität	4
2.2.2 Effizienz	3
2.2.3 Alternative Behandlungsmöglichkeit	2
2.2.4 Erhöhte Intensität der Behandlung	3
2.2.5 Hilfe bei Anwendung	1
2.2.6 Aktualität	1
2.3 Integration von Behandlung in den Alltag	
2.3.1 Vertiefung	4
2.3.2 Ergänzung	3
2.3.3 Anstöße für den Alltag	1
2.3.4 Präsenz der Behandlungsinhalte	1
2.3.5 Flexibilität	1
3 Risiken	
3.1 Betroffene	

3.1.1 Selbstmanagement	18
3.1.2 Erwartungshaltung der Betroffenen	
3.1.2.1 Erreichbarkeit der Angebote	3
3.1.2.2 Unverbindlichkeit	1
3.1.2.3 Skepsis	1
3.1.3 fehlendes Interesse der Betroffenen	4
3.1.4 Barrieren für ältere Menschen	2
3.2 Administration	
3.2.1 Niederschwelligkeit der Angebote	7
3.2.2 Datenschutz	7
3.2.3 Technische Aspekte	6
3.2.4 Standards	4
3.2.5 wirtschaftliches Interesse von Krankenkassen	2
3.3 schlechtere Begleitung der Betroffenen	
3.3.1 reduzierter Sinneseindruck	5
3.3.2 Krisensituationen	3
3.3.3 Exklusion	3
3.3.4 Berücksichtigung Individualität	2
3.4 Integration in den Arbeitsalltag	
3.4.1 Einarbeitung	5
3.4.2 Auslagerung von Inhalten	3
3.4.3 fehlende Bereitschaft der Professionellen	2

H.1 Telepsychiatrische Angebote

Alle Aussagen, die sich auf die drei Ebenen der telepsychiatrischen Angebote nach Klein & Berger (2013) beziehen.

1.1 TPA als Informationsmedium (Ungeleitete Selbsthilfe)

Alle Aussagen, die sich auf Ebene eins TPA's als Informationsmedium (ungeleitete Selbsthilfe) nach Klein & Berger (2013) beziehen.

1.2 TPA als Geleitete Selbsthilfe

Alle Aussagen, die sich auf Ebene zwei geleitete Selbsthilfe nach Klein & Berger (2013) beziehen.

1.3 TPA als Kommunikationsmedium

Alle Aussagen, die sich auf Ebene drei TPA´s als Kommunikationsmedium nach Klein & Berger (2013) beziehen.

H.2 Chancen

Alle Aussagen, die sich auf konkrete Chancen, im Sinne von Vorteilen oder positiven Behandlungsverläufen bei der Behandlung von Menschen mit Depressionen mit TPA´s, beziehen (siehe Operationalisierung der Forschungsfrage).

2.1 verbesserter Zugang zum Gesundheits- und Hilfesystem

Alle Aussagen, die sich auf einen verbesserten Zugang zum Gesundheits- und Hilfesystem für Menschen mit Depressionen durch telepsychiatrische Behandlungen beziehen.

2.1.1 Niederschwelligkeit der Angebote

Aussagen, die sich auf einen verbesserten Zugang zum Gesundheits- und Hilfesystem für Menschen mit Depressionen durch die vorhandene Niederschwelligkeit der telepsychiatrischen Angebote beziehen. Ein Niederschwelliges Angebot bedeutet hierbei ein an die Zielgruppe angepasstes und weiterentwickeltes Angebot (vgl. Redemeyer & Block, S.22), welches ohne großen Aufwand für die Nutzer_innen erreichbar ist. Hierbei spielen sowohl inhaltliche, als auch zeitliche und örtliche Faktoren eine Rolle (vgl. Redemeyer & Block, 2011, S.26). Ferner die 15 Qualitätskriterien nach Hartmann (2008, S.4f.) beachten.

2.1.2 vorhandenes Interesse der Betroffenen

Aussagen, die sich auf einen verbesserten Zugang zum Gesundheits- und Hilfesystem für Menschen mit Depressionen, durch das vorhanden Interesse der Betroffene an dem Einsatz von TPA´s in deren Behandlung beziehen.

