

Sachbericht

Projekttitle:	Strategien zur Integration von evidenzbasierten digitalen Angeboten in die Behandlung von Essstörungen
Akronym:	SIDA-ESS
Förderkennzeichen:	ZMI1-2521KIG005
Laufzeit:	01.12.2021 bis 30.11.2023
Fördersumme:	300.300,00 €

Gefördert durch:



aufgrund eines Beschlusses
des Deutschen Bundestages

Projektleitung:

Prof. Dr. Stephanie Bauer
Universitätsklinikum Heidelberg
Forschungsstelle für Psychotherapie
Bergheimer Str. 54
69115 Heidelberg
Tel. 06221-56 7345
stephanie.bauer@med.uni-heidelberg.de

Prof. Dr. Hans-Christoph Friederich
Universitätsklinikum Heidelberg
Klinik für Allgemeine Innere Medizin und Psychosomatik
Im Neuenheimer Feld 410
69120 Heidelberg
Tel. 06221-56 8649
hans-christoph.friederich@med.uni-heidelberg.de

Inhaltsverzeichnis

1.	Zusammenfassung	3
2.	Einleitung.....	4
2.1.	Ausgangslage des Projekts.....	4
2.2.	Ziele des Projekts	5
2.3.	Projektstruktur.....	5
3.	Erhebungs- und Auswertungsmethodik.....	6
3.1.	Teilprojekt 1	6
3.2.	Teilprojekt 2	10
4.	Durchführung, Arbeits- und Zeitplan.....	12
4.1.	Darstellung erreichter Ziele (Arbeits- und Zeitplan).....	12
4.2.	Abweichungen zur ursprünglichen Planung	12
4.3.	Erfahrungsbericht.....	12
5.	Ergebnisse	12
5.1.	Teilprojekt 1	12
5.2.	Teilprojekt 2	15
6.	Gender Mainstreaming Aspekte	16
7.	Diskussion der Ergebnisse, Gesamtbeurteilung	18
7.1.	Teilprojekt 1	18
7.2.	Teilprojekt 2	18
7.3.	Gesamtbeurteilung.....	19
8.	Verbreitung der Projektergebnisse	19
9.	Verwertung der Projektergebnisse (Nachhaltigkeit / Transferpotential).....	20
9.1.	Implikationen.....	20
9.2.	Verfügbarkeit aufgebauter Strukturen	21
10.	Publikationsverzeichnis	21
10.1.	Publikationen in Fachzeitschriften.....	21
10.2.	Konferenzbeiträge.....	21
10.3.	Abschlussarbeiten.....	21
	Referenzen.....	22

1. Zusammenfassung

Essstörungen sind schwerwiegende psychische Erkrankungen die häufig schon im Kindes- oder Jugendalter beginnen und in vielen Fällen chronisch verlaufen. Seit einigen Jahren wird in der Psychotherapie- und Versorgungsforschung das Potenzial von digitalen Interventionen diskutiert, um die Reichweite von professioneller Hilfe zu vergrößern, Therapien wirksamer und effizienter zu machen und/oder die Versorgungskontinuität zu verbessern. In zwei Teilprojekten beschäftigte sich das Projekt SIDA-ESS mit den Gründen, warum bislang dennoch keine nennenswerte Integration von solchen digitalen Anwendungen in die Routineversorgung in Deutschland erfolgt ist und welche Voraussetzungen geschaffen werden müssten, damit selbige zukünftig gelingen kann.

Ziel von Teilprojekt 1 war die systematische Ermittlung von Faktoren, die im Bereich der Essstörungsbehandlung eine erfolgreiche Implementierung von evidenzbasierten digitalen Angeboten hemmen oder fördern können. Dazu wurden mittels eines Mixed-Method-Ansatzes zum einen die Perspektive und der Konsens in einer Gruppe von 24 Expertinnen und Experten für Essstörungen ermittelt (Phase I: qualitative Interviews und Delphistudie). Zum anderen wurde eine große Stichprobe von Behandelnden (v.a. Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, Fachärztinnen und Fachärzte), angehenden Behandelnden in Aus- oder Weiterbildung sowie Studierenden der Medizin und Psychologie (N = 440) mittels Online-Fragebogen zu ihren Einstellungen befragt (Phase II). Die Ergebnisse deuten auf eine hohe Übereinstimmung zwischen den Expertinnen und Experten hin und belegen, dass das Potenzial von digitalen Interventionen für die Behandlung von Essstörungen von fachlicher Seite aus klar gesehen wird, wenngleich bislang vergleichsweise wenig Wissen, Erfahrungen und Expertise in diesem Bereich vorhanden sind. Als vielversprechend erachtet werden vor allem therapeutisch begleitete digitale Interventionen für den Einsatz parallel zur konventionellen Therapie oder zur Nachsorge im Bereich der ambulanten Versorgung von Jugendlichen und Erwachsenen.

Ziel von Teilprojekt 2 war die Entwicklung und Evaluation eines Toolkits für Behandelnde zur Förderung der Implementierungsbereitschaft evidenzbasierter digitaler Angebote in der Essstörungsbehandlung. Für das Toolkit wurden Inhalte und Materialien entwickelt und über eine Website zugänglich gemacht, die Behandelnde über die Evidenzbasierung, Einsatzbereiche sowie Chancen und Grenzen unterschiedlicher digitaler Interventionen für Essstörungen informieren. Die Toolkit-Materialien illustrieren anhand von Praxisbeispielen und Erfahrungsberichten Möglichkeiten, wie digitale Angebote in die konventionelle Behandlung integriert werden können und welche Aspekte aus therapeutischer Sicht besonders zu beachten sind (Best-Practice Beispiele). Die Entwicklung des Toolkits wurde von Fokusgruppen mit Behandelnden und Betroffenen begleitet. Die Teilnehmenden der Fokusgruppen wurden gebeten, die Angemessenheit der Inhalte und ihre Umsetzung zu beurteilen und Verbesserungsvorschläge zu machen (Phase I: Fokusgruppen). Die daraus resultierende finale Version des Toolkits wurde anschließend in einer quantitativen Online-Studie mit 70 Teilnehmenden evaluiert (Phase II: Online-Evaluation). Die Ergebnisse belegen die Relevanz und Qualität der Inhalte, welche basierend auf dem Feedback der Befragten nochmals erweitert wurden. Das Toolkit steht über <https://sida-essstoerungen.de/toolkit/> dauerhaft zur Verfügung und wird kontinuierlich aktualisiert.

Insgesamt belegen die Erfahrungen und Projektergebnisse den Bedarf an passgenauen digitalen Interventionen die jedoch speziell für den Einsatz in der therapeutischen Praxis in Deutschland unter Einbeziehung der Perspektive von Behandelnden und Betroffenen entwickelt werden müssten. Mit SIDA-ESS konnten die Grundlagen für derartige Entwicklungen gelegt werden. Die Bereitschaft zur Implementierung entsprechender digitaler Interventionen im Anschluss an ihre erfolgreiche Evaluation lässt sich durch angemessene Maßnahmen zur Aus- und Weiterbildung (z.B. unter Einbezug des Toolkits) weiter steigern, so dass eine nachhaltige Verbesserung der Versorgung von Betroffenen mit Essstörungen erreicht werden könnte.

2. Einleitung

2.1. Ausgangslage des Projekts

Essstörungen wie Anorexia nervosa, Bulimia nervosa und die Binge Eating Störung sind schwere, oft chronisch verlaufende Erkrankungen, die häufig bereits im Kindes-, Jugend- und jungen Erwachsenenalter entstehen und mit erheblicher psychischer und körperlicher Beeinträchtigung sowie mit einer verminderten Lebensqualität und eingeschränkter Leistungsfähigkeit einhergehen. Sie sind verbunden mit schwerwiegenden Belastungen auf der familiären, sozialen und gesellschaftlichen Ebene sowie mit erheblichen direkten und indirekten Gesundheitskosten. Eine frühzeitige Identifikation und zeitnahe professionelle Behandlung sind wichtig um die Leidenszeit zu verkürzen und einer Chronifizierung vorzubeugen. Jedoch nimmt nur eine Minderheit der Betroffenen entsprechende Hilfe in Anspruch und vielen Fällen vergehen etliche Jahre zwischen Erkrankungs- und Therapiebeginn. Ursächlich für diese sog. „Treatment Gap“ sind sowohl individuelle und einstellungsbezogene Gründe (u.a. Scham, Stigma, mangelndes Wissen über Essstörungen, sowie die Überzeugung, keine Hilfe zu benötigen oder die Beschwerden selbst überwinden zu können) als auch strukturelle und organisatorische Barrieren (u.a. Mangel an spezialisierten Angeboten in Wohnortnähe, lange Wartezeiten, eingeschränkte Verfügbarkeit oder Erreichbarkeit, z.B. während der Covid-19 Pandemie). Weitere Herausforderungen in der Behandlung von Betroffenen in Deutschland entstehen durch die sektorale Trennung zwischen ambulanter und stationärer Versorgung sowie zwischen dem Kinder-/Jugend- und dem Erwachsenensetting.

Um einige der genannten Herausforderungen zu adressieren, hat sich in den letzten 20 Jahren eine Vielzahl von empirischen Studien mit der Entwicklung und Evaluation von digitalen Interventionen für die Optimierung der Versorgung im Bereich der Essstörungen beschäftigt. Solche E-Mental Health Angebote wurden sowohl für die Verbesserung der Versorgungskontinuität, d.h. Unterstützung im Vorfeld oder im Anschluss einer konventionellen Therapie (Beratung, Wartezeitüberbrückung, Rückfallprävention) als auch für den Einsatz *parallel* zu einer konventionellen Therapie (Blended Treatment) oder *anstelle* einer konventionellen Therapie (video- oder chatbasierte Psychotherapie, internetbasiertes Selbstmanagement) erprobt. Wenngleich aktuelle Übersichtsarbeiten durchaus auch die Grenzen dieser Interventionen, weiteren Forschungsbedarf hinsichtlich ihrer (differenziellen) Wirksamkeit und Kosteneffektivität sowie die Notwendigkeit von Adaptationen und Neuentwicklungen - speziell für betroffene Kinder und Jugendliche und ihre Eltern - betonen, besteht aus wissenschaftlicher Sicht weitestgehend Konsens hinsichtlich des Potenzials von digitalen Angeboten zur Verbesserung der Essstörungsversorgung. Dies bestätigt auch die Diskussion von internetbasierten Interventionen in der aktuellen S3-Leitlinie zur Behandlung von Essstörungen, insbesondere im Bereich der Selbsthilfe und der nachstationären Unterstützung.

