

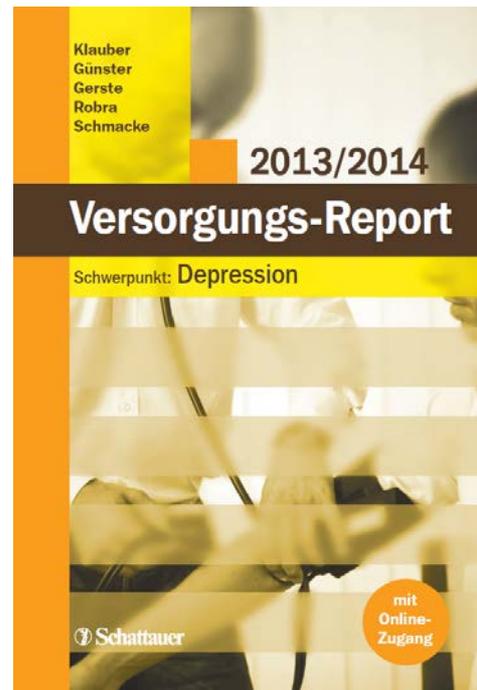
Versorgungs-Report 2013/2014

„Depression“

Jürgen Klauber / Christian Günster /
Bettina Gerste / Bernt-Peter Robra /
Norbert Schmacke (Hrsg.)

Schattauer (Stuttgart) 2014

Auszug Seite 77-98



4	Innovative Versorgungsansätze zur Behandlung von Depression.....	77
	<i>Claudia Sikorski, Melanie Luppä und Steffi G. Riedel-Heller</i>	
4.1	Einleitung	77
4.2	Methoden	78
4.3	Ergebnisse.....	81
4.3.1	Hausarztfortbildung	81
4.3.2	Telemedizin	82
4.3.3	Computergestützte kognitive Verhaltenstherapie.....	83
4.3.4	Psychoedukation und Selbstmanagement	84
4.3.5	Psychotherapeutische Kurzinterventionen	87
4.3.6	Case Management.....	90
4.4	Ausblick.....	91

4 Innovative Versorgungsansätze zur Behandlung von Depression

Claudia Sikorski, Melanie Luppá und Steffi G. Riedel-Heller

4

Abstract

Depressive Störungen sind häufig und folgenschwer, das betrifft den einzelnen Patienten, aber auch die Solidargemeinschaft im Hinblick auf die Krankheitskosten. Der vorliegende Beitrag stellt innovative Versorgungsansätze bei Depression und deren Effektivität in den Mittelpunkt. Die methodische Grundlage bilden dabei systematische Literaturrecherchen für die einzelnen Interventionen, inklusive einer Bewertung der Studienqualität. Dabei werden folgende Interventionen betrachtet: Qualifizierung von Hausärzten zur Erhöhung der Diagnosesicherheit und Richtlinienadhärenz, telemedizinische Ansätze, computergestützte kognitive Verhaltenstherapie, Psychoedukation und Selbstmanagement, aber auch psychotherapeutische Kurzinterventionen und Case-Management-Ansätze. Der Beitrag macht die international generierte Evidenz in diesem Bereich zugänglich und eröffnet Perspektiven für die Versorgungsforschung in Deutschland und für die Implementierung neuer Versorgungselemente in die Praxis. Eingebettet in einen gestuften Behandlungsansatz (stepped-care approach) eröffnen diese Interventionen neue Möglichkeiten, die Versorgung depressiv erkrankter Menschen zu optimieren.

Depression is a very common disease with substantial economic consequences. The paper reviews current and innovative approaches for depression care. Systematic reviews on the effectiveness of a number of selected interventions (e.g. e-health interventions and case management approaches) were conducted. The international evidence available is summarized. The potential to improve depression care by including those interventions in a stepped-care approach is discussed.

4.1 Einleitung

Erkrankungen des depressiven Spektrums, die zu den häufigsten Erkrankungen in der Allgemeinbevölkerung zählen (Kurth 2012) und mit weitreichenden Konsequenzen für den Einzelnen und die Gesellschaft verbunden sind (Frei et al. 2004; Gunther et al. 2007; Kessler et al. 2008; Luppá et al. 2007), werden im Jahr 2020 die zweithäufigste Ursache für verlorene Lebensjahre durch Behinderung und Tod sein (Global burden of disease, Murray und Lopez 1996). Trotz der Existenz effektiver medikamentöser und psychotherapeutischer Behandlungsmöglichkeiten wie Problemlöseansätzen, interpersoneller Therapie und kognitiver Verhaltenstherapie (Cuijpers et al. 2007; Hollon et al. 2006; Wolf und Hopko 2008), ebenso wie effektiver Selbst-Hilfe-Ansätze (Cuijpers et al. 2009b), sind die tatsächlichen Behandlungsraten mit 50 % gering (Wittchen et al.

2001). Neben unzureichenden Erkennungsraten durch Hausärzte (Sielk et al. 2009), die von der Hälfte der Erkrankten auch aufgesucht werden und in der Regel weitere Therapiemöglichkeiten vermitteln (Wittchen et al. 2001), sind auch die eingeschränkte psychotherapeutische Versorgung in einigen Regionen Deutschlands (einhergehend mit langen Wartezeiten) und strukturelle Defizite Hindernis für höhere Therapiequoten (Bermejo et al. 2008). Dies gilt auch für andere Länder wie die USA, wo ca. 19% der Einwohner keinen Zugang zu Psychologen und Psychiatern haben (Cartreine et al. 2010). Auch persönliche Einwände gegen Psychotherapie als solche wie auch die Angst vor Stigmatisierung stehen einer flächendeckenden adäquaten Versorgung im Wege (Cartreine et al. 2010; Cuijpers 1997). Daher ist es naheliegend, innovative und ressourcengünstige Therapiemöglichkeiten einzusetzen. Besonders im Hinblick auf die erlebten Einschränkungen der Erkrankten, die mit einem stark erhöhten Suizidrisiko einhergehen, sollte die Erhöhung der Therapiequote konsequent verfolgt werden.

Hierzu werden im Folgenden Ansätze vorgestellt, die insofern neu und innovativ sind, als sie in der Krankenversorgung bisher nur eine untergeordnete Rolle spielen und nur teilweise als Kassenleistungen anerkannt sind. Neben den klassischen drei Richtlinienverfahren in Deutschland – der Verhaltenstherapie und den zwei psychodynamischen Verfahren – haben sich in den letzten Jahren eine Vielzahl klar abgrenzbarer Angebote entwickelt, die im Rahmen eines gestuften Behandlungsplans (z. B. bei integrierten Versorgungsprogrammen, stepped care) zum Einsatz kommen und zukünftig vermehrt Verbreitung finden könnten. Dazu zählen im Besonderen die Bereiche Psychoedukation und damit verbunden computer- und telebasierte Interventionen, die in der Regel große Edukationsanteile aufweisen.

4.2 Methoden

Um die Effektivität einzelner innovativer Versorgungsansätze zu bewerten, wurde für jede Intervention eine systematische Literaturrecherche durchgeführt. Dieses Vorgehen folgt der Tradition der evidenzbasierten Medizin, um Entscheidungen im Gesundheitssystem wissenschaftlich zu fundieren, wie durch die Cochrane Collaboration beispielsweise etabliert (www.cochrane.de). Hierbei wird versucht, eine systematische Synthese bereits vorhandener Forschungsergebnisse zu erstellen, um zu Evidenzempfehlungen zu gelangen. Randomisiert kontrollierte Studien (randomized controlled trials, RCTs) von hoher Qualität bilden hier die beste Basis für

Tabelle 4–1

Suchalgorithmus

Phase	Inhalt bezogen auf Publikationen
Schritt 1	Systematische Übersichtsarbeiten, Metaanalysen, HTAs der letzten 10 Jahre
Schritt 2	Systematische Übersichtsarbeiten, Metaanalysen, HTAs der letzten 20 Jahre
Schritt 3	RCTs der letzten 20 Jahre
Schritt 4	Kontrollierte Kohortenstudien der letzten 20 Jahre

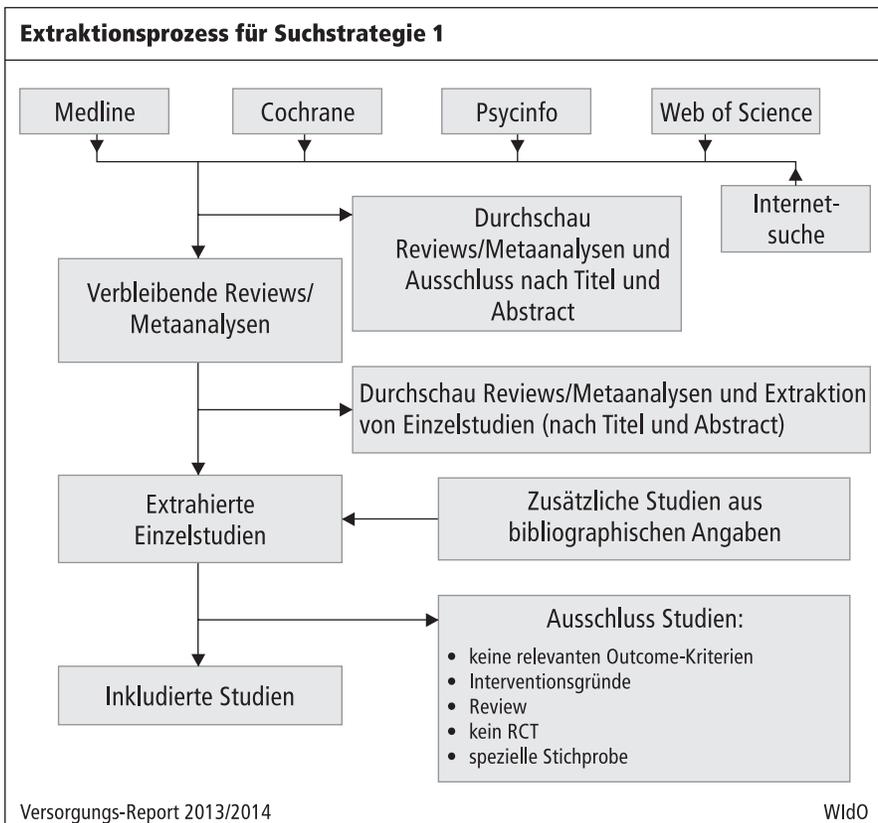
HTA: Health Technology Assessment

RCT: Randomized Controlled Trial

Empfehlungen. Zur Feststellung der Evidenzebenen wurde die in der S3-Leitlinie/Nationalen Versorgungsleitlinie (DGPPN, BÄK, KBV, AWMF, AkdÄ, BpTK, BApK, DAGSHG, DEGAM, DGPM, DGPs, DGRW für die Leitliniengruppe Unipolare Depression 2009) verwendete Kategorisierung herangezogen. Es wurden vorwiegend die Evidenzebenen Ia (Evidenz aus einer Metaanalyse von mindestens drei randomisierten kontrollierten Studien) und Ib (Evidenz aus mindestens einer randomisiert-kontrollierten Studie oder einer Metaanalyse von weniger als drei RCTs) herangezogen, da sich die Recherche auf eben diese Studien konzentrierte.

