

# Digitales Gesundheitswesen: Konzepte und Praxisbeispiele

## Telemonitoring depressiver Patienten – Konsequenzen für Prävention und Behandlung

ANDREAS STORM, VORSITZENDER DES VORSTANDES, DAK-GESUNDHEIT, HAMBURG



**D**ie Chancen der Digitalisierung richtig zu nutzen, wird für das gesamte Gesundheitswesen sowie für die gesetzliche Krankenversicherung existenziell sein. Daher ist die Politik gefordert, Erprobungsräume und Qualitätsstandards zu schaffen, die es ermöglichen, telemedizinische Angebote und Online-Therapien verbindlich zu prüfen. Ziel muss es sein, wertvolle Angebote von denen zu trennen, die ausschließlich kommerziellen Interessen dienen, ohne einen wirklichen Nutzen für die Versorgung zu haben. Zugleich stellt die umfassende Nutzung digitaler Möglichkeiten große und zum Teil ganz neue Anforderungen an Datenschutz und Datensicherheit. Die DAK-Gesundheit hat sich diesen Herausforderungen gestellt und bietet verschiedene Versorgungsprogramme an, deren Wirksamkeit und Sicherheit nachgewiesen werden konnte. Darüber hinaus hat die DAK Gesundheit als erste bundesweite Krankenkasse Ende 2016 einen „Chief Digital Officer“ berufen, um der technologischen Entwicklung mit einem strategischen Gesamtansatz zu begegnen.

### Einleitung

Vor gut 75 Jahren präsentierte der Berliner Ingenieur Konrad Zuse der wissenschaftlichen Welt den ersten programmierbaren Computer. Zu diesem Zeitpunkt wurden ärztliche Befunde, Arztbriefe und Forschungsergebnisse noch handschriftlich oder mit einer Schreibmaschine auf Papier festgehalten. Heute benutzen die meisten Menschen PCs, Tablets und Smartphones, deren Rechenleistung mindestens 200 Millionen Mal schneller ist als die der Supercomputer von einst.

Diese rasante technologische Entwicklung der Digitalisierung hat auch die medizinische Versorgung erreicht und bietet die Chance durch Telemedizin, Online-Therapien und/oder Apps bessere Präventions- und Versorgungsangebote sowie maßgeschneiderte Behandlungskonzepte zu entwickeln und anzubieten. Die DAK-Gesundheit hat diesen Mehrwert und die Herausforderungen dieser Angebote erkannt und bietet verschiedene Produkte, Services und Online-Therapiekonzepte an, um eine qualitativ hochwertige medizinische Versorgung sicherzustellen. Hierbei widmet sich die DAK-Gesundheit unter anderem den großen Volkskrankheiten wie Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Diabetes und auch Depressionen.

Im folgenden Beitrag soll das Online-Therapie-Angebot der DAK-Gesundheit zur telemonitorischen Betreuung von depressiven Patienten betrachtet werden. Unter anderem wird hierbei eine Studie zum Nachweis der Effektivität eines solchen Angebots und dessen Nutzung im Rahmen eines innovativen Versorgungsmodells näher vorgestellt.

### Versorgungslücken und neue Chancen in der Behandlung von psychischen Erkrankungen

In Deutschland werden psychische Erkrankungen häufig nicht ausreichend behandelt. Unter den Patienten, die im Laufe ihres Lebens eine Episode mit einer psychischen Störung aufweisen, war nur jeder vierte in irgendeiner Form wegen dieser Störung in Behandlung. Sogar von Personen, die schwer betroffen sind und insgesamt an mindestens vier psychischen Erkrankungsbildern leiden und dringend Behandlung benötigen, wurden innerhalb eines Jahres weniger als die Hälfte therapiert (vgl. Mack et al. 2014, Jacobi et al. 2014). Darüber hinaus erhalten viele Betroffene erst nach einer langen Wartezeit von mehreren Monaten einen Therapieplatz (vgl. Zepf et al. 2003).

Eine dieser psychischen Erkrankungen, die relativ häufig vorkommen sind Depressionen, die mit hohem Leidensdruck verbunden sind und in Europa und Deutschland gegenwärtig die Krankheitsgruppe mit der schwersten gesellschaftlichen Belastung darstellen (vgl. Wittchen und Jacobi 2005). Ursache ist, dass häufiger stationäre als ambulante psychotherapeutische Behandlungen in Anspruch genommen werden. Darüber hinaus zeigt sich, dass im Mittel sieben Jahre vergehen, bis eine fachlich angemessene Versorgung stattfindet. Dabei ist bekannt dass Depressionen eine deutlich günstigere Prognose haben, wenn sie im Frühstadium erkannt und adäquat behandelt werden (de Jong-Meyer et al. 2007, DGPPN, BÄK, KBV, AWMF et al. 2009). Um eine solche frühzeitige Behandlung von leichten bis mittelgradigen Depressionen möglich zu machen oder zu unterstützen, bietet sich an, eine niedrigschwellige Interventionen im Sinne eines computergestützten inter-

netbasierten Programms einzusetzen (National Institute for Health and Clinical Excellence 2009). Mehrere Gründe sprechen für den Einsatz solcher Interventionen:

- die mangelnde Verfügbarkeit adäquater konventioneller Behandlungsangebote, insbesondere in ländlichen Regionen, sowie dadurch entstehende lange Wartezeiten;
- mit psychischen Störungen assoziiertes Stigma und damit verbundene Vermeidungstendenzen bezüglich einer Behandlungsaufnahme;
- die zeitliche Begrenzung vieler konventioneller Behandlungen auf übliche Geschäftszeiten und dadurch entstehende Erreichbarkeitsprobleme bei Berufstätigen;
- hohe Behandlungskosten (Bundesministerium für Gesundheit 2006, Hollon et al. 2002).

