

GermanIMPACT:
Koordinierte Behandlung der Altersdepression in der Primärversorgung.
Implementierung des IMPACT-Programms in Deutschland

Inauguraldissertation
zur
Erlangung der Würde
einer Doktorin der Philosophie
vorgelegt der
Fakultät für Psychologie
der Universität Basel

von

Frederike Bjerregaard

aus Freiburg, Deutschland

Originaldokument gespeichert auf dem Dokumentenserver der Universität Basel
edoc.unibas.ch



Genehmigt von der Fakultät für Psychologie

auf Antrag von

Prof. Dr. rer. nat. Rolf-Dieter Stieglitz

Prof. Dr. med. Roland Vauth

Basel, den _____

Prof. Dr. Alexander Grob



Danksagung

Ich bedanke mich herzlich bei Herrn Prof. Dr. rer. nat Rolf-Dieter Stieglitz für die Betreuung und Unterstützung auf dem Weg zur Promotion, sowie die Begutachtung meiner Doktorarbeit. Bei Herrn Dr. med Roland Vauth bedanke ich mich für die Übernahme des Zweitgutachtens.

Ein großer Dank gilt außerdem Prof. Dr. Michael Hüll, der das GermanIMPACT Projekt ins Leben gerufen hat, sowie allen Kolleginnen und Kollegen der Arbeitsgruppe Psychotherapie- und Versorgungsforschung der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Universitätsklinikums Freiburg und allen Kooperationspartnern, die die Durchführung des Projektes möglich machten. Ganz besonderer Dank gilt hierbei dem Arbeitsgruppenleiter Dr. Lars Hölzel, der mich bei meiner wissenschaftlichen Tätigkeit stets unterstützt und gefördert hat und ohne dessen wertschätzende Begleitung die Umsetzung meines Promotionsprojektes nicht möglich gewesen wäre. Auch danke ich Prof. Dr. Fabian Frank für seine hilfreichen Kommentare und Anregungen.

Und schließlich danke ich meiner Familie. Meinem Partner Marcus und meiner Tochter Noemi danke ich für ihre Geduld und ihr Verständnis für unzählige Stunden, in denen ich nicht bei ihnen sein konnte und sie mich dennoch unermüdlich emotional unterstützt und motiviert haben.

Aus Gründen der Lesbarkeit und in Ermangelung einer befriedigenden Sprachregelung wird, wenn beiderlei Geschlecht gemeint ist, die männliche Sprachform benutzt. Es sind damit jedoch immer auch die entsprechenden weiblichen Personen gemeint.

Selbständigkeitserklärung

In Zusammenarbeit mit den jeweiligen Koautoren wurden die zur Promotion eingereichten Zeitschriftenartikel verfasst. Dabei handelt es sich um ein Studienprotokoll, eine Übersichtsarbeit und zwei Originalarbeiten. Die genannten Arbeiten wurden weder von den Autoren, noch von anderen Personen an anderer Stelle, als der genannten Zeitschrift veröffentlicht. Alle Zitationen wurden gekennzeichnet und nur die angegebenen Hilfsmittel verwendet.

Nachfolgend befinden sich die im Rahmen der vorliegenden kumulativen Dissertation bei Zeitschriften zur Veröffentlichung eingereichten oder bereits publizierten Publikationen. Kopien der Artikel befinden sich im Anhang.

Artikel 1:

Frederike Bjerregaard, Michael Hüll, Rolf-Dieter Stieglitz, Lars Hölzel. *Zeit für Veränderung - Was wir für die hausärztliche Versorgung älterer depressiver Menschen von den USA lernen können*

Publikationsstatus: Publiziert 2018 (eFirst 2016) im „Das Gesundheitswesen“

Artikel 2:

Iris Wernher, Frederike Bjerregaard, Iris Tinsel, Christiane Bleich, Sigrid Boczor, Thomas Kloppe, Martin Scherer, Martin Härter, Wilhelm Niebling, Hans-Helmut König and Michael Hüll. *Collaborative treatment of late-life depression in primary care (GermanIMPACT): study protocol of a cluster-randomized controlled trial*

Publikationsstatus: Publiziert 2014 in „BMC Trials“

Artikel 3:

Lars Hölzel, Frederike Bjerregaard, Iris Tinsel, Christiane Bleich, Sigrid Boczor, Thomas Kloppe, Martin Scherer, Martin Härter, Wilhelm Niebling, Hans-Helmut König und Michael Hüll. *GermanIMPACT Koordinierte Behandlung der Altersdepression in der Primärversorgung – eine cluster-randomisiert kontrollierte Studie*

Publikationsstatus: Publiziert 2018 im „Deutschen Ärzteblatt- international“

Artikel 4:

Frederike Bjerregaard, Fabian Frank, Julia Zech, Michael Hüll, Rolf-Dieter Stieglitz, Lars Hölzel. *Implementierbarkeit des GermanIMPACT Collaborative Care Programmes zur Unterstützung der hausärztlichen Versorgung älterer depressiver Menschen - Eine qualitative Interviewstudie*

Publikationsstatus: Publiziert 2018 in der „Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen (ZEFQ)“

Freiburg, April 2019

Frederike Bjerregaard

Inhaltsverzeichnis

Zusammenfassung	4
1. Hintergrund	5
1.1 Die Altersdepression	5
1.2 Versorgungssituation in Deutschland	9
1.3 Behandlungspräferenz älterer depressiver Menschen	11
1.4 Neue Modelle der Versorgung	12
2. Ziele und Fragestellung	15
3. Methoden	17
3.1 Zeit für Veränderung - Was wir für die hausärztliche Versorgung älterer depressiver Menschen von den USA lernen können (Artikel 1)	17
3.2 Collaborative treatment of late-life depression in primary care (GermanIMPACT): study protocol of a cluster-randomized controlled trial (Artikel 2)	18
3.3 Koordinierte Behandlung der Altersdepression in der Primärversorgung GermanIMPACT – eine cluster-randomisiert kontrollierte Studie (Artikel 3)	19
3.4 Implementierbarkeit des GermanIMPACT Collaborative Care Programmes zur Unterstützung der hausärztlichen Versorgung älterer depressiver Menschen - Eine qualitative Interviewstudie (Artikel 4)	19
4. Zusammenfassende Darstellung der Ergebnisse	20
4.1 Zeit für Veränderung - Was wir für die hausärztliche Versorgung älterer depressiver Menschen von den USA lernen können (Artikel 1)	20
4.2 Collaborative treatment of late-life depression in primary care (GermanIMPACT): study protocol of a cluster-randomized controlled trial (Artikel 2)	21
4.3 GermanIMPACT Koordinierte Behandlung der Altersdepression in der Primärversorgung – eine cluster-randomisiert kontrollierte Studie (Artikel 3)	27
4.4 Implementierbarkeit des GermanIMPACT Collaborative Care Programmes zur Unterstützung der hausärztlichen Versorgung älterer depressiver Menschen - Eine qualitative Interviewstudie (Artikel 4)	30
5. Diskussion	31
5.1 Zusammenfassung	31
5.2 Zeit für Veränderung - Was wir für die hausärztliche Versorgung älterer depressiver Menschen von den USA lernen können (Artikel 1)	32

5.3 Collaborative treatment of late-life depression in primary care (GermanIMPACT): study protocol of a cluster-randomized controlled trial (Artikel 2).....	33
5.4 GermanIMPACT Koordinierte Behandlung der Altersdepression in der Primärversorgung – eine cluster-randomisiert kontrollierte Studie (Artikel 3)	33
5.5 Implementierbarkeit des GermanIMPACT Collaborative Care Programmes zur Unterstützung der hausärztlichen Versorgung älterer depressiver Menschen - Eine qualitative Interviewstudie (Artikel 4).....	34
5.6 Kritische Würdigung der Gesamtarbeit.....	35
5.7 Einordnung der Ergebnisse der Gesamtarbeit	36
5.8 Schlussfolgerung	43
Literatur	44
Anhang.....	56
Anhang 1: Publikationen im Volltext.....	56
Anhang 2: Lebenslauf	56

Zusammenfassung

Depressionen sind eine der häufigsten psychischen Erkrankungen im späteren Lebensalter und für Betroffene ebenso wie für die Gesellschaft folgenschwer. Neben dem voll ausgeprägten Erscheinungsbild einer depressiven Störung nach den gängigen Klassifikationssystemen spielen unterschwellige/subklinische Depressionen eine große Rolle, die ebenso negative Konsequenzen für die Betroffenen zur Folge haben. Die Versorgung älterer depressiver Menschen ist nicht zufriedenstellend. Eine Behandlung erfolgt meist nur in der Primärversorgung, eine Behandlung nach den Empfehlungen der S3-Leitlinie/Nationale Versorgungsleitlinie unipolare Depression erhält nur ein verschwindend geringer Anteil. Neue Programme, wie das in den USA entwickelte interdisziplinäre Versorgungsmodell (**Improving Mood Promoting Access to Collaborative Treatment - IMPACT**), sind eine mögliche Antwort auf die Versorgungsdefizite bei der Behandlung älterer depressiver Menschen. Diese niederschwellige Intervention mit kurzen verhaltenstherapeutischen Einheiten sieht eine enge Zusammenarbeit zwischen dem Hausarzt, einem Care Manager und einem Supervisor vor. In Deutschland konnte im Rahmen der cluster-randomisierten kontrollierten GermanIMPACT Studie, im Einklang mit internationalen Studien, eine Überlegenheit des interdisziplinären Versorgungsmodells gegenüber der üblichen Behandlung durch den Hausarzt aufgezeigt werden. Ein Jahr nach Beginn der Behandlung lag die Remissionsrate in der Interventionsgruppe etwa doppelt so hoch wie in der Kontrollgruppe. Dieser signifikante positive Effekt des interdisziplinären Versorgungsmodells gegenüber der hausärztlichen Standardbehandlung zeigte sich neben der primären Zielvariable (Remission) auch bezogen auf die Lebensqualität. Neben der Wirksamkeit wurden in der GermanIMPACT Studie in qualitativen Interviews die Care Manager (in GermanIMPACT Therapiebegleiterinnen genannt) und deren Supervisorinnen nach ihren Erfahrungen und Einschätzungen bezüglich des Programmes befragt, um so Rückschlüsse auf die Implementierbarkeit des neuen Versorgungsmodells in die Routineversorgung ziehen zu können. Von den Befragten wurde das GermanIMPACT Programm als durchführbar und wirksam in der Behandlung von älteren Menschen mit Depression in der Primärversorgung eingeschätzt. Veränderungspotentiale wurden in Bezug auf die Schulung der Therapiebegleiterinnen, auf die Auswahl der richtigen Patienten für das Programm und auf die Kommunikation mit den Hausärzten gesehen. Aufgrund der positiven Ergebnisse bezüglich der Wirksamkeit und Implementierbarkeit, schließen sich Fragen

an, die kritisch überprüft werden sollten. Wie kann erstens der Übergang in die Routineversorgung tatsächlich gestaltet werden? Kriterien, die hierbei beachtet werden müssen, sind zum Beispiel die Finanzierung und auch die Ansiedelung der Therapiebegleiterinnen im deutschen Gesundheitssystem. Zweitens stellt sich die Frage, ob die Intervention auch auf andere Störungen übertragen werden kann und drittens ist eine kritische Auseinandersetzung mit der Einführung eines neuen Modells und neuen Rollen im Gesundheitssystem, wie den Therapiebegleiterinnen notwendig und Vor- und Nachteile sollten abgewogen werden.

1. Hintergrund

1.1 Die Altersdepression

In der „Global Burden of Disease Study“ stieg die Depression im Jahr 2015 auf Rang drei der Erkrankungen, die weltweit die größte Ursache für beeinträchtigte Lebensjahre darstellen (Vos et al., 2016). Auch die Depression im höheren Lebensalter ist bevölkerungsmedizinisch relevant und wird gegenwärtig in ihrer Bedeutung hinsichtlich ihrer Behandlungsbedürftigkeit und ihrer gesundheitsökonomischen Folgen noch unterschätzt (Riedel-Heller & Luppá, 2014). Eine Metaanalyse von 2012 ergab eine Prävalenz von 7,2 % (95% CI 4,4-10,6%) für eine Major Depression (nach DSM-V Kriterien) für ältere Menschen über 75 Jahren in Deutschland (Luppá et al., 2012). Geht man von dieser Zahl als Referenz aus, liegt die Prävalenz einer Depression noch im 75. Lebensjahr mehr als doppelt so hoch wie die Prävalenz für eine Demenz („Alzheimer Europe“, 2013). Neuere Daten aus der „Studie zur Gesundheit in Deutschland (DEGS)“ des Robert-Koch-Instituts ergaben eine Prävalenz von 8,1 (95% CI 7,3–9,1%) für den gesamten Altersbereich von 18 bis 79 Jahren. Auch hier wurde die Depression gemäß der diagnostischen Kriterien eine Major Depression nach DSM-IV erhoben. Betrachtet man nur die ältere Bevölkerung ab 60 Jahren, zeigte sich für die 60 bis 69-jährigen eine Prävalenz von 7,2 (95% CI 5,6–9,2%) und für die Altersgruppe der 70 bis 79-jährigen eine Prävalenz von 6,1 (95% CI 4,3–8,6%) (Busch, Maske, Ryl, Schlack, & Hapke, 2013). Die Häufigkeit der Depression scheint im höheren Alter folglich nicht zuzunehmen, sondern ein gegenteiliger Trend ist zu beobachten. Diese Ergebnisse sind auch im Einklang mit Ergebnissen einer älteren Studie, die ebenfalls eine Abnahme der Depression über das Lebensalter hinweg feststellte (Volkert, Schulz, Härter, Włodarczyk, & Andreas,

2013). Betrachtet man nur die Anzahl von Neuerkrankungen im höheren Lebensalter, findet sich in der Literatur kein einheitliches Bild. Eine systematische Übersichtsarbeit fand große Unterschiede der Ergebnisse zwischen den einzelnen Studien (Neuerkrankungsraten von 0,2–14,1 pro 100 Personenjahre) (Büchtemann, Lupp, Bramesfeld, & Riedel-Heller, 2012). Während einige Studien einen Anstieg der Inzidenzrate im höheren Lebensalter fanden, konnten andere Studien keinen Zusammenhang zwischen Alter und Inzidenzrate feststellen. Während die Autoren hier zu der Schlussfolgerung gelangen, dass das Auftreten einer Major Depression im höheren Lebensalter nicht häufiger ist als bei jüngeren Menschen, wurde in einer späteren großen deutschen Kohortenstudie ein signifikanter Anstieg der Inzidenzrate im höheren Lebensalter gefunden (Weyerer et al., 2013). Vor allem bei den hochbetagten Studienteilnehmern ab 85 Jahren zeigte sich ein substantieller Anstieg der Neuerkrankungen. So stieg die Inzidenzrate von 35,4 (95% CI: 29,7–41,9) pro 1000 Personenjahre zwischen dem 75. und 79. Lebensalter auf 75,2 (95% CI: 53,2–103,2) pro 1000 Personenjahre bei Menschen über 85 Jahren an. Als mögliche Ursache für eine Zunahme der Erkrankungen sind schwierigere Lebensumstände im höheren Lebensalter wie Isolation, vermehrte somatische Erkrankungen, kognitive Einbußen oder erhöhte Abhängigkeiten von Anderen zu benennen. Auch Gründe für eine Abnahme von Neuerkrankungen lassen sich finden und man kann schlussfolgern, dass Faktoren wie eine erworbene psychische Widerstandsfähigkeit eine Rolle spielen oder depressive Symptome weniger berichtet werden, weil sie von kognitiven oder/und somatischen Beeinträchtigungen maskiert werden (Büchtemann et al., 2012). Eine grundsätzliche Schwierigkeit beim Vergleich der epidemiologischen Studien ist sicherlich der Einsatz unterschiedlicher diagnostischer Instrumente, durch welche die Diagnose Depression erfolgen kann. Einige Instrumente, die in den vorher erwähnten Studien eingesetzt wurden, sind speziell für die Situation älterer depressiver Menschen entwickelt (z.B. die Geriatric Depression Scale, GDS (D'Ath, Katona, Mullan, Evans, & Katona, 1994)), andere Instrumente sind nicht altersspezifisch angepasst (z.B. der Patient-Health-Questionnaire, PHQ-9 (Kroenke, Spitzer, & Williams, 2001)). Das klinische Bild der Depression im Alter kann sich von dem Bild jüngerer depressiver Menschen unterscheiden. So berichten ältere depressive Menschen oft mehr von körperlichen Symptomen wie Schlafstörungen und gastrointestinalen Beschwerden oder es stehen kognitive Symptome (Gedächtnisstörungen), Angst oder somatoforme Befürchtungen im Vordergrund (Hautzinger, 2009). Das Kernsymptom der Depression,

die Niedergeschlagenheit, kann so eher in den Hintergrund geraten und von den anderen Symptomen maskiert werden. Während es in Bezug auf die Inzidenzrate noch Unklarheiten in der aktuellen Literatur gibt, zeichnet sich bezüglich des Schweregrads der Depression ein klareres Bild ab. Die Diagnostik in Prävalenz- und Inzidenzstudien erfolgt meist entweder kategorial nach den gängigen Klassifikationssystemen (DSM-IV oder ICD-10) oder dimensional, über depressionsspezifische Fragebögen oder Fremdbeurteilungsverfahren. Es zeigt sich, dass nach kategorialer Einteilung viele Probanden nicht alle Kriterien für eine Major Depression (DSM-IV) erfüllen, dennoch aber klinisch relevante Symptome zeigen, die Beeinträchtigungen für den Betroffenen mit sich bringen. Diese klinisch relevanten Symptome werden oft unter dem Begriff „unterschwellige Depression“ aufgeführt. Die Prävalenz für eine unterschwellige Depression liegt bei 17,1% (Luppa et al., 2012). Auch fanden sich bei den Studien mit dimensionaler Diagnostik viele Patienten mit einer hohen Ausprägung der depressionsspezifischen Symptome. Im Einklang mit den Prävalenzzahlen in Deutschland (Luppa et al., 2012), zeichnet sich auch in einer systematischen Übersichtsarbeit aus den USA ein ähnliches Bild. Bei älteren Menschen war die Prävalenz für eine unterschwellige Depression 2-3 Mal höher als für eine Major Depression (Meeks, Vahia, Lavretsky, Kulkarni, & Jeste, 2011). Betroffene mit einer unterschweligen Depression stellen die größte Gruppe unter den älteren Menschen mit Depression dar, die Chronifizierungsrate ist sehr hoch (Beekman et al., 2002). Ebenso ist die Wahrscheinlichkeit für ältere Menschen mit unterschwelliger Depression eine voll ausgeprägte Depression zu entwickeln deutlich erhöht (Beekman et al., 2002). Als Risikofaktoren werden sowohl für die unterschwellige, als auch für die voll ausgeprägte Depression neben weiblichem Geschlecht, fehlende soziale Kontakte, multiple somatische Erkrankungen und funktionelle Beeinträchtigungen (insbesondere Mobilitäts- und Sehbeeinträchtigungen) benannt (Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie & Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ), 2015; Meeks et al., 2011; Weyerer et al., 2013). Sowohl Menschen mit chronifizierter Depression, also auch neu erkrankte ältere depressive Patienten, sowie ältere Menschen mit einer unterschweligen Depression benötigen eine adäquate Depressionsbehandlung. Diese Notwendigkeit ergibt sich vor allem aus den Konsequenzen, die aufgrund einer Depression auftreten können. So ist die Depression mit erheblichen Beeinträchtigungen und weiteren Erkrankungen assoziiert. Ältere Menschen mit einer Depression leben eher sozial isoliert (Schwarzbach et al., 2013)

und weisen eine geringere Lebensqualität auf (Unützer et al., 2000) als ältere Menschen ohne Depression. Auch das Sterberisiko entweder durch Suizid (Blazer, 2003) oder nicht-suizidaler Mortalität (Schulz, Drayer, & Rollman, 2002) ist erhöht. Die Suizidrate älterer Männer liegt ca. 20mal höher als die von jungen Frauen (Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie & Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ), 2015), aber auch bei Frauen steigt die Suizidrate mit zunehmenden Alter an. Viele ältere depressive Patienten leiden auch gleichzeitig unter komorbiden körperlichen Erkrankungen. Häufig sind dies zum Beispiel kardiovaskuläre Erkrankungen (Blazer, 2003). Diese können den Verlauf der Depression negativ beeinflussen (Hölzel, Härter, Reese, & Kriston, 2011) und gleichzeitig hat die Depression einen negativen Einfluss auf die körperliche Erkrankung. Auch speziell für die unterschwellige Depression zeigen Studien ähnliche negative Konsequenzen wie bei einer voll ausgeprägten Depression. So ist die unterschwellige Depression mit einem erhöhten Sterberisiko durch Suizid oder einer erhöhten nicht-suizidalen Mortalität, sowie einem höheren Risiko für kognitive und funktionelle Beeinträchtigungen assoziiert (Meeks et al., 2011).

Im Zuge des demografischen Wandels wird die Kohorte der Älteren weiter wachsen. Im Jahr 2050 wird vorausgesagt, dass mehr als 30% der Bevölkerung in Westeuropa über 60 Jahre alt sein werden (Lutz, Sanderson, & Scherbov, 2001) und die Depression im Alter wird somit zunehmend an Relevanz gewinnen. Die WHO zählt die Depression zu einer der wichtigsten Volkskrankheiten und prognostiziert noch eine deutliche Zunahme der Bedeutung der Depression in Bezug auf die Beeinträchtigung und auch die Verkürzung des Lebens (Mathers, Fat, Boerma, & World Health Organization, 2008). Die Depression ist aber nicht nur hinsichtlich des individuellen Leidens von Betroffenen relevant, sondern stellt auch aufgrund der Belastung für das deutsche Gesundheitssystem eine gesellschaftliche Aufgabe dar. Die jährlichen Gesundheitskosten von älteren depressiven Menschen in Deutschland sind mit 5241 Euro um ein Drittel höher als die der nicht-depressiven (€3648) (Luppa et al., 2008). Aufgrund der hohen Relevanz der Depression für den einzelnen Betroffenen, als auch die gesundheitsökonomische Relevanz, ist die Frage der Versorgungsrealität älterer depressiver Menschen von größter Bedeutung.

1.2 Versorgungssituation in Deutschland

Ältere depressive Menschen sind Vielnutzer des Gesundheitssystems. Als erste und wichtigste Anlaufstelle erweist sich hierbei die Hausarztpraxis. Vor allem ältere Patienten über 50 Jahre mit einer Depression konsultieren sehr häufig ihren Hausarzt. Sie suchen mehr als zweimal so häufig ihren Hausarzt auf, wie Menschen ohne psychische Erkrankung (Glaesmer, Gunzelmann, Martin, Brähler, & Rief, 2008). So konsultieren Menschen mit einer Depression durchschnittlich 10,3mal im Jahr ihren Hausarzt, während ältere Menschen ohne psychische Störung nur 4,0mal innerhalb desselben Zeitraums ihren Hausarzt aufsuchen. Fachärzte oder Psychotherapeuten werden bei älteren Patienten mit Depression nur sehr selten aufgesucht. Der Psychiater wird bei einer Depression durchschnittlich nur 0,7mal innerhalb eines Zeitraums von 12 Monaten aufgesucht. Psychotherapeuten werden durchschnittlich 1,3mal innerhalb eines Jahres konsultiert. Eine adäquate Depressionsbehandlung, die sich an den Empfehlungen der S3-Leitlinie/Nationale Versorgungsleitlinie unipolare Depression (Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie & Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ), 2015) orientiert, erhält nur ein verschwindend geringer Anteil der Betroffenen. Über das ganze Lebensalter hinweg sind es gerade mal 23% der von einer schweren Depression Betroffenen, die eine leitliniengerechte Behandlung erfahren. Ab dem Alter von 65 Jahren sinkt die Anzahl auf nur noch 5% (Melchior, Schulz, & Härter, 2014). Als mögliche Gründe für diesen Missstand sind unterschiedliche Aspekte wichtig. Neben fehlenden altersspezifischen Krankheits-/Behandlungskonzepten der Versorger, negativen Altersbildern, auch der Patienten selbst und der Angst vor Stigmatisierung (Angermeyer, Matschinger, Carta, & Schomerus, 2013), spielen Faktoren wie Informationsmangel der Patienten und Koordinationsdefizite der Versorgungsbereiche eine große Rolle (Rabe-Menssen, 2011). Ältere Menschen haben traditionell eine hohe Hausarztanbindung. 97,6% der Frauen und 95,4% der Männer über 65 Jahre suchen mindestens einmal im Jahr ihren Hausarzt auf. Bei 54,8% der Frauen und 51,5 % der Männer liegt der letzte Arztbesuch maximal vier Wochen zurück (Rattay et al., 2013). Hausärzten fällt somit eine entscheidende Rolle bei der Diagnose und Behandlung der Altersdepression zu. Aufgrund limitierter Ressourcen in der Hausarztpraxis gibt es hier jedoch einige Barrieren, die eine Herausforderung für die adäquate Depressionsbehandlung in der Hausarztpraxis darstellen. Vor Beginn der Behandlung steht die Diagnose der Depression und über die Erkennungsrate der Depression beim Hausarzt wurde in den

letzten Jahren viel diskutiert. Erkennungsraten schwanken zwischen 45 und 75% (Jacobi, Höfler, Meister, & Wittchen, 2002; Sielk et al., 2009). Schätzungen zufolge leiden 30-40% der älteren Patienten in der Hausarztpraxis an nicht erkannten Depressionen (Hautzinger, 2009). Als mögliche Gründe lassen sich hier verschiedene Punkte finden: Der Anteil der Patienten, die explizit aufgrund einer psychischen Störung Hilfe suchen, ist verschwindend gering (Mack et al., 2014). Oft werden primär körperliche Beschwerden von den Patienten geäußert und psychische Erkrankungen somit von somatischen Symptomen maskiert. Neben einem generationsbedingten primären Fokus älterer Menschen auf körperliche Symptomen und der Vernachlässigung psychischer Aspekte, können hier auch Stigmatisierungsängste zum Tragen kommen und für die Depressionsdiagnose relevante Informationen bewusst nicht geäußert werden. Nur 5% der Patienten nennen psychische Beschwerden als Anlass für ihren Besuch beim Hausarzt (Becker & Abholz, 2005). In Anbetracht dessen, dass 37% der älteren Patienten in der Hausarztpraxis allein von einer depressiven Symptomatik betroffen sind (Department of Health and Human Services AoA, 2001), deutet dies darauf hin, mit welcher diagnostischen Herausforderung der Hausarzt hier konfrontiert wird. Ein weiterer Punkt, der die Diagnose erschwert, ist, dass die Altersdepression wie in Abschnitt 1.1 beschrieben, oft ein anderes Erscheinungsbild hat, als die Depression jüngerer Patienten und eher körperliche Beschwerden, kognitive Symptome, Angst oder somatoforme Befürchtungen dem Arzt als Anlass für ihren Besuch genannt werden (Hautzinger, 2009). Wurde eine Depression diagnostiziert, gibt es weitere Barrieren, die für die Behandlung der älteren depressiven Patienten eine Herausforderung darstellen. Die durchschnittliche Konsultationsdauer beim Hausarzt in Deutschland beträgt nur 7 Minuten und 36 Sekunden (Deveugele, Derese, van den Brink-Muinen, Bensing, & De Maeseneer, 2002). Zwar steigert das Patientenalter und auch das Vorhandensein von psychosozialen Problemen die Dauer des Arztgespräches im Schnitt um einige Sekunden, dennoch scheint dieser Zeitrahmen verschwindend gering, zumal auch oft aufgrund der hohen Multimorbidität andere körperliche Erkrankungen priorisiert behandelt werden müssen. Aufgrund dieser limitierten zeitlichen Ressourcen ist die Depressionsbehandlung in der Hausarztpraxis meist auf eine Pharmakotherapie beschränkt (Akincigil et al., 2011) und ein kontinuierlicher Anstieg der Antidepressiva-Verordnung im Alter zu beobachten (von ca. 25% bis ca. 70%) (Melchior et al., 2014). Für mittelgradige bis schwere Depressionen entspricht diese Behandlung den

Empfehlungen der nationalen Versorgungsleitlinie, wobei bei der schweren Depression neben der psychopharmakologischen Behandlung auch zusätzlich eine Kombinationstherapie mit Psychotherapie empfohlen wird (Härter, 2010). Die Behandlung mit Psychopharmaka im hausärztlichen Setting zeigt eine moderate Wirksamkeit (Linde et al., 2015). Für unterschwellige und leichte Depressionen ist der Wirksamkeitsnachweis für Psychopharmaka weniger robust und andere Behandlungsoptionen sollten zunächst das Mittel der Wahl sein (Fournier et al., 2010). Auch Psychotherapie im höheren Lebensalter hat sich in mehreren systematischen Übersichtsarbeiten und Metaanalysen als wirksam erwiesen (Cuijpers, van Straten, & Smit, 2006; Gould, Coulson, & Howard, 2012; Wilson, Mottram, & Vassilas, 2008). Ebenso können zusätzliche niederschwellige psychosoziale Interventionen, die zum Beispiel auf Methoden der kognitiven Verhaltenstherapie zurückgreifen, den Verlauf der Depression in der hausärztlichen Versorgung positiv beeinflussen (Wiles et al., 2013). Dennoch sind nur 2% der Menschen in ambulanter psychotherapeutischer Behandlung über 65 Jahre alt (Zepf, Mengele, & Hartmann, 2003). Als ein Grund hierfür ist die schwierige Weitervermittlung von Hausärzten an Spezialisten zu nennen. Vorbehalte aufseiten der Patienten, altersbedingte eingeschränkte Mobilität und lange Wartezeiten auf einen Therapieplatz, wurden in Experteninterviews zur Altersdepression und Versorgungspraxis als Gründe hierfür genannt (Gühne et al., 2016). Neben dem Wissen über die Wirksamkeit von Psychopharmakotherapie, Psychotherapie und psychosozialen Interventionen spielt in Anbetracht der geringen Inanspruchnahme des Gesundheitssystems aufgrund von psychischen Erkrankungen, die Behandlungspräferenz eine ebenso entscheidende Rolle. Dies umso mehr, da Menschen, die ihre präferierte Behandlungsform erhalten, auch mehr davon profitieren (Mergl et al., 2011).

1.3 Behandlungspräferenz älterer depressiver Menschen

Gemäß einer systematischen Übersichtsarbeit und Metaanalyse ziehen Betroffene eine psychosoziale Behandlung ihrer Depression der rein psychopharmakologischen Behandlung vor (McHugh, Whitton, Peckham, Welge, & Otto, 2013). Dieser Effekt wird mit zunehmenden Alter zwar geringer, bleibt aber bestehen. Ältere Patienten werden hauptsächlich psychopharmakologisch behandelt, würden aber durchaus auch psychosoziale Beratung oder eine psychotherapeutische Behandlung in Anspruch nehmen (Areal, 2012). Die Einnahme von Psychopharmaka ist bei vielen mit Ängsten vor unerwünschten Nebenwirkungen oder der Sorge abhängig werden zu können

verbunden (van Schaik et al., 2004). Eine Studie in den USA, die sowohl ältere, als auch jüngere Patienten im primären Versorgungssystem nach ihrer Behandlungspräferenz befragte stellte fest, dass die Patienten sich zum einen eine Behandlung ihrer Depression wünschen und zum anderen dabei eine Behandlung, die psychosoziale Beratung integriert, präferieren würden. Obwohl ein Großteil der älteren Patienten sich psychosoziale Beratung wünscht, präferieren die meisten älteren Depressiven auch gleichzeitig eine Behandlung in der primären Versorgung (Dwight-Johnson, Sherbourne, Liao, & Wells, 2000). Da aufgrund limitierter Ressourcen ausführliche psychosoziale Beratungen in der Hausarztpraxis kaum realistisch sind und gemäß einer qualitativen Interviewstudie mit Hausärzten 83% die erste depressive Episode zunächst in den ersten 3 bis 6 Monaten mit Antidepressiva behandeln (Dickmann, Dickmann, & Brooks, 2012), befindet sich der momentane Wunsch der Patienten nach psychosozialer Beratung in der primären Versorgung nicht im Einklang mit der realen Versorgungssituation.

1.4 Neue Modelle der Versorgung

In Anbetracht der oben beschriebenen Bedingungen für ältere depressive Patienten im deutschen Gesundheitssystem ist von einer Unterversorgung dieser Patientengruppe auszugehen und die Notwendigkeit von Veränderungen dieser Versorgungsrealität ist offensichtlich. Dies umso mehr, da auch ältere Patienten sich nicht nur eingeschränkt auf eine Therapieform zeigen, sondern wie in Abschnitt 1.3 beschrieben, Offenheit gegenüber einem breiten Angebot unterschiedlicher Behandlungsformen zeigen. Die Versorgungsrealität offenbart Veränderungspotentiale auf unterschiedlichen Ebenen. Gesamtgesellschaftlich betrachtet ist es sicherlich von großer Bedeutung, Stigmatisierung psychischer Erkrankungen im Alter entgegenzuwirken. Eine höhere Präsenz des Themas und mehr Aufklärung der Betroffenen und Angehörigen könnte hier ein erster Schritt sein. Auch auf Ebene der Behandler könnte durch Schulungs- und Weiterbildungsangebote die Wachsamkeit für Depression im Alter erhöht und die Behandlung gegebenenfalls verbessert werden. Tatsächlich zeigt sich durch Schulung von Hausärzten eine Verbesserung der Erkennungsrate der Depression (Callahan et al., 1994). Eine Verbesserung in Bezug auf den Verlauf der Depression konnte in einer systematischen Übersichtsarbeit allerdings nicht gefunden werden (Sikorski, Luppä, König, van den Bussche, & Riedel-Heller, 2012). Dies ist einerseits auf die sehr dünne Datenlage mit nur wenigen und außerdem sehr heterogenen Studien zurückzuführen. Andererseits

weisen die Autoren auf den Einschluss von möglicherweise nicht adäquaten Studienteilnehmern hin, die zum Beispiel aufgrund des Schweregrades der Depression nicht geeignet waren, um hier Effekte zeigen zu können. Einer der vielversprechenderen Ansätze bezieht sich auf die Ebene von Strukturen und Schnittstellen der Versorgungsbereiche. Modelle, die auf Veränderungen der Zusammenarbeit unterschiedlicher Behandler (interdisziplinäre Versorgung) beruhen, zeigten sich als sehr wirksam in der Behandlung älterer depressiver Menschen. Interdisziplinäre Versorgungsmodelle gewinnen vor allem in der Versorgung von Patienten mit chronischen Erkrankungen zunehmend an Bedeutung. Sie zeichnen sich durch eine multiprofessionelle Zusammenarbeit, ein strukturiertes, oft abgestuftes bedarfsorientiertes Vorgehen (stepped care) aus und optimieren die Vernetzung unterschiedlicher Versorgungssektoren und Berufsgruppen. Diese Vernetzung wird über die Einführung eines Care Managers erreicht, der auch niederschwellige Interventionen mit den Patienten durchführt. Ein Kernelement ist dabei die zusätzliche psychiatrische oder psychotherapeutische Konsultation, die sich im Rahmen von interdisziplinärer Versorgung in der Primärversorgung als unabhängiger Nutzfaktor erwiesen hat (W. Katon, Von Korff, Lin, & Simon, 2001). Ein Vorteil von interdisziplinären Versorgungsmodellen bei der Behandlung älterer depressiver Menschen ist außerdem die hohe Einbindung des Hausarztes in die Behandlung der Depression. So findet die Versorgung, dem Wunsch der älteren Patienten entsprechend, weiterhin in der Primärversorgung und mit dem ihnen vertrauten Hausarzt statt. Auch der eingeschränkten Mobilität der älteren Patienten wird so Rechnung getragen, da meist keine weiteren Anlaufstellen nötig sind, sondern Gespräche meist in der Hausarztpraxis oder telefonisch stattfinden. In aktuellen Übersichtsarbeiten zeichnet sich in der Primärversorgung die Überlegenheit interdisziplinärer Versorgungsmodelle gegenüber der üblichen Behandlung durch den Hausarzt ab (Chang-Quan et al., 2009; Thota et al., 2012). In einer Metaanalyse konnten neben Kurzzeiteffekten auch Langzeiteffekte bis zu 2 Jahren nachgewiesen werden (Gilbody, Bower, Fletcher, Richards, & Sutton, 2006). In den USA werden entsprechende Modelle seit über 10 Jahren in der Praxis eingesetzt. Dabei hat sich vor allem das IMPACT (Improving Mood Promoting Access to Collaborative Treatment) Programm hervorgehoben und es konnten vielversprechende Ergebnisse für den amerikanischen Raum gefunden werden (Unützer et al., 2002). Nach 12 Monaten zeigten dort 45% der Patienten, die in die Interventionsgruppe

eingeschlossen waren, eine Response (Reduktion der depressiven Symptome um 50% oder mehr). In der Kontrollgruppe stellte sich nur bei 19% der Patienten eine Response ein. Außerdem berichteten Patienten des Interventionsarms u.a. über eine höhere Behandlungszufriedenheit, eine höhere Lebensqualität und zeigten in der Ausprägung der Depression einen geringeren Schweregrad (Unützer et al., 2002). Durch seinen praktikablen Ansatz hat sich das IMPACT Programm in den USA inzwischen in der Primärversorgung bewährt und wird auch auf weitere psychische Indikationen wie Angst- und Panikstörungen ausgeweitet (Roy-Byrne et al., 2010). Neben seiner symptombezogenen Wirksamkeit zeigt das IMPACT Programm in den USA auch auf der Ebene der Gesundheitsökonomie vielversprechende Ergebnisse (Simon et al., 2001). Dies ist insofern von großer Bedeutung, da wie in Abschnitt 1.1 erläutert, die direkten Kosten von älteren Menschen mit Depression in Deutschland signifikant höher sind als die Kosten von älteren Menschen ohne Depression. Eine systematische Übersichtsarbeit konnte allerdings, im Gegensatz zur gesundheitsökonomischen Auswertung der IMPACT Studie in den USA, keine eindeutigen Ergebnisse bezüglich der Kosteneffektivität von interdisziplinären Versorgungsmodellen aufzeigen (Grochtdreis et al., 2015). Eine gesundheitsökonomische Auswertung, die Strukturen und Aspekte für Deutschland berücksichtigt, müsste abgewartet werden, um hier Aussagen für Deutschland machen zu können. In den USA werden inzwischen interdisziplinäre Versorgungsmodelle nicht mehr nur innerhalb von Studien eingesetzt, sondern haben den Sprung in die Versorgungsrealität geschafft und werden inzwischen in Kliniken und Gesundheitszentren erfolgreich durchgeführt (Fortney et al., 2012). Nach den vielversprechenden Ergebnissen in den USA wurde das IMPACT Programm auch in europäischen Ländern erprobt und implementiert. Sowohl in Holland als auch in Großbritannien und Italien werden seit einigen Jahren entsprechende Studien durchgeführt (Huijbregts et al., 2013; Menchetti et al., 2013; Richards et al., 2013). Die Überlegenheit des interdisziplinären Ansatzes konnte in allen Ländern repliziert werden. Auch in Deutschland wurden bereits vereinzelt Programme nach dem Prinzip der interdisziplinären Versorgung eingesetzt. Hier wurden medizinische Fachangestellte (MFA) in die Behandlung von depressiven Patienten einbezogen und waren vor allem für ein enges Monitoring der depressiven Symptomatik verantwortlich (Gensichen et al., 2009). Ein Vorteil hierbei ist das Nutzen vorhandener Strukturen durch den Einsatz der bereits in der Arztpraxis ansässigen MFA und den dabei eher

gering gehaltenen Anstieg von Kosten durch die niederschwellige Intervention. Die wenigen Studien mit eingeschränktem Wirkungsspektrum lassen jedoch bis zum jetzigen Zeitpunkt noch keine eindeutigen Aussagen über die Wirksamkeit von interdisziplinärer Versorgung in Deutschland zu, da sich die bisherigen Programme auf abgeschwächtere Interventionen bezogen haben und auf eine psychiatrische oder psychotherapeutische Mitarbeit verzichtet wurde. Somit gibt es in Deutschland einen Mangel an Evidenz für vernetzte Versorgungsformen und die Umsetzbarkeit interdisziplinärer Versorgungsmodelle, wie das IMPACT Programm auf den Versorgungsalltag, ist noch ungenügend beschrieben (Klesse, Bermejo, & Härter, 2007).

2. Ziele und Fragestellung

Angesichts der bisher unzureichenden Evidenzlage von interdisziplinären Versorgungsmodellen für Deutschland und den zugleich vielversprechenden Ergebnissen durch die Einführung von interdisziplinären Versorgungsmodellen in anderen Ländern ist eine Überprüfung der Implementierbarkeit entsprechender Modelle für Deutschland sinnvoll. Aufgrund der oben beschriebenen positiven Erfahrungen mit dem IMPACT Programm aus den USA bezüglich der Effekte und der Implementierbarkeit in die Routine, überprüft die GermanIMPACT Studie die Übertragbarkeit des amerikanischen Modells auf den deutschen Kontext. Die deutschen und amerikanischen Versorgungssysteme weisen viele Unterschiede auf. Neben den großen Unterschieden, die die Krankenversicherungen betreffen, sind hier vor allem die unterschiedlichen Versorgungsstrukturen relevant. Während in den USA neben Einzel- und Gemeinschaftspraxen auch viele Gesundheitszentren bestehen, in denen Hausärzte angesiedelt sind, gibt es in Deutschland vorwiegend einzelne Praxen, in denen ein bis zwei Hausärzte praktizieren, selten aber andere Berufsgruppen aus dem Sozial- oder Gesundheitswesen mit unter einem Dach vertreten sind. Dies erleichtert in den USA die Arbeit des Care Managers, der sich selbst innerhalb der Gesundheitszentren ansiedeln kann und auf vorhandene Strukturen und Kommunikationswege zurückgreifen kann. Die Ergebnisse aus europäischen Ländern, wie zum Beispiel Holland (Huijbregts et al., 2013), mit sehr ähnlichen Versorgungsstrukturen (gesetzliche Krankenversicherung, kleine Hausarztpraxen), lassen allerdings auf ein Gelingen der Implementierbarkeit und auf

positive Ergebnisse auch für Deutschland hoffen. Gleichzeitig deutet die in mehreren Ländern gefundene Wirksamkeit des interdisziplinären Versorgungsmodells innerhalb unterschiedlichster Gesundheitssysteme und Versorgungsstrukturen auf eine kontextunabhängige Effektivität des Modells hin. Aufgrund des beschriebenen Wirksamkeitsnachweises für das IMPACT Programm in unterschiedlichen Ländern und der unterschiedlichen Versorgungsstrukturen der Länder, ist die vorliegende Arbeit eine Zusammenfassung von vier Artikeln, die sich mit der Verbesserung der Behandlung von älteren depressiven Menschen durch die Einführung eines interdisziplinären Versorgungsmodells befasst und hat die im Folgenden beschriebenen Ziele und Fragestellungen:

(1.) Welche relevanten interdisziplinären Versorgungsmodelle gibt es und was wurde bereits in Deutschland erprobt, beziehungsweise welche Forschungsdefizite gibt es noch? Mit dieser ersten Fragestellung befasst sich der Artikel „Zeit für Veränderung - Was wir für die hausärztliche Versorgung älterer depressiver Menschen von den USA lernen können“ (Anhang A) (Bjerregaard, Hüll, Stieglitz, & Hölzel, 2018).

