

Ergebnisbericht

(gemäß Nr. 14.1 ANBest-IF)

Konsortialführung:	Medical School Berlin GmbH
Förderkennzeichen:	01VSF17048
Akronym:	PSY-CARE
Projekttitlel:	Depression bei zuhause lebenden Pflegebedürftigen – Kurzzeitpsychotherapie im Behandlungsteam mit Hausärzten und Pflegernden
Autoren:	Prof. Dr. Eva-Marie Kessler
Förderzeitraum:	1. Juni 2018 – 30. September 2021

Inhaltsverzeichnis

I.	Abkürzungsverzeichnis.....	2
II.	Abbildungsverzeichnis.....	2
III.	Tabellenverzeichnis.....	2
1.	Zusammenfassung.....	3
2.	Beteiligte Projektpartner.....	4
3.	Projektziele.....	5
4.	Projektdurchführung.....	10
5.	Methodik.....	13
6.	Projektergebnisse.....	23
7.	Diskussion der Projektergebnisse.....	41
8.	Verwendung der Ergebnisse nach Ende der Förderung.....	49
9.	Erfolgte bzw. geplante Veröffentlichungen.....	55
10.	Literaturverzeichnis.....	56
11.	Anhang.....	62
12.	Anlagen.....	62

I. Abkürzungsverzeichnis

dgvt.....	Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie
GDS.....	Geriatric Depression Scale
GKV.....	Gesetzliche Krankenversicherung
KV.....	Kassenärztliche Vereinigung
IADL.....	Instrumental Activities of Daily Living
ADL.....	Activities of Daily Living
HADS.....	Hospital Anxiety and Depression Scale
ISCED.....	International Standard Classification of Education
KVT.....	Kognitive Verhaltenstherapie

II. Abbildungsverzeichnis

<i>Abb. 1:</i> Ziele der Studie.....	9
<i>Abb. 2:</i> Modalitäten der Behandlungen und Anteil von Fernbehandlungen.....	28
<i>Abb. 3:</i> Hierarchisches Kodierschema – Erfahrungen der ambulant tätigen Psychotherapeuten in der Patientenbehandlung.....	30
<i>Abb. 4:</i> Flussdiagramm der Studie.....	33
<i>Abb. 5:</i> Vorhergesagte Mittelwerte des primären Endpunkts (GDS-12).....	36
<i>Abb. 6:</i> Veränderungen T2-T1 in den Remissionsraten nach klinischem Interview, Interventionsgruppe.....	37
<i>Abb. 7:</i> Veränderung T2-T1 in den Remissionsraten nach klinischem Interview, Kontrollgruppe.....	37
<i>Abb. 8:</i> Effektivität der Intervention für stärkere ADL Einschränkungen (ADL < 85).....	38
<i>Abb. 9:</i> Effektivität der Intervention für weniger ADL-Einschränkungen (ADL >= 85).....	38
<i>Abb. 10:</i> Kodierparadigma – Erleben der Coronapandemie aus Sicht der Studienteilnehmer.....	40
<i>Abb. 11:</i> Zu evaluierende Formen von Versorgungsangeboten mit Potential für die Gesundheitsversorgung zuhause lebender älterer Menschen mit Depression und Pflegebedarf.....	53

III. Tabellenverzeichnis

<i>Tabelle 1:</i> Übersicht der verwendeten Endpunkte.....	18
<i>Tabelle 2:</i> Charakteristika der Teilnehmer zum Prä-Assessment nach Interventionsbedingung.....	24
<i>Tabelle 3:</i> Teilnahmeanfragen und Studieneinschlüsse nach Rekrutierungsstrategie.....	25
<i>Tabelle 4:</i> Teilnahmeanfragen und Studieneinschlüsse nach Gatekeeper-Gruppe.....	26
<i>Tabelle 5:</i> Geschätzte Mittelwerte (EM) der primären und sekundären Outcomes nach Gruppenzuordnung.....	34
<i>Tabelle 6:</i> Psychopharmakaeinnahme und –änderungen nach Interventionsbedingung.....	39

1. Zusammenfassung

Hintergrund: Zuhause lebende, pflegebedürftige ältere Menschen mit Depression sind bisher in Deutschland psychotherapeutisch nicht-versorgt. Ambulant tätige Psychotherapeuten sind mangels gerontopsychologischer Aus- und Fortbildungsmöglichkeiten sowie fehlender zielgruppenspezifischer Behandlungsansätze und Anreizstrukturen nicht für die Behandlung der Patientengruppe qualifiziert und motiviert. Seitens der Patienten, ihrer Angehörigen und Gesundheitsakteure fehlt es an Wissen über Behandlungsmöglichkeiten und -wirksamkeit, so dass Psychotherapie selten nachgefragt bzw. aktiv gebahnt wird. Studienziel 1 war, zu analysieren, inwiefern es möglich ist, ein zielgruppenspezifisches Kurzzeitpsychotherapie-Angebot zur Depressionsbehandlung für diese Patientenpopulation (> 60 Jahre, klinisch relevante Depression, mit Pflegegrad, ohne stärkere kognitive Beeinträchtigung) unter den Bedingungen der Regelversorgung erfolgreich zu implementieren. Studienziel 2 bestand in der Untersuchung der Wirksamkeit dieses psychotherapeutischen Behandlungsangebots.

Methodik: Zugangswege, psychotherapeutische Behandlungspraxis und Behandlungswirksamkeit wurden im Rahmen einer pragmatischen, randomisiert-kontrollierten Studie mit Mixed-Methods-Ansatz untersucht. Nach (fast) abgeschlossener Rekrutierung im März 2020 fiel die Interventionsphase mit dem Beginn der Coronapandemie zusammen, so dass die ambulante Psychotherapie in Umfang, aber nicht in Inhalt und Modalität wie geplant (d.h. Face-to-Face; manualbasiert) umgesetzt werden konnte (teils Fernbehandlung; ohne Manualadhärenz).

Ergebnisse: Studienziel 1: Im Zuge verschiedener Rekrutierungsstrategien erwiesen sich Ärzte und Psychologen in geriatrischen und gerontopsychiatrischen Kliniken als besonders effektive und effiziente Gatekeeper. Von der vulnerablen Stichprobe von 197 Studienteilnehmern (Ø78 Jahre und Kategorie ‚hilfebedürftig‘ nach Barthel Index) konnten alle 102 Patienten der Interventionsgruppe an ambulant tätige Psychotherapeuten vermittelt werden; fast alle Therapien (92.3%) waren prinzipiell nur durch Hausbesuche (home treatment) realisierbar (in 81.2% der Fälle pandemiebedingt teilweise fernmündlich). Die Patienten waren überwiegend weitgehend bis sehr zufrieden mit der Psychotherapie. Die Psychotherapeuten bewerteten Angehörigeneinbezug und interprofessionelle Zusammenarbeit als notwendig. Aktivierung war die Therapiemethode, die am häufigsten zum Einsatz kam. Die Psychotherapeuten sahen sich nach der Analyse von Interviews mit diversen Dilemmata in ihrer Tätigkeit konfrontiert, welche ein erweitertes therapeutisches Selbstverständnis erforderten (Integration von ‚Cure‘ und ‚Care‘). Studienziel 2: Depressive Symptomatik (GDS-12) verringerte sich nach der Intention-To-Treat Analyse vom Prä- über Post-Assessments und 1-Jahres Follow-up für ambulante Psychotherapie nachhaltig mit leichten bis moderaten Effekten (Dropout T4: 59% in der Interventions- und 67% in der Kontrollgruppe). Die Effektivität fiel ähnlich in einer aktiven (von der Pandemie in der Durchführung unbeeinträchtigten) Kontrollgruppe aus, welche telefonische Beratung durch Psychotherapeuten auf Grundlage eines Selbsthilferatgebers umfasste. Für die Interventionsgruppe reduzierte sich mehr als für die aktive Kontrollgruppe das Progressionsrisiko im unmittelbaren Anschluss an die Therapie, und verhinderte bei Teilnehmern mit funktionalen Einschränkungen stärker eine erneute Verschlechterung der depressiven Symptomatik (Relapse) nach drei Monaten. Die Effekte sind unwahrscheinlich mit Spontanremission in dieser Population mit körperlichem Abbau und unter Coronabedingungen zu erklären.

Diskussion: Die Berufsgruppe der Psychotherapeuten kann in der psychischen Gesundheitsversorgung der vulnerablen Patientenpopulation nachhaltig eine gewinnbringende Funktion einnehmen. Es werden Ableitungen getroffen, wie dies durch ein Zusammenspiel aus (a) verbessertem Zugang zur Zielpopulation, (b) Flexibilisierung und Optimierung von Versorgungsstrukturen und (c) spezifischer Qualifikation von

Psychotherapeuten gelingen kann. Forschungsbedarf besteht u.a. im Bereich niedrigschwelliger und kosteneffizienter Modelle auf Grundlage von Beratung und Behavioraler Aktivierung sowie intensiv-ambulanter, multiprofessioneller Angebote bei komplexem Behandlungsbedarf.

2. Beteiligte Projektpartner

Institution	Name	Verantwortlichkeit/Rolle
MSB Medical School Berlin, Department Psychologie	Prof. Dr. habil. Eva-Marie Kessler (Professorin für Gerontopsychologie; PI; <u>Ansprechpartnerin</u>) Prof. Julia Göhler (Professorin für Medizinpädagogik)	<u>Projektleiterin/Konsortialführung</u> Inhaltliche Planung und Umsetzung/ Ergebnistriangulation: Rekrutierung der Studienteilnehmer inklusive Kontaktbahnung zu Gatekeepern; Inhaltliche Entwicklung der Intervention für die Interventions- und Kontrollgruppe; Schulung und Koordination der beteiligten Akteure; Beteiligung an Datenerhebung und –Auswertung qualitativer Daten; Aufbereitung und Zusammenführung der Evaluationsergebnisse Unterstützung bei Schulung der Psychotherapeuten und Gatekeeper
Charité, Institut für Medizinische Soziologie und Rehabilitationswissenschaft (IMSR)	Prof. Dr. Paul Gellert (Professur für Sozial- und verhaltenswissenschaftliche Gerontologie)	<u>Konsortialpartner</u> externe Evaluation/ Biometrie; Methodenzentrum; Unterstützung der Kontakthanbahnung zu Gatekeepern
Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie (dgvt)	Judith Schild/ Kerstin Burgdorf	<u>Kooperationspartner</u> Rekrutierung der beteiligten Projekttherapeuten; Dissemination des Ansatzes und der Ergebnisse
Caritas Altenhilfe Berlin	Renate Schmitt	<u>Kooperationspartner</u> Fungieren als Gatekeeper und Multiplikatoren über ambulante Pflegedienste

3. Projektziele

Hintergrund

Das Innovationsfonds-Projekt PSY-CARE ist die erste Studie, die untersucht, inwiefern ambulante Psychotherapie für zuhause lebende ältere Menschen mit Depression und Pflegebedarf unter den Bedingungen der Regelversorgung realisierbar und wirksam ist.

Auf Basis einer Zusammenführung einer breiten Datenbasis liefern die Ergebnisse des Projektes einen differenzierten Einblick in die psychotherapeutische Behandlung einer sehr schwer zugänglichen, vulnerablen Patientengruppe mit komplexem Behandlungsbedarf unter naturalistischen Bedingungen, die bisher in der psychotherapeutischen Regelversorgung noch vollkommen unberücksichtigt ist. Dazu wurden Zugangswege, psychotherapeutische Behandlungspraxis und Behandlungswirksamkeit untersucht.

Die Studie (vornehmlich die Interventions- und Post-Assessment- bzw. Katamnese-Phase) fand unter Pandemiebedingungen statt. Dieser Umstand erschwerte die Durchführung eines ohnehin äußerst komplexen und risikobehafteten, international einzigartigen Vorhabens mit einer schwer zu beforschenden Patientengruppe und führte zu Bedingungen, die einer Generalisierbarkeit auf postpandemische Bedingungen und einem positiven Wirksamkeitsnachweis prinzipiell gegenläufig sind. Trotz vieler damit verbundener Hürden konnte das Projekt vom Studienteam erfolgreich umgesetzt werden.

Versorgungslage in Deutschland

Auf Grundlage umfangreicher Evidenz zur Wirksamkeit von Psychotherapie bei Depression im Alter ist diese Behandlungsform für ältere Patienten in der S3-Leitlinie Unipolare Depression (DGPPN, 2015) mit dem höchsten Empfehlungsgrad angegeben. Am wirksamsten erwiesen sich nach den Befunden von Meta-Analysen und systematischen Reviews Kognitive Verhaltenstherapie (KVT) bzw. Problemlösetherapie sowie Lebensrückblicktherapie (Cuijpers et al., 2014; Gühne et al., 2014; Raue et al., 2017). Psychotherapie als Krankenkassenleistung ist bei vorliegender Indikation nicht an das Lebensalter eines Patienten oder dessen Gesundheitsstatus gebunden. Trotz dieser Sachlage sinkt der Anteil psychotherapeutisch Behandelte im ambulanten Setting im höheren Lebensalter erheblich von etwa 20% der als depressiv diagnostizierten jungen Erwachsenen auf nur 5% der über 65-Jährigen; bei den über 80-Jährigen sind es sogar weniger als 1% (Daten der Kassenärztlichen Bundesvereinigung) (Kessler & Tegeler, 2018).

Bei alten Menschen mit signifikanten funktionellen oder kognitiven Einschränkungen bzw. Pflegebedarf, von denen etwa jeder Dritte bis Vierte unter klinisch relevanter Depression leidet (Gutzmann et al., 2017), kann man sogar von einer faktischen Nicht-Versorgung sprechen (Kessler et al., 2015; Kirkham et al., 2015). Dies ist fatal, weil die Patientenpopulation vulnerabler älterer Menschen mit Depression nachweislich eine negative Prognose in Bezug auf bestehende körperliche Erkrankungen, funktionale und kognitive Symptomatik, Mortalität, Lebensqualität, soziale Teilhabe, Adhärenz zu Behandlungen und Rehabilitationserfolge und schließlich auch Gesundheits- und Pflegekosten hat (von Leupoldt et al., 2011; Luo et al., 2015; Sivertsen et al., 2015; Bock et al., 2016; Tegeler et al., 2021). Auch in Anbetracht von Problemen in der Pharmakotherapie der Depression bei vulnerablen älteren Menschen (u.a. unerwünschte Nebenwirkungen, Polypharmazie, geringe Compliance, Kok & Reynolds, 2017) besteht international Konsens, dass adaptierte Formen kognitiver Verhaltenstherapie (KVT) als eine Form nicht-

pharmakologischer Intervention in der Versorgung pflegebedürftiger älterer Menschen vorkommen sollte (Gitlin & Aravena, 2017)

Gründe für die schlechte Versorgungslage: Seitens ärztlicher Versorgungsakteure wie Hausärzten wird Psychotherapie-Patienten im höheren Lebensalter mangels Glauben an die Wirksamkeit der Methode im Alter in der Regel oftmals nicht dezidiert empfohlen und Pharmakotherapie vergleichsweise häufig angeboten (Stiftung Deutsche Depressionshilfe, 2019; Gellert et al., 2021). Obwohl die aktuelle Generation älterer Menschen (auch in Deutschland) nachweislich durchschnittlich eine eher positive Einstellung gegenüber einer Inanspruchnahme von Psychotherapie im Fall von psychischen Problemlagen hat (Kassenärztliche Bundesvereinigung, 2022), fragen sie aber auch gleichzeitig diese Behandlungsform deutlich seltener aktiv nach als die jüngere (Kessler & Tegeler, 2018), nicht zuletzt aufgrund defizitorientierter, der Therapie- und Veränderungsmotivation abträglicher Altersbilder ‚in den Köpfen‘ älterer Menschen selbst („Für Veränderung bin ich zu alt“, Kessler et al., 2015). Angesichts langer Wartezeiten setzt die Inanspruchnahme von Psychotherapie häufig ferner voraus, dass sich Patienten aktiv um einen Behandlungsplatz bemühen. Dieser Umstand –zusammen mit einem Mangel an barrierefreien Psychotherapiepraxen– benachteiligt vulnerable ältere Menschen in der Suche nach einem Therapieplatz. Patienten, für die das Aufsuchen einer Praxis oder der Aufwand von Krankentransporten „wegen Krankheit nicht möglich oder nicht zumutbar“ ist, haben Anspruch auf ein aufsuchendes Behandlungsangebot (Kammerer & Falk, 2019). In der Behandlungsrealität finden Hausbesuche jedoch kaum statt (Becker et al., 2018).

Zu der niedrigen Inanspruchnahme-Rate von Psychotherapie im Alter trägt zudem bei, dass sich Psychotherapeuten aufgrund erheblicher Defizite in der Aus- und Weiterbildung im Bereich Gerontopsychologie (Kessler et al., 2020) typischerweise wenig behandelungskompetent und –motiviert für die Behandlung älterer Patienten fühlen (Kessler & Blachetta, 2020; Fiske et al., 2009).

Eine weitere Besonderheit in der psychotherapeutischen Versorgung ist darin begründet, dass vulnerable ältere Patienten in ihrer Lebensführung auf Angehörige angewiesen sind, und in der Regel durch eine Reihe von Akteuren aus Medizin und Pflege versorgt und betreut werden (Deutsche Psychotherapeutenvereinigung, 2020). Systembedingt mangelt es jedoch bisher noch an Anreizen und Rahmenbedingungen für interprofessionelle Kooperation und den Einbezug von Angehörigen in Therapien.

Stand der internationalen Forschung zu evidenzbasierten Behandlungsansätzen

Zu der schlechten Versorgungslage kommt hinzu, dass bisher noch keine, für die spezielle Patientenpopulation entwickelten und empirisch evaluierten psychotherapeutischen Behandlungsansätze vorliegen (Read et al., 2017; Soysal et al., 2017). Die bisherige Befundlage zu Psychotherapie-im-Alter basiert primär auf Stichproben mit vergleichsweise „jungen“, selbstständig lebenden älteren Menschen ohne stärkere körperliche und funktionale Beeinträchtigungen. Die wenigen existierenden, in den USA entwickelten Programme (BE-ACTIV, Meeks et al., 2015; R-E-M, Bock et al., 2016) für depressive ältere Menschen mit Pflegebedarf adressieren das Setting Pflegeheim. Die deutlich größere und deutlich schwerer zu erreichende Gruppe von zu Hause lebenden älteren vulnerablen älteren Menschen mit psychischen Erkrankungen wurde bisher nicht berücksichtigt.

Gründe für die defizitäre Forschungslage: Zu den Gründen für die mangelnde Berücksichtigung der Patientengruppe bzw. deren Ausschluss aus bisherigen

Psychotherapie-im-Alter Studien gehören neben therapeutischem Nihilismus seitens der Forschenden pragmatische Herausforderungen im Forschungsprozess. Dazu zählen die schwierige Erreichbarkeit der Patientengruppe; ihre mutmaßlich hohe Dropout-Rate; notwendige Behandlungsmodifikationen aufgrund der funktionalen Einschränkungen der Patienten sowie methodische Herausforderungen wie etwa die Konterkarierung von Interventionseffekten durch körperlichen und kognitiven Abbau im Studienverlauf. Aus Patientenperspektive stellen darüber hinaus körperliche Schwäche, Antriebslosigkeit und wahrgenommene Stigmatisierung Gründe für die Nicht-Teilnahme an Psychotherapiestudien dar.

Zusammenfassend ist eine defizitäre psychotherapeutische Versorgungslage in Bezug auf Quantität als auch Qualität für zuhause lebende ältere Menschen mit Pflegebedarf und Depression zu konstatieren. Es bedarf zielgruppenspezifischer psychotherapeutischer Behandlungsangebote, die diese Patientengruppe erreichen, von ihr angenommen werden, und die in der Versorgungsrealität für Psychotherapeuten praktikabel und wirksam sind.

Die *Coronapandemie* war für ältere Menschen mit Pflegebedarf mit besonderen Unsicherheiten und Belastungen einschließlich eingeschränkter Möglichkeiten der sozialen Teilhabe und Verschlechterungen in der Gesundheitsversorgung und Pflege verbunden, einhergehend mit einem hohen Risiko für verringerte Lebensqualität (z.B. DAK, 2020; Ankuda et al., 2022). In der psychotherapeutischen Versorgung jüngerer, weniger vulnerabler Patientengruppen kam es innerhalb weniger Wochen nach dem Lockdown im Rahmen der Sonderregelungen der Kassenärztlichen Vereinigung zu einer vorübergehenden Trendwende hin zu videobasierter Psychotherapie (Bühning, 2020). Der Nutzung von Videotherapie bei vulnerablen älteren Menschen der aktuellen Generation abträglich sind unzureichende technische Ressourcen und Kompetenzen, eingeschränkte motorische und sensorische Ressourcen, wenig Unterstützungsmöglichkeiten bei der Anwendung sowie eine geringe Sympathie für und Akzeptanz von Videotelefonie.

Studienziel und Fragestellung

Zuhause lebende ältere Menschen mit Depression und Pflegebedarf, d.h. eine sehr schwer zu erreichende Patientengruppe mit komplexen Behandlungsbedarf und sich über die Zeit hinweg verschlechternden körperlichen Gesundheitszustand, sind bisher in Deutschland psychotherapeutisch nicht-versorgt. Ambulant in der Regelversorgung tätige Psychotherapeuten sind nicht (oder nur sehr unzureichend) für die Behandlung der Patientengruppe qualifiziert und stehen *de facto* als Behandler nicht zur Verfügung. Es existiert bisher ferner kein wissenschaftlich entwickelter, zielgruppenspezifischer Behandlungsansatz, welcher die spezifische Bedürfnis- und Ressourcenlage der Patientenpopulation berücksichtigt.

Vorbemerkung zu den Studienzielen: Nach Ende der Rekrutierung im März 2020, fiel die Interventionsphase für den Großteil der Studienteilnehmer¹ mit dem Beginn Coronapandemie zusammen. (Die angestrebte Fallzahl von N=220 war zu diesem Zeitpunkt mit N=197 fast, wenn auch nicht vollständig erreicht, und musste mit dem ersten Lockdown

¹ Mit Studienteilnehmern sind hier zuhause lebende ältere Menschen mit Pflegebedarf gemeint. Auch bei den ambulant tätigen Psychotherapeuten handelte es sich um Studienteilnehmer, da auch bei ihnen Daten erhoben wurden. Um Missverständnisse zu vermeiden, werden sie aber der Einfachheit halber ambulant tätige Psychotherapeuten genannt.

abgebrochen werden.) Daher konnte die ambulante Psychotherapie in Umfang, aber nicht in Inhalt und Modalität wie geplant (nämlich Face-to-Face; manualbasiert) umgesetzt werden (sondern teilweise Fernbehandlung; ohne Manualadhärenz). Entsprechend wurden die beiden im Folgenden beschriebenen wissenschaftlichen Fragestellungen und Hypothesen unter Bedingungen untersucht, die anders war als diejenigen, die zum Zeitpunkt des ursprünglichen Studiendesigns vorlagen.

Ein **erstes Ziel der Studie (explorativer Studienteil)** war, zu analysieren, inwiefern es angesichts mannigfaltiger Herausforderungen möglich ist, ein zielgruppenspezifisches Kurzzeitpsychotherapie-Angebot zur Depressionsbehandlung für diese Patientengruppe unter den Bedingungen der ambulanten Regelversorgung (sowie der Coronapandemie) anzubieten und zu realisieren. Dazu wurden in der Studie die **Implementierbarkeit, Praktikabilität und Akzeptanz** eines durch ambulant tätige Psychotherapeuten (mit Fachkunde Verhaltenstherapie) umgesetzten psychotherapeutischen Angebots untersucht.

Hierzu gehörte die systematische Untersuchung

1. des Grades, mit welchem die Zielpopulation erreicht wurde und an ambulant tätige Psychotherapeuten vermittelt werden konnte
2. der Charakteristika der erreichten Personengruppe: soziodemographische und gesundheitsbezogene Merkmale sowie (für Interventionsgruppe) persönliche Therapieziele und subjektive Barrieren, die bisher eine Psychotherapieinanspruchnahme seitens der Patienten behindert haben
3. von effektiven und effizienten Zugangswegen hin zur Patientenpopulation
4. der Motivier- und Qualifizierbarkeit von ambulant tätigen Psychotherapeuten in der Regelversorgung für die Durchführung der Behandlungen
5. der Modalität der Behandlung: Notwendigkeit von Home Treatment vs. Therapie in Praxisräumen (bzw. Fernbehandlung unter Pandemiebedingungen)
6. der Analyse der praktischen bzw. klinischen Erfahrungen der Psychotherapeuten und ihre Perspektiven auf Bedarfe (unter Berücksichtigung der Pandemiebedingungen): erlebte therapeutische Herausforderungen und Dilemmata; Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen und Angehörigen; eingesetzte psychotherapeutische Methoden; Motivation und subjektive Bedarfe für die zukünftige Behandlungstätigkeit
7. Zufriedenheit mit dem Behandlungsangebot seitens der Studienteilnehmer (unter Pandemiebedingungen)

Zur Untersuchung dieses ersten Studienziels wurden quantitative und qualitative Daten der Studienteilnehmer, der ambulant tätigen Psychotherapeuten, sowie der Projektmitarbeiter erfasst und aufeinander bezogen.

Ein **zweites Ziel der Studie (hypothesentestender Studienteil)** bestand in der Untersuchung der **Wirksamkeit** des psychotherapeutischen Behandlungsangebots unter naturalistischen Bedingungen (sowie von Pandemiebedingungen). Die Hypothese (laut ursprünglichem Studienprotokoll) lautete, dass durch ambulant tätige Psychotherapeuten mit Fachkunde Verhaltenstherapie auf Basis eines speziellen Behandlungsmanuals angebotene Kurzzeitpsychotherapie (Interventionsgruppe) – *erstens*- wirksam zu einer Reduktion

depressiver Symptome führt, und dabei – *zweitens* - wirksamer ausfällt als durch Psychotherapeuten angebotene telefonische Beratung auf Basis eines Selbsthilferatgebers (aktive Kontrollgruppe). Darüber hinaus lautete die Vorhersage laut ursprünglichem Studienprotokoll, dass Psychotherapie mit einer relativen Differenz zum Follow-up in sekundären Outcomes (Lebensqualität, Aktivitäten des alltäglichen Lebens, und subjektiver Gesundheit) in der Interventions- im Vergleich zur Kontrollgruppe einhergeht. Im Speziellen wurde eine Aufrechterhaltung des Niveaus alltäglicher Aktivitäten, Lebensqualität sowie von subjektiver Gesundheit in der Interventions- im Vergleich zur Kontrollgruppe angenommen, wobei in der Kontrollgruppe ein Abbau vorhergesagt wurde. Ein weiteres sekundäres Outcome war die Remissionsrate, die sich aufteilt in Remission, Teilremission, unverändert oder Aggravation (Verschlechterung), wobei hier ein differentieller Effekt für höhere Remission und Teilremission und geringere Aggravationsraten in der Interventions- verglichen mit der Kontrollbedingungen erwartet wurden.

Anpassungen der Hypothese durch Pandemiebedingungen: In Anbetracht (a) der negativen Effekte auf die Lebensqualität, die für die Zielpopulation über den Studienzeitraum während der Coronapandemie angenommen werden kann, sowie (b) bedeutsamen Veränderungen der Studiendurchführung (vor allem der Intervention in der Interventionsgruppe; außerdem der Modalität der Post-Assessments, siehe Punkt 5), lagen Bedingungen vor, die einem Nachweis der in den Hypothesen beschriebenen Effekte in beiden Bedingungen, aber insbesondere in der Interventionsgruppe, gegenläufig waren. Entsprechend war mit kleineren Effekten, vor allem in der Interventionsgruppe, zu rechnen.

Zur Untersuchung des zweiten Studienziels wurden quantitative Daten der Studienteilnehmer zu verschiedenen Messzeitpunkten (T1-T4) erfasst. Der Wirksamkeitsanalyse ging eine **Dropout Analyse** voraus. Analysiert wurden Höhe der Dropouts zu den verschiedenen Erhebungszeitpunkten einschließlich Drop-Out Gründe.

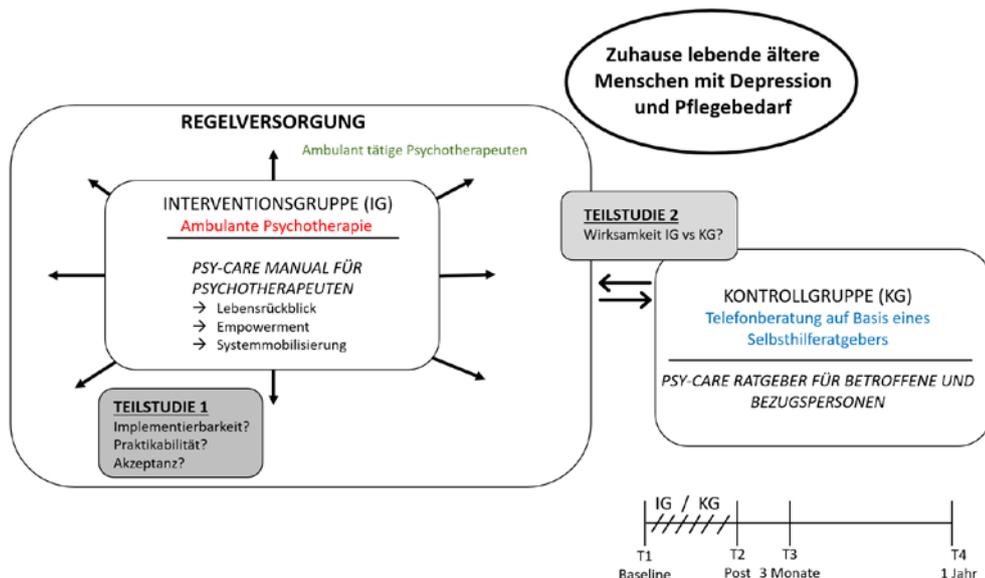


Abb. 1: Ziele der Studie

4. Projektdurchführung

Inhalte, Modalität und Durchführung der ambulanten Psychotherapie (Interventionsgruppe)

Gemäß Studienprotokoll sollten Studienteilnehmer der Interventionsgruppe eine psychotherapeutische Kurzzeitpsychotherapie (d.h. 24 wöchentlich stattfindende Therapiesitzungen à 50 Minuten nach Anamnesegespräch 2-4 probatorischen Sitzungen) im Face-to-Face Format erhalten. Die Behandlung wurde als Regelleistung im Rahmen der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) erbracht. Dazu sollten die Studienteilnehmer der Interventionsgruppe – so weit wie dies ermöglicht werden konnte - an ambulant tätige Psychotherapeuten mit Fachkunde Verhaltenstherapie vermittelt werden (d.h. keine speziell im Projekt angestellten Studientherapeuten). Für den begründeten Fall, dass die Patienten infolge ihrer körperlichen oder kognitiven Einschränkungen und trotz Motivierung nicht in der Lage waren, die Praxis des jeweiligen Psychotherapeuten zu erreichen - wovon für einen Großteil der Studienteilnehmer ausgegangen werden musste -, sollten Hausbesuche durchgeführt werden. Die ambulant tätigen Psychotherapeuten waren angehalten, kurzfristig (innerhalb von vier Wochen) einen Therapieplatz anzubieten. Ferner waren sie angehalten, alternssensible Verhaltenstherapie auf der Basis eines zielgruppenspezifischen Behandlungsmanuals (PSY-CARE Behandlungsmanuals, siehe Anlage) durchzuführen; dazu fand vor Behandlungsbeginn eine Schulung der ambulant tätigen Psychotherapeuten durch das Projektteam statt (siehe unten). Neben Prinzipien zu therapeutischem Stil und Beziehungsgestaltung umfasst das PSY-CARE Behandlungsmanual drei aufeinander aufbauende Therapiemodule, nämlich Modul 1: *ressourcenorientierter Lebensrückblick*; Modul 2: *Empowerment* (durch Aktivierung, Kognitive Umstrukturierung, soziales Kompetenztraining) und Modul 3: *Systemmobilisierung*. Die Module wurden auf Grundlage bisheriger evidenzbasierter Behandlungsansätze für vulnerable ältere Menschen (Carpenter et al., 2002g; Choi et al., 2013) durch das Projektteam im Rahmen einer Pilotphase entwickelt und erprobt. Die ambulant tätigen Psychotherapeuten wurden angeregt, relevante Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld und Akteure aus dem Versorgungssystem der Patienten in die Therapien einzubeziehen, was als wesentliches Element betrachtet wurde, um den Therapieerfolg zu verstetigen. Die Module sollten im Umfang personalisiert in den Therapien angewendet werden.

➔ **Änderungen durch Coronapandemie:** Die Rekrutierungsphase musste zwar aufgrund des ersten Lockdowns zwei Wochen verfrüht (bereits Mitte März 2020) beendet werden, allerdings konnte die angestrebte Stichprobengröße annähernd erreicht werden (pandemiebedingt N=197 statt N=220). Hingegen fiel die Interventionsphase mehrheitlich - nämlich in 89% der Behandlungen – mit dem Beginn der Coronapandemie zusammen. Dieser Umstand hatte zur Folge, dass es notwendig war, dass die ambulant tätigen Psychotherapeuten (bei begründetem Bedarf und nach Absprache mit der Projektleitung) im Rahmen der Sonderregelungen der Kassenärztlichen Vereinigung während der Pandemie auf Fernbehandlung per Video oder – falls dies patientenseitig nach genauster Abklärung unter keinen Umständen realisierbar war - per Telefon wechselten, um die Gesundheit ihrer vulnerablen Patienten (sowie ihre eigene) nicht zu gefährden. *Dies brachte mit sich, dass die tatsächlich erbrachte Modalität der Behandlung (d.h. Fernbehandlung) nicht mit dem Studienprotokoll (d.h. Face-to-Face) übereinstimmte.*

Pandemiebedingt entschied die Studienleitung darüber hinaus mit dem ersten Lockdown, dass die ambulant tätigen Psychotherapeuten nicht mehr zwingend an die Vorgaben des Behandlungsmanuals einschließlich der Abfolge der drei aufeinander aufbauenden Therapiemodule gebunden waren. Dies war in Anbetracht des ‚Akutcharakters‘ der neuen Situation aus forschungsethischen Gründen nicht mehr vertretbar; stattdessen sollten die ambulant tätigen Psychotherapeuten ihre Behandlungstätigkeit individuell an der aktuellen inneren und äußeren Situation der Patienten ausrichten. *Durch die fehlende Manualadhärenz war daher auch die inhaltliche Behandlungsintegrität nur noch eingeschränkt gegeben.*

Jenseits der beschriebenen Veränderungen sei erwähnt, dass insbesondere die erste Phase der Pandemie (erster Lockdown) aufgrund zur Projektankündigung veränderter Rahmenbedingungen sowie eingeschränkter Planbarkeit mit Unsicherheiten bei Patienten und Psychotherapeuten (für welche die Behandlungstätigkeit ohnehin ‚Neuland‘ war) einhergingen („Kann die Therapie noch weiter stattfinden, und wenn ja, wie?“). *Diese pandemiebedingten Verunsicherungen beeinträchtigten den Aufbau einer halt- und strukturgebenden Behandlungsroutine, die gerade für die vulnerable Behandlungsgruppe notwendig ist.*

Intervention für die aktive Kontrollgruppe (telefonische Beratung durch Psychotherapeuten auf Basis eines Selbsthilferatgebers)

In der aktiven Kontrollgruppe erhielt jeder Studienteilnehmer für sich sowie zur Weitergabe an Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld den **„PSY-CARE Ratgeber Depression - Hilfestellungen für alte und sehr alte Menschen mit Pflegebedarf sowie deren Vertraute, Angehörige und Pflegekräfte“**. Der Ratgeber wurde im Rahmen einer Pilotphase durch das Projektteam auf Grundlage existierender Literatur entwickelt und an Einzelfällen erprobt. Neben Hinweisen zur Depressionserkennung werden im PSY-CARE Ratgeber Empfehlungen zum Umgang mit Depression gegeben, wobei sowohl ältere Menschen als auch ihr Umfeld angesprochen werden. Inhaltliche Schwerpunkte sind im Wesentlichen, aktiver zu werden und positive Alltagsroutinen zu entwickeln, und darüber hinaus stimmungs- und selbstwertfördernde Gedanken aufzubauen und interaktionelle Verstrickungen mit dem sozialen Umfeld zu vermeiden. Außerdem wurden Kontakte von Sportverbänden, Freizeitstätten, Pflegestützpunkten und Beratungshotlines angegeben. Der Ratgeber wurde jedem Teilnehmer der Kontrollgruppe als schriftliche Handreichung (siehe Anlage) sowie als Audio-CD (<https://www.dgvt.de/psycare/>; Dauer: 1 Stunde 15 Minuten) zugeschickt. Aufbauend auf dem PSY-CARE Ratgeber erhielt jede Teilnehmerin der Kontrollgruppe **vier telefonische Beratungsgespräche** durch Projektmitarbeiter, die ebenfalls Psychologische Psychotherapeuten mit Fachkunde Verhaltenstherapie waren, wobei davon zwei je nach Wunsch und Verfügbarkeit eines Angehörigen für Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld vorgesehen waren. Die Beratungsgespräche dienten dazu, die Auseinandersetzung mit dem PSY-CARE Ratgeber sicherzustellen, deren Inhalte zu vertiefen und beratend auf individuelle Problemlagen einzugehen. Der Zeitraum für die Kontrollgruppen-Intervention wurde zeitlich ungefähr äquivalent zu einer Kurzzeittherapie (Interventionsgruppe) gestaltet, d.h. etwa alle 2 Monate fand ein Beratungsgespräch statt.

➔ **(Keine) Änderungen durch Coronapandemie:** Im Gegensatz zur Interventionsgruppe hatte die Coronapandemie keinen Einfluss auf die Durchführung der Intervention der Kontrollgruppe.

Rekrutierungsstrategien zur Gewinnung der ambulant tätigen Psychotherapeuten

In Berlin ansässige, ambulant tätige Psychotherapeuten mit Fachkunde Verhaltenstherapie wurden über Aufrufe in Newslettern und Mitgliedszeitschriften unter besonderer Beteiligung der Deutschen Gesellschaft für Verhaltenstherapie (dgvt) von September 2018 bis Dezember 2018 (d.h. vor der Coronapandemie) rekrutiert. Der über die Behandlungen hinausgehende Aufwand für die Studienteilnahme und die Dokumentation der Therapien wurde für die ambulant tätigen Psychotherapeuten finanziell mit €1000 entschädigt. Der Zusatzaufwand der Durchführung und Dokumentation von mindestens 30-minütigen Besprechungen mit Behandlern oder Angehörigen wurde mit €40 pro Gespräch kompensiert.

Qualifikation und Supervision der ambulant tätigen Psychotherapeuten

Alle ambulant tätigen Psychotherapeuten erhielten das PSY-CARE Behandlungsmanual zur alternssensiblen verhaltenstherapeutischen Behandlung zuhause lebender älterer Patienten mit Depression und Pflegebedarf (Kessler, 2019). Neben der Teilnahme an einer eigens für das Projekt erstellten Webcast-Schulung (www.psy-care.de; Dauer: 45 Minuten) zur Depressionsdiagnostik (Gloyer et al., 2019) wurden sie verpflichtend im Rahmen eines zweitägigen Workshops im Januar bzw. Februar 2019 (d.h. vor der Coronapandemie) in der Anwendung des PSY-CARE Behandlungsmanuals sowie zu therapie relevanten Besonderheiten rund um Pflege, interprofessionelle Kooperation sowie berufsrechtliche und abrechnungsrelevante Informationen durch das Projektteam geschult. Es bestand die Möglichkeit, Vertreter von Einrichtungen der ambulanten Pflege, Geriatrie und Gerontopsychiatrie als Kooperationspartner kennenzulernen. Weiterhin waren während der Behandlungstätigkeit mindestens zwei Supervisionssitzungen pro Behandlungsfall obligat. Diese wurden durch drei Supervisoren mit umfangreicher Behandlungserfahrung mit der Patientengruppe und Kenntnis des Behandlungsmanuals durchgeführt.

Rekrutierungsstrategien zur Gewinnung der Studienteilnehmer

Die Studienteilnehmer wurden zwischen Februar 2019 bis Mitte März 2020 (d.h. vor dem ersten Lockdown) in einem sehr aufwendigen Verfahren rekrutiert. Weder Studienteilnehmer noch Gatekeeper erhielten eine finanzielle Aufwandsentschädigung. Nachdem sich früh zu Projektbeginn zeigte, dass eine Rekrutierungsstrategie primär über Hausärzte (wie im Projektantrag geplant) nicht zielführend sein würde, wurden vielfältige Rekrutierungswege eingeschlagen, verbunden mit dem Vorteil, eine naturalistische und damit heterogene Stichprobe zu generieren. Folgende Rekrutierungsstrategien fanden Anwendung:

- **Selbstzuweisungs-Strategien** umfassten solche Rekrutierungsstrategien, die sich an potentielle Studienteilnehmer selbst richteten (ohne Vermittlung über Gatekeeper). Dieses Vorgehen umfasste, dass potentielle Studienteilnehmer angesprochen wurden
 - a) über direkte Face-to-Face Ansprache in Seniorenfreizeitstätten, Kirchengemeinden, Bibliotheken und Rathäusern; dazu fanden kleine Informationsveranstaltungen für ältere Menschen vor Ort statt, und/oder es wurden spezielle Informations-Flyer (Anlage 1) über das Projekt und die Teilnahmebedingungen ausgeteilt.
 - b) über Medienbeiträge; es wurden Journalisten auf die Thematik des Projektes aufmerksam gemacht, woraus sich Interviews mit der Projektleiterin in verschiedenen Zeitungen (z.B. Tagesspiegel, Berliner Zeitung) ergaben, in denen auch über das Projekt und die Teilnahmebedingungen informiert wurde.

- **Strategien der Gatekeeper-Zuweisung** umfassten Rekrutierungsstrategien, bei denen potentiell vermittelnde Akteure als Gatekeeper angesprochen wurden. Zur Anbahnung der Kooperation kontaktierte das Projektteam potentielle Gatekeeper per Infobrief, E-mail oder Telefon. Im Zuge dessen wurden 40.000 spezielle Flyer an Gatekeeper (Anlage 2) verschickt. Vereinzelt fanden zusätzlich auch, wenn gewünscht, Informationsveranstaltungen vor Ort statt. Folgende Gatekeeper-Institutionen wurden angesprochen:
 - a) Arztpraxen (hauptsächlich Hausärzte, außerdem Fachärzte für Neurologie bzw. Psychiatrie)
 - b) ambulante Pflegedienste
 - c) Gerontopsychiatrische und geriatrische Kliniken und Tageskliniken
 - d) Beratungsstellen (hauptsächlich Pflegestützpunkte)
 - e) Psychotherapiepraxen
 - f) Vereinzelt auch Apotheken, Wohlfahrtsverbände und Mobilitätshilfedienst (post hoc zusammengefasst als ‚Restkategorie‘)

Auf Ebene der beruflichen Professionen waren folgende Berufsgruppen beteiligt: Ärzte, Klinische Psychologen, Sozialarbeiter/Berater, Ambulante Pflegekräfte und vereinzelt auch Physiotherapeuten, Ergotherapeuten, Apotheker und Seelsorger (post hoc zusammengefasst als Restkategorie).

5. Methodik

Studienzeitraum

Die Projektlaufzeit des Innovationsfonds-Projektes PSY-CARE war von Juni 2018 bis September 2021 unter Realbedingungen der Regelversorgung in Berlin und in Einzelfällen in angrenzenden Regionen Brandenburgs. (Alle 3-Monats-Katamnesen sowie 75% der 12-Monats-Katamnesen waren bis Ende der Projektlaufzeit erhoben, bis 31. März 2022 alle 12-Monats-Katamnesen mit Ausnahme von acht Assessments, siehe Fußnote 12).

Registrierung, Ethikvoten und Studienprotokoll

PSY-CARE wurde prospektiv registriert (ISRCTN55646265). Es liegen positive Ethikvota einschließlich Datenschutzkonzept der Ethikkommission der MSH Medical School Hamburg für das ursprüngliche Studiendesign (MSH-2018/20) sowie für die pandemiebedingten Anpassungen (MSB-2020/32) vor. Das Studienprotokoll (Gellert et al., 2020) wurde bei BMC Geriatrics veröffentlicht, es erfolgte ein pandemiebezogenes Amendment.

Zielpopulation, Ein- und Ausschlusskriterien

Zielpopulation waren zuhause lebende ältere Menschen mit klinisch relevanter Depression und Pflegebedarf, d.h. vulnerable ältere Menschen mit komplexem Behandlungsbedarf.

Einschlusskriterien wurden nach einem ersten Vorab-Screening² in einem Prä-Assesment-Termin (T1) erfasst. Voraussetzung für die Studienteilnahme waren (a) ein Alter von

² Eingegangene Anfragen zur Studie wurden in einem ersten Telefongespräch auf Ein- und Ausschlusskriterien geprüft (Hinweise auf depressive Symptomatik, Alter über 60 Jahre, Wohnort in Berlin oder Umgebung, Vorhandensein eines Pflegegrades, keine stationäre Pflege, kein Hinweis auf kognitive Beeinträchtigung, die über

mindestens 60 Jahren; (b) Vorliegen einer unipolaren Depression (F32.0 – F33.9) oder einer Anpassungsstörung mit depressiver Symptomatik (F43.2) sowie ein klinisch auffälliger Wert auf der Geriatric Depression Scale für Pflegebedürftige (GDS-12, Sutcliffe et al., 2000), Cut-Off von 4 Punkten) und c) das Vorliegen eines anerkannten Pflegegrades (1-5).

Ausschlusskriterien waren (a) mittelgradige bis schwere Demenz; (b) Delir oder (c) andere kognitive Störung, die das Verstehen und Umsetzen der Studie, sowie das Teilnahmeeinverständnis nicht möglich machen; (d) akute Psychosen; (e) (Hypo-)Manie; (f) ausgeprägt eingeschränkte Hörfähigkeit oder Sprechfähigkeit (g) eingeschränkte Deutschkenntnisse; (h) das Endstadium einer körperlichen Erkrankung oder (i) vollstationäre Pflege.

Studiendesign

Bei PSY-CARE handelte sich um eine pragmatische, randomisiert-kontrollierte Studie (RCT) mit Mixed-Methods-Ansatz unter annähernd naturalistischen Bedingungen (Effectiveness study). Dabei fand ein **Superiority Design** mit Interventionsgruppe (ambulante Psychotherapie) und aktiver Kontrollgruppe (telefonische Beratung auf Basis eines Selbsthilferatgebers) Anwendung. Ein solches Design war – statt eines Studiendesigns mit passiver Kontrollgruppe, herkömmlicher Behandlung oder Warteliste – inhaltlich-forschungsbezogen, forschungsethisch und pragmatisch begründet³.

Innerhalb der Interventionsgruppe fand zur Beantwortung der Fragestellung in Teilstudie 1 (Implementierbarkeit und Praktikabilität) eine deskriptive Beobachtung statt.

Nach dem Studienprotokoll (Gellert et al., 2020) sollte bei mindestens 130 (max. 220) älteren Menschen mit anerkanntem Pflegegrad und einer depressiven Erkrankung randomisiert entweder die psychotherapeutische- oder Kontrollintervention durchgeführt werden. Beide Interventionen wurden von Psychotherapeuten durchgeführt. Eine bestehende ärztliche bzw. pharmakotherapeutische Behandlung der Patienten wurde nicht unterbrochen.

Geeignete Studienteilnehmer wurden nach Einwilligung und einer umfassenden Einschlussdiagnostik im Rahmen des **Prä-Assessments (T1)** einem der beiden Behandlungsangebote randomisiert zugewiesen. **Unmittelbar an die Intervention**

eine leichte Demenz hinausgeht, keine Hinweise auf manische Episoden, keine terminale Erkrankung im Endstadium). Bei Vorliegen von Konsens wurde mit Interessenten ein Prä-Assessment-Termin (T1) vereinbart.

³ Die **Begründung für ein Superiority Design** liegt darin, dass nach den Ergebnissen von systematischen verfahrensübergreifenden Reviews und Meta-Analysen standardisierte Interventionen zur Depressionsbehandlung bei älteren Menschen auf der Basis eines Behandlungsmanuals in ihrer Effektivität passiven Kontrollgruppen und herkömmlicher Behandlung überlegen sind (Huang et al. 2015, Cuijpers et al., 2020). Die Prä-Post-Effektstärken fallen in der Regel allerdings deutlich kleiner aus, wenn man sie mit aktiven Kontrollgruppen vergleicht (Huang et al., 2017; Gould et al., 2012). Die Demonstration der Überlegenheit der Interventionsgruppe gegenüber einer aktiven Kontrollgruppe kann als höherwertige Evidenz betrachtet werden. Ein weiterer Grund für die Wahl einer aktiven Kontrollgruppe war forschungsethisch begründet und diente dem Schutz der Patientensicherheit. Danach geht eine (wenn auch dem Zufall geschuldete) randomisierte Zuweisung von Patienten in die Kontrollgruppe in der Patientenpopulation mit einem Risiko einher, Studienteilnehmer, die Hoffnung in eine Behandlung gesetzt haben und außerdem ohnehin krankheitsbedingt sensibel auf Zurückweisung reagieren, zu enttäuschen bis hin dazu, sie zu demoralisieren. Diese Situation sollte auch in Anbetracht des erhöhten Risikos für Suizidalität durch eine aktive Kontrollgruppe verhindert werden. Zugleich diente die aktive Kontrollgruppe dazu, Personen für eine Teilnahme und insbesondere auch ihren Verbleib in der Studie zu motivieren, was im Falle einer passiven Kontrollgruppe bzw. herkömmliche Behandlung oder einem Wartelistendesign nur sehr schwer möglich wäre, verbunden mit hohem Dropout-Risiko.

anschließend (T2) sowie **drei Monaten (T3)** und etwa **zwölf Monate (T4)** nach Beendigung der beiden Behandlungsangebote erfolgten die Post- bzw. Follow-Up-Assessments. Auch seitens der für die Interventionsgruppe zuständigen ambulant tätigen Psychotherapeuten wurden Daten erhoben. Die erhobenen quantitativen und qualitativen Daten wurden nach Projektabschluss aufeinander bezogen (Datentriangulation).

Für die Durchführung der Interventionsgruppen-Intervention sollten hinreichend viele ambulant tätige Psychotherapeuten mit Fachkunde für Verhaltenstherapie für die Zusammenarbeit gewonnen und qualifiziert werden, die die Patienten im Rahmen ihrer regulären Behandlungstätigkeit in Berliner Psychotherapiepraxen behandelten. Gemäß Studienprotokoll sollten Studienteilnehmer der Interventionsgruppe – soweit wie dies ermöglicht werden konnte - an diese ambulant tätigen Psychotherapeuten vermittelt werden. Diese sollten im Rahmen der Regelversorgung eine alternssensible Verhaltenstherapie (Kurzzeittherapie, d.h. maximal 24 Therapiesitzungen à 50 Minuten nach Anamnesegespräch und 2-4 probatorischen Sitzungen) auf Grundlage des PSY-CARE Behandlungsmanuals durchführen (siehe Punkt 4). Für die Durchführung der Kontrollgruppen-Intervention standen angestellte Projektmitarbeiter zur Verfügung, die ebenfalls Psychotherapeuten mit Fachkunde Verhaltenstherapie waren.

Durch die Coronapandemie wurde in das Design eine **Störvariable** eingeführt, verbunden mit einem Periodeneffekt, von welchem angenommen werden kann, dass er dem Interventionseffekt prinzipiell gegenläufig war. Seitens der Studienteilnehmer wurden quantitative und qualitative Daten zum Erleben der Coronapandemie erfasst (siehe unten). Diese Erfassung war nicht derart angelegt, den Einfluss der Coronapandemie objektiv zu erfassen (dies wäre innerhalb des Designs unmöglich, weil Zeit-, Perioden- und Interventionseffekte nicht trennbar wären). Vielmehr ging es darum, möglichst facettenreich Aufschluss darüber zu erhalten, wie sich das innere Erleben der Studienteilnehmer möglicherweise veränderte, um dies bei der Kontextualisierung und Interpretation der Befunde zur Wirksamkeit zu berücksichtigen.

Randomisierung der Studienteilnehmer und Verblindung

Die Studienteilnehmer wurden randomisiert den beiden Interventionsgruppen zugeteilt. Eine computergestützte Randomisierung zur Interventions- oder Kontrollbedingung mit einem Verhältnis von 1:1 wurde vom Methodenzentrum unter Verwendung von R v3.2.1 und dem Package „blockrand“ (Blockrandomisierung mit Blockgrößen 4, 6, und 8) durchgeführt. Stratifikationen wurden nicht vorgenommen. Um die Verblindung der Zuordnung zu gewährleisten, wurde auf Teilnehmerebene eine zentrale Randomisierung durchgeführt, bei der die rekrutierende Person (Study nurse) fortlaufend nummerierte, undurchsichtige, versiegelte Umschläge vom Methodenzentrum erhielt. Die Erstellung der zufälligen Zuordnungssequenz, die Aufnahme der Teilnehmer in die Studie und die Zuordnung der Studienteilnehmer zu den Interventionsbedingungen wurden strikt getrennt. Die an der Auswertung der Ergebnisse beteiligten Projektmitarbeiter wurden gegenüber der Interventionsallokation verblindet.

Datenerhebung⁴ - Fragestellung 1 (Implementierbarkeit, Praktikabilität und Akzeptanz)

⁴ Die Daten wurden im Methodenzentrum gespeichert und analysiert. Zugriff auf die generierten Daten hatte nur das Evaluationsteam, wie im Datenschutzkonzept definiert.

Datenerhebung – Studienteilnehmer

Quantitative Daten: **Persönliche Therapieziele** der Teilnehmer der Interventionsgruppe wurden erfasst, indem diese zu Therapiebeginn (T1) angaben, welche fünf persönlichen Therapieziele aus einem vorgegeben Set diverser Therapieziele (BIT-C, angepasst an die Zielgruppe, Grosse & Grawe, 2002; Sittler et al., 2021) sie im Rahmen der Psychotherapie verfolgten; zusätzlich schätzen noch die Wichtigkeit der Therapieziele durch Bildung einer Rangfolge ein. Die **Zufriedenheit mit der ambulanten Psychotherapie** wurde mittels dreier geschlossener Fragen (Anhang 1) zum Post-Assessment T2 für die Studienteilnehmer der Interventionsgruppe erhoben ($\alpha=.75$).

Qualitative Daten: Zur Erfassung des individuellen **Zugangs zur Studienteilnahme (Rekrutierungsstrategien)** wurde jedem Studieninteressenten, welcher sich per Telefon meldete, die offene Frage gestellt (oder falls er unsicher war einem Angehörigen), wie er von der Studie erfahren hat. Für den Fall, dass sich ein Gatekeeper mit einer Anmeldung eines potentiellen Studienteilnehmers meldete, wurde der Gatekeeper nach der Institution, der er angehörte, sowie nach seiner Berufsgruppe befragt (siehe oben). **Subjektive Barrieren, die bisher eine Psychotherapieinanspruchnahme seitens der Studienteilnehmer behindert haben:** Die subjektiven Barrieren bisheriger Psychotherapieinanspruchnahme wurden mit einer offenen Frage zum Prä-Assessment (T1) erfragt. Allen Studienteilnehmern wurde dabei die Frage gestellt, warum sie bislang keine Psychotherapie in Anspruch genommen hatten, um ihre aktuellen Probleme zu bewältigen. Mehrfachnennungen waren möglich.

Datenerhebung – ambulant tätige Psychotherapeuten

Quantitative Daten: Daten der ambulant tätigen Psychotherapeuten wurden über Fragebögen mit geschlossenem Antwortformat (a) vor Beginn der Behandlungstätigkeit im Projekt und dann wieder (b) zum Ende der Behandlungstätigkeit im Projekt bzw. der jeweiligen Patientenbehandlungen erhoben. Die ambulant tätigen Psychotherapeuten füllten dazu Fragebögen im Papier-Bleistift-Format aus, welche später durch Mitarbeitende in eine SPSS v25-Datenmaske übertragen wurden. Zu Beginn der Behandlungstätigkeit wurden neben **soziodemographischen** Merkmalen **Arbeitserfahrung** und **Motivation für die Teilnahme** (Anhang 3) an PSY-CARE erhoben. Nach Abschluss der Behandlungstätigkeit im Projekt wurden die Bewertung der qualifizierenden Vorbereitung auf die Behandlung sowie die **Motivation zur Weiterbehandlung** der Zielgruppe und weitere **Qualifikationsbedarfe** (Anhang 4) erfragt. Zudem wurden (pro Behandlung) nach jeder Sitzung die **Durchführungsmodalitäten** der Therapien (d.h. Hausbesuch oder Praxis bzw. Fernbehandlung) sowie die angewendeten **Therapiemethoden** innerhalb der Sitzungen durch standardisierte Dokumentationsbögen erfasst (Anhang 5); zusätzlich erfolgte auch eine Dokumentation der **Besprechungen mit Angehörigen und Mitbehandlern** (Anhang 6). Zudem wurden **Auswirkungen der Pandemie auf die Behandlungstätigkeit** über separate Fragebögen nach Therapieende erfasst (Anhang 7).

Qualitative Daten: Ergänzend zu den quantitativen Daten wurden die **subjektiven (klinischen und praktischen) Erfahrungen** der ambulant tätigen Psychotherapeuten auf Grundlage von halbstrukturierten Einzelinterviews mit 16 (der insgesamt 39 an PSY-CARE beteiligten) ambulant tätigen Psychotherapeuten (Alter zwischen 26 und 70 Jahren; $M= 47.4$ Jahre) in der letzten Phase ihrer Behandlungstätigkeit oder unmittelbar danach durchgeführt (Dauer: $M=80.9$ Minuten; $SD=17.8$)(Interviewleitfaden siehe Anhang 8). Die Interviewpartner wurden in einem mehrstufigen Verfahren ausgewählt (theoretisches Sampling). Dazu wurden zunächst acht PSY-CARE Psychotherapeuten (Interviewpartner) ausgewählt, die aus

unterschiedlichen professionellen Kontexten kamen. In diesem Sample befanden sich sowohl der älteste als auch der jüngste Psychotherapeut des Projektes, als auch zwei mit sehr viel als auch zwei mit vergleichsweise wenig Erfahrung mit der spezifischen Patientenpopulation. Zur Validierung wurden im Anschluss jeweils zwei weitere Psychotherapeuten mit ähnlichen Merkmalen rekrutiert. Acht Interviewpartner arbeiteten Vollzeit im ambulanten Setting, drei im stationären Setting und fünf in beiden Settings parallel. Alle hatten Erfahrung in der Behandlung der spezifischen Patientengruppe, aber nur drei hatten Erfahrung mit psychotherapeutischen Hausbesuchen. Die Interviews wurden online oder im Face-to-Face Format von einem Projektmitarbeiter durchgeführt. Um einzelne Aspekte aus den Interviews zu vertiefen, wurden von den ambulant tätigen Psychotherapeuten zehn Fallkasuistiken entlang eines vorgegebenen Dokumentationsschemas (Anhang 9) angefertigt.

Datenerhebung – Projektdokumentation

Dokumentation des zeitlichen Arbeitsaufwandes für Rekrutierungsstrategien: Das zeitliche Investment des Projektteams für Selbstrekrutierungsstrategien von Studienteilnehmern über Medien sowie über Face-to-Face Kontakt oder Gatekeeper-Rekrutierung basierte auf einer detaillierten Dokumentation des dafür benötigten Arbeitsaufwandes (in Arbeitsstunden). Dazu wurden für jede rekrutierungsbezogene Aktivität die Arbeitsstunden des jeweils daran beteiligten Projektmitarbeiters dokumentiert (z.B. Erstellen und Versenden eines Serienbriefes an potentielle Gatekeeper, Durchführung einer Infoveranstaltung in einer Kirchengemeinde).

Datenerhebung - Fragestellung 2 (Wirksamkeit)

Drop-Out Dokumentation: **Drop-Outs** wurden durch das Studienteam systematisch dokumentiert. Dabei wurden Gründe für ein Ausscheiden aus der Studie möglichst detailliert festgehalten, sowie nach Zeitpunkt (bis zu/während T1, T2, T3 und T4) eingeordnet. Im Einzelfall (z.B. Telefonanschluss nicht mehr erreichbar) wurden Recherchen im Rahmen des Datenschutzes angestellt. Bei Nicht-Erreichbarkeit von Studienteilnehmern wurde bis zu sechs Monate eine telefonische Kontaktaufnahme versucht, sowie eine Postkarte mit Bitte um Rückruf geschrieben, bevor Teilnehmende als Drop-Out gewertet wurden. Drop-Out Gründe wurden post-hoc vom Studienteam in Kategorien eingeteilt (siehe Abbildung 3 im Ergebnisteil).

Die primären und sekundären Outcomes wurden zu den verschiedenen Messzeitpunkten mittels standardisierter Instrumente erhoben (siehe Gellert et al., 2020, sowie Tabelle 1).⁵

Zeitpunkt der Erfassung der primären und sekundären Outcomes. Das primäre Outcome wurde zu Studienbeginn (T1), nach der Intervention (T2) sowie bei der Nachuntersuchung nach 3 Monaten (T3) und nach einem Jahr (T4) erfasst. Die sekundären Outcomes wurden bis auf das klinische Interview (nur zu T2) zu T1 bis T3 erfasst. Grund für die reduzierte Katamnese-Batterie für T3 und T4 waren forschungsökonomische Gründe sowie das Ziel, die

⁵ Entgegen des Forschungsantrags wurde auf die Erfassung von Heimeinweisungen, stationären Aufenthalten und Pflegegraden im Post-Assessment und in den Katamnesen verzichtet, da davon ausgegangen werden kann, dass die Fallzahl (obendrein reduziert durch den hohen Dropout, siehe oben) zu klein ist, um entsprechende Effekte abbilden zu können. Diese Tertiär-Outcomes sind daher auch schon im Studienprotokoll unberücksichtigt. (Psychopharmakakonsum und Zufriedenheit mit der Behandlung wurden hingegen erfragt.)

Motivation für die ohnehin als sehr anstrengend erlebten Assessments – insbesondere, da sie pandemiebedingt telefonisch stattfinden mussten - und damit die Studienteilnahme, aufrechtzuerhalten.

Der **primäre Outcome (erfasst T1 bis 4)** war die Reduktion der depressiven Symptome der Teilnehmer, bewertet anhand der 12-Punkte Geriatric Depression Scale⁶ (GDS-12, Gauggel & Birkner, 1999; Sutcliffe et al., 2000) von der Baseline (T1), verglichen zum Messpunkt direkt nach der Intervention (T2) und zum Follow-up nach 3 Monaten (T3) bzw. 12 Monaten (T4). Der Gesamt-Score der GDS-12 reicht von 0 bis 12, eine Punktzahl von 4 oder mehr weist auf das Vorhandensein klinisch relevanter depressiver Symptome hin.

Sekundäre Outcomes (erfasst T1 bis T3) waren die Lebensqualität der Teilnehmer (Bruce et al., 2002), gemessen anhand eines einzelnen Items der „Weltgesundheitsorganisation (WHO) Lebensqualität im Alter“-Skala, des WHOQOL-OLD (Choi et al., 2010, Conrad et al. 2016); die Diagnose einer depressiven Symptomatik (Major Depression; Anpassungsstörung mit depressiver Symptomatik; Dysthymie; F32, F33, F34, F43), erhoben durch ein deutsches strukturiertes klinisches Interview für psychische Erkrankungen (Mini-DIPS, Margraf, 1994), aus welchem Verdachtsdiagnosen nach ICD-10 abgeleitet wurden, sowie komorbide Angst, bewertet mit der Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS, Rowe et al., 2006; Hinz & Brähler, 2011) Aktivitäten des täglichen Lebens gemessen mit dem Barthel-Index und der IADL-Skala (Mahoney & Barthel, 1965, Lawton & Brody, 1969); und selbstbewerteter Gesundheitszustand, gemessen anhand eines einzelnen Items mit der Frage „Wie würden Sie Ihren Gesundheitszustand in den letzten 4 Wochen einschätzen?“ auf einer 6-stufigen Likert-Skala von 1 = „sehr schlecht“ bis 6 = „ausgezeichnet“ (Hyer, 2005).

Remission als weiteres sekundäres Outcome (erfasst T1 und T2). Als sekundäres Outcome wurde weiterhin die **Remission** (definiert als Änderung im Mini-DIPS von T2 zu T1) verwendet. Dabei werden unverändert, Remission, Teilremission und Aggravation (Verschlechterung) unterschieden.

Modalität der Erfassung der primären und sekundären Outcomes: Die Erfassung wurde von ausgebildeten Study Nurses durchgeführt. Dabei handelte es sich um klinische Psychologen mit fortgeschrittener psychotherapeutischer Ausbildung. Diese wurden vorab intensiv in der Durchführung der Assessments trainiert und regelmäßig während ihrer gesamten Tätigkeit supervidiert. Die Fragebögen wurden als computerbewertete Interviews mit einem sicheren Laptop durchgeführt und dauerten bis zu 2.5 Stunden pro Teilnehmer. Aufgrund eingeschränkter körperlicher Ressourcen war es in der Regel notwendig, dass während der Interviews eine Pause gemacht wurde. Die Datenerfassung wurde vom Methodenzentrum überwacht und später automatisch an SPSS v25 (IBM, Cary, Ind.) übertragen.

Tabelle 1

Übersicht der verwendeten Endpunkte

	Angenommenes Skalenniveau	Anzahl Items	der Messzeitpunkte
Primärer Endpunkt			

⁶ Bei der GDS-12 handelt es sich um eine für mobilitätseingeschränkte adaptierte validierte Form der ‚klassischen‘ GDS-15 für pflegebedürftige ältere Menschen.

<i>GDS</i> : Geriatric Depression Scale	metrisch	12	T1-T4
Sekundäre Endpunkte			
<i>WHOQOL-OLD</i> : World Health Organization Quality of Life in OLD age	metrisch	1	T1-T3
<i>Mini-DIPS</i> : Diagnostisches Kurzinterview bei psychischen Störungen	kategorial	^a	T1-T3
<i>HADS</i> : Hospital Anxiety and Depression Scale	metrisch	14	T1-T3
<i>Barthel-Index</i> (Aktivitäten des täglichen Lebens)	metrisch	10	T1-T3
<i>IADL</i> : Instrumental Activities of Daily Living-Scale	metrisch	8	T1-T3
Selbstberichtete Gesundheit	metrisch	1	T1-T3

Anmerkungen. ^a Mini-DIPS ist ein standardisiertes Interview

➔ **Änderungen bei der Datenerhebung durch Coronapandemie:** Zur Baseline (T1) konnte die Modalität des Assessments wie geplant umgesetzt werden (d.h. Face-to-Face in der Häuslichkeit der Studienteilnehmer). Im Gegensatz dazu mussten die weiteren Assessments (zu T2, T3, T4) pandemiebedingt entgegen des ursprünglichen Studienprotokolls telefonisch durchgeführt werden⁷.

