

Master – Thesis

HOCHSCHULE FÜR ANGEWANDTE WISSENSCHAFTEN HAMBURG

Fakultät Wirtschaft und Soziales

Thomas Kloppe

Department Soziale Arbeit

Studiengang Soziale Arbeit (MA)

Erstprüfer: **Prof. Dr. Gunter Groen**

Zweitprüfer: **Prof. Dr. Harald Ansen**

Gemeinsam gegen Depressionen im Alter

*Internationale Implementierungen des
IMPACT-Programms in Hinblick auf
eine Einführung in Deutschland*

In Kooperation mit:

Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf

Institut für Allgemeinmedizin

Dr. Eike-Christin von Leitner

Prof. Dr. Martin Scherer

Tag der Abgabe: 24. Januar 2012

Inhalt

Inhalt	II
Tabellen und Abbildungsverzeichnis	IV
1 Einleitung	1
2 Grundlegende Aspekte depressiver Erkrankungen im Alter	4
2.1 Soziale Konstruktion des Alters	4
2.2 Epidemiologische Gesichtspunkte depressiver Erkrankungen im Alter	6
2.2.1 Diagnostische Kriterien der Depression im höheren Lebensalter	7
2.2.2 Prävalenz depressiver Störungen im Alter	9
2.2.3 Depressive Erkrankungen und altersspezifische Korrelate	11
2.2.4 Erklärungsansätze zur Entstehung von Depressionen im Alter	13
2.3 Versorgungsansätze für depressive ältere Menschen	16
2.3.1 Depressive Erkrankungen in der hausärztlichen Versorgung	16
2.3.2 Therapeutische Interventionsansätze	19
2.3.3 Soziotherapeutische Maßnahmen und Einrichtungen der Sozialen Arbeit	22
2.4 Barrieren in der Versorgung depressiver Erkrankungen im Alter	25
3 IMPACT – Improving Mood: Promoting Access to Collaborative Treatment	28
3.1 Kollaborative Zusammenarbeit der einzelnen Akteure	29
3.2 Interventionen des Stepped-Care-Modells	31
3.2.1 Phasen der Depressionsbehandlung und Nachsorge	31
3.2.2 Stepped Care Ansatz des IMPACT-Programms	34
3.3 Die Rolle des Depressionsmanagers	36
3.3.1 Anforderungen an den Depressionsmanager	36
3.3.2 Elemente der Problemlösetherapie	38
3.4 GermanIMPACT im Grundriss	43
4 Methodik der Systematischen Übersichtsarbeit	45
4.1 Einführung in die Methode der Systematischen Übersichtsarbeit	45
4.2 Design der Systematischen Übersichtsarbeit	47
4.2.1 Reviewfrage	47

4.2.2	Suchstrategie und Studienauswahlkriterien	49
4.2.3	Durchführung der Literaturrecherche.....	50
4.2.4	Datenextraktion, Kategorisierung, und Tabellarisierung der Ergebnisse.....	52
4.3	Stärken und Limitationen der systematischen Literaturrecherche	53
5	Ergebnisse aus internationalen Implementierungen Kollaborativer Versorgungsmodelle	55
5.1	Zusammenfassung der Kollaborativen Versorgungsstudien.....	55
5.1.1	Wirksamkeit von Kollaborativer Versorgung	57
5.1.2	Elemente der Kollaborativen Versorgung	60
5.1.3	Problemlösetherapie in der Primärversorgung.....	63
5.2	Rolle des Depressionsmanagers.....	65
5.2.1	Qualifikationsprofil und Qualifikationsmaßnahmen der Depressionsmanager.....	65
5.2.2	Anforderungen aus Sicht des Depressionsmanagers	69
5.2.3	Quantitativer Arbeitsumfang des Depressionsmanagers	73
5.2.4	Beziehungsaspekte innerhalb des Versorgungsteams.....	76
5.2.5	Kollaborative Versorgung aus Sicht der Erkrankten.....	78
5.3	Organisatorische und ökonomische Wirkfaktoren	80
6	Diskussion der Ergebnisse in Hinblick auf GermanIMPACT.....	84
6.1	Patientenspezifische Herausforderungen für Depressionsmanager	84
6.2	Methodische Hinweise für Depressionsmanager	85
6.3	Qualifikatorische Schlussfolgerungen in Hinsicht auf Depressionsmanager	88
6.4	Multiprofessionelle Zusammenarbeit und institutionelle Hinweise.....	91
6.5	Implikationen für die und von der Sozialen Arbeit	93
6.6	Strategische Implikationen für GermanIMPACT	96
7	Schlussbetrachtung.....	97
8	Literaturverzeichnis	100
	Eidesstaatliche Erklärung.....	113
	Anhang	a

Tabellen und Abbildungsverzeichnis

Tabelle 1: Symptome einer depressiven Episode (F32) gemäß ICD-10.....	7
Tabelle 2: Schweregrade depressiver Episoden.....	8
Tabelle 3: Depressive Störungen in Verbindung körperlicher Erkrankungen	10
Tabelle 4: Besonderheiten in der Symptomatik bei Multimorbidität	13
Tabelle 5: Häufige depressionsauslösende Bedingungen	15
Tabelle 6: Somatische und psychosoziale Beschwerden	18
Tabelle 7: Schlüsselfragen in der Hausarztpraxis.....	18
Abbildung 1: Fünf Schritte einer Systematischen Literaturübersicht	47
Tabelle 8: Freitextsuchbegriffe und Schlagwörter	49
Tabelle 9: Studienauswahlkriterien.....	50
Abbildung 2: Flussdiagramm des systematischen Suchvorgangs.....	51
Tabelle 10: Studien mit hohem Informationsgehalt zum Depressionsmanager.....	52
Tabelle 11: Studien mit mittlerem Informationsgehalt zum Depressionsmanager.....	53
Abbildung 3: Gesundheitskosten über 4 Jahre	59
Abbildung 4: Nutzungsverhalten in der IMPACT-Studie	74
Abbildung 5: Arbeitsaktivitäten und Kommunikationsanteile der DM.....	75

1 Einleitung

Die **Weltgesundheitsorganisation** schätzt, dass in den Industriestaaten derzeit jeder fünfte Mensch im Verlauf seines Lebens, mindestens einmal an einer klinisch relevanten depressiven Störung leidet (vgl. deGruy et al. 2007, 3) und prognostiziert, dass Depressionen im Jahr 2020 zur Krankheit mit den größten persönlichen und gesellschaftlichen Belastungen avanciert (vgl. Lopez und Murray 1998, 1241). Bereits jetzt sind sie die häufigste Ursache für krankheitsbedingt beeinträchtigte Lebensjahre (vgl. Lopez et al. 2006, 7) und ein Hauptfaktor für Suizidalität. Aktuell werden 40 Prozent aller Suizide in Deutschland von über 60jährigen Menschen durchgeführt (vgl. Freyer 2011, 18). Dabei liegt ihr Anteil an der Gesamtbevölkerung noch bei unter 20 Prozent, steigt aber bis zum Jahr 2060 auf vermutlich 35 Prozent an (vgl. Statistisches Bundesamt 2009, 16).

Zwar wurden in den letzten 20 Jahren entscheidende Fortschritte in der Ursachenforschung, in der Diagnose und in der Prognose des Krankheitsbildes Depression gemacht, doch noch immer ist eine zufriedenstellende Versorgung aller Leidtragenden nicht gewährleistet (vgl. Blaze und Hybels 2008, 492). Besonders bei älteren Menschen ist ein wesentliches Problem in der Behandlung depressiver Syndrome, auf die unzureichende Beachtung der Erkrankung in der Primärversorgung zurückzuführen (vgl. Unützer 2007, 2269). Die geschätzte **Entdeckungsrate** liegt nur bei ungefähr 50 Prozent, zwei Drittel der Betroffenen erhalten initiale Fehldiagnosen (vgl. Wolfersdorf und Schüler 2005, 143 und deGruy et al. 2007, 5).

Hinzu kommen **systembedingte Barrieren**, die die Versorgung einschränken. Eine Depressionsdiagnose ist besonders oft in der älteren Generation mit Stigmatisierungen verbunden, welche sich in Tabuisierungen und Hemmungen bezüglich psychischer Erkrankungen ausdrücken. Für ältere Menschen ist es daher oft abwegig, wegen „Befindlichkeitsstörungen“ zum Facharzt zu gehen (vgl. Wolfersdorf und Schüler 2005, 21). Die Betroffenen selbst, das medizinische Personal und auch sozialarbeiterische Beratungssettings interpretieren sozialen Rückzug, Ein- und Durchschlafstörungen sowie Freudlosigkeit allzu oft als „normale“ Alterserscheinungen (vgl. Lützenkirchen 2008, 120ff). Doch auch wenn eine psychotherapeutische oder psychiatrische Behandlung angestrebt wird, müssen Behandlungswillige in Hamburg durchschnittlich fünf Monate auf deren Beginn warten (vgl. Brand 2012). Insgesamt führen diese Versorgungshemmnisse oft zu einem chronischen Verlauf der depressiven Erkrankung, emotionalem Leid und einer hohen Suizidalität bei den Erkrankten. Zusätzlich stellen sich zu den individuellen, auch noch soziale und ökonomische Schief lagen ein, die nach entschiedenen Problemlösungsstrategien verlangen (vgl. Lupp a et al. 2008). Von den Betroffenen selbst ist

eine Einforderung der Behandlung nicht zu erwarten, da gerade der Mangel an Initiative als grundlegendes Symptom der Depression gilt (vgl. Ehrenberg 2008, 223).

Anlässlich dieses Versorgungsproblems etabliert sich in den USA zunehmend ein neues Konzept namens: „**IMPACT**“ – Improving Mood: Promoting Access to Collaborative Treatment. Dieses Programm ist ein „Collaborative Care Modell“, welches sich in erster Linie durch einen einer Hausarztpraxis zugeordneten, speziell geschulten „Depression Care Manager“ auszeichnet. Dieser koordiniert in enger Absprache mit dem Hausarzt und einem beratendem Psychiater den Therapieablauf, bietet Nachsorge sowie Case Management und leistet durch regelmäßige Kontakte mit den Patientinnen und Patienten vor allem eine über den Hausarztkontakt hinausgehende Begleitung der individuell angepassten Intervention. Diese beinhaltet (auch unter Einbezug der Angehörigen) vor allem psychoedukative und aktivierende Methoden, wie die Besprechung und Unterstützung der mit dem Arzt vereinbarten antidepressiven Therapie, die Erarbeitung eines individuellen Rückfallvermeidungsplans und bei Bedarf eine für die Primärversorgung angepasste Problemlösetherapie in mehreren konsekutiven Einzelsitzungen, soziale Gruppenarbeit und Netzwerkarbeit. Zusätzlich sind ausdrückliches Qualitätsmanagement sowie evidenzbasierte diagnostische und therapeutische Verfahren integrale Bestandteile dieses Konzepts.

Zahlreiche Implementierungsstudien in den USA, Großbritannien und den Niederlanden haben die Effektivität dieses Ansatzes bewiesen und sprechen Kollaborativer Versorgung das Potential zu, die globale Belastung durch depressive Erkrankungen zu mildern (vgl. Unützer et al. 2002 und Williams et al. 2007). Motiviert durch dieses Ergebnis-, soll das Programm 2012 auch in Deutschland, genauer in Hamburg und Freiburg, unter dem Namen „**GermanIMPACT**“ implementiert werden. Dafür muss das Programm auf die hiesige Versorgungsstruktur adaptiert und vor allem die neue Rolle des „Depressionsmanagers“ etabliert werden.

Erste Literaturrecherchen ließen jedoch nur limitierte Schlussfolgerungen in Hinblick auf Qualifikation, tatsächliche Anforderungen und Erfahrungen mit der neuen Fachkraft zu. Auf den ersten Blick weist **die Rolle des Depressionsmanagers** explizite Professionscharakteristika der Sozialen Arbeit auf und tatsächlich wurden neben Krankenpflegekräften und Psychologen auch sozialarbeiterische Fachkräfte in dieser Position aufgeführt. In Deutschland hat **Soziale Arbeit** mit älteren Menschen, die eine depressive Symptomatik aufweisen, zwar viel Erfahrung gesammelt, aber noch kein fachliches Selbstverständnis entwickelt, wie beispielsweise in der Kinder- und Jugendarbeit. Theoretische Grundlagen und empirische Forschungsergebnisse sind ebenfalls nur rudimentär vorhanden (vgl. Lützenkirchen 2008, 124). Kollaborative Versorgung bietet daher die Chance einer Profilerweiterung

für die Soziale Arbeit, die mit der Erschließung eines neuen Arbeitsfeldes zu einer verbesserten Versorgung depressiver Erkrankungen mittels multiprofessioneller Zusammenarbeit beitragen könnte.

Die fehlende Klarheit über die Rolle des Depressionsmanagers und die Möglichkeit, ein neues Arbeitsfeld für die Soziale Arbeit zu erschließen, verkörpern die Motivation für diese **Master-Thesis**, die davon ausgeht, dass die Wirksamkeit von GermanIMPACT maßgeblich von der gelingenden Einführung der Depressionsmanager bestimmt wird. Die zielführende **Fragestellung** lautet daher: Welche Konsequenzen sind aus den internationalen Implementierungserfahrungen mit Kollaborativer Versorgung für depressiv erkrankte ältere Menschen, in Bezug auf die professionelle Rolle des Depressionsmanagers in GermanIMPACT zu ziehen?

Im Sinne dieses Anspruchs bildet eine multiperspektivische Beschreibung depressiver Störungen im Alter, hinsichtlich der vielfältigen Klassifikationen, Symptome und Ursachen, die Basis für diese Arbeit. Daneben wird die gegenwärtige medizinische und sozialarbeiterische Versorgungslandschaft mit ihren verschiedenen Interventionsansätzen im besonderen Hinblick auf potentielle Defizite in Deutschland eruiert. Diese Barrieren geben den Anlass für das Kollaborative Versorgungsmodell IMPACT, welches in Kapitel 3 dargestellt wird. Einen besonderen Schwerpunkt bildet in diesen Ausführungen der Depressionsmanager hinsichtlich der zahlreichen Anforderungen, denen er gerecht werden muss. In Kapitel 4 wird die bis dahin, narrative Übersichtsarbeit von der Methode einer systematischen Literaturrecherche abgelöst, die zuerst theoretisch eingeführt und daraufhin durchgeführt wird. Nach einem speziellen methodischen Algorithmus werden dabei einschlägige biomedizinische, gesundheits- und pflegewissenschaftliche, sowie sozialwissenschaftliche und psychologische Datenbanken auf die Fragestellung hin abgefragt. Die Ergebnisse werden anschließend vergleichend dargestellt und in Kapitel 6 bezogen auf GermanIMPACT diskutiert. **Das Ziel** ist eine systematische Literaturübersicht, die die bestmögliche Evidenz zur Rolle des Depressionsmanagers im Hinblick auf eine Einführung von GermanIMPACT zusammenfasst.

2 Grundlegende Aspekte depressiver Erkrankungen im Alter

Depressionen im Alter sind ein Themengebiet, das facettenreiche soziologische, psychologische und medizinische Zugänge aufweist. Die theoretische Fundierung dieser Arbeit beinhaltet daher eine Skizzierung dieser Perspektiven, die verantwortlich sind für Altersbilder, Erklärungsmuster depressiver Erkrankungen und schließlich auch für die Behandlung und Versorgung von depressiv erkrankten älteren Menschen. Im Fokus stehen dabei ebenso diagnostische Kriterien, das Ausmaß der Erkrankungen sowie die vielfältigen therapeutischen Bemühungen in Hinblick auf Depressionen im Alter. Den Abschluss bilden häufige Hemmnisse in der Versorgung, die im Zusammenspiel der dargestellten Aspekte zu beobachten sind.

2.1 Soziale Konstruktion des Alters

Der Prozess des Alterns beschreibt ein lebenslanges dynamisches Entwicklungskonzept, das sich durch Kontinuität im Wandel auszeichnet. Es vollzieht sich individuell vor einem biografischen Hintergrund auf biologischem, sozialen, ökonomischen wie geschichtlichem Gebiet (vgl. Wahl 2004, 17 und Wolfersdorf und Schüler 2005, 8). Doch darüber hinaus ist Alter ein kultureller Code (vgl. BMFSFJ 2010, 53) der verschiedene Dimensionen, Kategorien, Theorien und Altersbilder widerspiegelt.

Das Alter wie auch das Geschlecht, ist in unserer Gesellschaft eine wichtige soziale Kategorie, die sich aus verschiedenen **Dimensionen** zusammensetzt. Die Geläufigste ist das chronologische oder auch kalendarische Alter, welches schlicht die absolvierten Lebensjahre beziffert. Die biologische Dimension beschreibt den individuellen Alterungsverlauf des menschlichen Organismus. Davon abhängig kann das psychisch/subjektive Alter sein, welches das spezifische Selbstkonzept, also die Einschätzung über das persönliche Alter und die dazugehörigen Fähigkeiten meint. Die soziale Dimension wiederum wird von der Gesellschaft bestimmt. Sie schreibt verschiedenen Jahrgängen unterschiedliche soziale Rollen zu. Dazu gehören unter anderem das generelle Erscheinungsbild oder der Familienstand (vgl. Meier 2007, 22ff). „Alter ist relativ, weil es keine allgemeingültige Übereinstimmung zwischen kalendarischem Lebensalter und Persönlichkeitsmerkmalen gibt.“ (ebd., 24). Zur Vereinfachung wird meist die chronologische Dimension verwendet. Sie verdeckt allerdings die vielseitigen Leistungspotentiale und die individuellen Erscheinungsformen des Alterns.

Die vermeintlich objektiven Kategorien zur Bestimmung des Lebensabschnittes sind zudem mit einer Fülle von Assoziationen verknüpft, die in vier Modellen zusammengefasst werden können (vgl. Prahl 1996, 85). Das **Defizitmodell** entstand in den 60er Jahren und setzte den Alterungsprozess mit dem generellen Abbau intellektueller, emotionaler und körperlicher Leistungsfähigkeit gleich. Altersbedingte Mangelerscheinungen können demnach weder vermieden, noch behoben werden. Der Defizi-

tansatz genießt heute nur noch historische Bedeutung und gilt wissenschaftlich als überholt (vgl. Bennent-Vahle 2004, 24f). Sein anhaltender Einfluss auf die Entstehung gegenwärtiger Altersbilder, sollte jedoch nicht unterschätzt werden. Die **Disengagementtheorie** verläuft in eine ähnliche Richtung und besagt, dass mit zunehmendem Alter ein Rückzug des Individuums aus Rollen und Aktivitäten der mittleren Jahre stattfindet. Die verminderte Interaktion führt demnach zu Veränderungen der Persönlichkeit und zu Beeinträchtigungen der physischen Merkmale. Dieser Prozess galt als unvermeidbar, natürlich und durch die Gesellschaft institutionalisiert. Wie der vorangegangene Ansatz verlor auch diese Theorie ihre fachliche Bedeutung Mitte der 70er Jahre (vgl. Meier 2007, 25).

Das **Kompetenzmodell** hingegen geht von einer grundsätzlichen Zweiteilung aus. Tendenziell nimmt die mechanische (fluide) Intelligenz mit zunehmendem Lebensalter ab. Das heißt der Mensch ist weniger in der Lage, neues Wissen aufzunehmen und sich neuen Situationen anzupassen. Gleichzeitig wird aber die pragmatische (kristalline) Intelligenz weitgehend bewahrt. Erworbene Kompetenzen wie berufliches Wissen und soziale Fähigkeiten bleiben somit erhalten (vgl. ebd., 26). Anfang der 90er Jahre entwickelte sich der **Kompensationsansatz**. Er geht ebenfalls davon aus, dass es im Alter nur zum Teil zu einem Abbau der körperlichen und geistigen Leistungsfähigkeit kommt. Auch hier kann die fluide Intelligenz abnehmen, und der Körper vermag Muskelstärke oder auch Hörvermögen zu verlieren. Jedoch hält sich dieser Vorgang, im Sinne der Kompensation, die Waage mit ansteigenden Fähigkeiten wie Lebenserfahrung, Verantwortungsbewusstsein, Genauigkeit und Beurteilungsvermögen. Dieses Modell unterstreicht eine stetige Weiterentwicklung bis ins hohe Alter (vgl. Meier 2007, 27).

Das Merkmal Alter kann keine wertfreie Definition anbieten, dass was Altern bedeutet erschließt sich nur mittelbar in gesellschaftlichen Vorstellungen (vgl. Meier 2007, 29). Diese **Altersbilder** sind immer soziale Konstruktionen, die sich oft unbewusst in Beobachtererwartungen niederschlagen. Sie bestimmen das kollektive Wahrnehmungsergebnis, mit dem ältere Menschen bewertet werden und sind stets an normative Prämissen wie Fortschritts-, Technik- und Leistungsbilder gekoppelt (vgl. ebd., 28). Deutschland ist eine wettbewerblich organisierte **Leistungsgesellschaft** und orientiert sich demnach an der Leistungsfähigkeit (vgl. ebd., 21). Alter wird dabei zunehmend zu einem Selektionskriterium. Im **politischen Diskurs** werden oft Bilder wie „Alterslast“, „Überalterung“ und „Wandel des Sozialstaates“ instrumentalisiert, die vor allem stigmatisierend wirken (vgl. ebd., 33). Weiterhin sind die vorherrschenden **Verwandtschaftsmuster** zu beachten. Wenn verschiedene Generationen wie in Deutschland nicht zusammen leben, suchen sie sich vornehmlich Kontakte in ihrer Altersgruppe. Es herrscht dann eine nicht zu leugnende Distanz zwischen den Altersstufen (vgl. Prahl 1996, 75f). Darüber hinaus vermitteln **Körperideale** und ästhetische Vorstellungen ein Bild über die Attraktivität des

Alters. Weiße Haare können beispielsweise als Zeichen von Weisheit oder als körperlicher Verfall gedeutet werden. Einen besonderen Einfluss auf diese Wahrnehmung nehmen die Medien ein (vgl. ebd., 76). Letztlich muss auch die quantitative Altersverteilung berücksichtigt werden. Der bloße Bevölkerungsanteil älterer Menschen bestimmt über Exklusivität oder Massenhaftigkeit und bestimmt damit das jeweilige Erscheinungsbild maßgeblich (vgl. ebd., 78).

Altersassoziationen besitzen ein breites Spektrum und reichen von Hinfälligkeit oder Einsamkeit, bis zur Biografie als Schatztruhe (Wahl 2004, 18). Die Gruppe der älteren Menschen gilt heute als heterogenste Altersgruppe überhaupt. Sie reisen Kreuz und Quer über den Globus, sie surfen im Internet und besuchen Universitäten (ebd., 22). Ein positiv besetztes Altersbild ist eine wesentliche Voraussetzung für das **Selbstbild** von Menschen. So wie die Gesellschaft die Älteren sieht oder sehen will, so sehen sie sich häufig auch selbst (vgl. Meier 2007, 32). Es entstehen also offene oder latente Erwartungen und Maßstäbe über den eigenen Altersprozess. Diese Vorstellungen werden „Possible Selves“ genannt und sind ein wichtiger Prädiktor für erfolgreiches Altern. Nach Erik Erikson sind sie verantwortlich für das Ergebnis der letzten psychosozialen Krise des Lebenslaufes, dem alterskorrelierenden Verlust von sozialen Rollen (vgl. Wahl 2004, 173f). „Problematisch ist die Verwendung von Altersbildern immer dann, wenn es sich um übergeneralisierende Charakterisierungen handele, die den Handlungsspielraum der Menschen einzuschränken drohen.“ (Meier 2007, 33).

Es wirken allerdings nicht nur negative Überzeugungen hemmend auf das Selbstkonzept von älteren Menschen. Auch positiv **überzeichnete Altersbilder** können den Selbstwert schmälern (vgl. BMFSFJ 2010, 145). „Wer altert ist selber schuld. Alte werden nur noch dann bewundert, wenn sie einen Pilotenschein erwerben oder bei einem Marathon mitlaufen.“ (vgl. Nourney 2006, 56). Anzumerken bleibt, dass sich in jeder Epoche die Vorstellung hielt, dass in irgendeiner früheren historischen Zeit ein „goldenes Zeitalter“ für alte Menschen geherrscht haben müsse und dass in der jeweiligen Gegenwart ein „Jugendkult“ dominiere. „Neu ist hingegen, dass die Jugend demographisch knapp wird und Knappheit treibt die Preise hoch.“ (Prahl 1996, 74).

2.2 Epidemiologische Gesichtspunkte depressiver Erkrankungen im Alter

Depressionen sind affektive Störungen mit typischem Verhalten (vgl. BMFSFJ 2006, 29). Ihre spezifische Symptomatik und das Ausmaß der Beeinträchtigung im Alltag entscheiden über eine leichte, mittelschwere, schwere und sehr schwere Ausprägung. Ziel der folgenden Ausführungen ist ein Überblick über die verschiedenen Ausformungen von Depressionen, ihrer Prävalenz, ihrer altersspezifischen Besonderheiten, sowie mögliche Erklärungen, die ihre Entstehung begünstigen. Nicht gesondert betrachtet werden bipolare Störungen, da ihre Punktprävalenz nur 0,5 bis 1,9 Prozent be-

trägt und sie für die übergeordnete Fragestellung dieser Arbeit nicht von wesentlicher Bedeutung sind (deGruy et al. 2007, 4).

2.2.1 Diagnostische Kriterien der Depression im höheren Lebensalter

Die Diagnostik depressiver Erkrankungen erfolgt in erster Linie nach der „Internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme“ dem Klassifikationssystem „**ICD-10**“. Dieses stellt das allgemeine medizinische Diagnosesystem der Weltgesundheitsorganisation in seiner zehnten Revision dar und legt weltweit standardisierte, anwendbare diagnostische Kriterien fest. Ausgehend von einem Symptomkatalog (Tabelle 1) wird der Schweregrad der depressiven Episode durch die Dauer, die Anzahl und den Verlauf der einzelnen Symptome bestimmt (Tabelle 2). Entscheidend sind das Auftreten von mindestens jeweils zwei Kern- und Nebensymptomen über wenigstens zwei Wochen (vgl. Lützenkirchen 2008, 21ff und Wittchen et al. 2000, 4). Eine leichte, mittlere oder schwere depressive Episode kann dabei das erstmalige Auftreten der Erkrankung oder eine rezidivierende (wiederkehrende) depressive Störung bedeuten (vgl. Wolfersdorf und Schüler 2005, 31).

Tabelle 1: Symptome einer depressiven Episode (F32) gemäß ICD-10

<p>Kernsymptome</p> <ol style="list-style-type: none">1. Gedrückte Stimmung und Freudlosigkeit2. Interessenverlust3. Verminderung des Antriebs mit rascher Ermüdbarkeit oder Erschöpfungszustände <p>„Andere häufige Symptome“</p> <ol style="list-style-type: none">1. Verminderte Konzentration, Aufmerksamkeit und Merkstörungen2. Vermindertem Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen3. Schuldgefühle und Gefühle von Wertlosigkeit4. Negative und pessimistische Zukunftsperspektiven5. Gedanken oder erfolgte Selbstverletzung oder Suizidhandlungen6. Schlafstörungen7. Verminderter Appetit <p>„Somatische (vegetative) Symptome“: (Vital, biologisch, melancholisch, endogenomorph)</p> <ol style="list-style-type: none">1. Interessenverlust oder Verlust der Freude an normalerweise angenehmen Aktivitäten2. Mangelnde Fähigkeit auf eine freundliche Umgebung oder günstige Ereignisse emotional zu reagieren3. Frühmorgendliches Erwachen (2 oder mehr Stunden vor der gewohnten Zeit)4. Morgentief5. Der objektivierte Befund einer psychomotorischen Hemmung oder Agitiertheit6. Deutlicher Appetitverlust und chronische Obstipation7. Gewichtsverlust, häufig mehr als 5% des Körpergewichts im vergangenen Monat8. Deutlicher Libidoverlust <p>(Wolfersdorf/Schüler 2005, 26)</p>

Tabelle 2: Schweregrade depressiver Episoden

ICD-10 Kategorie	Schweregrad der depressiven Erkrankung	Kernsymptomatik	Andere häufige Symptome
F 32.0	Leichte depressive Episode	Mindestens 2 Kernsymptome sind vorhanden	1 oder mehrere Symptome (Gesamtzahl inkl. Kernsymptome 4 oder 5)
F 32.1	Mittelgradige depressive Episode	Mindestens 2 Kernsymptome sind vorhanden	3 oder mehrere Symptome (Gesamtzahl inkl. Kernsymptome 6 oder 7)
F 32.2	Schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome	Alle Kernsymptome sind vorhanden	Mehrere Symptome sind vorhanden, davon einige besonders ausgeprägt (Gesamtzahl der Symptome mindestens 8) Keine Halluzination, Wahn oder depressive Regungslosigkeit
F 32.3	Schwere depressive Episode mit psychotischen Symptome	Alle Kernsymptome sind vorhanden	Schwere depressive Episode wie unter F32.2 beschrieben, es bestehen zusätzlich Halluzinationen, Wahnideen, schwere psychomotorische Hemmung oder Regungslosigkeit

(Lützenkirchen 2008, 23)

Ein weiteres Instrument ist das Diagnostische und Statistische Manual psychischer Störungen in seiner vierten Auflage: „**DSM-IV**“ der Amerikanischen Psychiatrischen Vereinigung. Es ist als Ergänzung zum ICD-10 zu verstehen und beinhaltet speziellere diagnostische Kriterien, die insbesondere US-amerikanisch geprägt sind (vgl. Wittchen et al. 2000, 4). Unterschieden werden in beiden Klassifikationssystemen vor allem die zwei Hauptformen. Die typische **episodische Depression nach ICD-10**, die in der DSM-IV auch „**Majore Depression**“ genannt wird und die „**Dysthymie**“ (vgl. ebd.). Letztere ist milder aber chronisch und beschreibt depressive Erkrankungen mit einer Mindestdauer von zwei Jahren, in denen nur kurzzeitige Aufhellungen zu verzeichnen sind. Sie kann grundsätzlich in allen Altersgruppen beginnen, tritt aber meistens im frühen Erwachsenenalter das erste Mal auf. In späteren Lebensphasen chronifiziert sie manchmal im Anschluss an eine depressive Episode, beispielsweise nach einem Trauerfall (vgl. Wolfersdorf und Schüler 2005, 31). Zusätzlich kennt die DSM-IV die **Minore Depression**, womit ein quantitativer Mangel an Symptomen bezeichnet wird, der sich jedoch nicht auf den Schweregrad der Erkrankung oder den damit verbundenen individuelle Leidensdruck auswirkt (vgl. Wolfersdorf und Schüler 2005, 33).

Ein etabliertes Instrument für die Erkennung von depressiven Symptomen ist der evidenzbasierte „Patient Health Questionnaire-9“ (**PHQ-9**). Dieser von Patientinnen und Patienten selbst auszufüllende Fragebogen, besteht aus neun Einzelfragen zu Symptomen, wie sie vergleichbar auch im ICD-10 genannt werden. Dabei geben die Ausfüllenden zusätzlich an, wie häufig sie beispielsweise von Appetitlosigkeit oder Niedergeschlagenheit geplagt sind (Kroenke et al. 2001 – *Anhang, Abbildung 1A*).

Es ist jedoch hervorzuheben, dass eine gesicherte Diagnose nur durch **differentialdiagnostische Verfahren** gestellt werden kann. Dafür muss eine Eigen- und eine Familienanamnese durchgeführt wer-

den, um auch aktuelle Verlust-, Kränkungs- und Vereinsamungssituationen zu erfassen. Die daran anschließende symptombezogene Anamnese, welche zu einem auffälligen psychischen Befund führt, muss durch körperlich-internistische und neurologische sowie instrumentelle Diagnostik ergänzt werden, damit körperliche Erkrankungen als Ursache ausgeschlossen werden können (vgl. Wolfersdorf und Schüler 2005, 26 und 50). „Anlass, Ausmaß und Schwere der Symptomatik müssen also vor dem Hintergrund der individuellen Biografie und Vulnerabilität des einzelnen alten Patienten gesehen und verstanden werden, nicht orientiert am Auslöser selbst.“ (ebd., 25).

Das verheerendste Symptom einer depressiven Episode ist die **Suizidalität**, bei der die Betroffenen durch Gedanken, aktives Handeln, Zulassen oder durch Unterlassen den eigenen Tod anstreben bzw. in Kauf nehmen. Unter Suizid wird speziell eine selbstverursachte, die eigene Person schädigende Handlung verstanden, die als Ziel den Tod hat (Wolfersdorf und Schüler 2005, 175). Zwar ist ein Zusammenhang zwischen Suizidalität und Depression nicht zwangsläufig, aber es wird geschätzt, dass 45 bis 70 Prozent aller Suizide die Resultate einer Depression sind. Depressive Episoden sind somit der größte Risikofaktor für Suizide. Suizidalität wiederum ist ein starker Hinweis auf eine Depression. 60 bis 70 Prozent der Erkrankten leiden unter Suizidgedanken (vgl. Lützenkirchen 2008, 35).

2.2.2 Prävalenz depressiver Störungen im Alter

Die **Weltgesundheitsorganisation** zählt depressive Störungen zu den zehn wichtigsten Krankheiten, die zu Behinderung bzw. niedriger Lebensqualität führen (vgl. deGruy et al. 2007, 5). Sie sind neben Demenz die häufigsten psychischen Erkrankungen im höheren Lebensalter (vgl. Wolfersdorf und Schüler 2005, 11) und das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend geht in seiner Gesundheitsberichterstattung (2006) davon aus, dass zu einem jeweiligen Zeitpunkt (Punktprävalenz) 3,2 Prozent der Frauen und 1,9 Prozent der Männer an einer depressiven Episode leiden. Wird ein Zeitraum von einem Jahr betrachtet (Periodenprävalenz), ist die Erkrankungsrate bei Frauen 15 Prozent und bei Männern 8,1 Prozent (vgl. BMFSFJ 2006, 29). Die Weltgesundheitsorganisation schätzt, dass weltweit jeder fünfte Mensch im Verlauf des Lebens mindestens einmal an einer klinisch relevanten depressiven Störung leidet, wohingegen andere Studien sogar von 30 bis 40 Prozent ausgehen (vgl. deGruy et al. 2007, 3).

Die **Altersgruppe** der über 65jährigen weist im Vergleich zur Gesamtbevölkerung insgesamt keine wesentlichen Besonderheiten auf. Auch hier schätzt die Bundesregierung, dass jeder Zehnte innerhalb eines Jahres von einer depressiven Episode betroffen ist (vgl. BMFSFJ 2010, 169 und Wolfersdorf und Schüler 2005, 11). Im Vordergrund stehen dabei in erster Linie leichtere und mittelschwere Formen der Depression (vgl. Wolfersdorf und Schüler 2005, 14). Allerdings korreliert die Depressionsrate stark mit dem Kontext der Untersuchung. Ältere Menschen mit chronischen Gesundheitsproblemen

(Tabelle 3) oder Patienten, die ins Krankenhaus kommen leiden zu etwa 40 Prozent unter Depressionen (vgl. Lützenkirchen 2008, 32). Daneben leiden Menschen mit mindestens drei chronischen Erkrankungen (Multimorbidität) in der Berliner Altersstudie zu 36,8 Prozent auch an einer Depression (vgl. Borchelt et al. 2010, 477).

Tabelle 3: Depressive Störungen in Verbindung körperlicher Erkrankungen

Erkrankung	Depressionshäufigkeit (%)	Erkrankung	Depressionshäufigkeit (%)
Myocardinfarkt	20	HIV	20 – 30
Zerebraler Insult	30 – 50	Multiple Sklerose	30 – 50
Krebserkrankungen	30 – 50	Demenz	40
Morbus Parkinson	20 – 30	Chronisches Nierenversagen	20 – 30
(Arolt und Rothermundt 2003)			

Nach epidemiologischen Befunden **dauert** eine depressive Episode in der Regel 13 Wochen. Für ein Drittel der Betroffenen bleibt die Erkrankung einmalig, während ein weiteres Drittel wiederholt Episoden erleidet und das andere Drittel entweder chronisch an Depressionen erkrankt oder zumindest nicht vollständig gesundet (vgl. Wittchen et al. 2000, 5).

In der Prävalenz depressiver Erkrankungen zeigen sich deutliche **Geschlechterdifferenzen**. Bei älteren Frauen werden Depressionen doppelt so häufig diagnostiziert wie bei gleichaltrigen Männern. Erst ab einem Alter von mindestens 70 mildert sich dieser Unterschied allmählich, wobei bislang fehlende Längsschnittstudien die Sicherheit dieser Erkenntnis limitieren (vgl. Adam 1998, 259). Erklärungen könnten jedoch sein, dass ältere (alleinstehende, verwitwete) Frauen generell häufiger von Einkommensarmut und eventuell von geringerer Selbstwirksamkeit, bedingt durch eine brüchige Erwerbsbiografie, betroffen sind. Gleichzeitig sind Frauen aber auch eher dazu bereit ihre Gefühlslage zu offenbaren und geben potentiellen Helfern somit erst einen Anlass, Depressionen zu vermuten (vgl. Lützenkirchen 2008, 34f). Bemerkenswert ist in diesem Zusammenhang die 13fach erhöhte Nachsterbensrate der Männer gegenüber Frauen nach dem Tod eines Lebenspartners. Als Erklärung wird die geringer ausgeprägte soziale Kompetenz gesehen, die es Männern erschwert, neue sinnstiftende Beziehungen einzugehen (vgl. Wolfersdorf und Schüler 2005, 143).

Vermutet wird, dass die Prävalenz depressiver Erkrankungen insgesamt zunehmen wird. Die WHO schätzt, dass im Jahr 2020 die Depression die zweithäufigste Krankheit nach der ischämischen Herzkrankheit (Verkalkung der Herzkranzgefäße) sein wird (vgl. BMFSFJ 2006, 29). Letztlich werden auch demografische Zusammenhänge für eine höhere Depressionsrate sorgen, da sich mit einer auswei-

tenden Lebensspanne schlicht die Wahrscheinlichkeit erhöht, an einer depressiven Episode zu erkranken.

2.2.3 Depressive Erkrankungen und altersspezifische Korrelate

Zunächst ist festzustellen, dass es, wie es nicht „die Depression“ auch nicht „die Depression im Alter“ gibt. Die hohe **Vielfalt** unterschiedlicher Erkrankungsformen gebietet daher von „Depression“ immer im Plural zu reden: „Depressionen, depressive Syndrome, depressive Episoden“ (vgl. Wolfersdorf und Schüler 2005, 29). Zwar steigt die Wahrscheinlichkeit mit zunehmendem Alter, auch an depressiven Syndromen zu erkranken und in der Altersgruppe der über 65jährigen sind sie die häufigsten psychischen Störungen, dennoch, Depressionen nehmen mit dem Alter nicht zu. Zuletzt kam in Deutschland die großangelegte Berliner Altersstudie zu dem Schluss, dass Alter keine Depressionen auslöst (vgl. Helmchen et al. 2010, 209). Daher ist depressiv zu sein auch nicht typisch für Ältere. Primär hat die Erkrankung nichts mit dem Alter zu tun (vgl. Wolfersdorf und Schüler 2005, 29).

Begrifflichkeiten wie Jammerdepression, Altersdepression oder Spätdepression sind daher deplatziert und entstammen eher unreflektierten Alltagssituationen. Sie implizieren, dass es sich um symptomatisch eigenständige Depressionserkrankungen handelt, sie kommen aber weder in der ICD-10 noch in der DSM-IV vor und sind daher unangemessen (vgl. BMFSFJ 2010, 170). Auch für ältere Menschen haben sich die folgenden Bezeichnungen etabliert: „unipolare depressive Episode, depressive Episode bei rezidivierender depressiver Störung, depressive Episode bei bipolarer affektiver Störung, die Dysthymia als lang anhaltende depressive Störung und die Anpassungsstörung.“ (Wolfersdorf und Schüler 2005, 33). Spezifisch für die Gruppe ältere depressiver Menschen ist allerdings, dass sie selbst **fehlerhafte Altersbilder** und Defizitmodelle verinnerlicht haben. Teilweise fragen sie selbst: „Was soll im Alter noch freuen?“ und leisten damit wiederum Vorschub für den Begriff: „Jammerdepression“ (vgl. Wolfersdorf und Schüler 2005, 20).

Dies zeigt sich ebenfalls in der **affektiven Symptomatik** depressiver Episoden bei älteren Menschen. Betroffene sind weniger herabgestimmt, sondern eher abweisend oder freundlich überangepasst. Sie neigen zu ängstlicher Klagsamkeit in Hinblick auf körperbezogene Sorgen und leiden vor allem unter dem Gefühl, am Ende ihres Lebens nichts vorweisen zu können (vgl. Wolfersdorf und Schüler 2005, 24). Biografische Aspekte können auch Kriegserinnerungen, der Verlust des Elternhauses oder die „Beraubung“ einer unbeschwerten Kindheit und Jugend sein. Manchmal manifestiert sich auch das Gefühl, schon beeinträchtigt in dieses Leben gekommen zu sein. Weiterhin drehen sich ihre episodendauernden Gedanken um Verarmung oder Sorgen über die Kinder und den Verlust der Autonomie (vgl. Wolfersdorf und Schüler 2005, 42). Mit steigendem Alter nimmt die Individualität jedes Menschen zu, was sich in der **Symptomatik** depressiver Erkrankungen widerspiegelt. Sie entwickeln

zusätzlich zu den bekannten Symptomen ganz eigene biografietytische Ausdrucksformen: „Die depressiven Episoden gestalten sich bunter.“ (Wolfersdorf und Schüler 2005, 29). Dazu kommt, wie im vorherigen Abschnitt dargestellt, dass im höheren Lebensalter depressive Syndrome häufig mit zusätzlichen Erkrankungen interagieren und sich gegenseitig bedingen (vgl. ebd., 30).

Die Berliner Altersstudie hat überdies herausgefunden, dass bei alten Menschen **Minore Depressionen** mit weniger eindeutigen Symptomen drei Mal so häufig auftreten wie bei der Allgemeinbevölkerung. Da sie klinisch als weniger relevant eingeschätzt wird, ist die depressive Erkrankung in diesen Fällen sehr schwer zu diagnostizieren. Sie bleibt also häufig unbehandelt und kann mit zunehmender Dauer zu Invalidität, eingeschränktem psychosozialem Lebensraum, erhöhtem Pflegebedarf, hohem Konsum an Psychopharmaka und zum Teil auch zu Alkoholabhängigkeit führen. Häufig steht im Ergebnis doch eine deutlich diagnostizierbare depressive Erkrankung (vgl. Wolfersdorf und Schüler 2005, 33).

Es gibt zwar die Vermutung, dass **negative Lebensereignisse** und problematische psychosoziale Lebensereignisse das Auftreten depressiver Episoden begünstigen, aber bisher steht der Nachweis über kausale Verknüpfungen aus. Das bedeutet auch, dass die besondere psychosoziale Situation älterer Menschen im ICD-10 keine Berücksichtigung findet. Tatsächlich existiert jedoch eine Tendenz zu einer längeren Erkrankungsdauer, wenn eine körperliche Komorbidität existiert und die Wahrscheinlichkeit ist höher, dass eine vollständige Remission (dauerhaftes Nachlassen der Symptome) abnimmt. Das hängt auch damit zusammen, dass ältere Menschen eine Veränderung ihrer „Leidenssituation“ als weniger möglich einschätzen als Jüngere. In diesem Zuge können Hoffnungslosigkeit und Suizidalität zunehmen (vgl. Wolfersdorf und Schüler 2005, 32f).

Verhältnismäßig typisch für depressive Episoden im Alter ist die Form der **Larvierten Depression**. Hier versteckt sich die Symptomatik hinter einer „Larve“ (Maske), die sich häufig in Form von körperlichen Beschwerden zeigt. Die somatischen Beschwerden sind dann ein Zeichen einer Reaktivierung unverarbeiteter innerseelischer Konflikte, die nur schwer als solche zu erkennen sind (Tabelle 4), da ältere Menschen ohnehin häufig an zusätzlichen Krankheiten leiden (vgl. Wolfersdorf und Schüler 2005, 33).

Tabelle 4: Besonderheiten in der Symptomatik bei Multimorbidität

- Hervortreten der depressiven Herabgestimmtheit in Form von Erstarrtheit, Mitteilungen der Empfindungen des Klienten nur auf Nachfrage hin
- Einstellen eines „Gefühls der Gefühlslosigkeit“
- Kein direktes Aussprechen des Gefühls der Freudlosigkeit, Offenbarung der Gefühlslage durch Klagen über allgemeine und nicht veränderbare Tatsachen oder körperliche Defizite
- Neigung zu ängstlicher Klagsamkeit oder zu apathischen Rückzug
- Überbewertung der körperbezogenen Beschwerden und der damit verbundenen Einschränkungen
- Überdauern der körperlichen Symptomatik der Depression über den Zeitraum der depressiven Episode hinaus
- Bei Ersterkrankung im höheren Lebensalter vermehrtes Auftreten depressiver Wahnvorstellungen oder akustischer Halluzinationen
- Vermehrtes direktes oder indirektes selbstdestruktives Verhalten (z.B. Nahrungsverweigerung)
- Vermischung der Symptome von Depression und Demenz

(Lützenkirchen 2008, 32f)

2.2.4 Erklärungsansätze zur Entstehung von Depressionen im Alter

Generell kann nicht von einer **alleinigen Ursache** für die Entstehung von Depressionen gesprochen werden. Gemeinhin wird aber davon ausgegangen, dass einschneidende Verluste bzw. komplexe belastende Lebensereignisse als Auslöser wirken (Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend 2011, 168 und Lützenkirchen 2008, 25). Untersuchungen zeigen ebenfalls, dass zusätzlich zu den persönlichen und sozialen auch genetische sowie biologische Faktoren eine Rolle spielen. Letztlich vollziehen sich bei einer Erkrankung immer auch biochemische Veränderungen. Dementsprechend muss bei der Entstehung von Depressionen ein Bio-Psycho-Soziales Erklärungsmuster berücksichtigt werden (vgl. Wolfersdorf und Schüler 2005, 36).

