

<b>Konsortialführung:</b>	Albert-Ludwigs-Universität Freiburg
<b>Förderkennzeichen:</b>	01NVF18030
<b>Akronym:</b>	GET Sleep
<b>Projekttitel:</b>	GET Sleep - Stepped Care Modell für die Behandlung von Schlafstörungen
<b>Autoren:</b>	Prof. (apl.) Dr. Dr. Kai Spiegelhalder
<b>Förderzeitraum:</b>	1. Oktober 2019 – 30. September 2023

## Inhaltsverzeichnis

I. Abkürzungsverzeichnis.....	2
II. Abbildungsverzeichnis .....	2
III. Tabellenverzeichnis.....	2
1. Zusammenfassung .....	3
2. Beteiligte Projektpartner .....	3
3. Projektziele .....	4
4. Projektdurchführung.....	5
5. Methodik.....	10
6. Projektergebnisse .....	15
7. Diskussion der Projektergebnisse .....	21
8. Verwendung der Ergebnisse nach Ende der Förderung.....	23
9. Erfolgte bzw. geplante Veröffentlichungen.....	23
10. Literaturverzeichnis.....	23
11. Anhang .....	27
12. Anlagen.....	28

## I. Abkürzungsverzeichnis

ARR	Absolute Risk Reduction
AQoL-8D	Assessment of Quality of Life 8-Dimension
CSQ-I	Client Satisfaction Questionnaire (für internetbasierte Interventionen adaptiert)
GAD-7	Generalized Anxiety Disorder Scale-7
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
ICC	Intraklassenkorrelation
IG	Interventionsgruppe
ISI	Insomnia Severity Index
KVT-I	Kognitive Verhaltenstherapie für Insomnie
NEQ	Negative Effect Questionnaire
NNT	Number-needed-to-treat
PSQI	Pittsburgh Sleep Schlafqualitätsindex
QALY	Qualitätsbereinigter Lebensjahre
QIDS-SR16	Quick Inventory of Depressive Symptomatology
RCI	Reliable Change Index (RCI)
Skip	Die erste Stufe des Versorgungsmodells (hausärztliche Behandlung) wird übersprungen
SSS-8	Somatic Symptom Scale-8
T0	Erhebung zur Baseline
T1	Erhebung 4 Wochen nach Studieneinschluss
T2	Erhebung 12 Wochen nach Studieneinschluss
T3	Erhebung 6 Monate nach Studieneinschluss
TAI-OT	Technological Alliance Inventory für internetbasierte Intervention
TAU	Treatment as Usual
TiC-P	Trimbos/iMTA questionnaire for costs associated with psychiatric illness
WAI-I	Working Alliance Inventory for guided Internet interventions

## II. Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1      Graphische Darstellung des Stepped Care Modells      S. 7

## III. Tabellenverzeichnis

Nicht vorhanden.

## 1. Zusammenfassung

**Hintergrund:** Es ist unklar, wie die in Leitlinien empfohlene digitale kognitive Verhaltenstherapie für Insomnie (KVT-I) in die Versorgung integriert werden kann, und wieviel therapeutische Unterstützung bei der Behandlung erforderlich ist. Im Projekt GET Sleep wurde ein sektorenübergreifendes Stepped Care Modell als neue Versorgungsform für Patientinnen und Patienten mit Insomnie untersucht. Das Stepped Care Modell bestand aus drei Stufen, 1) einer hausärztlichen Diagnostik und psychoedukativen Erstbehandlung, 2) einer digitalen KVT-I und 3) einer Fachbehandlung. Die neue Versorgungsform wurde dabei in drei verschiedenen Varianten eingesetzt, die sich im Ausmaß der therapeutischen Unterstützung in Stufe 2 des Modells unterschieden.

**Methodik:** Die drei Varianten der neuen Versorgungsform wurden im Vergleich mit Treatment-as-Usual (TAU) in einer vierarmigen cluster-randomisierten kontrollierten Studie untersucht. Alle Outcomes wurden zu den Messzeitpunkten T0 (Baseline), T1 (nach 4 Wochen), T2 (nach 12 Wochen) und T3 (nach 6 Monaten) erhoben. Der primäre Outcome-Parameter war der Schweregrad der Insomnie zum Messzeitpunkt T3, erfasst mit dem Insomnia Severity Index. Zudem wurden eine qualitative Begleitanalyse sowie eine gesundheitsökonomische Analyse durchgeführt.

**Ergebnisse:** Insgesamt wurden 333 Patientinnen und Patienten in die Studie eingeschlossen. In Bezug auf den primären Outcome führten die Interventionsgruppen zu Verbesserungen um 7,6 Punkte, 7,8 Punkte und 7,4 Punkte, während die Verbesserung in der TAU-Gruppe 5,0 Punkte betrug. Diese Unterschiede waren jedoch nicht statistisch signifikant. Auch die gesundheitsökonomische Evaluation ergab keine statistisch signifikante Reduktion der durchschnittlichen Kosten durch die neue Versorgungsform im Vergleich zur TAU-Behandlung, weder aus der Perspektive der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) noch aus gesamtgesellschaftlicher Sicht.

**Diskussion:** Die offenkundigste Limitation des Projekts ist, dass es dem Konsortium nicht gelungen ist, eine größere Stichprobe für das Projekt zu rekrutieren. Auch wenn sich aufgrund der reduzierten Stichprobengröße keine abschließenden Schlussfolgerungen ziehen lassen, erscheinen die Unterschiede in den Effekten zwischen den drei Interventionsgruppen derartig geringfügig ausgeprägt zu sein, dass es diesbezüglich keine Anhaltspunkte gibt, von einer Überlegenheit einer der drei Varianten in der Effektivität auszugehen.

## 2. Beteiligte Projektpartner

Name Einrichtung/Name Institut	Name Projektleitung
Universitätsklinikum Freiburg Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie Hauptstraße 5, 79104 Freiburg	Prof. (apl.) Dr. Dr. Kai Spiegelhalter (Konsortialführer)
GET.ON Institut GmbH Oranienburger Str. 86A, 10178 Berlin-Mitte	Prof. Dr. David Ebert Dr. Elena Heber (Geschäftsführung)
Universität Ulm Albert-Einstein-Allee 47, 89081 Ulm	Prof. Dr. Harald Baumeister Prof. Dr. Morten Moshagen
Universitätsklinikum Freiburg Institut für Allgemeinmedizin Elsässer Straße 2m, 79110 Freiburg	Prof. Dr. Andy Maun
KIRINUS GmbH (vormals Ideamed GmbH) Defreggerweg 2-6, 83707 Bad Wiessee	Ludwig Klitzsch
Klinikum Nürnberg Nord Prof.-Ernst-Nathan-Str. 1, 90419 Nürnberg	Prof. Dr. Kneginja Richter
Barmer Ersatzkasse (BARMER)	Dr. Christian Graf

Akronym: GET Sleep  
Förderkennzeichen: 01NVF18030

Für fachliche Rückfragen nach Projektende steht der Konsortialführer von GET Sleep jederzeit gerne zur Verfügung:

Prof. (apl.) Dr. Dr. Kai Spiegelhalder  
Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie  
Universitätsklinikum Freiburg  
Tel.: 0761/270-69780  
Email: Kai.Spiegelhalder@uniklinik-freiburg.de

### 3. Projektziele

#### 3.1. Hintergrund

Ein- oder Durchschlafstörungen, die sich negativ auf die Leistungsfähigkeit oder Tagesbefindlichkeit auswirken, werden als Insomnien bezeichnet (Morin et al., 2015). Diese sind eine der häufigsten Erkrankungen, denen Ärzte in der klinischen Versorgung der Allgemeinbevölkerung begegnen und betreffen in chronischer Form etwa 5-10% der Bevölkerung in westlichen Industrienationen (Baglioni et al., 2020) und bis zu 20% der Patientinnen und Patienten in Hausarztpraxen (Shochat et al., 1999). Ein Großteil der Patienten wird jedoch falsch behandelt. Während Leitlinien eine psychotherapeutische Behandlung der Insomnie empfehlen, wird diese in der Versorgungsrealität sehr selten angewendet (Spiegelhalder et al., 2022). Das beschriebene Versorgungsdefizit und die offenkundige Fehlversorgung von Insomnien sind gesundheitsökonomisch sehr relevant. So sind Insomnien, vor allem aufgrund von verminderter Leistungsfähigkeit am Arbeitsplatz, mit sehr hohen indirekten Gesundheitskosten verbunden. Diese betragen in Deutschland etwa 7.800 Euro pro Person pro Jahr, was jährliche Gesamtkosten von mehr als 40 Milliarden Euro ergibt, wovon sich mindestens 7 Milliarden Euro durch eine fachgerechte Behandlung einsparen lassen würden (Thiart et al., 2016). Besonders wichtig ist, dass die chronische Insomnie krankheitsübergreifend auftritt. Bei nahezu allen körperlichen und psychischen Erkrankungen kommt es begleitend auch zu Schlafstörungen (Baglioni et al., 2016; Smagula et al., 2016), wobei die Insomnie den Verlauf vieler dieser Erkrankungen negativ beeinflusst (Pigeon et al., 2008; Tang et al., 2012). Dementsprechend führt eine Verbesserung des Schlafs auch zu einer Besserung der körperlichen und psychischen Erkrankungen (Ballesio et al., 2018; Tang et al., 2015). Die Insomnie ist allerdings auch ein wichtiger Risikofaktor für die erstmalige Entwicklung von körperlichen und psychischen Erkrankungen, v.a. von der unipolaren Depression und der koronaren Herzerkrankung, den beiden wichtigsten Erkrankungen in industrialisierten Ländern (Hertenstein et al., 2019; Li et al., 2014). Während die genannten wissenschaftlichen Erkenntnisse die Relevanz der Insomnie im Kontext anderer Erkrankungen verdeutlichen, hat der enge Zusammenhang zwischen Schlafstörungen und anderen Erkrankungen aus Sicht der Patientinnen und Patienten auch einen wichtigen Nachteil: meistens stehen andere Erkrankungen im Vordergrund, so dass die Insomnie nicht erkannt und nicht behandelt wird (Stepanski & Rybarczyk, 2006).

Die Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Schlafforschung und Schlafmedizin (DGSM; Riemann et al., 2017), der European Sleep Research Society (ESRS; Riemann et al., 2023) und des American College of Physicians (ACP; Qaseem et al., 2016) empfehlen die kognitive Verhaltenstherapie für Insomnien (KVT-I) als Behandlungsmethode der ersten Wahl. Diese auf den Schlaf fokussierte psychotherapeutische Kurzzeitbehandlung umfasst 1) Psychoedukation zum Thema Schlaf, 2) Entspannungsübungen, 3) Schlafrestriktion und/oder Stimuluskontrolle, und 4) das Hinterfragen dysfunktionaler Überzeugungen, die mit dem Thema Schlaf zu tun haben. Eine pharmakologische Behandlung von Insomnien wird in den oben genannten Leitlinien dagegen nicht empfohlen. Aufgrund fehlenden Wissens um die nicht-pharmakologischen Behandlungsoptionen für Insomnie, des höheren Zeitaufwands der KVT-I im Vergleich zu pharmakologischer Behandlung und eines Mangels an entsprechend ausgebildeten Therapeutinnen und Therapeuten werden die Empfehlungen der Leitlinien

jedoch bislang kaum umgesetzt. Stattdessen kommt es zu einer Fehlversorgung mit pharmakologischen Substanzen. Ein möglicher Ausweg aus diesem Versorgungsdefizit ist die Einführung internet-basierter Therapieprogramme, die auf der KVT-I beruhen. Diese zeigen in Meta-Analysen eine sehr gute Effektivität, die vergleichbar zur Effektivität von konventioneller „face-to-face“ KVT-I ist (Simon et al., 2023a). Die internet- und mobil-basierte KVT-I ist dementsprechend ein wichtiger und innovativer Bestandteil der in diesem Projekt untersuchten neuen Versorgungsform.

### **3.2. Ziele und Fragestellungen/Hypothesen**

Zentrale Ziele des Projekts sind die Verbesserung der Versorgungsqualität und Versorgungseffizienz für die betroffenen Patientinnen und Patienten und die Behebung des bestehenden Versorgungsdefizits für chronische Schlafstörungen. Hierdurch soll die Anzahl der leitlinienkonformen Behandlungen erhöht werden und die Versorgung an inner- und intersektoralen Schnittstellen optimiert werden, so dass die direkten und indirekten Kosten von chronischen Schlafstörungen gesenkt werden können. Zudem soll mit dem strukturierten Versorgungsmodell die fach- und sektorenübergreifende Zusammenarbeit zwischen Hausärztinnen/Hausärzten, psychologischen Psychotherapeutinnen/Psychotherapeuten und ambulant und stationär tätigen Fachärztinnen/Fachärzten verbessert werden.

Die primäre Fragestellung von GET Sleep war, welche Variante der sektorenübergreifenden neuen Versorgungsform für Patientinnen und Patienten mit Insomnie am geeignetsten ist. Dies schließt die Fragen nach der differentiellen Wirksamkeit, der Kosten-Effektivität und den Begleitumständen der Implementierung der neuen Versorgungsform ein.

Als sekundäre Fragestellungen soll die Effekte der neuen Versorgungsform im Vergleich zur TAU-Kontrollgruppe im Hinblick auf folgende Outcomes untersucht werden:

1. Schlafbezogene Outcome-Parameter, Lebensqualität, Depression, Angst, Somatische Symptome
2. Vorliegen einer depressiven Symptomatik nach der Intervention

Zur Prozessevaluation sollen darüber hinaus folgende Fragestellungen untersucht werden:

1. Welche Barrieren und Förderfaktoren bestehen für das neue Versorgungsmodell aus Sicht der Patientinnen und Patienten, E-Coaches und Hausärztinnen/Hausärzten?
2. Wie ist die patientenseitige Akzeptanz/Zufriedenheit/Allianz zur internetbasierten KVT-I?
3. Kam es in den drei Varianten der sektorenübergreifenden Versorgungsform zu (Severe)-Adverse Events?

## **4. Projektdurchführung**

### **4.1. Allgemeinverständliche Beschreibung der neuen Versorgungsform**

Im Rahmen von GET Sleep wurde ein sektorenübergreifendes Stepped Care Modell für die Behandlung von Insomnien implementiert. Dabei wurden Hausarztpraxen geschult, die Behandlung in Übereinstimmung mit den entsprechenden Leitlinien in einem gestuften Behandlungspfad mit den folgenden Stufen zu organisieren: 1. Hausärztliche standardisierte Diagnostik und psychoedukative Erstbehandlung; 2. Internet- und mobil-basierte Kognitive Verhaltenstherapie für Insomnie (KVT-I); 3. Psychotherapeutische, psychiatrische oder schlafmedizinische Fachbehandlung. Die bei der Schulung der Hausarztpraxen verwendeten Materialien sind in Anlage 1 zusammengestellt.

Folgend eine detaillierte Beschreibung der drei Stufen des Versorgungsmodells (siehe auch Abbildung 1).

## 1) Hausärztliche standardisierte Diagnostik und psychoedukative Erstbehandlung

Das Screening von Patientinnen und Patienten erfolgte durch die Hausärztinnen und Hausärzte mittels kurzem Fragebogen, der den Hausarztpraxen durch die Konsortialführung zur Verfügung gestellt wurde (siehe Anlage 1). Auf Basis der Ergebnisse und, bei Bedarf, einer Blutentnahme (kleines Blutbild: 1,10 €, TSH: 3,70 €,  $\gamma$ -GT: 0,25 €) haben die Hausärztinnen und Hausärzte die Patientinnen und Patienten in das Projekt eingeschlossen. Für diese Rekrutierung von Studienteilnehmenden durch die Hausärztinnen und Hausärzte war ein Zeitbedarf von 60 min vorgesehen, der nach in Anlehnung an EBM-Ziffer 35210113 mit 51,60 € vergütet wurde. Die daran anschließende hausärztliche psychoedukative Erstbehandlung beinhaltete die Vermittlung der so genannten „schlafhygienischen Regeln“ sowie basale Informationen zu den Themen Schlaf und Schlafstörungen, wofür ein Arbeitsaufwand von 30 min pro Patientin/ Patient vorgesehen war. Die Vergütung hierfür sowie für maximal einen weiteren

30-minütigen Termin der Hausärztinnen und Hausärzte mit den Patientinnen/Patienten im Rahmen des Stepped Care Modells wurde in Anlehnung an EBM-Ziffer 35210113 mit 2 x 25,80 € vergütet (=51,60 €). Der Behandlungserfolg dieser Intervention wurde nach zwei bis vier Wochen durch die Hausärztinnen und Hausärzte kontrolliert. Bei nach klinischem Eindruck fehlendem Behandlungserfolg wurden Patientinnen und Patienten der 2. Stufe des Modells zugewiesen. Aber auch die Patientinnen und Patienten konnten sich bei subjektiv ausbleibendem Behandlungserfolg direkt für die 2. Stufe des Stepped Care Modells anmelden. Vor Durchführung der psychoedukativen Erstbehandlung konnten die Hausärztinnen und Hausärzte auch entscheiden, dass die 1. Stufe des Versorgungsmodells übersprungen wird. Diese direkte Zuweisung zur 2. Stufe des Versorgungsmodells sollte insbesondere erfolgen, falls kein substanzieller Effekt der Behandlung in der 1. Stufe auf die schlafbezogene Symptomatik zu erwarten war.

## 2) Internet- und mobil-basierte KVT-I

Die eingesetzte therapeutengestützte internet- und mobil-basierte Behandlung GET.ON Insomnie des GET.ON Instituts (siehe Anlage 2 für eine Darstellung der technischen Entwicklungen) beruht auf der KVT-I und umfasst somit Psychoedukation, Entspannungstechniken, Schlafrestriktion, Stimuluskontrolle und kognitive Interventionen (siehe Spiegelhalder et al., 2011). Darüber hinaus enthält die Intervention eine Einheit zur Rückfallprävention sowie optional wählbare Module zur Bewältigung komorbider Erkrankungen. Die Intervention ist in acht Einheiten aufgeteilt, deren Bearbeitung jeweils ca. 45-60 Minuten dauert. Die Bearbeitung von einem Modul pro Woche war vorgesehen. Um jedoch interindividuelle Unterschiede im therapeutischen Prozess zu berücksichtigen, hatten Patientinnen und Patienten die Möglichkeit, die Intervention langsamer oder schneller zu bearbeiten. Die Behandlung wurde zur Bestimmung einer möglichst optimalen Kosten-Effektivität in drei verschiedenen Intensitäts-Varianten durchgeführt, die sich im Ausmaß und in der Art der Unterstützung durch E-Coaches unterschieden. Alle Patientinnen und Patienten erhielten ein telefonisches/video-basiertes Erstgespräch zur Bedürfnisklärung sowie zum Beziehungs- und Motivationsaufbau sowie ein Abschlussgespräch, in dem gegebenenfalls Empfehlungen für eine weitere Behandlung gegeben wurden.

Die Variante GET.ON Insomnie Standard enthielt darüber hinaus ein intensives schriftliches Coaching durch E-Coaches mit einem Zeitaufwand von 8 x 25 min (Vergütung inklusive Erstgespräch und Abschlussgespräch: 490,72 €). Dabei gaben die E-Coaches zu jeder der acht Einheiten der Intervention ein schriftliches Feedback. Die E-Coaches haben sich hierfür alle Angaben, die die Teilnehmenden im Rahmen der Einheit machten, durchgelesen und hierzu konkretes, personalisiertes Feedback bezogen auf die jeweilige Situation der Teilnehmenden gegeben. Die Variante GET.ON Insomnie Flex zeichnete sich durch ein adhärenz-fokussiertes schriftliches Coaching durch E-Coaches mit einem mittleren geschätzten Zeitaufwand von insgesamt 50 min aus (Vergütung inklusive Erstgespräch und Abschlussgespräch: 221,92 €). Dabei erfolgte dieses adhärenz-fokussierte schriftliche Coaching jeweils auf Anfrage der

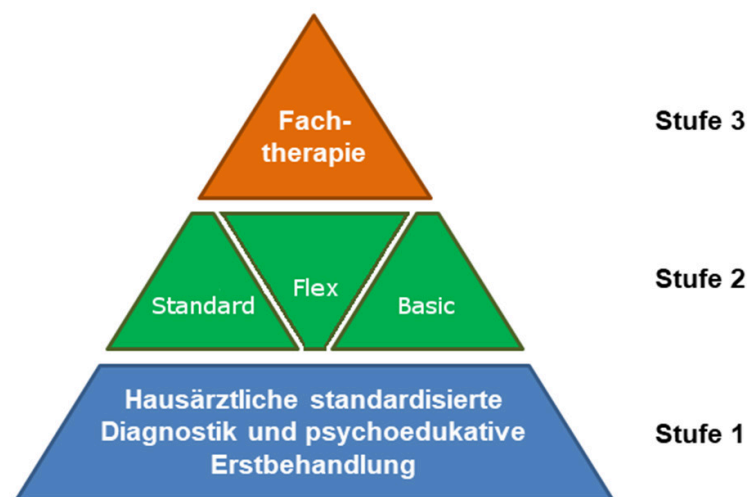
Patientinnen und Patienten. Derartige Anfragen konnten per Nachrichtenfunktion gestellt werden, wobei das Feedback der E-Coaches dann individualisiert mit Fokus auf die spezifischen vorgebrachten Fragen oder Probleme gegeben wurde. In der Variante GET.ON Insomnie Basic war keine weitere Unterstützung durch E-Coaches vorgesehen (Vergütung inklusive Erstgespräch und Abschlussgespräch: 132,32 €). Die Handbücher für die E-Coaches sind in Anlage 3 dargestellt.

Die E-Coaches waren im Rahmen eines Anstellungsverhältnisses beim Konsortialpartner GET.ON Institut für Online Gesundheitstrainings GmbH beschäftigt. Es waren 11 E-Coaches beteiligt, welche einen Diplom- oder Masterabschluss in Psychologie und darüber hinaus eine zusätzliche absolvierte bzw. weit fortgeschrittene Ausbildung zum Psychologischen Psychotherapeuten aufwiesen. Die Kontaktaufnahme zu den Projektteilnehmenden fand per Telefon (Eingangs- und Abschlussgespräch) sowie über die verschlüsselte Plattform (im Rahmen der Nachrichtenfunktion) statt.

Der Behandlungserfolg der digitalen Intervention wurde den Hausärztinnen und Hausärzten in einem Befundbericht übermittelt (Vergütung: 8,34 €), so dass im Bedarfsfall die Zuweisung zu einer psychotherapeutischen, psychiatrischen oder schlafmedizinischen Fachbehandlung (3. Stufe des Stepped Care Modells) erfolgen konnte. Die behandelnden Hausärztinnen und Hausärzte entschieden über das weitere Vorgehen. Für diese Entscheidung erhielten die Hausarztpraxen einen Bericht vom E-Coach der internetbasierten Intervention. Dieser umfasste den Post-Treatment Insomnia Severity Index-Gesamtscore (ISI; Bastien et al., 2001), der außerhalb des Forschungsprozesses auf der Behandlungsplattform erhoben wurde sowie eine Empfehlung darüber, ob und von wem die Behandlung nach der 2. Stufe fortgesetzt werden sollte. Die Hausärztinnen und Hausärzte erhielten dabei die generelle Empfehlung, Patientinnen und Patienten mit einem ISI-Gesamtscore  $\geq 15$  und einer komorbiden psychischen Erkrankungen an eine psychiatrische oder psychotherapeutische Fachbehandlung zu überweisen. Alle anderen Patientinnen und Patienten mit einem ISI-Gesamtscore  $\geq 15$  sollten an eine schlafmedizinische Fachbehandlung überwiesen werden. Alle Daten wurden auf ISO 27000-zertifizierten Servern sicher gespeichert und eine sichere Datenübertragung wurde durch Hypertext Transfer Protocol Secure (HTTPS) mit Secure Sockets Layer (SSL) Zertifikaten (AES-256 und SHA-1,2048-bit RSA) gewährleistet.

### 3) Psychotherapeutische, psychiatrische oder schlafmedizinische Fachbehandlung

Die psychotherapeutische, psychiatrische oder schlafmedizinische Fachbehandlung erfolgte im Rahmen der Regelversorgung durch entsprechende Fachkräfte, die auf die Behandlung von Insomnien spezialisiert sind.



**Abbildung 1:** Graphische Darstellung des Stepped Care Modells.

**Zielgruppe:** Die Zielgruppe der neuen Versorgungsform waren erwachsene Patientinnen und Patienten mit der Diagnose nicht-organische Insomnie (ICD-10: F51.0) oder Ein- und Durchschlafstörungen (ICD-10: G47.0).

**Interoperabilität und offenen Schnittstellen:** Der Studien-Code bildete das Kernstück der studieninternen Interoperabilität zwischen den Konsortialpartnern. Die Interventionsplattform der GET.ON Instituts folgt gängigen Prinzipien der Interoperabilität und ermöglicht einen Datenexport basierend auf dem von HL7 veröffentlichten FHIR-Standard. Sie entspricht der veröffentlichten FHIR® Spezifikation v4.0.1: R4 ohne zusätzliche Profilierung.

## 4.2. Rechtsgrundlage

Zur Umsetzung des Antrags wurde ein Vertrag nach § 140a SGB V (Besondere Versorgung) geschlossen. Als Vertragspartner fungierten hierbei die BARMER Ersatzkasse, niedergelassene Hausärztinnen und Hausärzte aus den Regionen Baden-Württemberg und Bayern, das GET.ON Institut sowie die Zentren für Schlafmedizin Freiburg und Nürnberg. Sämtliche Aufgaben und Pflichten der Vertragsteilnehmer sowie abrechnungsrelevante Details wurden im Rahmen des Vertrags nach § 140a SGB V geregelt.

Der genannte Vertrag konnte trotz intensiver Anstrengungen der Konsortialführung leider erst im September 2020 und damit ungefähr ein Jahr nach Beginn der Förderung des Projekts unterzeichnet werden. Hierbei dauerte es v.a. aufgrund der Auswirkungen der COVID-19-Pandemie ausgesprochen lange, die beteiligten Rechtsabteilungen der Vertragspartner zur Durchführung von gemeinsamen Videokonferenzen und Kompromisslösungen zu bewegen. Insgesamt war dies einer der wichtigsten Gründe für den gegenüber dem ursprünglichen Plan verzögerten Beginn der Rekrutierungsphase des Projekts.

Für die am Projekt teilnehmenden Versicherten aller nicht am Projekt beteiligten Krankenkassen wurde im Verhältnis Behandelnder-Patient ein Behandlungsvertrag nach § 630a BGB geschlossen, wobei sich die Teilnahme- und Einwilligungserklärungen zur Datenerhebung, Verarbeitung und Nutzung an den Vorgaben des § 140a Absatz 4 und 5 SGB V sowie der DSGVO orientierten.

## 4.3. Erfahrung mit der Implementierung der neuen Versorgungsform

Der Aufbau der Projektstruktur und dabei insbesondere die Initiierung der begleitenden Evaluation der neuen Versorgungsform gestalteten sich insgesamt zeitintensiver als erhofft. So verkürzte sich der Rekrutierungszeitraum dadurch erheblich, dass es – wie in Abschnitt 4.2. dargestellt – sehr lange dauerte, den Vertrag nach § 140a SGB V abzuschließen.

Zu Beginn des Projektzeitraums wurde vom Konsortialpartner KIRINUS GmbH per Auftragsvergabe an die KIRINUS Digital GmbH eine Videoplattform erstellt, mit Hilfe derer die telemedizinisch arbeitenden Hausarztpraxen Videosprechstunden mit ihren Patientinnen und Patienten hätten abhalten können. Trotz der vollen technischen Funktionalität der Videoplattform wurde deren Zertifizierung durch die Kassenärztliche Bundesvereinigung im Zusammenhang mit einer damaligen Änderung der Zertifizierungs-Richtlinien nicht erreicht. Aufgrund der Dringlichkeit einer Lösung wurde dann eine andere Software für die Videosprechstunden der telemedizinischen Hausarztpraxen verwendet.

Im Rekrutierungszeitraum ist es trotz intensiver Bemühungen nicht in ausreichendem Maße gelungen, niedergelassene Hausärztinnen und Hausärzte dafür zu gewinnen, an der neuen Versorgungsform teilzunehmen. Dies ist nach Auffassung der Konsortialführung unter anderem dadurch zu erklären, dass die Rekrutierungsphase für die neue Versorgungsform zeitlich mit der COVID-19-Pandemie zusammenfiel, die für sehr viele Hausärztinnen und Hausärzte mit vielfältigen beruflichen Belastungen verbunden war. Dies hat die Teilnahme an der neuen Versorgungsform und der damit verbundenen wissenschaftlichen Evaluierung vermutlich für viele Hausärztinnen und Hausärzte unattraktiv erscheinen lassen. Insbesondere die Komplexität der wissenschaftlichen Evaluationsstudie, z.B. die Tatsache, dass in vier verschiedene Gruppe randomisiert wurde, wurde dabei in direkten Rückmeldungen von



Hausärztinnen und Hausärzten an die Konsortialführung als Grund genannt, warum auf eine Teilnahme verzichtet wurde.

Die Bemühungen zur Gewinnung von Hausärztinnen und Hausärzten für die neue Versorgungsform umfassten folgende Maßnahmen:

1) Presseaktivitäten und Webseite

Vor allem der Beginn des Projekts und der Beginn der Rekrutierungsphase wurden durch umfangreiche Presseaktivitäten begleitet. Dabei wurden u.a. mehrfach Pressemitteilungen über das Team der Unternehmenskommunikation der Universitätsklinik Freiburg versendet, Radio- und Printmedien-Interviews gegeben und eine Pressekonferenz in den Räumlichkeiten der BARMER durchgeführt. Hausärztinnen und Hausärzte, die durch diese Presseaktivitäten auf GET Sleep aufmerksam wurden, konnten Ihr Interesse an einer Teilnahme ab Januar 2020 über die Webseite des Projekts anmelden.

2) Fortbildungsveranstaltungen und Kongresse

Es wurden spezifisch für das Projekt zahlreiche Fortbildungsveranstaltungen für Hausärztinnen und Hausärzte organisiert, in denen für eine Teilnahme an GET Sleep geworben wurde (z.B. acht Fortbildungen für die Lehrpraxen des Instituts für Allgemeinmedizin des Universitätsklinikums Freiburg und der QP-Qualitätspraxen GmbH zwischen 2019 und 2022; Fortbildung für das Münchner Ärzte Praxisnetz West und Umgebung am 15.9.2021; Fortbildung im Rahmen des Hausärztlichen Stammtischs Donaueschingen am 20.10.2021; online-Fortbildung „State of the Art Behandlung und Diagnose von Insomnien“ am 23.09.2021; Fortbildung für das Netzwerk Versorgungsforschung München am 07.04.2022). Darüber hinaus haben Prof. Dr. Kai Spiegelhalter und Prof. Dr. Dieter Riemann das Projekt als Konsortialführer in zahlreichen Vorträgen auf Kongressen oder anlässlich anderer Vortragseinladungen im Projektzeitraum immer wieder vorgestellt (gemeinsam ca. 50 Vorträge pro Jahr).

3) Direkte Kontaktaufnahme zu Hausarztpraxen

Wiederholt wurden die Lehrpraxen des Instituts für Allgemeinmedizin des Universitätsklinikums Freiburg und der QP-Qualitätspraxen GmbH direkt angeschrieben, zudem die Lehrpraxen des Lehrstuhls für Allgemeinmedizin der Universität Ulm, das Hausarztnetz E-COMPARED im Raum Erlangen sowie alle Hausarztpraxen, die in den vorangegangenen Jahren Patientinnen und Patienten an das Schlaflabor der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Universitätsklinikums Freiburg überwiesen haben.

4) Rekrutierung von Hausärztinnen/Hausärzten durch Patientinnen/Patienten

Da sich sehr viele Patientinnen und Patienten bei der Konsortialführung meldeten, die an einer Teilnahme am Projekt interessiert waren, haben wir Materialien erstellt, mit denen die Patientinnen und Patienten selbst ihre jeweiligen Hausärztinnen/Hausärzte ansprechen konnten, um für eine Teilnahme an GET Sleep zu werben (siehe Anlage 4). Dieser Rekrutierungsweg war in einigen Fällen tatsächlich erfolgreich, wobei sich die Teilnahme der entsprechenden Hausarztpraxen in vielen Fällen auf genau diese Patientinnen und Patienten beschränkte, die auf das Projekt aufmerksam gemacht haben.

Darüber hinaus wurden alle bereits teilnehmenden Hausarztpraxen regelmäßig mit Informationen und Hilfsangeboten für die Rekrutierung kontaktiert und bei Fragen eingehend beraten. Insgesamt ergab sich durch die beschriebenen Maßnahmen ein direkter Kontakt zu etwas 100 Hausärztinnen und Hausärzten. Mit etwa 60 Hausärztinnen und Hausärzten hat der Konsortialführer eingehende persönliche Informationsgespräche per Videokonferenz oder Telefon geführt.

Dem trotz dieser Bemühungen offenkundigen Mangel an teilnehmenden und aktiv rekrutierenden Hausarztpraxen stand über den gesamten Projektzeitraum immer gegenüber,

dass es ein sehr hohes Interesse von Seiten potentieller Patientinnen und Patienten für das Projekt gab. Selbst nach einfachen Werbemaßnahmen, beispielsweise nach einer Pressemitteilung des Universitätsklinikums Freiburg am 20.05.2021, melden sich so viele potentielle Teilnehmerinnen und Teilnehmer für das Projekt, dass die Termine in den telemedizinisch arbeitenden Hausarztpraxen, die durch den Konsortialpartner KIRINUS zur Verfügung gestellt werden, deutlich mehr als drei Monate lang im Voraus ausgebucht waren. So musste auch die Rekrutierung von Patientinnen und Patienten über Mailings durch die BARMER für mehrere Monate eingestellt werden, da der großen Zahl an interessierten Patientinnen und Patienten keine zeitnahen Termine bei den telemedizinisch arbeitenden Hausarztpraxen angeboten werden konnten.

Die Anzahl der Termine der telemedizinisch arbeitenden Hausarztpraxen des Konsortialpartners KIRINUS ließ sich bedauerlicherweise nicht beliebig steigern, auch wenn dies während der COVID-19-Pandemie naheliegend gewesen wäre. Die Hausärztinnen und Hausärzte, die die entsprechenden Termine angeboten haben, arbeiteten neben dieser Tätigkeit in unserem Projekt auch regulär im niedergelassenen Bereich und waren durch die Pandemie (z.B. durch die Auffrischungsimpfungen) derartig stark belastet, dass eine Erhöhung der Anzahl der Termine für GET Sleep während des Rekrutierungszeitraums leider nicht umsetzbar war. Aus diesem Grund hatte sich der Konsortialpartner KIRINUS bereit erklärt, 4-8 Hausärztinnen und Hausärzte für bis zu 10 Stunden/Woche spezifisch für das Projekt GET Sleep anzustellen. Entsprechende Bewerbungsgespräche wurden organisiert und durchgeführt, wobei sich problemlos eine ausreichende Anzahl an Bewerberinnen und Bewerbern mit der erforderlichen hausärztlichen Qualifikation finden ließ, u.a. sogar eine Bewerberin mit schlafmedizinischer Zusatzqualifikation. Allen diesen Bewerberinnen und Bewerbern musste aber leider abgesagt werden, da entweder gar keine Kassenzulassung vorlag oder die Inhaberinnen/Inhaber der Kassenzulassung nicht bereit waren, die Leistungen, die im Projekt GET Sleep in der Routineversorgung erfolgen, über die bestehende Kassenzulassung abzurechnen. KIRINUS war wiederum nicht bereit, den neu einzustellenden Hausärztinnen und Hausärzten anteilige Kassensitze zuzuweisen, da KIRINUS die Kassensitze gefährdet sah, wenn diese Kolleginnen und Kollegen ausschließlich Tätigkeiten im Projekt GET Sleep übernommen hätten. Zusammengefasst gab es somit eine sehr große Anzahl interessierter Teilnehmerinnen und Teilnehmer für das Projekt und es war möglich, Hausärztinnen und Hausärzte zu gewinnen, die die im Projekt für diese Berufsgruppe vorgesehenen Tätigkeiten übernommen hätten. Die Projektdurchführung litt jedoch darunter, dass hausärztliche Leistungen nur durch Kolleginnen und Kollegen übernommen werden durften, die an der kassenärztlichen Versorgung teilnehmen. Zwischenzeitlich wurde darüber hinaus diskutiert, die Stufe 1 des Versorgungsmodells vollständig zu überspringen, was jedoch daran scheiterte, dass die Hausärztinnen und Hausärzte auch für das Screening der Patientinnen und Patienten vorgesehen waren. Zudem hätte ohne Hausärztinnen und Hausärzte auch die Treatment-as-Usual-Gruppe nicht realisiert werden können.

Die beschriebenen Rekrutierungsprobleme für das Projekt GET Sleep haben den Förderer veranlasst, ein Anhörungsverfahren zur Einleitung eines Teilwiderrufs der bewilligten Fördergelder durchzuführen. Dieses Anhörungsverfahren endete mit der Bewilligung einer Reduktion der Fallzahl von N = 4.268 auf N = 350 Patientinnen und Patienten und dem Verzicht der Unterteilung der Stichprobe in vier Subgruppen für die Analyse der erhobenen Daten.

## 5. Methodik

Der Darstellung von Methodik und Projektergebnissen orientiert sich an den Berichtstandards der CONSORT-Extension für cluster-randomisierte Studien (Campbell et al., 2012).

Die drei Varianten der sektorenübergreifenden neuen Versorgungsform, die sich im Ausmaß der psychologischen Begleitung während der internetbasierten KVT-I unterschieden, wurden im Vergleich mit Treatment-as-Usual (TAU) in einer vier-armigen cluster-randomisierten

kontrollierten Studie untersucht. Zur Vermeidung von Cross-over-Effekten wurden die Hausarztpraxen als Einheit der Randomisierung gewählt. Aus ethischen Gründen und zur Kostenreduktion wurden die Cluster im Verhältnis 3:3:3:1 (Interventionsgruppe 1: Interventionsgruppe 2: Interventionsgruppe 3: TAU) randomisiert.

Im veröffentlichten Studienprotokoll (Spiegelhalter et al., 2022) und im ursprünglich eingereichten Evaluationskonzept war die Studienteilnahme von vier telemedizinisch arbeitenden Hausarztpraxen geplant, welche jedoch aufgrund von Rekrutierungsschwierigkeiten von Vor-Ort-Hausarztpraxen auf 17 erhöht wurde. Des Weiteren war eine Unterscheidung der Stichprobe in die folgenden vier Gruppen von Patientinnen und Patienten vorgesehen: 1) Insomnie ohne psychische und körperliche Komorbidität; 2) Insomnie mit psychischer Komorbidität; 3) Insomnie mit körperlicher Komorbidität; 4) Insomnie mit psychischer und körperlicher Komorbidität. Aufgrund der Rekrutierungsschwierigkeiten wurde entschieden, auf diese Unterscheidung zu verzichten.

### 5.1. Studienteilnehmende

Teilnehmende Hausärztinnen und Hausärzte mussten eine Kassenzulassung bzw. eine Abrechnungsberechtigung mit den gesetzlichen Krankenkassen haben. Teilnehmende Vor-Ort-Hausärztinnen und Hausärzte mussten ihren Sitz in Bayern oder Baden-Württemberg haben und konnten Patientinnen und Patienten aus diesen Bundesländern rekrutieren. Teilnehmende telemedizinisch arbeitende Hausarztpraxen konnten Patientinnen und Patienten aus ganz Deutschland rekrutieren. Die teilnehmenden Hausärztinnen und Hausärzten sind dem Selektivvertrag beigetreten, der im Projekt geschlossen wurde.

Teilnehmende Patientinnen und Patienten mussten folgende Ein- und Ausschlusskriterien erfüllen, die im Rahmen eines hausärztlichen Gesprächs überprüft wurden, wobei den Hausärztinnen und Hausärzten hierfür zur optionalen Nutzung ein Screening-Fragebogen zur Verfügung gestellt wurde (siehe Anlage 1):

Einschlusskriterien: Diagnose einer nicht-organischen Insomnie (ICD-10: F51.0) oder von Ein- und Durchschlafstörungen (ICD-10: G47.0).

Ausschlusskriterien: Unbehandeltes Schlafapnoe-Syndrom (ICD-10: G47.3); unbehandeltes Restless Legs Syndrom/Syndrom der nächtlichen periodischen Beinbewegungen (ICD-10: G25.8); aktuell laufende Psychotherapie für Insomnie; Erkrankungen, die durch die KVT-I verschlechtert werden können (bipolare affektive Störung, ICD-10: F31.x; Epilepsie, ICD-10: G40.x); Erkrankungen, die die zuverlässige Nutzung der internet- und mobil-basierten Behandlung gefährden (z. B. organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen, ICD-10: F00-F09; Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen, ICD-10: F10-F19; Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen, ICD-10: F20-F29).

### 5.2. Behandlungen in den Interventionsgruppen und in der Kontrollgruppe

Die neue Versorgungsform, die in den Interventionsgruppen eingesetzt wurde, ist im Detail in Abschnitt 4.1. oben beschrieben.

Hausärztinnen und Hausärzte, die der Kontrollgruppe (TAU) zugewiesen wurden, wurden dazu aufgefordert, die Behandlungen im Projekt so durchzuführen, wie sie das sonst in der klinischen Routineversorgung tun würden. Dies konnte sowohl nicht-pharmakologische als auch pharmakologische Behandlungen umfassen. Im Gegensatz zu den Hausärztinnen und Hausärzten, die den Interventionsgruppen zugeteilt wurden, erhielten die Hausärztinnen und Hausärzte der TAU-Gruppe keine spezifische Schulung zur Behandlung von Insomnien.

### 5.3. Darstellung der Endpunkte

Die Erhebung aller psychometrischen und gesundheitsökonomischen Outcome-Parameter erfolgte online durch die Befragungssoftware LimeSurvey (<https://www.limesurvey.org/>) zu den Messzeitpunkten T0 (Baseline), T1 (nach 4 Wochen), T2 (nach 12 Wochen) und T3 (nach

6 Monaten). Der primäre Outcome-Parameter war die Schwere der Insomnie zum Messzeitpunkt T3, erfasst mit dem Insomnia Severity Index (ISI, Bastien et al., 2001). Der ISI besteht aus sieben Items auf einer 5-stufigen Likert-Skala (0-4 Punkte; Summenscore 0-28 Punkte), die den wahrgenommenen Schweregrad der Insomnie während der vorangegangenen zwei Wochen abbilden. Mehrere Studien belegen die psychometrische Güte des ISI, Cronbachs Alpha lag in diesen Studien zwischen 0,70 und 0,90 (Bastien et al., 2001; Gagnon et al., 2013; Morin et al., 2011).

Folgende sekundäre Outcome-Parameter wurden erhoben: Zur Erfassung der Schlafqualität wurde der Pittsburgh Schlafqualitätsindex (PSQI; Buysse et al., 1989) verwendet. Der PSQI besteht aus 19 Items und erfasst verschiedene Aspekte der Schlafqualität. Der Summenscore liegt zwischen 0 und 21 und die interne Konsistenz bei 0,8 (Carpenter & Andrykowski, 1998). Die Beurteilung der Lebensqualität erfolgte mit dem Assessment of Quality of Life 8-Dimension (AQoL-8D; Richardson et al., 2014). Unter Verwendung der Trade-Off Methode kann der AQoL-8D zur Schätzung qualitätsbereinigter Lebensjahre (QALYs) herangezogen werden. Der AQoL-8D weist mit einem Cronbachs Alpha von 0,96 eine ausgezeichnete interne Konsistenz auf (Richardson et al., 2014). Depressive Symptome wurden mit dem Quick Inventory of Depressive Symptomatology, self-report erhoben (QIDS-SR16; Rush et al., 2003). Der QIDS-SR16 weist eine gute interne Konsistenz auf (Cronbachs Alpha=0,86; Trujols et al., 2018). Das Vorliegen einer Depression zum Messzeitpunkt T3 wurde definiert als ein Score  $\geq 13$  auf dem QIDS-SR16 (Lamoureux et al., 2010). Angstsymptome wurden mit der Generalized Anxiety Disorder Scale-7 erfasst (GAD-7; Löwe et al., 2008), die eine gute interne Konsistenz aufweist (Cronbachs Alpha=0,89; Spitzer et al., 2006). Somatische Symptome wurden durch die Somatic Symptom Scale-8 erfasst (SSS-8; Gierk et al., 2014; Cronbachs Alpha=0,81). Für die gesundheitsökonomische Evaluation wurde der retrospektive Selbstbericht-Fragebogen Trimbos/iMTA questionnaire for costs associated with psychiatric illness (TiC-P) (Bouwman et al., 2013; Buntrock et al., 2021; Hakkaart-van Roijen et al., 2002) verwendet, dessen Test-Retest-Reliabilität zufriedenstellend ist (Bouwman et al., 2013).

Als interventionsbezogene Variablen wurde in der T2-Erhebung bei allen Patientinnen und Patienten, die an der 2. Stufe des Versorgungsmodells teilgenommen haben, das Working Alliance Inventory for guided Internet interventions erhoben (WAI-I; Gómez Penedo et al., 2020; Cronbachs Alpha=0,93), um die Qualität der Allianz zwischen Patientinnen/Patienten und E-Coach zu erfassen. Um die technologische Allianz zwischen Patientinnen/Patienten und der internetbasierten Intervention zu erfassen wurde weiterhin das Technological Alliance Inventory verwendet (TAI-OT; Herrero et al., 2020). Bei allen Patientinnen und Patienten wurde darüber hinaus der für internetbasierte Interventionen adaptierte Client Satisfaction Questionnaire erhoben (CSQ-I; Attkisson & Zwick, 1982; Boß et al., 2016; Cronbachs Alpha=0,93) erhoben. Um mögliche negative Effekte der Intervention zu erfassen wurde der Negative Effect Questionnaire (NEQ; Rozental et al., 2019; Cronbachs Alpha=0,95) sowie ein eigens im Projekt entwickelter Fragebogen für die Nebenwirkungen der KVT-I (NEQ-Insomnia; Anlage 5) verwendet.

Darüber hinaus war es bei der Konzeption der Studie beabsichtigt, mögliche Moderations- und Mediationseffekte zu untersuchen. Neben den soziodemographischen Variablen wurden hierfür zu den Messzeitpunkten T0, T1, T2 und T3 die folgenden Skalen erhoben: Dysfunctional Beliefs and Attitudes about Sleep Scale (DBAS-10; Cronbach's Alpha=0,69; Morin et al., 1993; Espie et al., 2000), die Pre-Sleep Arousal Scale (PSAS; Cronbach's Alpha=0,80-0,94; Nicassio et al., 1985; Giesermann et al., 2012), das Brief Fatigue Inventory (Cronbach's Alpha=0,96; Mendoza et al., 1999), die Perceived Stress Scale (PSS; Cronbach's Alpha=0,78; Cohen et al., 1983), der Sleep Hygiene Index (SHI; Cronbach's Alpha=0,66; Mastin et al., 2006) und der Cognitive Emotion Regulation Questionnaire (CERQ-short; Cronbach's Alpha=0,68-0,81; Garnefski & Kraaij, 2006).

#### 5.4. Fallzahlbegründung

Da angenommen wurde, dass sich die TAU-Gruppe in den Endpunkten deutlich stärker von den IGs unterscheidet als die IGs untereinander, wurden die Patientinnen und Patienten aus ethischen Gründen und zur Kostenreduktion im Verhältnis 3:3:3:1 (IG1:IG2:IG3:KG) randomisiert. Zunächst wurde dabei eine Stichprobengröße von 4.268 Patientinnen und Patienten angestrebt, da die differentielle Wirksamkeit der neuen Versorgungsform innerhalb von vier Gruppen von Patientinnen und Patienten, die sich im Vorliegen von Komorbiditäten unterscheiden, untersucht werden sollte. Die damalige Fallzahlbegründung beruhte auf folgenden Annahmen: 320 teilnehmende Hausarztpraxen mit einem Median der Rekrutierungsleistung von 9 Patientinnen und Patienten bei einer Standardabweichung von 14 Patientinnen und Patienten, einem ICC von 0,02, einer Korrelation der T3-Werte mit den T0-Werten von  $r=0,5$ , einem  $\alpha$  von 0,05 und einer Teststärke ( $1-\beta$ ) von 80%. Daraus ergab sich eine notwendige Stichprobengröße von 1.067 (IGs jeweils  $n=320$ , KG  $n=107$ ) für jede Gruppe aus Patientinnen und Patienten bei einer angenommenen Effektstärke von  $d = 0,25$ . Im Verlaufe des Projekts wurde deutlich, dass diese Stichprobengröße realistischweise nicht erreicht werden konnte, weshalb, wie im Dokument *Ausführliches Evaluationskonzept GET Sleep (Version 3.0., 16.12.2022)* beschrieben, die geplante Unterscheidung der vier Patientengruppen auf Basis vorliegender Komorbiditäten aufgeben wurde. Dies reduzierte die erforderliche Stichprobengröße auf insgesamt 1.067 Patienten. Aufgrund des Projektendes wurde die Rekrutierung am 30. September 2022 beendet, obwohl die angestrebte Fallzahl bis zu diesem Zeitpunkt noch nicht erreicht worden war.

#### 5.5. Randomisierung

Die Randomisierung erfolgte auf der Ebene der Hausärztinnen und Hausärzte. Es erfolgte eine balanciert permutierte Blockrandomisierung (neun Strata auf Grundlage der Bevölkerungsdichte und des Durchschnittseinkommens in den Einzugsgebieten der jeweiligen Hausarztpraxen, ein Stratum für telemedizinisch arbeitende Hausarztpraxen) mit unterschiedlichen Blocklängen, die der Konsortialführung verdeckt blieben, um einen Selektionsbias zu verhindern. Hausärztinnen und Hausärzte aus Gemeinschaftspraxen wurden jeweils in den selben Studienarm randomisiert. Die Randomisierung erfolgte durch Dr. Martina Bader und Prof. Dr. Morten Moshagen, die ansonsten bis zu der Datenauswertung nicht an der Studie beteiligt waren und daher für alle Vorgänge in der Studie verblindet waren. Patientinnen und Patienten vereinbarten die Termine bei den jeweiligen Hausarztpraxen ohne zuvor Informationen über deren Gruppenzugehörigkeit zu haben. Die Hausärztinnen und Hausärzte wurden angewiesen, ihre Patientinnen und Patienten die Gruppenzuordnung nicht mitzuteilen, bis diese die Eingangsbefragung (T0) abgeschlossen hatten. Nach Abschluss der Eingangsbefragung wurden die Patientinnen und Patienten auf die Interventionsplattform weitergeleitet und dort über ihre Studiengruppe informiert. Zusätzlich erhielten die Patientinnen und Patienten eine E-Mail mit Information über die Gruppenzugehörigkeit. Ein Informed Consent zur Studienteilnahme war zwingend erforderlich. Weder Patientinnen/Patienten noch Behandelnde (Hausärztinnen/Hausärzte, E-Coaches) waren verblindet.

#### 5.6. Statistische Analysen

Die primäre Wirksamkeitsanalyse wurde auf der Grundlage aller Studienteilnehmenden nach dem Intention-to-Treat-Prinzip durchgeführt. Zusätzlich wurden Per-Protocol-Analysen durchgeführt auf der Grundlage der Daten von Patientinnen und Patienten, die zumindest 80% der Module der internetbasierten Intervention in der 2. Stufe der neuen Versorgungsform bearbeitet haben. Fehlende Werte in den Gesamtscores der verschiedenen Erhebungsinstrumente wurden mittels multipler Imputation (predictive mean matching) mit dem R-Paket „mice“ ersetzt (van Buuren & Groothuis-Oudshoorn, 2011). Es wurden Imputationsmodelle ohne Mehrebenenstruktur verwendet, da Mehrebenen-Imputationsmodelle zur Berücksichtigung der Cluster-Struktur keine Konvergenz erreichten,

was vermutlich auf die geringe Anzahl an Clustern zurückzuführen war. Die Cluster-Zugehörigkeit wurde dennoch berücksichtigt, indem diese als Prädiktor in allen Imputationsmodellen aufgenommen wurde. Ebenso waren Geschlecht und Alter der Teilnehmenden sowie die Gesamtscores auf der jeweiligen Skala zu allen früheren Messzeitpunkten Prädiktoren in allen Imputationsmodellen. Weitere Prädiktoren wurden datengetrieben ausgewählt, wobei die minimale Korrelation zwischen Prädiktoren und dem Kriterium des Imputationsmodells auf 0,30 und der minimale Anteil an nutzbaren Fällen auf 0,25 festgelegt wurden. Es wurden 10 Datensätze imputiert. Die Effekte der Bedingung (IG1, IG2, IG3, TAU) auf das primäre Outcome (ISI zum Messzeitpunkt T3) und die sekundären Outcomes (PSQI, AQoL-8D, QIDS-SR16, GAD-7, und SSS-8 zu T3) sowie den CSQ-I wurden mit linearen Regressionsmodellen untersucht. Alle Modelle enthielten das Alter und das Geschlecht der Teilnehmenden sowie den Baseline-Wert des jeweiligen Outcomes als Kovariaten. Abweichend vom Evaluationskonzept wurden keine Mehrebenen-Regressionsmodelle berechnet, da diese Modelle nicht konvergierten, was wahrscheinlich auf die geringe Anzahl an Clustern sowie dem geringen Anteil an Varianz, der auf die Clusterzugehörigkeit erklärt wurde, zurückzuführen ist. Die  $p$ -Werte wurden nach dem Bonferroni-Holm-Verfahren adjustiert.

Die reliable Reduktion des Schweregrads der Insomnie wurde mit dem Reliable Change Index (RCI) nach Jacobson & Truax (1991) berechnet. Basierend auf einer Validierungsstudie mit 410 Patientinnen und Patienten in der Primärversorgung (Gagnon et al., 2013) wurde für die Berechnung des RCIs ein Cronbachs Alpha von 0,92 angenommen. Folgend wurden Patientinnen und Patienten als Responder (d.h., reliable Veränderung im Schweregrad der Insomnie) und Non-Responder (d.h., keine reliable Veränderung des Schweregrads der Insomnie) kategorisiert. Anschließend wurde die Wahrscheinlichkeit für eine Response mittels logistischer Regression zwischen den Bedingungen verglichen. Ferner wurde die klinische Signifikanz anhand von number-needed-to-treat-Analysen (NNT) ermittelt (Laupacis et al., 1988). Hierfür wurde zunächst der ISI-Gesamtscore zu T3 in eine dichotome Variable überführt (Patientinnen und Patienten mit einem ISI Score  $\leq 7$  wurden als remittiert klassifiziert).

Der Effekt der Studienbedingung auf das Vorliegen einer depressiven Symptomatik zu T3 wurde mittels einer Poisson Regression mit robusten Standardfehlern untersucht (Zou, 2004). Die therapeutische und technologische Allianz wurde nur für Patientinnen und Patienten der IGs untersucht, die an der 2. Stufe der neuen Versorgungsform teilgenommen haben. Analog zu den anderen Intention-to-Treat Analysen wurde dabei der Einfluss der IGs auf die Gesamtscores in TAI und WAI untersucht.

Des Weiteren wurde für den NEQ und den spezifisch für die Nebenwirkungen der KVT-I eigens entwickelten Fragebogen der Mittelwert aller negativen Effekte sowie der Mittelwert der negativen Effekte, die spezifisch auf die Therapie zurückgeführt wurden, berechnet. Für die negativen Effekte, die auf die Therapie zuführt wurden, wurde der Mittelwert für die dadurch erlebte Beeinträchtigung berechnet. Zur Erfassung möglicher Severe Adverse Events wurden die Freitextfelder des NEQ\_21 Items („Falls es andere negative Auswirkungen oder Ereignisse gab, beschreiben Sie diese hier in Ihren eigenen Worten“) zur T2 und T3 gesichtet. Darüber hinaus wurde berücksichtigt, falls Patientinnen und Patienten Severe Adverse Events direkt an das Studienteam gemeldet haben.

Im Rahmen der gesundheitsökonomischen Analyse wurden die Kosten und die Anzahl an remittierten Patientinnen/Patienten (Kosten-Effektivitätsanalyse) sowie die Kosten und die qualitätsadjustierten Lebensjahre (QALYs; Kosten-Nutzwertanalyse) in der neuen Versorgungsform und der TAU-Gruppe verglichen. Dabei wurde zum einen die Sicht der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) eingenommen und zum anderen eine gesamtgesellschaftliche Perspektive.

## 5.7. Qualitative Analyse

Barrieren und Förderfaktoren der neuen Versorgungsform wurden anhand einer qualitativen Inhaltsanalyse untersucht (Kuckartz & Rädiker, 2022). Diese Methodik wurde ausgewählt, da sie eine Kombination der deduktiven und induktiven Kategorienbildung ermöglicht. In den drei Stakeholdergruppen (Patientinnen/Patienten, Hausärztinnen/Hausärzte und E-Coaches) wurden Interviews geführt. Anhand von folgenden Charakteristika wurde zunächst in der Gruppe der Patientinnen und Patienten ein theoretisches Sampling durchgeführt: Responder (hier definiert als eine Veränderung von  $\geq 8$  Punkten im ISI-Gesamtscore von T0 zu T3 (Morin et al., 2011), Dropouts (d.h., Personen, die weniger als 80% der internetbasierten KVT-I innerhalb von 12 Wochen bearbeitet haben), Alter und Studiengruppe. Nach 22 Interviews wurden die Interviews vorläufig begutachtet, um zu entscheiden, welche Charakteristika bei der folgenden Rekrutierung fokussiert werden sollten. Dann wurden auch Interviews mit allen verfügbaren Hausärztinnen/Hausärzten und E-Coaches durchgeführt.

Vor den Interviews wurden für die verschiedenen Stakeholdergruppen einzelne Interviewleitfäden basierend auf dem *Hierarchical Model of Service Quality* (Dagger et al., 2007) erstellt (siehe Anlage 6). Die Interviewleitfäden adressieren die vier Dimensionen des Modells (Interpersonelle Qualität, Technische Qualität, Umgebungsqualität, Administrative Qualität) sowie mögliche Nebenwirkungen durch die Behandlung. Die Interviewleitfäden wurden angelehnt an Helfferich (2011) formuliert und sind dem Anhang 21 zu entnehmen.

Alle Interviews wurden von geschulten Psychologinnen (Mindestqualifikation: abgeschlossenes Bachelorstudium) von Juni 2022 bis zum April 2023 durchgeführt. Vor Durchführung der Interviews wurden anhand von Fallvignetten Probeinterviews geführt. Die angestrebte Dauer der Interviews betrug 45-60 Minuten für Patientinnen und Patienten, 30-45 Minuten für E-Coaches, und 30 Minuten für Hausärztinnen und Hausärzte.

Die Interviews wurden mit der Videokonferenzsoftware Zoom mit ausgeschalteter Kamerafunktion durchgeführt und mittels der Aufnahmefunktion von Zoom aufgezeichnet. Anschließend wurden die Interviews durch den externen Dienstleister abtipper.de anhand der einfachen Transkriptionsregeln des Dienstleisters (Claussen et al., 2020) transkribiert. Für die Analyse des Materials wurde die Analysesoftware MAXQDA (Version 22.8.0; VERBI Software, 2021) verwendet. Anhand der Interviewleitfäden wurden Hauptkategorien identifiziert. Diese Hauptkategorien wurden durch Hauptkategorien, die anhand des Materials generiert wurden, erweitert. Anschließend wurden die restlichen Transkripte mit dem entstandenen Kategoriensystem codiert. Die einzelnen Unterkategorien wurden ausgewertet, um Barrieren und Förderfaktoren bei der neuen Versorgungsform zu identifizieren.

## 6. Projektergebnisse

### 6.1. Erreichte Fallzahl und Dropouts

In die Studie wurden insgesamt 46 Hausärztinnen und Hausärzte sowie 333 Patientinnen und Patienten eingeschlossen (Abbildungen 1 und 2; Anhang 1). Aufgrund des Projektendes wurde die Rekrutierung am 30. September 2022 beendet, obwohl die angestrebte Fallzahl bis zu diesem Zeitpunkt noch nicht erreicht wurde.