Online-Programme zur Depressionsbehandlung haben sich in der psychotherapeutischen Behandlung einiger europäischer Länder bereits etabliert, so dass einige als Standardintervention in den Leitlinien des National Institute of Health and Clinical Excellence (NICE) in Großbritannien aufgenommen wurden (National Institute for Health and Clinical Excellence 2009). In Deutschland gehören computerbasierte Formen der Behandlung jedoch noch nicht zum Spektrum der Routineversorgung, jedoch gibt es Bemühungen derartige Programme zu konzipieren und zu evaluieren. Eins dieser Programme ist „deprexis24“, das von der GAIA AG in Hamburg entwickelt wurde. deprexis24 zielt darauf ab, die Selbstmanagementfähigkeiten von Personen mit leichter bis mittelgradiger depressiver Symptomatik zu stärken und so zu einer Reduktion der Depressivität beizutragen (Meyer et al. 2009). Bisher gab es bereits in drei randomisierten Studien Hinweise darauf, dass Personen mit leichter bis mittelschwerer Depressivität von dem

deprexis24-Programm profitieren und eine Reduktion depressiver Symptome erreicht werden konnte (Meyer et al. 2009, Berger & Caper 2011, Moritz et al. 2012).

Gesundheitsökonomische Studien wurden bisher jedoch nicht durchgeführt. Aufgrund dessen hat sich die DAK-Gesundheit in Zusammenarbeit mit der Universität Bielefeld an die Aufgabe gemacht, zu überprüfen, inwiefern der Einsatz des deprexis24-Programms bei DAK-Versicherten zu einer Reduktion der Depressivität sowie zu einer Reduktion der Behandlungskosten beitragen kann. Im Folgenden werden das deprexis24-Programm sowie die Studie zum Nachweis der Effektivität des Programms näher dargestellt. Anschließend wird aufgezeigt, wie deprexis24 in dem innovativen Versorgungskonzept „Veovita“ eingebettet wurde und so dazu beitragen soll, Versorgungslücken zu schließen.

### Ein Online-Therapieangebot bei Depressionen: deprexis24

deprexis24 ist das einzige deutsche Online-Therapieprogramm gegen Depressionen, das in mehreren Studien seine Wirksamkeit und Sicherheit unter Beweis gestellt hat. Darüber hinaus ist das Programm CE-zertifiziert, erfüllt alle datenschutzrechtlichen Vorgaben und ist auf nahezu jedem internetfähigen Endgerät (PC/Laptop, Tablet-PC, Smartphone) nutzbar. Die DAK-Gesundheit ist die erste große deutsche Krankenkasse, die ihren Versicherten den Zugang vollumfänglich ermöglicht.

deprexis24 basiert inhaltlich auf den Prinzipien der kognitiven Verhaltenstherapie und ist so konzipiert, dass gerade auch Personen mit leichter oder mittelschwerer Depression das Angebot in Anspruch nehmen können. Vorrangiges Ziel ist, dass die Betroffenen im Sinne der Prävention schnelle Hilfe bekommen und keine Intensivierung ihrer Symptomatik erleiden. Das deprexis24-Programm kann und soll die ärztliche oder psychotherapeutische Behandlung hierbei selbstverständlich nicht ersetzen.

Das Programm stellt lediglich eine zusätzliche Option zur Selbsthilfe dar. Aufgrund dessen ist das Programm nur nutzbar, wenn ein Arzt oder Therapeut bestätigt, dass deprexis24 aus fachlicher Sicht eine hilfreiche Ergänzung darstellt. Diese Bestätigung kann im Blanko-Format auf der DAK-Homepage leicht ausgedruckt und vom Arzt ausgefüllt werden. Darüber hinaus kann deprexis24 aber auch im Rahmen von Veovita genutzt werden.

Das deprexis24-Programm läuft über drei Monate und ist modular aufgebaut. Das heißt, der Nutzer kann verschie-

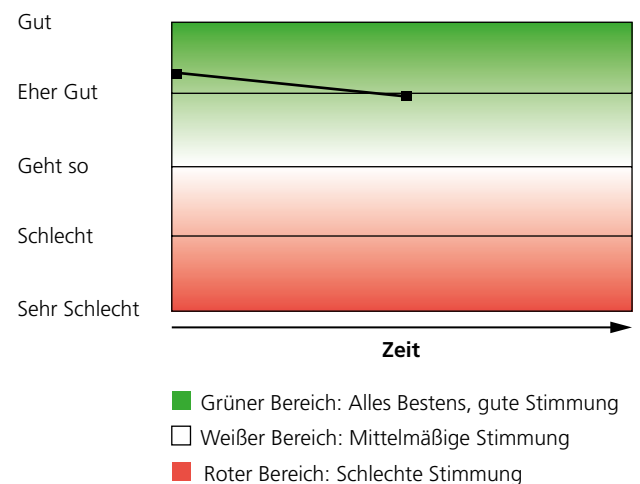
dene inhaltliche Themen in mehreren „Dialogen“ oder „Sitzungen“ am Computer selbstständig durcharbeiten. Jedes Mal nach dem Log-in in das Programm wird zunächst der so genannte „Stimmungsbarometer-Fragebogen“ ausgefüllt, der aus sechs Fragen besteht. Daraufhin wird in einer Grafik der daraus automatisch ermittelte Stimmungswert für den Nutzer dargestellt, damit dieser den Verlauf der Stimmung über die Programmnutzungszeit nachvollziehen kann. Bei anhaltend schlechter Stimmung weist das Programm darauf hin, dass die Konsultation bei einem Arzt oder Psychotherapeuten empfohlen wird (siehe Abbildung 1).