Nach einer ersten Recherche im Internet und in relevanten Fachartikeln für jede Intervention wurden die Suchbegriffe und ihre Übersetzung festgelegt. Hierbei wurden u. a. auch die eingetragenen Schlüsselworte relevanter Artikel herangezogen. Recherchiert wurde in den Datenbanken Medline, PsycInfo, Cochrane und Web of Science sowie in den Datenbanken der Health Technology Assessments (HTA). Bei der Suche auf einschlägigen Webseiten wurden sowohl die deutsche S3-Leitlinie/Nationale Versorgungsleitlinie als auch die aktuelle NICE-Richtlinie 90 (National Institute for Health and Clinical Excellence 2009) identifiziert. Diese Dokumente wurden bei jedem Thema als Internetquellen herangezogen. Der Suchalgorithmus ist in Tabelle 4–1 aufgeführt.

Abbildung 4–1



Konnte nach Durchsicht der im ersten Schritt gefundenen Übersichtsarbeiten und Metaanalysen keine relevante Publikation identifiziert werden, so schloss sich direkt der zweite Schritt für die betreffende Datenbank an. Konnten aus den gefundenen Übersichtsarbeiten und Metaanalysen keine Einzelpublikation extrahiert werden, wurde auf folgende Suchschritte für alle Datenbanken erweitert. Dies wurde fortgesetzt, bis relevante RCT- oder Kohortenstudien identifiziert werden konnten.

Abbildung 4–1 zeigt den folgenden Extraktionsprozess exemplarisch für die erste Suchstrategie. Nachdem in einem ersten Schritt die gefundenen Reviews auf Relevanz geprüft wurden (mittels Durchsicht von Titeln und Abstracts), wurden die verbleibenden Übersichtsarbeiten durchgesehen. Alle in den Übersichtsarbeiten eingeschlossenen Studien wurden nun ebenfalls nach Titeln und Abstracts geprüft und bei Passung zu den potenziellen Einzelstudien hinzugefügt. In diesem Schritt wurden vor allem ältere Studien und Studien mit speziellen Stichproben (bspw. Depressionen bei Patienten mit Herzinsuffizienz) ausgeschlossen. Die als relevant bewerteten Studien wurden dann nach ihrer Beschaffung einzeln und im Detail analysiert. Mögliche Gründe für einen Ausschluss finden sich ebenfalls in Abbildung 4–1. Eine Übersicht zu den Ergebnissen aller Reviews findet sich in Tabelle 4–2.

Tabelle 4–2

Suchbegriffe und Ergebnisse

Intervention	Suchbegriffe ^{1,2}	Ergebnis	Bemerkung
Hausarztfortbildung	depression oder depressive disorder sowie primary care oder general practice oder general practitioner	eine Metaanalyse, 12 randomisiert-kontrollierte Studien mit Bezug auf sieben Stichproben	Der Suchbegriff training wurde nicht verwendet
Telemedizin	depression oder depressive disorder sowie telemedicine oder telecare oder telehelp oder telecheck oder eHealth oder telehomecare, telemonitoring oder telehealth	17 Studien (2 Studien nach Schritt 1, 13 Studien über Einzelstudien-Recherche)	Suchstrategie 1 und 2 verwendet
Computergestützte kognitive Verhaltenstherapie	depression oder depressive disorder und computer-based oder computer-assisted und „cognitive behavioural therapy“ oder „cognitive behavioural therapie“	9 Studien	
Psychoedukation und Selbstmanagement	depression oder depressive disorder sowie self-management oder psychoeducation oder „psychoeducational intervention“	19 Studien	
Psychotherapeutische Kurzintervention	depression oder depressive disorder und „short term“ oder brief und psychotherapy oder intervention oder treatment		Ergebnisse der Suchen sind untergliedert nach Interventionsform im Abschnitt
Case Management	Depression oder depressive disorder und „case management“	30 Studien	

¹ Sofern nicht anders gekennzeichnet wurde der Suchalgorithmus von Schritt 1 verwendet.

² Genutzte Datenbanken: Medline, Web of Science, PsycInfo, Cochrane Library

Außerdem wurde die Studienqualität bewertet. In Anlehnung an Moncrieff et al. (2001) und SIGN (Scottish Intercollegiate Guidelines Network)-Kriterien wurde eine eigene Skala zur Studienqualität erstellt.

Aus den eingeschlossenen Studien wurden systematisch die relevanten Informationen extrahiert und in Tabellen übertragen. Zudem erfolgte, wenn möglich, eine Extraktion der Effektstärke aus den jeweiligen Studien. Die Effektstärke wurde dann durch die Subtraktion von Post- und Prä-treatment-Mittelwerten, geteilt durch die gepoolte Standardabweichung, berechnet. Nach Cohen (1988) sind Effektstärken ab 0,2 als klein, ab 0,5 als mittel und ab 0,8 als hoch zu bewerten.

4.3 Ergebnisse

4.3.1 Hausarztfortbildung

Die primärärztliche Versorgung nimmt im deutschen Gesundheitssystem eine besonders zentrale Rolle ein. Die Qualifizierung von Hausärzten zur Erhöhung von Diagnosesicherheit und Richtlinienadhärenz bei depressiven Erkrankungen scheint daher nachvollziehbar und sinnvoll; jedoch sind Schulungen oft nur Teil komplexerer Programme und ihr Reineffekt ist nur begrenzt quantifizierbar.

Bower et al. (2006) vergleichen in ihrer Metaanalyse den Effekt von Hausarztfortbildung als Teil hoch komplexer „Collaborative-Care“-Interventionen und finden keinen signifikanten Einfluss auf depressive Symptomatik. Sie schlussfolgern, dass offenkundig andere Teilaspekte sehr viel wirksamer und ausschlaggebender für den Erfolg der Intervention sind. Betrachtet man nun die Einzelstudien (von denen Pyne et al. 2003; Rost et al. 2001; Rost et al. 2005; Schoenbaum et al. 2001; Sherbourne et al. 2001 und Wells et al. 2000 auch in der Metaanalyse inkludiert sind), gegliedert nach Komplexitätsgrad und Stellung des Hausarzttrainings, so zeigen sich keine Effekte, wenn das Training als singuläre Intervention angeboten wird (Gask et al. 2004; King et al. 2002, Qualität mittel und niedrig). Wird zusätzlich noch mittels Implementierung von Versorgungsleitlinien interveniert, so zeigt sich zumindest für die depressive Symptomatik ein kurzfristiger Effekt (Kendrick et al. 2001, Qualität mittel) nach sechs Wochen. Dies scheint schlüssig mit den Ergebnissen der Studien, die die Auswirkungen einer Leitlinien-Implementierung in den Fokus stellten. Sowohl mittelfristig (sechs Monate, Rost et al. 2001) als auch langfristig (zwölf Monate, Pyne et al. 2003 und 24 Monate, Rost et al. 2005) zeigen sich hier signifikant bessere Ergebnisse für die Patienten in der Interventionsgruppe. Diese Ergebnisse sind besonders in Hinblick auf die hohe Qualität der Studien beachtenswert. Auch die qualitativ niedriger einzustufende Studie von Worrall et al. (1999) zeigt mittelfristig Vorteile für die Patienten der Interventionsgruppe. Studien mit komplexen Interventionsprogrammen ohne besonderen Fokus auf Hausarztfortbildungen zeigen sowohl mittel- als auch langfristig positive Effekte zugunsten der Kontrollgruppe (Llewellyn-Jones et al. 1999; Wells et al. 2000, Qualität jeweils niedrig), während nach 24 Monaten kein Effekt mehr nachweisbar ist (Sherbourne et al. 2001).

Bowers Metaanalyse (Bower et al. 2006) kann zwar aufgrund der Heterogenität der eingeschlossenen Studien nur unter Vorbehalt interpretiert werden, zeigt jedoch die Richtung des Effekts von Anteilen der Hausarztfortbildung in Einklang mit den berichteten Studien an. Wie Gask et al. (2004) ebenfalls diskutieren, scheinen Interventionen, die ausschließlich auf das Training von Hausärzten abzielen (siehe auch King et al. 2002), ineffektiv zu sein. Mit zunehmendem Komplexitätsgrad der Interventionen steigt auch deren Effektivität (Implementierung von Guidelines), wobei die Rolle des Trainings der Hausärzte unklar bleibt. Komplexe Interventionen zeigen trotz Qualitätseinschränkungen am zuverlässigsten positive Effekte. Bower et al. 2006 berichten eine Effektstärke für Collaborative Care von $d=0,24$ bezogen auf depressive Symptomatik, jedoch scheint der Anteil des Hausarzttrainings gering.

Es gibt starke Evidenz dafür, dass Hausarztfortbildung

- als Einzelstrategie/singuläre Intervention nicht zu einer Symptomreduktion führt (Evidenz Ib, Gask et al. 2004; King et al. 2002),
- in Kombination mit einer Versorgungsleitlinien-Implementierung zumindest kurz- oder mittelfristig zu Symptomreduktion führt (Evidenz Ib, Rost et al. 2001; Thompson et al. 2000; Worrall et al. 1999),
- als Teil einer komplexen Interventionsstrategie nicht ausschlaggebend für eine Symptomreduktion ist (Evidenz Ia, Bower et al. 2006).

Wie Lin et al. (2001) treffend schlussfolgern: „Physician education is a necessary but insufficient strategy“, ist ein reines Hausarzttraining eine notwendige, aber keine effektive und ausreichende Strategie zur Behandlung von Depressionen.

