Sandra Schröder
Dr. rer. pol. Julia Fleckenstein
Dr. rer. medic. Max Wunderlich

Effektivität eines telefonbasierten Coaching-Programms für Patienten mit einer depressiven Erkrankung

Zusammenfassung

Kann es im Umgang mit der Krankheit Depression helfen, regelmäßig mit einem persönlichen Coach zu sprechen? Die vorliegende Studie setzte sich zum Ziel zu zeigen, inwieweit ein zwölfmonatiges telefonbasiertes Coaching-Programm effektiv sein kann, die depressive Symptomatik von betroffenen Kunden der Central Krankenversicherung AG zu reduzieren und deren Lebensqualität zu erhöhen. Hierfür wurde untersucht, ob sich diese subjektiven Outcome-Parameter der Programmteilnehmer (Interventionsgruppe, n = 277) innerhalb eines Jahres anders entwickelten als die der prä-randomisierten Kontrollgruppe (n = 179). Außerdem war es von Interesse herauszufinden, ob eine Veränderung der individuellen Versorgungslage hierauf einen statistisch nachweisbaren Effekt hat. Trotz des hohen methodischen Standards stellte sich die hohe Abbruchquote der Interventionsgruppe als relevante Einschränkung heraus. Es konnte aber nachgewiesen werden, dass die Programmteilnehmer in Bezug auf ihre Krankheitsschwere und Lebensqualität im Lauf eines Jahres signifikant bessere Fortschritte machten als die Betroffenen der Kontrollgruppe. Allerdings wurde nur die Versorgungsvariable „Existenz eines Therapieplanes" als Moderator für die physische Lebensqualität identifiziert, so dass die Frage nach dem Wirkungszusammenhang nicht abschließend beantwortet werden konnte.

Schlüsselwörter

GKV-Routinedaten, externe Validität, Datenqualität, Arzneimittel, Sekundärdaten, Primärdaten

Crossref/doi

doi: 10.24945/MVF.04.17.1866-0533.2020

Das leitlinienbasierte Therapieschemata umfasst neben der Betreuung in der akuten Phase, die Erhaltungstherapie nach dem Abklingen der depressiven Episode und die Prophylaxe zukünftiger Episoden. Mit Psychotherapie und Pharmakotherapie stehen nachweislich wirksame Behandlungsverfahren zur Verfügung. Von der großen Zahl der Menschen mit einer behandlungsbedürftigen Depression erhält aber nur eine Minderheit von geschätzt unter 10 Prozent eine suffiziente Behandlung (DGPPN et al. 2015). Die möglichen Gründe hierfür sind vielfältig: fehlende Hoffnung und reduzierter Antrieb der Betroffenen, sich Hilfe zu holen, verzögerte Diagnosestellung, Abweichen von der therapeutischen Leitlinie im Hausarztalltag sowie ein nicht ausreichendes Angebot an Psychotherapieplätzen und damit verbundene lange Wartezeiten. Hinzu kommen häufig irrationale Vorbehalte der Betroffenen oder Angehörigen gegenüber Antidepressiva, Scham und Stigmatisierung der Erkrankung im sozialen Umfeld etc. Somit ergibt sich ein dringender Handlungsbedarf – auch für die private Versicherungswirtschaft –, die Versorgungsdefizite infolge unzureichender medizinischer Angebotsstrukturen und infolge der erkrankungs- und gesellschaftsbedingt hohen Zugangsschwelle der Inanspruchnahme für den einzelnen Patienten abzumildern.

>> Angesichts dieses enormen Versorgungsdefizits führte die Central Krankenversicherung AG bereits 2013 ein zielorientiertes Coaching-Programm für ihre betroffenen Kunden in der Krankenvollversicherung ein. Das Programmziel, die Schwere der Depression abzumildern und die Lebensqualität der Erkrankten zu erhöhen, sollte vorrangig durch die Motivation zur Aufnahme und Adhärenz zu einer leitliniengerechten Therapie erreicht werden. Folglich wurde das Programm nicht entwickelt, um eine ärztliche, medikamentöse oder psychotherapeutische Behandlung zu ersetzen, sondern um die vorhandenen Versorgungsstrukturen zu ergänzen und den Zugang zu diesen zu erleichtern. Dieser Ansatz geht auf die Annahme zurück, dass sich wirtschaftliche Vorteile langfristig zeigen, wenn die möglichst frühzeitige Stabilisierung der psychischen Gesundheit mithilfe einer umfassenden Versorgung nachhaltig gelingt.