Psychopharmakonsum: Der **Psychopharmakonsum** wurde als Veränderung des Psychopharmakakonsums Prä-Assessment zu Post-Assessment (T2) und Prä-Assessment zu Post-Assessment (T3) jeweils zu T2 und T3 erfasst. Zu T1 wurde die Anzahl aller regelmäßig eingenommener Medikamente einschließlich Psychopharmaka erfragt. Veränderungen in Dosierung oder Präparaten seit Studienbeginn wurden nach Reduzierung, Absetzen, neue Medikamente und Ersatz durch andere Medikamente unterschieden.

Zusätzliche Datenerhebung in Ergänzung zum Studienprotokoll: Subjektives Erleben der Coronapandemie aus Sicht der Studienteilnehmer

Qualitative Daten: Um zu erfassen, wie die Studienteilnehmer die Coronapandemie während des ersten Jahres nach dem Lockdown erlebten, wurden 20 Interviews mit Studienteilnehmern (18 Frauen) zu zwei Zeitpunkten (Juli 2020 und Dezember 2020; d.h. für jeden Studienteilnehmer zu einem anderen Zeitpunkt innerhalb seiner Studienteilnahme) auf Grundlage von unstrukturierten Einzelinterviews durchgeführt (Dauer: 10 – 87 Minuten).

⁷ Die Umstellung von Face-to-Face Assessments auf telefonische Assessments war zu Beginn der Pandemie eine angeordnete Auflage für Forschungsprojekte seitens der Charité. Zur Vergleichbarkeit der Modalität des Assessments sowie des Infektionsschutzes wurden die Assessments nach einer Entscheidung der Studienleitung fortan telefonisch durchgeführt. Dabei wurde der Nachteil in Kauf genommen, dass telefonisch durchgeführte Assessments mit der Zielpopulation wahrscheinlich weniger reliabel und valide ausfallen (Verzerrungen durch geringere Selbstöffnung der Studienteilnehmer; Einschränkungen in Hören, Sprechen und Aufmerksamkeit etc).

Zunächst wurden acht Studienteilnehmer ausgewählt, die in Bezug auf soziodemographische Merkmale eine maximale Variation innerhalb des Samples hatten. Basierend auf einer ersten Auswertung der Interviews wurden gezielt Studienteilnehmer mit unterschiedlichen Graden an Depression und Pflegebedarf rekrutiert. Nach dem 18. Interview war die theoretische Sättigung erreicht. Es wurden noch zwei weitere Interviews ergänzt, um spezifische Informationen zu erfassen und einige vorläufige Ergebnisse zu validieren. Die Interviews wurden telefonisch von einem Projektmitarbeiter umgesetzt, der durch Terminabsprachen für Assessments und Rückfragen zur Studienteilnahme bereits persönlich mit den Studienteilnehmern vertraut war. Die Einstiegsfrage lautete: „Wie geht es Ihnen mit der Pandemie?“ Das erste Interview dauerte im Durchschnitt M=30 Minuten (Range: 10-87 Minuten), das zweite M=24 Minuten (Range: 11-54 Minuten).

Quantitative Daten: Zur 1-Jahres-Katamnese (T4) wurden alle sich noch in der Studie befindenden Studienteilnehmer retrospektiv zu persönlich erlebten Beeinträchtigung während der Corona-Pandemie befragt. Dazu wurden sie gebeten einzuschätzen, wie sehr ihre Lebensqualität beeinträchtigt war durch (1) eingeschränkten Zugang zu Gesundheitsversorgung (z.B. medizinische Versorgung, Physiotherapie, Pflege, Apotheken), (2) verringerte soziale Teilhabe, Isolation oder Einsamkeit, (3) andauerndes Angst- und Risikoerleben hinsichtlich der eigenen Gesundheit oder (4) anhaltende Sorgen um andere nahestehende Menschen. Die Antworten wurden auf einer 6-stufigen Likertskala (sehr stark bis gar nicht) eingeordnet (Anhang 2). Zusätzlich wurden die Teilnehmenden nach einer (überstandenen) Corona-Infektion (ja/nein) befragt.

Datenauswertung

Sofern es sich nicht um rein deskriptive Datenauswertungen handelte, sind im Nachfolgenden die quantitativen und qualitativen Auswertungsmethoden (in der Logik des zeitlichen Projektverlaufs) dargestellt, die für die Analyse der unterschiedlichen Daten verwendet wurden.

Statistische Datenanalyse: Rekrutierungsstrategien

Nach Abschluss des Rekrutierungsprozesses wurden die Antworten der Studienteilnehmer in Bezug auf ihren Zugang zur Studie nach Institution und Berufsgruppe kategorisiert. Die Kodierung wurde von einem Forschungsteam mit hoher Interrater-Übereinstimmung (Cohen's Kappa 0.87–0.97) durchgeführt. Um die Einschussraten und kategorialen Merkmale der Teilnehmer zu vergleichen, wurden χ^2 -Tests durchgeführt. Um Merkmale der Studienteilnehmer in Abhängigkeit der Rekrutierungsstrategien zu untersuchen, wurden T-Tests und Einfaktorielle Varianzanalysen für unabhängige Stichproben berechnet (Welch-Tests im Fall von Heteroskedasizität).

Quantitative Inhaltsanalyse: Subjektive Barrieren, die bisher eine Psychotherapieinanspruchnahme seitens der Patienten behindert haben

Die Antworten zu den subjektiven Barrieren in Bezug auf frühere Inanspruchnahme von Psychotherapie wurden von zwei Mitgliedern des Projektteams im Konsensverfahren in Sinneinheiten eingeteilt. Das Kategoriensystem wurde induktiv erstellt und umfasste zwölf Kategorien. Die von den Studienteilnehmern genannten Barrieren von zwei weiteren Mitgliedern des Projektteams auf Grundlage des Kategoriensystems mit sehr hoher Inter-

Rater-Übereinstimmung (Kappa=.89) kodiert. Informationen zur Beschreibung der einzelnen Barriere-Kategorien sowie deren Nennungshäufigkeiten siehe Anhang 10.

Poweranalyse: Schätzung der Stichprobengröße

Für die Schätzung des notwendigen Stichprobenumfangs wird ein Unterschied in der Depression (GDS-12, primäres Outcome) zwischen der Interventions- und der Kontrollgruppe bei der Nachbeobachtung mit mittlerer Effektgröße als klinisch relevant angesehen (Cohen's $d = 0.5$), was auch den Ergebnissen einer relevanten Metaanalyse entspricht (Huang et al., 2015). Berücksichtigt man eine Drop-out-Rate von 20% (Cooper & Conklin, 2015), wie dies in ähnlichen Studien der Fall war, ergibt sich eine gerundete Stichprobengröße pro Gruppe von $n = 110$ bzw. $N = 220$ Personen insgesamt. Die Stichprobenschätzung (Testfamilie: t-Test für unabhängige Stichproben) mit Gpower 3.1 wurde bei einem Typ I Fehler von $\alpha = 0.05$ und einer statistischen Power von $1 - \beta = 0.95$ durchgeführt. Legt man eine übliche Power von $1 - \beta = 0.80$ an, würde bereits eine Stichprobengröße von insgesamt 130 Teilnehmern für die Detektion eines mittleren Effekts genügen. Während 20% Dropout in Psychotherapiestudien mit älteren Erwachsenen üblich sind, planten wir in Anbetracht der Vulnerabilität unserer Teilnehmer die Rekrutierung über die Marke von 20% hinaus zu verfolgen, um final eine ausreichende statistische Power zu gewährleisten (Gellert et al., 2020).

Statistische Datenanalyse: Dropout-Analyse

Für die **Dropout-Analyse** wurde ein CONSORT-Flow-Diagramm erstellt, welches die Anzahl der Dropouts und die Gründe für vorzeitiges Ausscheiden aus der Studie darstellt. Weiterhin wurde eine Serie von logistischen Regressionsmodellen spezifiziert, für die Dropout (ja=1, nein=0) kodiert wurden. Die dichotome Dropout-Variable wurde anschließend auf die Interaktion von Interventionsbedingung x Endpunkt regressiert.

Statistische Datenanalyse: primäre und sekundäre Outcomes

Die Auswertung der Teilnehmerdaten erfolgte mittels multivariater Längsschnittverfahren. Es wurden **Intention-to-treat-Analysen** durchgeführt. Das bedeutet, dass auch wenn Studienteilnehmer im Laufe der Studie ausschieden, sie trotzdem in ihrer Gruppe zur Endauswertung eingeschlossen wurden, so wie es zu Beginn der Studie die Absicht war. Eine Post-hoc-Wirksamkeitsanalyse der Aktivitäten des täglichen Lebens (ADL) und der instrumentellen Aktivitäten des täglichen Lebens (IADL), sowie des kognitiven Status als moderierende Merkmale von Pflegebedürftigen wurde durchgeführt.

Für die Effektivitätsberechnung bezogen auf das **primäre und die sekundären metrischen Outcomes** (GDS, HADS, WHOQOL-OLD, ADL, IADL, selbsteingeschätzte Gesundheit) wurden die Ergebnisse mittels Multilevel-Regressionsanalysen (MIXED command) in SPSSv28 geschätzt. Dabei wurden die Messzeitpunkte in Personen geschachtelt ausgewertet (Covtype=Autoregression 1). Für die Endpunkte wurden random effects auf Personenebene erlaubt. Als zeitinvariante Kovariaten wurden Alter, Geschlecht und Bildung (ISCED) in das Modell aufgenommen. Neben den Variablen Interventionsgruppe (Ausprägungen: 0, 1) und Messzeitpunkt (Ausprägungen: 1, 2, 3, 4) wurde in das Mixed Model für die Schätzung des Interventionseffekts eine „Interventionsgruppe x Messzeitpunkt-Interaktion“ eingeführt. Da wir keine Annahmen über die Zuwachsfunktion über die Zeit trafen (z.B. linear oder quadratisch) wurde die Variable Messzeitpunkt als geordnete nominale Variable in das Modell aufgenommen. Daher werden separate Signifikanzniveaus für die Interaktion pro Messzeitpunkt ausgegeben, deren Referenzkategorie immer Messzeitpunkt

T1/Kontrollgruppe ist. Das Mini-DIPS als kategorialer sekundärer Endpunkt wurde mit Hilfe von Chi-Quadrat-Tests ausgewertet. Die Intention-to-Treat-Analysen für die Effektivitätsschätzung nehmen alle kompletten Teilnehmenden zur Baseline sowie alle durchgeführten Follow-ups mit auf, ohne Ausschluss (Schätzer: REstricted Maximum Likelihood, REML), so dass unverzerrte Ergebnisse durch Study Dropout bei der Annahme Missing at Random (MAR) oder Missing Completely at Random (MCAR) zu erwarten sind. Fehlende Skalenwerte wurden mit Hilfe der Technik der multiplen Imputation (MI) mit Markov Chain Monte Carlo (MCMC) imputiert, wodurch 20 imputierte Datensätze entstanden. Effektstärken werden über Cohen's d dargestellt, wobei < 0.5 „kleiner Effekt“, $0.5 - 0.8$ „mittelgradiger Effekt“ und > 0.8 „großer Effekt“ bedeutet. Für Zwischengruppenunterschiede wird Cohen's d über einen Online Calculator (<https://www.socscistatistics.com/effectsize/default3.aspx>) als $Cohen's\ d = (M2 - M1) / SD_{pooled}$ wobei $SD_{pooled} = \sqrt{(SD1^2 + SD2^2) / 2}$ berechnet. Für Vergleiche mit anhängigen Stichproben im Längsschnitt wird die Formel von Lakens 2013 (Formel 8) in einem Online Calculator verwendet (https://www.psychometrica.de/effect_size.html#cohen), wobei hier die gepoolten SD für die Interkorrelation der Messungen kontrolliert wird. Für die Schätzung der Effektivität als Funktion der funktionalen und kognitiven Einschränkungen (Moderierende Faktoren: ADL, IADL, MMST, Psychopharmaka) wurden in die Mehrebenenmodelle zusätzlich Dreifach-Interaktionen „Messzeitpunkt x Interventionsbedingung x Moderator“, sowie alle Zweifach-Interaktionen und direkten Prädiktoren mit in das Modell aufgenommen. Für alle Moderatoren wurden die Baselinewerte verwendet.

Qualitative Datenanalyse: Erfahrungen der ambulant tätigen Psychotherapeuten

Auf Grundlage der Interviews mit den ambulant tätigen Psychotherapeuten und der Fallkasuistiken wurde mit der Methodologie der Grounded Theory (Glaser & Strauss, 2017), modifiziert nach Rennie und Kollegen (1988), durch drei Mitglieder des Projektteams ein theoretisches Modell erarbeitet, welches die wesentlichen Herausforderungen, die die ambulant tätigen Psychotherapeuten erlebten, beschreibt und welches auch ihre inneren und verhaltensbezogene Anpassungsprozesse während der Behandlungstätigkeit im Projekt umfasst. Dazu wurden alle Interviews und Fallkasuistiken in Sinneinheiten zerlegt und diese in einem dreistufigen, iterativen Prozess in ein hierarchisch organisiertes Kategoriensystem organisiert. Dieses bestand aus der Kernkategorie, dazugehörigen Clustern höherer Ordnung und diesen wiederum zugeordneten Kategorien (siehe Abb. 3 im Ergebnisteil). Neben dieser umfassenden Analyse wurde das Material zusätzlich in Bezug auf die beiden speziellen Aspekte 1) Erfahrungen mit der Coronapandemie sowie 2) der Zusammenarbeit mit Mitbehandlern betrachtet, da diese Punkte von theoretischem Interesse waren. Dazu wurden die Kategorien, die sich aus dem oben beschriebenen Prozess ergaben, unter dem Aspekt der Häufigkeit ihres Vorkommens betrachtet.

Qualitative Datenanalyse: Erfahrungen der Studienteilnehmer mit der Coronapandemie

Die Interviews mit den Studienteilnehmern zur Coronapandemie wurden ebenfalls mit der Methodologie der Grounded Theory durch drei Mitglieder des Projektteams ausgewertet. Dabei wurde jede durch den Prozess des axialen Kodierens identifizierte Kategorie nach dem paradigmatischen Modell in ursächliche Bedingungen, Phänomen, Kontext, Intervenierende Bedingungen, Handlungsstrategie und Konsequenzen unterteilt. Aus dem Ergebnis des Kodierprozesses resultierte das Kodierparadigma in Abbildung 10 im Ergebnisteil.

6. Projektergebnisse

Studienergebnisse zur Implementierbarkeit, Praktikabilität und Akzeptanz der ambulanten Psychotherapie (Studienziel 1)

Grad der Erreichung der Zielpopulation und Therapievermittlung

Die Rekrutierungsstrategien (siehe unten) resultierten in 511 Teilnahmeanfragen⁸, von denen 314 (61.4%) aufgrund Nichterfüllung der Einschlusskriterien ausgeschlossen wurden, dabei am häufigsten aufgrund des Fehlens eines Pflegegrades ($n=65$; 20.4%). Entsprechend wurden 197 Personen der Zielpopulation erreicht, was einer Einschlussquote von 38.6% entspricht. Der Interventionsgruppe (ambulante Psychotherapie) wurden 102 Studienteilnehmer zugewiesen, 95 der aktiven Kontrollgruppe (telefonische Beratung auf Basis des PSY-CARE Ratgebers).

Therapievermittlung: Es gelang dem Projektteam durch hohen koordinativen Aufwand, alle $n=102$ Studienteilnehmer der Interventionsgruppe an ambulant tätige Psychotherapeuten zu vermitteln. Für die Vermittlung förderlich erwiesen sich nach der Projektdokumentation der Projektmitarbeiter neben der Möglichkeit, kurzfristig einen Therapieplatz anbieten zu können, die Kapazität der ambulant tätigen Psychotherapeuten zur Durchführung von Hausbesuchen an dem meistens mehrere Kilometer entfernt liegenden Wohnort des Patienten, bzw. eine für Patienten gut erreichbare, barrierearme Praxis.

Charakteristika der erreichten Zielgruppe

Soziodemographische und gesundheitsbezogene Merkmale beim Prä-Assessment (T1): Die Studienteilnehmer der Gesamtstichprobe waren beim Prä-Assessment zwischen 61 und 94 Jahren alt ($M=77.8$, $SD=8.1$) und überwiegend weiblich ($n=152$, 77.2%). Die Mehrheit der Studienteilnehmer verfügte nach International Standard Classification of Education über ein mittleres ($n=104$, 53.6%) bis hohes ($n=69$, 35.6%) Bildungsniveau. Von den Studienteilnehmern lebten knapp drei von vier (73.6%) allein. Die Mehrheit der Teilnehmer (70.4%) war zum Zeitpunkt des Prä-Assessments nicht oder nicht mehr in einer Partnerschaft. 77% hatten einen Pflegegrad von 2 und höher. Dieses Bild spiegelt sich auch in einem durchschnittlichen Gesamtwert von 83.1 (d.h. „hilfebedürftig“) auf der Activities of Daily Living Scale ($SD=16.7$; Lawton & Brody, 1969) wider. Im Mini-Mental State Test erzielten 19.5% ($n=38$) niedrigere Werte als 27 Punkte, was im Mittel nicht für eine Demenz spricht. In Bezug auf das primäre Outcome zeigten die meisten Studienteilnehmer Hinweise auf leichte bis mittelschwere Depressionen, was sich in einem durchschnittlichen GDS-12 Wert von 7.8 ($SD=2.5$) zeigte.

Die Tabelle 2 stellt die wesentlichen soziodemografischen Charakteristika sowie die Werte der primären und sekundären Outcomes der eingeschlossenen Teilnehmer zum Prä-Assessment (T1), getrennt für die Interventions- und die Kontrollgruppe, dar. Auf das Berichten inferenzstatistischer Tests für Gruppenunterschiede zur Baseline (baseline equivalence) wurde verzichtet, da diese Unterschiede per Definition zufällig sind. (Tatsächlich ergeben sich auch keine signifikanten Unterschiede, erfasst mit Chi-Quadrat- und F-Verteilung, mit der Ausnahme einer Differenz bei den Aktivitäten des täglichen Lebens (ADL, $F(1,185.5)=5.59$, $p=0.019$).

⁸ Dabei wurde ein Prä-Assessment zur Prüfung der Ein- und Ausschlusskriterien mit 255 der 511 Studieninteressenten durchgeführt.

Tabelle 2

Charakteristika der Teilnehmer zum Prä-Assessment nach Interventionsbedingung

Charakteristik	Interventionsgruppe (n=102)	Kontrollgruppe (n=95)
Alter, in Jahren (<i>M</i>)	78.2 (<i>SD</i> =7.9)	77.4 (<i>SD</i> =8.3)
Gender (<i>N</i>)		
Männer	28 (27.5%)	17 (17.9%)
Frauen	74 (72.5%)	78 (82.1%)
Bildung (<i>N</i>)		
hoch	37(36.3%)	32 (34.0%)
mittel	55 (53.9%)	49 (52.1%)
niedrig	8 (8.0%)	13 (13.8%)
Partnerschaftsstatus		
Keine:n Partner:in	64 (62.7%)	74 (78.7%)
Partner:in, zusammenlebend	28 (27.5%)	17 (18.1%)
Partner:in, nicht zusammenlebend	10 (9.8%)	19 (20.2%)
Zusammenleben		
alleinlebend	71 (69.6%)	74 (78.7%)
mit Partner	28 (27.5%)	13 (13.8%)
mit Kind(ern)	2 (2.0%)	4 (4.3%)
mit anderen	1 (1.0%)	3 (3.2%)
Depressive Symptome, GDS-12, Primäres Outcome (<i>M</i>)	7.8 (<i>SD</i>=2.6)	7.7 (<i>SD</i>=2.4)
HADS-A (<i>M</i>)	10.1 (<i>SD</i> =4.8)	9.8 (<i>SD</i> =4.2)
Lebensqualität, WHOQOL-OLD (<i>M</i>)	2.4 (<i>SD</i> =1.0)	2.5 (<i>SD</i> =0.9)
Selbsteingeschätzte Gesundheit (<i>M</i>)	2.3 (<i>SD</i> =1.0)	2.5 (<i>SD</i> =0.9)
Psychopharmaka	45 (58.4%)	32 (41.5%)
Pflegegrad		
1	23 (22.5%)	22 (23.4%)
2	48 (47.1%)	50 (53.2%)
3	25 (24.5%)	19 (20.2%)
4	5 (4.9%)	3 (3.2%)
5	1 (1.0%)	0 (0.0%)
ADL (<i>M</i>)	80.3 (<i>SD</i> =18.8)	85.9 (<i>SD</i> =13.9)
iADL (<i>M</i>)	5.2 (<i>SD</i> =2.3)	5.7 (<i>SD</i> =2.0)

MMSE (M)

27.6 (SD=2.3)

27.9 (SD=2.2)

Anmerkung. M=Mittelwert, SD=Standardabweichung, KI=Konfidenzintervall; GDS-12, Geriatric depression scale; HADS-A, anxiety subscale of the Hospital Anxiety and Depression scale; WHOQOL-OLD, single item des World Health Organization Quality of Life in old age; ADL, activities of daily living; iADL, independent activities of daily living; MMSE, Mini Mental State Examination (normiert). Die Daten in der Tabelle beziehen sich auf n=102 in der Interventionsgruppe und n=95 Kontrollgruppe, davon abweichend: MMSE-Ergebnisse wurden für n=25 Teilnehmer, die aufgrund körperlicher Beeinträchtigungen nicht alle Items ausführen konnten, und für n=10 aufgrund von telefonisch übermittelten Tests normiert. Eine Person in der Interventionsgruppe wies fehlende Werte auf allen Variablen auf, bis auf Alter und Geschlecht. Psychopharmaka wurden retrospektiv für die Zeit vor der Studie zu T3 erfasst (n=45 Interventionsgruppe, n=32 Kontrollgruppe).

Persönliche Therapieziele: Durchschnittlich nannten die Studienteilnehmer der Interventionsgruppe zu Therapiebeginn (T1) M=4.1 persönliche Therapieziele (SD = 1.0; Range = 1-5). Fast die Hälfte (48%) aller genannten persönlichen Therapieziele fielen in den Bereich der „Problem- und Symptombewältigung“. Die Bereiche „Umgang mit altersspezifischen Verlusten“ (21%), „Interpersonale Ziele“ (13%) und „Wohlbefinden“ (11%) waren danach in absteigender Frequenz vertreten. Der Zieltyp „Selbstentwicklung“ ist mit 6.6 % die am wenigsten genannte Kategorie.

Subjektive Barrieren, die bisher eine Psychotherapieinanspruchnahme behindert haben:

Von den 221 genannten Barrieren bestand die meistgenannte Barriere in fehlender Verfügbarkeit von Psychotherapieplätzen und langen Wartezeiten (n=43, 19.5%). Am zweithäufigsten wurde fehlende Barrierefreiheit und Unerreichbarkeit von Psychotherapiepraxen bzw. ein fehlendes Angebot für Hausbesuche genannt (n=36, 16.3%). Als dritthäufigste Barriere wurde von den Teilnehmern genannt, dass sie bisher keine Notwendigkeit für das Aufnehmen einer Psychotherapie sahen (n=31, 14.0%). Weitere Ergebnisse in Anhang 10.

Effektive und effiziente Zugangswege hin zur Patientenpopulation

Anzahl an Anfragen, Einschussraten und Arbeitsaufwand für Rekrutierung: Die meisten Teilnehmer wurden mehrheitlich über Zuweisung durch Gatekeeper rekrutiert (80.5%), im Gegensatz von nur 19.5% über Selbstzuweisung (Tabelle 3). Die Rekrutierungsstrategien hatten dabei keinen Einfluss auf die tatsächlichen Einschussraten auf Basis des Prä-Assessments ($\chi^2(1) = 0.879, p = 0.348$). Das Projektteam wendete insgesamt 2803 Arbeitsstunden für den Rekrutierungsprozess auf. Davon entfielen 2277 Arbeitsstunden (81.2%) auf die Bahnung der Kontakte zu Gatekeepern, und 526 Stunden (18.8%) auf Aktivitäten, die Selbstzuweisung ermöglichten. Insgesamt entsprach dies einem durchschnittlichen Zeitinvestment von 14.2 Stunden pro Teilnehmer.

Selbstrekrutierung: Von allen selbstzugewiesenen Studienteilnehmern wurden 94.7% über Medien rekrutiert und nur 2.6% über Face-to-Face Rekrutierung (siehe Tabelle 3). Insgesamt erforderte die Gatekeeper-Rekrutierung 14.5 Stunden pro rekrutiertem und eingeschlossenem Teilnehmer, 5.0 Stunden pro Studienteilnehmer über Medien und 335.0 Stunden für Face-to-Face Rekrutierung. Die Teilnehmer unterschieden sich in ihren Charakteristika nicht zwischen Gatekeeper- und Selbstzuweisung.

Tabelle 3

Teilnahmeanfragen und Studieneinschlüsse nach Rekrutierungsstrategie

Rekrutierungsstrategie	Anfragen (%) ^a	Einschlüsse (%) ^b	Einschlussrate ^c (95% KI)
Gatekeeper	384 (75.1)	157 (79.7)	40.9 (36.0–45.8)
Selbstzuweisung	106 (20.7)	38 (19.5)	35.8 (26.7–44.9)
Medien	97 (19.0)	36 (18.3)	37.1 (27.5–46.7)
Persönliche Ansprache	6 (1.2)	1 (0.5)	16.7 (0.0–47.0)
Sonstiges	3 (0.6)	1 (0.5)	33.3 (0.0–86.6)
Unbekannt	21 (4.7)	2 (1.0)	8.3 (0.0–19.4)
Gesamt	511 (100)	197 (100)	38.6 (34.4–42.8)

Anmerkung. Sonstiges und Selbstzuweisung beinhalten die mündliche Vermittlung durch andere Teilnehmende sowie Reaktionen auf Poster. KI = Konfidenzintervall.

Gatekeeper-Rekrutierung: Die Einschussrate unterschied sich nach Berufsgruppe von Gatekeepern ($\chi^2(3) = 8.964, p = 0.030$). Der größte Anteil von Studienteilnehmern wurde über Akteure im Gesundheitswesen rekrutiert, insbesondere über Ärzte und Psychologen (jeweils 32.3%; deutlich weniger bei Sozialarbeitern, Pflegekräften und anderen Berufsgruppen). Betrachtet man die zuweisende Institution, so wurde jeder zweite eingeschlossene Studienteilnehmer (50.3%) durch ein Krankenhaus (am Ende des Krankenhausaufenthaltes) eingeschlossen, deutlich weniger als durch Arztpraxen, Psychotherapiepraxen, ambulante Pflegedienste und Beratungsstellen. Es gab keine Unterschiede in der Einschussrate zwischen den verschiedenen Arten von Gatekeeper-Institutionen ($\chi^2(3) = 4.598, p = 0.204$) (Tabelle 3), wobei allerdings Arztpraxen die höchste Einschussrate (51.1%) hatten.

Tabelle 4

Teilnahmeanfragen und Studieneinschlüsse nach Gatekeeper-Gruppe

Gatekeeper-Gruppe	Anfragen (%)	Einschlüsse (%)	Inklusionsrate (95% KI)
Gatekeeper-Institutionen			
Krankenhäuser	184 (48.3)	79 (50.3)	42.9 (35.7–50.1)
Pflegeeinrichtungen	60 (15.7)	26 (16.6)	43.3 (30.8–55.8)
Arztpraxen	48 (12.6)	25 (15.9)	52.1 (38.0–66.2)
Beratungsstellen	65 (17.1)	21 (13.4)	32.3 (20.9–43.7)
Psychotherapeutische Praxen	10 (2.6)	4 (2.5)	40.0 (9.6–70.4)
Sonstige	12 (3.1)	2 (1.3)	16.7 (0.0–37.8)
Gatekeeper-Professionen			
Klinische Psychologen	135 (36.2)	50 (32.3)	37.0 (28.9–45.1)

Ärzte	90 (24.1)	50 (32.3)	55.6 (45.3–65.9)
Sozialarbeiter und Beratungsstellen	72 (19.3)	27 (17.4)	37.5 (26.3–48.7)
Professionelle Pflegekräfte	53 (14.2)	25 (16.1)	47.2 (33.8–60.6)
Sonstige	23 (6.2)	3 (1.9)	13.0 (0.0–26.7)
Gesamtanzahl Gatekeeper-Vermittlungen	384 (100)	157 (100)	40.9 (33.8–48.0)

Anmerkung. Sonstige Gatekeeper-Institutionen beinhalteten Kirchengemeinde, Dachverbände und andere. Die Institution der vermittelnden Gatekeeper war in $n = 3$ Fällen nicht bekannt. Sonstige Gatekeeper-Professionen beinhalteten kirchliche Ämter, Physiotherapie, Logopädie und andere. Die Profession der vermittelnden Gatekeeper war in $n = 11$ Fällen nicht bekannt. KI = Konfidenzintervall.

Motivier- und Qualifizierbarkeit von ambulant tätigen Psychotherapeuten

Charakteristika und Vorerfahrung der ambulant tätigen Psychotherapeuten: Insgesamt interessierten sich 87 ambulant tätige Psychotherapeuten für die Projektteilnahme, wobei letztlich $n=39$ von ihnen Patientenbehandlungen übernahmen. Die ambulant tätigen Psychotherapeuten waren durchschnittlich 45,1 Jahre alt ($SD=9.9$ Jahre, Spannweite=26-70 Jahre) und zu 89.7% ($n=35$) weiblich. Durchschnittlich hatten sie eine Arbeitserfahrung von 10.1 Jahren ($SD=7.9$) und hatten vor der Teilnahme bereits 121.6 ($SD=280.3$) ältere Patienten in ambulanter oder stationärer Behandlung. Während alle ambulant tätigen Psychotherapeuten praktische Erfahrung mit der Behandlung älterer Patienten nannten (davon hatten 60.0% mindestens 20 ältere Patientinnen, 23.5% sogar 100 oder mehr ältere Patienten in Behandlung) und 97.4% von ihnen theoretische Kenntnisse angaben, berichteten 74.4% bislang keinerlei Hausbesuche durchgeführt zu haben und die entsprechenden rechtlichen Rahmenbedingungen nicht zu kennen. Die Mehrheit der ambulant tätigen Psychotherapeuten ($n=23$; 60.5%) gab an, bereits seit längerem gerontologische Qualifikationsformate wie Fortbildungstage oder Literaturstudium in Anspruch zu nehmen.

Motivation zur Studienteilnahme: Die von den ambulant tätigen Psychotherapeuten überwiegend genannte Motivation für die Projektteilnahme war der Wunsch nach weiterer Qualifikation ($n=34$, 87.2%), gefolgt von Erweiterung des beruflichen Netzwerkes ($n=24$, 61.5%) und finanziellen Anreizen durch die Aufwandsentschädigung ($n=24$, 61.5%). Auch sozialpolitisches Engagement war ein häufig genannter Beweggrund ($n=21$, 53.8%).

Qualifizierung für die Behandlungstätigkeit: Die Vorbereitung auf die Projektstätigkeit durch die Schulungsworkshops und das PSY-CARE Behandlungsmanual überschneidet sich aus Sicht der ambulant tätigen Psychotherapeuten in der Nachbefragung inhaltlich stark mit der Behandlungsrealität: 48.3% ($n=14$) gaben eine „sehr hohe“ Überschneidung und 34.5% ($n=10$) eine „ziemlich hohe“ Überschneidung der Vorbereitung mit ihrer projektbezogenen Behandlungstätigkeit an. Weiterhin schätzten 31% ($n=9$) der ambulant tätigen Psychotherapeuten die Vorbereitung auf ihre Projektstätigkeit als „hilfreich“ ein, 44.8% ($n=13$) sogar als „sehr hilfreich“. Die therapiebegleitenden Supervisionsgespräche wurden insbesondere für den Austausch über multiprofessionelle Zusammenarbeit ($n=14$, 48.3%) und die Möglichkeit der Rückversicherung ($n=12$, 41.8%) genutzt. Auch die Reflexion der therapeutischen Beziehung ($n=11$, 37.9%) wurde häufig in Anspruch genommen.

Modalität der Behandlung: Home Treatment vs. Therapie in Praxisräumen (bzw. Fernbehandlung)

Bei 92.3% der Patienten musste die Behandlung prinzipiell als Hausbesuch durchgeführt werden (ggf. unterbrochen durch coronabedingte fernmündliche Sitzungen, siehe unten). Ausschließlich in Psychotherapiepraxen fanden 7.7% der Therapien statt (Abb. 2). In drei Fällen kamen die Patienten mittels Krankenfahrten in die Praxis. In den Interviews wurden von den ambulant tätige Psychotherapeuten einhellig die starken Einschränkungen der Patienten im Bereich der Mobilität und Sensorik als Hauptursache dafür betrachtet, dass die Behandlung nicht oder nicht vollständig in den Praxisräumen stattfinden konnte⁹.

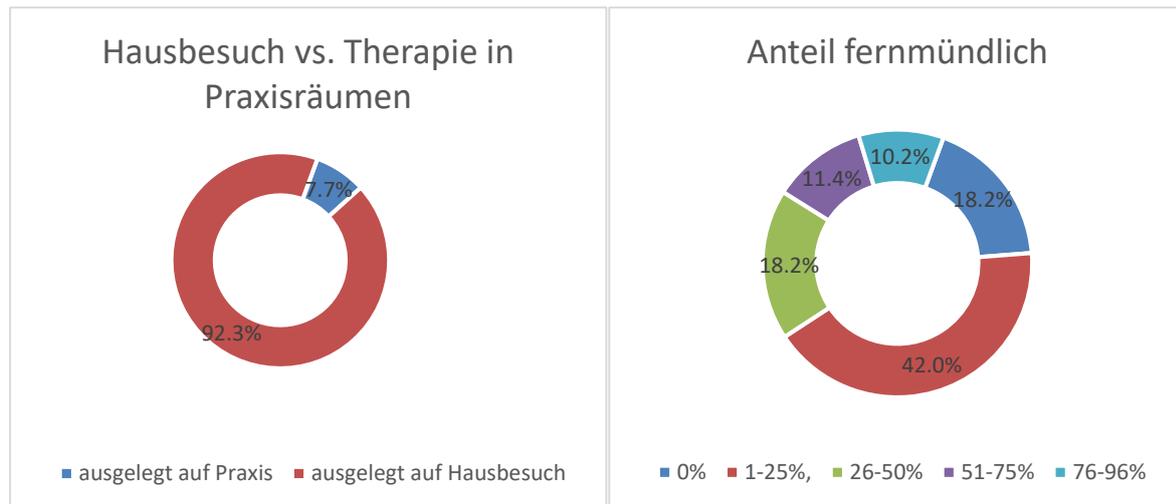


Abb. 2: Modalitäten der Behandlungen und Anteil von Fernbehandlungen

Einfluss der Covid-19-Pandemie: Die Pandemiemaßnahmen brachten eine zeitweise Umstellung auf Fernhandlung mit sich, welche in 81.8% der Therapien angewendet wurde. Bei 18.2% (16) der Studienteilnehmer waren über alle Therapiestunden Face-to-Face; 42.0% (37) hatten einen Fernbehandlungsanteil von 1-25%, für 18.2% (16) fanden die Sitzungen zu einem Anteil zwischen 26-50% als Fernbehandlung statt, für 11.4% (10) der Studienteilnehmer waren 51-75% der Sitzungen im fernmündlich und lediglich 10.2% (9) der Studienteilnehmer erhielten 76-96% der Sitzungen als Fernbehandlung. Der Median lag bei einem Anteil fernmündlich von 22.5%. Im Verhältnis zu Präsenzsitzungen variierte der Anteil fernmündlicher Sitzungen per Telefon- oder Video zwischen 1-100%, durchschnittlich wurden 30.2% ($SD=28.7%$) der Therapiesitzungen in diesem Format durchgeführt. Von den fernmündlich durchgeführten Sitzungen wurden lediglich 12.1% im Videoformat durchgeführt, trotz intensiver Bemühungen seitens der Projektpsychotherapeuten, dafür Möglichkeiten zu realisieren.

Die ambulant tätigen Psychotherapeuten schätzten die Effektivität der Therapie durch den Wechsel zu fernmündlicher Behandlung überwiegend als negativ ($n=36$, 46.8%) oder sogar als stark negativ beeinflusst ($n=18$, 23.4%) ein. Lediglich bei 28.6% ($n=22$) der Psychotherapien wurde die Effektivität als „nicht beeinflusst“ eingeschätzt und nur in einem Fall (1.3%) wurde ein eher positiver Einfluss angenommen. Dies spiegelt sich insofern in den

⁹ In allen Fällen, in denen die Projektpsychotherapeuten Hausbesuch und Wegepauschale beantragten, wurden dies positiv von den Krankenkassen bewilligt.

qualitativen Interviews, als dass die Erfahrungen mit fernmündlicher Behandlung zwar teilweise positiver ausfielen als ursprünglich befürchtet ($n=7$), diese jedoch auch als weniger behandlungsintensiv als Face-to-Face Behandlung ($n=8$) geschildert wurde. Als Hauptgrund für die Nichtnutzung videobasierter Behandlung nannten die ambulant tätigen Psychotherapeuten einhellig das Fehlen eines Endgeräts oder fehlende technische Kompetenzen.

Praktische bzw. klinischen Erfahrungen der ambulant tätigen Psychotherapeuten

Therapeutische Herausforderungen und Dilemmata: Aus der Analyse der Interviews gingen Dilemma-Situationen hervor, in denen sich die ambulant tätigen Psychotherapeuten in der Arbeit mit der Patientengruppe befanden (Abb. 3). Die Dilemma-Situationen bewegten sich zwischen (1) dem Hinarbeiten auf Veränderung versus die Akzeptanz von Grenzen, (2) zwischen dem Impuls pragmatisch im Angesicht von Notsituationen zu handeln versus persönliche oder professionelle Grenzen zu ziehen und (3) zwischen der Rolle als höflicher Gast im Haus der Patienten vs. der Rolle als rahmengebende Gastgeberin der ambulanten Psychotherapie. In den beschriebenen Dilemmata wurden Befürchtungen der ambulant tätigen Psychotherapeuten abgebildet, sich entweder unangemessen zurückzuhalten oder sich in dysfunktionaler Art und Weise übertrieben zu engagieren. So bestanden insbesondere zu Anfang der Behandlungen die Risiken, Potentiale von Patienten zu unterschätzen, bei einer Überbetonung einer supportiven Herangehensweise (Dilemma 1), paternalistisch-verausgabend zu handeln, bei einer Überbetonung pragmatischer Hilfe (Dilemma 2) und unangemessen höflich und zurückhaltend zu agieren, in der Rolle des Gastes zu verharren und reine Alltagsbegegnungen zu gestalten (Dilemma 3). Die Dilemmata zeigten sich vor allem bei einer, aus anderen Kontexten (etwa Tätigkeit in der Geriatrie) überführten Haltung auf der einen Seite und der eindrücklichen Wahrnehmung anderer Lebenswirklichkeiten auf der anderen Seite. Sie wurden verstärkt durch die Unsicherheiten aufgrund der Coronapandemie (auch wenn diese die Art der Dilemma nicht grundlegend veränderte) und zeigten sich besonders im Falle einer unmittelbaren Konfrontation mit existenziellem Leid. In den Interviews wurden an manchen Stellen auch zwischenzeitlich gewählte dysfunktionale Ansätze deutlich, wie zum Beispiel eine Tendenz, entstandene Schwierigkeiten den Patienten zuzuschreiben und weniger in der eigenen Verantwortung zu betrachten oder auch dem zwischenzeitlich verspürten Wunsch, Therapien zu beenden. Das Erleben dieser zunächst als unvereinbar und als gleichermaßen unerwünscht erscheinenden Handlungsalternativen löste bei den ambulant tätigen Psychotherapeuten allerdings Suchbewegungen nach einer neuen, flexibleren therapeutischen Haltung aus. Sie richteten mehrheitlich ihre Aufmerksamkeit aber auf die Bewältigung der Herausforderungen – auch wenn sich bis zuletzt manche Herausforderungen nicht auflösen ließen.

Kernkategorie	Cluster	Kategorie
Psychotherapeutinnen erleben Dilemma-Situationen in der aufsuchenden Depressionsbehandlung von pflegebedürftigen Älteren als Auslöser professioneller Weiterentwicklung.	Die Wahrnehmung eines Dilemmas zwischen dem Festhalten an einer vertrauten therapeutischen Herangehensweise vs. einer rein supportiven Haltung im Angesicht von Begrenzungen führt über Suchbewegungen zu einer Anpassung des therapeutischen Handelns.	Das Aufeinandertreffen von Anspruch und Begrenzung löst Mitgefühl und professionelle Selbstzweifel aus.
		Verstärkt werden professionelle Selbstzweifel bei einer noch fehlenden Übereinstimmung im Therapieverständnis zwischen Therapeut:in und Patient:in.
		Ausgelöst durch professionelle Selbstzweifel erarbeiten sich Psychotherapeutinnen durch Reflexion und Abgleich mit relevanten Anderen Haltungs- und Handlungsalternativen
	Die Wahrnehmung eines Dilemmas zwischen dem Impuls, empathisch pragmatisch zu Handeln vs. persönliche oder professionelle Grenzen zu ziehen führt über Selbstreflexion zu einer Erweiterung des therapeutischen Selbstverständnisses.	Die Wahrnehmung von existenziellen Bedürfnissen und von Erwartungen, die über ein klassisches therapeutisches Arbeitsbündnis hinausgehen, führen zu dem menschlichen Impuls pragmatisch zu handeln in Verbindung mit professionellen Selbstzweifeln.
		Verstärkt wird der Impuls zu helfen durch die unmittelbare Konfrontation mit existenziellem Leid der Patient:innen.
		Ausgelöst durch ein den Wunsch zu helfen in Verbindung mit professionellen Selbstzweifeln erweitern Psychotherapeutinnen durch Reflexion und durch den Abgleich mit Kolleg:innen ihr Professionsverständnis.
	Die Wahrnehmung eines Dilemmas zwischen der Rolle als höflicher Gast im Haus der Patient:innen vs. der Rolle als rahmengebende Gastgeberin der Psychotherapie führt zur Entwicklung eines neuen und gemeinsamen Skripts für die aufsuchende Therapiesituation.	Das Setting Hausbesuch löst einen Rückgriff auf bekannte Skripte und damit eine Rollenumkehr aus, in der Patient:innen die Gastgeberrolle einnehmen und damit ein Ringen um die therapeutische Rolle auslösen.
		Angeregt durch die wahrgenommene Rollenumkehr entwickeln und gestalten Psychotherapeutinnen ein neues Skript für die aufsuchende Psychotherapie.

Abb. 3: Hierarchisches Kodierschema – Erfahrungen der ambulant tätigen Psychotherapeuten in der Patientenbehandlung

Interprofessionelle Zusammenarbeit und Einbezug von Angehörigen: Insgesamt dokumentierten die ambulant tätigen Psychotherapeuten pro Patient: $M=3.3$ ($SD=2.4$, $\min=0$, $\max.=9$) Besprechungen¹⁰ außerhalb der Therapiesitzungen während der Behandlungsphase. Bei 58.4% dieser Besprechungen wurden Angehörige beteiligt, bei 41.6% diente der Austausch der interprofessionellen Zusammenarbeit, am häufigsten mit Ärzten (42.9%), gefolgt von Pflegekräften (20.8%). Die Erreichbarkeit Angehöriger wurde zu 68.8% ($n=77$) als „sehr gut“ bewertet, die Erreichbarkeit professioneller Versorgungsakteure hingegen nur zu 37.9% ($n=33$). Während 56.3% ($n=63$) der Besprechungen mit Angehörigen als „sehr hilfreich“ eingeschätzt wurden, wurde dies nur für 41.4% ($n=36$) der Fallbesprechungen mit professionellen Versorgungsakteuren angegeben. Aus der Analyse der Interviews mit den ambulant tätigen Psychotherapeuten ging hervor, dass Anlässe für sie konkrete Versorgungs- und Unterstützungsbedarfe der Patienten außerhalb des eigenen Handlungsspielraums waren ($n=6$; beispielsweise Verschreibung ergänzender Therapieoptionen; Anleitung von Patienten beim Ausfüllen notwendiger Unterlagen); das

¹⁰ Dabei ist zu berücksichtigen, dass es sich dabei nur um diejenigen Besprechungen handelt, die länger als 30 Minuten dauerten und von den Psychotherapeuten selbst ausgingen.

Ziel, Informationen über den körperlichen oder kognitiven Zustand oder die relevante Vorgeschichte der Patienten zu erhalten ($n=4$); oder gemeinsame übergeordnete Behandlungsziele zu definieren ($n=4$). Als Hürden wurden vor allem schlechte Erreichbarkeit der Mitbehandler sowie mangelndes Interesse und unterschiedliche Therapiekonzepte (z.B. supportiv vs. veränderungsorientiert) genannt. Aus der Analyse der Projektdokumentation geht hervor, dass bei drei Patienten ambulante Psychotherapie zusätzlich zu einer Behandlung in einer Geriatrischen Institutsambulanz (GIA; $n=2$) bzw. Geriatrischen Mobilen Reha ($n=1$) stattfand. Seitens der GIA musste dafür auf Abrechnung der Komplexpauschale in den Quartalen, in denen eine ambulante Psychotherapie stattfand, verzichtet werden, um ambulante Psychotherapie als Kassenleistung zu ermöglichen.

Verwendete psychotherapeutische Methoden in der Behandlungstätigkeit: Auf Grundlage der Dokumentation der Therapiesitzungen durch die ambulant tätigen Psychotherapeuten kamen die vier therapeutischen Methoden innerhalb der Therapiesitzung in absteigender Stärke zum Einsatz: Aufbau von positiven Aktivitäten und Alltagsroutinen ($M=3.0$, $SD=1.0$), kognitive Methoden ($M=2.7$, $SD=1.3$), Förderung sozialer Fähigkeiten und Kontakte ($M=2.6$, $SD=1.0$) und Biografisches Arbeiten ($M=2.2$, $SD=1.1$).

Motivation und subjektive Bedarfe seitens der Psychotherapeuten für die zukünftige Behandlungstätigkeit: Die Mehrheit der ambulant tätigen Psychotherapeuten ($n=18$, 62.1%) gab an, nach dem Ende der Projektstätigkeit sehr motiviert zu sein, auch weiterhin ältere Menschen mit Pflegebedarf psychotherapeutisch zu behandeln. Lediglich zwei von ihnen (6.9%) gaben eine geringe Motivation an, dies zukünftig zu tun. Auch hinsichtlich der weiteren Durchführung von Hausbesuchen gab mehr als die Hälfte der ambulant tätigen Psychotherapeuten ($n=15$, 51.7%) an, prinzipiell sehr stark motiviert zu sein, weiterhin aufsuchend zu arbeiten, während 10.3% ($n=3$) von ihnen mitteilten, eher wenig motiviert zu sein. Um dies aber auch in Zukunft zu realisieren, benötigt es den ambulant tätigen Psychotherapeuten zu Folge mehr zeitliche Ressourcen zur Kompensation des zeitlichen Mehraufwandes ($n=25$, 86.2%), sowie wirtschaftlich tragbare Abrechnungsmöglichkeiten der Anfahrtswege ($n=23$, 79.3%). Ebenfalls seien mehr Wissen und Fortbildungsmöglichkeiten über spezielle therapeutische Behandlungsstrategien ($n=16$, 55.2%), andere Versorgungsakteure ($n=14$, 48.3%), sowie körperliche ($n=8$, 27.6%) und kognitive Einschränkungen ($n=7$, 24.1%) nötig. Die Notwendigkeit der besseren Vorbereitung des aufsuchenden Arbeitens wurde von sieben der ambulant tätigen Psychotherapeuten (24.1%) genannt, während vermehrte Möglichkeiten der Supervision und Selbstreflexion lediglich von fünf (17.2%) als notwendige Voraussetzung für aufsuchende Psychotherapie erwähnt wurden. Sonstige Nennungen verwiesen auf verbesserte Abrechnungsmöglichkeiten, u.a. auch von Angehörigengesprächen sowie der engeren Vernetzung mit anderen Versorgungsakteuren bzw. eine Ermöglichung des Arbeitens in multiprofessionellen Teams.

Zufriedenheit der Studienteilnehmer mit dem ambulanten Psychotherapieangebot

Von den Studienteilnehmern der Interventionsgruppe, die die ambulante Psychotherapie durchliefen, nahmen 62.4% ($n=123$) auch am Post-Assessment (T2) teil (Drop-out Analyse siehe unten). Bei der Bewertung der ambulanten Psychotherapie im Rahmen des Post-Assessments waren sie überwiegend „sehr zufrieden“ ($n=37$, 60.7%) oder „weitgehend zufrieden“ ($n=14$, 23.0%) mit der Behandlung. Überwiegend gaben sie an, die Behandlung „eindeutig“ weiterzuempfehlen ($n=45$, 73.8%) oder „eher“ weiterzuempfehlen ($n=9$, 14.8%)

und dass die Behandlung „eine ganze Menge“ ($n=30$, 49.2%) oder „etwas“ ($n=15$, 24.6%) beim besseren Problemumgang geholfen habe.

Studienergebnisse zur Wirksamkeit einschließlich Dropout-Analyse (Studienziel 2)

Dropout-Analyse

Im CONSORT-Flussdiagramm zeigt sich, dass von den 255 gescreenten Studienteilnehmern 197 randomisiert auf die Interventions- ($n=102$) und die Kontrollbedingung ($n=95$) aufgeteilt wurden (Abbildung 4). Dabei wurden in der Interventionsgruppe $n=32$ zu T2 (33% Dropout), $n=27$ zu T3 (58% Dropout) und $n=2$ zu T4 (60% Dropout) Studienteilnehmer verloren. In der Kontrollgruppe waren dies $n=42$ zu T2 (44% Dropout), $n=13$ zu T3 (58% Dropout) und $n=9$ zu T4 (67%).

Insgesamt ist von 19 Studienteilnehmern bekannt, dass sie über die Studie hinweg (bis zu T4) verstarben¹¹. Von 13 Fällen ist bekannt, dass eine Teilnahme an der Studie aufgrund körperlicher Erkrankungen und Einschränkungen nicht mehr möglich war. In 48 Fällen waren Studienteilnehmer seitens des Studienteams nicht mehr erreichbar; in den meisten Fällen war ein Telefonanschluss nicht mehr erreichbar, so dass im Falle der Patientenpopulation in vielen Fällen davon auszugehen ist, dass sie verstorben waren oder ins Pflegeheim verzogen. Weiterhin wurden 40 Studienteilnehmer wegen fehlendem Interesse an der Studienteilnahme über die Studie hinweg verloren; in 75% der Fälle bezog sich das fehlende Interesse auf die Teilnahme an den Assessments, die als anstrengend und belastend erlebt wurden.

Der Dropout zu T4 wurde für die Interaktionsterme der kontinuierlichen Variablen GDS-12 ($OR=1.14$; $p=.164$), HADS-A ($OR=1.00$; $p=.808$), WHOQOL-OLD ($OR=.80$; $p=.356$), iADL ($OR=1.27$; $p=.066$), ADL ($OR=.97$; $p=.186$), selbstberichtete Gesundheit ($t=-.038$; $p=.970$), kognitiver Status, MMST ($OR=1.07$; $p=.524$) und Alter ($OR=.99$; $p=.702$) und für die kategorialen Variablen Geschlecht ($t=1.721$; $p=.381$), Bildung ($ISCED=0$ $OR=65$; $p=.715$; $ISCED=1$ $OR=29$; $p=.076$) nicht signifikant. Ein selektiver Dropout zwischen den Interventionsbedingungen kann damit zumindest auf einem Signifikanzniveau von $p<0.05$ nicht für die Studienvariablen nachgewiesen werden. Somit gehen wir auch davon aus, dass der Einfluss des selektiven Dropouts auf das Zustandekommen der Wirksamkeitsbefunde nicht massiv zu sein scheint.

Die Dauer zwischen Baseline (T1) und Post-Assessment nach der Intervention (T2) variierte nach den Interventionsbedingungen. So dauerte die Interventionsphase (zwischen Baseline [T1] und Post-Assessment [T2]) in der Interventionsgruppe im Mittel 416,84 (SD=92,47) Tage und in der Kontrollgruppe 295,53 (SD=42,73) Tage. Für das T3-Post Assessment waren dies 505,21 (SD=100,28) Tage in der Interventions- und 396,65 (SD=39,08) in der Kontrollbedingung nach der Baseline-Erhebung. Für das Post-Assessment T4 ergaben sich

¹¹ Es ist dabei unklar, wie hoch der Prozentsatz von verstorbenen bzw. aus Krankheitsgründen ausgeschiedenen Studienteilnehmern ist, bei denen der Dropout auf eine COVID-19 Infektion zurückgeht. Den Projektmitarbeitern, die oftmals auch in Kontakt mit Angehörigen standen, ist allerdings kein solcher Fall bekannt. Von den zu T4 befragten Studienteilnehmern gaben die große Mehrheit (88.5%) an, nicht mit Covid-19 infiziert worden zu sein.

783,88 (SD=99,12) Tage in der Interventions- und 669,67 (SD=50,53) Tage in der Kontrollbedingung nach der Baseline als Differenz (alle $p < .001$).

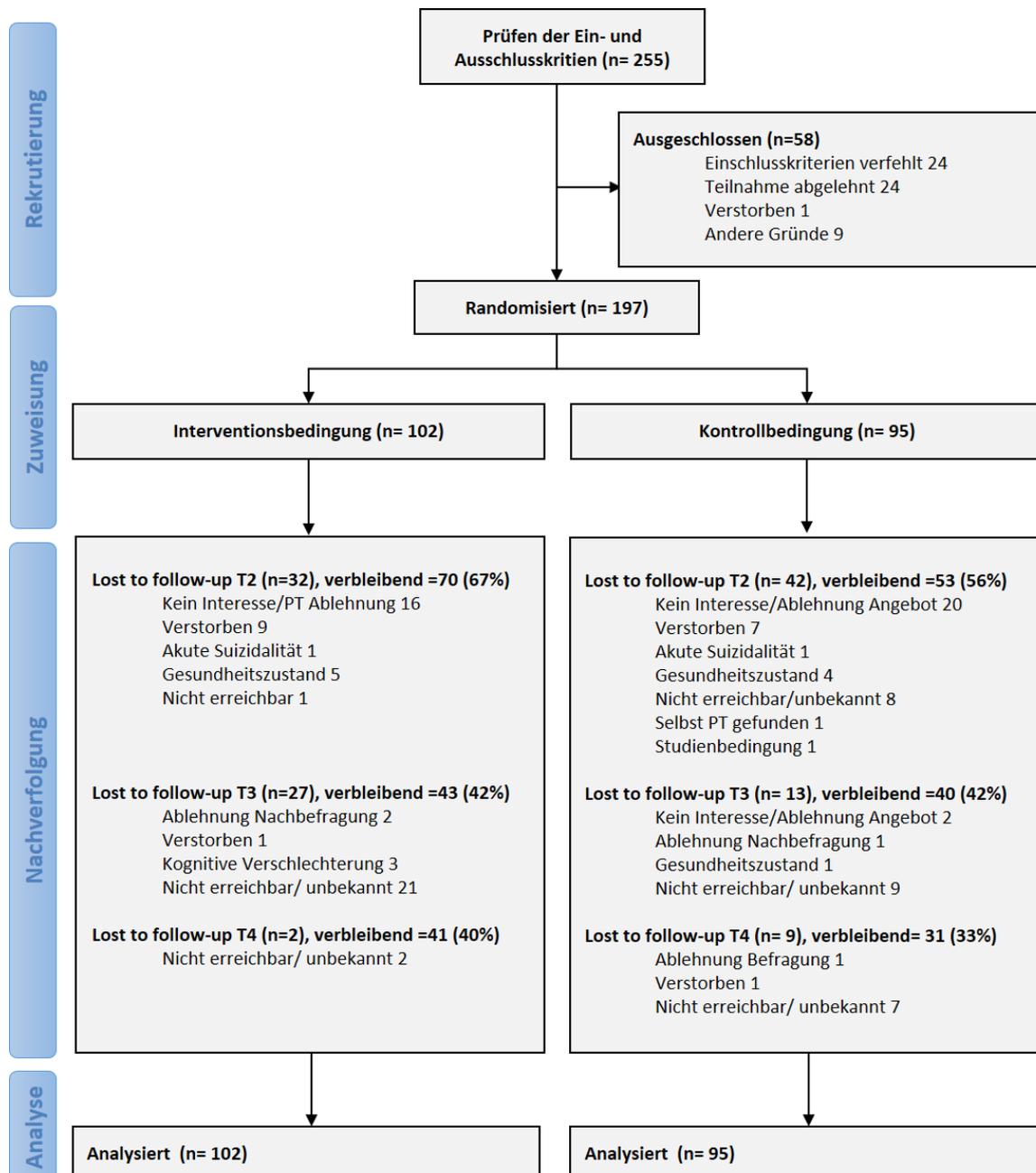


Abb. 4: Flussdiagramm der Studie

Wirksamkeit der Interventions- und Kontrollgruppe

Effektivität in Bezug auf Primäres Outcome (Depressive Symptome T1-4)

Die adjustierten geschätzten Mittelwerte des primären Outcomes (depressive Symptome mittels GDS-12) sowie der sekundären Outcomes nach Messzeitpunkt (T1, T2, T3, T4) und nach Interventions- bzw. Kontrollgruppe finden sich in Tabelle 5 wieder. Abbildung 5 zeigt

die geschätzten Mittelwerte der GDS-12R nach Messzeitpunkt und nach Interventions- bzw. Kontrollgruppe.

Für das primäre Outcome ergeben sich nach den Ergebnissen der Intention-To-Treat Analyse keine signifikanten Effekte für die Interaktion von Messzeitpunkt x Gruppenzugehörigkeit (T1 = Referenzkategorie; T2 B=-.33; 95%CI -1.29/.64, p=.664; T3 B=-.18; 95%CI -1.44/1.09, p=.783; T4 B=-.89; 95%CI -2.29/.52, p=.516). Somit kann die Hypothese der größeren Effektivität der Intervention nach dem ursprünglichen Studienprotokoll nicht gestützt werden.

Allerdings ergibt sich hypothesenkonform auf Grundlage des Superiority Designs ein signifikanter Zeiteffekt über beide Interventionsgruppen hinweg (T1 = Referenzkategorie; T2 B=-.98, 95%CI -1,62/-.34, p<.003; T3 B=-1.07, 95%CI -1,93/-.20, p=.016; T4 B=-1.79, 95%CI -2,73/-.85, p<.001); Cohen's d für abhängige Stichproben T4-T1= 0.52 in der Intervention- und 0.55 in der Kontrollgruppe). Dies bedeutet eine stetige Verringerung mit geringen bis moderaten Effektstärken der Werte der depressiven Symptomatik von T1 bis T4 für beide Interventionsgruppen¹².

Tabelle 5

Geschätzte Mittelwerte (EM) der primären und sekundären Outcomes nach Gruppenzuordnung

	Interventionsgruppe			Kontrollgruppe			Eff. KG-IG
	N	EM	KI	N	EM	KI	
Depressive Symptome (GDS-12) (Primäres Outcome)							
Baseline T1	10 2	8,02	7,43-8,61	95	7,80	7,21-8,39	n.a.
Follow up T2	70	7,04	6,36-7,72	53	6,49	5,76-7,22	0,19
Follow up T3	43	6,96	6,14-7,77	40	6,56	5,71-7,40	0,12
Follow up T4	41	6,23	5,37-7,09	31	5,12	4,16-6,08	0,50
HADS Angst							

¹² **Posthoc Analyse zum Einfluss von Fernbehandlung auf Effektivität:** Schaut man sich innerhalb der Interventionsgruppe die Effektivität nach Anteil Fernbehandlung an, ergaben sich für den Anteil derjenigen mit einer Änderung in der GDS-12 von mehr, im Vergleich zu weniger als 50% Verbesserung keine signifikanten Unterschiede ($t=-1,77$, $df=147$, $p=,072$). Nimmt man in das Mixed Model für die Effektivitätsmessung den Anteil fernmündlich als Kovariate (hier sind natürlich nur Teilnehmer aus der Interventionsgruppe analysiert und der Interventionsterm entfällt) auf, ergibt sich keine signifikante Assoziation (Coeff.=.01, KI -.02, .05, $p=,516$) für die Kovariate fernmündlich oder die Interaktion von fernmündlich mit dem Messzeitpunkt (alle $p >.05$).

Baseline T1	10 2	10,6 1	9,57-11,65	95	9,97	8,93-11,00	n.a.
Follow up T2	70	8,11	6,93-9,29	53	7,98	6,73-9,24	0,03
Follow up T3	43	8,72	7,33-10,11	40	7,61	6,17-9,06	0,21
Follow up T4		n.a.			n.a.		
Lebensqualität (WHOQOL-OLD)							
Baseline T1	10 2	2,31	2,09-2,52	94	2,47	2,25-2,68	n,a,
Follow up T2	70	2,42	2,17-2,67	53	2,53	2,26-2,80	0,12
Follow up T3		n.a.			n.a.		
Follow up T4		n.a.			n.a.		
Aktivitäten des täglichen Lebens (Barthel Index)							
Baseline T1	10 2	80,6 6	76,50-84,83	95	85,9 5	81,81-90,08	
Follow up T2	70	76,8 2	72,11-81,53	53	81,7 1	76,70-86,72	0,25
Follow up T3	43	75,6 5	70,08-81,23	40	79,6 4	73,93-85,35	0,17
Follow up T4		n.a.			n.a.		
Instrumentelle Aktivitäten des täglichen Lebens (iADL)							
Baseline T1	10 2	5,20	4,71-5,68	95	5,54	5,06-6,02	
Follow up T2	70	4,59	4,03-5,15	53	5,41	4,81-6,02	0,37
Follow up T3	43	4,32	3,65-4,99	40	5,30	4,62-5,99	0,38
Follow up T4		n.a.			n.a.		
Selbstberichtete Gesundheit							
Baseline T1	10 2	2,24	2,03-2,45	95	2,48	2,27-2,69	
Follow up T2	70	2,43	2,18-2,68	53	2,76	2,48-3,03	0,37
Follow up T3	43	2,61	2,30-2,91	40	2,66	2,35-2,96	0,05
Follow up T4		n.a.			n.a.		

Anmerkung. Konfundierende Variablen aufgenommen in das Modell: Alter, Gender, Bildung (ISCED), Eff. KG-IG=Cohen's d für den Vergleich Kontrollgruppe minus Interventionsgruppe für jeden Messzeitpunkt. Multiple imputierte Daten wurden verwendet.

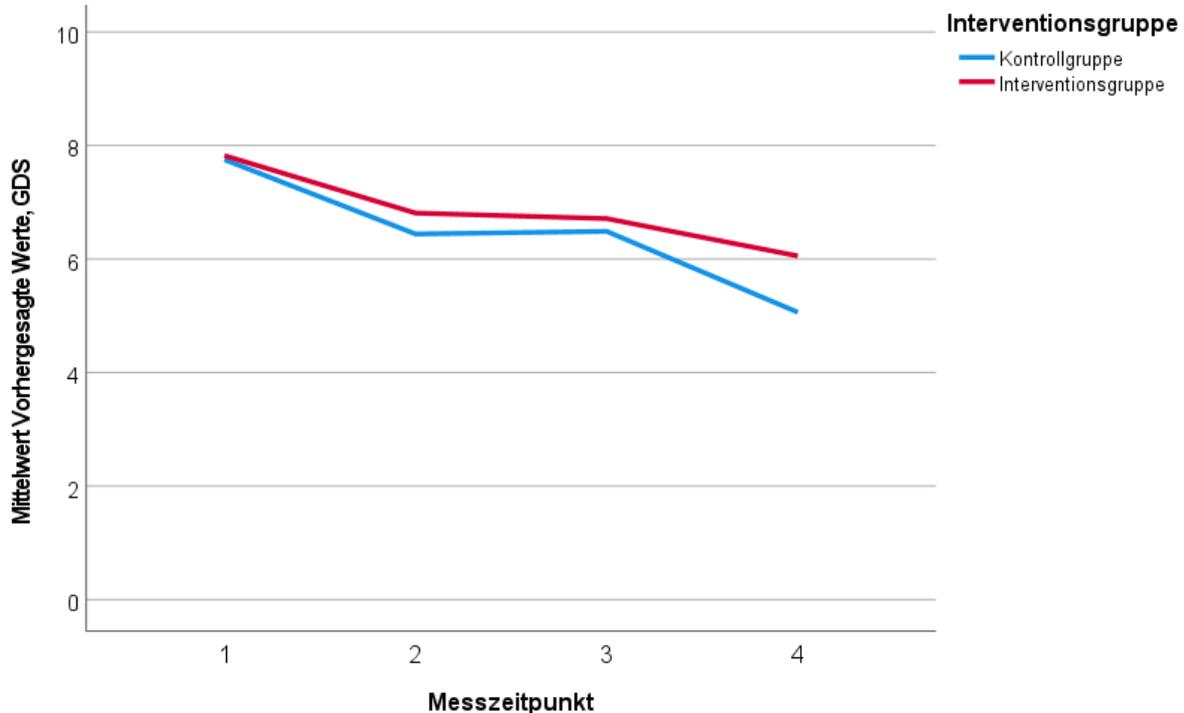


Abb. 5: Vorhergesagte Mittelwerte des primären Endpunkts (GDS-12)

Effektivität in Bezug auf Remissionsraten und weitere sekundäre Outcomes

Die Rate der Remissionen und Teilremissionen, erfasst über ein klinisches Interview (MINI-DIPS), wurde für die Interventions- und die Kontrollgruppe als sekundäres Outcome bestimmt (siehe Abbildung 6 und 7). In der Interventionsgruppe fielen 48 (46.2%) Teilnehmer unter Remission, genauso viele wie in der Kontrollgruppe, wo es 43 (46.2%) Remissionen waren. In der Interventionsgruppe waren 27 (26.0%) Teilremissionen zu beobachten, dies waren 22 (23.7%) in der Kontrollgruppe. Unverändert blieben 17 (16.3%) in der Interventions- und 12 (12.9%) in der Kontrollgruppe. Allerdings kam es zu einer Aggravation, also einer Verschlechterung der Symptomatik, bei 3 (2.9%) in der Interventions- und 11 (11.8%) in der Kontrollgruppe – dieser Unterschied ist auf dem $p < .05$ -Niveau signifikant. Keinen validen Wert gab es für 9 (2.9%) in der Interventions- und 5 (5.4%) in der Kontrollgruppe. Insgesamt wurde damit die Hypothese nach dem ursprünglichen Studienprotokoll teilweise bestätigt.