4.3.2 Telemedizin

Telemedizinische Ansätze zur Unterstützung von Diagnostik und Therapie lassen sich a) hinsichtlich des eingesetzten Mediums und b) hinsichtlich des Interventionsgrades charakterisieren (Parikh et al. 2009). Die aufgeführten Metaanalysen unterscheiden sich stark bezüglich ihres Fokus'. Während Bee et al. (2008) sowohl Studien zu Disease Management als auch zu Psychotherapie auswerten und eine mittlere Effektstärke von $d=0,44$ berechnen, fokussieren Mohr et al. (2008) auf Psychotherapievermittlung und berichten eine Effektstärke von $d=0,26$. Spek et al. (2007a) hingegen analysieren nur Studien des Mediums Internet und fassen diese zu einer Effektstärke von $d=0,22$ zusammen. Mohr et al. (2008) stellen fest, dass die Effektstärke verglichen mit Face-to-Face-Psychotherapie (vs. Kontrollgruppe) leicht geringer ist (bei persönlicher Psychotherapie werden Effektstärken von $d=0,44$ berichtet). Für internetbasierte Interventionen zeigen Clarke et al. (2002; 2005) und Christensen et al. (2004) steigende Effektstärken mit steigendem/r Therapeutenkontakt/Therapieintensität. Da alle Studien in der Metaanalyse von Spek et al. (2007a) inkludiert sind, wird an dieser Stelle auf die detaillierte Darstellung von Ergebnissen verzichtet. Disease Management via Telefon (hier unter Nurse TeleCare zusammengefasst) wurde in vier Studien untersucht (Datto et al. 2003; Dietrich et al. 2004; Hunkeler et al. 2000; Simon et al. 2000). Trotz Variation der Interventionen zeigen alle Studien mittelfristig (4 bis 6 Monate) positive Effekte im Sinne einer Symptomreduktion. Als Vergleichsgruppe diente hier immer eine Kontrollgruppe, die keine zusätzlichen Angebote als die üblichen (Usual Care) er-

hielt. Die unter dem Punkt „Telefonische Interventionen mit Psychotherapie-Anteilen“ zusammengefassten Studien (Ludman et al. 2007; Simon et al. 2004; Simon et al. 2009; Tutty et al. 2000) beziehen sich allesamt auf die gleiche Stichprobe (Tutty et al. (2000) ist die Pilotstudie dazu). Sie zeigen sowohl kurz- als auch mittel- und langfristig positive Effekte der Intervention, bei der in einer der Interventionsgruppen verhaltenstherapeutische Elemente vermittelt werden. Diese Interventionsgruppe zeigt sich der Disease-Management-Interventionsgruppe und der Usual-Care-Kontrollgruppe überlegen (Simon et al. 2004; Simon et al. 2009). Besonders hervorzuheben sind diese Ergebnisse aufgrund der Tatsache, dass in der Kontrollgruppe (im Rahmen der üblichen Versorgung) ebenfalls aktiv interveniert wurde, d. h. diese Patienten mit Antidepressiva behandelt wurden.

Die Vermittlung von Psychotherapie über das Telefon scheint bislang wenig detailliert erforscht. So ließen sich nur drei Studien unter diesem Punkt zusammenfassen. Während Lynch et al. (2004) Problem-Solving-Therapie vermittelten, wurde bei Miller und Weissman (2002) interpersonelle Psychotherapie als Interventionsmethode genutzt. Diese beiden Studien zogen für die Kontrollgruppe die Usual-Care-Bedingung heran, wobei nur Miller und Weissman einen signifikanten Effekt der Intervention aufzeigen konnten. Ruskin et al. (2004) wiederum stellt die einzige Studie dar, die als Vergleichsgruppe Face-to-Face-Psychotherapie-Patienten wählte. Beide Interventionen erweisen sich als wirksam, es zeigt sich jedoch kein Unterschied zwischen den Gruppen.

Es zeigt sich sowohl in den Metaanalysen als auch in den Einzelstudien, dass die Effekte von telemedizinischen Interventionen immer denen der Usual-Care-Gruppe überlegen sind. Es gibt starke Evidenz dafür, dass telemedizinische Interventionen

- via Internet effektiver sind, je mehr Therapeutenkontakt/Kontakt überhaupt angeboten wird (Evidenz Ia, Bee et al. 2008; Christensen et al. 2004; Clarke et al. 2005),
- via Telefon als Disease-Management-Programme mit geringen inkrementellen Kosten effektiv sind (Evidenz Ib, Datto et al. 2003; Dietrich et al. 2004; Hunckeler et al. 2000; Simon et al. 2000),
- mit Psychotherapieanteilen (kognitive Verhaltenstherapie) sowohl kurz- als auch mittel- und langfristig effektiv sind (Evidenz Ib, Christensen et al. 2004; Ludman et al. 2007; Simon et al. 2004; Simon et al. 2009; Tutty et al. 2000),
- psychotherapeutischer Art im Vergleich zu Face-to-Face-Interventionen gleich effektiv sind (Evidenz Ia, Bee et al. 2008; Ruskin et al. 2004).
- Es gibt bisher unzureichende/widersprüchliche Evidenz dafür, dass telemedizinische Interventionen rein psychotherapeutischer Art (IPT, PST) im Vergleich zu Usual Care wirksam sind (Evidenz Ib, je 1 RCT (Lynch et al. 2004; Miller und Weissman 2002) mit widersprüchlichen Ergebnissen).

4.3.3 Computergestützte kognitive Verhaltenstherapie

Eine umfangreiche Metaanalyse von Spek et al. (2007a) kommt in ihrer Analyse von vier Studien zu einer Effektstärke von $d=0,22$ (Qualität hoch), wobei eine Studie von Andersson et al. (2005), die mit $d=0,96$ kurzfristig große Effekte zeigen konnte, aus den Analysen ausgeschlossen wurde, um die Heterogenität zu senken (Qualität mittel). Sie ist daher auch an dieser Stelle als Ausreißer zu betrachten.

Verglichen mit Patienten, die Wartelisten zugeteilt wurden, konnten Clarke et al. (2005) unter erhöhtem Therapeutenkontakt durch Erinnerungsnotizen (Qualität niedrig) und Spek et al. (2007b) (Qualität hoch) kurzfristig Effektgrößen im Bereich von $d=0,22$ bis $d=0,55$ zeigen. Lediglich Clarke et al. (2002) konnten keine positiven Effekte der internetbasierten Intervention finden; ihre Studie ist jedoch durch hohe Drop-Out-Raten nur eingeschränkt generalisierbar (Qualität mittel). Christensen et al. (2006) und Wright et al. (2005) verglichen den Effekt internetbasierter kognitiver Verhaltenstherapie mit anderen Therapiemethoden. Bei Christensen et al. wurden die Wirkkomponenten und die erforderliche Dauer des Programms mit der Vergleichsgruppe eines stark verkürzten Moduls verglichen und bei Wright et al. wurde die normale Verhaltenstherapie in der Experimentalgruppe durch neun Internetsitzungen komplementiert und mit der Wartelistegruppe verglichen (Qualität jeweils niedrig). Christensen et al. schlussfolgern, dass ein längeres Modul zur kognitiven Verhaltenstherapie die Wirksamkeit der Intervention steigert (im Bereich von $d=0,20$ – $0,40$ verglichen mit einem Kurzmodul). Wright et al. konnten zeigen, dass eine Fortführung der Therapie online die Wirksamkeit der begonnenen Verhaltenstherapie nicht schmälert, gleichzeitig aber Ressourcen in Form von Therapeutenkontakt einspart. Im Vergleich zur Wartelistekondition zeigt sich kurzfristig ein Effekt von $d=1,14$.

Langfristig haben bisher nur Spek et al. (2008) Effekte untersucht – für internetbasierte Verhaltenstherapie bleiben diese im Vergleich zur Kontrollgruppe mit $d=0,53$ bestehen. Parikh et al. (2009) statuieren im Namen des Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments eine Level-2-Evidenz mit einer nachgestellten Empfehlung.

Es gibt starke Evidenz dafür, dass internetbasierte Verhaltenstherapie

- für depressive Symptome zumindest kurzfristig effektiv ist (Evidenz Ia, eine Metaanalyse (Spek et al. 2007a) und 5 RCTs (Andersson et al. 2005; Christensen et al. 2006; Christensen et al. 2004; Spek et al. 2008; Spek et al. 2007b)),
- für schwere depressive Symptome zu Symptomverbesserung führt (Evidenz Ib, Clarke et al. 2005),
- als komplementärer Ansatz zur klassischen Verhaltenstherapie Therapeutenzeit reduziert und gleichsam wirksam ist (Evidenz Ib, Wright et al. 2005).
- Es gibt bisher keine Evidenz dafür, dass internetbasierte Verhaltenstherapie für Major Depression effektiv ist (keine Studien vorliegend).

4.3.4 Psychoedukation und Selbstmanagement

Psychoedukation umfasst eine Reihe von Maßnahmen, angefangen bei reiner Informationsvermittlung bis hin zu komplexen Krankheitsbewältigungs-Maßnahmen. In der Nationalen Versorgungsleitlinie wird folgende Definition gegeben: „[Psychoedukationsmaßnahmen sind] systematische didaktisch-psychotherapeutische Interventionen..., die dazu geeignet sind, Patienten und ihre Angehörigen über die Krankheit und ihre Behandlung zu informieren, das Krankheitsverständnis und den selbstverantwortlichen Umgang mit der Krankheit zu fördern und sie bei der Krankheitsbewältigung zu unterstützen. Im Rahmen einer Psychotherapie bezeichnet Psychoedukation denjenigen Bestandteil der Behandlung, bei dem die aktive Informationsvermittlung, der Austausch von Informati-

onen unter den Betroffenen und die Behandlung allgemeiner Krankheitsaspekte im Vordergrund stehen.“ (Bäumel et al. 2003; zitiert nach DGPPN et al. (DGPPN, BÄK, KBV, AWMF, AkdÄ, BpTK, BApK, DAGSHG, DEGAM, DGPM, DGPs, DGRW für die Leitliniengruppe Unipolare Depression 2009), S. 80f).

Die deutsche S3-Leitlinie/Nationale Versorgungsleitlinie vergibt für ergänzende psychoedukative Maßnahmen einen B-Empfehlungsgrad (DGPPN, BÄK, KBV, AWMF, AkdÄ, BpTK, BApK, DAGSHG, DEGAM, DGPM, DGPs, DGRW für die Leitliniengruppe Unipolare Depression 2009). Die Grenzen zur Psychotherapie sind zeitweise fließend, was sich in folgender Untergliederung der Maßnahmen niederschlägt.