Vorbehalte und Hindernisse gegenüber der Inanspruchnahme bestehender Therapiemöglichkeiten wurden im Rahmen regelmäßiger Telefonate mit einer medizinischen Fachkraft (Coach) aufgelöst und praktische Selbsthilfe-Maßnahmen zur Unterstützung der Behandlung gemeinsam trainiert. Diese strukturierte, klar organisierte Betreuung per Telefon ist besonders vorteilhaft für depressiv Erkrankte mit Antriebs- und Motivationsdefiziten, da sie die Beratung semi-anonym und zeitlich flexibel von zu Hause – also in einem geschützten Bereich – wahrnehmen können und außerdem proaktiv kontaktiert werden. Das Coaching war angelegt auf bis zu zwölf Monate, in denen mit den Methoden des motivational interviewing sowie psychoedukativen Elementen an individuellen gesundheitsförderlichen Zielen gearbeitet wurde. Die Telefongespräche wurden ergänzt um schriftliche Informationen, Arbeitsunterlagen und SMS-Erinnerungen.

Ehrgeiziges Evaluationsdesign

Um die Erreichung der Programmziele valide evaluieren zu können, wurde ein prä-randomisierter Interventions-/Kontrollgruppen-Vergleich gewählt. Hierfür wurden ca. 10% der volljährigen Versicherten, denen anhand der eingereichten Rechnungen der vorangegangen zwölf Monate eine gesicherte Depressionsdiagnose (F32 – F33.9, F34.1, F38.1) zugeordnet werden konnte und die kein weiteres Aus-

Volkskrankheit Depression

Depression ist eine der großen Volkskrankheiten in Deutschland. Depressive Störungen gehören zu den häufigsten und hinsichtlich ihrer Schwere am meisten unterschätzten Erkrankungen. Im Zeitraum von einem Jahr leiden 11% der deutschen Allgemeinbevölkerung im Alter von 18 bis 65 Jahren (das entspricht fast sechs Millionen Menschen) unter depressiven Störungen (12-Monats-Prävalenz). Fast jeder fünfte Bundesbürger erkrankt einmal im Leben an einer Depression (Wittchen et al. 2010). Neben der gedrückten Grundstimmung treten bei depressiven Menschen in der Regel Antriebsstörungen auf. Die Betroffenen sind oft nicht in der Lage, kleinste Entscheidungen zu treffen und haben die Fähigkeit verloren, Freude zu empfinden. Es bestehen Konzentrationsstörungen, Schuld- und Minderwertigkeitsgefühle, meist auch eine alles begleitende Angst und Beklemmung. Nicht nur in Bezug auf das subjektive Erleben der Betroffenen, sondern auch objektiv gesehen ist die Depression eine schwere und oft lebensbedrohliche Erkrankung. Die bei depressiv Erkrankten deutlich erhöhte Mortalität resultiert aus einem erhöhten Suizidrisiko und durch – in den letzten Jahrzehnten nachgewiesenen – negativen Einflüssen auf andere Erkrankungen, wie Herzerkrankungen oder Diabetes mellitus. Bei unzureichender Behandlung drohen Rezidive und die Chronifizierung der psychischen Erkrankung.

schlusskriterium erfüllten (z.B. das Vorliegen von Psychosen, bipolaren affektiven Störungen oder Substanzmissbrauch, schwere/lebensbedrohliche somatische Komorbidität), zufällig ausgewählt. Ihnen wurde schriftlich die Teilnahme an einer wissenschaftlichen Studie unter Leitung der Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Universität Leipzig angeboten (Kontrollgruppe KG). Eine Bewilligung der Studie durch die Ethikkommission der Medizinischen Fakultät lag vor. Die restlichen 90% erhielten eine schriftliche Einladung zur kostenfreien Teilnahme an dem Coaching-Programm (Interventionsgruppe IG). Die jeweilige Einwilligung zur Teilnahme und Datennutzung musste nach entsprechender Aufklärung schriftlich erklärt werden. Insgesamt konnten so für die Erstbefragung (Zeitpunkt t0) 179 Teilnehmer für die Kontrollgruppe und 277 Teilnehmer für die Interventionsgruppe gewonnen werden. Die Befragungen der Kontrollgruppe erfolgten im Abstand von einem Jahr online, die Selbstauskünfte der Interventionsgruppe wurden anhand eines identischen Fragebogens im Rahmen des Aufnahmegespräches (t0) bzw. des Abschlussgespräches (t1) telefonisch von den Coaches erhoben und analog elektronisch dokumentiert.