2.1.3 Wartezeiten

Alle Aussagen, die sich auf die positive Auswirkung von TPA´s auf die Wartezeiten der Behandlungsangebote von Betroffenen beziehen.

2.1.3.1 Überbrückung von Wartezeiten

Aussagen, die sich auf die Chancen von TPA´s hinsichtlich der Überbrückung von Wartezeiten auf Behandlungsangebote von Betroffenen beziehen.

2.1.3.2 verringerte Wartezeiten

Aussagen, die sich auf die positive Auswirkung von TPA´s hinsichtlich einer verringerten Wartezeit für Behandlungsangebote beziehen.

2.1.4 Wegfall von Wegzeiten

Aussagen, die sich auf den Wegfall von Wegzeiten für Betroffene durch den Einsatz von TPA's beziehen.

2.1.5 Empowerment

Aussagen, die sich auf einen verbesserten Zugang zum Gesundheits- und Hilfesystem für Menschen mit Depressionen durch den Aspekt des Empowerments von TPA's beziehen. Hierbei bedeutet *empowered* zu sein, über Ressourcen zur eigene Lebensgestaltung zu verfügen (vgl. Miller & Pankofer, 2016, S.8). Empowerment kann auch als Selbstermächtigung übersetzt werden.

2.1.6 Erreichbarkeit von Zielgruppen

Aussagen, die sich auf die Erreichbarkeit breiterer Zielgruppen durch TPA beziehen.

2.1.7 Flexibilität

Aussagen, die sich auf einen verbesserten Zugang zum Gesundheits- und Hilfesystem für Menschen mit Depressionen durch die Flexibilität von TPA's beziehen.

2.1.8 Anonymität

Aussagen, die sich auf einen verbesserten Zugang zum Gesundheits- und Hilfesystem für Menschen mit Depressionen durch die Anonymität TPA's beziehen.

2.1.9 Abbau von Vorurteilen

Aussagen, die sich auf einen verbesserten Zugang zum Gesundheits- und Hilfesystem für Menschen mit Depressionen durch die Möglichkeit mit Hilfe von TPA's Vorurteile hinsichtlich einer Behandlung abzubauen.

2.2 bessere Begleitung der Betroffenen

Alle Aussagen, die sich auf eine verbesserte Begleitung der Betroffenen durch den Einsatz von TPA's in deren Behandlungsprozess beziehen.

2.2.1 Flexibilität

Aussagen, die sich auf eine verbesserte Begleitung der Betroffenen durch den möglichen flexiblen Einsatz von TPA's in deren Behandlungsprozess beziehen.

2.2.2 Effizienz

Aussagen, die sich auf eine verbesserte Begleitung der Betroffenen durch den Einsatz von TPA's und deren Auswirkungen auf den Behandlungsprozess hinsichtlich ihrer Effizienz beziehen.

2.2.3 Alternative Behandlungsmöglichkeit

Aussagen, die sich auf eine verbesserte Begleitung der Betroffenen beziehen, da TPA's eine alternative

Behandlungsmöglichkeit darstellen.

2.2.4 Erhöhte Intensität der Behandlung

Aussagen, die sich auf eine verbesserte Begleitung der Betroffenen durch die erhöhte Intensität der Behandlung durch den (zusätzlichen) Einsatz von TPA´s in den Behandlungsprozess beziehen.

2.2.5 Hilfe bei Anwendung

Aussagen, die sich auf eine verbesserte Begleitung der Betroffenen durch die Hilfe bei der Anwendung von Behandlungsinhalten durch TPA´s beziehen.

2.2.6 Aktualität

Aussagen, die sich auf eine verbesserte Begleitung der Betroffenen durch die Möglichkeit, TPA´s und deren Inhalte zu verwalten und somit eine Behandlungsrelevante Aktualität zu gewährleisten.

2.3 Integration von Behandlung in den Alltag

Aussagen, die sich auf eine verbesserte Integration der Behandlung in den Alltag der Betroffenen durch TPA´s beziehen.

2.3.1 Vertiefung

Aussagen, die sich auf eine verbesserte Integration der Behandlung in den Alltag durch die Möglichkeit der Betroffenen, Inhalte der Behandlung im Alltag zu vertiefen.