Anschließend wird der Nutzer von dem Programm begrüßt und beginnt mit dem ersten von insgesamt zehn verschiedenen „Dialogen“. In der Begrüßung werden dem Nutzer die Funktionsweise und die grundlegenden Aspekte der kognitiven Verhaltenstherapie erklärt sowie die subjektiv empfundenen Auslöser der Depression erfragt. Auf jeder Website,

### „Stimmungsbarometer“ bei deprexis24

#### Stimmungsbarometer

Auf dieser Grafik können Sie sehen, wie Ihre Stimmung war, bevor Sie Deprexis genutzt haben. Ich frage Sie ja immer am Anfang, wie es Ihnen geht – hier sehen Sie, was Sie mir geantwortet haben. Je weniger sich diese Kurve im roten Bereich befindet, desto besser



**Anmerkung:** Wenn sich Ihre Stimmung über längere Zeit - viele Tage oder Wochen – im roten Bereich bewegt, dann empfehlen wir Ihnen, Ihren Arzt oder Psychotherapeuten aufzusuchen.

Quelle: deprexis24/DAK



Abbildung 1: Mit dem „Stimmungsbarometer“-Fragebogen soll der Verlauf der Stimmung über die Programmnutzungszeit dargestellt werden.

auf die der Nutzer gelangt, kann er zwischen verschiedenen Antwortoptionen wählen. Die Inhalte werden durch Zeichnungen, Fotos, Grafiken und einigen kurzen „Hörspielen“ bzw. „Audios“ illustriert und begleitet. Nach der Begrüßung gelangt der Nutzer auf weiterführende Dialoge, die anhand verschiedener Themen darauf abzielen, hilfreiche Anregungen zur Bewältigung der Depression zu bieten. Je nach Lesegeschwindigkeit werden für einen Dialog ca. 30 bis 60 Minuten benötigt und der Nutzer wird ermuntert, etwa ein bis zwei Dialoge pro Woche zu führen. Die folgenden Themen werden in den einzelnen Dialogen behandelt:

1. Kognitive Umstrukturierung: In diesem Dialog werden dem Nutzer Methoden vermittelt, so genannte „negative automatische Gedanken“ zu verändern bzw. sie mit einer gelassenen, distanzierten Einstellung zu betrachten. Des Weiteren wird das Thema der „kognitiven Verzerrungen“ oder des „Katastrophendenkens“ (Tendenz, kleinere Fehler als katastrophales Ereignis wahrzunehmen) behandelt. Ziel ist, dem Nutzer Ansätze zu vermitteln mit belastenden Gedanken auf eine konstruktive, hilfreiche Art und Weise umzugehen.
2. Verhaltensaktivierung: Die Nutzer werden ermuntert, verschiedene potentiell hilfreiche Aktivitätsvorschläge aus Listen auszuwählen und diese dann im Alltag umzusetzen. Diese Verhaltensaktivierung hat sich in verschiedenen Studien als besonders wirksames Element der kognitiven Verhaltenstherapie gezeigt (Meyer et al. 2009).
3. Achtsamkeit und Akzeptanz: Es wird thematisiert, dass sich der Nutzer z.B. nicht auf einen „Kampf“ mit den eigenen Gedanken und Gefühlen einlassen muss, sondern derartige Gefühle auch aus distanzierter, gelassener Perspektive betrachten kann.
4. Soziale Kompetenz: Es wird dargestellt, dass positive, harmonische Beziehungen helfen können, depressive Symptome zu bewältigen, und es werden Hinweise gegeben, wie derartige Beziehungen kultiviert werden können (z.B. Tipps zur erfolgreichen Kommunikation). Darüber hinaus werden positive, sozial kompetente Verhaltensweisen eingeübt und erlernt.
5. Entspannungsübungen: Verschiedene Entspannungsübungen, wie z.B. die progressive Muskelentspannung, Atemübungen und ähnliches werden vorgestellt und können ausprobiert und erlernt werden.
6. Problemlöse-Ansätze: Es geht darum, vage oder unklare Probleme klar und sachlich zu beschreiben, Lösungsmöglichkeiten zu generieren, diese zu bewerten und dann umzusetzen. Derartige Methoden gehören zu den Klassikern der kognitiven Verhaltenstherapie bei der Behandlung von Depressionen.
7. Schwierige Erfahrungen in Kindheit und Jugend: Es wird dargestellt, dass belastende Erfahrungen mit Gefühlen der Depression in Zusammenhang stehen können. Darüber hinaus werden Hinweise gegeben, wie mit derartig belastenden Erinnerungen umgegangen werden kann (z.B. therapeutisches Schreiben).
8. Positive Psychologie bzw. „Glücksforschung“: Erkenntnisse aus der so genannten „Positiven Psychologie“, die für die Selbsthilfe depressiver Symptome relevant sind, werden vermittelt (z.B. Erkennen der eigenen Stärken und Talente und Einsatz dieser im Alltag)
9. Traumarbeit und Emotionsfokussierte Interventionen: Dieser Dialog ist optional und vermittelt, dass auch die Beschäftigung mit Träumen und Emotionen sinnvoll und hilfreich sein kann (z.B. Methode des „Traumtagebuchs“).
10. Zusammenfassung: Zum Abschluss werden einige der wichtigsten Inhalte aus den vorherigen Dialogen in Kurzform zusammengefasst und der Nutzer wird ermuntert, auch weiterhin die Anregungen umzusetzen, die als hilfreich empfunden werden.