Typische psychische Depressionsauslöser sind erlebte oder drohende Beziehungsverluste, sowie andere einschneidende Lebensereignisse, die durch verschiedene psychologische Theorien unterschiedlich interpretiert werden. **Psychoanalytische Erklärungsmodelle** gehen davon aus, dass die Ursachen der Depressionsentstehung in einer zu hohen Abhängigkeit von den Eltern oder in einer zu frühen Selbstständigkeit liegen. Das Bedürfnis nach Pflege und Schutz in der „oralen Phase“ des Kindes wurde dementsprechend übermäßig oder gar nicht befriedigt, was sich in der Entwicklung eines labilen Selbstwertgefühls ausdrückt. Verlusterlebnisse und veränderte Lebenssituationen stellen die Betroffenen daraufhin vor existentielle Bewältigungsaufgaben, die sie nicht lösen können (vgl. Lützenkirchen 2008, 26 und Wolfersdorf und Schüler 2005, 38).

In der **Lerntheorie** wird davon ausgegangen, dass verhaltensfördernde Belohnungen ausbleiben und die Betroffenen sich daraufhin positiver Verhaltensweisen entwöhnen und depressive Erlebens- und Verhaltensstile entwickeln. Wenn sich Verluste wie der Tod des Partners oder die Berentung einstel-

len ist es für Menschen, die bereits entsprechende Verhaltensstile ausgebildet haben noch schwieriger, konstruktive Einstellungen aufrecht zu erhalten. Die Folge ist dann ein sehr schwer zu durchbrechender Teufelskreis, der zu immer weniger Verstärkung führt (vgl. Lützenkirchen 2008, 27).

Ähnlich verhält es sich mit der **Kognitionstheorie**, nach der Erfahrungen aus vielen schlechten Beziehungen den Selbstwert zusammenbrechen lassen und negativen Denkmustern zur Folge haben. In der Theorie der erlernten Hilflosigkeit werden Menschen dann depressiv, wenn sie erwünschte Ziele für nicht zu erreichen und bestimmte negative Konsequenzen für unvermeidlich halten. Misserfolge werden ausschließlich auf die eigene Person zurückgeführt, während Erfolgserlebnisse durch Externalisierung entwertet werden. Positive Bestätigungen bleiben somit aus und Betroffene haben letztlich das Gefühl, keinerlei Kontrolle über ihr Leben zu haben. Sie verlieren auf diese Weise die Motivation für eigene Aktivitäten und geraten schlimmsten Falls in eine „Lähmung des Willens“ (vgl. Seligman 1999, 79-91, Wolfersdorf und Schüler 2005, 37 und Hautzinger 2000, 35).

Bestandteil vieler Erklärungsansätze zur Depressionsentstehung sind **depressogene Wirkfaktoren** die eine Erkrankung begünstigen. Die wichtigsten sozialen Einflussgrößen sind geringes Einkommen, finanzielle Belastungen, schlecht empfundene Wohnbedingungen, geringe Bildung, niedrige Sozialschicht, kritische Lebensereignisse, schlechter allgemeiner Gesundheitszustand und geringe soziale Unterstützung. Daneben werden Persönlichkeitswirkfaktoren, wie geringes Selbstwertgefühl, hohe emotionale Labilität, Alltagsbelastungen, früher erlebte Depressionen, Anpassung und sozialer Rückzug berücksichtigt (vgl. Adam 1998, 251ff). Dabei steht die sehr unpräzise Kategorisierung stellvertretend für die Herausforderung, jeden Wirkfaktor aus persönlicher und sozialer Sicht zu interpretieren. Tritt zusätzlich zu den genannten Aspekten ein einschneidender Verlust auf, erhöht sich das Depressionsrisiko erheblich. Auf der anderen Seite zeigt sich, dass die stärkste depressionsvermeidende Ressource soziale Unterstützung durch Lebenspartner und Freunde ist (vgl. Lützenkirchen 2008, 28f).

Im Sinne des Bio-Psycho-Sozialen Modells spielen auch **organische und genetische Faktoren** eine wichtige Rolle. Nicht selten treten Depressionen als Begleiter anderer Krankheiten auf. Menschen die an einem Hirntumor, an Morbus Parkinson, Multiple Sklerose oder einer Demenzerkrankung leiden, haben ein erhöhtes Risiko auch an einer Depression zu erkranken. Daneben legen Ergebnisse aus der Zwillingen- und Familienforschung nahe, dass Kinder deren Eltern bereits an Depressionen litten, ein erhöhtes Risiko aufweisen, selbst zu erkranken. Die genetische Disposition bleibt jedoch nur ein Koeffizient, der immer in Verbindung mit anderen Wirkfaktoren auftritt (vgl. Lützenkirchen 2008, 30). Wahrscheinlich ist, dass belastende Umweltfaktoren, die zusätzlich zu einer genetischen Veranlagung wirken, hirnrorganische Veränderungen auslösen, die sich in Störungen der Reizübertragung wieder spiegeln. Die Hirnforschung beobachtet dabei einen Mangel der Transmitter Noradrenalin und Sero-

tonin und schlussfolgert, dass Erfahrungen die Funktionen des Gehirns verändern können (vgl. Bauer 2002, 95f und Wolfersdorf und Schüler 2005, 29).

Das **Alter** selbst ist, wie bereits dargestellt, kein signifikanter Wirkfaktor bei der Depressionsgenese. Zwar liegt die Vermutung nahe, dass mit zunehmendem Alter auch die Belastungen durch Verluste zunehmen, doch gleichzeitig bedeutet ein höheres Lebensalter in der Regel auch gestiegene Problemlösungskompetenzen (Kompensationsmodell), die vor einer Erkrankung schützen (vgl. BMFSFJ 2010, 168). Dennoch können zahlreiche Bedingungen depressionsauslösende Faktoren darstellen (Tabelle 5). Ältere Menschen sehen sich konfrontiert mit dem Ende ihrer Erwerbsbiografie und gleichzeitig mit ideellen Altersbildern eines „erfolgreichen Alterns“. Dabei gilt es zu bedenken, dass es zwar somatische Präventionsprogramme zu Ernährung oder auch Bewegung gibt, aber die Planung einer psychosozial befriedigenden Existenz im Alter ist weniger möglich. Besonders Frauen, die im Verhältnis zu Männern wesentlich häufiger von Altersarmut betroffen sind, weisen hier eine erhöhte Vulnerabilität auf (vgl. Wolfersdorf und Schüler 2005, 43).

Tabelle 5: Häufige depressionsauslösende Bedingungen

- Verlust von wichtigen Bezugspersonen (z.B. Gefahr unzureichender Trauerarbeit)
- Verlust von Bekannten- und Freundeskreis (z.B. durch Tod, Umzug in Heim)
- Verlust von Gewohnheiten in Haushalt, Wohnen, Arbeit Freizeit, Umfeld (z.B. Heim, Rente)
- Abschied von Lebenskonzepten (Bsp. Vom mittleren Lebensabschnitt mit Erwerbsarbeit)
- Nachlassen bzw. Verlust körperlicher Funktionstüchtigkeit und Selbstverfügbarkeit (Bsp. Rheuma)
- Angst vor „Altwerden/Alstsein“ als Angst vor Autonomieverlust, Abhängigkeit vor letztem Lebensabschnitt
- Objektive materielle Probleme, Wohnungsprobleme, Transportprobleme
- Beziehungsprobleme im höheren Lebensalter (Rollenwechsel: pflegebedürftiger Partner, Überforderung mit Kindern)

(vgl. Wolfersdorf und Schüler 2005, 41)

Ein Aspekt, der bei der Depressionsgenese zunehmend in den Fokus rückt, ist die gesamtgesellschaftliche Ausrichtung hin zur **Leistungsgesellschaft**. Dieser politische Kurs führt laut Ehrenberg (2008) zur Schwächung von sozialen Bindungen und zunehmender Privatisierung. Das Individuum befindet sich in einer permanenten Bewegung, welche bei einer Vielzahl von Menschen in einen Orientierungsverlust mündet. Die Norm heißt in diesem Zusammenhang, dass alle eine originäre Identität entwickeln und sich selbst verwirklichen sollen. Der Begriff Leistungsgesellschaft legt jedoch nahe, dass es hier weniger um die persönliche Freiheit, als um die Ausbildung von ökonomischer Konkurrenz geht. Ehrenberg (2008) schlussfolgert, dass die Depression eine „Krankheit der Verantwortlichkeit“ ist. „Der Depressive ist nicht voll auf der Höhe, er ist erschöpft von der Anstrengung, er selbst werden zu müssen.“ (Ehrenberg 2008, 15). Dieser Lesart zu Folge beginnt die „Karriere“ der Depression mit der zunehmenden Eigenverantwortung eines jeden Einzelnen. Besonders ältere Menschen können dem

Ideal ständiger Aktivität nicht entsprechen, da sie durch Berentung aus dem Erwerbsleben ausscheiden und dem Wertestandard der Leistungsgesellschaft nicht mehr gerecht werden können (vgl. Lützenkirchen 2008, 42).

Dieser Zustand kumuliert sich letztlich durch den Zusammenbruch **traditioneller Familienstrukturen**. Die Unterstützungsleisten, die ehemals durch den klassischen Familienverbund geboten wurden, sind durch erwerbsarbeitsbedingte Mobilität und demografische Veränderungen zum Teil weggefallen oder durch professionelle Dienstleistungen ersetzt. „Viele ältere depressive Menschen leben allein und müssen sich selbst versorgen.“ (Wolfersdorf und Schüler 2005, 165).

2.3 Versorgungsansätze für depressive ältere Menschen

Ungefähr 50 Prozent der Menschen mit schweren Depressionen wurden ausschließlich von Allgemeinmedizinerinnen oder anderen somatischen Ärzten behandelt. Über zwei Drittel der Menschen mit einer psychiatrischen oder psychosomatischen Diagnose gehen nur zu Hausärzten oder anderen Ärzten ohne psychiatrische Spezialisierungen. Nur ein Drittel sucht einen Psychiater auf oder beginnt gar eine längere Therapie in der Sekundärversorgung (vgl. Wolfersdorf und Schüler 2005, 146 und Wittchen et al. 2000, 75). Daneben können Allgemeinmediziner auch auf psychotherapeutische Behandlungsoptionen zurückgreifen. Erfolgversprechend ist beispielsweise die Kognitive Therapie, deren Ziel die Bewusstmachung der konflikthafter sozialen und personellen Ursachen und die konsequente Bearbeitung der negativen Affekte ist (vgl. Wolfersdorf und Schüler 2005, 148). Die Behandlung von Depressionen beinhaltet in der Regel auch soziotherapeutische Interventionen, die vor allem das soziale Umfeld mit einbezieht. Zentrale Prinzipien aller präventiven sowie therapeutischen-pflegerischen und rehabilitativen Bemühungen sind dabei: Die Gemeindenähe, der möglichst lange Erhalt der häuslichen Umgebung, ein weitgehend selbstbestimmtes Leben in der eigenen Wohnung und die gegebenenfalls in der eigenen Familie gesicherte Lebensqualität des Betroffenen (vgl. Wolfersdorf und Schüler 2005, 6).

2.3.1 Depressive Erkrankungen in der hausärztlichen Versorgung

„Hausarztpraxen haben eine erhebliche Verantwortung für eine umfassende Diagnostik und wirksame Behandlung von [...] depressiven Erkrankungen.“ (deGruy et al. 2007, 3). Sie nehmen in Deutschland sowie in den meisten industrialisierten Ländern eine „**Gatekeeper-Funktion**“ ein. 93 Prozent der über 70jährigen gaben in einer Studie an, einen Hausarzt zu haben, den sie im Schnitt sechsmal im Quartal besuchen. Dadurch ergibt sich der Vorteil, dass die mit einer Stigmatisierung verbundene Schwellenangst beim Hausarzt nur geringfügig vorhanden ist (vgl. Wolfersdorf und Schüler 2005, 143). Das heißt, sie sind in der Regel die erste Anlaufstelle für Menschen mit Krankheitsanzeichen und entscheiden über die erste Diagnostik, weiterführende Differentialdiagnostik, erforderliche

Überweisungen und über die Notwendigkeit einer Therapie (vgl. Wittchen et al. 2000, 72). Aus einer bundesweiten Depressionsstudie von Wittchen et al. (2000) geht hervor, dass 80 Prozent aller Personen mit einer Depressionserkrankung ihre Symptome auch ihrem Allgemeinmediziner gegenüber geäußert haben. „Der Hausarzt ist fraglos eine zentrale Integrations- und Schaltstelle für [...] diagnostische und behandlungsbezogene Aspekte.“ (ebd., 73). Diese Verantwortung ist besonders hervorzuheben, da Fehldiagnosen die Prognosen für andere chronische Krankheiten verschlechtern, unnötige teure medizinische Dienste beanspruchen und letztlich die Lebensqualität der Betroffenen entscheidend einschränken (vgl. deGruy et al. 2007, 5).

Ein hoher Anteil von geschätzten 50 Prozent der Depressionserkrankungen bleibt in der Hausarztpraxis. Zum einen, weil die Betroffenen die bestehende Beziehung sehr schätzen und zum anderen, weil die Diagnosestandards und Fragebögen sowie die medikamentösen und psychologischen Interventionen zunehmend besser auf die **allgemeinmedizinische Praxis** hin ausgerichtet sind. Durch die oft langjährige Beziehung zwischen Patienten und Hausarztpraxis ergibt sich zudem der Vorteil, dass Veränderungen in der Persönlichkeit kontinuierlich wahrgenommen werden (vgl. Wolfersdorf und Schüler 2005, 146). Ohnehin ist nicht davon auszugehen, dass die psychotherapeutische und psychologische Therapieversorgung alle depressiv erkrankten Menschen aufnehmen könnte (vgl. Wittchen et al. 2000, 74f). Die häufigsten Interventionen in diesem Setting sind Beratung und Krisenintervention (62 Prozent), gefolgt von Pharmakotherapie (53 Prozent) und der Verschreibung von Psychotherapie (24 Prozent) (vgl. Wittchen et al. 2000, 76).

Wie die grundsätzliche **Prävalenz** von Depressionen im Alter bereits vermuten lässt, leidet auch in spezifischen Untersuchungen ungefähr jeder zehnte Patient in der allgemeinmedizinischen Praxis an einer klinisch relevanten Depression nach ICD-10-Kriterien (vgl. Wittchen et al. 2000, 76). Andere Studien gehen jedoch davon aus, dass der prozentuale Anteil depressiver Erkrankungen in der hausärztlichen Praxis zwei bis drei Mal so hoch ist wie in der Gesamtbevölkerung (vgl. deGruy et al. 2007, 3). Die geschätzte **Erkennungsrate** von depressiven Erkrankungen in der allgemeinmedizinischen Praxis schwankt zwischen 38,5 Prozent (BMFSFJ 2010, 170) und 50 Prozent (vgl. deGruy et al. 2007, 5 / Wolfersdorf und Schüler 2005, 143 und Bermejo et al. 2002). Meistens handelt es sich dabei um leichte und mittelgradige depressive Episoden, bei denen die Patienten vor allem über Energieverlust, Müdigkeit sowie Abgeschlagenheit klagen. Nur selten sprechen sie über Traurigkeit und Niedergeschlagenheit (vgl. Wittchen et al. 2000, 76). Einige Studien fanden heraus, dass von mehreren hundert Patienten lediglich einer eine Depression als Hauptgrund für den Besuch der hausärztlichen Praxis angab (vgl. deGruy et al. 2007, 7). Menschen in einer Hausarztpraxis liefern generell weniger Anhaltspunkte für eine psychische Erkrankung als in einer psychiatrischen Klinik (vgl. ebd., 10). Die vor-

rangigen Konsultationsgründe (*Tabelle 6*) sind eher körperliche Beschwerden, Schlafstörungen und Schmerzen, was die Diagnostik sehr erschwert (vgl. Wittchen et al. 2000, 77 und Wolfersdorf und Schüler 2005, 20). Diese Somatisierung begründet sich darin, dass die Möglichkeit einer psychischen Erkrankung bei vielen älteren Patienten nicht in Betracht gezogen wird. Sie verbinden Depressionen und eine diesbezügliche Diagnose häufig als **stigmatisierend** und empfinden es dahingehend als abwegig, wegen „Befindlichkeitsstörungen“ zum Arzt zu gehen. Zum Teil reagieren sie sogar feindselig bei der Diagnose einer psychischen Störung (vgl. Wolfersdorf und Schüler 2005, 21 und deGruy et al. 2007, 10). Die Diagnosesicherheit depressiver Episoden fällt entsprechend gering aus. Zwei Drittel der Erkrankten erhalten initiale Fehldiagnosen und nur 50 Prozent der Betroffenen erhalten Studien zufolge eine Depressionsdiagnose (vgl. deGruy et al. 2007, 5). Dennoch sind die meisten Erkrankten, Ärzte und Ärztinnen mit der Behandlung zufrieden und verschenken somit Potentiale in der Wiederherstellung des Wohlbefindens (vgl. ebd.).

Tabelle 6: Somatische und psychosoziale Beschwerden

1. Erschöpfung
2. Schmerzen: Kopf, Rücken, Bauch
3. Schwindel, Schwäche
4. Schlafstörungen
5. Übelkeit, Obstipation
6. Reizdarmsyndrom, chronisches Müdigkeitssyndrom
7. Unvollständige Genese anderer Erkrankungen
8. Gedächtnisstörungen, andere kognitive Störungen
9. Lern- und Konzentrationsstörungen
10. Beziehungsstörungen

(deGruy et al. 2007, 7)

Ein breitgefächertes Screening ist schwer umzusetzen, vielmehr sind Schlüsselfragen (*Tabelle 7*) nach Lebensgewohnheiten verbreitet. Nach deGruy et al. (2007) ist bereits ein mündlicher **Fallfindungstest** aus zwei Fragen zielführend: „Haben Sie sich im letzten Monat öfter unglücklich, niedergeschlagen, bedrückt oder hoffnungslos gefühlt?“ und „Haben Ihre Interessen und Ihre Lebensfreuden im letzten Monat abgenommen?“ (vgl. deGruy et al. 2007, 11). Dieser Test ist international auch unter PHQ-2 oder unter Whooley-Fragen bekannt (vgl. Whooley 1997). Bei positivem Ergebnis sollten dann Instrumente wie der PHQ-9 eingesetzt werden.

Tabelle 7: Schlüsselfragen in der Hausarztpraxis

- Können Sie sich noch freuen, können Sie Entscheidungen treffen,
- besteht noch Interesse an früher interessierenden Hobbys, am Beruf, der Familie,
- fühlen Sie sich oft angeschlagen, schlapp, müde, innerlich unruhig,
- haben Sie Schwierigkeiten sich zu konzentrieren,
- leiden Sie unter Grübeln, Schlafstörungen, Appetitstörungen, Gewichtsabnahme,
- beobachten Sie ein nachlassendes Gedächtnis,
- empfinden Sie eine Sinnlosigkeit des Lebens?

(Wolfersdorf und Schüler 2005, 147)

Bei der Therapie von Depressionen stehen in der Hausarztpraxis Medikamente im Vordergrund. Selten verwendet dabei Phytopharmaka wie Johanniskraut und trizyklische Antidepressiva, da sie ent-

weder keinen nachweisbaren Effekt haben oder durch viele Nebenwirkungen aufgefallen sind. Meistens werden **selektive Serotoninwiederaufnahmehemmer (SSRI)** und Monoaminoxidasehemmer verwendet, da das Zusammenspiel von Wirkungen und Nebenwirkungen als am günstigsten eingestuft wird. Interessant in diesem Zusammenhang ist, dass 30 Prozent der verschriebenen Medikamente gar nicht eingenommen werden und 93 Prozent der Medikamente nicht der Verschreibung entsprechend verwendet werden (vgl. Pödlinger und Gerhard 1992 in Wolfersdorf und Schüler 2005, 147).

2.3.2 Therapeutische Interventionsansätze

Therapeutische Interventionen verfolgen **zentrale Ziele**. Sie möchten zur Symptombesserung beitragen, den Patienten dazu befähigen frühere Tätigkeiten auszuüben, die Beziehungsfähigkeit in Partnerschaft, Familie und Umfeld verbessern, die Einsicht über depressionsfördernde Verhaltensweisen in sozialen Situationen herstellen, um davon ausgehend eine Veränderungsbereitschaft zu erzeugen, die Suizidgefährdung vermindern und Hoffnung vermitteln. Weiterhin möchte eine Therapie, dass Wiederauftreten neuer Krankheitsphasen verhindern sowie letztlich die Entwicklung der Person in Hinsicht auf Humor, Leidensfähigkeit, Einsichtsfähigkeit, Vertrauen in die eigene Leistungsfähigkeit und Autonomie weiterentwickeln (vgl. Wolfersdorf und Schüler 2005, 126). Dabei muss betont werden, dass depressive Symptome bis in das höchste Lebensalter therapierbar sind. „Gegenteilige Überzeugungen sind als das Ergebnis undifferenzierter, eben nicht an empirischen Befunden orientierter Altersbilder zurückzuweisen.“ (BMFSFJ 2010, 170).

Insgesamt stehen für die Behandlung von Depressionserkrankungen drei Therapiezugänge zur Verfügung, die im Folgenden kurz skizziert werden sollen. Die **Biologische Therapie** umfasst die Verabreichung von Antidepressiva über Licht- und Wochtherapie bis hin zu Sport und Bewegung. Daneben existiert die **Psychotherapie**, die Einzel- und Gruppenangebote, aber auch Selbstsicherheitstrainings beinhaltet und die **Soziotherapie**, die Sozialarbeit, Angehörigengruppen und Ergotherapie miteinschließt (vgl. Wolfersdorf und Schüler 2005, 127). Diese Behandlungsansätze schließen sich gegenseitig nicht aus. Sie sind vielmehr als das Resultat verschiedener Zugänge zu sehen, die sich in ihren Interventionsformen oftmals überschneiden. Beispielsweise ist das Kernelement jeder Therapieform die Beziehungsqualität zwischen Behandelnden und den Behandelten.

Auch die **Pharmakotherapie** selbst ist meistens ein Baustein in der Therapieplanung. Zum Einsatz kommen aufgrund der vergleichsweise geringen Nebenwirkungen vor allem die bereits erwähnten Serotoninwiederaufnahmehemmer (SSRI) und Monoaminoxidasehemmer (MAO-Hemmer). Sie helfen dabei die richtige Balance der sogenannten Neurotransmitter herzustellen, die bei Menschen mit einem depressiven Syndrom gestört ist (vgl. Unützer et al., 2004, 24). Sehr wichtig ist dabei, dass die

Medikamente nicht sofort, sondern langsam nach der Symptomverbesserung abgesetzt werden, da ansonsten ein Rückfall möglich ist. Die Wahrscheinlichkeit dafür liegt nach einer depressiven Episode bei 50 Prozent, nach zwei aufgetretenen Episoden bei 70 und nach drei Episoden sogar bei 90 Prozent (vgl. Unützer et al., 2004, 21). Antidepressiva führen zu schnellen Erfolgen in der Behandlung von Depressionen, ihre Wirkung ist jedoch in der Regel nicht von Dauer, weswegen ein Behandlungskonzept immer auch sozio- und psychotherapeutische Maßnahmen beinhalten sollte (vgl. Lützenkirchen 2008, 49). Ein weiterer Grund für die Betonung nichtpharmakologischer Behandlungsformen ist die Tatsache, dass die zur Verfügung stehenden Medikamente und Leitlinien nicht für den Organismus älterer Menschen entwickelt wurden und die Wirkung stärker oder weniger stark ausfallen kann. Außerdem nehmen alte Menschen aufgrund weiterer Krankheiten (Multimorbidität) häufig zusätzliche Medikamente, was zu unvorhersehbaren Wechsel- und Nebenwirkungen führen kann (vgl. Lützenkirchen 2008, 50). Die Pharmakotherapie mit dieser Zielgruppe gebietet also den möglichst vorsichtigen Einsatz von Medikamenten in Verbindung mit einer zurückhaltenden Dosierung.

Die **Psychotherapie** ist in dieser Hinsicht eine sicherere Therapieform. Sie beinhaltet tiefenpsychologisch-psychoanalytische und verhaltenstherapeutisch-kognitive Verfahren, die in Deutschland kasernenrechnungsfähige Richtlinienverfahren sind. Dazu kommen Gesprächspsychotherapie, Gestalttherapie, Systemische Therapie sowie kreative Angebote und Entspannungsverfahren, die meist in stationären Zusammenhängen Anwendung finden (vgl. Lützenkirchen 2008, 44). Als prominentester Vertreter neben der psychoanalytischen Langzeittherapie und der Interpersonellen Therapie gilt die auch bei älteren Menschen positiv evaluierte **Kognitive Verhaltenstherapie**. Das Ziel ist hier die Revidierung einseitig-negativer Denk- oder Bewertungsmuster über das eigene Leben im Alter (vgl. BMSFSJ 2010, 168). Wie die anderen umfasst auch diese Form der Therapie zunächst die Diagnostik der Symptome, um davon ausgehend eine vierstufige Intervention zu entwickeln (vgl. Lützenkirchen 2008, 44). Zunächst werden die Erkrankten dazu ermutigt, wohltuende Aktivitäten wiederaufzunehmen. Beispielsweise sollen soziale Kontakte wiederbelebt werden, damit der Aktionsradius erweitert wird und bestenfalls ein unterstützendes soziales Netz entstehen kann. Gleichzeitig sollen in der zweiten Phase negative, selbstabwertende Gedanken von den Betroffenen mit Hilfe der Therapeuten erkannt, überprüft und widerlegt werden. Nach dem gleichen Prinzip sollen in der dritten Phase unrealistische Gedankengänge korrigiert werden, die andernfalls negative Auswirkungen auf den an Depression erkrankten Menschen haben. Die letzte Phase dient der Einübung dieser Reframingtechniken. Diese gedankliche Umstrukturierung wird in der kognitiven Therapie begleitet durch Rollenspiele und Trainings zum Aufbau sozialer Kompetenzen. Diese Form der Behandlung wirkt bei mehr als der Hälfte der Betroffenen. Insgesamt verschwinden die depressiven Symptome, die Patienten sind optimistischer und gelangen wieder zu einem erheblich gesteigerten Selbstwertgefühl, das sie

vor weiterer Resignation schützt (vgl. ebd., 45). Daran anknüpfende Konzepte sind zahlreich. Beispielhaft sei noch das Kognitiv-verhaltenstherapeutische-Gruppenprogramm nach Hautzinger (2000) genannt, welches durch die Unterstützung und Solidarität anderer Betroffener sowie durch die gezielte Förderung vorhandener Fähigkeiten im Alltag, eine Bewältigung der besonderen Lebensveränderungen und Belastungen ermöglichen soll (vgl. Hautzinger 2000, 31).

Ein noch stärkeres Gewicht nehmen soziale Beziehungen in der **Interpersonellen Psychotherapie** ein. Hier wird davon ausgegangen, dass die wesentlichen Problemlagen depressiver alter Menschen im Verhältnis zu deren Mitmenschen bestehen. Also versucht sie mit dem Klienten konkrete Konfliktlösungsstrategien für die Kommunikation mit anderen Menschen zu entwickeln (vgl. Lützenkirchen 2008, 47). Ähnliches versucht die **psychoanalytische** Variante der Interpersonellen Therapie, die jedoch weniger die konkreten Beziehungen bearbeitet als an Themen wie Trauer oder beruflichen wie auch räumlichen Veränderungen. Sie versucht durch die Aufarbeitung dieser Themen die Reflexion beziehungshemmender Faktoren zu erreichen und damit den Aufbau und die Wiederaufnahme von Beziehungen zu ermöglichen (vgl. ebd. 48).

In manchen Fällen ist ein direktes Umdenken für depressive alte Klienten, wie es in kognitiven Therapien gefordert wird, nicht möglich. Diesen kann mit einer **Psychoanalytischen Langzeitbehandlung** zumindest eine korrigierende positive Erfahrung mit der therapeutischen Fachkraft ermöglicht werden (vgl. Lützenkirchen 2008, 47). Psychotherapeutische Interventionsformen werden in der Literatur jedoch als am wirksamsten eingeschätzt (vgl. ebd. 44, Hautzinger 2000, 45 und BMFSFJ 2010, 168).

Dennoch wird die psychotherapeutische Versorgung dem **Behandlungsbedarf** älterer depressionserkrankter Menschen nicht gerecht. Ein großer Anteil der über 60jährigen hat keinen Zugang zu einer entsprechenden Behandlung und die Wahrscheinlichkeit von einer Psychotherapie zu profitieren nimmt mit zunehmendem Alter deutlich ab. „Während die 60- bis 69-Jährigen mit einem Anteil von etwa 5,2 Prozent an der Gesamtheit aller Patientinnen und Patienten in Deutschland bereits deutlich unterrepräsentiert sind, weist der Anteil der Gruppe der über 70-Jährigen mit etwa 1,3 Prozent ein deutliches Versorgungsdefizit aus.“ (BMFSFJ 2010, 167). Ursachen hierfür sind ebenfalls in fehlerhaften normativen Rollenzuschreibungen zu sehen. Das „[...] eklatante Unwissen über die psychosoziale Situation alter Menschen [...]“ kann dabei sogar zu der Einschätzung führen, dass sich eine Therapie geschäftsschädigend auswirkt (vgl. Hautzinger 2000, 41).

Neben der Psychotherapie in all ihren Ausrichtungen existiert die **Soziotherapie**, die entweder als eigenständige Hilfe oder als unterstützende Maßnahme in einer Gesamttherapieplanung eingesetzt

wird. Gemeinhin gilt es als gesichert, dass soziotherapeutische Maßnahmen unerlässlich für eine erfolgversprechende Behandlung depressiver Erkrankungen im Alter sind (vgl. Wolfersdorf und Schüler 2005, 163). Eine klare Definition des Begriffs Soziotherapie existiert allerdings nicht. Vielmehr handelt es sich hierbei um einen Sammelbegriff für Methoden, bei denen sich Betroffene mit ihrer Umwelt auseinandersetzen. Die Interventionsformen sind ausgesprochen vielfältig und daher überschneiden sich nicht selten, die verschiedenen soziotherapeutischen bzw. sozialtherapeutischen, psychotherapeutischen und pflegerische Maßnahmen (vgl. Lützenkirchen 2008, 48), die im anschließenden Kapitel eine nähere Beleuchtung erfahren sollen. Es gibt jedoch zwei klare Inklusionskriterien. Erstens sollen soziotherapeutische Maßnahmen Fähigkeiten entwickeln oder wiederherstellen, die die Betroffenen dazu befähigen, ein eigenverantwortliches Leben zu führen und zweitens ist der Miteinbezug des sozialen Umfelds definitionsstiftend (vgl. ebd.).

Daher ist schulenübergreifend allen therapeutischen Ansätzen die Forderung vorweg gestellt, dass die entsprechenden Fachkräfte **zentrale Grundprinzipien** verinnerlichen. Es dreht sich bei älteren depressiven Menschen immer um multiple Problemlagen, die nicht monokausal in den Griff zu bekommen sind. Eine umfassende Kenntnis über Phänomene des Alterns und eine eigene Reflexion über dieses Thema ist somit unabdinglich. Minimale Interventionen haben Vorrang, da sie realistischere Erwartungshaltungen transportieren und die Eigenständigkeit der Adressaten erhalten sollen. Darüber hinaus ist der immerwährende Miteinbezug des Umfelds und der Angehörigen zu beachten. Gefordert ist hier unter anderem die Gemeindenähe, damit Unterstützungsleistungen in der direkten Lebenswelt angesiedelt sind. Depressionen zeichnen sich in der Regel durch sozialen Rückzug aus, den es zu durchbrechen gilt. Dies ist gleichzeitig eine Lösungsstrategie die präventiv für spätere Krisen wirken soll (vgl. Hautzinger 2000, 41 und Wolfersdorf und Schüler 2005, 33 und 44).

2.3.3 Soziotherapeutische Maßnahmen und Einrichtungen der Sozialen Arbeit

Wesentlich für den kurz- und langfristigen Verlauf von Depressionen sind individuelle Faktoren, wie beispielsweise das Selbstwertgefühl und umfeldbezogene beziehungsabhängige Einflüsse. Soziotherapeutische Ansätze wie Psychoedukation, klassische Sozialarbeit, Fürsorge und Sozialtrainings sind somit naheliegend. Folgerichtig muss die grundsätzliche Behandlung depressiv erkrankter Menschen das **soziale Umfeld** im Sinne einer systembezogenen Therapie mit einbeziehen. Soziale Arbeit fragt daher immer, welche Möglichkeiten es innerhalb der Familie, der Gemeinde und der Nachbarschaft gibt (vgl. Wolfersdorf und Schüler 2005, 135).

Der obigen Skizze der Charakteristika soziotherapeutischer Maßnahmen folgen **konkrete Aufgabebereiche** der Sozialen Arbeit. Beispielhaft sind die Methoden der Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen einer gerontopsychiatrischen Depressionsstation im Bezirkskrankenhaus Bayreuth, die vier

Schwerpunkte verfolgt: Entpflichtung der Patienten, Einbeziehung von Angehörigen und Umfeld, Beratung und Unterstützung durch die Einrichtungen des lokalen psychosozialen Versorgungsnetzes und die konkrete Vermittlung von Hilfen für die Alltagsbewältigung (vgl. Wolfersdorf und Schüler 2005, 164). Als Voraussetzung für alle weitergehenden Maßnahmen gilt zunächst die soziale Sicherung, die sozialarbeiterische Hilfen bei Versorgung, Wohnen, Finanzen oder auch ein Umzug in ein Altenheim umfasst. Daneben werden die Patienten und Angehörigen in betreuungsrechtlichen und pflegeversicherungsbetreffenden Fragen beraten und beispielsweise bei der Beantragung eines Schwerbehindertenausweises unterstützt. Sie erhalten weiterhin Hilfestellung in der Organisation häuslicher Hilfen und in der Beantragung ambulanter Pflegedienste (vgl. Wolfersdorf und Schüler 2005, 136 und 164).

Wenn das Fundament der Existenzsicherung gegeben ist und möglicherweise bereits dadurch eine Symptomlinderung eingetreten ist, können die erweiterten therapiesichernden Maßnahmen ergriffen werden. Im Falle einer Pharmakotherapie bedeutet dies zunächst die Sicherstellung der Medikamenteneinnahme durch persönliche Beratung oder die Beauftragung des Pflegedienstes und die Beobachtung möglicher therapiehemmender Nebenwirkungen. Schließlich können hieran **Psychoedukative Maßnahmen** anschließen, die auf die Befähigung der Erkrankten ausgerichtet sind. Hierbei gilt es vor allem, die Fähigkeit zu Kontakten mit der sozialen Umwelt wiederherzustellen, damit das eigenständige aber auch das gemeinschaftsbezogene Handeln gefördert wird und eine (Re)Integration in das Umfeld gelingen kann. Depressiv erkrankte ältere Menschen werden über Angebote in der Umgebung informiert, es werden Gruppenangebote vermittelt bzw. entwickelt, Kontakte zu Alteinrichtungen, Seniorentreffs, Sozialpsychiatrischen Diensten, Gesprächskreisen sowie zu Freizeit und Bildungsangeboten vermittelt. Dadurch soll die Passivität einer typischen Depressionserkrankung im Alter überwunden werden und Rückzugs- und Schonverhalten vermieden werden. Es kann auch angezeigt sein, dass Patientinnen und Patienten, für die eine Rückkehr in ihr altes Umfeld nicht gelingen kann, dabei unterstützt werden, ein komplett neues Unterstützungsnetzwerk aufzubauen. Selbsthilfegruppen zum Thema Depression sind aufgrund der Rückzugstendenzen der Betroffenen jedoch eher selten (vgl. ebd., 164f und Lützenkirchen 2008, 48ff).

Zu den Psychoedukativen Maßnahmen der Soziotherapie gehören vor allem Sozialtrainings, die beispielsweise die Kompetenzen in der Selbstversorgung oder im Umgang mit Finanzen stärken sollen (vgl. Wolfersdorf und Schüler 2005, 136). Daneben wird in den soziotherapeutischen Bemühungen der gerontopsychiatrischen Depressionsstation im Bezirkskrankenhaus Bayreuth besonders die Wichtigkeit von **Angehörigengruppen-, Partner- und Familiengesprächen** herausgestellt. Sie dienen der Information über die Erkrankung und damit der Entlastung. Viele Angehörige leiden unter Schuldge-

fühlen und Ratlosigkeit. Sie interpretieren das „Nichtkönnen“ als „Nichtwollen“ und können daher kein Verständnis für die Betroffenen entwickeln. Die gezielte Aufklärung über die depressive Erkrankung und die angestrebte Therapie können diese Belastung abmildern. Dabei können sie gleichzeitig „beauftragt“ werden, für einen erfolgversprechenden Therapieverlauf Sorge zu tragen.

Dazu müssen **zentrale Verhaltensweisen** vermittelt werden. Die Angehörigen müssen im Umgang mit den Erkrankten Realitätsbezogenheit zeigen. Das heißt sie dürfen Probleme nicht entmutigend darstellen, sie dürfen sie aber auch nicht beschönigen. Gleichzeitig muss Offenheit herrschen, Tabuisierungen beispielsweise von Suizidgedanken sind zu vermeiden. Die Angehörigen sollen nicht überbehüten, aber sie sollen auch Appelle vermeiden. Forderungen wie „Reiß Dich doch zusammen!“ können schnell als Schuldzuweisungen verstanden werden. Vielmehr sollte versucht werden eine Einstellung von Akzeptanz zu entwickeln, die jedoch auch Probleme und Hemmnisse im Therapieverlauf erkennt und diese benennt. Dies ist von entscheidender Bedeutung bei der Prävention suizidaler Krisen (vgl. ebd., 166).

Die vorangegangenen Angebote und Maßnahmen der Sozialen Arbeit finden in zahlreichen institutionellen Zusammenhängen statt. Das umfassendste Versorgungs- und Beratungsangebot für depressive ältere Menschen findet sich in **Gerontopsychiatrischen Zentren**. Sie bündeln die psychosozialen Hilfsangebote einer Tagesklinik, eines ambulanten Dienstes sowie einer Altenberatung und können somit unter hoher fachlicher Kompetenz, gemeindenaher Versorgung mit einem hohen Kooperationsgrad anbieten. Mit diesem Ziel versuchen sie zusammen mit allen Betroffenen und der Hausarztpraxis die je spezifischen medizinischen, pflegerischen und psychosozialen Problemlagen zu erfassen, um ein passgenaues Angebot sicherzustellen. Die Teams sind in hohem Maße multiprofessionell und bestehen unter anderem aus Psychiatern, Sozialarbeitern, Ärzten, Psychologen, Alten- und Krankenpflegekräften sowie Physio- und Ergotherapeuten. Diese Zentren haben jedoch bisher nur Modellcharakter und existieren, wie auch die schlankeren **Gerontopsychiatrischen Ambulanzen**, in der Bundesrepublik nur in sehr geringer Zahl (vgl. Lützenkirchen 2008, 53f).

Flächendeckend installiert sind die Sozialpsychiatrischen Dienste, die ebenfalls multiprofessionell mit sozialarbeiterischen, medizinischen und psychologischen Fachkräften besetzt sind. Sie beraten die Erkrankten und Angehörigen vorwiegend in **sozialrechtlichen Versorgungsfragen**, leisten in der Regel aber keine direkte Hilfe. Sie beauftragen beispielsweise Sozialstationen und ambulante Pflegedienste, damit die Betroffenen im Alltag unterstützt werden und in ihrer häuslichen Umgebung bleiben können. Auch hier entstehen ambulante gerontopsychiatrische Dienste, da die Erkenntnis vorliegt, dass ältere Menschen spezielle Hilfe benötigen, doch ihr Ausbau verläuft ebenfalls sehr schleppend (vgl. Lützenkirchen 2008, 54f).

Darüber hinaus existiert eine Vielzahl vereinzelter Angebote, die bei der Versorgung von depressiven älteren Menschen hilfreich sein können. Viele davon haben vermutlich einen konzeptionell niedrigschwelligen Charakter, doch allein der Überblick über die Gesamtheit der Dienstleister ist selbst für „Gesunde“ nur schwer herzustellen. Daher sind viele Fachkräfte der Sozialen Arbeit in **Informations-, Beratungs- und Vermittlungsstellen tätig** und üben eine Verweisungsfunktion aus. Fußend auf einer umfassenden Analyse des Bedarfs versuchen sie passgenaue Angebote und Finanzierungsmöglichkeiten zu vermitteln. Dabei bieten sie auch oft eigene Beratungen beispielsweise zu Krisen oder Wohnungsnotfällen an (vgl. Lützenkirchen 2008, 55f).

2.4 Barrieren in der Versorgung depressiver Erkrankungen im Alter

Von ausschlaggebender Bedeutung in der Versorgung depressiver Episoden im Alter sind die entsprechende Diagnose, die Einleitung einer geeigneten Therapieform und die Compliance der Patientinnen und Patienten. In allen drei Phasen haben sie nach wie vor „[...] mit Stigmatisierungen, mit langer Dauer bis zur Stellung der richtigen Diagnose oder mit einer Verschiebung von Prioritäten zugunsten von körperlichen Erkrankungen.“ zu kämpfen (vgl. deGruy et al. 2007, 6f).

Die Gatekeeper-Funktion der Allgemeinarztpraxis beherbergt einige Schwierigkeiten. Die hohe Erkrankungsvielfalt, heterogene diagnostische Verfahren, die Vielzahl therapeutischer Varianten und die unübersichtliche Versorgungslandschaft bedeuten auch enorm **hohe Qualifikationsanforderungen** an die Hausärztin bzw. den Hausarzt. Gleichzeitig stehen aber nur wenige Minuten pro Patient zur Verfügung, die zusätzlich noch durch strukturelle Barrieren wie Abrechenbarkeit, Budgetierung sowie Überweisungsproblemen überschattet sein können. Darüber hinaus bleibt die Schwierigkeit bestehen, dass die vorliegenden Konsultationsgründe eher **körperliche Beschwerden**, Schlafstörungen und Schmerzen sind (vgl. deGruy et al. 2007, 7), was die Diagnostik sehr erschwert. Eine Überforderung der allgemeinärztlichen Praxis mit der komplexen Depressionserkrankung bei älteren Menschen kann somit leicht eintreten (vgl. Wittchen et al. 2000, 73 und 76).

Ein Grundproblem in der Diagnostik depressiver Episoden ist die stark **erschwerte Kommunikation** mit den Betroffenen. Sie strahlen durch ihre Erkrankung ein „Gefühl der Leere“ aus, die sich in der Hausarztpraxis auch auf die potentiell Helfenden überträgt. Ärztinnen und Ärzte neigen in diesen Fällen dazu, das Verhalten der Erkrankten zu spiegeln und sorgen damit ihrerseits für eine gedämpfte und gedrückte Atmosphäre. Die depressive Stimmung kann sich dadurch perpetuieren und die Untersuchenden fühlen sich zunehmend unwohl (vgl. Lützenkirchen 2008, 37f).

Doch auch wenn veränderte Stimmungslagen der älteren Menschen wahrgenommen werden, führt das nicht automatisch zu einer diesbezüglichen Diagnostik. Viele Ärztinnen und Ärzte erklären sich

die vorgebrachten Veränderungen mit vermeintlich typischen altersbedingten Abbauprozessen und Verlusten: „Wouldn't you be depressed?“ (Wolfersdorf und Schüler 2005, 20), die jedoch wissenschaftlich widerlegt sind (vgl. BMFSFJ 2010, 170). Große Probleme sind somit das fehlende oder fehlerhafte Wissen über die Entwicklung von Menschen in späteren Lebensphasen und eine **mangelnde Reflexion** eigener Einstellungen zum Thema Alter. Wobei zu betonen ist, dass dies kein medizinisches Phänomen ist. Alle Berufsgruppen, die mit älteren depressiven Menschen konfrontiert sind, müssen sich mit diesem Vorwurf auseinandersetzen (vgl. Lützenkirchen 2008, 120ff). Viele potentielle Helfer nehmen an, dass alte Menschen durch verminderte physische Kräfte und etwaige körperliche Erkrankungen sich automatisch sozial zurückziehen und dadurch psychische Beeinträchtigungen erleiden. Depressive Erkrankungen werden somit normalisiert und bleiben unbehandelt. Gleiches gilt für die Betroffenen selbst, die depressive Symptome ebenfalls auf ihr Alter zurückführen (vgl. Lawhorne 2005, 777, Lützenkirchen 2008, 33 und Apesoa-Varano et al. 2010, 592). „Betroffene empfinden sich oft nicht als depressiv, sondern als körperlich krank, Depression wird nicht erkannt, nicht diagnostiziert und nicht behandelt. Die Lebensqualität sinkt und der Leidensdruck steigt.“ (Wolfersdorf und Schüler 2005, 33).

Erneut sei auch auf den Faktor Zeit hingewiesen. Alle professionellen Helfer beklagen in einer Studie von Lützenkirchen (2008) die mangelnde geldlich honorierte **Arbeitszeit** für psychische und soziale Maßnahmen, die dem Wohlergehen der Erkrankten dienen. Besonders die Hausärzte entscheiden sich daher oft allein für die Pharmakotherapie, die jedoch bei schweren depressiven Episoden nur kurzfristig und bei leichten Depressionen meist fehlindiziert ist (vgl. Lützenkirchen 2008, 120). In diesem Zusammenhang wurde auch festgestellt, dass allgemeinärztliche Praxen im täglichen Umgang mit depressiv erkrankten älteren Menschen nur selten nach **Leitlinien** vorgehen, da sie teilweise auch nicht praxistauglich seien. Dies führt dazu, dass Patienten mit einer depressiven Episode häufig zu lange behandelt werden oder aber, dass die Notwendigkeit einer Langzeittherapie übersehen wird (vgl. deGruy et al. 2007, 12). Allerdings sind oft keine passenden Leitlinien vorhanden, da Depressionen nicht selten zusammen mit anderen Krankheiten auftreten. **Komorbid**e **Erkrankungen** wie Adipositas, koronare Herzerkrankungen, Diabetes oder Krebs stehen oft in einer starken Wechselwirkung mit Depressionen. Die eine Erkrankung ist ein Risikofaktor für die Andere und umgekehrt (vgl. deGruy et al. 2007, 8).