2.3.2 Ergänzung

Aussagen, die sich auf eine verbesserte Integration der Behandlung in den Alltag durch die Möglichkeit, Inhalte der Behandlung im Alltag zu ergänzen.

2.3.3 Anstöße für den Alltag

Aussagen, die sich auf eine verbesserte Integration der Behandlung in den Alltag durch die Möglichkeit, Anstöße für den Alltag der Betroffenen zu geben.

2.3.4 Präsenz der Behandlungsinhalte

Aussagen, die sich auf eine verbesserte Integration der Behandlung in den Alltag durch die Möglichkeit, Inhalte der Behandlung im Alltag für die Betroffenen präsenter zu machen.

2.3.5 Flexibilität

Aussagen, die sich auf eine verbesserte Integration der Behandlung in den Alltag durch die Flexibilität von TPA´s beziehen.

H.3 Risiken

Alle Aussagen, die sich auf konkrete Risiken, im Sinne von Nachteilen oder negativen Behandlungsverläufen bei der Behandlung von Menschen mit Depressionen durch TPA´s, beziehen (siehe Operationalisierung der Forschungsfrage).

3.1 Betroffene

Aussagen, die sich auf Risiken bei der Behandlung von Menschen mit Depressionen mit TPA´s beziehen, die sich aus der Symptomatik und individuellen, intrinsischen, sowie symptomatischen Faktoren ableiten lassen.

3.1.1 Selbstmanagement

Aussagen, die sich auf das Risiko des Selbstmanagement bei der Anwendung von TPA´s beziehen.

3.1.2 Erwartungshaltung der Betroffenen

Aussagen, die sich auf Risiken bei der Behandlung von Menschen mit Depressionen mit TPA´s beziehen, die sich aus der deren Erwartungshaltung ableiten lassen.

3.1.2.1 Erreichbarkeit der Angebote

Aussagen, die sich auf Risiken bei der Behandlung von Menschen mit Depressionen mit TPA´s beziehen, die sich aus der deren Erwartungshaltung hinsichtlich der Erreichbarkeit der Angebote ableiten lassen.

3.1.2.2 Unverbindlichkeit

Aussagen, die sich auf Risiken bei der Behandlung von Menschen mit Depressionen mit TPA´s beziehen, die sich aus der deren Erwartungshaltung hinsichtlich einer Wahrnehmung einer Unverbindlichkeit ableiten lassen.

3.1.2.3 Skepsis

Aussagen, die sich auf Risiken bei der Behandlung von Menschen mit Depressionen mit TPA´s beziehen, die sich aus der deren Skepsis dieser Angebote gegenüber ableiten lassen.

3.1.3 fehlendes Interesse der Betroffenen

Aussagen, die sich auf Risiken bei der Behandlung von Menschen mit Depressionen mit TPA´s beziehen, die sich aus dem fehlenden Interesse an einer Behandlung durch diese Angebote ableiten lassen.

3.1.4 Barrieren für ältere Menschen

Aussagen, die sich auf Risiken bei der Behandlung von Menschen mit Depressionen mit TPA´s

beziehen, die sich aus den Barrieren von TPA´s hinsichtlich älterer Menschen beziehen.

3.2 Administration

Aussagen, die sich auf administrative Risiken von TPA'S bei der Behandlung von Menschen mit Depressionen beziehen.

3.2.1 Niederschwelligkeit der Angebote

Aussagen, die sich auf die Niederschwelligkeit von TPA´s als Risiko beziehen.

3.2.2 Datenschutz

Aussagen, die sich auf das Risiko des Datenschutzes von Betroffenen bei der Verwendung von TPA´s beziehen.

3.2.3 Technische Aspekte

Aussagen, die sich auf technische Aspekte als Risiken von TPA´s bei der Behandlung von Menschen mit Depressionen beziehen.

3.2.4 Standards

Aussagen, die sich auf fehlende Standards als Risiken von TPA´s bei der Behandlung von Menschen mit Depressionen beziehen.

3.2.5 wirtschaftliches Interesse von Krankenkassen

Aussagen, die sich auf das wirtschaftliche Interesse von Krankenkassen als Risiko hinsichtlich TPA´s bei der Behandlung von Menschen mit Depressionen beziehen.