### **Gesundheitsökonomische Evaluation zur Wirksamkeit eines digitalen Angebotes bei Depressionen: deprexis24**

Im Rahmen einer randomisiert-kontrollierten Studie sollte ermittelt werden, ob das Programm deprexis24 auch aus gesundheitsökonomischer Perspektive einen Vorteil bringt. Es wurde untersucht, ob im Vergleich zu einer Kontrollgruppe bei deprexis24-Nutzern in einem Zeitraum von einem Jahr nach Beginn der Programmnutzung niedrigere Behandlungskosten sowie eine Reduktion der Depressivität, eine Steigerung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität und/oder eine Steigerung der beruflichen und sozialen Funktionsfähigkeit nachgewiesen werden konnte. In Abbildung 2 ist das Studiendesign dargestellt. Versicherte der DAK-Gesundheit wurden auf verschiedenen Wegen (u.a. Bekanntmachung in der DAK-Mitgliederzeitschrift, auf der DAK-Website sowie durch gezielte Ansprache von Versicherten mit Diagnosen F32-F34) über die Möglichkeit zur Teilnahme an der Studie informiert. Im Anschluss an die Rekrutierung erfolgt die sogenannte Baseline-Testung, in

der neben einem validierten Fragebogen zur Depressivität (PHQ-9) (Kroenke et al. 2007, Löwe et al. 2004), ein Fragebogen zur Funktionsbeeinträchtigung (WSAS) (Mundt et al. 2002) als auch verschiedene Fragebögen zur gesundheitsbezogenen Lebensqualität (SF 12 und EQ5D (Gandek et al. 1998, Mielck et al. 2010) erhoben wurden. Außerdem wurden relevanten Informationen für die folgenden Einschlusskriterien ermittelt:

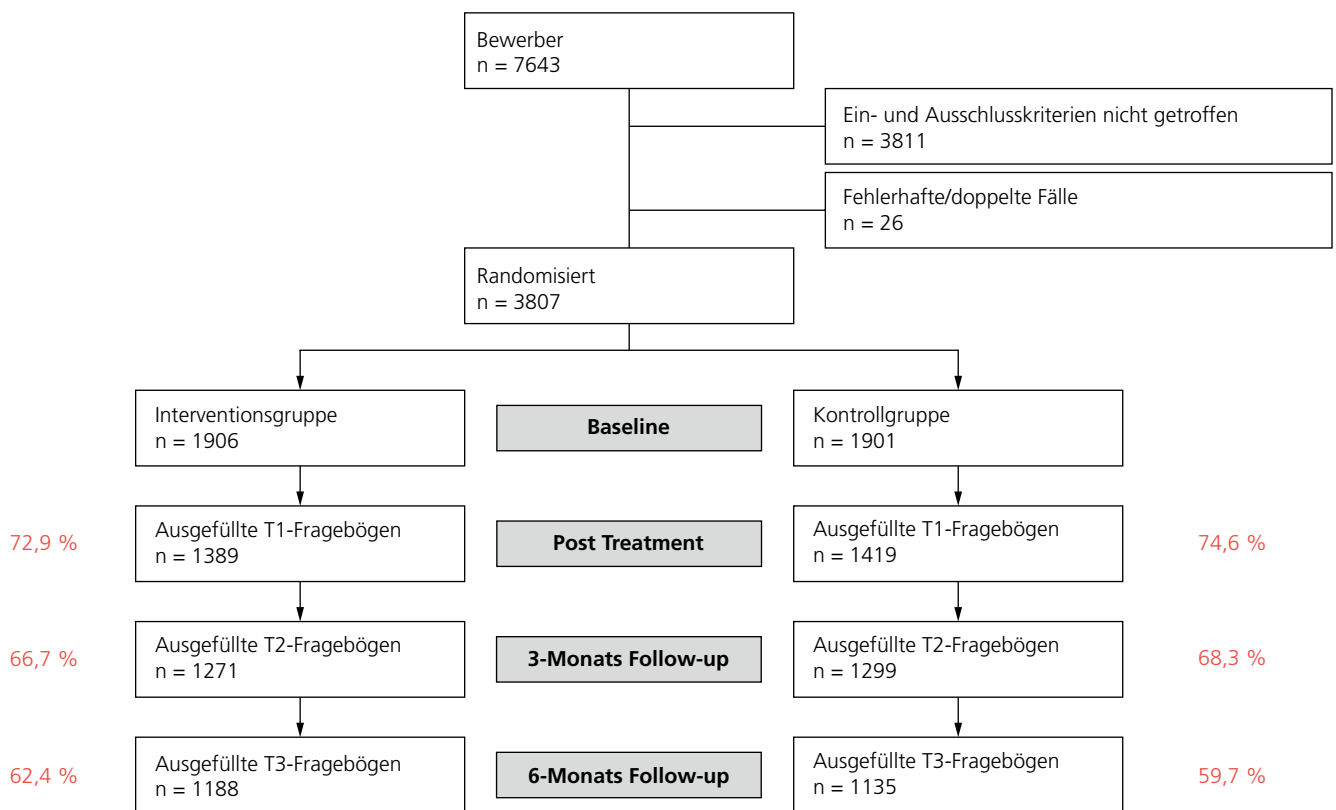
- Alter  $\geq 18$  Jahre,
- Einverständnis zur Teilnahme an der Studie (informed consent),
- Mindestens einjährige Mitgliedschaft bei der DAK-Gesundheit,
- Internetzugang des Teilnehmers.