Bei der Extraktion konnten vier Metaanalysen identifiziert werden. Pinquart und Sörensen (2001) und Pinquart et al. (2007) untersuchten Effekte des Konstrukts „Psychoedukation“ im Allgemeinen (als Wissens- und Fähigkeitserweiterung unter Einschluss von Bibliothherapie und Gruppendiskussionen) bei einem Personenkreis von Patienten über 55 bzw. 60 Jahren. Da die Analysen von 2007 mehr Studien einschlossen, die keine signifikante Heterogenität aufwiesen und auch die Studie selbst von hoher Qualität ist, ist eine mittlere Effektstärke von $d=0,70$ als valide einzustufen. Die Metaanalyse von Cuijpers et al. (2008), mittlere Qualität, kommt bei einem Vergleich von Formaten der Psychotherapie (Einzel-/Gruppe-/Bibliothherapie) zu einer ähnlich hohen Effektstärke ($d=0,87$). Das Format Bibliothherapie zeigt in der Metaregression keinen Unterschied in der Effektstärke verglichen mit Einzel- und Gruppensettings. Auch die Analysen von Anderson et al. (2005) zeigen für ein spezielles Programm der Bibliothherapie mit minimalem Therapeutenkontakt signifikant hohe Effekte ($d=1,36$). Weiterhin wurde eine Metaanalyse zum Coping With Depression Course (CWD) inkludiert (Cuijpers et al. 2009a, Qualität mittel). Hier zeigt sich eine niedrige Effektstärke von $d=0,29$, was aufgrund der Heterogenität der inkludierten Studien (spezielle Stichproben und auch verschiedene Darreichungsformen des Programms) nicht überrascht.

Einzelintervention Edukation

Lediglich die Studie von Smit et al. (2006) berichtet über Ergebnisse einer Intervention, bei der Psychoedukation im Rahmen eines größeren Interventionsprogramms dargeboten wurde¹. Kurz- und mittelfristig zeigen sich keine Unterschiede in den BDI (Beck's Depression Inventory)-Punktwerten von Kontroll- und Vergleichsgruppe.

Gruppenpsychoedukation

Zur Gruppenpsychoedukation liegen drei RCT-Studien vor (alle mit niedriger Qualität). Sowohl bei Brown et al. (2004) als auch bei Hansson et al. (2008) liegt keine rein depressive Stichprobe vor. Dennoch zeigen sich sowohl in diesen beiden Studien als auch bei Haringsma et al. (2006) (unter Verwendung des CWD-Kurses) kurzfristig (bei fehlenden Angaben zu mittel- und langfristigen Effekten) signifikante Symptomverbesserungen in den Interventionsgruppen. Brown et al. (2004) und Ha-

¹ Selbstverständlich gibt es noch mehr komplexe Programme, bei denen Psychoedukation ein Baustein sein kann; es wurde jedoch darauf verzichtet diese zu inkludieren, wenn die Edukation selbst nicht als Hauptbestandteil identifiziert wurde. Dies war bei Smit et al. 2006 der Fall.

ringsma et al. (2006) zeigen höhere Effektstärken, wenn nur Personen mit mittel- bis hochgradiger Depression analysiert werden. In zwei weiteren Studien (Spek et al. 2008; Spek et al. 2007b) wird Gruppenebildung für eine Interventionsgruppe dargeboten. Auch in diesen Studien zeigen sich signifikante Symptomverbesserungen im Vergleich zur Kontrollgruppe, hier jetzt auch langfristig.

Mediengestützte Edukation/Selbsthilfe

Unter diesem Punkt sind alle Studien zusammengefasst, die die Edukation mittels eines Mediums unterstützen. Hierbei bot sich nach Durchschau der Studien eine weitere Untergliederung hinsichtlich des Mediums an. So werden zuerst die Studien zur Bibliothherapie und danach internetbasierte Studien aufgeführt.

Bibliothherapie

Es wurden fünf Studien zur Bibliothherapie inkludiert (drei von niedriger Qualität, zwei Studien von hoher Qualität). Von diesen zeigen Floyd et al. (2004) kurzfristig eine signifikante Verbesserung der Symptomatik (bei hohen Effektstärken), die jedoch im Follow-up nach 24 Monaten nicht mehr nachweisbar ist (Floyd et al. 2006). Anzumerken ist bereits an dieser Stelle die extrem kleine Stichprobe. Willemse et al. (2004) können unter Verwendung eines CWD-basierten Programms für klinisch relevante, aber unter klinischen Cut-offs liegende Depression (langfristig) eine signifikante Symptomreduktion nachweisen. Lovell et al. (2008) und Salkovskis et al. (2006) zeigen kurz-, mittel- und langfristig keine signifikanten Unterschiede in der Interventionsgruppe im Vergleich zur Kontrollgruppe (in beiden Studien Usual Care), bei einer kleinen Effektstärke von $d=0,18$.

Internetbasierte Selbsthilfe

Sechs Studien (alle CWD-basiert) berichten Ergebnisse internetbasierter Interventionen. Während Clarke et al. (2002) und Clarke et al. (2009) keine signifikante Symptombesserung berichten, können selbige Autoren unter Zuhilfenahme von Erinnerungstützen mittelfristig signifikante Verbesserungen zeigen (Qualität jeweils mittel). Spek et al. (2008; 2007b) zeigen jeweils in derselben Stichprobe sowohl kurz- als auch langfristig signifikant positive Effekte der Intervention, einhergehend mit mittelgroßen Effektstärken. Im gleichen Bereich liegen auch die Ergebnisse von Warmerdam et al. (2008).

Der Einbezug verschiedener speziellerer Stichproben in die Metaanalysen erschwert eine Einordnung und Bewertung der Ergebnisse der Einzelstudien. Dies führt wahrscheinlich auch zu den widersprüchlichen Ergebnissen der Metaanalysen von Anderson et al. (2005) und Cuijpers et al. (2008) und der berichteten Einzelstudien. Auffällig ist, dass neuere Studien, die nicht in den Metaanalysen enthalten sind, eher keine signifikanten Ergebnisse berichten. Denkbar ist eventuell, dass im Zuge der medialen Bereitstellung von Selbsthilfeangeboten wie Bücher und Internetseiten diese Interventionsmöglichkeiten praktisch zur generellen Versorgung zählen, weil viele Patienten sie in Anspruch nehmen können und somit Effekte speziellerer Bibliothherapie nicht mehr nachweisbar sind, da die Kontrollgruppe ebenfalls Zugang zu einem breit gefächerten Angebot an Selbsthilfen hat. Die Bibliothherapie als Format ist relevant und auch im Rahmen

des *Coping With Depression Course* zeigen sich positive Effekte (Willemse et al. 2004). Selbsthilfe über das Internet ist augenscheinlich ein effektives Verfahren, bei dem das Problem der Interventionsabbrecher noch zu lösen sein wird. Zur Kosteneffektivität liegen bisher keine Studien vor.

Es gibt *starke* Evidenz dafür, dass Psychoedukation

- in Gruppensettings wirksam ist (Evidenz Ib, Brown et al. 2004; Hansson et al. 2008; Haringsma et al. 2006),
- im Rahmen des *Coping With Depression Course* zu signifikanter Symptomreduktion führt (Evidenz Ia, Clarke et al. 2002; Clarke et al. 2005; Clarke et al. 2009; Cuijpers et al. 2009a; Haringsma et al. 2006; Spek et al. 2008; Spek et al. 2007b; Warmerdam et al. 2008; Willemse et al. 2004),
- für ältere Erwachsene eine effektive Intervention ist (Evidenz Ia, Floyd et al. 2004; Floyd et al. 2006; Haringsma et al. 2006; Piquart et al. 2007; Piquart/Sörensen 2001),
- Selbsthilfe über das Internet effektiv sein kann (Evidenz Ib, Clarke et al. 2005; Spek et al. 2008; Spek et al. 2007b; Warmerdam et al. 2008),
- zur Verbesserung des Informationsstandes, der Akzeptanz und der Patientenmitarbeit ergänzend angeboten werden sollte (Evidenz IV, DGPPN, BÄK, KBV, AWMF, AkdÄ, BPTk, BA_pK, DAGSHG, DEGAM, DGPM, DGPs, DGRW für die Leitliniengruppe Unipolare Depression 2009).
- Es gibt bisher unzureichende/widersprüchliche Evidenz dafür, dass Psychoedukation im Rahmen von Bibliothherapie wirksam ist (Evidenz Ia, zwei Metaanalysen (Piquart et al. 2007; Piquart und Sörensen 2001) und 5 RCTs (Cuijpers et al. 2008; Floyd et al. 2004; Floyd et al. 2006; Lovell et al. 2008; Salkovskis et al. 2006; Willemse et al. 2004) mit widersprüchlichen Ergebnissen).

4.3.5 Psychotherapeutische Kurzinterventionen

Im Zuge von Versorgungsengpässen rücken zunehmend auch psychotherapeutische Kurzinterventionen in den Fokus von Forschung und Praxis. Aufgrund der Heterogenität der Studien und Interventionen werden im Folgenden die Ergebnisse zur Wirksamkeit nach Interventionsart gegliedert dargestellt. Die Metaanalysen werden bei den jeweiligen Interventionen berichtet.

Beratungsansätze (Counselling)

Zum Einsatz von Beratung in Hausarztpraxen liegt eine Metaanalyse von Bower et al. (2003) (Qualität hoch) vor. Den Kurzeffekt der Beratung beziffern Bower et al. auf $d=0,28$ zugunsten der behandelten Gruppen. Langzeiteffekte zeigen sich nicht ($d=0,07$). Problematisch zeigt sich hier das Zusammenfassen von Ergebnissen zu Effektstärken, unabhängig von Baseline-Charakteristika. Sowohl Bower et al. (2000) und King et al. (2000) (alle Qualität mittel) als auch Friedli et al. (2000) (Qualität niedrig) berichten in Varianzanalysen keinen Gruppeneffekt, höchstens eine Zeit x Gruppe-Interaktion (zusammengefasst von King et al. 2000). Es kann festgehalten werden, dass Beratung offensichtlich zu einer schnelleren kurzfristigen Symptomverbesserung führt, langfristig jedoch keine Effekte nachweisbar sind, wenn Usual-Care-Kontrollgruppen bemüht werden. Wie bei Bower et al. (2003) ersichtlich, stellt die Studie von Bedi et al. (2000) (Qualität niedrig) insofern eine

Ausnahme dar, als die Kontrollgruppe aus Patienten mit Antidepressiva-Behandlung bestand. Hier stehen die nicht gefundenen Unterschiede zwischen den Gruppen für eine gleiche Wirksamkeit von Medikation und Beratung im hausärztlichen Setting. Die Verallgemeinerung der Ergebnisse scheint jedoch nur bedingt möglich, da in der Studie besonders gut ausgebildete Berater zum Einsatz kamen. Auch King et al. (2000) vergleichen Beratungsansätze zusätzlich noch mit der Wirksamkeit von kognitiver Therapie und finden keine signifikanten Unterschiede.