Die wachsende Evidenzbasierung digitaler Interventionen für diverse psychische Erkrankungen hat in den vergangenen Jahren in Deutschland zu einer zunehmenden Offenheit aufseiten von Berufsverbänden und Fachgesellschaften (z.B. Positionspapier der Bundespsychotherapeutenkammer) und einer Verbesserung der gesetzlichen und berufsrechtlichen Rahmenbedingungen (z.B. Digitale Versorgungsgesetz, Lockerung des Fernbehandlungsverbots) geführt. Diesen Entwicklungen und den aus wissenschaftlicher Sicht vielversprechenden Befunden steht jedoch eine kaum existente Implementierung digitaler Angebote in die Routineversorgung gegenüber. Internationale Studien haben eine eingeschränkte Akzeptanz digitaler Angebote seitens der Behandelnden als eine der wesentlichen Hürden bei der Integration von digitalen Interventionen in die Versorgung von psychischen Erkrankungen identifiziert. Es wird vermutet, dass diese eingeschränkte Akzeptanz multifaktoriell bedingt ist. Mögliche Ursachen können ein geringer Bekanntheitsgrad von digitalen Interventionen, Zweifel an ihrer Wirksamkeit sowie mangelndes Wissen bezüglich der Einsatzmöglichkeiten und Unsicherheiten im Umgang mit digitalen Interventionen im Therapiesetting sein. Auch Bedenken hinsichtlich der inhaltlich-konzeptuellen Passung zwischen einem digitalen Angebot und der konventionellen Therapie

und einer möglichen ungünstigen Beeinflussung der therapeutischen Allianz können eine Rolle spielen, ebenso wie Sorgen in Bezug auf eine zusätzliche Arbeitsbelastung, unklare Vergütungsmöglichkeiten, rechtliche Fragen und Aspekte des Datenschutzes und der Datensicherheit.

Die sich angesichts dieser Ausgangslage ergebende Frage, welche Faktoren die Integration digitaler Angebote in die Versorgung hemmen und wie man die Akzeptanz und Implementierungsbereitschaft seitens der Behandelnden steigern kann, waren zentraler Gegenstand des Projekts SIDA-ESS.

2.2. Ziele des Projekts

Die Beantwortung der Frage, wie die Integration von evidenzbasierten digitalen Angeboten in die Behandlung von Essstörungen zukünftig besser gelingen kann, ebenso wie die Entwicklung gezielter Maßnahmen zur Förderung dieser Integration, setzt eine systematische Untersuchung der Faktoren voraus, die einer erfolgreichen Implementierung in den verschiedenen Versorgungssektoren aus Sicht unterschiedlicher Berufsgruppen bislang entgegenstehen. Vor diesem Hintergrund verfolgte das Projekt SIDA-ESS die folgenden Hauptziele:

- 1) Identifikation von Faktoren, die die Implementierung von evidenzbasierten digitalen Angeboten in der ambulanten und (teil-)stationären Behandlung von Essstörungen im deutschen Versorgungssystem hemmen bzw. begünstigen (Teilprojekt 1).
- 2) Entwicklung und Evaluation eines Toolkits zur Förderung der Implementierungsbereitschaft unter Behandelnden (Teilprojekt 2)

2.3. Projektstruktur

Abbildung 1 gibt einen Überblick über die Struktur des Projekts. Die beiden Teilprojekte stellen eigenständige Studien dar, die insofern miteinander verbunden sind, als die Erkenntnisse aus Teilprojekt 1 für die Entwicklung des Toolkits in Teilprojekt 2 genutzt wurden. Die Verantwortlichkeiten für die beiden Teilprojekte lagen bei den beiden beteiligten Arbeitsgruppen der Universität Heidelberg, d.h. der Forschungsstelle für Psychotherapie am Universitätsklinikum sowie der Klinik für Allgemeine Innere Medizin und Psychosomatik.

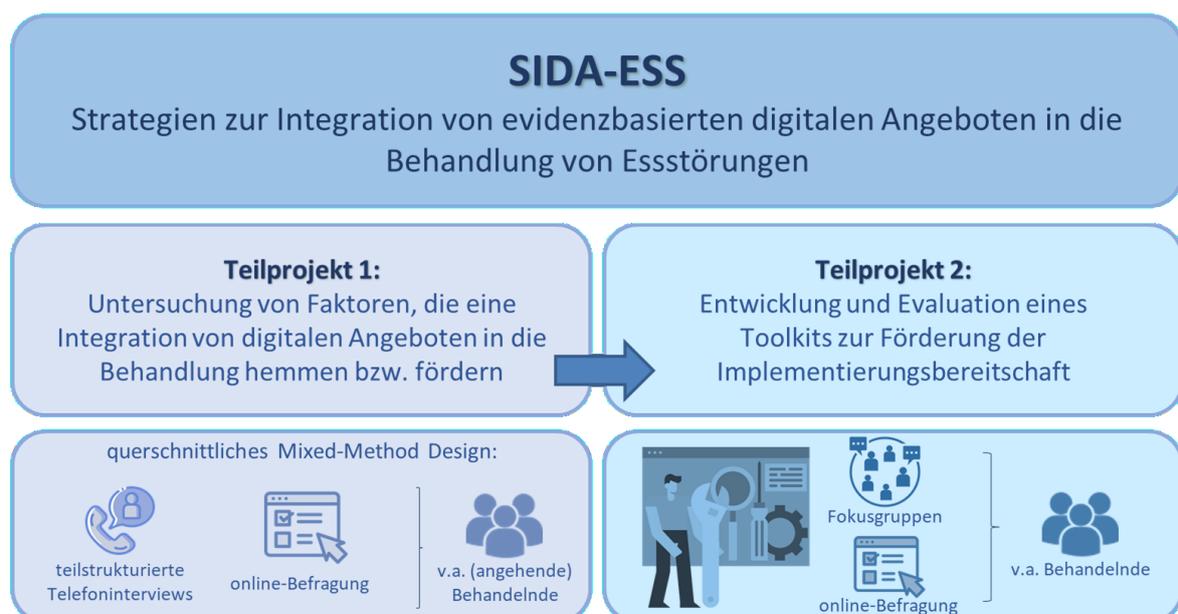


Abbildung 1. Projektstruktur

Die Teilprojekte bestanden jeweils aus zwei Studienphasen, in denen Teilfragestellungen adressiert wurden. Teilprojekt 1 umfasste zum einen die Befragung von Expertinnen und Experten mittels teilstrukturierten Interviews und einer darauf aufbauenden Delphistudie (qualitativer Teil; Phase I) und zum anderen die querschnittliche Online-Befragung einer großen Stichprobe von (angehenden) Behandlerinnen und Behandlern (quantitativer Teil; Phase II). Teilprojekt 2 bestand aus der Durchführung von Fokusgruppen mit Behandelnden und Betroffenen (Phase I), deren Ergebnisse für die (Weiter-)Entwicklung des Toolkits verwendet wurden (Phase II).

3. Erhebungs- und Auswertungsmethodik

3.1. Teilprojekt 1

3.1.1. Phase I: Qualitative Interviewstudie und Delphistudie

3.1.1.1. Operationalisierung

Es wurde ein qualitatives Studiendesign gewählt, in dem semi-strukturierte qualitative Interviews geführt wurden. Ziel war die Rekrutierung von 20 Expertinnen und Experten. Die aus der Interviewstudie extrahierten Einflussfaktoren auf die Implementierung digitaler Angebote in die Essstörungsbehandlung wurden im Rahmen einer Delphistudie anschließend in zwei Befragungsrunden nach ihrer Wichtigkeit bewertet. Die Angaben wurden hinsichtlich des Konsenses innerhalb der Stichprobe analysiert.

3.1.1.2. Datenerhebung

Es wurden Behandelnde mit besonderer Expertise im Bereich der Essstörungen und unterschiedlichem beruflichem Hintergrund per E-Mail zu einem Telefoninterview eingeladen (z.B. Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, Fachärztinnen und Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, Fachärztinnen und Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie). Dabei wurden sowohl Behandelnde für Kinder/Jugendliche als auch für Erwachsene, sowie die verschiedenen psychotherapeutischen Richtlinienverfahren und die unterschiedlichen Behandlungs-Settings (ambulant, teilstationär, stationär) berücksichtigt.

Insgesamt konnten N = 24 Teilnehmende rekrutiert werden. Mit der Einladung erhielten diese einen individuellen Zugangscode, mit dem sie auf der Projekthomepage (www.sida-essstoerungen.de) Zugriff auf die ausführliche Studieninformation und die Einwilligungserklärung erhielten. Zum Interviewtermin wurden alle Teilnehmenden noch einmal mündlich über Ziele und Ablauf der Studie informiert und darüber, dass das Interview aufgezeichnet wurde. Das Interview selbst folgte einem semi-strukturierten Leitfaden, der den Interviewenden Anregungen für die Gesprächsführung geben sollte, aber auch Raum für weitere Fragen gab.

Die aus den Interviews extrahierten Faktoren, die die Implementierung digitaler Angebote hemmen bzw. begünstigen, wurden anschließend für eine Delphistudie mit zwei Befragungsrunden genutzt (s. Abbildung 2). Die Befragten wurden in der ersten Runde gebeten, insgesamt 63 aus den Interviewdaten extrahierte Einflussfaktoren der Implementierung digitaler Angebote in der Essstörungsbehandlung hinsichtlich ihrer Wichtigkeit zu bewerten. In der zweiten Runde konnten die Teilnehmenden die kumulierten Angaben aller Befragten sowie ihre eigenen Angaben aus Runde 1 einsehen und gegebenenfalls Anpassungen vornehmen. Ziel der Delphistudie war die Bestimmung von Einflussfaktoren, hinsichtlich derer in der Stichprobe Konsens in Bezug auf die Implementierung digitaler Angebote in der Essstörungsbehandlung bestand. Für die Datenerhebung wurde eine Befragungswebsite mit der Software ASMO eingerichtet (Wilhelm et al., 2020). Von den 24 Teilnehmenden der qualitativen Interviews nahmen 23 Personen (95.83%) an der ersten und 21 Personen (87.50%) an der zweiten Delphirunde teil.

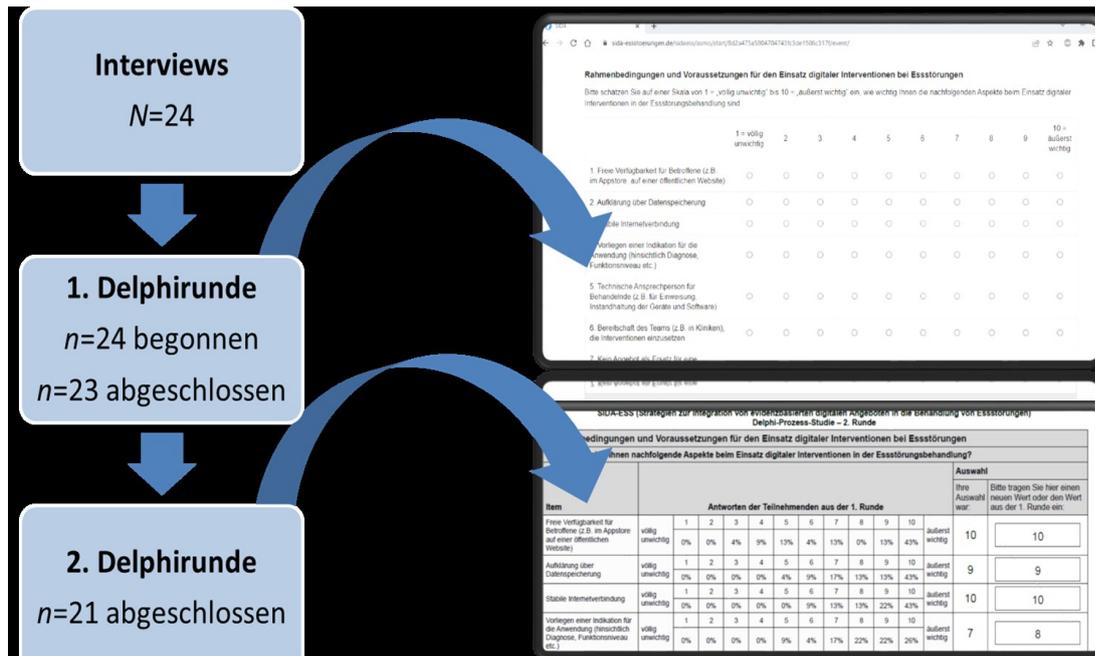


Abbildung 2. Datenerhebung in Phase 1 (Teilprojekt 1).