Soziodemografische Variablen der Untersuchungsgruppen zum Zeitpunkt t0

Untersuchungskollektiv	Gesamt (n = 456)	IG (n = 277)	KG (n = 179)
Weibliches Geschlecht, n (%)	196 (43,0)	111 (40,1)	85 (47,5)
Alter in Jahren, m (SD)	51,9 (10,3)	52,0 (10,0)	51,8 (10,8)
Alter bei Erstdiagnose, m (SD)	45,3 (10,9)	45,8 (10,4)	44,6 (11,5)

Tab. 1: zeigt, dass sich Interventions- und Kontrollgruppe hinsichtlich soziodemografischer Variablen nicht relevant unterscheiden. Quelle: Eigene Auswertungen.

Die für die vorliegende Untersuchung relevanten Fragen beinhalteten zum einen den Fragebogen PHQ-9. Dieser entspricht dem Depressionsmodul des Gesundheitsbogens für Patienten (PHQ-D) und umfasst neun Fragen zur Depressivität. Er wurde als Screening-Instrument zur Diagnostik von Depressivität für den routinemäßigen Einsatz im somatisch-medizinischen Bereich entwickelt und wird international als Instrument zur Messung des Schweregrades der Major Depression empfohlen (Kroenke et al. 2001). Die Punktwertskala bewegt sich zwischen 0 (keine depressive Symptomatik) und maximal 27 (schwerst depressiv). Zum anderen wurde der Short Form Gesundheitsfragebogen in der Kurzversion mit 12 Einzelfragen (SF-12) eingesetzt. Dieser Gesundheitsfragebogen ist ein krankheitsunspezifisches Messinstrument zur Erhebung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität und wird häufig zur Therapiekontrolle oder Verlaufsmessung eingesetzt (Ware et al. 1996). Er berechnet einen mentalen und einen physischen Summenscore. Ergänzt wurde das Fragenset um das Thema „aktuelle Versorgungssituation“: Haben Sie in den vergangenen 3 Monaten eine neue oder angepasste Therapieempfehlung zur Behandlung Ihrer Depression durch Ihren Arzt oder Psychotherapeuten erhalten? Sind Sie derzeit in psychotherapeutischer Behandlung? Nehmen Sie zur Behandlung der Depression derzeit Medikamente ein?

Anhand der Selbstauskünfte der Versicherten sollte untersucht werden, ob durch die Teilnahme an dem Coaching-Programm der PHQ-9-Wert innerhalb eines Jahres stärker abgesenkt werden konnte als bei vergleichbaren Nicht-Teilnehmern bzw. ob sich die SF-12-Summenwerte der Teilnehmer positiver als die der Nicht-Teilnehmer entwickelten (two-way mixed design ANOVAs). Grenzwerte waren gesetzt bei $\eta^2 = .01$ für kleine Effekte, $\eta^2 = .06$ für mittlere Effekte, and $\eta^2 = .14$ für große Effekte (Cohen 1988). Darüber hinaus war es Ziel der Moderatorenanalyse herauszufinden, ob eine Veränderung der Versorgungssituation eine statistisch nachweisbare Auswirkung auf die zeit- und gruppenabhängige Entwicklung der depressiven Symptomatik und Lebensqualität hat. Alle Effekte wurden auf dem $p < .05$ Signifikanzniveau (zweiseitig) getestet. Die Analysen wurden mit SPSS v. 21.0 durchgeführt.