3.3 schlechtere Begleitung der Betroffenen

Aussagen, die sich auf die mögliche schlechtere Begleitung von Menschen mit Depressionen bei der Verwendung von TPA´s bei der Behandlung beziehen.

3.3.1 reduzierter Sinneseindruck

Aussagen, die sich auf die mögliche schlechtere Begleitung von Menschen mit Depressionen bei der Verwendung von TPA´s bei der Behandlung beziehen, aufgrund des verringerten Sinneseindrucks bei der Behandlung.

3.3.2 Krisensituationen

Aussagen, die sich auf die mögliche schlechtere Begleitung von Menschen mit Depressionen bei der Verwendung von TPA´s beziehen, da auf Krisensituationen während der Behandlung nicht adäquat reagiert werden kann.

3.3.3 Exklusion

Aussagen die sich auf die mögliche schlechtere Begleitung von Menschen mit Depressionen, durch die mögliche Exklusion Betroffener beziehen. Exklusion ist hierbei als Gegenmodell des theoretischen Konstrukts der Inklusion zu verstehen. Dieses lässt sich als eine gesamtgesellschaftliche Idee zusammenfassen, die davon ausgeht, dass die Diversität, also das Verschiedene, jedes Individuums ins Zentrum der Diskussion rund um Teilhabe rückt (vgl. Schambeck, 2018, S.28). Diversität ist also sowohl Ausgangs- als auch Zielpunkt der Gesellschaft, weshalb darauf geachtet werden sollte, dass jeder Mensch in seiner/ihrer ihm/ihr möglichen Weise an der Gesellschaft partizipieren kann (vgl. Schambeck, 2018, S.29). Exklusion bedeutet in diesem Fall also die Ausgrenzung von Individuen bezogen auf die Teilhabe dieser.

3.3.4 Berücksichtigung Individualität

Aussagen, die sich auf die mögliche schlechtere Begleitung von Menschen mit Depressionen beziehen, durch die fehlende Möglichkeit die Individualität der Betroffenen bei der Verwendung von TPA´s zu berücksichtigen.

3.4 Integration in den Arbeitsalltag

Aussagen die sich auf Probleme bei der Integration in den Arbeitsalltag von TPA´s bei der Behandlung von Menschen mit Depressionen beziehen.

3.4.1 Einarbeitung

Aussagen die sich auf Probleme bei der Integration in den Arbeitsalltag von TPA´s bei der Behandlung von Menschen mit Depressionen, durch die benötigte Einarbeitungszeit von Professionellen in diese Angebote, beziehen.

3.4.2 Auslagerung von Inhalten

Aussagen, die sich auf die Probleme bei der Integration in den Arbeitsalltag von TPA´s durch die Möglichkeit der Professionellen, Inhalte aus der Behandlung auszulagern, beziehen.

3.4.3 fehlende Bereitschaft der Professionellen

Aussagen die sich auf Probleme bei der Integration in den Arbeitsalltag von telepsychiatrischen Angeboten bei der Behandlung von Menschen mit Depressionen, durch die fehlende Bereitschaft der Professionellen beziehen.