3.1.1.3. Datenauswertung

Im ersten Schritt wurden die Interviews transkribiert. Im nächsten Schritt erfolgte die Codierung der Texte gemäß einer Inhaltsanalyse mit Hilfe der Software für qualitative Datenanalyse MAXQDA (Kuckartz 2016). Dabei wurden Kategorien mittels einer deduktiv-induktiven Vorgehensweise gebildet. Die einzelnen Schritte der Inhaltsanalyse umfassten:

1. Initiierende Textarbeit, Erstellen von Memos, Herausheben wichtiger Passagen
2. In Bezug auf Fragestellung Hauptkategorien entwickeln
3. Codieren des Materials mit Hauptkategorien
4. Zusammenstellen aller Textpassagen, die den jeweiligen Hauptkategorien zugeordnet wurden
5. Induktives Erstellen von Subkategorien
6. Codieren des Materials
7. Zusammenstellen aller Textpassagen, die den jeweiligen Kategorien zugeordnet wurden
8. Analyse

Im entstandenen Kodierleitfaden wurden neben der Bezeichnung der Kategorie eine Definition und ein Ankerbeispiel festgehalten. Das Material wurde von zwei Personen codiert und die Ergebnisse miteinander abgeglichen (Kuckartz, 2016; Mayring & Fenzel, 2014).

In der Delphistudie wurden die Beurteilungen der Wichtigkeit für jeden der 63 Einflussfaktoren separat deskriptivstatistisch ausgewertet und hinsichtlich des Konsenses innerhalb der Stichprobe geprüft ($IQR \leq 2$) (Murphy et al., 2020).

3.1.2. Phase II: Online-Befragung

3.1.2.1. Operationalisierung

Das Hauptziel der Online-Befragung bestand in der Ermittlung der Perspektiven von Behandelnden, Kandidatinnen und Kandidaten in Aus- und Weiterbildung sowie Studierenden der Medizin und Psychologie im fortgeschrittenen Stadium ihres Studiums hinsichtlich digitaler Angebote für Essstörungen sowie der Akzeptanz von unterschiedlichen Formaten (z.B. Videopsychotherapie, therapeutische Apps, digitale Selbstmanagementprogramme). Anvisiert war die Befragung von insgesamt 400 Personen, wobei geplant war, dass davon 200 approbierte Behandelnde, 100 Studierende der Psychologie und Medizin sowie 100 Kandidatinnen und Kandidaten in Aus- und Weiterbildung des Bereichs Psychotherapie sind. Die intendierte Nutzung digitaler Angebote in der Essstörungsbehandlung („behavioral intention“) als Teil der Unified Theory of Acceptance and Use of Technology (UTAUT; Philippi et al., 2021) stellte das primäre Ergebnismaß dar. Als potenzielle Einflussgrößen auf die Einstellungen der Befragten gegenüber E-Mental Health Angeboten wurden folgende weitere Faktoren mit den in Tabelle 1 dargestellten Instrumenten erhoben:

- (a) Nutzung digitaler Anwendungen (z.B. Apps) im persönlichen und beruflichen Alltag
- (b) wahrgenommene digitale Kompetenz
- (c) Erfahrungen und Wissen hinsichtlich der Behandlung von Essstörungen
- (d) Bedenken hinsichtlich der Nutzung des Internets
- (e) Präferenzen in Bezug auf digitale Essstörungsangebote.

Tabelle 1: Übersicht über die Erhebungsinstrumente

Konstrukt	Inhalt	Umfang	Quelle
Demographische Daten	Alter, Geschlecht, professioneller Hintergrund etc.	7 Items	Eigene
Erfahrungen mit der Behandlung von Essstörungen	Zuversichtlichkeit, Bereitwilligkeit, Wissen, Fähigkeiten	6 Items	Eigene + angelehnt an Maguire, Li, Cunich, & Maloney (2019)
Erfahrungen im Umgang mit digitalen Anwendungen (Technikskills)	Digitale Fähigkeiten, berufliche und private Nutzung von Internettechnologie Sorgen und Ängste gegenüber der Nutzung von Internettechnologie	19 Items	Eigene, Items aus Pisa- Studie 2018 (OECD, 2018), angelehnt an Schuster et al. (2020), angelehnt an Ekizoglu & Ozcinar (2011) + Philippi et al. (2021)
Allgemeine Einstellungen zu digitalen Angeboten	ETAM-Fragebogen (Einstellungen gegenüber internetbasierten Psychotherapien), Einstellungen zur beruflichen Nutzung digitaler Angebote	19 Items	Apolinário-Hagen et al. (2018) + eigene

Einstellungen zu störungs- und altersspezifischen digitalen Angeboten	Einstellungen der Unified Theory of Acceptance and Use of Technology (UTAUT) bezogen auf die drei Störungsbilder Anorexie, Bulimie und Binge Eating Störung (u.a. intendierte Nutzung digitaler Angebote in der Essstörungsbehandlung); Fragen der Eignung in Bezug auf das zugrundeliegende Versorgungsmodell spezifisch für Altersgruppe und Störungsbild	22 Items	Eigene, in Anlehnung an Philippi et al. (2021) und Stallard et al. (2010)
Probleme und Chancen digitaler Angebote	Probleme und Chancen bei der Behandlung von Essstörungen mit internetbasierten Interventionen	2 Items	Stallard et al. (2010)
Präferenzen hinsichtlich der Komponenten digitaler Angebote	Bewertung potenzieller Inhalte und Funktionen einer digitalen Intervention für die fiktive Anorexie-Patientin Anna hinsichtlich ihres wahrgenommenen Nutzens	8 Items	Eigene, angelehnt an Erkenntnissen von Wagener et al. (2021)

3.1.2.2. Datenerhebung

Für die Online-Studie wurden Daten von insgesamt 690 Personen erhoben (davon $N=440$ vollständige Fälle die in die Analyse gingen). Die Datenerhebung erfolgte über eine frei zugängliche Studienwebsite, auf der die Teilnehmenden umfassende Studieninformationen erhielten sowie der Teilnahme digital einwilligen konnten. Dem Einwilligungsprozess sowie der Datenerhebung diente die Software ASMO (Wilhelm et al., 2020). Teilnehmende wurden hauptsächlich über Mailinglisten (z.B. Berufsverbände, Fachgesellschaften, Aus- und Weiterbildungsinstitute) sowie über die gezielte Kontaktaufnahme zu relevanten Social Media Kanälen und Gruppen rekrutiert.

3.1.2.3. Datenauswertung

Die intendierte Nutzung digitaler Angebote in der Essstörungsbehandlung („behavioral intention“) als Teil des UTAUT-Modells (Philippi et al., 2021) wurde als primäres Ergebnismaß erfasst. Sie wurde für die jeweils berücksichtigten Störungsbilder (Anorexie, Bulimie, Binge Eating Störung) separat erhoben. Das UTAUT-Modell wird mit Hilfe von Strukturgleichungsmodellen ausgewertet. Die Nebenzielkriterien (Erfahrungen, Wissen, Erwartungen und Einstellungen zu digitalen Interventionen) werden zusätzlich zu demographischen Faktoren (Alter, Geschlecht, Berufserfahrung) als mögliche Prädiktoren der intendierten Nutzung digitaler Angebote (Hauptzielkriterium) in der Essstörungsbehandlung regressionsanalytisch untersucht ($p=.05$). Alle Zielkriterien werden zudem deskriptivanalytisch (Häufigkeiten, Mittelwerte, Standardabweichungen) mit den dazugehörigen 95% Konfidenzintervallen ausgewertet.

3.2. Teilprojekt 2

3.2.1. Phase I: Fokusgruppen

3.2.1.1. Operationalisierung

Es wurde ein qualitatives Studiendesign mit Fokusgruppen gewählt, um die Perspektiven von Betroffenen und Behandelnden zu erfassen und Rückmeldungen zu einem ersten Entwurf des Toolkits zu erhalten. Diese konnten für die Weiterentwicklung und Finalisierung des Toolkits genutzt werden. Geplant war die Rekrutierung von ca. 20 Behandelnden und 5-8 Betroffenen.

3.2.1.2. Datenerhebung

Es wurden drei Fokusgruppen mit Behandelnden und eine mit betroffenen Patientinnen durchgeführt. Alle Fokusgruppen wurden als Audiodateien aufgezeichnet und im Anschluss anonym transkribiert.

Für die Fokusgruppen mit Behandelnden wurden Personen mit Behandlungserfahrung im Bereich psychischer Erkrankungen rekrutiert, d.h. Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, Fachärztinnen und Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie, Fachärztinnen und Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie sowie Personen im fortgeschrittenen Stadium ihrer Weiterbildung für die aufgeführten Gruppen, z.B. Psychologinnen und Psychologen in Ausbildung (PiAs). Einschlusskriterium war die bereits vorliegende Behandlungserfahrung im Bereich psychischer Erkrankungen.

Die Behandelnden wurden zu Online-Fokusgruppen von etwa 90 Minuten Dauer eingeladen. Die Informationsschriften und Einwilligungserklärungen wurden vorab per Email versendet. Die Fokusgruppen folgten einem semi-strukturierten Leitfaden und wurden hinsichtlich ihrer Vorerfahrungen und Einstellungen gegenüber digitalen Interventionen im Bereich der Essstörungen sowie bzgl. ihrer Meinung zum Toolkit befragt. Für das Toolkit wurde während der Gruppen ausreichend Zeit eingeräumt, sich einen Einblick zu verschaffen.