Ursprünglich wurde eine Stichprobengröße von 4268 Patientinnen und Patienten angestrebt. Aufgrund absehbarer Schwierigkeiten, dieses Rekrutierungsziel zu erreichen, wurde die Untersuchung der differentiellen Wirksamkeit aufgegeben und die neue erforderliche Stichprobengröße auf 1067 reduziert (Ausführliches Evaluationskonzept GET Sleep; Version 3.0, 16.12.2022). Diese neue Zielgröße wurde mit 333 tatsächlich rekrutierten Patientinnen und Patienten trotzdem deutlich unterschritten. Darüber hinaus haben nur 223 (67%) der 333 Patientinnen und Patienten die T3-Befragung abgeschlossen. Diese erhebliche Abweichung von der angestrebten Stichprobengröße sowie der zusätzliche Fragebogen-Dropout deuten auf ein deutliches Power-Problem hin. Infolgedessen sind die statistischen Analysen und die

Verlässlichkeit der Studienergebnisse möglicherweise beeinträchtigt, da die Stichprobe nicht ausreichend groß sein könnte, um statistisch signifikante Effekte zu erfassen. Es ist daher notwendig, dies bei der Interpretation der Ergebnisse angemessen zu berücksichtigen.

## 6.2. Baselinecharakteristika

Siebzig Prozent der Patientinnen und Patienten waren weiblich, das Durchschnittsalter lag bei 48,6 Jahren bei einer Standardabweichung (SD) von 13,2 Jahren. Der durchschnittliche ISI-Gesamtscore zum Zeitpunkt der Baseline-Messung betrug 18,6 Punkte (SD=4,2 Punkte). Weitere Baseline-Charakteristika der Teilnehmenden sind in Tabelle 1 dargestellt (Anhang 2).

Von den 46 randomisierten Hausärztinnen und Hausärzten schlossen 18 (39,1%) auch tatsächlich Patientinnen und Patienten in die Studie ein. In die Intention-to-Treat-Analysen wurden die Daten von 333 Patientinnen und Patienten eingeschlossen, in die Per-Protocol-Analysen die Daten von 203 Patientinnen und Patienten. Das Flowchart der Patientinnen und Patienten (Abbildung 2, Anhang 1) zeigt die Anzahl der Studienteilnehmenden je Studiengruppe.

## 6.3. Inanspruchnahme der neuen Versorgungsform

Insgesamt haben in den IGs 134 Patientinnen und Patienten die hausärztliche Psychoedukation als erste Stufe des Stepped Care Modells in Anspruch genommen, während 134 Patientinnen und Patienten diese erste Stufe übersprungen haben (IG1: 84 Patientinnen und Patienten mit hausärztlicher Psychoedukation, 94 Patientinnen und Patienten mit Überspringen der Psychoedukation; IG2: 37 Patientinnen und Patienten mit hausärztlicher Psychoedukation, 24 Patientinnen und Patienten mit Überspringen der Psychoedukation; IG3: 13 Patientinnen und Patienten mit hausärztlicher Psychoedukation, 27 Patientinnen und Patienten mit Überspringen der Psychoedukation). Einen Überblick über die Inanspruchnahme der zweiten Stufe des Stepped Care Modells in den IGs gibt Abbildung 2 (Anhang 1). Von den acht Einheiten der digitalen Intervention in der zweiten Stufe des Stepped Care Modells haben in den Interventionsgruppen 29 Patientinnen/Patienten eine Einheit abgeschlossen (IG1: 17; IG2: 7; IG3: 5), 10 Patientinnen/Patienten zwei Einheiten (IG1: 5; IG2: 3; IG3: 2), 7 Patientinnen/Patienten drei Einheiten (IG1: 6; IG2: 1; IG3: 0), 7 Patientinnen/Patienten vier Einheiten (IG1: 3; IG2: 3; IG3: 1), 14 Patientinnen/Patienten fünf Einheiten (IG1: 8; IG2: 2; IG3: 4), 12 Patientinnen/Patienten sechs Einheiten (IG1: 6; IG2: 4; IG3: 2), 6 Patientinnen/Patienten sieben Einheiten (IG1: 3; IG2: 2; IG3: 1) und 143 Patientinnen/Patienten alle acht Einheiten (IG1: 97; IG2: 28; IG3: 18). Gemäß Selbstauskunft der Patientinnen und Patienten im Rahmen der Befragungen zu T1, T2 und T3 wurden in Bezug auf die Stufe 3 des Stepped Care Modells zwei Patientinnen/Patienten von ihren Hausärztinnen/Hausärzten in eine psychotherapeutische Fachbehandlung überwiesen (beide IG1), zwei Patientinnen/Patienten in eine psychiatrische Fachbehandlung (IG1: 1; IG2: 1) und drei Patientinnen/Patienten in eine schlafmedizinische Fachbehandlung (IG1: 2; IG2: 1).

## 6.4. Effektevaluation

**Primäre Fragestellung:** Untersuchung der Wirksamkeit der neuen Versorgungsform im Vergleich zu TAU im Hinblick auf den Schweregrad der Insomnie.

**Ergebnisse:** Die linearen Regressionsmodelle, die zur Untersuchung des Effektes der Studienbedingung auf den primären Outcome-Parameter ISI spezifiziert wurden (Intention-to-Treat-Analysen), sind in Tabelle 2 (Anhang 4) abgebildet. In den paarweisen Gruppenvergleichen zeigten sich für den ISI keine signifikanten Unterschiede zwischen den Studienbedingungen (alle  $p > 0,1$ ). Tabelle 3 stellt die Per-Protocol-Analysen (Anhang 6) dar. Auch bei den Per-Protocol-Analysen zeigten sich in den paarweisen Gruppenvergleichen keine signifikanten Gruppenunterschiede (alle  $p > 0,5$ ). In den Boxplots (Abbildungen 3 und 4; Anhang 3 und Anhang 5) zeichnet sich der Trend ab, dass in allen Studienbedingungen eine Reduktion des ISI-Scores erfolgte. Die deskriptiven Daten weisen darauf hin, dass die Reduktion des ISI-Scores in den IGs stärker als in der TAU sein könnte.



Die Untersuchung der Responder mittels RCI zeigte, dass der Anteil der Responder in den IGs zwischen 72-75% lag, in der TAU-Bedingung bei 52% (Tabelle 4; Anhang 7). Die logistische Regression, die zum Vergleich der Wahrscheinlichkeit einer Response zwischen den Studienbedingungen durchgeführt wurde, ist in Tabelle 5 (Anhang 7) abgebildet. Es ergaben sich keine signifikanten Unterschiede zwischen den Studienbedingungen (alle  $p > 0,1$ ). Die Schätzungen der NNT zum Vergleich der IGs mit TAU lagen zwischen 7,3 bis 9,6 (Tabelle 6, Anhang 8).

**Evaluation:** Die nicht-signifikanten Ergebnisse der Intention-to-Treat-Analyse sowie der weiteren Analysen des primären Outcome-Parameters ISI führen dazu, dass die Hypothese „Es wird erwartet, dass die drei Varianten der sektorenübergreifenden Versorgungsform zu einer signifikanten Verringerung der Insomnieschwere im Vergleich zu TAU führen.“ abgelehnt werden muss. Die Ablehnung dieser Hypothese begründet sich jedoch nicht unbedingt durch die Nicht-Überlegenheit der IGs im Vergleich zu TAU, sondern möglicherweise durch die nicht ausreichend gepowerte Studie. Deskriptiv deuten die Daten darauf hin, dass es einen Trend geben könnte, in dem es zu einer stärkeren Reduktion der Insomnieschwere in den IGs im Vergleich zu TAU geben könnte. Dies bedarf jedoch der Überprüfung im Rahmen einer konfirmatorischen, ausreichend gepowerten Studie.

**Sekundäre Fragestellung:** Untersuchung der Wirksamkeit der drei Varianten der sektorenübergreifende Versorgungsform bezogen auf die Schlafqualität, Lebensqualität, depressive Symptome, Angstsymptome, somatische Symptome sowie das Vorliegen einer depressiven Symptomatik nach der Behandlung.

**Ergebnisse:** Die linearen Regressionsmodelle, die zur Untersuchung des Effektes der Studienbedingung auf die sekundären Outcome-Parameter spezifiziert wurden (Intention-to-Treat-Analysen), sind in Tabelle 7 (Anhang 10) abgebildet. In den paarweisen Gruppenvergleichen der Intention-to-Treat-Analysen zeigte sich lediglich für den Vergleich von IG2 vs. TAU für den sekundären Outcome-Parameter PSQI ein signifikanter Gruppenunterschied ( $\beta = -0,54$ ; 95% KI  $[-0,92, -0,16]$ ;  $p = 0,03$ ; alle anderen  $p > 0,1$ ). Tabelle 8 stellt die Per-Protocol Analysen dar (Anhang 12). Bei den Per-Protocol-Analysen zeigten sich in den paarweisen Gruppenvergleichen keine signifikanten Unterschiede zwischen den Studienbedingungen für die sekundären Outcome-Parameter (alle  $p > 0,1$ ). Bei 13% der Patientinnen und Patienten der TAU-Gruppe lag zu T3 eine depressive Symptomatik (QIDS-SR16  $\geq 13$ ) vor. Bei den IGs waren zwischen 7% bis 15% von einer depressiven Symptomatik betroffen (Tabelle 9; Anhang 13). Die Relative Risks der Poisson Regressionen mit robusten Standardfehlern, die zum Vergleich der IGs mit TAU durchgeführt wurden, lagen zwischen 0,57 und 1,15, erreichten jedoch keine statistische Signifikanz (alle  $p > 0,5$ ; Tabelle 10; Anhang 13).

**Evaluation:** Die paarweisen Gruppenvergleiche, mit Ausnahme des paarweisen Gruppenvergleichs zwischen IG2 und TAU für das sekundäre Outcome Schlafqualität gemessen durch den PSQI, deuten darauf hin, dass keine Überlegenheit der IGs hinsichtlich der untersuchten sekundären Outcomes vorliegt. Es ist jedoch wichtig zu betonen, dass es sich um sekundäre Analysen handelt, die lediglich explorativ durchgeführt wurden. Darüber hinaus wurde die Studie nicht für die jeweiligen Outcomes gepowert. Daher wäre eine konfirmatorische Untersuchung für jeden spezifischen sekundären Outcome notwendig, um verlässliche Aussagen zu treffen.

**Moderations- und Mediationsanalysen:** Untersuchung potentieller Moderatoren und Mediatoren von Behandlungseffekten.

**Ergebnisse:** Tabelle 21 (Anhang 21) zeigt die Mittelwerte und Standardabweichungen der ursprünglich angedachten Moderations- und Mediationsvariablen. Deskriptiv deuten die Daten darauf hin, dass die Summenwerte auf den einzelnen Skalen in den IGs gesenkt werden konnten.

**Evaluation:** Die deskriptiven Daten deuten darauf hin, dass in adäquat gepowerten Studien Mediations- und Moderationsanalysen mit diesen Variablen aufschlussreich sein könnten.

## 6.5. Prozessevaluation

Im Rahmen der Prozessevaluation wurden 39 Interviews mit Patientinnen und Patienten, sieben mit E-Coaches und sieben mit Hausärztinnen und Hausärzten geführt. In Bezug auf die hausärztliche Gruppe wurden vier Vor-Ort-Hausärztinnen und -Hausärzte und drei telemedizinisch arbeitende Hausärztinnen und Hausärzte interviewt. Eine Beschreibung des Kategoriensystems der qualitativen Interviews ist in Tabelle 12 (Anhang 15) abgebildet.

**1. Fragestellung:** Welche Barrieren und Förderfaktoren bestehen für das neue Versorgungsmodell aus Sicht der Patientinnen und Patienten, E-Coaches und Hausärztinnen und Hausärzte?

**Ergebnisse:** Bezüglich der interpersonellen Qualität scheint die Mehrzahl der Patientinnen und Patienten eine Betreuung durch die E-Coaches geschätzt zu haben und es gibt Hinweise, dass die Betreuung zur Motivation und Adhärenz der Patientinnen und Patienten beigetragen haben könnte bzw. dass sich die Patientinnen und Patienten der IG2 und IG3 eine intensivere Betreuung durch die E-Coaches gewünscht hätten. Des Weiteren weisen Aussagen von sieben Patientinnen und Patienten und drei E-Coaches darauf hin, dass sich Patientinnen und Patienten ein weiteres Gespräch im Online-Training gewünscht hätten.

Hinsichtlich der technischen Qualität (z. B. inhaltliche Qualität der einzelnen Behandlungsstufen, Kompetenz der Behandlerinnen und Behandler) scheint es individuelle Unterschiede dahingehend zu geben, ob Patientinnen und Patienten von einer hausärztlichen Psychoedukation profitiert haben (je nachdem ob die Inhalte neu für die Patientinnen und Patienten waren/ sie diese Wiederholung schätzten). Die inhaltliche Qualität des Online-Trainings wurde von der Mehrheit der Patientinnen und Patienten positiv bewertet. Die Aussagen von sechs E-Coaches weisen darauf hin, dass es sich bei der Online-Intervention um eine für die Patientinnen und Patienten herausfordernde Intervention handele, bei der es auch zu Missverständnissen in der Umsetzung der Intervention kommen könne, weswegen eine Betreuung durch E-Coaches hilfreich sei. Bezüglich der dritten Stufe des Versorgungsmodells scheint es unzureichende Informationen gegeben zu haben, wie eine Einsteuerung in die dritte Stufe ablaufen könnte. Hinsichtlich auftretender negativer Effekte wurden am häufigsten Erschöpfung, Konzentrationsschwierigkeiten und verminderte Produktivität berichtet.

Bezüglich der Umgebungsqualität wurden von den Patientinnen und Patienten diverse Aspekte des Online-Trainings genannt, die tendenziell positiv bewertet wurden (z. B. Videos und dazugehörige Transkripte, Wegbegleiterinnen und Wegbegleiter). Allerdings deuten Aussagen einiger Patientinnen und Patienten darauf hin, dass das Führen des Schlaftagebuchs eine Herausforderung war und acht Patientinnen/Patienten berichteten in diesem Kontext, dass es beim Führen des Schlaftagebuchs zu technischen Problemen gekommen sei.

Hinsichtlich der administrativen Qualität wurde der Ablauf von den meisten Patientinnen und Patienten als positiv bewertet. Sechs von ihnen berichten von langen Wartezeiten bis zum hausärztlichen Erstgespräch und zwei Patientinnen/Patienten berichteten von Verzögerungen beim Zugang zum Online-Training. Bezüglich der IG2 wurde deutlich, dass einigen Patientinnen und Patienten der Ablauf der Guidance-on-Demand nicht klar gewesen sei bzw. dass sie sich trotz Bedarf gehemmt gefühlt haben, sich Feedback von den Coaches einzufordern. Zudem wurde sowohl von Seiten der E-Coaches als auch der Hausärztinnen und Hausärzten thematisiert, dass ein Austausch zwischen diesen beiden Berufsgruppen gefehlt habe.

**Evaluation:** Die Auswertung der Interviews deutet darauf hin, dass aufgrund der häufig fehlenden Kommunikation zwischen Hausärztinnen/Hausärzten und E-Coaches sowie der fehlenden Informationen zur Einsteuerung in eine dritte Stufe die Behandlung in den IGs eher einem alleingestellten Online-Training als einem gestuften Versorgungsmodell entsprach. Bezüglich der ersten Stufe und auch bei Problemen mit der Einsteuerung in die dritte Stufe könnte eine Grundproblematik darin bestehen, dass es sich bei den meisten behandelnden

Hausärztinnen und Hausärzten nicht um die persönlichen Hausärztinnen/Hausärzte der Patientinnen/Patienten handelte, sondern um Studienhausärztinnen und -hausärzte. Zudem scheint es unzureichend klar spezifizierte Strukturen für die Einsteuerung in die dritte Stufe gegeben zu haben.

In Bezug auf das Online-Training zeigte die Auswertung ein gemischtes Meinungsbild der Patientinnen und Patienten, wie es bei internet- und mobilbasierten Interventionen häufig berichtet wird. Aus qualitativer Perspektive scheint eine intensive Begleitung des Online-Trainings, wie sie in der IG1 umgesetzt wurde, sowohl von den meisten Patientinnen und Patienten als auch von den E-Coaches bevorzugt zu werden. Es ergaben sich Hinweise darauf, dass bei einer "Guidance-on-Demand", wie sie die IG2 vorsah, Patientinnen und Patienten klarere Hinweise zur Nutzung dieses Format gegeben werden müsste, um Unsicherheiten und einer Nicht-Inanspruchnahme im Bedarfsfall vorzubeugen. Es gilt zu beachten, dass die identifizierten Themen auf den Aussagen einzelner Personen beruhen. Um die Repräsentativität dieser Aussagen zu bestimmen, wäre eine strukturierte Klärung erforderlich. Die detaillierten Ergebnisse der qualitativen Untersuchung können den Anhängen 14 bis 16 entnommen werden.

## **2. Fragestellung:** Wie ist die patientenseitige Zufriedenheit mit der Behandlung?

**Ergebnisse:** In den paarweisen Gruppenvergleichen, die zum Vergleich des CSQ-I zwischen den Studienbedingungen spezifiziert wurden, zeigten sich keine signifikanten Gruppenunterschiede (alle  $p > 0,5$ ; Tabelle 13; Anhang 17). In den Boxplots (Abbildung 7; Anhang 17) zeichnet sich deskriptiv der Trend ab, dass der CSQ-I Gesamtscore in der TAU im Vergleich zu den IGs geringer war.

**Evaluation:** Die paarweisen Gruppenvergleiche deuten nicht auf eine Überlegenheit der IGs hinsichtlich der patientenseitigen Zufriedenheit hin. Es handelt sich hierbei um sekundäre Analysen, die lediglich explorativ durchgeführt wurden und die vorliegende Studie war für den Outcome patientenseitige Zufriedenheit nicht gepowert. Daher wäre eine confirmatorische Untersuchung notwendig, um verlässliche Aussagen zu treffen.

## **3. Fragestellung:** Wie ist die therapeutische Allianz zu den E-Coaches und die technologische Allianz zur internetbasierten KVT-I?

**Ergebnisse:** In den linearen Regressionen für den Outcome-Parameter WAI-I zeigten sich signifikante Unterschiede zwischen IG1 und IG2 ( $\beta = 0,50$ ; 95% KI [0,14, 0,86];  $p = 0,02$ ) sowie zwischen IG1 und IG3 ( $\beta = 0,48$ ; 95% KI [0,06, 0,89];  $p = 0,05$ ). Die weiteren paarweisen Vergleiche für die Outcomes WAI-I und TAI-OT zeigten keine signifikanten Unterschiede (alle  $p > 0,05$ ; Tabelle 14; Anhang 18).

**Evaluation:** Die paarweisen Gruppenvergleiche deuten darauf hin, dass die therapeutische Allianz in der IG1 stärker als in den anderen beiden IGs ausgeprägt sein könnte. Bezüglich der technologischen Allianz ergaben sich bei den paarweisen Gruppenvergleichen keine Hinweise für Unterschiede zwischen den IGs. Auch hier gilt es zu beachten, dass es sich um explorative sekundäre Analysen handelt, die confirmatorisch belegt werden müssten.

## **4. Fragestellung:** Kam es in den drei Varianten der sektorenübergreifenden Versorgungsform zu negativen Effekten?

**Ergebnisse:** Die mittlere Anzahl der negativen Effekte und die entsprechende Anzahl der negativen Effekte, die auf die Therapie attribuiert wurden, sind in Tabelle 15 und 16 abgebildet (Anhang 19). In den IGs lag der Mittelwert für durch den NEQ erhobene negative Effekte zwischen 2,0 und 2,8 und bei der KVT-I spezifischen Erweiterung NEQ Insomnia zwischen 4,3 und 5,7. Sechs Patientinnen und Patienten berichteten von Unfällen während des Interventionszeitraum, wovon eine Person einen Treppensturz auf die Intervention zurückführte. Darüber hinaus kam es zu dem Widerruf der Studienteilnahme einer Person aufgrund eines Unfalls an einer Kreissäge.

**Evaluation:** Es gibt Hinweise, dass die Bettzeitrestriktion, die ein fester Bestandteil der KVT-I ist, ein Risiko für negative Effekte birgt (Kyle et al., 2011). Im Vergleich zu anderen Studien war das Ausmaß der negativen Effekte in der vorliegenden Studie in einem erwartbaren Ausmaß; dennoch ist zu beachten, dass die Forschungslage zu den negativen Effekten der KVT-I aktuell unzureichend ist. Das Auftreten von negativen Effekten und insbesondere von Unfällen unterstreicht die Notwendigkeit einer sorgfältigen Aufklärung über die KVT-I als Therapieoption.

## 6.6. Gesundheitsökonomische Evaluation

**Fragestellung:** Untersuchung der Kosten-Effektivität und des Kosten-Nutzwerts der neuen Versorgungsform im Vergleich zu TAU.

**Ergebnisse:** Es zeigten sich keine Unterschiede in der Anzahl an remittierten Patientinnen und Patienten (ISI-Score $\leq$ 7) zwischen den Studienbedingungen. Die Remissionsrate variierte zwischen 24% in der TAU-Gruppe und 33% in IG3. Es gab keine signifikanten Unterschiede im QALY-Gewinn zwischen den Studienbedingungen (TAU-Gruppe: 0,33; IG1: 0,33; IG2: 0,33; IG3: 0,34;  $p=1.00$ ; Tabelle 18; Anhang 20).

Die Kosten pro Patientin/Patient für die neue Versorgungsform betragen: Psychoedukation und ein weiterer Hausarztbesuch: 51,60€, IG1: 490,72€, IG2: 221,92€, IG3: 132,32€, und GET.ON Arztbrief: 8,34€. Die TAU-Gruppe hatte aus Sicht der GKV die niedrigsten durchschnittlichen Kosten im Nachbeobachtungszeitraum von sechs Monaten (494€, 95% KI: 142€-846€). Die unadjustierten Regressionsmodelle zeigten keinen signifikanten Kostenunterschied zwischen der TAU-Behandlung und IG2 (89€,  $p=0,66$ ) sowie IG3 (100€,  $p=0,76$ ), während IG1 (1.377€,  $p<0,001$ ) signifikant höhere Kosten verursachte, hauptsächlich durch vermehrte stationäre Aufenthalte. Von den Patientinnen/Patienten berichteten 3% (9/333) im Follow-Up über stationäre Aufenthalte, hauptsächlich in IG1 ( $n=6$ ; Tabelle 19; Anhang 20). Die per Mittelwertsdifferenz analysierten Kostenunterschiede wurden durch adjustierte GLM-Modelle bestätigt. Der marginale Kostenunterschied zwischen Standardbehandlung und IG1 (1.458€,  $p<0,001$ ) sowie IG2 (250€,  $p=0,02$ ) war quantitativ höher, während er für IG3 (98€,  $p=0,33$ ) unverändert blieb (Tabelle 20; Anhang 20). Aus gesamtgesellschaftlicher Perspektive verursachte ebenfalls die TAU-Behandlung die geringsten Kosten im Nachbeobachtungszeitraum (3.567€, 95% KI: 1981€-5153€). Der Unterschied zwischen TAU-Behandlung und IG1 war signifikant (2.497€,  $p=0,02$ ), während er für IG2 (592€,  $p=0,64$ ) und IG3 (2.830€,  $p=0,30$ ) nicht signifikant war. Die adjustierten GLM-Modelle bestätigten diese Ergebnisse (Tabelle 20; Anhang 20).

Eine umfassende Kosten-Effektivitäts-Analyse sowie eine Kosten-Nutzwert-Analyse wurden nicht durchgeführt, da keine signifikanten Unterschiede in der Effektivität zwischen der neuen Versorgungsform und der TAU-Behandlung nachweisbar waren und die Kosten für die neue Versorgungsform aus beiden Perspektiven höher waren.

**Evaluation:** Die gesundheitsökonomische Analyse ergab keine statistisch signifikante Reduktion der durchschnittlichen Kosten durch die neue Versorgungsform im Vergleich zur TAU-Behandlung, weder aus der Perspektive der GKV noch aus gesamtgesellschaftlicher Sicht. Zusätzlich konnten keine signifikanten Unterschiede in den klinischen Effekten zwischen den Studiengruppen nachgewiesen werden. Die Nichtannahme der Hypothese bezüglich der klinischen Überlegenheit und Kostenreduktion der neuen Versorgungsform im Vergleich zur TAU-Behandlung könnte möglicherweise auf die unzureichende Power der Studie zurückzuführen sein.

**Sekundäre Fragestellung:** Untersuchung der Validität des TiC-P anhand von Routinedaten der BARMER.

**Ergebnisse:** Von den 333 Teilnehmenden der Studie wurden Routinedaten von 166 Teilnehmenden durch die BARMER bereitgestellt. Über die Baseline- und Follow-Up-Erhebungen hinweg entsprach dies insgesamt 402 individuellen Selbstangaben. Nach

Überprüfung der Routinedaten wurde von einem Abgleich mit Kontakten zu Fachärztinnen und Fachärzten für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde, Innere Medizin und Pneumologie, Nervenheilkunde, Neurologie und Psychiatrie, Psychiatrie und Psychotherapie, psychosomatische Medizin und Psychotherapie sowie psychologische Psychotherapeutinnen/Psychotherapeuten, stationären Krankenhausaufnahmen, Rehabilitationsmaßnahmen (stationär und ambulant), Arzneimitteln, sowie Heil- und Hilfsmittel aufgrund der insgesamt geringen Inanspruchnahme abgesehen. Somit wurde die Validität des TiC-P anhand von Facharztkontakten in der Allgemeinmedizin und der Anzahl an Arbeitsunfähigkeitstagen überprüft. Die selbstberichtete Anzahl von Kontakten mit einem Facharzt/Fachärztin für Allgemeinmedizin in den letzten drei Monaten betrug durchschnittlich 1,5 (Standardabweichung, SD 1,8) und erstreckte sich von 0 bis 10. Diese Angaben wiesen eine hohe Korrelation von  $\rho = 0,77$  mit den entsprechenden Routinedaten auf. Die absolute Übereinstimmung zwischen Selbstbericht und Routinedaten bezüglich der Kontakte mit einem Facharzt/Fachärztin für Allgemeinmedizin betrug 71,1%. Die mittlere Differenz zwischen den Selbstangaben und den Routinedaten belief sich auf 0,1 (SD=0,9). Selbstbericht und Routinedaten zu AU-Tagen lagen von 122 Teilnehmenden vor. AU-Tage in den letzten drei Monaten betrug durchschnittlich 7,7 Tage (SD=20,5) und erstreckte sich von 0 bis 90 Tage. Die absolute Übereinstimmung zwischen Selbstbericht und Routinedaten betrug 63,9%. Die Differenz zwischen Selbstbericht und Routinedaten bzgl. der Arbeitsunfähigkeit betrug durchschnittlich 1,7 Tage (SD=9,8 Tage). Die Korrelation zwischen selbstberichteten AU-Tagen und Routinedaten betrug 0,79.

Evaluation: Die Übereinstimmung zwischen Selbstbericht und Routinedaten über die Anzahl der Kontakte mit Fachärztinnen/Fachärzten der Allgemeinmedizin bzw. AU-Tage war zufriedenstellend, was auf eine akzeptable Validität dieser beiden Items hinweist. Aufgrund geringer Inanspruchnahme war es nicht möglich, weitere Ressourcennutzung im Gesundheitswesen zu untersuchen. Daher ist weitere Forschung erforderlich, um die Validität des TiC-Ps bzgl. weiterer Gesundheitsversorgung zu bewerten.

## 7. Diskussion der Projektergebnisse

Im Projekt GET Sleep wurde ein sektorenübergreifendes und leitlinienkonformes dreistufiges Stepped Care Modell als neue Versorgungsform für Patientinnen und Patienten mit Insomnie in der Routineversorgung untersucht. Das Stepped Care Modell bestand aus drei Stufen, 1) einer hausärztlichen standardisierten Diagnostik und psychoedukativen Erstbehandlung, 2) einer internet- und mobil-basierten kognitiven Verhaltenstherapie für Insomnie und 3) einer psychotherapeutischen, psychiatrischen oder schlafmedizinischen Fachbehandlung. Das Stepped Care Modell wurde dabei in drei verschiedenen Varianten eingesetzt, die sich im Ausmaß der therapeutischen Unterstützung in Stufe 2 des Modells unterschieden.

Die Ergebnisse der wissenschaftlichen Evaluation zeigen, dass keine der drei Varianten der neuen Versorgungsform signifikant effektiver in der Behandlung von Patientinnen und Patienten mit Insomnie war als das Treatment-as-usual, das durch Hausärztinnen und Hausärzte angeboten wurde. In Bezug auf den primären Outcome, den Insomnia Severity Index, führten die Interventionsgruppen zu Verbesserungen um 7,6 Punkte (IG1), 7,8 Punkte (IG2) und 7,4 Punkte (IG3), während die Verbesserung in der TAU-Gruppe 5,0 Punkte betrug. Zudem betrug der Anteil derjenigen Patientinnen und Patienten, die gut auf die Behandlung reagiert haben, in den Interventionsgruppen 75% (IG1), 72% (IG2) und 75% (IG3) gegenüber 52% in der TAU-Gruppe. Die Effekte der IGs auf den primären Outcome und die Response-Raten sind weitgehend in Übereinstimmung mit den vor Projektbeginn erwarteten Effekten (siehe auch Tabelle 3 in van Straten et al., 2018). Insgesamt fielen die Verbesserungen in den IGs sogar etwas größer aus als in einer jüngst im Journal Lancet veröffentlichten Studie, in der ein spezifischer Bestandteil der KVT-I, die Schlafrestriktion, in Hausarztpraxen mit einer rein psychoedukativen Behandlung verglichen wurde (Kyle et al., 2023). Überraschend war in

Bezug auf die Ergebnisse, dass es in der TAU-Gruppe ebenfalls zu einer substantiellen Verbesserung der Symptomatik kam, und - damit und mit der reduzierten Stichprobengröße in Zusammenhang stehend - dass die beobachteten Unterschiede zwischen den IGs und TAU nicht statistisch signifikant waren. Somit folgt aus der Studie nicht, dass die neue Versorgungsform gegenüber TAU überlegen wäre.

Die primäre Fragestellung von GET Sleep war, welche Variante der neuen Versorgungsform für Patientinnen und Patienten mit Insomnie am effektivsten ist. Auch wenn sich aufgrund der reduzierten Stichprobengröße keine abschließenden Schlussfolgerungen ziehen lassen, erscheinen die Unterschiede in den Effekten in den drei IGs derartig geringfügig ausgeprägt zu sein, dass es diesbezüglich keine Anhaltspunkte gibt, von einer Überlegenheit einer der drei Varianten in der Effektivität auszugehen.

Auf die interne Validität der durchgeführten wissenschaftlichen Evaluation wirkte sich positiv aus, dass ein randomisiertes Studiendesign verwendet wurde, so dass potentielle Unterschiede zwischen den Gruppen kausal auf die unterschiedlichen Interventionen hätten zurückgeführt werden können. Darüber hinaus wurden fast ausschließlich Outcome-Maße verwendet, für die eine hinreichend hohe Qualität im Sinne der Testgütekriterien in der Literatur dokumentiert ist, und es kam zu keinen Änderungen in der Messung der Outcomes im Verlauf des Projekts. Eine gewisse Gefährdung der internen Validität ergibt sich dadurch, dass es in allen vier Gruppen zu einem substantiellen Dropout von Patientinnen und Patienten kam. So lagen für die T3-Messung nur Daten von 223 der Patientinnen und Patienten vor. Auch wenn dieser Drop-Out für eine komplexe Studie in der Routineversorgung nicht ungewöhnlich erscheint, wird die Aussagekraft der Daten hierdurch selbstverständlich trotzdem eingeschränkt.

Die externe Validität der Untersuchung ist durch die in Abschnitt 4.3. beschriebenen ausgeprägten Probleme bei der Rekrutierung von Hausärztinnen und Hausärzten für die Studie sicherlich substantiell eingeschränkt. So wurden statt der ursprünglich anvisierten Zahl von 320 Hausärztinnen und Hausärzten nur 46 Hausärztinnen und Hausärzte im Projekt randomisiert und von diesen haben wiederum nur 18 Hausärzte und Hausärzte auch tatsächlich Patientinnen und Patienten in das Projekt eingeschlossen. Somit ist die Stichprobe der teilnehmenden Hausarztpraxen sehr gering, so dass nicht zwingend zu erwarten ist, dass Repräsentativität gegeben ist, sowohl in Bezug auf die Hausärztinnen und Hausärzte als auch in Bezug auf deren Patientinnen und Patienten.

Angesichts dessen, dass in der vorliegenden Studie keine Überlegenheit der neuen Versorgungsform gegenüber TAU gezeigt wurde, könnte man die Schlussfolgerung naheliegend finden, dass die Teilnahme an der Studie aus Sicht der Hausärztinnen und Hausärzte auch berechtigterweise wenig attraktiv war. Andersherum lässt sich eine Überlegenheit einer neuen Versorgungsform gegenüber TAU im hausärztlichen Kontext selbstverständlich nie wissenschaftlich sauber belegen, wenn die Berufsgruppe der Hausärztinnen und Hausärzte so wenig wie in der vorliegenden Studie an wissenschaftlichen Projekten teilnimmt. Dabei soll nicht außer Acht gelassen werden, dass diese äußerst geringe Bereitschaft zur Studienteilnahme aus sehr nachvollziehbaren Gründen bestand. Einerseits sind die Abläufe in sehr vielen Hausarztpraxen nach Ansicht der Konsortialführung selbstverständlich nicht darauf ausgelegt, an wissenschaftlichen Studien teilzunehmen. Andererseits resultierte die COVID-19-Pandemie offenkundig in einer massiven Belastung der Hausarztpraxen, was eine zusätzliche Arbeitsbelastung durch eine wissenschaftliche Studie unattraktiv erscheinen ließ, selbst bei der angemessenen Vergütung, die im Projekt vorgesehen war.

Die offenkundigste Limitation der vorliegenden wissenschaftlichen Evaluation ist somit, dass es dem Konsortium nicht gelungen ist, eine größere Stichprobe zu rekrutieren. Anstatt der ursprünglich geplanten 4.268 Patientinnen und Patienten und anstatt der später auf 1.067 Patientinnen und Patienten reduzierten Stichprobe, konnten bedauerlicherweise nur 333

Patientinnen und Patienten rekrutiert werden, die sich leider auch sehr unbalanciert auf die vier Untersuchungsgruppen verteilen. Dies führt zu einer gewissen Unsicherheit bezüglich der beobachteten Effektstärken und insbesondere auch bezüglich der Frage, ob eine Überlegenheit der IGs gegenüber TAU in einer größeren Stichprobe gefunden worden wäre.

Zusammengefasst zeigten sich die drei Varianten der neuen Versorgungsform zur Behandlung von Schlafstörungen der Treatment-as-usual-Behandlung nicht signifikant überlegen und auch zwischen den drei Varianten zeigten sich keine signifikanten Unterschiede. Bei der Diskussion dieser Ergebnisse ist v.a. zu diskutieren, welche Rolle die gegenüber dem Projektantrag deutlich reduzierte Stichprobengröße gespielt hat, die mutmaßlich u.a. durch die Folgen der COVID-19-Pandemie für Hausärztinnen und Hausärzte bedingt war. Die ursprünglich geplanten Moderations- und Mediationsanalysen konnten aufgrund der geringen Stichprobengröße sowie des Fehlens von Gruppenunterschieden in der primären Analyse nicht durchgeführt werden.

## **8. Verwendung der Ergebnisse nach Ende der Förderung**

Angesichts dessen, dass die im Projekt untersuchte neue Versorgungsform gegenüber TAU nicht signifikant überlegen war, plant das Konsortium aktuell keine gemeinsame Weiterführung des Projekts nach Ende der Förderungsperiode.

Andererseits ist festzuhalten, dass der im Projekt untersuchte Versorgungspfad inzwischen auch schon vor der Veröffentlichung der Projektergebnisse zu einem Bestandteil der Regelversorgung geworden ist. Im Zusammenhang mit dem Inkrafttreten des Digitale-Versorgungs-Gesetzes im Dezember 2019 sind zwei digitale Gesundheitsanwendungen in das DiGA-Verzeichnis aufgenommen worden (HelloBetter Schlafen; somnio), die auf der kognitiven Verhaltenstherapie für Insomnie beruhen und für die Indikationen nicht-organische Insomnie (ICD-10: F51.0) und Ein- und Durchschlafstörungen (ICD-10: G47.0) entwickelt wurden. Da diese DiGAs u.a. durch Hausärztinnen und Hausärzte verschrieben werden und diese Hausärztinnen und Hausärzte in Fällen von unzureichender Besserung durch die DiGAs sicherlich eine Überweisung an eine psychotherapeutische, psychiatrische oder schlafmedizinische Fachbehandlung in Erwägung ziehen, ist das Stepped Care Modell somit bereits zu einem Bestandteil der Routineversorgung geworden. Hierbei erscheint es wissenschaftlich aktuell v.a. wichtig zu sein, die Fragen zu untersuchen, warum die DiGAs nicht häufiger genutzt werden und wie die ambulante psychotherapeutische Versorgung so ausgebaut werden kann, dass mehr Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten eine spezifische Expertise in der Behandlung von Schlafstörungen haben.

## **9. Erfolgte bzw. geplante Veröffentlichungen**

Das Studienprotokoll des Projekts wurde im Jahr 2022 im Journal BMJ Open veröffentlicht (Spiegelhalder et al. 2022). Aktuell wird die wissenschaftliche Veröffentlichung der Ergebnisse des Projekts vorbereitet, erste Ergebnisse der qualitativen Befragungen wurden bzw. werden zudem auf wissenschaftlichen Kongressen vorgestellt (Simon et al., 2023b; Simon et al., 2024).

## **10. Literaturverzeichnis**

Attkisson CC, Zwick R. The client satisfaction questionnaire. Psychometric properties and correlations with service utilization and psychotherapy outcome. Eval Program Plann 1982;5:233-237.

Baglioni C, Nanovska S, Regen W, Spiegelhalder K, Feige B, Nissen C, Reynolds CF, Riemann D. Sleep and mental disorders: a meta-analysis of polysomnographic research. Psychol Bull 2016;142:969-990.

Baglioni C, Altena E, Bjorvatn B, Blom K, Bothelius K, Devoto A, Espie CA, Frase L, Gavrilloff D, Hion T, Hoflehner A, Högl B, Holzinger B, Järnefelt H, Jernelöv S, Johann AF, Lombardo C, Nissen C, Palagini L, Peeters G, Perlis ML, Posner D, Schlarb A, Spiegelhalder K, Wichniak A, Riemann D. The European Academy for Cognitive Behavioural Therapy for Insomnia: an initiative of the European Insomnia Network to promote implementation and dissemination of treatment. *J Sleep Res* 2020;29:e12967.

Ballesio A, Aquino MR, Feige B, Johann A, Kyle SD, Spiegelhalder K, Lombardo C, Rücker G, Riemann D, Baglioni C. The effectiveness of behavioural and cognitive behavioural therapies for insomnia on depressive and fatigue symptoms: a systematic review and network meta-analysis. *Sleep Med Rev* 2018;37:114-129.

Bastien CH, Vallières A, Morin CM. Validation of the Insomnia Severity Index as an outcome measure for insomnia research. *Sleep Med* 2001;2:297-307.

Boß L, Lehr D, Reis D, Vis C, Riper H, Berking M, Ebert DD. Reliability and validity of assessing user satisfaction with web-based health interventions. *J Med Internet Res* 2016;18:e234.

Bouwman C, de Jong K, Timman R, Zijlstra-Vlasveld M, van der Feltz-Cornelis C, Tan Swan S, Hakkaart-van Roijen L. Feasibility, reliability and validity of a questionnaire on healthcare consumption and productivity loss in patients with a psychiatric disorder (TiC-P). *BMC Health Serv Res* 2013;13:217.

Buntrock C, Lehr D, Smit F, Horvath H, Berking M, Spiegelhalder K, Riper H, Ebert DD. Guided internet-based cognitive behavioral therapy for insomnia: health-economic evaluation from the societal and public health care perspective alongside a randomized controlled trial. *J Med Internet Res* 2021;23:e25609.

Buysse DJ, Reynolds CF, Monk TH, Berman SR, Kupfer DJ. The Pittsburgh Sleep Quality Index: a new instrument for psychiatric practice and research. *Psychiatry Res* 1989;28:193-213.

Campbell MK, Piaggio G, Elbourne DR, Altman DG. Consort 2010 statement: extension to cluster randomised trials. *BMJ* 2012;345:e5661.

Carpenter JS, Andrykowski MA. Psychometric evaluation of the Pittsburgh Sleep Quality Index. *J Psychosom Res* 1998;45:5-13.

Claussen J, Jankowski D, Dawid F. Aufnehmen, abtippen, analysieren. Wegweiser zur Durchführung von Interview und Transkription. Hg. v. abtipper.de. Hannover, 2020. Online verfügbar unter <https://www.abtipper.de/downloads/Aufnehmen-Abtippen-Analysieren.pdf>.

Cohen S, Kamarck T, Mermelstein R. A global measure of perceived stress. *J Health Soc Behav* 1983;24:385-396.

Dagger TS, Sweeney JC, Johnson LW. A hierarchical model of health service quality: scale development and investigation of an integrated model. *J Serv Res* 2007;10: 123-142.

Espie CA, Inglis SJ, Harvey L, Tessier S. Insomniacs' attributions. Psychometric properties of the dysfunctional beliefs and attitudes about sleep scale and the sleep disturbance questionnaire. *J Psychosom Res* 2000;48:141-148.

Gagnon C, Bélanger L, Ivers H, Morin CM. Validation of the Insomnia Severity Index in primary care. *J Am Board Fam Med* 2013;26:701-710.

Garnefski N, Kraaij V. Cognitive emotion regulation questionnaire – development of a short 18-item version (CERQ-short). *Pers Individ Dif* 2006;41:1045-1053.

Gierk B, Kohlmann S, Kroenke K, Spangenberg L, Zenger M, Brähler E, Löwe B. The somatic symptom scale-8 (SSS-8): a brief measure of somatic symptom burden. *JAMA Intern Med* 2014;174:399-407.



Akronym: GET Sleep

Förderkennzeichen: 01NVF18030

Gieselmann A, de Jong-Meyer R, Pietrowsky R. Kognitive und körperliche Erregung in der Phase vor dem Einschlafen. Die deutsche Version der Pre-Sleep Arousal Scale (PSAS). *Z Klin Psychol Psychother* 2012;41:73-80.

Gómez Penedo JM, Berger T, Grosse Holtforth M, Krieger T, Schröder J, Hohagen F, Meyer B, Moritz S, Klein JP. The Working Alliance Inventory for guided Internet interventions (WAI-I). *J Clin Psychol* 2020;76:973-986.

Hakkaart-van Roijen L, van Straten A, Donker M, Tiemens B. Manual Trimbos/iMTA questionnaire for costs associated with psychiatric illness (TiC-P). Erasmus University, 2002.

Helfferich C. Die Qualität qualitativer Daten. Manual für die Durchführung qualitativer Interviews. VS Verlag für Sozialwissenschaften Wiesbaden, 2011.

Herrero R, Vara MD, Miragall M, Botella C, Garcia-Palacios A, Riper H, Kleiboer A, Banos RM. Working Alliance Inventory for Online Interventions-Short Form (WAI-TECH-SF): the role of the therapeutic alliance between patient and online program in therapeutic outcomes. *Int J Environ Res Public Health* 2020;17:6169.

Hertenstein E, Feige B, Gmeiner T, Kienzler C, Spiegelhalder K, Johann A, Jansson-Fröjmark M, Palagini L, Rücker G, Riemann D, Baglioni C. Insomnia as a predictor of mental disorders: A systematic review and meta-analysis. *Sleep Medicine Reviews* 2019;43:96-105.

Jacobson NS, Truax P. Clinical significance: a statistical approach to defining meaningful change in psychotherapy research. *J Consult Clin Psychol* 1991;59:12-19.

Kuckartz U, Rädiker S. Qualitative Inhaltsanalyse. Methoden, Praxis, Computerunterstützung. Beltz Juventa, 2022.

Kyle SD, Siriwardena AN, Espie CA, Yang Y, Petrou S, Ogburn E, Begum N, Maurer LF, Robinson B, Gardner C, Lee V, Armstrong S, Pattinson J, Mort S, Temple E, Harris V, Yu LM, Bower P, Aveyard P. Clinical and cost-effectiveness of nurse-delivered sleep restriction therapy for insomnia in primary care (HABIT): a pragmatic, superiority, open-label, randomised controlled trial. *Lancet* 2023;402:975-987.

Lamoureux BE, Linardatos E, Fresco DM, Bartko D, Logue E, Milo L. Using the QIDS-SR16 to identify major depressive disorder in primary care medical patients. *Behav Ther* 2010;41:423-431.

Laupacis A, Sackett DL, Roberts RS. An assessment of clinically useful measures of the consequences of treatment. *New Engl J Med* 1988;318:1728-1733.

Li M, Zhang XW, Hou WS, Tang ZY. Insomnia and risk of cardiovascular disease: a meta-analysis of cohort studies. *Int J Cardiol* 2014;176:1044-1047.

Löwe B, Decker O, Müller S, Brähler E, Schellberg D, Herzog W, Herzberg PY. Validation and standardization of the Generalized Anxiety Disorder Screener (GAD-7) in the general population. *Med Care* 2008;46:266-274.

Mastin DF, Bryson J, Corwyn R. Assessment of sleep hygiene using the sleep hygiene index. *J Behav Med* 2006;29:223-227.

Mendoza TR, Wang XS, Cleeland CS, Morrissey M, Johnson BA, Wendt JK, Huber SL. The rapid assessment of fatigue severity in cancer patients: use of the Brief Fatigue Inventory. *Cancer* 1999;85:1186-1196.

Morin CM, Stone J, Trinkle D, Mercer J, Remsberg S. Dysfunctional beliefs and attitudes about sleep among older adults with and without insomnia complaints. *Psychol Aging* 1993;8:463-467.

Morin CM, Belleville G, Bélanger L, Ivers H. The Insomnia Severity Index: psychometric indicators to detect insomnia cases and evaluate treatment response. *Sleep* 2011;34:601-608.

Akronym: GET Sleep

Förderkennzeichen: 01NVF18030

Morin CM, Drake CL, Harvey AG, Krystal AD, Manber R, Riemann D, Spiegelhalder K. Insomnia disorder. *Nat Rev Dis Primers* 2015;1:15026.

Nicassio PM, Mendlowitz DR, Fussell JJ, Petras L. The phenomenology of the pre-sleep state: the development of the pre-sleep arousal scale. *Behav Res Ther* 1985;23:263-271.

Pigeon WR, Hegel M, Unützer J., Fan MY, Sateia MJ, Lyness JM, Phillips C, Perlis ML. Is insomnia a perpetuating factor for late-life depression in the IMPACT cohort? *Sleep* 2008;31:481-488.

Qaseem A, Kansagara D, Forcica MA, Cooke M, Denberg TD. Management of chronic insomnia disorder in adults: a clinical practice guideline from the American College of Physicians. *Ann Intern Med* 2016;165:125-133.

Richardson J, Iezzi A, Khan MA, Maxwell A. Validity and reliability of the Assessment of Quality of Life (AQoL)-8D multi-attribute utility instrument. *Patient* 2014;7:85-96.

Riemann D, Baum E, Cohrs S, Crönlein T, Hajak G, Hertenstein E, Klose P, Langhorst J, Mayer G, Nissen C, Pollmächer T, Rabstein S, Schlarb A, Sitter H, Weess HG, Wetter T, Spiegelhalder K. S3-Leitlinie Nicht erholsamer Schlaf/ Schlafstörungen – Kapitel Insomnie bei Erwachsenen, Update 2016. *Somnologie* 2017;21:2-44.

Riemann D, Espie CA, Altena E, Arnardottir ES, Baglioni C, Bassetti CLA, Bastien C, Berzina N, Bjorvatn B, Dikeos D, Dolenc Groselj L, Ellis JG, Garcia-Borreguero D, Geoffroy PA, Gjerstad M, Goncalves M, Hertenstein E, Hoedlmoser K, Hion T, Holzinger B, Janku K, Jansson-Fröjmark M, Järnefelt H, Jernelöv S, Jennum PJ, Khachatryan S, Krone L, Kyle SD, Lancee J, Leger D, Lupusor A, Ruivo D, Marques DR, Nissen C, Palagini L, Paunio T, Perogamvros L, Pevernagie D, Schabus M, Shochat T, Szentkiralyi A, van Someren E, van Straten A, Wichniak A, Spiegelhalder K. The European Insomnia Guideline: an update on the diagnosis and treatment of insomnia 2023. *J Sleep Res* 2023;32:e14035.

Rozental A, Kottorp A, Forsström D, Månsson K, Boettcher J, Andersson G, Furmark T, Carlbring P. The Negative Effects Questionnaire: psychometric properties of an instrument for assessing negative effects in psychological treatments. *Behav Cogn Psychother* 2019;47:559-572.

Rush AJ, Trivedi MH, Ibrahim HM, Carmody TJ, Arnow B, Klein DN. The 16-Item Quick Inventory of Depressive Symptomatology (QIDS), clinician rating (QIDS-C), and self-report (QIDS-SR): a psychometric evaluation in patients with chronic major depression. *Biol Psychiatry* 2003;54:573-583.

Shochat T, Umphress J, Israel AG, Ancoli-Israel S. Insomnia in primary care patients. *Sleep* 1999;22:S359-S365.

Simon L, Steinmetz L, Feige B, Benz F, Spiegelhalder K, Baumeister H. Comparative efficacy of onsite, digital, and other settings for cognitive behavioral therapy for insomnia: a systematic review and network meta-analysis. *Sci Rep* 2023a;13:1929.

Simon L, Steinmetz L, Küchler AM, Spiegelhalder K, Baumeister H. (Wie) kann die Bettzeitrestriktion in internetbasierten Programmen gelingen? Eine qualitative Studie. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Schlafforschung und Schlafmedizin, Berlin, 2023b.

Simon L, Küchler AM, Spiegelhalder K, Baumeister H. Exploring negative effects in internet-delivered cognitive behavioral therapy for insomnia. 12th Annual Scientific Meeting of the International Society for Research on Internet Interventions, Limerick, 2024.

Smagula SF, Stone KL, Fabio A, Cauley JA. Risk factors for sleep disturbances in older adults: evidence from prospective studies. *Sleep Med Rev* 2016;25:21-30.

Spiegelhalder K, Backhaus J, Riemann D. *Schlafstörungen*. Hogrefe, 2011.

Spiegelhalder K, Baumeister H, Al-Kamaly A, Bader M, Bauereiss N, Benz F, Braun L, Buntrock C, Burkhardt M, Cuijpers P, Domschke K, Dülsen P, Franke M, Frase L, Heber E, Helm K, Jentsch

Akronym: GET Sleep

Förderkennzeichen: 01NVF18030

T, Johann A, Kuchler AM, Kuhn M, Lehr D, Maun A, Morin CM, Moshagen M, Richter K, Schiel J, Simon L, Spille L, Weeß HG, Riemann D, Ebert DD. Comparative effectiveness of three versions of a stepped care model for insomnia differing in the amount of therapist support in internet-delivered treatment: study protocol for a pragmatic cluster randomised controlled trial (GET Sleep). *BMJ Open* 2022;12:e058212.

Spitzer RL, Kroenke K, Williams JBW, Löwe B. A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: the GAD-7. *Arch Intern Med* 2006;166:1092-1097.

Stepanski EJ, Rybarczyk B. Emerging research on the treatment and etiology of secondary or comorbid insomnia. *Sleep Med Rev* 2006;10:7-18.

Tang NKY, Goodchild CE, Sanborn AN, Howard J, Salkovskis PM. Deciphering the temporal link between pain and sleep in a heterogeneous chronic pain patient sample: a multilevel daily process study. *Sleep* 2012;35:675-687.

Tang NKY, Lereya ST, Boulton H, Miller MA, Wolke D, Cappuccio FP. Nonpharmacological treatments for insomnia for long-term painful conditions: a systematic review and meta-analysis of patient-reported outcomes in randomized controlled trials. *Sleep* 2015;38:1751-1764.

Trujols J, Diego-Adeliño J, Feliu-Soler A, Iraurgi I, Puigdemont D, Álvarez E, Pérez V, Portella MJ. Looking into the effect of multi-item symptom domains on psychometric characteristics of the Quick Inventory of Depressive Symptomatology-Self Report (QIDS-SR16). *Psychiatry Res* 2018;267:126-130.

van Buuren S, Groothuis-Oudshoorn K. Mice: Multivariate imputation by chained equations in R. *J Stat Softw* 2011;45:1-67.

van Straten A, van der Zweerde T, Kleiboer A, Cuijpers P, Morin CM, Lancee J. Cognitive and behavioral therapies in the treatment of insomnia: a meta-analysis. *Sleep Med Rev* 2018;38:3-16.

VERBI Software. MAXQDA 2022. Version 22.8.0. Berlin: VERBI Software, 2021. Online verfügbar unter maxqda.com.

Zou G. A modified poisson regression approach to prospective studies with binary data. *Am J Epidemiol* 2004;159:702-706.

## 11. Anhang

Anhang 1: Flowcharts

Anhang 2: Baselinecharakteristika (**gesperrt bis 31.03.2025**)

Anhang 3: Boxplot Schweregrad der Insomnie, Intention-to-Treat (**gesperrt bis 31.03.2025**)

Anhang 4: Paarweise Gruppenvergleiche für Schweregrad der Insomnie, Intention-to-treat (**gesperrt bis 31.03.2025**)

Anhang 5: Boxplot für Schweregrad der Insomnie, Per-Protocol (**gesperrt bis 31.03.2025**)

Anhang 6: Paarweise Gruppenvergleiche für Schweregrad der Insomnie, Per-Protocol (**gesperrt bis 31.03.2025**)

Anhang 7: Reliable Change Index für Schweregrad der Insomnie (**gesperrt bis 31.03.2025**)

Anhang 8: Number Needed to Treat für Schweregrad der Insomnie (**gesperrt bis 31.03.2025**)

Akronym: GET Sleep

Förderkennzeichen: 01NVF18030

- Anhang 9: Boxplots Sekundäroutcomes, Intention-to-Treat **(gesperrt bis 31.03.2025)**
- Anhang 10: Paarweise Gruppenvergleiche Sekundäroutcomes, Intention-to-Treat **(gesperrt bis 31.03.2025)**
- Anhang 11: Boxplots Sekundäroutcomes, Per-Protocol **(gesperrt bis 31.03.2025)**
- Anhang 12: Paarweise Gruppenvergleiche Sekundäroutcomes, Per-Protocol **(gesperrt bis 31.03.2025)**
- Anhang 13: Effekt der Behandlung auf depressive Symptomatik **(gesperrt bis 31.03.2025)**
- Anhang 14: Charakteristika interviewte Patientinnen/Patienten **(gesperrt bis 31.03.2025)**
- Anhang 15: Kategoriensystem **(gesperrt bis 31.03.2025)**
- Anhang 16: Auswertung der Unterkategorien **(gesperrt bis 31.03.2025)**
- Anhang 17: Prozessevaluation, Patientenseitige Zufriedenheit **(gesperrt bis 31.03.2025)**
- Anhang 18: Therapeutische und Technologische Allianz **(gesperrt bis 31.03.2025)**
- Anhang 19: Negative Effekte **(gesperrt bis 31.03.2025)**
- Anhang 20: Gesundheitsökonomische Evaluation **(gesperrt bis 31.03.2025)**
- Anhang 21: Mittelwerte und Standardabweichungen der ursprünglich angedachten Moderations- und Mediationsvariablen **(gesperrt bis 31.03.2025)**

## 12. Anlagen

- Anlage 1: Materialien, die zur Schulung von Hausärztinnen und Hausärzten verwendet wurden
- Anlage 2: Technische Entwicklungen
- Anlage 3: Handbücher für E-Coaches der digitalen Intervention der 2. Stufe des Stepped Care Modells
- Anlage 4: Anschreiben, mit dem Patientinnen/Patienten ihre jeweiligen Hausärztinnen bzw. Hausärzte ansprechen konnten, um für eine Teilnahme an GET Sleep zu werben
- Anlage 5: Negative Effect Questionnaire-Insomnia **(gesperrt bis 31.03.2025)**
- Anlage 6: Interviewleitfäden für die verschiedenen Stakeholdergruppen

## Anhang 1: Flowcharts

Abbildung 1 stellt das Flowchart für Hausärztinnen und Hausärzte dar. Insgesamt wurden 46 Hausärztinnen und Hausärzte in die Studie eingeschlossen und randomisiert. Von diesen haben 18 (39,1%) Hausärztinnen Patientinnen und Patienten im Rahmen der Studie behandelt.

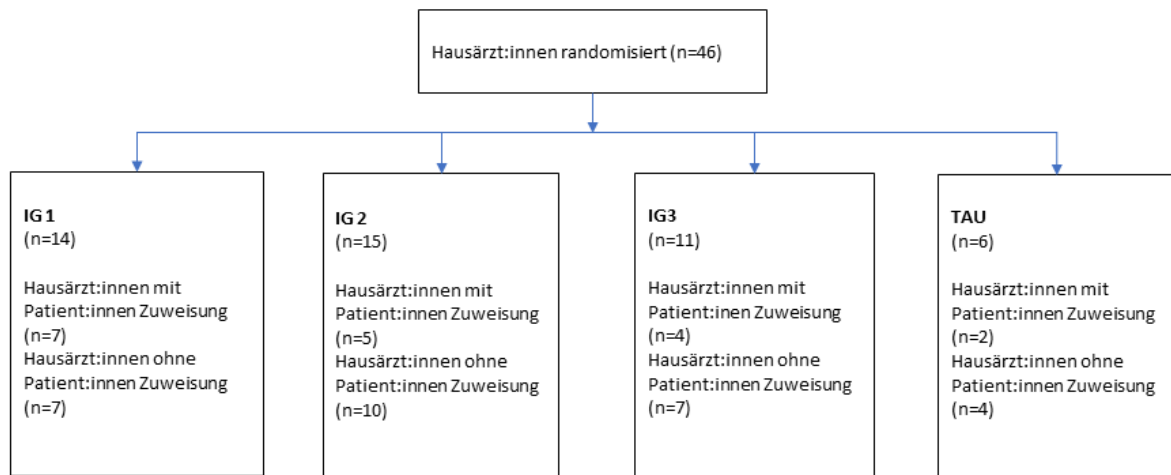


Abbildung 1: Flowchart Hausärztinnen und Hausärzte

Abbildung 2 zeigt das Flowchart für die eingeschlossenen Patientinnen und Patienten.