(2.) Der zweite Artikel fasst das Studienprotokoll der cluster-randomisierten und kontrollierten GermanIMPACT Studie zusammen, das eine Adaption der amerikanischen IMPACT Studie für das deutsche Versorgungssystem darstellt: „Collaborative treatment of late-life depression in primary care (GermanIMPACT): study protocol of a cluster-randomized controlled trial“ (Anhang B) (Wernher et al., 2014).

(3.) Die dritte Arbeit ist die Wirksamkeitsstudie des GermanIMPACT Programms und evaluiert mittels eines randomisierten kontrollierten Studiendesigns die Überlegenheit des GermanIMPACT Programms gegenüber der üblichen Behandlung durch den Hausarzt: „GermanIMPACT Koordinierte Behandlung der Altersdepression in der Primärversorgung – eine cluster-randomisiert kontrollierte Studie“ (Anhang C).

(4.) Der letzte Artikel befasst sich mit der Implementierbarkeit des GermanIMPACT Programms und soll mithilfe der beteiligten Care Manager (Therapiebegleiterinnen) und Supervisorinnen beantwortet werden. Sie sind die ersten, die in Deutschland eine entsprechende Rolle als Care Manager oder deren Supervisor einnehmen und können so wichtige Hinweise in Bezug auf die Durchführung und Umsetzbarkeit des GermanIMPACT Programms liefern. In qualitativen Interviews werden sie bezüglich

ihrer Erfahrungen und Einschätzungen mit dem Modell befragt und liefern somit neben dem Wirksamkeitsnachweis der GermanIMPACT Studie eine wichtige Ergänzung (Anhang D) (Bjerregaard, Zech, Frank, Stieglitz, & Hölzel, in press).

Diese Vorgehensweise, die neben einer Übersichtsarbeit und dem Goldstandard des randomisierten Kontrollgruppendesigns auch eine Analyse der Prozesse innerhalb des Programms vorsieht, entspricht den Empfehlungen bei der Evaluation komplexer Interventionen (Moore et al., 2015). Interviews mit den Interventionsdurchführenden und ihre Bewertung bezüglich des Interventionsprozesses sind dabei ein wichtiger Baustein. Sollte sich eine Überlegenheit des interdisziplinären Versorgungsmodells gegenüber der üblichen Behandlung durch den Hausarzt herausstellen, ist der Transfer der Forschungsergebnisse in die Versorgungsrealität meist noch ein langer Weg. Hierbei könnten konkrete Hinweise bezüglich der Implementierbarkeit eine große Unterstützung sein und den Weg in die Routineversorgung aufgrund der Erfahrungen der Care Manager und Supervisoren erleichtern.

3. Methoden

Um die übergeordnete Fragestellung dieser Arbeit nach der Verbesserung der Behandlung älterer depressiver Patienten in der Primärversorgung beantworten zu können, ist die vorliegende Arbeit eine Zusammenfassung von vier Artikel, die nach den im Folgenden beschriebenen Methoden verfasst wurden.

3.1 Zeit für Veränderung - Was wir für die hausärztliche Versorgung älterer depressiver Menschen von den USA lernen können (Artikel 1)

Der Artikel „*Zeit für Veränderung - Was wir für die hausärztliche Versorgung älterer depressiver Menschen von den USA lernen können*“ (Bjerregaard et al., 2018) ist eine allgemeine Übersichtsarbeit und fasst den aktuellen internationalen Forschungsstand zu interdisziplinären Versorgungsmodellen für die Verbesserung der Behandlung der Depression in der Primärversorgung zusammen. Hierzu wurde eine selektive Literaturrecherche in der Datenbank Medline für den Zeitraum zwischen 2000 und 2015 durchgeführt. Die Auswahl der Studien erfolgte gemäß dem PICO Hilfsschema (**P**- Population, **I**- Intervention, **C**- Comparison/Control (dt. Vergleichsintervention), **O**- Outcome (dt. Zielgröße)), das in der evidenzbasierten Medizin ein gängiges Modell ist, um Fragestellungen zu konkretisieren und in der Literatur recherchierbar zu machen (Guyatt et al., 2011). Die Patientenpopulation war definiert als erwachsene Patienten

mit einer Depression in der Primärversorgung. Minderheiten oder Patientengruppen, die eine weitere Zusatzdiagnose erfüllen mussten, wurden bei der Auswahl der Studien nicht berücksichtigt. Bezüglich der Intervention wurden nur Studien ausgewählt, die interdisziplinären Versorgungsmodellen entsprachen und einen Care Manager einschlossen, der in seiner Funktion kurze depressionsspezifische Interventionen mit den Patienten durchführte. Es wurden nur Studien berücksichtigt, die mit einem Kontrollgruppendesign durchgeführt wurden und die primäre Zielgröße musste die Veränderung der depressiven Symptomatik abbilden. Es wurden nur Studien eingeschlossen, die im Zeitraum von 2000 bis zur Erstellung der Übersichtsarbeit im Jahr 2015 veröffentlicht wurden. Die Ergebnisse wurden anschließend zusammengefasst und die Studien, die die oben beschriebenen Kriterien erfüllen, in einer Tabelle aufgeführt (siehe Anhang A). Die Versorgungssituation in Deutschland wurde außerdem mit der Versorgungssituation in den USA verglichen. Da in den USA bisher die meisten Erfahrungen mit interdisziplinären Versorgungsmodellen gemacht wurden, wurden Rückschlüsse gezogen, welche Aspekte von den aus den USA gewonnenen Erkenntnissen für die deutsche Versorgungsrealität bei der Behandlung von Patienten mit Depression in der Primärversorgung übertragbar wären.

3.2 Collaborative treatment of late-life depression in primary care

(GermanIMPACT): study protocol of a cluster-randomized controlled trial (Artikel 2)

Im Sinne der Qualitätskontrolle innerhalb der Wissenschaft und einer möglichst großen Transparenz und Nachvollziehbarkeit, ist die Veröffentlichung des Studienprotokolls in einer Fachzeitschrift, auch neben der gängigen Studienregistrierung (z.B. im Deutschen Register klinischer Studien DRKS00003589) in der Forschung, ein wichtiges Qualitätskriterium und wurde auch für die cluster-randomisierte kontrollierte GermanIMPACT Studie vollzogen. Das Studienprotokoll „*Collaborative treatment of late-life depression in primary care (GermanIMPACT): study protocol of a cluster-randomized controlled trial*“ (Wernher et al., 2014) wurde gemäß den „Standard Protocol Items: Recommendations for Interventional Trials (SPIRIT)“ erstellt, das für das Berichten von interventionellen Studien Empfehlungen gibt und klare Kriterien formuliert (Chan et al., 2013). So wird im Studienprotokoll das Rational hinter der Studie, das Studiendesign, die geplanten Methoden und statistischen Analysen, die

beteiligten Studienzentren und ethische Abwägungen berichtet (Chan et al., 2013). Die 33 Items der SPIRIT 2013 Checkliste, die sich in die Rubriken „Administrative Informationen“, „Einleitung“, „Methoden, die Probanden, die Intervention und die Zielgrößen betreffend“, „Methoden, die Randomisierung betreffend“, „Methoden das Datenmanagement und die Datenanalyse betreffend“ und „ethische Abwägungen“ einteilen lassen, wurden im Studienprotokoll sukzessiv abgehandelt, um so eine vollständige Nachvollziehbarkeit der durchgeführten Studie zu erreichen.

3.3 Koordinierte Behandlung der Altersdepression in der Primärversorgung GermanIMPACT – eine cluster-randomisierte kontrollierte Studie (Artikel 3)

Die Wirksamkeitsstudie des GermanIMPACT Projektes untersucht bei der Behandlung älterer depressiver Menschen in der Primärversorgung die Überlegenheit der zusätzlichen Einführung eines Therapiebegleiters gegenüber der üblichen Behandlung durch den Hausarzt. GermanIMPACT ist eine bizenrische, cluster-randomisierte, kontrollierte klinische Studie, die an den Studienzentren des Universitätsklinikums Freiburg und des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf durchgeführt wurde. Ein detaillierter Bericht der Methoden und des Studiendesigns ist in Abschnitt 4.2 zu finden, in dem das Studienprotokoll der GermanIMPACT Studie zusammengefasst wird.

3.4 Implementierbarkeit des GermanIMPACT Collaborative Care Programmes zur Unterstützung der hausärztlichen Versorgung älterer depressiver Menschen - Eine qualitative Interviewstudie (Artikel 4)

GermanIMPACT ist ein Versorgungsmodell für ältere depressive Menschen in der Primärversorgung, das es in dieser Form in Deutschland bisher noch nicht gab. Daher ist neben der Wirksamkeit für die Implementierbarkeit des Programms ebenso essenziell, ob die Intervention im deutschen Versorgungskontext durchführbar ist. Um dieser Fragestellung nachzugehen, wurden alle bis Interventionsende an der Studie beteiligten Therapiebegleiterinnen und Supervisorinnen bezüglich ihrer Erfahrungen mit der Durchführung der GermanIMPACT Intervention in problemzentrierten qualitativen Interviews befragt und die Ergebnisse in dem Artikel „Implementierbarkeit des GermanIMPACT Collaborative Care Programmes zur Unterstützung der hausärztlichen Versorgung älterer depressiver Menschen - Eine qualitative Interviewstudie“ dargestellt (Anhang D) (Bjerregaard et al., in press). Hierzu wurde ein

Interviewleitfaden entworfen, der die einzelnen Interventionselemente, die Zusammenarbeit innerhalb der Behandlungstriade und auch Aspekte bezüglich des Übergangs der Intervention in die Routineversorgung abdeckt. Die Auswertung der per Audiorekorder aufgenommenen und transkribierten Interviews erfolgte über ein qualitativ-inhaltsanalytisches Analysemodell in Anlehnung an Schreier (2012). Auf Grundlage des Datenmaterials und theoretischer Kriterien wurde ein Kategoriensystem gebildet, das nach Analyse jedes Transkripts modifiziert und angepasst wurde. Jedes Transkript wurde in Analyseeinheiten unterteilt und entsprechend gängiger Vorgehensweisen auf ihren Kerngehalt reduziert (Mayring, 2010). Es erfolgten zwei Gesamtmaterialdurchläufe von zwei Ratern, die im Anschluss miteinander verglichen und ungleiche Zuordnungen innerhalb des Kategoriensystems wurden zwischen den beiden Ratern und einer dritten Person diskutiert und final zugeordnet.

4. Zusammenfassende Darstellung der Ergebnisse

4.1 Zeit für Veränderung - Was wir für die hausärztliche Versorgung älterer depressiver Menschen von den USA lernen können (Artikel 1)

Die Unterversorgung älterer depressiver Menschen ist kein rein deutsches oder europäisches Phänomen. Auch in den USA gibt es seit vielen Jahren Bestrebungen, die Versorgungssituation älterer depressiver Menschen zu verbessern und bedarfs- und bedürfnisorientierte Programme für eine optimierte Depressionsbehandlung einzuführen. Der Artikel „Zeit für Veränderung - Was wir für die hausärztliche Versorgung älterer depressiver Menschen von den USA lernen können“ (Anhang A) (Bjerregaard et al., 2018) gibt einen Überblick über die Versorgungssituation in der Behandlung der Altersdepression in Deutschland und den USA und zeigt neue Modelle auf, wie der Unterversorgung älterer depressiver Menschen entgegengesteuert und die Versorgung an den altersspezifischen Bedürfnissen angepasst werden kann.

Trotz unterschiedlicher Gesundheitssysteme zeichnen sich einige Parallelen in der Versorgung älterer depressiver Menschen ab. So findet die Versorgung in beiden Ländern, wenn überhaupt, beim Hausarzt statt. Überweisungen in die Sekundärversorgung gibt es nur selten. Eine daraus resultierende, hauptsächlich psychopharmakologisch Behandlung der Depression, entspricht in beiden Ländern nicht den Wünschen der Betroffenen, die sich in die hausärztliche Versorgung

integrierte psychosoziale Interventionen durchaus vorstellen können. Nach dem Versuch, eine Verbesserung der Depressionsbehandlung bei älteren Menschen über die Schulung von Hausärzten zu erzielen, stellte man fest, dass dies zwar sinnvoll, aber nicht ausreichend sei und umfangreichere Strategien, um den Ressourcen und Strukturen in der Hausarztpraxis gerecht zu werden, nötig seien. Die Einführung von interdisziplinären Versorgungsmodellen wie sie in Abschnitt 1.4 beschrieben werden, stellt dabei einen vielversprechenden Ansatz dar. Zu den in den USA bereits in der Routineversorgung etablierten interdisziplinären Versorgungsmodellen wurden inzwischen auch in anderen Ländern Wirksamkeitsstudien durchgeführt und überwiegend stellte sich eine Überlegenheit der interdisziplinären Versorgungsmodelle gegenüber der üblichen Behandlung durch den Hausarzt heraus (Tab. 1/Anhang A gibt eine Übersicht einer selektiven Literaturrecherche zu internationalen interdisziplinären Versorgungsstudien). Auch in Deutschland geht man neue Wege der Versorgung und kann hier zwischen drei unterschiedlichen Modellen unterscheiden. Es gibt populationsbezogene Disease-Management Programme, Versorgungssystem bezogene integrierte Versorgungsmodelle und die individuumsbezogenen Care Management Programme. Vor allem letztere werden aufgrund der vielen positiv ausfallenden Wirksamkeitsstudien auch für die Versorgung in Deutschland diskutiert. Für ältere depressive Patienten in der Hausarztpraxis wird das in den USA bereits etablierte Care Management Programm „IMPACT“ für Deutschland adaptiert und im Folgenden beschrieben.

4.2 Collaborative treatment of late-life depression in primary care

(GermanIMPACT): study protocol of a cluster-randomized controlled trial (Artikel 2)

GermanIMPACT ist eine bizenrische (Freiburg/Hamburg), cluster-randomisierte, kontrollierte Studie mit Studienstandorten in Freiburg (Universitätsklinikum Freiburg) und Hamburg (Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf). Die Studie wird vom Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) gefördert (FKZ: 01GY1142). Im Kontext einer Implementierungsstudie soll das amerikanische Modell an den deutschen Versorgungskontext angepasst werden. Dies erfolgt in Abstimmung mit der Arbeitsgruppe der ursprünglichen IMPACT Studie aus den USA um Prof. Jürgen Unützer (University of Washington, Department of Psychiatry & Behavioral Sciences, Seattle, USA). Nach dem Prinzip der interdisziplinären Versorgung (wie in Abschnitt

1.4 beschrieben) arbeiten in der Interventionsgruppe ein Hausarzt, ein Care Manger (in GermanIMPACT Therapiebegleiter genannt) und ein supervidierender Psychiater oder Psychologischer Psychotherapeut eng zusammen und bilden die Behandlungstriade (Abbildung 1).

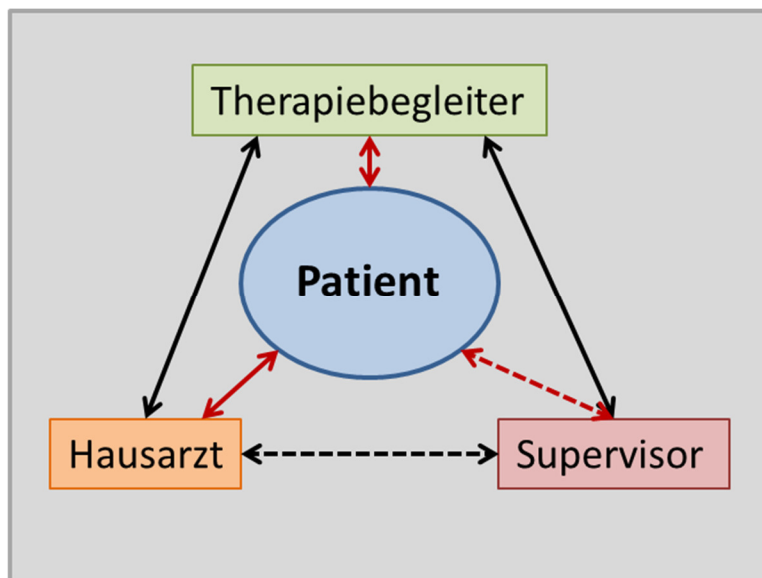


Abbildung 1. Illustration der Behandlungstriade. Die durchgezogenen Pfeile symbolisieren den kontinuierlichen Austausch zwischen den Behandlern, die gestrichelten Pfeile zeigen den ungeplanten Austausch nur bei dringendem Bedarf auf.

Der Therapiebegleiter führt kurze verhaltenstherapeutische Interventionen, wie Aktivitätsaufbau und Psychoedukation durch, erfragt regelmäßig im Sinne eines Medikamentenmonitorings den aktuellen Medikationsplan und vom Patienten empfundene Wirkungen und Nebenwirkungen und beobachtet den Verlauf der Depression mittels prozessbegleitender Diagnostik. Zur prozessbegleitenden Diagnostik wird das Depressionsmodul des „Gesundheitsfragebogens für Patienten“ (Patient-Health-Questionnaire, PHQ-9) eingesetzt (Kroenke et al., 2001). Nach Bedarf kann mit den Patienten auch ein Problemlösetraining durchgeführt werden. Dabei handelt es sich um eine etablierte Adaption der Problemlösetherapie, in der in maximal 6 Einheiten Fertigkeiten zur selbständigen Problemlösung vermittelt werden. Die gesamte Intervention erfolgt nach einem abgestuften bedarfsorientierten Vorgehen (stepped-care), sodass in regelmäßigen Abständen von 8 Wochen, in Absprache innerhalb der Behandlungstriade, eine Therapieanpassung erfolgt (siehe Abbildung 2). Mit Ausnahme eines persönlichen Anamnesegesprächs zu Interventionsbeginn und

nochmals zwei persönlichen Treffen beim optionalen Problemlösetraining erfolgen die Kontakte mit dem Therapiebegleiter ausschließlich telefonisch. In der Kontrollgruppe führt der Hausarzt die übliche, gewohnte Behandlung durch. Kontrollgruppenpatienten haben vollen Zugang zu allen Versorgungsoptionen und weisen somit den normalen Therapieverlauf auf.

Das Studiendesign sieht den Einschluss von je 30 Hausarztpraxen in der Interventionsgruppe und 30 Praxen in der Kontrollgruppe vor. Die Cluster-Randomisierung erfolgt auf Praxenebene, da eine Vermischung von Interventions- und Kontrollpatienten innerhalb einer Praxis, aufgrund der intensiven Interaktion zwischen Hausarzt, Therapiebegleiter und beratendem Psychiater/Psychotherapeut, zu einer Kontamination der Vorgehensweise führen könnte. Die teilnehmenden Praxen müssen an der Kassenärztlichen Versorgung teilnehmen, eine vollumfängliche hausärztliche Versorgung anbieten, keine psychotherapeutischen Angebote haben und mindestens 400 Scheine pro Quartal vorweisen können. Außerdem dürfen sie nicht an einer anderen Depressionsstudie teilnehmen. Jede Praxis ist aufgefordert 5 Patienten einzuschließen, sodass 150 Patienten in die Kontrollgruppe und 150 Patienten in die Interventionsgruppe eingeschlossen werden (siehe auch Studienablauf Abbildung 2).

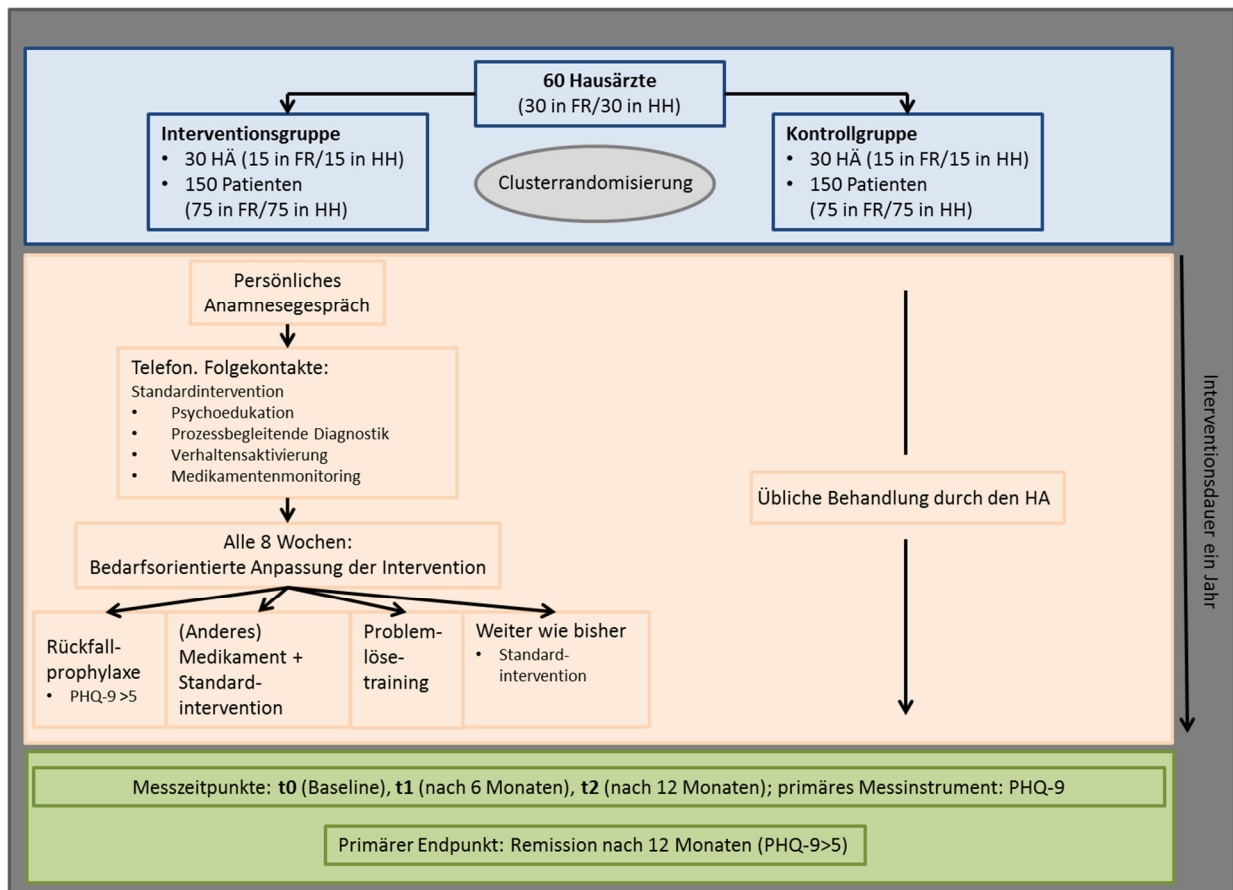


Abbildung 2. Illustration des Studienablaufs. Der blaue Bereich stellt das Studiendesign dar, der rote Bereich die Intervention und der grüne Bereich die Zielvariable. Abkürzungen: FR: Freiburg; HH: Hamburg; HÄ: Hausärzte; PHQ-9: Patient-Health-Questionnaire-9

Die Fallzahlplanung ergibt sich unter der Annahme einer Remissionsrate von 45% in der Interventions- und 8.3% in der Kontrollgruppe aus der original IMPACT Studie aus den USA und einem angenommenen Typ I Fehler von 5% ($\alpha = 0,05$). Um diesen Effekt mit einem zweiseitigen Test auf Unterschiedlichkeit von Verhältnissen mit einer Power von 0,80 (Typ II-Fehler $\beta < 0,20$) nachzuweisen, müssen 85 Patienten je Behandlungsarm (170 gesamt) in die Auswertung eingeschlossen werden. Unter der Berücksichtigung der durch die Cluster-Randomisierung erhöhten Wahrscheinlichkeit der Überschätzung der Effekte, wird von einem Intraklassen-Korrelationskoeffizienten von 10% ausgegangen und die kalkulierte Stichprobengröße, aufgrund des cluster-randomisierten Designs, um den Faktor 1,46 korrigiert. Außerdem werden die Erfahrungen aus anderen interdisziplinären Versorgungsstudien (Gensichen et al., 2009; Unützer et al., 2002) mit einer Drop-out Rate von 15% einbezogen, was zu der oben genannten Stichprobengröße von 300 Patienten führt. Eingeschlossen werden Patienten mit einer vom Hausarzt diagnostizierten Depression und einem PHQ-9 Wert

zwischen 10 und 14 (entspricht einer mittelschweren Depression) und die mindestens 60 Jahre oder älter sind. Um die Versorgungsbedingungen in der Hausarztpraxis realitätsnahe abzubilden, werden den Hausärzten für den diagnostischen Prozess keine weiteren Vorgaben gemacht. Ausschlusskriterien sind andere diagnostizierte psychischen Erkrankungen bei Einschluss oder eine aktuelle psychotherapeutische Behandlung.

Primäre Zielgröße der Wirksamkeitsstudie ist der PHQ-9-Score als Maß der Veränderung der Depressionssymptomatik über den Verlauf der Studie. Eine Symptomveränderung im Sinne einer „Response“ wird analog zu ähnlichen Studien (Gensichen et al., 2009; IJff et al., 2007; Unützer et al., 2002) als Rückgang der Symptome um mindestens 50%, eine Remission als Rückgang des PHQ-9-Scores auf 4 oder kleiner definiert. Weitere sekundäre Zielgrößen, die im Rahmen der Wirksamkeitsstudie erhoben werden, können Tabelle 1 entnommen werden.

Tabelle 1
Primäre- und sekundäre Zielgrößen und Messzeitpunkte

	Monate	0	6	12*
	Messzeitpunkt	t ₀	t ₁	t ₂
	Intervention	KG: TAU IG: IMPACT	KG: TAU IG: IMPACT	
Primäre Zielgröße				
	Depression (PHQ-9)	X	X	X
Sekundäre Zielgrößen				
	Soziodemografische Daten	X	(X)	(X)
	Komorbidität (CDI-Version)	X	-	X
	Angststörung (GAD-7)	X	X	X
	Schmerz (CPG-Version)	X	X	X
	Inanspruchnahme Versorgungsleistungen (FIMA)	X	X	X
	Präferenzbasierte Lebensqualität (EQ-5D)	X	X	X
	Psychische Widerstandsfähigkeit (RS-13)	X	X	X
	Verhalten in Bezug auf Depression (nach Ludman et al.)	X	X	X
	Evaluation der Intervention (eigenes Instrument)	-	-	X
	Kurzfragebogen zu Problemlösefähigkeiten	X	X	X
	Fragen zur aktuellen Lebenssituation (eigenes Instrument)	X	X	X
	Therapiepräferenzfragebogen (IV-Gruppe)	X		
	PHQ-9-Zwischenwerte (IV-Gruppe)	-	XXXXXX+	-

Anmerkung. * Primärer Messzeitpunkt (t₂) nach Abschluss der Interventionsphase.
 Abkürzungen: TAU- Treatment as usual (übliche Behandlung durch den Hausarzt)

Im Kontext dieser cluster-randomisierten Studie wird bei der Analyse der Zielvariablen das Hauptaugenmerk auf einem Vergleich der Interventions- und Kontrollgruppe liegen. Die Primärvariable und weitere Binärergebnisse werden durch eine logistische Regression mit gemischten Effekten ausgewertet. Dabei sollen durch das Design entstehende Zufallseffekte berücksichtigt werden. Kontinuierliche Zielgrößen werden vergleichbar ausgewertet, mit der Ausnahme, dass statt logistischer Regression lineare Regressionsmodelle eingesetzt werden. Die Primäranalyse wird alle randomisierten Patienten einschließen (intention to treat-Prinzip). Fehlende Daten, soweit sie nicht 30% pro Variable übersteigen, werden durch einen „Expectation-Maximization-Algorithmus“ ergänzt.

4.3 GermanIMPACT Koordinierte Behandlung der Altersdepression in der Primärversorgung – eine cluster-randomisiert kontrollierte Studie (Artikel 3)

Die Rekrutierung der Hausärzte erfolgte zwischen Juli 2012 und November 2013. Es wurden 1963 Hausärzte in Freiburg und Hamburg zur Studienteilnahme eingeladen. Davon lehnten 1843 Hausärzte eine Studienteilnahme ab und 21 erfüllten nicht die Einschlusskriterien. 99 der Hausärzte wurden in die Studie eingeschlossen und in die Interventions- oder Kontrollgruppen in Freiburg und Hamburg randomisiert. In der Interventionsgruppe von 50 Hausärzten identifizierten 4 keine Patienten und 7 gelang es nicht, Patienten in die Studie einzuschließen. 1788 Patienten wurden identifiziert und 139 Patienten tatsächlich in die Interventionsgruppe eingeschlossen. In der Kontrollgruppe von 49 Hausärzten konnten 71 Patienten identifiziert und 109 Patienten tatsächlich eingeschlossen werden. 8 Hausärzte identifizierten keine Patienten und 9 Hausärzten gelang es nicht, Patienten einzuschließen. Die Diskrepanz zwischen den identifizierten und tatsächlich eingeschlossenen Patienten in Interventions- und Kontrollgruppe ergab sich aus organisatorischen Gründen in der Praxis, der Erfüllung von Ausschlusskriterien oder Ablehnung der Studienteilnahme aufseiten der Patienten. Nach 12 Monaten konnten von 210 der eingeschlossenen 248 Patienten Daten erhoben werden. Als Begründung für die vorzeitige Beendigung der Studie wurden von den Patienten vorwiegend ein verschlechterter somatischer Gesundheitszustand, das Nicht-Vorhandensein einer Depression, Unzufriedenheit mit der Intervention, ein zu großer Aufwand durch die Intervention bzw. durch das Ausfüllen der Fragebögen oder der Beginn einer anderen psychosozialen Therapie genannt.

Die Interventions- und Kontrollgruppe wurde hinsichtlich ihrer demografischen Merkmale auf signifikante Unterschiede verglichen. Als Grenze der statistischen Signifikanz wurde generell eine α -Fehler-Wahrscheinlichkeit von 0,05 angenommen. Das Durchschnittsalter der gesamten Stichprobe lag bei circa 71 Jahren. Etwa dreiviertel der Patienten waren Frauen. Die depressive Symptomatik entsprach in beiden Gruppen einem mittleren Schweregrad. In der Interventionsgruppe gab ein größerer Teil (52,9%) der Patienten an allein zu leben, als in der Kontrollgruppe (38,9%). Bis auf das Merkmal „Wohnsituation“ waren die Gruppen ausgeglichen und es gab keine weiteren signifikanten Unterschiede, hinsichtlich der

Stichprobenmerkmale zwischen Patienten der Interventionsgruppe und Patienten der Kontrollgruppe.

Im Zuge der statistischen Analyse wurde die Primärvariable (Anteil remittierter Patienten nach 12 Monaten), sowie der Anteil der Patienten mit Symptomverbesserung (response to treatment um 50%) durch logistische Regressionen mit gemischten Effekten ausgewertet. Die Behandlungsbedingung (Interventions- oder Kontrollgruppe) wurde als fixer Effekt behandelt. Der Schweregrad der Depression zu Baseline (t0) wurde als Kovariate in die Modelle mit aufgenommen. Der Einflusseffekt durch die Cluster-Randomisierung (Behandlung durch denselben Hausarzt) wurde als zufälliger Effekt modelliert. Kontinuierliche Zielgrößen wurden vergleichbar ausgewertet, nur dass statt logistischer Regressionen lineare Regressionsmodelle eingesetzt wurden. In die Primäranalyse wurden alle randomisierten Patienten eingeschlossen (intention to treat-Prinzip). Fehlende Daten überstiegen nicht die Grenze von 30% pro Variable und wurden durch den „Expectation-Maximization-Algorithmus“ ergänzt.

In der Interventionsgruppe wurden bezüglich der primären Zielvariable Remission signifikante Ergebnisse erzielt. Im Vergleich zur Kontrollgruppe, in der 10.9% (95%-KI 5.4-16.5%) der Patienten nach 12 Monaten remittiert waren, also einen PHQ-9 Wert unter 5 aufwiesen, befanden sich in der Interventionsgruppe 25.6% (95%-KI 18.3-32.8%) der Patienten in Remission ($p=0.004$). Eine Symptomveränderung im Sinne der „Response“, also eine Verbesserung im PHQ-9 um mindestens 50%, zeigten ebenfalls signifikant mehr Patienten der Interventionsgruppe (22,5%) (95%-KI 14,6-30,5%) als in der Kontrollgruppe (10,5%) (95% KI 4,1-16,9%) ($p=0,029$). Die Patienten der Interventionsgruppe zeigten außerdem mit 8,13 (95% KI 7,42-8,85) Punkten im Vergleich zur Kontrollgruppe mit 9,38 (95% KI 8,79-9,96) Punkten, eine signifikant geringere Ausprägung der Depression zu t2 nach 12 Monaten ($p=0,009$) (vgl. Abbildung 3). Die Ergebnisse der primären Endpunkte sind zur Veranschaulichung in Tabelle 2 zusammengefasst. Betrachtet man die Werte des PHQ-9 im Verlauf der Intervention, so zeigt die Interventionsgruppe mit einem Punktwert von 9,05 (95% KI 8,36-9,75) bereits zu t1 nach 6 Monaten eine signifikant geringere Ausprägung der Depression, als die Kontrollgruppe mit einem Punktwert von 10,04 (95% KI 9,39-10,68) ($p=0,040$) (vgl. Abbildung 3). Bezüglich der Remissionsrate und der „response to treatment“ gibt es keine signifikanten Unterschiede zu t1. Bei der Analyse der

sekundären Zielgrößen zeigten sich außer im EQ-5D (IG: 0,57 (95% KI 0,52-0,61); KG: 0,66 (95% KI 0,61-0,70); $p=0,005$) keine signifikanten Unterschiede zwischen Interventions- und Kontrollgruppe. Die Gruppen unterschieden sich nach Ende der Intervention nach 12 Monaten also weder bezüglich genereller Angstsymptome, bezüglich ihrer depressionsbezogenen Verhaltensweisen, bezüglich ihrer individuellen psychischen Widerstandsfähigkeit (Resilienz), noch bezüglich ihrer Problemlösefähigkeiten. Im Zuge von Sensitivitätsanalysen wurde der intention-to-treat (ITT) Analyse eine Completeranalyse gegenübergestellt. Hier zeigten sich fast vergleichbare Ergebnisse wie in der ITT-Auswertung: Es gab signifikante Unterschiede hinsichtlich der PHQ-Zielvariable Remission und der dimensionalen Auswertung. Ein signifikanter Unterschied bezüglich der Responserate wurde knapp verfehlt. Es wurden keine signifikanten Unterschiede zwischen Interventions- und Kontrollgruppe in den sekundären Zielvariablen gefunden.

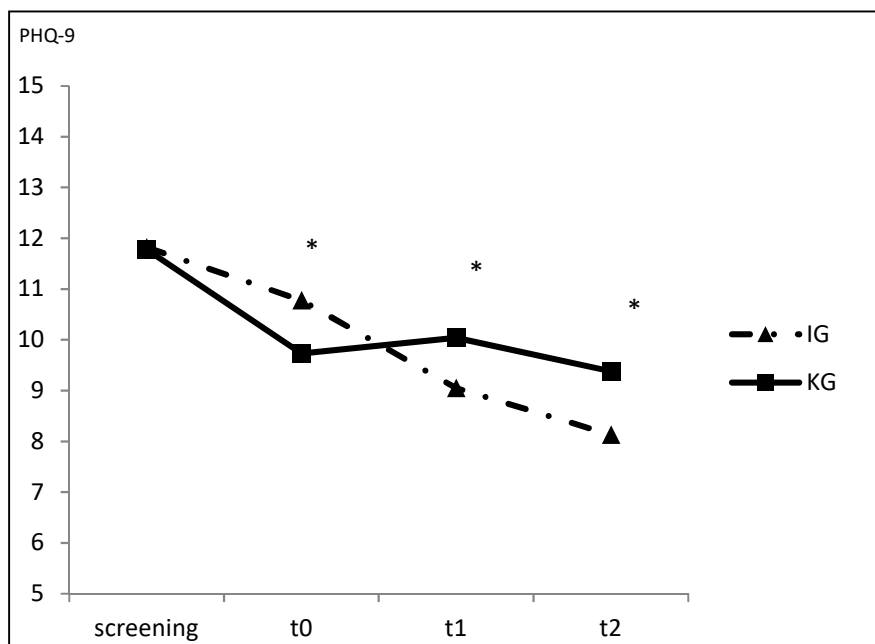


Abbildung 3. Verlauf der PHQ-9 Werte über 4 Messzeitpunkte.

* Signifikanter Unterschied zwischen Interventions- und Kontrollgruppe.

PHQ-9 Range: 0 bis 27; 27-15=schwere Ausprägung, 14-10=mittlere Ausprägung; 9-5=milde Ausprägung; <5=Remission.

Tabelle 2
Primäre und sekundäre Zielgrößen (nach 12 Monaten)

Zielgröße	Adj. Randmittel IG (SE/CI)	Adj. Randmittel KG (SE/CI)	Fixed Effects Gruppe	p
PHQ-9 Remission (<5)	0,256 (0,037/0,183-0,328)	0,109 (0,028 /0,054-0,165)	Z = 2,85	0,004*
PHQ-9 Response (50%)	0,225 (0,041/0,146-0,305)	0,105 (0,033/0,041-0,169)	Z = 2,18	0,029*
PHQ-9 dimensional	8,13 (0,366/7,42-8,85)	9,38 (0,30 /8,79-9,96)	Z = -2,63	0,009*
GAD7	6,75 (0,357/6,05-7,45)	7,15 (0,278/6,61-7,70)	Z = -0,89	0,375
Ludman	3,02 (0,096/2,83-3,21)	2,97 (0,090/2,79-3,14)	Z = 0,43	0,670
RS-13	59,25 (1,095/57,11-61,40)	59,34 (1,054/57,27-61,41)	Z = -0,06	0,955
PLF	15,94 (0,247/15,45-16,42)	15,58 (0,224/15,14-16,02)	Z = 1,06	0,289
EQ-5D-3L Index	0,57 (0,023/0,52-0,61)	0,66 (0,022/0,61-0,70)	Z = 2,78	0,005*

Anmerkungen. * Signifikanter Unterschied zwischen Interventions- und Kontrollgruppe

Neben den mehrfach nachgewiesenen Behandlungseffekten ist es wichtig, auch die Implementierbarkeit der GermanIMPACT Studie in die Versorgungsrealität zu prüfen. Ein Schritt hierzu stellt die Befragung der interventionsdurchführenden Therapiebegleiterinnen und interventionsbegleitenden Supervisorinnen zu ihren Erfahrungen dar, die Ergebnisse werden im folgenden Abschnitt dargestellt.

4.4 Implementierbarkeit des GermanIMPACT Collaborative Care Programmes zur Unterstützung der hausärztlichen Versorgung älterer depressiver Menschen - Eine qualitative Interviewstudie (Artikel 4)

Bei der Auswertung der leitfadengestützten Interviews mit 4 Therapiebegleiterinnen und 2 Supervisorinnen stellten sich sieben Kategorien als zentral heraus: der Stepped-Care-Rhythmus, die Intervention, die Behandlungstriade, die erlebte Unterstützung im Team, Grenzen und Kompetenzen der Therapiebegleiterinnen, die empfundene Wirksamkeit der Intervention und eine Einschätzung der Zukunftsperspektive des GermanIMPACT Programms für Deutschland. Eine tabellarische Auflistung der zentralen Kategorien mit Ankerzitaten der Therapiebegleiterinnen und

Supervisorinnen kann Anhang D entnommen werden. Sowohl die Strukturvorgaben des Stepped-Care-Rhythmus, als auch die einzelnen Elemente der Intervention, wurden grundsätzlich als positiv und durchführbar bewertet. Essenziell für eine gelungene Umsetzung der Intervention sei allerdings der Einschluss von Patienten mit entsprechender Indikation. Stünden andere psychische Erkrankungen im Vordergrund, seien die Grenzen der Intervention erreicht gewesen. Für die Umsetzung des Problemlösetrainings hätten sich die Therapiebegleiterinnen noch mehr Unterstützung in Form von Schulungen gewünscht. Innerhalb der Behandlungstriade hätten sich die Therapiebegleiterinnen vor allem durch die Supervision gut begleitet gefühlt. Im Kontakt mit dem Hausarzt wurde allerdings der unzureichende Austausch untereinander bemängelt. Die Unterstützung im Gesamtteam wurde als positiv bewertet. Als persönliche Grenzen der Therapiebegleiterinnen wurde der Umgang mit Patienten genannt, für die die Intervention nicht ausreichte und eine Psychotherapie eher indiziert gewesen wäre. Als wichtige Kompetenz wurde unter anderem Empathiefähigkeit, aber auch die Fähigkeit im Sinne der Intervention strukturiert arbeiten zu können genannt. Als ein Hauptwirkfaktor der Intervention wurde von den befragten Therapiebegleiterinnen und Supervisorinnen der Beziehungsaspekt aufgeführt. Für die Zukunft könnten sich die Befragten einen Übergang des GermanIMPACT Programms in die Routineversorgung sehr gut vorstellen. Auch eine Ausweitung der Intervention auf andere Störungsbilder wurde genannt.