Im Rahmen einer weiteren Fokusgruppe wurden Betroffene befragt, die die Diagnosekriterien einer Essstörung (ICD-10: F50) erfüllten und über ausreichende Deutschkenntnisse sowie Einwilligungsfähigkeit verfügten. Die Gruppe wurde aus den stationären Patientinnen des Universitätsklinikums Heidelberg rekrutiert. Diese fand als Präsenzveranstaltung statt. Informationsschriften und Einwilligungserklärungen wurden persönlich verteilt und die entsprechenden Unterschriften eingeholt. Wie bei den Behandelnden wurde in der Fokusgruppe mit Betroffenen ebenfalls ein semi-strukturierter Leitfaden verwendet. Der Fokus der Gruppe lag auf den Erfahrungen mit und Einstellungen zu digitalen Interventionen im Bereich der eigenen Erkrankung. Darüber hinaus wurden Ideen für aus Sicht von Betroffenen geeigneten Features einer digitalen Intervention im Bereich der Essstörungsbehandlung gesammelt.

3.2.1.3. Datenauswertung

Hauptzweck der Fokusgruppen war es, Informationen für die Weiterentwicklung des Toolkits zu erheben. In der Auswertungsphase wurde deshalb direktes Feedback zum Toolkit in Form eines Protokolls gesammelt. Dieses wurde genutzt um das Toolkit zu überarbeiten und zu erweitern und die Version zu erstellen, die schließlich in Phase von Teilprojekt 2 quantitativ evaluiert wurde. Über diese Verwendung der Daten hinaus ist eine qualitative Auswertung des gesamten Datenmaterials als Grundlage für eine wissenschaftliche Publikation geplant.

3.2.2. Phase II: Online-Evaluation

3.2.2.1. Operationalisierung

Primäres Ziel der Online-Evaluation war die Beurteilung des entwickelten Toolkits durch (angehende) Behandelnde hinsichtlich relevanter Zielkriterien (Nutzungsfreundlichkeit, inhaltliche Qualität, Ästhetik). Die geplante Fallzahl von $N=60$ entspricht Empfehlungen zur Durchführung von Pilotstudien (Viechtbauer et al., 2015). Darüber hinaus wurden bisherige

Erfahrungen mit digitalen Angeboten, Anforderungen an die Versorgung mit digitalen Angeboten im Bereich der Essstörungen, wahrgenommene mögliche Anwendungsbereiche sowie hemmende und förderliche Faktoren zum Einsatz des Toolkits als Nebenzielkriterien erfragt. Die erfassten Konstrukte und ihre Quellen sind in Tabelle 2 aufgelistet.

Tabelle 2. Erhobene Konstrukte im Rahmen der Online-Evaluation.

Konstrukt	Umfang	Quelle
Demographie	10 Items	Eigene
Technologiebezogene Fähigkeiten, Erfahrungen und Sorgen	13 Items	Items aus Pisa-Studie 2018 (OECD, 2018), angelehnt an Ekizoglu & Ozcinar (2011) und Philippi et al. (2021)
Gesamteindruck/ allgemeine Toolkit-Evaluation	6 Items	Eigene
Evaluation von Website-Inhalten	12 Items	Web-CLIC, Thielsch & Hirschfeld (2019)
Visuelle Ästhetik	4 Items	Short Visual Aesthetics of Websites Inventory: VisAWI-S (Moshagen & Thielsch, 2013)
Usability	10 Items	System Usability Scale: SUS; Brooke (1996) & Rummel, (2016)
Modulspezifische Evaluation	8-9 Items pro Modul	Eigene
Allgemeine Einstellungen zu digitalen Angeboten	17 Items	E-Therapy Attitudes Measure: ETAM; Apolinário-Hagen et al. (2018)
Einstellungen zu störungsspezifischen digitalen Angeboten	16 Items	In Anlehnung an Philippi et al. (2021)

3.2.2.2. Datenerhebung

Die Datenerhebung für die Online-Evaluation des Toolkits erfolgte pseudonymisiert auf einer öffentlich zugänglichen Studienwebsite. Der Einwilligungsprozess und die Datenerhebung erfolgten mit der Software ASMO (Wilhelm et al., 2020). Zur Online-Evaluation wurden Personen eingeladen, die entweder bereits approbiert waren oder sich noch in Aus-/Weiterbildung befanden. Insgesamt konnten 70 vollständige Datensätze gewonnen werden.

3.2.2.3. Datenauswertung

Die jeweiligen Zielkriterien, die sich auf die Gesamtbeurteilung des Toolkits beziehen, wurden deskriptivanalytisch ausgewertet. Darüber hinaus wird eine deskriptivanalytische Auswertung der modulspezifischen Evaluationsmaße sowie eine regressionsanalytische Analyse der Vorhersage des Gesamteindrucks durch mögliche relevante Prädiktoren (soziodemografische Faktoren, technologiebezogene Fähigkeiten, Ängste und Nutzung) vorgenommen. Angaben zu Verbesserungsvorschlägen sowie besonders positiven oder negativen Bestandteilen des Toolkits, die mit Hilfe von offenen Textfeldern erfragt wurden, werden mittels thematischer Analyse ausgewertet (Braun & Clarke, 2006).

4. Durchführung, Arbeits- und Zeitplan

4.1. Darstellung erreichter Ziele (Arbeits- und Zeitplan)

Die Projektaufgaben waren in sechs Arbeitspakete über eine Gesamtlaufzeit von 36 Monaten gegliedert. Während sich die Arbeitspakete 1 und 6 auf die Vorbereitung der Teilprojekte (z.B. Ethikanträge) und die Dissemination ihrer Ergebnisse (v.a. Publikationen) bezogen, widmeten sich die Arbeitspakete 2 bis 5 der eigentlichen Umsetzung. Die anvisierten Stichprobengrößen die zur Beantwortung der o.g. Fragestellungen benötigt wurden, konnten in allen Teilstudien erreicht werden, womit der Grundstein für die erfolgreiche Durchführung des Projektes gelegt wurde. Insgesamt konnten die Ziele des Projektes wie geplant erreicht werden.

4.2. Abweichungen zur ursprünglichen Planung

Es kam zu keinen nennenswerten Abweichungen von der ursprünglichen Planung. Lediglich in der Fragebogenstudie von Teilprojekt 1 gab es eine geringfügige Abweichung dahingehend, dass etwas weniger bereits approbierte Behandlerinnen und Behandler rekrutiert werden konnten als geplant und sich ein etwas größerer Anteil der Stichprobe noch in Ausbildung befand. Da das Gesamtrekrutierungsziel ($N > 400$) jedoch erreicht wurde, konnten die Analysen dennoch wie geplant durchgeführt werden. Eine zweite geringfügige Abweichung von der Planung besteht in der Tatsache, dass die Publikation der Projektergebnisse nicht in der Laufzeit abgeschlossen werden konnte, sondern – ebenso wie weitere Disseminationsaktivitäten – über das Projektende hinaus andauert.

4.3. Erfahrungsbericht

Der Erfahrungsbericht fällt insgesamt sehr positiv aus. Die Projektplanung aus der Antragsphase erwies sich als ambitioniert, aber realistisch, so dass die Ziele des Projektes wie geplant erreicht werden konnten. Vorteilhaft war, dass trotz kurzer Vorlaufzeit rechtzeitig Projektmitarbeitende gefunden werden konnten die bereits über Expertise im Bereich der Digital Mental Health und Versorgungsforschung verfügten.

Die Thematik des Projekts stieß bei den involvierten Zielgruppen auf sehr großes Interesse und wurde von ihnen als äußerst relevant erachtet. Dies gilt gleichermaßen für die Perspektive der Betroffenen wie für diejenige der Behandlerinnen und Behandler. Beide Gruppen begrüßten insbesondere den Ansatz des Projekts, die Sichtweise der klinisch-therapeutisch tätigen Berufsgruppen in den Fokus zu stellen und bei der zukünftigen Entwicklung und Implementierung von digitalen Interventionen zu berücksichtigen.

Die wiederholten virtuellen Treffen mit den Verantwortlichen des Projektes DigiBEsst zur digitalen Beratung bei Essstörungen wurden als sehr hilfreich erlebt, ebenso wie der Austausch mit dem Projektträger und dem Expertengremium Essstörungen im Verlauf des Projektes.

5. Ergebnisse

5.1. Teilprojekt 1

5.1.1. Phase I: Qualitative Interviewstudie und Delphistudie

Es wurden 24 Behandelnde mit ausgewiesener Expertise im Bereich der Essstörungen befragt, wovon 13 ausschließlich Patientinnen und Patienten im Erwachsenenalter behandeln und die übrigen die Altersgruppe der Kinder/Jugendlichen. Von den Befragten waren zwei männlich (8.3 %) und 22 weiblich (91.7 %). Das Alter lag zwischen 26 und 58 Jahren ($M=41,96$, $SD=9,92$). Die meisten Befragten waren psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten ($n=14$; 58.3 %), gefolgt von Ärztinnen und Ärzten ($n=7$; 29.2 %), Pädagoginnen ($n=2$; 8.3%) und einer Sozialarbeiterin ($n=1$; 4.2 %). Die Teilnehmenden arbeiteten überwiegend stationär ($n=17$; 70.8 %), die anderen ambulant bzw. niedergelassen oder in Mischformen. Die Interviews dauerten zwischen 35 und 60 Minuten.

Folgende inhaltliche Kategorien wurden aus den Interviews gewonnen (Sub-Kategorien bis zur ersten Ebene in Klammern):

- (1) Ausgangssituation der Befragten (Arbeitsbedingungen, Setting; Beteiligte an der Behandlung; Informationsquellen; Charakteristika der Patientinnen und Patienten; Umgang mit Medien; Versorgungswege)
- (2) Allgemeine Haltungen und Einstellungen (Neugierde, Interesse; Skepsis, Unsicherheit; Zukunftsaussichten)
- (3) Erfahrungen mit digitalen Interventionen (eigene Entwicklungserfahrung, Evaluierung; Auswirkungen auf therapeutische Arbeit; Funktionen; Medium; Charakteristika der Patientinnen und Patienten; Perspektive von Patientinnen und Patienten; Setting)
- (4) Gesellschaftliche Rahmenbedingungen (Versorgungslage; Social Media; Veränderungen durch Corona)
- (5) Vorteile und Chancen (für Angehörige; für die therapeutische Versorgung; für Patientinnen und Patienten)
- (6) Nachteile und Grenzen (für die therapeutische Versorgung; für Patientinnen und Patienten)
- (7) Gewünschte Funktionen und Eigenschaften (Gestaltung; Medium; Technische Funktionen; Therapeutische Inhalte)
- (8) Zielgruppe (Alter; Behandlungsmotivation, Eigeninitiative, Interesse; Beschwerdebild; Geschlecht; Kontraindikationen; Medienkompetenz; Umfeld, Angehörige)
- (9) Rahmenbedingungen und Anforderungen (Räumliche Rahmenbedingungen; Evidenz für Wirksamkeit; Finanzen; Fort- und Weiterbildung, Selbsterfahrung; Indikation; Krankenkassen; Nutzungsfrequenz und -umfang; mangelnde Verfügbarkeit; personelle Voraussetzungen; rechtliche Rahmenbedingungen; Setting; technische Voraussetzungen; therapeutische Beziehung als Basis; Verfügbarkeit von und Zugang zu Angeboten)

