

Fehltag wird inzwischen hierdurch verursacht (BPtK 2015). Dazu kommt, dass die AU-Dauer mit 25,7 Tagen im Mittel sehr hoch ausfällt (Meyer et al. 2017).

Professionelle Hilfe zur Bewältigung einer psychischen Erkrankung wird jedoch unzureichend in Anspruch genommen. Jacobi et al. (2014) fanden heraus, dass bei psychischen Belastungen und Erkrankungen nur selten Kontakt mit Behandelnden aufgenommen wird (11 % bis 40 % der Fälle in Abhängigkeit von der Anzahl der Diagnosen). In einer älteren Studie wird geschätzt, dass eine adäquate Behandlung tatsächlich nur in 10 % der Fälle stattfindet (Wittchen u. Jacobi 2001). Für den Fall, dass sich eine Person entscheidet, professionelle Hilfe in Anspruch zu nehmen, erfolgt aufgrund langer Wartezeiten vielfach trotzdem keine zeitnahe psychotherapeutische Behandlung. Die durchschnittliche Wartezeit auf einen Therapieplatz liegt im Mittel bei 15 Wochen, in ländlichen Gebieten sogar bei bis zu 20 Wochen (Nübling et al. 2014). Die geringe Inanspruchnahme sowie die lange Wartezeit können wiederum zu einer Verschlechterung der Verfassung und in der Folge zu Chronifizierung führen (Schulz et al. 2011).

E-Mental-Health

Mit der Verbreitung des Internets hat auch der Begriff E-Mental-Health immer größere Bekanntheit und Relevanz erlangt. Eine aktuelle Definition liegt von Nobis et al. (2017) vor:

„E-Mental-Health umfasst die Nutzung digitaler Technologie und neuer Medien, um Screening-Maßnahmen, Gesundheitsförderung, Prävention, Behandlungen oder Rückfallprophylaxe anzubieten. Auch Maßnahmen zur Verbesserung der Versorgung (z.B. elektronische Patientenakten), berufliche Weiterbildung (z.B. mittels E-Learning) und Onlineforschung im Bereich der psychischen Gesundheit ist Teil von E-Mental-Health“.

Der Fokus der Forschung im Bereich E-Mental-Health liegt vor allem auf der Evaluation von internet- und mobilbasierten Interventionen – sogenannten IMIs. Erste Erprobungen internetbasierter Interventionen fanden für verschiedene psychische Erkrankungen, allen voran Depression und Angsterkrankungen, statt. Die Wirksamkeit konnte in mehreren Metaanalysen für diese und einige weitere Erkrankungen nachgewiesen werden (Barak et al. 2008, Carlbring et al. 2018, Ebert et al. 2015, Olthuis et al. 2015, Andrews et al. 2010). Die Effekte liegen dabei zum Teil sogar im Bereich klassischer face-to-face-Psychotherapie (Carlbring et al. 2018). Die Wirksamkeit unterscheidet sich jedoch in Abhängigkeit vom Grad der Unterstützung in der Intervention durch einen Therapeuten/Coach. Programme mit mehr therapeutischer Unterstützung erwiesen sich generell als wirksamer als reine Selbsthilfeprogramme (Baumeister et al. 2014, Karyotaki et al. 2018). Auch präventiv eingesetzte Interventionen erwiesen sich als effektiv (Buntrock et al. 2016). Neben der Wirksamkeit konnte auch eine hohe Akzeptanz und Zufriedenheit mit den Interventionen auf Patientenseite gezeigt werden (Andrews et al. 2010).

Occupational E-Mental-Health

Eine Spezifizierung von E-Mental-Health stellt „Occupational E-Mental-Health“ (OEMH) dar. Lehr et al. (2016) definieren damit Interventionen, die dem Erhalt oder der Verbesserung der psychischen Gesundheit von Berufstätigen dienen. Dazu gehören neben edukativen Ansätzen und Screenings vor allem Maßnahmen zur Prävention, Intervention und Nachsorge von psychischen Belastungen und Erkrankungen sowie Maßnahmen zur Rückkehr an den Arbeitsplatz. Im Fokus der Forschung in diesem Bereich stehen vor allem internetbasierte Interventionen zur Reduktion von Stresserleben und psychischen Beschwerden (Nobis et al. 2017), die oft als Online-Gesundheitstrainings bezeichnet werden (Lehr et al. 2016). Während es eine Vielzahl an Interventionen im Bereich E-Mental-Health gibt, finden sich bisher deutlich weniger Interventionen und Studien im arbeitsbezogenen Kontext (Hennemann et al. 2017). Dazu gehören beispielsweise Studien zur Verbesserung von Schlafproblemen (Thiart et al. 2015) oder zum Stressmanagement (Ebert et al. 2016). In Bezug auf die Stressreduktion wurden in einer Metaanalyse moderate Effektstärken durch internetbasierte Interventionen nachgewiesen (Heber et al. 2017). Darüber hinaus gibt es Interventionen zur Unterstützung bei der Rückkehr an den Arbeitsplatz (Zwerenz et al. 2019, Zwerenz et al. 2017a). Hier wurde in einem randomisiert-kontrollierten Studiendesign belegt, dass berufstätige Patienten durch eine therapeutengestützte Online-Nachbehandlung im Anschluss an einen Rehabilitationsaufenthalt profitieren konnten. Die Patienten der Interventionsgruppe wiesen eine positivere Einschätzung zu ihrer zukünftigen Erwerbsfähigkeit auf und hatten weniger Depressions- und Angstsymptome sowie ein geringeres Ausmaß an psychosozialen Stress (Zwerenz et al. 2017a). OEMH-Interventionen bieten somit das Potenzial, psychisch bedingten Arbeitsunfähigkeitstagen entgegenzuwirken und insbesondere lange AU-Zeiten zu reduzieren. Im Hinblick auf die Kosten-Nutzen-Relevanz konnten Thiart et al. (2016) einen Return-on-Investment (ROI) von 208 % vorlegen, d.h. jeder investierte Euro hat sich etwa doppelt ausgezahlt.