Die sogenannte **larvierte Depression** bleibt unentdeckt, wenn die Betroffenen multimorbid sind und die Untersuchenden vom „diagnostischen Eifer“ gepackt werden. Die psychische Situation kann dann in den Hintergrund geraten, weil auch die Patientinnen und Patienten nur berichten, was Diagnostiker hören wollen. Im schlechtesten Fall beginnt damit ein Marathon durch die Praxen verschiedener

Fachärzte, von denen keiner eine angemessene Diagnose stellen kann. Dies resultiert in einer hohen Zahl von Medikamenten und in einer noch höheren Belastung für die Betroffenen. Paradoxerweise steigt jedes Mal die Hemmung eine Depressionsdiagnose zu stellen, da dies schnell zu einer Stigmatisierung und „Ich bilde mir das alles nur ein?“-Reaktion führen kann (vgl. Wolfersdorf und Schüler 2005, 33 und Apesoa-Varano et al. 2010, 594). Ein wesentliches Problem ist überdies, dass Altersmedizin an den Universitäten nicht oder nur unzureichend gelehrt wird. Dies ist eine große Fehlerquelle in der Diagnostik von depressiven Erkrankungen im Alter (vgl. Wolfersdorf und Schüler 2005, 148).

Doch auch wenn ältere Menschen die Diagnose Depression annehmen, sind sie oft nicht bereit, den Schritt in die sekundäre psychotherapeutische Versorgung zu gehen. 60 bis 70 Prozent würden davon profitieren, 40 Prozent bekommen eine Überweisung, doch gerade einmal zehn Prozent machen tatsächlich einen Termin (vgl. Hine et al. 2007, 126). Sie bevorzugen eher die **vertraute Primärversorgung**, doch in diesem Rahmen sind keine entsprechenden Angebote verfügbar, weshalb oft allein die Pharmakotherapie bleibt (vgl. Aréan und Miranda 1996).

Insgesamt führen diese Hemmnisse dazu, dass zwei Drittel der Erkrankten **initiale Fehldiagnosen** erhalten und nur die Hälfte der Betroffenen bekommen Studien zufolge, eine Depression diagnostiziert (vgl. deGruy et al. 2007, 5). Häufige Fehldiagnosen sind die Deutung einer beginnenden Demenz und die Verwechslung einer Depression mit einer gesunden Trauerreaktion (vgl. Lützenkirchen 2008, 25).

3 IMPACT – Improving Mood: Promoting Access to Collaborative Treatment

In den USA existieren sehr **ähnliche Barrieren** in der Versorgung depressiver Erkrankungen bei älteren Menschen. Erneute depressive Episoden oder eine Chronifizierung als Dysthymie sind die Folge (vgl. Unützer et al. 2004, 3). Als die größten Barrieren galten, analog zu den deutschen, Stigmatisierungen bezüglich Depressionen und Alter, mangelnder Zugang zu entsprechenden Hilfen, fehlerhafte Zwangsverknüpfungen zwischen Lebensalter und Depression, pessimistische Behandlungsaussichten aufgrund des fortgeschrittenen Alters, fehlende zeitliche Ressourcen im Praxisalltag und das Ausbleiben einer erforderlichen Therapiebeobachtung (vgl. Korsen und Pietruszewski 2009, 50 und Unützer et al. 2004, 4).

Mit dem **Ziel**, die Erkennungsrate und die Therapie depressiver Erkrankungen zu verbessern, hat sich in den USA ein Konzept namens: „IMPACT“ Improving Mood: Promoting Access to Collaborative Treatment entwickelt, welches aus der Zusammenarbeit der Universität von Texas, der Duke Universität, der Universität von Indiana, des Kaiser Permanente in Nord- und Südkalifornien, der Universität von Washington und der Desert Medical Group in Palm Springs entstand (vgl. ebd., 69).

Dieses Programm ist ein „**Collaborative Care Modell**“, welches sich im Vorfeld auch schon bei der Behandlung von chronischen Erkrankungen wie Diabetes und Hypertonie bewährt hat. In erster Linie wird bei diesem Konzept der gemeinschaftlichen Versorgung einer Hausarztpraxis ein speziell geschulter „Depression Care Manager“ zugeordnet. Dieser Depressionsmanager (DM) koordiniert und informiert über den gesamten Therapieablauf, bietet Therapienachsorge sowie Case Management, führt eine auf die Primärversorgung angepasste Problemlösungstherapie (PST-PC) aus und leistet durch regelmäßige persönliche Kontakte mit den Patienten, vor allem eine über den Hausarztkontakt hinausgehende Begleitung und Beratung der individuell angepassten Intervention. Als dritte Instanz wird zudem eine psychologische oder psychiatrische Fachkraft für regelmäßige Supervisionen hinzugezogen, die der Hausarztpraxis und dem Depressionsmanager darüber hinaus beratend zur Seite steht (vgl. ebd, 4). Als **oberste Ziele** aller Bemühungen gelten Erstens die Verringerung der Symptome, Zweitens die vollständige Rückkehr der psychosozialen Funktionsfähigkeit und Drittens die Verhinderung eines Rückfalls bzw. eines Wiederauftritts der Depressionen (vgl. ebd., 14).

Die Wirksamkeit dieses Programms wurde in zahlreichen Studien bewiesen (vgl. Unützer et al. 2002). Die depressiven Symptome nahmen ab, die Rückfallquote sank (vgl. Agius et.al 2011), Suizidalität verringerte sich, (vgl. Alexopoulos et al. 2009), die Zufriedenheit der Ärzte stieg und die Kosten durch die Kollaborative Versorgung sind nicht gestiegen (vgl. Gilbody et al. 2006).

In diesem Kapitel soll IMPACT konzeptionell dargestellt werden und später als Bezugspunkt für die internationalen Implementierungserfahrungen zu dienen. Einen besonderen Schwerpunkt bildet in diesen Ausführungen der Depressionsmanager hinsichtlich der zahlreichen Anforderungen, denen er gerecht werden muss.. Grundlage bildet das „Late Life Depression Treatment Manual for Collaborative Depression Management“ von Unützer et al. (2004).

3.1 Kollaborative Zusammenarbeit der einzelnen Akteure

Das Kernelement des IMPACT-Programms ist die Zusammenarbeit verschiedener Professionen, die als gemeinsames **Team** die Versorgung der Erkrankten gewährleisten sollen. Es besteht aus dem jeweiligen Hausarzt, dem Depressionsmanager, dem Team-Psychiater und einem „Primary Care Liaison Physician“. Anders als in Deutschland findet die ambulante Erstversorgung oft nicht in einer selbstständig geführten Hausarztpraxis statt, sondern in einer ambulanten Primärversorgungsklinik, unter dessen Dach verschiedene Ärzte der ambulanten Erstversorgung als Arbeitnehmer tätig sind. Diese „Primary Care Clinic“ beschäftigt unter anderem Allgemeinmediziner, Internisten und Pädiater. Der „Primary Care Liaison Physician“ (Beratender Allgemeinmediziner) ist ein Vertreter dieser Einrichtung, der die allgemeinmedizinische Expertise vertritt und zwischen den einzelnen kooperierenden Ärzten und dem Depressionsmanager vermittelt.

Jede Woche finden für das **klinische Team** bestehend aus Depressionsmanager, Team-Psychiater und Beratendem Allgemeinmediziner Teamsitzungen statt, an denen der Hausarzt und der Patient nicht teilnehmen. Dort werden neue Patienten vorgestellt und bestehende Fälle diskutiert (vgl. Unützer et al., 2004, 5).

Ein wesentliches Anliegen des IMPACT-Programms ist der **Miteinbezug der Patientinnen und Patienten**, da berücksichtigt wird, dass nur durch eine aktive Beteiligung der Erkrankten eine Therapie des depressiven Syndroms gelingen kann. Zu Anfang bekommen sie daher eine Aufklärungsbroschüre zum Thema Depressionen im Alter (late life Depression) und ein Video, welches gemeinsam mit der Partnerin, dem Partner oder einer anderen nahe stehenden Person angesehen werden soll. Zusätzlich werden den Betroffenen Informationen über die Interaktionen verschiedener Medikamente zur Verfügung gestellt, damit mögliche Neben- und Wechselwirkungen besser beurteilt werden können.

Das IMPACT-Programm ist dazu konzipiert, einen Teil der hausärztlichen Aufgaben bei der Behandlung von depressiven Syndromen zu übernehmen. Doch die **Hausärztin bzw. der Hausarzt** bleibt zentrales Teammitglied und ist weiterhin dafür verantwortlich, die Behandlung zu veranlassen, Antidepressiva zu verschreiben, die Behandlung von Komorbiditäten zu gewährleisten, entsprechende

Überweisungen an Spezialisten vorzunehmen und die Therapiepartizipation in der Depressionsbehandlung zu stärken.

Die neu installierte Rolle des **Depressionsmanagers** ist zunächst für eine erste Beurteilung (initial assessment) und die umfassende Patienteninformation zuständig. Anschließend ist er verantwortlich für die Koordinierung der Therapie, die eine Pharmakotherapie und/oder eine spezielle Problemlösetherapie beinhaltet. Dabei bleibt die Fachkraft für depressive Erkrankungen im engen Kontakt mit dem Hausarzt und vor allem mit den Patienten, bis sich eine entscheidende Verbesserung der depressiven Episode einstellt. Bei Erfolg arbeitet der Depressionsmanager zusammen mit dem Patienten einen Rückfallvermeidungsplan aus und überprüft den Therapieerfolg mit monatlichen Telefonaten und zusätzlichen persönlichen Treffen. Eine zentrale Position nimmt auch die nachvollziehbare Dokumentation der Behandlungsschritte ein. Alle Überlegungen, Interventionen und Kontaktbemühungen werden in ein webbasiertes klinisches Informationssystem übertragen (vgl. ebd., 6).

Der Depressionsmanager erhält neben der wöchentlichen Teamsitzung regelmäßige Supervision und Beratung vom Beratenden Allgemeinmediziner und vom Team-Psychiater. Sie finden in der oben skizzierten Erstversorgungsklinik statt. Thematisiert werden die Behandlungspläne der neuen Patienten und die eventuell auftretenden Schwierigkeiten bei bestehenden. Inhalt dieser Treffen ist auch die prozesshafte Optimierung der Kommunikation zwischen den einzelnen Teammitgliedern. Daneben sind der Beratende Allgemeinmediziner und der Team-Psychiater auch die übrige Woche für klinische oder logistische Fragen erreichbar. Wobei der Beratende Allgemeinmediziner kliniklogistische und weiterführende medizinische Fragen klären soll und der Team-Psychiater Ansprechpartner für die speziellen Fragen der Depressionsbehandlung ist (vgl. ebd., 6).

Der **Team-Psychiater** als Experte für die Behandlung depressiver Syndrome hat zwei wesentliche Aufgaben. Erstens die klinische Beratung und Supervision des Depressionsmanagers in den wöchentlichen einstündigen Treffen und bei dringenden Fällen per Piepser. Und zweitens die direkte Patientenberatung bei „behandlungsresistenten“ Fällen. Für Patientinnen und Patienten, die nach acht bis zehn Wochen nicht auf die Behandlung ansprechen, sollte der Team-Psychiater in der Erstversorgungsklinik für ein Erstgespräch verfügbar sein. Ein ungenügender Behandlungserfolg heißt, dass noch mehr als zwei Symptome der Major Depression (DSM-IV), mehr als ein Symptom der Dysthymie (DSM-IV) oder weniger als eine Halbierung der Symptome im Ergebnis des PHQ-9 Fragebogens. Außerdem empfängt der Team-Psychiater, die Patienten, die bereits am Anfang nicht auf die Behandlung reagieren für eine erweiterte Beratung in maximal vier Sitzungen. Der Team-Psychiater muss dann die Entscheidung treffen, ob die jeweilige depressive Erkrankung möglicherweise in einem höherschwelligen psychologischen bzw. psychiatrischen Kontext besser behandelt werden kann und

überweist den Patienten entsprechend. Doch auch hierbei ist eine Vorabberaterung mit den anderen Teammitgliedern geboten. Die erweiterten Beratungen des Team-Psychiaters sollen ausdrücklich nicht die Problemlösetherapie des Depressionsmanagers ersetzen, sie sollen bei Bedarf nur ein umfassenderes diagnostisches Bild liefern und die zuvor eingeleitete Intervention, pharmakologisch oder/und psychologisch, überprüfen und ggf. erweitern. Die Ergebnisse werden wiederum im Team besprochen und sollen dann in eine neue Behandlung einmünden (vgl. ebd., 7). Diese insgesamt eher punktuelle Einbindung des Team-Psychiaters soll eine möglichst hohe Kosteneffizienz seiner Expertise bieten, die nur bei wirklich schwierigen Behandlungsfällen zum Einsatz kommen soll. Sie ersetzt dennoch nicht weiterführende Überweisungen zu Spezialisten, die beispielsweise eine Elektrokrampftherapie durchführen können.

3.2 Interventionen des Stepped-Care-Modells

Am Anfang der **Interventionskette** stehen die Überweisung des Patienten zum IMPACT-Programm und der erste persönliche Kontakt mit dem Depressionsmanager, der sich im Anschluss daran mit dem Hausarzt berät. Unter Berücksichtigung der Patienteninteressen entwickeln sie gemeinsam eine acht bis zwölfwöchige Therapieplanung, mit einer antidepressiven Medikation oder einer Problemlösungstherapie (PST-PC). Im Anschluss wird die Behandlung bewertet und die Entwicklung der Depression untersucht. Wenn sich eine signifikante Verbesserung der Symptome eingestellt hat, wird zusammen mit dem Patienten ein Rückfallvermeidungsplan erstellt, der immer eine monatliche telefonische Nachkontrolle beinhaltet. Für den Fall das die Behandlung keine oder nur einen unzureichenden Erfolg erzielt hat, wird der Team-Psychiater verstärkt miteingebunden und die Therapie neu abgestimmt (vgl. ebd., 9)

3.2.1 Phasen der Depressionsbehandlung und Nachsorge

Die Erste Behandlungsphase des IMPACT-Programms beginnt zunächst mit der **Diagnose der Depression** während einer hausärztlichen Untersuchung bei einem älteren Menschen. Initial wird dabei der PHQ-2 Test (Kapitel 2.3.1) bei entsprechendem Ergebnis, um den PHQ-9 Fragebogen ergänzt. Die getestete Person wird anschließend über das Versorgungsprogramm informiert und bezüglich einer Teilnahme beraten (vgl. Unützer et al., 2004, 21). Bei einer positiven Entscheidung wird der Depressionsmanager informiert, der in einem ersten Telefonat direkt mit dem Patienten einen Termin vereinbart und erste Fragen beantwortet.

Das daraufhin stattfindende **erste Treffen** umfasst eine erste klinische Beurteilung, eine umfassende Aufklärung des Patienten und eine darauf aufbauende Diskussion der Behandlungsmöglichkeiten. Alle Ergebnisse und der gemeinsam entwickelte Behandlungsplan werden dokumentiert und möglichst am selben Tag (maximal zwei Tage später) mit dem Hausarzt diskutiert. In diesem Gespräch

wird die erfolgversprechendste Behandlung ausgewählt und umgehend unter Einbindung des Patienten eingeleitet. Das heißt, entweder wird dem Erkrankten im Rahmen einer Pharmakotherapie ein Rezept mit den nötigen Einnahmeempfehlungen ausgestellt und/oder eine kurze Problemlösetherapie durch den Depressionsmanager wird in die Wege geleitet (vgl. ebd., 10).

Wenn eine pharmakologische Therapie eingeleitet wurde, erkundigt sich der Depressionsmanager spätestens eine Woche nach deren Beginn telefonisch, ob die Medikamenteneinnahme begonnen hat und ob irgendwelche Nebenwirkungen bemerkt wurden. Der Depressionsmanager hat für dieses Gespräch eine Leitlinie, mit der er den Patienten bei den häufigsten Nebenwirkungen beraten kann. Beispielsweise kann eine stark beruhigende Wirkung eintreten, die oft mit einer Einnahme vor dem zu Bett gehen oder einer höheren Zufuhr von Koffein ausgeglichen werden kann. Ab sofort finden wöchentliche telefonische oder persönliche Kontakte zwischen den Patienten und dem Depressionsmanager statt. Gerade am Anfang wird jedoch empfohlen, persönliche Treffen zu bevorzugen, da damit eine höhere Verbindlichkeit geschaffen werden kann. Im Vordergrund steht hierbei, dass die Patienten die Behandlung akzeptieren und für sich eine stützende Therapiemotivation entwickeln. Daneben kann der Depressionsmanager in der direkten Kommunikation wesentlich besser, eine anfänglich durchaus mögliche Verschlechterung der Symptome sowie weitere Nebenwirkungen einschätzen (vgl. ebd., 10).

Die späteren **Nachsorgekontakte** dienen vor allem der Beobachtung der Therapie- und der Symptomentwicklung. Dazu wird der Patient bei jedem Kontakt gebeten, einen PHQ-9 Fragebogen auszufüllen, anhand dessen die Symptome für eine Major Depression bzw. einer Dysthymie erfasst werden sollen. Eine Möglichkeit ist beispielsweise, dass Ausfüllen innerhalb von zwei bis drei Minuten im Wartezimmer und die anschließende Auswertung am Anfang des Treffens. Gleichzeitig ist die Diskussion des Ergebnisses und die damit verbundene Symptomentwicklung ein willkommener Gesprächsöffner für die anschließenden behandlungsrelevanten Themen. Darüber hinaus soll der **PHQ-9 Fragebogen** ebenfalls bei den telefonischen Kontakten angewendet werden, damit er dem gesamten Team als grober Indikator für die Entwicklung der depressiven Erkrankung dienen kann. Weiterhin erstellt der Depressionsmanager zu jedem Kontakt eine kurze Dokumentation, die auch dem Patienten ausgehändigt wird (vgl. ebd., 11).

Patientinnen und Patienten, die der **auf die Primärversorgung adaptierten Problemlösetherapie (PST-PC)** beginnen, haben zu Anfang mindestens sechs bis acht persönliche Kontakte mit dem Depressionsmanager, die wöchentlich stattfinden sollen. Diesen 30minütigen Therapiesitzungen gehen ebenfalls die skizzierten Nachsorgeelemente voraus, die in der Regel nicht länger als zehn bis 15 Minuten dauern. Sobald Probleme oder Symptome auftauchen, die der Depressionsmanager nicht al-

lein bearbeiten kann oder möchte, schaltet er den Team-Psychiater und gegebenenfalls den Hausarzt ein. **Zwingend** erforderlich ist eine umgehende gemeinsame Beratung bei akuten suizidalen, psychotischen und manischen Symptomen, bei Essensverweigerung, bei Verdacht auf Alkohol- oder Drogenmissbrauch sowie bei schweren Nebenwirkungen, wie Ödemen, Fieber und starkes Zittern. Für diese Fälle hat das Team im Vorfeld einen Notfallplan entwickelt, der auch Optionen offen hält, wenn kein weiteres Teammitglied zu erreichen ist (vgl. ebd., 12).

Nach acht bis zehn Wochen der pharmakologischen und/oder der psychologischen Therapie finden in jedem Fall ein persönliches Treffen des Patienten mit dem Hausarzt und ein Besuch beim Depressionsmanager statt, um die angeschobene Behandlung zu beurteilen. Patienten, die keinen zufriedenstellenden Verlauf zeigen, werden anschließend in den wöchentlichen Teamsitzungen diskutiert und bei Bedarf durch den Team-Psychiater konsultiert. Nach dieser Beratung entscheidet das klinische Team aus Depressionsmanager, Beratendem Allgemeinmediziner und Team-Psychiater zusammen mit dem jeweiligen Hausarzt und dem Patient über einen zweiten Behandlungsansatz im Rahmen des **Stepped-Care-Models** (vgl. ebd., 12).

Andernfalls beginnt für Patienten, die vollständig auf die bisherige Behandlung ansprechen, die Fortsetzungs- und Erhaltungsphase. Zunächst wird ein **Rückfallvermeidungsplan** erstellt, der in der Regel auch zur Behandlungsführung ermutigen soll. Das heißt, der Patient sollte möglichst weiterhin, die verschriebene Dosis Antidepressiva einnehmen. Wenn der Patient die Problemlösetherapie abgeschlossen hat soll er dazu motiviert werden, an einem analogen monatlichen **Gruppenformat** teilzunehmen, in dem depressiv erkrankte ältere Menschen gemeinsam versuchen Problemlösungen zu entwickeln. In jedem Fall finden ab diesem Punkt monatliche telefonische Nachsorgegespräche statt, die die Nachhaltigkeit der Therapie unter anderem mit dem PHQ-9-Fragebogen überprüfen sollen. Das webbasierte klinische Informationssystem hilft dabei, dass die Depressionsmanager den Überblick behalten. Die Patienten bleiben jedoch dazu aufgefordert, sich bei jeder merklichen Verschlechterung der Symptomentwicklung an den Depressionsmanager zu wenden. In der Regel soll diese Fortsetzungsphase sechs bis zwölf Monate umfassen. Patienten, die jedoch ein erhöhtes Rückfallrisiko aufweisen, weil sie bereits zuvor an einer depressiven Episode oder einer Dysthymie litten, sollten zwei Jahre an dieser **Kontinuitätsphase** teilnehmen. Sobald eine Verschlechterung der Symptome oder ein Rückfall eintritt, wird der Patient und seine Situation Thema in der wöchentlichen klinischen Teamsitzung und anschließend gegebenenfalls an den Hausarzt oder den Team-Psychiater überwiesen (vgl. ebd., 13).

3.2.2 Stepped Care Ansatz des IMPACT-Programms

Stepped Care bedeutet, dass die Patientinnen und Patienten einen konkreten Behandlungsablauf befolgen, dessen einzelne Schritte aufeinander aufgebaut sind und sich je nach Bedarf intensivieren können. Dieser Stepped Care Algorithmus ist das Ergebnis zahlreicher Empfehlungen von der American Psychiatric Association oder auch von der Depressive and Bipolar Support Alliance, die von den Entwicklern des IMPACT-Programms zusammengefasst und vereinheitlicht wurden (vgl. ebd., 13).

Der **erste Schritt** eines mustergültigen Ablaufs der Depressionsbehandlung eines neuen älteren Patienten beginnt bei seinem Hausarzt in der Erstversorgungsklinik. Bevor hier weitergehende Überlegungen angestellt werden, wird der unter den Symptomen einer Depression leidende Patient zunächst auf Schilddrüsenunterfunktion getestet, da diese Erkrankung zu einem depressiven Syndrom führen kann (vgl. ebd., 16). Bei einem positiven Testergebnis bedeutet dies die Einleitung einer entsprechenden Hormonbehandlung. Andernfalls folgt die Auswahl des ersten Behandlungsschrittes. Meistens starten die Patienten des IMPACT-Programms mit einer antidepressiven Medikation, das heißt mit der Einnahme selektiver Serotoninwiederaufnahmehemmer (SSRI), da diese eine verhältnismäßig schnelle Symptomlinderung versprechen. Für den Fall, dass der Patient eine Psychotherapie bevorzugt, kann auch mit PST-PC begonnen werden. Stepped Care heißt, dass bei einer Medikation mit einer sehr **geringen Dosis** begonnen wird, welche innerhalb von vier bis sechs Wochen, anhand entwickelter Leitlinien, allmählich bis zur gewünschten therapeutischen Dosis angehoben wird. Bei starken Nebenwirkungen, die auch bei einem Medikamentenwechsel nicht verschwinden, sollte in jedem Fall die Problemlösetherapie gewählt werden (vgl. ebd., 16).

Nach acht bis zehn Wochen kontinuierlicher Einnahme antidepressiver Medikamente bzw. sechs bis acht Sitzungen der problemlösenden Verhaltenstherapie wird der Behandlungserfolg bestimmt. Wenn die Entwicklung der depressiven Symptome die erwünschte Wirkung zeigt (vollständige Besserung), wird die Behandlung fortgesetzt und der Rückfallvermeidungsplan erstellt. Andernfalls wird in der klinischen Teamsitzung diskutiert, welche alternative Behandlung in Frage kommt und ob ein Besuch beim Team-Psychiater angezeigt ist.

Unterschieden werden drei Stufen der Behandlungswirkung. Bestenfalls zeigt der Patient eine **vollständige Besserung** (Remission). Das bedeutet bei einer Minoren Depression, es sind weniger als drei von neun Symptomen nach DSM-IV vorhanden und die Punktzahl des PHQ-9-Fragebogens hat sich im Vergleich zum initialen Test halbiert. Unter **einer partiellen Besserung** werden das Nachlassen der Symptome und die Reduktion des PHQ-9 Punktwerts, um mindestens 30 Prozent verstanden. **Keinerlei Besserung** wird attestiert, wenn entweder weiterhin mehr als fünf einschlägiger Symptome bestehen oder ein Wert von über 15 mittels PHQ-9 Fragebogen ermittelt wird (vgl. ebd., 17).

Der Patient wird (nur) **Schritt zwei** des IMPACT-Programms zugeführt, wenn sich eine partielle oder keine Besserung einstellt. Sollte keinerlei positive Wirkung durch die Pharmakotherapie oder die Problemlösetherapie eingetreten sein, werden die beiden Methoden mit einander ausgetauscht und beispielsweise die medikamentöse durch die psychotherapeutische Intervention ersetzt. Die weitere Vorgehensweise entspricht in beiden Fällen der des ersten Schritts.

Für den Fall, dass eine partielle Besserung eintritt, wird bei der Pharmakotherapie das Medikament ausgetauscht, wohingegen die psychosoziale Therapie durch die Einnahme von Antidepressiva ergänzt wird. Seltener wird die Verhaltenstherapie hier als Ergänzung zur Pharmakotherapie eingesetzt, wobei dies in einigen Fällen ebenfalls sehr sinnvoll sein kann (vgl. ebd., 18). Nach vier bis acht Wochen in Schritt zwei wird die Behandlung erneut evaluiert. Wenn bei dem Patienten dieses Mal eine vollständige Besserung eingetreten ist, wird die Behandlung beibehalten und weiterhin beobachtet. In den beiden anderen Fällen wird zu **Schritt drei** übergegangen, bei dem erneut in der wöchentlichen Teamsitzung diskutiert wird, wie weitervorzugehen ist. In der Regel wird empfohlen, eine intensivere Beratung in der Primärversorgungsklinik mit dem Team-Psychiater einzuleiten. Dieser schlägt in gegenseitiger Beratung mit dem Depressionsmanager und dem Hausarzt eine Reihe weitergehender Behandlungsansätze vor, die von der jeweiligen klinischen Situation, den zur Verfügung stehenden Ressourcen und den Präferenzen des Patienten abhängig sind (vgl. ebd., 18).

Potentielle Behandlungsstrategien in Schritt drei sind zunächst der Versuch eines zweiten bzw. dritten Medikaments und eine Kombination aus Pharmako- und Problemlösetherapie, wenn dies noch nicht in Schritt zwei geschehen ist. Andere Strategien zur Verstärkung der Behandlungswirkung ist der zusätzliche Einsatz von trizyklischen Antidepressiva oder auch selektiven Noradrenalin-Wiederaufnahmehemmern, auf dessen einzelne Wirkungen hier jedoch nicht weiter eingegangen werden soll. Wenn diese Strategien für die weitere Behandlung nicht (mehr) in Frage kommen, sollte der Patient an eine spezielle psychologische oder psychiatrische Einrichtung überwiesen werden, in der z.B. Elektrokrampftherapie oder andere Formen der Psychotherapie, wie die Kognitive Verhaltenstherapie oder die Interpersonelle Therapie (Kapitel 2.3.2) angeboten werden, die in der Primärversorgung nicht verfügbar sind (vgl. ebd., 19). Auch wenn eine Überweisung in die sekundäre Versorgung erfolgt, bleiben die Patienten in Kontakt mit dem Team, dass die Nachsorge weiterhin telefonisch und mit persönlichen Treffen sicherstellen will.

Neben den Behandlungsansätzen innerhalb des Stepped Care Modells ist der Depressionsmanager aufgefordert, dem Patienten **zusätzliche Hilfsangebote** zu unterbreiten. Dies können Selbsthilfegruppen, aktivitätsbezogene gemeindenahe Gruppen oder Angehörigengruppen für die Bezugspersonen des Erkrankten sein (vgl. ebd., 19).

3.3 Die Rolle des Depressionsmanagers

Noch vor dem Ansatz der Kollaborativen Versorgung, der multiprofessionellen Zusammenarbeit und der Behandlungsabfolge des Stepped Care Modells ist der Depressionsmanager, die herausragende Innovation innerhalb des IMPACT-Programms. **Seine Qualifikation** ist im Programm nicht klar definiert. In den verschiedenen Implementierungen kommen bisher weitergebildete Krankenpflegekräfte, Sozialarbeiter und Psychologen in dieser Rolle zum Einsatz. Charakteristische Anforderungen finden sich ebenso in allen drei Arbeitsfeldern.

3.3.1 Anforderungen an den Depressionsmanager

Die Bandbreite der verschiedenen **Anforderungen** wird exemplarisch anhand der Aufgaben für den persönlichen Erstkontakt mit den Patienten und anhand der Problemlösetherapie für die Primärversorgung deutlich. Die Hauptaufgabe für das **erste Treffen** ist die umfassende Informationsvermittlung über depressive Syndrome. Damit die Auskünfte zielgerichtet sind, muss die Fachkraft für depressive Erkrankungen herausfinden, wie die persönlichen Einstellungen der Erkrankten zu Depressionen sind. Sie muss ergründen, ob sich bereits depressive Syndrome in der Familiengeschichte finden lassen, ob vielleicht andere psychiatrische, medizinische oder psychosoziale Probleme bestehen, die eine Depression verursachen können, ob schwerwiegende Probleme in der Familie oder im Berufsleben existieren und welche genauen Symptome einer depressiven Episode vorhanden sind. Für letzteres wird hier bereits der PHQ-9 Fragebogen eingesetzt und eine Liste der Symptome durchgegangen (vgl. ebd., 45). Die Rolle des Depressionsmanagers funktioniert auch als Bindeglied zwischen Hausarztpraxis und Patienten, daher sollen bereits im ersten Treffen zwei Fragen identifiziert werden, die der Depressionsmanager stellvertretend weiterleiten kann, damit deutlich wird, dass dort eine enge Zusammenarbeit besteht. Letztlich muss sich im ersten Treffen bereits herauskristallisieren, ob die jeweiligen Behandlungspräferenzen eher medikamentös oder eher psychotherapeutisch geprägt sind.

Hervorzuheben ist die **Beziehungsarbeit**, die der Depressionsmanager mit den Patienten leisten muss. Ältere Menschen mit einer depressiven Erkrankung, die sich teilweise isoliert und einsam fühlen, haben oft nicht die Energie sich Hilfe zu suchen (vgl. ebd., 36). Die Effekte, die sich aus der gemeinsamen Suche nach Symptomen und den Bewältigungsversuchen dieser ergeben, sind sehr essentiell in einer erfolgreichen Behandlung der depressiven Erkrankung. Der Depressionsmanager muss daher wesentlich mehr leisten als Termine zu koordinieren und die Symptomentwicklung zu beurteilen. Vielmehr muss er eine belastbare Beziehung zum depressiv erkrankten älteren Menschen aufbauen können, die für die Therapie unerlässlich ist (vgl. ebd., 36).

Bereits während des ersten Kontakts muss er seinen Enthusiasmus und sein Interesse signalisieren, mit unter dessen Einsatz er die Situation des Patienten verbessern möchte. Dafür muss er sich als **empathische**, vertrauensvolle und belastbare Person zeigen, die engagiert und im Interesse des Patienten mit den anderen Teammitgliedern zusammen arbeitet. Wenn es gelingt, diesen Eindruck zu vermitteln, kann dies der entscheidende Unterschied in schwierigen Phasen der Motivationslosigkeit sein. Der Depressionsmanager muss immer wieder an die Ziele der Therapie erinnern und die damit verbundenen positiven Wirkungen propagieren, damit der Patient gegen seine Erkrankung ankämpfen kann (vgl. ebd., 36).

All dies erfordert ein **breites theoretisches Hintergrundwissen** zu den komplexen Formen depressiver Erkrankungen. Die Vielfalt der Symptome in Hinsicht auf Gefühle, Gedanken, Verhalten und somatische Erscheinungsformen bedeutet in der Praxis, dass die Patientenschaft eine sehr hohe Heterogenität aufweist. Negative Gedanken, Hoffnungslosigkeit, Rückzugsverhalten, Appetitlosigkeit oder auch Esssucht erfordern einen je eigenen Umgang. Unützer et al. (2004, 37) weist jedoch ausdrücklich darauf hin, dass es sehr gut möglich ist, diesen „Kreislauf der Depression“ mit Medikamenten, gesteuerten Aktivitäten oder mit Formen der Psychotherapie zu durchbrechen. Besonders die Etablierung von **angenehmen Tätigkeiten** kann danach die Bewältigungsstrategien des Patienten stärken, Schmerzen abbauen, einen normalen Schlaf ermöglichen und die Konzentrationsfähigkeit wiederherstellen.

Als Mittel der Wahl werden **kommunikative Elemente** forciert und einige Fragmente vorgeschlagen, die einen Zugang zum Patienten ermöglichen sollen. Beispielsweise soll der Depressionsmanager darauf hinweisen, dass Depressionen bei älteren Menschen in der Primärversorgung keine Seltenheit sind, dass es sich um eine gewöhnliche medizinische Krankheit handelt, die keinen Charakterfehler darstellt und vor allem, dass depressive Syndrome heilbar sind (vgl. ebd.). Das IMPACT-Programm hebt außerdem hervor, dass eine **straffe Struktur** der persönlichen und der telefonischen Kontakte außerordentlich wichtig ist, damit die kurze Gesprächszeit möglichst effektiv genutzt wird. Der Depressionsmanager soll jeden Kontakt mit einer Gliederung einleiten und erläutern, was in der zur Verfügung stehenden Zeit geschafft werden soll: Beispielsweise fünf Minuten für die Thematisierung von Nebenwirkungen oder zehn Minuten für die Erfahrungen mit Johanniskrautpräparaten. Zusätzlich werden die Patienten gefragt, welche Themen sie besprechen möchten. Die Struktur soll auch helfen, unnötige Abschweifungen und das Erzählen „langer Lebensgeschichten“ zu vermeiden. Im Falle dessen muss der Depressionsmanager deutlich machen, dass Ihre gegenseitigen Kontakte nicht der nötige Raum dafür sind und die Forcierung auf die Intervention Vorrang hat (vgl. ebd., 38f).

Weiterhin wird darauf hingewiesen, dass es durchaus länger dauern kann, einen älteren Menschen über Depressionserkrankungen zu unterrichten, als dies bei Jüngeren der Fall wäre, da die Interaktion zwischen Alter und Depression die Aufnahme neuer Informationen erschwere. Das Programm empfiehlt dahingehend einige **didaktische Mittel**, wie die gezielte Wiederholung wichtiger Informationen, die Aufteilung der Themen in mehrere Teile, die Zusammenfassung am Ende eines jeden Abschnitts und beim Abschluss des Treffens sowie die Aufforderung zum Mitschreiben (vgl. ebd.).

Depressive Syndrome wirken sich in der Regel nicht nur auf die Erkrankten selbst aus. Zusätzlich sind meist **Familienangehörige** und/oder andere wichtige Bezugspersonen betroffen. Es ist daher angezeigt, diese mit in die Behandlungsbemühungen mit einzubeziehen. Zum einen soll der Patient dazu ermutigt werden, die Sichtweisen dieser Person nachzuvollziehen und zum anderen soll versucht werden, diese Beziehungen direkt für die Therapie zu nutzen. Beispielsweise in dem Sie auf die Medikamenteneinnahme achten oder gemeinsam die „Hausaufgaben“ der Problemlösetherapie durchführen (vgl. ebd., 41).

Zu Bedenken gibt das IMPACT-Programm außerdem, dass eine erhöhte Sensibilität im Umgang mit **Minderheiten** erforderlich ist. In den USA bedeutet dies, dass ältere afroamerikanische Menschen angesichts der intimen Erkrankung Depression durch ihre erlebte Diskriminierung, möglicherweise Schwierigkeiten mit weißen Depressionsmanagern haben könnten. Auch im Zusammenhang mit Religiosität und Spiritualität, die vielleicht vom Patienten als Ursache des depressiven Syndroms herangezogen wird, ist eine sehr hohe Empfindlichkeit vom Depressionsmanager gefordert (vgl. ebd.).

3.3.2 Elemente der Problemlösetherapie

Weitere Anforderungen an die Rolle des Depressionsmanagers ergeben sich aus der Methode der **Problemlösetherapie in der Primärversorgung (PST-PC)**. Sie ist eine kurze Form der kognitiven Verhaltenstherapie (Kapitel 2.3.2), die Menschen darin schult, wie sie die Probleme lösen, die ihre Depressionen verursachen bzw. verschlechtern. Sie ist speziell auf die Primärversorgung zugeschnitten, da beobachtet wurde, dass es ältere Menschen bevorzugen in diesem Rahmen behandelt zu werden und keine entsprechende psychotherapeutische Intervention vorhanden war (vgl. Aréan und Miranda 1996). Sie dauert in der Regel sechs bis acht Wochen und beinhaltet sieben Stufen, die zur eigenständigen Problemlösung befähigen sollen (vgl. Unützer et al. 2004, 26). In dieser Zeit können nicht alle Probleme gelöst werden, vielmehr liegt das Augenmerk darauf, dass die Patientinnen und Patienten exemplarisch lernen, ihre Probleme zukünftig selbst zu lösen. Für die (PST-PC) haben Hegel und Aréan (2004) ein zusätzliches Manual für Depressionsmanager entwickelt, welches im Folgenden zusammengefasst werden soll.

Die erste Stufe umfasst die Auswahl und die Definition des Problems, welches gelöst werden soll. Dazu wird in der ersten Sitzung eine Problemliste entwickelt, von der zunächst das am wenigsten Emotionalste ausgesucht werden soll (vgl. Hegel und Areán 2004, 40). Anschließend wird das vorgebrachte Problem gedanklich durchgespielt und Patienten wie Depressionsmanager versichern sich gegenseitig, ob Sie das Problem in gleicher Weise verstanden haben. Davon ausgehend wird überlegt, ob eine Problemlösung überhaupt in der Macht der Erkrankten liegt, oder ob sie prinzipiell keinen Einfluss auf das Problem selbst haben. Wenn letzteres zutrifft, muss die Einstellung zu dem identifizierten Problemgegenstand verändert werden. Chronische Frustrationen und kontraproduktive Copingstrategien können abgebaut werden, wenn die Patienten lernen, Probleme differenziert einzuschätzen und hinsichtlich ihrer persönlichen Kontrolle zu bewerten (vgl. ebd., 42f). Hilfreich für diesen **Problemexplorationsprozess** sind zentrale Fragen: Was macht das Problem zu einem Problem? Wann, wo und wie oft tritt es auf? Wer ist daran beteiligt? Was wurde bereits zur Problemlösung unternommen und wer hat die Kontrolle über dieses Problem? In manchen Fällen entpuppen sich die vorgebrachten Probleme auch eher als Behauptungen oder Befürchtungen, denn als Tatsachen. Schließlich ist ein Symptom depressiv erkrankter Menschen die Wahrnehmungsverengung auf negative Informationen und das Ausblenden positiver Aspekte. Hier ist der Depressionsmanager zusätzlich gefordert, den Konflikt von verschiedenen Seiten zu beleuchten, um das Problem bestätigen oder falsifizieren zu können (vgl. ebd., 43f).

Wenn das Problem hinsichtlich seiner Lösbarkeit geprüft wurde, wird es in einem nächsten Schritt in kleinere leichter zu bearbeitende Einheiten aufgeteilt. Ein generelles Problem mit der gesamten Familie ist beispielsweise sehr schwer zu bearbeiten. Die Konkretisierung auf einzelne Beziehungen und Aspekte kann hingegen schnellere Lösungswege hervorbringen. Die Botschaft, die den Patienten vermittelt werden soll, ist dass das Aufbrechen von Problemen in seine wesentlichen Elemente, ein tieferes Verständnis der Beschwerde, eine genauere Definition des Problems und somit eine effizientere Problemlösung ermöglicht (vgl. ebd., 45). Zuletzt beinhaltet Schritt eins die klare objektive Formulierung des Problems. Aus den subjektiven „Problemen mit der gesamten Familie“ sollte beispielsweise: „Meine Tochter sagt zu mir, ich solle die Klappe halten.“ werden. Solch ein Konflikt ist klar formuliert und somit für eine Problemlösung geeignet (vgl. ebd., 47).

Mit einer klaren Problemdefinition kann in **Stufe zwei** das zu erreichende Ziel festgelegt werden. Die Patientin oder der Patient muss überlegen, welche Veränderung sie oder er sich bei diesem Problem erhoffen. Hilfreich ist hier die Frage seitens des Depressionsmanagers: „Wenn das Problem nicht mehr existieren würde, was wäre dann anders?“ Hier muss außerdem beachtet werden, dass das zu erreichende Ziel mit einem angemessenen Aufwand an Zeit und Anstrengung zu bewerkstelligen ist.

Am besten ist es für den Anfang, ein verhältnismäßig schnell zu erreichendes Ziel auszuwählen, damit der Patient ein rasches Erfolgserlebnis verspürt. Langfristige Ziele, die in jedem Fall festgehalten werden müssen, erfordern zweifelsfrei eine Bearbeitung über die kurze Problemlösetherapie hinaus, zu der der Teilnehmer zunächst befähigt werden muss (vgl. ebd., 49f).

Ist ein Ziel gefunden, zum Beispiel: „Ich möchte mit meiner Tochter eine respektvolle Unterhaltung führen.“, kann in **Stufe drei**, mittels Brainstorming (Clark 1996), die Suche nach möglichen Problemlösestrategien begonnen werden. Symptombedingt neigen depressiv erkrankte Menschen in dieser Stufe dazu, mögliche Problemlösungen vorschnell zu verwerfen oder beharrlich an einer unrealistischen Lösung festzuhalten. Die Aufgabe des Depressionsmanagers ist es hier, durch Ermutigungen und durch die Brainstormingmethode möglichst viele Lösungsansätze zu generieren, die naturgemäß noch nicht bewertet werden dürfen (vgl. ebd, 51). Wenn es zunächst nicht gelingt eine Vielzahl an Lösungen zu generieren, kann der Therapeut beispielsweise versuchen mit der Frage: „Wie würden andere Leute dieses Problem lösen“ Denkprozesse auszulösen. Auch die Suche nach „verrückten“ Ideen kann förderlich wirken und sogar helfen Scham vor „falschen“ Antworten abzubauen. Unbedingt zu beachten ist, dass die Lösungsvorschläge nicht vom Depressionsmanager kommen dürfen, auch wenn die Erkrankten danach fragen. Sie sollen selbst lernen ihre Probleme kreativ zu lösen und würden auf diese Weise nur in eine neue Abhängigkeit geraten (vgl. Hegel und Areán 2004, 53).

In **Stufe vier** werden die entwickelten Problemlösestrategien einer kritischen Einschätzung durch den Patienten unterzogen. Dabei wird empfohlen Pro- und Contra-Argumente für jede Lösungsidee und aus vier Betrachtungswinkeln zu entwickeln. In Hinblick auf die langfristigen und auf die kurzfristigen Auswirkungen sowie auf die persönlichen Effekte und die Konsequenzen für das soziale Umfeld. Wobei die Teilnehmer vor allem darin ermutigt werden müssen, sich auf die positiven Seiten zu konzentrieren. Danach werden die Lösungen verglichen und hinsichtlich ihrer erleichternden oder behindernden Auswirkungen bewertet. Die Fragen, die sich hier stellen, sind: Hat diese Lösung tatsächlich Auswirkungen auf das Problem? Was sind die Vor- bzw. Nachteile hinsichtlich Zeit, Aufwand, Finanzen und Unterstützungsbedarf? Welche Effekte sind hinsichtlich Familie und Freunde zu erwarten? Auch hier ist es hinsichtlich der geforderten Eigentätigkeit wichtig, dass alle Argumente vom depressiv erkrankten älteren Menschen selbst entwickelt werden. Die einzige Ausnahme sind wirklich gravierende Folgen, die bei der Einschätzung einer Problemlösung nicht durch die Lösungssuchenden gesehen werden (vgl. ebd., 55ff).

Nachdem alle potentiellen Lösungsvorschläge einer differenzierten Betrachtung unterzogen worden sind, kann in **Stufe fünf** mit der abschließenden Bewertung und der Auswahl der Problemlösestrategie begonnen werden. Die Ideen werden dementsprechend gegenüber gestellt und am Ende

sollte die Lösung ausgewählt werden, die die größten Verdienste bei der Bewältigung des Problems in Relation zu den wenigsten Nachteilen aufweist. Sollten die Erkrankten größere Schwierigkeiten bei der Auswahl haben, oder einzelne Argumente vergessen, darf der Depressionsmanager die gesammelten Bewertungen noch einmal zusammenfassen. Er muss jedoch aufpassen, dass seine eigene Meinung nicht Bestandteil der Wiederholung wird. Diese Stufe schließt damit ab, dass die Patienten ihre Gründe für die Auswahl ihrer bevorzugten Lösung zusammenfassen (vgl. ebd., 58f).

In **Stufe sechs** wird die entwickelte Lösungsstrategie in konkrete Handlungen übersetzt. Das heißt es wird ein schriftlicher Aktionsplan angefertigt, der detailliert die einzelnen Aufgaben, die Zeiträume, die benötigten Materialien und die eventuell erforderliche Unterstützung durch Andere auflistet. Die Patienten müssen ihr Vorhaben also zunächst in konkrete Aktionen übersetzen. Sollte es vorkommen, dass einzelne Handlungen durch die Teilnehmer nicht durchführbar sind, müssen entweder andere zielführende Handlungen gefunden oder nach einer neuen Lösung des Problems in Stufe fünf gesucht werden. Am Ende von Stufe sechs sollten die Patienten eine Aufgabenliste erstellt haben, die sie in der Woche zwischen den einzelnen Therapiesitzungen abarbeiten können. Diese „Hausaufgaben“ sind das Ergebnis des gemeinsamen Arbeitsprozess. Sie sind bereits ein entscheidendes Erfolgserlebnis bedeuten und müssen dementsprechend gewürdigt werden (vgl. ebd., 60f).