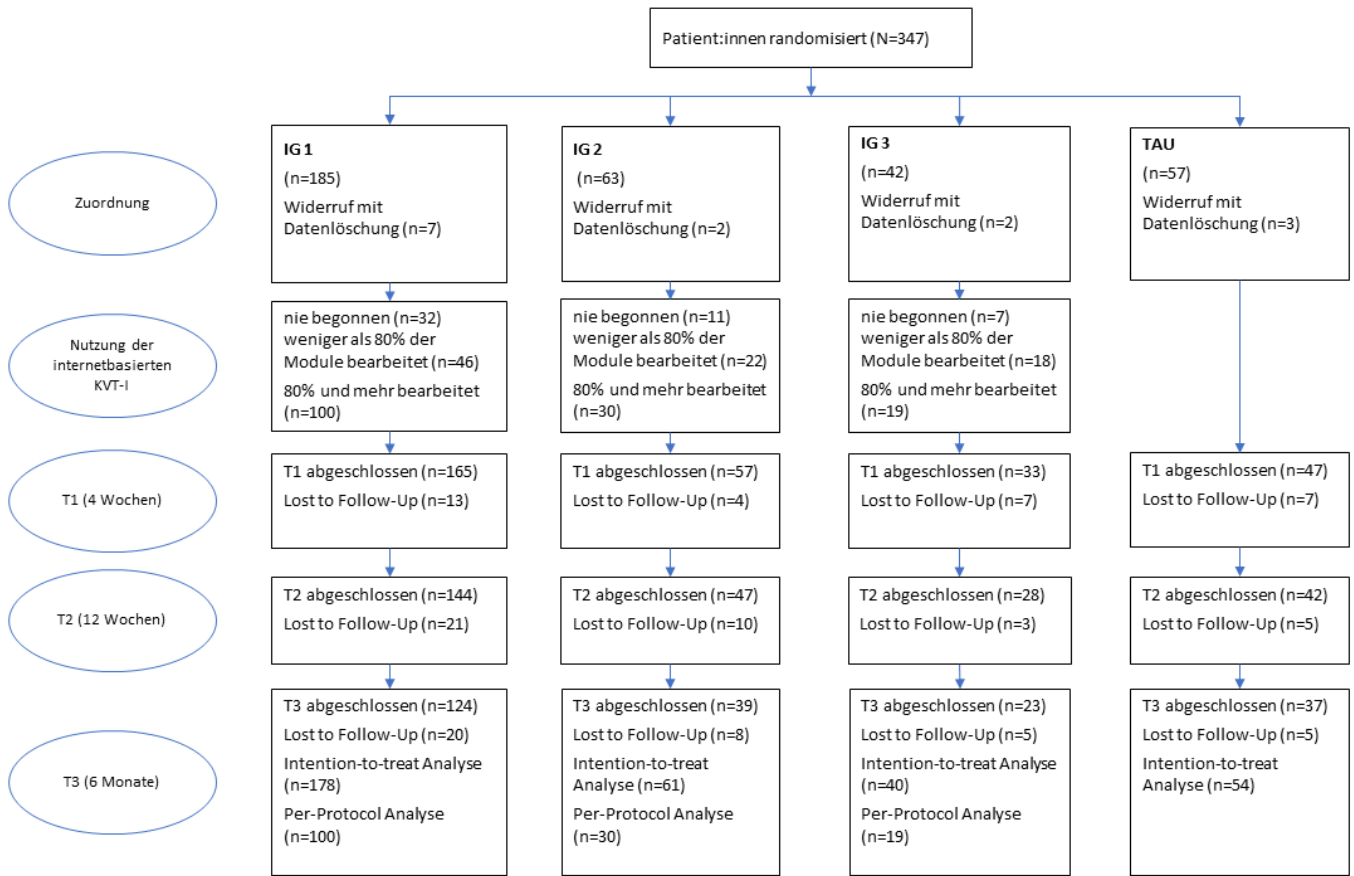
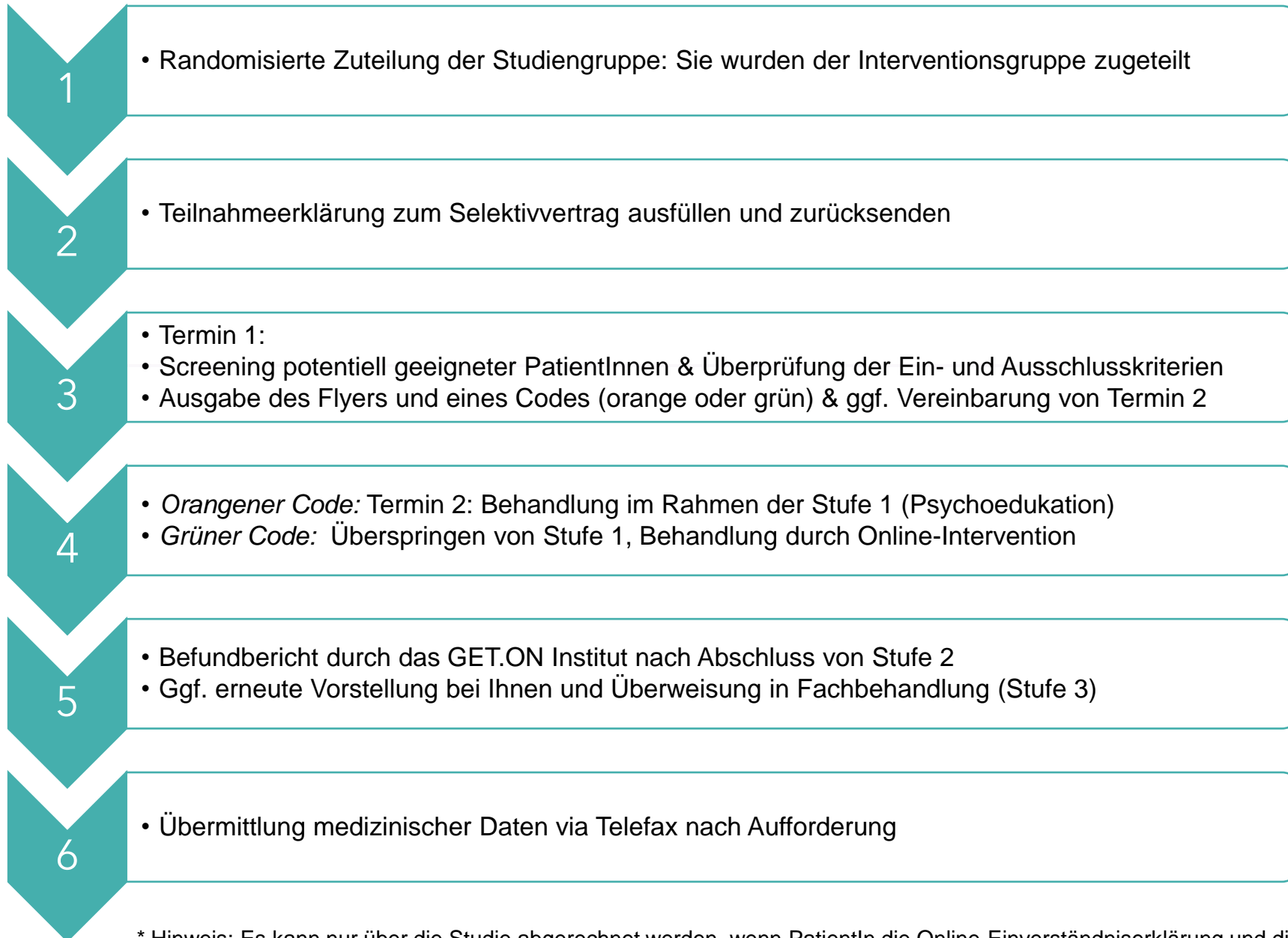


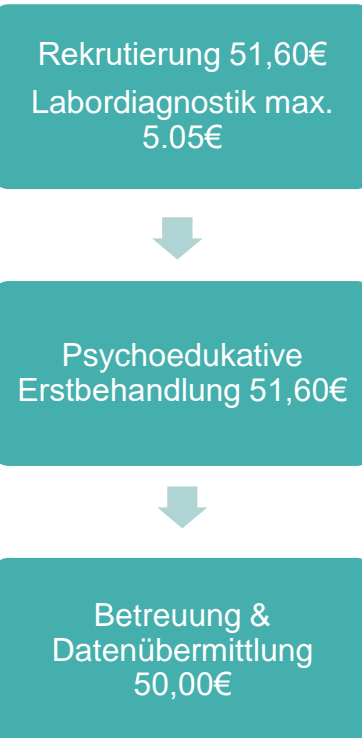
Abbildung 2: Flowchart Patientinnen und Patienten

# Flow-Chart: Projekt GET Sleep

Anlage 1: Materialien, die zur Schulung von Hausärztinnen und Hausärzten verwendet wurden

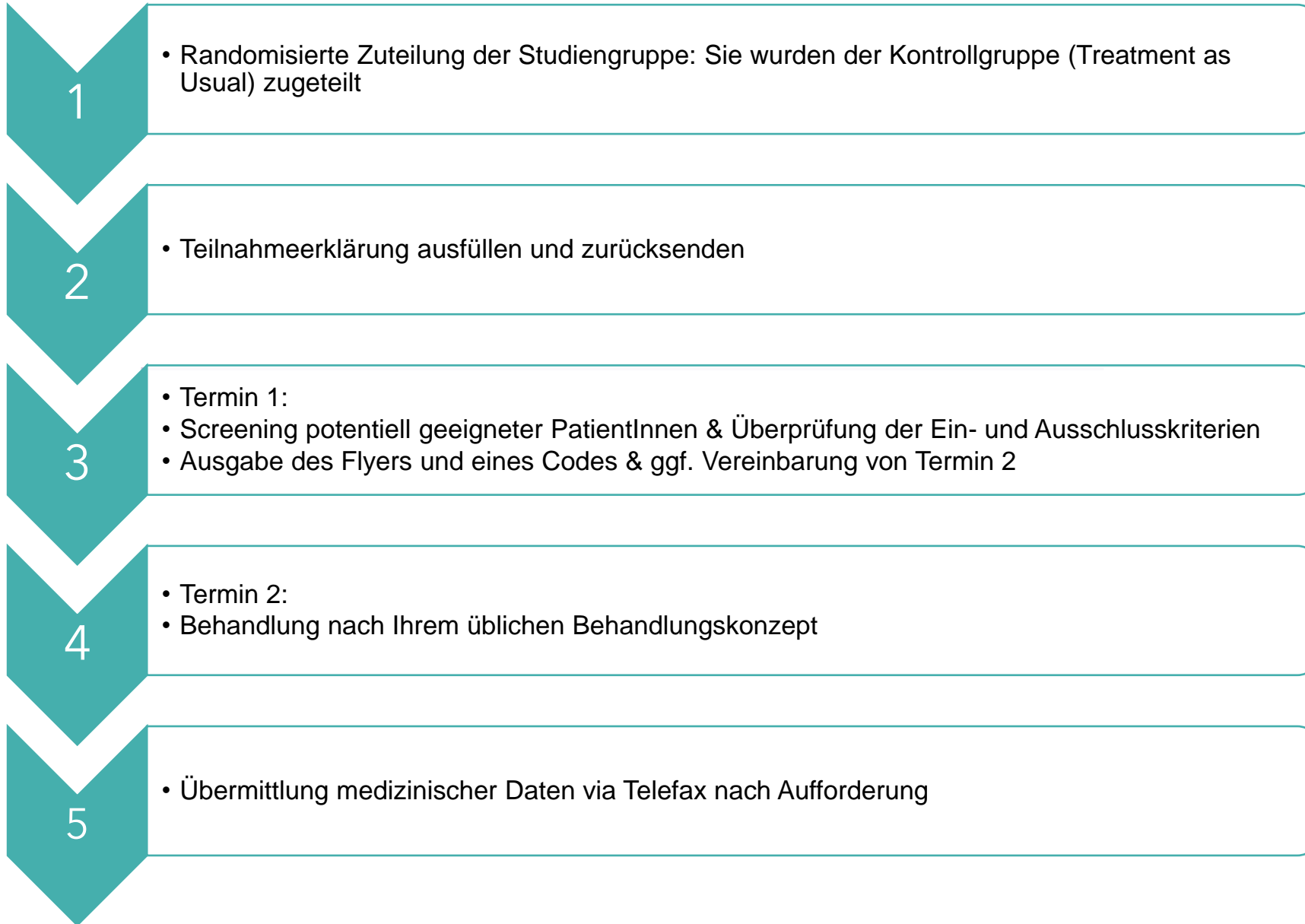


## Abrechnung\*



\* Hinweis: Es kann nur über die Studie abgerechnet werden, wenn PatientIn die Online-Einverständniserklärung und die Baseline-Befragung ausgefüllt hat

# Flow-Chart: Projekt GET Sleep



## Abrechnung\*



\* Hinweis: Es kann nur über die Studie abgerechnet werden, wenn PatientIn die Online-Einverständniserklärung und die Baseline-Befragung ausgefüllt hat



**„GET Sleep – Stepped Care Modell für die Behandlung von Schlafstörungen“**

Sehr geehrter Herr Kollege/ Frau Kollegin ...,

herzlichen Dank für Ihr Interesse an unserem Projekt „GET Sleep – Stepped Care Modell für die Behandlung von Schlafstörungen“. Sie wurden in diesem Projekt randomisiert der Interventionsgruppe 1 (Stepped Care Modell mit intensiver therapeutischer Begleitung während der internetbasierten Behandlung) zugeteilt. Bitte füllen Sie die beiliegende Teilnahmeerklärung zum Selektivvertrag aus und senden Sie diese zurück an:

Prof. Dr. Dr. Kai Spiegelhalder  
Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie  
Universitätsklinikum Freiburg  
Hauptstraße 5, 79104 Freiburg

Wir möchten Sie bitten, mit potentiell geeigneten Patientinnen und Patienten ein Screening durchzuführen und folgende Ein- und Ausschlusskriterien für die Studienteilnahme zu überprüfen:

Einschlusskriterien	Ausschlusskriterien
<b>Erwachsene</b> Patienten mit: a) nicht-organischer Insomnie (ICD-10: F51.0) <b>oder</b> b) Ein- und Durchschlafstörungen (ICD-10: G47.0)	Unbehandeltes Schlafapnoe-Syndrom (ICD-10: G47.3)
	Unbehandeltes Restless Legs Syndrom/ Syndrom der nächtlichen periodischen Beinbewegungen (ICD-10: G25.8)
	Unbehandelte Hyperthyreose
	Aktuell laufende Psychotherapie für Insomnie
	Bipolare affektive Störung (ICD-10: F31.x)
	Epilepsie (ICD-10: G40.x)
	Erkrankungen oder Umstände, die die zuverlässige Nutzung der internet- und mobil-basierten Behandlung gefährden (z.B. Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen, ICD-10: F00-F09; Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen, ICD-10: F10-F19; Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen, ICD-10: F20-F29)
	Akute Suizidalität

Ein Dokument mit Screening-Fragen zu den Ein- und Ausschlusskriterien ist diesem Schreiben beigelegt. Wir bitten Sie darum, sich an diesem zu orientieren und Patientinnen und Patienten nur dann eine Studienteilnahme anzubieten, wenn diese sämtliche Einschlusskriterien erfüllen sowie gleichzeitig keine Ausschlusskriterien zutreffend sind.

Wenn dies der Fall ist, haben Sie am Ende der Screening-Untersuchung zwei Möglichkeiten:

1) Entweder Sie möchten die Patientin/ den Patienten zunächst selbst im Rahmen der Stufe 1 unseres Versorgungsmodells behandeln. Hierfür würde ich Sie bitten, einen Termin für die Behandlung mit der Patientin/ dem Patienten zu vereinbaren, da diese/ dieser zunächst online in die Studie eingeschlossen wird und eine Reihe von Fragebögen ausfüllen muss, die der Evaluation unseres Projekts dienen. Bitte geben Sie den Patientinnen und Patienten in diesem Fall am Ende der Screening-Untersuchung einen **Flyer** und eine **orangene Codekarte** und vereinbaren den Termin. Wir möchten Sie außerdem bitten, den Patientinnen und Patienten bei der Screening-Untersuchung möglichst nicht mitzuteilen, welcher Gruppe Sie als Hausarzt zugeteilt wurden.

Ihre Behandlung kann dann bei dem vereinbarten nächsten Termin erfolgen, welcher idealerweise bald nach Online-Anmeldung und -Einschluss auf [getsleep.de](https://getsleep.de) mithilfe des Codes durch die Patientin/ den Patienten stattfindet. Idealerweise würden Sie die Patientin/ den Patienten zu Beginn dieses Behandlungstermins kurz fragen, ob die Online-Anmeldung tatsächlich erfolgt ist. Für Ihre Behandlung können Sie die Psychoedukationsmaterialien nutzen, die wir Ihnen unter <https://getsleep.de/hausarztinfos/> mit der Bitte zur ausschließlichen Benutzung im Studienkontext zur Verfügung stellen. Die Patientin/ der Patient hat ebenfalls die Möglichkeit, diese Materialien online einzusehen. Nach 4 Wochen wird die Patientin/ der Patient gefragt, ob sie/ er Stufe 2 unseres Versorgungsmodells in Anspruch nehmen möchte. Sie müssen an dieser Stelle nichts tun.

2) Oder Sie entscheiden sich im individuellen Fall dafür, dass Stufe 1 übersprungen werden kann, (z.B. bei mehreren erfolglosen Behandlungsversuchen in der Vorgeschichte), so dass die Patientinnen und Patienten direkt eine internetbasierte Behandlung durch das GET.ON Institut erhalten. Bitte geben Sie Patientinnen und Patienten in diesem Fall am Ende der Screening-Untersuchung einen **Flyer** und eine **grüne Codekarte**.

Bitte besprechen Sie die Behandlungshistorie/ die individuelle Situation mit der Patientin/ dem Patienten, um abzustimmen, ob ein Überspringen der 1. Stufe sinnvoll sein könnte. Da die Patientin/ der Patient erst nach Ausfüllen der 1. Online-Befragung Informationen über die Gruppenzugehörigkeit erhält, ist es wichtig, dass Sie ihr/ ihm nicht mitteilen, welcher Studiengruppe Sie als Hausarzt/ als Hausärztin zugeteilt wurden. Sie könnten dieses Gespräch also beispielsweise einleiten mit „Angenommen, Sie werden einer der Interventionsgruppen zugeteilt, denke ich, dass es sinnvoll/ nicht sinnvoll wäre, wenn wir Stufe 1 überspringen. Sind Sie damit einverstanden?“

Da Sie einer der Interventionsgruppen zugeteilt wurden, haben Sie die Möglichkeit, bei Patientinnen und Patienten, die seit langer Zeit Hypnotika einnehmen, einen für Sie kostenlosen psychiatrischen Konsiliardienst des Universitätsklinikums Freiburg durch Herrn Dr. Lukas Frase in Anspruch zu nehmen. Das Absetzen der Schlafmedikation kann hierbei fallbezogen besprochen und geplant werden. Einen Termin für diesen Konsiliardienst können Sie per E-Mail an [ppt.konsil.getsleep@uniklinik-freiburg.de](mailto:ppt.konsil.getsleep@uniklinik-freiburg.de) vereinbaren.

Wenn die Patientin/ der Patient Stufe 2 unseres Versorgungsmodells (internet- und mobilbasierte Behandlung) absolviert hat, erhalten Sie durch das hierfür zuständige GET.ON Institut einen Befundbericht. Sollte sich beim Patienten in der Behandlungsstufe 2 kein Behandlungserfolg einstellen, so enthält dieser Befundbericht eine Empfehlung, welche weiterführende Behandlung Sie in Stufe 3 des Versorgungsmodells initiieren könnten. Der Patientin/ dem Patienten wird in diesem Fall empfohlen, sich für diese Überweisung zunächst erneut bei Ihnen vorzustellen.

Die Abrechnung Ihrer Leistungen erfolgt als Versorgungsleistung im Rahmen des Projekts. Für den hausärztlichen Aufwand bei der Rekrutierung von Studienteilnehmern und Studienteilnehmerinnen ist ein Zeitbedarf von 60 min (Vergütung: 51,60 €) vorgesehen, zudem können Laboruntersuchungen abgerechnet werden (Labordiagnostik im ambulanten Bereich: Blutbild: 1,10 €; Schilddrüsendiagnostik: 3,70 €;  $\gamma$ -GT: 0,25 €). Für die hausärztliche psychoedukative Erstbehandlung sowie für einen weiteren Kontakt im Verlauf ist ein Zeitbedarf von 2 x 30 min (Vergütung: 51,60 €) vorgesehen. Für die Evaluation des Versorgungsmodells möchten wir Sie außerdem um die Übermittlung medizinischer Daten für jede Patientin/ jeden Patienten via Telefax bitten. Bitte finden Sie weitere Informationen hierzu im beiliegenden Dokument GET\_Sleep\_Leitfaden\_Datenübermittlung.pdf. Für diese Datenübermittlung wird Ihnen ein Pauschalbetrag von 50,00 € pro Patientin/ Patient ausgezahlt.

Wir danken Ihnen sehr herzlich für Ihre Teilnahme an diesem Projekt. Wenn Sie Fragen hierzu haben, können Sie mich jederzeit sehr gerne kontaktieren.

Mit freundlichen Grüßen

Prof. (apl.) Dr. Dr. Kai Spiegelhalder  
Universitätsklinikum Freiburg  
Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie  
Hauptstraße 5  
79104 Freiburg  
Tel.: 0761/270-69780  
Email: Kai.Spiegelhalder@uniklinik-freiburg.de

**„GET Sleep – Stepped Care Modell für die Behandlung von Schlafstörungen“**

Sehr geehrter Herr Kollege/ Frau Kollegin ...,

herzlichen Dank für Ihr Interesse an unserem Projekt „GET Sleep – Stepped Care Modell für die Behandlung von Schlafstörungen“. Sie wurden in diesem Projekt randomisiert der Interventionsgruppe 2 (Stepped Care Modell mit bedarfsorientierter therapeutischer Begleitung während der internetbasierten Behandlung) zugeteilt. Bitte füllen Sie die beiliegende Teilnahmeerklärung zum Selektivvertrag aus und senden Sie diese zurück an:

Prof. Dr. Dr. Kai Spiegelhalder  
Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie  
Universitätsklinikum Freiburg  
Hauptstraße 5, 79104 Freiburg

Wir möchten Sie bitten, mit potentiell geeigneten Patientinnen und Patienten ein Screening durchzuführen und folgende Ein- und Ausschlusskriterien für die Studienteilnahme zu überprüfen:

Einschlusskriterien	Ausschlusskriterien
<b>Erwachsene</b> Patienten mit: a) nicht-organischer Insomnie (ICD-10: F51.0) <b>oder</b> b) Ein- und Durchschlafstörungen (ICD-10: G47.0)	Unbehandeltes Schlafapnoe-Syndrom (ICD-10: G47.3)
	Unbehandeltes Restless Legs Syndrom/ Syndrom der nächtlichen periodischen Beinbewegungen (ICD-10: G25.8)
	Unbehandelte Hyperthyreose
	Aktuell laufende Psychotherapie für Insomnie
	Bipolare affektive Störung (ICD-10: F31.x)
	Epilepsie (ICD-10: G40.x)
	Erkrankungen oder Umstände, die die zuverlässige Nutzung der internet- und mobil-basierten Behandlung gefährden (z.B. Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen, ICD-10: F00-F09; Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen, ICD-10: F10-F19; Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen, ICD-10: F20-F29)
	Akute Suizidalität

Ein Dokument mit Screening-Fragen zu den Ein- und Ausschlusskriterien ist diesem Schreiben beigelegt. Wir bitten Sie darum, sich an diesem zu orientieren und Patientinnen und Patienten nur dann eine Studienteilnahme anzubieten, wenn diese sämtliche Einschlusskriterien erfüllen sowie gleichzeitig keine Ausschlusskriterien zutreffend sind.

Wenn dies der Fall ist, haben Sie am Ende der Screening-Untersuchung zwei Möglichkeiten:

1) Entweder Sie möchten die Patientin/ den Patienten zunächst selbst im Rahmen der Stufe 1 unseres Versorgungsmodells behandeln. Hierfür würde ich Sie bitten, einen Termin für die Behandlung mit der Patientin/ dem Patienten zu vereinbaren, da diese/ dieser zunächst online in die Studie eingeschlossen wird und eine Reihe von Fragebögen ausfüllen muss, die der Evaluation unseres Projekts dienen. Bitte geben Sie den Patientinnen und Patienten in diesem Fall am Ende der Screening-Untersuchung einen **Flyer** und eine **orangene Codekarte** und vereinbaren den Termin. Wir möchten Sie außerdem bitten, den Patientinnen und Patienten bei der Screening-Untersuchung möglichst nicht mitzuteilen, welcher Gruppe Sie als Hausarzt zugeteilt wurden.

Ihre Behandlung kann dann bei dem vereinbarten nächsten Termin erfolgen, welcher idealerweise bald nach Online-Anmeldung und -Einschluss auf [getsleep.de](https://getsleep.de) mithilfe des Codes durch die Patientin/ den Patienten stattfindet. Idealerweise würden Sie die Patientin/ den Patienten zu Beginn dieses Behandlungstermins kurz fragen, ob die Online-Anmeldung tatsächlich erfolgt ist. Für Ihre Behandlung können Sie die Psychoedukationsmaterialien nutzen, die wir Ihnen unter <https://getsleep.de/hausarztinfos/> mit der Bitte zur ausschließlichen Benutzung im Studienkontext zur Verfügung stellen. Die Patientin/ der Patient hat ebenfalls die Möglichkeit, diese Materialien online einzusehen. Nach 4 Wochen wird die Patientin/ der Patient gefragt, ob sie/ er Stufe 2 unseres Versorgungsmodells in Anspruch nehmen möchte. Sie müssen an dieser Stelle nichts tun.

2) Oder Sie entscheiden sich im individuellen Fall dafür, dass Stufe 1 übersprungen werden kann, (z.B. bei mehreren erfolglosen Behandlungsversuchen in der Vorgeschichte), so dass die Patientinnen und Patienten direkt eine internetbasierte Behandlung durch das GET.ON Institut erhalten. Bitte geben Sie Patientinnen und Patienten in diesem Fall am Ende der Screening-Untersuchung einen **Flyer** und eine **grüne Codekarte**.

Bitte besprechen Sie die Behandlungshistorie/ die individuelle Situation mit der Patientin/ dem Patienten, um abzustimmen, ob ein Überspringen der 1. Stufe sinnvoll sein könnte. Da die Patientin/ der Patient erst nach Ausfüllen der 1. Online-Befragung Informationen über die Gruppenzugehörigkeit erhält, ist es wichtig, dass Sie ihr/ ihm nicht mitteilen, welcher Studiengruppe Sie als Hausarzt/ als Hausärztin zugeteilt wurden. Sie könnten dieses Gespräch also beispielsweise einleiten mit „Angenommen, Sie werden einer der Interventionsgruppen zugeteilt, denke ich, dass es sinnvoll/ nicht sinnvoll wäre, wenn wir Stufe 1 überspringen. Sind Sie damit einverstanden?“

Da Sie einer der Interventionsgruppen zugeteilt wurden, haben Sie die Möglichkeit, bei Patientinnen und Patienten, die seit langer Zeit Hypnotika einnehmen, einen für Sie kostenlosen psychiatrischen Konsiliardienst des Universitätsklinikums Freiburg durch Herrn Dr. Lukas Frase in Anspruch zu nehmen. Das Absetzen der Schlafmedikation kann hierbei fallbezogen besprochen und geplant werden. Einen Termin für diesen Konsiliardienst können Sie per E-Mail an [ppt.konsil.getsleep@uniklinik-freiburg.de](mailto:ppt.konsil.getsleep@uniklinik-freiburg.de) vereinbaren.

Wenn die Patientin/ der Patient Stufe 2 unseres Versorgungsmodells (internet- und mobilbasierte Behandlung) absolviert hat, erhalten Sie durch das hierfür zuständige GET.ON Institut einen Befundbericht. Sollte sich beim Patienten in der Behandlungsstufe 2 kein Behandlungserfolg einstellen, so enthält dieser Befundbericht eine Empfehlung, welche weiterführende Behandlung Sie in Stufe 3 des Versorgungsmodells initiieren könnten. Der Patientin/ dem Patienten wird in diesem Fall empfohlen, sich für diese Überweisung zunächst erneut bei Ihnen vorzustellen.

Die Abrechnung Ihrer Leistungen erfolgt als Versorgungsleistung im Rahmen des Projekts. Für den hausärztlichen Aufwand bei der Rekrutierung von Studienteilnehmern und Studienteilnehmerinnen ist ein Zeitbedarf von 60 min (Vergütung: 51,60 €) vorgesehen, zudem können Laboruntersuchungen abgerechnet werden (Labordiagnostik im ambulanten Bereich: Blutbild: 1,10 €; Schilddrüsendiagnostik: 3,70 €;  $\gamma$ -GT: 0,25 €). Für die hausärztliche psychoedukative Erstbehandlung sowie für einen weiteren Kontakt im Verlauf ist ein Zeitbedarf von 2 x 30 min (Vergütung: 51,60 €) vorgesehen. Für die Evaluation des Versorgungsmodells möchten wir Sie außerdem um die Übermittlung medizinischer Daten für jede Patientin/ jeden Patienten via Telefax bitten. Bitte finden Sie weitere Informationen hierzu im beiliegenden Dokument GET\_Sleep\_Leitfaden\_Datenübermittlung.pdf. Für diese Datenübermittlung wird Ihnen ein Pauschalbetrag von 50,00 € pro Patientin/ Patient ausgezahlt.

Wir danken Ihnen sehr herzlich für Ihre Teilnahme an diesem Projekt. Wenn Sie Fragen hierzu haben, können Sie mich jederzeit sehr gerne kontaktieren.

Mit freundlichen Grüßen

Prof. (apl.) Dr. Dr. Kai Spiegelhalder  
Universitätsklinikum Freiburg  
Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie  
Hauptstraße 5  
79104 Freiburg  
Tel.: 0761/270-69780  
Email: Kai.Spiegelhalder@uniklinik-freiburg.de

**„GET Sleep – Stepped Care Modell für die Behandlung von Schlafstörungen“**

Sehr geehrter Herr Kollege/ Frau Kollegin ...,

herzlichen Dank für Ihr Interesse an unserem Projekt „GET Sleep – Stepped Care Modell für die Behandlung von Schlafstörungen“. Sie wurden in diesem Projekt randomisiert der Interventionsgruppe 3 (Stepped Care Modell ohne therapeutische Begleitung während der internetbasierten Behandlung) zugeteilt. Bitte füllen Sie die beiliegende Teilnahmeerklärung zum Selektivvertrag aus und senden Sie diese zurück an:

Prof. Dr. Dr. Kai Spiegelhalder  
Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie  
Universitätsklinikum Freiburg  
Hauptstraße 5, 79104 Freiburg

Wir möchten Sie bitten, mit potentiell geeigneten Patientinnen und Patienten ein Screening durchzuführen und folgende Ein- und Ausschlusskriterien für die Studienteilnahme zu überprüfen:

Einschlusskriterien	Ausschlusskriterien
<b>Erwachsene</b> Patienten mit: a) nicht-organischer Insomnie (ICD-10: F51.0) <b>oder</b> b) Ein- und Durchschlafstörungen (ICD-10: G47.0)	Unbehandeltes Schlafapnoe-Syndrom (ICD-10: G47.3)
	Unbehandeltes Restless Legs Syndrom/ Syndrom der nächtlichen periodischen Beinbewegungen (ICD-10: G25.8)
	Unbehandelte Hyperthyreose
	Aktuell laufende Psychotherapie für Insomnie
	Bipolare affektive Störung (ICD-10: F31.x)
	Epilepsie (ICD-10: G40.x)
	Erkrankungen oder Umstände, die die zuverlässige Nutzung der internet- und mobil-basierten Behandlung gefährden (z.B. Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen, ICD-10: F00-F09; Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen, ICD-10: F10-F19; Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen, ICD-10: F20-F29)
	Akute Suizidalität

Ein Dokument mit Screening-Fragen zu den Ein- und Ausschlusskriterien ist diesem Schreiben beigelegt. Wir bitten Sie darum, sich an diesem zu orientieren und Patientinnen und Patienten nur dann eine Studienteilnahme anzubieten, wenn diese sämtliche Einschlusskriterien erfüllen sowie gleichzeitig keine Ausschlusskriterien zutreffend sind.

Wenn dies der Fall ist, haben Sie am Ende der Screening-Untersuchung zwei Möglichkeiten:

1) Entweder Sie möchten die Patientin/ den Patienten zunächst selbst im Rahmen der Stufe 1 unseres Versorgungsmodells behandeln. Hierfür würde ich Sie bitten, einen Termin für die Behandlung mit der Patientin/ dem Patienten zu vereinbaren, da diese/ dieser zunächst online in die Studie eingeschlossen wird und eine Reihe von Fragebögen ausfüllen muss, die der Evaluation unseres Projekts dienen. Bitte geben Sie den Patientinnen und Patienten in diesem Fall am Ende der Screening-Untersuchung einen **Flyer** und eine **orangene Codekarte** und vereinbaren den Termin. Wir möchten Sie außerdem bitten, den Patientinnen und Patienten bei der Screening-Untersuchung möglichst nicht mitzuteilen, welcher Gruppe Sie als Hausarzt zugeteilt wurden.

Ihre Behandlung kann dann bei dem vereinbarten nächsten Termin erfolgen, welcher idealerweise bald nach Online-Anmeldung und -Einschluss auf [getsleep.de](https://getsleep.de) mithilfe des Codes durch die Patientin/ den Patienten stattfindet. Idealerweise würden Sie die Patientin/ den Patienten zu Beginn dieses Behandlungstermins kurz fragen, ob die Online-Anmeldung tatsächlich erfolgt ist. Für Ihre Behandlung können Sie die Psychoedukationsmaterialien nutzen, die wir Ihnen unter <https://getsleep.de/hausarztinfos/> mit der Bitte zur ausschließlichen Benutzung im Studienkontext zur Verfügung stellen. Die Patientin/ der Patient hat ebenfalls die Möglichkeit, diese Materialien online einzusehen. Nach 4 Wochen wird die Patientin/ der Patient gefragt, ob sie/ er Stufe 2 unseres Versorgungsmodells in Anspruch nehmen möchte. Sie müssen an dieser Stelle nichts tun.

2) Oder Sie entscheiden sich im individuellen Fall dafür, dass Stufe 1 übersprungen werden kann, (z.B. bei mehreren erfolglosen Behandlungsversuchen in der Vorgeschichte), so dass die Patientinnen und Patienten direkt eine internetbasierte Behandlung durch das GET.ON Institut erhalten. Bitte geben Sie Patientinnen und Patienten in diesem Fall am Ende der Screening-Untersuchung einen **Flyer** und eine **grüne Codekarte**.

Bitte besprechen Sie die Behandlungshistorie/ die individuelle Situation mit der Patientin/ dem Patienten, um abzustimmen, ob ein Überspringen der 1. Stufe sinnvoll sein könnte. Da die Patientin/ der Patient erst nach Ausfüllen der 1. Online-Befragung Informationen über die Gruppenzugehörigkeit erhält, ist es wichtig, dass Sie ihr/ ihm nicht mitteilen, welcher Studiengruppe Sie als Hausarzt/ als Hausärztin zugeteilt wurden. Sie könnten dieses Gespräch also beispielsweise einleiten mit „Angenommen, Sie werden einer der Interventionsgruppen zugeteilt, denke ich, dass es sinnvoll/ nicht sinnvoll wäre, wenn wir Stufe 1 überspringen. Sind Sie damit einverstanden?“

Da Sie einer der Interventionsgruppen zugeteilt wurden, haben Sie die Möglichkeit, bei Patientinnen und Patienten, die seit langer Zeit Hypnotika einnehmen, einen für Sie kostenlosen psychiatrischen Konsiliardienst des Universitätsklinikums Freiburg durch Herrn Dr. Lukas Frase in Anspruch zu nehmen. Das Absetzen der Schlafmedikation kann hierbei fallbezogen besprochen und geplant werden. Einen Termin für diesen Konsiliardienst können Sie per E-Mail an [ppt.konsil.getsleep@uniklinik-freiburg.de](mailto:ppt.konsil.getsleep@uniklinik-freiburg.de) vereinbaren.



Wenn die Patientin/ der Patient Stufe 2 unseres Versorgungsmodells (internet- und mobilbasierte Behandlung) absolviert hat, erhalten Sie durch das hierfür zuständige GET.ON Institut einen Befundbericht. Sollte sich beim Patienten in der Behandlungsstufe 2 kein Behandlungserfolg einstellen, so enthält dieser Befundbericht eine Empfehlung, welche weiterführende Behandlung Sie in Stufe 3 des Versorgungsmodells initiieren könnten. Der Patientin/ dem Patienten wird in diesem Fall empfohlen, sich für diese Überweisung zunächst erneut bei Ihnen vorzustellen.

Die Abrechnung Ihrer Leistungen erfolgt als Versorgungsleistung im Rahmen des Projekts. Für den hausärztlichen Aufwand bei der Rekrutierung von Studienteilnehmern und Studienteilnehmerinnen ist ein Zeitbedarf von 60 min (Vergütung: 51,60 €) vorgesehen, zudem können Laboruntersuchungen abgerechnet werden (Labordiagnostik im ambulanten Bereich: Blutbild: 1,10 €; Schilddrüsendiagnostik: 3,70 €;  $\gamma$ -GT: 0,25 €). Für die hausärztliche psychoedukative Erstbehandlung sowie für einen weiteren Kontakt im Verlauf ist ein Zeitbedarf von 2 x 30 min (Vergütung: 51,60 €) vorgesehen. Für die Evaluation des Versorgungsmodells möchten wir Sie außerdem um die Übermittlung medizinischer Daten für jede Patientin/ jeden Patienten via Telefax bitten. Bitte finden Sie weitere Informationen hierzu im beiliegenden Dokument GET\_Sleep\_Leitfaden\_Datenübermittlung.pdf. Für diese Datenübermittlung wird Ihnen ein Pauschalbetrag von 50,00 € pro Patientin/ Patient ausgezahlt.

Wir danken Ihnen sehr herzlich für Ihre Teilnahme an diesem Projekt. Wenn Sie Fragen hierzu haben, können Sie mich jederzeit sehr gerne kontaktieren.

Mit freundlichen Grüßen

Prof. (apl.) Dr. Dr. Kai Spiegelhalder  
Universitätsklinikum Freiburg  
Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie  
Hauptstraße 5  
79104 Freiburg  
Tel.: 0761/270-69780  
Email: Kai.Spiegelhalder@uniklinik-freiburg.de

**„GET Sleep – Stepped Care Modell für die Behandlung von Schlafstörungen“**

Sehr geehrter Herr Kollege/ Frau Kollegin ...,

herzlichen Dank für Ihr Interesse an unserem Projekt „GET Sleep – Stepped Care Modell für die Behandlung von Schlafstörungen“. Sie wurden in diesem Projekt randomisiert der Treatment-as-Usual-Gruppe (routinemäßige Behandlung ohne internetbasierte Intervention) zugeteilt. Bitte füllen Sie die beiliegende Teilnahmeerklärung aus und senden Sie diese zurück an:

Prof. Dr. Dr. Kai Spiegelhalder  
Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie  
Universitätsklinikum Freiburg  
Hauptstraße 5, 79104 Freiburg

Wir möchten Sie bitten, mit potentiell geeigneten Patientinnen und Patienten ein Screening durchzuführen und folgende Ein- und Ausschlusskriterien für die Studienteilnahme zu überprüfen:

<b>Einschlusskriterien</b>	<b>Ausschlusskriterien</b>
<b>Erwachsene</b> Patienten mit: a) nicht-organischer Insomnie (ICD-10: F51.0) <b>oder</b> b) Ein- und Durchschlafstörungen (ICD-10: G47.0)	Unbehandeltes Schlafapnoe-Syndrom (ICD-10: G47.3)
	Unbehandeltes Restless Legs Syndrom/ Syndrom der nächtlichen periodischen Beinbewegungen (ICD-10: G25.8)
	Unbehandelte Hyperthyreose
	Aktuell laufende Psychotherapie für Insomnie
	Bipolare affektive Störung (ICD-10: F31.x)
	Epilepsie (ICD-10: G40.x)
	Erkrankungen oder Umstände, die die zuverlässige Nutzung der internet- und mobil-basierten Behandlung gefährden (z.B. Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen, ICD-10: F00-F09; Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen, ICD-10: F10-F19; Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen, ICD-10: F20-F29)
	Akute Suizidalität

Ein Dokument mit Screening-Fragen zu den Ein- und Ausschlusskriterien ist diesem Schreiben beigefügt. Wir bitten Sie darum, sich an diesem zu orientieren und Patientinnen und Patienten nur dann eine Studienteilnahme anzubieten, wenn diese sämtliche Einschlusskriterien erfüllen sowie gleichzeitig keine Ausschlusskriterien zutreffend sind.

Wenn dies der Fall ist, würden wir Sie bitten, am Ende der Screening-Untersuchung einen Termin für die Behandlung mit der Patientin/ dem Patienten zu vereinbaren, da diese(r) zunächst online in die Studie eingeschlossen wird und eine Reihe von Fragebögen online ausfüllen muss, die der Evaluation unseres Projekts dienen. Bitte geben Sie den Patientinnen und Patienten in diesem Fall am Ende der Screening-Untersuchung einen **Flyer** und eine **orangene Codekarte** und vereinbaren den Termin. Wir möchten Sie außerdem bitten, den Patientinnen und Patienten bei der Screening-Untersuchung möglichst nicht mitzuteilen, welcher Gruppe Sie als Hausarzt zugeteilt wurden.

Ihre Behandlung kann dann bei dem vereinbarten nächsten Termin erfolgen, welcher möglichst bald nach Online-Anmeldung und -Einschluss auf [getsleep.de](http://getsleep.de) mithilfe des Codes durch die Patientin/ den Patienten stattfindet. Idealerweise würden Sie die Patientin/ den Patienten zu Beginn dieses Behandlungstermins kurz fragen, ob die Online-Anmeldung tatsächlich erfolgt ist. Wir würden Sie bitten, die Patientin/ den Patienten so zu behandeln, wie Sie es in Bezug auf das Thema Schlafstörungen üblicherweise tun. Bitte beachten Sie, dass die Abrechnung dieser Behandlung damit im Rahmen der Regelversorgung erfolgt. Für den hausärztlichen Aufwand bei der Rekrutierung von Studienteilnehmern und Studienteilnehmerinnen ist ein Zeitbedarf von 60 min (Vergütung: 51,60 €) vorgesehen, zudem können Laboruntersuchungen abgerechnet werden (Labordiagnostik im ambulanten Bereich: Blutbild: 1,10 €; Schilddrüsendiagnostik: 3,70 €;  $\gamma$ -GT: 0,25 €). Für die Evaluation des Versorgungsmodells möchten wir Sie außerdem um die Übermittlung medizinischer Daten für jede Patientin/ jeden Patienten via Telefax bitten. Bitte finden Sie weitere Informationen hierzu im beiliegenden Dokument [GET\\_Sleep\\_Leitfaden\\_Datenübermittlung.pdf](#). Für diese Datenübermittlung wird Ihnen ein Pauschalbetrag von 50,00 € pro Patientin/ Patient ausgezahlt.

Wir können uns vorstellen, dass diese zufällige Zuteilung aus Ihrer Sicht möglicherweise das am wenigsten attraktive Ergebnis der Randomisierung ist. Gerade deswegen möchten wir Sie sehr herzlich bitten, aktiv an unserem Projekt mitzuwirken und damit dazu beizutragen, dass die Wissenschaftlichkeit des Projekts gewährleistet ist. Mit Ihrem Engagement bei dieser Studie leisten Sie einen wichtigen Beitrag, um das zukünftige Behandlungsangebot für Schlafstörungen weiter zu verbessern.

Wir danken Ihnen sehr herzlich für Ihre Teilnahme an diesem Projekt. Wenn Sie Fragen hierzu haben, können Sie mich jederzeit sehr gerne kontaktieren.

Mit freundlichen Grüßen

Prof. (apl.) Dr. Dr. Kai Spiegelhalder  
Universitätsklinikum Freiburg  
Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie  
Hauptstraße 5  
79104 Freiburg  
Tel.: 0761/270-69780  
Email: [Kai.Spiegelhalder@uniklinik-freiburg.de](mailto:Kai.Spiegelhalder@uniklinik-freiburg.de)

## Teilnahmeerklärung der Leistungserbringer (Hausärzte)

Bitte füllen Sie alle Felder leserlich aus!

Titel	Vorname	Name
Straße, Hausnr.		PLZ, Ort
Telefon		Fax
E-Mail		
LANR		BSNR der Hauptbetriebsstätte *)
IBAN		BIC
Name des Kreditinstituts		Kontoinhaber (falls abweichend)
<p>Ich bin zugelassene/r Facharzt/Fachärztin für:</p> <p><input type="checkbox"/> in eigener Praxis</p> <p><input type="checkbox"/> als angestellter Arzt in einer Praxis</p> <p><input type="checkbox"/> als angestellter Arzt in einem MVZ</p>		

1. Ich erkläre verbindlich gegenüber dem Universitätsklinikum Freiburg meine Teilnahme am o. g. Vertrag. Inhalte und Ziele des Vertrages sind mir bekannt. Ich verpflichte mich zur Einhaltung aller Regelungen des Vertrages, auch soweit diese hier nicht gesondert genannt sind. Ich erfülle die im Vertrag genannten Teilnahmevoraussetzungen und werde das Universitätsklinikum Freiburg unverzüglich informieren, wenn ich diese Voraussetzungen nicht mehr erfülle oder sich Änderungen der o. a. Daten ergeben.

2. Mir ist bekannt, dass

- meine Teilnahme freiwillig ist,
- als Bedingung der Teilnahme die Hauptbetriebsstätte meiner Praxis im Geltungsbereich des Vertrages liegen muss,
- ich die an der Teilnahme interessierten Versicherten über die wesentlichen Punkte der in der Teilnahmeerklärung der Versicherten (Anlage 1a, 1b und 1c) beinhalteten Einverständniserklärung aufklären muss. U. a. muss darauf abgestellt werden, dass die betreffenden Sozialdaten von den Vertragspartnern im Rahmen dieses Vertrages und der sich begleitenden separaten wissenschaftlichen Studie erfasst, verarbeitet und gespeichert werden dürfen,
- ich bei fortgesetzter Nichteinhaltung der Vertragspflichten nach einer schriftlichen Abmahnung von der Teilnahme an dem Vertrag ausgeschlossen werden kann,
- meine Daten zum Zwecke der Erfassung meiner Teilnahme und Abrechnung der von mir erbrachten Leistungen dem Universitätsklinikum Freiburg zur Verfügung gestellt werden und von diesen zur Erfüllung ihrer vertraglichen Aufgaben erfasst, gespeichert und verarbeitet werden dürfen.

3. Ich erkläre hiermit meine Zustimmung zu Vertragsanpassungen, die die Vertragspartner im Rahmen der Weiterentwicklung des Vertrages vornehmen. Sofern ich mit den Vertragsanpassungen nicht einverstanden bin, bin ich berechtigt, meine Teilnahme mit Wirkung des Zeitpunktes des Inkrafttretens der jeweiligen Vertragsanpassung zu kündigen.

4. Ich verpflichte mich

- zur Einhaltung und Gewährleistung der ärztlichen Schweigepflicht nach der Berufsordnung und dem allgemeinen Strafrecht,
- bei meiner Tätigkeit die für die verschiedenen Phasen der Datenverarbeitung (Erheben, Verarbeiten und Nutzen) personenbezogener Daten und der Datensicherheit geltenden Vorschriften des Bundesdatenschutzgesetzes, des Landesdatenschutzgesetzes und der EU-DSGVO und der Spezialvorschriften für die Datenbearbeitung zu beachten und die hierfür erforderlichen technischen und organisatorischen Maßnahmen zu treffen.
- zur Einhaltung der Regelungen aus diesem Vertrag, auch soweit diese hier nicht gesondert genannt sind.

5. Ich bin mit der Veröffentlichung meiner praxisbezogenen Daten und deren Weitergabe an Versicherte der BARMER einverstanden.

Ich versichere, dass die von mir in dieser Erklärung gemachten Angaben zutreffend sind. Mir ist bewusst, dass dieser Vertrag und die von mir hier gemachten Angaben Grundlage für meine Teilnahme- und Abrechnungsbefugnis im Rahmen des Vertrages sind.

Ort und Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift Vertragsarzt/

ärztlicher Leiter MVZ: \_\_\_\_\_

Stempel der Arztpraxis/MVZ

## GET Sleep – Stepped Care Modell für die Behandlung von Schlafstörungen

Bitte prüfen Sie, ob untenstehende Ein- und Ausschlusskriterien erfüllt sind.

<b>Einschlusskriterien:</b>	<b>Ja</b>	<b>Nein</b>
Diagnose Nicht-organische Insomnie (ICD-10: F51.0)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>oder</b>		
Diagnose Ein- und Durchschlafstörungen (ICD-10: G47.0)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Ausschlusskriterien:</b>		
Unbehandeltes Schlafapnoe-Syndrom (ICD-10: G47.3)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Unbehandeltes Restless Legs Syndrom / Syndrom der nächtlichen periodischen Beinbewegungen (ICD-10: G25.8)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Unbehandelte Hyperthyreose (ICD-10: E05.x)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aktuell laufende Psychotherapie für Insomnie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>Erkrankungen, die durch die KVT-I verschlechtert werden können:</u>		
Bipolare affektive Störung (ICD-10: F31.x)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Epilepsie (ICD-10: G40.x)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Akute Suizidalität	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>Erkrankungen oder Umstände, die die zuverlässige Nutzung der Behandlung gefährden:</u>		
Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen (ICD-10: F00-F09)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (ICD-10: F10-F19)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen (ICD-10: F20-F29)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schwangerschaft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Einschluss:</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## GET Sleep – Stepped Care Modell für die Behandlung von Schlafstörungen

Roter Kasten  -> Patient(in) kann NICHT an Studie teilnehmen

### Insomnie und laufende Behandlung

	Ja	Nein
1) „Haben Sie Probleme mit dem Einschlafen oder Durchschlafen?“	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
2) „Wie oft pro Woche haben Sie damit Probleme? Seit wann ist das so?“ Mind. 3x pro Woche über einen Zeitraum von mind. einem Monat?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
2) „Wird Ihre Schlafstörung derzeit psychotherapeutisch behandelt?“	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### „Haben Sie ein Schlafapnoe-Syndrom?“

Wenn ja: > wird dieses behandelt? > wenn nicht behandelt:

#### Wenn nein/unsicher:

	Ja	Nein
1) „Schnarchen Sie laut (durch geschlossene Türen hörbar oder es stört Ihren Partner)?“	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2) „Sind Sie tagsüber oft müde oder schläfrig?“	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3) „Ist mal aufgefallen, dass Sie im Schlaf aufhören zu atmen oder nach Luft schnappen?“	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4) „Haben Sie Bluthochdruck oder werden Sie deswegen behandelt?“	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5) BMI > 35 kg/m <sup>2</sup>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6) Alter > 50 Jahre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bei  $\geq 4$  von 6 Fragen „Ja“:

### „Haben Sie ein Restless Legs Syndrom?“

Wenn ja: > wird dieses behandelt? > wenn nicht behandelt:

#### Wenn nein/unsicher:

	Ja	Nein
1) „Haben Sie in Ruhesituationen häufig Missempfindungen in Ihren Beinen?“	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2) „Verbessern sich die Missempfindungen durch Bewegung?“	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3) „Haben Sie die Missempfindungen v.a. abends oder nachts?“	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bei allen 3 Fragen „Ja“:

### „Leiden Sie an einer Bipolaren Störung, auch manisch-depressive Störung genannt?“

Wenn ja:

#### Wenn nein/unsicher:

	Ja	Nein
1) „Erlebten Sie in der Vergangenheit - das Gefühl, eine Person mit besonderen Fähigkeiten zu sein? - das Gefühl, mit weniger Schlaf als üblich auszukommen? - das Gefühl, gesprächiger als sonst zu sein? - das Gefühl, dass Sie voller neuer Ideen steckten? - leichte Ablenkbarkeit, ungewöhnliche Aktivität oder Ruhelosigkeit? - für Sie unübliche sexuelle Aktivität oder übertriebenes Einkaufen?“	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2) „Haben Sie in dieser Zeit sich selbst oder andere in ernsthafte Schwierigkeiten gebracht oder wurden Sie in eine Klinik eingeliefert?“	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3) „Gab es in Ihrem Leben, unmittelbar bevor diese Gefühle auftraten, besondere Ereignisse, die Ihr Befinden erklären könnten?“	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wenn bei Frage 1)  $\geq 4$  von 6 Fragen „Ja“, bei Frage 2) „Ja“ und bei Frage 3) „Nein“:

**Suizidalität**

Ja Nein

1) „Denken Sie in der letzten Zeit daran, sich das Leben zu nehmen?“

2) „Haben Sie Vorbereitungen getroffen, sich das Leben zu nehmen?“

Wenn eine Frage „Ja“:  (bitte leiten Sie entsprechende ärztliche Hilfe ein)

„Leiden Sie an Hyperthyreose, auch Schilddrüsenüberfunktion genannt?“

Wenn ja:  wird dieses behandelt?  wenn nicht behandelt:

**Wenn nein/unsicher:**

Ja Nein

„Erlebten Sie in der Vergangenheit Hitzegefühle, vermehrtes Schwitzen, Zittern, ausgeprägten Appetit, Gewichtsverlust oder beschleunigten Herzschlag?“

(Bei Verdacht auf Hyperthyreose Laboruntersuchung erbitten)

„Haben Sie eine Abhängigkeitserkrankung?“

Wenn ja:

**Wenn nein/unsicher:**

Ja Nein

1) „Konsumieren Sie häufig Alkohol, Medikamente oder illegale Drogen, um Ihre Stimmung zu beeinflussen?“

Wenn ja:

2) „Hat dies irgendwelche negativen Folgen für Sie?“

3) „Spüren Sie ein starkes Verlangen danach, diese Substanz(en) zu konsumieren?“

4) „Brauchen Sie größere Mengen als früher, um den gleichen Effekt zu erzielen?“

5) „Haben Sie Entzugssymptome, wenn Sie diese Substanz(en) nicht konsumieren?“

Wenn bei Frage 1) „Ja“ und bei den Fragen 2)-5) einmal „Ja“:

„Leiden Sie an einer psychotischen Störung?“

Wenn ja:

**Wenn nein/unsicher:**

Ja Nein

1. „Hat es schon einmal eine Zeit gegeben, in der Sie Ungewöhnliches erlebt haben, zum Beispiel das Hören oder Sehen von Dingen, die andere Menschen nicht bemerkt haben oder das Hören von Stimmen oder Gesprächen, wenn niemand in Ihrer Nähe gewesen ist?“

2. „Hat es schon einmal eine Zeit gegeben, in der Sie das Gefühl hatten, dass etwas Eigenartiges um Sie herum vorging und dass Menschen Dinge taten, um Sie zu testen oder Ihnen zu schaden, sodass Sie das Gefühl hatten, ständig aufpassen zu müssen?“

3. „Hatten Menschen Schwierigkeiten, Sie zu verstehen, weil Ihre Sprache so durcheinander war, oder weil die Art und Weise, in der Sie sprachen, keinen Sinn ergab?“

Wenn eine Frage eindeutig ja -> nach genaueren Umständen fragen und gegebenenfalls

„Leiden Sie an Epilepsie?“

Wenn ja:

**Wenn nein/unsicher:**

Ja Nein

Kommt es häufig vor, dass Sie einnässen oder sich auf die Zunge beißen?

Wenn ja im Sinne des Verdachts auf Epilepsie:

**Schwangerschaft**

Ja Nein

„Sind Sie derzeit schwanger?“

„Leiden Sie an einer Erkrankung, die bislang noch nicht angesprochen wurde?“

Wenn relevantes Ausschlusskriterium (siehe oben):

Liebe Hausärzt\*innen,

wir heißen Sie herzlich willkommen auf unserem GET Sleep-Portal!

Wir freuen uns, dass Sie sich dazu entschlossen haben, an unserem Programm teilzunehmen!

Im nächsten Schritt werden Sie von uns Unterlagen zur Information und zur Weitergabe an die Patient\*innen bekommen. Zudem werden wir Sie über das weitere Vorgehen unseres Programms informieren.

Sollten Sie Fragen haben, können Sie uns jederzeit kontaktieren.



Studie



Diagnose



Therapie



Wissen



Fallbeispiele



Downloads



# Ablauf der GET Sleep Studie

---

## Allgemeine Informationen

Wir haben mit unseren Partner\*innen ein dreistufiges Behandlungsmodell konzipiert. Je nachdem, wie stark die Insomnie der zu behandelnden Person ausgeprägt ist, verbleibt sie in Stufe 1 oder wird von Ihnen in eine höhere Stufe empfohlen und damit weiter zu unserem Online-Programm oder in eine Fachbehandlung überwiesen. Um Ihnen dieses Modell zu veranschaulichen, nehmen Sie bitte das Schaubild des Stufenmodells zur Kenntnis (siehe unten).

---

## Video Ablauf der GET Sleep Studie

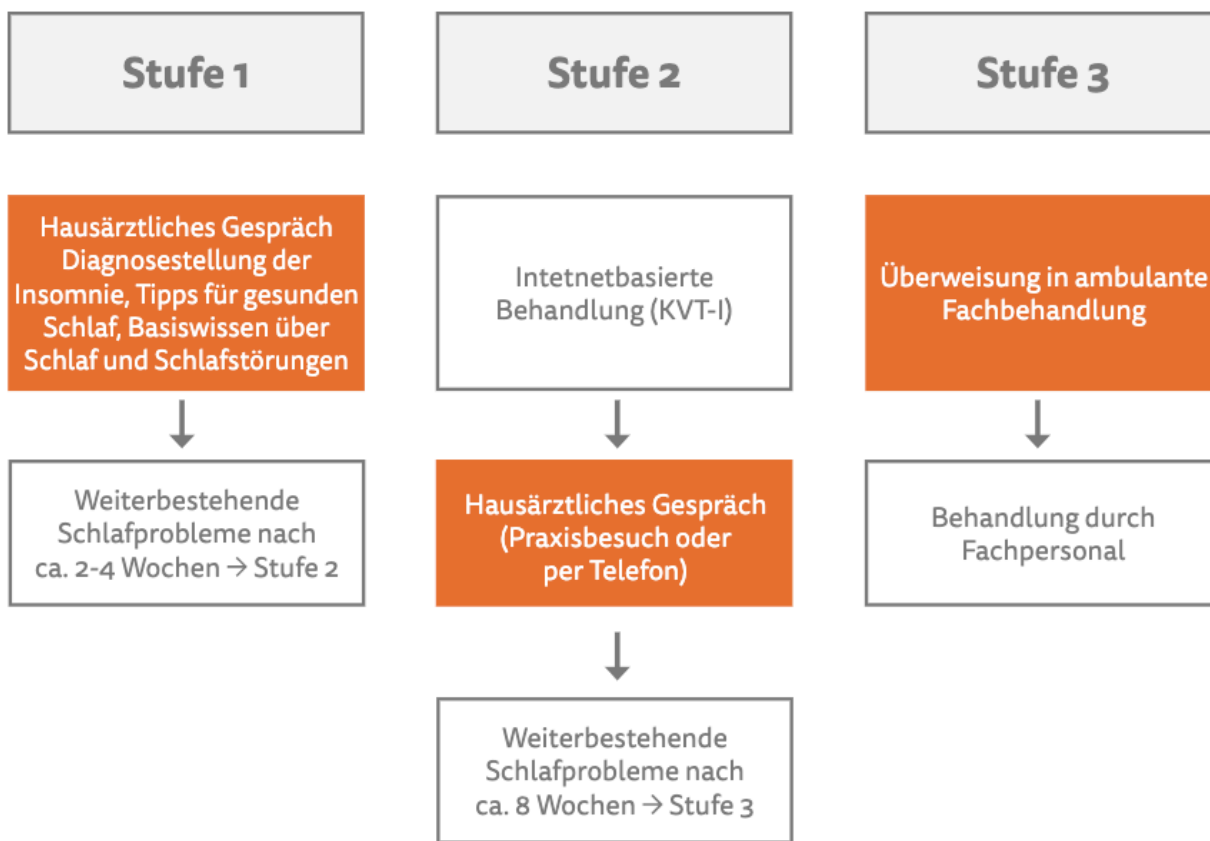
Ablauf der GET Sleep Studie

---

## Ein- und Ausschlusskriterien

Einschlusskriterien	Ausschlusskriterien
	Erkrankungen bzw. Gesundheitszustände, die entweder einen vorrangigen Therapieansatz vor der Insomnie-

Einschlusskriterien	Ausschlusskriterien
	Therapie darstellen, oder die Durchführung des GET Sleep Therapie-Stufenmodells unmöglich machen.
1) Insomnie ohne psychische oder körperliche Komorbidität	1) Unbehandeltes Schlafapnoe-Syndrom
2) Insomnie mit psychischer Komorbidität	2) Unbehandeltes Restless Legs Syndrom
3) Insomnie mit körperlicher Komorbidität	3) Unbehandeltes Syndrom der nächtlichen Periodischen Beinbewegungen
4) Insomnie mit psychischer und körperlicher Komorbidität	4) Unbehandelte Hyperthyreose
	5) Erkrankungen, die durch die KVT-I verschlechtert werden können (z.B. bipolare affektive Störung, ICD-10: F31.x; Epilepsie, ICD-10: G40.x)
	6) Erkrankungen oder Situationen, die die zuverlässige Nutzung der internet-und mobil-basierten Behandlung gefährden (z.B. organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen, ICD-10: F00-F09)
	7) Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen ICD-10: F10-F19
	8) Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen, ICD-10: F20-F29
	9) Akute Suizidalität
	10) Aktuell laufende Psychotherapie für Insomnie



## Diagnose

### Definition

- Störungen des Ein- und/oder Durchschlafens
- Frühmorgendliches Erwachen
- Damit einhergehende Tagesbeeinträchtigungen wie z.B. Konzentrations- und Leistungsstörungen, Müdigkeit, Nervosität etc.
- Bei Studie mit 8000 Befragten litten 70% mindestens 1 mal im Jahr unter Insomnien
- In hausärztlichen Praxen ist Insomnie mit Rang 15 aller Konsultationsgründen ein relativ häufiges Thema

**Schlafstörungen? Insomnie?**

## Diagnostik

1. **Schlafbezogene Anamnese** (somatische, psychiatrische, psychologische, soziale Faktoren), ggf. Befunderhebung mittels Schlaftagebuch und/oder Fragebögen
  2. **Substanzkonsum bzw. Medikamenteneinnahme**
- Bei entsprechender Indikation, körperliche Untersuchung und ggf. weitere Diagnostik (Labor etc.)