Komponenten von E-Mental-Health-Interventionen

Seit der Entstehung erster IMIs wurde eine Vielzahl unterschiedlicher Arten von Interventionen entwickelt. Einen Überblick über relevante Komponenten von E-Mental-Health-Programmen gibt *Tabelle 1*. In dieser Tabelle wird zur Veranschaulichung der allgemeinen Komponenten zudem beispielhaft auf eine spezifische Online-Intervention zur Behandlung depressiver Störungen (depexis®24) eingegangen. Hierbei handelt es sich um eine erprobte Intervention zur Reduktion depressiver Symptome mit gut belegter wissenschaftlicher Evidenz, welche als Medizinprodukt zertifiziert ist (Meyer et al. 2015). Daneben gibt es eine Reihe weiterer Anwendungen zur Depressionsbehandlung mit unterschiedlichem Evidenzgrad (z.B. TK-DepressionsCoach oder MoodGym) (Löbner et al. 2018, Zagorscak et al. 2018).

Tab. 1: Überblick über relevante Komponenten von E-Mental-Health Programmen*

Komponenten	Ausprägung	Beispiel deprexis®24
Plattform	webbasierte Interventionen, Programme (z.B. Apps), Kommunikationsfokus (z.B. E-Mail, Chat, videobasierte Intervention), Sonstiges (z.B. Blogs, Podcasts)	webbasierte Intervention, SMS-Funktion
Setting	Überbrückung von Wartezeiten; Vor- oder Nachbereitung einer Psychotherapie, Ergänzung zu einer Psychotherapie („blended care“); stepped-care approach	alle genannten Formen möglich
Technische Umsetzung	von rein edukativen Inhalten über interaktive Programme mit dynamischer / individueller Rückmeldung bis hin zu face-to-face angelegten Kontaktformen (z.B. videobasierte Kommunikation); Einsatz von interaktiven Übungen, Audio- oder Videodateien, Gamification Ansatz u.v.m.	dynamischer Dialog mit dem Nutzer
Menschliche Unterstützung	mit oder ohne Unterstützung („guided“ vs. „unguided“)/unterschiedliche Intensität und Professionalisierung der Unterstützung	mit oder ohne Unterstützung durch Arzt/ Psychotherapeut möglich
Theoretische Fundierung	z.B. kognitive Verhaltenstherapie (KVT), tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (TP), gesundheitspsychologische Modelle (v.a. bei Modifikation von Gesundheitsverhalten) oder gar keine theoretische Fundierung	KVT
Indikation	von Allgemein (z.B. Förderung von Wohlbefinden) bis hin zu spezifischen Störungsbildern bzw. Erkrankungen (z.B. Schlafstörungen, Depression) oder themenspezifische Indikation (z.B. beruflicher Bezug)	unipolare Depression/ depressive Verstimmungen
Ansatz	Prävention (z.B. Primär- oder Sekundärprävention), Rehabilitation	v.a. Sekundärprävention, Rehabilitation
Eingabegerät/ Schnittstelle	PC, Tablet, Smartphone, mobile Apps, E-Mail, Chat- oder Videotherapien	PC, Tablet, Smartphone
Frequenz/ Dauer	unterschiedliche Konzeptualisierungen, häufig ein Modul pro Woche	2 × pro Woche für 30 Min. über 3 Monate
Evidenz	keine wissenschaftliche Überprüfung bis hin zu höchster Evidenz (Review mehrerer RCTs)	sehr hoch (RCTs)
Zertifizierung	keine bis hin zu Klassifikation als Medizinprodukt	CE-gekennzeichnetes Medizinprodukt
Datenschutz	in unterschiedlicher Ausprägung (gering bis sehr hoch)	erfüllt die Anforderungen des deutschen Datenschutzgesetzes
* in Anlehnung an Lin et al. (2013), Ezemicks u. Kühn (2018), Zwerenz u. Beutel (2017), Klein et al. (2016a), Meyer et al. (2015)		