Darüber hinaus mussten die Studienteilnehmer der deprexis24-Gruppe sowie der Kontrollgruppe eine mindestens leicht ausgeprägte depressive Symptomatik aufweisen,

die durch den Fragebogen zur Depressivität, den Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9), erfasst wurde. Falls mit dem Fragebogen eine sehr schwere Symptomatik bzw. ein Verdacht auf Suizidalität ermittelt wurde, erhielten die Betroffenen schriftliche Informationen und Empfehlungen zur Aufnahme geeigneter fachärztlicher Behandlung sowie entsprechende Kontakt-Adressen und Telefonnummern (inklusive Notfallnummern) und sie wurden von der Teilnahme an der Studie ausgeschlossen.

Im Anschluss an die Baseline-Erhebung wurden die Studienteilnehmer zufällig auf zwei Gruppen aufgeteilt. Die Interventionsgruppe erhielt Zugang zum deprexis24-Programm und die Kontrollgruppe erhielt zunächst allgemeine Informationen zum Thema Depressionen (z.B. eine Depressions-Broschüre der DAK) und es wurde den Teilnehmern der Kontrollgruppe zugesichert, dass sie nach Abschluss der Studie ebenfalls Zugang zu deprexis24 erhalten („Warte-

### Studiendesign und Flussdiagramm der gesundheitsökonomischen Evaluation von deprexis24



Quelle: deprexis24/DAK



Abbildung 2: Studiendesign der gesundheitsökonomischen Evaluation zur Wirksamkeit eines digitalen Angebots bei Depressionen. Es handelt sich dabei um eine randomisiert-kontrollierte Studie.

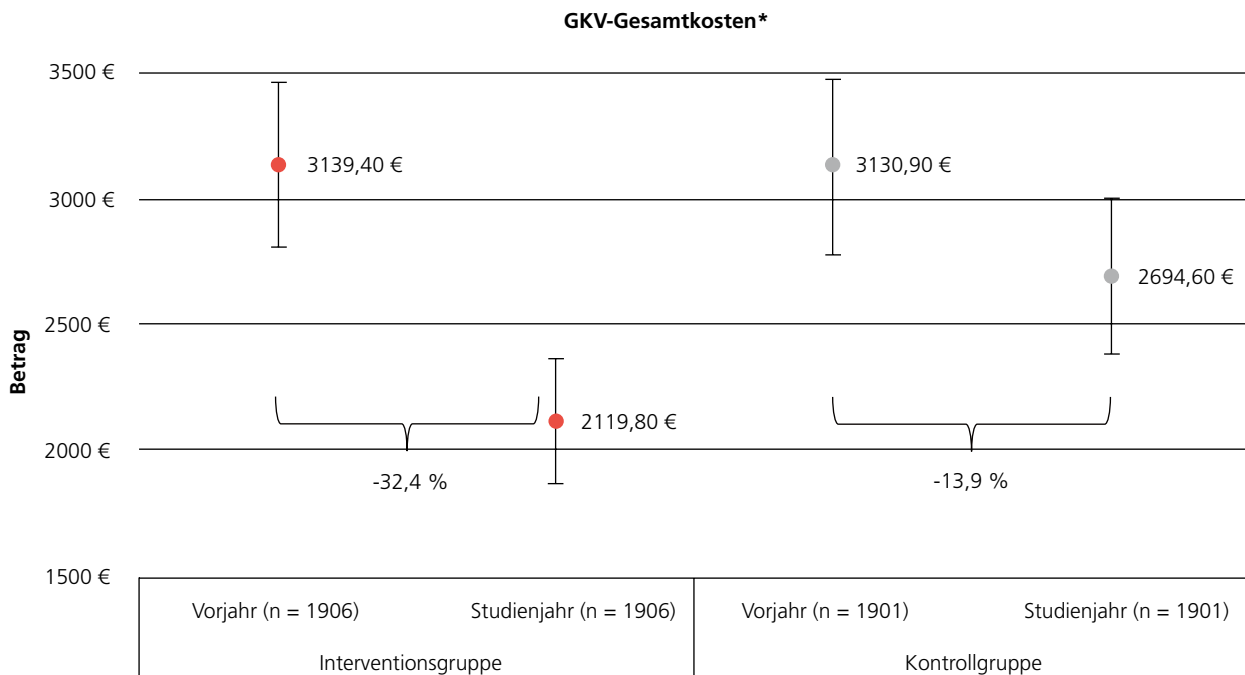
gruppe“). Jeweils direkt nach Behandlungsbeginn sowie drei und sechs Monate später erhielten die Studienteilnehmer erneut die bereits erwähnten Fragebögen zur Depressivität, zur gesundheitsbezogenen Lebensqualität und zur Funktionsfähigkeit. Zudem wurden die Behandlungskosten anhand der Abrechnungsdaten, die im Rahmen der Leistungsabrechnung routinemäßig an die DAK-Gesundheit übermittelt werden, analysiert. Als Datengrundlage wurden hierfür die Kostendaten aus den Bereichen Krankenhaus, Arzneimittel, Krankengeld und Heilmittel versichertenbezogen für die deprexis24-Gruppe sowie für die Kontrollgruppe für insgesamt zwölf Monate nach Studienbeginn ermittelt. Voraussetzung für die Übermittlung dieser Daten für die Studie war natürlich die ausdrückliche Zustimmung der Studienteilnehmer.