Anhang I - Ergebnisse

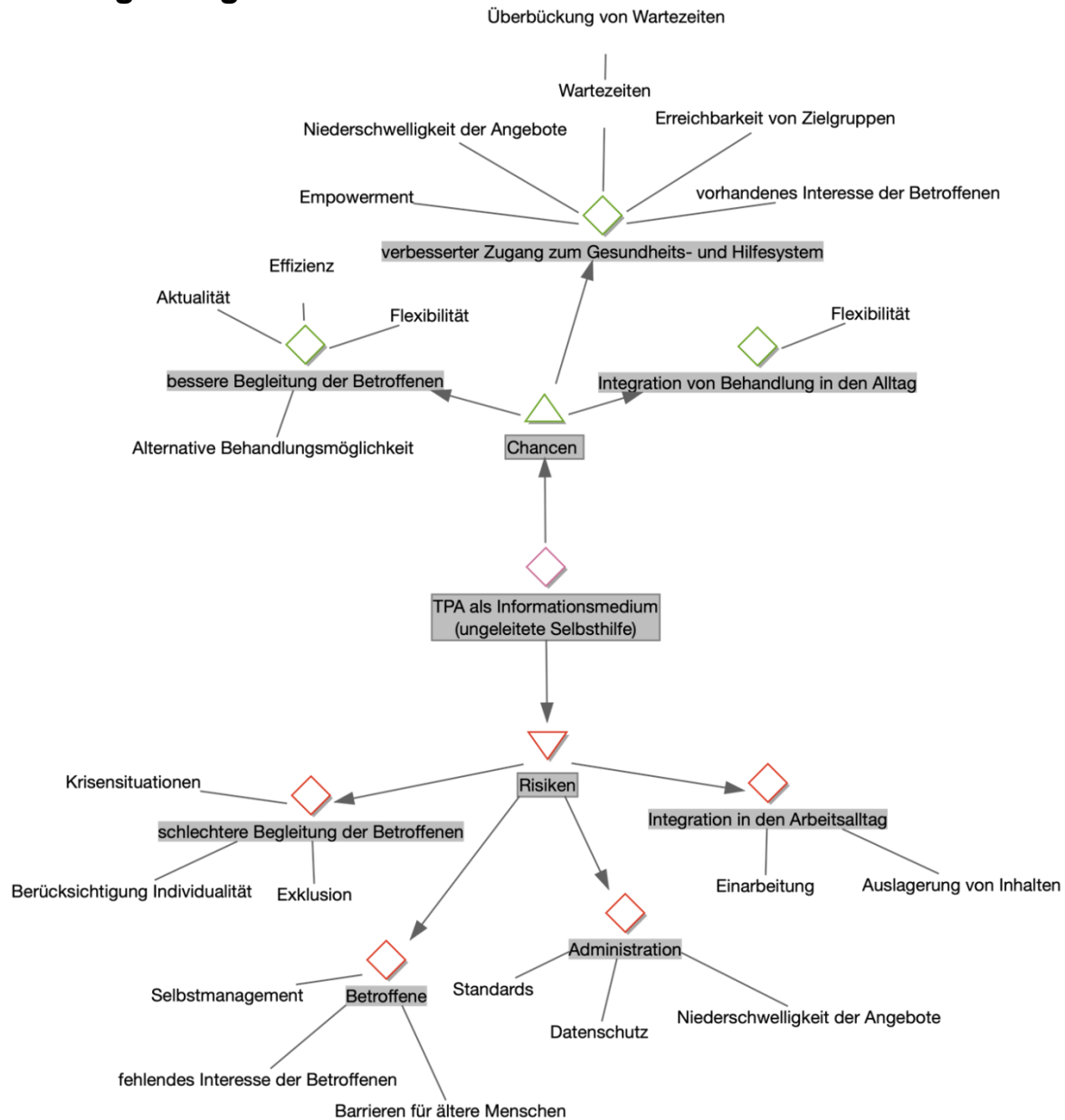


Abb.12: Chancen und Risiken TPAs als Informationsmedium (ungeleitete Selbsthilfe)