Für die weiteren sekundären Outcomes Lebensqualität, selbstberichtete Gesundheit, Aktivitäten des täglichen Lebens und instrumentelle Aktivitäten des täglichen Lebens ergaben sich keine signifikanten Gruppe*Zeit-Interaktionseffekte (alle $p > 0.05$). Für die Depressivität (HADS-D: $B = -1.44$, $CI_{95\%} -2.31/.58$, $p = .001$), die Ängstlichkeit (HADS-A $B = -2.50$, $CI_{95\%} -3.48/-1.53$, $p < .001$), und die instrumentellen Aktivitäten des täglichen Lebens (IADL $B = -.60$, $CI_{95\%} -1.11/-.10$, $p = .020$) ergab sich über beide Gruppen ein leicht positiver Trend zwischen T2 und T1. Für die Ängstlichkeit (HADS-A $B = -2.69$, $CI_{95\%} -3.27/-3.48$, $p = .007$), und

die instrumentellen Aktivitäten (IADL $B=-.60$, $CI95\%$ $-1.11/-0.10$, $p=.020$), sowie für die selbstberichtete Gesundheit ($B=.37$, $CI95\%$ $.03/.70$, $p=.031$) ergab sich über beide Gruppen ein leicht positiver Trend zwischen T3 und T1.

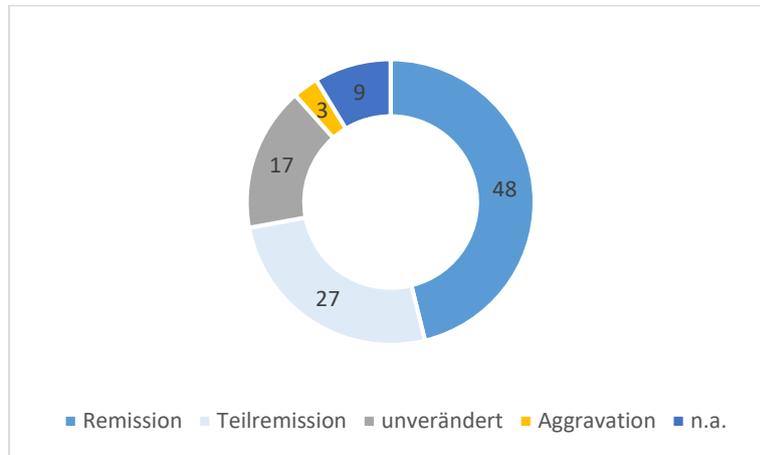


Abb. 6: Veränderung T2-T1 in den Remissionsraten nach klinischem Interview, Interventionsgruppe

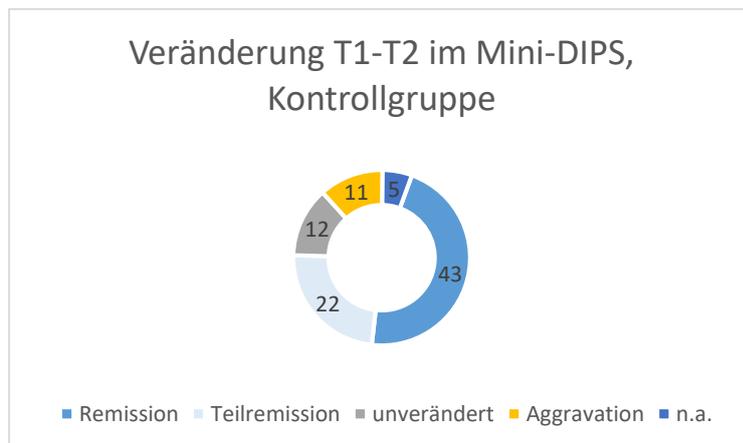


Abb. 7: Veränderung T2-T1 in den Remissionsraten nach klinischem Interview, Kontrollgruppe

Effektivität mit funktionalen und kognitiven Einschränkungen als moderierende Faktoren

Für die Interaktion der Aktivitäten des täglichen Lebens (ADL) mit der Effektivität der Intervention ergab sich ein signifikanter Unterschied insofern, als das Studienteilnehmer mit stärkeren ADL-Einschränkungen vor allem in der Kontrollbedingung zu T3 noch einmal einen Anstieg der depressiven Symptomatik erlebten, verglichen mit denjenigen, die geringere Alltagseinschränkungen am jeweiligen Messzeitpunkt berichteten (MZP*Intervention*ADL Interaktionsterme: $T1 = \text{Referenzkategorie}$; $T2 B=-.02$, $95\%CI$ $-.07/.03$, $p=.454$; $T3 B=-.10$, $95\%CI$ $-.16/-.03$, $p=.003$), siehe Abbildungen 8 und 9.

Für die Posthoc Moderationsanalysen für die instrumentellen Aktivitäten des täglichen Lebens, IADL (MZP*Intervention*IADL Interaktionsterme $T1 = \text{Referenzkategorie}$; $T2 B=-.33$, $95\%CI$ $-.74/.08$, $p=.118$; $T3 B=-.54$, $95\%CI$ $-1.05/-.03$, $p=.037$) ergab sich für den Unterschied

T3-T1 ein signifikanter Interaktionseffekt von Moderator, Messzeitpunkt und Interventionsbedingung vergleichbar mit der Moderation für die ADL. Für den kognitiven Status (MMST, normiert; kontinuierliche Variable) ergab sich keine signifikante Interaktion mit der Effektivität der Intervention über die Zeit (Interaktionsterme $MZP * Intervention * MMST$; alle $p < .05$), wobei auch lediglich 17 von 197 Teilnehmer zu T1 mit einem MMST von 24 oder kleiner als kognitiv eingeschränkt klassifiziert wurden.

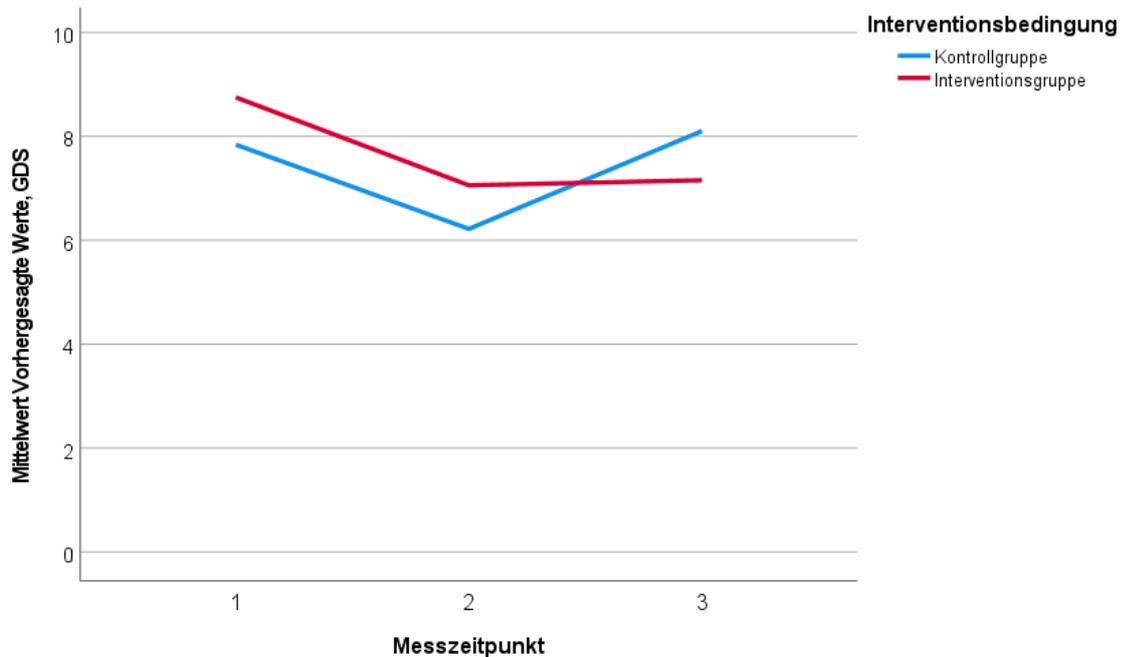


Abb. 8: Effektivität der Intervention für stärkere ADL-Einschränkungen ($ADL < 85$)

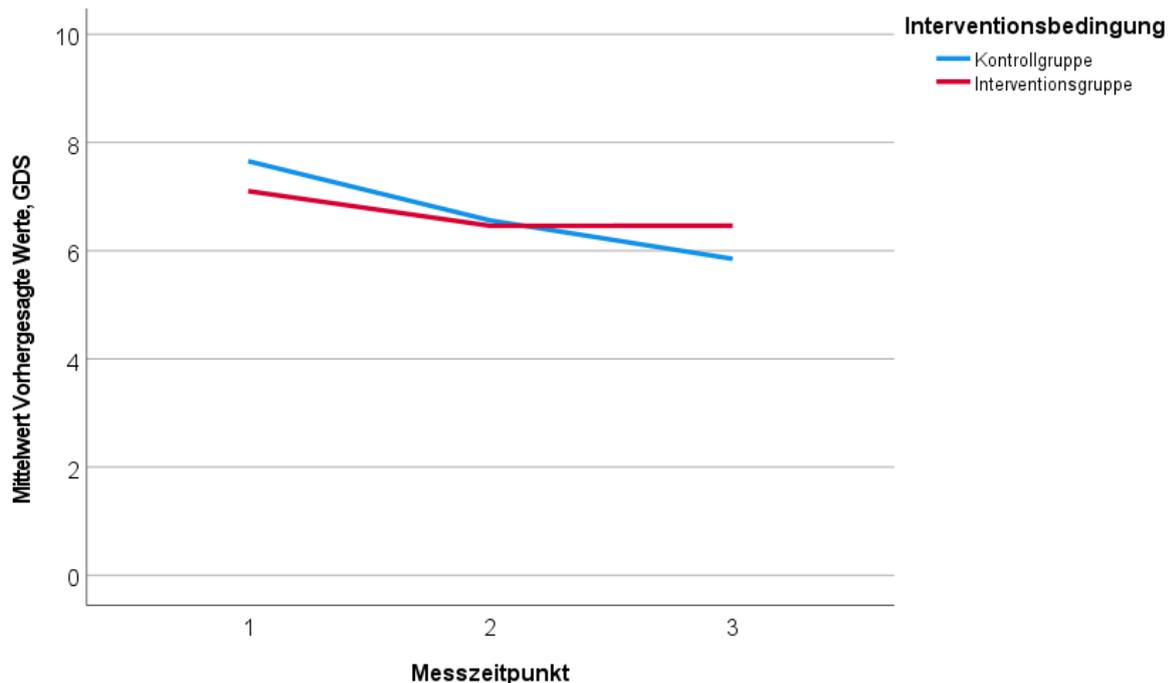


Abb. 9: Effektivität der Intervention für weniger ADL-Einschränkungen ($ADL \geq 85$)

Posthoc Analyse zur Psychopharmamedikation: Es konnte kein differentieller Effekt im primären Outcome (GDS-12) für Teilnehmer mit und ohne Psychopharmaka-Medikation festgestellt werden (Interaktionsterm MZP*Intervention*Psychopharmakanutzung zum Prä-Assessment (T1=Referenzkategorie; T2 $B=-.80$, 95%CI $-2.13/.52$, $p=.236$; T3 $B=-.91$, 95%CI $-2.79/.76$, $p=.263$; T4 $B=1.02$ 95%CI $-2.03/1.98$, $p=.981$). Dies bedeutet, dass das Muster der Psychopharmaka-Nutzung nicht statistisch bedeutsam unterschiedlich zwischen den Interventionsbedingungen über die Zeit war. Deskriptiv zeigte sich, dass ein vergleichbares Muster zwischen den Bedingungen gefunden werden konnte (Tabelle 6).

Tabelle 6*Psychopharmakaeinnahme und –änderungen nach Interventionsbedingung*

	Interventionsgruppe	Aktive Kontrollgruppe
Einnahme von Psychopharmaka, gesamt (T2)	69,2%, n=45	67,3%, n=33
Änderungen (T2)	26,2%, n=16	27,5%, n=11
vollständig abgesetzt	25,0%, n=5	28,6%, n=4;
reduziert	5,0%, n=1	
neue Psychopharmaka kamen hinzu	30,0%, n=6	64,3%, n=9
Dosierung wurde erhöht	15,0%, n=3	7,1%, n=1
Psychopharmaka wurden durch ein anderes Medikament ersetzt	20,0%, n=4	
Änderungen (T3)	11,6%, n=5	15,4%, n=6
vollständig abgesetzt	50,0%, n=3	50,0%, n=4
reduziert		12,5%, n=1
neue Psychopharmaka kamen hinzu	50,0%, n=3	37,5%, n=3

Anmerkung. gültige Prozente

Etwa zwei Drittel der Teilnehmer nahmen zum Post-Assessment nach der Therapie Psychopharmaka ein, wobei sich für ein Drittel Veränderungen in der Medikation im Verlauf ergaben. Dies verteilte sich auf Reduzierung, Absetzen, neue Medikamente und Ersatz durch andere Medikamente.

Erleben der Coronapandemie als potentielle Störvariable der Effektivitätsanalyse¹³

Erleben der Coronapandemie aus Sicht der Studienteilnehmer (qualitativ): Die qualitative Analyse der innerhalb des ersten Jahres der Pandemie gemachten Erfahrungen ergab acht Themen (Abbildung 10). Die Studienteilnehmer erlebten sich vor und während der Pandemie als von der äußeren Welt abgeschnitten, was sie primär auf ihre körperlichen Einschränkungen zurückführten. Ihre sozialen Beziehungen mit Familie, Behandler/innen und Pflegenden halfen ihnen während der sozialen Kontaktbeschränkungen dabei, sich verbunden zu fühlen. Die Studienteilnehmer fühlten sich mehrheitlich nicht gravierend in ihrem Wohlbefinden von der Pandemie beeinträchtigt, aber sie vermissten sozialen und körperlichen Kontakt. Während der Pandemie wurde Isolation von ihnen normalisiert und mit Selbstschutz assoziiert. Die Studienteilnehmer erlebten dadurch Einsamkeit, aber auch Verbundenheit. Isolation wurde als Cocooning reinterpretiert, was punktuell mit einem Autonomieerleben einherging. Im Vordergrund standen aber dennoch häufig Gefühle der Resignation.

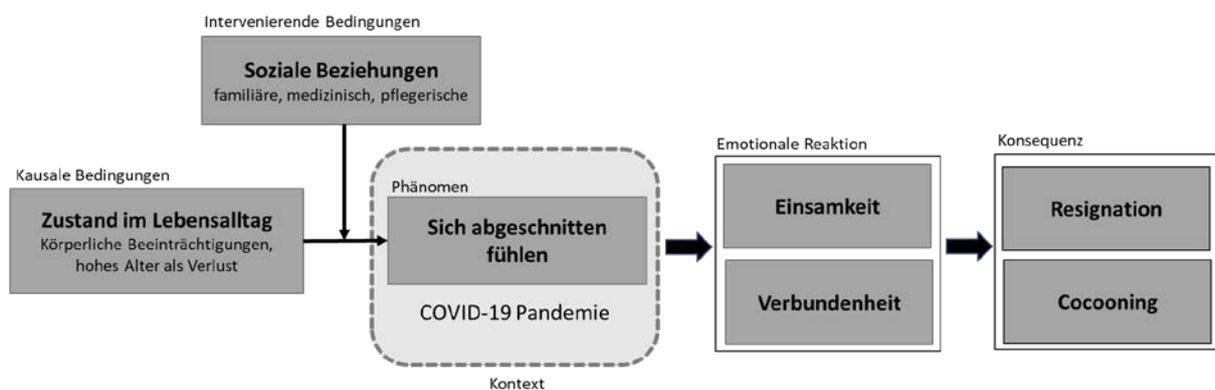


Abb. 10: Kodierparadigma – Erleben der Coronapandemie aus Sicht der Studienteilnehmer

Retrospektives Erleben der Corona-Pandemie. Zur 1-Jahres Katmenese (T4) gaben 67.2% der bis dahin in der Studie verbleibenden Studienteilnehmer an, mindestens mäßige Einschränkungen im Zugang zur Gesundheitsversorgung erlebt zu haben. Weiterhin berichteten 45.9% von starken oder sehr starken pandemiebedingten Gefühlen der Isolation, Einsamkeit, verringerter soziale Teilhabe der vergangenen Monate. 21.3% gaben eine Beeinträchtigung des Wohlbefindens durch Ängste um eigene Gesundheit an, während 31.2% eine starke oder sehr starke Beeinträchtigung des Wohlbefindens durch Sorge um Nahestehende wegen der Coronapandemie empfanden (vgl. Ergebnistabelle 7 in Anhang 2).

¹³ Die Analyse der qualitativen und quantitativen Daten zu den Erfahrungen der Studienteilnehmer mit und während der Coronapandemie war nicht darauf ausgelegt, deren Einfluss als eine Störvariable objektiv zu erfassen und zu quantifizieren. Dies wäre innerhalb des Designs unmöglich, weil Zeit-, Perioden- und Interventionseffekte nicht trennbar wären. Vielmehr ging es darum, möglichst facettenreich Aufschluss darüber zu erhalten, wie sich das innere Erleben der Teilnehmer möglicherweise veränderte, um dies bei der Kontextualisierung und Interpretation der Befunde zur Wirksamkeit zu berücksichtigen.

7. Diskussion der Projektergebnisse

Einzigartigkeit der Studie: Die (unerwartet) vulnerable Stichprobe

Die vielschichtigen Ergebnisse von PSY-CARE ermöglichen einmalige Einblicke in das bislang kaum umgesetzte und noch unerforschte Versorgungsfeld der ambulanten psychotherapeutischen Regelversorgung zuhause lebender älterer Menschen mit Pflegebedarf unter naturalistischen Bedingungen, einschließlich Pandemiebedingungen.

Die Studie unterscheidet sich deutlich von bisherigen Psychotherapie-im-Alter-Studien auf nationaler und internationaler Ebene, insofern sie eine heterogene Patientengruppe mit hoher Vulnerabilität adressiert, die bisher trotz hohem Versorgungsbedarf regelhaft ausgeschlossen wurde (vgl. Mitchell & Pachana, 2020). Diese Besonderheit der Stichprobe spiegelt sich neben dem hohen Durchschnittsalter der Studienteilnehmer von 78 Jahren augenscheinlich in der Tatsache wider, dass sie nach dem Barthel-Index durchschnittlich in die Kategorie „hilfebedürftig“ fielen, äquivalent zu dem Ergebnis, dass 77% der Studienteilnehmer einen Pflegegrad von 2 und größer hatten. Die mit den vielfältigen, aktiv den Zugang zu älteren Personen bahnenden Rekrutierungsstrategien im Zusammenhang stehende, hohe durchschnittliche Vulnerabilität der Stichprobe war für die Projektleitung unerwartet, wenngleich im Ergebnis sehr positiv, da sie dadurch ein naturalistisches Sample pflegebedürftiger älterer Menschen mit Depression abbildet (und nicht etwa primär Personen mit geringfügiger Hilfebedürftigkeit).

Auch die unerwartet hohe und deutlich über andere Psychotherapiestudien hinausgehende Dropout-Rate (normalerweise ca. 20%) von 33/44% Prozent zum Post-Assesment (T2) unmittelbaren Anschluss an die Intervention und 59/67% zur Ein-Jahres-Katamnese (T4) ist - gemeinsam mit den Drop-Out Gründen - ein Beleg für die bereits bei der der Studienaufnahme bestehende hohe Vulnerabilität mit inhärent progredientem Verlauf. Die Anzahl von 19 verstorbenen und 13 krankheitsbedingt ausgefallenen Studienteilnehmern (wobei dem Studienteam kein Fall eines Corona-Toten bekannt ist) unterschätzt dabei sehr wahrscheinlich noch deren tatsächliche Anzahl, insofern, als dass bei 48 nicht mehr erreichbaren Studienteilnehmern zum Ein-Jahres-Follow-up in vielen Fällen von Tod oder Umzug ins Pflegeheim ausgegangen werden muss. Die Tatsache, dass etwa drei von vier (72.4%) Studienteilnehmern bei gleichzeitiger Hilfebedürftigkeit allein lebten, kann zusammen mit ihrem aus der Analyse der Interviews hervorgehenden Erleben als ‚abgeschnitten-von-der-äußeren-Welt‘ (auch schon vor Pandemie, aber verstärkt dadurch) als Hinweis auf ihre *soziale Vulnerabilität* interpretiert werden. Im Gegensatz zu ihrer körperlichen und sozialen Vulnerabilität wiesen 4/5 der Stichprobe nach dem Demenzscreening keine Hinweise auf Demenz bzw. kognitive Vulnerabilität auf.

Bedeutung für die Bewertung der Studienergebnisse. Diese Ergebnisse machen augenscheinlich, dass es sich in PSY-CARE um eine Stichprobe handelte, deren hohe und progrediente Vulnerabilität positiven Interventionseffekte prinzipiell gegenläufig ist – selbst unter Vernachlässigung zusätzlicher negativer Pandemieeffekte auf die Lebensqualität, die die Studienteilnehmer während der Coronapandemie und retrospektiv für diesen Zeitraum erlebten. Die ambulant tätigen Psychotherapeuten bewegten sich damit in der Versorgung einer Patientenpopulation, bei welcher zumindest bei einem substantiellen Anteil die Verhinderung einer Progression (Verschlechterung) von Depressivität dem entspricht, was realistischer Weise im Rahmen der Intervention erwartet werden kann.

Diskussion der Validität der Studie

Hohe externe Validität der Studie aufgrund von Regelversorgungs-Bedingungen: Die naturalistische Stichprobe zusammen mit der Tatsache, dass die ambulant tätigen Psychotherapeuten zwar für die Projektteilnahme für sie zufriedenstellend geschult wurden und zweimal pro Behandlungsfall supervidiert wurden, aber keine speziellen, intensiv supervidierten Studientherapeuten waren (wie dies in Efficacy Studien der Fall ist), sondern „normale“ Psychotherapeuten, die die Studienteilnehmer in Psychotherapiepraxen in der Regelversorgung behandelten, bringt mit sich, dass die Studie zumindest dem Studienprotokoll nach per definitionem eine hohe externe Validität aufwies (Effectiveness Studie). Dadurch, dass sie unter Pandemiebedingungen verlief, ist allerdings die Generalisierbarkeit der Realisierung (Studienziel 1) auf postpandemische Bedingungen auch reduziert.

Gewährleistung der internen Validität durch Intention-to-treat-Analyse: Die Wirksamkeitsschätzung fand auf Grundlage von Intention-to-Treat Analysen statt. Das bedeutet, dass bei den Studienteilnehmern mit Drop-Out zu T2, T3 und T4 die Outcomes geschätzt wurden. Dadurch wurde sichergestellt, dass der Behandlungserfolg nicht dadurch überschätzt wurde, dass nur die Veränderungen derjenigen Studienteilnehmer berücksichtigt wurden, die die Studie komplett durchlaufen haben.

Limitationen der internen Validität durch Corona-Pandemie: Die Einschränkungen in der internen Validität durch ein ohnehin naturalistisches Studiensetting wurden erheblich dadurch verstärkt, als dass die Interventionsphase von PSY-CARE für die Mehrheit der Behandlungen (89%) mit dem Beginn der Coronapandemie zusammenfiel. Davon ist insbesondere Studienziel 2 (Wirksamkeitsnachweis) betroffen:

- (1) Pandemiebedingt gab es nach den Angaben der befragten Studienteilnehmer und in Einklang mit der Studienlage zu Lebensqualität während der Coronapandemie (z.B. DAK, 2020; Ankuda et al., 2022) Hinweise auf negative Pandemieeffekte auf ihre Lebensqualität und ihr sozioemotionales Wohlbefinden, welche den Interventionseffekten potentiell abträglich waren. Damit lagen Bedingungen vor, die dem Nachweis der in den Hypothesen beschriebenen Interventionseffekte prinzipiell entgegenliefen.
- (2) Die Behandlungsintegrität in der Interventionsgruppe war auf inhaltlicher Ebene nicht gewährleistet, insofern, als dass die Adhärenz (Bindung) der ambulant tätigen Psychotherapeuten an das PSY-CARE Behandlungsmanual und seiner drei aufeinander aufbauenden Module ab dem ersten Lockdown aufgehoben war. Die Intervention der aktiven Kontrollgruppe konnte im Gegensatz dazu inhaltlich und in ihrer Modalität wie geplant durchgeführt werden, da sich die Inhalte der telefonischen Beratung ohnehin auf die individuellen Anliegen der Studienteilnehmer bezog. Die Behandlungsintegrität beeinträchtigend war auch, dass die Modalität der Behandlung nicht mit dem Studienprotokoll übereinstimmte. Statt Face-to-Face Behandlungen für alle Studienteilnehmer, wie geplant, war dies letztlich nur bei 18,2% der Studienteilnehmer in „Reinform“ der Fall. Der Median lag bei einem Anteil von Therapiesitzungen per Fernbehandlung von 22.5%. Insbesondere die erste Phase der Pandemie ging aufgrund veränderter Rahmenbedingungen, eingeschränkter Planbarkeit und Umgang mit Enttäuschungen und Unsicherheiten bei Patienten und Psychotherapeuten einher, was möglicherweise mehr noch als die veränderte Behandlungsmodalität *per se* die Effektivität der Intervention beeinträchtigt haben könnte.
- (3) Pandemiebedingt musste auch die Modalität der Assessments von der Baseline (Face-to-Face) standardmäßig auf telefonische Post- Assessments und Follow-Ups (zu T2, T3, T4)

umgestellt werden. Dabei wurde der Nachteil in Kauf genommen, dass telefonisch durchgeführte Assessments mit der Zielpopulation wahrscheinlich weniger reliabel und valide ausfallen (Verzerrungen durch geringere Selbstöffnung der Studienteilnehmer und Einschränkungen in Hören, Sprechen und Aufmerksamkeit etc.).

Diskussion der Befunde zur Implementierbarkeit, Praktikabilität und Akzeptanz von ambulanter Psychotherapie (Studienziel 1)

In Bezug auf Zielstellung 1 belegt die Studie eindrücklich, dass es durch gezielte Initiative prinzipiell möglich ist, einer vulnerablen Patientenpopulation, der diese Versorgungsform bisher de facto unzugänglich ist, ein ambulantes psychotherapeutisches Angebot zu machen und dieses selbst über die Corona-Pandemie hinweg aufrechtzuerhalten.

Die Ergebnisse zeigen jedoch auch eindeutig, dass es für eine erfolgreiche Umsetzung in der Regelversorgung noch – erstens - Optimierungen und Flexibilisierungen auf der Ebene der Versorgungsstrukturen sowie – zweitens - veränderter Aus- und Fortbildungsstrukturen von Psychotherapeuten bedarf.

Inanspruchnahmebereitschaft von Psychotherapie durch die Zielpopulation ist – entgegen von auf Altersstereotypen basierenden Vorurteilen - vorhanden. Nach den Ergebnissen des Depressionsbarometers 2019 (Stiftung Deutsche Depressionshilfe, 2019) wäre eine deutliche Mehrheit (64 %) der befragten Menschen im Alter über 70 Jahren bereit, eine Psychotherapie in Anspruch zu nehmen. Unsere Ergebnisse zum Rekrutierungserfolg (511 Anfragen, 197 eingeschlossene Teilnehmer) und zur Zufriedenheit der Studienteilnehmer mit der ambulanten Psychotherapie (83.7% waren, trotz pandemiebedingt ‚turbulenter‘ Umsetzungsbedingungen, weitgehend bis sehr zufrieden) zeigen, dass im Falle öffentlicher Ansprache und Sichtbarkeit eines konkreten Behandlungsangebotes die aktive Nachfrage sogar seitens vulnerabler älterer Menschen mit Pflegebedarf sowie ihre Zufriedenheit mit einer psychotherapeutischen Behandlung höher zu sein scheint, als gemein hin angenommen (Kessler & Tegeler, 2018; Stiftung Deutsche Depressionshilfe, 2019) wird. Die Analyse der persönlichen Therapieziele der Patienten zeigen auch, dass diese realistische Vorstellungen von dem hatten, was im Rahmen einer Psychotherapie erreicht werden kann. Diese Befunde sind insofern bemerkenswert, als dass für sehr alte, multimorbide Menschen mit psychischen Erkrankungen häufig vorschnell eine geringe Therapie- und Behandlungsmotivation abgeleitet wird. Gegen dieses Vorurteil spricht auch unser Ergebnis, wonach das von den Patienten am häufigsten genannte Hindernis einer Psychotherapieinanspruchnahme in der Vergangenheit nicht etwa Vorbehalte seitens Patienten waren, sondern das Fehlen verfügbarer Therapieplätze sowie von Hausbesuchen und barrierefreien Praxen. Unsere Ergebnisse zeigen damit, dass für eine hohe Inanspruchnahmebereitschaft sprechende Befunde aus Befragungen älterer Menschen zu Psychotherapie keine „Artefakte“ sind, sondern einer überwiegend positiven Einstellung und Bewertung gegenüber realen Psychotherapie-Angeboten entsprechen.

Geriatrische und gerontopsychiatrische Kliniken bahnen effektiv den Zugang zu Interventionsangeboten. Die Feststellung, dass neben dem Bedarf auch der Wunsch nach ambulanten Psychotherapieangeboten in der Zielpopulation besteht, zieht mit Blick auf die Ableitung praktischer Implikationen die Frage nach sich, welche Schritte zur Umsetzung dessen notwendig sind. Nach den Analysen zu effektiven und effizienten Rekrutierungspfaden war die Gewinnung von in geriatrischen und gerontopsychiatrischen Kliniken und Tageskliniken tätigen Psychologen und Ärzten eine zeitintensive, aber

zielführende Strategie zum Zugang zu Studienteilnehmern. Daraus lässt sich ableiten, dass dort auf Grundlage von Aufklärung und Motivierung von Patienten gebahnte psychotherapeutische Anschlussbehandlungen großes Potential für die Verbesserung der Versorgung der Patientengruppe aufweisen. Unsere Ergebnisse haben auch gezeigt, dass die Ansprache der Zielpopulation über Medien ebenfalls von großer Wichtigkeit ist, zumal über diesen Weg nachweislich ähnlich vulnerable Personen angesprochen wurden wie über Gatekeeper-Rekrutierung. Nach unserer Analyse besteht der Vorteil neben ihres Empowerments von Betroffenen darin, dass die Zielgruppe damit besonders effizient angesprochen werden kann, und es keiner zeitintensiven Vermittlung durch andere Akteure bedarf.

Hausärzte als wenig aktive, aber effiziente Gatekeeper. Hausärzte erwiesen sich in der Studie trotz intensiver Bewerbung durch das Projektteam als überraschend wenig aktive Gatekeeper-Gruppe. Gleichzeitig suggerieren die Ergebnisse aus PSY-CARE zu den Einschlussquoten, dass aktive Hausärzte besonders qualifiziert solche Patienten identifizieren können, bei denen Psychotherapie tatsächlich indiziert ist. Eine Interpretation dieser Befunde ist, dass Hausärzte zwar qualifizierte Diagnostiker sind, aber möglicherweise pessimistisch in Bezug auf die Wirksamkeit von Psychotherapie in der Altersgruppe sind und/oder eine psychopharmakologische Behandlung priorisieren und daher ihren Patienten Psychotherapie nicht empfehlen. Allerdings kann es auch sein, dass die Hausärzte in Anbetracht der Tatsache, dass es sich um eine Studie handelte, zurückhaltender in der Vermittlung waren, da sie befürchteten, dass eine Studienteilnahme auch Stress und Enttäuschung für „ihre“ Patienten (im Falle der Kontrollgruppe) bedeuten könnte (vgl. Collins & Corna, 2018).

Home treatment als notwendige Behandlungsmodalität. Unsere Ergebnisse zur Umsetzung der Therapien in PSY-CARE (92.3% der Therapie zumindest zeitweise als Hausbesuch angelegt) sowie die seitens der Patienten erlebten Barrieren bei der Inanspruchnahme von Psychotherapie in der Vergangenheit haben klar gezeigt, dass ambulante Psychotherapie für die absolute Mehrheit der zuhause lebenden älteren Menschen mit Depression und Pflegebedarf das Mittel der Wahl ist, um ihre Versorgung sicherzustellen. Während für Hausärzte Hausbesuche traditionell zur gängigen Behandlungspraxis gehören, ist dies für ambulant tätige Psychotherapeuten - selbst solche, die gerontologisch vorerfahren sind wie die Psychotherapeuten in PSY-CARE - ein neues und ungewohntes Terrain (vgl. Maxfield & Segal, 2008; Lindner & Sandner, 2015). Nach den Ergebnissen der Analyse der Interviews konnte dabei die neue, zunächst eher als unangenehm erlebte Rolle als ‚Gast‘ in der Häuslichkeit der Patienten positiv und zum Nutzen der Patienten gestaltet werden. Allerdings zeigt sich auch, dass selbst gerontologisch engagierte und motivierte Psychotherapeuten, wie sie für PSY-CARE gewonnen werden konnten, ihre Behandlungstätigkeit mit der Patientengruppe in Zukunft (d.h. außerhalb von PSY-CARE) mehrheitlich an bessere finanzielle Anreize für Hausbesuche knüpfen (vgl. Kammerer & Falk, 2019). Neben einer ökonomisch tragfähigen Vergütung bedarf es angesichts der hohen Bedeutung aufsuchender Behandlungsangebote für Menschen, die aus gesundheitlichen Gründen an ihre Wohnung gebunden sind, einer Information und rechtlichen Klarstellung der Durchführbarkeit von Hausbesuchen durch die Psychotherapeutenkammern sowie eines dedizierten Beantragungsverfahrens bei den Krankenkassen (siehe unten). Trotzdem die Mehrheit der ambulant tätigen Psychotherapeuten gerontologische Vorerfahrungen hatte, war ihnen mehrheitlich das Prozedere und die bereits existierenden EBM Ziffern für Hausbesuche und Wegpauschalen nicht bekannt.

Das Ergebnis, wonach trotz großer Bemühungen seitens der ambulant tätigen Psychotherapeuten nur etwa jede zehnte Sitzung, die Corona bedingt als Fernbehandlung durchgeführt wurde, mangels Endgeräten und fehlender technischer Kompetenzen per Video durchgeführt werden konnte, ist ein Hinweis darauf, dass Videotherapie trotz ihres prinzipiell großen Potentials für an die Häuslichkeit gebundene Patienten leider zumindest als Standardmodell für die aktuelle Generation pflegebedürftiger älterer Menschen mit Depression keine realistische Option ist. Hier zeigen sich dann auch erhebliche Unterschiede zur älteren Allgemeinbevölkerung, die häufiger und während der Coronapandemie verstärkt digitale Technologien bzw. Medien verwendet hat (Ankuda et al., 2022). Gleichzeitig führte bei den Studienteilnehmern der telefonische Kontakt zu den ambulant tätigen Psychotherapeuten zumindest in keinem Fall zu einem Abbruch der Therapie (auch wenn telefonische Fernbehandlung aus ihrer Sicht zu ineffektiveren Therapien führten), analog zur Kontrollgruppen-Intervention, die ebenfalls ‚reibungslos‘ per Telefon durchgeführt werden konnte. Dies spricht dafür, im Rahmen psychischer Gesundheitsversorgung an die Häuslichkeit gebundener älterer Menschen telefonische Kontakte zu Psychotherapeuten als Option nicht auszuschließen und gegebenenfalls analog zu Videosprechstunden zu handhaben, um eine Benachteiligung einer Zielgruppe mit ohnehin erschwertem Zugang zur Versorgung abzupuffern.

Psychotherapeuten erleben die Notwendigkeit einer Integration von ‚Cure‘ und ‚Care‘ in ihrem therapeutischen Selbstverständnis und wünschen mehr spezialisierte Qualifikation.

Die erhobenen Psychotherapeuten-Charakteristika zeigen schließlich, dass insbesondere gerontologisch vorerfahrene weibliche (nur 10% männlich) Psychotherapeuten zur Projektteilnahme und damit zur Behandlung pflegebedürftiger, älterer Menschen bereit waren. Die breite Altersspanne der ambulant tätigen Psychotherapeuten und die Ergebnisse bezüglich ihrer Vorqualifikation und Motivation zur Projektteilnahme zeigen, dass die Bereitschaft zur Behandlung vulnerabler alter Patienten nicht an das eigene Lebensalter der Behandler gekoppelt ist, sondern vielmehr ihrer schon vorhandenen gerontologischen Expertise und ihrem Bedürfnis nach weiterer Qualifikation in dem Themenfeld entspringt. Trotz ihrer (teilweise sogar umfassenden) gerontologischen Vorerfahrung und dem vorbereitenden Workshop erlebten die ambulant tätigen Psychotherapeuten viele Herausforderungen in den Psychotherapien. Selbst nach Projektende sahen sie einen hohen Bedarf an zusätzlicher spezifischer Weiterqualifikation und wünschten sich kollegialen und interprofessionellen Austausch. Dieses Bedürfnis ist dadurch zu klären, dass die Ergebnisse der qualitativen Analyse gezeigt haben, dass die ambulant tätigen Psychotherapeuten in dem Projekt mit den Grenzen eines ‚Cure‘ Paradigmas konfrontiert wurden und herausgefordert waren, in ihre Arbeit und ihr professionelles Selbstverständnis auch ein *Care Paradigma* zu integrieren. In den Therapien ging es oft darum, sozioemotionaler Deprivation entgegenzuwirken, Unsicherheiten aufzulösen und das Alltagsleben zu normalisieren und praktische Probleme zu lösen, hinausgehend über die klassische Rolle von Psychotherapeuten (vgl. Apesoa-Varano et al., 2011). Die Notwendigkeit der Integration eines ‚Cure‘ und ‚Care‘ Paradigmas blieb allerdings häufig eine Herausforderung. Dies lag nicht nur an einem traditionellen professionellen Selbstverständnis von dem, was Psychotherapie ist, sondern auch daran, noch keine klare definierte berufliche Rolle in dem Versorgungsfeld und wenig feste Kooperationsmöglichkeiten mit unterschiedlichen Berufsgruppen zu haben, welche eine solche Integration ermöglichen könnte. Dies spricht dafür, dass psychotherapeutisches Arbeiten mit multimorbid erkrankten, in ihrer selbständigen Lebensführung eingeschränkten Patienten mit so vielen Besonderheiten

einhergeht, dass dafür „Spezialisten“ mit umfangreicher gerontopsychologischer Qualifikation und interprofessionellen Kompetenzen benötigt werden (vgl. Hinrichsen et al., 2018), siehe auch unten.

Bedeutsamkeit des Einbezugs von Bezugspersonen und Mitbehandlern. Daran anknüpfend haben die Ergebnisse auch die hohe Relevanz des Einbezugs des sozialen- und Versorgungssystems gezeigt, welchem die ambulant tätigen Psychotherapeuten in der Behandlungspraxis eine große Bedeutung beimaßen. Selbst ohne größeren finanziellen Anreiz führten sie außerhalb der Sitzungen durchschnittlich allein 3.3 Fallbesprechungen, die 30 Minuten und länger dauerten, mit Angehörigen und anderen Versorgungsakteuren, durch. Die Angehörigen waren mehrheitlich gut erreichbar und standen für Gespräche zur Verfügung. Der interprofessionelle Austausch wurde in der Behandlungspraxis als vergleichsweise schwieriger in der Anbahnung und weniger effektiv eingeschätzt. Eine sich daraus ergebende gesundheitspolitische Schlussfolgerung könnte lauten, äquivalent zu Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie, Stundenkontingente für Bezugspersonen einzuführen (siehe unten). Von hoher Bedeutung wären auch klare Strukturen, welche den notwendigen interprofessionellen Austausch zwischen Behandlern – nach den Befunden von PSY-CARE insbesondere zu Haus- und Fachärzten sowie Pflegekräften - fördern. So ermöglicht beispielweise die Einführung von Case-Managern nach US-amerikanischen Modellen (Gühne et al., 2014a) positive Effekte auf die adäquate Behandlung und den interprofessionellen Austausch. Weiterhin hat die ambulante psychotherapeutische Komplexversorgung, die vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) kürzlich als sog. KSVPsych-Richtlinie beschlossen wurde und im Juli 2022 angelaufen ist (Bundespsychotherapeutenkammer, 2020) ein großes Potential, die Versorgungslücke für die Patientengruppe zu schließen (siehe unten). Einzelfälle in den PSY-CARE-Therapien haben auch gezeigt, dass im Sinne des Patientenwohls abrechnungstechnische Hürden der gleichzeitigen Durchführung von ambulanter Psychotherapie und der Behandlung im Rahmen einer gerontopsychiatrischen Institutsambulanz oder einer mobilen geriatrischen Rehabilitation abgebaut werden sollten, sofern dort tätige Psychotherapeuten primär für diagnostische Aufgaben zuständig sind.

Aktivitätenaufbau als wichtigste Therapiemethode. Nach den Sitzungsdokumentationen der ambulant tätigen Psychotherapeuten kam der Aufbau positiver Aktivitäten in den Behandlungen am stärksten zum Einsatz, gefolgt von kognitiven Methoden, der Förderung sozialer Kontakte und schließlich dem biographischen Arbeiten. Das Ergebnis, dass die ambulant tätigen Psychotherapeuten diese Art Gewichtung in ihrer therapeutischen Arbeitsweise vornahmen, kann innerhalb des Forschungsfeldes, in dem es praktisch keine wissenschaftlich dokumentierte Erfahrung in der Behandlung der Patientengruppe gibt (Tegeler et al., 2020), als ein erster Hinweis darauf verstanden werden, dass in der Behandlung der Patientenpopulation dem Abbau von Vermeidungsverhalten und der Förderung positiver und Erfahrungen und Kompetenzen im Hier und Jetzt eine zentrale Rolle zukommt. Auch der biographische Lebensrückblick erscheint demnach eine ebenfalls wichtige, aber vergleichsweise weniger relevante Behandlungsmethode zu sein. Allerdings muss dieses Ergebnis im Kontext der Coronapandemie betrachtet werden, die in ihrem Krisencharakter möglicherweise eine stärkere ‚Gegenwartsfokussierung‘ mit sich gebracht hat. Die hohe Relevanz von „Symptom- und Problembewältigung“ und „Umgang mit altersbezogenen Verlusten“ in den persönlichen Therapiezielen der Patienten im Gegensatz zu „Selbstverwirklichung“ spricht dafür, dass sich die ambulant tätigen Psychotherapeuten in ihrer Vorgehensweise adäquat auf die persönlichen Therapieziele eingestellt haben.

Diskussion der Befunde zur Wirksamkeit (Studienziel 2)

Depressive Symptomatik vom Prä- zum Post-Assessment verringert sich für ambulante Psychotherapie nachhaltig: Betrachtet man die Befunde zur Wirksamkeit auf Basis von Intention-to-Treat Analysen trotz der oben beschriebenen deutlich eingeschränkten internen Validität durch die pandemische Situation, dann kann die Veränderung vom Prä-Assessment zur 1-Jahres-Katamnese vorsichtig so interpretiert werden, dass ambulante Kurzzeitpsychotherapie wie angenommen wirksam zu einer signifikanten Reduktion depressiver Symptome führt, und diese Wirksamkeit nach Ende der Therapie über die Monate hinweg aufrechterhalten wird und sich noch verstärkt; die Effekte fallen dabei gering bis moderat aus. Knapp 70 Prozent der Studienteilnehmer waren dabei im Post-Assessment (T2) remittiert (46.2%) oder teilremittiert (26%). Die Effekte sind unwahrscheinlich mit Spontanremission in dieser Population mit starkem körperlichem Abbau und unter die Lebensqualität beeinträchtigenden Coronabedingungen (siehe oben) zu erklären. Umgekehrt formuliert ist bei der Interpretation der Befunde das Vorliegen von Bedingungen zu berücksichtigen, die den Spielraum für Verbesserungen der depressiven Symptomatik begrenzt haben. Der überraschend nachhaltige Effekt der Intervention für den Zeitraum ein Jahr nach der Kurzzeitpsychotherapie (T4) entspricht dem, worauf hin die ambulant tätigen Psychotherapeuten auf Grundlage des PSY-CARE Behandlungsmanuals qualifiziert wurden und was über die ‚klassische‘ Richtlinienpsychotherapie hinausging. Danach waren sie angehalten, möglichst *systemmobilisierend* zu agieren und Angehörige und andere Behandlungsakteure in die Behandlung einzubeziehen, was nachweislich auch umgesetzt wurde. Es ist aber nicht auszuschließen, dass zu dem positiven Befund beim Post-Assessment T4 auch zusätzlich selektiver Drop-Out beitragen hat, wenngleich Intention-to-Treat Analysen zum Einsatz kamen und ein selektiver Dropout in den Ergebnissen der Drop-Out-Analyse auf Grundlage soziodemographischer und gesundheitsbezogener Variablen nicht nachweisbar war. Die Bereitschaft, zu T4 immer noch für Assessments zur Verfügung zu stehen, ist Ausdruck einer hohen Teilnahmemotivation, die mit der psychischen Konstitution im Zusammenhang stehen kann.

Inwiefern Fernbehandlung, die pandemiebedingt immerhin in 82 Prozent der Fälle (mehr oder weniger) angewendet werden musste, der Wirksamkeit der ambulanten Psychotherapie abträglich waren, lässt sich nicht abschließend beantworten. Legt man die subjektive Sicht der ambulant tätigen Psychotherapeuten zugrunde, so wurden von allen Behandlungen 70.2% negativ oder sehr negativ beeinflusst. In der Effektivitäts-Analyse steht allerdings der prozentuale Anteil fernmündlicher Behandlung an der Gesamtzahl der Therapiesitzungen in den jeweiligen Behandlungen nicht mit verbesserten Outcomes in Depressivität im Zusammenhang. Allerdings ist dieses Ergebnis mit Vorsicht zu interpretieren, insofern wahrscheinlich weniger der Anteil fernmündlicher Behandlungen per se ausschlaggebend war, als vielmehr individuelle, empirisch schwer operationalisierbare Therapiekonstellationen¹⁴. Ferner lassen die geringen Fallzahlen bei Abwesenheit von signifikanten Unterschieden im Behandlungsmodus auch keine belastbaren Schlüsse zu, so

¹⁴ So kann ein Patient, der den Therapeuten zu Beginn der Therapie Face-to-Face kennengelernt hat, den Umstieg auf Telefonkontakte nach dem ersten Viertel der Therapie als wenig beeinträchtigend erleben. Im Gegensatz dazu kann ein Patient, der den Psychotherapeuten zu Therapiebeginn nur telefonisch kennengelernt hat, sich danach trotz Face-to-Face Sitzungen wenig auf die Behandlung einlassen und infolge dessen wenig davon profitieren.

dass zukünftige Forschung notwendig ist, um Effekte des Behandlungsmodus weiter zu evaluieren.

Wir fanden keine statistisch bedeutsamen Unterschiede zwischen den Bedingungen im Muster der Psychopharmakaeinnahme. Etwa zwei Drittel der Teilnehmer nahmen zum Post-Assessment nach der Therapie Psychopharmaka ein, wobei sich für ein Drittel Veränderungen in der Medikation im Verlauf ergaben. Reduzierung, Absetzen, neue Medikamente und Ersatz durch andere Medikamente können dabei einer Wirkung der Psychotherapie oder der Aktivierung des Versorgungsnetzwerks zugeschrieben werden, wobei auch gegenteilige Effekte denkbar sind, so dass eine klare Interpretation nicht möglich ist. Sicher weist der Anteil der medikamentös behandelten Personen mit Psychopharmaka sowohl auf die Schwere der Depressionen als auch auf eine existierende (adäquate oder inadäquate) Versorgung hin.

Prä-Post-Effekte für depressive Symptomatik ähnlich hoch in aktiver Kontrollgruppe: Im Einklang mit der Hypothese des Superiority Designs fiel auch die Intervention der aktiven Kontrollgruppe im Prä-Post-Vergleich wirksam und über ein Jahr nachhaltig aus, entgegen der Hypothese aber im Vergleich zwischen Prä-Assessment (T1) und 1-Jahres Follow up (T4) nicht positiver als die Interventionsgruppe. Wie in der Gruppe, die ambulante Psychotherapie erhalten hatte, zeigte sich auch in der aktiven Kontrollgruppe, die telefonische Beratung auf Basis des PSY-CARE Selbsthilferatgebers erhalten hatte, ein positiver Verstetigungseffekt. Hinsichtlich der Veränderung der depressiven Symptomatik lässt sich sagen, dass in der Tat auch in Psychotherapie-Studien mit ‚jungen‘, selbständig lebenden älteren Patienten die Prä-Post-Effektstärken in der Regel allerdings deutlich kleiner ausfallen als in der vorliegenden Studie oder gar nicht vorhanden sind, wenn man sie mit aktiven Kontrollgruppen vergleicht (Huang et al., 2015; Gould et al., 2012). So war etwa in einer Studie von Hautzinger et al. (2008) eine KVT-Intervention in einer Gruppe älterer depressiver Patient*innen zwar wirksam, aber nicht signifikant wirksamer als supportive Therapie.

Neben der begründeten Vermutung, dass ambulante Psychotherapie in ihrer Wirksamkeit möglicherweise positiver ausgefallen wäre, wenn die Studie unter nicht-pandemischen Bedingungen (wie im Studienprotokoll geplant) hätte durchgeführt werden können (siehe oben), kann dieser Befund auch so interpretiert werden, dass eine deutlich weniger zeitintensive und lediglich beratende Intervention überraschenderweise nicht nur ebenfalls positive, sondern die gleichen positiven Effekte mit sich bringt. Möglicherweise hat die telefonische Beratung dazu geführt, dass sich die Kontrollgruppen-Teilnehmer und ihre Bezugspersonen im Zuge der telefonischen Beratung intensiv mit dem PSY-CARE Ratgeber auseinandergesetzt haben und dadurch neue Erlebens- und Verhaltensweisen aufgebaut haben. Bei der Interpretation der überraschend positiven Effekte der aktiven Kontrollgruppe muss aber auch berücksichtigt werden, dass es sich bei den die telefonische Beratung durchführenden Personen ebenfalls um zwei Psychotherapeuten handelte, die aufgrund ihrer hervorragenden gerontologischen Qualifizierung als Projektmitarbeiter angestellt wurden, umfangreich supervidiert wurden und außerdem durch umfangreiche Beratungstätigkeit im Projekt zusätzlich umfangreich „on-the-job“ qualifiziert wurden. Die ambulant tätigen Psychotherapeuten waren im Gegensatz dazu in ihren Psychotherapiepraxen tätige Psychotherapeuten, die zwar auch gerontologisch qualifiziert waren, an dem Projekt allerdings nur ‚nebenberuflich‘ in geringem Umfang (durchschnittlich zwei Patienten) teilnahmen. Möglicherweise waren sie daher weniger effektive Behandler als die im Projekt tätigen Psychotherapeuten.

Auch für die sekundären Outcomes Lebensqualität, selbstberichtete Gesundheit, Aktivitäten des täglichen Lebens und instrumentelle Aktivitäten des täglichen Lebens waren die Trends nicht statistisch bedeutsam verschieden zwischen in Interventionsbedingungen. Für die Lebensqualität war dabei in beiden Interventionsbedingungen gleichbleibende Niveaus über die Zeit zu beobachten, was zumindest der vorher aufgestellte Hypothese der Annahme des „Aufrechterhaltens“ des Funktionsniveaus entspricht (jedoch ohne den angenommenen Gruppenunterschied). Für die selbstberichtete Gesundheit war sogar ein leichter Anstieg vom Prä- zum Post-Assessment zu beobachten, der sich jedoch nicht zwischen den Gruppen unterschied. Ob dieser Anstieg in der subjektiven Gesundheit einer Steigerung der objektiven Gesundheit (was jedoch nicht mit den Moderationsanalysen zu IADL und ADL korrespondiert) einherging, oder ob die positivere Einschätzung auf eine veränderte Wahrnehmung im Zuge des therapeutischen Arbeitens einhergeht, ist nicht abschließend zu beantworten.

Ambulante Psychotherapie reduziert mehr als telefonische Beratung das Risiko eines Zustandes der Aggravation im unmittelbaren Anschluss an die Therapie. Während sich die Rate von Voll- und Teilremission zwischen Interventions- und Kontrollgruppe entgegen der Hypothese nicht unterschied, ist bemerkenswert, dass die Rate der Aggravation (Verschlechterung) für ambulante Psychotherapie im Post-Assessment (T2) signifikant höher als in der Kontrollgruppe ausfiel. Dieser Befund kann unter Berücksichtigung der kleinen Fallzahl vorsichtig so interpretiert werden, dass ambulante Psychotherapie wirksamer als telefonische Beratung einer Verschlechterung von Depression entgegenwirkt.

Ambulante Psychotherapie verhindert bei Personen mit funktionalen Einschränkungen stärker einen Relapse nach drei Monaten verglichen mit denjenigen mit geringeren Einschränkungen: Ein dazu komplementärer Befund ist, dass der Interventionseffekt durch die Aktivitäten des täglichen Lebens (basal sowie instrumentell) moderiert wurde, der so auch explorativ im Studienprotokoll postuliert wurde. Es zeigte sich ein signifikanter Unterschied insofern, als dass Personen mit stärkeren Alltagseinschränkungen vor allem in der Kontrollbedingung zu T3 (nach drei Monaten) noch einmal einen Anstieg der depressiven Symptomatik (Relapse) erlebten, verglichen mit denjenigen, die geringere Alltagseinschränkungen am jeweiligen Messzeitpunkt berichteten.

Zusammen betrachtet zeichnet sich damit ein noch näher zu untersuchendes Muster ab, wonach die ambulante Psychotherapie dann gegenüber telefonischen Beratung auf Basis des Selbsthilferatgebers überlegen ist, wenn es in der Behandlung darum geht, einer aufgrund von körperlichem Abbau zu erwartenden Verschlechterung von Depression entgegenzuwirken.

8. Verwendung der Ergebnisse nach Ende der Förderung

Wie generalisierbar sind die Ergebnisse für andere Regionen?

Die Ergebnisse von PSY-CARE sind auf andere Standorte und Regionen in Deutschland mit hoher Dichte an Psychotherapiepraxen und an anderen Strukturen der Gesundheitsversorgung und Altenhilfe generalisierbar.

Das Stadt-Land-Gefälle in der Psychotherapeuten-Dichte hätte die in PSY-CARE gut gelungene Vermittlung von Patienten an ambulant tätige Psychotherapeuten erschwert.

Welcher zentrale Erkenntnisgewinn ergibt sich trotz Pandemiebedingungen aus PSY-CARE?

Die auch in Anbetracht der Pandemiebedingungen und unter Berücksichtigung des körperlichen Abbaus der Patienten positiv zu bewertenden Wirksamkeitsnachweise für beide Interventionsgruppen legen nahe, dass die Berufsgruppe der Psychotherapeuten generell im Kontext der psychischen Gesundheitsversorgung pflegebedürftiger älterer Menschen mit psychischen Erkrankungen eine gewinnbringende Funktion einnehmen kann. Eine entsprechende Position von **Psychotherapeuten als in dem Versorgungskontext pflegebedürftiger älterer Menschen de facto neue Akteursgruppe** kann daher vor dem Hintergrund der aufgrund der demografischen Entwicklung zukünftig stark wachsenden und für das Gesundheits- und Pflegesystem kostenintensiven Patientengruppe eine große Chance sein. Die Anzahl von Absolventen des Masterstudiums Klinische Psychologie und Psychotherapie und der Psychotherapieausbildung ist in den letzten zehn Jahren erheblich gestiegen (Spinath, 2021). Personalkapazitäten sind bei entsprechender gerontologischer Weiterqualifikation prinzipiell verfügbar (siehe unten).

Die Ergebnisse von Teilprojekt 1 und 2 PSY-CARE lassen konkrete Ableitungen zu, wie eine bedarfsgerechte Versorgung der Zielgruppe durch ein **Zusammenspiel** aus (a) verbesserter Information der Bevölkerung, Gatekeepern und älteren Menschen, (b) eine Mobilisierung, Flexibilisierung und Optimierung von Versorgungsstrukturen und (c) eine Qualifikation von Psychotherapeuten gelingen kann (siehe Diskussion sowie unten). Diese werden im Folgenden dargestellt.

Wie können die Erkenntnisse aus Teilstudie 1 (Implementierbarkeit, Praktikabilität) für die Regelversorgung genutzt werden?

1. **Awareness Kampagnen für verbesserten Zugang zur Zielpopulation.** Die erfolgreiche Rekrutierung in PSY-CARE legt nahe, dass durch gezielte Kampagnen Awareness, Wissen und Motivation im Themenbereich *Depression, Pflegebedürftigkeit, Alter und Psychotherapie* geschaffen werden können. Im Erfolgsfall kann eine solche Kampagne zu einem verbesserten Zugang zur Zielpopulation führen. Die Kampagnen sollten möglichst zielgruppenspezifisch die breite Öffentlichkeit sowie Gatekeeper im Bereich Medizin, Pflege und Altenarbeit adressieren. Ebenfalls von großer Wichtigkeit ist eine gezielte Ansprache älterer Menschen mit Depression und Pflegebedarf über Medien im Sinne von *Empowerment*. Kampagnen sind aber nur dann sinnvoll, wenn sie auch durch verfügbare und wirksame Behandlungsangebote flankiert werden. (Eine Kampagne wird aktuell in Kooperation mit der Projektleiterin umgesetzt, siehe unten).
2. **Kooperation von Psychotherapiepraxen und geriatrischen bzw. gerontopsychiatrischen (Tages-)Kliniken zur Verhinderung von Versorgungsbrüchen.** Die systematische Analyse der Rekrutierungsstrategien in PSY-CARE hat auch gezeigt, dass die Zusammenarbeit von Psychotherapiepraxen mit Geriatrischen bzw. Gerontopsychiatrischen Kliniken und Tageskliniken in den Versorgungsbezirken beim Übergang von stationär zu ambulant sinnvoll und wichtig ist. Eine ambulante Behandlung, die sich ohne Unterbrechung an die Krankenhausbehandlung anschließt, kann Behandlungserfolge verstetigen und einem mit ‚Drehtüreffekten‘ verbundenen Rückfall entgegenwirken. Psychotherapeuten können die seit dem 1. Oktober 2021 bestehende Option (Bundespsychotherapeutenkammer, 2021) nutzen (traf auf die PSY-CARE Behandlungen nicht mehr zu), probatorische Sitzungen noch während einer stationären Behandlung in den Räumen von Geriatrien und Gerontopsychiatrien durchzuführen.

3. **Möglichkeit für Home Treatment schaffen.** Die Erfassung der Durchführungserfordernisse der Behandlungen in PSY-CARE hat ergeben, dass für den Großteil pflegebedürftiger älterer Menschen mit Depression aufsuchende Behandlung (zumindest phasenweise) notwendig ist. Praxisbesuche sind hingegen für die große Mehrheit aufgrund von Immobilität, Antriebslosigkeit und Schwäche nicht realistisch zu bewerkstelligen sind. Die Erfahrungen mit Fernbehandlungen in PSY-CARE haben auch gezeigt, dass Videotherapie trotz ihres prinzipiell großen Potentials für an die Häuslichkeit gebundene Patienten leider zumindest für die aktuelle Generation pflegebedürftiger älterer Menschen mit Depression keine realistische Option ist. (Bei technisch ausgestatteten und –kompetenten Patienten sollte aber selbstverständlich von Videotherapie Gebrauch gemacht werden.) Gemäß des Bundesmantelvertrages der Kassenärztlichen Vereinigung (KV; KBV & GKV Spitzenverband, 2022) sind für Patienten, für die das Aufsuchen einer Praxis oder der Aufwand von Krankentransporten „wegen Krankheit nicht möglich oder nicht zumutbar“, Leistungsziffern für Hausbesuche (EBM Ziffer Nr. 01410) möglich, wobei dies nach den Erfahrungen von PSY-CARE für Psychotherapeuten keine wirtschaftlich tragfähige Option zu sein scheint (€23,88 plus Anfahrten nach SNR 97234 -97236 in Abhängigkeit der Kilometeranzahl bis zu €10,48). Gleichzeitig werden nach der Psychotherapie-Richtlinie §1(4) Psychotherapeutische Behandlungen „grundsätzlich in den Praxisräumen der Therapeutin oder des Therapeuten erbracht“ (KBV & GKV Spitzenverband, 2017). Es bedarf entsprechend einer rechtlichen Klarstellung und eines transparenteren Beantragungsverfahrens für Hausbesuche bei den Krankenkassen¹⁵, um auf Unsicherheiten und Unwissen zurückzuführende Hürden für Hausbesuche bei ambulant tätigen Psychotherapeuten abzubauen.
4. **Einbezug von relevanten Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld in die Behandlung.** Aus der Auswertung der Therapiedokumentationen der ambulant tätigen Psychotherapeuten in PSY-CARE und der Interviews mit ihnen geht hervor, dass der Einbezug von relevanten Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld des Patienten – typischerweise Partner und Kinder - als reguläres Element der ambulanten Psychotherapie gewinnbringend und notwendig ist. Äquivalent zu Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie wären etwa Stundenkontingente für Bezugspersonen (EBM 14222) möglich.
5. **Fallkonferenzen mit Haus- und Fachärzten sowie ambulant tätigen Pflegekräften.** Die Ergebnisse zur Umsetzung und Bewertung interprofessioneller Kooperation durch die ambulant tätigen Psychotherapeuten legen nahe, dass interprofessionelle Kooperation insbesondere mit Haus- und Fachärzten sowie ambulant tätigen Pflegekräften ein bedeutsames Element der ambulanten Psychotherapie für die Patientengruppe darstellt, dessen effizienter Umsetzung allerdings einer strukturierten Ausgestaltung bedarf. Eine Möglichkeit der Umsetzung wären Videofallkonferenzen, etwa äquivalent zur bestehenden EBM Ziffer 01442 für Videofallkonferenzen, die zwischen dem Arzt, der die diagnostischen, therapeutischen, rehabilitativen und/oder pflegerischen Maßnahmen des Patienten koordiniert, mit der/den an der Versorgung des Patienten beteiligten Pflegekräften (Kassenärztliche Bundesvereinigung, 2022) ausgestaltet werden.

¹⁵ In diesem Zusammenhang ist auch wichtig, dass ambulant tätige Psychotherapeuten darüber informiert sind, dass Krankenfahrten zur ambulanten Behandlung ab dem Pflegegrad 3 bereits jetzt verordnet werden können. Die für die Übernahme der Fahrtkosten notwendige Einschränkung der Mobilität muss allerdings bisher noch gesondert ärztlich festgestellt und bescheinigt werden (letzteres gilt nicht für die Pflegegrade 4 und 5).

6. **Spezifische psychotherapeutische Komplexversorgung für vulnerable ältere Menschen.**

Und schließlich legt die Gesamtbetrachtung der Ergebnisse aus PSY-CARE nahe, dass die ambulante psychotherapeutische Komplexversorgung, die vom G-BA als sog. KSVPsych-Richtlinie beschlossen wurde, ein Potential für die Versorgung der Patientenpopulation mit komplexem Behandlungsbedarf haben könnte. So könnte insbesondere bei solchen pflegebedürftigen älteren Patienten mit psychischen Erkrankungen, die schwere progrediente körperliche Krankheitsverläufe, schwere Depression und/oder komorbide kognitive Störungen aufweisen, ein intensiv-ambulantes, multiprofessionelles Versorgungsangebot geschaffen werden, das von ambulant tätigen Psychotherapeuten koordiniert wird. Dabei können die Psychotherapeuten auch die notwendigen ergänzenden Behandlungen und Unterstützungsangebote veranlassen und verordnen. Ein zentrales Ziel bestünde dabei in der Vermeidung von stationären Aufenthalten sowie Übergängen ins Pflegeheim. Für schwer psychisch kranke Kinder und Jugendliche ist eine solche zielgruppenspezifische psychotherapeutische Komplexbehandlung (zusätzlich zu der bereits existierenden für Erwachsene) bereits in Vorbereitung (Bundespsychotherapeutenkammer, 2021a). Voraussetzung für eine spezifische psychotherapeutische Komplexversorgung dafür wäre eine entsprechende Qualifikation für Psychotherapeuten (eine auf diesen Punkt bezogene Initiative wurde durch die Projektleiterin gestartet, siehe unten).

7. **Weiterbildung „Klinische Gerontopsychologie“ zur Förderung von Qualifikation und Motivation von Psychotherapeuten für die Tätigkeit.**

Die Analyse der Erfahrungen der Psychotherapeuten in PSY-CARE haben klar gezeigt, dass psychotherapeutisches Arbeiten mit multimorbid erkrankten, in ihrer selbständigen Lebensführung eingeschränkten Patienten mit so vielen Besonderheiten einhergeht, dass dafür spezifisch spezialisierte Psychotherapeuten mit umfangreicher gerontopsychologischer Qualifikation benötigt werden. Im Zuge der psychotherapeutischen Aus- und Weiterbildungsreform wäre die Einführung eines Fachgebietes „Klinische Gerontopsychologie“, in dem sich Psychotherapeuten als Ergänzung zum Fachgebiet „Psychotherapie mit Erwachsenen“ weiterqualifizieren können, eine sinnvolle Option. Zu einer solchen spezialisierten Qualifikation gehört die Erweiterung des traditionellen Professionsverständnisses und damit einhergehender Kompetenzen. Nach den Ergebnissen von PSY-CARE bedarf es dabei einer Integration eines Verständnisses des eigenen therapeutischen Arbeitens als symptomatischer ‚Cure‘ auf der einen Seite und einem holistischeren, den Erhalt und die Lebensqualität und Verhinderung von psychischer Symptomprogression in den Mittelpunkt stellenden Ansatzes von ‚Care‘ auf der anderen Seite. Hierzu gehört auch die Kompetenz zu koordinierenden interprofessionellen Tätigkeiten im Rahmen von Altenhilfestrukturen (Managed Care), zu systematischen Interventionen mit Angehörigen, psychologischen Interventionen bei Demenz und palliativ-psychotherapeutischen Behandlungen. Im Zusammenhang damit sollten auch geriatrische Kliniken, in denen bereits regelhaft Psychotherapeuten tätig sind, als Weiterbildungsstätten in der Psychotherapieausbildung anerkannt und einbezogen werden.

Neben der Einführung eines Fachgebietes in der Weiterbildung zur Qualifikation von „Spezialisten“ sollte dem wachsenden Bedarf nach gerontologisch qualifizierten Psychotherapeuten durch Fortbildungen für „Generalisten“ für bereits approbierte Psychotherapeuten im Bereich des psychotherapeutischen Arbeitens mit älteren Menschen begegnet werden. Die Ergebnisse aus PSY-CARE haben klar gezeigt, dass Vorerfahrung und –wissen ein wichtiger Faktor sind, um Psychotherapeuten für eine

Tätigkeit zu motivieren, für die ihnen bisher oft das Zutrauen fehlt. Damit ist Qualifikation eine wesentliche Voraussetzung dafür, dass sich auch Behandler zur Verfügung stellen (etwa für die Umsetzung einer psychotherapeutischen Komplexversorgung bei der Zielgruppe).

Wie können die Erkenntnisse aus Teilstudie 2 (Wirksamkeit) für die Regelversorgung genutzt werden?

Die Ergebnisse der Wirksamkeitsanalyse in PSY-CARE sind pandemiebedingt nur eingeschränkt gültig, zeigen aber innerhalb dieser begrenzten Gültigkeit, dass unter postpandemischen Bedingungen unterschiedliche Formen und Intensitäten von Versorgungsangeboten bei pflegebedürftigen älteren Menschen mit Depression weiter untersucht und optimaler Weise in ihrer Wirksamkeit miteinander verglichen werden sollten (*Stratified Care*).