Die Ergebnisse der Studie sind vielversprechend. Insgesamt nahmen 3807 Teilnehmer, 1906 in der deprexis24-Gruppe und 1901 in der Kontrollgruppe, an der Studie teil. Nach dem Sechs-Monats-Follow-up haben noch 62,4 Prozent in der deprexis24-Gruppe und 59,7 Prozent in der Kontrollgruppe alle Fragebögen zurück gesendet (siehe Abbildung 2).

In beiden Gruppen waren häufiger Frauen als Männer eingeschlossen, im Durchschnitt waren die Teilnehmer 46 Jahre, hatten eine mittlere Schulbildung, waren vollzeitbeschäftigt, litten laut dem Depressions-Fragebogen PHQ-9 an einer mittelgradigen Depression und waren wegen einer Depression bereits in Behandlung. Unterschiede zwischen den beiden Studiengruppen wurden nicht festgestellt, sodass davon ausgegangen werden kann, dass die beiden Gruppen gut mit einander vergleichbar sind und die Randomisierung erfolgreich war.

Nach Abschluss der Studie zeigt sich eine signifikante Reduktion der Depressivität, der gesundheitsbezogenen Lebensqualität sowie der sozialen und funktionalen Leistungsfähigkeit. Darüber hinaus lässt sich ein deutlicher Unterschied in Bezug auf die Behandlungskosten feststellen. Es zeigt sich, dass in beiden Gruppen die Behandlungskosten nach Studienabschluss niedriger waren als im Jahr vor der Studie, allerdings sind die Behandlungskosten in der Kontrollgruppe um lediglich 13,9 Prozent gesunken, in der deprexis24-Gruppe sind die Kosten jedoch um insgesamt

### Vergleich der Entwicklung der GKV-Gesamtkosten in der deprexis24- und in der Kontrollgruppe



Quelle: deprexis24/DAK



**Abbildung 3:** Die Behandlungskosten sind nach Studienabschluss in der deprexis24-Gruppe mit 32,4 Prozent wesentlich stärker gesunken als in der Kontrollgruppe mit 13,9 Prozent.

32,4 Prozent zurück gegangen (siehe Abbildung 3). Dieser Unterschied ist statistisch signifikant und basiert einerseits auf den wesentlich geringeren Bezügen von Krankengeld in der deprexis24-Gruppe nach Abschluss der Studie. Darüber hinaus sind in der deprexis24-Gruppe die durchschnittlichen Kosten für stationäre Behandlungen deutlich zurückgegangen, wobei die Kosten für stationäre Behandlungen in der Kontrollgruppe sogar zugenommen haben. Der Einsatz von deprexis24 ist also auch aus gesundheitsökonomischer Perspektive sinnvoll (Gräfe & Greiner 2017).

### **Der Einsatz von Online-Therapien im Rahmen innovativer Versorgungskonzepte: Veovita als Beispiel erfolgreicher Digital-Projekte bei der DAK-Gesundheit**

Veovita organisiert die ambulante Versorgung von Depressionspatienten, aber auch von Versicherten mit Angststörungen. Veovita nutzt moderne Technologien, Prozessabläufe und Verfahren, um die vorhandenen Ressourcen der Regelversorgung besser zu aktivieren, besser zu koordinieren und vor allem: besser zu individualisieren. Das Ziel von Veovita ist, dass die Betroffenen ihre Depression oder Angststörung bewältigen und möglichst schnell wieder zu einem normalen Alltag gelangen.