Brief Behavioral Activation Treatment

Eine Studie, die den Effekt gezielten und systematischen Aktivitätsaufbaus in kurzen Sitzungen untersucht, zeigt einen Effekt von $d=0,73$ direkt nach der Intervention (Hopko et al. 2003) (Qualität niedrig). Die Generalisierbarkeit dieser Studie ist jedoch eingeschränkt, da Patienten, die bereits in einem psychiatrischen Krankenhaus aufgenommen waren, als Stichprobe dienten. Die Patienten der Kontrollgruppe erhielten ebenfalls supportive Psychotherapie, sodass dem Ansatz des Aktivitätsaufbaus zumindest kurzfristig Überlegenheit zu attestieren ist.

Mindfulness-Based Cognitive Therapy

Der Ansatz der *Mindfulness-Based Cognitive Therapy* richtet sich vor allem an Patienten mit chronischer/rezidivierender Depression, wobei Rückfälle verhindert werden sollen. Daher inkludierten die vorliegenden Studien Patienten mit mindestens zwei früheren Episoden und aktuell keiner oder nur leichter depressiver Symptomatik. Teasdale et al. (2000) (Qualität hoch) und Ma und Teasdale (2004) (Qualität mittel) berichten übereinstimmend langfristig positive Effekte vor allem für die Gruppe derer, die mindestens drei frühere Episoden aufweist ($d=0,53$ und $d=0,88$). Auch Kuyken et al. (2008) (Qualität hoch) finden positive Effekte für diese Gruppe, wobei in dieser Studie sowohl in der Interventions- als auch in der Kontrollgruppe Antidepressiva-Medikation erfolgte.

Problem Solving Therapy

Cuijpers et al. (Cuijpers et al. 2007) führten eine Metaanalyse hoher Qualität zur *Problem Solving Therapy* (PST) durch und zeigten eine hohe Effektstärke (Post-treatment) von $d=0,88$. In der Übersicht zu den Effekten der einzelnen Studien wird klar, dass die Studien neueren Datums diejenigen sind, die keine signifikanten Effekte zeigen (Barrett et al. 2001; Lynch et al. 2004; Mynors-Wallis LM 2000; Williams et al. 2000). Eine Ausnahme stellt die Analyse von Dowrick et al. (2000) dar, bei der zumindest mittelfristig signifikante Effekte für PST gezeigt werden konnten (Qualität hoch). Die Subgruppen-Analyse im Rahmen der Metaanalyse zeigt einen signifikanten Einfluss der Art der Kontrollgruppe auf die Effektstärke, der auch bei den Einzelstudien relevant ist. So zeigen Studien mit Warteliste-Kontrollgruppe größere Effektstärken ($d=1,61$), während Studien mit Usual-Care-Kontrollgruppen (Dowrick et al. 2000; Lynch et al. 2004) eine mittlere Effektstärke von $d=0,27$ berichten. Die kleinsten Effekte zeigen Studien mit Medikamenten-Placebo in der Kontrollgruppe (Barrett et al. 2001).

Psychodynamic Counselling

Aufgrund der Unterschiedlichkeit zu allgemeinen Beratungsansätzen wird psychodynamische Beratung hier separat aufgeführt. Zwei Studien (jeweils mit demselben Sample, jedoch bei Simpson et al. (2003) unter Ausschluss zweier Zentren, die nicht psychodynamisch arbeiteten) hoher Qualität berichten im Vergleich zu Usual-Care-Kontrollgruppen keine signifikanten Effekte der Intervention.

Short Psychodynamic Supportive Psychotherapy

Zwei Studien untersuchten den Effekt von *Short Psychodynamic Supportive Psychotherapy* jeweils im Vergleich zu einer Patientengruppe mit Antidepressiva-Behandlung (Dekker et al. 2008; Jonghe et al. 2004). Zeigte sich die Antidepressiva-Gruppe bei de Jonghe et al. (2004) (Qualität hoch) im Vergleich zur Therapiegruppe nur zu einem Zeitpunkt signifikant gebessert, so ist dies bei Dekker et al. (2008) (Qualität niedrig) kurzfristig zu allen Zeitpunkten der Fall.

Entspannungsverfahren

Es liegen zwei Metaanalysen zu Relaxationsverfahren bei Depressionen vor, wobei die darin inkludierten Studien alle vor 1999 veröffentlicht wurden (Jorm et al. 2008; Stetter und Kupper 2002). Während Jorm et al. (2008) (Qualität hoch) sämtliche Arten von Entspannungstechniken inkludieren (darunter auch Massagetherapie, die hier aufgrund ihres passiven Charakters nicht als psychotherapeutische Maßnahme gewertet werden kann), fassen Stetter und Kupper (2002) (Qualität niedrig) drei Studien zum autogenen Training zusammen. In beiden Analysen zeigt sich ein mittelgroßer Effekt im Vergleich zu einer Warteliste-Kontrollgruppe (sowohl unmittelbar als auch kurzfristig). Im Vergleich zu anderen psychotherapeutischen Verfahren und auch Medikation zeigen sich Entspannungstechniken allein unterlegen (negative mittlere Effektstärken).

Es gibt starke Evidenz dafür, dass Kurzintervention

- in Form von Beratung zumindest kurzfristig wirksam ist (Evidenz Ia, Bower et al. 2003; King et al. 2000),
- in Form von Beratung nicht mit höheren Kosten einhergeht, u. U. sogar weniger Folgekosten verursacht (Evidenz Ib, Bower et al. 2000; King et al. 2000; Miller et al. 2003),
- in Form von Beratung im Hausarztsetting anderen Interventionsmethoden (VT, Antidepressiva) nicht unterlegen ist (Evidenz Ia, Bedi et al. 2000; Bower et al. 2003; Chilvers et al. 2001),
- in Form von *Behavioral Activation Treatment* in einem klinischen Setting kurzfristig wirksamer ist, als supportive Psychotherapie (Evidenz Ib, Hopko et al. 2003),
- in Form von *Mindfulness-Based Cognitive Therapy* für Patienten mit mehr als drei früheren Episoden effektiv und effizient Rückfälle verhindern kann (Evidenz Ib, Kuyken et al. 2008; Ma und Teasdale 2004; Teasdale et al. 2000),
- in Form von *Psychodynamic Counselling* nicht wirksamer ist als Usual Care (Evidenz Ib, Simpson et al. 2000; Simpson et al. 2003),
- in Form von *Short Psychodynamic Supportive Psychotherapy* nicht wirksamer ist als eine Behandlung mit Antidepressiva (Evidenz Ib, Dekker et al. 2008; Jonghe et al. 2004),

- in Form von Entspannungsverfahren zwar im Vergleich zu Warteliste-Kontrollgruppen, nicht aber im Vergleich zu Psychotherapie-/Antidepressiva-Vergleichsgruppen effektiv ist (Evidenz Ia, Jorm et al. 2008; Stetter/Kupper 2002).
- Es gibt bisher unzureichende/widersprüchliche Evidenz dafür, dass Kurzintervention in Form von *Problem Solving Therapy* im Hausarztsetting wirksam ist (Evidenz Ia, Barrett et al. 2001; Metaanalyse (Cuijpers et al. 2007) und sechs aktuelle RCTs (Barrett et al. 2001; Dowrick et al. 2000; Lynch et al. 2004; Myrnes-Wallis LM 2000; Williams et al. 2000) mit widersprüchlichen Ergebnissen).

4.3.6 Case Management

Case Management umfasst eine Vielzahl von Interventionsgraden und -möglichkeiten. Gensichen et al. (2006) definieren Case Management für ein systematisches Review wie folgt: „(...) taking responsibility for following patients; determining whether patients were continuing the prescribed treatment as intended; assessing whether depressive symptoms were improving; and taking action when patients were not adhering to guideline-based treatment or when they were not showing expected improvement.“

Fünf Komponenten sind hierbei vom Case Manager abzudecken: (1) Identifikation von Patienten mit Interventionsbedarf, (2) Evaluierung dieses Bedarfs, (3) Entwicklung eines Behandlungsplans, (4) Koordination der Hilfen und (5) Symptomerfassung und ggf. Alteration der Behandlung. Hinsichtlich der Abgrenzung der Begrifflichkeiten des „Care Management“ ließ sich keine klare Trennung feststellen, sodass folgend auch Care-Management-Ansätze inkludiert sind. Intensives Case Management umfasst ein breites Aufgabenspektrum und lässt sich sowohl von verschiedenen Formen innerhalb des Ansatzes als auch gegenüber anderen Konzepten wie *Assertive Community Treatment* nicht immer scharf abgrenzen.

Es liegen drei Metaanalysen vor (Bower et al. 2006; Gensichen et al. 2006; Gilbody S. Bower 2006). Bower et al. und Gilbody S. Bower greifen hierbei auf eine ähnliche Studienbasis zurück; bei Gensichen et al. reduzierte sich die Studienzahl aufgrund strikterer Ausschlusskriterien. Bei größerer Heterogenität der Studien (Bower et al. 2006; Gilbody S. Bower 2006) finden die Autoren eine Effektstärke von $d=0,24$ bzw. $d=0,25$ (Qualität hoch und mittel). Signifikante Einflussfaktoren im Rahmen einer Metaregression sind die erfolgte Supervision der Case Manager sowie ein professioneller (psychiatrischer) Hintergrund der Case Manager. Gensichen et al. zeigen bei nicht signifikanter Heterogenität eine Effektstärke von $d=0,40$ (Qualität hoch). Da die Metaanalysen hier schon alle berichteten Studien inkludieren, wird an dieser Stelle auf eine ausführliche Darstellung der Einzelstudienresultate verzichtet. Eine sinnvolle Zusammenfassung und Auswertung auf rein deskriptiver Ebene wäre im Hinblick auf die vorliegenden Metaanalysen redundant. Auf Einzelstudienbene zeigen 17 Studien kurz-, mittel- und langfristig positive Outcome-Variablen (Akerblad AC 2003; Alexopoulos et al. 2005b; Brook et al. 2003; Bruce et al. 2004; Datto et al. 2003; Dietrich et al. 2004; Hedrick et al. 2003; Hunkeler et al. 2000; Katon et al. 1999; Ludman et al. 2007; Pyne et al. 2003; Rost et al. 2001; Rost et al. 2005; Simon et al. 2000; Simon et al. 2004; Simon et al. 2009; Unützer et al. 2002; Wells et al. 2000), während sieben Studien keinen Vorteil der

Intervention zeigen konnten (Adler et al. 2004; Capoccia et al. 2004; Finley et al. 2003; Peveler et al. 1999; Sherbourne et al. 2001; Swindle et al. 2003; Whooley et al. 2000). Bei drei dieser Studien kamen Pharmazeuten als Case Manager zum Einsatz, die vor allem Aufklärung bezüglich der Medikamente vornahmen (Adler et al. 2004; Capoccia et al. 2004; Finley et al. 2003). Da die Kontrollgruppe in der Usual-Care-Bedingung hier auch Antidepressiva erhielt, erklärt sich, dass sich kein signifikanter Unterschied zeigt.