Niedrigschwelliges Beratungsangebot auf Basis eines speziellen Depressionsratgebers und begleitender individueller Beratung (telefonisch) durch Psychotherapeuten
Behaviorale Aktivierung in der Häuslichkeit durch speziell qualifizierte Pflegekräfte
Aufsuchende ambulante Psychotherapie, erweitert um Optionen der interprofessionellen Kooperation und Einbezug von Angehörigen
Spezifische psychotherapeutische Komplexbehandlung durch ein multiprofessionelles Team unter Leitung eines Psychotherapeuten

Abb. 11: Zu evaluierende Formen von Versorgungsangeboten mit Potential für die Gesundheitsversorgung zuhause lebender älterer Menschen mit Depression und Pflegebedarf

1. Nach den obigen Ausführungen bedeutet dies die gezielte Evaluation eines auf Basis der Ergebnisse von PSY-CARE optimierten zielgruppensensiblen Psychotherapie-Programms, erweitert um Optionen a) Home Treatment, b) interprofessionelle Kooperation, c) Einbezug von Angehörigen und d) mit Fokus auf Lebensqualität und Verhinderung von Verschlechterung depressiver Symptomatik.
2. Als weitere neue Versorgungsform sollte eine spezielle psychotherapeutische Komplexbehandlung für pflegebedürftige ältere Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen durch ein multiprofessionelles Team unter Leitung eines Psychotherapeuten in Bezug auf Effektivität und Effizienz werden.
3. Das positive Abschneiden der aktiven Kontrollgruppe in PSY-CARE zeigt aber auch ferner die Wichtigkeit, **niedrigschwellige Beratungsangebote** zum Umgang mit Depression bei Pflegebedarf im Alter als kosteneffiziente Alternative für eine breite Patientengruppe und ihre Bezugspersonen anzubieten und unter naturalistischen Bedingungen zu untersuchen. Es besteht demnach weiterer Forschungsbedarf, die Attraktivität und Wirksamkeit verschiedener, durch Psychotherapeuten angebotener Beratungsformate für ältere depressive Menschen mit Pflegebedarf und ihre Angehörigen zu untersuchen. Auf Grundlage der vorläufigen Ergebnisse von PSY-CARE kann allerdings vermutet werden, dass solche Angebote besonders bei von körperlichem Abbau betroffenen pflegebedürftige Menschen in ihrer Wirksamkeit weniger nachhaltig sind als Psychotherapie.

4. Die Ergebnisse von PSY-CARE, wonach Verhaltensaktivierung die Therapiemethode war, die am häufigsten zum Einsatz kam, legt zusammen mit den Ergebnissen neuer, kontrollierter Studien (Meeks et al., 2014; Luo et al., 2020) nahe, dass **Behaviorale Aktivierung in der Häuslichkeit durch supervidierte Pflegekräfte** als neue Versorgungsform erprobt werden soll. Danach fällt Behaviorale Aktivierung, die bisher noch nicht Teil der Regelversorgung in Deutschland ist, genau so effektiv wie Kognitive Verhaltenstherapie bei pflegebedürftigen Patienten mit Depression¹⁶ aus. Ein neues Versorgungsmodell könnte darin bestehen, dass der Psychotherapeut nach einem Anamnese- und Explorationsgespräch mit dem Patienten in der Häuslichkeit ein Fallkonzept und einen systematischen Plan für behaviorale Aktivierung¹⁷ erstellt. Dieser Plan wird dann von aufsuchend arbeitenden Pflegekräften eigenständig mit dem Patienten unter Supervision des Psychotherapeuten umgesetzt. Ziel ist die Verringerung von Antriebsarmut, Aufbrechen von Vermeidungsverhalten und Aufbau geregelter Routinen an. Ein solches Modell behavioraler Aktivierung könnte im Erfolgsfall eine sinnvolle Alternative zu aufsuchender ambulanter Psychotherapie sein, da sie bei möglicherweise gleicher Wirksamkeit leichter implementierbar und wirtschaftlicher wäre. Diese Interventionsvariante wäre auch im Sinne einer berufs- und gesundheitspolitisch angestrebten Förderung der eigenständigen und eigenverantwortlichen Rolle von Pflegekräften.

Wie wird PSY-CARE aktuell bereits weitergeführt bzw. weiterentwickelt?

- Die beiden, für die Studie entwickelten ‚Produkte‘ für die Interventions- und Kontrollgruppe wurden frei verfügbar (**Open Access**) auf der Website des Kooperationspartners Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie (dgvT) zur Verfügung gestellt. Dabei handelt es sich um (1) das PSY-CARE Behandlungsmanual für die Zielgruppe Psychologische Psychotherapeuten sowie (2) den PSY-CARE Ratgeber Depression (im Audio- und Printformat) für die Zielpopulation und ihre Angehörigen.
- Die für die Projektteilnahme gewonnene Gruppe von PSY-CARE Psychotherapeuten hat sich dem **Arbeitskreis „Psychotherapie mit älteren Menschen“ der Landespsychotherapeutenkammer Berlin** angeschlossen. Dieser Arbeitskreis kann ein Modell für die bundesweite Einrichtung von Arbeitskreisen bei den Landespsychotherapeutenkammern sein. Alle Landespsychotherapeutenkammern in Deutschland wurden von der Projektleiterin angeschrieben und zur Berücksichtigung von gerontopsychologischen Inhalten in der Weiterbildung sowie Geriatrien als Weiterbildungsstätten in den Weiterbildungsordnungen angeregt.
- Die aus PSY-CARE hervorgegangenen Erkenntnisse in Bezug auf Strategien erfolgreicher Ansprache älterer Menschen, ihren Angehörigen und Gatekeepern aus Medizin, Pflege und Altenarbeit resultieren aktuell in einer im Mai und Juni 2022 stattgefundenen Aufklärungskampagne. Dabei handelt es sich um die interdisziplinär angelegte

¹⁶ BA ist eine eigenständige Methode der Verhaltenstherapie, deren Hauptziel der Abbau von Vermeidungsverhalten bei gleichzeitigem Aufbau von antidepressiven Verhalten ist (Orgeta et al., 2017). Diese Form der Verhaltensaktivierung wird anhand von systematisch erstellten Wochenplänen geplant und setzt an der. BA sollte von entsprechend qualifizierten Psychotherapeuten ausgeführt werden. Nicht akademisch qualifizierte Gesundheitsakteure wie Pflegekräfte könnten jedoch unter Anleitung und Supervision der Psychotherapeuten als Multiplikatoren eingesetzt werden und die konkrete Umsetzung in der Praxis leisten.

Aufklärungs- und Entstigmatisierungskampagne in Rheinland-Pfalz „Depression bei älteren Menschen“, welche durch die Landeszentrale für Gesundheitsförderung in Rheinland-Pfalz e.V. (LZG) und dem Zentrum für psychische Gesundheit im Alter (ZpGA) in Kooperation mit der MSB Medical School Berlin umgesetzt wird. Kooperationspartner sind außerdem die Landespsychotherapeutenkammer Rheinland-Pfalz und die Landespflegekammer Rheinland-Pfalz (gefördert vom Ministerium für Wissenschaft und Gesundheit Rheinland-Pfalz).

- Die Erkenntnisse aus der Studie werden aktuell genutzt, um die vom G-BA beschlossene, ambulante psychotherapeutische Komplexversorgung (geplanter Start im Sommer 2022) inhaltlich so auszugestalten, dass sie speziell für die Versorgung zuhause lebender vulnerabler älterer Menschen mit Pflegebedarf nutzbar gemacht werden kann. Im September 2022 wird die Bundespsychotherapeutenkammer (BPTK) einen von der Projektleiterin von PSY-CARE geleiteten **Workshop zu psychotherapeutischer Komplexversorgung für die Zielgruppe pflegebedürftiger älterer Menschen** mit verschiedenen Stakeholdern durchführen.

9. Erfolgte bzw. geplante Veröffentlichungen

Erschienen/ in Druck

Gellert, P., Beyer, A.-K., Tegeler, C., Vathke, C., Nordheim, J., Kuhlmeier, A. & Kessler, E.-M. (2020). Outpatient psychotherapy for home-living vulnerable older adults with depression: study protocol of the PSY-CARE trial. BMC Geriatrics, 20, 1-8. <https://bmgeriatr.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12877-020-01661-1>.

Tegeler, C., Hoppmann, F., Gellert, P., O’Sullivan, J. & Kessler, E.-M. (2022). Evaluation of Recruitment Strategies for Home-Living Vulnerable Older Adults with Depression: Findings from a Randomized Controlled Psychotherapy Trial. The American Journal of Geriatric Psychiatry, 30(4), 462-474. <https://doi.org/10.1016/j.jagp.2021.07.020>.

Grohé, J., Gellert, P. & Kessler, E.M. (2022). Experiences of Home-living Vulnerable Older Adults with Clinical Depression During the COVID-19 Pandemic: A Qualitative Study.;1-12. doi: 10.1080/07317115.2022.2091499.

Tegeler, C., Hoppmann, F., Demmerle, C. Gellert, P., Ludwig, V. & Kessler, E.-M. (im Druck). Implementierbarkeit, Praktikabilität und Akzeptanz ambulanter Psychotherapie für zuhause lebende ältere Menschen mit Depression und Pflegebedarf – Ergebnisse des Innovationsfondsprojekts PSY-CARE. Psychiatrische Praxis; 49;1-8.

In Begutachtung

Demmerle, C. Gellert, P. & Kessler, E.M. (under review). Psychotherapists’ Experiences Providing At-Home Psychotherapy for Vulnerable Older Adults with Depression [Journal of Counseling Psychology]

Vathke, C., Kessler, E.-M., O’Sullivan, J.L., Gellert, P. & Lech, S. (under review). Motivation and psychotherapy in older adults with care needs and depression. [GeroPsych – The Journal of Gerontopsychology & Geriatric Psychiatry]

Akronym: PSY-CARE

Förderkennzeichen: 01VSF17048

Lech, S., Mümken, S., Kessler, E.-M. & Gellert, P. (under review). Life-space mobility among home-living older adults with care needs and clinical depression. [International Psychogeriatrics]

In Vorbereitung (kurz vor Einreichung)

Gellert, P., Lech, S., O'Sullivan, J. & Kessler, E.-M. (in prep.). Effectiveness of outpatient psychotherapy for home-living vulnerable older adults with depression: results of the PSY-CARE trial. [N.N.]

Veröffentlichtes Schulungsmaterial (Open Access):

Gloyer, S. M., Göhler, J., Morgenstern, U., Ketelhut, K., Hummel, J., & Kessler, E.-M. (2019). Depression bei Pflegebedürftigen: So erkennen Sie die Warnzeichen. Geriatrie Report, 2, 38-44. mit Online-Webinar: www.psy-care.de

Kessler, E.-M. (2019). PSY-CARE Ratgeber Depression - Hilfestellungen für alte und sehr alte Menschen mit Pflegebedarf sowie deren Vertraute, Angehörige und Pflegekräfte. <https://www.dgvt.de/psycare/>

Kessler, E.-M. (2019). PSY-CARE Ratgeber Depression – Podcast. <https://www.dgvt.de/psycare/>

Kessler, E.-M. (2019). Psychotherapie mit zuhause lebenden älteren Menschen mit Depression und Pflegebedarf. PSY-CARE Manual.

10.Literaturverzeichnis

Ankuda, C. K., Kotwal, A., Reckrey, J., Harrison, K. L., & Ornstein, K. A. (2022). The Experience of Homebound Older Adults During the COVID-19 Pandemic. Journal of general internal medicine, 37(5), 1177–1182. <https://doi.org/10.1007/s11606-021-07361-9>.

Apesoa-Varano, E. C., Barker, J. C., & Hinton, L. (2011). Curing and caring: the work of primary care physicians with dementia patients. Qualitative health research, 21(11), 1469–1483. <https://doi.org/10.1177/1049732311412788>.

Becker, T., Martin, F., Wilz, G., Risch, A., Kessler, E., & Forstmeier, S. (2020). Psychotherapie im höheren Lebensalter in der Psychotherapieausbildung. Zeitschrift Für Klinische Psychologie Und Psychotherapie, 49(3), 172-181. doi: 10.1026/1616-3443/a000593.

Bock, J., Brettschneider, C., Weyerer, S., Werle, J., Wagner, M., & Maier, W. et al. (2016). Excess health care costs of late-life depression – Results of the AgeMooDe study. Journal Of Affective Disorders, 199, 139-147. doi: 10.1016/j.jad.2016.04.008.

Bruce, M., McAvay, G., Raue, P., Brown, E., Meyers, B., & Keohane, D. et al. (2002). Major Depression in Elderly Home Health Care Patients. American Journal Of Psychiatry, 159(8), 1367-1374. doi: 10.1176/appi.ajp.159.8.1367.

Bühning, P. (2020). Videotherapie: Corona als Katalysator. Deutsches Ärzteblatt, 19: 529.

Bundespsychotherapeutenkammer. (2021a). Ambulante Komplexversorgung für Kinder und Jugendliche überfällig. Abgerufen am 12.04.2022, von <https://www.bptk.de/ambulante-komplexversorgung-fuer-kinder-und-jugendliche-ueberfaellig/>. Abgerufen am 12.04.2022.

- Bundespsychotherapeutenkammer. (2021). Probatorische Sitzungen im Krankenhaus ab 1. Oktober möglich. BPTK. Abgerufen am 12.04.2022, von <https://www.bptk.de/probatorische-sitzungen-im-krankenhaus-ab-1-oktober-moeglich/>.
- Bundespsychotherapeutenkammer. (2020). Komplexversorgung schwer psychisch kranker Menschen. Abgerufen am 12.04.2022, von https://www.bptk.de/wp-content/uploads/2020/03/BPTK-Focus_Komplexversorgung-schwer-psychisch-kranker-Menschen.pdf.
- Carpenter, B., Ruckdeschel, K., Ruckdeschel, H., & Van Haitsma, K. (2002). R-E-M psychotherapy: A manualized approach for long-term care residents with depression and dementia. *Clinical Gerontologist: The Journal of Aging and Mental Health*, 25(1-2), 25–49. https://doi.org/10.1300/J018v25n01_03.
- Choi, N. G., Teeters, M., Perez, L., Farar, B., & Thompson, D. (2010). Severity and correlates of depressive symptoms among recipients of meals on wheels: age, gender, and racial/ethnic difference. *Aging & mental health*, 14(2), 145–154. <https://doi.org/10.1080/13607860903421078>.
- Choi, N. G., Sirey, J. A., & Bruce, M. L. (2013). Depression in homebound older adults: Recent advances in screening and psychosocial interventions. *Current Translational Geriatrics and Experimental Gerontology Reports*, 2(1), 16–23.
- Collins, N., & Corna, L. (2018). General practitioner referral of older patients to Improving Access to Psychological Therapies (IAPT): an exploratory qualitative study. *BJPsych bulletin*, 42(3), 115–118. <https://doi.org/10.1192/bjb.2018.10>.
- Conrad, I., Matschinger, H., Kilian, R., Riedel-Heller, S.(2016). WHOQOL-OLD und WHOQOL-BREF – Handbuch für die deutschsprachigen Versionen der WHO-Instrumente zur Erfassung der Lebensqualität im Alter. Göttingen: Hogrefe.
- Cooper, A. A., & Conklin, L. R. (2015). Dropout from individual psychotherapy for major depression: A meta-analysis of randomized clinical trials. *Clinical psychology review*, 40, 57–65. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2015.05.001>.
- Cuijpers, P., Karyotaki, E., Pot, A., Park, M., & Reynolds, C. (2014). Managing depression in older age: Psychological interventions. *Maturitas*, 79(2), 160-169. doi: 10.1016/j.maturitas.2014.05.027.
- Cuijpers, P., Noma, H., Karyotaki, E., Vinkers, C., Cipriani, A., & Furukawa, T. (2020). A network meta-analysis of the effects of psychotherapies, pharmacotherapies and their combination in the treatment of adult depression. *World Psychiatry*, 19(1), 92-107. doi: 10.1002/wps.20701.
- DAK. (2020). Zur Situation der häuslichen Pflege in Deutschland während der Corona-Pandemie Ergebnisse einer Online-Befragung von informellen Pflegepersonen im erwerbsfähigen Alter. <https://www.dak.de/dak/download/studie-2372026.pdf>. Abgerufen am 12. April 2022 von <https://www.dak.de/dak/download/studie-2372026.pdf>
- Demmerle, C. Gellert, P. & Kessler, E.M. (under review). Psychotherapists' Experiences Providing At-Home Psychotherapy for Vulnerable Older Adults with Depression

- Deutsche Psychotherapeutenvereinigung. (2020). Umfrage Psychotherapeutische Videobehandlung 2020. Abgerufen am 12.04.2022 von: <https://www.deutschepsychotherapeutenvereinigung.de/index.php?eID=dumpFile&t=f&f=11152&token=8efba22d7afdbd29ab5f0a824eb29c7d2aa94b9c>.
- DGPPN , KBV, AWMF. (2015). S3-Leitlinie/Nationale Versorgungsleitlinie Unipolare Depression – Langfassung. doi:10.6101/AZQ/000364.
- Fiske, A., Wetherell, J. L., & Gatz, M. (2009). Depression in older adults. Annual review of clinical psychology, 5, 363–389. <https://doi.org/10.1146/annurev.clinpsy.032408.153621>.
- Gauggel, S. & Birkner, B. (1999). Validität und Reliabilität einer deutschen Version der Geriatrischen Depressionsskala. Zeitschrift für Klinische Psychologie, 28,18-27.
- Gellert, P., Beyer, A., Tegeler, C., Vathke, C., Nordheim, J., Kuhlmeier, A., & Kessler, E. (2020). Outpatient psychotherapy for home-living vulnerable older adults with depression: study protocol of the PSY-CARE trial. BMC Geriatrics, 20(1). doi: 10.1186/s12877-020-01661-1.
- Gellert, P., Lech, S., Kessler, E., Herrmann, W., Döpfmer, S., & Balke, K. et al. (2021). Perceived need for treatment and non-utilization of outpatient psychotherapy in old age: two cohorts of a nationwide survey. BMC Health Services Research, 21(1). doi: 10.1186/s12913-021-06384-6.
- Gitlin, L. N., & Aravena, J. M. (2017). Nonpharmacologic Treatments for Depression in Older Adults. JAMA, 318(13), 1283–1284. <https://doi.org/10.1001/jama.2017.12020>.
- Glaser, B. G., & Strauss, A. L. (2017). Discovery of grounded theory: Strategies for qualitative research. Routledge. <https://doi.org/10.4324/9780203793206-1>.
- Gloyer, S., Göhler, J., Morgenstern, U., Ketelhut, K., Hummel, J., & Kessler, E. (2019). Wann Sie bei geriatrischen Patienten an eine Depression denken sollten. Geriatrie-Report, 14(2), 38-48. <https://doi.org/10.1007/s42090-019-0178-7>.
- Gould, R., Coulson, M., & Howard, R. (2012). Cognitive Behavioral Therapy for Depression in Older People: A Meta-Analysis and Meta-Regression of Randomized Controlled Trials. Journal of The American Geriatric Society, 60(10), 1817-1830.
- Grosse, M., & Grawe, K. (2002). Bern Inventory of Treatment Goals: Part 1. Development and First Application of a Taxonomy of Treatment Goal Themes. Psychotherapy Research, 12(1), 79-99. doi: 10.1080/713869618
- Gühne, U., Lippa, M., König, H., & Riedel-Heller, S. (2014a). Kollaborative und aufsuchende Ansätze in der Behandlung depressiver alter Menschen. Der Nervenarzt, 85(11), 1363-1371. <https://doi.org/10.1007/s00115-014-4089-4>.
- Gühne, U., Lippa, M., König, H., Hautzinger, M., & Riedel-Heller, S. (2014). Ist Psychotherapie bei depressiven Erkrankungen im Alter wirksam?. Psychiatrische Praxis, 41(08), 415-423. <https://doi.org/10.1055/s-0034-1370113>.
- Gutzmann, H. Schäufele, M., Kessler, EM. & Rapp, M. (2017), Psychiatrische und psychotherapeutische Versorgung von Pflegebedürftigen. In: Jacobs K, Kuhlmeier, A., Gres, S., & Schwinger, A (eds). Pflegereport 2017. Stuttgart: Schattauer; 107-118.

- Hautzinger, M., & Welz, S. (2008). Kurz- und längerfristige Wirksamkeit psychologischer Interventionen bei Depressionen im Alter. *Zeitschrift Für Klinische Psychologie Und Psychotherapie*, 37(1), 52-60.
- Hinrichsen, G., Emery-Tiburcio, E., Gooblar, J., & Molinari, V. (2018). Building foundational knowledge competencies in professional geropsychology: Council of Professional Geropsychology Training Programs (CoPGTP) recommendations. *Clinical Psychology: Science And Practice*, 25(2). doi: 10.1111/cpsp.12236
- Hinz, A., & Brähler, E. (2011). Normative values for the hospital anxiety and depression scale (HADS) in the general German population. *Journal of psychosomatic research*, 71(2), 74–78. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2011.01.005>
- Huang, A., Delucchi, K., Dunn, L., & Nelson, J. (2015). A Systematic Review and Meta-analysis of Psychotherapy for Late-Life Depression. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 23(3), 261-273.
- Hyer, L., Carpenter, B., Bishmann, D., & Wu, H. (2005). Depression in Long-Term Care. *Clinical Psychology: Science And Practice*, 12(3), 280-299. <https://doi.org/10.1093/clipsy.bpi031>.
- Kammerer K, Falk K. (2019). *Wege in die Psychotherapie: Barrieren und Zugänge für ältere Menschen mit Depression*. 1. Aufl. Gießen: Psychosozial-Verlag. doi:10.30820/9783837974645.
- Kassenärztliche Bundesvereinigung. (2022). Videofallkonferenz mit den an der Versorgung des Patienten beteiligten Pflegefachkräften bzw. Pflegekräften. https://www.kbv.de/tools/ebm/html/01442_2902781400379180589088.html. Abgerufen am 12. April 2022.
- KBV & GKV Spitzenverband. (2017). Vereinbarung über die Anwendung von Psychotherapie in der vertragsärztlichen Versorgung (Psychotherapie-Vereinbarung). https://www.kbv.de/media/sp/01_Psychotherapie_Aerzte.pdf. Abgerufen am 12. April 2022
- KBV & GKV Spitzenverband. (2022). Bundesmantelvertrag – Ärzte vom 1. Januar 2022. <https://www.kbv.de/media/sp/BMV-Aerzte.pdf>. Abgerufen am 12. April 2022, von <https://www.kbv.de/media/sp/BMV-Aerzte.pdf>
- Kessler, E. M., & Blachetta, C. (2020). Age cues in patients' descriptions influence treatment attitudes. *Aging & mental health*, 24(1), 193–196. <https://doi.org/10.1080/13607863.2018.1515889>.
- Kessler, E.-M., & Tegeler, C. (2018). Psychotherapeutisches Arbeiten mit alten und sehr alten Menschen [Psychotherapeutic work with old and very old people]. *Psychotherapeut*, 63(6), 501–518. <https://doi.org/10.1007/s00278-018-0315-z>.
- Kessler, E.-M. (2019). *PSY-CARE Manual (Version 1.0)*. Berlin: MSB Medical School Berlin;
- Kessler, E. M., Agines, S., & Bowen, C. E. (2015). Attitudes towards seeking mental health services among older adults: personal and contextual correlates. *Aging & mental health*, 19(2), 182–191. <https://doi.org/10.1080/13607863.2014.920300>.
- Kirkham, J., Seitz, D., & Choi, N. (2015). Meta-analysis of Problem Solving Therapy for the Treatment of Depression in Older Adults. *The American Journal Of Geriatric Psychiatry*, 23(3), S129-S130. <https://doi.org/10.1016/j.jagp.2014.12.131>.

- Kok, R., & Reynolds, C. (2017). Management of Depression in Older Adults. *JAMA*, 317(20), 2114. <https://doi.org/10.1001/jama.2017.5706>.
- Lakens, D. (2013). Calculating and reporting effect sizes to facilitate cumulative science: a practical primer for t-tests and ANOVAs. *Frontiers in Psychology*, 863.
- Lawton, M. P., & Brody, E. M. (1969). Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. *The Gerontologist*, 9(3), 179–186.
- Lindner, R., & Sandner, M. (2015). Psychotherapie auf der Couch des Patienten. *Ppmp - Psychotherapie · Psychosomatik · Medizinische Psychologie*, 65(06), 204–212. <https://doi.org/10.1055/s-0034-1396804>.
- Luo, H., Lou, V., Chen, C., & Chi, I. (2020). The Effectiveness of the Positive Mood and Active Life Program on Reducing Depressive Symptoms in Long-Term Care Facilities. *The Gerontologist*, 60(1), 193–204. <https://doi.org/10.1093/geront/gny120>.
- Luo, H., Tang, J. Y., Wong, G. H., Chen, C. C., Lum, T. Y., Chi, I., & Lou, V. W. (2015). The Effect of Depressive Symptoms and Antidepressant Use on Subsequent Physical Decline and Number of Hospitalizations in Nursing Home Residents: A 9-Year Longitudinal Study. *Journal of the American Medical Directors Association*, 16(12), 1048–1054. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2015.06.016>.
- Mahoney, F.I., & Barthel, D.W. (1965) Functional evaluation: the Barthel index: a simple index of independence useful in scoring improvement in the rehabilitation of the chronically ill. *Maryland State Medical Journal*; 14:61–5.
- Margraf, J. (1994). *Mini-DIPS: Diagnostisches Kurz-Interview bei psychischen Störungen (Mini-DIPS: short diagnostic interview for mental disorders)*. Berlin, Heidelberg, New York, Tokio: Springer.
- Maxfield, M., & Segal, D. L. (2008). Psychotherapy in nontraditional settings: A case of in-home cognitive-behavioral therapy with a depressed older adult. *Clinical Case Studies*, 7(2), 154–166. <https://doi.org/10.1177/1534650107307477>.
- Meeks, S., Van Haitsma, K., Schoenbachler, B., & Looney, S. (2014). BE-ACTIV for Depression in Nursing Homes: Primary Outcomes of a Randomized Clinical Trial. *The Journals Of Gerontology: Series B*, 70(1), 13–23. doi: 10.1093/geronb/gbu026.
- Mitchell, L.K. & Pachana, N.A. (2020). Psychotherapeutic interventions with older adults: now and into the future. In: Hantke N, Etkin A, O’Hara R (Hrsg.) *Handbook of Mental Health and Aging (Third Edition)* (S. 299–314). San Diego: Academic Press.
- Orgeta, V., Brede, J., & Livingston, G. (2017). Behavioural activation for depression in older people: systematic review and meta-analysis. *British Journal Of Psychiatry*, 211(5), 274–279. doi: 10.1192/bjp.bp.117.205021.
- Raue, P. J., McGovern, A. R., Kiesses, D. N., & Sirey, J. A. (2017). Advances in Psychotherapy for Depressed Older Adults. *Current psychiatry reports*, 19(9), 57. <https://doi.org/10.1007/s11920-017-0812-8>.
- Read, J. R., Sharpe, L., Modini, M., & Dear, B. F. (2017). Multimorbidity and depression: A systematic review and meta-analysis. *Journal of affective disorders*, 221, 36–46. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.06.009>.

- Rennie, D. L., Phillips, J. R., & Quartaro, G. K. (1988). Grounded theory: A promising approach to conceptualization in psychology? *Canadian Psychology/Psychologie canadienne*, 29(2), 139. <https://doi.org/10.1037/h0079765>.
- Rowe, J. L., Conwell, Y., Schulberg, H. C., & Bruce, M. L. (2006). Social support and suicidal ideation in older adults using home healthcare services. *The American journal of geriatric psychiatry : official journal of the American Association for Geriatric Psychiatry*, 14(9), 758–766. <https://doi.org/10.1097/01.JGP.0000218324.78202.25>.
- Sittler, M., Lechner-Meichsner, F., Wilz, G., & Kessler, E. (2021). Does age matter? Initial treatment goals of older adults with major depression in outpatient cognitive behavioural therapy. *Clinical Psychology & Psychotherapy*. doi: 10.1002/cpp.2646.
- Sivertsen, H., Bjørkløf, G. H., Engedal, K., Selbæk, G., & Helvik, A. S. (2015). Depression and Quality of Life in Older Persons: A Review. *Dementia and geriatric cognitive disorders*, 40(5-6), 311–339. <https://doi.org/10.1159/000437299>.
- Soysal, P., Veronese, N., Thompson, T., Kahl, K., Fernandes, B., & Prina, A. et al. (2017). Relationship between depression and frailty in older adults: A systematic review and meta-analysis. *Ageing Research Reviews*, 36, 78-87. <https://doi.org/10.1016/j.arr.2017.03.005>.
- Spinath, B. (2021). Zur Lage der Psychologie. *Psychologische Rundschau*, 72(1), 1-18. doi: 10.1026/0033-3042/a000521.
- Stiftung Deutsche Depressionshilfe. Deutschland-Barometer Depression zeigt: Depression im Alter massiv unterschätzt 2019: <https://www.deutsche-depressionshilfe.de/presse-und-pr/downloads>. Zugegriffen: 31.01.2022.
- Sutcliffe, C., Cordingley, L., Burns, A., Mozley, C. G., Bagley, H., Huxley, P., & Challis, D. (2000). A new version of the geriatric depression scale for nursing and residential home populations: the geriatric depression scale (residential) (GDS-12R). *International psychogeriatrics*, 12(2), 173–181. <https://doi.org/10.1017/s104161020000630x>.
- Tegeler, C., Beyer, A., Hoppmann, F., Ludwig, V., & Kessler, E. (2020). Current state of research on psychotherapy for home-living vulnerable older adults with depression. *Zeitschrift Für Gerontologie Und Geriatrie*, 53(8), 721-727. <https://doi.org/10.1007/s00391-020-01805-3>.
- Tegeler, C., Hoppmann, F., Gellert, P., O'Sullivan, J., & Kessler, E. (2022). Evaluation of Recruitment Strategies for Home-Living Vulnerable Older Adults With Depression: Findings From a Randomized Controlled Psychotherapy Trial. *The American Journal Of Geriatric Psychiatry*, 30(4), 462-474. <https://doi.org/10.1016/j.jagp.2021.07.020>.
- von Leupoldt, A., Taube, K., Lehmann, K., Fritzsche, A., & Magnussen, H. (2011). The impact of anxiety and depression on outcomes of pulmonary rehabilitation in patients with COPD. *Chest*, 140(3), 730–736. <https://doi.org/10.1378/chest.10-2917>.

11. Anhang

- Anhang 1: Items zur Erfassung der Zufriedenheit mit der ambulanten Behandlung seitens der Studienteilnehmer
- Anhang 2: Tabelle 7
- Anhang 3: Arbeitserfahrung und Motivation für die Teilnahme seitens der ambulant tätigen Psychotherapeuten
- Anhang 4: Motivation zur Weiterbehandlung und Qualifikationsbedarfe seitens der ambulant tätigen Psychotherapeuten
- Anhang 5: Dokumentation der Therapiesitzungen (Stundenbögen) – Modalität und Therapiemethoden
- Anhang 6: Dokumentationsschema für Fallbesprechungen mit Bezugspersonen und Mitbehandlern
- Anhang 7: Item für die ambulant tätigen Psychotherapeuten zu Auswirkungen der Pandemie auf Behandlungen
- Anhang 8: Interviewleitfaden (Erfahrungen der ambulant tätigen Psychotherapeuten mit den Behandlungen)
- Anhang 9: Schema zur Erstellung der Fallkasuistiken

12. Anlagen

- Anlage 1: Flyer für Betroffene
- Anlage 2: Flyer für Gatekeeper
- Anlage 3: PSY-CARE Manual
- Anlage 4: PSY-CARE Webpräsenz
- Anlage 5: PSY-CARE Ratgeber Depression
- Anlage 6: Gellert et al. (2020)
- Anlage 7: Tegeler et al. (2021)
- Anlage 8: Tegeler et al. (2022)
- Anlage 9: Grohé et al. (2022)
- Anlage 10: Demmerle et al. (in Begutachtung)
- Anlage 11: Vathke et al. (in Begutachtung)
- Anlage 12: Lech et al. (in Begutachtung)
- Anlage 13: Erste Befragung zu Gesundheit und Versorgung
- Anlage 14: Zweite Befragung zu Gesundheit und Versorgung
- Anlage 15: Dritte Befragung zu Gesundheit und Versorgung
- Anlage 16: Vierte Befragung zu Gesundheit und Versorgung
- Anlage 17: Fragebogen A TherapeutInnen
- Anlage 18: Fragebogen B TherapeutInnen
- Anlage 19: Fragebogen C TherapeutInnen

Anhang 1: Items zur Erfassung der Zufriedenheit mit der ambulanten Behandlung seitens der Studienteilnehmer

Zufriedenheit mit der Behandlung

1. Wie zufrieden sind Sie mit der Behandlung, die Sie erhalten haben, im Großen und Ganzen?

- Ziemlich unzufrieden
- Leicht unzufrieden
- Weitgehend zufrieden
- Sehr zufrieden

2. Würden Sie die Behandlung jemandem den Sie kennen empfehlen, wenn er/sie ähnliche Hilfe benötigen würde?

- Eindeutig nicht
- Ich glaube nicht
- Ich glaube ja
- Eindeutig ja

3. Hat die Behandlung, die Sie erhielten, Ihnen dabei geholfen, angemessener mit ihren Problemen umzugehen?

- Nein, sie hat mir die Dinge schwerer gemacht
- Nein, sie half eigentlich nicht
- Ja, sie half etwas
- Ja, sie half eine ganze Menge

Anhang 2:**Tabelle 7***Subjektive coronapandemiebezogene Beeinträchtigungen*

	Einschränkungen im Zugang zur Gesundheitsversorgung		Isolation, Einsamkeit, verringerte soziale Teilhabe		Beeinträchtigung des Wohlbefindens durch Ängste um eigene Gesundheit		Beeinträchtigung des Wohlbefindens durch Sorge um Nahestehende	
	Häufigkeit	Gültige Prozen-te	Häufigkeit	Gültige Prozen-te	Häufigkeit	Gültige Prozen-te	Häufigkeit	Gültige Prozen-te
sehr stark	1	1.6	9	14.8	7	11.5	10	16.4
stark	15	24.6	19	31.1	6	9.8	9	14.8
mäßig	25	41.0	16	26.2	10	16.4	17	27.9
leicht	10	16.4	4	6.6	17	27.9	15	24.6
sehr leicht	5	8.2	6	9.8	14	23.0	5	8.2
gar nicht	5	8.2	7	11.5	7	11.5	5	8.2

Anhang 3: Arbeitserfahrung und Motivation für die Teilnahme seitens der ambulant tätigen Psychotherapeuten

1. *Derzeitige berufliche Tätigkeit (Mehrfachantworten möglich)*
 - Niederlassung als Psychologische*r Psychotherapeut*in
 - Niederlassung als Ärztliche*r Psychotherapeut*in
 - Kostenerstattung/ eigene Privatpraxis
 - Psychotherapeutische Tätigkeit im Anstellungsverhältnis ambulant
 - Psychotherapeutische Tätigkeit im Anstellungsverhältnis (teil-)stationär
 - Psychotherapeut*in in Ausbildung
 - Sonstige Beschäftigung: _____
2. *Jahr der Approbation (VT): _____ (entfällt für PT in Ausbildung)*
3. *Seit wie vielen Jahren sind Sie psychotherapeutisch tätig? _____ Jahre*
4. *Über welche theoretischen Kenntnisse zu Psychotherapie älterer Patient*innen verfügen Sie?*
 - Ich habe mich bisher nicht oder kaum damit beschäftigt
 - Ich habe mich damit etwas beschäftigt (z.B. etwas gelesen, Vortrag gehört o.ä.)
 - Ich habe mich schon längere Zeit/intensiv damit beschäftigt (z.B. viel gelesen, Seminar besucht o.ä.)
 - Ich habe mich seit langem intensiv damit befasst (z.B. eine spezielle Fortbildung in Alternspsychotherapie absolviert)
 -
5. *Häufigkeit des Kontakts mit älteren Menschen (60+) in den letzten 10 Jahren:*

familiär: nie selten gelegentlich häufig sehr häufig

freundschaftlich: nie selten gelegentlich häufig sehr häufig

beruflich: nie selten gelegentlich häufig sehr häufig
6. *Wie viele ältere Patient*innen haben Sie bisher ungefähr ambulant psychotherapeutisch behandelt (Mehrfachantwort möglich):*
 - Keine
 - Ca. ____ Patient*innen zwischen 60 und 70 Jahren
 - Ca. ____ Patient*innen zwischen 70 und 80 Jahren
 - Ca. ____ Patient*innen über 80 Jahre
7. *Wie viele ältere Patient*innen haben Sie bisher ungefähr (teil-)stationär psychotherapeutisch behandelt (Mehrfachantwort möglich):*
 - Keine
 - Ca. ____ Patient*innen zwischen 60 und 70 Jahren
 - Ca. ____ Patient*innen zwischen 70 und 80 Jahren
 - Ca. ____ Patient*innen über 80 Jahre
8. *Haben Sie schon einmal ältere Patient*innen aufsuchend (zu Hause oder in einer Pflegeeinrichtung) psychotherapeutisch behandelt?*
 - Nein
 - ja, etwa _____ Patient*innen

*Was sind Ihre Beweggründe als Projekttherapeut*in teilzunehmen (Mehrfachantwort möglich)?*

- finanzieller Anreiz
- Erweiterung des beruflichen Netzwerks
- Weiterbildung/ berufliche Weiterentwicklung
- sozialpolitisches Engagement
- Pflege älterer Angehöriger aktuell
- Pflege älterer Angehöriger in der Vergangenheit
- Auseinandersetzung mit dem eigenen Alter(n)
- Sonstiges:

Anhang 4: Motivation zur Weiterbehandlung und Qualifikationsbedarfe seitens der ambulant tätigen Psychotherapeuten

Zur Erfassung der Nachhaltigkeit der Projektteilnahme wurden nach Abschluss der Psychotherapien die teilnehmenden Psychotherapeutinnen mittels eines selbst erstellten Fragebogens nachbefragt. Dabei wurden unter anderem Motivation zur Weiterbehandlung der Zielgruppe und weitere Qualifikationsbedarfe mit folgenden Fragen erhoben:

Wie motiviert sind Sie (unabhängig davon, ob es realisierbar ist), zukünftig mehr ältere Menschen mit Pflegebedarf zu behandeln?

- Überhaupt nicht
- Eher weniger
- Etwas
- Sehr stark

Wie motiviert sind Sie (unabhängig davon, ob es realisierbar ist), zukünftig mehr aufsuchend zu arbeiten?

- Überhaupt nicht
- Eher weniger
- Etwas
- Sehr stark

Was wäre notwendig, damit Psychotherapeut:innen auch in Zukunft aufsuchend mit dieser Patient:innengruppe arbeiten (Mehrfachantworten möglich)?

- Veränderte Abrechnungsmöglichkeiten der Anfahrt
- Mehr Fortbildung/Wissen im Umgang mit älteren Patient:innen
- Mehr Fortbildung/Wissen im Umgang mit körperlichen Erkrankungen
- Mehr Fortbildung/Wissen im Umgang mit kognitiven Einschränkungen
- Mehr Fortbildung/Wissen zu anderen Versorgungsakteuren
- Mehr Möglichkeit/Supervision zur persönlichen Auseinandersetzung/Selbstreflexion
- Mehr Vorbereitung auf das aufsuchende Arbeiten
- Sonstiges (Freitextfeld)

Anhang 5: Dokumentation der Therapiesitzungen (Stundenbögen) – Modalität und Therapiemethoden

Wie haben Sie die Sitzung mit dem Patienten durchgeführt?

- Aufsuchend (Hausbesuch)
- Regulär (in der eigenen Praxis)

Nach der Pandemie zusätzlich:

- Per Video
- Per Telefon

Wie sehr fanden die nachfolgenden Therapiemethoden in dieser Sitzung Anwendung?

Der Wert 0 bedeutet, dass eine Methode überhaupt nicht zum Einsatz kam, der Wert 6 bedeutet, dass sie sehr intensiv zum Einsatz kam. Mit den Werten dazwischen können Sie Ihre Einschätzung abstimmen.

	<u>überhaupt</u> <u>nicht</u>						<u>sehr</u>
Modul Biografisches Arbeiten/ strukturierter Lebensrückblick	0	1	2	3	4	5	6
Modul Empowerment: Aufbau von positiven Aktivitäten und Alltagsroutinen	0	1	2	3	4	5	6
Modul Empowerment: Verbesserung sozialer Fähigkeiten, Förderung sozialer Kontakte / Teilhabe	0	1	2	3	4	5	6
Modul Empowerment: Kognitive Methoden / Arbeit an dysfunktionalen Überzeugungen	0	1	2	3	4	5	6

Anhang 6: Dokumentationsschema für Fallbesprechen mit Bezugspersonen und Mitbehandlern

Für jede Fallbesprechung wurde von den behandelnden Psychotherapeuten schriftlich angegeben:

- die Rolle (Berufsbezeichnung/ soziale Beziehung zum Patienten) der beteiligten Personen (Freitextfeld),
- Einschätzung der Erreichbarkeit der beteiligten Personen auf einer Skala von 1 (sehr schlecht erreichbar/zugänglich) bis 5 (sehr gut erreichbar/zugänglich)
- Einschätzung dessen, wie hilfreich die Besprechung für die Patientenbehandlung war, auf einer Skala von 1 (sehr wenig effektiv/wertvoll) bis 5 (sehr effektiv/wertvoll)
- Themen der Fallbesprechung in Stichpunkten (Freitextfeld)

Anhang 7: Item für die ambulant tätigen Psychotherapeuten zu Auswirkungen der Pandemie auf Behandlungen

Wie sehr hat das veränderte Beratungsformat (Fernbehandlung) Ihrer Einschätzung nach die Effektivität der Therapie beeinflusst?

- Stark negativ beeinflusst
- Eher negativ beeinflusst
- Nicht beeinflusst
- Eher positiv beeinflusst
- Stark positiv beeinflusst

Anhang 8: Interviewleitfaden (Erfahrungen der ambulant tätigen Psychotherapeuten mit den Behandlungen)

Einleitung

Vielen Dank, dass Sie sich bereit erklärt haben, über Ihre Erfahrungen als Projekttherapeutin zu berichten. Es soll heute um Ihre Erfahrungen und Ihr Erleben in der psychotherapeutischen Behandlung von älteren pflegebedürftigen Patient:innen gehen. Sie sind ja jetzt schon viele Monate tätig im Projekt. Dann kam Corona und auch die Psychotherapien des Projektes mussten angepasst werden. Wir werfen sowohl auf einen Blick auf die Zeit davor und schauen natürlich auch auf das Erleben aktuell.

- Erzählen Sie mir doch bitte welche Erfahrungen Sie, so ganz allgemein, als Projekttherapeutin in der Psychotherapie mit älteren pflegebedürftigen Patient:innen gemacht haben?
 - Welche Situationen sind Ihnen ganz konkret in Erinnerung geblieben?
 - Welchen Herausforderungen sind Sie begegnet?
 - Wie ist es Ihnen dabei ergangen? Wie sind Sie damit umgegangen?
- Nach dem Einschnitt durch die Covid-19 Pandemie: Welche Erfahrungen haben Sie da gemacht?
 - Wie haben die Patient*innen die Umstellung auf Telefon/Video aufgenommen?
 - Wie ist es Ihnen mit dieser Umstellung ergangen?
 - Wenn Sie nun wieder in den Hausbesuch gewechselt haben. Wie ist es Ihnen dabei ergangen?
 - Gab es unterschiedliche Bedürfnisse nach Schutz? Wie sind Sie damit umgegangen?
 - Mit welchen Herausforderungen und Problemen sind Ihre Patient*innen zur Zeit am stärksten aufgrund von Covid-19 konfrontiert?
 - Wie ist es Ihnen ergangen/wie geht es Ihnen damit, mit Patienten über die Belastungen durch Corona zu sprechen?
 - Wenn Sie noch einmal auf die aktuelle Situation der Pandemie schauen: Wie/ Worin können Sie Ihre Patient*innen im Moment am meisten unterstützen?
- Erzählen Sie doch mal, wie Sie so den unmittelbaren Kontakt zu den Patient:innen, also die psychotherapeutische Beziehung, erlebt haben.
 - Welche Bedürfnisse und Wünsche haben Sie bei den Patient:innen an die Beziehung wahrgenommen?
 - Wie war das für Sie?
 - Gab es Bedürfnisse, Wünsche oder auch Erwartungen, die Sie nicht erfüllen konnten oder wollten? Welche waren das?
 - Woran machen Sie das fest? Wie hat sich das gezeigt?
 - Wie haben die Patient:innen auf Sie reagiert?
 - Hat sich die therapeutische Beziehung über die Zeit verändert?
- Erzählen Sie doch mal bitte, wie Sie psychotherapeutisch mit den älteren, pflegebedürftigen Patient:innen gearbeitet haben.
 - Welche therapeutischen Interventionen haben Sie eingesetzt?
 - Erleben Sie Veränderungen in der Art, wie Sie therapeutische Interventionen bei dieser Patient:innengruppe einsetzen? Wie sehen diese aus?
 - Welchen Herausforderungen sahen Sie sich bei der Durchführung Ihrer therapeutischen Strategien und Interventionen gegenüber?
 - Was ist aus Ihrer Sicht besonders gut gelungen?
 - Gab es Grenzen?
 - Worum geht es in den Therapien, die Sie durchgeführt haben.
 - Gab es Themen, die Sie besonders herausgefordert oder belastet haben?
 - Welche Rolle spielte das Thema Endlichkeit, Sterben und Tod? Wie ist es Ihnen damit ergangen?
- Insgesamt so nach Ihrer Erfahrung – wovon profitieren die Patient:innen in den Therapien?
 - Was von dem, was Sie getan haben/tun, erleben Sie, ganz allgemein, als besonders wirkungsvoll?
- Wie würden Sie sich als Psychotherapeutin im Allgemeinen beschreiben?
 - Wie beschreiben Sie Ihren therapeutischen Stil, auch vielleicht im Unterschied zu Kolleg:innen, die Sie kennen?
 - Wie würden Sie sich als Therapeut:in in der Therapie mit älteren und pflegebedürftigen Patient:innen beschreiben?
 - An welchen Stellen haben Sie Anpassungen Ihrer sonst zu eigenen therapeutischen Haltung vorgenommen?

- Woran machen Sie das fest?
- Wie kam es dazu?
- Was würden Ihre Patient:innen vermutlich über Sie als Therapeut:in erzählen? Was Ihre Supervisor:innen?
- Würden Ihre jüngeren Patient:innen etwas anderes hervorheben? Was wäre das?
- Gibt es besondere Erwartungen, die Sie in Therapien an sich selbst haben?
- Gibt es Bedürfnisse, die sie selbst in Therapien haben? Wie gehen Sie damit um?
- Erleben Sie dabei Besonderheiten in der Therapie mit älteren/Pflegebedürftigen Patient:innen
- Welche positiven Erfahrungen haben Sie in den Therapien gemacht?
- Welche Veränderungen haben Sie in Ihrem Erleben über die Zeit beobachtet? Gab es Haltungen, Einstellungen, die Sie revidiert haben?
- Welche Momente kennen Sie, in denen Sie sich in Therapien unsicher fühlen?
- Beschreiben Sie doch mal bitte, was für Sie das Besondere an dem Setting der Behandlungen war, also wenn man auf die Zugangswege und die Orte der Behandlung schaut?
 - Sie haben die Patient:innen aufsuchend behandelt / die Patient:innen kamen zu Ihnen in die Praxis (anpassen auf Interviewpartner:in). Wie ist es Ihnen damit ganz allgemein ergangen?
 - Wie Sie sich gefühlt haben? Hatte das Auswirkungen auf Ihr therapeutisches Handeln?
 - Gab es besondere Situationen, Dinge, die Sie überrascht haben? Wie haben Sie diese Situationen erlebt?
 - Wie sind Sie zum Beispiel damit umgegangen, wenn Sie bei Patient:innen zu Hause waren und auf die Toilette mussten?
 - Gab es Situationen, in denen Sie Patient:innen näher kamen, als Sie das gewohnt sind (z.B. dass Patienten sich entblößt haben). Wie ist es Ihnen dabei ergangen?
 - (wenn aufsuchend) Wie haben Sie das Setting in der Wohnung mit dem Patienten/der Patientin gestaltet? Was war Ihnen dabei wichtig? Was war den Patient:innen wichtig?
 - Gab es etwas, das sich daran über die Zeit verändert hat?
- Welche Rolle spielte in Ihren Therapien das Umfeld der Patient:innen.
 - Welche Auswirkungen hatte die Einbindung des Umfeldes auf die Psychotherapie?
 - Welche Erwartungen haben Sie von Seiten des Umfeldes wahrgenommen?
 - Gab es Erwartungen, die gegensätzlich zu ihren oder den Erwartungen des Patienten/der Patientin waren?
 - Wie haben Sie sich dazu verhalten?
 - Wie sind die Patient:innen mit diesen Erwartungen Anderer umgegangen?
 - Gab es Erwartungen, die Sie nicht erfüllen konnten oder wollten?
- Was würden Sie sagen, wie sind die Therapien mit Ihren Patient:innen so (bislang) gelaufen?
 - Würden Sie sagen, dass es erfolgreiche Therapien waren?
 - Sind Sie zufrieden mit dem (Zwischen-) Ergebnis?
 - Woran machen Sie das fest?
 - An welchen Stellen nehmen Sie bei den Patient:innen Veränderungen wahr?
 - Welche Erwartungen an Veränderung haben Ihre Patient:innen? Haben sich diese über die Zeit verändert?
 - Welche Erwartungen haben Sie an Veränderungen? Haben sich diese Erwartungen im Laufe der Therapien verändert?
- Kommen wir zum Ende:
 - Die Patient:innen des Projektes kennzeichnen sich durch das Alter, die Pflegebedürftigkeit, die aufsuchende Behandlung sowie durch die Einbindung des sozialen Umfeld. Welche der Faktoren würden Sie sagen bedeutete für Sie die größte Anpassungsleistung?
 - Angenommen, Sie könnten frei wählen, Zeit und Geld spielten keine Rolle, würden Sie gerne mehr oder weniger Patient:innen dieser Gruppe zugehörig und in diesem Kontext behandeln?
 - Was bräuchten Sie dafür?
 - Welche Erfahrungen würden Sie an neue Kollege:innen in diesem Feld weitergeben?
 - Möchten Sie noch etwas erzählen, was Ihnen wichtig ist, das aber hier in unserem Interview noch nicht zur Sprache gekommen ist?

Anhang 9: Schema zur Erstellung der Fallkasuistiken

- Skizzierung der Problematik zu Therapiebeginn (Selbstbericht, ggf. Fremdbbericht) einschließlich zentraler psychischer Symptomatik und Diagnose
- Körperliche Situation/ Fähigkeiten und Einschränkungen im Alltag unter Berücksichtigung ihres Beitrages zur aktuellen psychischen Symptomatik
- Zur aktuellen psychischen Symptomatik beitragende lebensgeschichtliche Entwicklung und makroanalytische Überlegungen
- Lebenssituation im Alter und aktuell unter Berücksichtigung von sozialer Einbindung und Versorgung
- Zentrales/ übergeordnetes Therapieziel und Rahmenbedingungen der Therapie (Therapiesetting/ Therapiefrequenz)
- Chronologische Darstellung des Therapieverlaufs einschließlich der Entwicklung der therapeutischen Beziehung und Therapieende
- Persönliches Fazit entlang der therapeutischen Herausforderungen und Besonderheiten

Anlage 1: Flyer für Betroffene

TEILNEHMEN, KÖNNEN ALLE, DIE ...

- ✓ älter als **60 Jahre** sind
- ✓ **zuhause leben** und **Pflegebedarf** haben (Pflegegrad 1-5)
- ✓ einige dieser **Beschwerden** zeigen:
 - Interessen- und Freudlosigkeit
 - gedrückte Stimmung
 - Schuldgefühle
 - Schlaf- und Appetitstörung
 - Lebensüberdruß
 - verminderter Antrieb
 - negativ getriebene Gedanken

Wenn Sie sich unsicher sind, ob die Kriterien auf Sie oder Ihren Angehörigen zutreffen, melden Sie sich telefonisch oder per E-Mail bei uns. Wir beraten Sie gerne!



www.psy-care.de | Telefon: 030 - 766 8375 838

INFORMATIONEN UND KONTAKT

- ✓ Ihre Teilnahme ist **kostenfrei!**
- ✓ Unser Angebot beinhaltet **keine** zusätzliche medikamentöse Therapie!
- ✓ Unsere Versorgungsinitiative wird wissenschaftlich begleitet.
- ✓ Ihre Daten werden streng vertraulich behandelt und **nicht** an Dritte weitergegeben!

Und so erreichen Sie uns:

Rufen Sie an: 030 - 766 8375 838
(Bürozeiten: Montag 11-13 Uhr; Dienstag 15-17 Uhr)

Hinterlassen Sie gerne Ihren Namen und Ihre Telefonnummer auf unserem Anrufbeantworter. Wir rufen schnellstmöglich zurück!

Oder schreiben Sie uns: info@psy-care.de
Für weitere Informationen besuchen Sie unsere Website: www.psy-care.de



Prof. Dr. Eva-Marie Kessler
(Projektleitung)
Professorin für Gerontopsychologie
MSB Medical School Berlin
Hochschule für Gesundheit und Medizin



Prof. Dr. Adelheid Kuhlmeier
(wissenschaftliche Evaluation)
Direktorin Institut für Medizinische
Soziologie und Rehabilitationswissenschaften,
Charité – Universitätsmedizin Berlin

Suchen Sie einen Umgang mit den Hürden des Alters oder der Pflegebedürftigkeit?

Sie wünschen sich mehr Abwechslung oder Austausch mit anderen Menschen?

Sie wollen in Würde alt werden und hadern damit, Hilfe Anderer zu benötigen?

Oder kennen Sie Menschen, denen es so geht?

Initiative zur Förderung seelischen Wohlbefindens trotz Pflegebedarf

Informationen für Pflegebedürftige 60plus und Angehörige

Wir kooperieren mit der Caritas Altenhilfe gGmbH




gefördert durch
Gemeinsamer
Forschungsschwerpunkt

So wie der Körper verändert sich auch das seelische Befinden im Alter. Neben Chancen ergeben sich vielfältige Herausforderungen.

So müssen wir damit umgehen, dass wir Menschen, Fähigkeiten und Dinge verlieren, die uns lieb waren.

Wir müssen erhalten und pflegen, was möglich ist, aber auch neue Wege gehen. Neue Rollen finden. Eine Mammutaufgabe! Da kann das Leben schwer werden oder auch mal aus den Fugen geraten.

Besonders bei Pflegebedarf können viele Belastungen zusammenkommen. Viele Gepflegte fürchten zur Last zu fallen und wünschen sich mehr Selbstständigkeit, menschliche Nähe und Abwechslung. Und bei so Manchen ist die Stimmung so betrübt, dass sie nicht weiter wissen.



Professionelle Unterstützung bekommen die Wenigsten. Doch depressive Verstimmung ist auch im Alter **gut behandelbar!**

Sie fühlen sich angesprochen oder kennen jemanden, dem Sie Unterstützung wünschen?

Melden Sie sich bei uns oder sprechen Sie Ihren Arzt auf unser Angebot mit diesem Flyer an!

Unser gesamtes Angebot ist für Sie kostenfrei.

Unser Versorgungsangebot:

PSY-CARE ist eine Versorgungsinitiative der MSB Medical School Berlin mit wissenschaftlicher Begleitung durch die Charité. Ziel ist die **Unterstützung älterer Pflegebedürftiger mit depressiver Verstimmung.**

So läuft es ab:

Bei Interesse **informieren** wir Sie gern und klären gemeinsam, ob eine Teilnahme an dem Angebot und der Studie für Sie in Frage kommt

Wir erfragen telefonisch Ihre aktuelle Lebens- und Belastungssituation und klären, welches Angebot wir ermöglichen können:

A) Gespräche mit einem Psychotherapeuten / einer Psychotherapeutin oder
B) ein beratendes Angebot

Nach Abschluss der Behandlung erkundigen wir uns bei Ihnen, wie Sie von der Behandlung profitiert haben

Auch Pflegende und/oder der Hausarzt können gerne miteinbezogen werden



Tel: 030 - 766 8375 838
(Montag 11-13 Uhr; Dienstag 15-17 Uhr)

Rufen Sie uns gerne an!
Oder geben Sie dieses Kontaktformular bei Ihrem Hausarzt ab bzw. senden sie es per Post, Fax oder E-Mail an uns:

MSB Medical School Berlin
Hochschule für Gesundheit und Medizin
PSY-CARE
Calandrellistr. 1-9
12247 Berlin
Tel: 030 - 766 8375 838
Fax: 030 - 766 8375 879
E-Mail: info@psy-care.de

Ich interessiere mich für **PSY-CARE!**
 Bitte melden Sie sich telefonisch bei mir
 Bitte schicken Sie mir weitere Informationen per E-Mail

E-Mail:

Name:

Telefon:

Anlage 2: Flyer für Gatekeeper

Und so funktioniert PSY-CARE	Projektteam	
<p>Sie behandeln oder pflegen ältere Patienten 60plus mit Pflegegrad?</p> <p>➔ Informieren Sie Ihre Patienten über das Angebot von PSY-CARE mit der von uns bereitgestellten Patientenbroschüre!</p> <p>➔ Wir klären gemeinsam mit den Patienten, ob eine Teilnahme an dem Angebot und der Studie möglich ist</p> <p>➔ Ihre Patienten werden einer von zwei Behandlungen (A/B) zugeteilt:</p> <div style="border: 1px dashed gray; padding: 5px; margin: 5px 0;"> <p>A Kurzzeitpsychotherapie durch speziell qualifizierte Psychotherapeuten im multiprofessionellen Behandlungsteam</p> </div> <div style="border: 1px dashed gray; padding: 5px; margin: 5px 0;"> <p>B Persönliche Beratung der Pflegeperson zum Umgang mit Depression, außerdem Informationen zur Selbsthilfe für den Patienten</p> </div> <p>➔ Wir überprüfen die Wirksamkeit der Behandlung durch Nachbefragung</p>	<p>Haben wir Ihr Interesse geweckt? Nehmen Sie Kontakt zu uns auf!</p> <div style="display: flex; align-items: center; margin-bottom: 10px;"> <div> <p>Prof. Dr. Eva-Marie Kessler (Projektleitung) Professur für Gerontopsychologie MSB Medical School Berlin Hochschule für Gesundheit und Medizin</p> </div> </div> <div style="display: flex; align-items: center;"> <div> <p>Prof. Dr. Adelheid Kuhlmei (wissenschaftliche Evaluation) Direktorin Institut für Medizinische Soziologie und Rehabilitationswissenschaften, Charité – Universitätsmedizin Berlin</p> </div> </div>	
<p>Teilnehmende Hausärzte und Psychotherapeuten können kostenfrei an unserer CME-zertifizierten Schulung zum Erkennen und Umgang mit Depression bei Pflegebedürftigen teilnehmen!</p>	<p>Ihre Ansprechpartnerinnen: Dr. Christina Tegeler (Dipl.-Psych.) Claudia Vathke (Dipl.-Psych.)</p> <p>Kontakt: Telefon: +49 30 – 766 8375 838 Telefax: +49 30 – 766 8375 879 info@psy-care.de www.psy-care.de</p> <p>Anschrift: MSB Medical School Berlin Hochschule für Gesundheit und Medizin PSY-CARE Calandrellistrasse 1-9 12247 Berlin</p>	<p>Sie suchen nach psychologischer Beratung und Therapie für Ihre älteren pflegebedürftigen Patienten?</p> <p>Informationen für Ärzte, Pflegekräfte und Fachkräfte im Gesundheitswesen</p> <div style="border: 1px solid gray; padding: 10px; background-color: #fff9c4; margin: 10px 0;"> <p>Jetzt informieren! Versorgungsinitiative PSY-CARE www.psy-care.de</p> </div> <p>gefördert durch</p> 

Über PSY-CARE	Welche Patienten kann PSY-CARE unterstützen?	
<p>Liebe Kolleginnen und Kollegen,</p> <p>etwa ein Drittel pflegebedürftiger älterer Menschen leidet unter Depression – eine Erkrankung, die mit hohem Leidensdruck einhergeht und nachweislich das Risiko für körperliche Erkrankungen, Suizidalität und verstärkten Hilfebedarf erhöht!</p> <p>Oft ist das Erkennen einer Depression im Alter herausfordernd, und es fehlen Ressourcen und Angebote, um die Patienten adäquat zu versorgen. Es ist wissenschaftlich belegt, dass Psychotherapie auch im Alter wirksam ist. Daher soll nach der S3- Leitlinie Depression auch für Ältere Psychotherapie angeboten werden. Mit der Versorgungsinitiative PSY-CARE stellen wir dieses Angebot zur Verfügung.</p> <p>Das Projekt wird wissenschaftlich begleitet und soll im Erfolgsfall im Rahmen der Regelversorgung weitergeführt werden. PSY-CARE wird durch den Innovationsfonds des Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) gefördert.</p> <p>PSY-CARE verbessert die Versorgung zuhause lebender Pflegebedürftiger, indem die Patienten an speziell qualifizierte Psychotherapeuten vermittelt werden oder ein alternatives psychosoziales Angebot erhalten.</p> <p>Unsere Initiative fördert die wichtige multiprofessionelle Kooperation zwischen Psychotherapeuten, Ärzten und Pflegepersonen.</p>	<p>Pflegebedürftige Patienten mit ...</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ depressiver Erkrankung ✓ Pflegegrad (1-5) ✓ Alter von 60plus <p>Ausschlusskriterien:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✗ mittelgradige bis schwere Demenz (leichte Demenz ist kein Ausschluss!) ✗ Delir, akute Psychose, (Hypo-)Manie ✗ Pflegeheimbewohner ✗ mangelnde Deutschkenntnisse 	<p>Informieren Sie Ihre Patienten über PSY-CARE</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Wir ermöglichen Ihren Patienten den Zugang zu psychologischer Beratung und Therapie - in Begleitung zu Ihrer ärztlichen Behandlung und pflegerischen Versorgung! ✓ Wir unterstützen Sie bei der Kooperation mit anderen Behandlern! ✓ Sie unterstützen damit ein vom Innovationsfond gefördertes Projekt für Betroffene im Rahmen der Regelversorgung!
	 <p>Warum ist es für Ihre Patienten sinnvoll an PSY-CARE teilzunehmen?</p> <ul style="list-style-type: none"> ➔ sie werden über Depression aufgeklärt ➔ sie lernen Wege aus der Depression trotz Pflegebedürftigkeit kennen ➔ sie erhalten Zugang zu wissenschaftlich fundierten und begleiteten Behandlungen durch gerontologisch geschulte Psychologische/Ärztliche Psychotherapeuten ➔ die Behandlungen werden im Bedarfsfall zuhause durchgeführt ➔ Ärzte und Pflegekräfte/pflegende Angehörige werden auf Wunsch in die Behandlung miteinbezogen 	 <p>gefördert durch</p> 

PSY-CARE^{MANUAL}



Vorbemerkung zur Verwendung von PSY-CARE^{MANUAL}

PSY-CARE^{Manual} ist ein manualbasierter Ansatz zur Behandlung zuhause lebender älterer, pflegebedürftiger Patient*innen¹ mit Depression (Hauptdiagnosen Major Depression oder Anpassungsstörung mit depressiver Symptomatik). Die adressierte Patientinnengruppe umfasst dabei auch solche Patienten mit Depression, die zusätzlich kognitive Einschränkungen auf dem Level einer leichten kognitiven Störung („mild cognitive impairment“, MCI) oder eine leichte Demenz aufweisen.

PSY-CARE^{Manual} ist als Leitfaden konzipiert, der von ausgebildeten Verhaltenstherapeutinnen, optimalerweise mit gerontologischer/ geriatrischer Vorerfahrung, im Rahmen von Richtlinienpsychotherapie (Kurzzeittherapie) mit der Patientengruppe verwendet werden kann. Die Prinzipien des manualbasierten Ansatzes und weitere darin enthaltene Informationen sind innerhalb von kurzer Zeit von Verhaltenstherapeutinnen erlernbar.

Die Durchführung von Kognitiver Verhaltenstherapie mit der Patientengruppe erfordert therapeutische Flexibilität, welche die spezifischen Bedürfnisse, Ressourcen/ Defizite, sozialen Netzwerke und Wohnumwelten der Patientengruppe berücksichtigt. PSY-CARE^{Manual} erlaubt optimalerweise eine entsprechende ‚Anreicherung‘ kognitiv-verhaltenstherapeutischer Behandlung zur Durchführung einer erfolgreichen Therapie.

Das Manual stellt kein striktes Schritt-für-Schritt, Sitzung-für-Sitzung Behandlungsmanual mit Wort-für-Wort-Anleitungen, Arbeitsblättern etc. dar. Vielmehr werden in dem Manual für die Patientengruppe spezifische Behandlungsfoki und Vorgehensweisen skizziert, welche - je

¹ Der Einfachheit halber wird abwechselnd die weibliche und männliche Form verwendet.

PSY-CARE

nach Patient und Situation, in der er sich befindet - in unterschiedlichem Maße berücksichtigt und in das kognitiv-verhaltenstherapeutische Vorgehen integriert werden sollen. In diesem Sinne soll der manualbasierte Ansatz ermöglichen, kognitive Verhaltenstherapien so durchzuführen, dass sie unter weitgehender Einbeziehung der individuellen Gegebenheiten der heterogenen Patientengruppe effektiv durchgeführt werden können.

PSY-CARE^{Manual} basiert auf zwei Teilen. Im ersten Teil werden therapiephasenübergreifende Prinzipien definiert, die sich auf den therapeutischen Stil und die Gestaltung der therapeutischen Beziehung in der Arbeit mit der Patientinnengruppe beziehen. Adressiert werden dabei Aspekte, die unmittelbar praktisch umsetzbar sind, sowie solche, die zur Selbstreflexion des eigenen therapeutischen Vorgehens einladen. Dem ersten Teil des Manuals kommt eine eigenständige Bedeutung bei, erstens aufgrund der zentralen Bedeutung der therapeutischen Beziehung für erfolgreiche Therapien und, zweitens, weil in Forschung und Praxis zu ‚Psychotherapie im Alter‘ Einigkeit darüber besteht, dass Interaktionen mit älteren Menschen innerhalb und außerhalb klinischer Settings Besonderheiten mit sich bringen, die auch handlungsleitende Effekte haben. Neben verhaltenstherapeutischen fließen in diesen Teil auch psychodynamische, systemische und humanistische Ansätze sowie empirische lebensspannenpsychologische Forschung ein.

