

Medizinische Fakultät der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg

Erstellungsprozess einer evidenzbasierten Gesundheitsinformation zur
Depression: Bedarfsanalyse, Evidenzaufbereitung und –darstellung
und Pilotierung

Dissertation
zur Erlangung des akademischen Grades
Doktor der Medizin (Dr. med.)

vorgelegt
der Medizinischen Fakultät
der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg

von Laura Sophie Hille
geboren am 16.03.1991 in Wolfenbüttel

Betreuerin: Frau Prof. Dr. Anke Steckelberg

Gutachterin/Gutachter:

1. Prof. Dr. Thomas Frese (Halle)
2. Prof. Dr. Andrea Siebenhofer-Kroitzsch (Graz)

25.11.2019

18.05.2020

Referat

Hintergrund: Evidenzbasierte Gesundheitsinformationen (EBGI) beruhen auf den besten verfügbaren Erkenntnissen der Wissenschaft und sind für BürgerInnen verständlich. EBGI wollen Betroffenen eine informierte Entscheidung bei Gesundheitsfragen ermöglichen.

Zielsetzung: Erstellung und Pilotierung einer EBGI zur Depression unter Einhaltung der Qualitätskriterien der *Leitlinie evidenzbasierte Gesundheitsinformation*.

Methoden: Die Bedarfsanalyse wurde mit einer systematischen Literaturrecherche in *Medline*, *PsycInfo* und *Psyn dex* durchgeführt. Es wurden qualitative Studien, Surveys und Übersichtsarbeiten dieser Designs eingeschlossen. Die Analyse erfolgte mit der Methode der *thematischen Analyse*. Die Evidenzaufbereitung zum Nutzen und Schaden der Online-Interventionen bei einer Depression wurde anhand systematischer Recherchen in *Pubmed*, *PsycInfo* und *CENTRAL* durchgeführt. Eingeschlossen wurden randomisiert kontrollierte Studien (RCTs) sowie systematische Übersichtsarbeiten und Metaanalysen aus RCTs. Die Qualität der Evidenz wurde kritisch bewertet und entsprechend der Empfehlungen der *Leitlinie evidenzbasierte Gesundheitsinformation* laienverständlich dargestellt. Für die Pilotierung wurden Fokusgruppen durchgeführt und die Transkripte mittels der *qualitativen Inhaltsanalyse* nach *Mayring* ausgewertet.

Ergebnisse: Bedarfsanalyse: Es wurden 3267 Treffer gescreent und 10 Studien eingeschlossen. Es zeigte sich der Bedarf an grundlegenden Informationen zum Krankheitsbild der Depression über die Zielgruppen hinweg sowie zielgruppenspezifische Bedarfe. Evidenzaufbereitung: Es wurden 1690 Treffer gescreent und 111 Volltexte mit über 30 verschiedenen Online-Interventionen gesichtet. Bei hoher Heterogenität der Interventionen wurde die Evidenz zu einem spezifischen Programm (*Moodgym*) anhand einer identifizierten Metaanalyse aufbereitet. Der Nutzen von *Moodgym* wurde mit einer um sechs Punktwerte stärkeren Verbesserung auf der *CES-D*-Skala (*Centre for Epidemiologic Studies-Depression Scale*, Skala von 0-60 Punkte) im Vergleich zur Kontrollgruppe herausgestellt. Endpunkte zum möglichen Schaden wurden in den Studien nicht untersucht. Pilotierung: Es wurden drei Fokusgruppen mit insgesamt 24 Teilnehmenden durchgeführt. Die Pilotierung ergab, dass die EBGI grundsätzlich verstanden und akzeptiert wird. Revisionsbedarf wurde bei der Nutzendarstellung des *Moodgym*-Programmes identifiziert.

Schlussfolgerungen: Für die Kommunikation von standardisierten Mittelwertdifferenzen (SMD-Werten) sowie zum möglichen Schaden von Online-Interventionen bei Depression wird Forschungsbedarf aufgezeigt.

Hille, Laura Sophie: Erstellungsprozess einer evidenzbasierten Gesundheitsinformation zur Depression: Bedarfsanalyse, Evidenzaufbereitung und –darstellung und Pilotierung, Halle (Saale), Univ., Med. Fak., Diss., 80 Seiten, 2019

Inhaltsverzeichnis

Abkürzungsverzeichnis	IV
1 Einleitung	- 1 -
1.1 Evidenzbasierte Medizin	- 2 -
1.2 Gemeinsame Entscheidungsfindung (Shared Decision Making)	- 2 -
1.3 Evidenzbasierte Gesundheitsinformationen (EBGI)	- 3 -
1.4 Zielgruppenbeteiligung am Erstellungsprozess	- 5 -
1.5 Krankheitsbild Unipolare Depression	- 6 -
1.6 Aufbau der Dissertation	- 8 -
2 Zielstellung	- 8 -
2.1 Bedarfsanalyse	- 8 -
2.2 Evidenzaufbereitung und –darstellung einer PICO-Frage	- 10 -
2.3 Pilotierung der EBGI	- 10 -
3 Methodik	- 10 -
3.1 Bedarfsanalyse	- 10 -
3.1.1 <i>Systematische Literaturrecherche</i>	- 11 -
3.1.2 <i>Studienauswahl und Datenextraktion</i>	- 12 -
3.1.3 <i>Kritische Bewertung der Evidenz</i>	- 13 -
3.1.4 <i>Datensynthese</i>	- 13 -
3.2 Evidenzaufbereitung und –darstellung einer PICO-Frage	- 14 -
3.2.1 <i>Schwerpunktsetzung</i>	- 14 -
3.2.2 <i>Evidenzaufbereitung</i>	- 14 -
3.2.3 <i>Formulierung der PICO-Frage</i>	- 15 -
3.2.4 <i>Systematische Literaturrecherche</i>	- 16 -
3.2.5 <i>Auswahl der Evidenz</i>	- 17 -
3.2.6 <i>Kritische Bewertung der Evidenz</i>	- 17 -
3.2.7 <i>Erstellung von Evidenztabellen</i>	- 18 -
3.3 Pilotierung der EBGI	- 20 -

3.3.1	<i>Umriss der weiteren Entwicklung & redaktionellen Umsetzung der EBGI</i>	- 20 -
3.3.2	<i>Fokusgruppen</i>	- 21 -
3.3.3	<i>Rekrutierung und Studienpopulation</i>	- 21 -
3.3.4	<i>Ablauf und Datenerhebung</i>	- 22 -
3.3.5	<i>Datenanalyse</i>	- 23 -
4	Ergebnisse	- 24 -
4.1	Bedarfsanalyse	- 24 -
4.1.1	<i>Eingeschlossene Studien und Datenextraktion</i>	- 24 -
4.1.2	<i>Kritische Bewertung der Evidenz</i>	- 28 -
4.1.3	<i>Datensynthese</i>	- 28 -
4.2	Evidenzaufbereitung und –darstellung einer PICO-Frage	- 33 -
4.2.1	<i>Auswahl der Evidenz</i>	- 33 -
4.2.2	<i>Kritische Bewertung der Evidenz</i>	- 34 -
4.2.3	<i>Evidenztabelle</i>	- 35 -
4.3	Pilotierung der EBGI	- 38 -
4.3.1	<i>Soziodemographische Daten</i>	- 38 -
4.3.2	<i>Überblick der Ergebnisse der qualitativen Inhaltsanalyse</i>	- 39 -
4.3.3	<i>Ergebnisse zur Kategorie Verständnis</i>	- 40 -
4.3.4	<i>Ergebnisse zur Kategorie Wertung/Neutralität</i>	- 42 -
4.3.5	<i>Ergebnisse zur Kategorie Akzeptanz</i>	- 44 -
4.3.6	<i>Ergebnisse zur Kategorie Umfang und Relevanz</i>	- 46 -
4.3.7	<i>Ergebnisse zur Kategorie Struktur und Übersichtlichkeit</i>	- 47 -
4.3.8	<i>Ergebnisse zur Kategorie Layout</i>	- 47 -
4.3.9	<i>Ergebnisse zur Kategorie Ziel(e) und Zielgruppe(n)</i>	- 48 -
5	Diskussion	- 49 -
5.1	Bedarfsanalyse	- 49 -
5.2	Evidenzaufbereitung und –darstellung einer PICO-Frage	- 52 -
5.3	Pilotierung der EBGI	- 55 -
5.3.1	<i>Implikationen für die laienverständliche Kommunikation von SMD-Werten</i>	- 58 -

6	Zusammenfassung.....	- 60 -
7	Literaturverzeichnis.....	- 62 -
8	Thesen.....	- 67 -
9	Anlagen.....	- 68 -
9.1	Bedarfsanalyse.....	- 68 -
9.1.1	<i>Suchverläufe.....</i>	- 68 -
9.1.2	<i>Kritische Bewertung der Evidenz.....</i>	- 69 -
9.2	Evidenzaufbereitung und –darstellung einer PICO-Frage.....	- 69 -
9.2.1	<i>Suchverläufe.....</i>	- 69 -
9.2.2	<i>Kritische Bewertung der Evidenz.....</i>	- 70 -
9.2.3	<i>Study Fact Sheet.....</i>	- 71 -
9.2.4	<i>Überblick der Primärstudien von Twomey und O’Reilly (2017).....</i>	- 72 -
9.3	Pilotierung der EBGI.....	- 73 -
9.3.1	<i>Auszüge der EBGI.....</i>	- 73 -
9.3.2	<i>Darstellung des WissensChecks im Dokumentenformat.....</i>	- 74 -
9.3.3	<i>Leitfaden der Gruppendiskussionen.....</i>	- 76 -
9.3.4	<i>Kodierleitfaden der qualitativen Inhaltsanalyse.....</i>	- 77 -
9.4	Finanzierung & Zusammenarbeit mit der <i>Stiftung Gesundheitswissen</i>	- 80 -
9.5	Interessenskonflikte.....	- 80 -
10	Anhang.....	VI
10.1	Selbständigkeitserklärung.....	VI
10.2	Erklärung über frühere Promotionsversuche.....	VII
10.3	Curriculum Vitae.....	VIII
10.4	Danksagung.....	IX

Abkürzungsverzeichnis

AMSTAR	A MeaSurement Tool to Assess systematic Reviews
BDI-II	Beck Depression Inventory-II
bzgl.	bezüglich
bzw.	beziehungsweise
CASP	Critical Appraisal Skills Programme
CEBM	Centre for Evidence-Based Medicine
CES-D	Centre for Epidemiologic Studies-Depression Scale
COREQ	Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research
DASS-21-D	Depression Subscale der Depression, Anxiety and Stress Scale-21
DE	Deutschland
EbM	Evidenzbasierte Medizin
EBGI	Evidenzbasierte Gesundheitsinformation
ENTREQ	Enhancing Transparency in Reporting the Synthesis of Qualitative Research
EPDS	Edinburgh Postnatal Depression Scale
FG	Fokusgruppe
ggf.	gegebenenfalls
GRADE	Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation
HCP	Health Care Provider
ICD	International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems
INT	Interventionsgruppe
IQWiG	Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen
k.A.	keine Angabe
KI	Konfidenzintervall
KON	Kontrollgruppe
KuJ	Kinder und Jugendliche
KVT	Kognitive Verhaltenstherapie
MA	Metaanalyse
MCID	Minimal Clinically Important Difference
MD	Mittelwertdifferenz
MLU	Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg
MW	Mittelwert
PEP	Primärer Endpunkt
PHQ-9	Depressionsmodul des Patient Health Questionnaire
PRISMA	Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses
PrS	Primärstudie/n
RCT	Randomised Controlled Trial
SD	Standard Deviation; Standardabweichung
SDM	Shared Decision Making; gemeinsame Entscheidungsfindung
SE	Standard Error; Standardfehler
SGW	Stiftung Gesundheitswissen
SMD	Standardisierte Mittelwertdifferenz
SSD	Schwangerschaftsdepression
SR	Systematic Review; Systematische Übersichtsarbeit

TN	Teilnehmende
u.a.	unter anderem
UK	United Kingdom
UKMRC	UK Medical Research Council
v.a.	vor allem
vs.	versus
WBD	Wochenbettdepression
WHO	World Health Organization
z.B.	zum Beispiel
z.T.	zum Teil

1 Einleitung

BürgerInnen haben das Recht auf Gesundheitsinformationen, die verständlich und objektiv sind und zudem auf den besten verfügbaren Erkenntnissen der Wissenschaft beruhen [1, 2]. Solche sogenannten evidenzbasierten Gesundheitsinformationen (EBGI) sind Voraussetzung, um mitentscheiden zu können, wenn es um Fragen der persönlichen Gesundheit und Krankheit geht. Auch im *Nationalen Aktionsplan Gesundheitskompetenz* ist festgehalten, dass Gesundheitsinformationen nutzerfreundlich gestaltet und die Partizipation von PatientInnen erleichtert und gestärkt werden soll [3]. Es wird das Ziel angestrebt, Menschen zu befähigen, an Entscheidungen zu Gesundheitsthemen informiert mitwirken zu können. Um eine Entscheidung als *informiert* zu betiteln, müssen Entscheidende über einen hinreichenden Kenntnisstand zu verschiedenen Behandlungsoptionen samt ihrem Nutzen und Schaden verfügen und die getroffene Entscheidung zu einer Maßnahme kongruent mit der Einstellung zu dieser sein [4].

In der Praxis genügen die Informationen dem Anspruch, eine informierte Entscheidung zu ermöglichen, häufig nicht [5, 6]. Wird wertende Sprache verwendet oder Nutzen und Schaden ausschließlich mit relativen Risiken kommuniziert, können Gesundheitsinformationen sogar Schadenspotential aufweisen und zu einer Fehleinschätzung von Risiken führen [7]. Von PatientInnen getroffene Entscheidungen können dann von den eigentlichen Präferenzen abweichen. Daher ist es wichtig, dem seit 2013 auch gesetzlich verankertem Recht der BürgerInnen auf Einbindung und Aufklärung nachzukommen und EBGI bereitzustellen [1].

Diese Dissertation stellt wesentliche Entwicklungsprozesse der Erstellung einer Online-EBGI zum Krankheitsbild der unipolaren Depression dar. Dabei wird die Zielgruppe der Information mit einbezogen und weitere Erkenntnisse zur Auffassung von Evidenzdarstellungen aus der Perspektive der Zielgruppe gewonnen. Die Gesundheitsinformation ist im Rahmen einer Auftragsforschung der *Stiftung Gesundheitswissen (SGW)* – der Stiftung der privaten Krankenkassen – in kooperativer Zusammenarbeit mit der *Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg (MLU)* entstanden. Daher sind einige Entscheidungen wie die Zielgruppenorientierung und Schwerpunktsetzung der EBGI seitens der *SGW* getroffen worden, was in der Dissertation transparent dargestellt wird.

Zunächst soll eine Einführung in das Thema der evidenzbasierten Medizin (EbM) und EBGI erfolgen sowie das Krankheitsbild der unipolaren Depression umrissen werden. Dabei wird die Bedeutsamkeit der Erstellung von EBGI sowie der Einbezug der Zielgruppen beim Erstellungsprozess wissenschaftlich begründet.

1.1 Evidenzbasierte Medizin

In der Medizin gilt heute als Goldstandard, dass Entscheidungen über präventive Maßnahmen, Diagnostik und Therapie nicht mehr allein auf der klinischen Erfahrung und Expertise der behandelnden ÄrztInnen, sondern auf Grundlage der PatientInnenpräferenzen und auf der bestverfügbaren, externen Evidenz fußen. Also auf dem verdichteten Wissen aus der systematischen Erhebung aller wissenschaftlichen Daten zu einer spezifischen Fragestellung. Die recherchierte Evidenz scheint als offensichtlicher und einnehmender Aspekt der praktizierten EbM Gefahr zu laufen, mit dieser gleichgesetzt zu werden. Es gilt jedoch die externe Evidenz, klinische Expertise als auch die Präferenzen der PatientInnen zusammenzuführen – jede Komponente für sich wäre nicht ausreichend. Die EbM stellt keinesfalls eine „Kochrezept-Medizin“ dar, sondern erfordert die kritische Beurteilung der Anwendbarkeit der externen Evidenz, die Bewertung der Qualität der Evidenz als auch den Einbezug der PatientInnenpräferenzen [8-10].

1.2 Gemeinsame Entscheidungsfindung (Shared Decision Making)

Eine weitere Entwicklung in der Medizin betrifft das Verhältnis zwischen ÄrztIn und PatientIn und ihre Kommunikation: Weg vom paternalistischen Modell, in dem sich das Wissen auf Seiten der ÄrztInnen konzentrierte, diese allein die Entscheidungen trafen und selektiv Informationen an die PatientInnen weitergaben, hin zu dem Modell der gemeinsamen Entscheidungsfindung (engl. Shared Decision Making; SDM). Die gemeinsame Entscheidungsfindung beschreibt einen Interaktionsprozess, in dem sich ÄrztIn und PatientIn als PartnerInnen verstehen. Auf der Basis geteilter Informationen kommen sie zu einer Entscheidung, die gemeinsam verantwortet wird. Das Spektrum der Interaktion zwischen ÄrztIn und PatientIn umfasst ebenso das Informationsmodell, in dem die Entscheidung allein durch die PatientInnen getroffen und verantwortet wird [11, 12]. Ziel der gemeinsamen Entscheidungsfindung und des Informationsmodells ist es, PatientInnen eine informierte Entscheidung zu ermöglichen [13].

Das 2013 in Kraft getretene Patientenrechtegesetz bestärkt die Rechte der PatientInnen und die gemeinsame Entscheidungsfindung u.a. mit der gesetzlichen Verankerung der Aufklärungspflicht in einer dem/der PatientIn verständlichen Art und Weise [1]. Auch ethische Werte und Standards begründen die Entwicklung von EBG [2, 14].

Durch die verbesserte Kommunikation und Berücksichtigung von Präferenzen der PatientInnen soll die Entscheidungsqualität und damit die Qualität der medizinischen Versorgung erhöht werden. Nach der *Guten Praxis Gesundheitsinformation* handelt es sich um qualitativ hochwertige medizinische Versorgung, wenn Behandlungsergebnisse erzielt werden, in denen die gesundheitliche Versorgung sowohl mit dem aktuellen Wissensstand als auch mit den

persönlichen Präferenzen der Betroffenen übereinstimmt [15]. Dies minimiert Schäden durch Über-, Unter- oder Fehlversorgung und begründet die gemeinsame Entscheidungsfindung und damit auch die Entwicklung von EBGI auch vor dem ökonomischen Hintergrund [11].

Die Studien von Joosten et al. (2008) und Tambuyzer et al. (2013) belegen positive Effekte der gemeinsamen Entscheidungsfindung hinsichtlich PatientInnenzufriedenheit und Adhärenz [16, 17]. Eine Übersichtsarbeit, die explizit die Effekte der gemeinsamen Entscheidungsfindung bei PatientInnen mit einer psychischen Störung untersucht (zwei Studien mit 518 Teilnehmenden), konnte keinen signifikanten Unterschied in PatientInnenzufriedenheit, Adhärenz oder Symptomreduktion aufzeigen. Es wurde Forschungsbedarf und eine denkbare Abhängigkeit der positiven Effekte der gemeinsamen Entscheidungsfindung vom Krankheitsbild der PatientInnen konstatiert [18].

Der *Gesundheitsmonitor* der Bertelsmann Stiftung zeigt den Wunsch der Mehrheit der Bevölkerung nach gemeinsamer Entscheidungsfindung auf. Von 9.146 Befragten gaben 58% an, gemeinsam mit der Ärztin oder dem Arzt entscheiden zu wollen. Es konnte eine Assoziation zwischen der Bereitschaft zur Teilhabe am Entscheidungsprozess und Alter, Bildungsgrad und der Schichtzugehörigkeit festgestellt werden. Die AutorInnen ermahnen, die gemeinsame Entscheidungsfindung nicht als allgemeingültig zu verstehen. Es sei ein Konzept, das die Bedürfnisse vieler, aber nicht aller, PatientInnen erfülle. PatientInnen unterscheiden sich in ihren Bedürfnissen nach Kommunikation und Information [19]. Die Arbeit von Loh et al. (2004) untersucht die gemeinsame Entscheidungsfindung spezifisch im Kontext von Menschen mit einer Depression und stellt das große Interesse an Informationen über die Erkrankung und Behandlung sowie das Interesse an der Beteiligung an Entscheidungsprozessen heraus [20].

1.3 Evidenzbasierte Gesundheitsinformationen (EBGI)

EBGI sind komplexe Interventionen. Das bedeutet, dass sie aus verschiedenen Einzelkomponenten bestehen, die für sich alleine wirken und sich gegenseitig beeinflussen. Ebenso die Kontexte, in denen EBGI angewendet und implementiert werden, können variieren. Erst das komplexe Zusammenwirken der Einzelkomponenten formt die Wirksamkeit der EBGI, wobei Aspekte wie Inhalte, Layout, Zielgruppe und Risikokommunikation eine Rolle spielen [21, 22]. Aufgrund dieser methodischen Herausforderung wurde ein Konzept des *UK Medical Research Council (UKMRC)* zur Entwicklung und Evaluation komplexer Interventionen erarbeitet. Danach gestaltet sich der Erstellungsprozess zirkulär aus den vier Phasen *Entwicklung*, *Pilotierung*, *Evaluation* und *Implementierung* [23]. Die *Leitlinie evidenzbasierte Gesundheitsinformation* spezifiziert diese Prozesse im Kontext der Erstellung einer EBGI (siehe

Abbildung 1) und erachtet lediglich die ersten zwei Phasen als zwingend notwendig, Phase drei und vier als sinnvoll, jedoch nicht immer realisierbar.

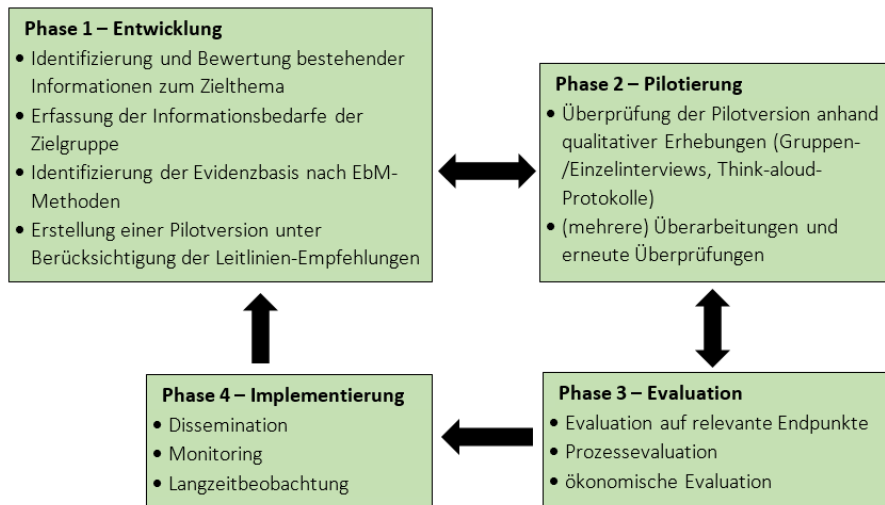


Abbildung 1: Zirkulärer Erstellungsprozess einer EBG (modifiziert nach Lühnen et al. (2017) [24]).

Eine gute Beschreibung, was EBG eigentlich sind und welche Ansprüche an sie gestellt werden, fasst ein Zitat aus der *Leitlinie evidenzbasierte Gesundheitsinformation* [24] zusammen: „EBG stellen unter Berücksichtigung der aktuellen wissenschaftlichen Beweislage relevante Informationen zu Gesundheitsentscheidungen umfassend, verständlich, transparent, unverzerrt und objektiv dar“ (S.4). Wie man bei der Erstellung der EBG diesen einzelnen Anforderungen nachkommen kann, ist inzwischen beforscht worden. Die Grundlage stellen die Arbeiten *Gute Praxis Gesundheitsinformation* (2016), *Manual Patientinformation* (2006) sowie Bunge et al. (2010) als auch *die allgemeinen Methoden des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) (2017)* dar [15, 25-27]. Die Forschungsarbeiten mündeten in der Erstellung der *Leitlinie evidenzbasierte Gesundheitsinformation*, die evidenzbasiert Qualitätskriterien zu Inhalten und Darstellungsweisen formuliert.

Bei der Leitlinienerstellung ist nach den Methoden der medizinischen S3-Leitlinien vorgegangen [28]. Die Leitlinie hat zu den Bereichen *Darstellung von Häufigkeiten, Einsatz von Grafiken, Narrativen* und *Einsatz von Instrumenten zur Klärung eigener Präferenzen*, zur *Einbeziehung der Zielgruppen in den Erstellungsprozess* und zur *Verwendung verschiedener Formate* konkrete Fragen formuliert, die Evidenz aufbereitet und Empfehlungen verschiedener Stärken transparent abgeleitet. Zuvor wurden Endpunkte nach *GRADE (Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation; Ansatz zur Einstufung der Qualität der Evidenz oder Empfehlungsgraden)* hierarchisiert. Dabei wurden die kognitiven Endpunkte *Risikowahrnehmung, Verstehen* und *Wissen* als entscheidend erachtet, *Verständlichkeit* und *Lesbarkeit* hingegen als wichtig, aber nicht entscheidend. Die affektiven Endpunkte *Attraktivität, Akzeptanz* und *Vertrauenswürdigkeit* wurden als weniger bedeutend eingestuft.

Die Erkenntnisse der Leitlinie werden in der Entwicklung der EBGI zur Depression umgesetzt. Insbesondere bei der Kommunikation von Nutzen und Schaden von Interventionen werden diese Erkenntnisse angewandt, um eine adäquate Risikoeinschätzung der NutzerInnen anzustreben.

Neben den aufgeführten Effekten der gemeinsamen Entscheidungsfindung lässt sich die Erstellung von EBGI auch aus Forschungsergebnissen zur Gesundheitskompetenz begründen. Nach der *GEDA-Studie (Gesundheit in Deutschland aktuell)* sei der Grad der selbsteingeschätzten Gesundheitskompetenz mit verschiedenen Aspekten des Gesundheitszustandes assoziiert. Ein hohes Maß an Gesundheitskompetenz sei dabei mit einer geringeren Wahrscheinlichkeit des Auftretens einer chronischen Krankheit, körperlicher Schmerzen oder depressiver Symptomatik assoziiert [29]. Hierbei gilt u.a. zu kritisieren, dass die Gesundheitskompetenz allein durch Selbsteinschätzung erhoben und nicht objektiviert worden ist. Die Validität des eingesetzten Instruments zur Messung der Gesundheitskompetenz ist Gegenstand aktueller Diskurse [30]. Folglich sind ebenso die Assoziationen zum Grad der Gesundheitskompetenz kritisch zu hinterfragen.

1.4 Zielgruppenbeteiligung am Erstellungsprozess

Die Beteiligung der Zielgruppen am Erstellungsprozess von EBGI, insbesondere bei der Festlegung der Themenschwerpunkte und mittels der Durchführung einer Pilotierung, wird als Qualitätskriterium gefordert [15, 24, 26, 31, 32]. So werden Interviews und Gruppendiskussionen mit Betroffenen der Erkrankung durchgeführt, um die Bedarfe an Informationen aus ihrer Sicht zu eruieren, was Teil einer sogenannten Bedarfsanalyse sein kann. Nach Fertigstellung einer Pilotversion der EBGI sollte Betroffenen die EBGI zugänglich gemacht werden, um ihre Ansichten und Eindrücke zu der Information zu erheben und diese ggf. zu revidieren, wenn sich z.B. Verständnisschwierigkeiten der Inhalte zeigen.

Die AutorInnen der *Leitlinie evidenzbasierte Gesundheitsinformation* begründen die Einbeziehung der Zielgruppe zum einen mit der ethischen Prämisse, „respektvoll und sensibel auf die Wertvorstellungen und Sorgen der Nutzerinnen und Nutzer von Gesundheitsinformationen einzugehen, ihre Autonomie, kulturellen Unterschiede, subjektive Gesundheitsvorstellungen und Theorien, geschlechts- und altersspezifischen Belange sowie die Belange von Menschen mit Behinderungen zu achten“ (S.17) und zum anderen mit der Evidenzlage zu den Effekten der Zielgruppenbeteiligung. Durch eine systematische Recherche konnten drei randomisierte kontrollierte Studien von niedriger Qualität der Evidenz mit insgesamt 436 Teilnehmenden identifiziert werden. Sie belegen einheitlich positive Effekte zu den Endpunkten Wissen, Akzeptanz/Attraktivität und Relevanz der Informationen. In einer Studie ließ sich auch ein positiver Effekt zum Endpunkt Verständlichkeit/Lesbarkeit aufzeigen. In zwei Studien wurde

jeweils die Erstversion einer Gesundheitsinformation mit der überarbeiteten Version nach Durchführung von Fokusgruppen verglichen. Die dritte Studie verglich eine erstellte Informationswebseite mit einer Version, die nach Recherchen von NutzerInnen-Präferenzen erstellt worden ist.

Die positiven Effekte der Zielgruppenbeteiligung mögen u.a. damit zusammenhängen, dass Laien und medizinische ExpertInnen jeweils andere Informationsbedarfe im Vordergrund sehen und abweichende Vorstellungen von Sorgen, Gesundheitsvorstellungen und Themen, die die Zielgruppen interessieren, aufweisen [24].

Eine weitere Begründung der Zielgruppenbeteiligung lässt sich aus dem Forschungsbereich der kognitiven Dissonanz herleiten. Ein Aspekt dieser sozialpsychologischen Theorie besagt, dass Menschen in einen als unangenehm empfundenen Gefühlszustand gelangen, sobald sie verschiedene Empfindungen, Gedanken, Absichten o.ä. haben, die nicht miteinander im Einklang stehen. Um diesen Spannungszustand zu reduzieren, kann es zum Nichtwahrnehmen, Leugnen oder Abwerten von Informationen kommen [33], was in Studien zur Pilotierung von EBGI beobachtet werden konnte [34]. In der Studie von Steckelberg et al. (2007) wurde die Anwendbarkeit der Theorie (der kognitiven Dissonanz) auf beobachtete Phänomene bei Entscheidungen und der Informationsverarbeitung in medizinischen Belangen überprüft und wissenschaftlich bekräftigt [35]. Daraus ließe sich schlussfolgern, dass die Ergebnisse der Analyse zu den Bedarfen an Informationen auch unter dem Aspekt der präventiven Eingrenzung von Phänomenen der kognitiven Dissonanz ausgewertet werden können. Weiß man im Vorhinein um gängige Missverständnisse, Wissenslücken und Erwartungen, können Aspekte spezifisch ausgearbeitet und achtsam unterbreitet werden, um zu einer Auseinandersetzung mit der Information statt einer sofortigen Ablehnung zu führen.

1.5 Krankheitsbild Unipolare Depression

Aus medizinischer Sicht gibt es nicht das eine Krankheitsbild der Depression, sondern es wird von einem Formenkreis der depressiven Erkrankungen gesprochen. Laut dem *ICD-10* Klassifikationssystem für medizinische Diagnosen (engl. *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems*) werden darunter verschiedene Diagnosen verstanden wie die depressive Episode, rezidivierende depressive Störung oder anhaltende affektive Störung [36]. Wird im Folgenden der Begriff *Depression* verwendet, meint dies den übergeordneten Begriff zur Beschreibung des Formenkreises und keine spezifische Diagnose.

Die Festlegung auf das Krankheitsbild der Depression begründet sich aus der Zusammenarbeit mit der SGW.

Auch objektive Daten belegen die Bedeutsamkeit der Erkrankung mit schwerwiegenden Auswirkungen auf das Leben der PatientInnen und begründen Forschungsarbeiten. Die unipolaren depressiven Störungen nahmen 2016 in Europa den dritten Rang bei der Erfassung der Lebensjahre ein, die durch Beeinträchtigung aufgrund einer Erkrankung verloren gehen bzw. den vierten Rang bei Erfassung der Lebensjahre durch frühzeitigen Tod [37].

Ebenso stellen depressive Erkrankungen große Relevanz für das deutsche Gesundheitssystem dar. So wurden 2015 insgesamt 31.062 Rentenzugänge wegen verminderter Erwerbsfähigkeit aufgrund der Diagnose einer depressiven Episode oder einer rezidivierenden depressiven Störung verzeichnet [38]. Die Relevanz bildet sich ebenfalls in den Zielen der *World Health Organization (WHO)*, der Europäischen Kommission und den Nationalen Gesundheitszielen ab, in denen die Entstigmatisierung von Menschen mit einer Depression sowie die Prävention und Versorgung von Depressionen als Ziele aufgeführt werden [39].

Bei der unipolaren Depression handelt es sich um eine affektive Störung, die unter anderem das Gefühl der Traurigkeit hervorruft. Gekennzeichnet sind Depressionen durch eine gedrückte Stimmung, Interessenlosigkeit und Antriebsminderung über einen längeren Zeitraum. Alltagsaktivitäten und –aufgaben werden als belastend wahrgenommen, es fällt schwer sie zu genießen oder sie zu bewältigen. Die gesamte Lebensführung kann durch eine Depression beeinträchtigt sein [40]. Eine Depression hält für Wochen, Monate oder Jahre an, kann einmalig oder in wiederkehrenden Episoden auftreten. Der pathophysiologische Grund für eine Depression ist unbekannt. Es werden sowohl biologische Faktoren wie genetische Dispositionen, Neurotransmitterstörungen oder hormonelle Einflüsse als auch psychische Faktoren wie traumatische oder belastende Erlebnisse, Persönlichkeitsfaktoren oder lerntheoretische Erklärungen als Gründe für die Entstehung angenommen. Aufgrund der Vielzahl der möglichen Ursachen, wird von einem multifaktoriellen Erklärungskonzept ausgegangen [41, 42].

Die initiale Behandlung einer Depression kann Antidepressiva, eine Psychotherapie, aktiv-abwartendes Begleiten, weitere nicht-medikamentöse Behandlungsansätze sowie eine Kombination aus den genannten beinhalten. Die Therapieentscheidung wird beeinflusst durch die Präferenzen der PatientInnen, vorherige Therapieerfahrungen und durch den Schweregrad der Depression. Insgesamt ist das Ziel, eine Remission der Erkrankung zu erreichen und das Wiederkehren der Depression zu vermeiden oder Abstände zwischen den Episoden zu vergrößern [41].

1.6 Aufbau der Dissertation

Die aufgezeigten positiven Effekte der gemeinsamen Entscheidungsfindung, die gesetzlich geforderte Stärkung der PatientInnenrechte und die positiven Assoziationen mit einer hohen Gesundheitskompetenz stützen und begründen die übergreifende Zielstellung der Dissertation: die **Erstellung einer EBGI zum Thema Depression**.

Diese Arbeit ist in drei Teile untergliedert und stellt dabei wesentliche Entwicklungsprozesse der ersten beiden Phasen des UKMRC Frameworks *Entwicklung* und *Pilotierung* dar. In den einzelnen Teilen wird einer konkreten Fragestellung nachgegangen, die letztlich alle der übergeordneten Zielstellung zuarbeiten:

- **Teil 1: Bedarfsanalyse**

Was sind die Bedarfe der Zielgruppe(n) der EBGI? Welche Inhalte sollen aufbereitet werden, werden bestimmte Darstellungsformen präferiert und zeichnen sich weitere Bedarfe neben der Wissensvermittlung ab?

- **Teil 2: Evidenzaufbereitung und –darstellung einer PICO-Frage**

Es wurden Schwerpunkte der EBGI festgelegt und die Evidenz dazu aufbereitet und laienverständlich dargestellt. In dieser Dissertation wird der Schwerpunkt zu Online-Interventionen zur Behandlung einer Depression dargelegt und folgender Fragestellung nachgegangen: *Was ist der Nutzen und Schaden der kognitiv verhaltenstherapeutisch ausgerichteten Online-Therapien zur Behandlung einer Depression?*

Neben dieser Fragestellung wurden weitere sogenannte PICO-Fragen (Einführung des Begriffs im Abschnitt 3.2.3) formuliert und die Evidenz dazu aufbereitet, was hier aufgrund des Umfangs der Monographie nicht dargestellt wird.

- **Teil 3: Pilotierung der EBGI**

Wie ist die Machbarkeit und Akzeptanz der EBGI aus der Perspektive der NutzerInnen? Gibt es Revisionsbedarf der EBGI?

Es sei darauf hingewiesen, dass die Gliederung dieser Arbeit aufgrund der Vorgaben der Promotionsordnung angelegt wurde. Für einen nachvollziehbaren Lesefluss sei empfohlen die Zielstellung, Methodik, Ergebnisse und Diskussion jeweils zu der Bedarfsanalyse, zu der Evidenzaufbereitung und zu der Pilotierung nacheinander zu lesen.

2 Zielstellung

2.1 Bedarfsanalyse

Zielstellung der Bedarfsanalyse ist die Eruierung der Bedarfe und Präferenzen von Betroffenen mit einer Depression und deren Angehöriger v.a. an Informationsinhalte einer EBGI zur Depression, deren Darstellungsformen sowie die Identifikation wesentlicher

Entscheidungsmomente. Auch eventuell bestehende Bedarfe neben der Wissensvermittlung sollen erhoben werden.

Da die Population von Menschen mit einer Depression in Alter, Lebensumständen als auch Krankheitsausprägungen variiert [41], ist auch von einer Variation der Bedarfe in den Subpopulationen auszugehen. Es werden daher die Bedarfe zielgruppenspezifisch für betroffene Kinder und Jugendliche (KuJ), Erwachsene, ältere Menschen, Schwangere und Frauen nach einer Geburt sowie für Angehörige von Menschen mit einer Depression aufgeführt. Die Berücksichtigung der verschiedenen Zielgruppen begründet sich darin, dass erst auf Grundlage der Bedarfsanalyse und weiteren Marktforschungen sowie Suchmaschinenauswertungen seitens der SGW die inhaltliche Schwerpunktsetzung und Eingrenzung auf spezifische Zielgruppen erfolgt ist. Der Einschluss der Zielgruppe der Angehörigen begründet sich anhand des dort bestehenden Bedarfes an Informationen, u.a. da sich die Erkrankung auf die zwischenmenschlichen Beziehungen und das soziale Umfeld auswirkt [43].

Um der Zielsetzung nachzukommen, wurden zwei Fragestellungen formuliert, an denen sich die systematische Recherche orientiert:

1. Welche Wünsche, Erwartungen und Interessenschwerpunkte stellen Menschen mit einer Depression, deren Angehörige und Gesundheitsdienstleister (engl. Health Care Provider; HCP) an Informationsinhalte zur Depression, deren Darstellungsformen und was sind wesentliche Entscheidungsmomente im Rahmen der Krankheitsbewältigung einer Depression?
2. Welche Sichtweisen, Sorgen, Bedenken, Wissenslücken und Fehlvorstellungen haben Betroffene, deren Angehörige sowie HCP im Hinblick auf die medizinische Versorgung und Krankheitsbewältigung von Menschen mit einer Depression?

Der Einbezug verschiedener Sichtweisen (Betroffene/ Angehörige/ HCP) begründet sich durch die damit einhergehende Varianzsteigerung. Denn nicht alle Bedarfe können von PatientInnen reflexiv erfasst werden wie z.B. der Bedarf, bestehende Fehlvorstellungen zu korrigieren. Dies begründet die Erhebung gängiger Sichtweisen, Bedenken, Sorgen, Fehlvorstellungen und Wissenslücken sowohl von Betroffenen als auch von Angehörigen und HCP.

Aus diesen Daten können durch Interpretationen Bedarfe abgeleitet werden, die im Folgenden als *implizite Bedarfe* bezeichnet werden. Die *impliziten Bedarfe* lassen sich damit von den *expliziten Bedarfen* abgrenzen, die sich aus der Beantwortung der ersten Fragestellung eruieren lassen.

Der Begriff *Informationsbedarf* wird vielsinnig benutzt und erfordert daher eine Definition [44]. In dieser Bedarfsanalyse bezieht sich der Begriff *Informationsbedarf*, solange nicht näher

spezifiziert, sowohl auf die explizit als auch implizit eruierten Bedarfe aus verschiedenen Sichtweisen zu einer Zielgruppe.