Im Kern dreht es sich dabei um vier Bereiche:

1. Schnelle, fundierte Diagnostik und Therapieeinleitung: Eine fundierte ärztliche und psychotherapeutische Diagnostik bildet den Grundstein für eine wirksame Behandlung. Die Diagnostik sowie die Therapie erfolgen durch die Veovita-Partner, d.h. durch niedergelassenen approbierte Psychotherapeuten oder Fachärzte für Psychiatrie. Veovita hat dabei den großen Vorteil, dass es kaum Wartezeiten gibt. Innerhalb von drei Wochen erfolgen die Diagnostik, ein ausführliches Erstgespräch und der Therapiebeginn. Durch den frühen Behandlungsstart soll die Lebensqualität verbessert und eine lange Krankheit verhindert werden.
2. Individualisierte, software-gestützte Beratungs- und Therapieplanung und Behandlung: Um jeden Patienten individuell und auf sein Beschwerdebild zutreffend zu behandeln, nutzt Veovita moderne Softwarelösungen, die eine effektive, digital-gestützte Begleitung ermöglichen. Grundsätzlich erfolgt die Behandlung in Einzel- oder Gruppensitzungen. Darüber hinaus findet eine individuelle Beratung telefonisch und per E-Mail statt. So können die Patienten flexibel mit ihrem Be-

treuer in Kontakt treten, auch mehrmals in der Woche. Darüber hinaus werden auch zusätzliche Informationen und Hilfestellung vermittelt, Empfehlungen zu Selbsthilfegruppen, Vorbereitung eines Termins mit dem Betriebsarzt oder Hilfe beim Aufsetzen eines Bewerbungsschreibens.

3. Netzwerk aus Spezialisten: Das flächendeckende Veovita-Spezialisten-Netzwerk aus niedergelassenen Haus- und Fachärzte, Psychotherapeuten sowie Kliniken stellen eine optimale Behandlung sicher. Zusätzlich unterstützt ein multidisziplinäres Team die Patienten und vermittelt auch Ansprechpartner für speziellere Fragen. Darüber hinaus werden die Patienten durch einen persönlichen Ansprechpartner bei Veovita individuell und flexibel begleitet, der auch telefonisch sowie über andere digitale Medien (z.B. E-Mail) zu erreichen ist.
4. Einsatz digitaler Therapieprogramme: Im Rahmen von Veovita werden ausschließlich qualitätsgeprüfte und sichere Online-Angebote eingesetzt, wie zum Beispiel deprexis24, um die Patienten über die Therapie hinaus zu unterstützen.

Das Versorgungskonzept Veovita ist ein Beispiel moderner und wirksamer Versorgung – die auch bei den Versicherten gut ankommt. Die Zufriedenheitsbefragung ein Jahr nach Teilnahmebeginn an Veovita ergab im Schulnotensystem eine „1-“, was nicht zuletzt bei dem Beschwerde- bzw. Erkrankungsbild ein sehr ermutigendes Ergebnis ist.

### **Fazit**

In allen Lebenslagen begleiten uns Smartphones, Tablet-PC und Laptops, wobei der Gesundheitsbereich keine Ausnahme darstellt. Die rasante Weiterentwicklung der Technologie kann sinnvoll eingesetzt werden, um maßgeschneiderte, effektive und gleichzeitig ressourcenschonende Versorgungsangebote zu entwickeln und anzubieten.

Diese Chance richtig zu nutzen und die Entwicklungen durch die Digitalisierung strategisch richtig auszurichten, wird für das gesamte Gesundheitswesen sowie für die gesetzlichen Krankenversicherungen existenziell sein. Aufgrund dessen ist die Politik gefordert, Erprobungsräume und Qualitätsstandards zu schaffen, die es ermöglichen, telemedizinische Angebote und Online-Therapien verbindlich zu überprüfen, um wertvolle Angebote von denen die

ausschließlich kommerziellen Interessen dienen, ohne einen wirklichen Nutzen für die Versorgung der Patienten zu haben, zu trennen (Storm 2017).

Darüber hinaus stellt die umfassende Nutzung digitaler Möglichkeiten große und zum Teil ganz neue Anforderungen an Datenschutz und Datensicherheit. Gleichzeitig müssen auch die gegebenen Bedingungen bei den niedergelassenen Leistungserbringern, die häufig noch den Gebrauch von Fax-Geräten gewohnt sind, Beachtung finden. Wie in diesem Beitrag beschrieben, hat sich die DAK-Gesundheit dieser Herausforderung gestellt und bietet verschiedene Versorgungsprogramme an, deren Wirksamkeit und Sicherheit nachgewiesen werden konnte. Darüber hinaus hat die DAK-Gesundheit als erste bundesweite Krankenkasse bereits Ende 2016 einen „Chief Digital Officer“ (CDO) einberufen, um der technologischen Entwicklung mit einem strategischen Gesamtansatz zu begegnen – denn auch bei aller Begeisterung für die neuen technischen Möglichkeiten im Rahmen der Digitalisierung sollte der Nutzen für den Menschen im Mittelpunkt aller Überlegungen und an erster Stelle stehen.