Am Anfang des zweiten Treffens beginnt **Stufe sieben**. Der Depressionsmanager fragt den Teilnehmer eingangs nach seinen Erfahrungen mit den Hausaufgaben, die bestenfalls aufgeschrieben wurden. Depressiv erkrankte Menschen neigen dazu, vornehmlich negative Aspekte zu beschreiben. Die Aufgabe des Depressionsmanagers ist daher, die positiven Seiten zu beleuchten und alle Fortschritte zu würdigen. Er fragt nach den konkreten Prozessen, den erlebten Gefühlen, den resultierenden Stimmungen und hebt besonders die eingesetzten Fähigkeiten hervor. Das Ziel ist schließlich, dass die einzelnen Lösungsschritte auch auf andere Probleme abstrahiert werden können. Sollten die Erkrankten keine Veränderung der Stimmungslage wahrgenommen haben, ist es wichtig, dies als den Normalfall herauszustellen und mehr Geduld einzufordern. Bei einer Stimmungsaufhellung wiederum muss die Wirkungsverknüpfung mit der Problemlösetherapie hergestellt werden. Manche Patienten schieben die Wirkung vornehmlich auf die Medikamente, die sie oft zusätzlich einnehmen. Wenn sie jedoch ihre Problemlösung als stimmungsaufhellende Ursache verstehen, ist die Wahrscheinlichkeit höher, dass sie auch zukünftig versuchen ihre Probleme in differenzierter Weise zu bearbeiten (vgl. ebd., 61f).

Natürlich sind die Lösungsversuche immer auch durch **Erlebnisse des Scheiterns** bestimmt. Dabei kommt es darauf an, die vermeintlichen Misserfolge nicht als solche zu werten. Sie sind elementarer Bestandteil des Prozesses und offenbaren meistens neue Informationen, die in einem höheren Ver-

ständnis über ein Problem resultieren. Die Erkrankten müssen diese gedankliche Umdeutung ebenfalls vollziehen und werden mit verschiedenen Fragen dazu ermutigt. Beispielsweise: Was haben Sie Neues über die Situation gelernt? Sollte das Ziel jetzt klarer definiert werden? (vgl. ebd., 62f). Schließlich geht es in der Problemlösetherapie nicht darum, alle Probleme der Patienten zu lösen, sondern darum, die Fähigkeiten zur eigenständigen Problemlösung zu entwickeln.

Für das Gelingen dieses Lernprozesses wird ausdrücklich die **Wichtigkeit der Hausaufgaben** hervor gehoben, ohne die eine Problemlösetherapie erfolglos bleiben wird. Ein Depressionsmanager muss dementsprechend nicht erledigte Aufgaben in den Fokus einer Sitzung rücken und darauf hinweisen, welchen Zweck sie erfüllen. Wenn die Aufgaben bearbeitet und entsprechend gewürdigt wurden, können neue Probleme in den Fokus der Therapie rücken. Die insgesamt sechs bis acht Sitzungen verlaufen weiter nach dem hier skizzierten Stufenmodell und dienen hauptsächlich der weiteren Festigung dieses Problemlöseansatzes (vgl. ebd., 62-66).

Die zweite wesentliche Säule neben den dargestellten sieben Stufen ist die **gezielte Implementierung angenehmer und befriedigender Aktivitäten** in den Alltag der Patienten. Sie ist zeitlich weniger umfangreich innerhalb der Problemlösetherapie, aber von ebenso entscheidender Bedeutung für die Behandlung von depressiven Erkrankungen. Grundlage ist die Annahme, dass depressive Menschen deutlich weniger angenehme Ereignisse wahrnehmen als nichtdepressive Menschen. Dadurch erleben sie eine zusätzliche Absenkung ihrer Stimmung und verringern abermals wohlthuende Tätigkeiten. Eine sich verstetigende Abwärtsspirale ist die Folge (vgl. Hegel und Areán 2004, 65).

Diese gilt es, mit einer aktiven Aktivitätsplanung zu durchbrechen. Dazu muss der Depressionsmanager zusammen mit den Teilnehmern herausfinden, welche Handlungen sich als förderlich erweisen könnten. Es kommt nicht darauf an, dass es sich um etwas Großes, Teures oder besonders Zeitintensives handelt. Es kann etwas ganz Einfaches sein, wie der Genuss einer Tasse Kaffee, das Lesen eines Buches oder ein Spaziergang. Wichtig ist, dass es sich ohne große Mühen in den Alltag integrieren lässt, damit eine sich androhende Stimmungsveränderung immer wieder durch wohlthuenden Aktivitäten gestoppt werden kann (vgl. ebd., 129).

Die Planung dieser angenehmen und befriedigenden Tätigkeiten sollte daher bei jeder Patientin und bei jedem Patient in die sogenannten Hausaufgaben und deren Auswertung Einzug finden. Darüber hinaus sollte sie noch stärker fokussiert werden, wenn der Mangel an angenehmen Ereignissen als Problem selbst genannt wurde, die Lösung der vorgebrachten Probleme, nicht in der Macht des Patienten liegen oder wenn hartnäckig behauptet wird, dass sie gar keine Probleme haben, an denen gearbeitet werden kann (vgl. ebd., 66).

3.4 GermanIMPACT im Grundriss

Den zentralen Barrieren der Versorgung von depressiv erkrankten älteren Menschen (Kapitel 2.4) folgend, soll auch in Deutschland eine Adaption des IMPACT-Programms implementiert werden. Unter dem Studientitel „**Koordinierte Behandlung der Altersdepression in der Primärversorgung: Implementierung des IMPACT-Programms in Deutschland**“ soll die Frage geklärt werden, „[...] ob die Anpassung und Implementierung trotz der unterschiedlichen Versorgungsstrukturen auch in Deutschland praktikabel und sowohl die gut belegte Wirksamkeit sowie die positive Kosten-Nutzen-Bilanz der Intervention auch in Deutschland zu beobachten sind?“ (deutscher Forschungsantrag, ohne Veröffentlichung, 1).

Für die Klärung der Forschungsfrage wird eine **Cluster-randomisierte** Untersuchung in insgesamt 60 zu rekrutierenden **Hausarztpraxen** durchgeführt, die zu gleichen Teilen in Hamburg und Freiburg verteilt sind. Davon bieten jeweils eine Hälfte, 15 Praxen pro Stadt, die Behandlung aus dem IMPACT-Programm (Interventionsgruppe) und die andere Hälfte die gewöhnliche Versorgung (Vergleichsgruppe) an. Jede Praxis soll fünf über 60jährige Patientinnen und Patienten mit einem depressiven Syndrom rekrutieren, wodurch insgesamt 300 Studienteilnehmer (n=300) gewonnen werden sollen. Cluster-randomisiert heißt dementsprechend, dass die Behandlung, die die einzelnen Erkrankten erfahren, von der zufälligen Zuordnung der Praxis abhängig ist. Eine Vermischung von Intervention und Vergleichsgruppe innerhalb derselben Praxis soll vermieden werden, da sie vermutlich das Ergebnis verfälschen würde (vgl. englischer Forschungsantrag, ohne Veröffentlichung, 7ff).

Als **Patienten** kommen alle über 60jährigen Personen mit einer depressiven Erkrankung in Frage, die dann vorliegt, wenn sie mittels **PHQ-9-Fragebogen** zehn oder mehr Punkte erzielen. Zusätzlich müssen sie in der Lage sein, den Depressionsmanager aufzusuchen und mit ihm telefonisch zu kommunizieren. Nicht teilnehmen dürfen Menschen, die an einer Drogen- oder Alkoholabhängigkeit, Demenz, psychotischen Symptomen oder ausgeprägter Suizidalität leiden. Zusätzlich dürfen sie nicht bereits eine psychologische oder psychiatrische Behandlung in Anspruch nehmen (vgl. englischer Forschungsantrag, ohne Veröffentlichung, 7) Für eine repräsentative Aussagekraft der Studie werden insgesamt 250 Studienteilnehmer benötigt, die die Behandlung ein Jahr befolgen. Nach einer ähnlichen Studie in den USA von Unützer et al. (2002) wird davon ausgegangen, dass 15 Prozent der Patientinnen und Patienten der Therapie nicht treu bleiben, was die **Teilnehmerzahl** für den Anfang auf 300 erhöht. Die gleiche Studie zeigt auf, dass jede Hausarztpraxis mit einer Patientenpopulation von mehr als 500 Besuchern in drei Monaten, ca. 100 ältere Patienten mit klinisch relevanten depressiven Erkrankungen (PHQ-9-Wert über 9) betreut, die nicht in einer psychologischen oder psychiatrischen Behandlungsmaßnahme sind. Von diesen waren in der genannten Studie 85 Prozent bereit, einen

PHQ-9-Fragebogen auszufüllen. Schließlich erfüllten zehn Prozent die oben genannten Inklusionskriterien und davon waren 80 Prozent bereit an der Studie teilzunehmen. GermanIMPACT rechnet vorsichtshalber mit einer pessimistischeren Quote von 50 Prozent und kommt damit auf eine Patientenzahl von durchschnittlich fünf pro Hausarztpraxis (vgl. englischer Forschungsantrag, ohne Veröffentlichung, 2).

Die **Datenerfassung** erfolgt einmal am Anfang (Baseline), nach sechs Monaten und nach zwölf Monaten am Ende der Behandlung. Das primäre Erfolgsmaß ist der prozentuale Anteil erfolgreich behandelter Patienten (Remissionsrate), welche bei GermanIMPACT an einem PHQ-9-Wert unter fünf festgemacht wird. Diese Rate wird anschließend ins Verhältnis mit der Kontrollgruppe gesetzt, um davon ausgehend die Effektivität zu beurteilen. Zusätzlich werden die gesundheitsbezogene Lebensqualität mit den Fragebögen SF-12 und EQ5D und die gesundheitsökonomischen Auswirkungen mit dem CSSRI-Fragebogen erfasst (vgl. deutscher Forschungsantrag, ohne Veröffentlichung 1).

Angelegt ist die Implementierungsstudie auf eine **Dauer** von drei Jahren. In den ersten zwölf Monaten werden Praxen rekrutiert und randomisiert, Studienunterlagen übersetzt, Unterrichtsmaterialien erstellt, Depressionsmanager geschult, potentielle Team-Psychiater aufgeklärt, Praxen der Interventionsgruppe unterrichtet, eine **Standardvorgehensweise** (SOP) für die Kommunikation der einzelnen Fachkräfte entwickelt und letztlich Patienten rekrutiert. Diese sollen ebenfalls genau ein Jahr innerhalb eines Zeitraums von 24 Monaten an der Studie teilnehmen, dessen Ergebnisse in weiteren sechs Monaten statistisch analysiert, ausgewertet und publiziert werden (vgl. englischer Forschungsantrag, ohne Veröffentlichung, 2).

In Hamburg und Freiburg sollen jeweils zwei **Depressionsmanager** vermutlich in Form einer Studienassistentin (weitergebildete Krankenpflegekraft, Study Nurse) rekrutiert werden. Diese sollen in einer mehrwöchigen Pilotphase ein intensives Training in den Methoden von IMPACT erhalten. Kritische Programmmodule wie PST-PC sollen zusätzlich unter Supervision an Testpatienten geübt werden. Abschließend dient ein positiver Feedbackbericht als Zertifizierung. Der erste Kontakt zwischen DM und Hausarzt soll sich auf einem gemeinsamen Informationstreffen ergeben, in dem auch abgestimmt werden soll, auf welchem Weg die Kommunikation stattfinden soll. Angedacht ist bereits, dass die Depressionsmanager potentielle Patienten in einem Erstgespräch in der Hausarztpraxis kennenlernen, damit die Erkrankten durch die zusätzliche Instanz nicht abgeschreckt werden (vgl. deutscher Forschungsantrag, ohne Veröffentlichung, 2). Alle anschließenden Treffen sollen in einer örtlichen Ambulanz stattfinden, wo auch der fachärztliche Supervisor zur Verfügung steht. Alle vier Depressionsmanager kommen bei einer geschätzten Studienteilnehmerzahl von 150 in der Interventi-

onsgruppe auf ungefähr 38 Patientinnen und Patienten (vgl. deutscher Forschungsantrag, ohne Veröffentlichung, 2).

Durchgeführt wird die Studie GermanIMPACT von ein einem **Forschungsverbund** aus dem Zentrum für Geriatrie und Gerontologie und dem Institut für Allgemeinmedizin der Albert-Ludwigs-Universität Freiburg sowie dem Institut für Allgemeinmedizin, dem Institut für Medizinische Soziologie, Sozialmedizin und Gesundheitsökonomie und dem Institut für medizinische Psychologie des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf.

4 Methodik der Systematischen Übersichtsarbeit

Die Darstellung des IMPACT-Programms und seiner deutschen Adaption hat die Rolle des Depressionsmanagers in den Mittelpunkt gestellt und gleichzeitig seine zahlreichen Aufgabenfelder und Qualifikationsanforderungen offengelegt. Allerdings weisen alle Ausführungen lediglich Konzeptcharakter auf und lassen keine belastbaren Rückschlüsse auf die tatsächlichen Patientenkontakte, Arbeitsabläufe oder Therapieerfolge zu. Weitgehend ungeklärt bleiben ebenfalls die strukturelle Einbindung und die formelle Qualifikationsanforderung. Dies ist im Hinblick auf die Komplexität depressiver Erkrankungen im Alter, wie in Kapitel zwei und drei dargestellt, im hohen Maße besorgniserregend. Angesichts der enormen Abhängigkeit des Studienerfolgs von GermanIMPACT bezüglich der konkreten Arbeitsleistung des Depressionsmanagers bedarf es einer umfassenden Analyse bisheriger Implementationserfahrungen in Hinblick auf die neugeschaffene Rolle des Depressionsmanagers. Zu diesem Zweck wird im Folgenden die Methode der Systematischen Übersichtsarbeit als eine Form des wissenschaftlichen Arbeitens eingeführt und auf die beschriebene Erkenntnislücke hin abstrahiert.

4.1 Einführung in die Methode der Systematischen Übersichtsarbeit

Systematische Übersichtsarbeiten (Reviews) sind das Ergebnis einer umfassenden methodischen Literaturrecherche zu einer konkreten Fragestellung, bei der alle relevanten Informationen kriteriengeleitet extrahiert, kategorisiert und analysiert werden. Ihr Ziel ist es, in objektiver, nachvollziehbarer Weise möglichst alle bedeutsamen Ergebnisse zu einer Frage zusammenzufassen, um davon ausgehend Schlussfolgerungen zu formulieren, die als „bestmögliche“ Grundlage für praktisches Handeln und strukturelle Entscheidungen gelten können. Reviews sind in diesem Sinne „[...] eine Zusammenfassung der Ergebnisse unterschiedlich angelegter Studien für definierte Populationen, Interventionen und Endpunkte.“ (Kunz et. al. 2009, 16). Sie zeichnen sich vor allem durch fünf Charakteristika aus. Erstens haben sie klare Ziele, von denen sie die Einschlusskriterien der zu berücksichtigenden Studien ableiten. Zweitens muss ihre Methode eindeutig reproduzierbar sein. Drittens zeichnen sie sich durch eine systematische Suche aus, die versucht alle Studien, die auf die Einschlusskriterien

passen, auffindig zu machen. Viertens durchlaufen die Kriterien erfüllenden Studien eine Begutachtung hinsichtlich ihrer Gültigkeit und Fünftens werden die Ergebnisse der eingeschlossenen Studien zusammengefasst und präsentiert. (Higgins und Green 2008, 6).

Durch diese Vorgehensweise grenzen sich systematische Reviews gegen über **narrativen Übersichtsarbeiten** ab, die zunehmend in Kritik geraten. Es heißt, ihr Vorgehen ist in der Regel nicht standardisiert und daher selten nachzuprüfen. Ihre Literaturrecherchen seien meistens unvollständig, vorhandene Quellen werden nicht ausreichend genutzt und die Gewichtung der einzelnen Studien erfolge nach subjektiven Kriterien. Darüber hinaus fiele es ihnen schwer, widersprüchliche Studien zu integrieren und die zunehmende Anzahl von Publikationen, auch im sozialwissenschaftlichen Bereich, Herr zu werden (vgl. Wagner und Weiß 2006, 480).

Bei systematischen Übersichtsarbeiten handelt es sich um eine verhältnismäßig **junge Forschungsmethode**, die seit Anfang der 90er Jahre zunehmend populärer wird. Ihre Etablierung ist eng an die programmatische Betonung **evidenzbasierter** Methoden vor allem in gesundheitspolitischen Entscheidungsprozessen gekoppelt. Dies bedeutet, dass Entscheidungen unter einer gewissenhaften, ausdrücklichen und abwägende Einschätzung aller zur Verfügung stehenden wissenschaftlichen Beweise zu einem Thema getroffen werden sollen. Vor allem Systematische Reviews können diese Evidenz bieten (vgl. Kunz et al. 2009, 3 und Jesson et al. 2011, 105). Weitere Katalysatoren sind neu geschaffene Voraussetzungen wie Internetrecherchen, die elektronische Beschaffung oder Fernleihe von Artikeln und die Verfügbarkeit elektronischer Datenbanken. Vor allem durch sie ist es überhaupt möglich, die gewaltige Informationsflut wissenschaftlicher Artikel systematisch zu durchsuchen (vgl. Kunz et al. 2009, 5). Derzeit existieren beispielsweise allein 5.000 medizinische Fachzeitschriften, von denen sich jeweils 100 bis 150 Journale einem je spezifischen Thema widmen und permanent neue Artikel publizieren (vgl. Müllner 2005, 115). Darin liegt auch der Charme eines systematischen Reviews, der einen verhältnismäßig schnellen Überblick zu komplexen Fragestellungen liefert. Praktikerrinnen und Praktiker, Forscher sowie Entscheidungsträger können sich mit ihnen auf dem Laufenden halten, ohne ständig alle relevanten Fachzeitschriften durcharbeiten (vgl. Kunz et al. 2009, 2).

Zu erwähnen ist in diesem Zusammenhang auch die **Cochrane Collaboration**. Sie ist ein renommier-tes Netzwerk, welches sich der Erstellung Systematischer Reviews widmet. Hier arbeiten internationale Ärzte und Wissenschaftler zusammen und ihre selbstbestimmte Aufgabe besteht darin, nach einer eigenen spezifizierten Methodik, Systematische Übersichtsarbeiten zu medizinischen Interventionen zu erstellen, sie zu aktualisieren und zu veröffentlichen. Damit soll ein evidenzbasierter Entscheidungsprozess im Gesundheitswesen ermöglicht werden (vgl. Jesson et al. 2005 ,105f).

Eine Systematische Übersichtsarbeit befolgt **fünf genuine Schritte**. (Abbildung 1) Zuerst wird eine Reviewfrage formuliert, dann die Literatur identifiziert, deren Qualität bewertet, ihre Evidenz zusammengefasst und abschließend werden die Ergebnisse interpretiert (vgl. Kunz et al. 2009, 6).

Abbildung 1: Fünf Schritte einer Systematischen Literaturübersicht



4.2 Design der Systematischen Übersichtsarbeit

Auf der Basis dieser theoretischen Grundlage wird im Folgenden das Design für die systematische Literaturübersicht entwickelt und die sich daraus ergebene Literaturrecherche durchgeführt.

4.2.1 Reviewfrage

Der Grundstein einer jeden Systematischen Übersichtsarbeit ist die Reviewfrage. Sie soll im Vorfeld der eigentlichen Arbeit (a priori) und ganz eindeutig formuliert werden und darf möglichst nicht mehr verändert werden. Zwar ist es zulässig während des Prozesses neu auftauchende Aspekte in der Fragestellung zu berücksichtigen, wenn sie dementsprechend kenntlich gemacht werden, eine weitgehende Abänderung nach Sichtung aller Studienergebnisse ist aber nicht zulässig (vgl. Kunz et. al. 2009, 20). Die **Reviewfrage** muss die Fragen und Probleme, die die Arbeit beantworten will, genau definieren und beinhaltet in der Regel ein standardisiertes Gerüst aus **vier Komponenten**: Der Population, der Intervention, den Endpunkten, die sich auf die Frage oder das Problem beziehen, sowie den Studiendesigns, die für die Beantwortung in Betracht gezogen werden (vgl. Kunz et. al. 2009, 10). Eingeleitet wurde dieses Kapitel mit der **freien Frage: Welche Implementationserfahrungen wurden bei den bisherigen verschiedenen ausgeprägten Umsetzungen der Kollaborativen Versorgung von Depressionen im Hinblick auf die Anforderungen, die Qualifikation und die strukturelle Einbindung des Depressionsmanagers gemacht?** Im Folgenden wird die daraus entwickelte strukturierte Frage, nach dem standardisierten Gerüst aus den vier Komponenten dargestellt.

Die Population definiert die Patienten, für die das Review eine belastbare Aussage treffen soll (vgl. Kunz et. al. 2009, 11). In dieser Ausarbeitung, wie auch in der Patientengruppe des IMPACT-Programms, handelt es sich um ältere Menschen mit depressiven Erkrankungen in der Primärversorgung. Wobei sie nicht unter Drogen- oder Alkoholabhängigkeit, Demenz, psychotischen Symptomen oder ausgeprägter Suizidalität leiden dürfen und sie sollen nicht bereits eine psychologische oder psychiatrische Behandlung in Anspruch nehmen. Weiterhin sollen keine Studien betrachtet werden, die Ihren Fokus auf Komorbiditäten wie bipolare Störungen, Multimorbidität, Diabetes usw. legen.

Ausdrücklich erwünscht ist eine Betrachtung des IMPACT-Programms in seinen verschiedenen internationalen Implementierungen. Die Population ist daher nationenübergreifend.

Die Intervention beinhaltet alle Maßnahmen, die der Population angeboten oder enthalten werden (vgl. Kunz et. al. 2009, 11-15). Untersucht werden soll hier das IMPACT-Programm in seinen verschiedenen Ausprägungen und im speziellen die Rolle des Depressionsmanagers in Hinblick auf seine Anforderungen, Qualifikationen und strukturellen Einbindungen. Interventionen sind also die Aufklärung der Patienten, die Nachverfolgung der Medikamenteneinnahme, die Durchführung der Problemlösetherapie, die Aktivierung zu angenehmen Aktivitäten, die Nachverfolgung der Gesamttherapie und etwaige weitere psychoedukative Maßnahmen über einen nicht näher bestimmten abgegrenzten Zeitraum. Darüber hinaus sind analoge Modelle Kollaborativer Versorgung eingeschlossen, die sich durch eine zusätzliche Fachkraft in der Primärversorgung mit ähnlichen Aufgaben auszeichnen und zwischen Hausarztpraxis sowie psychologisch bzw. psychiatrischer Versorgung steht.

Die Endpunkte beschreiben, welche Wirkung durch die Intervention auf die Population eintreten soll (vgl. Kunz et. al. 2009, 16). Wichtig ist im Zusammenhang mit depressiven Erkrankungen vor allem eine Verbesserung der Symptome, der subjektiven Lebensqualität und der Vermeidung von Suizidalität. Das primäre Erfolgsmaß ist der prozentuale Anteil erfolgreich behandelter Patienten (Remissionsrate), welchen ein PHQ-9-Wert unter fünf attestiert wird. Dazu soll herausgearbeitet werden, in wie fern die tatsächlichen Interventionen des Depressionsmanagers dem Erfolg oder Misserfolg der Therapie zugeschrieben werden.

Das **Design der Studie** soll die Auswahl der Studien berücksichtigen, die in die Systematische Ausarbeitung einfließen sollen. Sie müssen immer so angelegt sein, dass der Effekt auch fehlerfrei untersucht werden kann. Das Studiendesign bestimmt demzufolge die Validität der beobachteten Effekte (vgl. Kunz et. al. 2009, 11 und 16). Denkbar ist beispielweise die Konzentrierung auf Cluster-randomisierte Kontrollstudien, wie GermanIMPACT oder auch die alleinige Betrachtung von Längsschnittstudien über mindestens zehn Jahre. Dieser Review legt seinen Fokus jedoch eher auf die qualitative Betrachtung des Depressionsmanagers und erst in zweiter Hinsicht wird der damit in Verbindung stehende Output der Studie betrachtet. Das Studiendesign soll daher in der Auswertung berücksichtigt werden, aber im Vorfeld kein Ausschlusskriterium darstellen.

Die Reviewfrage unterscheidet sich etwas von der standardisierten Form, da die vorliegende Übersichtsarbeit ausdrücklich **qualitativ explorativ** angelegt ist. So soll auch nicht die generelle Wirksamkeit des IMPACT-Programms untersucht werden, sondern speziell der Interventionsanteil des Depressionsmanagers.

4.2.2 Suchstrategie und Studienauswahlkriterien

Die Literaturrecherche für eine systematische Übersichtsarbeit ist ein wiederholender Prozess, der sich schrittweise (iterativ) dem Ergebnis nähert. Angelehnt an die Standardvorgehensweise (vgl. Kunz et. al. 2009, 22) werden vor allem die einschlägigen biomedizinischen Datenbanken: **MEDLINE** und **EMBASE**, die gesundheits- und pflegewissenschaftliche Datenbank **CINAHL** und die Datenbanken **PsycInfo** mit sozialwissenschaftlichen und psychologischen Inhalten durchsucht (vgl. Kunz et. al. 2009, 24). Den Ausgangspunkt dieser systematischen Literaturübersicht bildet die umfangreiche Bibliografie „Collaborative Care“ bezogener Studien: „IMPACT Annotated Bibliography“, die auf <http://impact-uw.org/> fortwährend aktualisiert wird (Letztes Überarbeitung: 01.04.2011, vgl. IMPACT Implementation Center 2011).

Die Entwicklung der **Suchbegriffe** basiert auf der gezielten Durchsicht der Bibliografie: „IMPACT Annotated Bibliography“, der Betrachtung des IMPACT-Programms sowie den Kernbegriffen aus der Fragestellung. Die resultierenden Begriffe wurden daraufhin dazu benutzt, mit der „Map Term to Subject Heading“-Funktion auf Ovid, zusätzliche Schlagwörter zu extrahieren. Die Ergebnisse sind in *Tabelle 9* dargestellt.

Tabelle 8: Freitextsuchbegriffe und Schlagwörter

Population:		Intervention:	
<ul style="list-style-type: none"> • Older adults <ul style="list-style-type: none"> ○ Geriatrics • Late(r) Life, Aged <ul style="list-style-type: none"> ○ Elderly • Major, Minor <ul style="list-style-type: none"> ○ Depression ○ Depressive Disorder ○ Dysthymic Disorder ○ Attitude to Death • PHQ-9 <ul style="list-style-type: none"> ○ Questionnaires • Primary Care, Physician, Provider, Clinic <ul style="list-style-type: none"> ○ Primary Health Care • General Practitioner 		<ul style="list-style-type: none"> • Collaborative Care <ul style="list-style-type: none"> ○ Patient-Centered Care • Depression Care Manager, DCM • Depression Clinical Specialist, DCS • Multidisciplinary Care Team • Nurse Case Management <ul style="list-style-type: none"> ○ Case Management ○ Advance Care Planning ○ Progressive Patient Care ○ Problem Solving, PST ○ Psychotherapy, Brief ○ Patient Education as Topic • Psychoeducation • Stepped Care • IMPACT - Improving Mood: Promoting Access to Collaborative Treatment • Facilitate antidepressant Medication • Behavioral activation • Proactive Patient follow-up <ul style="list-style-type: none"> ○ Counseling ○ Referral and Consultation • Clinical information system <ul style="list-style-type: none"> ○ Medical Records Systems, 	
<ul style="list-style-type: none"> • <i>Nur Freitextsuche</i> 	<ul style="list-style-type: none"> ○ <i>Schlagwörter und Freitextsuche</i> 		

Noch vor der Suche werden mit Hilfe der strukturierten Reviewfrage die **Ein- und Ausschlusskriterien** definiert, anhand derer die Studien ausgewählt werden sollen. Im Fokus steht der Ansatz der Kolla-

borativen Versorgung (Collaborative Care) von depressiv erkrankten älteren Menschen. In Anlehnung an zwei effektivitätsorientierte Systematische Reviews von Bower et al. (2006, 485) und Gilbody et al. (2006, 2315) wird dieser verstanden, als die Einführung einer neuen Rolle in die Primärversorgung, die die Versorgung depressiv erkrankter älterer Menschen in Zusammenarbeit mit Hausärzten und Psychiatern bzw. Psychologen unterstützt. Gleichzeitig wurden Ausschlusskriterien definiert, die verhindern sollen, dass die Studienauswahl beliebigen Charakter annimmt. Die Ergebnisse sind in *Tabelle 10* zusammengefasst.

Tabelle 9: Studienauswahlkriterien

Fragekomponente	Einschlusskriterien	Ausschlusskriterien
Die Population	<ul style="list-style-type: none"> • Ältere Menschen ab 60 mit einer klinisch relevanten depressiven Episode 	<ul style="list-style-type: none"> • Studienschwerpunkt auf die Versorgung von Komorbiditäten: <ul style="list-style-type: none"> ○ Demenz, Psychotische Symptome, ausgeprägte Suizidalität, Drogen- oder Alkoholabhängigkeit, Diabetes, Krebs oder ○ andere Altersklassen
Die Intervention	<ul style="list-style-type: none"> • Implementierung eines kollaborativen Versorgungsmodells bestehend aus einem multiprofessionellem Team und der Rolle des Depressionsmanagers 	<ul style="list-style-type: none"> • Praxisinterne integrierte Modelle • Collaborative Care in Verbindung mit Apotheken

4.2.3 Durchführung der Literaturrecherche

Die Suchbegriffe aus *Tabelle 9* wurden am 18.12.2011 über die das Interface Ovid (*Abbildung 3*) und EBSCO HOST (*Abbildung 4*) auf die folgenden Datenbanken hin angewendet:

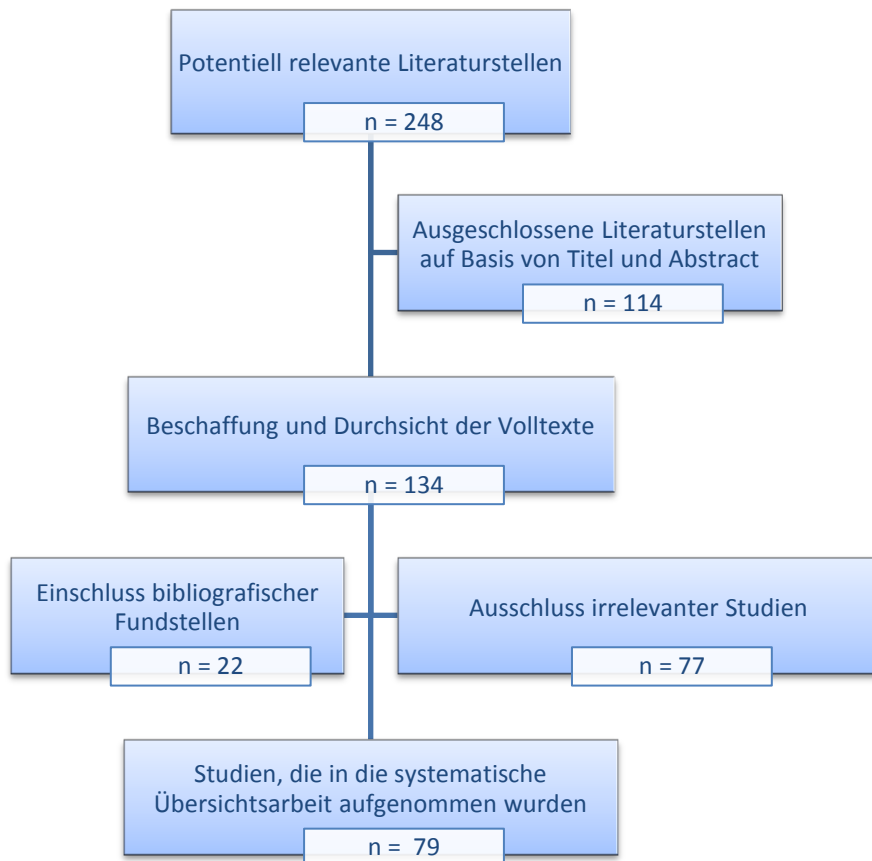
- Embase (1980 to 2011 Week 50)
- Ovid MEDLINE® (In-Process & Other Non-Indexed Citations December 16, 2011)
- PsycINFO (1806 to December Week 2 2011)
- CINAHL vom 18.12.2011

Einige Suchbegriffe wurden mit Hilfe von Platzhaltersymbolen (Trunkierung) zusammengefasst, da beispielsweise der Suchbegriff „depress\$“ alle Variationen in denen „depress“ vorkommt, berücksichtigt. Andere Suchbegriffe wurden aufgrund ihrer sehr einschränkenden Auswirkungen weggelassen. Dementsprechend ergab sich über Ovid mittels „Boole’schem“ Verknüpfungen von „and“ und „or“ ein von Duplikaten bereinigtes Ergebnis von 227 Studien (n=227) und auf EBSCO HOST ein Resultat von 42 Studien (n=42). Ein Screenshot beider Datenbankabfragen befindet sich im Anhang. (*Abbildung 2A* und *Abbildung 3A*)

Die Ergebnisse beider Suchvorgänge wurden ebenfalls von Duplikaten befreit, wodurch sich ein Suchergebnis von **248 Literaturstellen** ergab. (n=248). Anschließend wurden die Titel und Abstracts der

Ergebnisse unter Berücksichtigung der Reviewfrage und der Studienauswahlkriterien geprüft und bezüglich ihrer Eignung zur Beantwortung bewertet. Von den vorläufigen Ergebnissen (n=134), die die Einschlusskriterien erfüllen und gleichzeitig kein Ausschlusskriterium verletzen, sowie von den Studien, die noch keine eindeutige Kategorisierung zuließen, wurden daraufhin die Volltexte verfügbar gemacht und erneut in Bezug zur Reviewfrage gesetzt (vgl. Kunz et. al. 2009, 24). Häufige Ausschlussgründe waren Themenfokussierungen wie Alzheimer, Diabetes, PTSD und andere Komorbiditäten, aber auch Konzentrierungen auf die Versorgung von Veteranen im militärischen Kontext oder ein Schwerpunkt von postpartalen Depressionen führten zur Nichtberücksichtigung einzelner Studien. Der Nachweis der Kosteneffektivität ist kein Ziel dieser Arbeit, dennoch wurden entsprechende Studien nicht per se ausgeschlossen, sondern dahingehend überprüft, ob sie detaillierte Informationen bezüglich des Depressionsmanagers liefern.

Abbildung 2: Flussdiagramm des systematischen Suchvorgangs



Bei dieser zweiten Durchsicht wurden alle Studien daraufhin überprüft, ob sie Informationen **im Hinblick auf die Anforderungen, die Qualifikation und die strukturelle Einbindung des Depressionsmanagers** enthalten und ob die Bibliografien der Studien zu zusätzlich relevanten Literaturstellen füh-

ren. Von den vorläufigen Ergebnissen (n=134) blieben 57 Studien, die relevante Daten boten und 22 Literaturstellen kamen durch die Analyse der Literaturverzeichnisse hinzu. Dementsprechend bilden 79 Studien das Ergebnis des systematischen Suchvorgangs und die Datenlage für die kommende Ergebnisdarstellung. Eine Schematisierung dieser Studienidentifizierung bietet *Abbildung 2*.

4.2.4 Datenextraktion, Kategorisierung, und Tabellarisierung der Ergebnisse

Die endgültige Studienauswahl wird anschließend tabellarisch aufgearbeitet. Dabei werden die Studien nach Art und Weise Ihres Inhaltes sortiert und kategorisiert. Ziel ist vor allem eine größtmögliche Transparenz in der Präsentation, die eine differenzierte Einschätzung der Evidenz ermöglichen soll (vgl. Kunz et. al. 2009, 52).

Tabelle 10: Studien mit hohem Informationsgehalt zum Depressionsmanager

Autoren	Studienart	Jahr und Ort
Apesoa-Varano et al.	Qualitative Studie zum Patientenumgang	2010: USA
Bachmann et al.	Studie zur Kosteneffektivität	2006: USA
Bao et al.	Studie zur Kosteneffektivität	2011: USA
Chew-Graham et al.	RCT mit qualitativen Interviews	2007: UK
de Jong et al.	Qualitative Implementierungsstudie	2009: NL
England et al.	Qualitative Implementierungsstudie	2007: UK
Gask et al.	Qualitative Implementierungsstudie	2010: UK
Harpole et al.	Random Work Sampling Study	2003: USA
Hegel et al.	Qualitative Implementierungsstudie	2002: USA
Korsen und Pietruszewski	Qualitative Implementierungsstudie	2009: USA
Nutting et al.	Qualitative Implementierungsstudie	2007: USA
Oishi et al.	Qualitative Implementierungsstudie	2007: USA
Oxmann et al.	Review von 4 RCT	2003: USA
Richards et al.	Qualitative Implementierungsstudie	2006: UK
Rubenstein et al.	Qualitative Implementierungsstudie	2010: USA
Vera et al.	RCT	2010: Puerto-Rico
Williams et al.	Systematischer Review zu Instrumenten	2007: USA
Wolf et al.	Review über die Interventionen	2008: USA

Für diesen Schritt wurden aus den gefundenen Studien alle Angaben, die die Anforderungen, die Qualifikation, die strukturelle Einbindung des Depressionsmanagers und dessen Wirkungen auf die Patienten betreffen extrahiert. Anschließend führte die Qualität, die Art und der Umfang der ermittelten Daten zu einer dreiteiligen Kategorisierung der Studien in Hoch, Mittel und Gering. (Fletcher et al. 2007, 4). Die nach diesem System unterteilten Studien sind in den *Tabellen 10 und 11 sowie im Anhang (Tabelle 1A)* aufgeführt.

Tabelle 11: Studien mit mittlerem Informationsgehalt zum Depressionsmanager

Autoren	Studienart	Jahr und Ort
Aréan et al.	Effektivitätsstudie zu PST-PC	2008: USA
Blasinsky et al.	Post – Implementierungsstudie	2006: USA
Chen et al.	RCT – Designbeschreibung	2011: China
Ell et al.	Sekundäranalyse: Altersgruppen	2010: USA
Fortney et al.	Deskriptive Studie: EDV	2010: USA
Grypma et al.	Post - Implementierungsstudie	2005: USA
Levine et al.	Qualitative Implementierungsstudie	2005: USA
Rust und Davis	Deskriptive Studie: Medikation	2011: USA
Unützer et al.	RCT – Designbeschreibung	2001: USA
Unützer et al.	Studie zur Kosteneffektivität	2008: USA
Unützer et al.	RCT	2002: USA
Unützer et al.	Deskriptive Studie: EDV	2002: USA
van Leeuwen et al.	Sekundäranalyse: Altersgruppen	2009: USA
Vlasveld et al.	RCT – Designbeschreibung	2008: NL
Vlasveld et al.	RCT	2011: NL

4.3 Stärken und Limitationen der systematischen Literaturrecherche

Die hier konzipierte Literaturrecherche ist nach Wissen des Autors **die erste systematische Untersuchung** zu den Anforderungen, der Qualifikation und der strukturellen Einbindung des Depressionsmanagers, sowie dessen Wirkungen auf die Patientinnen und Patienten. Weder in Deutschland noch international konnten Quellen identifiziert werden, die eine ähnliche Fragestellung bearbeitet haben. Dadurch, dass nicht die Wirkung der Interventionen auf die Population im Vordergrund steht, können zudem die meisten Verzerrungen (Bias) vermieden werden und auch die ausgewählten Studien müssen nicht daraufhin überprüft werden. Selektionsbias, die bei der Studienteilnehmerauswahl vorkommen, Durchführungsbias, die dem standardisierten Studienverlauf entgegenwirken, Messungsbias die bei der Ermittlung von Effekten auftreten und Verlustbias, die durch den vorzeitigen Austritt von Studienteilnehmern entstehen können (vgl. Kunz et. al. 2009, 39), sind aufgrund der speziellen Fragestellung zu vernachlässigen.

Dennoch weist diese Übersichtsarbeit Limitationen auf. Rechercheergebnisse sollten eigentlich von mindestens zwei unabhängigen Reviewern gesichtet werden, weil sich trotz einer expliziten Kriterienauswahl, die Urteile über Ein- und Ausschluss manchmal unterscheiden können (vgl. Kunz et. al. 2009, 20 und 34). Die Literaturlauswahl der vorliegenden Arbeit wurde nicht doppelt vorgenommen. Diese Schwachstelle kann jedoch relativiert werden, da bei der Auswahl der Studien überwiegend sehr eindeutige Urteile gefällt wurden. Kritische und schwierige Entscheidungen über die Aufnahme einer Literaturquelle sind dadurch gelöst worden, dass der betreffende Fund den Studien mit niedrigem Informationsgehalt zugeordnet wurde und relevante Angaben zum Depressionsmanager ebenfalls extrahiert wurden.

Nicht auszuschließen sind überdies Publikationsbias. Diese können auftreten, wenn Studien aufgrund unerwünschter Ergebnisse, statistischer Mängel oder Ähnlichem nicht veröffentlicht werden (vgl. Jessen et al. 2011, 161). Außerdem kommt es vor, dass negative Ergebnisse von nicht-englischsprachigen Autoren teilweise nur in der Landessprache verfasst und nur in den jeweiligen nationalen Fachzeitschriften veröffentlicht sind (vgl. Kunz et. al. 2009, 35). Tatsächlich hat die hier durchgeführte Suche ausschließlich englischsprachige Studien zum Ergebnis gehabt, die zum allergrößten Teil positive Ergebnisse auswiesen.

5 Ergebnisse aus internationalen Implementierungen Kollaborativer Versorgungsmodelle

Nach Auswahl, Bewertung und Kategorisierung der Literaturstellen kann in diesem Schritt die Synthese der Ergebnisse dargestellt werden (vgl. Kunz et. al. 2009, 46). Es hat sich bestätigt, dass die Informationen zum Depressionsmanager auch in den ausgewählten Studien sehr unausgewogen und meist stark limitiert vorhanden sind. Aus diesem Grund wird im Folgenden eine umfassende Darstellung vorgenommen, die versucht die gesamte Bandbreite an Zusammenhängen abzubilden. Denn erst durch die Zusammenstellung aller Daten lässt sich ein genaueres Bild des Depressionsmanagers abbilden.

5.1 Zusammenfassung der Kollaborativen Versorgungsstudien

Die Systematische Suche lieferte eine Vielzahl verschiedener Studienarten aus verschiedenen Ländern. In diesem Abschnitt wird zunächst ein Überblick über die als hoch- und mittelrelevant eingestuften Arbeiten gegeben. Zuerst seien die originären Studien des **IMPACT-Programms** erwähnt. Unützer et al. beschreiben darin das Design (2001) der randomisierten Kontrollstudie (RCT), die Ergebnisse (2002) und die langfristige Kosteneffektivität (2008) der Untersuchung mit 1.801 Patienten verteilt auf acht Studienorte in den USA. IMPACT wurde nach dem RCT teilweise in die reguläre Finanzierung überführt, was Grypma et al. (2005) und Blasinsky et al. (2006) berichten. Zu Impact gibt es auch einige Sekundäranalysen, wie die von van Leeuwen et al. (2009), in der Behandlungsunterschiede zwischen jungen Alten und Hochaltrigen betrachtet werden oder die von Callahan et al. (2005), die die Patientengruppe auf vorhandene Komorbiditäten untersuchen.

Innerhalb **Europas** sind vor allem die randomisierten kontrollierten Studien von Chew-Graham et al. (2007) und Richards et. al. (2008) in Großbritannien sowie der RCT von Vlasveld et al. (2008 und 2011) in den Niederlanden zu erwähnen. Neben europäischen und US-amerikanischen Umsetzungen gab es bereits erste randomisierte Kontrollstudien auf **anderen Kontinenten**. In Puerto-Rico führten Vera et al. (2010) eine Untersuchung durch, die das IMPACT-Konzept kopierte und die Zielgruppe um alle Altersgruppen ab 18 Jahren sowie um multimorbide Patienten erweiterte (vgl. Vera et al. 2010, 6). In China gab es ebenfalls einen RCT (vgl. Wu et al. 2010) zur Kollaborativen Versorgung depressiver älterer Menschen, der sich nur durch einen erweiterten Fokus auf das Suizidrisiko und das Fehlen einer psychotherapeutischen Intervention von IMPACT unterscheidet (vgl. Chen et al. 2010 und 2011). Vorbereitet wird außerdem eine Einführung in Canada (vgl. Swenson et al. 2008).

Zusätzlich beinhalteten die Ergebnisse einige **Systematische Reviews** sowie limitierte spezifische Vergleichsarbeiten. Beispielsweise untersuchen Oxmann et al. (2003) die vier großen Kollaborativen

Versorgungsstudien IMPACT, PRISM-E, PROSPECT und RESPECT-D in Bezug auf die Depressionsmanager und den Team-Psychiater, die sich durch veränderte Zielgruppen und Erkrankungen, telefonische Schwerpunktsetzungen oder modifizierte psychologische Interventionen auszeichnen. Williams et al. (2007) betrachten in einem Systematischen Review 28 randomisierte Kontrollstudien zur Kollaborativen Versorgung von Depressionen im Alter und versuchen einzelne effektauslösende Elemente zu identifizieren. Agius et al. (2010), Neumeyer-Gromen et al. (2004) und Bower et al. (2006) vergleichen auf ähnliche Weise die Effektivität miteinander und Gilbody et al. (2006a) untersuchen die Langzeitwirkungen Kollaborativer Versorgung für depressive Erkrankungen sowie die Kosteneffektivität (2006b). Von der Cochrane Collaboration existiert bisher nur ein Studienprotokoll, in dem die Planung eines Systematischen Reviews inklusive der Methoden dargestellt wird (vgl. Fletcher et al. 2007). Mangels Ergebnissen wurde diese Arbeit nicht in die vorliegende Literaturübersicht eingeschlossen.