2.2 Evidenzaufbereitung und –darstellung einer PICO-Frage

Die Evidenzaufbereitung soll zum einen die bestverfügbare Evidenz zu konkreten Fragestellungen identifizieren. Zum anderen soll unter Einhaltung der Qualitätskriterien der *Leitlinie evidenzbasierte Gesundheitsinformation* eine laienverständliche Darstellung der Ergebnisse erarbeitet werden. Die Darstellung der Evidenz zu einer Fragestellung soll die Komplexität der Methodik einer Evidenzaufbereitung reduzieren und Nutzen und Schaden der Intervention transparent und laienverständlich gegenüberstellen und eine adäquate Risikoeinschätzung ermöglichen [15, 24]. Als übergeordnete Zielstellung wird angestrebt, Betroffenen mit einer Depression eine informierte Entscheidung für oder gegen die Nutzung einer Online-Intervention zu ermöglichen.

2.3 Pilotierung der EBGI

Nach Abschluss der Entwicklung der EBGI gilt es die Machbarkeit und Akzeptanz der EBGI durch die entsprechende Zielgruppe zu untersuchen [24]. Ziel ist es, aus den Reaktionen, Eindrücken und Ansichten der Betroffenen zu der Information wertvolle Hinweise für zu revidierende bzw. erhaltende Aspekte zu generieren. Es gilt u.a. die Verständlichkeit, Akzeptanz, Neutralität und Vollständigkeit der EBGI zu pilotieren. Zum Teil handelt es sich dabei um wichtige Kriterien, die an EBGI gestellt werden. Die Pilotierung soll aufzeigen, inwiefern die EBGI diesen Kriterien bereits gerecht wird und bei der weiteren Realisierbarkeit der Kriterien mitwirken.

Im Mittelpunkt der Pilotierung steht die Untersuchung des Verständnisses von Inhalten seitens der NutzerInnen. Da die Gestaltung und Aufmachung der Website der EBGI zuvor noch nicht evaluiert worden ist, werden Ansichten zum Layout, zur Struktur, zur Übersichtlichkeit und zu den animierten Videos erhoben. Auch gilt es hierbei die spezifischen Bedürfnisse der Zielgruppe zu Themen der Gestaltung und zum Umfang zu eruieren. Ein weiteres Augenmerk der Pilotierung liegt auf der Akzeptanz der Evidenzdarstellung seitens der NutzerInnen. Zudem soll mit der Pilotierung die Eruierung der Resonanz zu der weitgefassten Zielgruppe der EBGI und zur fehlenden, expliziten Nennung der Ziele und Zielgruppe erfolgen.

3 Methodik

3.1 Bedarfsanalyse

Die Bedarfsanalyse ist anhand einer Literaturanalyse der formulierten Zielstellung nachgekommen. Bei der Erforschung des Informationsbedarfes handelt es sich primär um qualitative Forschung, da persönliche Ansichten, Erwartungen und Erfahrungen untersucht werden. Im Gegensatz zur empirischen Überprüfung klinisch-epidemiologischer Fragestellungen

in der quantitativen Forschung. Eine strikte Trennung dieser Forschungsmethoden gelingt jedoch nicht, da auch quantitative Methoden wie z.B. ein Survey zur Eruiierung der Informationsbedarfe anwendbar sind [45].

Daher wurde eine systematische Übersicht mit Einschluss qualitativer und quantitativer Primärstudien als auch bestehender Übersichtsarbeiten erstellt. Eine Mixed-Method Synthese mit v.a. aggregierendem, aber auch abstrahierendem Charakter – bei der Bearbeitung der zweiten Fragestellung (siehe Zielsetzung, Abschnitt 2.1) – wurde durchgeführt [46]. Um eine Anlehnung an den Qualitätsstandard zu ermöglichen, wurde sich bei der Methodik der Bedarfsanalyse an den *ENTREQ*-Kriterien (*Enhancing Transparency in Reporting the Synthesis of Qualitative Research*) orientiert [47].

Da der Begriff *systematische Übersichtsarbeit* (SR; engl. Systematic Review) und die Methoden der Datensynthese in der qualitativen Forschung nicht mit den klaren Qualitätsanforderungen und methodischen Empfehlungen wie in der quantitativen Forschung einhergehen, bedarf es weiterführenden Erläuterungen zu den Methoden [48]. Bei der Methodenwahl der Evidenzsynthese wurde sich an der Arbeit von Booth et al. (2016) orientiert [46]. Demnach ist die Methodologie der *thematischen Synthese* für die Bedarfsanalyse zielführend. Mit der Methodologie der *thematischen Synthese* werden zum Teil verschiedene Arten der Methoden verstanden. Nach dieser Auffassung gilt es zu spezifizieren: es wird die Methode der *thematischen Analyse* angewendet [49]. Von einer separaten Publikation eines a-priori Protokolls und der Ergebnisse wurde abgesehen. Eine Veröffentlichung erfolgt ausschließlich über die Dissertation.

3.1.1 Systematische Literaturrecherche

Wie in den allgemeinen Methoden des *IQWiG* aufgeführt und auch mit dem Recherchekriterium der *thematischen Synthese* nach Booth et al. (2016) vereinbar, ist zur Eruiierung des Informationsbedarfes eine umfassende, jedoch fokussierte Recherche zielführend. Diese stellt nicht den Anspruch an Vollständigkeit, allerdings den Anspruch an systematisches, transparentes Vorgehen und Qualitätssicherung. Es können Einschränkungen zur Auswahl der Datenbanken, Zeitspanne der eingeschlossenen Studien und der Sprachauswahl festgelegt werden [27].

Über die Suchoberfläche *OvidSP* wurde in den elektronische Datenbanken *Medline*, *PsycInfo* und *Psyn dex Literatur und AV-Medien* gesucht, die neben medizinischen auch die psychologischen Publikationen abdecken. Es wurde die Suchoberfläche *OvidSP* verwendet, da dort die Nutzung von Kontextoperatoren möglich ist. Da die Verschlagwortungen in den Datenbanken z.T. verschieden sind, variieren die Suchstrategien je nach Datenbank. Die Suchstrategie wurde anhand eines Blockschemas aufgestellt. Es wurden drei Blöcke mit krankheitsbezogenen, patientenbezogenen und forschungsdesignbezogenen Begriffen gebildet, die Text- und Schlagwörter beinhalten. Diese drei Blöcke wurden mit dem Booleschen Operator *AND* verknüpft.

Als Filter wurden die Sprachen Englisch und Deutsch und der Publikationszeitraum von 01/2015 bis 03/2018 angewandt. Die Einschränkung des Publikationszeitraums begründet sich zum einen darin, da die Übersichtsarbeit von Tlach et al. (2015) [50] im Vorhinein bekannt war und der Einschluss dieser Studie den Recherchezeitraum bis 2015 abdeckt. Zum anderen limitieren personelle Ressourcen, die über das Projekt finanziert werden, die zu bewältigende Trefferanzahl. Darüber hinaus wurden die Referenzlisten der eingeschlossenen Studien nach weiteren geeigneten Studien gesichtet.

Die zur Datensättigung gewünschte Varianz der Sichtweisen konnte erst nach einer weiteren Recherche (diesmal ohne Sprach- oder Zeitfilter) in der Datenbank *Psyn dex Literatur und AV-Medien* erzielt werden. Zuvor zeigte sich die Sicht der HCP nicht genügend abgebildet. Die Suchverläufe sind in der Anlage im Abschnitt 9.1.1 beigefügt.

3.1.2 Studienauswahl und Datenextraktion

Eine Studie wurde eingeschlossen, sobald alle Einschluss- und keines der Ausschlusskriterien erfüllt wurden. Der Tabelle 1 sind die definierten Ein- und Ausschlusskriterien zu entnehmen.

Tabelle 1: Ein- und Ausschlusskriterien der systematischen Recherche zur Bedarfsanalyse.

Einschlusskriterien	<ul style="list-style-type: none"> • Publikationsjahr 01/2015-03/2018 • deutsche oder englische Sprache • <u>Studienpopulation</u>: Menschen mit einer unipolaren Depression (depressive Episode, rezidivierende depressive Störung, Wochenbett- oder Schwangerschaftsdepression, saisonale Depression)/ ihre Angehörigen/ HCP, die in Mitgliedsländern der WHO leben, die das Mortalitätsstratum A besitzen und als Industrieländer gelten, keine Altersbeschränkungen • <u>Forschungsansatz</u>: qualitativ oder quantitativ (durch Interviews, Umfragen, Fragebögen, Fokusgruppen, Erfahrungsberichte) oder systematische Übersichtsarbeiten qualitativer Studien • <u>inhaltliche Kriterien</u>: die Studie untersucht mindestens einen der aufgeführten Aspekte: <ul style="list-style-type: none"> - den Bedarf an Inhalten einer Information zur unipolaren Depression/Wochenbett- oder Schwangerschaftsdepression/saisonalen Depression sowie den Bedarf an Darstellungsweisen (z.B. Videoformat, Interaktionstool), - Inhalte von Erfahrungsberichten Betroffener, - den Wissensstand Betroffener/ihrer Angehörigen bezüglich ihrer/der depressiven Erkrankung, - Fehlvorstellungen/Missverständnisse bezüglich der oben genannten Erkrankungen, - Sichtweisen von PatientInnen auf ihre Erkrankung, Behandlung und Krankheitsbewältigung, - Sichtweisen von HCP zur Versorgungssituation der oben genannten Erkrankungen, - Erwartungen von Betroffenen an die ambulante/stationäre Versorgung im Rahmen ihrer depressiven Erkrankung oder die Zufriedenheit mit ihrer Versorgung oder - wesentliche Entscheidungsmomente im Rahmen der genannten Erkrankungen
Ausschlusskriterien	<ul style="list-style-type: none"> • <u>Studienpopulation</u>: spezielle Population (z.B. KrebspatientInnen, Menschen mit Zustand nach Herzinfarkt), Menschen mit einer bipolar affektiven Störung, Allgemeinbevölkerung • <u>inhaltliche Kriterien</u>: die Studie untersucht ausschließlich einen der aufgeführten Aspekte: <ul style="list-style-type: none"> - welche Informationswege PatientInnen beschreiten, - Methoden der Zielgruppenbeteiligung, - Effekte der Zielgruppenbeteiligung, - das Krankheitsbild der unipolaren/saisonalen/Wochenbett- oder Schwangerschaftsdepression, - Informationsbedarfe anderer Erkrankungen oder - formale Anforderungen an Gesundheitsinformationen

HCP: Health Care Provider; WHO: World Health Organization

Eine Einschränkung der Länder (anhand des Mortalitätsstratums) soll die externe Validität hinsichtlich der Übertragbarkeit auf die deutsche Bevölkerung sicherstellen [31]. Durch die verschiedenen Kontexte der Studien (diese wurden nicht durch Ein-/Ausschlusskriterien definiert) soll eine Sättigung der Bedarfe erzielt werden [31].

Die Studienauswahl erfolgte von Jana Hinneburg und Laura Hille unabhängig voneinander. Zunächst wurde das Titel-Abstract-Screening aller erhobenen Treffer der Recherchen über die Online-Plattform *Rayyan* durchgeführt, im Anschluss alle konsentierten Einschlüsse als Volltexte gescreent und begründet ein- oder ausgeschlossen. Bei Nicht-Übereinstimmung konnte eine dritte Person zur Diskussion und Konsensentscheidung hinzugezogen werden.

Die Studiencharakteristika wurden anhand einer zuvor erarbeiteten Tabelle extrahiert (siehe Ergebnisteil 4.1.1, Tabelle 4). Die Datenextraktion wurde von Laura Hille vorgenommen, von Jana Hinneburg überprüft und limitierte sich nicht auf bestimmte Abschnitte der Studien. Die Studien wurden thematisch kodiert. Die Daten zu Bedarfen, Erfahrungen und Einstellungen wurden studienspezifisch in ein zuvor im Konsens erarbeitetes Kategoriensystem eingeordnet, das nach der Extrahierung der Daten von drei Studien im Diskurs induktiv erweitert wurde. In der Tabelle 5 im Ergebnisteil 4.1.1 ist das endgültige Kategoriensystem für die Datenextraktion mit Ankerbeispielen aufgeführt.

3.1.3 Kritische Bewertung der Evidenz

Die Qualität der identifizierten Studien wurde mit einem je nach Studiendesign passenden Instrument bewertet. Sofern die Studien verschiedene Methoden beinhalten, wurde sich die Anwendung mehrerer Bewertungsinstrumente vorbehalten. Qualitative Studien werden anhand des *CASP-Tools (Critical Appraisal Skills Programme)* für qualitative Forschung [51], quantitative Studien mit Einsatz von Fragebögen anhand des *CEBM (Centre for Evidence-Based Medicine) Critical Appraisal of a Survey* [52] und SRs anhand des *CASP-Tools für SRs* [53] bewertet. Die Instrumente werden eingesetzt, um die drei Hauptfelder der internen Validität, der Inhalte und die Übertragbarkeit der Ergebnisse auf den eigenen Kontext zu bewerten [54].

Die Qualitätsbewertung wurde von Jana Hinneburg und Laura Hille unabhängig voneinander vorgenommen und diskursiv konsentiert.

3.1.4 Datensynthese

Die Datensynthese erfolgte in mehreren Teilschritten. Die expliziten Bedarfe aus der Rubrik *Wünsche an Informationen/Themenschwerpunkte & Entscheidungsmomente* wurden zielgruppenspezifisch zusammengetragen. Anschließend wurden diese Bedarfe mit den impliziten Bedarfen ergänzt. Diese basieren auf Schlussfolgerungen zu den eruierten Wissenslücken, Fehlvorstellungen, Belastungen und sonstigen Gefühlen und Einstellungen. Die expliziten und impliziten Bedarfe wurden in das Kategoriensystem zur Ergebnisdarstellung zusammengetragen (siehe Ergebnisteil 4.1.3, Tabelle 6).

Dieses wurde prädefiniert und induktiv angepasst und umfasst die Kategorien:

- *Überblick über das Krankheitsbild*
- *Symptome*
- *Ursachen/Entstehung*
- *Verlauf*
- *Diagnostik*
- *Prävention*
- *Behandlung*
- *Selbstmanagement/Coping*
- *Unterstützungsmöglichkeiten für Angehörige*
- *und Sonstiges.*

Es erfolgte keine quantitative Auswertung der Ergebnisse. Rückschlüsse auf Gewichtungen oder Priorisierung von Bedarfen können nicht gezogen werden.

3.2 Evidenzaufbereitung und –darstellung einer PICO-Frage

3.2.1 Schwerpunktsetzung

Die Festlegung der Schwerpunkte der EBGI und der Fragestellungen zur Evidenzaufbereitung erfolgte im Wesentlichen basierend auf den Ergebnissen der hier nicht weiter erläuterten Marktanalyse und Suchmaschinenauswertung, da diese seitens der SGW durchgeführt worden sind. Es wurden die Schwerpunkte *Wochenbettdepression* mit Fragestellungen zu Vergleichen verschiedener Behandlungsoptionen (Antidepressiva vs. Placebo, Antidepressiva vs. Psychotherapie und körperliches Training vs. keine Behandlung) sowie der Schwerpunkt *Online-Interventionen* bei unipolarer Depression gesetzt. Lediglich die Aufbereitung des letztgenannten Schwerpunktes wird aufgrund des begrenzten Umfangs der Monographie methodisch dargestellt.

3.2.2 Evidenzaufbereitung

Die Ermittlung der bestverfügbaren Evidenz zu den festgelegten Fragestellungen folgte den Konzepten und Methoden der EbM. Dabei wurde systematisch die Evidenz zu den Fragen erarbeitet und deskriptiv dargestellt. Ressourcenbedingt wurde a-priori festgelegt, keine eigene Metaanalyse (MA) durchzuführen, auch wenn die Datenlage zu einer Fragestellung dies als notwendig aufgezeigt und gerechtfertigt hätte. Daher wird der Begriff *Evidenzaufbereitung* verwendet und nicht von einer *Evidenzsynthese* gesprochen.

Die Ausarbeitungen zur Kommunikation der Evidenz stützen sich hauptsächlich auf die *Leitlinie evidenzbasierte Gesundheitsinformation* [24], Ausarbeitungen der *Cochrane Collaboration* [55, 56] als auch auf die *GRADE-Methoden* [57-59].

Für die hier angewandte Methodik zur Evidenzaufbereitung konnten bestehende Berichterstattungsrichtlinien nur bedingt hinzugezogen werden, da weder das *PRISMA-Statement (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses)* für SR noch die Erweiterung für Scoping Reviews vollumfänglich auf die Methodik zutreffen [60, 61]. Es wurde sich jedoch an beiden Richtlinien orientiert, insbesondere bei Items zur systematischen Recherche und zur kritischen Bewertung der Evidenz.

In einer ersten freien Recherche zu Online-Interventionen bei Depression zeigte sich auch bei den Ansätzen der Interventionen eine hohe Heterogenität. Neben Interventionen, die auf Ansätzen der kognitiven Verhaltenstherapie (KVT) beruhen, wurden Ansätze der „dritten Welle“ der Verhaltenstherapie wie die achtsamkeitsbasierte Psychotherapie und Ansätze der Psychodynamik identifiziert. Da es sich bei Online-Interventionen ebenfalls um komplexe Interventionen handelt, wurde vorab spezifiziert, dass sie auf Ansätzen der KVT basieren müssen. Damit wird auf die Problematik der Synthese komplexer Interventionen eingegangen [22].

3.2.3 Formulierung der PICO-Frage

Zur Recherche wurde zunächst eine konkrete Fragestellung im sogenannten **PICO**-Schema formuliert. Dabei wurde eine Frage formuliert, in der **Population**, **Intervention**, **Comparison** und **Outcome** deutlich werden, um die Evidenz dazu aufzubereiten. Die PICO-Frage lautete:

- *Welcher Nutzen und Schaden entsteht für Erwachsene mit einer unipolaren Depression bei der Teilnahme an einer kognitiv verhaltenstherapeutischen Online-Intervention im Vergleich zu keiner Behandlung bzw. Warteliste?*

Als Kontrollgruppe wurde *keine Behandlung* bzw. *Warteliste* festgelegt, um Studien mit pragmatischen Ansätzen einzuschließen und einen praxisnahen Bezug zu erreichen, da die Intervention gegen Standardversorgung verglichen wird [62]. Zudem ist dieser Vergleich bei den 2018 erhobenen Wartezeiten von durchschnittlich 20 Wochen auf eine im persönlichen Kontakt durchgeführte Richtlinienpsychotherapie patientenrelevant [63]. Als Endpunktparameter werden patientenrelevante Endpunkte zum Nutzen und Schaden hinzugezogen und wurden für die Recherche vorab nicht weiter spezifiziert. Denkbare patientenrelevante Endpunkte sind Lebensqualität, Ausmaß der depressiven Beschwerden (Morbidität), Auftreten von unerwünschten Ereignissen wie Verschlechterung der Depression und Suizidversuche bzw. Suizide.

Die anhand der systematischen Recherche dargelegte Evidenz zu KVT-basierten Online-Interventionen wies trotz der präzisierten Fragestellung einen vielschichtigen Forschungsstand auf. Es wurden bereits viele KVT-basierte Online-Interventionen entwickelt und beforscht. Diese unterscheiden sich deutlich in ihren Strukturen und Gewichtungen der Komponenten Kognition, Verhalten, Achtsamkeit, Akzeptanz und körperliche Bewegung. Es gibt Programme, die explizit transdiagnostisch angelegt sind, um häufige Komorbiditäten wie Angsterkrankungen zu behandeln. Darüber hinaus unterscheiden sich die Studiendesigns. Dies beinhaltet die Art und das Ausmaß an Begleitung bei einer Intervention (via E-Mail, Live-Chat, Video, unpersönlich und standardisiert, persönlich oder unbegleitet), die Vergleiche (u.a. keine Behandlung, Standardversorgung durch Hausarzt, Face-to-Face-Psychotherapie) als auch die

Studienpopulationen (u.a. nur PatientInnen aus der hausärztlichen Versorgung oder dem stationären Setting) [64-66].

Die aufgeführten Aspekte begründen die hohe Heterogenität zwischen den Studien, wodurch eine Metaanalyse über Studien mit verschiedenen KVT-basierten Online-Interventionen und Studiendesigns als kritisch anzusehen ist [22]. Dies entspricht der Argumentation einiger AutorInnen, die bevorzugen, die Evidenzlage zu einer spezifischen Intervention zu aggregieren [67, 68]. Daher wurde entschieden, die Evidenzlage zu zwei spezifischen Programmen namens *Deprexis* und *Moodgym* aufzuarbeiten und die PICO-Fragestellungen weiter zu spezifizieren.

Die Wahl dieser beiden Programme begründet sich vor allem dadurch, dass sie die am besten evaluierten und beforschten Programme darstellen, die in Deutschland verfügbar sind. Zudem ist das Programm *Moodgym* frei und kostenlos verfügbar, was ebenso patientenrelevant ist [67]. *Deprexis* ist ein CE-geprüftes Medizinprodukt und wird von manchen Krankenkassen bezahlt oder bezuschusst [69].

Somit wurden die PICO-Fragen folgend angepasst:

- *Welcher Nutzen und Schaden entsteht für Erwachsene mit einer Depression bei der Teilnahme am psychotherapeutischen Online-Programm „Deprexis“ im Vergleich zu keiner Behandlung bzw. Warteliste?*
- *Welcher Nutzen und Schaden entsteht für Erwachsene mit einer Depression bei der Teilnahme am psychotherapeutischen Online-Programm „Moodgym“ im Vergleich zu keiner Behandlung bzw. Warteliste?*

Tabelle 2 stellt die angepassten formulierten Fragestellungen zur Evidenzaufbereitung im PICO-Schema stichpunktartig dar.

Tabelle 2: PICO-Schema der spezifizierten Fragestellung

Population	Erwachsene mit einer unipolaren Depression
Intervention	<i>Deprexis</i> oder <i>Moodgym</i>
Comparison	Warteliste, keine Intervention
Outcome	patientenrelevante Parameter zur Erfassung von Nutzen und Schaden

In dieser Arbeit werden exemplarisch die Ergebnisse der Bearbeitung der letzteren PICO-Frage vorgestellt.

3.2.4 Systematische Literaturrecherche

Basierend auf der ursprünglich formulierten PICO-Frage wurde eine systematische Literaturrecherche durchgeführt. Es wurden entsprechende Suchstrategien entwickelt und in den Datenbanken *Pubmed*, *PsycInfo* (via *Ovid*) und *CENTRAL* gesucht (Suchverläufe, siehe Anlage 9.2.1). Für die Recherchen wurden Filter zu Studiendesigns angewandt und jeweils nur SR, MA und RCTs eingeschlossen. In der Datenbank *CENTRAL* wurde die Suche zusätzlich durch die Beschränkung auf die Review Gruppe *Depression, Anxiety and Neurosis* limitiert. Nach Präzisierung der PICO-Fragen wurde eine erneute *Pubmed*-Recherche mit den zusätzlichen Begriffen *Deprexis* und *Moodgym* durchgeführt. Außerdem erfolgte die Sichtung der

Referenzlisten relevanter Studien, eine Recherche zu laufenden Studien auf *PROSPERO* und *clinicaltrials.gov* sowie eine freie Recherche auf den Webseiten der Online-Therapieprogramme *Deprexis* und *Moodgym*.

3.2.5 Auswahl der Evidenz

Die Ein- und Ausschlusskriterien wurden vorab definiert und entsprechend der Präzisierung der PICO-Frage angepasst und sind der Tabelle 3 zu entnehmen.

Tabelle 3: Ein- und Ausschlusskriterien der Evidenzaufbereitung der Online-Intervention *Moodgym*

Einschlusskriterien	<ul style="list-style-type: none"> • deutsche oder englische Sprache • Studienpopulation: Erwachsene mit einer unipolaren Depression oder anhand validierter Fragebögen gemessener depressiver Symptomatik (Komorbiditäten können vorhanden sein) • Intervention: Online-Interventionsprogramm <i>Moodgym</i> • Kontrollbedingungen: keine Behandlung, Warteliste (Standardversorgung) • Studiensetting: ambulante Versorgung • Forschungsdesign: RCT, SR, MA
Ausschlusskriterien	<ul style="list-style-type: none"> • Studienpopulation: KuJ • Kontrollbedingungen: systematisch durchgeführte Face-to-Face Psychotherapie, medikamentöse oder andere Therapieformen • Fragestellung: Kostenanalysen • Studiensetting: stationäre Versorgung

KuJ: Kinder und Jugendliche; MA: Metaanalyse; RCT: Randomised Controlled Trial; SR: Systematic Review

Titel und Abstract der Treffer wurden von Jana Hinneburg und Laura Hille unabhängig voneinander über die Online-Plattform *Rayyan* gesichtet. Bei Nicht-Übereinstimmung stand eine dritte Person für einen Diskurs zur Konsensfindung zur Verfügung. Die durch das Titel-Abstract-Screening identifizierten Volltexte wurden ebenfalls von Jana Hinneburg und Laura Hille unabhängig voneinander bezüglich der Ein- und Ausschlusskriterien gescreent und ein etwaiger Ausschluss wurde begründet.

Als Informationsbasis wurden Studien der Evidenzstufe I mit relevanten Endpunkten angestrebt (bevorzugt SR mit MA (Ia) bzw. RCTs (Ib); Evidenzstufen nach *CEBM*-Kriterien [70]).

3.2.6 Kritische Bewertung der Evidenz

Anhand etablierter Checklisten für das jeweilige Studiendesign wurde die methodische Qualität der eingeschlossenen Studien von Jana Hinneburg und Laura Hille unabhängig voneinander beurteilt und diskursiv konsentiert. Folgende Bewertungsinstrumente sollten angewendet werden:

- *Cochrane Risk of Bias-Instrument 2.0* für RCTs [71]
- *AMSTAR 2 (A Measurement Tool to Assess systematic Reviews)* für SRs und MA [72]

Die Qualität der Evidenz wurde ebenso endpunktspezifisch narrativ dargestellt. Es wurde keine abschließende verbale oder numerische Kategorienbildung der Qualität der Evidenz nach *GRADE* vorgenommen, da dies nach bisherigem Forschungsstand dem Laien keine bessere Einordnung der Aussagekraft der Studienergebnisse ermöglicht [73, 74].

3.2.7 Erstellung von Evidenztabelle

Die Evidenz wurde endpunktspezifisch über Studien hinweg in einer Evidenztabelle narrativ und wenn möglich numerisch dargestellt. Sie diente als Grundlage zur laienverständlichen Darstellung der Evidenz, die letztlich in Zusammenarbeit mit der SGW umgesetzt worden ist. Die Evidenztabelle dienen ebenso der Transparenz der angewandten Methodik, die zukünftig den NutzerInnen zur Verfügung gestellt werden soll. Es wird transparent dargelegt, welche Daten aus Analysen der identifizierten Studien übernommen worden sind und welche auf eigenständigen Berechnungen mit Daten der Übersichtsarbeiten bzw. Primärstudien beruhen. Die Evidenztabelle fasst die Ergebnisse zur Beantwortung der PICO-Frage zusammen und kommuniziert Nutzen und Schaden der Intervention.

Als Vorarbeit zur Erstellung der Evidenztabelle wurde zunächst eine Zusammenfassung der herangezogenen Studie erstellt (siehe Anlage 9.2.3) und Daten zu Studienpopulationen, Interventions- und Kontrollgruppen, Drop-outs, erhobenen Endpunkten, Vergleichen und zur Qualität der Studie bzw. der Primärstudien sowie sonstige Limitierungen von Laura Hille extrahiert und die Datenextraktion von Jana Hinneburg überprüft. Anschließend wurde aus NutzerInnen-Perspektive relevante Vergleiche und Endpunkte diskursiv von Jana Hinneburg und Laura Hille ausgewählt, die laienverständlich dargestellt werden sollten [75].

Wesentlicher Bestandteil der Evidenztabelle ist die Kommunikation von Nutzen und Schaden der Intervention und damit die Darstellung von Häufigkeiten. Hierbei galt es, die aktuelle Forschungslage zur Risikowahrnehmung bei der Darstellung von Häufigkeiten zu berücksichtigen. In der *Leitlinie evidenzbasierte Gesundheitsinformation* wird die Evidenz zu verschiedenen Formaten der Darstellung von Häufigkeiten u.a. bezüglich des Endpunktes *Risikoabschätzung* dargelegt und wird hier kurz umrissen. Die Studienlage zeigt eindeutig die Überlegenheit der numerischen Darstellung gegenüber der alleinigen verbalen Kommunikation mit sogenannten verbalen Deskriptoren wie *häufig*, *gelegentlich* oder *selten* in Bezug auf eine realistische Risikoabschätzung. Auch bei der numerischen Darstellung muss weiter differenziert werden. Hier gilt es, den relativen Risiken absolute Risiken vorzuziehen, da relative Risiken in Studien zu einer Überschätzung der Effekte führten. Die absoluten Risiken können sowohl in natürlichen Häufigkeiten als auch in Prozentzahlen angegeben werden, wobei in ersterem Fall gleiche Bezugsgrößen gewählt werden sollten [24].

Für die Darstellung des möglichen Nutzens der Intervention wurde der Endpunkt *Ausmaß depressiver Beschwerden* identifiziert. Der Effekt der Intervention zu diesem kontinuierlichen Endpunkt wurde in der identifizierten MA mit standardisierten Werten aggregiert. Dies stellt bei

der numerischen Kommunikation des Effektes eine Herausforderung dar, die im Folgenden erläutert wird.

Sollen kontinuierliche Endpunkte wie z.B. das Ausmaß depressiver Symptome über mehrere Studien hinweg synthetisiert werden, scheint dies nur möglich, wenn in allen Studien das gleiche Instrument zur Erfassung dieses Endpunktes angewendet worden ist. Es gibt jedoch Möglichkeiten, die Ergebnisse verschiedener Instrumente zu einem Endpunkt in einer Metaanalyse zusammenzufassen. Die in der MA angewandte Methodik sieht vor, die Ergebnisse zunächst zu standardisieren und anschließend zu synthetisieren. Die Ergebnisse der Primärstudien werden standardisiert, indem die Mittelwertdifferenzen der Studien (der Postinterventionswerte oder der Prä-Post-Werte) durch die Standardabweichungen (SD) geteilt werden. Anschließend werden sie (ggf. gewichtet) zu einer gepoolten sogenannten Standardisierten Mittelwertdifferenz (SMD) berechnet [76]. SMD-Werte sind einheitslos und daher schwer zu interpretieren. Ergebnisse zur Quantifizierung der Stärke eines Effektes, die mit SMD-Werten angegeben sind, sollten für Laien daher fassbarer dargestellt werden [77].

Es ist eine Methode erarbeitet worden, SMD-Werte wieder in eine Einheit einer Primärstudie umzurechnen. Die Methodik weist Limitierungen auf, da sie auf statistischen Annahmen beruht, die nicht immer zutreffen können. Dies wird für die Darstellung eines fassbaren Ergebnisses in Kauf genommen und sollte klar als Limitierung methodisch dokumentiert werden [56]. Nach dieser Methode wird eine Primärstudie der MA ausgewählt, dessen Studienpopulation sowie Intervention als repräsentativ und dessen Verzerrungsrisiko als gering erachtet werden kann. Aus dieser Primärstudie wird die Standardabweichung des Postinterventionsmittelwerts bzw. der gemittelten Änderung vom Ausgangswert der Kontrollgruppe mit dem gepoolten SMD-Wert multipliziert. Das Ergebnis hat die Einheit der Primärstudie, häufig Punktwerte eines bestimmten Fragebogens [55, 56, 77]. Dieses Vorgehen wird von der *Cochrane Collaboration* zur Erstellung von Summary-of-Findings Tabellen bevorzugt [56]. Es gibt weitere Verfahren, SMD-Werte zu konvertieren und z.B. als absolute Risikodifferenz oder Odds Ratio darzustellen, die hier nicht weiter erläutert werden [78].

Für die Umrechnung des SMD-Wertes wurden die Primärstudien herangezogen, ebenso zur Berechnung des Basisrisikos. In der laienverständlichen Darstellung der Ergebnisse wurden numerische Angaben als Punktwertschätzer und nicht als Punktwertspannen angegeben. Denn Studien zeigen eine Verschlechterung des Verständnisses und Abwertung der Glaubwürdigkeit der Information bei Angabe einer Ergebnisspanne im Vergleich zu einem Punktschätzer [79, 80].

3.3 Pilotierung der EBGI

3.3.1 Umriss der weiteren Entwicklung & redaktionellen Umsetzung der EBGI

Bevor auf die Methodik der Pilotierung der EBGI eingegangen wird, erfolgt ein kurzer Überblick, wie die zu pilotierende Version der EBGI entstanden ist. Nach Abschluss der Bedarfsanalyse und basierend auf Suchmaschinenauswertungen wurde die Zielgruppe auf Betroffene mit einer unipolaren Depression und zum Teil auch deren Angehörige und betroffene Frauen mit einer Wochenbettdepression festgelegt. Es wurde für die Zielgruppe der Frauen mit einer Wochenbettdepression eine eigenständige EBGI entwickelt und die Evidenz zu PICO-Fragen zu Behandlungsoptionen der Wochenbettdepression erarbeitet. Hier wird nur auf die Erstellung und Pilotierung der EBGI zur Depression und nicht auf die zur Wochenbettdepression eingegangen. Reviews zum Krankheitsbild der Depression, die durch eine systematische Recherche identifiziert wurden, bilden die Grundlage für die Texte der EBGI. Es wurden Informationstexte angelehnt an die inhaltlichen Kriterien für EBGI zu folgenden Themen aufbereitet [24]:

- Beschreibung der Erkrankung
- Verbreitung
- Ursachen und Entstehung
- Symptome und Verlauf
- Diagnostik
- Prävention
- Depression und Suizid
- Behandlungsoptionen und –ziele

Anschließend wurden die Texte in den einheitlichen Aufbau der Online-Darstellung von Gesundheitsinformationen auf der Website der SGW übernommen. Die Webseitenstruktur sieht die Gliederung in drei Reiter vor: *Hintergrund*, *Prävention* und *Behandlung*. Die Inhalte wurden entsprechend zugeordnet und die Evidenzdarstellungen zu den Online-Interventionen *Moodgym* und *Deprexis* werden auf der Behandlungsseite verlinkt. Die Evidenzdarstellungen sind mit dem Ausdruck *WissensCheck* betitelt worden und öffnen sich mit dem Link auf der Behandlungsseite in einer jeweiligen Unterseite. Zum Zeitpunkt der Pilotierung war nur die Evidenzdarstellung zum *Moodgym*-Programm online, da die Seite zu *Deprexis* noch nicht fertiggestellt war. Ebenso der zusätzliche Reiter *Leben mit* ist erst nach der Pilotierung erarbeitet worden. In den Anlagen 9.3.1 und 9.3.2 sind Auszüge der EBGI, wie sie pilotiert worden ist, beigelegt. Wird im Ergebnisteil über allgemeine Aspekte der EBGI gesprochen, umfasst dies nur die drei Reiter *Hintergrund*, *Prävention* und *Behandlung* und nicht die Evidenzdarstellung, den *WissensCheck*. Aspekte zum *WissensCheck* werden im Ergebnisteil ausdrücklich hervorgehoben. Unter folgender URL ist die aktuelle Version der Online-Information abrufbar:

<https://www.stiftung-gesundheitswissen.de/wissen/depression/hintergrund>

Sie wurde bereits z.T. revidiert und entspricht nicht mehr der Version, wie sie pilotiert worden ist.

3.3.2 Fokusgruppen

Zur Umsetzung der Zielstellung bedarf es eines explorativen Forschungsdesigns mit Erhebung qualitativer Daten. Als besonders angemessen gilt bei der Fragestellung die Durchführung von Fokusgruppen (FG). Zum einen, da von mehreren Personen gleichzeitig Daten generiert und zum anderen sich gruppenspezifische Prozesse positiv auf die Datenerhebung auswirken können [81]. Es werden die Äußerungen anderer Teilnehmenden kommentiert und aufeinander Bezug genommen, wodurch sich der Reflexionsrahmen erweitert. Durch das Gespräch können zuvor nur latent wahrgenommene Aspekte bewusstgemacht werden [82]. Außerdem stehen Hemmungen vor einem Einzelinterview der Studienteilnahme nicht im Weg [81].

Die Planung, Durchführung und Auswertung der Pilotstudie erfolgte anhand des Reporting Statements *COREQ (Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research)* für qualitative Studien [83]. Für die Durchführung der Fokusgruppe wurde die Zustimmung des Ethik-Komitees der medizinischen Fakultät der *MLU* eingeholt (Bearbeitungsnummer 2018-151).

3.3.3 Rekrutierung und Studienpopulation

Die Rekrutierung von Studienteilnehmenden erfolgte zum einen über Ebay-Kleinanzeigen für den Raum Halle (Saale) und Berlin (Mitte) sowie über die Kontaktaufnahme zu Selbsthilfegruppen und Vereinen im Raum Halle (Saale), die im Bereich Depression tätig sind. Mit Zustimmung des Vereins *Stadtinsel e.V.* wurde die Studie in sechs Selbsthilfegruppen zur Depression bei den jeweiligen Gruppentreffen persönlich von Laura Hille vorgestellt. Es wurde der festgelegte Termin für die Fokusgruppenstudie mitgeteilt und den Gruppen jeweils angeboten, als geschlossene Gruppe eine eigene, zusätzliche FG zu bilden.

Einschlusskriterien für die FG stellten Volljährigkeit, die berichtete Diagnose einer aktuellen oder bereits erlebten Depression und sicheres Lesen und Sprechen der deutschen Sprache dar. Ausgeschlossen wurden Personen aus den Gesundheitsfachberufen sowie assoziierten Berufsgruppen, da bei ihnen von ausgeprägtem Vorwissen zum Thema ausgegangen werden kann (z.B. Medizinische Fachangestellte, Pflegende, Medizinstudierende oder Studierende der Gesundheitswissenschaften, der Gesundheitsförderung oder des Gesundheitsmanagements, ÄrztInnen, PsychologInnen). Weiterhin wurden Personen ausgeschlossen, die keinen Internetzugang haben, da dies eine Voraussetzung für das Lesen der Information ist und die Zielgruppe Menschen mit einer gewissen Medienkompetenz sind.

Es wurde die Durchführung von mindestens zwei FG angestrebt, die in Halle (Saale) und Berlin mit einer Gruppengröße von sechs bis acht Personen stattfinden sollten. Es bestand das Ziel, durch selektive Stichprobenbildung möglichst heterogene Gruppen in Hinblick auf Geschlecht, Alter und Bildungsstand zu bilden. Für ein solches Vorgehen konnten zu wenig Anfragen zur

Studienteilnahme rekrutiert werden, sodass die Stichprobenbildung konsekutiv erfolgte. Drop-outs antizipierend wurden mehr als acht Teilnehmende pro FG eingeschlossen.

3.3.4 Ablauf und Datenerhebung

Der Studieneinschluss erfolgte nach telefonischer Kontaktaufnahme und Klärung der Ein- und Ausschlusskriterien durch Laura Hille. Nach Studieneinschluss erhielt jeder/jede Teilnehmende zwei Wochen vor dem Tag der FG den Link zu der EBGI per E-Mail mit dem Hinweis zugeschickt, sich alle Bereiche *Hintergrund*, *Prävention* und *Behandlung* anzuschauen und sich zuhause Eindrücke dazu zu notieren und zur Studie mitzubringen.

Am Tag der Studie wurde nach der Begrüßung und erneuter Vorstellung des Ziels der Studie von jedem/jeder Teilnehmenden eine Einwilligungserklärung zur Studienteilnahme schriftlich eingeholt. Zu Beginn der Studie stand jeder/jedem ProbandIn ein Laptop zur Verfügung und damit die Möglichkeit, sich 30 Minuten die EBGI anzuschauen und Notizen auf einem ausgeteilten Arbeitsblatt festzuhalten. Dafür wurde den Studienteilnehmenden jeweils zu Beginn der „Lesezeit“ mitgeteilt, welche Abschnitte sie sich explizit anschauen sollten, was nochmals schriftlich auf dem ausgeteilten Arbeitsblatt festgehalten worden war. Zur Einhaltung der angestrebten Dauer einer FG wurden vorab Schwerpunkte der zu pilotierenden Inhalte festgelegt. In allen FG wurde der Ersteindruck, Zielgruppe und Zweck der EBGI sowie Verständnis der Inhalte pilotiert. Dabei wurde in der FG I der Schwerpunkt auf die Reiter *Hintergrund* und *Prävention* sowie auf die Pilotierung von Struktur und Layout gelegt. In der FG II wurde der Reiter *Behandlung* sowie der *WissensCheck* ausführlich pilotiert. Der Schwerpunkt der FG III lag auf der Pilotierung des *WissensChecks*. Auch wurden in der FG III zu allen drei Reitern die Ersteindrücke pilotiert. Über einen projizierten Bildschirm wurde sichergestellt, dass die Teilnehmenden zu Beginn der Studie die zu pilotierenden Abschnitte auf der Webseite aufrufen konnten.