Es gibt starke Evidenz dafür, dass Case Management

- mittelfristig zu Symptomreduktion führt (Evidenz Ia, Akerblad AC 2003; Alexopoulos et al. 2005a; Alexopoulos et al. 2005b; Bower et al. 2006; Brook et al. 2003; Bruce et al. 2004; Datto et al. 2003; Dietrich AJ 2004; Dietrich et al. 2004; Gensichen et al. 2006; Gilbody S.Bower 2006; Hedrick et al. 2003; Katon et al. 1999; Ludman et al. 2007; Pyne et al. 2003; Rost et al. 2001; Rost et al. 2005; Simon et al. 2000; Simon et al. 2004; Simon et al. 2009; Unützer et al. 2002; Wells et al. 2000),
- durch Faktoren der Case Manager (Supervision, beruflicher Hintergrund) in seiner Wirksamkeit beeinflusst wird (Evidenz Ia, Bower et al. 2006; Gilbody S. Bower 2006).
- Es gibt bisher unzureichende/widersprüchliche Evidenz dafür, dass Case Management durch Pharmazeuten Einfluss auf die depressive Symptomatik hat (Evidenz Ib, Adler et al. 2004; Brook et al. 2003; Capoccia et al. 2004; Finley et al. 2003).

4.4 Ausblick

Die dargestellten Interventionsmaßnahmen geben einen ersten Eindruck, wie vielfältig und unterschiedlich sich innovative Maßnahmen zur Behandlung depressiver Erkrankungen präsentieren. Sie stellen dennoch nur einen Ausschnitt dar, bei dem einige vielversprechende Interventionen nicht besprochen werden konnten. So sind beispielsweise die ambulante psychiatrische Pflege zur aufsuchenden Behandlung von Patienten ebenso wie der Einsatz von *Mental Health Nurses* in der Hausarztpraxis im angloamerikanischen Raum durchaus bereits verbreitet und evaluiert. Diese Interventionen sind nur in wenigen Modellprojekten in Deutschland implementiert. Aufgrund der Fragmentierung der Versorgung in Deutschland ist die Interaktion von Hausärzten mit Fachärzten und anderen Akteuren des Gesundheitssystems eine Herausforderung. Eine bundesweite Studie, die sich auf über 20 000 Allgemeinärztpatienten im Erwachsenenalter bezog, zeigte, dass nur ca. ein Zehntel der depressiven Personen in spezialisierte psychologische oder psychiatrische Behandlung überwiesen wurden (Jacobi et al. 2002). An dieser Stelle zeigt sich ein Optimierungsbedarf der Versorgung depressiver Patienten, der zumindest teilweise durch die vorgestellten Interventionen und auch unter Einbezug telemedizinischer Ansätze bewältigt werden kann.

Dies ist insofern von Bedeutung, als sowohl nationale als auch internationale Leitlinien die Anwendung eines gestuften Behandlungsplans (*stepped care*) empfehlen (S3-Leitlinie DGPPN, BÄK, KBV, AWMF, AkdÄ, BPtK, BApK, DAGSHG,

DEGAM, DGPM, DGPs, DGRW für die Leitliniengruppe Unipolare Depression 2009; National Institute for Health and Clinical Excellence 2009). Die vorgestellten Interventionen decken größtenteils den ersten Schritt eines solchen Behandlungsplans ab. Eine unzureichende Behandlung beim Erstauftreten der Symptomatik kann bei ungefähr einem Fünftel der Patienten zu chronischen Verläufen führen (Rudolph et al. 2006). Vor dem Hintergrund dieser Chronifizierungsneigung sind Interventionen, die im niedrigschwelligen psychosozialen Bereich greifen und angewandt werden können, von zentraler Bedeutung, um diesen Patienten von Beginn an depressionsspezifische Hilfe zukommen zu lassen.

Wie dargestellt gibt es bislang zu einigen Interventionen, die international evaluiert wurden, noch keine Studien im deutschen Gesundheitssystem. Diese Lücke gilt es in den nächsten Jahren im Rahmen randomisiert-kontrollierter Studien zu schließen. Weiterhin ist eine effektive und sinnvolle Anwendung des Stepped-care-Ansatzes von einer zuverlässigen Diagnostik abhängig. Hierzu erscheint es sinnvoll, Hochrisikogruppen zu identifizieren und Besonderheiten depressiver Störungen (wie z. B. Depressionen im höheren Erwachsenenalter) in den Fokus der psychiatrischen Forschung zu rücken.

Literatur

- Adler DA, Bungay KM, Wilson IB, Pei Y, Supran S, Peckham E, Cynn DJ, Rogers WH. The impact of a pharmacist intervention on 6-month outcomes in depressed primary care patients. *Gen Hosp Psychiatry* 2004; 26: 199–209.
- Akerblad AC. Effects of an educational compliance enhancement programme and therapeutic drug monitoring on treatment adherence in depressed patients managed by general practitioners. *Int Clin Psychopharmacol* 2003; 18: 347–54.
- Alexopoulos GS, Katz IR, Bruce ML, Heo M, Ten Have T, Raue P, Bogner HR, Schulberg HC, Mulsant BH, Reynolds CF, III, PROSPECT Group. Remission in depressed geriatric primary care patients: a report from the PROSPECT study. *Am J Psychiatry* 2005a; 162: 718–24.
- Alexopoulos GS, Katz IR, Bruce ML, Heo M, Have T, Raue P, Bogner HR, Schulberg HC, Mulsant BH, Reynolds CF. Remission in depressed geriatric primary care patients: a report from the PROSPECT study. *Am J Psychiatry* 2005b; 162: 718–24.
- Anderson L, Lewis G, Araya R, Elgie R, Harrison G, Proudfoot J, Schmidt U, Sharp D, Weightman A, Williams C. Self-help books for depression: how can practitioners and patients make the right choice? *Br J Gen Pract* 2005; 55: 387–92.
- Andersson G, Bergström J, HollSndare F, Carlbring P, Kaldo V, Ekselius L. Internet-based self-help for depression: randomised controlled trial. *Br J Psychiatry*; 187: 456–61.
- Barrett JE, Williams JW, Oxman TE, Frank E, Katon W, Sullivan M, Hegel MT, Cornell JE, Sengupta AS. Treatment of dysthymia and minor depression in primary care: a randomized trial in patients aged 18 to 59 years. *J Fam Pract* 2001; 50: p. 405–12.
- Bedi N, Chilvers C, Churchill R, Dewey M, Duggan C, Fielding K, Gretton V, Miller P, Harrison G, Lee A, Williams I. Assessing effectiveness of treatment of depression in primary care. Partially randomised preference trial. *Br J Psychiatry* 2000; 177: 312–8.
- Bee PE, Bower PJ, Lovell K, Gilbody S, Richards D, Gask L, Roach P. Psychotherapy mediated by remote communication technologies: a meta-analytic review. *BMC Psychiatry* 2008; 8: 60.
- Bermejo I, Bachmann L, Kriston L, Harter M. [Depression treatment by psychiatrists – treatment strategies and experienced barriers from psychiatrists’ point of view]. *Psychiatr Prax* 2008; 35: 392–8.

- Bower PJ, Byford S, Sibbald B, Ward E, King M, Lloyd M, Gabbay M. Randomised controlled trial of non-directive counselling, cognitive-behaviour therapy, and usual general practitioner care for patients with depression. II: cost effectiveness. *BMJ (Clinical Research Ed.)* 2000; 321: 1389–92.
- Bower PJ, Gilbody S, Richards D, Fletcher J, Sutton A, 2006, Collaborative care for depression in primary care. Making sense of a complex intervention: systematic review and meta-regression. *Br J Psychiatry* 2000; 189: 484–93.
- Bower PJ, Rowland N, Hardy R. The clinical effectiveness of counselling in primary care: a systematic review and meta-analysis. *Psychol Med* 2003; 33: 203–15.
- Brook OH, van Hout HPJ, Nieuwenhuysea H, Haan M. Effects of coaching by community pharmacists on psychological symptoms of antidepressant users; a randomised controlled trial. *Eur Neuropsychopharmacol* 2003; 13: 347–54.
- Brown JSL, Elliott SA, Boardman J, Ferns J, Morrison J. Meeting the unmet need for depression services with psycho-educational self-confidence workshops: preliminary report. *Br J Psychiatry* 2004; 185: 511–5.
- Bruce ML, Have TR, Reynolds CF, Katz II, Schulberg HC, Mulsant BH, Brown GK, McAvay GJ, Pearson JL, Alexopoulos GS. Reducing suicidal ideation and depressive symptoms in depressed older primary care patients: a randomized controlled trial. *JAMA* 2004; 291: 1081–91.
- Capoccia KL, Boudreau DM, Blough DK, Ellsworth AJ, Clark DR, Stevens NG, Katon WJ, Sullivan SD. Randomized trial of pharmacist interventions to improve depression care and outcomes in primary care. *Am J Health Sys Pharm* 2004; 61: 364–72.
- Cartreine JA, Ahern DK, Locke SE. A roadmap to computer-based psychotherapy in the United States. *Harv Rev Psychiatry* 2010; 18: 80–95.
- Chilvers C, Dewey M, Fielding K, Grettton V, Miller P, Palmer B, Weller D, Churchill R, Williams I, Bedi N, Duggan C, Lee A, Harrison G. Antidepressant drugs and generic counselling for treatment of major depression in primary care. Randomised trial with patient preference arms. *BMJ (Clinical Research Ed.)* 2001; 322: 772–5.
- Christensen H, Griffiths KM, Mackinnon AJ, Brittliffe K. Online randomized controlled trial of brief and full cognitive behaviour therapy for depression. *Psychol Med* 2006; 36: 1737–46.
- Christensen H, Griffiths KM, Jorm AF. Delivering interventions for depression by using the internet. Randomised controlled trial. *BMJ (Clinical Research Ed.)* 2004; 328: 265.
- Clarke G, Eubanks D, Reid E, Kelleher C, O'Connor E, DeBar LL, Lynch F, Nunley S, Gullion C. Overcoming Depression on the Internet (ODIN) (2). A randomized trial of a self-help depression skills program with reminders. *JMIR* 2005; 7: e16.
- Clarke G, Kelleher C, Hornbrook M, DeBar L, Dickerson J, Gullion C. Randomized Effectiveness Trial of an Internet, Pure Self-Help, Cognitive Behavioral Intervention for Depressive Symptoms in Young Adults. *Cognit Behav Ther* 2009; 38: 222–34.
- Clarke G, Reid E, Eubanks D, O'Connor E, DeBar LL, Kelleher C, Lynch F, Nunley S. Overcoming depression on the Internet (ODIN). A randomized controlled trial of an Internet depression skills intervention program. *JMIR* 2004; 4: e14.
- Cohen J. *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences* (second ed). Lawrence Erlbaum Associates 1988.
- Cuijpers P. Bibliotherapy in unipolar depression: a meta-analysis. *J Behav Ther Exp Psychiatry* 1997; 28: 139–47.
- Cuijpers P, Muñoz RF, Clarke GN, Lewinsohn PM. Psychoeducational treatment and prevention of depression: the “Coping with Depression” course thirty years later. *Clin Psychol Rev* 2009a; 29: 449–58.
- Cuijpers P, van Straten A, van Schaik A, Andersson G. Psychological treatment of depression in primary care: a meta-analysis. *Br J Gen Pract* 2009b; 59: e51–e60.
- Cuijpers P, van Straten A, Warmerdam L. Problem solving therapies for depression: a meta-analysis. *Eur Psychiatr* 2007; 22: 9–15.
- Cuijpers P, van Straten A, Warmerdam L, Smits N. Characteristics of effective psychological treatments of depression: a metaregression analysis. *Psychother Res* 2008; 18: 225–36.
- Datto CJ, Thompson R, Horowitz D, Disbot M, Oslin DW. The pilot study of a telephone disease management program for depression. *Gen Hosp Psychiatry* 2003; 25: 169–77.