5. Diskussion

5.1 Zusammenfassung

In Anbetracht der Unterversorgung älterer depressiver Menschen und der damit verbundenen negativen Folgen für die Betroffenen, ist es notwendig, neue Versorgungsmodelle, die sich international bereits bewährt haben, hinsichtlich ihrer Eignung für die deutschen Versorgungsstrukturen zu prüfen. Die Notwendigkeit ergibt sich außerdem aus der gesamtgesellschaftlichen Relevanz der Depression. Im Zuge der Verschiebung der Altersstrukturen zugunsten höherer Altersgruppen wird die Altersdepression in Deutschland zunehmend an Bedeutung gewinnen. Das in den USA und auch in anderen Ländern bewährte IMPACT Programm wurde in Deutschland in einer cluster-randomisierten kontrollierten Studie auf die Übertragbarkeit der positiven Evidenzen überprüft und in einer qualitativen

Interviewstudie, bezüglich seiner Implementierbarkeit für Deutschland, evaluiert. Die Überlegenheit des GermanIMPACT Programms gegenüber der üblichen Behandlung durch den Hausarzt wurde festgestellt. So war die Remissionsrate nach 12 Monaten (primäre Zielgröße) bei Patienten der Interventionsgruppe etwas doppelt so hoch wie die der Kontrollgruppe. Auch sprachen signifikant mehr Patienten der Interventionsgruppe auf die Behandlung an (response to treatment) als in der Kontrollgruppe. Keine signifikanten Ergebnisse wurden diesbezüglich zum ersten Messzeitpunkt nach 6 Monaten oder in den Sekundärzielgrößen gefunden. Die Ergebnisse der qualitativen Interviews mit den interventionsdurchführenden Therapiebegleiterinnen und deren Supervisorinnen zeigten, dass die Intervention mit einigen Einschränkungen und Bedingungen durchführbar sei und von den Befragten als eine sinnvolle gewinnbringende Unterstützung für die hausärztliche Versorgung älterer depressiver Patienten angesehen wurde. Damit sowohl Hausärzte, als auch Patienten von der Intervention profitieren könnten, müsse bei jedem Patienten die Indikation für die Intervention gut geprüft werden, da die Grenzen der Intervention bei Patienten außerhalb des Einschlussbereiches erreicht gewesen seien.

5.2 Zeit für Veränderung - Was wir für die hausärztliche Versorgung älterer depressiver Menschen von den USA lernen können (Artikel 1)

Der Übersichtsartikel gibt einen Einblick in integrierte Versorgungsmodelle zur Behandlung der Depression im Alter in der Primärversorgung. In Anbetracht der Vielzahl an internationalen Studien, die eine Überlegenheit der interdisziplinären Versorgungsmodelle gegenüber der üblichen Behandlung durch den Hausarzt aufzeigen, stellt das Fehlen eines entsprechenden Nachweises für Deutschland eine Forschungslücke dar. Dies umso mehr, da die Ergebnisse vor allem aus den USA nicht vollständig auf die deutsche Versorgungsrealität übertragen werden können und unterschiedliche Strukturen in den Gesundheitssystemen berücksichtigt werden müssen. Ebenso ist es offen, ob die gesundheitsökonomische Gesamtbetrachtung bei der Einführung des neuen Programmes in Deutschland ebenso zugunsten des interdisziplinären Versorgungsmodells ausfallen würde, wie in den USA. Diese und weitere wichtige Aspekte für die Bewertung des interdisziplinären Versorgungsmodells und dessen Implementierung in Deutschland werden in Abschnitt 5.7 „*Einordnung der Ergebnisse der Gesamtarbeit*“ noch expliziter erörtert und in den Kontext der Gesamtarbeit eingeordnet.

5.3 Collaborative treatment of late-life depression in primary care (GermanIMPACT): study protocol of a cluster-randomized controlled trial (Artikel 2)

Das Studienprotokoll stellt, gemäß dem „Standard Protocol Items: Recommendations for Interventional Trials (SPIRIT)“, das Studiendesign und die IMPACT Intervention vor und macht Angaben zum Datenmanagement und Datenanalyse. Auch Strategien zur Dissemination der Studienergebnisse und ethische Abwägungen werden erörtert. Das dem Studienprotokoll zugrunde liegende evidenzbasierte IMPACT Programm wurde zur Behandlung der Depression in der Primärversorgung für den nordamerikanischen Kontext entwickelt. GermanIMPACT ist eine Implementierungsstudie zur Anpassung des amerikanischen Modells an den deutschen Versorgungskontext mit seinen besonderen Versorgungsstrukturen. Die durch das Studiendesign bedingten Vor- und Nachteile durch zum Beispiel die Cluster-Randomisierung, sowie die Herausforderungen durch die Adaption einer Intervention, die für einen anderen Versorgungskontext entwickelt wurde, werden in den folgenden Abschnitten ausführlicher diskutiert.

5.4 GermanIMPACT Koordinierte Behandlung der Altersdepression in der Primärversorgung – eine cluster-randomisiert kontrollierte Studie (Artikel 3)

Die Ergebnisse der GermanIMPACT Studie können insgesamt als vergleichbar mit den Ergebnissen der ursprünglichen Studie aus den USA (Unützer et al., 2002) und ihren internationalen Replikationen angesehen werden (Huijbregts et al., 2013; Richards et al., 2013). Durch die wiederholten signifikanten Ergebnisse zugunsten einer interdisziplinären Versorgungsintervention gegenüber der üblichen Behandlung durch den Hausarzt kann die Überlegenheit der interdisziplinären Versorgungsmodelle inzwischen als wissenschaftlich abgesichert angesehen werden. Die Studie weist einige Stärken und Schwächen auf. Mit dem cluster-randomisierten Studiendesign weist sie einen hohen wissenschaftlichen Standard auf und durch die Diagnosestellung durch die Hausärzte, ohne zwischengeschaltete Diagnostik von Studienseite, auch gleichzeitig eine hohe Versorgungsnähe. Letzteres wurde auch durch die Auswahl der Remission als primäres Zielkriterium erreicht, da das Nachlassen der Symptomatik das höchste Ziel in der Depressionsbehandlung darstellt. Limitationen der Studie ergeben sich aus der geringen Teilnehmerzahl der

angefragten Hausärzte, was allerdings vergleichbar mit anderen Studien ist und nicht stichprobenspezifisch zu sein scheint. Auch das cluster-randomisierte Studiendesign kann als eine Einschränkung der Studie diskutiert werden, da Hausärzte der Interventionsgruppe mehr Einsatz bei der Rekrutierung von Patienten zeigten und so motivationale Gründe beim Einschluss nicht ausgeschlossen werden können.

5.5 Implementierbarkeit des GermanIMPACT Collaborative Care Programmes zur Unterstützung der hausärztlichen Versorgung älterer depressiver Menschen -

Eine qualitative Interviewstudie (Artikel 4)

Eines der zentralen Erkenntnisse der Interviews mit den Therapiebegleiterinnen und den Supervisorinnen ist die richtige Auswahl der Patienten für das GermanIMPACT Programm. Sobald komorbide psychische Erkrankungen zur Depression dazu kamen oder die Depression überlagerten, gerieten die Therapiebegleiterinnen an ihre Grenzen. Da eine ausführliche Diagnostik mit umfangreicheren Diagnoseinstrumenten den zeitlichen Limitierungen in der Hausarztpraxis entgegenstehen würden, müsste hier zur Lösung des Problems ein Zwischenweg gefunden werden. Dies könnten zum Beispiel neu entwickelte diagnostische Instrumente sein, die den speziellen Anforderungen in der Hausarztpraxis Rechnung tragen. Bezüglich des empfundenen mangelnden Austausches zwischen Therapiebegleiterinnen und Hausärzten ist bemerkenswert, dass dies von den Hausärzten der GermanIMPACT Studie in ebenfalls qualitativen Interviews anders gesehen wurde. Sie empfanden den Austausch als unkompliziert, was im Sinne der limitierten zeitlichen Ressourcen der Hausärzte ein elementares Kriterium zu sein scheint. Im Einklang befanden sich die Therapiebegleiterinnen und Hausärzte, bezüglich der empfundenen Schwierigkeiten der korrekten Diagnosestellung. Trotz einiger benannter Schwierigkeiten und Verbesserungsvorschläge für die Umsetzung der Intervention wurde das GermanIMPACT Programm als eine vielversprechende niederschwellige Intervention empfunden, die mit einigen Anpassungen eine Antwort auf die wachsenden Herausforderungen in der Versorgung älterer depressiver Menschen in der Primärversorgung darstellen könne. Eine Limitation der qualitativen Studie ist die dem Studiendesign geschuldete Beschränkung auf nur 6 Interviewpartner. Geringe Stichprobengrößen sind allerdings im Rahmen von qualitativen Untersuchungen durchaus üblich und die vorliegende Arbeit kann als eine quasi Vollerhebung

angesehen werden, da alle bis zum Schluss beteiligten Therapiebegleiterinnen und Supervisorinnen eingeschlossen werden konnten. Gleichzeitig ist das qualitative Studiendesign eine Stärke der Studie, da es ermöglicht, wichtige Erfahrungen bei der Durchführung des GermanIMPACT Programms zu erheben, die quantitativ so nicht abbildbar wären, für die Implementierbarkeit aber von großer Bedeutung sind.

5.6 Kritische Würdigung der Gesamtarbeit

Alle hier dargestellten Arbeiten stehen im Kontext der Fragestellung, wie man in Deutschland eine Verbesserung der hausärztlichen Versorgung älterer depressiver Menschen erreichen kann. Dabei wird das etablierte IMPACT Programm als eine mögliche Antwort auf diese Versorgungslücke benannt und mittels quantitativer und qualitativer Auswertung evaluiert. Eine Stärke der vorliegenden Arbeiten ist die Anwendung unterschiedlicher Methoden, um die oben benannte Fragestellung zu beantworten. So wurde zunächst, mittels einer allgemeinen Übersichtsarbeit, eine selektive Literaturrecherche in gängigen Datenbanken durchgeführt, um so einen Überblick über den aktuellen Forschungsstand bezüglich der Versorgung bzw. Optimierungsmöglichkeiten der Behandlung älterer depressiver Patienten in der Primärversorgung zu geben. Neben der literaturbasierten Herangehensweise wurden außerdem eigene Daten erhoben. Die sowohl quantitativer Auswertung der Daten, die mittels eines cluster-randomisierten, kontrollierten Studiendesigns erfolgte, als auch die qualitative Auswertung durch Inhaltsanalysen von Interviews, stellen zwei unterschiedliche Perspektiven der Beantwortung der Fragestellung dar und sind ein Vorzug der vorliegenden Arbeit. Während die Frage der Überlegenheit des GermanIMPACT Programms gegenüber der üblichen Behandlung durch den Hausarzt durch eine Effektivitätsanalyse notwendig ist, um den Nutzen der Einführung des neuen Programms zu überprüfen, weist die qualitative Herangehensweise eine größere Versorgungsnähe auf und stellt eine wichtige Ergänzung der Effektivitätsbewertung dar. Viele Forschungsprojekte schaffen, trotz vielversprechender Ergebnisse, nicht den Einzug in die Versorgungsrealität. Qualitative Studien, in denen beispielsweise in Interviews mit den interventionsdurchführenden Studienmitarbeitern bezüglich der Implementierbarkeit gesprochen wird, können den Weg für die tatsächliche Umsetzung in der Routineversorgung ebnen. Neben den in den Publikationen bereits aufgeführten kritischen Punkten der einzelnen Studien sind noch weitere Einschränkungen relevant. Im Rahmen der GermanIMPACT Studie wurden neben den oben dargestellten

Ergebnissen noch viele weitere Daten erhoben, um die Effektivität und die Implementierbarkeit der Intervention beurteilen zu können. So berücksichtigt die vorliegende Arbeit nicht die Ergebnisse der gesundheitsökonomischen Auswertung, da diese zum Zeitpunkt der Erstellung noch nicht vorlagen. Um zu einer umfassenden Bewertung der Effektivität des IMPACT Programms zu kommen, stellen diese Ergebnisse, neben den Ergebnissen der Wirksamkeit, relevante zusätzliche Informationen dar. Umso mehr, da eine aktuelle systematische Übersichtsarbeit keine eindeutige Schlussfolgerung zuließ (Grochtdreis et al., 2015) und die positiven Effekte der gesundheitsökonomischen Auswertung der IMPACT Studie in den USA nicht bestätigen konnte (Simon et al., 2001). Gänzlich fehlt außerdem eine Langzeitbeurteilung der Effekte. Die letzte Erhebung findet parallel zum Interventionsende statt, sodass überdauernde Effekte durch die Intervention nicht nachvollzogen werden können. Diese Information ist umso relevanter, da sich IMPACT als eine Intervention versteht, die dem Patienten dauerhafte Methoden an die Hand gibt und auch später, ohne Therapiebegleitung, den Patienten beim Wiederauftreten depressiver Symptome unterstützen soll. In den USA konnten Langzeiteffekte der Intervention noch ein Jahr nach Interventionsende aufgezeigt werden (Hunkeler et al., 2006). Für die deutsche GermanIMPACT Intervention sind Daten, die Rückschlüsse auf Langzeiteffekte zuließen, nicht vorhanden. Auch bei der qualitativen Bewertung der IMPACT-Studie sind in der vorliegenden Arbeit nicht alle relevanten Ergebnisse aufgeführt. So fehlt bei der Bewertung der Implementierbarkeit der Intervention noch die entscheidende Perspektive der Patienten. Auch hier wurden qualitative Interviews geführt. Die Ergebnisse sind zu diesem Zeitpunkt allerdings noch nicht ausgewertet und werden zu einem späteren Zeitpunkt veröffentlicht. Eine gemeinsame Darstellung der Einschätzung der Implementierbarkeit von Patienten, Hausärzten, Therapiebegleiterinnen und Supervisorinnen, hätte unterschiedliche Perspektiven der Durchführbarkeit und des Nutzens der Intervention beleuchtet und wäre für die Implementierung der Intervention in die Routine von großem Wert.

5.7 Einordnung der Ergebnisse der Gesamtarbeit

Die vorliegende Arbeit zeigt auf, dass das strukturiert koordinierte, arbeitsteilige GermanIMPACT Programm in der Behandlung älterer depressiver Menschen in der Primärversorgung wirksam ist und gibt wichtige Hinweise für die Implementierbarkeit des neuen Programms. Diese Ergebnisse, die die Überlegenheit der koordinierten Versorgung gegenüber der üblichen Behandlung durch den Hausarzt aufzeigen,

reihen sich ein in das internationale Forschungsgeschehen, das in vielen systematischen Übersichtsarbeiten und Metaanalysen zu vergleichbaren Ergebnissen kommt (Archer et al., 2012; Gilbody et al., 2006; Thota et al., 2012). Da man hinsichtlich dessen, nicht mehr von vereinzelt positiven Ergebnissen einzelner Studien sprechen kann, sondern angesichts der Replizierbarkeit der Ergebnisse in verschiedenen Versorgungskontexten von einem fundierten wissenschaftlichen Ergebnis ausgehen muss, ist die Frage des Transfers dieses generierten Wissens in die Versorgungsrealität, die sich anschließende wichtige Aufgabe. Der Weg von der Forschung in die Praxis ist meistens lang und oft müssen zunächst spezifische Anpassungen an die vorgegebenen Strukturen gemacht werden. Bei der Frage, welche Faktoren für die erfolgreiche Implementierung eines interdisziplinären Versorgungsmodells in die Praxis eine Rolle spielen, kann auf Erfahrungen aus anderen Ländern zurückgegriffen werden. In einer aktuellen qualitativen systematischen Übersichtsarbeit, wurden Kriterien, die die Implementierung hemmen oder fördern können, aufgezeigt (Overbeck, Davidsen, & Kousgaard, 2016). Konsistent mit den Ergebnissen der vorliegenden Arbeit scheint eine umfassende Vorbereitung und Schulung der Care Manager (analog zu den Therapiebegleiterinnen in GermanIMPACT) ein essenzielles Kriterium für eine erfolgreiche Umsetzung der interdisziplinären Versorgung zu sein. Ebenso scheinen die Überzeugung und das Engagement der Hausärzte für die erfolgreiche Implementierung des Modells entscheidend zu sein. Hierbei wurde ebenso, wie in den Ergebnissen der qualitativen Interviews der Therapiebegleiterinnen, auf die Bedeutung der Kommunikation zwischen den Care Managern und Hausärzten hingewiesen. Im Idealfall fände jeden Tag ein persönlicher Austausch statt. Würde dies aus organisatorischen Gründen nicht gehen, müssten Kommunikationssysteme entwickelt werden, die den Austausch zwischen Care Manager und Hausärzten erleichtern würden. Der letzte wichtige Punkt betrifft die Finanzierung des Modells. Die Durchführung der Interventionen und der Austausch im Team bedeuten zusätzliche Arbeit, die entsprechend entlohnt werden muss. Vor allem die beiden letzten Punkte, die persönliche Kommunikation und die Finanzierung, sind Faktoren, die für Deutschland gesondert betrachtet werden müssen. Die meisten Erfahrungen mit interdisziplinären Versorgungsmodellen kommen aus den USA. In den dort verbreiteten medizinischen Versorgungszentren lassen sich persönliche Kontakte zwischen Care Managern und Hausärzten leichter realisieren, da sie alle unter einem Dach angesiedelt sind. Da Hausärzte in

Deutschland die Mitbehandlung durch einen Care Manager bislang nicht mit den Krankenkassen abrechnen können, scheint eine Ansiedlung der Therapiebegleiterinnen in den Hausarztpraxen selbst nicht realistisch, sollte sich nicht an der Möglichkeit der Vergütung der besonderen Leistung durch die Krankenkassen etwas ändern. Ob interdisziplinäre Versorgungsmodelle für Arztpraxen abrechenbar werden können, obliegt allerdings im Entscheidungsbereich des gemeinsamen Bundesausschusses, der die Aufnahme in die Regelfinanzierung festlegen könnte. Alternativ wäre es denkbar Einrichtungen in Betracht zu ziehen, die bundesweit bereits in der Routineversorgung etabliert sind. So könnten die Therapiebegleiterinnen zum Beispiel in psychiatrischen Institutsambulanzen oder geriatrischen Zentren angesiedelt und auch bezüglich der Supervision dort auf vorhandene Strukturen zurückgegriffen werden. Die Kommunikation müssten dann mit Kommunikationssystemen, wie sie in Holland eingesetzt werden, erleichtert werden (de Jong et al., 2009). Auch die Frage nach der Finanzierung ist in den USA etwas einfacher zu beantworten. In medizinischen Versorgungszentren sind oft schon Pflegefachkräfte oder auch Sozialarbeiter tätig, die zwar für die zusätzliche Arbeit entlohnt werden, nicht aber extra neue Arbeitsstellen für diese Aufgaben geschaffen werden müssten. Eine Möglichkeit für Deutschland wäre, interdisziplinäre Versorgungsmodelle im Rahmen der „Integrierten Versorgungsprogramme“ zu fördern. Integrierte Versorgungsprogramme haben zum Ziel die Behandlung zu verbessern, Behandlungskosten zu reduzieren, lange stationäre Aufenthalte zu verhindern und die Integration ins alltägliche Leben zu fördern (Merten, 2004). Krankenkassen, die an der integrierten Versorgung teilnehmen, würden dann für die zusätzlichen Kosten durch das interdisziplinäre Versorgungsmodell aufkommen. Hinsichtlich der Frage von Kostenübernahme stellt sich auch immer die Frage des Kosten-Nutzen Verhältnisses. Auch bezüglich der Kosteneffektivität von interdisziplinären Versorgungsmodellen gibt es, wie weiter oben bereits erwähnt, Erkenntnisse aus der Forschung. Eine aktuelle Übersichtsarbeit, die 19 Studien zur Evaluation der Kosteneffektivität von interdisziplinären Versorgungsstudien gegenüber der üblichen hausärztlichen Behandlung der Depression in der Primärversorgung einschloss, konnte diesbezüglich keine eindeutigen Ergebnisse finden (Grochtdreis et al., 2015). Die große Mehrheit aller eingeschlossenen Studien stellte eine Überlegenheit der interdisziplinären Versorgungsmodelle gegenüber der üblichen Behandlung durch den Hausarzt in Bezug auf die geschätzte Anzahl symptomfreier

Tage (depression-free day (DFD)) oder auch in Bezug auf qualitätskorrigierte Lebensjahre (quality-adjusted life years (QALYs)) fest. Die Kosteneffektivität von interdisziplinären Versorgungsmodellen im Vergleich zur üblichen hausärztlichen Behandlung hing allerdings von der Zahlungsbereitschaft (willingness to pay) für zusätzliche DFDs oder QALYs ab. Die Frage nach der Kosteneffektivität der Depressionsbehandlung scheint somit unmittelbar mit der Wertstellung von psychischer Gesundheit zusammenzuhängen und der allgemeinen Bereitschaft dafür zu bezahlen. Eine wesentliche Einflussgröße auf den Implementierungsgrad des GermanIMPACT Programms wird sicherlich von den dauerhaften Finanzierungsmöglichkeiten abhängen.

Neben der Überlegung, welche Faktoren bei der Implementierung des GermanIMPACT Modells in die Routineversorgung eine wichtige Rolle spielen, stellt sich außerdem die Frage, für welche weiteren Erkrankungen sich das Modell ausweiten ließe und welche Merkmale der sehr unterschiedlichen interdisziplinären Versorgungsmodelle Prädiktoren für eine bessere Wirksamkeit sind. Interdisziplinäre Versorgung wurde inzwischen erfolgreich bei psychischen Störungen wie Depression und Angststörungen (Archer et al., 2012) eingesetzt. Ebenso in Kombination mit Erkrankungen wie Diabetes, kardiovaskulären Erkrankungen (Coventry et al., 2015; Katon et al., 2010), allgemeinen chronischen somatischen Erkrankungen (Ekers et al., 2013), Epilepsie oder auch bei Patienten mit HIV (Baumeister & Hutter, 2012), zeigte sich eine Verbesserung der Depression, wenn interdisziplinäre Versorgungsmodelle eingesetzt wurden. Aktuell findet in Holland eine Studie zur Wirksamkeit eines interdisziplinären Versorgungsmodells bei Patienten mit undifferenzierten somatoformen Störungen in der Primärversorgung statt (Sitnikova et al., 2017). Der Wunsch der Therapiebegleiterinnen, der sich aus den qualitativen Interviews ableiten lässt, die Intervention auch auf andere Störungen auszuweiten, ließe sich also aus dem aktuellen Forschungsgeschehen durchaus begründen. Gleichzeitig machten die Therapiebegleiterinnen die Erfahrung, dass Angststörungen oder andere körperliche Erkrankungen oft genannte Probleme der Patienten gewesen seien, die im Rahmen der GermanIMPACT Intervention nicht zufriedenstellend bearbeitet werden konnten bzw. die nötige Schulung vorab gefehlt habe. Bei einer Ausweitung der Intervention müsste also zunächst auf Ergebnisse und Erfahrungen der Studien mit entsprechenden Störungsbildern zurückgegriffen werden und Anpassungen an die Intervention gemacht werden bzw. die Therapiebegleiterinnen entsprechend geschult

werden. Hieran schließt sich eine Kernfrage der interdisziplinären Versorgungsmodelle: Was genau wirkt an interdisziplinärer Versorgung? Die Tatsache, dass interdisziplinäre Versorgungsmodelle in unterschiedlichen Kontexten bei unterschiedlichen Erkrankungen und Störungen wirksam sind, kann als wissenschaftlich fundiert abgesichert angesehen werden. Allerdings setzen sich die Interventionen und die Behandlungsteams meist sehr unterschiedlich zusammen. In einer systematischen Übersichtsarbeit, die 74 Studien einschloss, wurde aufgezeigt, dass interdisziplinäre Versorgungsmodelle die psychosoziale Interventionen einschlossen, sich als effektiver in Bezug auf den Rückgang der depressiven Symptomatik zeigten, als interdisziplinäre Versorgungsmodelle, die diese Komponente nicht beinhalteten (Coventry et al., 2014). Auch hier gibt es allerdings große Unterschiede. So beinhalten einige Programme das von der S3-Leitlinie/Nationale Versorgungsleitlinie unipolare Depression empfohlenen Problemlösetraining (PLT) und andere Modelle beinhalten lediglich Psychoedukation oder sehr niederschwellige Interventionen. Der zusätzliche Nutzen der Durchführung von PLT ist in Anbetracht des doch eher intensiven Trainings und damit verbundenem höheren Aufwands von großer Bedeutung. Zukünftige Arbeiten könnten diesen Aspekt aufgreifen und den zusätzlichen Nutzen von PLT innerhalb interdisziplinären Versorgungsmodellen evaluieren. Eine ebenso wichtige Wirkkomponente wie psychosoziale Interventionen ist die regelmäßige Supervision. So bestätigen 2 Metaanalysen die Erfahrungen der Therapiebegleiterinnen, dass die Supervision ein unverzichtbares Element von interdisziplinären Versorgungsmodellen ist, indem sie aufzeigt, dass regelmäßige Supervision einen noch größeren Effekt auf den Rückgang der depressiven Symptomatik hat (Bower, Gilbody, Richards, Fletcher, & Sutton, 2006; Coventry et al., 2014). Ein anderer Wirkfaktor, der in beiden Metaanalysen gefunden wurde, war die Art der Rekrutierung. Patienten, die durch systematisches Screening in die Studien eingeschlossen wurden, profitierten mehr (Bower et al., 2006; Coventry et al., 2014). Dies könnte ein Hinweis darauf sein, dass durch die bloße Identifikation der Patienten durch die Hausärzte einige Patienten „verloren“ gehen könnten, die auch von dem Modell profitieren würden. Ein wichtiger Faktor, der bei der Überlegung den Einschluss möglichst routinenah zu gestalten und wie bei GermanIMPACT nur durch die Hausärzte erfolgen zu lassen nicht unbeachtet bleiben sollte. Im Einklang mit den Erfahrungen der Therapiebegleiterinnen und Supervisorinnen der GermanIMPACT Studie, scheinen Patienten mit Depression und gleichzeitig mit Schmerzen, weniger

gut von der Intervention zu profitieren (Thielke, Fan, Sullivan, & Unützer, 2007). Dieses Erkenntnis bei der Schulung und Supervision der Therapiebegleiterinnen zu berücksichtigen, stellt eine Möglichkeit dar, dieser Erfahrung Rechnung zu tragen. Interessante Ergebnisse gibt es auch bezüglich des beruflichen Hintergrunds, den Care Manager mitbringen sollten. So fand eine frühere Metaanalyse, dass Care Manager, die Erfahrungen im psycho-sozialen Bereich mitbrachten, ein Prädiktor für den Rückgang der depressiven Symptomatik waren (Bower et al., 2006). Eine Erkenntnis, die in einer späteren systematischen Übersichtsarbeit und Metaanalyse nicht repliziert werden konnte (Coventry et al., 2014). Dennoch ist die Frage nach der beruflichen Herkunft und Einordnung der Care Manager wichtig, zumal sie eine neue Position im deutschen Gesundheitswesen einnehmen würde und eine kritische Auseinandersetzung mit der Einführung solcher neuen Rollen in der Versorgungslandschaft vorab erfolgen sollte.

Die Einführung von interdisziplinären Versorgungsmodellen und Care Managern wirft die Frage auf, wo diese neue Art der Versorgung zwischen der hausärztlichen Primärversorgung und der fachärztlichen und psychotherapeutischen Sekundärversorgung bei psychischen Erkrankungen einzuordnen ist. Wo verlaufen Grenzen und wann werden jeweilige Kompetenzen überschritten? In der Literatur hat die Einführung von interdisziplinären Versorgungsmodellen und Disease Management Programmen, bei denen den Hausärzten und nicht-ärztlichen Berufsgruppen mehr Verantwortung bei der Depressionsbehandlung zugeschrieben wird, auch kritische Stimmen hervorgerufen und, zumal einer lebensbedrohlichen Erkrankung, Kompetenzen als überschritten gesehen werden (Broocks & Dickmann, 2016; Torge, Petersen, Gensichen, & Planz-Kuhlendahl, 2010). Ein weiterer möglicher Einwand könnte außerdem darauf hinweisen, dass Psychotherapie auch im höheren Alter nachweislich effektiv ist (Cuijpers et al., 2006; Gühne, Luppä, König, Hautzinger, & Riedel-Heller, 2014; Hautzinger & Welz, 2008). Anstatt Energie und Forschungsgelder in die Entwicklung neuer Programme zu investieren, könnten eben diese Ressourcen dafür verwendet werden Stigmatisierungen abzubauen und älteren Patienten die Wege in die Sekundärversorgung, sprich in die psychiatrische und psychotherapeutische Versorgung, zu erleichtern. Sinnvoll ist es wohl hier sich nicht eindeutig zugunsten einer Richtung zu entscheiden, sondern als Lösung sollte ein Mittelweg gefunden werden. Interdisziplinäre Versorgungsmodelle sind nicht die einzige mögliche und richtige Antwort auf die Unterversorgung der Behandlung älterer

depressiver Menschen. Die Verringerung von langen Wartezeiten bei der Überweisung in die Sekundärversorgung (durchschnittlich warten Patienten 2,5 Monate auf einen Psychotherapieplatz), der Ausbau von Gerontostationen und -ambulanzen, gezielte Aufklärung von Patienten und Behandlern zum Abbau von Barrieren bei der Inanspruchnahme in der Sekundärversorgung und Abbau von Ängsten vor einer gesellschaftlichen Stigmatisierung scheinen ebenso wichtig, wie die Entwicklung und Evaluation neuer Versorgungsmodelle. Dennoch ist die Übertragung von Verantwortung in der Behandlung von Patienten auf nicht ärztliche, zum Beispiel pflegerisch tätige Berufsgruppen ein Lösungsweg, der gemäß einer Befragung von Hausärzten auch von der Mehrzahl der Befragten (61%) gewünscht wurde (Dickmann et al., 2012). Die Aufwertung des Pflegeberufs und die Übertragung von bisher ärztlichen Aufgaben werden weltweit für verschiedenste, vor allem chronisch verlaufende Erkrankungen praktiziert, um so der älter werdenden Gesellschaft und der geringer werdenden Anzahl von Ärzten entgegenzuwirken. Eine systematische Übersichtsarbeit fand, dass die Versorgung durch Pflegefachkräfte die Patientenzufriedenheit steigert, Krankenhauseinweisungen verringert und mit einer geringeren Sterberate assoziiert ist (Martínez-González et al., 2014). Auch frühere systematische Übersichtsarbeiten fanden durch die Übernahme von ärztlichen Aufgaben durch Pflegefachkräfte eine höhere Patientenzufriedenheit, bei gleichbleibenden Auswirkungen auf gesundheitliche Merkmale (Horrocks, 2002; Laurant et al., 2005). Interdisziplinäre Versorgungsmodelle werden weltweit von Berufsgruppen mit unterschiedlicher Erfahrung im Gesundheitsbereich oder mit psychischen Störungen durchgeführt. Zwei systemische Übersichtsarbeiten berücksichtigten in ihrer Analyse den beruflichen Hintergrund und kamen zu unterschiedlichen Ergebnissen. Während die ältere systematische Übersichtsarbeit einen signifikanten Einfluss der Erfahrungen mit psychischen Störungen fand (Bower et al., 2006), konnte dies in einer späteren Übersichtsarbeit nicht bestätigt werden (Coventry et al., 2014). Während es bei erster Arbeit einen Unterschied machte, ob Psychologen oder Pflegefachkräfte ohne Erfahrungen mit psychischen Störungen die Interventionen durchführten, wurde dieser Zusammenhang später nicht mehr gefunden. Die Ergebnisse aus den qualitativen Interviews mit den Therapiebegleiterinnen und Supervisorinnen der vorliegenden Arbeit zeigen, dass sie Qualitäten wie Erfahrungen mit Patientengesprächen und Empathiefähigkeit für wichtig hielten. Spezielle Erfahrungen mit psychischen Störungen wurden nicht

genannt. Dafür wurde die Bedeutung von intensiven Schulungen hervorgehoben. Wichtig scheint bei der Erläuterung der Eignung von nicht-ärztlichen oder nicht-psychotherapeutischen Berufsgruppen die Frage, für wen die Intervention geeignet ist. GermanIMPACT ist eine Intervention für Patienten, die nicht über eine mittelschwere Ausprägung gemäß dem PHQ-9 hinausgeht. Schwerere Ausprägungen sollten weiterhin in die Sekundärversorgung überwiesen werden. Wünschenswert und eine Aufgabe für künftige Studien wäre eine Verbesserung der Vernetzung zwischen Therapiebegleiterinnen und Hausärzten. Dies würde der Grundidee interdisziplinärer Versorgungsmodelle mehr entsprechen und könnte aufgrund des regelmäßigen Austausches zwischen den Behandlern die Kritik, nicht ärztlichen Berufsgruppen zu viel Verantwortung zu übergeben entschärfen, da es mehr einer gemeinsamen Behandlung gleichkomme.

5.8 Schlussfolgerung

Der Nachweis, dass interdisziplinäre Versorgungsmodelle eine Antwort auf die defizitäre Versorgung älterer depressiver Menschen mit Depression sein können, wurde nun auch in einer cluster-randomisierten kontrollierten Studie für Deutschland erbracht. Neben dem positiven Wirksamkeitsnachweis zugunsten des interdisziplinären Versorgungsmodells GermanIMPACT, konnten in leitfadengestützten qualitativen Interviews mit den interventionsdurchführenden und -begleitenden Therapiebegleiterinnen und Supervisorinnen die Implementierbarkeit in die deutsche Routineversorgung mit einigen Optimierungsvorschlägen aus ihrer Sicht festgestellt werden. Nachdem die Wirksamkeit bereits in mehreren systematischen Übersichtsarbeiten und Metaanalysen bestätigt wurde und interdisziplinäre Versorgungsmodelle nun auch in der aktuellen S3 Leitlinie/Nationale Versorgungsleitlinie unipolare Depression als komplexe Behandlungskonzepte empfohlen werden, ist der Transfer in die Routineversorgung ein sich anschließender essenzieller Meilenstein. Als Vorbild könnten hier wiederum die USA dienen, in denen interdisziplinäre Versorgungsmodelle sich bereits in der Routineversorgung etabliert haben. Neben der Frage nach der Finanzierung des Programms sind die Einordnung der neuen Rolle der Care Manager im Gesundheitssystem und Schnittstellen und Grenzen zu bisherigen Versorgungsangeboten noch offene Punkte und eine wichtige Aufgabe für die Zukunft.

Literatur

- Akincigil, A., Olfson, M., Walkup, J. T., Siegel, M. J., Kalay, E., Amin, S., ... Crystal, S. (2011). Diagnosis and treatment of depression in older community-dwelling adults: 1992-2005. *Journal of the American Geriatrics Society*, 59(6), 1042–1051.
- Alzheimer Europe - Research - European Collaboration on Dementia - Prevalence of dementia - Prevalence of dementia in Europe. (2013). Abgerufen 23. Mai 2014, von <http://www.alzheimer-europe.org/Research/European-Collaboration-on-Dementia/Prevalence-of-dementia/Prevalence-of-dementia-in-Europe>
- Angermeyer, M. C., Matschinger, H., Carta, M. G., & Schomerus, G. (2013). Changes in the perception of mental illness stigma in Germany over the last two decades. *European psychiatry: the journal of the Association of European Psychiatrists*.
- Archer, J., Bower, P., Gilbody, S., Lovell, K., Richards, D., Gask, L., ... Coventry, P. (2012). Collaborative care for depression and anxiety problems. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 10, CD006525.
- Arean, P. A. (2012). Personalizing behavioral interventions: the case of late-life depression. *Neuropsychiatry*, 2(2), 135–145.
- Baumeister, H., & Hutter, N. (2012). Collaborative care for depression in medically ill patients: *Current Opinion in Psychiatry*, 25(5), 405–414.
- Becker, N., & Abholz, H.-H. (2005). Prävalenz und Erkennen von depressiven Störungen in deutschen Allgemeinarztpraxen - eine systematische Literaturübersicht. *ZFA - Zeitschrift für Allgemeinmedizin*, 81(11), 474–481.
- Beekman, A. T. F., Geerlings, S. W., Deeg, D. J. H., Smit, J. H., Schoevers, R. S., de Beurs, E., ... van Tilburg, W. (2002). The natural history of late-life depression: a 6-year prospective study in the community. *Archives of General Psychiatry*, 59(7), 605–611.
- Bjerregaard, F., Hüll, M., Stieglitz, R.-D., & Hölzel, L. (2018). Zeit für Veränderung – Was wir für die hausärztliche Versorgung älterer depressiver Menschen von den USA lernen können. *Das Gesundheitswesen*. 80(01), 34-39
- Bjerregaard, F., Zech, J., Frank, F., Stieglitz, R.-D., & Hölzel, L. P. (in press). Implementierbarkeit des GermanIMPACT Collaborative Care Programms zur

- Unterstützung der hausärztlichen Versorgung älterer depressiver Menschen - eine qualitative Interviewstudie. *Z Evidenz Fortbild Qual Im Gesundheitswesen*.
- Blazer, D. G. (2003). Depression in late life: review and commentary. *The journals of gerontology. Series A, Biological sciences and medical sciences*, 58(3), 249–265.
- Bower, P., Gilbody, S., Richards, D., Fletcher, J., & Sutton, A. (2006). Collaborative care for depression in primary care. Making sense of a complex intervention: systematic review and meta-regression. *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science*, 189, 484–493.
- Broocks, A., & Dickmann, L. (2016). Disease Management Program Depression (DMP) – Kontra. *Psychiatrische Praxis*, 43(07), 358–359.
- Büchtemann, D., Lupp, M., Bramesfeld, A., & Riedel-Heller, S. (2012). Incidence of late-life depression: A systematic review. *Journal of Affective Disorders*, 142(1–3), 172–179.
- Busch, M. A., Maske, U. E., Ryl, L., Schlack, R., & Hapke, U. (2013). Prävalenz von depressiver Symptomatik und diagnostizierter Depression bei Erwachsenen in Deutschland: Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1). *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, 56(5–6), 733–739.
- Callahan, C. M., Hendrie, H. C., Dittus, R. S., Brater, D. C., Hui, S. L., & Tierney, W. M. (1994). Improving treatment of late life depression in primary care: a randomized clinical trial. *Journal of the American Geriatrics Society*, 42(8), 839–846.
- Chan, An-Wen, Tetzlaff, J. M., Altman, D. G., Laupacis, A., Gøtzsche, P. C., Krleža-Jerić, K., ... Moher, D. (2013). SPIRIT 2013 Statement: Defining Standard Protocol Items for Clinical Trials. *Annals of Internal Medicine*, 158(3), 200.
- Chan, A.-W., Tetzlaff, J. M., Gøtzsche, P. C., Altman, D. G., Mann, H., Berlin, J. A., ... Moher, D. (2013). SPIRIT 2013 explanation and elaboration: guidance for protocols of clinical trials. *BMJ*, 346(jan08 15), e7586–e7586.
- Chang-Quan, H., Bi-Rong, D., Zhen-Chan, L., Yuan, Z., Yu-Sheng, P., & Qing-Xiu, L. (2009). Collaborative care interventions for depression in the elderly: a systematic review of randomized controlled trials. *Journal of Investigative*

Medicine: The Official Publication of the American Federation for Clinical Research, 57(2), 446–455.

- Coventry, P. A., Hudson, J. L., Kontopantelis, E., Archer, J., Richards, D. A., Gilbody, S., ... Bower, P. (2014). Characteristics of effective collaborative care for treatment of depression: a systematic review and meta-regression of 74 randomised controlled trials. *PloS One*, 9(9), e108114.
- Coventry, P., Lovell, K., Dickens, C., Bower, P., Chew-Graham, C., McElvenny, D., ... Gask, L. (2015). Integrated primary care for patients with mental and physical multimorbidity: cluster randomised controlled trial of collaborative care for patients with depression comorbid with diabetes or cardiovascular disease. *The BMJ*, 350.
- Cuijpers, P., van Straten, A., & Smit, F. (2006). Psychological treatment of late-life depression: a meta-analysis of randomized controlled trials. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 21(12), 1139–1149.
- D'Ath, P., Katona, P., Mullan, E., Evans, S., & Katona, C. (1994). Screening, Detection and Management of Depression in Elderly Primary Care Attenders. I: The Acceptability and Performance of the 15 Item Geriatric Depression Scale (GDS15) and the Development of Short Versions. *Family Practice*, 11(3), 260–266.
- de Jong, F. J., van Steenberg-Weijnenburg, K. M., Huijbregts, K. M. L., Vlasveld, M. C., Van Marwijk, H. W. J., Beekman, A. T. F., & van der Feltz-Cornelis, C. M. (2009). The Depression Initiative. Description of a collaborative care model for depression and of the factors influencing its implementation in the primary care setting in the Netherlands. *International Journal of Integrated Care*, 9.
- Department of Health and Human Services AoA. (2001). Older adults and mental health issues and opportunities. Washington, DC: Administration on Aging: Department of Health and Human Services.
- Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, P. und N. (DGPPN), & Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ). (2015). S3-Leitlinie/Nationale VersorgungsLeitlinie Unipolare Depression - Langfassung, 2. Auflage.
- Deveugele, M., Derese, A., van den Brink-Muinen, A., Bensing, J., & De Maeseneer, J. (2002). Consultation length in general practice: cross sectional study in six European countries. *BMJ*, 325.