Die demographischen Daten Alter, Geschlecht, Bildungsstand und der Zeitpunkt der Erstdiagnose einer Depression sowie die Selbsteinschätzung der Erfahrung mit Online-Informationen wurden anhand eines Fragebogens erhoben. Die dann folgende Gruppendiskussion wurde anhand eines strukturierenden Leitfadens durchgeführt (siehe Anlage 9.3.3), der in Grundzügen bereits in anderen Pilotierungen von Gesundheitsinformationen erprobt und angepasst worden ist. Die Konstruktion des Leitfadens orientierte sich an den Kriterien für EBGI sowie weiteren theoretischen Vorüberlegungen wie in der Zielstellung festgehalten.

Die Fokusgruppen wurden von Laura Hille moderiert und einer zweiten Person begleitet. Die FG I und III wurden von Anke Steckelberg und die FG II von Jana Hinneburg begleitet. Anke Steckelberg bekleidet eine ProfessorInnenstelle und Jana Hinneburg weist einen Masterabschluss vor. Beide Begleiterinnen sind am Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaft der *MLU* beschäftigt, verfügen über einen umfassenden Erfahrungsschatz in der Methodik und konnten

bei Bedarf in den Gruppendiskussionen unterstützen. Die Interviewerin Laura Hille wies keine Vorerfahrung in der eigenständigen Durchführung einer FG auf. Zuvor erfolgte für Laura Hille die literarische Einarbeitung, mündliche Einweisung der Begleiterinnen in die Methodik sowie die Teilnahme an einer FG als Protokollantin.

Neben den Studienteilnehmenden waren keine weiteren Personen während der FG anwesend. Es wurden Feldnotizen während der FG von der Begleitperson angefertigt. Dadurch wurde gewährleistet, dass Schwierigkeiten und Ergebnisse der Diskussion unmittelbar nach der Pilotierung besprochen werden konnten. Die Gruppendiskussionen wurden bis zur Informationssättigung fortgeführt. Am Ende der Gespräche wurde den Teilnehmenden die Möglichkeit angeboten, sich per E-Mail mit weiteren Anmerkungen und Anregungen zu melden. Jeder/jede Teilnehmende erhielt eine Aufwandsentschädigung von 20 €, die von der SGW finanziert wurde.

Die FG wurden in Halle in einem Besprechungsraum am Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaft der MLU durchgeführt und in Berlin in einem Besprechungsraum der SGW. Anke Steckelberg, Jana Hinneburg und Laura Hille waren an der Erstellung der EBGI beteiligt, was den Studienteilnehmenden bewusst gewesen sein könnte. Die Gespräche der Fokusgruppen wurden per Audioaufnahme aufgezeichnet und wörtlich transkribiert. Aufgrund des erheblichen organisatorischen Aufwandes wurden den Teilnehmenden weder die Transkripte noch die Ergebnisse für Kommentare oder Korrekturen zur Verfügung gestellt. Die Dauer einer Fokusgruppe umfasste etwa zwei Stunden.

3.3.5 Datenanalyse

Die soziodemographischen Daten wurden deskriptiv ausgewertet. Die Datenanalyse erfolgte in Anlehnung an die inhaltlich strukturierende qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring [84]. Es wurden deduktiv die Oberkategorien *Verständnis, Wertung/Neutralität, Akzeptanz, Umfang & Relevanz, Struktur & Übersichtlichkeit, Layout, Ziele & Zielgruppe/n, sonstige zu revidierende Aspekte* und *sonstige zu erhaltende Aspekte* herausgearbeitet und vorab ein Kodierleitfaden erstellt, der im Prozess induktiv angepasst worden ist. Die Oberkategorien wurden in Anlehnung an die Zielstellungen der Pilotierung und den darauf basierenden Fragen des Leitfadens formuliert. Es wurde eine eindeutige und verständliche Definition der Kategorien angestrebt, um eine klare und intersubjektiv nachvollziehbare Zuordnung zu ermöglichen. Am Transkriptionsmaterial wurden induktiv Subkategorien entwickelt und über Rückkopplungsschleifen das Kategoriensystem mit Ober- und Subkategorien flexibel angepasst. Somit wurde eine offene Herangehensweise und die Generierung neuer Kategorien und Erkenntnisse ermöglicht [84, 85].

Die Ergebnisse in den Kategorien wurden, wenn möglich, jeweils dahingehend differenziert, ob es sich um Aspekte handelt, die eine Revision oder den Erhalt von Aspekten der Gesundheitsinformation stützen.

Das Datenmaterial wurde mithilfe der Software *QCAmap* von Jana Hinneburg und Laura Hille kategorisiert und kodiert und anschließend diskursiv bis zur Konsensfindung bearbeitet. In die Datenanalyse flossen ebenfalls die Feldnotizen und die verschriftlichten Notizzettel der Teilnehmenden ein. Die Kodiereinheiten bildeten Phrasen oder ganze Sätze und wurden verschlagwortet oder paraphrasiert. Das Abstraktionsniveau umfasste sowohl klare Nennungen und Äußerungen als auch Interpretationen aus Gesagtem der Teilnehmenden.

4 Ergebnisse

4.1 Bedarfsanalyse

4.1.1 Eingeschlossene Studien und Datenextraktion

Die systematische Literaturrecherche identifizierte nach Ausschluss der Dubletten 3.267 Abstracts. Nach deren Sichtung wurden 26 Volltexte in die Vorauswahl aufgenommen und weitere 16 Studien ausgeschlossen. Die Recherche eruierte zehn relevante Studien, die in die qualitative Evidenzsynthese eingeschlossen wurden (siehe *PRISMA*-Flussdiagramm Abbildung 2).

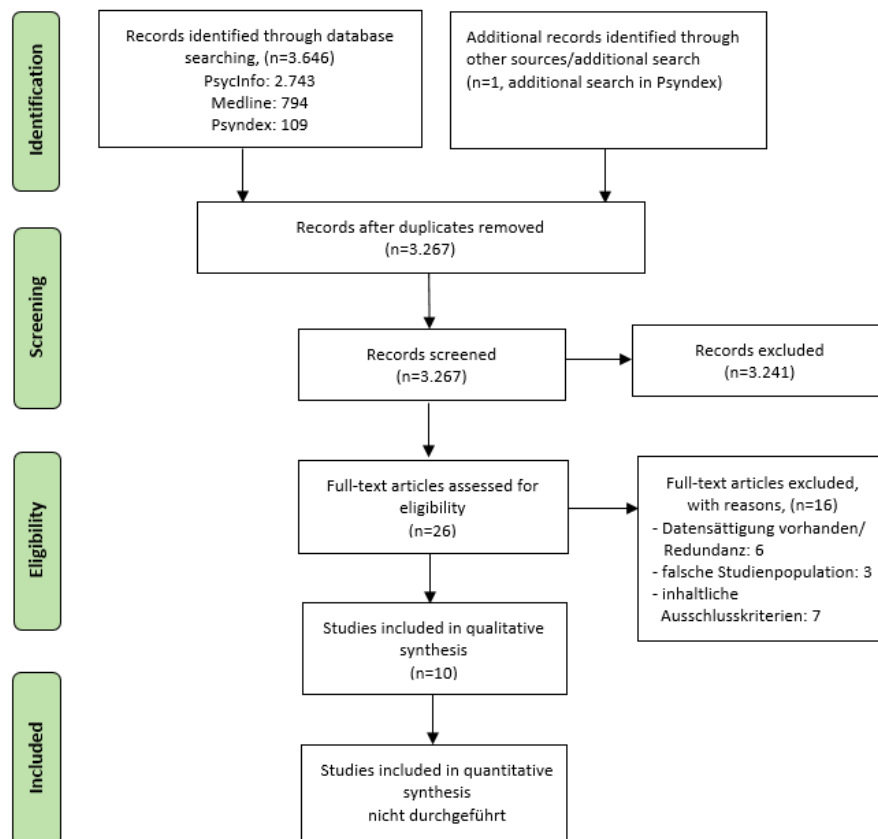


Abbildung 2: *PRISMA*-Flussdiagramm der Bedarfsanalyse; modifiziert nach Moher et al. (2009) [61].

Die folgende Tabelle 4 gibt einen Überblick der Studiencharakteristika der zehn eingeschlossenen Studien.

Tabelle 4: Übersicht der eingeschlossenen Studien mit ihren Charakteristika.

Studie	Studienpopulation	Forschungsfrage/n	Forschungsdesign	Untersuchte Outcomes
Ander-son (2015), UK, Austra-lien	108 Teilnehmende; 61% Frauen; Alter: (MW) ca. 43 Jahre (Range 22-84 Jahre) → Betroffene mit einer Depression , denen ein Antidepressivum verschrieben wurde	<ul style="list-style-type: none"> • Exploration von Erfahrungen mit Antidepressiva und Bedenken bei Behandlungsbeginn 	Qualitativ: Narrative Interviews (kombinierte Daten aus drei qualitativen Studien)	<ul style="list-style-type: none"> • Erfahrungen mit der Einnahme von Antidepressiva, insbesondere bei der ersten Verschreibung
Cham-bers (2015), UK	21 Teilnehmende; 71% Frauen; Alter: (Range) 18-75+ Jahre → Betroffene mit langzeitiger Depression (≥3 depressive Episoden oder Episodendauer von mindestens 2 Jahren)	<ul style="list-style-type: none"> • Exploration des Selbstmanagements depressiv Erkrankter: Management der Erkrankung und Leben mit der Erkrankung • Wie können Angebote das Selbstmanagement unterstützen? 	Qualitativ: Halbstrukturierte Tiefeninterviews und Fokusgruppen	<ul style="list-style-type: none"> • Erfahrungen mit Depression und Selbstmanagement
Fon-seca (2017), Portu-gal	194 Frauen (32% schwanger/68% postnatal); Alter: (MW) 30 Jahre → Schwangere oder postnatale Frauen (bis 12 Monate nach einer Geburt), davon gaben 71% psychiatrische/psychologische Probleme an und 61% eine psychiatrische/psychologische Behandlung (aktuell oder in der Vorgeschichte)	<ul style="list-style-type: none"> • Das <i>Literacy Level</i> bezüglich depressionsbedingter Merkmale und Behandlungen charakterisieren und vergleichen • Gibt es Korrelationen zwischen soziodemographischen und klinischen Angaben und der erhobenen <i>Depression Literacy</i>? • Direkte und indirekte Effekte der <i>Depression Literacy</i> auf die Symptomerkennung bei klinisch signifikanten Symptomen (<i>EPDS</i>-Score >9) überprüfen 	Quantitativ: Querschnittsbefragung mit einem Survey	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Depression Literacy</i>: 22-Item Fragebogen mit korrekten und falschen Aussagen über das Krankheitsbild und die Behandlung einer Depression, die mit <i>korrekt</i>, <i>falsch</i> oder <i>weiß ich nicht</i> durch Teilnehmende bewertet wurden (pro korrekte Antwort=1 Punkt; Score von 0-22 möglich; hoher Wert indiziert hohe Literacy) • Symptome der Depression: <i>EPDS</i> • emotionale Kompetenz • Bewusstsein und Erkennung eigener psychopathologischer Symptome (dichotome Antwort)
Frank (2015), DE	17 Teilnehmende; 76% Frauen; Alter: (MW) 48 Jahre (Range 18-66 Jahre) → Angehörige depressiv Erkrankter : Personen, die sich einen Haushalt mit einer Person mit depressiver Störung teilen	<ul style="list-style-type: none"> • Informationsbedürfnisse, alltägliche Belastungserfahrungen sowie Entlastungsstrategien von Angehörigen depressiv Erkrankter zu eruieren und deren Verknüpfung zu identifizieren 	Qualitativ: drei leitfadenbasierte Fokusgruppen	<ul style="list-style-type: none"> • Informationsbedarfe von Angehörigen depressiv Erkrankter (persönliche Erfahrung) • Belastungen & Schwierigkeiten aufgrund der Depression • Auswirkungen der Depression auf Verhältnis zum Erkrankten • persönliche Entlastungsstrategien • persönliche Bewältigungsstrategien bei konkreten Schwierigkeiten
Georga-kakou (2017), UK	Angaben nur über die 10 der 36 PrS des SR, die in der Bedarfsanalyse berücksichtigt werden: 196 Teilnehmende; 60% Frauen; Alter: (Range) 11-19 Jahre → Kuj mit einer Depression (in den anderen Studien wurde die Studienpopulation von der Allgemeinbevölkerung gebildet oder waren Kinder von Eltern mit einer psychischen Störung)	<ul style="list-style-type: none"> • Die Konzepte der Depression von Kuj zu eruieren und kategorisieren (nach dem Analyserahmen von Leventhal et al.), als auch einen möglichen Zusammenhang zwischen den eruierten Konzepten und Alter, Geschlecht oder (in-)direkten Erfahrungen von Depression zu untersuchen 	SR, das alle Forschungsdesigns einschließt. Hier betrachteten 10 PrS: Semi- bzw. unstrukturierte (Tiefen)Interviews, Fokusgruppen und ggf. Selbstbeurteilungsfragebögen	<ul style="list-style-type: none"> • Überzeugungen von und Verständnis der Teilnehmenden zu dem Krankheitsbild der Depression, die sich zumindest einer der Dimensionen des Analyserahmens von Leventhal (Erkennung/Identifizierung, Ursachen, Folgen, Zeitrahmen und Heilung/ Kontrolle) zuordnen lassen
Gühne et al. (2016), DE	12 Teilnehmende; 50% Frauen; Alter: k.A. → ExpertInnen aus Wissenschaft, Verbänden und Versorgungspraxis mit Expertise zu depressiven Erkrankungen (darunter 7	<ul style="list-style-type: none"> • Identifikation von Barrieren und Chancen einer optimierten Depressionsbehandlung älterer Betroffener in Deutschland 	Qualitativ: Experteninterviews (mit hypothesengeleitetem Leitfaden)	<ul style="list-style-type: none"> • Einschätzungen und Ansichten der ExpertInnen: <ul style="list-style-type: none"> • zu Versorgungsbarrieren älterer Menschen mit einer Depression, • zu gut etablierten Strukturen der Versorgung, • zu Veränderungspotenzialen,

Studie	Studienpopulation	Forschungsfrage/n	Forschungsdesign	Untersuchte Outcomes
	KlinikerInnen und 4 in Forschung und Lehre tätig)			<ul style="list-style-type: none"> • zu rechtlichen und strukturellen Rahmenbedingungen und zu möglichen Ansatzpunkten im politischen Kontext
Midgley (2017), UK	77 Teilnehmende; 71% Frauen; Alter: (MW) 16 Jahre (Range 11-17 Jahre) → Jugendliche mit einer mittelschweren bis schweren Depression , die noch keine Therapie begonnen haben	<ul style="list-style-type: none"> • Die Überzeugungen zur Kausalität einer Depression von Jugendlichen bezüglich ihrer Depression zum Zeitpunkt vor dem Erhalt einer Therapie zu untersuchen 	Qualitativ: Semistrukturierte Interviews	<ul style="list-style-type: none"> • Anschauungen der Jugendlichen zu den Bereichen: <ul style="list-style-type: none"> • welche Schwierigkeiten die Jugendlichen zur Hilfesuche geführt haben, • Überzeugungen zur Ursache ihrer Depression und Verständnis ihrer Schwierigkeiten/Beschwerden • und Erwartungen an die Therapie
Radisch (2013), DE	Experteninterviews: 10 Teilnehmende; 40% Frauen; Alter: k.A. → ExpertInnen aus Wissenschaft/Verbänden (N=5) und der Versorgungspraxis (N=5) keinerlei Informationen zu den 39 Artikeln, die durch die Literaturrecherche identifiziert wurden	<ul style="list-style-type: none"> • Die Versorgungsdefizite der ambulanten Versorgung von Menschen mit einer Depression in Deutschland zu identifizieren • Möglichkeiten der Optimierung der Versorgung zu eruieren 	systematische Literaturrecherche und qualitative Methodik: Experteninterviews (k.A. zu Forschungsdesigns der eingeschlossenen Studien der systematischen Literaturrecherche)	<ul style="list-style-type: none"> • der Literaturrecherche: k.A. • der Experteninterviews: <ul style="list-style-type: none"> • allgemeine Probleme in der Versorgung, • speziell im Bereich Diagnostik, Therapie (allgemein/Pharmakotherapie /Krisenprävention) und Kooperation, • Möglichkeiten zur Reduzierung der genannten Probleme und • Möglichkeiten der Implementierungen der genannten Lösungen
Radovic (2015), USA	15 Teilnehmende (selbstgewählte Subkohorte einer Kohorte von 58 HCP: 67% Frauen; Alter: (MW) 46 Jahre); Frauen-Anteil k.A.; Alter: k.A. → HCP (der Primärversorgung): PädiaterInnen, KinderkrankenpflegerInnen, ArzthelferInnen (Verzicht von soziodemographischen Angaben der Subkohorte zur Wahrung der Vertraulichkeit)	<ul style="list-style-type: none"> • Die Sicht der HCP zu Barrieren der Versorgung von Jugendlichen mit einer Depression zu eruieren 	Qualitativ: semistrukturierte Interviews	<ul style="list-style-type: none"> • Erfahrungen, Bedenken und Ansichten der HCP zu den Themen: <ul style="list-style-type: none"> • Barrieren einer Depressionsbehandlung • Einflussfaktoren auf Entscheidungen zur Behandlung und • Verschreibung von Antidepressiva bei Jugendlichen mit einer Depression
Tlach (2015), DE	Angaben nur über die 6 der 12 PrS des SR, die in der Bedarfsanalyse berücksichtigt werden: 523 Teilnehmende → Betroffene mit einer Depression : N=334 → Angehörige depressiv (z.T. oder schizophrene) Erkrankter: N=189 (in den anderen 6 Studien wurden ausschließlich Betroffene mit einer Schizophrenie eingeschlossen)	<ul style="list-style-type: none"> • Den Informationsbedarf und Erfordernisse zur Entscheidungsfindung von Erwachsenen mit Depression (als auch Angststörung, somatoforme Störung, Schizophrenie oder Alkoholabhängigkeit) krankheitsspezifisch zu identifizieren 	SR, das alle Forschungsdesigns einschließt. Hier betrachteten 6 PrS: (Semistrukturierte) Interviews, Selbstbeurteilungsfragebögen	<ul style="list-style-type: none"> • Informationsbedarfe und Erfordernisse zur Entscheidungsfindung von Betroffenen mit Depression aus der Sicht von Betroffenen, ihren Angehörigen und HCP

DE: Deutschland; EPDS: Edinburgh Postnatal Depression Scale; HCP: Health Care Provider; k.A.: keine Angabe; KuJ: Kinder und Jugendliche; MW: Mittelwert; PrS: Primärstudien; SR: Systematic Review; UK: United Kingdom

Sechs Studien beruhen mit Fokusgruppen und Interviews auf einem qualitativen [43, 86-90] und eine Studie mit einem Survey auf einem quantitativen Forschungsdesign [91]. Zwei Arbeiten stellen systematische Übersichtsarbeiten dar [50, 92], die die Ergebnisse jeweils krankheits- bzw. populationspezifisch berichten.

Mit der ergänzenden Recherche wurde die Varianz an Sichtweisen weitestgehend abgedeckt. Von den zehn Studien berichten sechs aus der Perspektive der Betroffenen (verschiedener Altersgruppen), drei aus Sicht der HCP und zwei aus der Sicht von Angehörigen Betroffener. Es konnten alle fünf Zielgruppen betrachtet werden. Vier Studien lassen sich der Zielgruppe der Erwachsenen mit einer Depression zuordnen [50, 86, 87, 93], eine Studie der Zielgruppe betroffener älterer Menschen [88] und drei der Zielgruppe der KuJ mit einer Depression [89, 90, 92]. Eine Studie adressiert betroffene Schwangere und Frauen mit einer Wochenbettdepression [91] und vier Studien die Zielgruppe der Angehörigen von Menschen mit Depression [43, 50, 88, 93].

Bei der Datenextraktion handelte es sich sowohl um übernommene Studienergebnisse, wörtliche Zitate aus den qualitativen Primärstudien als auch eigene Schlussfolgerungen aus Studienergebnissen und Paraphrasierungen wörtlicher Zitate der Studien. Folgende Tabelle 5 stellt das Kategoriensystem der Datenextraktion mit Ankerbeispielen dar.

Tabelle 5: Kategoriensystem zur Datenextraktion der Bedarfsanalyse

Kategorie	Definition	Ankerbeispiele der eruierten Daten und → Ableitung der Bedarfe
Wünsche an Informationen/ Themenschwerpunkte & Entscheidungsmomente	Explizite Angaben von Bedarfen an Informationsinhalte, Darstellungsweisen und weitere explizit formulierte Bedarfe für die EBGi sowie explizit genannte Entscheidungsmomente	<ul style="list-style-type: none"> • Unterstützung bei der Entwicklung von Management-Strategien [87]. • Entscheidungsmomente betrafen die Wahl der Behandlungsoption, das Behandlungssetting und Fragestellungen zum Lebensstil wie der Verzicht auf Alkohol oder die Teilnahme an einer Selbsthilfegruppe [50].
Sorgen & Bedenken	Sorgen und Bedenken der Betroffenen, Angehörigen und HCP, die im Rahmen der Diagnostik und Behandlung einer Depression auftreten	<ul style="list-style-type: none"> • KuJ äußern bedenken, sich ihren Eltern anzuvertrauen, auch um ihnen keine Last zu sein [90, 92]. → Bewältigung der Angst fördern, Angehörige zu belasten • „Und dann fängt man an zu grübeln: Wo liegen deine Fehler? Wo, was hast du in der Vergangenheit mal gemacht, dass er jetzt so ist, oder so.“ [43] → Angehörige von irrationalen Schuldgefühlen entlasten; Entstehungsmodelle
Wissenslücken	Wissenslücken der Betroffenen und Angehörigen zum Krankheitsbild der Depression	<ul style="list-style-type: none"> • Nur 59% der Frauen nach einer Geburt, die am Survey teilnahmen, haben ihre depressiven Symptome auch als solche erkannt [91]. → Symptome der WBD darlegen • Betroffene KuJ haben von Risikofaktoren einer Depression gesprochen ohne sie in den Zusammenhang mit der Depression zu setzen, sie als solche demnach nicht identifiziert [89]. → über Risikofaktoren aufklären
Missverständnisse & Fehlvorstellungen	Missverständnisse und Fehlvorstellungen seitens der Betroffenen und Angehörigen bezüglich des Krankheitsbildes einer Depression und dessen Behandlung bzw. Bewältigung	<ul style="list-style-type: none"> • „Bis ich das mal kapiert habe, dass es gar nicht geht [...] es nicht daran liegt, dass er nicht will, sondern dass er nicht kann. Das hat schon gedauert.“ [43] → Depression als Krankheit und ihre Symptome erklären und von Alltagsphänomenen abgrenzen
Gefühle & Einstellungen	Gefühle und Einstellungen wie z.B. Belastungen seitens der Betroffenen, Angehörigen und HCP bezüglich des Krankheitsbildes einer Depression und dessen Behandlung bzw. Bewältigung	<ul style="list-style-type: none"> • Die Einnahme von Antidepressiva sei ein Zeichen der Schwäche [86]. → Umgang mit Stigma • Die erste depressive Episode sei als am schlimmsten wahrgenommen worden, da die Betroffenen nicht gewusst hätten, wie damit umzugehen sei und ob die Symptome sich bessern würden [87]. → Informationen sollten rechtzeitig an Betroffene gelangen (z.B. bei der ersten Episode sollten zum Management zukünftiger Episoden informiert werden)
Versorgungsbarrieren bzw. deren Verbesserungspotential	Versorgungsbarrieren und deren Verbesserungspotential bezüglich der	<ul style="list-style-type: none"> • Immobilität und die vorhandene Stigmatisierung gegenüber psychischen Erkrankungen seitens der älteren Betroffenen mit einer Depression stellen Versorgungsbarrieren dar [88].

Kategorie	Definition	Ankerbeispiele der eruierten Daten und → Ableitung der Bedarfe
	Behandlung bzw. Bewältigung einer Depression, die seitens der HCP, Betroffenen und Angehörigen benannt werden	→ Aufklärung über Erkrankung und Umgang mit Stigma <ul style="list-style-type: none"> • Die Erstellung eines Krisenpasses und Krisenplanes werde seitens der HCP als Optimierungsmöglichkeit des Krisenmanagements gesehen [93]. → Krisenplan Erstellung thematisieren

EBGI: Evidenzbasierte Gesundheitsinformation; HCP: Health Care Provider; WBD: Wochenbettdepression

4.1.2 Kritische Bewertung der Evidenz

Die Qualität der Evidenz der qualitativen Studien ist moderat bis hoch. Nur bei den Kriterien *Berücksichtigung der Beziehung zwischen Forschenden und Teilnehmenden* und *Erläuterung ethischer Aspekte* wurden Unklarheiten und methodische Mängel detektiert, die bei ersterem zu einem erhöhten Risiko für ein Performance-Bias führen (siehe Anlage 9.1.2, Tabelle 10). Bei der quantitativen Studie Fonseca et al. (2017) ist ein hohes Bias-Risiko anzunehmen. Dies basiert v.a. auf Unklarheiten bezüglich der Validität und Reliabilität des eingesetzten Fragebogens sowie der Antwortrate und Rekrutierung (siehe Anlage 9.1.2, Tabelle 11). Für die Studie von Radisch et al. (2013) wurde aufgrund des Designs (systematische Literaturrecherche und Experteninterviews) sowohl das *CASP-Tool* für qualitative Studien als auch das *CASP-Tool* für SRs angewandt. Die Qualitätsbewertung des Aspekts der systematischen Übersichtsarbeit zeigt enorme Defizite in der Methodik. Die systematische Literaturrecherche kann nicht nachvollzogen werden und die Qualität der Studien wurde nicht bewertet. Die ansonsten gut ausgearbeitete Übersichtsarbeit von Tlach et al. (2015) hat nur in der Datenbank *Medline* gesucht. In psychologischen Datenbanken könnten relevante Studien übersehen worden sein (siehe Anlage 9.1.2, Tabelle 12).

4.1.3 Datensynthese

Aus den impliziten Daten werden Bedarfe deutlich, die zusammen mit den explizit eruierten Bedarfen zielgruppenspezifisch in das deduktiv erarbeitete Kategoriensystem zusammengetragen wurden. Die identifizierten zielgruppenspezifischen Informationsbedarfe und Entscheidungsmomente sind in der untenstehenden Tabelle 6 aufgeführt. Im Folgenden werden wesentliche Erkenntnisse erörtert.

Die Ergebnisse zeigen einen Informationsbedarf von Betroffenen mit einer Depression und deren Angehöriger zu einem breiten Themenspektrum auf. Es besteht der Bedarf an grundlegenden Informationen zum Krankheitsbild mit Beschreibung der Symptome, Diagnostik, Verlauf, Prognose und Behandlung. Zielgruppenübergreifend kristallisierte sich heraus, dass die Differenzierung depressiver Symptome zu Alltagsphänomenen in den verschiedenen Zielgruppen Schwierigkeiten bereitet und Aufklärungsbedarf besteht. So wird eine Depression im Jugendalter als „pubertäre Energielosigkeit“ verkannt, im Alter als melancholische Stimmung der Lebensphase zugeschrieben und in der Zeit rund um die Geburt eines Kindes als normale Veränderung des „Eltern-Werdens“ missgedeutet. Ebenso zeigte sich über alle Zielgruppen hinweg eine hohe Belastung durch irrationale Schuldgefühle an einer Depression erkrankt zu sein

und Selbsterklärungsversuche. Die Entstehungsmodelle einer Depression sollten in einer Gesundheitsinformation ausgeführt werden. Zielgruppenübergreifend wird gefordert, verschiedene Behandlungsoptionen (insbesondere medikamentöse und psychotherapeutische Ansätze) darzulegen und zu erklären. Auch die Themen Selbstmanagement und Coping sowie der Bedarf an Informationen zum Versorgungssystem, u.a. Anlaufstellen bei akuten Krisen und bei ambulanter Versorgung, zeigten sich über Zielgruppen hinweg. Letzteres wurde der Kategorie *Sonstiges* beigefügt, in der sich ebenfalls Informationsbedarfe zu den Themen Schweigepflicht von ÄrztInnen und PsychotherapeutInnen und Erfahrungsberichte anderer Betroffener wiederholten.

Es wurden auch zielgruppenspezifische Bedarfe eruiert. Für die älteren Betroffenen steht seitens der HCP der Bedarf an grundlegenden Informationen zum Krankheitsbild, zur Psychotherapie und psychischen Gesundheitsfürsorge im Vordergrund, da Stigmatisierung psychischer Krankheiten in der Altersgruppe stark ausgeprägt sei und wenig Kontakt zu den Themengebieten bestehe. Bei KuJ sei die Einbindung der Eltern wesentlich für die Chance auf eine Behandlung und den Verlauf der Depression. Die Eltern sollten als Zielgruppe mit angesprochen und über Themen wie Symptome, Therapieoptionen, Vertraulichkeit und Möglichkeiten struktureller Hilfe informiert werden. Schulstress und Mobbing in der Schule als auslösende Faktoren bzw. möglichen Ansätze der Prävention wurde ebenso zielgruppenspezifisch als Bedarf eruiert. Bei der Zielgruppe der Erwachsenen zeichnet sich der Bedarf ab, über Organisatorisches rund um die Behandlung und das Leben mit einer Depression – privat und beruflich – informiert zu werden. Es wurden differenzierte Bedarfe zur medikamentösen Therapie, zum Behandlungssetting und Selbstmanagement erhoben. Spezifische Bedarfe der Angehörigen betreffen Themen der Selbstfürsorge und den Umgang mit der erkrankten Person. Auch hier wurden konkrete Bedarfe formuliert wie z.B. für die Verschiebung der Verantwortungsübernahme in Alltagsangelegenheiten zu sensibilisieren und Unterstützungsmöglichkeiten (z.B. Kommunikationstraining) aufzuzeigen.

Neben Bedarfen an Informationen, die eher dem Charakter von Fakten zum Wissensstand entsprechen, wurden auch Bedarfe identifiziert, auf bestimmte Sorgen und Belastungen einzugehen, dafür zu sensibilisieren und Gefühle zu vermitteln. So wurde die Förderung der Bewältigung, „sich selbst verstehen zu wollen, aber nicht können“ sowohl für KuJ als auch Erwachsene als Bedarf aufgezeigt. Angehörige stellen den Bedarf heraus, für die mögliche Beeinträchtigung der eigenen Lebensgestaltung zu sensibilisieren wie etwa die Konfliktvermeidung zum eigenen Nachteil. Bei KuJ wurde folgender Bedarf eruiert: Unterstützung beim Ablegen der Angst Angehörige zu belasten und des Gefühls von persönlicher Schwäche bei

Annahme von Hilfe. Betroffene Erwachsene beschrieben die Vermittlung von Zuversicht und Motivation für das Selbstmanagement als Bedarf. Entscheidungsmomente ließen sich für betroffene Erwachsene feststellen und betreffen vor allem die Behandlung der Depression und das Selbstmanagement. Es folgt die tabellarische Darstellung der Ergebnisse der Bedarfsanalyse.

Tabelle 6: Ergebnisse der Bedarfsanalyse nach Zielgruppen

Zielgruppe	(Informations)Bedarfe	Referenzen
KuJ mit einer Depression	<ul style="list-style-type: none"> • Symptome: <ul style="list-style-type: none"> • Symptome der Depression bei Jugendlichen darlegen • auf die Differenzierung zu Alltagsphänomenen eingehen • Ursachen und Entstehung: <ul style="list-style-type: none"> • Risikofaktoren erklären und für das Entstehen einer Depression bei Jugendlichen benennen • den multifaktoriellen Ansatz der Entstehung einer Depression und die Frage erörtern, inwiefern Lebensereignisse und –umwelt als auch Persönlichkeitsstrukturen an der Entstehung beteiligt sind • auf die Belastung des „sich nicht erklären Könnens“ eingehen • Prävention: <ul style="list-style-type: none"> • „Coping von Schulstress und Mobbing“ als diskutierten präventiven Ansatz • Selbstmanagement/Coping: <ul style="list-style-type: none"> • Möglichkeiten der Einflussnahme auf dysfunktionale Gedanken– und Verhaltensmuster • Bewältigung fördern: <ul style="list-style-type: none"> • der Ängste Angehörige zu belasten • der ehrlichen Kommunikation der Symptome • des Gefühls der persönlichen Schwäche bei Annahme von Hilfe • von eigenem Stigma (auch generell zum Thema <i>Psychiatrie/PsychiaterIn</i>) • Sonstiges: <ul style="list-style-type: none"> • über Schweigepflicht von ÄrztInnen und PsychotherapeutInnen aufklären • Eltern als Zielgruppe mitberücksichtigen <ul style="list-style-type: none"> • Informieren über: <ul style="list-style-type: none"> • Symptome einer Depression und wie diese zu „normalem Teenagerverhalten“ abzugrenzen sind • Therapieoptionen und deren Zielstellungen (insbesondere medikamentöse Therapie) • Vertraulichkeit der Daten und Behandlung • Möglichkeiten struktureller Hilfe (Transport/SchulsozialarbeiterInnen etc.) • Bewältigung fördern von Schuldgefühlen, Beschämung und Stigma 	<ul style="list-style-type: none"> • KuJ mit einer Depression (Georgakakou, Midgley) • HCP (Radovic)
Erwachsene mit einer Depression	<ul style="list-style-type: none"> • Überblick über das Krankheitsbild: <ul style="list-style-type: none"> • Informationen zum Krankheitsbild • Prävalenz der Erkrankung • Symptome: <ul style="list-style-type: none"> • Symptome einer Depression benennen • Unterscheidung „normal“ und „psychisch krank“ • auf komorbide psychische Probleme eingehen • Ursachen und Entstehung: <ul style="list-style-type: none"> • den multifaktoriellen Entstehungsansatz einer Depression erklären; Begriff „Vulnerabilität“ • das Thema „sich selbst verstehen wollen“ einbeziehen • Verlauf: <ul style="list-style-type: none"> • Krankheitsverlauf und Prognose • Diagnostik: <ul style="list-style-type: none"> • Diagnostik der Depression • Prävention: <ul style="list-style-type: none"> • Frühwarnzeichen der Erkrankung • Vorbeugen weiterer Rückfälle • Behandlung: <ul style="list-style-type: none"> • verschiedene Behandlungsoptionen aufzeigen und erläutern • medikamentöse Therapie: <ul style="list-style-type: none"> • Liste der möglichen Medikamente mit deren Nebenwirkungen (Entscheidungsmomente: Einnahme ja/nein und Medikamentenwahl) • Zeitpunkt des Einsetzens der Wirkungen • Wirksamkeit • Wirkung in den ersten Wochen der Einnahme • Unterbrechung der Medikation, Ausschleichen der Medikation (Entscheidungsmoment) • Dosierung (Entscheidungsmoment) 	<ul style="list-style-type: none"> • Erwachsene und Ältere mit einer Depression (Anderson, Chambers, Tlach) • HCP (Radisch)

Zielgruppe	(Informations)Bedarfe	Referenzen
Erwachsene mit einer Depression	<ul style="list-style-type: none"> • Medikamentenwechsel (Entscheidungsmoment) • Gefahr eigenständiger Selbstmedikation ohne ärztliche Absprache, Änderung der Dosierung oder Absetzen der Medikation • die Themen „Abhängigkeitspotential“ und „bewusstseinsverändernde Wirkung“ berücksichtigen • Psychotherapie/ Psychosoziale Therapie (u.a. personenzentrierte Ansätze) (Entscheidungsmomente: Inanspruchnahme ja/nein und Wahl der Psychotherapie-Form) • Umgang mit erlebtem Kindesmissbrauch • elektrokonvulsive Therapie (Entscheidungsmoment: Inanspruchnahme ja/nein) • Behandlungssetting: <ul style="list-style-type: none"> • stationär/ambulant/Tagesprogramm (Entscheidungsmoment) • Aufzeigen der Möglichkeiten sich Hilfe zu suchen • Unterstützung in der Nachbarschaft oder außerhalb suchen (Entscheidungsmoment) • Verlagerung des Settings für spezialisierte Behandlung (Entscheidungsmoment) • Häufigkeit von vereinbarten Terminen (Entscheidungsmoment) • Wichtigkeit der ehrlichen Kommunikation unterstreichen • Selbstmanagement/Coping: <ul style="list-style-type: none"> • Techniken und Tools des Selbstmanagements • Bewältigung der Symptome • Strategien zur Problemlösung • Stressmanagement • Verbesserung der Kommunikationsfähigkeiten (Entscheidungsmoment) • Umgang mit Stigma • Erholung/Genesung • Selbsthilfegruppe für Betroffene (Entscheidungsmoment: Beitritt ja/ein) • auf Wichtigkeit von Aktivitäten eingehen; Beispiele von Freizeit-/Erholungsaktivitäten • Zuspruch, kritische Lebensereignisse anzusprechen • Training sozialer Kompetenzen; soziale Beziehungen pflegen • Hoffnung, Zuversicht und Motivation fürs Selbstmanagement unterstützen • Lifestyle: <ul style="list-style-type: none"> • auf Alkohol verzichten (Entscheidungsmoment) • einen aktiven Lebensstil beibehalten (Entscheidungsmoment) • Teilnahme an sozialen Aktivitäten (Entscheidungsmoment) • Sonstiges: <ul style="list-style-type: none"> • Versorgungssystem: <ul style="list-style-type: none"> • Ablauf nach der Entlassung im stationären Bereich • Unterstützung im ambulanten Versorgungsbereich darlegen • für Angebote außerhalb der medizinischen Versorgung sensibilisieren und Strukturen aufzeigen (Beratungsstellen, Tagesstätten, Selbsthilfegruppen) • Gesundheitswesen im Bereich der psychischen Gesundheit • persönliche Erfahrungsberichte anderer Betroffener • Arbeits- und Lebenssituation: <ul style="list-style-type: none"> • rechtliche Ansprüche • finanzielle Unterstützung • Beschäftigung und Bildung (Entscheidungsmoment) • Wohnformen (z.B. Wohngemeinschaft, alleine leben) (Entscheidungsmoment) • Verkehrstauglichkeit bei Medikation • Transparenz der Informationen • Informationen sollten rechtzeitig an Betroffene gelangen (z.B. bei der ersten Episode sollten Informationen zum Management zukünftiger Episoden gegeben werden) • Unterstützung beim Finden von „richtigen und wichtigen“ Informationen • Inhalte neuerer Forschung darlegen 	
ältere Menschen mit einer Depression	<ul style="list-style-type: none"> • Überblick über das Krankheitsbild: <ul style="list-style-type: none"> • genereller Überblick; das Thema Stigmatisierung einbeziehen • Symptome: <ul style="list-style-type: none"> • über Symptome einer Depression im Alter aufklären • Prävention: <ul style="list-style-type: none"> • altersspezifische, präventive psychotherapeutische Ansätze in der Forschung • Behandlung: <ul style="list-style-type: none"> • grundlegende und einführende Informationen zu „Psychotherapie/Psychische Gesundheitsfürsorge“; auch hier Stigmatisierung thematisieren 	<ul style="list-style-type: none"> • HCP (Gühne)
Frauen mit einer SSD bzw. WBD	<ul style="list-style-type: none"> • Symptome: <ul style="list-style-type: none"> • über Symptome einer Depression in der Schwangerschaft bzw. nach einer Geburt aufklären • auf die mit dem „Eltern-Werden“ verbundenen Änderungen und Belastungen eingehen und auf deren Differenzierung zu depressiven Symptomen 	<ul style="list-style-type: none"> • Frauen mit einer SSD bzw. WBD (Fonseca)