Überzeugende Ergebnisse: Coaching wirkt

Bei der Überprüfung der Vergleichbarkeit der Gruppen zum Zeitpunkt t0 zeigten sich in Bezug auf das gewählte Signifikanzniveau keine relevanten Unterschiede zwischen der ursprünglichen Interventions- und Kontrollgruppe hinsichtlich der Alters- und Geschlechtsverteilung sowie des Alters bei Erstdiagnose (siehe Tabelle 1). Auch die vom Gesundheits- und Versorgungszustand abhängige Zielgruppenverteilung innerhalb der beiden Gruppen zeigte keine signifikanten Auffälligkeiten. Die grobe Zielgruppenklassifikation erfolgte hierbei datengestützt nach im Vorjahr in Anspruch genommenen pharmazeutischen, psychotherapeutischen oder stationären Leistungen im Zusammenhang mit einer spezifischen Depressionsdiagnose.

Die auswertbaren Angaben der Interventions- und Kontrollgruppe unterschieden sich bezüglich des Durchschnitts und der Verteilung ihrer PHQ-9-Werte sowie ihrer mentalen SF-12-Summenwerte nicht. Der durchschnittliche physische SF-12-Summenscore war jedoch in der Kontrollgruppe signifikant höher als in der Interventionsgruppe. Im Hinblick auf die aktuelle Versorgungslage gab es keine nennenswerten Unterschiede zwischen den beiden Gruppen bei der Inanspruchnahme von Psychotherapie und Antidepressiva, sehr wohl jedoch bei der Existenz eines aktuellen Therapieplans (siehe Tab. 2).

Leider war im zeitlichen Verlauf insbesondere bei der Interventionsgruppe eine hohe Abbruchrate zu verzeichnen. Von den ursprünglich 456 Versicherten zu Programm- bzw. Studienbeginn

Gesundheitsvariablen der Untersuchungsgruppen zum Zeitpunkt t0

Krankheitsschwere und Lebensqualität		Gesamt	IG	KG
		(n = 430)	(n = 251)	(n = 179)
PHQ-9-Wert, m(SD)		9,2 (5,4)	9,4 (5,3)	9,0 (5,6)
Verteilung	minimal 0-4, n(%)	93 (21,6)	53 (21,1)	40 (20,4)
	mild 5-9, n(%)	146 (34,0)	79 (31,5)	67 (37,4)
	mittelgrad. 10-14, n(%)	118 (27,4)	74 (29,5)	44 (24,6)
	schwer 15-27, n(%)	73 (17,0)	45 (17,9)	28 (15,6)
SF-12 mental		40,0 (12,4)	40,8 (12,6)	38,9 (11,9)
SF-12 physisch		48,4 (9,3)	46,2 (9,9)	51,4 (7,4)
Versorgungssituation				
Therapieplan		(n = 432)	(n = 254)	(n = 178)
ja, n (%)		61 (14,1)	13 (5,1)	48 (27,0)
Psychotherapie		(n = 387)	(n = 247)	(n = 140)
ja, n (%)		179 (46,3)	107 (43,3)	72 (51,4)
Antidepressiva		(n = 439)	(n = 260)	(n = 179)
ja, n (%)		237 (54,0)	138 (49,8)	99 (55,3)

Tab. 2: zeigt signifikante Unterschiede zwischen Interventions- und Kontrollgruppe lediglich in Bezug auf die physische Lebensqualität sowie in Bezug auf die Existenz eines Therapieplanes. Quelle: Eigene Auswertungen.

verblieben aufgrund des per-protocol-Designs in der zeitübergreifenden PHQ-9-Analyse insgesamt nur noch 216 (Interventionsgruppe: 56, Kontrollgruppe: 160) in der SF-12-Analyse 351 auswertbare Teilnehmer (Interventionsgruppe: 186, Kontrollgruppe: 165).

Es wurde daraufhin untersucht, ob sich durch das Abbruchverhalten systematische Verzerrungen in der Gruppenzusammensetzung ergaben: Im Hinblick auf die Zielgruppenverteilung beantworteten Erkrankte mit einer umfangreicheren Therapiehistorie sowie mit einem rezidivierenden/chronischen Verlauf den PHQ-9-Fragebogen bedeutend seltener ein zweites Mal als die Zielgruppe derer ohne vorherige Behandlung sowie mit einer unspezifischen Diagnosestellung. Ein unabhängiger t-Test zeigte zudem, dass die Versicherten, die den SF-12-Fragebogen zu beiden Zeitpunkten beantworteten, einen signifikant höheren mentalen Summenscore zum Zeitpunkt t0 aufwiesen als die Befragungsabbrecher. Alle anderen Variablen zur Soziodemografie, Krankheitsschwere, Lebensqualität und Versorgungssituation wiesen keine signifikanten Unterschiede in den Ausgangswerten auf.