- Dickmann, L. M., Dickmann, J. R., & Broocks, A. (2012). DMP Depression? The Family Practitioner's Perspective. *ZFA - Zeitschrift für Allgemeinmedizin*, 88(5), 210–217.
- Dwight-Johnson, M., Sherbourne, C. D., Liao, D., & Wells, K. B. (2000). Treatment Preferences Among Depressed Primary Care Patients. *Journal of General Internal Medicine*, 15(8), 527–534.
- Ekers, D., Murphy, R., Archer, J., Ebenezer, C., Kemp, D., & Gilbody, S. (2013). Nurse-delivered collaborative care for depression and long-term physical conditions: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 149(1–3), 14–22.
- Fortney, J., Enderle, M., McDougall, S., Clothier, J., Otero, J., Altman, L., & Curran, G. (2012). Implementation outcomes of evidence-based quality improvement for depression in VA community based outpatient clinics. *Implementation Science*, 7(1), 30.
- Fournier, J. C., DeRubeis, R. J., Hollon, S. D., Dimidjian, S., Amsterdam, J. D., Shelton, R. C., & Fawcett, J. (2010). Antidepressant drug effects and depression severity: a patient-level meta-analysis. *JAMA*, 303(1), 47–53.
- Gensichen, J., von Korff, M., Peitz, M., Muth, C., Beyer, M., Gütthlin, C., ... Gerlach, F. M. (2009). Case management for depression by health care assistants in small primary care practices: a cluster randomized trial. *Annals of internal medicine*, 151(6), 369–378.
- Gilbody, S., Bower, P., Fletcher, J., Richards, D., & Sutton, A. J. (2006). Collaborative care for depression: a cumulative meta-analysis and review of longer-term outcomes. *Archives of internal medicine*, 166(21), 2314–2321.
- Glaesmer, H., Gunzelmann, T., Martin, A., Brähler, E., & Rief, W. (2008). Die Bedeutung psychischer Beschwerden für die medizinische Inanspruchnahme und das Krankheitsverhalten Älterer. *Psychiatrische Praxis*, 35(4), 187–193.
- Gould, R. L., Coulson, M. C., & Howard, R. J. (2012). Cognitive behavioral therapy for depression in older people: a meta-analysis and meta-regression of randomized controlled trials. *Journal of the American Geriatrics Society*, 60(10), 1817–1830.
- Grochtdreis, T., Brettschneider, C., Wegener, A., Watzke, B., Riedel-Heller, S., Härter, M., & König, H.-H. (2015). Cost-Effectiveness of Collaborative Care for

- the Treatment of Depressive Disorders in Primary Care: A Systematic Review. *PLoS ONE*, 10(5), e0123078.
- Gühne, U., Lupp, M., König, H.-H., Hautzinger, M., & Riedel-Heller, S. (2014). [Are Psychotherapeutic Interventions Effective in Late-Life Depression?]. *Psychiatrische Praxis*.
- Gühne, U., Lupp, M., Stein, J., Wiese, B., Weyerer, S., Maier, W., ... Riedel-Heller, S. G. (2016). [Barriers and Opportunities for Optimized Treatment of Late Life Depression]. *Psychiatrische Praxis*, 43(7), 387–394.
- Guyatt, G. H., Oxman, A. D., Kunz, R., Atkins, D., Brozek, J., Vist, G., ... Schünemann, H. J. (2011). GRADE guidelines: 2. Framing the question and deciding on important outcomes. *Journal of Clinical Epidemiology*, 64(4), 395–400.
- Härter, M. (2010). *S3 Praxisleitlinien in Psychiatrie und Psychotherapie Nationale VersorgungsLeitlinie Unipolare Depression*. Berlin, Heidelberg: DGPPN (Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde), ÄZQ (Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin). Abgerufen von <http://dx.doi.org/10.1007/978-3-642-13103-5>
- Hautzinger, M. (2009). *Depression im Alter: erkennen, bewältigen, behandeln; ein kognitiv-verhaltenstherapeutisches Gruppenprogramm* (unveränd. Nachdr. d. 1. Aufl). Weinheim: Beltz, PVU.
- Hautzinger, M., & Welz, S. (2008). Kurz- und längerfristige Wirksamkeit psychologischer Interventionen bei Depressionen im Alter. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 37(1), 52–60.
- Hölzel, L., Härter, M., Reese, C., & Kriston, L. (2011). Risk factors for chronic depression — A systematic review. *Journal of Affective Disorders*, 129(1–3), 1–13.
- Horrocks, S. (2002). Systematic review of whether nurse practitioners working in primary care can provide equivalent care to doctors. *BMJ*, 324(7341), 819–823.
- Huibregts, K. M. L., de Jong, F. J., van Marwijk, H. W. J., Beekman, A. T. F., Adèr, H. J., Hakkaart-van Roijen, L., ... van der Feltz-Cornelis, C. M. (2013). A target-driven collaborative care model for Major Depressive Disorder is effective in primary care in the Netherlands. A randomized clinical trial from the depression initiative. *Journal of affective disorders*, 146(3), 328–337.

- Hunkeler, E. M., Katon, W., Tang, L., Williams, J. W., Kroenke, K., Lin, E. H. B., ... Unützer, J. (2006). Long term outcomes from the IMPACT randomised trial for depressed elderly patients in primary care. *BMJ (Clinical Research Ed.)*, 332(7536), 259–263.
- IJff, M. A., Huijbregts, K. M. L., van Marwijk, H. W. J., Beekman, A. T. F., Hakkaart-van Roijen, L., Rutten, F. F., ... van der Feltz-Cornelis, C. M. (2007). Cost-effectiveness of collaborative care including PST and an antidepressant treatment algorithm for the treatment of major depressive disorder in primary care; a randomised clinical trial. *BMC health services research*, 7, 34.
- Jacobi, F., Höfler, M., Meister, W., & Wittchen, H. U. (2002). [Prevalence, detection and prescribing behavior in depressive syndromes. A German federal family physician study]. *Der Nervenarzt*, 73(7), 651–658.
- Katon, W. J., Lin, E. H. B., Von Korff, M., Ciechanowski, P., Ludman, E. J., Young, B., ... McCulloch, D. (2010). Collaborative Care for Patients with Depression and Chronic Illnesses. *New England Journal of Medicine*, 363(27), 2611–2620.
- Katon, W., Von Korff, M., Lin, E., & Simon, G. (2001). Rethinking practitioner roles in chronic illness: the specialist, primary care physician, and the practice nurse. *General hospital psychiatry*, 23(3), 138–144.
- Klesse, C., Bermejo, I., & Härter, M. (2007). Neue Versorgungsmodelle in der Depressionsbehandlung. *Der Nervenarzt*, 78(S3), 585–596.
- Kroenke, K., Spitzer, R. L., & Williams, J. B. (2001). The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure. *Journal of General Internal Medicine*, 16(9), 606–613.
- Laurant, M., Reeves, D., Hermens, R., Braspenning, J., Grol, R., & Sibbald, B. (2005). Substitution of doctors by nurses in primary care. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, (2), CD001271.
- Linde, K., Kriston, L., Rücker, G., Jamil, S., Schumann, I., Meissner, K., ... Schneider, A. (2015). Efficacy and Acceptability of Pharmacological Treatments for Depressive Disorders in Primary Care: Systematic Review and Network Meta-Analysis. *The Annals of Family Medicine*, 13(1), 69–79.
- Luppa, M., Sikorski, C., Luck, T., Ehreke, L., Konnopka, A., Wiese, B., ... Riedel-Heller, S. G. (2012). Age- and gender-specific prevalence of depression in

- latest-life – Systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 136(3), 212–221.
- Luppa, Melanie, Heinrich, S., Matschinger, H., Sandholzer, H., Angermeyer, M. C., König, H.-H., & Riedel-Heller, S. G. (2008). Direct costs associated with depression in old age in Germany. *Journal of affective disorders*, 105(1–3), 195–204.
- Lutz, W., Sanderson, W., & Scherbov, S. (2001). The end of world population growth. *Nature*, 412(6846), 543–545.
- Mack, S., Jacobi, F., Gerschler, A., Strehle, J., Höfler, M., Busch, M. A., ... Wittchen, H.-U. (2014). Self-reported utilization of mental health services in the adult German population--evidence for unmet needs? Results of the DEGS1-Mental Health Module (DEGS1-MH). *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 23(3), 289–303.
- Martínez-González, N. A., Djalali, S., Tandjung, R., Huber-Geismann, F., Markun, S., Wensing, M., & Rosemann, T. (2014). Substitution of physicians by nurses in primary care: a systematic review and meta-analysis. *BMC Health Services Research*, 14, 214.
- Mathers, C., Fat, D. M., Boerma, J. T., & World Health Organization (Hrsg.). (2008). *The global burden of disease: 2004 update*. Geneva, Switzerland: World Health Organization.
- Mayring, P. (2010). *Qualitative Inhaltsanalyse: Grundlagen und Techniken* (Auflage: Neuausgabe, 11., vollständig überarbeitete Aufl.). Beltz.
- McHugh, R. K., Whitton, S. W., Peckham, A. D., Welge, J. A., & Otto, M. W. (2013). Patient preference for psychological vs pharmacologic treatment of psychiatric disorders: a meta-analytic review. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 74(6), 595–602.
- Meeks, T. W., Vahia, I. V., Lavretsky, H., Kulkarni, G., & Jeste, D. V. (2011). A tune in „a minor“ can „b major“: a review of epidemiology, illness course, and public health implications of subthreshold depression in older adults. *Journal of Affective Disorders*, 129(1–3), 126–142.
- Melchior, H., Schulz, H., & Härter, M. (2014). Faktencheck Gesundheit Depression. Abgerufen 11. Mai 2015, von <https://depression.faktencheck-gesundheit.de/fachinformation/fachinformation-startseite/>

- Menchetti, M., Sighinolfi, C., Di Michele, V., Peloso, P., Nespeca, C., Bandieri, P. V., ... Berardi, D. (2013). Effectiveness of collaborative care for depression in Italy. A randomized controlled trial. *General hospital psychiatry*, 35(6), 579–586.
- Mergl, R., Henkel, V., Allgaier, A.-K., Kramer, D., Hautzinger, M., Kohlen, R., ... Hegerl, U. (2011). Are treatment preferences relevant in response to serotonergic antidepressants and cognitive-behavioral therapy in depressed primary care patients? Results from a randomized controlled trial including a patients' choice arm. *Psychotherapy and psychosomatics*, 80(1), 39–47.
- Merten, M. (2004). Integrierte Versorgung Depression: Gemeinsam für den Patienten. *Dtsch Arztebl*, 101,51-52.
- Moore, G. F., Audrey, S., Barker, M., Bond, L., Bonell, C., Hardeman, W., ... Baird, J. (2015). Process evaluation of complex interventions: Medical Research Council guidance. *BMJ*, 350, h1258.
- Overbeck, G., Davidsen, A. S., & Kousgaard, M. B. (2016). Enablers and barriers to implementing collaborative care for anxiety and depression: a systematic qualitative review. *Implementation Science: IS*, 11(1), 165.
- Rabe-Menssen, C. (2011). Barrieren der Inanspruchnahme von ambulanter Psychotherapie bei älteren Menschen. *Psychotherapie Aktuell*, 2011(4), 12–16.
- Rattay, P., Butschalowsky, H., Rommel, A., Prütz, F., Jordan, S., Nowossadeck, E., ... Kamtsiuris, P. (2013). ---Inanspruchnahme der ambulanten und stationären medizinischen Versorgung in Deutschland: Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1). *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, 56(5–6), 832–844.
- Richards, D. A., Hill, J. J., Gask, L., Lovell, K., Chew-Graham, C., Bower, P., ... Barkham, M. (2013). Clinical effectiveness of collaborative care for depression in UK primary care (CADET): cluster randomised controlled trial. *BMJ (Clinical research ed.)*, 347, f4913.
- Riedel-Heller, S., & Lupp, M. (2014). Depression im Alter – bevölkerungsmedizinisch unterschätzt? *PPmP - Psychotherapie · Psychosomatik · Medizinische Psychologie*, 64(12), 477–479.
- Roy-Byrne, P., Craske, M. G., Sullivan, G., Rose, R. D., Edlund, M. J., Lang, A. J., ... Stein, M. B. (2010). Delivery of evidence-based treatment for multiple anxiety

- disorders in primary care: a randomized controlled trial. *JAMA: the journal of the American Medical Association*, 303(19), 1921–1928.
- Schreier, M. (2012). *Qualitative Content Analysis in Practice*. SAGE Publications Ltd.
- Schulz, R., Drayer, R. A., & Rollman, B. L. (2002). Depression as a risk factor for non-suicide mortality in the elderly. *Biological Psychiatry*, 52(3), 205–225.
- Schwarzbach, M., Luppá, M., Sikorski, C., Fuchs, A., Maier, W., van den Bussche, H., ... Riedel-Heller, S. G. (2013). The relationship between social integration and depression in non-demented primary care patients aged 75 years and older. *Journal of Affective Disorders*, 145(2), 172–178.
- Sielk, M., Altiner, A., Janssen, B., Becker, N., de Pilars, M. P., & Abholz, H.-H. (2009). [Prevalence and diagnosis of depression in primary care. A critical comparison between PHQ-9 and GPs' judgement]. *Psychiatrische Praxis*, 36(4), 169–174.
- Sikorski, C., Luppá, M., König, H.-H., van den Bussche, H., & Riedel-Heller, S. G. (2012). Does GP training in depression care affect patient outcome? - A systematic review and meta-analysis. *BMC Health Services Research*, 12(1), 10.
- Simon, G. E., Katon, W. J., VonKorff, M., Unützer, J., Lin, E. H., Walker, E. A., ... Ludman, E. (2001). Cost-effectiveness of a collaborative care program for primary care patients with persistent depression. *The American journal of psychiatry*, 158(10), 1638–1644.
- Sitnikova, K., Leone, S. S., Zonneveld, L. N. L., van Marwijk, H. W. J., Bosmans, J. E., van der Wouden, J. C., & van der Horst, H. E. (2017). The CIPRUS study, a nurse-led psychological treatment for patients with undifferentiated somatoform disorder in primary care: study protocol for a randomised controlled trial. *Trials*, 18, 206.
- Thielke, S. M., Fan, M.-Y., Sullivan, M., & Unützer, J. (2007). Pain limits the effectiveness of collaborative care for depression. *The American Journal of Geriatric Psychiatry: Official Journal of the American Association for Geriatric Psychiatry*, 15(8), 699–707.
- Thota, A. B., Sipe, T. A., Byard, G. J., Zometa, C. S., Hahn, R. A., McKnight-Eily, L. R., ... Community Preventive Services Task Force. (2012). Collaborative care to improve the management of depressive disorders: a community guide

- systematic review and meta-analysis. *American Journal of Preventive Medicine*, 42(5), 525–538.
- Torge, M., Petersen, J. J., Gensichen, J., & Planz-Kuhlendahl, S. (2010). Depressionsbehandlung in der Hausarztpraxis. *Psychiatrische Praxis*, 37(08), 366–368.
- Unützer, J., Patrick, D. L., Diehr, P., Simon, G., Grembowski, D., & Katon, W. (2000). Quality adjusted life years in older adults with depressive symptoms and chronic medical disorders. *International Psychogeriatrics / IPA*, 12(1), 15–33.
- Unützer, J., Katon, W., Callahan, C. M., Williams, J. W., Jr, Hunkeler, E., Harpole, L., ... Langston, C. (2002). Collaborative care management of late-life depression in the primary care setting: a randomized controlled trial. *JAMA: the journal of the American Medical Association*, 288(22), 2836–2845.
- van Schaik, D. J. F., Klijn, A. F. J., van Hout, H. P. J., van Marwijk, H. W. J., Beekman, A. T. F., de Haan, M., & van Dyck, R. (2004). Patients' preferences in the treatment of depressive disorder in primary care. *General hospital psychiatry*, 26(3), 184–189.
- Volkert, J., Schulz, H., Härter, M., Wlodarczyk, O., & Andreas, S. (2013). The prevalence of mental disorders in older people in Western countries – a meta-analysis. *Ageing Research Reviews*, 12(1), 339–353.
- Vos, T., Allen, C., Arora, M., Barber, R. M., Bhutta, Z. A., Brown, A., ... Murray, C. J. L. (2016). Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 310 diseases and injuries, 1990–2015: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015. *The Lancet*, 388(10053), 1545–1602.
- Wernher, I., Bjerregaard, F., Tinsel, I., Bleich, C., Boczor, S., Kloppe, T., ... Hüll, M. (2014). Collaborative treatment of late-life depression in primary care (GermanIMPACT): study protocol of a cluster-randomized controlled trial. *Trials*, 15, 351.
- Weyerer, S., Eifflaender-Gorfer, S., Wiese, B., Lupp, M., Pentzek, M., Bickel, H., ... Riedel-Heller, S. G. (2013). Incidence and predictors of depression in non-demented primary care attenders aged 75 years and older: results from a 3-year follow-up study. *Age and Ageing*, 42(2), 173–180.
- Wiles, N., Thomas, L., Abel, A., Ridgway, N., Turner, N., Campbell, J., ... Lewis, G. (2013). Cognitive behavioural therapy as an adjunct to pharmacotherapy for

primary care based patients with treatment resistant depression: results of the CoBaIT randomised controlled trial. *Lancet*, 381(9864), 375–384.

Wilson, K. C. M., Mottram, P. G., & Vassilas, C. A. (2008). Psychotherapeutic treatments for older depressed people. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, (1), CD004853.

Zepf, S., Mengele, U., & Hartmann, S. (2003). Zum Stand der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung der Erwachsenen in der Bundesrepublik Deutschland. *PPmP - Psychotherapie · Psychosomatik · Medizinische Psychologie*, 53(3/4), 152–162.

Anhang

Anhang 1: Publikationen im Volltext

A Artikel 1:

Zeit für Veränderung - Was wir für die hausärztliche Versorgung älterer depressiver Menschen von den USA lernen können

Publikationsstatus: Publiziert 2016 im „Das Gesundheitswesen“

B Artikel 2:

Collaborative treatment of late-life depression in primary care (GermanIMPACT): study protocol of a cluster-randomized controlled trial

Publikationsstatus: Publiziert 2014 in „BMC Trials“

C Artikel 3:

GermanIMPACT Koordinierte Behandlung der Altersdepression in der Primärversorgung – eine cluster-randomisiert kontrollierte Studie

Publikationsstatus: Publiziert 2018 im „Deutschen Ärzteblatt- international“

D Artikel 4:

Implementierbarkeit des GermanIMPACT Collaborative Care Programmes zur Unterstützung der hausärztlichen Versorgung älterer depressiver Menschen - Eine qualitative Interviewstudie

Publikationsstatus: Publiziert 2018 in der „Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen (ZEFQ)“

Anhang 2: Lebenslauf

Anhang 1: Publikationen im Volltext

A Artikel 1:

Zeit für Veränderung - Was wir für die hausärztliche Versorgung älterer depressiver Menschen von den USA lernen können

Zeit für Veränderung – Was wir für die hausärztliche Versorgung älterer depressiver Menschen von den USA lernen können

Time for Change: What We can Learn from the USA about Primary Care of the Depressed Elderly

Autoren

Frederike Bjerregaard¹, Michael Hüll², Rolf-Dieter Stieglitz³, Lars P. Hölzel¹

Institute

- 1 Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Uniklinik Freiburg, Freiburg
- 2 Klinik für Geronto- und Neuropsychiatrie, Zentrum für Psychiatrie und Psychotherapie Emmendingen, Emmendingen
- 3 Fakultät für Psychologie, Abteilung klinische Psychologie und Psychiatrie, Universität Basel, Basel, Switzerland

Schlüsselwörter

Depression, Alter, kollaborative Versorgung, Versorgungsforschung

Key words

depression, depressive disorder, old age, case management, health services

Bibliografie

DOI <https://doi.org/10.1055/s-0042-107344>

Online-Publikation: 26.9.2016

Gesundheitswesen 2018; 80: 34–39

© Georg Thieme Verlag KG Stuttgart · New York

ISSN 0941-3790

Korrespondenzadresse

Frederike Bjerregaard, M.Sc. Psychologie
Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie Uniklinik Freiburg
Hauptstraße 5
79104 Freiburg
frederike.bjerregaard@uniklinik-freiburg.de

ZUSAMMENFASSUNG

Depression ist eine der häufigsten psychischen Erkrankungen im höheren Lebensalter. Oft geht sie mit komorbiden somatischen Erkrankungen einher und Betroffene werden zu Vielnutzern des

Gesundheitssystems. Aufgrund der nicht nur individuellen, sondern auch gesellschaftlichen Relevanz, ist ein Blick auf die aktuelle Versorgung und Optimierungsmöglichkeiten von älteren Menschen mit Depression wichtig und notwendig. Der Hausarzt stellt meist nicht nur die erste Anlaufstelle dar, sondern übernimmt oft die gesamte Depressionsbehandlung. Aufgrund limitierter Möglichkeiten in der hausärztlichen Versorgung, gibt es in den USA schon seit einigen Jahren kollaborative Programme, die eine optimierte Vernetzung und Zusammenarbeit zwischen unterschiedlichen Behandlern vorsieht und speziell geschulte Case Manager einsetzt, um die übliche hausärztliche Behandlung mit kurzen verhaltenstherapeutischen Interventionen zu unterstützen. In Deutschland gibt es ebenfalls bereits neue Ansätze und Modelle um die Versorgung älterer depressiver Menschen zu verbessern, die aber noch weiterer Überprüfungen bedürfen.

ABSTRACT

Depression is a common psychiatric disorder in older people. It is often accompanied by comorbid somatic conditions, and affected patients become frequent users of the health care system. Due to its relevance not only for the individual but also for society, reflection on the current health care service and optimization possibilities for the depressed elderly seems important and necessary. Mostly, the general practitioner is not only the first point of contact, but is also responsible for the entire treatment of depression. Due to the limited possibilities of primary care, for several years, there have been collaborative care programs in the USA that provide an optimized networking and collaboration between different health care providers and use specially trained care managers to support the usual primary health care service with short behavioral interventions. In Germany, there are also new approaches and models to improve the health care service for the depressed elderly, but these require further evaluation.

Altersdepression in Deutschland

Im Zuge des demografischen Wandels werden psychische Störungen im Alter für das deutsche Gesundheitssystem zunehmend an Relevanz gewinnen. Dabei befindet sich die Depression an erster

Stelle [1]. Noch im 75. Lebensjahr liegt die Prävalenz für Depression ca. doppelt so hoch wie die Prävalenz für Demenz [2]. Nach einer aktuellen systematischen Übersichtsarbeit liegt die Prävalenz für Depression ab 75 Jahren bei 7,2% [1]. Neben den älteren Menschen, die alle Kriterien für die Diagnose Depression nach den gängigen

Klassifikationssystemen (DSM-IV oder ICD-10) erfüllen, gibt es außerdem eine große Anzahl Betroffener mit einer unterschweligen Depression, hier liegt die Prävalenz bei 17,1 % [3]. Die Wahrscheinlichkeit für ältere Menschen mit unterschwelliger Depression eine voll ausgeprägten Depression zu entwickeln, ist deutlich erhöht [4]. Betroffene leben eher sozial isoliert [1] und haben ein erhöhtes Suizidrisiko [1]. Komorbide körperliche Erkrankungen werden als ein Risikofaktor für die Entwicklung einer chronischen Depression diskutiert [5]. Die Depression und die damit verbundenen negativen Konsequenzen führen dazu, dass ältere Menschen mit Depression das Gesundheitssystem stark beanspruchen. Somit hat Depression im Alter auch Auswirkungen auf die Gesellschaft. Die jährlichen Gesundheitskosten von depressiven älteren Menschen sind um ein Drittel höher, als die der nicht-depressiven [6]. Da Depression im Alter sowohl für den Einzelnen, als auch für die Gesellschaft von hoher Relevanz ist, stellt sich die Frage nach der Versorgungsrealität von älteren depressiven Menschen in Deutschland.

Versorgungssituation in Deutschland

Im internationalen Vergleich reiht sich Deutschland unter den Ländern ein, in denen das Gesundheitssystem in hohem Maße beansprucht wird. Dennoch ist die Zahl der Menschen, die explizit aufgrund ihrer psychischen Störungen das Gesundheitssystem nutzen, sehr gering [7]. Bereits über alle Lebensjahre hinweg gemeinsam betrachtet erhalten nur 23 % der von einer schweren Depression Betroffenen eine leitliniengerechte Behandlung, ein Anteil, der ab einem Alter von 65. Jahren auf unter 5 % sinkt [8]. Die Gründe hierfür scheinen vielfältig. Neben fehlenden altersspezifischen Krankheitskonzepten der Therapeuten, negativer Altersbilder auch der Patienten selbst und der Angst vor Stigmatisierung [9], spielen Faktoren wie Informationsmangel der Patienten und Koordinationsdefizite der Versorgungsbereiche eine große Rolle [10]. Aufgrund der Multimorbidität im Alter, der oft als somatisch geäußerten Beschwerden der älteren Patienten und einer traditionell hohen Hausarztbindung der älteren Generation, wird der Hausarzt hingegen vermehrt aufgesucht. Ältere Menschen konsultieren ca. 4 Mal im Jahr ihren Hausarzt. Bei älteren Menschen mit psychischen Störungen steigt die Anzahl der Hausarztbesuche auf durchschnittlich 10 Mal pro Jahr an [11]. Dennoch kann psychischen Störungen bei einem Hausarztbesuch oft nicht viel Zeit eingeräumt werden. So sind somatische Beschwerden bei älteren multimorbiden Patienten oft sehr vordergründig und lenken von einer spezifischen Diagnostik der psychischen Beschwerden ab. Ein weiterer Grund ist das Diagnostizieren der psychischen Störung. Über die Erkennungsrate von Depressionen beim Hausarzt ist in den letzten Jahren viel diskutiert worden und die Erkennungsraten schwanken zwischen 45–75 % [12, 13]. Neben den Herausforderungen des zeitlichen Managements und der Multimorbidität in der hausärztlichen Praxis, werden außerdem von den Patienten selbst meist eher körperliche Beschwerden als Anlass des Hausarztbesuches genannt und nur 5 % psychische Probleme als Ursache angeben [14]. So können die von depressiven Patienten oft berichtete Symptome wie Müdigkeit, Schlafprobleme und wenig Energie eher somatischen Erkrankungen zugeschrieben und nicht als depressive Symptome erkannt werden. Wurde die Depression vom Hausarzt diagnostiziert, werden die meisten Patienten weiter hausärztlich be-

handelt. Dies entspricht auch dem Wunsch der meisten älteren Patienten [15]. Zusätzliche psychosoziale Interventionen können jedoch den Verlauf der Depression in der hausärztlichen Versorgung positiv beeinflussen und sind auch für ältere Menschen vielversprechend [16]. Unbehandelt nehmen Depressionen und subklinische Depressionen oft einen chronischen Verlauf [17].

Versorgungssituation in den USA

Auch in den USA ist man mit ähnlichen Herausforderungen in der hausärztlichen Versorgung konfrontiert. In einer aktuellen repräsentativen Stichprobe fand man in den USA eine Prävalenz der Depression von 6,8 % bei älteren Menschen [18]. Auch hier suchen ältere Menschen häufiger ihren Hausarzt auf, bis zu 10 % der älteren Patienten beim Hausarzt leiden dabei unter einer Depression [19]. Mit zunehmenden Alter sinkt auch in den USA die Wahrscheinlichkeit eine depressionsspezifische Behandlung zu erhalten [20]. Auch zwischen der Art der Behandlung und dem Alter gibt es einen Zusammenhang. Während unter den 60–74 jährigen noch ein Drittel Psychotherapie erhalten, sind es ab dem 75. Lebensjahr weniger als ein Viertel. Wenn überhaupt, beschränkte sich mit zunehmenden Alter die Art der Behandlung bei den meisten auf eine pharmakologische Therapie [20]. Dies obwohl eine Studie in den USA zeigte, dass sich über die Hälfte der befragten älteren Menschen durchaus auch psychosoziale Interventionen als Teil ihrer Behandlung wünschen würden [21]. Aufgrund der Herausforderungen der Versorgung älterer Patienten mit Depression, ist man in den USA schon seit vielen Jahren dabei neue Modelle der Versorgung zu entwickeln und in der Versorgungsrealität zu erproben.

Neue Modelle in den USA

Erste Versuche die Versorgung älterer depressiver Patienten in der Hausarztpraxis zu unterstützen, zielten auf die Schulung der Hausärzte ab. Sie wurden in Diagnostik, medikamentöser Behandlung und Methoden zur Psychoedukation geschult. Diese niederschwellige Intervention zeigte allerdings in Bezug auf den Verlauf der Depression keine Effekte [22]. Callahan zieht in einer Übersichtsarbeit zum Forschungsstand zu Depression von älteren Menschen in der hausärztlichen Versorgung die Schlussfolgerung, dass die Informationsvermittlung als Unterstützung für Hausärzte in den USA zwar notwendig ist, allerdings nicht ausreicht [23]. Umfassendere Strategien zur Unterstützung der hausärztlichen Versorgung waren daher notwendig und umfangreichere Interventionen, die nicht mehr nur die Hausärzte involvierten, wurden entwickelt. Dabei setzten sich schnell kollaborative Versorgungsansätze (Collaborative Care Modelle (CC)) als neue Strategie in der Depressionsbehandlung beim Hausarzt durch. Diese strukturiert, arbeitsteilig koordinierten Modelle sehen eine enge Zusammenarbeit zwischen dem Hausarzt, einem Case Manager und einem kooperierenden Psychiater/Psychotherapeuten vor. Der Case Manager hat in der Regel einen medizinischen oder sozialwissenschaftlichen beruflichen Hintergrund und führt in regelmäßigen Telefonkontakten verhaltenstherapeutische Interventionen wie Psychoedukation und Maßnahmen zur Verhaltensaktivierung durch. Außerdem wird die Einnahme von Medikamenten besprochen und der Verlauf der Depression mittels prozessbegleitender Diagnostik

► **Tab. 1** Übersicht Collaborative Care Studien international.

Studie	Land	Altersspanne	Kernelemente der Intervention	Primärer Endpunkt Depression	Messzeitpunkt	Überlegenheit CC gegenüber CU
Unützer et al. 2002 [28]	USA	≥ 60	Aktivierung, PLT Dauer: 12 Monate	SCL-20	3, 6, 12 Monate	Überlegenheit CC zu allen 3 Messzeitpunkten
Ciechan-owski et al. 2004 [29]	USA	≥ 60	Aktivierung, PLT Dauer: 12 Monate	SCL-20	6, 12 Monate	Überlegenheit CC zu beiden Messzeitpunkten
Dietrich et al. 2004 [30]	USA	≥ 18	Aktivierung Dauer: 6 Monate	SCL-20	3, 6 Monate	Überlegenheit CC zu beiden Messzeitpunkten
Cole et al. 2006 [31]	Kanada	≥ 65	Monitoring und unterstützende Begleitung Dauer: 6 Monate	HAMD	3, 6 Monate	zu keinem Messzeitpunkt signifikante Unterschiede
Hunkeler et al. 2006 [32]	USA	≥ 60	Aktivierung, PLT Dauer: 12 Monate	SCL-20	12, 18, 24 Monate	Überlegenheit CC zu allen Messzeitpunkten
Chew-Graham et al. 2007 [33]	GB	≥ 60	Psychoedukation, Verbesserung von Selbstmanagement Strategien Dauer: 3 Monate	Depression nach SKID-Interview	4 Monate	Überlegenheit CC nach 4 Monaten
Ross et al. 2008 [34]	USA	N.N.	Psychoedukation, unterstützende Begleitung, Monitoring Dauer: 6 Monate	PHQ-9	6 Monate	kein signifikanter Unterschied nach 6 Monaten
Gensichen et al. 2009 [35]	D	18-80	Aktivierung, Monitoring Dauer: 12 Monate	PHQ-9	12 Monate	Überlegenheit CC nach 12 Monaten
Patel et al. 2010 [36]	Indien	≥ 18	Psychoedukation, Interpersonelle Psychotherapie Dauer: 6 Monate	ICD-10	6 Monate	kein signifikanter Unterschied nach 6 Monaten
Aragonès et al. 2012 [37]	Spanien	≥ 18	Psychoedukation, Verbesserung von Selbstmanagement Dauer 12: Monate	PHQ-9	3, 6, 12 Monate	Überlegenheit CC zu allen Messzeitpunkten
Huijbregts et al. 2013 [38]	NL	≥ 18	Aktivierung, PLT Dauer: 12 Monate	PHQ-9	3,6,9,12 Monate	signifikanter Unterschied nach 3 und 9 Monaten, nicht nach 6 und 12 Monaten
Richards et al. 2013 [39]	GB	≥ 18	Aktivierung, Psychoedukation Dauer: 3,5 Monate	PHQ-9	4, 12 Monate	Überlegenheit CC zu beiden Messzeitpunkten
Aragonès et al. 2014 [40]	Spanien	≥ 18	Psychoedukation, Verbesserung von Selbstmanagement Dauer 12: Monate	PHQ-9	36 Monate	signifikanter Unterschied nach 12 Monaten, nicht nach 36 Monaten

stets kontrolliert. In mehreren Übersichtsarbeiten zeichnete sich eine Überlegenheit der CC gegenüber der üblichen Behandlung durch den Hausarzt ab [24–26]. Eine wichtige Wirkkomponente stellen dabei verhaltenstherapeutische Interventionen dar. In den USA haben CC mittlerweile den Sprung von der reinen Forschungswelt in die Versorgungsrealität von Kliniken und Gesundheitszentren geschafft [27] und auch andere Länder führten inzwischen Wirksamkeitsstudien zu CC Modellen durch. ► **Tab. 1** gibt eine Übersicht einer selektiven Literaturrecherche in der Datenbank Medline zu internationalen CC Studien. Aufgeführt werden Studien, die im Zeitraum von 2000 bis heute publiziert wurden und erwachsene Patienten in der Primärärztlichen Versorgung mit einer Depression untersuchen. Studien mit ausschließlich speziellen Patientenpopulationen wie z.B. Minderheiten oder Patientengrup-

pen, die eine weitere Zusatzdiagnose erfüllen müssen, werden nicht in der Tabelle aufgeführt. Bezüglich der Intervention wurden nur Studien berücksichtigt, die CC vertreten und einen Case Manager einschließen, der in seiner Funktion kurze depressionsspezifische Interventionen mit dem Patienten anbietet, die über das einfache Monitoring der Symptome hinaus gehen. Nur Interventionsstudien mit randomisierten kontrolliertem Studiendesign werden aufgeführt. Die primäre Zielgröße musste die Veränderung in der depressiven Symptomatik abbilden.

Neue Modelle in Deutschland

In Deutschland gibt es seit einigen Jahren für chronisch kranke Patienten Programme, die die Koordination von Gesundheitsmaß-

nahmen vorsehen. Dabei kann man zwischen populationsbezogenen Ansätzen wie Disease Management Programmen, sektorübergreifender integrierter Versorgung und Case-Management (CM) Programmen unterscheiden [41]. Letztere Programme sind auf das Individuum bezogen (Box 1). CM Programme, die auf einem niederschwelligem Level ansetzen, beziehen z. B. Medizinische Fachangestellte (MFA) in die Behandlung von depressiven Patienten ein [35]. So werden bereits vorhandene Strukturen genutzt und die Kosten dieser niederschweligen Intervention bleiben gering. Gleichzeitig sind die interventionellen Möglichkeiten der MFAs aufgrund der limitierten Ressourcen kleiner Praxiseinheiten eingeschränkt. Auf Maßnahmen wie sie von einem Case Manager durchgeführt werden können, muss verzichtet werden. Eines der am besten evaluierten Programme im Bereich der CM bzw. CC Modelle ist das IMPACT Programm, das von der Arbeitsgruppe von Jürgen Unützer in den USA entwickelt wurde [28]. Das IMPACT Programm ist ein CC, das die Zusammenarbeit zwischen dem Hausarzt, einem Case Manager und einem supervidierenden Psychiater/Psychotherapeuten vorsieht, wobei die letztendliche Behandlungsverantwortung stets beim Hausarzt bestehen bleibt. Aktuell läuft in Deutschland eine vom Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) geförderten Studie zur Implementierung des IMPACT Programms für den deutschen Raum, GermanIMPACT [42] (Box 2). Die Intervention folgt dem stepped-care Prinzip: Durch die prozessbegleitende Diagnostik können die Case Manager, in GermanIMPACT „Therapiebegleiter“ genannt, den Verlauf der Depression regelmäßig überprüfen und gegebenenfalls die Intervention intensivieren oder reduzieren. Die Intervention beinhaltet Methoden, wie sie in den nationalen Versorgungs-/S3-Leitlinien „Unipolare Depression“ auf hohem Evidenzniveau empfohlen werden [1]. Eines der wichtigsten Elemente der Intervention ist die Verhaltensaktivierung. Zusätzlich vermitteln die Therapiebegleiter Wissen in Bezug auf Symptome, Erkrankungsverlauf, Medikamente und Nebenwirkungen. Sollte sich im Verlauf der Behandlung keine Verbesserung der Depression einstellen, sieht der stepped-care Rhythmus alle 8 Wochen Entscheidungssitzungen vor, in denen die Behandlung optimiert werden kann. So kann je nach Präferenz des Patienten mit dem Hausarzt über die Möglichkeit des Beginns einer Psychopharmakotherapie oder einer Umstellung der Medikation gesprochen oder mit einem Problemlösetraining begonnen werden. Das Problemlösetraining wurde speziell für die Primärversorgung modifiziert und stellt auch für ältere depressive Patienten eine wirksame Methode in der Depressionsbehandlung dar [43]. Ein integraler Bestandteil des IMPACT Programms ist der supervidierende Psychiater/Psychotherapeut. Mit seiner Expertise soll die Behandlung bestmöglich an die Bedürfnisse des Patienten angepasst werden.

Diskussion

Die positiven Ergebnisse aus den USA liefern wichtige Hinweise dafür, dass CC die hausärztliche Versorgung von depressiven älteren Patienten optimieren können. Für die Übertragbarkeit der Ergebnisse müssen allerdings die unterschiedlichen Gesundheitsstrukturen in den USA und Deutschland berücksichtigt werden. Während in Deutschland Hausärzte meist in Einzelpraxen tätig sind,

wurde das IMPACT Programm in den USA in medizinischen Gesundheitszentren erprobt [28]. Hier können Hausarzt, Therapiebegleiter und Psychiater/Psychotherapeut unter einem Dach zusammenarbeiten. In Deutschland kann die räumliche Trennung der Behandler eine Herausforderung darstellen und gerade das wesentliche Element der Teamarbeit und des regelmäßigen Austausches untereinander muss hier anders gelöst werden. Denkbar wäre der Einsatz von elektronischen Datenbanken, auf die alle Behandler Zugriff haben oder die Anwendung rein telemedizinischer Kommunikationsmittel [44]. Die Erfahrungen aus dem europäischen Ausland mit ähnlichen Versorgungsstrukturen zeigen jedoch, dass auch hier CC wirksam sind [38, 39]. Neben der Wirksamkeit, ist auch eine gesundheitsökonomische Auswertung des Programms von zentraler Bedeutung. In den USA wurde ein moderater Anstieg der Kosten durch das IMPACT Programm festgestellt. Die Langzeitperspektive über 4 Jahre zeigt weiter, dass die gesamten Gesundheitskosten bei Patienten des IMPACT Programms eher geringer ausfallen, als bei Patienten, die die übliche Behandlung erhielten [45]. Diese gesundheitsökonomische Gesamtbetrachtung war letztendlich für die Bereitschaft der Krankenversicherungen in den USA zur Implementation entsprechender Programme entscheidend. Ob eine Übertragbarkeit dieser Ergebnisse für Deutschland zu erwarten ist, wird die gesundheitsökonomische Auswertung der GermanIMPACT Studie zeigen.

FAZIT

Auch wenn der internationale Forschungsstand vielversprechende Ergebnisse für den Einsatz von kollaborativen Modellen als Ergänzung und Unterstützung der üblichen Behandlung des Hausarztes liefert, fehlt für Deutschland noch ein entsprechender Nachweis. Kollaborative Ansätze würden eine Möglichkeit bieten der Unterversorgung älterer depressiver Menschen in Deutschland entgegenzuwirken und Studien zur Evidenz und Weiterentwicklung entsprechender Programme sind somit bevölkerungsmedizinisch hoch relevant [46].