Zielgruppe	(Informations)Bedarfe	Referenzen
	<ul style="list-style-type: none"> • Behandlung: <ul style="list-style-type: none"> • Behandlungsoptionen und deren Wirksamkeit (u.a. Antidepressiva, Kognitive Verhaltenstherapie und weitere nichtmedikamentöse Therapieoptionen) • Sonstiges: Versorgungssystem 	
Angehörige von Betroffenen	<ul style="list-style-type: none"> • Symptome: <ul style="list-style-type: none"> • über Symptome einer Depression aufklären • für den Unterschied zu „Alltagsphänomenen“ sensibilisieren, jeweils gesondert für die Altersgruppen: Kinder/Jugendliche und Erwachsene • für den Unterschied zu „Veränderungen im Alter“ sensibilisieren • welche Verhaltensweisen durch eine Depression beeinflusst werden • Ursachen und Entstehung: <ul style="list-style-type: none"> • Aufklärung über multifaktorielle Krankheitsentstehung, Begriff der Vulnerabilität einbeziehen • Entgegenwirken irrationaler Schuldgefühle und Selbsterklärungsversuchen • Verlauf: <ul style="list-style-type: none"> • Darlegung von Verlaufsformen • Rückfallquoten • Behandlungschancen/Prognosen • Vermittlung von Hoffnung, aber auch Realismus • Prävention: <ul style="list-style-type: none"> • Früherkennung von Rückfällen • Schulung im Bereich Krisenmanagement und Suizidalität (u.a. Krisenplan/-pass) • Behandlung: <ul style="list-style-type: none"> • Therapieoptionen mit Vor- und Nachteilen erörtern; den ergänzenden Charakter medikamentöser und nichtmedikamentöser Therapieformen darlegen • Antidepressiva: Wirkweisen, Nebenwirkungen und deren Umgang, Vorurteile • Verfahren der Richtlinienpsychotherapie • Selbstmanagement/Coping: <ul style="list-style-type: none"> • Handlungsmöglichkeiten aufzeigen (z.B. Krisenplan erarbeiten, Unterstützung der Compliance) • Selbstfürsorge: <ul style="list-style-type: none"> • Sensibilisieren für mögliche Beeinträchtigungen der eigenen Lebensgestaltung (mangelnde Psychohygiene, Konfliktvermeidung zum eigenen Nachteil, Fokussierung auf das Leben des Erkrankten) • Selbstfürsorgestrategien (eigene Aktivitäten, Interessen, Werte verfolgen und lernen keine Schuldgefühle zu entwickeln) • Informationen, wie Angehörige bei der Bewältigung der Symptome der Betroffenen unterstützen können • Unterstützungsmöglichkeiten für Angehörige: <ul style="list-style-type: none"> • Verweisen und Aufzeigen vorhandener Angebote (regionale Bündnisse gegen Depression, Kliniksozialdienste etc.) • für umgangsbezogene Problemstellungen sensibilisieren und Lösungsansätze darlegen: Kommunikationstraining, Problemlösetraining • das Thema „Rollenverschiebung“ thematisieren und Unterstützung zur Reflexion von Eigenanteilen der Rollenverschiebung bieten • Sonstiges: <ul style="list-style-type: none"> • Versorgungssystem: regionale Anlaufstellen bei akuten Krisen, sozialpsychiatrische Dienste • interaktionsbezogene Informationsbereiche: <ul style="list-style-type: none"> • adäquater Umgang mit erkrankter Person, auf Verhaltensunsicherheiten/Hilflosigkeit eingehen (auch Lösungsansatz vorschlagen, siehe dazu Unterstützungsmöglichkeiten) • auf krankheitsbedingte Alltagsschwierigkeiten eingehen/dafür sensibilisieren (vermehrte Verantwortungsübernahme in Alltagsangelegenheiten; Verschiebungen des familiären Rollengefüges) • auf krankheitsassoziierte Beziehungsprobleme eingehen/dafür sensibilisieren (Umgang mit wahrgenommenen, krankheitsassoziierten Persönlichkeitsveränderungen; Abgrenzungstendenzen; Abwertung der erkrankten Person im Sinne des Expressed-Emotion-Konzepts) • persönliche Erfahrungen anderer Angehöriger 	<ul style="list-style-type: none"> • Angehörige von Betroffenen (Frank, Tlach) • HCP (Radisch, Gühne)

HCP: Health Care Provider; KuJ: Kinder und Jugendliche; SSD: Schwangerschaftsdepression; WBD: Wochenbettdepression

4.2 Evidenzaufbereitung und –darstellung einer PICO-Frage

4.2.1 Auswahl der Evidenz

Die systematische Recherche lieferte 1.690 Treffer nach deren Screening 111 Volltexte gesichtet wurden. Dabei erfolgte die Spezifizierung der PICO-Fragestellung, wodurch 90 Volltexte ausgeschlossen wurden. Zu dem Programm *Moodgym* wurde eine Metaanalyse von 2017 [67] und drei RCTs identifiziert, die nach der Fertigstellung dieser Metaanalyse publiziert und daher in dieser nicht berücksichtigt wurden [94-96]. Alle weiteren RCTs, die im Volltext gesichtet wurden, sind in der Übersichtsarbeit von Twomey und O'Reilly (2017) enthalten. In der Studie von Löbner et al. (2018) wird *Moodgym* zusätzlich zur hausärztlichen Versorgung angewandt und es findet der Vergleich zur Standardversorgung durch den Hausarzt statt. Daher wurde die Arbeit nicht in die Evidenzaufbereitung eingeschlossen. Brabyn et al. (2016) untersuchten zwei verschiedene Intensitäten der Begleitung von *Moodgym* und nicht den Vergleich zu keiner Intervention und Gilbody et al. (2017) ist eine weitere Publikation zu der gleichen Studienpopulation. Daher wurden die Studien ebenso nicht berücksichtigt. Es konnten keine laufenden Studien identifiziert werden, die zukünftig in der Evidenzdarstellung zu berücksichtigen sind. Zwei der eruierten laufenden Studien zu dem *Moodgym*-Programm sind kein RCTs und eine Studie umfasst die Studienpopulation von Betroffenen mit einer Depression und gleichzeitigem Risiko eines Alkoholabusus. Sie vergleicht die alleinige Anwendung des Programmes mit der zusätzlichen Anwendung einer Therapie für Alkoholprobleme.

Die vorgenommene Literaturrecherche stellte die Metaanalyse von Twomey und O'Reilly (2017) als aktuelle Evidenzlage zu der PICO Fragestellung heraus. Abbildung 3 zeigt das *PRISMA*-Flussdiagramm der systematischen Recherche der Evidenzaufbereitung.

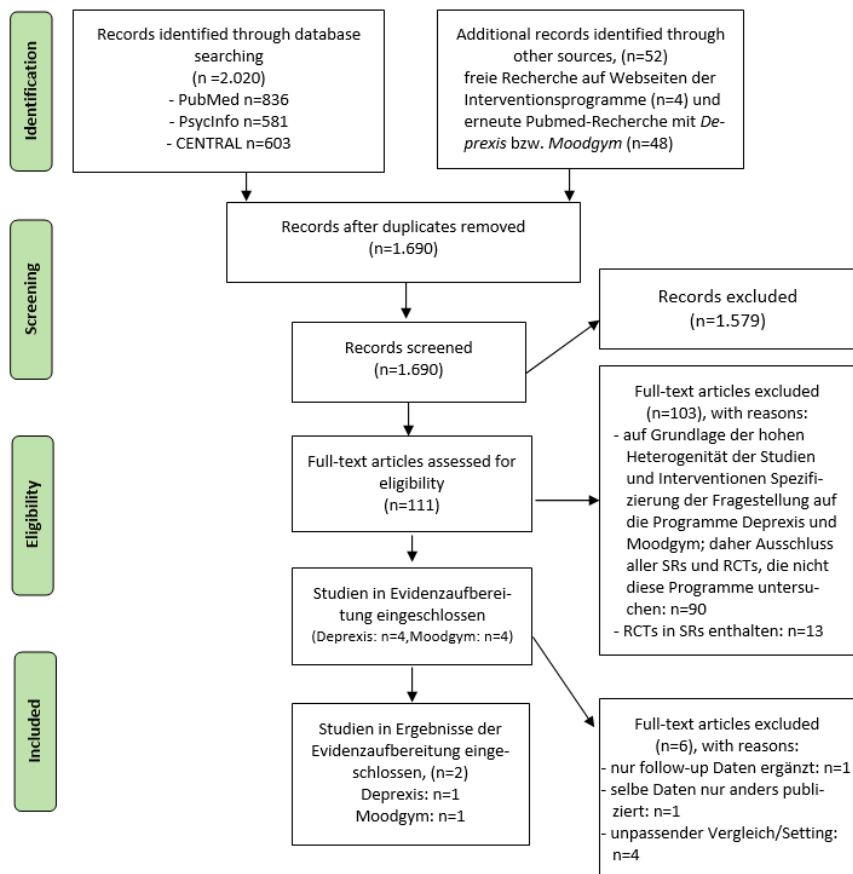


Abbildung 3: PRISMA-Flussdiagramm der Evidenzsichtung KVT-Online-Intervention bei Depression; modifiziert nach Moher et al. (2009) [61].

4.2.2 Kritische Bewertung der Evidenz

Die Bewertung der systematischen Übersichtsarbeit erfolgte mittels der AMSTAR-Checkliste und ergab eine niedrige Qualität (siehe Anlage 9.2.2). Es wurde kein Protokoll veröffentlicht, die Recherche umfasste weder graue Literatur noch wurde in Studienregistern gesucht und die ausgeschlossenen Studien wurden nicht aufgeführt. Zudem erfolgte lediglich die Studienselektion, nicht jedoch die Datenextraktion mittels des Vier-Augen-Prinzips. Die Einschätzung des Bias-Risikos der selektiven Berichterstattung der Primärstudien wurde zudem nicht vorgenommen. Es wurden nur Publikationen aus Journalen mit Peer-Review eingeschlossen. Ein Funnel-Plot über alle eingeschlossenen Studien gab Anhalt für einen Publikationsbias in Richtung der Überschätzung der Wirksamkeit.

Die Qualität der Primärstudien ist durchmisch. Fünf der acht Studien weisen beim Randomisierungsprozess ein geringes Bias-Risiko auf, wobei lediglich zwei der Studien explizit von einer verdeckten Zuordnung berichten. Bei sieben der Studien kann aufgrund der Durchführung von Intention-to-Treat-Analysen von einem geringen Bias-Risiko aufgrund fehlender Daten ausgegangen werden. Das Studiendesign ließ keine Verblindung der Interventionsteilnahme zu.

4.2.3 Evidenztabelle

Die zur Evidenzdarstellung herangezogene Metaanalyse von Twomey und O'Reilly (2017) identifizierte zwölf Studien zum Moodgym-Programm. Elf Studien untersuchten den primären Endpunkt *depressive Symptomatik*, eine Studie ausschließlich den Endpunkt *Angst- und Stressbeschwerden*. Von den elf Studien zum primären Endpunkt untersuchten acht Studien den Vergleich *Moodgym* vs. keine Behandlung bzw. Warteliste. Die Metaanalyse über diese acht Studien mit insgesamt 3.809 Teilnehmenden (Auflistung der acht Primärstudien, siehe Anlage 9.2.4) gibt Aufschluss über einen möglichen Nutzen der Intervention für die PICO-Fragestellung [97-103]. Weitere Endpunkte zum Nutzen der Intervention zu dem Vergleich *Moodgym* vs. keine Behandlung bzw. Warteliste liefert die Arbeit von Twomey und O'Reilly (2017) nicht.

Wie in der Methodik bereits beschrieben, wurde zur Darstellung des möglichen Nutzens der Intervention der SMD-Wert der MA in Punktwerte auf der *CES-D-Skala* (*Centre for Epidemiologic Studies-Depression Scale*) umgerechnet, um die Effektgröße laienverständlich zu kommunizieren. Für dieses Vorgehen wurde die Studie Lintvedt et al. (2013) als repräsentative Studie gewählt [97]. Sie weist ein geringes bis moderates Verzerrungsrisiko auf und eine repräsentative Studienpopulation. Sie ist mit 163 Teilnehmenden die zweitgrößte Studie. Es wurde sich gegen die größte Studie Powell et al. (2013) entschieden, da nur 10% der Studienteilnehmenden alle fünf Module absolviert hatten, die größten Drop-out-Raten bestanden und nur der Standardfehler berichtet wurde [98]. Dieser hätte zunächst in die Standardabweichung umgerechnet werden müssen, was weitere methodische Unsicherheit bedeutet hätte [55].

Die Effektgröße des untersuchten Vergleiches in Bezug auf das Ausmaß depressiver Symptome nach ein bis zwei Monaten konnte mit sechs Punktwerten und einem 95%-Konfidenzintervall (KI) von drei bis zehn Punkten auf der *CES-D-Skala* (Skala von 0-60 Punkten) zugunsten des *Moodgym*-Programmes berechnet werden. Voraussetzung ist die Annahme, dass aufgrund einer korrekten Randomisierung von gleichen Ausgangswerten in den Studien in den jeweiligen Gruppen ausgegangen werden kann. Dies wurde durch Überprüfung in den Primärstudien bestätigt. Das Ausgangsrisiko der Kontrollgruppe wurde mit 27 Punkten auf der *CES-D-Skala* berechnet und das entsprechende Risiko der Interventionsgruppe anhand der Effektgröße mit 21 Punkten. Die Berechnung der Effektgröße basiert auf einem SMD-Wert von 0,53 mit dem 95%-KI [0,23;0,83]. Zur Förderung des Verständnisses der Zahlenkommunikation wurde in Zusammenarbeit mit der SGW die abgebildete Grafik entwickelt.

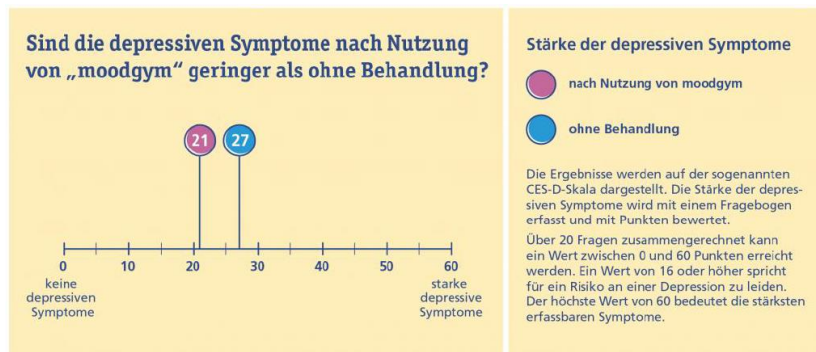


Abbildung 4: Grafik zum Ausmaß der depressiven Symptome nach Nutzung des *Moodgym*-Programmes bzw. ohne Behandlung.

Bei einer Irrtumswahrscheinlichkeit von 5% besteht statistische Signifikanz für das Ergebnis. Schwieriger sind Aussagen über die klinische Relevanz des Ergebnisses. Es konnte keine Studie identifiziert werden, die explizit den geringsten klinisch relevanten Unterschied (MCID, engl.: minimal clinically important difference) der *CES-D*-Skala untersucht. Die Studie von Cuijpers et al. (2014) nimmt eine erste Annäherung vor, anhand des SMD-Werts Aufschluss über den MCID in Bezug auf eine Depressionsbehandlung zu geben und legt den Cut-off Wert ab einem SMD-Wert von 0,24 [104]. Danach ist bei dem Ergebnis von klinischer Relevanz auszugehen.

In der Übersichtsarbeit finden sich keine Angaben über die Untersuchung von möglichen Schäden der Intervention. Nach Sichtung der acht Primärstudien wurde bestätigt, dass keine der Studien mögliche Schäden untersucht. Zum Schaden der Intervention konnte daher in der EBGI nur der Satz festgehalten werden, dass sich in der Übersichtsarbeit keine Angaben über Nebenwirkungen befinden und dass dies nicht ausschließt, dass Nebenwirkungen auftreten können.

Hinsichtlich der Limitierungen wurden einige Aspekte als bedeutsam erachtet und als Einschränkungen der Ergebnisse mit in die EBGI aufgenommen (siehe untenstehende Tabelle 7). Der Publikationsbias und das Vorliegen von *Moodgym*-EntwicklerInnen in der AutorInnenenschaft wurden bewusst nicht erwähnt. Zum einen, um die EBGI nicht zu lang und komplex werden zu lassen, da es zum Verständnis des Publikationsbias einiger Erklärungen und Hintergründe bedarf. Zum anderen schließen die durchgeführten Metaanalysen zur Untersuchung des Einflusses dieser Limitierungen auf die Ergebnisse den Vergleich zu aktiven Kontrollen mit ein und lassen daher keine Rückschlüsse auf den alleinigen Vergleich zu *keiner Behandlung* zu.

Die folgende Tabelle 7 stellt die Ergebnisse der Evidenzdarstellung dar. Die Umrechnung des SMD-Wertes wird aufgeführt sowie Transparenz über die hinzugezogenen Daten gegeben. Zudem sind Limitierungen endpunktspezifisch berichtet und abschließend ein Beispiel der laienverständlichen Formulierung angeführt. Wie die Evidenzdarstellung letztlich in

Zusammenarbeit mit der SGW umgesetzt und online gestellt wurde, ist der Anlage 9.3.2 zu entnehmen.

Tabelle 7: Ergebnisse der Evidenzdarstellung.

Vergleich: Online-Intervention <i>Moodgym</i> vs. Warteliste/keine Behandlung	
Endpunkt: Depressive Symptomatik	
Fragestellung	Wie wirksam ist das psychotherapeutische Online-Programm <i>Moodgym</i> bei der Linderung depressiver Symptomatik bei Erwachsenen mit einer Depression im Vergleich zu keiner Behandlung?
Hinzugezogene Daten zur Analyse	<ul style="list-style-type: none"> • Twomey und O'Reilly (2017) <ul style="list-style-type: none"> • Postinterventionsmittelwerte aus den Primärstudien, die das Instrument <i>CES-D</i> verwendeten [97, 98, 100], sowie der SD-Wert aus der repräsentativen Studie <p>Zeitpunkt: Postinterventionswerte → 8 Studien mit 3.809 Teilnehmenden → Effektgröße des untersuchten Vergleiches: SMD=0,53 [0,23; 0,83]</p>
Ergebnisse und Berechnungen	<ul style="list-style-type: none"> • Verwendung der SD des Postinterventionsmittelwerts der Kontrollgruppe von Lintvedt et al. (2013) [97] als repräsentative Studie mit dem Instrument <i>CES-D</i> (0-60 Punkte): SD=12,1 (aus Primärstudie extrahiert) • Effektgröße [mit 95% KI] des Vergleichs <i>Moodgym</i> vs. keine Behandlung zum Endpunkt depressive Symptomatik (Vergleich der Postinterventionsmittelwerte): SMD=0,53 [0,23; 0,83] (Effektmaß aus Studienergebnissen extrahiert) <p>→ Berechnung der Mittelwertdifferenz (MD) [mit 95% KI] mittels der SD von Lintvedt et al. (2013) und der SMD und dessen KI: MD=12,1x0,53=6,41 [2,78; 10,04]</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ausgangsrisiko der Kontrollgruppe: Mittelwert des Instruments <i>CES-D</i> nach Intervention in den Kontrollgruppen der drei Studien: 26,89 Punkte (Range: 22,4-35,1 Punkte) (<i>CES-D</i>-Werte aus Primärstudien extrahiert und Mittelwert berechnet) • Risiko der Interventionsgruppe aus dem Ausgangsrisiko und der Effektgröße berechnet: 27-6 Punkte=21 Punkte
Statistische Signifikanz	ja
Klinische Relevanz	nach Cuijpers et al. (2014) klinisch relevant [104] (siehe dazu auch Diskussionsteil 3.4)
Interventionsdauer	3 Wochen bis 2 Monate
Limitierungen	<ul style="list-style-type: none"> • In sieben der acht Studien dieser Analyse wurde <i>Moodgym</i> mit einer Form der Begleitung durchgeführt: persönlich oder in Form von E-Mails oder Telefon. Wenn es von NutzerInnen als reines Selbstmanagement-Programm verwendet wird, können die Ergebnisse nur eingeschränkt übertragen werden. • In der größten Studie mit 3.070 Teilnehmenden bestand in der Interventionsgruppe eine Drop-out-Rate bis zur Erhebung der Postinterventionswerte von 64%. Über alle Interventionsgruppen betrug die Drop-out-Rate 29%, über alle Kontrollgruppen 16% mit einer Range von 0-29%. • Die Adhärenz-Werte (Anteil an Teilnehmenden, die alle fünf Module des <i>Moodgym</i>-Programmes absolvierten) lagen im Durchschnitt bei 59% (Range: 10-100%), wobei eine Studie keine Werte berichtete. • Twomey und O'Reilly (2017) beinhalten ausschließlich Studien mit Populationen mit geringer bis mittelgradiger depressiver Symptomatik und lassen damit auch nur Rückschlüsse auf diese zu. • In der Metaanalyse wurde ein Funnel-Plot durchgeführt und das Vorhandensein eines Publikationsbias aufgezeigt. • Vier der Studien hatten eine/n <i>Moodgym</i>-EntwicklerIn in der Autorenschaft. • In allen Studien konnten sich die Probanden anderweitig Hilfe holen. In welchem Umfang professionelle oder unterstützende Hilfe herangezogen wurde, ist nicht bekannt. (Confounding ist möglich, jedoch eher in Richtung einer Unterschätzung der Wirksamkeit).
Laienverständliche Darstellung	<p>Acht Studien haben untersucht, ob das Online-Programm <i>Moodgym</i> bei Erwachsenen mit psychischen Beschwerden depressive Symptome lindern kann.</p> <p>In die Studien wurden Erwachsene mit leichten bis mittelgradigen Depressions-, Angst- als auch Stressbeschwerden eingeschlossen. Die Studienteilnehmenden wurden per Zufall in zwei Gruppen eingeteilt. Eine Gruppe erhielt den Zugang zu dem Online-Programm <i>Moodgym</i>. Dies konnte für ca. ein bis zwei Monate genutzt werden. Die andere Gruppe hingegen erhielt keine Behandlung.</p> <p>In beiden Gruppen wurden die depressiven Beschwerden zu Beginn und nach ein bis zwei Monaten erhoben. Dies wurde anhand von verschiedenen Fragebögen getan. Man wollte herausfinden, ob sich die depressiven Beschwerden in der Gruppe mit dem <i>Moodgym</i>-Zugang stärker verbessern, als in der Gruppe, die keinen Zugang hatte.</p> <p>Die Ergebnisse werden mit der sogenannten <i>CES-D</i>-Skala (<i>Center for Epidemiologic Studies-Depression Scale</i>) vorgestellt.* Dies ist ein Fragebogen mit 20 Fragen, der die depressive Symptomatik der letzten Woche samt ihrem Schweregrad erfasst. Die Antwortmöglichkeiten werden mit null bis drei Punkten, je nach Schweregrad der Beschwerden, vergeben und bilden zusammengerechnet den <i>CES-D</i>-Wert. Er kann Werte zwischen 0 und 60 annehmen. Ein Wert von 15 oder höher spricht für ein Risiko an einer Depression zu leiden.</p> <p>Insgesamt wurden 3.809 Erwachsene in die acht Studien eingeschlossen und folgende Ergebnisse erzielt:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mit dem <i>Moodgym</i>-Programm lagen die Werte nach ca. ein bis zwei Monaten im Durchschnitt bei etwa 21 Punkten auf der <i>CES-D</i>-Skala von 0 bis 60 möglichen Punkten. • Ohne das <i>Moodgym</i>-Programm lagen die Werte im Durchschnitt bei etwa 27 Punkten.

→ Die Werte reduzierten sich mit dem *Moodgym*-Programm im Durchschnitt um etwa 6 Punkte mehr auf der *CES-D*-Skala als bei keiner Behandlung.

Es gibt Hinweise, dass sich depressive Beschwerden mit dem *Moodgym*-Programm im Durchschnitt nach ein bis zwei Monaten um etwa 6 Punkte mehr verringern als bei keiner Behandlung. Nach derzeitigem Forschungsstand kann man nicht mit Sicherheit sagen, ob dieser Unterschied zu einer tatsächlich wahrnehmbaren Veränderung der Beschwerden führt. Ob der Nutzen spürbar ist, kann zudem von Person zu Person unterschiedlich sein.

Einschränkung der Ergebnisse

Die Studienergebnisse weisen einige Einschränkungen auf. In sieben von acht Studien wurden die Personen, die das *Moodgym*-Programm nutzten, in irgendeiner Form begleitet. Zum Beispiel wurde regelmäßig über E-Mail, Telefon oder auch persönlich Kontakt gehalten. Nutzt man es hingegen als reines Selbsthilfeprogramm, lassen sich die Ergebnisse nur bedingt übertragen. Darüber hinaus wird berichtet, dass ein hoher Anteil der Teilnehmenden nicht alle *Moodgym*-Module durchgeführt hat.

Die systematische Übersichtsarbeit weist eine niedrige Qualität auf. Auch sieben von acht Studien, die in der Übersichtsarbeit zusammengefasst wurden, haben methodische Mängel. Daher ist die Zuverlässigkeit der Ergebnisse sehr eingeschränkt.

*Um die Ergebnisse über alle Studien hinweg vergleichen zu können, wurden die Ergebnisse der verschiedenen Fragebögen mit Hilfe von Berechnungen in einen Beispiel-Fragebogen umgerechnet und vereinheitlicht. Dies bringt eine gewisse Unsicherheit mit sich, gibt jedoch eine Schätzung ab.

CES-D: Centre for Epidemiologic Studies-Depression Scale; KI: Konfidenzintervall; MD: Mittelwertdifferenz; SD: Standardabweichung; SMD: Standardisierte Mittelwertdifferenz

4.3 Pilotierung der EBGi

4.3.1 Soziodemographische Daten

Es wurden insgesamt 33 Personen durch Telefonkontakt in die Studie eingeschlossen. Drei Teilnehmende sagten vor dem Studientag begründet ab (familiär, berufs- und krankheitsbedingt) und sechs sind ohne Rückmeldung nicht zur Studie erschienen (Drop-outs [je FG]: 1[FG I], 3[FG II], 5[FG III]). Somit wurden drei FG mit insgesamt 24 Personen durchgeführt. Zwei FG wurden in Halle und eine in Berlin abgehalten. Es nahmen 16 Frauen und acht Männer teil, die im Durchschnitt 40 Jahre (26 bis 61 Jahre) alt waren. Es waren Personen mit unterschiedlichen Schulabschlüssen vertreten (Haupt- und Realschulabschluss, (Fach)Abitur). Die Erkrankungsdauer variierte zwischen weniger als einem Jahr und mehr als zehn Jahren. 50 % der Teilnehmenden waren über zehn Jahre an einer Depression erkrankt. 22 von 24 Personen (ca. 92 %) schätzten sich bzgl. des Informierens über Gesundheitsthemen im Internet als sehr erfahren und eher erfahren ein. Alle Teilnehmenden hatten sich bereits über Depressionen informiert und nutzten dabei verschiedene Quellen wie z.B. gedruckte Informationen, das Internet und Beratungsstellen. Zusätzlich wurden Klinikaufenthalte als Informationsquellen genannt. Eine der FG wurde von einer bestehenden Selbsthilfegruppe gebildet. Tabelle 8 gibt Auskunft über die soziodemographischen Daten – je nach FG gelistet.

Tabelle 8: Soziodemographische Daten.

	Fokusgruppe I n=9	Fokusgruppe II n=9	Fokusgruppe III n=6
Geschlecht			
Weiblich	5	6	5
Männlich	4	3	1
Alter [Jahre]			
20-29	2	1	1
30-39	7	-	-
40-49	-	4	-
50-59	-	3	5
60-69	-	1	-

Schulabschluss			
Hauptschulabschluss	1	-	-
Realschulabschluss	3	5	2
Fachabitur	2	-	-
Abitur	3	4	4
Sonstiges	-	-	-
Erkrankungsdauer			
≤1 Jahr	1	-	-
>1-5 Jahre	2	1	2
6-10 Jahre	2	3	-
>10 Jahre	4	4	4
keine Angabe	-	1	-
Selbsteingeschätzte Erfahrung, sich im Internet über Gesundheitsthema zu informieren			
sehr erfahren	2	2	2
eher erfahren	7	6	3
eher unerfahren	-	1	1
unerfahren	-	-	-
Vorinformation über Depression			
ja	9	9	6
nein	-	-	-
Wenn ja, genutzte Quellen*			
Bücher, Zeitschriften, Flyer	7	3	5
ÄrztInnen/PsychotherapeutInnengespräch	8	6	6
Internet	9	9	5
Beratungsstellen	5	-	2
Sonstiges	2 (Klinikaufenthalte)	-	2 (Klinikaufenthalte)
*Mehrfachantworten möglich			

4.3.2 Überblick der Ergebnisse der qualitativen Inhaltsanalyse

Die Auswertung des Materials identifizierte sowohl zu erhaltende Aspekte der EBGI als auch vereinzelte Machbarkeitsbarrieren und Akzeptanzprobleme. Sieben der neun deduktiv festgelegten Oberkategorien bildeten nach der Auswertung des Materials die Oberkategorien der Ergebnisse. Lediglich die Kategorien *Sonstige zu revidierende* bzw. *zu erhaltende Aspekte* zeigten sich als obsolet, da alle zunächst darunter kodierten Einheiten einer anderen, spezifischeren Oberkategorie zugeordnet werden konnten. Es wurden Subkategorien herausgearbeitet und Tabelle 9 zeigt das endgültige Kategoriensystem. Der Kodierleitfaden mit Angaben von Ankerbeispielen zu den Kategorien ist in der Anlage 9.3.4 beigefügt.

Tabelle 9: Kategoriensystem der Pilotierung der EBGI

Oberkategorie	Subkategorien
Verständnis	Revision <ul style="list-style-type: none"> Begrifflichkeiten Textpassagen/Zusammenhänge Grafiken
	Erhalt <ul style="list-style-type: none"> Textpassagen/Zusammenhänge
Wertung/Neutralität	weitere Aspekte <ul style="list-style-type: none"> Hintergründe zur Wahrnehmung von Wertung/Neutralität
	Revision
	Erhalt
Akzeptanz	Revision <ul style="list-style-type: none"> Ansprechbarkeit Nutzungsfreundlichkeit Umgang mit/Reaktion auf Evidenzdarstellung
	Erhalt <ul style="list-style-type: none"> Ansprechbarkeit Nutzungsfreundlichkeit Vertrauenswürdigkeit Umgang mit/Reaktion auf Evidenzdarstellung
Umfang & Relevanz	Revision <ul style="list-style-type: none"> Fehlende, relevante Informationen Umfang
	Erhalt <ul style="list-style-type: none"> Relevanz Umfang

Oberkategorie	Subkategorien
Struktur & Übersichtlichkeit	Revision
	Erhalt
Layout	Revision <ul style="list-style-type: none"> • Allgemein • Grafiken • Layout des WissensChecks
	Erhalt <ul style="list-style-type: none"> • Allgemein • Layout des WissensChecks
Ziel/e & Zielgruppe/n	<ul style="list-style-type: none"> • Ziel(e) der EBGI • Zielgruppe(n) der EBGI • Ziel(e) des WissensChecks • Zielgruppe(n) des WissensChecks
	Revision <ul style="list-style-type: none"> • explizite Ziel(gruppen)-Nennung

EBGI: Evidenzbasierte Gesundheitsinformation

Neben sehr konkreten Rückmeldungen zum Revisionsbedarf wurde die EBGI grundlegend als allgemein verständlich, ansprechend, neutral sowie als gut strukturiert und gut gestaltet erachtet. Zum *WissensCheck* hingegen wurde grundlegender Revisionsbedarf in Bezug auf das Verständnis der Zahlenkommunikation aufgezeigt. Im Folgenden werden die Ergebnisse und sich daraus ergebenden Schlussfolgerungen in den **Oberkategorien** (im Folgenden dick hervorgehoben) bzw. Subkategorien (im Folgenden unterstrichen und kursiv) ausführlich dargelegt und auch auf konkrete Aspekte eingegangen.

4.3.3 Ergebnisse zur Kategorie Verständnis

Zu der Fragestellung nach dem inhaltlichen **Verständnis** ergab die Pilotierung, dass die EBGI „allgemein verständlich“ (P2, FG I) sei, ebenso die Behandlungsseite und die Videos zum Hintergrund und zur Behandlung einer Depression wurden als gut verständlich hervorgehoben. Paraphrasierungen lassen erkennen, dass z.T. komplexere Zusammenhänge wie das Verständnis eines Risikofaktors, das multifaktorielle Erklärungsmodell der Depressionsentstehung und die Differenzierung verschiedener Präventionsansätze verstanden worden sind.

„Also ich glaube aber, dass also auf der Seite, dass dann eher, um nochmal ein Rezidiv zu verhindern, dass das eher darüber informiert. Weil, wenn ich jetzt kurz davor bin, in eine Depression rein zu schliddern, weiß ich ja noch nicht wirklich was da drüber und dann kann ich noch gar keine Prävention anwenden für eine erstmalige Erkrankung. Sondern eher, dass das auf Rezidive mehr bezogen ist.“ (P7, FG I)

Es konnten jedoch konkrete Begriffe, Textpassagen bzw. Zusammenhänge als auch Aspekte von Grafiken identifiziert werden, die inhaltlich nicht verstanden oder missverstanden worden sind bzw. andere Gründe zur inhaltlichen Revision zeigen. Einzelne Begriffe wie *Suizid*, *Major Depression*, *kognitiv*, *Zytokinhypothese* oder *systematische Übersichtsarbeit* sind z.T. trotz Erläuterungen nicht deutlich geworden. Die mögliche Chronifizierung der Erkrankung werde zu wenig deutlich und könnte zum Missverständnis führen, dass mit einer Therapie stets eine Heilung erzielt werden könne. Die Aufführung der Differentialdiagnosen einer Depression wurde als körperliche Ursachen einer Depression missverstanden (für das Zitat siehe Ankerbeispiel, Tabelle 15 in der Anlage 9.3.4). Ebenso der Satz *„Die Therapeutin oder der Therapeut wird zunächst klären, was bei der Patientin oder dem Patienten zur Entwicklung der Depression*

beigetragen hat oder dazu beiträgt. wurde als revisionsbedürftig identifiziert. Denn es wird nicht deutlich, dass dies ein gemeinsamer Prozess von TherapeutIn und PatientIn ist.

Der Begriff *WissensCheck* wird nicht mit der Bedeutung einer Evidenzdarstellung assoziiert und ist daher als Schlagwort dafür ungeeignet. Teilnehmende erwarteten, dass eine Überprüfung des eigenen Wissens möglich sei.

„Man könnte das [den Begriff WissensCheck] rausnehmen und dann steht hier ‚Kann eine Onlinetherapie bei Depression helfen?’ und das ist hier gut. Darum geht es. Das ist kein Wissenscheck.“ [...] Aber Wissenscheck wäre vielleicht auch schön. So mit Kreuzchen oder was weiß ich über Depression. Das macht Spaß finde ich.“ (P9, FG II)

Die Begriffe *Nutzen* und vor allem der Begriff *Schaden* werden als unpassend empfunden, wobei *Schaden* als zu negativ empfunden werde.

„Aber Schaden hört sich so negativ an. Da traut sich ja schon gar keiner mehr, in Behandlung zu gehen.“ (P6, FG II) „Was spricht dafür? Was spricht dagegen? Vielleicht so etwas. Also Pro und Kontra.“ (P3, FG II)

Beim *WissensCheck* zeigt sich ein uneinheitliches Bild des inhaltlichen Verständnisses. Zum Teil konnte die Gegenüberstellung der Optionen ohne Schwierigkeiten richtig beschrieben und das Ergebnis eingeordnet werden.

„Diese 60 Punkte sind ja aus diesen 20 Fragen zusammengerechnet sozusagen und halt einfach, dass ohne Behandlung hat man 27 und dass man aber auf 21 runtergehen kann. Nach dem Nutzen von diesem Onlineprogramm. So habe ich das jetzt verstanden. Also dass man sich um sechs Punkte verbessern kann in Richtung freier Symptomatik.“ (P4, FG II)

„Also, ich denke, hier wird gegenübergestellt: einmal mit Internetnutzung, also dass man sozusagen mit diesem Programm, oder was man da dann machen kann. Dass man da schon sozusagen Besserung oder eine Hilfe erfährt oder inhaltlich, also Personen, die damit arbeiten und eine Kontrollgruppe, die nicht damit arbeiten. Das wurde gegenübergestellt und dann wurde laut dieser Grafik festgestellt, dass es eine Verbesserung gibt [...].“ (P2, FG III)

Andere Teilnehmende konnten die Gegenüberstellung nicht korrekt wiedergeben und es schien der grundsätzliche Studienablauf nicht nachvollzogen worden zu sein. Zum Teil wurde der *CES-D* Fragebogen als Bestandteil des *Moodgym*-Programmes aufgefasst.

„[...] , welche Behandlungsoptionen werden hier gegenübergestellt?“ (I1) „Das man sich online therapieren lassen kann oder eben richtig in ärztlicher Behandlung.“ (P1, FG II)

„Es macht auf jeden Fall neugierig schon alleine auf die 20 Fragen. [...] Aber mich würde ja jetzt interessieren, wenn ich die Fragen, diesen Test machen würde, ob ich da schon was bezahlen muss, oder ob das einfach so ist, wissen Sie wie ich meine?“ (P3, FG III) [...] „Oder sind das zwei verschiedene Sachen? Also das eine ist das Programm und das andere sind einfach nur die Auswertungsfragen?“ (P4, FG III)

Gruppenübergreifend haben fast alle Teilnehmenden die berichteten Zahlen der Postinterventionswerte der beiden Gruppen als Prä-Post-Werte mit der *Moodgym*-Behandlung missverstanden.

„Ja, Unterschied vor und nach der Behandlung. [...] Dass man jetzt diese sechs Punkte erreicht hat.“ (P1, FG II)

„Ich bin auch erst auf die Idee gekommen, als ich das gelesen habe, dass die 27 die Ausgangspunkte waren und dann hat er das Programm gemacht und hatte nur noch 21.“ (P5, FG III)

Zudem konnten zwei konkrete Missverständnisse identifiziert werden, die einen Revisionsbedarf aufzeigen. Zum einen wurde missverstanden, dass Moodgym noch nicht öffentlich zur Verfügung stehe, sondern nur im Rahmen von Studien, die zeigen sollen, ob das Programm nützlich sei und der Öffentlichkeit zur Verfügung gestellt werden sollte. Zum anderen wurde die Einschränkung der Übertragbarkeit der Ergebnisse aufgrund der Begleitung während des Moodgym-Programmes als ethisch positiver Aspekt während der Studiendurchführung missverstanden.

„Ich fand es eigentlich gut, weil es stand ja drin, dass sie begleitet wurden durch Gespräche und was weiß ich. Da habe ich so gedacht, da haben sie die nicht allein gelassen. Ich habe schon bei einer Studie mitgemacht, da ging es auch um Depression, da wurden sie befragt bis zum geht nicht mehr und sind rausgekommen und wussten nicht mehr, ob sie Männchen oder Weibchen sind und nach Hause geschickt und das war es. Und da wird man begleitet und wenn man mal ein Problem hat, kann man da anrufen.“ (P1, FG III)

Die Informationen zu den *Einschränkungen der Ergebnisse* und der Reiter *Woher stammen diese Informationen?* scheinen von den Teilnehmenden verstanden worden zu sein.

„Dann haben welche nicht vollständig das absolviert. Die Module nicht gemacht. Das würde mich auch wiederum nachdenklich stimmen. Warum. Ja diese Seite mit den Einschränkungen, das war sehr viel. Dann würde ich zum Beispiel auch stutzig werden, wenn ich ein Mann wäre. Einfach weil die Frauen in dieser Studie überrepräsentiert sind und die Männer nur verschwindend gering in der Prozentzahl, die da dran teilgenommen haben.“ (P5, FG III)

Aus den eruierten Ergebnissen lässt sich schlussfolgern, dass die EBGI dem Ziel der Verständlichkeit nahekommt und nur konkrete Begriffe bzw. Abschnitte überarbeitet werden sollten.