V.a. Insomnie oder V.a. andere Schlafstörungen

### Insomnie "Schlaflosigkeit"

Häufigste Schlafstörungsform, Diagnosestellung basiert auf subjektiver Schlafwahrnehmung der Betroffenen  
Ein- oder Durchschlafstörungen inkl. frühmorgentlichen Erwachens vor der gewünschten Aufwachzeit & assoziierter Tagesbeeinträchtigung  
Mind. 3 mal pro Woche für mind. 1 Monat

- Atembezogene Schlafstörungen (Schlafapnoesymptom)
  - Hypersomnie
  - Narcolepsie
  - Zirkadiane Schlaf-Wach-Rhythmus-Störung
  - Restless-Leg-Syndrom
  - Parasomnien
  - Substanz-Medikamenteninduzierte Schlafstörungen
- Überweisung an Spezialisten bei Indikation, z.B. V.a. Schlafapnoesymptom oder Syndrom periodischer Beinbewegungen, Insomnie bei Risikogruppen in Verbindung mit Eigen- oder Fremdgefährdung (Berufskraftfahrer) oder therapieresistente Insomnie etc.

### Insomnie ohne assoziierte Komorbidität

#### Stufentherapie nach GET Sleep Modell

**Therapiestufe 1:** Hausärztlich: Vermittlung von Basiswissen über den Schlaf und Schlafstörungen, Vermittlung von Tipps für gesunden Schlaf.

**Therapiestufe 2:** Internet- und mobilbasierte kognitive Verhaltenstherapie für Insomnie (KVT-I). Bei fehlendem Behandlungserfolg

**Therapiestufe 3:** Psychotherapeutische, psychiatrische oder schlafmedizinische Fachbehandlung

### Insomnie mit assoziierter Komorbidität

Somatisch und/oder psychisch? Inkl. Substanzkonsumierung?

- **Somatisch und/oder psychisch:** Diagnostik und Therapie-Einleitung der Komorbidität
- **Substanzreduzierte Insomnie:** Entzugstherapie?
- **Medikamenteninduzierte Insomnie:** Indikationen überprüfen? Evaluierung des Absetzens bzw. Umstellens auf anderes Präparat bei therapeutischer Vertretbarkeit, etc.

## Konkretes diagnostisches Vorgehen

### 1. Medizinische Anamnese/Diagnostik

- Frühere und jetzige körperliche Erkrankungen
- Medikamente, Alkohol, Nikotin, Drogen
- bei entsprechendem Verdacht Labor, z.B. Schilddrüsenwerte, Blutbild, Gamma-GT, Leberwerte
- bei entsprechendem Verdacht ggf. EEG, EKG, CT/MRT des Schädels nach Klinik

### 2. Psychiatrisch/psychologische Anamnese

- Jetzige und frühere psychische Störungen
- Persönlichkeitsfaktoren
- Arbeits- und partnerschaftliche Situation
- Aktuelle Konflikte

### 3. Schlafanamnese

- Auslösende Faktoren einschließlich Traumata
- Arbeitszeiten/Circadiane Faktoren (Schicht- und Nachtarbeit)
- Aktueller Schlaf

- Vorgeschichte der Schlafstörung
- Schlafstagebuch
- Fremdanamnese (periodische Beinbewegungen/Atempausen)

#### 4. Und ggf. bei Spezialist\*innen (sofern die Störung zuvor nicht befriedigend eingordnet werden konnte)

- Aktometrie bzw. Aktigraphie
- Polygraphie
- Polysomnographie

Indikation für die polysomnographische Diagnostik:

Therapieresistente Insomnie

Nach Ausschöpfung anderer diagnostischer Maßnahmen bei Verdacht auf eine organisch bedingte Insomnie, vor allem im Zusammenhang mit Schlafapnoe-Syndrom oder Syndrom periodischer Beinbewegungen

Insomnie bei Risikogruppen in Verbindung mit Eigen- oder Fremdgefährdung, z.B. bei Berufskraftfahrer\*innen oder Patient\*innen, die mit gefährlichen Maschinen arbeiten

Verdacht auf erhebliche Diskrepanz zwischen subjektiv erlebter Schwere der Insomnie und vorherigem polysomnographischem Befund

#### Zu erfragende Vorerkrankungen

Folgende **körperliche/neurologische Erkrankungen** können Schlafstörungen auslösen. Nach **organischen Erkrankungen**, die Schlafstörungen auslösen können, soll gezielt gefragt werden:

- Chronische Nierenerkrankungen/Magen-Darm-Erkrankungen
- Chronischer Schmerz z.B. bei rheumatischen Erkrankungen
- Endokrinologische Erkrankungen
- Epilepsien
- Extrapyramidalmotorische Erkrankungen
- Herz- und Lungenerkrankungen
- Kopfschmerzen
- Maligne Erkrankungen
- Polyneuropathien
- Schlaganfall
- Multiple Sklerose
- Starker Juckreiz bei Hauterkrankungen

Ebenso ist es extrem wichtig, **nach der Einnahme von Substanzen zu fragen**, die den Schlaf potentiell stören könnten. Dazu zählen legale (oder illegale) Genussmittel, wie etwa Nikotin, Alkohol oder Koffein und auch ärztlich verordnete Medikamente, die potentiell Schlafstörungen auslösen können. Nach **Substanzen**, die den Schlaf stören können, soll gezielt gefragt werden:

- Alkohol und andere Rauschmittel
- Antibiotika (z.B. Gyrasehemmer)
- Antidementiva (z.B. Piracetam)
- Antriebssteigernde Antidepressiva (z.B. SSRIs)
- Blutdruckmittel (z.B. b-Blocker) und Asthma-Medikamente (z.B. Theophyllin, b-Sympathomimetika)

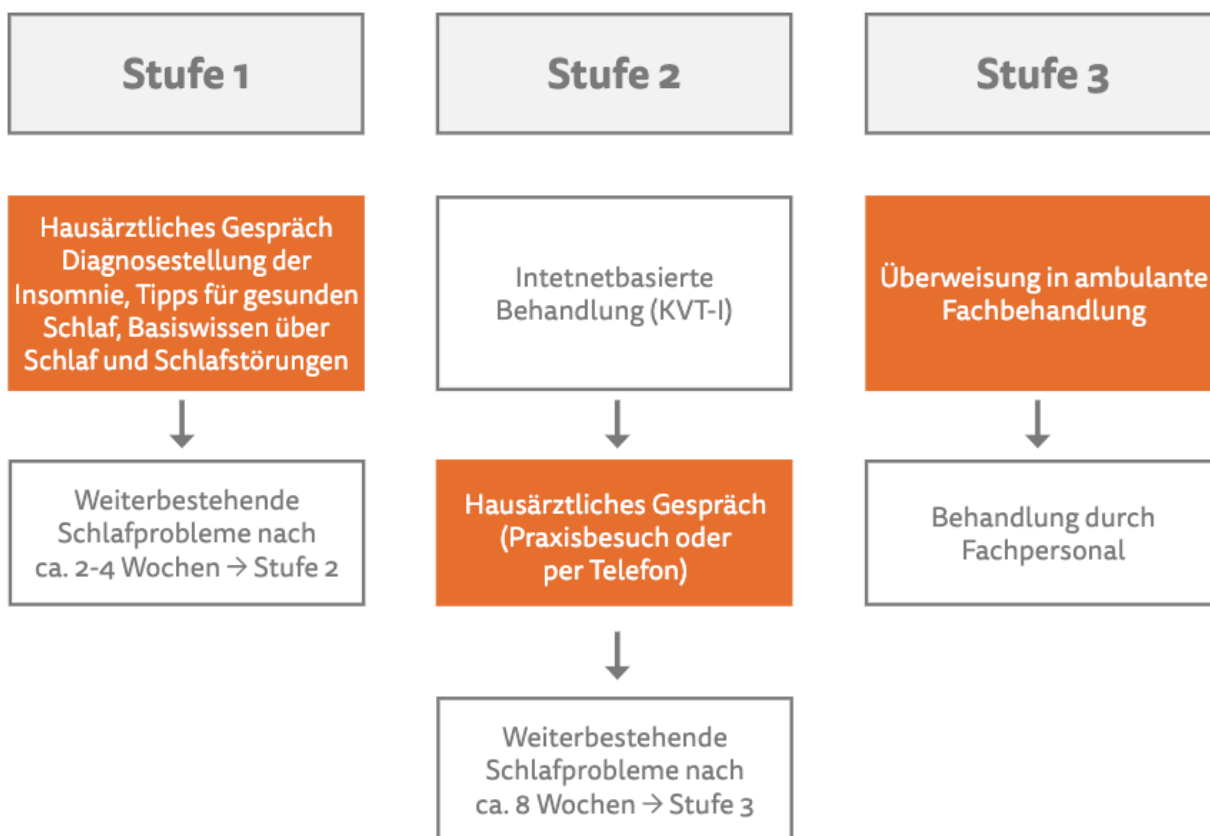
- Diuretika
- Hormonpräparate (z.B. Thyroxin, Steroide)
- Stimulierende Substanzen (Koffein und synthetische Substanzen, z.B. Amphetamine, Ecstasy)

## Therapie

### Leitlinienkonforme Therapie der Insomnie

Die KVT-I ist die leitlinienkonforme Therapieoption der Insomnie. Näheres zum Gesamtkonzept der KVT-I finden Sie unter [Wissen](#). Das GET Sleep-Stufentherapiemodell basiert auf der KVT-I. Die 1. Stufe findet hausärztlich statt. Diese beinhaltet ein Teilkonzept der KVT-I: die Psychoedukation und die Stimuluskontrolle. Bei ausbleibendem Therapieerfolg folgt die Therapie in Stufe 2 mit dem Gesamtkonzept der KVT-I, welche internet- und mobilbasiert angeboten wird. Die internet- und mobilbasierten therapeutischen Interventionen zeigten sich in aktuellen Daten für bestimmte Erkrankungen sehr effektiv. Im Folgenden werden die 3 Stufen des Therapiemodells aufgelistet.

### GET Sleep Therapie-Stufenmodell



### Stufe 1: hausärztlich standardisierte Erstbehandlung

Die hausärztliche Therapiestufe 1 beinhaltet folgende Maßnahmen:

**Vermitteln Sie Ihren Patient\*innen unten stehendes „Basiswissen über den Schlaf und Schlafstörungen:“**

Vereinfacht kann man den Schlafzustand als „**Ruhezustand des Körpers**“ betrachten und Schlaf ist dabei „**das beste Mittel gegen Müdigkeit**“. Der Körper ist auf einen **Schlaf-Wach-Rhythmus** eingestellt, der unter anderem durch die **Helligkeit** und andere Umgebungsfaktoren, aber auch durch **Schwankungen im Hormonstoffwechsel** reguliert wird. Beispielsweise kann **Nacharbeit** zu Konflikten mit dem natürlichen Rhythmus führen. Während des Schlafs durchläuft man **mehrmals hintereinander** in der Nacht **verschiedene Phasen**, die durch **unterschiedliche Schlafmuster** haben, so gibt es zum Beispiel **Kurzschläfer\*innen** und **Langschläfer\*innen**, die trotz unterschiedlicher Länge des nächtlichen Schlafs tagsüber **keine Tagesbeeinträchtigung** oder **Tagesschläfrigkeit** haben. Es gibt viele **Mythen** über den Schlaf, die keine wissenschaftliche Grundlage haben, so z.B. „Schlaf vor Mitternacht ist der gesündeste“ oder „der Mensch braucht immer acht Stunden Schlaf.“ **Schlafstörungen** können durch vielfältige Gründe entstehen, so z.B. **durch ungesunde Gewohnheiten** oder aber auch durch **seelische Belastungen**, die „einem den Schlaf rauben“.

**Vermitteln Sie Ihren Patient\*innen in der Sprechstunde ausführlich und Punkt für Punkt, die „Tipps für einen gesunden Schlaf“.** Klären Sie dabei auch eventuell aufkommende Fragen. Mithilfe der Links können Sie die Informationen auch gerne für Ihre Patient\*innen ausdrucken.

1. **Jeden Morgen** zur gleichen Zeit aufstehen
  2. **Regelmäßige** körperliche Aktivität
  3. **Keine** koffeinhaltigen Getränke (Kaffee, Schwarztee, Cola, etc.) nach dem Mittagessen mehr trinken
  4. **Auf** Appetitzügler verzichten
  5. **Keine** schweren Mahlzeiten am Abend mehr zu sich nehmen
  6. Alkohol weitgehend Vermeiden und keinesfalls zum Einschlafen Einsetzen
  7. **Tagsüber** nicht schlafen, d.h. auch kein „Nickerchen“ machen
  8. **Für eine** angenehme Atmosphäre im Schlafzimmer sorgen z.B. ruhig, verdunkelt
  9. **Einführung eines** persönlichen individuellen Einschlafrituals
  10. Das Bett ausschließlich zum Schlafen nutzen , z.B. nicht zum Lesen, im Internet surfen, Fernsehen (sexuelle Aktivitäten ausgenommen)
  11. Allmählich Verringerung geistiger und körperlicher Anstrengung vor dem Zubettgehen
  12. **Am Abend erst zu Bett gehen**, wenn Sie sich schläfrig fühlen
  13. **In der Nacht** nicht auf den Wecker oder die Armbanduhr schauen/
- **Hier finden Sie ein Erläuterungs-Video von Prof. Dr. Dieter Riemann über 6 Regeln für gesunden Schlaf, die Schlafhygiene Regeln, die oben ebenso aufgelistet sind (Chronologisch Regel 6, 13, 3, 2, 10 und 7):**

---

## Stufe 2: Internet und mobilbasiertes Schlaf-Training

Erleben Ihre Patienten nach **2-4 Wochen** keine Besserung ihrer Beschwerden, erhalten sie in der 2. Stufe Zugang zu einer längerfristigen wissenschaftlichen Internet- und mobilbasierten Behandlung über **8 Wochen**.

Bei dieser Therapie wird ihnen eine **therapeutische Begleitung** zur Seite gestellt und sie erlernen Techniken und Strategien zum Umgang mit ihrer Schlafstörung.

---

## Stufe 3: Fachbehandlung

- **Psychotherapeutisch**
- **Psychiatrisch**
- **Schlafmedizinisch**

Bleibt der erwünschte Effekt der Online-Behandlung aus, erfolgt in der 3. Stufe eine Überweisung in eine ambulante Fachbehandlung. Dort werden die Patienten von Fachärzt\*innen betreut, die auf die Behandlung von Schlafbeschwerden spezialisiert sind.

Abhängig von den auftretenden Beschwerden beinhaltet die Therapie eine psychotherapeutische, psychiatrische oder schlafmedizinische Behandlung.

---



# Hintergrundwissen über Insomnie und Schlafstörungen

## Definition der Insomnie

Insomnie bedeutet im eigentlichen Wortsinn eine komplette Schlaflosigkeit. Im klinischen Sprachgebrauch werden damit jedoch Ein- oder Durchschlafstörungen oder schlechte Schlafqualität und eine damit assoziierte Beeinträchtigung der Leistungsfähigkeit oder Tagesbefindlichkeit bezeichnet. Die Diagnosestellung der Insomnie basiert auf der subjektiven Schlafwahrnehmung der betroffenen Personen. In allgemeinärztlichen Praxen leiden 10- bis 20% der Personen an bedeutsamen insomnischen Symptomen. Frauen sind häufiger betroffen als Männer. Die Insomnie kann sowohl als eigenständige Erkrankung, als auch häufig in Komorbidität mit einem anderen medizinischen Krankheitsfaktor oder einer psychischen Störung auftreten.

## Diagnosekriterien der „nicht-organischen“ Insomnie nach ICD- 10 (F 51.0)

- Es liegen Einschlafstörungen , Durchschlafstörungen oder frühmorgendliches Erwachen vor.
- Die unbefriedigende Schlafdauer oder -qualität verursacht entweder einen deutlichen Leidensdruck oder wirkt sich störend auf Alltagsaktivitäten aus.
- Die Schlafstörungen treten wenigstens dreimal pro Woche über einen Zeitraum von einem Monat auf.
- Die Betroffenen denken vor allem nachts viel an ihre Schlafstörung und machen sich während des Tages übertriebene Sorgen über deren negative Konsequenzen.

## Ätiologie und Pathophysiologie der „nicht-organischen“ Insomnie

Das sogenannte 3-P-Modell

- **prädisponierende**
- **auslösende**
- **aufrechterhaltende Faktoren**

gibt 3 Faktoren für die Insomnie an. Diese sind:

**Prädisponierende Faktoren** können genetische Einflüsse und Persönlichkeitscharakteristika, wie z.B. Neurotizismus oder maladaptiver Perfektionismus sein. Außerdem ist vorstellbar, dass eine Vulnerabilität z.B. des Stresssystems, dazu führt, dass es bei Menschen mit einer entsprechenden Prädisposition nach Ablauf eines belastenden Ereignisses nicht zu einer Herabregulation des Stresssystems kommt. Dieses bleibt dann permanent überaktiviert, was als chronisches Hyperarousal bezeichnet wird.

**Auslösende Faktoren** können kurz- oder lange andauernde Stressoren im Alltag wie bspw. psychologische, psychosoziale, physikalische oder medizinische Belastungssituation sein. Beispielsweise können akute Insomnien durch solche Stressoren ausgelöst werden. Allerdings handelt es sich bei der akuten Insomnie um ein transientes und sehr häufig auftretendes Phänomen, welches sich bei den meisten Menschen nach Wegfall des Stressors wieder zurückbildet. Für die Entwicklung einer chronischen Insomnie kommen meist *aufrechterhaltende Faktoren* oder weitere Stressoren hinzu.

**Aufrechterhaltende Faktoren** können nach Auftreten der Insomnie zu einem episodisch rezidivierenden oder chronischen Verlauf führen. Möglicherweise spielen hierbei konditionierende Faktoren und ein Hyperarousal Leit eine Rolle. Hiervon wird wie folgt in der Literatur berichtet:

- Entwicklung von schlafbezogenem maladaptivem Verhalten als Coping-Strategien während der Insomnie, wie z.B. eine ausgeprägte lange Bettzeit, stark schwankende Bettzeiten, und „Tagesnickerchen“, die über

eine Reduktion des Schlafdrucks jedoch zu einer Aufrechterhaltung der Insomnie führt.

- Eine Beschäftigung mit dem Schlaf und den Schwierigkeiten am Tag aufgrund der Unfähigkeit zu schlafen kann zu einer ausweglos scheinenden Lage führen.

1. Je mehr Anstrengungen die Person unternimmt um einzuschlafen und je ausgeprägter die Fokussierung auf den Schlaf sowie auf ein Erzwingen-Wollen des Schlafes ist, desto mehr Frustration entsteht. Dies kann die normalen Einschlafmechanismen stören und zur Entwicklung einer Insomnie beitragen.

2. Chronische Insomnien können im Krankheitsverlauf inadäquate Schlafgewohnheiten oder schlafstörende Kognitionen (z.B. Angst vor Schlaflosigkeit, Befürchtung von Tagesbefindlichkeitsstörungen, häufiges nächtliches Auf-die-Uhr-Schauen) verursachen.

3. Die erwähnten Fehlverhalten in einer Umgebung, in der die Person mehrfach schlaflose Nächte verbracht hat, kann das konditionierte Verhalten weiter verschlechtern und die Schlafschwierigkeiten aufrechterhalten. Einige Insomnie-Betroffene berichten über eine relative Verbesserung des Schlafes, wenn sie ihre Schlafumgebung wechseln.

---

## Insomnie in Komorbidität mit anderen Erkrankungen

Insomnie tritt häufig in Komorbidität mit anderen Erkrankungen auf. Das Risikoverhältnis erscheint bidirektional: Eine Insomnie erhöht das Risiko eines medizinischen Krankheitsfaktors und umgekehrt erhöhen gesundheitliche Probleme das Risiko einer Insomnie.

### **Insomnie mit einer nicht-schlafbezogenen psychischen Störung, einschließlich einer Substanzkonsumierung:**

- Einerseits können psychische Störungen wie affektive Störungen, Angststörungen, Borderline-Störungen, Essstörungen, Schizophrenie und Demenzen zu einer erheblichen Beeinträchtigung der Schlafqualität, das heißt zu insomnischen Symptomen wie Ein- und Durchschlafstörungen, führen. Andererseits können sich im Verlauf einer Insomnie ängstliche und/oder depressive Symptome entwickeln, ohne, dass die Kriterien dieser Erkrankungen erfüllt sind. Allerdings wurde wissenschaftlich signifikant beobachtet, dass chronische Insomnien das Risiko an Depressionen zu erkranken erhöhen und dass die Insomnie als ein häufiges therapierelevantes Residualsymptom der Depression nach erfolgreicher Therapie verbleiben kann.
- Insomnie kann ätiologisch auf Substanzkonsum zurückzuführen sein. Zu unterscheiden ist, ob die Insomnie aufgrund aktueller Einnahme (Medikamente) bzw. aktuellen Konsums (Alkohol/andere Rauschmittel) bedingt ist, oder ob sie im Rahmen eines Entzugs auftritt.

### **Tabelle 1 zeigt eine Übersicht der Substanzen, die eine Insomnie auslösen können:**

Substanzen, deren Einnahme zu einer Insomnie führen kann
<u>Substanzen</u>
Alkohol, Koffein, Nikotin, andere Rauschmittel wie Cannabis und auch synthetische stimulierende Substanzen z.B. Amphetamine, Ecstasy sowie weitere harte Drogen wie Kokain, etc.
<u>Medikamente</u>
β-Blocker und β-Sympathomimetika (adrenerge Agonisten oder Antagonisten)
Glukokortikoidtherapie

Substanzen, deren Einnahme zu einer Insomnie führen kann
<u>Erhöhte Schilddrüsenhormone</u>
Antriebssteigernde Antidepressiva z.B. SSRI, SNRI
Diuretika (wegen Nykturie)
Antibiotika (z.B. Gyrasehemmer)
Antidementiva (z.B. Piracetam)

### Insomnie mit einem anderen medizinischen Krankheitsfaktor:

Der natürliche Schlaf ist ein physiologischer Ruhezustand des Körpers. Dieser physiologische Ruhezustand kann durch somatische Erkrankungen als Stressoren negativ beeinflusst werden und somit zur Entstehung bzw. Aufrechterhaltung von Schlafstörungen (insbesondere Insomnie) führen. Tabelle II zeigt eine Übersicht von „ausgewählten“ organischen Erkrankungen, die zu Schlafstörungen führen können. Die Therapie richtet sich primär nach der somatischen Störung entsprechend der zugehörigen Therapieempfehlungen. Bei erfolgreicher kurativer oder symptomlindernder Therapie können sich die Insomnie bzw. die insomnischen Symptomen zurückbilden. Sekundär ist bei Persistieren der Schlafstörung trotz adäquater Behandlung der organischen Störung die spezifische leitlinienkonforme Therapie der Insomnie indiziert.

**Tabelle II: Organische Erkrankungen, die zu Schlafstörungen führen können**

Erkrankung	Symptome
Symptomatisch ohne spezifische Organzugehörigkeit	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Schmerzen (z.B. Kopfschmerzen, oder Gelenkschmerzen im Rahmen rheumatischer oder orthopädischer Erkrankungen, etc.)</li> <li>○ Tinnitus/Schwindel/ Übelkeit/Erbrechen/Atemnot/Husten/Durchfall/Unwohlsein/Fieber/Nykturie</li> <li>○ Starker Juckreiz</li> <li>○ Sonstige</li> </ul>
Maligne und autoimmunentzündliche Erkrankungen	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Maligne bzw. onkologische und autoimmunentzündliche Erkrankungen stellen eine der größten somatischen, psychischen und sozialen Stresssituationen der Betroffenen dar</li> <li>○ Rund zwei Drittel aller Krebspatient*innen leiden unter krankheitsbedingten Schlafstörungen bzw. Insomnien</li> </ul>
Traumatologisch	<p>z.B.:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Z.n. Schädelhirntrauma</li> </ul>

Erkrankung	Symptome
Endokrinologisch	<p>z.B.:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Hyperthyreose (bei Hypothyreose eher höheres Schlafbedürfnis)</li> <li>○ Diabetes/metabolisches Syndrom</li> </ul>
Neurologisch	<p>z.B.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ <u>Restless-Legs-Syndrom</u></li> <li>○ <u>Periodische Beinbewegungen im Schlaf</u></li> <li>○ <u>Extrapyramidalmotorische</u> Erkrankungen</li> <li>○ <u>Epilepsien</u></li> <li>○ <u>Polyneuropathien</u></li> <li>○ Multiple Sklerose</li> <li>○ Schlaganfall</li> <li>○ Sonstige</li> </ul>
Kardiologisch	<p>z.B.:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Symptomatische koronare Herzkrankheit (KHK)</li> <li>○ Symptomatische Herzinsuffizienz</li> <li>○ Herzrhythmusstörungen</li> <li>○ Symptomatische Klappenvitien</li> <li>○ Nächtliche kardiale Ischämie</li> <li>○ Sonstige</li> </ul>
Pneumologisch	<p>z.B.:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Atmungsbezogene Schlafstörung (Schlaf-Apnoe-Syndrom) <i>siehe Schlafstörungstabelle</i></li> <li>○ Chronisch obstruktive Lungenerkrankung</li> <li>○ <u>Schlafbezogenes Asthma</u></li> <li>○ Sonstige</li> </ul>
Gastroenterologisch	<p>z.B.:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Schlafbezogener gastroösophagealer Reflux</li> <li>○ Chronische Gastritis/ Peptisches Ulcus</li> <li>○ Chronisch entzündliche Darmerkrankungen</li> <li>○ Nahrungsmittelallergie</li> <li>○ Nahrungsmittel-Unverträglichkeiten</li> <li>○ Malassimilation</li> </ul>

Erkrankung	Symptome
	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Sonstige</li> </ul>
Nephrologisch	z.B.: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ <u>Niereninsuffizienz</u></li> <li>○ Sonstige</li> </ul>
Urologisch/Gynäkologisch	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Z.B.: Chronische Harnblasenentleerungsstörungen</li> <li>○ Prostatahyperplasie</li> <li>○ Chronische Blasenentzündungen</li> <li>○ Klimakterium</li> <li>○ Sonstige</li> </ul>

### Insomnie mit einer anderen Schlafstörung:

Insomnie kann in Komorbidität mit einer anderen Schlafstörung auftreten. In Tabelle III werden die Schlafstörungen mit Fokussierung auf deren mögliche klinische Erscheinung in der allgemeinmedizinischen Praxis aufgelistet. Diese sind:

- Insomnie
- Atmungsbezogene Schlafstörung (Schlaf-Apnoe-Syndrom)
- Hypersomnie und Narkolepsie
- Zirkadiane Schlaf-Wach-Rhythmus-Störungen
- Restless-Legs-Syndrom
- Substanz-/Medikamenteninduzierte Schlafstörung
- Parasomnien

Es werden keine ätiologisch, spezifisch diagnostischen oder therapeutischen Aspekte sowie keine Komorbiditäten in der Tabelle behandelt. Eine allgemeinmedizinische Anamnese-Erhebung und körperliche Untersuchung setzt die zielgerichtete Nutzung dieser Tabelle voraus. Alle Schlafstörungsformen führen in unterschiedlichem Maße in klinisch bedeutsamer Weise zu Leiden oder Beeinträchtigungen in sozialen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen.

### Tabelle III: Übersicht der Schlafstörungen

Definition	klinische Hinweise	Diagnostik
<p><b>Insomnie</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ „Schlaflosigkeit“, häufigste Schlafstörungsform</li> <li>○ Ein- oder Durchschlafstörung oder frühmorgendliches Erwachen mit der Unfähigkeit, bis zur gewünschten Aufstehzeit erneut einzuschlafen</li> <li>○ Störung der Leistungsfähigkeit oder Tagesbefindlichkeit</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Subjektive Schlafwahrnehmung der Betroffenen von nicht-erholsamem Schlaf</li> <li>○ Erschöpfung (Fatigue) und verminderte Energie</li> <li>○ Beeinträchtigung der kognitiven Leistungsfähigkeit wie Aufmerksamkeits-, Konzentrations- und</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ <b>Klinische Diagnosestellung</b></li> </ul>

Definition	klinische Hinweise	Diagnostik
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Mindestens 3 Tage pro Woche für mindestens 1 Monat</li> </ul> <p>Die Insomnie kann in situativer bzw. akuter Form in Stresssituationen auftreten, diese Form ist kurzfristig und in vielen Fällen rückläufig. Allerdings ist der Übergang in eine chronische Insomnie häufig.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Gedächtnisschwierigkeiten sogar bei einfachen manuellen Aufgaben</li> <li>○ Stimmungsstörung typischerweise als Irritabilität oder Stimmungslabilität sowie als depressive oder ängstliche Symptome</li> </ul>	
<p><b>Atmungsbezogene Schlafstörung (Schlaf-Apnoe-Syndrom)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Periodische Atmungsstillstände oder Verminderung des Atemflusses (Apnoe/Hypopnoe) beim Schlafen</li> <li>○ Wird in drei Formen klassifiziert: <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Obstruktives Schlafapnoe-Syndrom (Kollaps der Schlundmuskulatur, Abk.: OSAS, häufigste Form, 90%)</li> <li>2. Zentrales Schlafapnoe-Syndrom (mangelnde Stimulation des zentralen Atemzentrums, keine Obstruktion, &lt;10%)</li> <li>3. Adipositas-Hypoventilationssyndrom (Abk.: OHS, Sonderform)</li> </ol> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Vermehrte Tagesschläfrigkeit</li> <li>○ Lautes unregelmäßiges Schnarchen</li> <li>○ Beobachtung nächtlicher Atempausen und unruhigen Schlafs durch den*die Bettpartner*in</li> <li>○ Morgendliche Abgeschlagenheit</li> <li>○ Diffuse, dumpfe Kopfschmerzen</li> <li>○ Mundtrockenheit</li> <li>○ Leistungsknick</li> <li>○ Etc.</li> </ul> <p>Erhöhtes Risiko für langfristige Folgeerkrankungen: arterielle Hypertonie (sekundär), Herz-Rhythmus-Störung, Herzinfarkt, Herzinsuffizienz und Schlaganfall, etc.</p>	<p>Bei Verdacht auf atembezogene Schlafstörung sollte eine fachspezifische Abklärung initial zur Durchführung einer Screening-Untersuchung (Pneumologie/b.B. HNO) durchgeführt werden. Bei Indikation sollte die weitere Diagnostik in einem schlafmedizinischen Zentrum eingeleitet werden.</p>
<p><b>Hypersomnie und Narkolepsie</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Übermäßige bis unwiderstehliche Schläfrigkeit</li> <li>○ Während der letzten 3 Monate, mindestens 3 mal pro Woche</li> </ul> <p>Hypersomnie Selbst berichtete übermäßige Schläfrigkeit trotz einer Hauptschlafphase von mindestens 7 Stunden mit weiteren spezifischen Kriterien</p> <p><b>Narkolepsie</b> Wiederkehrende Perioden eines unwiderstehlichen Bedürfnisses zu schlafen, plötzliches Einschlafen (einschließlich Sekundenschlaf) oder</p>	<p><b>Hypersomnie</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ <u>Übermäßiger Schlaf,</u></li> <li>○ <u>Schlaftrunkenheit</u></li> <li>○ <u>Verschlechterte Qualität des Wachseins,</u></li> <li>○ Übermäßige Schläfrigkeit durch etliche unbeabsichtigte Tages-„Nickerchen“, diese können relativ lang (oftmals 1 Stunde oder länger) sein und werden als nicht erholsam erlebt</li> </ul> <p><b>Narkolepsie</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Unwiderstehliche Tagesschläfrigkeit</li> </ul>	<p>Bei Verdacht auf Hypersomnie oder Narkolepsie sollte eine schlafmedizinische Abklärung eingeleitet werden.</p>

Definition	klinische Hinweise	Diagnostik
<p>„Nickerchen“ innerhalb eines Tages mit oder ohne <u>Kataplexie-Episoden</u></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Plötzliches Einschlafen, mit/ohne <u>Kataplexie</u></li> <li>○ Schlaf lähmungen, <u>hypnagoge</u> / <u>hypnopompe</u> Halluzination, automatisches Handeln</li> </ul>	
<p><b>Zirkadiane Schlaf-Wach-Rhythmus-Störungen</b>  Andauernde oder wiederkehrende Schlafstörung, bei der es die Betroffenen nicht schaffen, einen regelmäßigen Tag-Nacht-Rhythmus einzuhalten. Dies führt zu übermäßiger Tagesschläfrigkeit oder Schlaflosigkeit oder zu beidem. Es werden mehrere Subtypen wie Schichtarbeit-Typ, verzögerte Schlafphase-Typ, vorverlagerte Schlafphase-Typ, irregulärer-Typ, nicht-24-Stunden-Schlaf-Wach-Syndrom, etc. beschrieben.</p>	<p>Übermäßige Tagesschläfrigkeit bzw. am Arbeitsplatz oder Schlaflosigkeit oder beides, Vorgeschichte mit Angaben über dauernde oder häufig wiederkehrende Schlaf-Wach-Zeiten, die einige Stunden früher oder später als die gewünschten oder üblichen Zeiten liegen, oder über kaum erkennbaren zirkadianen Schlaf-Wach-Rhythmus bzw. keine zur üblichen Zeit bestehende Hauptschlafphase (irregulärer Typ), individuelle Arbeitszeiten außerhalb des normalen 8:00- bis 18:00-Zeitfensters als Regelarbeitszeit (Schichtarbeit-Typ)</p>	<p>Anamnese und Schlaftagebuch zum größten Teil hinweisend, schlafmedizinische Diagnostik</p>
<p><b>Restless-Legs-Syndrom</b>  RLS ist eine sensomotorische neurologische Erkrankung, die zu Schlafstörungen führen kann. Sie wird durch einen Bewegungsdrang der Beine gekennzeichnet. Ca. 10% der über 65-Jährigen sind davon betroffen.</p>	<p>Bewegungsdrang der Beine, begleitet teilweise mit einem unbehaglichen oder unangenehmen Gefühl in den Beinen, am Abend oder in der Nacht schlimmer als am Tag, Verstärkung in Ruhe und Linderung durch Bewegung</p>	<p>(Fremd-) Anamnese, neurologisch bzw. bei Indikation schlafmedizinisch</p>
<p><b>Substanz-/Medikamenteninduzierte Schlafstörung</b>  Auffallende und schwere Störung des Schlafs, welche durch <u>Substanz-/Medikamentenwirkung</u> verursacht wird und die nicht durch nicht Substanz-/medikamenteninduzierte Schlafstörungen erklärt werden kann.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Klinische Manifestierung/Erscheinung der Schlafstörung in verschiedenen Schlafstörungsformen Insomnie-Typ</li> <li>○ <u>Hypersomnie-Typ</u></li> <li>○ <u>Parasomnie-Typ</u></li> <li>○ <u>Mischtyp</u></li> </ul> <p>Entwicklung der Schlafstörung während oder kurz nach einer Substanzintoxikation, einem</p>	<p>Anamnese, körperliche Untersuchung oder Laboruntersuchungen, fachspezifisch oder ggf. bei Indikation schlafmedizinisch.</p>

Definition	klinische Hinweise	Diagnostik
	Substanzentzug oder nach Einnahme eines Medikamentes	
<p><b>Parasomnien</b></p> <p>Parasomnien sind spezifisch umschriebene Störungen, die mit dem Schlafen einhergehen und den Schlafprozess unterbrechen können. Die Parasomnien werden in verschiedenen Störungen unterteilt:</p> <p>Schlafwandel Schlafterror (Pavor nocturnus) Alptraum-Störung REM-Schlaf-Verhaltensstörung</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Die meisten Parasomnie-Betroffene sind Kinder.</li> <li>○ Wiederkehrende Episoden des Aufstehens aus dem Bett und des Herumlaufens.</li> <li>○ Episoden von abrupten Weckreaktionen aus dem Schlaf, die meist mit einem Schrei beginnen.</li> <li>○ Wiederholtes Auftreten von Träumen, die mit einem bedrückenden Gefühl der Angst und der Bedrohung verbunden sind.</li> <li>○ Wiederholte Episoden von Übererregungen im Schlaf</li> </ul> <p>Ect.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ (Fremd-) Anamnese durch die Eltern oder Partner*innen mit Beschreibung des beobachteten Verhaltens</li> <li>○ Dauer und zeitliche Zuordnung der Schlafperiode</li> <li>○ Kinderärztliche oder allgemeinmedizinische Basis-Diagnostik, ggf. neurologische und/oder schlafmedizinische Diagnostik</li> </ul> <p><b>Cave:</b> Erhöhtes Risiko unter Sedativa-Einnahme für das Auftreten von Schlafwandeln insbesondere bei geriatrischen Patienten</p>

## Klassifikation der Schlafstörungen/Insomnie und Kodierung

Nach dem internationalen Klassifikationssystem der Erkrankungen ICD 10 <https://www.icd-code.de/> werden die Schlafstörungen grob unter den Haupt-Codes

**F51**,-„Nichtorganische Schlafstörungen“

**G47**,-„sonstige Schlafstörungen“

siehe Tabelle IV kodiert.

Die Bezeichnung organische oder nicht organische Schlafstörung bzw. Insomnie zeigte sich in der Praxis nicht immer gut differenzierbar. Da die „ätiologischen“ Zusammenhänge zwischen z.B. der Insomnie und anderen organischen oder psychischen Erkrankungen oft nicht scharf abtrennbar bzw. bidirektional ist. Die DSM-V-Klassifikation unterteilt Insomnie in Insomnie ohne zusammenhängende Komorbidität und Insomnie in Assoziation mit einer nichtschlafbezogenen psychischen Störung, und/oder einem anderen medizinischen Krankheitsfaktor, und/oder einer anderen Schlafstörung.

Die spezielle Klassifikation der Schlafstörungen heißt International Classification of Sleep Disorders „ICSD“ mit über 80 Formen der Schlafstörungen. Sie wurde von der American Academy of Sleep Medicine, dritte Auflage im Jahr 2014, herausgegeben und ist für Schlafmediziner\*innen bzw. -experten\*innen gedacht.

Tabelle IV : ICD 10 Klassifikation der Schlafstörungen



F51,- (Nichtorganische Schlafstörungen) Hier werden alle Schlafstörungen ohne ursächliche organische Komorbidität kodiert	G47,0 (sonstige Schlafstörungen) Hier werden die Schlafstörungen mit ursächlicher organischer Komorbidität kodiert
F51.0 Nichtorganische Insomnie	G47.0 Ein- und Durchschlafstörungen
F51.1 Nichtorganische Hypersomnie	G47.1 Krankhaft gesteigertes Schlafbedürfnis
F51.2 Nichtorganische Störung des Schlaf-Wach-Rhythmus	G47.2 Störungen des Schlaf-Wach-Rhythmus
F51.3 Schlafwandeln [Somnambulismus]	G47.3(0-2) Schlafapnoe
F51.4 Schlafwandeln	G47.38, 39 Sonstige Schlafapnoe, nicht näher bezeichnet
F51.5 Albträume [Angsträume]	G47.4 Narkolepsie und Kataplexie
F51.8 Sonstige nichtorganische Schlafstörungen	G47.8 Sonstige Schlafstörungen
F51.9 Nichtorganische Schlafstörung, nicht näher bezeichnet	G47.9 Schlafstörung, nicht näher bezeichnet

## Leitlinienkonforme Diagnostik der Insomnie

### Anamnese:

Häufig führen Schlafprobleme der Betroffenen zu hausärztlichen Konsultationen. Viele Patient\*innen mit Insomnie werden nicht entsprechend diagnostiziert. Insomnie-Betroffene, die sich ärztlich vorstellen, können in zwei Gruppen eingeteilt werden: Die eine Gruppe berichtet über die im Vordergrund stehenden Beschwerden der Insomnie mit klarem Hinweis auf die Schlafstörung. Die andere Gruppe beklagt andere Beschwerden, die indirekt mit einer Insomnie verbunden sein können. Nun ist eine zielgerichtete Schlaf-, Fremd-, und Allgemeinanamnese in vielen Fällen sehr wegweisend und kann zur Identifizierung möglicher Störungen des wichtigen physiologischen Ruheprozesses führen. Generell lässt sich diese Anamnese nach dem Biopsychosozialen Modell richten.

Die Diagnosestellung der Insomnie basiert auf der subjektiven Schlafwahrnehmung der betroffenen Personen. Art, Umfang und Fokus der Anamnese richten sich nach individuellen Beschwerden und daraus entstandenen Verdachts-, bzw. Arbeitsdiagnosen.

### Schlafanamnese:

Vorgeschichte der Schlafstörung, die aktuelle oder sonstige, auslösende Faktoren (einschließlich Traumata, falls vorhanden) aktueller Schlaf, subjektive Schlafqualität der letzten 4 Wochen, Einschlaf- oder Durchschlafstörung in den letzten 4 Wochen, frühmorgendliches Erwachen vor der gewünschten Aufwachzeit, Diagnosekriterien der Insomnie, Störung des Schlaf-Wach-Rhythmus, Umweltfaktoren,

aktuelle und frühere Therapien/Hypnotika-Einnahme, ggf. Einsatz von Schlafragebögen und Schlaftagebüchern

○ **Anamnese:**

Häufig führen Schlafprobleme der Betroffenen zu hausärztlichen Konsultationen. Viele Patient\*innen mit Insomnie werden nicht entsprechend diagnostiziert. Insomnie-Betroffene, die sich ärztlich vorstellen, können in zwei Gruppen eingeteilt werden: Die eine Gruppe berichtet über die im Vordergrund stehenden Beschwerden der Insomnie mit klarem Hinweis auf die Schlafstörung. Die andere Gruppe beklagt andere Beschwerden, die indirekt mit einer Insomnie verbunden sein können. Nun ist eine zielgerichtete Schlaf-, Fremd-, und Allgemeinanamnese in vielen Fällen sehr wegweisend und kann zur Identifizierung möglicher Störungen des wichtigen physiologischen Ruheprozesses führen. Generell lässt sich diese Anamnese nach dem Biopsychosozialen Modell richten.

Die Diagnosestellung der Insomnie basiert auf der subjektiven Schlafwahrnehmung der betroffenen Personen. Art, Umfang und Fokus der Anamnese richten sich nach individuellen Beschwerden und daraus entstandenen Verdachts-, bzw. Arbeitsdiagnosen.



**Schlafanamnese:**

Vorgeschichte der Schlafstörung, die aktuelle oder sonstige, auslösende Faktoren (einschließlich Traumata, falls vorhanden) aktueller Schlaf, subjektive Schlafqualität der letzten 4 Wochen, Einschlaf- oder Durchschlafstörung in den letzten 4 Wochen, frühmorgendliches Erwachen vor der gewünschten Aufwachzeit, Diagnosekriterien der Insomnie, Störung des Schlaf-Wach-Rhythmus, Umweltfaktoren, aktuelle und frühere Therapien/Hypnotika-Einnahme, ggf. Einsatz von Schlafragebögen und Schlaftagebüchern

Verfahren	Zielsetzung	Kurzbeschreibung
Pittsburgher Schlafqualitätsindex (PSQI)	Erfassung der subjektiven Schlafqualität sowie von Schlafstörungen inkl. Fremdanamnese	Fragebogen zur Selbsteinschätzung, Dauer 5-10 Min.; Gesamt-Score 0 bis 21
Schlaffragebogen A (SF-A)	Spezifische Erfassung des Schlafes der vorhergehenden Nacht und der Befindlichkeit des Vortages	Schlaffragebogen mit 22 Fragen; Dauer circa 3-5 Min.; Wertebereich 1 bis 5; 5 Subskalen
Abend und Morgenprotokolle Schlaftagebuch	Schlafstagebuch zur Diagnostik und Therapieverlaufsmessung	Schlafstagebuch, das mit geringem Zeitaufwand für längere Zeiträume genutzt werden kann
ISI (Insomnia Severity Index)	Erfassung des Schweregrades insomnischer Störungen	Fragebogen mit 7 Items; Dauer 3-5 Min.; Wertebereich 0 bis 28.

**Fremdanamnese:**

Lautes Schnarchen, Atemaussetzer/Atempausen, periodische Beinbewegung, auffälliges Verhalten im Schlaf, andere beobachtete Ungewöhnlichkeiten

**Somatische Anamnese:**

**Orientierend z.B.:**

- **Vor oder während des Schlafens:** Schmerzen, Husten, Schnarchen, Beschwerden beim Atmen, zu kalt oder zu warm, schlechte Träume, andere Beschwerden
- **Allgemeine somatische Anamnese:** somatische Vorerkrankungen, Medikamenteneinnahme, Substanzkonsum, Erschöpfung, verminderte Energie, Allgemein- und Ernährungszustand, Appetitveränderung, pathologische Gewichtsveränderungen, Nachtschweiß, Fieberschübe, Kopfschmerzen, Wahrnehmungsstörungen, Motorik- Sensibilität-Störung, Gang- oder Standstörung, Gleichgewichtsstörung, Schwindel, Atemwegsbeschwerden, Dyspnoe, Husten, thorakale Schmerzen, Herzrasen, abdominale Schmerzen, Übelkeit, Erbrechen, Diarrhoe, Gelenk- und Rückenschmerzen, Harnwegsbeschwerden, Nykturie, Beinödeme, andere Beschwerden
- **Psychische /psychiatrische Anamnese:** Tagesbefindlichkeitsstörung, nächtliches Grübeln, nächtliche Unruhe, kognitive Störung der Leistungsfähigkeit wie Aufmerksamkeits-, Konzentrations- und Gedächtnisschwierigkeiten (sogar bei einfachen Aufgaben), Stimmungsstörung (typischerweise als Stimmungslabilität sowie als depressive oder ängstliche Symptome erkennbar), Persönlichkeitsfaktoren, affektive Störung, Suchterkrankung, Psychopharmaka-Einnahme, Antriebsstörung, formale Denkstörung, Inhaltliche Denkstörung , andere psychische Beschwerden
- **Soziale Anamnese:** Schlafbezogene Erkrankungen in der Familie, Arbeits- und partnerschaftliche Situation, Schicht- und Nachtarbeit, aktuelle Konflikte, andere soziale Aspekte
- **Körperliche Untersuchung:** Ausmaß der körperlichen Untersuchung richtet sich je nach Beschwerden sowie erhobenen anamnestischen Erkenntnissen und individuellen Aspekten
- Laborchemische Diagnostik:  
Orientierend z.B.:
  - a) Blutbild:bei Verdacht auf Insomnie im Rahmen z.B. hämatologischer Erkrankungen wie Anämie etc.
  - b) TSH: bei Verdacht auf Insomnie im Rahmen einer Schilddrüsenüberfunktion oder Überdosierung mit Schilddrüsenhormonpräparaten . c) GGT: z.B. bei Verdacht auf alkoholinduzierte Insomnie/Schlafstörung

### Allgemeinmedizinische apparative Diagnostik:

#### Orientierend z.B.:

a) **12. Kanal EKG ggf. Langzeit EKG:** z.B. bei Verdacht auf organisch kardial verursachte Insomnie

b) **Spirometrie (LuFu):** z.B. bei Verdacht auf pulmonal obstruktiv verursachte Insomnie

#### Diagnosestellung:

Um die Insomnie zu diagnostizieren bedarf es im engeren Sinne lediglich einer ausführlichen Allgemein- und Schlafanamnese ggf. der Durchführung von Schlaftagebüchern oder Befragung durch Fragebögen. Ob die Insomnie in Komorbidität mit anderen Erkrankungen vorliegt, ergibt sich aus den darauf hinweisenden anamnestischen und klinischen Befunden. Aus der Fragestellung des Bestehens einer Insomnie, resultieren drei Fallsituationen:

- Insomnie-Diagnosekriterien erfüllt ohne allgemeinmedizinische Hinweise einer assoziierten Komorbidität
- Insomnie-Diagnosekriterien erfüllt mit allgemeinmedizinischen Hinweisen einer assoziierten Komorbidität.
  1. Organisch und/oder psychisch
  2. andere Schlafstörung (z.B. schlafbezogene Atemstörungen)
  3. Substanz-, Medikament-induzierte Insomnie/Schlafstörung:
    1. Insomnie als Nebenwirkung eines Pharmakons
    2. Insomnie durch „Genussmittel“ (Nikotin, Koffein, Alkohol)
    3. Insomnie durch sonstigen Substanz,- Drogenkonsum
- Insomnie-Diagnosekriterien nicht erfüllt

**Therapie der Insomnie:**

Kognitive Verhaltenstherapie der Insomnie (KVT-I):

Die Kognitive Verhaltenstherapie für Insomnie ist die in der Leitlinien empfohlene Behandlung für die Insomnie bei Erwachsenen jeden Lebensalters. Diese Behandlung umfasst folgende Bausteine:

**Psychoedukation:**

Hier werden Empfehlungen gegeben, die zu einer Verbesserung des Schlafs führen können. Hierbei geht es um Verhaltensweisen, die mit der Ernährung, Bewegung und Schlafumgebung zu tun haben und sich auf den Schlaf auswirken. Außerdem beinhaltet die Psychoedukation die Vermittlung von Wissen zum Thema Schlaf und Schlafstörungen.

**Entspannung:**

Entspannungstechniken helfen, abendliche Anspannung zu verringern und damit den Schlaf zu verbessern. Bekanntermaßen ist eine erhöhte Anspannung an der Entstehung und Aufrechterhaltung der Insomnie maßgeblich beteiligt.

**Behaviorale Techniken:**

Die Stimuluskontrolle hat das Ziel, den Stimulus ‚Bett‘ wieder mit dem Verhalten Schlaf zu koppeln, was dadurch gelingt, dass nächtliche Wachzeiten im Bett deutlich reduziert werden. Vor allem werden Patient\*innen gebeten, nachts für eine gewisse Zeit aufzustehen, wenn Sie nicht einschlafen oder – nach nächtlichem Erwachen – nicht wieder einschlafen können. Die Schlafrestriktion bzw. Bettzeitrestriktion hat das Ziel, den Schlafdruck zu erhöhen und damit insgesamt das Einschlafen und Durchschlafen zu verbessern. Die Bettzeit wird hierbei zunächst stark reduziert und anschließend im Wochenrhythmus langsam an das Schlafbedürfnis der Patient\*innen angepasst.

**Kognitive Techniken:**

Kognitive Techniken sind psychologische Methoden, die dazu dienen, das nächtliche Grübeln bei Patient\*innen mit Insomnie zu reduzieren und hinderliche Gedanken zum Thema Schlaf und Insomnien in Frage zu stellen (z.B. „Der Schlaf vor Mitternacht ist der gesündeste“, „Jeder Mensch braucht acht Stunden Schlaf“ oder „Wenn ich heute nicht ausreichend schlafe, bin ich morgen nicht leistungsfähig“).

In Tabelle V wird das psychotherapeutische Gesamtkonzept der KVT-I, mögliche anwendbare Teilaspekte in der hausärztlichen Praxis und das Therapiemodell der GET Sleep Studie dargestellt.

**Tabelle V: Kognitive Verhaltenstherapie**

Störungsspezifische Psychotherapie bei Insomnie		
<b>Gesamtkonzept der KVT-I:</b>	<b>Anwendbare Teilaspekte der KVT-I in den allgemeinmedizinischen Praxen:</b>	<b>GET Sleep Therapie-Stufenmodell der Insomnie:</b>
<p><b>Entspannung I:</b> körperliche Entspannung, progressive Muskelrelaxation</p> <p><b>Entspannung II:</b> Gedankliche Entspannung, Ruhebild,</p>	<p>1. <b>Psychoedukation</b> Basiswissen über Schlaf und Schlafstörungen-</p>	<p>1. <b>Stufe 1 beim Hausarzt:</b> Psychoedukative Erstbehandlung (Vermittlung von Basiswissen über Schlaf und</p>

## Störungsspezifische Psychotherapie bei Insomnie

<p>Phantasiereise, Achtsamkeit Regeln für einen gesunden Schlaf/Rhythmusstrukturierung Informationen zu Schlaf und Schlafstörungen, <i>Tipps für einen gesunden Schlaf</i>, Schlaf-Wach- Rhythmus-Strukturierung, Stimuluskontrolle, Schlafrestriktion</p> <p><b>Kognitive Techniken I:</b> Erkennen kognitiver Teufelskreise und sich selbst erfüllender- Prophezeiungen, Gedankenstühl</p> <p><b>Kognitive Techniken II:</b> Kognitives Umstrukturieren dysfunktionaler Gedankenkreisläufe</p>	<p><i>Tipps für einen gesunden Schlaf</i></p> <p>2. <b>Stimuluskontrolle</b></p> <p>3. <b>Bettzeitrestriktion</b> <i>Siehe DEGAM</i> Anwendungsversion <i>„Insomnie bei Erwachsenen“</i></p>	<p>Schlafstörung sowie <i>Tipps für einen gesunden Schlaf</i>)</p> <p>2. <b>Bei Persistieren der Insomnie -&gt; Stufe 2:</b> Internet- und mobil-basierte KVT-I: Gesamtkonzept der KVT-I wird in unterschiedlichen Intensitäten vermittelt.</p> <p>3. <b>Bei Persistieren der Insomnie Stufe 3:</b> Psychotherapeutische, psychiatrische oder schlafmedizinische Fachbehandlung</p>
--	--	---

### Pharmakotherapie:

Zu den pharmakotherapeutischen Substanzen gehören die Benzodiazepine und Benzodiazepinrezeptoragonisten, sedierende Antidepressiva, Antipsychotika/Neuroleptika, Antihistaminika, pflanzliche Präparate und Melatonin. Alle genannten Hypnotika-Substanzgruppen werden den Anforderungen eines idealen Hypnotikums nicht gerecht. Allerdings kann die medikamentöse Therapie der Insomnie angefügt werden, wenn die KVT-I nicht hinreichend effektiv war oder nicht durchführbar ist. Ausführliche Information zu den einzelnen Präparaten sind in der S3-Leitlinie „*Insomnie bei Erwachsenen*“ zusammengefasst.

## GET Sleep Therapiestufenmodell

Die leitliniengerechte Therapie im Rahmen der GET Sleep Studie lässt sich nach dem folgenden Modell stufenweise (1 bis 3) eingliedern.

### **Stufe 1 bei dem\*der Hausarzt\*ärztin standardisierte Diagnostik und Psychoedukation (Teilkonzept der KVT-I):**

Aufklärung über Basiswissen über den Schlaf und Empfehlungen für den guten Schlaf (Teilaspekt der KVT-I):

#### **a) Basiswissen über den Schlaf**

Der menschliche Schlaf verändert sich physiologisch im Verlauf des Lebens von der Geburt bis zum hohen Lebensalter. Relevant ist allgemein zu wissen, dass die normale Schlafdauer in der Allgemeinbevölkerung beträchtlich variiert. Die Schlafdauer im erwachsenen Alter ist individuell und liegt durchschnittlich bei 7-8 Stunden pro Nacht. Einige Personen, die wenig Schlaf brauchen („Kurzschläfer\*innen“), unterscheiden sich von Personen mit Insomnie dadurch, dass sie keine Schwierigkeiten haben einzuschlafen sowie durch das Fehlen charakteristischer Tagesbefindlichkeitsstörungen. „Langschläfer\*innen“-Personen, die eine längere als die durchschnittliche Schlafdauer benötigen, ohne sonstige Schlafauffälligkeiten, unterscheiden sich von Schlafstörungen wie Hypersomnie durch das Fehlen übermäßiger Tagesschläfrigkeit oder Schlaftrunkenheit und sie erleben in der Regel den Schlaf als erfrischend.

In der chronobiologischen Forschung, bei der insbesondere der 24-Stunden-Rhythmus aus Tag/hell und Nacht/dunkel untersucht wird, ergaben sich deutliche Zusammenhänge zwischen Schlafen und Wachen mit anderen biologischen Rhythmen, wie z.B. der Körpertemperatur oder des Hormonhaushaltes.

Beispielsweise unterliegt das „Stresshormon“ Kortisol einer zirkadianen Rhythmik, in der die Kortisol-Ausschüttung das Minimum in den Abendstunden und im ersten Nachtdrittel und das Maximum am

Vormittag erreicht. Die Ausschüttung des Hormons Melatonin, welches eine Rolle in der Regulation des zirkadianen Rhythmus spielt, wird durch Licht unterdrückt, sodass dieses Hormon nur in der Nacht ausgeschüttet wird. Es wird außerdem angenommen, dass soziale Konventionen und das Arbeitsleben eine Rolle bei der Steuerung des Schlaf-Wach-Rhythmus spielt. Neben dem zirkadianen Regulationsprozess wird von einem homöostatischen Prozess zur Regulation des Schlafs berichtet. Dieser lässt sich unter dem Begriff „Schlafdruck“ zusammenfassen. Der „Schlafdruck“ steigt an, wenn die betreffende Person wach ist, und fällt ab, wenn die Person schläft. Beide Prozesse, zirkadianer und homöostatischer Prozess, wird als Zwei-Prozess-Modell der Schlafregulation bezeichnet. Erkenntnisse dieses Modells seitens Insomniebetroffener-Personen können dazu führen, dass nach schlechten und schlaflosen Nächten wieder gute Nächte erwartet werden können.