BOX 1

Charakteristika Case-Management

- Individuumsbezogen (Fallmanagement)
- Ziel: optimierte und koordinierte Behandlungsplanung
- Praxenübergreifend
- Interdisziplinär
- Leistungssektoren übergreifend
- Setzt in der Hausarztversorgung an

BOX 2

Charakteristika GermanIMPACT

- Einsatz von Therapiebegleitern mit Ausbildung und Erfahrungen in einem Gesundheitsberuf
- Enge Kooperation zwischen Therapiebegleiter, Hausarzt und Supervisor
- Prozessbegleitende Diagnostik
- Psychoedukation
- Verhaltensaktivierung
- Problemlösestraining
- Medikation
- Rückfallprävention

Interessenkonflikt

Die Autoren geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Literatur

- [1] DGPPN, BÄK, KBV, AWMF, AkdÄ, BPTK, BApK, DAGSHG, DEGAM, DGPM, DGPs, DGRW. (Hrsg.). für die Leitliniengruppe Unipolare Depression *. S3-Leitlinie/Nationale VersorgungsLeitlinie Unipolare Depression – Langfassung, 2. Auflage. 2015. Version 2. Im Internet: www.depression.versorgungsleitlinien.de Stand: 23.01.2016
- [2] Alzheimer Europe – Research – European Collaboration on Dementia – Prevalence of dementia – Prevalence of dementia in Europe. Im Internet: <http://www.alzheimer-europe.org/Research/European-Collaboration-on-Dementia/Prevalence-of-dementia/Prevalence-of-dementia-in-Europe> Stand: 23.05.2015
- [3] Luppá M, Sikorski C, Luck T et al. Age- and gender-specific prevalence of depression in latest-life – Systematic review and meta-analysis. *J Affect Disord* 2012; 136: 212–221
- [4] Meeks TW, Vahia IV, Lavretsky H et al. A tune in ‘a minor’ can ‘b major’: a review of epidemiology, illness course, and public health implications of subthreshold depression in older adults. *J Affect Disord* 2011; 129: 126–142
- [5] Hölzel L, Härter M, Reese C et al. Risk factors for chronic depression – A systematic review. *J Affect Disord* 2011; 129: 1–13
- [6] Luppá M, Heinrich S, Matschinger H et al. Direct costs associated with depression in old age in Germany. *J Affect Disord* 2008; 105: 195–204
- [7] Mack S, Jacobi F, Gerschler A et al. Self-reported utilization of mental health services in the adult German population – evidence for unmet needs? Results of the DEGS1-Mental Health Module (DEGS1-MH). *Int J Methods Psychiatr Res* 2014; 23: 289–303
- [8] Melchior H, Schulz H, Härter M. Faktencheck Gesundheit Depression. Faktencheck Gesundh.Depress. Im Internet: <https://depression.faktencheck-gesundheit.de/fachinformation/fachinformation-startseite/> Stand: 11.05.2015
- [9] Angermeyer MC, Matschinger H, Carta MG et al. Changes in the perception of mental illness stigma in Germany over the last two decades. *Eur Psychiatry J Assoc Eur Psychiatr* Published Online First: 6 December 2013
- [10] Rabe-Menssen C. Barrieren der Inanspruchnahme von ambulanter Psychotherapie bei älteren Menschen. *Psychother Aktuell* 2011; 2011: 12–16
- [11] Glaesmer H, Gunzelmann T, Martin A et al. Die Bedeutung psychischer Beschwerden für die medizinische Inanspruchnahme und das Krankheitsverhalten Älterer. *Psychiatr Prax* 2008; 35: 187–193
- [12] Sielk M, Altiner A, Janssen B et al. Prevalence and diagnosis of depression in primary care. A critical comparison between PHQ-9 and GPs’ judgement. *Psychiatr Prax* 2009; 36: 169–174
- [13] Jacobi F, Höfler M, Meister W et al. Prevalence, detection and prescribing behavior in depressive syndromes. A German federal family physician study. *Nervenarzt* 2002; 73: 651–658
- [14] Becker N, Abholz H-H. Prävalenz und Erkennen von depressiven Störungen in deutschen Allgemeinärztlpraxen – eine systematische Literaturübersicht. *ZFA – Z Für Allg* 2005; 81: 474–481
- [15] Dwight-Johnson M, Sherbourne CD, Liao D et al. Treatment Preferences Among Depressed Primary Care Patients. *J Gen Intern Med* 2000; 15: 527–534
- [16] Gühne U, Luppá M, König H-H et al. Are Psychotherapeutic Interventions Effective in Late-Life Depression? *Psychiatr Prax* Published Online First: 7 July 2014
- [17] Beekman ATF, Geerlings SW, Deeg DJH et al. The natural history of late-life depression: a 6-year prospective study in the community. *Arch Gen Psychiatry* 2002; 59: 605–611
- [18] Reynolds K, Pietrzak RH, El-Gabalawy R et al. Prevalence of psychiatric disorders in U.S. older adults: findings from a nationally representative survey. *World Psychiatry Off J World Psychiatr Assoc WPA* 2015; 14: 74–81
- [19] Lyness JM, Caine ED, King DA et al. Psychiatric disorders in older primary care patients. *J Gen Intern Med* 1999; 14: 249–254
- [20] Crystal S, Sambamoorthi U, Walkup JT et al. Diagnosis and treatment of depression in the elderly medicare population: predictors, disparities, and trends. *J Am Geriatr Soc* 2003; 51: 1718–1728
- [21] Gum AM, Areán PA, Hunkeler E et al. Depression treatment preferences in older primary care patients. *The Gerontologist* 2006; 46: 14–22
- [22] Callahan CM, Hendrie HC, Dittus RS et al. Improving treatment of late life depression in primary care: a randomized clinical trial. *J Am Geriatr Soc* 1994; 42: 839–846
- [23] Callahan CM. Quality improvement research on late life depression in primary care. *Med Care* 2001; 39: 772–784
- [24] Thota AB, Sipe TA, Byard GJ et al. Collaborative care to improve the management of depressive disorders: a community guide systematic review and meta-analysis. *Am J Prev Med* 2012; 42: 525–538
- [25] Gilbody S, Bower P, Fletcher J et al. Collaborative care for depression: a cumulative meta-analysis and review of longer-term outcomes. *Arch Intern Med* 2006; 166: 2314–2321
- [26] Chang-Quan H, Bi-Rong D, Zhen-Chan L et al. Collaborative care interventions for depression in the elderly: a systematic review of randomized controlled trials. *J Investig Med Off Publ Am Fed Clin Res* 2009; 57: 446–455
- [27] Fortney J, Enderle M, McDougall S et al. Implementation outcomes of evidence-based quality improvement for depression in VA community based outpatient clinics. *Implement Sci* 2012; 7: 30
- [28] Unützer J, Katon W, Callahan CM et al. Collaborative care management of late-life depression in the primary care setting: a randomized controlled trial. *JAMA J Am Med Assoc* 2002; 288: 2836–2845
- [29] Ciechanowski P, Wagner E, Schmalting K et al. Community-integrated home-based depression treatment in older adults: A randomized controlled trial. *JAMA* 2004; 291: 1569–1577
- [30] Dietrich AJ, Oxman TE, Williams JW et al. Re-engineering systems for the treatment of depression in primary care: cluster randomised controlled trial. *BMJ* 2004; 329: 602
- [31] Cole MG, McCusker J, Elie M et al. Systematic detection and multidisciplinary care of depression in older medical inpatients: a randomized trial. *CMAJ Can Med Assoc J J Assoc Medicales Can* 2006; 174: 38–44

- [32] Hunkeler EM, Katon W, Tang L et al. Long term outcomes from the IMPACT randomised trial for depressed elderly patients in primary care. *BMJ* 2006; 332: 259–263
- [33] Chew-Graham CA, Lovell K, Roberts C et al. A randomised controlled trial to test the feasibility of a collaborative care model for the management of depression in older people. *Br J Gen Pract* 2007; 57: 364–370
- [34] Ross JT, TenHave T, Eakin AC et al. A Randomized Controlled Trial of a Close Monitoring Program for Minor Depression and Distress. *J Gen Intern Med* 2008; 23: 1379–1385
- [35] Gensichen J, von Korff M, Peitz M et al. Case management for depression by health care assistants in small primary care practices: a cluster randomized trial. *Ann Intern Med* 2009; 151: 369–378
- [36] Patel V, Weiss HA, Chowdhary N et al. Lay health worker led intervention for depressive and anxiety disorders in India: impact on clinical and disability outcomes over 12 months. *Br J Psychiatry J Ment Sci* 2011; 199: 459–466
- [37] Aragonès E, Lluís Piñol J, Caballero A et al. Effectiveness of a multi-component programme for managing depression in primary care: A cluster randomized trial. The INDI project. *J Affect Disord* 2012; 142: 297–305
- [38] Huijbregts KML, de Jong FJ, van Marwijk HWJ et al. A target-driven collaborative care model for Major Depressive Disorder is effective in primary care in the Netherlands. A randomized clinical trial from the depression initiative. *J Affect Disord* 2013; 146: 328–337
- [39] Richards DA, Hill JJ, Gask L et al. Clinical effectiveness of collaborative care for depression in UK primary care (CADET): cluster randomised controlled trial. *BMJ* 2013; 347: f4913
- [40] Aragonès E, Caballero A, Piñol J-L et al. Persistence in the long term of the effects of a collaborative care programme for depression in primary care. *J Affect Disord* 2014; 166: 36–40
- [41] Klesse C, Bermejo I, Härter M. Neue Versorgungsmodelle in der Depressionsbehandlung. *Nervenarzt* 2007; 78: 585–596
- [42] Wernher I, Bjerregaard F, Tinsel I et al. Collaborative treatment of late-life depression in primary care (GermanIMPACT): study protocol of a cluster-randomized controlled trial. *Trials* 2014; 15: 351
- [43] Arean P, Hegel M, Vannoy S et al. Effectiveness of problem-solving therapy for older, primary care patients with depression: results from the IMPACT project. *The Gerontologist* 2008; 48: 311–323
- [44] Fortney JC, Pyne JM, Mouden SB et al. Practice-Based Versus Telemedicine-Based Collaborative Care for Depression in Rural Federally Qualified Health Centers: A Pragmatic Randomized Comparative Effectiveness Trial. *Am J Psychiatry* 2013; 170: 414
- [45] Unutzer J, Katon WJ, Fan M-Y et al. Long-term cost effects of collaborative care for late-life depression. *Am J Manag Care* 2008; 14: 95–100
- [46] Riedel-Heller S, Luppá M. Depression im Alter – bevölkerungsmedizinisch unterschätzt? *PPmP – Psychother • Psychosom • Med Psychol* 2014; 64: 477–479

B Artikel 2:

Collaborative treatment of late-life depression in primary care (GermanIMPACT): study protocol of a cluster-randomized controlled trial

STUDY PROTOCOL

Open Access

Collaborative treatment of late-life depression in primary care (GermanIMPACT): study protocol of a cluster-randomized controlled trial

Iris Wernher¹, Frederike Bjerregaard^{2*}, Iris Tinsel³, Christiane Bleich⁴, Sigrid Boczor⁵, Thomas Kloppe⁵, Martin Scherer⁵, Martin Härter⁴, Wilhelm Niebling³, Hans-Helmut König⁶ and Michael Hüll⁷

Abstract

Background: Depression is not a normal side effect of aging, however it is one of the most prevalent mental health issues in later life, imposing a tremendous burden on patients, their families, and the healthcare system. We describe the experimental implementation of a collaborative, stepped-care model for the treatment of late-life depression (GermanIMPACT trial) in the German primary care context. GermanIMPACT was developed as an adaptation of a successful and widely used American model. The aim of the study is to evaluate the model's applicability to the German primary care setting and its cost-effectiveness.

Methods/Design: The study will be conducted as a cluster-randomized controlled trial comparing the development of depressive symptoms in primary care patients who either receive treatment as usual (control arm) or treatment according to the GermanIMPACT model (intervention arm). In two German cities (Freiburg and Hamburg), a total of 60 general practice offices will be selected and randomized. Each general practice office will be asked to enroll five patients into the trial who are 60 years of age or older and who show moderate depressive symptoms in the scope of a diagnosed depressive episode, recurrent depressive disorder, or dysthymia. General practices in the control arm will provide treatment as usual; general practices in the intervention arm will work closely with a specially trained care manager and a supervising mental health specialist. Evidence-based elements of the treatment plan manual include patient education, identification and integration of positive activities into the daily routine, relapse prevention, and training of problem-solving techniques as needed. The intervention period per patient will be one year. Data will be collected at baseline, 6, and 12 months. Primary outcome is the patient-reported change of depressive symptoms (Patient Health Questionnaire, PHQ-9). Secondary outcomes include measures of quality of life, anxiety, depression-related behavior, problem-solving skills, resilience, and an overall economic evaluation of the program.

Discussion: The GermanIMPACT trial will provide evidence about the effectiveness, feasibility, and cost-effectiveness of collaborative stepped care in treating late-life depression in German primary care. Positive results will be a first step toward integrating specialized depression care managers into the primary care setting.

Trial registration: German Clinical Trials Register: DRKS00003589 (September 2012).

Keywords: Collaborative care, Late-life depression, Stepped care

* Correspondence: frederike.bjerregaard@uniklinik-freiburg.de

²Division of Psychiatry and Psychotherapy, Psychotherapy and Health Services Research, University Medical Center Freiburg, Hauptstr. 5, 79104 Freiburg, Germany

Full list of author information is available at the end of the article

Background

Late-life depression

Depression, including major depression and less severe forms with clinically relevant depressive symptoms, is one of the most prevalent mental disorders in older adults and is considered a serious public health problem. International studies show that major depression affects up to 9.3% of individuals aged 75 years or older; less severe forms occur with a frequency of up to 37.4% [1,2]. Depression, especially in combination with morbidity, disability, and social disconnectedness, is one of the key risk factors for suicide in later life [3]. To date, there are only a few studies on incidence rates of depression in older adults. Although findings vary considerably depending on diagnostic criteria and study method, some results indicate that incident rates in people between 60 and 70 years of age are equal to or lower than those found in the younger age groups [4]. A recent epidemiological field study suggested that the incidence and prevalence of depression rise again upon reaching the age of 70, and that cohort effects may further aggravate this phenomenon [5].

In primary care, the diagnostic situation is complicated by the fact that late-life depression often manifests as a mix of somatic conditions and cognitive impairment [6,7] and often does not present with complaints regarding mood [4]. Hence, it can be assumed that a high number of older adults suffering from depression remain undiagnosed [4,8].

Moreover, many people suffering from depression are poorly educated about the treatability of mood disorders. Yet another factor to be taken into account is the stigma associated with mental illness, especially for the older generation and within the German historical context. As a result of self-stigmatization, many older adults may consider depression a sensitive topic and be less likely to report their symptoms or consult a psychiatrist or psychotherapist [9]. Besides these psychological factors, the lack of sufficient regional mental health services and reduced mobility in older age may contribute to the low number of older patients treated by mental health specialists. While older adults suffering from major depression in Germany tend to see their general practitioner twice as often as they would without depression, they only have an average of 0.7 consultations with a psychiatrist or 1.3 consultations with a psychotherapist over a period of 12 months [10]. Given a recommended minimum of four psychiatric consultations over the course of 12 months for successful treatment, this means that only 17.5% of older patients receive a depression-specific intervention.

Collaborative depression care

Cross-national research provides ample evidence for the advantage of structured collaborative depression care

(CDC) approaches over traditional therapeutic interventions in primary care [11,12]. Translational research has encouraged widespread implementation of CDC in diverse practice settings [13]. In the United States, several CDC programs have been evaluated and applied in practice for more than a decade. Although more research is needed regarding the cost-effectiveness of the collaborative care approach, recent studies are yielding promising results [14].

One core feature of CDC in primary care is low-threshold case management provided by trained nursing staff or counseling professions, such as social workers [12,15]. In addition, the involvement of a supervising mental health specialist (MHS) has proven to be a crucial and discretely effective element in the interdisciplinary treatment of depression [13,16-18].

In 2002, Unützer *et al.* [19] conducted an internationally recognized and frequently cited randomized controlled trial on their CDC model (IMPACT: Improving Mood - Promoting Access to Collaborative Treatment). Since then, the model has successfully been applied in many American primary care institutions. The IMPACT treatment plan includes a care manager (CM) and a supervising MHS. It is designed as a stepped-care model in which the intervention is tailored to the patients' individual needs, allowing for optimal treatment results and minimal costs. Moreover, IMPACT has proven feasible and effective not only in the treatment of depression, but of other psychiatric conditions as well, namely anxiety and panic disorders [20].

IMPACT: key agents and core elements

The following three professional key agents (providers) form the IMPACT treatment triad are depicted in Figure 1.

The first agent in the interdisciplinary triad is the patient's primary care provider, typically a general practitioner (GP) in an individual office for the German context. The GP diagnoses or confirms the diagnosis of depression and initiates treatment. He or she communicates with the CM on a regular basis in order to exchange information about the patient's progress and to discuss adequate treatment adaptation as needed.

As central figure in the intervention process, a trained nurse or social worker in the role of the CM supports the treatment initiated by the GP by means of proactive and continuous follow-up with the patient. Intervention techniques provided by the CM typically include patient education (regarding symptoms, course of disorder, medication, side effects and so on), identification and integration of positive activities into the daily routine, relapse prevention, and training in problem-solving techniques as needed. These therapeutic elements have been proven to be effective in the treatment of depression and are recommended

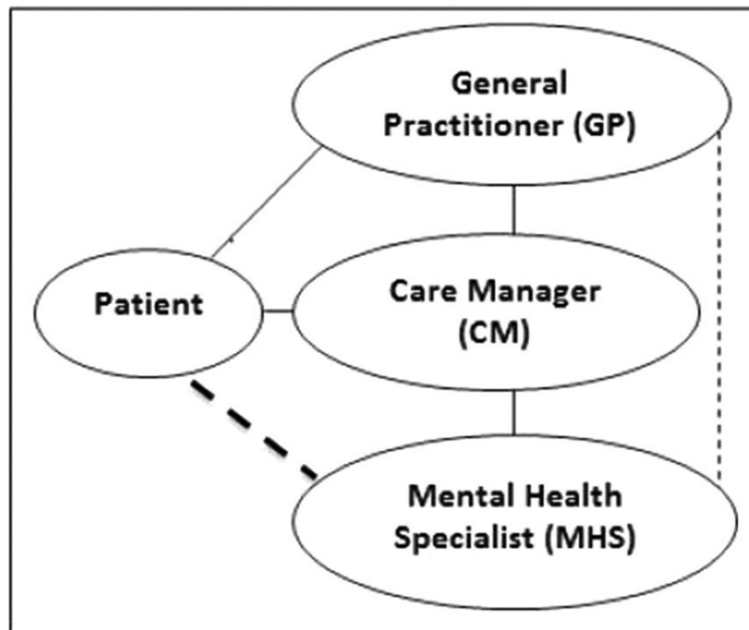


Figure 1 IMPACT treatment triad (solid line: regular contact; broken line: contact as needed).

on high evidence levels by international clinical guidelines [21] (based on the procedure used by the Center of Evidence Based Medicine, all therapeutic elements hold the highest evidence degree [22]).

The third agent in the IMPACT treatment triad is a consulting and supervising MHS, that is, a psychiatrist or psychotherapist. The MHS supervises the intervention through regular meetings with the CM and provides professional guidance in difficult cases. He or she can be contacted by the GP regarding medical treatment options and is available in case of an emergency. In exceptional cases and after prior consultation with the CM, the GP can refer a patient directly to the MHS, for example, if the patient does not respond to the treatment.

Patient education and counseling provided by the CM focuses on the modification of cognitive appraisal and behavior, a powerful tool in the psychotherapeutic treatment of depression. Problem-solving techniques (PST) as an element of cognitive behavioral therapy are integrated into the treatment plan according to the patient's individual symptom remission or lack thereof. The method has proven successful in numerous depression trials and can easily be acquired by a wide variety of professionals working in the healthcare field [23].

Study aim and objectives

In recent years, clinical researchers around the globe have shown an increased interest in the applicability of collaborative care models, such as IMPACT, in different

cultural settings and with different patient populations [15,24]. In Europe, the model has been studied extensively in the Netherlands and the United Kingdom [25-30]. Until now, there have been only a few studies in Germany. Existing studies have not involved an MHS as a core intervention component, for instance, in the form of psychiatric supervision [31,32].

The GermanIMPACT trial aims at broadening the scope of generalizability and the body of evidence for the adaptability of the IMPACT model to the German primary care context. Mental health research indicates that sustainable intervention programs need to be adapted carefully to existing systems and practices [13]. Thus, one of the key challenges was to create a concept compatible with the specific context of primary care in Germany without affecting the fidelity of the model, especially the core philosophy and elements.

Positive results in terms of symptom remission in collaboratively treated depressive patients will reinforce the cross-national applicability of the IMPACT core concept. In addition, such results will underline the impact of behavioral interventions in depression care and their successful implementation outside the specialized setting of high-frequency psychotherapy. The results will serve the goal of improving the treatment of late-life depression by paving the way for evidence-based intervention models in primary care. Proving the efficacy of the collaborative approach and its cost-effectiveness will be the first step towards its implementation into the German healthcare system.

Methods/Design

Setting

GermanIMPACT is a cooperation of the university medical centers of Freiburg and Hamburg-Eppendorf, Germany. Both centers serve as study sites, each with 30 participating GPs. The GPs will be recruited through the centers' respective general practice departments. The Freiburg medical center is the coordinating center and is in charge of the management of data collected in Freiburg. The Hamburg medical center is responsible for the statistical analysis, assessments related to health economics, and the management of data collected in Hamburg. At each site, two CMs with a background in nursing are appointed and trained. Their offices are based at the university medical centers. This allows for easy access to the supervising MHSs who are part of the GermanIMPACT team and clinical staff at the medical centers.

Due to the geographic dispersion of German GP offices and the lack of additional practice space, most follow-up contacts will be conducted over the telephone. Research has shown that telephone interventions are a common and effective tool in depression care [12,17]. Mandatory regular visits requiring traveling on the part of the patients would most likely be perceived as cumbersome and lead to dropouts. Additional face-to-face sessions will be scheduled only if considered necessary by the treatment triad.

Sample size

The remission of depressive symptoms as measured by the Patient Health Questionnaire PHQ-9 at 12 months' follow-up will be the primary outcome measure of the study. A randomized controlled trial investigating the effectiveness of the IMPACT program in the United States yielded a remission rate of 25.0% in the intervention group and 8.3% in the control group [19]. Assuming these remission rates in our trial along with a conventional value for the type I error rate ($\alpha = 0.05$), a two-sided test on inequality of proportions requires 85 patients per arm (170 in total) to detect this effect with a power of 0.8 (type II error rate $\beta = 0.2$). Calculations were done with STATA 12.1 [33]. However, in order to account for the hierarchical structure of the collected data due to the cluster-randomized design, it must be considered that patients treated by the same GP are likely to be more similar in terms of treatment response than patients treated by different GPs. Assuming a fixed number of included GPs (30 per arm, 60 in total) and an amount of variance in the outcome explained by differences between physicians rather than between patients (intraclass correlation coefficient of 10%), the factor of the necessary increase in sample size (so-called 'design effect') due to the clustered design yields 1.46, increasing the required sample size to a total of 250 patients. This

is the number needed for an appropriately powered per-protocol analysis (only completers are analyzed). To compensate for a conservatively estimated 15% loss to follow-up [19,31], each participating GP will be instructed to include 5 patients in the study, amounting to a total of 300 patients allocated to the trial (150 per arm). The primary analysis will be performed in the intention-to-treat population, that is, all randomized patients will be included. In the intention-to-treat analysis, the higher number of patients is likely to be compensated for by a potential dilution of treatment effects, so that the power will be approximately the same as described for the per-protocol analysis.

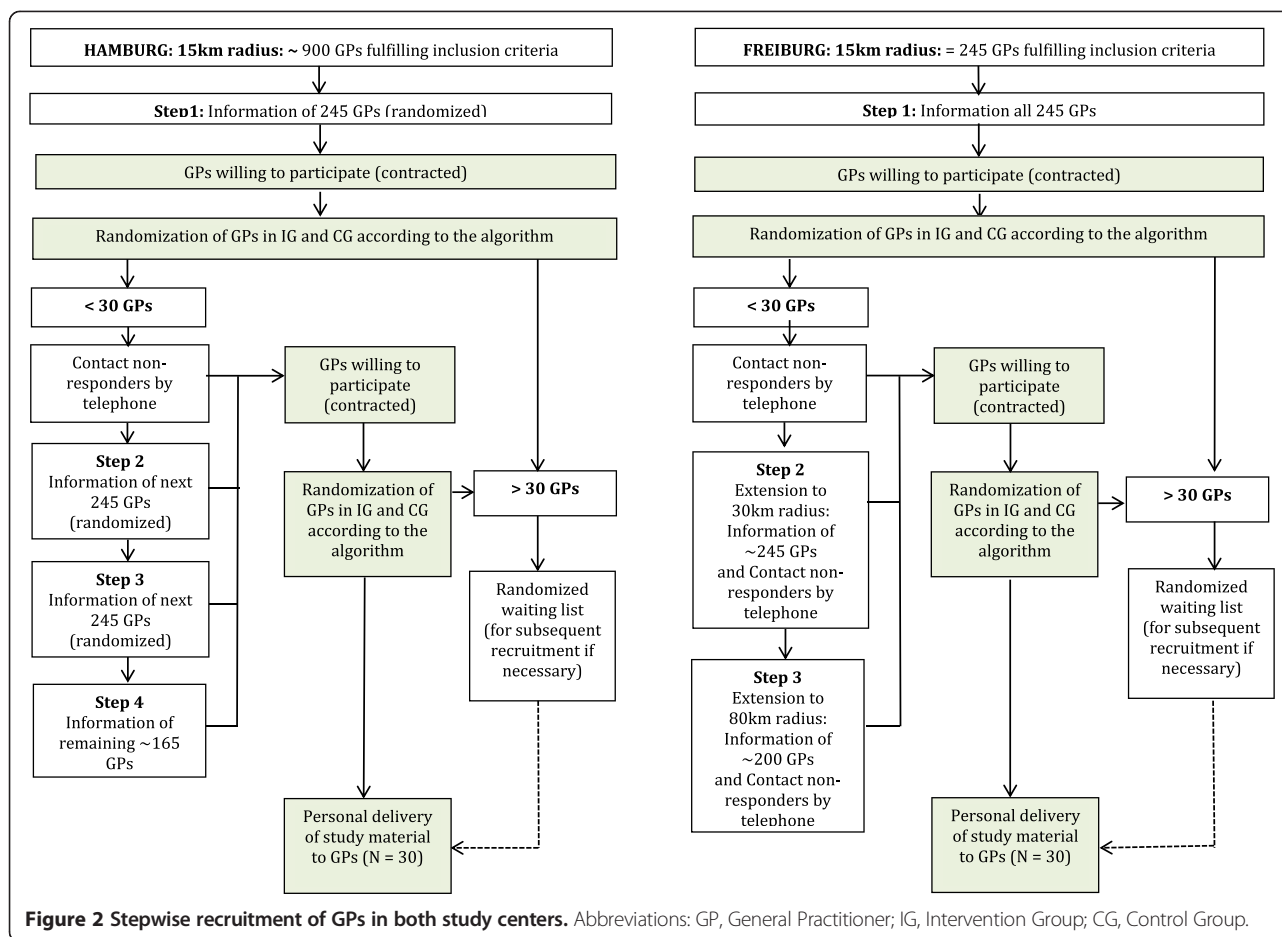
Recruitment of participants and randomization

Recruitment of GPs

GP offices within a defined radius around the Freiburg and Hamburg city centers are eligible for enrollment at cluster level. Participating offices must further be listed as members of the Association of Statutory Health Insurance Physicians in the state of Baden-Württemberg or Hamburg, respectively. Specialized GPs who do not provide full primary care service, small offices with less than 400 patients per quarter, GPs offering psychotherapy, and GPs taking part in another depression trial are excluded from participation. Both study centers will recruit GPs stepwise until the targeted number of 30 GPs in each center is reached (see Figure 2).

Randomization

A cluster-randomized design was chosen over individual patient randomization in order to avoid intervention contamination and logistic complications within the GP offices. Participating GP offices are randomly assigned to either the intervention or the control arm. To prevent foreknowledge of treatment assignment, the allocation of the practices to the study arms will be concealed from research staff, GPs, and CMs until the intervention process is activated in the intervention arm: after obtaining written consent from participating GPs, a research assistant generates a pseudonymized code for each practice and submits this code to an independent statistician at the Department of Medical Psychology in Hamburg. Participating practices are then assigned to the intervention or control group with a 1:1 ratio according to a computer-generated randomization schedule prepared by the statistician (STATA 12.1, procedure `ralloc`). Block randomization is used with three variable block sizes, with randomization stratified by site. After assignment to the intervention or control group, the pseudonymized practice identifiers and the study arm allocation are returned to the research assistant at the respective study site. This information is then used to enable intervention activation at practices in the intervention arm. The randomization



schedule for the two sites, including the pseudonymized codes for the practices and their assignment, remains with the statistician. Study objectives, intervention, and data assessment pertain to the individual patient level.

Recruitment of patients

Every participating GP is asked to screen his or her patients according to set inclusion and exclusion criteria and to include five patients for trial participation in the GP practice. Patients of the participating GPs who are 60 years of age or older and show moderate depressive symptoms in the scope of a diagnosed depressive episode, recurrent depressive disorder, or dysthymia (International Classification of Diseases, ICD-10, assessment) are eligible for enrollment at the individual level. Symptom severity is measured with the nine-item depression scale of the Patient Health Questionnaire (PHQ-9; inclusion score 10 to 14). Participants must be willing and able to be contacted regularly by the CM via telephone and to participate in a written survey.

For safety reasons and to avoid data contamination due to comorbidity effects, patients meeting any of the following exclusion criteria are excluded from study

participation: alcohol or drug abuse, severe cognitive impairment (e.g., dementia), bipolar disorder, psychotic disorder or severe behavioral symptoms, obsessive compulsive disorder, suicidal ideation and other warning signs of suicide as well as active non-pharmacological (or combined) depression treatment by a specialist (e.g., a psychiatrist or psychotherapist) at time of inclusion. Before GPs apply the PHQ-9 questionnaire, potential participants receive oral and written information about the study. If patients agree to participate in the study, both GP and patient sign the informed consent sheet. Patients, GPs, and the corresponding local study center receive a copy of the signed documents. Subsequently, the local study center will send the baseline questionnaire to the patient. Completed questionnaires will be reviewed by the data management team at the local study centers with regard to exclusion criteria, plausibility of the answers, and completeness of the data.

Strategy to guarantee the targeted sample size

In case of insufficient patient enrollment by the GPs, local study centers will recruit additional GPs who will be randomly allocated to one of the two study arms by

the independent statistician (see above). Patients in the intervention group at each site will receive treatment as specified in the GermanIMPACT treatment plan manual. Patients in the control group at each site will receive treatment as usual (as agreed on with their GP without involvement of a CM and MHS). As the collaborative care approach was developed to support the treatment of depression in older adults in general practices, the comparison to a treatment-as-usual group was chosen to examine if ancillary care has an additional effect on symptom remission. This approach is analogous to the IMPACT study developed in the United States; since GermanIMPACT is an adaptation of the original study, the same comparative conditions were chosen.

Blinding

Since there is no placebo condition, blinding after assignment is impossible. However, patients in the intervention and control groups only receive information pertaining to their respective study arm so that each group is unaware of the condition of the other group. In both groups, patient outcomes are collected by the data management team (assessors) to prevent the involvement of the CM in patient assessment. The assessors will contact patients in both study arms repeatedly to ensure a low rate of missing data. Due to the pseudonymization process, the statistician will, at all times, be unaware of the identity of the participating practices. Moreover, the statistician will analyze the primary and secondary outcome data without knowledge of the subjects' allocation to the study arms. For additional analyses of the treatment process, this kind of blinding is not possible.

Intervention

Warm hand-off

Upon inclusion, patients in the intervention group schedule an appointment with their GP and their assigned CM at the GP's office. The familiarity of the setting reduces access barriers to mental health services and increases patient compliance. It is crucial for the intervention process that the CM be personally introduced to the patient by the GP as a member of the treatment triad; the integration of the CM in the treatment plan should not be perceived as an external referral.

Care manager-patient contact

In a 60-minute face-to-face session, the CM provides a short overview of the 12-month treatment period and introduces the patient to the basic intervention techniques and the patient workbook. A semi-structured interview serves to assess the patient's current health status and behavior, symptoms, medication, and psychosocial stressors and resources; the answers serve as a starting point for the individual intervention plan. As a first task, the patient is

encouraged to keep an activity journal for the next seven days.

One week later, the initial session is followed by a 60-minute telephone session during which behavioral activation is revisited and patients are sensitized to the positive relationship between activity and mood improvement. With the help of the activity journal, a list of pleasant activities is created from which the patient is encouraged to choose two and to integrate them into their daily routine. After this second session, 30-minute telephone sessions are held every other week. Every session consists of a short symptom assessment via the PHQ-9 and a short interview including questions about GP visits, medication effects and adherence, and experiences with the behavioral activation tasks. Potential barriers for activity planning and realization are carefully analyzed and new tasks for the next 14-day period are selected accordingly. Due to the regular contact between the CM and patient, the CM can monitor and record deviations from the planned intervention and react instantly to difficulties regarding adherence to the protocol.

The PHQ-9 questionnaire is used throughout the intervention to assess the current depressive status and to monitor treatment progress. Research shows that administering the PHQ-9 over the phone leads to similar results as an in-person assessment or self-administration [34]. Every eight weeks, a treatment evaluation session is held. Depending on symptom development, the CM can continue the intervention without changes or offer the patient different options for treatment adaptation according to a stepped-care algorithm. In addition to medication-related changes (for example, changes in medication dosage) initiated by the GP and the continuance of activity planning, the CM can provide training sessions focused on problem-solving techniques. This is a brief behavioral intervention intended to reduce depressive symptoms by teaching patients how to systematically solve psychosocial problems. For details on this specific intervention, see Hegel *et al.* [35]. Figure 3 summarizes the 12-month intervention process.

Stepped care

Participating GPs are encouraged to start or continue the treatment of depression according to clinical guidelines, including the prescription of antidepressants. They can contact the supervising MHS at any time for consultation.

The continuous assessment of depressive symptoms by the CM allows for the close monitoring of treatment results. CMs and supervising MHSs meet regularly to discuss every patient's status. Every eight weeks, the need for treatment changes is carefully evaluated. The patient's PHQ-9 score at baseline serves as the reference parameter for symptom changes at the eight-week intervals. Recommendations for treatment adaptation are

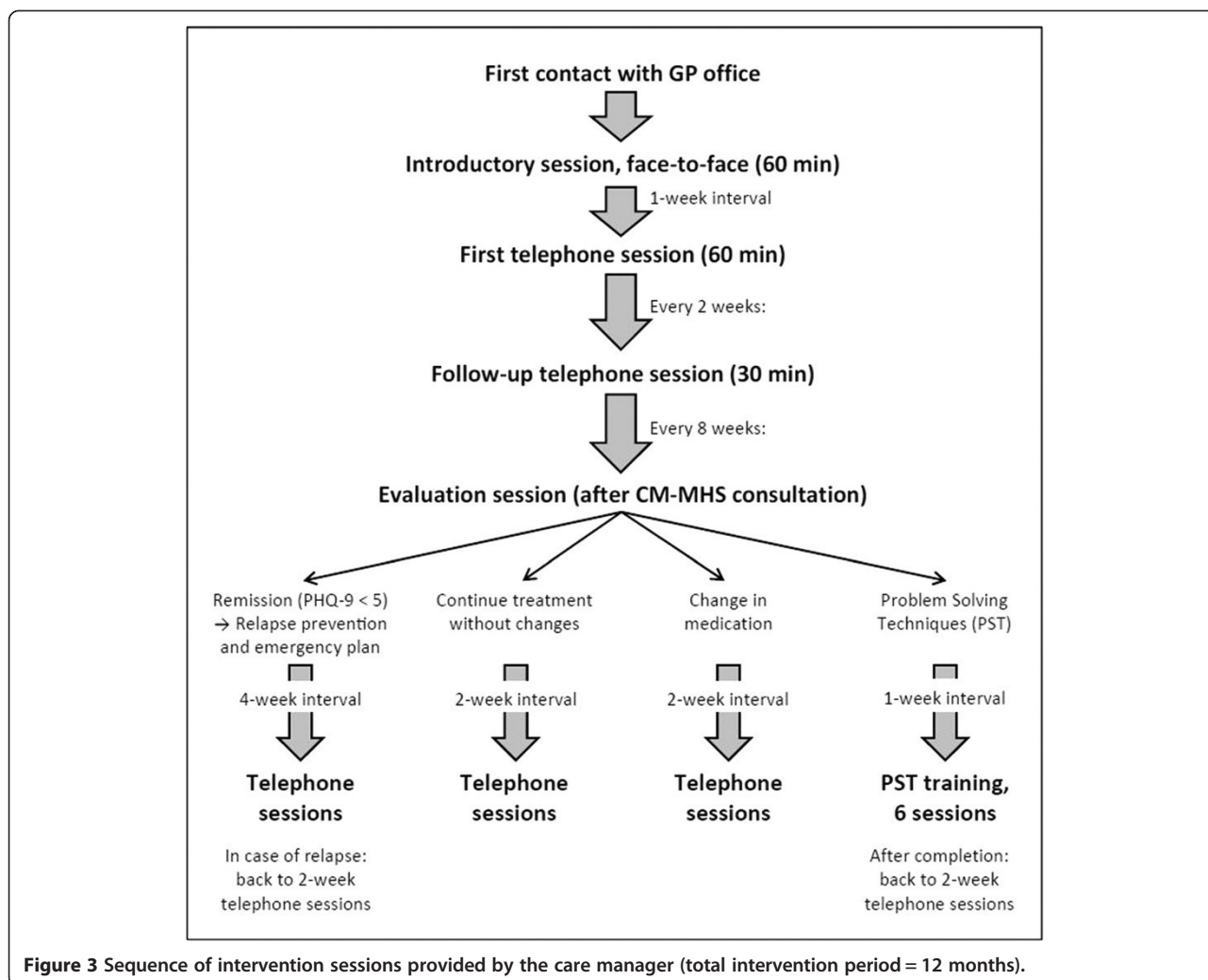


Figure 3 Sequence of intervention sessions provided by the care manager (total intervention period = 12 months).

based on a stepped-care algorithm as displayed in Table 1. The stepped-care approach allows for modifications of the intervention for each individual participant according to his or her current health status. The criteria for choosing the best option within the possibilities of the stepped-care algorithm are the professional assessment of the GP and the MHS as well as the personal preference of the patient.

Outcome measures and assessment

Primary outcome

Primary outcome is the change of the PHQ-9 score [36] as a measure of depressive symptoms over the course of the study from baseline to the end of intervention. In line with similar studies [19,25,31], response to treatment is defined as a symptom reduction of 50% or more, and

Table 1 GermanIMPACT stepped-care algorithm

Change of current PHQ score compared to baseline	Recommended step
Improvement of less than 50% (including no improvement and worsening of symptoms)	a) Medication-related changes (initiated by the GP) including initiation if patient is currently without medication, or b) Training of problem-solving techniques provided by the care manager: two face-to-face sessions, four telephone sessions (approximately 45 minutes each); afterwards resumption of telephone sessions at two-week intervals
Improvement of 50% or more	No treatment changes
PHQ-9 score <5 (remission)	c) Discussion of a relapse prevention and emergency plan d) Reduction of telephone sessions to four-week intervals; in case of relapse, resumption of telephone sessions at two-week intervals

remission is defined as a PHQ-9 score below 5. The PHQ-9 is considered a valid instrument for subgroups of primary care patients with a high prevalence of major depressive episodes [37].

Secondary outcomes

Cost-effectiveness measures include the EQ-5D quality of life questionnaire [38] and a German questionnaire on resource utilization (Fragebogen zur Inanspruchnahme medizinischer und nicht-medizinischer Versorgungsleistungen im Alter, FIMA) [39]. As additional measures, a modified version of the Comorbidity Disease Index (CDI) [40], the seven-item Generalized Anxiety Disorder Scale (GAD-7) [41], and a modified version of the Graded Chronic Pain Scale (CPG) [42] are used. Data on resilience (13-item Resilience Scale RS-13) [43], depression-related behavior [44], problem-solving skills (C Bleich and B Watzke, unpublished manuscript, 2012), and current life situation (for example, housing and hobbies) are also collected. In addition, patients in the intervention group receive a questionnaire on therapy preference (SG Riedel-Heller, unpublished manuscript, 2012, currently not publicly accessible) and program evaluation (own instrument). All instruments were chosen according to high standards of psychometric properties, if available [39,42,43,45].

Assessment

Data are collected at baseline (t_0), after 6 months (t_1), and after 12 months (t_2 = end of intervention, primary time of assessment). Patients in the intervention and control group will receive pseudonymous questionnaires by mail and are asked to complete and return them to the GermanIMPACT data management team. Table 2 shows an overview of the outcome measures, instruments, and times of assessment.

To avoid the loss of data at baseline and follow-up assessments, the assessors will contact patients whose questionnaires are missing by phone in intervals of 10 to 14 days. For patients who choose to discontinue the trial or deviate from the intervention protocol, a final telephone survey will be conducted. The follow-up calls by the assessors follow a standard operation procedure (SOP) that was defined to ensure a structured and systematic procedure in terms of subsequent collection of missing data via telephone. This approach is restricted to items that do not relate to the patient's psychological background, with the exception of the PHQ-9 as primary outcome. If answers to more than one item in the PHQ-9 are missing, the PHQ-9 will be reassessed completely by the data management team (in this case, other data regarding health status will be declared invalid). Any revision has to be signed by the assessor with their name and date. Only completed questionnaires will be passed on to data entry.

Table 2 GermanIMPACT outcome measures, instruments, and times of assessment

Month	0	6	12*
Time of assessment	t_0	t_1	t_2
Primary outcome			
Depression (PHQ-9)	X	X	X
Secondary outcomes			
Sociodemographic data	X	partial	partial
Comorbidity (CDI, modified**)	X	-	X
Anxiety (GAD-7)	X	X	X
Pain (CPG, modified**)	X	X	X
Resource utilization (FIMA)	X	X	X
Preference-based quality of life (EQ-5D)	X	X	X
Resilience (RS-13)	X	X	X
Depression-related behavior (Ludman et al. [44], modified**)	X	X	X
Problem-solving skills	X	X	X
Current life situation	X	X	X
Intervention group only			
Evaluation of intervention	-	-	X
Therapy preference questionnaire	X	-	-
Depression (PHQ-9) - additional measures	-	each session	each session

*Primary time of assessment (t_2) after intervention.

**Linguistic and culture-specific modifications

Abbreviations: PHQ-9, the Patient Health Questionnaire; CDI, the Comorbidity Disease Index; GAD-7, the seven-item Generalized Anxiety Disorder Scale; CPG, the Graded Chronic Pain Scale; FIMA, Fragebogen zur Inanspruchnahme medizinischer und nicht-medizinischer Versorgungsleistungen im Alter; EQ-5D, EuroQol Group; RS-13, the 13-item Resilience Scale.

According to the SOP, data will be entered corresponding to the defined coding plan in the EpiData Entry Client (Version 1.4.2; EpiData Manager Version 1.4.2 for data export) [46]. Instead of running a double data entry procedure, the entered data will be completely (100%) checked and, if necessary, corrected by a second person on the data management team. Data export files (Stata Version 12.1 and SPSS Statistics Version 21 [33,47]) from both study centers will be centrally collected at the study center in Hamburg for statistical analysis.

As after assignment the research staff is not blinded, no external data monitoring committee is needed, and data concerning patient safety and treatment efficacy can be monitored internally. Similarly, auditing of the trial conduct will be administered by the research staff: the data management teams in Freiburg and Hamburg will monitor the completion of the questionnaires, while the study coordinators will ensure adherence to the intervention protocol.

Statistical analysis

The primary analysis will compare the proportion of patients remitted of depressive symptoms at the 12-month follow-up using a mixed-effects logistic regression model in the intention-to-treat sample (including all randomized patients). Treatment condition (intervention versus control) will be treated as a fixed effect. Baseline severity of depressive symptoms will be included as a covariate and variation among patient clusters (treated by the same GPs) will be modeled through random effects. Further binary outcomes will be modeled correspondingly. Continuous outcomes will be analyzed according to the same scheme, but in linear rather than logistic regression models. Item-level missing data in psychometrically sound instruments will be treated in compliance with the corresponding manuals. If no recommendations are available, the expectation-maximization (EM) algorithm will be used to impute up to 30% of missing item responses. Unit-level missing data (patients not providing data for a whole measurement point due to dropping out of the study, for example) will be imputed via the EM algorithm using existing information from the baseline and 6-month follow-up assessments. Further secondary analyses will include analyses in the per-protocol (completer) sample to test the robustness of the primary findings. No interim analysis is planned. Before the start of the analysis, a detailed statistical analysis plan (SAP) will be prepared by

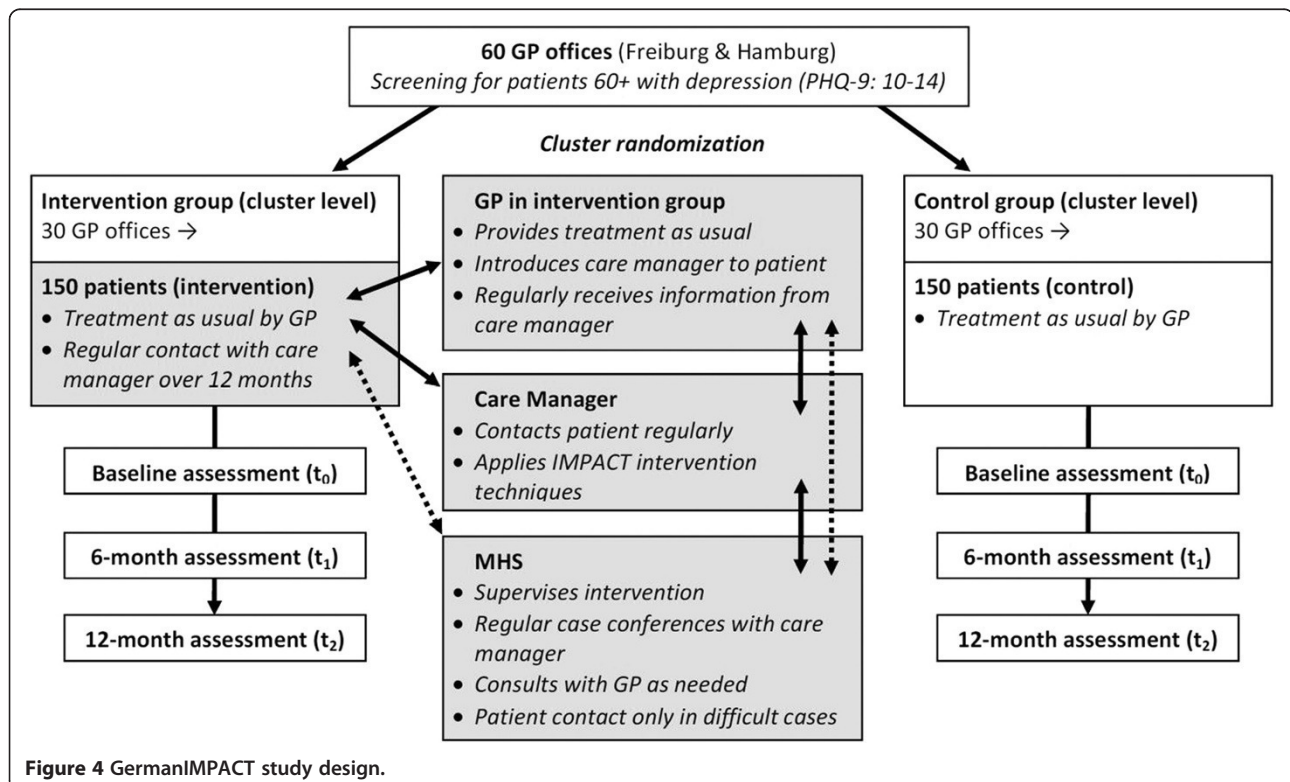
the responsible statistician. Intervention-related data are stored and analyzed separately. All analyses will be computed using Stata 12.1. Figure 4 provides a detailed overview of the study design.