Ein anderes Bild zeigt sich bei der Evidenzdarstellung. Hier besteht neben konkreten Aspekten auch grundsätzlicher Revisionsbedarf. Schwierigkeiten des Verständnisses könnten auf mangelndem Vorwissen der Teilnehmenden und seitens der Evidenzdarstellung auf zu oberflächlicher Ausführung der Studiendurchführung und Anwendung eines medizinischen Fragebogens zur Diagnostik beruhen. Diese Themen sollten umfänglicher ausgeführt und ggf. grafisch komplettiert werden.

4.3.4 Ergebnisse zur Kategorie Wertung/Neutralität

Zur Oberkategorie **Wertung/Neutralität** wurde erhoben, dass die Teilnehmenden die EBGI insgesamt als eine neutrale Information beschrieben. Einzelmeinungen konstatierten, dass die Online-Therapie sowie die Darstellung der Antidepressiva zu viel Raum einnehme und ein wertender Eindruck entstehe.

„Ja, also Alternativen kommen mir da auch ein bisschen zu kurz. Es geht schon in Richtung Antidepressiva.“ (P2, FG II)

[Zum Behandlungsfilm:] „Ich finde schon irgendwie wird so ein bisschen dieses Sonderprogramm [Online-Therapie] empfohlen.“ (P7, FG II)

Das Feedback zum *WissensCheck* zeigt sich diverser. Zum Teil wird auch dieser als neutrale Information aufgefasst. Von anderen Teilnehmenden wird jedoch explizit oder implizit deutlich, dass eine Wertung hin zur Nutzung des Moodgym-Programmes empfunden worden ist.

„Irgendwie habe ich schon das Gefühl, dass mir dieses Training nahegelegt wird.“ (P5, FG II)

„Ich denke, hier geht es darum, dass diese Methode hilft, ist wirksam, aber man soll keine Wunder erwarten. Das ist schon gut, aber es ist keine Garantie, dass es so ist.“ (P9, FG II)

Die Gruppendiskussionen ließen zudem erkennen, dass die persönliche Einstellung zum Verhältnis zwischen ÄrztIn und PatientIn und vor allem eine mangelnde Gesundheitskompetenz durchaus das Empfinden von Wertung bzw. Wertfreiheit zu beeinflussen scheint. Wurde *Wirkweise* seitens der Teilnehmenden mit *Wirksamkeit* gleichgesetzt, so wurde von einer empfundenen Empfehlung für Antidepressiva berichtet. Haben NutzerInnen der EBGI das paternalistische Modell verinnerlicht, scheint die Möglichkeit einer an PatientInnen gerichteten Empfehlung nicht gegenwärtig zu sein.

„Ja, weil es einfach explizit drinsteht, dass Antidepressiva die Botenstoffkonzentration zwischen den Nervenzellen erhöht. Also ist es praktisch das Antidepressivum und es kann nichts Anderes geben als das Antidepressiva, was da wirkt. So kommt das für mich rüber. Also es ist eindeutig auf das Antidepressiva ausgelegt.“ (P3, FG II)

*„Haben Sie hier [auf der Behandlungsseite] das Gefühl, das Ihnen etwas empfohlen wird?“ (I1)
„Antidepressiva. Ja das wird mir erklärt. Ich habe das Gefühl, mir wird das erklärt, wie das Antidepressiva wirkt.“ (P2, FG II)*

„Aber Sie haben jetzt nicht das Gefühl, dass Ihnen empfohlen wird es einzunehmen, oder?“ (I1) „Ne, das entscheidet ja auch der Arzt. Aber da wird mir erklärt (unterbrochen von P3).“ (P4, FG II)

Konnte die Bedeutung von *Wirkweise* und *Wirksamkeit* seitens der Teilnehmenden differenziert werden, so wurde keine Empfehlung wahrgenommen.

„Also ich sehe das jetzt so, ich muss das nicht nehmen. [...] Hier geht es darum, zu erklären, wie Antidepressiva wirkt und nicht, dass ich das nehmen muss oder nehmen soll oder was. Sondern wenn ich es nehme, wie das wirkt.“ (P5, FG II)

Beim *WissensCheck* wurde vereinzelt deutlich, dass eine empfundene Empfehlung für Online-Therapien allein auf den Schlussfolgerungen der berichteten Zahlen basierte.

„Und haben Sie auf dieser Seite [des WissensChecks] das Gefühl, dass Ihnen etwas empfohlen wird oder abgeraten?“ (I1) „Na das spricht für die Onlinetherapie. Das besser Onlinetherapien, als gar nichts. Ich habe es so verstanden. Ohne Therapie hat man mehr Punkte und mit Therapie weniger.“ (P9, FG II)

„Haben Sie jetzt nur basierend auf den Ergebnissen das Gefühl, dass Ihnen das empfohlen wird, diese Onlinetherapie zu machen oder ist Ihnen das auch im Text aufgefallen?“ (I1) „Nur die Zahlen.“ (P6, FG II)

Die neutrale Darstellung von Zahlen scheint als wertende Empfehlung verkannt zu werden. Daher kann aus Schilderungen, dass eine Wertung empfunden worden sei, nur eingeschränkt geschlussfolgert werden, dass die Sprache tatsächlich explizit oder implizit wertet. Der Kontext sollte genauer untersucht und Rückfragen an die Teilnehmenden gestellt werden.

4.3.5 Ergebnisse zur Kategorie Akzeptanz

Zu der Oberkategorie **Akzeptanz** konnten differenzierte Subkategorien herausgearbeitet werden. Im Folgenden werden die Ergebnisse je nach Subkategorie aufgeführt. In der Subkategorie Ansprechbarkeit wurde die EBGI überwiegend als ansprechend und als „näher dran am Menschen“ (P6, FG I) herausgestellt. Alle Teilnehmenden würden sich erneut mithilfe der Webseite der SGW informieren. Die Videos wurden als ansprechend empfunden und würden die Seite positiv auflockern. Zum Teil wurde die EBGI jedoch als „zu wissenschaftlich“ (P2, FG I) bezeichnet.

Der Abschnitt zur Tertiärprävention wurde als nicht ansprechend, sondern eher als „für Medizinstudierende“ (P3, FG II) deklariert. Auch das Hinzuziehen eines Modells und dessen grafische Darstellung zum Ablauf der Suizidabsicht stößt bei einzelnen Teilnehmenden auf Ablehnung.

„Das stellt das alles viel zu einfach dar. So ist es nicht. Also das läuft nicht so schematisch. Das – ich habe mich da dran gestört, irgendwie.“ (P4, FG III)

Weitere Revisionsaspekte sind der Hinweis, dass die Information für Betroffene sehr aufwühlend sein und eine sogenannte „Trigger-Warnung“ zu Beginn der Information gesetzt werden könnte. Auch wurde festgestellt, dass die alleinige Angabe von Durchschnittswerten ein Ansprechen mindern kann und die zusätzliche Angabe von Zahlenspannen angestrebt werden sollte.

„Was mich dann auch ein bisschen, warum Durchschnittsalter 30? Da habe ich mich auch nicht angesprochen gefühlt.“ (P4, FG III)

Das Stimmungsbild zur Ansprechbarkeit des *WissensChecks* zeigt sich gegensätzlich: Es wurde zum einen das Interesse bekundet, die Information als wichtig erachtet und geschätzt, als auch das Desinteresse daran herausgestellt.

[Zum WissensCheck:] „Und das ist schon wichtig. Und es ist interessant, was in einer Studie steht.“ (P4, FG II)

„Muss ich nicht haben. Brauch ich nicht.“ (P1, FG II)

Zur Nutzungsfreundlichkeit wurde gruppenübergreifend angemerkt, dass das „Inhaltsverzeichnis“ auf der linken Seite auch beim Herunterscrollen der Seite dort verbleiben, also „mit runterwandern“ sollte, um weniger scrollen zu müssen, schneller zu anderen Themen zu gelangen und eine bessere Übersichtlichkeit zu erzielen. Positiv hervorgehoben und daher zu erhalten ist die Funktion des *Infokorbes* und die niederschwellige Möglichkeit, die Schriftgröße direkt auf der Webseite anzupassen. Mit dem *Infokorb* können NutzerInnen Abschnitte der Information auswählen, die anschließend in einem PDF-Dokument zusammengestellt und ausgedruckt werden können.

In der Subkategorie Vertrauenswürdigkeit wurden ausschließlich zu erhaltende Aspekte eruiert. Die EBGI werde aufgrund der Angaben eines Impressums, von Kontaktmöglichkeiten und dem Erstellungsdatum als vertrauenswürdig wahrgenommen.

Der Umgang mit bzw. die Reaktion auf die Evidenzdarstellung zeigt deutlich und nahezu übereinstimmend die Verwirrung und das Unverständnis, dass keine Ausgangswerte der Gruppen ausfindig gemacht werden konnten. Dies scheint maßgeblich zum Missverständnis beizutragen, dass die Postinterventionswerte die Werte des *Moodgym*-Programmes im Prä-Post-Vergleich seien.

„Vorher habe ich mich gefragt, ‚Warum steht da 21 und 27?‘. Müssen ja irgendwo Ausgangswerte sein. Ich habe erst gedacht, der mit 21 Punkten hat halt die Therapie gemacht und dann habe ich gesagt, ‚Wo waren die Werte am Anfang?‘. Und bei den anderen habe ich genau umgedreht gedacht. Ja, dann habe ich mir das so zusammengereimt. Gut, dann sind die 27 die Ausgangspunkte, dann haben sie die Therapie gemacht und dann haben sie 21.“ (P5, FG III)

„Und das habe ich mich auch gefragt, wie viele Punkte waren Ausgangspunkt? Da muss ja der mit 21 einen Ausgangspunkt gehabt haben. Weil es steht ja drin ‚nach vier Wochen der Behandlung‘. Also muss es ja einen Ausgangspunkt gegeben haben zu den 21. Ob es nun weniger geworden ist oder sind die 27 die ersten und nach der Behandlung hat er 21? Das ist für mich nicht ganz so verständlich.“ (P4, FG III)

Solange die Zahlendarstellung des Nutzens nicht verstanden wird, ist eine informierte Entscheidung nicht möglich. Die Inhaltsanalyse lässt deutlich erkennen, dass auf die Ausgangswerte der Gruppen eingegangen und eine Methodik gefunden werden sollte, Ausgangswerte zu kommunizieren. Es sollte zumindest deutlich hervorgehoben werden, dass beide Gruppen den gleichen Ausgangswert vor Studienbeginn aufwiesen.

Aussagen der Teilnehmenden spiegeln das gemischte Spektrum wieder, inwiefern die Intention, bei der persönlichen Entscheidung für oder gegen die Nutzung des *Moodgym*-Programmes im Vergleich zu keiner Intervention zu unterstützen, realisiert wird. Manche Teilnehmende scheinen mit der Evidenzdarstellung überfordert zu sein. Der Wunsch nach Erfahrungsberichten wurde im Rahmen der Evidenzdarstellung geäußert.

„Mir ist das auch nicht aussagekräftig genug mit dem 21 und 27, weil in dem Sinne, es ja kein großer Unterschied ist und ich hätte gerne eine aussagekräftigere Grafik gehabt. Wo man sehen kann, wo der Anfang war und was jetzt dazwischen ist.“ (P1, FG III)

„[...] und dann eben wie gesagt, wo war der Punkt am Anfang bei beiden. Waren die gleich bei 30 und sowas. [...] Es hat mir nichts gesagt: 21 Punkte, 27 Punkte. Es ist zwar gut und schön, ich habe verstanden, um was es geht.“ (P8, FG II)

„Also wirklich, dass man eine Zielgruppe hat von verschiedenen Pegeln und dass auch wirklich sieht, nach welcher ist das dann eingetroffen. Dass sich quasi diese Punkteanzahl verringert hat. Und was genau ist geschehen. [...] Also es ist sehr oberflächlich. Wenn ich wirklich tiefgreifende Informationen haben möchte über diese Studie, sagt das eigentlich gar nix für mich aus.“ (P7, FG II)

„Vielleicht auch wirklich konkrete Erfahrungsberichte von Menschen, die verschiedene Behandlungsmethoden durchhaben und die da einfach mal sprechen [lassen].“ (P2, FG II)

Bei anderen hingegen zeichnet sich die kritische Auseinandersetzung mit der Thematik und Formung persönlicher Ansichten und damit wesentliche Schritte der informierten Entscheidung ab.

„Also ich muss sagen, ich bin ja aufgrund der Erkrankung ein Mensch, der immer alles negativ sieht. Und was mir da aufgefallen ist, war, dass es da keine große Verbesserung gab. Wenn es insgesamt 60 Punkte sind und dann nur eine Differenz von sechs entsteht, ist das für mich eigentlich sehr wenig. Und da überlege ich mir dann, nutzt das überhaupt etwas.“ (P1, FG III)

„Das sehe ich nochmal ganz anders. Ich sage immer ‚mit kleinen Schritten kommt man schneller ans Ziel, als wenn man große macht und stehen bleibt‘. Also auch sechs Punkte sind sechs Punkte. Und wenn ich vorher 27 hatte und bin dann auf 21, habe ich ja einen kleinen Schritt geschafft. So sehe ich das.“ (P6, FG III)

4.3.6 Ergebnisse zur Kategorie Umfang und Relevanz

In der Oberkategorie **Umfang und Relevanz** stellt sich in der Subkategorie zum Umfang der EBGI ein gegensätzliches Meinungsbild dar. Manche Teilnehmende beschrieben sie als zu umfangreich und zu lang, wohingegen andere den Umfang als angemessen erachteten. Angemerkt wurde, dass die Einschätzung des Umfangs als (un)angemessen maßgeblich vom Beschwerdeausmaß der NutzerInnen abhängen würde. Für jemanden, der akut von einer Depression betroffen ist, sei die EBGI zu umfangreich.

„Je nach Geisteszustand desjenigen, der sich das durchliest, je nachdem wie weit man drin ist, würde es einen vermutlich erschlagen. Ansonsten würde ich sagen für jemand, der irgendwie stabil ist und das verarbeiten kann, der kann sagen, ‚Gut, ist viel, aber kann ich mir in Ruhe angucken‘.“ (P6, FG I)“

Zur Relevanz: Es wurden keine Abschnitte der EBGI oder des WissensChecks als irrelevant identifiziert. Als relevant hervorgehoben wurden die Reiter *Prävention* und *Behandlung* sowie der Abschnitt zu den Ursachen und der Entstehung einer Depression. Das Wissen um mögliche Entstehungshintergründe spende Trost und helfe bei der Wahl des Therapieansatzes. Beim WissensCheck wurden die Angaben *Woher stammen diese Informationen?* als relevant bezeichnet, um sich ein eigenes Bild von der Studienqualität machen zu können.

Die Pilotierung gibt wertvolle Anregungen bezüglich der Ergänzung fehlender, relevanter Informationen. Hier eine Auflistung der wesentlichen Punkte, die überwiegend gruppenübergreifend angebracht worden sind:

- Zu den Symptomen einer Depression:
 - Nähe-Distanz-Problem, Wortfindungsstörungen und Libidoverlust ergänzen
 - auf die geschlechterspezifischen Ansätze des Beschwerdebildes eingehen

„Oder das Männer eher aggressiv reagieren und zur Flasche greifen und dann wird halt nicht gesagt ‚Depression‘, sondern du bist alkoholabhängig oder du bist ein Schläger.“ (P4, FG I)
- Zur Suizidprävention:
 - eine Notfallnummer bei Suizidgedanken für Betroffene und Angehörige nennen und präsent zu Beginn der EBGI platzieren
 - Angehörige sollten angesprochen und ermutigt werden, sich bei Verdacht direkt an Betroffene zu wenden und nachzufragen, ob die Person lebensmüde Gedanken habe (dieser Hinweis sollte nicht nur in dem verlinkten Experteninterview zu finden sein)
 - Hinweis ergänzen, dass sich nicht alle Betroffenen vor einer Suizidhandlung äußern und sich jemandem anvertrauen, sondern diese auch völlig unangekündigt auftreten kann

„Und da fehlt mir irgendwie noch was, weil das ist so, als ob jeder, der das macht, was sagt. So ist es nicht. Und darauf müsste irgendwie auch hingewiesen werden.“ (P4, FG III)

- Zur Behandlung:
 - Wirksamkeiten der verschiedenen Behandlungsoptionen (als Beispiel Verhaltenstherapie genannt) ergänzen

„[...] wenn es sowas gibt wie zum Beispiel ‚Verhaltenstherapie haben so und so viel gut drauf angesprochen.‘ Und also das wäre nochmal interessant irgendwo.“ (P1, FG I)
 - Ausführungen rund um das Organisatorische einer Psychotherapie (Anträge, Kostenerstattungsverfahren, Therapeutensuche, jeweils nach Versicherungsstatus privat/gesetzlich)
 - konkrete Tipps, was man selbst neben der Behandlung tun könne wie das Aufstellen einer Tages- und Wochenstruktur (Selbstmanagement)
 - konkrete Anlaufstellen für (Selbst)Hilfe je nach Region
- Zum WissensCheck:
 - Angabe, wie lange *Moodgym* schon besteht und genutzt wird, da es die Ergebnisse beeinflussen könne
 - die Angabe zur Dauer der *Moodgym*-Behandlung der Studie sollte mit in die Grafik zur Nutzendarstellung aufgenommen werden
- Zusatzinformationen, die sich explizit an Angehörige Betroffener richten und auf deren Bedürfnisse eingehen

„Ich habe das bei meinen Angehörigen auch gemerkt, die sind ziemlich hilflos. [...] und mein Mann, der hat damals immer gesagt, ‚Was ist denn los? Wieso ist das auf einmal so?‘. Ich konnte es ja auch nicht erklären. Und da würde ich mir auch wünschen, dass es für die Angehörigen nochmal paar Zusatzinformationen gäbe.“ (P5, FG III)

Dabei gilt es für eine etwaige Revision zwischen den eruierten Bedarfen an weiteren Informationen und dem Umfang der EBGI abzuwägen.

4.3.7 Ergebnisse zur Kategorie Struktur und Übersichtlichkeit

Zur **Struktur und Übersichtlichkeit** ist erhoben worden, dass die EBGI als übersichtlich und *„chronologisch gut aufgebaut“ (P1, FG II)* empfunden worden ist. Zum Aufbau wurde lediglich angemerkt, dass der Abschnitt *Wie kann man einem Suizid vorbeugen?* dem Abschnitt zu den Stadien der Suizidabsichten direkt folgen und nicht so weit entfernt platziert sein sollte.

4.3.8 Ergebnisse zur Kategorie Layout

Die Pilotierung ergab zum **Layout** ein einstimmiges Meinungsbild, dass das Verhältnis von Text und Grafiken, die Farbgestaltung der Webseite sowie die Schriftart und –farbe sehr angenehm und passend sei. Revisionsbedürftige Aspekte zeigten sich anhand des nicht Wahrnehmens der Seitenteaser sowie der Verlinkung zum *WissensCheck*. Es wurde die Vermutung geäußert, dass die Seitenteaser und farbigen „Infoboxen“ aufgrund der Gewohnheit von Werbe-Teasern ausgeblendet und weniger wahrgenommen werden würden. Zudem wurde der *Infokorb* häufig nicht wahrgenommen und das Plus-Symbol (+) an den Textabschnitten übersehen oder fehlinterpretiert und als „Ausklapp-Reiter“ verstanden.

„Also mir ist das anfangs nicht aufgefallen und dann habe ich mal versucht und weiter draufgedrückt, weil ich dachte, dass ist, da kommen weitere Informationen zu dem, was dasteht und dann ‚Infokorb

legen', da wusste ich erstmal gar nicht, was das bedeutet, also. Da habe ich dann erst [hier] in der Diskussion erfahren, wozu der eigentlich da ist.“ (P9, FG I)

Außerdem wurde angemerkt, dass die hellgrauen Überschriften in dem Inhaltsverzeichnis auf der linken Seite im Vergleich zu den schwarzen Gliederungspunkten darunter untergehen und stärker betont werden sollten. Zusätzlich irritiere, dass man sie nicht anklicken könne. Ein weiterer Revisionsaspekt zeigt sich angesichts der Rückmeldungen zu der Grafik zur Suizidabsicht (siehe Abbildung 15, Anlage 9.3.1). Der rote Pfeil sei zu massiv, steche farblich zu sehr hervor und es sollte ein „Ausweg-Pfeil“ (P1, FG I) ergänzt werden.

„Das Bild suggeriert quasi, wenn einer damit anfängt, dann geht's quasi nur noch in die eine Richtung.“ (P9, FG I)

„Das ist ein bisschen. Also weil, wenn man eine Phase - einfach so von der Herangehensweise - es wird immer alles schlimmer. Sondern in der Phase des Abwägens habe ich ja Optionen.“ (P3, FG I)

4.3.9 Ergebnisse zur Kategorie Ziel(e) und Zielgruppe(n)

Auf die Fragen nach **Ziel(en) und Zielgruppe(n)** der EBGi und des WissensChecks wurden vielfältige Antworten zusammengetragen. Als Ziel(e) der EBGi wurden genannt bzw. zum Teil implizit eruiert: zu informieren, aufzuklären, für die eigene Therapieentscheidung zu helfen, bei der Bewältigung der Erkrankung zu unterstützen, Hilfe zur Selbsthilfe, Abbau von Vorurteilen, Menschen anhalten zum/zur Arzt/Ärztin zu gehen sowie das Ziel Angehörige zu informieren, um Betroffenen eine Hilfe sein zu können. Bei den Ansichten zu(r) Zielgruppe(n) der EBGi wurden sowohl Betroffene mit Erfahrung und Vorwissen, Neuerkrankte ohne Vorwissen, Angehörige, Gesundheitsinteressierte als auch Eltern von betroffenen Kindern genannt. Dabei war ein Großteil der Überzeugung, dass sich die EBGi an mehrere Zielgruppen richte, wohingegen andere eher eine spezifische Zielgruppe sehen wie z.B. Betroffene mit Vorkenntnissen oder Angehörige.

„Sämtliche Gruppen. Neue sowie Leute, die sowieso Erfahrung damit haben und vielleicht auch Angehörige.“ (P6, FG I)

„Also es fühlt sich nicht so an, als wäre das an Leute gerichtet, die schon das Gefühl haben, dass sie merken, dass mit ihnen etwas nicht stimmt und sich irgendwie ein bisschen informieren. Sondern es ist schon so ‚Ich weiß Bescheid‘ [habe bereits die Diagnose Depression] oder ich habe eine begründete Vermutung oder. Also, die schon eher nach etwas Tiefem suchen.“ (P2, FG I)

„Na ich fand die Seite so als allgemeine Information über Depression und das ist, ich finde das ist nicht unbedingt für Betroffene die Seite, sondern für Angehörige.“ (P3, FG II)

Zum einen ist deutlich geworden, dass eine konkretere Zielgruppe präferiert und der Wunsch nach expliziter Zielgruppennennung und Zielstellung gewünscht wird.

„Vielleicht lässt sich dieses Ganze ja noch aufgliedern in Betroffene und in Angehörige.“ (P6, FG I)

„Also muss man auch genau gucken, für wen ist denn diese Seite jetzt überhaupt gemacht? Also das stellt sich jetzt für mich die Frage, für wen ist diese Seite jetzt gemacht?“ (P9, FG II)

„[...] , dass es sich im Prinzip schon an die richtet, wo der Arzt gesagt hat ‚Ja, Sie haben eine Depression‘ und die [das] jetzt nicht irgendwie [nur] vermuten. Und dann ist vielleicht wirklich dieser Infocharakter weg, für Leute, die dann neu sind und einfach nur im Internet rumtapsen. [...] Ich dachte zuerst, vielleicht soll es manche Leute dazu bewegen, eventuell zum Arzt zu gehen. Das wären dann aber eher Angehörige [als Zielgruppe] und ja.“ (P5, FG I)

Die explizite Nennung von Zielgruppen und Zielen lässt sich zusätzlich dadurch begründen, dem Missverständnis, die EBGI ermuntere zur Eigendiagnose und Selbsttherapie, vorbeugen zu können. Der alleinige Hinweis am Ende der Webseite ‚*Diese Gesundheitsinformationen können das Gespräch mit der Ärztin oder dem Arzt nicht ersetzen.*‘ scheint nicht ausreichend zu sein und Zweifel der Teilnehmenden zur Zielstellung scheinen zu bestehen.

„Auf jeden Fall sollte man auch darauf hinweisen, dass akut Betroffene sich trotz alledem - das ist schon ganz gut gemacht [die Webseite] - aber die sollten sich trotz alledem professionelle Hilfe suchen.“ (P2, FG II)

„Es informiert über das Krankheitsbild und so weiter, aber mehr auch nicht eigentlich. Also dann würde ich mir eine Anlaufstelle suchen, wo ich dann hingehere, ja.“ (P1, FG II)

„Was auch immer ganz wichtig ist, vielleicht setzt man’s wirklich rein, dass es eine reine Informationsseite ist und es ersetzt wirklich kein Gang zum Arzt.“ (P9, FG II)

Die Ziele des WissensChecks konnten manche Teilnehmende trotz wiederholtem Hinweis der Interviewerin nicht von denen des Moodgym-Programmes differenzieren.

„Die Zeit zu überbrücken bis zur Therapie. Das würde ich sagen, ist das Ziel dieser Information. Also das Ziel der Seite. Dass ich mich damit beschäftige, bis ich dann eine richtige Psychotherapie mache.“ (P2, FG II)

„Ich sehe das so, dass es eben als begleitende Unterstützung zur positiven Verbesserung einer Psychotherapie bei Depression ist. Also das es sozusagen eine Form ist, mit der man arbeiten kann oder könnte bei Depression, wenn man die jetzt hat.“ (P4, FG III)

Andere Teilnehmende schilderten die intendierte Zielstellung. Wieder andere nannten das Ziel, Interesse an Online-Therapien zu wecken.

„Dann geht es darum [...], ist es eine Möglichkeit für mich, eine Onlinetherapie mit in Anspruch zu nehmen oder schließe ich das eher aus.“ (P3, FG II)

„Also vom Ziel dieser Seite her, habe ich das so verstanden, ehrlich über Vor- und Nachteile aufzuklären.“ (P3, FG III)

„Also ich habe die Seite so verstanden, dass überhaupt ein Interesse geweckt werden soll, an so einer Onlinetherapie.“ (P6, FG III)

Zu berücksichtigen gilt, dass in einem Seitenteaser des WissensChecks das Ziel bereits formuliert worden ist: ‚*Ihre persönliche Bewertung der Behandlungsmöglichkeit ist wichtig für die Entscheidung über die Therapie. Diese Übersicht soll Ihnen helfen, die Wirksamkeit des Onlineprogramms Moodgym einzuschätzen.*‘

Die Zielgruppe des WissensChecks, Betroffene mit einer Depression, wurde erkannt. Es gilt zu bedenken, dass die Zielgruppe der Webseite und des Moodgym-Programmes übereinstimmen. Die genannten Aspekte unterstreichen auch hier die Wichtigkeit und Notwendigkeit der expliziten und im Fließtext eingebundenen Nennung von Ziel und Zielgruppe des WissensChecks.

5 Diskussion

5.1 Bedarfsanalyse

Es zeigt sich ein Bedarf an grundlegenden Informationen zu der Erkrankung über alle Zielgruppen hinweg. So sollte auf die Symptome, Entstehung, Diagnostik und Behandlung der Depression

eingegangen werden. Die Differenzierung des Beschwerdebildes einer Depression zu Alltagsphänomenen, Ausführungen zur Entstehung einer Depression sowie die Beschreibung der verschiedenen Behandlungsmöglichkeiten konnten zielgruppenübergreifend als wichtige Bedarfe herausgestellt werden. Ebenso wurden zielgruppenspezifische Bedarfe eruiert. Für ältere Menschen mit einer Depression wurde seitens der HCP betont, dass der Bedarf an grundlegenden Informationen zur Psychotherapie und psychischen Gesundheitsfürsorge bestehe, um der noch deutlich vorhandenen Stigmatisierung entgegenzuwirken.

Die Stärken dieser Arbeit sind die systematische Recherche, die von zwei Forscherinnen durchgeführte Studienauswahl und Qualitätsbewertung (Vier-Augen-Prinzip) sowie der Gegencheck bei der Datenextraktion durch eine zweite Person. Auch der Einbezug verschiedener Sichtweisen, Studiendesigns und Fragestellungen der Studien sind Stärken der Arbeit. Des Weiteren werden die Bedarfe zielgruppenspezifisch dargelegt und aus expliziten und impliziten Daten wie Sorgen, Bedenken und Fehlvorstellungen abgeleitet.

Als Limitation ist anzubringen, dass nur deutsch- oder englischsprachige Studien eingeschlossen wurden und zu den einzelnen Zielgruppen und Sichtweisen trotz der Suche in drei Datenbanken nur wenige Studien identifiziert werden konnten. Aufgrund des Einbezugs der verschiedenen Zielgruppen, Sichtweisen und Kontexten der Studien wurde der Recherchezeitraum eingeschränkt, um zu bewältigende Treffermengen zu generieren und Einbußen der Sensitivität der Suchstrategie in Kauf genommen. Da die Recherche von Tlach et al. (2015) ausschließlich in Medline erfolgte, gilt der Publikationszeitraum vor 2015 in psychologischen Datenbanken als ungenügend abgedeckt. Jedoch ist aufgrund von sich wiederholenden Themen von einer Datensättigung der wesentlichen Informationsbedarfe auszugehen. Aufgrund der Kategorisierung der Daten bei der Datenextraktion und -synthese kann das Bild der Datensättigung verzerrt werden. Es sei betont, dass das Fehlen von Daten in einigen Kategorien der jeweiligen Zielgruppe nicht zwingend auf mangelnde Datensättigung schließen lässt. Da die Ergebnisse weder in den Primärstudien noch in dieser Arbeit quantifiziert wurden (bis auf eine Ausnahme: Tlach et al. (2015)), kann keine Gewichtung oder Priorisierung der Bedarfe oder Zielgruppen erfolgen. Entscheidungsmomente konnten lediglich für die Zielgruppe der betroffenen Erwachsenen herausgearbeitet werden. Weitere Limitationen dieser Arbeit werden nachfolgend zielgruppenspezifisch diskutiert.

KuJ: Es konnten keine expliziten Bedarfe von betroffenen KuJ eruiert werden. Aufgrund des Fokus der hier einbezogenen Studien auf das Verständnis der Entstehung einer Depression konnten keine Bedarfe zu Themenfeldern wie *Behandlung* erhoben werden.

Erwachsene mit einer Depression: Bei der Übersichtsarbeit Tlach et al. (2015) fehlte oftmals der Kontext oder eine genauere Ausformulierung der Informationsbedarfe. Da diese zum Teil sehr allgemein gehalten sind, ermöglichen sie nur eingeschränkt die Erarbeitung konkreter Informationsbedarfe. Zum Beispiel könnte der Bedarf zu „Beschäftigung und Bildung“ Fragen nach Wiedereingliederungsprogrammen, zu Erwerbsminderungsrenten oder zum Kündigungsschutz beinhalten. Hier wäre eine Spezifizierung und Ausformulierung der Informationsbedarfe wünschenswert.

Ältere Menschen mit einer Depression: Diese Zielgruppe ist als ergänzende Betrachtung zu werten, da auch in den Studien zur Zielgruppe der Erwachsenen (Anderson et al. (2015) und Chambers et al. (2015)) ältere Menschen mitberücksichtigt wurden und rechtfertigt damit den Rückgriff auf lediglich eine Referenz. In den genannten Studien werden die Ergebnisse jedoch nicht altersgruppenspezifisch berichtet und es waren nur wenig Teilnehmende über 70 Jahre alt.

Frauen mit einer Schwangerschafts- oder Wochenbettdepression: Auch hier ist zu kritisieren, dass nur eine Studie zur Bedarfsanalyse herangezogen wurde und diese ausschließlich implizite Bedarfe anhand der Ergebnisse des *Depression Literacy*-Fragebogens und der Anmerkungen zum Forschungsstand liefert. Die Items des Fragebogens lassen ausschließlich auf Bedarfe in den Kategorien *Symptome* und *Behandlung* schließen und nicht auf Bedarfe anderer Kategorien. Dennoch decken sich die hier eruierten Bedarfe mit den Ergebnissen einer weiteren Studie [105], die als Volltext geprüft und aufgrund von Redundanz und falscher Studienpopulation (Frauen im Wochenbett der Allgemeinbevölkerung) nicht miteingeschlossen wurde.

Angehörige Betroffener: Eine wesentliche Studie zur Identifizierung der Informationsbedarfe dieser Zielgruppe stellt die Arbeit Frank et al. (2015) dar. In der Studie haben die AutorInnen bereits Bedarfe aus erhobenen Belastungen, Schwierigkeiten und Entlastungen und Bewältigungsstrategien abgeleitet. Diese impliziten Bedarfe wurden in dieser Analyse übernommen, da die AutorInnen transparent und schlüssig die Ableitung der impliziten Bedarfe darlegen.

Als grundlegender Aspekt zur Bedarfsanalyse ist anzubringen, dass sie primär die Informationsbedarfe identifizieren, aber auch zur begründeten Schwerpunktsetzung der Gesundheitsinformation und der Evidenzaufbereitungen beitragen soll. Daher wurden die verschiedenen Zielgruppen und Formen der unipolaren Depression einbezogen. Da jedoch keine Priorisierung oder Gewichtung der Ergebnisse möglich ist, sind die Abläufe im Erstellungsprozess kritisch zu diskutieren. Es gilt in Betracht zu ziehen, allein durch Marktanalysen und Suchmaschinenauswertungen eine Festlegung bestimmter Krankheitsformen und Zielgruppen zu

begründen. Eine dann anschließende Bedarfsanalyse könnte zielgerichteter und bei gleichen Ressourcen sensitiver und daher umfänglicher Informationsbedarfe eruieren.

Im Vergleich zur Übersichtsarbeit von Rutten et al. (2005), die 42 Studien im Publikationszeitraum von 2000 bis 2003 zu Informationsbedarfen von TumorpatientInnen und deren Angehöriger identifizierten, wurden in dieser Arbeit wenige Studien eruiert [106]. Die Erkenntnis, dass Stigmatisierung bei Depressionen nach wie vor in den verschiedenen Altersgruppen präsent ist, deckt sich mit den Ergebnissen anderer Studien [107]. Ebenso das Ergebnis eines breitangelegten Informationsbedarfes wird von Resultaten aus Bedarfsanalysen über verschiedene psychiatrische Krankheitsbilder hinweg gestützt. Auch dort zeigten sich Bedarfsschwerpunkte zu den Themen Behandlungsoptionen (v.a. medikamentöse Therapie), Stigmatisierung und der Wunsch nach Erfahrungsberichten anderer Betroffener [108, 109]. Es konnten wertvolle Erkenntnisse für die Aufbereitung der Gesundheitsinformation gewonnen werden.

5.2 Evidenzaufbereitung und –darstellung einer PICO-Frage

Die Evidenz zu der Frage nach Nutzen und Schaden des *Moodgym*-Programmes im Vergleich zu keiner Behandlung konnte aufbereitet und laienverständlich dargestellt werden. Zum Nutzen der Intervention wurde gezeigt, dass sich die depressiven Beschwerden nach ca. ein bis zwei Monaten um sechs Punkte auf der *CES-D*-Skala (Skala von 0-60 Punkten) mehr verbessern als ohne Behandlung. Zum Schaden lassen sich nach aktuellem Forschungsstand keine Aussagen treffen, da er in den Studien nicht untersucht worden ist.

Die Stärken der Evidenzaufbereitung sind die transparente Methodik bis zur ausformulierten PICO-Frage, die transparente Auswahl der Evidenz und die systematische Recherche samt Sichtung der Referenzlisten und Suche nach laufenden Studien. Ebenfalls die mittels des Vier-Augen-Prinzips erfolgte Studienselektion, Qualitätsbewertung und Datenextraktion stellen Stärken des Vorgehens dar. Zur Evidenzdarstellung wurde sich an die Empfehlungen zur Kommunikation von Risiken gehalten [15, 24, 56] und die Methodik zur Umrechnung der SMD-Werte transparent dargelegt.

Als Limitation ist anzubringen, dass die Recherche mit den Begriffen *Deprexis* und *Moodgym* ausschließlich in *PubMed* und in keiner psychologischen Datenbank erfolgte. Zudem wurde kein Gain/Loss-Framing zur Nutzendarstellung vorgenommen. Diese Ergänzung sollte in einer Revision der EBGI in Betracht gezogen werden [110]. Weiterhin führt die angewandte Methode der laienverständlichen Kommunikation des SMD-Wertes zu folgender Problematik: Es wird lediglich die Differenz der Postinterventionsmittelwerte dargestellt und keine Ausgangswerte der beiden Gruppen angegeben. Dies verhindert die Quantifizierung der tatsächlichen Punktwertverbesserung im Prä-Post-Vergleich. Wie damit umzugehen ist, wird in den Leitlinien

und Arbeiten, die sich an ErstellerInnen von EBG1 richten, nicht thematisiert. Daher wurden keine weiteren Angaben dazu in der Evidenzdarstellung herausgearbeitet. Die Pilotierung der EBG1 könnte Aufschluss darüber geben, wie die Ergebnisdarstellung aus NutzerInnen-Perspektive aufgefasst wird.

Im Folgenden werden Aspekte diskutiert, die sich während der Evidenzdarstellung als Schwierigkeiten äußerten und maßgeblich dem ungenügenden Forschungsstand geschuldet sind. Als herausfordernd zeigten sich die bisher wenig beforschten und unkonkreten Maßgaben, bedeutsame Unsicherheiten und die Möglichkeit der Verzerrung inhaltlich und sprachlich für Laien angemessen zu berücksichtigen unter dem gleichzeitigen Anspruch, die Komplexität der Methodik von Datensynthesen zu reduzieren [15]. Neben Aspekten zum Verzerrungspotential, zur (In)Konsistenz, (In)Direktheit und (Un)Genauigkeit der Ergebnisse, die in die Beurteilung der Qualität der Evidenz einfließen, gilt es auch Hinweise bezüglich der Übertragbarkeit der Ergebnisse miteinzubeziehen [110]. Bisher geben Studien lediglich Aufschluss über die Auswirkung der Angabe eines unpräzisen Ergebnisses mit großer Zahlenspanne, dass mit einer Verschlechterung des Verständnisses und der Vertrauenswürdigkeit einhergeht im Vergleich zur Darstellung eines Punktwertes [79, 80]. Das RCT-Protokoll von Büchter et al. (2019) beschreibt das Forschungsvorhaben, erste Erkenntnisse möglicher Abhängigkeiten der Auffassung und Wahrnehmung von Unsicherheiten zu gewinnen [111]. Es soll eine mögliche Assoziation der Wahrnehmung von Unsicherheiten vom Grad, der Art und Menge der Unsicherheit(en) untersucht werden.

Die ausführlichen *GRADE*-Leitlinien zur Erstellung von Evidenzprofilen bzw. Summary-of-Findings-Tabellen richten sich an ErstellerInnen von Leitlinien oder AnwenderInnen aus dem Bereich der Gesundheitsberufe nicht jedoch explizit an ErstellerInnen von EBG1 und lassen daher größtenteils Aspekte der laienverständlichen Darbietung außeracht. Daher können die Empfehlungen lediglich als Anregungen zur Diskussion verstanden werden. Es sollte demnach für jede laienverständliche Evidenzdarstellung neu überlegt und Entscheidungen getroffen werden, welche Aspekte bei den Limitierungen aufzugreifen sind. Es gilt in der Pilotierung die Reaktion auf die Darstellung der Einschränkungen der Ergebnisse zu untersuchen.