In der naturwissenschaftlichen Schlafforschung wird der Schlaf in Phasen und Stadien aufgeteilt. Pro Nacht werden 4-5 Schlafzyklen durchlaufen, die jeweils ca. 90 Minuten dauern. Mit zunehmender Schlaftiefe ist die Weckschwelle entsprechend hoch. Träume und physiologische Prozesse wie parasymphatische Reaktionen können auftreten. Atem- und Herzfrequenz sowie der Blutdruck sind in der Regel im niedrigen Normbereich und können aber entsprechend dem Schlafstadium physiologisch erhöhte Werte, z.B. bei lebhaften Träumen, aufweisen.

b) Tipps für den gesunden Schlaf :

1. **Jeden Morgen** zur gleichen Zeit aufstehen
2. **Regelmäßige** körperliche Aktivität
3. **Keine** koffeinhaltigen Getränke (Kaffee, Schwarztee, Cola, etc.) nach dem Mittagessen mehr trinken
4. **Auf** Appetitzügler verzichten
5. **Keine** schweren Mahlzeiten am Abend mehr zu sich nehmen
6. Alkohol weitgehend Vermeiden und keinesfalls zum Einschlafen Einsetzen
7. **Tagsüber** nicht schlafen, d.h. auch kein „Nickerchen“ machen
8. **Für eine** angenehme Atmosphäre Im Schlafzimmer sorgen z.B. ruhig, verdunkelt
9. **Einführung eines** persönlichen individuellen Einschlafrituals
10. Das Bett ausschließlich zum Schlafen nutzen , z.B. nicht zum Lesen, im Internet surfen, Fernsehen (sexuelle Aktivitäten ausgenommen)
11. Verringerung geistiger und körperlicher Anstrengung vor dem Zubettgehen
  
12. **Am Abend erst zu Bett gehen**, wenn Sie sich schläfrig fühlen
13. **In der Nacht** nicht auf den Wecker oder die Armbanduhr schauen/

### **Stufe 2 über GET On Institut „Internet und mobile-basierte KVT-I“:**

Bei unzureichendem Therapieerfolg beim Hausarzt\*ärztin in Stufe 1 wird der Übergang in Stufe 2 eingeleitet. Hier werden über das GET On Institut die Internet- und mobil-basierten kognitiven Verhaltenstherapien in unterschiedlichen Intensitäten vermittelt. Darunter werden folgende Verfahren subsumiert:

1. Empfehlungen für eine gesunde Schlaf/Rhythmusstrukturierung, Informationen zu Schlaf und Schlafstörungen, „Tipps für einen gesunden Schlaf“, Schlaf-Wach-Rhythmus Strukturierung, Stimuluskontrolle, Schlafrestriktion
2. Entspannung: Körperliche Entspannung, progressive Muskelrelaxation, gedankliche Entspannung, Ruhebilder, Phantasiereise, Achtsamkeit
3. Kognitive Techniken: Erkennen kognitiver Teufelskreise und sich-selbst-erfüllender-Prophezeiungen, Gedankenstuhl, kognitives Umstrukturieren dysfunktionaler Gedankenkreisläufe

### **Stufe 3 -Psychotherapeutische, psychiatrische oder schlafmedizinische Fachbehandlung:**

Bei unzureichendem Therapieerfolg in Stufe 2 soll, je nach Befund, eine schlafmedizinische oder

fachspezifische Abklärung bzw. Therapie durchgeführt werden.

## Übersicht über aktuelle Gesamt-Versorgungsinstitutionen für Schlafstörungen:

### Allgemeinmedizinisch:

- die hausärztliche Praxis stellt die primäre medizinische Institution zur Diagnostik, Therapieeinleitung und Verlaufskontrolle insbesondere der unkomplizierten Krankheitsverläufe dar.

### Psychotherapeutisch:

- Psychotherapiepraxen: hier können die kognitiven Verhaltenstherapien für Insomnie (KVT-I) im Rahmen von therapeutischen Sitzungen konventionell unter Leitung von spezialisierten Psychotherapeut\*innen durchgeführt werden.
- Online über das Internet: in den letzten Jahren zeigten Internet- und mobil-basierte Therapieprogramme für Insomnie, die auf der kognitiven Verhaltenstherapie für Insomnie beruhen, eine sehr gute Effektivität. Allerdings sind diese therapeutischen Interventionen in der Regelversorgung noch nicht etabliert.

### Andere interdisziplinäre Fachrichtungen bei (therapieresistenter Insomnie/unklarer Schlafstörung/Komorbidität):

- Schlafmedizinische Zentren/Schlaflabore: sekundär sind spezielle schlafmedizinische Untersuchungen bzw. Therapien bei unklaren bzw. therapieresistenten Insomnien und bei Krankheitsfällen mit Verdacht auf Schlafapnoe-Syndrom, Syndrom periodischer Beinbewegung, Hypersomnie, Parasomnien, Narkolepsie etc.
- Psychiatrie/Psychotherapie (z.B. Depression, Angststörung, Suchterkrankungen, etc.)
- Pulmonologie/Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde (Screening bei Verdacht auf Schlafapnoe-Syndrom, etc.)
- Neurologie (z.B. Restless-Legs-Syndrom, Syndrom periodischer Beinbewegung, etc.)
- Innere Medizin/Schmerztherapie bei entsprechender Indikation
- Sonstiges: stationäre Therapie bei entsprechender Indikation

## Klinische Fallbeispiele

### Fall 1: Insomnie ohne Komorbidität



Frau I. Schmidt, 50 Jahre alt, lebt mit ihrem Ehemann und ihren drei Kindern (20, 17 und 11 Jahre alt) zusammen. Sie arbeitet in Vollzeit als Erzieherin im Kindergarten. Sie stellt sich beim Hausarzt in Anwesenheit des Ehemannes vor, weil sie seit längerem über Schlafstörungen klagt. Sie brauche

schätzungsweise 40 Minuten um einzuschlafen. Dabei grüble sie viel und werde unruhig. Sie denke viel über die Arbeit und die Familie nach. Sie wache häufig in der Nacht auf und könne manchmal nicht wieder einschlafen. Morgens wache sie dann nicht erholt auf. Zwischendurch schlafe sie wiederum ein paar Nächte relativ gut, vor allem wenn sie zuvor viele schlaflose Nächte gehabt habe. Das trete in letzte Zeit häufiger auf, schätzungsweise vier Mal pro Woche seit mehreren Monaten. Tagsüber mache sie sich über die nächste Nacht Sorgen. Ob sie wieder nicht gut schlafen werde und wie sie den Alltag ohne guten Schlaf bewältigen solle. Sie sei häufig schlecht gelaunt und gerate bereits bei banalen Dingen schnell in Rage. Sie vertrage keine stressigen Situationen mehr. Sie sei in letzter Zeit mehrmals arbeitsunfähig gewesen und mache sich außerdem Sorgen um ihren Job. Insgesamt leide sie im alltäglichen Leben sehr darunter.

### **Anamnese:**

Schlafanamnese: In der Vergangenheit hat sie immer mal wieder gelegentlich oder episodisch eine Nacht schlecht geschlafen, was jeweils mit alltäglichem Stress verbunden war. Sonst nichts auffälliges. Zur Zeit Einschlaf- und Durchschlafstörungen mindestens schätzungsweise 4 mal/Woche über Monate, wirkt sich störend auf Alltagsaktivitäten aus, keine bekannte diagnostizierte sonstige Schlafstörung, keine Traumata, bzgl. des Berufs: Fehlzeiten haben sich deswegen gehäuft, keine Nachtdienste, Stresslevel wie üblich, keine Arbeitskonflikte. Wegen der Schlafstörung hat sie noch keine Therapie begonnen, nur ab und zu nimmt sie pflanzliche Schlafmittel, die aber nicht wirklich helfen, keine Hypnotika-Einnahme

Fremdanamnese: des Ehemanns: keine beobachteten Auffälligkeiten während des Schlafs der Patientin

Somatische Anamnese: Leistungsminderung, häufig erschöpft und kraftlos, ansonsten keine somatischen Beschwerden oder Erkrankungen tagsüber oder in der Nacht, nimmt keine Medikamente

Psychische/psychiatrische Anamnese: keine psychischen Auffälligkeiten, keine Hinweise für psychiatrische Erkrankungen

Soziale Anamnese: berufstätig als Kindergärtnerin, keine beruflichen oder familiären Konflikte, keine Schlafstörungen in der Familie bekannt

**Körperliche Untersuchung:** In der orientierenden körperlichen Untersuchung zeigten sich keine Auffälligkeiten.

**Labordiagnostik und apparative Diagnostik:** keine indiziert

### **Diagnosestellung:**

Diagnose: Insomnie ohne Hinweise auf aktuelle Komorbidität (ICD 10: F51.0 „nicht organische“ Insomnie)

Diagnosekriterien:

1. Einschlafstörung und Durchschlafstörung
2. Negative Auswirkung auf Alltagsaktivitäten
3. Mindestens schätzungsweise 4-mal/Woche über mehrere Monate

### **Therapie:**

1. Aufklärung der Patientin über Insomnie und deren Häufigkeit
2. Übermittlung der *Tipps für einen gesunden Schlaf* sowie des Basiswissens über den Schlaf und Schlafstörungen
3. Vereinbarung eines Verlaufskontroll-Termins in ca. 3-4 Wochen
4. Mitteilung zur ärztlichen Wiedervorstellung bei etwaiger Verschlechterung sowie beim Auftreten zusätzlicher Symptome (somatisch oder psychisch)



## 5. Empfehlung zum Führen eines Schlaftagebuchs

### **Verlaufskontrolle:**

Die Patientin berichtet über eine minimale Besserung, allerdings nicht zufriedenstellend und die Insomnie persistiert weiterhin. Es traten keine neuen Beschwerden auf. Der Patientin wurde eine kognitive Verhaltenstherapie für Insomnie bei einem Psychotherapeuten empfohlen. Diese wurde eingeleitet.

## Fall 2: akute/situative Insomnie ohne Komorbidität



Herr T. Hermann, 26 Jahre alt, lebt in Berlin und studiert Jura. Er stellte sich bei der Hausärztin aufgrund seit zwei Wochen bestehender extremer Verschlechterung des Schlafs und der Schlafmenge vor. Er befinde sich in einer Prüfungsphase und komme nicht zur Ruhe. Sein Schlaf mache ihm Sorgen und wirke sich negativ auf seine Lernfähigkeit aus. Er fragte nach Medikamenten gegen die Schlafstörung sowie nach Maßnahmen, die er selbst anwenden könnte, da er in der vergangenen Nacht gefühlt nur zwei Stunden geschlafen habe und sich deshalb sehr unwohl fühle. Keine sonstigen Beschwerden.

### **Anamnese:**

Schlafanamnese: In der Vergangenheit hat er immer mal wieder stressbegleitend unruhig geschlafen, allerdings nicht wie jetzt. Tägliche Einschlafstörung, Durchschlafstörung mindestens schätzungsweise 5 mal/Woche über 2 Wochen, in der vergangener Nacht habe er gefühlt nur 2 Stunden geschlafen, keine sonstigen schlafbezogenen Auffälligkeiten

Fremdanamnese: keine möglich

Somatische Anamnese: Leistungsminderung, Erschöpfung, ansonsten keine somatischen Beschwerden oder Erkrankungen tagsüber oder in der Nacht, keine Suchtkrankheit

Psychische/psychiatrische Anamnese: keine psychischen Auffälligkeiten, keine Hinweise für psychiatrische Erkrankungen

Soziale Anamnese: macht das Examen für das Jurastudium, keine familiären Konflikte, keine Schlafstörungen in der Familie bekannt

**Körperliche Untersuchung:** In der orientierenden körperlichen Untersuchung zeigten sich keine Auffälligkeiten.

**Labordiagnostik und apparative Diagnostik:** keine indiziert.

Diagnosestellung:

Diagnose: situative/akute *anpassungsbedingte* Insomnie ohne Hinweise auf aktuelle Komorbidität (ICD 10: F51.0 „nicht organische“ Insomnie)

Diagnosekriterien:

1. Durchschlafstörung
2. Negative Auswirkung auf Alltagsaktivitäten
3. Bis jetzt seit 2 Wochen/ca. 4-mal/Woche
4. Stresssituation (Staatsexamen) als akuter Stressor

Therapie:

1. Aufklärung des Patienten über situative/*anpassungsbedingte* Insomnie und Häufigkeit (sehr häufig in der Allgemeinbevölkerung bei Stresszuständen auftretend)
2. Übermittlung der *Tipps für einen guten Schlaf* sowie des Basiswissens über den Schlaf und Schlafstörungen, insbesondere das Zwei-Prozess-Modell.
3. Stressbewältigungsmethoden
4. Der Patient wollte ein schlafförderndes Mittel bekommen, hier wurde er über die Option einer kurzfristigen „Hypnotika“-Therapie aufgeklärt, welche mit sorgfältiger Indikation zu verordnen wäre. Das Nebenwirkungsprofil und die damit verbundenen Risiken wurden besprochen. Es wurde ihm mitgeteilt, dass nach der heutigen ärztlichen Konsultation eine Besserung des Schlafs erwartet wird.
5. Vereinbarung eines Verlaufskontroll-Termins in ca. 2-4 Wochen und bei Persistenz der Insomnie Einleitung zur KVT-I
6. Mitteilung zur ärztlichen Wiedervorstellung bei etwaiger Verschlechterung sowie beim Auftreten zusätzlicher Symptomen (somatisch oder psychisch)

Verlaufskontrolle:

Der Patient berichtete über Rückgang der insomnischen Symptomen nach Beendigung der Prüfungsphase. Zolpidem hatte er nur einmal eingenommen. Empfehlung bei rezidivierendem Verlauf der insomnischen Symptome zur Evaluierung einer kognitiven Verhaltenstherapie für Insomnie





Frau S. Müller meldete sich telefonisch beim Hausarzt wegen ihres Vaters. Es gehe dem Vater, Herr G. Steiner, 75 Jahre alt, nicht gut. Seine Frau, Mutter von Frau Müller, sei vorgestern im Alter von 81 Jahren verstorben. Frau Müller berichtet, dass der Vater seit 2 Tagen gar nicht schlafen konnte. Er habe kein Auge zumachen können. Sie kann dies nachvollziehen. Allerdings mache sie sich Sorgen um den Vater insbesondere aufgrund der Schlaflosigkeit. Die Arzthelferin bat Frau Müller den Vater in der Praxis vorzustellen.

Anamnese:

Schlafanamnese: seit 2 Tagen extreme Einschlafstörungen, keine Schlafstörung in der Voranamnese

Somatische Anamnese: seit 2 Tagen Konzentrationsschwäche und Erschöpfung, keine Demenzerkrankung bekannt, pflegt sich selbst, mobil mit Rollator, nimmt seine Tabletten regelmäßig (wegen aHT, Z.n.Myokardinfarkt, KHK, kompensierte Herzinsuffizienz Refluxkrankheit)

Kein Nikotinkonsum, kein Alkoholkonsum

Psychische/psychiatrische Anamnese: depressive traurige Verstimmung, Teilnahmslosigkeit, glaubhaft keine Suizidalität

Soziale Anamnese: Rentner, lebte mit der Ehefrau (diese war an schwergradiger Herzinsuffizienz seit Jahren erkrankt und verstarb vor zwei Tagen im Krankenhaus), Tochter lebt mit ihrer Familie in der Nachbarstadt, keine familiären Konflikte

Körperliche Untersuchung: Kein Zeichen einer Dekompensation der Herzinsuffizienz, keine neurologischen oder internistischen Auffälligkeiten

Labordiagnostik und apparative Diagnostik: Laborwerte wurden vor kurzem kontrolliert und zeigten sich unauffällig

Diagnosestellung:

akute situative Insomnie bei Trauerreaktion aufgrund des Todes der Ehefrau

Diagnosekriterien:

- Extreme akute Einschlafstörung mit negativer Auswirkung auf Alltagsaktivitäten im Rahmen einer Trauerreaktion

Procedere und Therapie:

1. Aufklärung des Patienten und der Familie über die Arbeitsdiagnosen und natürliche Trauerreaktion, in Anspruchnahme einer Seelsorge bei Bedarf
2. Gespräch über die häusliche Versorgung von Herrn Steiner

3. Darstellung der Möglichkeit zum Einsatz von Hypnotika aufgrund der extremen Schlafstörung z.B. Benzodiazepine oder Benzodiazepinrezeptoragonisten-Medikation, alternativ sedierende schwachpotente Neuroleptika, hier sorgfältige Indikationsstellung: niedrig dosiert, kurzfristig mit Absetzplan, Aufklärung über Nebenwirkung (Stürze mit Hüftfrakturen, ect.), Beachtung der jeweiligen Kontraindikationen. Nach der ärztlichen Konsultation wurde mit dem Patienten und der Familie für eine abwartende Haltung gegenüber Hypnotika-Therapie aufgrund der möglichen unerwünschten Nebenwirkung entschieden.
4. Übermittlung der *Tipps für einen gesunden Schlaf*
5. Kurzfristige Verlaufskontrolle

Verlaufskontrolle:

Im weiteren Verlauf besserte sich der Schlaf bei Herrn Steiner.

#### Fall 4: Insomnie in Komorbidität mit Schlafapnoe-Syndrom (F51.0 und G47.31)



Herr L. Maier, 45 Jahre alt, ist verheiratet und hat 2 Kinder. Er arbeitet seit 20 Jahren als Lastkraftfahrer und stellte sich bei der Hausärztin aufgrund ausgeprägter Tagesschläfrigkeit und Leistungsminderung vor. Außerdem erwähnte er morgendliche Kopfschmerzen. Er erwache „wie gerädert“, obwohl er ca. 8 Stunden schläft. Er ist seit längerer Zeit nicht ärztlich untersucht worden. Ansonsten keine nennens-werten Beschwerden.

Anamnese:

Schlafanamnese: ab und zu schlafe er in Stresssituationen schlecht, ansonsten zeitlich genügend. Er habe in den letzten Wochen vermehrt Sekunden-Schlaf z.B. wenn er Pause bei der Arbeit mache, das sei neu. Er habe selten Einschlafprobleme, ab und zu erwache er nachts, könne aber schnell wieder einschlafen. Er schlafe 7-8 Stunden täglich, bemerke vermehrte Tagesschläfrigkeit seit Wochen, keine sonstigen schlafbezogenen Auffälligkeiten.

Fremdanamnese: Patient berichtet, dass seine Ehefrau ihn mit Nachdruck zu diesem Termin überredet hat. Sie habe das Gefühl, dass er manchmal Atempausen sowie Unruhe in der Nacht habe. Deshalb mache sie sich Sorgen um seine Gesundheit.

Somatische Anamnese: Leistungsminderung, starke Tagesschläfrigkeit, Kopfschmerzen, trockener Mund morgendlich, Libidostörung, Raucher seit 20 Jahren ca. 15 Zig. /Tag, trinkt am WE Alkohol mit Freunden, meist am Samstag ca. 4-5 0,3 L Flaschen Bier, ansonsten keine somatischen Auffälligkeiten

Psychische/psychiatrische Anamnese: in der letzten Zeit bedrückte Stimmung, nimmt mit weniger Freude an den Alltagsaktivitäten teil, ansonsten keine psychischen Auffälligkeiten

Soziale Anamnese: lebt mit Ehefrau und 2 Kindern im Schulalter zusammen, arbeitet als LKW-Fahrer, keine familiären Konflikte, keine Schlafstörungen in der Familie bekannt

Körperliche Untersuchung: 45 Jahre alt, Körpergewicht in kg: 101, Körpergröße in cm: 182, BMI: 30,5 kg/m<sup>2</sup>, RR (in Praxismessung): Re: 155/95 mmHg Li: 150/90mmHg, Mund- und Rachen-Inspektion: unauffällig, Herz- und Lungen-Auskultation: unauffällig, keine Herzinsuffizienzzeichen, ansonsten keine körperlichen Auffälligkeiten

Labordiagnostik und apparative Diagnostik:

EKG: Normalbefund.

Häusliche RR-Messungen (morgens-mittags-abends) für kurze Zeit angeordnet: waren durchgehend erhöht, aHT grad I entsprechend

24-h-RR-Messung: erhöhte Werte (um 150/95 mmHg) tagsüber, keine Nachtabsenkung (non-dipper) -> sekundäre arterielle Hypertonie am ehesten bei Schlafapnoe-Syndrom

Diagnosestellung:

Verdachtsdiagnosen:

- Schlafapnoe-Syndrom (G47.31V)
- Arterielle Hypertonie (I15.8V)

Gesicherte Diagnose:

- Übergewicht/Adipositas Grad I (E66.oG)

Procedere und Therapie:

1. Der Patient wurde ambulant pulmonologisch vorgestellt. Hier zeigte sich in der **ambulanten Polygraphie** mehrere Apnoeepisoden sowie Sauerstoffentsättigungen und Weckreaktionen. Der Patient wurde sekundär im Schlaflabor untersucht. Diagnose wurde als obstruktives Schlafapnoe-Syndrom bestätigt.
2. Sekundäre arterielle Hypertonie wurde diagnostiziert.
3. Therapie:
  1. Nächtliche Beatmungstherapie (CPAP)
  2. Medikamentöse RR-Einstellung
  3. Gewichtsreduktion
  4. Beachten der *Tipps für einen gesunden Schlaf*

Therapieverlauf:

Unter der Schlafapnoe-Therapie und der Lebensstiländerung sowie einer Gewichtsreduktion zeigte sich ein guter Verlauf. Der Patient verträgt die nächtliche Beatmung. Die Antihypertonika-Medikationen wurden im Verlauf abgesetzt.

Nach mehreren Monaten klagte Herr Maier über insomnische Symptomatik, hier wurde nach ausführlicher Beurteilung eine Insomnie (F51.0) diagnostiziert und unter Schlafapnoetherapie die kognitive Verhaltenstherapie für Insomnie empfohlen.



Frau L. Schneider, 39 Jahre alt, stellte sich bei ihrer Hausärztin wegen einer Schlafstörung vor. Sie schlafe seit mehreren Jahren nicht gut. Das bessere sich mal und komme aber wieder. Aktuell schlafe sie fast nicht mehr. Letzte Nacht habe sie nur eine Stunde geschlafen. Sie könne nicht mehr und mache sich viele Sorgen. Sie befürchte, dass die Schlafstörung für immer bleibe und sie nie wieder gut schlafen werde. Sie zittere häufig und habe häufig Herzrasen und Schweißausbrüche. Es sei ihr heute schwindelig. Bei ihr sei eine generalisierte Schlafstörung bekannt. Sie war deshalb in Psychotherapie und nehme seit Jahren morgens eine Tablette Citalopram 20 mg ein. Aktuell mache sie keine Psychotherapie.

**Anamnese:**

Schlafanamnese: tägliche Einschlafstörung und Durchschlafstörung, subjektiv gefühlte Schlafdauer ca. 5 Stunden, seit über einem Monat, keine traumatischen Erlebnisse, keine sonstige Auffälligkeiten

Fremdanamnese: Partner nehme die schlaflose Partnerin wahr. Sie leide stark darunter und sei häufig ängstlich, keine Atempausen.

Somatische Anamnese: Konzentrationsschwäche, Appetitlosigkeit, erhöhte Reizbarkeit, immer mal wieder Herzrasen, Schweißausbrüche und Zittern, nicht gut lokalisierbare Bauchschmerzen, ansonsten keine somatischen Auffälligkeiten, gelegentlicher Nikotinkonsum, Alkoholkonsum selten

Psychische/psychiatrische Anamnese: auffällig ist eine nicht situationsgebundene Anspannung sowie Ängstlichkeit und Sorgen über vielerlei Dinge seit längerer Zeit, keine Panikattacken, bekannte generalisierte Angststörung unter SSRI-Medikation Citalopram 20 mg 1x/Tag, regelmäßige

Verlaufskontrollen beim Psychiater, keine Suizidalität, ansonsten keine psychischen Auffälligkeiten

Soziale Anamnese: lebt mit dem Partner zusammen, keine Kinder, arbeitet als Verkäuferin in einem Lebensmittelgeschäft, keine familiären oder partnerschaftlichen Konflikte, keine Schlafstörungen in der Familie bekannt, Angststörung bekannt in der Familie (Mutter), keine sonstigen psychischen Erkrankungen in der Familie bekannt

**Körperliche Untersuchung:**

Vitalparameter normwertig, Schilddrüsen-Befund unauffällig, orientierende neurologische Untersuchung unauffällig, Herz-, Lungen-Auskultation unauffällig, Abdomen unauffällig.

Insgesamt keine Auffälligkeit.

**Labordiagnostik und apparative Diagnostik:** TSH und Blutbild normwertig, EKG unauffällig, keine QT-Zeit-Verlängerung

**Diagnosestellung:**

Generalisierte Angststörung in Komorbidität einer Insomnie (der Zusammenhang ist vermutlich bidirektional)

#### Diagnosekriterien:

1. Dauerhafte nicht situationsgebundene Ängstlichkeit und Anspannung sowie somatische Begleitsymptome (Herzrasen, Schweißausbrüche, Bauchschmerzen, etc. ohne primäre Hinweise auf organische Genese)-> bekannte generalisierte Angststörung
2. Ein-, und Durchschlafstörungen mit negativer Auswirkung auf Alltagsaktivitäten

#### Procedere und Therapie:

1. Aufklärung über die Diagnose einer Insomnie in Komorbidität der generalisierten Angststörung
2. Übermittlung der *Tipps für einen gesunden Schlaf* sowie des Basiswissens über den Schlaf und Einleitung zur Durchführung einer kognitiven Verhaltenstherapie für Insomnie
3. Aufgrund der ausgeprägten Insomnie wurde die Kombinationstherapie mit kurzfristiger Hypnotika-Therapie diskutiert. Nach sorgfältiger Indikationsstellung bzw. Aufklärung über Nebenwirkung und Risiken der Medikation, insbesondere Abhängigkeitsgefahr, wurde Zolpidem 5mg zur Nacht für kurze Zeit verordnet. Verlaufskontrolle in 3 Tagen initial telefonisch
4. Mitteilung zur ärztlichen Wiedervorstellung bei etwaiger Verschlechterung sowie beim Auftreten zusätzlicher Symptomen (somatisch oder psychisch)
5. Überweisung zur psychiatrischen Verlaufskontrolle

#### Fall 6: Substanz-Konsum + Insomnie



Herr A. Reuter ist 51 Jahre alt und stellte sich beim Hausarzt aufgrund einer Durchschlafstörung sowie einem Unwohlsein-Gefühl am Tage vor. Dies habe er seit mehreren Monaten. Er leide unter Konzentrationsschwäche, insbesondere wenn die vorherige Nacht schlaflos gewesen sei. Beruflich sei er als Bauarbeiter in einer Firma eingestellt. In letzter Zeit ist er wegen den Beschwerden mehrmals arbeitsunfähig gewesen. Er mache sich deshalb Sorgen um seinen Arbeitsplatz und möchte ärztliche Unterstützung bekommen.

#### Anamnese:

Schlafanamnese: früher keine Schlafprobleme, selten Einschlafstörungen, Durchschlafstörungen mehr als 5-mal in der Woche (mehrmaliges nächtliches Erwachen mit erschwertem wieder-Einschlafen), keine sonstigen Auffälligkeiten

Fremdanamnese: seitens der Ehefrau keine Auffälligkeiten, keine Atempausen

Somatische Anamnese: Konzentrationsschwäche, Erschöpfung, erhöhte Reizbarkeit, ansonsten keine somatische Auffälligkeiten

Kein Nikotinkonsum, Alkoholkonsum: 2 Flaschen Bier täglich zum Abend beim Fernsehen, kann am WE mehr sein, vor 2 Monaten habe er für 2 Wochen kein Alkohol getrunken und es sei ihm körperlich gut gegangen, also keine Entzugssymptome

Psychische/psychiatrische Anamnese: keine psychischen oder psychiatrischen Auffälligkeiten

Soziale Anamnese: lebt mit der Ehefrau und 4 Kindern zusammen, arbeitet als Bauarbeiter, keine familiären oder partnerschaftlichen Konflikte, keine Schlafstörungen in der Familie bekannt

Körperliche Untersuchung: Orientierend unauffällig

Labordiagnostik und apparative Diagnostik: GGT leicht erhöht, nachfolgend sonstige Transaminasen normwertig

Diagnosestellung:

Verdachtsdiagnose: Verdacht auf alkoholinduzierte Insomnie

Diagnosekriterien: Durchschlafstörungen mit negativer Auswirkung auf Alltagsaktivitäten seit mehreren Monaten

Procedere und Therapie:

1. Aufklärung über die Arbeitsdiagnose und Besprechen des kritischen Alkoholkonsums, Darstellung des bestehenden Risikos zur Entwicklung einer Abhängigkeit
2. Bei der anamnestischen Angabe über Abstinenz ohne körperliche Folgen Übermittlung der *Tipps für einen gesunden Schlaf* sowie des Basiswissens über den Schlaf und Schlafstörungen
3. Verlaufskontrolle in 2 Wochen und Mitteilung zur ärztlichen Wiedervorstellung bei etwaiger Verschlechterung sowie bei Auftreten von zusätzlichen Symptomen (somatisch oder psychisch)

## Fall 7: maligne Erkrankung + Insomnie



Herr G. Fischer, ist 60 Jahre alt. Er stellte sich bei der Hausärztin wegen Ein-, und Durchschlafstörungen vor. Außerdem klagte er über Müdigkeit am Tag sowie Konzentrationsschwäche. Vorgeschichte: bei ihm wurde vor 6 Monaten Darmkrebs diagnostiziert. Die Therapie erfolgte chirurgisch mit adjuvanter



Chemotherapie. Es zeigte sich ein guter Verlauf, die Nachsorge verlief nach Plan. Die Schlafstörung habe er, seitdem er von der Krebserkrankungen erfahren habe. Trotz dem relativ guten Verlauf, bessere sich diese jedoch nicht. Zu Beginn der Schlafstörung habe er Schlaftabletten eingenommen, aktuell aber nicht.

Anamnese:

Schlafanamnese: seit 6 Monaten bestehende Ein,- und Durchschlafstörung assoziiert mit medizinischem Stressfaktor, mehr als 5-mal in der Woche, keine sonstigen Auffälligkeiten

Fremdanamnese: seitens der Ehefrau keine Auffälligkeiten, keine Atempausen

Somatische Anamnese: Konzentrationsschwäche, Erschöpfung, Müdigkeit, nehme seine Tabletten regelmäßig (wegen aHT, kompensierte Herzinsuffizienz)

Kein Nikotinkonsum, kein Alkoholkonsum

Psychische/psychiatrische Anamnese: gedrückte Stimmung, ansonsten keine Auffälligkeit

Soziale Anamnese: lebt mit der Ehefrau zusammen, Sohn lebt mit seiner Familie in der Nähe, 2 Töchter leben etwas entfernt mit ihren Familien, aktuell arbeitslos, keine familiären Konflikte, keine Schlafstörungen in der Familie bekannt

Körperliche Untersuchung: Kein Zeichen einer Dekompensation der Herzinsuffizienz, keine neurologischen oder internistischen Auffälligkeiten

Labordiagnostik und apparative Diagnostik: Laborwerte wurden vor kurzem kontrolliert und zeigten sich unauffällig

Diagnosestellung:

Diagnose: Insomnie in Komorbidität mit Darmkrebs

Diagnosekriterien: Ein-, und Durchschlafstörungen mit negativer Auswirkung auf Alltagsaktivitäten seit 6 Monaten

Procedere und Therapie:

1. Aufklärung über die Arbeitsdiagnose
2. Übermittlung der *Tipps für einen gesunden Schlaf* sowie des Basiswissens über den Schlaf und Empfehlung zur psychotherapeutischen KVT für Insomnie
3. Verlaufskontrolle



Sollten Sie Fragen oder Anregungen zum Projekt haben, können Sie mich jederzeit gerne kontaktieren. Sie erreichen mich unter

## Prof. Kai Spiegelhalder

### Downloads



Patienteninformationen



Studienprotokoll



Tipps für einen gesunden Schlaf



Schlafstagebuch

#### Kontakt

---

Universitätsklinikum Freiburg  
Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie  
Hauptstraße 5  
79104 Freiburg/Breisgau

GET.ON Institut  
Schrammsweg 11,  
20249 Hamburg

#### Training

---

Projektleitung

Prof. Dr. Dr. Kai Spiegelhalder  
Prof. Dr. Dieter Riemann

Wissen & Forschung

Schlafbeschwerden

Datenschutzerklärung

Tel. +49 (0)40 52 47 333 10  
kontakt@geton-institut.de

**Kontakt bei akuten Krisen**

Telefonseelsorge:  
0800 111 0 111

## Über Uns

---

Über Uns  
GET.ON ist jetzt [HelloBetter](#)

**Presse**

Presseanfragen

**Konsortialpartner**

Universitätsklinikum Freiburg, Lehrbereich Allgemeinmedizin

Get.On Institut/HelloBetter  
Universität Ulm

Barmer

Klinikum Nürnberg

[Datenschutzerklärung](#)

[Impressum](#)

[Impressum](#)

## Partner













---

**Projektpartner**

Deutsche Gesellschaft für Schlafforschung und Schlafmedizin (DGSM)

Prof. Dr. Dirk Lehr, Leuphana Universität Lüneburg

## Tipps für einen gesunden Schlaf

	<p>Jeden Morgen zur gleichen Zeit aufstehen.</p>	<p>Für eine angenehme Atmosphäre im Schlafzimmer sorgen z.B. ruhig und verdunkelt.</p>	
	<p>Regelmäßige körperliche Aktivität.</p>	<p>Einführung eines persönlichen, individuellen Einschlafrituals.</p>	
	<p>Den Konsum von koffeinhaltigen Getränken (Kaffee, Schwarztee, Cola, etc.) nach dem Mittagessen vermeiden und auf Appetitzügler verzichten.</p>	<p>Das Bett ausschließlich zum Schlafen nutzen (sexuelle Aktivitäten ausgenommen).</p>	
	<p>Tagsüber nicht schlafen, d.h. auch kein „Nickerchen“ machen.</p>	<p>Allmähliche Verringerung geistiger und körperlicher Anstrengung vor dem Zubettgehen.</p>	
	<p>Keine schweren Mahlzeiten am Abend einnehmen.</p>	<p>Am Abend erst zu Bett gehen, wenn Sie sich schläfrig fühlen.</p>	
	<p>Alkohol weitgehend vermeiden und keinesfalls zum Einschlafen einsetzen.</p>	<p>In der Nacht nicht auf den Wecker oder Armbanduhr schauen.</p>	

## Leitfaden Datenübermittlung

Sehr geehrter Herr Kollege/ Frau Kollegin ...,

vielen Dank für Ihre Unterstützung bei der GET Sleep Studie. Als Teil der Studie werden auch **medizinische Daten** der Studienteilnehmer\*innen ausgewertet. Deswegen sind wir darauf angewiesen, dass Sie uns diese Daten in einem Schreiben **via Telefax** übermitteln.

Für die Datenübermittlung erhalten Sie einen Pauschalbetrag von **50,00 € pro eingeschlossener Studienteilnehmer\*in**. Die Studienteilnehmer\*innen haben der Übermittlung der Daten bereits bei Studienbeginn zugestimmt und die Daten werden entsprechend unserem Datenschutzkonzept vertraulich behandelt.

Damit die Daten aus verschiedenen Hausarztpraxen vergleichbar sind und statistisch ausgewertet werden können, haben wir Ihnen eine **Checkliste** mit Punkten zusammengestellt, die wir für die Auswertung der Daten benötigen.

Bitte beachten Sie: Wir werden Ihnen quartalsweise eine Liste der bereits eingeschlossenen Studienteilnehmer\*innen zukommen lassen, für die wir medizinische Daten benötigen (für alle Teilnehmer\*innen, die zu diesem Zeitpunkt bereits seit 6 Monaten Teil der Studie sind). Bitte senden Sie uns die medizinische Daten Ihrer Patient\*innen unbedingt erst nach Aufforderung durch uns via Telefax zu.

Bitte kontaktieren Sie uns, falls Sie Fragen oder Bedenken haben.

Herzliche Grüße

Ihr GET Sleep Studienteam

Universitätsklinikum Freiburg

### Checkliste für die Übermittlung medizinischer Daten

- ✓ Datum der Übermittlung
- ✓ Name Ihrer Praxis
- ✓ Name Studienteilnehmer\*in
- ✓ Geburtsdatum Studienteilnehmer\*in
- ✓ Bekannte Dauerdiagnosen (Format: ICD-10 Codes)
  - Somatische Erkrankungen
  - Psychische Erkrankungen
- ✓ Medikamentenliste
  - *Aus dieser Information soll erkennbar sein, ob bei Studienbeginn Schlafmedikamente eingenommen wurden und ob die Einnahme sporadisch oder regelmäßig war und ob das Absetzen dieser Medikamente eingeleitet wurde.*
- ✓ Falls vorhanden: Laborparameter
  - (kleines Blutbild, TSH,  $\gamma$ -GT)

Bitte schicken Sie das Schreiben mit diesen Informationen per Telefax (0761/ 270-9669740) an das Studienteam des Uniklinikums Freiburg.

# Schlafstörungen



Prof. (apl.) Dr. Dr. Kai Spiegelhalder

Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie  
Universitätsklinikum Freiburg

1. Was ist eine Insomnie ?
2. Sind Insomnien wichtig ?
3. Behandlung
4. GET Sleep

- 1. Was ist eine Insomnie ?**
2. Sind Insomnien wichtig ?
3. Behandlung
4. GET Sleep



# Was ist eine Insomnie ?

---



# Was ist eine Insomnie ?

---



# Was ist eine Insomnie ?



# Was ist eine Insomnie ?

---



# Was ist eine Insomnie ?

---



# Was ist eine Insomnie ?

## A. Mindestens eine schlafbezogene Beschwerde:

- Einschlafstörungen
- Durchschlafstörungen
- Fröh morgendliches Erwachen



## B. Die Schlafstörung tritt auf, obwohl adäquate Gelegenheiten zum Schlafen vorliegen



## C. Mindestens eine Tagesbeeinträchtigung:

- Müdigkeit
- Aufmerksamkeits- oder Konzentrationsprobleme
- Berufliche Schwierigkeiten
- Veränderungen in der Stimmung
- Tagesschläfrigkeit
- Anfälligkeit für Arbeitsunfälle oder Schwierigkeiten beim Autofahren
- Kopfschmerzen, gastrointestinale Beschwerden
- Sorgen aufgrund der Schlafstörung



1. Was ist eine Insomnie ?
- 2. Sind Insomnien wichtig ?**
3. Behandlung
4. GET Sleep

# Sind Insomnien wichtig ?

**Prävalenz:**  
6 - 10%

**Reduzierte  
Lebensqualität**

**Führen zu:**  
Depression,  
Herz-Kreislauf-  
Erkrankungen





1. Was ist eine Insomnie ?
2. Sind Insomnien wichtig ?
- 3. Behandlung**
4. GET Sleep

# Kognitive Verhaltenstherapie für Insomnie

---



Riemann D, Baum E, Cohrs S, Crönlein T, Hajak G, Hertenstein E, Klose P, Langhorst J, Mayer G, Nissen C, Pollmächer T, Rabstein S, Schlarb A, Sitter H, Weeß HG, Wetter T, Spiegelhalder K. S3-Leitlinie „Insomnie bei Erwachsenen“. Somnologie 2017;21:2-44.

# Kognitive Verhaltenstherapie für Insomnie

---

Schlafrestriktion/  
Stimuluskontrolle



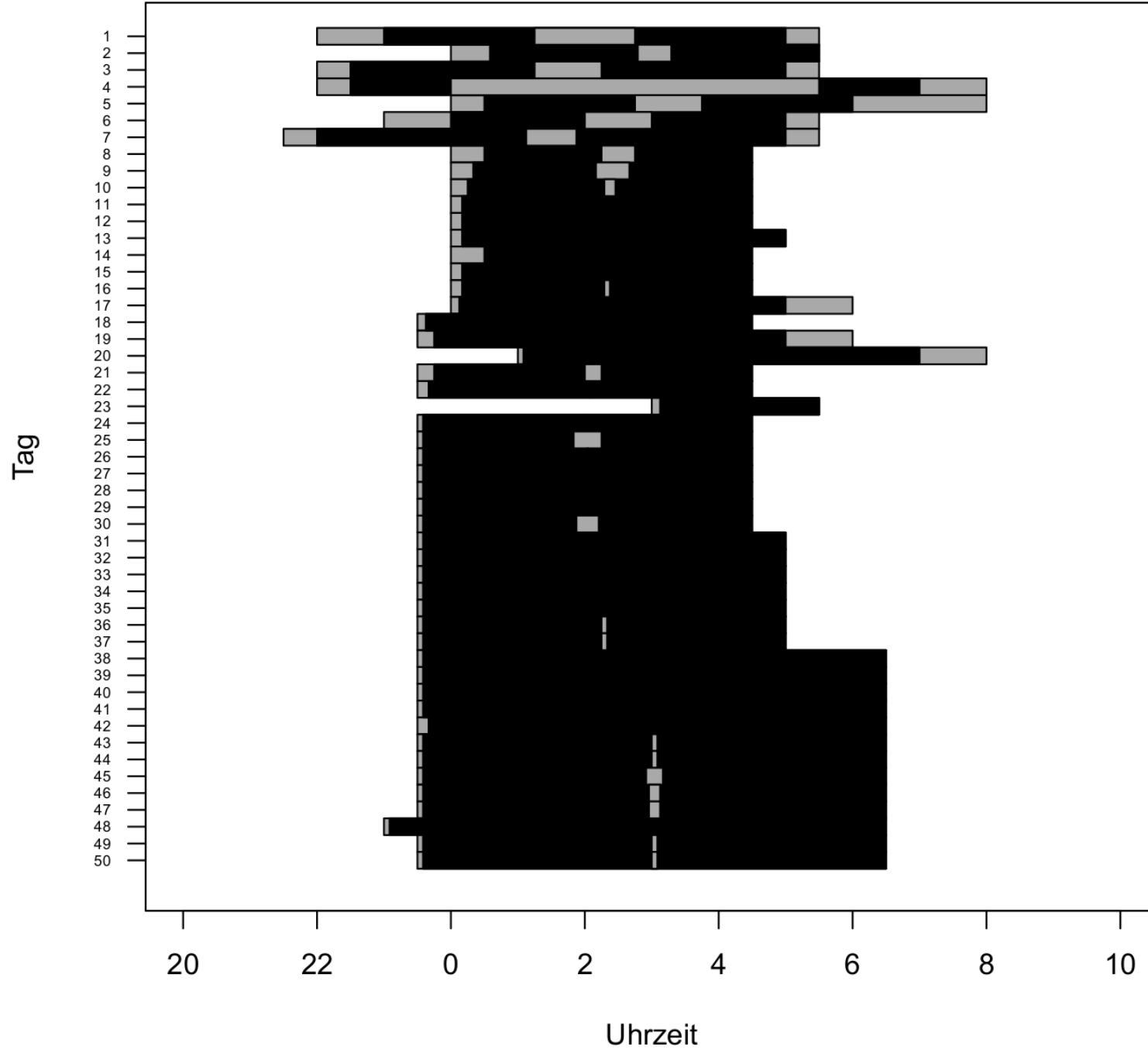
Riemann D, Baum E, Cohrs S, Crönlein T, Hajak G, Hertenstein E, Klose P, Langhorst J, Mayer G, Nissen C, Pollmächer T, Rabstein S, Schlarb A, Sitter H, Weeß HG, Wetter T, Spiegelhalder K. S3-Leitlinie „Insomnie bei Erwachsenen“. Somnologie 2017;21:2-44.

# Schlafrestriktion

---

- 1) Verkürzen Sie die Bettzeit auf die vom Patienten genannte durchschnittliche Schlafdauer (minimal 4,5 Stunden).
- 2) Wenn der Patient mit dieser verkürzten Bettzeit nach einer Woche eine durchschnittliche Schlafeffizienz von mindestens 90% erreicht hat, wird die Bettzeit um 30 Minuten ausgedehnt.
- 3) Bei einer durchschnittlichen Schlafeffizienz von unter 80% wird die Bettzeit um 30 Minuten verkürzt.

# Schlafrestriktion, Beispiel



# Kognitive Verhaltenstherapie für Insomnie

---

Schlafrestriktion/  
Stimuluskontrolle

Entspannungs-  
verfahren



Riemann D, Baum E, Cohrs S, Crönlein T, Hajak G, Hertenstein E, Klose P, Langhorst J, Mayer G, Nissen C, Pollmächer T, Rabstein S, Schlarb A, Sitter H, Weeß HG, Wetter T, Spiegelhalder K. S3-Leitlinie „Insomnie bei Erwachsenen“. Somnologie 2017;21:2-44.

# Kognitive Verhaltenstherapie für Insomnie

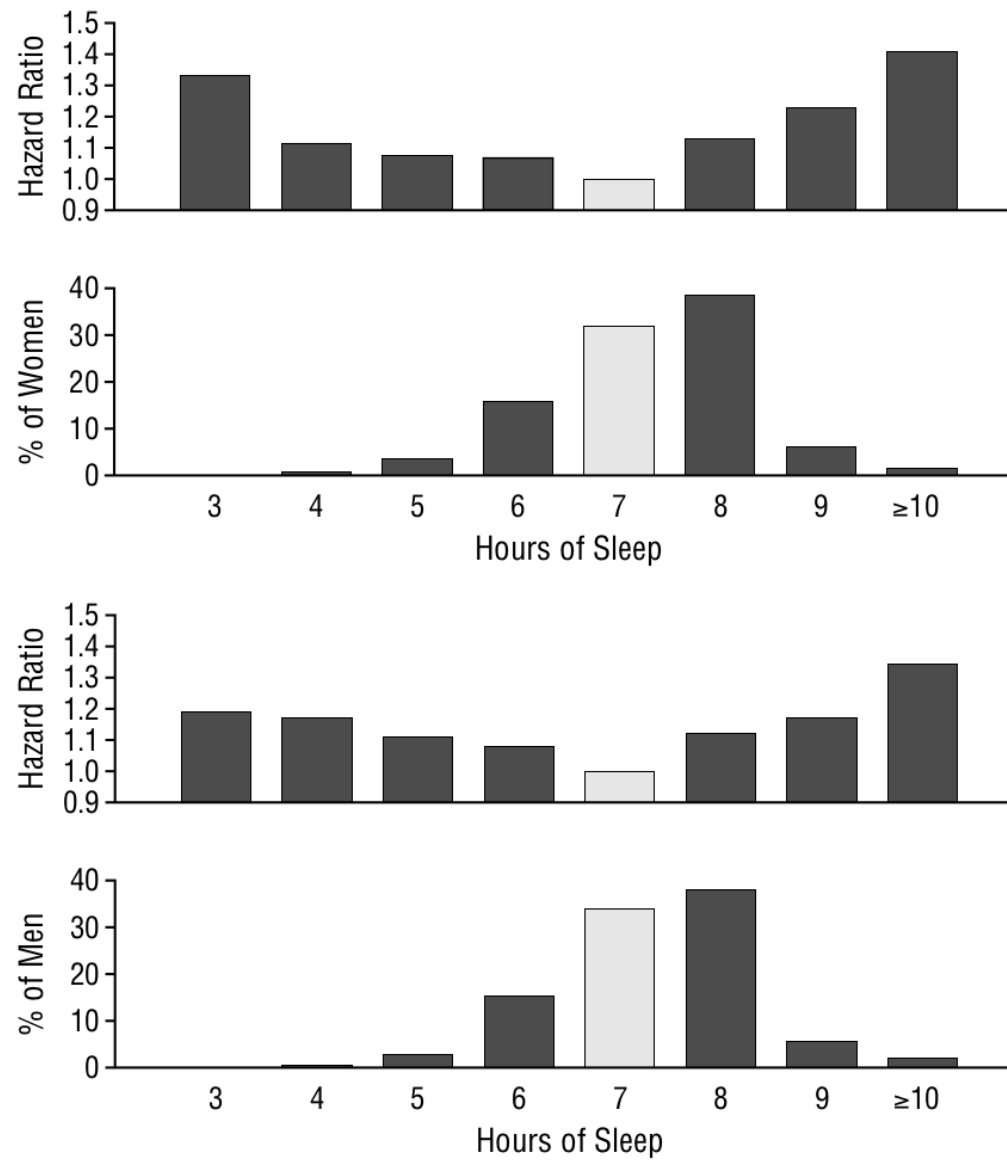


Riemann D, Baum E, Cohrs S, Crönlein T, Hajak G, Hertenstein E, Klose P, Langhorst J, Mayer G, Nissen C, Pollmächer T, Rabstein S, Schlarb A, Sitter H, Weeß HG, Wetter T, Spiegelhalder K. S3-Leitlinie „Insomnie bei Erwachsenen“. Somnologie 2017;21:2-44.

Wie viel Schlaf braucht der Mensch ?



# Wie viel Schlaf braucht der Mensch ?



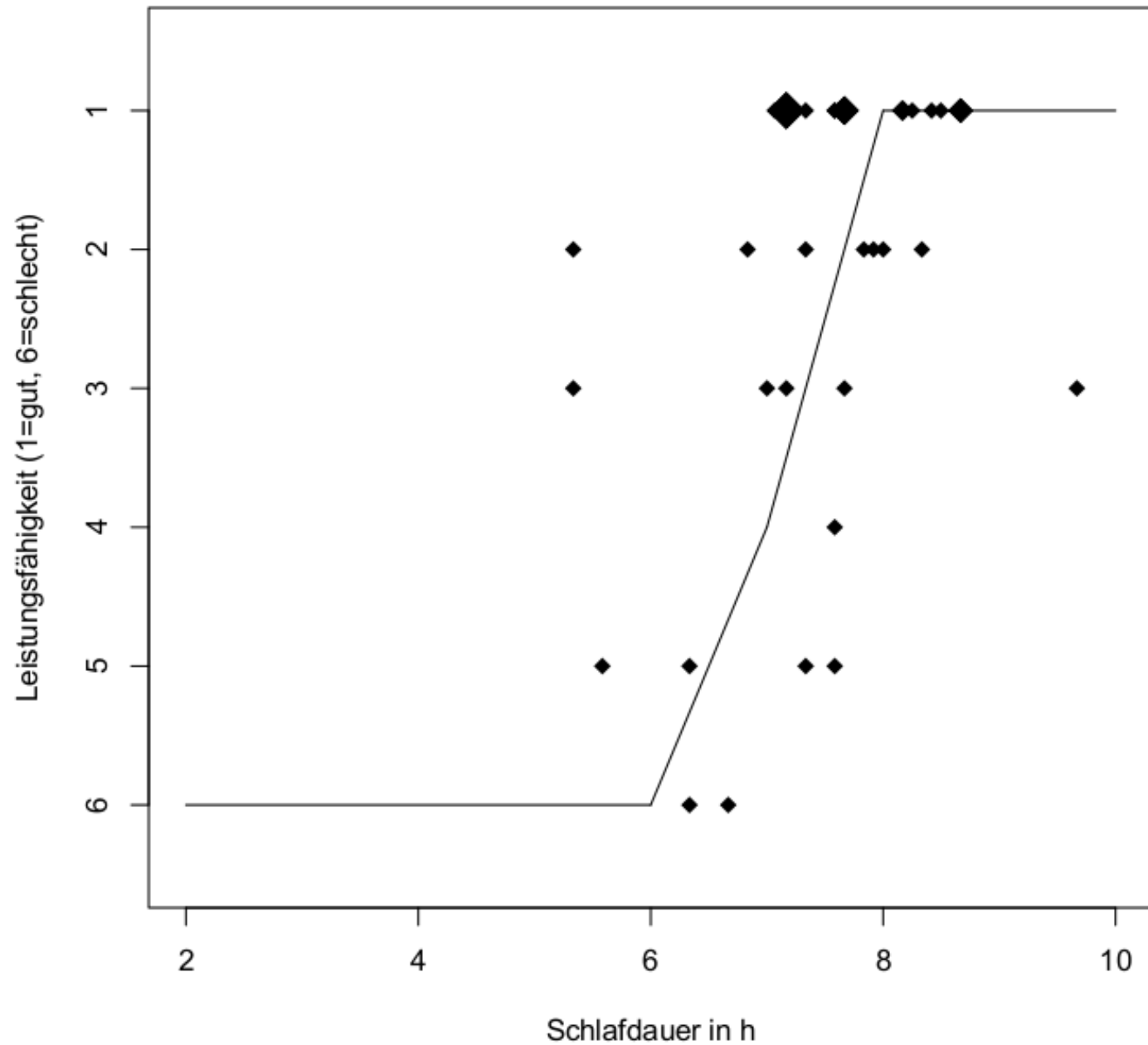
Kripke DF, Garfinkel L, Wingard DL, Klauber MR, Marler MR. Mortality associated with sleep duration and insomnia. Arch Gen Psychiatry 2002;59:131-6.

Wie kann ich abends  
zur Ruhe kommen ?

Muss ich mich anstrengen ?

„Wenn ich heute nicht ausreichend schlafe,  
bin ich morgen nicht leistungsfähig.“

# Psychoedukation / Kognitive Therapie



# Kognitive Verhaltenstherapie für Insomnie

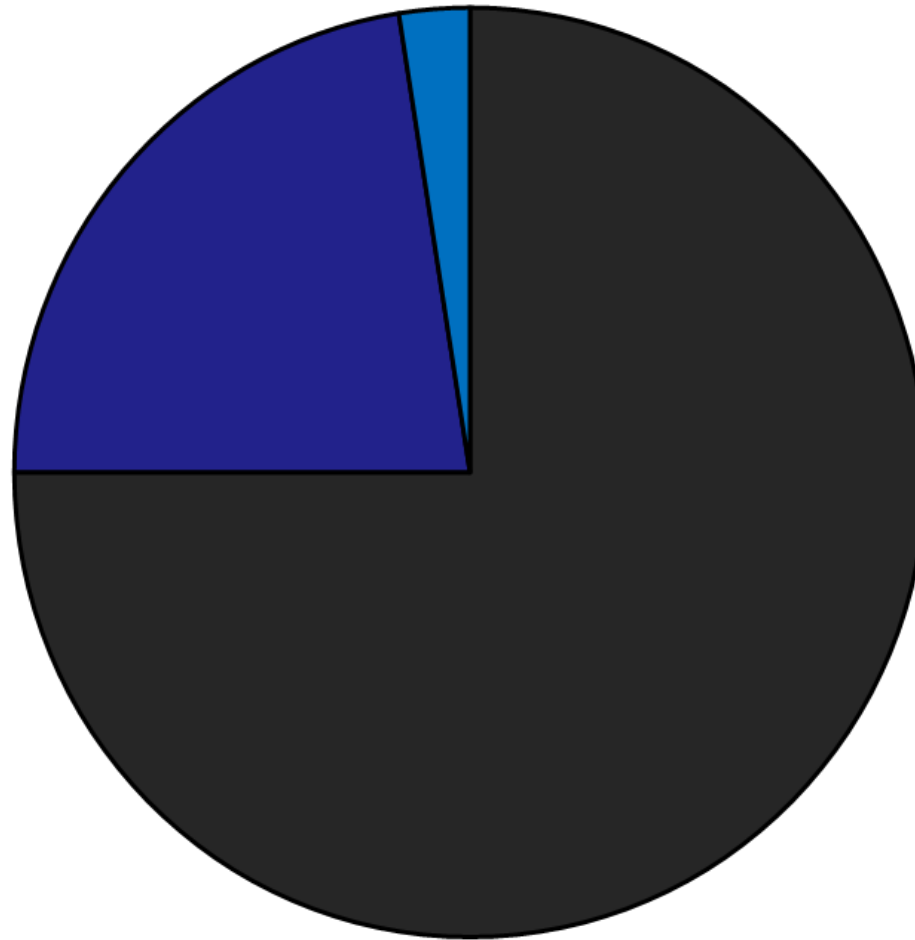
---



Riemann D, Baum E, Cohrs S, Crönlein T, Hajak G, Hertenstein E, Klose P, Langhorst J, Mayer G, Nissen C, Pollmächer T, Rabstein S, Schlarb A, Sitter H, Weeß HG, Wetter T, Spiegelhalder K. S3-Leitlinie „Insomnie bei Erwachsenen“. Somnologie 2017;21:2-44.

# Wer erhält diese Behandlung ?

---



■ Dunkelziffer ■ Diagnose ■ Psychotherapie

Grobe TG, Steinmann S, Gerr J. Gesundheitsreport 2019 – Schlafstörungen. Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse – Band 17.

Storm A (DAK-Gesundheit). Gesundheitsreport 2017. Beiträge zur Gesundheitsökonomie und Versorgungsforschung (Band 16).

1. Was ist eine Insomnie ?
2. Sind Insomnien wichtig ?
3. Behandlung
4. **GET Sleep**



# GET Sleep – Stepped Care Modell für Insomnie



Gemeinsamer  
Bundesausschuss  
Innovationsausschuss

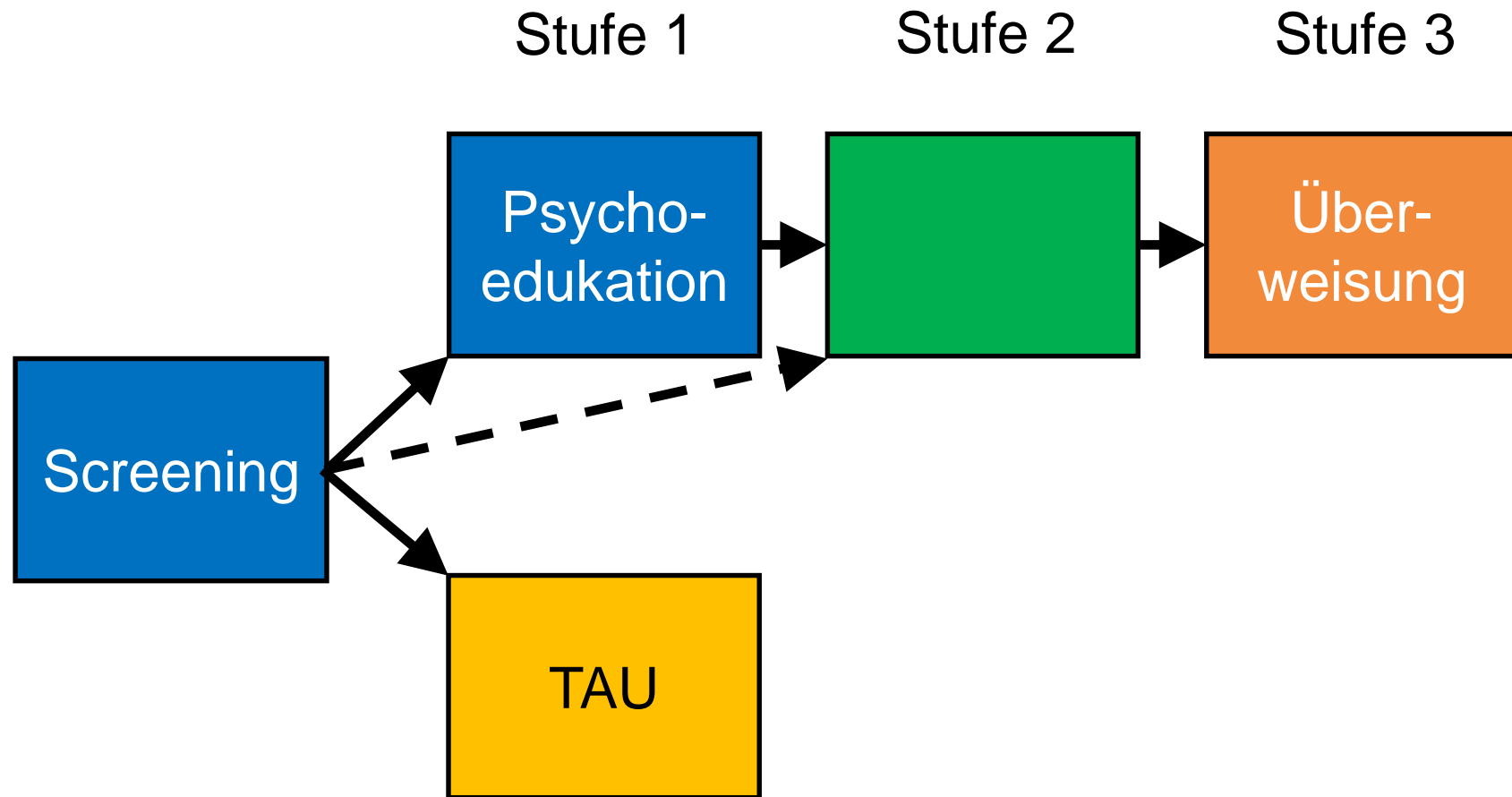


**Stufe 3**  
(17% d. Patienten)

**Stufe 2**  
(85% d. Patienten)

**Stufe 1**  
(100% d. Patienten)

# GET Sleep – Stepped Care Modell für Insomnie



1. Leitliniengerechte Therapie
2. Psychiatrischer Konsiliardienst
3. Finanzielle Entschädigung,  
100-150 Euro pro Fall



**Herzlichen Dank für  
Ihre Aufmerksamkeit !**

# Technische Entwicklungen

## Projektwebsite (inkl. Test Einschlusskriterien und Verweis auf Studflow)

Die Projektwebsite [www.getsleep.de](http://www.getsleep.de) wurde technisch von HelloBetter und inhaltlicher Zusammenarbeit mit allen Projektpartnern entwickelt. Neben der Startseite bildeten die dedizierten Unterseiten für Personen mit Schlafbeschwerden sowie für interessierte Ärzte das Kernstück der Webpräsenz. Zusätzlich rundeten Kontextinformationen zum wissenschaftlichen Hintergrund und eine Fragen & Antworten-Seite inklusive aller Ansprechpartner das Angebot ab.