Ethical considerations and safety

Good clinical practice

The collaborative care model used in this study has proven beneficial in numerous trials. The treatment plan and intervention techniques are compliant with recommendations of current national and international clinical guidelines. GermanIMPACT follows the regulations of the Federal and State Data Protection Law and the recommendations of the Harmonized Tripartite Guideline for Good Clinical Practice (ICH GCP). All relevant protocol modifications and amendments will be submitted to the responsible ethical review boards and will be reported within the scope of the publication of the trial findings.

Patients with severe depressive symptoms or suicidal ideation at the time of screening are excluded from study participation. GPs are encouraged to refer these patients to an external MHS. Severe depressive symptoms or warning signs of suicide that occur during the intervention can be detected early and be dealt with in a timely manner. In case of adverse events, such as the emergence of warning signs of suicide in the course of



the intervention, the responsible GP and MHS must be consulted instantly by the CM and decide on further action. Different options are possible: 1) GP and MHS can consult to discuss further action; 2) the MHS can make a personal appointment with the patient; or 3) the MHS or GP can initiate further steps, for instance, hospitalization. For patients in the control group, the data management team monitors the development of the depressive symptoms by screening the incoming questionnaires for suicidal cues. A SOP for screening and step-by-step instructions are provided, namely, requesting the patient to see their GP as soon as possible, to make an appointment with a psychiatrist or psychotherapist, or, in case of an emergency, to call emergency medical services directly. The GP and the MHS can then decide about further steps for medical care. All adverse events that occur during the trial will be documented by the CM or, for patients in the control group, by the data management team. Study participation does not exclude the option of referral to an external specialist, although for patients in the intervention group, GPs are encouraged to refer them to the supervising MHS. Thus, both patient groups have full access to all treatment options for depression in the German healthcare system. As treatment by the GP is maintained during and after the trial phase, no post-trial care is intended, and the GP can decide about additional treatment options as needed.

The trial protocol has been granted ethical approval from the ethical review board of the University of Freiburg (approval number 150/12) and the ethical review board of the medical association of Hamburg (approval number MC-224/12). Written informed consent is mandatory for each patient for enrollment in the study.

Training of GermanIMPACT care providers

The CMs receive comprehensive training by a psychologist familiar with the IMPACT concept and intervention techniques. They are provided with a detailed intervention manual to be used for further study and reference. Regular meetings with the trainers ensure the continuous high standard of the intervention. Clinical concerns are regularly discussed with the supervising MHS. All members of the GermanIMPACT study team are educated and instructed thoroughly in how to deal with emergencies, such as suicidal ideation.

Prior to participation, GPs are individually contacted by members of the study team and informed about the aims of the study and the nature and process of the intervention. Before the inclusion of the first patient, they are personally introduced to the CM assigned to their office.

Data protection

All patient data collected throughout the study, including documentation of the intervention sessions, are entered

into the study database using identifiers (pseudonyms) instead of patient names to grant the highest possible protection of privacy. The necessary exchange of patient data between the providers within the treatment triad is clearly communicated orally, in the patient information and the informed consent form. Health-related and sociodemographic data will be stored separately from personal data. Only authorized staff has access to the data, and data privacy protection according to German Law will be fulfilled. All institutions cooperating in the study are required to agree to the data protection procedures. All investigators will have access to the final trial dataset without any contractual limitations.

Dissemination

The trial is registered in the German Clinical Trials Registry (DRKS-ID: DRKS0000358). The results of the trial will be published in international academic journals and national periodicals for healthcare professionals and will be disseminated through presentations at scientific conferences. Participating GPs will receive the publication of the main analyses and additional information in lay language to disseminate them to interested patients. The sponsor will receive a final report including recommendations on development requirements of collaborative care in late-life depression therapy in primary care - according to the results of the trial. There is no restriction on publication. The trial is conducted according to the CONSORT statement, and the study protocol conforms to the Spirit Checklist [48]. The use of professional writers is not intended. So far, no public access to full protocol, participant-level dataset, and statistical code is planned.

Discussion

The IMPACT approach to treat late-life depression has proven both effective and cost-effective in the United States for more than a decade. Not surprisingly, collaborative models are increasingly recognized in international research on depression care. The adapted GermanIMPACT program is tailored to the specific primary care context in Germany, for instance, with regard to GP medical practice, office organization, infrastructure, communication style, and patient characteristics. By preserving the core principles of the original program, we expect that our collaborative intervention will show effects that are as beneficial as those of its American counterpart.

In the face of the demographic transition and the high prevalence rates of clinically relevant depressive symptoms in the older age groups, collaborative interventions for older adults are a forward-looking approach [2]. We expect that older adults can benefit greatly from a low-threshold intervention like GermanIMPACT that

supports, but does not replace the usual treatment by their long-standing family doctor. We hope that the results from our study will help to identify and understand impeding and facilitating factors to the process of integrating CMs into a patient's treatment plan. Since the notion of collaborative depression care is fairly new to the German healthcare system, we hope that the results of the GermanIMPACT study will yield important insights regarding the applicability of collaborative models and pave the way for the implementation of CMs into outpatient depression treatment in Germany.

Trial status

Enrollment for the trial began in February 2013. Recruitment is still in progress. Data collection is expected to continue until September 2015.

Abbreviations

CDC: Collaborative depression care; CDI: the Comorbidity Disease Index; CG: Control Group; CM: Care manager; CPG: the Graded Chronic Pain Scale; EM: expectation-maximization; EQ-5D: EuroQol Group; FIMA: Fragebogen zur Inanspruchnahme medizinischer und nicht-medizinischer Versorgungsleistungen im Alter; GAD-7: the Generalized Anxiety Disorder seven-Item Scale; GCP: Good Clinical Practice; GP: General practitioner; ICD-10: International Classification of Diseases; ICH: International Conference on Harmonization; IG: Intervention Group; IMPACT: Improving Mood Promoting Access to Collaborative Treatment; MHS: Mental health specialist; PHQ-9: the Patient Health Questionnaire; PST: Problem-solving techniques; RS-13: the 13-item Resilience Scale; SAP: Statistical analysis plan; SOP: Standard operation procedure.

Competing interests

The authors declare that they have no competing interests.

Authors' contributions

All authors have made substantial contributions to the conception and design. IW is the initial study coordinator and drafted the study protocol. FB took over the study coordination from IW and is corresponding author. CB is the trial statistician. IT, TK, and SB are responsible for the recruitment of participants and data management. HHK will lead the health economic analysis. WN is the lead of the division responsible for recruitment and data management in Freiburg. MH and MS are the leaders of the divisions responsible for recruitment, data management, and statistical analysis in Hamburg. MH is the initial principal investigator for the study. All authors revised the manuscript for important intellectual content. All authors read and approved the final manuscript.

Acknowledgements

This study is funded by the German Federal Ministry of Education and Research (BMBF) (grant number 01GY1142). The sponsor has reviewed and approved a previous version of this protocol in the context of the grant application process. The article processing charge in BMC Family Practice was funded by the German Research Foundation (DFG) and the Albert Ludwig University of Freiburg in the funding program Open Access Publishing.

We would like to thank Dr Jürgen Unützer and colleagues at the IMPACT Implementation Center of the University of Washington, Seattle, for their assistance and advice in adapting the IMPACT model to our specific context. Also, we are particularly grateful to Professor Dr Christina van der Feltz-Cornelis and Professor Dr Steffi G Riedel-Heller for sharing with us their invaluable experiences with related studies in the Netherlands and Germany. Finally we would like to thank Dr Lars Hölzel for his insightful comments and suggestions on this manuscript.

Author details

¹Institute on Aging, School of Community Health, Portland State University, PO Box 751, Portland, OR 97207, USA. ²Division of Psychiatry and Psychotherapy, Psychotherapy and Health Services Research, University Medical Center Freiburg, Hauptstr. 5, 79104 Freiburg, Germany. ³Department of Medicine, Division of General Practice, University Medical Center Freiburg, Elsäßerstr. 2m, 79110 Freiburg, Germany. ⁴Department of Medical Psychology, University Medical Center Hamburg-Eppendorf, Martinistr. 52, 20246 Hamburg, Germany. ⁵Department of Primary Medical Care, University Medical Center Hamburg-Eppendorf, Martinistr. 52, 20246 Hamburg, Germany. ⁶Department of Health Economics and Health Services Research, Center for Health Economics, University Medical Center Hamburg-Eppendorf, Martinistr. 52, 20246 Hamburg, Germany. ⁷Center for Psychiatry, Emmendingen and University of Freiburg, Medical School, Lehenerstr. 88, 79106 Freiburg, Germany.

Received: 3 April 2014 Accepted: 4 August 2014

Published: 6 September 2014

References

1. Volkert J, Schulz H, Härter M, Włodarczyk O, Andreas S: **The prevalence of mental disorders in older people in Western countries – a meta-analysis.** *Ageing Res Rev* 2013, **12**:339–353.
2. Luppá M, Sikorski C, Luck T, Ehreke L, Konnopka A, Wiese B, Weyerer S, König H-H, Riedel-Heller SG: **Age- and gender-specific prevalence of depression in latest-life – Systematic review and meta-analysis.** *J Affect Disord* 2012, **136**:212–221.
3. Van Orden K, Conwell Y: **Suicides in Late Life.** *Curr Psychiatry Rep* 2011, **13**:234–241.
4. Büchtemann D, Luppá M, Bramesfeld A, Riedel-Heller S: **Incidence of late-life depression: A systematic review.** *J Affect Disord* 2012, **142**:172–179.
5. Solhaug HI, Romuld EB, Romild U, Stordal E: **Increased prevalence of depression in cohorts of the elderly: an 11-year follow-up in the general population – the HUNT study.** *Int Psychogeriatr* 2011, **24**:151–158.
6. Blazer DG: **Depression in late life: review and commentary.** *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2003, **58**:249–265.
7. Fiske A, Wetherell JL, Gatz M: **Depression in Older Adults.** *Annu Rev Clin Psychol* 2009, **5**:363–389.
8. Agüera L, Failde I, Cervilla JA, Díaz-Fernández P, Mico J: **Medically unexplained pain complaints are associated with underlying unrecognized mood disorders in primary care.** *BMC Fam Pr* 2010, **11**:17.
9. Schomerus G, Matschinger H, Angermeyer MC: **The stigma of psychiatric treatment and help-seeking intentions for depression.** *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2009, **259**:298–306.
10. Laesmer H, Gunzelmann T, Martin A, Brähler E, Rief W: **[The impact of mental disorders on health care utilization and illness behaviour in the elderly].** *Psychiatr Prax* 2008, **35**:187–193.
11. Sikorski C, Luppá M, König H-H, van den Bussche H, Riedel-Heller SG: **Does GP training in depression care affect patient outcome? - A systematic review and meta-analysis.** *BMC Health Serv Res* 2012, **12**:10.
12. Williams JW Jr, Gerrity M, Holsinger T, Dobscha S, Gaynes B, Dietrich A: **Systematic review of multifaceted interventions to improve depression care.** *Gen Hosp Psychiatry* 2007, **29**:91–116.
13. Rubenstein LV, Chaney EF, Ober S, Felker B, Sherman SE, Lanto A, Vivell S: **Using evidence-based quality improvement methods for translating depression collaborative care research into practice.** *Fam Syst Heal* 2010, **28**:91–113.
14. Van Steenberg-Weijnenburg KM, van der Feltz-Cornelis CM, Horn EK, van Marwijk HW, Beekman AT, Rutten FF, Hakkaart-van Roijen L: **Cost-effectiveness of collaborative care for the treatment of major depressive disorder in primary care. A systematic review.** *BMC Health Serv Res* 2010, **10**:19.
15. Gilbody S, Bower P, Fletcher J, Richards D, Sutton AJ: **Collaborative care for depression: a cumulative meta-analysis and review of longer-term outcomes.** *Arch Intern Med* 2006, **166**:2314–2321.
16. Katon W, Von Korff M, Lin E, Simon G: **Rethinking practitioner roles in chronic illness: the specialist, primary care physician, and the practice nurse.** *Gen Hosp Psychiatry* 2001, **23**:138–144.
17. Gilbody S, Whitty P, Grimshaw J, Thomas R: **Educational and organizational interventions to improve the management of depression**

- in primary care: a systematic review. *JAMA J Am Med Assoc* 2003, **289**:3145–3151.
18. Van der Feltz-Cornelis CM, Van Os TWDP, Van Marwijk HWJ, Leentjens AFG: **Effect of psychiatric consultation models in primary care. A systematic review and meta-analysis of randomized clinical trials.** *J Psychosom Res* 2010, **68**:521–533.
 19. Unützer J, Katon W, Callahan CM, Williams JW Jr, Hunkeler E, Harpole L, Hoving M, Della Penna RD, Noël PH, Lin EHB, Areán PA, Hegel MT, Tang L, Belin TR, Oishi S, Langston C: **Collaborative care management of late-life depression in the primary care setting: a randomized controlled trial.** *JAMA J Am Med Assoc* 2002, **288**:2836–2845.
 20. Roy-Byrne P, Craske MG, Sullivan G, Rose RD, Edlund MJ, Lang AJ, Bystritsky A, Welch SS, Chavira DA, Golinelli D, Campbell-Sills L, Sherbourne CD, Stein MB: **Delivery of evidence-based treatment for multiple anxiety disorders in primary care: a randomized controlled trial.** *JAMA J Am Med Assoc* 2010, **303**:1921–1928.
 21. Dirmaier J, Steinmann M, Krattenmacher T, Watzke B, Barghaan D, Koch U, Schulz H: **Non-Pharmacological Treatment of Depressive Disorders: A Review of Evidence-Based Treatment Options.** *Rev Recent Clin Trials* 2012, **7**:141–149.
 22. **Oxford Centre for Evidence-based Medicine – Levels of Evidence (March 2009).** <http://www.cebm.net/>.
 23. Cuijpers P, van Straten A, Warmerdam L: **Problem solving therapies for depression: a meta-analysis.** *Eur Psychiatry J Assoc Eur Psychiatr* 2007, **22**:9–15.
 24. Katon W, Unützer J, Wells K, Jones L: **Collaborative depression care: history, evolution and ways to enhance dissemination and sustainability.** *Gen Hosp Psychiatry* 2010, **32**:456–464.
 25. Ijff MA, Huijbregts KML, van Marwijk HWJ, Beekman ATF, Hakkaart-van Roijen L, Rutten FF, Unützer J, van der Feltz-Cornelis CM: **Cost-effectiveness of collaborative care including PST and an antidepressant treatment algorithm for the treatment of major depressive disorder in primary care; a randomised clinical trial.** *BMC Health Serv Res* 2007, **7**:34.
 26. Richards DA, Lovell K, Gilbody S, Gask L, Torgerson D, Barkham M, Bland M, Bower P, Lankshear AJ, Simpson A, Fletcher J, Escott D, Hennessy S, Richardson R: **Collaborative care for depression in UK primary care: a randomized controlled trial.** *Psychol Med* 2008, **38**:279–287.
 27. Richards DA, Hughes-Morley A, Hayes RA, Araya R, Barkham M, Bland JM, Bower P, Cape J, Chew-Graham CA, Gask L, Gilbody S, Green C, Kessler D, Lewis G, Lovell K, Manning C, Pilling S: **Collaborative Depression Trial (CADET): multi-centre randomised controlled trial of collaborative care for depression - study protocol.** *BMC Health Serv Res* 2009, **9**:188.
 28. Richards DA, Hill JJ, Gask L, Lovell K, Chew-Graham C, Bower P, Cape J, Pilling S, Araya R, Kessler D, Bland JM, Green C, Gilbody S, Lewis G, Manning C, Hughes-Morley A, Barkham M: **Clinical effectiveness of collaborative care for depression in UK primary care (CADET): cluster randomised controlled trial.** *BMJ* 2013, **347**:f4913.
 29. De Jong FJ, van Steenberg-Weijenburg KM, Huijbregts KML, Vlasveld MC, Van Marwijk HWJ, Beekman ATF, van der Feltz-Cornelis CM: **The Depression Initiative. Description of a collaborative care model for depression and of the factors influencing its implementation in the primary care setting in the Netherlands.** *Int J Integr Care* 2009, **9**.
 30. Mitchell N, Hewitt C, Adamson J, Parrott S, Torgerson D, Ekers D, Holmes J, Lester H, McMillan D, Richards D, Spilsbury K, Godfrey C, Gilbody S: **A randomised evaluation of Collaborative care and active surveillance for Screen-Positive Elders with sub-threshold depression (CASPER): study protocol for a randomized controlled trial.** *Trials* 2011, **12**:225.
 31. Gensichen J, von Korff M, Peitz M, Muth C, Beyer M, Günthlin C, Torge M, Petersen JJ, Rosemann T, König J, Gerlach FM: **Case management for depression by health care assistants in small primary care practices: a cluster randomized trial.** *Ann Intern Med* 2009, **151**:369–378.
 32. Gensichen J, Petersen JJ, Karroum T, Rauck S, Ludman E, König J, Gerlach FM: **Positive impact of a family practice-based depression case management on patient's self-management.** *Gen Hosp Psychiatry* 2011, **33**:23–28.
 33. *Stata Statistical Software: Release 12.* College Station: TX: StataCorp LP; 2011.
 34. Pinto-Meza A, Serrano-Blanco A, Peñarrubia MT, Blanco E, Haro JM: **Assessing depression in primary care with the PHQ-9: can it be carried out over the telephone?** *J Gen Intern Med* 2005, **20**:738–742.
 35. Hegel MT, Barrett JE, Oxman TE: **Training therapists in problem-solving treatment of depressive disorders in primary care: Lessons learned from the "Treatment Effectiveness Project".** *Fam Syst Heal* 2000, **18**:423–435.
 36. Kroenke K, Spitzer RL, Williams JB: **The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure.** *J Gen Intern Med* 2001, **16**:606–613.
 37. Wittkampf KA, Naeije L, Schene AH, Huyser J, van Weert HC: **Diagnostic accuracy of the mood module of the Patient Health Questionnaire: a systematic review.** *Gen Hosp Psychiatry* 2007, **29**:388–395.
 38. Group EQ: **EuroQol—a new facility for the measurement of health-related quality of life.** *Health Policy Amst Neth* 1990, **16**:199–208.
 39. Seidl H, Bowles D, Bock J-O, Brettschneider C, Greiner W, König H-H, Holle R: **[FIMA - Questionnaire for Health-Related Resource Use in an Elderly Population: Development and Pilot Study].** *Gesundheitswesen Bundesverb Ärzte Öffentlichen Gesundheitsdienstes Ger* 2014.
 40. Rigler SK, Studenski S, Wallace D, Reker DM, Duncan PW: **Co-morbidity adjustment for functional outcomes in community-dwelling older adults.** *Clin Rehabil* 2002, **16**:420–428.
 41. 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.
 42. Klasen BW, Hallner D, Schaub C, Willburger R, Hasenbring M: **Validation and reliability of the German version of the Chronic Pain Grade questionnaire in primary care back pain patients.** *Psycho-Soc Med* 2004, **1**:Doc07.
 43. Leppert K, Koch B, Brähler E: **Die Resilienzskala (RS) - Überprüfung der Langform RS-25 und einer Kurzform RS-13.** *Klin Diagn Eval* 2008, **2**:226–243.
 44. Ludman E, Katon W, Bush T, Rutter C, Lin E, Simon G, Von Korff M, Walker E: **Behavioural factors associated with symptom outcomes in a primary care-based depression prevention intervention trial.** *Psychol Med* 2003, **33**:1061–1070.
 45. 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.
 46. *EpiData Manager & Entry Client Version 1.4.2.* Denmark: EpiData Association; 2013.
 47. *SPSS Statistics 21.* Chicago, Illinois: IBM; 2012.
 48. Chan A-W, Tetzlaff JM, Altman DG, Laupacis A, Gøtzsche PC, Krleža-Jerić K, Hróbjartsson A, Mann H, Dickersin K, Berlin JA, Doré CJ, Parulekar WR, Summerskill WSM, Groves T, Schulz KF, Sox HC, Rockhold FW, Rennie D, Moher D: **SPIRIT 2013 Statement: Defining Standard Protocol Items for Clinical Trials.** *Ann Intern Med* 2013, **158**:200.

doi:10.1186/1745-6215-15-351

Cite this article as: Wernher et al.: Collaborative treatment of late-life depression in primary care (GermanIMPACT): study protocol of a cluster-randomized controlled trial. *Trials* 2014 **15**:351.

Submit your next manuscript to BioMed Central and take full advantage of:

- Convenient online submission
- Thorough peer review
- No space constraints or color figure charges
- Immediate publication on acceptance
- Inclusion in PubMed, CAS, Scopus and Google Scholar
- Research which is freely available for redistribution

Submit your manuscript at
www.biomedcentral.com/submit



C Artikel 3:

GermanIMPACT Koordinierte Behandlung der Altersdepression in der Primärversorgung – eine cluster-randomisiert kontrollierte Studie

Originalarbeit

Koordinierte Behandlung der Altersdepression in der Primärversorgung

Eine cluster-randomisiert kontrollierte Studie (GermanIMPACT)

Lars P. Hölzel, Frederike Bjerregaard, Christiane Bleich, Sigrid Boczor, Martin Härter, Hans-Helmut König, Thomas Kloppe, Wilhelm Niebling, Martin Scherer, Iris Tinsel, Michael Hüll

Zusammenfassung

Hintergrund: Die Behandlung der Altersdepression erfolgt meist in der Primärversorgung und ist aufgrund dortiger limitierter Ressourcen häufig suboptimal. Neue Versorgungsmodelle, in denen die hausärztliche Versorgung durch den Einsatz von Therapiebegleitern ergänzt wird, die kurze niederschwellige Interventionen durchführen, haben sich als vielversprechender Ansatz erwiesen.

Methode: In der Studie wurde mittels eines offenen, cluster-randomisiert kontrollierten Studiendesigns die Überlegenheit eines solchen Modells gegenüber der üblichen Behandlung durch den Hausarzt überprüft. Eingeschlossen wurden Hausarzt-patientinnen und -patienten im Alter von 60 Jahren und älter, die eine mittlere depressive Symptomatik (PHQ-9: 10–14 Punkte) aufwiesen. Primäre Zielgröße war der Anteil remittierter Patienten (Wert < 5 im Patient-Health-Questionnaire; PHQ-9) nach Interventionsende (zwölf Monate nach Baseline). Registrierung: Deutsches Register für Klinische Studien: DRKS00003589.

Ergebnisse: 71 Hausärzte schlossen 248 Patienten ein, 109 in der Kontrollgruppe und 139 in der Interventionsgruppe. Nach „intention to treat“-Analysen waren 25,6 % (95%-Konfidenzintervall: [18,3; 32,8]) der Patienten der Interventionsgruppe und 10,9 % [5,4; 16,5]) der Kontrollgruppe remittiert ($p = 0,004$).

Schlussfolgerung: Die Überlegenheit des neuen Versorgungsmodells konnte auch für den deutschen Versorgungskontext gezeigt werden.

Zitierweise

Hölzel LP, Bjerregaard F, Bleich C, Boczor S, Härter M, König HH, Kloppe T, Niebling W, Scherer M, Tinsel I, Hüll M: Coordinated treatment of depression in elderly people in primary care—a cluster-randomized, controlled study (German IMPACT). *Dtsch Arztebl Int* 2018; 115: 741–7.
DOI: 10.3238/arztebl.2018.0741

Die Depression ist bei Patienten, die das 65. Lebensjahr überschritten haben (im Folgenden als „ältere Patienten“ bezeichnet), mit einer Jahresprävalenz von 14 % eine der häufigsten psychischen Störungen (1). In der Primärversorgung weisen etwa 10 % der Patienten dieser Altersgruppe eine Depression auf (2). Neben der hohen Verbreitung kommt dem Störungsbild aufgrund der erheblichen Einschränkung von Funktionsfähigkeit und Lebensqualität (3) sowie der gesteigerten Mortalität durch Suizidalität (4) und schlechtere Krankheitsverläufe komorbider somatischer Erkrankungen (5) eine besondere Bedeutung zu.

Gerade ältere Patienten mit Depression weisen spezifische Versorgungsdefizite auf. So wird die korrekte Diagnostik durch somatische Komorbiditäten in Verbindung mit einer eher somatisch orientierten Symptompräsentation erschwert (6, 7). Zudem erhalten ältere Menschen seltener eine psychotherapeutische Behandlung – auch wenn diese indiziert wäre – und somit seltener eine leitlinienorientierte Therapie (8). Gründe hierfür liegen unter anderem in negativen Einstellungen gegenüber dem Altern und damit erwarteter schlechterer Behandelbarkeit der Depression auf Seite von Patienten, Ärzten und Psychotherapeuten, aber auch in mangelnden Informationen und Angst vor Stigmatisierung der Patienten und einer unzureichenden Vernetzung von Ärzten beziehungsweise Psychotherapeuten (9, 10). Eine Versorgung erfolgt zumeist ausschließlich in der Primärversorgung (11, 12). Zwar besteht auch bei älteren Patienten ein Bedarf nach psychosozialen Interventionen (13, 14), allerdings gibt es Hinweise, dass eine Behandlung in diesem Setting bevorzugt wird, wenn die Diagnose in der Hausarztpraxis gestellt wird (13).

Neuere Versorgungsmodelle adressieren diese Versorgungsdefizite (15). Eines der erfolgreichsten ist das „Improving Mood – Promoting Access to Collaborative Treatment“- (IMPACT-)Modell (16). Die Behandlung der Depression erfolgt hier in Kooperation zwischen Hausarzt, Therapiebegleiter (engl. Care Manager) und supervidierendem Psychiater/Psychotherapeuten. Dieses Modell wurde in den USA entwickelt und erfolgreich evaluiert. Inzwischen ist es auf andere Gesundheitssysteme übertragen und dort ebenfalls erfolgreich

Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Universitätsklinikum Freiburg, Medizinische Fakultät, Albert-Ludwigs-Universität Freiburg; Dr. phil. Lars P. Hölzel, Dipl.-Psych.; Frederike Bjerregaard M.Sc.

Parkklinik Wiesbaden Schlagenbad, Schlagenbad; Dr. phil. Lars P. Hölzel, Dipl.-Psych.

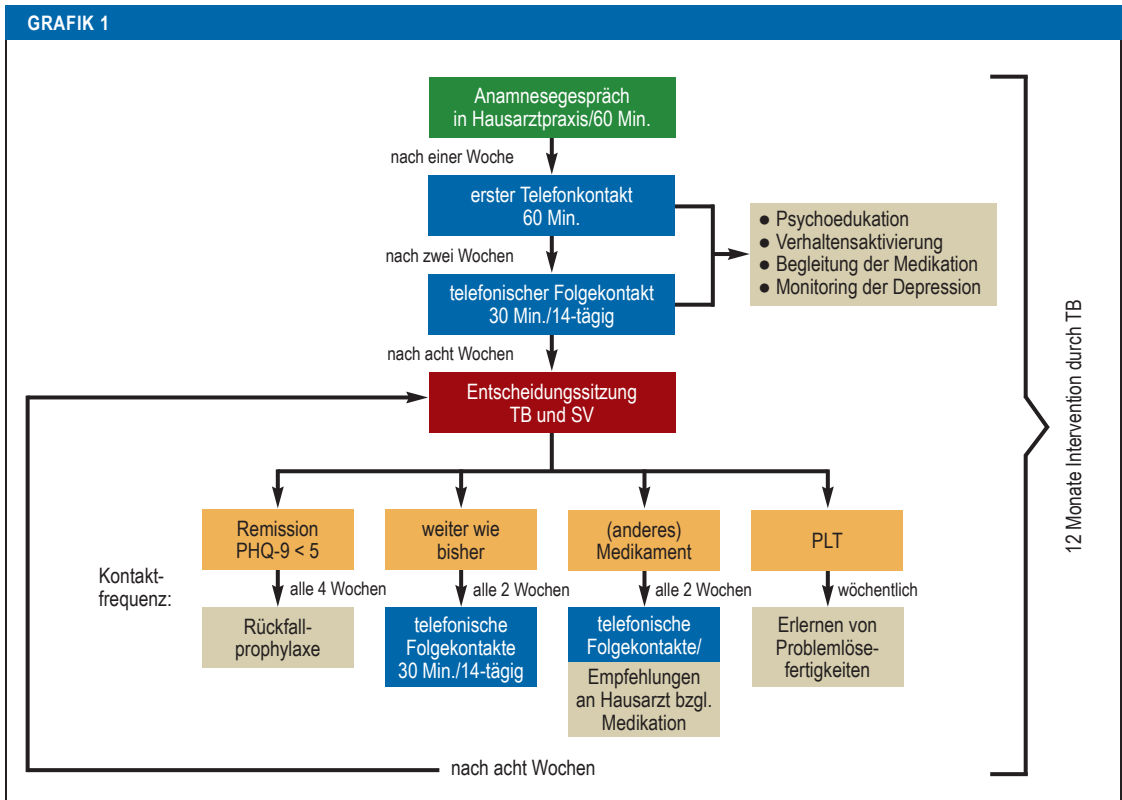
Institut und Poliklinik für Medizinische Psychologie, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Hamburg; Dr. phil. Christiane Bleich, Dipl.-Psych.; Prof. Dr. phil., Dr. med. Martin Härter, Dipl.-Psych.

Institut und Poliklinik für Allgemeinmedizin, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Hamburg; Sigrid Boczor, PhD; Dr. rer. biol. hum. Thomas Kloppe M.A.; Prof. Dr. med. Martin Scherer

Institut für Gesundheitsökonomie und Versorgungsforschung, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Hamburg; Prof. Dr. med. Hans-Helmut König M.Sc.

Lehrbereich Allgemeinmedizin, Universitätsklinikum Freiburg, Medizinische Fakultät, Albert-Ludwigs-Universität Freiburg, Deutschland; Prof. Dr. med. Wilhelm Niebling, Iris Tinsel M.A.

Klinik für Alterspsychiatrie- und Psychotherapie, Zentrum für Psychiatrie und Psychotherapie Emmendingen, Emmendingen; Prof. Dr. med. Michael Hüll



Darstellung der gestuften Behandlung in der German IMPACT-Studie

PHQ, Patient-Health-Questionnaire; PLT, Problemlösetraining; SV, Supervisor; TB, Therapiebegleiter

grün: einmaliges persönliches Gespräch zu Interventionsbeginn; blau: alle weiteren telefonischen Kontakte mit Standard-Intervention;

rot: 8-wöchentlich stattfindende Entscheidungssitzung; orange: Weiterbehandlungsoptionen nach der Entscheidungssitzung;

beige: Interventionselemente.

evaluiert worden (17). Im Rahmen von GermanIMPACT wurde das Modell für das deutsche Versorgungssystem adaptiert und seine Effektivität im Vergleich zur Routinebehandlung untersucht.

Methode

GermanIMPACT wurde vom Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) gefördert (FKZ: 01GY1142). Vor Beginn der Rekrutierung wurde die Studie beim Deutschen Register für Klinische Studien (DRKS) registriert (DRKS00003589) und im publizierten Studienprotokoll ausführlich beschrieben (18). Die Studie wurde von der Ethik-Kommission der Albert-Ludwigs-Universität Freiburg (150/12) beraten. Eine umfassende Darstellung des Methodenteils findet sich unter (eMethodenteil).

Design

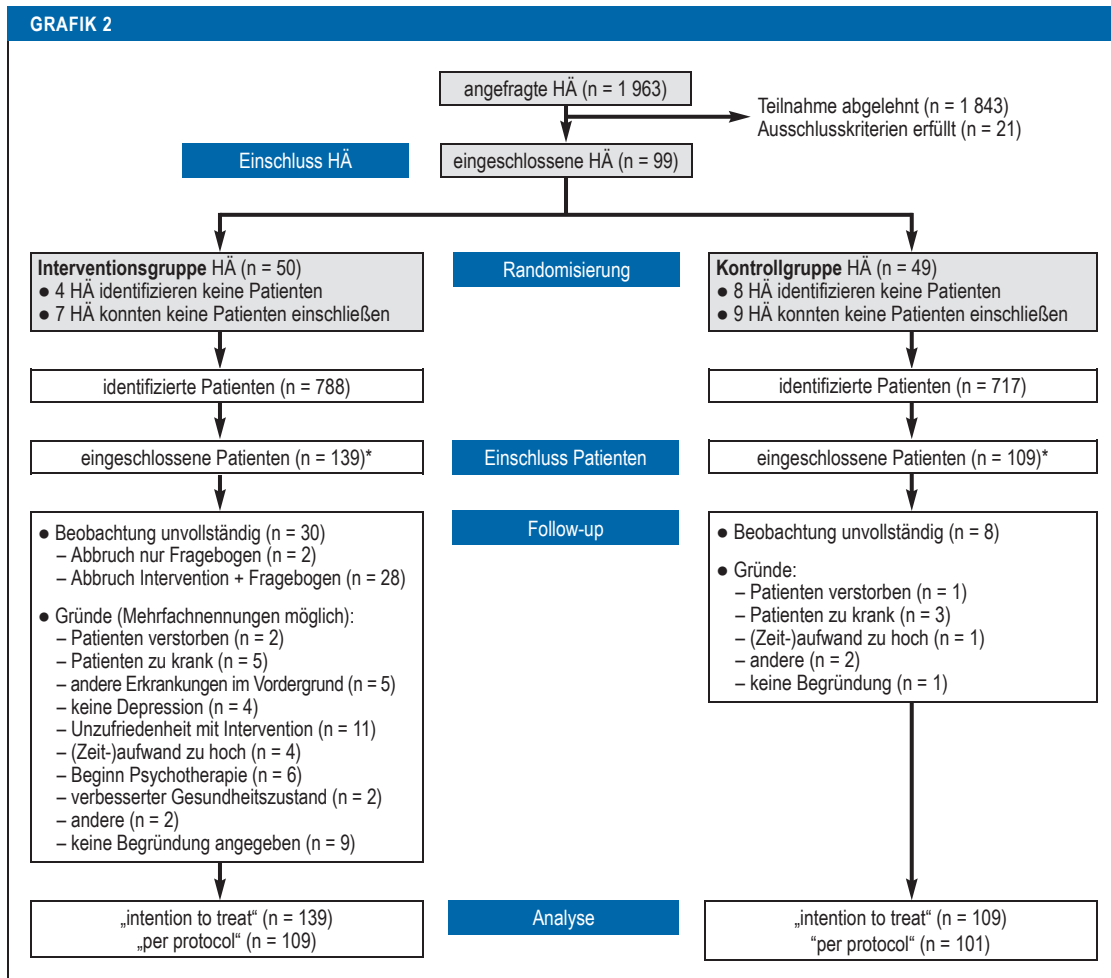
Ziel der Studie war der Vergleich von GermanIMPACT mit der üblichen Behandlung in der Primärversorgung („treatment as usual“, [TAU]) im Rahmen einer cluster-randomisiert kontrollierten Studie. Nach Einschluss erfolgte die Randomisierung der teilnehmenden Praxen auf Interventions- beziehungsweise Kontrollgruppe (IG; KG). Studienfokus, Intervention und Datenerhebung beziehen sich trotz clusterrandomisiertem Design

auf den individuellen Patienten. Potenziell geeignete Patienten wurden mithilfe der Praxissoftware identifiziert, der Hausarzt ermittelte den aktuellen Schweregrad der depressiven Symptomatik mittels des Patient Health Questionnaires-9 (PHQ-9), informierte über die Studie und holte das Einverständnis zur Teilnahme ein. Die für die statistischen Auswertungen relevanten Daten wurden einheitlich vom jeweiligen Studienzentrum postalisch bei Baseline (t0), nach 6 (t1) und nach zwölf Monaten (t2) zum Interventionsende ebenfalls postalisch per Fragebogen erhoben. Die Studiendurchführung erstreckte sich von September 2012 (Beginn der Rekrutierung) bis August 2015 (Ende der Interventionsdurchführung).

Intervention

Im Rahmen der Studie fand eine gestufte Behandlung statt (Grafik 1). Diese orientierte sich am Befinden des jeweiligen Patienten. Die Behandlung wurde in Kooperation von Hausarzt (Facharzt für Allgemeinmedizin oder hausärztlicher Internist), Therapiebegleiter und supervidierendem Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie beziehungsweise Psychologischen Psychotherapeuten (Supervisor) durchgeführt.

Der Hausarzt diagnostizierte die Depression und leitete die Therapie ein. Er stand in regelmäßigem Aus-



Rekrutierung der Studienteilnehmer

*Gründe für Nicht-Einschluss: Patienten erfüllten Ausschlusskriterien, Patienten hatten kein Interesse an Teilnahme, organisatorische Gründe in der Praxis
HÄ, Hausärzte

tausch mit dem Therapiebegleiter, um sich über den Verlauf und notwendige Änderungen in der Behandlung abzustimmen.

Ein speziell geschulter Therapiebegleiter (insgesamt fünf an beiden Standorten) mit langjähriger Erfahrung in einem Gesundheitsberuf unterstützte die Therapie, indem er proaktiv und kontinuierlich den Kontakt mit dem Patienten aufrechterhielt. Die dem Patienten angepasste wöchentliche bis monatliche Unterstützung umfasste Psychoedukation (zu Symptomen, Krankheitsverlauf, Medikamenten, Nebenwirkungen et cetera), Aktivitätsaufbau, Rückfallprophylaxe und, wenn indiziert, Problemlösetraining. Der Erstkontakt fand in den Räumen der Praxis statt. Die Folgekontakte wurden per Telefon durchgeführt.

Die Kontrollbedingung bestand in der gewohnten Behandlung durch den Hausarzt, das heißt ohne den Einbezug eines Therapiebegleiters. Kontrollpatienten hatten vollen Zugang zu allen Versorgungsoptionen des Gesundheitssystems und zeigen daher das übliche Therapieaufwandsmuster.

Die Verordnung von Medikamenten wurde für keine der beiden Studienbedingungen eingeschränkt oder festgelegt.

Rekrutierung der Praxen

Auf Clusterebene wurden Hausarztpraxen innerhalb eines definierten Radius um die Stadtzentren Freiburg und Hamburg zur Studienteilnahme eingeladen.

Ein- und Ausschlusskriterien der Patienten

In die Studie eingeschlossen wurden Männer und Frauen mit der klinischen Diagnose einer unipolaren Depression. Die Studienteilnehmer waren 60 Jahre und älter und wiesen eine mittlere depressive Symptomatik mit 10 bis 14 Punkten auf dem PHQ-9 (19) auf. Patienten mit schweren Depressionen (> 14 Punkte) wurden ausgeschlossen und sollten leitliniengetreu in die Sekundärversorgung überwiesen werden. Voraussetzung waren in der Interventionsgruppe die Bereitschaft und Möglichkeit zu persönlichen und regelmäßigen telefonischen Kontakten mit dem Therapiebegleiter und in beiden Gruppen das schriftlich erklärte Einverständnis zur Teilnahme an der Studie mit insgesamt drei schriftlichen Befragungen.

Ausgeschlossen wurden Patienten mit einer bekannten Abhängigkeitserkrankung, erheblichen kognitiven Beeinträchtigungen (zum Beispiel Demenz) oder eine bereits begonnene Psychotherapie zum Zeitpunkt der

TABELLE 1

Stichprobenmerkmale			
	IG (n = 139)	KG (n = 109)	gesamt (n = 248)
demografische Merkmale			
Alter; Jahre			
M (SD)	71,18 (7,1)	71,58 (8,1)	71,35 (7,5)
Range	52–88	57–92	52–92
Baseline T0 (PHQ-9)			
M (SD)	10,78 (4,1)	9,73 (3,7)	10,32 (3,9)
Range	1–22	2–22	1–22
Geschlecht; n (%)			
weiblich	107 (77,0)	85 (78,0)	192 (77,4)
Wohnsituation			
alleinlebend n (%)	73 (52,9)	42 (38,9)	115 (46,7)

IG, Interventionsgruppe; KG, Kontrollgruppe; n, Anzahl; M, Mittelwert; SD, Standardabweichung

Rekrutierung. Patienten mit bipolarer Störung, psychotischen Symptomen oder schweren Verhaltensauffälligkeiten sowie Suizidgefahr zum Zeitpunkt des Ein-schlusses waren ebenfalls ausgeschlossen.

Zielgrößen

Der Hauptfokus der Studie stellte die Veränderung der depressiven Symptomatik, gemessen mit dem PHQ-9 (19) über den Verlauf der Studiendauer von einem Jahr dar. Als oberstes Ziel einer Depressionsbehandlung war die Remission der depressiven Symptomatik nach zwölf Monaten der primäre Endpunkt der Studie, welcher entsprechend der gängigen Cut-Offs als ein PHQ-9 Punktwert von unter fünf operationalisiert wur-

de. Sekundäre Zielgrößen waren das Ansprechen auf die Behandlung („Response“), definiert als eine Symptomreduktion um 50 % oder mehr, und die dimensionale Veränderung der Symptomatik sowie die gesundheitsbezogene Lebensqualität (gemessen am EQ-5D-3L Indexwert [20]), Angstsymptome (Generalized Anxiety Disorder Scale [GAD-7] [21]), Verhalten in Bezug auf die Depression (modifiziert nach Ludman et al. [22]), Problemlösefertigkeiten (nach Bleich & Watzke, unveröffentlicht) und Resilienz (Resilienzskala Kurzform [RS-13] [23]).

Statistische Analysen

Die primäre Analyse vergleicht den Anteil remittierter Patienten zwölf Monate nach dem Start der Intervention mithilfe eines gemischten logistischen Regressionsmodells („mixed-effects logistic regression model“) in der ITT-Stichprobe.