Zudem zeigte sich ein Diskussionsbedarf bei dem Thema *klinische Relevanz*. Für die laienverständliche Ergebnisdarstellung wurde der Aspekt mit aufgenommen, dass nach bisherigem Forschungsstand Unsicherheit bestehe, inwieweit die um sechs Punkte stärkere Verbesserung auf der *CES-D*-Skala zu einer wahrnehmbaren Verbesserung der Symptomatik führt. Nach Cuijpers et al. (2014) kann von klinischer Relevanz ausgegangen werden, da der SMD-Wert größer als 0,24 ist [104]. Die Ergebnisse von Löwe et al. (2004) lassen diesen Zusammenhang

anzweifeln [112]. Dort wurde der MCID explizit für die *PHQ-9*-Skala (Depressionsmodul des *Patient Health Questionnaire*) mit ≥ 5 Punkten berechnet. Die *PHQ-9*-Skala kann Werte zwischen 0 und 27 annehmen. Bei der Evidenzaufbereitung zum *Deprexis*-Programm wurde der SMD-Wert der Metaanalyse zur Wirksamkeit der Symptomverbesserung in die *PHQ-9*-Skala umgerechnet. Dabei ergab sich bei der Umrechnung des SMD-Wertes von 0,54 in ein repräsentatives Instrument ein Punktwert von 2 Punkten auf der *PHQ-9*-Skala. Nach Cuijpers et al. (2014) wäre dies ein klinisch relevantes Ergebnis – nach Löwe et al. (2004) jedoch nicht. Daher wurde eine Ansprache zur Unsicherheit der klinischen Relevanz in die Laiendarstellung mit aufgenommen. Es zeigt sich die Notwendigkeit weiterer Forschung zur Berechnung eines MCID auf der *CES-D*-Skala. Folgend werden die Ergebnisse der Übersichtsarbeit von Twomey und O'Reilly (2017) in den Forschungsstand zu Online-Interventionen bei Depression eingeordnet. Die Ergebnisse der Metaanalyse von Ahern et al. (2018) über verschiedene KVT-basierte Online-Interventionen hinweg zeigen eine ähnliche Tendenz zur Wirksamkeit der Symptomverbesserung wie die dargestellte Metaanalyse zum *Moodgym*-Programm [66]. Ahern et al. (2018) schloss 29 RCTs ein, die 17 verschiedene Online-Interventionen untersuchten. Die Metaanalyse ergab einen SMD-Wert von 0,79 bei dem Vergleich gegen Warteliste-Kontrollgruppe (*Moodgym*: 0,53) und einen SMD-Wert von 0,44 bei Einschluss aller Studien mit verschiedenen Vergleichen (*Moodgym*: 0,36). Ebenso die MA von Karyotaki et al. (2018), die auf individuellen Daten der Teilnehmenden basiert und alle begleiteten, internetbasierten Interventionen bei Depression miteinschließt, erzielt vergleichbare Ergebnisse [113]. In acht der 24 eingeschlossenen RCTs mit 1.841 Teilnehmenden wird die *CES-D*-Skala zur Erhebung des Endpunktes *Ausmaß depressiver Beschwerden* verwendet. Die MA zeigt eine um fünf Punkte stärkere Verbesserung auf der *CES-D*-Skala mit der Online-Intervention im Vergleich zur Kontrollgruppe zum Zeitpunkt nach der Intervention. Hierbei beruht die Intervention in drei Studien auf Ansätzen der KVT und in fünf Studien auf Problemlösestrategien. Die Vergleichsgruppen stellen Warteliste, Standardversorgung, Selbsthilfebücher und webbasierte Psychoedukation dar.

Eine MA, die dem möglichen Schaden von unbegleiteten KVT-basierten Online-Interventionen bei Depression nachgeht, kommt der PICO-Frage zum Schaden des *Moodgym*-Programmes am nächsten. Die MA, die ebenso auf individuellen Daten der Teilnehmenden beruht, schließt 13 RCTs ein und untersucht den Endpunkt *Verschlechterung der depressiven Symptomatik* zum Zeitpunkt nach der Intervention, die über einen Zeitraum zwischen sechs und 16 Wochen hinweg durchgeführt worden ist [114]. Die MA kommt zu dem Ergebnis, dass 5,8% in den Interventions- und 9,1% in den Kontrollgruppen eine klinisch signifikante Symptomverschlechterung erleiden.

Dieses Ergebnis unterstreiche die Bedeutung von Online-Interventionen als Alternative zum beobachtenden Abwarten in der Primärversorgung.

Die Evidenzaufbereitung, die in die EBGI integriert ist, ist ein wichtiger Bestandteil, um Betroffenen mit einer Depression eine informierte Entscheidung für oder gegen die Teilnahme an dem *Moodgym*-Programm zu ermöglichen. Es ist kritisch anzumerken, dass ausschließlich die Evidenz zu Online-Interventionen für die EBGI zur Depression aufbereitet worden ist und nicht zu den anderen Therapieoptionen. Darauf sollte in der EBGI explizit hingewiesen und ggf. zu anderen Webseiten, die die Evidenz dazu aufbereiten, verlinkt werden.

5.3 Pilotierung der EBGI

Die Pilotierung lieferte wertvolle Erkenntnisse zur Machbarkeit und Akzeptanz der EBGI und des *WissensChecks*. Durch die Gruppendiskussionen ist die Heterogenität der Zielgruppe bezüglich ihres Bedarfes an Wissenstiefe und Umfang an Informationen deutlich geworden, was die Nutzung von ausklappbaren Reitern und andere Formen von Abstufungen innerhalb der Information bekräftigt. Die Festlegung einer konkreteren Zielgruppe bzw. die Aufgliederung der Information nach verschiedenen Zielgruppen scheint erforderlich. Dies könnte zugleich der Herausforderung zum Umfang der Information gerecht werden und die Ansprechbarkeit fördern. Ein Teil könnte sich explizit an Neuerkrankte richten, einer an die Zielgruppe chronisch Erkrankter und ein weiterer an Angehörige von Betroffenen. Die Wichtigkeit der Ansprache und des „emotionalen Abholens“ der Zielgruppe ist deutlich geworden. Dies bedeutet unter Umständen ein Abwägen zwischen der geforderten neutralen Sprache und der Akzeptanz der Information.

Zudem konnte die Wichtigkeit einer klaren Zielnennung der EBGI und des *WissensChecks* dargelegt werden. Es wurde deutlich, dass viele Teilnehmende mit dem Konzept der informierten Entscheidung noch nicht vertraut zu sein scheinen. Daher werden allgemeine Hinweise als notwendig erachtet, um sie mit dem Konzept der informierten Entscheidung vertraut zu machen. Zum Beispiel, dass es nicht darum gehe, Empfehlungen zu geben, sondern balanciert zu Vor- und Nachteilen zu berichten.

Eine mangelnde Gesundheitskompetenz scheint auf mehreren Ebenen einer informierten Entscheidung entgegenzustehen. Mangelndes Wissen zu Grundsätzen eines Studienablaufes können das Verständnis der Nutzen/Schaden-Kommunikation erschweren. Zudem scheint das Verkennen neutraler Darstellungen von Zahlen als wertende Empfehlung begünstigt zu werden. Die Ergebnisse der Pilotierung geben Hinweis, dass auch die mangelnde Kompetenz, Erläuterungen zur Wirkweise und zur Wirksamkeit differenzieren zu können, eine informierte Entscheidung behindern könnte.

Als wesentliche Erkenntnis der Pilotierung zur Evidenzdarstellung ist die Verständnisschwierigkeit der Kommunikation von SMD-Werten anzubringen. Es ist deutlich geworden, dass bei der Darstellung des Effektes anhand des Vergleichs der Postinterventionsmittelwerte auf die Ausgangswerte explizit eingegangen werden sollte. Ggf. auch ohne konkrete Zahlenwertnennung (in Ermangelung methodischer Richtlinien) sollte vermerkt werden, dass beide Gruppen den gleichen Ausgangswert vorwies. Inwiefern dies bereits das Missverständnis, die Postinterventionsmittelwerte seien der Prä-Post-Vergleich des *Moodgym*-Programmes, verhindere, lässt sich nur vermuten. Die Arbeit zeigt ein Forschungsdesiderat bezüglich der laienverständlichen Darstellung von SMD-Werten auf. Die seitens der *Cochrane Consumers and Communication Group* empfohlene Vorgehens- und Darstellungsweise [56] scheint nicht zum Verständnis der Risikoreduktion zu führen.

Stärken der vorliegenden Arbeit sind das doppelte Kodieren der Transkripte und die transparente Berichterstattung der Methodik nach *COREQ*. Ebenso der Studienaufbau mit der vorab Zusendung des Links zur Online-EBGI und die 30-minütige Lesezeit sind dahingehend Stärken der Methodik, um zu realisieren, dass die Teilnehmenden tatsächlich in Kenntnis der Inhalte der EBGI waren, um die Validität der Datenerhebung zu steigern. Zudem wurde trotz der geringen Vorerfahrung seitens der Interviewerin Laura Hille eine Balance zwischen „Vielrednern“ und „Schweigern“ erreicht. Auch konnte taktvoll bei Abschweifungen und persönlichen Assoziationen zum Krankheitsbild und zur Krankheitsgeschichte auf die Gruppendiskussion und die EBGI fokussiert werden.

Als Limitierung ist anzubringen, dass die FG von den Mitarbeiterinnen durchgeführt wurden, die an der Erstellung der Gesundheitsinformation beteiligt waren. Zudem erfolgte keine Überprüfung, ob sich die Teilnehmenden tatsächlich die Information auf der Webseite zuvor umfänglich angeschaut hatten. Die Angaben, dass die Teilnehmenden (ehemals) Betroffene von einer Depression seien, basieren nur auf Selbstauskunft.

Es ist davon auszugehen, dass Teilnehmende, die sich bereits intensiver mit der Erkrankung auseinandergesetzt haben, überrepräsentiert sind. Denn eine der FG wurde von einer bestehenden Selbsthilfegruppe gebildet und nur eine der 24 teilnehmenden Personen wies eine Krankheitsdauer von unter einem Jahr auf und 18 eine Krankheitsdauer von über fünf Jahren. Ebenso gilt zu berücksichtigen, dass alle Teilnehmenden angaben, über das Krankheitsbild vorinformiert gewesen zu sein. Zudem schätzten sich fast alle Teilnehmenden als sehr bzw. eher erfahren ein, sich im Internet über Gesundheitsthemen zu informieren. Personen mit niedrigem Bildungsstand sind hingegen unterrepräsentiert, da nur eine von 24 Personen einen Hauptschulabschluss vorwies. Es ist davon auszugehen, dass das Verständnis der Inhalte und der

Umgang mit der Online-EBGI einem Großteil der Bevölkerung mehr Schwierigkeiten bereitet als der Studienpopulation.

Als wichtiger Aspekt, wie auch in der Pilotierung seitens der Teilnehmenden angesprochen, ist zu beachten, dass das Ausmaß der depressiven Symptomatik maßgeblich das Vermögen, die Information aufzurufen, zu lesen, zu verstehen und anwenden zu können, beeinflusst. Bis auf eine Teilnehmende Person schien nach der Beurteilung von Laura Hille keiner der Teilnehmenden bei der Durchführung der FG akut von depressiver Symptomatik betroffen. Laura Hille weist vier Monate klinische Erfahrung auf einer Station für Depression als Medizinstudentin im Praktischen Jahr auf.

Die Ausweitung der Studienpopulation auf Angehörige von Betroffenen mit einer Depression und Ergänzung einer weiteren FG mit nur Angehörigen hätte zusätzliche Erkenntnisse erzielen können. Der Einschluss hätte sich begründet, da der Bedarf von Angehörigen an grundlegenden Informationen in der Bedarfsanalyse aufgezeigt werden konnte und die Zielgruppe der EBGI nicht trennscharf definiert worden ist.

Auch andere Pilotierungen von EBGI eruierten vielfältige und zum Teil gegensätzliche Reaktionen auf Evidenzdarstellungen [115, 116]. Deren Analyse ergab verschiedene Reaktionsmuster wie Interesse, Aktivierung, Zufriedenheit, aber auch Zweifel, Verwirrung, Desinteresse und Unzufriedenheit [116]. Zu diskutieren ist, inwiefern eine ablehnende Haltung gegenüber der Evidenzdarstellung von der Qualität der Evidenz als auch von der Stärke des gemessenen Effektes abhängt. Bei dieser Evidenzdarstellung war sowohl der gemessene Effekt, als auch die Qualität der Evidenz eher gering, was Reaktionen, „nichts damit anfangen zu können“, begünstigt haben könnte. Es gilt auch hier die Heterogenität der Zielgruppe und das Desinteresse an informierter Entscheidung zu akzeptieren.

Einheitlich zeigte sich in den Pilotierungen die Befürwortung persönlicher Erfahrungsberichte [115, 116]. Die Annahme liegt nahe, dass ebenso die geringe Erfahrung mit gemeinsamer Entscheidungsfindung und informierter Entscheidung dieses Stimmungsbild prägt.

Fraglich bleibt, wie mit dem Wunsch nach Erfahrungsberichten umzugehen ist. Die *Leitlinie evidenzbasierte Gesundheitsinformation* spricht sich gegen den Einsatz von Narrativen aus, da in Studien ein beeinflussender Effekt belegt wurde [24]. Anzumerken ist, dass aufgrund der Studienlage keine verschiedenen Kategorien der Narrative gebildet werden konnten, um einzelne Aspekte der Wirksamkeit zu untersuchen. Der Vergleich zwischen redaktionell aufbereiteten Narrativen und Original-Ton Narrativen ist demnach noch nicht untersucht. Die plausible Hypothese, redaktionell aufbereitete Narrative, die z.B. keine Erfahrungen bezüglich verschiedener Therapieoptionen beinhalten, seien im Vergleich zu emotionalen Original-Ton

Narrativen weniger beeinflussend, gilt es zu untersuchen. Es konnten für NutzerInnen relevante Informationen identifiziert werden, die in der EBGI fehlten und bereits in der Bedarfsanalyse erhoben worden sind. Vorliegende Ergebnisse der Bedarfsanalyse wurden z.T. nicht genügend umgesetzt und in Anbetracht des Umfangs der Information und der EBGI-Kriterien hintenangestellt. Eine Revision der EBGI und des *WissensChecks* unter Einbeziehung der gewonnenen Erkenntnisse ist angebracht, um die Machbarkeit und Akzeptanz zu verbessern. Die Revision ist nicht Teil der Dissertation, sondern erfolgt seitens der SGW.

5.3.1 Implikationen für die laienverständliche Kommunikation von SMD-Werten

Folgend werden weiterführende Überlegungen zur laienverständlichen Kommunikation von SMD-Werten erörtert.

Der empfohlene und hier bei der Evidenzdarstellung angewandte Ansatz der *Cochrane Consumers and Communication Group* zur Umrechnung der SMD in ein vertrautes Instrument [56] hat den Vorteil, dass die Daten für diese Berechnung häufig der Metaanalyse selbst entnommen werden können. Beziehungsweise müssen die Daten aus wenigen Primärstudien extrahiert werden: Nur aus den Studien, die das Instrument verwenden, in welches die SMD umgerechnet worden ist. Dabei sollten jedoch auch die Nachteile berücksichtigt werden. Zum einen wird kein Ausgangswert kommuniziert, was anhand der Pilotierung zum Un- und Missverständnis führt. Zum anderen gilt es den Nachteil der zugrundeliegenden Methodik der Datensynthese (Berechnung der SMD) zu berücksichtigen. Denn diese Methode hängt von der Vergleichbarkeit der Standardabweichungen der einzelnen Studien ab. Je nach Ausmaß der Variabilität der Heterogenität der Studienpopulationen bezüglich des Endpunktes wie z.B. *depressiver Symptomatik* zwischen den Studien kann es zur Verzerrung des SMD-Wertes kommen. Ein SMD-Wert fällt kleiner aus bei sehr heterogenen Patientengruppen und der fälschliche Eindruck eines geringen Behandlungseffektes kann entstehen [59, 78].

Diese Aspekte führen zu der Überlegung, bei der Evidenzdarstellung für eine EBGI zu erwägen, anstelle der Umrechnung des SMD-Wertes primär auf eine andere Methodik der Datensynthese zurückzugreifen. Die Daten der Primärstudien (Prä-Post-Werte der beiden Gruppen) könnten mit folgender Formel in eine einheitliche Skala umgerechnet und dann (ggf. gewichtet) aggregiert werden [78]:

$$m_{in A} = (m_{in B} - L_B) * \left(\frac{R_A}{R_B}\right) + L_A$$

($m_{in A}$ Mittelwert in Skala A mit Werten von L_A bis U_A mit der Range $R_A=U_A-L_A$ und entsprechend $m_{in B}$ Mittelwert in Skala B mit Werten von L_B bis U_B mit einer Range $R_B=U_B-L_B$, zur Umrechnung von Werten von Skala B in Skala A).

Die Methodik hat zum einen den Vorteil, dass die Zahlen im Prä-Post-Vergleich für den Laien fassbar dargestellt und die tatsächlichen Punktwertänderungen quantifiziert werden können.

Zum anderen hängt diese Methodik nicht von der Vergleichbarkeit der Standardabweichungen der einzelnen Studien ab.

Zur Veranschaulichung wurde diese Vorgehensweise zur Nutzendarstellung des *Moodgym*-Programmes angewandt und alle Daten in die *CES-D*-Skala umgerechnet und anschließend (ohne Gewichtung) synthetisiert. Dabei ergibt sich eine Effektgröße von etwa sieben Punkten auf der *CES-D*-Skala (Skala von 0-60 Punkten). Zudem können nun Aussagen über den Prä-Post-Vergleich getroffen werden:

Die Kontrollgruppe verbesserte sich im Durchschnitt in ein bis zwei Monaten von etwa 32 auf 29 und damit um drei Punkte auf der *CES-D*-Skala, wohingegen die Interventionsgruppe sich in der Zeit von etwa 31 auf 21 Punkte und damit um 10 Punkte verbesserte. Durch die Intervention verbesserten sich die Betroffenen im Schnitt um etwa sieben Punkte mehr auf der *CES-D*-Skala.

Diese Vorgehensweise bedingt einen deutlich höheren Aufwand als die Umrechnung eines SMD-Wertes und wird daher nicht immer möglich sein. Daher soll zuletzt ein denkbarer Ansatz am Beispiel der Evidenzaufbereitung dieser Arbeit zur Kommunikation eines Ausgangswertes bei der Evidenzdarstellung anhand der SMD-Wert-Umrechnung dargestellt werden.

Es ist denkbar, den Mittelwert der Ausgangsmittelwerte der Studien zu berechnen, die die *CES-D*-Skala verwenden (ggf. entsprechend der Gewichtung der MA). Wenn der damit berechnete Ausgangswert zu den Postinterventionsmittelwerten bei der ermittelten Effektgröße passt, könnte der Ausgangswert kommuniziert werden. In der Evidenzdarstellung hätte nach diesem Verfahren ein Ausgangswert von 27 Punkten angegeben werden können. In der Kontrollgruppe verbesserten sich die Punktwerte nach ein bis zwei Monaten demnach nicht, in der Interventionsgruppe verbesserten sie sich auf 21 Punkte und damit um sechs Punkte mehr. Diese Berechnung war nach Kontaktaufnahme des Autors möglich, der mitteilte, dass keine Gewichtung der Studien in der für die Evidenzdarstellung herangezogenen Analyse vorgenommen worden ist.

Es wird deutlich, dass insbesondere die *Leitlinie evidenzbasierte Gesundheitsinformation* zukünftig auf die konkreten Vorgehensweisen und methodischen Herausforderungen der Zahlenkommunikation je nach Endpunkt (stetig oder dichotom) bzw. je nach Effektmaß eingehen und damit konkrete Hilfestellung für ErstellerInnen evidenzbasierter Gesundheitsinformationen bieten sollte. Allein bei Rückgriff auf ein *Cochrane*-Review für eine Evidenzaufbereitung, in dem der patientenrelevante, darzustellende Vergleich nicht in der Summary-of-Findings Tabelle aufgeführt ist, könnte bei der Erarbeitung absoluter Zahlen der Fehler begangen werden, allein die im Forest-Plot aufgeführten absoluten Events zu kommunizieren. Dadurch wird jedoch die mögliche Gewichtung der Studien außer Acht gelassen.

Zudem sind differenzierte Empfehlungen zum Umgang mit SMD-Werten nötig. Die Erkenntnisse der verschiedenen Methoden zur Darstellung von Metadaten bei Verwendung verschiedener Instrumente mit Vor- und Nachteilen sollten auch bei der Erstellung EBGI berücksichtigt und in die Empfehlungen zur Erstellung von Summary-of-Findings Tabellen der *Cochrane Consumers and Communication Group* mitaufgenommen werden [56].

6 Zusammenfassung

Die Mehrheit der Bevölkerung möchte an Entscheidungen, die ihre Gesundheit betreffen, beteiligt werden. Für diese gemeinsamen Entscheidungen ist die Bereitstellung von EBGI eine Voraussetzung. EBGI beruhen auf den besten verfügbaren Erkenntnissen der Wissenschaft, sind für BürgerInnen verständlich und ermöglichen informierte Entscheidungen. In dem Erstellungsprozess einer EBGI sollte die Zielgruppe einbezogen werden. Zielsetzung dieser Arbeit war die Erstellung und Pilotierung einer EBGI zur Depression unter Einhaltung der Qualitätskriterien der *Leitlinie evidenzbasierte Gesundheitsinformation*.

Die anhand einer systematischen Literaturrecherche durchgeführte Bedarfsanalyse identifizierte zehn Studien und zeigte den Bedarf an grundlegenden Informationen zum Krankheitsbild der Depression auf, der über die verschiedenen Alters- und Zielgruppen hinweg bestand. So sollte auf die Symptome, den Verlauf, die Diagnostik, die Behandlungsmöglichkeiten und Themen der Prävention und des Selbstmanagements eingegangen werden. Neben der Wissensvermittlung wurde der Bedarf eruiert, auf bestehende Sorgen und Belastungen einzugehen und an Erfahrungsberichten anderer Betroffener teilzuhaben. Grundsätzlich sind aus den Ergebnissen der Bedarfsanalyse Aspekte zur Ansprache der Zielgruppe abzuleiten und die Empathie und Akzeptanz zu fördern.

Bei der Evidenzaufbereitung zum Nutzen und Schaden der Online-Interventionen zur Behandlung einer Depression zeigte sich eine große Heterogenität der Interventionen, wodurch eine Metaanalyse über verschiedene Interventionen hinweg als kritisch zu sehen ist. Daher wurde die Evidenz zu zwei spezifischen Programmen – *Deprexis* und *Moodgym* – aufbereitet, wobei diese Arbeit lediglich auf das *Moodgym*-Programm eingeht. Die Evidenz zum Nutzen des *Moodgym*-Programmes wurde mit einer um sechs Punktwerte stärkeren Verbesserung auf der *CES-D*-Skala (*Centre for Epidemiologic Studies-Depression Scale*, Skala von 0-60 Punkten) im Vergleich zur Kontrollgruppe herausgestellt. Eine Forschungslücke zum möglichen Schaden der Intervention konnte identifiziert und die Evidenz unter Berücksichtigung der aktuellen Kriterien der laienverständlichen Risikokommunikation dargestellt werden. Der für die Evidenzdarstellung gewählte patientenrelevante Endpunkt *Ausmaß depressiver Beschwerden* wurde in der Metaanalyse mittels der Berechnung einer SMD aggregiert. Da ein SMD-Wert einheitslos und

dessen Interpretation schwer greifbar ist, sollte er für Laien fassbar dargestellt werden. Dabei wurde den Empfehlungen für Evidenzdarstellungen der *Cochrane Consumers and Communication Group* gefolgt. Der SMD-Wert von 0,53 mit dem 95%-KI [0,23;0,83] wurde in Punktwerte eines verwendeten Instrumentes umgerechnet und der Vergleich der Punktwerte zwischen der Interventions- und Kontrollgruppe nach der Intervention kommuniziert (27 Punkte in der Kontroll- und 21 Punkte in der Interventionsgruppe).

Die entwickelte EBGI wurde anschließend in drei Fokusgruppen mit 24 Teilnehmenden pilotiert und die Machbarkeit der Online-Information exploriert. Die Pilotierung zeigte, dass die EBGI im Allgemeinen verstanden, akzeptiert und grundsätzlich als gut strukturiert und gut gestaltet erachtet wurde. Zudem konnte konkreter Revisionsbedarf wie Verständnisschwierigkeiten identifiziert werden. Es wurde deutlich, dass grundlegende Hinweise ergänzt bzw. weiter ausgeführt werden sollten wie etwa das Ziel der informierten Entscheidung. Zudem wurde ersichtlich, dass allein der Vergleich zweier Postinterventionsmittelwerte nicht zum Verständnis der Nutzendarstellung führte. Verwirrung um das Fehlen von Ausgangswerten und das Missverständnis es handele sich um den Prä-Post-Vergleich bei Nutzung der Intervention waren die vorherrschenden Reaktionen. Ein Forschungsdesiderat zur laienverständlichen Darstellung von SMD-Werten zeichnet sich ab.

Für die Implementierung von gemeinsamer Entscheidungsfindung und informierter Entscheidung im klinischen Alltag bedarf es neben der Erstellung von EBGI auch Angebote zur Verbesserung der kritischen Gesundheitskompetenz der Bevölkerung. Diese ist Voraussetzung, um EBGI identifizieren, verstehen, bewerten und anwenden zu können. Forschungsbedarf zu laienverständlichen Darstellungen kontinuierlicher Endpunkte wurde identifiziert.

Nach einer Revision der EBGI basierend auf den Erkenntnissen der Pilotierung und ggf. nach einer erneuten Pilotierung der überarbeiteten Version würde sich die Phase drei des *UKMRC Frameworks* – die Evaluation – anschließen. Die Evaluation der EBGI könnte mit einer RCT durchgeführt werden, die die Endpunkte *Risikowahrnehmung*, *Wissen* und *Einstellung und Inanspruchnahme einer Online-Intervention* untersucht. Die RCT könnte Aufschluss geben, inwieweit die EBGI eine informierte Entscheidung ermöglichen kann.

7 Literaturverzeichnis

1. Bundestag und Bundesregierung. Gesetz zur Verbesserung der Rechte von Patientinnen und Patienten vom 20.02.2013. Bundesgesetzblatt. 2013(Teil I Nr.9):277-82.
2. General Medical Council. Consent: patients and doctors making decisions together [Internet]. 2008 [Zugriff am 03.08.2018]. URL: http://www.gmc-uk.org/guidance/ethical_guidance/consent_guidance_contents.asp.
3. Schaeffer D, Hurrelmann K, Bauer U, Kolpatzik K (Hrsg): Nationaler Aktionsplan Gesundheitskompetenz. Die Gesundheitskompetenz in Deutschland stärken. 1.Aufl. KomPart, Berlin, 2018, S. 6-23.
4. Marteau TM, Dormandy E, Michie S. A measure of informed choice. Health Expect. 2001;4(2):99-108.
5. Feldman-Stewart D, Brennenstuhl S, McIsaac K, Austoker J, Charvet A, Hewitson P, Sepucha KR, Whelan T. A systematic review of information in decision aids. Health Expect. 2007;10(1):46-61.
6. Leiva Portocarrero ME, Garvelink MM, Becerra Perez MM, Giguere A, Robitaille H, Wilson BJ, Rousseau F, Legare F. Decision aids that support decisions about prenatal testing for Down syndrome: an environmental scan. BMC Med Inform Decis Mak. 2015;15:76.
7. Feldwisch-Drentrup H, Kuhrt N. Bertelsmann Stiftung (Hrsg): Schlechte und gefährliche Gesundheitsinformationen. Wie sie erkannt und Patienten besser geschützt werden können. Druckhaus Rihn, Gütersloh, Juli 2019, S. 68.
8. Kunz R, Cox M, editors: Lehrbuch evidenzbasierte Medizin in Klinik und Praxis: Mit 85 Tabellen. 2., überarb. und erw. Aufl. ed. Köln, Dt. Ärzte-Verl.; 2007.
9. Lang B, Sanger S. Evidenzbasierte Medizin für den Bürger. Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz. 2005;48(6):679-84.
10. Sackett DL, Rosenberg WMC. On the need for evidence-based medicine. Journal of Public Health. 1995;17(3):330-4.
11. Scheibler F, Janen C, Pfaff H. Shared decision making: Ein Überblicksartikel über die internationale Forschungsliteratur. Sozial- und Präventivmedizin/Social and Preventive Medicine. 2003;48(1):11–23.
12. Bieber C, Gschwendtner K, Müller N, Eich W. Shared Decision Making (SDM) - Patient and Physician as a Team. Rehabilitation (Stuttg). 2017;56(3):198-213.
13. Rummer A, Scheibler F. Patientenrechte: Informierte Entscheidung als patientenrelevanter Endpunkt. dtsh Arztebl. 2016;113(8):322-4.
14. Deutscher Ethikrat, Hrsg. Patientenwohl als ethischer Maßstab für das Krankenhaus [Internet]. Berlin. 05.04.2016 [Zugriff am 03.08.2018]. URL: <https://www.ethikrat.org/fileadmin/Publikationen/Stellungnahmen/deutsch/stellungnahme-patientenwohl-als-ethischer-massstab-fuer-das-krankenhaus.pdf>.
15. Deutsches Netzwerk Evidenzbasierte Medizin. Gute Praxis Gesundheitsinformation [Internet]. Version 2.0. 21.07.2016 [Zugriff am 20.03.2018]. URL: <http://www.ebm-netzwerk.de/gpgi>.
16. Joosten EA, DeFuentes-Merillas L, de Weert GH, Sensky T, van der Staak CP, de Jong CA. Systematic review of the effects of shared decision-making on patient satisfaction, treatment adherence and health status. Psychother Psychosom. 2008;77(4):219-26.
17. Tambuyzer E, Van Audenhove C. Is perceived patient involvement in mental health care associated with satisfaction and empowerment? Health Expect. 2015;18(4):516-26.
18. Duncan E, Best C, Hagen S. Shared decision making interventions for people with mental health conditions. Cochrane Database Syst Rev. 2010(1):CD007297.
19. Bertelsmann Stiftung (Themenfeld Gesundheit) und Universität Bremen (Zentrum für Sozialpolitik). Shared Decision Making: Konzept, Voraussetzungen und politische Implikationen [Internet]. 2. Auflage. 2005 [Zugriff am 20.03.2018]. URL: http://kurse.fh-regensburg.de/kurs_20/kursdateien/P/2005-07chartbookSDM.pdf.
20. Loh A, Meier K, Simon D, Hänselmann S, Jahn H, Niebling M, Härter W. Entwicklung und Evaluation eines Fortbildungsprogramms zur Partizipativen Entscheidungsfindung für die hausärztliche Versorgung depressiver Patienten. Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz. 2004;47(10):977–84.
21. Lenz M. Komplexe Interventionen. Notfall + Rettungsmedizin. 2011;15(3):245-6.
22. Muhlhauser I, Lenz M, Meyer G. Development, appraisal and synthesis of complex interventions - a methodological challenge. Z Evid Fortbild Qual Gesundhwes. 2011;105(10):751-61.
23. Craig P, Dieppe P, Macintyre S, Michie S, Nazareth I, Petticrew M, Medical Research Council G. Developing and evaluating complex interventions: the new Medical Research Council guidance. BMJ. 2008;337:a1655.
24. Lühnen J, Albrecht M, Muhlhauser I, Steckelberg A; Deutsches Netzwerk Evidenzbasierte Medizin (Hrsg). Leitlinie evidenzbasierte Gesundheitsinformation [Internet]. Version 1.0. 20.02.2017 [Zugriff am 20.03.2018]. URL: <http://www.leitlinie-gesundheitsinformation.de>.
25. Sängler S, Lang B, Klempner D, Thomeczek C, Dierks M-L: Manual Patienteninformation: Empfehlungen zur Erstellung evidenzbasierter Patienteninformationen. ÄZQ, Berlin, 2006. 69 p.
26. Bunge M, Muhlhauser I, Steckelberg A. What constitutes evidence-based patient information? Overview of discussed criteria. Patient Educ Couns. 2010;78(3):316-28.
27. Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG). Allgemeine Methoden [Internet]. Version 5.0. 10.07.2017 [Zugriff am 20.03.2018]. URL: <https://www.iqwig.de/download/Allgemeine-Methoden-Version-5-0.pdf>.

28. Lühnen J, Albrecht M, Mühlhauser I, Steckelberg A; Deutsches Netzwerk Evidenzbasierte Medizin (Hrsg). Leitlinienreport zur "Leitlinie evidenzbasierte Gesundheitsinformation" [Internet]. Version 1.0. 20.02.2017 [Zugriff am 20.03.2018]. URL: <http://www.leitlinie-gesundheitsinformation.de>.
29. Jordan S, Hoebel J. Health literacy of adults in Germany: Findings from the German Health Update (GEDA) study. Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz. 2015;58(9):942-50.
30. Steckelberg A, Meyer G, Mühlhauser I. Questionnaire Should not Be Used any Longer. Dtsch Arztebl Int. 2017;114(18):330.
31. Zschorlich B, Knelangen M, Bastian H. The development of health information with the involvement of consumers at the German Institute for Quality and Efficiency in Health Care (IQWiG). Gesundheitswesen. 2011;73(7):423-9.
32. Steckelberg A, Berger B, Köpke S, Heesen C, Mühlhauser I. Kriterien für evidenzbasierte Patienteninformationen. Z ärztl Fortbild Qual Gesundhwes. 2005(99):343-51.
33. Eckardt G. Sozialpsychologie – Quellen zu ihrer Entstehung und Entwicklung. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden; 2015: 111-15.
34. Steckelberg A. Bereitstellung und Vermittlung evidenzbasierter Patienten-, Verbraucherinformation am Beispiel des Screenings auf kolorektale Karzinome: Ansätze zur Optimierung der informierten Entscheidung [Dissertation]. Hamburg: Fachbereich Chemie der Universität Hamburg; 2005.
35. Steckelberg A, Kasper J, Mühlhauser I. Selective information seeking: can consumers' avoidance of evidence-based information on colorectal cancer screening be explained by the theory of cognitive dissonance? GMS German Medical Science. 2007;5:Doc05.
36. Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) unter Beteiligung der Arbeitsgruppe ICD des Kuratoriums für Fragen der Klassifikation im Gesundheitswesen (KKG) (Hrsg). ICD-10-GM Version 2019, 10. Revision [Internet]. 21.09.2018 [Zugriff am 04.03.2019]. URL: <https://www.dimdi.de/dynamic/de/klassifikationen/downloads/>.
37. World Health Organization (Hrsg). Global Health Estimates 2016 - Disease burden - 20 leading causes of YLL and of YLD by Region, 2000 and 2016 [Internet]. 2018. [Zugriff am 15.08.2019] URL: https://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/estimates/en/index1.html.
38. Statistisches Bundesamt (Destatis). Rentenzugänge wegen verminderter Erwerbsfähigkeit in der Gesetzlichen Rentenversicherung im Laufe des Berichtsjahres [Internet]. 2015 [Zugriff am 15.03.2018]. URL: http://www.gbe-bund.de/oowa921-install/servlet/oowa/aw92/WS0100/XWD_PROC?XWD_106/1/XWD_CUBE.DRILL/XWD_134/D.946/14321.
39. Hapke U, Bretschneider J. Depression in der Bevölkerung: Diagnoseraten im Versorgungskontext und epidemiologische Befunde. Epid Bull. 2017(14):121-3.
40. McCarron RM, Vanderlip ER, Rado J. Depression. Ann Intern Med. 2016;165(7):ITC49-ITC64.
41. DGPPN, BÄK, KBV, AWMF (Hrsg.) für die Leitliniengruppe Unipolare Depression. S3-Leitlinie/Nationale Versorgungsleitlinie Unipolare Depression. Langfassung, 2. Auflage. Version 5. 2015 [Zugriff am 15.03.2018]. DOI: 10.6101/AZQ/000364. URL: www.depression.versorgungsleitlinien.de.
42. Goodyer IM. Genes, environments and depressions in young people. Arch Dis Child. 2015;100(11):1064-9.
43. Frank F, Hasenmüller M, Kaiser M, Ries Z, Bitzer E, Holzel L. Psychoeducation for Relatives of Persons with Depressive Disorders: A Focus Group Study on Information Demands. Psychother Psychosom Med Psychol. 2015;65(11):426-33.
44. Pieper D, Julich F, Antoine SL, Bachle C, Chernyak N, Genz J, Eikermann M, Icks A. Studies analysing the need for health-related information in Germany - a systematic review. BMC Health Serv Res. 2015;15:407.
45. Thomas J, Harden A. Methods for the thematic synthesis of qualitative research in systematic reviews. BMC Med Res Methodol. 2008;8(45):45.
46. Booth A, Noyes J, Flemming K, Gerhardus A, Wahlster P, Van der Wilt GJ, Mozygemba K. Guidance on choosing qualitative evidence synthesis methods for use in health technology assessments of complex interventions [Internet]. 01.02.2016 [Zugriff am 10.04.2018]. URL: <http://www.integrate-hta.eu/downloads/Guidance>.
47. Tong A, Flemming K, McInnes E, Oliver S, Craig J. Enhancing transparency in reporting the synthesis of qualitative research: ENTREQ. BMC Med Res Methodol. 2012;12:181.
48. Möhler R. Qualitative Evidenzsynthesen - Methodologien, Methoden und Herausforderungen. Journal für Qualitative Forschung in Pflege- und Gesundheitswissenschaft. 2016;3(2).
49. Vaismoradi M, Turunen H, Bondas T. Content analysis and thematic analysis: Implications for conducting a qualitative descriptive study. Nurs Health Sci. 2013;15(3):398-405.
50. Tlach L, Wusten C, Daubmann A, Liebherz S, Harter M, Dirmaier J. Information and decision-making needs among people with mental disorders: a systematic review of the literature. Health Expect. 2015;18(6):1856-72.
51. Critical Appraisal Skills Programme. CASP Qualitative Checklist [Internet]. 2017 [Zugriff am 20.04.2018]. URL: <https://casp-uk.net/casp-tools-checklists/>.
52. Center for Evidence-Based Management. Critical Appraisal of a Survey Checklist [Internet]. 2014 [Zugriff am 15.04.2018]. URL: <https://www.cebma.org/wp-content/uploads/Critical-Appraisal-Questions-for-a-Survey.pdf>.
53. Critical Appraisal Skills Programme. CASP Systematic Review Checklist [Internet]. 2017 [Zugriff am 20.04.2018]. URL: <https://casp-uk.net/casp-tools-checklists/>.