Nur wenige Fachkräfte berichteten über Erfahrungen mit digitalen Interventionen, abgesehen von der videobasierten Psychotherapie während der Covid-19-Pandemie. Aus Sicht der Behandelnden haben diese Interventionen das Potenzial, Patientinnen und Patienten mit einer Essstörung einen niedrigschwelligen Zugang zu ermöglichen, wie in folgendem Beispiel geäußert wurde:

„Also ich glaube wirklich, dass der größte Vorteil ist, dass die Hemmschwelle niedriger ist. Darüber einzusteigen, ganz, ganz viele haben ja auch also, haben ja ein wahnsinnig großes Problem eben mit dem Körper, sich zu zeigen, mit Scham, mit mit alldem. Demnach ist so ein persönlicher Kontakt für viele ja sowieso wahnsinnig herausfordernd. Und ich glaube, also dadurch, dass das ja wegfällt bei so einer, über das Medium, glaube ich, erreicht man halt viel, viel mehr Leute, die sich noch nicht trauen. Und ich glaube, es kann ein guter Einstieg sein, um mal so den Fuß in die Tür zu kriegen und so ein erstes Vertrauensverhältnis herzustellen, dass es irgendwo Hilfe geben kann.“ (Psychologischer Psychotherapeut, männlich, 31 Jahre, im teilstationären Behandlungssetting)

Nützliche Funktionalitäten wurden insbesondere in digitalen Essprotokollen, Kompetenztraining („Skills“) und in der Möglichkeit der Psychoedukation gesehen. Allerdings wurde eine stabile therapeutische Allianz als wichtige Voraussetzung für die erfolgreiche Integration in die Versorgung angegeben.

Bedenken der Behandelnden wurden insbesondere im Falle einer schweren Anorexia nervosa oder einer möglichen Suizidalität laut. Außerdem wurden Sorgen geäußert, dass das Tracken von körperbezogenen Werten die Grunderkrankung verschlimmern könnte:

„Ja ich hätte die Sorge, dass es sich zu sehr um zum Beispiel und dann in ungesunde Richtung dreht sozusagen, dass "wie viel Kalorien verbrauche ich" und "wie viel

bewege ich mich" und "wie viel wiege ich". Also das ist ja auch für viele Patienten schmerzhaft, wenn es sich jetzt nur darum, also das würde ich jetzt nicht erwarten von der App, aber das wäre jetzt, finde ich, nicht gut, wenn es nur um das Gewicht geht." (Kinder- und Jugendpsychiaterin, weiblich, 38 Jahre, im stationären Behandlungssetting.

Das größte Potenzial wurde für den Einsatz digitaler Interventionen zusätzlich zur ambulanten Versorgung und in der Nachsorge gesehen (d.h. Blended Care und Stepped Care).

In der daran anschließenden Delphistudie wurden 63 Einflussfaktoren, die im Rahmen der Interviewbefragung identifiziert werden konnten, hinsichtlich ihrer Wichtigkeit auf einer 10-stufigen Skala in zwei Runden bewertet. Die Einflussfaktoren ließen sich den folgenden Kategorien zuordnen: "Inhalte und Funktionen" (für von Essstörungen Betroffene: 16 Items, für Angehörige: 4 Items, für Behandelnde: 5 Items), "Design" (10 Items) und "Rahmenbedingungen" (28 Items).

Die finale Stichprobe der zweiten Delphirunde bestand aus $n=21$ Expertinnen und Experten, die zuvor bereits an den qualitativen Interviews teilgenommen hatten (Alter: zwischen 26 und 58 Jahre, $M=41.19$, $SD=10.13$; 19 weibliche Teilnehmende (90.48%)). Über alle Items hinweg wurden hohe durchschnittliche Wichtigkeitswerte beobachtet ($M=7.88$, $SD=2.07$, $Mdn=8$). In der ersten Delphirunde betrug die Rate der Items, hinsichtlich derer in der Stichprobe Konsens bestand, 48%. In der zweiten Delphirunde wurde bei 73% der Items ein Konsens erreicht. Kein Konsens bestand nach der zweiten Delphirunde bei 17 Items (z.B. Funktionen und Inhalte für Angehörige, Möglichkeiten zur Selbsterfahrung für Behandelnde, freie Verfügbarkeit für Betroffene). Die konsensuell als am wichtigsten beurteilten Einflussfaktoren ($Mdn=10$) bezogen sich auf die Bereiche Datensicherheit und Datenschutz, Evidenzbasierung, technische Voraussetzungen, Nutzungsfreundlichkeit und spezifische Funktionen und Inhalte (psychoedukative Elemente, Krisenintervention).

5.1.2. Phase II: Online-Befragung

Insgesamt konnten vollständige Datensätze von $N=440$ Personen erhoben werden. Davon waren $n=185$ Personen Studierende, $n=112$ Personen befanden sich in Aus- oder Weiterbildung, $n=123$ Personen waren zum Zeitpunkt der Datenerhebung bereits approbiert; die übrigen Personen waren keiner der genannten Kategorien zugehörig. Die Mehrheit von $n=270$ (61.36%) Teilnehmenden stammte aus dem Fachbereich Psychologie, $n=152$ (34.55%) Teilnehmende gaben die Medizin als Fachrichtung an und $n=18$ (4.09%) Personen waren weder der Medizin noch der Psychologie zugehörig und gaben beispielsweise die Fachbereiche Pflegemanagement oder Soziale Arbeit an. Von den Teilnehmenden identifizierten sich $n=346$ (78.64%) Personen mit dem weiblichen und $n=94$ (21.36%) Personen mit dem männlichen Geschlecht. Das durchschnittliche Alter der Teilnehmenden betrug $M=32.31$ Jahre ($SD=11.5$, Range: 18-75).

In einer ersten Analyse konnten Erkenntnisse zum UTAUT-Modell in Bezug auf die Akzeptanz (operationalisiert als intendierte Nutzung) digitaler Angebote bei der Behandlung von Essstörungen durch die befragten Personengruppen gewonnen werden. Dafür wurden die Daten von $n=373$ Teilnehmenden in vergleichbarem Alter ($M=32.41$, $SD=11.84$) und mit ähnlicher Geschlechterverteilung (weiblich: $n=294$, 78.82%; männlich: $n=79$, 21.18%) wie in der finalen Stichprobe mit psychologischem oder medizinischem Hintergrund zu den verschiedenen Komponenten des UTAUT-Modells (intendierte Nutzung, erwarteter Nutzen einer Anwendung, erwarteter Aufwand bei der Nutzung, soziale Einflüsse und nutzungsförderliche Bedingungen) sowie ihrer Internet Anxiety verwendet. Anschließend wurden Strukturgleichungsmodelle berechnet. Für Anorexia Nervosa, Bulimia Nervosa und die Binge Eating Störung wurden getrennte Modellüberprüfungen durchgeführt. Insgesamt wiesen alle untersuchten Modelle akzeptable bis gute globale Modellpassungen auf und erklärten einen substantziellen Anteil der Varianz in der Kriteriumsvariablen. Allerdings zeigte nur einer der Prädiktoren, der erwartete Nutzen eines digitalen Angebots, einen signifikanten Zusammenhang mit dem Kriterium. Die erwarteten Moderationen durch Internet Anxiety sowie Alter wurden nicht signifikant. Zwischen den drei Störungsbildern zeigten sich keine relevanten Unterschiede in der Modellpassung.

5.2. Teilprojekt 2

5.2.1. Phase I: Fokusgruppen

Die 16 Behandelnden der online geführten Fokusgruppen waren zwischen 25 und 45 Jahre alt ($M=32.5$). Es nahmen 12 Frauen und 4 Männer teil, davon waren 3 Ärztinnen und Ärzte, 5 Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten und weitere 8 Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in Ausbildung. Die Behandelnden berichteten, besonders während der Kontaktbeschränkungen durch die Covid-Pandemie Erfahrungen mit videobasierter Psychotherapie gemacht zu haben. Einige hatten auf Konferenzen und über Forschungsprojekte mit Apps oder Anwendungen der virtuellen Realität von digitalen Interventionen im Bereich der Essstörungenbehandlung gehört.

Das Toolkit wurde überwiegend äußerst positiv beurteilt. Insbesondere die Qualität der Information, die Referenzen, die Struktur des Toolkits und die Bilder wurden positiv wahrgenommen. Bemängelt wurden u.a. die Länge der Texte und Videos sowie an manchen Stellen das Fehlen eines „roten Fadens“. Gewünscht hätten sich die Teilnehmenden konkrete Empfehlungen für einzelne digitale Programme. Soweit möglich wurden die Anmerkungen und Vorschläge bei der Überarbeitung des Toolkits berücksichtigt.

Die Fokusgruppe der Betroffenen setzte sich aus 7 Frauen zusammen, die alle an Anorexia Nervosa erkrankt waren. Sie waren zwischen 19 und 57 Jahre alt ($M=26.6$, $Mdn=21$). Die meisten Patientinnen sprachen zunächst über die Erfahrungen, die sie mit Apps und sozialen Medien im Allgemeinen gemacht hatten, darunter auch Tracking-Apps, die als problematisch erlebt wurden. Die Mehrheit der Patientinnen gab an, weder sie noch ihre Ärztinnen oder Ärzte seien ausreichend über digitale Interventionen im Bereich der Essstörungen informiert. Von ihren Therapeutinnen oder Therapeuten wünschten sie sich aber durchaus, dass diese sie in dem Bereich unterstützen könnten.

Im Verlauf der Gruppendiskussion beschrieben sie darüber hinaus einige Hauptfunktionen einer möglichen digitalen Intervention, wie im folgenden Beispiel zu lesen:

„Also ich fände es gut, wenn, wenn es eine App gäbe, die sich, also wenn man sie öffnet es darum geht, erst einmal darum geht, wie fühlst du dich gerade, es von mir aus eine ewig lange Liste gibt von Emotionen und dass man so viele auch auswählen kann, wie man sich gerade fühlt und wenn man Gefühlschaos hat und dann kann man dieses Gefühlschaos angeben. Dann als nächste Frage: Was würdest dir jetzt guttun? Also wie würdest du dich gerne fühlen, zu welchem Gefühl würdest du gerne hinarbeiten? Und dann als dritte Frage: In welche Richtung, also was bräuchtest du, um da hinzukommen?“

Grenzen digitaler Interventionen wurden von den Betroffenen besonders darin gesehen, mit einem Tool allein gelassen zu werden:

„Aber ich sehe die Gefahr, dass, wenn man es alleine macht, ohne Begleitung, ohne jemanden, mit dem man darüber reden kann und dem man schildern kann, was das mit einem macht, dass das ganz schnell in die verkehrte Richtung abdriften kann.“

5.2.2. Phase II: Online-Evaluation

Insgesamt wurden 77 Teilnehmende, davon $n=70$ mit vollständigen Datensätzen, rekrutiert. Von letzteren identifizierten sich $n=61$ Teilnehmende mit dem weiblichen und $n=9$ Teilnehmende mit dem männlichen Geschlecht (Alter: $M= 32.50$, $SD=7.89$, Range: 24-65). Die Mehrheit ($n=64$, 91.43%) gab als Fachrichtung die Psychologie an, während $n=6$ (8.57%) Personen einen medizinischen Hintergrund aufwiesen. Der Großteil der Stichprobe ($n=51$, 72.86%) befand sich zum Zeitpunkt der Datenerhebung in Aus- oder Weiterbildung (davon wiesen $n=48$ einen psychologischen und $n=3$ einen medizinischen Hintergrund auf), während $n=17$ (24.29%) Teilnehmende bereits approbiert waren (davon $n=13$ mit psychologischem und $n=4$ mit medizinischem Hintergrund; Mehrfachangaben waren hier möglich). Auf $n=3$ (4.29%) Teilnehmende traf keine der beiden Kategorien zu, beispielsweise aufgrund einer

therapeutischen Tätigkeit ohne Approbation. Alle Teilnehmenden gaben an, sich vor Bearbeitung der Online-Evaluation mit dem Toolkit befasst zu haben.