Ergebnisse

In der Zeit von Juli 2012 bis November 2013 wurden 1 963 Hausärzte angeschrieben. Von diesen stimmten 99 einer Studienteilnahme zu und wurden entsprechend des Studiendesigns dem Interventions- oder dem Kontrollarm zugewiesen. Von diesen beteiligten sich 87 an einer Identifikation potenzieller Studienpatienten mithilfe der Praxissoftware, wodurch 1 505 potenzielle Studienteilnehmer (Alter, Diagnose in Akte vermerkt) identifiziert wurden. Schließlich konnten von 71 der Hausärzte 248 Patienten in die Studie eingeschlossen werden, von denen Baseline-Daten erhoben wurden. Nach zwölf Monaten (t2) schickten 210 Patienten einen ausgefüllten Fragebogen zurück. Gründe für die Beendigung der Studienteilnahme wa-

TABELLE 2

Ergebnisse der Intention-to-treat-Analysen			
Zielgröße	adjustierte Randmittel der Interventionsgruppe [95%-KI]	adjustierte Randmittel der Kontrollgruppe [95%-KI]	p
PHQ-9-Remission (< 5)	0,26 [0,183; 0,328]	0,11 [0,054; 0,165]	0,004*
PHQ-9-Response (50 %ige Reduktion)	0,23 [0,146; 0,305]	0,11 [0,041; 0,169]	0,029*
PHQ-9 dimensional	8,13 [7,42; 8,85]	9,38 [8,79; 9,96]	0,009*
GAD-7	6,75 [6,05; 7,45]	7,15 [6,61; 7,70]	0,38
depressionsbezogenes Verhalten	3,02 [2,83; 3,21]	2,97 [2,79; 3,14]	0,67
RS-13	59,25 [57,11; 61,40]	59,34 [57,27; 61,41]	0,96
PLF	15,94 [15,45; 16,42]	15,58 [15,14; 16,02]	0,29
EQ-5D-3L Index	0,57 [0,52; 0,61]	0,66 [0,61; 0,70]	0,005*

* signifikanter Unterschied zwischen Interventions- und Kontrollgruppe; EQ-5D-3L, Fragebogen zur gesundheitsbezogenen Lebensqualität; GAD-7, Generalized Anxiety Disorder Scale; PHQ-9, Patient Health Questionnaire-9; PLF, Problemlösefertigkeiten; RS-13, Resilienzskala Kurzform; 95%-KI; 95%-Konfidenzintervall

ren Verschiebungen der Bedeutung der depressiven Symptomatik durch Veränderungen der körperlichen oder Verbesserungen der psychischen Gesundheit, Unzufriedenheit mit der Intervention beziehungsweise dem damit verbundenen Aufwand oder der Beginn einer Psychotherapie. Drei Patienten verstarben, ein Zusammenhang der Todesfälle mit der Studie war nicht zu erkennen (Grafik 2).

Stichprobenbeschreibung

Das Durchschnittsalter lag bei 71 Jahren (SD = 7,5 Jahre) (Tabelle 1). Etwa drei Viertel der Patienten waren Frauen. Bei der Baseline-Erhebung (t0) lag der mittlere PHQ-9 Wert in der Interventionsgruppe bei 10,76 (SD 4,1) Punkten und damit höher als in der Kontrollgruppe (9,73; SD 3,7). Der Anteil der allein lebenden Patienten war in der Interventionsgruppe etwas höher (52,9 %) als in der Kontrollgruppe (38,9 %).

Ergebnisse primäre Zielgröße

In der Interventionsgruppe lag die adjustierte und geschätzte Remissionsrate mit 25,6 % (95%-Konfidenzintervall: [18,3; 32,8]) in der Interventionsgruppe statistisch signifikant ($p = 0,004$) höher als in der Kontrollgruppe mit 10,9 % [5,4; 16,5] (Tabelle 2, Grafik 3).

Ergebnisse sekundäre Zielgrößen

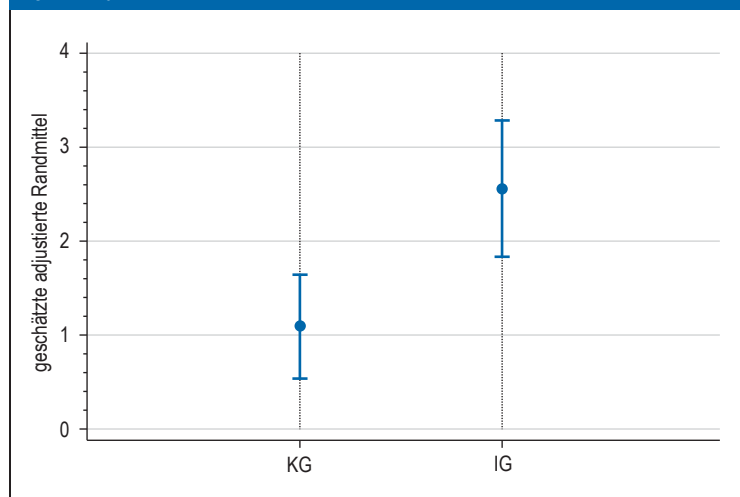
Bezüglich des Ansprechens (Response) zeigte sich für die Interventionsgruppe mit 22,5 % [14,6; 30,5] eine höhere ($p = 0,029$) Rate als in der Kontrollgruppe (10,5 % [4,1; 16,9]; $p = 0,029$). Auf Ebene des geschätzten Mittelwertes zeigten sich niedrigere Depressivitätswerte ($p = 0,009$) in der Interventions- (8,13; [7,42; 8,85]) im Vergleich zu der Kontrollgruppe (9,38; [8,79; 9,96]; $p = 0,009$). Auch für die Lebensqualität (EQ-5D-3L Indexwert) zeigte sich ein Interventionseffekt ($p = 0,005$). Der adjustierte geschätzte Mittelwert lag in der Interventionsgruppe bei 0,66 [0,61; 0,70] und in der Kontrollgruppe bei 0,57 ([0,52; 0,61]; $p = 0,005$) auf einer Skala zwischen 0 (sehr schlecht) und 1 (bestmöglich). Für generelle Angstsymptome, depressionsbezogene Verhaltensweisen, die individuelle psychische Widerstandsfähigkeit (Resilienz) und Problemlösefähigkeiten zeigten sich nur sehr geringe Unterschiede (Tabelle 2).

Sensitivitätsanalysen

Im Rahmen einer Sensitivitätsanalyse wurde zusätzlich eine PP-Analyse gerechnet um die Stabilität der Ergebnisse zu untersuchen. Die Ergebnisse erwiesen sich hierbei als weitgehend konsistent (eTabelle 1).

Zusätzliche Analysen möglicher Unterschiede in der Behandlung zeigten, dass zu allen Messzeitpunkten etwa die Hälfte der Patienten mit Psychopharmaka behandelt wurden. Zu keinem Messzeitpunkt ergaben sich statistisch signifikante Unterschiede zwischen den Gruppen (eTabelle 2). Weitergehende Analysen der Inanspruchnahme sind im Rahmen der gesundheitsökonomischen Analysen geplant.

GRAFIK 3



PHQ-9 Remission zum 12-Monats-Follow-up

KG, Kontrollgruppe; IG, Interventionsgruppe; PHQ, Patient Health Questionnaire; adjustierte Randmittel mit 95%-Konfidenzintervall

Diskussion

In der GermanIMPACT-Studie wurden die Effekte eines kollaborativen Versorgungsansatzes zur Behandlung der Depression bei älteren Patienten in der Primärversorgung im Rahmen einer clusterrandomisierten kontrollierten Studie im Vergleich zur üblichen Behandlung untersucht. Ein Jahr nach Beginn der Behandlung lag die Remissionsrate in der Interventionsgruppe etwa doppelt so hoch wie in der Kontrollgruppe. Damit zeigte sich ein statistisch signifikanter und klinisch relevanter Effekt in der primären Zielgröße.

Die Studie erfüllt aufgrund des Studiendesigns einen hohen wissenschaftlichen Standard und weist eine große Versorgungsnähe auf. So wurden zum Beispiel bei der Diagnosestellung und Prüfung der Ein- und Ausschlusskriterien bewusst die Einschätzung der Hausärzte und das Screeningergebnis im hausärztlichen Setting verwendet, da dies eine Vorgehensweise ist, die auch unter Routinebedingungen möglich erscheint (24). Auch bei den Zielkriterien wurde auf eine hohe klinische Relevanz geachtet. So wurde „Remission“ als primäre Zielgröße gewählt, da dies ein zentrales Ziel der Depressionsbehandlung darstellt. Die Konsistenz der Ergebnisse über die verschiedenen symptombezogenen Zielkriterien und die Lebensqualität hinweg sprechen für die Robustheit der Ergebnisse innerhalb der Studie. Der Interventionseffekt scheint sich zudem nicht auf Veränderungen in der Häufigkeit des Einsatzes von Psychopharmaka reduzieren zu lassen, da sich hier kein statistisch signifikanter Effekt zeigte.

Einschränkungen ergeben sich aus der hohen Ablehnungsrate der angefragten Ärzte und der geringen Anzahl der von diesen eingeschlossenen Patienten. So war ursprünglich von einer höheren Bereitschaft zur Teilnahme und einer höheren Rate an Rekrutierungen pro Praxis ausgegangen worden. Beide Raten liegen jedoch

Kernaussagen

- Eine Versorgung von älteren Menschen mit Depression im Rahmen eines kollaborativen Versorgungsmodells konnte die Anzahl von Patienten mit einer Remission der depressiven Symptomatik von 10,9 % auf 25,6 % steigern.
- Das Modell hatte darüber hinaus signifikante positive Effekte auf die Lebensqualität.
- Die Ergebnisse sind vergleichbar mit internationalen Studien mit dem IMPACT- oder ähnlichen Behandlungsmodellen.
- Das Versorgungsmodell bestand aus Hausarzt, Therapiebegleiter und Supervisor. Der Therapiebegleiter hielt regelmäßigen Kontakt zum Patienten, überwachte den Symptomverlauf und führte Basisinterventionen wie Psychoedukation, Aktivitätenaufbau, Rückfallprophylaxe und, wenn indiziert, Problemlösestraining durch.

im üblichen Bereich für eine Studie im hausärztlichen Setting bei einer versorgungsnahen Studie (25). Die höhere Anzahl an teilnehmenden Praxen und die hierdurch geringere Anzahl an Patienten pro Praxis wirkte sich positiv auf die statistische Power aus, weshalb die bei Studienplanung festgelegte statistische Power trotz geringerem Stichprobenumfang erreicht werden konnte (*eKasten*). Zudem handelt es sich bei den identifizierten potenziellen Studienteilnehmern um eine grobe Schätzung des Rekrutierungspotenzials, da die Dokumentation einer depressiven Störung in der Akte zum Teil schon länger zurücklag und die Aussagefähigkeit für das Vorliegen einer aktuellen Symptomatik begrenzt ist. Zudem war nicht gesagt, dass die potenziell infrage kommenden Patienten die Praxis auch während des Rekrutierungszeitraums besuchten. Eine weitere Einschränkung ergibt sich aus dem clusterrandomisierten Studiendesign. In der Kontrollgruppe lag die Zahl der Ärzte, die sich nicht an der Identifizierung oder dem Einschluss von Patienten beteiligt haben, etwas höher. Eine Verminderung der Motivation zum Einschluss von Patienten durch die Zuordnung zur Kontrollgruppe, in der keine zusätzliche Intervention für die Patienten vorgesehen war, erscheint wahrscheinlich. Des Weiteren sind Stichprobenverzerrungen bei clusterrandomisierten Studien wahrscheinlicher, als bei Randomisierungen auf Patientenebene. Allerdings waren eine Randomisierung auf Patientenebene und eine Verblindung aufgrund der Art der Intervention nicht möglich. Schließlich zeigten sich nur für die depressive Symptomatik und die Lebensqualität signifikante Effekte. Gleichzeitig sind diese beiden Zielgrößen aber als hochrelevant für depressionsbezogene Interventionen anzusehen.

Bezogen auf die Größe des therapeutischen Effektes ist eine Verdoppelung der Remission der depressiven Symptomatik ein versorgungsrelevantes Ergebnis. Allerdings erreicht selbst in der Interventionsgruppe nur etwa ein Viertel der Patienten eine Remission. Eine höhere Remissionsrate wäre wünschenswert. Auf den ersten Blick erscheint es zudem überraschend, dass Response- und Remissionsrate vergleichbar hoch ausfallen. Dies ist allerdings dadurch bedingt, dass die Patienten beider

Gruppen zu T0 im Mittel Werte um zehn Punkte aufwiesen. Bei einer Symptomschwere von zehn Punkten muss sowohl für das Kriterium der Symptom-Remission als auch der Response der Wert von fünf Punkten unterschritten beziehungsweise erreicht werden.

Bei einem Vergleich von GermanIMPACT mit der ursprünglichen IMPACT-Studie und ihren internationalen Replikationen zeigten sich ähnliche Ergebnisse. In der Studie von Unützer et al. (16) wiesen nach zwölf Monaten 8 % der Patienten in der Kontrollgruppe und ein Viertel der Patienten der Interventionsgruppe eine Remission auf (16). In der englischen Replikationsstudie wurde eine adjustierte Mittelwertdifferenz von 1,36 PHQ-9-Punkten gefunden, was mit unseren Ergebnissen ebenfalls übereinstimmt (26). In der holländischen Replikation der IMPACT-Studie war die Remissionsrate unter der Standardbehandlung mit 6,3 % und in der Interventionsgruppe mit 20,7 % niedriger als in unserer Studie (27).

Neben den Behandlungseffekten spielt die Implementierbarkeit im deutschen Versorgungssystem eine wichtige Rolle. Hierzu wurden begleitende qualitative Studien bei Patienten, Hausärzten sowie Therapiebegleitern und Supervisoren durchgeführt. Aus Sicht der teilnehmenden Hausärzte wurde die Intervention insgesamt positiv gewertet. Der Einbezug der Therapiebegleiter wurde überwiegend als ein unterstützendes und entlastendes Element beschrieben (28).

Wie in den genannten IMPACT-Studien konnte ein signifikanter positiver Effekt des kollaborativen Versorgungsmodells gegenüber der üblichen Behandlung in der Primärversorgung in Deutschland gezeigt werden. Ein solches Behandlungsmodell kann somit als solide wissenschaftlich abgesichert angesehen werden. Aus Perspektive der teilnehmenden Ärzte könnte es eine sinnvolle Bereicherung der Versorgung darstellen, die eine wichtige Entlastung in der hausärztlichen Versorgung mit sich bringen könnte. Die ergänzenden Untersuchungen der Sichtweise von Patienten, Therapiebegleitern und Supervisoren vervollständigen das Bild noch weiter (29, 30). Die bisherigen Ergebnisse sprechen für den Nutzen des kollaborativen Versorgungsmodells. Ob dieses Versorgungsmodell in Deutschland auch kosteneffektiv ist, wird die noch ausstehende gesundheitsökonomische Evaluation zeigen.

Interessenkonflikt

Die Autoren erklären, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Manuskriptdaten

eingereicht: 28. 3. 2018, revidierte Fassung angenommen: 9. 8. 2018

Literatur

1. Andreas S, Schulz H, Volkert J, et al.: Prevalence of mental disorders in elderly people: the European MentDis_ICF65+ study. *Br J Psychiatry* J Ment Sci 2017; 210: 125–31.
2. Park M, Unützer J: Geriatric depression in primary care. *Psychiatr Clin North Am* 2011; 34: 469–87.
3. Unützer J, Patrick DL, Diehr P, Simon G, Grembowski D, Katon W: Quality adjusted life years in older adults with depressive symptoms and chronic medical disorders. *Int Psychogeriatr* IPA 2000; 12: 15–33.
4. Blazer DG: Depression in late life: review and commentary. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2003; 58: 249–65.
5. Schulz R, Drayer RA, Rollman BL: Depression as a risk factor for non-suicide mortality in the elderly. *Biol Psychiatry* 2002; 52: 205–25.

6. Sielk M, Altiner A, Janssen B, Becker N, de Pilars MP, Abholz HH: [Prevalence and diagnosis of depression in primary care. A critical comparison between PHQ-9 and GPs' judgement]. Psychiatr Prax 2009; 36: 169–74.
7. Jacobi F, Höfler M, Meister W, Wittchen HU: [Prevalence, detection and prescribing behavior in depressive syndromes. A German federal family physician study]. Nervenarzt 2002; 73: 651–8.
8. Bertelsmann Stiftung: Faktencheck Depression 2016. www.faktencheck-gesundheit.de/de/publikationen/publikation/did/faktencheck-depression/ (last accessed on 19 September 2018).
9. Angermeyer MC, Matschinger H, Carta MG, Schomerus G: Changes in the perception of mental illness stigma in Germany over the last two decades. Eur Psychiatry 2014; 29: 390–5.
10. Rabe-Menssen C: Barrieren der Inanspruchnahme von ambulanter Psychotherapie bei älteren Menschen. Psychother Aktuell 2011; 4: 12–6.
11. Glaesmer H, Gunzelmann T, Martin A, Brähler E, Rief W: Die Bedeutung psychischer Beschwerden für die medizinische Inanspruchnahme und das Krankheitsverhalten Älterer. Psychiatr Prax 2008; 35: 187–93.
12. Rattay P, Butschalowsky H, Rommel A, et al.: Inanspruchnahme der ambulanten und stationären medizinischen Versorgung in Deutschland: Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1). Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 2013; 56: 832–44.
13. Gum AM, Areán PA, Hunkeler E, et al.: Depression treatment preferences in older primary care patients. Gerontologist 2006; 46: 14–22.
14. Dwight-Johnson M, Sherbourne CD, Liao D, Wells KB: Treatment preferences among depressed primary care patients. J Gen Intern Med 2000; 15: 527–34.
15. Bjerregaard F, Hüll M, Stieglitz RD, Hölzel L: Zeit für Veränderung – Was wir für die hausärztliche Versorgung älterer depressiver Menschen von den USA lernen können. Gesundheitswesen 2018; 80: 34–39.
16. Unützer J, Katon W, Callahan CM, et al.: Collaborative care management of late-life depression in the primary care setting: a randomized controlled trial. JAMA J Am Med Assoc 2002; 288: 2836–45.
17. Coventry PA, Hudson JL, Kontopantelis E, et al.: Characteristics of effective collaborative care for treatment of depression: a systematic review and meta-regression of 74 randomised controlled trials. PLoS One 2014; 9: e108114.
18. Wemher I, Bjerregaard F, Tinsel I, et al.: Collaborative treatment of late-life depression in primary care (GermanIMPACT): study protocol of a cluster-randomized controlled trial. Trials 2014; 15: 351.
19. Kroenke K, Spitzer RL, Williams JB: The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure. J Gen Intern Med 2001; 16: 606–13.
20. EuroQol Group: EuroQol—a new facility for the measurement of health-related quality of life. Health Policy Amst Neth 1990; 16: 199–208.
21. Spitzer RL, Kroenke K, Williams JBW, Löwe B: A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: the GAD-7. Arch Intern Med 2006; 166: 1092–7.
22. Ludman E, Katon W, Bush T, et al.: Behavioural factors associated with symptom outcomes in a primary care-based depression prevention intervention trial. Psychol Med 2003; 33: 1061–70.
23. Leppert K, Koch B, Brähler E: Die Resilienzskala (RS) – Überprüfung der Langform RS-25 und einer Kurzform RS-13. Klin Diagn Eval 2008; 2: 226–43.
24. Trautmann S, Beesdo-Baum K: The treatment of depression in primary care. Dtsch Arztebl Int 2017; 114: 721–8.
25. Güthlin C: Rekrutierung von Hausarztpraxen für Forschungsprojekte – Erfahrungen aus fünf allgemeinmedizinischen Studien. Recruitment of Family Practitioners for Research – Experiences from Five Studies. Z Für Allg 2012; 88: 173.
26. Richards DA, Hill JJ, Gask L, et al.: Clinical effectiveness of collaborative care for depression in UK primary care (CADET): cluster randomised controlled trial. BMJ 2013; 347: f4913.
27. Huijbregts KML, de Jong FJ, van Marwijk HWJ, et al.: A target-driven collaborative care model for major depressive disorder is effective in primary care in the Netherlands. A randomized clinical trial from the depression initiative. J Affect Disord 2013; 146: 328–37.
28. Bireckoven MB, Niebling W, Tinsel I: [How do general practitioners evaluate collaborative care of elderly depressed patients? Results of a qualitative study]. Z Evidenz Fortbild Qual Im Gesundheitswesen 2016; 117: 45–55.
29. Kloppe T: Erfolgsfaktoren, Herausforderungen und Hemmnisse in der kollaborativen Versorgung depressiv erkrankter älterer Menschen: Ein qualitativ kontrastierender Fallvergleich der Patientenperspektive zur Evaluation der Studie GermanIMPACT (QualIMP). <https://beluga.sub.uni-hamburg.de/vufind/Record/1018457909?rank=2> (last accessed on 19. September .2018)
30. Bjerregaard F, Zech J, Frank F, Stieglitz RD, Hölzel LP: Implementierbarkeit des GermanIMPACT Collaborative Care Programms zur Unterstützung der hausärztlichen Versorgung älterer depressiver Menschen – eine qualitative Interviewstudie. Z Evidenz Fortbild Qual Im Gesundheitswesen 2018; 134: 42–48.

Anschrift für die Verfasser

Dr. phil. Lars P. Hölzel, Dipl.-Psych.
 Parkklinik Wiesbaden Schlangenbad
 Rheingauer Straße 47
 65388 Schlangenbad
 hoelzel@parkklinik-schlangenbad.de

Zitierweise

Hölzel LP, Bjerregaard F, Bleich C, Boczor S, Härter M, König HH, Kloppe T, Niebling W, Scherer M, Tinsel I, Hüll M: Coordinated treatment of depression in elderly people in primary care—a cluster-randomized, controlled study (GermanIMPACT). Dtsch Arztebl Int 2018; 115: 741–7. DOI: 10.3238/arztebl.2018.0741

► Die englische Version des Artikels ist online abrufbar unter: www.aerzteblatt-international.de

Zusatzmaterial

Mit „e“ gekennzeichnete Literatur: www.aerzteblatt.de/lit4418 oder über QR-Code

eMethodenteil, eKasten, eTabellen: www.aerzteblatt.de/18m0741 oder über QR-Code



Hinweise für Autoren von Diskussionsbeiträgen im Deutschen Ärzteblatt

- Reichen Sie uns bitte Ihren Diskussionsbeitrag bis spätestens vier Wochen nach Erscheinen des Primärartikels ein.
- Argumentieren Sie wissenschaftlich, sachlich und konstruktiv. Briefe mit persönlichen Angriffen können wir nicht abdrucken.
- Schreiben Sie klar und deutlich, fokussieren Sie sich inhaltlich. Vermeiden Sie es, Nebenaspekte zu berühren.
- Sichern Sie die wichtigsten Behauptungen durch Referenzen ab. Bitte geben Sie aber – abgesehen von dem Artikel, auf den Sie sich beziehen – insgesamt nicht mehr als drei Referenzen an.
- Beschränken Sie Ihren Diskussionsbeitrag auf eine Textlänge von 250 Wörtern (ohne Referenzen und Autorenadresse).
- Verzichten Sie auf Tabellen, Grafiken und Abbildungen. Aus Platzgründen können wir solche grafischen Elemente in Diskussionsbeiträgen nicht abdrucken.
- Füllen Sie eine Erklärung zu einem möglichen Interessenkonflikt aus.
- Bearbeiten Sie die deutschen und englischen Satzzeichen nach Erhalt ohne Verzögerung.
- Geben Sie eine Adresse an. Anonyme Diskussionsbeiträge können wir nicht publizieren.
- Senden Sie Ihren Diskussionsbeitrag zu Artikeln der Medizinisch-Wissenschaftlichen Redaktion an: medwiss@aerzteblatt.de oder Deutsches Ärzteblatt, Dieselstraße 2, 50859 Köln.

Zusatzmaterial zu:

Koordinierte Behandlung der Altersdepression in der Primärversorgung

Eine cluster-randomisiert kontrollierte Studie (GermanIMPACT)

Lars P. Hölzel, Frederike Bjerregaard, Christiane Bleich, Sigrid Boczor, Martin Härter, Hans-Helmut König, Thomas Kloppe, Wilhelm Niebling, Martin Scherer, Iris Tinsel, Michael Hüll

Dtsch Arztebl Int 2018; 115: 741–7. DOI: 10.3238/arztebl.2018.0741

eLiteratur

- e1. Hölzel LP, Härter M, Hüll M: Multiprofessionelle ambulante psychosoziale Therapie älterer Patienten mit psychischen Störungen. *Nervenarzt* 2017; 88: 1227–33.
- e2. Hüll M, Hölzel LP: IMPACT: kooperative Behandlungsmodelle der Depression. In: Felgibel A, Hautzinger M (eds.): *Altersdepression*. Berlin, Heidelberg: Springer 2017: 301–8.
- e3. Bjerregaard F, Hüll M, Stieglitz RD, Hölzel LP: Zeit für Veränderung – Was wir für die hausärztliche Versorgung älterer depressiver Menschen von den USA lernen können. *Gesundheitswesen* 2018; 80: 34–9.

eTABELLE 1

Ergebnisse der Per-Protocol-Analysen

Zielgrößen	adjustierte Randmittel IG [95-%-Konfidenzintervall]	adjustierte Randmittel KG [95-%-Konfidenzintervall]	p
PHQ-9-Remission (< 5)	0,241 [0,155; 0,326]	0,111 [0,048; 0,174]	0,023*
PHQ-9-Response (50 %)	0,225 [0,131; 0,319]	0,108 [0,036; 0,180]	0,059
PHQ-9 dimensional	8,109 [7,25; 8,97]	9,282 [8,71; 7,25]	0,026*
GAD7	6,722 [5,94; 7,50]	6,939 [6,33; 7,55]	0,670
depressionsbezogenes Verhalten	3,020 [2,79; 3,25]	2,986 [2,81; 3,17]	0,820
RS-13	59,204 [56,89; 61,51]	59,622 [57,43; 61,81]	0,798
PLF	16,163 [15,71; 16,62]	15,635 [15,15; 16,12]	0,120
EQ-5D-Index	0,61 [0,57; 0,65]	0,56 [0,51; 0,60]	0,102

Analysen basieren auf n = 210; * signifikanter Unterschied zwischen Interventions- und Kontrollgruppe
EQ-5D-3L, Fragebogen zur gesundheitsbezogenen Lebensqualität; GAD-7, Generalized Anxiety Disorder Scale; IG, Interventionsgruppe; KG, Kontrollgruppe; PHQ, Patient Health Questionnaire; PLF, Problemlösefertigkeiten; RS-13, Resilienzskala Kurzform

eTABELLE 2

Anteil der Patienten mit Psychopharmaka

	IG (n = 139)	KG (n = 109)	p-Wert
Anteil zu T0 (SE)	53,96% (4,24%)	54,13% (4,79%)	0,979
Anteil zu T1 (SE)	58,14% (4,67%)	46,02% (4,92%)	0,073
Anteil zu T2 (SE)	53,77% (4,71%)	47,52% (4,93%)	0,362

Analysen basieren auf n = 248, Datenersetzung mit Hilfe multipler Imputation; IG, Interventionsgruppe; KG, Kontrollgruppe; SE, Standardfehler

eKASTEN

Designeffekt

In der Studienplanung wurde für die primäre Analyse eine Stichprobengröße von 85 Patienten pro Behandlungsgruppe (insgesamt 170) kalkuliert (vergleiche Studienprotokoll [18]). Durch die Wahl eines cluster-randomisierten kontrollierten Studiendesigns sind die eingeschlossenen Patienten nicht völlig unabhängig voneinander, was bei der Stichprobenberechnung berücksichtigt werden muss. Ausgehend von einem „Intraclass Correlation Coefficient“ (ICC) von 10 % und einer Anzahl von fünf Patienten pro Praxis, ergab sich bei der Studienplanung ein Designeffekt von 1,46. Aufgrund der bei den Ergebnissen gefundenen geringeren Anzahl in Höhe von 3,5 Patienten pro Praxis und einem tatsächlich beobachteten ICC von 9,2 % war der tatsächlich anhand der Studienergebnisse errechnete Designeffekt von 1,23 etwas niedriger. Hierdurch reduziert sich die Anzahl zu rekrutierender Patienten (unter den für die Poweranalyse getroffenen Annahmen) von ursprünglich 250 ($170 \cdot 1,46$) auf nunmehr 210 ($170 \cdot 1,23$). Damit konnte die ursprünglich geforderte statistische Power von 80 % trotz der geringeren Anzahl an eingeschlossenen Patienten erreicht werden.

eMETHODENTEIL

Methode

GermanIMPACT wurde vom Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) gefördert (FKZ: 01GY1142). Vor Beginn der Rekrutierung wurde die Studie beim Deutschen Register für Klinische Studien (DRKS) registriert (DRKS00003589) und im publizierten Studienprotokoll ausführlich beschrieben (18). Die Studie wurde von der Ethik-Kommission der Albert-Ludwigs-Universität Freiburg (150/12) beraten.

Design

Ziel der Studie war der Vergleich von GermanIMPACT mit der üblichen Behandlung im Rahmen der Primärversorgung („treatment as usual“, [TAU]). Da es sich bei der Intervention um die Behandlung durch ein kooperatives Behandlungsteam handelt, wurde ein cluster-randomisiert kontrolliertes Studiendesign mit der Praxis als Bezugspunkt der Randomisierung gewählt, um mögliche Kontaminationseffekte zu vermeiden. Nach Einschluss erfolgte die Randomisierung der teilnehmenden Praxen auf Interventions- beziehungsweise Kontrollgruppe (IG; KG). Die Zuordnung erfolgte mithilfe eines Computeralgorithmus im Verhältnis 1:1 und mit zufällig variierenden Blockgrößen (2–6), stratifiziert nach den Studienstandorten (Freiburg/Hamburg). Studienfokus, Intervention und Datenerhebung beziehen sich trotz cluster-randomisiertem Design auf den individuellen Patienten.

Intervention

Im Rahmen der Studie fand eine gestufte Behandlung statt (*Grafik*), welche sich am Befinden des jeweiligen Patienten orientierte. Die Behandlung wurde in Kooperation von Hausarzt (Facharzt für Allgemeinmedizin oder hausärztlicher Internist), Therapiebegleiter und supervidierendem Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie beziehungsweise Psychologischen Psychotherapeuten (Supervisor) durchgeführt.

Der Hausarzt diagnostizierte die Depression und leitete die Behandlung ein. Er stand in regelmäßigem Austausch mit dem Therapiebegleiter, um sich über den Behandlungsverlauf und notwendige Änderungen in der Behandlung abzustimmen.

Ein speziell geschulter Therapiebegleiter (insgesamt fünf an beiden Standorten) mit langjähriger Erfahrung in einem Gesundheitsberuf unterstützte die Behandlung, indem er proaktiv und kontinuierlich den Kontakt mit dem Patienten aufrechterhielt. Die dem Patienten angepasste wöchentliche bis monatliche Unterstützung umfasste Psychoedukation (zu Symptomen, Krankheitsverlauf, Medikamenten, Nebenwirkungen et cetera), Aktivitätenaufbau, Rückfallprophylaxe und, wenn indiziert, Problemlösetraining. Der Erstkontakt fand in den Räumen der Praxis statt. Die Folgekontakte wurden per Telefon durchgeführt.

Der Supervisor (jeweils einer pro Standort) überwachte die Durchführung der einjährigen Therapiebe-

gleitung und stand den Therapiebegleitern bei schwierigen Verläufen zur Seite. Auch der Hausarzt konnte sich an diesen Supervisor wenden, um sich bezüglich der Pharmakotherapie und bei Notfällen beraten zu lassen. In Ausnahmefällen konnte ein direkter Kontakt zwischen Patient und Supervisor erfolgen, zum Beispiel bei Therapieresistenz. Darstellungen von Collaborative Care Modellen finden sich hier: (e1–e3); eine ausführliche Beschreibung der Intervention ist im Studienprotokoll zu finden (18).

Die Kontrollbedingung bestand in der gewohnten Behandlung (treatment as usual [TAU]) durch den Hausarzt, das heißt ohne den Einbezug eines Therapiebegleiters. Kontrollpatienten hatten vollen Zugang zu allen Versorgungsoptionen des Gesundheitssystems und zeigten daher das übliche Therapieverlaufsmuster.

Die Verordnung von Medikamenten wurde für keine der beiden Studienbedingungen eingeschränkt oder festgelegt.

Rekrutierung der Praxen

Auf Clusterebene wurden Hausarztpraxen innerhalb eines definierten Radius um die Stadtzentren Freiburg und Hamburg zur Studienteilnahme eingeladen. Die teilnehmenden Praxen mussten an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen. Spezialpraxen, die keine vollumfängliche hausärztliche Versorgung anboten, Praxen mit weniger als 400 Kassenpatienten pro Quartal, Praxen mit Zusatzweiterbildung Psychotherapie und Praxen, die an einer anderen Depressionsstudie teilnahmen, wurden von der Studie ausgeschlossen.

Ein- und Ausschlusskriterien der Patienten

Eingeschlossen wurden Männer und Frauen, die 60 Jahre und älter waren und eine mittlere depressive Symptomatik mit 10 bis 14 Punkten auf dem Screeninginstrument PHQ-9 (19) aufwiesen. Schwere Depressionen (> 14 Punkte) wurden ausgeschlossen und sollten leitliniengetreu in die Sekundärversorgung überwiesen werden. Voraussetzung war in der Interventionsgruppe die Bereitschaft und Möglichkeit zu persönlichen und regelmäßigen telefonischen Kontakten mit dem Therapiebegleiter und in beiden Gruppen das schriftlich erklärte Einverständnis zur Teilnahme an der Studie mit insgesamt drei schriftlichen Befragungen.

Ausgeschlossen wurden Patienten mit einer bekannten Abhängigkeitserkrankung, erheblichen kognitiven Beeinträchtigungen (zum Beispiel Demenz), oder einer bereits begonnene Psychotherapie zum Zeitpunkt der Rekrutierung. Patienten mit bipolarer Störung, psychotischen Symptomen oder schweren Verhaltensauffälligkeiten sowie Suizidgefahr zum Zeitpunkt des Einschlusses, waren ebenfalls ausgeschlossen.

Zielgrößen

Der Hauptfokus der Studie stellte die Veränderung der depressiven Symptomatik, gemessen mit dem PHQ-9 (19) über den Verlauf der Studiendauer von einem Jahr dar. Als oberstes Ziel einer Depressionsbehandlung war die Remission der depressiven Symptomatik nach zwölf Monaten der primäre Endpunkt der Studie, welcher entsprechend der gängigen Cut-Offs als ein PHQ-9 Punktwert von unter fünf operationalisiert wurde. Sekundäre Zielgrößen waren das Ansprechen auf die Behandlung (Response), definiert als eine Symptomreduktion um 50 % oder mehr, und die dimensionale Veränderung der Symptomatik sowie die gesundheitsbezogene Lebensqualität (gemessen am EQ-5D-3L Indexwert [20]), Angstsymptome (Generalized Anxiety Disorder Scale (GAD-7) [21]), Verhalten in Bezug auf die Depression (modifiziert nach Ludman et al. [22]), Problemlösefertigkeiten (nach Bleich & Watzke, unveröffentlicht) und Resilienz (Resilienzskala Kurzform (RS-13) [23]). Die Daten wurden zur Baseline (t0), nach 6 (t1) und nach zwölf Monaten zum Interventionsende (t2) postalisch mittels Fragebogen erhoben.

Stichprobengröße

Ausgehend von den Effekten des IMPACT-Modells in vergleichbaren Studien, wurde die Stichprobe geplant, um mit einem zweiseitigen Test und der üblichen Irrtumswahrscheinlichkeit von 5 % einen vergleichbar großen Effekt mit einer Wahrscheinlichkeit von 80 % zu entdecken. Hierzu ist für die primäre Analyse eine Stichprobengröße von 85 Patienten pro Behandlungsgruppe (insgesamt 170) notwendig (vergleiche Studienprotokoll [18]). Aufgrund von Designeffekten und zu erwartendem „drop-out“ erhöhte sich die notwendige Gesamtstichprobengröße auf 300 Patienten (150 pro Arm). Bei 60 rekrutierenden Hausärzten (30 pro Arm) entspräche dies 5 Patienten pro Arzt. Die primäre Analyse wurde nach dem Prinzip „intention to treat“ (ITT)

ausgewertet, wonach alle in die Studie randomisierten Patienten auch in die Analyse eingeschlossen werden. Zusätzlich wurden Sensitivitätsanalysen nach dem Per-Protocol-Prinzip durchgeführt, in die nur Patienten eingeschlossen wurden, die an der Intervention entsprechend ihrer Zuordnung teilgenommen haben.

Verblindung

Aufgrund der Art der Intervention war eine Verblindung nach Zuordnung zur Studienbedingung unmöglich. Die Patienten erhielten lediglich die Informationen über die Studienbedingungen der Behandlungsgruppe, an der sie durch die Randomisierung ihrer Praxis teilnahmen, so dass die jeweilige Gruppe nicht über die Bedingungen der alternativen Gruppe informiert war.

Statistische Analysen

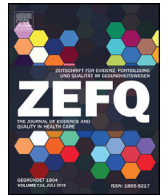
Die primäre Analyse vergleicht den Anteil remittierter Patienten zwölf Monate nach dem Start der Intervention mithilfe eines gemischten logistischen Regressionsmodells („mixed-effects logistic regression model“) in der ITT-Stichprobe. Die Symptomschwere (PHQ-9 zu t0) wurde zur Adjustierung als Kovariate in das Modell aufgenommen. Zusätzlich wurden das Studienzentrum (Freiburg/Hamburg) sowie die Gruppenzugehörigkeit (Interventions-/Kontrollgruppe) als fixe Effekte, mögliche Unterschiede zwischen den Patientenclustern (Patienten einer Praxis) als zufällige Effekte berücksichtigt. Die Ergebnisse der genannten Analysen stellen „geschätzte adjustierte Randmittel“ dar (zur Vereinfachung der Interpretation im Folgenden als „adjustierte Mittelwerte“ bezeichnet). Fehlende Daten wurden mithilfe des Expectation-Maximization (EM) Algorithmus ersetzt (detaillierte Darstellung siehe [18]).

Um die Stabilität der Ergebnisse zu prüfen, wurde zusätzlich eine Per-Protocol-Analyse (PP) gerechnet (Vollständige Teilnahme an Studie).

Die Analysen wurden mit STATA 14.2 durchgeführt.

D Artikel 4:

Implementierbarkeit des GermanIMPACT Collaborative Care Programmes zur Unterstützung der hausärztlichen Versorgung älterer depressiver Menschen - Eine qualitative Interviewstudie



Versorgungsforschung / Health Services Research

Implementierbarkeit des GermanIMPACT Collaborative Care Programms zur Unterstützung der hausärztlichen Versorgung älterer depressiver Menschen - eine qualitative Interviewstudie

Implementation of the GermanIMPACT collaborative care program: A qualitative study on the perspective of care managers and supervisors

Frederike Bjerregaard^{1,*}, Julia Zech¹, Fabian Frank^{1,2}, Michael Hüll^{1,3}, Rolf-Dieter Stieglitz⁴, Lars Hölzel^{1,5}

¹ Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Universitätsklinikum Freiburg, Freiburg, Deutschland

² Fachbereich Soziale Arbeit, Evangelische Hochschule Freiburg, Freiburg, Deutschland

³ Klinik für Alterspsychiatrie- und Psychotherapie, Zentrum für Psychiatrie und Psychotherapie Emmendingen, Emmendingen, Deutschland

⁴ Abteilung klinische Psychologie und Psychiatrie, Fakultät für Psychologie, Universität Basel, Basel, Schweiz

⁵ Parkklinik Wiesbaden Schlangenbad, Schlangenbad, Deutschland

ARTIKEL INFO

Artikel-Historie:

Eingegangen: 4. August 2017

Revision eingegangen: 17. Februar 2018

Akzeptiert: 9. April 2018

Online gestellt: 13. Juni 2018

Schlüsselwörter:

Depression

Alter

hausärztliche Versorgung

Kollaborative Versorgung

qualitative Forschung

ZUSAMMENFASSUNG

Hintergrund: Collaborative-Care-Modelle wie das Improving Mood Promoting Access to Collaborative Care Programm (IMPACT) sind eine Möglichkeit, um die hausärztliche Versorgung von älteren depressiven Patienten zu unterstützen. In der GermanIMPACT Studie wird untersucht, ob dieses niederschwellige Modell mit kurzen verhaltenstherapeutischen Interventionen, die von Therapiebegleiterinnen durchgeführt und von einer Psychotherapeutin/Psychiaterin supervidiert werden, ebenso wirksam ist, wie in anderen Ländern bereits nachgewiesen. Für die Implementierbarkeit des Programmes ist neben der Wirksamkeit auch die Durchführbarkeit der Intervention essentiell.

Methode: In leitfadengestützten qualitativen Interviews wurden die Therapiebegleiterinnen und Supervisorinnen zu ihrer Einschätzung der Durchführbarkeit und Wirksamkeit der GermanIMPACT Intervention befragt und die Interviews mittels eines qualitativ-inhaltsanalytischen Analysemodelles ausgewertet.

Ergebnisse: Die Befragten gaben wichtige Hinweise zur Optimierung der Interventionsumsetzung. Unter anderem wurden eine kritischere Auswahl der Patienten und mehr Schulung der Therapiebegleiterinnen genannt. Gleichzeitig wurde die Intervention als unterstützend für Patienten und als entlastend für Hausärzte bezeichnet. Während sich die Befragten eine Ausweitung der Intervention auch auf andere Störungsbilder wünschen würden, wurden auch gleichzeitig Grenzen der Intervention aufgezeigt.

Diskussion: Die vorliegende Studie liefert praktische Hinweise für die Implementierbarkeit des GermanIMPACT Modells, aus denen sich konkrete Handlungsanweisungen für die Umsetzung in die Regelversorgung ableiten lassen.

ARTICLE INFO

Article History:

Received: 4 August 2017

Received in revised form: 17 February 2018

Accepted: 9 April 2018

Available online: 13 June 2018

Keywords:

depressive disorder

old age

ABSTRACT

Background: Collaborative Care programs like the Improving Mood Promoting Access to Collaborative Care Program (IMPACT) present an opportunity to support primary care for elderly depressed patients. The GermanIMPACT study evaluates whether this low-threshold model using short behavioral interventions that are conducted by care managers and supervised by a psychotherapist/psychiatrist, is as effective as in other countries. Besides effectiveness, the feasibility of the intervention is also essential for the implementation of the program.

Method: Care managers and supervisors were interviewed using a qualitative interview guide with questions concerning feasibility and effectiveness of the GermanIMPACT intervention, and the interviews were then evaluated using qualitative content analysis.