Beim Vergleich der Veränderungsdifferenz der PHQ-9-Werte innerhalb eines Jahres zeigten Interventions- und Kontrollgruppe bei einem vergleichbaren Ausgangsniveau gleichermaßen eine deutliche Reduzierung der Krankheitsschwere. Bei den Programmteilnehmern war dieser Effekt jedoch signifikant stärker ausgeprägt (vgl. Tab. 3).

Bei einem genaueren Blick auf die Entwicklung der Depressionssymptomatik der Interventionsgruppe zeigten sich erhebliche individuelle Bewegungen: Teilnehmer mit einer mittelgradigen Depression (PHQ-9-Wert 10-14) zu Programmbeginn wiesen bei Programmabschluss in fast 54% der Fälle eine Verbesserung auf eine als klinisch mild zu bezeichnende Depression (PHQ-9-Wert 5-9) auf, knapp 39% verbesserten sich sogar auf eine minimale Ausprägung der depressiven Symptome (PHQ-9-Wert 0-4). Besonders die ursprünglich schwer Depressiven (PHQ-9-Wert 15-27) profitierten: Ein Viertel dieser Patienten konnte ihre Krankheitsschwere um drei Kategorien auf eine Minimal-Ausprägung reduzieren.

Ergebnisse der PHQ-9-Analyse im Ein-Jahres-Verlauf für IG und KG			
	Gesamt	**IG**	**KG**
PHQ-9-Wert	(n = 216)	(n = 56)	(n = 160)
t0, m (SD)	9,0 (5,4)	8,9 (5,0)	9,0 (5,6)
t1, m (SD)	6,5 (5,0)	4,9 (4,4)	7,1 (5,1)
Differenz	-2,5	-4,0	-1,9

Tab. 3: zeigt den bei der Interventionsgruppe stärker ausgeprägten Rückgang der Depressionssymptomatik. Quelle: Eigene Auswertungen.

Der mentale SF-12-Summenscore entwickelte sich im Jahresverlauf bei den Programmteilnehmern – ausgehend von einem deutlich höheren Niveau – ebenfalls signifikant positiver als in der Kontrollgruppe. Während sich der durchschnittliche physische SF-12-Summenwert der Kontrollgruppenteilnehmer nachweisbar verschlechterte, wies die Interventionsgruppe diesbezüglich eine deutliche Verbesserung auf. Somit war der zum Zeitpunkt t0 bestehende signifikante Unterschied in der physischen Lebensqualität zwischen Interventions- und Kontrollgruppe nach einem Jahr statistisch nicht mehr auffällig (vgl. Tab. 4).

Anhand der vorliegenden Daten wurde die Hypothese bestätigt, dass ein telefonisches Coaching-Programm für Menschen mit einer Depression unabhängig von ihrer ursprünglichen Krankheitsschwere innerhalb eines Jahres die depressive Symptomatik reduzieren und die Lebensqualität erhöhen kann – und zwar deutlich stärker als über den „normalen" Behandlungs- und Genesungsverlauf hinaus. Als methodische Schwäche sind hier jedoch die unterschiedlichen Medien bei der Erhebung der Selbstauskünfte (KG online vs. IG telefonisch) anzuführen, die im Hinblick auf das Phänomen von „sozial erwünschten Antworten" zu systematischen Verzerrungen geführt haben könnten.

Ergebnisse der SF-12-Analyse im Ein-Jahres-Verlauf für IG und KG			
	Gesamt (n=351)	**IG (n=186)**	**KG (n=165)**
SF-12 mental			
t0, m (SD)	40,5 (12,3)	42,2 (12,4)	38,7 (11,9)
t1, m (SD)	49,4 (12,7)	54,7 (10,6)	43,5 (12,2)
Differenz	9,1	12,7	4,9
SF-12 physisch			
t0, m (SD)	48,7 (9,0)	46,2 (9,4)	51,4 (7,6)
t1, m (SD)	49,5 (8,1)	48,9 (8,0)	50,3 (8,2)
Differenz	0,8	2,6	-1,2

Tab. 4: zeigt deutlich stärkere Verbesserungen der Lebensqualität in der Interventionsgruppe. Quelle: Eigene Auswertungen.