Die mittlere wahrgenommene Nutzungsfreundlichkeit (erfasst mit Hilfe der System Usability Scale, SUS) betrug auf der Skala mit möglichen Werten zwischen 0 und 100 $M=79.54$ ($SD=13.73$, $Mdn=82.5$, Range: 40-100). Der Sauro–Lewis Curved Grading Scale entsprechend kann der mittlere SUS-Summenwert als Indikator für eine sehr gute Usability („A-“, 85.-89. Perzentil) interpretiert werden (Lewis, 2018; Sauro & Lewis, 2016).

Die mit Hilfe des Web-CLIC (Website - Clarity, Likeability, Informativeness, and Credibility) beurteilte inhaltliche Qualität des Toolkits betrug auf einer itemübergreifenden Skala von 1 bis 7, bei der höhere Werte für eine bessere Bewertung der inhaltlichen Qualität stehen, im Mittel $M=5.97$ Punkte ($SD=0.68$, $Mdn=6$, Range: 4.17-7) und liegt somit über dem empfohlenen Cutoff von 4.58 Punkten, was auf eine positive Bewertung der Toolkit-Inhalte deutet (Thielsch & Hirschfeld, 2019).

Die visuelle Ästhetik des Toolkits wurde über das VisAWI-S (Short Visual Aesthetics of Websites Inventory) mit durchschnittlich $M=5.33$ Punkten bewertet ($SD=1.25$, $Mdn=5.5$, Range: 2-7), wobei Werte zwischen 1 und 7 möglich waren und itemübergreifende Mittelwerte berechnet wurden. Die mittlere Bewertung überschreitet den Cutoff von 4.5 Punkten und lässt somit auf eine zufriedenstellende visuelle Ästhetik des Toolkits schließen (Thielsch & Moshagen, 2014).

In der Gesamtbeurteilung des Toolkits stimmten überdies 32.86% ($n=23$) der Befragten der Aussage „Ich wurde durch das Toolkit umfassend zu digitalen Angeboten in der Essstörungsbehandlung informiert“ auf einer 5-stufigen Antwortskala (1= stimme überhaupt nicht zu; 5 = stimme voll zu) voll zu, während die Mehrheit von 58.57% ($n=41$) einen Wert von „4“ angab ($M=4.23$, $SD=0.64$, $Mdn=4$). Fünf Personen (7.14%) gaben einen Wert von „3“ an, während lediglich eine Person (1.43%) einen Wert von „2“ wählte. Der Aussage „Die Inhalte des Toolkits sind für meine klinische Tätigkeit relevant“ stimmten $n=13$ (18.57%) der Befragten voll zu („5“), während $n=30$ (42.86%) Personen einen Wert von „4“, $n=22$ (31.43%) Personen einen Wert von „3“ und die übrigen fünf Teilnehmenden (7.14%) einen Wert von „2“ auswählten. Der Mittelwert belief sich auf $M=3.73$ ($SD=0.85$, $Mdn=4$). Des Weiteren stimmten $n=42$ (60%) Teilnehmende der Aussage „Die Inhalte des Toolkits sind aktuell“ voll zu („5“), während $n=26$ (37.14%) Personen einen Wert von „4“ und zwei Personen (2.86%) einen Wert von „3“ angaben ($M=4.57$, $SD=0.55$, $Mdn=5$).

In freien Textfeldern wurden überdies Inhalte genannt, die den Teilnehmenden gefehlt oder besonders gut gefallen haben. Auch als störend empfundene Inhalte wurden erfragt. In der vorläufigen Auswertung dieser offenen Rückmeldungen zeigt sich, dass insbesondere der Informationsgehalt des Toolkits sowie die enthaltenen Informationsvideos und einzelne Rubriken (z.B. Tipps, Apps und DiGAs, Anwendungsbereiche) besonders positiv bewertet wurden. Kritisiert wurden insbesondere einzelne Gestaltungsaspekte (z.B. viel Text, auch wenn ausklappbare Textfelder als hilfreich beschrieben wurden, Größe der Grafiken, Tonqualität bestimmter Videos). Die genannten Ergänzungswünsche bezogen sich insbesondere auf verschiedene inhaltliche Ergänzungen (z.B. Anleitung zur Verschreibung von DiGAs, Erfahrungsberichte von Betroffenen ergänzend zu den vorhandenen Zitaten von Behandelnden), welche zu einer weiteren Verbesserung des Toolkits beigetragen haben.

6. Gender Mainstreaming Aspekte

Bislang gibt es keine wissenschaftlichen Erkenntnisse über Genderaspekte in Bezug auf die beiden in SIDA-ESS durchgeführten Teilprojekte. Es wurde versucht, Studienteilnehmerinnen und –teilnehmer im selben Verhältnis in dem die Geschlechter im Versorgungsalltag in die Behandlung von Betroffenen mit Essstörungen involviert sind, einzubeziehen. Alle Dokumente wurden entsprechend formuliert (z.B. Studieninformationen, Einwilligungserklärungen). Darüber hinaus wurden Materialien (z.B. Fallbeispiele für das Toolkit) so gestaltet, dass den geschlechtsbezogenen Unterschieden in der Erkrankung Rechnung getragen wird.

Zudem wurden Genderaspekte auf folgende Art und Weise während der Projektplanung und –umsetzung berücksichtigt:

Forschungsidee/Relevanzprüfung: Das Thema Essstörungen ist in mehrfacher Hinsicht von Gender-Aspekten betroffen. Im internationalen Vergleich besteht eine Lebenszeitprävalenz von 8,4 % für Frauen an einer Essstörung wie Anorexia Nervosa, Bulimia Nervosa oder einer Binge Eating Störung zu erkranken, bei Männern liegt diese Zahl bei 2,2 %. An Anorexia Nervosa, erkranken 1,4 % aller Frauen im Laufe ihres Lebens und nur 0,2 % aller Männer (Galmaniche et al., 2019). Allerdings muss erwähnt werden, dass der Zugang zu einer adäquaten Diagnostik und Behandlung für Männer entsprechend erschwert ist (Halbeisen et al., 2024). Entsprechend wichtig war es dem Projektteam, die männliche Perspektive bei der Entwicklung des Toolkits zu berücksichtigen, daher wurden einzelne Beispiele in den Videos auch mit männlichen Erlebenswelten dargestellt und von männlichen Sprecherstimmen umgesetzt.

Titel, Abstrakt: Der Projekttitle weist keinen direkten Bezug zum Thema Gender auf. Die gesamte Ausrichtung des Projekts richtet sich an Behandelnde von Essstörungen, womit immer beide Geschlechter gemeint waren.

Theoretischer Rahmen/Literatur-Review: Die Literaturrecherche zum Toolkit bezog das Geschlecht insbesondere im Bereich der allgemeinen Informationen zu Essstörungen und deren Prävalenzen ein.

Projektorganisation: Sowohl die Projektleitung als auch das Team der Mitarbeitenden bestand aus männlichen und weiblichen Personen.

Forschungsfrage; Studiendesign/Stichprobe: Da es sich bei den Studien um Fragestellungen handelte, die fast ausschließlich von Behandelnden beantwortet werden konnten, spielte Gender bei der Konzeption der Forschungsfragen sowie beim Studiendesign und der Wahl der Stichprobe keine zentrale Rolle.

Forschungsmethoden/Instrumente/Maßnahmen: Alle Instrumente waren für beide Geschlechter gleichermaßen anwendbar. Geschlechtsspezifische Unterschiede waren im Hinblick der Perspektive der Behandelnden nicht zu erwarten, konnten aber durch die gewählten Methoden erfasst werden. Gerade die detaillierten qualitativen Interviews und Fokusgruppen hätten geschlechtsspezifische Unterschiede aufzeigen können.

Datensammlung: Die Rekrutierung in allen Teilstudien war darauf ausgerichtet, beide Geschlechter zu erfassen. An den Interviews, Online-Befragungen und Fokusgruppen nahmen mehr Frauen teil, was z.T. an einer größeren Bereitschaft die Studie zu unterstützen, z.T. aber auch an einem größeren Interesse am Thema „Essstörungen“ sowie an einer Überrepräsentation von Frauen als Behandelnden für Essstörungen liegen kann. Bei der Fokusgruppe, die mit den Betroffenen durchgeführt wurde, ergab sich das (ausschließlich weibliche) Geschlecht der Teilnehmenden aus der Population der Patientinnen, die zu diesem Zeitpunkt stationär am Universitätsklinikum Heidelberg behandelt wurden.

Datenanalyse: Das Geschlecht der Teilnehmenden wurde in allen Teilstudien erfasst. In den qualitativen Interviews war Geschlecht als Kategorie in Bezug auf die Zielgruppen digitaler Interventionen relevant. Hier gab es allerdings nur sehr wenige geschlechtsbezogene Äußerungen. Wenn diese vorhanden war, dann bezog sie sich auf die o.g. Problematik der wenig sichtbaren Männer mit dem Erkrankungsbild der Essstörungen:

Datenpräsentation: In bereits abgeschlossenen und geplanten Auswertungen und Publikationen wird das Geschlecht der Teilnehmenden auf deskriptiver Ebene in der Stichprobenbeschreibung berichtet. Soweit möglich, werden Geschlechtsunterschiede analysiert und berichtet.

Sprache: Alle Informationen im Toolkit sowie alle studienbedingten Informationsmaterialien wurden in gendergerechter Sprache abgefasst. Darin wurden die Teilnehmenden jeweils entweder direkt in ihrer jeweils männlichen oder weiblichen Form angesprochen oder, wenn Platzmangel dies nötig machte, mittels des Gender-Sterns.

Evaluation: Männer waren im gesamten Projekt eher unterrepräsentiert, auf Seiten der Betroffenen fehlten sie vollständig. Im Projektverlauf, dem Umgang mit Sprache in Informationsmaterialien und Fragebögen, der Wahl der Erhebungsinstrumente und der Datenanalyse wurde Gender-Mainstreaming dem Thema angemessen berücksichtigt.