- Dekker JJM, Koelen JA, Van HL, Schoevers RA, Peen J, Hendriksen M, Kool S, van Aalst G, Jonghe F. Speed of action: the relative efficacy of short psychodynamic supportive psychotherapy and pharmacotherapy in the first 8 weeks of a treatment algorithm for depression. *J Affect Disord* 2008; 109: 183–8.
- DGPPN, BÄK, KBV, AWMF, AkdÄ, BpTK, BApK, DAGSHG, DEGAM, DGPM, DGPs, DGRW für die Leitliniengruppe Unipolare Depression. S3-Leitlinie/Nationale VersorgungsLeitlinie. Berlin, Düsseldorf: DGPPN, ÄZQ, AWMF 2009.
- Dietrich AJ, Oxman TE, Williams JW, Schulberg HC, Bruce ML, Lee PW, Barry S, Raue PJ, Lefever JJ, Heo M, Rost K, Kroenke K, Gerrity M, Nutting PA. Re-engineering systems for the treatment of depression in primary care: cluster randomised controlled trial. *BMJ (Clinical Research Ed.)* 2004; 329: 602.
- Dowrick C, Dunn G, Ayuso-Mateos JL, Dalgard OS, Page H, Lehtinen V, Casey P, Wilkinson C, Vazquez-Barquero JL, Wilkinson G. Problem solving treatment and group psychoeducation for depression: multicentre randomised controlled trial. Outcomes of Depression International Network (ODIN) Group. *BMJ (Clinical Research Ed.)* 2000; 321: 1450–4.
- Finley PR, Rens HR, Pont JT, Gess SL, Louie C, Bull SA, Lee JY, Bero LA. Impact of a collaborative care model on depression in a primary care setting: a randomized controlled trial. *Pharmacotherapy* 2003; 23: 1175–85.
- Floyd M, Rohen N, Shackelford JAM, Hubbard KL, Parnell MB, Scogin F, Coates A. Two-year follow-up of bibliotherapy and individual cognitive therapy for depressed older adults. *Behav Modif* 2006; 30: 281–94.
- Floyd M, Scogin F, McKendree-Smith NL, Floyd DL, Rokke PD. Cognitive therapy for depression: a comparison of individual psychotherapy and bibliotherapy for depressed older adults. *Behav Modif* 2004; 28: 297–318.
- Frei A, Ajdacic-Gross V, Rossler W, Eich-Hochli D. [Effects of depressive disorders on objective life quality criteria]. *Psychiatr Prax* 2004; 31: 298–303.
- Friedli K, King MB, Lloyd M. The economics of employing a counsellor in general practice: analysis of data from a randomised controlled trial. *Br J Gen Pract* 2000; 50: 276–83.
- Gask L, Dowrick C, Dixon C, Sutton C, Perry R, Torgerson D, Usherwood T. A pragmatic cluster randomized controlled trial of an educational intervention for GPs in the assessment and management of depression. *Psychol Med* 2004; 34: 63–72.
- Gensichen J, Beyer M, Muth C, Gerlach FM, Korff M, Ormel J. Case management to improve major depression in primary health care: a systematic review. *Psychol Med* 2006; 36: 7–14.
- Gilbody S, Bower. Collaborative care for depression: A cumulative meta-analysis and review of longer-term outcomes. *Arch Intern Med* 2006; 166: 2314–21.
- Gunther OH, Friemel S, Bernert S, Matschinger H, Angermeyer MC, König HH. [The burden of depressive disorders in Germany – results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD)]. *Psychiatr Prax* 2007; 34: 292–301.
- Hansson M, Bodlund O, Chotai J. Patient education and group counselling to improve the treatment of depression in primary care: a randomized controlled trial. *J Affect Disord* 2008; 105: 235–40.
- Haringsma R, Engels GI, Cuijpers P, Spinhoven P. Effectiveness of the Coping With Depression (CWD) course for older adults provided by the community-based mental health care system in the Netherlands: a randomized controlled field trial. *Int Psychogeriatr* 2006; 18: 307–25.
- Hedrick SC, Chaney EF, Felker B, Liu CF, Hasenberg N, Heagerty P, Buchanan J, Bagala R, Greenberg D, Paden G, Fihn SD, Katon W. Effectiveness of collaborative care depression treatment in Veterans' Affairs primary care. *JGIM* 2003; 18: 9–16.
- Hollon SD, Stewart MO, Strunk D. Enduring effects for cognitive behavior therapy in the treatment of Depress Anxiety. *Annu Rev Psychol* 2006; 57: 285–315.
- Hopko DR, Lejuez CW, LePage JP, Hopko SD, McNeil DW. A Brief Behavioral Activation Treatment for Depression: A Randomized Pilot Trial within an Inpatient Psychiatric Hospital. *Behav Modif* 2003; 27: 458–69.
- Hunkeler EM, Meresman JF, Hargreaves WA, Fireman B, Berman WH, Kirsch AJ, Groebe J, Hurt SW, Braden P, Getzell M, Feigenbaum PA, Peng T, Salzer M. Efficacy of nurse telehealth care

- and peer support in augmenting treatment of depression in primary care. *Arch Fam Med* 2000; 9: 700–8.
- Jacobi F, Hofler M, Meister W, Wittchen HU. [Prevalence, detection and prescribing behavior in depressive syndromes. A German federal family physician study]. *Nervenarzt* 2002; 73: 651–8.
- Jonghe F, Hendricksen M, van Aalst G, Kool S, Peen V, Van R, van den Eijnden E, Dekker J. Psychotherapy alone and combined with pharmacotherapy in the treatment of depression. *Br J Psychiatry* 2004; 185: 37–45.
- Jorm AF, Morgan AJ, Hetrick SE. Relaxation for depression. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2008; CD007142.
- Katon W, Von Korff M, Lin E, Simon G, Walker E, Unutzer J, Bush T, Russo J, Ludman E. Stepped collaborative care for primary care patients with persistent symptoms of depression: a randomized trial. *Arch Gen Psychiatry* 1999; 56: 1109–15.
- Kendrick T, Stevens L, Bryant A, Goddard J, Stevens A, Raftery J, Thompson C. Hampshire depression project: changes in the process of care and cost consequences. *Br J Gen Pract* 2001; 51: 911–3.
- Kessler RC, Heeringa S, Lakoma MD, Petukhova M, Rupp AE, Schoenbaum M, Wang PS, Zaslavsky AM. Individual and societal effects of mental disorders on earnings in the United States: results from the national comorbidity survey replication. *Am J Psychiatry* 2008; 165: 703–11.
- King M, Sibbald B, Ward E, Bower PJ, Lloyd M, Gabbay M, Byford S. Randomised controlled trial of non-directive counselling, cognitive-behaviour therapy and usual general practitioner care in the management of depression as well as mixed anxiety and depression in primary care. *Health Tech Assess* 2000; 4: 1–83.
- King M, Davidson O, Taylor F, Haines A, Sharp D, Turner R. Effectiveness of teaching general practitioners skills in brief cognitive behaviour therapy to treat patients with depression: randomised controlled trial. *BMJ (Clinical Research Ed.)* 2002; 324: 947–50.
- Kurth BM. Erste Ergebnisse aus der „Studie zur Gesundheit im Erwachsenenalter“ (DEGS). *Bundesgesundheitsblatt* 2012; 55: 980–90.
- Kuyken W, Byford S, Taylor RS, Watkins E, Holden E, White K, Barrett B, Byng R, Evans A, Mullan E, Teasdale JD. Mindfulness-based cognitive therapy to prevent relapse in recurrent depression. *J Consult Clin Psychol* 2008; 76: 966–78.
- Lin EH, Simon GE, Katzelnick DJ, Pearson SD. Does physician education on depression management improve treatment in primary care? *JGIM* 2001; 16: 614–9.
- Llewellyn-Jones RH, Baikie KA, Smithers H, Cohen J, Snowdon J, Tennant CC. Multifaceted shared care intervention for late life depression in residential care: randomised controlled trial. *BMJ (Clinical Research Ed.)* 1999; 319: 676–82.
- Lovell K, Bower PJ, Richards D, Barkham M, Sibbald B, Roberts C, Davies L, Rogers A, Gellatly J, Hennessy S. Developing guided self-help for depression using the Medical Research Council complex interventions framework: a description of the modelling phase and results of an exploratory randomised controlled trial. *BMC Psychiatry* 2008; 8: 91.
- Ludman EJ, Simon GE, Tutty S, Korff M. A randomized trial of telephone psychotherapy and pharmacotherapy for depression: continuation and durability of effects. *J Consult Clin Psychol* 2007; 75: 257–66.
- Luppa M, Heinrich S, Angermeyer MC, König HH, Riedel-Heller SG. Cost-of-illness studies of depression: a systematic review. *J Affect Disord* 2007; 98: 29–43.
- Lynch D, Tamburrino M, Nagel R, Smith MK. Telephone-based treatment for family practice patients with mild depression. *Psychol Rep* 2004; 94: 785–92.
- Ma SH, Teasdale JD. Mindfulness-based cognitive therapy for depression: replication and exploration of differential relapse prevention effects. *J Consult Clin Psychol* 2004; 72: 31–40.
- Miller L, Weissman M. Interpersonal psychotherapy delivered over the telephone to recurrent depressives. A pilot study. *Depress Anxiety* 2002; 16: 114–7.
- Miller P, Chilvers C, Dewey M, Fielding K, Gretton V, Palmer B, Weller D, Churchill R, Williams I, Bedi N, Duggan C, Lee A, Harrison G. Counseling versus antidepressant therapy for the treatment of mild to moderate depression in primary care: economic analysis. *Int J Technol Assess Health Care* 2003; 19: 80–90.