Daneben gibt es wenige, aber dafür ertragreiche **qualitative** Implementierungsstudien. Aus den Niederlanden ist die von de Jong et al. (2009) zu erwähnen, die den dort durchgeführten RCT beleuchtet, der wesentliche Teile des IMPACT-Programms beinhaltet. Zur US-amerikanischen IMPACT-Studie direkt gibt es ebenfalls qualitative Untersuchungen. Apesoa-Varano et al. (2010) befragen neun Hausärzte und elf Depressionsmanager zu ihren Strategien, die sie bei der Behandlung von depressiven älteren Menschen einsetzen. Neun dieser DM werden ebenfalls von Oishi et al. (2003) in Fokusgruppen und Interviews zu den einzelnen Bestandteilen des IMPACT-Programms konsultiert und Levine et al. (2005) werten 267 ausgefüllte Fragebögen von Hausärzten zu ihrer Zufriedenheit mit der Kollaborativen Versorgung aus. Sonderstatus hat eine ergiebige Random Work Sampling Study, in der mit Hilfe elektronischer Aufzeichnungsgeräte der reguläre Tagesablauf von 13 Depressionsmanagern rekonstruiert wird (vgl. Harpole et al. 2003).

Daneben werden auch zu anderen Implementierungsstudien **qualitative** Erhebungen beschrieben. Nutting et al. (2007) führen 70 semistrukturierte Interviews zu den Erfahrungen bei der Einführung von RESPECT. Gleiches lässt sich in Großbritannien entdecken, wo Gask et al. (2010) und England et al. (2007), die einzelnen Beteiligten nach ihren Einschätzungen fragen, um eine künftige verbreiterte Implementierung vorzubereiten. In diesem Zusammenhang existiert auch eine Studie von Richards et al. (2006), die die Meinungen von potentiellen Patienten und Professionellen vor dem eigentlichen Testlauf abfragt. Eine weitere Evaluation zu der Umsetzung des IMPACT-ähnlichen TIDES-Programms legten Rubenstein et al. (2010) vor, die damit den Weg für eine verbreiterte Einführung Kollaborativer Versorgungsansätze ebnen wollen. Dieses Ziel verfolgen auch einige vergleichende Arbeiten. Kor-

sen und Petruszewski (2009) untersuchen beispielsweise die Implementierungen DIAMOND und RESPECT auf organisatorische Auffälligkeiten bei deren Einführung.

Die systematische Suche hat aber auch Studien zu Tage gebracht, die **spezielle** Teile der Kollaborativen Versorgung beleuchten. Wolf et al. (2008) beschreiben verschiedene Untersuchungen der Problemlösetherapie in der Primärversorgung, in denen durchweg Effektivität nachgewiesen wird (vgl. Wolf et al. 2008, 133). Aréan et al. (2008) betrachteten diese Intervention speziell auf ihren Einsatz in IMPACT. Bachmann et al. (2006) und Bao et al. (2011) untersuchen die ökonomischen Aspekte Kollaborativer Versorgung von Depressionen und Hegel et al. (2002) bieten eine qualitative Beschreibung der Depressionsmanager speziell auf die Problemlösetherapie. Hinzu kommen einige Studien die Aspekte der Kollaborativen Versorgung kommentieren. Rust und Davis (2011) eröffnen grob ein Arbeitsfeld für die Soziale Arbeit und Unützer et al. (2002) sowie Fortney et al. (2010) unterstreichen die Wichtigkeit des webbasierten klinischen Informationssystems. Viele weitere Studien, die jedoch lediglich einen geringen Anteil bezüglich der hier bearbeiteten Fragestellung haben, sollen nicht im Einzelnen aufgezählt werden. Eine namentliche Auflistung findet sich im Anhang (*Tabelle 1A*).

5.1.1 Wirksamkeit von Kollaborativer Versorgung

Viele Studien liefern hauptsächlich Informationen zu der **Effektivität** von Kollaborativer Versorgung, doch da die Rolle des Depressionsmanagers nicht losgelöst von seinem Nutzen betrachtet werden kann, sollen sie hier kurz dargestellt werden. Bis 2010 gab es 35 randomisierte Kontrollstudien (vgl. Gilbody et al. 2006a und Williams et al. 2007), die für sich überwiegend positive Effekte nachweisen. Zuvorderst stellen sie eine höhere Behandlungsbandbreite in der Primärversorgung und die damit verbundene Niedrigschwelligkeit speziell für depressiv erkrankte ältere Menschen heraus (vgl. Oxmann et al. 2003, 513). Kollaborative Versorgung bedeutet Zeiteffizienz für Psychiater, eine größere Verbindlichkeit bei der Medikamenteneinnahme (vgl. Bao et al. 2009), größere Zufriedenheit bei der Behandlung, weniger schwere Symptome, allgemein höhere Patientenzufriedenheit (vgl. Agius et al. 2010), eine geringere Mortalität (vgl. Gallo et al. 2007), weniger funktionale Beeinträchtigungen und eine größere Lebensqualität für die Patienten (vgl. Unützer et al. 2002, Wolf et al. 2008, 143 und Bower et al. 2006) über mindestens 24 Monate (vgl. Hunkeler et al. 2006, 3).

Auch der chinesische RCT erweist sich als effektiv (vgl. Wu et al. 2010) und der Englische zeigt für sich sogar eine Wirksamkeit über dem Durchschnitt der Systematischen Reviews (vgl. Richards et al. 2008, 284). Nur die randomisierte Kontrollstudie in den Niederlanden kann **keine gesteigerte Effektivität** in der Behandlung depressiver Erkrankungen zeigen (vgl. Vlasveld et al. 2011, 2). Hier ist zu vermuten, dass es daran liegt, dass die Patienten die Depressionsmanager aufgrund langer Wartezeiten fast nie zu Gesicht bekamen. Dennoch zeigt sich wie im weniger erfolgreichen RCT in Puerto Rico, dass bei

Patientinnen und Patienten, die eine Depressionsbehandlung in der Primärversorgung angeboten bekommen, der Zugang erleichtert wird und die Inanspruchnahme steigt (vgl. Vera et al. 2010, 6 und Bartels et al. 2004). Gilbody et al. (2006a, 2320) geben in diesem Zusammenhang jedoch zu bedenken, dass es lediglich in einer der Studien, die sie für ihren Systematischen Review untersuchen, eine genaue Beschreibung der herkömmlichen Behandlung gibt. Daher relativieren sie in ihrer Untersuchung die Aussagen zur Wirksamkeit. Sie können außerdem keine Signifikanz in den außeramerikanischen Studien entdecken, da sie diese als zu heterogen einschätzen (vgl. Gilbody et al. 2006a, 2315).

Daneben werden zahlreiche Effekte auf **spezifischere Populationen** nachgewiesen. Die Post-Implementierung von Grypma et al. (2005, 106) findet heraus, dass das Impact Programm ohne größere Einschränkungen auf alle Altersgruppen übertragbar ist. Wobei van Leeuwen et al. (2009, 1046) einige Spezifika für die Hochaltrigen entdeckt. Sie haben größere Schwierigkeiten, die anfängliche Behandlungsmethode beizubehalten als junge Alte. Der Höhepunkt der Remissionsrate und der Behandlungstreue liegt bei beiden Gruppen bei 6 Monaten, nimmt dann jedoch bei den Hochaltrigen stärker ab als bei den jungen Alten. Zusätzlich wird nachgewiesen, dass Kollaborative Versorgung auch bei hartnäckigen depressiven Symptomen hilft, sich aber bei unterschwelliger Depression eher keine merkliche Besserung einstellt (vgl. Agius et al. 2010 und Craven und Bland 2008, 21).

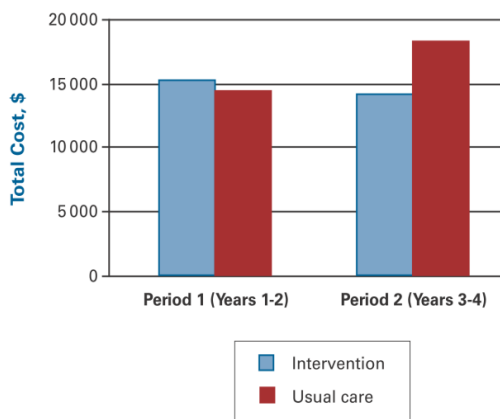
Viele Studien nehmen **Zielgruppenerweiterungen** mit in den Fokus ihrer Untersuchungen. Ell et al. (2010) zeigt die Effektivität von Kollaborativer Versorgung bei Depressionen auch, wenn zusätzliche physische Krankheiten vorliegen. Gleiches bestätigt eine Sekundäranalyse zu IMPACT, in der Callahan et al. (2005, 360) herausfinden, dass die Patienten die unter weiteren physischen Komorbiditäten leiden, nach einem Jahr auch eine verbesserte physische Gesundheit zeigen und dadurch selbstständiger werden. Sie beschreiben, dass somit auch der Teufelskreis zwischen Immobilität und Depression durchbrochen werden kann. Weitere Sekundäranalysen zu IMPACT zeigen, wesentliche Verbesserungen bezüglich suizidaler Symptome (Unützer et al. 2006), bei einkommensschwachen Bevölkerungsgruppen (Aréan et al. 2007) und bei älteren Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen (vgl. Steffens et al. 2006). Die IMPACT-Standorte, die nach der Studie erhalten blieben, schlossen darüber hinaus weitere geriatrische Syndrome mit ein, um eine breitere Finanzierungsgrundlage zu erhalten (vgl. Blasinsky et al. 2006, 721). Unützer et al. (2005, 1086) beschreibt Nachweise der Effektivität bei Herzinfarkten, multiple Sklerose, Parkinson, Diabetes, Herzinsuffizienz und depressiven älteren Afroamerikanern in ländlichen Gebieten.

Die Faktoren, die in der Primärversorgung zu einem **Rückfall oder einer nur sehr geringen Symptomlinderung** führen, sind hingegen noch nicht ausreichend erforscht. Hauptsächlich wird davon ausgegangen, dass die Zunahme depressiver Symptome vor der Behandlung, geringe Bildung, Arbeitslosigkeit

keit, erlebte Stigmatisierungen, Eheprobleme, hohes Alter, männliches Geschlecht, eine Nichteinhaltung der Behandlung, Persönlichkeitsstörungen, verringerte soziale Einbindung, Doppeldepressionen, eine Chronizität der Depression (Dysthymie), Suizidgedanken und zunehmende Schmerzen die Erfolgsaussichten verringern (vgl. Wolf et al. 2008, 142). Laut Katon et al. (2006, 253) sind es 40 Prozent der älteren depressiv erkrankten Menschen, die zwar nach zwölf Monaten IMPACT deutliche Symptomverbesserungen erreichen, aber nach 24 Monaten unter Symptomverschlechterung leiden. Dazu wird geschätzt, dass 70 bis 80 Prozent während ihres Lebens einen Rückfall erleiden und dass Patienten mit einer Majoren Depression ungefähr vier depressive Episoden über insgesamt 20 Wochen erleiden (vgl. Katon et al. 2006, 253). Auch die Pharmakotherapie selbst kann einen Rückfall bedingen, wenn die Nebenwirkungen die Symptomreduktion überlagern (vgl. Wolf et al. 2008, 142).

Die veröffentlichten Studien weisen in vielen Fällen die **Kosteneffektivität** der Kollaborativen Versorgung nach. Unützer et al. (2008, 96) zeigen, dass ein Patient in der IMPACT-Studie durchschnittlich 522 Dollar kostet und das dieser Patient in den vier Jahren ab Intervention insgesamt mit 29.422 Dollar Gesundheitskosten veranschlagt werden kann. Patientinnen und Patienten der Vergleichsgruppe kosten im gleichen Zeitraum 32.785 Dollar, was bedeutet, dass IMPACT-Patienten die Krankenkassen im Schnitt 3.363 Dollar weniger kosten. Es ist daneben zu erwarten, dass durch den höheren Behandlungserfolg weitere soziale Kosten und auch informelle Gesundheitskosten vermieden werden können, wozu es jedoch bisher keine Zahlen gibt (vgl. Unützer et al. 2008, 100).

Abbildung 3: Gesundheitskosten über 4 Jahre



(Unützer et al. 2008)

Neumeyer-Gromen et al. (2004, 1219) könnten hingegen keine klare Kosteneffektivität ermitteln, sie untersuchen jedoch auch keine Langzeitwirkungen. Kurzzeitig auf ein Jahr betrachtet,

ist die IMPACT-Intervention 148 Dollar teurer als die Behandlung der Vergleichsgruppe. Gemessen an der Effektivität der Intervention und der gewonnenen Lebensqualität fordern alle Studien, die relativ geringe Kostensteigerung in Kauf zu nehmen, da sie ebenfalls davon ausgehen, dass auf diese Weise teurere Anschlussbehandlungen vermieden werden können (vgl. Katon et al. 2005, 1319).

5.1.2 Elemente der Kollaborativen Versorgung

In den verschiedenen Ausformungen Kollaborativer Versorgung von depressiv erkrankten Menschen steht an erster Stelle immer ein Diagnoseinstrument wie der **PHQ-9 Fragebogen**, zur Messung von Depressionen in der Hausarztpraxis. Dabei zeigt sich, umso detaillierter die Diagnose, umso schwerer die Fälle. Manche Studien entdecken bis zu 60 Prozent Doppeldepression, in denen gleichzeitig verschiedene Ausformungen interagieren (vgl. Williams et al. 2007, 100). Nach positivem Befund erfolgt die Überweisung zu den Depressionsmanagern, bei denen am Anfang die **Aufklärung und Schulung** der Patientinnen und Patienten steht. Sie bekommen eine Unterweisung in die Medikamente und deren Einnahme (vgl. Chew-Graham et al. 2007, de Jong et al. 2009) und werden ggf. hinsichtlich einer psychotherapeutischen Intervention beraten.

Diese **Beratung** wird ausdrücklich herausgestellt, da viele Erkrankte die Behandlungsmethode aufgrund von Vorurteilen und vorherigen Erfahrungen auswählen (vgl. Gum et al. 2006, 18). Doch nur wenn alle Informationen vorhanden sind, kann von einer selbstständigen Entscheidung ausgegangen werden (vgl. Raue et al. 2010, 1106f). Dabei ist die Einstellung des Depressionsmanagers zu den zur Verfügung stehenden Interventionen maßgeblich für die Partizipation der Patienten verantwortlich (vgl. Chaney et al. 2011, 13). Wobei wiederum nicht alle Modelle Kollaborativer Versorgung, Psycho- und Pharmakotherapie gleichbewerten. Die PROSPECT-Studie beispielsweise favorisiert entschieden den Einsatz von Antidepressiva (vgl. Mulsant et al. 2001, 590). In den Niederlanden wird zusätzlich zu dem in IMPACT vorgesehenen **Behandlungsplan**, ein Vertragsabschluss über die Behandlung sowie die Techniken für deren Einhaltung vereinbart (vgl. Vlasveld et al. 2008, 6).

Ähnlich zu IMPACT beinhalten viele Studien **psychotherapeutische Interventionen**, die auf die Primärversorgung zugeschnitten sind und von DMs durchgeführt werden. Meistens handelt es sich dabei um die **Problemlösetherapie in der Primärversorgung** (PST-PC). Am zweithäufigsten erscheint eine spezielle Form der **Interpersonellen Therapie** (IPT), die beispielsweise in PROSPECT genutzt wurde und analog zu PST-PC für den Kontext der Primärversorgung modifiziert ist (vgl. Oxmann et al. 2003, 513 und Mulsant et al. 2001, 590). Sie hilft hauptsächlich bei schweren Depressionen (vgl. van Schaik et al. 2006). In der puerto-ricanischen IMPACT-Adaption steht als Psychotherapie die **Kognitive Verhaltenstherapie** (CBT) zur Auswahl, die jedoch nicht durch die DM, sondern durch Master- oder Doktorgrad Psychologen in 13 Sitzungen innerhalb der Primärversorgungsstruktur angeboten wird (vgl. Vera et al. 2010, 4). Auch in Großbritannien kommt eine nicht näher ausgeführte strukturierte kognitive Verhaltenstherapie zum Einsatz (vgl. Richards et al. 2008, 284). Während Wolf et al. (2008) in einer vergleichenden Untersuchung zu psychotherapeutischen Interventionen in der Pri-

märversorgung die Wirkung für PST-PC und IPT nachweisen können, finden sie für die kognitive Verhaltenstherapie in der Primärversorgung keine Evidenz (vgl. Wolf et al. 2008, 135)

Auf eine spezielle psychotherapeutische Intervention verzichtet das RESPECT-Programm, welches hauptsächlich telefonisch durchgeführt wird (vgl. Korsen und Pietruszewski 2009, 51). China setzt ebenfalls keine Psychotherapie ein, was die Autoren damit erklären, dass noch kein geeigneter Trainingshintergrund der Depressionsmanager gewährleistet werden kann (vgl. Chen et al. 2011, 4). Die Engländer ersetzen PST-PC durch eine **manualisierte Selbsthilfeintervention (SHADE)**, die aus Tagebuchführung, Zielformulierungen, Entspannungsübungen und Verhaltensaktivierungen besteht und zum überwiegenden Teil durch die Patienten selbst geleistet werden soll (vgl. Chew-Graham et al. 2007, 365). Bisher kann jedoch keine Evidenz für diese Form der Intervention nachgewiesen werden. (Griffiths und Christensen 2008, 82). Dennoch, ein Selbsthilfemanual, welches verhaltensverändernde Aktivitäten, negative Gedanken, die Rückkehr in Arbeit und Aspekte gesunder Lebensführung thematisiert, wird auch in den Niederlanden eingesetzt. Außerdem bieten sie zusätzlich zur PST-PC eine „**Workplace Intervention**“ für die erwerbsfähigen Patienten an, die Barrieren und Risikofaktoren am Arbeitsplatz thematisieren soll (vgl. Vlasveld et al. 2008, 6).

Die neu geschaffene Rolle der **Depressionsmanager** wird weitestgehend anerkannt. Sie verlängern die Reichweite von Hausärzten und Psychiatern, denen somit eine höhere Zeit- und Nutzeneffektivität verschafft wird (vgl. Rubenstein et al. 2010, 108). Wolf et al. (2008, 142) bestätigen in diesem Zusammenhang, dass durch die **Nachverfolgung und Aufklärung** der DM die Therapietreue wesentlich gesteigert werden kann. Die **Kontaktart und Häufigkeit** mit den Patienten ist dabei sehr verschieden. Der englische RCT beinhaltet sechs persönliche Hausbesuche und fünf Telefonate (vgl. Chew-Graham et al. 2007, 365). Während sich in Puerto-Rico durchschnittlich nur 1,4 persönliche und 8,2 telefonische Kontakte mit einer jeweiligen Durchschnittsdauer von 11,7 Minuten ergeben. Dies und die geringe Interventionsdauer von insgesamt sechs Monaten sind vermutlich Gründe für die verhältnismäßig geringen Effekte dieser Studie.

Gilbody et al (2006, 2317) unterstreichen mit ihrem systematischen Review die Wirksamkeit auch kurzer Telefonate. Allein an der Menge der Kontakte können sie wiederum keinen Zusammenhang in Bezug auf die Effektivität der Intervention feststellen. In manchen Studien, die ihre Zielgruppe für alle Erwachsenen öffnen, werden auch E-Mails als **Kommunikationsinstrument** eingesetzt (vgl. Korsen und Pietruszewski, 2009, 51). Wie das diesbezügliche Nutzungsverhalten älterer Menschen aussieht, stellen sie jedoch nicht dar. Unabhängig von der Kontaktart wird es inhaltlich als wichtig eingeschätzt, neben der Überwachung der Therapietreue auch die Stärkung von **Resilienzfaktoren** zu forcieren. Diese ermöglichen es den Patienten emotionale Stresssituationen zu bestehen. Genannt wer-

den vor allem die Entwicklung gefühlvoller Bindungen, der Ausbau persönlicher Stärken und das Erleben positiver Emotionen mit verhaltensaktivierenden Elementen (vgl. Dowrick et al. 2009, 323 und Oishi et al. 2003, 79).

Unterschiede zeigen sich in der **Dauer** der Versorgung von sechs Monaten (Vera et al. 2010) bis hin zu zwei Jahren wie im IMPACT-Programm (vgl. Unützer et al. 2002). Im englischen RCT beträgt die Intervention maximal zwölf Wochen und wird dann über ein Jahr nachverfolgt (vgl. Chew-Graham et al. 2007, 365). Diese Gesamtdauer übernehmen viele Adaptionen. Beispielsweise reduziert das DIAMOND-Programm, welches sich von IMPACT kaum unterscheidet, die Gesamtdauer ebenfalls auf ein Jahr, weil dadurch auch eine erleichterte Finanzierung erhofft wird (vgl. Korsen und Pietruszewski 2009, 52). Williams et al. (2007, 98) stellen in ihrem systematischen Review jedoch fest, dass in den drei Studien, die nach der akuten eine **Kontinuitätsphase** von bis zu zwei Jahren anschlossen, bessere Ergebnisse erzielt werden. Ebenso zeigt sich besonders für die schwer depressiv Erkrankten, dass ein **Rückfallvermeidungsplan** einem Rückfall tatsächlich vorbeugen kann (vgl. Katon et al. 2006, 253).

Alle Studien beinhalten die **Nachverfolgung der Therapie** sowie die Beobachtung der Symptome. Dabei stellen sie die Effektivität der **computergestützten Patientenführung** heraus. Dieses aus der Darstellung von IMPACT bekannte System erinnert die Depressionsmanager an Nachfolgetermine, Symptomverschlechterungen und anderweitige durchzuführende Aufgaben, die oft der Stepped-Care-Algorithmus vorgibt (vgl. Korsen und Pietruszewski, 2009, 51). Dazu dient es einer weitgehenden Standardisierung der Behandlung, da die DM permanent an die originäre Vorgehensweise erinnert werden (vgl. Unützer 2002, 672 und Fortney et al. 2010, 852).

Viele Modelle bieten eine **Supervision** durch Spezialisten, die sich je nach Studie begrifflich und manchmal auch qualifikatorisch unterscheiden. Im RCT in England ist es ein old-age Psychiater, der einmal im Monat supervidiert (vgl. Chew-Graham et al. 2007). In der amerikanischen PROSPECT-Studie kommt ein geriatrischer Psychiater zum Einsatz, der in wöchentlich 90 min ca. 50 Fälle supervidiert (vgl. Reynolds, 2003). In der Regel ist es jedoch ein Psychiater, der auch **Mental Health Specialist** genannt wird (vgl. Chew-Graham et al. 2007, de Jong et al. 2009, Vera et al. 2010) und wöchentliche, manchmal auch monatliche Supervision anbietet, in der zehn bis 30 Fälle erörtert werden (vgl. Oxmann et al. 2003, 513). In England gibt es nur einmal pro Woche eine 30 bis 45minütige telefonische Supervision und auf eine **Teamsitzung** wird ganz verzichtet (vgl. Richards et al. 2008, 284). Die niederländische Implementierungsstudie hebt dabei ausdrücklich hervor, dass die Supervision Voraussetzung für das Gelingen Kollaborativer Versorgung ist (vgl. de Jong et al. 2009, 5). Oxmann et al. (2003, 513) formuliert dazu: „The combination of the care manager and the supervising mental health specialist, therefor, constitutes a potent enabling force.“ Regelmäßige wöchentliche Supervi-

sionen werden mit einer Steigerung der Wirksamkeit von Kollaborativer Versorgung in Verbindung gebracht (vgl. Gilbody et al. 2006, 2317 und Korsen und Pietruszewski 2009, 49). In der Post-Implementierung von Grypma et al. (2005, 106) gibt es nur bei Bedarf Beratung durch den Team-Psychiater, weil die DM bereits über ausreichend Erfahrung verfügen sollen. Zusätzlich zu den regelmäßigen **Teamsitzungen** gibt es in einigen Studien regelmäßige **Qualitätsverbesserungstreffen** mit den jeweiligen Teams aus den Praxen, in denen gemeinsam voneinander gelernt wird (vgl. Korsen und Pietruszewski 2009, 53). Keinerlei Bedeutung in den untersuchten Studien hat der Liaison Primary Care Provider bzw. der Beratende Allgemeinmediziner, der ursprünglich im IMPACT Programm vorgesehen ist.

Daneben haben die Depressionsmanager in vielen Studien auch eine **Verweisungsfunktion** und vermitteln die Patienten an zusätzliche Stellen und Einrichtungen wie der freien Wohlfahrtspflege (vgl. Chew-Graham et al. 2007, 365). Besonders herausgestellt findet sich dieser Aspekt bei Korsen und Pietruszewski (2009, 52), die hervorheben, dass oft eine breite Unterstützung mit zusätzlichen Sozialarbeitern und Psychologen notwendig ist. Auch bei Ell et al. (2010, 529) wird das Verweisungswissen hervorgehoben, da dort zusätzliche physische Krankheiten die Patientennavigation zwischen den zahlreichen Hilfseinrichtungen des Gesundheitssystems und der Gemeinde erforderlich machen.

Der systematische Review von Williams et al. (2007, 100) kommt zu dem **Schluss**, dass der Erfolg von Kollaborativer Versorgung vermutlich abhängig von der Intensität der eingesetzten Methoden, der Dauer der Beziehung, der Anzahl der persönlichen Kontakte und dem Einsatz von Psychotherapie ist. Hunkeler et al. (2006, 3) meint, die therapeutisch empathische Beziehung mit einem fähigen Depressionsmanager, das Stepped-Care-Modell und der Rückfallvermeidungsplan sind entscheidend. Ganz genau lassen sich die Methoden jedoch nicht mit Effektivität und Effizienz in Verbindung bringen, da dafür die Studien zu unterschiedlich sind (vgl. Chew-Graham et al. 2007, 369, Gensinchen 2006, 76). Manchmal lassen sich nur Subgruppen identifizieren, die von dem einen oder anderen Element mehr oder weniger profitieren. Beispielsweise ziehen Patienten mit Minoren Depressionen keinen Vorteil aus einer intensiveren Behandlung, sondern verhalten sich wie die Vergleichsgruppe. Der Grund ist vermutlich, dass die Minore Depression oft überraschend verschwindet. Sie profitieren daher eher von „Watchful Waiting“ (vgl. Williams et al. 2007, 100).

5.1.3 Problemlösetherapie in der Primärversorgung

Eine besondere Stellung in der Kollaborativen Versorgung nimmt die Psychotherapie, insbesondere die Problemlösetherapie (PST-PC) ein. Laut Hegel et. al (2002, 85) ist sie für die Depressionsmanager das **herausforderndste Element** in der Kollaborativen Versorgung depressiver Erkrankungen. Der Review von Wolf et al. (2008) untersucht neun Studien, die insgesamt für alle Altersgruppen die Ef-

ektivität und die Durchführbarkeit einer Implementierung von PST-PC zeigen. Sie ist eine Alternative für Menschen, die nicht auf Medikamente ansprechen, Psychotherapie bevorzugen, oder Rückfälle bestmöglich verhindern wollen (vgl. Wolf et al. 2008, 135ff). PST-PC wirkt vor allem bei Majoren Depressionen und bei Dysthymie. Bei Minoren Depressionen ist die Lage unklar. Bestätigt wird hier aber eine Wirksamkeit von PST-PC, die mindestens so gut ist wie die verglichene Pharmakotherapie (vgl. Aréan et al. 2008) und es wird davon ausgegangen, dass die Rückfallquoten geringer sind. Nur eine Studie konstatiert eine Wirksamkeit, die identisch zur Placebo-Gruppe ist (vgl. Wolf et al. 2008, 140). Für besonders Rückfallgefährdete empfehlen Hegel et al. (2002, 270) zudem eine monatliche Gruppensitzung mit vier bis acht Teilnehmern, die hingegen bei Aréan et al. (2008) keine Effektivität zeigt.

Das dargestellte Training von Hegel und Areán (2004) wird als wirksam beschrieben und 90 Prozent der Trainierten nutzen diese Interventionsform auch noch drei Jahre nach ihrem Trainingsabschluss (vgl. Wolf et al. 2008, 134). Aréan et al. (2008) betont vor allem, dass PST-PC verhältnismäßig leicht von Nicht-Psychotherapeuten erlernt werden kann. Wolf et al. (2008) bekräftigt diese Einschätzung und beschreibt vier wesentliche **Argumente für die Problemlösetherapie** in der Primärversorgung. Zuerst sind nur ein verhältnismäßig geringer Zeitaufwand und nur geringe Vorkenntnisse von Nöten, um die Maßnahme zu erlernen. Zweitens schützen die Fähigkeiten, die in der PST-PC vermittelt werden, effektiv vor einem Rückfall. Drittens, durch die vielfältigen Einsatzmöglichkeiten für unterschiedliche Professionen, ist eine Streuung von PST-PC vergleichsweise einfach und viertens, verweist eine große Zahl von Studien darauf, dass psychosoziale Interventionen gegenüber Medikamenten bevorzugt werden (vgl. Wolf et al. 2008, 140). Die Nutzungsdaten aus IMPACT, die eine Inanspruchnahme von 30 Prozent zeigen (vgl. Unützer et al. 2002), lassen jedoch den Schluss zu, dass der letzte Punkt nicht auf die spezielle Zielgruppe depressiv erkrankter älterer Menschen zutrifft. Diese nutzen vor allem PST-PC, wenn sie die Medikamente als hoch stigmatisierend empfinden (vgl. Slimmer 2002).

Neben der elementaren Bedeutung der Hausaufgaben für die Effektivität der PST-PC (Hegel et al. 2002) gelten weitere **erfolgsversprechende Faktoren** die analog zur Wahrung der gesamten Behandlungsqualität beitragen. Entscheidend sind in erster Linie die therapeutische Beziehung, die Expertise der DM, vor allem in Hinsicht auf Minore Depressionen und Dysthymie, Empathie, Zufriedenheit mit der Behandlung, Therapietreue, Partizipation des Patienten, Beachtung der Behandlungsgeschichte, ermutigende Informationen über die Wirkung von Medikamenten, verstärkte Problemlöseansätze bei hoch rückfallgefährdeten Patienten und eine Nachverfolgung der Behandlung (vgl. Wolf et al. 2008, 140). Es zeigt sich außerdem, dass bei dieser Zielgruppe am besten eine Kombination aus Pharma- und Psychotherapie hilft, wie sie im Stepped-Care-Modell des IMPACT-Programms vorgesehen ist (vgl. Williams et al. 2007, 100).

In der Studie von Ell et al. (2010, 523) wird PST-PC sogar in Hausbesuchen und per Telefon durchgeführt, da die Patienten körperlich eingeschränkt sind. Die fünf Studienzentren, die nach IMPACT auch weiterhin PST-PC anbieten, haben diese teilweise entstrukturiert oder durch andere Psychotherapien ergänzt (vgl. Blasinsky et al. 2006, 721). In der niederländischen Umsetzung wird außerdem alle sechs Wochen eine spezielle Supervision basierend auf Audioaufnahmen durchgeführt (vgl. de Jong et al. 2009).

5.2 Rolle des Depressionsmanagers

"In terms of roles, care managers were at the heart of the program." (Rubenstein et al. 2010, 107). Angeschlossen an die allgemeine Ergebnisdarstellung werden in diesem Punkt die verschiedenen, den Depressionsmanager betreffenden, Informationen unter dezidierten Gesichtspunkten aufgeführt.

5.2.1 Qualifikationsprofil und Qualifikationsmaßnahmen der Depressionsmanager

Die Qualifikation sowie der professionelle Hintergrund der Depressionsmanager wird in vielen Studien herausgehoben und als Schlüsselement betrachtet (vgl. de Jong et al. 2009 und Gilbody et al. 2006, 2317). Fortney et al. (2009, 75) nennen einen wesentlichen Schritt in der Implementierung Kollaborativer Versorgungsansätze die Spezifizierung des DM. Nähere Angaben oder konsequente Entscheidungen machten aber die wenigsten deutlich. Katon et al. (2010, 495) konstatieren in einer historischen Untersuchung, dass es seit den ersten Erprobungen in den 90er Jahren **keine konkrete qualifikatorische Rollendefinition** des Depressionsmanagers gibt. Gilbody et al. 2006, 2317 empfehlen im Anschluss an ihren Systematischen Review lediglich eine Fachkraft mit einem bio-psycho-sozialem-Hintergrund und Fortney et al. (2009, 75) schreibt nur von einem ganzheitlichen Ansatz als Voraussetzung.

In den untersuchten Studien kommen **hauptsächlich** ausgebildete Krankenpflegekräfte zum Einsatz. Auch wenn in den Projektbeschreibungen immer auch Sozialarbeiter und Psychologen mit aufgezählt werden, gibt es in den untersuchten Umsetzungen nur wenige Beispiele dafür. In der IMPACT-Studie sind es elf Krankenpflegekräfte und zwei Psychologen, weil sie das Programm auf seine Robustheit über verschiedene Professionen hinweg untersuchen wollen (vgl. Unützer et al. 2001, 795). PROSPECT setzt Krankenpflegekräfte, Sozialarbeiter und Psychologen ein (vgl. Bruce et al. 2004, 1082). In RESPECT werden im Anschluss an die Implementierungsphase wenige Sozialarbeiter eingesetzt (vgl. Korsen und Pietruszewski, 2009, 50), in den untersuchten Studien von Wolf et al. (2008) kommen Krankenpflegekräfte, Therapeuten mit Masterabschluss und Psychologen zum Einsatz und im Projekt TIDES sind es registrierte Krankenpfleger oder sozialarbeiterische Fachkräfte (vgl. Rubenstein et al. 2010, 100) Sozialarbeiter werden auch bei Ell et al. (2010, 529) und Blasinsky et al. (2006, 722) einge-

setzt, da dort zusätzliche physische sowie geriatrische Krankheiten das Aufgabenspektrum, beispielsweise um die Patientennavigation zwischen den zahlreichen Hilfseinrichtungen des Gesundheitssystems und der Gemeinde, erweitern. Vera et al. (2010) setzt in der puerto-ricanischen Version von IMPACT, welches auf alle Altersgruppen und zusätzlich auf multimorbide Patienten hin adaptiert ist, auf Counsellor mit Masterabschluss oder auf Psychologen, die allerdings auch nur eine zwölfstündige Trainingsmaßnahme durchlaufen (vgl. Vera et al. 2010, 4). Ein Sonderweg wird auch in den Niederlanden eingeschlagen, wo für die Erwerbsfähigen die Rückkehr an den Arbeitsplatz mit im Fokus steht. Dort bekleidet ein Arbeitsmediziner die Rolle des „OP-Care-Managers“, der auch die Medikamente selbst verschreibt (vgl. Vlasveld et al. 2008, 6).

An einem anderen Ort in den Niederlanden werden sowohl examinierte Krankenpflegekräfte, als auch **sozialarbeiterische** Fachkräfte eingesetzt, und es zeigt sich, dass letztere zwar sehr viel selbstständiger arbeiten, jedoch auch immer wieder motiviert werden müssen, den Kontakt zu der Hausarztpraxis und den psychiatrischen Kollegen zu halten (vgl. de Jong et al. 2009). In Großbritannien zeigt sich ein ähnliches Bild. Dort kommen neben ausgebildeten auch diplomierten Krankenpflegekräfte, Counsellors, die vom Berufsbild einem beratend tätigen Psychologen oder Sozialarbeiter entsprechen und originäre sozialarbeiterische Fachkräfte zum Einsatz. Die Autoren der Studie stellen fest, dass die höher qualifizierten weniger Anleitung benötigen und selbstständiger, gelassener sowie sicherer arbeiten. Die kürzer Ausgebildeten fragen hingegen nach zusätzlichen Richt- und Leitlinien. Ein geringer qualifizierter DM beklagt dementsprechend auch das Training als mangelhaft, während alle anderen es als ausreichend empfinden (vgl. Gask et al. 2010, 6ff).

Einige Studien bringen eine höhere Qualifizierung und entsprechende Erfahrungen in der psychischen Versorgung mit **besseren Ergebnissen** in Verbindung (vgl. Korsen und Petruszewski, 2009, 49 und Bower et al. 2006, 489). Wolf et al. (2008, 134) vermuten diesen Aspekt für die Problemlösetherapie in der Primärversorgung, doch eindeutig belegt wird diese Theorie nicht. Auch Williams et al. (2007, 100) nehmen in ihrem systematischen Review lediglich an, dass die Qualifikation und die klinische Erfahrung des DM einen hohen Einfluss auf die Effektivität haben (vgl. Williams et al. 2007, 100). In der Random Work Sampling Study von Harpole et al. (2003), in der elf Krankenpflegekräfte und zwei Psychologen auf ihren Arbeitsalltag hin untersucht werden, können keine Unterschiede in der Zeitnutzung festgestellt werden (vgl. Harpole et al. 2003, 243).

Auch **hinderliche Faktoren** werden bezüglich der Qualifikation aufgezählt. Als eine Stärke des kollaborativen Ansatzes wird die Möglichkeit genannt, mit Menschen zu reden, die nicht in erster Linie die Krankheit technokratisch analysieren. Apesoa-Varano et al. (2010) gibt dahingehend zu bedenken, dass Expertise auch eine Hürde darstellen kann. Im Projekt TIDES kann ebenfalls nicht bestätigt wer-

den, dass die formale Qualifikation eine Auswirkung auf die Depressionsversorgung hat. Die am geringsten qualifizierteste Pflegekraft erreicht dort die höchsten Fallzahlen und die besten Ergebnisse (vgl. Rubenstein et al. 2010, 101).

Pragmatisch gehen hierbei die chinesischen Studienautoren vor, die nachdrücklich **Krankenpflegekräfte als DM empfehlen**. Sie arbeiten dort bereits in den Primärversorgungskliniken und haben bereits häufig die Aufgabe, andere chronische Erkrankungen zu managen. Zusätzlich würden es die chinesischen Hausärzte nicht akzeptieren, wenn jemand von außen mit ihnen zusammenarbeiten will. Dazu sind Krankenpflegerinnen bereits bekannt mit den älteren Patienten aus der Umgebung und daher hoch vertrauenswürdig. Sie kennen dazu die Medikamente, die Nebenwirkungen und die anderen chronischen Krankheiten und es existiert schon eine Arbeitsbeziehung mit dem Arzt (vgl. Chen et al. 2011, 5).

Eine deskriptive Literaturstelle formuliert grundsätzliche Aspekte zur **sozialarbeiterischen Rolle**. Demnach wäre eine Aufgabe von Sozialer Arbeit die gesundheitliche Alphabetisierung der Patienten. Sie wäre eine unschätzbare Möglichkeit für die Behandlung der „Ganzen“ Person und ist dazu bereits strategisch im Krankenhaus, in der ambulanten Versorgung und in der psychischen Versorgung verortet (vgl. Rust und Davis 2011, 70).

Die einzige konkrete Rollenbeschreibung für einen Depressionsmanager wird von einer Expertenkommission für die Umsetzung des IMPACT-ähnlichen Programms TIDES formuliert. Nach Rubenstein et al. (2010) müssen DM über gute Kommunikationsfähigkeiten mit Patienten auch übers Telefon verfügen. Sie müssen es mögen teamorientiert zu arbeiten, da sie das Bindeglied zwischen Allgemeinmedizinern und Psychiatern sind. Dafür müssen sie gleichzeitig Zuverlässigkeit ausstrahlen und sie sollten keine subjektive Bevorzugung von Psycho- oder Pharmakotherapie besitzen. Sie benötigen einen hohen Grad an Organisationsfähigkeit, da sie über viele Patienten mit unterschiedlichen Behandlungsstadien, zur gleichen Zeit den Überblick behalten müssen. Sie müssen es schaffen in kurzer und zielgerichteter Art und Weise Patienten zu schulen und zu aktivieren. Dafür benötigen sie Sicherheit im Umgang mit der Überwachung der Pharmakotherapie und im Umgang mit Komorbiditäten. Voraussetzung dafür ist weiterhin eine ausgeprägte Vernetzungsfähigkeit, da sie mit vielen Patienten, Professionellen und darüber hinaus mit vielen medizinischen oder sozialen Institutionen zusammenarbeiten. Aktives problemlösungsorientiertes Denken in Bezug auf die Patienten und in Bezug auf das Programm werden zudem auch für die Forschungsaktivitäten herausgestellt, da sie an der Weiterentwicklung der Ausbildung und des Trainings mitwirken sollen, damit die gesamte Programmqualität permanent verbessert werden kann. Zudem müssen sie flüssig mit der computerbasierten Patientenerfassung umgehen können. Als wünschenswert wird formuliert, dass sie eine Aus-

bildung als Pflegekraft und Erfahrung in diesem Bereich mitbringen. Wenn sie diese Anforderungen erfüllen, haben sie laut den Autoren auch das Recht auf Anerkennung und Vertrauen von den anderen Professionen zu erwarten (vgl. Rubenstein et al. 2010, 100ff).

Das **Training** wird von allen Studien als elementar beschrieben und auch nicht auf die verschiedenen Professionen hin spezifiziert. Der systematische Review von Glied et al. (2010, 263) vermutet, dass umso höher die Qualifikation und das Training der Depressionsmanager ist, desto höher sind zwar auch die Kosten, aber desto höher ist auch der „Nettogewinn“ der Behandlung. Weitere Sozialleistungen können auf diese Weise vermieden werden und die anfänglichen Mehrkosten zahlen sich aus. Selten gibt es wiederum Angaben zu Art und Umfang der Vorbereitungsmaßnahmen. Williams et al. (2007) identifizieren von den 28 untersuchten randomisierten Kontrollstudien zehn, die zumindest eine Trainingsdauer angeben. Demnach variiert sie von vier Stunden bis hin zu sieben Tagen, wobei auch nur in fünf Studien eine psychotherapeutische Intervention angeboten wird (vgl. Williams et al. 2007, 98). Die randomisierte Kontrollstudie in Großbritannien enthält zwei Tage Protokollspezifisches Training (vgl. Richards et al. 2008, 284), aber oft wird nur geschrieben: „[...] trained in PROSPECT procedures [...]“ (Bruce et al. 2004, 1082).

Differenzierte Darstellungen gibt es im Wesentlichen nur im Zusammenhang mit der der IMPACT-Studie (Unützer et al. 2002). Dort und bei der niederländischen Adaption (vgl. Vlasveld et al. 2008, 6) erhalten designierte Depressionsmanager zwei Orientierungstage und zwei aufeinanderfolgende zweitägige Trainingseinheiten, die auch heute noch am IMPACT Koordinationscenter gebucht werden können (vgl. Unützer 2005, 1085). Diese beinhalten **spezifische Übungen** für die Behandlung von Depressionen inklusive der Projektziele, Merkmale des Kollaborativen Ansatzes mit den verschiedenen Rollen und der geplanten Zusammenarbeit, den Stepped-Care-Ansatz mit Unterweisung in das Medikamentenmanagement, Interventionsreihenfolge, Dokumentation und Nachverfolgungsverfahren, Nutzung des webbasierten klinischen Informationssystems und ein intensives **Training in der Problemlösetherapie** (vgl. Oishi et al. 2003, 82). In diesem achtstündigen Workshop wird die therapeutische Logik für PST-PC vermittelt, die Strategie den Patienten dafür zu gewinnen und wie eine PST-Sitzung durchgeführt wird (vgl. Hegel et al. 2002, 270). Dabei bearbeiten Sie das IMPACT-Interventionsmanual und das Manual für die Problemlösetherapie (vgl. Hegel und Areán 2004). Im Anschluss müssen die DMs fünf Trainingspatienten mit jeweils sechs Sitzungen der Problemlösetherapie (PST-PC) behandeln. Davon werden die Einheiten eins, drei und fünf tonaufgezeichnet und im Anschluss in 15 Supervisionen mit einen entsprechenden Experten besprochen, bevor sie letztlich zertifiziert werden (vgl. Harpole et al. 2003, 240 und Oishi et al. 2003, 82). Unützer et al. (2001, 789) schreiben, dass die Depressionsmanager danach besser trainiert sind als Doktoren der Psychologie in

einer früheren Studie zu PST-PC. Anzumerken ist, dass Unützer et al. in ihrer Studie von 2008, in der sie die Kosteneffektivität beschreiben, nur noch von zwei Workshoptagen und fünf PST-PC supervidierten Trainingssitzungen sprechen (vgl. Unützer et al. 2008, 96). Möglicherweise fand an den verschiedenen Studienorten kein einheitliches Training statt.

Zusätzlich gibt es in IMPACT zwei Schulungen mit allen DM der Studie, wo **Trainingsupdates** und Austausch angeboten werden (vgl. Oishi et al. 2003, 85). Alle ein bis drei Monate werden sie zudem vom Studienteam angerufen, dass damit eine standardisierte Versorgung sicherstellen und einen Austausch gewährleisten will (vgl. Harpole et al. 2003, 240).

5.2.2 Anforderungen aus Sicht des Depressionsmanagers

Das **Training** sowie das **Interventionsmanual** werden von den Depressionsmanagern als sehr hilfreich bewertet. Besonders schätzen sie die klar definierte Vorgehensweise und die eindeutigen Ziele des Programms. Einige DM wünschen sich noch zusätzliche Informationen über Angststörungen, kognitive Beeinträchtigungen und chronische Schmerzen als übliche Begleiterkrankungen. Die, die keinen psychiatrischen Hintergrund haben, fordern mehr Informationen über das System der psychiatrischen Versorgung. Das zusätzlich sehr straffe **PST-PC Training** und die anschließende tonbandbasierte Auswertung durch die Experten sind ebenfalls sehr hilfreich. Die DM heben dabei hervor, dass diese Feedbacks schnell kommen müssen, damit sie diese vollständig nachvollziehen können. Manche DM kamen erst später zu der IMPACT-Studie hinzu und bekamen nur noch ein Training per Telefon und Video oder eine Einweisung durch andere Depressionsmanager. Diese reduziert Trainierten fühlen sich in ihren Rollen weit weniger wohl (vgl. Oishi et al. 2003, 82).