Schlussfolgerungen / Empfehlungen: Essstörungen gelten nach wie vor oft als „weibliches“ Krankheitsbild. Es ist wichtig, dass auch in zukünftigen Projekten das Thema Gender-Mainstreaming entsprechende Beachtung findet. Darüber hinaus werden allgemein mehr

Studien benötigt, die sich mit Essstörungen bei Jungen und Männern beschäftigen sowie mit spezifischen Barrieren die Ihnen eine Inanspruchnahme professioneller Hilfe erschweren und mit Therapieansätzen (konventionell und digital).

7. Diskussion der Ergebnisse, Gesamtbeurteilung

7.1. Teilprojekt 1

In der qualitativen Interviewstudie und der anschließenden Delphistudie wurden Barrieren und förderliche Faktoren bei der Implementierung digitaler Angebote für Essstörungen identifiziert. Alle Befragten zeigten eine positive Einstellung gegenüber digitalen Interventionen. Viele fühlten sich allerdings unzureichend über aktuelle Entwicklungen und die Evidenzbasis von digitalen Interventionen informiert. Eine sinnvolle Integration digitaler Interventionen wurde für verschiedene Behandlungs-Settings unterschiedlich gewichtet: Reine Selbstmanagement-Programme sind basierend auf den Ergebnissen der Befragung eher kritisch zu sehen, dagegen wären Blended Care-Angebote, bei denen einzelne Therapie-Bestandteile digitalisiert werden, andere aber im Face-to-face-Kontext verbleiben, und Stepped-Care-Angebote (insbesondere Nachsorge) wünschenswert. Nicht alle Zielgruppen sind darüber hinaus aus Sicht von Expertinnen und Experten für eine digitale Versorgung geeignet, beispielsweise Betroffene von einer schweren Anorexia Nervosa oder komorbider Suizidalität sollten ausschließlich eine traditionelle Routineversorgung erfahren.

Die Ergebnisse der Delphistudie sprechen für eine besondere Berücksichtigung und Hervorhebung der Nutzungsfreundlichkeit, Datensicherheit sowie von psychoedukativen und kriseninterventionellen Elementen bei der Entwicklung und Dissemination digitaler Angebote für Essstörungen. Bei der Interpretation der Ergebnisse sind die in diesem Projekt recht weit gefassten Definitionen von Essstörungen und digitalen Angeboten zu berücksichtigen, da eine Vielzahl digitaler Medien (z.B. Online-Programme, Virtual Reality, Smartphone Applikationen) inkludiert wurde. Dies ermöglichte einerseits die Identifikation gemeinsamer Faktoren, berücksichtigte jedoch nicht mögliche Spezifika einzelner Medien und Symptomausprägungen. Die Ergebnisse können gezielt in der Neuentwicklung von und Aufklärung über digitale Angebote für Essstörungen angewandt werden und eine zielgruppengerechte Dissemination fördern. Künftige Studien könnten Aufschluss über medien- und störungsspezifische Anforderungen liefern sowie Perspektiven weiterer Stakeholder berücksichtigen.

Auch die Ergebnisse der großen Online-Befragung (Phase II) zeigen, dass große Interesse am Thema Digital Mental Health sowohl bei therapeutisch Tätigen als auch bei angehenden Behandlerinnen und Behandler besteht. Die Ergebnisse deuten zudem auf die besondere Rolle des erwarteten Nutzens bei digitalen Anwendungen für Essstörungen in Bezug auf ihre intendierte Nutzung durch angehende und praktizierende Behandelnde hin. Auf Fortbildungen oder Informationswebsites könnte sich die Hervorhebung des Nutzens einer Anwendung demnach positiv auf ihre intendierte und tatsächliche Nutzung in der Routineversorgung auswirken.

Einschränkend ist anzumerken, dass die Stichprobenszusammensetzung nicht vollständig der angestrebten Zusammensetzung entsprach. Zwar wurde das Rekrutierungsziel von 400 Teilnehmenden erreicht, jedoch bestand die Stichprobe nicht wie geplant aus 200 approbierten Behandelnden, 100 Behandelnden in Ausbildung sowie 100 Studierenden. Der Anteil der Studierenden an der Gesamtstichprobe war höher als angestrebt und die Anzahl der Approbierten war geringer als geplant. Dennoch lagen genügend große Substichproben vor ($N > 100$) um die Hauptfragestellungen zu untersuchen, auch wenn ein relativ großer Teil der Stichprobe aus angehenden (im Vergleich zu bereits approbierten) Behandelnden bestand, die zum Zeitpunkt der Datenerhebung erst wenig Behandlungserfahrung hatten.

7.2. Teilprojekt 2

Ein Informationsangebot, wie es im Toolkit entwickelt wurde, stieß in den Fokusgruppen (Phase I) bei den Behandelnden auf durchweg positive Resonanz. Die Online-Ressource kann eine Lücke füllen, da sich Behandelnde selbst als wenig informiert und erfahren in Hinblick auf

digitale Interventionen beschreiben. Auch aus Sicht von Betroffenen besteht dringender Bedarf an entsprechenden Informationsangeboten für Therapeutinnen und Therapeuten, da sie diese als wenig informiert hinsichtlich digitaler Interventionen erleben. Gleichzeitig wünschen sie sich zum einen eine Integration von wirksamen digitalen Tools in ihre Behandlung und zum anderen eine kompetente Beratung hinsichtlich möglicherweise schädlichen und krankheitsverschlechternden Einflüssen, beispielsweise durch soziale Medien oder Tracking-Apps.

Die Ergebnisse der Online-Evaluation des Toolkits (Phase II) deuten auf eine hohe Nutzungsfreundlichkeit, Ästhetik und inhaltliche Qualität des Toolkits hin. Die klinische Relevanz des Toolkits wurde von der Mehrheit ($n=52$, 74.29%) der Stichprobe mit Werten von "3" oder "4" auf der 5-stufigen Skala bewertet, was auf ein inhaltliches Optimierungspotenzial schließen lässt. Ansatzpunkte wurden in den Rückmeldungen der Befragten identifiziert und können für die Weiterentwicklung des Toolkits genutzt werden. So können gestaltungsbezogene (z.B. Reduktion von Text) und inhaltliche Aspekte des Toolkits (z.B. Ergänzung störungsspezifischer Informationen, Ergänzung einer Anleitung zur Verschreibung von DiGAs) noch besser an die Bedürfnisse von angehenden und praktizierenden Behandelnden angepasst und die Relevanz des Toolkits für den Praxisalltag auf diese Weise optimiert werden.

7.3. Gesamtbeurteilung

Insgesamt konnten die Ziele des Projektes erreicht und die Forschungsfragen beantwortet werden. Wesentliche Änderungen oder Anpassungen während der Laufzeit waren nicht notwendig.

In der Zusammenschau der Ergebnisse fällt auf, dass das Potenzial von digitalen Interventionen v.a. im Bereich der Versorgung von Jugendlichen und Erwachsenen mit Essstörungen gesehen wurde, so dass wenige Schlussfolgerungen für jüngere Altersgruppen gezogen werden können. Eine Ursache hierfür könnte darin bestehen, dass die Befragten insgesamt relativ wenig Wissen über die Nutzung von technikbasierten Tools im therapeutischen Setting hatten, so dass mögliche Umsetzungen speziell für Kinder mit Essstörungen (z.B. interaktive oder gamificationbasierte Ansätze) nicht bekannt waren.

In Bezug auf das Toolkit bleibt zu erwähnen, dass sich Behandlerinnen und Behandler klare(re) Empfehlungen hinsichtlich spezifischer digitaler Interventionen wünschen würden. Solche Empfehlungen können aufgrund des Mangels an in Deutschland verfügbaren evidenzbasierten Angeboten aktuell nicht ausgesprochen werden. Hier werden dringend weitere Forschungs- und Entwicklungsarbeiten benötigt (s. Punkt 9).

8. Verbreitung der Projektergebnisse

Projektergebnisse wurden dem Fachpublikum im Rahmen von drei Beiträgen auf nationalen (Deutscher Kongress für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie) und internationalen (European Council on Eating Disorders) Fachkonferenzen vorgestellt. Des Weiteren sind eine Publikation zu den Ergebnissen der qualitativen Interviewstudie in einem Peer-Review Open Access Journal sowie ein Preprint eines eingereichten Manuskripts zu der daran anschließenden Delphistudie öffentlich über das Internet verfügbar (s. Publikationsverzeichnis). Das im Journal of Eating Disorders bereits veröffentlichte Manuskript enthält neben der ausführlichen Studiendarstellung in Fachsprache eine zusätzliche Kurzzusammenfassung für Laien. Zu den Ergebnissen der übrigen Projektteile (quantitative Onlinestudie im Rahmen von Teilprojekt 1, Ergebnisse der Toolkit-Evaluation im Rahmen von Teilprojekt 2) befinden sich Publikationen in einschlägigen Fachzeitschriften derzeit in Vorbereitung.

Das im Zuge von Teilprojekt 2 entwickelte Toolkit steht sowohl Fachpersonen als auch dem interessierten Laienpublikum im Internet frei zur Verfügung (erreichbar unter: www.sida-essstoerungen.de/toolkit/). Es richtet sich insbesondere an Behandelnde und wird auch über die Projektlaufzeit hinaus regelmäßig von der Projektleitung aktualisiert werden.

Eine abschließende Zusammenfassung der Projektergebnisse wird ebenfalls über die Projekthomepage www.sida-essstoerungen.de zugänglich gemacht.