* Korrespondenzadresse: F. Bjerregaard, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Universitätsklinikum Freiburg, Deutschland.
E-mail: frederike.bjerregaard@uniklinik-freiburg.de (F. Bjerregaard).

primary health care
collaborative care
qualitative research

Results: The interviewees provided important information on how to optimize the realization of the intervention by selecting patients more carefully and by providing case managers with more training. Moreover, the intervention was described as being supportive of patients and as providing relief for general practitioners. Whereas interviewees wanted the intervention to be expanded to other disorders, they simultaneously highlighted the limits of the intervention.

Conclusions: The present study provides practical information for implementing the GermanIMPACT model. Thus, specific recommendations for implementation into standard care can be derived.

Einleitung

Depression ist die häufigste psychische Erkrankung im fortgeschrittenen Lebensalter [1]. Dennoch entspricht die Behandlung, die meist beim Hausarzt stattfindet, häufig nicht den aktuellen Empfehlungen der S3-Leitlinie/Nationale Versorgungsleitlinie unipolare Depression [1]. So können zum Beispiel psychosoziale Interventionen aufgrund von zeitlich limitierten Möglichkeiten in der Hausarztpraxis oft kein Bestandteil der Depressionsbehandlung sein [2]. Um die Versorgung älterer depressiver Menschen zu verbessern, werden zunehmend neue Versorgungsmodelle erprobt, die die hausärztliche Versorgung von Patienten mit Depression unterstützen sollen. In Deutschland gibt es hierzu bereits gute Erfahrungen mit einer niederschweligen, unter anderem telefonbasierten Intervention, die durch Medizinische Fachangestellte durchgeführt wird und die Symptomatik der Patienten mit einer Depression signifikant reduziert [3]. International werden bereits vermehrt kollaborative Modelle (collaborative care) eingesetzt, um durch den Einsatz eines zusätzlichen Care Managers die Behandlung zu koordinieren und kurze niederschwellige Interventionen durchzuführen [4]. Eines der am besten evaluierten collaborative care Modelle ist das Improving Mood Promoting Access to Collaborative Care Programm (IMPACT) [5]. Das IMPACT Programm erwies sich in den USA in Bezug auf die Remissionsrate sowie den Rückgang der depressiven Symptomatik [5], die Kosteneffektivität [6] und längerfristige Effekte [7] als wirksam. Kernelement von IMPACT ist die enge Zusammenarbeit zwischen dem Hausarzt, einem Supervisor (Psychiater oder Psychotherapeut) und dem Care Manager (sie bilden die Behandlungstriade). Die Rolle des Care Managers, kann z.B. durch einen Gesundheits- und Krankenpfleger ausgefüllt werden. Eine Berufsgruppe, der mit wachsenden Anforderungen in der Primärversorgung zunehmend mehr Verantwortung zugeschrieben wird [8]. Für Deutschland fehlen entsprechende Studien, die den Nutzen durch die Einführung eines zusätzlichen Care Managers und den Einbezug einer psychiatrischen oder psychotherapeutischen Konsultation aufzeigen. So soll in der bereits erfolgreich durchgeführten und abgeschlossenen GermanIMPACT Studie (DRKS00003589) die Frage beantwortet werden, ob die zusätzliche Begleitung durch einen Care Manager (in GermanIMPACT Therapiebegleiter genannt) der üblichen Behandlung durch den Hausarzt überlegen ist (detaillierte Angaben zum Studiendesign dieser Fragestellung sind hier zu finden [9]) und ob die im folgenden Abschnitt beschriebene Intervention durchführbar ist.

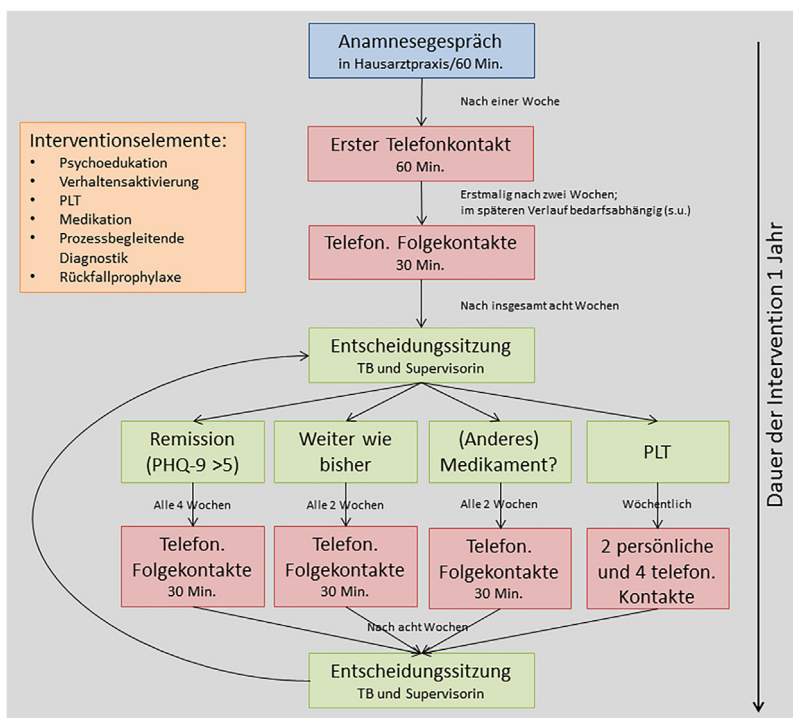
Intervention

Die Aufgabe der vorab geschulten Therapiebegleiterinnen (TB) war es, neben dem regelmäßigen Austausch mit Hausarzt und Supervisorin (SV), alle 14 Tage mit den Patienten zu telefonieren und Maßnahmen zur Verhaltensaktivierung zu besprechen, Wissen in Bezug auf die Erkrankung und Medikamente zu vermitteln und prozessbegleitende Diagnostik mittels des Patient-Health-Questionnaires (PHQ-9) durchzuführen. Nach einem persönlichen Kontakt zwischen TB und Patienten in der Arztpraxis

(Anamnesegespräch) fanden die weiteren Kontakte telefonisch statt. Gemäß eines abgestuften Vorgehens (stepped-care Rhythmus) wurden bei Erreichen der Remission des Patienten (PHQ-9 <5) Maßnahmen zur Rückfallprophylaxe besprochen. Stellte sich keine Verbesserung der Symptomatik ein oder verschlechterte sich der Zustand des Patienten sogar, konnte der Kontakt zur TB intensiviert und ein Problemlösetraining (PLT) durchgeführt werden oder es erfolgte eine Empfehlung bzgl. der Medikation. Das PLT ist eine kurze problemfokussierte Intervention, die für die Behandlung von älteren depressiven Menschen in der S3-Leitlinie/Nationale Versorgungsleitlinie unipolare Depression empfohlen wird [1]. Eine detaillierte Beschreibung des PLT findet sich in Hölzel et al. [10]. Diese Behandlungsoptionen wurden alle 8 Wochen in Entscheidungssitzungen von TB und SV diskutiert und anschließend mit dem Patienten besprochen. Mindestens alle 14 Tage fanden Supervisionssitzungen statt. Die Interventionsdauer betrug 12 Monate. **Grafik 1** veranschaulicht den stepped-care Rhythmus und Interventionsoptionen von GermanIMPACT. Auf diese umfassenden Aufgaben wurden die im Umgang mit Patienten bereits sehr erfahrenen TB vor Beginn der Intervention zu 2 ausführlichen Schulungsterminen durch Ärzte und Psychologen vorbereitet. Im Verlauf der Intervention fanden zusätzlich zur Supervision nochmals zwei Schulungstermine statt, um Inhalte zu festigen und zu vertiefen und um auf durch die Durchführung der Intervention entstandene Fragen und Herausforderungen einzugehen.

Zielstellungen

Neben dem Goldstandard der randomisierten kontrollierten Wirksamkeitsstudien, wird die Prozessevaluation neuer Interventionen zum Beispiel mittels qualitativer Interviews der Beteiligten als ein wichtiger Baustein in der Evaluation neuer Interventionen gesehen, um so ein Verständnis über Wirkmechanismen und wichtige Kontextvariablen zu erhalten [11]. So kann die Evaluation der Durchführbarkeit der GermanIMPACT Intervention wichtige Informationen für die Implementierung des neuen Modells in die Routineversorgung liefern. Für die vorliegende Arbeit wurden daher die TB und SV bezüglich ihrer Erfahrungen mit der Durchführung der GermanIMPACT Intervention in qualitativen Interviews befragt, um so konkrete Hinweise zu erhalten wie die einzelnen Interventionselemente zu realisieren sind und wo Optimierungsoptionen bestehen. Zwar konnten alle bis Interventionsende beteiligten TB und SV für eine Teilnahme an der qualitativen Interviewstudie gewonnen werden, dennoch kann diese Arbeit aufgrund der durch das Studiendesign bedingten Einschränkungen von nur 6 möglichen Interviewpartnern nicht als repräsentativ angesehen werden. Ziel der Studie war es eine Einschätzung der beteiligten TB und SV über die Durchführbarkeit der so in Deutschland noch nicht erprobten Intervention zu erlangen und einen Einblick in Möglichkeiten und Herausforderungen der neu entstandenen Rollen als TB und deren SV zu bekommen.



Grafik 1. Interventionsablauf GermanIMPACT

Abkürzungen: TB-Therapiebegleiterin; PLT-Problemlösetraining; PHQ-9-Patient Health Questionnaire

Methoden

Datenerhebung

Im April 2015 wurden bis auf eine bereits ausgeschiedene TB alle im Projekt tätigen TB und SV mittels problemzentrierter qualitativer Interviews befragt. Als problemzentriert gelten qualitative Interviews dann, wenn im Rahmen der Interviews auf klar beschriebene Themen- bzw. Fragestellungen fokussiert wird, von welchen grundlegende Aspekte – wie in diesem Kontext bspw. der idealtypische Interventionsablauf – bereits bekannt sind [12]. Zur Durchführung der Interviews wurde anerkannten Empfehlungen folgend [13,14] ein auf die Bereiche Struktur des stepped-care Rhythmus, Zusammenarbeit und Aufgabenverteilung in der Behandlungstriade, Unterstützung durch Schulung und Team, Grenzen und angenehme Wirkfaktoren sowie Zukunftsperspektiven bezogener Interviewleitfaden entworfen (JZ, FF, FB, LH). Durch eine Leitfadenbasierung können Informationen fokussiert erhoben werden, ohne die Befragten dabei in ihrer Beurteilung einzuschränken. Die Interviews dauerten zwischen 60 und 120 Minuten und wurden jeweils von einer Interviewerin durchgeführt (JZ). Alle Interviews wurden mit einem Audiorekorder aufgezeichnet. Alle Studienteilnehmerinnen gaben ihre informierte schriftliche Zustimmung zur Studienteilnahme. Die Studie wurde von der Ethik-Kommission der Albert-Ludwigs-Universität Freiburg beraten. Ethische oder rechtliche Bedenken lagen nicht vor (Aktenzeichen 139/15).

Auswertung

Die Audioaufnahmen der Interviews wurden pseudonymisiert transkribiert und jeweils auf Fehler und Vollständigkeit überprüft (JZ). Die Auswertung erfolgte über ein qualitativ-inhaltsanalytisches Analysemodell in Anlehnung an Schreier [15]. Grundlage dieser Textauswertungsmethode ist ein systematisches, regelgeleitetes Vorgehen, nach dem das Datenmaterial

mittels eines Kategoriensystems zusammengefasst und thematisch strukturiert wird. Kategorien können dabei auf Basis theoretischer Kriterien sowie aus dem Datenmaterial selbst heraus gebildet werden. Die konkrete Analyse folgte folgendem – sowohl deduktive als auch induktive Schritte enthaltenden – 4-stufigen Prozess: (1.) Die zentralen Fragenbereiche des Interviewleitfadens ergaben sich aus den abgestuften Prozessschritten des stepped-care Rhythmus. Auf dieser Basis wurde das erste Kategoriensystem entwickelt (JZ, FF, FB), das somit die unterschiedlichen Schritte der Intervention abbildet. (2.) Dessen datengeleitete Modifikation erfolgte schrittweise anhand eines Materialdurchlaufs aller Transkripte. Jedes Transkript wurde in Analyseeinheiten unterteilt und auf ihren Kerngehalt reduziert [16] sowie deren Zuordenbarkeit zu bestehenden Kategorien geprüft, diese ggf. modifiziert oder neue Kategorien gebildet (JZ, FF). Nach Analyse jedes Transkriptes entstand so ein modifiziertes Kategoriensystem, mit welchem dann die Analyse des darauf folgenden Interviews vorgenommen wurde, wobei eine weitere Überarbeitung des Kategoriensystems erfolgte usw. (JZ, FF). Nach Analyse des letzten Interviews und der damit verbundenen Schlussüberarbeitung des Kategoriensystems wurde (3.) zur Qualitätssicherung anhand dieses finalen Kategoriensystems ein erneuter Gesamtdurchlauf von einem dritten Rater (FB) vorgenommen. (4.) Abschließend wurde die Zuordnung der Analyseeinheiten beider Materialdurchläufe zu den Kategorien verglichen und ungleiche Zuordnungen diskursiv im Konsensus unter Beteiligung von FF, JZ und FB diskutiert. Einen detaillierten Überblick mit den zentralen Subkategorien und aussagekräftigen Ankerbeispielen aus den Transkripten kann [Tabelle 1](#) entnommen werden.

Ergebnisse

Stichprobe

Es fanden 6 Interviews mit 4 TB und 2 SV statt. Bis auf eine ehemalige TB, die zum Zeitpunkt der Interviews nicht zur Verfügung

Tabelle 1

Zentrale Kategorien mit Ankerzitat.

Kategorie 1: Stepped-Care-Rhythmus		
Subkategorie	Definition	Ankerzitat
1.1 Stepped-Care-Rhythmus	Wahrnehmung des Stepped-Care-Rhythmus und den damit verbundenen zeitlichen Vorgaben	„Und das macht schon auch wirklich Sinn. Dass man schaut, wie ist denn so die Bedarfslage der Patienten“ (TB).
Kategorie 2: Intervention		
Subkategorie	Definition	Ankerzitat
2.1 Umsetzbarkeit	Sammlung wichtiger Aspekte, welche die praktische Umsetzbarkeit der Intervention betreffen	„Also es braucht erst mal einen vernünftigen Arzt, der weiß, was die Einschlussgruppe sein soll, und der auch eine vernünftige Diagnostik machen kann und entsprechend auch nur depressive Patienten mit einer mittelgradigen Episode einschließt“ (SV).
2.2 Anamnesegespräch	Wichtige Bemerkungen zum in der Arztpraxis stattfindenden Anamnesegespräch	„Ganz wichtig jedenfalls auf alle Fälle das Anamnesegespräch, dass man überhaupt mal so einen Eindruck kriegt von dem Patienten (TB)“.
2.3 Aktivierung	Wichtige Bemerkungen zur Aktivierung	„Es [die Aktivierung] klingt ja auf den ersten Blick so banal, aber ist es ja für depressive Patienten eben nicht“ (SV).
2.4 Entscheidungssitzung	Wichtige Bemerkungen zur Entscheidungssitzung	„Ja, das wir hier dann ganz bewusst gesagt haben, alle 8 Wochen schauen wir, wo wir stehen. Das fand ich sehr gut“ (SV).
2.5 Remission	Wichtige Bemerkungen zur Remission	„Und dann zu gucken [. . .] wo sind meine Erstsymptome, wenn es mir wieder schlechter geht, was mache ich denn dann. Das fand ich ganz gut erarbeitet auch“ (TB).
2.6 PLT	Wichtige Bemerkungen zum PLT	„Also manche [Patienten] haben gesagt, das ist ihnen zu zeitintensiv. Oder sie möchten sich nicht so eingehend mit den Problemen beschäftigen“ (TB).
2.7 Medikation	Wichtige Bemerkungen zur Medikation	„Es gibt einige Patienten, die vorher Medikamente nie in Betracht gezogen haben und jetzt durch IMPACT und die Begleitung und auch den Input über die SV und mich und den Hausarzt, jetzt ein Medikament nehmen und denen es damit besser geht“ (TB).
2.8 Grenzen der Intervention	Wahrgenommene Grenzen der Intervention	„Oder wenn die Patienten ganz etwas anderes haben, schwere Persönlichkeitsstörungen oder [. . .] schwere Angsterkrankungen, die oft ja auch immer wieder mit Depressionen imponieren, dann kann es schwierig werden“ (SV).
Kategorie 3: Behandlungstriade		
Subkategorie	Definition	Ankerzitat
3.1 Behandlungstriade	Aufgabenverteilung und Verantwortungsbereiche innerhalb der Behandlungstriade bestehend aus Patient, TB, SV und Hausarzt	„. . . dass die Zusammenarbeit zwar nicht wie geplant regelmäßig verlaufen ist, aber wenn sie stattgefunden hat, dann war sie immer sehr wertschätzend und ich hatte immer den Eindruck, dass die Hausärzte mich als zusätzliche Unterstützung sehen“ (TB).
Kategorie 4: Unterstützung		
Subkategorie	Definition	Ankerzitat
4.1 Zusammenarbeit im Gesamtteam	Zusammenarbeit mit anderen TB	„Also ohne meine Kollegin wäre ich vielleicht manchmal verzweifelt gewesen. Aber wir haben uns da eigentlich ganz gut unterstützen können“ (TB).
4.2 Schulung	Beschreibung der allgemeinen und PLT Schulung als Vorbereitung auf die Intervention	„Nochmal irgendwie zu gucken, wie macht man das denn jetzt wirklich konkret, wie ist das mit der Problemformulierung. [. . .] und da hätte ich dann einfach auch nochmal Unterstützung gut gebrauchen können“ (TB).
4.3 Manual	Beschreibung der Arbeit mit dem TB-Manual	„Und das ist richtig gut das Manual, [. . .] da sind ja auch viele praktische Beispiele auch dabei, wie man das Gespräch lenken kann“ (TB).
Kategorie 5: Grenzen und Kompetenzen der Therapiebegleiterin		
Subkategorie	Definition	Ankerzitat
5.1 Grenzen der TB	Wahrgenommene (persönliche) Grenzen der TB	„Also es gab einzelne Patienten, die einen unglaublich hohen Redebedarf hatten und die schwer zu fokussieren waren“ (TB).
5.2 Kompetenzen der TB	Beschreibung der Anforderungen und Voraussetzungen für die Arbeit als TB	„Also aus diesem medizinisch-sozialem Bereich sollte man schon kommen, denke ich. Grundsätzlich sollte man natürlich auch mitbringen [. . .] zuhören können, Empathiefähigkeit, auch Lust haben auf diese Altersgruppe“ (TB).
Kategorie 6: Wirksamkeit		
Subkategorie	Definition	Ankerzitat
6.1 Hauptwirkfaktoren	Sammlung von Hauptwirkfaktoren der Intervention	„Mit Sicherheit die Aktivierung. Ja, mit Sicherheit die Erarbeitung eines Krankheitskonzeptes mit eben dann auch Rückfallprophylaxe, Frühwarnsymptomen und all diesen Dingen. [. . .] Naja, mit Sicherheit auch einfach der emotionale Kontakt“ (SV).
6.2 Nutzen für Patienten	Beschreibung des Nutzens von IMPACT für den Patienten	„Gerade für Ältere, die auch eingeschränkt sind, wo nicht so ohne Weiteres irgendwo einen Therapeuten aufsuchen können, dass das telefonisch stattfindet“ (TB).
Kategorie 7: Zukunftsperspektive		
Subkategorie	Definition	Ankerzitat
7.1 Zukunftsperspektive	Überlegungen zur Zukunftsperspektive	„Gut wäre es natürlich, wenn es so medizinische Versorgungszentren gäbe, wo man dann sozusagen eine Therapiebegleitung vielleicht auch für andere Krankheitsbilder noch mit anstellen könnte“ (TB).
7.2 Beitrag zur Patientenversorgung	Wahrgenommener Beitrag von IMPACT zur Patientenversorgung	„Ich glaube, dass man Hausärzte entlastet, wirklich sehr entlastet, weil das, was den Patienten fehlt, ist das Gespräch“ (TB).

Abkürzungen: IMPACT- Improving Mood Promoting Access to Collaborative Care; TB-Therapiebegleiterin; SV-Supervisorin; PLT-Problemlösetraining; PHQ-9-Patient Health Questionnaire

stand, konnten alle beteiligten TB und SV befragt werden. Alle TB hatten Gesundheitsberufe als Hintergrund und blickten auf 8 bis 29 Jahre Berufserfahrung zurück. Ihr Altersdurchschnitt betrug 50 Jahre. Bei den SV handelte es sich um eine Psychiaterin und eine Psychologische Psychotherapeutin mit 18 und 11 Jahren Berufserfahrung. Ihr Altersdurchschnitt betrug 41 Jahre. Insgesamt wurden von den TB und SV 131 Patienten betreut, durchschnittlich 33 Patienten pro TB. Die TB arbeiteten mit 39 Hausärzten zusammen.

Kategorien

Die Ergebnisse der vorliegenden Studie werden im Folgenden entlang der zentralen Hauptkategorien des aus dem Interviewleitfaden entstandenen Kategoriensystems aufgeführt. [Tabelle 1](#) gibt einen Überblick über die zentralen Haupt- und Subkategorien mit entsprechenden Ankerbeispielen.

Stepped-Care-Rhythmus

Die Strukturvorgaben wurden als sehr sinnvoll erachtet, da die individuellen Bedürfnisse des Patienten so berücksichtigt wurden (s. [Tabelle 1](#) Ankerzitat 1.1). Gleichzeitig sei es wichtig gewesen, je nach Präferenz und zeitlichen Möglichkeiten der Patienten flexibel bleiben zu können.

Intervention

Der Beziehungsaufbau mit den Patienten sei trotz hauptsächlich telefonischer Intervention meist gelungen, hierzu sei das persönliche Anamnesegespräch vorab eine wichtige Voraussetzung gewesen (s. [Tabelle 1](#) Ankerzitat 2.2). Essentiell für die Umsetzbarkeit der Intervention sei der Einschluss von Patienten mit entsprechender Indikation. Hier wurde die Aufgabe des Hausarztes betont, Patienten, bei denen andere psychische Erkrankungen als Depression im Vordergrund stünden, zu identifizieren und nicht einzuschließen (s. [Tabelle 1](#) Ankerzitat 2.1). Vor allem die Verhaltensaktivierung sei eine wirksame Methode gewesen, von der die Patienten sehr profitieren konnten (s. [Tabelle 1](#) Ankerzitat 2.3). Aber auch die Rückfallprophylaxe (s. [Tabelle 1](#) Ankerzitat 2.5), die Besprechung der Medikation (s. [Tabelle 1](#) Ankerzitat 2.7) und die regelmäßigen Entscheidungssitzungen (s. [Tabelle 1](#) Ankerzitat 2.4) seien wichtige Elemente der Intervention. Gleichzeitig stießen die TB an die Grenzen der Intervention, wenn sich im Verlauf herausstellte, dass keine Depression, sondern eine andere psychische Erkrankung (z.B. eine Persönlichkeitsstörung, Sucht- oder Angsterkrankung) diagnostiziert werden musste (s. [Tabelle 1](#) Ankerzitat 2.8). Die Durchführung des PLT habe sich als schwierig herausgestellt. Einerseits wurde diese Intervention von den TB als sehr komplex empfunden, auf der anderen Seite sei der intensivierte Kontakt von den Patienten teilweise abgelehnt worden bzw. sei eine Auseinandersetzung mit den Problemen z.T. abgelehnt worden (s. [Tabelle 1](#) Ankerzitat 2.6). Es gab aber auch Patienten, die am Ende der Intervention angaben, von dem PLT profitiert zu haben. Obwohl sich einerseits gewünscht wurde, den Patienten mehr Interventionsmethoden anbieten zu können, wurde auch gleichzeitig betont, dass die Grenze zur Richtlinienpsychotherapie nicht überschritten werden dürfe und innerhalb der Möglichkeiten dieses niederschweligen Angebotes zu bleiben.

„Ja, da haben wir hier immer wieder auch gut gucken müssen, dass es nicht zu weit geht, dass wir Grenzen setzen“ (SV; Kat. 2.8).

Behandlungstriade

Die Befragten gaben an, sie hätten die Zusammenarbeit mit den Hausärzten nicht als Teamarbeit empfunden. Dazu habe es zu wenig Austausch gegeben. Dennoch sei den TB durch die Hausärzte vermittelt worden, eine Unterstützung für ihre Arbeit zu sein.

(s. [Tabelle 1](#) Ankerzitat 3.1). Durch die SV fühlten sich die TB gut abgesichert, da jemand die Intervention im Hintergrund begleitete, der auch sofort tätig geworden wäre, sollten die TB an ihre Grenzen kommen.

„Sich da aufgefangen zu fühlen, das kann ich mal so sagen, dass ich das Gefühl hatte, sobald ich wirklich an meine Grenzen kommen würde und sagen würde, ich kann hier nicht mehr weiter, habe ich mich von unserer SV so aufgefangen gefühlt (TB; Kat. 3.1).

Unterstützung

Während sich die TB durch das Team (s. [Tabelle 1](#) Ankerzitat 4.1) und die Vorbereitung mit dem Manual (s. [Tabelle 1](#) Ankerzitat 4.3) sehr unterstützt fühlten, gab es in Bezug auf die Schulung Verbesserungsvorschläge. Vor allem beim PLT, hätten sich die TB mehr Anleitung gewünscht (s. [Tabelle 1](#) Ankerzitat 4.2). Dies könne bei künftigen Projekten durch häufigere Schulungen nicht nur zu Beginn der Intervention, sondern immer wieder im Verlauf mit der Möglichkeit eigene PLT-Fälle vorzustellen realisiert werden.

Grenzen und Kompetenzen der Therapiebegleiterinnen

Persönliche Grenzen der TB seien erreicht gewesen, wenn die Interventionsmöglichkeiten im Rahmen von IMPACT nicht ausreichten und eine Psychotherapie indiziert gewesen wäre. Dies sei aus Sicht der TB der Fall gewesen, wenn andere psychische Erkrankungen im Vordergrund gestanden hätten (s.o.) oder wenn die Intervention von den Patienten sehr abgewertet wurde und man aus Sicht der TB im Zuge dessen an „Widerständen“ hätte arbeiten müssen. Manchmal standen bei den Patienten Themen wie „das Alter annehmen“ oder akute Trauer im Vordergrund, die sich nicht zufriedenstellend mit der Intervention hätten bearbeiten lassen.

„Es gab einzelne Patienten, wo ich dachte, es wäre schön, wir hätten noch ein bisschen ein größeres Instrumentarium“ (TB; Kat. 5.1).

Eine weitere Herausforderung sei das Einhalten zeitlicher Vorgaben gewesen. Vor allem bei Patienten, die sehr weitschweifend berichtet hätten, sei es schwierig gewesen, diese zu begrenzen und immer wieder auf die Struktur der Intervention zurückzuführen (s. [Tabelle 1](#) Ankerzitat 5.1). Als wichtige Kompetenzen nannten die Befragten einen gesundheitsberuflichen Hintergrund, Erfahrungen mit Patientengesprächen, Empathiefähigkeit, strukturiertes Vorgehen und Freude an der Arbeit mit älteren Menschen (s. [Tabelle 1](#) Ankerzitat 5.2).

Wirksamkeit

Neben der Aktivierung wurden von den Befragten vor allem Beziehungsaspekte als Hauptwirkfaktor angesehen (s. [Tabelle 1](#) Ankerzitat 6.1). Auch die Tatsache, Belastungen formulieren zu können und durch die Intervention Selbstwirksamkeit zu erfahren, sei ein Wirkfaktor. Von großem Nutzen sei die Intervention für Patienten, die aufgrund ihrer körperlichen Eingeschränktheit von den Telefongesprächen profitieren können (s. [Tabelle 1](#) Ankerzitat 6.2) oder für Patienten, die eine psychiatrische/psychotherapeutische Behandlung zunächst ablehnen würden.

Zukunftsperspektive

Das IMPACT Programm den Patienten in der Regelversorgung zugänglich zu machen, würde sehr begrüßt werden. Hausärzte könnten durch dieses niederschwellige Angebot entlastet (s. [Tabelle 1](#) Ankerzitat 7.2) und das Bewusstsein für Depression noch mehr gestärkt werden. Auch eine Ausweitung der Intervention für Patienten mit Schmerzsymptomatik, Angst oder somatoformen Störungen wurde genannt (s. [Tabelle 1](#) Ankerzitat 7.1). Ideal wäre

die Ansiedlung von TB an zentraler Stelle, die mit einer halben Stelle ca. 38 Patienten betreuen könnten.

Diskussion

Das niederschwellige IMPACT Angebot zur Unterstützung der hausärztlichen Versorgung älterer depressiver Patienten wurde von den Befragten als nützlich für Patienten, als unterstützend für Hausärzte und die Intervention als umsetzbar eingeschätzt. Vor allem die kontinuierliche Beziehung und die Aktivierung wurden als Hauptwirkfaktoren benannt. Alle Befragten konnten sich die Implementierung des IMPACT Programms in die Regelversorgung vorstellen und hatten hierzu einige Anpassungsvorschläge. Zwei Punkte stellten sich hierbei als zentral heraus: Erstens dürfe IMPACT nicht als ein „Sammelbecken“ für Patienten verstanden werden, die aufgrund ihrer psychischen Erkrankung eine zeitliche Herausforderung für die Hausärzte darstellten. Eine gründliche Diagnostik sei essentiell, um Patienten mit einer mittelschweren Depression zu identifizieren. Der zweite wichtige Punkt sei die Schulung der TB. Vor allem beim PLT müsse man die TB auch während der Intervention noch intensiver begleiten.

Der erste Punkt, die Diagnostik psychischer Erkrankungen in der Hausarztpraxis, wird auch in der Literatur kontrovers diskutiert und Erkennungsraten der Depression schwanken zwischen 45–75% [4]. Um dem mangelnden Zeitfaktor in der Routineversorgung gerecht zu werden, wurde in der Studie bewusst auf die Nutzung umfangreicher Diagnoseverfahren verzichtet. Es besteht aber ein Bedarf an diagnostischen Instrumenten, die den besonderen Bedingungen in der hausärztlichen Praxis Rechnung tragen und eine valide Diagnosestellung in kurzer Zeit ermöglichen. Ein solches Instrument stellt das Freiburger Screening für Psychische Störungen (FSP) oder das Freiburger Diagnostische Interview für Psychische Störungen (FDIP) dar, welches sich aktuell in Entwicklung befindet (nähere Informationen über hoelzel@parkklinik-schlangenbad.de). Ebenso denkbar wäre Hausärzte auch bezüglich der Diagnostik zu entlasten, indem die TB selbst mittels Fragebögen die Diagnostik unterstützen. Der zweite wichtige Punkt betrifft die Umsetzbarkeit des PLT. Der Wunsch nach mehr Schulung müsste bei der Implementierung Berücksichtigung finden. Dies scheint umso wichtiger, da Patienten, denen das Rational hinter dem PLT vermittelt werden konnte, eher von der Intervention profitieren [17]. Die Vermittlung der Ziele des PLT und der Aufbau von Motivation könnten daher eine wichtige Ergänzung für die Schulung sein. So könnten noch mehr Patienten das PLT durchlaufen, was in Anbetracht der positiven Evidenzlage und der daraus resultierenden Leitlinienempfehlung für ältere depressive Patienten wünschenswert wäre [1]. Auf den hohen Stellenwert einer ausführlichen Vorbereitung der Care Manager auf die Intervention weist auch eine systematische Übersichtsarbeit qualitativer Studien hin, die die Fertigkeiten der Care Manager als ein wichtiges Kriterium für eine gelungene Implementierung von kollaborativen Versorgungsansätzen aufzeigt [18].

Komorbide psychische Erkrankungen brachten die TB an ihre Grenzen. Gleichzeitig wünschten sich die Befragten eine Ausweitung der Intervention auf andere Störungsbilder. Die Literatur zeigt, dass auch andere psychische wie auch körperliche Erkrankungen von niederschwelliger Begleitung und PLT profitieren können [19,20]. In diesem Zusammenhang scheint es wichtig, die Rolle der SV zu unterstreichen. Die Supervision wurde von den TB als unverzichtbares Element von IMPACT bezeichnet. Durch sie grenzt sich IMPACT von anderen niederschweligen Interventionen ab, die dieses Element nicht vorsehen. So können unter fachkundiger Anleitung mehr Interventionsmöglichkeiten angeboten werden, auch eine Ausweitung auf andere Störungsbilder

wäre denkbar. Gleichzeitig kann durch die Supervision die Grenze zwischen der niederschweligen IMPACT Intervention und einer tiefergehenden Psychotherapie gewahrt werden und ggf. Patienten weiter verwiesen werden. Auch aufgrund der eher geringeren Beteiligung der Hausärzte innerhalb des Teams, nahmen die SV eine essentielle Position innerhalb der Behandlungstriade ein. Die TB bezogen sich vor allem auf ihren Rat und Expertise. Dies scheint auch ein wichtiger Hinweis für die Entwicklung weiterer kooperativer Versorgungsmodelle zu sein, in denen Psychotherapeuten und Psychiatern im Rahmen der Supervision ebenfalls eine entscheidende Rolle zugeschrieben werden sollte.

Für die Umsetzbarkeit der IMPACT Intervention sind neben den Erfahrungen der TB und SV auch die Eindrücke der Hausärzte und der Patienten selbst essentiell. Diese wurden ebenfalls in leitfadengestützten Interviews befragt, die Interviews der Hausärzte sind bereits ausgewertet und veröffentlicht [21]. Im Einklang mit den Einschätzungen der TB/SV bestätigten die Hausärzte größtenteils die Entlastung durch die Arbeitsteilung. Auch Schwierigkeiten der Diagnosestellung aufgrund von Somatisierungstendenzen von älteren depressiven Patienten wurden durch die Hausärzte benannt. Unterschiede gab es in der Wahrnehmung der Kommunikation. Während sich die TB einen intensiveren Austausch gewünscht hätten, um dem Teamgedanken mit IMPACT gerecht zu werden, waren die Hausärzte sehr zufrieden mit der Kommunikation und bezeichneten sie als unkompliziert. Die Erfahrung der TB deckt sich mit Erfahrungen von Care Managern einer collaborative care Studie in England, die ebenfalls den fehlenden Austausch bemängelten [22]. Als ein möglicher Grund sind hier die limitierten zeitlichen Ressourcen in der Hausarztpraxis zu bedenken, die dem Hausarzt nur sehr wenig Zeit für den Austausch mit anderen Behandlern lassen. Schnelle und unkomplizierte Kommunikationsmöglichkeiten könnten dem Wunsch nach mehr Austausch auf Seiten der TB gerecht werden und dürften gleichzeitig den Praxisalltag der Hausärzte zeitlich nicht zu sehr strapazieren [23]. Den Informationsaustausch könnten web-basierte Datenverwaltungsprogramme unterstützen, auf die alle Behandler Zugriff haben und so einen unkomplizierten Austausch möglich machen. Gute Erfahrungen hierzu gibt es aus der amerikanischen IMPACT [5] und holländischen Implementierungsstudie [24]. Allerdings besteht bei elektronischen Kommunikationsplattformen gleichzeitig auch die Gefahr der Inkompatibilität der gängigen Praxissoftware und des neuen Kommunikationssystems, die eine zusätzliche zeitraubende Komponente im Praxisalltag darstellt. Der in vielen qualitativen Studien zur Implementierbarkeit von kollaborativen Versorgungsmodellen als essentiell benannte persönliche Austausch zwischen den Behandlern [18], muss also schon bei der Planung einer neuen Versorgungsform mit unterschiedlichen Behandlern eine zentrale Rolle zugeschrieben werden und Möglichkeiten mittels elektronischer Kommunikationsplattformen vorab genauestens durchdacht und erprobt werden, damit alle Seiten von einem unkomplizierten und schnellen Austausch profitieren können.

Bei der Interpretation der Ergebnisse gibt es Limitationen der Studie, die beachtet werden sollten. Mit 6 Interviews ist die Stichprobe sehr klein, was der begrenzten Mitarbeiterzahl von TB und SV geschuldet ist. Auch wäre eine gemeinsame Befragung der ganzen Behandlungstriade wünschenswert gewesen, aus organisatorischen Gründen allerdings nicht durchführbar. Dennoch handelt es sich bei der Befragung um eine Vollerhebung aller bis zu Interventionsende beteiligter TB und SV beider Studienstandorte. Eine wesentliche Stärke der Studie ist sicherlich das qualitative Studiendesign. Es ermöglicht Aussagen über die Prozesse innerhalb der Intervention, um so ein Verständnis der Stärken und Schwachstellen einzelner Interventionselemente und Ablauf-/Kommunikationsprozesse zu erlangen.

Fazit

Die vorliegende Studie konnte aufzeigen, dass das IMPACT Programm durchführbar und aus Sicht der TB und SV unterstützend für Patienten und Hausärzte sein kann. In Anbetracht der wachsenden Herausforderung der Versorgung älterer depressiver Menschen und der auch aufgrund von Nachwuchsmangel notwendigen Veränderung der Strukturen innerhalb der primären Versorgung, sind niederschwellige Modelle wie das IMPACT Programm eine vielversprechende Alternative, wobei die Supervision durch einen Psychiater oder Psychotherapeuten ein Kernelement des Programmes darstellt. Außerdem wurden Veränderungs- und Anpassungsmöglichkeiten aufgezeigt, die für die Implementierung des Programms in die Regelversorgung von großem Nutzen sein können.

Finanzielle Förderung

Die GermanIMPACT-Studie wurde vom Bundesministerium für Bildung und Forschung (01GY1142) gefördert, die hier vorgestellte Begleitforschung erhielt keinen spezifischen Zuschuss von einer Förderstelle des öffentlichen, kommerziellen oder gemeinnützigen Sektors.

Interessenkonflikt

Die Autoren erklären, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Danksagung

Wir danken allen Therapiebegleiterinnen und Supervisorinnen für die Teilnahme an den Interviews.

Literatur

- [1] Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie P und N (DGPPN), Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ). S3-Leitlinie/Nationale VersorgungsLeitlinie Unipolare Depression - Langfassung, 2. Auflage. 2015; DOI: 10.6101/AZQ/000329.
- [2] Melchior H, Schulz H, Härter M. Faktencheck Gesundheit Depression [Internet]. Faktencheck Gesundheit depression. [zitiert 11. Mai 2015]. Verfügbar unter: <https://depression.faktencheck-gesundheit.de/fachinformation/fachinformation-startseite/>.
- [3] Gensichen J, von Korff M, Peitz M, Muth C, Beyer M, Güthlin C. u.a. Case management for depression by health care assistants in small primary care practices: a cluster randomized trial. *Ann Intern Med* 15. September 2009;151(6):369–78.
- [4] Bjerregaard F, Hüll M, Stieglitz R-D, Hölzel L. Zeit für Veränderung – Was wir für die hausärztliche Versorgung älterer depressiver Menschen von den USA lernen können. *Gesundheitswesen* 2016, <http://dx.doi.org/10.1055/s-0042-107344>.
- [5] Unützer J, Katon W, Callahan CM, et al. Collaborative care management of late-life depression in the primary care setting: a randomized controlled trial. *JAMA J Am Med Assoc* 2002;288:2836–45.
- [6] Unützer J, Katon WJ, Fan M-Y, et al. Long-term cost effects of collaborative care for late-life depression. *Am J Manag Care* 2008;14:95–100.
- [7] Hunkeler EM, Katon W, Tang L, et al. Long term outcomes from the IMPACT randomised trial for depressed elderly patients in primary care. *BMJ* 2006;332:259–63.
- [8] Laurant M, Reeves D, Hermens R, et al. Substitution of doctors by nurses in primary care. *Cochrane Database Syst Rev* 2005;CD001271.
- [9] Wernher I, Bjerregaard F, Tinsel I, et al. Collaborative treatment of late-life depression in primary care (GermanIMPACT): study protocol of a cluster-randomized controlled trial. *Trials* 2014;15:351.
- [10] Hölzel L, Frank F, Bjerregaard F, et al. Problem-solving treatment for primary care – an evidence based method for everyday healthcare. *ZFA - Z Für Allg [im Druck]*.
- [11] Moore GF, Audrey S, Barker M, Bond L, Bonell C, Hardeman W. u. a. Process evaluation of complex interventions: Medical Research Council guidance. *BMJ* 19. März 2015;350:h1258.
- [12] Witzel A. The Problem-centered Interview. *Forum Qual Sozialforschung Forum Qual Soc Res* 2000. Im Internet: <http://www.qualitative-research.net/index.php/fqs/article/view/1132>; Stand: 16.01.2017.
- [13] Krueger RA. *Developing questions for focus groups*. Nachdr. Thousand Oaks: SAGE; 2005.
- [14] Lamnek S, Krell C. *Qualitative Sozialforschung: Lehrbuch*. 4. überarb. Aufl. Weinheim, Basel: Beltz; 2005.
- [15] Schreier M. *Qualitative Content Analysis in Practice*. Thousand Oaks: SAGE; 2012.
- [16] Mayring P. *Qualitative Inhaltsanalyse: Grundlagen und Techniken*. 11. überarb. Aufl. Weinheim, Basel: Beltz; 2010.
- [17] Hegel MT, Barrett JE, Cornell JE, et al. Predictors of response to problem-solving treatment of depression in primary care. *Behav Ther* 2002;33:511–27.
- [18] Overbeck G, Davidsen AS, Kousgaard MB. Enablers and barriers to implementing collaborative care for anxiety and depression: a systematic qualitative review. *Implement Sci* 28. Dezember 2016;11(1):165.
- [19] Ekers D, Murphy R, Archer J, et al. Nurse-delivered collaborative care for depression and long-term physical conditions: A systematic review and meta-analysis. *J Affect Disord* 2013;149:14–22.
- [20] Malouff JM, Thorsteinsson EB, Schutte NS. The efficacy of problem solving therapy in reducing mental and physical health problems: a meta-analysis. *Clin Psychol Rev* Januar 2007;27(1):46–57.
- [21] Bireckoven MB, Niebling W, Tinsel I. Wie bewerten Hausärzte die koordinierte Versorgung von Patienten mit Altersdepression? Ergebnisse einer qualitativen Studie. *Z Evidenz Fortbild Qual Im Gesundheitswesen* November 2016;117:45–55.
- [22] Coupe N, Anderson E, Gask L, et al. Facilitating professional liaison in collaborative care for depression in UK primary care: a qualitative study utilising normalisation process theory. *BMC Fam Pract* 2014;15:78.
- [23] Deveugele M, Derese A, van den Brink-Muinen A, Bensing J, De Maeseneer J. Consultation length in general practice: cross sectional study in six European countries. *BMJ* 08 2002;325.
- [24] Huijbregts KML, de Jong FJ, van Marwijk HWJ, et al. A target-driven collaborative care model for Major Depressive Disorder is effective in primary care in the Netherlands. A randomized clinical trial from the depression initiative. *J Affect Disord* 2013;146:328–37.