Im zweiten Teil des Manuals werden Phasen des Therapieverlaufs skizziert und jeweils besondere Behandlungsfoki und therapeutische Strategien, die in das kognitiv-verhaltenstherapeutische Arbeit integriert werden sollen, skizziert. In jedem Abschnitt gibt es dabei auch Hinweise auf den differentiellen Einsatz der Module in Abhängigkeit von Patientenmerkmalen. Dieser zweite Teil basiert neben klinischen Erfahrungen der Autorin sowie kognitiv-verhaltenstherapeutischer Behandlung bei Depression im Alter auf verfahrensübergreifenden Manualen zu Behandlung von Patientinnen mit Depression in stationären Pflegesettings und kognitiv-verhaltenstherapeutischen Manualen zur Behandlung von zuhause lebenden Patienten mit leichter Demenz.

Grobe Skizzierung des Patientenspektrums:

- Frau B., eine 88jährige Patientin, die mit ihrem Bruder zusammenlebt, mit schwerer depressiver Symptomatik. Lebensüberdruß und Gefühle von Wertlosigkeit. Nach einem Sturz pflegebedürftig, hadert mit sich und ihrer Vergangenheit, nachdem die Tochter, der sie immer alles ermöglicht hat, sich von ihr zurückgezogen hat.
- Herr X., ein 79-jähriger Patient nach Schlaganfall, starke Sehbeeinträchtigung. Moderate depressive Symptomatik mit vegetativen Symptomen, Antriebslosigkeit und Anhedonie. Leichtgradige Demenz. Seine Frau, überfordert von/ verzweifelt über die Diagnose Demenz und den Abbau ihres Mannes, leidet selbst aktuell an einer depressiven Episode.
- Frau M., eine 69jährige Patientin mit Morbus Parkinson. Moderate depressive Symptomatik mit Angstsymptomen. Lebt allein, in dauerndem heftigen Streit mit Pflegekräften eines ambulanten Pflegedienstes.

Teil 1: Therapieübergreifende Prinzipien

Therapeutische Haltung und Beziehungsgestaltung

Leitprinzip 1: Therapie findet innerhalb des Systems, und nicht nur innerhalb der Dyade statt.

- ⊕ Traditioneller Ansatz von Therapie: Fokus auf der Dyade Patientin – Therapeutin. Diese Vorstellung von Psychotherapie muss in der Arbeit mit der Patientengruppe erweitert werden. In der Therapie muss das soziale System mit einbezogen werden, insbesondere Angehörige und professionelle Pflegekräfte sollten in der Therapie eine zentrale Rolle spielen². Der Einbezug von Systemmitgliedern ist insbesondere bei Patienten mit Demenz und im Falle von erheblichen dysfunktionalen Pflegebeziehungen (z.B. bei Verstärkung von Unselbständigkeit) unerlässlich. Für das ‚systemische Vorgehen‘ gibt es mehrere Gründe: Systemmitglieder haben gesetzliche Betreuung; Patienten sind (mehr oder weniger) in ihrer selbständigen Lebensführung auf andere Menschen angewiesen, und werden es aufgrund der progredienten Charakters vieler Erkrankungen auch perspektivisch noch stärker sein; Ggf. wird durch gemeinsames Wohnen oder häufige Pflegekontakte viel Zeit mit Systemmitgliedern verbracht; Systemmitglieder sind häufig nicht gut informiert, qualifiziert und selbst psychisch belastet. Der Einbezug von Systemmitgliedern muss auch unter der Perspektive von Chancen betrachtet werden: Sie sind häufig schon seit vielen Jahren in häufigem Kontakt mit den Patienten, können Symptome im Alltag erkennen und den Therapieerfolg optimieren und ‚verstetigen‘.
- ⊕ Es gibt im Bereich von Pflege viele ‚Missstände‘ und Systemmitglieder sind häufig stark psychisch belastet. Die Therapeutin sollte dennoch stets die Therapeutin der Patientin sein, und nicht die Gefahr laufen, die ‚Therapeutin des Systems‘ zu werden. Ein hilfreiches Rollenverständnis ist das der Therapeutin der Patientin, die außerdem die Rolle des ‚Facilitator innerhalb des Systems‘ einnimmt, also als Prozessbegleiter, der gemeinsam mit Patienten, Angehörigen, Pflegekräften und anderen Systemmitgliedern Veränderungen initiiert, begleitet, unterstützt und fördert.
- ⊕ Es ist sehr bedeutsam zu verstehen, wie das System eine/n als Therapeut*in sieht: als Unterstützer (der hilft, den eigenen Job gut zu machen)? Als ‚Entlaster‘? Dann ist man willkommen. Oder wird man als Konkurrent wahrgenommen (der einem den Patienten „wegnimmt“)? Als jemand, der einem Arbeit macht (wo man doch schon so viel Arbeit hat)? Als „Überwacher“ (der vielleicht sogar Informationen weitergibt)? Dann ist man (zunächst) unwillkommen. Wird man als Therapeutin als Kooperationspartner (‚auf Augenhöhe‘) wahrgenommen? Als Dienstleister, an dem man von ‚oben herab‘ Aufgaben delegiert? Als jemand, dem man ‚dienen‘ soll? Es ist sehr wichtig für einen Therapieerfolg, auf eine positive Kooperation mit den Systemmitgliedern hinzuwirken. Nur so werden sie in positiver Weise zu der Therapie des Patienten beitragen.

² Zwei Drittel pflegebedürftiger Menschen wird ausschließlich durch Angehörige gepflegt. Bei rund einem Drittel kommt ausschließlich oder ergänzend ein Pflegedienst nach Hause.

PSY-C△RE

- ⊕ Therapeutinnen benötigen ein realistisches/ differenziertes Verständnis darüber, welche innere Repräsentation ihrer Systemmitglieder die Patientin betrachtet. Ein soziales Kompetenztraining (mit Inhalt: Bedürfnisse und Konflikte ansprechen) wird scheitern, wenn man als Therapeutin nicht hinreichend verstanden hat, in welchem hohem Maße (und das ist häufig der Fall) sich eine Patientin von einer Pflegekraft abhängig fühlt. Die Therapeutin braucht auch ein realistisches Verständnis darüber, wie die Patientin soziale Unterstützung wahrnimmt. Soziale Unterstützung wird keineswegs immer positiv erlebt, vor allem dann nicht, wenn sie ungewollt ist.
- ⊕ Zu dem ‚systemischen Ansatz‘ gehört auch, dass Therapeuten die Beziehung Angehörige – Pflegekräfte realistisch verstehen. Zwischen diesen Parteien gibt es häufig Konflikte. Sind Angehörige überzeugt, dass Pflegekräfte ihre Arbeit nicht gut machen? Fühlen sich Pflegekräfte nicht in ihrer Arbeit durch die Angehörigen wertgeschätzt? Schämen sich Angehörige gegenüber Pflegekräften, weil sie den eigenen Anspruch an sich haben, selbst die Pflege zu leisten? Gibt es Konflikte, weil Zuständigkeiten nicht geklärt sind?
- ⊕ Sich Zeit für den Einbezug von Systemmitgliedern zu nehmen, ist in der Arbeit mit dem System unerlässlich. Jede Form des Einbezugs von Systemmitgliedern (ob zu dritt oder mit dem Systemmitglied allein) erfolgt immer nur nach Absprache mit bzw. Einwilligung des Patienten! Siehe Teil 2.

Leitprinzip 2: Paternalismus vermeiden, Selbstbestimmung fördern.

- ⊕ Nicht zuletzt aufgrund von defizitorientierten Altersbildern („Die Alten können das nicht mehr.“) wird eingeschränkte Selbstständigkeit (z.B. am Rollator gehen) oft mit fehlender Fähigkeit zur Selbstbestimmung (darüber entscheiden, welchen Rollator man haben möchte und wann man ihn benutzen möchte) gleichgesetzt. Hinzu kommen institutionelle Praktiken der Pflege, die Selbstbestimmung nicht vorsehen (Zwang der Ökonomie). Hieraus resultiert das häufig zu beobachtende Phänomen, dass der Interventionsbedarf von Menschen mit Pflegebedarf häufig höher eingeschätzt wird, als dies subjektiv erlebt wird (d.h. Diskrepanz zwischen subjektivem Interventionsbedarf und Außensicht/en). Beispiele: „Mein Mann müsste unbedingt ein Hörgerät benutzen. Dann wäre er nicht so depressiv.“ „Meine Mutter müsste viel mehr unter Leute gehen. Dann würde es ihr besser gehen.“ Die Patientin aber findet, dass es für sie am besten ist, wenn sie zuhause sitzt und Fernsehen schaut. Beides kann stimmen oder auch nicht stimmen.³ Es besteht die Tendenz zum vorschnellen, advokatischen Handeln und vorschneller Übernahme einer ‚Fürsprecherrolle‘ bei dieser Patientengruppe. Statt Selbstbestimmung und Selbstständigkeit zu fördern, wird damit Abhängigkeit verstärkt. Dies geschieht i.d.R. in benevolenter Absicht und in ‚freundlicher (aber bestimmter!)‘ Manier. Ein solches ‚Abhängigkeitsunterstützungs-Verhalten‘ bringt die Gefahr mit sich, dass der Selbstwert und auch mittel- und langfristige tatsächliche Ressourcen des Patienten untergraben werden und depressive oder ängstliche Symptomatik verstärkt wird (‚gelernte Hilflosigkeit‘). Paternalistisches Handeln seitens der Therapeutin führt auch häufig dazu, dass die Therapeutin irgendwann erschöpft ist und aufgrund ausbleibender ‚Früchte‘ ihres Einsatzes ihr Engagement

³ Tatsächlich überschätzen ältere Menschen häufiger ihre Ressourcen und haben dadurch ein unrealistisches Selbstkonzept; dies kann Ausdruck selbstprotektiver Bemühungen sein (im Sinne der Verleugnung) oder aber auch Ausdruck von langsamer, kontinuierlicher Adaptation an einen Verlust.

PSY-CARE

zurückfährt. Das übergeordnete Prinzip in der Therapie besteht darin, Patientinnen dabei zu verhelfen, selbst ihre Interessen und Bedürfnisse wahrnehmen und adäquat gegenüber Systemmitgliedern artikulieren zu können. Das medizinethische Prinzip der Autonomie darf nicht untergraben werden.

- ⊕ Das Prinzip der Selbstbestimmung bedeutet aber nicht, dass Systemmitglieder nicht auf der Basis von Einwilligung der Patientin in die Therapie einbezogen werden sollen (siehe oben), und auch nicht, dass man als Therapeutin seine Expertenrolle aufgeben soll. Es ist sinnvoll, die verschiedenen Sichtweisen, die innerhalb des Systems bestehen, zu sammeln, und auf dieser Basis über die Zeit hinweg adäquate Therapieziele mit dem Patienten ‚auszuhandeln‘. Im obigen Beispiel geht es beispielsweise darum, im Rahmen der (Fremd-)Anamnese zu explorieren, inwiefern der Depression tatsächlich sozialer Rückzug vorausging, oder ob die Patientin immer schon viel zu Hause und wenig sozial aktiv war.

Leitprinzip 3: Die Rolle des ‚Gastes‘ positiv gestalten. (Hausbesuche)

- ⊕ Hausbesuche haben Potentiale und bringen gleichzeitig Herausforderungen mit sich. Generell geraten Therapeutinnen in ein (nicht zu vermeidendes) Spannungsfeld zwischen Gast und Gastgeberin. Therapeutinnen sollten das Potential von Hausbesuchen nutzen: man erhält einen unmittelbaren, lebendigen Eindruck in die Lebenswelt der Patienten (Wohnumgebung/ soziales Netzwerk), welches zum besseren Verständnis des Patienten beiträgt. Von der Therapeutin wahrgenommene „Problemfelder“ können unmittelbar in die Intervention eingebaut werden. Aktivitäten können ohne Transferleistung direkt im Lebensumfeld demonstriert und ggf. trainiert werden. Gegenstände aus der Wohnumgebung wie Fotos, Tagebücher, Musik können in die Therapie mit einbezogen werden. Außerdem eröffnet das eigene Wohnumfeld des Patienten häufig mehr praktische Möglichkeiten, Systemmitglieder in die Therapie mit einzubeziehen (z.B. weil ein Angehöriger im selben Haus wie der Patient lebt). Außerdem fühlen sich gerade sehr gebrechliche Patienten im eigenen Zuhause sicherer als in einem fremden Therapieraum, in dem man sich erst einmal (sensorisch/ sensumotorisch) orientieren muss, und der ggf. erst einmal im Rahmen einer kräftezehrenden Anfahrt (u.U. Krankentransport) angefahren werden muss. Auch für die Gestaltung einer positiven therapeutischen Beziehung bietet das eigene Wohnumfeld Potentiale: Patienten treten unmittelbarer in Beziehung und öffnen sich schneller. Das kann sich darin ausdrücken, dass Patienten die Therapeutin persönlicher ansprechen, z.B. nach dem Herkunftsort oder nach Urlaubsplänen fragen, oder dass sie die Therapeutin an Dingen, die ihnen wichtig sind (z.B. eine alte Uhr aus dem Familienbesitz), oder Entwicklungen (z.B. kaputte Fensterscheibe, die nicht von der Hausverwaltung repariert wird), teilhaben lassen. Patienten nehmen im häuslichen Umfeld schnell (weil die Rolle bekannt ist) und gerne (weil oft wenig Gelegenheiten dafür bestehen) die ‚Gastgeberrolle‘ ein, das stärkt den Selbstwert und trägt zum Kontinuitätserleben bei.
- ⊕ Herausforderungen der ‚Gast‘-Rolle: Als Therapeutin gibt man die sichere Position des eigenen Therapieraums auf und begibt sich „in die freie Wildbahn“, an einen (zunächst unbekannt) Ort mit eigener Ästhetik, Temperatur und Geruch. Dies erfordert Mut und Flexibilität, da man gleichzeitig die ‚Gastgeber‘-Rolle nicht verliert, innerhalb derer man Verantwortung für das therapeutische Setting hat. Eine praktische Herausforderung von

PSY-CARE

Hausbesuchen besteht im zusätzlichen Zeit- und Ressourcenaufwand für die An- und Abfahrt. Außerdem kann es selbst bei guter Planung dazu kommen, dass ein Sitzungstermin ggf. mit der Anwesenheit anderer Behandler vor Ort konfligiert. Im Übrigen sollte man sich darauf einstellen, dass Patienten im häuslichen Setting auch häufiger um praktische Hilfe bitten.

⊕ Regeln für Therapeutinnen:

- Sich zu Beginn der Therapie Zeit nehmen (sonst ist man schnell von Eindrücken überflutet), um sich bewusst einen Eindruck vom Wohnumfeld zu verschaffen: Lichtverhältnisse (z.B. sind die Möbel so platziert, dass Tageslicht in den Raum fällt)?, Möbel (z.B. sind die Möbel so arrangiert, dass die Person freien Zugang zum Fenster hat)?, Hintergrundgeräusche (z.B. Laufen permanent mehrere Radios gleichzeitig)?, Sicherheit (z.B. adäquate Schuhe, Stolperfallen)?.
- Außerdem: Zu Beginn mit dem Patienten das Setting festlegen, innerhalb dessen die Therapie stattfindet. Vereinbarung eines Raums und Sitzgelegenheiten. Es ist sinnvoll, die Therapie immer mit demselben Satz starten (z.B. „Dann lassen Sie uns starten mit der Sitzung.“) Vereinbarung, dass ggf. für den Patienten Getränke auf dem Tisch stehen, und darüber, wie man es selbst für sich als Therapeutin haben möchte, ob man z.B. auch ein Wasser nimmt. (Nie über eigene Grenzen gehen, indem man etwas isst oder trinkt, was man nicht möchte.) Zur Festlegung des Settings gehört auch, mit der Patientin darüber zu sprechen, inwiefern sie es möchte – und es aus Therapeutesicht sinnvoll ist -, dass Angehörige während der Therapie in der Wohnung sind, und wie man mit unerwarteten Besuchen umgeht. Darauf hinweisen, dass Privatsphäre für die Therapie wichtig ist; dies auch mit den Angehörigen zusammen besprechen. Wenn dann doch ein unerwarteter Besuch vorbei kommt (was vorkommt, weil Patienten ja - vermeintlich! - ‚immer da‘ sind und damit zur Verfügung stehen), das aber auch als Chance begreifen: Wie geht der Patient damit um? Welche Interaktionsmuster sind zu erkennen?...
- Einen Ort finden, an dem Dinge, die in der Therapie verwendet und angefertigt werden, sicher und wiederauffindbar abgelegt werden können.

Leitprinzip 4: Für günstige körperliche Voraussetzungen des Patienten in der Therapiesituation sorgen

- ⊕ Auf angenehmes Körperempfinden des Patienten während der Sitzungen achten (in der eigenen Praxis sowie bei Hausbesuchen): Bei Patientinnen mit Schmerzen ggf. Pausen machen, in denen sie sich mit ausreichend Zeit anders positionieren können. Patienten darauf ansprechen, ggf. die Toilette zu benutzen (oft schambehaftet), da sonst Konzentration nicht möglich. Patientinnen nach Präferenz für Raumtemperatur fragen. In der eigenen Praxis ggf. einen eigenen ‚Seniorenstuhl‘ (hohe Armlehnen, Polsterung) zur Verfügung haben. Die besondere Berücksichtigung dieser Punkte hat nichts mit ‚Betüdeln‘ und ‚Respekt vor dem Alter‘ (Höflichkeitsnorm) zu tun (bzw. sollte nichts damit zu tun haben), sondern ist professionelle Berücksichtigung von Grundbedürfnissen bzw. -voraussetzungen für die Therapie.
- ⊕ Bei Hörbeeinträchtigungen sollten Therapeuten Patienten direkt anschauen, so dass Lippenlesen möglich ist. Bei Hörgerät sicherstellen, dass die Patientin es trägt und es eingestellt ist. Wichtig ist etwas langsames, tieferes Sprechen und Betonung von Konsonanten. Ggf. in das präferierte Ohr des Patienten sprechen. ‚Überakkommodierte Sprache‘ (‚secondary baby talk‘) vermeiden (hoch, laut, warm, aber paternalistisch,

PSY-C△RE

thematische Reduzierung auf ‚banale‘ Themen bzw. vermeintliche Altersthemen). (Falls man dies bei Systemmitgliedern beobachtet, darauf ansprechen!) Bei lautem Sprechen berücksichtigen, dass es Mithörerinnen geben kann. Bei visuellen Defiziten darauf achten, dass die Patientin ihre Brille trägt. Daran denken, dass der Patient nicht auf Mimik/Gestik reagieren kann. Gerade bei spät erblindeten Patienten nicht unterschätzen, was trotz Erblindung möglich ist, z.B. kann man Fotoalben anschauen, indem man einen entsprechenden Hinweisreiz gibt („Ah, das hier ist jetzt ein Schnappschuss von Ihnen vor der Porta nigra.“).

Leitprinzip 5: Persönliche, nahe, warme Beziehungen zu den Patienten aufbauen.

- ⊕ Es ist wissenschaftlich wie praktisch begründet, dass es therapieförderlich ist, Patienten dieser Patientengruppe vergleichsweise warm, freundlich und zugewandt zu begegnen und größere persönliche Nähe zuzulassen. Damit reagiert man als Therapeutin auf das größere Bedürfnis gerade von gebrechlichen alten Patienten nach Bindung und Intimität in Anbetracht des Erlebens von Unsicherheit durch körperliche Fragilität und Endlichkeit/bedrohlicher Zukunftsperspektive. Bei zu förmlicher Gestaltung der Beziehung reagieren viele Patienten in der Regel zurückhaltend. Man sollte als Therapeutin das eigene Verhalten vor dem Hintergrund eigener Übertragungsdynamiken reflektieren (Altersbilder, Höflichkeitsnorm gegenüber Älteren, bestimmte eigene Erfahrungen mit älteren Menschen), aber bei entsprechender ‚Indikation‘ keine Angst davor haben, dass es „unprofessionell“ zu sein, wenn man begründet die Beziehung in der beschriebenen Weise zu dem Patienten gestaltet.
 - Dazu gehört auch, dass man gerade zu Therapiebeginn auch Gespräche mit dem Patienten über ‚alltägliche‘ (positive und negative) Dinge zulässt (Sendung, die der Patient im Fernsehen gesehen hat; Beschwerde über Nachbarn, der Musik zu laut aufgedreht hat). Patienten bauen so gerade im Fall von Hausbesuchen den Kontakt zur Therapeutin in dieser ‚gewohnten‘ Weise auf. Außerdem handelt es sich bei ‚daily hazzels‘ nicht selten bei näherer Betrachtung/ aus der Perspektive der Patienten um existentiellere Themen. Eine Pflegekraft, mit der sich der Patient jeden Morgen darüber streitet, wie er gewaschen werden will. Wenn man die meiste Zeit des Tages zuhause ist, wird ein lärmender Nachbar zur Qual. Langeweile bei sozial isolierten Patienten kann zur Qual werden. Therapeutinnen sollten diesen Themen Raum geben, dabei aber nicht jedes Mal von einem Problemfeld zum nächsten zu springen, sondern das dahinterstehende abstrakte Thema herausarbeiten (das z.B. im Fall des oben beschriebenen Patienten darin besteht, dass der Patient massive Scham empfindet).
 - Patienten tragen nicht selten auch vielfältige Wünsche an Therapeutinnen heran, etwa dass man ein Bild aufhängt oder die Blumen gießt. Diesen Anliegen als Therapeutin zu entsprechen, bewegt sich nicht im Rahmen dessen, was man „normalerweise“ für Patientinnen tut, kann aber im Falle dieser Patientengruppe durchaus gewinnbringend eingesetzt werden. Ein solches Verhalten kann die therapeutische Allianz stärken, und von der Reaktion des Patienten auf die eigene Hilfeleistung kann man Rückschlüsse auf seine mögliche Schemata ableiten (wenn ein Patient z.B. möchte, dass man die Blumen gießt, dann aber nicht damit zufrieden ist, wie man gegossen hat, und sich weiter fordernd verhält). Wenn man den Patienten (in begrenztem Maße und situativ) praktisch tut, dann sollte man dies gezielt tun, und nicht, um „lieb und nett“ zu sein (Stichwort Umgekehrte Übertragung s.u.), und es muss unbedingt beachtet werden, inwiefern es sich bei dem Verhalten des Patienten um „gelernte Hilflosigkeit“ handelt.

PSY-C△RE

- Umgekehrt erwarten Patienten auch mehr persönliche Selbstoffenbarung und sprechen Therapeutinnen (gerade aus der Situation ihrer Wohnumgebung) oft persönlicher an, etwa mit der Frage, wo man geboren und aufgewachsen ist (s.o.). Dieses Verhalten ist nicht selten ein Versuch, in Anbetracht von häufig wenig Abwechslung und sozialen Kontakten mit Neugier und in der gewohnten Weise zu einem anderen Menschen in Kontakt zu treten, und muss nicht als Vermeidung oder defensives Verhalten interpretiert werden. Therapeutinnen sollten sich bewusst darüber sein, in welchem hohem Maße der Besuch der Therapeutin oft eine positive Störung der eher abgeschirmten Alltagsroutine darstellt. Nicht selten sind auch (bei Verabschiedungen) alltagspraktische Ratschläge an die Therapeutin (etwa, dass man aufpassen soll, wenn man nach der Sitzung in die Dunkelheit geht, weil so viele Verbrecher in der Gegend rumlaufen). Dieses Verhalten kann als Ausdruck von ‚Generativität‘ betrachtet werden, oder als Kompensationsversuch der empfundenen Wertlosigkeit.
- ⊕ Bemerkung zu körperlichen Berührungen. Viele Therapeuten vermeiden generell körperliche Berührungen mit (jüngeren) Patienten. Körperliche Berührungen können aber gut für diese Patientengruppe in die Therapie integriert werden, und sind in ihrer Bedeutung nicht zu unterschätzen. Dazu gehören angemessene, auf die Präferenzen des Patienten angepasste körperliche Berührungen wie Hand halten, den Arm sanft berühren, und Umarmungen zulassen, was häufig von Patienten eingefordert wird. (Es gibt aber natürlich auch ältere Menschen, die von je her körperliche Berührungen außerhalb der Familie nicht angemessen finden!) Neben dem oben genannten Bedürfnis nach mehr Nähe, Intimität und Halt seitens der Patienten kann dies auch vor folgendem Hintergrund betrachtet werden: Körperliche Veränderungen infolge von Alter, Krankheit und Pflege kann Menschen sich unattraktiv und „unantastbar“ fühlen lassen. Formen der Berührung sind häufig seltene und willkommene Formen des Kontakts. Außerdem werden umfangreicher gepflegte Patienten häufig eher in funktionaler, „mechanischer“ Weise körperlich berührt, wenn man ihnen zum Beispiel ins oder aus dem Bett hilft oder sie in der Badewanne gewaschen werden. Eine sanfte, persönliche Berührung vermittelt Wärme und Fürsorge und kann Deprivation entgegenwirken und kann gezielt eingesetzt werden, um hohe emotionale Erregungszustände von fragilen Patienten zu regulieren.
- ⊕ Und noch eine Bemerkung zu Geschenken. Die Patientengruppe bringt vergleichsweise häufig Geschenke mit (häufig Pralinen oder Parfüm). Es gibt keine generelle Regeln im Umgang mit Geschenken (außer natürlich Geld und teurere Geschenke, wie in der Berufsordnung geregelt). Geschenke müssen immer in ihrer Bedeutung verstanden werden, und das darauf bezogene therapeutische Handeln muss vor diesem Hintergrund gestaltet werden. Generell kann es eine Geste des Respektes und der Freundlichkeit sein, als Therapeutin ein Geschenk anzunehmen, und zwar dann, wenn der Patient am Ende der Therapie dankbar für die therapeutische Unterstützung ist, und nun etwas zurückgeben möchte (dies kann positiv als erfolgreiches Abschließen der Therapie betrachtet werden). Ein Geschenk kann aber auch Ausdruck davon sein, dass der Patient dies als übliche Umgangsform mit Behandlerinnen erachtet; oder auch von Schuldgefühlen, oder es kann eine (unbewusste) Intention damit verfolgt werden, den Therapeuten zu „halten“. Häufig kommen Geschenke auch von Angehörigen, ein Motiv kann sein, dass man dankbar ist, weil man entlastet ist, ein anderes, dass man sich für den Patienten schämt.
- ⊕ Insgesamt heißt das Gesagte aber nicht, dass Patienten wie „rohe Eier“ behandelt werden sollen, bzw. als Patientengruppe, mit der man ausschließlichs ‚ressourcenorientiert‘ arbeiten kann (das wäre eine Verletzung des Fürsorgeprinzips)! Eine therapeutische

PSY-CARE

Beziehung, in der sich die Patientin aufgehoben und getragen fühlt, ist eine Voraussetzung für darauf aufbauendes klärungsorientiertes Arbeiten. Muten Sie ihren Patienten auch etwas zu, und vor allem trauen Sie sich Veränderung zu!

Leitprinzip 6: Übertragungsdynamiken verstehen.

- ⊕ Gerade im Fall von jungen Therapeutinnen können in der psychotherapeutischen Behandlung älterer Menschen komplexe intergenerationelle Übertragungskonstellationen auftreten. In regelhaften therapeutischen Konstellationen befinden sich Therapeuten in der narzisstisch sichereren Position einer Elternübertragung, mit der sie vertraut sind. In der psychotherapeutischen Behandlung älterer Patienten weisen jedoch Patienten tendenziell den jüngeren Therapeuten andere Rollen zu und übertragen auf sie innere Bilder ihrer realen oder fantasierten Kinder oder Enkelkinder (*umgekehrte Übertragung*). Reagieren Therapeuten darauf in Form eines „regressiven Sogs“, wird eine tiefergehende und möglicherweise konfliktreichere Situation verhindert. Es ist auf eine positive Übertragung zu Therapieende hinzuarbeiten, wo umgekehrte und reguläre Übertragung (in nebeneinander bestehen (das ist ein gutes Zeichen). Umgekehrt kann es seitens der Therapeuten zu einer Übertragung des Wunsches nach einem weisen, fürsorglichen alten Gegenüber kommen. Auch ungelöste (groß-)elterliche Konflikte können übertragen werden, etwa wenn sich ein Therapeut von Patienten schnell kontrolliert fühlt. Bei emotional übererregten und kognitiv stärker eingeschränkten Patienten ist die Übertragung spontaner und flotierender, weil die Patienten affektiv weniger kontrolliert sind.
- ⊕ Weitere Übertragungsdynamiken. Manche Patienten sehen den Therapeuten als Retter (Idealisierung, die dazu führt, dass der Patient Verbesserungen in seiner Symptomatik auf den Therapeuten und nicht auf sich attribuiert), andere als beneideten Konkurrenten, mit dem man es aber nicht mehr aufnehmen kann, was dazu führt, dass sich der Patient aus der Therapie zurückzieht. Romantische Übertragung kann als demütigend erlebt werden. Sehen Patienten den Therapeuten als Elternteil, spielen sie möglicherweise ihre tatsächlichen Kompetenzen herunter. Darüber hinaus kann der Therapeut die Hilflosigkeit eines Patienten wahrnehmen, nicht aber seine Aggression, etwa in Form hartnäckiger Hilfeappelle, sodass der Therapeut sich infolge aufopfert. Nimmt umgekehrt der Therapeut nur die Aggression des Patienten und seine eigene aggressive, bestrafende Gegenreaktion wahr, ist er sich möglicherweise nicht des Hilflosigkeitsempfindens des Patienten und seiner eigenen Hilflosigkeit bewusst.

Leitprinzip 7: Beziehungsveränderung durch Therapieunterbrechungen.

- ⊕ Im Fall einer leichteren körperlichen (Neu-)Erkrankung des Patienten ist es i.d.R. in Absprache mit der Patientin sinnvoll sein, eine begonnene Therapie weiterzuführen und den Therapiefokus zu verschieben, etwa zur Bewältigung der Erkrankung. Es kann aber auch angemessen sein, die Therapie zu unterbrechen, bis sich die Erkrankung stabilisiert hat. Wenn sich bereits eine positive Therapiebeziehung entwickelt hat, ist Psychotherapie auch mit Einschränkungen wie (Rest-)Aphasien möglich, hier sollte man nicht zu früh abbrechen. Um die therapeutische Beziehung aufrechtzuerhalten, sind in dem Fall kurze Telefonanrufe sinnvoll. Im Fall einer schweren Erkrankung, wie etwa einer Wiedererkrankung mit terminalen Diagnose (z.B. Darmkrebs), kann es sinnvoll sein, die Therapie im Sinne eines palliativen psychoonkologischen Angebots. Patienten können im

PSY-CARE

Laufe der Therapie so an ihre psychophysischen Grenzen kommen, dass sie keine Ressourcen mehr in therapeutische Sitzungen investieren möchten, hier gilt es als Therapeutin, die Patientin „loszulassen“. Es kann in seltenen Fällen vorkommen, dass Patienten während der Therapie sterben. Das kann bei Therapeuten - in Abhängigkeit der Todesumstände und der sozialen Situation, in der er sich zuletzt befand - starke Gefühle auslösen (v.a. bei sozial sehr wenig eingebundenen Patienten). Ein praktischer Aspekt: Falls man zur Beerdigung gehen möchte, sollte man Schweigepflichtsaspekte berücksichtigen.

*Insgesamt sprechen die vorgestellten Leitprinzipien für die hohe Bedeutung einer aktiv-
unterstützenden, haltgebenden und strukturvermittelnden therapeutischen Rolle in der
psychotherapeutischen Behandlung der Patientengruppe.*

Teil 2: Therapiephasen-Spezifika

In den verschiedenen aufeinander aufbauenden Therapiephasen (i.d.R. Kurzzeittherapie) sollen in das kognitiv-verhaltenstherapeutische Vorgehen die nachfolgenden übergeordneten Behandlungsfoki integriert werden:

Therapiebeginn (ca. 4 Sitzungen):

Vertrauen aufbauen

Förderung positiven Selbst- und Kontinuitätserlebens

Therapiemodule der Interventionsphase (ca. 20 Sitzungen):

Modul 1: Strukturierter Lebensrückblick

Modul 2: Empowerment

Modul 3: Systemmobilisierung

Therapieende (ca. 4 Sitzungen):

Therapieerfolg würdigen und verstetigen

Erstgespräch

Besonderer Fokus: Vertrauen aufbauen

Neben den üblichen Aspekten eines Erstgesprächs sind folgende Aspekte besonders zu beachten:

☑	1. Bei Hausbesuch: Sich für das Vertrauen bedanken, dass der Patient einen Zuhause empfängt. ⁴
☑	2. Sich als jemand präsentieren, den man mag und dem man vertrauen kann. Sich ausführlich vorstellen (z.B. angeben, wo man seine Praxis hat; ggf. wie alt man ist). Positive Erfahrung in der Arbeit mit älteren Menschen hervorheben. Souverän und ‚locker‘ mit Fragen zur eigenen Person, die der Patient an einen heranträgt, umgehen.
☑	3. Neben einfachen, klaren Informationen zu Psychotherapie sich hohe Motivation, den Patienten auf Augenhöhe zu unterstützen, zeigen. „Über schwierige und belastende Dinge mit einer dritten, neutralen Person zu sprechen, kann Erleichterung bringen, und man kann gemeinsam auf Lösungen von Problemen kommen. Ich möchte Ihnen meine Hilfe anbieten, und dass wir Schritt für Schritt zusammen schauen.“ Ggf. auch die Grenzen von Psychotherapie erläutern: „Was wir nicht erreichen können, ist, dass Sie wieder ganz selbständig werden. Ich kann Ihnen aber dabei helfen, wie Sie wieder selbstbestimmter werden können, d.h. Dinge in Ihrem Alltag wieder zumindest ein wenig mehr so gestalten können, wie es Ihnen wichtig ist.“ „Was wir hier nicht erreichen können ist, dass Sie keine Schmerzen mehr haben. Was wir als Psychotherapeuten in der Therapie nicht machen, dass wir direkt körperlichen Erkrankungen angehen und behandeln. Aber ich kann Ihnen dabei helfen, dass Sie mit Schmerzen besser umgehen können.“
☑	4. Optimismus und Hoffnung vermitteln: „Ich arbeite schon lange mit älteren Menschen und erlebe es regelmäßig, dass Psychotherapie auch bei Menschen in Ihrem Alter wirksam ist. Ich habe daher allen Grund anzunehmen, dass Ihnen die Therapie helfen wird.“
☑	5. Fachkenntnis zu Pflegeleistungen, Altenhilfe. Demonstriert Verständnis für die Situation des Patienten. „Pflegegrad 2 – dann bekommt ihre Familie knapp €550 im Monat, richtig?“
☑	6. Rolle als Therapeutin klären und ggf. Erfahrung mit Overprotection aufgreifen: „Sie haben schon viel Lebenserfahrung, und wissen, was Ihnen wichtig ist. Mir ist es wichtig, Ihnen zuhören und gemeinsam mit Ihnen zu schauen, wie Sie das, was Ihnen wichtig ist und was Sie ausmacht, in Ihrer Situation umsetzen können, so dass es Ihnen wieder besser geht.“
☑	7. Zeitliche Begrenztheit der Therapie – positiv! - thematisieren: Es muss beachtet werden, dass diese Patientengruppe oft keine Vorstellung vom zeitlichen Umfang einer Therapie hat. „Eine Psychotherapie läuft nicht so ab, wie Sie das von Terminen zum Beispiel mit Fachärzten kennen, dass man unregelmäßige, wenige Termine über einen längeren Zeitraum hat, die man

⁴ Spezifisch für Projekt PSY-CARE: Sich darauf beziehen, dass die Patientin bereits einen Termin mit der Projektmitarbeiterin (study nurse) zur Diagnostik hatte. Die Teilnahme- bzw. Kooperationsbereitschaft positiv verstärken.

PSY-CARE

	<p>immer wieder neu vereinbaren muss. Wir haben die Möglichkeit, dass wir uns mindestens über mehrere Monate hinweg regelmäßig i.d.R. einmal pro Woche sehen.“ Zu beachten ist, dass sich Patienten manchmal nicht auf den Kontakt zur Therapeutin einlassen, wenn man zu stark/konkret die Begrenztheit des Kontaktes in den Mittelpunkt stellt (nach dem Motto: ‚Warum soll ich mich auf jemanden einlassen, der gleich wieder geht?‘). In dem Falle sollte man erst mit der expliziten Benennung des konkreten Sitzungskontingentes einige Sitzungen/ die Probatorik abwarten, bis sich die Therapiebeziehung gefestigt hat. „Ich möchte, dass Sie mich kennenlernen. Normalerweise sollte es Ihnen schon nach einigen Sitzungen etwas besser gehen. Wir schauen dann, wie viele Sitzungen wir noch benötigen.“ Bei Patienten mit hohem Risiko für Abhängigkeit zur Patientin (in Fall von sozialer Isolation) sollte die maximale Dauer der Therapie direkt angesprochen werden.</p>
<input checked="" type="checkbox"/>	<p>8. Weitere typische Aussagen von Patienten, die in ihrer Bedeutung von der Therapeutin verstanden und positiv aufgegriffen werden müssen: „Oh, ich denke, ich werde gar nicht so viele Sitzungen brauchen.“ (z.B. Ausdruck von Scham, Therapie ‚zu brauchen‘; Befürchtung, die Therapeutin zu belasten). Mögliche therapeutische Reaktion: „Ja, es kann gut sein, dass es Ihnen schon nach wenigen Sitzungen besser gehen wird. Lassen Sie uns doch immer wieder schauen, wie es Ihnen geht, ob Sie noch mehr Sitzungen benötigen, oder ob wir gut die Therapie beenden können.“ Ein anderes Beispiel: „Wer weiß, ob ich überhaupt noch so lange [wie die Therapie vorgesehen ist] lebe.“ (i.d.R. adaptive Strategie, um mit Angst vor Sterblichkeit umzugehen). „Sie haben das Gefühl, dass Sie nicht mehr lange leben?..Aber Sie sagen sich offenbar: Ich will, dass es mir jetzt besser geht. Das finde ich beeindruckend.“</p>
<input checked="" type="checkbox"/>	<p>9. Freude darüber ausdrücken, dass man die Patientin kennenlernen durfte und sich nochmal für das Vertrauen bedanken.</p>

Probatorik

Besonderer Fokus: Förderung positiven Selbst- und Kontinuitätserlebens

In dieser Therapiephase soll primär ein Überblick über die Problembereiche der Patientin und biographische Fakten gewonnen werden. Eine ausführliche Beschäftigung mit der Biographie erfolgt erst in der nächsten Therapiephase. Ein besonderer Schwerpunkt soll in dieser Therapiephase auf die Förderung positiven Selbst- und Kontinuitätserlebens gelegt werden, da viele Patienten stark verunsichert und demoralisiert sind.

<input checked="" type="checkbox"/>	1. Unmittelbare basale Bedürfnisse ansprechen: Ist der Patientin zu warm/ zu kalt? Möchte sie etwas trinken? Muss sie zur Toilette? Fühlt sie sich im Stuhl wohl? Auf nonverbale Hinweise für Schmerz achten und ansprechen.
<input checked="" type="checkbox"/>	2. Positives Feedback für Mitarbeit geben: „Ich weiß, dass Ihnen manchmal nicht nach unseren Sitzungen zumute ist. Aber ich bewundere Ihre Bereitschaft, sich trotzdem darauf einzulassen.“ „Ich danke Ihnen für Ihr Vertrauen und darüber, wie offen Sie mit mir über Ihre Gefühle sprechen.“
<input checked="" type="checkbox"/>	3. Sich auf Dinge beziehen, die einem die Patientin bereits erzählt hat: „Das erinnert mich daran, dass Sie mir erzählt hatten, dass Ihre Enkelin sie im Sommer im Krankenhaus besucht hat.“ Dies vermittelt der Patientin das Gefühl von Vertrautheit und Wertschätzung.
<input checked="" type="checkbox"/>	4. Die Patientin auf das, was ihr wichtig / was eine Bedeutung für sie hat/ auf Präferenzen ansprechen: „Die Uhr, die hier hängt, sieht sehr alt und wertvoll aus. Darf ich fragen, woher die stammt?“ „Sie schreiben wohl lieber Postkarten als dass sie miteinander telefonieren, richtig?“
<input checked="" type="checkbox"/>	5. Bestärkungen aussprechen: „Ich habe gerade gesehen, dass Sie sich so nett mit der Pflegekraft unterhalten haben. Es muss sehr angenehm sein, Sie als Klientin zu haben.“ „Jedes Mal, wenn ich zu Ihnen komme, haben Sie es so hübsch hier.“ „Trotz der Schmerzen durch Ihre Arthritis machen Sie sich jeden Tag selbst das Frühstück.“
<input checked="" type="checkbox"/>	6. Patienten auf Lebenssinn/ Werte ansprechen: „Was sind Dinge, die Ihnen im Kontakt mit anderen Menschen besonders wichtig sind?“ „Wie erklären Sie sich, dass Sie all die vielen Schicksalsschläge in Ihrem Leben überlebt haben?“ „Würden Sie sich als politischen Menschen beschreiben?“
<input checked="" type="checkbox"/>	7. Die Generativität des Patienten fördern, ihn in seiner Expertenrolle ansprechen: „Ich habe beim Reinkommen gesehen, dass Sie eine Sendung über den Klimawandel geschaut haben. Wie sehen Sie dieses Thema?“ „Wie stehen Sie zum Thema Krieg?“
<input checked="" type="checkbox"/>	8. Patienten in ihrem emotionalen Erleben und in ihrer Wahrnehmung validieren. „Dass Sie sehr traurig darüber sind, dass Sie nach Ihrem Schlaganfall nicht mehr auf Ihrer geliebten Gitarre spielen können, verstehe ich sehr gut. Weinen Sie, das ist völlig in Ordnung!“

Therapiemodul 1:

Strukturierter Lebensrückblick

In dieser Therapiephase geht es, darum gemeinsam mit der Patientin chronologisch strukturiert durch ihre Lebensphasen zu gehen. Dadurch, dass das Erlernen neuer Fertigkeiten in nicht erforderlich ist, ist diese Vorgehensweise zu Therapiebeginn geeignet, um den Patienten mit der Therapeutin und dem Format Therapie vertraut zu machen. Je nach Patientin und Situation, in der sie sich befindet, soll dabei ein unterschiedlicher Ziel- und Vorgehensfokus gelegt werden.

Eine relativ hohe Sitzungsanzahl (ca. 10 Sitzungen) ist vor allem bei Patienten mit relativ intakten kognitiven Ressourcen indiziert, die mit der Vergangenheit hadern, ständig Vergleiche ziehen zwischen dem Leben, wie es ist, und dem, wie es hätte sein können (kontrafaktisches Denken: „Wie wäre es jetzt, wenn damals..“); die nach Erklärungen für ihr Gewordensein suchen, ohne dabei eine befriedigende Antwort zu bekommen; die sich als Opfer oder als Tätiger fühlen. Ziel ist hier, Scham- und Schuld erleben abzubauen und ein flexibleres, positiveres, differenzierteres Selbstnarrativ zu entwickeln, indem auch die negativen autobiographischen Erlebnisse in ihrer Bedeutung und Sinnhaftigkeit für die eigene Lebensgeschichte wahrgenommen und verstanden werden; Lebensmuster und Zusammenhänge sollen in der Gesamtschau verstanden werden („Integrität“, Selbstakzeptanz).

Eine eher niedrigere Sitzungsanzahl (ca. 6 Sitzungen) ist bei Patienten sinnvoll, die aktuell mit besonders akuten, vielfältigen, schwerwiegenden Verlusterfahrungen und kognitiven Einbußen konfrontiert sind. Hier sollte schwerpunktmäßig das Stimulieren des einfachen Erzählens autobiografischer Erinnerungen (biographische Fakten, die zum Selbstkonzept der Patientin gehören) gefördert werden sollte, um eine Selbststabilisierung und Normalisierung der Lebenssituation zu erreichen. Bei Patienten mit leichter Demenz kann der Lebensrückblick der ‚Bewahrung des Selbst‘ genutzt werden.

Eine mittelhohe Sitzungsanzahl (ca. 8 Sitzungen) ist bei Patienten indiziert, die aktuell große Schwierigkeiten haben, bestimmte Probleme zu bewältigen. Auf der Basis einer Biographie, in der der Patient schon mit vielen Herausforderungen konfrontiert war, soll sich der Patient wieder mehr an Geleistetes, an Bewältigtes, erinnern.

Bei allen Patienten kann der strukturierte Lebensrückblick genutzt werden, um in der aktuellen Phase der Niedergeschlagenheit, Freundlosigkeit und Antriebslosigkeit wieder mehr Kontrolle über den Gedächtniszugriff auf positive Details aus der eigenen Biographie zu bekommen.

<input checked="" type="checkbox"/>	1. Beziehungsebene: Der Patientin das Gefühl vermitteln: unmittelbar wichtig und einzigartig zu sein; ‚richtig‘ zu sein, so wie sie (geworden) ist; von Anregung durch Austausch; dass sie gut ‚getragen‘ wird; sich als Zeugin des Erlebten, als ‚Mitglied der nachfolgenden Generation‘ zur Verfügung stellen. Um zu verhindern, dass Patienten von Affekten überflutet werden, stellt sich der Therapeut als ‚interaktiver Affektregulator‘ zu Verfügung.
	2. Rational des strukturierten Lebensrückblicks differenziell je nach Patient erläutern: „Sie hadern sehr mit Ihrer Vergangenheit und machen

PSY-CARE

	<p>sich Vorwürfe. Diese Schuldgefühle zapfen sehr viel Energie von Ihnen ab, die Sie im Moment brauchen. Deshalb würde ich Sie gerne dazu einladen, mit mir gemeinsam nochmal gemeinsam zu schauen, wie Ihr Leben verlaufen ist. Vielleicht wird Ihnen dadurch manches klarer. Das kann einem wieder mehr Kraft für den Alltag geben.“ „Sich an positive Dinge in der eigenen Biographie zu erinnern, kann freudvolle Momente, Spaß und Stolz, mit sich bringen. Sie fühlen sich gerade niedergeschlagen. Ich denke, noch einmal auf ihr Leben zurückzuschauen, kann Ihnen helfen, sich wieder besser zu fühlen.“ „Sie haben schon viele Dinge in Ihrem Leben gut bewältigt. Ich bin überzeugt davon, dass Sie diese Erfahrung für das Hier und Jetzt nutzen können.“ „Im Moment haben Sie das Gefühl, Ihr Leben gerät völlig aus den Fugen und Sie sind gar nicht mehr derjenige, der Sie einmal waren. Da ist es besonders wichtig, sich wieder klar zu machen, wer man eigentlich ist und was einen ausmacht.“</p>
☑	<p>3. Einteilung des Lebenslaufs in aufeinanderfolgende Lebensphasen/Lebenthemen: Dies erfolgt gemeinsam mit dem Patienten: frühe Kindheit/Herkunftsfamilie, Grundschulalter, Jugendalter/„emerging adulthood“ Erwachsenenalter, Erwachsenenalter: Berufsleben, Familienleben (Partnerschaft, Kinder/Enkelkinder), Freundeskreis/Hobbies, Gesundheit/Krankheit. Es eignet sich dazu die Arbeit mit der Lebenslinie.</p>
☑	<p>4. Anregung zur Auseinandersetzung mit positiven und negativen Erinnerungen:</p> <ul style="list-style-type: none"> – „Was waren Ihre Stärken?“, „Wofür erhielten Sie damals Anerkennung?“ – „Was waren damals Dinge, die herausfordernd für Sie waren?“, „Gab es Niederlagen, Enttäuschungen?“ – Als Einstieg in eine Lebensphase können deskriptive Fragen gewählt werden („Wer waren damals Ihre Freunde?“). Danach ist bedeutsam, die Gefühle und Bewertungen der ‚Fakten‘ („Welche Bedeutung hatte diese Freundschaft für Sie?“) anzuregen. Dadurch sollen negative Interpretationen infrage gestellt werden und Neubewertungen angeregt werden. – Bei negativen Lebensereignisse ist es wichtig, auch nach persönlichen und sozialen Ressourcen der Patientin zu fragen, die bei der Problembewältigung hilfreich waren („Wie ist es Ihnen gelungen, das Problem zu lösen?“)
☑	<p>5. Bildreich, anschaulich und packend berichten lassen. Intellektualisierung vermeiden; gerade bei ‚Archivgeschichten‘: nach Farbe, Gerüchen, Geschmack fragen, dadurch neuen Blickwinkel ermöglichen. Fotos, Tagebücher, alte Postkarten, Musik und Filme von damals (wichtig dabei ist die kreative Leichtigkeit; darf nicht anstrengend oder irritierend sein). Ggf. kann der Therapeut auch selbst ‚cues‘ mitbringen, z.B. Torhüterhandschuh, wenn jemand früher Torwart war.</p>
☑	<p>6. Im Fall von Traumata ‚gemäßigte Traumaexposition‘: Eigene Therapiesitzung mit der Traumaskilderung, die vor der Lebensphase eingeordnet wird, in der sich das Trauma ereignet hat. Ziel ist es, dass der</p>

PSY-CARE

	<p>Patient erkennt, dass das Trauma <i>ein</i> Ereignis von vielen Lebensereignissen war (es gab ein Leben vor und nach dem Trauma); dass trotz Trauma hat eine Entwicklung stattgefunden!</p>
	<p>7. „Lebensbuch“ als ergänzendes therapeutisches Mittel: Chronologische Sammlung bedeutsamer (typischer oder ‚besonderer‘) Fotos für verschiedene Lebensabschnitte mit Angabe von Empfindungen, die das Foto auslöst</p>
<input checked="" type="checkbox"/>	<p>8. Therapieabschluss: Differenzierte Lebensbilanz</p> <ul style="list-style-type: none"> – „Insgesamt betrachtet, welche ist Ihre größte Stärke in schwierigen Situationen?“ – „Welche Dinge in Ihrem Leben haben Sie zu der Person gemacht, die sie geworden sind?“ – „Was würden Sie aus heutiger Sicht ändern, besser machen, wieder genauso machen?“
<input checked="" type="checkbox"/>	<p>Zukunftsplanung</p> <ul style="list-style-type: none"> – „Was sind für Sie jetzt die wichtigsten Dinge in Ihrem Leben?“ – „Was ist Ihnen für Ihren Lebensalltag in Zukunft besonders wichtig?“ – „Wovon wollen Sie sich in Zukunft verabschieden?“ – („Was möchten Sie der nächsten Generation weitergeben?“) <p>Einsatz von Symbolen und Metaphern</p>

Therapiemodul 2:

Empowerment

In dieser Therapiephase (ca. 6 – 10 Sitzungen) steht die Arbeit im Hier und Jetzt unter Einsatz klassisch kognitiv-verhaltenstherapeutischer Methoden im Fokus. Dabei sind bei der Durchführung folgende Aspekte zu berücksichtigen:

- *Aufbau positiver Aktivitäten* bedeutet für diese Patientengruppe Aufbau einer positiven, halt- und strukturgebenden Alltagsroutine, in der sich Pflichten und angenehme, sinnhafte Aktivitäten abwechseln. Es ist im Fall von funktionalen Einschränkungen eine höhere Aktivität der Therapeutin erforderlich (z.B. Nummer eines Fahrdienstes zur Verfügung stellen, um Patienten zu Gottesdienst zu fahren; ggf. selbst Fahrdienst anrufen). (Darauf achten, dass nicht depressives Verhalten verstärkt wird und Paternalismus vermeiden!)
- *Kognitive Umstrukturierung*: Bei der kognitiven Umstrukturierung steht häufig das Thema der Wertlosigkeit/ Bedeutungslosigkeit in Anbetracht der Pflegebedürftigkeit im Mittelpunkt. Ziel ist, dass die Patientin erkennt, dass ihr Wert als Person unabhängig von ihren nachlassenden körperlichen bzw. geistigen Kräften ist. Auch das Zur-Verfügung-Stellen therapeutischer Metaphern zum alten, kranken Körper ist hilfreich („Ich sehe Ihren Körper eher wie ein altes, verwundenes Haus, das schon viele Stürme überlebt hat. Und das trotzdem noch seinen Bewohnern Schutz bietet. Neue Gebäude haben nicht den Charme eines alten Gebäudes.“) Außerdem haben sich hedonistische Disputationstechniken als sinnvoll erwiesen. „Wie fühlen Sie sich, wenn Sie denken, dass alle sie für einen elenden Krüppel halten? Wie fühlt sich das in Ihrem Körper an? Hilft Ihnen der Gedanke, dabei, sich besser zu fühlen?“
- Beim *Sozialen Kompetenztraining* sollte dem Umstand Rechnung getragen werden, dass ältere Menschen generell eine hohe Präferenz für vertraute emotional bedeutsame Sozialpartner hegen und dazu neigen, Auseinandersetzungen und Konflikte mit diesen zu vermeiden (um Kraft zu sparen; aus Angst vor Bindungsverlust in Anbetracht von wahrgenommener Abhängigkeit). Die Verbesserung vorhandener sozialer Beziehungen etwa zu Partnern, Kindern, Enkelkindern, Pflegekräften und Nachbarn kann mehr noch als der Aufbau neuer sozialer Kontakte der Fokus sein. Eine typische soziale Problemsituation könnte etwa sein: „*Mein Sohn gibt mir erst ganz kurzfristig Bescheid, ob er mit seiner Familie an Weihnachten zu mir kommt oder nicht. Ich kann gar nicht richtig planen, traue mich aber nicht, das anzusprechen. Ich ärgere mich dann und bin unfreundlich.*“ Generell gilt es, mittel- und langfristig selbstschädigender „Harmoniesucht“ durch Training sozialer Kompetenzen entgegengewirkt werden. Gleichzeitig muss die Therapeutin aber hier auch realistische Ziele haben, siehe unten.

Ein übergeordnetes Prinzip, welches sich in der Umsetzung aller drei KVT-Methoden widerspiegeln sollte, ist das **Empowerment** („Selbstbemächtigung“) der Patientin. Dies gelingt durch alle Strategien und Maßnahmen, die den Grad der Autonomie und Selbstbestimmung der Patientin erhöhen und ihnen ermöglichen, ihre Interessen wieder eigenmächtig, selbstverantwortlich und selbstbestimmt zu vertreten. Empowerment soll dem Gefühl der Macht- und Einflusslosigkeit der Patientin etwas entgegensetzen. Gestaltungsspielräume und Ressourcen sollen wahrgenommen und genutzt werden.

<input checked="" type="checkbox"/>	<p>1. Die Patienten (Antriebslosigkeit als typisches Symptom!) intensiv durch Bekräftigung und Ermutigung motivieren und ‚energetisieren‘. „Ich weiß, Sie haben keine Lust auf die Kraft-Balance-Übungen jeden Tag. Aber machen Sie sie – und zwar gerade, <i>weil</i> Sie keine Lust haben! Sie haben mir sehr eindrücklich beschrieben, wie stolz Sie danach immer sind! Das wird Ihnen guttun!“</p>
<input checked="" type="checkbox"/>	<p>2. Eigene (persönliche) Überzeugung zu Einflußnahmemöglichkeiten in der alltäglichen Lebensführung wiederholt betonen. „Ja, Sie werden immer auf Hilfe angewiesen sein. Sie sind in Ihrer Selbständigkeit sehr eingeschränkt. Aber eingeschränkte Selbständigkeit heißt für mich nicht, dass Sie auf Ihr Leben <i>gar</i> keinen Einfluss haben! Ich bin absolut davon überzeugt, dass es einzelne Bereiche in Ihrem alltäglichen Leben gibt, die sie selbstbestimmt gestalten können! Ich würde mir das gerne mit Ihnen zusammen anschauen.“</p>
<input checked="" type="checkbox"/>	<p>3. Darauf hinwirken, dass nichtproduktive Tätigkeiten wie z.B. unnötiges Schlafen, Horten von Dingen exzessives Fernsehen aufgegeben werden. Mit dem Patienten Nachteile dieser Verhaltensweisen und Alternativen besprechen und einüben.</p>
<input checked="" type="checkbox"/>	<p>4. Detailliert Präferenzen in der alltäglichen Lebensführung besprechen. Wo möchte der Patient gerne seine Mahlzeiten einnehmen? Wie soll die Temperatur im Raum eingestellt sein? Welchen Pullover möchte er tragen? Welche Fotos sollen an der Wand hängen? etc. Die Patientin soll die Überzeugung entwickeln, dass sie zumindest in einigen Lebensbereichen etwas dafür tun kann, das zu bekommen, was ihr wichtig ist. Es geht i.d.R. um konkrete, einfache, basale Dinge, die aber im Kontrollerleben des Patienten einen entscheidenden Unterschied machen können.</p>
<input checked="" type="checkbox"/>	<p>5. Patientin vermitteln, dass sie (auch wenn dem von anderen nicht immer nachgekommen wird), dass sie ein Recht auf Respekt und Selbstbestimmung hat. Typische Aussagen sind „Ich will nicht, dass viel Wirbel um mich gemacht wird.“ „Ich will keine Arbeit machen.“ Zu beachten ist, dass diese Aussagen ganz unterschiedliche Ursache haben können: Generationenspezifische Überzeugung, Persönlichkeitseigenschaft, Selbstwerterhalt, Depression. Statt zeitintensiver und kognitiv anspruchsvoller kognitiver Umstrukturierung kann es hier sinnvoll sein, der Patientin die eigene Sicht zur Verfügung stellen: „Darf ich Ihnen einmal meine persönliche Wahrnehmung/ Überzeugung hierzu sagen?“</p>
<input checked="" type="checkbox"/>	<p>6. Zusätzlich zu Aktivierung/ Umstrukturierung/ Soziales Kompetenztraining mit Problemlösetraining arbeiten:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Problemanalyse: Was ist das Problem? Warum ist die Situation ein Problem? Wann, wo, wie oft kommt die Situation vor? – Lösungsmöglichkeiten erarbeiten – Systematische Bewertung der Lösungsmöglichkeiten und Auswahl der besten. Was sind die Vor- und Nachteile der Lösungen? Wie wahrscheinlich sind diese Vor- und Nachteile? – (schon Teil der nächsten Therapiephase): Planung der Umsetzung, Umsetzung im Alltag

PSY-CARE

	<p>– Bewertung der Lösung nach den ersten Erfahrungen im Alltag: Welche Intervention hat guten Erfolg gehabt, welche weniger? Woran hat der Misserfolg gelegen?</p>
<input checked="" type="checkbox"/>	<p>7. Die Grenzen der Kontrolle des Patienten kennen und einbeziehen. Ein Beispiel: Eine Patientin übt im Rahmen einer Sitzung (Soziales Kompetenztraining) ein Gespräch mit der Pflegekraft ein, in dem sie die Pflegekraft bittet, sie anzurufen, falls die Pflegekraft sich einmal erheblich verspätet. (Nicht nur, aber auch) vor dem Hintergrund der institutionellen Problemen in der Pflege ist wichtig, die Patientin darauf vorzubereiten, dass es sein kann, dass sich die Pflegekraft nicht darauf einstellt. Wenn die Pflegekraft letztlich weiterhin nicht dem Wunsch der Patientin nachkommt, soll mit der Patientin gemeinsam ausgewertet werden, wie es dazu kommt, und was sie in Zukunft stattdessen tun könnte. (siehe auch nächste Therapiephase)</p>
<input checked="" type="checkbox"/>	<p>8. Verstärkung von Abhängigkeit sowie Bestrafung durch das System verstehen und einbeziehen. Patienten, die ruhig, wenig anspruchsvoll und konform sind, sind beim Pflegepersonal besonders beliebt („gute Patienten“). Die Patienten geben die Kontrolle an das Pflegepersonal ab, und werden im Gegenzug dafür freundlich behandelt und verstärkt. Patienten, die ihre Wünsche äußern und Forderungen stellen, gelten manchmal als schwierig, fordernd und problematisch. Auf solche Patienten lässt sich Pflegepersonal häufig nicht ein, oder es wird negativ auf sie reagiert, etwa in Form einer wütenden Reaktion auf eine Nachfrage (Bestrafung der Patienten). Patienten müssen auf solche Reaktionen vorbereitet sein.</p>
<input checked="" type="checkbox"/>	<p>9. Flexibel sein, wenn es um Durchsetzungsfähigkeit gegenüber Pflegenden geht. Vor allem ältere Frau dieser Generation sind zu keiner Zeit in ihrer Biographie durchsetzungsfähig gewesen. Eigene Forderungen zu stellen wird als nicht passend zur eigenen Persönlichkeit begriffen. Hinzu kommt, dass sich Patienten sehr abhängig von Pflegenden fühlen. In diesen Situationen geht es darum, realistisch (aber nicht nihilistisch!) zu sein, was von den Patienten erwartet werden kann.</p>

Therapiemodul 3:

Systemmobilisierung

Über die traditionelle ‚dyadische‘ Therapie hinaus ist es in der Arbeit mit der Patientengruppe unablässig, Systemmitglieder mit einzubeziehen. Systemmobilisierung soll insbesondere im letzten Drittel der Therapie (14.-20. Sitzung) zum Einsatz kommen, bestimmte Formen (v.a. Informationsvermittlung) bieten sich allerdings auch schon in früheren Phasen an. Ohne Einbezug von Systemmitgliedern kann eine Therapie mit der Patientengruppe i.d.R. nicht gelingen. Spezifische Gründe dafür sind u.a.:

- Patienten sind mehr auf die Unterstützung des Systems angewiesen.
- Der körperliche und kognitive Zustand wird sich bei den meisten Patienten verschlechtern, so dass das System vorbereitet werden muss.

Gleichzeitig sind die sozialen Systeme der Patientengruppe häufig durch Überlastung, Sorgen, Enttäuschung, Zeitdruck bis hin zu psychischer und körperlicher Krankheit gekennzeichnet. Die Depression der Patientinnen steht in enger Wechselwirkung mit den Problemen des Systems: Einerseits sind vor allem pflegende Angehörige und Pflegekräfte durch sozialen Rückzug, Antriebslosigkeit, Lebensüberdruß etc. der Patientengruppe überfordert und belastet. Andererseits sind depressive Symptome der Patientinnen auch als Folge eines depressinogenen sozialen Umfeldes zu bewerten, welches nicht zuletzt auch durch strukturelle Probleme in der Pflege gekennzeichnet ist, und in dem Abhängigkeit verstärkt wird.

In welchem Umfang wann welche Formen der aktiven, unmittelbaren Mobilisierung des Systems durch die Therapeutin sinnvoll ist, ist von Patientin zu Patient äußerst unterschiedlich. Als heuristische Regel kann gelten, dass bei Patienten mit stärkeren kognitiven Defiziten und chronisch progredienten körperlichen Krankheitsverläufen besonders stark mit Systemmobilisierung gearbeitet werden.

Systemmobilisierung muss immer in Absprache mit den Patientinnen erfolgen. Dies mag für Therapeutinnen selbstverständlich klingen - ist es aber im Arbeitsalltag nicht, nicht zuletzt, weil Paternalismus und Schweigepflichtsverletzungen ‚üblich‘ sind.