9. Verwertung der Projektergebnisse (Nachhaltigkeit / Transferpotential)

9.1. Implikationen

Über die wissenschaftliche Verwertung und Öffentlichkeitsarbeit hinaus, besitzen die Ergebnisse des Projektes unmittelbare gesundheits- und berufspolitische Relevanz und erlauben es, Ansatzpunkte für eine Verbesserung der Versorgung im Bereich der Essstörungen zu identifizieren. Vor dem Hintergrund der o.g. Befunde sollten vor allem folgende Aspekte berücksichtigt werden:

a) Expertinnen und Experten aus dem Bereich der Essstörungen ebenso wie Betroffene sehen digitale Interventionen als vielversprechende Ergänzung zur konventionellen Versorgung an. Das Potenzial wird v.a. für Interventionen gesehen die parallel zu oder im Anschluss an eine konventionelle Therapie genutzt werden (Blended Care bzw. Stepped Care). Eine konzepttreue Integration und enge Verzahnung der beiden Formate (konventionell und digital) werden als zentral erachtet. Reine Selbstmanagementprogramme (die beispielsweise als DiGA verschrieben werden können) die als Alternative zu einer konventionellen Therapie genutzt werden können, werden als weniger passend für die Essstörungenbehandlung angesehen. Dringend benötigt werden Studien die die Wirksamkeit und Kosteneffektivität von speziell für die genannten Kontexte in Deutschland entwickelten digitalen Interventionen nachweisen. Für dann vorliegende evidenzbasierte digitale Interventionen gilt es entsprechende Möglichkeiten der Finanzierung zu schaffen (sofern Interventionen z.B. aufgrund der beinhalteten individuellen therapeutischen Kommunikation nicht in das DiGA-Verzeichnis aufgenommen werden können), um ihre Integration in die Routineversorgung zu ermöglichen.

b) Bei der Entwicklung digitaler Interventionen sollten die Perspektiven von Behandelnden, Betroffenen und im Falle von Kindern und Jugendlichen auch die ihrer Eltern stärker als bisher einbezogen werden (Co-Creation). Im Rahmen von SIDA-ESS wurden entsprechende Bedarfe ermittelt, die die Grundlage für die Konzeption und Entwicklung neuer Interventionen für unterschiedliche Formen der Essstörungen und verschiedene Altersgruppen bilden können.

c) Für eine erfolgreiche Implementierung evidenzbasierter digitaler Interventionen werden gezielte Maßnahmen zur Weiterbildung benötigt. Behandlerinnen und Behandler erleben sich selbst als (zu) wenig informiert über Digital Mental Health und den potenziellen Nutzen von digitalen Interventionen speziell für die Essstörungenbehandlung. Das SIDA-ESS Toolkit kann hier eine wertvolle Informationsquelle darstellen, die im Rahmen von Aus- und Weiterbildungsmaßnahmen genutzt werden und über Fachgesellschaften und Berufsverbände bekannt gemacht werden kann.

Abschließend bleibt zu erwähnen, dass es –wie auch die Recherchen im Zuge der Toolkitentwicklung bestätigten- bislang in Deutschland kaum verfügbare evidenzbasierte digitale Interventionen für Essstörungen gibt. Eine Ausnahme stellen zwei kürzlich ins DiGA-Verzeichnis aufgenommene Anwendungen für Erwachsene mit Bulimie bzw. Binge Eating Störung dar, die jedoch als reine Selbstmanagementprogramme nicht die o.g. Optionen einer flexiblen Integration in die konventionelle Therapie ermöglichen. Hier gilt es durch die beschriebenen Neuentwicklungen dringend Abhilfe zu schaffen. Die Thematik ist umso drängender, als eine zunehmende Anzahl digitaler Angebote ohne angemessene wissenschaftliche Überprüfung, teilweise von kommerziellen Anbietern, über das Internet und App-Stores verbreitet und von Betroffenen mit Essstörungen auf der Suche nach Unterstützung genutzt werden, wodurch nicht-evaluierte (und potenziell schädliche) Angebote derzeit in Deutschland eine deutlich größere Reichweite aufweisen als evidenzbasierte digitale Angebote.

9.2. Verfügbarkeit aufgebauter Strukturen

Durch das Projekt wurde eine enge Kooperation zwischen den beteiligten Arbeitsgruppen etabliert, die über die Projektlaufzeit hinaus fortbesteht und für die Vorbereitung weiterer wissenschaftlichen Studien im Bereich der digitalen Interventionen für Essstörungen genutzt wird. Auch eine weitere Kooperation mit den Verantwortlichen des in Modul 2 geförderten Projekts DigiBEsst zur digitalen Beratung bei Essstörungen (Leitung: Prof. Eva Wunderer, Hochschule Landshut) sowie mit dem Expertengremium Essstörungen wird angestrebt. Das SIDA-ESS Toolkit als Informationsressource wird wie geplant über die Laufzeit des Projektes hinaus verfügbar sein und fortlaufend aktualisiert werden.

10. Publikationsverzeichnis

10.1. Publikationen in Fachzeitschriften

Mayer, G., Lemmer, D., Michelsen, I., Schrader, P., Friederich, H.-C., & Bauer, S. (2024). Views of German mental health professionals on the use of digital mental health interventions for eating disorders: A qualitative interview study. *Journal of Eating Disorders*, 12(1):32. doi: 10.1186/s40337-024-00978-1.

Lemmer, D., Mayer, G., Schrader, P., Michelsen, I., Friederich, H.-C., & Bauer, S. (under review). Experts' views on the implementation of digital interventions for eating disorders: A Delphi study, 20 February 2024, PREPRINT (Version 1) available at Research Square [<https://doi.org/10.21203/rs.3.rs-3943445/v1>]

10.2. Konferenzbeiträge

Lemmer, D., Mayer, G., Michelsen, I., Schrader, P., Friederich, H.-C., Bauer, S. (2023). Experts' Views on the Implementation of Digital Interventions for Eating Disorders: A Delphi Study. *European Council on Eating Disorders, 21.-23.09.2023, Leiden*.

Mayer, G., Lemmer, D., Michelsen, I., Schrader, P., Friederich, H.-C., Bauer, S. (2023). Informational needs of patients with eating disorders and mental health practitioners on digital mental health interventions (DMHIs): Results from focus groups. *European Council on Eating Disorders, 21.-23.09.2023, Leiden*.

Mayer, G., Lemmer, D., Michelsen, I., Schrader, P., Bauer, S., Friederich, H.-C. (2023). Perspektiven von Expert:innen in der Essstörungsbehandlung zur Integration digitaler Angebote – eine qualitative Studie. *Deutscher Kongress für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, 03.-05.05.2023, Berlin*.

10.3. Abschlussarbeiten

Schrader, P. (2023) Einflüsse auf die Akzeptanz von Behandelnden gegenüber digitalen Anwendungen in der Essstörungsbehandlung - Eine Untersuchung anhand des UTAUT-Modells. *Psychologisches Institut, Universität Heidelberg*. (Erstbetreuung: Prof. Dr. Stephanie Bauer, delegiert an M.Sc. Diana Lemmer)

Referenzen

- Apolinário-Hagen, J., Harrer, M., Kählke, F., Fritsche, L., Salewski, C., & Ebert, D. D. (2018). Public attitudes toward guided internet-based therapies: web-based survey study. *JMIR mental health*, 5(2), e10735.
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative research in psychology*, 3(2), 77-101.
- Brooke, J. (1996). SUS-A quick and dirty usability scale. *Usability evaluation in industry*, 189(194), 4-7.
- Ekizoglu, N., & Ozcinar, Z. (2011). A study of developing an anxiety scale towards the internet. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 15, 3902-3911.
- Galmiche, M., Déchelotte, P., Lambert, G., & Tavolacci, M. P. (2019). Prevalence of eating disorders over the 2000–2018 period: a systematic literature review. *The American journal of clinical nutrition*, 109(5), 1402-1413. <https://doi.org/10.1093/ajcn/nqy342>
- Halbeisen G, Laskowski N, Brandt G, Waschescio U, Paslakis G. Eating Disorders in Men. *Dtsch Arztebl Int*. 2024 Feb 9;121(3):86-91. <https://doi.org/10.3238/arztebl.m2023.0246>
- Kuckartz, U. (2016). *Qualitative Inhaltsanalyse: Methoden, Praxis, Computerunterstützung* (3., überarbeitete Auflage ed.). Weinheim; Basel: Beltz Juventa.
- Lewis, J. R. (2018). The system usability scale: past, present, and future. *International Journal of Human-Computer Interaction*, 34(7), 577-590.
- Maguire, S., Li, A., Cunich, M., & Maloney, D. (2019). Evaluating the effectiveness of an evidence-based online training program for health professionals in eating disorders. *J Eat Disord*, 7, 14. doi:10.1186/s40337-019-0243-5
- Mayring, P. (2015). *Qualitative Inhaltsanalyse: Grundlagen und Techniken* (12., überarb. Aufl. ed.). Weinheim; Basel: Beltz.
- Mayring, P., Fenzl, T., (2014). *Qualitative Inhaltsanalyse*, in: Baur, N., Blasius, J. (2014). *Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung* .543-558. <https://doi.org/10.1007/978-3-531-18939-0>
- Moshagen, M. & Thielsch, M. T. (2013). A short version of the visual aesthetics of websites inventory. *Behaviour & Information Technology*, 32(12), 1305-1311.
- Murphy, C., Thorpe, L., Trefusis, H., & Kousoulis, A. (2020). Unlocking the potential for digital mental health technologies in the UK: a Delphi exercise. *BJPsych open*, 6(1), e12.
- OECD Pisa Studie, Skala: Perceived ICT Competence (COMPIC ICT014); URL: https://www.oecd.org/pisa/data/2018database/CY7_201710_QST_MS_ICQ_NoNotes_final.pdf
- Philippi, P., Baumeister, H., Apolinário-Hagen, J., Ebert, D. D., Hennemann, S., Kott, L., . . . Terhorst, Y. (2021). Acceptance towards digital health interventions - Model validation and further development of the Unified Theory of Acceptance and Use of Technology. *Internet Interv*, 26, 100459. doi:10.1016/j.invent.2021.100459
- Rummel, B. (2016). System Usability Scale – Jetzt auch auf Deutsch. Zuletzt abgerufen am 07.02.2023 unter <https://blogs.sap.com/2016/02/01/system-usability-scale-jetzt-auch-auf-deutsch/>
- Sauro, J., & Lewis, J. R. (2016). *Quantifying the user experience: Practical statistics for user research*. Morgan Kaufmann.

- Schuster, R., Topooco, N., Keller, A., Radvogin, E., & Laireiter, A. R. (2020). Advantages and disadvantages of online and blended therapy: Replication and extension of findings on psychotherapists' appraisals. *Internet Interventions*, 21, 100326.
- Stallard, P., Richardson, T., & Velleman, S. (2010). Clinicians' attitudes towards the use of computerized cognitive behaviour therapy (cCBT) with children and adolescents. *Behav Cogn Psychother*, 38(5), 545-560. doi:10.1017/s1352465810000421
- Thielsch, M. T. & Hirschfeld, G. (2019). Facets of website content. *Human-Computer Interaction*, 34(4), 279-327.
- Thielsch, M. T. & Moshagen, M. (2014). Manual zum VisAWI (Visual Aesthetics of Websites Inventory) und der Kurzversion VisAWI-S (Visual Aesthetics of Websites Inventory - Short). Zuletzt abgerufen am 10.05.2024 unter http://www.thielsch.org/download/VisAWI/VisAWI_Manual.pdf
- Viechtbauer, W., Smits, L., Kotz, D., Budé, L., Spigt, M., Serroyen, J., & Crutzen, R. (2015). A simple formula for the calculation of sample size in pilot studies. *Journal of clinical epidemiology*, 68(11), 1375-1379.
- Wagener, N., Duong, T. D., Schöning, J., Rogers, Y., & Niess, J. (2021). The Role of Mobile and Virtual Reality Applications to Support Well-being: An Expert View and Systematic App Review. In *IFIP Conference on Human-Computer Interaction* (pp. 262-283). Springer, Cham.
- Wilhelm, M., Feldhege, J., Bauer, S., & Moessner, M. (2020). Einsatz internetbasierter Verlaufsmessung in der Psychotherapieforschung. *Psychotherapeut*, 65(6), 505-511.