Im **Medikationsmanagement** wird hervorgehoben, dass nur spezifische ausschließlich positive Beratungen zu den Medikamenten und den Nebeneffekten durchgeführt werden sollen. Die Patienten leiden bereits unter dem **Stigma der Depression** und haben zusätzlich große Angst vor medikamentenbedingter Abhängigkeit sowie einer Veränderung ihres Charakters. Sie benötigen daher vor allem die persönliche Fürsprache und Ermutigung (vgl. Richards et al. 2006, 300f). Die **Problemlösetherapie** wird von den Depressionsmanagern überwiegend positiv beurteilt. Eine psychiatrische Krankenschwester in England beklagt allerdings die Außenansicht einiger externer Professioneller, die den Vorwurf formulieren, dass sie mit PST-PC nur an der Oberfläche kratzen und ein Pflaster drauf kleben, die wirklichen Probleme jedoch nicht beheben (vgl. Gask et al. 2010, 7)

In einem RCT in Großbritannien wird eine **manualisierte Selbsthilfeintervention** (SHADE) eingesetzt, die aus Tagebuchführung, Zielformulierungen, Entspannungsübungen und Verhaltensaktivierungen besteht und nur wenig Anklang findet. Dazu befragt, erläutern die DM, dass sie einen sehr eklekti-

schen Umgang mit den Methoden verfolgen und SHADE daher nicht oft zum Einsatz kommt. Ihnen ist es am wichtigsten einen empathischen Kontakt herzustellen, da die für sie vorrangigen Belastungen der älteren depressiv erkrankten Menschen Einsamkeit und Isolation sind. Im Vordergrund steht für sie: „How I can gauge someone, how I can get them on board“ (vgl. Chew-Graham et al. 2007, 368).

Apesoa-Varano et al. (2010) befragt elf Depressionsmanager zu ihren **sprachlichen Strategien**, die sie bei der Behandlung von depressiven älteren Menschen einsetzen und identifiziert dabei zwei wesentliche Herangehensweisen. Der Erste ist der indirekte Ansatz, das heißt sie nutzen nicht das Wort Depression für die Erkrankung aufgrund seiner stigmatisierenden Wirkungen, sondern sie umschreiben es mit einfachen Worten, damit die Patientinnen und Patienten die Diagnose leichter annehmen können. Eine Befragte sagt dazu: „Depression has a lot of emotional baggage“ (vgl. Apesoa-Varano et al. 2010, 589). Gleiches findet sich in der Studie von Oishi et al. (2003) in der die DM schildern, dass ältere Menschen sich mehr mit somatischen Symptomen identifizierten und finden, dass sie eher gleichgültig oder gereizt, statt melancholisch/trübsinnig sind. **Die therapeutische Beziehung** funktioniert daher öfter, wenn die Erkrankung nicht Depression, sondern: Stress, Trauer oder sogar metabolisches Müdigkeitssyndrom genannt wird. Durch die Vermeidung des Stigmas Depression können viele Patientinnen und Patienten die Unterstützung der DM eher akzeptieren (vgl. Oishi et al. 2003, 80). Der Zweite Ansatz ist der Allmähliche, der um die präsentierten Symptome langsam das Krankheitsbild Depression aufbaut. Interessanterweise wird in der gleichen Studie, die auch Hausärzte befragt, eine dritte Strategie formuliert, die ausschließlich Mediziner nutzen. Sie verfolgen nicht selten den direkten Ansatz und „schocken“ die Patienten mit ihrer Diagnose (vgl. Apesoa-Varano et al. 589). Daneben werden die Depressionsmanager nach ihren Prioritäten in der Behandlung befragt. Alle betonen vor allem die Wichtigkeit, die Familie mit einzubeziehen und eine vertrauensvolle Beziehung mit den Patienten aufzubauen (vgl. ebd. und vgl. Nutting et al. 2007, 131). Als wichtigste Aufgabe empfinden viele von Nutting et al. (2007) interviewte DM die Unterstützung der Patienten bei der Entwicklung eigener Verhaltensziele und bei deren Verwirklichung (vgl. Nutting et al. 2007, 131).

Depressionsmanager im englische RCT geraten in der Beziehungsarbeit manchmal in eine problematische „**Deprofessionalisierung**“, wenn sie im Kontakt mit den Patientinnen und Patienten die „Freundschaftsrolle“ einnehmen (vgl. England et al. 2007, 210). Gleichzeitig sehen dies einige als Methode, die zwar als „banal“ daherkommt, aber mit am wertvollsten sein soll (vgl. Richards et al. 2006, 301).

Generell wird die Qualität der **persönlichen Kontakte** gegenüber den telefonischen als höher bewertet, da sich Gespräche auf diese Weise vertrauensvoller führen lassen und auch grafische Übersichten gezeigt werden können. Dazu meinen einige, dass sie am Telefon weniger einschätzen können,

ob die Patienten ihnen die Wahrheit in Bezug auf die Therapietreue sagen (vgl. Richards et al. 2006, 301). Gleichzeitig wird auch das **Telefon** gelobt, weil es praktisch ist und viele DM lernen im Laufe der Zeit, auf die Stimme zu achten und diese zu interpretieren (vgl. Gask et al. 2010, 6f). Außerdem wird angeführt, dass durch das Telefon Schwellenängste abgebaut werden und Menschen in ihrer Umgebung bleiben können. Dies vermittele gerade während einer depressiven Episode sicherheitsgenerierende Distanz (vgl. Richards et al. 2006, 301). Auffällig ist dies in einer IMPACT-Adaption von Grypma et al. (2005, 106) in Bezug auf die Geschlechter. Während Männer im Verhältnis zu jedem Telefonkontakt 1,6 persönliche Kontakte haben, besuchen Frauen den Depressionsmanager dreimal, bezogen auf einen Anruf. Nur einmal ist zu lesen, dass die DM die Patientenkontakte als zu kurz und oberflächlich einschätzen (vgl. Richards et al. 2006, 301).

Bei der Behandlungsstrategie unterstreichen die DM die Nützlichkeit der simplen **aufklärenden und Verhaltensaktivierenden Elemente**, um die Patienten für die Behandlung zu gewinnen, die sie persönlich und telefonisch anbringen. Sehr wichtig finden sie auch, die Patienten darin zu Stärken Nebenwirkungen und Symptome zu erkennen, sowie über das Gesundheitssystem aufzuklären und wenn notwendig schnell Hilfe zu vermitteln. Auch die Aufklärung über Warnsignale, die einen Rückfall ankündigen können, wird als hoch eingeschätzt (vgl. Oishi et al. 2003, 79f). Die DM betonen weiterhin die Wichtigkeit einfacher Interventionen. Auch wenn sich einige die Fähigkeiten zutrauen, intensivere Behandlungen durchzuführen, können gerade dadurch die Patienten erreicht werden. Intensivere Methoden, die dann auch nicht mehr in der Primärversorgung stattfinden, würden die meisten älteren Menschen nicht in Anspruch nehmen. Wenn sie aber in der Problemlösetherapie die Erfahrung machen, dass eine solche Behandlung erfolgsversprechend ist, kann sogar das Stigma, welches auf dem Wort Therapie liegt, aufgehoben werden und sie stehen bestenfalls auch der psychischen Sekundärversorgung aufgeschlossener gegenüber (vgl. Oishi et al. 2003, 79f).

Hervorgehoben werden klare persönliche **Grenzen und Zuständigkeiten**. Die DMs wollen wissen, wo Ihre Aufgaben anfangen und wo sie aufhören, was sie lieber den Patienten oder anderen Anbietern überlassen (vgl. Oishi et al. 2003, 81). Diesbezüglich beschreiben die Depressionsmanager eine erweiterte **Verbindungsfunktion** zwischen sich selbst, den Patienten und dem Versorgungssystem. Zum Beispiel ermöglichen sie die Versorgung in einer Schmerzklinik, wenn chronische Schmerzen sich als depressogen herausstellen (vgl. Oishi et al. 2003, 81).

Als wichtige **Kenntnisse** benennen die DM ein Verständnis für Zusammenhänge in Bezug auf primäre, physische und psychische Versorgung, ein belastbares Wissen über Antidepressiva sowie dessen Einsatz und Erfahrung mit medizinischen Komorbiditäten (vgl. Oishi et al. 2003, 82). In England wird das Fehlen dieser Kenntnisse bemängelt. Die Depressionsmanager dort beklagen, dass sie oft mit Komor-

biditäten wie Sucht, Selbstverletzendem Verhalten oder Angst zu tun haben, es aber im Protokoll keine Verhaltenshinweise dafür gibt, weswegen sie sich in der Konsequenz überfordert fühlen (vgl. Gask et al. 2010, 7). „Respondents considered that a case manager should have both experience and knowledge of mental health, medication, counseling, liaison and assessment.“ (Richards et al. 2006, 302).

Der **ideale Patient** wird beschrieben als weiblich, europäisch und noch nicht hochaltrig (vgl. Wolf et al. 2008, 140). Wohingegen die Lerngeschwindigkeit älterer Menschen und die verminderte Kapazität Aufgaben zu erfüllen, generelle Herausforderungen in der Arbeit mit depressiv erkrankten älteren Menschen darstellen (vgl. Hegel et al. 2002, 268). Hinzu kommen die Komorbiditäten, die bei älteren Menschen prävalenter sind. In der IMPACT-Studie haben 30 Prozent der Patienten milde kognitive Beeinträchtigungen und 64 Prozent berichten über physische Schmerzen, die mit funktionalen Beeinträchtigungen einhergehen (vgl. Unützer et al. 2008, 99).

Das **webbasierte klinische Informationssystem** ist für die Depressionsmanager unschätzbar wertvoll. Sie bleiben auf dem Laufenden und keiner „fällt durch das Raster“. In der IMPACT-Studie können dadurch 99 Prozent der initialen Kontakte pünktlich stattfinden. Nur die Nutzung des Computers während der persönlichen Kontakte finden manche DM unglücklich (vgl. Unützer et al. 2002, 672). Geschätzt würde auch das Diagnoseinstrument **PHQ-9**. Gefordert werden jedoch zusätzliche Tools um kognitive Fähigkeiten, eine Alkoholabhängigkeit oder andere Persönlichkeitsstörungen zu beurteilen, damit signifikante Problemfälle eine spezielle Behandlungsüberweisung erhalten (vgl. Oishi et al. 2003, 84).

Die **Arbeitsbelastung** sowie eine maximale Fallzahl von 85 aktiven Patienten empfinden die DMs als gut zu kontrollieren. Sie befürchten jedoch, dass der Druck einer höheren Kosteneffektivität in der Regelversorgung mehr Patienten bedeuten könnte. Die Depressionsmanager vermuten, dass sie dann weniger gründlich in der Nachverfolgung seien (vgl. Oishi et al. 2003, 85). Die feste **Interventionslänge** der aktiven Behandlung von zwölf Monaten bewerten einige DM als zu lang und unpassend. Viele Patienten brauchen dadurch länger als sie nötig hätten (vgl. Oishi et al. 2003, 84). Die englischen Depressionsmanager fordern hingegen eine offene Maximaldauer der Behandlung, da es als schwierig wahrgenommen wird, den Patienten mitzuteilen, dass der Kontakt endet, auch wenn diese noch nicht bereit dafür sind (vgl. Gask et al. 2010, 6).

Viele DM empfinden die **wöchentliche Teamsitzung** als überaus wichtig, da dort der „ganze“ Patient aus verschiedenen Richtungen betrachtet werden kann. Auch die komplexen Interaktionen verschiedener Krankheiten können im hausärztlichen Behandlungssetting nicht erfasst werden. Die Teamsit-

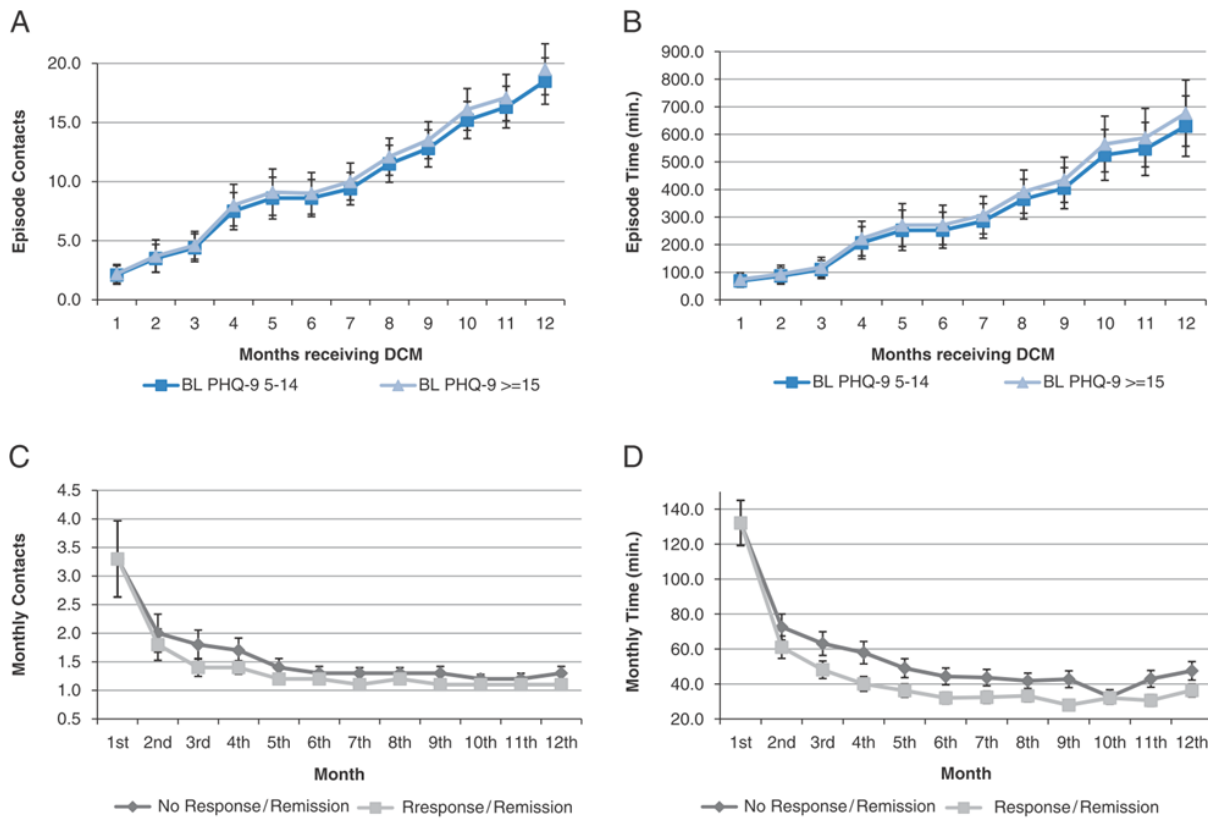
zung bietet die Möglichkeit beides, den oft diagnostizierten Herzfehler und die Depression zu berücksichtigen. Sehr wichtig finden die DM die Anwesenheit des **Team-Psychiaters**, der zusätzliche Expertise mitbringt, die die Depressionsmanager sehr entlastet und Stress vermeidet (vgl. Oishi et al. 2003, 82). Für essentiell halten die DM auch die Möglichkeit, den **Psychiater in Notfällen** kontaktieren zu können. Oft ist es jedoch ein Problem, das Team außerhalb der Sitzungen zu erreichen, manche Depressionsmanager nutzen sogar ihre Kontakte zu anderen Allgemeinmedizinern und Psychiatern, wenn sie akuten Beratungsbedarf haben (vgl. Oishi et al. 2003, 82).

In Großbritannien (England et al. 2007) begegnen die Depressionsmanager in dieser Hinsicht einigen **Barrieren**. Sie bemängeln die geringe Unterstützung durch ihre Hausarztpraxen, vor allem im Hinblick auf Medikamente und die vielen Vorschriften, die für sie nur wenig persönlichen Gewinn bedeuten. Teilweise dürfen sie noch nicht einmal die Rezepte der Patientinnen und Patienten einsehen. Die Depressionsmanager aus Birmingham fühlen insgesamt einen starken Konflikt in ihrer Rolle, da sie nirgends richtig dazu gehören und oft von der Kommunikation abgeschnitten sind (vgl. England et al. 2007, 208). Sie verlangen nach mehr Kompetenzen, um auch selbst Hilfe, etwa bei Aggressionsproblemen, Angststörungen oder Teenager-Schwangerschaften zu leisten. Sie formulieren, dass sie dadurch ihre eigentliche Aufgabe, Überweisungen ins sekundäre System zu vermeiden, besser wahrnehmen können. Außerdem wird auch der Wunsch geäußert, selbst aufklärend in Schulen zu arbeiten (vgl. England et al. 2007, 208).

5.2.3 Quantitativer Arbeitsumfang des Depressionsmanagers

Die ausgewerteten Studien können einen guten Eindruck über die **Inanspruchnahme** des Depressionsmanagers und seine **konkreten Arbeitsbelastungen im Alltag** vermitteln. Für die Entwicklung eines Finanzierungsmodells sehen sich Bao et al. (2011) das Nutzungsverhalten der depressiv erkrankten älteren Menschen an, um davon ausgehend den Arbeitsaufwand eines Depressionsmanagers zu ermitteln. Dazu werten sie das webbasierte klinische Informationssystem des IMPACT-Programms aus und stellen fest, dass die Ressourcennutzung besonders am Anfang sehr hoch ist. Angstmann et al. (2009, 229) entdecken, dass in den ersten zwei Monaten die Inanspruchnahme doppelt so hoch sein kann wie in der Vergleichsgruppe. Nach spätestens sechs Monaten geht sie aber stark zurück und bleibt stabil. (*Abbildung 4*) Diese Erkenntnis ist unabhängig vom Behandlungserfolg, wohingegen sich zeigt, dass je schwerer die Depression am Anfang desto höher ist der Ressourceneinsatz in der Kollaborativen Versorgung. Doch je länger die Patienten generell im Programm sind, desto geringer ist schließlich die Ressourcennutzung (vgl. Bao et al. 2011, 1439).

Abbildung 4: Nutzungsverhalten in der IMPACT-Studie



(Quelle: Bao et al. 2011, 1445)

Durchschnittlich hat jede Patientin und jeder Patient 12,2 Kontakte mit dem Depressionsmanager, wovon 7,2 vor Ort und fünf per Telefon stattfinden. Von ihnen erhalten Initial 70 Prozent eine Pharmakotherapie und 30 Prozent eine Problemlösetherapie (vgl. Unützer et al. 2001, 792). In der Poststudie des IMPACT-Programms von Grypma et al. (2005, 106) nutzen bis zu 90 Prozent Antidepressiva und 47 Prozent PST-PC. Die durchschnittliche Anzahl der Therapiesitzungen liegt bei 6,4 (vgl. Aréan et al. 2008). Es zeigt sich darüber hinaus, dass hochaltrige (vgl. Ell et al. 2010) und von Einkommensarmut (vgl. Aréan et al. 2007) betroffene Patienten länger in Behandlung bleiben. Grypma et al. (2005, 106) unterscheiden in dieser Hinsicht drei **Patientengruppen**: „Kurzzeit“ weniger als zehn Wochen, „Mittlerezeit“ zehn Wochen bis sechs Monate und „Langzeit“ mehr als sechs Monate. Alle Gruppen erreichen Verbesserungen, doch die, die weniger lang dabei sind, nutzen häufiger PST-PC, die anderen mehrheitlich Medikamente. Die Kurzzeit-Gruppe hat zudem durchschnittlich weniger bisherige depressive Episoden, während die Langzeit-Gruppe mehr persönliche Kontakte in Anspruch nimmt. Generell stellt sich jedoch nach 10 Wochen bei allen eine klinische Verbesserung ein.

Bao et al. (2011) bemängeln, dass sie durch die Auswertung des webbasierten klinischen Informationssystems keine Hinweise darauf erhalten, wie viel Arbeitszeit die Depressionsmanager neben den direkten Kontakten pro Patient aufwenden. Ein detaillierteres Bild des Arbeitsalltags von Depressi-

onsmanagern zeichnen Harpole et al. (2003) mit einer Random Work Sampling Study. Mit Hilfe elektronischer Aufzeichnungsgeräte rekonstruieren sie den regulären Tagesablauf von 13 DM (elf Krankenpflegekräfte, zwei Psychologen) der IMPACT-Studie (Unützer et al. 2002). Die mittlerweile ein Jahr tätigen DM erhalten dazu einen Pieper, der fünfmal in der Stunde ertönt. Damit können sie 4.030 Arbeitsaktivitäten dokumentieren, die anschließend ausgewertet werden und in Abbildung 8 dargestellt sind (vgl. Harpole et al. 2003, 240).

Mit 49,4 Prozent sind die Versorgungsleistungen, die direkt mit Patientinnen und Patienten in Verbindung stehen, an erster Stelle. Sie werden gefolgt von 18,3 Prozent Studienaktivitäten und 17,9 Prozent administrativen Aufgaben. Dabei arbeiten die Depressionsmanager in hohem Maße selbstständig und verbringen den halben Arbeitstag allein. Fast 40 Prozent ihrer Zeit nutzen sie für die Kommunikation mit den Patienten, doch nur knapp zwei Prozent Zeit verbringen die Depressionsmanager mit den Team-Psychiatern oder Hausärzten. Ob das webbasierte klinische Informationssystem die gegenseitigen Absprachen des Kollaborativen Versorgungsansatzes ersetzt, lässt Harpole et al. (2003) offen.

Abbildung 5: Arbeitsaktivitäten und Kommunikationsanteile der DM

DCSs' work activities		Proportion of work day spent with specific contacts	
Work activity	Mean proportion of work day % (95% CI)	Work contact	Mean proportion of workday, % (95% CI)
Patient care		Self	48.7 (43.3–54.1)
Direct patient care		Patient	37.5 (31.6–43.3)
Evaluation and/or assessments	18.5 (13.5–23.6)	Study staff, local	7.8 (5.1–10.6)
Problem-solving therapy—primary care	6.0 (2.2–9.8)	Other health care providers (nonstudy)	1.8 (.3–3.3)
Supportive interventions	3.3 (1.3–5.4)	Primary care physicians	.9 (.2–1.5)
Medication management	3.2 (1.1–5.4)	Patient's family	.7 (.2–1.2)
Other	1.6 (.5–2.7)	Psychiatrist, study	.6 (.2–1.1)
Patient education/psychoeducation	1.4 (.5–2.3)	Study staff, nonlocal	.5 (.04–1.0)
Behavioral activation/pleasant activities planning	1.3 (.4–2.2)	Pharmacist	.2 (.01–0.4)
Grief work	.8 (0–1.6)	Social services	.2 (0–0.4)
Patient referrals/resource evaluation	.6 (.3–.9)	Other	1.0 (.2–1.9)
Subtotal, direct patient care	36.7 (30.2–43.1)	Total	99.9 ^a
Documentation, clinical	6.5 (2.5–10.6)		
Discussing patient care	6.2 (3.8–8.5)		
Subtotal, all patient care	49.4 (42.0–56.7)		
Research-related			
Documentation, research-related	12.7 (9.4–16.0)		
Other, research-related	5.5 (3.2–7.8)		
Subtotal, all research-related activity	18.3 (14.7–21.9)		
Administrative/clerical	17.9 (12.2–23.7)		
Personal	9.4 (5.4–13.4)		
In transit	5.1 (2.8–7.4)		
Total	100.1 ^a		

^a Total is < 100% due to rounding error.

(Quelle: Harpole et al. 2003, 241f)

^a Total is greater than 100% due to rounding error.

Der Hauptschwerpunkt in der Arbeit mit Patientinnen und Patienten ist mit knapp 20 Prozent die Überprüfung der laufenden Therapie sowie die damit verbundenen Tätigkeiten. Psychoedukation (1,4%), Unterstützende Maßnahmen (3,3%) und verhaltensaktivierende Bemühungen (1,3%) kom-

men zusammen, genau wie die Problemlösetherapie, auf sechs Prozent anteilige Arbeitszeit (vgl. Harpole et al. 2003, 241). Die Versorgung erfolgte zu rund einem Fünftel per Telefon (vgl. Harpole et al. 2003, 240). Eine Vollzeitkraft betreut durchschnittlich 67 depressiv erkrankte ältere Menschen, wobei es einen monatlichen Wechsel von ungefähr fünf Patienten gibt. Harpole et al. (2003) schätzen, dass eine Regelkraft ohne Studienaktivitäten bis zu 100 Menschen versorgen kann. Denn innerhalb der Forschungsstudien müssen die DM auch eine Reihe von **Studienaktivitäten** (18,3 Prozent) durchführen, die vor allem die webbasierte Dokumentation, die Übertragung der Patientendaten aus den Patientenakten, Treffen mit dem Koordinierungscenter und die Assistenz bei der Patientenrekrutierung umfassen. Zudem werden Sie alle drei Monate vom Studienteam angerufen, um die bisherige Entwicklung zu besprechen (vgl. Harpole et al. 2003, 240).

5.2.4 Beziehungsaspekte innerhalb des Versorgungsteams

In Interviews mit DMs, Hausärzten und Team-Psychiatern betonen die Befragten vor allem, dass es eine starke **Beziehung** zwischen den einzelnen Akteuren des Versorgungsteams geben muss (vgl. Nutting et al. 2007, 131). Die Depressionsmanager empfinden es als wichtig, mit den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern einer Praxis sowie dem Arzt eine persönliche Beziehung aufzubauen. Manche wollen darüber hinaus zu den Teamsitzungen der Praxen eingeladen werden, damit sie sich zugehörig fühlen (vgl. Oishi et al. 2003, 84).

Besonders wichtig wird von vielen Studien die **Kommunikationsstruktur und -kultur** eingeschätzt, die über Erfolg und Misserfolg bestimmt (vgl. Rubenstein et al. 2010, 109). Die Niederländer mit ihrem dem Deutschen sehr ähnlichen Versorgungssystem mit vielen niedergelassenen Ärzten beklagen eine starke Verinselung der Professionen, die am liebsten selbstständig arbeiten. Die Ärzte zeigen daher oft ein geringes Grundverständnis für Kollaboration und eine Abneigung **Verantwortung** in andere Hände abzugeben (vgl. de Jong et al. 2009, 6). Gleiches gilt für die Implementierung von PROSPECT in den USA, in denen einige Ärzte die Behandlung nicht teilen wollen (vgl. Nutting et al. 2007, 131). Es zeigt sich auch, dass die Hausärzte nicht alle an depressiven Symptomen leidende ältere Menschen an den DM überweisen, sondern teilweise nur die schweren Depressionsfälle, bei denen sich keine Besserung zeigt und Fälle die schwerwiegende weitere medizinische oder soziale Probleme aufweisen (vgl. Nutting et al. 2007, 131).

Als sehr wichtig werden **klare Rollenabsprachen** eingeschätzt. Der DM arbeitet in Partnerschaft mit dem Patient und dem Hausarzt. Es ist wichtig, dass sie nicht unbeabsichtigt die gesamte Versorgung der Depression übernehmen. Nach gemeinsamer Absprache über etwaige Nebenwirkungen und Behandlungsmöglichkeiten trägt weiterhin der Hausarzt die Verantwortung (vgl. Oishi et al. 2003, 80). Dabei betonen die DM die nötige Flexibilität in der Zusammenarbeit mit den verschiedenen Ärzten,

die alle einen anderen **Kommunikationsstil** pflegen. Manche wollen schriftlich formelle Mitteilungen, andere ein kurzes „Flurgespräch“. Doch wenn sich die Beziehungen etablieren können beschreiben alle DMs, die von Oishi et al. (2003, 81) interviewt werden, dass die Ärzte sie oft um Beratung bitten.

Prägend für die einzelnen Professionen ist zudem das **PHQ-9-Instrument**, welches sich bewährt und sich als wesentliches Kommunikationsinstrument zwischen Team-Psychiater und DM zeigt. In anderer Hinsicht gibt es manchmal **Schwierigkeiten in der sprachlichen Verständigung**, da jede Profession ihr eigenes Vokabular besitzt (vgl. Nutting et al. 2007, 135). In der Regel schätzen DM und Team-Psychiater die Zusammenarbeit auf vielfache Weise und finden sie effektiv und effizient. Bei Nutting et al. (2007) beschreiben die DM die Unterstützung als extrem hilfreich, die ihnen zudem einen „major boost“ für ihre Selbstsicherheit verleihen würde (vgl. Nutting et al. 2007, 131). Auch die Team-Psychiater und Hausärzte teilen diese Einschätzung. Sie sind ebenfalls der Meinung, dass es sich bei Kollaborativer Versorgung um eine effektive Strategie handelt, Geld und Zeit einzusetzen (vgl. Gask et al. 2010, 7 und Rubenstein et al. 2010, 108).

Der **Team-Psychiater** bekommt insgesamt nur zehn Prozent der Patienten zu Gesicht (Harpole et al. 2003) und in einer weiteren Studie wird angeführt, dass sein Aufwand mit der Höhe der Qualifikation der Depressionsmanager zusätzlich sinkt (vgl. Korsen und Petruszewski, 2009, 50). Die direkten Patientenkontakte mit dem Psychiater, die nach dem Stepped-Care-Algorithmus vorgesehen sind, scheitern jedoch oft am Terminkalender des Psychiaters (vgl. Oishi et al. 2003, 82).

Für viele **Ärzte** (und Patienten) stellt die neue Rolle des Depressionsmanagers eine **Alternative zur Sekundärversorgung** dar. Sie beschreiben in Interviews, dass sie eine Lücke für Patienten füllen, die nicht unbedingt medizinische, sondern soziale Unterstützung benötigen. Diese Patientinnen und Patienten würden von einem hoch spezialisierten Psychiater, der enorm teuer ist, nicht besser behandelt, vermuten die Hausärzte: „Sie bieten eine bessere Behandlung als unsere örtliche psychiatrische Abteilung, die oft zu spät einsetzt“ (Levine et al. 2005, 387). Zusätzlich heben sie die Informationen über die Medikamente hervor, die die Patienten bei der Einnahme unterstützen (vgl. Richards et al. 2006, 303). Die Meinungen gehen hier jedoch auseinander. In einer Fokusgruppe kommen die Ärzte zu der Einschätzung, dass dieses Konzept nicht für alle Patienten etwas ist. Zwei Ärzte spotten und vergleichen die neue Rolle mit „wandelnden Gelben Seiten“: „[...] *the patients aren't getting anything except dishing out some leaflets which you can pick up from the front of the surgery or anywhere. I can give them those.*“ (England et al. 2007, 207). Diese Meinungsvielfalt könnte daran liegen, dass die Mediziner nicht immer genau wissen, was die DM eigentlich machen, was diese als sehr unbefriedigend empfinden. Sie haben auch die Befürchtung, Kontrolle abgeben zu müssen und da ihnen gegenüber keine Rechenschaft abgelegt werden muss, mutmaßen sie, dass die DM ihre Kompeten-

zen überschreiten würden (vgl. Richards et al. 2006, 302). Sie wollen selbst entscheiden, wie und wann sie die Leistungen der Depressionsmanager in Anspruch nehmen. Die positiven Meinungen stammen vor allem aus Praxen, wo Hausarzt und DM unter einem Dach arbeiten, es einen festen Austausch in einem festen Rahmen gibt und wo sie in alle Aktivitäten, wie Teamsitzungen einbezogen werden. (England et al. 2007, 209)

Aus den USA kommen daher mehrheitlich **positive Einschätzungen** zum Konzept der Kollaborativen Versorgung. Levine et al. (2005) werten 267 Fragebögen der IMPACT-Hausärzte aus und finden heraus, dass 94 Prozent sagen, Depressionsmanager sind sehr hilfreich, 89 Prozent vertreten die Meinung, dass sie genau die richtige Menge an Behandlung bieten. Daneben geben weitere 85 Prozent an, durch den beratenden Psychiater eigenes Vertrauen zu gewinnen und sich daher zutrauen, mehr Depressionsdiagnosen zu stellen, um eine anschließende Behandlung zu initiieren. Am nützlichsten finden sie zudem die proaktive Nachbetreuung der Patientinnen und Patienten sowie die Aufklärung (vgl. Levine et al. 2005, 385ff). Es gibt jedoch auch ein Umsetzungsbeispiel des DIAMOND-Programms, dessen Scheitern darauf zurückgeführt wird, dass die Ärzte es zu wenig in Anspruch nehmen. Sei es weil sie es nicht für nötig halten: „*I don't use the DIAMOND-system - I don't need it because my patients are doing okay.*“ ,oder weil sie nicht ausreichend informiert sind: „*I couldn't remember the letters or what they stood for. [. . .]It was a wonderful idea – and if I was more involved and understood it more, I would have paid more attention.*“ (vgl. Solberg et al. 2001).

5.2.5 Kollaborative Versorgung aus Sicht der Erkrankten

Zusätzlich zu dem von **Chew-Graham** et al. (2007) in Großbritannien durchgeführten RCT wurden ertragreiche semi-strukturierte Interviews mit den älteren depressiv erkrankten Menschen durchgeführt, die eine Einschätzung über den Blickwinkel der Patienten erlauben. Tatsächlich haben die meisten Befragten anfangs kaum Erwartungen an die Depressionsmanager. Sie wissen ebenfalls nichts über die ihnen „zugetragene“ Erkrankung, doch nach einer Aufklärungseinheit wurde die Behandlung meistens akzeptiert. Unangenehm erscheint für manche Patienten zunächst die **Nachsorge** durch die DM, doch schließlich empfinden sie diese, als überaus hilfreich: „*She chases you. [...]So you don't get forgotten or lost.*“ Sie schätzen vor allem die persönlichen Kontakte, die in England sechs Hausbesuche beinhalten, die für die Besuchten persönliche Unterstützung bieten und das Gefühl gehört zu werden, vermitteln: „*As I say, I could talk to me daughters but with [the CPN] I could talk about anything, anything that was worrying me and the way I felt.*“ (vgl. Chew-Graham et al. 2007, 367f). Folgerichtig haben die Patienten auch eher im persönlichen Gespräch als durch die Telefonate, das Gefühl versorgt zu werden (vgl. Gask et al. 2010, 6f).

Weitere Interviews mit Patientinnen und Patienten, die ebenfalls in Großbritannien durchgeführt wurden (England et al. 2007), heben hervor, dass es für sie am wichtigsten ist, **Zeit** zu erhalten. Sie bewerten die Möglichkeit, wie mit einem Freund sprechen zu können als ebenso wichtig, wie den Erhalt Krankheitsbezogener Informationen. Die fehlende Zeit in der Hausarztpraxis kann für sie somit aufgefangen werden: "[...] there was more time to explain things in more depth and detail. (M, 58)" Sie beschreiben die Beratung auch als zwanglos, atmosphärisch entspannt, gut vorbereitet, **empathisch, ganzheitlich und sensibel**. (England et al. 2007, 210). Daher fällt es ihnen auch leichter, den DM ihre Lebensprobleme anzuvertrauen. Die Patienten nehmen es als „non-threatening“, im Gegensatz zu der hemmenden professionellen Atmosphäre beim Psychiater wahr: „She didn't sit there and try and analyse me and use lots of big words. She just sat there and talked to me like a friend would. Sie äußern darüber hinaus, dass sie sich durch den hohen Autoritätscharakter des Psychiaters nicht frei ausdrücken können und sich dadurch stigmatisiert, weil psychisch krank fühlen (vgl. England et al. 2007, 206).

In erster Linie bevorzugen die Patientinnen und Patienten persönlichen Treffen gegenüber der **telefonischen** Kontaktaufnahme (vgl. Richards et al. 2006, 301). Besonders geschätzt wird außerdem, dass sie auf die zusätzliche Unterstützung nicht zwei Monate warten müssen, wie auf einen Termin beim Psychiater. Der **unmittelbare Zugang** wirkt für sie wie ein „Sicherheitsnetz“, so dass sie nicht im System „verloren“ gehen (vgl. England et al. 2007, 206). Der Zugang wird auf diese Weise auch zu anderen Hilfeinrichtungen und zum gemeinnützigen Sektor erleichtert. Für viele Patienten ist die Hürde und das Informationsdefizit gerade während einer depressiven Episode zu hoch um sich selbstständig zurechtzufinden: „[...] when I was feeling really bad, I don't think I would have been able to take that first step [...] and she helped get social services involved.“ (England et al. 2007, 206). Eine Patientin beschreibt, dass sie auf diese Weise die häusliche Pflege ihrer Mutter umorganisieren konnte und sich seitdem ihr Gesundheitszustand entschieden gebessert hat (vgl. England et al. 2007, 207).

Überhaupt keinen Anklang findet die **manualisierte Selbsthilfeintervention** (SHADE), die aus Tagebuchführung, Zielformulierungen, Entspannungsübungen und Verhaltensaktivierungen besteht. Die Patienten fühlen sich mit dem „riesigen“ Buch überfordert, können sich nicht darauf konzentrieren und sich letztlich nicht mit den Übungen identifizieren (vgl. Chew-Graham et al. 2007, 368). Manche schätzen die Nutzung von „Tagebüchern“ als entmündigenden Kontrollverlust ein: „[...] feel like a silly little girl [...]“ (vgl. Richards et al. 2006, 301)

5.3 Organisatorische und ökonomische Wirkfaktoren

Die meisten Implementierungen sind in einer Primärversorgungsklinik angesiedelt (vgl. Oxman et al. 2003, Korsen und Pietruszewski 2009, Angstmann et al. 2009). Am ähnlichsten zum deutschen Primärversorgungssystem sind die Niederlande. Dort gibt es mit 77 Prozent Einzel- und Gemeinschaftspraxen einen sehr hohen Anteil niedergelassener Ärzte, während diese in den USA gerade einmal ein Drittel ausmachen (vgl. de Jong et al. 2009, 23). In diesem Zusammenhang zeigt sich in einigen Studien, dass die Depressionsmanager, die Ihr Büro im gleichen Gebäude haben wie die Ärzte, sich eher anerkannt fühlen und über eine bessere Kommunikation durch informelle Absprachen profitieren als die extern angesiedelten, die viel Zeit und Aufwand in die Kommunikation investieren müssen (vgl. Oishi et al. 2003, 82 und England et al. 2007, 209). Hegel et al. (2004, 274) fordert daher, dass die Depressionsmanager bestenfalls zusammen mit dem Hausarzt unter einem Dach verortet sind. Zudem wird ein eigenes Büro mit eigenem Computer als sehr hilfreich bemerkt. Wenn die DM sich vornehmlich als „Gast“ empfinden löst das meist Frustrationen aus (vgl. Oishi et al. 2003, 84).

In der RESPECT-Studie gelingt wiederum die Umsetzung in den **kleinen Praxen** besonders gut. Sie erhalten durch die Einführung oft sogar neue Energie und Enthusiasmus (vgl. Nutting et al. 2007, 135). Die gleiche Studie stellt dabei die Wichtigkeit der gemeinsamen Teamsitzungen und einer Gesamtstrategie für die organisatorische Implementierung heraus. Wesentlich ist, dass es einen festen Austausch innerhalb eines festen Rahmens gibt. (England et al. 2007, 209). Für einige Hausärzte stellt sich dieser **Mehraufwand** jedoch auch als Hemmnis heraus. Sie haben nur 15 Minuten Zeit pro Patient (vgl. Reynolds et al. 2083). und wollen daher nur ungern zusätzliche Zeit investieren. Jede Extraminute kann zur Barriere werden: „[...] *a few minutes here, a few minutes there [...]*“ (vgl. Nutting et al. 2007, 131).

In der qualitativen Studie von Richards et al. (2006, 302) werden ähnliche Barrieren aufgezählt, die bei einer Implementierung eines Kollaborativen Ansatzes entstehen können. Manche Ärzte und Psychiater meinen, dass dafür zu viel Zeit und Ressourcen benötigt werden, obwohl das Thema Depression den Hausärzten gar nicht so wichtig sei. Zusätzlich befürchten einige Ärzte, dass die Erklärung für die Patienten bei einer Überweisung zum DM schwierig ist, da es klingen könnte, als wolle man sie „abschieben“. Diese Überzeugungsarbeit kostet dann wiederum Zeit, in der sie andere Patienten nicht behandeln können. Die Studie zieht daraus den Schluss, dass eine Implementierung nur gelingen kann, wenn alle Beteiligten von der **Sinnhaftigkeit der DM** überzeugt sind.

Unterstützt werden kann dies durch eine **klare Ziel- und Rollenformulierung** im Manual, im Training und im Ablauf, eine flexible Anwendung des Konzepts, auch im Umgang mit Sprache und Stigmatisierungen, ein Training, dass biologische und psychologische Fähigkeiten vermittelt sowie die Möglich-

keit Psychiater neben den wöchentlichen Treffen auch direkt zu erreichen. Durch Sichtbarkeit des DM in der Praxis muss zudem gewährleistet werden, dass der DM eine Beziehung zum Arzt und dessen Personal aufbauen kann. Für alle Beteiligten ist zudem wichtig, klare Absprachen über die Rollen und deren Grenzen zu formulieren. Als letztes sollte versucht werden, die DM bestmöglich durch das Studienteam und andere Depressionsmanager zu unterstützen (vgl. Oishi et al. 2003, 86).

Am besten funktioniert eine Implementierung laut England et al. (2007, 210) **Bottom Up** unter Berücksichtigung aller Beteiligten. Vor allem die Intransparenz und die fehlende Kommunikation stellen starke Hemmnisse in der britischen Implementierung dar. Auch Price et al. (2006, 92) plädieren dafür, dass die Hausarztpraxis und Depressionsmanager zunächst mit dem Modell experimentieren und es an ihre Bedürfnisse anpassen sollen. Idealerweise kennen sich die Beteiligten bereits und eine geografische Nähe existiert (vgl. Craven und Bland 2008, 21).

Die **verbreiterte Implementierung** von DIAMOND beginnt mit der Rekrutierung von zehn Praxen, die ein Training zum operativen Geschäft, klinische Best-Practice und Implementierungstools bekommen. Diese Praxen sind dann dafür verantwortlich weitere Praxen auszubilden (vgl. Korsen und Pietruszewski, 2009, 52). Auch das IMPACT-Programm geht einen ähnlichen Weg. Blasinsky et al. (2006, 725ff) beschreiben fünf Faktoren, die für eine Weiterführung entscheidend sind. Zunächst muss die wissenschaftliche Evidenz von Kollaborativer Versorgung bewiesen werden. Anschließend wird die Unterstützung der bereits erprobten Institution benötigt, damit bestenfalls PCT-PC geschultes Personal zur Verfügung steht und bereits die praktische Erfahrung, dass Kollaborative Versorgung funktioniert, vorhanden ist. Letztlich ist jedoch eine entsprechende Finanzierungsgrundlage die entscheidende Voraussetzung.

Oishi et al. (2003, 86) dekliniert diese Grundlagen noch einmal in Hinsicht auf den Depressionsmanager und kommt zu dem **Schluss**, dass die Umsetzung von IMPACT gelingt, wenn Erstens, ein klar definierter Depressionsmanager in der Mitte eines multidisziplinären Teams eingesetzt wird, der weiß, wo seine Aufgaben und Grenzen liegen. Zweitens, der DM biologische und psychologische Kenntnisse der Depressionsbehandlung, speziell zu antidepressiven Medikamenten medizinischen Begleiterkrankungen und psychologischen Interventionen hat. Drittens, der DM mit aufklärenden und verhaltensverändernden Strategien, die Patienten motivieren kann. Viertens, der DM regelmäßige Fallunterstützung durch einen Team-Psychiater und einem Allgemeinmediziner erhält. Fünftens, die Nachverfolgung durch ein computergestütztes System gewährleistet ist und Sechstens, die Behandlungsentwicklung mit einem einfachen Instrument (PHQ-9) gemessen werden kann.

Die meisten Studien weisen zumindest für den Interventionszeitraum steigende Kosten aus (vgl. Gilbody 2006, 306). Doch aufgrund der qualitativen Verbesserung der Lebensqualität, der Langzeitwirkungen und des geringeren Rückfallrisikos wird diese Kostensteigerung meist als vernachlässigungswürdig beschrieben. (Neumeyer-Gromen et al. 2004, 1219 und Simon et al. 2001, 1643). Die meisten Studien gehen auch davon aus, dass **teurere Behandlungen im Anschluss** an die Kollaborative Versorgung vermieden werden können (vgl. Katon et al. 2005, 1319).

In allen Literaturstellen, die nach ihrer Implementierung eine Aufnahme in die **Regelversorgung** empfehlen, stellt sich die Frage der Anschlussfinanzierung nach Verbrauch der Forschungsgelder. Die Niederlande sind dabei sehr optimistisch, da die Krankenversicherung dort den Großteil der Kosten übernehmen könnte (vgl. de Jong et al. 2009, 23). Nutting et al. (2007) hingegen beklagen in ihrer Studie das Fehlen einer ökonomischen Gesamtstrategie für die Anschlusszeit. Für sie ist eine **Verbreiterung des Ansatzes**, in dem ebenfalls multimorbide Patienten mitversorgt werden, eine realistische Lösung. Andernfalls, beklagen auch die interviewten Ärzte, würde sich der Aufwand für einen Systemwechsel schlicht nicht lohnen (vgl. Nutting et al. 2007, 132). Auch Blasinsky et al. (2006, 728) beschreiben, dass die Anpassbarkeit von Kollaborativer Versorgung und die damit verbundene Verbreiterung des Angebots Finanzierungsvoraussetzung für eine Regelversorgung ist. Weiterhin konstatieren Bachmann et al. (2006, 279) in ihrer Kosteneffektivitätsstudie, dass sich Depressionsmanager durch einen Aufgabenbereich und durch Tätigkeiten auszeichnen, die nur schwer einzeln abzurechnen sind. Für eine optimale finanzielle Ausnutzung sollten DM einen breiteren Aufgabenbereich für zusätzliche chronische Erkrankungen wahrnehmen (vgl. Katon et al. 2003).

Demzufolge wird **ein multispezieller Depressionsmanager** gefordert, der die verschiedenen Krankheiten auch bedienen kann. Gerade im Hinblick auf die Finanzierung, sollten die Fragen des „Wer“ und des „Wie“ dringend geklärt werden (vgl. Bachmann et al. 2006, 284). Denkbar sind für Bachmann et al. (2006, 284) je nach Anforderungen Abstufungen einzuführen, die eng geknüpft sind an Standards, an die Ausbildung, das Training, die Lizenzierung sowie die Supervision: „Because care management services fall outside the conventional margins of the health-care delivery system and are delivered by a potpourri of people whose professional identities cut across traditional boundaries, third-party payers require cogent demonstrations of their value in order to justify subsidizing them.“ (Bachmann et al. 2006, 287).