Einblicke in die Webseiten finden sich in den angehängten PDF-Dateien:

- **Link zum Export der Startseite**
  - 6a-GETSLEEP-Website\_Startseite.pdf
- **Link zum Export der Unterseite für Interessierte**
  - 6b-GETSLEEP-Website\_Interessierte.pdf
- **Link zum Export des Screening-Fragebogens**
  - 6c-GETSLEEP-Website\_Screening.pdf
- **Link zum Export der Unterseite für interessierte Ärzte**
  - 6d-GETSLEEP-Website\_Aerzte.pdf

Als Teil dieser Webseiten wurden mehrere Videos zur Informationsbereitstellung dediziert für das GET.Sleep-Projekt gefilmt und aufbereitet:

- Info-Video Prof. Dr. Spiegelhalter für teilnehmende Ärzte:  
<https://www.youtube.com/watch?v=nQcmFoddKQ4>
- Info-Video Prof. Dr. Spiegelhalter für Interessierte:  
<https://www.youtube.com/watch?v=csfDRkLHfug>
- Video Prof. Dr. Riemann zum Ablauf der Studie:  
<https://www.youtube.com/watch?v=2XqzeBHK3BU>
- Videoaufnahme von Prof. Dr. Riemann für Hausärzte:  
<https://youtu.be/flfGrWmrJ6l?si=fAxzGdf3qmVoxfGB>

Darüber hinaus wurde die technische Grundlage für die psychoedukativen Inhalte und Materialien für Hausärzte geschaffen (Details siehe Antwort auf Frage 11).

## Studien-Codes als Identifikation und Interoperabilitätsmechanismus

Um Teilnehmende durch die verschiedenen Stufen der Studie zu begleiten, wurde ein Code-System entwickelt, das von allen aktiven Projektpartnern genutzt wurde.

Innerhalb eines Codes wurden sowohl der korrespondierende Arzt, die Studiengruppe als auch das Vorgehen in Stufe 1 (4 Wochen Übungsphase ja oder nein) kodiert. Jeder Code war einzigartig und ermöglichte eine anonymisierte

Identifikation der Studienteilnehmenden über verschiedene Stufen hinweg (Beispielcode: GP-0054001SK011KM2).

Dies war ein zentraler Faktor für die Interoperabilität der Systeme zwischen den aktiven Projektpartnern, da die Codes den Zugang zur Interventionsplattform ermöglichten und als anonyme ID für die Datenerhebung genutzt wurden.

Zur Verwaltung der Studien-Codes wurde eine eigene Web-Umgebung entwickelt. Diese ermöglichte es, neue Codelisten zu erstellen und nachzuvollziehen, welche Codes bereits aktiviert wurden. Die Codes dienten als Zugangscodes zur Interventionsplattform:

ADMIN /

### Access Codes

<input type="checkbox"/>	Id	User	Study Group	Skip	Patient	Code	Used	Created At	Updated At	
<input type="checkbox"/>	3876	<a href="#">Tabrez Khan</a>	001	SK02	GNDI	GP-0001001SK02GNDI	NO	January 05, 2022 10:37	January 05, 2022 10:37	<a href="#">View</a>
<input type="checkbox"/>	3875	<a href="#">Tabrez Khan</a>	001	SK02	NJ0Z	GP-0001001SK02NJ0Z	NO	January 05, 2022 10:37	January 05, 2022 10:37	<a href="#">View</a>
<input type="checkbox"/>	3874	<a href="#">Tabrez Khan</a>	001	SK02	X42G	GP-0001001SK02X42G	NO	January 05, 2022 10:37	January 05, 2022 10:37	<a href="#">View</a>
<input type="checkbox"/>	3873	<a href="#">Tabrez Khan</a>	001	SK02	GR2O	GP-0001001SK02GR2O	NO	January 05, 2022 10:37	January 05, 2022 10:37	<a href="#">View</a>
<input type="checkbox"/>	3872	<a href="#">Tabrez Khan</a>	001	SK02	N8AF	GP-0001001SK02N8AF	YES	January 05, 2022 10:37	January 05, 2022 10:43	<a href="#">View</a>
<input type="checkbox"/>	3871	<a href="#">Tabrez Khan</a>	001	SK01	SH40	GP-0001001SK01SH40	NO	January 05, 2022 10:37	January 05, 2022 10:37	<a href="#">View</a>
<input type="checkbox"/>	3870	<a href="#">Tabrez Khan</a>	001	SK01	BCGE	GP-0001001SK01BCGE	NO	January 05, 2022 10:37	January 05, 2022 10:37	<a href="#">View</a>
<input type="checkbox"/>	3869	<a href="#">Tabrez Khan</a>	001	SK01	1AIV	GP-0001001SK011AIV	NO	January 05, 2022 10:37	January 05, 2022 10:37	<a href="#">View</a>

Filters

USER

STUDY GROUP  
Contains

SKIP  
Contains

PATIENT  
Contains

CODE  
Contains

USED  
Any

CREATED AT  
From  To

UPDATED AT  
From  To

Alle teilnehmenden Ärzte erhielten ihre spezifischen Zugangscodes. Um sie physisch verteilen zu können, wurden sie als individuell bedruckte, farbkodierte Codekarten an Ärzte verschickt, die diese zusammen mit den Projektflyern an interessierte Patienten mit Schlafbeschwerden weitergaben.

- Grüne Codekarten hatten Codes aufgedruckt, mit denen die 4-Wochen-Übungsphase in Stufe 1 übersprungen werden konnte.
- Orangene Codekarten waren mit Codes bedruckt, bei denen die Teilnehmenden eine 4-wöchige Übungszeit und weitere onlinebasierte psychoedukative Inhalte erhielten.

Vorderseite A

Rückseite A

getsleep Skip

**Endlich besser Schlafen**

Passen Sie gut auf den Code auf!

Nutzen Sie den Code für Ihre Anmeldung zum Schlafprogramm auf:

getsleep.de

Hier ist Ihr persönlicher Anmeldecode:

**888888888888**

Vorderseite B

Skip

1. Gehen Sie auf **getsleep.de**
2. Geben Sie im Anmeldebereich Ihren **Code** ein
3. Beginnen Sie Ihr **Programm**

Hier ist Ihr persönlicher Anmeldecode:

**888888888888**

Rückseite B

getsleep Skip

**Endlich besser Schlafen**

Passen Sie gut auf den Code auf!

Nutzen Sie den Code für Ihre Anmeldung zum Schlafprogramm auf:

getsleep.de

Hier ist Ihr persönlicher Anmeldecode:

**888888888888**

Skip

1. Gehen Sie auf **getsleep.de**
2. Geben Sie im Anmeldebereich Ihren Code ein
3. Beginnen Sie Ihr Programm

Hier ist Ihr persönlicher Anmeldecode:

**888888888888**

## Entwicklungen an der Interventionsplattform zur Abbildung des Studienflows

Um den Anforderungen des Studienflows gerecht zu werden, waren mehrere technische Entwicklungen notwendig, die im Folgenden kurz umrissen und mit Screenshots begleitet werden.

*Signup, Consent & BARMER-spezifische Inhalte*



## Melde dich für das GET Sleep Projekt an.

Bitte gib hier deinen Zugangscode ein:

Vorname

Nachname

Geburtsdatum

Versicherung

E-Mail-Adresse

Passwort

- Ich habe die [Nutzungsbestimmungen](#) und [Datenschutzerklärung](#) zur Kenntnis genommen
- Ich gebe mein Einverständnis zur [wissenschaftlichen Evaluierung](#)

Registrieren



## Melde dich für das GET Sleep Projekt an.

Bitte gib hier deinen Zugangscode ein:

Vorname

Nachname

Geburtsdatum

Versicherung

E-Mail-Adresse

Passwort

- Ich habe die [Nutzungsbestimmungen](#) und [Datenschutzerklärung](#) zur Kenntnis genommen
- Ich gebe mein Einverständnis zur [wissenschaftlichen Evaluierung](#)

Registrieren



Wurde die BARMER als Versicherung ausgewählt, wurden zusätzliche Informationen erhoben:

## Versicherung

BARMER

## Krankenversichertennummer ?

A123456789

## E-Mail-Adresse

janedoe@mail.de

## Passwort

\*\*\*\*\*

Ich habe die [Nutzungsbestimmungen](#) und [Datenschutzerklärung](#) zur Kenntnis genommen

Ich gebe mein Einverständnis zur [wissenschaftlichen Evaluierung](#)

**Bevor es losgehen kann, brauchen wir noch die Zustimmung für die Teilnahme an der besonderen Versorgung „onlinebasierte Selbstmanagementintervention – HelloBetter“**

Die [Patienteninformation zur Teilnahme](#) habe ich gelesen und zur Kenntnis genommen und stimme den dortigen Inhalten zu. Hiermit erkläre ich freiwillig meine Teilnahme an der besonderen Versorgung „mit onlinebasierter Selbstmanagementintervention – HelloBetter“.

### Widerrufsbelehrung

Sie können Ihre Teilnahmeerklärung innerhalb von zwei Wochen nach ihrer Abgabe schriftlich, elektronisch oder zur Niederschrift bei der BARMER ohne Angabe von Gründen widerrufen. Zur Fristwahrung genügt die rechtzeitige Absendung der Widerrufserklärung an die BARMER. Die Widerrufsfrist beginnt mit dieser Belehrung über mein Widerrufsrecht, frühestens jedoch mit der Abgabe Ihrer Teilnahmeerklärung.

Die [Patienteninformation zur Datenverarbeitung](#) habe ich gelesen und zur Kenntnis genommen und stimme den dortigen Inhalten zu. Hiermit erkläre ich freiwillig meine Einwilligung zur Datenverarbeitung für die Durchführung der Versorgung „mit onlinebasierter Selbstmanagementintervention – HelloBetter“

### Widerrufsbelehrung

Sie können die erklärte Einwilligung in die Datenverarbeitung jederzeit ohne Angabe von Gründen schriftlich für die Zukunft widerrufen. Eine Teilnahme an der Besonderen Versorgung ist dann nicht mehr möglich. Durch den Widerruf der Einwilligung wird die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt.

Registrieren

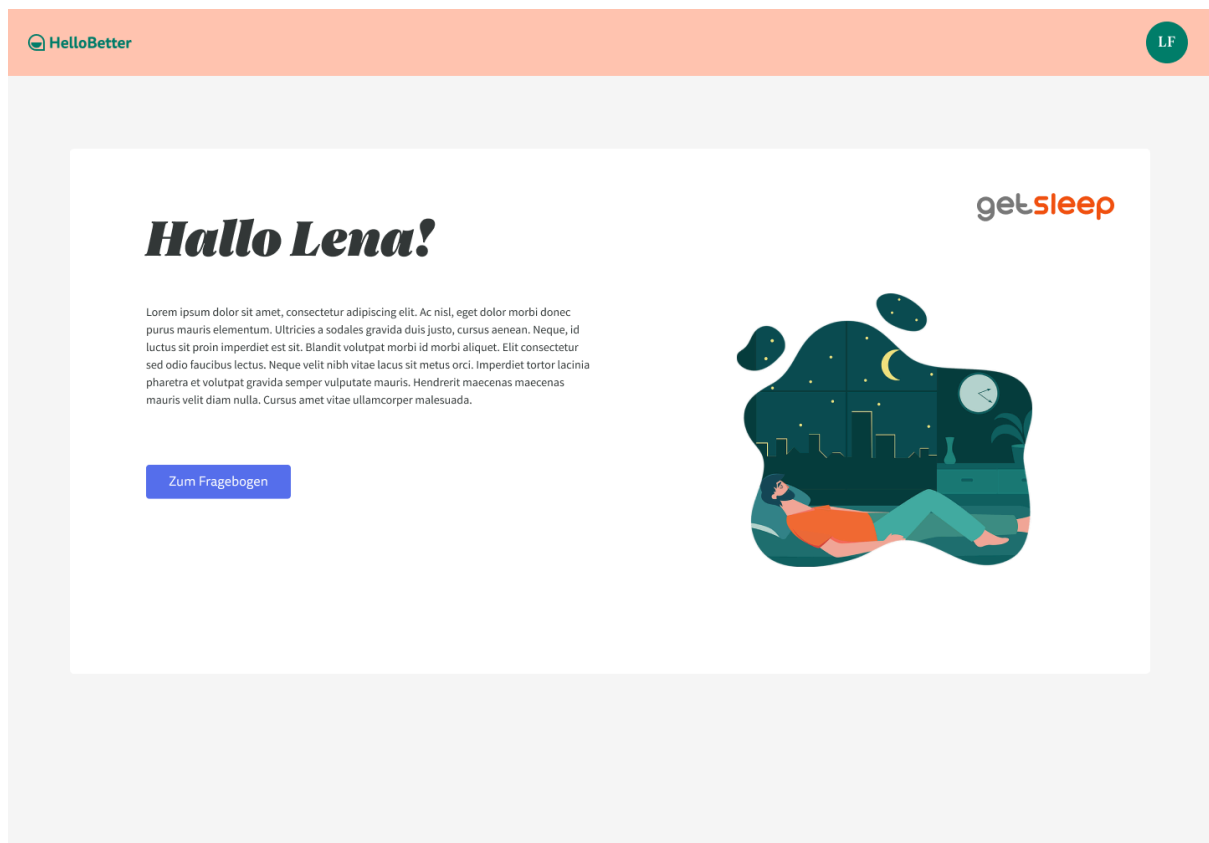
Wo finde ich meine Versichertennummer?



## Studienflow & Schnittstelle Evaluationspartner (LimeSurvey)

Im ersten Schritt nach der Registrierung wurden die Teilnehmenden begrüßt und an die erste Befragung des Evaluationspartners weitergeleitet.

Dafür wurde im Hintergrund ein einzigartiger Link zum Fragebogen generiert, der URL-Parameter für den Studien-Code sowie ein individuelles Fragebogen-Token enthielt. Bei der Rückleitung nach der Befragung wurde ebenfalls der Studien-Code per URL-Parameter übermittelt, um zu registrieren, ob die Befragung abgeschlossen wurde. Nur dann war es möglich, den Studienflow fortzusetzen.



Sollte der Fragebogen nicht ausgefüllt sein, wurden automatisierte Erinnerungsmails versendet.



# Ihre Befragung abschließen

Um Zugang zu Ihrem persönlichen Studienangebot zu erhalten, bitten wir Sie um die vollständige Beantwortung der ersten Online-Befragung der Universität Ulm.

Die Befragung wird etwa 40 – 60 Minuten in Anspruch nehmen und kann zwischendurch unterbrochen werden. Ihre Eingaben werden automatisch gespeichert.

Nach Abschluss der Befragung ist Ihre Studienanmeldung abgeschlossen und Sie erhalten eine Rückmeldung über Ihre Gruppenzugehörigkeit sowie weiterführende Informationen.

Loggen Sie sich ein, um Ihre persönliche Online-Befragung zu beginnen oder fortzuführen.

[Fragebogen ausfüllen](#)

## *Psychoedukation und Übungsphase*

Abhängig von der Entscheidung der Hausärzte in Stufe 1 ging es entweder direkt mit Stufe 2 weiter oder es wurden psychoedukative Inhalte bereitgestellt, deren Anwendung für 4 Wochen geübt werden sollte.

# Hallo Lena!

get.sleep

Lorem ipsum dolor sit amet, consectetur adipiscing elit. Ac nisi, eget dolor morbi donec purus mauris elementum. Ultricies a sodales gravida duis justo, cursus aenean. Neque, id luctus sit proin imperdiet est sit. Blandit volutpat morbi id morbi aliquet. Elit consectetur sed odio faucibus lectus. Neque velit nibh vitae lacus sit metus orci. Imperdiet tortor lacinia pharetra et volutpat gravida semper vulputate mauris. Hendrerit maecenas maecenas mauris velit diam nulla. Cursus amet vitae ullamcorper malesuada.

- Eingangsbefragung
- Psychoedukation
- 4 Wochen Überzeit
- Online-Training: HelloBetter Schlafen

[Zur Psychoedukation](#)

[← Zurück zur Übersicht](#)

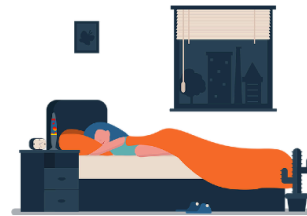
# Basiswissen über Schlaf

getsleep

Vereinfacht kann man den Schlafzustand als „Ruhezustand des Körpers“ betrachten und Schlaf ist dabei „das beste Mittel gegen Müdigkeit“. Der Körper ist auf einen Schlaf-Wach-Rhythmus eingestellt, der unter anderem durch die Helligkeit und andere Umgebungsfaktoren, aber auch durch Schwankungen im Hormonstoffwechsel reguliert wird. Beispielsweise kann Nacharbeit zu Konflikten mit dem natürlichen Rhythmus führen.

Während des Schlafs durchläuft man mehrmals hintereinander in der Nacht verschiedene Phasen, die durch unterschiedliche Schlafstadien geprägt sind. Träume treten in bestimmten Schlafphasen auf. Menschen können unterschiedliche Schlafmuster haben, so gibt es zum Beispiel Kurzschläfer\*innen und Langschläfer\*innen, die trotz unterschiedlicher Länge des nächtlichen Schlafs tagsüber keine Tagesbeeinträchtigung oder Tagesschläfrigkeit haben.

Es gibt viele Mythen über den Schlaf, die keine wissenschaftliche Grundlage haben, so z.B. „Schlaf vor Mitternacht ist der gesündeste“ oder „der Mensch braucht immer acht Stunden Schlaf“. Schlafstörungen können durch vielfältige Gründe entstehen, so z.B. durch ungesunde Gewohnheiten oder aber auch durch seelische Belastungen, die „einem den Schlaf rauben“.




**i** Schlafmediziner\*innen und Schlafforscher\*innen sind sich einig: Die Lebensqualität wird stark vom Schlaf beeinflusst!

## Empfehlungen

Häufig leiden Menschen mit Stress, Sorgen oder Ängsten unter Schlafproblemen. Sie können nachts nicht ein- oder durchschlafen oder wachen verfrüht auf. Gerade in Phasen, in denen wir leistungsfähig sein wollen, sind wir deshalb auch häufig gestresst und schlafen schlechter.

In solchen Phasen entwickeln viele Menschen Strategien, wie sie mit diesen Schlafproblemen umgehen, damit die Leistungsfähigkeit erhalten bleibt. Die meisten dieser Strategien helfen jedoch nicht langfristig und verschlimmern die Schlafprobleme zusätzlich. Hier finden Sie einige Strategien, die Ihnen dabei helfen können, besser zu schlafen.

 Tipps für einen gesunden Schlaf



# Hallo Lena!

getsleep

Lorem ipsum dolor sit amet, consectetur adipiscing elit. Ac nisi, eget dolor morbi donec purus mauris elementum. Ultricies a sodales gravida duis justo, cursus aenean. Neque, id luctus sit proin imperdiet est sit. Blandit volutpat morbi id morbi aliquet. Elit consectetur sed odio faucibus lectus. Neque velit nibh vitae lacus sit metus orci. Imperdiet tortor lacinia pharetra et volutpat gravida semper vulputate mauris. Hendrerit maecenas maecenas mauris velit diam nulla. Cursus amet vitae ullamcorper malesuada.

- Eingangsbefragung
- Psychoedukation
- 4 Wochen Übezeit
- Online Training: HelloBetter Schlafen

Lorem ipsum dolor sit amet, consectetur adipiscing elit. Enim gravida commodo turpis lorem erat pharetra placerat varius. Ut aliquet etiam faucibus porttitor ipsum. Massa leo, malesuada odio tempor arcu ipsum, ultrices.

Noch **28** Tage

[Zur Psychoedukation](#)

# Hallo Lena!

getsleep

Lorem ipsum dolor sit amet, consectetur adipiscing elit. Ac nisi, eget dolor morbi donec purus mauris elementum. Ultricies a sodales gravida duis justo, cursus aenean. Neque, id luctus sit proin imperdiet est sit. Blandit volutpat morbi id morbi aliquet. Elit consectetur sed odio faucibus lectus. Neque velit nibh vitae lacus sit metus orci. Imperdiet tortor lacinia pharetra et volutpat gravida semper vulputate mauris. Hendrerit maecenas maecenas mauris velit diam nulla. Cursus amet vitae ullamcorper malesuada.

- Eingangsbefragung
- Psychoedukation
- 4 Wochen Übezeit
- Online Training: HelloBetter Schlafen

[Weiter zum Training](#)

## Entwicklungen an der Intervention dediziert für die Studie

- Siehe Antwort auf Frage 9

# Endlich besser schlafen

Mit Hilfe unseres Behandlungsangebotes GET Sleep können Sie lernen, Schlafbeschwerden effektiv zu bewältigen und Ihre Lebensqualität zu steigern.

Zum Schlaf-Selbsttest



Gefördert durch:



### Aus der Wissenschaft

Wissenschaftliche Studie zur Förderung der Schlafqualität



### Psychologische Begleitung

Während der Teilnahme werden sie von Ärzten und Psychologen betreut



### Direkt und einfach

Von zu Hause, digital mit anwendbaren Übungen

Das Projekt GET Sleep erklärt von Prof. Dr. Riemann - HelloBetter



## Das Schlafprogramm GET Sleep erklärt von Prof. Dr. Dieter Riemann

Mehr Erfahren





## ***Schlaffragebogen***

Mit diesem wissenschaftlich evaluierten Selbsttest können Sie herausfinden, wie stark Ihre Schlafbeschwerden ausgeprägt sind, und ob eine Teilnahme an GET Sleep für Sie in Frage kommt.

[Jetzt starten](#)

Sie haben bereits einen Code von Ihrem Arzt und möchten sich bei der Schlafstudie anmelden?

[Zur Anmeldung](#)

# Ablauf der Schlafstudie

## Schlaf-Selbsttest

Um zu überprüfen, ob eine Studienteilnahme für Sie in Frage kommt, machen Sie bitte zunächst den **Schlaf-Selbsttest**.

## Vereinbarung eines Termins mit einem (Online-)Hausarzt

**Wenn Sie in Baden-Württemberg oder Bayern wohnen**, können Sie entweder direkt einen **Termin mit einem unserer Online-Hausärzte buchen** oder alternativ einen Termin mit einem niedergelassenen Hausarzt vereinbaren. Um herauszufinden, ob Ihr Hausarzt bereits an der Studie teilnimmt bzw. um zu erfahren, wie Ihr Hausarzt teilnehmen kann, melden Sie sich gerne beim Studienteam des Universitätsklinikums Freiburg unter der Rufnummer 0761 270-69750 (Sprechzeiten: Mi & Fr: 09:00 - 13:00 Uhr).

**Wenn Sie nicht in Bayern oder Baden-Württemberg wohnen**, können Sie direkt einen **Termin mit einem unserer Online-Hausärzte vereinbaren**.

## Termin bei Ihrem (Online-) Hausarzt

Im Erstgespräch mit Ihrem Hausarzt können Sie über Ihre Beschwerden sprechen und mehr über das Projekt GET-Sleep erfahren. Wenn die Kriterien für eine Studienteilnahme erfüllt sind, erhalten Sie einen Zugangscode für eine Studienregistrierung.

## Registrierung auf der Studien-Plattform

Mithilfe Ihres persönlichen Zugangscodes können Sie sich nun **auf der Studienplattform registrieren**. Dabei erhalten Sie weitere Informationen zur Studie, werden zu der ersten Online-Befragung eingeladen und erfahren im Anschluss, welcher Gruppe Sie zufällig zugeteilt wurden.

## Behandlung Ihrer Schlafbeschwerden

Um die Wirksamkeit der Behandlung wissenschaftlich überprüfen und vergleichen zu können, werden Teilnehmende einer von vier Gruppen zufällig zugeteilt. Eine Gruppe erhält die Routinebehandlung nach dem *üblichen hausärztlichen Behandlungskonzept*. Die anderen drei Gruppen werden *nach einem Stufenmodell* mit drei Stufen behandelt:

### Stufe 1: Hausärztliche Erstbehandlung

In einem weiteren Termin mit Ihrem (Online-)Hausarzt erhalten Sie erste Informationen zu einem gesunden Schlafverhalten.

### Stufe 2: Internet- und mobilbasiertes Schlaf-Training

Erleben Sie nach 4 Wochen keine Besserung Ihrer Beschwerden, erhalten Sie Zugang zu einer wissenschaftlichen internet- und mobilbasierten Behandlung über 8 Wochen. Dort erhalten Sie eine therapeutische Begleitung und erlernen Techniken und Strategien zum Umgang mit Ihrer Schlafstörung.

### Stufe 3: Fachbehandlung

Bleibt der erwünschte Effekt der Online-Behandlung aus, erfolgt eine Überweisung in eine ambulante Fachbehandlung durch Fachleute, die auf die Behandlung von Schlafbeschwerden spezialisiert sind. Abhängig von Ihren Beschwerden erhalten Sie

Schlafbeschwerden spezialisiert sind. Abhängig von ihren Beschwerden erhalten Sie eine psychotherapeutische, psychiatrische oder schlafmedizinische Fachbehandlung.



Wir wollen allen Menschen mit Schlafstörungen in Deutschland die beste Therapie anbieten!

**Prof. Dr. Dr. Kai Spiegelhalter**

## Kontakt

Universitätsklinikum Freiburg  
Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie  
Hauptstraße 5  
79104 Freiburg/Breisgau

GET.ON Institut  
Schrammsweg 11,  
20249 Hamburg

Tel. +49 (0)40 52 47 333 10  
[kontakt@geton-institut.de](mailto:kontakt@geton-institut.de)

### Kontakt bei akuten Krisen

Telefonseelsorge:  
0800 111 0 111

## Training

### Projektleitung

Prof. Dr. Dr. Kai Spiegelhalter  
Prof. Dr. Dieter Riemann

### Wissen & Forschung

Schlafbeschwerden

### Datenschutzerklärung

[Datenschutzerklärung](#)

### Impressum

[Impressum](#)

## Über Uns

Über Uns  
GET.ON ist jetzt [HelloBetter](#)

### Presse

Presseanfragen

### Konsortialpartner

Universitätsklinikum Freiburg, Lehrbereich  
Allgemeinmedizin

Get.On Institut/HelloBetter  
Universität Ulm

Barmer

Klinikum Nürnberg

## Partner

### Projektpartner

Deutsche Gesellschaft für Schlafforschung  
und Schlafmedizin (DGSM)

Prof. Dr. Dirk Lehr, Leuphana Universität  
Lüneburg





# Get sleep Besser schlafen

## Infos für Teilnehmende

Erfahren Sie im Video von Prof. Dr. Kai Spiegelhalter alles über die Studie und Ihre Möglichkeiten, daran teilzunehmen!

Jetzt anmelden

GET Sleep - Infos für Teilnehmende | HelloBetter

**Schlaffragebogen**

Mit diesem wissenschaftlich validierten Selbsttest können Sie herausfinden, wie stark Ihre Schlafbeschwerden ausgeprägt sind, und ob eine Teilnahme an GET Sleep für Sie in Frage kommt.

Jetzt starten

## Schlafstörungen – was ist das eigentlich?

Ein- und Durchschlafstörungen, die mindestens einen Monat bestehen und bei

den Betroffenen zu einer beeinträchtigten Leistungsfähigkeit oder Befindlichkeit am Tag führen, werden als Insomnien bezeichnet. Diese betreffen insgesamt 5-10 % der Bevölkerung in Deutschland und bestehen meistens chronisch über mehrere Jahre oder sogar Jahrzehnte hinweg. Die Lebensqualität der Betroffenen kann hierbei beträchtlich leiden, und es besteht das Risiko für psychische und körperliche Folgeerkrankungen, v.a. für Depressionen und Herz-Kreislauf-Erkrankungen.

[Zum Selbsttest](#)

## Wie ist das Schlaftraining aufgebaut

Um die Wirksamkeit der Behandlung wissenschaftlich überprüfen und vergleichen zu können, werden Sie einer von vier Gruppen zufällig zugeteilt. Eine Gruppe erhält die Routinebehandlung nach dem üblichen hausärztlichen Behandlungskonzept. Die anderen drei Gruppen werden nach einem Stufenmodell mit drei Stufen behandelt.



### Hausärztliche standardisierte Erstbehandlung

Im ersten Schritt sprechen Sie mit Ihrem\*r Hausarzt\*ärztin über Ihre Beschwerden.

Mit ihm\*ihr zusammen können Sie Ihre Beschwerden einordnen und erhalten hilfreiche Schlafregeln sowie weitere Informationen für einen besseren Schlaf.

Wenn Ihr\*e Hausarzt\*ärztin nicht Kooperationspartner\*in in GET Sleep ist oder Sie es persönlich vorziehen, können Sie auch direkt per Video mit einem\*r Hausarzt\*ärztin unseres Kooperationspartners sprechen.

1

2



### Internet- und mobilbasiertes Schlaf-Training

Erleben Sie nach 2-4 Wochen keine Besserung Ihrer Beschwerden, erhalten Sie Zugang zu einer wissenschaftlichen internet- und mobilbasierten Behandlung über 8 Wochen.

Dort erhalten Sie eine therapeutische Begleitung und erlernen Techniken und Strategien zum Umgang mit Ihrer Schlafstörung.



3

### Fachbehandlung – Psychotherapeutisch – Psychiatrisch – Schlafmedizinisch

3

Bleibt der erwünschte Effekt der Online-Behandlung aus, erfolgt eine Überweisung in eine ambulante Fachbehandlung durch Fachleute, die auf die Behandlung von Schlafbeschwerden spezialisiert sind.

Abhängig von Ihren Beschwerden erhalten Sie eine psychotherapeutische, psychiatrische oder schlafmedizinische Fachbehandlung.

## Die Studie

Wenn Sie mit dem Schlafprogramm beginnen, befinden Sie sich automatisch in der 1. Stufe unseres GET Sleep-Programms. Sollten die dort vorgesehenen Maßnahmen nicht den gewünschten Erfolg erzielen, werden Sie in die nächste Stufe weitergeleitet.

#### Stufe 1

Hausärztlich standardisierte Diagnostik und Erstbehandlung

#### Stufe 2

Internet- und mobilbasierte KVT -I

#### Stufe 3

Fachbehandlung psychiatrisch schlafmedizinisch psychotherapeutisch

## Die 3 Stufen des GET Sleep-Programms

### Stufe 1: Hausärztlich standardisierte Diagnostik und Erstbehandlung ▲

Im ersten Schritt sprechen Sie mit Ihrem\*r Hausarzt\*ärztin über Ihre Beschwerden. Mit ihm\*ihr zusammen können Sie Ihre Beschwerden einordnen und erhalten hilfreiche Informationen dazu, wie Sie besser schlafen können. Zusätzlich erhalten Sie auch online auf [www.getsleep.de](http://www.getsleep.de) hilfreiche Informationen zum Thema Schlaf.

Bei besonders schwerwiegenden Schlafproblemen verbunden mit einer langjährigen Leidensgeschichte, kann es sinnvoll sein, die 1. Stufe des Stufenmodells zu überspringen. Dies ist in Absprache und mit Zustimmung Ihres\*r Hausarzt\*ärztin möglich.

## Stufe 2: Internet- und mobilbasierte kognitive Verhaltenstherapie für Insomnie (KVT-I)

Erleben Sie im Rahmen der hausärztlichen Erstbehandlung nach 4 Wochen keine Besserung Ihrer Beschwerden, erhalten Sie Zugang zu einer wissenschaftlich fundierten internet- und mobilbasierten Behandlung über einen Zeitraum von 8 Wochen. Im Rahmen dieser Behandlung erlernen Sie Techniken und Strategien zum Umgang mit Ihrer Schlafstörung. Alle Teilnehmenden des Online-Trainings erhalten ein telefonisches/video-basiertes Erstgespräch zur Besprechung Ihrer Anliegen sowie ein Abschlussgespräch. Im Rahmen der Studie, an der Sie teilnehmen, wird die Gruppe der Teilnehmenden, die das Online-Training nutzen, dreigeteilt:

**Gruppe 1** erhält zusätzlich zum Online-Training ein intensives wöchentliches Coaching durch eine\*n Psycholog\*in.

**Gruppe 2** erhält zusätzlich zum Online-Training ein einfaches Coaching durch eine\*n Psycholog\*in.

**Gruppe 3** erhält kein zusätzliches Coaching durch eine\*n Psycholog\*in.

Die Aufteilung in diese drei Gruppen erfolgt per Losentscheid. Ziel ist es herausfinden, welche Behandlung am effektivsten ist.

## Stufe 3: Psychotherapeutische, psychiatrische oder schlafmedizinische Fachbehandlung

Bleibt der erwünschte Effekt der Behandlung in **Stufe 2** des Stufenmodells aus, erfolgt eine Überweisung durch den\*die Hausarzt\*ärztin in eine ambulante Fachbehandlung durch Expert\*innen, die auf die Behandlung von Schlafstörungen spezialisiert sind.

Abhängig von Ihren Beschwerden erhalten Sie eine psychotherapeutische, psychiatrische oder schlafmedizinische Fachbehandlung.

# Zusätzliche Hinweise

## Ort der Untersuchungen

Die vier Befragungen werden **online** ausgefüllt, d.h. an jedem beliebigen Ort, an dem Sie Internetzugriff haben. Untersuchungen und Behandlung durch Ihre\*n Hausarzt\*ärztin finden in dessen\*deren Praxis statt. Sollten Sie in einer der drei Gruppen des Stufenmodells sein und im Verlauf Stufe 2 in Anspruch nehmen, findet diese Therapie online statt. Im Rahmen der Behandlung kann es in Stufe 3 außerdem sein, dass Sie durch Ihre\*n Hausarzt\*ärztin zu einer weiteren Fachbehandlung überwiesen werden.

## Hinweise

Sollten Sie derzeit irgendwelche **Medikamente** in Zusammenhang mit Ihrer **Schlafstörung** einnehmen, bitten wir Sie, dies mit Ihrem\*r Hausarzt\*ärztin zu besprechen. Um eine optimale Behandlung zu ermöglichen, ist es zudem wichtig, dass Sie den therapeutischen Empfehlungen, die Sie erhalten, folgen. Weiterhin bitten wir Sie in dem Zeitraum, in dem Sie an dieser Studie teilnehmen, **nicht an weiteren klinischen Studien** teilzunehmen, um die Ergebnisse nicht zu verfälschen.

Im Rahmen dieser Studie werden Sie insgesamt **viermal** gebeten, an einer **Online-Befragung** teilzunehmen. Dies ist sehr wichtig, um den Fortschritt Ihrer Behandlung beurteilen zu können und eine Vergleichbarkeit mit anderen Studienteilnehmenden herzustellen. Nur so können wir den Erfolg der Behandlung einschätzen und somit in Zukunft eine bessere Versorgung ermöglichen.

## Mögliche Risiken

Sollten Sie in **Stufe 2** des Stufenmodells überwiesen werden, werden Sie mit der sogenannten *Kognitiven Verhaltenstherapie für Insomnie (KVT-I)* behandelt, die mit sehr geringen Risiken verbunden ist. Vor allem kann temporär eine erhöhte Müdigkeit und Schläfrigkeit auftreten, so dass manche Menschen während dieser Zeit auf das Führen von Kraftfahrzeugen verzichten sollten. Bei der Anwendung psychotherapeutischer Techniken kann es außerdem durch die intensive Beschäftigung mit der Symptomatik zu einer vorübergehenden oder längerfristigen Verschlechterung der Symptomatik kommen. Die KVT-I hat sich jedoch in vorangehenden Studien bei Patient\*innen als sicheres und wirksames Verfahren erwiesen.

## Möglicher Nutzen durch die Teilnahme

Sie erhalten unabhängig von der Gruppenzuteilung eine **Behandlung Ihrer Schlafstörung** (entweder übliches Behandlungskonzept Ihres\*r Hausarzt\*ärztin oder leitlinienkonforme Therapie in einem Stufenmodell). Durch die Teilnahme an

dieser Studie konnte sich Ihr Schlaf und damit einhergehend Ihre Lebensqualität verbessern. Zusätzlich leisten Sie mit der Teilnahme an diesem Projekt einen wichtigen **Beitrag zur wissenschaftlichen Forschung**. Bei positiver Evaluation könnte die neue Versorgungsform in die Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Gestaltung der Versorgung aufgenommen und in die Regelversorgung überführt werden. Bei einer Überführung der neuen Versorgungsform in die Regelversorgung rechnen wir damit, dass bundesweit nahezu alle Versicherten, die unter Schlafstörungen leiden, profitieren können.

## Anmeldung zur GET Sleep Schlafstudie

Jetzt anmelden

### Häufig gestellte Fragen und Antworten

#### Datenschutz

Die für die Untersuchung relevanten Daten werden gesammelt, aufgezeichnet und **10 Jahre gespeichert**. Diese Daten werden pseudonymisiert (verschlüsselt), d.h. **ohne Nennung Ihres Namens**, zur wissenschaftlichen Auswertung verwendet. Alle an der Untersuchung beteiligten Personen sind zur Einhaltung des Datenschutzes verpflichtet. Wir versichern Ihnen, dass alle Ihre Angaben – ohne Einschränkung – absolut **vertraulich** behandelt werden, dass personenbezogene Angaben in keinem Fall an Dritte weitergegeben werden und dass die in der Studie erhobenen Daten gelöscht werden, sobald sie für die weitere wissenschaftliche Auswertung nicht mehr erforderlich sind.

Der zuständige Datenschutzbeauftragte des Universitätsklinikums Freiburg ist Herr H. Opel, Fachabteilung für Datenschutz-Koordination, Breisacher Straße 153, 79110 Freiburg. Wir möchten Sie darauf hinweisen, dass Ihnen nach Art. 15 und Art. 16 der EU-Datenschutzgrundverordnung (EU-DSGVO) ein Auskunfts- und Berichtigungsrecht sowie ein Recht auf Löschung (Art. 17), Einschränkung der Verarbeitung (Art. 18) und Widerspruch gegen die Verarbeitung (Art. 21) zusteht.

Im Falle eines Widerrufs können Sie grundsätzlich entscheiden, ob Ihre Daten gelöscht bzw. vernichtet werden sollen oder ob sie in anonymisierter Form für weitere Forschungsvorhaben verwendet werden dürfen. Die Rechtmäßigkeit der Verarbeitungen bis zum Zeitpunkt des Widerrufs bleibt davon unberührt. Eine Löschung Ihrer Daten kann nur dann vorgenommen werden, wenn die wissenschaftlichen Ziele der Studie nicht ernsthaft gefährdet sind. Datenschutzrechtliche Beschwerden nach Art. 77 der EU-DSGVO können an den Landesbeauftragten für den Datenschutz Baden-Württemberg gerichtet werden (<https://www.baden-wuerttemberg.datenschutz.de>).

Diese Untersuchung und die mit ihr verbundene Datenverarbeitung dient ausschließlich Zwecken wissenschaftlicher Forschung. Rechtsgrundlage für die Datenverarbeitung ist Ihre Einverständniserklärung. Willigen Sie nur ein, wenn Sie Art und Ablauf der Untersuchung vollständig verstanden haben, wenn Sie bereit sind, der Teilnahme zuzustimmen, alle Ihre diesbezüglichen Fragen beantwortet worden sind und wenn Sie sich über Ihre Rechte als Teilnehmer\*in an dieser Untersuchung im Klaren sind.

Die Einverständniserklärung folgt nach den Informationen zu dieser Studie. Auch wenn Sie Ihre Einwilligung erklärt haben, können Sie jederzeit, ohne Angabe von Gründen und ohne Nachteile Ihr Einverständnis schriftlich oder per E-Mail widerrufen. Ein Widerrufsformular ist auf [www.getsleep.de](http://www.getsleep.de) verfügbar, nachdem Sie sich dort eingeloggt haben. Sie haben die Möglichkeit, dieses herunterzuladen und auszudrucken.

#### Einwilligungserklärung

Hier können Sie die **Einwilligungserklärung** zur Teilnahme an der Studie ausdrucken, unterschreiben und an folgende Adresse senden:

GET Sleep

Universitätsklinikum Freiburg

Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie



Hauptstr. 5

79104 Freiburg

## Widerrufserklärung

Wenn Sie Ihre Teilnahme widerrufen möchten, füllen Sie bitte die **Widerrufserklärung** aus und senden Sie diese an folgende Adresse:

### GET Sleep

#### Universitätsklinikum Freiburg

Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie

Hauptstr. 5

79104 Freiburg

## Entgelt

Das vollständige Ausfüllen der Onlinebefragungen wird mit einer finanziellen Aufwandsentschädigung vergütet. Für die erste Befragung gibt es keine finanzielle Entschädigung, für die zweite und dritte Befragung erhalten Sie jeweils 15 EUR, für die letzte Befragung 20 EUR. Bei vollständiger Teilnahme erhalten Sie demnach 50 EUR.

## Wie ist das Schlaftraining aufgebaut

Um die Wirksamkeit der Behandlung wissenschaftlich überprüfen und vergleichen zu können, werden Sie einer von vier Gruppen zufällig zugeteilt. Eine Gruppe erhält die Routinebehandlung nach dem üblichen hausärztlichen Behandlungskonzept. Die anderen drei Gruppen werden nach einem Stufenmodell mit drei Stufen behandelt

### Kontakt

Universitätsklinikum Freiburg  
Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie  
Hauptstraße 5  
79104 Freiburg/Breisgau

GET.ON Institut  
Schrammsweg 11,  
20249 Hamburg

Tel. +49 (0)40 52 47 333 10  
kontakt@geton-institut.de

#### Kontakt bei akuten Krisen

Telefonseelsorge:  
0800 111 0 111

### Training

#### Projektleitung

Prof. Dr. Dr. Kai Spiegelhalter  
Prof. Dr. Dieter Riemann

#### Wissen & Forschung

Schlafbeschwerden

#### Datenschutzerklärung

[Datenschutzerklärung](#)

#### Impressum

[Impressum](#)

### Über Uns

Über Uns  
GET.ON ist jetzt [HelloBetter](#)

#### Presse

Presseanfragen

#### Konsortialpartner

Universitätsklinikum Freiburg, Lehrbereich  
Allgemeinmedizin

Get.On Institut/HelloBetter  
Universität Ulm

#### Barmer

Klinikum Nürnberg

### Partner

#### Projektpartner

Deutsche Gesellschaft für Schlafforschung  
und Schlafmedizin (DGSM)

Prof. Dr. Dirk Lehr, Leuphana Universität  
Lüneburg



## Screenshots von Screening-Fragebogen auf der GET.Sleep-Webseite



### *Schlaffragebogen*

Mit diesem wissenschaftlich evaluierten Selbsttest können Sie herausfinden, wie stark Ihre Schlafbeschwerden ausgeprägt sind, und ob eine Teilnahme an GET Sleep für Sie in Frage kommt.

[Jetzt starten](#)

# Hinweis

Die folgenden Fragen beziehen sich auf Ihr Schlafmuster und Ihre Zufriedenheit mit Ihrem Schlaf. Kreuzen Sie jeweils die Antwort an, die am ehesten auf Sie zutrifft. Bitte beurteilen Sie den Schweregrad Ihrer Schlafprobleme während der letzten 2 Wochen.

Verstanden

Frage 1/7

**Bitte schätzen Sie ein, inwiefern Ihr Schlaf in den letzten beiden Wochen durch Einschlafstörungen beeinträchtigt wurde.**



Zurück

Weiter

Frage 2/7

**Bitte schätzen Sie ein, inwiefern Ihr Schlaf in den letzten beiden Wochen durch Durchschlafstörungen beeinträchtigt wurde.**

gar nicht



sehr schwer

Zurück

Weiter

Frage 3/7

**Bitte schätzen Sie ein, inwiefern Ihr Schlaf in den letzten beiden Wochen durch Früherwachen beeinträchtigt wurde.**

gar nicht



sehr schwer

Zurück

Weiter

Frage 4/7

**Wie zufrieden/ unzufrieden sind Sie mit Ihrem gegenwärtigen Schlaf?**

sehr zufrieden  sehr unzufrieden

Zurück

Weiter

Frage 5/7

**Wie stark glauben Sie, dass andere Personen die Auswirkung  
Ihres (schlechten) Schlafes auf Ihre Lebensqualität  
wahrnehmen?**

überhaupt nicht  sehr stark

Zurück

Weiter



Frage 6/7

**Inwiefern macht Ihnen Ihr (schlechter) Schlaf zur Zeit  
Sorgen?**

überhaupt nicht  sehr stark

Zurück

Weiter

Frage 7/7

**Wie stark ist Ihre Leistungsfähigkeit (z.B. Konzentration, Gedächtnis) und Ihr Wohlbefinden (z.B. Müdigkeit, Stimmung) tagsüber durch Ihren (schlechten) Schlaf beeinträchtigt?**

überhaupt nicht  sehr stark

Zurück

Weiter

## Rückmeldung bei starken Symptomen

Ihr Ergebnis



# Schwere Insomnie

Die Ergebnisse des Tests weisen darauf hin, dass bei Ihnen eine schwer ausgeprägte Insomnie vorliegt. Wir können Ihnen im Projekt GET Sleep ein wissenschaftlich fundiertes Behandlungsprogramm anbieten, das Ihren Schlaf möglicherweise verbessert.

Um an GET Sleep teilnehmen zu können, müssen Teilnehmer\*innen – wie bei jeder wissenschaftlichen Studie – eine Reihe von Kriterien erfüllen. Dies ist wichtig, um einerseits die Wirksamkeit von GET Sleep untersuchen zu können. Andererseits ist die Behandlung nach unserem Stufenmodell für manche Menschen möglicherweise nicht geeignet oder muss individuell angepasst werden. Mithilfe der folgenden Fragen können Sie prüfen, ob eine Studienteilnahme für Sie infrage kommen könnte.

[Kriterien für Studienteilnahme prüfen](#)

## Rückmeldung bei schwachen Symptomen

Ihr Ergebnis



# Keine Schlafbeschwerden

Die Ergebnisse des Tests weisen nicht darauf hin, dass bei Ihnen behandlungsbedürftige Schlafbeschwerden vorliegen. Bitte beachten Sie, dass dieser Selbsttest eine Diagnose durch medizinisches Fachpersonal nicht ersetzen kann. Zur weiteren Beratung und ggf. notwendiger Behandlung können Sie sich an Ihren Hausarzt wenden.

## Überprüfung der Kriterien für die Studienteilnahme

Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen

Bitte helfen Sie uns bei der Beantwortung der folgenden Fragen um zu ermitteln, ob Sie für das Schlaftraining geeignet sind:

### Bei welcher Krankenkasse sind Sie versichert?

- Ich bin privatversichert
- Ich bin gesetzlich versichert

### Haben Sie eine E-Mail-Adresse sowie Zugang zu einem Laptop/PC und Internet?

- Nein
- Ja

### Haben Sie ein sogenanntes Schlafapnoe-Syndrom?

- Ja (unbehandelt)
- Ja, aber es wird behandelt
- Nein
- Ich weiß es nicht

### Haben Sie ein sogenanntes Restless Legs Syndrom?

- Ja (unbehandelt)
- Ja, aber es wird behandelt
- Nein
- Ich weiß es nicht

### Leiden Sie an Hyperthyreose, auch Schilddrüsenüberfunktion genannt?

- Ja (unbehandelt)
- Ja, aber es wird behandelt
- Nein
- Ich weiß es nicht

### Sind Sie derzeit schwanger?

- Ja
- Nein

### Leiden Sie an Epilepsie?

# Das Schlaf-Training für Ihre Patienten

Schlafstörungen sind eine der häufigsten Erkrankungen, denen Sie als Hausarzt\*ärztin begegnen. Die aktuelle Datenlage zeigt Defizite in der Diagnosestellung sowie der leitlinienkonformen Durchführung der Therapie.

Teilnahme nur für Hausarzt\*ärztin mit Sitz in Bayern oder Baden-Württemberg.

Zur Anmeldung



### Aus der Wissenschaft

Wissenschaftliche Studie zur Förderung der Schlafqualität



### Psychologische Begleitung

Während der Teilnahme werden sie von Ärzten und Psychologen betreut



### Direkt und einfach

Von zu Hause, digital mit anwendbaren Übungen



## Infos für teilnehmende Ärzte

Erfahren Sie im Video von Prof. Dr. Kai Spiegelhalter, wie Sie Ihre Patienten im Rahmen der GET Sleep Studie eine bessere Versorgung ermöglichen können.

Zur Anmeldung

## Teilnahme an der GET Sleep Studie

Die GET Sleep Studie wurde von renommierten medizinischen und psychologischen Expert\*innen für Schlaf und Schlafmedizin initiiert, mit dem Hauptziel ein leitlinienkonformes, strukturiertes Schlafstörungen-Therapie-Modell zu implementieren.



### Warum wird diese Studie durchgeführt?

Ein- oder Durchschlafstörungen, die sich negativ auf die Leistungsfähigkeit oder Tagesbefindlichkeit auswirken, werden als Insomnien bezeichnet. Diese sind eine der häufigsten Erkrankungen, denen Ärzt\*innen in der klinischen Versorgung der Allgemeinbevölkerung begegnen. Leider wird die richtige Diagnose in vielen Fällen nicht gestellt und der Großteil der betroffenen Patient\*innen wird derzeit nicht entsprechend behandelt. Während Leitlinien eine psychotherapeutische Behandlung der Insomnie empfehlen, wird diese nahezu nie angewendet, stattdessen werden häufig Schlafmittel verschrieben, die jedoch bei längerer Einnahme mit ernst zu nehmenden Nebenwirkungen einhergehen können.

### Warum sich die Teilnahme an dieser Studie lohnt

Wir gehen davon aus, dass sich diese positiv und nachhaltig auf Ihren ärztlichen Berufsalltag auswirken wird. Auch soll das Programm eine Erleichterung für Sie und Ihre Patient\*innen darstellen und zu einer Verbesserung des gesamten Therapieprozesses führen.

Hier finden Sie weitere Informationen über unsere Studie, warum eine Teilnahme für Sie interessant sein könnte und wie Sie sich anmelden können. Sollten Sie noch Fragen haben, können Sie uns gerne jederzeit kontaktieren.

Teilnahme nur für Hausarzt\*ärztin mit Sitz in Bayern oder Baden-Württemberg.

### Anmeldung

Die **Datenschutzbestimmungen** habe ich zur Kenntnis genommen.

Anmelden

# Warum wird diese Studie durchgeführt?

## Insomnien betreffen uns alle ▲

Ein- oder Durchschlafstörungen, die sich negativ auf die Leistungsfähigkeit oder Tagesbefindlichkeitsauswirken, werden als Insomnien bezeichnet.

Diese sind eine der häufigsten Erkrankungen, denen Ärzt\*innen in der klinischen Versorgung der Allgemeinbevölkerung begegnen. Leider wird die richtige Diagnose in vielen Fällen nicht gestellt und der Großteil der betroffenen Patient\*innen wird derzeit nicht entsprechend behandelt.

## Leitliniengerechte Anwendung ▲

Während Leitlinien eine psychotherapeutische Behandlung der Insomnie empfehlen, wird diese nahezu nie angewendet. Stattdessen werden häufig Schlafmittel verschrieben, die jedoch bei längerer Einnahme mit ernstzunehmenden Nebenwirkungen einhergehen können.

Mit dem Projekt GET Sleep soll ein Stufenmodell für die Behandlung von chronischen Schlafstörungen eingeführt werden, das den Empfehlungen der Leitlinien gerecht wird.

## Randomisiert Kontrolliertes Studiendesign ▲

Um die Wirksamkeit der Behandlung wissenschaftlich überprüfen und vergleichen zu können, wird jede teilnehmende hausärztliche Praxis einer von vier Gruppen zufällig zugeteilt. Eine Gruppe umfasst die Routinebehandlung, bei der Sie als Hausarzt\*ärztin die Schlafstörung Ihrer Patient\*innen nach Ihrem üblichen Behandlungskonzept behandeln. In den anderen drei Gruppen erfolgt die Behandlung nach einem Stufenmodell, in dem auch Online-Trainings zum Einsatz kommen.

## Weiterführende Behandlung bei Bedarf ▲

In allen vier Gruppen können die Patient\*innen auf den individuellen Bedarf abgestimmt, auch verhaltenstherapeutische Maßnahmen erhalten oder in einer psychotherapeutischen, psychiatrischen oder schlafmedizinischen Fachbehandlung mitbehandelt werden. Das zentrale Ziel des Projekts ist die Verbesserung der Gesundheitsversorgung von Patient\*innen mit chronischen Schlafstörungen.

## Insomnie Übersicht

- Häufigste Schlafstörung
- Ein- oder Durchschlafstörungen, die sich negativ auf die Leistungsfähigkeit oder Tagesbefindlichkeit auswirken
- In chronischer Form betrifft sie etwa 10 Prozent der Bevölkerung in westlichen Industrienationen

## Definition nicht-organische Insomnie

- Es liegen Einschlafstörungen, Durchschlafstörungen oder eine schlechte Schlafqualität vor
- Die Schlafstörungen treten wenigstens dreimal pro Woche über einen Zeitraum von einem Monat auf
- Die Betroffenen denken vor allem nachts viel an ihre Schlafstörung und machen sich während des Tages übertriebene Sorgen über deren negative Konsequenzen
- Die unbefriedigende Schlafdauer oder -qualität verursacht entweder einen deutlichen Leidensdruck oder wirkt sich störend auf Alltagsaktivitäten aus

### Einschlusskriterien:

- Es sollen Patient\*innen teilnehmen, die eine Insomnie mit oder ohne psychische oder auch physische Komorbidität aufweisen.
- Erwachsene Patient\*innen (N = 4.268) mit nicht-organischer Insomnie (ICD-10: F51.0) oder Ein- und Durchschlafstörungen (ICD-10: G47.0)

### Ausschlusskriterien:

- Ausgenommen werden Patient\*innen, die unbehandelte psychische und somatische Ursachen der Insomnie aufweisen.
- Unbehandeltes Schlafapnoe-Syndrom (ICD-10: G47.3);
- Unbehandeltes Restless Legs Syndrom / Syndrom der nächtlichen periodischen Beinbewegungen (ICD-10: G25.8);
- Unbehandelte Hyperthyreose;
- Aktuell laufende Psychotherapie für Insomnie;
- Erkrankungen, die durch die (i)KVT-I verschlechtert werden können (bipolare affektive Störung, ICD-10: F31.x, Epilepsie, ICD-10: G40.x);
- Erkrankungen oder Umstände, die die zuverlässige Nutzung der internet- und mobil-basierten Behandlung gefährden (z.B. Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen, ICD-10: F00-F09; Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen, ICD-10: F10-F19; Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen, ICD-10: F20-F29)
- Akute Suizidalität

#### Kontakt

Universitätsklinikum Freiburg  
Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie  
Hauptstraße 5  
79104 Freiburg/Breisgau

GET.ON Institut  
Schrammsweg 11,  
20249 Hamburg

Tel. +49 (0)40 52 47 333 10  
kontakt@geton-institut.de

#### Kontakt bei akuten Krisen

Telefonseelsorge:  
0800 111 0 111

#### Training

##### Projektleitung

Prof. Dr. Kai Spiegelhalter  
Prof. Dr. Dieter Riemann

##### Wissen & Forschung

Schlafbeschwerden

##### Datenschutzerklärung

[Datenschutzerklärung](#)

##### Impressum

[Impressum](#)

#### Über Uns

Über Uns  
GET.ON ist jetzt [HelloBetter](#)

##### Presse

Presseanfragen

##### Konsortialpartner

Universitätsklinikum Freiburg, Lehrbereich  
Allgemeinmedizin

Get.On Institut/HelloBetter  
Universität Ulm

Barmer

Klinikum Nürnberg

#### Partner

##### Projektpartner

Deutsche Gesellschaft für Schlafforschung  
und Schlafmedizin (DGSM)

Prof. Dr. Dirk Lehr, Leuphana Universität  
Lüneburg





## Manual: Intensives Coaching GET.Sleep

# Kursaufbau: HelloBetter Schlafen v2.4

Der folgende Leitfaden gibt den inhaltlichen Aufbau jeder der **8 Einheiten** von HelloBetter Schlafen wieder. In den Unterpunkten sind Aspekte beschrieben, auf die der Coach besonders achten sollte. Generell ist darauf zu achten, dass sich das Feedback auf die konkreten Anliegen des jeweiligen Kursteilnehmenden bezieht. Die Beispielfeedbacks dienen als Orientierung und müssen auf die konkrete Situation der Person hin angepasst werden.

## Kursinhalte: HelloBetter Schlafen

### Medizinische Zweckbestimmung

HelloBetter Schlafen ist ein psychologisches Online-Programm zur Reduktion insomnischer Beschwerden. Es besteht aus acht Einheiten mit einer Bearbeitungszeit von je 45-60 Minuten.

Neben fundierter Psychoedukation mittels Texten, Videos und Audios vermittelt das Online-Programm wirksame Strategien aus der kognitiven Verhaltenstherapie für Insomnie (KVT-I) nach dem aktuellsten Stand wissenschaftlicher Erkenntnisse.

Dazu gehören unter anderem Strategien der Schlafhygiene, Bettzeitverkürzung und Stimuluskontrolle, Entspannungsübungen, Verhaltensaktivierung, Techniken im Umgang mit dysfunktionalen Gedanken und Grübeln sowie eine Rückfallprophylaxe. Die Übungen werden im Rahmen des Online-Programms erlernt und können in den Alltag integriert werden. Ziele werden so formuliert, dass sie individuell, realistisch und erreichbar sind. Zusätzlich gibt es ein Online-Tagebuch und mehrfache Symptom-Checks, um die eigenen Fortschritte festhalten, beobachten und auswerten zu können.

### Wirksamkeit

Das Programm ist sehr wirksam in der Verbesserung des Schlafes, depressiver Beschwerden, beeinflusst gedankliches Abschalten positiv und hat sich zudem als kosten-effektiv herausgestellt ([Thiart et al., 2013](#); [Thiart et al., 2015](#)).

Über 1/3 der Teilnehmenden waren nach Kursende komplett symptomfrei, nach 6 Monaten sogar ca. 42%. Als positiver Nebeneffekt des Kurses war eine verbesserte Produktivität am Arbeitsplatz zu verzeichnen ([Ebert et al., 2015](#)).

- Reduktion von arbeitsbezogenen Grübeln und Sorgen ([Thiart et al., 2015](#))
- Reduktion der begleitenden depressiven Symptome ([Ebert et al., 2015](#))
- 91% würden *HelloBetter Schlafen* einem Freund oder einer Freundin empfehlen ([Thiart et al., 2015](#))

01.

### Meinen Schlaf beobachten

Wie sind deine Schlafprobleme entstanden und wie kannst du sie wieder loswerden?  
Erfahre es in deiner ersten Trainingseinheit!

Starten

02.

### Meinen Schlafrhythmus ändern

Hier lernst du eine der effektivsten Methoden gegen Schlafstörungen kennen – die  
Bettzeitverkürzung.

Starten

03.

### Am Ball bleiben

Motivation ist (fast) alles: Mit diesen Strategien und Tipps wirst du lernen, langfristig  
gesunde Gewohnheiten zu schaffen.

Starten

04.

### Schlafgewohnheiten ändern

In dieser Trainingseinheit dreht sich alles darum, günstige Voraussetzungen für einen  
gesunden Schlaf zu schaffen.

Starten

05.

### Gedanken verstehen

Was haben Gedanken mit Gefühlen zu tun und wie beeinflussen sie deinen Schlaf? Lerne  
mehr über die Macht der Gedanken!