Ansätze für Systemmobilisierung sind i.d.R. nicht (wie dies teilweise im Bereich Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie der Fall ist) in der Regelversorgung. Sich hieraus ergebende Herausforderungen für Therapeutinnen:

- psychologische Herausforderung: hohe Komplexität des Systems
- regulär keine finanzielle Vergütung
- hoher zeitlicher Aufwand
- logistische Herausforderungen
- Datenschutz schwer einzuhalten

Alle mit einem Sternchen markierten Verweise in der nachfolgenden Tabelle befinden sich im Anhang.*

PSY-CARE

<input checked="" type="checkbox"/>	<p># Information über Depressionserkennung und -monitoring bei Pflegebedürftigen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • in Einzelgesprächen • Verweis auf PSY-CARE Training unter www.psy-care.de (auch und insbesondere für Ärztinnen und andere Fachkräfte im Bereich Therapie und Pflege) • Bereitstellung von Informationsmaterial für Angehörige („Die Anti-Depressions-Strategie im Alter“; „Wenn Ältere schwermütig werden“)
<input checked="" type="checkbox"/>	<p># Vermittlung von Wissen über Umgang mit Depression bzw. mit dem depressiven Patienten:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bereitstellung von Informationsmaterial für Angehörige („Die Anti-Depressions-Strategie im Alter“; „Wenn Ältere schwermütig werden“) • Verweis auf Online Coaches: Familiencoach Depression https://depression.aok.de/ (ist allerdings nicht spezifisch für ältere Menschen bzw. Menschen mit Pflegebedarf) • Einzelgespräche dazu, wie der Patient unterstützt werden kann: <ul style="list-style-type: none"> – Was ist problematische Kommunikation (z.B. Ratschläge, Beschwichtigungen), was hilfreiche Kommunikation (z.B. Verständnis für das momentane Unvermögen, konkrete Hilfe anbieten) bei Depression* – Förderung der Kompetenz der Systemmitglieder, Initiative und Selbständigkeit des Patienten positiv zu verstärken – Möglichkeiten aufzeigen, den Patienten zu den in der Therapie identifizierten positiven Aktivitäten zu motivieren und dabei zu unterstützen – ggf. Gespräch zur realistischen Einschätzung der Zukunft (etwa, wenn trotz progredienten Charakters der Erkrankung des Patienten die Sicht vorherrscht, dass alles „normal“ weiterlaufen wird)
<input checked="" type="checkbox"/>	<p># Gestalten gemeinsamer Sitzungen zwischen Patientin und Systemmitgliedern.</p> <p><u>Im Fall von professionellen Pflegekräften:</u> Lösungsorientiertes Gespräch zu Problemen zwischen Patientin und Pflegekräften. Wechselseitiges Verständnis fördern. Wie wird die Problemsituation erlebt? Was sind die gegenseitigen Erwartungen? Wie können die Präferenzen der Patientin berücksichtigt werden? etc.</p> <p><u>Im Fall von (pflegenden) Angehörigen (Partnerinnen, Kinder, Geschwister):</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Zuerst Probleme der Dyade herausarbeiten. Dazu gehören typischerweise Probleme im Kommunikationsstil, fehlende Bewältigungsstrategien, wenig gemeinsame Aktivitäten, Verluste wichtiger Elemente in der Beziehung, Probleme in der Adaptation an neue Rollen, Unsicherheit und Sorgen über die Zukunft. • Bei Paaren: Oral History Interview*: Wie haben sich die Partner kennengelernt, was hat fasziniert, welche positiven Ereignisse gab es? Ziel: Ausgleich zu aktuellen Problemen • Interventionen neben Kommunikationstraining*:

PSY-CARE

	<ul style="list-style-type: none"> - Reziprozitätstraining*: Erarbeiten von Möglichkeiten, dem anderen eine Freude zu bereiten (Komplimente, Geschenke, gemeinsames Singen, Gespräche über Lebensanschauung etc.) - Etablierung gemeinsamer positiver Aktivitäten* - Gemeinsames Problemlösetraining* - Dyadische Bewältigungsstrategien einüben (Was kann ich tun, um meinen Partner zu unterstützen?) - Gespräche zu realistischer Einschätzung der Zukunft* (bei vermeidenden Personen mit vielen Ängsten und Sorgen) - Gemeinsames Planen der zukünftigen Haushalts- und Pflegeaktivitäten*
<input checked="" type="checkbox"/>	<p># Empathische Wertschätzung und Vermittlung von Wissen im Umgang mit eigenem Stress und Depressivität. Allerdings Ziel im Kopf behalten, dass man die Therapeutin der Patientin (und nicht die Therapeutin des Systemmitgliedes ist).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sich bei Systemmitgliedern nach Zustand erkundigen, Anerkennung der hohen emotionalen Belastung • Persönliches Gespräch: Sich einen Überblick über die Situation des Angehörigen verschaffen; das Unterstützungsnetzwerk analysieren und konkrete Unterstützungsmöglichkeiten herausarbeiten • Bei pflegenden Angehörigen Verweis auf: <ul style="list-style-type: none"> - Online Pflegecoach http://www.tkpflegecoach.de/ (enthält neben Pflgetechniken auch Information zu Selbstfürsorge) - Telefonische Beratung: Pflege in Not (www.pflege-in-not.de) - Online-Beratung https://www.pflegen-und-leben.de/start.html - Pflegestützpunkte der Bezirke • Auf Psychotherapieangebote verweisen. Speziell für Pflegende Angehörige gibt es ein gruppentherapeutisches Angebot (tiefenpsychologisch): https://www.mvz-psychische-gesundheit.de/pflegende-haende; Einzeltherapie (Gesprächspsychotherapie) speziell für pflegende Angehörige: Praxis Dorothee Unger (https://www.praxis-unger-psychotherapie.de/)
<input checked="" type="checkbox"/>	<p># Mit Systemmitgliedern kommunizieren, wenn der Patient Hilfe durch professionelle Helferinnen benötigt: Ärztinnen (z.B. Augenarzt, Zahnarzt), Physiotherapeutin, Ergotherapeut, Optikerin, Akustiker, ggf. stationäre Aufenthalte</p>
<input checked="" type="checkbox"/>	<p># Gegenüber Systemmitgliedern den Interessen und Anliegen des Patienten Nachdruck verleihen: z.B. defekter Toilettensitz, der lange nicht repariert wird. Einschreiten, wenn ein Patient von Systemmitgliedern Gewalt erfährt. In Absprache mit dem Patienten www.pflege-in-not.de oder ggf. Ärzt/in oder Polizei informieren. Auf der Website https://www.pflege-gewalt.de/ findet man Informationen zu Gewaltprävention in der Pflege. Broschüre zu Gewalt in der Pflege: https://masgf.brandenburg.de/media_fast/4055/Pflege-in-Not_Internetversion.pdf</p>
<input checked="" type="checkbox"/>	<p># Positive Kommunikation zwischen Angehörigen und Pflegekräften fördern: Wechselseitiges Verständnis fördern. Wie wird die Problemsituation erlebt? Was sind die gegenseitigen Erwartungen?</p>
<input checked="" type="checkbox"/>	<p># Helferkonferenz organisieren und moderieren. Teilnehmende: Patientin, Psychotherapeutin, Ärztin, Angehörige, Pflegekräfte</p>

Therapieende

Therapieerfolge würdigen und verstetigen

<input checked="" type="checkbox"/>	<p>1. Für die Patienten, die meistens schon viele soziale Verluste in ihrem Leben erlebt haben, kann das Ende der Therapie ein weiteres Beziehungsende darstellen, mit dem sie aufgrund ihrer Erfahrungen gut umgehen können bzw. etwas, das sie gewohnt sind. Man sollte sich daher nicht wundern und es ist als dysfunktionale Abwehr interpretieren, wenn Patienten auf das Therapieende und auf Ankündigungen des Therapieendes vergleichsweise „unemotional“ reagieren. Viele Patienten drücken aber auch ihre Traurigkeit über das Therapieende sehr direkt aus. Generell ist darauf hinzuwirken, dass Patienten das Therapieende auch als persönlichen Erfolg sehen können; oder als Gelegenheit, jemandem „im Guten“ auf Wiedersehen zu sagen.</p>
<input checked="" type="checkbox"/>	<p>2. Therapeutinnen sollten ihre eigenen Übertragungen reflektieren - bezüglich Tod, Sterben, Verhältnis zu den eigenen Eltern, eigenem Leistungsanspruch. Manche Therapeutinnen haben gerade bei dieser Patientengruppe zu Therapieende das Gefühl, die Patienten ‚im Stich‘ zu lassen. Die Patienten haben in der Regel Probleme ‚ohne Ende‘ (chronische Erkrankungen, progredienter kognitiver Abbau). Daher stellen Therapeuten oft den Therapieerfolg bzw. ihre eigene Kompetenz in Frage. Eine realistische Perspektive auf den Beitrag, den man für die Patientengruppe leisten kann, ist von Beginn der Therapie an notwendig.</p>
<input checked="" type="checkbox"/>	<p>3. Als Ergebnis der Nachbesprechung der Therapie soll ein Plan (inkl. Notfallplan) für die Patientin schriftlich festgehalten werden. Dieser sollte vorhandene und aktivierbare Ressourcen des Patienten umfassen, typischerweise positive Aktivitäten, positive Erinnerungen, professionelle Kontakte und persönliche Kontakte.</p>
<input checked="" type="checkbox"/>	<p>4. Eine schriftliche Feedback-Vereinbarung soll für Angehörige, Pflegekräfte, (Haus-)ärztinnen und ggf. weitere Fachkräfte im Bereich Therapie und Pflege getroffen werden.</p>

Anlage 4: PSY-CARE Webpräsenz - Videos, Schulungsunterlagen und Informationen für Betroffene

Depression bei zuhause lebenden pflegebedürftigen Patienten erkennen

Eine Online-Kurzschulung für Hausärzte, Psychotherapeuten und Fachkräfte im Bereich Therapie und Pflege



PSY-CARE

Versorgungsinitiative für pflegebedürftige Menschen mit Depression

[AKTUELLES](#) [PSY-CARE](#) [VERÖFFENTLICHUNGEN](#) [DEPRESSION IM ALTER](#) [TEAM](#) [KONTAKT](#) [Q](#)

MSB Medical School Berlin
Hochschule für
Gesundheit und Medizin

CHARITÉ
Universitätsmedizin Berlin

dgvt
Deutsche Gesellschaft für
Verhaltenstherapie e.V.



Geleitet durch
**Gemeinsamer
Bundesausschuss
Innovationsausschuss**



Siehe: www.psy-care.de

PSY-CARE Ratgeber Depression

**Hilfestellungen für alte und sehr alte
Menschen mit Pflegebedarf**

sowie deren Vertraute, Angehörige und Pflegekräfte

© 2021 Prof. Dr. Eva-Marie Kessler

Dieses Werk einschließlich der Print- und Audioversion ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwendung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechts ist ohne Zustimmung des Verlags unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen und für die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen. Dieses Werk enthält

Sehr geehrte, liebe Damen und Herren, liebe Zuhörerinnen und Zuhörer,

So wie der Körper verändert sich auch das seelische Befinden im Alter. Neben Chancen bringt das Altern vielfältige Herausforderungen mit sich. Besonders bei Pflegebedarf können viele schwerwiegende Belastungen zusammenkommen wie: In dem, was man sein Leben lang selbständig tun konnte (sich waschen, laufen, Dinge tragen), mehr oder weniger eingeschränkt zu sein. / Auf andere Menschen bei der Verrichtung alltäglicher Dinge angewiesen zu sein. / Das Vorliegen von schwerwiegenden Erkrankungen wie Parkinson, Schlaganfall, Diabetes oder Tumorerkrankungen. / Chronische Schmerzen und Atemnot. / Finanzielle Belastungen und Entbehrungen. / Nicht mehr gut sehen und hören können. / Unsicher auf den Beinen sein. / Probleme mit Aufmerksamkeit und Gedächtnis. / Wenig Abwechslung und Langeweile bei gleichzeitigem Dauerstress durch Arztbesuche. / Einnahme von Medikamenten mit Neben- und Wechselwirkungen. / Krankenhausaufenthalte und Operationen. / Vielleicht zu wenig Kontakte und emotionale Nähe. / Auseinandersetzungen und Streit mit anderen. /

Hohe Ansprüche an sich selbst, die man nicht mehr erfüllen kann...Scham und Schuldgefühle.

All dies sind Beispiele dafür, wie das Leben bei Pflegebedarf im Alter Menschen verletzlich werden lässt. Gerade dann, wenn mehrere der genannten Belastungen zusammen auftreten, ist das Risiko deutlich erhöht, an einer Depression zu erkranken. Etwa jeder dritte ältere Mensch mit Pflegebedarf leidet unter einer depressiven Episode – im Glücksfall nur für eine kurze Zeit und auch nur in leichter Form, manchmal aber auch über viele Wochen und Monate und schwer ausgeprägt. *Für Manche ist Depression ein Zustand, mit dem sie nie gerechnet hätten – „Mir ging es doch früher nie so schlecht!...“. Für andere wiederum ist Depression im Alter eine vertraute Erkrankung, die sie schon aus früheren Lebensphasen kennen, vielleicht auch schon von den eigenen Eltern und Geschwistern, und die sie auch jetzt wieder einholt.* Es gibt in der Regel viele Einflussfaktoren: dazu gehören körperliche Erkrankungen wie Diabetes, Schlaganfall und chronisch-obstruktive Lungenerkrankungen und damit verbundenen Einschränkungen im alltäglichen Leben. Auch wenig soziale Unterstützung und Teilhabe, Einsamkeit oder sogar Isolation können dazu beitragen. Aber auch biographische Erfahrungen über das Leben, die psychische Wunden hinterlassen haben. Die Ursache für Depression lässt sich in der Regel aber nicht eindeutig feststellen, es sei denn, die

Depression kann auf Medikamenteneinnahme oder Fehlernahrung zurückgeführt werden. Die allermeisten Menschen müssen damit leben, dass sich die Frage nach dem *Warum?* nicht eindeutig beantworten lässt, auch nicht durch Ärzte oder Psychotherapeuten.

So unterschiedlich auch jede Depression ist - immer gilt: Depression geht mit seelischem Leiden einher. Depression steht immer mit einem Mangel an positiven Erfahrungen und Erlebnissen im Zusammenhang. Depression führt dazu, dass man sich über die Zeit hinweg immer weniger zutraut, weniger aktiv ist und am Ende weniger selbständig leben kann. Auch der körperliche Zustand verschlechtert sich durch Depression, so dass sogar die Lebenserwartung dadurch verkürzt sein kann.



Wir freuen uns sehr, dass Sie hier zuhören – denn das zeigt, dass Sie sich trotz Ihrer Lebensumstände, trotz Niedergeschlagenheit und Antriebslosigkeit, nicht aufgeben haben. Es zeigt, dass Sie sich eine Veränderung wünschen und Sie angehen! Wir können Sie in dieser bemerkenswerten Haltung nur unterstützen: wenn es um Depression geht, ändert man durch Zaudern und Abwarten nichts. Man kann und muss die Veränderung durch Tun angehen und dann dranbleiben!

PSY-C△RE

Wie Sie diesen Ratgeber nutzen können

Nun möchten wir Ihnen noch einige wichtige Hinweise geben, wie Sie diesen Ratgeber nutzen können.

- i. Wir wollten damit Sie als von Depression Betroffene sowie auch Ihre Vertrauten und Angehörigen ansprechen. Schließlich sind Sie ein „System“, ein – mal mehr, mal weniger - gutes „Team“. Für Sie stellen wir in einem ersten Teil des Ratgebers ausführlich dar, woran man Depression bei Pflegebedarf im Alter erkennt – bei sich selbst und beim anderen. Dieser Teil ist uns sehr wichtig, denn: erst, wenn man Depression erkennt, kann man angemessene Hilfe suchen und in Anspruch nehmen!!
- ii. In einem zweiten Teil des Ratgebers geben wir dann Anregungen, wie Sie als von Depression Betroffene im alltäglichen Leben mit Depression umgehen können – ganz im Sinne der Selbsthilfe!
- iii. Den dritten Teil bilden Tipps und Ratschläge dazu, was Vertraute und Angehörige tun können, um Betroffene zu unterstützen. Das fängt nämlich schon dabei an, wie Sie miteinander im Alltag kommunizieren! Nutzen Sie die Inhalte dieses Ratgebers als Anregung, um miteinander ins Gespräch zu kommen!

Und noch ein letzter Hinweis zur Nutzung des PSY-CARE Ratgebers, liebe Zuhörerinnen und Zuhörer: keine Lebenssituation bei Pflegebedarf im Alter gleicht der anderen. Jede Depression ist eine andere. Gleichen Sie das, was hier gesagt werden wird, mit Ihrer eigenen Lebenssituation ab. Was kommt Ihnen bekannt vor? Worin finden Sie sich wieder? Was könnte das Gesagte für Ihr Leben bedeuten? Was wollen Sie ausprobieren, in die Tat umsetzen? Wir empfehlen, diesen Ratgeber nicht nur ein Mal zu hören, sondern immer mal wieder... vielleicht auch nur einzelne Teile daraus. Lassen Sie die Inhalte auf sich wirken und setzen Sie sich dabei nicht unter Druck.

Woran erkenne ich bei mir selbst Depression?

Wenn man frei von Depression ist, lässt es sich leicht den folgenden Sätzen zustimmen:

- Ich kann mein Leben genießen, auch wenn mir manches schwerfällt.
- Ich kann mich gut entspannen.
- Trotz aller Probleme und Einschränkungen: ich bin grundsätzlich mit meinem Leben zufrieden.

Prüfen Sie für sich: vielen Menschen mit Depression geht es so, dass sie zu diesen Aussagen nicht JA sagen können. Und wie ist es mit den nachfolgenden Empfindungen, kommen Ihnen diese vielleicht viel bekannter vor?

- Ich fühle mich bedrückt
- Ich habe Angst, dass ich etwas Falsches sagen oder tun könnte
- Mein Leben kommt mir sinnlos vor
- Es fällt mir schwer, mich aufzuraffen
- Ich habe Angst vor der Zukunft
- Ich fühle mich durch Schwierigkeiten leicht überfordert
- Ich muss viel grübeln

Wenn Sie sich in diesen Aussagen häufiger wiedergefunden haben, dann kann das für eine Depression sprechen.

Möglicherweise werden Ihnen zusätzlich aber auch diese Phänomene bekannt vorkommen:

- Nicht gut ein- und durchschlafen zu können, und vor allem morgens früh mit einem ängstlichen Gefühl aufzuwachen
- Sich zum Essen zwingen zu müssen
- Verstärkt die eigenen körperlichen Schmerzen wahrzunehmen
- Und auch häufiger den Eindruck zu haben: „Mit meinem Gedächtnis stimmt was nicht!“ bzw. „Ich kann mich auf nichts konzentrieren“

In der Tat können, aber müssen bei Ihnen Schlafprobleme, Appetitverlust, Schmerzen und Gedächtnis- und Konzentrationsprobleme nicht Ausdruck einer Depression sein. Sie können bei Ihnen auch auf körperliche Erkrankungen und Medikamenteneinnahme zurückgehen (Ihr Arzt wird Ihnen mehr dazu erklären können.) Aussagekräftiger ist in Ihrer Lebenssituation das, was wir davor angesprochen haben: fehlende Zufriedenheit mit Ihrem Leben, keinen inneren Antrieb und Schwung zu haben und das Gefühl, wertlos und den Umständen ausgeliefert zu sein.

Je schwerer die Depression ist, desto eher werden Sie vielleicht sogar die Empfindung haben: alles, was mich umgibt, wirkt leicht unwirklich, grau oder verfremdet. Alle um mich herum freuen sich, aber ich kann es so nicht empfinden. Das Essen schmeckt wie Pappe. Musik klingt dumpf. Der ganze Tag ist grau. Ich wünsche mir, tot zu sein. Wenn Sie den letzteren

PSY-CARE

Aussagen innerlich zustimmen konnten, gerade dann ist es dringend notwendig, so schnell wie möglich Hilfe aufzusuchen.

Jetzt richten wir uns an die Angehörigen

Sie sind sicherlich in den letzten Minuten innerlich mitgegangen und haben sich gefragt: trifft das auf meinen Angehörigen zu? Wir empfehlen Ihnen, nutzen Sie die angesprochenen Aussagen, um immer mal wieder mit Ihrem Gegenüber ins Gespräch zu kommen. So können Sie feststellen, ob sich bei ihm oder ihr Anhaltspunkte für eine depressive Episode zeigen.

Jetzt gehen Sie aber auch einmal in sich, denken Sie an die Beziehung mit Ihrem Gegenüber und beantworten Sie für sich folgende Fragen:

Fühlen Sie sich durch jedes Gespräch mit ihm oder ihr richtig heruntergezogen? Treten Sie ehrlich gesagt deswegen auch mit einer gewissen Hemmung mit dem Betroffenen in Kontakt? Sind die Besuche von einer gewissen Zähflüssigkeit behaftet? Haben Sie das Gefühl, dass in seiner oder ihrer Umgebung die Zeit wie Blei verrinnt? Oder beobachten Sie eine leerlaufende Geschäftigkeit und Unruhe? Die gefühlte oder mitgefühlte Niedergeschlagenheit, Abgeschlagenheit oder Nervosität kann ein Hinweis auf eine Depression Ihres Gegenübers sein.

Es gibt weitere Zeichen, die auf eine Depression bei einem Angehörigen hinweisen und auf die Sie achten können:

- Zieht er/sie sich zurück – geht nur manchmal ans Telefon, bleibt zuhause, geht nicht mehr zu Treffen, geht zu früh ins Bett?
- wird Blickkontakt vermieden, ein Lächeln nur gezwungen erwidert?
- Ist er/sie körperlich kraftlos, spannungsleer, gebückt? Oder fahrig, agitiert, nervös, zappelig?
- Ist der Gesichtsausdruck Ihres Gegenübers traurig, weinerlich, besorgt? Oder auch maskenhaft erstarrt?
- Wird leise, monoton und langsam gesprochen, werden lange Sprechpausen gemacht? Fehlende Nutzung des Telefons, Verbleiben in der Wohnung, fehlendes Ausrichten sonst regelmäßiger Treffen (Kaffeetrinken, gemeinsam Sport schauen) weisen auf eine Depression hin. Oft schildern Betroffene, dass sie sich so wie sie aussehen, nicht unter Menschen trauen könnten. Hierbei geht es oft nicht konkret um Kleidung und Frisur, sondern auch um das depressive Bild, von dem die Erkrankten zum Teil noch spüren, dass sie es abgeben.

Und noch einen wichtigen Punkt möchten wir ansprechen: wenn ein hochbetagter, körperlich kranker Mensch sagt: „Ich habe mein Leben gelebt, ich kann jetzt gehen!“, dann ist das eine Aussage, die nicht notwendigerweise mit einer Depression oder Selbsttötungsabsicht in Verbindung stehen muss. Der Wunsch, wenn es denn soweit ist, friedlich

einzuschlafen, hat nicht selten etwas mit Befürchtungen zu tun, eine qualvolle Phase von Schmerz und Hilflosigkeit zu durchleben. Dennoch ist es wichtig, Ihren Angehörigen in depressiven Phasen auf Lebensüberdross und Todeswünsche anzusprechen. „Hast du schon einmal gedacht, dass es sich nicht mehr lohnt, zu leben?“ „Wünschst du dir manchmal, tot zu sein?“ Blocken wir diese Thematik ab, nehmen wir älteren Menschen die Möglichkeit, sich diesbezüglich aussprechen zu können. Was oft angenommen wird, aber keineswegs stimmt, ist, dass indem man einen älteren Menschen auf die Thematik anspricht, dadurch Suizidgedanken oder gar Suizid hervorgerufen werden können.

Zwölf Anregungen zur Selbsthilfe für Betroffene

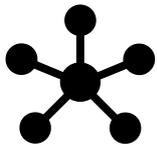
Was können Sie selbst als Betroffener im Alltag tun, um depressiven Symptomen etwas entgegenzusetzen und wieder mehr Lebensqualität zu gewinnen? Im Nachfolgenden möchten wir Ihnen 12 Anregungen zur Selbsthilfe geben.

Vielleicht werden Sie nach einmaligem Anhören noch wenig mit den meisten Anregungen anfangen können. Lassen Sie sie erst einmal sacken und hören Sie dann einzelne davon immer mal wieder an. Geben Sie zu Beginn den Anregungen, die Sie am meisten ansprechen, eine Chance, indem Sie damit etwas innerlich „experimentieren“. Veränderung und Besserung bei Depression erfolgen allmählich, in kleinen Schritten. Das ist normal. Hören Sie einfach einmal zu und schauen Sie dann Schritt für Schritt.

Sind Sie Vertraute, Angehörige oder Pflegekräfte? Dann sind Sie auch eingeladen, zuzuhören – denn Sie sind ja ein Team. Kommen Sie mit den Betroffenen ins Gespräch, so unterstützen Sie sie!



Anregung 1: Das Leben mit Pflegebedarf ist sehr herausfordernd. Der Umgang mit der Tatsache, auf andere Menschen angewiesen zu sein, Schmerzen, wenig Abwechslung, eingeschränkte Privatsphäre usw., erfordern jeden Tag enorme psychische Kräfte. Da gerät das innere Gleichgewicht schnell aus den Fugen. Grenzenlose Niedergeschlagenheit und Verzweiflung müssen sich aber nicht zwangsläufig und für immer einstellen, auch wenn es sich vielleicht manchmal so anfühlt. Depression bedeutet nicht dauerhaftes Gefangensein in der Krankheit. Machen Sie sich immer wieder bewusst: Depression ist keine ausweglose Erkrankung, eine Besserung der depressiven Symptome ist möglich!



Anregung 2: Erinnern Sie sich immer wieder daran, dass Depression kein Zeichen von Schwäche oder von Versagen ist. Depressive sind nicht unfähig oder faul. Auch fallen sie anderen nicht mutwillig zur Last, und lassen sie auch nicht im Stich. Es besteht in der Medizin kein Zweifel daran, dass Depression vielmehr eine ernstzunehmende Erkrankung ist, die behandelt werden muss.



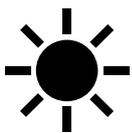
Anregung 3: Es fällt älteren Menschen oft leichter, über schwerwiegende körperliche Erkrankungen zu sprechen als über Mutlosigkeit, Antriebslosigkeit, Verzweiflung und Niedergeschlagenheit. Diese Gefühle nicht anzusprechen ist ein Fehler! Es besteht keinerlei Grund zur Scham. Es ist sowohl legitim als auch notwendig, Vertraute, Angehörige und Professionelle in die eigene Lage einzuweihen. *Sie dürfen Hilfe ungeniert annehmen.* Warten Sie damit nicht. Dies gilt insbesondere dann, wenn Ihre Gedanken darum kreisen, sich das Leben zu nehmen. Wenden Sie sich daher unbedingt in depressiven Phasen regelmäßig an Ihren Hausarzt und sprechen Sie mit ihm offen darüber. Halten Sie sich an die Absprachen, die Sie mit dem Hausarzt getroffen haben, und verändern Sie nicht selbst Ihre Medikation.



Anregung 4: Bei Pflegebedarf entziehen sich viele Dinge der eigenen Kontrolle. Man ist in vielen Bereichen mehr oder weniger auf die Hilfe und „Gunst“ von anderen angewiesen. Vielleicht haben Sie die

unangenehme Erfahrung gemacht, dass Andere über Ihren Kopf hinweg Entscheidungen über Ihr Leben getroffen haben. Betroffene berichten oft von Hilflosigkeit und dem Gefühl, ausgeliefert zu sein. Umso wichtiger ist es, dass Sie diesen Gefühlen durch Ihr eigenes Tun etwas entgegensetzen – denn sie lösen tatsächlich Depression aus bzw. verschlimmern sie. Dies können Sie tun, indem Sie für sich detailliert überlegen, wie Sie trotz mehr oder weniger massiver Einschränkungen Ihr Leben – wenn auch nur „im Kleinen“ nach Ihren Vorlieben und Wünschen gestalten können: *Wo in Ihrer Wohnung möchten Sie Ihre Mahlzeiten einnehmen? Vielleicht gar nicht dort, wo es Ihnen immer serviert wird? * Ist Ihnen oft zu warm in Ihrer Wohnung? Wie wünschen Sie die Raumtemperatur? * Welchen Pullover möchten Sie in Zukunft nicht mehr tragen, weil er Ihnen eigentlich nicht mehr gefällt? * Steht der Fernseher so, dass Sie von Ihrem Sessel aus angenehm schauen und hören können, oder müssen Sie sich immer ein wenig vorne über beugen? Kündigen sich Ihre Kinder immer erst eine Stunde vor Ihrem Kommen an, obwohl es Ihnen wichtig wäre, sich schon mindestens einen Tag vorher darauf vorzubereiten? * Wird Ihnen die Zeitung immer von Angehörigen hochgebracht, obwohl Sie sie lieber selbst aus dem Briefkasten nehmen würden?* Nehmen Sie achtsam wahr, wo es Dinge in Ihrem Alltag gibt, die sich so vielleicht eingestellt haben, die Ihnen aber eigentlich so gar nicht gefallen und guttun, obwohl man sie leicht ändern könnte? Durch

Veränderung kann es Ihnen ein Stück weit wieder gelingen, an Selbstbestimmung und Kontrolle zu gewinnen. Je mehr unangenehme Erfahrungen Sie täglich vermeiden können, und umso stärker Sie Ihren Alltag nach Ihren Vorlieben und Präferenzen gestalten können, umso besser. Scheuen Sie sich nicht davor, Angehörige und Pflegekräfte darauf anzusprechen, wie sie Ihnen dabei helfen können. Auch wenn Sie es vielleicht nicht glauben – das Gefühl, trotz Einschränkungen und Abhängigkeiten von Anderen im „Kleinen“ Dinge so gestalten zu können, wie sie den eigenen Vorlieben und Bedürfnissen entsprechen, ist von zentraler Bedeutung, wenn es darum geht, aus einer depressiven Phase herauszukommen. Trotz eingeschränkter Selbständigkeit können Sie versuchen, möglichst selbstbestimmt zu leben.



Anregung 5: Um innerlich ausgeglichen zu sein, ist es gut, soviel Zeit mit Angenehmem zu verbringen wie mit Pflichten und unangenehmen Dingen, die bei Pflegebedarf auch zwangsläufig auftreten. Abwarten, bis zufällig etwas Angenehmes passiert oder die Energie wieder da ist – das kann man natürlich tun, aber erfahrungsgemäß bringt das nur noch mehr Leid. Es lohnt sich der Versuch, den eigenen Alltag mit angenehmen Aktivitäten ein wenig anzureichern und so eine Balance zwischen

Angenehmem und Pflichten wie Arztbesuchen, Aufräumen oder Medikamenteneinnahme zu schaffen. Den Tagesablauf nicht dem Zufall zu überlassen, und zu versuchen, den Alltag mit angenehmen Aktivitäten anzureichern – nur so gelingt es Ihnen, Kontrolle über Ihre Depression zu erwerben. Nehmen Sie sich Zeit, überlegen und beobachten Sie achtsam, was für Sie im Alltag persönlich angenehm ist. Für jeden ist das etwas anderes. Einige der nachfolgenden Dinge, die man in der eigenen Häuslichkeit machen kann, haben Sie vielleicht schon lange nicht mehr getan oder noch nie... *Die Wolken am Himmel beobachten. Jemanden anrufen. Über Leute nachdenken, die man mag. Sich die Haare schön machen. Wieder mal Musik hören, die man lange nicht mehr gehört hat. Jemandem einen Ratschlag geben. Eine Postkarte schreiben. Eine Radiosendung anhören und danach bewusst darüber nachdenken. Sich eine Meinung zu einer politischen Angelegenheit bilden. Einen Vertrauten auf eine schöne gemeinsame Erinnerung ansprechen. Morgens Vogelgezwitscher anhören. Jemandem eine Geschichte aus der eigenen Kindheit erzählen. In der Wohnung endlich „klar Schiff“ machen. Sich an einen beruflichen Erfolg erinnern. Etwas planen oder organisieren. Jemanden auf etwas Positives ansprechen/ ein Kompliment machen. Sich mit einer duftenden Creme die Hände und das Gesicht eincremen. Eine kleine Summe Geld spenden. Sich mal wieder etwas Schönes im Katalog bestellen. Sich an den Lieblingslehrer in der Schule erinnern....* Keine

Frage: für all diese Dinge muss man sich bei Depression überwinden. Man muss sich einen Ruck geben, denn die eigene Kraft ist reduziert oder fehlt ganz. Probieren Sie einmal aus - und zwar über längere Zeit - wie es ist, eine Woche im Voraus zu planen, mit Pflichten und Angenehem im Wechsel. Überlassen Sie Ihre Tages- und Wochenplanung nicht dem Zufall. In einer Depression fällt fast alles schwer. Sie werden sicher erst einmal wenig oder keine Lust auf Aktivitäten haben. Das ist Teil der depressiven Erkrankung. Trotzdem – bzw. gerade deswegen! – ist es wichtig, selbst etwas zur Überwindung zu tun, auch wenn dazu erst einmal weder Lust noch Antrieb da ist. Indem Sie sich an Ihre Planung halten, können Sie ein Stück weit die Kontrolle über Ihre depressiven Beschwerden erlangen.



Anregung 6: In einer depressiven Phase dominieren pessimistische Gedanken und Grübeln. Das ist, wie Sie schon anfangs erfahren haben, ein wesentlicher Teil der Erkrankung. Diese Gedanken sind in der Regel destruktiv und wenig hilfreich, zum Beispiel: „Ich zähle gar nichts mehr.“ „Ich bin für andere abgeschrieben.“ „Ich leiste nichts.“ „Ich taue zu nichts mehr.“ Kommen Ihnen diese Gedanken bekannt vor? Spüren Sie in Ihren Körper hinein, während Sie laut diese Gedanken

aufsagen. Wie verändert sich Ihr Körperempfinden? Es wäre verwunderlich, wenn Sie sich nicht kraftloser, energieloser, antriebsloser, fühlen würden. Nehmen Sie diese Gedanken bei sich wahr und überprüfen Sie: Helfen Ihnen diese Gedanken dabei, wieder mehr Antrieb und Energie zu haben? Dabei, sich wieder besser zu fühlen? Helfen Ihnen die Gedanken dabei, zufriedener zu sein? Wahrscheinlich nein. Außerdem: Ändern diese Gedanken etwas an Ihrer Lebenssituation? Helfen Sie dabei, ein Problem zu lösen? Auch diese Frage werden Sie vermutlich mit Nein beantworten. Tatsächlich ist es gesund und antidepressiv, sich in diesem depressiven Grübeln selbst zu unterbrechen. Solche Gedanken verschwinden aber nicht von allein. Sagen Sie sich laut: *„Stopp! Dieser Gedanke ist nicht hilfreich! Ich mache mich nur fertig! Ich höre jetzt auf, darüber nachzudenken.“* Sie müssen sich selbst den Befehl geben, sich im Grübeln zu unterbrechen, wie ein Sporttrainer! Nach dem Stopp ist es gut, sich sofort (!) mit etwas anderem zu beschäftigen. Lenken Sie sich mit etwas Angenehmem ab. Erwarten Sie in Phasen der Depression aber nicht, dass dieser Gedankenstopp lange andauert. Grübeln und negatives Denken sind zäh. Es ist ganz normal, dass Sie sich immer wieder selbst stoppen müssen.



Anregung 7: Machen Sie sich klar, wieviel Sie im Leben schon geschafft haben. Was haben Sie erreicht, bewältigt, was mit Bravour gemacht – in Ihrer Kindheit, im Jugendalter, im jungen Erwachsenenalter, in der Mitte Ihres Lebens? Gab es Menschen, in den verschiedenen Lebensphasen, die Sie in Momenten oder sogar über längere Zeit hinweg unterstützt haben? Je mehr Sie darüber nachdenken, umso mehr wird Ihnen einfallen. Vielleicht gibt es einen Vertrauten, mit dem Sie darüber ins Gespräch kommen können, das kann sehr anregend für Sie beide sein! Sich bewusst an Positives, Geleistetes, Bewältigtes zu erinnern, vertreibt depressive Gedanken.



Anregung 8: Kennen Sie die Gedanken: „Ich MUSS das schaffen!“ Ein Satz, der oft Druck erzeugt, gerade dann, wenn die eigenen Fähigkeiten und Kräfte eingeschränkt sind. Ein hilfreicherer Gedanke könnte sein: *„Ich mache die Dinge so gut, wie ich kann.“* Und: *„Ich mache eines nach dem anderen.“* Belasten Sie sich und ihren Körper nicht mit zu hohen Anforderungen, die er nicht mehr aushalten kann. Brechen Sie große Aufgaben in kleinere herunter. Konzentrieren Sie Ihre körperlichen

und seelischen Kräfte auf die Dinge, die Ihnen wirklich wichtig sind. Machen Sie sich eine Liste dazu. Und eine zweite Liste mit den Dingen, die Sie in Zukunft reduzieren oder aufgeben wollen, weil Sie Ihnen nicht so wichtig sind, und auf die Sie vielleicht letztlich sogar gut verzichten können.



Anregung 9: In Phasen der Depression ist es normal, dass Betroffene spontan die Neigung haben, sich zurückzuziehen, weil sie anderen nicht zur Last fallen wollen und sich schämen. Sind sie mit den Kindern, Pflegekräften oder alten Bekannten zusammen, versuchen sie sich, zusammenzureißen oder anderen etwas vorzumachen. Sozialer Rückzug ist allerdings keine hilfreiche Strategie aus der Depression, auch wenn er vielleicht kurzzeitig Erleichterung mit sich bringt. Schnell kommt man in einen Teufelskreis: man vermeidet andere, erlebt dadurch keine Geselligkeit und Unterstützung, hat Selbstzweifel, verliert Lebensmut und Antrieb, gibt sich auf – und damit verstärkt sich die Depression. *Setzen Sie sich deshalb anderen Menschen, mit denen Sie im alltäglichen Leben zu tun haben und zu denen ein prinzipiell gutes Verhältnis besteht, aus, gehen Sie auf Sie zu - muten Sie sich Ihnen zu! - auch wenn es Ihnen schwerfällt. Alleinsein verstärkt immer die Depression.*



Anregung 10: Es ist wissenschaftlich sehr gut belegt, dass körperliche Aktivität nicht nur das Risiko für körperliche Erkrankungen und Pflegebedarf senkt, sondern dass sie sich auch positiv auf die Stimmung auswirkt und antidepressiv ist. Besprechen Sie mit Ihren Behandlern – Ärzten, Physiotherapeuten – welche Formen der körperlichen Aktivität bei Ihnen trotz körperlicher Einschränkungen sinnvoll sind. Es stärkt das Selbstwertgefühl und macht Freude, wenn man sich trotz erheblicher Erkrankungen, Schmerzen und Unwohlsein im Rahmen der eigenen, eingeschränkten Möglichkeiten gezielt körperlich bewegt. Informieren Sie sich beim Landessportbund nach Gesundheitssport in Ihrem Stadtteil. Die Telefonnummer für Ihr Bundesland finden Sie am Ende dieses Ratgebers.



Anregung 11: Ein gestörter Schlaf wird etwas sein, was Ihnen bekannt vorkommt. Schlafstörungen und Depression gehen eng miteinander einher. Gleichzeitig können Schlafstörungen auch das Begleitsymptom einer neurologischen Erkrankung wie Parkinson oder

Multiple Sklerose sein. Schmerzen können den Schlaf unterbrechen. Der häufigste Grund für nächtliches Aufstehen ist bei älteren Menschen das Bedürfnis, auf die Toilette zu gehen – infolge von Prostatavergrößerung und Inkontinenz. Hier die wichtigsten Schlafregeln: Verringern Sie die nächtliche Verweildauer im Bett. Liegen Sie nicht 10-12 Stunden und gehen Sie nicht zu früh ins Bett. Begrenzen Sie die Schlafzeit. Bei vielen älteren Menschen reichen sechs Stunden Schlaf aus, vor allem, wenn man noch einen kürzeren Mittagsschlaf von 30 Minuten macht. Außerdem: Stehen Sie jeden Tag zur gleichen Zeit auf. Gehen Sie nicht zu Bett, bevor Sie nicht müde sind. Und das Wichtigste: Bleiben Sie nicht im Bett, wenn Sie nicht schlafen, sondern stehen Sie stattdessen auf und machen Sie etwas anderes, wie Lesen im Sessel (also nicht im Bett!) oder den Frühstückstisch decken.



Anregung 12: Der für Depression typische Appetitverlust führt gerade bei älteren Menschen schnell zu unzureichender Vitamin- und Mineralstoffaufnahme. Mangelernährung geht mit depressiven Symptomen einher. Ernähren Sie sich angemessen, mit genügend Obst, Gemüse und Fisch - auch wenn Sie erst einmal keinen Appetit haben!

PSY-CARE

Wir hoffen, dass diese Anregungen für Sie hilfreich waren. Wenn Sie sie umsetzen, vergessen Sie nicht: Veränderung und Besserung bei Depression erfolgen allmählich, in kleinen Schritten. Das ist normal.

Anregungen für Vertraute, Angehörige und Pflegekräfte

Depression ist eine Erkrankung, die natürlich auch Vertraute, Angehörige und Pflegekräfte von Betroffenen, beschäftigt– denn das Wohlergehen der Betroffenen liegt Ihnen natürlich am Herzen. Gerade im Zusammenhang mit Pflegesituationen entstehen häufig Missverständnisse und Verstrickungen, die beide Seiten belasten. Sie fragen sich: „Was kann man tun? Was sollte man besser lassen?“ Im Folgenden geben wir deshalb einige Hinweise und Empfehlungen zur Betreuung und Pflege der von Depression Betroffenen und für ein positives Miteinander. Auch hier gilt wieder: Sie sind als Team eingeladen, zuzuhören und sich anregen zu lassen! Schauen Sie selbst, was auf Sie zutrifft, was Sie anspricht. Setzen Sie sich nicht unter Druck, alles gleich umzusetzen. Alles Schritt für Schritt. Es ist großartig, dass Sie sich überhaupt mit dem Thema auseinandersetzen und offen für Anregungen sind – das ist schon die halbe Miete!

Zunächst möchten wir Ihnen **drei typische schwierige Situationen** schildern, wie sie häufig zwischen Betroffenen und ihren Angehörigen und Pflegenden vorkommen können. Natürlich muss es bei Ihnen nicht so sein, wir wollen Ihnen hier nur einige typische Erfahrungen

wiedergeben. Haben Sie die nachfolgenden Verstrickungen und Schwierigkeiten vielleicht auch schon erlebt?

- Depression ist eine sehr quälende Erkrankung, gerade, wenn man noch zusätzlich mit körperlichen Erkrankungen, Schmerzen und finanziellen Sorgen konfrontiert ist. Von Depression Betroffene strahlen meist Hilflosigkeit und Verzweiflung aus. Sie versenden so unbewusst die Botschaft „Bitte helft mir!“. Das erzeugt bei den Pflegenden - das kennen Sie sicher – Mitgefühl und den Impuls „Ich will helfen!“. Es werden Hilfsangebote gemacht.
- Gleichzeitig jedoch ist Teil der Depression, dass sich viele Erkrankte aufgrund ihres Leidensdrucks viel beklagen und in Situationen auch fordernd gegenüber ihrem Umfeld auftreten können. Dieses Verhalten wirkt dann häufig feindselig auf das Gegenüber. Bei den Pflegenden entsteht dann schnell das Gefühl, dass die angebotene Hilfe abgewiesen wird oder nicht ausreichend ist. Das wiederum führt zu Enttäuschung und Ärger, weil man sich abgewiesen und hilflos fühlt.
- Ein weiteres problematisches Verhaltensmuster entsteht durch den Interessensverlust seitens der älteren Menschen mit Pflegebedarf , der ja eines der Hauptsymptome einer Depression ist. Die Erkrankten

erscheinen durch den Verlust ihrer Interessen wie „versteinert“ und teilnahmslos. Viele sind durch die Depression in ihrer Motorik verlangsamt und leiden unter starken „Grübelgedanken“. Dadurch ändert sich ihr Kommunikationsverhalten, oft sind sie verunsichert und sprechen leise und monoton. Unbewusst sendet die depressive Person die Botschaft, dass sie in Ruhe gelassen werden möchte. Als Gegenüber erhält man so oft den Eindruck, dass die Betroffenen kein Interesse an einem Gespräch haben. Als Pfleger ist man dadurch schnell verunsichert und zieht sich eventuell nach einer Weile sogar zurück.



Diese drei typischen, depressionsbedingten Verhaltensmuster erzeugen unterschiedliche Gefühle bei den Pflegenden. Zum einen empfinden sie Mitleid, aber auch Verunsicherung und manchmal auch Ärger oder sogar Wut gegenüber den Erkrankten. Diese widersprüchlichen Gefühle führen dann zu Anspannung und Stress. Die depressiven Betroffenen wiederum spüren natürlich die Anspannung und den Stress und empfinden zunehmend, dass sie „eine Last für alle anderen“ darstellen. Das zieht den ohnehin schon schlechten Selbstwert dann nur noch mehr in den Keller und so entsteht dann ein regelrechter Teufelskreis, der die Beziehung belastet.

Soviel zur Ausgangslage. Was kann man nun als Angehöriger, Freund oder Pflegekraft am besten tun, um dem Betroffenen zu helfen und um eine positive Beziehungsbasis zu schaffen? Bevor wir darauf eingehen, möchten wir Ihnen zunächst einmal einige Dinge weitergeben, die man auf jeden Fall im Kontakt vermeiden sollte.



Zunächst einmal sollten abwertende Äußerungen und pauschale Vorwürfe wie etwa „Nie bist du zufrieden“ gegenüber den Erkrankten vermieden werden, weil das sich natürlich negativ auf das Selbstwertgefühl und damit auch auf die Depression auswirkt. Das Gefühl, nichts wert zu sein und durch die körperlichen Einschränkungen nichts mehr leisten zu können, sind häufige Empfindungen von depressiven pflegebedürftigen Menschen. Natürlich ist es wichtig, Probleme im Pflegealltag konkret anzusprechen! Das sollte aber ruhig und bedacht geschehen, und nicht in Situationen passieren, die ohnehin angespannt oder aufwühlend sind.



Aber auch überfürsorgliches Verhalten gegenüber den Erkrankten ist etwas, was man vermeiden sollte – also ein vorschnelles „Lass mich das doch machen...“. Den Erkrankten alles abzunehmen schränkt die

Selbständigkeit der Erkrankten weiter ein, sodass sie am Ende immer weniger Aufgaben alleine bewältigen können. Außerdem verstärkt zu schnelles Abnehmen von Alltagsaufgaben das Gefühl der Hilflosigkeit. Die Betroffenen bekommen den Eindruck, nichts mehr alleine bewältigen zu können. Oft empfinden sie die „übertriebene“ Unterstützung auch als eine Abwertung. Statt den Betroffenen also vorschnell Aufgaben abzunehmen, sollte man ihr Bedürfnis nach Autonomie anerkennen, und sie in ihren vorhandenen Fähigkeiten unterstützen. Das stärkt neben den körperlichen Fähigkeiten auch ihren Selbstwert, weil sie das Gefühl haben „Ich kann noch was! Ich kann noch etwas beitragen!“. Überlegen Sie also genau bei welchen Tätigkeiten die Betroffenen Unterstützung brauchen und welche sie noch alleine bewältigen können.



Vermeiden Sie auch, die Betroffenen in ihrer Selbstbestimmung einzuschränken! Hierzu ein kurzes Beispiel:

Herr K. sieht abends gerne noch Reportagen im Fernsehen und geht am liebsten erst spät zu Bett.

Pflegender: „Du stehst morgens immer erst um halb 10 auf und möchtest dann erst um 12 Uhr etwas essen. Das geht so nicht, du musst doch gut gestärkt in den Tag starten.“

Herr K: „Ich schlafe aber gerne aus und hab‘ dann einfach noch keinen Hunger direkt nach dem Aufstehen.“

Pflegender: „Dir würde es aber viel bessergehen, wenn du direkt etwas Gescheites essen würdest. Ich wecke dich ab morgen um 8 und dann musst du es dir einfach angewöhnen immer direkt ein paar Bissen zu essen.“

Dieses Beispiel verdeutlicht wie die Selbstbestimmung und Entscheidungsfreiheit der Betroffenen in der Pflegesituation eingeschränkt wird. Damit verstärkt man Unselbständigkeit, mangelndes Zutrauen und letztlich Depression. Stärken Sie daher möglichst die Autonomie der Betroffenen und fördern Sie ihre Selbstbestimmung. Sie dürfen und sollen Bedenken anmelden, wenn Sie bemerken, dass sich der Betroffene selbstschädigend verhält. Aber schränken Sie Ihr Gegenüber nicht in seinem Recht ein, selbständig Entscheidungen zu treffen.

In der Autonomie von anderen eingeschränkt zu werden, zusätzlich zu den körperlichen Einschränkungen, kann nämlich Betroffene so frustrieren, dass sie stark gereizt gegenüber ihren Vertrauten,

Angehörigen und Pflegekräften reagieren. Es ist wichtig, dass Bezugspersonen dafür Geduld und Verständnis aufbringen und sich nicht in Auseinandersetzungen verstricken lassen. Haben Sie das Gefühl, wütend im Umgang mit den Erkrankten zu werden - was eine vollkommen nachvollziehbare Reaktion sein kann - so sollten Sie versuchen, erst einmal die Situation zu verlassen, damit die Lage nicht eskaliert.



Hier noch ein weiteres Beispiel für eine problematische Situation, die man vermeiden sollte.

Frau J. wird morgens mehrmals geweckt, steht jedoch nicht auf, um sich fertig zu machen.

Pflegende/r: „Wieso stehst du denn nicht auf und machst dich frisch?“

Frau J.: „Lohnt‘ sich doch eh nicht aufzustehen und sich frisch machen auch nicht, weil es eh niemanden mehr interessiert, ob ich zurechtgemacht bin.“

Pflegende/r: „Wenn du so weiter machst und dich nicht mal aufriffst, wird es immer schlimmer werden. Du bemühst dich einfach kein bisschen.“

Bedenken Sie hier: ein Symptom der Depression ist der fehlende Antrieb! An den Willen der Erkrankten zu appellieren wie in diesem Beispiel erzeugt bei den Erkrankten Schuldgefühle und den Eindruck, versagt zu haben.



Vermeiden Sie allerdings auch falsche Hoffnungen und Beschönigungen in Bezug auf die Depression. „Ach, bald geht es wieder weg“ oder „Es ist nur eine Gemütsverstimmung, das gibt sich schon wieder“ – mit solchen Aussagen wird dem Betroffenen das Gefühl vermittelt, dass er in seiner Verzweiflung nicht ernst genommen wird. Auch wenn diese Aussagen ‚gut gemeint‘ sind und Mut machen sollen, bewirken sie oft das Gegenteil – nämlich, dass die Erkrankten sich nicht verstanden fühlen und daher mehr klagen, um in ihrer schwierigen Situation wahr- und ernstgenommen zu werden wird.

Hat Sie das Gesagte angesprochen? Hören Sie weiter, wie ein positiveres Miteinander gelingen kann.



Zunächst ist es wichtig, die negativen Gefühle und die schwierige Situation der Betroffenen anzuerkennen. Vermitteln Sie immer wieder: „Ich sehe, in welcher Lage du steckst! Ich sehe, dass du momentan keine Energie, keinen Lebensmut hast“ Nehmen Sie die Gefühlsäußerungen ernst, indem Sie sie beispielsweise unkommentiert einfach nur wiederholen. Lassen Sie sich gleichzeitig nicht von dem negativen Weltbild der Betroffenen anstecken und steigen Sie nicht darauf ein, nach dem Motto „Ja, das Leben ist auch schrecklich“. Das hilft weder Ihnen noch dem Erkrankten. Versuchen Sie, immer realistische Hoffnung auf die schrittweise Verbesserung der depressiven Gefühlslage zu vermitteln. „Ich glaube daran, dass es Schritt für Schritt mit deiner Stimmung bergauf geht, auch wenn du es selbst gerade nicht so sehen kannst!“



Wenn Sie Betroffene nach Ihrer allgemeinen Stimmung fragen „Wie geht‘ denn so?“ geben Sie eine Vorlage zum lauten Grübeln. Häufig wird dann erzählt, wie aussichtslos und schwierig die eigene Lage ist. Grund dafür ist, dass Betroffene depressionsbedingt in ihrem Gedächtnis nicht oder nur sehr eingeschränkt auf positive Dinge

zugreifen können. Fragen an die Betroffenen sollten Sie gezielt und themenbezogen stellen, wie zum Beispiel „Welche Sendung hast du gestern Abend angesehen und wie hat sie dir gefallen“? Damit helfen Sie, dass positive Aspekte wahrgenommen und erinnert werden können. Beachten Sie dabei: sollte sich der Betroffene zurückziehen, was typisch für Depression ist, ist es nicht sinnvoll, sich selbst auch aus dem Kontakt herauszuziehen. Stattdessen sollte man diesem Rückzug vorsichtig entgegensteuern, indem man weiter in Kontakt geht und zum Beispiel konkrete Dinge vorschlägt, die man gemeinsam unternehmen könnte.



Bieten Sie immer konkrete Hilfe an, bleiben Sie nicht zu vage (nach dem Motto „Ich bin immer für dich da“). Helfen Sie dabei, scheinbar unüberwindbare Hürden, wie etwa eine Reihe von anstehenden Arztbesuchen, in Teilschritte herunterzubrechen. Schlagen Sie Aktivitäten vor, die für den Betroffenen angenehm sind, und vor allem solche in denen er seine noch vorhandenen Fähigkeiten unter Beweis stellen kann! Dinge tun, die man noch kann – das ist eine antidepressive Strategie. Helfen Sie bei der Tagesstrukturierung. Motivieren Sie, ermutigen Sie, ohne über den Kopf des Betroffenen hinweg zu entscheiden, und erwarten Sie nicht gleich große

Veränderungen- und auch keinen Dank! Menschen mit Depression gelingt es eher nicht, positive Gefühle zu empfinden und dementsprechend zu zeigen.



Nehmen Sie auch noch so kleine positive Veränderungen wahr – jemand steht morgens wieder auf, vielleicht trotz Schmerzen, und frühstückt? Schaut wieder mit Interesse aus dem Fenster und beobachtet Kinder im Hof? Muss über einen Witz kurz lachen? Ruft mal wieder bei einer Verwandten an? Sprechen Sie Anerkennung und Lob dafür aus! Für Betroffene in einer Depression kostet jede noch so kleine Änderung sehr viel Kraft. Zeigen Sie insbesondere, wie sehr es Sie freut, wenn sich der Betroffene öffnet. „Das freut mich jetzt sehr, dass du heute so offen gesagt hast, wie du dich fühlst.“



Und zum Schluss noch eine letzte Anregung. Kennen Sie Situationen, in denen Sie sich gegenseitig Vorwürfe machen? „Du nimmst mich nie mal liebevoll in den Arm!“ – „Und du surfst immer nur in deinem Handy“. Ist eine solche Dynamik – Vorwurf – Gegenvorwurf - vielleicht bei Ihnen ein Dauerproblem? Versuchen Sie einmal, mehr von Ihren eigenen Gedanken und Gefühlen auszusprechen! „Ich fühle mich

abgelehnt, wenn du mich nicht in den Arm nimmst und das macht mich traurig.“

Sie haben den Abschnitt bis zum Ende gehört – das freut uns sehr!

Waren vielleicht ein paar Anregungen für Sie dabei?

Sehr geehrte, liebe Damen und Herren,
liebe Zuhörerinnen und Zuhörer,

wir sind nun am Ende des PSY-CARE Ratgebers. Auch wenn Sie es manchmal nicht glauben wollen – Depression ist überwindbar. Wir hoffen sehr, dass wir Sie ein wenig durch unsere Anregungen unterstützen konnten. Denn Ihr Wohlergehen liegt uns am Herzen.



Alles Gute für Sie – Ihr Team PSY-CARE

Unser Ratgeber ersetzt selbstverständlich keine fachliche Abklärung und medizinische oder psychotherapeutische Behandlung. Suchen Sie bitte regelmäßig Ihren **Hausarzt** auf und sprechen Sie mit ihm offen über Ihre Beschwerden. Hausärzte sind geschult, eine Depression zu erkennen und diese von körperlichen Erkrankungen und ggf. einer Demenz zu unterscheiden. Fortlaufende medizinische Untersuchung und Behandlung sind unbedingt notwendig! Der Hausarzt wird Sie gegebenenfalls an Fachärzte für Neurologie und Psychiatrie oder Altersmedizin verweisen. Antidepressiva können hilfreich sein, wobei Nebenwirkungen und Wechselwirkungen mit anderen Medikamenten unbedingt berücksichtigt werden müssen. Seien Sie bei Arztbesuchen ehrlich zu sich selbst, nehmen Sie sich selbst ernst und verharmlosen Sie Ihre Beschwerden nicht gegenüber Ihrem Arzt. Dies gilt vor allem dann, wenn Sie Lebensüberdross, Todeswünsche oder gar Suizidgedanken haben.

Sprechen Sie Ihren Hausarzt unbedingt auch auf eine **psychotherapeutische Behandlung** an. Regelmäßige Sitzungen - i.d.R. einmal wöchentlich 50 Minuten - über einige Wochen oder Monate bei einer Psychologischen oder Ärztlichen Psychotherapeutin bzw. einem Psychotherapeuten helfen nachweislich bei depressiven Beschwerden im Alter. Es ist in keinem Alter, auch nicht mit über 90 Jahren, zu spät für eine Psychotherapie. Eine Psychotherapie kann Ihnen dabei helfen, wie Sie wieder *selbstbestimmter* werden können und Dinge, die Ihnen im Leben

wichtig sind, wieder in Ihren Alltag integrieren können. Im Fall von Schmerzen kann Ihnen eine Psychotherapie auch dabei helfen, mit Schmerzen besser umzugehen und dadurch wieder mehr Lebensqualität zu haben. Erkundigen Sie sich bei Ihrem Hausarzt oder, falls möglich, über das Internet, über Psychotherapeuten in Ihrer Umgebung. Wenn Sie gesetzlich versichert sind, können Sie auch 7 Tage die Woche rund um die Uhr die **Terminservicestelle** erreichen. Dort wird Ihr Anliegen aufgenommen und die Vermittlung für ein erstes Gespräch mit einer Psychotherapeutin erfolgt in der Regel innerhalb von 7 Tagen. Die bundesweit einheitliche Telefonnummer ist 116117. Bei der Suche nach einer Psychotherapeutin lohnt es sich, hartnäckig zu sein, da die Plätze begrenzt sind. Es lohnt sich, im Vorfeld abzuklären, ob es sich um eine barrierefreie Praxis handelt oder ob Hausbesuche durch den Psychotherapeuten möglich sind.

Und noch einige weitere wichtige Telefonnummern!

- In Krisen wenden Sie sich an die **Telefonseelsorge**. Sie ist anonym, kostenlos und rund um die Uhr erreichbar. Die Telefonnummer ist 0 800 / 111 0 111. Sollte Lebensgefahr, schwere gesundheitliche Schäden oder Suizid zu befürchten sein, ist der Rettungsdienst über die Telefonnummer 112 zu verständigen.

- Wenn Sie Fragen rund ums Thema Pflege haben, erhalten Sie hier kompetente Unterstützung. Die deutschlandweite Nummer des kostenlosen Servicetelefons lautet 0800 59 500 59. Auf Wunsch leisten die Pflegestützpunkte auch praktische Unterstützung: zum Beispiel, indem Sie gemeinsam mit Ihnen einen Hilfeplan erstellen. Bei Bedarf vermitteln und koordinieren Sie notwendige Unterstützungsangebote, klären die Finanzierung und helfen bei der Antragsstellung. Wenn es nach Absprache mit Ihrem Hausarzt um einen Krankenhausaufenthalt oder eine Behandlung in einer Tagesklinik wegen Depression geht, können die Pflegestützpunkte Sie auch bei der Suche nach einer geeigneten Klinik unterstützen.
- In psychischen Notlagen und wenn sich die Gedanken darum kreisen, sich das Leben zu nehmen, wenden Sie sich bitte unbedingt an Ihren behandelnden Arzt oder Psychotherapeuten oder den Notarzt unter **112**.
- Und hier noch die Nummer des **Info-Telefons der Deutschen Depressionshilfe**: 0800 3344533
- Das **Silbernetz** ist ein anonymes und kostenloses Gesprächsangebot für ältere Menschen, die sich einsam fühlen. Wenn Sie „einfach mal reden“ möchten, sich einsam fühlen und ein Gespräch wünschen können Sie unter der **0800 4 70 80 90** täglich von **8-22 Uhr** jemanden für ein unverbindliches Gespräch erreichen.

Das Silbertelefon ist jedoch für Menschen aus ganz Deutschland erreichbar. Innerhalb Berlins können Ihnen hier wohnortnah weitere Hilfsangebote vermittelt werden.

- Das **Pflegetelefon**, erreichbar unter der **030 201 79 131** bietet anonym eine schnelle Hilfe und individuelle Beratung, vor allem für **pflegende Angehörige**, die sich Unterstützung bei der Organisation der Pflege wünschen.
- Telefonnummern der Landessportbünde: holen Sie sich hier Informationen zu **Gesundheitssportangeboten in Ihrer Nähe!**
 - Baden-Württemberg: 0711 28 077 850
 - Bayern: 089 1557 020
 - Berlin: 030 30 002 0
 - Brandenburg: 0331 971 98 0
 - Bremen: 0421 79 28 70
 - Hessen: 069 67 89 0
 - Mecklenburg-Vorpommern: 0385 761 760
 - Niedersachsen: 0511 12 68 0
 - Nordrhein-Westfalen: 0203 73 81 0
 - Rheinland-Pfalz: 06131 28 14 0
 - Saarland: 0681 38 79 0
 - Sachsen: 0341 21 631 0
 - Sachsen-Anhalt: 0345 52 79 0

PSY-C△RE

- Schleswig-Holstein: 0431 64 86 0

- Thüringen: 0361 34 054 0

STUDY PROTOCOL

Open Access



Outpatient psychotherapy for home-living vulnerable older adults with depression: study protocol of the PSY-CARE trial

Paul Gellert^{1*}  Ann-Kristin Beyer¹, Christina Tegeler², Claudia Vathke², Johanna Nordheim¹, Adelheid Kuhlmei¹ and Eva-Marie Kessler²

Abstract

Background: There is a need to improve psychotherapeutic approaches to treatment for vulnerable older adults with depression in terms of both clinical practice and health care supply. Against this background, PSY-CARE is testing the feasibility and effectiveness of outpatient psychotherapy for home-living older adults in need of care with depression in Berlin, Germany, and neighboring suburban areas.

Methods: In a two-arm single-center pragmatic randomized controlled trial (RCT), manual-guided outpatient psychotherapy will be compared to brief psychosocial counseling. The study population will be comprised of older adults with clinically significant depressive symptoms who have a long-term care grade, as assessed by the German compulsory state nursing care insurance. In the intervention group, individual cognitive-behavioral psychotherapy tailored to the specific needs of this population will be offered by residential psychotherapists as part of the regular healthcare service. In the active control group, participants will receive individual psychosocial telephone counselling and a self-help guide. The planned sample size is $N = 130$ ($n = 65$ participants per group). The reduction of depressive symptoms (primary outcome) as well as the maintaining of activities of daily living, quality of life, and functioning will be assessed with questionnaires provided at baseline, after the end of the intervention and after three months. Feasibility and process evaluation will be conducted qualitatively based on documentation and interviews with psychotherapists, gatekeepers and the participants.

Discussion: PSY-CARE investigates the potentials and limitations of providing outpatient psychotherapeutic treatment meeting the demands of vulnerable home-living older adults with depression under the real conditions of the health care system. The study will provide practical implications to improve access to and quality of outpatient psychotherapy for this poorly supplied population.

Trial registration: The trial is registered at [ISRCTN55646265](https://www.isrctn.com/ISRCTN55646265); February 15, 2019.

Keywords: Depression in older adults, Homecare, Psychotherapy, Randomized controlled trial, Pragmatic clinical trial

* Correspondence: paul.gellert@charite.de

¹Institute for Medical Sociology and Rehabilitation Science, Charité – Universitätsmedizin Berlin, Charitéplatz 1, 10117 Berlin, Germany
Full list of author information is available at the end of the article



© The Author(s). 2021, corrected publication 2021. Open Access This article is licensed under a Creative Commons Attribution 4.0 International License, which permits use, sharing, adaptation, distribution and reproduction in any medium or format, as long as you give appropriate credit to the original author(s) and the source, provide a link to the Creative Commons licence, and indicate if changes were made. The images or other third party material in this article are included in the article's Creative Commons licence, unless indicated otherwise in a credit line to the material. If material is not included in the article's Creative Commons licence and your intended use is not permitted by statutory regulation or exceeds the permitted use, you will need to obtain permission directly from the copyright holder. To view a copy of this licence, visit <http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>. The Creative Commons Public Domain Dedication waiver (<http://creativecommons.org/publicdomain/zero/1.0/>) applies to the data made available in this article, unless otherwise stated in a credit line to the data.

Background

Depression is a common phenomenon among vulnerable older adults. Compared with the general older population, community-based studies have consistently documented at least two or three times higher rates of depression among older adults with chronic physical conditions, cognitive deficits and/or sensory limitations, i.e. conditions that often along with functional impairment and dependence on informal and formal support systems for medical care, transport and other essential needs (e.g., [1–5]). Conversely, depression has devastating consequences for older individuals including an increased risk of morbidity and suicide, decreased physical, cognitive and social functioning, all of which are in turn associated with higher rates of service utilization, premature institutionalization and mortality [6, 7].

Meta-analyses and systematic reviews have provided extensive evidence that psychotherapeutic interventions are effective for treating depression in the older population, with strongest evidence for cognitive and behavioral therapy (CBT), life review therapy (LR) and problem-solving therapy (PST) [8, 9]. However, vulnerable older adults with depression including very old, frail and care-dependent older adults were mostly excluded from these studies [10], despite advances for psychotherapeutic research in the context of specific comorbid conditions including chronic obstructive pulmonary disease (COPD), heart failure, Parkinson's disease, stroke, early stages of dementia and suicidal ideations [for an overview, see [11]]. As a result, psychotherapy for this rapidly growing population is understudied in terms of clinical practice, feasibility, efficiency and effectiveness.

The described deficiencies in research are also mirrored in the massive shortage of mental health care supply for vulnerable older adults with depression [e.g., [12]]. Under the current conditions of health care systems, referrals to outpatient psychotherapy very seldom succeed due to health care providers' pessimistic attitudes towards vulnerable older patients' treatability, patients' inaccessibility, shortage of psychotherapists qualified to work with older adults, and costs (e.g., [13–15]). For example, although outpatient psychotherapy is integral part of public and private health care in Germany, ambulatory psychotherapy is de facto non-existing or only in very exceptional cases among vulnerable older people in need of care [16]. The fact that vulnerable older adults' mental health care needs are obviously largely unmet is even more problematic as most of them have positive attitudes towards psychotherapy or even prefer psychotherapy to pharmacotherapy, contrary to what is often believed [17, 18].

The significant correlation between depression and impaired quality of life together with increasing numbers of vulnerable older adults and the very poor supply

reality highlight the importance of developing and rigorously evaluating appropriate psychotherapeutic approaches, including outpatient psychotherapy for home-living vulnerable older adults.

When it comes to clinical practice, existing studies on mental health services for homebound older adults and nursing-home participants has clearly shown the necessity of gatekeepers (such as aging services networks for patients to gain access to mental health care providers), interprofessional collaboration, caregiver involvement and in-home treatment (for patients who cannot freely leave their home [19, 20]). Furthermore, vulnerable older patients have been shown to profit from CBT and PST through encouragement of adaptive coping skills together with behavioral activation and increased exposure to pleasant events (e.g., [21–23]). Finally, research on LR in long-term care has shown the importance of reminiscence and biographical interventions for patients in order to identify coping skills in their biography as well as to find hope and purpose in life (e.g., [23, 24]).

Objectives

PSY-CARE investigates the feasibility and effectiveness of individual outpatient psychotherapy within the regular German health care system for home-living older adults in need of care with clinically significant depression. Outpatient psychotherapy tailored to the specific needs of this population is provided based on a treatment manual by certified resident CBT psychotherapists with extensive professional experience in geriatric or geropsychiatric settings.

In terms of the effectiveness of the intervention, we hypothesized that psychotherapy leads to a greater reduction of depressive symptoms, which we considered the primary outcome, compared to an alternative intervention, which encompassed brief psychosocial counseling (Hypothesis 1). Further, we hypothesized that psychotherapy will be associated with a relative difference at follow-up in the secondary outcomes – i.e., quality of life, activities of daily living, functioning and subjective health – in the intervention condition compared with the control condition (Hypothesis 2). More specifically, we assume maintenance of activities of daily living and quality of life, and functioning/ subjective health in the intervention condition relative to the control condition, which we assume shows a decline. Further, in this trial treatment response (50% or greater reduction in depressive symptoms from baseline to follow up) and remission [defined as number of individuals who scoring below the cut-off of 10 points at the Geriatric Depression Scale (GDS; [25, 26] at follow up) will be used as secondary outcomes.

In terms of the feasibility of the intervention under the real conditions of the German health care system, a wide

range of approaches to recruit participants of this hard-to-reach population is used and effective versus non-effective recruitment methods are documented. In addition, we aim to explore possibilities and constraints of psychotherapists' clinical practice of working with home-living vulnerable older adults including their professional experiences with home treatment in case of participants' limited mobility, as well as collaboration with other healthcare professionals, especially with general practitioners and formal or informal caregivers.

Methods/design

Trial design

PSY-CARE is a single-center interventional study, using a pragmatic randomized controlled design with nested qualitative research, comparing individual psychotherapy with an active control condition. The intervention condition will include manual-guided psychotherapy provided by gerontologically trained resident psychotherapists [27]. The active control condition will include individual telephone counselling carried out by project staff members as well as a self-help guide for participants and their caregivers [28]. The flow chart of the study design is depicted in Fig. 1. The schedule of enrolment, interventions, and assessments is shown in Table 1.

PSY-CARE is going to be located in Berlin, Germany, and neighboring suburban areas. The study center will be located at the Department of Psychology, MSB Medical School Berlin. The method center (i.e., external evaluation) will be located at the Institute for Medical Sociology and Rehabilitation Science, Charité – Universitätsmedizin Berlin.

Participants, interventions, and outcomes

Study setting

The psychotherapy intervention will take place in psychotherapy practices or – in case of a participant's impaired mobility or confinement to bed – at participants' homes (i.e., in that case psychotherapists will be traveling to participants' homes). The control group will receive treatment via telephone (psychosocial counseling) and postal service (self-help literature; audiobook or printed version).

Eligibility criteria

Participants will be included in the study if they [1] are 60 years and older (women/ men) [2]; are living at home (Berlin, Germany) [3]; have a long-term care grade, as assessed by the German compulsory state nursing care insurance (1 = little impairment to 5 = hardship case; see [29]) [4]; show clinically relevant depressive symptoms (major depression; adjustment disorder with depressive symptoms; dysthymia); and [5] are willing to participate in one of the two treatments. Exclusion criteria will be

moderate to severe dementia as well as delirium, acute psychosis or other cognitive disorders, mania or hypomania or terminal stage of a disease. Further reasons for exclusion will be currently receiving psychotherapy, communication difficulties and visual or hearing impairments that would severely affect an individual's capability to take part in the study. Reasons for participant exclusion will be recorded.