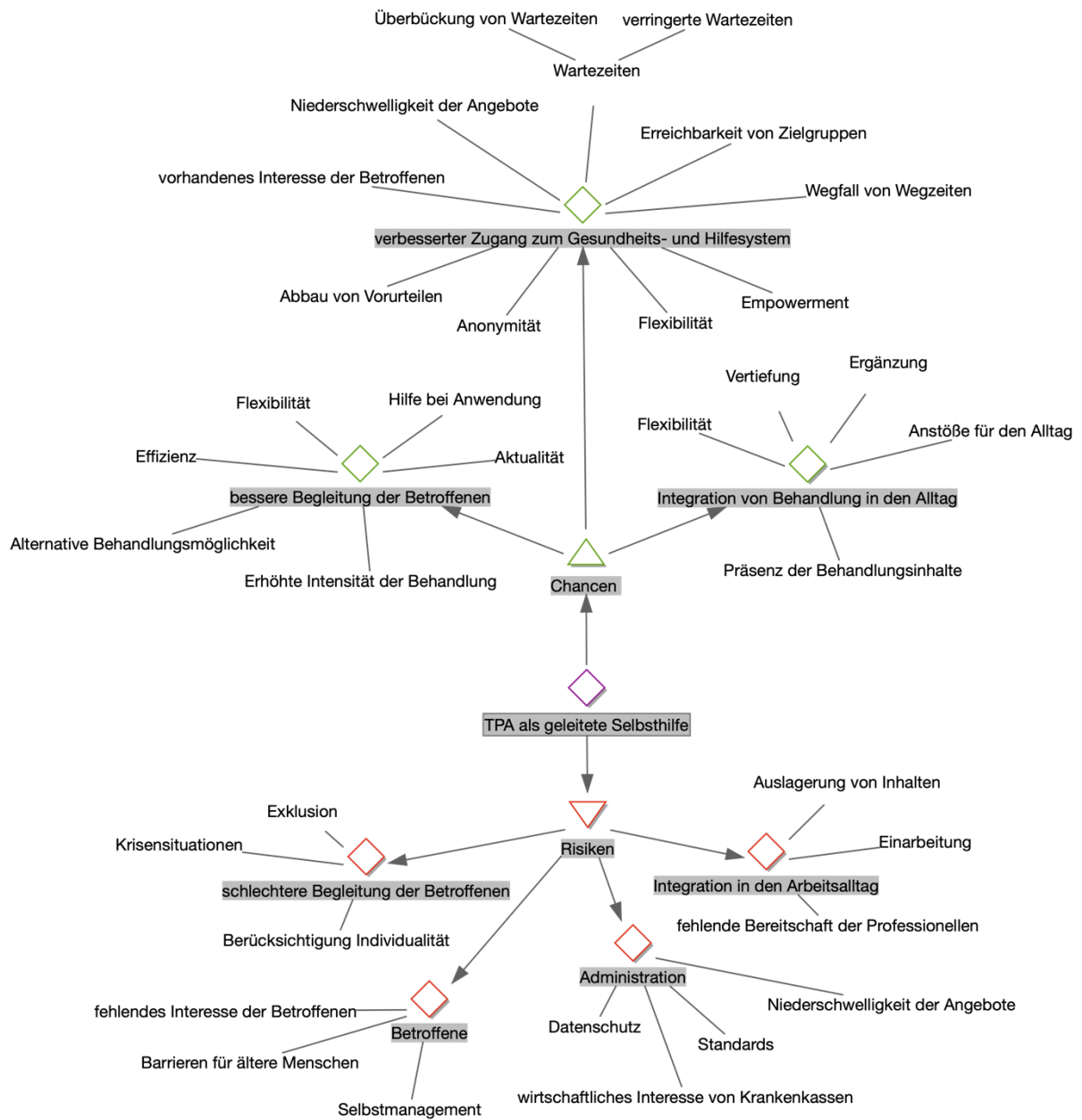


Abb.13: Chancen und Risiken TPAs als geleitete Selbsthilfe

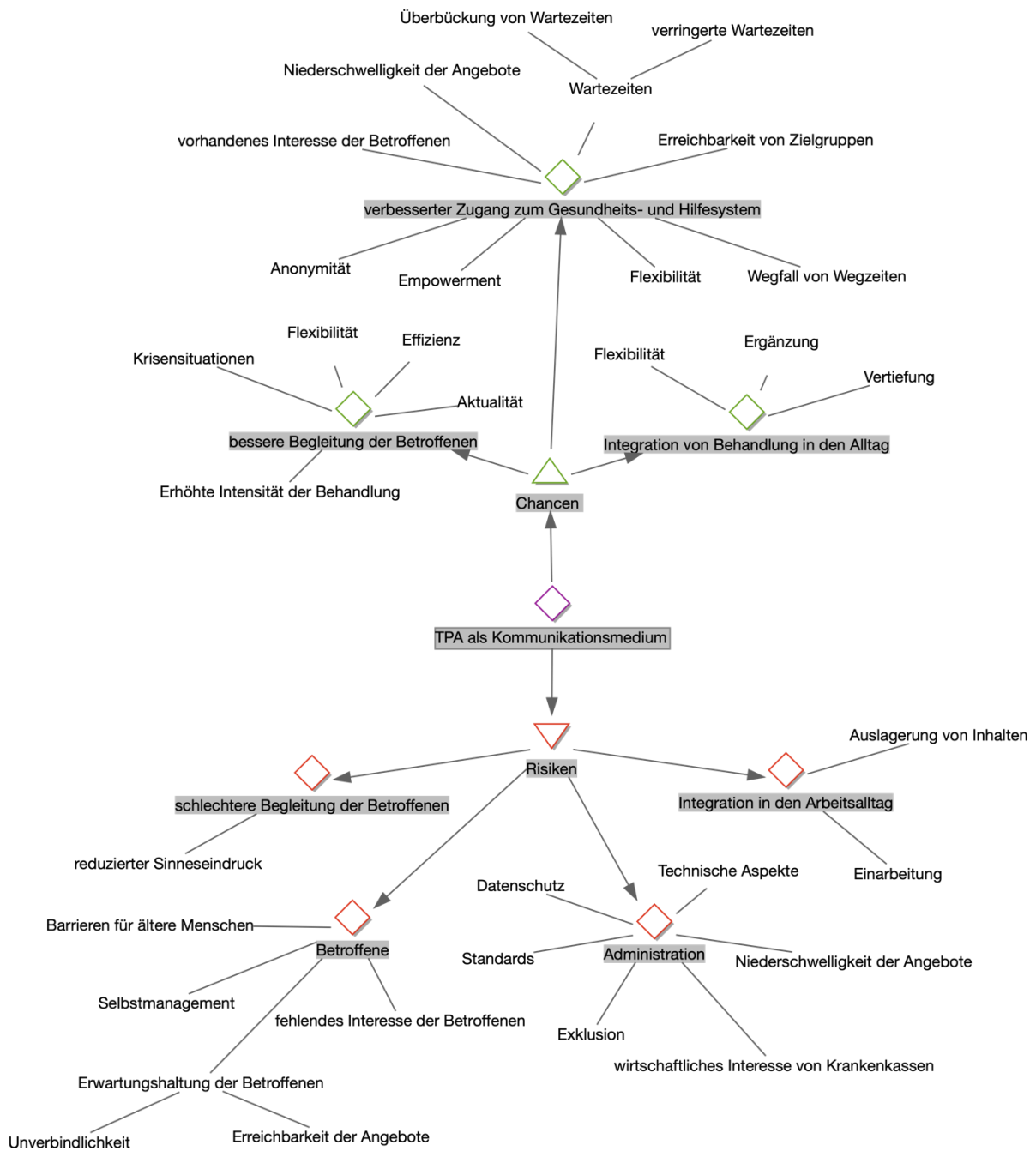


Abb.14: Chancen und Risiken TPAs als Kommunikationsmedium

Literaturverzeichnis - Anhang

Dresing, T. & Pehl, T. (2011). *Praxisbuch Transkription. Regelsysteme, Software und praktische Anleitungen für qualitative ForscherInnen*, 1. Auflage. Eigenverlag Marburg.

Duden (2019). *Anwendung*. Online verfügbar unter:
<https://www.duden.de/rechtschreibung/Anwendung> [27.02.2019].

Duden (2019). *Chance*. Online verfügbar unter:
www.duden.de/rechtschreibung/Chance [27.02.2019].

Duden (2019). *Risiko*. Online verfügbar unter: www.duden.de/rechtschreibung/Risiko [27.02.2019].

Mayring, P. (2015). *Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken*. 12., aktualisierte und überarb. Aufl. Weinheim: Beltz.

Redemeyer, A. & Block, B. (2011). *Niedrigschwelligkeit. – Was bedeutet das wirklich? Eine begriffliche Auseinandersetzung für die Soziale Arbeit*. Sozialmagazin, 5, S. 22-30.

Hartmann, M. (2008): *Frühe Hilfen für Schwangere und Familien – Anforderungen an Angebotsgestaltung, niedrigschwellige Zugänge und interdisziplinäre Kooperation*. Online verfügbar unter: <https://docplayer.org/21368402-Fruehe-hilfen-fuer-schwangere-und-familien-anforderungen-an-angebotsgestaltung-niedrigschwellige-zugaenge-und-interdisziplinäre-kooperation.html> [28.02.2019].

Miller, T. & Pankofer, S. (2016). *Empowerment konkret! Handlungsentwürfe und Reflexionen aus der psychosozialen Praxis*. München: Katholische Stiftungsfachhochschule.

Saalfrank, W. & Zierer, K. (2017). *Inklusion*. Paderborn: Ferdinand Schöningh Verlag