54. Cochrane Deutschland, Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften - Institut für Medizinisches Wissensmanagement. Bewertung des Biasrisikos (Risiko systematischer Fehler) in klinischen Studien: ein Manual für die Leitlinienerstellung [Internet]. 1. Auflage. 04.05.2016 [Zugriff am 20.04.2018]. URL: www.cochrane.de/de/rob-manual.
55. Schünemann HJ, Oxman AD, Vist GE, Higgins JPT, Deeks JJ, Glasziou P, Guyatt GH. Chapter 12: Interpreting results and drawing conclusions. In: Higgins JPT, Green S (editors), *Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions*. Chichester (UK): John Wiley & Sons, 2008.
56. Ryan R, Santesso N, Hill S. Cochrane Consumers and Communication Group. Preparing Summary of Findings (SoF) tables. [Internet] La Trobe University, Melbourne. Published December 1st 2016. Version 2.0. Approved (S. Hill) December 1st 2016. [Zugriff am 16.08.2018] URL: <http://cccrg.cochrane.org/author-resources>.
57. Guyatt GH, Oxman AD, Kunz R, Atkins D, Brozek J, Vist G, Alderson P, Glasziou P, Falck-Ytter Y, Schunemann HJ. GRADE guidelines: 2. Framing the question and deciding on important outcomes. *J Clin Epidemiol*. 2011;64(4):395-400.
58. Guyatt GH, Oxman AD, Vist G, Kunz R, Brozek J, Alonso-Coello P, Montori V, Akl EA, Djulbegovic B, Falck-Ytter Y, Norris SL, Williams JW, Jr., Atkins D, Meerpohl J, Schunemann HJ. GRADE guidelines: 4. Rating the quality of evidence-study limitations (risk of bias). *J Clin Epidemiol*. 2011;64(4):407-15.
59. Schell LK, Meerpohl JJ, Gartlehner G, Langer G, Perleth M, Schunemann HJ. GRADE guidelines: 13. Preparing Summary of Findings tables and evidence profiles - continuous outcomes. *Z Evid Fortbild Qual Gesundhwes*. 2014;108(5-6):333-47.
60. Tricco AC, Lillie E, Zarin W, O'Brien KK, Colquhoun H, Levac D, Moher D, Peters MDJ, Horsley T, Weeks L, Hempel S, Akl EA, Chang C, McGowan J, Stewart L, Hartling L, Aldcroft A, Wilson MG, Garrity C, Lewin S, Godfrey CM, Macdonald MT, Langlois EV, Soares-Weiser K, Moriarty J, Clifford T, Tunçalp O, Straus SE. PRISMA Extension for Scoping Reviews (PRISMA-ScR): Checklist and Explanation. *Ann Intern Med*. 2018;169(7):467-73.
61. Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG, Group P. Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement. *PLoS Med*. 2009;6(7):e1000097.
62. Ford I, Norrie J. Pragmatic Trials. *N Engl J Med*. 2016;375(5):454-63.
63. BPTK-Bundes Psychotherapeuten Kammer. Studie - Ein Jahr nach der Reform der Psychotherapie-Richtlinie, Wartezeiten 2018 [Internet]. 11.04.2018 [Zugriff am 14.03.2019]. URL: https://www.bptk.de/wp-content/uploads/2019/01/20180411_bptk_studie_wartezeiten_2018.pdf.
64. Wells MJ, Owen JJ, McCray LW, Bishop LB, Eells TD, Brown GK, Richards D, Thase ME, Wright JH. Computer-Assisted Cognitive-Behavior Therapy for Depression in Primary Care: Systematic Review and Meta-Analysis. *Prim Care Companion CNS Disord*. 2018;20(2).
65. Andrews G, Basu A, Cuijpers P, Craske MG, McEvoy P, English CL, Newby JM. Computer therapy for the anxiety and depression disorders is effective, acceptable and practical health care: An updated meta-analysis. *J Anxiety Disord*. 2018;55:70-8.
66. Ahern E, Kinsella S, Semkowska M. Clinical efficacy and economic evaluation of online cognitive behavioral therapy for major depressive disorder: a systematic review and meta-analysis. *Expert Rev Pharmacoecon Outcomes Res*. 2018;18(1):25-41.
67. Twomey C, O'Reilly G. Effectiveness of a freely available computerised cognitive behavioural therapy programme (MoodGYM) for depression: Meta-analysis. *Aust N Z J Psychiatry*. 2017;51(3):260-9.
68. Twomey C, O'Reilly G, Meyer B. Effectiveness of an individually-tailored computerised CBT programme (Deprexis) for depression: A meta-analysis. *Psychiatry Res*. 2017;256:371-7.
69. GAIA AG. deprexis24- Das Online-Therapieprogramm bei Depressionen zur Therapieunterstützung Ihrer Patienten [Internet]. [Zugriff am 03.07.2018]. URL: <https://www.deprexis24.de/professionals.html>.
70. Hasan A, Bandelow B, Yatham LN, Berk M, Falkai P, Moller HJ, Kasper S, Chairs WGTF. WFSBP guidelines on how to grade treatment evidence for clinical guideline development. *World J Biol Psychiatry*. 2019;20(1):2-16.
71. Higgins JPT, Sterne JAC, Savović J, Page MJ, Hróbjartsson A, Boutron I, Reeves B, Eldridge S. A revised tool for assessing risk of bias in randomized trials In: Chandler J, McKenzie J, Boutron I, Welch V (editors). *Cochrane Methods*. Cochrane Database of Systematic Reviews 2016, Issue 10 (Suppl 1). [dx.doi.org/10.1002/14651858.CD201601](https://doi.org/10.1002/14651858.CD201601).
72. Shea BJ, Reeves BC, Wells G, Thuku M, Hamel C, Moran J, Moher D, Tugwell P, Welch V, Kristjansson E, Henry DA. AMSTAR 2: a critical appraisal tool for systematic reviews that include randomised or non-randomised studies of healthcare interventions, or both. *BMJ (Clinical research ed)*. 2017;358:j4008.
73. McDowell M, Rebitschek FG, Gigerenzer G, Wegwarth O. A Simple Tool for Communicating the Benefits and Harms of Health Interventions: A Guide for Creating a Fact Box. *MDM Policy Pract*. 2016;1(1):2381468316665365.
74. Glenton C, Santesso N, Rosenbaum S, Nilsen ES, Rader T, Ciapponi A, Dilkes H. Presenting the results of Cochrane Systematic Reviews to a consumer audience: a qualitative study. *Med Decis Making*. 2010;30(5):566-77.
75. Glenton C, Underland V, Kho M, Pennick V, Oxman AD. Summaries of findings, descriptions of interventions, and information about adverse effects would make reviews more informative. *J Clin Epidemiol*. 2006;59(8):770-8.

76. Takeshima N, Sozu T, Tajika A, Ogawa Y, Hayasaka Y, Furukawa TA. Which is more generalizable, powerful and interpretable in meta-analyses, mean difference or standardized mean difference? *BMC Med Res Methodol*. 2014;14:30.
77. Schünemann H, Brozek J, Oxman A, (Hrsg.). The GRADE Working Group. GRADE handbook for grading quality of evidence and strength of recommendation [Internet]. Version 3.2, updated March 2009. 2009 [Zugriff am 16.08.2018]. URL: <http://www.cc-ims.net/gradepro>.
78. Thorlund K, Walter SD, Johnston BC, Furukawa TA, Guyatt GH. Pooling health-related quality of life outcomes in meta-analysis-a tutorial and review of methods for enhancing interpretability. *Res Synth Methods*. 2011;2(3):188-203.
79. Longman T, Turner RM, King M, McCaffery KJ. The effects of communicating uncertainty in quantitative health risk estimates. *Patient Educ Couns*. 2012;89(2):252-9.
80. Sladakovic J, Jansen J, Hersch J, Turner R, McCaffery K. The differential effects of presenting uncertainty around benefits and harms on treatment decision making. *Patient Educ Couns*. 2016;99(6):974-80.
81. Kitzinger J. Qualitative research. Introducing focus groups. *BMJ*. 1995;311(7000):299-302.
82. Lamnek S, Krell C: *Qualitative Sozialforschung*. 6. Aufl. Beltz Verlag, Weinheim und Basel, 2016.
83. Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *Int J Qual Health Care*. 2007;19(6):349-57.
84. Mayring P: *Qualitative Inhaltsanalyse, Grundlagen und Techniken*. 12. Aufl. Beltz Verlag, Weinheim und Basel, 2015.
85. Kuckartz U: *Qualitative Inhaltsanalyse. Methoden, Praxis, Computerunterstützung*. 3. Aufl. Beltz Verlag, Weinheim und Basel, 2016. 240 p.
86. Anderson C, Kirkpatrick S, Ridge D, Kokanovic R, Tanner C. Starting antidepressant use: a qualitative synthesis of UK and Australian data. *BMJ Open*. 2015;5(12):e008636.
87. Chambers E, Cook S, Thake A, Foster A, Shaw S, Hutten R, Parry G, Ricketts T. The self-management of longer-term depression: learning from the patient, a qualitative study. *BMC Psychiatry*. 2015;15:172-88.
88. Gühne U, Luppá M, Stein J, Wiese B, Weyerer S, Maier W, König HH, Riedel-Heller SG. Barriers and Opportunities for Optimized Treatment of Late Life Depression. *Psychiatr Prax*. 2016;43(7):387-94.
89. Midgley N, Parkinson S, Holmes J, Stapley E, Eatough V, Target M. "Did I bring it on myself?" an exploratory study of the beliefs that adolescents referred to mental health services have about the causes of their depression. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2017;26(1):25-34.
90. Radovic A, Reynolds K, McCauley HL, Sucato GS, Stein BD, Miller E. Parents' Role in Adolescent Depression Care: Primary Care Provider Perspectives. *J Pediatr*. 2015;167(4):911-8.
91. Fonseca A, Silva S, Canavarro MC. Depression Literacy and Awareness of Psychopathological Symptoms During the Perinatal Period. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 2017;46(2):197-208.
92. Georgakakou-Koutsonikou N, Williams JM. Children and young people's conceptualizations of depression: a systematic review and narrative meta-synthesis. *Child Care Health Dev*. 2017;43(2):161-81.
93. Radisch J, Buchtemann D, Kastner D, Kopke K, Mook J, Rossler W, Bramesfeld A. A literature- and expert-based analysis of the outpatient treatment of depressive ill people in Germany. *Psychiatr Prax*. 2013;40(5):252-8.
94. Gilbody S, Brabyn S, Lovell K, Kessler D, Devlin T, Smith L, Araya R, Barkham M, Bower P, Cooper C, Knowles S, Littlewood E, Richards DA, Tallon D, White D, Worthy G, collaborative R. Telephone-supported computerised cognitive-behavioural therapy: REEACT-2 large-scale pragmatic randomised controlled trial. *Br J Psychiatry*. 2017;210(5):362-7.
95. 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. The second Randomised Evaluation of the Effectiveness, cost-effectiveness 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 Technol Assess*. 2016;20(89):1-64.
96. Lobner M, Pabst A, Stein J, Dorow M, Matschinger H, Luppá M, Maross A, Kersting A, König HH, Riedel-Heller SG. Computerized cognitive behavior therapy for patients with mild to moderately severe depression in primary care: A pragmatic cluster randomized controlled trial (@ktiv). *J Affect Disord*. 2018;238:317-26.
97. Lintvedt OK, Griffiths KM, Sorensen K, Ostvik AR, Wang CE, Eisemann M, Waterloo K. Evaluating the effectiveness and efficacy of unguided internet-based self-help intervention for the prevention of depression: a randomized controlled trial. *Clin Psychol Psychother*. 2013;20(1):10-27.
98. Powell J, Hamborg T, Stallard N, Burls A, McSorley J, Bennett K, Griffiths KM, Christensen H. Effectiveness of a web-based cognitive-behavioral tool to improve mental well-being in the general population: randomized controlled trial. *J Med Internet Res*. 2013;15(1):e2.
99. Ellis L, Campbell A, Sethi S. Comparative randomized trial of an online cognitive-behavioral therapy program and an online support group for depression and anxiety. *Journal of CyberTherapy & Rehabilitation*. 2011;4:461-7.
100. Farrer L, Christensen H, Griffiths KM, Mackinnon A. Internet-based CBT for depression with and without telephone tracking in a national helpline: randomised controlled trial. *PLoS One*. 2011;6(11):e28099.
101. Sethi S. Treating Youth Depression and Anxiety: A Randomised Controlled Trial Examining the Efficacy of Computerised versus Face-to-face Cognitive Behaviour Therapy. *Aust Psychol*. 2013;48(4):249-57.

102. Sethi S, Campbell AJ, Ellis LA. The Use of Computerized Self-Help Packages to Treat Adolescent Depression and Anxiety. *Journal of Technology in Human Services*. 2010;28(3):144-60.
103. Twomey C, O'Reilly G, Byrne M, Bury M, White A, Kissane S, McMahon A, Clancy N. A randomized controlled trial of the computerized CBT programme, MoodGYM, for public mental health service users waiting for interventions. *Br J Clin Psychol*. 2014;53(4):433-50.
104. Cuijpers P, Turner EH, Koole SL, van Dijke A, Smit F. What is the threshold for a clinically relevant effect? The case of major depressive disorders. *Depress Anxiety*. 2014;31(5):374-8.
105. Delaney AM, George Dalmida S, Gaydos L. When It Is Not Postpartum Depression: Understanding the Postpartum Mental Health Needs of Mothers and How They Are Being Met. *Issues Ment Health Nurs*. 2015;36(6):416-23.
106. Rutten LJ, Arora NK, Bakos AD, Aziz N, Rowland J. Information needs and sources of information among cancer patients: a systematic review of research (1980-2003). *Patient Educ Couns*. 2005;57(3):250-61.
107. Horsfall J, Cleary M, Hunt GE. Stigma in mental health: clients and professionals. *Issues Ment Health Nurs*. 2010;31(7):450-5.
108. McCabe R, Khanom H, Bailey P, Priebe S. Shared decision-making in ongoing outpatient psychiatric treatment. *Patient Educ Couns*. 2013;91(3):326-8.
109. Hill SA, Laugharne R. Decision making and information seeking preferences among psychiatric patients. *Journal of Mental Health*. 2009;15(1):75-84.
110. McCormack L, Sheridan S, Lewis M, Boudewyns V, Melvin CL, Kistler C, Lux LJ, Cullen K, Lohr KN. Communication and dissemination strategies to facilitate the use of health-related evidence. *Evid Rep Technol Assess (Full Rep)*. 2013; Nov(213):1-520.
111. Büchter RB, Betsch C, Ehrlich M, Fechtelpeter D, Grouven U, Keller S, Meuer R, Rossmann C, Waltering A. Communicating Uncertainty From Limitations in Quality of Evidence to the Public in Written Health Information: Protocol for a Web-Based Randomized Controlled Trial. *JMIR Res Protoc*. 2019;8(5):e13425.
112. Lowe B, Unutzer J, Callahan CM, Perkins AJ, Kroenke K. Monitoring depression treatment outcomes with the patient health questionnaire-9. *Med Care*. 2004;42(12):1194-201.
113. Karyotaki E, Ebert DD, Donkin L, Riper H, Twisk J, Burger S, Rozentel A, Lange A, Williams AD, Zarski AC, Geraedts A, van Straten A, Kleiboer A, Meyer B, Unlu Ince BB, Buntrock C, Lehr D, Snoek FJ, Andrews G, Andersson G, Choi I, Ruwaard J, Klein JP, Newby JM, Schroder J, Laferton JAC, Van Bastelaar K, Imamura K, Vernmark K, Boss L, Sheeber LB, Kivi M, Berking M, Titov N, Carlbring P, Johansson R, Kenter R, Perini S, Moritz S, Nobis S, Berger T, Kaldø V, Forsell Y, Lindefors N, Kraepelien M, Bjorkelund C, Kawakami N, Cuijpers P. Do guided internet-based interventions result in clinically relevant changes for patients with depression? An individual participant data meta-analysis. *Clin Psychol Rev*. 2018;63:80-92.
114. Karyotaki E, Kemmeren L, Riper H, Twisk J, Hoogendoorn A, Kleiboer A, Mira A, Mackinnon A, Meyer B, Botella C, Littlewood E, Andersson G, Christensen H, Klein JP, Schroder J, Breton-Lopez J, Scheider J, Griffiths K, Farrer L, Huibers MJH, Phillips R, Gilbody S, Moritz S, Berger T, Pop V, Spek V, Cuijpers P. Is self-guided internet-based cognitive behavioural therapy (iCBT) harmful? An individual participant data meta-analysis. *Psychol Med*. 2018;48(15):2456-66.
115. Glenton C, Nilsen ES, Carlsen B. Lay perceptions of evidence-based information-a qualitative evaluation of a website for back pain sufferers. *BMC Health Serv Res*. 2006;6:34.
116. Hirschberg I, Seidel G, Strech D, Bastian H, Dierks ML. Evidence-based health information from the users' perspective--a qualitative analysis. *BMC Health Serv Res*. 2013;13:405.

8 Thesen

- Betroffene und Angehörige wünschen grundlegende Informationen zum Krankheitsbild der Depression.
- Neben dem Bedarf an inhaltlicher Wissensvermittlung besteht seitens Betroffener und Angehöriger der Bedarf auf bestimmte Sorgen und Belastungen in einer EBGI zur Depression einzugehen.
- Die erstellte Online-EBGI wird seitens der Betroffenen akzeptiert und aus ihrer Sicht grundsätzlich als allgemein verständlich, umfänglich, neutral, gut strukturiert und gut gestaltet bezeichnet.
- Die Förderung der kritischen Gesundheitskompetenz könnte die Akzeptanz und Umsetzung der Intention evidenzbasierter Gesundheitsinformationen fördern.
- Die EBGI sollte auf eine spezifische Zielgruppe ausgelegt und ebenso wie die Zielsetzung explizit benannt werden.
- Die Kommunikation von Häufigkeiten in Evidenzdarstellungen scheint mit der Angabe von Prä-Post-Werten verständlicher als die alleinige Angabe von Postinterventionsmittelwerten (ohne Angabe von Ausgangswerten) zu sein.
- Die alleinige Kommunikation von Postinterventionsmittelwerten ohne Angabe von Ausgangswerten scheint Schadenspotential zu bergen, weil realistische Risikoabschätzungen erschwert sein könnten.

9 Anlagen

9.1 Bedarfsanalyse

9.1.1 Suchverläufe

▼ Search History (2)				
<input type="checkbox"/>	# ▼	Searches	Results	Type
<input checked="" type="checkbox"/>	2	limit 1 to ((english or german) and last 3 years)	794	Advanced
<input type="checkbox"/>	1	(exp mood disorders/ or exp depressive disorder/ or exp depression, postpartum/ or exp depressive disorder, major/ or exp dysthymic disorder/ or exp seasonal affective disorder/ or exp Depression/ or depression postpartum.tw. or depression*.tw. or depressiv*.tw. or affectiv* disorder*.tw.) and (((information* adj5 need*) or (psychoeducation* adj5 need*) or (education* adj5 need*) or (patient* adj5 need*) or (information* adj5 prefer*) or (psychoeducation* adj5 prefer*) or (education* adj5 prefer*) or (patient* adj5 prefer*) or (information* adj5 request*) or (psychoeducation* adj5 request*) or (education* adj5 request*) or (patient* adj5 request*) or (information* adj5 wish*) or (psychoeducation* adj5 wish*) or (education* adj5 wish*) or (patient* adj5 wish*) or (information* adj5 demand*) or (psychoeducation* adj5 demand*) or (education* adj5 demand*) or (information* adj5 expect*) or (psychoeducation* adj5 expect*) or (education* adj5 expect*) or (decision* adj5 need*) or (decision* adj5 support* adj5 need*) or (decision* adj5 making adj5 need*) or (decision-making adj5 need*) or (decision* adj5 prefer*) or (decision* adj5 support* adj5 prefer*) or (patient* adj5 perspectiv*) or (patient* adj5 concern*) or (patient* adj5 attitude*) or (patient* adj5 opinion*) or (patient* adj5 interest*) or (need* adj5 assessment*) or (treat* adj5 prefer*) or (prefer* adj5 treat*)).af. or exp needs assessment/ or choice behavior/ or patient preference/ and (survey* or questionnaire* or interview* or (qualitativ* adj5 research*) or focus group* or (participat* adj5 research*)).af.	1151	Advanced

Abbildung 5: Suchverlauf in *Medline* vom 14.02.2018

▼ Search History (5)				
<input type="checkbox"/>	# ▼	Searches	Results	Type
<input type="checkbox"/>	5	limit 4 to ((english or german) and last 3 years)	2743	Advanced
<input type="checkbox"/>	4	1 and 2 and 3	11286	Advanced
<input type="checkbox"/>	3	(survey* or questionnaire* or interview* or (qualitativ* adj5 research*) or focus group* or (participat* adj5 research*)).af.	1334424	Advanced
<input type="checkbox"/>	2	((information* adj5 need*) or (psychoeducation* adj5 need*) or (education* adj5 need*) or (patient* adj5 need*) or (information* adj5 prefer*) or (psychoeducation* adj5 prefer*) or (education* adj5 prefer*) or (patient* adj5 prefer*) or (information* adj5 request*) or (psychoeducation* adj5 request*) or (education* adj5 request*) or (patient* adj5 request*) or (information* adj5 wish*) or (psychoeducation* adj5 wish*) or (education* adj5 wish*) or (patient* adj5 wish*) or (information* adj5 demand*) or (psychoeducation* adj5 demand*) or (education* adj5 demand*) or (information* adj5 expect*) or (psychoeducation* adj5 expect*) or (education* adj5 expect*) or (decision* adj5 need*) or (decision* adj5 support* adj5 need*) or (decision* adj5 making adj5 need*) or (decision-making adj5 need*) or (decision* adj5 prefer*) or (decision* adj5 support* adj5 prefer*) or (patient* adj5 perspectiv*) or (patient* adj5 concern*) or (patient* adj5 attitude*) or (patient* adj5 opinion*) or (patient* adj5 interest*) or (need* adj5 assessment*) or (treat* adj5 prefer*) or (prefer* adj5 treat*)).af. or needs/ or exp needs assessment/ or decision support systems/ or preferences/ or choice behavior/	242827	Advanced
<input type="checkbox"/>	1	exp major depression/ or exp postpartum depression/ or exp dysthymic disorder/ or (depression* or depressiv*).ti.ab.	260003	Advanced

Save Remove Combine with: AND OR

Abbildung 6: Suchverlauf in *PsycInfo* vom 14.02.2018

# ▼	Searches	Results	Type
2	limit 1 to ((english or german) and last 3 years)	109	Advanced
1	(exp major depression/ or exp postpartum depression/ or exp dysthymic disorder/ or (depression* or depressiv*).ti.ab.) and (((information* adj5 need*) or (psychoeducation* adj5 need*) or (education* adj5 need*) or (patient* adj5 need*) or (information* adj5 prefer*) or (psychoeducation* adj5 prefer*) or (education* adj5 prefer*) or (patient* adj5 prefer*) or (information* adj5 request*) or (psychoeducation* adj5 request*) or (education* adj5 request*) or (patient* adj5 request*) or (information* adj5 wish*) or (psychoeducation* adj5 wish*) or (education* adj5 wish*) or (patient* adj5 wish*) or (information* adj5 demand*) or (psychoeducation* adj5 demand*) or (education* adj5 demand*) or (information* adj5 expect*) or (psychoeducation* adj5 expect*) or (education* adj5 expect*) or (decision* adj5 need*) or (decision* adj5 support* adj5 need*) or (decision* adj5 making adj5 need*) or (decision-making adj5 need*) or (decision* adj5 prefer*) or (decision* adj5 support* adj5 prefer*) or (patient* adj5 perspectiv*) or (patient* adj5 concern*) or (patient* adj5 attitude*) or (patient* adj5 opinion*) or (patient* adj5 interest*) or (need* adj5 assessment*) or (treat* adj5 prefer*) or (prefer* adj5 treat*)).af. or needs/ or exp needs assessment/ or decision support systems/ or preferences/ or choice behavior/ and (survey* or questionnaire* or interview* or (qualitativ* adj5 research*) or focus group* or (participat* adj5 research*)).af.	418	Advanced

Abbildung 7: Suchverlauf in *Psyndex Lit. & AV-Medien* vom 14.02.2018

# ▲	Searches	Results	Type
1	*depressive disorder/ or *depressive disorder, major/ or *depression/ or depression.tw. or depressiv*.tw. or affectiv* disorder*.tw.	20696	Advanced
2	((expert* adj5 (opinion* or advice* or attitude* or view* or report* or consens* or knowledge* or experience* or assessment* or consultation* or evidence* or focus group* or interview* or survey*)) or (health care provider* adj5 (opinion* or advice* or attitude* or view* or report* or consens* or knowledge* or experience* or assessment* or consultation* or evidence* or focus group* or interview* or survey*)) or (healthcare provider* adj5 (opinion* or advice* or attitude* or view* or report* or consens* or knowledge* or experience* or assessment* or consultation* or evidence* or focus group* or interview* or survey*)) or (care provider* adj5 (opinion* or advice* or attitude* or view* or report* or consens* or knowledge* or experience* or assessment* or consultation* or evidence* or focus group* or interview* or survey*))) ti.ab.	1219	Advanced
3	1 and 2	46	Advanced

Abbildung 8: Suchverlauf der Zusatz-Recherche in *Psyndex Lit. & AV-Medien* vom 14.03.2018

9.1.2 Kritische Bewertung der Evidenz

Tabelle 10: Qualitätsbewertung der qualitativen Studien anhand des CASP-Tools für qualitative Studien

Item	Referenz	Anderson (2015)	Chambers (2015)	Frank (2015)	Gühne (2016)	Midgley (2017)	Radisch (2013)	Radovic (2015)
Was there a clear statement of the aims of the research?		ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja
Is a qualitative methodology appropriate?		ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja
Was the research design appropriate to address the aims of the research?		ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja
Was the recruitment strategy appropriate to the aims of the research?		ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja
Was the data collected in a way that addressed the research issue?		ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja
Has the relationship between researcher and participants been adequately considered?		unklar	ja	nein	nein	ja	unklar	unklar
Have ethical issues been taken into consideration?		ja	ja	ja	nein	ja	unklar	unklar
Was the data analysis sufficiently rigorous?		ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja
Is there a clear statement of findings?		ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja

Tabelle 11: Qualitätsbewertung der quantitativen Studie anhand des CEBM-Tools

Item	Referenz	Fonseca (2017)
Did the study address a clearly focused question / issue?		ja
Is the research method (study design) appropriate for answering the research question?		ja
Is the method of selection of the subjects (employees, teams, divisions, organizations) clearly described?		ja
Could the way the sample was obtained introduce (selection) bias?		ja
Was the sample of subjects representative with regard to the population to which the findings will be referred?		nein
Was the sample size based on pre-study considerations of statistical power?		unklar
Was a satisfactory response rate achieved?		unklar
Are the measurements (questionnaires) likely to be valid and reliable?		unklar
Was the statistical significance assessed?		ja
Are confidence intervals given for the main results?		nein
Could there be confounding factors that haven't been accounted for?		ja

Tabelle 12: Qualitätsbewertung der SRs anhand des CASP-Tools für SRs

Item	Referenz	Georgakakou (2017)	Tlach (2015)	Radisch (2013)
Did the review address a clearly focused question?		ja	ja	ja
Did the authors look for the right type of papers?		ja	ja	unklar
Do you think all the important, relevant studies were included?		ja	nein	nein
Did the review's authors do enough to assess the quality of the included studies?		ja	ja	nein
If the results of the review have been combined, was it reasonable to do so?		ja	ja	unklar
Can the results be applied to the local population?		ja	ja	unklar
Were all important outcomes considered?		ja	ja	unklar
Are the benefits worth the harms and costs?		ja	ja	unklar

9.2 Evidenzaufbereitung und –darstellung einer PICO-Frage

9.2.1 Suchverläufe

Search	Add to builder	Query	Items found
#43	Add	Search (#41 AND #42) Filters: Meta-Analysis; Randomized Controlled Trial; Systematic Reviews	836
#42	Add	Search ("Depression/prevention and control"[Mesh] OR "Depression/rehabilitation"[Mesh] OR "Depression/therapy"[Mesh] OR "Depressive Disorder"[Mesh:NoExp] OR "Depressive Disorder, Major"[Mesh] OR depress*[ti] OR antidepress*[ti] OR ((depressive[ti] OR affective[ti]) AND "disorder"[ti]))	196347
#41	Add	Search ((online[tiab] OR web-based[tiab] OR computer-assisted[tiab] OR computer-aided[tiab] OR internet[tiab] OR computer[tiab] OR web application[tiab] OR "web based"[tiab] OR APP[tiab] OR "Internet"[Mesh] OR "Mobile Applications"[Mesh] OR "Computer-Assisted Instruction"[Mesh]) AND (therapy[tiab] OR therapies[tiab] OR counselling[tiab] OR treated[tiab] OR treatment*[tiab] OR help[tiab] OR helps[tiab] OR helping[tiab] OR prevent*[tiab] OR remission*[tiab] OR therapeutic use[MeSH Subheading] OR "Behavior Therapy/methods"[Mesh:NoExp] OR "Cognitive Therapy/methods"[Mesh] OR "therapy"[Subheading] OR "Secondary Prevention"[Mesh] OR "Therapy, Computer-Assisted"[Mesh:NoExp]))	128184

Abbildung 9: Suchverlauf in *PubMed* vom 23.05.2018

#	Searches	Results	Type
1	(([online* or web-based or web next based or computer-assisted or computer-aided or internet* or computer* or web application* or APP])i,ab. or computer mediated communication/ or computer applications/ or internet) and ((therap* or counsel* or treat* or help* or prevent*)i,ab. or treatment/ or relapse prevention/ or prevention/ or recovery (disorders)/ or remission (disorders)/?) or online therapy/ or computer assisted therapy/ or e-therap* i,ab. or etherap* i,ab. or cypercounsel* i,ab. or teletherap* i,ab.	48089	Advanced
2	major depression/ or (depression* or depressiv* or antidepress* or (affective* adj3 (disorder* or symptom*)))i,ab.	284054	Advanced
3	1 and 2	4416	Advanced
4	limit 3 to ("0300 clinical trial" or "0830 systematic review" or 1200 meta analysis or 1300 metasynthesis)	581	Advanced

Abbildung 10: Suchverlauf in *PsycInfo* vom 23.05.2018

#1	(online or web-based or computer-assisted or computer-aided or internet or computer or web application* or web* or APP):ti,ab,kw and (therap* or counsel* or treat* or help* or prevent* or remission* or support*):ti,ab,kw	29632
#2	(depress* or antidepress* or (affective near/2 disorder*)):ti,ab,kw	60310
#3	#1 and #2 in Trials, with Depression, Anxiety and Neurosis Group in Review Groups	603

Abbildung 11: Suchverlauf in *CENTRAL* vom 23.05.2018

Search	Add to builder	Query	Items found
#11	Add	Search (moodgym* or deprexis*) Filters: Controlled Clinical Trial; Meta-Analysis; Systematic Reviews	48

Abbildung 12: Suchverlauf der Zusatz-Recherche in *PubMed* vom 05.06.2018

9.2.2 Kritische Bewertung der Evidenz

Twomey und O`Reilly (2017) is a Low quality review

1. Did the research questions and inclusion criteria for the review include the components of PICO?	Yes
2. Did the report of the review contain an explicit statement that the review methods were established prior to the conduct of the review and did the report justify any significant deviations from the protocol?	No
3. Did the review authors explain their selection of the study designs for inclusion in the review?	Yes
4. Did the review authors use a comprehensive literature search strategy?	Partial Yes
5. Did the review authors perform study selection in duplicate?	Yes
6. Did the review authors perform data extraction in duplicate?	No
7. Did the review authors provide a list of excluded studies and justify the exclusions?	No
8. Did the review authors describe the included studies in adequate detail?	Partial Yes
9. Did the review authors use a satisfactory technique for assessing the risk of bias (RoB) in individual studies that were included in the review? RCT	Partial Yes
10. Did the review authors report on the sources of funding for the studies included in the review?	No
11. If meta-analysis was performed did the review authors use appropriate methods for statistical combination of results?	
12. If meta-analysis was performed, did the review authors assess the potential impact of RoB in individual studies on the results of the meta-analysis or other evidence synthesis?	
13. Did the review authors account for RoB in individual studies when interpreting/ discussing the results of the review?	No
14. Did the review authors provide a satisfactory explanation for, and discussion of, any heterogeneity observed in the results of the review?	Yes
15. If they performed quantitative synthesis did the review authors carry out an adequate investigation of publication bias (small study bias) and discuss its likely impact on the results of the review?	Yes
16. Did the review authors report any potential sources of conflict of interest, including any funding they received for conducting the review?	Yes

Abbildung 13: Ergebnis der AMSTAR-Bewertung

9.2.3 Study Fact Sheet

Tabelle 13: Study Fact Sheet zur Übersichtsarbeit Twomey und O'Reilly (2017)

1. Fragestellung(en) für die Gesundheitsinformation	Welcher Nutzen und Schaden entsteht für erwachsene Betroffene mit einer Depression bei der Teilnahme am psychotherapeutischen Online-Programm <i>Moodgym</i> im Vergleich zu keiner Behandlung?
2. Autorenkontakt	Conal Twomey, Faculty of Social and Human Sciences, School of Psychology, University of Southampton, Southampton SO17 1BJ, UK. Email: c.twomey@soton.ac.uk
3. Registrierung (ja/nein; ggf. Nummer)	keine Angabe
4. Studiendesign	Systematic Review von RCTs mit Metaanalyse
5. Forschungsfrage	Untersuchung der Effektivität des Programmes <i>Moodgym</i> bezüglich der Verbesserung depressiver Symptomatik (primärer Endpunkt), aber auch von Angstsymptomen und allgemein psychischen Belastungen bei Erwachsenen
6. Recherchezeitraum	bis Januar 2016
7. Einschlusskriterien	<ul style="list-style-type: none"> • Teilnehmende: Erwachsene mit erhöhten, psychischen Gesundheitssymptomen oder Erwachsene, die eine psychische Behandlung anstreben • Intervention: <i>Moodgym</i>, mit oder ohne klinische Begleitung • Kontrollgruppen: Warteliste, keine Intervention, Standardversorgung oder computerisierte Kontrollbedingungen • Endpunkte: primärer Endpunkt: depressive Symptomatik (durch Selbstbericht erhoben oder von Klinikern beurteilt), sekundäre Endpunkte: Angstsymptome und allgemeine, psychische Belastung • Studiendesign: nur RCTs • alle Sprachen • nur Publikationen aus Journalen mit Peer-Review
8. Ausschlusskriterien	keine Angaben
9. Eingeschlossene Studien	<ul style="list-style-type: none"> • für Metaanalyse des primären Endpunktes depressive Symptomatik: Ellis et al. 2011* Phillips et al. 2014 Farrer et al. 2011* Powell et al. 2013* Gilbody et al. 2015 Sethi et al. 2010* Hoifodt et al. 2013* Sethi et al. 2013* Lintvedt et al. 2013* Twomey et al. 2014* Mackinnon et al. 2008 • weitere Studien: Hickie et al. 2010 (untersucht ausschließlich den Endpunkt Angst- und Stresssymptomatik) <p>* Studien, die <i>Moodgym</i> gegen keine Behandlung bzw. Warteliste verglichen haben</p>
Die folgenden Angaben beziehen sich nur auf die acht Studien, die <i>Moodgym</i> gegen keine Behandlung bzw. Warteliste verglichen, solange es nicht anders angemerkt wird.	
10. Teilnehmende	
Anzahl n	3.809 Teilnehmende (Range: 38-3.070 Teilnehmende/Studie)
Dropouts	Dropouts bis zur Erhebung der Postinterventionswerte: - in der Interventionsgruppe: 29% (Range: 0-64%/Studie) - in der Kontrollgruppe: 16% (Range: 0-29%/Studie)
Alter	Durchschnittsalter: 30 Jahre (Range: 19-42 Jahre Durchschnittsalter/Studie)
Geschlecht	Anteil an Frauen: 78% (Range: 76-82% Frauenanteil/Studie)
Gruppe (Studierende, PatientInnen etc.)	Erwachsene mit depressiver und/oder Angst-Symptomatik bzw. erhöhten Stresswerten auf Fragebögen
11. Intervention	<p><i>Moodgym</i>:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Online-Therapieprogramm bei Depression, auf kognitiver Verhaltenstherapie basierend • standardisiertes Programm, bestehend aus fünf Modulen mit Informationstexten, Animationen, interaktiven Übungen und Quizen <p>Unterstützung/Begleitung mit <i>Moodgym</i>:</p> <ul style="list-style-type: none"> • in vier Studien: zusätzliche Sitzungen (face-to-face) mit KlinikernInnen • in drei Studien: regelmäßiger E-Mail oder Telefon-Kontakt • in einer Studie: keine Unterstützung <p>Adhärenz zum Programm (Anteil der Teilnehmenden, die alle <i>Moodgym</i> Module abschlossen; unklar ob subjektive oder objektive Erhebung): im Durchschnitt: 59%, wobei eine Studie keine Adhärenz-Werte berichtet (Range: 10-100%/Studie)</p>
Dauer der Intervention	zwischen 3-8 Wochen
12. Kontrolle	<p>Kontrollbedingung:</p> <ul style="list-style-type: none"> • keine Intervention bzw. Standardversorgung • es war allen ProbandInnen der Kontrollgruppe (und auch der Interventionsgruppe) erlaubt, sich anderweitig Hilfe zu holen (inwieweit dies geschehen ist, wurde nicht erhoben)

13. Endpunkte	<ul style="list-style-type: none"> • primärer Endpunkt: depressive Symptomatik (Erfassung anhand validierter Fragebögen (<i>DASS-21-D</i>, <i>CES-D</i>, <i>BDI-II</i>) durch Selbstbericht) • sekundäre Endpunkte: Angst- und Stresssymptomatik (Erfassung anhand validierter Fragebögen durch Selbstbericht) • nur sofortiger Postinterventionszeitpunkt für die Analysen verwendet
14. Relevante Ergebnisse nach Endpunkten	<ul style="list-style-type: none"> • relevanter Endpunkt: depressive Symptomatik: Vergleich der Postinterventionswerte <i>Moodgym</i> vs. keine Behandlung (8 Studien): SMD=0,53 [KI 0,23;0,83] Vergleich der Postinterventionswerte <i>Moodgym</i> vs. jegliche Kontrolle (11 Studien): SMD=0,36 [KI 0,17;0,56]
15. Quality (or certainty) of evidence	<p>Risk of Bias Tool der <i>Cochrane Collaboration</i> Version 1.0 für drei der sieben Domänen angewandt: Anzahl der Studien, die ein Procedere beschrieben, um dieses Verzerrungsrisiko zu minimieren:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Random Sequence Generation: 5 Studien • Allocation Concealment: 2 Studien • Completeness of Data: 7 Studien • Begründetes Auslassen der Domänen Verblindung der Interventionsteilnahme (nicht möglich bei dem Studiendesign), Verblindung der Endpunkterhebung (selbstberichtete Endpunkte) • RoB durch selektives Berichten nicht untersucht. • Funnel-Plot zeigt Anhalt auf Publikationsbias auf (in Richtung einer Überschätzung der Wirksamkeit). • Die Qualität der Studien ist durchmisch.
16. Bemerkungen und Ergänzungen	<ul style="list-style-type: none"> • Vier der acht Studien (bzw. fünf der elf Studien) zum primären Endpunkt hatten einen/eine <i>Moodgym</i>-EntwicklerIn in der Autorenschaft. In der Subgruppenanalyse über die elf Studien hinweg (Vergleich <i>Moodgym</i> vs. jegliche Kontrolle) hatte die Gruppe mit <i>Moodgym</i>-EntwicklerIn als AutorIn einen geringen, aber signifikanten Effekt: SMD=0,39 [KI 0,19; 0,59]. In der Gruppe ohne EntwicklerIn als AutorIn ebenfalls einen geringen, jedoch nicht signifikanten Effekt: SMD=0,37 [KI -0,02; 0,76]. • In sieben Studien wurde <i>Moodgym</i> mit einer Form der Begleitung durchgeführt, persönlich oder in Form von Emails oder Telefon.
17. AutorIn kontaktiert	<p>Nachfrage zur Gewichtung der Studien zu der Analyse <i>Moodgym</i> vs. keine Intervention zum Endpunkt depressiver Symptomatik → Mitteilung, dass keine Gewichtung für diese Analyse vorgenommen worden sei</p>
18. AMSTAR-Bewertung	niedrige Qualität (zweitniedrigste von vier Stufen)

BDI-II: Beck Depression Inventory-II; CES-D: Centre for Epidemiologic Studies-Depression Scale; DASS-21-D: Depression Subscale der Depression, Anxiety and Stress Scale-21; KI: Konfidenzintervall; RCT: Randomised Controlled Trial; SMD: Standardisierte Mittelwertdifferenz

9.2.4 Überblick der Primärstudien von Twomey und O'Reilly (2017)

Tabelle 14: Überblick der acht Primärstudien zum primären Endpunkt *depressive Symptomatik* und dem Vergleich *Moodgym* vs. keine Intervention bzw. Warteliste

Studie	TN in Interventionsgruppe	TN in Kontrollgruppe	Messinstrument für PEP	Ausgangsmittelwerte		Postinterventionsmittelwerte mit SD bzw. SE	
				INT	KON	INT	KON
Ellis 2011	26	13	DASS-21-D	15,92 (SD 8,79)	13,08 (SD 9,72)	9,23 (SD 6,06)	12,77 (SD 7,10)
Farrer 2011	120	35	CES-D	35,8 (SD 10,5)	38,6 (SD 8,8)	25,0 (SD 13,1)	35,1 (SD 13,9)
Hoifodt 2013	52	54	BDI-II	21,13 (SD 6,85)	22,27 (SD 6,74)	12,45 (SD 9,32)	12,82 (SD 10,98)
Lintvedt 2013b	81	82	CES-D	22,1 (SD 10,0)	19,5 (SD 10,0)	18,0 (SD 16,0)	22,4 (SD 12,1)
Powell 2013	1534	1536	CES-D	23,23	23,27	20,38 (SE 0,469)	23,17 (SE 0,356)
Sethi 2010	28	10	DASS-21-D	17,3 (SD 9,75)	19,8 (SD 5,60)	9,85 (SD 2,95)	15,4 (SD 4,8)
Sethi 2013	66	23	DASS-21-D	18,23 (SD 5,96)	23,29 (SD 6,80)	10,36 (SD 3,14)	20,52 (SD 5,15)
Twomey 2014	80	69	DASS-21-D	18,79 (SD 11,46)	16,26 (SD 9,71)	14,29 (SD 10,62)	16,26 (SD 10,52)

BDI-II: Beck Depression Inventory-II; CES-D: Centre for Epidemiologic Studies-Depression Scale; DASS-21-D: Depression Subscale der Depression, Anxiety and Stress Scale-21; INT: Interventionsgruppe; KON: Kontrollgruppe; PEP: primärer Endpunkt; SD: Standardabweichung; SE: Standardfehler; TN: Teilnehmende

9.3 Pilotierung der EBG

9.3.1 Auszüge der EBG



- Hintergrund
 - Was ist eine Depression? >
 - Welche Schweregrade und Formen von Depressionen gibt es? >
 - Verbreitung
 - Wie häufig kommen Depressionen vor? >
 - Wie viele Menschen erkranken im Laufe ihres Lebens? >
 - Wie häufig sind Kinder und Jugendliche betroffen? >
 - Ursachen und Entstehung
 - Wie entsteht eine Depression? >
 - Welche Erklärungsmodelle für die Entstehung gibt es? >
 - Erklärungsmodelle zur Entstehung von Depressionen:
 - Welche Faktoren können eine Depression begünstigen? >
 - Welche Risikofaktoren für einen Suizid gibt es? >
 - Symptome und Verlauf
 - Woran erkenne ich eine Depression? >
 - Wie verläuft eine Depression? >
 - Diagnostik
 - Wie lässt sich eine Depression feststellen? >
 - Gibt es Krankheiten mit ähnlichen Symptomen? >
- + Dieses Zeichen steht für den Infokorb. In diesem können Sie alle Informationen, die Ihnen wichtig sind, sammeln und später als PDF ausdrucken.