Interventions

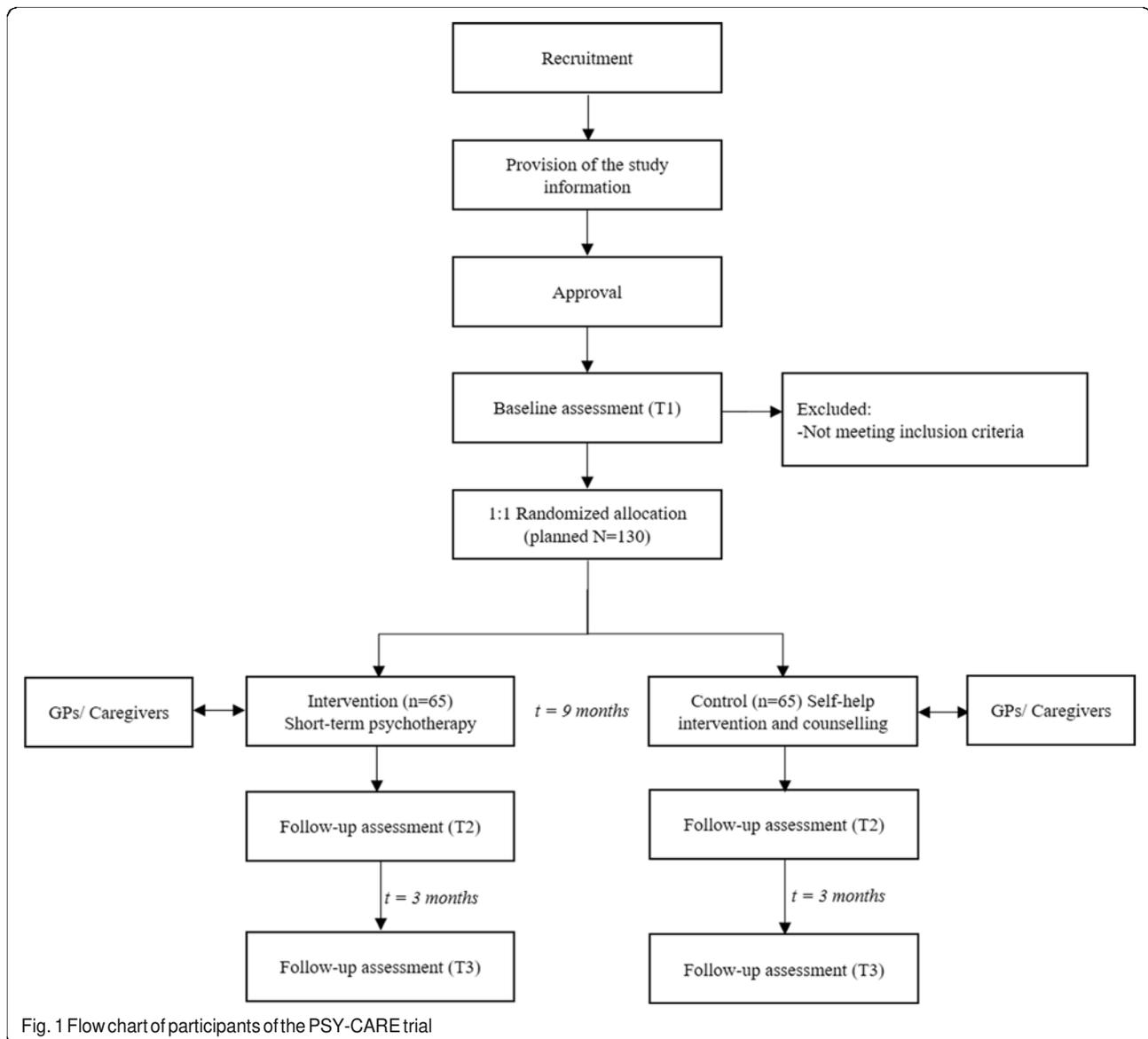
Participants included in the study will be randomly assigned to one of two treatment groups (intervention condition versus active control condition). The intervention condition, outpatient short-term psychotherapy tailored to the specific needs of vulnerable older adults, will be offered by residential CBT psychotherapists with extensive geriatric and geropsychiatric experience as part of the regular healthcare service. After the taking of an anamnesis, a medical examination by a general practitioner or a medical specialist and test sessions, participants will be treated in up to 24 therapy sessions. Psychotherapeutic treatment, as described in the PSY-CARE manual, follows the regular CBT rationale, but is augmented by psychotherapeutic techniques of a) reminiscence, b) empowerment and c) inclusion of participants' social systems, based on existing effective psychotherapeutic approaches for vulnerable older adults with depression (see above). Before participating in PSY-CARE, psychotherapists will be trained in the assessment of depression in vulnerable older adults and the application of the PSY-CARE Manual.

The active control condition will include individual telephone counselling carried out by project staff members as well as self-help literature for participants and their caregivers. The telephone counselling will be offered two times per participant and per caregiver by members of the project team (all trained certified psychotherapists). In addition, control group participants and their caregivers will receive a print or audio version of a self-help guide based on existing literature on depression in later life [e.g., [30]], which will include psychoeducation and self-help instructions. For participants in the control condition, regular psychotherapy will not be retained if desired.

Critical events for intervention or control participants will be recorded. In order to improve and monitor the adherence to intervention protocol, psychotherapists will be regularly supervised by PSY-CARE supervisors. The project team will stay in contact with participants via telephone or letters on a regular basis.

Outcomes

The primary outcome variable is the reduction of depressive symptoms of the participants assessed by the



12-item Geriatric Depression Scale (GDS [31, 32];) at baseline (T1), directly after the intervention (T2), and at follow-up after 3 months (T3) compared to baseline. Total scores range from 0 to 12, a score of 4 or more indicates the presence of clinically relevant depressive symptoms.

Secondary outcome variables are participants' [1] quality of life measured by a single item from the World Health Organization Quality of Life in old age, i.e. WHOQOL-OLD [2, 33]; the diagnose of depressive symptoms (major depression; adjustment disorder with depressive symptoms; dysthymia; F32, F33, F34, F43), assessed by a German structured clinical interview for psychological diseases (Mini-DIPS [34];) as well as depressive symptoms (and comorbid anxiety) assessed with the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS [35];) [3] Activities of daily living and functioning measured

using the Barthel-Index and the IADL-Scale [36, 37]; and [4] self-rated health measured by a single item asking "How would you estimate your health status in the last 4 weeks?" on a 6-point Likert scale from 1 = "very poor" to 6 = "excellent". Treatment response (50% or greater reduction in depressive symptoms from baseline to follow up) and remission (defined as number of individuals who scoring below the cut-off of 10 points at the GDS at follow up) will be used as secondary outcomes. All secondary outcomes will be assessed at Baseline (T1), after the intervention (T2), as well as at follow-up after 3 months (T3).

Sample size

For sample size estimation, a difference in depression (i.e., primary outcome) between intervention and control

Table 1 Schedule of enrolment, interventions, and assessments of the PSY-CARE trial

TIMEPOINT	STUDY PERIOD							
	Enrolment	Baseline	Allocation	Post-allocation				
		<i>T1</i>		<i>m1</i>	<i>m...</i>	<i>m24</i>	<i>T2</i>	<i>T3</i>
ENROLMENT:								
Eligibility screen	X							
Informed consent	X							
Allocation			X					
INTERVENTIONS:								
Individual psychotherapy ^a				←————→				
Active control condition ^b				X		X		
ASSESSMENTS:								
<i>Primary outcome</i>								
GDS		X					X	X
<i>Secondary outcomes</i>								
WHOQOL-OLD		X					X	X
Mini-DIPS		X					X	X
HADS		X					X	X
BI		X					X	X
IADL		X					X	X
Self-rated health		X					X	X
<i>Post session assessment</i>				X	X	X		

^a Three probationary sessions and up to 24 therapy sessions

^b Individual telephone counselling, which is offered two times per participant and per caregiver carried out by trained staff members as well as self-help literature for participants and their caregivers

GDS Geriatric Depression Scale, WHOQOL-OLD single item of the World Health Organization Quality of Life in OLD age. Mini-DIPS German structured clinical interview for the diagnose of depressive symptoms. HADS Hospital Anxiety and Depression Scale. BI Barthel-Index (Activities of daily living). IADL Instrumental Activities of Daily Living-Scale at. *T1* Time point 1, baseline. *T2* Time point 2, after the intervention

group at follow-up of medium effect size is considered as clinically relevant (Cohen's $d = 0.5$), which also corresponds to finding from a recent meta-analysis [8]. The sample estimation (test family: t-test for independent samples) with Gpower 3.1 [38] yielded an estimated minimum sample size of the two groups of $n = 51$ at a Type I error rate of $\alpha = 0.05$ and a statistical power of $1 - \beta = 0.80$ individuals. If a dropout rate of 20% is taken into account [39], as was the case in comparable studies, the final rounded sample size per group is $n = 65$, or $N = 130$ persons in total. While 20% of drop out is common in psychotherapy trails for older adults, considering the vulnerability of our sample of vulnerable participants, we will be collecting further participants to guarantee sufficient statistical power at follow up.

Recruitment of psychotherapists

The recruitment of resident psychotherapists who volunteer to participate in PSY-CARE is supported by the biggest Association for Behavior Therapy in Germany (German Society for Behavioral Therapy) and includes several offers in newsletters, online mailing lists and distribution of flyers. Certified CBT psychotherapists with

extensive work experience in geriatric and/or geropsychiatric settings are included into the pool of PSY-CARE psychotherapists. In addition, they receive a two days training course, conducted by the principal investigator (PI) [40]. They will receive an expense allowance of €1000 for their participation in the study, in addition to their regular fees for psychotherapeutic services within the regular health care system.

Recruitment of participants and the treatment team

Recruitment takes place via self-referral as well as gatekeeper referral and uses a wide range of approaches including distributions of flyers and posters, public talks, presentations within institutions, advertisements in online newsletters of collaborating institutions in the health and care sector and media reports in newspapers and magazines. In addition, professionals working with vulnerable home-living older adults on a day-to-day basis in ambulatory care services, medical practices, geriatric and geropsychiatric clinics and counseling centers were recruited via phone call, e-mail or mail. Gatekeepers are given flyers and reminder letters to prompt referrals. In order to participate in the study, an informed consent

sheet is signed and participants receive a copy of the signed documents. Neither participants nor gatekeepers will receive any direct financial compensation. The main caregiver of the participant (professional caregiver or family member) is included in the study, if the participants give their written consent for participation.

Assignment of interventions

Allocation and blinding

Participants will be randomized to the two treatment arms. A computer-assisted randomization to either intervention or control condition with 1:1 ratio is performed by the method center, using R v3.2.1 [41, 42] and the package “blockrand” (block randomization with block sizes 4, 6, and 8). Stratifications is not undertaken. In order to ensure allocation concealment, central randomization is used at the participant level, where the recruiting person got sequentially numbered, opaque, sealed envelopes from the method center. The creation of the random assignment sequence, the enrollment participants and the assignment of the participants to the interventions will be strictly separated. The project staff involved in evaluating the results will be blinded to the intervention allocation.

Data collection, management and statistical analysis

Standardized assessments will be carried out at baseline, directly after the intervention and at a follow-up after 3 months. The quantitative assessment (Hypotheses 1 and 2) among participants will be carried out by two trained study nurses (clinical psychologists with advanced clinical training). The questionnaires will be conducted as computer assessed interviews using a secure laptop and will take up to a maximum of two hours per participant. Data collection will be monitored by the method center and later automatically transferred to SPSS v25 (IBM, Cary, Ind.). When selecting the measuring instruments, attention was paid to the objectivity, reliability, and validity of the assessments.

Psychotherapists will also complete questionnaires in paper-pencil format and later transferred to a SPSS v25 data mask. Missing data will be handled using multiple imputation. Furthermore, qualitative data will be collected from psychotherapists, gatekeepers and older participants. Data will be stored and analyzed at the method center. Only the evaluation team will have access to the data, as defined in the data protection concept as part of the ethics approval.

The evaluation based on participant data will be carried out by means of multivariate longitudinal methods (random effects models). Both intention-to-treat analyzes and completers analyzes will be carried out. A post hoc effectiveness analysis of three potentially moderating characteristics of those in need of care will be

considered: (a) degree of cognitive impairment, (b) drug use, and (c) late-onset versus early onset depression. In addition to effect sizes, remission and response rates (Reliable Change Index; RCI) will be determined.

Alongside the effectiveness trial, qualitative data gathered over recruitment as well as treatment processes will be analyzed in order to provide a systematic analysis of the therapeutic, structural and organizational possibilities and barriers regarding the realization of outpatient psychotherapy within the context of interprofessional cooperation under real-life conditions of the German health care system. Specifically, documentation of approaches to access vulnerable older adults will be compared to one another in order to identify successful versus non-successful approaches. In terms of practical implications, qualitative methods will be used in order to analyze interview and focus group data of psychotherapists' experiences of providing psychotherapy for their patients. In addition, qualitative methods are used to analyze how patients experience the psychotherapeutic process and its effectiveness. Quantitative and qualitative results will finally be combined (method triangulation).

Trial status

Recruitment/ enrolment began 25/02/2019 (i.e., first participant in). Currently, we are estimating that the assessment phase will continue until September 2021 (i.e., last participant out) when the last psychotherapy session and T3 assessment has been completed.

Ethics and dissemination

Research ethics approval

This research was approved by the Ethics Committee of the Medical School Hamburg (25/10/2018; MSB-2018/20).

Protocol amendments

Important protocol modifications will be reported in the trial paper.

Consent or assent

PSY-CARE participants and psychotherapists will receive comprehensive information material on the research project and the trial. Written informed consent to take part in the study will be obtained from participants and certified psychotherapists prior to data collection.

Declaration of interests

The authors declare that they have no competing interests. The funder had no role in the design of this study and will not have any role during its execution, analyses, interpretation of the data, or decision to submit results.

Access to data

The project team will be given access to the cleaned data set. The datasets generated during and analyzed during the current study will be stored in a non-publicly available repository. The access information is available from the PI and the corresponding author on reasonable request. To ensure confidentiality, data dispersed to project team members will be blinded of any identifying participant information.

Dissemination policy

Publications are planned in a high-impact peer-reviewed journal.

Discussion

PSY-CARE is a large international study using a pragmatic randomized controlled design for testing the feasibility and effectiveness of outpatient psychological therapy for home-living vulnerable older adults with clinically significant depression. Going beyond extant psychotherapy studies, a systematic analysis of the therapeutic, structural and organizational possibilities and barriers regarding the realization of outpatient psychotherapy under real-life conditions of the German health-care system is provided which may in part be transferable to other countries. Overall, the present trial aims to provide real-world evidence on the provision of psychotherapeutic treatment for home-living vulnerable older adults, with the potential of providing practical implications to improve access to and quality of outpatient psychotherapy.

Supplementary information

Supplementary information accompanies this paper at <https://doi.org/10.1186/s12877-020-01661-1>.

Additional file 1. PSY-CARE trial: Update to the study protocol.

Abbreviations

CBT: Cognitive and behavioral therapy; COPD: Chronic obstructive pulmonary disease; DFG: German Research Foundation; G-BA: Gemeinsamer Bundesausschuss [Fund of the German Federal Joint Committee]; GDS: Geriatric Depression Scale; HADS: Hospital Anxiety and Depression Scale; ID: Identity number; ISRCTN: International Standard Randomised Controlled Trial Number; LR: Life review therapy; Mini-DIPS: Diagnostisches Kurzinterview bei psychischen Störungen [Diagnostic brief Interview for Psychological Diseases]; MSB: Medical School Berlin; PST: Problem-solving therapy; RCI: Reliable change index; RCT: Randomized controlled trial; PSY-CARE: Psychological counselling and therapy for treating depression in homebound older adults; WHOQOL-OLD: World Health Organization Quality of Life in OLD age

Acknowledgements

We acknowledge support from the German Research Foundation (DFG) and the Open Access Publication Funds of Charité – Universitätsmedizin Berlin.

Authors' contributions

EMK (principal investigator) conceptualized the study. EMK, AKB, and PG were major contributors in writing the first draft of the manuscript. All

authors (PG, AKB, CT, CV, JN, AK, EMK) made substantial suggestions to further qualify the first version of the manuscript. PG conducted the power analysis and wrote the statistical methods section. All authors (PG, AKB, CT, CV, JN, AK, EMK) substantively revised the manuscript and all authors (PG, AKB, CT, CV, JN, AK, EMK) read and approved the final manuscript. Finally, all authors (PG, AKB, CT, CV, JN, AK, EMK) confirm that they are personally accountable for their own contributions and ensure that questions related to the accuracy or integrity of any part of the work, even ones in which the author was not personally involved, are appropriately investigated, and resolved.

Funding

The study is funded by the German Innovation Fund of the German Federal Joint Committee (Gemeinsamer Bundesausschuss, G-BA; 01VSF17048). Principal investigator is Eva-Marie Kessler. The funder had no role in the design of this study and will not have any role during its execution, analyses, interpretation of the data, or decision to submit results. Open access funding provided by Projekt DEAL.

Availability of data and materials

The datasets generated during and analyzed during the current study will be stored in a non-publicly available repository. The access information is available from the PI and the corresponding author on reasonable request. To ensure confidentiality, data dispersed to project team members will be blinded of any identifying participant information.

Ethics approval and consent to participate

This research was approved by the Ethics Committee of the Medical School Hamburg (25/10/2018; MSB-2018/20). Written informed consent was obtained from study participants. The trial was prospectively registered at the ISRCTN registry (International Standard Randomised Controlled Trial Number) with study identity number [ISRCTN55646265](https://www.isrctn.com/ISRCTN55646265).

Consent for publication

Not applicable – This protocol contains no individual person's data.

Competing interests

The authors declare that they have no conflict of interest.

Author details

¹Institute for Medical Sociology and Rehabilitation Science, Charité – Universitätsmedizin Berlin, Charitéplatz 1, 10117 Berlin, Germany. ²MSB Medical School Berlin, Department of Psychology, Rüdeshheimer Str. 50, 14197 Berlin, Germany.

Received: 15 January 2020 Accepted: 22 July 2020

Published online: 05 August 2020

References

- Bruce ML, McAvay GJ, Raue PJ, Brown EL, Meyers BS, Keohane DJ, et al. Major depression in elderly home health care patients. *Am J Psychiatr*. 2002; 159(8):1367–74.
- Choi NG, Teeters M, Perez L, Farar B, Thompson D. Severity and correlates of depressive symptoms among recipients of meals on wheels: age, gender, and racial/ethnic difference. *Aging Ment Health*. 2010;14(2):145–54.
- Rowe JL, Conwell Y, Schulberg HC, Bruce ML. Social support and suicidal ideation in older adults using home healthcare services. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2006;14(9):758–66.
- Hyer L. Depression in long-term care. *Clin Psychol Sci Pract*. 2005;12(3): 280–99.
- Xiang X, Leggett A, Himle JA, Kales HC. Major depression and subthreshold depression among older adults receiving home care. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2018;26(9):939–49.
- Fiske A, Wetherell JL, Gatz M. Depression in older adults. *Annu Rev Clin Psychol*. 2009;5:363–89.
- Alexopoulos GS. Mechanisms and treatment of late-life depression. *Transl Psychiatry*. 2019;9(1):1–16.
- Huang AX, Delucchi K, Dunn LB, Nelson JC. A systematic review and meta-analysis of psychotherapy for late-life depression. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2015;23(3):261–73.

9. McGovern AR, Kiesses DN, Raue PJ, Wilkins VM, Alexopoulos GS. Psychotherapies for late-life depression. *Psychiatr Ann*. 2014;44(3):147–52.
10. DGPPN B, KBV A, AkdÄ B, BApK D, DEGAM D, DGPs D. [German Guideline Unipolar Depression] S3-Leitlinie/Nationale VersorgungsLeitlinie Unipolare Depression–Langfassung, 2. Auflage. Version 5. Retrieved from www.leitlinien.de/nvl/depression; 2015.
11. Raue PJ, McGovern AR, Kiesses DN, Sirey JA. Advances in psychotherapy for depressed older adults. *Curr Psychiatry Rep*. 2017;19(9):57.
12. Olfson M, Blanco C, Marcus SC. Treatment of adult depression in the United States. *JAMA Intern Med*. 2016;176(10):1482–91.
13. Kessler E-M, Blachetta C. Age cues in patients' descriptions influence treatment attitudes. *Aging Ment Health*. 2018;1–4.
14. Laidlaw K, Pachana NA. Aging, mental health, and demographic change: challenges for psychotherapists. *Prof Psychol Res Pract*. 2009;40(6):601.
15. Choi NG, Lee A, Goldstein M. Meals on wheels: exploring potential for and barriers to integrating depression intervention for homebound older adults. *Home health care services quarterly*. 2011;30(4):214–30.
16. Gutzmann H, Schäufele M, Kessler E-M, Rapp M. Psychiatrische und psychotherapeutische Versorgung von Pflegebedürftigen. In: Jacobs K, Kuhlmei A, Greß S, Schwinger A, editors. *Pflegereport 2017*. Stuttgart: Schattauer; 2017. p. 107–18.
17. Luck-Sikorski C, Stein J, Heilmann K, Maier W, Kaduszkiewicz H, Scherer M, et al. Treatment preferences for depression in the elderly. *Int Psychogeriatr*. 2017;29(3):389–98.
18. Raue PJ, Weinberger MI, Sirey JA, Meyers BS, Bruce ML. Preferences for depression treatment among elderly home health care patients. *Psychiatr Serv*. 2011;62(5):532–7.
19. Choi NG, Sirey JA, Bruce ML. Depression in homebound older adults: recent advances in screening and psychosocial interventions. *Curr transl Geriatrics Experiment Gerontol Rep*. 2013;2(1):16–23.
20. Carpenter B, Ruckdeschel K, Ruckdeschel H, Haitsma KV. REM psychotherapy: a manualized approach for long-term care residents with depression and dementia. *Clin Gerontol*. 2003;25(1–2):25–49.
21. Meeks S, Looney SW, Van Haitsma K, Teri L. BE-ACTIV: a staff-assisted behavioral intervention for depression in nursing homes. *Gerontologist*. 2008;48(1):105–14.
22. Gellis ZD, McGinty J, Horowitz A, Bruce ML, Misener E. Problem-solving therapy for late-life depression in home care: a randomized field trial. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2007;15(11):968–78.
23. Laidlaw K, Kishita N. Age-appropriate augmented cognitive behavior therapy to enhance treatment outcome for late-life depression and anxiety disorders. *GeroPsych*. 2015;28(2):57–66.
24. Wang JJ. The effects of reminiscence on depressive symptoms and mood status of older institutionalized adults in Taiwan. *Int J Geriatric Psychiatry*. 2005;20(1):57–62.
25. Sutcliffe C, Cordingley L, Burns A, Mozley CG, Bagley H, Huxley P, Challis D. A new version of the geriatric depression scale for nursing and residential home populations: the geriatric depression scale (residential) (GDS-12R). *International Psychogeriatrics*. 2000;12(2):173–81.
26. Gauggel S, Birkner B. Validität und Reliabilität einer deutschen Version der Geriatrischen Depressionsskala (GDS). *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*. 1999;28(1):18–27.
27. Kessler E-M. PSY-CARE manual - a guide for needs-based psychotherapeutic work with older adults living at home who need care for cognitive behavioral therapists. In: PSY-CARE manual – Ein Leitfaden für edarfsangemessenes psychotherapeutisches Arbeiten mit zuhauselebenden älteren menschen mit Pflegebedarf für kognitive Verhaltenstherapeut*innen. Berlin: MSB Medical School Berlin; 2019.
28. Kessler E-M. [PSY-CARE guide for older people with care needs and depression and their relatives] PSY-CARE Ratgeber für ältere Menschen mit Pflegebedarf und Depression und ihre Angehörigen. Berlin: MSB Medical School Berlin; 2019.
29. Bäcker G. Reform of the long-term care insurance in Germany. In: *European Social Policy Network ESPN Flash Report 2016/43*; 2016.
30. Hautzinger M. [help for those affected and their families with depression in old age] Wenn Ältere schwermütig werden: Hilfe für Betroffene und Angehörige bei Depression im Alter: Beltz; 2006.
31. Sutcliffe C, Cordingley L, Burns A, Mozley CG, Bagley H, Huxley P, Challis D. A new version of the geriatric depression scale for nursing and residential home populations: the geriatric depression scale (residential) (GDS-12R). *Int Psychogeriatr*. 2000;12(2):173–81.
32. Gauggel S, Birkner B. Validität und Reliabilität einer deutschen Version der Geriatrischen Depressionsskala (GDS). *Z Klin Psychol Psychother*. 1999;28(1):18–27.
33. Conrad I, Matschinger H, Kilian R, Riedel-Heller S. WHOQOL-OLD und WHOQOL-BREF – Handbuch für die deutschsprachigen Versionen der WHO-Instrumente zur Erfassung der Lebensqualität im Alter. Göttingen: Hogrefe; 2016.
34. Margraf J. Mini-DIPS: Diagnostisches Kurz-Interview bei psychischen Störungen (Mini-DIPS: short diagnostic interview for mental disorders). Berlin, Heidelberg, New York, Tokio: Springer; 1994.
35. Hinz A, Brähler E. Normative values for the hospital anxiety and depression scale (HADS) in the general German population. *J Psychosom Res*. 2011;71(2):74–8.
36. Mahoney FI, Barthel DW. Functional evaluation: the Barthel index: a simple index of independence useful in scoring improvement in the rehabilitation of the chronically ill. *Maryland State Med J*. 1965;14:61–5.
37. Lawton MP, Brody EM. Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. *Gerontologist*. 1969;9(3):179–86.
38. Faul F, Erdfelder E, Buchner A, Lang A-G. Statistical power analyses using G*power 3.1: tests for correlation and regression analyses. *Behav Res Methods*. 2009;41(4):1149–60.
39. Cooper AA, Conklin LR. Dropout from individual psychotherapy for major depression: a meta-analysis of randomized clinical trials. *Clin Psychol Rev*. 2015;40:57–65.
40. Kessler E-M. PSY-CARE Manual (Version 1.0). unveröffentlichtes Schulungsmanual; 2019.
41. R Core Team. R Foundation for Statistical Computing; Vienna, Austria; 2014. R: A language and environment for statistical computing 2015.
42. R. R: A language and environment for statistical computing. R Foundation for Statistical Computing. Vienna: R Core Team; 2014.

Publisher's Note

Springer Nature remains neutral with regard to jurisdictional claims in published maps and institutional affiliations.

Ready to submit your research? Choose BMC and benefit from:

- fast, convenient online submission
- thorough peer review by experienced researchers in your field
- rapid publication on acceptance
- support for research data, including large and complex data types
- gold Open Access which fosters wider collaboration and increased citations
- maximum visibility for your research: over 100M website views per year

At BMC, research is always in progress.

Learn more biomedcentral.com/submissions





ELSEVIER

Available online at www.sciencedirect.com

ScienceDirect

journal homepage: www.ajgponline.org

Regular Research Article

Evaluation of Recruitment Strategies for Home-Living Vulnerable Older Adults With Depression: Findings From a Randomized Controlled Psychotherapy Trial

Christina Tegeler, Ph.D. *, Fee Hoppmann, M.Sc. *, Paul Gellert, Ph.D.,
Julie L. O'Sullivan, M.Sc., Eva-Marie Kessler, Ph.D.

ARTICLE INFO

Article history:

Received March, 3 2021

Revised May, 27 2021

Accepted July, 25 2021

Key Words:

Recruitment methods
clinical trial enrollment
psychosocial interventions
home care
community-dwelling
mood disorder
gatekeeper
referral

ABSTRACT

Objective: Vulnerable older adults, such as physically impaired or care-dependent individuals, are vastly underrepresented in psychotherapy research. Improving their inclusion in randomized controlled trials is necessary to determine the effectiveness of psychotherapy in this population. This study is the first to systematically evaluate strategies to recruit home-living vulnerable older adults with clinically significant depression into a large randomized controlled psychotherapy trial. Potential participants were approached directly (self-referral) or via cooperation with gatekeepers (gatekeeper-referral). Methods: Successful recruitment strategies and the person initiating the first contact with the study team were recorded. Recruitment strategies were compared with respect to the number of inquiries and inclusion rates, study personnel's time investment, and participant characteristics (sociodemographics, functional and cognitive status, depression and anxiety scores). Results: Most of the N = 197 participants were included via gatekeeper-referral (80.5%, 95% confidence interval = [74.9, 86.1]), but time investment for gatekeeper-referrals was five times higher than for self-referral by media reports. Clinical psychologists and medical practitioners referred the largest proportion of participants (32.3% each) and referral by medical practitioners led to highest inclusion rates (55.6%; $\chi^2(3) = 8.964, p < 0.05$). Most participants were referred

From the Department of Psychology, MSB Medical School Berlin (CT, FH, E-MK), Berlin, Germany; and the Institute of Medical Sociology and Rehabilitation Science, Charité – Universitätsmedizin Berlin (PG, JLO), Berlin, Germany. Send correspondence and reprint requests to Eva-Marie Kessler, Ph.D., Department of Psychology, MSB Medical School Berlin, Rüdeshheimer Str. 50, Berlin 14197, Germany. e-mail: eva-marie.kessler@medicalschooll-berlin.de

* Shared co-first authorship.

© 2021 The Authors. Published by Elsevier Inc. on behalf of American Association for Geriatric Psychiatry. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>)

<https://doi.org/10.1016/j.jagp.2021.07.020>

from a hospital setting (50.3%), whereas referral numbers by medical practices were low (15.9%). Participants who initiated the first contact themselves had higher inclusion rates and were less functionally impaired. Conclusion: Including home-living vulnerable older adults into psychotherapy trials requires simultaneous implementation of diverse recruitment strategies. Medical practitioners and psychologists, especially in hospitals, are the most effective recruitment strategy, but self-referral via media is most cost-efficient in terms of time investment. (Am J Geriatr Psychiatry 2022; 30:462–474)

Highlights

- What is the primary question addressed by this study?
This study systematically evaluates strategies to recruit home-living vulnerable older adults with clinically significant depression into a large randomized controlled psychotherapy trial.
- What is the main finding of this study?
Collaboration with medical practitioners and psychologists, especially in hospitals, was the most effective recruitment strategy, while recruitment via media coverage required the least amount of temporal resources; however, participant characteristics did not differ significantly depending on recruitment strategy. Every second inclusion was initiated by relatives or gatekeepers, whereas participants who inquired about participation themselves had higher inclusion rates and were less functionally impaired.
- What is the meaning of the finding?
Both healthcare professionals and relatives should be actively involved in the recruitment procedure to include vulnerable older adults, especially those with a high level of functional impairment.

INTRODUCTION

Meta-analyses have provided extensive evidence that psychotherapeutic interventions are effective in treating depression in older populations.^{1,2} Despite two to three times higher rates of clinical depression compared to their community-dwelling counterparts who live independently,³ vulnerable older adults, including homebound, functionally and cognitively impaired individuals, are vastly underrepresented in psychotherapy research.^{4,5} While there is a substantial amount of research on psychological interventions combatting depression in long-term care facilities,^{6,7} there is a profound gap concerning older adults living at home and only few studies have been conducted in this field.^{8–10} Improving recruitment strategies to ameliorate the inclusion of home-living vulnerable older adults in psychotherapy randomized controlled trials (RCT) is thus necessary to determine the effectiveness of psychotherapy in this specific population.

There are several barriers regarding the inclusion of vulnerable older adults into clinical research. From researchers' perspective, the application of restrictive exclusion criteria, such as upper age limits, chronic physical conditions or cognitive impairment are not only related to ageist psychotherapeutic pessimism,¹¹ but can also reflect pragmatic challenges: participants' safety or their capacity to consent, as well as adverse effects on the study design such as increased dropout rates and confounders due to diverse physical impairments.^{12–14} Furthermore, adaptations for impaired verbal, cognitive and sensory functioning^{15,16} as well as impaired physical capacity and mobility^{13,16,17} are not sufficiently implemented (e.g., applying age-appropriate measures or offering means of transportation). From participants' perspective, participation in a psychotherapy RCT can be impeded by depression symptoms as well as perceived stigma associated with mental illness and its treatment.^{18–20}

This study is the first to systematically evaluate recruitment strategies for a large psychotherapy RCT with home-living vulnerable older adults with

clinically significant depression in an urban setting (i.e., PSY-CARE trial; see Methods). We report effectiveness and efficiency of different recruitment strategies and describe who is reached by certain recruitment strategies. Our findings can inform future studies and enable evidence-based practical decisions regarding the tailoring of recruitment strategies to be suitable for reaching vulnerable older adults.

First, we aim to ascertain the effectiveness and efficiency of recruitment strategies prompting self-referrals (SR) with those prompting gatekeeper-referrals (GKR). SR strategies directly address potential participants by media or face-to-face recruitment, while GKR strategies involve recruitment via partnerships with gatekeepers (GK). Gatekeepers are persons or institutions involved with vulnerable older adults in a professional capacity (e.g., medical practices or care services). We compared the number of inquiries (defined as direct contacts of the study team with potential participants, their relatives or their GK to prompt study participation) and inclusions, as well as time required by the study team per inclusion (time investment) between SR and GKR. Review articles on the recruitment of older, very old or frail individuals prominently recommend establishing partnerships with GK that are known and trusted by vulnerable older adults to reach, identify and inform potentially eligible study participants.^{12,16,17} In one study,⁸ functionally impaired older adults with subthreshold depression were recruited to a preventative psychotherapy RCT. Direct outreach via aging service providers proved an effective recruitment strategy. We therefore expected GKR to yield a higher number of inclusions than SR. However, recruitment strategies also vary in time and personnel costs. Both are of high relevance for economic study planning, but empirical evidence about the cost-effectiveness of GKR versus SR recruitment is very scarce and inconsistent.²¹⁻²³ We thus exploratively compare the average working hours needed to recruit a participant (time investment) by each of these two strategies.

Second, we want to undertake a more differentiated analysis of subgroups within these higher-level strategies. Therefore, we aim to compare face-to-face recruitment with media recruitment to investigate potential subgroup effects of SR. A systematic literature review on recruiting older adults to clinical research¹³ found recruitment via newspapers to be efficient in recruiting older adults and

recommended combining it with recruitment via social media. Other studies reported face-to-face contact with potential participants as a promising access point to build-up trust and include eligible older adults.^{24,25} However, media recruitment might have further reach, particularly to homebound individuals, and might also trigger less shame about stigmatized mental health problems than face-to-face recruitment. Thus, we expect recruitment via media to be more effective.

Third, we investigate which GK are most effective in recruiting home-living vulnerable older adults with depression. The cooperation with such GK might be associated with specific challenges. For example, individuals recruited in an acute hospital setting may be discharged before enrollment activities are completed and might be burdened by acute illness.^{12,14} Conversely, recruitment in primary care settings might go along with a tendency of general practitioners (GP) to “protect” their vulnerable patients by nonreferral in the face of anticipated stress associated with trial participation.^{20,26} Therefore, differentiation of GK based on their profession (e.g., medical practitioners, psychologists, professional caregivers) as well as their institution (e.g., hospitals, medical practices, care services) is necessary to determine effective GK. In contrast to other GK professions, we assume medical practitioners and clinical psychologists to be most effective due to their diagnostic qualification. We furthermore hypothesized recruitment via medical practices to be especially effective in contrast to other GK institutions, because of their key role in supplying healthcare for older adults.

Fourth, we investigate whether participants reached by GKR versus SR strategies differ in indicators of vulnerability, such as depressive symptoms, a high need for social support due to functional or cognitive impairment or a low level of education. If different recruitment strategies yield participants with different characteristics associated with vulnerability, researchers need to consider which strategies to implement according to their target population and representativeness of their study sample.²⁷ The active search for information and help requires personal resources (e.g., drive, communication skills) that might be restricted in vulnerable older adults with depression but could be compensated by supportive GK. We therefore hypothesize self-referred participants to be less depressed, younger, higher educated and less functionally and cognitively impaired than GK-referred participants.

Fifth, we explore who initiates the first contact with the study team and whether this affects the likelihood of inclusion. We further compare whether participants who initiate the first contact with the study team themselves differ from those for whom first contact is initiated via a GK or relative. Researchers should consider whether the opportunity of initiation of the first contact with the study site to inquire about participation by relatives or GK is desired and actively promoted in the recruitment process. Relatives might support the recruitment process by providing a sense of security or practical support, but they may also discourage participation.^{16,28} If the first contact is not initiated by the potential participants themselves but by a third party, this could also signify a lack of internal motivation, entailing unnecessary effort for the study team. At the same time, especially vulnerable older adults might be excluded indirectly if an active step towards participation is required. We hypothesize participants initiating the first contact themselves (compared to first contact by GK or relatives) to be less depressed, younger, to have a higher level of education, to be less functionally and cognitively impaired and more likely to be included.

METHODS

PSY-CARE Trial

This study is nested within the ongoing pragmatic RCT “PSY-CARE” that was launched to investigate the feasibility and effectiveness of providing outpatient cognitive-behavioral psychotherapy tailored for home-living vulnerable older adults with depression (see study protocol²⁹). This intervention was implemented under real-life conditions of the German healthcare system in an urban environment (Berlin) and compared to telephone counseling in addition to a self-help guide. The trial was prospectively registered at the ISRCTN registry (ISRCTN55646265) and approved by the Ethics Committee of the Medical School Hamburg (MSH-2018/20).

Eligibility Criteria

Participants were included from February 2019 until March 2020, recruitment efforts were concluded before restrictions due to the COVID-19 pandemic

were implemented. Eligible participants were 1) 60 years and older; 2) living at home; 3) in need of long-term care (as assessed by the German compulsory state nursing care insurance³⁰) and 4) had a clinically significant depressive disorder. Exclusion criteria were acute psychosis, mania or hypomania, terminal stage of a progressive disease, moderate to severe dementia, as well as communication difficulties and visual or hearing impairments that would severely affect an individual’s capacity to take part in the study. Assessment of eligibility criteria was conducted by home visits, age-sensitive scales and trained interviewers (see flow chart in Fig. 1).

Measures

Recruitment strategies

To generate a naturalistic sample, a wide range of strategies to inform the target population about study participation was used. *Self-referral strategies* addressed potential participants themselves (without mediation of a GK). This was implemented as dissemination of information about the study 1) by media coverage, such as newspaper interviews with the principal investigator, posts on social media platforms and the project’s website and 2) as face-to-face recruitment by study members introducing the project at local community centers and parishes. *Gatekeeper-referral strategies* aimed to involve healthcare professionals and voluntary workers (e.g., employees of hospitals, pharmacies, nursing services, or welfare organizations) to prompt referrals of potential participants. To establish cooperation, the study team contacted potential GK by mail-out, telephone or e-mail in order to inform them about the trial, with 40,000 flyers distributed for dispensation to their patients. On-site study presentations were offered for institutions interested in collaboration. GK were regularly updated about the recruitment process by newsletters or individual feedback. Neither participants nor GK received financial compensation. Potential participants were asked an open-ended question to determine how they learned about the study during the first contact with the study team by telephone. In case of GKR, the answers were followed up by in-detail questions to ascertain the profession and institution of referring GK. In cases where participants were unsure, involved contact persons like relatives were asked about the referring GK. SR was assumed if the participant was made aware of

FIGURE 1. Flowchart of the recruitment and inclusion of participants by recruitment strategy.

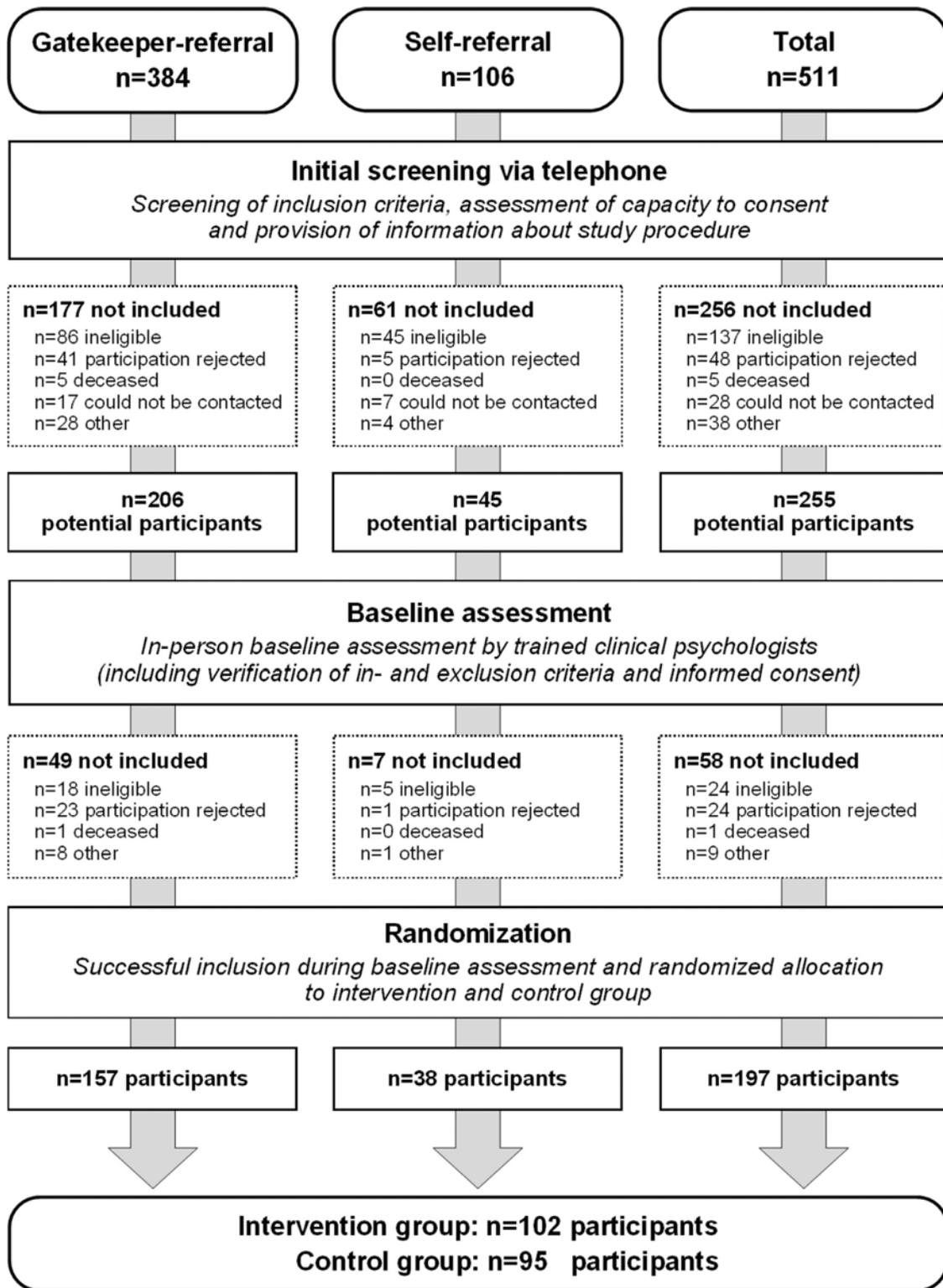


TABLE 1. Breakdown of Gatekeeper Institutions

Gatekeeper Institution	Inquiries
Hospitals	184
Geriatric wards	95
Psychiatric wards	31
Other wards (e.g., neurology, cardiac, orthopedic)	15
Ward unknown	43
Care facilities	60
Ambulatory care services	40
Assisted living facilities	11
Legal guardians	3
Association unknown	6
Medical practices	48
General practitioners	39
Other specialties	5
Specialty unknown	4
Counseling services	65
Psychotherapeutic practices	10
miscellaneous	12
Mobility services	4
Voluntary service providers, e.g., visiting services	3
Physical therapy practice	2
Parishes	2
Health insurance providers	1

the study via media, e.g., newspaper, or during personal contact with a study team member. GKR was assumed if participants were referred to the study by a GK or received a flyer in a GK's institution. Acquired information was recorded as precisely as possible. After completing the recruitment process, answers of individuals referred by GK were categorized¹ regarding *institution* and *profession* of the GK. Institutions were categorized as 1) hospitals, 2) care facilities (mostly ambulatory care services), 3) medical practices (mostly general practices), 4) counseling services (centers relaying information about legal or practical possibilities for receiving help in case of care-dependency), 5) psychotherapeutic practices, and 6) miscellaneous institutions (Table 1).

The GK professions were allocated to the following categories based on the vocational training and the job description: 1) clinical psychologists (85.9% practicing in a hospital setting), 2) all medical practitioners (43.9% general practitioners and 46.2% physicians in hospitals), 3) social workers and counselors (77.8% in counseling centers for care dependency), 4) professional caregivers (77.0% employed by ambulatory care services), and 5) miscellaneous (subgroups with

less than five referrals, ranging from speech therapists to voluntary patient advocates).

Time investment (in working hours) required to prompt SR by media coverage, SR by face-to-face contact or GKR was assessed based on a detailed recruitment documentation: For all recruitment activities, the type of activity (e.g., sending a serial letter to potential GK, interview at the daily newspaper, project presentation in the community center) and details of the addressee (e.g., occupation and institution of the GK, name of the newspaper and date of publication) were documented. This information was combined with each team members' calendar entries to estimate the working hours required for SR or GKR, respectively. Time devoted to SR by face-to-face contact included travel time to public locations like parishes or senior centers, preparation and presentation of talks about depression in old age, as well as personal contact with and hand-out of flyers to interested attendees. For GKR, time invested was spent on designing flyers, establishing contact with GK (research on, e.g., hospitals and medical practices and mail-outs, as well as direct contact via telephone calls or visits), study presentations in interested institutions as well as regular reminders by e-mail or telephone contact. Furthermore, individual cases and problems during recruitment were discussed with GK as requested.

Participant characteristics

Education levels based on the international standard classification of education were aggregated into three levels in accordance with the European statistical office (low, medium, high³¹). *Clinically significant depression* was determined during baseline assessment using a modified structured clinical interview for mental disorders (Mini-DIPS³²), resulting in a tentative diagnosis of major depression or depressive adjustment disorder as well as the 12-item Geriatric Depression Scale³³ with a cut-off of 4 for inclusion. The Hospital Anxiety and Depression Scale³⁴ was used as an additional measure for depressive and anxious symptomatology. To assess the participants' *functional status*, the Lawton's Instrumental Activities of Daily Living³⁵ Scale and the Barthel-Index for activities of daily living³⁶ were used. The Mini-Mental State

¹ Coding was conducted by three authors (C.T., F.H., and E.M.K.), with high inter-rater reliability (Cohen's Kappa 0.87–0.97).

Recruitment Strategies for Vulnerable Older Adults With Depression

TABLE 2. Inquiries and Inclusions Depending on Recruitment Strategies

Recruitment Strategy	Inquiries (%) ^a	Inclusions (%) ^b	Inclusion Rate ^c (95% CI)
Gatekeeper-referral	384 (75.1)	157 (79.7)	40.9 (36.0–45.8)
Self-referral	106 (20.7)	38 (19.5)	35.8 (26.7–44.9)
Media coverage	97 (19.0)	36 (18.3)	37.1 (27.5–46.7)
Face-to-face	6 (1.2)	1 (0.5)	16.7 (0.0–47.0)
miscellaneous	3 (0.6)	1 (0.5)	33.3 (0.0–86.6)
Referral unknown	21 (4.7)	2 (1.0)	8.3 (0.0–19.4)
Total	511 (100)	197 (100)	38.6 (34.4–42.8)

Notes: Miscellaneous self-referrals included word-of-mouth by other participants and reactions to posters. CI: confidence interval.

^a Number of inquiries (% of total inquiries).

^b Number of inclusions (% of total inclusions).

^c Ratio of inclusions to inquiries in percent.

Examination (MMSE³⁷) was administered to operationalize *global cognitive functioning*.

Initiators of first contact with the study team

Initiators of first contact with the study team were documented consistently. The first contact with the study team could be carried out by 1) potential participants themselves, 2) professional GK, or 3) relatives and friends. GK were requested by the study team to support their clients by establishing contact on their behalf whenever they assumed this might be beneficial in reducing barriers.

Statistics

To compare inclusion rates and categorical participant characteristics, χ^2 tests were performed and standardized residuals were examined as indications for differences between cells. Independent sample t-tests and one-way analysis of variances (Welch-tests in case of heteroscedasticity) were performed to contrast participant characteristics depending on recruitment strategy. Kruskal-Wallis H-tests were performed to compare participants' level of education. When comparing participants referred by different gatekeeper groups, groups with $n < 5$ were excluded from analysis. p-values are two-tailed unless otherwise specified. Significance levels are Bonferroni-adjusted for multiple comparisons.

RESULTS

Sample

The recruitment efforts resulted in a total of 511 inquiries (Fig. 1). Of these potential participants,

314 (61.4%) had to be excluded, leading to a sample of 197 participants and an overall inclusion rate of 38.6%.

Participants were aged between 61 and 94 (mean = 77.8) years, were predominantly female (77.2%) and had a medium or high level of education (89.2%). Twelve-item Geriatric Depression Scale Scores ranged from 4 to 12 (maximum score) points (mean = 7.8) and all participants were assigned a tentative ICD-10 diagnosis of depressive or adjustment disorders³⁸ during baseline-assessments (see table Supplemental Digital Content 1). Regarding MMSE-scores, 19.5% of participants ($n = 38$) scored lower than 27 points (suggested as a cut-off for cognitive decline³⁹). Overview of participant characteristics is shown in Table 4.

Inquiries, Inclusions, and Time Investment of Recruitment Strategies

Most participants were recruited via GKR (80.5%, 95% CI = [74.9, 86.1]), while 19.5% (95% CI = [13.9, 25.1]) were recruited by SR (number of inquiries and inclusion rates in Table 2). Inclusion rates did not differ according to recruitment strategy: $\chi^2(1) = 0.879$, $p = 0.348$.

The study team spent a total amount of 2,803 working hours planning and implementing the recruitment process. Of those, 2,277 working hours (81.2%) were spent developing, initiating and improving GK-referral, and 526 hours (18.8%) prompting self-referrals. This amounts to an average of 14.2 hours per participant, with 14.5 hours of effort per GK-referred and included and 13.8 hours per self-referred and included participant.

TABLE 3. Inquiries and Inclusions Depending on Gatekeeper Groups

Gatekeeper Group	Inquiries (%) ^a	Inclusions (%) ^b	Inclusion Rate ^c (95% CI)
Gatekeeper institutions			
Hospitals	184 (48.3)	79 (50.3)	42.9 (35.7–50.1)
Care facilities	60 (15.7)	26 (16.6)	43.3 (30.8–55.8)
Medical practices	48 (12.6)	25 (15.9)	52.1 (38.0–66.2)
Counseling services	65 (17.1)	21 (13.4)	32.3 (20.9–43.7)
Psychotherapeutic practices	10 (2.6)	4 (2.5)	40.0 (9.6–70.4)
Miscellaneous	12 (3.1)	2 (1.3)	16.7 (0.0–37.8)
Gatekeeper professions			
Clinical psychologists	135 (36.2)	50 (32.3)	37.0 (28.9–45.1)
Medical practitioners	90 (24.1)	50 (32.3)	55.6 (45.3–65.9)
Social workers and counselors	72 (19.3)	27 (17.4)	37.5 (26.3–48.7)
Professional caregivers	53 (14.2)	25 (16.1)	47.2 (33.8–60.6)
Miscellaneous	23 (6.2)	3 (1.9)	13.0 (0.0–26.7)
Total gatekeeper-referrals	384 (100)	157 (100)	40.9 (33.8–48.0)

Notes: Miscellaneous gatekeeper institutions included parishes, umbrella organizations and others. Referring gatekeeper's institution was unknown in n = 3 cases. Miscellaneous gatekeeper professions included clergy, physical therapists, speech therapists and others. Referring gatekeeper's profession was unknown in n = 11 cases. CI: confidence interval.

^a Number of inquiries (% of all gatekeeper inquiries).

^b Number of inclusions (% of all gatekeeper inclusions).

^c Ratio of inclusions to referrals in percent.

Inquiries, Inclusion, and Time Investment for Self-Referral Strategies

Of all self-referred participants, 94.7% were recruited via media, and only 2.6% via face-to-face recruitment (see Table 2 for inquiries and inclusion rates). Time-investment amounted to 5.0 hours per included participant for SR via media and 335.0 hours for one participant included by face-to-face recruitment.

Inquiries and Inclusion Rates for Gatekeepers

Professional GK referred between 0 and 16 potential participants, of which 0 to a maximum of four participants per GK were eligible and could be included. The largest proportion of included participants was referred by healthcare professionals, i.e., psychologists and medical practitioners (32.3% each). Inclusion rates differed significantly by GK profession: $\chi^2(3) = 8.964$, $p = 0.030$. There were no significant differences for inclusion rates between referring GKs' institutions: $\chi^2(3) = 4.598$, $p = 0.204$. Inquiries and inclusion rates are reported in Table 3.

Participant Characteristics Depending on Recruitment Strategy

No differences in participant characteristics were found between GKR and SR (Table 4). Likewise, no

difference could be detected for the proportion of participants with an MMSE-Score below 27 (SR: 21.1%, GKR: 19.4%), $\chi^2(1) = 0.056$, $p = 0.999$, or participants lacking ability to consent (SR: 7.9%, GKR: 5.7%), $\chi^2(1) = 0.248$, $p = 0.999$.

Initiator of First Contact

First contact with the study team was initiated by the included participants themselves in 45.2% of cases, followed by initiation via professional GK (31.5%) and relatives or friends (23.4%), respectively. Inclusion rates were highest when the participants initiated contact themselves (46.1%, 95% CI = [39.1, 53.1]) when compared to first contact by relatives or friends (33.6%, 95% CI = [25.7, 41.5]) and professional GK (34.3%, 95% CI = [27.4, 41.2]). This difference was significant with $\chi^2(2) = 7.502$, $p = 0.023$. Participant characteristics dependent on initiator of first contact are listed in Table 5. Both level of education ($H(2) = 15.9$, $p = 0.003$) and Instrumental Activities of Daily Living ($F(2,193) = 8.48$, $p = 0.003$), were significantly higher in participants who initiated first contact themselves.

DISCUSSION

Our findings uniquely contribute to the existing literature regarding successful recruitment of older

Recruitment Strategies for Vulnerable Older Adults With Depression

TABLE 4. Characteristics of Participants Depending on Recruitment Strategy

Characteristic	Total	Gatekeeper-Referrred	Self-Referrred	Test Statistic	p
Age, years (mean)	77.8 (SD = 8.1) 95% CI = [76.6, 79.0]	77.5 (SD = 8.1) 95% CI = [76.2, 78.8]	79.2 (SD = 8.1) 95% CI = [76.5, 81.9]	$t(193) = 1.195$	0.999
Gender (N)				$\chi^2(1) = 1.922$	0.999
male	45 (22.8%)	33 (21.0%)	12 (31.6%)		
female	152 (77.2%)	124 (79.0%)	26 (68.4%)		
Education (N)				$H(1) = 6.602$	0.092
High	69 (35.6)	49 (31.6%)	20 (54.1%)		
Middle	104 (53.6%)	87 (56.1%)	15 (40.5%)		
low	21 (10.8%)	19 (12.3%)	2 (5.4%)		
GDS (mean)	7.8 (SD = 2.5) 95% CI = [7.4, 8.2]	7.8 (SD = 2.5) 95% CI = [7.4, 8.2]	7.7 (SD = 2.6) 95% CI = [6.8, 8.5]	$t(192) = -0.284$	0.999
HADS-D (mean)	11.4 (SD = 4.1) 95% CI = [10.8, 12.0]	11.5 (SD = 4.3) 95% CI = [10.8, 12.2]	10.7 (SD = 3.2) 95% CI = [9.7, 11.8]	$t(71.9) = -1.249$	0.999
HADS-A (mean)	10.0 (SD = 4.5) 95% CI = [9.4, 10.6]	10.2 (SD = 4.6) 95% CI = [9.5, 10.9]	9.3 (SD = 4.0) 95% CI = [7.9, 10.6]	$t(192) = -1.119$	0.999
ADL (mean)	83.1 (SD = 16.7) 95% CI = [80.7, 85.5]	84.0 (SD = 15.1) 95% CI = [81.6, 86.4]	79.3 (SD = 21.8) 95% CI = [72.2, 86.5]	$t(46.0) = -1.256$	0.999
iADL (mean)	5.4 (SD = 2.2) 95% CI = [5.1, 5.7]	5.5 (SD = 2.1) 95% CI = [5.1, 5.8]	5.3 (SD = 2.5) 95% CI = [4.5, 6.1]	$t(50.0) = -0.401$	0.999
MMSE (mean)	27.8 (SD = 2.3) 95% CI = [27.4, 28.1]	27.8 (SD = 2.2) 95% CI = [27.4, 28.1]	27.8 (SD = 2.5) 95% CI = [27.0, 28.7]	$t(191) = 0.160$	0.999

Notes: GDS: Geriatric depression scale; HADS-D: Depression subscale of the Hospital Anxiety and Depression Scale; HADS-A: anxiety subscale of the Hospital Anxiety and Depression scale; ADL: activities of daily living; iADL: independent activities of daily living; MMSE: Mini Mental State Examination; SD: standard deviation; CI: confidence interval.

p-values are two-tailed and Bonferroni corrected for multiple comparisons. MMSE scores were normed for $n = 25$ participants who were unable to undertake all items due to physical impairments and for $n = 10$ due to telephone-delivered assessments.

adults and their inclusion into psychotherapy research by focusing on a growing and extremely hard-to-reach population: Home-living long-term care patients aged 60 years and older suffering from clinically significant depression. A high proportion of our sample also suffered from symptoms of anxiety, restrictions in mobility and cognitive impairments.

Which Recruitment Strategy Is Most Successful?

Whereas GKR was more effective in terms of inclusion (80.5%) than self-referral (19.5%), SR via media (especially newspaper articles) was a very time-efficient recruitment method. Studies should not only rely on GKR, as SR can be an excellent and more economical additional strategy in the recruitment of older adults with depression (cf. Csipke et al.²²). SR via face-to-face contact proved time-consuming and ineffective for our sample. This is particularly noteworthy as previous studies on recruitment of older adults reported face-to-face contact to be more effective and trust building than more indirect recruitment methods.^{24,25} Contrary to our expectations, the only difference in participant characteristics between the respective strategies was a higher

level of education in those reached by SR compared to GKR. This preliminarily suggests that further tailoring of the main recruitment strategies is not necessary to include participants with higher levels of vulnerability.

Which Gatekeepers Should We Collaborate With?

Contrary to our hypothesis, referral by hospitals rather than medical practices was most effective, as every second participant (51.0%) was reached by GK during a hospital stay. This clearly surpassed referrals by medical practices, even though referral by GP has been found to be a very successful strategy in previous studies.¹⁷ However, medical practices had the highest inclusion rate of all institutions: If a GP recommends study participation, the patient is likely to be both eligible and compliant with the recommendation. However, lower absolute numbers of GP referrals than expected may be indicative of GP' doubts about the effectiveness of psychotherapy as well as concerns about the burden or even risk of study participation for their vulnerable patients (e.g., strain evoked by assessments or allocation to the control group²⁶). Thus, efforts to establish cooperation with GK should

TABLE 5. Characteristics of Participants Depending on Initiator of First Contact

Characteristic	Initiator of First Contact			Test Statistic	p
	Participant	Professional Gatekeeper	Relatives or Friends		
Age, years (mean)	77.1 (SD = 8.1) 95% CI = [75.4, 78.8]	78.1 (SD = 7.7) 95% CI = [76.2, 80.1]	78.9 (SD = 8.8) 95% CI = [76.2, 81.5]	$F(2,194) = 0.78$	0.999
Gender (n)				$\chi^2(2) = 4.86$	0.792
male	17 (19.1%)	12 (19.4%)	16 (34.8%)		
female	72 (80.9%)	50 (80.6%)	30 (65.2%)		
Education level (n)				$H(2) = 15.9$	0.003
High	44 (50.0%)	13 (21.3%)	12 (26.1%)		
Middle	39 (44.3%)	39 (63.9%)	26 (56.5%)		
low	5 (5.7%)	9 (14.8%)	7 (15.2%)		
GDS (mean)	7.6 (SD = 2.5) 95% CI = [7.1, 8.1]	8.1 (SD = 2.6) 95% CI = [7.4, 8.8]	7.7 (SD = 2.4) 95% CI = [7.0, 8.4]	$F(2,193) = 0.75$	0.999
HADS-D (mean)	11.2 (SD = 3.9) 95% CI = [10.4, 12.0]	12.3 (SD = 4.7) 95% CI = [11.0, 13.5]	10.5 (SD = 3.1) 95% CI = [9.6, 11.4]	$F(2,114.6) = 2.68$	0.657
HADS-A (mean)	9.6 (SD = 4.1) 95% CI = [8.7, 10.4]	10.4 (SD = 5.2) 95% CI = [9.0, 11.7]	10.1 (SD = 4.4) 95% CI = [8.8, 11.4]	$F(2,105.4) = 0.58$	0.999
ADL (mean)	84.6 (SD = 16.8) 95% CI = [81.1, 88.1]	82.7 (SD = 16.9) 95% CI = [78.4, 87.0]	80.1 (SD = 16.7) 95% CI = [75.1, 85.1]	$F(2,193) = 1.09$	0.999
iADL (mean)	6.0 (SD = 2.1) 95% CI = [5.6, 6.5]	5.2 (SD = 2.1) 95% CI = [4.6, 5.7]	4.5 (SD = 2.1) 95% CI = [3.9, 5.1]	$F(2,193) = 8.48$	0.003
MMSE (mean)	28.2 (SD = 1.8) 95% CI = [27.9–28.6]	27.8 (SD = 2.1) 95% CI = [27.2, 28.3]	26.9 (SD = 3.0) 95% CI = [26.0, 27.8]	$F(2,94.0) = 4.02$	0.189

Notes: GDS: Geriatric depression scale; HADS-D: Depression subscale of the Hospital Anxiety and Depression Scale; HADS-A: anxiety subscale of the Hospital Anxiety and Depression scale; ADL: activities of daily living; iADL: independent activities of daily living; MMSE: Mini Mental State Examination; SD: standard deviation; CI: confidence interval.

p-values are two-tailed and Bonferroni corrected for multiple comparisons. Bold text indicates $p < 0.05$. MMSE scores were normed for $n = 25$ participants who were unable to undertake all items due to physical impairments and for $n = 10$ due to telephone-delivered assessments.

primarily focus on hospitals as institutions, as well as on psychologists and medical practitioners as professions. However, other professions, e.g., counselors and caregivers should also be included in the recruitment process to achieve sufficient sample sizes.

Involving Gatekeepers and Relatives?

For more than half of our participants, the first contact with the study team was initiated by a GK or relative on their behalf. Our study provides first empirical evidence for the indispensability of the involvement of both, GK and relatives, to initiate the first contact with particularly vulnerable subgroups of older adults with reduced physical, and socioeconomic resources. The inclusion of relatives or GK in the recruitment process should therefore be actively encouraged. Unexpectedly, no differences were detected for severity of depression, age, or cognitive status. Higher inclusion rates for participants who initiate contact with the study site themselves presumably reflect higher internal motivation, whereas first contact initiated by a second party might

be driven by the underlying motives of the acting GK or relative (e.g., caregiver burden).

Limitations

Non-German speaking and rural populations were excluded by the study design, even though these characteristics have been reported to further impair research participation.¹⁷ Women were overrepresented in our sample. We lack information on participants who may have been referred by a GK but chose not to contact us. A better understanding of reasons for nonparticipation would be helpful to address barriers that may have been missed in the recruitment process. Due to time constraints, we devoted most effort to recruitment strategies that proved more successful in interim evaluations. This may have fostered underrepresentation of some subsamples that were too small to be included into statistical analyses (e.g., SR via face-to-face contact or GKR by volunteer workers and church staff).

Broad categories were chosen because smaller subcategories would have lacked statistical power (e.g.,

differentiation between GP and other specialties) or imprecise answer of participants prohibited further categorization. Therefore, further differences in effectiveness of subcategories may have been missed.

Conclusions

- Successful recruitment of home-living vulnerable older adults with depression is feasible, if personnel and temporal costs are anticipated (e.g., higher effort due to a broader offer of efficient recruitment strategies to address diverse individual barriers).
- Recruiting via reports and interviews in newspapers is the most cost-efficient strategy.
- Collaboration with healthcare professionals in hospitals, medical practices and outpatient care services to prompt referrals requires more effort but is the most effective strategy.
- Relatives and friends as well as professional gatekeepers should be actively involved in the recruitment procedure to facilitate the initial contact and inclusion process. This is especially true for participants with higher functional impairments and lower education levels.

AUTHOR CONTRIBUTIONS

CT made substantial contributions to the acquisition, analysis and interpretation of the data for the present study and drafted and revised the submitted manuscript. She approved the final version of the manuscript and is accountable for all aspects of the work in ensuring that questions related to the accuracy or integrity of any part of the work are appropriately investigated and resolved.

FH made substantial contributions to the acquisition, analysis and interpretation of the data for the present study and drafted and revised the submitted manuscript. She approved the final version of the manuscript and is accountable for all aspects of the work in ensuring that questions related to the accuracy or integrity of any part of the work are appropriately investigated and resolved.

PG conceptualized the original PSY-CARE trial in which this study was nested and made major

contributions to the drafting and revision of the submitted manuscript. He approved the final version of the manuscript and is accountable for all aspects of the work in ensuring that questions related to the accuracy or integrity of any part of the work are appropriately investigated and resolved.

JLOS made substantial contributions to the interpretation of the data for the present study and revised the submitted manuscript. She approved the final version of the manuscript and is accountable for all aspects of the work in ensuring that questions related to the accuracy or integrity of any part of the work are appropriately investigated and resolved.

EMK (principal investigator) conceptualized the original PSY-CARE trial in which this study was nested and made major contributions to the acquisition of the data for the present study, the drafting and revision of the submitted manuscript. She approved the final version of the manuscript and is accountable for all aspects of the work in ensuring that questions related to the accuracy or integrity of any part of the work are appropriately investigated and resolved.

DATA STATEMENT

Some of the study findings were presented at the virtual 38th Symposium of the Division of Clinical Psychology and Psychotherapy of the German Psychological Society (DGPs).

DISCLOSURE

The study is funded by the German Innovation Fund of the German Federal Joint Committee (Gemeinsamer Bundesausschuss, G-BA; 01VSF17048). The authors declare that they have no competing interests regarding the study.

SUPPLEMENTARY MATERIALS

Supplementary material associated with this article can be found, in the online version, at <https://doi.org/10.1016/j.jagp.2021.07.020>.