Frage nach dem Wirkungszusammenhang bleibt

Signifikante Unterschiede bei der Veränderung der Versorgungslage zwischen Interventions- und Kontrollgruppe zeigten sich nur in Bezug auf die Existenz eines Therapieplanes: 63,5% (IG) bzw. 6,7% (KG) verfügten zum Zeitpunkt t1 über einen aktuellen Therapieplan, den sie zum Zeitpunkt t0 noch nicht hatten vorweisen können. Der umgekehrte schlechte Fall – Existenz eines Therapieplanes zum Zeitpunkt t0 aber nicht zu t1 – trat nur bei der Kontrollgruppe auf (19,3%). Folglich konnte auch nur diese Variable für die Moderatorenanalyse verwendet werden. Hier zeigte sich lediglich in Bezug auf die Veränderung der physischen Lebensqualität ein statistisch relevanter Effekt.

Folglich konnte die Frage, wie das Coaching wirkt, anhand der vorliegenden Studie und ihres gewählten Befragungsdesigns nicht geklärt werden. So wurden die Teilnehmer zwar nach ihrer aktuellen Versorgungssituation in Bezug auf Antidepressiva und Psychotherapie gefragt, es erfolgte jedoch keine systematische Verknüpfung dieser Angabe mit dem tatsächlichen – bestenfalls ärztlich festgestellten – Behandlungsbedarf zu dem jeweiligen Zeitpunkt. „Echte" Versorgungsdefizite konnten so datentechnisch von nicht-behandlungsbedürftigen Phasen nicht klar getrennt werden. Zudem wurde weder die Qualität der begleitenden Behandlung noch die entsprechende Compliance-Problematik untersucht. Es bleibt daher offen, ob und bei welcher Zielgruppe die positive Wirkung eher über die empathische und motivierende Zuwendung der Coaches erzielt wird oder vielleicht doch eher die verbindliche Versorgungssteuerung in eine leitliniengerechte Therapie wirksam ist. Zweifelsfrei bestehen beide Wirkungsketten nicht unabhängig voneinander.

Abgestuftes Interventionsschema für mehr Patientenorientierung

Was kann man aus diesen Ergebnissen für eine weitere Entwicklung des Gesundheitsangebotes lernen? Fachlich fundierte und empathische Betreuung als Ergänzung und „Motor" zur Behandlung

von Depression wirkt. Allerdings müssen unter Berücksichtigung des gesamten Versorgungszusammenhangs die Unterstützungsleistungen reibungslos ineinander greifen, um individuell auf das heterogene Krankheitsgeschehen und persönliche Präferenzen eingehen zu können. Eine Zielgruppendifferenzierung muss daher sehr konsequent in eine Interventionsdifferenzierung münden. Seit Beginn des letzten Jahres greift daher ein überarbeitetes Konzept für die Kunden der Central Krankenversicherung AG: Kernbestandteil dieser umfassenden Versorgungsinitiative ist ein ausführliches telefonisches Beratungsgespräch durch einen psychiatrischen Facharzt, in dem individuelle Versorgungsdefizite identifiziert werden. Im Sinne des shared decision makings erfolgt daraus die Entscheidung für eine oder mehrere Folgeinterventionen aus einem breiten, nach Intensität abgestuften Interventionsspektrum – von der 24/7-Inbound-Möglichkeit für ein ärztliches Beratungsgespräch, über ein psychologisch begleitetes Online-Training oder eine verbindliche Terminvermittlung zu Fachärzten oder Psychotherapeuten bis hin zu einem mehrmonatigen ärztlichen Telefon-Coaching mit Elementen der kognitiven Verhaltenstherapie.

Bei der operativen Umsetzung der Versorgungssteuerung erfolgt eine enge Verzahnung mit dem Leistungsservice in ambulanten, stationären und Krankentagegeldbezogenen Erstattungsfragen. Das aktuelle Gesundheitsangebot stellt sich damit der Herausforderung, sich nahtlos in das gesamte Versorgungsgeschehen zu integrieren. <<

Autorenerklärung

Die Autoren erklären, dass keine Interessenkonflikte vorhanden sind.