- Mohr DC, Vella L, Hart S, Heckman T, Simon G. The Effect of Telephone-Administered Psychotherapy on Symptoms of Depression and Attrition: A Meta-Analysis. *Clin Psychol Sci Pract* 2008; 15: 243-253.
- Moncrieff J, Churchill R, Drummond DC, McGuire H. Development of a quality assessment instrument for trials of treatments for depression and neurosis. *Int J Meth Psychiatr Res* 2001; 10: 126-133.
- Murray CJL, Lopez. Alternative visions of the future: projecting mortality and disability, 1990-2020. In: CJL Murray and AD Lopez (eds). *The Global Burden of Disease. A comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries and risk factors in 1990 and projected to 2020*. Publication from Harvard School of Public Health, on behalf of the World Health Organization and the World Bank Cambridge. Cambridge, MA: Harvard University Press 1996; 361-95.
- Mynors-Wallis LM GDD. Randomised controlled trial of problem solving treatment, antidepressant medication, and combined treatment for major depression in primary care. *BMJ (Clinical Research Ed.)* 2000; 320: 26-30.
- National Institute for Health and Clinical Excellence. *Depression in Adults. National Clinical Practice Guideline 90*. London: NICE 2009.
- Parikh SV, Segal ZV, Grigoriadis S, Ravindran AV, Kennedy SH, Lam RW, Patten SB. Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) clinical guidelines for the management of major depressive disorder in adults. *J Affect Disord* 2009; 117 Suppl 1: S15-25.
- Peveler R, George C, Kinmonth AL, Campbell M, Thompson C. Effect of antidepressant drug counselling and information leaflets on adherence to drug treatment in primary care: randomised controlled trial. *BMJ (Clinical Research Ed.)* 1999; 319: 612-5.
- Pinquart M, Duberstein PR, Lyness JM. Effects of psychotherapy and other behavioral interventions on clinically depressed older adults: a meta-analysis. *Aging Ment Health* 2007; 11: 645-57.
- Pinquart M, Sörensen S. How Effective Are Psychotherapeutic and Other Psychosocial Interventions With Older Adults? *J Ment Health Aging* 2001; 7: 207-43.
- Pyne JM, Rost KM, Zhang M, Williams DK, Smith J, Fortney J. Cost-effectiveness of a primary care depression intervention. *JGIM* 2003; 18: 432-41.
- Rost K, Nutting P, Smith J, Werner J, Duan N. Improving depression outcomes in community primary care practice: a randomized trial of the quEST intervention. *Quality Enhancement by Strategic Teaming. JGIM* 2001; 16: 143-9.
- Rost K, Pyne JM, Dickinson LM, LoSasso AT. Cost-effectiveness of enhancing primary care depression management on an ongoing basis. *Ann Fam Med* 2005; 3: 7-14.
- Rudolph S, Bermejo I, Schweiger U, Hohagen F, Härter M. Diagnostik depressiver Störungen. *Deutsches Ärzteblatt* 2006; 103: 1754-62.
- Ruskin PE, Silver-Aylaiian M, Kling MA, Reed SA, Bradham DD, Hebel JR, Barrett D, Knowles F, Hauser P. Treatment outcomes in depression: comparison of remote treatment through telepsychiatry to in-person treatment. *Am J Psychiatry* 2004; 161: 1471-6.
- Salkovskis P, Rimes K, Stephenson D, Sacks G, Scott J. A randomized controlled trial of the use of self-help materials in addition to standard general practice treatment of depression compared to standard treatment alone. *Psychol Med* 2006; 36: 325-33.
- Schoenbaum M, Unützer J, Sherbourne C, Duan N, Rubenstein LV, Miranda J, Meredith LS, Carney MF, Wells K. Cost-effectiveness of practice-initiated quality improvement for depression: results of a randomized controlled trial. *JAMA* 2001; 286: 1325-30.
- Sherbourne CD, Wells KB, Duan N, Miranda J, Unützer J, Jaycox L, Schoenbaum M, Meredith LS, Rubenstein LV. Long-term effectiveness of disseminating quality improvement for depression in primary care. *Arch Gen Psychiatry* 2001; 58: 696-703.
- Sielk M, Altiner A, Janssen B, Becker N, de Pilars MP, Abholz HH. [Prevalence and diagnosis of depression in primary care. A critical comparison between PHQ-9 and GPs' judgement]. *Psychiatr Prax* 2009; 36: 169-74.
- Simon GE, VonKorff M, Rutter C, Wagner E. Randomised trial of monitoring, feedback, and management of care by telephone to improve treatment of depression in primary care. *BMJ* 2002; 320: 550-4.

- Simon GE, Ludman EJ, Rutter CM. Incremental benefit and cost of telephone care management and telephone psychotherapy for depression in primary care. *Arch Gen Psychiatry* 2009; 66: 1081–9.
- Simon GE, Ludman EJ, Tutty S, Operskalski B, Von Korff M. Telephone psychotherapy and telephone care management for primary care patients starting antidepressant treatment: a randomized controlled trial. *JAMA* 2004; 292: 935–42.
- Simpson S, Corney R, Fitzgerald P, Beecham J. A randomised controlled trial to evaluate the effectiveness and cost-effectiveness of counselling patients with chronic depression. *Health Tech Assess* 2000; 4: 1–83.
- Simpson S, Corney R, Fitzgerald P, Beecham J. A randomized controlled trial to evaluate the effectiveness and cost-effectiveness of psychodynamic counselling for general practice patients with chronic depression. *Psychol Med* 2003; 33: 229–39.
- Smit A, Kluiters H, Conradi HJ, van der Meer K, Tiemens BG, Jenner JA, van Os TWDP, Ormel J. Short-term effects of enhanced treatment for depression in primary care: results from a randomized controlled trial. *Psychol Med* 2006; 36: 15–26.
- Spek V, Cuijpers P, Nyklocek I, Smits N, Riper H, Keyzer J, Pop V. One-year follow-up results of a randomized controlled clinical trial on internet-based cognitive behavioural therapy for sub-threshold depression in people over 50 years. *Psychol Med* 2008; 38: 635–9.
- Spek V, Cuijpers P, Nyklocek I, Riper H, Keyzer J, Pop V. Internet-based cognitive behaviour therapy for symptoms of Depress Anxiety: a meta-analysis. *Psychol Med* 2007a; 37: 319–28.
- Spek V, Nyklocek I, Smits N, Cuijpers P, Riper H, Keyzer J, Pop V. Internet-based cognitive behavioural therapy for subthreshold depression in people over 50 years old: a randomized controlled clinical trial. *Psychol Med* 2007b; 37: 1797–806.
- Stetter F, Kupper S. Autogenic training: a meta-analysis of clinical outcome studies. *Appl Psychophysiol Biofeedback* 2002; 27: 45–98.
- Swindle RW, Rao JK, Helmy A, Plue L, Zhou XH, Eckert GJ, Weinberger M. Integrating clinical nurse specialists into the treatment of primary care patients with depression. *Int J Psychiatr Med* 2003; 33: 17–37.
- Teasdale JD, Segal ZV, Williams JM, Ridgeway VA, Soulsby JM, Lau MA. Prevention of relapse/recurrence in major depression by mindfulness-based cognitive therapy. *J Consult Clin Psychol* 2000; 68: 615–23.
- Thompson C, Kinmonth AL, Stevens L, Peveler RC, Stevens A, Ostler KJ, Pickering RM, Baker NG, Henson A, Preece J, Cooper D, Campbell MJ. Effects of a clinical-practice guideline and practice-based education on detection and outcome of depression in primary care: Hampshire Depression Project randomised controlled trial. *Lancet* 2000; 355: 185–91.
- Tutty S, Simon G, Ludman E. Telephone counseling as an adjunct to antidepressant treatment in the primary care system. A pilot study. *Effective clinical practice (ECP)* 2000; 3: 170–8.
- Unützer J, Katon W, Callahan CM, Williams JW, Hunkeler E, Harpole L, Hopping M, Della Penna RD, Noel PH, Lin EHB, Areán PA, Hegel MT, Tang L, Belin TR, Oishi S, Langston C. Collaborative care management of late-life depression in the primary care setting: a randomized controlled trial. *JAMA* 2002; 288: 2836–45.
- Warmerdam L, van Straten A, Twisk J, Riper H, Cuijpers P. Internet-based treatment for adults with depressive symptoms: randomized controlled trial. *JMIR* 2008; 10: e44.
- Wells KB, Sherbourne C, Schoenbaum M, Duan N, Meredith L, Unützer J, Miranda J, Carney MF, Rubenstein LV. Impact of disseminating quality improvement programs for depression in managed primary care: a randomized controlled trial. *JAMA* 2000; 283: 212–20.
- Whooley MA, Stone B, Soghikian K. Randomized trial of case-finding for depression in elderly primary care patients. *JGIM* 2000; 15: 293–300.
- Willemsse GRWM, Smit F, Cuijpers P, Tiemens BG. Minimal-contact psychotherapy for sub-threshold depression in primary care. *Randomised trial: Br J Psychiatry* 2004; 185: 416–21.
- Williams JW, Barrett J, Oxman T, Frank E, Katon W, Sullivan M, Cornell J, Sengupta A. Treatment of dysthymia and minor depression in primary care: A randomized controlled trial in older adults. *JAMA* 2000; 284: 1519–26.

- Wittchen HU, Holsboer F, Jacobi F. Met and unmet needs in the management of depressive disorder in the community and primary care: the size and breadth of the problem. *J Clin Psychiatr* 2001; 62 Suppl 26: 23–8.
- Wolf NJ, Hopko DR. Psychosocial and pharmacological interventions for depressed adults in primary care: a critical review. *Clin Psychol Rev* 2008; 28: 131–61.
- Worrall G, Angel J, Chaulk P, Clarke C, Robbins M. Effectiveness of an educational strategy to improve family physicians' detection and management of depression: a randomized controlled trial. *Can Med Assoc J* 1999; 161: 37–40.
- Wright JH, Wright AS, Albano AM, Basco MR, Goldsmith LJ, Raffield T, Otto MW. Computer-assisted cognitive therapy for depression: maintaining efficacy while reducing therapist time. *Am J Psychiatry* 2005; 162: 1158–64.