E-Mail-Kontakt: andreas.storm@dak.de

## Literatur

- Berger T, Hämmerli K, Gubser N, Andersson G, Caspar F (2011): Internet-based treatment of depression: A randomized controlled trial comparing guided with unguided self-help. *Cognitive Behaviour Therapy* 40(4):251-66. doi: 10.1080/16506073.2011.616531.
- Bundesministerium für Gesundheit (2006): Forum zur Entwicklung und Umsetzung von Gesundheitszielen in Deutschland. 6. Nationales Gesundheitsziel: Depressive Erkrankungen: verhindern, früh erkennen, nachhaltig behandeln. de Jong-Meyer R, Hautzinger M, Kühner C und Schramm E. (2007): Evidenzbasierte Leitlinien zur Psychotherapie Affektiver Störungen. Göttingen: Hogrefe.
- DGPPN, BÄK, KBV, AWMF et al. (Hrsg) (2009): S3-Leitlinie/Nationale Versorgungsleitlinie Unipolare Depression - Langfassung, 1. Auflage 2009. Berlin, Düsseldorf: DGPPN, ÄZQ, WMF. www.dgppn.de; www.versorgungsanalyse.de, www.awmf-leitlinien.de. doi: http://dx.doi.org/10.1016/j.jval.2017.08.1893
- Gandek B, Ware JE, Aaronson NK, Apolone G, Bjorner JB, Brazier JE, Bullinger M, Kaasa S, Leplege A, Prieto L, Sullivan M (1998): Cross-Validation of Item Selection and Scoring for the SF-12 Health Survey in Nine Countries: Results from the IQOLA Project. *J Clin Epidemiol* 51: 1171-1178. doi:10.1016/S0895-4356(98)00109-7.
- Gräfe V, Greiner W (2017): Internet-based Treatment of depressive Symptoms - a health economic evaluation of costs and benefits. *Value in Health* 20 (9):A714.
- Hollon SD, Munoz RF, Barlow DH, Beardslee WR, Bell CC, Bernal G, Clarke GN, Franciosi LP, Kazdin AE, Kohn L, Linehan MM, Markowitz JC, Miklowitz DJ, Persons JB, Niederhe G, Sommers D (2002): Psychosocial intervention development for the prevention and treatment of depression: promoting innovation and increasing access. *Biological Psychiatry* 52: 610-630. doi: 10.1016/S0006-3223(02)01384-7.
- Jacobi F, Hofler M, Strehle J et al. (2014): Mental disorders in the general population : Study on the health of adults in Germany and the additional module mental health (DEGS1-MH). *Nervenarzt* 85:77–87.
- Kroenke K, Spitzer RL, Williams JBW, Löwe B (2007): The Patient Health Questionnaire Somatic, Anxiety, and Depressive Symptom Scales: a systematic review. *General Hospital Psychiatry* 32: 345-359. doi: 10.1016/j.genhosppsych.2010.03.006.
- Löwe B, Spitzer RL, Gräfe K, Kroenke K, Quenter A, Zipfel S, Buchholz C, Witte S, Herzog W (2004): Comparative validity of three screening questionnaires for DSM-IV depressive disorders and physicians' diagnoses. *Journal of Affective Disorders* 78: 131-140. doi: 10.1016/S0165-0327(02)00237-9.)
- Mack S, Jacobi F, Gerschler A et al. (2014): Selfreported utilization of mental health services in the adult German population – evidence for unmet needs? Results of theDEGS1-MentalHealth Module (DEGS1-MH). *Int J Methods Psych-Riatr Res* 23:289–303.
- Meyer B, Berger T, Caspar F, Beevers CG, Andersson G, Weiss M (2009):Effectiveness of a novel integrative online treatment for depression (deprexis24): Randomized controlled trial. *Journal of Medical Internet Research* 11: 1-18. doi:10.2196/jmir.1151.
- Mielck A, Vogelmann M, Schweikert B, Leidl R (2010): Gesundheitszustand bei Erwachsenen in Deutschland: Ergebnisse einer repräsentativen Befragung mit dem EuroQol 5D (EQ-5D). *Gesundheitswesen* 72: 476,486.
- Moritz S, Schilling L, Hauschildt M, Treszl A (2012): A randomized controlled trial of internet-based therapy in depression. *Behaviour Research and Therapy* 50 (7-8): 513-521.
- Mundt JC, Marks IM, Shear MK, Greist JM (2002): The Work and Social Adjustment Scale (WSAS): a simple measure of impairment in functioning. *The British Journal of Psychiatry* 180: 461-464.
- National Institute for Health and Clinical Excellence (2009): Depression: the treatment and management of depression in adults (partial update of NICE clinical guideline 23).
- Storm, A (2017): „Erprobungsräume im Sozialgesetzbuch schaffen. Welt der Krankenversicherung 9/2017:196-200.
- Wittchen HU, Jacobi F (2005): Size and burden of mental disorders in Europe: a critical review and appraisal of 27 studies. *Eur Neuropsychopharmacol* 15: 357-376.
- Zepf S, Mengele U, Hartmann S (2003): The state of outpatient psychotherapy in Germany. *Psychother Psychosom Med Psychol* 53:152–162.

## ANDREAS STORM

*Andreas Storm (Jahrgang 1964) ist seit Anfang 2017 Vorsitzender des Vorstandes der DAK-Gesundheit. Zuvor ist er von Juli bis Dezember 2016 stellvertretender Vorstandsvorsitzender gewesen. Herr Storm ist von 2012 bis 2014 Minister für Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie im Saarland gewesen. Von 2011 bis 2012 war er Minister für Bundesangelegenheiten und Chef der Staatskanzlei des Saarlands. In den Jahren 2009 bis 2011 war er als Beamteter Staatssekretär im Bundesministerium für Arbeit und Soziales und von 2005 bis 2009 Parlamentarischer Staatssekretär bei der Bundesministerin für Bildung und Forschung. Insgesamt war Andreas Storm 15 Jahre Mitglied des Deutschen Bundestages.*