Effectiveness of telephone-based coaching to support depressive patients

This study investigated whether a telephone-based coaching program for depressive private-sector policyholders was effective in alleviating depressive symptoms and enhancing quality of life. First of all, it was assessed whether there was a change in these outcomes from baseline to post-treatment in the intervention group (n = 277). Afterwards, it was examined whether this change was larger than change in a no-treatment control group (n = 179). Therefore, a survey was administered at baseline and 12-month follow up. Second, it was examined to which extent health care use variables moderated the effect of intervention. Despite high methodical standard, especially the high drop-out rate considerably limits the study's reliability. However, results revealed that patients in the intervention group experienced stronger improvements in depressive symptoms and quality of life over 12 months than did the control group. Furthermore only the presence of therapy plan moderated the positive effect of intervention on physical quality of life. Hence interdependency of outcome results, coaching intervention and health care use could not be finally resolved.

Keywords

major depressive disorder, telephone-based coaching program, quality of life, health care use, guideline-based therapy plan, mental health

Zitationshinweis

Schröder, S., Fleckenstein, J., Wunderlich, M.: „Effektivität eines telefonbasierten Coaching-Programms für Patienten mit einer depressiven Erkrankung", in: „Monitor Versorgungsforschung 04/17, S. 65-68, doi: 10.24945/MVF.04.17.1866-0533.2022

Literatur

Cohen J. (1988): Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences. New York, NY: Routledge Academic
DGPPN / BÄK / KBV / AWMF / AkdÄ / BPtK / BApK / DAGSHG / DEGAM / DGPM / DGPs / DGRW (2015): S3-Leitlinie/Nationale Versorgungsleitlinie Unipolare Depression 2. Auflage, Version 1. In: http://www.leitlinien.de/mdb/downloads/nvl/depression/depression-2aufl-vers1-lang.pdf (abgerufen am 14.12.2015)
Kroenke, K. / Spitzer, R. L. / Williams, J. B. (2001): The PHQ-9. In: Journal of general internal medicine, 16(9), 606-613
Ware Jr., J. E. / Kosinski, M. / Keller, S. D. (1996): A 12-Item Short-Form Health Survey: construction of scales and preliminary tests of reliability and validity. In: Medical care, 34(3), 220-233
Wittchen, H. / Jacobi, F. / Klose, M. / Ryl, L. (2010): Depressive Erkrankungen – Themenheft aus der Reihe Gesundheitsberichterstattung des Bundes. In: http://www.gbe-bund.de/gbe10/ergebnisse.prc_tab?fid=13165&suchstring=&query_id=&sprache=D&fund_typ=TXT&methode=&vt=&verwandte=1&page_ret=0&seite=1&p_lfd_nr=2&p_news=&p_sprachkz=D&p_uid=gast&p_aid=28699301&hlp_nr=2&p_janein=J (abgerufen am 14.12.2015)

Sandra Schröder
hat an der Maastricht University den Masterstudiengang „Health and Social Psychology" absolviert. Die vorliegende Publikation ist im Rahmen ihrer Masterarbeit während eines Praktikums im Gesundheitsmanagement der Central Krankenversicherung AG entstanden.

Kontakt: schroeders@medical-contact.de



Dr. rer. pol. Julia Fleckenstein
hat an der Universität Bayreuth Gesundheitsökonomie studiert. Sie ist Mitarbeiterin in der Gruppe Gesundheitsmanagement der Central Krankenversicherung AG und dort Projektleiterin für „initiative. seele" – ein Gesundheitsangebot für Kunden mit einer psychischen Erkrankung.

Kontakt: julia.fleckenstein@central.de



Dr. rer. medic. Max Wunderlich
hat an der Deutschen Sporthochschule Köln Sportwissenschaften studiert. Er leitet die Gruppe Gesundheitsmanagement der Central Krankenversicherung und ist verantwortlich für die strategische Ausrichtung im Bereich Gesundheitsprogramme und Kooperation.

Kontakt: max.wunderlich@central.de