Starten

06.	<p><b>Weniger Grübeln</b></p> <p>Wir alle kennen Gedanken, die in unserem Kopf kreisen und uns nicht schlafen lassen – wir zeigen dir Schritt für Schritt, wie du Grübeleien erfolgreich durchbrechen und vorbeugen kannst.</p> <p>Starten</p>
07.	<p><b>Entspannen lernen</b></p> <p>Erholsamer Schlaf und Entspannung - die beiden gehen Hand in Hand. Finde heraus, welche Entspannungstechnik zu dir passt!</p> <p>Starten</p>
08.	<p><b>Meine Zukunft planen</b></p> <p>In den letzten Wochen hast du viel zur Verbesserung deines Schlafs unternommen: Was du aus dem Training mitnehmen möchtest und wie es weitergehen soll, werden wir in dieser Trainingseinheit gemeinsam herausfinden.</p> <p>Starten</p>

Im Folgenden findest du zu jeder Einheit Aspekte, auf die du in deinem Feedback eingehen kannst. Im Anschluss findest du ein Beispielfeedback.

**Wichtig zu wissen:**

Bitte regelmäßig das Online-Schlafstagebuch einsehen, um die Schlafeffizienz mitzuverfolgen und ggf. darauf konkret einzugehen (z.B. durch Empfehlung der Bettzeitverkürzung, die in Einheit 2 vorgestellt wird). Gerne auch 1-2 Mal motivieren, das Schlafstagebuch zu verwenden. Dabei sollen Teilnehmer:innen das Schlafstagebuch idealerweise rückwirkend für die vergangene Nacht ausfüllen.

# Einheit 1: Meinen Schlaf beobachten

Bestandteile, auf die Feedback gegeben werden kann:

- Begrüßung
- **Aktuelle Situation**
- Schlafmedikation
- **Schlafproblematik**
- **Meine Ziele und mein Motivationsatz**
- **Meine persönlichen Kraftgeber**
- Fazit
- **Mein Plan für die Übung der Woche**
- **Belohnung**
- **Ermutigung zum Schlaftagebuch**
- Abschluss

Textbausteine für die Inhalte:

## Begrüßung

**Liebe:r XXX**, (Teilnehmer:in immer mit dem von ihm:ihr selbst gewählten Pseudonym ansprechen. Sollte ein vollständiger Name verwendet werden, dann kann die Anrede „Liebe/:r Herr/Frau XXX“ oder „Liebe:r Vorname Nachname“ sein.)

## Persönliche Vorstellung

Je nach Projekt bitte daran denken, ob dein:e Teilnehmer:in dich schon im telefonischen oder schriftlichen Willkommensgespräch kennengelernt hat oder ob du dich hier kurz noch vorstellen solltest („Wir konnten gestern ja bereits kurz telefonieren: Mein Name ist ...“).

- *Ich freue mich, dass Sie sich intensiv mit den ersten Aufgaben beschäftigt haben und so gut in Ihren Schlafkurs gestartet sind!*
- *Schön, dass Sie mit der ersten Einheit gestartet sind!*
- *Die erste Einheit war dazu da, sich Ihre Situation und Ihre Schlafprobleme etwas genauer anzuschauen. Sie konnten sich auch mit den wichtigsten Informationen zum Thema Schlaf auseinandersetzen.*

## Beschreibung der persönlichen Situation und der individuellen Schlafproblematik

*Ich möchte mich an dieser Stelle für Ihre Offenheit bedanken, denn so konnte ich einen guten ersten Eindruck gewinnen, wie es Ihnen geht und welche Themen Ihnen wichtig sind. Ich bin zuversichtlich, dass ich Sie mit diesem Wissen gut durch das weitere Programm begleiten kann.*

- *Mein Eindruck beim Lesen war, dass Sie sich selbst sehr gut kennen, da Sie Ihre Symptome und **Sorgen in Bezug auf den Schlaf / Ihre Gesundheit** ziemlich genau benennen. Das ist eine gute Voraussetzung, denn so werden Sie vermutlich auch innerhalb des Programms ziemlich schnell herausfinden, welche der Übungen Ihnen besonders guttun.*

- Zuerst einmal möchte ich mich für Ihre Offenheit bedanken. Sie haben sich viel Zeit genommen, um Ihre Situation sehr ausführlich zu schildern, sodass ich einen ersten Einblick gewinnen konnte, womit Sie sich gedanklich beschäftigen und welche Themen Ihnen wichtig sind.

TN:in hat wenig ausgefüllt:

- Sie haben wenig zu Ihrer momentanen Situation und Ihren Schlafproblemen geschrieben. Das ist natürlich vollkommen in Ordnung, denn Sie können den Kurs so nutzen, wie es am besten für Sie passt. Vielleicht möchten Sie ja im Laufe des Kurses nochmal ausprobieren, Ihre Gedanken in den Textfeldern festzuhalten, um den Kurs dadurch persönlicher zu gestalten.

### **Schlafmedikation**

Hier wird abgefragt, ob Schlafmedikamente eingenommen werden. Gibt ein:e TN:in hier "ja" an, erscheint folgender Text: "Vielleicht fragst du dich, ob du deine Medikamente mit Beginn dieses Kurses weiter einnehmen oder absetzen sollst. Die Antwort auf diese Frage ist natürlich von verschiedenen individuellen Faktoren abhängig. Allgemein kann man sagen, dass dir der Kurs helfen soll, in Zukunft auch ohne Schlafmittel schlafen zu können. Absetzen solltest du die Medikamente aber nie alleine, sondern immer nur in Rücksprache mit deinem:r Arzt:Ärztin. In Einheit 4 erhältst du noch viele weitere Informationen zu Schlafmitteln." Klickt die Person "nein" an, erhält die folgende Rückmeldung: "Super! Falls du trotzdem Fragen zu dem Thema hast, kommen in [Einheit 4](#) weitere Informationen dazu."

### **Symptome und Konsequenzen bzw. Aufrechterhaltung "der persönliche Teufelskreis"**

Sie beschreiben, dass Sie vor allem Probleme **beim Ein-/Durchschlafen haben** und **oft zu früh aufwachen (Symptome einfügen)**. Deshalb sind Sie **tagsüber oft müde und machen einen Mittagsschlaf**. In der Folge fühlen Sie sich tagsüber **niedergeschlagen oder gereizt**. Das sind ganz typische Symptome bei Schlafproblemen und im ersten Schritt geht es darum, diesen Teufelskreis zu erkennen.

### **Meine Ziele und mein Motivationssatz**

TN:in hat Ziele nicht konkret genug definiert:

- Schön, dass Ihnen einige Ziele eingefallen sind, die Sie mit Hilfe dieses Kurses erreichen möchten. Könnten Sie sich vorstellen, Ihre Ziele („entspannter werden“, „mehr Energie haben“) noch genauer zu formulieren? Konkrete und positiv formulierte Ziele motivieren uns, zeigen uns die Richtung an und können die Zielerreichung erleichtern. Was genau bedeutet für Sie **entspannter zu werden?** **Woran merken Sie, dass Sie mehr Energie haben?**

TN:in hat Ziele negativ formuliert:

- Positiv formulierte Ziele sind in der Regel hilfreicher als negativ formulierte Ziele, denn sie motivieren mehr und geben uns manchmal schon Hinweise darauf, welche Schritte zur Erreichung des Ziels notwendig sind. Versuchen Sie beim Formulieren Ihrer Ziele also Worte wie „nicht/nicht mehr/weniger“ zu vermeiden. Das heißt zum Beispiel aus „**Ich möchte keine Schlafprobleme mehr haben**“ wird: „**Ich möchte wieder besser einschlafen können und mehr Abstand zu meinen Grübelgedanken bekommen**“.

TN:in hat Ziele konkret und positiv formuliert:

- Sie schreiben, dass Sie wieder **besser ein- und durchschlafen** können möchten und **dass Sie tagsüber, trotz Müdigkeit, für einen Ausgleich durch regelmäßige Bewegung sorgen möchten**. Es ist bestimmt hilfreich, dass Sie diese Ziele für diesen Kurs so konkret und positiv formuliert haben.

TN:in hat völlig unrealistisches Ziel definiert:

- Das Ziel, das Sie damit ausgewählt haben, ist vielleicht etwas zu umfassend für den Beginn. Könnten Sie sich vorstellen, ein kleineres Teilziel aus dem großen Ziel abzuleiten, das Sie innerhalb dieses Kurses mit größerer Wahrscheinlichkeit erreichen könnten?
- Ich kann Ihre Ziele wirklich gut nachvollziehen! Welches Teilziel könnten Sie sich vorstellen innerhalb des Kurses zu erreichen? Bei recht großen oder langfristigen Zielen macht es oft Sinn, diese in „kleinere Schritte“ einzuteilen, die Sie schlussendlich zum „Gipfel“ führen werden. Was wäre vielleicht ein erster kleiner Schritt in die gewünschte Richtung?

TN:in hat keine Ziele formuliert:

- Ein wichtiger Punkt dieser ersten Einheit bestand in Ihren Zielen. Diese sind gerade zu Beginn oft gar nicht so leicht zu benennen, jedoch hilfreich, um Fortschritte zu erreichen. Überlegen Sie deshalb gern noch einmal ganz genau: Was würden Sie gern mit diesem Kurs erreichen? Welche ersten konkreten Schritte und Veränderungen in Ihrem Leben könnten Sie dabei unterstützen, wieder mehr Wohlbefinden zu verspüren? Was könnten Sie dafür in Ihrem Alltag einmal anders machen oder neu ausprobieren?

Passend für alle:

- Ich hoffe, dass die verschiedenen Techniken, die Sie in diesem Kurs kennenlernen werden, Sie erfolgreich dabei unterstützen können, Ihren Zielen näherzukommen.

TN:in hat Motivationssatz angegeben:

- Eine weitere wichtige Aufgabe war es, einen Motivationssatz zu finden. Sie haben geschrieben, dass ... . Dieser Satz kann Ihnen helfen, sich **(im Alltag)** daran zu erinnern, wofür sich dieser Kurs lohnt und was Sie erreichen wollen.
- Manchmal kann es hilfreich sein, sich diesen Satz aufzuschreiben (z.B. in Ihr Handy, Ihren Kalender oder als kleine Notiz) und dies als motivierende und helfende Erinnerung zu nutzen. Probieren Sie es gern einmal aus!

### **Mein persönlicher Kraftgeber**

Hier sind auch Kombinationen aus mehreren Textbausteinen möglich.

TN:in hat sehr viele Kraftgeber aufgeschrieben:

- Schön, dass Sie sich gleich zu Beginn ausführlich mit Ihren persönlichen Kraftgebern auseinandergesetzt haben. Es freut mich, dass Sie so viele Ideen haben, wie Sie neue Kraft und Energie für Ihren Alltag schöpfen können. Ich glaube, dass Sie in den nächsten Wochen aus diesem großen Ideen-Schatz gut profitieren können und wünsche Ihnen viel Freude beim (noch) bewussteren Genießen Ihrer Kraftgeber!

TN:in hat zu wenige Kraftgeber aufgeschrieben:

- Sie haben sich als persönlichen Kraftgeber **xy** ausgesucht, genau so etwas ist damit gemeint. Der persönliche Kraftgeber ist ein wichtiger Bestandteil des Kurses und wird Sie von nun an

durch alle Einheiten begleiten, da es auch wichtig ist, wie wir unseren Alltag gestalten, um nachts besser schlafen zu können. Vielleicht können Sie Ihre Sammlung an positiven Aktivitäten hier noch erweitern? Je mehr Ideen Sie sammeln, umso größer wird auch der Ideen-Schatz, aus dem Sie später schöpfen können. Ich wünsche Ihnen viel Freude beim (noch) bewussteren Genießen Ihrer Kraftgeber!

#### TN:in hat keine Kraftgeber aufgeschrieben:

- Viele Studien belegen den positiven Effekt geplanter und regelmäßiger kleinerer und größerer Kraftgeber im Alltag auf das Stresslevel und damit auch auf einen gesunden Schlaf. Eine Liste mit persönlichen Kraftgebern zu erstellen ist daher eine wichtige Übung in diesem Kurs. Dass Sie sie ausgelassen haben, hat bestimmt seinen Grund, ich wollte Sie dennoch dazu motivieren, die Liste in den nächsten Einheiten zu ergänzen. So können Sie sich immer erinnern und aus einem kleinen Schatz bei der Planung Ihrer Aktivitäten schöpfen.

#### Passend für alle:

- Ein guter Richtwert ist es, sich für die tägliche Erholung mindestens einen kleinen Kraftgeber (5-15 Minuten) zu gönnen und mindestens einmal die Woche einen größeren Kraftgeber (60-120 Minuten).

#### **Fazit**

Gerne nur kurz im Feedback darauf eingehen, wenn der:die TN:in zentrale Erkenntnisse für sich erarbeiten konnte. Ansonsten kann das Fazit im Feedback auch weggelassen werden.

#### TN:in hat Fazit ausgefüllt:

- In Ihrem Fazit konnten Sie für sich festhalten, dass Sie überrascht darüber waren, wie viel Sie doch machen können, damit Ihre Schlafprobleme wieder weniger werden und dass Sie ihnen nicht einfach ausgeliefert sind. Sehr gut! Am Ende des Kurses werden Ihnen Ihre einzelnen Fazite übrigens noch einmal im Rückblick angezeigt.

#### TN:in hat Fazit nicht ausgefüllt:

- Am Ende jeder Einheit haben Sie unter 'Mein Fazit' immer die Möglichkeit, sich aufzuschreiben, was Sie aus der Kurseinheit für sich mitnehmen möchten. Sie können Ihre Erkenntnisse auch in kurzen Stichpunkten notieren – ganz so, wie es für Sie am besten passt. Am Ende des Kurses erhalten Sie eine Übersicht Ihrer gesammelten Erkenntnisse und Strategien.

Auf "**Lebensumstände**" muss nicht per se Feedback gegeben werden, ist aber auch für dich hilfreich, im Kopf zu behalten. Der:die TN:in berichtet an dieser Stelle von bestimmten Lebensumständen (Schwangerschaft; Schichtdienst; etc.), bei denen es ratsam ist, achtsam mit der Methode der **Bettzeitverkürzung** umzugehen. Die Teilnehmenden können Informationsmaterial zu diesen speziellen Lebenssituationen herunterladen. Erstell dir am besten eine Notiz oder einen Tag für den:die TN:in, damit du die Informationen im Blick behältst.

#### **Mein Plan für die Übung der Woche**

Kurze Validierung, was und wie der:die TN:in üben möchte:

- Sie haben einen konkreten, gut durchdachten Übungsplan für diese Woche erstellt. Gutes Gelingen!
- Sie haben sich vorgenommen, **zwei Mal die Woche Yoga zu machen und am Wochenende einen Ausflug mit Ihrem Partner zu unternehmen**. Dabei wünsche ich Ihnen viel Freude!
- Wie schön, dass Sie sich für die Übung der Woche vorgenommen haben, **regelmäßig Ihr Schlaftagebuch auszufüllen und sich Ihren Motivationssatz als Erinnerung in Ihr Handy einspeichern möchten**. Genau so ist es gedacht!

Wenn TN:in sehr viel umsetzen möchte:

- Schön, dass Sie so motiviert sind und sich zutrauen, viele Dinge in die Tat umzusetzen. Achten Sie jedoch darauf, sich nicht zu überfordern. Manchmal kann es sinnvoller sein, sich weniger vorzunehmen und sich dafür auf eine genaue Umsetzung zu konzentrieren.

Falls nicht zuversichtlich:

- Mögen Sie noch einmal überlegen, was Sie davon abhält, zuversichtlich bzgl. der Umsetzung Ihres Plans zu sein? Macht es vielleicht Sinn, Ihren Wochenplan noch einmal zu verändern? **(ggf. Hinweis auf kleine Schritte etc.)**

### **Belohnung**

- Es freut mich, dass Sie sich eine Belohnung überlegt haben. Diese kleinen Freuden zu planen und zu genießen, kann sich positiv auf unser Wohlbefinden auswirken.
- Das Bearbeiten der Einheit war mit Sicherheit gar nicht so leicht. Überlegen Sie einmal: Was könnten Sie sich Gutes tun, um sich für diese Kurseinheit zu belohnen? Es muss nichts Großes oder Zeitaufwendiges sein, vielleicht möchten Sie sich einfach einen Tee kochen oder ausgiebig warm duschen. Diese kleinen Freuden zu planen und zu genießen, kann sich positiv auf unser Wohlbefinden auswirken.

### **Ermutigung zum Schlaftagebuch**

Bitte regelmäßig das Schlaftagebuch einsehen, um die Schlafeffizienz mitzuverfolgen. Darauf kann auch gerne konkret und kurz im Feedback eingegangen werden (z.B. durch Empfehlung der Bettzeitverkürzung, die in Einheit 2 vorgestellt wird). Gerne Teilnehmende, wenn nötig, häufiger dazu motivieren, das Schlaftagebuch zu verwenden. Dabei sollen Teilnehmende das Schlaftagebuch idealerweise rückwirkend für die vergangene Nacht ausfüllen. Es ist nicht nötig, dass die exakten Uhrzeiten angegeben werden, sondern es reicht eine grobe Abschätzung der Bett- und Schlafenszeiten und wie oft die Person nachts ungefähr wach war.

Ggf. den:die TN:in darauf hinweisen, dass es sinnvoller ist, die Schlafdaten für das Tagebuch nicht im Urlaub, sondern im normalen Alltag zu sammeln.

Für alle:

- Das Schlaftagebuch wird Sie von nun an durch den ganzen Kurs begleiten. Es ist deshalb wichtig, Ihren Schlaf regelmäßig zu beobachten, weil auf dieser Grundlage in den nächsten Einheiten Ihre individuelle Bettzeit berechnet wird.

Wenn TN:in schon Einträge im Schlaftagebuch gemacht hat:



- *Schön, dass Sie sich direkt mit dem Schlaftagebuch vertraut gemacht und schon **die letzte Nacht** dokumentiert haben. Machen Sie weiter so!*

Wenn TN:in das Schlaftagebuch unregelmäßig ausgefüllt hat:

- *Wie ich sehe, haben Sie schon einige Einträge im Schlaftagebuch vorgenommen. Füllen Sie das Tagebuch am besten jeden Tag zu einer ähnlichen Uhrzeit aus oder stellen Sie sich dafür eine Erinnerung ein, da das Schlaftagebuch ein wichtiger Bestandteil des Kurses und zur Beobachtung Ihres Schlafes ist.*

Wenn TN:in noch nichts eingetragen hat:

- *Ich würde Ihnen empfehlen, schon einmal mit Ihrem Schlaftagebuch zu starten. So können Sie und ich von Beginn an mitverfolgen, wie sich Ihr Schlaf die nächsten Wochen entwickelt. Das Schlaftagebuch finden Sie auf Ihrer Startseite. Sie benötigen Ihr Tagebuch für die kommenden Einheiten und besonders für die Methode der Bettzeitverkürzung, die Sie in der nächsten Einheit kennenlernen werden.*

Für alle (optional bei Nachfrage oder wenn Feedback insgesamt noch recht kurz ist):

- *Vielleicht noch ein kleiner Hinweis zum Schlaftagebuch: Es ist nicht nötig, dass Sie nachts ständig auf die Uhr schauen, um das Schlaftagebuch auszufüllen - das ist für einen gesunden Schlaf sogar eher ungünstig. Eine Schätzung der ungefähren Bett- und Schlafenszeiten ist völlig ausreichend. Viele Teilnehmende empfinden das Ausfüllen des Schlaftagebuchs zu einem festen Zeitpunkt, z.B. morgens nach dem Aufstehen als hilfreich.*

## **Verabschiedung**

- *Alles Gute! Ich freue mich, in der nächsten Einheit wieder von Ihnen zu lesen!  
Herzliche Grüße*

Wenn TN:in sehr belastet erscheint:

- *Ich wünsche Ihnen viel Erfolg beim Üben und Kraft, die Anforderungen Ihres Alltags zu bewältigen. Sie schaffen das! Alles Gute für Sie!*

*Herzliche Grüße*

**xxx**

# Beispielcoaching Einheit 1

Lieber: ...,

ich freue mich, dass Sie in den Kurs gestartet sind und möchte mich zu Beginn ganz besonders für Ihre Offenheit bedanken, denn so konnte ich einen guten ersten Einblick in Ihre aktuelle Situation erhalten. Ihren Zeilen kann ich entnehmen, dass es vor allem die Unkonzentriertheit auf der Arbeit ist, die Ihnen durch die Probleme beim Ein-und Durchschlafen zu schaffen macht. Das kann ich gut nachvollziehen!

Es ist super, dass Ihnen ein paar Ziele eingefallen sind, die Sie mithilfe des Kurses angehen möchten. Oft ist es hilfreich, die eigenen Ziele möglichst genau zu beschreiben, denn je detaillierter wir diese vor Augen haben, desto eher geben sie uns erste Schritte auf dem richtigen Weg vor. Könnten Sie sich also vorstellen, Ihre Ziele noch ein wenig konkreter und positiver zu formulieren? Was soll z.B. anstelle der Grübeleien treten? Was genau möchten Sie in Ihrem sozialen Leben wieder unternehmen? Was wäre dann anders als heute?

Ich würde Ihnen empfehlen, schon einmal mit Ihrem Schlaftagebuch zu starten. Damit können Sie und ich den Schlaf beobachten und in den nächsten Wochen mitverfolgen. Viele Teilnehmende empfinden das Ausfüllen des Tagebuchs zu einem festen Zeitpunkt, z.B. morgens nach dem Aufstehen, als hilfreich.

Herzliche Grüße und Ihnen ein erholsames Wochenende  
Coach

## Einheit 2: Meinen Schlafrhythmus ändern

Bestandteile, auf die Feedback gegeben werden kann:

- Begrüßung
- Rückblick
- **Soziale Unterstützung und Risikosituation des:r TN:in**
- **Bauzeitverkürzung: Schlafenster bestimmen**
- Fazit
- Mein Plan für die Übung der Woche

- Abschluss

## Beispiel Feedback Einheit 2

Lieber ...,

schön, wieder von Ihnen zu lesen. Wie ich sehe, füllen Sie auch schon regelmäßig Ihr Schlafstagebuch aus – vor allem für die Methode der Bettzeitverkürzung, die Sie in dieser Einheit kennengelernt haben, ist das wichtig. Anhand Ihrer Angaben wurde hier Ihre momentane durchschnittliche Schlafeffizienz von 56% errechnet. Ihr anfänglich verkürztes Zeitfenster sollte nicht unterhalb von 5 Stunden liegen, daher ist Ihr Schlaffenster von 23:30 bis 4:30 Uhr so ganz passend. Dieses wird sich dann um 30 Minuten vergrößern, wenn Sie mindestens eine Woche lang eine Schlafeffizienz von meistens 90% erreichen. In Einheit 3 können Sie mithilfe der Daten aus Ihrem Schlafstagebuch errechnen lassen, welche Schlafeffizienz Sie in Ihrer Übungswoche erreicht haben und ob Sie mit der schrittweisen Vergrößerung Ihres Schlaffensters beginnen können.

Die Bettzeitverkürzung ist tatsächlich sehr aufwändig und herausfordernd, aber gleichzeitig bei konsequenter Durchführung für viele Personen sehr wirksam, um wieder gesünder und langfristig gut schlafen zu können. Ich empfehle Ihnen deshalb, sich erst einmal so gut es geht mit Ihren verkürzten Schlafzeiten auszuprobieren. Super, dass Sie hier auch schon mit Ihrer Familie darüber gesprochen haben - damit sind Sie nun gut vorbereitet und ich wünsche Ihnen viel Erfolg und guten Mut!

Herzliche Grüße und einen guten Wochenstart Ihnen  
Coach

## Einheit 3: Am Ball bleiben

**Bestandteile, auf die Feedback gegeben werden kann:**

- Begrüßung
- **Rückblick**
- **Rückmeldung zur Bettzeitverkürzung**
- **Aktive und ruhige Kraftgeber und Abendritual**
- **Schlaffenster**
- Fazit
- Mein Plan für die Übung der Woche
- Abschluss

# Beispielfeedback Einheit 3

TN:in kommt mit Anstrengung gut rein in die BZV und bleibt dran

Liebe:r ...,

schön, dass Sie sich für eine weitere Einheit Zeit genommen haben.

Es ist wirklich toll, dass Sie die Bettzeitverkürzung diese Woche schon umsetzen konnten und auch drangeblieben sind, obwohl das frühe Aufstehen eine echte Herausforderung für Sie war. Das ist sehr nachvollziehbar und zu Beginn ganz normal. Wenn Sie weiterhin regelmäßig zu Ihren festen, reduzierten Zeiten ins Bett gehen und aufstehen, erhöht sich Ihr Schlafdruck. Dadurch werden Sie nach einiger Zeit wieder schneller Ein- und Durchschlafen können und vermutlich in Ihrem Bett wieder mehr schlafen als wach liegen und vor allem auch erholter in den Tag starten. Es ist eine nicht einfache Methode und erfordert etwas Anstrengung und Geduld. Daher freut es mich umso mehr, dass Sie diese Einheit bestärkt hat, dass Sie auf dem richtigen Weg sind. Das glaube ich auch!

Um Sie dabei weiterhin gut zu unterstützen, haben Sie sich einige Kraftgeber ausgesucht, die Ihnen helfen können, um tagsüber aktiv zu bleiben und sich abends wachzuhalten. Ich kann mir gut vorstellen, dass Ihnen das Radfahren und Lesen guttun wird. Klasse, dass Sie sich das vorgenommen haben. Auch Ihr neues Abendritual, das sich wirklich schön anhört, kann den Tag so gut abrunden – viel Freude dabei!

Herzliche Grüße

Coach

## Einheit 4: Schlafgewohnheiten ändern

**Bestandteile, auf die Feedback gegeben werden kann:**

- Begrüßung
- Rückblick
- **Aktivität im Bett**
- **Strategien Stimuluskontrolle**
- **Feedback zum Schlafenster und Schlaftagebuch**
- **Exkurs Schlafmittel**
- Fazit
- Abschluss

# Beispielfeedback Einheit 4

## BZV klappt noch nicht

Liebe:r xy,

schön, dass Sie die vierte Einheit bearbeitet haben.

Es tut mir leid zu lesen, dass bei Ihnen die Bettzeitverkürzung noch nicht den gewünschten Effekt hatte. Wenn Ihnen das Einschlafen immer noch schwerfällt und Sie vor dem Ende des Schlafens aufwachen, würde ich Ihnen empfehlen, die Bettzeit noch einmal um 30 min zu reduzieren, um den Schlafdruck zu erhöhen. Ich denke auch, dass Ihnen die Regeln der Stimuluskontrolle hier noch zusätzlich gut helfen könnten, vor allem dass Sie Ihr Bett wirklich nur zum Schlafen verwenden. Probieren Sie das gerne einmal aus!

Auch die nächsten Einheiten des Kurses geben Ihnen noch weitere Strategien an die Hand – ich hoffe, da ist etwas für Sie dabei!

Herzliche Grüße und einen guten Start in die Woche Ihnen  
Coach

# Einheit 5: Gedanken verstehen

## Bestandteile, auf die Feedback gegeben werden kann:

- Begrüßung
- Rückblick
- **ABC-Modell**
- **Gedanken-Check: Wissenschaft (Gedankenanalyse) oder Freundschaft (guter Ratschlag)**
- **Gute-Nacht-Gedanke**
- **Schlaffenster**
- Fazit
- Mein Plan für die Übung der Woche
- Abschluss

# Beispielfeedback für Einheit 5

## ABC-Modell verstanden und hilfreich

Liebe:r x,

wie schön, dass Sie weiterhin dabei sind und die fünfte Einheit so engagiert bearbeitet haben. Sie sind nun schon weit gekommen mit Ihrem Schlafkurs und auf einem guten Weg! Es freut mich außerdem sehr zu sehen, dass Ihre Schlafeffizienz immer weiter steigt und Sie bereits bei 93% angekommen sind. Welche Veränderungen bemerken Sie denn dadurch in Ihrem Alltag?

In dieser Einheit hatten Sie die Möglichkeit sich mithilfe des ABC-Modells einen Sorgengedanken etwas näher anzuschauen. Wie ich sehe, sind Sie hier schon sehr gut dem Zusammenhang zwischen Ihren Gefühlen, Gedanken und Ihrem Schlaf auf die Spur gekommen. Super, dass die Methode der Neubewertung Ihrer Gedanken für Sie so hilfreich war und Ihr Gute-Nacht-Gedanke direkt ein warmes Gefühl bei Ihnen ausgelöst hat – genau so soll das sein. Ich finde Ihre Erkenntnisse aus dem Kurs, vor allem dass es nun Zeit ist, sich um sich selbst zu kümmern, ganz wunderbar und sehr wertvoll. Behalten Sie sich das gut bei!

Herzliche Grüße und viel Spaß beim Serien schauen heute Abend  
Coach

## Einheit 6: Weniger Grübeln

Bestandteile, auf die Feedback gegeben werden kann:

- Begrüßung
- Rückblick
- **Analyse des Grübelns: Auslöser, Gedanken, Verhalten, Gefühle, Körper**
- **Anti-Grübel-Strategien**
  - Tagesabschluss
  - Dankbarkeitstagebuch
  - Anti-Grübel-Gedanke
  - Anti-Grübel-Notfallplan
- **Rückmeldung Schlafstagebuch und Schlafenster**
- Abschluss

# Beispielfeedback für Einheit 6

Liebe:r x,

schön, wieder von Ihnen zu lesen. Ihrem Schlaftagebuch entnehme ich, dass Ihre Schlafeffizienz stetig steigt und Sie die Bettzeiten gut einhalten konnten. Das ist ein super Fortschritt! Dabei ist es ganz normal, dass auch immer mal wieder schlechtere Nächte vorkommen. Hierzu haben Sie in dieser Einheit ein paar Übungen kennengelernt, wie Sie Ihren automatischen Gedanken in der Nacht begegnen können. Wie ich sehe, haben Sie sich sehr offen mit Ihren Grübelgedanken und -fragen auseinandergesetzt. Ihr Vorhaben, von nun an ein Tagesabschlussbuch zu schreiben, finde ich ganz klasse.

Ich hoffe, dass auch die anderen Methoden, wie Ihr Anti-Grübel-Gedanke und das Dankbarkeitstagebuch, Ihnen helfen werden, in Ruhe schlafen zu können. Probieren Sie es in den nächsten Tagen aus und berichten Sie gerne davon.

Herzliche Grüße und einen guten Start in die Woche Ihnen  
Coach

# Einheit 7: Entspannen lernen

Bestandteile, auf die Feedback gegeben werden kann:

- Begrüßung
- Rückblick
- **Entspannungsübungen: Muskelentspannung (PMR), Achtsamkeit, Fantasiereise**
- **Schlaffenster**
- Fazit
- Mein Plan für die Übung der Woche
- Vorschau und Verabschiedung

## Beispielfeedback Einheit 7

**TN:in ist während der Übung gedanklich abgeschweift**

Liebe:r x,

ich freue mich, wieder von Ihnen zu lesen. Schön, dass Sie das Gefühl haben, nicht mehr so große Probleme beim Ein- und Durchschlafen zu haben. Schlaf ist immer eine sehr subjektive Sache und daher zählt am meisten Ihr persönlicher Eindruck.

In dieser Einheit hatten Sie die Gelegenheit, mehr über ein bewährtes Entspannungsverfahren, in Ihrem Fall über eine achtsamkeitsbasierte Methode, zu erfahren. Dies ist deshalb so wichtig, da wir meist besser ein- und durchschlafen können, wenn wir entspannter sind. Und Entspannung kann man lernen! Dabei haben Sie angegeben, dass Sie während der Übung immer mal wieder gedanklich abgeschweift sind. Das ist ganz normal - das geht den meisten Menschen so! Sie denken dann an alles Mögliche, nur nicht an das, was gerade in der Übung passiert. Machen Sie sich hier gerne immer eine kleine mentale Notiz, wie „Ich bin abgeschweift!“ und kehren Sie dann mit Ihrer Aufmerksamkeit zur Übung zurück. Mit jedem Mal Üben können Sie sich vielleicht ein bisschen länger konzentrieren, bevor die Gedanken anfangen zu wandern. Umso besser, dass Sie die Übung nun regelmäßig in Ihrem Alltag durchführen möchten. Ich bin gespannt zu hören, wie das für Sie klappt!

Herzliche Grüße und noch eine schöne restliche Woche  
Coach

## Einheit 8: Meine Zukunft planen

Bestandteile, auf die Feedback gegeben werden kann:

- Begrüßung
- Rückblick
- **aktuelle Situation**
- **Der Blick zurück: Ziele + Erfahrung, mehr Unterstützung ja/nein**



- **Der Blick nach vorne: Alltagsaktivitäten, Frühwarnzeichen, neuer Motivationssatz, Strategien für den Alltag**
- **Brief an mich selbst**
- **Belohnung**
- Verabschiedung

## Beispielfeedback Einheit 8

Liebe:r x,

Sie haben bis zu dieser letzten Einheit weitergemacht und den Kurs nun vollständig durchlaufen – das ist eine tolle Leistung!

Ich möchte Ihnen ganz besonders dazu gratulieren, dass Sie Ihren Zielen in diesem Kurs einen großen Schritt näher gekommen sind. Sie schreiben, dass Sie mittlerweile Ihre richtige Schlafzeit und -länge gefunden haben und besser durchschlafen können. Das ist wirklich beachtlich! Auch dass Sie den Schlaf wieder mit etwas Positivem verbinden und dadurch der Druck in Ihnen sinkt, ist ein toller Fortschritt. Ich finde, Sie können wirklich stolz auf sich sein, die unterschiedlichen Strategien und Methoden für sich ausprobiert und genutzt zu haben - das ist nicht selbstverständlich, denn gerade die Bettzeitverkürzung ist eine sehr herausfordernde Methode. Sie sind drangeblieben und mittlerweile liegt Ihre Schlafeffizienz konstant bei 96% - das ist prima, auch im Vergleich zum Anfang (71%).

Um weiter am Ball zu bleiben, ist es ebenso wichtig, sich der eigenen Motivation und Ziele bewusst zu sein. Denken Sie hier auch hin und wieder an Ihre eigenen Worte: "Mein Schlaf ist Erholung für mich und meinen Körper, er macht mich fit für den neuen Tag. Mal klappt es sehr gut, mal nicht so gut aber es wird immer besser so dass ich die schlechten Nächte gut wegstecken kann." Sie haben alle Werkzeuge in der Hand, jetzt heißt es, dranbleiben! In Ihrem Brief an sich selbst haben Sie das bereits wunderbar formuliert!

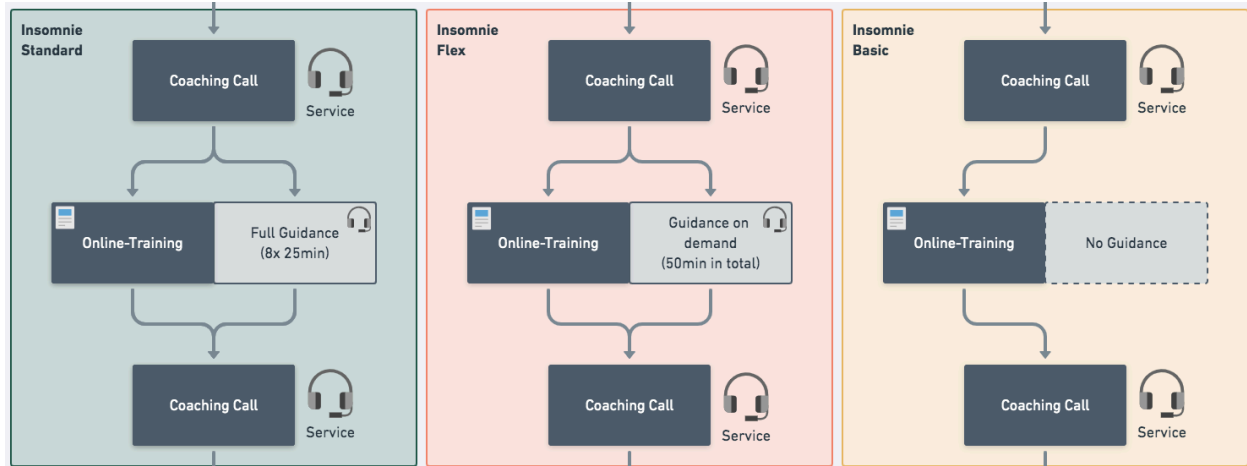
Ich freue mich, dass Sie an diesem Kurs teilgenommen haben. Ich habe Sie gern begleitet und wünsche Ihnen für die Zukunft alles Gute!

Herzliche Grüße

Coach

# Coaching Calls für das Training HelloBetter Schlafen im Rahmen des GET.Sleep Projekt

Während des Trainings gibt es zwei Coaching Calls:



Detaillierter Projektflow: <https://whimsical.com/AFRBF3KnURppGph2KRCveS>

Die Coaching Calls werden vor (Coaching Call 1) und nach (Coaching Call 2) dem Online-Training (immer 12 Wochen nach Trainingsstart ) durch den begleitenden Coach bei allen Guidance- Varianten durchgeführt.

## 1. Gesprächsvorbereitung

Im Rahmen der Coaching Calls benötigst du Zugang zu folgenden technischen Tools:

- Calendly
- Trainingsplattform: <https://getsleep.hellobetter.de/training>

## Deine Erreichbarkeitszeiten, Buchungen und Umbuchungen

Bitte trage deine Erreichbarkeitszeiten, zu denen du Coaching Calls führen kannst, in den Calendly ein. Die Termine sind für die Teilnehmenden für die nächsten 4 Tage (Mo-Fr), mindestens aber 17 Stunden im Voraus buchbar. Du wirst über jeden gebuchten Termin per Mail informiert oder kannst ihn direkt im Calendly einsehen. Solltest du einen Termin im Ausnahmefall nicht wahrnehmen können, kann er über die entsprechende Funktion (über Mail oder Calendly) abgesagt werden. In diesem Fall bitte deinen Calendly-Link zur erneuten

Terminvergabe mit in den Absagetext aufnehmen. Den 2. Coaching Call bitte rechtzeitig mit dem Teilnehmer per Nachricht und Calendly Link planen, am besten schon im Coaching Call 1.

## **Wenn du den Teilnehmer nicht erreichen kannst**

Gern in 3 Minuten Abstand noch ein weiteres Mal probieren. Sollten der 2. Versuch auch erfolglos sein, schreibe dem Teilnehmer eine Nachricht (inkl. Calendly Link) mit der Bitte einen neuen Termin zu buchen.

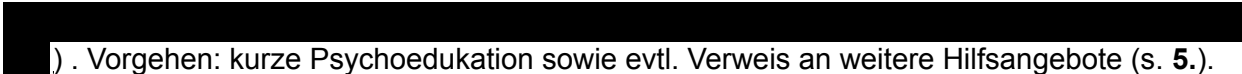
## **2. Coaching Call 1**

Dem Teilnehmer ist zu diesem Zeitpunkt bereits das Training HelloBetter Schlafen in einer bestimmten Guidance-Variante (Insomnie "Standard" - volle Begleitung / "Flex"- Feedback auf Anfrage / "Basic"- ohne Begleitung) automatisch und randomisiert zugewiesen worden. Der Coaching Call 1 bei jeder Variante dient diesen Zwecken:

### **Vorstellung HelloBetter**

- Einführung in das Training HelloBetter Schlafen (entsprechend der Guidance Variante)
- Abklären der Suizidalität
- Motivationsaufbau
- Bedürfnisklärung
- Beziehungsaufbau
- Klären von eventuellen Fragen
- Hinweis auf Befragungen (nach 3 Monaten) und Coaching Call 2 (nach 12 Wochen)

### **Checkpunkte für Gespräch**

- Rahmen des Gespräches klären
- Vorstellung der eigenen Person (Bei Standard und Flex seid Ihr gleichzeitig auch begleitender eCoach)
- Aktuellen Stand überprüfen: Haben Sie sich schon auf der Plattform einloggen können?
- Haben Sie das Training schon gesehen? Wenn ja, kommen Sie zurecht? Ggf. technische Hürden klären oder an [support@hellobetter.de](mailto:support@hellobetter.de) verweisen
- Wie geht es hier weiter? Training dauert im Schnitt 8 Wochen. In 12 Wochen gibt es noch ein weiteres Telefonat, um das Training zu bilanzieren. Bitte dafür schon einen Termin festhalten.
- Ggf. Fragen zu Kontraindikationen für Bettzeitverkürzung klären (hilfreicher Link: ). Vorgehen: kurze Psychoedukation sowie evtl. Verweis an weitere Hilfsangebote (s. 5.).
- Suizidalitätsabklärung (dies sollte auch der Hausarzt vor Trainingsbeginn schon gemacht haben): "Um Sie passend und kompetent unterstützen zu können möchten wir von HelloBetter gerne von Ihnen wissen, ob Sie schon einmal darüber nachgedacht haben, sich

das Leben zu nehmen." Bitte dazu auch **4.** durchlesen.

Positive Suizidalität ist keine Kontraindikation für das Schlaftraining, jedoch für die Bettzeitverkürzung.

- Bei Fragen zu der Studie selbst könnt ihr die Teilnehmenden gerne an das Studienteam verweisen: [ppt.info-getsleep@uniklinik-freiburg.de](mailto:ppt.info-getsleep@uniklinik-freiburg.de)) oder telefonisch (0761/270-69750 - montags, mittwochs, donnerstags und freitags zwischen 9 und 13 Uhr, dienstags zwischen 15 und 19 Uhr)

## Hilfreiche Textbeispiele

Generell ist es bei den Coaching Calls wichtig, dass die Teilnehmenden ein gutes Gefühl bekommen und motiviert ins Training starten und so besser am Ball bleiben (Adhärenzförderung!). Die folgenden Stichpunkte und Textbeispiele dienen als Orientierung für das Gespräch. Ihr könnt das Gespräch gern unter Berücksichtigung der Checkpunkte frei gestalten.

Coach ruft zum vereinbarten Zeitpunkt beim Teilnehmenden an und kann sich wie folgt melden:

*- Guten Tag, mein Name ist XX, vom HelloBetter Team. Bin ich da bei Ihnen an der richtigen Adresse?*

*- Sie haben sich für das Training HelloBetter Schlafen entschieden. In diesem Training geht es um... (siehe unten).*

*- Hatten Sie bereits Gelegenheit, in das Training zu schauen, wie kommen Sie damit zurecht?*

## Trainingserklärung:

HelloBetter Besser Schlafen: *In diesem Training werden verschiedene Themen abgedeckt. Sie lernen einen Weg kennen, Ihre **Schlafprobleme** zu erkennen und mit speziellen Methoden anzugehen (z.B. Verkürzung der Bettliegezeit, wenn passend, erklären), **Grübelkreisläufe** zu durchbrechen und eine **Entspannungsmethode** für sich zu nutzen. Zudem geht es darum, wie Sie sich gut **selbst unterstützen** können, um sich zukünftig besser regenerieren können. Das Training HelloBetter Besser Schlafen besteht aus **8 Einheiten** und dauert bei wöchentlicher Bearbeitung ungefähr **8 Wochen**. Sie haben 12 Monate Lesezugriff auf das Portal. Es empfiehlt sich, sich immer mal*

wieder einzuloggen, um Erlerntes aufzufrischen. In 12 Wochen werden wir noch ein abschließendes Telefonat miteinander haben. Hierfür würde ich gern schon einmal einen Termin mit Ihnen vereinbaren und sende Ihnen daher im Anschluss eine Nachricht mit einem Link zu meinem Kalender. Auch wird das Studienteam Ulm nach Trainingsende noch mit schriftlichen Befragungen auf Sie zukommen.

### Guidance-Variante:

**Guidance-Format Basic:** In den nächsten Wochen haben Sie die Möglichkeit, dass Training eigenständig in Ihrer eigenen Zeit zu durchlaufen. Wir empfehlen, pro Woche eine Einheit zu bearbeiten und zwischen den Lektionen online Tagebuch zu führen, um Ihr Befinden zu beobachten. Per Klick auf „weiter“ am Ende jeder Einheit kommen Sie zur jeweils nächsten Einheit. Die damit abgeschlossene Einheit ist dann nicht mehr bearbeitbar. Den Übungen im Alltag kommt eine besonders große Bedeutung zu – versuchen Sie sich dafür ausreichend Zeit zu nehmen. Das Training HelloBetter Besser Schlafen besteht aus **8 Einheiten** und dauert bei wöchentlicher Bearbeitung ungefähr **8 Wochen**. Sie haben 12 Monate Lesezugriff auf das Portal. Da wir Sie gerne beim Trainieren unterstützen möchten, erhalten Sie wöchentlich eine Erinnerung an das Training. Sollten einmal Fragen auftauchen, wenden Sie sich gern an [support@helloworldbetter.de](mailto:support@helloworldbetter.de). In zwölf Wochen haben wir noch einmal die Gelegenheit miteinander zu telefonieren, um zu erfahren, wie es Ihnen geht und ob Sie mit dem Training zufrieden waren. Hierfür würde ich gern schon einmal einen Termin mit Ihnen vereinbaren und sende Ihnen daher im Anschluss eine Nachricht mit einem Link zu meinem Kalender. Auch wird das Studienteam Ulm nach Trainingsende noch mit schriftlichen Befragungen auf Sie zukommen.

**Guidance-Format Flex:** In den nächsten Wochen haben Sie die Möglichkeit, dass Training eigenständig in Ihrer eigenen Zeit zu durchlaufen. Wir empfehlen, pro Woche eine Einheit zu bearbeiten und zwischen den Lektionen online Tagebuch zu führen, um Ihr Befinden zu beobachten. Per Klick auf „weiter“ am Ende jeder Einheit kommen Sie zur jeweils nächsten Einheit. Die damit abgeschlossene Einheit ist dann nicht mehr bearbeitbar. Den Übungen im Alltag kommt eine besonders große Bedeutung zu – versuchen Sie sich dafür ausreichend Zeit zu nehmen. Das Training HelloBetter Besser Schlafen besteht aus **8 Einheiten** und dauert bei wöchentlicher Bearbeitung ungefähr **8 Wochen**. Sie haben 12 Monate Lesezugriff auf das Portal. Da wir Sie gerne beim Trainieren unterstützen möchten, erhalten Sie wöchentlich eine Erinnerung an das Training. Bei Fragen zum Training können Sie sich jederzeit an mich wenden. Auch wenn Sie einmal konkretes Feedback zu einer bestimmten Übung wünschen, wenden Sie sich gerne per Nachricht an mich. In zwölf Wochen haben wir noch einmal die Gelegenheit miteinander zu telefonieren, um zu erfahren, wie es Ihnen geht und ob Sie mit dem Training zufrieden waren. Hierfür würde ich gern schon einmal einen Termin mit Ihnen vereinbaren und sende Ihnen daher im Anschluss eine Nachricht mit einem Link zu meinem Kalender. Auch wird das Studienteam Ulm nach Trainingsende noch mit schriftlichen Befragungen auf Sie zukommen.

**Guidance-Format Standard:** Wir empfehlen, pro Woche eine Einheit zu bearbeiten und

*zwischen den Lektionen online Tagebuch zu führen, um Ihr Befinden zu beobachten. Damit ich Ihnen Rückmeldung auf jede Ihrer bearbeiteten Einheiten geben kann, klicken Sie am Ende Ihrer bearbeiteten Einheit auf "Weiter", dann ist die Einheit abgeschlossen und wird an mich übertragen. Nachdem ich ein Feedback für Sie hinterlassen habe, erhalten Sie darüber eine E-Mail. Das Feedback können Sie sich dann auf der Plattform in Ruhe anschauen, die nächste Einheit wird Ihnen dann automatisch freigeschaltet. Das Training HelloBetter Besser Schlafen besteht aus **8 Einheiten** und dauert bei wöchentlicher Bearbeitung ungefähr **8 Wochen**. Sie haben 12 Monate Lesezugriff auf das Portal. Ihre alten Einheiten, sowie Ihre Feedbacks bleiben daher für Sie ein Jahr lang gespeichert und können Ihnen gerne immer wieder zur Auffrischung und Vertiefung dienen. Ich bin natürlich auch zwischen den Einheiten per Nachricht für Sie erreichbar, sollten Sie eine Frage haben oder mit einer Übung nicht weiterkommen. In zwölf Wochen haben wir noch einmal die Gelegenheit miteinander zu telefonieren, um zu erfahren, wie es Ihnen geht und ob Sie mit dem Training zufrieden waren. Hierfür würde ich gern schon einmal einen Termin mit Ihnen vereinbaren und sende Ihnen daher im Anschluss eine Nachricht mit einem Link zu meinem Kalender. Auch wird das Studienteam Ulm nach Trainingsende noch mit schriftlichen Befragungen auf Sie zukommen.*

Die gängigsten Probleme aus Teilnehmersicht

Sollte es notwendig sein, kannst du dem Teilnehmer gern bei einfachen technischen Schwierigkeiten direkt weiterhelfen. Wir haben die häufigsten technischen Schwierigkeiten sowie Lösungsvorschläge nachfolgend zusammengefasst. Solltest du einmal nicht weiter wissen bzw. zu wenig Zeit haben, verweise gern auf die Support-Adresse [support@hellobetter.de](mailto:support@hellobetter.de).

- xx
- xx
- Teilnehmer kann sich auf der Plattform selber löschen

### **3. Coaching Call 2**

12 Wochen nach Trainingsbeginn findet ein (abschließendes) Telefongespräch statt, in dem die Trainingsphase noch einmal Revue betrachtet werden kann (auch wenn Teilnehmer noch nicht das Training beendet hat). Zudem muss abgeklärt werden, ob der Teilnehmer weitere Hilfe benötigt (nicht per se welche Hilfe). Eine klinische Einschätzung der Coaches ist hierfür ausreichend. Hierfür bitte die schriftliche Vorlage für den Hausarzt (**"Arztbrief" LINK einfügen**) ausfüllen und auf abschließende schriftliche Befragung hinweisen, welche durch das Studienteam Ulm durchgeführt wird (Hinweis: der nächste Fragebogen kommt zeitnah, weitere Befragung folgen in 3 Monaten). Die klinische Einschätzung wird sowohl dem Hausarzt als auch dem Studienteam Ulm über den "Arztbrief" rückgemeldet. Die Anzahl der innerhalb von 12 Wochen bearbeiteten Einheiten immer an Hausarzt (über den "Arztbrief") weitergeben.

## 4. Abklärung der Suizidalität / Umgang mit suizidalen Äußerungen

### Umgang mit suizidalen Äußerungen:

Sollte der Teilnehmende dir gegenüber Suizidgedanken ansprechen, sprich den Teilnehmenden bitte darauf an. Habe keine Angst, dass du durch deine Frage Suizidgedanken verschärfen oder auslösen könntest. Suizidale Personen empfinden es oft eher als Erleichterung über Ihre Suizidgedanken zu sprechen, da sie diese i.R. nicht mit vertrauten Personen besprechen.

### Bei akuter Suizidalität:

Wenn ein Mensch unmittelbar von Suizid bedroht ist, er aber in keiner Weise mehr über ein Gespräch erreichbar ist und nicht bereit ist mit Ihnen am Telefon nach Unterstützung vor Ort zu suchen (nicht "absprachefähig"), so sollte zu seinem Schutz der Notarzt oder die Polizei verständigt werden. Bitte sende [REDACTED] (Telefonnummer: [REDACTED]) eine Nachricht, damit dieser ggf. die Behörden informiert.

Das Wichtigste ist, Zeit zu gewinnen, da der Wunsch zu sterben fast immer nur ein vorübergehender Zustand ist und auch bei schwierigen Lebenssituationen meist der Lebensmut zurückkehrt.

**Bei Lebensgefahr rufe den Rettungsdienst (112) und in Gefahrensituationen/  
Fremdgefährdung die Polizei (110).**

### Verzeichnis aller psychiatrischen Notaufnahmen

<https://psychnet.de/de/hilfe-finden/schnelle-hilfe/soforthilfe.html?view=page&layout=index&id=263>

### Ärztlicher Bereitschaftsdienst für *nicht* akute Fälle

<https://www.116117.de/de/index.php>

(s. Soforthilfe: <https://psychnet.de/de/hilfe-finden/schnelle-hilfe/soforthilfe.html>)

### Bei latenter Suizidalität

(Hinweis auf lebensmüde Gedanken, große Hoffnungslosigkeit, Resignation; Sei bitte auch für **kleine Randbemerkungen**, wie „mir ist die Kraft ausgegangen“; „das macht alles keinen Sinn mehr“, „Ich bin stark am Verzweifeln“; sensibilisiert; keine direkten Hinweise auf Pläne/Absichten/Handlungen):

**Ihr solltet akute und latente Suizidalität jedoch erkennen können (siehe 4.) und an dieser Stelle an die 112 und / oder an weiterführende Hilfen (siehe 5.) verweisen können.** Bitte darauf hinweisen, dass das Schlaftraining keine Psychotherapie ersetzt und Hilfe vor Ort an dieser Stelle sinnvoll wäre. Bitte keine "Anti-Suizid-Versprechen" machen, das können wir nicht leisten.

Bitte bei positiver Suizidalität immer [REDACTED] eine formlose E-Mail schreiben mit dem Satz „User mit Benutzer-ID XX äußert in der Lektion XX lebensmüde Gedanken, nächste Schritte werden eingeleitet.“ Bitte beachtet, dass die E-Mails i.d.R. nur zu Bürozeiten gelesen werden. Solltet Ihr

eine dringende Frage haben, wendet Euch bitte an [REDACTED] oder [REDACTED].

Kurzer Fragenkatalog, kann zur individuellen Einschätzung der Suizidalität genutzt werden.

#### **4.1 Aktuelle Suizidalität**

Frage: Hatten Sie in der letzten Zeit Gedanken daran, nicht mehr leben zu wollen und/oder sich selbst zu verletzen?

#### **4.2 Abklärung des Gefährdungspotentials**

Folgende Informationen können im Gespräch mit dem Patienten erhoben werden: Einschätzung allgemeiner Risikofaktoren: Soziales Netz vorhanden? Gibt es Freunde/Familie, an die sich der Patient wenden kann? Suizidversuche in der Vorgeschichte? Frühere suizidale Krisen? Hoffnungslosigkeit?

#### **4.3 Einschätzung des akuten Risikos**

Suizidgedanken:

- Wie sehen die lebensmüden Gedanken konkret aus?
- Wie häufig denken Sie über Suizid nach?
- Als wie drängend/aufdringlich empfinden Sie die Gedanken?

Suizidabsichten:

- Haben Sie vor, die Gedanken in die Tat umzusetzen? (Akuter Handlungsdruck aktuell?)
- Wie sicher sind Sie sich, dass Sie die Gedanken nicht in die Tat umsetzen werden (von 0-100)?

Suizidpläne/-vorbereitungen:

- Haben Sie sich schon konkrete Gedanken gemacht, wie Sie sich das Leben nehmen würden? (Methode, Tag, Uhrzeit, Ort)
- Haben Sie schon Vorbereitungen getroffen? (z.B. Abschiedsbrief)

Lebensbejahende Argumente:

- Was hält Sie davon ab, sich das Leben zu nehmen? (Sind die Faktoren, die am Leben halten, bindend?)



- Was gibt Ihnen Halt und Sicherheit im Leben? (Sind Zukunftsperspektiven entwickelbar?)
- Ist mit dem Teilnehmer bereits ein Krisenplan erarbeitet worden? Gibt es einen professionellen Kontakt, der wieder aufgenommen werden könnte?

## 5. Weiterführende Hilfen vor Ort

### Wo bekomme ich Hilfe für meine Probleme?

In der Versorgungslandschaft gibt es unterschiedliche Hilfsangebote für Menschen mit psychischen Beschwerden. Welches sinnvoll ist, richtet sich nach der Art und Schwere der Symptome. Sie erhalten hier eine Übersicht über die wichtigsten Anlaufstellen bei seelischen Krisen:

#### Hausarzt

Die erste Anlaufstelle kann Ihr Hausarzt sein, dem Sie vertrauensvoll von Ihren psychischen Beschwerden berichten können. Auch wenn der erste Schritt, über seine Probleme zu sprechen, manchmal schwerfällt: Sie können sicher sein, dass Ihr Arzt schon häufig mit seinen Patienten über psychische Beschwerden und auch schwere Lebenskrisen, die mitunter auch lebensmüde Gedanken einschließen können, gesprochen hat. Ihr Hausarzt kann gemeinsam mit Ihnen über notwendige weitere Maßnahmen entscheiden und Sie z.B. an einen Facharzt überweisen.

Bitte beachten Sie, dass Sie von Ihrem Hausarzt eine Überweisung zum ambulanten Psychotherapeuten oder Facharzt für Psychiatrie bekommen können. Sie können diese Berufsgruppen aber auch selbstständig ohne Überweisung aufsuchen.

#### Ambulante Psychotherapeuten

Um die Entwicklung der Beschwerden zu verstehen, längerfristig etwas zum Positiven zu verändern und auch erneuten Rückfällen vorzubeugen, ist häufig eine ambulante Psychotherapie ratsam. Sie können psychologische oder ärztliche Psychotherapeuten selbstständig aufsuchen. Hier finden Sie einige Hinweise zur Suche nach einem geeigneten Psychotherapeuten:

1) Auf den Seiten der **Bundespsychotherapeutenkammer** können Sie unter folgendem Link nach psychologischen oder ärztlichen Psychotherapeuten in Ihrer Nähe suchen, die einen Fachkundenachweis und eine Approbation im Bereich Psychotherapie aufweisen:

<http://www.bptk.de/service/therapeutensuche>

2) Eine gute Anlaufstelle ist in der Regel auch Ihre **Krankenkasse**, die Ihnen eine Liste der Psychotherapeuten in Ihrem Umfeld erstellen kann. Dafür brauchen Sie keine Angaben zu Ihrem Beschwerdebild zu machen.

Bei der Suche nach einem ambulanten Psychotherapeuten muss man häufig etwas Geduld aufbringen. Bleiben Sie trotzdem am Ball!

### Facharzt für Psychiatrie

Für akute Probleme mit schnellem Handlungsbedarf ist in der Regel der Facharzt für Psychiatrie der richtige Ansprechpartner. Dieser kann Sie zu weiterführenden Hilfsangeboten für Ihre spezielle Situation informieren und ggf. solche einleiten. Zudem besteht die Möglichkeit, Sie bei entsprechendem Bedarf für eine gewisse Zeit medikamentös zu unterstützen.

### Stationäre Therapie

Wenn es sinnvoll ist, einmal für einige Zeit Abstand vom Alltag und den Problemen zu bekommen, oder wenn eine schwere Symptomatik besteht, die ein Zurechtkommen im häuslichen Umfeld sehr erschwert, gibt es verschiedene stationäre Angebote.

- **Psychosomatische Kliniken** können sowohl auf die Akutversorgung als auch auf die Rehabilitation von Menschen mit psychischen Problemen ausgerichtet sein. Häufig besteht bei beiden Formen eine gewisse Wartezeit, für eine psychosomatische Reha muss gemeinsam mit einem Arzt ein Antrag bei der Rentenversicherung gestellt werden.
- In **psychiatrischen Kliniken** werden ebenfalls eine ganze Bandbreite von psychischen Problemen behandelt. Hier ist eine Aufnahme auch in Notfällen möglich, sowohl mit Einweisung des Hausarztes oder Facharztes für Psychiatrie als auch nach persönlicher Vorstellung in der Klinik. Das bedeutet, dass Sie dort auch nachts und am Wochenende eine Anlaufstelle finden, in der Sie direkt Hilfe bei psychischen Notfällen bekommen. Es kann dann vor Ort geklärt werden, ob eine stationäre Aufnahme notwendig ist oder eine andere Behandlungsform besser geeignet wäre. Dies kann auch eine sogenannte teilstationäre Behandlung in einer Tagesklinik beinhalten.

Bei akuter Eigen- oder Fremdgefährdung, also z.B. bei unkontrollierbaren Suizidgedanken, ist die Aufnahme in eine psychiatrische Klinik dringend angezeigt.