Hintergrund

Was ist eine Depression? +

Eine Depression ist eine Gemütsstörung, die ein Gefühl von Traurigkeit hervorruft. Typische Zeichen einer Depression können eine gedrückte Stimmung, Interessenlosigkeit oder auch ein verminderter Antrieb sein, die über einen längeren Zeitraum bestehen. Betroffenen fällt es schwer, den Alltag mit all seinen Aufgaben und Aktivitäten zu bewältigen. Die gesamte Lebensführung kann durch eine Depression beeinträchtigt sein. Eine Depression kann über Wochen, Monate oder Jahre anhalten.



Video als Text

Welche Schweregrade und Formen von Depressionen gibt es? +

Schweregrade

Depressionen können in unterschiedlichen Schweregraden auftreten. Man unterscheidet:

- leichte Depressionen
- mittelgradige Depressionen

Abbildung 14: Eindruck zum Layout und zur Webseitenstruktur der Online-EBG

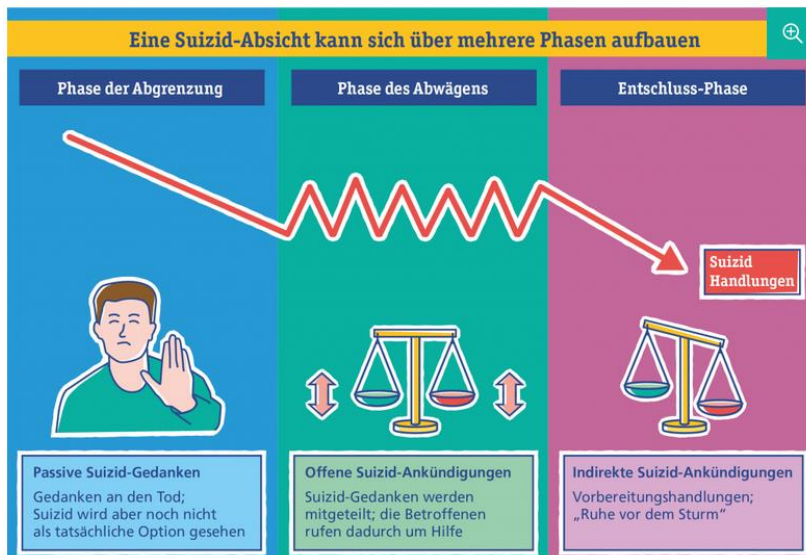


Abbildung 15: Grafik zur Suizidabsicht

9.3.2 Darstellung des WissensChecks im Dokumentenformat

Der WissensCheck

Kann mir die Onlinetherapie „moodgym“ bei einer Depression helfen?

Depression ist eine Gemütsstörung, die über einen längeren Zeitraum anhält. Die Hauptsymptome sind gedrückte Stimmung, Interessenlosigkeit und Antriebsminderung.

Für die Behandlung von Depressionen gibt es verschiedene Möglichkeiten. Onlinetherapien werden angeboten, um Menschen mit Depressionen zeitnah eine Psychotherapie für zu Hause zu ermöglichen. Die Onlineprogramme unterscheiden sich im Aufbau, in der Form der Begleitung und den Kosten.

Hier stellen wir ein spezielles Selbsthilfeprogramm namens „moodgym“ vor, das in Deutschland zur Verfügung steht. Es wurde vorrangig für die Vorbeugung und Verringerung leichter depressiver Beschwerden entwickelt.

Wie wirksam ist das Onlineprogramm „moodgym“ bei der Linderung der Symptome einer Depression?

Was wurde untersucht?

„moodgym“ ist ein frei zugängliches Programm zur Prävention und Behandlung von depressiven Symptomen. Das Onlineprogramm wurde vorrangig für Menschen mit leichter Depressions- oder Angstsymptomatik erarbeitet. Es kann komplett selbstständig genutzt werden, ohne Begleitung durch einen Therapeuten oder eine Therapeutin. Das Programm besteht aus fünf Modulen und umfasst interaktive Übungen, Informationstexte, Animationen sowie Quiz. Das Programm basiert auf dem Ansatz der kognitiven Verhaltenstherapie.

In einer systematischen Übersichtsarbeit über mehrere Studien wurde die Wirksamkeit der Onlinetherapie „moodgym“ im Vergleich zu keiner Behandlung untersucht.

An den Studien nahmen Personen mit leichten bis mittelschweren Depressionen sowie mit Angst- und Stressbeschwerden teil. Das durchschnittliche Alter der in den Studien untersuchten Personen lag bei 30 Jahren. Die Teilnehmenden erhielten entweder

- den Zugang zu dem Onlineprogramm „moodgym“ und konnten das Programm für ca. ein bis zwei Monate nutzen oder
- keine Behandlung.

Im Anschluss wurde die Stärke der depressiven Symptome von Patienten und Patientinnen verglichen.

Die Ergebnisse auf einen Blick

Die Ergebnisse weisen darauf hin, dass Personen, die das „moodgym“ Programm zur Behandlung ihrer Depression angewendet haben, nach ein bis zwei Monaten weniger depressive Symptome zeigten als Personen, die in dieser Zeit keine Behandlung erhielten. In beiden Gruppen blieben aber weiterhin depressive Symptome bestehen.

Einschränkung der Ergebnisse

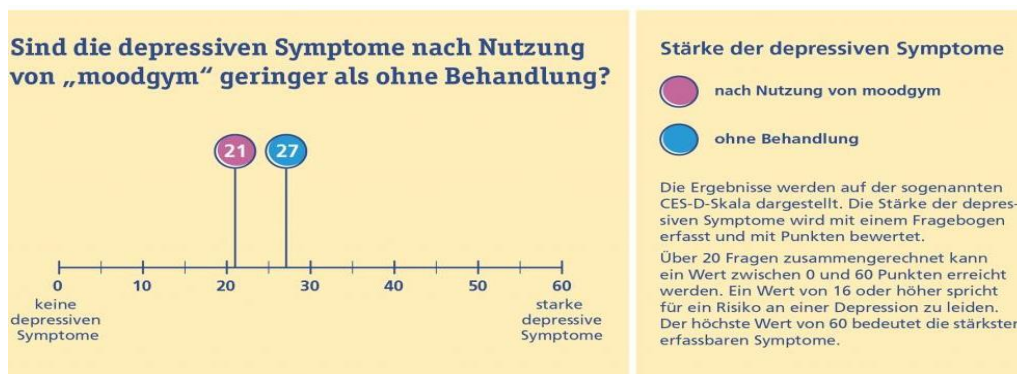
Die Aussagekraft der Studienergebnisse ist eingeschränkt. Die Teilnehmer, die das „moodgym“-Programm nutzten, wurden fast ausschließlich in irgendeiner Form individuell begleitet, beispielsweise durch Telefongespräche oder persönlichen Kontakt. Ein hoher Anteil an Patienten und Patientinnen in den Studien hat das Programm nicht vollständig absolviert.

Die Ergebnisse im Einzelnen

Nutzen der Behandlungsmethode

Sind die depressiven Symptome nach Nutzung von „moodgym“ geringer als ohne Behandlung?

In acht Studien mit insgesamt rund 3.800 Teilnehmenden wurde untersucht, welche Wirksamkeit das Onlineprogramm „moodgym“ im Vergleich zu keiner Behandlung hat. Die Stärke der depressiven Symptome wurde in den Studien mithilfe von unterschiedlichen Fragebögen erfasst. Wir stellen die zusammengefassten Ergebnisse mit der sogenannten CES-D-Skala (Center for Epidemiologic Studies-Depression Scale) dar. Dies ist ein Fragebogen, der aus 20 Fragen besteht. Damit wird zum Beispiel erfragt, wie hoffnungsvoll man in die Zukunft blickt oder wie gut man schlafen oder essen kann. Die Stärke der Symptome wird mit Punkten bewertet. Über alle Fragen zusammengerechnet kann ein Wert zwischen 0 und 60 Punkten erreicht werden. Ein Wert von 16 oder höher spricht für das Risiko an einer Depression zu leiden.



Quelle: Twomey et al. (2017)

© Stiftung Gesundheitswissen 2019



<p>„moodgym“ Mit dem „moodgym“-Programm lagen die Werte nach ca. ein bis zwei Monaten im Durchschnitt bei etwa 21 Punkten.</p>	<p>Keine Behandlung Ohne Behandlung lagen die Werte nach ca. ein bis zwei Monaten im Durchschnitt bei etwa 27 Punkten.</p>
--	--

Nach ein bis zwei Monaten Nutzung des „moodgym“-Programms verringern sich die depressiven Symptome auf der CES-D-Skala im Durchschnitt etwa sechs Punkte mehr als ohne Behandlung. Nach derzeitigem Forschungsstand kann man nicht mit Sicherheit sagen, ob dieser Unterschied zu einer tatsächlich wahrnehmbaren Veränderung der Symptome führt. Ob der Nutzen spürbar ist, kann zudem von Person zu Person unterschiedlich sein.

Einschränkung der Ergebnisse:

Die Studienergebnisse weisen einige Einschränkungen auf. In sieben von acht Studien wurden die Personen, die das „moodgym“-Programm nutzten, in irgendeiner Form begleitet. Zum Beispiel wurde regelmäßig über E-Mail, Telefon oder auch persönlich Kontakt gehalten. Nutzt man es hingegen als reines Selbsthilfeprogramm, lassen sich die Ergebnisse nur bedingt übertragen.

Darüber hinaus wird berichtet, dass ein hoher Anteil der Teilnehmenden nicht alle „moodgym“ Module durchgeführt hat.

In der Übersichtsarbeit werden keine Angaben zu der Stärke der depressiven Symptome vor der Behandlung gemacht.

Schaden der Behandlungsmethode

In der Übersichtsarbeit finden sich keine Angaben über Nebenwirkungen. Das schließt nicht aus, dass Nebenwirkungen auftreten können.

Woher stammen diese Informationen?

Die Zahlen dieser Darstellung stammen aus einer systematischen Übersichtsarbeit aus dem Jahr 2017. Die Informationen und Zahlen stellen keine endgültige Bewertung dar.

Insgesamt wurden elf Studien in der Übersichtsarbeit zusammengefasst. In acht von ihnen wurde die Wirksamkeit von „moodgym“ im Vergleich zu keiner Behandlung untersucht. Die Daten in dieser Darstellung beziehen sich auf diese acht Studien, da in den restlichen drei Studien andere Vergleiche vorgenommen wurden.

An den acht Studien nahmen insgesamt 3.809 erwachsene Personen mit leichten bis mittelschweren Depressions-, Angst- wie auch Stressbeschwerden teil. Das durchschnittliche Alter lag bei 30 Jahren. 78 % aller Teilnehmenden (78 von je 100) waren Frauen.

Die systematische Übersichtsarbeit weist eine niedrige Qualität auf. Auch sieben von acht Studien, die in der Übersichtsarbeit zusammengefasst wurden, haben methodische Mängel. Daher ist die Zuverlässigkeit der Ergebnisse sehr eingeschränkt.

Quellen

Lintvedt OK, Griffiths KM, Sørensen K, Østvik AR, Wang CE, Eisemann M et al. Evaluating the effectiveness and efficacy of unguided internet-based self-help intervention for the prevention of depression: a randomized controlled trial. Clin Psychol Psychother 2013;20(1):10-27.

Twomey C, O'Reilly G. Effectiveness of a freely available computerised cognitive behavioural therapy programme („MoodGYM“) for depression: Meta-analysis. Aust N Z J Psychiatry;2017;51(3):260-9.

Mehr zur Onlinetherapie "moodgym" erfahren Sie auch beim Anbieter: www.moodgym.de

Erstellt im November 2018; nächste geplante Aktualisierung: November 2021

Wissenschaftliche Beratung: Frau Prof. Dr. Anke Steckelberg

9.3.3 Leitfaden der Gruppendiskussionen

Ersteindruck:

- Was waren Ihre ersten Gedanken beim Lesen der Gesundheitsinformation?

Zielgruppe und Zweck der Gesundheitsinformation:

- Wer denken Sie, fühlt sich mit der Gesundheitsinformation angesprochen?
- Fühlen Sie sich mit der Gesundheitsinformation angesprochen? Wenn ja/ nein, warum?
- Was, denken Sie, will man mit der Gesundheitsinformation erreichen?

Verstehen der Inhalte und Weiteres:

Zum Hintergrund:

- Wir schauen uns noch einmal den Film an:
 - Welchen Eindruck können Sie uns zum Film schildern?
 - Wie empfinden Sie den Umfang an Informationen in dem Film?
- Ist Ihnen zum Textbereich Hintergrund etwas Bestimmtes aufgefallen? Wie ist da Ihr Eindruck?
- Wie würden Sie den Begriff *Risikofaktor* erklären? Wie spricht Sie die Grafik „Risikofaktoren“ an?
- Wenn Sie eine Freundin fragt, wie eigentlich eine Depression entsteht, was würden Sie sagen?
- Wie sehr interessieren Sie die verschiedenen Erklärungsmodelle der Depression? Haben Sie sich jeweils die Erklärungen dazu durchgelesen oder nur die Überschriften?
- Wie empfinden Sie die Reihenfolge an Informationen (Verbreitung, Ursachen und Entstehung, Symptome und Verlauf und Diagnostik)?
- Welche Fachbegriffe sollten zusätzlich erklärt werden?

Zur Prävention:

- Wie ist Ihr Eindruck zu diesen Inhalten? Was ist Ihnen dabei im Kopf hängen geblieben?
- Wie empfinden Sie den Umfang an Informationen zum Thema *Prävention*?
- Welche Fachbegriffe sollten zusätzlich erklärt werden?

Zur Behandlung:

- Welchen Eindruck können Sie uns hierzu schildern?
- Welche Behandlungsoptionen sind Ihnen im Gedächtnis geblieben?
- Wie gut fühlen Sie sich zu den verschiedenen Behandlungsoptionen informiert?
- Wenn Sie eine Freundin fragen würde, wo man eine Psychotherapie machen sollte, was würden Sie antworten?
- Wir schauen uns den Film noch einmal an:
 - Welchen Eindruck können Sie uns zum Film schildern?
 - Wie empfinden Sie den Umfang an Informationen in dem Film?
 - Haben Sie den Eindruck, dass Ihnen etwas empfohlen wird? Wenn ja/nein, warum?
- Wie verstehen Sie die Grafik zu der Wirkung von Antidepressiva?
- Haben Sie das Gefühl, dass Ihnen etwas empfohlen wurde?
- Haben Sie das Gefühl, dass Ihnen von etwas abgeraten wurde?

- Was ist verständlich? Was ist weniger verständlich?
- Welche Fachbegriffe sollten zusätzlich erklärt werden?
- Welche Informationen zu Vor- und Nachteilen, bzw. zur Wirksamkeit von Online-Therapien konnten Sie finden? (Haben die Nutzer allein auf die Verlinkung geklickt?)

Zum WissensCheck:

- An wen, denken Sie, richtet sich diese Seite?
- Was, denken Sie, ist das Ziel des WissensChecks/dieser Seite?
- Was verstehen Sie unter dem Begriff WissensCheck?
- Wie wirken die Begriffe Nutzen und Schaden auf Sie?
- Bitte versuchen Sie, den Inhalt einer Freundin zu erläutern:
 - Welche Behandlungsoptionen wurden gegenübergestellt?
 - Wie verstehen Sie die Grafik zu Symptomen nach Nutzung von Moodgym?
 - Was können Sie zum Nutzen der Behandlungsoptionen sagen? Was zum Schaden der Behandlungsoptionen?
- Haben Sie das Gefühl, dass Ihnen etwas empfohlen wurde? (Warum?)
- Haben Sie das Gefühl, dass Ihnen von etwas abgeraten wurde? (Warum?)
- Haben Sie sich den Text zu „Woher stammen diese Informationen?“ durchgelesen? (auf Bildschirm zeigen!) Empfinden Sie diese Informationen eher als hilfreich oder entbehrlich? Warum?
- Was verstehen Sie unter einer systematischen Übersichtsarbeit?
- Haben Sie sich den Text zu „Ergebnisse auf einen Blick?“ durchgelesen? (auf Bildschirm zeigen!) Empfinden Sie diese Informationen eher als hilfreich oder entbehrlich? Warum?
- Wie groß ist Ihr Interesse an solchen Studienfakten? Wie genau wollen Sie es wissen?
- Haben Sie sich den Text zu „Einschränkungen der Ergebnisse“ durchgelesen? (auf Bildschirm zeigen!) Wenn ja, welchen Eindruck können Sie uns dazu schildern? Sind Ihnen diese Informationen eher wichtig oder unwichtig? Wie empfinden Sie die Platzierung der Infos zu den Einschränkungen?
- Wie finden Sie die Gestaltung des WissensChecks?
- Wie nehmen Sie die Platzierung des Seitenteasers „Wie helfen Ihnen diese Informationen“ wahr? Wie gut oder schlecht ist er platziert? Warum?

Umfang/Struktur/Layout:

- Wie bewerten Sie den Umfang der Gesundheitsinformation?
- Wie bewerten Sie die Übersichtlichkeit der Gesundheitsinformation?
- Wie nehmen Sie die farbigen Info-Boxen (auch die gelben Boxen mit weißer Schrift) wahr? Was wird durch diese Strukturierung bei Ihnen ausgelöst?
- Was denken Sie, sind die blauen Punkte mit dem „Plus-Zeichen“? Haben Sie einmal darauf geklickt? Wozu ist der Infokorb da?
- Wie empfinden Sie die grafische Gestaltung durch Bilder etc.? Wie empfinden Sie das Verhältnis von Grafiken zu Text?
- Wie empfinden Sie die.....Schriftgröße? ...Schriftart? ...Schriftfarbe?

Persönliche Relevanz der Inhalte:

- Welche Informationen sind für Sie hilfreich, welche nicht?
- Welche Informationen fehlen Ihnen? Welche Informationen würden Sie sich noch zusätzlich wünschen?

Weitere Aspekte:

- Fallen Ihnen weitere wichtige Aspekte ein, nach denen wir bisher nicht gefragt haben?
- Würden Sie sich die Seite der SGW noch einmal anschauen? Warum/ Warum nicht?

9.3.4 Kodierleitfaden der qualitativen Inhaltsanalyse

Tabelle 15: Kodierleitfaden der qualitativen Inhaltsanalyse: Definition der Kategorien mit Ankerbeispielen

Kategorie	Subkategorien	Definition	Ankerbeispiel
Verständnis	Revision		
	Begrifflichkeiten	Aspekte, die auf eine Revision hinweisen und das inhaltliche Verständnis von	<ul style="list-style-type: none"> • „Ich habe ein Wort nicht verstanden. Das war der Textabschnitt ‚kognitive Verhaltenstherapie‘. Was bedeutet ‚kognitiv‘?“ (P1, FG III)
	Textpassagen/Zusammenhänge	Begrifflichkeiten, Textpassagen, Zusammenhänge oder Grafiken betreffen als auch Missverständnisse dergleichen.	<ul style="list-style-type: none"> • „Na für mich war interessant zu wissen, dass es auch körperliche Hintergründe sein können, nur überprüft werden müssen, zum Beispiel diese Nebennieren-Sache, oder Schilddrüse. Das ist auch interessant. Das war sogar neu für mich, dass es auch nicht nur seelische Ursachen sein können, sondern auch körperliche.“ (P3, FG II)

Kategorie	Subkategorien	Definition	Ankerbeispiel
Verständnis	Grafiken		<ul style="list-style-type: none"> zu der Grafik der Verlaufsformen: „[...] könnte man überlegen, ‚okay ist das jetzt die Stimmung, die runtergeht, oder ist es die Stärke der Depression‘. So rein vom optischen her denkt man, ‚aha okay – unten ist schlecht und oben ist gut‘. Wenn das die Stärke der Depression ist, ist das ja was ganz anderes.“ (P5, FG I) „Ne, du hast ja da bei dieser anhaltenden Verstimmung hast du ja durchgängig den Strich, der dann absackt irgendwann. Je tiefer es geht, desto besser wird es denk ich.“ (P6, FG I)
	Erhalt		
	Textpassagen/ Zusammenhänge	Vorhandene Textpassagen und geschilderte Zusammenhänge, die sich in der Pilotierung als inhaltlich verständlich bzw. für das Verständnis förderlich zeigten.	<ul style="list-style-type: none"> zur Erklärung eines Risikofaktors: „Also ich denke nicht, dass es kausal ist, sondern es ist einfach nur eine Korrelation. Also einfache Sachen, die häufig auftreten bei Leuten, die auch eine Depression haben. Ursache-Wirkung kann man da glaube ich nicht (...).“ (P6, FG I)
Wertung/Neutralität	weitere Aspekte		
	Hintergründe zur Wahrnehmung von Wertung/Neutralität	Eruierte Hintergründe, die sich auf die Wahrnehmung von Wertung und Neutralität auszuwirken scheinen und seitens der NutzerInnen angesiedelt sind.	<ul style="list-style-type: none"> mangelnde Kompetenz zwischen Wirkweise und Wirksamkeit zu differenzieren als möglicher Aspekt der Wahrnehmung einer Wertung: „Woran machen Sie fest, dass Sie das Gefühl haben, dass Ihnen das [Einnahme von Antidepressiva] empfohlen wird?“ (I1), darauf P3, FG II: „Ja, weil es einfach explizit drinsteht, dass Antidepressiva die Botenstoffkonzentration zwischen den Nervenzellen erhöht. Also ist es praktisch das Antidepressivum und es kann nichts Anderes geben als das Antidepressiva, was da wirkt. So kommt das für mich rüber. Also es ist eindeutig auf das Antidepressiva ausgelegt.“
	Revision		
		Empfundene Wertungen der Gesundheitsinformation oder Aussagen, die darauf schließen lassen.	<ul style="list-style-type: none"> „Ja genau es geht wirklich um dieses Moodgym und es gibt keinen Vergleich zu anderen Onlineprogrammen. Es gibt ja auch andere Onlineprogramme oder eine App auf dem Handy gibt es auch ganz viele schon. Wie fühlen Sie sich heute und so. Es gibt da wirklich schon (.). Also ich sehe das schon als Werbung.“ (P9, FG II)
	Erhalt		
		Empfundene Neutralität bzw. Objektivität der Gesundheitsinformation oder Aussagen, die darauf schließen lassen.	<ul style="list-style-type: none"> „Am Anfang habe ich gedacht, es [der WissensCheck] ist eine Werbung. Aber dann, auch vom Text her, ist es eher eine Information – und das ist schon wichtig.“ (P4, FG II)
Akzeptanz	Revision		
	Ansprechbarkeit	Aspekte der Information, die abgelehnt oder zumindest nicht als ansprechend empfunden werden oder Aussagen, die darauf hindeuten.	<ul style="list-style-type: none"> Zur Grafik der Suizidabsicht: „Das stellt das alles viel zu einfach dar. So ist es nicht. Also das läuft nicht so schematisch. Das – ich habe mich da dran gestört, irgendwie.“ (P4, FG III)
	Nutzungsfreundlichkeit	Vorhandene Faktoren, die sich negativ auf die Nutzungsfreundlichkeit der Online-Information auswirken bzw. fehlende Faktoren, die die Nutzungsfreundlichkeit steigern würden.	<ul style="list-style-type: none"> „Was mir aufgefallen ist, wenn man jetzt runterscrollt, ich gehe gleich zu Ursachen und Entstehung und klicke auf ‚Wie entsteht eine Depression?‘. Man sollte die Reiter auch an der Seite bleiben lassen. Denn wenn ich da jetzt drauf klicke, dann muss ich erst wieder hoch scrollen, um zu den nächsten oder darunter folgenden Themen zu kommen.“ (P5, FG I)
	Umgang mit/Reaktion auf Evidenzdarstellung	Aussagen, die auf das Verfehlen der eigentlichen Intention der Evidenzdarstellung deuten oder weitere, nicht intendierte Reaktionen auf die Evidenzdarstellung.	<ul style="list-style-type: none"> „Also wirklich, dass man eine Zielgruppe hat von verschiedenen Pegeln und dass auch wirklich sieht, nach welcher ist das dann eingetroffen. Dass sich quasi diese Punkteanzahl verringert hat. Und was genau ist geschehen. [...] Also es ist sehr oberflächlich. Wenn ich wirklich tiefgreifende Informationen haben möchte über diese Studie, sagt das eigentlich gar nix für mich aus.“ (P7, FG II)
	Erhalt		
	Ansprechbarkeit	Aspekte der Online-Information, die als ansprechend wahrgenommen werden oder Aussagen, die darauf hindeuten.	<ul style="list-style-type: none"> „Ja wirklich, wenn man sich mal die Wikipedia Artikel zu psychischen Krankheiten (.) das ist ja nur Diagnostikanleitung und das ist ja das pure Gerüst, ohne dass das mal mit Leben gefüllt ist oder so. Da ist das [die GI] viel näher dran am Menschen.“ (P6, FG I)

Kategorie	Subkategorien	Definition	Ankerbeispiel
Akzeptanz	Nutzungs-freundlichkeit	Eruierte Aspekte, die eine Nutzungsfreundlichkeit stützen.	<ul style="list-style-type: none"> „Und was ich richtig cool finde, ist der Infokorb. Den finde ich sehr, sehr gut. Dass man sich so seine Sachen raussuchen kann. Auch wenn man nur mal etwas überfliegen möchte und dann die Seite schnell verlassen möchte, kann man sich das, was man in Ruhe nochmal durchlesen möchte, runterladen. Das finde ich super.“ (P5, FG I)
	Vertrauens-würdigkeit	Eruierte Aspekte, die die Vertrauenswürdigkeit in die Online-Information darlegen.	<ul style="list-style-type: none"> „So Impressum, also das ist alles da. Die Stiftung ist in Berlin. Also geben auch eine Kontaktmöglichkeit. Ich habe das jetzt nicht weiterverfolgt. Aber ich denke mal, dass es gegeben ist dort. Ich würde das schon als seriös einschätzen.“ (P2, FG III)
	Umgang mit/ Reaktion auf Evidenzdarstellung	Aspekte, die aufzeigen, dass eine kritische Auseinandersetzung durch die Evidenzdarstellung und Formung eigener Ansichten erreicht werden konnte.	<ul style="list-style-type: none"> „[...] und für mich würde das überhaupt nicht in Frage kommen, weil bei den sind zu viele Einschränkungen, die im Text stehen. Und erstmal sind weiterhin depressive Symptome nach Nutzung. Das würde mich schon mal abturnen, wenn ich das lese, sage ich jetzt so. Dann haben welche nicht vollständig das absolviert. Die Module nicht gemacht. Das würde mich auch wiederum nachdenklich stimmen. Warum. Ja diese Seite mit den Einschränkungen, das war sehr viel.“ (P5, FG III)
Umfang & Relevanz	Revision		
	Fehlende, relevante Informationen	Benannte Gesichtspunkte, die in der Online-Information fehlen würden oder Aussagen, die darauf schließen lassen, Aspekte zu ergänzen.	<ul style="list-style-type: none"> „Und das meinte ich, wenn es sowas gibt wie zum Beispiel ‚Verhaltenstherapie haben so und so viel gut drauf angesprochen.‘ Und also das wäre nochmal interessant irgendwo.“ (P1, FG I)
	Umfang	Faktoren, die auf eine Revision des Umfangs der Information oder einzelner Passagen schließen lassen.	<ul style="list-style-type: none"> „Aber einfach zu lang. Für mich jetzt war es einfach zu viel Information.“ (P1, FG I)
	Erhalt		
Relevanz	Vorhandene als relevant dargelegte und damit zu erhaltende Informationen oder Aussagen, die darauf schließen lassen.	<ul style="list-style-type: none"> „Der eigentliche Informationsgehalt ist dann eben, zumindest die interessanteren Sachen, ich glaube, in den letzten zwei Reitern [Prävention und Behandlung] drinne.“ (P6, FG I) 	
Umfang	Aussagen zu einem adäquaten Umfang der Information bzw. einzelner Abschnitte oder Aussagen, die darauf schließen lassen.	<ul style="list-style-type: none"> „Aber ansonsten, wie gesagt, vom Umfang her, weil wenn man da jetzt noch mehr reinbringen würde, dann wäre es zu viel. Dann wären auch viele überfordert damit. Ja also ich finde eigentlich, dass ist eine gute Mischung aus Informationen, aber nicht zu viel.“ (P5, FG III) 	
Struktur & Übersichtlichkeit	Revision		
		Eruierte Aspekte, die eine Unübersichtlichkeit der Online-Information anzeigen und weitere Punkte, die eine Revision der Struktur stützen. Auch Aspekte zu Verlinkungen werden hier eingeordnet.	<ul style="list-style-type: none"> „Eventuell, mir kam vorhin der Gedanke, die ‚Suizidabsicht kann sich in mehreren Phasen aufbauen‘ und darunter, wie man dagegen vorgehen kann. Ist ja auch nur ein kurzer Abschnitt hier gewesen. Aber habe ich dann vielleicht deshalb auch übersehen. Weil ich, ja dann kam dann ‚Wie gehe ich dagegen vor‘ und dann ‚Wie baut es sich auf‘. Dass es vielleicht umgekehrt sinnvoller wäre - sein könnte.“ (P9, FG I)
Erhalt			
		Eruierte Aspekte, die eine Übersichtlichkeit der Online-Information anzeigen und weitere Punkte, die den Erhalt der Struktur stützen.	<ul style="list-style-type: none"> „Also ich finde die Seite gut aufgebaut. Ja, also chronologisch gut aufgebaut so. Fängt an mit der Depression, wie fängt das an, von A-Z, Krankheitsverlauf von A-Z, kann man sich auch informieren auch nochmal und so.“ (P1, FG II)
Layout	Revision		
	Allgemein	Aspekte, die eine Revision des Layouts im allgemeinen, der Grafiken bzw. des WissensChecks anzeigen. Auch das Übersehen bzw. Nichtwahrnehmen von Informationen wird hier eingeordnet.	<ul style="list-style-type: none"> „Ich würde vielleicht die Überschriften bei den Reitern, die an der Seite, noch ein bisschen hervorheben. Das ist leicht hellgrau. Diese kleinen grauen, das geht total unter. Ich habe vorhin gedacht, ‚oh bin ich da gerade drauf?‘. Weil normalerweise ändern die Links sich, wenn man darauf geht.“ (P2, FG I)
	Grafiken		<ul style="list-style-type: none"> „Aber der Pfeil ist trotzdem von der Größe zu massiv, bisschen kleiner der Pfeil.“ (P7, FG I)
	Layout des Wissens-Checks		<ul style="list-style-type: none"> „Drunter steht das. Also was hier drunter steht mit 21 und 27 Punkten. Das müsste in die Grafik rein. Dass, wenn ich mir die Grafiken angucke, dass ich das erfasse, was heißt die 21 und was heißt die 27. Das hat mir gefehlt.“ (P2, FG III)
Erhalt			
Allgemein			<ul style="list-style-type: none"> „Ich find die Farbwahl schön. Also die passen zusammen.“ (P3, FG I)

Kategorie	Subkategorien	Definition	Ankerbeispiel
	Layout des Wissens-Checks	Zu erhaltende Aspekte des Layouts im allgemeinen bzw. des WissensChecks.	<ul style="list-style-type: none"> • „Da steht auch wirklich klar da, die null ist eben keine Depression, also keine depressiven Symptome, die 60 die starken. Also man kann's richtig gleich einordnen. Es ist nicht zu viel drum rum, das ist eben klar, prägnant.“ (P1, FG III)
Ziel/e & Zielgruppe/n	Ziel(e) der EBG	Explizite Ansichten der Teilnehmenden zu den Zielen bzw. Zielgruppen der Online-Information bzw. des WissensChecks sowie implizite Interpretationen dazu.	<ul style="list-style-type: none"> • „Dass die Betroffenen, also die Depression haben oder so, sich informieren können. Oder wenn es jetzt Kinder betrifft oder Angehörige, dass man informiert ist und wenn man das Verhalten irgendwie sieht, dass man dann Hilfe für denjenigen gibt.“ (P7, FG II)
	Zielgruppe(n) der EBG		<ul style="list-style-type: none"> • „Sämtliche Gruppen. Neue sowie Leute, die sowieso Erfahrung damit haben und vielleicht auch Angehörige.“ (P6, FG I)
	Ziel(e) des Wissens-Checks		<ul style="list-style-type: none"> • „Die Zeit zu überbrücken bis zur Therapie. Das würde ich sagen, ist das Ziel dieser Information.“ (P2, FG II)
	Zielgruppe(n) des Wissens-Checks		<ul style="list-style-type: none"> • „An mich als Betroffene.“ (P4, FG II)
	Revision		
	explizite Ziel(gruppen) Nennung	Aspekte, die für eine explizite Nennung der Ziele und Zielgruppe der Online-Information und des WissensChecks sprechen.	<ul style="list-style-type: none"> • „Also muss man auch genau gucken, für wen ist denn diese Seite jetzt überhaupt gemacht? Also das stellt sich jetzt für mich die Frage, für wen ist diese Seite jetzt gemacht?“ (P9, FG II)

EBGI: Evidenzbasierte Gesundheitsinformation; FG: Fokusgruppe

9.4 Finanzierung & Zusammenarbeit mit der *Stiftung Gesundheitswissen*

Diese Dissertation ist im Kontext der Auftragsforschung der SGW in kooperativer Zusammenarbeit mit dem Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaft der MLU entstanden. In der Zusammenarbeit wurde u.a. eine EBG zum Krankheitsbild der Depression für die Darstellung auf der Homepage der SGW erarbeitet. Dafür hatte ich eine Stelle als wissenschaftliche Mitarbeiterin inne, die über Drittmittel seitens der SGW finanziert wurde. Einer weiteren wissenschaftlichen Mitarbeiterin und mir wurden unter der Leitung von Frau Prof. Steckelberg die Aufgabenfelder der Bedarfsanalyse, Grundlagentexterstellung, Erarbeitung der bestverfügbaren Evidenz zu sechs PICO-Fragen und die Pilotierung der Informationen übertragen. Die Umsetzung der recherchierten Evidenz in für NutzerInnen verständliche Sprache erfolgte in Zusammenarbeit mit der SGW. Die mediale Umsetzung der Information oblag der SGW. Die hier aufgeführten Forschungen stellen Eigenleistungen dar.

9.5 Interessenskonflikte

Zu Beginn der Zusammenarbeit mit der SGW gaben alle Beteiligten eine Erklärung über mögliche Interessenskonflikte ab. Bei Laura Hille und Jana Hinneburg liegen keine Interessenskonflikte vor.

10 Anhang

10.1 Selbständigkeitserklärung

Ich erkläre an Eides statt, dass ich die Arbeit selbstständig und ohne fremde Hilfe verfasst habe. Alle Regeln der guten wissenschaftlichen Praxis wurden eingehalten; es wurden keine anderen als die von mir angegebenen Quellen und Hilfsmittel benutzt und die den benutzten Werken wörtlich oder inhaltlich entnommenen Stellen als solche kenntlich gemacht.

Halle (Saale), September 2019

Laura Hille

10.2 Erklärung über frühere Promotionsversuche

Ich erkläre, dass ich mich an keiner anderen Hochschule einem Promotionsverfahren unterzogen bzw. eine Promotion begonnen habe. Mit der vorliegenden Arbeit bewerbe ich mich erstmals um die Erlangung des Doktorgrades. Ich erkläre, die Angaben wahrheitsgemäß gemacht und die wissenschaftliche Arbeit an keiner anderen wissenschaftlichen Einrichtung zur Erlangung eines akademischen Grades eingereicht zu haben.

Halle (Saale), September 2019

Laura Hille

10.3 Curriculum Vitae

Persönliche Daten

Laura Hille
wohnhaft in Halle (Saale)
*16.03.1991, Wolfenbüttel
ledig
laurahille@posteo.de

Ausbildung & Beruflicher Werdegang

09/2017-heute	Promotionsstudentin an der <i>MLU</i>
02/2018-07/2019	Wissenschaftliche Mitarbeiterin am Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaft, <i>MLU</i>
03/2019	Teilnahme an der Jahrestagung des <i>Deutschen Netzwerkes Evidenzbasierter Medizin e.V.</i>
09/2018	Teilnahme am Aufbaukurs Evidenzbasierte Medizin, Universität zu Lübeck
10/2017	Teilnahme am Grundkurs Evidenzbasierte Medizin von <i>Cochrane Deutschland</i> in Freiburg
08/2017-08/2018	Ausbildung zur Tanz- und Bewegungstherapeutin/-pädagogin am <i>IKE Berlin</i>
10/2010-06/2017	Studium der Humanmedizin an der <i>MLU</i> (Note 1,8)
06/2010	Abitur am <i>Gymnasium im Schloß</i> in Wolfenbüttel (Note 1,6)

Interkulturelle Kompetenz

01/2015-04/2015	Trainee auf dem internationalen Handelsschiff <i>Tres Hombres</i>
09/2014-11/2014	Freiwilligenarbeit in einem Public Health Projekt (<i>IIMC</i>) in Kolkata, Indien
07/2007-06/2008	Auslandsjahr an der <i>Benowa State High School</i> , Australien

Ehrenamtliche Tätigkeiten

02/2018-heute	Trainerin einer Kindertanzgruppe
04/2013-04/2016	Wöchentliche Betreuung eines Patenkindes (im Verein <i>Schutzengel für Kinder e.V.</i>)
03/2006-06/2010	Jugendleiterin der Evangelischen Jugend der Propstei Schöppenstedt

Interessen

Jazz- und Modern Dance
Schwimmen
Soziales Engagement

10.4 Danksagung

Mein Dank gilt meiner Betreuerin Frau Prof. Dr. Anke Steckelberg für die vertrauensvolle und wertschätzende Zusammenarbeit der letzten eineinhalb Jahre. Frau Steckelberg hat stets Zeit für meine Fragen und Anliegen gefunden und wertvolle Anregungen und Hinweise gegeben. Die Unterstützung und stete Hilfsbereitschaft hat wesentlich zum Gelingen dieser Arbeit beigetragen.

Auch bei meiner (ehemaligen) Arbeitskollegin Jana Hinneburg möchte ich mich ganz besonders bedanken. Die Einarbeitung von und Zusammenarbeit mit Jana eröffnete mir einen enormen Wissenszuwachs. Unsere fachlichen Diskussionen haben mich stets weitergebracht und mir durchaus Freude bereitet. Durch ein Telefonat mit Jana wurde auch ein grauer Arbeitstag wieder bunt und fröhlich. Auch die persönlichen und motivierenden Gespräche haben meine Arbeit unterstützt.

Besonders möchte ich mich auch bei meinen Freunden und meiner Familie bedanken, hier insbesondere meinem Freund und meiner WG, für die stets offenen Ohren und die Motivation.