Für das IMPACT ähnliche Programm RESPECT haben Projektinitiatoren **Fallpauschalen** ausgearbeitet, die in den USA bereits von wenigen Krankenkassen bezahlt werden. Zertifizierte DIAMOND-Gruppen bekommen ein monatliches „Depression Care Management Payment“ bezogen auf die in Anspruch genommenen Leistungen pro Patient, die weder eine Zuzahlung noch einen Selbstbehalt leisten müs-

sen (vgl. Korsen und Pietruszewski, 2009, 52). Bao et al. (2011) schlagen aufgrund der unterschiedlichen Nutzungsphasen bzw. Krankheitsepisoden ein abgestuftes Fallpauschalensystem vor. Denkbar wäre für die verschiedenen Patientengruppen eine Differenzierung in den ersten sechs Monaten, wonach der zu ermittelnde Betrag im ersten Monat am höchsten wäre, bis zum sechsten Monat stetig sinkt und anschließend bis zum Behandlungsende gleich bliebe (vgl. Bao et al. 2011, 1436). Dieses Modell wird gegenüber einer monatlichen Fallpauschale, die aus dem Durchschnitt der Gesamtkosten ermittelt wird, bevorzugt da dieses System mit hoher Wahrscheinlichkeit einen Creaming-Effekt mit sich bringt, wonach nur erfolgsversprechende Patientinnen und Patienten der Kollaborativen Versorgung zugeführt werden (vgl. Bao et al. 2011, 1447). Ebenfalls diskutiert, wird ob eine Pauschale an die Intensität der Erkrankung und somit der Behandlung angepasst werden soll, doch gleichzeitig wird dabei befürchtet, dass eine strategische Hochstufung der Patienten („Up-Coding“) die Folge sein würde (vgl. Bao et al. 2011, 1440).

Für die Weiterführung des DIAMOND-Projekts in den USA bringt 2006 das Institut für klinische Systemverbesserung alle **Stakeholder** zusammen: Patienten, Mediziner, Finanzträger und Angestellte. Das DIAMOND-Lenkungskomitee entwickelt nach einer gemeinsamen Definition des Finanzierungsproblems und der Darstellung der Evidenz für die Kollaborative Versorgung ein Finanzierungskonzept, dem letztlich alle zustimmen. Auf diese Weise kann das DIAMOND-Programm in die Regelversorgung implementiert werden (vgl. Solberg et al. 2010, 577).

6 Diskussion der Ergebnisse in Hinblick auf GermanIMPACT

„Our experience suggests that no matter how effective organizational models of care are in their originating countries, any attempt at replicating these internationally should be preceded by a careful modeling stage prior to implementation. Only by combining data from qualitative research with clinical outcomes can sufficiently detailed protocols be developed, which can feasibly be implemented and thereby contribute to improvements in health care delivery.“ (Richards et al. 2006). Diesem Anspruch verpflichtet werden in diesem Kapitel die dargestellten Ergebnisse, in Hinblick auf GermanIMPACT diskutiert und wenn möglich zu Empfehlungen formuliert.

6.1 Patientenspezifische Herausforderungen für Depressionsmanager

In Kapitel 2 ist dargestellt, welche **Altersbilder** und damit verbundene Stigmatisierungen in unserer Gesellschaft vorherrschen können und dass diese teilweise einen entscheidenden Einfluss auf das Verhalten der Professionellen und damit der gesamten Versorgung depressiver Erkrankungen im höheren Lebensalter haben. Doch die Einschätzungen, depressive Episoden gehören zum normalen Alterungsprozess und alte Menschen seien nicht mehr in der Lage, Neues zu erlernen, sind falsch und wissenschaftlich nicht haltbar. Alle Professionellen und speziell die neu implementierte Instanz des Depressionsmanagers müssen daher ein umfassendes **Reflexionsbewusstsein** zum Thema Alter in der Leistungsgesellschaft entwickeln, damit ein Hilfeprozess überhaupt gelingen kann.

Die Studien zur Wirksamkeit der kollaborativen Versorgung tragen zu Tage, dass es weitreichenden Verbesserungsbedarf in der Rückfallvermeidung gibt. In diesem Zusammenhang werden als besondere **Risikogruppen** schwer depressiv erkrankte, gering gebildete, einkommensschwache, hochaltrige und sozial isolierte Menschen herausgestellt. Daneben zeigt sich, dass auf lange Sicht die Remission der Depressionen bei jungen Alten höher ausfällt als bei **Hochaltrigen** (vgl. van Leeuwen et al. 2009, 1046). Dementsprechend müssen Depressionsmanager in GermanIMPACT eine erhöhte Aufmerksamkeit gegenüber den Risiko- und Altersgruppen entwickeln und den möglichst intensivsten Behandlungsansatz anstreben. Diese sogenannte Langzeit-Gruppe (vgl. Grypma et al. 2005, 106). benötigt zudem mehr Zeit und häufigere Kontakte als andere Patienten. Depressionsmanager müssen diese Herausforderung erkennen und den höheren Unterstützungsbedarf gewährleisten. Wenn es evident ist, dass Majore Depressionen ungefähr vier depressive Episoden verteilt über die Lebenszeit (vgl. Katon et al. 2006, 253) bedeuten, sollte zudem der **Rückfallvermeidungsplan** auch dahingehend stärker ausgebaut werden, dass die Menschen lernen, wie sie in dieser Zeit mit der Erkrankung umgehen. Auf der anderen Seite profitieren Patienten mit Minoren Depressionen aus der Kurzzeit-Gruppe nicht von einer intensiveren Behandlung, sondern eher von „Watchful Waiting“ (vgl. Williams et al. 2007, 100).

Aus dem **Nutzungsverhalten** der Patientinnen und Patienten lassen sich einige Anhaltspunkte für die Planung der Patientenkontakte ableiten. Zunächst erfordert Kollaborative Versorgung, besonders in den ersten zwei Monaten, eine intensivere Arbeit, die sich jedoch schnell auszahlt (vgl. Bao et al. 2011, 1439) und zu einer erhöhten Selbstständigkeit der Erkrankten führt. Die Depressionsmanager, die in GermanIMPACT fortwährend 38 Patienten versorgen sollen, können sich nach den Erfahrungen aus IMPACT in etwa auf sieben persönliche und fünf telefonische Kontakte pro Person einstellen. Hinzu kommt ca. ein Drittel an Patienten, die die Problemlösetherapie in Anspruch nehmen. Als Richtschnur kann zudem auf die **Patientengruppeneinteilung** von Grypma et al. (2005, 106) zurückgegriffen werden. In ihnen wird deutlich, dass Erkrankte mit Minoren Depressionen und leichteren depressiven Episoden, häufig einer „Kurzzeit-Gruppe“ angehören, die bereits nach zehn Wochen Behandlung signifikante Besserungen zeigt. Patientinnen und Patienten, mit risikohaften Eigenschaften, die Grypma et al. (2005, 106) der Langzeit-Gruppe zuordnen würde, können hingegen bis zu sechs Monate benötigen, bis die Inanspruchnahme des Depressionsmanagers deutlich abnimmt.

6.2 Methodische Hinweise für Depressionsmanager

Immer wieder wird die Wichtigkeit der **Beratung** herausgestellt, da zu beobachten ist, dass die Behandlungsmethode aufgrund von Vorurteilen und vorherigen Erfahrungen ausgewählt wird (vgl. Gum et al. 2006, 18). Zu dieser Erkenntnis kommt noch hinzu, dass die Einstellung des Depressionsmanagers zu den zur Verfügung stehenden Interventionen maßgeblich für die Entscheidung und die Behandlungstreue der Patienten verantwortlich ist (vgl. Chaney et al. 2011, 13). Da es sich bei IMPACT um einen Versorgungsansatz handelt, der die **Partizipation** der Patientinnen und Patienten unterstreicht und daraus auch die notwendige Behandlungsmotivation ableitet, müssen die Depressionsmanager eine höchstmöglich wertneutrale Beratung anbieten. Das Konzept Shared-Decision-Making bedeutet in dieser Hinsicht, dass die Patienten an allen Prozessen beteiligt sind und selbst über ihre Behandlung bestimmen sollen. Nur wenn alle Informationen in annähernd objektiver Weise vorhanden sind, kann von einer selbstständigen Entscheidung ausgegangen werden. Andernfalls spricht Raue et al. (2010, 1106) von "Pre-Shared-Decision-Making". Um dies auszuschließen ist es selbstverständlich, einen Überblick über die Evidenz zu bieten. Beispielsweise, dass PST-PC und die Pharmakotherapie ähnlich effektiv sind (vgl. Wolf et al. 2008, 135ff) und dass eine intensivere Behandlung durch Medikation und Psychotherapie dabei helfen kann, einem **Rückfall** vorzubeugen (vgl. Katon et al. 2006, 253).

Wesentlich für die **Therapietreue** ist die **Nachverfolgung** durch die Depressionsmanager (vgl. Wolf et al. 2008, 142). Persönliche Kontakte sind nach der Einschätzung der Effektivität und den geäußerten Vorlieben der Patientinnen und Patienten den telefonischen Kontakten vorzuziehen. Sie können zu-

sammen aber ein dichteres Netz der Versorgung entfalten. In Verbindung mit dem webbasierten klinischen Informationssystem für die Patientennachverfolgung steht dem Depressionsmanager ein effektiver Ansatz für intensive Kontaktpflege zur Verfügung, der nur noch durch die Verlinkung mit der Software der Hausarztpraxis verbessert werden kann, da viele Ärzte nicht gewillt sind zwei elektronische Patientenakten parallel zu führen (vgl. de Jong et al. 2009, 5).

GermanIMPACT hat bisher eine Interventionsspanne von zwölf Monaten, innerhalb eines Projektzeitraums von zwei Jahren vorgesehen. Der Systematische Review von Williams et al. (2007, 98) unterstreicht jedoch eindringlich, die Wichtigkeit einer bis zu zwei Jahren andauernden **Kontinuitätsphase**, da diese maßgeblich für bessere Ergebnisse verantwortlich ist. Diese ist innerhalb des Projektzeitraums nicht zu realisieren, aber es sollte geprüft werden, ob eine Erweiterung der Nachverfolgungsphase um sechs Monate in die Intervention mit aufgenommen werden kann. Eine Variabilität der Interventionsspanne als solche, wie sie von einigen DM gefordert wurde (vgl. Oishi et al. 2003, 84) könnte zwar durchaus effektiv sein, würde aber die Aussagekraft der Studie über die Maßen stören.

Ein wesentlicher Vorteil des Depressionsmanagers ist, dass seine Rolle ihm erlaubt, einen sehr unkomplizierten Zugang zu den Patienten herzustellen. Auf diese Weise gelingt es ihm in der Regel, eine **vertrauensvolle Beziehung** mit den Patienten aufzubauen, damit ein Unterstützungsprozess überhaupt beginnen kann (vgl. Nutting et al. 2007, 131). Doch in dieser Beziehungsarbeit, taucht auch das Problem einer „**Deprofessionalisierung**“ auf, wenn Depressionsmanager zu stark in die Freundschaftsrolle geraten (vgl. England et al. 2007, 210). Im IMPACT-Manual (Unützer et al. 2004, 39), welches in Kapitel 3 dargestellt ist, wird der Hinweis gegeben, dass beispielsweise das Erzählen „langer Lebensgeschichten“ der Beziehung dienen kann, aber dem Patienten maximal für den Moment Linderung verschafft. Die Depressionsmanager sind demnach gefordert, eine Balance zwischen unterstützendem aktiven Zuhören und konkreter Problemlösung herzustellen. Unützer et al. (2004a, 36) empfiehlt dazu feste Zeitfenster abzustecken, die für diese Themen reserviert sind. Am Rande ist zu erwähnen, dass eine Protokollierung am Computer während einer Sitzung unterlassen werden sollte, da davon auszugehen ist, dass besonders ältere Menschen dadurch irritiert werden und es der therapeutischen Beziehung zumindest eher abträglich ist.

Inhaltlich sollte die Beratung die **Stärkung von Resillienzfaktoren** (vgl. Dowrick et al. 2009, 323) energischer als bisher in den Fokus nehmen. Es kann vermutet werden, dass durch eine größere Unterstützung in der Entwicklung gefühlvoller Bindungen, beim Ausbau persönlicher Stärken und im Erleben positiver Emotionen weitere Risikofaktoren für eine Wiederkehr depressiver Episoden abgebaut werden können. Die **verhaltensaktivierenden Elemente** und der Miteinbezug der **Familie** sind Kernbestandteile des IMPACT-Programms, deren Bedeutung in vielen Studien betont wird. Auch die

Depressionsmanager beschreiben die Entwicklung selbstständiger Verhaltensziele, in Zusammenarbeit mit der Familie, und die Unterstützung bei deren Verwirklichung als eine ihrer Kernaufgaben (vgl. Nutting et al. 2007, 131). Doch die Work-Sampling-Studie von Harpole et al. (2003), lässt Unterschiede zwischen Anspruch und Realität vermuten. Depressionsmanager nutzen nur 3,3 Prozent ihrer Arbeitszeit für unterstützende Interventionen, 1,4 Prozent für psychoedukative Methoden, 1,3 Prozent für die Planung verhaltensaktivierender Maßnahmen und nur sieben Promille für die Kommunikation mit der Familie. Dabei konstatieren Chew-Graham et al. (2007, 368), dass die vorrangigen Themen depressiv erkrankter älterer Menschen Einsamkeit und Isolation sind. Es ist vor dem Hintergrund depressogener Faktoren (Kapitel 2.2.4) zu vermuten, dass eine höhere Intensität dieser Methoden auch zu einer höheren Effektivität von GermanIMPACT führen kann. In dieser Hinsicht sollten Depressionsmanager dazu ermutigt werden, ein hohes Maß ihrer Aufmerksamkeit auf patientenstärkende Aktivitäten zu richten. Es muss jedoch immer beachtet werden, dass es hier eine schmale Balance zwischen Unterstützung und entmachtender Infantilisierung gibt (vgl. Richards et al. 2006, 301), die bedeutet, dass die Eigenmotivation der Patienten immer erst hergestellt sein muss.

Da die Interpersonelle Therapie, die Kognitive Verhaltenstherapie oder die manualisierte Selbsthilfefintervention keine höhere Effektivität und auch keine sonstigen Vorteile gegenüber der Problemlösetherapie in der Primärversorgung zeigt (vgl. Wolf et al. 2008, 135ff), ist eine Diskussion über die Auswahl der psychotherapeutischen Intervention nicht notwendig. Gerade aufgrund dieser Evidenzlage sollte die Einführung von **PST-PC** hohe Priorität genießen. Da sie effektiv vor einem Rückfall schützt, kann sie einen wesentlichen Einfluss auf die Wirksamkeit von GermanIMPACT ausüben. Für die ergänzende Gruppentherapie wird hingegen kein Nutznachweis erbracht, auf sie kann daher verzichtet werden.

Das **Medikationsmanagement** wird vor allem durch zwei zentrale Stigmata behindert. Die Erkrankten haben große Angst vor medikamentenbedingter Abhängigkeit und sie befürchten, dass sich durch Psychopharmaka ihr Charakter zusätzlich zur Depression verändern könnte (vgl. Richards et al. 2006, 300). Damit die Medikation akzeptiert werden kann, bedarf es daher einer schwierigen Konfrontation mit den Themen Kontrollverlust und Verlust der Selbstwirksamkeit. Depressionsmanager in GermanIMPACT sollten daher besondere Sensibilität bezüglich dieser Bedenken entwickeln und den Befürchtungen durch motivierende Aufklärung mit evidenzbasierten Erkenntnissen aktiv entgegenwirken.

Daran anknüpfend geben Apesoa-Varano et al. (2010, 589) bedeutende Hinweise in Bezug auf die **Sprache** des Depressionsmanagers. Wie die Medikation ist auch das Wort Depression mit **Stigmata** aufgeladen. Es zeigt sich, dass gerade ältere Menschen ihre Erkrankung besser annehmen können,

wenn sie als Stress oder Trauer deklariert wird. Davon ausgehend kann allmählich das Krankheitsbild Depression aufgebaut werden, dass dann für die Betroffenen auch entlastend wirken kann.

Komorbiditäten und soziale Belastungen, die eine Auswirkung auf die Symptomentwicklung haben, werden trotz einiger Studienausschlusskriterien eine signifikante Rolle spielen. Diese sind im vorgegebenen Setting nicht zu bearbeiten, aber die Depressionsmanager können ihre **Verweisungsfunktion** wahrnehmen und entsprechende Hilfen vermitteln. Bei Oishi et al. (2003, 81) beschreiben die DM diesbezüglich eine **Verbindungsfunktion** zwischen sich selbst, den Patienten und dem Versorgungssystem. Hier gibt es im Vergleich mit den Daten aus IMPACT weiteren Optimierungsbedarf. Harpole et al. (2003) zeigen, dass Depressionsmanager nur 1,8 Prozent Ihrer Zeit für Kontakte ins erweiterte medizinische System und nur zwei Promille für andere soziale Dienstleister aufwenden. Ältere Menschen in einer depressiven Episode können die Vielfalt des psychosozialen Versorgungsnetzes nicht durchblicken (England et al. 2007, 206). Daher sollte ein Anspruch an GermanIMPACT sein, die DM entsprechend auf das lokale Hilfs- und Versorgungssystem aus medizinischen Leistungen und Angeboten der freien Wohlfahrtspflege zu schulen, damit diese bedarfsgerechte Unterstützung vermitteln und wie bei Ell et al. (2010, 529) auch die **Patientennavigation** übernehmen können.

6.3 Qualifikatorische Schlussfolgerungen in Hinsicht auf Depressionsmanager

Rubenstein et al. (2010, 107) schreiben: „We suspect that hiring a weak care manager who was unable to engage patients, mental health specialists, or primary care clinicians would result in an ineffective program.“ Dies unterstreicht die fundamentale Rolle und die Verantwortung des Depressionsmanagers in der Kollaborativen Versorgung depressiver Erkrankungen. Gleichzeitig bleibt der Großteil der Studien sehr vage in der Rollenbeschreibung. Katon et al. (2010, 495) beklagen zwar, dass in den letzten 20 Jahren **kein konkretes Anforderungsprofil** für die Depressionsmanager entstanden ist, doch sie als Hauptinitiatoren der IMPACT Studie haben es ebenfalls vernachlässigt, eine entsprechende Standardisierung auf den Weg zu bringen. Wenn in den einzelnen Umsetzungen Überlegungen zu der Qualifikation angestellt werden, spielen professionelle Gedankengänge selten eine Rolle. Klarer Definitionsbedarf wird vor allem aus ökonomischer Perspektive formuliert, damit eine Sicherheit in der Finanzierung gefunden werden kann. Bachmann et al. (2006, 287) unterstreichen, dass Geldgeber nur dann zu überzeugen sind, wenn es sich bei Depressionsmanagern um klar qualifizierte und zertifizierte Professionelle handelt.

Viele Studien vermuten zwar, dass die **formale Qualifikation und der professionelle Hintergrund** der Depressionsmanager die Effektivität der Intervention beeinflusst, aber keine Studie liefert bisher

belastbare Hinweise, ob Psychologen, Krankenpflegekräfte, Sozialarbeiter, Psychiater oder sogar Arbeitsmediziner die bessere Wahl sind (vgl. Williams et al. 2007, 100 und Bower et al. 2006, 489). Das ist auch dem Umstand geschuldet, dass die starke Interdependenz der kollaborativen Methoden eine Rückführung auf einzelne Aspekte sehr erschwert (vgl. Chew-Graham et al. 2007, 369). Einen Unterschied in der Arbeitszeitnutzung gibt es jedenfalls nicht (vgl. Harpole et al. 2003, 243). Qualitative Untersuchungen geben Hinweise in verschiedene Richtungen. Zum einen wird angemerkt, dass höher qualifizierte eine höhere Selbständigkeit (vgl. Gask et al. 2010, 6) zeigen und damit Hausarztpraxis und Team-Psychiater entlasten. Zum anderen heißt es, dass die Qualifikation auch eine Hürde darstellt, die Patientinnen und Patienten eher zurückschreckt. Sie schätzen besonders das Gespräch auf Augenhöhe und empfinden das „non-threatening“ als entstigmatisierend (vgl. Apesoa-Varano et al. 2010 und England et al. 2007, 206).

Aufgrund der Evidenzlage lässt sich **keine eindeutige Empfehlung** für ein besonders geeignetes Berufsbild aussprechen. Auch der Einsatz mehrerer Professionen bei GermanIMPACT, um davon ausgehend Unterschiede in der Effektivität zu vergleichen, würde bei vier Depressionsmanagern keine belastbaren Ergebnisse generieren. An dem Einsatz, der in der Projektplanung angedachten Study Nurse, einer zur Studienassistentin weitergebildeten Krankenpflegekraft, kann somit ohne gewichtige Einwände festgehalten werden.

Umso mehr sollten die **Trainings- und Ausbildungsmaßnahmen** für die potentiellen Depressionsmanager in den Fokus der Überlegungen treten. Doch auch diese bleiben in den untersuchten Literaturstellen vor allem inhaltlich unterbelichtet und reduzieren sich im Wesentlichen auf Zeitangaben. Dabei konstatieren selbst die chinesischen Studienautoren, die sich als einzige klar auf die Rolle der Krankenpflegekräfte festlegen, dass das Fehlen von fachlichem Wissen zu Depressionen bei älteren Menschen ein Haupthinderungsgrund für den Erfolg von kollaborativer Versorgung sein kann (vgl. Chen et al. 2011, 4). Die limitierte Beschreibung der einzelnen Qualifizierungsmaßnahmen, muss, wie auch die fehlende Rollenbeschreibung, ein Hinweis auf deren unzureichende Entwicklung sein. Zwar haben viele Programme Manuals entwickelt und kurze Workshop-Phasen eingebaut, doch es bleiben Bedenken, ob diese den vielfältigen Herausforderungen depressiv erkrankter Menschen gerecht werden können. Folgerichtig sollte GermanIMPACT ein Training mit einem erweiterten Schulungsprogramm entwickeln, das versucht, den hier aufgezeigten Anforderungen an die Depressionsmanager gerecht zu werden. Dabei sollten jegliche Bemühungen in diese Richtung detailliert dokumentiert und kommentiert werden, damit zum einen, eine kritische Weiterentwicklung ermöglicht wird und zum anderen Vorwürfe bezüglich einer Unterqualifizierung keine Angriffsfläche finden.

GermanIMPACT hat in seiner Projektplanung drei Monate reserviert, in denen die angehenden Depressionsmanager geschult werden sollen. Angedacht ist darin eine mehrwöchige Pilotphase, die ein intensives Training in den IMPACT-Methoden beinhaltet und darüber hinaus kritische Programminterventionen wie die Problemlösetherapie unter Supervision an Testpatienten einübt. Bisher sind die Schulungsmaterialien nicht erstellt bzw. übersetzt und daher sollten einige wichtige Überlegungen berücksichtigt werden. Zuerst sollte GermanIMPACT eine wirklich breite **theoretische Fundierung** der zukünftigen Depressionsmanager anstreben. Häufige Themen in den qualitativen Untersuchungen sind Dilemmata im Umgang mit Komorbiditäten wie Angststörungen, kognitiven Beeinträchtigungen, chronischen Schmerzen, aber auch Selbstverletzendes Verhalten und unzureichende Kenntnisse über das System der psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung (vgl. Oishi et al. 2003, 82). Zusätzlich fordern sie ein belastbares Wissen über Antidepressiva und unterstreichen, dass das Fehlen dieses Fachwissens zu hohen Unsicherheiten in der Ausübung ihrer Rolle führt. (Richards et al. 2006, 302).

Das zusätzliche sehr straffe **Problemlösetherapie-Training** in IMPACT, in dem Testpatienten unter Supervision konsultiert werden, bewerten die Depressionsmanager mehrheitlich als sehr hilfreich. GermanIMPACT plant dieses Modell zu übernehmen und bietet damit eine gute Grundlage für die anschließende Durchführung dieser Intervention. Die Effektivität zeigt sich auch daran, dass später dazugekommene Depressionsmanager, die nur noch eine kurze Einführung erhielten, sich schlecht vorbereitet fühlen. Oishi et al. (2003, 82) geben lediglich zu bedenken, dass die telefonische Auswertung der tonbandbasierten Therapiemitschnitte teilweise zu lange dauert und die DM bis dahin bereits wichtige Aspekte vergessen. GermanIMPACT hat es da leichter, da die Durchführungsorte im Verhältnis zu den USA sich dicht beieinander befinden und es sich nur um vier Depressionsmanager handelt. Daher sollte eine **gemeinsame Supervision** der Aufnahmen stattfinden, damit auf diese Weise gleichzeitig die Erfahrungsgrundlage steigt.

Beachtung sollten ebenfalls die von Oishi et al. (2003, 85) beschriebenen **Trainingsupdates** finden, in denen sich alle DM gemeinsam austauschen und bis dahin angehäuften Fragen diskutieren können. Sie helfen den Depressionsmanagern, ungewöhnliche Fälle zu diskutieren und Bestätigung zu erfahren, denn sie beschreiben Ihre Rolle manchmal als **isoliert und einsam**, weil sie sich nicht mit Anderen austauschen können. Diese formative Evaluation stellt zusammen mit regelmäßigen **Anrufen durch das Koordinierungszentrum der Studie** ein gutes Mittel für die **Qualitätssicherung** einer standardisierten Versorgung in GermanIMPACT dar.

Schließlich sollten bereits bei der Auswahl der Fachkräfte einige **Kriterien** beachtet werden, die sich aus der Literaturübersicht ergeben. Mit Rückgriff auf Rubenstein et al. (2010), die die ambitioniertes-

ten Anforderungsüberlegungen formulieren, und in Anbetracht therapeutischer Prinzipien aus Kapitel 2, sollten Depressionsmanager bei GermanIMPACT vor allem über gute **Kommunikationsfähigkeiten** mit Patientinnen und Patienten sowie mit Professionellen auch übers Telefon verfügen. Als Bindeglied zwischen Erkrankten, Hausarztpraxen und Team-Psychiatern ist eine ausgeprägte **Teamorientierung** unbedingte Voraussetzung. Hier, aber auch in der Zusammenarbeit mit zusätzlichen Hilfseinrichtungen und Versorgungsanbietern, ist über dies eine hohe **Vernetzungsfähigkeit** zwingend. Damit sie auch gleichzeitig von allen Parteien als vertrauenswürdige Fachkraft eingeschätzt werden, müssen sie **Zuverlässigkeit, Organisationsfähigkeit und Fachwissen** unter Beweis stellen. Letzteres bedeutet, dass sie **Sicherheit** im Umgang mit Pharmakotherapie, Psychotherapie und Komorbiditäten ausstrahlen können und dass sie in der Lage sind, eine reflektierte Haltung zu **Altersbildern** und der Leistungsfähigkeit älterer Menschen einzunehmen. Daneben ist **problemlösungsorientiertes Denken** in Bezug auf die Beratung, aber auch in Bezug auf die Weiterentwicklung von GermanIMPACT gefordert.

6.4 Multiprofessionelle Zusammenarbeit und institutionelle Hinweise

Manche Professionelle sehen kollaborative Versorgung eher als Herausforderung, die es abzuwehren gilt. Sie wollen ihre professionellen Statusrollen bewahren und haben Angst Kompetenzen zu verlieren. Die verschiedenen Wertvorstellungen der Beteiligten sind bei dieser Skepsis das größte Problem. Sie sollten bei GermanIMPACT mit Aktivitäten zur Schaffung eines Teams, einer „**Therapeutischen Allianz**“ (Richards et al. 2006, 304) bearbeitet und entkräftet werden. Vorgesehen für den Anfang der Studie ist die gemeinsame Entwicklung einer kommunikativen **Standardvorgehensweise** (SOP) auf einem Informationstreffen mit den einzelnen Fachkräften. Dieser Ansatz verspricht eine gute Arbeitsgrundlage für die einzelnen Kollaborateure zu bieten. Weiterhin sollten in Anlehnung an Korsen und Petruszewski, (2009, 53) regelmäßige **Qualitätsverbesserungstreffen** stattfinden, um einen Raum für den gemeinsamen Austausch zu bieten und um die SOP bezüglich der Patientenübergabe und der Kommunikationsweise zu evaluieren.

Jeder Depressionsmanager in GermanIMPACT arbeitet mit sieben bis acht verschiedenen Hausarztpraxen zusammen, die vermutlich alle einen spezifischen Kommunikationsstil aufweisen. DM müssen es daher schaffen, einen individuell abgestimmten Zugang zwischen „formaler Korrespondenz“ und „Flurgespräch“ herzustellen (vgl. Oishi et al. 2003, 81). Herausgehoben als **Kommunikationsgrundlage** wird in einigen Studien das Diagnoseinstrument PHQ-9, das die verschiedenen Professionen mit einer gemeinsamen Sprache ausstattet, die von allen als sehr wichtig betrachtet wird. Einige Depressionsmanager aus England fordern zusätzliche Tools, um beispielsweise Persönlichkeitsstörungen und Alkoholabhängigkeit festzustellen (vgl. Oishi et al. 2003, 84). Dies würde jedoch der Forderung

nach klaren Zuständigkeiten und einer definierten Rollenzuschreibung deutlich widersprechen, da die Mediziner für die Diagnose zuständig bleiben.

In den untersuchten Studien wird immer wieder die Bedeutung der gemeinsamen **Teamsitzung** herausgestellt, da durch sie die Patienten aus verschiedenen Blickwinkeln betrachtet werden können und die Depressionsmanager ein hohes Maß an Entlastung, in ihrer ansonsten sehr autonomen Arbeitsweise, erfahren (vgl. Oishi et al. 2003, 82). Bei GermanIMPACT ist eine solch regelmäßiges Treffen bisher nicht explizit vorgesehen und möglicherweise auch nicht das Ergebnis der gemeinsam zu entwickelnden Standardvorgehensweise. Schließlich ist es denkbar, dass sie schnell zeitökonomischen Überlegungen zum Opfer fällt. Diese Arbeit plädiert daher dafür, die wöchentliche Teamsitzung für alle als obligatorisch zu erklären. Gleiches gilt für eine regelmäßige **Supervision**, die in den Studien, stets als elementarer Wirkfaktor deklariert wird. GermanIMPACT sieht diese bisher nur bei Bedarf vor und es ist davon auszugehen, dass allein die Hürde einer Einberufung dazu führt, dass einige kritische Fälle nicht davon profitieren werden. Außerdem ist eine geplante Supervision anzustreben, da sich unter anderem zeigt, dass die Psychiater in dringenden Fällen nicht immer erreichbar sind (vgl. Oishi et al. 2003, 82). Innovationskraft verspricht hingegen die gemeinsame **Patientenübergabe** (vgl. deutscher Forschungsantrag, ohne Veröffentlichung, 2) in der Hausarztpraxis, die bisher noch nicht als Methode auftaucht. Sie hat das Potential, ein gutes Instrument für die Etablierung des Kontakts zwischen Depressionsmanager, Patienten und Hausarzt zu sein.

Die Depressionsmanager zeigen insgesamt ein sehr starkes Bedürfnis nach **Anerkennung und Zugehörigkeit** in ihrer zunächst „künstlichen Rolle“ und es zeigt sich erneut, dass diese Wertschätzung vor allem von Information und Kommunikation abhängig ist. In den USA sind die Depressionsmanager meist Teil einer Primärversorgungsklinik, wo die Zusammenarbeit einfacher funktioniert, als bei Depressionsmanagern, die nicht unter dem gleichen Dach angesiedelt sind (vgl. Oishi et al. 2003, 82). GermanIMPACT sieht sich in Deutschland einer ambulanten Versorgungsstruktur gegenüber, die vor allem durch niedergelassen Hausarztpraxen dominiert wird. Es besteht daher die Gefahr, dass die verschiedenen Professionen sich wie in dem vergleichbaren niederländischen System zu stark „verinseln“ (vgl. de Jong et al. 2009, 6) und nicht zueinander finden. Voraussetzung für die Übergabe von Patienten, den Miteinbezug in Entscheidungen und der dafür notwendigen Anerkennung sind dementsprechende **Informationen**. Nicht nur die Depressionsmanager müssen genau über ihre Rolle, ihre Grenzen und ihre Leistungen Bescheid wissen, sondern auch die Hausärzte, die dieses Angebot andernfalls nicht in gewünschter Weise in Anspruch nehmen. Daher sind die zusätzlichen **Investitionen in die Kommunikationsstruktur**, in Form des gemeinsamen Informationstreffens, regelmäßiger Qualitätsverbesserungstreffen der gemeinsamen SOP, der regelmäßigen Team- und Supervisionssit-

zungen und der angestrebten gemeinsamen Patientenübergabe, notwendig. Zusammen versprechen sie eine gute Basis für die Zusammenarbeit, in der ein **multidisziplinäres Team** sich gegenseitig anerkennt, voneinander lernt und Ressourcen gemeinsam nutzt.

6.5 Implikationen für die und von der Sozialen Arbeit

Die Soziale Arbeit in Person konnte in den untersuchten internationalen Implementierungen nur selten wiederentdeckt werden. Dennoch, dass herausgestellte Vakuum in den Qualifikationsbeschreibungen der Kollaborativen Versorgungsansätze, die geforderte Verbreiterung der zu versorgenden Komorbiditäten und die Tatsache, dass soziale Benachteiligungen ein hoher Risikofaktor für die Persistenz der Depressionen ist, bieten zusammen breite Einsatzmöglichkeiten für die Soziale Arbeit. Zusätzlich beschreiben einige Ärzte, dass Depressionsmanager eine Lücke für Patienten füllen, die nicht unbedingt medizinische, sondern soziale Unterstützung benötigen. (Levine et al. 2005, 387). Nicht zuletzt wird wiederholt ein ganzheitlicher Ansatz betont, (Oishi et al. 2003, 81) der eine gesellschaftliche Perspektive miteinbringt und den medizinischen Blick erweitert. Hier offenbaren sich zahlreiche Stärken der Sozialen Arbeit, die einen reichen Methodenschatz vorweisen kann, der auch für die Bearbeitung depressiver Erkrankungen adaptionsfähig ist. Drei stark verkürzte Beispiele sollen dies verdeutlichen.

Unbedingt zu erwähnen ist in diesem Zusammenhang das in der Kollaborativen Versorgung immer wieder auftauchende Konzept **Case Management**, das seine Wurzeln in der Sozialen Arbeit hat. Es wurde explizit dazu konzipiert, die Fall- und Systemsteuerung von Menschen in multikomplexen Situationen zu übernehmen (vgl. Neuffer 2007, 19). Das bedeutet, es befähigt sie vor allem dazu, Unterstützungsleistungen selbstständig zu nutzen, es aktiviert das persönliche Netzwerk und es koordiniert und evaluiert Hilfsangebote quer zu bestehenden Zuständigkeiten von Einrichtungen, Ämtern oder Kostenträgern (vgl. Scheib-Berten 2009, 40). Besonders die in IMPACT wiederholt betonte, aber selten ausgeführte Verweisungsfunktion (vgl. Müller 1991, 35) in Hinsicht auf geeignete Hilfsangebote kann mit dieser Methode einen Schub erfahren.

Anknüpfungsfähig ist außerdem das Konzept der **Sozialen Beratung**, welches in seiner pädagogischen Dimension die Vermittlung von Wissen und Kompetenzen in den Fokus stellt. Sie stützt sich auf Carl Rogers und geht davon aus, dass jeder Mensch durch die Tendenz zur Selbstaktualisierung, Selbsterhaltung und Selbstverwirklichung angetrieben wird (vgl. Rogers 2009, 49). Im Mittelpunkt steht die Initiierung von Lernprozessen mit vor allem lebenspraktisch relevanten Inhalten, die den Ratsuchenden Handlungsalternativen aufzeigen sollen. Entscheidend dafür ist jedoch weniger die Weitergabe von Informationen, sondern die gemeinsame Reflexion von Problemen. Durch die Betonung ihrer meist verdeckten Stärken sollen in einer rationalen Auseinandersetzung die eigenen tatsächlichen

Motive der Ratsuchenden entdeckt werden, die sie in der Konsequenz zu einem veränderten Umgang mit ihren Problemen führen sollen (vgl. Ansen 2006, 176-180). Im Rückblick auf depressogene Faktoren spielen weitere Aspekte einer zu fördernden sozialen Teilhabe eine große Rolle, bei der die soziale Beratung drei Ziele verfolgt. Zuerst wird die materielle Ausstattung sichergestellt, dann der Zugang zu sozialen, medizinischen oder bildungsrelevanten Dienstleistungen eröffnet und schließlich soziale Netze im informellen Bereich ausgebaut und gestärkt (vgl. Ansen 2006, 163-185).

Übertragbar auf die Beratung durch die Depressionsmanager sind außerdem die zentralen didaktischen Prinzipien der **sozialarbeitsorientierten Erwachsenenbildung**. Als primäres Merkmal beschreibt die Teilnehmerorientierung den Grundsatz aller methodischen Überlegungen. Danach geht es beispielsweise bei den psychoedukativen Inhalten in IMPACT nicht um die bloße Darstellung von neuem Wissen, sondern darum „[...] Erfahrungen, Einstellungen, Emotionen, Betroffenheiten, Werthaltungen, Deutungsmuster und Lernerfahrungen sowie die spezifischen Ausgangslagen der TeilnehmerInnen [...]“ aktiv in den Bildungsprozess mit einzubeziehen (vgl. Miller 2003, 59). Gerade vor dem Hintergrund, dass besonders ältere Menschen zahlreiche Stigmatisierungen mit psychischen Krankheiten in Verbindung bringen, ist die Thematisierung persönlicher Einstellungen Grundvoraussetzung für eine erfolgsversprechende Versorgung. Ebenfalls von übergreifender Bedeutung ist das sekundäre Axiom der Handlungsorientierung. Jeder formulierte Denkanstoß findet seine konkrete Umsetzung im Verlauf der Versorgung erst, wenn die Patientinnen und Patienten selbst handeln. Bildung, besonders in Bezug auf gesundheitsförderndes Verhalten, kann nicht vermittelt werden, sondern kann subjekttheoretisch nur durch selbsttätige Aneignungsprozesse gelingen. Die verhaltensaktivierenden Elemente, die Hausaufgaben in IMPACT und besonders die Problemlösetherapie sind erfolgsversprechende Faktoren für das aktive Erleben, Erfahren, Wissen, Urteilen, und Reflektieren (vgl. ebd., 60).

Die Konzeptauswahl könnte noch um ein Vielfaches weitergeführt werden, doch bereits jetzt zeichnen sich die Prinzipien ab, die unmissverständlich für eine **zukünftige Verflechtung von Kollaborativer Versorgung und Sozialer Arbeit** stehen können. Da ist die Prämisse der **Partizipation**, die in den untersuchten Studien immer wieder unter dem Begriff Shared-Decision-Making (vgl. Raue et al. 2010) auftaucht und in sozialarbeitswissenschaftlicher Lesart einen stetigen Prozess von der Information, der Mitwirkung und Mitentscheidung, über die Selbstverwaltung bis hin zur Autonomie meint (vgl. Lüttringhaus 2000). Als weiteres Wesensmerkmal Sozialer Arbeit und Kollaborativer Versorgung ist das Konzept **Empowerment** hervorzuheben, welches den Grundtenor vieler Studien bildet. Hierbei geht es ebenfalls darum Menschen zu befähigen, eigenständig mit Komplikationen, Belastungen und Problemen umzugehen, damit sie selbst ihre „Lebensregie“ übernehmen können, um ein nach

ihren Maßstäben gelingendes „Lebensmanagement“ zu führen (vgl. Herriger 2010, 15). Doch als elementare Voraussetzung jedes Unterstützungsprozesses wird die **Empathie** der Professionellen betont, die die Fähigkeit beschreibt, die Welt mit den Augen des anderen zu betrachten. Dazu muss ein Depressionsmanager in der Lage sein, die Sichtweise aus der Perspektive der Erkrankten einzunehmen, sich in die Situation einzufühlen, eigene analoge Erfahrungen zu aktivieren, um davon ausgehend, eine logisch distanzierte Analyse vorzunehmen, die über die Perspektive der depressiv erkrankten älteren Menschen hinausgeht (vgl. Germain und Gittermann 1999, 95f in Ansen 2006, 139). Die individuellen Erklärungsmodelle der Patienten sind oft schwer nachzuvollziehen, aber gerade hier muss der Depressionsmanager die sinnstiftenden Elemente erkennen und analysieren. Denn auch eine Depressionserkrankung kann im Sinne einer **Pseudokonkretheit** (vgl. Thiersch 2006, 40f) Sicherheit generieren und ihre Behandlung eine persönliche Krise auslösen. Es muss gelingen, dass die Patienten sich als integraler Bestandteil des Teams fühlen, damit sie Ihre eigene Verantwortung für den Behandlungsverlauf erkennen und wahrnehmen.

Spätestens im **Anschluss** an GermanIMPACT wird bei der Entwicklung eines fortführenden Finanzierungskonzepts unweigerlich erneut die Frage nach der bestmöglichen Qualifikation des Depressionsmanagers auftauchen. Gleichzeitig deutet sich in den internationalen Umsetzungen an, dass eine regelhafte kollaborative Versorgung für eine limitierte Krankheit keinen Bestand hat. Erfolgversprechender ist die Verbreiterung des Ansatzes in Richtung multimorbider Patienten, für dessen Versorgung dann ein multispezieller höher qualifizierter Depressionsmanager benötigt wird, der von unterschiedlichen Spezialisten supervidiert werden könnte (vgl. Oxman et al. 2003, 514). Außerdem könnte sich erhärten, dass die herausgestellten Risikogruppen in der kollaborativen Versorgung depressiver Erkrankungen größtenteils auf soziale Benachteiligungen zurückzuführen sind und dementsprechend ein erweiterter Unterstützungsansatz gefunden werden muss. In der Zwischenzeit sollte die Soziale Arbeit ihre **fachspezifische Profilierung** in Hinblick depressiv erkrankter älterer Menschen vorantreiben und die bereits existierenden depressionsspezifischen soziotherapeutischen Angebote in gerontopsychiatrischen Zentren (Kapitel 2.3.3), sozialpsychiatrischen Diensten, ambulanten gerontopsychiatrischen Diensten, Sozialstationen, Pflegediensten und Beratungsstellen methodisch aufarbeiten. Teilweise gehen diese bereits über die Methodenvielfalt von GermanIMPACT hinaus und könnten daher eine strategische Umgebung für die spätere Verortung der Professionellen in der kollaborativen Versorgung darstellen.

6.6 Strategische Implikationen für GermanIMPACT

Die meisten randomisierten Kontrollstudien formulieren das Problem, dass nicht geklärt werden kann, welche der Interventionen für welchen Effekt verantwortlich sind. Liegt es an der Behandlung aus Medikation und ggf. Psychotherapie, an der empathisch therapeutischen Beziehung oder gar an einer manualisierten Selbsthilfeintervention? (vgl. Chew-Graham et al. 2007, 369). Letztlich können beispielsweise Unützer et al. (2001, 796) nur sagen, dass das Gesamtkonzept aus Kollaborativer Versorgung und Stepped-Care effektiv ist. Die praktische Stärke des Kollaborativen Ansatzes ist somit gleichzeitig seine theoretische Schwäche. Die Niederländer, die das am stärksten ausdifferenzierte Methodenpaket anboten, nahmen dieses Problem bewusst in Kauf und beschrieben bereits in ihrem Design, dass die Vielzahl der Interventionsinstrumente, eine spezifizierte Rückführung der Effekte nicht ermöglicht (vgl. Vlasveld et al. 2008, 6).

Weitgehend ungeklärt bleibt dadurch, ob die Ausbildung, die Fähigkeiten und der Erfahrungshintergrund der Depressionsmanager entscheidenden Einfluss auf den Behandlungserfolg haben. GermanIMPACT kann dieses Problem nicht lösen, aber die Studie mit **qualitativen Elementen** ausstatten, die eine genauere Betrachtung dieser Fragen zulassen. Von Anfang an sollte daher ein strukturierter Interviewprozess die Entwicklung der Professionellen und auch die der Patientinnen und Patienten aufzeichnen, damit entscheidende Aspekte der Kollaborativen Versorgung nicht verloren gehen.

Kollaborative Versorgung heißt in den meisten Studien **Kosteneffektivität** und sogar Kosteneinsparungen im Gesundheitssystem über einen Zeitraum von vier Jahren (vgl. Unützer et al. 2008, 96). Ob GermanIMPACT in dieser Hinsicht ähnliche Ergebnisse produziert ist nicht sicher, darf aber gehofft werden. Mit dem erwünschten Wirksamkeitsnachweis soll gleichzeitig die weiterführende Verbreitung eines Kollaborativen Versorgungsansatzes vorangetrieben werden. Dafür muss im Anschluss an die Studie ein Finanzierungsmodell erarbeitet werden, das den praktikablen Einsatz ermöglicht. In den USA zeigen sich vor allem Modelle, die ein System mit **differenzierten Fallpauschalen** verfolgen. Auch in Deutschland sind Fallpauschalen in der Medizin und auch bei sozialen Dienstleistungen üblich. Daher sollte bei der Evaluation von GermanIMPACT untersucht werden, ob ein abgestuftes Fallpauschalensystem nach Kurz-, Mittel- und Langzeitpatienten wie es Bao et al. (2011, 1436) vorschlagen, durchführbar und sinnvoll ist. GermanIMPACT sieht hier bereits Chancen für eine Einbindung im Rahmen der Möglichkeiten des SGB V zu Hausarztverträgen und Netzbildungen bis hin zu Modellen der integrierten Versorgung.

7 Schlussbetrachtung

Die vorliegende systematische Literaturübersicht liefert eine **wissenschaftliche Grundlage** für die in Deutschland zu etablierende Rolle des Depressionsmanagers. Zwar kann einzeln betrachtet keine der als relevant identifizierten 79 Studien manifeste Hinweise auf Qualifikations- und Anforderungsprofil geben, doch zusammen genommen erlauben sie vielfältige Schlussfolgerungen für GermanIMPACT.