### Krisendienste

**Kliniken** und andere **Krisendienste** in Ihrer Nähe finden Sie zum Beispiel in der Adressliste der Stiftung Deutsche Depressionshilfe. Diese Krisendienste beschränken sich in der Regel nicht auf Beratung bei Depression, sondern sind allgemeine Anlaufstellen in seelischen Notlagen:

Erste Hilfe Adressenliste:

<https://www.deutsche-depressionshilfe.de/depression-infos-und-hilfe/wo-finde-ich-hilfe/klinikadressen>

Ein offenes Ohr in Lebenskrisen finden Sie - meist rund um die Uhr - bei der **Telefonseelsorge**, kostenfrei und anonym. Die Mitarbeiter der Telefonseelsorge kennen meist auch die Einrichtungen, an die Sie sich im Falle ernsthafter Suizidalität wenden können.

- Telefonseelsorge: 0800 111 0 111 oder 0800 111 0 222

[www.telefonseelsorge.de](http://www.telefonseelsorge.de)

Notruf 112

Auch für seelische Notfälle ist der Rettungsdienst unter der Telefonnummer 112 zuständig. Wenn Sie in einer akuten Krise sind und z.B. drängende Suizidabsichten bestehen und Sie selbstständig nicht in der Lage sind, Hilfe aufzusuchen, können Sie unter der Nummer 112 umgehend Hilfe bekommen.

### **Weitere ambulante Beratungs- und Unterstützungsangebote**

Manchmal gibt es neben der seelischen Not ganz drängende Probleme, die die eigene Situation noch auswegloser erscheinen lassen und daher dringend angegangen werden sollten. Für viele Lebensbereiche gibt es spezielle Anlaufstellen, wo Sie individuell beraten werden.

Hierzu zählen eine Reihe öffentlicher, kirchlicher und privater Beratungsträger, die zu folgenden Themen Hilfestellung anbieten:

- Schuldnerberatung (<http://www.forum-schuldnerberatung.de/>)
- Rentenanträge (mehr Informationen unter [www.deutsche-rentenversicherung.de](http://www.deutsche-rentenversicherung.de))
- Paarberatung (Scheidung, Unterhalt, Sexualberatung), z.B. pro familia
- Allgemeiner Sozialer Dienst/Kommunaler Sozialdienst Ihrer Gemeinde
- Familienpflege (Ansprechpartner ist das Jugendamt)
- Beratung bei Sterbefällen, Arbeitslosigkeit usw.
- Beratung bei sexuellem Missbrauch von Frauen und Mädchen (Adressen unter <http://www.wildwasser.de/adressen/>)

Seriöse Hilfe, wie sie beispielsweise bei kommunalen oder kirchlichen Beratungsstellen angeboten wird, ist bei Erstberatung in der Regel kostenfrei und bei längerem Beratungsbedarf (z.B. in Form einer Paarberatung) an den finanziellen Mitteln der Ratsuchenden orientiert.

Access-Code des Nutzers:  
{{Access-Code des Nutzers}}

## Coach-Einschätzung GET Sleep

### Gesamteinschätzung

Nach dem Abschlussgespräch mit dem Nutzer und Begutachtung der diagnostischen Selbsteinschätzung wird **eine {{Gesamteinschätzung}}**.

- Präferenz für Weiterbehandlung: {{Art der Weiterbehandlung - Tendenz/ Präferenz?}}
- Selbstberichteter Bedarf für Weiterbehandlung: {{Selbstberichteter Bedarf an weiterer Behandlung}}

### Schriftliche Einschätzung des Coaches:

{{Schriftliche Einschätzung des Patienten (durch den Coach)}}

### Einschätzung der Symptomschwere

Der Nutzer weist nach der Nutzung der Intervention einen Schweregrad von **{{ISI nach der Intervention}} von 28** auf dem Insomnia Severity Index (ISI) auf.

- Wert vor der Intervention: {{ISI vor der Intervention}}
- Wert nach der Intervention: {{ISI nach der Intervention}}

Dieser Wert **{{Unter der kritischen Schwelle?}}**, welche auf eine klinisch relevante Insomnie hindeutet.

Der Nutzer berichtet subjektiv **{{Der Nutzer berichtet subjektiv...}}**.

### Hinweise zur Nutzung der Intervention

Der Nutzer hat **{{Abgeschlossene Einheiten (Zahl)}} von 8 Einheiten absolviert.**

Folgende Lerninhalte wurden erfolgreich absolviert:  
{{Abgeschlossene Einheiten}}

## Anlage 4: Anschreiben, mit dem Patientinnen/Patienten ihre jeweiligen Hausärztinnen bzw. Hausärzte ansprechen konnten, um für eine Teilnahme an GET Sleep zu werben



UNIVERSITÄTSKLINIKUM FREIBURG  
Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie · Hauptstr. 5 · 79104 Freiburg

Department für Psychische Erkrankungen

**Klinik für Psychiatrie und  
Psychotherapie**

**Ärztliche Direktorin:**  
Univ.-Prof. Dr. Dr. K. Domschke, M.A. (USA)

Kontakt:  
**Prof. (apl.) Dr. Dr. K. Spiegelhalder**  
Abteilung für Psychophysiologie/ Schlafmedizin

Telefon 0761 270-69780  
Telefax 0761 270-66190  
Kai.Spiegelhalder@uniklinik-freiburg.de

### GET Sleep – Stepped Care Modell für die Behandlung von Schlafstörungen

Sehr geehrter Herr Kollege ..., sehr geehrte Frau Kollegin ...,

Ihr Patient ... / Ihre Patientin Frau ... interessiert sich für eine Teilnahme an unserem Projekt „GET Sleep – Stepped Care Modell für die Behandlung von Schlafstörungen“, welches durch den Innovationsfonds des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) gefördert wird. Gerne möchte ich Sie zur Teilnahme an GET Sleep einladen.

#### Um was geht es bei GET Sleep?

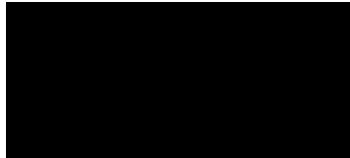
Ziel des Projekts ist die Versorgungssituation für Patient\*innen mit chronischen Schlafstörungen in Deutschland zu verbessern. In der großangelegten Studie wird ein leitlinien-konformes Stufenmodell mit der aktuellen Regelversorgung verglichen. Bei positiver Begutachtung kann das neue Vorgehen in die Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses und somit direkt in die Regelversorgung der Krankenkassen überführt werden. Die neue Versorgungsform basiert vor allem auf der fundierten Beratung durch die jeweiligen Hausärzt\*innen und einer Online-Behandlung. Insgesamt sollen rund 350 Hausärzt\*innen in Baden-Württemberg und Bayern an dem Projekt teilnehmen sowie mehrere tausend Betroffene behandelt werden.

#### Was sind Vorteile an einer Studienteilnahme?

Schlafstörungen zählen zu den häufigsten Erkrankungen, denen Sie als Hausarzt / Hausärztin begegnen. GET Sleep soll eine Erleichterung für Sie und Ihre Patient\*innen darstellen und zu einer Verbesserung des gesamten Therapieprozesses führen. Zusätzlich werden Sie für Ihre Teilnahme pro Patient\*in finanziell vergütet.

Wenn Sie Interesse an einer Teilnahme am Projekt haben oder weiterführende Informationen wünschen, freue ich mich über Ihre Kontaktaufnahme per E-Mail an [Kai.Spiegelhalder@uniklinik-freiburg.de](mailto:Kai.Spiegelhalder@uniklinik-freiburg.de).

Mit freundlichen Grüßen



Prof. (apl.) Dr. Dr. Kai Spiegelhalder  
Universitätsklinikum Freiburg  
Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie  
Hauptstraße 5, 79104 Freiburg  
E-Mail: [Kai.Spiegelhalder@uniklinik-freiburg.de](mailto:Kai.Spiegelhalder@uniklinik-freiburg.de)

UNIVERSITÄTSKLINIKUM FREIBURG · Anstalt des öffentlichen Rechts · Sitz Freiburg  
Aufsichtsrat Vorsitzender: Ministerialdirigent Clemens Benz  
Vorstand  
Leitender Ärztlicher Direktor: Prof. Dr. Dr. h.c. Frederik Wenz (Vorsitz)  
Stellvertretender Leitender Ärztlicher Direktor: Prof. Dr. Dr. Rainer Schmelzeisen  
Kaufmännische Direktorin: Anja Simon  
Dekan der Medizinischen Fakultät: Prof. Dr. Lutz Hein (komm.)  
Pflegedirektor: Helmut Schiffer

Bankverbindung  
Sparkasse Freiburg-Nördlicher Breisgau  
IBAN DE08 6805 0101 0002 0044 06  
BIC FRSPDE66

[www.uniklinik-freiburg.de](http://www.uniklinik-freiburg.de)

WIR  
ÜBERWINDEN  
GRENZEN

## Anlage 6: Interviewleitfäden für die verschiedenen Stakeholdergruppen

### Interviewleitfaden Patient:innen (Interventionsgruppen)

Thematik	Leitfrage (Erzählaufforderung)	Check – Wurde das erwähnt? Memo für mögliche Nachfragen – nur stellen, wenn nicht von allein angesprochen! Formulierung anpassen	Konkrete Fragen – bitte an passender Stelle (auch am Ende möglich) in dieser Formulierung stellen
<b>Einstiegsfrage</b>	Sie haben im Rahmen von GET Sleep eine Behandlung aufgrund Ihrer Schlafstörung erhalten. Zu Beginn möchte ich Sie erst einmal bitten frei zu erzählen, wie Sie diese Zeit erlebt haben.		
<b>Wahrgenommene Wirksamkeit</b>	Wie haben sich Ihre Schlafbeschwerden während Ihrer Behandlung bei GET Sleep z.B. durch das Online-Training oder ihren GET Sleep-Hausarzt bis zum Abschluss ihrer Behandlung bei GET Sleep verändert?	<p><i>Falls keine Veränderung:</i> Worauf würden Sie das Gleichbleiben Ihrer Schlafbeschwerden zurückführen?</p> <p><i>Falls Veränderung, mögliche Nachfragen bzgl.:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Qualität des Schlafs</li> <li>• Quantität des Schlafs (z. B. Anzahl Stunden, Einschlafdauer)</li> <li>• allgemeine Veränderungen vs. Veränderungen an einzelnen Tagen</li> <li>• Beeinträchtigungen über den Tag hinweg, z.B. Schläfrigkeit, Konzentrationschwierigkeiten</li> </ul>	
	<i>Falls Veränderung:</i>  Worauf lässt sich die <b>Veränderung / Verbesserung / Verschlechterung</b> Ihrer Schlafbeschwerden Ihrer Meinung nach zurückführen?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Behandlung im Rahmen von GET Sleep</li> <li>• Psychoedukation (HA)</li> <li>• Onlinetraining</li> <li>• Fachbehandlung</li> <li>• einzelne Komponenten des Onlinetrainings</li> </ul> <p><i>☒ Für Interviewenden: anhand Modul-Überblick ggf. gezielter nachfragen</i></p>	<p><i>Falls Verbesserung:</i>  Sie haben gerade einige <b>Bestandteile der Behandlung</b> genannt, die zur <b>Verbesserung</b> Ihrer Schlafbeschwerden beigetragen haben. Welche dieser Komponenten haben Sie als am hilfreichsten wahrgenommen?</p> <p><i>Falls Verschlechterung:</i>  Sie haben gerade einige <b>Bestandteile der Behandlung</b> genannt, die zur <b>Verschlechterung</b> Ihrer Schlafbeschwerden beigetragen haben. Welche dieser Komponenten haben Ihre Schlafbeschwerden am meisten verschlechtert?</p>

		Kognition	<p>Jeder Mensch hat unterschiedliche <b>Überzeugungen bzw. Einstellungen</b> zum Schlaf.</p> <p>Inwiefern hat sich Ihre Einstellung zum Schlaf/zu Ihren Schlafbeschwerden in der Zeit seit Behandlungsbeginn verändert?</p> <p><i>☒ Beispiel für Interviewenden, falls Teilnehmender Frage nicht versteht</i>  <i>Ein Beispiel hierzu wäre: „Ich brauche mind. 8 Stunden Schlaf, um mich ausgeruht zu fühlen.“</i></p>
		Verhalten	<p>Inwiefern haben sich Ihre <b>Schlafgewohnheiten</b> seit Behandlungsbeginn verändert?</p> <p><i>☒ Mittagsschlaf, Rituale, Schlafhygiene,...</i></p> <p>Wie sehen Ihre Schlafgewohnheiten <b>aktuell</b> aus?</p>
	Wie haben sich Ihre Schlafbeschwerden seit Abschluss Ihrer Behandlung im Rahmen von GET Sleep bis heute verändert?		Worauf würden Sie diese Veränderung Ihrer Schlafbeschwerden zurückführen?
<p><b>Wahrnehmung Behandlungsprozess</b>  <i>(Fragen anpassen, je nachdem ob Teilnehmende mehrere Stufen nennen)</i></p>	Wir sind daran interessiert zu erfahren, wie Teilnehmende den gesamten Behandlungsprozess im Rahmen von GET Sleep wahrgenommen haben.	<p>Organisation</p> <p><i>→ falls TN Einstieg benötigen:          “Wie sind Sie denn zu GET Sleep gekommen?”</i></p>	<p>Wie haben Sie den <b>Ablauf und die Organisation</b> der einzelnen Behandlungsschritte erlebt?</p> <p>Inwieweit haben Sie noch <b>weitere Behandlungsformen</b> für Ihre Schlafbeschwerden in Anspruch genommen?</p>
	Bitte beschreiben Sie kurz, wie Ihre Behandlung nacheinander abgelaufen ist, also welche verschiedenen Behandlungsschritte Sie durchlaufen haben.	<p>Ansprechpartner</p>	<p>Haben Sie sich bei <b>Fragen oder Problemen</b> im Allgemeinen gut betreut gefühlt?</p> <p><i>Falls nein:</i>          Zu welchen Zeitpunkten im Behandlungsablauf und bei welchen Anliegen war das nicht der Fall?</p> <p><i>Falls ja:</i>          Wodurch fühlten Sie sich besonders gut unterstützt? Was hat dazu beigetragen, dass Sie sich gut betreut gefühlt haben?</p>

	Wie zufrieden waren Sie mit der Vereinbarung von Terminen, z. B. Gesprächen mit Ihrem/Ihrer <b>Online-</b> Hausärzt:in, Gesprächen mit Ihrem E-Coach?	Terminvereinbarung & Verzögerungen	Gab es bei Ihnen <b>Verzögerungen</b> im Behandlungsablauf?  Wenn ja, zu welchem Zeitpunkt im Behandlungsablauf und wodurch sind diese aufgetreten?
		Sonstiges	Gab es sonst noch <b>Schwierigkeiten oder Probleme</b> , die im Ablauf der Behandlung aufgetreten sind? Was hat Sie dazu <b>motiviert</b> die Behandlung trotz dieser Schwierigkeiten und Probleme <b>weiterzuführen</b> ?
		Bewertung Stufenmodell	Die Behandlung im Rahmen von GET Sleep war so aufgebaut, dass Sie wenn gewünscht im ersten Schritt eine Psychoedukation bei Ihrem/Ihrer Hausärzt:in erhalten haben, danach das Online-Training absolviert haben und falls notwendig eine Fachbehandlung. Wie bewerten Sie dieses <b>gestufte Behandlungskonzept</b> im Allgemeinen?
		Wünsche und Verbesserungsvorschläge	Haben Sie <b>Wünsche oder Verbesserungsvorschläge</b> für <b>das gestufte Behandlungskonzept</b> ? (→Nachfrage, warum, wenn etwas kommt)
		Schwierigkeiten Schnittstellen	Gab es Probleme bei dem <b>Übergang</b> zwischen den verschiedenen Behandlungsstufen? → Begrenzen, falls zu sehr auf das Online-Training eingegangen wird
<b>Online-Plattform</b>	Wie zufrieden waren Sie mit der Online-Plattform, auf der das Training „GET Sleep“ bereitgestellt wurde?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Optik</li> <li>• Zurechtfinden</li> <li>• Wohlfühlen</li> <li>• Inhalte</li> </ul>	<p>Wie haben Sie sich auf der Online-Plattform <b>zurechtgefunden</b>? (Navigation)</p> <p>Wie haben Sie die <b>optische Gestaltung</b> der Online-Plattform empfunden?</p> <p>Haben Sie sich auf der Online-Plattform <b>wohlgefühlt</b>?</p> <p>Inwiefern waren Sie <b>zufrieden</b> mit den Inhalten des Trainings? Inwiefern haben Sie diese als <b>wissenschaftlich fundiert</b>/ hochwertig wahrgenommen?</p>



	<p>Uns würde interessieren, wie Sie die Online-Plattform genutzt haben.</p> <p>Inwiefern haben Sie die Elemente, die Ihnen im Rahmen von GET Sleep vermittelt wurden, im Alltag umgesetzt?</p>	<p>Nutzungsverhalten</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• inhaltliche Auseinandersetzung</li> <li>• zeitliche Auseinandersetzung</li> </ul>	<p>Wie intensiv haben Sie sich <i>inhaltlich</i> und <i>zeitlich</i> mit den Behandlungselementen <b>auseinandergesetzt</b>?</p> <p>→ z.B. "Wie viel Raum hat das Online-Training in Ihrem Alltag eingenommen?"</p> <p>→z.B. "Welche der Übungen haben Sie umgesetzt und welche nicht?"</p>
<p><b>Therapeutische Beziehung</b></p>	<p>Nun folgen einige Fragen rund um das Thema E-Coach und die Arbeit bzw. Erfahrungen mit Ihrem E-Coach.</p> <p>Wie gestaltete sich der Ablauf des E-Coachings in Ihrem Fall?</p> <p>→ "An welchen Stellen sind Sie in Kontakt mit Ihrem E-Coach gekommen?"</p>	<p>Individueller Ablauf E-Coaching</p>	<p>→ Bei Flex/IG2: "Wie oft haben Sie Kontakt zu Ihrem E-Coach aufgenommen?"</p>
	<p>Wie würden Sie Ihren E-Coach beschreiben?</p>	<p>Eigenschaften E-Coach</p>	<p>Welche <b>Eigenschaften</b> wies er/sie auf?</p> <p>Wodurch zeichnet sich aus Ihrer Sicht generell ein guter E-Coach aus? Welche Eigenschaften sollte er aufweisen?</p>
	<p>Wie schätzen Sie die Kompetenz Ihres E-Coachs ein?</p>	<p>Therapeutische Kompetenz E-Coach</p>	<p>Hatten Sie den Eindruck, dass Ihr E-Coach eine hohe <b>Kompetenz</b> im Bereich <b>Schlafstörungen</b> aufweist?</p>

	<p>Wie empfanden Sie die Beziehung zu Ihrem E-Coach? Wie haben Sie sich im Kontakt mit Ihrem E-Coach gefühlt?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Erwartungen</li> <li>● Sympathie</li> <li>● Wertschätzung/Verständnis</li> <li>● Eingehen auf Gefühle und Bedürfnisse</li> <li>● Wirkfaktoren einer guten Beziehung</li> </ul>	<p>Welche <b>Erwartungen</b> hatten Sie bezüglich des Kontakts zu Ihrem E-Coach?</p> <p>Inwiefern wurden diese Erwartungen <b>erfüllt bzw. enttäuscht</b>?</p> <p><b>Mochten</b> Sie Ihren E-Coach? Hatten Sie das Gefühl, dass er Sie mag?</p> <p>Inwiefern haben Sie sich von Ihrem E-Coach <b>verstanden</b> gefühlt?  <i>☑ z.B. hatten Sie das Gefühl, dass Ihre Sorgen und Anliegen vom E-Coach verstanden wurden</i></p> <p>Inwiefern hatten Sie den Eindruck, dass Ihr E-Coach auf Ihre <b>Gefühle und Bedürfnisse</b> eingehen konnte?  <i>☑ z.B. dass Ihnen der E-Coach das, was sie gebraucht haben, geben konnte</i></p> <p><i>Falls positive Erfahrung:</i>  Was hat dazu beigetragen, dass Sie eine <b>gute</b> Beziehung zu Ihrem E-Coach aufbauen konnten?</p> <p>Was hätte Ihnen geholfen, eine noch <b>bessere</b> Beziehung zu Ihrem E-Coach aufzubauen?</p> <p><i>Falls negative Erfahrung:</i>  Was hätte Ihnen geholfen, eine <b>bessere</b> Beziehung zu Ihrem E-Coach aufzubauen? / sich mit Ihrem E-Coach wohler zu fühlen?</p>
		<p>Einfluss des Online-Settings auf therapeutische Beziehung</p>	<p>Welche <b>Vorteile</b> haben Sie dadurch, dass der Kontakt online und nicht Vor-Ort ablief im Kontakt zu Ihrem E-Coach wahrgenommen?</p> <p>Welche <b>Hürden</b> haben Sie dadurch, dass der Kontakt online und nicht Vor-Ort ablief im Kontakt zu Ihrem E-Coach wahrgenommen?</p>

	<p>Welche Rolle spielt die Begleitung durch den E-Coach aus Ihrer Sicht für die Wirksamkeit des Trainings und das "Dranbleiben" am Training?</p>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Aufgaben des E-Coach</li><li>• Unterstützung bei Therapiezielen</li></ul>	<p>Welche <b>Aufgaben</b> übernahm der E-Coach?</p> <p>Inwiefern hat Ihr E-Coach Sie dabei unterstützt, Ihre <b>Behandlungsziele/Trainingsziele</b> zu erreichen?</p> <p><i>Falls gute Unterstützung:</i> Welche Aspekte der Unterstützung durch den E-Coach empfanden Sie als besonders <b>hilfreich</b>?</p> <p>Wobei hätten Sie sich <b>mehr</b> Unterstützung durch den E-Coach gewünscht?</p> <p><i>Falls schlechte Unterstützung:</i> Wobei hätten Sie sich <b>mehr</b> Unterstützung durch den E-Coach gewünscht?</p>
--	--	---	--

<p><b>Nebenwirkungen</b></p>	<p>Während einer Behandlung kann es zu Nebenwirkungen kommen.</p> <p><i>Nebenwirkungen können neben körperlichen Beschwerden z.B. auch Veränderungen in der Stimmung, Schwierigkeiten in der Alltagsbewältigung oder in sozialen Situationen sein.</i></p> <p>Uns würde interessieren, ob bei Ihnen während des Online-Trainings Nebenwirkungen aufgetreten sind?</p>	<p><i>Mögliche Bereiche der Beeinträchtigung:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>Somatisch/körperliche Beschwerden</i></li> <li>- <i>Kognitiv</i></li> <li>- <i>Sensomotorisch (Koordinationsschwierigkeiten)</i></li> <li>- <i>Affektiv/Stimmung</i></li> <li>- <i>Schwierigkeiten im Alltag zu funktionieren, den normalen Alltag zu bewältigen (daytime functioning)</i></li> <li>- <i>Schwierigkeiten/Konflikte in Beziehungen, sozialen Situationen/ Aktivitäten (Social functioning)</i></li> <li>- <i>Produktivität bei der Arbeit/ Leistungsfähigkeit (work productivity)</i></li> </ul> <p><i>Verantwortliche Therapiekomponente:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>Schlaf beobachten</i></li> <li>- <i>Bettzeitverkürzung</i></li> <li>- <i>Schlafstagebuch</i></li> <li>- <i>Abendrituale</i></li> <li>- <i>Stimuluskontrolle</i></li> <li>- <i>Kognitive Umstrukturierung (Gedankenanalyse, Gedanken hinterfragen, Gelassenheitsgedanke)</i></li> <li>- <i>Anti-Grübel-Strategien</i></li> <li>- <i>Erlernen von Entspannungstechniken (PMR, Autogenes Training, Achtsamkeit)</i></li> <li>-</li> </ul> <p><b>-falls TN mit Behandlung unzufrieden waren aber keinerlei Nebenwirkungen nennen: ansprechen, dass Gefühle der Enttäuschung oder Frustration, die durch die erhaltenen Behandlung ausgelöst wurden auch als Nebenwirkungen bezeichnet werden können.</b></p>	<p>Wie stark haben Sie sich dadurch <b>beeinträchtigt</b> gefühlt?</p> <p>Welchen <b>Teil der Behandlung</b> verbinden Sie mit den genannten Ereignissen?</p>
------------------------------	---	--	---

		Bettzeitverkürzung (Anpassung der Zeit im Bett an die tatsächliche Schlafdauer)	<p>Hatte die <b>Bettzeitverkürzung</b> negative Auswirkungen auf Sie? Wenn ja, beschreiben Sie bitte was für Auswirkungen das waren.</p> <p>→Bei Abbruch oder nicht Beginnen der Bettzeitverkürzung:</p> <p><i>Inwiefern haben Sie probiert die Bettzeitverkürzung umzusetzen? Was hätte für Sie anders sein müssen, damit Sie die Bettzeitverkürzung (weiter) durchgeführt hätten?</i></p>
			Hatten Sie beispielsweise Schwierigkeiten sich zu <b>konzentrieren</b> , war Ihre <b>Stimmung</b> verändert, hatten Sie <b>körperliche</b> Beschwerden oder war Ihre <b>Leistungsfähigkeit</b> bei der Arbeit vermindert?
		Umgang Nebenwirkungen	<p>Wie sind Sie mit diesen Nebenwirkungen <b>umgegangen</b>?</p> <p>Was hat Ihnen <b>geholfen</b>?</p> <p>Gab es etwas, das Sie probiert haben, das <b>nicht funktioniert</b> hat?</p> <p>Was hätten Sie im Umgang mit den Nebenwirkungen <b>gebraucht</b>? Von wem hätten Sie sich <b>Unterstützung gewünscht</b>?</p>
<p><b>Fragen für Dropouts</b> <i>(für Teilnehmende, die weniger als 80% des Online-Trainings absolviert haben)</i></p>		<p>Gründe Behandlungsabbruch</p> <p>Beispiele</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Eindruck Beschwerden verbessern sich nicht</li> <li>- Deutliche Verbesserung der Beschwerden</li> <li>- Nicht genug Zeit</li> <li>- Technische Probleme</li> <li>- Anderweitige Behandlung</li> </ul>	Aus welchen Gründen haben Sie das Online-Training vorzeitig beendet?
		Verbesserungsvorschläge/Änderungswünsche	<p>Was hätte Sie dabei unterstützt, das Online-Training bis zum Ende durchzuführen?</p> <p>Was hätte für Sie anders sein müssen, um das Online-Training bis zum Ende durchzuführen?</p>

Frage für langsame Bearbeiter			Aus welchen Gründen haben Sie mehr als 12 Wochen für die Bearbeitung des Online-Trainings benötigt?
Frage für adhärente TN	Was hat Ihnen geholfen, an der Bearbeitung des Online-Trainings dranzubleiben und alle Trainings-Einheiten durchzuarbeiten?		
Frage bei Non-Response	"Inwiefern hat die Behandlung im Rahmen von GET Sleep Sie darin bestärkt sich weitere Unterstützung für Ihre Schlafstörung zu holen?"		
Abschlussfrage	Wir sind nun am Ende des Interviews angekommen. Fällt Ihnen noch etwas ein, das Sie gerne zu Ihren Erfahrungen bei GET Sleep ergänzen würden?  Gibt es noch etwas, dass sie sich anders gewünscht hätten und bisher noch nicht zur Sprache kam?		

rot → muss vor dem Interview nachgeschaut werden

blau → Hinweise für den Interviewenden

grau → mögliche Antwortoptionen als Hinweis für den Interviewenden

*Vor Interviews nachschauen:*

- *ob Vorort oder Online-HA und Frage entsprechend anpassen*
- *bis zu welchem Modul die Teilnehmenden gekommen sind (Überblickstabelle im Tresor HelloBetter nachschauen)*

**Aufrechterhaltungs- und Steuerungsfragen:**

- Wie war das für Sie?
- Wie ging das dann weiter?

- Und dann?
- Können Sie ... noch ein wenig ausführlicher beschreiben?
- Spielte ... eine Rolle?
- Was hätten Sie sich konkret anders gewünscht?
- Was genau hat Sie gestört?

**Hinweise:**

- bei Eigenschaften des E-Coach: [E-Coach als therapeutische Person](#), [E-Coach als reales Gegenüber](#)
  - [Definition Therapiebeziehung](#):
    - “zw.menschliche Interaktion von Therapeut und Pat.”
    - “umfasst die wechselseitigen Gefühle und Haltungen von Therapeut und Pat. und die Art und Weise, wie diese ausgedrückt werden”
- (Ehrlich & Lutz, 2019. Therapiebeziehung. *Dorsch Lexikon der Psychologie*. Abgerufen im April 2022 unter <https://dorsch.hogrefe.com/stichwort/therapiebeziehung>)

## Interviewleitfaden Patient:innen (TAU-Gruppe)

Thematik	Leitfrage (Erzählaufforderung)	Check – Wurde das erwähnt? Memo für mögliche Nachfragen – nur stellen, wenn nicht von allein angesprochen! Formulierung anpassen	Konkrete Fragen – bitte an passender Stelle (auch am Ende möglich) in dieser Formulierung stellen
Einstiegsfrage	Sie haben im Rahmen von GET Sleep eine hausärztliche Behandlung Ihrer Schlafstörung erhalten. Zu Beginn möchte ich Sie erst einmal bitten frei zu erzählen, wie Sie diese Zeit erlebt haben.		
Wahrgenommene Wirksamkeit	Wie haben sich Ihre Schlafbeschwerden während Ihrer Behandlung bei GET Sleep z.B. durch ihren GET Sleep-Hausarzt bis zum Abschluss ihrer Behandlung bei GET Sleep verändert?	<p><i>Falls keine Veränderung:</i></p> <p>Worauf würden Sie das Gleichbleiben Ihrer Schlafbeschwerden zurückzuführen?</p> <p><i>Falls Veränderung, mögliche Nachfragen bzgl.:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Qualität des Schlafs</li> <li>● Quantität des Schlafs (z.B. Anzahl Stunden, Einschlafdauer)</li> <li>● allgemeine Veränderungen vs. Veränderungen an einzelnen Tagen</li> <li>● Beeinträchtigungen über den Tag hinweg (z.B. Schläfrigkeit, Konzentrationsschwierigkeiten)</li> </ul>	
	<p><i>Falls Veränderung:</i></p> <p>Worauf lässt sich die <b>Veränderung / Verbesserung / Verschlechterung</b> Ihrer Schlafbeschwerden Ihrer Meinung nach zurückführen?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Behandlung durch den/die Hausarzt:in</li> <li>● einzelne Komponenten der hausärztlichen Behandlung</li> <li>● Alternative Behandlungen (Heilpraktiker etc.)</li> </ul>	<p><i>Falls Verbesserung:</i></p> <p>Sie haben gerade einige <b>Bestandteile der Behandlung</b> genannt, die zur <b>Verbesserung</b> Ihrer Schlafbeschwerden beigetragen haben. Welche dieser Komponenten haben Sie als am hilfreichsten wahrgenommen?</p> <p><i>Falls Verschlechterung:</i></p> <p>Sie haben gerade einige <b>Bestandteile der Behandlung</b> genannt, die zur <b>Verschlechterung</b> Ihrer Schlafbeschwerden beigetragen haben. Welche dieser Komponenten haben Ihre Schlafbeschwerden am meisten verschlechtert?</p>



		Kognition	<p>Jeder Mensch hat unterschiedliche <b>Überzeugungen bzw. Einstellungen</b> zum Schlaf.</p> <p>Inwiefern hat sich Ihre Einstellung zum Schlaf/zu Ihren Schlafbeschwerden in der Zeit seit Behandlungsbeginn <b>verändert</b>?  <i>Beispiel: „Ich brauche mind. 8 Stunden Schlaf, um mich ausgeruht zu fühlen.“</i></p>
		Verhalten	<p>Inwiefern haben sich Ihre <b>Schlafgewohnheiten</b> seit Behandlungsbeginn verändert?  <i>Mittagsschlaf, Rituale, Schlafhygiene, ...</i></p> <p>Wie sehen Ihre Schlafgewohnheiten <b>aktuell</b> aus?</p>
	Wie haben sich Ihre Schlafbeschwerden seit Abschluss Ihrer Behandlung im Rahmen von GET Sleep bis heute verändert?		Worauf würden Sie diese Veränderung Ihrer Schlafbeschwerden zurückführen?
<b>Wahrnehmung Behandlungsprozess</b>	<p>Wir sind daran interessiert zu erfahren, wie Patient:innen den hausärztlichen Behandlungsprozess während der GET Sleep Studie wahrgenommen haben.</p> <p>Bitte beschreiben Sie kurz, wie Ihre Behandlung nacheinander abgelaufen ist, also welche verschiedenen Behandlungsschritte Sie durchlaufen haben.</p>	<p>Verlauf und Art der Behandlung (Organisation)</p> <p>→ <i>falls Einstieg benötigt:</i>  <i>“Wie sind Sie denn zu GET Sleep gekommen?”</i></p>	<p>Wie genau sah Ihre hausärztliche Behandlung aus?  <i>(Inhalte: Psychoedukation, Schlafhygiene, etc..)</i></p> <p>Wie haben Sie den <b>Ablauf und die Organisation</b> der einzelnen hausärztlichen Behandlungsschritte erlebt?</p> <p><b>Falls Medikation: Wie sah die Medikation konkret aus?</b>  <i>(Art/Dosierung/Behandlungsplan/Tapering)</i></p> <p>Inwieweit haben Sie neben der hausärztlichen Behandlung noch <b>weitere Behandlungsformen</b> für Ihre Schlafbeschwerden in Anspruch genommen?</p>
		Ansprechpartner	<p>Haben Sie sich bei Fragen oder Problemen <b>gut betreut</b> gefühlt?</p> <p><b>Falls nein:</b>  Zu welchen Zeitpunkten im Behandlungsablauf und bei welchen Anliegen war das nicht der Fall?</p> <p><b>Falls ja:</b>  Wodurch fühlten Sie sich besonders gut unterstützt? Was hat dazu beigetragen, dass Sie sich gut betreut gefühlt haben?</p>

	Wie zufrieden waren Sie mit der Vereinbarung von Terminen, z. B. Gesprächen mit Ihrem/Ihrer <b>Hausärzt:in/Online-Hausärzt:in</b> ?	Terminvereinbarung & Verzögerungen	Gab es bei Ihnen <b>Verzögerungen</b> im Behandlungsablauf?  Wenn ja, zu welchem Zeitpunkt im Behandlungsablauf und wodurch sind diese aufgetreten?
		Sonstiges	Gab es sonst noch <b>Schwierigkeiten oder Probleme</b> , die im Ablauf der Behandlung aufgetreten sind?  Was hat Sie dazu <b>motiviert</b> die Behandlung trotz dieser Schwierigkeiten und Probleme <b>weiterzuführen</b> ?
<b>Persönlicher Kontakt mit dem/der Hausärzt:in</b>	Wie schätzen Sie die Kompetenz Ihres:r Hausärzt:in ein?	Kompetenz Hausärzt:in	Hatten Sie den Eindruck, dass Ihr:e Hausärzt:in eine hohe <b>Kompetenz</b> im Bereich <b>Schlafstörungen</b> aufweist?
	Wie haben Sie sich im Kontakt mit Ihrem:r Hausärzt:in gefühlt?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sympathie</li> <li>• Wertschätzung/Verständnis</li> <li>• Eingehen auf Gefühle und Bedürfnisse</li> </ul>	<p>Welche <b>Erwartungen</b> hatten Sie bezüglich der hausärztlichen Behandlung?</p> <p>Inwiefern wurden diese Erwartungen <b>erfüllt bzw. enttäuscht</b>?</p> <p>Inwiefern haben Sie sich von Ihrem:r Hausärzt:in <b>verstanden</b> gefühlt? <i>z.B. hatten Sie das Gefühl, dass Ihre Sorgen und Anliegen von Ihrem Hausarzt verstanden wurden</i></p> <p>Inwiefern hatten Sie den Eindruck, dass Ihr:e Hausärzt:in auf Ihre <b>Gefühle und Bedürfnisse</b> eingeht? <i>z.B. dass Ihnen Ihr Hausarzt das, was sie gebraucht haben, geben konnte</i></p> <p><i>Falls positive Erfahrung:</i> Was hat dazu beigetragen, dass Sie sich im Kontakt mit Ihrem:Ihrer Hausärzt:in <b>wohl gefühlt</b> haben?</p> <p>Was hätte Ihnen geholfen, eine <b>noch bessere</b> Beziehung zu Ihrem:Ihrer Hausärzt:in aufzubauen?</p> <p><i>Falls negative Erfahrung:</i> Was hätte Ihnen geholfen sich im Kontakt mit Ihrem:Ihrer Hausärzt:in <b>wohler zu fühlen</b>?</p>
		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aufgaben der: des Hausärzt:in</li> <li>• Unterstützung bei Therapiezielen</li> </ul>	<p>Inwiefern hat Ihr:Ihre Hausärzt:in Sie dabei unterstützt, Ihre <b>Therapieziele</b> zu erreichen?</p> <p><i>Falls gute Unterstützung:</i> Welche Aspekte der Unterstützung empfanden Sie als besonders <b>hilfreich</b>?</p>

			<p>Wobei hätten Sie sich <b>mehr Unterstützung</b> gewünscht?</p> <p><i>Falls schlechte Unterstützung:</i> Wobei hätten Sie sich <b>mehr Unterstützung</b> gewünscht?</p> <p>Inwiefern hätte es in Bezug auf die Verbesserung Ihrer Schlafbeschwerden einen Unterschied gemacht hätte, wenn der Kontakt zu Ihrem HA vor Ort und nicht online stattgefunden hätte?</p>
<p><b>Unerwünschte Effekte/ Nebenwirkungen</b></p>	<p>Während einer Behandlung kann es zu Nebenwirkungen kommen.</p> <p><i>Nebenwirkungen können neben körperlichen Beschwerden z.B. auch Veränderungen in der Stimmung, Schwierigkeiten in der Alltagsbewältigung oder in sozialen Situationen sein.</i></p> <p>Uns würde interessieren, ob bei Ihnen während der hausärztlichen Behandlung Nebenwirkungen aufgetreten sind?</p>	<p><i>-falls TN mit Behandlung unzufrieden waren aber keinerlei Nebenwirkungen nennen: ansprechen, dass Gefühle der Enttäuschung oder Frustration, die durch die erhaltenen Behandlung ausgelöst wurden auch als Nebenwirkungen bezeichnet werden können.</i></p>	<p>Wie <b>stark</b> haben Sie sich dadurch beeinträchtigt gefühlt?</p> <p>Welchen <b>Teil der Behandlung</b> verbinden Sie mit den genannten Ereignissen?</p>
		<p>Umgang Nebenwirkungen</p>	<p>Wie sind Sie mit diesen Nebenwirkungen <b>umgegangen</b>?</p> <p>Was hat Ihnen <b>geholfen</b>?</p> <p>Gab es etwas, das Sie probiert haben, das <b>nicht funktioniert</b> hat?</p> <p>Was hätten Sie im Umgang mit den Nebenwirkungen <b>gebraucht</b>? Von wem hätten Sie sich <b>Unterstützung gewünscht</b>?</p>
	<p>Inwiefern hat die Behandlung im Rahmen von GET Sleep Sie darin bestärkt sich weitere Unterstützung für Ihre Schlafstörung zu holen?</p>		
<p><b>(Bei Non-Response)</b></p>	<p>Sie wurden im Rahmen der Studie der hausärztlich betreuten Kontrollgruppe zugeordnet. Wie erging es Ihnen mit dieser Zuteilung?</p>		<p>Hatten Sie den Eindruck, dass die Zuteilung zur <b>Kontrollgruppe</b> Einfluss auf Ihr Verhalten oder Ihre Symptomatik hatte?</p>

<b>Abschlussfrage</b>	<p>Wir sind nun am Ende des Interviews angekommen. Fällt Ihnen noch etwas ein, das Sie gerne zu Ihren Erfahrungen bei der hausärztlichen Behandlung ergänzen würden?</p> <p>Gibt es noch etwas, dass Sie sich anders gewünscht hätten und bisher noch nicht zur Sprache kam?</p>		
-----------------------	--	--	--

rot → muss vor dem Interview nachgeschaut werden

blau → Hinweise für den Interviewenden

grau → mögliche Antwortoptionen als Hinweis für den Interviewenden

**Aufrechterhaltungs- und Steuerungsfragen:**

- Wie war das für Sie?
- Wie ging das dann weiter?
- Und dann?
- Können Sie ... noch ein wenig ausführlicher beschreiben?
- Spielte ... eine Rolle?
- Was hätten Sie sich konkret anders gewünscht?
- Was genau hat Sie gestört?

Anmerkung: In Bezug auf die Behandlung im Rahmen von GET Sleep explizit (falls so der Fall) von der Online-HA sprechen: TN befanden sich zum Teil auch zeitgleich bei ihrem eigenen vor-Ort HA in Behandlung und können so besser zwischen den verschiedenen Akteuren differenzieren.

## Leitfaden Hausärzt:innen

Thematik	Leitfrage (Erzählaufforderung)	Check – Wurde das erwähnt? Memo für mögliche Nachfragen – nur stellen, wenn nicht von allein angesprochen! Formulierung anpassen	Konkrete Fragen – bitte an passender Stelle (auch am Ende möglich) in dieser Formulierung stellen	Aufrechterhaltungs- und Steuerungsfragen
<b>Bisherige Erfahrung/Ice-Breaker</b>	Wie würden Sie Ihre bisherige Erfahrung mit der Behandlung von Insomnien im Allgemeinen beschreiben?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kompetenz in der Behandlung von Schlafstörungen (indirekt erfragt)</li> <li>• Schwierigkeiten in der Behandlung von Insomnien</li> </ul>	Welche spezifischen Herausforderungen sehen Sie in der Behandlung von Insomnien?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Wie war das für Sie?</li> <li>• Wie ging das dann weiter?</li> <li>• Und dann?</li> <li>• Können Sie ... noch ein wenig ausführlicher beschreiben? Spielte ... eine Rolle?</li> </ul>
<b>Motivation zur Teilnahme</b>	Wie hoch ist Ihrer Erfahrung nach die Nachfrage nach einer Behandlung von Insomnien?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Prävalenz von Insomnien</li> </ul>		

## Leitfaden Hausärzt:innen

- Insomnien im Zusammenhang mit anderen Beschwerden

Insomnien gehen häufig mit anderen Beschwerdebildern einher. Wenden sich Patient:innen primär wegen der Behandlung von Insomnien an Sie oder erfolgt die Behandlung sekundär im Rahmen der Behandlung anderer Erkrankungen?

- Verantwortlichkeit: Hausärzt:innen vs. Fachärzt:innen

Wie sehen Ihrer Meinung nach die Verantwortlichkeiten der Berufsgruppen bei der Behandlung von Insomnien aus?

Mögliche Nachfragen: Wer ist erster Ansprechperson? Wer ist für die Organisation der Behandlung zuständig?

## Leitfaden Hausärzt:innen

Nachfrage, wenn nicht in Antwort enthalten: Wie sind Sie zu GET Sleep gekommen?

- Motivation zur Teilnahme an GET Sleep

Was war Ihre Motivation zur Teilnahme an GET Sleep?

### Aufgaben/Kommunikation

Bitte erläutern Ihre Aufgaben bei der Betreuung der Patient:innen im Rahmen von GET Sleep?

- Hausärztliche Diagnostik/Erstbehandlung
- Rekrutierung
- Weiterleitung/Betreuung
- Kommunikation mit Zuständigen
  - Studienteam GET Sleep
  - Mitarbeitende von Hello-Better
  - Fachärzte
  - ...
- Koordination
- Schwierigkeiten/Hindernisse

Nach welchen Kriterien haben Sie potenzielle Patient:innen für die Studie ausgewählt?

In der ersten Stufe des gestuften Behandlungsmodells steht die hausärztliche Erstbehandlung und Diagnostik. Könnten Sie diese kurz beschreiben?

Einige Patient:innen haben die erste Stufe des Behandlungskonzepts „Psychoedukation“ übersprungen.

## Leitfaden Hausärzt:innen

Nach welchen Kriterien trafen Sie Ihre Entscheidung, welche Patient:innen direkt mit dem Onlinetraining beginnen sollten?

Nachdem die Patient:innen das Online-Training absolviert haben, bestand die Möglichkeit sie an eine weitere Fachbehandlung zu überweisen.

Wie haben Sie die Entscheidung getroffen, Patient:innen an eine weitere fachärztliche, psychiatrische oder psychotherapeutische Behandlung zu überweisen.

Inwiefern haben Sie die Patient:innen beim Übergang zwischen den verschiedenen Behandlungstufen unterstützt?



## Leitfaden Hausärzt:innen

Welche Schwierigkeiten sind Ihnen bei der Betreuung der Patient:innen begegnet?

- Häufigkeit des Kontakts mit den Patient:innen

Wie häufig hatten sie im Schnitt Kontakt mit den Patient:innen?

## Leitfaden Hausärzt:innen

Wie haben Sie den Austausch mit den verschiedenen Zuständigen im Rahmen von GET Sleep erlebt?

- Erreichbarkeit
- Abstimmung (Termine, ...)
- Rückfragen
- Organisatorisches
- Schwierigkeiten im Ablauf

Welche Schwierigkeiten haben Sie im Ablauf erlebt?

### **Besonderheiten Online-Hausärzt:innen**

*Nur bei Online-Hausärzt:innen*

Sie haben Patient:innen im Rahmen von GET Sleep als Online-Hausärzt:in betreut. Wie beurteilen Sie die abgelaufenen Betreuung im Onlineformat?

Worin sahen Sie Vorteile dieses Behandlungsformats für GET Sleep?

Worin sahen Sie Nachteile dieses Behandlungsformats für GET Sleep?

## Leitfaden Hausärzt:innen

### Förderliche Faktoren und Barrieren

Worin sahen Sie fördernde Faktoren eine erfolgreiche Teilnahme von Patient:innen am Stufenmodell?

- Potenzielle Barrieren

Worin sahen Sie Barrieren für eine erfolgreiche Teilnahme von Patient:innen am Stufenmodell?

- Fördernde Faktoren

### Persönliche Einschätzung zur Wirksamkeit des Stufenmodells

Wie beurteilen Sie die Wirksamkeit der verschiedenen Stufen des Behandlungskonzepts von GET Sleep?

- Wirksamkeit der verschiedenen Stufen

Wie ist Ihre Einschätzung zur Wirksamkeit der Psychoedukation?

Wie ist Ihre Einschätzung zur Wirksamkeit des Onlinetrainings?

Wie ist Ihre Einschätzung zur Wirksamkeit der Fachbehandlung?

Auf welche Richtung der Fachbehandlung beziehen Sie sich hier?

Anmerkung: Einschätzung generell und im Rahmen der Studie

## Leitfaden Hausärzt:innen

### **Implemen- tierung des Stufenmo- dells**

Können Sie sich vorstellen, das Stufenmodell in Zukunft bei sich in der Praxis anzuwenden?

Welche Barrieren sehen Sie dabei?

Welche Faktoren könnten unterstützend wirken?

## Leitfaden Hausärzt:innen

### Verbesserungsvorschläge

Was würden Sie zur Optimierung bzw. Verbesserung der Behandlung im Rahmen von GET Sleep vorschlagen?

- Stufenmodell als Ganzes

Abschließende Frage:

„Gibt es noch etwas was Sie ergänzen möchten oder was ich vergessen haben zu fragen?“

Faktenfragen am Schluss (um Hausärzt:innen Ausfüllen eines Fragebogens zu ersparen):

- Wie alt sind Sie?
- Wie lange arbeiten Sie bereits als Hausärzt:in?
- Wie lange sind Sie schon als Hausärzt\*in bei GETSleep tätig?
- Wie viele Patient:innen haben sie im Rahmen von GET Sleep bereits betreut?

## Interviewleitfaden E-Coaches

Thematik	Leitfrage (Erzählaufforderung)	Check – Wurde das erwähnt? Memo für mögliche Nachfragen – nur stellen, wenn nicht von allein angesprochen! Formulierung anpassen	Konkrete Fragen – bitte an passender Stelle (auch am Ende möglich) in dieser Formulierung stellen
<b>Einstiegsfrage</b>	Zu Beginn möchte ich Sie erst einmal bitten, frei zu erzählen, welche Erfahrungen Sie während Ihrer bisherigen Tätigkeit als E-Coach bei GET Sleep gemacht haben.		
<b>Selbstwahrnehmung E-Coaches</b>	Wie würden Sie Ihre Rolle im Online-Training von GET Sleep beschreiben?		Welche Funktionen bzw. Aufgaben übernehmen Sie im Rahmen Ihrer E-Coaching-Tätigkeit bei GET Sleep?
		Unterschiede in Bedingungen	<p>Bei GET Sleep gibt es 3 Bedingungen:            In der Basic-Bedingung gibt es nur ein Einstiegs- und ein Abschlussgespräch, in der Flex-Bedingung gibt es Unterstützung bei Bedarf und in der Standard-Bedingung gibt es schriftliches Feedback (8x25 min) nach jedem absolvierten Modul.</p> <p>Inwiefern unterscheidet sich Ihre Rolle in den unterschiedlichen Coaching-Bedingungen?</p> <p>Welche Aspekte der Unterstützung durch Sie als E-Coach empfanden die Teilnehmenden, Ihrer Einschätzung nach, als besonders hilfreich?</p> <p>Wobei hätten sich die Teilnehmenden, Ihrer Einschätzung nach, mehr Unterstützung durch Sie als E-Coach gewünscht?</p>
<b>Unterschiede zwischen den Bedingungen</b>	Wie haben Sie das Coaching in den unterschiedlichen Bedingungen erlebt?		

		Adhärenz	<p>Wie haben Sie die Adhärenz hinsichtlich der Teilnahme am Online-Training in den verschiedenen Bedingungen wahrgenommen?</p> <p>Wie haben Sie die Adhärenz hinsichtlich des Einhaltens von Empfehlungen (wie beispielsweise dem Schlafenster) in den verschiedenen Bedingungen wahrgenommen?</p> <p>Inwiefern hatten Sie den Eindruck, dass die Aufgaben zwischen den Sitzungen in den verschiedenen Bedingungen umgesetzt wurden?</p>
	<p>Nun folgen einige Fragen rund um das Thema therapeutische Beziehung.</p> <p>Wie würden Sie die therapeutische Beziehung zwischen E-Coach und den Teilnehmenden beim GET Sleep Online-Training beschreiben?</p>		
		Therapeutische Beziehung – Bedingungen	Welche Unterschiede haben Sie in der therapeutischen Beziehung zwischen den verschiedenen Coaching-Bedingungen festgestellt?
		Verstehen von Anliegen und Eingehen auf Bedürfnisse	<p>Inwiefern hatten Sie das Gefühl, die Teilnehmenden in den unterschiedlichen Bedingungen in Ihren Sorgen und Anliegen verstehen zu können?</p> <p>Inwiefern hatten Sie den Eindruck, auf die Gefühle und Bedürfnisse der Teilnehmenden in den unterschiedlichen Bedingungen eingehen zu können?</p> <p><i>Falls positive Erfahrung:</i> Was hat dazu beigetragen, dass Sie eine gute Beziehung zu den Teilnehmenden aufbauen konnten?</p> <p>Was hätte Ihnen geholfen, eine noch bessere Beziehung zu den Teilnehmenden aufzubauen?</p> <p><i>Falls negative Erfahrung:</i> Was hätte Ihnen geholfen, eine bessere Beziehung zu den Teilnehmenden aufbauen zu können?</p>

		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Eigenschaften E-Coach</li> <li>• Erwartungen</li> <li>• Sympathie</li> </ul>	<p>Wodurch zeichnet sich aus Ihrer Sicht generell ein guter E-Coach aus? Welche Eigenschaften sollte er aufweisen?</p> <p>Welche Erwartungen hatten Sie bezüglich der therapeutischen Beziehung zu den Teilnehmenden?</p> <p>Inwiefern wurden diese Erwartungen erfüllt bzw. enttäuscht?</p> <p>Konnten Sie im Rahmen des E-Coachings einen Eindruck von Ihren Patient:innen als Person bekommen?</p>
	<p>Welche Unterschiede sehen Sie hinsichtlich der therapeutischen Beziehung im Vergleich zu einer Vor-Ort Therapie?</p>	<p>Therapeutische Beziehung – Vergleich Vor-Ort</p>	<p>Wie stark sind die Unterschiede zu einer Vor-Ort Therapie der einzelnen Coaching-Bedingungen im Vergleich zueinander? Inwiefern zeigen sich diese Unterschiede?</p> <p>Welche Vorteile haben Sie aufgrund der Tatsache, dass der Kontakt online ablief, hinsichtlich der therapeutischen Beziehung wahrgenommen?</p> <p>Inwiefern treffen die von Ihnen genannten Vorteile auf die unterschiedlichen Bedingungen zu?</p> <p>Welche Hürden haben Sie aufgrund der Tatsache, dass der Kontakt online ablief, hinsichtlich der therapeutischen Beziehung wahrgenommen?</p> <p>Inwiefern treffen die von Ihnen genannten Hürden auf die unterschiedlichen Bedingungen zu?</p>
	<p>Welche Bedeutsamkeit schreiben Sie der therapeutischen Beziehung im Rahmen von Online-Trainings zu?</p>	<p>Rolle des E-Coachs für Trainingsadhärenz und Therapieziele</p>	<p>Welche Rolle spielt die Begleitung durch einen E-Coach aus Ihrer Sicht für die Wirksamkeit des Trainings und das "Dranbleiben" am Training?</p> <p>Inwiefern haben Sie die Teilnehmenden dabei unterstützt, Ihre Therapieziele zu erreichen?</p> <p>Inwiefern trifft dies auf die unterschiedlichen Bedingungen zu?</p>
		<p>Besonderheiten von GET Sleep</p>	<p>Inwiefern gibt es im Vergleich zu anderen Trainings Besonderheiten beim E-Coaching im Rahmen von GET Sleep?</p>



	Wie nehmen Sie die Wirksamkeit des GET Sleep Online Trainings im Allgemeinen wahr?	Wahrgenommene Wirksamkeit	
		Wahrgenommen Wirksamkeit – Bedingungen	Wie unterscheidet sich, Ihrer Einschätzung nach, die Wirksamkeit des Online-Trainings in den verschiedenen Coaching-Bedingungen?
		Subjektive Präferenz der Coaching Bedingung	In welcher Bedingung hat Ihnen das Arbeiten am besten gefallen und warum?
	Welche Coaching-Bedingung ist ihrer Meinung nach am besten geeignet für die langfristige Implementierung in die Routineversorgung und warum?	Implementierung Routineversorgung - Bedingungen	
		Akzeptanz IMIs	Wie ist Ihre persönliche Einschätzung bezüglich internet- und mobile-basierten Interventionen gegenüber?
		Organisation	Wie ist die Übernahme von Patient:innen bei Elternzeit, Urlaubsvertretung etc. abgelaufen?
<b>Nebenwirkungen</b>	Während einer Behandlung kann es zu Nebenwirkungen kommen. Uns würde interessieren, welche Nebenwirkungen bzw. unerwünschten Effekte des Online-Trainings Sie bei den Teilnehmenden beobachten konnten?		
		Komponenten mit vermehrten Nebenwirkungen	Bei welchen Komponenten des Online-Trainings sind, Ihrem Eindruck nach, vermehrt Nebenwirkungen aufgetreten?  Bei welchem der von Ihnen genannten Module haben Sie am häufigsten Nebenwirkungen beobachtet?
		Unterschiede zwischen Coaching-Bedingungen	Welche Unterschiede haben Sie in den verschiedenen Coaching-Bedingungen hinsichtlich der Art und Häufigkeit von Nebenwirkungen der Behandlung beobachtet?

		Umgang mit unerwünschten Effekten in verschiedenen Bedingungen	Hatten Sie einen unterschiedlichen Umgang mit Teilnehmenden aus den verschiedenen Bedingungen, wenn diese Nebenwirkungen geäußert haben?
<b>Fragen zu den Modulen des Online-Trainings</b>	Wie beurteilen Sie das in GET Sleep verwendete Online-Training?	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Plattform</li> <li>● Struktur</li> <li>● Inhalte</li> <li>● Module</li> </ul>	Wie beurteilen Sie die Online-Plattform/ die Struktur des Trainings/ die Inhalte des Trainings/ die Module?
		Module mit vermehrtem Unterstützungsbedarf	In welchen Modulen gab es Ihrer Ansicht nach vermehrten Unterstützungsbedarf bei den Teilnehmenden?
	Was hat den Teilnehmenden, Ihrer Einschätzung nach, geholfen, an der Bearbeitung des Online-Trainings dranzubleiben und die Module durchzuarbeiten?		
<b>Verbesserungsvorschläge Online Training</b>	Welche Verbesserungsvorschläge haben Sie für das Online-Training als Ganzes?	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Plattform</li> <li>● Struktur</li> <li>● Inhalte</li> <li>● Module</li> </ul>	Würden Sie Module hinzufügen bzw. weglassen?
<b>Wahrnehmung der Arbeit im Stufenmodell</b>	<p>Nachdem wir jetzt primär über das Online-Training gesprochen haben, möchte ich gerne noch ein paar Fragen zu der Arbeit in einem gestuften Behandlungsplan stellen.</p> <p>Welche Erfahrungen haben Sie als E-Coach mit der Arbeit im gestuften Behandlungsplan im Rahmen von GET Sleep gemacht?</p>	Unterschiede/Besonderheiten gestufter Behandlungsplan vs. Vor-Ort	<p>Welche Vorteile ergeben sich bei der Arbeit in einem gestuften Behandlungsplan?</p> <p>Welche Nachteile ergeben sich bei der Arbeit in einem gestuften Behandlungsplan?</p>

		Passung Behandlungsstufen	Wie beurteilen Sie die inhaltliche Abfolge und Passung der einzelnen Behandlungsstufen? → ob die Inhalte der zweiten Stufe auf die der ersten Stufe aufbauen oder ob es dadurch zu Redundanzen kommt bzw. wichtiges Grundwissen fehlt, und ob es Vorteile für die Fachbehandlung haben könnte, wenn der Teilnehmende vorab die ersten 2 Stufen absolviert hat
		Psychoedukation	Welchen Einfluss hat aus Ihrer Sicht die vorangestellte Psychoedukation auf die Durchführung des Online-Trainings?
		Organisation Behandlungsstufen	Wie beurteilen Sie die Organisation der Schnittstellen zwischen den einzelnen Behandlungsstufen?  Gab es für Sie und/oder die Teilnehmenden Unklarheiten darüber, für welche Aufgabenbereiche Sie zuständig sind?
		Fachbehandlung	Welche Kriterien flossen in Ihre Empfehlung für Behandlungsstufe 3 ein?  Inwiefern haben Sie die Teilnehmenden in die Erstellung dieser Empfehlung einbezogen?
<b>Verbesserungsvorschläge</b>	Haben Sie im Allgemeinen noch Verbesserungsvorschläge für das gestufte Behandlungskonzept von GET Sleep?		
<b>Abschlussfrage</b>	Wir sind nun am Ende des Interviews angekommen. Fällt Ihnen noch etwas ein, das Sie gerne zu Ihren Erfahrungen bei GET Sleep ergänzen würden?		

### Aufrechterhaltungs- und Steuerungsfragen:

- Wie war das für Sie?
- Wie ging das dann weiter?
- Und dann?
- Können Sie ... noch ein wenig ausführlicher beschreiben?
- Spielte ... eine Rolle?
- Was hätten Sie sich konkret anders gewünscht?
- Was genau hat Sie gestört?

### Hinweise:

#### Coaching-Bedingung:

Basic: Nur Intro und Abschlussgespräch

Flex: Unterstützung bei Bedarf

Standard: Schriftliches Feedback (8x25 min)

#### Definition Therapiebeziehung:

- "zw.menschliche Interaktion von Therapeut und Pat."

- "umfasst die wechselseitigen Gefühle und Haltungen von Therapeut und Pat. und die Art und Weise, wie diese ausgedrückt werden"

(Ehrlich & Lutz, 2019. Therapiebeziehung. *Dorsch Lexikon der Psychologie*. Abgerufen im April 2022 unter <https://dorsch.hogrefe.com/stichwort/therapiebeziehung>)