References

1. Huang AX, Delucchi K, Dunn LB, et al: A systematic review and meta-analysis of psychotherapy for late-life depression. *Am J Geriatr Psychiatry* 2015; 23:261–273
2. Cuijpers P, Karyotaki E, Pot AM, et al: Managing depression in older age: psychological interventions. *Maturitas* 2014; 79:160–169
3. Choi NG, Sirey JA, Bruce ML: Depression in homebound older adults: recent advances in screening and psychosocial interventions. *Curr Transl Geriatr Exp Gerontol Rep* 2013; 2:16–233
4. Mitchell AJ, Pachana NA: Psychotherapeutic interventions with older adults: now and into the future. In: Hantke N, Etkin A, O'Hara R, eds. *Handbook of Mental Health and Aging*, Academic Press, 2020:299–314
5. Bruce ML, McAvay GJ, Raue PJ, et al: Major depression in elderly home health care patients. *Am J Psychiatry* 2002; 159:1367–1374
6. Bharucha AJ, Dew MA, Miller MD, et al: Psychotherapy in long-term care: a review. *J Am Med Dir Assoc* 2006; 7:568–580
7. Meeks S, Van Haitsma K, Schoenbachler B, et al: BE-ACTIV for depression in nursing homes: primary outcomes of a randomized clinical trial. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci* 2015; 70:13–23
8. Albert SM, King J, Dew MA, et al: Design and recruitment for a randomized controlled trial of problem-solving therapy to prevent depression among older adults with need for supportive services. *Am J Geriatr Psychiatry* 2016; 24:94–102
9. Choi NG, Kimbell K: Depression care need among low-income older adults: views from aging service providers and family caregivers. *Clin Gerontol* 2008; 32:60–76
10. Tegeler C, Beyer AK, Hoppmann F, et al: Current state of research on psychotherapy for home-living vulnerable older adults with depression. *Z Gerontol Geriatr* 2020; 53:721–727
11. Kessler EM, Blachetta C: Age cues in patients' descriptions influence treatment attitudes. *Aging Ment Health* 2020; 24:193–196
12. McMurdo ME, Roberts H, Parker S, et al: Improving recruitment of older people to research through good practice. *Age Ageing* 2011; 40:659–665
13. Forsat ND, Palmowski A, Palmowski Y, et al: Recruitment and retention of older people in clinical research: a systematic literature review. *J Am Geriatr Soc* 2020; 68:2955–2963
14. Mody L, Miller DK, McGloin JM, et al: Recruitment and retention of older adults in aging research. *J Am Geriatr Soc* 2008; 56:2340–2348
15. Shepherd V: An under-represented and underserved population in trials: methodological, structural, and systemic barriers to the inclusion of adults lacking capacity to consent. *Trials* 2020; 21:445
16. Provencher V, Mortenson WB, Tanguay-Garneau L, et al: Challenges and strategies pertaining to recruitment and retention of frail elderly in research studies: a systematic review. *Arch Gerontol Geriatr* 2014; 59:18–24
17. Liljas AEM, Walters K, Jovicic A, et al: Strategies to improve engagement of 'hard to reach' older people in research on health promotion: a systematic review. *BMC Public Health* 2017; 17:349
18. Hannaford S, Shaw R, Walker R: Older adults' perceptions of psychotherapy: what is it and who is responsible? *Aust Psychol* 2019; 54:37–45
19. Woodall A, Morgan C, Sloan C, et al: Barriers to participation in mental health research: are there specific gender, ethnicity and age related barriers? *BMC Psychiatry* 2010; 10:103
20. Hughes-Morley A, Young B, Waheed W, et al: Factors affecting recruitment into depression trials: systematic review, meta-synthesis and conceptual framework. *J Affect Disord* 2015; 172:274–290
21. Melikyan ZA, Greenia DE, Corrada MM, et al: Recruiting the oldest-old for clinical research. *Alzheimer Dis Assoc Disord* 2019; 33:160–162
22. Cspike E, Serfaty M, Buszewicz M: Optimizing recruitment from primary care: methods of recruiting older people with depression. *Prim Health Care Res Dev* 2006; 7:116–123
23. Kakumanu S, Manns BJ, Tran S, et al: Cost analysis and efficacy of recruitment strategies used in a large pragmatic community-based clinical trial targeting low-income seniors: a comparative descriptive analysis. *Trials* 2019; 20:577
24. McHenry JC, Insel KC, Einstein GO, et al: Recruitment of older adults: success may be in the details. *Gerontologist* 2015; 55:845–853
25. Auster J, Janda M: Recruiting older adults to health research studies: a systematic review. *Australas J Ageing* 2009; 28:149–151
26. Collins N, Corna L: General practitioner referral of older patients to Improving Access to Psychological Therapies (IAPT): an exploratory qualitative study. *BJPsych Bull* 2018; 42:115–118
27. Stack JA, Paradis CF, Reynolds CF 3rd, et al: Does recruitment method make a difference? Effects on protocol retention and treatment outcome in elderly depressed patients. *Psychiatry Res* 1995; 56:17–24
28. Davies K, Collerton JC, Jagger C, et al: Engaging the oldest old in research: lessons from the Newcastle 85+ study. *BMC Geriatrics* 2010; 10:64
29. Gellert P, Beyer A-K, Tegeler C, et al: Outpatient psychotherapy for home-living vulnerable older adults with depression: study protocol of the PSY-CARE trial. *BMC Geriatrics* 2020; 20:271
30. Federal Ministry of Health: Long-term care guide: everything you need to know about care [Federal Ministry of Health, Public Relations Division, Information Brochure]. 2020. Available at: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Pflege/Broschueren/200320_BMG_Ratgeber-Pflege_DINA5_ENG_bf.pdf. Accessed November 11, 2020
31. Eurostat: International standard classification of education (ISCED) [Statistical Office of the European Union Information website]. 2020. Available at: [https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=International_Standard_Classification_of_Education_\(ISCED\)](https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=International_Standard_Classification_of_Education_(ISCED)). Accessed November 11, 2020
32. Margraf J, Cwik JC, Pflug V, et al: Strukturierte klinische Interviews zur Erfassung psychischer Störungen über die Lebensspanne: Gütekriterien und Weiterentwicklungen der DIPS-Verfahren [Structured clinical interviews for mental disorders across the life span: Psychometric quality and further developments of the DIPS open access interviews.] *Z Klin Psychol Psychother* 2017; 46:176–186
33. Sutcliffe C, Cordingley L, Burns A, et al: A new version of the geriatric depression scale for nursing and residential home populations: the geriatric depression scale (residential) (GDS-12R). *Int Psychogeriatr* 2000; 12:173–181
34. Hinze A, Brähler E: Normative values for the hospital anxiety and depression scale (HADS) in the general German population. *J Psychosom Res* 2011; 71:74–78

Recruitment Strategies for Vulnerable Older Adults With Depression

35. Lawton MP, Brody EM: Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. *Gerontologist* 1969; 9:179–186
36. Mahoney FI, Barthel DW: Functional evaluation: the Barthel index. *Md State Med J* 1965; 14:61–65
37. Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR: "Mini-mental state". A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J Psychiatr Res* 1975; 12:189–198
- 38.
39. World Health Organization: ICD-10: International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems: Tenth Revision. 5th ed. Geneva: World Health Organization, 2016
39. Kvitting AS, Fallman K, Wressle E, et al: Age-normative MMSE data for older persons aged 85 to 93 in a longitudinal Swedish cohort. *J Am Geriatr Soc* 2019; 67:534–538

Anlage 8: Tegeler et al.

Tegeler, C., Hoppmann, F., Demmerle, C. Gellert, P., Ludwig, V. & Kessler, E.-M. (under review). Implementierbarkeit, Praktikabilität und Akzeptanz ambulanter Psychotherapie für zuhause lebende ältere Menschen mit Depression und Pflegebedarf – Ergebnisse des Innovationsfondsprojekts PSY-CARE. [Psychiatrische Praxis] © **Paper under review. Please do not cite without permission of the authors.**

Abstract

Ziel: Zuhause lebende pflegebedürftige ältere Menschen mit Depression sind psychotherapeutisch massiv unterversorgt. Untersucht wird die Realisierbarkeit ambulanter Psychotherapie bei der Patientengruppe unter den Bedingungen der Regelversorgung.

Methode: Das Innovationsfonds-Projekt PSY-CARE ist eine in Berlin angesiedelte pragmatische, randomisiert-kontrollierte Studie zur Untersuchung von Kurzzeit-Verhaltenstherapie für zuhause lebende Menschen über 60 Jahre mit Pflegegrad und Depression. Ausgewertet werden Implementierbarkeit, Praktikabilität und Patientenzufriedenheit.

Ergebnisse: Allen 102 in die Interventionsgruppe aufgenommenen Patienten konnte Psychotherapie vermittelt werden, wovon fast alle Therapien (92,3%) nur durch Hausbesuche realisierbar waren. Die Patienten waren überwiegend (83,7%) weitgehend bis sehr zufrieden mit der Psychotherapie. Die für das Projekt gewonnenen ambulanten Psychotherapeuten bewerteten Angehörigeneinbezug und interprofessionelle Zusammenarbeit als hilfreich. Anpassungen des Ausbildungs- und Vergütungssystems wurden als notwendig erachtet.

Schlussfolgerung: Hausbesuche, interprofessioneller Austausch und die Arbeit mit Angehörigen müssen reguläre Elemente ambulanter Psychotherapie werden. Es bedarf einer speziellen gerontopsychologischen Qualifikation für Psychotherapeuten.

Anlage 9: Grohé et al. (2022)

Grohé, J., Gellert, P., & Kessler, E. (2022). Experiences of Home-living Vulnerable Older Adults with Clinical Depression during the COVID-19 Pandemic: A Qualitative Study. *Clinical Gerontologist*, 1-12. <https://doi.org/10.1080/07317115.2022.2091499>

Abstract

Objectives. Little is known about the diversity of older adults' experiences during the COVID-19 pandemic, nor the resources that support their resilience. We therefore investigated the pandemic experiences of home-living vulnerable older adults with depression, an understudied subpopulation.

Methods. We conducted unstructured interviews with $N=20$ older (60+ years) adults with clinical depression receiving care in their homes in June and again in December 2020. Interviews were coded according to the grounded theory approach.

Results. We identified eight themes. Participants described *feeling disconnected* before and during the pandemic, which they attributed to their physical impairments and old age. Their *social relations* with family, medical providers, and caregivers helped them feel connected. Participants did not feel significantly impacted by the *COVID-19 pandemic*, but they missed social and physical contact. During the pandemic, isolation was normalized and associated with self-protection. Participants therefore experienced *loneliness* but also *togetherness*. Isolation within the home was re-framed as *cocooning*, which provided a sense of autonomy. Participants nevertheless expressed *resignation*.

Conclusions. Home-living vulnerable older adults with depression experienced loneliness but also a degree of relief during the pandemic.

Clinical Implications. Positively re-framing isolation and the stability of formal caregiving helped participants endure *feeling disconnected* during the pandemic.

Anlage 10: Demmerle et al.

Demmerle, C. Gellert, P. & Kessler, E.M. (under review). Psychotherapists' Experiences Providing At-Home Psychotherapy for Vulnerable Older Adults with Depression [Journal of Counseling Psychology] © Paper under review. Please do not cite without permission of the authors.

Abstract: This study used qualitative methods to explore psychotherapists' experiences conducting at-home psychotherapy with community-living vulnerable older adults (60+ years) with depression. We conducted semi-structured interviews with 16 female psychotherapists (26-70 years old) who delivered at-home cognitive behavioral therapy to vulnerable older adults with depression. The interview data was complemented by 10 patient case studies. Using an adaption of the methodology of grounded theory, we iteratively developed a hierarchical model. Results showed that psychotherapists experienced three dilemmas: (1) pushing for change versus acknowledging limitations, (2) providing help versus maintaining boundaries, and (3) being a guest in the patient's home versus the host of a psychotherapy session. The absence of a shared understanding of therapy and confrontation with patients' existential suffering intensified the experience of the dilemmas. The dilemmas generated professional self-doubt and negative emotions, which in turn triggered a reflexive process and ultimately participants' professional development. Participants found a way to integrate drives initially perceived as mutually exclusive, and further developed their professional self-image and therapeutic techniques. We interpret the dilemmas as reflecting difficulty reconciling the "curing" and "caring" treatment paradigms. Practice and support managing the three dilemmas along with reflection on the curing paradigm, views on old age, and fear of existential loss should be part of gerontological qualifications for psychotherapists working with vulnerable older adults. Cooperating with other care providers may relieve the pressure on psychotherapists to provide patients with forms of support that can lead to overburden and impede therapeutic progress. Keywords: psychotherapy, professional self-doubt, age stereotypes, home treatment, outreach therapy

Anlage 11: Vathke et al.

Vathke, C., Kessler, E-M., O`Sullivan, J., Gellert, P., Lech, S. (in Begutachtung). Motivation and psychotherapy in older adults with care needs and depression. [*GeroPsych*]

Abstract Utilization of psychotherapy for home-living vulnerable older adults with depression is limited. Understanding patients' motivation is important to tailor psychotherapy to their needs, and improve therapeutical efficacy. Based on cross-sectional data obtained from a pragmatic, randomized controlled trial (PSY-CARE study), this study investigated general intake concerns (ICs) and patients' treatment goals (PTG) of home-living older adults with depression. Data on ICs (N=251 older adults interested in participation) was analyzed using qualitative content analysis. Data on PTGs (N=86 participants receiving psychotherapy) was analyzed quantitatively. Main ICs included reducing depressive symptoms, and coping with new (health) situations. PTGs focused on coping with health problems and age-related losses. Results provide valuable insights for clinicians on motivational factors in this vulnerable and hard-to-reach population.

Anlage 12: Lech et al.

Lech, S., Mümken, S., Kessler, E. M., & Gellert, P. (submitted). Life-space Mobility among home-living older Adults with Care Needs and clinical Depression. *International Journal of Geriatric Psychiatry*.

ABSTRACT

While life-space mobility is key for wellbeing, social participation and access to health care, vulnerable older adults face physical and mental barriers that may restrict mobility. The present study examined associations between physical functional limitations, depressive symptoms, life-space mobility and outpatient health care utilization. Cross-sectional data from 197 community-dwelling older adults with care needs and clinical depression was collected. Life-space assessment composite score (LS-C), instrumental activities of daily living scale (IADL), Geriatric Depression Scale (GDS-12) and outpatient health care utilization have been assessed. Multiple regression analyses were conducted. Mean LS-C score was 31.5 ($SD = 16.7$, range: 0 – 92), indicating low mobility levels. Depressive symptoms ($\beta = -.19$, $CI = -2.06, -0.49$, $p = .002$) and IADL ($\beta = .61$, $CI = 3.61, 5.78$, $p = .000$) were significantly related with life-space mobility, over and above age, care level, and living alone. An interaction effect between depressive symptoms and IADL was not significant ($\beta = -.07$, $CI = -0.59, 0.17$, $p = .28$). Moreover, life-space mobility was positively associated with primary care ($\beta = .17$, $CI = 0.00, 0.03$, $p = .02$) and mental health care utilization ($\beta = .32$, $CI = 0.01, 0.03$, $p = .000$). Life-space mobility appears to be largely restricted in home-living vulnerable older adults with clinically significant depression; and factors associated with these restrictions appear to be physical and mental. The interplay of depression, mobility and health care utilization and its potential for interventional approaches need further investigations.

Anlage 13: Erste Befragung zu Gesundheit und Versorgung



PSY-C \triangle RE

Erste Befragung zu Gesundheit und Versorgung

ID: _____

Datum: _____

Interviewer-ID: _____

In diesem Gespräch möchten wir Ihnen einige Fragen rund um Ihre Gesundheit, Ihre Lebenssituation und Ihre medizinische und pflegerische Versorgungssituation stellen. Die meisten der Fragen haben vorgegebene Antwortmöglichkeiten. Beantworten Sie jede Frage so, wie diese auf Sie persönlich zutrifft. Wenn Sie sich zwischen verschiedenen Antworten nicht entscheiden können oder Ihnen keine der Antworten passend erscheint, wählen Sie bitte die Antwort, die am ehesten zutreffend ist. Überlegen Sie bitte nicht lange, sondern wählen Sie die Antwort aus, die Ihnen auf Anhieb am zutreffendsten erscheint. Es gibt keine richtigen oder falschen Antworten. Bitte beantworten Sie nach Möglichkeit alle Fragen.

Wenn Sie während des Interviews eine kurze Pause machen möchten, geben Sie einfach Bescheid.

Können wir beginnen oder haben Sie noch Fragen?

Zuerst möchten wir Sie um einige Angaben zu Ihrer Person bitten.

1. Wie alt sind Sie? _____ Jahre

2. Sind Sie ₁ männlich oder
₂ weiblich?

3. Welchen höchsten **Schulabschluss haben Sie?**

- ₁ *Hilfs- oder Sonderschule*
- ₂ *Volks- oder Hauptschulabschluss*
- ₃ *Realschulabschluss (Mittlere Reife, Lyzeum)*
- ₄ *Abschluss Polytechnische Oberschule (POS) 8. Klasse*
- ₅ *Abschluss Polytechnische Oberschule (POS) 10. Klasse*
- ₆ *Fachhochschulreife*
- ₇ *Abitur, Hochschulreife (Gymnasium, Erweiterte
Oberschule (EOS), Berufsschule mit Abitur)*
- ₈ *anderer Abschluss: _____*
- ₉ *kein Schulabschluss*

4. Welchen höchsten **Ausbildungsabschluss haben Sie?**

- ₁ *Teilfacharbeiter*
- ₂ *Abschluss einer beruflich-betrieblichen Berufsausbildung (Lehre)*
- ₃ *Abschluss einer beruflich-schulischen Ausbildung (Berufsfach-
oder Handelsschule)*
- ₄ *Abschluss an einer Fachschule, Meister- oder Technikerschule,
Berufs- oder Fachakademie*
- ₅ *Fachhochschulabschluss*
- ₆ *Hochschulabschluss*
- ₇ *anderer Abschluss: _____*
- ₈ *kein Abschluss*

5. Wie ist Ihr derzeitiger **Familienstand**? (Mehrfachantworten möglich)

- verheiratet
- geschieden
- ledig
- verwitwet

6. Haben Sie derzeit eine/n feste/n **Partner / eine Partnerin**?

- ₁ Nein
- ₂ Ja, und wir wohnen zusammen.
- ₃ Ja, und wir wohnen nicht zusammen.

7. **Wohnen Sie alleine** oder mit jemanden zusammen?

- ₁ Alleine
- ₂ Ja, mit Partner/in
- ₃ Ja, mit Kind(ern)
- ₄ Ja, mit _____

8. Wie würden Sie Ihre Lebensqualität beurteilen? (WHOQOL-OLD)

Sehr schlecht

₁

Schlecht

₂

Mittelmäßig

₃

Gut

₄

Sehr gut

₅

Nun möchten wir Ihnen gerne Fragen rund um Ihre Gesundheit stellen. Es geht um Ihre Stimmung, aber auch um Ihre Mobilität, um körperliche Beschwerden und Medikamente, die Sie nehmen.

9. Geriatrische Depressions-Skala (GDS-12)

Yesavage, J., Brink, T., Rose, T., Lum, O., Huang, V., Adey, M., Leirer, O. (1983): Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. J of Psych Res 17, 37-49.

Nun bitten wir Sie, die folgenden Fragen so zu beantworten, wie es für Sie persönlich **in der letzten Woche** am ehesten zutrifft.

10. Hospital Anxiety and Depression Scale – Deutsche Version (HADS-D)

Herrmann-Lingen, C., Buss, U., & Snaith, R. P. (2011). HADS-D Hospital Anxiety and Depression Scale Deutsche Version - Manual: Deutsche Adaption der Hospital and Depression Scale (HADS) von R.P. Snaith und A.S. Zigmond (3. aktualisierte und neu normierte Auflage): Hans Huber Verlag

11. DIPS - Verdachtsdiagnose: _____

Nun geht es um ein paar Tätigkeiten aus dem Alltag.

12. Aktivitäten des täglichen Lebens (IADL, Barthel Index)

Mahoney, F., & Barthel, D. (1965). Functional evaluation: the Barthel index. Md Med J, 14,61-65.

13. German Life-Space Assessment (LSA-D)

Baker, P., Bodner, E., & Allman, R. (2003). Measuring Life-Space Mobility in Community-Dwelling Older Adults. Journal Of The American Geriatrics Society, 51(11), 1610-1614. <https://doi.org/10.1046/j.1532-5415.2003.51512.x>

Gerade ging es bereits kurz schon um Gehilfen.

14. Welche der folgenden Gehhilfen haben Sie? (Mehrfachnennungen möglich)

- Gehstock
- Gehbock
- Krücken
- Rollator
- Rollstuhl

Nach den ganzen Fragen unterbrechen wir unser Gespräch für einen Gesundheitstest. Ich habe nun ein paar Fragen und Aufgaben zur Orientierung, Merkfähigkeit und Aufmerksamkeit.

15. Mini Mental Status Test (MMST)

Folstein, M. F., Folstein, S. E., & McHugh, P. R. (1975). "Mini-mental state". A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of psychiatric research*, 12(3), 189–198. [https://doi.org/10.1016/0022-3956\(75\)90026-6](https://doi.org/10.1016/0022-3956(75)90026-6)

Nun zurück zu Ihrem Gesundheitszustand.

16. Wie würden Sie Ihren Gesundheitszustand in den letzten 4 Wochen im Allgemeinen beschreiben?

- | | | | | | |
|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|
| Sehr schlecht | Schlecht | Weniger gut | Gut | Sehr gut | Ausgezeichnet |
| <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ | <input type="checkbox"/> ₅ | <input type="checkbox"/> ₆ |

17. Welche der folgenden Krankheiten und gesundheitlichen Probleme haben Sie?

- | | Nein | Ja |
|---|---------------------------------------|---------------------------------------|
| Herz- oder Kreislauferkrankung | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ |
| Gelenk- oder Knochenerkrankung, Bandscheiben- oder Rückenleiden | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ |
| Atemwegserkrankung, Asthma oder Atemnot | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ |

Krebserkrankung	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
Zucker/Diabetes	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
Hauterkrankung	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
Magen- oder Darmerkrankung	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
Gallen-, Leber- oder Nierenleiden	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
Blasenleiden	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
Augenleiden, Sehstörungen	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂

18. Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?

Wenn ja: Anzahl: _____

19. Wie stark waren Ihre Schmerzen in den letzten 4 Wochen?

Sehr stark	Stark	Mäßig	Leicht	Sehr leicht	Ich hatte keine schmerzen
<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆

20. Wie würden Sie Ihre Schlafqualität in den letzten 4 Wochen insgesamt beurteilen?

Sehr schlecht	Eher schlecht	Eher gut	Sehr gut
<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄

Nun geht es weiter mit unserem Gespräch. Die folgenden Fragen beziehen sich auf Ihre medizinische und pflegerische Versorgungssituation.

Haben Sie in den **letzten 3 Monaten** einen der folgenden Ärzte aufgesucht? Wenn ja, dann geben Sie bitte weiterhin an, wie oft Sie diesen Arzt aufgesucht haben.

21. Arzt	Nein	Ja	Wie oft	davon Hausbesuche?
Allgemeinmediziner, Hausarzt oder hausärztlicher Internist	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	_____	_____
Neurologe/Psychiater	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	_____	_____
Psychotherapeut/Psychologe	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	_____	_____

Nun geht es speziell um Ihren Hausarzt:

22. Wie zufrieden sind Sie im Allgemeinen mit Ihrem Hausarzt?				
Sehr zufrieden	Eher zufrieden	Eher unzufrieden	Sehr unzufrieden	
<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	
<input type="checkbox"/> ₀ Ich habe keinen festen Hausarzt				

	Nein	Ja
23. Hat Ihr Hausarzt mit Ihnen über Ihre aktuelle gedrückte Stimmung gesprochen?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
<i>Wenn ja: Was wurde unternommen? (Mehrfachnennungen möglich)</i>		
<input type="checkbox"/> Psychoedukation		
<input type="checkbox"/> Verschreibung von Medikamenten		
<input type="checkbox"/> Weitervermittlung (z.B. Therapie, Beratung)		
<input type="checkbox"/> Sonstiges: _____		

24. Haben Sie auch einen Psychotherapeuten aufgesucht, um das Problem anzugehen?	Nein	Ja
<i>Wenn nein: Warum nicht? (Mehrfachnennungen möglich)</i>	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
Genauere Erläuterung: _____		

25. Hatten Sie schon einmal ein so belastendes seelisches Problem, dass sie psychotherapeutische Hilfe in Anspruch genommen haben?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂

Haben Sie in den **letzten 3 Monaten** eines der folgenden therapeutischen Angebote in Anspruch genommen? Wenn ja, dann geben Sie bitte weiterhin an, wie oft Sie diese Angebote wahrgenommen haben.

26. Therapeutisches Angebot	Nein₁	Ja₂	Wie oft
Krankengymnastik (auch Physiotherapie, Massagen, Stromtherapie, Heilbäder)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Ergotherapie oder Arbeitstherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Logopädie oder Sprachtherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Medizinische Fußpflege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Heilpraktiker/Osteopathen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Andere Sport/Bewegungsangebote	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Selbsthilfeangebote	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Beratungsangebote	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Seelsorgerische Angebote	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

27. Welchen Pflegegrad haben Sie?	Pflegegrad _____
(falls Grad nicht bekannt: Pflegestufe _____)	
28. Wie sind Sie krankenversichert?	<input type="checkbox"/> ₁ gesetzlich <input type="checkbox"/> ₂ privat

29. Bei welchen der folgenden Tätigkeiten erhalten Sie Hilfe?

(Mehrfachnennungen möglich)

- Haushaltsführung, Versorgung mit Mahlzeiten und Getränken
- Einfachere Pflegetätigkeiten, z.B. Hilfe beim An- und Auskleiden, Waschen, Kämmen und Rasieren
- Schwierige Pflegetätigkeiten, z.B. Hilfe beim Umbetten, Stuhlgang usw.
- Besorgungen und Erledigungen außer Haus
- Sonstige _____

30. Von wem erhalten Sie die benötigte Hilfe? (Mehrfachnennungen möglich)

- Angehöriger im Haushalt *Wenn ja:* _____Tage/Woche und _____Minuten/Tag
- Wohlfahrtsverbände (z.B. Caritas, Diakonie, ASB, DRK, AWO...)
Wenn ja: _____Tage/Woche und _____Minuten/Tag
- Privater Pflegedienst *Wenn ja:* _____Tage/Woche und _____Minuten/Tag
- Freunde / Bekannte / Nachbarn *Wenn ja:* _____Tage/Woche und _____Min/Tag
- Angehörige außerhalb des Haushalts
Wenn ja: _____Tage/Woche und _____Minuten/Tag
- Sonstige _____ _____Tage/Woche und _____Minuten/Tag

	Nein	Ja
31. Hatten Sie in den letzten 3 Monaten einen Aufenthalt in einer teilstationären (Kurzzeitpflege) oder stationären (Tagespflege) Pflegeeinrichtung? <i>Wenn ja:</i> _____mal	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
Waren Sie in den letzten 12 Monaten zur stationären Behandlung im Krankenhaus oder in einer psychiatrischen Einrichtung? <i>Wenn ja:</i> _____mal	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂

Wir sind am Ende des Gesprächs angekommen. Herzlichen Dank für die Beantwortung meiner Fragen!

Ende Patientenfragebogen

Nach dem Gespräch auszufüllen

Die Wohnung ist im folgenden Stockwerk (alles außer Einfamilienhaus)

- ₁ Untergeschoss _____ ₂ Erdgeschoss ₃ Hochparterre
₄ Erster Stock ₅ Zweiter Stock ₆ Dritter Stock
₇ Anderer Stock: _____

Wohnform:

- ₁ Selbstständig in eigener Wohnung ₂ Seniorenresidenz
₃ Betreute WG ₄ Andere Wohnform: _____

Zugänglichkeit zum Wohnumwelt:

- ₁ Barrierefreier Zugang zur Wohnung (ohne Treppenstufen nehmen zu müssen, d.h. sind Treppen da: Aufzug, Rampe etc. ist vorhanden)

Bitte Besonderheiten notieren: _____

(z.B. Aufzug da, hält aber nicht in Etage, in der TN wohnt; Rampen nur im Haustürbereich...)

Haben andere Personen als der/die Befragte selbst am Interview teilgenommen?

- ₁ Nein
- Ja:
- ₂ Familienmitglieder/Partner ₃ Freunde/Nachbarn
- ₄ Formelle Helfer (z.B. vom Pflegedienst)

Wie würden Sie den gegenwärtigen Zustand des Hauses/der Wohnung beschreiben?

- ₁ vernachlässigt
- ₂ ausreichend
- ₃ Sehr gut gepflegt

Wie würden Sie den gegenwärtigen äußerlichen Zustand des/der Befragten beschreiben?

- ₁ vernachlässigt
- ₂ ausreichend gepflegt
- ₃ Sehr gut gepflegt

Noch irgendwelche offenen Bemerkungen, Besonderheiten der Interviewsituation, weitere Anmerkungen (z.B. Unterbrechungen, Störungen, Abbruch)?

ENDE INTERVIEWERFRAGEN



PSY-CARE

Zweite Befragung zu Gesundheit und Versorgung

ID: _____

Datum: _____

Interviewer-ID: _____

In diesem Gespräch möchten wir Ihnen wieder Fragen rund um Ihre Gesundheit, Ihre Lebenssituation und Ihre medizinische und pflegerische Versorgungssituation stellen.

Die meisten der Fragen haben vorgegebene Antwortmöglichkeiten. Beantworten Sie jede Frage so, wie diese auf Sie persönlich zutrifft. Wenn Sie sich zwischen verschiedenen Antworten nicht entscheiden können oder Ihnen keine der Antworten passend erscheint, wählen Sie bitte die Antwort, die am ehesten zutreffend ist. Überlegen Sie bitte nicht lange, sondern wählen Sie die Antwort aus, die Ihnen auf Anhieb am zutreffendsten erscheint. Es gibt keine richtigen oder falschen Antworten. Bitte beantworten Sie nach Möglichkeit alle Fragen.

Wenn Sie während des Interviews eine kurze Pause machen möchten, geben Sie einfach Bescheid.

Können wir beginnen oder haben Sie noch Fragen?

Zuerst möchten wir Sie um einige Angaben zu Ihrer Person bitten.

1. Wie ist Ihr derzeitiger **Familienstand**? (Mehrfachantworten möglich)

- verheiratet geschieden
 ledig
 verwitwet

2. Haben Sie derzeit eine/n feste/n **Partner / eine Partnerin**?

- ₁ Nein
₂ Ja, und wir wohnen zusammen.
₃ Ja, und wir wohnen nicht zusammen.

3. **Wohnen Sie alleine** oder mit jemanden zusammen?

- ₁ Alleine
₂ Ja, mit Partner/in
₃ Ja, mit Kind(ern)
₄ Ja, mit _____

**4. Wie würden Sie Ihre Lebensqualität beurteilen?
(WHOQOL-OLD)**

- | | | | | |
|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|
| Sehr schlecht | Schlecht | Mittelmäßig | Gut | Sehr gut |
| <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ | <input type="checkbox"/> ₅ |

Nun möchten wir Ihnen gerne Fragen rund um Ihre Gesundheit stellen. Es geht um Ihre Stimmung, aber auch um Ihre Mobilität, um körperliche Beschwerden und Medikamente, die Sie nehmen.

**Nun möchten wir Ihnen gerne Fragen rund um Ihre Gesundheit stellen.
Es geht um Ihre Stimmung, aber auch um Ihre Mobilität, um
körperliche Beschwerden und Medikamente, die Sie nehmen.**

5. Geriatrische Depressions-Skala (GDS-12)

Yesavage, J., Brink, T., Rose, T., Lum, O., Huang, V., Adey, M., Leirer, O.
(1983): Development and validation of a geriatric depression screening scale:
a preliminary report. *J of Psych Res* 17, 37-49.

Nun bitten wir Sie, die folgenden Fragen so zu beantworten, wie es für
Sie persönlich **in der letzten Woche** am ehesten zutrifft.

6. Hospital Anxiety and Depression Scale – Deutsche Version (HADS-D)

Herrmann-Lingen, C., Buss, U., & Snaith, R. P. (2011). *HADS-D Hospital
Anxiety and Depression Scale Deutsche Version - Manual: Deutsche
Adaption der Hospital and Depression Scale (HADS) von R.P. Snaith und
A.S. Zigmond (3. aktualisierte und neu normierte Auflage): Hans Huber
Verlag*

7. DIPS - Verdachtsdiagnose:

Nun geht es um ein paar Tätigkeiten aus dem Alltag.

8. Aktivitäten des täglichen Lebens (IADL, Barthel Index)

Mahoney, F., & Barthel, D. (1965). Functional evaluation: the Barthel index. *Md Med J*,
14,61-65.

9. German Life-Space Assessment (LSA-D)

Baker, P., Bodner, E., & Allman, R. (2003). Measuring Life-Space Mobility in
Community-Dwelling Older Adults. *Journal Of The American Geriatrics Society*,
51(11), 1610-1614. <https://doi.org/10.1046/j.1532-5415.2003.51512.x>

Zurück zu Ihrem Gesundheitszustand.

10. Wie würden Sie Ihren Gesundheitszustand in den letzten 4 Wochen im Allgemeinen beschreiben?

Sehr schlecht

 ₁

Schlecht

 ₂

Weniger gut

 ₃

Gut

 ₄

Sehr gut

 ₅

Ausgezeichnet

 ₆

11. Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?

Wenn ja: Anzahl: _____

12a. Haben Sie in den letzten 12 Monaten bevor Sie bei uns teilgenommen haben (seit unserem letzten Besuch bei Ihnen) stimmungsaufhellende Medikamente oder Medikamente zur Verbesserung des Schlafes oder des Antriebs eingenommen?

Hinweis: Medikamente zeigen lassen; Ggf. Betonen, dass andere Medikamente nicht gemeint sind, Monat der Baselineerhebung parat haben

₁ Nein

₂ Ja

Wenn ja: Erfolgte die Medikamenteneinnahme

₁ Regelmäßig

₂ Nach Bedarf

12b. Gab es Veränderungen bei der Einnahme dieses/r Medikaments/e seit unserem letzten Besuch bei Ihnen?

Nein

Ja

Wenn ja, Zutreffendes bitte ankreuzen:

Medikament reduziert oder abgesetzt, nehme nun gar keine solchen Medikamente mehr ein

Medikament reduziert oder abgesetzt, nehme jedoch noch solche Medikamente ein (in nun geringerer Dosis oder Anzahl)

Neue/s Medikament/e kam/en hinzu

Dosierung eines Medikaments erhöht

Ersatz durch anderes Medikament (aber nicht mehr/weniger)

Zusatzangaben bitte notieren:

13. Wie stark waren Ihre Schmerzen in den letzten 4 Wochen?					
Sehr stark	Stark	Mäßig	Leicht	Sehr leicht	Ich hatte keine Schmerzen
<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆

17. Wie würden Sie Ihre Schlafqualität in den letzten 4 Wochen insgesamt beurteilen?			
Sehr schlecht	Eher schlecht	Eher gut	Sehr gut
<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄

Die folgenden Fragen beziehen sich auf Ihre medizinische und pflegerische Versorgungssituation.

Haben Sie in den **letzten 3 Monaten** einen der folgenden Ärzte aufgesucht? Wenn ja, dann geben Sie bitte weiterhin an, wie oft Sie diesen Arzt aufgesucht haben.

14. Arzt	Nein	Ja	Wie oft	davon Hausbesuche?
Allgemeinmediziner, Hausarzt oder hausärztlicher Internist	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	_____	_____
Neurologe/Psychiater	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	_____	_____
Psychotherapeut/Psychologe	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	_____	_____

Haben Sie in den **letzten 3 Monaten** eines der folgenden therapeutischen Angebote in Anspruch genommen? Wenn ja, dann geben Sie bitte weiterhin an, wie oft Sie diese Angebote wahrgenommen haben.

15. Therapeutisches Angebot	Nein ₁	Ja ₂	Wie oft
Krankengymnastik (auch Physiotherapie, Massagen, Stromtherapie, Heilbäder)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Ergotherapie oder Arbeitstherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

Logopädie oder Sprachtherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Medizinische Fußpflege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Heilpraktiker/Osteopathen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Andere Sport/Bewegungsangebote	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Selbsthilfeangebote	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Beratungsangebote	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Seelsorgerische Angebote	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Mobilitätshilfedienst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Ambulante gerontopsychiatrische Pflege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

16. Welchen Pflegegrad haben Sie? Pflegegrad _____
(falls Grad nicht bekannt: Pflegestufe _____)

17. Bei welchen der folgenden Tätigkeiten erhalten Sie Hilfe?
(Mehrfachnennungen möglich)

- Haushaltsführung, Versorgung mit Mahlzeiten und Getränken
- Einfachere Pflegetätigkeiten, z.B. Hilfe beim An- und Auskleiden, Waschen, Kämmen und Rasieren
- Schwierige Pflegetätigkeiten, z.B. Hilfe beim Umbetten, Stuhlgang usw.
- Besorgungen und Erledigungen außer Haus
- Sonstige _____

18. Von wem erhalten Sie die benötigte Hilfe? (Mehrfachnennungen möglich)

- Angehöriger im Haushalt *Wenn ja:* _____ Tage/Woche und _____ Minuten/Tag
- Wohlfahrtsverbände (z.B. Caritas, Diakonie, ASB, DRK, AWO...) *Wenn ja:* _____ Tage/Woche und _____ Minuten/Tag
- Privater Pflegedienst *Wenn ja:* _____ Tage/Woche und _____ Minuten/Tag

<input type="checkbox"/> Freunde / Bekannte / Nachbarn	Wenn ja: ____ Tage/Woche und ____ Min/Tag
<input type="checkbox"/> Angehörige außerhalb des Haushalts	Wenn ja: ____ Tage/Woche und ____ Minuten/Tag
<input type="checkbox"/> Sonstige _____	____ Tage/Woche und ____ Minuten/Tag

	Nein	Ja
19. Hatten Sie in den letzten 3 Monaten einen Aufenthalt in einer teilstationären (Kurzzeitpflege) oder stationären (Tagespflege) Pflegeeinrichtung? Wenn ja: ____ mal	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
Waren Sie in den letzten 12 Monaten zur stationären Behandlung im Krankenhaus oder in einer psychiatrischen Einrichtung? Wenn ja: ____ mal	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂

20. Nun interessiert mich noch, **wie Sie das Angebot bewerten**, an dem Sie im Rahmen von PSY-CARE teilgenommen hatten.

1. Wie zufrieden sind Sie mit der Behandlung, die Sie erhalten haben, im Großen und Ganzen?			
Ziemlich unzufrieden	Leicht unzufrieden	Weitgehend zufrieden	Sehr zufrieden
<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄

2. Würden Sie die Behandlung jemandem den Sie kennen empfehlen, wenn er/sie ähnliche Hilfe benötigen würde?			
Eindeutig nicht	Ich glaube nicht	Ich glaube ja	Eindeutig ja
<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄

3. Hat die Behandlung, die Sie erhielten, Ihnen dabei geholfen, angemessener mit Ihren Problemen umzugehen?			
Nein, sie hat mir die Dinge schwerer gemacht	Nein, sie half eigentlich nicht	Ja, sie half etwas	Ja, sie half eine ganze Menge
<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄

Nur für die KG

	Ja	Nein
25. Haben Sie unabhängig von PSY-CARE seit unserem letzten Gespräch eine Psychotherapie begonnen?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
<i>Wenn ja, wie viele Sitzungen fanden (ungefähr) statt: _____</i>		

Wir sind am Ende des Gesprächs angekommen. Herzlichen Dank für die Beantwortung meiner Fragen!

**- Ende Patientenfragebogen -
Nach dem Gespräch auszufüllen**

Wohnform

- ₁ *Selbstständig in eigener Wohnung* ₂ *Seniorenresidenz*
₃ *Betreute WG* ₄ *Andere Wohnform: _____*

Haben andere Personen als der/die Befragte selbst am Interview teilgenommen?	
<input type="checkbox"/> ₁	<i>Nein</i>
<input type="checkbox"/>	<i>Ja:</i>
<input type="checkbox"/> ₂	<i>Familienmitglieder/Partner</i>
<input type="checkbox"/> ₃	<i>Freunde/Nachbarn</i>
<input type="checkbox"/> ₄	<i>Formelle Helfer (z.B. vom Pflegedienst)</i>

Wie würden Sie den gegenwärtigen Zustand des Hauses/der Wohnung beschreiben?	
<input type="checkbox"/> ₁	<i>vernachlässigt</i>
<input type="checkbox"/> ₂	<i>ausreichend</i>
<input type="checkbox"/> ₃	<i>Sehr gut gepflegt</i>

Wie würden Sie den gegenwärtigen äußerlichen Zustand des/der Befragten beschreiben?	
<input type="checkbox"/> ₁	<i>vernachlässigt</i>

₂ *ausreichend gepflegt*

₃ *Sehr gut gepflegt*

Noch irgendwelche offenen Bemerkungen, Besonderheiten der Interviewsituation, weitere Anmerkungen (z.B. Unterbrechungen, Störungen, Abbruch)?

ENDE INTERVIEWERFRAGEN



PSY-C~~ARE~~

Dritte Befragung zu Gesundheit und Versorgung

ID: _____

Datum: _____

Interviewer-ID: _____

In diesem Gespräch möchten wir Ihnen wieder Fragen rund um Ihre Gesundheit, Ihre Lebenssituation und Ihre medizinische und pflegerische Versorgungssituation stellen.

Die meisten der Fragen haben vorgegebene Antwortmöglichkeiten. Beantworten Sie jede Frage so, wie diese auf Sie persönlich zutrifft. Wenn Sie sich zwischen verschiedenen Antworten nicht entscheiden können oder Ihnen keine der Antworten passend erscheint, wählen Sie bitte die Antwort, die am ehesten zutreffend ist. Überlegen Sie bitte nicht lange, sondern wählen Sie die Antwort aus, die Ihnen auf Anhieb am zutreffendsten erscheint. Es gibt keine richtigen oder falschen Antworten. Bitte beantworten Sie nach Möglichkeit alle Fragen.

Wenn Sie während des Gesprächs eine kurze Pause machen möchten, geben Sie einfach Bescheid.

Können wir beginnen oder haben Sie noch Fragen?

Zunächst möchten wir Ihnen gerne Fragen rund um Ihre Gesundheit stellen. Es geht um Ihre Stimmung, aber auch um körperliche Beschwerden und Medikamente, die Sie nehmen.

1. Wie würden Sie Ihre Lebensqualität beurteilen? (WHOQOL-OLD)				
Sehr schlecht	Schlecht	Mittelmäßig	Gut	Sehr gut
<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅

2. Bitte wählen Sie bei den folgenden Fragen jeweils die Antwort aus, die Ihrem Befinden **während der letzten Woche** am besten entsprochen hat.

Geriatrische Depressions-Skala (GDS-12)

Yesavage, J., Brink, T., Rose, T., Lum, O., Huang, V., Adey, M., Leirer, O. (1983): Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. J of Psych Res 17, 37-49.

3. Nun bitten wir Sie, die folgenden Fragen so zu beantworten, wie es für Sie persönlich **in der letzten Woche** am ehesten zutrifft.

Hinweis zur Durchführung: Wenn TN Schwierigkeiten mit der HADS hat, dann erst einmal nur die Angstitems (ungerade Items) und wenn das nicht geht, dann HADS rauslassen

Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)

Herrmann-Lingen, C., Buss, U., & Snaith, R. P. (2011). HADS-D Hospital Anxiety and Depression Scale Deutsche Version - Manual: Deutsche Adaption der Hospital and Depression Scale (HADS) von R.P. Snaith und A.S. Zigmond (3. aktualisierte und neu normierte Auflage): Hans Huber Verlag

4. Nun geht es um ein paar Tätigkeiten aus dem Alltag.

Aktivitäten des täglichen Lebens (IADL, Barthel Index)

Mahoney, F., & Barthel, D. (1965). Functional evaluation: the Barthel index. Md Med J, 14,61-65.

5. Wie würden Sie Ihren Gesundheitszustand in den letzten 4 Wochen im Allgemeinen beschreiben?					
Sehr schlecht Ausgezeichnet	Schlecht	Weniger gut	Gut	Sehr gut	
<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆

6. Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?

Wenn ja: Anzahl: _____

7. Gab es Veränderungen bei der Einnahme von stimmungsaufhellenden Medikamenten oder Medikamenten zur Verbesserung des Schlafes oder des Antriebs seit unserem letzten Besuch bei Ihnen?

Nein

Ja

Wenn ja, Zutreffendes bitte ankreuzen:

Medikament reduziert oder abgesetzt, nehme nun gar keine solchen Medikamente mehr ein

Medikament reduziert oder abgesetzt, nehme jedoch noch solche Medikamente ein (in nun geringerer Dosis oder Anzahl)

Neue/s Medikament/e kam/en hinzu

Dosierung eines Medikaments erhöht

Ersatz durch anderes Medikament (aber nicht mehr/weniger)

Zusatzangaben bitte notieren:

8. Wie stark waren Ihre Schmerzen in den letzten 4 Wochen?

Sehr stark

₁

Stark

₂

Mäßig

₃

Leicht

₄

Sehr leicht

₅

Ich hatte keine
schmerzen

₆

9. Wie würden Sie Ihre Schlafqualität in den letzten 4 Wochen insgesamt beurteilen?

Sehr schlecht

₁

Eher schlecht

₂

Eher gut

₃

Sehr gut

₄

Haben Sie in den **letzten 3 Monaten** eines der folgenden therapeutischen Angebote in Anspruch genommen? Wenn ja, dann geben Sie bitte weiterhin an, wie oft Sie diese Angebote wahrgenommen haben.

10. Therapeutisches Angebot	Nein ₁	Ja ₂	Wie oft
Krankengymnastik (auch Physiotherapie, Massagen, Stromtherapie, Heilbäder)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Ergotherapie oder Arbeitstherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Logopädie oder Sprachtherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Medizinische Fußpflege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Heilpraktiker/Osteopathen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Andere Sport/Bewegungsangebote	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Selbsthilfeangebote	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Beratungsangebote	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Seelsorgerische Angebote	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Mobilitätshilfedienst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Ambulante gerontopsychiatrische Pflege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

11. Welchen Pflegegrad haben Sie? Pflegegrad _____

(falls Grad nicht bekannt: Pflegestufe _____)

	Nein	Ja
12. Hatten Sie in den letzten 3 Monaten einen Aufenthalt in einer teilstationären (Kurzzeitpflege) oder stationären (Tagespflege) Pflegeeinrichtung? <i>Wenn ja: _____ mal</i>	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
Waren Sie in den letzten 3 Monaten zur stationären Behandlung im Krankenhaus oder in einer psychiatrischen Einrichtung? <i>Wenn ja: _____ mal</i>	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂

Wie besorgt sind Sie selbst an dem Corona-Virus zu erkranken?			
Überhaupt nicht	Eher weniger	Etwas	Sehr stark
<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄

Wir sind am Ende des Gesprächs angekommen. Herzlichen Dank für die Beantwortung meiner Fragen!

- Ende Patientenfragebogen -

Nach dem Gespräch auszufüllen

Noch irgendwelche offenen Bemerkungen, Besonderheiten der Interviewsituation, weitere Anmerkungen (z.B. Unterbrechungen, Störungen, Abbruch, weitere Anwesende beim Gespräch)?

ENDE INTERVIEWERFRAGEN



PSY-CARE

Vierte Befragung zu Gesundheit und Versorgung

ID: _____

Datum: _____

Interviewer-ID: _____

In diesem Gespräch möchten wir Ihnen wieder Fragen rund um Ihre Gesundheit, Ihre Lebenssituation und Ihre medizinische und pflegerische Versorgungssituation stellen.

Die meisten der Fragen haben vorgegebene Antwortmöglichkeiten. Beantworten Sie jede Frage so, wie diese auf Sie persönlich zutrifft. Wenn Sie sich zwischen verschiedenen Antworten nicht entscheiden können oder Ihnen keine der Antworten passend erscheint, wählen Sie bitte die Antwort, die am ehesten zutreffend ist. Überlegen Sie bitte nicht lange, sondern wählen Sie die Antwort aus, die Ihnen auf Anhieb am zutreffendsten erscheint. Es gibt keine richtigen oder falschen Antworten. Bitte beantworten Sie nach Möglichkeit alle Fragen.

Wenn Sie während des Interviews eine kurze Pause machen möchten, geben Sie einfach Bescheid.

Können wir beginnen oder haben Sie noch Fragen?

Nun möchten wir Ihnen gerne Fragen rund um Ihre Gesundheit stellen. Es geht um Ihre Stimmung, aber auch um körperliche Beschwerden.

Bitte wählen Sie bei den folgenden Fragen jeweils die Antwort aus, die Ihrem Befinden während der letzten Woche am besten entsprochen hat.

Geriatrische Depressions-Skala (GDS-12)

Yesavage, J., Brink, T., Rose, T., Lum, O., Huang, V., Adey, M., Leirer, O. (1983):
Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. J of Psych Res 17, 37-49.

Wie würden Sie Ihren Gesundheitszustand in den letzten 4 Wochen im Allgemeinen beschreiben?

Sehr schlecht Schlecht Weniger gut Gut Sehr gut Ausgezeichnet
₁ ₂ ₃ ₄ ₅ ₆

Haben Sie in den letzten 3 Monaten psychologische oder psychiatrische Behandlung erhalten (bitte frei formulieren, z.B. wie ging es nach unserem letzten Gespräch bei Ihnen weiter – haben Sie Hilfe für Ihre Beschwerden/Stimmung/Niedergeschlagenheit/... erhalten)?

nein ja

Falls ja, bitte auswählen:

- Ambulante Psychotherapie
- Ambulante psychiatrische Behandlung
- Klinikaufenthalt (psychosomatisch/psychiatrisch)
- Tagesklinik (psychosomatisch/psychiatrisch)

Sonstiges:

Weitere Angaben (Verfahren, Dauer, wie viele Sitzungen, ...)

Welchen Pflegegrad haben Sie?

Pflegegrad
(Falls Pflegegrad nicht bekannt: Pflegestufe)

Wie besorgt sind Sie selbst an dem Corona-Virus zu erkranken?

überhaupt nicht

eher weniger

etwas

sehr stark

**Wir sind am Ende des Gesprächs angekommen.
Herzlichen Dank für die Beantwortung meiner Fragen!**

- Ende Patientenfragebogen -

Nach dem Gespräch auszufüllen

Noch irgendwelche offenen Bemerkungen, Besonderheiten der Interviewsituation, weitere Anmerkungen (z.B. Unterbrechungen, Störungen, Abbruch, weitere Anwesende beim Gespräch)?

Ende Interviewfragen

PSY-C \triangle RE

Fragebogen A Allgemeine Auskünfte der Projekttherapeut*innen

T-ID: _____

Datum: _____

1. **Alter:** _____ Jahre

2. **Geschlecht:** m w d

3. **Nationalität:** _____

4. **Derzeitige berufliche Tätigkeit** (*Mehrfachantworten möglich*)

- Niederlassung als Psychologische*r Psychotherapeut*in
- Niederlassung als Ärztliche*r Psychotherapeut*in
- Kostenerstattung/ eigene Privatpraxis
- Psychotherapeutische Tätigkeit im Anstellungsverhältnis ambulant
- Psychotherapeutische Tätigkeit im Anstellungsverhältnis (teil-)stationär
- Psychotherapeut*in in Ausbildung
- Sonstige Beschäftigung: _____

5. **Jahr der Approbation (VT):** _____ (*entfällt für PT in Ausbildung*)

6. **Seit wie vielen Jahren sind Sie psychotherapeutisch tätig?** _____ Jahre

7. **Über welche theoretischen Kenntnisse zu Psychotherapie älterer Patient*innen verfügen Sie?**

- Ich habe mich bisher nicht oder kaum damit beschäftigt
- Ich habe mich damit etwas beschäftigt (z.B. etwas gelesen, Vortrag gehört o.ä.)
- Ich habe mich schon längere Zeit/intensiv damit beschäftigt (z.B. viel gelesen, Seminar besucht o.ä.)
- Ich habe mich seit langem intensiv damit befasst (z.B. eine spezielle Fortbildung in Alternspsychotherapie absolviert)
-

8. **Häufigkeit des Kontakts mit älteren Menschen (60+) in den letzten 10 Jahren:**

familiär: nie selten gelegentlich häufig sehr häufig

freundschaftlich: nie selten gelegentlich häufig sehr häufig

beruflich: nie selten gelegentlich häufig sehr häufig

9. Wie viele ältere Patient*innen haben Sie bisher ungefähr *ambulant* psychotherapeutisch behandelt (Mehrfachantwort möglich):

- Keine
- Ca. ____ Patient*innen zwischen 60 und 70 Jahren
- Ca. ____ Patient*innen zwischen 70 und 80 Jahren
- Ca. ____ Patient*innen über 80 Jahre

10. Wie viele ältere Patient*innen haben Sie bisher ungefähr (*teil-*)stationär psychotherapeutisch behandelt (Mehrfachantwort möglich):

- Keine
- Ca. ____ Patient*innen zwischen 60 und 70 Jahren
- Ca. ____ Patient*innen zwischen 70 und 80 Jahren
- Ca. ____ Patient*innen über 80 Jahre

11. Haben Sie schon einmal ältere Patient*innen *aufsuchend* (zu Hause oder in einer Pflegeeinrichtung) psychotherapeutisch behandelt?

- Nein
- ja, etwa _____ Patient*innen

12. Inwiefern stimmen Sie folgenden Aussagen zu?

Anm.: Der Wert 1 bedeutet, dass Sie überhaupt nicht zustimmen und der Wert 5 bedeutet, dass Sie der Aussage sehr zustimmen. Mit den Werten dazwischen können Sie Ihre Einschätzung abstimmen.

	Stimme überhaupt nicht zu		Weder noch		Stimme sehr zu
1. Ich halte ältere pflegebedürftige Menschen prinzipiell für geeignete Psychotherapiepatienten. Ich bin davon überzeugt, dass die Patientengruppe ältere pflegebedürftige Menschen mit Depression von Psychotherapie profitiert.	1	2	3	4	5
2. Ich finde es spannend, in dem Projekt mit älteren pflegebedürftigen Patienten zu arbeiten.	1	2	3	4	5
3. Ich bin sehr motiviert, in dem Projekt mit älteren pflegebedürftigen Patienten zu arbeiten.	1	2	3	4	5
4. Ich fühle mich kompetent, ältere pflegebedürftige Patienten mit Depression zu behandeln.	1	2	3	4	5
5. Ich denke, dass ich ältere pflegebedürftige Patienten mit Depression verstehe.	1	2	3	4	5
6. Ich denke, dass ich Probleme habe, mich in die Gefühle älterer pflegebedürftiger Patienten hineinzuversetzen.	1	2	3	4	5

14. Big Five Inventory (BFI-10)

Rammstedt, B., Kemper, C. J., Klein, M. C., Beierlein, C., & Kovaleva, A. (2014). Big Five Inventory (BFI-10). *Zusammenstellung sozialwissenschaftlicher Items und Skalen (ZIS)*. <https://doi.org/10.6102/zis76>

15. Awareness of Age Related Change (AARC)

Diehl, M.K. & Wahl, H.-W. (2010). Awareness of age-related change: Examination of a (mostly) unexplored concept. *The Journals of Gerontology, Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 65B, 340–350. doi: 10.1093/geronb/gbp110

16. Therapeutic Attitude Scales 2 (TASC2)

Sandell, R., Carlsson, J., Schubert, J., Broberg, J., Lazar, A., & Grant, J. (2004). Therapist attitudes and patients' outcomes. I. Development and validation of the Therapist Attitudes Scales (TASC2). *Psychotherapy Research*, 14, 469–484.

17. Inwieweit stimmen Sie folgenden Aussagen zu?

	Trifft über- haupt nicht zu	Trifft größten- teils nicht zu	Trifft eher nicht zu	Neutral	Trifft eher zu	Trifft größten- teils zu	Trifft voll zu
1. Ich mache mir viele Sorgen über das Älterwerden.	1	2	3	4	5	6	7
2. Je älter ich werde, umso mehr Sorge ich mich um meine Gesundheit.	1	2	3	4	5	6	7
3. Je älter ich werde, umso ängstlicher bin ich bezüglich meiner Zukunft.	1	2	3	4	5	6	7
4. Je älter ich werde, umso mehr Sorge ich mich um finanzielle Angelegenheiten.	1	2	3	4	5	6	7
5. Ich mache mir Sorgen, dass ich nicht alleine über die Runden kommen werde, wenn ich älter bin.	1	2	3	4	5	6	7
6. Ich bin mir sicher, dass ich eine Menge Freunde zum Unterhalten haben werde, wenn ich älter bin.	1	2	3	4	5	6	7
7. Ich Sorge mich darum, dass Andere Entscheidungen für	1	2	3	4	5	6	7

mich treffen müssen, wenn ich älter bin.	
--	--

18. Wie haben Sie von PSY-CARE erfahren?

- Anzeige der DGVT
- Anzeige der GNP
- Persönlicher Kontakt
- Rundschreiben meines Ausbildungsinstitutes
- Sonstiges:

19. Was sind Ihre Beweggründe als Projekttherapeut*in teilzunehmen (Mehrfachantwort möglich)?

- finanzieller Anreiz
- Erweiterung des beruflichen Netzwerks
- Weiterbildung/ berufliche Weiterentwicklung
- sozialpolitisches Engagement
- Pflege älterer Angehöriger aktuell
- Pflege älterer Angehöriger in der Vergangenheit
- Auseinandersetzung mit dem eigenen Alter(n)
- Sonstiges:



PSY-C Δ RE

Fragebogen B Auskünfte zu Therapiebeantragung und -beginn

T-ID: _____

P-ID: _____

Datum: _____

1. Datum des telefonischen Erstkontaktes zur Vereinbarung des ersten Termins

|_|_|_|.|_|_|_|.|_|_|_|_|_|
Tag Monat Jahr

2. Datum der ersten Sitzung

|_|_|_|.|_|_|_|.|_|_|_|_|_|
Tag Monat Jahr

3. Anzahl der psychotherapeutischen Sprechstunden

Es wurden _____ psychotherapeutische Sprechstunden á **25 Min.** durchgeführt

4. Anzahl der probatorischen Sitzungen

Es wurden _____ probatorische Sitzungen á 50 Min. durchgeführt

5. Datum der Stellung des Therapieantrags

|_|_|_|.|_|_|_|.|_|_|_|_|_|
Tag Monat Jahr

6. Wurden Krankentransporte, Krankenfahrten oder aufsuchende Behandlung beantragt?

Ja, Krankenfahrten. Zu diesem Zweck wurden folgende Unterlagen benötigt:

Ja, Krankentransporte. Zu diesem Zweck wurden folgende Unterlagen benötigt:

Ja, aufsuchende psychotherapeutische Behandlung. Zu diesem Zweck wurden folgende Unterlagen benötigt:

7. Diagnosen und Schweregrade psychischer Erkrankungen bei Antragstellung:

Schätzen Sie den Schweregrad jeder Diagnose (nach ICD-10) auf der folgenden Skala ein:

Abwesend	1	2	3	4	5	6	7	8
Keine Störung		Leicht störend/ nicht wirklich behindernd		Deutlich störend / mäßig behindernd		Stark störend /stark behindernd		Sehr stark störend/ stark behindernd

Primäre Diagnose: F |__|__|. |__|__| Schweregrad |__|

1. komorbide Diagnose: F |__|__|. |__|__| Schweregrad |__|

2. komorbide Diagnose: F |__|__|. |__|__| Schweregrad |__|

3. komorbide Diagnose: F |__|__|. |__|__| Schweregrad |__|

8. Schweregrad der Krankheit (CGI) bei Antragstellung

Ziehen Sie Ihren gesamten Erfahrungsschatz an dieser Art von psychisch Erkrankten in Betracht, und geben Sie an, wie hoch Sie den jetzigen Grad der psychischen Erkrankung des/der Patienten/in einschätzen?

- 0** Nicht beurteilbar.
- 1** Patient*in ist überhaupt nicht krank.
- 2** Patient*in ist ein Grenzfall psychiatrischer Erkrankung.
- 3** Patient*in ist nur leicht krank.
- 4** Patient*in ist mäßig krank.
- 5** Patient*in ist deutlich krank.
- 6** Patient*in ist schwer krank.
- 7** Patient*in gehört zu den extrem schwer Erkrankten.

9. Somatische Diagnose/n bei Antragstellung

1. Somatische Diagnose (ICD-10) |__| |__|__|. |__|__|

2. Somatische Diagnose (ICD-10) |__| |__|__|. |__|__|

3. Somatische Diagnose (ICD-10) |__| |__|__|. |__|__|

4. Somatische Diagnose (ICD-10) |__| |__|__|. |__|__|

10. Datum der Bewilligung des Therapieantrags

|_|_|_|.|_|_|_|_|.|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|
Tag Monat Jahr

11. Umfang der bewilligten Therapiestunden zu Therapiebeginn

- Es wurden ____ Sitzungen á 50 Min bewilligt (Stand: Erstantrag)

12. Falls Krankentransporte, Krankenfahrten oder aufsuchende Behandlung beantragt wurde, wurde dies bewilligt?

- Ja, Krankenfahrten.
- Ja, Krankentransporte.
- Ja, aufsuchende psychotherapeutische Behandlung.
- _____ wurde beantragt, jedoch nicht bewilligt.

13. Working Alliance Inventory – Therapist Version (WAI)

Hatcher, R., Lindqvist, K., & Falkenström, F. (2019). Psychometric evaluation of the Working Alliance Inventory—Therapist version: Current and new short forms. *Psychotherapy Research, 30*(6), 706-717. <https://doi.org/10.1080/10503307.2019.1677964>

14. Sonstige Anmerkungen/Besonderheiten zur Antragstellung:

PSY-CARE

Fragebogen C Auskünfte bei Therapiebeendigung

T-ID: _____

P-ID: _____

Datum: _____

Primäre Diagnose: F |__|__|. |__|__| Schweregrad |__|

1. komorbide Diagnose: F |__|__|. |__|__| Schweregrad |__|

2. komorbide Diagnose: F |__|__|. |__|__| Schweregrad |__|

3. komorbide Diagnose: F |__|__|. |__|__| Schweregrad |__|

5. Schweregrad der Krankheit (CGI) bei Therapieende

Ziehen Sie Ihren gesamten Erfahrungsschatz an dieser Art von Erkrankung und Patientengruppe in Betracht, und geben Sie an, wie hoch Sie den jetzigen Grad der psychischen Erkrankung des/der Patienten/in einschätzen?

- 0** Nicht beurteilbar.
- 1** Patient*in ist überhaupt nicht krank.
- 2** Patient*in ist ein Grenzfall psychiatrischer Erkrankung.
- 3** Patient*in ist nur leicht krank.
- 4** Patient*in ist mäßig krank.
- 5** Patient*in ist deutlich krank.
- 6** Patient*in ist schwer krank.
- 7** Patient*in gehört zu den extrem schwer Kranken.

6. In welchem Setting wurde die Therapie durchgeführt?

- Aufsuchend
- In einer Praxis
 - Ohne Krankenfahrten/Krankentransport
 - Mit Krankenfahrten
 - Mit Krankentransport
- Sowohl aufsuchend als auch in Praxisräumen; dabei erfolgten _____ der bewilligten Therapiesitzungen aufsuchend. Grund für den Wechsel des Settings war:

7. Sollten Sie aufsuchend oder unter Hinzuziehen von Krankentransporten gearbeitet haben, wie hoch schätzen Sie den durchschnittlich entstandenen Mehraufwand für Sie selbst dadurch ein?

- Es ist mir keinerlei zeitlicher Mehraufwand dadurch entstanden
- Der durchschnittliche Mehraufwand pro Termin betrug schätzungsweise _____ Min.

8. Wurden andere Versorgungsakteure über Fallbesprechungen in die Behandlung einbezogen (Mehrfachantwort möglich)?

- Nein, dies war seitens der/des Patient*in nicht erwünscht
- Nein, da es keine weiteren relevanten Versorgungsakteure gibt
- Nein, dies war aus organisatorischen Gründen nicht möglich
- Ja, es erfolgten Fallbesprechungen mit:
 - Familiären Angehörigen
 - Außerfamiliären Angehörigen
 - Professionelle Pflegekraft
 - Hausarzt/Hausärztin
 - Facharzt/Fachärztin
 - Sonstige: _____

9. In welcher Form erfolgten die Fallbesprechungen (Mehrfachantwort möglich)?

- Es erfolgten keine Fallbesprechungen (siehe 8)
- Die Person/en wurden in die Therapiesitzung eingebunden
- Persönliches Gespräch in Abwesenheit des/der Patient/in
- Austausch per Telefon
- Austausch per Email oder Post
- Austausch per Videokonferenz

10. Wurde eine Feedbackvereinbarung getroffen?

- Ja, wenn ja: mit wem? _____
- Nein

11. Welche Hilfsangebote kamen während der Therapie zum Einsatz?

- Gedächtnishilfen (z.B. Memokarte, Merksätze, Tages-/Gedankenprotokolle)
- Veranschaulichungs-/Bildmaterial
- Unterlagen/Materialien mit vergrößerter Schrift/ vergrößerten Abbildungen
- Vermittlung ergänzender Unterstützungsangebote (*Zutreffendes bitte unterstreichen und ggf. ergänzen*): Ergotherapie, Logopädie, Physiotherapie, Sozialtherapie, Facharzt, soziale Beratung, pflegerische Hilfsangebote, ehrenamtliche Begleitung, seelsorgerische Angebote
- Sonstige: _____

12. Geben Sie Ihre Einschätzung zu der von Ihnen durchgeführten Behandlung auf einer Skala von 1(niedrig) bis 10 (hoch) an. Markieren Sie die zutreffende Zahl durch ein X. Grundlage für ihre Bewertung sollten alle bisher durchgeführten Sitzungen ihres Projektpatienten sein.

1. Wie sehr glauben Sie, dass die depressive Symptomatik des/der Patient*in durch die Behandlung reduziert wurde?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Überhaupt nicht									Sehr überzeugt

2. Wie sehr glauben Sie, dass die Behandlung dem/der Patient*in insgesamt genutzt hat (im Vergleich zu seiner/ihrer Situation vor Therapiebeginn)?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Überhaupt nicht									Sehr überzeugt

3. Würden Sie diese Art von Behandlung eigenen Bekannten oder Freund*innen dieser Altersgruppe empfehlen, die unter Depression leiden?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Überhaupt nicht									Sehr wahrscheinlich

4. Wie zuversichtlich sind Sie, dass die Behandlung zu einer Verbesserung der Lebensqualität des Patienten führt?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Überhaupt nicht									Sehr zuversichtlich

13. Working Alliance Inventory – Therapist Version (WAI)

Hatcher, R., Lindqvist, K., & Falkenström, F. (2019). Psychometric evaluation of the Working Alliance Inventory—Therapist version: Current and new short forms. *Psychotherapy Research*, 30(6), 706-717. <https://doi.org/10.1080/10503307.2019.1677964>