Für eine einschlägige **Qualifikation** des Depressionsmanagers in Richtung Krankenpflegekräfte, Sozialarbeiter oder Psychologen lässt sich mangels korrelierender Effektivitätsnachweise, keine Evidenz ableiten. Umso mehr müssen bei der Auswahl der Fachkräfte zentrale personenbezogene Kompetenzen in den Fokus rücken, die in der Mehrzahl der Studien als entscheidende Wirkfaktoren herausgestellt werden. Entscheidend sind erstklassige Kommunikationsfähigkeiten, die es ihnen erlauben, als Bindeglied zwischen einem multidisziplinären Team, einer hochkomplexen Patientenpopulation und einer erweiterten Versorgungs- und Dienstleistungslandschaft zu agieren. Zusätzlich müssen sie multiperspektivisches Fachwissen, Organisationsfähigkeit, Sicherheit und Empathie unter Beweis stellen, damit sie die unverzichtbare Anerkennung der Professionellen und das erforderliche Vertrauen der Patienten erhalten. Nicht zuletzt erfordert die Arbeit als Depressionsmanager eine professionell reflektierte Haltung gegenüber eigener Altersbilder in Bezug auf die Leistungsfähigkeit älterer Menschen.

Die untersuchten Studien geben außerdem deutliche Anhaltspunkte für **methodische Verbesserungen**, die eine Effektivitätssteigerung von GermanIMPACT bedeuten können. Zuerst sollten Depressionsmanager im persönlichen Beratungssetting eine Sprachsensibilität entwickeln, die sich der vielfältigen Stigmatisierungen psychischer Erkrankungen bei älteren Menschen bewusst ist, damit die Erkrankten die Diagnose annehmen können und eine Zusammenarbeit gelingen kann. Depressionsmanager müssen in der fundamental wichtigen Beziehungsarbeit darauf achten, eine professionelle Distanz zu wahren, um nicht mit dem Problem der „Deprofessionalisierung“ in Konflikt zu geraten. Ferner sind sie in Anbetracht einer größtmöglichen Partizipation und Eigentätigkeit der Patienten dazu aufgefordert, diese mit einer umfassenden, aber wertneutralen Aufklärung über alle therapeutischen Belange zu versorgen. Vielmehr als in den untersuchten Studien sollte die Stärkung von Resilienzfaktoren ein erhöhtes Maß an Aufmerksamkeit gewinnen. Verhaltensaktivierende Elemente, die Entwicklung selbstständiger Verhaltensziele, der Miteinbezug und der Ausbau unterstützender persönlicher Netzwerke sowie die Patientennavigation im professionellen Versorgungssystem sind Kernbestandteile des IMPACT-Programms, die es gilt auch in die Praxis zu übertragen. Insbesondere Risi-

kogruppen, die eine erhöhte Aufmerksamkeit einfordern, können von patientenstärkenden Maßnahmen profitieren.

Eine weitere methodische Überlegung, die vor allem einer Rückfallvermeidung depressiver Episoden dienlich sein kann, ist die Erweiterung der Kontinuitätsphase, wie sie auch im IMPACT-Programm vorgesehen ist. Eine Dauer von bis zu zwei Jahren wird überwiegend mit einer Steigerung der Wirksamkeit in Verbindung gebracht, weswegen GermanIMPACT zumindest eine sechsmonatige Erweiterung diskutieren sollte. Zusätzliche **organisatorische Implikationen** betreffen die Herstellung einer „Therapeutischen Allianz“. Gegenseitige Anerkennung, Transparenz, Information, eindeutige Rollenabsprachen und Zuständigkeiten sowie eine praxistaugliche Kommunikationsstruktur sind der Schlüssel für ein multidisziplinäres Team, das voneinander lernt und Ressourcen kollaborativ nutzt. Die innovativen Ideen einer gemeinschaftlich zu entwickelnden Standardvorgehensweise und einer gemeinsamen Patientenübergabe versprechen bereits einen Schub für die gelingende Zusammenarbeit. Dennoch sollte, besonders im Hinblick auf die für Deutschland typische Primärversorgungsstruktur, auf die wöchentlichen Teamsitzungen, die kontinuierliche Supervision und regelmäßige Qualitätsverbesserungstreffen nicht verzichtet werden. Andernfalls gewinnen Kommunikationsbarrieren, fachliche Unsicherheiten und Fehlinformationen an Wahrscheinlichkeit. Weiterhin sollte GermanIMPACT ein **Training** entwickeln, das die dargestellten qualifikatorischen sowie methodischen Hinweise zusätzlich zum IMPACT-Intervention Manual würdigt und eine höchstmögliche Intensität in der Einübung von PST-PC bietet. Daneben ist der Vermittlung von sicherheitsstiftendem interdisziplinären Fachwissens eine erweiterte Aufmerksamkeit entgegenzubringen, denn es wurde deutlich, dass es sich bei älteren depressiven Menschen immer um multiple Problemlagen dreht, die nicht monokausal in den Griff zu bekommen sind.

Die praktische Stärke des kollaborativen Ansatzes ist gleichzeitig seine theoretische Schwäche, da das Studiendesign keine spezifizierte Rückführung der Effekte erlaubt. Das Methodenpaket von GermanIMPACT kann somit in erster Linie nur als Ganzes betrachtet werden. Abhilfe verschaffen nur **qualitative Elemente**, die daher die randomisierte Kontrollstudie von Anfang an begleiten sollten. Ein strukturierter Interviewprozess mit allen Beteiligten kann hoch wertvolle Ergebnisse produzieren, die für eine verbreiterte Einführung von kollaborativer Versorgung entscheidend sein können. Auch der vorliegende systematische Review erhielt einen wesentlichen Teil seiner Ergebnisse aus den qualitativen Elementen der analysierten Studien.

Die angeführte theoretische Schwäche, die Wirksamkeit auf einzelne Faktoren zurückzuführen, begründet gleichzeitig die Unklarheiten in der Frage nach der Qualifikation des Depressionsmanagers. Doch auch wenn der Sozialen Arbeit durch die Betrachtung der Studienergebnisse kein eindeutiger

Auftrag ausgesprochen werden kann, zeigen sich zahlreiche methodische und prinzipielle Überschneidungen, die ihren Einsatz für alle Seiten attraktiv machen. Nicht zuletzt die zahlreichen Komorbiditäten älterer Menschen mit depressiven Symptomen, die finanziellen und organisatorischen Mehrleistungen der Kollaborativen Versorgung und die depressogene Wirkung sozialer Probleme werden eine singuläre Behandlung der Depression in der Primärversorgung auf Dauer nicht zulassen. Die dann geforderte qualifikatorische Spannweite ist ein unumstößliches **Plädoyer für die Profession Soziale Arbeit**.

Abschließend ist festzuhalten, dass GermanIMPACT **beste Aussichten** hat, einen wertvollen Beitrag in der defizitären Versorgung depressiv erkrankter Menschen zu leisten, womit der Leidensdruck der Betroffenen nachhaltig reduziert werden kann. Im Abschluss dieser Arbeit empfiehlt sich für die Zukunft, weitere Implementierungen direkt im Anschluss an die Studie zu forcieren, damit der Schwung aller Beteiligten genutzt werden kann.

8 Literaturverzeichnis

- Adam, C. (1998). *Depressive Störungen im Alter - Epidemiologie und soziale Beziehungen*. Weinheim und München: Juventa Verlag.
- Agius, M., Murphy, C. L., & Zaman, R. (2010). Does shared care help in the treatment of depression? *Psychiatria Danubina*, 22 Suppl 1, S18-22.
- Agius, M., & Vyas, V. (2011). Differences between training GPs to manage depression in primary care and issuing them with guidelines, and a system of collaborative care in the treatment of depression between primary and secondary care. *Psychiatria Danubina*, 23 Suppl 1, S79-82.
- Angstman, K. B., DeJesus, R. S., & Williams, M. D. (2009). Initial implementation of a depression care manager model: An observational study of outpatient utilization in primary care clinics. *Population Health Management*, 12, 227-230.
- Ansen, H. (2006). *Soziale Beratung bei Armut*. München: Reinhardt.
- Apesoa-Varano, E. C., Hinton, L., Barker, J. C., & Unützer, J. (2010). Clinician approaches and strategies for engaging older men in depression care. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 18, 586-595.
- Arean, P., Gum, A. M., Tang, L., & Unützer, J. (2007). Service use and outcomes among elderly persons with low incomes being treated for depression. *Psychiatric Services*, 58, 1057-1064.
- Arean, P., Hegel, M., Vannoy, S., Fan, M. Y., & Unuzter, J. (2008). Effectiveness of problem-solving therapy for older, primary care patients with depression: results from the IMPACT project. *Gerontologist*, 48, 311-323.
- Arean, P. A., & Miranda, J. (1996). Do primary care patients accept psychological treatments? *General Hospital Psychiatry*, 18, 22-27.
- Arolt, V., & Rothermundt, M. (2003). Depressive Störungen bei körperlich Kranken. *Der Nervenarzt*, 74, 1033-1054.
- Bachman, J., Pincus, H. A., Houtsinger, J. K., & Unützer, J. (2006). Funding mechanisms for depression care management: opportunities and challenges. *General Hospital Psychiatry*, 28, 278-288.
- Bao, Y., Casalino, L., Ettner, S., Bruce, M. L., Solberg, L. I., & Unützer, J. (2011). Designing payment for collaborative care for depression in primary care. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 19, S112.

- Bao, Y., Post, E. P., Ten, T. R., Schackman, B. R., & Bruce, M. L. (2009). Achieving effective antidepressant pharmacotherapy in primary care: the role of depression care management in treating late-life depression. *Journal of the American Geriatrics Society*, 57, 895-900.
- Bartels, S. J., Coakley, E. H., Zubritsky, C., Ware, J. H., Miles, K. M., Arean, P. A., Chen, H., Oslin, D. W., Llorente, M. D., Costantino, G., Quijano, L., McIntyre, J. S., Linkins, K. W., Oxman, T. E., Maxwell, J., & Levkoff, S. E. (2004). Improving access to geriatric mental health services: a randomized trial comparing treatment engagement with integrated versus enhanced referral care for depression, anxiety, and at-risk alcohol use. *American Journal of Psychiatry*, 161, 1455-1462.
- Bauer, A. M., Azzone, V., Goldman, H. H., Alexander, L., Unützer, J., Coleman-Beattie, B., & Frank, R. G. (2011). Implementation of collaborative depression management at community-based primary care clinics: An evaluation. *Psychiatric Services*, 62, 1047-1053.
- Bauer, J. (2002). *Das Gedächtnis des Körpers: wie Beziehungen und Lebensstile unsere Gene steuern.* (12th ed.). Frankfurt: Eichborn.
- Bennet-Vahle, H. (2007). Philosophie des Alters. In U. Pasero, G. M. Backes, & K. R. Schroeter (Eds.), *Altern in Gesellschaft: Ageing - Diversity - Inclusion.* (pp. 11-42). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Bermejo, I., Lohmann, A., Berger, M., & Harter, M. (2002). Barriers and need for support in the primary care of depressive patients. *Zeitschrift Für Ärztliche Fortbildung Und Qualitätssicherung*, 96, 605-613.
- Blasinsky, M., Goldman, H. H., & Unützer, J. (2006). Project IMPACT: a report on barriers and facilitators to sustainability. *Administration & Policy in Mental Health*, 33, 718-729.
- Blaze, D. G., & Hybels, C. F. (2008). Depression in Later Life - Epidemiology, Assessment, Impact, and Treatment. In I. H. Gotlib & C. L. Hammen (Eds.), *Handbook of Depression.* (2nd Edition ed., pp. 492-509). New York, NY, USA: Guilford Press 2008.
- BMFSFJ - Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2006). *Gesundheit in Deutschland: Gesundheitsberichterstattung des Bundes.*
- (2010). *Sechster Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland Altersbilder in der Gesellschaft.* , 6.

- Borchelt, M., Gilberg, R., Horgas, A. L., & Geiselman, B. (2010). Zur Bedeutung von Krankheit und Behinderung im Alter. In U. Lindenberger, J. Smith, K. U. Mayer, & P. B. Baltes (Eds.), *Die Berliner Altersstudie*. (3. ed., pp. 473-498). Berlin: Akademie Verlag GmbH.
- Bower, P., Gilbody, S., Richards, D., Fletcher, J., & Sutton, A. (2006). Collaborative care for depression in primary care. *British Journal of Psychiatry*, 189, 484-493.
- Brand, L. (2012, 10. Januar 2012). Abschied vom Krankenhaus. *Tageszeitung*, pp. 24-24.
- Bruce, M. L., Ten Have, T. R., Reynolds, C. F., Katz, I. I., Schulberg, H. C., Mulsant, B. H., Brown, G. K., McAvay, G. J., Pearson, J. L., & Alexopoulos, G. S. (2004). Reducing Suicidal Ideation and Depressive Symptoms in Depressed Older Primary Care Patients. *JAMA: The Journal of the American Medical Association*, 291, 1081-1091.
- Callahan, C. M., Kroenke, K., Counsell, S. R., Hendrie, H. C., Perkins, A. J., Katon, W., Noel, P. H., Harpole, L., Hunkeler, E. M., Unützer, J., & IMPACT, I. (2005). Treatment of depression improves physical functioning in older adults. *Journal of the American Geriatrics Society*, 53, 367-373.
- Chaney, E. F., Rubenstein, L. V., Liu, C., Yano, E. M., Bolkan, C., Lee, M., Simon, B., Lanto, A., Felker, B., & Uman, J. (2011). Implementing collaborative care for depression treatment in primary care: A cluster randomized evaluation of a quality improvement practice redesign. *Implementation Science* : IS, 6, 121.
- Chen, S., Chiu, H., Xu, B., & Conwell, Y. (2010). Chinese primary care physicians' barriers to the management of late life depression. *International Journal of Neuropsychopharmacology*, 13, 144-145.
- Chen, S., Conwell, Y., Xu, B., Chiu, H., Tu, X., & Ma, Y. (2011). Depression care management for late-life depression in China primary care: Protocol for a randomized controlled trial. *Trials*, 12.
- Chew-Graham, C. A., Lovell, K., Roberts, C., Baldwin, R., Morley, M., Burns, A., Richards, D., & Burroughs, H. (2007). A randomised controlled trial to test the feasibility of a collaborative care model for the management of depression in older people. *British Journal of General Practice*, 57, 364-370.
- Clark, C. H. (1996). *Brainstorming. Methoden der Zusammenarbeit und Ideenfindung*. München: Verlag Moderne Industrie.

- Craven, M. A., & Bland, R. (2006). Better Practices in Collaborative Mental Health Care: An Analysis of the Evidence Base. *The Canadian Journal of Psychiatry / La Revue Canadienne De Psychiatrie*, 51, 1S-72S.
- de Jong, F. J., van Steenberg-Weijnenburg, K. M., Huijbregts, K. M., Vlasveld, M. C., Van Marwijk, H. W., Beekman, A. T., & 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, e81.
- deGruy, F., Schwenk, T. L., & Marneros, A. (2007). Allgemeine Grundlagen: Prävalenz, Diagnostik und Behandlung. In A. Marneros, M. Bauer, & A. Rohde (Eds.), *Depressionen und bipolare Erkrankungen in der psychiatrischen und allgemeinärztlichen Praxis - Ein Leitfaden*. (Erste ed., pp. 3-210). Berlin: ABW Wissenschaftsverlag GmbH.
- Dowrick, C. ((2009). Diagnosis, intervention and the emergence of the patient's voice. Herrman, Helen [Ed]; Maj, Mario [Ed]; Sartorius, Norman [Ed], 338 Wey-Bakwe.
- Ehrenberg, A. (2008). *Das erschöpfte Selbst - Depression und Gesellschaft in der Gegenwart*. (Erste Auflage ed.). Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Ell, K., Aranda, M. P., Xie, B., Lee, P. J., & Chou, C. P. (2010). Collaborative depression treatment in older and younger adults with physical illness: pooled comparative analysis of three randomized clinical trials. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 18, 520-530.
- England, E., & Lester, H. (2007). Implementing the role of the primary care mental health worker: a qualitative study. *The British Journal of General Practice : The Journal of the Royal College of General Practitioners*, 57, 204-11.
- Fletcher, J., Bower Peter, J., Gilbody, S., Lovell, K., Richards, D., & Gask, L. (2007). Collaborative care for depression and anxiety problems in primary care.
- Fortney, J. C., Pyne, J. M., Steven, C. A., Williams, J. S., Hedrick, R. G., Lunsford, A. K., Raney, W. N., Ackerman, B. A., Ducker, L. O., Bonner, L. M., & Smith, J. L. (2010). A web-based clinical decision support system for depression care management. *American Journal of Managed Care*, 16, 849-854.
- Fortney, J. C., Pyne, J. M., Smith, J. L., Curran, G. M., Otero, J. M., Enderle, M. A., & McDougall, S. (2009). Steps for implementing collaborative care programs for depression. *Population Health Management*, 12, 69-79.

- Gallo, J. J., Bogner, H. R., Morales, K. H., Post, E. P., Lin, J. Y., & Bruce, M. L. (2007). The effect of a primary care practice-based depression intervention on mortality in older adults: a randomized trial. *Annals of Internal Medicine*, 146, 689-698.
- Gask, L., Bower, P., Lovell, K., Escott, D., Archer, J., Gilbody, S., Lankshear, A. J., Simpson, A. E., & Richards, D. A. (2010). What work has to be done to implement collaborative care for depression? Process evaluation of a trial utilizing the Normalization Process Model. *Implementation Science* : IS, 5, 15.
- Gensichen, J. (2006). IMPACT collaborative care improves depression in elderly patients in primary care in the longer term. *Evidence Based Mental Health*, 9, 76-76.
- Gensichen, J., Jaeger, C., Peitz, M., Torge, M., Guthlin, C., Mergenthal, K., Kleppel, V., Gerlach, F. M., & Petersen, J. J. (2009). Health care assistants in primary care depression management: role perception, burdening factors, and disease conception. *Annals of Family Medicine*, 7, 513-519.
- Gensichen, J., von Korff, M., Peitz, M., Muth, C., Beyer, M., Guthlin, C., Torge, M., Petersen, J. J., Rosemann, T., König, J., Gerlach, F. M., & PRoMPT (PRimary care Monitoring for depressive Patients Trial) (2009). Case management for depression by health care assistants in small primary care practices: a cluster randomized trial. *Annals of Internal Medicine*, 151, 369-378.
- Gilbody, S., Bower, P., Fletcher, J., Richards, D., & Sutton, A. J. (2006a). Collaborative care for depression: a cumulative meta-analysis and review of longer-term outcomes. *Archives of Internal Medicine*, 166, 2314-2321.
- Gilbody, S., Bower, P., & Whitty, P. (2006b). Costs and consequences of enhanced primary care for depression: Systematic review of randomised economic evaluations. *British Journal of Psychiatry*, 189, 297-308.
- Glied, S., Herzog, K., & Frank, R. (2010). The net benefits of depression management in primary care. *Medical Care Research and Review*, 67, 251-274.
- Griffiths, K. M., & Christensen, H. (2008). Depression in primary health care: from evidence to policy. *The Medical Journal of Australia*, 188, S81-3.
- Grypma, L., Haverkamp, R., Little, S., & Unützer, J. (2006). Taking an evidence-based model of depression care from research to practice: making lemonade out of depression. *General Hospital Psychiatry*, 28, 101-107.

- Gum, A. M., Areán, P. A., Hunkeler, E., Tang, L., Katon, W., Hitchcock, P., Steffens, D. C., Dickens, J., Unützer, J., & for the IMPACT Investigators (2006). Depression Treatment Preferences in Older Primary Care Patients. *The Gerontologist*, 46, 14-22.
- Harpole, L. H., Stechuchak, K. M., Saur, C. D., Steffens, D. C., Unützer, J., & Oddone, E. (2003). Implementing a disease management intervention for depression in primary care: a random work sampling study. *General Hospital Psychiatry*, 25, 238-245.
- Hautzinger, M. (2000). Depression im Alter: Erkennen, bewältigen, behandeln ; ein kognitiv-verhaltenstherapeutisches Gruppenprogramm. Weinheim: Beltz PVU.
- Hegel, M. T., & Areal, P. A. (2004). Problem-Solving-Treatment for Primary Care (PST-PC): A Treatment Manual for Depression.
- Hegel, M. T., Imming, J., Cyr-Provost, M., Noel, P. H., Areal, P. A., & Unützer, J. (2002). Role of behavioral health professionals in a collaborative stepped care treatment model for depression in primary care: Project IMPACT. *Families, Systems & Health*, 20, 265-277.
- Helmchen, H., Baltes, M. M., Geiselman, B., Kanowski, S., Linden, M., Reischies, F. M., Wagner, M., & Wilms, H. -. (2010). Psychische Erkrankungen im Alter. In U. Lindenberger, J. Smith, K. U. Mayer, & P. B. Baltes (Eds.), *Die Berliner Altersstudie*. (3. ed., pp. 209-244). Berlin: Akademie Verlag GmbH.
- Herriger, N. (2010). Empowerment in der Sozialen Arbeit: eine Einführung. Stuttgart: Kohlhammer.
- Higgins, J. P. T., & Green, S. (2008). *Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions*. West Sussex: John Wiley & Sons.
- Hine, C. E., Howell, H. B., & Yonkers, K. A. (2008). Integration of medical and psychological treatment within the primary health care setting. *Social Work in Health Care*, 47, 122-134.
- Hunkeler, E. M., Katon, W., Tang, L., Williams, J. W., Jr, Kroenke, K., Lin, E. H., Harpole, L. H., Areal, P., Levine, S., Grypma, L. M., Hargreaves, W. A., & Unützer, J. (2006). Long term outcomes from the IMPACT randomised trial for depressed elderly patients in primary care. *BMJ*, 332, 259-263.
- IMPACT Implementation Center (2011, 26.08.2011). IMPACT Annotated Bibliography: Annotated bibliography of all articles published to date that document the evidence base for IMPACT.. Retrieved 11/2011, 2011 from <http://impact-uw.org/files/IMPACTAnnotatedBibliography.pdf>.

- Jesson, J., Matheson, L., & Lacey, F. M. (2011). *Doing Your Literature Review: Traditional and Systematic Techniques*. London: SAGE Publications.
- Katon, W. J., Fan, M. Y., Lin, E. H., & Unützer, J. (2006). Depressive symptom deterioration in a large primary care-based elderly cohort. *American Journal of Geriatric Psychiatry, 14*, 246-254.
- Katon, W. J., Schoenbaum, M., Fan, M. Y., Callahan, C. M., Williams, J., Jr, Hunkeler, E., Harpole, L., Zhou, X. H., Langston, C., & Unützer, J. (2005). Cost-effectiveness of improving primary care treatment of late-life depression. *Archives of General Psychiatry, 62*, 1313-1320.
- Katon, W. J. (2003). The Institute of Medicine "Chasm" report: Implications for depression collaborative care models. *General Hospital Psychiatry, 25*, 222-229.
- Katon, W. J., & Unützer, J. (2006). Pebbles in a pond: NIMH grants stimulate improvements in primary care treatment of depression. *General Hospital Psychiatry, 28*, 185-188.
- Katon, W., Unützer, J., Wells, K., & Jones, L. (2010). Collaborative depression care: History, evolution and ways to enhance dissemination and sustainability. *General Hospital Psychiatry, 32*, 456-464.
- Korsen, N., & Pietruszewski, P. (2009). Translating Evidence to Practice: Two Stories from the Field. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings, 16*, 47-57.
- 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*, 606-613.
- Kruse, A., & Schmitt, E. (2005). Zur Veränderung des Altersbildes in Deutschland. *Aus Politik Und Zeitgeschichte, 9-17*.
- Kühne, B. (2007). Ganz schön alt. Zum Bild des weiblichen Alters in der Werbung. Eine semiotische Betrachtung. In U. Pasero, G. M. Backes, & K. R. Schroeter (Eds.), *Altern in Gesellschaft: Ageing - Diversity - Inclusion*. (pp. 77-110). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Kunz, R., Khan, K. S., Kleijnen, J., & Antes, G. (2009). *Systematische Übersichtsarbeiten und Meta-Analysen: Einführung in Instrumente der evidenzbasierten Medizin für Ärzte, klinische Forscher und Experten im Gesundheitswesen*. Bern: Hans Huber.
- Lawhorne, L. (2005). Depression in the Older Adult. *Primary Care, 32*, 777-792.
- Levine, S., Unützer, J., Yip, J. Y., Hoffing, M., Leung, M., Fan, M. Y., Lin, E. H., Grypma, L., Katon, W., Harpole, L. H., & Langston, C. A. (2005). Physicians' satisfaction with a collaborative disease ma-

- agement program for late-life depression in primary care. *General Hospital Psychiatry*, 27, 383-391.
- Lopez, A. D., Mathers, C. D., Ezzati, M., Jamison, D. T., & Murray, C. J. L. (2006). Measuring the Global Burden of Disease and Risk Factors, 1990-2001. In A. D. Lopez, C. D. Mathers, M. Ezzati, D. T. Jamison, & C. J. L. Murray (Eds.), *Global Burden of Disease and Risk Factors*. (). Washington (DC): The International Bank for Reconstruction and Development/The World Bank Group.
- Lopez, A. D., & Murray, C. C. (1998). The global burden of disease, 1990-2020. *Nature Medicine*, 4, 1241-1243.
- Luppa, M., 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, 195-204.
- Lüttringhaus, M. (2000). *Stadtentwicklung und Partizipation: Fallstudien aus Essen Katernberg und der Dresdner Äußeren Neustadt*. Bonn: Stiftung Mitarbeit.
- Lützenkirchen, A. (2008). *Depression im Alter - Soziale Arbeit und ambulante Versorgungsstruktur*. (1. Auflage ed.). Frankfurt am Main: Prisma Verlagsdruckerei.
- Meier, B., & Schröder, C. (2007). *Altern in der modernen Gesellschaft: Leistungspotenziale und Sozialprofile der Generation 50-Plus*. Köln: Deutscher Instituts-Verlag.
- Miller, T. (2003). *Sozialarbeitsorientierte Erwachsenenbildung: Theoretische Begründung und Praxis*. München: Luchterhand.
- Müllner, M. (2005). *Erfolgreich Wissenschaftlich Arbeiten in Der Klinik: Evidence Based Medicine*. Wien: Springer.
- Mulsant,, B, H, Alexopoulos,, G, S, F, Katz,, I, R, Abrams, , R, Oslin, , D, & Schulberg,, H, C (2001). Pharmacological treatment of depression in older primary care patients: the PROSPECT algorithm. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 16, 585-592.
- Neuffer, M. (2007). *Case Management: Soziale Arbeit mit Einzelnen und Familien*. Weinheim und München: Juventa-Verlag.
- Neumeyer-Gromen, A., Lampert, T., Stark, K., & Kallischnigg, G. (2004). Disease Management Programs for Depression: A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. *Medical Care*, 42, 1211-1221.

- Nourney, A. (2006). *Zu alt? Abgelehnt! Berichte aus Deutschland über das Älterwerden*. Bremen: Viola Falkenberg Verlag.
- Nutting, P. A., Gallagher, K. M., Riley, K., White, S., Dietrich, A. J., & Dickinson, W. P. (2007). Implementing a depression improvement intervention in five health care organizations: experience from the RESPECT-Depression trial. *Administration and Policy in Mental Health*, 34, 127-37.
- Oishi SM. Shoai R. Katon W. Callahan C. Unützer J. Arean P. Callahan C. Della Penna R. Harpole L. Hegel M. Noel PH. Hoffing M. Hunkeler EM. Katon W. Levine S. Lin EH. Oddone E. Oishi S. Unützer J. Williams J. Improving Mood: Promoting Access to Collaborative Treatment Investigators (2003). Impacting late life depression: integrating a depression intervention into primary care. *Psychiatric Quarterly*, 74, 75-89.
- Orrell, M., Scurfield, P., Cloke, L., & Renshaw, J. (2000). The management of depression in older people in primary care: a survey of general practitioners. *Aging & Mental Health*, 4, 305-308.
- Oxman, T. E., Dietrich, A. J., & Schulberg, H. C. (2003). The depression care manager and mental health specialist as collaborators within primary care. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 11, 507-516.
- Prahl, H. W., & Schroeter, K. R. (1996). *Soziologie des Alterns: Eine Einführung*. Paderborn: Verlag Ferdinand Schöningh.
- Price, D. (2006). Translating effective depression care into practice: making an impact with IMPACT. *General Hospital Psychiatry*, 28, 92-93.
- Raue, P. J., Schulberg, H. C., Lewis-Fernandez, R., Boutin-Foster, C., Hoffman, A. S., & Bruce, M. L. (2010). Shared decision-making in the primary care treatment of late-life major depression: a needed new intervention? *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 25, 1101-1111.
- Reynolds III, C. F. (2003). Meeting the mental health needs of older adults in primary care: How do we get the job done?. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10, 109-111.
- Reynolds III, C. F., Cruz, M., Teh, C. F., & Rollman, B. L. (2007). Improving evidence-based management of depression for older Americans in primary care: If not now, when? *Journal of the American Geriatrics Society*, 55, 2083-2085.
- Richards, D. A., Lovell, K., Gilbody, S., Gask, L., Torgerson, D., Barkham, M., Bland, M., Bower, P., Lankshear, A. J., Simpson, A., Fletcher, J., Escott, D., Hennessy, S., & Richardson, R. (2008). Col-

- laborative care for depression in UK primary care: A randomized controlled trial. *Psychological Medicine: A Journal of Research in Psychiatry and the Allied Sciences*, 38, 279-287.
- Richards, D. A., Lankshear, A. J., Fletcher, J., Rogers, A., Barkham, M., Bower, P., Gask, L., Gilbody, S., & Lovell, K. (2006 Jul-Aug). Developing a U.K. protocol for collaborative care: a qualitative study. *General Hospital Psychiatry*, 28, 296-305.
- Rogers, C. R. (2002). *Entwicklung der Persönlichkeit.: Psychotherapie aus der Sicht eines Therapeuten*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Rubenstein, L. V., Chaney, E. F., Ober, S., Felker, B., Sherman, S. E., Lanto, A., & Vivell, S. (2010). Using evidence-based quality improvement methods for translating depression collaborative care research into practice. *Families, Systems, & Health*, 28, 91-113.
- Rust, C., & Davis, C. (2011). Medication therapy management and collaborative health care: Implications for social work practice. *Health & Social Work*, 36, 69-73.
- Seligman, M. E. P. (1999). Depression. In Anonymous *Erlernte Hilflosigkeit*. (3. ed., pp. 72-102). Weinheim und Basel: Beltz Verlag.
- Simon, G. E., Katon, W. J., VonKorff, M., Unützer, J., Lin, E. H. B., Walker, E. A., Bush, T., Rutter, C., & Ludman, E. (2001). Cost-effectiveness of a collaborative care program for primary care patients with persistent depression. *The American Journal of Psychiatry*, 158, 1638-1644.
- Slimmer, L. (2003). A collaborative care management programme in a primary care setting was effective for older adults with late life depression. *Evidence Based Nursing*, 6, 91-91.
- Solberg, L. I., Fischer, L. R., Wei, F., Rush, W. A., Conboy, K. S., Davis, T. F., & Heinrich, R. L. (2001). A CQI intervention to change the care of depression: a controlled study. *Effective Clinical Practice*, 4, 239-249.
- Solberg, L. I., Glasgow, R. E., Unützer, J., Jaekels, N., Oftedahl, G., Beck, A., Maciosek, M. V., & Crain, A. L. (2010). Partnership Research: A Practical Trial Design for Evaluation of a Natural Experiment to Improve Depression Care. *Medical Care*, 48, 576-582
10.1097/MLR.0b013e3181d6ea62.
- Statistisches Bundesamt (2009). *Bevölkerung Deutschlands bis 2060: 12. kordinierte Bevölkerungsvorausberechnung*. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.

- Steffens, D. C., Snowden, M., Fan, M., Hendrie, H., Katon, W. J., Unützer, J., & IMPACT Investigators (2006). Cognitive Impairment and Depression Outcomes in the IMPACT Study. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 14, 401-409.
- Swenson, J. R., Aubry, T., Gillis, K., Macphee, C., Busing, N., Kates, N., Pantin, S., & Runnels, V. (2008). Development and implementation of collaborative mental health care program in a primary care setting: The Ottawa share program. *Canadian Journal of Community Mental Health*, 27, 75-91.
- Thiersch, H. (2006). *Die Erfahrung der Wirklichkeit: Perspektiven einer alltagsorientierten Sozialpädagogik*. Weinheim: Juventa Verlag.
- Unützer, J. (2007). Late-Life Depression. *N Engl J Med*, 357, 2269-2276.
- Unützer, J., Choi, Y., Cook, I., & Oishi, S. (2002). A web-based data management system to improve care for depression in a multi-center clinical trial. *Psychiatric Services (Washington, D.C.)*, 53, 671-678.
- Unützer, J., Katon, W., Williams, J. W., Jr, Callahan, C. M., Harpole, L., Hunkeler, E. M., Hoffing, M., Arean, P., Hegel, M. T., Schoenbaum, M., Oishi, S. M., & Langston, C. A. (2001). Improving primary care for depression in late life: the design of a multicenter randomized trial. *Medical Care*, 39, 785-799.
- Unützer, J., Katon, W. J., Fan, M. Y., Schoenbaum, M. C., Lin, E. H., Della Penna, R. D., & Powers, D. (2008). Long-term cost effects of collaborative care for late-life depression. *American Journal of Managed Care*, 14, 95-100.
- Unützer, J., Tang, L., Oishi, S., Katon, W., Williams, J. W., Jr, Hunkeler, E., Hendrie, H., Lin, E. H., Levine, S., Grypma, L., Steffens, D. C., Fields, J., Langston, C., & for the IMPACT, I. (2006). Reducing suicidal ideation in depressed older primary care patients. *Journal of the American Geriatrics Society*, 54, 1550-1556.
- Unützer, J., Katon, W., Callahan, C. M., Williams, J. W., Hunkeler, E., Harpole, L., Hoffing, M., Della Penna, R. D., Noël, P. H., Lin, E. H. B., Areán, P. A., Hegel, M. T., Tang, L., Belin, T. R., Oishi, S., Langston, C., & for the IMPACT Investigators (2002). Collaborative Care Management of Late-Life Depression in the Primary Care Setting. *JAMA: The Journal of the American Medical Association*, 288, 2836-2845.

- Unützer, J., Oishi, S., Shoai, R., Smith, C., & Ripa, M. D. (2004). IMPACT: Late Life Depression Treatment Manual for Collaborative Depression Management.
- Unützer, J., Powers, D., Katon, W., & Langston, C. (2005). From Establishing an Evidence-Based Practice to Implementation in Real-World Settings: IMPACT as a Case Study. *Psychiatric Clinics of North America*, 28, 1079-1092.
- Van Leeuwen Williams, E., Unützer, J., Lee, S., & Noel, P. H. (2009). Collaborative depression care for the old-old: findings from the IMPACT trial. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 17, 1040-1049.
- Van Schaik, A., & Van Marwijk, H. (2007). Interpersonal psychotherapy in the general practice for elderly patients with depression. *Huisarts En Wetenschap*, 50, 556-560.
- Vera, M., PerezPedrogo, C., Huertas, S. E., ReyesRabanillo, M. L., Juarbe, D., Huertas, A., ReyesRodriguez, M. L., & Chaplin, W. (2010). Collaborative care for depressed patients with chronic medical conditions: A randomized trial in Puerto Rico. *Psychiatric Services*, 61, 144-150.
- Vlasveld, M. C., Anema, J. R., Beekman, A. T., van Mechelen, W., Hoedeman, R., van Marwijk, H. W., Rutten, F. F., Hakkaart-van Roijen, L., & van der Feltz-Cornelis, C. M. (2008). Multidisciplinary collaborative care for depressive disorder in the occupational health setting: design of a randomised controlled trial and cost-effectiveness study. *BMC Health Services Research*, 8, 99.
- Vlasveld, M. C., van der Feltz-Cornelis, C. M., Ader, H. J., Anema, J. R., Hoedeman, R., van Mechelen, W., & Beekman, A. T. (2011). Collaborative care for major depressive disorder in an occupational healthcare setting. *The British Journal of Psychiatry : The Journal of Mental Science*.
- Wagner, M., & Weiß, B. (2006). Meta-Analyse als Methode der Sozialforschung. In A. Diekmann (Ed.), *Methoden der Sozialforschung. Sonderheft 44 der Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie*. (). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Wahl, H. W., & Heyl, V. (2004). *Gerontologie - Einführung und Geschichte*. Stuttgart: Kohlhammer GmbH.
- Whooley, M. A., Avins, A. L., Miranda, J., & Browner, W. S. (1997). Case-finding instruments for depression. Two questions are as good as many. *Journal of General Internal Medicine*, 12, 439-445.

- Williams, J. W., Jr, Gerrity, M., Holsinger, T., Dobscha, S., Gaynes, B., & Dietrich, A. (2007). Systematic review of multifaceted interventions to improve depression care. *General Hospital Psychiatry*, 29, 91-116.
- Williams, J. J. (2008). Managed depression care reduces mortality in older adults with major depression. *Evidence Based Mental Health*, 11, 16-16.
- Wittchen, H., Höfler, M., & Meister, W. (2000). Depressionen in der Allgemeinarztpraxis: Die bundesweite Depressionsstudie. Stuttgart: F. K. Schattauer Verlagsgesellschaft mbH.
- Wolf, N. J., & Hopko, D. R. (2008). Psychosocial and pharmacological interventions for depressed adults in primary care: A critical review. *Clinical Psychology Review*, 28, 131-161.
- Wolfersdorf, M., & Schüler, M. (2005). Depression im Alter - Diagnostik, Therapie, Angehörigenarbeit, Fürsorge, gerontopsychiatrische Depressionsstationen. Stuttgart: W. Kohlhammer.
- Wu, H., Xu, Y., Xu, Y., Zhu, H., Zhu, L., Xue, J., & Wang, J. (2010). Effectiveness of case management of chronic disease for elderly depression in community. *Chinese Mental Health Journal*, 24, 245-249.

Eidesstaatliche Erklärung

Hiermit erkläre ich an Eides statt, dass ich die vorliegende Arbeit selbständig verfasst, noch nicht anderweitig für Prüfungszwecke vorgelegt, keine anderen als die angegebenen Quellen oder Hilfsmittel verwendet, sowie wörtliche und sinngemäße Zitate als solche gekennzeichnet habe.

Hamburg, _____

Unterschrift


Anhang

Abbildung 1A: Patient Health Questionnaire (PHQ-9) (Unützer et al. 2004, 57)	b
Abbildung 2A: Suchstrategie für Medline, Embase und PsycINFO vom 18.12.2011	c
Abbildung 3A: Suchstrategie für CINAHL vom 18.12.2011	c
Tabelle 1A: Studien mit niedrigem Informationsgehalt zum Depressionsmanager	d

Abbildung 1A: Patient Health Questionnaire (PHQ-9) (Unützer et al. 2004, 57)

Patient Health Questionnaire (PHQ-9)

PHQ-9 total score: _____ / 27



Over the last 2 weeks, how often have you been bothered by any of the following problems? Circle the response that fits you for each question.

	Not at all	Several days	More than half the days	Nearly every day
1) Little interest or pleasure in doing things.	0	1	2	3
2) Feeling down, depressed, or hopeless.	0	1	2	3
3) Trouble falling or staying asleep or sleeping too much.	0	1	2	3
4) Feeling tired or having little energy.	0	1	2	3
5) Poor appetite or overeating.	0	1	2	3
6) Feeling bad about yourself - or that you are a failure or have let yourself or your family down.	0	1	2	3
7) Trouble concentrating on things, such as reading the newspaper or watching television.	0	1	2	3
8) Moving or speaking so slowly that other people could have noticed? Or the opposite - being so fidgety or restless that you have been moving around a lot more than usual.	0	1	2	3
9) Thoughts that you would be better off dead or of hurting yourself in some way.	0	1	2	3
ADD EACH COLUMN				

Adapted from Kroenke K, Spitzer RL, Williams JB: The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure. Journal of General Internal Medicine 16:606-13, 2001.

Abbildung 2A: Suchstrategie für Medline, Embase und PsycINFO vom 18.12.2011

Wolters Kluwer Health | OvidSP | Logged in as Thomas Kloppe at UKE | My Account | Support & Training | Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf | Help | Logoff

Search | Journals | Books | My Workspace | Clin-eGuide

▼ Search History (6 searches) (Click to close) [Remove Duplicates] [View Saved]

<input type="checkbox"/>	# ▲	Searches	Results	Search Type	Actions
<input type="checkbox"/>	1	(old\$ or Late\$ or Geriatric or Elderly).af. Embase <1980 to 2011 Week 50> (2055705) Ovid MEDLINE(R) <1948 to November Week 3 2011> (1750984) PsycINFO <1806 to December Week 2 2011> (869630)	4676319	Advanced	Display Delete More >>
<input type="checkbox"/>	2	(depress\$ or dysthy\$).af. Embase <1980 to 2011 Week 50> (416680) Ovid MEDLINE(R) <1948 to November Week 3 2011> (336031) PsycINFO <1806 to December Week 2 2011> (364474)	1117185	Advanced	Display Delete More >>
<input type="checkbox"/>	3	(primary care or General Practitioner or primary health or primary care physician or private practice or primary care provider or primary care clinic).af. Embase <1980 to 2011 Week 50> (180893) Ovid MEDLINE(R) <1948 to November Week 3 2011> (119020) PsycINFO <1806 to December Week 2 2011> (92392)	392305	Advanced	Display Delete Save Auto-Alert RSS Feed
<input type="checkbox"/>	4	(Collaborative Care or Depression Care Manager or Depression Specialist).ab. Embase <1980 to 2011 Week 50> (708) Ovid MEDLINE(R) <1948 to November Week 3 2011> (597) PsycINFO <1806 to December Week 2 2011> (423)	1728	Advanced	Display Delete Save More >>
<input type="checkbox"/>	5	1 and 2 and 3 and 4 Embase <1980 to 2011 Week 50> (78) Ovid MEDLINE(R) <1948 to November Week 3 2011> (69) PsycINFO <1806 to December Week 2 2011> (196)	343	Advanced	Display Delete More >>
<input type="checkbox"/>	6	remove duplicates from 5 Embase <1980 to 2011 Week 50> (22) Ovid MEDLINE(R) <1948 to November Week 3 2011> (59) PsycINFO <1806 to December Week 2 2011> (146)	227	Advanced	Display Delete More >>

Remove Selected | Save Selected | Combine selections with: And Or | RSS | Save Search History

Abbildung 3A: Suchstrategie für CINAHL vom 18.12.2011

Search History/Alerts

Print Search History | Retrieve Searches | Retrieve Alerts | Save Searches / Alerts

Select / deselect all [Search with AND] [Search with OR] [Delete Searches]

<input type="checkbox"/>	Search ID#	Search Terms	Search Options	Actions
<input type="checkbox"/>	S5	S1 and S2 and S3 and S4	Search modes - Boolean/Phrase	View Results (42)
<input type="checkbox"/>	S4	depress* OR Dysthy*	Search modes - Boolean/Phrase	View Results (54639)
<input type="checkbox"/>	S3	AB primary care OR AB General Practitioner OR AB primary health OR AB primary care OR AB primary care physician OR AB private practice OR AB primary care provider OR AB primary care clinic	Search modes - Boolean/Phrase	View Results (24429)
<input type="checkbox"/>	S2	AB old* OR AB late* OR AB geriatric OR AB elderly	Search modes - Boolean/Phrase	View Results (139827)
<input type="checkbox"/>	S1	AB depression care manager OR AB collaborative care OR AB Depression Specialist	Search modes - Boolean/Phrase	View Results (1071)

Tabelle 1A: Studien mit niedrigem Informationsgehalt zum Depressionsmanager

Autoren	Studienart	Jahr und Ort
Agius et al.	Systematischer Review: Effektivität	2010: Croatia
Angstmann et al.	Sekundäranalyse: Inanspruchnahme	2009: USA
Aréan et al.	Sekundäranalyse: Armut	2007: USA
Bao et al.	Sekundäranalyse: Medikamente	2009: USA
Bartels et al.	Review: Zugangsbarrieren	2004: USA
Bower et al.	Systematischer Review	2006: USA
Bruce et al.	RCT	2004: USA
Callahan et al.	Sekundäranalyse: Physis	2005: USA
Chaney et al.	Implementierungsstudie	2011: USA
Chen et al.	RCT – Designbeschreibung	2010: China
Craven und Bland	Systematischer Review: Kollaborative Versorgung	2006: Canada
Dowrick et al.	Review: Patient's Voice	2009: UK
Fortney et al.	Implementierungsstudie	2009: USA
Gallo et al.	Sekundäranalyse: Mortalität	2007: USA
Gensinchen	Kommentar: IMPACT	2006: D
Gilbody	Kommentar: IMPACT	2007: USA
Gilbody et al.	Systematischer Review: Langzeitwirkung	2006a: USA
Gilbody et al.	Systematischer Review: Kosten	2006b: UK
Glied et a.	Systematischer Review: Kosteneffektivität	2010: USA
Griffiths und Christensen	Systematischer Review: Primärversorgung	2008: Australien
Gum et al.	Sekundäranalyse: Behandlungspräferenz	2006: USA
Hunkeler et al.	Sekundäranalyse: Langzeitwirkung	2006: USA
Katon et al.	Historische Studie	2010: USA
Katon et al.	Sekundäranalyse: Symptomentwicklung	2006: USA
Katon et al.	Implementierungsstudie	2003: USA
Katon et al.	Sekundäranalyse: Kosteneffektivität	2005: USA
Mulsant et al.	Deskriptive Studie: Medikation	2001: USA
Neumeyer-Gromen et al.	Systematischer Review	2004: D
Price et al.	Review von Grypma et al. 2005	2006: USA
Raue et al.	Review: Shared-Decision-Making	2010: USA
Reynolds	Review: PRSPECT-Studie	2003: USA
Reynolds	Kommentar: Kollaborative Versorgung	2007: USA
Richards et al.	RCT	2008: UK
Simon et al.	Studie zur Kosteneffektivität	2001: USA
Slimmer	Kommentar: IMPACT	2002: USA

Solberg et al.	Implementierungsstudie	2010: USA
Solberg et al.	Implementierungsstudie	2001: USA
Steffens et al.	Sekundäranalyse: Kognitive Beeinträchtigungen	2006: USA
Swenson et al.	Implementierungsstudie	2008: Canada
Unützer et al.	Sekundäranalyse: Suizidalität	2006: USA
Unützer et al.	Fallstudie: IMPACT	2005: USA
van Schaik	Studie zur Interpersonellen Therapie	2006: NL
Wu et al.	RCT	2010: China